

Sağlık Sistemlerinde Yönetim, Dönüşüm ve Stratejik Dayanıklılık

Editör

MELEK ÖZTÜRK



BİDGE Yayınları

**Sağlık Sistemlerinde Yönetim, Dönüşüm ve Stratejik
Dayanıklılık**

Editör: MELEK ÖZTÜRK

ISBN: -

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-12-25

BİDGE Yayınları

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

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

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

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

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



İÇİNDEKİLER

Sağlık Sistemlerinde Stratejik Dayanıklılık: Pandemi Sonrası Dönemde Risk Yönetişimi, Dijital Dönüşüm ve Eşitsizliklerin Yönetimi	1
<i>Demet DÖNMEZ</i>	
YEŞİL BİNA SERTİFİKA SİSTEMLERİNDE BREEAM, LEED, WELL VE YES-TR: BENZERLİKLER VE FARKLILIKLAR	19
<i>ÇAĞLA ÖZÇELİK</i>	
GÖÇMENLERE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER: KULLANICI PERSPEKTİFİNDEN BİR ALAN UYGULAMASI	34
<i>NADİDE SEVİL TÜLÜCE, HATİCE NUR GÖKOĞUZ</i>	
ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ PAZARLAMASINDA SÜREÇ YÖNETİMİ	56
<i>MURAT BAYAT, FUAT YALMAN</i>	
OBEZİTE: SAĞLIK YÖNETİMİ VE HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÇOK BOYUTLU BİR İNCELEME	72
<i>MELEK ÖZTÜRK</i>	
SAĞLIK YÖNETİCİLERİ ETİK İLKELERİ	89
<i>NURŞEN AYDIN</i>	
SAĞLIK TURİZMİ ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DE TERMAL TURİZM	107
<i>HAMDİ ÖZTÜRK</i>	
FINANCIAL PERFORMANCE ANALYSIS IN HEALTHCARE INSTITUTIONS	135
<i>ÜLKÜ TÜRKUĞUR, MEVLÜT KARADAĞ</i>	
COVID-19 İNFODEMİSİ SÜRECİNDE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK BAKANLIKLARININ KURUMSAL WEB SİTELERİNDE DİYALOJİK İLETİŞİM	168
<i>ZEYNEP ATILGAN</i>	

SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ALMANYA MODELİ	195
--	-----

LÜTFİYE TEKPINAR, SADİYE ARSOY

BÖLÜM 1

SAĞLIK SİSTEMLERİNDE STRATEJİK DAYANIKLILIK: PANDEMİ SONRASI DÖNEMDE RİSK YÖNETİŞİMİ, DİJİTAL DÖNÜŞÜM VE EŞİTSİZLİKLERİN YÖNETİMİ

Demet Dönmez¹

Giriş

Küreselleşen dünyada sosyal, ekonomik ve ekolojik sistemler giderek daha fazla birbirine bağlanmakta; teknoloji, finansal piyasaların entegrasyonu ve insan hareketliliği küresel sistemin karmaşıklığını artırmaktadır (Andonova vd.,2009; Duit, 2016). Sovyetler Birliği’nin dağılması sonrası tek kutuplu düzene eşlik eden finansal krizler, terör dalgaları, iklim değişikliği, salgınlar ve büyük çaplı göç hareketleri; krizlerin hem sıklığını hem de birbirini tetikleyici niteliğini görünür kılmıştır (Boin vd.,2005; Lavenex, 2006; Duruel, 2017: 211). Bu krizler klasik anlamda “doğal afet” veya “yerel sağlık sorunu” olarak değerlendirilemeyecek kadar çok düzeyli ve çok aktörlü bir nitelik

¹ Doç. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, İİBF, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, demetdonmez670@gmail.com -ORCID: 0000-0002-5833-9088

taşımaktadır (Boin ve Lodge, 2016; Renn, 2008; Bulut vd., 2017: 1061; Duruel, 2023a:230). Bu nedenle literatürde “transsınır kriz (transboundary crisis)” kavramı öne çıkmıştır. Ansell, Boin ve Keller (2010), transsınır krizleri ulusal sınırları aşan, birden fazla kurumsal ve coğrafi düzeyi etkileyen, hızla yayılan ve kontrol edilmesi zor olaylar olarak kavramsallaştırmakta; bu krizlerde etkili yanıt için koordinasyon, bilgi paylaşımı, esnek kaynak mobilizasyonu ve hesap verebilirlik gibi kurumsal yapıtaşlarına dikkat çekmektedir (Ansell vd.,2010; Mulgan, 2000).

COVID-19 pandemisi yalnızca küresel sağlık sistemleri üzerinde değil; sosyal yaşam, ekonomi ve siyaset üzerinde de benzeri görülmemiş etkiler üretmiştir (Haldane vd.,2021; Whitelaw vd.,2020). Pandemi sürecinde sağlık sistemlerinin ani ve yüksek ölçekli hastalık yüküne yanıt verme zorunluluğu; karantina ve fiziksel mesafe gibi politika önlemleri, sağlık işgücünün tükenmişliği ve tedarik zincirlerinin kırılganlığı ile birleşerek yönetim kapasitesini sınamıştır (Haldane vd.,2021; Wosik vd.,2020). Bu süreçte daha önce “yerel” görülen riskler hızla “küresel risk” niteliği kazanmış; ulusal hükümetlerin stratejik kapasitesi, kurumsal koordinasyonu ve meşruiyet üretimi test edilmiştir (Boin ve ’t Hart, 2003; Renn, 2008; Eren, 2011). Bu bağlamda dayanıklı sağlık sistemi, risk yönetişimi ve dijital dönüşüm kavramları kamu politikası ve sağlık yönetimi literatüründe merkezi bir konum edinmiştir (Kruk vd.,2017; van Asselt ve Renn, 2011; Bulut vd., 2023:29).

Kruk ve arkadaşları (2017), dayanıklı bir sağlık sistemini; sağlık aktörlerinin, kurumların ve toplumların krizlere hazırlık yapma, krizlere etkin biçimde yanıt verme, kriz sırasında temel fonksiyonları sürdürebilme ve koşullara göre yeniden yapılanma kapasitesi olarak tanımlar (Kruk vd.,2017; Kruk vd.,2015). Benzer biçimde Blanchet ve arkadaşları (2017), dayanıklılığı sistemin şoklar karşısında absorbe etme, uyarlanma ve dönüştürme kapasitesi

üzerinden ele alır; krizlere maruz kalındığında dahi sistemin yapı ve işlev üzerinde kontrolü korumasının önemini vurgular (Blanchet vd.,2017; Duit, 2016). Dolayısıyla pandemi sonrası dönemde sağlık sistemlerinde stratejik dayanıklılık, yalnızca kapasite artırımı değil; yönetim mimarisi, bilgi altyapısı ve toplumsal eşitsizliklerle mücadeleyi aynı anda kapsayan bir politika problematığıdır (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010).

Bu bölüm pandemi sonrası dönemde sağlık sistemlerinde stratejik dayanıklılık konusunu risk yönetişimi, dijital dönüşüm ve eşitsizliklerin yönetimi eksenlerinde ele almaktadır (Kruk vd.,2017; van Asselt ve Renn, 2011). Amaç, COVID-19 benzeri küresel şoklara hazırlık ve tepki kapasitesini artırmak için sağlık sistemlerinde hangi politika bileşenlerinin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktır (Haldane vd.,2021; Ghebreyesus vd.,2022). Çalışma, sağlık sistemlerinde dayanıklılık literatürünü risk yönetişimi çerçevesiyle birleştirirken dijital sağlık inovasyonlarının ve sosyal eşitsizliklerle mücadelenin dayanıklılık üretimindeki rolünü tartışır (Golinelli vd.,2020; Bambra vd.,2020). Ayrıca bu derslerin Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için politika tasarımına etkileri değerlendirilmektedir (Howlett, 2009; Dolowitz ve Marsh, 2000).

Çalışma şu şekilde yapılandırılmıştır: İlk bölümde dayanıklılık, risk yönetişimi ve sosyal eşitsizlikler kavramlarına ilişkin teorik çerçeve sunulur (Kruk vd.,2017; van Asselt ve Renn, 2011). İkinci bölümde pandemi deneyimi, sağlık sistemlerinin performansı ve uluslararası düzenlemelerin rolü tartışılır (Gostin ve Katz, 2016; Haldane vd.,2021). Üçüncü bölümde dijital dönüşüm ve tele-sağlık uygulamalarının sağlık hizmet sunumuna etkileri incelenir (Wosik vd.,2020; Golinelli vd.,2020). Dördüncü bölüm risk yönetişimi ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR) çerçevesinde kurumsal boyutu ele alır (Gostin ve Katz, 2016; Renn, 2008). Beşinci bölüm sosyal eşitsizlikler, sosyal belirleyiciler ve sendemik

yaklaşımı değerlendirir (Bambra vd.,2020; Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Son bölümde ise dayanıklı sağlık sistemleri için politika önerileri ve gelecek perspektifleri sunulur (Ghebreyesus vd.,2022; Kruk vd.,2017).

Teorik Çerçeve: Dayanıklılık, Risk Yönetişimi ve Sosyal Eşitsizlikler

Dayanıklılık (resilience) kavramı ekoloji ve mühendislik literatüründen sağlık sistemlerine uyarlanmıştır (Duit, 2016; Kruk vd.,2017). Kruk ve arkadaşları (2017) dayanıklı bir sağlık sistemini krize hazırlık, yanıt, sürdürülebilirlik ve yeniden yapılanma yeteneklerinin bileşkesi olarak kavramsallaştırır (Kruk vd.,2017; Kruk vd.,2015). Bu yaklaşım, sağlık sisteminin kriz esnasında yalnızca “ayakta kalmasını” değil, aynı zamanda krizin etkilerini yönetirken öğrenmesini ve yeniden örgütlenmesini vurgular (Kruk vd.,2017; Boin ve Lodge, 2016). Kruk ve arkadaşları (2017), dayanıklı sağlık sistemlerinin farkında (aware), entegre, çeşitli, özyönetime sahip ve uyarlanabilir olması gerektiğini belirtir (Kruk vd.,2017; Duit, 2016). Bu özellikler, sistemin hem operasyonel kapasitesini hem de yönetim kalitesini birlikte ele alan bir yaklaşım üretir (Renn, 2008; van Asselt ve Renn, 2011).

Blanchet ve arkadaşları (2017) dayanıklılığı absorbe etme, uyarlanma ve dönüştürme kapasitesi olarak üç düzeyde inceler (Blanchet vd.,2017; Kruk vd.,2017). Absorbe etme kapasitesi, krizi mevcut kaynaklarla yöneterek temel hizmetlerin kalitesini düşürmeden sürdürebilme yeteneğini ifade ederken; uyarlanma kapasitesi aynı düzeyde hizmeti daha az ya da farklı kaynaklarla sürdürebilmek için örgütsel yenilikleri gerektirir (Blanchet vd.,2017; Haldane vd.,2021). Dönüştürme kapasitesi ise şokun niteliğine göre sağlık sisteminin yapı ve işlevlerini kökten dönüştürme yeteneğidir (Blanchet vd.,2017; Duit, 2016). Blanchet ve arkadaşları (2017) ayrıca dayanıklı sağlık sistemlerinin yönetimi için bilgi

entegrasyonu, belirsizlikle başa çıkma, çok ölçekli etkileşimlerin yönetimi ve meşru kurumlar inşa etme boyutlarını vurgular (Blanchet vd.,2017; Mulgan, 2000). Bu çerçeve, dayanıklılığı salt teknik kapasiteden çıkarıp siyasal-kurumsal bir mesele olarak konumlandırır (Boin ve 't Hart, 2003; Renn, 2008).

Risk yönetişimi, risklerin yalnızca teknik bir hesaplama değil; toplumsal değerler, politika süreçleri ve paydaş katılımı ile yönetilmesi gerektiğini savunan bir yaklaşımdır (Renn, 2008; van Asselt ve Renn, 2011). van Asselt ve Renn (2011), risk yönetişimini kamu, özel sektör ve sivil toplum dâhil birçok aktörün belirsizlik, karmaşıklık ve/veya muğlaklıkla çevrili risklerle nasıl başa çıktığını açıklayan kavramsal ve normatif bir çerçeve olarak tanımlar (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008; Duruel, 2023b:9). Bu yaklaşım klasik risk analizinin ötesine geçerek çok aktörlü, çok disiplinli ve çok düzeyli bir yönetişim ihtiyacını öne çıkarır (Ansell vd.,2010; Boin ve Lodge, 2016). Ayrıca risk yönetişimi, iletişim ve katılım, bütünleşme ve yansıma ilkeleriyle; yalnızca karar alma süreçlerini değil kararların meşruiyet koşullarını da tartişmaya açar (van Asselt ve Renn, 2011; Mulgan, 2000).

Bu ilkeler sağlık sistemlerinde risklerin yönetimi açısından doğrudan önem taşır. Pandemi gibi belirsizliği yüksek durumlarda, tek bir uzman kurumun karar vermesi yerine yerel yönetimler, ulusal otoriteler, bilim insanları ve toplumun birlikte risk tanımı ve önceliklendirme yapması beklenir (Boin ve 't Hart, 2003; van Asselt ve Renn, 2011). Böylelikle risk yönetişimi, katılımcı ve çok düzeyli bir çerçeve sunarak hesap verebilirliği güçlendirir ve sistem dayanıklılığını artırır (Renn, 2008; Mulgan, 2000).

Sağlık sistemlerinin dayanıklılığı yalnızca hastane kapasitesi veya finansman modeliyle değil, toplumdaki sosyal eşişsizliklerin biçimiyle de yakından ilişkilidir (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010). Braveman ve Gottlieb (2014), sağlık sonuçlarının temel belirleyicilerinin insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı,

çalıştığı ve yaşlandığı sosyal koşullar olduğunu vurgular (Braveman ve Gottlieb, 2014). Gelir düzeyi, eğitim, meslek, etnik köken ve cinsiyet gibi sosyoekonomik faktörlerin sağlık üzerinde güçlü etkileri olduğu; tıbbi bakımın tek başına eşitsizlikleri gideremeyeceği belirtilir (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010). Bu nedenle sağlık sistemi reformları, sosyal politikalar ve sektörler arası müdahalelerle birlikte düşünülmelidir (Solar ve Irwin, 2010; Howlett, 2009).

COVID-19 pandemisi, sağlık eşitsizliklerinin derinliğini bir kez daha görünür kılmıştır (Bambra vd.,2020; Singer ve Clair, 2003). Bambra ve arkadaşları (2020), pandemi döneminde hem enfeksiyon hem mortalite oranlarında sosyoekonomik, etnik ve coğrafi farklılıkların belirginleştiğini; bunun geçmiş pandemilerle benzerlik taşıdığını gösterir (Bambra vd.,2020). Bu bulgular, pandeminin “sendemik” (syndemic) niteliğine ilişkin tartışmaları güçlendirmiştir (Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Sendemik yaklaşım, birbiriyle ilişkili epidemilerin sosyal koşullar tarafından teşvik edildiğini ve bu epidemilerin sinerjik etkileşimler yoluyla sağlık yükünü artırdığını savunur (Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Dolayısıyla COVID-19’un etkileri, kronik hastalık kümeleri ve yapısal eşitsizlikler bağlamında birlikte ele alınmadıkça “dayanıklılık” tartışması eksik kalacaktır (Bambra vd.,2020; Solar ve Irwin, 2010).

Pandemi Deneyimi: Sağlık Sistemlerinin Performansı ve Şoklara Yanıt

COVID-19, dünya genelinde sağlık sistemleri için bir “stres testi” işlevi görmüştür (Haldane vd.,2021; Kruk vd.,2017). Salgının erken döneminde yoğun bakım kapasitesinin aşılması, sağlık çalışanlarının aşırı yüklenmesi ve kritik tedarik kalemlerinde darboğazlar, birçok ülkede absorbe etme kapasitesinin sınırlı olduğunu göstermiştir (Blanchet vd.,2017; Haldane vd.,2021).

İlerleyen dönemde sahra hastaneleri, görev kaydırmaları ve tele-sağlık gibi uygulamalarla uyarlanma kapasitesi devreye girmiştir (Wosik vd.,2020; Haldane vd.,2021). Bununla birlikte krizin uzaması ve dalgalar hâlinde sürmesi; birinci basamak hizmetlerin zayıflığı, kronik hastalık yönetimi ve finansman dengesizlikleri gibi yapısal sorunların dayanıklılığı belirlediğini ortaya koymuştur (Kruk vd.,2015; Haldane vd.,2021).

Haldane ve arkadaşları (2021), 28 ülkenin pandemi yönetimini inceledikleri çalışmada yönetim ve finansman, sağlık işgücü, tıbbi ürünler ve teknolojiler, halk sağlığı fonksiyonları, hizmet sunumu ve toplum katılımı olmak üzere altı bileşenin sistem dayanıklılığı için kritik olduğunu belirtir (Haldane vd.,2021). Erken dönem başarının çoğu zaman toplum temelli koruyucu hizmetlere, birinci basamak bakımın örgütlenmesine ve epidemiyolojik gözetim kapasitesine dayandığı; finansman tarafında hızlı mobilizasyon ve erişim maliyetlerinin düşürülmesinin toplumsal dayanıklılığı artırdığı vurgulanır (Haldane vd.,2021; Kruk vd.,2017). Tedarik zinciri yönetimi ve stok politikaları da operasyonel dayanıklılığın başat belirleyicileri arasında görünmektedir (Blanchet vd.,2017; Haldane vd.,2021).

Pandeminin uluslararası niteliği, ulusal sağlık sistemlerinin sınır ötesi işbirliğine olan bağımlılığını açık biçimde göstermiştir (Gostin ve Katz, 2016; Ansell vd.,2010). Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR, 2005), küresel sağlık güvenliğinin yönetim çerçevesini oluşturur (Gostin ve Katz, 2016). Gostin ve Katz (2016), IHR'nin geniş devlet katılımıyla kabul edilen hukuken bağlayıcı bir çerçeve olduğunu; ancak Ebola ve COVID-19 deneyimlerinin uygulama kapasitesi, uyum ve denetim sorunlarını görünür kıldığını savunur (Gostin ve Katz, 2016; Mulgan, 2000). Bu nedenle DSÖ'nün kurumsal kapasitesinin ve meşruiyet üretim araçlarının güçlendirilmesi; ülkelerin gözetim, laboratuvar ve kriz yönetimi gibi temel kapasitelere yatırım yapması ve bağımsız değerlendirme

mekanizmalarının geliştirilmesi önerilmektedir (Gostin ve Katz, 2016; Ghebreyesus vd.,2022).

Dijital Dönüşüm ve Tele-Sağlık

Pandemi, dijital sağlık alanında beklenenden hızlı bir dönüşüm yaratmıştır (Golinelli vd.,2020; Whitelaw vd.,2020). Golinelli ve arkadaşları (2020), COVID-19'un ilk aylarında yayımlanan çalışmaların önemli bir kısmının tanı, izleme, önleme ve epidemiyolojik gözetim için dijital çözümlere odaklandığını; yapay zekâ destekli teşhis araçları, temas takibi ve dijital gözetimin öne çıktığını belirtir (Golinelli vd.,2020). Ancak bu uygulamalar mahremiyet, veri güvenliği ve etik yönetim sorunlarını da eşzamanlı biçimde gündeme taşımıştır (Golinelli vd.,2020; van Asselt ve Renn, 2011). Bu nedenle dijital dönüşüm, yalnızca teknolojik kapasite değil; düzenleyici çerçeve, hesap verebilirlik ve toplumsal güvenin yönetimi bağlamında ele alınmalıdır (Mulgan, 2000; Renn, 2008).

Tele-sağlık, pandemi sürecinde sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlamada kritik rol oynamıştır (Wosik vd.,2020; Haldane vd.,2021). Wosik ve arkadaşları (2020), tele-sağlık kullanımının evde kal döneminde yüz yüze hizmetlerin uzaktan hizmetlere dönüşmesi, hastane yoğunluğu döneminde kapsamın genişlemesi ve pandemi sonrası hibrit modellere geçiş olmak üzere üç aşamada geliştiğini belirtir (Wosik vd.,2020). Tele-sağlık; eşzamanlı (video/telefon) ve eşzamanlı olmayan (portal mesajları, chatbotlar, uzaktan izleme) biçimlerde sunularak erişim esnekliği yaratmıştır (Wosik vd.,2020; Golinelli vd.,2020). Bununla birlikte dijital uçurum, altyapı eşitsizliği ve dijital okuryazarlık sorunları tele-sağlık hizmetlerinin adil dağıtımını zorlaştırmaktadır (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010). Ayrıca veri güvenliği ve mahremiyet kaygıları, temas takibi ve AI tabanlı

uygulamalara yönelik toplumsal güveni etkileyebilmektedir (Golinelli vd.,2020; Renn, 2008).

Risk Yönetimi ve Küresel Sağlık Yönetişimi

Pandemi gibi belirsiz krizlerle başa çıkabilmek, yalnızca sağlık sektöründe yapılacak iyileştirmelere değil; küresel sağlık yönetişiminin etkinliğine de bağlıdır (Gostin ve Katz, 2016; van Asselt ve Renn, 2011). Risk yönetişimi yaklaşımı, risklerin tanımlanması ve yönetiminde devletin tek başına yeterli olmadığını; özel sektör, sivil toplum ve uluslararası kuruluşların birlikte hareket etmesi gerektiğini savunur (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008). Bu çerçevede merkezi hükümetin yanı sıra yerel yönetimler, DSÖ, Dünya Bankası ve bölgesel örgütler gibi aktörlerin koordinasyonu kritik görünmektedir (Ansell vd.,2010; Gostin ve Katz, 2016).

IHR (2005) küresel salgın tehditleri karşısında erken uyarı, gözetim ve bilgi paylaşımı yükümlülükleri üzerinden hukuki bir çerçeve sunar (Gostin ve Katz, 2016). Ancak metnin etkinliği, ülkelerin temel kapasite yatırımları ve uyum düzeyiyle doğrudan bağlantılıdır (Gostin ve Katz, 2016; Haldane vd.,2021). Bu nedenle uluslararası kuralların yanında ulusal ve yerel düzeyde yönetim kapasitesini güçlendirmek; toplumsal güven ve meşruiyeti pekiştirmek önem taşır (Boin ve 't Hart, 2003; Mulgan, 2000).

COVID-19 sırasında bilgi kirliliği, yanlış bilgi ve aşırı tereddüdü gibi olgular halk sağlığı müdahalelerini zayıflatmıştır (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008). Risk iletişimi, yalnızca uzman bilgisinin aktarımı değil; toplumun kaygılarını anlama, iki yönlü diyalog ve meşruiyet üretimi süreçlerini içerir (Boin ve 't Hart, 2003; Mulgan, 2000). Bu bağlamda iletişim ve katılım, risk yönetişiminin demokratik meşruiyet boyutunu güçlendirerek politikaların uygulanabilirliğini artırır (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008).

Eşitsizliklerin Yönetimi ve Sosyal Belirleyiciler

Pandemi sonrası stratejik dayanıklılık tartışmasında sosyal belirleyicilerin rolü belirleyicidir (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010). Sosyal belirleyiciler; ekonomik istikrar, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim, mahalle/çevre koşulları ve sosyal bağlar gibi alanlarda yoğunlaşır (Solar ve Irwin, 2010; Braveman ve Gottlieb, 2014; Eren ve Aydın, 2014). WHO'nun çerçevesi, sağlık sistemini sosyal belirleyicilerle ilişkili ara (intermediary) bir belirleyici olarak ele alır; sağlık sisteminin finansal koruma, erişim ve sektörler arası işbirliği yoluyla eşitsizlikleri azaltabileceğini vurgular (Solar ve Irwin, 2010; Howlett, 2009).

Pandemi, kronik hastalık yükü ve yapısal eşitsizliklerle birleştiğinde sendemik bir karakter kazanmıştır (Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Sendemik yaklaşım, sosyal güçlerin sağlıksız yaşam koşullarını üreterek sinerjik hastalık kümelenmelerini artırdığını savunur (Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Bu nedenle COVID-19, yalnızca enfeksiyon dinamikleriyle değil; yoksulluk, kronik hastalıklar ve ruh sağlığı gibi katmanlı risklerle birlikte değerlendirilmelidir (Bambra vd.,2020; Solar ve Irwin, 2010).

Sağlık sistemlerinde dayanıklılık, eşitsizliklerle mücadele edilmeden sürdürülebilir değildir (Braveman ve Gottlieb, 2014; Bambra vd.,2020). Bu nedenle pandemi sonrası sağlık politikalarının (i) eşit erişim, (ii) sektörler arası politika tasarımı, (iii) toplum katılımı ve güçlendirme, (iv) ayrıştırılmış veri ve izleme, (v) sendemik bilinç eksenlerinde yeniden kurgulanması gerekir (Solar ve Irwin, 2010; Singer ve Clair, 2003). Bu yaklaşım, dayanıklılığı teknik kapasite artışından çıkarıp sosyal adalet hedefiyle birlikte ele alan bir politika çerçevesi üretir (Bambra vd.,2020; Kruk vd.,2017).

Risk analizi ve erken uyarı için epidemiyolojik gözetim, veri analitiği ve modelleme kapasitesine yatırım yapılmalıdır (Kruk

vd.,2017; Gostin ve Katz, 2016). Erken uyarı sistemleri yalnızca enfeksiyon hastalıklarını değil çevresel riskleri ve sosyal göstergeleri de kapsamalıdır (Solar ve Irwin, 2010; Renn, 2008; Akın vd., 2016: 33). Tedarik zinciri ve stok yönetimi, pandemi sırasında görülen PPE ve test kiti kıtlıkları nedeniyle stratejik bir dayanıklılık alanı olarak öne çıkmıştır (Haldane vd.,2021; Blanchet vd.,2017). Düzenli tatbikatlar ve senaryo çalışmaları ise planların uygulanabilirliğini test ederek öğrenen bir yönetim kapasitesi yaratır (Boin vd.,2005; Duit, 2016).

Katılımcı yönetim, risk yönetişiminin iletişim/katılım ve bütünleşme ilkeleriyle uyumlu biçimde kriz komitelerinin çok aktörlü yapılandırılmasını gerektirir (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008). Liderlik kapasitesi, belirsizlik altında karar alma ile algı ve anlam yönetimini birlikte içerir (Boin ve 't Hart, 2003; Boin vd.,2005). Ayrıca meşru kurumlar ve güven inşası, dayanıklılık üretiminin kurumsal temelidir; şeffaflık ve hesap verebilirlik bu noktada belirleyici mekanizmalardır (Mulgan, 2000; Blanchet vd.,2017).

Sağlık işgücü planlaması, eğitim ve psikososyal destek; pandemide tükenmişlik ve performans kayıpları nedeniyle dayanıklılığın kritik bileşenleri hâline gelmiştir (Haldane vd.,2021; Boin ve 't Hart, 2003). Özellikle yeni protokoller ve dijital uygulamalar için sürekli eğitim, uyarlanabilirlik kapasitesini güçlendirir (Wosik vd.,2020; Kruk vd.,2017).

Kriz döneminde esnek bütçeleme, hızlı fon mobilizasyonu ve finansal koruma; hem sağlık sisteminin işleyişini hem de toplumsal dayanıklılığı etkiler (Haldane vd.,2021; Kruk vd.,2017). Kaynak çeşitlendirme ve harcama etkinliği izleme, sürdürülebilirlik ve hesap verebilirlik açısından önem taşır (Mulgan, 2000; Howlett, 2009).

Dijital uygulamaların kalıcılığı için altyapı, etik-hukuki çerçeve, kullanıcı eğitimi, ödeme modelleri ve etki değerlendirme

mekanizmaları geliştirilmelidir (Golinelli vd.,2020; Wosik vd.,2020). Dijital uçurumun azaltılması, özellikle düşük gelirli ve kırsal bölgelerde eşit erişim hedefiyle doğrudan bağlantılıdır (Braveman ve Gottlieb, 2014; Solar ve Irwin, 2010). Veri güvenliği ve mahremiyet ise dijital sağlıkta güven üretiminin temel koşullarıdır (Renn, 2008; Golinelli vd.,2020).

Evrensel sağlık kapsayıcılığı, birinci basamağın güçlendirilmesi, toplum temelli programlar ve veri temelli politika; eşitsizlikleri azaltma hedefini dayanıklılık stratejisinin merkezine taşır (Solar ve Irwin, 2010; Braveman ve Gottlieb, 2014). Sendemik bilinç, kronik hastalık yönetimi ile sosyal politika araçlarının bütünleşik planlanmasını gerektirir (Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018).

Sonuç

Bu Pandemi, sağlık sistemlerinin kırılganlığını ve bu kırılganlıkların sosyal-ekonomik eşitsizliklerle nasıl derinleştiğini ortaya koymuştur (Bambra vd.,2020; Haldane vd.,2021). Bu makalede pandemi sonrası dönemde stratejik dayanıklılığı güçlendirmek için risk yönetişimi, dijital dönüşüm ve eşitsizliklerin yönetimi eksenlerinde çok disiplinli bir çerçeve sunulmuştur (Kruk vd.,2017; van Asselt ve Renn, 2011). Dayanıklı sağlık sistemleri, krizlere hazırlık yapabilen, temel hizmetleri sürdürebilen ve değişen koşullara uyum sağlayarak yeniden yapılanabilen sistemlerdir (Kruk vd.,2017; Kruk vd.,2015). Bu amaçla bilgi entegrasyonu, belirsizlikle başa çıkma, çok ölçekli etkileşimlerin yönetimi ve meşru kurumların inşası kritik boyutlardır (Blanchet vd.,2017; Mulgan, 2000). Risk yönetişimi yaklaşımı ise çok aktörlü katılım, iletişim ve bütünleşme ilkeleriyle belirsizliklerin daha iyi yönetilmesini mümkün kılar (van Asselt ve Renn, 2011; Renn, 2008).

Dijital dönüşüm kriz anında hizmet sürekliliğini sağlayan bir araç olmuş; tele-sağlık ve uzaktan izleme uygulamaları hızla yaygınlaşmıştır (Wosik vd.,2020; Golinelli vd.,2020). Ancak sürdürülebilir ve adil uygulama için altyapı, veri güvenliği ve erişim eşitliği konusunda politika düzenlemeleri gereklidir (Braveman ve Gottlieb, 2014; Renn, 2008). Son olarak, pandeminin aynı zamanda bir eşitsizlik krizi olduğu unutulmamalıdır: sosyal belirleyiciler ve sendemik etkileşimler sağlık sonuçlarının belirlenmesinde merkezi rol oynamaktadır (Bambra vd.,2020; Singer ve Clair, 2003; Tsai vd.,2018). Bu nedenle dayanıklılık, sosyal adalet hedefiyle birleşik ve kapsayıcı bir yönetim vizyonu gerektirir (Solar ve Irwin, 2010; Kruk vd.,2017).

Kaynakça

Akın, S., Gül, Z., & Yıldırım, U. (2016). A Theoretical Analysis Upon the Environmental Health and Justice Issue A Case Study for a Comparison Between G20s Unitary and Federal Members. *International Journal of Sustainable Development and World Policy*, 5(2), 26-38.

Andonova, L. B., Betsill, M. M., ve Bulkeley, H. (2009). Transnational climate governance. *Global Environmental Politics*, 9(2), 52–73.

Ansell, C., Boin, A., ve Keller, A. (2010). Managing transboundary crises: Identifying the building blocks of an effective response system. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 18(4), 195–207.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., ve Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968.

Blanchet, K., Nam, S. L., Ramalingam, B., ve Pozo-Martin, F. (2017). Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 431–435.

Boin, A., ve 't Hart, P. (2003). Public leadership in times of crisis: Mission impossible? *Public Administration Review*, 63(5), 544–553.

Boin, A., 't Hart, P., Stern, E., ve Sundelius, B. (2005). *The politics of crisis management: Public leadership under pressure*. Cambridge University Press.

Boin, A., ve Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management: A time for public administration. *Public Administration*, 94(2), 289–298.

Braveman, P., ve Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl 2), 19–31.

Bulut, Y., Akın, S., & Kara, M. (2017). Afet Yönetiminde Kapasite Geliştirmenin Önemi ve Hatay Açısından Bir Değerlendirme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(4), 1054–1072.

Bulut, Y., Akın, S., ve Dönmez, D. (2023). AB Akıllı Çevre Politikaları Ve Uygulama Örnekleri. *Farklı Yönleriyle Akıllı Kent Uygulamaları Mevcut Durum Ve Çözüme İlişkin Yaklaşımlar Bir Yol Haritası*. Gazikültür

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

Dolowitz, D. P., ve Marsh, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. *Governance*, 13(1), 5–24.

Duit, A. (2016). Resilience thinking: Lessons for public administration. *Public Administration*, 94(2), 364–380.

Duruel, M. (2017). Suriyeli sığınmacıların Türk emek piyasasına etkileri fırsatlar ve tehditler. *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 207-222.

Duruel, M. (2023a). Afetlerde göçmen olmak: 6 Şubat depremi Hatay örneği. *Mukaddime*, 14(2), 227-255.

Duruel, M. (2023b). Sivil toplum kuruluşlarının afet yönetimindeki rolü: 6 Şubat depremi Hatay örneği. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 1-18.

Eren, V., & Aydın, A. (2014). Sosyal medyanın kamuoyu oluşturmadaki rolü ve muhtemel riskler. *Karamanoğlu Mehmetbey*

Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2014(3), 197-205.

Eren, V. (2011). Belediye Yöneticilerinin Yerel Yönetim Reformları Hakkındaki Algıları/Attitudes Of Municipal Administrators Towards Local Government Reforms. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 89-111.

Ghebreyesus, T. A., Jakab, Z., Ryan, M. J., Mahjour, J., Dalil, S., Chungong, S., Schmets, G., McDarby, G., Seifeldin, R., ve Saikat, S. (2022). WHO recommendations for resilient health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(4), 240–240A.

Golinelli, D., Boetto, E., Carullo, G., Nuzzolese, A. G., Landini, M. P., ve Fantini, M. P. (2020). Adoption of digital technologies in health care during the COVID-19 pandemic: Systematic review of early scientific literature. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e22280.

Gostin, L. O., ve Katz, R. (2016). The International Health Regulations: The governing framework for global health security. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 264–313.

Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A.-S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., ve Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: Lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964–980.

Howlett, M. (2009). Policy analytical capacity and evidence-based policy-making: Lessons from Canada. *Canadian Public Administration*, 52(2), 153–175.

Jordan, A., ve Huitema, D. (2014). Policy innovation in a changing climate: Sources, patterns and effects. *Global Environmental Change*, 29, 387–394.

Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., El-Jardali, F., Macauley, R. J., Muraguri, M. K., Konuma, S., Marten, R., Martineau, F., Myers, M., Rasanathan, K., Ruelas, E., Soucat, A., Sugihantono, A., ve Warnken, H. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*, 357, j2323.

Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., ve Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet*, 385(9980), 1910–1912.

Lavenex, S. (2006). Shifting up and out: The foreign policy of European immigration control. *West European Politics*, 29(2), 329–350.

Mulgan, R. (2000). ‘Accountability’: An ever-expanding concept? *Public Administration*, 78(3), 555–573.

Renn, O. (2008). *Risk governance: Coping with uncertainty in a complex world*. Earthscan.

Singer, M., ve Clair, S. (2003). Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423–441.

Solar, O., ve Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health (Social Determinants of Health Discussion Paper 2: Policy and Practice)*. World Health Organization.

Tsai, A. C., Tomori, C., ve colleagues. (2018). Syndemics: A theory in search of data or data in search of a theory? *Social Science ve Medicine*, 206, 117–122.

van Asselt, M. B. A., ve Renn, O. (2011). Risk governance. *Journal of Risk Research*, 14(4), 431–449.

Whitelaw, S., Mamas, M. A., Topol, E., ve Van Spall, H. G. C. (2020). Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e435–e440.

Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., Curtis, S., Roman, M., Poon, E. G., Ferranti, J., Katz, J. N., ve Tchong, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957–962.

BÖLÜM 2

YEŞİL BİNA SERTİFİKA SİSTEMLERİNDE BREEAM, LEED, WELL VE YES-TR: BENZERLİKLER VE FARKLILIKLAR

ÇAĞLA ÖZÇELİK¹

Giriş

Gelişen teknoloji ve sanayi ile insan eliyle doğaya verilen zararın artması, kaynakların azalması ve kirliliğin artması tüm sektörleri sürdürülebilirlik kavramına yönlendirmiştir. Her sektör istese de istemese de piyasada ayakta kalabilmek için üzerinde bu kavrama karşı yönelim baskısı hissetmektedir. Yapı ve inşaat sektörü sürdürülebilirlik kavramına yön vermeye çalışan başlıca alanlardan biri olmuştur çünkü binalar küresel nihai enerji tüketiminin %30'unu ve küresel enerjiyle ilgili emisyonların %26'sından sorumlu olduğu bilinmektedir (International Energy Agency, 2023). Hızlı kentleşmeler, iklim değişiklikleri, yapıların yaşlanması gibi nedenler de yapı ve inşaat sektöründe sürdürülebilir politikaların merkeze alınması neden olmuştur. Bu yönelimler sonucu yeşil bina sertifikasyon sistemleri oluşturularak çevresel, sosyal ve insan refahını destekleyen yönetsel araçlar ortaya çıkmıştır. 1990'lı

¹ Araştırma Görevlisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0009-0008-0271-1638

yıllarda tüm yeşil bina sertifika sistemlerinin öncüsü sayılan BREEAM geliştirilmiş ve yapı yaşam döngüsünü merkeze alarak bütüncül bir çevre değerlendirmesi yaklaşımı sunmuştur (BREEAM, 2025a). Daha sonra 2000’li yıllarda ABD’de geliştirilen LEED, yapıların enerji performansı ve karbon emisyonları ile kaynakların verimliliğini merkeze alarak küresel alanda en çok kullanılan sertifika sistemlerinden biri olarak piyasada kendi yer bulmuştur (USGBC, 2025a). 2010’lu yıllarda WELL Bina Standardı, yeşil bina sertifika sistemlerinin çevresel performans değerlendirmelerine ek olarak kullanıcı sağlığı ve refahı gibi boyutları merkezine almış ve yeni bir yaklaşım getirmiştir (IWBI, 2025). Kürsel olarak kullanılan LEED ve BREEAM gibi sertifika sistemler, uzun yıllar Türkiye’de de uygulanmış ancak yerel özelliklere uygun ve bulunduğu bölgenin coğrafi özelliklerini kullanan binaların yaygınlaştırılması ihtiyacıyla YeS-TR sistemi tasarlanmıştır (ÇŞİDB, 2020).

Bu sistemler sürdürülebilirlik amacıyla ortaya konulmuş olsa da amaç, yöntem ve kapsam gibi boyutlarda farklılıkları görülmektedir. Bu yazıda sertifika sistemlerinin bu boyutlardaki benzerlikleri ve farklılıkları ele alınmaya çalışılmıştır.

Yeşil Bina Sertifika Sistemleri

1. BREEAM: Yeşil bina sertifika sistemlerinin öncüsü ve en yaygını kabul edilen BREEAM, İngiltere’deki Building Research Establishment (BRE) tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Bir binanın yaşam seyri boyunca çevresel etkilerini değerlendiren ve etkilerini minimize etmeyi amaçlayan bu standart, BREEAM’in kendi sayfasındaki güncel verilere bakıldığında 105’ten fazla ülkede 1.040.000 ‘den fazla sertifikalı, 2.938.000 kayıtlı binanın bulunduğu belirtilmektedir (BREEAM, 2025b)

BREEAM'in ulusal ve uluslararası alanda kullanımında olan birçok bina programı bulunmaktadır;

- BREEAM Yeni İnşaat Konutları (New Construction Residential)
- BREEAM Kullanımdaki Binalar (In-Use)
- BREEAM Yenileme ve İç Mekan Düzenleme (Refurbishment and fit-out)
- BREEAM Topluluklar (Communities)
- BREEAM Yeni Yapılar (New construction)
- BREEAM Altyapı (Infrastructure)

Kendini küresel gereklilikler doğrultusunda güncellemeye devam eden BREEAM'in yeni binalar için son sürümü 2025 yılında v7 yayınlanarak kullanıma sunulmuştur (Integrated Environmental Solutions, 2025).

BREEAM'in değerlendirme kategorilerine genel olarak bakıldığında;

- Yönetim,
- Su,
- Enerji,
- Transport,
- Sağlık ve Esenlik,
- Kaynaklar,
- Dayanıklılık,
- Arazi Kullanımı ve Ekoloji,

- Kirlilik,
- Malzemeler,
- Atıklar
- Yenilik gibi alanlar bulunmaktadır.

Tablo 1 'de gösterildiği gibi BREEAM skor derecelendirmeleri Kabul Edilebilir, Geçer, İyi, Çok İyi, Mükemmel ve Olağanüstü şeklinde sertifika seviyeleri olduğu görülmektedir.

Tablo 1. BREEAM Skor Dereceleri

BREEAM rating		% score
Outstanding	★★★★★	≥85
Excellent	☆★★★★	≥70
Very good	☆☆★★★	≥55
Good	☆☆☆★★	≥45
Pass	☆☆☆☆★	≥30
Unclassified	☆☆☆☆☆	<30

Kaynak: (BREEAM, 2025c)

2. LEED

LEED, 1993 yılında kurulan ABD Yeşil Bina Konseyi (USGBC) tarafından oluşturulmuş bir sertifikasyon sistemidir. Bu sertifika sisteminin 1998 yılında pilot uygulamasına geçilmiş olup 2 yıl içerisinde 12.000 yapının sertifikalandırıldığı görülmektedir. LEED sertifikasına ait son sürüm taslağı olan v5, 2024'te kamuoyu yorumuna sunulduktan sonra 2025 yılında kullanımına geçilmiştir (USGBC, 2025b).

LEED'in uygulandığı bina ve proje türleri;

- LEED Bina Tasarımı ve İnşaatı (BD+C -Building Design & Construction)
- LEED İç Mekan Tasarımı ve İnşaatı (ID+C- Interior Design & Construction)
- LEED İşletme ve Bakım (O+M- Operations & Maintenance)
- LEED Konut Yapıları (Homes-Residential)
- LEED Mahalle Gelişimi (ND- Neighborhood Development)
- LEED Kentler ve Topluluklar (Cities & Communities)

LEED'in tüm yapı türlerinde değerlendirme kategorilerine genel olarak bakıldığında;

- Lokasyon ve ulaşım
- Sürdürülebilir alanlar
- Su verimliliği
- Enerji ve atmosfer
- Malzemeler ve kaynaklar
- İç mekan çevre kalitesi
- Yenilik
- Bölgesel öncelik gibi kriterler görülmektedir.

Tablo 2'de LEED'in sertifikasyon derecelendirme değerleri ve puanlar paylaşılmaktadır.

Tablo 2. LEED sertifikasyon seviyeleri

 Platinum	Platin (80) + puan
--	---------------------------

 Gold	Altın (60-79 puan)
 Silver	Gümüş (50-59 puan)
 Certified	Sertifikalı (40-49 puan)

Kaynak: (USGBC, 2025c)

3. WELL

Amerika Birleşik Devletleri'nde faaliyet gösteren Delos şirketi tarafından organize edilen ve 2007 yılında çeşitli alan profesyonelleri bir araya gelerek yaklaşık yedi yıllık çalışma sonunda 2014 yılında piyasaya sürülen WELL Bina standardı diğer yeşil bina sertifikasyon sistemlerinden farklı olarak insan sağlığı, refahı ve konforunu öncelemektedir. Bu bina standardı IWBI (International WELL Building Institute) tarafından geliştirilmekte ve ihtiyaçlara göre düzenli olarak güncellenmektedir. WELL Bina standardı, binaların tasarım, işletim ve sonlandırma aşamalarında kullanıcıların aktivite düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, ruhsal refahları, uyku düzenleri ve üretkenliklerini etkileyen diğer faktörleri göz önünde bulundurarak alan profesyonelleri tarafından bilimsel kanıtlara dayandırılarak tasarlanmıştır (IWBI,2025).

WELL Bina standardı değerlendirme kriterleri bakıldığında;

- Hava
- Su
- Beslenme
- Aydınlatma
- Hareket

- Termal Konfor
- Ses
- Malzemeler
- Zihin
- Toplum
- Yenilik gibi alanlar görülmektedir.

İhtiyaçlara göre güncellenen WELL Bina standardının en son sürümü olan v2-Q2 2025 kullanımdadır (IWBI, 2025).

Well Bina standardı puanlarına göre sertifikasyon seviyeleri ve kriterden alması gereken minimum önkoşul puanları Tablo 3'te paylaşılmaktadır.

Tablo 3. WELL sertifikasyon seviyeleri

Toplam Puan	Her Kriterden Alınması Gereken Min. Puan	Sertifika Seviyesi
40 puan	0	WELL Bronz
50 puan	1	WELL Gümüş
60 puan	2	WELL Altın
80 puan	3	WELL Platinium

Kaynak; (IWBI, 2025)

4. YeS-TR

YeS-TR (Binalar ve Yerleşmeler için Yeşil Sertifika), Türkiye Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı (ÇŞİDB) tarafından geliştirilen ulusal bir yeşil bina sertifika sistemidir. Bakanlığın İstanbul Teknik Üniversitesi ile yapılan iş birliği sonucu 2016 yılında bulunulan bölgenin türü, iklimi, kaynakların tüketimi, yenilenebilir

enerji kaynak desteklerine göre değerlendirmeler ile yerleşim yeri ve binaları derecelendirmek için Ulusal Değerlendirme Kılavuzu protokolü imzalanmıştır. Daha sonra 2018 yılında “Sertifika Sistemi Kılavuzu” oluşturularak, bu kılavuzu kapsayıcı nitelikte ve geçer, iyi, çok iyi, ulusal üstünlük seviyelerinde derecelendirilen Ulusal Yeşil Sertifika Sistemi (YeS-TR)’nin 2019 yılında alt yapısı oluşturulmuştur (ÇŞİDB, 2020). YeS-TR’yi destekleyen temel mevzuat olan “Binalar ile Yerleşmeler için Yeşil Sertifika Yönetmeliği” ise 2022 tarihinde yayımlanmıştır (ÇŞİDB, 2022). Şuan için gönüllülük esasına dayalı olan bu sertitika sisteminin 2026 sonrasında inşa edilen toplam alanı 10 bin metrekaresinin üzerinde olan yeni kamu binalarında zorunlu hale getirileceği belirtilmektedir (ÇŞİDB, 2024).

YeS-TR’nin kapsam ve bina tipolojileri şu şekildedir;

- Konutlar
- Ofis binaları
- Eğitim binaları
- Oteller
- Sağlık binaları
- Alışveriş ve ticaret merkezleri
- Diğer (sinema, tiyatro, müze, kütüphane vb.)

YeS-TR’nin değerlendirme kavramları şu şekildedir;

- BBT- Bütünleşik Bina Tasarım, Yapım ve Yönetimi
- YMD- Yapı Malzemesi ve Yaşam Döngüsü Değerlendirmesi
- İOK-İç Ortam Kalitesi
- EKV- Enerji Kullanımı ve Verimliliği

- SAY- Su ve Atık Yönetimi
- İNO- İnovasyon Bina

YeS-TR'nin sertifika derece ve puanları mevcut ve yeni binalar için iki ayrı kategoride değerlendirilmektedir. Tablo 4'te mevcut binaların, Tablo 5'te ise yeni binaların sertifika derece ağırlıkları paylaşılmaktadır.

Tablo 4. YeS-TR mevcut bina derecelendirme seviyeleri

GEÇER 32≤ ağırl.kredi <40 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	İYİ 40≤ ağırl.kredi <55 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	ÇOK İYİ 55≤ ağırl.kredi <75 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	ULUSAL ÜSTÜNLÜK ağırl.kredi ≥75 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.
BBT - 2 ağırlıklı kredi YMD - 4 ağırlıklı kredi İOK - 5 ağırlıklı kredi EKV - 6 ağırlıklı kredi SAY - 5 ağırlıklı kredi (Kalan - 10 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 3 ağırlıklı kredi YMD - 6 ağırlıklı kredi İOK - 7 ağırlıklı kredi EKV - 10 ağırlıklı kredi SAY - 7 ağırlıklı kredi (Kalan - 7 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 5 ağırlıklı kredi YMD - 9 ağırlıklı kredi İOK - 10 ağırlıklı kredi EKV - 14 ağırlıklı kredi SAY - 10 ağırlıklı kredi (Kalan - 7 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 7 ağırlıklı kredi YMD - 14 ağırlıklı kredi İOK - 14 ağırlıklı kredi EKV - 18 ağırlıklı kredi SAY - 15 ağırlıklı kredi (Kalan - 7 ağırlıklı kredi istediği kriterden)

Kaynak; (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2021)

Tablo 5. YeS-TR yeni bina derecelendirme seviyeleri

GEÇER 32≤ ağırl. kredi <40 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	İYİ 40≤ ağırl. Kredi <55 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	ÇOK İYİ 55≤ ağırl. Kredi <75 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.	ULUSAL ÜSTÜNLÜK ağırl. Kredi ≥75 Tüm zorunlu kriterler sağlanmalıdır.
BBT - 3 ağırlıklı kredi YMD - 4 ağırlıklı kredi İOK - 5 ağırlıklı kredi EKV - 6 ağırlıklı kredi SAY - 5 ağırlıklı kredi (Kalan - 9 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 5 ağırlıklı kredi YMD - 6 ağırlıklı kredi İOK - 7 ağırlıklı kredi EKV - 10 ağırlıklı kredi SAY - 7 ağırlıklı kredi (Kalan - 5 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 8 ağırlıklı kredi YMD - 9 ağırlıklı kredi İOK - 10 ağırlıklı kredi EKV - 14 ağırlıklı kredi SAY - 10 ağırlıklı kredi (Kalan - 4 ağırlıklı kredi istediği kriterden)	BBT - 10 ağırlıklı kredi YMD - 14 ağırlıklı kredi İOK - 14 ağırlıklı kredi EKV - 18 ağırlıklı kredi SAY - 15 ağırlıklı kredi (Kalan - 4 ağırlıklı kredi istediği kriterden)

Kaynak; (Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, 2021)

Benzerlikler ve Farklılıklar

LEED, BREEAM, WELL ve YeS-TR yeşil bina sertifika sistemlerinin temel amaç ve odak noktaları, değerlendirme türleri, kapsamı gibi kriterler üzerinden benzerlikler ve farklılıkları bulunmaktadır. Tablo 6'da paylaşılan sertifika sistemlerinin kuruluş

yılları ve ülkelerine bakıldığında BREEAM'ın öncü olduğu görülebilmektedir.

Tablo 6. YeS-TR yeni bina derecelendirme seviyeleri

Sertifika	Kurulduğu Ülke	Kuruluş Yılı
BREEAM	İngiltere	1990
LEED	ABD	1993
WELL	ABD	2014
YeS-TR	Türkiye	2021

Değerlendirmeye konu olan dört sertifika sisteminin de temel amacı sürdürülebilir yapıları teşvik etmektir. Enerji verimliliğinin sağlanması, su ve diğer kaynakların etkin kullanımının yanında iç mekan kalitesinin artırılması bu sertifika sistemlerinin ortak paydasını oluşturmaktadır (BREEAM,2025a; IWBI, 2025; USGBC, 2023; ÇŞİDB, 2024). Diğer bir benzerlik konusunun ise sertifika sistemlerinin gönüllülük esasına dayanmasıdır. LEED, BREEAM ve WELL uluslararası çapta gönüllülüğe bağlı çalışırken, YeS-TR belirli ulusal kamu binaları zorunlulukları dışında gönüllülüğe bağlı yapıya sahiptir. Gönüllülüğe bağlı sistemler olması ise piyasa temelli ve teşvik edici araçlar olarak kurgulandıkları anlamına geldiği söylenebilir.

Benzer amaçları olmasına rağmen odak noktalarında sistemler farklılaşmaktadır. LEED ve BREEAM, ağırlıklı olarak çevresel sürdürülebilirliği ve enerji performansı merkezli sistemleri merkezine almaktadır. LEED, enerji ve karbon emisyonlarının minimizasyonu konusuna özellikle odaklanırken, BREEAM binaların yaşam döngüsü, çevreyle ilgili etki ve yönetim süreçlerine daha geniş ele almaktadır. WELL Bina standardı ise sürdürülebilir binaları insan sağlığı ve refah temelli sistemler üzerinden

incelemektedir. İç hava kalitesi, termal konfor, aydınlatma, ses ve psikososyal faktörler WELL'in odak noktasını oluşturmaktadır. Özellikle zihin (mind) kriteri altında kullanıcıların ruhsal sağlığının izlenmesi, korunması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması hususunda çok detaylı gerekliliklere yer vermektedir. Bu yüzden WELL diğer sertifika sistemlerinin odağı olan çevresel performanstan daha çok kullanıcı merkezli bir yaklaşıma sahiptir (IWBI, 2025). YeS-TR, sürdürülebilirlik hedeflerinin yanında, ulusal mevzuatı, iklim koşulları ve kalkınma politikaları ile uyumlu hale getirmeyi amaçlayan bir sistem olarak oluşturulmuştur yani odak noktasından sürdürülebilirliği ulusal bağlamda kurumsallaştırmaktır.

Sertifikaların değerlendirme yaklaşımları üzerinden kıyaslandığında her birinin çok kriterli bir değerlendirme yapısına sahip olduğu görülmektedir. Enerji,su, malzeme, iç mekan kalitesi, yenilik ve yönetim gibi kriterlere farklı ağırlıklarla da olsa tüm sertifika sistemlerinde yer verilmektedir. Kademeli olarak başarı düzeylerinin bulunması da sistemlerin ortak noktalarından birini oluşturmaktadır.

Sistemlerin sertifikasyon değerlendirme süreçlerindeki en önemli farkın puanlama ve doğrulama yöntemlerinde ortaya çıktığı söylenebilir. LEED, nokta bazlı puanlama yaparken, BREEAM ağırlıklandırılmış yüzdeliklerle değerlendirme yapmaktadır. WELL ise zorunlu ön koşullar ve optimizasyonlar üzerinden ilerleyerek, mevcut noktalar üzerinde kurulmuş sensör verileri kullanarak kullanıcı geri bildirimlerini sertifika sürecine dahil edilmektedir. YeS-TR ise, ulusal standart ve yönetmelik gerekliliklerini değerlendirme kriteri olarak benimsediğinden daha çok politika destekli bir araç olarak değerlendirilebilir.

Sertifika sistemlerindeki diğer bir benzerlik ve farklılık kapsam ve ölçek konusunda görülmektedir. BREEAM,LEED, WELL ve YeS-TR 'nin konut, ofis, eğitim ve sağlık yapıları gibi farklı bina türlerini kapsadığı görülebilmektedir. Ayrıca tüm sertifika sistemlerinde

mevcut ve yeni yapılar arasındaki ayrıma göre değerlendirme modüllerinin bulunduğu görülmektedir.

Kapsam ve ölçek konusundaki farklılıklarda bulunmaktadır. LEED ve BREEAM yapıları değerlendirirken bina dışına çıkarak mahalle ve kent ölçeğinde sertifikasyon sunarken, WELL bina çevresine diğer sistemlere göre daha kısıtlı odaklanırken ağırlıklı olarak bina ve iç mekana odaklanmaktadır. YeS-TR ise bina ve yerleşim ölçeğine odaklanarak ulusal politikalara göre uyumlu bir çerçeve sunmaya odaklanmaktadır. BREEAM, LEED, WELL uluslararası kullanım alanı olan sistemlerken, YeS-TR yerel bağlamda kullanılan bir sertifika sistemidir. Ayrıca BREEAM diğer uluslararası sistemlere göre yerel uyarlamalar konusunda daha fazla esnekliğe imkan sağlamaktadır.

Literatürde yapılan çalışmaların, LEED sertifikaları binaların genel olarak enerji performansı konusunda iyileşme sağladığını ancak bu iyileşmelerin tasarım aşamasındaki hedeflerle her zaman uyuşmadığı konusunda kanıtlar sunmaktadır (Scofield, 2013). WELL sertifikalı binaların ise kullanıcı memnuniyeti ve iç mekan kalitesi konusunda olumlu sonuçlar sunsa da enerji tüketimi konusunda artışların olabileceği görülmektedir (Tsirovasilis ve diğer., 2025). YeS-TR ile ilgili yapılan ampirik çalışmaların çok kısıtlı olduğu ancak bu iki yaklaşımı dengeleyebilecek bir bir çerçeve sunma potansiyeli olduğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Yeşil bina sertifika sistemlerinin yapılan karşılaştırmadaki en tartışmalı alanın enerji verimliliği ile kullanıcı sağlığı arasındaki denge olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmaların bu iki hedefin her zaman eş zamanlı olarak öngörülen düzeye getirilemediğini göstermektedir (Elias Tsirovasilis, 2025). Yani tasarım aşamasında hedeflenen değerlerde enerji tasarrufu sağlamadığı raporlanmaktadır (Scofield, 2013). Enerji performansındaki güçlü vurgunun yanı sıra

iç mekan kalitesinde her zaman istenilen düzeyde tutulması diğer bir tartışma konusudur. LEED sertifikalı binalarda özellikle termal konfor gibi faktörlerin eksikliği kullanıcı memnuniyetini olumsuz etkileyebildiği belirtilmektedir (Altomonte & Schiavon, 2013).

WELL sertifikalı binalarda ise kullanıcı memnuniyetinin, algılanan sağlık ve performansın arttığı belirtilmektedir (Candidove diğer., 2020). Ancak kullanıcı memnuniyeti konusundaki sağlık odaklı yaklaşım WELL sertifikalı binalarda enerji tüketimi açısından başka bir tartışma alanı oluşturmaktadır. Havalandırma oranları ve gelişmiş filtrasyon ve termal konforun enerji yoğun iklimlerde enerji tüketimini arttırabildiği belirtilmektedir (Tsirovasilis ve diğer., 2025). WELL enerji tüketimini ihmal etmez ancak burada bina yöneticilerinin kullanıcı sağlığını önceleyip öncellemediğine göre sertifika tercihi değişebilir.

YeS-TR diğer sertifika sistemlerinden farklı olarak ulusal yasal ve coğrafi gereklilikler üzerine kurulu bir sertifika sistemidir. Enerji ve çevresel performansı merkezine alan bu sistem ulusal enerji kimlik belgesi ve ilgili yönetmeliklerle düzenleyici ve rehber bir politika aracı olarak düşünülebilir. Henüz yeni bir sertifika sistemi olduğu için diğer sertifika sistemleri gibi amprik çalışmalar çok kısıtlıdır. Gelecek yıllarda bu sistemin zorunlu olmasıyla birlikte saha çalışmalarının yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Tüm sistemlerin benzerlikleri ve farklılıkları göz önünde bulundurulup ve odak noktaları değerlendirildiğinde bina yöneticilerinin sürdürülebilirliğe giden hedeflerini tek boyutla ölçemeyeceği aşıkardır. Bu yüzden farklı yönetsel ve stratejilerle aynı hedefe yönelik sertifika sistemleri beraber kullanılabilir.

Kaynakça

Agency, I. E. (2023). <https://www.iea.org/reports/energy-efficiency-2025/buildings> adresinden alındı

Altomonte, S., & Schiavon, S. (2013). Occupant satisfaction in LEED and non-LEED certified buildings. *Building and Environment*, 66-76.

BREEAM. (2025a). <https://breeam.com/web/breeam-group/about/history> adresinden alındı

BREEAM. (2025b). <https://tools.breeam.com/projects/explore/index.jsp>.

BREEAM. (2025c). *A guide how to BREEAM works*. <https://breeam.com/about/how-breeam-works,2025> adresinden alındı

Candido, C., Marzban, S., Hadd, S., Mackey, M., & Loder, A. (2020). Designing healthy workspaces: results from Australian certified open-plan offices. *Facilities*, 411-433.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. (2021). *Yeşil Sertifika Değerlendirme Kılavuzu*. https://webdosya.csb.gov.tr/db/meslekihizmetler/menu/yesil-bina-degerlendirme-kilavuzu_20210611120321.pdf adresinden alındı

ÇŞİDB. (2020). <https://csb.gov.tr/yerli-yesil-sertifika-sistemi-yes-tr-ile-yesil-bina-sayisi-artacak-bakanlik-faaliyetleri-29700> adresinden alındı

ÇŞİDB. (2022). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220612-1.htm> adresinden alındı

ÇŞİDB. (2024). <https://meslekihizmetler.csb.gov.tr/yeni-yapilacak-kamu-binalarina-yesil-sertifika-zorunlugu-getiriliyor-haber-289484?utm> adresinden alındı

Elias Tsirovasilis, M. K. (2025). Comparative Assessment of LEED, BREEAM, and WELL: Advancing Sustainable Built Environments. *Energies*.

Integrated Environmental Solutions. (2025). *Summary of changes for BREEAM New Construction V7*.

IWBI. (2025). WELL v2: <https://v2.wellcertified.com/en/wellv2/overview/> adresinden alındı

Scofield, J. H. (2013). Efficacy of LEED-certification in reducing energy consumption and greenhouse gas emission for large New York City office buildings. *Energy and Buildings*, 517-524.

Tsirovasilis, E., Katafygiotou, M., & Psathiti, C. (2025). Comparative Assessment of LEED, BREEAM, and WELL: Advancing Sustainable Built Environments. *Energies*.

USGBC. (2023). *LEED v4.1 rating systems*. <https://www.usgbc.org/leed> adresinden alındı

USGBC. (2025a). *The history of USGBC*. <https://www.usgbc.org/about/mission-vision#:~:text=LEED%20v1.,public%20launch%20in%20March%202000>. adresinden alındı

USGBC. (2025b). LEED v5 certification is here: <https://www.usgbc.org/leed/v5> adresinden alındı

USGBC. (2025c). *How LEED works*. <https://www.usgbc.org/leed> adresinden alındı

BÖLÜM 3

GÖÇMENLERE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER: KULLANICI PERSPEKTİFİNDEN BİR ALAN UYGULAMASI

Nadide Sevil TÜLÜCE¹
Hatice Nur GÖKOĞUZ²

Giriş

Küreselleşme, savaşlar, ekonomik eşitsizlikler ve iklim değişikliği gibi çok boyutlu etkenler, uluslararası göç hareketlerini hızlandırmış ve göç olgusunu çağdaş toplumların temel sosyal politika alanlarından biri hâline getirmiştir. Birleşmiş Milletler verilerine göre, dünya genelinde uluslararası göçmen sayısı son yıllarda istikrarlı bir artış göstermekte olup, bu durum özellikle sağlık sistemleri üzerinde önemli yapısal ve yönetsel baskılar oluşturmaktadır (UN, 2023). Göçmen nüfusun artışı, sağlık hizmetlerine erişim, hizmet sunumunun sürdürülebilirliği ve sağlıkta eşitlik ilkelerinin uygulanması açısından yeni zorlukları beraberinde getirmektedir.

¹ Doç. Dr.,Kayseri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı,ORCID:0000-0002-8124-0238

² Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi,Kayseri Üniversitesi,ORCID:0009-0004-1313-6772.

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yalnızca hastalık ve sakatlığın yokluğu değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). Bu tanım çerçevesinde göçmenlerin sağlık hizmetlerine etkin ve adil biçimde erişimi, temel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Ancak literatürde, göçmenlerin yerli nüfusa kıyasla sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin daha düşük olduğu ve sağlık göstergeleri açısından daha kırılgan bir konumda bulundukları sıklıkla vurgulanmaktadır (OECD, 2018). Bu durum, göçmen sağlığını yalnızca klinik değil, aynı zamanda sosyal ve yapısal bir sorun alanı olarak ele almayı gerekli kılmaktadır.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaştıkları engeller; dil bariyerleri, kültürel uyumsuzluklar, hukuki statü belirsizlikleri, ekonomik yetersizlikler ve sağlık sistemine ilişkin bilgi eksikliği gibi çok sayıda faktörden kaynaklanmaktadır (Rechel et al., 2013). Bu engeller, yalnızca hizmete erişimi değil, aynı zamanda hizmetin sürekliliğini ve niteliğini de olumsuz etkilemektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan iletişim sorunları ve kültürel farklılıklar, tanı ve tedavi süreçlerinde aksamalara yol açabilmektedir.

Mevcut çalışmaların önemli bir kısmı, göçmen sağlığını sağlık çalışanları veya politika yapıcılar perspektifinden ele almakta; hizmetten yararlanan bireylerin deneyimlerini ise sınırlı ölçüde yansıtmaktadır. Oysa sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kapsayıcılığı, hizmet kullanıcılarının algıları, beklentileri ve yaşadıkları somut sorunlar dikkate alınmadan tam olarak değerlendirilememektedir (Aday & Andersen, 2004). Kullanıcı perspektifine dayalı alan araştırmaları, sağlık sisteminin göçmenlere yönelik güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyması bakımından kritik öneme sahiptir.

Bu çalışma, göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinin önündeki engelleri, doğrudan hizmet kullanıcılarının deneyim ve değerlendirmeleri üzerinden incelemeyi amaçlamaktadır. Kullanıcı perspektifine dayalı bir alan uygulaması aracılığıyla, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinde karşılaştıkları yapısal, kurumsal ve bireysel engellerin belirlenmesi hedeflenmektedir. Elde edilecek bulguların, göçmen sağlığı politikalarının geliştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, eşitlikçi ve kültürel açıdan duyarlı hâle getirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

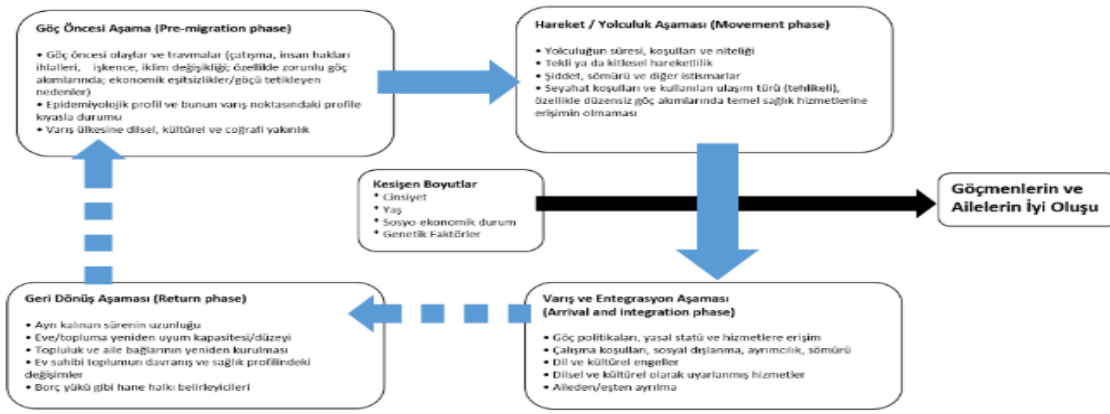
Göç; insanlık tarihinin her döneminde var olmuş ve çeşitli sebeplerden ötürü, bireylerin ve toplulukların gerçekleştirdiği zorunlu, ekonomik, sosyal, güvenlik ve siyasal temelli nedenlerle bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gerçekleşen coğrafi hareketliliklerdir (Sağlam,2006). Göç olgusu sürekli var olan ve son zamanlarda savaşlarla birlikte daha da artan ve beraberinde birçok olumsuz sonucu da ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlardan başında eğitim, sağlık, barınma ve istihdamda yaşanan sıkıntılar yer almaktadır. Türkiye'ye gelen göçmenlerin geneline bakıldığında ise karşılaştıkları zorlukların etkisi ile ruhsal ve psikolojik travmalar, uyum sorunları, bulaşıcı hastalık riskleri ve çeşitli sağlık eşitsizlikleri ile karşı karşıya olduğu izlenmektedir (Kocataş,2019).

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'na göre sağlık; bireyin yalnızca hastalık ve sakatlıktan uzak olması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâli içinde bulunması olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2025). Bu bütüncül tanım çerçevesinde değerlendirildiğinde, göç olgusu insan sağlığını çok boyutlu biçimde etkileyen önemli bir toplumsal süreçtir. Göçmenler; farklı kültürel yapıları, zorlu yaşam koşulları, değişen sosyal statüler ve yeni bir çevreye uyum sağlama gerekliliği gibi pek çok sorunla eş zamanlı olarak karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, göçmenlerin sağlık gereksinimlerini artırırken, sağlık hizmetlerine erişim sürecinde de çeşitli engellerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Özellikle düşük gelir düzeyine sahip ve sosyal güvenceden yoksun göçmen gruplar açısından, yaşadıkları bölgelerde kamu sağlık hizmetlerinin kapasite ve nitelik bakımından yetersiz olması, sağlık hizmetlerine erişimi daha da güçleştirmektedir (Uslu, 2018).

Zorunlu göç süreçleri, göçmenlerin karşılaştığı sağlık sorunlarının niteliğini ve kapsamını doğrudan belirlemektedir. Bu süreçte ortaya çıkan sağlık sorunları yalnızca bireysel düzeyde kalmamakta, aynı zamanda toplumsal boyutta etkiler yaratarak halk sağlığı açısından da önemli bir risk alanı oluşturmaktadır. Zorunlu göç, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve sağlık sistemleri üzerinde ek bir yük meydana getirmektedir. İlhan (2015), göç süreci boyunca ortaya çıkan sağlık sorunlarını üç temel kategoride ele almaktadır: kısa vadeli sağlık sorunları, uzun vadeli sağlık sorunları ve göç edilen çevreye özgü olarak ortaya çıkan sağlık sorunları.

Kısa vadeli sağlık sorunları, göçün hemen ardından ortaya çıkan ve çoğunlukla sağlık çalışanları veya sivil toplum kuruluşları tarafından acil müdahale gerektiren durumlardır. Bu kapsamda; beslenme bozuklukları, su kaybı (dehidratasyon), hava yoluyla bulaşan hastalıklar (influenza, kızamık vb.), şok ve travmatik yaralanmalar, su ve besin yoluyla bulaşan hastalıklar (Hepatit A, tifo), besin zehirlenmeleri ile bit ve pire gibi parazitler etmenlere bağlı sağlık sorunları öne çıkmaktadır.

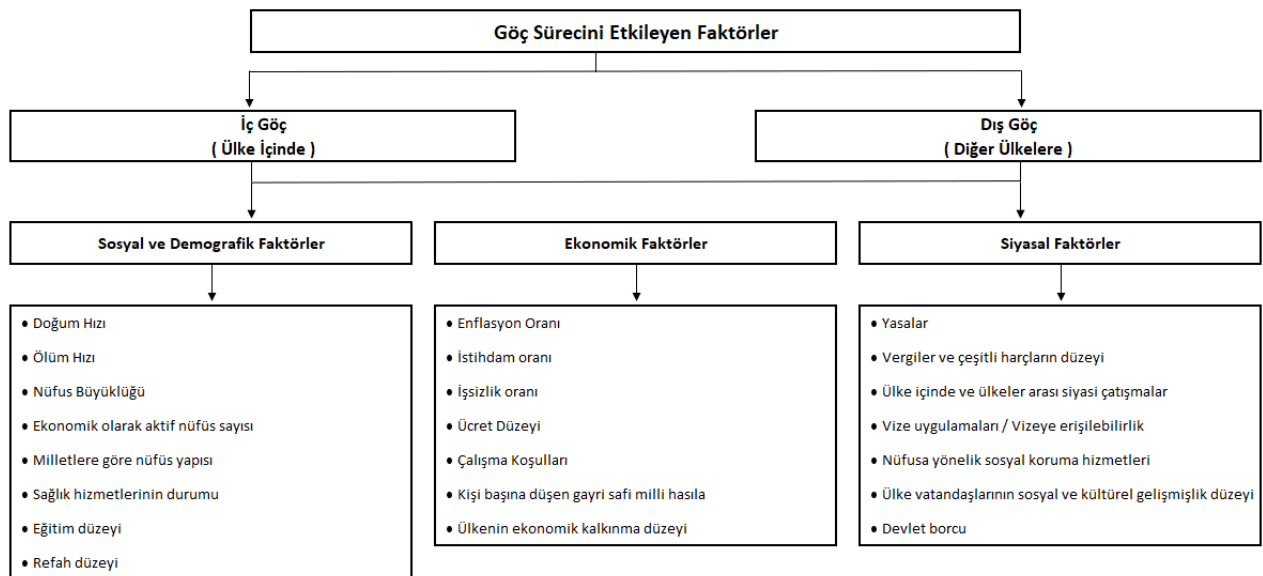
Göçmenlerin uzun vadeli sağlık sorunları ise genellikle ilk müdahalenin yetersizliği, göç sürecinde tanı konulamaması veya mevcut hastalıkların tedavisinin aksaması sonucunda ortaya çıkan ve kronikleşerek yaşam boyu sürebilen hastalıkları kapsamaktadır. Üçüncü kategori olan göç edilen çevreye özgü sağlık sorunları ise, göç süreciyle ilişkili ruh sağlığı bozuklukları, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı sağlık problemleri, anne ölümleri, erken ölümler, kanser vakaları ve doğum öncesi bakımın yetersizliğine bağlı olarak büyüme ve gelişme döneminde ortaya çıkan sağlık sorunlarını içermektedir (İlhan, 2015).



Göçmenlerin ve Ailelerinin Sağlığı ve İyi Oluşunu Göçün Aşamaları Boyunca Etkileyen Faktörler

Kaynak: WHO,2025

Sağlık, yalnızca bireysel bir durum değil; aynı zamanda toplumu ilgilendiren ve yasal güvence altına alınmış temel bir insan hakkıdır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerine erişimin, dil, din, ırk veya herhangi bir ayrım gözetilmeksizin tüm bireylere eşit ve adil koşullar altında sunulması gerekmektedir. Bununla birlikte, yoksullar, kadınlar ve göçmenler sağlık hizmetlerine erişim açısından kırılgan gruplar arasında yer almakta ve bu gruplar sağlık sistemleri içerisinde yapısal dezavantajlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum literatürde “sağlık eşitsizliği” kavramı ile ifade edilmektedir. Sağlık, bireyin en temel haklarından biri olmasına rağmen, kamu politikaları ve medya söylemleri çoğu zaman sağlık sorunlarını bireysel tercihlerle açıklama eğilimindedir (kötü beslenmeye bağlı obezite, sigara kullanımı vb.). Oysa sağlık; bireyin doğduğu ve yaşadığı yer, etnik kökeni, cinsiyeti ve sosyoekonomik durumu gibi sosyal belirleyicilerden güçlü biçimde etkilenmektedir. Bu nedenle sağlığı yalnızca bireysel tercihlerle sınırlı bir olgu olarak ele almak, toplumsal eşitsizlikleri görünmez kılan indirgemeci bir yaklaşım oluşturmaktadır (Şavran, 2025).



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler tarafından temel alınan “Kimseyi Geride Bırakmama” ilkesi ise, toplumdaki tüm birey ve grupların; başta sağlık, eğitim ve sosyal yardım hizmetleri olmak üzere kamusal hizmetlerden eşit biçimde yararlanmasını hedeflemektedir. Bu ilke, özellikle yoksullar, engelliler ve göçmenler gibi en kırılgan ve dezavantajlı grupların dahi hiçbir şekilde dışlanmadan söz konusu hizmetlere erişimini güvence altına almayı amaçlamaktadır. Sağlık hizmetleri bağlamında bu yaklaşım, hizmetlerin herkes için eşit, kapsayıcı ve erişilebilir biçimde sunulmasını temel bir kriter olarak öne çıkarmaktadır (Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Planı).

Küresel ölçekte giderek artan göç hareketliliği, özellikle kırılgan gruplar başta olmak üzere farklı toplumsal kesimler açısından ciddi sağlık ve sosyal riskler ortaya çıkarmaktadır. Bu kırılgan gruplar arasında kadınlar, göç sürecinde derinleşen cinsiyet eşitsizlikleri ve yapısal dezavantajlar nedeniyle yüksek risk altında bulunan bir grup olarak öne çıkmaktadır (İlhan, 2015). Göç eden topluluklarda kadın nüfusunun erkek nüfusuna oranla daha yüksek olması, literatürde “göçün kadınlaşması” ya da “göçün feminizasyonu” kavramlarının ortaya çıkmasına ve bu kavramların yaygın biçimde kullanılmasına zemin hazırlamıştır.

Göç süreci; göç öncesi, göç esnası ve göç sonrası olmak üzere üç evrede ele alındığında, bu evrelerin her birinde en fazla etkilenen kırılgan grupların kadınlar ve çocuklar olduğu görülmektedir. Göçmen kadınlar, özellikle doğum öncesi bakım hizmetlerine sınırlı erişim, istenmeyen gebelikler, üreme sağlığına ilişkin yetersiz bilgi düzeyi, sağlık güvencesinin olmaması ve yetersiz ya da dengesiz beslenme gibi çok boyutlu sorunlarla sıklıkla karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye’ye göç eden kadın göçmenler açısından ise sağlık hizmetlerine yeterli erişimin sağlanamamasında dil bariyerinin varlığı temel belirleyicilerden biri olarak öne çıkmaktadır (Öztürk, 2017).

GÖÇMEN SAĞLIĞI HİZMETLERİ: TÜRKİYE UYGULAMASI

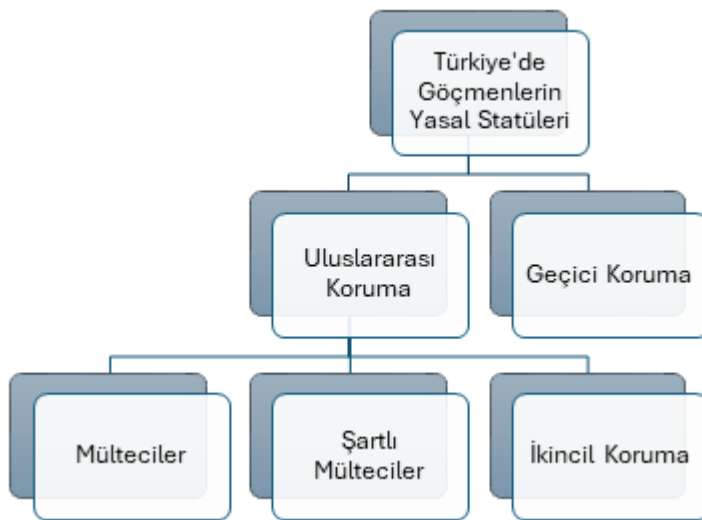
Türkiye’de göçmen statüsü, hukuki açıdan ulusal mevzuat ve uluslararası sözleşmeler çerçevesinde tanımlanmaktadır. Göçmen statüsü, bireylerin ülke sınırları içerisinde hukuki koruma, sosyal hizmetler ve temel haklara erişimlerini belirleyen resmi bir kavramdır. Türkiye’de göçmenleri düzenleyen temel mevzuat, 2013 tarihli 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) olup, bu kanun kapsamında yabancılar ve uluslararası koruma başvurusunda bulunan kişiler farklı hukuki statüler ile tanımlanmaktadır.

YUKK’a göre göçmenler; geçici koruma altında bulunan Suriyeliler, uluslararası koruma başvurusunda bulunan kişiler (mülteci adayları ve sığınmacılar) ile diğer yabancılar olarak sınıflandırılmaktadır. Geçici koruma statüsü, özellikle kitlesel ve ani göç akımlarına

cevap vermek amacıyla sağlanan bir hukuki çerçeve olup, temel sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlere erişim hakkını güvence altına almaktadır (Uçan, 2020). Uluslararası koruma ise, mülteci statüsünü ve şartlı mülteci haklarını kapsamakta ve bireylerin zulüm veya ciddi zarar görme riski bulunan ülkelere korunmasını sağlamaktadır.

Buna ek olarak, Türkiye’de göçmenlerin hukuki statüsü, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve 1951 Cenevre Mülteci Sözleşmesi gibi uluslararası yükümlülükler ile desteklenmektedir. Ancak, farklı statülerdeki göçmenlerin hak ve erişim imkanları değişkenlik göstermekte, özellikle sağlık, eğitim ve çalışma alanlarında eşitsizlikler gözlemlenmektedir (Kirişci, 2014). Bu çerçevede Türkiye’de göçmen statüsü, yalnızca hukuki bir kategori olmanın ötesinde, bireylerin toplumsal hayata katılımını ve temel haklara erişimini şekillendiren merkezi bir belirleyici olarak ortaya çıkmaktadır.

Türkiye ‘de Göçmenlerin Yasal Statüleri



Kaynak:Hatipoğlu(2024).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. Maddesine göre herkes, kendisi ve ailesi için yeterli barınma, tıbbi sağlık hizmeti, yiyecek ve giyecek gibi temel sosyal ihtiyaçlarını kapsayan güvenilir bir hayat sürme hakkına sahiptir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi).

Uluslararası Ekonomik, Kültürel ve Sosyal Haklar Sözleşmesinde yer alan 12. Maddesi gereğince ,her birey ulaşılması mümkün olan en yüksek seviyede hem fiziki açıdan hem de ruhsal açıdan sağlık standartlarına sahip olması ayrıca herhangi hastalık durumunda da kişinin tıbbi hizmetlerden güvenle yararlanması, hijyenin tüm yönleriyle sağlanması, oluşabilecek salgın veya hastalıkların tanı, tedavisi ve kontrolünün sağlanması devletin yükümlülüğüdür (İnternational Convention on Economic , Social and Cultural Rights ,1966).

Türkiye’de Göçmen Sağlığını Düzenleyen Yasal Çerçeve

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (Kanun No. 6458)

Kanun No. 6458, yabancıların Türkiye’ye giriş, kalış, çıkış ve uluslararası koruma prosedürlerini düzenleyen ana kanundur. Bu kanun, uluslararası koruma başvurusu, iltica statüsü, sığınmacı ve mülteci statüsü gibi yasal statüleri tarif ederek, statüye sahip olan yabancıların hak ve yükümlülüklerini belirler. Kanunun 89. maddesi uluslararası koruma başvuru sahiplerinin ve statü sahiplerinin sağlık sigortası kapsamına alınmasını düzenlemektedir.

Bu kanun, uluslararası koruma prosedürlerine tabi olan kişilerin Türkiye’de yasal statülerini ve dolayısıyla kamu hizmetlerine (eğitim, çalışma ve sağlık dahil) erişim esaslarını belirleyen çatı mevzuattır.

Geçici Koruma Yönetmeliği (6883 Sayılı Yönetmelik)

Geçici Koruma Yönetmeliği, kitlesel göçlere maruz kalan kişilere Türkiye’de geçici koruma statüsü verir ve bu statünün uygulanma usul ve esaslarını belirler. Yönetmeliğin 27. maddesi, geçici koruma altındakilere sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili yetki ve kapsamı ortaya koyar.

Bu yönetmelik, özellikle Suriye uyruklu göçmenler gibi geçici koruma statüsünde olan birçok yabancıların sağlık dahil diğer sosyal hizmetlerden faydalanmasının hukuki altyapısını oluşturur.

Genel Sağlık Sigortası ve Uygulama Esasları

Türkiye’nin genel sağlık sistemi çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası (GSS), tüm ikamet edenler için zorunlu olup göçmenlerin de belirli koşullarda bu kapsamda sağlık hizmeti almasını sağlar. Yabancılar, uluslararası koruma başvuru ve statü sahipleri ile geçici koruma statüsündekiler, özel düzenlemeler çerçevesinde GSS kapsamında sağlık hizmetlerine erişirler.

GSS, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini düzenleyen sosyal sigorta mekanizmasıdır. Kanuni statü sahibi göçmenler, GSS’ye kayıt ile sağlık hizmetlerinden yararlanır; bu sistemde prim ödenmesi, devlet katkısı ve hizmet kapsamı yönetim aktörleri tarafından belirlenir.

Göçmenlerin Yasal Statülerine Göre Sağlık Hizmetlerine Erişim

Türkiye’de göçmenler farklı yasal statüler altında bulunabilir ve her statüye sağlık hizmetlerine erişim farklı hukuki düzenlemelerle karşılanır:

Geçici Koruma Statüsü (Temporary Protection)

- Türkiye’de geçici koruma altına alınan göçmenler (çoğunlukla Suriyeliler), kaydı tamamlandığında devlet tarafından verilen geçici koruma kimlik kartı ile Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerine erişirler.
- Kanuni düzenlemeler uyarınca bu kişiler ikamet ettikleri il sınırları içinde kamu sağlık kurumlarına başvurabilirler.
- Sağlık hizmetleri kapsamı içinde tanı, tedavi, rehabilitasyon, bağışıklama ve üreme sağlığı hizmetleri gibi temel hizmetler yer alır.
- 2019 sonrasında sağlık hizmetlerinde GSS kapsamında katılım payı uygulaması da söz konusu olabilir; bu durum mevzuat ve yönergelerle belirlenmektedir.

Geçici koruma statüsü, hem mevzuatta hem uygulamada, göçmenlerin sosyal hizmetlere erişimini belirleyen normatif statü olarak değerlendirilir. Bu statü, ikamet bildiriminden itibaren sağlık hizmetlerine hukuki erişim sağlar.

Uluslararası Koruma Statüsü (Asylum Seekers / Refugees)

- Uluslararası koruma başvuru sahipleri ve statü sahipleri, Kanun No. 6458 kapsamında tanımlanan haklarla GSS’ye dahil edilir ve sağlık hizmetlerine erişirler.
- GSS kapsamına dahil edilmeyen durumlarda, PMM (Provincial Directorate of Migration Management) tarafından sağlık sigortası primi ödenir.
- Başvuru sahipleri, tıbbi acil bakım ve bulaşıcı hastalık bakımının ötesinde tam sağlık hizmetine ulaşırlar; ancak belirli koşullar kapsamında prime düşen kişiler katkı payı ödeyebilirler.

Uluslararası koruma statüsü, klasik mülteci statüsü gibi hukuki korumaları ifade eder. Bu statü, sağlık hizmetlerine erişimi sosyal güvenlik hukuku içinde mümkün kılar.

Düzensiz/Statüsü Olmayan Göçmenler

- Kaydı bulunmayan veya yasal statü sahibi olmayan göçmenlerin kamu sağlık sistemine erişimi sadece acil bakım ve bulaşıcı hastalık hizmetleri ile sınırlıdır.
- Bu kişiler için GSS hizmet kapsamı aktif değildir; hastaneler kamu güvenliği bildirim yükümlülüğü nedeniyle erişimi sınırlandırabilir.

Hukuki statüye sahip olmamanın sağlık hizmetine erişim üzerindeki sınırlayıcı etkisi, göçmen sağlığı literatüründe hukuki erişilebilirlik ve ayrıcalıklı sağlık erişimi kavramları çerçevesinde analiz edilir.

Türkiye’de göçmen sağlık hizmeti düzenlemesi, uluslararası koruma rejimi, sosyal güvenlik hukuku ve idari düzenlemeler arasında bir etkileşim mekanizmasıdır. Bu çerçevede:

- Yasal statü, göçmenlerin sağlık sistemine entegrasyonunda belirleyici bir faktördür.
- Türkiye’nin düzenlemeleri, Genel Sağlık Sigortası mekanizmasını, göçmenleri kapsayacak şekilde genişleterek sosyal hizmet erişimini hukuki temele oturtmuştur.

- Geçici koruma ve uluslararası koruma statüleri, göçmenlerin sağlık sistemine erişimi açısından istatistiksel olarak farklılaştırılmış statüler yaratır; bu, göçmen sağlığı çalışmalarında normatif ve uygulamalı araştırmalar için bir zemin oluşturur.
- Düzensiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı kısıtlamalar, sağlık hakkı ile idarî sınırlandırmalar arasında teori ve pratik düzeyde bir gerilim üretir.

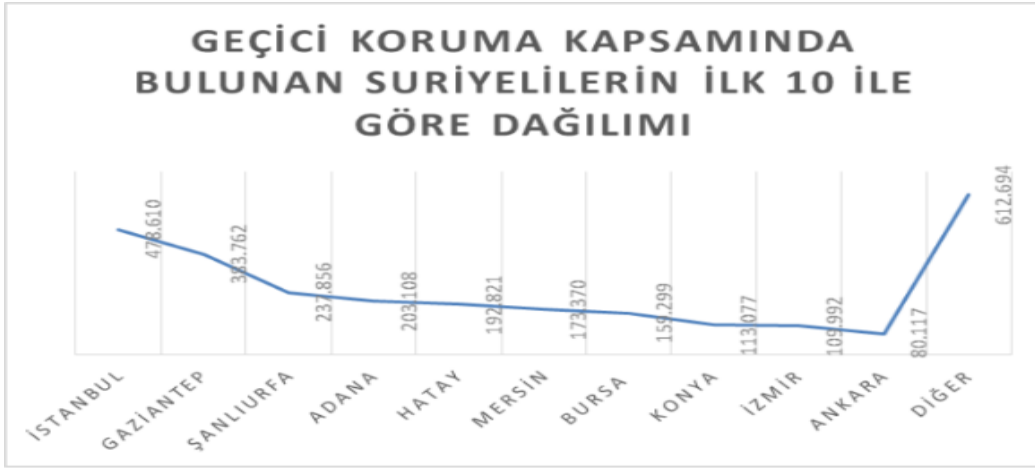
Göçmen Sağlığının Ulusal Düzeyde Yapısı

Suriye’de 2011 yılından bu yana iç savaşın ardından 5 milyondan fazla Suriye vatandaşının Lübnan ,Türkiye ,Ürdün ve ötesinde başka ülkelere güvenlik arayışı içerisinde Suriye’den zorla göç etmek durumunda kalmışlardır (UNHCR,2018).

Ülkemizde Suriyeli göçmenlerin sayısı 1 Mayıs 2025 verilerine göre 2milyon 758 bin 39 kişi olarak açıklanmıştır (Mülteciler Derneği,2018). Göç İdaresi Başkanlığı tarafından açıklanan verilere göre Suriyeli göçmenlerin %73,3’ü kadın ve çocuklardır.Ülke genelinde bakıldığında en çok göçmen barındıran şehrimiz 481 bin 11 kişi ile İstanbul’ dur. En az Suriyeli göçmen barındıran şehrimiz ise 29 kişi ile Hakkari’dir. Ülkemiz bazında baktığımızda 12. sırada olan ve 73.177 göçmen sayısı ile Kayseri ilimizdir. (Mülteciler Derneği,2018).



Kaynak: (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı, n.d.)



Kaynak: (T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı, n.d.)

Ülkemizde,Suriye’deki iç savaşlardan dolayı göç eden göçmeneler için ‘‘Açık Kapı’’ politikasını yürütmüş olup ayrıca koruma mekanizması geliştirmiştir.04.04.2013 tarihinde 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu yürürlüğe girmiş ayrıca bu kanun çerçevesinde Suriyeli göçmenlere ‘‘Geçici Korunma’’ statüsü tanınmıştır. Bu statüyle birlikte geçici koruma kimlik belgesi düzenlenmektedir(Keleşmehmet H.2018).

Ülkemizde Suriyeli göçmenlere sunulan sağlık hizmetleri Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ile hazırlanan 22.10.201 tarihli ,29153 sayılı ‘‘Geçici Koruma Yönetmeliği’’ile yasal düzenlemeler çerçevesindehizmet sunulmaktadır.Geçici koruma kimlikleri olan göçmen bireylere temel ve acil sağlık hizmetleriyle birlikte ikinci ve üçüncübasamak sağlık hizmetleri de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafınca verilmektedir. Ayrıca geçici kimliği bulunmayan göçmenler ise sadece acil sağlık hizmetleri,bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı korunmaya yönelik sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar.T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı aracılığıyla sigortası olan göçmenler için tanımlanan ücret miktarını aşmayacak şekilde T.C. Göç İdaresi Müdürlüğü vasıtasıyla finanse edilmektedir. Ülkemizde düzenlenen yasalar gereği 03.09.2015 tarihinde göçmenlere yönelik Göçmen Sağlığı Merkezleri aracılığıyla göçmen bireylere birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu tamamlanmış olup göçmenlerin yoğun olduğu bölgeler toplum sağlığı merkezlerikontrolünce göçmen sağlığı merkezleri sağlık hizmeti sunarken göçmenlerin daha az olduğu bölgelerde ise aile sağlığı merkezlerinin sağlık hizmeti sunması hedeflenmektedir (Keleşmehmet H.2018).

Sağlık Bakanlığı tarafınca hazırlanan ve Avrupa Birliği desteğiyle finansal hak kazanan SIHHAT Projesi geçici koruma statüsündeki Suriyeli bireyler için kurulmuştur. İmzalanan bu proje ile Türkiye’de ki Geçici Koruma altındaki Suriyeli vatandaşlara birincive ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve sunulan hizmetin kalitesini arttırmayı hedefleyerek hayata geçirilmiştir.1 Aralık 2016 yılında yürürlüğe giren bu proje ile sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiş özellikle Suriyeli nüfusun fazla olduğu 29 ilde kurulmuş ve sağlık hizmetleri hızla faaliyete geçmiştir. .Kurulan Göçmen Sağlığı merkezlerinde Suriyelilerin kendi dillerinde sağlık hizmetleri almaları amaçlanarak sağlık sistemine entegrasyonları desteklenmiştir(T.C.Sağlık Bakanlığı,n.d.)

Proje Kapsamında Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- Göçmen Sağlığı Merkezleri: Ülkemizde göçmen sağlığı merkezleri aile hekimlikleri standartlarına uygun olarak Suriyeli göçmenlere birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Suriyeli sağlık personeli ve Arapça-Türkçe bilen hasta karşılama personeli ile dil ve kültürel açıdan oluşacak sorunlara karşı çözüm önerileri ve etkin iletişim amaçlanmıştır. Bu sayede Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmış ve artmıştır. SIHHAT Projesi kapsamında göçmenlerin nüfusunun fazla olduğu 29 ilde 177 adet Göçmen Sağlığı Merkezi mevcuttur.
- Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri: Suriyeli nüfusunun 20 binin üzerinde olan bölgelerde Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Bu merkezlerde GSM'lere ek olarak dahiliye, çocuk, kadın doğum, psikososyal destek hizmetleri ayrıca laboratuvar ve röntgen hizmetleri de bulunmaktadır.

Proje Kapsamında Sunulan İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Geçici koruma kapsamındaki Suriyeli göçmenlerin yoğun olarak bulunduğu bölgelerde, sağlık hizmetlerine erişimini güçlendirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından açılan ve ihtiyaçları SIHHAT PROJESİ kapsamında karşılanan sağlık hizmetleridir. Göçün beraberinde getirdiği sağlık sorunları talebine yanıt vermek amacıyla çocuk ve yetişkinler için yoğun bakım üniteleri kurulmuştur.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

SIHHAT PROJESİ kapsamında 10 tane toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuştur. Bu merkezler aracılığıyla geçici koruma altındaki Suriyeli göçmenlere yönelik göçle birlikte oluşabilecek psikolojik sorunlara veya psikolojik iyilik halinin iyi olmasına katkı sağlanmaktadır. Bu proje kapsamında İstanbul, İzmir, Bursa, Adana, Hatay, Şanlıurfa, Mardin, Gaziantep ve Kilis illeri olmak üzere 10 tane merkez kurulmuştur. Bu merkezlerde çift dil bilen (Arapça ve Türkçe) hasta yönlendirme personelleri çalışmaktadır.

UYGULAMA VE BULGULAR

Araştırmanın Uygulama Süreci

Çalışma, göçmenlerin Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini anlamak amacıyla nitel araştırma desenlerinden derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yürütülmüştür. Nitel veri toplama yaklaşımlarının temel amacı, bireylerin yaşantılarına ilişkin anlamları kendi ifadeleriyle ortaya koymak ve bu deneyimlere ilişkin zengin, bağlamsal veriler üretmektir (Creswell, 2013). Bu doğrultuda, farklı yaş, cinsiyet ve ülkelerden toplam 15 göçmen ile yarı-yapılandırılmış sorular kullanılarak yüz yüze görüşmeler yapılmıştır.

Görüşmeler 15–25 dakika arasında sürmüş, katılımcıların izinleri doğrultusunda ses kaydı alınmış ve daha sonra metne dökülmüştür.

Çalışmanın analiz kısmında içerik analizi ve tematik analiz bir arada kullanılmıştır. Braun ve Clarke'ın (2006) önerdiği altı aşamalı tematik analiz süreci izlenmiş; verilerin kodlanması, kodların kategorilere ayrılması ve temaların oluşturulması adımları gerçekleştirilmiştir. Kodlama süreci öncelikle açık kodlama aşamasıyla başlamış, daha sonra eksen kodlama ve seçici kodlama ile temalar üst düzey anlam kümelerine dönüştürülmüştür (Strauss & Corbin, 1998).

Bulgular

Verilerin analizi sonucunda altı ana kategori ve bu kategorilerin altında dokuz tema ortaya çıkmıştır. Bu bölümde bulgular, elde edilen temalar doğrultusunda sunulmaktadır. Katılımcı ifadelerinden doğrudan alıntılar temsili olarak verilmiş, kimlik gizliliğini sağlamak için K1, K2 gibi kodlar kullanılmıştır.

Soru No	Açık Kodlar	Temel Kod Grubu
1.Başvuru sıklığı	• Hastalandıkça gitme • Çocukların hastalığı/aşıları için gitme • Kronik hastalık nedeniyle düzenli gitme • Kadın doğum / hamilelik hizmetleri için gitme • Göz / dahiliye poliklinik ihtiyacı • İlaç yazdırma • Çok hasta olunca gitme • Aile üyeleri için gitme • Aşı çağrısı üzerine başvuru • Tam memnuniyet • Kısmi memnuniyet • Memnuniyetsizlik • Hizmet kalitesinin değişken olması • Türk hastanelerinin daha iyi bulunması • Göçmen merkezlerinin yavaş bulunması • Yoğunluk nedeniyle hizmet kalitesi düşüşü • Doktorların sınırlı/ ilgili olmaması	Başvuru Nedenleri ve Sıklığı
2.Hizmetten memnuniyet	• Türkçe bildiği için sorun yaşamama • İletişimde zorlanma • Tercüman ihtiyacı • Geçmişte Türkçe bilmediği için sorun yaşama • Arapça bilen danışmanlar sayesinde kolay iletişim • Doktorların ilgisizliği nedeniyle iletişim sorunu • Aile bireylerinin çeviri yapması	Hizmetten Memnuniyet / Memnuniyetsizlik
3.İletişim güçlüğü	• Dil engeli yaşamama (Türkçe bilme) • Dil engeli yaşama • Tercüman desteği • Suriyeli danışmanlardan destek • Aile üyelerinin tercüme yapması • Çocukların Türkçe bilmesi nedeniyle kolaylık • Tercüman eksikliği • Aynı dili konuşan personelin varlığı	İletişim Güçlükleri
4.Dil engeli ve çözümü	• Tercüman eksikliği • Personelin ilgisizliği • Uzun bekleme süreleri • Sabah erken sıra bekleme • Yetersiz sağlık personeli • Yetersiz tıbbi malzeme • Doktor sayısının	Dil Engeli ve Çözüm Yolları
5.İyileştirilmesi gereken yönler		Sağlık Sistemi Sorunları / İyileştirme Alanları

6.Başka ülkelerle karşılaştırma	azlığı • Personel tutumu sorunları • Türk sağlık ocaklarının daha hızlı olması • Kayıt sürecinin düzgün işlememesi • Eksiklik olmadığını belirtenler • Başka ülke deneyimi olmayanlar • Kilis–Kayseri karşılaştırması • Kilis’te Arapça bilen personelin fazlalığı • Lübnan’da yaşayıp hatırlamama • Türk hastanelerinin daha iyi olması	Karşılaştırmalar ve Deneyimler
---------------------------------	---	--------------------------------

Kategori – Tema Tablosu

Kategori	Temalar
Sağlık Hizmetlerine Erişim	Yapısal Erişim Engelleri, Sağlık Sistemini Anlama ve Kullanma Güçlükleri
Hastaların Yaşadığı Deneyimler	Sağlık Personeli ile İletişim Deneyimi, Memnuniyet ve Güven Algısı
Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Güçlükler	İş Yüğü ve Tükenmişlik, Mesleki Zorluklar
Göçmenlerin Beklentileri	Erişilebilirlik ve Hız, Kültürel ve Dilsel Uyum Talepleri
Uyum ve Entegrasyon Süreci	Sosyal Uyum Engelleri, Sağlık Sistemine Uyum
Öneriler ve İyileştirme Alanları	Hizmet Sunumu İyileştirmeleri, Göçmenlere Yönelik Özel Politikalar

Kategori 1: Sağlık Hizmetlerine Erişim

Tema 1: Yapısal Erişim Engelleri

Göçmenlerin büyük çoğunluğu sağlık hizmetlerine erişimde randevu bulamama, bekleme sürelerinin uzunluğu, coğrafi uzaklık ve kapasite yetersizliği gibi yapısal sorunlarla karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu durum literatürde göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminde sıkça raporlanan yapısal engellerle paralellik göstermektedir (WHO, 2019).

Katılımcılardan biri bunu şu şekilde ifade etmiştir: “Randevu almak çok zor, haftalarca beklediğim oluyor. Dil bilmediğim için sistem bana daha da karmaşık geliyor.” (K4)

Tema 2: Sağlık Sistemini Anlama ve Kullanma Güçlükleri

Dil bariyeri, sağlık okuryazarlığı eksikliği ve sistemin işleyişine ilişkin bilgi yetersizliği önemli bulgular arasındadır. Katılımcıların çoğu MHRS sistemi, sevk zinciri ve haklar konusunda yeterli rehberlik alamadıklarını ifade etmiştir. Bu bulgular mevcut literatürde göçmenlerin sağlık sistemine uyum konusunda yaşadığı zorluklarla uyumludur (Derose et al., 2007).

Kategori 2: Hastaların Yaşadığı Deneyimler

Tema 3: Sağlık Personeli ile İletişim Deneyimi

Göçmenler, sağlık çalışanlarıyla iletişimde iki temel sorun belirtmiştir: dil kaynaklı anlaşmazlıklar ve kültürel farklılıklardan doğan etkileşim güçlükleri. Bazı katılımcılar personelin sabırlı ve destekleyici olduğunu belirtirken, bazıları yeterince empati gösterilmediğini dile getirmiştir.

“Doktor beni anlamıyor, ben onu anlamıyorum. Tercüman olsa her şey daha kolay olur.” (K7)

Tema 4: Memnuniyet ve Güven Algısı

Bulgular, hizmete yönelik memnuniyetin büyük ölçüde iletişim kalitesine bağlı olduğunu göstermiştir. Sağlık çalışanlarının tutumunun hastaların sağlık hizmetine güven algısını doğrudan etkilediği görülmektedir. Bu durum Andersen’in sağlık hizmeti kullanım modeliyle uyumludur; modele göre “algılanan hizmet kalitesi”, hizmet kullanımını etkileyen önemli bir belirleyicidir (Andersen, 1995).

Kategori 3: Sağlık Çalışanlarının Yaşadığı Güçlükler

Tema 5: İş Yüğü ve Tükenmişlik

Görüşmelere dahil edilen sağlık çalışanları, göçmen yoğunluğunun iş yükünü artırdığını, bunun da tükenmişlik hissine yol açtığını belirtmiştir. Literatürde, göçmen popülasyonu ile çalışan sağlık profesyonellerinin ek iş yükü ve kültürel uyum sorunları nedeniyle daha yüksek stres yaşadığı ifade edilmektedir (Priebe et al., 2016).

Tema 6: Mesleki Zorluklar

Dil bariyeri, hasta profili çeşitliliği, kültürel uyum sorunları ve hatalı anlaşılma riski en sık dile getirilen zorluklardır.

Kategori 4: Göçmenlerin Beklentileri

Tema 7: Erişilebilirlik ve Hız

Göçmenler daha hızlı randevu, daha az bekleme süresi ve sağlık çalışanlarına daha kolay ulaşım talep etmektedir.

Tema 8: Kültürel ve Dilsel Uyum Talepleri

En sık tekrar eden beklenti, tercüman desteği ve kültürel açıdan duyarlı hizmet sunumudur. Bu bulgu, uluslararası çalışmalarla (Hadgkiss & Renzaho, 2014) doğrudan örtüşmektedir.

Kategori 5: Uyum ve Entegrasyon Süreci

Tema 9: Sosyal ve Sağlık Sistemine Uyum

Göçmenler hem sosyal yaşamda hem de sağlık sistemi içinde uyum sürecinin uzun ve zorlu olduğunu ifade etmiştir. Dil öğrenme, ekonomik koşullar ve ayrımcılık deneyimleri bu süreci olumsuz etkileyen faktörler arasındadır.

“Sistemi anlamak zaman alıyor. Dil bilince her şey daha kolay ama o da aylar sürüyor.”
(K9)

Kategori 6: Öneriler ve İyileştirme Alanları

Göçmenler ve sağlık çalışanları, hizmetin iyileştirilmesine yönelik ortak önerilerde bulunmuştur:

- Tercüman ve kültürel aracı istihdamı
- Sağlık okuryazarlığı eğitimleri
- Personel sayısının artırılması
- Randevu sisteminin sadeleştirilmesi
- Göçmenlere yönelik bilgilendirme materyallerinin hazırlanması

Bu öneriler, literatürde göçmen sağlığına ilişkin iyi uygulama modelleriyle uyumludur (OECD, 2023).

Literatür

Küresel ölçekte artan göç hareketleri, sağlık hizmetlerine erişimde göçmenlerin karşılaştığı eşitsizlikleri sağlık politikalarının ve akademik yazının merkezine taşımıştır. Literatür, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin yalnızca bireysel ihtiyaçlarla değil; yasal statü, sosyoekonomik koşullar, dil ve kültürel uyum ile sağlıksistemlerinin yapısal özellikleri tarafından belirlendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle düzensiz göçmenler ve sığınmacılar, idari engeller, finansal kısıtlar ve ayrımcılık nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bununla birlikte, dil bariyerleri ve düşük sağlık okuryazarlığı, mevcut hizmetlerin etkin kullanımını sınırlandıran önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu bağlamda literatür, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin çok boyutlu bir çerçevede ele alınması gerektiğini vurgulamakta ve kapsayıcı, kültürel açıdan duyarlı politika müdahalelerinin önemine işaret etmektedir.

Göçmen Sağlığının Belirleyicileri

Sosyal ve Ekonomik Faktörler	Göçe Özgü ve Yapısal Faktörler	Bireysel ve Demografik Faktörler
Sosyoekonomik durum, eğitim, istihdam ve gelir	Göç süreci ve göç yolculuğu	Yaş, cinsiyet ve kalış süresi
Barınma koşulları	Yasal statü ve ayrımcılık	Dil yeterliliği ve kültürel uyum
Sosyal bütünleşme ve sosyal ağlar	Sağlık hizmetlerine erişim	

Düzensiz statü, belge eksikliği ve ayrımcılık; sağlık hizmetlerine erişimde engeller yaratmakta, stresi artırmakta ve sağlık sonuçlarını kötüleştirmektedir (Rada vd, 2022; Spoel vd,2019; Fleischman vd,2015; Bustos vd, 2024).

Finansal kısıtlar, sigorta eksikliği, dil engelleri ve sağlık sistemlerine aşina olmama gibi faktörler hizmet kullanımını azaltmaktadır (Song vd,2025; Rada vd, 2022; Spoel vd,2019; Fleischman vd,2015; Suo vd, 2023).

Zayıf dil becerileri ve kültürel uyumsuzluk, hizmetlere erişimi ve toplumsal katılımı engelleyerek sağlık üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (Bhatia vd, 2024; Immordino, 2024; Bustos,2024).

Göçmen sağlığı; sosyal, ekonomik, yapısal ve göçe özgü faktörlerden oluşan çok katmanlı bir ağ tarafından belirlenmektedir. Bu alanın iyileştirilmesi; sosyoekonomik koşulları güçlendiren, sağlık hizmetlerine erişimdeki engelleri azaltan, sosyal bütünleşmeyi teşvik eden ve göç ile yerleşim sürecinde karşılaşılan özgün zorlukları dikkate alan politikaları gerektirmektedir.

Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimini Etkileyen Faktörler

Yasal ve İdari Engeller	Finansal ve Yapısal Engeller	Dil, İletişim ve Sağlık Okuryazarlığı	Kültürel ve Sosyal Faktörler	Sistemsal ve Sağlayıcı Kaynaklı Engeller	Kolaylaştırıcı Faktörler
Yasal statü	Yüksek maliyetler ve sigorta eksikliği	Dil engelleri	Kültürel inançlar ve damgalanma	Kültürel açıdan yetkin bakımın ve yeterli tercüman hizmetlerinin olmaması	Sosyal ağlar, toplum temelli kuruluşlar ve kültürel açıdan duyarlı saha çalışmaları
Karmaşık idari süreçler ve haklara ilişkin bilgi eksikliği	Cepten ödemeler ve katkı payları	Düşük sağlık okuryazarlığı	Sağlık çalışanları veya toplum kaynaklı ayrımcılık ve yabancı düşmanlığı	Kaynak kısıtları ve sağlık çalışanları üzerindeki ağır iş yükü	Politika müdahaleleri
	Coğrafi uzaklık ve sağlık tesislerinin dengesiz dağılım		Toplumsal cinsiyet rolleri ve güç dengesizlikleri		

Yasal statü (ör. belgesiz göçmen, sığınmacı, mülteci) temel bir belirleyicidir; düzensiz ya da belirsiz statü çoğu zaman erişimi kısıtlamakta veya yalnızca acil bakım ile sınırlamaktadır (Chiarenza vd, 2019; Salman vd, 2025; Zaini vd,2025).

Karmaşık idari süreçler ve haklara ilişkin bilgi eksikliği, kâğıt üzerinde haklar mevcut olsa dahi erişimi daha da zorlaştırmaktadır (Suphanchaimat et al.2015 ve Chiarenza vd, 2019).

Yüksek maliyetler ve sigorta eksikliği, özellikle evrensel kapsamanın olmadığı ülkelerde veya belgesiz göçmenler için başlıca engellerdir (Salman vd, 2025; Loganathan vd,2019; Tan et al.vd,2021).

Cepten ödemeler ve katkı payları, hem birinci basamak hem de uzmanlık hizmetlerinin kullanımını caydırmaktadır (Nisar vd, 2025; Tan vd,2021).

Coğrafi uzaklık ve sağlık tesislerinin dengesiz dağılımı, özellikle iç göçmenler ile kırsal veya kent çeperlerinde yaşayanlar için erişimi azaltmaktadır (Song vd,2025; Li vd,2024).

Dil engelleri, anlama, bilgilendirilmiş onam ve bakım kalitesini etkileyerek erişimi zorlaştıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır (Bilican vd,2025; Sawadogo vd, 2023; Jia,2025).

Düşük sağlık okuryazarlığı ve ev sahibi ülkenin sağlık sistemine aşinalık eksikliği, hizmetlerin bulunması, yönlendirilmesi ve kullanımını güçleştirmektedir (Lebano vd,2020 ; Filmer vd,2023; Li vd,2024).

Sağlık çalışanları veya toplum kaynaklı ayrımcılık ve yabancı düşmanlığı, göçmenlerin sağlık hizmeti arayışını daha da caydırmaktadır (Nisar vd,2025; Gil-Salmerón vd., 2021;Genç vd, 2023).

Toplumsal cinsiyet rolleri ve güç dengesizlikleri, özellikle kadınların hassas hizmetlere erişimini olumsuz etkilemektedir (Bilican vd,2025; Darebo vd,2024; Stanzel vd,2025).

Kültürel açıdan yetkin bakımın ve yeterli tercüman hizmetlerinin olmaması, etkili iletişimi ve güven ilişkisini sınırlamaktadır (Bilican, 2025; Sawadogo vd,2023; Gil Salmerón et al.2021; Suphanchaimat vd.2015).

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi; yasal, finansal, dilsel, kültürel ve sistemsel faktörlerin karmaşık etkileşimiyle şekillenmektedir. Bu engellerin aşılması; eşgüdümlü politika yaklaşımları, kültürel açıdan yetkin bakım uygulamaları ve hedefe yönelik destek mekanizmalarıyla göçmen nüfuslar için adil ve eşit sağlık hizmeti sunumunu gerektirmektedir.

Genel Değerlendirme ve Sonuç

Verilerin analizi sonucunda sağlık hizmetlerine erişim, hasta deneyimleri, sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorluklar, göçmenlerin beklentileri ve uyum süreçleri olmak üzere beş ana kategori ortaya çıkmıştır. Bu kategoriler altında toplanan temalar, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişim sürecinde hem yapısal hem de iletişimsel engellerle karşılaştığını göstermektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü ve kültürel/dilsel bariyerler

nedeniyle hizmet sunumunda zorlandığı görülmektedir. Temalar, hem hasta memnuniyetinin hem de hizmet kalitesinin artırılması için sistemsal iyileştirme gereksinimlerini ortaya koymaktadır.

Bulgular genel olarak göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde hem yapısal hem de iletişimsel engeller yaşadığını, sağlık çalışanlarının ise yoğun iş yükü ve kültürel bariyerler nedeniyle zorlandığını göstermektedir. Bu temalar, sağlık hizmet sunumunda kültürel duyarlılığın, dil desteğinin ve sistem iyileştirmelerinin önemini ortaya koymaktadır. Elde edilen sonuçlar, politik açıdan göçmenlere yönelik bütüncül, kapsayıcı ve erişilebilir sağlık hizmeti modellerinin geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini belirleyen yasal, ekonomik, dilsel ve kültürel engellere ilişkin mevcut literatürle yüksek düzeyde uyum göstermektedir. Özellikle yasal statü, finansal kısıtlar ve dil bariyerlerinin hizmet kullanımını sınırlandırdığına yönelik sonuçlarımız, farklı ülke ve örneklemelerde yürütülen önceki çalışmaların bulgularını destekler niteliktedir. Bu uyum, araştırma sonuçlarımızın kuramsal çerçeveye tutarlılığını ve literatürde ortaya konan yapısal eşitsizliklerin güncelliğini koruduğunu göstermektedir.

Not: Bu çalışmada, araştırmanın kapsamı ve veri erişim sınırlılıkları nedeniyle, bağımsız ikinci kodlayıcı, katılımcı doğrulaması ve uzman görüşü adımları uygulanamamış, dolayısıyla bulgular tek araştırmacı perspektifinden yorumlanmıştır.

Kaynakça

Aday, L. A., & Andersen, R. (2004). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

Asylum Information Database. (n.d.). Country Report: Türkiye – Health Care. Sığınmacı Bilgi Veritabanı.

Bilican, S., et al. (2025). Access to mental healthcare for refugees, asylum seekers and migrants: An umbrella review of barriers. *BMJ Open*. [https://doi.org/\[DOI\]](https://doi.org/[DOI])

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Planı. (n.d.). Leave no one behind. Erişim tarihi: 04.12.2025,

<https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>

Bhatia, P., et al. (2024). Exploring social determinants of mental health of older unforced migrants: A systematic review. *The Gerontologist*.

Cuadra, C. B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *European Journal of Public Health*, 22(2), 267–271.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049>

Chiarenza, A., et al. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure.

Darebo, T. D., et al. (2024). The sexual and reproductive healthcare challenges when dealing with female migrants and refugees in low and middle-income countries: A qualitative evidence synthesis. BMC Public Health.

Daşlı, Y., & Bulut, E. (Ed.). (2019). Sağlık sosyolojisi. Anı Yayıncılık, Ankara, ss. 231–267.

DergiPark. (n.d.). Göç araştırmaları – Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimi. DergiPark.

Filmer, T., et al. (2023). Barriers and facilitators experienced by migrants and refugees when accessing pharmaceutical care: A scoping review. Research in Social & Administrative Pharmacy (RSAP).

Fleischman, Y., et al. (2015). Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as a case study. Social Science & Medicine, 147.

Genç, H. D., et al. (2023). Migrants' access to healthcare services: Evidence from fieldwork in Turkey. New Perspectives on Turkey.

Gil-Salmerón, A., et al. (2021). Access to healthcare for migrant patients in Europe: Healthcare discrimination and translation services. International Journal of Environmental Research and Public Health.

Hatipoğlu, S. S. (2024). Disparities in access to healthcare among immigrants in Türkiye. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 24(63)

Immordino, P., et al. (2024). Migration, urbanism and health: Moving toward systems-informed policy and practice. F1000Research.

İlhan, M. N. (2015). Göç ve sağlık. SASAM Enstitüsü Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı.

<https://www.ttb.org.tr/goc/dsogocvesaglik.docx>

Jia, H. (2025). Language barriers and health inequality: Examining access to healthcare for migrants with chronic illnesses in China. Public Health.

Keleşmehmet, H. (2018). Dünyada ve Türkiye’de göçmen sağlığı. Journal of Turkish Family Physician, 9(4), 119–126.

<https://doi.org/10.15511/jtftp.18.00419>

Kirişçi, K. (2014). Syrian refugees and Turkey’s challenges: Going beyond humanitarianism. Brookings Institution.

Lebano, A., et al. (2020). Migrants’ and refugees’ health status and healthcare in Europe: A scoping literature review.

Li, D., et al. (2024). Spatial variations in health service utilization among migrant population: A perspective on health equity. Frontiers in Public Health.

Loganathan, T., et al. (2019). Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. PLOS ONE.

Mülteciler Derneği. (2018). Türkiye'deki Suriyeli sayısı (Aralık 2018).Erişim tarihi: 10.05.2025, <https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/>

Nisar, M., et al. (2025). Exploring healthcare access challenges among South Asian migrants in Australia: A mixed-method study. Health Promotion Journal of Australia.

OECD. (2018). Working together for local integration of migrants and refugees. OECD Publishing.

Obozna, A., Romanenkov, Y., Revenko, D., Lebedchenko, V., Hatylo, V., Yermolayeva, H., Bogatyrev, K., Roshchin, I., Iakovunyk, O., & Iakovunyk, D. (2021). Factors of migration processes influence human potential development in Ukraine. Academy of Strategic Management Journal, 20(Special Issue 6), 1–8

Öztürk, A. (2017). Göçlerin kadın sağlığına etkileri. Türkiye Klinikleri Public Health – Special Topic, 3(1), 41–48.

Rada, I., et al. (2022). A comparative analysis of health status of international migrants and local population in Chile: A population-based, cross-sectional analysis from a social determinants of health perspective. BMC Public Health, 22.

Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet, 381(9873), 1235–1245.

Sağlam, S. (2006). Türkiye'de iç göç olgusu ve kentleşme. Türkiyat Araştırmaları Dergisi, 5, 33–44.

Salman, A. A., et al. (2025). Access barriers to healthcare for undocumented migrants in low- and middle-income countries: A qualitative systematic review. Journal of Immigrant and Minority Health.

Sawadogo, P. M., et al. (2023). Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. PLOS ONE. [https://doi.org/\[DOI\]](https://doi.org/[DOI])

Suphanchaimat, R., et al. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. BMC Health Services Research.

Spoel, E., et al. (2019). Migrants' social determinants of health: Living conditions, violence exposure, access to healthcare. European Journal of Public Health, 29.

Song, Y., et al. (2025). Factors influencing health service utilization among 19,869 China's migrant population: An empirical study based on the Andersen behavioral model. Frontiers in Public Health.

Suo, Z., et al. (2023). A study on the factors influencing the utilization of public health services by China's migrant population based on the Shapley value method. BMC Public Health.

Stanzel, K., et al. (2025). Midlife care to migrant women: Primary healthcare providers' beliefs about barriers and facilitators. Primary Health Care Research & Development.

Şavran, T. G. (2025, Kasım 12). Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta eşitsizlikler. SD Platform.

<https://sdplatform.com/sagligin-sosyal-belirleyicileri-ve-saglikta-esitsizlikler/>

Stubbe Østergaard, L., Norredam, M., Mock-Munoz de Luna, C., Blair, M., Goldfeld, S., & Hjern, A. (2017). Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. European Journal of Public Health, 27(5), 869–873.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx083>

Tan, S. T., et al. (2021). Social capital in the prevention and management of non-communicable diseases among migrants and refugees: A systematic review and meta-ethnography. BMJ Global Health.

T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı. (n.d.). Geçici koruma.Erişim tarihi: 19.05.2025,

<https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>

T.C. Sağlık Bakanlığı. (n.d.). Sağlık hizmetleri – SIHHAT Projesi.Erişim tarihi: 15.05.2025,https://www.sihhatproject.org/saglik_hizmetleri.html

Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. (2013). 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu.

Uçan, A. (2020). Türkiye’de göçmenlerin hukuki statüsü ve geçici koruma. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 78(2), 45–68.

UN. (2023). International Migration Report. United Nations Department of Economic and Social Affairs.

UNHCR. (2018). Syria Emergency.Erişim tarihi: 10.05.2025,

<http://www.unhcr.org/tr/en/syria-emergency>

UNICEF. (1948). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi.Erişim tarihi: 06.05.2025,

https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html

United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. (1966). International Convention on Economic, Social and Cultural Rights.Erişim tarihi: 10.05.2025,

<https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

Uslu, Y. D. (2018). Göç ve sağlık: Sağlık politikaları I. Medipol Üniversitesi Yayınları.

WHO. (2014). Health of migrants – The way forward. World Health Organization.

World Health Organization. (n.d.). Constitution.Erişim tarihi: 14.05.2025,

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research*, 18(1), 30.

<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2838-y>

<https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit/essential-knowledge-health-and-migration>

BÖLÜM 4

ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ PAZARLAMASINDA SÜREÇ YÖNETİMİ

Murat BAYAT¹

Fuat YALMAN²

Giriş

Türkiye, Dünyanın en iyi 10 sağlık turizmi destinasyonu arasında yer almaktadır. Türkiye'de sağlık turizminin üç büyük avantajı; uygun fiyat, yüksek kaliteli bakım ve birinci sınıf tedaviye anında erişimdir. Türkiye'nin sunduğu en büyük fayda, diğer ülkelere kıyasla maliyet açısından önemli ölçüde tasarruf sağlamasıdır. Birçok prosedür Türkiye'de, AB'de aynı tedaviden %50 ila %70 daha ucuza mal olur. Ayrıca Türkiye'deki tedavi maliyetleri Avrupa, Kuzey Amerika ve İngiltere'deki fiyatlardan %70-90 daha düşüktür. Sağlık turizminde Türkiye'nin 2023 hedefi 1,5 milyon sağlık turisti ve 10 milyar dolar sağlık turizmi gelirine ulaşmaktır. Türkiye, dört saatlik uçuş mesafesinde yaklaşık bir milyar insana ve 57 ülkeye hitap eden önemli bir coğrafi konuma sahiptir. Türkiye, Türk Hava Yolları gibi dünyada birçok noktaya (120 ülke, 299 şehir ve 302 havalimanı) uçuş yapan bir ulusal havayolu markası ile ulaşım kolaylığı sayesinde sağlık turizmi için en ideal bölge olarak değerlendirilmektedir.

Asya'daki ülkeler özellikle ortopedi ve kardiyak cerrahide popülerlik kazanmıştır. Medikal turizm konusunda altyapısını iyi kurmuş olan Hindistan, Singapur ve Tayland büyük ve modern tıbbi olanaklara sahip sağlık kuruluşları ve karmaşık prosedürleri yerine getirebilen iyi eğitilmiş doktorları ile çok sayıda hastayı ülkelerine çekmekte; bu hizmetten iyi bir gelir elde etmektedir. Hindistan, Tayland, Singapur, ABD, Malezya, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya, Kosta Rika Medikal turizm sektöründe ilk 10' da yer almaktadır. Daha sonra gelen ülkeler ise Polonya, Suudi Arabistan, İsviçre, Arjantin, Birleşik Arap Emirlikleri, Türkiye, Çin, İspanya, İngiltere, Avustralya, Küba, Fransa, Panama, Filipinler, Belçika, Karayipler, Macaristan, İsrail, Japonya, Monako, Yeni Zelanda, Güney Kore, Tayvan, Tunus olarak sıralanmaktadır (SATURK, 2022).

Ülkemiz, 28 ülke ile ikili sosyal güvenlik sözleşmesi imzalamış olup bunlardan 23 tanesi yürürlüktedir. Sözleşmesi yürürlükte olan ülkeler, İngiltere, Almanya, Hollanda, Belçika, Avusturya, İsviçre, Fransa, Danimarka, İsveç, Norveç, K.K.T.C., Makedonya, Azerbaycan, Gürcistan, Kanada,

¹ Doç. Dr., Düzce Üniversitesi, Uluslararası Ticaret ve Finansman Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-0029-948X

² Doç. Dr., Düzce Üniversitesi, Sağlık Turizmi Anabilim Dalı, ORCID ID: 0000-0002-1041-1837

Kebek, Romanya, Çek, Bosna-Hersek, Arnavutluk, Lüksemburg, Libya ve Hırvatistan'dır. Güvenlik Sözleşmesi imzalanmış olup, henüz yürürlüğe girmemiş olan ülkeler ise Slovakya, Sırbistan, Karadağ, İtalya ve Güney Kore'dir (TURSAB, 2022).

1. Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar

Sağlık için seyahat etmek, kendi başına ciddi bir faaliyettir ve bir tatil olarak tanımlanamaz. Bir iş gezisine giderken nasıl tatil demiyorsak, sağlık için seyahat de sıradan bir turistik faaliyet olarak tanımlanmamalıdır. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kavramları birbirine karıştırılmamalıdır. İnsanların yalnızca sağlıkları için seyahat edebileceği gerçeği kabul edilmelidir ve sağlık turizmi rutin turizm faaliyeti ve anlayışı kapsamı dışında olmalıdır. İnsanların hazır tatile gitmişken bir de burnumu yaptırayım demeyeceği gerçeği kabul edilmelidir. Sağlığı için seyahat eden kişilerin amacı, tatil yapmak değil sağlıklarına kavuşmaktır. Türkiye'de bu organizasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış, yasalara ve mevzuata uygun olarak sağlık kurumları ile eşgüdümlü şekilde çalışan aracı kurumlar tarafından yapılmalıdır.

Yurtdışı hastalarının karar verme süreçleri yapısı gereği, sıkıcı ve oldukça zordur. Bu sebepten de, girişimciler için "ihtiyaca dayalı" bir pazar boşluğu ve özel bir iş fırsatı söz konusudur. Bir müteşebbis, sağlık hizmet sunucuları (yurtdışındaki hastaneler, klinikler ve/veya doktorlar) ile hastalar arasında aracı olarak işlev gören bir şirket kurabilir. Hasta ve yakınları için uçak ve konaklama organizasyonları ve hastane-otel arası transfer gibi ek hizmetleri sunulabilir ve bir uluslararası sağlık hizmetleri aracı kuruluşu gibi faaliyet gösterebilir.

Danışman firmalar; hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında aracı olarak çalışırlar. Danışman firmalar, yurtdışı hastalarının medikal durumları ve istekleri doğrultusunda, uygun sağlık kuruluşunun bulunması konusunda hastanın danışmanı ve temsilcisi olarak hizmet verirler. Müşteri bulma ve yönlendirme fonksiyonlarıyla, o ülkenin tıp turizminin "kapı-bekçisi" ve hasta ile yüz yüze temas kuran ilk kuruluştur. Tarafsız ve objektif bir kaynak olarak görüldüklerinden, danışman firmalar ülkelerin ve o ülkelerdeki sağlık kuruluşlarının lansmanını daha iyi yapabilirler. Danışman firmalar sağlık kuruluşları bulma ve yönlendirmede yalnızca hastanın bir temsilcisi gibi hizmet etmezler, aynı zamanda diğer süreçlerde hastanın savunucusu yardımcısı ve destekçisi olurlar ki bu hastanın kendi ülkesinden başlar ve yurtdışında tedavisinin bitimine kadar devam eder (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012).

Seyahat acenteleri veya hasta yönlendiriciler; seyahat acenteleri seyahat veya tur paketi organizasyonları için yardım hizmetleri veren (örn. vize için gerekli belgelerin temini, havayolu ve otel rezervasyonları vb.) ve hastane seçimi yardımı sağlayan acentelerdir. Tıp Turizmi ile ilgilenen seyahat acenteleri veya hasta yönlendirici firmaların, genellikle medikal alanda ya da sağlık

sigortacılığında tecrübeleri yoktur. Bu firmalar hastanelerden aldıkları “Komisyon Ücreti”ne bağlı olarak çalışırlar. Tıbbi işlemlerle ilgili ve tedavinin nasıl sonuçlandığı konularında herhangi bir yükümlülükleri veya bir hizmetleri bulunmamaktadır. Söz konusu, gidilecek ülkeye, kültüre ve diline aşina olan hastalar tıp turizminde seyahat acentelerini seçmeye meyillidirler. Ancak, bu alanda aktif olarak faaliyet gösteren seyahat acenteleri, tıp turizminin geliştirilmesi ve bu alanda farkındalığın oluşturulmasında mesajın “ağızdan ağza” yayılmasında yardımcıdırlar.

Yardımcı (asistan) firmalar; genellikle poliçe sahibi yabancıların kendi sigorta şirketleri ile irtibatları sırasındaki ilk aracı kuruluş olarak işlev görürler. Aracı kuruluşlar arasındaki farklılıkları ve hedeflenen tüketici kitlesini daha iyi anlamak adına, iş amaçlı ya da gezi amacıyla başka ülkelere seyahat eden ve aynı zamanda kendi ülkelerinden sağlık poliçesi olan yurtdışı vatandaşları için asistanlık hizmetleri verirler. Medikal amaçlı başka bir ülkede tedavi olmak amacından çok, iş veya gezi amaçlı seyahat eden turistin sağlığına yönelik hizmetlerdir. Yardımcı firmalar bulundukları ülke toplumunun kültür ve sağlık hizmet sunucularının standart ve yetkinliklerine oldukça aşinalardır. Bulundukları ülkede derinlemesine bilgi sahibi olduklarından, poliçe sahiplerinin hastanede yatmaları durumunda, kendi irtibat ağlarındaki hastanelerden en uygun tedaviyi bulma yetkinliğine sahiptirler.

Yabancı ülkelerdeki sağlık hizmeti sunucularının ya gelinen ülkenin bir hastanesi ile bağlantısı olabilir ya da tıbbi anlamda sadece yurtdışından gelen hastalara hizmet veriyor olabilir. Hastaların tedavi sonrası bakımın önemi hakkındaki artan farkındalığına paralel olarak, bu aracı kuruluş modelinin ilerleyen zaman içerisinde daha fazla popüler olacağı ve talep göreceği söylenebilir. Kişi yurtdışında tedavisine karar verdiği zaman, önünde iki seçenek vardır ya ilgili organizasyonları tamamıyla kendisi yapacaktır ya da aracı şirketlerden yardım alacaktır. Birinci ve en önemlisi, tıbbi amaçlı yapılacak seyahat, sıradan bir turizm faaliyeti olarak görülmemelidir. Bilakis, tıbbi hizmetlerinden daha iyi ve başarılı bir sonuç almak için tüm işlemler özenle ve ciddi bir şekilde ele alınmalıdır. Bundan dolayı, aracı şirketler aşağıda tarif edilen rolleri yerine getiriyor olmalıdır:

- Hastaların sağlık kuruluşu, hastane ve/veya uzman hekim seçiminde daha iyi karar verebilmeleri için kişisel asistanlık hizmetleri sunmak,
- Hastane ve/veya doktorla iletişim kurmak,
- Hastanın tıbbi durumuna ve ihtiyacına göre, seyahat ve konaklama, otel hastane arası transfer, havaalanından alma gibi tıbbi amaçlı seyahat programını koordine etmek,
- Memnun edici ve kaliteli sağlık hizmeti alınması, tedavi süreçlerinin kesintisiz olarak planlanması ve yönetimi için gerekli desteğin sağlanmasıdır.

Gidilecek ülkede faaliyet gösteren tıp turizmi danışman şirketlerinden beklenen roller aşağıda sıralanmıştır:

- Kaliteli sağlık hizmeti veren hastanelerin araştırılması ve ziyaret edilmesi,
- Hastaneler ve hastane personeli ile sıkı ilişki içinde olmak,
- Tam tıbbi süreçlerin plan ve programını yapmak,
- Yedi gün 24 saat 365 gün ulaşılabilir ve yardım etmeye hazır olmak,
- Hasta güvenliği ve daha iyi sonuç almak için tüm gerekli yardımcı hizmetler portföyüne sahip olmak,
- Havaalanından alma ve havaalanına bırakma,
- Tıbbi hizmetlerin sunum şekli ve yerel kültüre ait detaylı bilgiler vermek,
- Hastaneden otele ve otelden hastaneye transfer ve doktor randevularının temini,
- İletişim araçları ile hasta ve yakınlarıyla “sürekli temas” halinde olma,
- Hastanın iyileşme süreçleriyle ilgili tecrbe sahibi olup, yardımcı olabilmektir.

İyi bir danışman firmada bulunması gereken zellikler:

- Sağlıkta sektörel deneyim,
- İyi organizasyon becerisi,
- Takım alışması ve farklı kültürlerle bir arada çalışmada mükemmel performans,
- Mükemmel sözlü ve yazılı iletişim becerisi,
- Kaos ortamında ve stres altında çalışabilme,
- Geçmişte yabancı ülkelerde çalışmış ve/veya yaşamış olma durumu. Bu zellik, danışman firma çalışanına hastanın nasıl hissettiği, A noktasından B noktasına giderken hastanın karşılaşabileceği engelleri daha iyi anlama açısından çok yardımcı olacaktır.
- Empati, dakiklik, güvenilirlik,
- Pazarlığa dayalı iletişim ve çatışma yönetimi olması gereken diğer bazı karakter özellikleridir.

Aracı kurum, yurt dışında ofisler açarak ya da internet üzerinden pazarlama yaparak elde ettikleri hasta bilgilerini, temsilcileri tarafından merkeze yönlendirilmelidir. Aracı kurumun kadrosunda bulunan danışman hekimler tarafından değerlendirilen bilgiler bir formda toplanmalıdır. Bu bilgiler, aracı kurumun anlaşmalı olduğu hekim ve hastanelere gönderilmelidir. Gelen tedavi planları ve fiyatlar, yeni bir form oluşturularak aracı kurum vasıtasıyla hastaya iletilmelidir. Hasta ülkemize gelmeyi kabul ettiği takdirde kendisine uçak bileti ve konaklama konusunda yardımcı olmak, aracı kurumun önemli görevlerinden birisidir. Ülkemize geldiğinde havaalanı transferleri, hastane girişleri ve tercümanlık hizmetleri aracı kurum tarafından sağlanmalıdır.

Web portalında hastanın sadece cinsiyet, kan grubu, yaşı gibi bilgileri değil, anamnezi ve sağlık geçmişine dair bilgiler de yer almalıdır. Hastanın, şikâyetini ve şikâyet geçmişini, alerji, sürekli kullandığı ilaçlar gibi sağlık geçmişi bilgilerinin girilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın, geçmişteki tedavileri, geçirdiği ameliyatları, eklemek istediği özel bilgileri girebileceği ve kan tahlili, MR, röntgen gibi dosyaları yükleyebileceği alanlar oluşturulmalıdır. Danışman firmalar tıp turizmi ile ilgili işlemlerde yeterli tecrübeye sahip olup, hastaların ödeme, sigorta, konaklama, hastaneye ve hastaneden transfer gibi konularda kaygı ve sorularını gidermede yardımcı olurlar. Danışman firmalar hastane, gidilecek ülke, tıbbi süreçler ve sunulan yardımcı servisler konusunda tek bir yer aracılığı ile bilgi edinip seçim yapma imkânı sunarlar.

Tıp turizmi danışman firmalar, o ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunumuna oldukça aşina olup, tedaviyi uygulayacak doktor ve sağlık çalışanları ile doğrudan iletişim içerisindeyler. Danışman firmalar o ülkenin dilini, kültürünü, doktor ve bölge insanı ile iletişim kurma yollarını bilirler. Bazı aracı firmalar, hastalar kendileri yaptırdıklarında ödeyecekleri normal fiyata göre daha ucuz olan hepsi bir arada tıp turizmi paketleri sunarlar. Hükümetlerin tıp turizmi aracı firmalarıyla ilgili gözetim ve sertifikasyon uygulama eksikliğinden dolayı, firmaların misyon, vizyon ve büyüklüklerine bağlı olarak, hizmet kalitesi farklılıklar göstermektedirler. Sınırlı sayıda anlaşmalı sağlık kuruluş ağının olması, aracı kuruluşun hastanın tedavisini kendi anlaşmalı olduğu hastanelerden birisinde yaptırmak yönündeki yanlış tutumunun öne çıkması sonucunu doğurmaktadır (UNWTO, 2019).

Taraflar arasında aracı kişi ve Kuruluşların kullanılması, hata ve yanlış bilgilendirilme riskini her zaman artırmaktadır. Danışman firmaların hizmetleri için bir ücret alması, hasta için ek ödeme maliyeti doğurmaktadır. Aracı kurum, yurt dışında ofisler açarak ya da internet üzerinden pazarlama yaparak elde ettikleri hasta bilgilerini, temsilcileri tarafından merkeze yönlendirilmelidir. Aracı kurumun kadrosunda bulunan danışman hekimler tarafından değerlendirilen bilgiler bir formda toplanmalıdır. Bu bilgiler, aracı kurumun anlaşmalı olduğu hekim ve hastanelere gönderilmelidir.

Gelen tedavi planları ve fiyatlar, yeni bir form oluşturularak aracı kurum vasıtasıyla hastaya iletilmelidir. Hasta ülkemize gelmeyi kabul ettiği takdirde kendisine uçak bileti ve konaklama konusunda yardımcı olmak, aracı kurumun önemli görevlerinden birisidir. Ülkemize geldiğinde havaalanı transferleri, hastane girişleri ve tercümanlık hizmetleri aracı kurum tarafından sağlanmalıdır. Webportalda hastanın sadece cinsiyet, kan grubu, yaşı gibi bilgileri değil, anamnezi ve sağlık geçmişine dair bilgiler de yer almalıdır. Hastanın, şikâyetini ve şikâyet geçmişini, alerji, sürekli kullandığı ilaçlar gibi sağlık geçmişi bilgilerinin girilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın, geçmişteki tedavileri, geçirdiği ameliyatları, eklemek istediği özel bilgileri girebileceği ve kan tahlili, MR, röntgen gibi dosyaları yükleyebileceği alanlar oluşturulmalıdır.

2. Sağlık Turizminde Satış ve Pazarlama

Sağlık hizmetleri pazarlaması; bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hasta olan bireylerin bu sağlık hizmetlerini kullanmaya yönlendirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Sağlık turizm pazarlaması ise; ulusal ve uluslararası sağlık kurumlarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde, bireylerin sağlıkları ile ilgili isteklerini ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetlerin ve hizmete bağlı ürünlerin üretilmesi, fiyatlandırılması, dağıtımı ve tutundurulması faaliyetlerine yönelik planlama ve uygulama sürecidir. Sağlık turizmi pazarlamasının gelişmesinin nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Artan maliyetlerin yarattığı baskı,
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin ihtiyaç ve isteklerindeki artış ve buna karşı tüketici tatminindeki azalma,
- Özel sağlık hizmeti sunan kurumların sayısındaki artış,
- Sağlık hizmeti sunan personelin uzmanlaşması değişen hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi,
- Teknolojinin gelişmesi,
- Hastanın çevrimiçi olanakları kullanarak sağlık hizmetleri arasında karşılaştırma yapabilmesi,
- Artan gelir seviyesi sebebiyle beklentilerin artması şeklindedir.

Sağlık turizminde pazarlamanın rolü aşağıdaki şekliyle ifade edilebilir:

- Kurumun çevresel faktörlerini tanımak ve anlamak (Yasal çevre, teknolojik çevre vb.)
- Pazardaki rekabet koşullarını anlamak,
- Tüketici satın alma karar sürecini ve bu süreci etkileyen faktörleri anlamak,
- Sağlık turizm pazarını tüketici nezdinde bölümlere ayırmak ve her bölüm için ayrı hizmet üretmek,
- Hangi hizmetlerin üretilceğine ve sunulacağına karar vermek,
- Var olan tüketiciler ve potansiyel tüketiciler ile iletişim kurmak ve uzun süreli ilişkiler geliştirmek,
- Sağlık turizmi hizmetlerinin fiyatlarını belirlemek ve diğer pay sahipleri ile anlaşma yapmak (özel sigortalar, kurumsal müşteriler v.b.)
- Sağlık turizmi hizmetlerinin dağıtımı için aracılarla ilişkiler geliştirmektir.

Günümüzde artan sağlık hizmeti sunum alternatifleri ile bireylerin artan ihtiyaç çeşitlilikleri ve beklentileri, bu ihtiyaçların karşılanmasını amaçlayan ülkeler için sağlık turizminde pazarlama kavramına ve stratejisine gittikçe daha fazla önem kazandırmaktadır. Markalaşma ise pazarlama stratejisinin en önemli nihai amacıdır ve pazarlama stratejisi çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Zaman içerisinde pazarlama stratejisi yaklaşımları teknoloji ve hasta beklenti ya da tercihlerindeki gelişmelere paralel olarak değişebilmektedir.

Sağlık turizminde markalaşabilmek için ülkelerin öncelikle doğru pazarlama stratejisini geliştirmesi, ürün ve satış odaklı yaklaşımdan pazarlama odaklı yaklaşıma geçişi sağlaması gerekmektedir. Sunulan her sağlık hizmeti uluslararası arenada pazarlanabilir değildir. Son birkaç yıl içerisinde, Türk Sağlık Turizmi hizmet sağlayıcıları, ülkemize gelen sağlık turistine değişken ve tutarsız düzeylerde markalaşma, pazarlama, müşteri deneyimi ve mükemmellik sunarak Türk Sağlık Turizmi markasının zayıflaması sonucunu doğurmuşlardır. Türkiye’deki Sağlık turizminin geleceği için; birleştirilmiş, tutarlı ve sürdürülebilir bir marka oluşturulması için yapılması gereken pazarlama faaliyetleri şunlardır:

- SATURK, hasta/deneyimi, farklı hedef konumlar, itibar ve marka bilinirliği spektrumunun her iki yanında pazarlama stratejisi ve müşteri hizmetleri değerlendirmesi yapmalıdır,
- Sağlık turizmi marka temas noktalarındaki pazarlama ve müşteri hizmetleri sistemlerinin etkililiğini değerlendirmek için yerinde hizmetler yürüterek her birinde sunulan hasta deneyimi ölçümlenmeli,
- Hazır olmayan ya da kısmen hazır olan sağlık hizmeti türlerinin uluslararası tanıtım bağlamında değerlendirilmemesi gereklidir.
- Örneğin; bir sağlık tesisi ruhsatında olduğu halde yatırımını tamamlamadığı bir uygulamayı kataloglarına koymamalıdır, öncelikle bu olanakların pazarlama ve tanıtıma hazır hale getirilmesi gerekmektedir,
- Sağlık turizmi tanıtımında kullanılan bütünleşik pazarlama elemanları, geliştirilmelidir.

Pazarlama amaçlı halkla ilişkiler medikal turizm tanıtımında yoğun olarak kullanılmaktadır. Örneğin; Business Today gazetesinin 11 Mart 2007 tarihli sayısında medikal turizmin büyüyen bir sektör olduğu anlatıldıktan sonra, Hindistan’ın bu sektörde gösterdiği başarıdan bahsedilmiştir. Haberin devamında ise Hindistan’daki hastanelerin ve doktorların kalitesinden bahsedilmektedir. Bu yazı haber olarak hazırlanmış bir halkla ilişkiler (Public Relations) çalışmasıdır. Sağlık turizm tanıtımında ağızdan ağıza (mouth-to-mouth) veya söylenti yoluyla (word-of-mouth) pazarlamanın yerini hiçbir teknikle doldurmak mümkün değildir. Söylenti ya da ağızdan ağıza pazarlama sağlık alanında oldukça etkili bir tanıtım yöntemidir. Aynı zamanda hastanın beklentilerini anlamak ve sorunlarına çözüm olmak kulaktan kulağa pazarlamanın başarılması için gereklidir (UNWTO, 2021). Etkili bir sağlık turizmi pazarlaması için dikkat edilmesi gerekenler şu şekildedir:

- Teknik açıdan güçlü bir web sitesi,
- Güçlü bir CRM (satış-pazarlama-hizmet) altyapısı,
- İçeriği güçlü bir kategori ağı,
- Hedef kitleye uygun önerilerin yer aldığı güçlü bir blog,
- Yerel işletme platformlarında güçlü profiller,
- YouTube başta olmak üzere video platformlarında güçlü ve anlamlı içerikler,
- Güçlü ve kurallara uygun bir sosyal medya yönetimi,
- Ülke, şehir, bölge bazlı uygun ve güçlü reklamlar

Sağlık turizmi pazarlamasında yapılan güncel hatalar:

- Yüksek beklentiler,
- Gerçek dışı beklentiler,
- Eksik yatırımlar,
- Rekabete hazır olmadan rekabete girmek,
- Her hizmeti birden sunmaya çalışmak,
- Hitap etmek istenen kesimi iyi belirleyememek,
- Yetersiz hazırlıklar.

Sağlık turizminde kalite, eğitim ve kalifiye insan kaynağı sürdürülebilirlik açısından vaz geçilmez bir unsurlardır. Sağlık turizmi dünyada hızla yükselen bir trenddir ve sağlık alanında global rekabet alanıdır. Bu rekabette sadece ucuz sağlık hizmet üreten ve yüksek teknoloji kullanan uzun süre kazanamayacaktır. Belki kısa süreli bir başarı elde edebilirler. Ancak uzun süre kazanacak olanlar; iyi eğitilmiş, iyi iletişim kurabilen, kalifiye insan kaynağı olan ve bunun neticesinde de kaliteli sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları, daima sağlık turizminde kazanacaktır ve zirvede kalacaktır. Sağlıkta hastalar ile iletişim, bilgi ve kalite en önemli unsurdur.

Hizmet sunduğumuz hasta, özellikle farklı ülkeden, farklı kültürden ve farklı dilden olduğundan dolayı eğitim ve hastalarla iletişim mutlak bir gereklilik, olmazsa olmaz bir unsurdur. Bir kuruluşun sağlık turizmindeki başarısı ve sürdürülebilir olması, onun hastayla iyi iletişim içinde olmasına bağlıdır. Bunu başarmak içinde sağlık personeli ve sağlık dışı teknik ve ara personellerin hepsinin farklı farklı seviyelerde sağlık turizmi ile ilgili hizmet içi eğitimi şarttır.

Uluslararası hastalar, önce kaliteli bir sağlık hizmeti alabileceği ülkeyi ve sağlık kuruluşunu arar ve bulur. Ancak bu hastaların önündeki en büyük sorun dil problemi, iletişim ve kültür farkıdır. Bir sınır ötesi hasta söz konusu sağlık kuruluşuna gitmek için iyi iletişim kurabileceği, güler yüzlü, derdini anlayacak ve orada kendini yabancı hissettirmeyecek sağlık çalışanlarını bulmak ister. Tabi ki tüm bunları sağlayabilmek için sağlık turizmi hizmeti sunan kuruluşunun sahibi, yöneticisi, sağlık

personeli ve ara personelleri öncelikli olarak sağlık turizminin ne olduğunu iyi anlamalılar ve uluslararası hastalara hizmet sunumundaki tüm süreçleri iyi bilip bu süreçleri etkin bir şekilde yönetebilmeliler.

Etkin bir tanıtım kampanyası başlatılmalı. Sağlık ve eğitim kurumları eşgüdümlü bir şekilde dünyaya anlatılmalı. Sağlık turizmi ve eğitim turizmi iki ayrı sektör olarak birbiri ile etkin bir koordinasyon ile bağlanmalıdır. Bu iki sektör özellikle tanıtımlarda ve tercümanlık konusunda birbirini desteklemelidir. Örneğin ülkemizde okuyan uluslararası öğrenciler, sağlık turizminde tanıtım elçisi ve SET kurumlarında tercüman olarak part time istihdam edilmelidir. Bu konuda acil olarak yasal düzenlemeler çıkartılmalıdır. Bu durum uluslararası öğrencilere hem ek gelir olur hem de ülkemizde okumalarını daha cazip bir hale getirir. Sağlık turizmi ve eğitim turizmi iki ayrı sektör olmasına rağmen tek elden koordine edilmeli ve bu iki sektör özellikle tanıtımlarda birbirini desteklemelidir.

Yurtdışından hasta getirme sürecinin en kritik noktası talep toplamaktır. Bu noktada dijital pazarlamanın sağlık turizminde en efektif yöntem olduğunu söyleyebiliriz. Öncelikle kliniklerin ya da hastanelerin hangi tedavileri uyguladığını öğrenmek gerekir. Daha sonra satış ekibine, ekosistemdeki uygun hedef pazarlar belirlenerek listelenir. Ardından ortaklaşa belirlenen dijital pazarlama planı ile satış süreci başlatılır. Kliniklerin doktor kadrosunun büyüklüğüne göre en uygun talepler alınır. Kliniklerin ağırladığı yabancı hastaların hangi ülkelere geldiği ve bu hastalara hangi tedavilerin uygulandığı gibi bilgiler çok önemlidir. Bu bilgiler ile hasta sayısını artırmak veya yeni pazarlara açılma stratejisini belirlemek mümkündür. Dijital reklamlar kurgulanırken satış ve hasta ilişkileri ekibinin hangi dillerde destek verdiği gibi konuların öncelikler arasında olması büyük önem taşımaktadır.

3. Sağlık Turizminde Tanıtım

Sağlık turizmi tanıtımı, “sağlık turizmi ürünlerinin” tanıtılması bağlamında değerlendirilmelidir. Sağlık turizmi ürünü, “insanların sağlık hizmetine olan ihtiyaçlarından doğan ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek nitelikte olan mal ve hizmetleri alabilmek için yaptıkları hareketliliğe bağlı, çok faktörlü hizmetlerin karışımından oluşan bir paket” olarak tanımlanabilir. Sağlık turizminde tanıtma faaliyetinin odak noktası hedefin iletişim yoluyla bilgilendirilmesidir. Tanıtım, “bir kişi, topluluk veya kurum” tarafından hedef kitleyi, “uygun yöntem, teknik ve iletişim araçlarından yararlanarak”, bir durum veya olay konusunda aydınlatmak veya bir tutum ya da davranışa yöneltmek ve satın almaya ikna etmek için kullanılan tüm iletişim yöntemleri ile yapılan bilinçli etkinlikler olarak tanımlanmaktadır.

Ülkemiz için sağlık turizmi tanıtımının amacı, “sahip olduğumuz tıbbi tecrübe, teknolojik altyapı ve sağlık tesisleri gibi değerlerin uluslararası kamuoyuna anlatılması, açıklanması ve duyurulması yolu ile ülke sağlık hizmetlerine yönelim açısından olumlu bir imaj yaratılmasına çalışmaktır. Aynı zamanda bu tanıtma, sağlık hizmeti alma talebinde olan insanların ilgilerini ülkemizin kaliteli sağlık hizmetlerinin üzerine çekmek için bilgi vermek, telkinde bulunmak, imaj yaratmak suretiyle sağlık hizmetlerinin satın alınmasını kolaylaştırmaya yönelik etkinlik, araç ve teknikleri içeren bir iletişim olayıdır.

Genel olarak sağlık turizmi tanıtımı; reklam, halkla ilişkiler, propaganda ve enformasyon gibi yöntemlerin planlı ve koordineli olarak hedef ülkelerin özelliklerine göre kullanılması amaçlı kitlelerle iletişim kurulması olarak tanımlanabilir. Sağlık turizminde kalite, akreditasyon, gelişmiş ülkelere benzerlik ve hedeflenen kişinin dilinde konuşulması motive edici tanıtım unsurlarıdır. Sağlık turizmine yönelik talep oluşturmak için, sağlık turizminde ölü sezon yoktur. Ürünlerinin tanıtımı sürekli olmalıdır. Sağlık turizminin genel ekonomik şartlardan az etkilenmesi, önce kalite sonra fiyat odaklı olması, hastaların sağlık tesisi seçimini genellikle görmeden yapması, yoğun rekabet ortamı nedenleri ile doğru tanıtım hamlesi ve bilgilendirme büyük önem arz etmektedir.

Sağlık turizmi içerikli tanıtım faaliyetleri, hastaların karar alma sürecinde yönlendirici bir rol oynamaktadır. Aynı anda birçok ülkenin benzer ya da yakın tanıtım faaliyeti yaptığı unutulmamalıdır. Sağlık hizmetlerinin bilinirliğini arttırmak için yapılan tanıtımın önemini dört başlık altında özetlemek mümkündür:

- Ülkeye yönelik sağlık turizmi hareketleri artış eğilimindeyse, tanıtım faaliyetleri bu artışın hızını arttırabilir.
- Etkin bilgi aktarımı, özgün işlemlerin, başarılı hekimlerin ve mükemmeliyet merkezi sağlık tesislerinin akılda kalmasına yardımcı olur.
- İstikrarlı ve süreklilik arz eden tanıtım faaliyetleri uzun dönemde ülkeye yönelik ve daha önce olmayan bir sağlık turizmi hareketi oluşturabilir.
- Çeşitli nedenlerle çıkan ya da çıkartılan olumsuz bilgilerin tanıtımı yapılan ülkeye doğru olan sağlık turizmi hareketinin yönelimleri üzerindeki etkisini azaltabilir.

Sağlık turizmi tanıtım faaliyetlerinin temel kuralları aşağıda sıralanmıştır (SATURK, 2019):

Basitlik Kuralı; sağlık turizminde yönlendirme mesajlarının sade ve kolay akılda kalacak şekilde, anlaşılır bir dille verilmesi gerekmektedir. Özellikle tıbbi terimlerin basitleştirilmesi ve hedef ülkedeki hedef kitlenin anlayabileceği bir dille aktarılması önemlidir. Örneğin eğer hedef ülke Türkiye ise “transplantasyon” yerine “nakil” kelimesinin tanıtımlarda kullanılması daha akılda kalacak mesajın iletilmesini sağlayacaktır.

Çekicilik Kuralı; hedef kitleyi arzulan tarzda yönlendirebilmek ve istendik davranış değişikliği sağlayabilmek için tanıtımda kullanılan mesajların çekiciliği anlamına gelir. Sağlık turizmi tanıtımında çekicilik kuralı, insanlarda sağlık hizmeti talebi oluşturmak değil, var olan bir sağlık hizmeti ihtiyacı konusunda yönlendirme yapmak amacı taşır.

Kanıt Gösterme Kuralı; sağlık turizmi tanıtım faaliyetlerinde kalite öncelenmeli ve bunun için kanıt gösterilmelidir. Özellikle uluslararası bilimsel dergilerde yayınlanmış makalelere gönderme yapmak, akreditasyon belgesine vurgu yapmak suretiyle görüş veya vaadin fiziksel olarak da kanıtlanması önemlidir.

Tekrar ve Süreklilik Kuralı; sağlık turizminde tanıtım faaliyetlerinin değişik kanıtlarla tekrarı kişilerin yönlendirilmesinde etkili olmaktadır. Bu nedenle kullanılan araçların değiştirilerek tekrar edilmesi ve süreklilik sağlanması yoluna gidilmelidir.

Koordinasyon ve Eşgüdüm Kuralı; bu kural çerçevesinde, tanıtma faaliyetlerine dahil olan kamu ya da özel kuruluşlar arasında sıkı bir işbirliği sağlanmalıdır. Başarılı bir sağlık turizmi tanıtımı, ilgili kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyon ile mümkündür. Benzer yapı ülkemizde de SATURK olarak yapılandırılmıştır.

Abartıdan Uzak Doğruluk ve İnandırıcılık Kuralı; her türlü sağlık hizmeti veya sağlık tesisinin tanıtımının en önemli kuralı, doğruluk ve inandırıcılıktır.

Zamanlama Kuralı; şüphesiz dış tanıtımın başarısı, tanıtmanın yapılacağı zamanın uygun bir şekilde seçilmesine bağlıdır. Politik açıdan tanıtımın zamanlaması kavramı, tanıtım yapılacak ülke ile siyasal ilişkilerin normal olduğu bir dönemde yapılmasını ifade etmektedir. Finansal anlamda zamanlama, özellikle ekonomik faaliyetlerin normal durumunu koruduğu dönemlerde tanıtımın yapılmasını ifade etmektedir.

4. Sağlık Turizminde Markalaşma

Verilen hizmetlerin görünmez nitelikte (soyut) olması, üretim ve tüketiminin eş zamanlı olması, stoklanamamaları, müşterilerinin hizmetle ilgili değerlendirme yapamayacağı boyutlarda teknik bilginin bulunması, güven unsurunun önemi ve hizmet kalitesinin ancak deneyim kazanıldıktan sonra anlaşılması sağlık sektöründeki hizmetlerin başlıca özellikleridir. Sağlık sektöründe teknik bilgi yoğun olarak kullanıldığından tüketicilerin işletmeler arası karşılaştırma yapması zor olmaktadır. Markalaşmayla tüketicilerde sağlık işletmelerinin kaliteli hizmet verdiği algılamasının oluşturulması gerekmektedir. Marka tüketicilere güven verdiği ve belirli kalite düzeyini temsil ettiği için sağlık sektörünün markalaşması, tüketici tatmininin sağlanması ve işletme gelirlerinin artması için gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda çok güçlü bir marka olarak tanınan hastane ve hekimler, hastaların zihninde çok büyük bir yer işgal ederler. Bir hastane markası fiyatlandırma, müşteri hizmetleri, personel davranışları ve tesis görünümü gibi ayırt edici ve hafızada yer eden kimlik oluşturma özellikleri ile tanımlanabilir. Sağlık bakımı gibi kesintisiz hizmet vermek zorunda olan sağlık işletmelerinin (hastanelerin) hastaları ile olan ilişkileri marka ile başlamaktadır. Araştırmacılar; marka adı ve temsil ettiği hizmetin, bir hastane için en önemli aktif ve yeni müşteriler/hastalar kazanmak ve onlarla ilişki kurmak için temel oluşum olduğu konusunda hemfikirdirler.

Sağlık hizmeti sunumunda marka oluşturmak demek; müşterilere kalitenin ilk ve en önemli şey olduğunu vaat etmek anlamına gelmektedir. Hizmet markası, fiziksel tesis, konfor, fiyat, yerleşim ve avantajlar gibi unsurları da kapsamaktadır. Sağlık sektöründe markalaşma, hastalarla güçlü ilişkilerin kurulmasını ve bu ilişkilerin uzun süreli olmasını sağlamaktadır. Bu da sağlık işletmelerinin marka değerini artırmaktadır. Hizmet alımı esnasında doktorların hastalarla samimi olmaları ve onlara sevgiyle yaklaşmaları doktorlara güveni artırmaktadır. Bu psikolojik olarak hassas olan hastalarda işletmeye olan güveni de artırmaktadır. Dolayısıyla markalar tüketici davranışlarını ve tutumlarını etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinde markalaşma çabaları, tüketici kolaylığı, uygulama ortamı ve profesyonel tutum sayesinde sağlık hizmetleri ihtiyaç ve isteklerine odaklanarak tüketicilere yardımcı olabilir. Dolayısıyla markalaşma çabaları klinik hizmetlerde mükemmelliğe ulaşmada etkili rol oynayabilir. Ayrıca markalaşma çabaları sağlık hizmet profesyonellerine sağlık hizmet pazarlamacılarına karşı mevcut veya eski güvenilir hastalarını kullanarak pazarlama mesajlarını yayarak farkındalığı artırmayı sağlayabilir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde markalaşma, farkındalığın yanı sıra güven ve standardizasyonun sağlanmasında da katkı sağlamaktadır.

İnternette gezinerek mevcut hastalığının tedavisine çözüm arayan potansiyel uluslararası hizmet alıcısı hastanın sizin hastanız olmasını sağlayacak en büyük unsur; güvendir. Her defasında her bir hasta için tekrar ve tekrar birebir çalışma yapmak mümkün olmadığından “güven” bir marka üzerinden kalıcı olarak sağlanabilir; “güvenilir marka” olarak hastanın sizi tercih etmesi için size ait en az bir özelliğe güven duyması gerekecektir. Güven satın alınabilir bir ürün değildir, onun kazanılması gerekir. Birçok sektörde olduğu gibi sağlık turizmi sektöründe de güven ancak markalaşma çalışmaları ile oluşturulabilir. Markalaşmanın ana hedefleri ve iyi bir markanın özellikleri şöylece sıralanabilir:

- Farklı olduğunun hatırlanmasını sağlamalı yani kolayca hatırlanmalı,
- Rakiplerine karşı farklılığı vurgulamalı yani farklılaşmalı,
- Dikkat çekmelidir.

Sağlık turizminde markalaşma söz ve taahhüt ile başlar. Sağlık hizmeti almaya talep olanlar yani kendilerinin ya da yakınlarının sağlıklı olmaları için çaba gösteren bireyler marka'da iyileşme halinin sağlanacağına dair bir kıvılcım yakalamak isterler. Sağlık sektöründe özellikle başka bir ülkeden hastaya marketlerde ürün satmaya çalışan satıcılar gibi yaklaşmak doğru değildir. Kişiyi sağlık hizmeti sunma talebinde olan sağlık profesyoneli veya sağlık tesisi aynı zamanda o kişinin sağlığı ile ilgili ya da yaşamı ile ilgili sorumluluk da almaktadır. Bu nedenle satışa zorlama yerine bilgilendirerek karar almasına ya da tercih etmesine yardım etme şeklinde yaklaşmak sağlık turizminde daha doğrudur.

En önemli çözüm anahtarı farkında olmadan bilgi aktarılmasının sağlanmasıdır. Temel şikâyeti yürüme güçlüğü olan ve kilo vererek ya da daha fazla fiziksel aktivite veya termal sağlık tesisinde rehabilitasyonla tedavi olacağına inanan bir hastanın, gerçekte var olan diz eklemi problemi ve gerekli olan diz protezi ameliyatı için yapılacak yönlendirme görüşmeleri bir anlamda eğitimidir. Doğru olan hamle hastanın talep ettiği değil, hastanın ihtiyacı olan tedavi seçeneğinin hastaya uygulanmasıdır. Doğrudan abdominoplasti ameliyatı için hizmet talep eden obez bir hastanın sistemli bir diyet tedavisi obezite sorununu çözebilir. Kısa vadede bir gelir kaybı gibi görünecek bu tür tıbbi bilimsel uygulamalar orta vadede markalaşmanın en önemli unsuru olan “güven” oluşmasını sağlayacaktır.

Markalaşmanın en önemli unsuru “güven” dir. Sağlık sektöründe yapılan profesyonel bir hizmetin pazarlanması ve satılmasından değil, öncelikli olarak karşılıklı ilişkinin ve güvenin kurulmasıdır. Ancak, sadece doğru bir bilgiyi iyi bir şekilde verdi diye hastalar sağlık tesisi konusunda karar vermezler. Yapılan işe güven duyulmasını sağlamalı ve duyulan güveni boşa çıkarmayacak kalifiye sağlık çalışanları ve teknolojik yeterlilikte sağlık tesisi konusunda gerekli tanıtım yapılmalıdır. İyi bir marka olmak için sadece güvenilir değil aynı zamanda farklı olmak da gereklidir. Hastalar kendi ihtiyaçlarına göre en uygun olan güvenilir kurumları/hekimleri seçmektedirler.

Bir sonraki basamakta ise farklı olmanın yanında daha iyi olunduğuna dair ikna edici olunmalıdır. Hastaların, özellikle gelişmiş ülkelerden yola çıkacak hastaların sağlık sorunlarının çözümü için aradıkları seçenekte fiyat farklılığı birinci motivatör faktör değildir. Sağlık hizmeti alırken sağlıklarından olmamak adına hastalar başka bir ülkenin sağlık sistemine daha eleştirel bakabilmektedirler. Marka en genel olarak sağlık hizmeti talebinde olan kişiler için güven sağlayarak tercih kararlarında belirleyici olabilirken; sağlık hizmeti sunucuları için hem bir maliyet ve sorumluluk, hem de uzun dönemde sürdürülebilirlik garantisidir. Marka, sağlık turizmi özelinde sunulacak hizmetin benzer hizmet sunucularından daha rahat ayırt edilmesine, hizmetin tanıtılmasına,

farklılık yaratılmasına, sektörde ülke ya da kurum imajının yerleştirilip tutundurulmasına, son noktada ise hizmete güven duyularak tercih edilmesine yardımcı olur.

Sağlık turizmi açısından değerlendirdiğimizde güçlü bir marka oluşturmaın en önemli unsurlarından biri, sağlık turizmi için gelen kişinin hizmet sonrası tatmin olmuş bir şekilde ülkesine dönmesidir. Dolayısıyla ülkesine memnun olarak dönen her turist, markayı daha da güçlendirmektedir. Hastanın beklentilerini anlamak ve sorunlarına çözüm olmak kulaktan kulağa pazarlamanın başarılması için gereklidir. Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve talepte bulunanlara hizmetin sağlanmasına yönelik çalışmalar pazarlama faaliyetlerinin tüm sektörlerdeki temel ilkeleri içerisinde cereyan etmektedir.

Hastanın probleminin ve beklentilerinin anlaşılması bunun sunulan hizmet ürünleri ile örtüştürülmesi beraberinde sağlık tesisi öncesi ve tedavi sonrası sürecin olası taleplerinin yerine getirilmesi bütünlüğünün sağlanması sağlık hizmetlerinin markalaşabilmesi için gereklidir. Sınır ötesi bir hastanın bir sağlık tesisini mevcut sağlık sorunu ile ilgili olarak önceleyebilmesi için birincil olarak ülkenin sağlık hizmetleri açısından marka değerinin, ikincil olarak ise kurumun marka değerinin olması gereklidir. Sağlık turizminde markalaşabilmek için ülkelerin öncelikle doğru pazarlama stratejisini geliştirmesi, ürün ve satış odaklı yaklaşımdan pazarlama odaklı yaklaşıma geçişi sağlaması gerekmektedir. Sunulan her sağlık hizmeti uluslararası arenada pazarlanabilir değildir. Sürdürülebilir bir markalaşma için kalite gerekli bir ön koşuldur, fakat yeterli değildir. Markalaşma kaliteyi beraberinde getiren ve onu sürükleyen bir faktördür (World Tourism Organization and European Travel Commission, 2018).

Markalaşmış bir sağlık hizmeti kurumu veya sunumu farklı olsun ya da olmasın, sağlık hizmeti talebinde olanların gözünde diğerlerinden daha üst pozisyonadadır. Bu da ülke ve kurumalar için rekabette üstünlük elde etmeye olanak sağlamaktadır. Geçmişten günümüze kadar Türk Sağlık Turizmi hizmet sağlayıcıları, ülkemize gelen sağlık turistlerine; değişken ve tutarsız düzeylerde markalaşma, pazarlama, müşteri deneyimi ve mükemmellik sunarak Türk Sağlık Turizmi markasının zayıflamasına neden olmuşlardır.

Birleştirilmiş, tutarlı ve sürdürülebilir bir Türk sağlık turizmi markasının oluşturulması için; sağlık turizminde “Türkiye markası” hakkındaki kafa karışıklığı azaltılmalı, yerinde hizmetler yürüterek her birinde sunulan hasta deneyimi ölçümlenmeli, akredite edilmiş kuruluşlardan her biri için hasta deneyiminin güçlü ve zayıf yönleri yapılacak çalışmalarla tespit edilmeli, hizmet sunan tüm kurumlarda ilgili bölüm çalışanlarına, tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında yapmaları gerekenler konusunda eğitim verilmeli başarılı bir “Türkiye Markası” destekçileri olmaları sağlanmalı ve bu konuda kurumlar/bireyler teşvik edilmelidir.

Sağlık hizmeti sunucularından toplanacak verilere göre marka ve pazar değeri en yüksek olan 10 başlık (hastaneler, SPA lar, oteller, havayolları şirketleri, havaalanları, şehirler vb.); değerlendirilerek seçilmelidir. Sağlık Turizmi hizmet sunucularının web sitelerinin değerlendirilmesi hazırlanan bir kriterler listesine göre yapılmalıdır. Uluslararası rekabetteki en iyi uygulama örnekleriyle karşılaştırmalar yapılmalıdır. Elde edilen verilere göre sağlık turizmi hizmet sunucularında çalışanlar ile (yönetim, çalışanlar, hastalar, tedarikçiler) yapılacak görüşmeleri de içeren, yerinde ziyaretler gerçekleştirilerek güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar belirlenmelidir. Sağlık turizmi hizmet sunucularında hasta hizmetleri ve uluslararası hasta departmanı hizmetleri de dâhil olmak üzere hasta deneyiminin çeşitli yönlerinin yerinde değerlendirmesi gerçekleştirilmelidir. Katılan sağlık turizmi hizmet sunucuları ile değerlendirmelerin bulguları üzerinden geçerek özel eyleme geçirilebilir tavsiyeleri içeren özgün bir rapor hazırlanmalıdır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2024).

Kaynakça

- SATURK (2019). Sağlık Turizminde Mevzuat ve Teşvikler. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10953/0/11pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 14.12.2022).
- SATURK (2022). Dünya’da Sağlık Turizmi. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10945/0/03pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 19.07.2022).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi El Kitabı (2012). Sağlık Turizmi El Kitabı 2012. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR,1117/saglik-turizmi-el-kitabi-2012.html> (Erişim Tarihi: 10.01.2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi El Kitabı (2012). Sağlık Turizmi El Kitabı 2012. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR,1117/saglik-turizmi-el-kitabi-2012.html> (Erişim Tarihi: 10.01.2025).
- TURSAB (2022). Sağlık Turizmine Yönelik Ticaret Bakanlığı Tarafından Verilen Desteklerin Genişletilmesi Hakkında Duyuru. <https://www.tursab.org.tr/duyurular/saglik-turizmine-yonelik-ticaret-bakanligi-tarafindan-verilen-desteklerin-genisletilmesi-hakkinda-duyuru> (Erişim Tarihi: 12.12.2022).
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2024). On İkinci Kalkınma Planı 2024-2028. <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari/> (Erişim Tarihi: 3.11.2025).
- Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (2022). Sağlık Hizmeti İhracatı İçin Destek Paketi Devrede. <https://tobb.org.tr/Sayfalar/Detay.php?rid=27653&lst=MansetListesi> (Erişim Tarihi: 19.11.2022).
- UNWTO (2019). Exploring Health Tourism. https://catedratim.files.wordpress.com/2020/02/unwto_exploringhealthtourism.pdf (Erişim Tarihi: 22.05.2025).
- UNWTO (2021). Basic Tourism Statistics. UNWTO. <https://www.unwto.org/statistic/basic-tourism-statistics>. (Erişim Tarihi: 22.05.2025).
- World Tourism Organization and European Travel Commission (2018). Exploring Health Tourism. Madrid: UNWTO. (Erişim Tarihi: 22.02.2025).

OBEZİTE: SAĞLIK YÖNETİMİ VE HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÇOK BOYUTLU BİR İNCELEME

İlkay SEVİNÇ TURAÇ¹

Melek ÖZTÜRK²

ÖZET

Obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüde aşırı, anormal veya çok fazla yağ birikmesi sonucu oluşan kronik, nüksedici ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Çağımızın en kritik küresel halk sağlığı problemlerinden biri haline gelen obezite, artık yalnızca bireysel bir sağlık problemi değil, aynı zamanda sağlık sistemleri, ekonomi ve toplumsal refah üzerinde derin etkileri olan bir salgın (pandemi) olarak kabul edilmektedir. Bu bölümün amacı, obezitenin boyutunu halk sağlığı ve sağlık yönetimi açısından epidemiyolojik verilerle ortaya koymak, yarattığı çok boyutlu yükü analiz etmek ve bu karmaşık sorunla mücadelede hem halk sağlığı hem de sağlık yönetimi disiplinlerinin bütünleşik bir şekilde nasıl rol alması gerektiğini tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, sağlık yönetimi, halk sağlığı

¹Dr.Öğrt. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0003-2884-8049

²Dr.Öğrt. Üyesi, Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, ORCID:0000-0002-5325-945X

1. GİRİŞ

Obezite, günümüzde yalnızca bireysel yaşam tarzı tercihlerine indirgenemeyecek ölçüde yaygınlaşmış; sağlık sistemlerinin yapısal kapasitesini zorlayan, çok boyutlu ve kronik bir halk sağlığı sorunu hâline gelmiştir. Küresel ölçekte obezite prevalansındaki hızlı artış, sağlık hizmeti sunum modellerinin yeniden düşünülmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durum, obeziteyi yalnızca klinik bir sorun olarak değil; sağlık yönetimi, halk sağlığı, sağlık politikası ve sağlık ekonomisi açısından stratejik bir mesele olarak ele almayı gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı bozacak düzeyde aşırı yağ birikimi olarak tanımlamakta ve obeziteyi bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde en hızlı yayılan risk faktörlerinden biri olarak sınıflandırmaktadır (World Health Organization [WHO], 2024).

Sağlık yönetimi açısından obezitenin önemi üç temel noktada yoğunlaşmaktadır. Bunlar;

1. Sağlık hizmetlerine olan talebi artırması,
2. Sağlık harcamaları üzerinde uzun vadeli baskı oluşturmaması,
3. Sağlık sistemlerinde eşitsizlikleri derinleştirmemesi.

Bu nedenle obeziteyle mücadele, yalnızca bireysel davranış değişikliğine odaklanan dar bir perspektiften değil; sistem temelli, çok sektörlü ve yönetim odaklı bir yaklaşım çerçevesinde ele alınmalıdır.

Önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülen obezite, çağımızda sadece gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri değil az gelişmiş olan ülkeleri de etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü aşırı kilo veya obeziteyi sağlık için risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). Aşırı kilo, aşırı yağ birikimiyle oluşan bir durumdur. Obezite, sağlığı bozabilecek aşırı yağ birikimiyle tanımlanan kronik ve karmaşık bir hastalıktır. Obezite nedeniyle kalp hastalıkları ve tip 2 diyabet riskinde artışlar yaşanmaktadır. Ayrıca, obezitenin üremeyi etkileyebildiği, kemik sağlığını olumsuz olarak etkilediği ve bazı kanser türlerinin oluşumunu artırma riski olduğu bilinmektedir. Obezite, uyku veya hareket gibi yaşam kalitesini etkiler. Aşırı kilo ve obezite tanısı, kişilerin kilosu ve boyu ölçülerek ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanarak yapılır: $\text{kilo (kg)}/\text{boy}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. Vücut kitle indeksi, şişmanlığın bir vekil belirticidir ve bel çevresi gibi ek ölçümler obezite tanısına yardımcı

olabilir. Obeziteyi tanımlamak için kullanılan VKİ kategorileri, bebeklerde, çocuklarda ve ergenlerde yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yetişkinler için aşırı kilo ve obezite şu şekilde tanımlanmaktadır. 25 veya 25 üzeri bir BKİ değeri aşırı kiloyu gösterirken, obezite ise, 30 veya 30 üzeri bir BKİ olarak belirtilmiştir (WHO, 2025c). Obezite ve aşırı kiloya sahip olan bireylerde komorbidite riski oluşmakta, dolayısıyla bu durum ciddi hastalık yüküne sebep olarak bireylerin sağlığını negatif olarak etkilemektedir (Guh et al., 2009).

Obezite, yetersiz beslenmenin çifte yükünün bir parçasıdır ve günümüzde Güneydoğu Asya Bölgesi hariç her bölgede obez insan sayısı, zayıf insan sayısından fazladır. Bir zamanlar yalnızca yüksek gelirli ülkelerin sorunu olarak görülen aşırı kilo ve obezite, bugün dünyada en yüksek yaygınlığa sahip orta gelirli ülkelere yayılmış durumdadır (WHO, 2025).

Obezite ve aşırı kilo sadece sağlığı değil aynı zamanda ekonomi ve sosyal yaşamı da olumsuz olarak etkilemektedir. Aşırı kilo ve obezite, kalp hastalığı, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve felç gibi kardiyovasküler hastalıkları da kapsayan birçok kronik hastalık için önemli bir risk faktörüdür ve bu hastalıklar dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Obezitenin yol açtığı kronik hastalıklar nedeniyle bireylerin yaşam kaliteleri düşmekte ve bireylerin yaşam sürelerini azalmaktadır (Blüher et al., 2023; WHO, 2025a).

2. AŞIRI KİLO VE OBEZİTENİN NEDENLERİ

Aşırı kilo ve obezite, bireysel davranışların ötesinde; biyolojik, çevresel, sosyoekonomik ve politik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan çok boyutlu ve kronik bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı bozacak düzeyde aşırı yağ birikimi olarak tanımlamakta ve temel nedenini “alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik” şeklinde ifade etmektedir (WHO, 2024). Ancak bu enerji dengesizliğinin ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler oldukça çeşitlidir.

Genetik ve Biyolojik Faktörler

Genetik yatkınlık, obezite gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Çalışmalar, obezitenin kalıtsal bileşeninin %40–70 arasında olduğunu göstermektedir (Hruby & Hu, 2015). Ayrıca hormonal dengesizlikler (leptin, insülin direnci, kortizol artışı) iştah kontrolünü ve enerji metabolizmasını etkileyerek kilo artışına neden olmaktadır.

Enerji Dengesizliği ve Beslenme Alışkanlıkları

Obezitenin en temel nedenlerinden biri, yüksek enerjili ve besin değeri düşük gıdaların aşırı tüketimidir. Özellikle doymuş yağ, rafine karbonhidrat ve ilave şeker içeriği yüksek ultra işlenmiş gıdaların yaygınlaşması, günlük enerji alımını artırmaktadır (Swinburn et al., 2019). Fast food tüketiminin artışı, porsiyon büyüklüklerinin genişlemesi ve şekerli içeceklerin sık tüketilmesi obezite riskini belirgin şekilde arttırmaktadır (Malik, Pan, Willett, & Hu, 2013).

Fiziksel Aktivite Azlığı ve Sedanter Yaşam

Modern yaşam tarzı, fiziksel aktivitenin azalmasına yol açmıştır. Masa başı çalışma, motorlu taşıt kullanımının yaygınlaşması ve ekran başında geçirilen sürenin artması, enerji harcanmasını azaltmaktadır (Booth, Roberts, & Laye, 2017). Düzenli fiziksel aktivitenin olmaması, enerji dengesinin bozulmasına ve yağ dokusunun artmasına neden olmaktadır.

Psikolojik Faktörler ve Stres

Kronik stres, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik durumlar, aşırı yeme davranışı ve duygusal yeme ile ilişkilidir. Stres hormonlarından kortizolün uzun süre yüksek seyretmesi, özellikle abdominal yağlanmayı artırmaktadır (Adam & Epel, 2007). Ayrıca uyku süresinin kısalması da iştah düzenleyici hormonları etkileyerek obezite riskini yükseltmektedir (Patel & Hu, 2008).

Sosyoekonomik ve Kültürel Etmenler

Düşük sosyoekonomik düzey, sağlıklı gıdaya erişimin sınırlı olması, güvenli fiziksel aktivite alanlarının yetersizliği ve sağlık okuryazarlığının düşük olması obeziteyle güçlü biçimde ilişkilidir (Drewnowski, 2009). Kültürel beslenme alışkanlıkları, aile yapısı ve toplumsal normlar da bireylerin kilo kontrolünü etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır.

Çevresel ve Politik Faktörler (Obezojenik Çevre)

Obezojenik çevre; sağlıksız gıdaların kolay, ucuz ve erişilebilir olduğu; fiziksel aktivitenin ise zorlaştığı yaşam alanlarını ifade etmektedir. Gıda endüstrisinin agresif pazarlama stratejileri, çocuklara yönelik reklamlar ve yetersiz kamu politikaları, obezite prevalansının artmasına zemin hazırlamaktadır.

Aşırı kilo ve obezite, enerji alımı (beslenme) ve enerji harcaması (fiziksel aktivite) arasındaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Çoğu durumda obezite, obezojenik ortamlar, psikososyal faktörler ve genetik varyantlar nedeniyle çok faktörlü bir hastalıktır. Hastaların bir alt grubunda tek bir ana etiyolojik faktör tespit edilebilmektedir (ilaçlar, hastalıklar, immobilizasyon, iatrojenik prosedürler, monogenik hastalık/genetik sendrom).

Bireylerde, toplumlarda ve farklı ortamlarda obezite olasılığını artıran obezojenik ortam, sağlıklı ve sürdürülebilir gıdaların yerel olarak uygun fiyatlarla bulunabilirliğini sınırlayan yapısal faktörler, tüm insanların günlük yaşamlarına güvenli ve kolay fiziksel hareketlilik sağlayamamaları ve yeterli yasal ve düzenleyici ortamın olmamasıyla ilişkilidir. Aynı zamanda, aşırı kilo alımını ve yağ birikimini erken evrelerinde tespit edecek etkili bir sağlık sistemi yanıtının olmaması, obeziteye doğru ilerlemeyi hızlandırmaktadır (WHO, 2025c).

3. AŞIRI KİLO VE OBEZİTENİN YOL AÇTIĞI SAĞLIK SORUNLARI

Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu sağlık riskleri giderek daha iyi belgelenmekte ve anlaşılmaktadır. Aşırı kilo ve obezite sonucu oluşabilecek hastalıklar aşağıda belirtilmiştir:

- Metabolik Hastalıklar: Obezite, insülin direncinin temel nedenidir ve Tip 2 diyabet gelişim riskini 80 kata kadar artırabilir (Kahn, Hull, & Utzschneider, 2006).
- Kardiyovasküler Hastalıklar: Hipertansiyon, ateroskleroz, miyokard enfarktüsü ve inme riskinde belirgin artış.
- Solunum Sistemi: Obstrüktif uyku apnesi ve obezite hipoventilasyon sendromu,
- Kronik solunum yolu hastalıkları
- Onkolojik Hastalıklar: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'na (IARC) göre, obezite en az 13 farklı kanser türü (meme, kolon, prostat, yumurtalık, endometrium, böbrek vb.) için kanıtlanmış bir risk faktörüdür (Lauby-Secretan et al., 2016).
- Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıkları: Osteoartrit ve kronik bel ağrısı.
- Psikososyal Sonuçlar: Depresyon, anksiyete, sosyal damgalanma ve yaşam kalitesinde düşüş.
- Nörolojik bozukluklar,
- Diyaliz ihtiyacı,
- Sindirim sistemi hastalıkları (Murray et al., 2020; WHO, 2025c).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların riski, kişi sadece hafif kilolu olsa bile artmakta ve vücut kitle indeksi (VKİ) yükseldikçe daha da ciddileşmektedir. Bu durum sağlık sistemlerinde:

- Poliklinik başvurularında artış
- Hastanede yatış sürelerinin uzaması
- Çoklu ilaç kullanımı
- Uzun süreli bakım ihtiyacı gibi sonuçlara yol açmaktadır.

Çocukluk ve ergenlik döneminde aşırı kilolu olmak, çocukların ve ergenlerin acil sağlık durumlarını etkilemekte ve Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi çeşitli BOH risklerinin daha yüksek ve daha erken ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde obezitenin olumsuz psikososyal sonuçları vardır. Damgalanma, ayrımcılık ve zorbalık gibi ele alınabilecek bu olumsuz sonuçlar okul performansını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Obez çocukların, obez yetişkinler olma olasılığı çok yüksektir ve yetişkinlikte BOH geliştirme riski de daha yüksektir.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2022’de tüm dünyada 18 yaş ve üzeri bireylerin neredeyse %16’sının obez olduğu belirtilmiştir. 1990 ile 2022 yılları arasında dünya genelinde obezite yaygınlığı iki kattan fazla artış göstermiştir. 2024 yılında yaklaşık 35 milyon çocuğun (5 yaşın altı) aşırı kilolu olduğu belirtilmiştir. Aşırı kilo ve obezite artık sadece yüksek gelirli ülkelerin sorunu değil, aynı zamanda düşük ve orta gelirli ülkelerin de sorunu haline gelerek artış göstermektedir. 2000 yılından günümüze, Afrika’da, aşırı kilolu çocukların sayısı (5 yaşın altı) yaklaşık %12,1 artmıştır. 1990 yılında çocuklar ve ergenler arasında (5-19 yaş arası) aşırı kilonun (obezite dahil) yaygınlığı %8 iken, 2022 yılına gelindiğinde bu oranın %20 olarak önemli ölçüde arttığı ortaya çıkmıştır. Bu ciddi artışta cinsiyet önemli bir faktör olmayıp hem kadın hem erkeklerde benzerlik göstermektedir. Obezite olarak karşılaştırma yapıldığında; 1990 yılında çocuk ve ergenlerin (5-19 yaş aralığı) yalnızca %2’sinin (31 milyon genç) obez olduğu belirtilmişken, 2022 yılında ise bu oran çocuk ve ergenlerin (5-19 yaş aralığı) %8’inin (160 milyon genç) obez olduğu belirtilmektedir (WHO, 2025c).

OECD verilerine göre obezite, üye ülkelerde toplam sağlık harcamalarının %8–10’una kadarını dolaylı ya da doğrudan etkilemektedir (OECD, 2019). 1980 yılından günümüze diyabet oranları tüm dünyada 4 kat artış göstermektedir (WHO, 2025a).

Düşük sosyoekonomik gruplar da dahil olmak üzere düşük ve orta gelir sınıfına dahil olan ülkelerde de obezite oranlarında bir artış olduğu bilinmektedir. Bunun sonucu olarak, önceden sadece yüksek gelir grubuna sahip ülkelerle ilişkilendirilen bir sorun olan obezite artık küresel bir sorun haline gelmiştir.

4. OBEZİTENİN HALK SAĞLIĞI BOYUTU VE EPİDEMİYOLOJİK ANALİZİ

Obezitenin prevalansındaki küresel artış, endüstriyelleşme, kentleşme ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi küresel trendlerle doğrudan ilişkilidir.

Küresel Prevalans ve Trendler: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bir vücut kitle indeksi (VKİ) 25'in üzerinde ise aşırı kilolu, 30'un üzerindeki bir vücut kitle indeksi ise obez olarak kabul edilmektedir. 2019 yılında, tahmini 5 milyon bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) kaynaklı ölüm, optimumun üzerindeki VKİ'den kaynaklanmıştır. Hem çocuklarda hem de yetişkinlerde aşırı kilo ve obezite oranları artmaya devam etmektedir. 1990'dan 2022'ye kadar, 5-19 yaş arası obeziteyle yaşayan çocuk ve ergenlerin oranı küresel olarak %2'den %8'e dört kat artarken, 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin obeziteyle yaşayan oranı %7'den %16'ya iki katından fazla artmıştır (WHO, 2025). OECD'nin 2019 yılında yayınlamış olduğu rapora göre, 23 OECD ülkesinde yetişkin bireylerin ortalama %58'inin obez veya fazla kilolu olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de fazla kilolu veya obez oranı %64,4 seviyesindedir. OECD raporuna göre dünya nüfusunun %24'ünün 2035 ve sonrasında obez olarak sınıflandırılacağı öngörülmektedir (OECD, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü çocukluk çağı obezitesindeki hızlı artışa dikkat çekmektedir. 5 yaş altı 39 milyon çocuğun aşırı kilolu veya obez olduğunu belirtmektedir (WHO, 2021). Çocukluk çağında obezite, çok çeşitli ciddi sağlık sorunları ve ilgili hastalıkların erken başlangıç riskinin artmasıyla ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, herhangi bir müdahale olmadığı sürece obez olan çocuk ve ergenlerin yetişkinliğe kadar obez kalmaya devam edeceğini göstermiştir (WHO, 2025a).

Türkiye'deki Epidemiyolojik Durum: Türkiye, Avrupa Bölgesi'nde obezite prevalansının en yüksek olduğu ülkeler arasında bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre, obez bireylerin oranı %20,2'dir. Vücut kitle indeksi boy ve kilo değerlerinin hesaplanması ile bulunmaktadır. Cinsiyete göre bakıldığında 2022 yılında Türkiye'de kadınların (%23,6) obez olma durumu erkeklerden (%16,8) daha fazla

bulunmuştur. Cinsiyete göre obez öncesi durum incelendiğinde ise tam tersi erkeklerin obez öncesi durumları (%40,4) kadınlara göre (%30,9) daha fazla olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2022).

5. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AŞIRI KİLO VE OBEZİTENİN EKONOMİK YÜKÜ

Aşırı kilo ve obezite, yalnızca bireysel sağlık sonuçlarıyla sınırlı olmayan; sağlık sistemleri, iş gücü piyasaları ve ulusal ekonomiler üzerinde ciddi baskılar oluşturan küresel bir halk sağlığı ve kalkınma sorunudur. Obezite, birçok kronik hastalık için bağımsız bir risk faktörü olarak sağlık sistemleri üzerinde muazzam bir yük oluşturmaktadır. Obezitenin yol açtığı kronik hastalıklar, sağlık harcamalarını artırmakta; iş gücü verimliliğini azaltmakta ve uzun vadede ekonomik büyümeyi olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle obezitenin ekonomik yükü, günümüzde sağlık politikalarının ve sağlık yönetimi stratejilerinin temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir (WHO, 2024).

Ekonomik Maliyetin Boyutları: Obezite salgınının ekonomik etkileri de önemlidir. Hiçbir şey yapılmazsa, aşırı kilo ve obezitenin küresel maliyetlerinin 2030 yılına kadar yılda 3 trilyon ABD dolarına, 2060 yılına kadar ise 18 trilyon ABD dolarının üzerine çıkacağı tahmin edilmektedir (Okunogbe vd., 2022). Obezitenin ekonomik maliyeti, doğrudan ve dolaylı maliyetler olarak ikiye ayrılır.

Doğrudan Maliyetler: Obezite ve ilişkili hastalıkların tedavisi için yapılan tüm sağlık harcamalarını (hastane, ilaç, teşhis, cerrahi) kapsamaktadır. OECD'ye göre, üye ülkelerde sağlık harcamalarının ortalama %8.4'ü obeziteye atfedilmektedir (OECD, 2019). Türkiye'de de obezite ile ilgili maliyetler sağlık bütçesi üzerinde giderek artan bir baskı oluşturmaktadır.

- Hastane yatışları
- Ayaktan tedavi ve poliklinik hizmetleri
- İlaç kullanımı
- Cerrahi girişimler (ör. bariatrik cerrahi)
- Obeziteye bağlı kronik hastalıkların (DM, KVVH, kanserler) tedavi giderleri

Dolaylı Maliyetler: Erken mortaliteye bağlı üretim kaybı, işgücü kaybı (absenteeism) ve hastalığa bağlı çalışma performansı düşüklüğü (presenteeism) gibi verimlilik kayıpları gibi nedenler dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır.

- İş gücü kaybı ve verimlilik azalması
- Erken emeklilik ve erken ölüm
- Devamsızlık (absenteeism) ve işte verimsizlik (presenteeism)
- Bakım veren yükü ve sosyal transfer harcamaları

Literatürde dolaylı maliyetlerin, toplam ekonomik yükün %50–70’ine kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (OECD, 2019).

Küresel ölçekte obezite ve aşırı kiloya bağlı ekonomik kayıplar, birçok ülkenin GSYH’sinin %2–4’ü düzeyine ulaşmaktadır. OECD verilerine göre:

- Obeziteye bağlı hastalıklar, sağlık harcamalarının ortalama %8–10’unu oluşturmaktadır.
- Obez bireylerin yaşam boyu sağlık harcamaları, normal kilolu bireylere göre %30–40 daha yüksektir.
- Obezite, yaşam süresinde ortalama 2,7 yıl kayba neden olarak dolaylı ekonomik kayıpları artırmaktadır (OECD, 2019).

McKinsey Global Institute tarafından yapılan analizlerde, obezitenin küresel ekonomiye yıllık maliyetinin yaklaşık 2 trilyon ABD doları olduğu; bu rakamın savaşlar ve sigara kullanımının ekonomik maliyetleriyle karşılaştırılabilir düzeyde olduğu vurgulanmaktadır (McKinsey Global Institute, 2014).

Türkiye’de obezite prevalansındaki artış, sağlık harcamaları üzerinde giderek artan bir baskı oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre:

- Türkiye’de yetişkin nüfusta obezite prevalansı %30’un üzerindedir.
- Obezite, özellikle diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar yoluyla sağlık harcamalarını artırmaktadır.
- Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %10’una yakınının, doğrudan ya da dolaylı olarak obeziteyle ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Yapılan modelleme çalışmalarında, Türkiye’de obezite ve aşırı kilonun yıllık ekonomik maliyetinin:

- Doğrudan sağlık harcamaları açısından milyarlarca TL düzeyinde olduğu,

- Dolaylı maliyetlerin (iş gücü kaybı, erken ölüm) doğrudan maliyetlerden daha yüksek seyrettiği bildirilmektedir (Erginöz et al., 2020).

Özellikle çalışma çağındaki nüfusta obeziteye bağlı verimlilik kayıpları, ulusal rekabet gücü ve sürdürülebilir kalkınma açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Obezitenin ekonomik yükü, tedavi odaklı sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini zorlamaktadır. Bu bağlamda:

- Koruyucu sağlık hizmetlerine yatırım, uzun vadede maliyet-etkin bir stratejidir.
- Toplum temelli obezite önleme programları, sağlık harcamalarını azaltma potansiyeline sahiptir.
- Çok sektörlü politikalar (beslenme, ulaşım, şehir planlama) ekonomik yükün azaltılmasında kritik önemdedir.

OECD analizleri, obeziteyi önlemeye yönelik her 1 dolarlık yatırımın, uzun vadede 5–6 dolarlık sağlık ve sosyal maliyet tasarrufu sağlayabileceğini göstermektedir (OECD, 2019).

Dünyada ve Türkiye’de aşırı kilo ve obezite, yalnızca bireysel bir sağlık sorunu değil; makroekonomik etkileri olan yapısal bir sorun olarak ele alınmalıdır. Artan sağlık harcamaları, iş gücü kayıpları ve erken ölümler, obezitenin ekonomik yükünü her geçen yıl daha da artırmaktadır. Bu nedenle obeziteyle mücadele, sağlık politikalarının yanı sıra ekonomik ve sosyal kalkınma stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Aşırı kilo ve obezitenin birçok nedeni önlenabilir ve geri döndürülebilir. Başka faktörler de söz konusu olsa da, obezitenin asıl sebebi tüketilen kalori ile harcanan kalori arasında dengesizlik olmasıdır. Son yıllarda küresel beslenme biçimlerinin değişmesiyle birlikte; yağ oranı yüksek, serbest şeker oranı fazla, enerji yoğun gıdaların tüketiminde artış olmuştur. Ayrıca, birçok iş türünün değişen doğası, ulaşım olanaklarının artması ve şehirleşmedeki artış gibi sebepler fiziksel aktivite de azalmalara neden olmuştur. Aşırı kilo ve obezite riskini azaltmak için yapılması gerekenler;

Kalori miktarını azaltmak (yağ ve şekerlerden alınan),

Günlük meyve, kuruyemiş, baklagiller, sebze ve tam tahılların alımını artırmak,

Çocuklar ve yetişkinler için düzenli fiziksel aktivitede bulunmayı içermektedir.

Bebekler ile ilgili yapılan çalışmalar anne sütünün önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Doğumdan sonraki ilk 6 ay yalnızca anne sütüyle beslenmenin, bebeklerde obez olma ve aşırı kilo riskini azalttığını ortaya koymaktadır (WHO, 2025b).

6. OBEZİTE İLE MÜCADELEDE HALK SAĞLIĞI YAKLAŞIMLARI VE POLİTİKALAR

Halk sağlığı, popülasyon düzeyinde obezite prevalansını azaltmayı hedefleyen, koruyucu ve düzenleyici müdahalelere odaklanmaktadır.

Fiyat Politikaları ve Vergilendirme: Şekerli içeceklere uygulanan "şeker vergisi", tüketimi azaltmada etkili bir yöntem olarak kanıtlanmıştır. Örneğin, Meksika'da uygulanan vergi, satışları bir yıl içinde % 6 oranında düşürmüştür (Colchero, Popkin, Rivera, & Ng, 2016). Benzer şekilde, sağlıklı gıdalara sübvansiyon uygulanması tüketimi teşvik edebilir.

Gıda Ortamının Düzenlenmesi

Okul ve Kamu Kurumu Kantinlerinde Düzenleme: Türkiye'de "Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar ve Eğitim Kurumlarındaki Food Etiketleme" genelgesi, bu alandaki önemli bir halk sağlığı politikasıdır.

Besin Etiketleme: "Trafik Işığı" modeli veya Nutri-Score gibi front-of-pack (ön yüz) etiketleme sistemleri, tüketicilerin daha sağlıklı seçimler yapmasını kolaylaştırmaktadır (Cecchini & Warin, 2016).

Reklam Kısıtlamaları: Özellikle çocuklara yönelik yüksek yağ, tuz ve şeker içeren gıda reklamlarının kısıtlanması yönünde çalışmalar yapılması önemlidir. Türkiye'de yüksek yağ, tuz ve şeker içeren bazı reklamlar yayınlanırken alt yazı geçilerek günde en az 2 porsiyon sağlıklı gıda, sebze ve meyve tüketilmesi gerektiği konusunda uyarılar yapılmaktadır.

Fiziksel Aktiviteyi Teşvik Edici Çevresel Düzenlemeler

Aktif Ulaşım: Bisiklet yollarının yapılması, yaya dostu şehir planlamasına önem verilmesi.

Rekreatif Alanlar: Halka açık parklar, spor tesisleri ve yeşil alanların artırılması.

Toplum Tabanlı Programlar: Yerel yönetimlerin düzenlediği yürüyüş grupları, halk sporları festivalleri.

Sağlık Okuryazarlığı ve Farkındalık Kampanyaları: "Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programları" gibi ulusal kampanyalarla toplumun bilinçlendirilmesi fiziksel aktiviteyi teşvik edici çevresel düzenlemeler arasında yer almaktadır.

7. OBEZİTE YÖNETİMİNDE SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİ

Obezite hastalığının sağlık sistemi içinde etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde yönetilmesi hususunda alınacak önlemler, yapılacak işlemler ile ilgili sağlık yönetimi bakış açısı 3 ana başlık altında aşağıdaki şekilde ele alınmıştır.

Klinik Yönetim ve Kademeli Tedavi Yaklaşımı

Birinci Basamak (Primer Koruma ve Tedavi): Aile hekimlerinin obezite taraması, basit yaşam tarzı danışmanlığı ve risk değerlendirmesindeki rolü kritiktir. Türkiye'de Aile Hekimliği Sistemi, bu hizmetin sunumu için önemli bir altyapı sağlamaktadır.

İkinci/Üçüncü Basamak (Uzmanlaşmış Tedavi): Obezite poliklinikleri ve multidisipliner ekipler (endokrinolog, diyetisyen, fizyoterapist, psikiyatr/psikolog, cerrahi işlemler) bu alanda hizmet vermektedir. Yönetimsel olarak bu ekiplerin koordinasyonu ve hasta akışının optimize edilmesi gereklidir (Yumuk et al., 2015).

Tedavi Seçenekleri: Yaşam tarzı modifikasyonu (diyet, egzersiz, davranış terapisi), farmakolojik tedavi (GLP-1 reseptör agonistleri gibi yeni nesil ilaçlar) ve cerrahi tedavi (bariatrik/metabolik cerrahi).

Sağlık Politikası ve Finansman Modelleri

Sigorta Kapsamı: Obezitenin bir hastalık olarak tanınması ve diyetisyen hizmetleri, ilaçlar ve cerrahi müdahalelerin sigorta kapsamına alınması, tedaviye erişimdeki en önemli engellerden birini ortadan kaldırmaktadır.

Değere Dayalı Ödeme: Geleneksel "hizmet başına ödeme" modeli yerine, kilo kaybı, komorbidite kontrolü ve hasta memnuniyeti gibi sonuçlara dayalı ödeme sistemleri teşvik edilmelidir (Kushner & Kahan, 2018).

Dijital Sağlık ve Teknoloji Entegrasyonu

- **Tele-sağlık:** Kırsal alanlarda veya takip ziyaretlerinde uzaktan hasta takibinin yapılması işlemlerini içermektedir.

- **Mobil Sağlık (mHealth) Uygulamaları:** Gıda günlüğü, aktivite izleme, kişiselleştirilmiş geri bildirim ve online destek grupları ile kendi kendine yönetimi desteklemektedir.
- **Yenilikçi Teknolojiler:** Giyilebilir aktivite izleyiciler ve yapay zeka destekli kişiselleştirilmiş beslenme planları oluşturulmaktadır.

İnsan Kaynakları ve Liderlik: Obeziteyle mücadelede etkin bir multidisipliner ekip kurmak, bu ekibi motive etmek ve sürekli eğitimlerle kapasitelerini geliştirmek sağlık yöneticilerinin liderlik vasıflarını içermektedir.

8. OBEZİTEYİ ÖNLEME VE YÖNETİM

Aşırı kilo ve obezite ile bunlara bağlı bulaşıcı olmayan hastalıklar önemli ölçüde önlenabilir ve yönetilebilir. Bireysel düzeyde, insanlar yaşam döngüsünün her aşamasında, gebe kalmadan önce başlayıp erken yıllarda devam eden önleyici müdahaleler uygulayarak risklerini azaltabilirler. Bireysel düzeyde yapılacak olanlar;

- Gebelik döneminde uygun kilo alımını sağlamak;
- Doğumdan sonraki ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslemek ve 2 yıl veya sonrasına kadar emzirmeye devam etmek;
- Sağlıklı beslenmeye özen göstermek, fiziksel aktivite ile hareketli yaşamı desteklemek ve uyku düzenine dikkat etmek;
- Ekran süresini kısıtlamak (TV, bilgisayar, cep telefonu...);
- Sağlıklı beslenmeyi teşvik ederek, enerji yoğun gıdaların ve şekerli içeceklerin tüketimini kısıtlamak;
- Sağlıklı bir yaşam sürmek (uyku süresi ve kalitesi, sağlıklı beslenme, tütün ve alkolden uzak durmak, fiziksel aktivite...);
- Yağ ve şekerlerden enerji alımını sınırlamak ve baklagiller, meyve-sebzeler, tam tahıllar ve kuruyemişlerin tüketimini artırmak;
- Düzenli olarak spor yapmak ve fiziksel aktivitelerde bulunmak.

Sağlık çalışanlarının aşırı kilo ve obezite ile mücadelede uygulayabilecekleri adımlar aşağıda belirtilmiştir. Bu adımlar;

- Sağlık tesislerine erişen kişilerin kilosunu ve boyunu değerlendirmesi;
- Danışmanlık hizmeti verilmesi (sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzları haline getirme konusunda);

- Obezite tanısı almış hastalar için bütünüleyici sağlık hizmetleri sunması (tıbbi ve cerrahi işlem ve önlemler, sağlıklı beslenme, spor ve fiziksel aktiviteler);
- Diğer bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerini izlemek (kan şekeri, lipitler ve kan basıncı gibi) ve ruh sağlığı bozuklukları da dahil olmak üzere eşlik eden hastalıkların ve engelliliğin varlığının değerlendirilmesidir.

Bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite kalıpları, büyük ölçüde kişisel tercihleri kısıtlayan çevresel ve toplumsal koşulların bir sonucudur.

Obezite, bireysel bir sorumluluktan ziyade toplumsal bir sorumluluktur ve çözümler, sağlıklı beslenmeyi ve düzenli fiziksel aktiviteyi günlük yaşamın en erişilebilir, ulaşılabilir ve uygun fiyatlı davranışları olarak benimseyen destekleyici ortamlar ve topluluklar yaratarak bulunmalıdır.

Obezitedeki artışın durdurulması ve obezite oranının azaltılması, gıda üretimi, pazarlaması ve fiyatlandırması gibi çok sektörlü eylemlerin yanı sıra, yoksulluğun azaltılması ve şehir planlaması gibi daha geniş sağlık belirleyicilerini ele almayı amaçlayan diğer eylemleri de gerektirmektedir. Bu tür politikalar ve eylemler aşağıdakileri içermektedir:

- Toplumun sağlıklı gıdaya erişimi mümkün kılacak ve toplumu sağlıklı gıda tüketimine teşvik etmesini kapsayan mali ve düzenleyici eylemler;
- Riskleri belirlemek, önlemek, tedavi etmek ve yönetmek için tasarlanmış ve donatılmış sağlık sektörü müdahaleleri.

Bu eylemlerin, bulaşıcı olmayan hastalıkları ele almak ve birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımıyla sağlık sistemlerini güçlendirmek için daha geniş çabalara dayanması ve bu çabalarla bütünleştirilmesi gerekmektedir.

Gıda endüstrisi, sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek için önemli bir rol oynayabilir. Sağlıklı beslenme için gıda endüstrisinin atacağı adımlar aşağıda belirtilmiştir:

- İşlenmiş gıdalardaki şeker, tuz ve yağ içeriğini azaltmak;
- Sağlıklı ve besleyici seçeneklerin herkes için ulaşılabilir ve uygun fiyatlı olmasını sağlamak;
- Özellikle çocuklara ve gençlere yönelik olanlar olmak üzere, şeker, tuz ve yağ oranı yüksek gıdaların pazarlamasını sınırlamak;
- İş yerinde sağlıklı gıda seçeneklerinin bulunabilirliğini sağlamak ve

- Düzenli spor ve fiziksel aktivite uygulamasını desteklemek (WHO, 2025c).

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aşırı kilo ve obezite, yalnızca bireysel irade eksikliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir sorundur. Etkili mücadele için; bireysel davranış değişikliklerinin yanı sıra çevresel düzenlemeler, sosyal politikalar ve çok sektörlü yaklaşımlar gerekmektedir. Bu bağlamda obeziteyle mücadele, sağlık yönetimi ve halk sağlığı politikalarının temel önceliklerinden biri olmalıdır.

Obezite, tek bir disiplinin çözebileceği basit bir sorun değildir. Karmaşıklığı, onunla mücadelede halk sağlığının (korumaya yönelik toplum-temelli stratejiler) ve sağlık yönetiminin (tedaviye yönelik sistem-temelli stratejiler) sinerjik bir şekilde bir araya gelmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda aşağıdaki adımlar önemlidir.

- **"Tüm Politikalarda Sağlık" (Health in All Policies) Yaklaşımı:** Tarım, ulaştırma, eğitim ve şehir planlama politikalarının obezite üzerindeki etkisi değerlendirilmeli ve sağlık odaklı hale getirilmelidir.
- **Veriye Dayalı Karar Alma:** Ulusal obezite kayıt sistemleri güçlendirilmeli, müdahalelerin etkinliği sürekli izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- **Finansmanın Yeniden Yapılandırılması:** Sağlık bütçesinden, koruyucu halk sağlığı müdahalelerine ve birinci basamak obezite yönetimine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.
- **Damgalanma ile Mücadele:** Obezitenin bir "irade eksikliği" değil, karmaşık bir hastalık olduğu konusunda toplumsal farkındalık yaratılmalıdır.

KAYNAKÇA

WHO 2024 *Obesity and Overweight Fact Sheet*. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 30.11.2025 tarihinde erişim sağlandı.

WHO, 2025

https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. 30.11.2025 tarihinde erişim sağlandı.

WHO 2025c

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 10.12.2025 tarihinde erişim sağlandı.

Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>

Blüher, M., Aras, M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Giorgino, F., Ji, L., Pietiläinen, K. H., Schnell, O., Tonchevska, E., & Wilding, J. P. H. (2023). New insights into the treatment of obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 25(8), 2058–2072. <https://doi.org/10.1111/dom.14972>

WHO,2025a https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2. 10.12.2025 tarihinde erişim sağlandı.

Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The epidemiology of obesity. *Pharmacoeconomics*, 33(7), 673–689.

Swinburn, B. A., et al. (2019). The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. *The Lancet*, 393(10173), 791–846.

Malik, V. S., Pan, A., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(4), 1084–1102.

Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2017). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211.

Adam, T. C., & Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology & Behavior*, 91(4), 449–458.

Patel, S. R., & Hu, F. B. (2008). Short sleep duration and weight gain. *Obesity*, 16(3), 643–653.

Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67(S1), S36–S39.

Kahn, S. E., Hull, R. L., & Utzschneider, K. M. (2006). Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature*, 444(7121), 840–846.

Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Grosse, Y., Bianchini, F., & Straif, K. (2016). Body fatness and cancer—Viewpoint of the IARC Working Group. *New England Journal of Medicine*, 375(8), 794–798.

OECD. (2019). *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

WHO,2025a

https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2. 30.11.2025 tarihinde erişim sağlandı.

OECD. (2019). Overweight and obesity among adults. In *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing, Paris.

<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

TÜİK 2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
30.11.2025 tarihinde erişim sağlandı.

Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Powis, J., Ralston, J., & Wilding, J. (2022). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ global health*, 7(9), e009773.

McKinsey Global Institute. (2014). *Overcoming obesity: An initial economic analysis*.

Erginöz, E., et al. (2020). *Türkiye’de obezitenin ekonomik yükü ve sağlık sistemine etkileri*. *Türk Halk Sağlığı Dergisi*, 18(3), 210–225.

WHO, 2025b

https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_3. 10.12.2025 tarihinde erişim sağlandı.

Colchero, M. A., Popkin, B. M., Rivera, J. A., & Ng, S. W. (2016). Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: Observational study. *BMJ*, 352, h6704.

Cecchini, M., & Warin, L. (2016). Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: A systematic review and meta-analysis of randomized studies. *Obesity Reviews*, 17(3), 201-210.

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M., Schindler, K., Busetto, L., Micic, D., & Toplak, H. (2015). European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts*, 8(6), 402-424.

Kushner, R. F., & Kahan, S. (2018). Introduction: The State of Obesity in 2017. *Medical Clinics of North America*, 102(1), 1-11.

BÖLÜM 6

SAĞLIK YÖNETİCİLERİ ETİK İLKELERİ

NURŞEN AYDIN¹

Giriş

Günümüzde sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, yeni teşhis ve tedavi yöntemlerinde yaşanan ilerlemeler ve bu alanda yapılan devasa yatırımlar yeni ahlaki sorunları da beraberinde getirmiş ve bu durum geleneksel tıp etiğinin yeniden değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

Dünya genelinde sağlık kuruluşlarının, yönetimlerini kâr amacı gütmeyen bir modelden kâr amacı güden işletmecilik modeline kaydırmaları ve şiddetli rekabet ortamında hayatta kalma ya da rekabet avantajı elde etme gerekliliği, başta hastaneler olmak üzere sağlık kurumları yönetimlerinde ciddi baskı yaratmaya başlamıştır. Sağlık sektörü yönetiminde her ne kadar hekimler baskın olsalar da günümüzde yetki artık hekimlerden sağlık hizmeti yöneticilerine doğru kaymaktadır. Bununla birlikte sağlık sektörü, yöneticilerin hakim olduğu işletmelere dönüşmüştür. Tüm bu gelişmeler yönetim etiğinin önemini artırmış ve sağlık yöneticileri

¹ Doç. Dr. Erzurum Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Orcid: 0000-0001-9221-5460

için etik değerlerin olması gerekliliğini gündeme getirmiştir (Ocak, Köseoglu & Yildiz, 2020).

Geleneksel sağlık yönetimi anlayışında, sağlık hizmeti sunan kurumlardaki yönetimsel rol esas itibarıyla hekimler ve hemşireler tarafından yürütülmekteydi. Ancak son yıllarda sağlık hizmeti alanında özel sektörün payını artırma girişimleri ve özellikle sağlık turizmi alanında yaşanan rekabet profesyonel sağlık yönetimi anlayışını da beraberinde getirmiştir. Hekim ve hemşireler sağlık yönetiminde yöneticilik görevinde bulunsalar da kendi meslek kanunlarından kaynaklanan etik ilkelere bağlı kalarak bu sorumluluk anlayışı içerisinde hareket ettikleri grlmştr. Sağlık hizmeti alanında aldıkları idari görevleri de tıpkı sağlık hizmeti sunarken taşıdıkları sorumluluk kapsamında yerine getirmeye çalışmışlardır. Geleneksel sağlık yönetiminde tıpkı teşhis ve tedavi hizmetleri gibi sağlık yönetiminin de tek amacı kamu yararı olup sağlık hizmetinin en iyi şekilde sunulması amacına hizmet etmektedir. Bu anlayışta ekonomik endişe ve pazar payı beklentisi ile hareket edilmemekte, sağlık hizmetinin kamu hizmeti niteliği taşıyan yönü esas alınarak hizmetin en iyi şekilde sunulması hedeflenmektedir. Var olan mevcut şartlar altında sağlık hizmetinin en iyi şekilde sunulması için gerekli planlama ve koordinasyona odaklanılmaktadır.

Ancak günümüzdeki profesyonel sağlık yöneticiliği anlayışında hekim ve hemşirelerin dışında işletmeci ya da diğer meslek gruplarında mesleki etik ilkeleri bulunmamaktadır ya da olanlar da kendi meslek etik ilkeleri ile ilişkilidir. Oysa sağlık yöneticilerinin mesleki etik gereklilikleri oldukça farklıdır ve alana özgü olması gerekmektedir.

Sağlık yönetimi Yüksek ğretim Kurumu tarafından “Tıbbi bakım ve sağlıklı bir evre taleplerini bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını mümkün kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonu” olarak tanımlanmaktadır (YK, 2025).

Sağlık Yöneticisi/İdarecisi ise “Sağlık kurumlarındaki çalışmaların düzenlenmesinden ve yürütülmesinden, bölümlere gerekli personel, araç ve gerecin sağlanmasından, bütçenin hazırlanmasından ve hasta bakım hizmet ücretlerinin saptanmasından, insan kaynakları, muhasebe, kalite ve satın alma ile ilgili alanlarda yönetim işlevlerini yerine getirmekten sorumlu” kişi olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Sağlık yönetimi mesleğinin temel amaçları, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan her bireyin genel yaşam kalitesini, saygınlığını ve refahını artırmak ve daha adil, erişilebilir, etkili ve verimli bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Sağlık yöneticilerinin, sağlık profesyonellerinin ve toplumun güvenini, itibarını ve saygısını hak edecek şekilde hareket etme yükümlülüğü vardır. Bu nedenle, sağlık yöneticileri örnek bir değerler ve etik sistemini somutlaştıran bir yaşam sürmelidir (Boyle ve ark., 2001).

Günümüzde sağlık yöneticileri, yönetim alanında başta mali hususlar olmak üzere giderek daha temel kararları almaktadırlar. Sağlık yöneticilerinin mevcut kaynakları etkin, verimli ve tasarruf sağlayarak kullanmaları gibi temel mali sorumlulukları bulunmaktadır. Geleneksel sağlık yönetimi anlayışının özünde hasta bakımı için kaynakların en iyi ne şekilde kullanılacağına dair kararların sağlık hizmeti sunan hekimler ve hemşireler tarafından verilmesi gerektiği benimsenmişken günümüzde bu anlayış değişmiş, değişen bu anlayışın sonucu olarak ta kaynakların planlanması ve kullanımına dair kararlar alan sağlık yöneticilerinin önemi artmıştır.

Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Etiğin Yeri

Etik “*kişi ya da mesleğin davranışlarını düzenleyen ahlaki ilkeler grubu ya da değerler topluluğu*” (Kutlay & Yılmazlar, 2001; Utlu, 2016), ahlak, hukuk ve dini değerlerden kaynağını alan bir olgu, bireylerin davranışlarına temel teşkil eden ahlak ilkelerinin

tümü (Çevikbaş, 2006) şeklinde tanımlanmaktadır. Etik, bireysel, örgütsel, yönetsel ve mesleki etik olmak üzere dört temel çerçevede değerlendirilmektedir (Utlı, 2016). Bunların içerisinde yönetsel etik sağlık yöneticiliğini doğrudan ilgilendiren bir kavramdır. Yönetsel etik, doğru eylem ve işlemlere ulaşılması için gereken ilke ve standartların ifadesi olarak kabul edilmektedir (Çevikbaş, 2006). Örgüt içerisinde doğru davranışları yapmak için gereken ilke ve standartlar yönetsel etik kapsamındadır. Yönetsel etik hem yöneticilerin ahlak dışı davranışlarda bulunmalarını önlemeye çalışır hem de yöneticilerin karşılaştıkları çıkar çatışmaları ve ikilemlerin çözümüne rehber olacak ilke ve standartlar geliştirir (Öztürk, 2010).

Hastanelerin amacı, hastalara profesyonel ve insancıl bakım sağlamak olduğu için bu konu etik bir husustur ve sağlık profesyonellerinin olduğu kadar yöneticilerin de önem vermesi gereken konular arasında yer almaktadır (Töyry ve ark., 1998).

Sağlık hizmetleri, hastalar ya da sağlık hizmetlerinden faydalananlar için genellikle acil, samimi ve büyük ihtimalle geri döndürülemez fayda ya da zararları temsil ettiğinden, hastane yöneticilerinin karar alma süreçlerinde güçlü etik değerlere sahip olması gerekir (Williamson, & Jauch, 1995).

Sağlık hizmetlerinin veya sağlık bakımının, sağlığın teşvik edilmesi, hastalıkların iyileştirilmesi ve acıların giderilmesine odaklanması etik açıdan olumlu bir gelişmeyken sağlık hizmetleri yöneticileri için mesleki etik ilkelerin olmaması önemli bir olumsuzluktur. Bu hususun temelinde sağlık yöneticiliğinin profesyonel bir meslek olup olmadığının tartışma konusu olması yatmaktadır. Sağlık yönetiminin, klinisyenlerin yaptıklarından sorumlu olması, kıt tıbbi kaynakların tahsisi, kamuya hesap vermek gibi çeşitli hedefleri göz önünde bulundurulduğunda hastalara, personele, topluma ve hükümete karşı belirli yükümlülükleri olduğu ve dolayısıyla davranışlarının da belirli ahlaki ilkelere dayanması gerektiği savunulmaktadır (Dracopolou, 2006).

Burada sağlık yöneticilerinin çeşitli meslek gruplarından seçilmesi ve o mesleklerin kendi yemininin olmasının etik gerekliliği karşıladığı düşünülebilir. Ancak rneğin hekim ve hemşirelerin yeminleri tıbbi bakım ve verilecek tıbbi bakımda herhangi bir insan, din, dil, ırk ve benzeri ayırım yapılmayacağına odaklanmıştır ve bu yeminler, sağlık yöneticilerinin tıbbi bakımın gerçekleşmesi sürecinde çeşitli mal ve ihtiyaçların temini, denetim vb. gibi çok daha farklı fonksiyonlarının etik temellerini karşılamamaktadır.

Tıp etiğinde hastane yönetimi konularının önemli bir yer tutmadığı ancak hasta bakımı sürecinde alınması gereken yönetim kararlarının çoğunun etik hususları barındırdığı belirtilmektedir (Biller-Andorno, Lenk, & Leitis, 2004).

Tıp etiğinin, iş odaklı bir sistemle ölçülemeyen ve finansal kazanç veya maliyet açısından kolayca ifade edilemeyen bağımsız değerler kümesi olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, yeni sağlık yönetimi anlayışındaki lme sisteminin etik uygulamaları teşvik etmediği ve maddi kazançlarla ifade edilen başarı ölçütlerinin etik yönetim anlayışıyla bağdaşmadığı belirtilmektedir. Yeni sağlık yönetimi anlayışındaki lme sistemi ve finansal teşviklerle ifade edilen başarı kriterlerinin, sağlık profesyonellerinin hizmet sunumu sürecinde etik bakım sağlama çabalarına engel olabileceği ifade edilmektedir. Yeni yönetim anlayışıyla birlikte uzun süredir var olan özerk hasta-hekim ilişkisinin yerini sağlık hizmeti yönetimleri almaya başlamıştır. Bu durum için hastalar da giderek daha fazla sağlık kurumlarında paranın hasta bakımından daha öncelikli olmaya başladığını düşünmektedirler (Balak, Broekman, & Mathiesen, 2020).

Sağlık yöneticilerinin temel hedeflerinden biri olan kıt kaynakların tahsisinde yöneticilerin, mümkün mertebe iyilik yapma ilkesiyle hareket etmeleri gerektiği ve bu iyiliğin insanların yaşam beklentisini ve yaşam kalitesini artırmak şeklinde olması gerektiği ifade edilmektedir (Dracopolou, 2006). Bu noktada özellikle özel

sektördeki sağlık yöneticileri için etik ilkeler gereği insanların yaşam beklentisini ve kalitesini artırmak isteği ile kurumunun finansal gereklilikleri ( rneğin karlılık) arasında çatışma ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık kurumları, çalışanlarından veya müşterilerinden gelebilecek davalardan korunmak için sağlık hizmetleri sunumuna dikkat etseler de yine de hasta bakımından ziyade finansal beklentiler daha öncelikli olmaktadır. Bu süreçte bir taraftan finansal hedeflere ulaşmak için etkili ve verimli bir şekilde çalışmaya gayret eden sağlık kurumları bir taraftan da yüksek kaliteli hasta bakımı sağlamak için etkili hizmet sunmaya çalışmaktadır. Böyle bir dururumda, her iki amaca da ulaşmak son derece zor bir hale gelmiştir (Balak, Broekman, & Mathiesen, 2020).

Sonuc ta etiğin sağlık hizmetleri yönetiminde merkezi bir önemi vardır ve sağlık hizmeti yöneticilerinin özel hedeflerini etik anlayışları belirlemektedir. Mesleki etik kurallarının oluşturulması, sağlık profesyonellerinin çalışmalarının doğasını ve hedeflerini incelemeleri için o meslek grubuna bir fırsat sunar ve başkalarının onlardan ne beklediği hususunda bilgi verir. Bu, o meslek grubuna belli bir disiplin sağlayacağından aynı zamanda o meslek üyelerine belli bir koruma da sağlayabilir (Dracopolou, 2006).

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetinden farklı olarak özel bir sağlık şirket, ticari açıdan akıllıca gördüğü takdirde bazı hizmetlerini kapatmaya ve tesislerini farklı amaçlar için ( rneğin bir hastaneyi otele dönüştürerek) kullanmaya karar verebilir. Buna karşılık, kamu tarafından yürütülen ve sunulan sağlık hizmetlerinde yöneticilerin öncelikli amacı sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve en hızlı şekilde sağlık hizmeti alanlara sunulması olmaktadır. Unutulmamalıdır ki sağlık yöneticilerinin devlete, finansman sağlayanlara, çalışanlara, sağlık hizmetinden faydalananlara, tedarikçilere ve geniş kapsamda birey ve topluma karşı sorumlulukları vardır. Bu da ahlaki değerler ile uyumu gerektirir.

Sonuç olarak belirli yönetimsel hedeflerin olması yönetimsel etiği ortaya çıkarmaktadır ve sağlık yöneticilerinin bu roller çerçevesinde davranışlarında ahlaki değerlerinin olmaması için hiçbir neden yoktur. Örneğin, kıt tıbbi kaynakların dağıtımındaki yönetimsel rolü ele alındığında yöneticilerin kaynakları etik olarak dağıtmaları, yani onları verimli kullanmaları, israf etmemeleri vb. gerekmektedir (Dracopolou, 2006).

Genel olarak değerlendirdiğimizde geleneksel tıp etiği finansal ölçütlerle değerlendirilemeyecek bağımsız değerler bütünüdür ve yeni sağlık yönetimi anlayışında ne çıkan lme ve teşvik sistemlerinin etik uygulamaları desteklemediği vurgulanmaktadır. Sağlık yöneticilerinin benimsediği finansal başarı odaklı kriterlerin, sağlık profesyonellerinin etik bakım sunma çabalarını zorlaştırdığı ve hasta bakımının ikinci plana itilmesine yol açtığı ifade edilmektedir. Bu bağlamda, piyasa temelli yönetim anlayışının sağlık yöneticileri açısından etik değerler ile finansal hedefler arasında çözülmesi güç bir çatışma yarattığı belirtilmektedir.

Bu sorunun giderilebilmesi için sağlık yöneticiliğinde, finansal verimlilik hedefleri ile etik ilkeleri uzlaştıran ve hasta yararı ile bakım kalitesini temel öncelik olarak benimseyen bir etik anlayışın geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık yöneticilerinin karar alma süreçlerinde yalnızca llebilir ekonomik çıktılara odaklanmak yerine; adalet, yararlılık, zarar vermeme ve sayęı gibi temel tıp etiği ilkelerini içeren bütüncül değerlendirmeler yapmaları önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, sağlık yöneticilerinin hasta bakımının ötesinde mali yönetim ve denetim işlevleri ile rüşvet ve yolsuzluğun önlenmesi gibi çok boyutlu sorumluluklarını kapsayan kurumsal bir etik değerler bütününün oluşturulması bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu çerçevede, etik duyarlılığı yüksek, şeffaf ve hesap verebilir bir liderlik yaklaşımının benimsenmesi, sağlık

hizmetlerinde sürdürülebilir kalite ve toplumsal güvenin sağlanmasına önemli katkılar sunacaktır.

Etik Liderlik

Sağlık yönetimindeki etik ilkelerle ilgili çalışmalara bakıldığında, sağlık hizmetleri yönetiminde etik sorunlarla ilgili kapsamlı çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu (Dracopolou, 2006) görülmektedir. Sağlık yönetimindeki etik ilkelerle ilgili çalışmalar genellikle “Etik liderlik” üzerinden yürütülmektedir.

Sağlık kurumlarında etik anlayışın olması, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının hastalara karşı etik değerler çerçevesinde hareket etmeleri için etik liderliğe ihtiyaç vardır ve maalesef yapılan etik dışı uygulamalar kısa sürede kamuoyuna mal olabilmektedir (Özmen, Özer, & Özkan, 2020).

Sağlık kurumlarında etik anlayışın olması için etik liderlere ihtiyaç vardır. Sağlık kurumlarında etik davranışları vurgulayan bir kültürün oluşturulması ve sürdürülmesinden yöneticiler sorumludur. Bu nedenle sağlık yöneticilerinde etik liderlik davranışların geliştirilmesi gerekmektedir. Etik liderler, örgütte etik değerleri belirleyip netleştirmekte ve çalışanlara rol model olmaktadır. Yöneticilerin etik lider davranışları, sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarını (Şantaş, 2014) ve kurumsal performansı (Arda, 2020) etkilemektedir. Çalışanlara karşı duyarsız davranma, iletişim sorunları gibi yönetim ile ilişkili etik sorunlar çalışanların motivasyonunu olumsuz olarak etkilemektedir (Sarıhan & Yazar, 2021). Sağlık kurumlarındaki çalışanlar da etik değerlere önem vermekte ve yöneticilerin ahlaki değerleri önemsemeleri gerektiğine inanmaktadırlar (Kılınç ve Aydın, 2017).

Bu doğrultuda, sağlık hizmetleri yönetiminde etik sorunların kapsamlı biçimde ele alınmasına yönelik çalışmalara duyulan gereksinim devam etmekte olup özellikle etik liderlik yaklaşımı

sağlık kurumlarında etik anlayışın geliştirilmesinde temel bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Sağlık yöneticileri için etik ilkelerin oluşturulması, sağlık yöneticilerinin etik liderlik davranışlarını benimsemesi ve kurumsal kültüre yerleştirmesi, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, çalışan motivasyonu ve kurumsal performans üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir.

Sağlık Yöneticileri için Etik Standartlar

Sağlık hizmetlerinin, insanların sağlığı ve yaşamı üzerinde doğrudan etkileri olması nedeniyle bu alanda yüksek etik duyarlılık gösterilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık yöneticileri, hem idari ve mali sorumluluklar üstlenmekte hem de etik değerleri karar alma süreçlerine entegre etmekle yükümlüdür. Sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği ile hasta hakları ve bakım kalitesi arasındaki dengenin sağlanması, yönetim etiğinin önemini daha da artırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kurumların politikaları, tahsis kararları ve uygulamaları insanların yaşam süreleri ve kalitesi üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğu için sağlık yöneticileri de dahil olmak üzere hastanelerde çalışan çoğu profesyonelin uymak zorunda oldukları mesleki etik kurallarının olması gerekmektedir (Ells & MacDonald, 2002). Sağlık hizmetlerinde yönetim etiği, klinik, örgütsel ve mesleki etik alanlarıyla tutarlı olarak geliştirilmelidir (Magill & Prybil, 2020).

Sağlık kuruluşlarının yönetsel hedefleri ile hasta bakım sürecindeki faaliyetlerinin etik değerler açısından birbiriyle çelişmemesi ve etik gereklilikleri karşılaması beklenmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar içerisinde önde gelen kurumlardan olan hastanelerin yönetim süreci, operasyonel verimlilik, finansal sürdürülebilirlik ve hasta bakımı arasında denge kurmayı gerektiren karmaşık bir süreçtir. Hastane yönetimindeki kaynak tahsisi, paydaş ilişkileri, çıkar çatışması yönetimi ve karar alma süreçleri önemli

etik hususlar arasında yer almaktadır. Hastanelerin karlılık hedefleri ile etik yükümlülüklerinin dengelenmesi gerekmektedir. Bu durum yöneticilere zorluklar yaratmaktadır (Patne, & Kanyal, 2024).

Sağlık hizmetleri yöneticilerinin de diğer görev ve sorumlulukları yanında önemli mali sorumlulukları bulunmaktadır. Bu tür konularda etik analiz ve sağlam temellere dayanmayan etik değerlendirmeler olmadan verilen kararlar, yetersiz personel sayısı, stres kaynaklı uzun süreli hastalık izinleri ve bakım kaynaklı yaralanmalar gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bu şekildeki istenmeyen durumlar belli ölçüde önlenebilir ve maliyeti oldukça yüksektir. Sonuç olarak sağlık yöneticilerinin bütçeyi yönetmeleri sağlık hizmetlerinde gereklidir ancak yeterli değildir. Sağlık Yöneticilerinin aldıkları kararları etik ilkelerle desteklemeleri gerekmektedir (Ells, & MacDonald, 2002).

Sağlık yöneticilerine özgü etik değerlerin olması ve yöneticilerin etik değerlere uygun hareket etmeleri, çalışanlarına rol model olacakları için kurumlarındaki tüm çalışanların etik davranışlarda bulunmamasına ve mobbing gibi etik dışı davranışların engellenmesine de katkı sağlayacaktır (Karsavuran, 2014). Hastane yönetimlerinin de genel olarak sağlık yöneticilerinde olduğu gibi etik mükemmelliği ve sağlık etiğini geliştirmeyi teşvik etmeleri gerektiği belirtilmiştir (Patne, & Kanyal, 2024).

Etik değerlerle ilgili sağlık yöneticileriyle yapılan çalışmada etik değerlerin geri planda kaldığı, etikten ziyade maliyet etkinliğinin ön planda olduğu belirtilmiştir. Katılımcılar, ekonomik kaygıların etiğin önüne geçtiğini, etiğin günlük işlerde bir kenara bırakıldığını ve sağlık sisteminin ticarileştirilmesinin bu durumu pekiştirdiğini ifade etmişlerdir. Sağlık yönetimi alanında etik düzeyi iyileştirmek için etik hususların, bütçeleme ve reform çalışmaları gibi düzenli iş görevlerine entegre edilmesi ve yöneticilerin etik yetkinlik geliştirmeleri için fırsatlar yaratılması önerilmektedir.

Ayrıca piyasa ilkelerine daha az odaklanan yeni yönetim biçimlerine de ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (Höglund & Falkenström, 2018).

(Falkenström, Ohlsson, & Höglund, 2016), sağlık yöneticilerinin, sağlık kuruluşlarında etik yetkinliklerini uygulayabilmeleri ve geliştirebilmeleri için belirli etik yetkinliklere sahip olmalarının büyük önem taşıdığını öne sürmüştür. Bu kapsamda sağlık yöneticileri için 6 temel etik yetkinlik önermiştir:

- “Yeterli teorik etik bilgi
- Bağlamla ilgili çıkar çatışmalarını belirleme yeteneği
- Çıkar çatışmalarını ifade etmek ve analiz etmek için yeterli eleştirel ve yansıtıcı dil
- Rasyonel duygular geliştirme yeteneği
- Savunmacı rutinleri çözme ve gerçek etik temel soru hakkında diyalog kurma yeteneği
- Etik yetkinliği artırmayı amaçlayan işe entegre bireysel ve kolektif öğrenme süreçlerini organize etme yeteneği”

Rego ve Araujo (2019), hastane yönetimini optimize etmek amacıyla hastane yöneticileri için “Karar verme, İnsanın önceliği, Sorumluluk, Dürüstlük, Eğitim ve geliştirme, Eşitlik ve erişim, Organizasyon ve Sosyal sorumluluk” olmak üzere 8 temel başlıkta etik ilkeler önermişlerdir.

Sağlık yönetimi sürecinde ortaya çıkan etik gereklilikler nedeniyle dünyada çeşitli kurumlar da etik standartlar oluşturmaya başlanmıştır. Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) hastanelerdeki iş uygulamalarının etik olmasını sağlamak amacıyla 1995 yılında hastanenin hastalarına karşı yükümlülüğünün iki ilişkiden kaynaklandığı düşüncesiyle "*Klinik Etik: Hasta-sağlayıcı ilişkisi*" ve "*İş Etiği: Müşteri-tedarikçi ilişkisi*" olmak üzere iki ayrı etik standart oluşturmuştur. Bu iki etik

grubu arasında sınırlar net değildir. Örneğin pazarlama ve kabul uygulamaları 'iş' etiğiyle ilgili konular gibi görülse de gereksiz yatışlara veya gereksiz hizmet taleplerine yol açabileceği için (her ikisi de hastada gereksiz yan etki veya komplikasyon riski oluşturabilir) ya da gerekli olan hizmetlerin yetersiz kullanımı optimal olmayan sağlık sonuçlarına yol açabileceği için sonuçta etik grubu birbiri ile ilişkili ve birbirini bütünleyen etik kodlardır (Bishop, Cherry, & Darragh, 1999).

Sağlık Yöneticilerine yönelik doğrudan etik kodlar Amerikan Sağlık Yöneticileri Koleji tarafından 1995 yılında belirlenmiştir. Bu kodların amacı, üyeleri için bir davranış kılavuzu görevi görmesidir ve bu kuralların, sağlık yöneticilerinin profesyonel ilişkilerinde etik davranış standartlarını içermektedir.

Sağlık yönetimi mesleğinin temel amaçları, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan her bireyin genel yaşam kalitesini, saygınlığını ve refahını artırmak ve daha adil, erişilebilir, etkili ve verimli bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Sağlık yöneticilerinin, sağlık profesyonelleri ve toplumun güvenini, itibarını ve saygısını hak edecek şekilde hareket etme yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık yöneticilerinin örnek bir değer ve etik anlayışı olan bir yaşam sürmeleri beklenmektedir. Amerikan Sağlık Yöneticileri Koleji'nin belirlediği etik ilkelerin genel çerçevesi aşağıda sıralanmıştır (Boyle ve ark., 2001):

- “Sağlık Yöneticisinin Sağlık Yönetimi Mesleğine Karşı Sorumlulukları
- Sağlık Yöneticisinin Hastalara veya Hizmet Verilen Diğer Kişilere, Kuruluşa ve Çalışanlara Karşı Sorumlulukları
 - Hastalara veya Hizmet Verilen Diğer Kişilere Karşı Sorumluluklar
 - Kuruluşa Karşı Sorumluluklar

○ Çalışanlara Karşı Sorumluluklar

- Çıkar Çatışmaları
- Sağlık Yöneticisinin Topluma ve Topluma Karşı Sorumlulukları
- Sağlık Yöneticisinin Etik Kurallarının İhlallerini Bildirme Sorumluluğu”

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık meslek mensupları için hazırlanan “*Sağlık Meslek Mensupları için Temel Etik İlkeler*” bulunmaktadır. Bu ilkeler, sağlık mesleği üyelerinin hasta, toplum ve meslektaşlarıyla ilişkilerini belirlemek, tutum, davranış ve eylem biçimlerini ortaya koymak suretiyle sağlık profesyonellerinin hareket alanını belirlemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2024). Ayrıca tüm kamu kurumlarında çalışanlar için hazırlanmış olan “*Kamu görevlileri etik davranış ilkeleri ile başvuru usul ve esasları hakkında yönetmelik*” ile belirlenen etik ilkeler de bulunmaktadır (Başbakanlık, 2005). Ancak sağlık yöneticileri için özel bir sağlık yöneticileri etik ilkeleri tanımlanmamıştır.

Sağlık yöneticileri için etik ilkelerin geliştirilmesi ve yöneticiler tarafından benimsenmesi, hasta haklarının korunması, adaletin teşvik edilmesi, sağlık sistemlerinin bütünlüğünün sürdürülmesi, sağlık kurumlarına ve yöneticilerine olan güvenin sarsılmaması, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine eşit ve seri şekilde sunulmasına ve genel kurumsal başarının artırılmasına katkı sağlayabilir. Etik değerler kapsamında toplumun tüm kesimlerine herhangi bir ayrımcılık veya öncelik tanınmadan eşit şekilde sunulan kaliteli sağlık hizmeti, toplum sağlığı yanında bireysel olarak da kişilerin kendilerini güvende hissetmelerini sağlayabilir.

Sağlık yöneticilerinin yönetim sürecinde karşılaştıkları karmaşık yönetsel, ekonomik ve örgütsel kararlar, başta ahlaki

ilkeler olmak üzere çeşitli değerler temelinde oluşturulacak açık ve yol gösterici etik kodların gerekliliğini ortaya koymaktadır. Uluslararası örnekler, sağlık yöneticilerine özgü etik standartların oluşturulmasının hem karar alma süreçlerini hem de kurumsal güveni güçlendireceğini göstermektedir. Ülkemizde genel etik düzenlemeler bulunmakla birlikte, sağlık yöneticilerine özel etik kodların tanımlanmamış olması önemli bir boşluk yaratmaktadır. Bu nedenle sağlık yöneticilerine özgü etik kodların geliştirilmesi, etik farkındalığın artırılması ve sağlık sisteminde adalet, güven ve kaliteyi güçlendirmek açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Kaynakça

Arda, D. P. (2020). Management Technique, Governance, And Managementstrategy For Performance and Business Ethics Of Public Service Hospitals. *International Journal of Contemporary Accounting*, 2(1), 65-84.

Balak, N., Broekman, M. L., & Mathiesen, T. (2020). Ethics in contemporary health care management and medical education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 699-706.

Başbakanlık. (2005). Kamu görevlileri etik davranış ilkeleri ile başvuru usul ve esasları hakkında yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 13.04.2005 Resmî Gazete Sayısı: 25785.

Biller-Andorno, N., Lenk, C., & Leittis, J. (2004). Ethics, EBM, and hospital management. *Journal of medical ethics*, 30(2), 136-140.

Bishop, L. J., Cherry, M. N., & Darragh, M. (1999). Organizational ethics and health care: expanding bioethics to the institutional arena. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 9(2), 189-208.

Boyle, P. J., DuBose, E. R., Ellingson, S. J., Guinn, D. E., & McCurdy, D. B. (2001). Organizational ethics in health care: principles, cases, and practical solutions. John Wiley & Sons.

Çevikbaş, R. (2006). Yönetimde etik ve yozlaşma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 265-289.

Dracopolou, S. (2006). Ethics and values in healthcare management. Routledge. London and Newyork.

Ells, C., & MacDonald, C. (2002). Implications of organizational ethics to healthcare. In *Healthcare Management Forum* (Vol. 15, No. 3, pp. 32-38). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Falkenström, E., Ohlsson, J., & Höglund, A. T. (2016). Developing ethical competence in healthcare management. *Journal of Workplace Learning*, 28(1), 17-32.

Höglund, A. T., & Falkenström, E. (2018). The status of ethics in Swedish health care management: a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 608.

Karsavuran, S. (2014). Sağlık Sektöründe Mobbing: Hastane Yöneticileri Üzerinde Bir Uygulama/Mobbing In Healthcare: An Application To Hospital Managers. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(26), 271-296.

Kılınç, E., & Aydın, A. (2017). Disiplin yönetiminin yönetsel etik açıdan incelenmesi: Bir kamu üniversite hastanesi örneği. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 11-22.

Kutlay, O., & Yılmazlar, A. (2001). Anestezi ve Yoğun Bakımda Etik, Klinik Etik, Ed. Erdemir Demirhan, Nobel Tıp Kitabevi, s:532-541, İstanbul.

Magill, G., & Prybil, L. (2020). Governance Ethics in Healthcare Organizations. Taylor & Francis.

Ocak, S., Köseoglu, M. A., & Yildiz, M. (2020). Business ethics research in healthcare management: A systematic review. *International Journal of Healthcare Management*, 13(2), 170-176.

Özmen, S., Özer, Ö., & Özkan, O. (2020). Sağlık Çalışanlarında Etik Liderlik ve Örgüt Kültürünün İncelenmesi: Özel Bir Hastanede Uygulama. *Journal of Mehmet Akif Ersoy University Economics and Administrative Sciences Faculty*, 7(2), 440-456.

Öztürk, H. (2010). Yönetici hemşirelerin etik davranışları ve bir araştırma. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fulya Aydın. İstanbul, 2010.

Patne, S., & Kanyal, D. (2024). Exploring ethical implications in hospital management: Aligning business objectives with patient care ethics. *Multidisciplinary Reviews*, 7(10), 2024259-2024259.

Rego, A., & Araújo, B. (2019). Ethics guiding the action of the hospital manager. *Journal of Hospital Administration*, 8(2), 14-20.

Sarıhan, M., & Yazar, O. (2021). Sağlık sektöründe yönetsel etik kaygılar. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (27), 267-282.

Sağlık Bakanlığı. (2014). Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik. , Pub. L. No. Resmi Gazete Tarih: 22 Mayıs 2014 ve Sayı: 29007. Türkiye: Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2024). Sağlık meslek mensupları için temel etik ilkeler. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Meslekleri Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. 2024. <https://shgmsmdb.saglik.gov.tr/TR-104337/saglik-meslek-mensuplari-icin-temel-etik-ilkeler.html> (15.12.2025)

Şantaş, F. (2014). Etik Liderlik Davranışlarının Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi: Hastanede Bir Uygulama. *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(2), 53-69.

Töyry, E., Herve, R., Mutka, R., Savolainen, P., & Seppänen, M. (1998). Ethics in health care management: developing an instrument to assess humane caring. *Nursing Ethics*, 5(3), 228-235.

Utlı, N. (2016). Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 8(29), 17-35.

Williamson, S., & Jauch, L. R. (1995). Research on hospital administrators' ethics: An agenda. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 134-144.

YÖK. (2025). Sağlık Yönetimi Alanı Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (SAY-UÇEP), 2025.
<https://egitim.yok.gov.tr/documentFiles/17594056261.Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Y%C3%B6netimi%20Ulusal%E2%80%8B%E2%80%8B%20%C3%87ekirdek%20E%C4%9Fitim%20Program%C4%B1.pdf> (15.12.2025)

BÖLÜM 7

SAĞLIK TURİZMİ ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE’DE TERMAL TURİZM

HAMDİ ÖZTÜRK¹

Giriş

Günümüzde bireyler kaliteli yaşama ve sağlıklı olma bilinciyle hareket etmektedir. Mevcut sağlık düzeylerini korumak ve geliştirmek için yaşamakta olduğu ülke dışında dahi olsa sağlık hizmetlerine ulaşmak istemektedir. Bu durum insanlardaki yaşama süresini de uzatmaktadır. Modern sağlık anlayışı incelendiğinde bireylerin tedavi edilmesinden çok hastalığa yakalanmadan sağlıklı olma durumlarının devam ettirilmesinin amaçlandığı görülmektedir (Sağlık Turizm Koordinasyon Kurulu, 2020). Hem tatil hem de tedavi amacıyla şehirler ya da ülkelerarası gerçekleştirilen seyahatler sağlık turizmi olarak nitelendirilmektedir. Globalleşme ile birlikte bilgi çağına girilmesi, bilgiye kolay erişim, teknolojik ilerlemeler, ulaşımdaki kolaylıklar gibi birçok etken sağlık turizmini ön plana çıkarmıştır. Küresel olarak önem büyük taşıyan sağlık turizmi konusunda birçok ülke altyapılar oluşturarak ve yasal düzenlemeler yaparak rekabet üstünlüğü sağlamak için harekete geçmiştir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Orcid: 0000-0002-9879-1909

Türkiye’de termal kaynakların fazla olması termal turizm bakımından önemlidir (Şengül & Bulut, 2019). Türkiye’de bulunan uygun iklim şartları ve termal kaynaklar Türkiye’yi daha ayrıcalıklı kılmaktadır.

Sağlık hakkı siyasi görüş, din, ırk, sosyal ve ekonomik durum gözetmeksizin her insanın yararlanabileceği temel haktır. Toplamların sağılığı barış ve güvenliğinin sağılanabilmesi için önemlidir (World Health Organization, 2024). Sağılık kavramı sadece kişisel bir olgu olmayıp aynı zamanda toplumsal bir yönü olan bir durumdur. Bireyin yaşam ve çalışma güvenliğinin sağılanmaması, işsizlik sorunu çekmesi, gelir dağılım dengesizliğinin oluşturduğu huzursuzluk gibi durumlar sosyal yönden sağılık üzerinde olumsuzluklara sebep olurken; fiziksel ya da zihinsel olarak sorunlar yaşanması bireyin sağılığını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle aynı zamanda hastalık kavramının da tanımlanması yararlı olacaktır (Fişek, 1982). Fişek (1982) hastalık tanımını doktor olanlar ve olmayanların yapmış olduğu tanım olarak iki başlıkta incelemiştir. Hekimlerin tanımlarına göre hastalık: doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel (fonksiyonel) değışikliklerin doğurduğu hal; hekim olmayanlar ise kişinin kendisinden beklenen sosyal rolü yerine getirememesi durumunu hastalık olarak tanımlamaktadır.

Deneme yanılma yoluyla tedaviyi öğrenmeye başlayan insanlar bitkilerin birçok fayda ve zararını keşfetmiştir. Bu keşifler zamanla artış göstermiş ve usta çırak ilişkisi içerisinde yüzyıllar boyu nesilden nesile aktarılmıştır. Yapılan araştırmalarda eski uygarlıkların kutsal su ve kaplıcalardan faydalandıkları görölmektedir. Sümerlerin Milattan Önce 4000 yılında sıcak kaynaklara yakın kesimlerde sağılık tesisi kurmaları, milattan önce 2000 yılında Moritz şehri yakınlarında mineralli su içtikleri ve mineralli suda banyo yaptıkları görölmüştür. Yazının icadı ile tıbbi gelişmeler de meydana gelmiştir. Sağılıkla ilgili gelişmeler daha çok

Sümer, Mısır, Hitit, Çin, Hint, Yunan, Roma gibi uygarlıklarda kaydedilmiştir (Sağlık Turizm Koordinasyon Kurulu, 2020).

Günümüze doğru gelindiğinde insanların sağlığını olumsuz etkileyecek birçok faktör olduğu görülmektedir. Özellikle sanayi devrimi ile ortaya çıkan sanayileşme ve kentleşme insan sağlığını olumsuz etkilemiştir (Akbulut, 2010; Özdemir, 2011). Sanayi devrimi ile birlikte küresel anlamda büyük bir değişim ve gelişimler meydana gelmiş olup toplumlar tüketim toplumu haline dönüşmüştür (Aksoy & Solunoğlu, 2015). Sanayileşme insanlardaki çalışma temposunun artmasına, stres bozukluklarına, hayatın yoruculuğunun artmasına neden olarak insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bireyler sağlık hizmeti alabilmek amacıyla yaşadıkları yerlerden çok uzak noktalara yani başka ülkelere seyahat edebilmektedir. Bu duruma sağlık turizmi açısından bakıldığında insanların hem daha iyi bir sağlık hizmeti alması hem de turistik açıdan temaslarda bulunması büyük önem taşımaktadır (Doruk, 2019).

Sağlık turizmini genel turizmden ayıran birçok özellik bulunmaktadır (). Bunlar;

- İnsan sağlığını merkezine alması,
- Genellikle medikal turizm olarak da adlandırılması,
- Diğer sektörler ile karşılaştırıldığında kendine özgü bir yerinin olması,
- Kompleks bir yapıya sahip olması,
- Ekstra efor, dikkat ve çaba gerektirmesi,
- Belirli bir plan ve program dahilinde gerçekleştirilmesi,
- Maliyet ve bekleme sırası hareket yönünü belirlemesi,
- Özellikle tıbbi teknoloji gerektirmesidir.

1973 yılında Uluslararası Turizm Örgütleri Birliği (IUTO) sağlık turizmini “Ülkenin doğal kaynaklarını, özellikle maden suyu ve iklimi kullanan sağlık tesislerinin kurulması” şeklinde tanımlamıştır (Hall, 2011). Daha dar anlamda tanımlanacak olursa turistik bir tesisin veya varış noktasının düzenli turizm olanaklarına ek olarak, sağlık hizmetlerini ve tesislerini kasten teşvik ederek turistleri çekme girişimi şeklinde de tanımlanabilir (Goodrich, 1994). Carrera & Bridges (2006) ise sağlık turizmini "bireyin refahını ve bedenini korumak, iyileştirmek veya geliştirmek için yerel çevresi dışında organize edilen seyahat" olarak tanımlamıştır. Tanımlardan da görüleceği gibi sağlık turizmi birçok farklı şekilde tanımlanmaktadır. Ancak sağlık turizmi talep açısından değerlendirildiğinde sağlık turizmi; bireylerin şifa bulmak ya da sağlık durumlarını stabil hale getirmek amacıyla en az 24 saat ve en fazla 1 yıl süre ile başka bir ülkeye seyahat etme durumudur (Doruk, 2019). Sağlık hizmeti almak için seyahat eden bu bireyler ise sağlık turisti olarak nitelendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Sağlık turizmi; ileri yaş ve engelli turizmi, termal sağlık turizmi ve Spa-Wellness, ve medikal turizm olmak üzere üç başlık altında değerlendirilir (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2017);

a. Yaşlı ve Engelli Turizmi:

- İleri yaş turizmi (gezi turları, meşguliyet terapileri)
- Yaşlı bakımı hizmetleri (bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri)
- Klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri
- Engelliler için özel bakım ve gezi turları.

Hizmetlerin verildiği yerler genel olarak klinik oteller, rekreasyon alanları, tatil köyleri ve bakım evleridir.

b. Termal sağlık turizmi ve spa wellness:

- Kaplıca tedavileri ve fizyoterapiler
- Talosoterapiler
- Hidroterapi ve egzersizler
- Balneoterapi ve Peloidoterapi
- Klimaterapi

Termal sağlık turizminin verildiği yerler genel olarak kaplıca ve spa merkezleridir.

c. Medikal Turizm:

- İleri tedaviler (Kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, cyberknife vb.)
- Transplantasyon
- İnfertilite (Tüp bebek uygulamaları)
- Estetik cerrahi
- Göz, diş, diyaliz tedavileri vb. hizmetlerin verildiği yerler genel olarak sağlık kurum ve kuruluşlarıdır.

TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİ

Turizmi konusunda Türkiye’de 1980 yılı sonrasında önemli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Ekonomiye bakıldığında turizm en gözde sektörlerden biri haline gelmiştir. 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin verimli, etkili ve kolay erişilebilir olmasını sağlamıştır. Günümüze kadar olan süreçte hem turizm gelirleri he de turist sayısında önemli artışlar görülmüştür (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010). Sağlık alanında yapılan çalışmalarla birlikte sağlık hizmeti almak için Türkiye’den yurt dışına çıkışlar yok denecek kadar azalmıştır. Hizmetlerin kalitesinin farkında olan ve fiyatların uygun olduğunu

gören yabancı turistlerin sağlık hizmeti talepleri her geçen gün artış göstermektedir (Tontuş, 2020a).

İletişim ve ulaşım olanaklarının artması, teknolojinin ilerlemesi, internet ağlarının gelişmesi gibi etkenler mesafe kavramını ortadan kaldırmıştır. Sağlığa yapılan yatırımın ve kalitenin artması ile birçok ülkeden Türkiye'ye sağlık hizmeti almak amacıyla hastalar gelmiştir. Bu önemli gelişim zamanla sağlık turizmi alanını da ön plana çıkarmıştır (Aydın & Aydın, 2015). Ayrıca Türkiye'nin üç kıtanın birleştiği bir önemli bir coğrafyada bulunması da sağlık turizmini olumlu etkilemektedir.

Sağlık turizmi Türkiye'nin yüksek katma değerli ekonomik modele geçmesinde önemli rol oynamaktadır. Aynı zamanda sağlık alanında eğitilmiş insan gücü kadrosu, ileri teknik altyapısı, tarihi ve kültürel kaynaklara, Avrupa'nın önemli kaynaklarına sahip olması nedeniyle kendisini lider konumuna taşıyacak önemli bir potansiyele sahiptir (Tontuş, 2020a). Türkiye'de sağlık turizminin SWOT Analizi Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Türkiye'de Sağlık Turizminin SWOT Analizi

Kaynak: Sağlık Turizm Koordinasyon Kurulu, (2020)

**SATURK: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu*

Türkiye’de sağlık turizminin gelişimini; sağlık turizmi hizmeti verecek olan kurumların denetimini sağlayacak uluslararası geçerliliği olan akreditasyon belgeleri, genç işgücü kaynağı, eğitim seviyesi yüksek sağlık profesyonelleri, hemen her bölgede bulunan termal kaynaklar ve dünya nüfusunun sürekli yaşlanması gibi faktörler etkilemektedir. Sağlık turizminin gelişimini olumlu yönde etkileyen faktörlerin yanında fiyatların kontrolsüz oluşturulması, bakım hizmetlerinin noksanlığı, diğer ülkelerde sağlık turizmine verilen önemin derecesi, yeterli tanıtımın yapılamaması, politika yoksunluğu, aracı kurumların eksikliği gibi etmenler sağlık turizminin gelişimini olumsuz etkilemektedir (Şekil 1).



Şekil 2. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Rekabetçi Unsurları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, (2013)

Sağlık turizmini etkileyen birçok rekabetçi unsur vardır (Şekil 2.) Sağlık Turizmi pazarı küresel olarak değerlendirildiğinde rekabetin önemli derecede fazla olduğu görülmektedir. Rekabeti etkileyen önemli faktörler arasında;

- Sağlık hizmetini talep edenlerin bilinçli olması,
- İletişim ve ulaşımında yaşanan gelişmeler,
- Sağlık turizminin ekonomik getirileri,
- Çeşitli teşviklerin sunulması,
- Talep tahmin yöntemleri kullanıldığında gelecekteki popüleritesinin artma durumu
- Sektörün küresel anlamda 60 milyar dolarlık bir pazara sahip olması gösterilebilir (Kördeve, 2016).

TERMAL TURİZM VE TERMAL TURİZMİN BOYUTLARI

Bireyler sağlıklı olarak yaşama ve ileri yaşlarda da sağlık durumlarını devam ettirebilmek adına birçok farklı alternatifler deneyerek sağlık durumlarını kontrol altına almayı denemiştir. Su ve su kaynakları da bireylerin sağlığını etkileyen önemli faktörler arasındadır (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, 2020).

Termal Turizmin Tarihçesi

Geçmiş çağlardan beri insanların yaşam alanı olarak seçtikleri yerler incelendiğinde hemen hepsinin su kaynaklarına yakın bölgeleri tercih ettiği görülmektedir (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, 2020). M.Ö. 10.000 yılına kadar giden eski bir geçmişi olan termal kaynaklar tekstil, çömlek, krem yapımı, ısınma, pişirme, banyo amaçlı kullanılmıştır (Topay & Küçük, 2010).

Sıcak su kaynakları doğal bir tedavi olmakla beraber bilinen en eski tedavi yöntemleri arasında gösterilebilir. Hipokrat, hastalık ve sağlığın belirlenmesinde kullanılacak unsurlardan biri olarak

toprak, hava ve ateş ile birlikte suyun da yer aldığını belirtmiştir. Ayrıca tüm hastalıkların nedeninin vücut sıvılarının dengesizliğinde yattığı hipotezini önererek, dengeyi yeniden kazanmak için, modern termal spa merkezlerinde bulunan sağlıklı yaşam aktivitelerinin aksine, banyo, terleme, yürüyüş ve masajları içeren alışkanlık ve ortam değişikliğini önermiştir. Hipokrat, suyun iyileştirici gücü hakkında kapsamlı bir inceleme yaparak, tuzlu su banyolarının kullanımını savunmuştur. Doğal termal maden suları ile ünlü antik Yunan kenti Thermae (şimdi Loutraki olarak adlandırılmaktadır) tarihteki ilk sağlık merkezlerinden biridir (Boekstein, 2014).

Yunanların fikirlerini hızlı bir şekilde benimseyen Roma İmparatorluğu, imparatorluğun her yerine termal banyo merkezleri kurmuştur. Romalılar ayrıca gut, ayak hastalığı, siyatik, ateş, sedef hastalığı ve yaraların tedavisi için termal kaynakları kullanmışlardır. Aquae adı verilen ve daha sonra Thermae olarak adlandırılan büyük yapılara dönüşen binlerce insan kapasiteli hamamlar oluşturulmuştur. Roma banyo kültürü yıllar geçtikçe yavaş yavaş değişmiştir ve banyoları tıbbi tedaviler yerine rahatlatma ve boş zaman yerleri olarak kullanmaya doğru ilerlemiştir (Boekstein, 2014).

18. yüzyılda kaplıcalar Almanya, Çek Cumhuriyeti ve Belçika'da gelişim göstermiştir. Bu gelişim hem kaplıcaları bir eğlence merkezi haline getirmiş hem de sağlık ve rekreasyon arasında simbiyotik bir ilişkiye neden olmuştur. Ayrıca 20. yüzyılda su terapisindeki bilimsel ilerlemeler, suların algılanan iyileştirici güçlerine ve sağlık rutinlerinin geliştirilmesine odaklanan daha küçük, daha uzmanlaşmış spaların oluşturulmasına, böylece boş zamana ve rekreasyona vurgu yapılmasını sağlamıştır. Kaplıca tedavileri, Almanya, Fransa, İtalya, Avusturya, İsviçre, Belçika ve Danimarka gibi ülkelerin ulusal sağlık hizmetlerine dahil edilmiştir. 1970'lerden sonra çoğu Avrupa kaplıcaları, hastalığın tedavisinden, boş zaman ortamında sağlığın iyileştirilmesine ve sağlıklı yaşantının

uzatılmasına, genç ziyaretçileri deniz, kum ve güneş tatillerinden uzaklaştırmak için gerekli görülen bir şey olarak odaklarını değiştirmeye başlamıştır (Boekstein, 2014).

Termal turizm kapsamında zaman içerisinde çeşitli uygulamalar ortaya çıkmıştır. Bunlar (Akar, 2014); Kür, Balneoterapi, Klimaterapi, Hidroterapi, Peloidterapi, Talassoterapi, İnhalasyon uygulamalarıdır.

Kür; Belli hastalıkların tedavisi için doktorlar tarafından özel olarak hazırlanan ve belli bir süre uygulanan tedavi yöntemidir.

Balneoterapi; Klimatizm ile termalizmi birleştiren, sıcak su kaynağının çıktığı yer ile iklimini birleştirerek uygulanan tedavi yöntemidir. Kaynağın bulunduğu yerde soluma tedavisi ve kür şeklinde verilen tedavi şeklidir.

Klimaterapi; Bir coğrafyadaki nem, hava sıcaklığı, güneş ışığı, rüzgâr hızı gibi etmenlerin belirli aralıklarla düzenli bir şekilde kür şeklinde uygulanması yöntemidir.

Hidroterapi; Kas, sinir ve iskelet sistemini iyileştirmek ya da geliştirmek amacıyla yapılan bir havuz tedavi yöntemidir.

Peloidterapi; Biyolojik, jeolojik ve doğal olaylar neticesinde ortaya çıkan inorganik ve organik maddeler olan peloidlerin kullanılması ile yapılan tedavi yöntemi.

Talassoterapi; Deniz suyu ve unsurlarının kür şeklinde uygulanması yoluyla uygulanan tedavi yöntemidir.

İnhalasyon; Termal sulardaki minerallerin zerreciklerinin solunması şeklinde gerçekleştirilen tedavi yöntemidir.

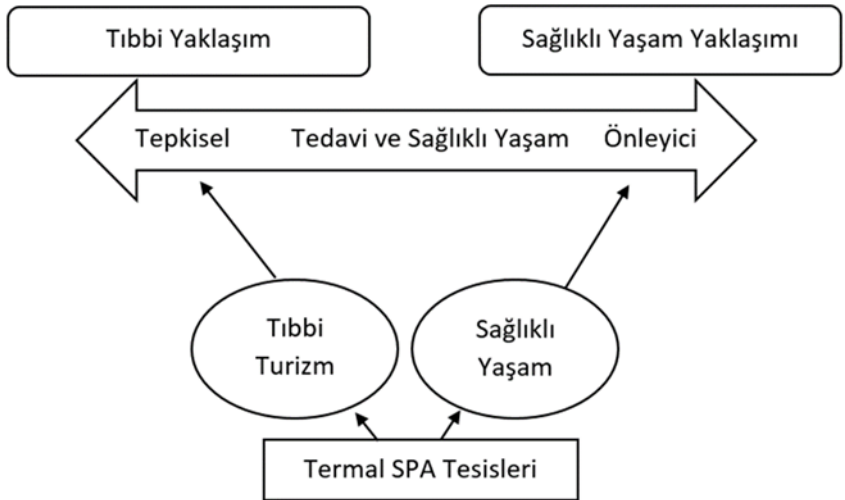
Termal Turizm Çeşitleri

Son 60 yıla bakıldığında turizm, dünyadaki genişleme ve çeşitlilik bakımından en hızlı büyüyen ekonomik sektörlerden biridir. Bu nedenle popüler turizm destinasyonları, dünya turizm

pazarındaki pazar paylarını sürdürmek için alternatif turistik faaliyetlerin geliştirileceği bir konumdadır. Bu eğilime uygun olarak, özellikle yerel turizmin gelişmesi ve dünya pazarındaki rekabet gücü dikkate alınarak termal turizm türüne odaklanıp turizminin çeşitlendirilmesi ihtiyacı ve nedeni analiz edilmelidir (Piri, 2012).

Termal turizm, çevreden etkilenen termal maden suyu ve çamur ve iklim faktörlerinden oluşur. Wellness programı, insan ömrünü olumlu bir şekilde etkileyebilmek için uzman doktorlar tarafından fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet ve destekleyici tedavileri içeren koordineli bir sağlık hizmeti verilmesini ifade eder (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Spa ise sadece masajı değil, diğer alternatif tedaviler de dahil olmak üzere potansiyel çok sayıda tedaviyi, vücut ovmalar, cilt bakımı, buhar, sauna, hidro, yoga, fitness, diyet ve meditasyonu da içeren bir sağlık hizmetidir (Fanuzzi, 2020). Bireyler Spa hizmetlerini hem önleyici hem de tedavi edici sağlık hizmeti olarak alabilmektedir (Kusluvan & Isackeri KV, 2019).



Şekil 3. Termal Spa Tesisleri, Tıbbi ve Sağlıklı Yaşam Turizmi Arasındaki İlişkiler

Kaynak: Kusluvan & Isackeri (2019)

Ülker (1988) farklı kimyasal yapılara sahip termal kaynakların birçok hastalık üzerinde tedavi edici özelliğe sahip olduğunu bildirmiştir (Türksoy & Türksoy, 2010).

Tablo 1. Termal Kaynak Çeşitleri ve Tedavi Edici Özellikleri

Kaynak Özelliği	Tedavi Özelliği
Sodyum Klorürlü Sular	Deri hastalıkları, bronşit, kan dolaşımı hastalıkları, sinirsel yorgunluklar, romatizmal hastalıklar, astım, kalp hastalıkları, bünve yorgunlukları,
Hidrokarbonatlı ve Karbonatlı Sular	Böbrek ve idrar yolu hastalıkları, romatizmal hastalıklar ve beslenme bozukluğu,
Sülfatlı Sular	Böbrek ve idrar yolu hastalıkları, beslenme bozukluğu ile romatizmal hastalıklar
Demirli Sular	Kanda bulunan demir oranının azlığı
Arsenli Sular	Bünyesel zayıflıklar
İyotlu Sular	Kalp hastalıkları, göz hastalıkları, Solunum yolu rahatsızlıkları, kan dolaşımı hastalıkları
Kükürtlü Sular	Göz hastalıkları, deri hastalıkları, Romatizma ve solunum yolu rahatsızlıkları
Radonlu Sular	Hormonal dengesizlikler, romatizmal hastalıklar, Kalp hastalıkları, kadın hastalıkları ve kan dolaşımı rahatsızlıkları

Kaynak: Ülker, (1988)

International Spa Association (2013) Spa hizmetlerini altı başlık altında değerlendirmiştir. Bunlar;

Kulüp Spa: Temel amacı fitness olan ve günlük kullanım esasında profesyonel olarak yönetilen çeşitli spa hizmetleri sunan bir tesis.

Günlük Spa: Müşterilere günlük kullanım bazında çeşitli profesyonel yönetim spa hizmetleri sunan bir spa.

Hedef Spa: Bir hedef spa, bireysel spa m¼davimlerine sağlıklı alışkanlıklar geliştirmeleri için rehberlik etmeyi amaçlayan bir tesistir. Bu yaşam tarzı d¼n¼ř¼m¼, spa hizmetleri, fiziksel uygunluk aktiviteleri, sağlıklı yaşam eğitimi, sağlıklı mutfak ve ¼zel ilgi programlarını içeren kapsamlı bir program sağlayarak gerçekleştirilebilir.

Medikal Spa: Yerinde tam zamanlı lisanslı bir sağlık uzmanı bulunan ve bir tıp doktoru derecesi almış bir sağlık uzmanı tarafından verilen sağlık hizmetidir.

Mineral Kaplıca Spa: Hidroterapi işlemlerinde yerinde doğal mineral, termal veya deniz suyu kaynağı sunan bir spa hizmetidir.

Resort Otel Spa: Profesyonel olarak y¼netilen spa hizmetleri, fitness ve sağlıklı yaşam bileşenleri sunan bir tatil k¼y¼ veya otel içinde bulunan bir spa hizmetidir.

2.3. Termal Sağlık Tesislerinin Standartları

Uluslararası olarak iş birliği içinde çalışılan kurumlardan geri ¼deme alınabilmesi için belirlenen tesis kurallarına uyulması gerekmektedir. Termal sağlık tesislerinde aranan standartlar (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, 2020):

- Yeterli fiziki altyapı
- Termal suyun hem kimyasal hem de fiziksel ¼zelliklerinin ilan edilmesi
- Çevresel etkenlerin d¼zenli olması
- Transfer ve ulaşım altyapısının oluşturulması
- Kadrolu doktor ve sağlık profesyonelleri (Hemşire, Fizyoterapist vb.)
- Eğitimli yardımcı sağlık personeli
- ağın gereklerine uygun tıbbi teknoloji

- Veri gizliliği ve etik değerlere bağlılık
- Hem ekonomik hem de fiziki bakımdan ulaşılabilir sağlık hizmeti
- Tesislerde çeşitli tedavi yöntemlerinin uygulanabiliyor olması (diyet terapi, hidro terapi, iklim terapi, inhalasyon tedavisi, çamur tedavisi vb.)
- Spor yapma imkânı ve fiziksel aktivite hizmeti
- Doğal termal su havuzunun bulunması
- Bilgi teknolojilerini kullanarak aktif bir sağlık hizmeti sunumu
- Uluslararası sigorta şirketleri ile gerekli anlaşmaların yapılmasıdır.

TÜRKİYE’DE TERMAL SAĞLIK TURİZMİNİN POTANSİYELİ

Kaplıcalar antik dönemlerden günümüze kadar kullanılagelmiş olup Anadolu toprakları tarih boyunca medeniyetlere şifa dağıtmıştır. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde de şifalı su kaynaklarından yararlanmak amacıyla kaplıca tesislerinin kurulması sürdürülerek dönemin kendine özgü mimarisi ile Türk hamamı olgusu ön plana çıkarılmıştır. Bu sıcak su hizmetleri hastalıklara karşı korumakla birlikte bireylere zindelik vermek ve hastalık durumlarında tedavi edici özelliği ile fayda sağlamaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde dünya görüşünün sürekli olarak değişmesiyle birlikte insan sağlığının öneminin ön plana çıkması, yaşam standartlarına verilen önemin artması, doğal kaynakların insan sağlığının korunmasında kullanılmasına öncelik verilmesi ile termal suların daha verimli kullanılması büyük önem kazanmaktadır.

2000’li yıllarda 65 yaş üstü nüfusun %17 olduğu Avrupa’da bu oranın 2025 yılında %20’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Özellikle alım gücü çok yüksek olan 3. kuşak olarak tanımlanan 50 yaş ve üstü bireyler sağlıkta önleyici, tedavi ve zinde kalma isteği ile devamlı olarak artan yüksek kaliteli wellness hizmetlerine yönelik talep oluşturmaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Yenilenebilir jeotermal kaynakların oldukça fazla bulunduğu Türkiye’de jeotermal kaynaklar incelendiğinde kaynak potansiyeli bakımından Avrupa’da birinci, kaplıca uygulamaları bakımın üçüncü ve dünyada ilk yedi ülke içerisinde yer almaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Türkiye’de termal turizmin diğer turizm çeşitlerine göre daha avantajlı olduğu söylenebilir. Bu avantajlar (Yılmaz & Atay Özkanlı, 2018);

- Yılın her ayında termal turizm imkânı bulunmaktadır.
- Kitle turizmine göre istihdam oranı daha yüksektir.
- Turist başına yapılan harcama termal turizmde daha fazladır.
- Tesislerde doluluk oranı yüksektir.
- Diğer turizm türleri ile entegrasyonu kolaydır.
- Geceleme sayısı alınan kür miktarına göre daha yüksektir.

Küresel olarak incelendiğinde jeotermal kaynakların daha çok volkanik bölgeler, fay hatları ve tektonik alanlar arasında önemli derecede bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu durum jeotermal kaynakların sık bulunduğu bölgeler olarak; okyanusların kıyı bölgeleri, kıtaların iç bölgelerinde bulunan tektonik kuşaklar ve volkanik alanları işaret etmektedir. Türkiye’de jeotermal

kaynakların, fay hatlarının bulunduğu bölgelerde yaygınlık gösterdiği görülmektedir. Özellikle İç Anadolu'daki volkanik alanlarda, Kuzey Anadolu fay hattı boyunca ve Batı Anadolu bölgesi jeotermal kaynak bakımından zengin alanlardır (Yılmaz & Atay Özkanlı, 2018) (Şekil 4).



Şekil 4. Jeotermal Kaynaklar ve Volkanik Alanlar Haritası

*Kaynak: Maden Teknik ve Arama (MTA) Genel Müdürlüğü,
https://www.mta.gov.tr/*

Türkiye yaklaşık olarak 1000 adet jeotermal kaynağa sahiptir. Bu kaynaklar bölgesel olarak incelenecek olursa; Batı Anadolu %78, İç Anadolu %9, Marmara Bölgesi %7, Doğu Anadolu Bölgesi %5 ve diğer bölgeler ise %1'i bulunmaktadır (Kılıç & Kılıç, 2013).

Tablo 2. Toplam Turist Sayısı, Toplam Sağlık Turisti Sayısı ve Termal Turist Sayısı İstatistikleri

Yıllar	Toplam Turist Sayısı	Toplam Sağlık Turisti Sayısı	Termal Turizm Ziyaretçi Sayısı
2012	36 463 921	216 229	1 240 871
2013	39 226 226	267 461	1 380 203
2014	41 415 070	414 658	1 560 204
2015	41 617 530	428 894	1 677 227
2016	31 365 330	418 944	1 347 910
2017	38 620 346	491 055	2 039 857
2018	45 628 673	656 320	2 513 242
2019	51 860 042	756 926	2 582 587
2020	15 826 266	435 691	1 076 171
2021	29 357 463	729 592	1 706 433
2022	51 369 026	1 381 807	2 307 906
2023	57 077 441	1 538 643	2 105 431
2024	62 232 447	1 506 643	2 466 866

Kaynak: Okuyucu & Yılmaz, 2020; TÜİK, 2025; USHAŞ, 2025; Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2025)

*Termal turizm ziyaretçi sayısı başlıklı sütundaki verilerde tesise giriş sayısı kişi bazlı olmayıp aynı turistin farklı zamanlarda yaptığı girişler ayrı girdi olarak verilmiştir.

Tablo 2’de Türkiye’deki yıllara göre toplam turist sayısı, toplam sağlık turisti sayısı ve termal turist sayısı istatistikleri yer almaktadır. Türkiye’deki toplam turist sayısında yıllara göre bir artış durumu söz konusudur. Ancak COVID-19 pandemi döneminde ülkeye giriş yapan turist sayısında azalma olduğu görülmektedir. Toplam sağlık turizmi ve termal turizm kapsamında Türkiye’yi ziyaret eden turist istatistikleri incelendiğinde sağlık turizmi alanında da yıllara göre bir artış söz konusudur (Tablo 2).

Tablo 3. İşletme ve Basit Belgeli Termal Otel İstatistikleri (2015-2024)

Tesise Geliş Sayısı	Ortalama Kalış Süresi (Geceleme)	Doluluk Oranı %
---------------------	-------------------------------------	--------------------

	Yabancı	Yerli	Toplam	Yabancı	Yerli	Toplam	Yabancı	Yerli	Toplam
2015	534.670	1.132.555	1.667.225	1,5	1,9	1,8	11,11	30,77	41,88
2016	203.621	1.134.851	1.338.472	1,8	2,0	1,9	4,69	29,15	33,83
2017	358.288	1.673.990	2.032.278	1,5	2,1	2,0	6,01	39,87	45,88
2018	611.026	1.902.216	2.513.242	1,4	2,0	1,9	8,90	40,02	48,91
2019	702.348	1.880.239	2.582.587	1,7	2,0	1,9	11,92	37,08	49,00
2020	130.695	945.476	1.076.171	2,1	1,9	2,0	2,66	17,34	19,99
2021	239.830	1.466.603	1.706.433	2,3	2,0	2,1	5,09	27,63	32,73
2022	619.704	1.688.202	2.307.906	2,0	2,0	2,0	11,17	30,39	41,56
2023	557.572	1.547.859	2.105.431	1,9	2,1	2,0	9,63	28,40	38,03
2024	747.652	1.713.426	2.461.078	1,8	2,0	2,0	10,86	29,93	40,79

Kaynak: Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, (2025)

Tablo 3'te işletme ve basit belgeli konaklama tesislerinde tesislere geliş sayısı, ortalama kalış süreleri ve tesislerin doluluk oranları verilmiştir. Tabloya göre hem yerli hem de yabancı termal turist sayısında bir artış söz konusudur. Yerli turistlerin termal turizme daha fazla ilgi gösterdiği görülmektedir. Sayılarda artış olsa da tesislerdeki ortalama kalış sürelerinin (geceleme) genel olarak 2,0'yi geçmediği görülmektedir. Tesis doluluk oranlarında ise en yüksek %49 seviyesi görülmüştür.

Türkiye’de Termal Turizm Hedef ve Politikaları

Termal Turizm; istihdam artışı, bölgelerarası gelişim ve etkileşim, katma değer, 12 ay turizm ve ülke ekonomisine olumlu etkileri ile fayda sağlamaktadır. Özellikle cumhuriyetin ilan edilmesinden sonra kaplıca yapımı için eğitim ve tıbbi araştırmalar yapılmıştır (Özbek, 2011).

Türkiye çok zengin jeotermal potansiyele ve tedavi edici özelliği yüksek termal sulara sahip olmasına rağmen kür parkı, kür merkezi ve konaklama tesisi bütünlüğü sağlayan tesislerin nicelik ve nitelik yönünden yetersizliği uluslararası standartlarda termal tesislere sahip termal kent niteliğindeki destinasyonların oluşturulamaması nedeniyle Avrupa ülkeleri ile bir rekabet ortamı sağlanamamıştır. Bu nedenle dünyada sürekli olarak büyüyen sağlık ve termal turizm pastasındaki Türkiye’nin payının ve rekabet

gücünün artırılması amaçlanmaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Türkiye’de son on beş yılda hem kaplıca hem de termal turizm yatırımında önemli bir artış görülmektedir. Termal turizm çeşitlerinin artırılması ve entegre edilmesi ile yıl boyunca turizm imkânı ve ekonomik getiri sağlayan termal turizm işletmeleri kurularak hizmete açılmıştır. Kaplıca hizmetlerinin verilebilmesi için çeşitli dallarda alanlarında uzman olan hekimlere de ihtiyaç duyulmaktadır. Termal sağlık hizmeti veren işletmeler son yıllarda pazarlama, tanıtım, personel, teknoloji, ekipman, çevre düzeni ve uygunluğuna önem vermektedir (Özbek, 2011).

Son zamanlarda Ortadoğu’da bulunan ülkeler ile yapılan vize anlaşmaları, ülke sınırlarında sağlanan kolaylıklar ile kültürel ve siyasi ilişkiler sağlık turizmini canlandırmıştır. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti harcamalarının artması hastaları daha uygun sağlık hizmeti alabileceği bölgelere yöneltmiştir. Danimarka, İsveç, Norveç, Hollanda ve Almanya’da bulunan özel sigorta kuruluşları hastalarının Türkiye’deki termal tedavi hizmetlerini karşılamaktadır. Bu durum Türkiye’nin termal turizmdeki pazar payını artırmaktadır (Türkiye Sağlık Turizmi Derneği, 2020).

Türkiye’nin termal turizm alanında pazardaki konumunu genişletmesi ve rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi amacıyla Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından Termal Turizm Master Planı oluşturulmuştur. Söz konusu plan 2007-2023 yıllarını kapsamakta olup, plan dahilinde hangi bölgelere yatırımların yapılacağına, ne kadar süreceğine ve sorumlu ve ilgili kuruluşların hangileri olacağına dair çalışmalar yürütülmüştür (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Bu çalışmalar kapsamında vizyona yönelik; uluslararası düzeyde iş birliğinin çalışmaları, yaşanabilir ve kaliteli çevre oluşturma, marka haline gelen turizm bölgeleri oluşturma, ürün

çeşitlendirme, etkin pazarlama ve tanıtım faaliyetleri, taleplerin izlenmesi ve değerlendirilmesi, turist odaklı ürün oluşturma, turizm geliri ve turist sayısının artırılması gibi birçok ilke oluşturulmuştur. Termal Turizm Master Planı ile orta vadede 100.000 yatak uzun vadede ise 500.000 yatak kapasitesine ulaşmak hedeflenmektedir (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Sektörün güçlendirilmesine yönelik birçok alanda stratejik çalışmalar yapılması öngörülmüştür: Planlama çalışmaları, yatırım çalışmaları, örgütlenme, iç turizm, Araştırma ve Geliştirme, tanıtım ve pazarlama stratejisi, ulaşım ve altyapı stratejisi, eğitim stratejisi, kentsel ölçekte markalaşma stratejisi, hizmet kalitesi stratejisi, mevcut turizm alanlarının iyileştirileceği bölgeler, turizm çeşitlendirmesi stratejisi, turizm gelişim bölgeleri, turizm gelişim koridorları, turizm kentleri, eko-turizm bölgeleri stratejileri yapılması gereken çalışmalar arasında yer almaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

Ayrıca mevcut işletmelerin rehabilite edilerek iç ve dış turizme açılma, uluslararası geçerliliği olan akreditasyon kurumları tarafından akredite edilme, kaplıca yatırımlarını artıracak şekilde kanun düzenleme, seyahat acenteleri ile iş birliği, diğer turizm çeşitleri ile entegrasyon, teşvik politikaları, Maden Teknik arama faaliyetlerinin desteklenmesi gibi birçok stratejik çalışma yer almaktadır (Özbek, 2011).

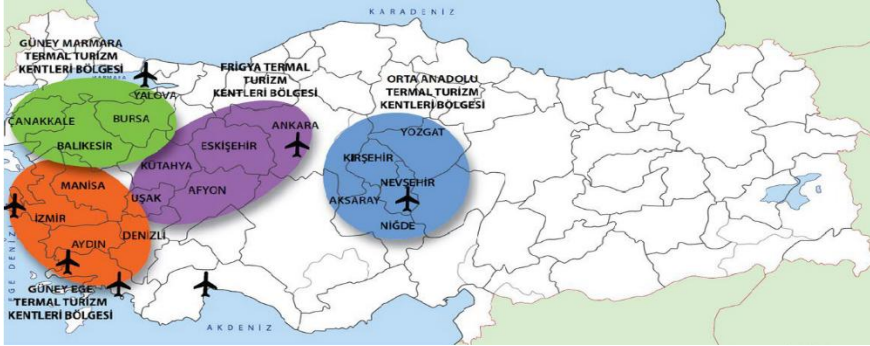
Türkiye'nin termal turizmde küresel anlamda payının artırılabilmesi için birçok çalışma yapılmaktadır. Turizm için geliştirilmiş olan Türkiye 2007-2023 Turizm Master Planı dahilinde termal turizmin geliştirilebilmesi için termal alanları 4 bölgeye ayırarak incelemiştir (Yılmaz & Atay Özkanlı, 2018) (Şekil 5).

Güney Ege Termal Turizm Bölgesi (Manisa, İzmir Denizli Aydın

Frığra Termal Turizm Bölgesi (Ankara, Kütahya, Afyonkarahisar, Uşak, Eskişehir)

Güney Marmara Termal Turizm Bölgesi (Çanakkale, Balıkesir, Yalova)

Orta Anadolu Termal turizm Bölgesi (Kırşehir, Niğde, Aksaray, Nevşehir, Yozgat)



Şekil 5. Termal Turizm Bölgeleri

Kaynak: Yılmaz & Atay Özkanlı, (2018)

İçerisinde kür merkezi, kür parkı ve konaklama hizmetleri sunan tesisler uluslararası geçerliliği olan standartlara sahip merkezlerin artış göstermesiyle birlikte turist sayısının ve turizm gelirlerinin artırılması da amaçlanmış ve eğlence, rekreasyon, dinlenme, zindelik, spor ve insan sağlığı gibi hizmetler sunan tesisler oluşturulmaya başlanmıştır. Modern tesislerin oluşturulması, insanların rekreatif ve sağlığa yönelik ihtiyaçlarının karşılanması, çağdaş sağlık teknolojisinin takip edilmesi, çağdaş işletme sistemi ve mimarisi ile Türk hamam ve kaplıca kültürünün birlikte değerlendirilmesiyle Türkiye'ye özgü bir tanıtım ve markalaşma boyutu kazandırılmaya çalışılmaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2020).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'nin termal turizm açısından rekabet üstünlüğü sağlayacağı birçok rekabetçilik unsuru söz konusudur (Tontuş, 2020b). Bunlar; dünya standartlarında kalite, fiyat cazibesi, kişiye özel hizmet, zengin kültürel miras ve kısa bekleme süresidir. Ayrıca Türkiye'nin içinde bulunduğu jeo-stratejik ve politik konumu ile son yıllarda sağlık alanında yapmış olduğu yatırımlar rekabet üstünlüğünün sağlanmasında önemli faktörler arasındadır.

Türkiye'de termal sağlık turizminin güçlü yönleri aşağıdaki gibi ifade edilebilir;

- Kültürel ve tarihi zenginlik,
- Termal turizm bakımından bozulmamış çevre, doğal kaynakları ve uygun iklim,
- Termal kaynakların fazla olması,
- Tarihi bakımdan önemli olan çok sayıda kilise ve sinagog bulunması (inanç turizmi),
- Turist gönderen ülkelere (pazarlara) yakınlık,
- Çeşitlendirilmiş ürünler,
- Ulaşımın kolay hale gelmesi.

İç çevreden kaynaklı zayıf ve güçlü yönler ile dış çevreden kaynaklı tehditler ve fırsatlar termal turizm sektörü için SWOT analizi ile değerlendirildiğinde mevcut durum analizi yapılarak gelecek çalışmalara yön verilebilir (Şengül & Bulut, 2019). Termal turizmde güçlü, zayıf, fırsat ve tehditler;

Güçlü Yönler;

- Sularındaki mineral kalitesi ve jeotermal kaynakların bol olması,
- Ulaşım imkanının gelişmiş olması

- Hizmet sektörünün gelişmiş olması
- Gelişmiş bir altyapının olması
- Sağlık alanındaki nitelikli işgücü ve teknolojik altyapı
- Kalkınma planlarında desteklerin yer alması
- Verilen termal hizmetlerin Avrupa ülkelerine göre daha uygun fiyatla sunulması

Zayıf Yönler;

- Reklam, pazarlama ve iletişim faaliyetlerinin yetersizliği
- Ulusal bir sağlık turizmi yönetimi stratejisinin olmaması
- Hizmet sunuculardaki yabancı dil
- Termal turizm faaliyetlerinin gerçekleştirileceği tesislerin tam anlamıyla hazır olmaması
- Termal turizm için bütçeden yeterli pay ayrılmaması
- Sorumlu birimler arası koordinasyon yetersizliği

Fırsatlar;

- Yasal düzenlemeler ve devlet desteğinin artış göstermesi
- Türkiye'ye vizesiz seyahat eden 62 ülkenin bulunması
- Coğrafi konumdan dolayı potansiyel müşterilerin fazla olması
- Termal turizme olan ilginin sürekli olarak artması
- Termal turizm hizmetinden faydalanacak olan kişilerin doğal ve tarihi güzelliklerden de faydalanma imkanının bulunması
- Sigorta şirketleri ile anlaşmalar yaparak daha büyük pazarlara erişme durumu

Tehditler;

- Yerli olarak uluslararası akreditasyon kurumunun olmaması
- Sektörde uzun süreli stratejik değişikliklere yer verilmemesi
- Ülkelerde gelişen siyasi istikrarsızlıkların turizme yansması

Sonuç olarak Türkiye termal kaynak potansiyeli yüksek bir ülke olmasına rağmen sahip olduğu potansiyeli kullanamadığı görölmektedir. Söz konusu potansiyeli ortaya çıkarabilmek için sorunların belirlenmesi ve çözümü için gerekli çalışmalar yapılması gerekmektedir. Geçmişten günümüze kadar olan süreçte termal turizme bakıldığında sağlık turizmi içerisindeki payın artış gösterdiği görölmektedir. Termal turizm sadece tedavi edici bir sağlık hizmeti değil aynı zamanda sağlığı geliştirici ve güçlendirici bir sağlık hizmetini de kapsamaktadır. Bu nedenle termal sağlık hizmeti almak için hasta olmaya gerek yoktur.

Sektör temsilcileri ile bakanlıkların koordineli bir şekilde çalışması ve tanıtım faaliyetlerine gerekli önemi vermesi termal turizmin önemini ön plana çıkaracaktır. Ayrıca işletmelerin de sigorta şirketleri ile anlaşmalar yapması Türkiye’de termal turizmin geleceğine yön verecektir.

Termal turizm merkezlerinin daha çok yerli turistler tarafından ziyaret ediliyor olması bilinen bir durumdur. Bu nedenle belediyelerce iç turizmi canlandıracak turların düzenlenmesi bölgede bulunan termal turizm faaliyetlerini ön plana çıkaracaktır. Ayrıca restorasyon çalışmaları yapılarak kaynakların etkin kullanılması ve kültürel mirasın korunması sağlanabilir.

Kaynakça

Akar, A. (2014). *Termal Tesis Projelerinde Verimlilik ve Proje Uygulama Teknikleri* [Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Akbulut, G. (2010). Türkiye’de Kaplıca Turizmi ve Sorunları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 35–54.

Aksoy, M., & Solunoğlu, A. (2015). Gıda İsrafı ve “Freegan Food Akımı.” *I. Eurasia International Tourism Congress: Current Issues , Trends and Indicators*, 165–172.

Aydın, G., & Aydın, B. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 16, 1–21.

Boekstein, H. (2014). From illness to wellness-has thermal spring health tourism reached a new turning point? *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, 3(2), 1–11.

Carrera, P., & Bridges, J. (2006). Globalization and Healthcare: Understanding health and Medical Tourism. *Pharmacoeconomics Outcomes Resources*, 6(4), 447–454.

Doruk, T. (2019). *Bir Sağlık Turizm Örneği Olarak Termal Turizm: Türk Sağlık Turizmi İçindeki Yerin Çeşitli Boyutlarıyla İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Fanuzzi, J. (2020). *Building a Successful SPA*. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/building_a_successful_spa.pdf

Fişek, N. (1982). *Modern Yönetim Semineri. Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları*. Türk-İş Yayınları. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html

Goodrich, J. (1994). Health Tourism: A New Positioning Strategy for Tourist Destinations. *Journal of International Consumer Marketing*, 6(3), 227–237.

Hall, M. (2011). *Health And Medical Tourism: A Kill or Cure for Global Public Health?* Emerald Publishing Limited.

International Spa Association. (2013). *SPS Services*. <https://experienceispa.com/resources/spa-goers>

Kılıç, F., & Kılıç, M. (2013). Jeotermal Enerji ve Türkiye. *Mühendis ve Makine Dergisi*, 54(639), 45–56.

Kördeve, M. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1), 51–61.

Kusluvan, S., & Isackeri KV. (2019). Avrupa'da Termal Spa Terapi Uzmanı Mesleğinin Yeterlilik Alanlarına ve Eğitim İhtiyacına İlişkin Bir Araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 79–92.

Okuyucu, A., & Yılmaz, M. (2020). Kozaklı'da (Nevşehir) Termal Turizmin Gelişimi ve Etkilerinin Değerlendirilmesine Yönelik Nitel Bir Araştırma. In *Turizm Araştırmaları*. İKSAD Yayınevi.

Özbek, T. (2011). Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizmde Değerlendirilmesi. In *Jeofizik Bülteni*. http://www.jeofizik.org.tr/resimler/ekler/01f0f79a74755e9_ek.pdf?dergi=31

Özdemir, M. (2011). Türkiye'de Turizmin Başlaması: Osmanlı'da Sanayileşme Çabaları: Sergi-i Umumu-i Osmanî. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 87–90.

Piri, T. (2012). *Evaluation of Effects of Thermal Tourism on Local Economy: The Case of Termal District of Yalova* [Master Thesis]. The Graduate School of Natural and Applied Sciences.

Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*.

Sağlık Bakanlığı. (2020). *Thermal & Spa & Wellness*. <https://torosdh.saglik.gov.tr/EN,292153/thermal--spa--wellness.html>

Sağlık Turizm Koordinasyon Kurulu. (2020). *Sağlık Turizmi*. Sağlık Bakanlığı. <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/07.pdf>

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2017). *Sağlık Turizmi Çeşitleri*. <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,176/saglik-turizmi-cesitleri.html>

Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu. (2020). *Türkiye’de Termal Sağlık Turizmi*. <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/07.pdf>

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

Tontuş, H. (2020a). *Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10947,05pdf.pdf?0>

Tontuş, H. (2020b). *Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Önemi*. <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/06.pdf>

Topay, M., & Küçük, V. (2010). Termal ve Maden Sularını Tesislerinde Peyzaj Tasarımının Önemi. *Bartın Orman Fakültesi Dergisi*, 12(17), 83–910.

TÜİK. (2025). *İstatistik Veri Portalı*. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=turizm>

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği. (2020). *Sağlık Turizmi*. <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglik-turizmi/genel-bilgi>

Türkiye Sağlık Vakfı. (2010). *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi-2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri*. Efil Yayınevi.

Türksoy, A., & Türksoy, S. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi. *Ege Akademik Bakış*, 10(1), 677–725.

Ülker, İ. (1988). *Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Kaplıca Planlaması*. Kültür ve Turizm Bakanlığı.

USHAŞ. (2025). *Sağlık Turizmi Verileri*. <https://www.ushas.gov.tr/saglik-turizmi-verileri/>

World Health Organization. (2024). *What Is Health?* www.who.int/about/definition/en/print.html

Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü. (2020). *Termal Turizm Master Planı*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://yigm.ktb.gov.tr/Eklenti/21666,ttmp.pdf?>

Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü. (2025). *Bakanlık Belgeli Konaklama İstatistikleri*. <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-201140/yillik-bultenler.html>

Yılmaz, M., & Atay Özkanlı, A. (2018). *Ayaşta Termal Turizm Potansiyeli ve Çevresel Etkileri*. https://www.researchgate.net/publication/330038984_AYAS'TA_TERMAL_TURIZM_POTANSİYELI_VE_CEVRESEL_ETKILERI

BÖLÜM 8

Financial Performance Analysis in Healthcare Institutions

Ulku TURKUGUR ¹

Mevlut KARADAG²

Introduction

Healthcare institutions are complex organizations obligated to provide uninterrupted and high-quality healthcare services to the community, while also ensuring economic sustainability. The quality of service provided is as important as the financially efficient and effective delivery of that service. Rising healthcare expenditures, limited resources, and intense competition necessitate that managers make sound and timely financial decisions (Bayram, 2006).

Financial management in healthcare institutions has different dynamics than in other sectors. Public hospitals are non-profit, public-benefit organizations, while private hospitals are profit-making businesses. Therefore, they differ in terms of financial performance criteria, targets, and resource utilization (Okka, 2006).

¹ Uzm. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Orcid: 0009-0001-1927-770X

² Doç.Dr. Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Orcid: 0000-0001-7288-1925

Financial decisions in public hospitals are limited by legal regulations, while private hospitals can determine their financing strategies according to market conditions and competitiveness. In both cases, the main goal is to achieve a balance between minimum cost and maximum benefit through the efficient use of available resources (Yeğınboy, 1992).

In today's healthcare sector, sustainability relies not only on medical success but also on a sound financial structure. Financial failure can lead to decreased service quality, reduced employee satisfaction, and damage the organization's public credibility (Neely, Gregory, and Platts, 2005). Therefore, managers should periodically analyze financial indicators and make strategic decisions based on the findings.

Another factor that increases the importance of financial performance analysis is the cost pressure in healthcare systems and the complexity of the revolving fund mechanism. Changes in health insurance policies, the high cost of advanced technology investments, and the limited availability of public resources have led to financial management becoming a critical factor for institutional success (Çam, 2008; Bayram, 2006). Especially in developing countries like Turkey, the rapidly increasing demand for healthcare services necessitates the efficient use of financial resources.

This study aims to explain the conceptual framework, analysis methods used, and financial indicators related to the measurement of financial performance in healthcare institutions.

In conclusion, financial performance analysis is considered a fundamental tool for healthcare institutions, not only for interpreting financial statements but also for determining the institution's strategic direction, planning resource allocation, and ensuring long-term financial sustainability (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009).

Financial Structure and Financial Management in Healthcare Institutions

- **Scope of Financial Management**

Financial management processes in healthcare institutions yield different results depending on their ownership structure (public or private). Hospitals affiliated with the Ministry of Health are non-profit, service-oriented institutions, while private hospitals are commercial enterprises aiming to make a profit. Therefore, while the financial structure in public hospitals is determined by laws, regulations, and central budget rules, financial decision-making processes in private hospitals have a more flexible structure (Bayram, 2006).

The primary objective of the finance function in healthcare businesses is to secure funds under appropriate conditions, use them efficiently, and ensure financial sustainability. According to Yeğinboy (1992), the finance function encompasses the following activities:

- Determining the most suitable sources of funds,
- Securing funds under appropriate conditions,
- Using the obtained funds effectively,
- Preparing financial reports,
- Creating future financial plans based on data obtained from financial analyses,
- Making decisions regarding increasing assets and distributing sustainable profits.

In non-profit public hospitals, financial functions are limited by legal regulations. In contrast, in private hospitals, the financial objective is to increase efficiency and direct capital to strategic areas (Okka, 2006).

The financial management process encompasses a range of activities from securing funds and utilizing resources to record keeping, summarizing, reporting, and asset preservation. Bayram (2006) defines this process as “the entirety of decision-making, planning, and control activities aimed at obtaining and efficiently using resources.” The main elements of financial management in healthcare institutions are as follows:

- Determining the sources of income,
- Preparing cash, operating and capital budgets,
- Establishing appropriate accounting systems and standards,
- Developing budget control mechanisms,
- Implementing collection and credit management procedures,
- Generating and reporting financial statistics.

There are structural differences between public and private hospitals in the conduct of these activities. While financial transactions in public hospitals are carried out within a legal framework, private hospitals can make financial decisions according to market conditions.

- **Financial Managers**

Managing financial transactions in public hospitals is quite complex due to the multi-layered structures in the decision-making process. According to the Ministry of Health Revolving Fund Regulation, assistant accountants, inventory accountants, accrual officers, cashiers, and warehouse and storage officers are involved in financial processes (Çam, 2008). This structure ensures that financial decisions in public hospitals are made within a hierarchical chain defined by legislation, rather than relying on individual initiative.

In private hospitals, financial managers are responsible for decision-making, financial risk management, and investment planning in line with the institution's strategic goals. The effectiveness of the financial manager in these hospitals directly impacts the institution's market share, service quality, and competitiveness.

- **Funding Sources**

The financial sustainability of healthcare institutions depends on the availability of appropriate and stable funding sources. In private hospitals, the capital structure consists of investments by founding partners and resources obtained from external financing opportunities (e.g., bank loans, bond issuance, or initial public offerings) (Okka, 2006). In contrast, public hospitals are part of the general budget system and cannot directly borrow or increase their capital.

According to Çam (2008), the financing sources of public hospitals are as follows:

- Revenues obtained from hospital foundations and associations,
- Revolving fund revenues,
- Health services fund collected under Law No. 3418,
- Donations and aids.

This difference creates significant structural differences in cost calculation, pricing, and investment decisions between public and private hospitals. While service prices in public hospitals are determined by the Ministry of Health, private hospitals can set prices according to competitive conditions.

- **Rotating Business Capital**

In public hospitals, revolving fund revenues are the most important source of income after the general budget. The "Revolving

Fund Enterprises Accounting Regulation," which came into force in 1999, is an adaptation of the Uniform Accounting System to the healthcare sector (Çam, 2008). This system includes sub-modules for patient accounting, financial planning, purchasing, payroll accounting, and general accounting.

The financial structure of public hospitals is managed through three systems:

- General budget system,
- Inventory accounting system,
- Revolving fund system.

Within the framework of the Public Financial Management and Control Law No. 5018, the Minister of Health is authorized as the spending authority in the management of these systems, and at the implementation level, this authority has been delegated to the hospital chief physicians.

• **Financial Control and Audit**

Financial control and auditing are fundamental pillars of financial discipline in healthcare institutions. While this process is generally carried out by internal control units and independent auditing firms in private hospitals, auditing activities in public hospitals are regulated by laws and regulations.

The Regulation on Procedures and Principles Regarding Internal Control and Preliminary Financial Control, which came into force in 2005, defines the scope of internal control in public hospitals. According to Article 10 of the Regulation, preliminary financial control is carried out by expenditure units and the financial services unit to ensure the economic, efficient, and effective use of resources. Article 4 of the Regulation defines the objectives of internal control as follows:

- Ensuring that activities are carried out in accordance with legislation and corporate objectives,
- Protecting assets and preventing waste,
- Producing reliable financial information,
- Preventing irregularities and corruption.

In this context, financial control both strengthens financial transparency and forms the basis for the institution's performance management processes (Çam, 2008).

Performance Management and Evaluation Approaches in Healthcare Institutions

• The Concept and Importance of Performance

Performance is a multidimensional concept that shows how efficiently an organization uses its resources to achieve specific goals. In healthcare organizations, performance measurement encompasses not only financial results but also the evaluation of patient satisfaction, service quality, process efficiency, and employee development (Çam, 2008).

While traditional performance evaluations generally focus on short-term profitability and individual achievements, contemporary approaches are based on long-term value creation, team success, and continuous improvement (De Toni and Tonchia, 2001). In complex structures such as healthcare organizations, the combined evaluation of financial and non-financial indicators is essential for corporate sustainability.

Performance has become a focal point in developed countries that allocate significant resources to the healthcare sector. Given the unavoidable reality and responsibility of controlling the rapidly increasing costs in the healthcare sector, organizations and service provider groups (e.g., physicians) providing healthcare services have

begun to be scrutinized in terms of their technical performance (Şahin and Özgen, 2001).

While the dimensions of the performance concept vary depending on the business, the general dimensions are as follows (Cenger, 2019):

- Efficiency and utilization of inputs
- Effectiveness
- Productivity
- Quality
- Quality of working life
- Profitability and budget-friendliness
- Innovation

Efficient use of hospital beds, physician and nurse effectiveness, number of examinations, increase in the number of outpatient clinics, financial indicator ratios, and high discharge rates are important performance indicators. To assess a hospital's performance, the following headings should be considered (Bayram, 2006):

- Capacity utilization related to services,
- Quality of medical services,
- Quality of radiology services,
- Repeat rate of laboratory services,
- Complication rate,
- Commitment to creating patient satisfaction,
- Infection rate,
- Rate of incorrect antibiotic use,

- Quality of medical records,
- Patient safety,
- Efficiency and financial well-being,
- Strong and robust financial structure,

If hospital management effectively utilizes performance, we can say that it has increased the effectiveness of performance measurement and performance auditing.

In order to implement performance management in healthcare organizations, the information system must first be fully established. The functions of the information system should be as follows (Özsever, Gençoğlu and Erginel (2009).

- To provide information about the quality of the patient's treatment, the hospital's performance, and costs;
- To provide accurate, lasting, and up-to-date information about the patient to the right person, in the right place, and in a usable format, in order to support the patient's treatment and related administrative tasks;
- To ensure high-quality communication that allows information transfer between different hospitals and institutions with which hospitals are affiliated in advanced hospital information systems;
- To provide advanced information support about the disease. For example, to provide information about the adverse effects of medications, diagnoses, and treatments;
- In teaching hospitals, to carefully collect data arising from specific experiences in patient treatment for research and education purposes in addition to patient treatment, in order to obtain new information.

- **Performance Measures**

Business processes are affected by dwindling resources, rapid technological advancements, and rapidly changing customer demands. Businesses wishing to adapt to these changes need to establish an effective performance system. When establishing an effective performance system, it is necessary to clearly define which performance metrics will be used. These vary depending on the content of the performance measurement.

The following points should be considered when measuring performance in hospitals (Solberg, Mosser, & McDonald, 1997; Nelson, Splaine, Batalden, & Plume, 1998; Cacace, Geraedts, & Berger, 2019; Institute of Medicine, 2001):

- Measurement is considered the foundation of quality improvement.

- The measurement method makes it possible to compare what the hospital has actually done to improve its healthcare services with the hospital's improvements in line with the defined goals.

- The effectiveness of measurement strategies depends on several factors. Some of these are: national culture, the purposes of measurement, how the results are used, and how the techniques are applied.

- The main goal in performance measurement systems is to improve hospital performance rather than identifying individual errors.

- Different data sources should also be used in performance measurement systems.

- Patients should also be included in the performance measurement system, and their opinions and results should be transparent and accessible to the public.

- Hospitals need to develop a culture of responsibility, transparency, and professionalism to motivate them to provide complete and accurate data in a timely manner in performance evaluations conducted by independent institutions.

Business performance is generally evaluated according to the following criteria: input, output, results, productivity, quality, profitability, growth, and market share.

Input Criteria: These are the resources such as labor and raw materials required to produce goods or services. The amount of inputs used by hospitals can vary. The amount of materials used, the number of personnel, and material expenditures of hospitals differ. The number of personnel is the primary factor affecting these cost differences in hospitals (such as the number of personnel per bed and the number of personnel per patient) (Republic of Turkey Ministry of Health, 2011).

Output Measures: Performance is measured financially and non-financially, reported, and resources are controlled by top management. Earnings per share, net profit, organizational effectiveness, and customer satisfaction are some examples of financial or physical metrics (Cenger, 2006).

Outcome Measures: These measures show how successful the organization is in achieving its targeted and obtained outputs and plans. An example of an outcome measure is the number of patients who visited the hospital in one year compared to the increase in the number of patients who will visit the hospital in the following year.

Outcome metrics have become widely used in software applications in many areas such as payroll, preliminary accounting, financial planning, general accounting, personnel, manufacturing, and more (Özsever, Gençoğlu, and Erginel, 2009). Software used in hospitals has also been updated to provide quick results. Patient ratios, outpatient visit numbers, and similar metrics used in hospitals

are important in determining hospital performance. Numerical data determining performance can be monitored daily, weekly, monthly, and annually. This is extremely important for the effective use of outcome metrics.

Productivity Measures: In hospitals, productivity is a coefficient found by dividing the output of services produced in a given period by the inputs used to produce that service. In other words, the productivity formula is as follows:

$$\text{Productivity} = \text{Output} / \text{Input}$$

To increase productivity, it is necessary to reduce the denominator and increase the numerator.

Quality Criteria: Used to measure the operational dimension of the quality of service provided and the performance of the business (Örs, 2007). One of the most difficult places to measure quality is hospitals. In the healthcare system, quality depends not only on the patient's recovery but also on other factors besides the quality of the healthcare service received, making it quite difficult to measure. When measuring quality in healthcare services, classification makes it easier to measure quality. We can divide it into units; separating it into sections such as outpatient services, operating room services, laboratory services, etc., makes it easier to measure quality.

Profitability: This is the most important performance metric. Profit provides the balance between income and expenses. Profit is important for the continuity of a business, but it is not one of its primary goals. The profitability ratio indicates the success of businesses (Ceylan, 2001).

Growth: This is used to measure the results of growth. Growth is determined by looking at the income statement and balance sheet history of businesses. Besides growth in profit, an

increase in the number of patients receiving healthcare services can be given as an example of a growth rate.

Market Share: This is a performance metric used by publicly traded businesses. Public hospitals are not publicly traded businesses. It is a metric used to determine the share of public hospitals in the overall market.

In addition, the technical performance indicators used in hospitals are listed in Table 1.

Table 1. Technical Performance Indicators Used in Hospitals

Indicator	Description	Formula
Capacity Utilization Rate	Indicates the hospital's overall level of operational utilization (workload intensity).	$(\text{Number of Inpatients} \times \text{Average Length of Stay}) / (\text{Actual Number of Beds} \times 365)$
Capacity Utilization Rate	Indicates the proportion of hospital bed capacity that is utilized.	$\text{Patient-Days} / (\text{Actual Number of Beds} \times 365)$
Bed Occupancy Rate	Indicates the volume of outpatient services delivered per physician.	$\text{Number of Outpatient Visits} / \text{Total Number of Physicians}$
Outpatient Visits per Physician	Indicates the volume of inpatient services delivered per physician.	$\text{Number of Inpatients} / \text{Total Number of Physicians}$
Inpatients per Physician Ratio	Indicates the volume of surgical/operative services performed per physician.	$\text{Total Number of Operations} / \text{Total Number of Physicians}$
Operations per Physician Ratio	Indicates the number of inpatients per bed.	$\text{Number of Inpatients} / \text{Actual Number of Beds}$
Patients per Bed Ratio	Indicates the average number of days a bed remains vacant between two consecutive occupancies.	$\text{Total Unused Inpatient Care Days} / \text{Number of Discharged Patients}$
Bed Turnover Interval	Indicates the extent to which revenues cover expenses.	$\text{Annual Revolving Fund Revenue} / \text{Annual Revolving Fund Expenditure}$

Revenue-to-Expense Ratio	Indicates the expenditure incurred per patient-day.	<i>Annual Revolving Fund Expenditure / Patient-Days</i>
--------------------------	---	---

Source: (Özgülbaş and Bayram, 2002).

Even though performance indicators in hospitals may differ from those in other businesses, the goal in hospitals and other businesses is the same: to maintain the highest level of performance.

- **Performance Appraisal Approaches**

The methods used in performance evaluation are influenced by the organization's structure, management, purpose, employee expectations, the organization's environment, technological factors, and promotion planning. There are two types of approaches to performance evaluation: traditional and contemporary (innovative-modern) approaches (Kıngır and Taşkiran, 2006).

- **Traditional and Contemporary Performance Approaches**

Traditional performance measurement generally relies on quantitative criteria such as cost, profitability, and efficiency. However, this approach is insufficient today because it overlooks strategic elements such as customer satisfaction, quality, and innovation (Kıngır and Taşkiran, 2006). The contemporary understanding of performance evaluation, on the other hand, offers a holistic approach supported by the use of multi-source and multi-dimensional data.

In modern performance measurement, the following questions become important (Kırım, 1988):

- Who are the customers and how are their priorities changing?
- How can the organization create value for its customers?
- Who are the real competitors?
- Is the business model sustainable?

This approach makes it imperative for healthcare organizations to continuously measure and improve service quality in order to maintain their competitiveness.

A comparison of traditional and modern performance measurement systems is presented in Table 2.

Table 2. Comparison of Traditional and Modern Performance Measurement Systems.

Traditional Performance Measurement Systems	Innovative Performance Measurement Systems
Cost-/efficiency-based	Value-based
Focused on the performance–profit relationship	Focused on performance and the customer
Short-term; oriented to the past and present	Strategy-driven; long-term; future-oriented
Focused on individual achievement and measurement	Focused on team achievement and teamwork
Functional measures are prevalent	Cross-functional measures are prevalent
Benchmarking against standards	An approach that continuously monitors and evaluates improvements
Evaluation-focused	Evaluation-focused and involving the customer as a partner in the service/production process

Source: (De Toni and Tonchia, 2001)

When we examine the table, we see that traditional performance measurement focuses on cost and efficiency, while innovative performance measurement focuses on value creation and emphasizes team success. Traditional performance is concerned with short-term and individual achievement, while innovative performance is future and long-term focused and appears as a short-term system. Traditional performance is directly profit-oriented.

Traditional performance approaches directly determine current performance, focusing on whether the employee has achieved their targeted performance, whereas modern performance appraisal goes beyond expectations (Çam, H., 2008).

Traditional methods are those where Theory X, which created McGregor's authoritarian management and control approach, is valid. Traditional methods involve an absolute authority model. The criticism of Theory X is the incompetence of the superior. In contemporary methods, employees are evaluated using Theory Y. In contemporary performance appraisal methods, employee evaluation is multi-sourced and multi-dimensional, with data collected from subordinates, customers, and peers (Kıngır and Taşkıran, 2006).

- **Contemporary Performance Appraisal Models**

- a. Balanced Scorecard Model**

The Balanced Scorecard (BSC) model, detailed by Kaplan and Norton, is a multidimensional performance system that includes both financial and non-financial differentiators (Kaplan and Norton, 1992). The model consists of four basic dimensions:

- 1. Financial Dimension** – Return on capital, cost control, revenue growth.

- 2. Customer Dimension** – Patient satisfaction, patient loyalty, service quality.

- 3. Internal Process Dimension** – Operational quality, process time, error rate.

- 4. Learning and Development Dimension** – Staff training, innovation capacity, knowledge sharing.

Balancing these dimensions aligns the unit's long-term goals and daily operations (Cenger, 2006).

- b. Stakeholder Scorecard**

Developed by Atkinson et al., this model argues that performance should be evaluated not only by financial outputs but also by the expectations of stakeholders (employees, patients, the community, suppliers) (Tunçer, 2006). In healthcare institutions, this

approach incorporates criteria such as societal benefit, ethical management, and patient safety into performance indicators.

c. Lynch-Cross Performance Pyramid

Developed by Lynch and Cross, this model examines performance in two dimensions: results and process. At the base of the pyramid are operational processes (delivery time, quality, flexibility), while the middle level includes customer satisfaction and productivity indicators. At the very top are the organization's vision and strategic goals (Halis and Tekinkuş, 2003). This structure clarifies the link between strategic goals and operational activities.

d. Excellence Model and Quality Award Criteria

Based on the total quality management movement in Japan, this model establishes performance management on the principles of leadership, customer focus, continuous improvement, and social responsibility (Çam, 2008). Developed by the European Foundation for Quality Management (EFQM), the “Excellence Model” is used to measure and improve the quality culture of organizations. The model includes the criteria of leadership, employee involvement, process management, innovation, and results orientation.

• Points to Consider in Performance Evaluation

The fact that healthcare delivery is an indispensable and irreplaceable service distinguishes performance evaluation from other sectors. According to Çam (2008), the output of healthcare services cannot be directly converted into money; therefore, qualitative criteria (patient safety, service accessibility, ethical compliance) must be taken into account in performance evaluation.

Performance measurement determines not only outputs such as wages, bonuses, or awards, but also developmental outcomes such as career planning, promotion, and training needs. Therefore, performance evaluation should be a holistic process requiring the participation of all personnel.

Financial Performance Analysis in Hospitals

- **Financial Performance Indicators**

Financial performance in healthcare institutions is a multidimensional concept that measures the institution's economic effectiveness and resource utilization efficiency. It is affected by many variables such as service delivery volume, personnel expenses, procurement costs, reimbursement policies, revolving fund management, and investment decisions. Furthermore, the different financing structures of public and private hospitals also differentiate the interpretation of financial performance indicators (Çam, 2008).

Ways to improve performance include cost control, increasing revenue diversification, improving efficiency in service processes, and integrating technology investments into strategic planning.

Financial performance indicators are examined in four main groups: liquidity, financial structure, operational efficiency, and profitability ratios. These indicators provide information about the institutions' debt repayment capacity, effective use of assets, revenue generation capacity, and overall financial soundness (Bayram, 2006).

a. Liquidity ratios

Liquidity ratios determine a hospital's ability to pay its short-term debts. The main liquidity ratios are:

1. Current Ratio: Current assets / short-term liabilities. This ratio indicates a company's ability to pay its short-term debts. Values above 2 are generally considered safe; however, in developing countries, 1.5 is considered sufficient. A high current ratio indicates that the company can comfortably pay its short-term debts. A high current ratio may indicate an excess of unused cash, excessive inventory, delayed receivables, or disruptions in credit sales policies (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009).

2. Acid-Test Ratio (Quick Ratio): This ratio indicates a company's ability to pay its debts in the short term, in the event that it cannot convert its inventory into cash or sell it. The conversion of inventory, which is included in current assets, into cash depends on the inventory turnover rate and takes longer than other current assets. Therefore, it is highly advisable to exclude inventory from liquidity analysis. Sometimes, inventory may need to be converted into cash at lower prices; therefore, in the acid test ratio, current assets that can be converted into cash very quickly are considered, and inventory is excluded.

The acid-test ratio is calculated by dividing current assets by short-term liabilities after subtracting inventories. An acid-test ratio of 1 is generally desired. If the ratio is 1 or higher, it means the hospital can meet all of its short-term liabilities with current assets or readily convertible assets. If the ratio is less than 1, it indicates that the business is dependent on inventories (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009).

3. Cash Ratio: The cash ratio indicates a company's ability to pay its short-term liabilities in the event of unexpected economic conditions preventing it from collecting receivables and selling inventory. In other words, it reflects the company's cash flow situation. The cash ratio is calculated by subtracting inventory and receivables from current assets and dividing by short-term liabilities.

A cash ratio of 0.20 is sufficient. If the cash ratio is greater than 0.20, the company has idle cash, which is undesirable for businesses. If the cash ratio is less than 0.20, the company has weak cash flow and a low credit rating, meaning it is unlikely to obtain credit. Hospitals with high liquidity ratios are considered financially strong organizations with the ability to pay their debts on time.

b. Financial Structure Ratios

Financial structure ratios provide information on whether a hospital can meet its financial obligations in the event of losses from

normal operations, devaluation of assets, or failure to realize projected cash flow for future years. Financial structure ratios indicate whether businesses are rationally financed and whether they can provide sufficient security to lending institutions (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009). They measure the degree to which businesses utilize external sources of financing. In other words, financial ratios investigate the place of debt within the financial structure of businesses and the consequences of this structure. Hospitals generally tend to operate with equity capital due to high credit costs or repayment risks. A high level of equity capital within the total resources of businesses is viewed favorably by lending institutions. Financial structure ratios are measured using the following indicators:

1. Leverage Ratio (Debt Ratio): The leverage ratio calculates the percentage of a company's assets that are financed by external sources (debt). In other words, it shows the percentage of debt within total resources. The leverage ratio is calculated by dividing total debt by total assets. For hospitals, a leverage ratio of 0.50 is desired. If the ratio is above 0.50, it indicates that the hospital is under debt pressure and there is a high probability that the company will face financial difficulties due to its inability to pay interest and debts.

2. Equity to Total Assets Ratio: This ratio indicates what percentage of a hospital's assets are financed by the owner(s). It is calculated by dividing equity by total assets. There is no generally accepted value for this ratio; however, it is desirable for the result to not fall below 0.50. A high ratio indicates that the business can meet its financial obligations and is less likely to experience financial distress. A low ratio suggests that while hospitals may generate significant profits, they may face difficulties in paying interest and principal installments during periods of economic downturn and price drops, resulting in heavy losses and even difficulty in continuing to operate (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009).

3. Financing Ratio: This indicates the degree of financial independence of businesses. It examines the relationship between the external resources obtained through borrowing and the capital provided by the business owners. This ratio, which investigates the financial adequacy of a hospital business, is calculated by dividing equity by the total external resources (Karakaya, 2008). This ratio examines whether there is an appropriate ratio between the hospital's equity and external resources. A ratio of at least 1 is desired. If the ratio is higher than 1 in a hospital business, it shows that the hospital can easily pay its debts and that the hospital's assets are covered by the hospital owners. In other words, it protects the hospital from pressure from third parties who are creditors. If the value is less than 1, it indicates that the hospital has debts. In other words, it shows that those who lent to the hospital have invested more than the owners and partners of the business. This reduces the confidence of creditors, and during periods of economic downturn, the heavy interest burden can deplete the financial resources of the business, leaving it unable to pay its debts.

4. Short-Term Liabilities / Total Liabilities: This ratio reveals what percentage of a hospital's assets are financed by short-term liabilities. In other words, it shows the percentage of foreign resources used to finance the hospital's operations. This ratio is found by dividing short-term liabilities by total liabilities. If a large portion of a business's assets are financed by short-term liabilities, this can lead to future payment difficulties. Hospitals, in particular, should avoid financing their fixed assets with short-term debt. Generally, it is accepted that this ratio should not exceed 1/3. In Turkey, regardless of the business's field of activity, since businesses mostly use short-term borrowing, and a significant portion of assets consists of current assets, this ratio often exceeds 1/3, reaching levels of 50%, due to the impact of inflationary conditions (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009).

5. Long-Term Liabilities / Total Liabilities: This ratio indicates the extent to which hospital businesses utilize long-term

liabilities to finance their assets and operations; in other words, it shows the proportion of assets in the hospital's balance sheet financed by long-term financial resources. It is calculated by dividing long-term liabilities by total liabilities. There is no universally accepted value for this ratio in hospital businesses. However, a ratio of 0.50 is considered positive. A high ratio indicates an excess of long-term debt among the resources used by the businesses. The use of long-term credit by hospital businesses increases the interest burden they will have to pay each year and reduces the distribution of dividends to shareholders (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009).

c. Operational (Turnover) Efficiency Ratios

These ratios examine whether assets used in business operations are used effectively (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009). In hospital businesses, the effectiveness of the use of assets in operations is measured by operational ratios, also referred to as efficiency ratios. Relationships are established between total assets, asset items, and net sales. Operational ratios allow for the analysis of hospital businesses internally. Activity ratios explain why the financial situation of hospital businesses is good or bad. They are also supportive ratios for liquidity ratios. These ratios are measured with the following indicators:

1. Accounts Receivable Turnover Ratio: This ratio reveals the ability of hospital businesses to collect their receivables and is used to obtain information about the quality and liquidity of trade receivables. The accounts receivable turnover ratio examines the relationship between credit sales and receivables (both those with and without promissory notes) in a given accounting period (Akgüç, 2002). To calculate it, the annual sales amount (in the numerator of the total sales ratio), without distinguishing between cash and credit sales, is divided by the average total trade receivables for the same year.

The average accounts receivable in the denominator is found by dividing the sum of beginning and ending accounts receivable by two. If the accounts receivable turnover ratio is high, it indicates that the hospital's accounts receivable policies are working well and that it does not have excessive doubtful receivables, thus resulting in low collection losses. A high ratio is desirable for hospitals. If this ratio is low, it means that the hospital's accounts receivable policy has not worked well. We can say that the hospital is experiencing collection difficulties and cash flow problems (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009).

2. Inventory Turnover Ratio: This is a ratio used to measure how long it takes for inventory items to be consumed in production activities or transformed into a sales revenue element (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009). In other words, it shows how many times the inventory in a hospital business is replenished during the period. The inventory turnover ratio is found by dividing the cost of services sold by the average inventory.

The average inventory quantity in the denominator is found by adding the beginning and ending inventory quantities and dividing the sum by two. A high inventory turnover ratio indicates that the hospital business uses its inventory efficiently without accumulating excessive stock and does not tie up excessive cash in inventory. If this ratio is high, it provides hospital businesses with advantages in terms of lower inventory costs and providing more options to their customers in line with their demands, thus enabling them to increase their profitability and be more competitive (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009). Hospitals with high inventory turnover rates are able to compete with other hospitals, thus allowing them to expand their sales volume by providing services at a lower price. A low inventory turnover rate, conversely, indicates high inventory levels, high inventory holding costs, lack of competitive advantage, and a risk of inventory becoming obsolete in hospitals.

Hospitals generally operate with low inventory levels.

3. Current Asset Turnover Ratio: This ratio indicates the efficiency of current asset utilization in hospital businesses. It is calculated by dividing net sales by current assets. A high ratio indicates efficient use of current assets, less resources tied up in current assets, reduced financing needs, and increased profitability. A high current asset turnover ratio also suggests high efficiency of current assets. A low ratio indicates an excess of current assets in the hospital business.

4. Fixed Asset Turnover Ratio: This ratio indicates whether fixed assets in hospital businesses are over-invested and reflects the efficiency of their utilization. It is calculated by dividing net sales by fixed assets (Karakaya, 2008). A high ratio indicates efficient use of fixed assets in the hospital, while a low ratio suggests that fixed assets are not operating at full capacity or are not generating sufficient return. The result of this ratio can be interpreted differently depending on the specific characteristics of each business. Therefore, there is no standard result for this ratio.

5. Working Capital Turnover Ratio: In hospital businesses, this ratio indicates how many times working capital is turned over in a period and how effectively it is used, revealing whether working capital is sufficient. This ratio is calculated by dividing sales by working capital (Karakaya, 2008). Working capital is found by subtracting short-term liabilities from current assets. A low ratio may indicate that the hospital has excess working capital, a low inventory and accounts receivable turnover ratio, and more cash than it needs. A high ratio indicates high net working capital efficiency.

6. Equity Turnover Ratio: The equity turnover ratio is a ratio that reveals how effectively equity is used in hospital businesses. This ratio is calculated by dividing net sales by equity. There is no standard result for this ratio. A high ratio indicates that the hospital is using its equity efficiently. If this ratio is significantly above normal, it indicates that the hospital's equity is insufficient and that the hospital relies heavily on external financing.

7. Asset Turnover Ratio: This ratio is used to measure the efficiency of all assets of a hospital. It is calculated by dividing net sales by total assets. A low ratio indicates that the hospital is not using its assets efficiently. A low ratio also suggests that the hospital is not operating at full capacity.

d. Profitability Ratios

These are measured as a result of the hospital business's operations and serve to assess whether it is generating sufficient profit. Profitability ratios evaluate the past earning power and the effectiveness of the operations in businesses. This issue is very important for hospital owners and managers; because while profit management is a measure of success, it also ensures the increase in the short-term revenues of the hospital business and the appreciation of its long-term investments.

To determine whether a hospital business's profit is sufficient, the following points should be considered (Karakaya, 2008):

- The planned profit targets of the hospital business
- Income that will be obtained from using the working capital in other areas,
- General economic conditions,
- Trends shown by profits in previous years,
- Profit margins of similar businesses,

The ratios used in business profitability analysis are ratios showing the relationships between profit and sales, and ratios showing the relationships between profit and capital.

e. Ratios Showing the Relationship Between Profit and Capital (Ratios Showing Profitability Relative to Investment)

To determine whether the domestic and foreign resources allocated to the hospital administration are being used efficiently, the relationships between profit and capital elements are analyzed. In

other words, the relationships between investments made using domestic and foreign resources and the income elements generated from these investments are analyzed (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009).

1. Return on Equity (Financial Profitability): This shows the percentage of profit that partners who have invested in a hospital business receive for each unit of capital invested, and indicates the success of the hospital management, i.e., the degree to which the company's own equity is efficient (Karakaya, 2008).

The opportunity cost of a hospital owner's investment can be calculated by comparing it to returns on other investment alternatives such as bonds, stocks (stock market), net profit/equity ratio, and time deposits. This shows how efficiently the money invested in the business has been used. Businesses can understand whether investing in this particular business rather than another area was a sound decision. The return on equity ratio is found by dividing net profit by equity. A high ratio provides advantages in securing funds for new investments. If the hospital has high equity, it becomes easier for the business to obtain debt.

2. Return on Assets Ratio: This indicates the extent to which a hospital's assets are used profitably; in other words, it shows what percentage of the capital value of a hospital's assets generates profit. The return on assets ratio allows for comparison of the profitability of hospitals of different sizes within the same sector (Karakaya, 2008). It is calculated as the ratio of net profit to total assets. A high ratio is positive for the hospital, while a low ratio is negative.

3. Economic Profitability Ratio: This ratio is used to measure the profitability of the total of equity and debt financing. The ratio shows the extent to which total resources are used profitably. In other words, it is a ratio used to measure the return on funds invested in the hospital business. The economic profitability ratio reveals the success of the business management in utilizing the funds invested in the business. It is calculated as the ratio of the sum of pre-tax profit plus interest expenses to total assets. The economic

profitability ratio should be lower than the financial profitability ratio. Otherwise, it indicates that the cost of utilizing debt financing is higher than normal.

f. Ratios Showing the Relationship Between Profit and Sales (Ratios Showing Profitability Relative to Sales)

This ratio shows the relationship between the profit earned by hospital businesses and their net sales. It is calculated using various profit items and net sales from the income statement. There are no generally accepted values for these ratios. The results of this ratio are interpreted by comparing it to the industry averages and the ratios of the businesses in previous years. A high ratio is considered positive because it indicates increased profitability for the hospital business. A low ratio is considered negative because it indicates decreased profitability.

1. Operating Profit Margin: In a hospital business, this ratio indicates what percentage of operating profit is generated from net sales, showing the extent to which the core business is profitable, or in other words, the profitability of the hospital's business volume. This ratio is calculated by dividing operating profit by net sales. The operating profit margin should be at a level that provides a profit to the business owners after taxes and interest are paid (Akgüç, 1990; Erdoğan, 2009). To determine whether this ratio is sufficient, the results of the "Operating Profit / Net Sales" ratio from previous years and the results of similar hospital businesses are examined. A high ratio is positive for the hospital business.

2. Net Profit Margin: This shows the percentage of net sales that a hospital makes after-tax profit. The net profit margin indicates how much profit is made from each sale and provides information about the efficiency of hospital operations. Furthermore, this ratio takes into account all non-operating income and profit elements, as well as non-operating expenses and losses, arising from activities outside the company's purpose (Akdoğan and Tenker, 2001; Erdoğan, 2009). The net profit margin is calculated by dividing net profit by net sales. Higher results in this ratio are positive for hospital businesses.

3. Gross Profit Margin: This ratio reveals the significance of gross profit, which is the difference between the selling price and the cost of services sold, within net sales. In other words, it expresses what percentage of net sales is gross profit. The ratio is calculated by dividing gross profit by net sales. A high ratio indicates a positive outcome for the hospital business, as a satisfactory profit will remain after covering operating expenses and ordinary and extraordinary expenses and losses.

4. Operating Expenses to Net Sales Ratio: This ratio is used to measure the weight of operating expenses on net sales. It is calculated by dividing operating expenses by net sales.

Conclusion

Healthcare institutions are complex structures that, on the one hand, bear the obligation to provide uninterrupted and high-quality services to society, and on the other hand, must maintain economic sustainability. Therefore, financial performance analysis should not be considered merely as "reading financial statements" or "calculating profit and loss," but rather as a management tool that determines the institution's strategic direction, rationalizes resource allocation, and strengthens long-term resilience. Indeed, the emphasis on how financial failure can negatively affect service quality, employee satisfaction, and corporate credibility demonstrates that financial management is directly related to healthcare delivery.

In this context, the differences in ownership and management between public and private hospitals also change how financial performance is interpreted. While regulations and budget rules limit the scope of financial decision-making in public hospitals, competition conditions, investment decisions, and revenue management can be shaped on a more flexible basis in private hospitals. Nevertheless, the common goal for both structures is to establish a "minimum cost-maximum benefit" balance with scarce

resources; that is, to increase efficiency in terms of both finances and service output.

Ratio analysis (liquidity, financial structure/leverage, activity/efficiency, and profitability ratios) provides a crucial foundation for monitoring sound financial performance. These indicators can generate early warning signals regarding the "financial health of the institution" across various dimensions, from short-term solvency and debt structure to asset utilization efficiency and revenue generation capacity. However, it is important to remember that ratios are not a judgment in themselves, but rather a decision-supporting input: Considering ratios in conjunction with past trends, sectoral conditions, repayment policies, and the institution's service mix reduces the risk of misinterpretation and improves management quality.

On the other hand, performance management in healthcare institutions is too multifaceted to be reduced solely to financial outcomes. Monitoring non-financial dimensions such as patient satisfaction, service quality, process efficiency, patient safety, and employee development facilitates the explanation of financial indicators through cause-and-effect relationships and strengthens organizational sustainability. Therefore, contemporary performance approaches emphasize the need for holistic measurement and recommend considering both financial and non-financial indicators together.

In conclusion, the corporate value of financial performance analysis lies not merely in "reporting the current situation," but in improving decision-making processes and enhancing organizational capacity. In this context, a robust financial performance management approach for healthcare institutions requires complementary elements such as (i) selecting the right indicators, (ii) establishing a regular monitoring and reporting cycle, (iii) linking financial results to service quality and process data, and (iv) enabling information systems to generate decision support. Thus, financial analysis can

transform into a management practice aligned with the institution's strategic goals, supporting continuous learning, and utilizing resources more effectively.

References

1. Acaravcı, S.K. ve Gazi, M. (2019). Hatay ili Sağlık Bakanlığı hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2): 343-364.
2. Akdoğan, N., Tenker, N., (2001), Finansal tablolar ve mali analiz teknikleri, Ankara, Gazi Kitabevi.
3. Akgüç, Ö. (1990). Finansal yönetim. Avcıol Basım Yayın. İstanbul.
4. Akgüç, Ö. (2002). Mali tablolar analizi. Avcıol Basım Yayın. İstanbul.
5. Bayram, A. (2006). Hastane işletmelerinde finansal verilere dayalı performans ölçümü. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
6. Cacace, M., Geraedts, M., & Berger, E. (2019). Public reporting as a quality strategy. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (Health Policy Series No. 53). Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies.
7. Cenger, H. (2006). Performans yönetim sistemleri. Beta Yayınları. İstanbul.
8. Ceylan, A. (2001). İşletmelerde finansal yönetim. Ekin Kitabevi Yayınları. Bursa.
9. Çam, H. (2008). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Konya

10. De Toni, A., & Tonchia, S. (2001). Performance measurement systems: Models, characteristics and measures. *International Journal of Operations & Production Management*, 21(1/2), 46–70. doi:10.1108/01443570110358459
11. Erdoğan, M. (2009). Finansal yönetim. Erzurum: Aktif Yayınevi.
12. Halis, M., & Tekinkuş, M. (2003). Kamuda performans yönetimi. In A. Balcı (Ed.), *Kamu yönetiminde çağdaş yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayınları
13. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
14. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–79.
15. Karakaya, Ü.Y. (2008), Hastane işletmelerinde finansal performans analizi ve acıbadem hastanesinde örnek bir uygulama (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı Ankara.
16. Kınır, S. ve Taşkiran, E. (2006.). Performans değerlendirme çalışmalarına ilişkin işgören görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 8(1): 195-216.
17. Kırım, A., (1988), *Yeni dünyada strateji ve yönetim*. Sistem Yayıncılık, İstanbul,
18. Neely, A., Gregory, M., and Platts, K. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations and Production Management* 25(12):1228-1263. Doi: 10.1108/01443570510633639

19. Nelson, E. C., Splaine, M. E., Batalden, P. B., & Plume, S. K. (1998). Building measurement and data collection into medical practice. *Annals of Internal Medicine*, 128(6), 460–466. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-6-199803150-00007>
20. Okka, O. (2006). Finansal yönetim: Teori ve uygulama. Nobel Yayıncılık. Ankara.
21. Örs, H.(2007). Hizmet sektöründe rekabet stratejisi aracı olarak ilişki kalitesi: ölçülmesi ve müşteri memnuniyeti ile ilişkisi, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, 20: 51-65.
22. Özgülbaş, N., Bayram, A., (2002), Hastanelerin finansal başarısızlığında çalışma sermayesi yönetiminin rolünün tespiti: sağlık bakanlığı hastanelerinde bir uygulama, 5. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Eskişehir.
23. Özsever, Ç., Gençoğlu, T., ve Erginel, N. (2009). İşgücü verimlilik takibi için sistem tasarımı ve karar destek modelinin geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, (18), 45–58
24. Solberg, L. I., Mosser, G., & McDonald, S. (1997). The three faces of performance measurement: Improvement, accountability, and research. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 23(3), 135–147. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30305-4](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30305-4)
25. Şahin, İ. ve Özgen, H. (2001). Sağlık Bakanlığı il devlet hastanelerinin karşılaştırmalı verimlilik analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(3): 165-187.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003–2010) (R. Akdağ, Ed.). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı (Yayın No: 839)

27. Tunçer, E. (2006), çok boyutlu performans değerleme modelleri ve bir balance scorecard uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
28. Yeğinboy, Y. E. (1992), Sağlık işletmelerinde finansal performansın değerlendirilmesi ve hastane işletmeleri için bir model önerisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

BÖLÜM 9

COVID-19 İNFODEMİSİ SÜRECİNDE SEÇİLİ ÜLKELERİN SAĞLIK BAKANLIKLARININ KURUMSAL WEB SİTELERİNDE DİYALOJİK İLETİŞİM

ZEYNEP ATILGAN¹

Giriş

Bu bölümde, COVID-19 pandemisiyle birlikte küresel ölçekte derinleşen “infodemi” olgusunun, sağlık otoritelerinin dijital iletişim pratikleri üzerindeki etkisi ele alınmaktadır. Özellikle sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, kriz dönemlerinde yalnızca bilgi aktaran teknik platformlar olmanın ötesine geçerek, kamusal güvenin inşa edildiği, risk algısının yönetildiği ve kamu politikalarının meşrulaştırıldığı stratejik iletişim alanları hâline gelmiştir. Bu bağlamda, seçili ülkelerin sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, diyalojik iletişim ilkeleri çerçevesinde karşılaştırmalı olarak incelenmekte; böylece infodemiyle mücadelede dijital halkla ilişkilerin sunduğu imkânlar ve mevcut sınırlılıklar ortaya konulmaktadır.

¹Dr., Atatürk Üniversitesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım, Orcid: 0000-0002-3620-8829

Bilgi çağının belirleyici niteliği, iletişim teknolojilerinin hızlı evrimi ve bunun toplumsal yapıya nüfuz etmesidir. Bu süreçte, geleneksel medyanın sınırlı ve tek yönlü iletişim yapısına karşılık, bilgi teknolojilerinin olanaklarıyla biçimlenen “yeni medya dönemi” ortaya çıkmıştır. Yeni medya, zaman ve mekân sınırlılıklarını ortadan kaldırması, kullanıcıya geri bildirimde bulunma olanağı tanınması, düşük maliyetli ve yüksek erişilebilir yapısı ile iletişim alanında devrim niteliğinde bir dönüşüm yaratmıştır. Bu yönüyle yeni medya, yalnızca bireyler arası iletişimi dönüştürmemiş, aynı zamanda kurum ve kuruluşların hedef kitleleriyle kurduğu etkileşim biçimlerini de yeniden tanımlamıştır.

Web 2.0 teknolojilerinin gelişimiyle birlikte, kurumlar, markalar ve devlet kurumları bu dijital dönüşüme uyum sağlama zorunluluğu ile karşı karşıya kalmıştır. Bu bağlamda kurumsal web siteleri, hem kamusal bilgilendirmenin hem de çift yönlü etkileşime dayalı halkla ilişkiler faaliyetlerinin merkezinde yer alan önemli iletişim araçları hâline gelmiştir. Kurumlar, web sitelerini yalnızca bilgi aktarım platformu olarak değil, aynı zamanda hedef kitleleriyle diyalojik, simetrik ve sürdürülebilir iletişim kurma aracı olarak tasarlamaktadır.

Küresel ölçekte yaşanan COVID-19 pandemisi, dijital iletişim araçlarının stratejik önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Pandemi süreci, aynı zamanda “infodemi” olarak tanımlanan bilgi kirliliği ve dezenformasyon dalgasını da beraberinde getirmiştir. Bu koşullar altında sağlık otoriteleri, kamuoyuyla güven temelli bir ilişki kurmak ve doğru bilgiyi zamanında aktarmak zorunluluğu ile karşı karşıya kalmıştır. Dolayısıyla sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, kriz yönetimi süreçlerinde güvenilir, şeffaf ve etkileşim odaklı iletişimin en kritik unsurlarından biri hâline gelmiştir.

Bu alışmada, COVID-19 infodemisi döneminde seçilen tarih olan 7 Kasım 2021 itibarıyla, Dünya Sağlık rgt verilerine göre vaka sayısının en yüksek olduğu Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan, Brezilya, Birleşik Krallık, Rusya Federasyonu ve Türkiye Cumhuriyeti sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri incelenmiştir. Araştırma, bu web sitelerinin diyalojik iletişim düzeylerini analiz ederek, seçili ülkelerin kriz döneminde yeni medya teknolojilerinden ve dijital halkla ilişkiler stratejilerinden ne ölçüde yararlandıklarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

COVID-19 (Korona) ve İnfodemisi

Dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi, bireysel ve toplumsal yaşamın tüm alanlarında köklü değişimlere yol açmış ve etkilerini sürdürmeye devam etmektedir. İlk kez Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019 sonunda ortaya çıkan virüsün başlıca belirtileri; ateş, öksürük ve nefes darlığı gibi solunum yolu sorunlarıdır. Yapılan incelemeler sonucunda, 13 Ocak 2020 tarihinde COVID-19'un yeni bir virüs türü olduğu açıklanmış; aynı gün Tayland'da 61 yaşındaki Çinli bir kadında ilk vaka tespit edilmiştir. Ardından Japonya ve Güney Kore'de de benzer vakalar bildirilmiştir (zdemir 2020, 189). Virüsün insandan insana bulaştığı ise 20 Ocak 2020 tarihinde resmî olarak duyurulmuştur (Li ve Zhang, 2020, s. 2). Kısa sürede küresel bir boyuta ulaşan hastalık, Türkiye'de ilk kez 11 Mart 2020 tarihinde grlmştr. T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, ilk vakanın tespitinden bir ay sonra, 10 Nisan 2020 itibarıyla toplam vaka sayısı 47.029, vefat sayısı ise 1.006 olarak açıklanmıştır. 7 Kasım 2021 itibarıyla toplam vaka sayısı 8,23 milyon, toplam vefat sayısı ise 72.127'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020). Türkiye, pandeminin ilk günlerinden itibaren COVID-19'a ilişkin anlık verileri kamuoyuyla düzenli olarak paylaşmıştır. Bu veriler; test, vaka, vefat, yoğun bakım, entübe ve iyileşen hasta sayılarının yanı sıra aşılama oranlarını da

içermiş ve Sağlık Bakanlığı'nın resmî web sitesi covid19.saglik.gov.tr üzerinden yayımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020'de COVID-19'u resmî olarak pandemi ilan etmiştir (WHO, 2019). “Pandemi” terimi, kökenini Eski Yunanca pan (tüm) ve demos (insanlar) sözcüklerinden almakta olup; kıtalar arası yayılım gösteren, geniş coğrafyaları etkileyen salgın hastalıkları ifade etmektedir (Aysan vd. 2020, s. 35). Pandemi hâline gelen hastalıklar artık yalnızca bölgesel değil, küresel düzeyde de sonuçlar doğurmaktadır (Piret ve Boivin 2021, s. 11).

DSÖ'ye göre bir hastalığın pandemi olarak nitelendirilebilmesi için üç temel ölçüt bulunmaktadır:

1. Etkenin yeni bir virüs ya da mutasyona uğramış bir patojen olması,
2. İnsana kolaylıkla bulaşabilmesi,
3. İnsandan insana sürekli ve hızlı biçimde yayılabilmesidir.

COVID-19'un kısa sürede dünya geneline yayılması, bireylerde yoğun bir korku ve panik sürecini tetiklemiştir. Bu süreçle birlikte bilgi kirliliği ve yanlış bilgilerin yayılması da artmıştır. Özellikle WhatsApp, Facebook, X (Twitter), YouTube ve TikTok gibi denetimsiz dijital ağlar üzerinden yayılan doğrulanmamış içerikler, virüsten daha hızlı ve tehlikeli bir şekilde yayılmıştır. Bu durum, toplumda kafa karışıklığı, panik ve endişeyi artırmış; DSÖ bu olguyu “infodemi” olarak tanımlamıştır (WHO, 2020). Infodemik içerikler, yalnızca bireysel kaygı düzeyini artırmakla kalmamış, aynı zamanda pandemiyle mücadelede uygulanan kamu politikalarının etkinliğini de zayıflatmıştır.

COVID-19 döneminde sosyal medya üzerinden yayılan infodemik bilgiler, kamuoyunda ciddi bir güvensizlik ortamı yaratmıştır (NIH, 2020). İnsanlar hastalığın bulaşabileceği

ortamlardan uzak durmak adına sağlık kuruluşlarına dahi gitmemeye başlamış, özellikle kırsal bölgelerde kentten gelen bireylere karşı dışlayıcı tepkiler ortaya çıkmıştır. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının kötü muameleye maruz kalması, hatta evlerinden çıkarılmalarına kadar varan örnekler basına yansımıştır (NIH, 2020). Benzer biçimde, aşılama sürecinin başlamasıyla birlikte aşı karşıtı söylemler ve dezenformasyon yeniden gündeme gelmiş, bu durum kamu sağlığı politikalarının uygulanmasını güçleştirmiştir.

DSÖ, infodemiyle mücadele kapsamında “1. İnfodemioloji Konferansı” sonucunda beş temel stratejik adım belirlemiştir (WHO, 2020):

1. Kanıtı Tanımlamak:

İnfodemi yönetimi, yalnızca yöneticilerin kontrol ettiği kapalı bir süreç olmaktan çıkarak, bilime ve kanıta dayalı, şeffaf bilgi üretimi süreci hâline gelmelidir. Toplumun bedensel ve ruhsal sağlığını koruyabilmek için güvenilir ve açık bilgi kanalları oluşturulmalı; lkeler, DSÖ ile koordineli biçimde infodemik içeriklere karşı önlem almalıdır.

2. Bilimi ve Bilgiyi Kullanılabilir Hle Getirmek:

Kamuoyuna bilgi aktarımında açık, sade ve anlaşılır mesajlar verilmelidir. Devlet kurumları, bilgi aktarımında güvenilir otorite konumlarını pekiştirmeli; paylaşılan bilgilerin herkes tarafından erişilebilir ve kültürel duyarlılıklara uygun olmasına zen göstermelidir.

3. Pozitif Eylemi Yaygınlaştırmak ve Güçlendirmek:

Doğru bilginin doğru zamanda, geleneksel medya (TV, gazete, radyo) ve yeni medya araçları aracılığıyla yayılması büyük önem taşır. Kamuoyunda yanlış bilgilerin hızla düzeltilmesi, şeffaf

bilginin sürekli vurgulanması ve toplumda güven ortamının yeniden tesis edilmesi gerekmektedir.

4. Etkiyi Ölçmek:

Devletler ve sağlık kuruluşları, dijital ortamda halkın pandemi sürecine, alınan önlemlere ve infodemik içeriklere yönelik tutumlarını düzenli biçimde ölçmelidir. Bu veriler, etkin kriz yönetimi ve iletişim stratejilerinin oluşturulmasında temel yol gösterici olmalıdır.

5. Koordinasyon ve Yönetim:

COVID-19 sürecinde infodemik bilgi küresel ölçekte hızla yayılmıştır. Bu nedenle, bilgi akışını düzenlemek ve doğruluk kontrolünü sağlamak amacıyla rehberler oluşturulmuş, ortak stratejiler geliştirilmiştir. Kamu ve özel sektörün çok disiplinli işbirliğiyle yürütülen bu süreç, bilgi paylaşımında şeffaflık ve güven tesis edilmesi bakımından kritik bir rol oynamaktadır.

Bu süreçte devletlerin en önemli aktörleri, halkla doğrudan iletişim kuran sağlık bakanlıkları ve onların bilgi paylaşımında bulunduğu dijital platformlardır. Özellikle sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, hem kriz dönemlerinde güvenilir bilgi kaynağı olarak hem de kamusal iletişimin sürekliliğini sağlayan temel araçlar olarak öne çıkmaktadır.

Kurumsal Web Sitesi

Web siteleri, 21. yüzyılın en yaygın ve etkili iletişim araçlarından biridir. Geçmişte kâğıt ve matbaanın bilgi aktarımındaki rolünü günümüzde internet ve web siteleri üstlenmektedir. Teknolojik gelişmelerin hızla ilerlemesiyle birlikte internet, milyonlarca kullanıcının etkileşim kurduğu; ekonomik, kültürel ve siyasal sınırları ortadan kaldıran küresel bir bilgi ağına dönüşmüştür (Uğur ve Uğur, 2013, s. 508).

Yeni iletişim teknolojilerinin sunduğu olanaklar, zaman ve mekân kısıtlarını ortadan kaldırmış, etkileşimi iletişim sürecinin merkezine yerleştirmiştir. Bu gelişmeler, bireylerin, kurumların ve sivil toplum kuruluşlarının hedef kitleleriyle iletişim biçimlerini de dönüştürmüştür. E-posta, kurumsal web siteleri ve sosyal medya (WhatsApp, X, Facebook, Instagram, TikTok, YouTube vb.) gibi platformlar, halkla ilişkilerde çift yönlü iletişim ve diyalog kurmanın yeni araçları hâline gelmiştir. Bu araçlar arasında kurumsal web siteleri, hem güvenilirlik hem de temsil gücü açısından en öne çıkan halkla ilişkiler kanallarından biridir.

Kurumsal web sitelerinin tercih edilmesinde; hızlı bilgi aktarımı, düşük maliyet, anlık etkileşim ve çift yönlü iletişime olanak tanınması gibi avantajlar etkili olmaktadır (Bakan, 2008, s. 374). İnternet tabanlı bu platformlar, kurumların hem diğer kurumlarla hem de hedef kitleleriyle sürekli iletişim kurmalarını sağlayan temel halkla ilişkiler araçlarıdır. Web siteleri, kurumların dış dünyaya açılan vitrinleri olarak değerlendirilmektedir (Kent ve Taylor, 1993, s. 14). Kurumlar, farklı stratejilere sahip olsalar da stratejik iletişim süreçlerinde web sitelerini etkin biçimde kullanmaktadır (Vorvoreanu, 2006, s. 395). Kurumsal web siteleri, kurum ve faaliyetleri hakkında bilgi sunmanın yanı sıra, hedef kitleyle güvene dayalı bir iletişim ortamı kurar. Etkileşim temelli biçimde tasarlandıklarında, kurumların hedef kitlesini tanımasını ve onların beklentilerine uygun stratejiler geliştirmesini kolaylaştırır. Ayrıca web sitelerinin kullanıcı dostu olması, bilgiye kolay erişim sağlaması, geri bildirim mekanizmaları içermesi ve interaktif özelliklerle donatılması, etkin diyalojik iletişimi güçlendirir (Yurdakul ve Coşkun, 2008, s. 152). Kullanıcıların site deneyiminden memnun kalması, tekrar ziyaret olasılığını artırır ve bu durum, kurumun dijital halkla ilişkilerde diyalojik ilkeleri başarılı biçimde uyguladığını gösterir (Boztepe, 2013, s. 90).

Diyalojik İletişim

Diyalog kavramı tarih boyunca birçok disiplinin temel konularından biri olmuştur. Modern anlamda felsefeci Martin Buber tarafından sistemleştirilmiş, etik bir iletişim biçimi olarak tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumu'na göre “diyalog”, karşılıklı konuşma veya iki ya da daha fazla kişi arasında kurulan etkileşimdir (TDK, 2024).

Küreselleşme ve dijitalleşmenin etkisiyle kurumlar, hedef kitlelerine daha hızlı, etkili ve sınır tanımayan biçimlerde ulaşabilecekleri iletişim stratejilerine yönelmiştir. Tek yönlü halkla ilişkiler anlayışının yetersiz kalması, kurumları zaman ve mekân sınırlaması olmadan iki yönlü iletişim kurabilecekleri yeni modellere yönlendirmiştir. İki yönlü simetrik iletişim modeli, bu bağlamda örgüt ile hedef kitle arasında karşılıklı etkileşim ve geribildirim esasına dayalı bir ilişki kurar (Theunissen ve Rahman, 2010, s. 6). Bu modelde hedef kitle, yalnızca mesaj alan pasif bir taraf değil, sürece aktif olarak katılan bir paydaştır.

İki yönlü simetrik iletişim, diyalog temelli halkla ilişkiler pratiklerinin kuramsal zeminini oluşturur. Kurumlar, hedef kitleleriyle karşılıklı güven ve yarara dayalı ilişkiler kurabilmek için kurumsal web sitelerinde diyalojik iletişim stratejilerini uygulamaktadır (Park ve Reber, 2008, s. 411).

Kent ve Taylor (1998, 2002), kurumların hedef kitleleriyle diyalojik iletişim kurabilmeleri için web sitelerini bu doğrultuda tasarımları gerektiğini vurgulamıştır. Araştırmacılar, bu iletişimin beş temel ilkeye dayandığını belirtir: diyalojik döngü, enformasyonun yararlılığı, yeniden ziyaret sağlama, ara yüzün kullanılabilirliği ve ziyaretçilerin korunması.

Diyalojik Döngü: Hedef kitleye kurumla ilgili görüşlerini iletme fırsatı verir; kurum da bu geribildirimleri dikkate alarak yanıt verir.

Enformasyonun Yararlılığı: Web sitesi, hedef kitlenin ihtiyaç duyduğu bilgileri açık, güncel ve erişilebilir biçimde sunmalıdır.

Yeniden Ziyaret Sağlama: Site içeriği sürekli güncellenmeli, forumlar ve çevrim içi danışma alanları gibi etkileşimli özellikler eklenmelidir.

Ara yüzün Kullanışlılığı: Sade, kolay anlaşılır ve hızlı yüklenen bir tasarım kullanıcı deneyimini güçlendirir.

Ziyaretçilerin Korunması: Web sitesi, güvenli bir deneyim sunmalı ve ziyaretçilerin uzun süre sitede kalmasını teşvik etmelidir.

Bu ilkeler doğrultusunda tasarlanan kurumsal web siteleri, kurum ile hedef kitle arasında güvene dayalı, sürdürülebilir ve çift yönlü bir iletişim ortamı oluşturur.

YÖNTEM

Kurumsal web siteleri, küresel ölçekte halkın güvenilir bilgiye erişmek için başvurduğu en önemli dijital iletişim araçlarından biridir. Kurumlar, yeni medya çağında halkla ilişkiler uygulamalarında etkili bir araç olarak web sitelerinden yararlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisi sürecinde halkla doğrudan temas kuran sağlık bakanlıklarının resmî web sitelerini diyalojik iletişim bağlamında incelemektir. Araştırmanın kuramsal temelini, Kent ve Taylor'ın (2001) internet ortamında diyalojik iletişim için belirlediği kriterler oluşturmaktadır. Belirtilen ülkelerin sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, bu kriterler doğrultusunda içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, ülkelerin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web siteleri oluşturmaktadır. Zaman kısıtlılığı ve araştırmacının Türkiye’de bulunmasının getirdiği erişim kolaylığı dikkate alınarak, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme tercih edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 7 Kasım 2021 tarihinde en yüksek vaka sayısına sahip altı ülke olan ABD, Hindistan, Brezilya, Birleşik Krallık, Rusya ve Türkiye örnekleme dâhil edilmiştir. Uygun örnekleme, zaman, maliyet ve erişim açısından elverişli birimlerden örnek seçilmesini öngören yöntemdir (Aziz, 2015, s. 54).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, altı ülkenin sağlık bakanlıklarının kurumsal web sitelerinde 7–22 Kasım 2021 tarihleri arasındaki durumu kapsamıştır. Pandemi sürecinin dinamik doğası nedeniyle çalışma belirli bir zaman dilimiyle sınırlandırılmıştır.

İnceleme yalnızca DSÖ verilerine göre vaka sayısı en yüksek altı ülkeyi kapsamıştır.

Analiz, seçili ülkelerin sağlık bakanlıklarının resmî web siteleriyle sınırlandırılmıştır.

Araştırma, Kent ve Taylor’ın (1998) diyalojik iletişim ilkeleri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kent ve Taylor’ın (2009) çalışmaları temel alınmıştır. Bu doğrultuda oluşturulan veri formu tablosuna, seçilen ülkelerin sağlık bakanlıklarının web siteleri diyalojik kriterler dâhilinde aktarılmıştır. İçerikler, belirlenen kategorilere göre sistematik biçimde içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş; elde edilen bulgular yorumlanmış ve tablo ile grafiklerle desteklenmiştir.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışma, betimleyici bir yaklaşımla gerçekleştirilmiş ve içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, sözel veya yazılı verilerin araştırma problemini aydınlatarak şekilde sınıflandırılması, özetlenmesi ve belirli kavramlara göre anlamlandırılması sürecidir (Böke, 2009, s. 344). Bir başka tanımla, her türlü sembolik davranışın içeriğini sistematik, nesnel ve nicel biçimde incelemeyi amaçlayan bir tekniktir (Bilgin, 2006, s. 2).

Analiz süreci aşağıdaki sorular temel alınarak yapılandırılmıştır:

COVID-19 döneminde seçili ülkelerin sağlık bakanlıklarının web sitelerinde arayüz kullanım kolaylığı ne düzeydeydi?

Web siteleri, ziyaretçilerin korunması açısından ne ölçüde etkiliydi?

Web sitelerinde diyalojik döngü (geribildirim mekanizması) var mıydı?

Ziyaretçilere yeniden siteye dönüş olanağı ne düzeyde sunulmuştu?

Web siteleri, bilgiye erişim ve kullanılabilirlik açısından ne ölçüde işlevseldi?

Analiz sürecinde, incelenen web sitelerinin diyalojik iletişim kriterlerine sahip olması durumunda “1”, sahip olmaması durumunda “0” değeri verilerek kodlama yapılmıştır.

BULGULAR VE YORUM

Tablo 1. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Site Adresleri ve 10 Kasım 2021 Tarihindeki Toplam Vaka Sayısı (<https://covid19.who.int/>)

Ülkeler	Sağlık Bakanlıkları Kurumsal Web Siteleri	Toplam Vaka Sayısı
1 ABD	https://www.hhs.gov/	46.193.234
2 Hindistan	https://main.mohfw.gov.in/hi	34.377.113
3 Brezilya	https://www.gov.br/saude/pt-br	21.880.439
4 Birleşik Krallık	https://www.gov-uk.translate.google.com/government/organisations/department-of-health-and-social-care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=nui.sc	9.333.895
5 Rusya	https://minzdrav.gov.ru/	8.873.655
6 Türkiye Cumhuriyeti	https://www.saglik.gov.tr/	8.259.503

Tablo 1, 10 Kasım 2021 tarihi itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre COVID-19 vaka sayısının en yüksek olduğu altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitesi

adreslerini ve toplam vaka sayılarını göstermektedir. Buna göre, COVID-19 pandemisinden en fazla etkilenen ülke Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olup toplam 46.193.234 vaka ile ilk sırada yer almaktadır. ABD'yi Hindistan (34.377.113 vaka), Brezilya (21.880.439 vaka), Birleşik Krallık (9.333.895 vaka), Rusya Federasyonu (8.873.655 vaka) ve Türkiye Cumhuriyeti (8.259.503 vaka) izlemektedir.

Verilere göre, söz konusu ülkelerin tamamı küresel ölçekte yüksek vaka sayılarına sahip olup, pandeminin farklı evrelerinde kriz yönetimi açısından belirleyici roller üstlenmiştir. Bu durum, araştırma kapsamındaki altı ülkenin sağlık bakanlıklarının dijital iletişim stratejilerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesini anlamlı kılmaktadır.

Arayüz Kolaylığı

Tablo 2. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Sitelerinin Arayüz Kolaylığı

<i>Arayüz Kolaylığı</i>	<i>ABD</i>	<i>Hindistan</i>	<i>Brezilya</i>	<i>Birleşik Krallık</i>	<i>Türkiye</i>
<i>Site Haritası</i>	00	1	0	0	0
<i>Arama Motoru</i>	11	1	1	1	0
<i>Dil Seçeneği</i>	11	1	1	0	0
<i>Siteler Arası Geçişi Sağlayan Bağlantı Linkleri</i>	11	1	1	0	0
<i>Özel Efektlerin Kullanıcının Dikkatini Dağıtmaması</i>	11	1	1	1	0
TOPLAM	4	5	4	2	0

Tablo 2, seçili altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitelerinin arayüz kullanım kolaylığına ilişkin değerlendirme sonuçlarını göstermektedir. Bu kategori; site

haritası, arama motoru, dil seçeneği, siteler arası geçiş bağlantıları ve özel efektlerin kullanıcı dikkatini dağıtmama düzeyi olmak üzere beş alt başlık üzerinden incelenmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, ABD, Brezilya ve Birleşik Krallık sağlık bakanlıklarının web sitelerinde site haritası bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, kullanıcıların sayfa yönlendirmelerinde zorluk yaşayabileceğini ve içeriğe erişimde zaman kaybı oluşturabileceğini göstermektedir. Buna karşın Hindistan, Rusya ve Türkiye'ye ait web sitelerinde site haritasının mevcut olduğu belirlenmiştir.

Altı ülkenin tamamında, kullanıcıların bilgiye hızlı erişimini kolaylaştıran arama motoru özelliği bulunmaktadır. Bu durum, web sitelerinin işlevsellik açısından belirli bir standardı karşıladığını göstermektedir. Siteler arası geçiş bağlantıları (hyperlinkler) açısından incelendiğinde, yalnızca Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı web sitesinde bu özelliğin bulunmadığı, diğer ülkelerin web sitelerinde ise bu bağlantıların etkin biçimde kullanıldığı görlmektedir.

Tüm ülkelerin sağlık bakanlığı web sitelerinde özel efektlerin kullanıcı dikkatini dağıtacak düzeyde olmadığı, yani görsel öğelerin işlevsel biçimde kullanıldığı saptanmıştır. Bu durum, kullanıcı deneyiminin sade, dengeli ve erişilebilir bir arayüzle desteklendiğini göstermektedir.

Dil seçeneği açısından incelendiğinde, ABD, Hindistan, Brezilya ve Türkiye sağlık bakanlıklarının web sitelerinde birden fazla dil seçeneği sunulduğu, buna karşın Birleşik Krallık ve Rusya sitelerinde bu özelliğin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, özellikle küresel kullanıcı erişimi açısından ABD, Hindistan, Brezilya ve Türkiye'nin daha kapsayıcı bir yaklaşım sergilediğini göstermektedir.

Elde edilen verilere göre, arayüz kullanım kolaylığı toplam puanları açısından Hindistan ve Türkiye (5 puan) en yüksek düzeyde performans göstermiştir. Bu iki ülkeyi ABD, Brezilya ve Rusya (4 puan) izlemiş, Birleşik Krallık (2 puan) ise en düşük puanı almıştır. Ayrıca, Rusya Federasyonu Sağlık Bakanlığı web sitesinde görme ve işitme engelli bireyler için özel yönlendirme bağlantılarının bulunması, erişilebilirlik açısından olumlu bir farklılaşma olarak dikkat çekmektedir.

Genel değerlendirmede, arayüz kullanım kolaylığı bakımından Hindistan ve Türkiye örnekleri, kullanıcı dostu tasarım, çoklu dil seçeneği ve sade yapı unsurlarını başarılı biçimde bir araya getirmiştir. Buna karşın Birleşik Krallık web sitesi, kısıtlı yönlendirme olanakları nedeniyle diyalojik iletişim açısından daha düşük etkileşim düzeyine sahiptir. Bu bulgular, web tasarımının yalnızca teknik değil, aynı zamanda kullanıcı odaklı iletişim stratejilerinin de bir parçası olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Ziyaretçileri Koruma

Tablo 3. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Sitelerinin Ziyaretçileri Koruması

<i>Ziyaretçileri Koruma</i>	<i>ABD</i>	<i>Hindistan</i>	<i>Brezilya</i>	<i>Birleşik Krallık</i>	<i>Rusya</i>
<i>4 Saniyeden Kısa Sürede Sayfanın Yüklenmesi</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Ana Sayfada Önemli Bilgilerin Olması</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Son Dakika/Güncel Bilgilerin Olması</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Grafik/Dosyaların Kolay İndirilebilmesi</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>

<i>Ziyaretçilerin Siteye Geri Dönebilmesi İçin Temel Link Varlığı</i>	11	1	1	0	1
TOPLAM	55	5	5	4	5

Tablo 3, seçili altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitelerinin ziyaretçilerin korunması ölçütü açısından değerlendirilmesini göstermektedir. Bu ölçüt; sayfa yüklenme süresi, ana sayfada önemli bilgilerin bulunması, güncel içeriklerin sunulması, grafik ve dosyaların kolay indirilebilmesi ile ziyaretçilerin siteye geri dönebilmeleri için temel bağlantıların varlığı olmak üzere beş alt başlıktan oluşmaktadır. Bu kriterlerden alınabilecek maksimum puan 5'tir.

Yapılan incelemeler sonucunda, ABD, Hindistan, Brezilya, Rusya ve Türkiye sağlık bakanlıklarının web siteleri beş alt başlığın tamamında yüksek performans göstererek tam puan (5) almıştır. Buna karşın Birleşik Krallık dört puan almıştır. Bu farkın nedeni, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı web sitesinde siteler arası geçişi sağlayan bağlantı linklerinin bulunmaması ve buna bağlı olarak geri dönüşü sağlayan temel bağlantıların da yer almamasıdır.

Verilere göre, tüm ülkelerin web siteleri 4 saniyeden kısa sürede yüklenme özelliğine sahiptir; bu durum kullanıcı deneyimi açısından önemli bir erişilebilirlik göstergesidir. Ayrıca, web sitelerinin ana sayfalarında önemli ve güncel bilgilere kolay erişim imkânı bulunmakta; grafik ve dosyaların indirilmesi de teknik açıdan sorunsuz şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

Genel olarak, seçili ülkelerin sağlık bakanlıklarının web siteleri, sayfa yüklenme süresi, bilginin güncelliği ve erişilebilirliği gibi teknik kriterlerde yüksek başarı göstermiştir. Bu bulgu, ülkelerin web altyapılarını pandemi döneminde halkla güven temelli bir iletişim aracı olarak işlevsel biçimde kullandıklarını göstermektedir. Ancak diyalojik iletişim açısından

değerlendirildiğinde, Birleşik Krallık'ın temel geri dönüş bağlantılarını içermemesi, kullanıcı etkileşimi ve sitenin sürekliliği bakımından sınırlı bir deneyim sunduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşılık ABD, Türkiye ve Hindistan'ın web siteleri, hem teknik performans hem de kullanıcı yönlendirme açısından örnek bir diyalojik yapı sergilemektedir.

Diyalojik Döngü

Tablo 4. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Sitelerinin Diyalojik Döngüsü

<i>Diyalojik Döngü</i>	<i>ABD</i>	<i>Hindistan</i>	<i>Brezilya</i>	<i>Birleşik Krallık</i>	<i>Rusya</i>
<i>E-mail</i>	<i>11</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>İletişim Bilgileri</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Online Destek</i>	<i>11</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>İletişim Formu</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Sıkça Sorulan Sorular</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Web Siteleri Üyelik İmkânı</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
TOPLAM	66	4	3	1	5

Tablo 4, altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitelerinin diyalojik döngü düzeyine ilişkin bulguları göstermektedir. Bu kategori; e-posta adresi, iletişim bilgileri, çevrim içi destek, iletişim formu, sıkça sorulan sorular (SSS) ve üyelik imkânı olmak üzere altı alt başlıktan oluşmaktadır. Bu kategoriden alınabilecek maksimum puan 6'dır.

Elde edilen bulgulara göre, ABD Sağlık Bakanlığı web sitesi altı alt başlığın tamamını karşılayarak tam puan (6) almıştır. Rusya ve Türkiye, yalnızca çevrim içi destek özelliğinin

bulunmaması nedeniyle 5 puan ile ikinci sırada yer almıştır. Hindistan dört puan, Brezilya üç puan, Birleşik Krallık ise yalnızca bir puan almıştır.

Sonuçlar, ülkelerin web siteleri arasında diyalojik döngü düzeyinde önemli farklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. ABD web sitesi, e-posta iletişimi, kapsamlı iletişim bilgileri, çevrim içi destek hattı, etkileşimli iletişim formu, sıkça sorulan sorular (SSS) bölümü ve üyelik imkânı gibi çok boyutlu etkileşim kanallarıyla güçlü bir kullanıcı iletişimi sağlamaktadır.

Rusya ve Türkiye web siteleri, çevrim içi destek dışında diğer tüm diyalojik döngü unsurlarını içermekte olup, kullanıcıların doğrudan kuruma ulaşabileceği çeşitli iletişim olanakları sunmaktadır. Hindistan web sitesinde e-posta ve çevrim içi destek özelliklerinin eksikliği, etkileşim düzeyini kısmen sınırlamaktadır. Brezilya web sitesinde ise iletişim kanalları sınırlı olmasına karşın, kullanıcıların CPF (sosyal güvenlik numarası) ile giriş yapabildiği kişisel sayfa alanı, ülkeye özgü bir uygulama olarak dikkat çekmektedir.

Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı web sitesi, altı kriterden yalnızca “Sıkça Sorulan Sorular” başlığını içermekte olup, diyalojik etkileşim açısından en düşük düzeyde performans göstermiştir. Bu durum, kullanıcılara doğrudan iletişim veya geribildirim imkânı sunmaması nedeniyle diyalojik iletişim ilkeleriyle örtüşmemektedir.

Genel değerlendirmede, diyalojik döngü kriteri açısından ABD, kullanıcı merkezli tasarım ve çoklu etkileşim kanallarıyla örnek bir model sergilerken; Türkiye ve Rusya sınırlı farklılıklarla onu takip etmektedir. Buna karşın, Birleşik Krallık’ın düşük etkileşimli yapısı, dijital halkla ilişkilerde geleneksel ve tek yönlü iletişim anlayışının hâlen sürdüğünü göstermektedir.

Geri Dönüş Ziyaretleri

Tablo 5. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Sitelerinin Geri Dönüş Ziyaretleri Sağlaması

<i>Geri Dönüş Ziyaretleri</i>	<i>ABD</i>	<i>Hindistan</i>	<i>Brezilya</i>	<i>Birleşik Krallık</i>	<i>Rusya</i>
<i>Haber Forumları ve Basın Bültenlerinin Varlığı</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Sitedeki Bilgilerin Güncelliği</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Kullanıcıya Yorum Yapma İmkânı Sağlama</i>	<i>11</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Memnuniyet Anketi</i>	<i>11</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
TOPLAM	44	2	2	2	3

Tablo 5, seçili altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitelerinin geri dönüş ziyaretlerini sağlama düzeylerini göstermektedir. Bu kriter; haber forumları ve basın bültenlerinin varlığı, sitedeki bilgilerin güncelliği, kullanıcıya yorum yapma imkânı ve memnuniyet anketi bulunması olmak üzere dört alt başlıktan oluşmaktadır. Bu kategoriden alınabilecek maksimum puan 4'tür. Elde edilen bulgulara göre, ABD sağlık bakanlığı web sitesi tüm alt kriterleri karşılayarak tam puan (4) almıştır. Rusya üç puanla ikinci sırada yer alırken, Hindistan, Brezilya, Birleşik Krallık ve Türkiye iki puan almıştır. ABD'nin

yüksek puanı, web sitesinde haber forumları, güncel basın bültenleri, kullanıcı yorum alanları ve memnuniyet anketlerinin bir arada bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bu yapı, kullanıcı etkileşimini güçlendirmekte ve ziyaretçilerin siteye yeniden dönmesini teşvik etmektedir. Rusya web sitesinde kullanıcı yorum alanı bulunmamakla birlikte, güncel bilgiler, basın bültenleri ve memnuniyet anketleri gibi unsurlar yer almakta; bu da kullanıcıların siteyle etkileşimini sürdürmesine katkı sağlamaktadır. Buna karşın Hindistan, Brezilya, Türkiye ve Birleşik Krallık web sitelerinde kullanıcı yorum alanlarının bulunmaması, ziyaretçilerin geri bildirimde bulunma ve aktif katılım gösterme imkânlarını sınırlamaktadır. Ayrıca, memnuniyet anketi özelliği yalnızca ABD, Rusya ve Birleşik Krallık sitelerinde mevcuttur. Bu ülkeler, kullanıcı memnuniyetini ölçmeye yönelik çabalarıyla diğer ülkelerden ayrılmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, ABD sağlık bakanlığının web sitesi, güncel içerik, yorum imkânı ve memnuniyet anketi özellikleriyle geri dönüş ziyaretlerini en yüksek düzeyde sağlayan ülke olmuştur. Rusya nispeten başarılı bir performans sergilerken, diğer dört ülke düşük puanlarıyla daha çok tek yönlü bilgi aktarımına dayalı bir yapı sunmaktadır. Bu bulgular, diyalojik iletişimin sürekliliği açısından kullanıcı katılımına dayalı unsurların önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Web Sitelerinin Kullanışlılığı

Tablo 6. Ülkelerin Sağlık Bakanlıklarının Kurumsal Web Sitelerinde Bilginin Kullanılabilirliği

<i>Bilginin Kullanılabilirliği</i>	<i>ABD</i>	<i>Hindistan</i>	<i>Brezilya</i>	<i>Birleşik Krallık</i>	<i>Rusya</i>
<i>Kurum Hakkında Genel Bilgi</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Kurumun Amaçları Hakkında Bilgi</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Sitede Kullanılan Ana Başlıkların Dikkat Çekiciliği</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Sitede Kullanılan Alt Başlıkların Ziyaretçileri Yönlendirme Açısından Yeterliliği</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Web Sitesinin Resim/Video/Grafikle Desteklenmesi</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>TOPLAM</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>5</i>

Tablo 6, seçili altı ülkenin sağlık bakanlıklarına ait kurumsal web sitelerinin bilgi kullanılabilirliği açısından değerlendirme sonuçlarını göstermektedir. Bu ölçüt; kurum hakkında genel bilgi, kurumun amaçlarına ilişkin bilgi, ana başlıkların dikkat çekiciliği, alt başlıkların yönlendirici niteliği ve web sitesinin görsel materyallerle desteklenmesi olmak üzere beş

alt başlıktan oluşmaktadır. Bu kategoriden alınabilecek maksimum puan 5'tir.

Elde edilen bulgulara göre, ABD, Hindistan, Brezilya, Rusya ve Türkiye sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri tüm alt kriterleri karşılayarak tam puan (5) almıştır. Buna karşın Birleşik Krallık üç puanla en düşük performansa sahip ülke olmuştur.

Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı web sitesinin düşük puan almasının başlıca nedenleri, alt başlıkların ziyaretçileri yönlendirme açısından yetersiz olması ve sayfanın görsel (resim, video, grafik) desteklerden sınırlı biçimde yararlanmasıdır. Bu durum, kullanıcı deneyiminin zenginleştirilmesini ve bilginin görsel olarak desteklenmesini engellemiştir.

Öte yandan diğer beş ülkenin web siteleri, hem kurumun genel yapısı hem de amaçlarına ilişkin bilgileri açık biçimde sunmakta; dikkat çekici başlıklar ve yönlendirici alt menüler aracılığıyla kullanıcıların bilgiye kolay erişimini sağlamaktadır. Özellikle ABD, Türkiye ve Hindistan siteleri, bilgiyi sade, anlaşılır ve görsel olarak desteklenmiş biçimde sunmalarıyla öne çıkmaktadır.

Genel değerlendirmede, seçili ülkelerin büyük çoğunluğu bilgi kullanılabilirliği açısından yüksek düzeyde performans göstermiştir. Bu bulgu, sağlık bakanlıklarının dijital platformları yalnızca bilgi paylaşım aracı olarak değil, aynı zamanda bilginin erişilebilir, anlaşılır ve kullanıcı dostu biçimde sunulmasını sağlayan bir halkla ilişkiler aracı olarak da etkin biçimde kullandıklarını ortaya koymaktadır.

Sonuç, Tartışma ve Öneriler

İnternet, yalnızca kâr amacı güden kuruluşların değil, aynı zamanda sivil toplum kuruluşlarının ve resmî devlet organlarının da

hedef kitleleriyle etkileşim kurmalarını sağlayan en önemli iletişim araçlarından biri hâline gelmiştir. Özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde ortaya çıkan infodemi olgusu, doğru ve güvenilir bilgiye erişimin önemini daha da artırmıştır. Bu süreçte, kamuoyunun en güvenilir bilgi kaynağı olarak gördüğü sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, hem kriz iletişiminin hem de kamuya hesap verebilirliğin temel araçları olmuştur. Bu nedenle, bu web sitelerinin yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda karşılıklı güvene dayalı diyalojik iletişimi sağlayabilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Diyalojik iletişim, halkla ilişkiler disiplinde çift yönlü simetrik iletişim modelini güçlendiren bir yaklaşımdır. Bu modelde kurum ve hedef kitle, karşılıklı etkileşim ve anlayış temelinde bir ilişki kurar. Kent ve Taylor'un (2001) ortaya koyduğu beş temel ölçüt; arayüz kullanım kolaylığı, ziyaretçilerin korunması, diyalojik döngü, geri dönüş ziyaretlerini sağlama ve bilginin kullanılabilirliği çevrim içi kurumsal iletişimin niteliğini belirleyen temel göstergeler olarak kabul edilmektedir.

Bu araştırmada, Dünya Sağlık Örgütü'nün 7 Kasım 2021 tarihli verilerine göre vaka sayısı en yüksek altı ülke olan ABD, Hindistan, Brezilya, Birleşik Krallık, Rusya ve Türkiye'nin sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri bu kriterler çerçevesinde analiz edilmiştir. Bulgular, ülkeler arasında hem teknik altyapı hem de kullanıcı etkileşimi açısından belirgin farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur.

Diyalojik iletişim düzeyine göre yapılan genel sıralamada, ABD en yüksek puanı alarak ilk sırada yer almıştır. Rusya ve Türkiye ikinci sırada yer alırken, Hindistan üçüncü, Brezilya dördüncü, Birleşik Krallık ise son sırada yer almıştır. Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı web sitesinin özellikle geri dönüş bağlantıları, görsel destekler ve kullanıcı etkileşimi açısından yetersiz kaldığı görülmüştür.

Beş temel kriter ayrı ayrı değerlendirildiğinde:

Ziyaretçilerin korunması kriteri en yüksek ortalamaya sahip olup, ülkelerin sayfa yüklenme süresi, güncellik ve erişilebilirlik açısından başarılı performans sergilediği belirlenmiştir.

Bilginin kullanılabilirliği ikinci sırada yer almış; çoğu ülkenin web sitesi bilgiye erişim, içerik düzeni ve görsel destek açısından yüksek puan almıştır.

Arayüz kolaylığı ve diyalojik döngü üçüncü sırada yer almış; ancak özellikle çevrim içi destek, e-posta ve kullanıcı geri bildirim mekanizmalarının bazı ülkelerde sınırlı kaldığı tespit edilmiştir.

Geri dönüş ziyaretlerini sağlama kriteri ise en düşük düzeyde puanlanmıştır. Bu durum, kullanıcı yorum alanlarının, memnuniyet anketlerinin ve forumların yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu sonuçlar, seçili ülkelerin sağlık bakanlıklarının web sitelerinin bilgi aktarımı açısından oldukça gelişmiş olsa da, diyalojik iletişim düzeyinde tam etkileşim sağlayamadıklarını göstermektedir. Çoğu ülke hâlen Web 2.0 teknolojilerinin sunduğu interaktif imkânlardan tam olarak yararlanmamaktadır. Özellikle çevrim içi destek, kullanıcı yorum alanları ve dinamik geribildirim sistemlerinin eksikliği, kurumsal web sitelerini tek yönlü bilgi platformları hâline getirmektedir.

Bu bağlamda, sağlık bakanlıklarının kurumsal web sitelerinin, kamu kurumlarında dijital halkla ilişkiler stratejisinin temel unsuru olarak yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Kurumların sadece bilgi aktaran değil, aynı zamanda hedef kitleyle sürekli diyalog kuran, katılımı teşvik eden ve güven ilişkisini güçlendiren dijital platformlar geliştirmeleri gerekmektedir.

Sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, Web 2.0 ve Web 3.0 teknolojilerine uyumlu, kullanıcı odaklı ve etkileşim temelli bir yapıya kavuşturulmalıdır. Web sitelerinde çevrim içi destek birimleri, yorum alanları ve memnuniyet anketleri gibi geribildirim araçları aktif hâle getirilmelidir. Erişilebilirliği artırmak için, çoklu dil seçeneği ve engelli kullanıcılar için özel arayüzler yaygınlaştırılmalıdır. Bilgi akışının güvenilirliğini pekiştirmek amacıyla, güncel veri panelleri ve doğrulanmış kaynak bağlantıları düzenli olarak güncellenmelidir. Web siteleri, yalnızca kriz dönemlerinde değil, olağan zamanlarda da halkla etkileşimi sürdürecektir şekilde tasarlanmalıdır.

Sonuç olarak, bu çalışma, COVID-19 infodemisi sürecinde sağlık bakanlıklarının kurumsal web sitelerinin bilgi aktarımı açısından işlevsel olduğunu, ancak diyalojik iletişim düzeyinde geliştirilmesi gereken önemli alanlar bulunduğunu ortaya koymuştur. Kurumların dijital halkla ilişkilerde diyalog ve katılım temelli bir yaklaşım benimsemeleri, yalnızca pandemi gibi kriz dönemlerinde değil, demokratik iletişim kültürünün güçlenmesinde de kritik bir rol oynayacaktır. Bu bölümde elde edilen bulgular, yalnızca pandemi dönemine özgü bir teknik web tasarımı değerlendirmesi olarak değil, aynı zamanda kamusal iletişimin dijital ortamlarda nasıl yeniden kurulduğuna ilişkin önemli ipuçları sunmaktadır. Sağlık bakanlıklarının kurumsal web siteleri, kriz dönemlerinde devlet-vatandaş ilişkisini yeniden tanımlayan, güven, şeffaflık ve katılım eksenlerini görünür kılan temel iletişim alanlarıdır. Bu yönüyle çalışma, kitapta ele alınan diğer bölümlerle birlikte değerlendirildiğinde, dijital halkla ilişkilerde diyalog ve katılım temelli yaklaşımların yalnızca kriz iletişimi açısından değil, demokratik iletişim kültürünün güçlenmesi açısından da stratejik bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır.

Kaynakça

- Aysan, A. F., Balci, E. Karagöl, E., Tanas, Kılıç, E., Gültekin, F. ve Şahin, F. (2020). Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. M. Şeker, A. Özer, Z. Tosun, C. Korkut ve M. Doğrul (Ed.). *TÜBA Raporları içinde* (ss 33-141). Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Aziz, A., (2015). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri-Teknikleri. "Halkla İlişkiler Aracı Olarak İnternet.", A. Kalender ve M. Fidan (Ed.). *Halkla İlişkiler içinde*, (ss 373-389). Konya: Tablet Yayınları
- Bilgin, L. (2006). *Halkla İlişkiler*. İstanbul: Kum Saati Yayınları
- Boztepe, H. (2013). Halkla İlişkilerin Kurum ile Hedef Kitle Arasında İlişki Oluşturma Amacı ve Kurumsal Web Sayfalarının Diyalojik Halkla İlişkiler Aracı Olarak Kullanımı. *Akdeniz İletişim Dergisi* (33), 86-104.
- Böke, K. (2009). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. "Yeni İletişim Teknolojileri, Siyasal Katılım, Demokrasi." *Yönetim ve Ekonomi* 16(2): 121-131.
- Kent, M. and Taylor M.(1993). Maximizing Media Relations: A Web Site Checklist. *Public Relations Quarterly*,(23):14-18. [https://doi.org/10.1016/s0363-8111\(02\)00194-7](https://doi.org/10.1016/s0363-8111(02)00194-7)
- Kent, M. and Taylor M.(1998). Building Dialogic Relationships Through the World Wide Web. *Public Relations Review*, 24(3), 321-334. [https://doi.org/10.1016/s0363-8111\(99\)80143-x](https://doi.org/10.1016/s0363-8111(99)80143-x)
- Kent, M. And Taylor M. (2002). Toward a Dialogic Theory of Public Relations, *Public Relations Review*, (28): 21-37. [https://doi.org/10.1016/s0363-8111\(02\)00108-x](https://doi.org/10.1016/s0363-8111(02)00108-x)
- Li, S. and Zhang Y. (2020). Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *Gen Psychiatry*33, (10):1-2. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100216>
- National Library Of Medicine (NIH). (2020). "COVID-19: Protecting health-care workers." <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199474/> adresinden 21.03.2025 tarihinde erişilmiştir.
- Özdemir, R. (2021). Covid-19 Sürecinde Özel Bakım Çalışanlarının Covid-19 Korkusu ve Tahammülsüzlük Düzeylerinin Çalışma Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özdemir, L. (2020). İşletmelerde Koronavirüs Kriz Yönetim

- Stratejileri. *İnönü Üniversitesi Yayınevi*: 186-193
- Park, H. And Reber B. (2008). Relationship Building and The Use of Web Sites: How Fortune 500 Corporations Use Their Web Sites To Build Relationships. *Public Relations Review* (34): 409-411. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2008.06.006>
- Piret, J. and Boivin, G. (2021). Pandemics Throughout History. *Frontiers in Microbiology*, (11): 1-16. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.631736>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid-19(Sars-Cov-2)Rehberi. <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden 05.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Theunissen, P. And Rahman, K. (2010, 2-10 Şubat). *Dialogue and two-way symmetrical communication in public relations theory and practice*. Australian and New Zealand Communication Association Annual Conference, New Zealand 2-20. https://www.academia.edu/20336130/Dialogue_and_two_way_symmetrical_communication_in_Public_Relations_theory_and_practice adresinden 15.06.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Uğur, U. ve Uğur, Sevtap S. (2013). Yeni İletişim Teknolojilerinden İnternetin Halkla İlişkiler Alanında Kullanımı: Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*. 5(1): 502-511. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.820320>
- Vorvoreanu, M. (2006). Online Organization-Public Relationships: An Experience- Centered Approach. *Public Relations Review*, (32): 395-401. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2006.09.007>
- Yurdakul, N. ve Coşkun G. (2008). Fakültelerde Web Sitelerinin Kurumsal Tanıtım Amaçlı Kullanımı: İletişim Fakülteleri Web Siteleri Üzerine Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (33): 141-156.
- World Health Organization (WHO) 2019. Covid-19: <https://covid19.who.int/> adresinden 01.03.2021 tarihinde erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO) 2020. COVID-19 infodemic: call for action: https://apps.who.int/iris/handle/10665/33428_7 adresinden 07.03.2021 tarihinde erişilmiştir.

BÖLÜM 10

SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ALMANYA MODELİ

LÜTFİYE TEKPINAR¹
SADIYE ARSOY²

Giriş

Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi (STD), tıbbi teknolojilerin kapsamlı bir şekilde analiz edilmesini sağlayan multidisipliner ve kapsamlı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. STD, tıbbi teknolojilerin (ilaçlar, tıbbi cihazlar vb.) kısa ve uzun vadeli etkilerini inceleyerek, sağlık hizmetinin kalitesini, verimliliğini ve etkililiğini arttırmayı hedeflemektedir. Temel amacı, sağlık politikaları ve uygulamaları için kanıta dayalı kararlar alınmasını sağlamaktır. STD; sağlık teknolojilerini klinik etkinlik, güvenlik, sosyal, yasal, etik, maliyet ve ekonomik yönden

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 0000-0003-2267-771X

² Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, 0000-0002-1499-868X

değerlendirmektedir. Değerlendirme sonucunda, sağlık sisteminde hangi teknolojilerin kullanılması, hangi tanı/tedavi yöntemlerinin benimsenmesi gerektiğine ve kaynakların hangi parametrelerce nasıl dağıtılacağına dair karar alınmasına katkı sunmaktadır. STD süreçleri, farklı disiplinlerin ve perspektiflerin bir araya gelmesini gerektirir. Bu sayede teknolojik değerlendirmeler şeffaf, kapsamlı, hesap verilebilir ve dengeli olabilmektedir. Yani; STD'nin, sağlık politikası oluşturulmasında, sağlık sistemlerinde optimizasyonların sağlanmasında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde, hizmet sunumunun kalitesinin ve verimliliğinin artırılmasında kritik bir rolü olduğu ifade edilebilir (Hoxhaj & ark., 2022: 2; Perleth & Schwartz, 2001: 858-859). AB üye devletleri ve Norveç'in büyük oranda (%89) ulusal düzeyde karar alma sürecini bilgilendiren STD raporu için tanımlanmış organların bulunduğu sisteme sahiptir (Chamova, 2018). STD süreçleri, sağlık sektöründe kanıta dayalı karar almayı desteklemek için yerleşik bir mekanizmadır. DSÖ, ülkelerdeki STD uygulamalarını değerlendirmek amacıyla STD'nin durumunu inceleyen küresel bir anket gerçekleştirmiştir. Anket, ülke sayısı bakımından küresel STD durumunu tanımlamak için en büyük bilgi kaynağıdır. Yapılan güncel araştırmada ulusal düzeyde sistematik ve resmi bir sağlık karar alma sürecine sahip olma sorusuna "evet" yanıtını veren 104 ülke (%82 veya 104/127) incelenmiştir. Sonuçlar, birçok ülkede STD organlarının bulunduğunu, ancak bunların farklı işlevlere sahip olduğunu göstermektedir (Mirelman, Goel & Edejer, 2024: 1). Almanya'da

sağlık hizmetlerinde karar alma süreçlerinde STD kurumsallaşmıştır ve kanıta dayalı veriler sunan köklü bir sistemi bulunmaktadır.

Almanya, STD alanında öncü iki büyük kurumu olan Federal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü (Alman Tıbbi Dokümantasyon ve Bilgi Enstitüsü, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI: 2020 itibariyle Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM) ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, IQWiG) ileri düzey uygulamaları ve kurumsal yapı çalışmalarının sürdürülebilirliğini artırma faaliyetleriyle dikkat çekmektedir. Bu çalışmada Almanya'daki STD sistemine odaklanılmıştır. Bu bağlamda STD kavramı, Almanya'nın STD hakkında faaliyetler yürüten kurumları, yapıları, işleyişleri, sağlık ekonomisi üzerindeki rolleri, deneyimleri ve uygulamaları detaylı bir şekilde ele alınarak incelenmiştir. Almanya'daki STD faaliyetlerinin gelişimi, diğer ülkelerle ne tür iş birlikleri yapıldığı, sağlık politikalarının ve sağlık hizmeti sunumu süreçlerinin nasıl etkilendiği sorusuna cevap aranacaktır. Bu doğrultuda, Almanya'daki STD uygulamalarının nasıl yapılandırıldığı, sağlık sistemi üzerindeki etkileri ve yönetildiği kurumsal yapılarının incelenmesi, uluslararası STD kuruluşları ile karşılaştırılması ve Türkiye'deki ulusal STD politika modeline örnek oluşturulması amaçlanmıştır.

Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi

Sağlık teknolojisi yalnızca gelişmiş yüksek maliyetli cihazlardan oluşmamakta “sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, cihazlar, tıbbi ve cerrahi prosedürler ile hizmetin sağlandığı organizasyonel ve destekleyici sistemlerin bütünü” sağlık teknolojisi olarak tanımlanmaktadır (Office of Technology Assessment, 1978: 12). Sağlık alanını destekleyen bu teknolojilerin her geçen gün artması kıt kaynakların yönetimini daha da zorlaştırmaktadır. Kıt kaynakların yönetimi için gelişen teknolojilerin standart parametrelere göre incelenebilmesi zorunluluk haline gelmiştir. Bu bağlamda sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi kavramı gündeme gelmiştir. STD, bilimsel yöntemlerin sistematik ve titiz bir şekilde uygulanmasını tanımlar. STD’nin amacı, sağlık hizmetleri kararlarına ve politika oluşturmaya rehberlik edecek kanıtlar sağlamaktır. STD teknolojilerin etkinliğine, uygunluğuna ve maliyeti üzerine odaklanır. Temelinde dört soru vardır: (1) müdahale işe yarıyor mu; (2) kimin için yapılacak; (3) ne kadar maliyeti var; (4) alternatiflerle karşılaştırıldığında sonuçlar nasıldır (Hanney & ark., 2007: 1).

STD’ler, bir teknolojinin sağlık üzerindeki potansiyel doğrudan ve dolaylı etkilerinin sistematik bir değerlendirmesini, sosyal ve etik etkilerinin ve uygulamasına ilişkin organizasyonel gerekliliklerin bir değerlendirmesini sağlar ve esas olarak sağlık teknolojileriyle ilgili karar alma süreçlerini bilgilendirmeyi amaçlar (Garrido & ark., 2010: 197; International Network of Agencies for Health Technology Assessment, 2018). Sağlık hizmetlerinde

kullanılması planlanan her yeni teknoloji, değerini kanıtlamak için önceden tasarlanmış bir dizi değerlendirmeden geçmektedir. STD öncelik belirlemeyi etkileyen ulusal düzeyde resmi bir süreç olarak ortaya çıkmıştır ve kıt ve sınırlı kaynakların yönetilmesinde sağlık hizmetindeki önceliklendirme sorunlarıyla başa çıkmak için başarılı bir mekanizma olarak kabul edilmektedir (Glassman & ark., 2012). STD bilinçli karar alma ve adil, yüksek kaliteli ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin oluşturulmasına olan hayati katkısı bilimsel ve teknolojik uygulamalarda iyi bir şekilde kabul edilmiş ve pekiştirilmiştir (O'Rourke & ark., 2019: 2). Avrupa Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ağı (European network for Health Technology Assessment, EUnetHTA) STD çekirdek modelinde dokuz boyut bulunmaktadır. Bunlardan dördü klinik, beşi ise klinik olmayan niteliktedir. Klinik boyutlar sağlık sorununun tespiti ve kullanılan güncel teknoloji, teknik özelliklerin incelenmesi, güvenlik, klinik etkililik olarak değerlendirilmektedir. Klinik olmayan değerlendirme alanları ise maliyet ve ekonomik değerlendirme, etik çıkarımlar, örgütsel yönler, sosyal yönler, hukuki yönler olarak belirlenmiştir (European network for Health Technology Assessment, 2016)

STD bir sağlık teknoloji ile ilgili, sağlık problemi ve teknolojinin mevcut kullanımı, teknolojinin tanımı ve teknik özellikleri, güvenlik, klinik etkililik, maliyetler ve ekonomik değerlendirme, etik analizler, sosyal ve yasal yönleri sistematik bir şekilde sunan süreçtir (European network for Health Technology

Assessment, 2016). AB üye devletleri ve Norveç büyük oranda (%89) ulusal düzeyde karar alma sürecini bilgilendiren HTA raporu için tanımlanmış organların bulunduğu sisteme sahiptir (Chamova, 2018).

Almanya’da Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi

Almanya’da STD süreci, 1990’ların sonlarında kanıta dayalı tıp ile ilgili çalışmaların ve bu alana olan ilginin artmasıyla başlamıştır. İlk etapta Alman Parlamentosu’nun Teknoloji Değerlendirme Ofisi tarafından ele alınan teknoloji değerlendirme süreci, Hannover Tıp Fakültesi’nde STD’nin Almanya’daki sağlık hizmetlerine uyarlanmasını değerlendiren bilimsel bir projeye desteklenmiştir (Perleth, 2001: 23-26; Perleth & ark., 2009: 115). Ardından 1997 yılında mevcut STD’leri içeren bir veri tabanı oluşturmak ve STD metodolojisi geliştirmek amacıyla Alman Sağlık Hizmetleri Bilimsel Çalışma Grubu kurulmuştur. Çalışma grubu, 1997-2002 yılları arasında otuzdan fazla STD raporu hazırlayarak Almanya’daki STD’nin temelini oluşturulmasına büyük bir katkı sunmuştur (Busse & ark., 2002: 363-364). Hannover Tıp Fakültesi tarafından desteklenen proje ise federal hükümetin finansmanı ve DIMDI desteğiyle yürütülmüştür. 2001 yılında tamamlanan bu proje sonucunda STD, 2000 Alman Yasal Sağlık Sigortası Reform Yasası (Statutory Health Insurance Reform Act of 2000-SHI) kapsamında resmi olarak kurumsal bir kimlik kazanmıştır (Fricke & Dauben, 2009: 20). Reform ile kapsamlı bir STD bilgi sistemi için kurumsal

çerçeve belirlenmiş, DIMDI'nin görev ve yetkileri tanımlanmış ve organizasyonel gereklilikler ortaya konulmuştur. Amaç, STD hakkında bilgi üretilmesi, var olan bilgilerin derlenmesi ve yayılması için gerekli koşulların oluşturulmasıdır. Bu sayede bilgileri sağlık sistemindeki tüm paydaşlar tarafından kullanılabilir hale getirmenin mümkün olacağı öngörülmüştür (Hart, 2001: 1). 2000 Alman Yasal Sağlık Sigortası Reform Yasası, DIMDI bünyesinde bir veri tabanı ve bilimsel çalışma programının uygulanmasını hedeflemiştir. Aynı yıl içinde Alman STD Ajansı olarak bilinen (German Agency for Health Technology Assessment: DAHTA & DIMDI) kurulmuştur. Alman Sağlık Hizmetleri Bilimsel Çalışma Grubu'nun araştırmaları, STD'nin ilkeleri ve yöntemlerinin Federal Ortak Komite (Federal Joint Committee-G-BA) gibi çeşitli karar alma mekanizmaları tarafından kabulünü kolaylaştırmıştır. G-BA ise IQWiG aracılığıyla STD süreçlerini yönetip, sağlık teknolojilerinin etkinliğini, güvenliğini ve maliyetini değerlendirmektedir (Fricke & Dauben, 2009: 20). Bu kurumlar, STD ile ilgili sağlık politikaları ve uygulamaları için karar alma süreçlerinde bilgi temelli yaklaşımların kullanılmasını sağlama vizyonu ile çalışmaktadır (Uğurlu, 2018: 155).

Almanya'da STD ile ilgili çalışmalar yürüten başlıca iki kurum vardır: BfArM (DIMDI) ve IQWiG'dir. Bu kurumları tek tek ele almak yürütülen faaliyetleri detaylı bir şekilde değerlendirebilmek için önemlidir. Ayrıca, bu iki kurum Almanya'nın STD alanında gelişimine katkı sunmakta ve

uluslararası alanda varlığını pekiştirmek için önemli rol oynamaktadır (Fricke & Dauben, 2009: 20; Perleth & Busse, 2000: 421-422; Uğurlu, 2018: 155-157). Kuruluşlarla ilgili detaylı analizlere geçmeden önce bu kurumların oluşumunda ve süreçlerini yürütmesinde aktif bir bileşen olan G-BA'nın bilinmesi faydalı olacaktır.

Federal Ortak Komite (G-BA)

G-BA, Almanya'da sağlık hizmetlerinin yönetiminde en üst karar alma organıdır. G-BA, hekimleri, diş hekimlerini, hastaneleri, sağlık sigortası fonlarını ve hastaları temsil etmektedir. 1 Ocak 2004'te çalışmalarına başlayan G-BA'nın temelini SHI-2000 olarak bilinen yasa oluşturmaktadır. G-BA, yasal sağlık sigortası üyelerine uygun, yeterli ve ekonomik sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak amacıyla kurulmuştur. Ana fonksiyonları; sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, kalite güvencesi, sağlık programları geliştirilmesi ve yeni tedavilerin değerlendirilmesi şeklindedir (Fricke & Dauben, 2009: 20; Perleth & ark., 2009: 115-116).

G-BA, bilimsel olarak doğrulanmış ve ekonomik açıdan uygun tıbbi hizmetlerin yasal sağlık sigortası tarafından geri ödenmesini belirler, sağlık hizmetlerinin kalitesi için kılavuzlar ve standartlar oluşturur, hastalık yönetim programları ve önleyici sağlık tedbirleri geliştirir, yeni tıbbi tedavi ve teknolojilerin yararını ve ekonomik uygunluğunu değerlendirmektedir. Bununla birlikte, Almanya'da yaklaşık 74 milyon kişi yasal sağlık sigortasına sahiptir.

Bu kişilerin, yasada belirtildiği şekilde yeterli, uygun ve ekonomik sağlık hizmeti alma hakkı vardır. G-BA, bu hakkın en iyi bilimsel bulgular temelinde daha ayrıntılı olarak tanımlanması ve uygulanmasından sorumludur. Parlamento tarafından belirlenen yasal çerçeveyi uygulamaya dönüştürmek için standart ve bağlayıcı kararlar yayınlamaktadır. Bu kararlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sigorta ödeyicileri için yasal olarak bağlayıcıdır. Ayrıca, ilaçların, teşhis ve tedavi prosedürlerinin sağlanmasını ve geri ödenmesini de tanımlamaktadır. G-BA, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesinde kanıta dayalı tıp ilkelerini kullanarak önemli rol oynamaktadır. Bu değerlendirmeler, sağlık hizmetleri yelpazesinin geliştirilmesinde ve iyileştirilmesinde kritik bir önem taşımaktadır (Federal Joint Committee, 2024).

G-BA'nın yürüttüğü çalışmaların finansmanı, yasal sağlık sigortası sistemi tarafından sağlanmaktadır. Bu finansman, sistem ek ücretleri adı verilen bir yöntemle gerçekleştirilmektedir: Her yatan hasta, sözleşmeli doktor ve dış hekimi tedavi vakası için hizmet sağlayıcılarının ücretleri artırılır ve bu ek ücretler daha sonra Ortak Federal Komite'ye aktarılmaktadır. Komite bu fonları iki bilimsel enstitünün bütçesini finanse etmek için kullanmaktadır (Federal Joint Committee, 2024).

Federal İlaç ve Tıbbi Cihazlar Enstitüsü (BfArM: DIMDI)

G-BA'nın 20 Mayıs 1998'de yayımladığı karar ve 2000 tarihli SHI'nın 19. maddesi ile DIMDI, tıbbi prosedürlerin ve

teknolojilerin değerlendirilmesi için kamuya açık bir veri tabanı oluşturmakla gevlendirilmiştir. Bu adımı, STD projelerinin kurumsallaşmasını sağlayarak Almanya'da Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ajansı'nın (German Agency for Health Technology Assessment-DAHTA) 2000 yılında DIMDI bünyesinde kurulmasını sağlamıştır (Busse & Perleth, 1998: 1-2; Perleth & Schwartz, 2001: 862). DIMDI, aynı yasal düzenleme (SHI) ile G-BA tarafından Almanya'daki ana STD kurumu olarak ilan edilmiştir (Uğurlu, 2018: 156). DAHTA, STD projelerini metodolojik olarak gerçekleştirerek sağlık politikasını bilgilendiren raporlar üretmiştir. DIMDI ve DAHTA, STD projelerinde geliştirdikleri standartlar ve ampirik sonuçlardan yararlanarak metodolojik olarak geliştirme çalışmalarını yrtmştir (Fricke & Dauben, 2009: 21). Mayıs 2020'den itibaren ise DIMDI faaliyetlerini BfArM çatısı altında toplamıştır (Donawa Lifescience, 2024).

BfArM, Almanya'nın Bonn ve Köln'deki ofislerinde yaklaşık 1.350 çalışanıyla faaliyet gösteren bir federal enstitdr. Doktorlar, eczacılar, biyologlar, kimyagerler, mühendisler, avukatlar, teknik asistanlar ve idari personelden oluşan bir ekiptir. Tıbbi rnlerin ruhsatlandırılması, güvenliğinin artırılması, tıbbi cihazların risk değerlendirmesi ve narkotik maddelerin izlenmesi gibi görevleri yürütmektedirler. BfArM, sağlık sisteminin tüm alanları için yüksek kaliteli bilgi sağlamaktadır. Öncelikli amacı, tıbbi ürünlerin güvenliğini arttırmak ve hasta güvenliğini sağlamaktır. Resmi işlemlerden elde ettiği gelirler ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA) gibi

kuruluşlardan aldığı desteklerle finanse edilmektedir. BfArM, kâr amacı gütmeyen bir yapıda olup, kamu sağlığını korumak amacıyla bağımsız bilimsel araştırmalar yürütmektedir. Yasal görevleri arasında tıbbi ürünlerin ve cihazların güvenliğini sağlamak, narkotik ve öncül hareketleri izlemek ve sağlık sektörü için tıbbi kodlama sistemleri yayınlamak bulunmaktadır. Ayrıca, ulusal ve uluslararası düzeyde güvenli ve etkili tıbbi ürünlerin tedarikine önemli katkılarda bulunmaktadır (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

Almanya'daki STD kurumları tarafından hazırlanan tüm STD raporlarının yer aldığı DAHTA veri tabanı, BfArM kuruluşuna bağlıdır. Bu STD raporları, sağlık müdahalelerinin etkililiği, güvenliği ve ekonomik verimliliğinin yanı sıra sosyal, etik, yasal ve örgütsel etkilerini de incelemektedir. DAHTA veri tabanında, bu raporlar tam metin olarak ücretsiz aranabilir ve PDF formatında indirilebilmektedir. Raporların tamamı Almanca olarak mevcut olup, İngilizce özetlerle de desteklenmektedir. Diğer uluslararası kurumların STD yayınları da DAHTA veri tabanında ücretsiz olarak paylaşılmaktadır. Eylül 2021 itibariyle 720 rapor yayımlandığı görülmektedir. 20.06.2024 tarihinde veri tabanında “HTA” anahtar kelimesi ile yapılan taramada 418 rapor tespit edilmiştir (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024). Buradan hareketle başlığında “HTA” anahtar kelimesi geçmeyen raporların da olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimlilik Enstitüsü (IQWiG)

G-BA, 2004 yılında SHI kapsamında IQWiG'yi bağımsız bir bilimsel birim olarak kurmuştur. IQWiG, G-BA adına, teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra ilaçların etkinliğini, kalitesini ve verimliliğini değerlendirmektedir. IQWiG'nin teknoloji değerlendirme faaliyetleri G-BA'nın karar alma mekanizmasını bilgilendirmek için kullanılmaktadır. Ancak, G-BA'nın nihai kararını belirlemediği de ifade edilmektedir (Fricke & Dauben, 2009: 20-21). Yani, G-BA; IQWiG'ye teknoloji değerlendirmeleri yaptırmakta ve bu değerlendirmeler G-BA tarafından etkililik, gereklilik ve maliyet-etkililik ilkelerine göre incelenmektedir. Klinik kanıtların değerlendirilmesine yönelik titiz yaklaşımı nedeniyle IQWiG, Almanya'da ilaç endüstrisi, tıp dernekleri ve hasta örgütleri gibi farklı grupların pek çok kez olumsuz eleştirilerinin hedefi olmuştur. Diğer yandan ulusal düzeydeki hekim örgütlerinin de kullandıkları teknolojileri açıklığa kavuşturmak ve tavsiyelerde bulunmak için STD'yi bir araç olarak benimsemeleri dikkat çekmektedir. Bu durumun, STD'nin çeşitli paydaşlar arasında kabul gören bir sağlık planlama teknolojisi olarak yaygınlaşmasına aracılık ettiği düşünülmektedir (Perleth & ark., 2009: 116-117).

IQWiG'nin amacı, mevcut veya yeni geliştirilen teknolojilerin insan sağlığı üzerindeki etkilerini kanıta dayalı tıp ilkelerine göre değerlendirmek ve bu değerlendirmeleri topluma anlaşılır şekilde raporlamaktır. Bu süreçte, teknolojilerin hem

faydalarını hem de potansiyel zararlarını objektif bir şekilde analiz edip, elde edilen bulguları kamuoyuyla paylaşımına sunmak önemlidir. Böylece, toplumun sağlıkla ilgili bilinçlenmesine katkıda bulunarak, bilimsel bilginin doğru ve erişilebilir biçimde aktarılmasını sağlamak hedeflenmektedir (Uğurlu, 2018: 160). IQWiG'in temel görevi, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve verimliliğini artırmak amacıyla sağlık teknolojileri ve uygulamalarının kalite ve etkinliğini analiz ederek avantajlı ve dezavantajlı yönlerini ortaya koymaktır. Bu doğrultuda; ilaçlar, cerrahi girişimler, teşhis testleri ve görüntüleme teknolojileri, klinik tanı ve tedavi rehberleri ile hasta yönetim programları hakkında bağımsız ve kanıta dayalı çalışmalar yürütülmekte ve raporlar hazırlanmaktadır. Ayrıca, halkı sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirmek amacıyla faaliyetlerde bulunmaktadır. Kurumun finansmanı, zorunlu sağlık sigortasına prim ödeyen sigortalılardan alınan katkılarla sağlanmaktadır. Web sayfalarında herhangi bir sponsorluk veya reklam teklifi kabul etmediklerine dair bildirimde bulunmuşlardır (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2024; Uğurlu, 2018: 160-161).

IQWiG, yasal görevlerinden biri olan tıbbi prosedürlerin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek için uluslararası literatürü sistematik olarak incelemektedir. Enstitü, farklı ilaçları veya cerrahi yöntemleri karşılaştırırken, kanıta dayalı tıp yöntemlerini kullanarak bilimsel çalışmaları seçip ardından değerlendirmektedir. Bu süreçte IQWiG, hastalarla doğrudan kendi

klirik çalışmalarını yürütmez, bunun yerine mevcut çalışmalardan güvenilir sonuçlar elde etmekte ve bunları uzman görüşü şeklinde özetlemektedir. Elde edilen sonuçlar, sağlık uzmanları, paydaşlar ve halka yönelik olarak web sitesinde yayımlanmaktadır. Böylece sağlık sistemine dahil olan herkesin bilinçli kararlar almasına katkı sağlamaktadır (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2024). Bununla birlikte, IQWiG tarafından yapılan fayda değerlendirmeleri DIMDI tarafından yaptırılan STD’lerden farklıdır. Sınırlı bt ve Alman sağlık sistemi içindeki tüm ortakların girdileri doğrultusunda bilimsel konular ele alınmaktadır (Fricke & Dauben, 2009: 21).

IQWiG web sitesinin projeler ve raporlar bölümünde yer alan veri tabanından yapılan tarama sonucunda 1835 rapor yayımlandığı grlmştr. Raporların detaylı içerikleri konu başlıklarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bununla beraber G-BA için hazırlanan raporlar için G-BA’nın veri tabanına bakıldığında ise 211 kayıt bulunmuştur. Bu kayıtların bazıları rapor bazıları ise etki edilen karar olarak kayıtlara geçmiştir (Federal Joint Committee, 2024; Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2024).

Tablo 1 IQWiG’nin 2023/2024 (eyreklik) yılı rapor sayıları

Çeyrek	2023/ 1	2023/ 2	2023/ 3	2023/ 4	2024/ 1	2024/ 2	Toplam
IQWiG	49	48	59	66	70	68	
Toplam	222			138			360
Kaynak: IQWiG, 2024							

Tablo 1’de IQWiG'nin 2023 ve 2024 yıllarında her çeyrekte hazırladığı rapor sayısı verilmiştir. 2023 yılı boyunca her çeyrek için rapor sayıları sırasıyla 49, 48, 59 ve 66'dır. 2024 yılında ise ilk iki çeyrekte sırasıyla 70 ve 68 rapor yayımlandığı görülmektedir. Toplamda 2023 yılında 222; 2024 yılında ise ilk iki çeyrekte 138 rapor üretilmiştir. IQWiG'nin rapor sayılarında 2023'ten 2024'e doğru artış olduğu gözlenmektedir. Özellikle 2023'ün son çeyreği ve 2024'ün ilk çeyreğinde belirgin bir artış görünmektedir. Bu artış, IQWiG'nin sağlık teknolojileri değerlendirme çalışmalarının yoğunluğunun ve kapsamının arttığını göstermektedir. Bu eğilim, Almanya'daki sağlık hizmetlerinin sürekli gelişim ve iyileştirme çabalarının bir göstergesi olarak yorumlanabilmektedir. Rapor sayısındaki bu artış, yeni sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesine verilen öneminin arttığını ve bu alandaki çalışmaların hız kazandığını düşündürmektedir.

BfArM (DIMDI) ve IQWiG’nin Karşılaştırılması

BfArM (DIMDI) ve IQWiG’nin karşılaştırması Almanya’daki STD kuruluşlarının daha objektif ve anlaşılır bir şekilde değerlendirilmesini sağlayacaktır.

Tablo 2 BfArM (DIMDI) ve IQWiG’nin Karşılaştırması *

BfArM (DIMDI & DAHTA) IQWiG		
Kuruluş Tarihi	2000	2004

Görev	STD ve araştırma raporları (ekonomik, sosyal, etik ve hukuki boyutlar dahil)	SHI ile ilgili konuların ele alınması (medikal fayda değerlendirmeleri, maliyet-fayda analizleri)
Finansman	G-BA/DIMDI (vergi gelirleri) ve doğrudan ödemeler	SHI (sağlık sigortası primleri/ek ödemeler), G-BA
Toplam Rapor Sayısı	720	1835
Raporların İçeriği	SHI dışındaki perspektifler, multidisipliner yaklaşımlar	SHI ile ilgili medikal fayda ve maliyet-fayda analizleri

*Toplam rapor sayısı kurumların veri tabanları 19-20 Haziran 2024 tarihlerinde incelenerek belirlenmiştir.

BfArM (DIMDI) ve IQWiG, Almanya STD süreçlerinde birbirini tamamlayan kritik roller üstlenmektedirler. BfArM'nin geniş ve multidisipliner yaklaşımı, sağlık teknolojilerini ekonomik, sosyal, etik ve hukuki boyutlarıyla değerlendirerek kapsamlı raporlar sunmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde geniş perspektifli ve dengeli bir bakış açısı oluşmasını sağlamaktadır. Öte yandan, IQWiG'nin daha spesifik ve odaklı görev tanımı, zorunlu sağlık sigortası ile ilgili konulara derinlemesine ve detaylı analizler yaparak katkıda bulunmaktadır (Bossmann, 2009: 15-16). Sağlık sigortası primleri ve ek ödemelerle finanse edilmesi, IQWiG'nin sağlık sigortası sisteminin finansal dinamikleriyle doğrudan bağlantılı

olmasını sağlamaktadır. Böylece kurumun odaklandığı konularda daha verimli çalışması mümkün olmaktadır. Sonuç olarak, BfArM (DIMDI) ve IQWiG'nin farklı uzmanlık alanları ve yaklaşımları, Almanya sağlık sisteminin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynamaktadır (Bossmann, 2009: 40-45). BfArM'nin geniş perspektifi ve multidisipliner yaklaşımı, sağlık değerlendirmelerinin kapsamlı ve dengeli bir şekilde ele alınmasını sağlarken, IQWiG'nin spesifik ve derinlemesine analizleri, zorunlu sağlık sigortası sistemine dair detaylı ve güvenilir bilgiler sunmaktadır. Bu iki kurum, sağlık sisteminin daha etkin ve verimli çalışmasına katkıda bulunarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde kritik roller üstlenmektedir.

BfArM (DIMDI) ve IQWiG'nin Uluslararası STD Kuruluşları ile Karşılaştırması

BfArM (DIMDI) ve IQWiG'nin uluslararası geçerliliğini, güvenilirliğini anlamak için diğer ülkelerdeki STD kuruluşları ile karşılaştırma yapılması gerekmektedir. Literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Schwarzer ve Siebert 2009 yılında yaptıkları çalışmada, STD kuruluşlarının özelliklerini tanımlamak ve karşılaştırmak amacıyla sistematik bir çerçeve geliştirmeyi amaçlamışlardır. Sistematik literatür taraması ve STD kuruluşlarından elde edilen bilgilerle oluşturulan çerçeve, organizasyon, kapsam, süreçler, yöntemler, yaygınlaştırma, karar, uygulama ve etki olmak üzere sekiz ana

başığı kapsamaktadır. Beş STD kuruluşu (Almanya, DIMDI, IQWiG; Fransa, Fransız Sağlık Otoritesi (Haute Autorité de Santé, HAS); İngiltere, Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE); İsveç, İsveç Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi (Swedish Council for Technology Assessment in Healthcare, SBU) üzerinde yapılan uygulamada, "yaygınlaştırma" alanında yüzde 40, "kapsam" alanında yüzde 38 gibi benzerlik oranları tespit edilmiştir. Çalışmada, STD kurumları arasında farklılıkların benzerliklerden daha fazla olduğu ve uyumlaştırma ihtiyacının oldukça gerekli olduğu ortaya konmuştur (Schwarzer & Siebert, 2009: 305-314).

Schaefer ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan araştırmada, Almanya (GB-A, IQWiG desteğıyle yapılıyor), Fransa (HAS) ve İngiltere ve Galler'deki (NICE) ulusal ajanslarınca gerçekleştirilen eşleşen ilaçlarla ilgili araştırmaların STD sonuçlarını karşılaştırmak amaçlanmıştır. Çalışmada, Ocak 2011 ile Haziran 2018 arasında yayımlanmış GB-A kararları, HAS raporları ve NICE kılavuzları incelenmiştir. Çalışma, kanser ilaçları ile ilgili ayrı ayrı yapılan STD karşılaştırmalarını ve kanser tedavileriyle ilgili ek özelliklerin rolünün analizini içermektedir. Sonuçlara bakıldığında, GB-A/HAS uyumunun GB-A/NICE ve HAS/NICE uyumuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. NICE, genel olarak GB-A ve HAS'a kıyasla ilaçları daha olumlu değerlendirmiştir. Bununla birlikte, GB-A'nın kanser ilaçlarına ilişkin değerlendirmeleri, NICE ve HAS'ın kanserle ilgili tavsiyelerinden daha olumlu olma

eğiliminde olduğu görülmüştür. Araştırma, kanserle ilgili sonuçların diğer sonuçlardan daha az farklılaşmasına rağmen, STD'lerde önemli farklılıklar bulunduğunu ortaya koymuştur (Schaefer & ark., 2021: 1192-1193).

Boucaud-Maitre ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan bir başka çalışmada, Avrupa Birliği Üye Devletleri'nde yeni bir ilacın fiyatı ve geri ödemesi belirlenirken STD otoritelerinin katma değerinin nasıl gerçekleştirdiği incelenmiştir. Çalışmada, 2011-2017 dönemi için HAS ve IQWiG tarafından belirlenen katma değer retrospektif analizi yapılmıştır. Majör/minör fayda yok veya ölçülebilir değil olarak sınıflandırılan değerlendirmeler arasındaki uyum incelenmiş ve yüksek uyumsuzluk oranları bulunmuştur. Sonuçlara bakıldığında, her iki kurumun 191 ilaç değerlendirmesinde %50,3 genel uyumluluk sağladığını, ancak antineoplastik ve anti-enfektif ilaçlarda yüksek uyumsuzluk gösterdiğini ortaya koymuştur. Tutarsızlıkların ana nedenleri arasında etkinlik verilerinin alt grup analizleri, karşılaştırmaların uygunluğu, metodolojik farklılıklar ve kullanılan fayda/risk kriterleri yer almaktadır (Boucaud-Maitre & ark., 2021: 346-351).

Arca ve Heldt tarafından 2022'de yapılan başka bir araştırmada, Fransa, Almanya ve Birleşik Krallık'ta dijital sağlık teknolojilerinin (DST'leri) STD'si incelenmiştir. Çalışmada, HAS, BfArM (DIMDI) ve NICE gibi ulusal düzeydeki STD kurumlarının web siteleri taranmıştır. Üç kurumda toplam 54 değerlendirme

belirlenmiş; bu değerlendirmelerde en sık başvuru alanların ruh/davranış sağlığı, kardiyoloji, diyabet ve onkoloji olduğu görülmüştür. Çalışma, Fransa, Almanya ve Birleşik Krallık arasında DST değerlendirmelerinde belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, Deprex'in Almanya'da geri ödeme için tavsiye edilirken, Fransa'da önerilmediği ve Velibra'nın değerlendirmelerinin ülkeler arasında farklı sonuçlar verdiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, Avrupa'da ortak bir STD yaklaşımının önemini vurgulayarak, sağlık inovasyonu ve erişimini kolaylaştırmak için çabaların birleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Arca & Heldt, 2022: 11).

Heptinstall ve Teague 2022'deki çalışmalarında, İngiltere (NICE), Fransa (HAS) ve Almanya'daki (IQWiG, G-BA) tıbbi cihaz geri ödeme sistemleri incelemiştir. Ülkelerdeki STD süreçleri, klinik ve ekonomik kanıt gereklilikleri ve hasta erişimine etkileri literatür taramasıyla analiz edilmiştir. Sonuçlar, Fransa'da maliyet etkililik, İngiltere'de ise maliyet minimizasyon yöntemi kullanıldığını göstermiştir. Hasta erişimi, cihazın kullanım ortamına ve STD sürecine bağlı olarak değişmektedir. Almanya'da süreç 3-6 ay sürerken, Fransa'da 180 gün, İngiltere'de ise 38 hafta sürebilmektedir. Kurumların STD süreçleri şeffaflık, karmaşıklık ve süre bakımından farklılık göstermiştir. Üreticilerin pazara erişim planlamasında bu ülkeye özgü gereklilikleri dikkate alması önerilmiştir (Heptinstall & Teague, 2022: 343-344).

Schaefer ve arkadaşları tarafından 2023 yılında yapılan bir başka çalışmada Almanya'daki IQWiG (G-BA) ile İngiltere'deki NICE kuruluşunca gerçekleştirilen STD'nin bütçe etkisinin rolü araştırılmıştır. Ocak 2011 ile Haziran 2018 arasında yapılan STD'lerin lojistik regresyon analizi ile incelendiği çalışmada, her iki kurumun da resmi değerlendirme kriterlerini tutarlı bir şekilde izlediğini ve bütçe etkisinin STD sonuçları üzerinde bağımsız bir etkisi olduğunu göstermiştir (Schaefer & ark., 2023: 1033-1042).

Sonuç

Almanya'da STD, sağlık politikaları ve uygulamalarının şekillenmesinde büyük bir yere sahiptir. Özellikle 1990'ların sonlarından itibaren ayakta tedavi hizmetleri kapsamında alınan kararlarda kritik rol oynamıştır. STD, güçlü bir karar alma organı olan G-BA ve sağlık politikalarının desteğiyle hızla benimsenmiş ve kanıta dayalı sağlık hizmeti hareketiyle uyumlu bir şekilde gelişmiştir. STD'nin politik gündemde yer alması, sağlık hizmetlerinde daha fazla etkinlik ve verimlilik arayışının bir sonucu olarak görülmektedir. Bu bağlamda, STD'nin Almanya'da etkili ve yaygın bir araç haline geldiği ifade edilebilir. STD'nin gelişim sürecinde, IQWiG ve BfArM gibi önemli kuruluşlar, Almanya'nın STD süreçlerinin bilgi temelli yaklaşımlar üzerine inşa edilmesine öncülük etmiştir. Ayrıca, STD'nin yaygınlaştırılması sürecinde hasta gruplarının ve medyanın daha aktif katılımı, STD kararlarının kabul edilmesi açısından önemlidir. Ancak, bu sürecin temelini oluşturan

eğitim faaliyetleri konusunda Almanya'nın halen gelişime açık olduğu söylenebilir. STD uygulamalarında karşılaşılan eğitim ve araştırma eksikliklerinin karar alma süreçlerini zorlaştırabilmektedir. Bu boşlukların, endüstri ve akademinin yoğun katkı ve katılımı ile giderilmesi mümkün olabilir. Almanya'daki STD otoriteleri, bu konudaki eksiklikleri belirlemek ve araştırma gündemini şekillendirmek için sistematik bir farkındalık yaratabilir ve kalite güvencesi gerekliliklerini belirleyebilir.

Almanya'da sağlık sektörünün, yeni ürünlerin mevcut teknolojilere kıyasla değerini kanıtlamak için yenilikçi ürünleri desteklemesi de ayrıca dikkat çekmiştir. Endüstri, ürettikleri ürünlerin değerini kanıtlamak ve göstermek için STD'den yararlanmaktadır. Bu nedenle, STD, Alman sağlık sisteminde yenilikler için önemli bir bileşendir. Almanya'daki STD faaliyetlerinin günümüzde artarak şeffaflık ve katılımcılık ilkeleri doğrultusunda yürütüldüğü grlmektedir.

STD, maliyet kontrolü, yenilikçi tedavi yöntemlerinin entegrasyonu ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konularında sağlık politikalarının şekillendirilmesine katkıda bulunmaktadır. Ancak, STD'nin etkili uygulanmasında şeffaflık, bağımsızlık ve bte kısıtlamaları gibi zorlukların tamamen ortadan kalktığını söyleyemeyiz. Nitekim yapılan çalışmalarda uluslararası kurumlarla karşılaştırıldığında bu konuda gelişmeye devam etmesi gerektiği aşıkardır. STD'yi niversite ve kamu kurumlarınca yaygınlaştırmaya

devam edilmesi, bu gelişime ivme kazandıracaktır. Aynı şekilde hazırlanan raporların da değerlendirme süreci gerçekleştirilerek veri paylaşımı ve yönetimi süreçleri geliştirilip daha kaliteli ve güvenilir bir yapı oluşturulabilir. Sonuç olarak, Almanya'daki STD süreçlerinin daha sistematik ve koordineli bir şekilde uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve yenilikçi tedavi yöntemlerinin entegrasyonunu hızlandırmak için kritik öneme sahiptir. Almanya'nın deneyimleri, STD süreçlerini benimsemek isteyen Türkiye ve diğer ülkeler için değerli öğretiler sunmaktadır.

Kaynakça

Arca, E., & Heldt, D. (2022). P46 How are European countries assessing digital health technologies (DHTs)? A comparison of DHT health technology assessments (HTAs) across France, Germany and the UK. *Value in Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.09.058>

Bossmann, H. (2009). Health technology assessment im DIMDI (Gesundheit, Umwelt und Gerechtigkeit). https://mobil.bfr.bund.de/cm/343/gesundheit_umwelt_und_gerechtigkeit_im_spiegel_von_hta.pdf

Boucaud-Maitre, D., Berdaï, D., & Salvo, F. (2021). Added therapeutic value of medicinal products for French and German health technology assessment organizations: A systematic comparison. *Value in Health*, 24(3), 346–352. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.10.020>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024). Das BfArM. (19 Haziran 2024 tarihinde https://www.bfarm.de/de/das-bfarm/_node.html adresinden ulaşılmıştır).

Busse, R., Orvain, J., Velasco, M., Perleth, M., Drummond, M., Gärtner, F., Jørgensen, T., Jovell, A., Malone, J., Rüther, A., & Wild, C. (2002). Best practice in undertaking and reporting health technology assessments: Working Group 4 report. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(2), 361–422. <https://doi.org/10.1017/S0266462302000284>

Busse, R., & Perleth, M. (1998). Health technology assessment in Deutschland. *Public Health Forum*, 6(1), 7–8. <https://doi.org/10.1515/pubhef-1998-1473>

Chamova, J. (2018). Mapping of HTA national organisations, programmes and processes in EU and Norway. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2875/5065>

Donawa Lifescience. (2020). BFARM and DIMDI to merge. (19 Haziran 2024 tarihinde <https://www.donawa.com/global-news/bfarm-and-dimdi-to-merge/> adresinden ulaşılmıştır).

European Network for Health Technology Assessment. (2016). EUnetHTA JA2 WP8 deliverable: HTA core model version 3.0. (Erişim tarihi: 28 Ekim 2025). <http://www.htacoremodel.info/ViewHandbook.aspx>

Federal Joint Committee. (2024). Wer wir sind. (19 Haziran 2024 tarihinde <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/> adresinden ulaşılmıştır).

Fricke, F.-U., & Dauben, H. P. (2009). Health technology assessment: A perspective from Germany. *Value in Health*, 12, S20–S27. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2009.00555.x>

Garrido, M. V., Gerhardus, A., Röttingen, J. A., & Busse, R. (2010). Developing health technology assessment to address health care system needs. *Health Policy*, 94(3), 196–202.

Hanney, S., Buxton, M., Green, C., Coulson, D., & Raftery, J. (2007). NHS sağlık teknolojisi değerlendirme programının etkisinin değerlendirilmesi. *Health Technology Assessment*, 11(53). <https://doi.org/10.3310/hta11530>

Hart, D. (2001). Health technology assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung. *MedR Medizinrecht*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/S003500000338>

Heptinstall, A., & Teague, R. (2022). HTA243 Health technology assessment and reimbursement of medical devices in England, France, and Germany. *Value in Health*. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.09.1700>

Hoxhaj, I., Castagna, C., Calabrò, G. E., & Boccia, S. (2022). HTA training for healthcare professionals: International overview of initiatives provided by HTA agencies and organizations. *Frontiers in Public Health*, 10, 795763. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.795763>

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (2024). IQWiG. (20 Haziran 2024 tarihinde <https://www.iqwig.de/en/> adresinden ulaşılmıştır).

International Network of Agencies for Health Technology Assessment. (2018). Glossary HTA. (28 Ekim 2025 tarihinde <http://htaglossary.net> adresinden ulaşılmıştır).

Mirelman, A. J., Goel, K., & Edejer, T. T. (2024). The global landscape of country-level health technology assessment processes: A survey among 104 countries. *Health Policy OPEN*, 8, 100138.

O'Rourke, B., Werkö, S. S., Merlin, T., Huang, L. Y., & Schuller, T. (2019). 'Top 10' challenges for health technology assessment: INAHTA viewpoint. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 28, 1–4.

Perleth, M. (2001). Aktuelle Entwicklungen im Bereich health technology assessment—Das deutsche HTA-Projekt. *TATuP – Zeitschrift für Technikfolgenabschätzung in Theorie und Praxis*, 10(1), 22–28. <https://doi.org/10.14512/tatup.10.1.22>

Perleth, M., & Busse, R. (2000). Health technology assessment in Germany: Status, challenges, and development. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(2), 412–428. <https://doi.org/10.1017/S0266462300101072>

Perleth, M., Gibis, B., & Göhlen, B. (2009). A short history of health technology assessment in Germany. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S1), 112–119. <https://doi.org/10.1017/S0266462309090515>

Perleth, M., & Schwartz, F. W. (2001). Health technology assessment (HTA), evidenzbasierte Medizin (EBM): Alter Wein in neuen Schläuchen? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(9), 857–864. <https://doi.org/10.1007/S001030100249>

Schaefer, R., Hernández, D., Bärnighausen, T., Kolominsky-Rabas, P., & Schlander, M. (2023). Health technology assessment–informed decision making by the Federal Joint Committee/Institute for Quality and Efficiency in Health Care in Germany and the

National Institute for Health and Care Excellence in England: The role of budget impact. *Value in Health*, 26(7), 1032–1044. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.02.018>

Schaefer, R., Hernandez, D., Selberg, L., & Schlander, M. (2021). Health technology assessment (HTA) in England, France and Germany: What do matched drug pairs tell us about recommendations by national HTA agencies? *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 10(16), 1187–1195. <https://doi.org/10.2217/cer-2021-0047>

Schwarzer, R., & Siebert, U. (2009). Methods, procedures, and contextual characteristics of health technology assessment and health policy decision making: Comparison of health technology assessment agencies in Germany, United Kingdom, France, and Sweden. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(3), 305–314. <https://doi.org/10.1017/S0266462309990092>

Uğurlu, M. (2018). Sağlık teknoloji değerlendirmesi: Ülke uygulamaları ve Türkiye için model önerisi. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

GEÇİCİ KAPAK

*Kapak tasarımı
devam ediyor.*