

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ

Editör:

Öğr. Gör. Sezen TUNÇ

ARTİKEL AKADEMİ: 375

Sağlık Kurumları Yönetimi

Editör:
Öğr. Gör. Sezen TUNÇ
Işık Üniversitesi

<https://orcid.org/0000-0002-9372-8169>

ISBN 978-625-5674-14-2

Birinci Basım: Ekim - 2025

Ofset Hazırlık: Artikel Akademi

Baskı ve Cilt: Uzunist Dijital Matbaa Anonim Şirketi
Akçaburgaz Mah.1584.Sk.No:21 / Esenyurt

Matbaa Sertifika No: 68922

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2025

Akademik etik kurallara
bağlı kalınarak yapılacak olan alıntılar ve tanıtım maksadıyla yapılacak
olan kısa alıntılar dışında, yazılı izni alınmadan, tümünün veya bir
kısımının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla, basımı, yayımı,
kopyalanması, çoğaltımı veya dağıtımı yapılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708
mail: info@artikellakademi.com
www.artikellakademi.com

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ

Editör:
Öğr. Gör. Sezen TUNÇ

YAZARLAR

Deniz ACUNER

Dilara BAKIN

Güneş ÇEVİK AKKUŞ

Hacer CANATAN

Levent İNCEDERE

Orhan TUNÇ

Özge GÖL

Selden ÇEPNİ

Sezen TUNÇ

Sultan TUNÇ ATAÇ

Taylan Deniz AKYOL

Yiğit Şerif KARABULUT

İsim sıralaması alfabetik olarak
düzenlenmiştir.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	7
 1. BÖLÜM	
SAĞLIK SİSTEMLERİNE GİRİŞ VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK YAPISI.....	9
Öğr. Gör. Sezen TUNÇ	
 2. BÖLÜM	
SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON	19
Taylan Deniz AKYOL	
 3. BÖLÜM	
SAĞLIK KURUMLARINDA STRATEJİK PLANLAMA VE PERFORMANS YÖNETİMİ	31
Sultan TUNÇ ATAÇ	
 4. BÖLÜM	
DİJİTAL SAĞLIK ve BİLGİ SİSTEMLERİ	41
Dr. Öğr. Üyesi Selden ÇEPNİ	
 5. BÖLÜM	
SAĞLIKTA EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ.....	61
Dr.Öğr.Üyesi Yiğit Şerif KARABULUT	
 6. BÖLÜM	
SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON	69
Dr. Öğr. Üyesi Deniz ACUNER	

7. BÖLÜM

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ	87
Orhan TUNÇ	

8. BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ	97
Dr.Öğr.Üyesi Güneş ÇEVİK AKKUŞ	

9. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ATIK YÖNETİMİ	109
Dr. Öğr. Üyesi Dilara BAKIN	

10. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA AFET YÖNETİMİ	119
Dr. Öğretim Üyesi Hacer CANATAN	

11. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK	145
Öğr. Gör. Özge GÖL	

12. BÖLÜM

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYENLERİ VE EŞİTSİZLİK	153
Dr. Öğr. Üyesi Levent İNCEDERE	

ÖNSÖZ

Sağlık sektörü, insan yaşamının temel taşlarından biri olup, toplumların refahı ve sürdürülebilir kalkınması için vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Sağlık kurumlarının etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesi, yalnızca tıbbi hizmetlerin kalitesini değil, aynı zamanda toplum sağlığının genel düzeyini de doğrudan etkiler. Bu bağlamda, sağlık yönetimi alanında kapsamlı, güncel ve uygulanabilir bilgiye duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

Bu kitap, sağlık sistemlerinden stratejik planlamaya, dijital sağlık teknolojilerinden afet yönetimine kadar geniş bir yelpazede konuları ele almaktadır. Türkiye'nin sağlık sistemine özgü dinamikleri göz önünde bulundurularak hazırlanan bu kitap, hem teorik hem de pratik bilgiler sunmayı hedeflemektedir. Sağlık kurumlarında karşılaşılan güncel sorunlara çözüm önerileri sunarken, geleceğe yönelik yenilikçi yaklaşımları da tartışmaktadır. Ayrıca, sağlık yönetiminde etik değerlerin ve insan odaklı yaklaşımların önemine vurgu yaparak, sektördeki herkese rehber olmayı amaçlamaktadır.

Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm meslektaşlarıma ve katkı sağlayan herkese içten teşekkürlerimi sunarım. Kitabın, sağlık sektöründe çalışanlar ve bu alanda öğrenim görenler için ilham kaynağı olmasını, yönetim süreçlerini daha etkin, verimli ve insancıl bir şekilde yürütmelerine katkı sağlamasını dilerim.

Editör
Öğr. Gör. Sezen TUNÇ

1. BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMLERİNE GİRİŞ VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK YAPISI

Öğr. Gör. Sezen TUNÇ

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

sezen.tunc@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-9372-8169>

GİRİŞ

Sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı, her canlının yaşamını sürdürebilmesi için temel bir gerekliliktir. Bu nedenle sağlık, ülkelerin en önemli sorumlulukları arasında yer alır. Bir ülkenin sağlık sisteminin gücü, gelişmişlik düzeyi, yaşam standartları ve ekonomik kapasitesi gibi unsurları belirleyen kritik bir faktördür. Sağlık sisteminin düzeni ve işleyişi, o dönemde uygulanan sağlık politikalarına bağlıdır. Artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi etkenler, tüm dünyada sağlık reformlarını değişim ve gelişim odaklı bir tartışma konusu haline getirmiştir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu, ülkelerin sağlık sistemleri aracılığıyla yürütülür. Sağlık sistemleri; sağlık hizmetlerine erişimi sağlayan, sağlık çalışanlarını, altyapıyı, sistemleri ve yasal düzenlemeleri kapsayan bütünsel bir yapıdır. Farklı ülkelerde, kültürel, ekonomik ve politik özelliklere bağlı olarak çeşitli sağlık sistemi modelleri geliştirilmiştir. Bu modeller, hizmet sunum şekli, finansman kaynakları, hizmet yaygınlığı ve kalitesi gibi alanlarda farklılık gösterir.

Bu kitap bölümü, sağlık sistemlerinin temel yapısını, işleyişini ve Türkiye'deki sağlık sisteminin olumlu ve olumsuz taraflarını göstermektedir.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, evrensel bir kavram olmasına rağmen, herkes tarafından kabul edilen tek bir tanımı bulunmamaktadır. Bu kavramın anlamı, bağlı olduğu kültüre ve tarihsel döneme göre değişiklik göstermektedir. Sağlık, yalnızca bireysel bir mesele olmayıp toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren bir konudur ve bu nedenle evrensel insan haklarının temel bir unsuru olarak kabul edilir. Evrensel hukuk bağlamında, sağlık en öncelikli değerdir ve bireylerden ziyade evrensel değerlerin korunması gereken bir durum olarak ele alınır (Ertuk, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Bu tanıma son dönemde, bireyin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmesi boyutu da eklenmiştir (Ertuk, 2021).

Türkiye’de ise 1961 yılında benzer bir tanım kabul edilmiştir: “Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.” Bu tanım, sağlığın bireysel değil, evrensel bir değer olduğunu ve kanunlarla koruma altına alındığını vurgular (Resmî Gazete, 1961).

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı, her canlının yaşamını sürdürebilmesi için temel bir gerekliliktir. Bu nedenle sağlık, ülkelerin en önemli sorumlulukları arasında yer alır. Bir ülkenin sağlık sisteminin gücü, gelişmişlik düzeyi, yaşam standartları ve ekonomik kapasitesi gibi unsurları belirleyen kritik bir faktördür. Sağlık sisteminin düzeni ve işleyişi, o dönemde uygulanan sağlık politikalarına bağlıdır. Artan beklentiler, demografik değişimler, teknolojik gelişmeler ve finansal baskılar gibi etkenler, tüm dünyada sağlık reformlarını değişim ve gelişim odaklı bir tartışma konusu haline getirmiştir.

Sağlık hizmetleri, birey ve toplum sağlığını korumayı, hastalıkları önlemeyi, teşhis ve tedavi etmeyi, insanların mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamayı amaçlayan tüm faaliyetleri kapsar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmetlerini, insan sağlığını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve bireylerin fiziksel ve zihinsel yetkinliklerini yeniden kazanmalarını sağlamak için yapılan faaliyetler olarak tanımlar. Bu hizmetler,

sağlık sistemlerinin temel yapı taşı oluşturur ve erişilebilirlik, kalite ve etkinlik gibi unsurlar üzerinden değerlendirilir (Ertuk, 2021).

Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinde hızlı ve doğru teşhis için yenilikçi yöntemlerin kullanımını artırmıştır. Ancak, bu teknolojilerin yaygın kullanımı sağlık harcamalarını yükseltmiş, personel ve denetim eksiklikleri nedeniyle gereksiz uygulamalara yol açmıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetleri büyük şehirlerde yoğunlaşırken, kırsal bölgelerde sağlık çalışanı ve altyapı eksikliği ciddi bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin eşit dağıtımını ve erişilebilirliği için kapsamlı politikalar geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Ağartan, Keyder, Üstündağ ve Yoltar, 2007).

1.3. Sağlık Politikaları

Sağlık politikaları, birey ve toplum sağlığını koruma, geliştirme ve sağlık hizmetlerine eşitlikçi erişimi sağlama amacıyla yetkili makamlarca alınan kararlar ve uygulanan stratejilerdir (Sargutan, 2003). “Herkes için sağlık” ilkesi, 1977 Dünya Sağlık Toplantısı’nda ortaya konmuş, 1978 Alma-Ata Konferansı’nda resmi olarak kabul edilmiş ve 1998’de dünya toplumları tarafından benimsenmiştir. Bu ilke, 21. yüzyılın ilk 20 yılında herkesin en yüksek düzeyde sağlık hizmetine erişebileceği koşulları oluşturmayı, toplumsal sağlık önceliklerini belirlemeyi ve bireylerin yaşamları boyunca sağlıklarını korumayı hedefler. Ayrıca, sağlık politikaları, hastalık ve yaralanma risklerini azaltmayı, bölgeler, toplumlar ve bireyler arasında sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlamayı amaçlar (Osman ve diğerleri, 2008).

Sağlık hizmetlerinin sunumu, karmaşık yapısı nedeniyle devletin kritik bir rol üstlenmesini gerektirir. Sağlık hizmetlerine olan talepteki belirsizlik, piyasa bilgisi eksikliği ve bireylerin rasyonel seçim yapma zorlukları, devletin düzenleyici ve sağlayıcı işlevini ön plana çıkarır. Özel sektör, genellikle yüksek talep ve demografik yoğunluğa sahip bölgelerde sağlık hizmeti sunmayı tercih ederken, kırsal veya dezavantajlı bölgelerde bu hizmetler yetersiz kalabilir. Bu nedenle devlet, sağlık hizmetlerinin eşitlikçi, erişilebilir ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını garanti etmekle yükümlüdür. Bu bağlamda, sağlık politikaları, altyapıyı güçlendirme, nitelikli personel yetiştirme ve hizmet kalitesini artırma gibi hedeflere odaklanır (Ertuk, 2021).

Sağlık hizmetlerinin geniş kapsamı ve toplumsal önemi, sağlık politikalarının etkili, kapsayıcı ve sürdürülebilir olmasını zorunlu kılar. Ancak, bazı politikalar sağlık hizmetlerini bir meta olarak konumlandırmayı hedefler ve bu yaklaşım dört temel unsuru içerir (Lens, 2007):

- Sağlık hizmetlerinin satılabilir birimler veya ücretli paketler şeklinde yapılandırılması,
- Bireylerin ücretsiz hizmetler yerine ücret ödeyerek hizmet almaya yönlendirilmesi,
- Hizmet sunan ekiplerin kâr odaklı bir yapıya dönüştürülmesi,
- Özel sermayenin sağlık hizmetlerini bir meta olarak üretmeye teşvik edilmesi için risklerin devlet tarafından üstlenilmesi.

Bu tür politikalar, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, kalitesi ve eşitlik ilkesi üzerinde tartışmalara yol açarken, sağlık sistemlerinin toplumsal ihtiyaçlarla uyumlu bir şekilde geliştirilmesi için dengeli ve kapsayıcı yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri, birey ve toplum sağlığını koruma, geliştirme ve tedavi süreçlerini destekleme amacı taşıyan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu hizmetlerin sunumu, ekonomik, sosyal ve etik boyutları içerdiğinden, diğer mal ve hizmetlerden farklı özellikler taşır. Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelikleri, eşitlikçi dağıtım gereklilikleri ve bilgi asimetrisi gibi unsurlar, bu hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında özel bir dikkat gerektirir. Aşağıda, sağlık hizmetlerinin temel özellikleri detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

2.1. Kamusal Özellik

Sağlık hizmetleri, bölünmez yararları nedeniyle kamusal mal özelliğine sahiptir. Kamusal mallar, toplumda eşit ve adaletli bir şekilde sunulan, karşılığı beklenmeden tüketilebilen mal ve hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, genellikle ücretsiz veya düşük maliyetle sunulur ve piyasada arz edilmez, çünkü bu hizmetlerin toplumsal faydası bireysel kazanımlardan önceliklidir (Mutlu ve Işık, 2012).

2.2. Erdemlilik İlkesi

Erdemli hizmetler, bireylerin yeterli fayda sağlayamadığı durumlarda devletin teşvik ettiği hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri, Musgrave tarafından erdemli bir uğraş olarak tanımlanmıştır. Piyasaya bırakıldığında yetersiz üretimle sonuçla-

nabilir, bu nedenle devlet müdahalesi gereklidir. Örneğin, uyuşturucu gibi zararlı maddelerin tüketiminin önlenmesi için kamu otoritesi devreye girer, böylece toplumsal sağlığın korunması hedeflenir (Mutlu ve Işık, 2012; Pınar, 2014).

2.3. Dışsal Olma İlkesi

Sağlık hizmetlerinin sosyal faydası, bireysel faydasından daha büyüktür. Örneğin, aşı programları yalnızca bireyi değil, tüm toplumu bulaşıcı hastalıklardan korur. Piyasaya bırakıldığında eksik üretimle karşılaşılır, çünkü firmalar yalnızca kârlı olan hizmetleri sunmayı tercih eder. Bu nedenle devlet, sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunarak toplumsal faydayı artırmayı amaçlar (Ertuk, 2021).

2.4. Devletin Müdahale İlkesi

Devlet, sağlık hizmetlerinde düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenir. Sağlık hizmetlerinin bölünmezliği, talebin belirsizliği ve gelir eşitsizlikleri, devletin müdahalesini zorunlu kılar. Özel sektör yatırımları genellikle kârlı bölgelere yönelirken, kırsal veya dezavantajlı bölgelerde yetersiz kalabilir. Devlet, eşitlikçi bir sağlık hizmeti sunumunu garanti etmek için politikalar geliştirir ve uygular (Ertuk, 2021; Mutlu ve Işık, 2012).

2.5. Talebin Tüketiciler Tarafından Belirlenememesi

Sağlık hizmetlerinde, hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle talep genellikle doktor tarafından belirlenir. Hastalar, hizmetin maliyeti, kalitesi veya gerekliliği hakkında yeterli bilgiye sahip olmayabilir. Sağlık sigortası sistemleri, bu belirsizliği azaltarak hizmetlerin erişilebilirliğini ve devamlılığını sağlar (Ertuk, 2021; Mutlu ve Işık, 2012).

2.6. Tekel Olma İlkesi

Sağlık hizmetleri piyasası, yüksek maliyetler ve ölçek ekonomisi nedeniyle doğal bir tekel eğilimi gösterir. Tekelleşme, rekabeti azaltarak hizmetlerin içeriğini ve fiyatlarını sağlık kuruluşlarının kontrolüne bırakabilir. Bu durum, hizmet kalitesini ve erişilebilirliği olumsuz etkileyebilir. Devletin düzenleyici

rolü, tekel eğilimlerini dengelemek ve adil bir hizmet sunumu sağlamak için kritik öneme sahiptir (Ertuk, 2021).

2.7. Asimetrik Enformasyon İlkesi

Sağlık hizmetlerinde, doktorlar hastalara kıyasla daha fazla bilgiye sahiptir. Bu asimetri, hastanın yeterince bilgilendirilmediği durumlarda doktorun lehine bir durum yaratabilir. Hastalar, hizmetin yeterliliğini değerlendirme veya pazarlık yapma konusunda sınırlı bir kapasiteye sahiptir. Bu nedenle, düzenleyici mekanizmalar ve hasta bilgilendirme sistemleri, bu asimetrinin etkilerini azaltmada önemli bir rol oynar (Mutlu ve Işık, 2012).

2.8. Adaletli Dağıtım İlkesi

Sağlık hizmetlerinin eşit ve adaletli bir şekilde dağıtılması, toplumsal refahın temel bir unsuru olarak kabul edilir. Ancak, adalet kavramı tartışmalıdır. Bazı yaklaşımlar, sağlık hizmetlerinin gelire değil, yaş, tıbbi ihtiyaçlar veya sağlık durumu gibi kriterlere göre dağıtılması gerektiğini savunur. Diğer bir görüş, herkesin en azından asgari düzeyde sağlık hizmetine erişim hakkı olduğunu belirtir. Buna karşılık, bazı iktisatçılar, sağlık hizmetlerinin diğer mallardan farklı olmadığını ve ekonomik güce bağlı olarak daha fazla hizmet alınabileceğini öne sürer. Bu tartışmalar, sağlık politikalarının tasarımında önemli bir yer tutar (Ertuk, 2021).

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK YAPISI

Türkiye’de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan 1980’lere kadar devletin temel bir sorumluluğu olarak görülmüştür. Bu hizmetler, kanunlarla düzenlenmiş ve 1961 Anayasası’na bir madde olarak eklenmiştir. 1980 askeri darbesinden sonra kabul edilen 1982 Anayasası’nın 56. maddesi, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulma şeklini değiştirmiş ve hizmet sunumunu merkezi bir yapıda toplayarak düzenlemiştir (Melikşah ve diğerleri, 2012). Türkiye, 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu ile modern sağlık hizmetlerine geçiş yapmıştır. Bu kanun, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte yürütülmesini ve eşitlikçi bir şekilde herkese devlet

tarafından sağlık hizmeti sunulmasını hedeflemiştir.

Türkiye’de sağlık sistemi, kamu ve özel sektör iş birliğiyle sunulmakta olup, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini artırmak amacıyla çeşitli politikalar geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı, sistemin temel düzenleyici ve hizmet sağlayıcı kurumu olarak faaliyet göstermektedir. Sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla sağlanmaktadır (Ertuk, 2012).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği sistemi üzerinden yürütülmektedir. Aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak 2005 yılında hayata geçirilmiştir. Her vatandaşın bir aile hekimine kayıtlı olması, koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmış ve hastanelerdeki yığılmayı bir ölçüde azaltmıştır. Ancak, sistemin uygulamada karşılaştığı sorunlar göz ardı edilemez. Aile hekimleri, yoğun hasta yükü altında çalışmakta ve bazı bölgelerde yeterli altyapı desteği alamamaktadır. Kırsal bölgelerdeki aile sağlığı merkezlerinin donanımı, kentsel alanlarla karşılaştırıldığında yetersiz kalmakta; bu da hizmet kalitesinde ciddi eşitsizliklere yol açmaktadır. Ayrıca, aile hekimlerinin performans odaklı değerlendirme sistemi, hasta memnuniyetinden çok işlem hacmine odaklanmakta, bu da nitelikli sağlık hizmeti sunumunu gölgelemektedir.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, devlet hastaneleri ve özel hastaneler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu hastaneler, daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlar için hizmet verir. Ameliyathalar, uzman hekim muayeneleri ve çeşitli teşhis yöntemleri bu basamakta gerçekleştirilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise üniversite hastaneleri ve eğitim-araştırma hastaneleri gibi uzmanlaşmış merkezlerde sunulur. Bu merkezler, karmaşık ve ileri düzey tıbbi müdahaleler için donanımlıdır ve genellikle referans hastaneleri olarak işlev görür. Örneğin, organ nakli, kanser tedavisi gibi özel uzmanlık gerektiren işlemler bu merkezlerde yapılmaktadır.

Türkiye’nin sağlık sistemi, son yirmi yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Aile hekimliği sistemi, şehir hastaneleri, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve teknolojik altyapı gibi yenilikler, sağlık hizmetlerine erişimi artırmış ve Türkiye’yi sağlık turizmi alanında dikkat çekici bir konuma taşımıştır. Ancak, sistemin başarıları kadar eleştirilmesi gereken yönleri de bulunmaktadır. Bölgesel eşitsizlikler, sağlık personeli yetersizliği, finansman sorunları ve kalite odaklılık yerine niceliksel büyümeye odaklanma, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sorgulanır hale getirmektedir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS), Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir rol oynar. SGK ile anlaşmalı özel hastaneler, vatandaşlara daha hızlı

ve konforlu hizmet sunma imkânı tanımaktadır. Ancak, özel hastanelerdeki katkı payları ve ek ücretler, düşük gelirli vatandaşlar için ciddi bir engel oluşturmaktadır. GSS kapsamındaki hizmetlerin bazı durumlarda sınırlı kalması, özellikle kronik hastalıklar ve pahalı tedaviler söz konusu olduğunda hastaları özel sigortalara veya cepten ödemelere yöneltmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine zarar vermekte ve sosyal adaletsizlik eleştirilerine yol açmaktadır.

Sağlık personeli istihdamı, sistemin en çok eleştirilen yönlerinden biridir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile doktor ve hemşire sayısı artırılmış olsa da, sağlık çalışanlarının iş yükü ve çalışma koşulları ciddi sorunlar barındırmaktadır. Uzun mesai saatleri, tükenmişlik sendromu ve düşük ücretler, sağlık personelinin motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının bölgesel dağılımındaki dengesizlik, kırsal bölgelerde nitelikli sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır. Örneğin, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki hastanelerde uzman doktor eksikliği, hastaların büyük şehirlere sevk edilmesine neden olmakta, bu da hem hastalar hem de sistem için ek yükler yaratmaktadır.

Teknolojik altyapı, Türkiye sağlık sisteminin güçlü yönlerinden biridir. E-Nabız sistemi, hasta bilgilerinin dijital ortamda saklanması ve erişilmesi açısından önemli bir adımdır. Ancak, bu sistemin güvenliği ve veri gizliliği konusunda yeterli önlemlerin alınıp alınmadığı tartışmalıdır. Siber güvenlik tehditleri, hasta verilerinin kötüye kullanım riskini artırmaktadır. Ayrıca, teletıp gibi yenilikçi uygulamalar pandemi döneminde yaygınlaşmış olsa da, bu hizmetlerin kırsal bölgelerde yeterince erişilebilir olmaması, dijital eşitsizlik sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Kamu sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri, Türkiye’nin başarı kaydettiği alanlardan biridir. Aşı programları ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede uluslararası standartlara uygun adımlar atılmıştır. Ancak, kronik hastalıklarla mücadele ve sağlık okuryazarlığı gibi konularda yeterli farkındalık çalışmaları yapılmamaktadır. Obezite, diyabet ve kalp hastalıkları gibi sorunlar, sağlık sistemine ciddi bir yük getirmekte, ancak bu alanlarda önleyici politikalar yeterince güçlü değildir.

Sonuç olarak, Türkiye sağlık sisteminin sürdürülebilirliği yalnızca sağlık altyapısının genişletilmesi veya teknolojik yatırımların artırılması ile değil, aynı zamanda insan kaynağının etkin yönetimi, sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin gözetilmesi ve kalite odaklı politikaların hayata geçirilmesi ile mümkün olacaktır. Sağlık hizmetlerine erişimde adaletin sağlanması, finansman modellerinin uzun vadeli istikrarı ve hasta memnuniyetinin artırılması, sistemin başarısını belirleyici temel parametrelerdir. Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, bölgesel farklılıkların azaltılması ve koruyucu sağlık

hizmetlerinin güçlendirilmesi, toplum sağlığının bütüncül bir yaklaşımla korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Türkiye’nin sağlık alanında elde ettiği ilerlemelerin kalıcı ve sürdürülebilir bir nitelik kazanabilmesi, ancak niceliksel büyümeden ziyade nitelikli, kapsayıcı ve adil sağlık politikalarının benimsenmesiyle mümkün olabilecektir.

KAYNAKÇA

- “The American College Of Healthcare Executives (Ache), Introduction ToHealth Policy”, https://www.ache.org/pubs/-Shi_Chapter1_2.Pdf 18.12.2019 saat:14:50
- Ertürk Atabey S., “Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikaları”, Ankara-2012, s.2
- Leys C., Çeviren; Meltem K., “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları”, birinci baskı, İstanbul-2007, s.95-110
- Melikşah E., Tacettin İ., Gamze Ç., Alp E., Tayyar Ş., Ferruh A. Ve Mine K., “Türkiye Sağlık Raporu”, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2012, s.1-2
- Mutlu A. ve Işık A. K., “Sağlık Ekonomisine Giriş”, 3.Baskı, Bursa 2012, s.52
- Osman G., Yusuf Ö., Mualla A., “Sağlık21: DSÖ Avrupa Bölgesi İçinHerkese Sağlık Politikası Çerçevesi”, 2. Baskı, Erciyes ÜniversitesiYayınları, No:126, Kayseri-2008, s.3-4
- Pınar A., “Maliye Politikası Teori ve Uygulama”, 7. Baskı, Ankara-2014
- Recep A. “Sağlık Sektörü; Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”, Ankara Üniversitesi Basım Evi, Ankara- 2006: s.12-13
- Resmî Gazete, “05.01.1961 Gün ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun 224”, Ciltli, s.1486
- Tuba A., Çağlar K., Nazan Ü., ve Çağrı Y., “Avrupa’da ve Türkiye’deSağlık Politikaları”, birinci baskı, İstanbul-2007, s.39-47

2. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON

Taylan Deniz AKYOL

Bahçeşehir Üniversitesi Diş Hastanesi

Hasta Hizmetleri Müdürü

taylandeniz.akyol@bau.edu.tr

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, bu alanda etkili bir yönetim ve organizasyon anlayışını zorunlu kılmaktadır. Modern sağlık kurumları; sadece tanı, tedavi ve bakım süreçlerini değil, aynı zamanda insan kaynakları yönetimi, finansal sürdürülebilirlik, teknoloji entegrasyonu ve hasta memnuniyetini kapsayan çok yönlü bir sistemi barındırır. Bu nedenle sağlık kurumlarında yönetim, yalnızca idari bir faaliyet değil, aynı zamanda stratejik kararlar alınmasını gerektiren dinamik bir süreçtir.

Sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı üzerindeki doğrudan etkisi, yönetsel yapıların etkinliğini daha da kritik hale getirmektedir. Bu bağlamda, yöneticilerin hem klinik süreçleri hem de organizasyonel işleyişi bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmesi büyük önem taşır. Etkin bir organizasyon yapısı oluşturulmadığında, kaynak israfı, hizmet kalitesinde düşüş ve hasta güvenliğinde zafiyet gibi sorunlar kaçınılmaz hale gelir.

Bu bölümde, sağlık kurumlarında yönetim ve organizasyon konuları üç ana başlık altında incelenecektir:

- Yönetim Teorileri ve Sağlık Sektörüne Uyarlanması
- Sağlık Kurumlarında Organizasyon Yapısı
- Liderlik, Karar Alma ve Yönetsel Roller

Bu başlıklar aracılığıyla, sağlık kurumlarında yönetim ve organizasyonun temel yapı taşları detaylı biçimde ortaya konacaktır.

2.YÖNETİMTEORİLERİVE SAĞLIKSEKTÖRÜNE UYARLANMASI

Sağlık sektörü, karmaşık yapısı, çok paydaşlı yapısı, etik hassasiyetleri ve yüksek hata maliyetiyle yönetim teorilerinin doğrudan aktarımına izin vermeyen özgün bir alandır. Bu nedenle, klasik ve modern yönetim teorilerinin sağlık alanına uyarlanması süreci; teorik yaklaşımların sağlık kurumlarının özgün dinamiklerine, insan faktörüne ve teknolojik gelişmelere göre yeniden yorumlanması ve esnetilmesini gerektirir (Kavuncubaşı, 2000). Kendi saha deneyimlerim de göstermiştir ki, yönetim teorilerinin sadece kitaplardan öğrenilmesi yeterli değil; sağlık kurumlarının gerçek problemlerine çözüm üretebilecek pratik uygulamalarla desteklenmesi zorunludur.

2.1.1 Klasik Yönetim Teorileri ve Sağlık Alanına Etkileri

2.1.1.1 Bilimsel Yönetim (Taylorizm)

Frederick Taylor'un bilimsel yönetimi, iş süreçlerinin detaylı analiz edilmesi, standartlaştırılması ve iş bölümü ile verimliliğin artırılmasını hedefler (Kavuncubaşı, 2000). Sağlık kurumlarında kaynakların etkin kullanımı, iş süreçlerinin optimizasyonu ve maliyet kontrolü açısından faydalı olsa da Taylorist yaklaşımların insan unsurunu mekanik bir unsur gibi görmesi sağlık çalışanlarında motivasyon düşüklüğüne ve tükenmişliğe neden olabilir. Örneğin, klinik personelin yaratıcılığına ve insani yaklaşımlarına alan bırakmamak, hizmet kalitesini olumsuz etkileyebilir.

2.1.1.2 Yönetim Süreçleri Yaklaşımı (Fayol)

Henri Fayol'un yönetim fonksiyonları — planlama, örgütlenme, yönlendirme, koordinasyon ve kontrol — sağlık kurumlarının yönetiminde temel bir çerçeve oluşturur (Tengilimoğlu, 2021). Bu yaklaşım, sağlık yöneticilerine sistematik bir yönetim anlayışı kazandırırken, aşırı merkezîyetçi uygulamalar özellikle kriz anlarında karar almayı yavaşlatabilir. Ayrıca, bürokratik uygulamalar çalışanların inisiyatif almasını engelleyebilir.

2.1.1.3 Bürokrasi Modeli (Weber)

Max Weber'in bürokrasi teorisi, hiyerarşik yapı, yazılı kurallar, yetki devri ve uzmanlaşma ile kamu sağlık kurumlarının temel yapısını oluşturur (Sarı & Güneş, 2016). Ancak, bu modelde karşılaşılan esneklik eksikliği, sağlık alanındaki acil ve değişken koşullarda yönetimin etkinliğini azaltabilir. Özellikle pandemi gibi kriz dönemlerinde bürokrasinin yavaşlatıcı etkisi büyük dezavantaj yaratmaktadır.

2.1.2 İnsan İlişkileri ve Davranışsal Yönetim Yaklaşımlarının Sağlıkta Rolü

2.1.2.1 İnsan Faktörünün Önemi

Elton Mayo ve insan ilişkileri teorisi, çalışanların motivasyon ve sosyal ihtiyaçlarına odaklanarak klasik yaklaşımların eksikliklerini tamamlar (Akbulut, 2018). Sağlık sektörü gibi doğrudan insan hayatına dokunan bir alanda, çalışan memnuniyetinin hasta güvenliği ve bakım kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğunu bizzat deneyimledim. Bu nedenle, sağlık kurumlarında sadece verimlilik değil, aynı zamanda psikososyal destek, ekip çalışması ve çalışan katılımı da yönetim stratejilerinde öncelik olmalıdır.

2.1.2.2 Grup Dinamikleri ve Liderlik

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim ve iş birliği, tedavi başarısı ve hasta memnuniyetini artırır. Liderlik yaklaşımları, sağlık sektöründe ekip yönetiminde kritik rol oynar. Dönüşümcü liderlik ve katılımcı yönetim tarzlarının, sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve bağlılığını artırdığına dair güçlü bulgular mevcuttur (Sarı & Güneş, 2016). Bu alanda çalışanların söz hakkının artırılması, karar alma süreçlerinin demokratikleşmesi gereklidir.

2.1.3 Çağdaş Yönetim Yaklaşımlarının Sağlıkta Uygulanması

2.1.3.1 Sistem Teorisi: Kompleks Organizasyonların Anlaşılması

Sistem teorisi, sağlık kurumlarının birbirine bağlı alt sistemlerden oluştuğunu ve çevresel faktörlerle sürekli etkileşim içinde olduğunu vurgular (Kavuncubaşı, 2000). Bu teori, sağlık kurumlarında yatay ve dikey entegrasyonu sağlamak, çeşitli disiplinler ve departmanlar arasında koordinasyonu artırmak için vazgeçilmezdir. Kendi tecrübelerimde, bu yaklaşım sayesinde karmaşık hasta

bakım süreçlerinin daha etkili yönetildiğini gözlemledim.

2.1.3.2 Öğrenen Organizasyonlar ve Sürekli İyileştirme

Öğrenen organizasyon yaklaşımı, sağlık kurumlarının teknolojik gelişmelere, bilimsel yeniliklere ve değişen hasta beklentilerine hızlı uyum sağlamasını sağlar (Göl, 2019). Sürekli eğitim, bilgi paylaşımı ve inovasyon kültürü sağlıkta kaliteyi doğrudan etkiler. Sağlık çalışanlarının kendilerini geliştirmeleri için teşvik edilmesi ve hata yapmaktan korkmadıkları bir ortamın yaratılması büyük önem taşır.

2.1.3.3 Durumsallık (Contingency) Yaklaşımı

Sağlık kurumlarının büyüklüğü, hizmet alanı ve çevresel koşulları farklılık gösterdiğinden, yönetim uygulamalarının standart olmaması gerekir (Tengilimoğlu, 2021). Durumsallık yaklaşımı, bu farklılıklara göre yönetim stratejilerinin esnetilmesini önerir. Kendi uygulamalarımda, durumsal faktörlerin göz ardı edildiği kurumlarda başarısızlıkların daha sık yaşandığını gördüm.

2.1.4 Performans ve Kalite Yönetimi Yaklaşımlarının Sağlıkta Entegrasyonu

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlık sektöründe süreçlerin standardizasyonu, hasta güvenliği ve sürekli iyileştirme kültürü oluşturma açısından büyük avantaj sağlar (Sarı & Güneş, 2016). Performans yönetimi sistemleri ise sağlık personelinin verimliliğini artırmak, hedeflere ulaşmayı sağlamak ve kaynak kullanımını optimize etmek için kritik araçlardır. Ancak, bu sistemlerin çalışan üzerindeki psikolojik baskıyı artırmadan uygulanması gerekir. Bireysel ve ekip performansının doğru ölçülmesi, adaletli ödüllendirme ve geri bildirim mekanizmalarının kurulması, sağlık çalışanlarının motivasyonunu yükseltir.

2.1.5 Dijitalleşme ve Geleceğin Yönetim Yaklaşımları

Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme; elektronik sağlık kayıtları, yapay zekâ destekli karar sistemleri ve tele-tıp uygulamaları gibi yeniliklerle yönetim modellerini dönüştürmektedir (Göl, 2019). Bu gelişmeler, veri odaklı karar almayı mümkün kılarak hem klinik hem de yönetsel süreçlerde etkinliği artırmaktadır. Ancak, dijital dönüşümün insan faktörüyle dengelenmesi ve teknoloji bağımlılığının getirebileceği etik sorunların göz önünde bulundurulması gerekir.

2.1.6 Sonuç ve Öneriler

Yönetim teorilerinin sağlık sektörüne uyarlanması, tek yönlü bir aktarım değil, çok boyutlu ve esnek bir süreçtir. Klasik teorilerin disiplin ve düzen anlayışı ile çağdaş yaklaşımların insan odaklılık, esneklik ve inovasyon gereksinimleri dengelenmelidir. Sağlık kurumlarında bu teorilerin bilinçli ve koşullara uygun şekilde uygulanması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırır. Yönetimcilerin hem teorik bilgiye hâkim olmaları hem de kurumlarının özel koşullarına göre strateji geliştirme becerisi kazanmaları hayati önem taşır. Ayrıca, dijitalleşme sürecinin etkin yönetimi ve çalışanların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık yönetiminin geleceğinde kritik rol oynayacaktır.

2.2 SAĞLIK KURUMLARINDA ORGANİZASYON YAPISI

Yönetim teorilerinin pratiğe dönüşebilmesi için bu teorilerin uygulanacağı zemin olan organizasyonel yapının sağlam ve esnek olması gerekir. Bu bölümde kamu ve özel sağlık kurumlarında organizasyon yapısının teorik ve uygulamalı olarak değerlendirilecektir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sürdürülebilirliği, doğrudan kurumların organizasyon yapısının etkinliğine bağlıdır. Burada şunu özellikle vurgulamak isterim ki; sadece iyi donanım ya da yeterli bütçe sağlamak yeterli değildir, organizasyonun yapısal olarak sağlam temellere oturması hayati önem taşır. Sağlık sektörü, çok paydaşlı, çok disiplinli ve yüksek riskli bir yapıya sahip olduğundan, organizasyon yapısının da buna paralel olarak kompleks ve dinamik olması şarttır. Bu yüzden kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki yapısal farklılıkları anlamak, yönetim stratejileri geliştirmek için kaçınılmazdır (Kavuncubaşı, 2000; Tengilimoğlu, 2021). Kendi gözlemlerime dayanarak, bu farklılıkların doğrudan hasta bakım kalitesine yansıdığını belirtmek isterim.

2.2.1 Organizasyon Yapısının Teorik Temelleri

Klasik yönetim teorilerinin sağlık kurumlarında temel oluşturduğu açıktır. Ancak şunu rahatlıkla söyleyebilirim ki; özellikle çağımızın hızlı değişen sağlık dinamikleri içinde bu teoriler, katı ve bürokratik yapılarıyla bazen inovasyonu ve hızlı karar almayı engellemektedir (Kavuncubaşı, 2000). Weber'in bürokrasi modeli halen kamu hastanelerinde yaygın olsa da bu katılık özel sektörde benimsenmemekte; daha esnek ve yenilikçi yaklaşımlar tercih edilmektedir (Sarı & Güneş, 2016).

Özel sektörün adaptasyon hızı ve esnekliği ise, sağlık hizmetlerinin rekabetçi

ortamda kaliteyi artırmak zorunda olmasıyla paraleldir. Bence bu durum, özel kurumların organizasyonel yapısının çağdaş ve öğrenen organizasyon prensiplerine daha yakın olmasını sağlıyor (Göl, 2019). Burada benim şahsi kanaatim, kamu kurumlarının da özel sektörden bu esnekliği ve yenilikçiliği örnek alması gerektiği yönündedir.

2.2.2 Kamu Sağlık Kurumlarında Organizasyon Yapısı

2.2.2.1 Merkezî Yapı ve Hiyerarşi

Kamu sağlık kurumlarının merkeziyetçi yapısı, özellikle karar alma süreçlerinde esnekliği kısıtlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Kendi tecrübelerim, bu yapının büyük hastanelerde operasyonel verimliliği düşürebileceği yönündedir. Buna karşın, bu yapı bazı durumlarda tutarlılık ve standartların korunması açısından gereklidir. Yani, burada en kritik soru dengeyi nasıl kuracağımızdır.

2.2.2.2 Şehir Hastaneleri Modeli ve PPP

Şehir hastanelerindeki Kamu-Özel İş birliği modeli, kamu ve özel sektörün güçlü yönlerini birleştirmeyi amaçlasa da uygulamada karmaşıklıklar yaşanmaktadır. Teknik ve klinik süreçlerin farklı aktörler arasında bölünmesi, iletişim kopukluklarına ve sorumluluk çatışmalarına sebep olabiliyor. Bence, bu modelin başarısı, açık ve etkin koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesine bağlıdır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Burada görev alan yöneticilerin çok daha proaktif ve çözüm odaklı olması gerekiyor.

2.2.3 Özel Sağlık Kurumlarında Organizasyon Yapısı

2.2.3.1 Esnek ve Pazar Odaklı Yapı

Özel sağlık sektöründe karar alma süreçlerinin hızlı ve yatay olması, kurumları rekabette bir adım öne taşıyor (Akbulut, 2018). Ancak, bu hızın bazen aşırı kâr odaklı yaklaşımlara yol açma riski olduğunu unutmamak gerek. Bu nedenle, benim görüşüm, özel kurumların hem hasta odaklılık hem de etik değerler ekseninde hareket etmeleri gerektiğidir.

2.2.3.2 Kalite ve Akreditasyon Odaklılık

Kalite standartlarının yükseltilmesi ve uluslararası akreditasyonların önemi göz ardı edilemez (Göl, 2019). Fakat sadece sertifikasyon almak yeterli değil; bu

standartların içselleştirilmesi ve tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi gerekiyor ki gerçek bir kalite kültürü oluşabilsin. Özel kurumların bu noktada kamuya kıyasla daha istekli ve hızlı hareket ettiğini gözlemliyorum.

2.2.3.3 Performans ve Kârlılık Temelli Organizasyon

Performans göstergelerine dayalı yönetim modelleri, şeffaflık ve hesap verilebilirlik açısından avantaj sağlıyor (Tengilimoğlu, 2021). Ancak performans baskısının çalışanların motivasyonunu zedelememesi için dengeli uygulanması gerektiğini düşünüyorum. Özellikle sağlık gibi insana dokunan bir alanda, çalışanların psikososyal ihtiyaçlarına duyarlı yönetim stratejileri hayati önemdedir.

2.2.4 Kamu ve Özel Organizasyon Yapılarının Karşılaştırması

Tablo 1. Kamu ve Özel Organizasyon Yapılarının Karşılaştırması

Kriter	Kamu Sağlık Kurumları	Özel Sağlık Kurumları
Yönetim Tarzı	Bürokratik / Merkezî	Profesyonel / Kurumsal
Karar Süreci	Hiyerarşik	Daha hızlı, yatay
Yetki Dağılımı	Sınırlı, merkezi kontrole tabi	Geniş, yerel inisiyatif yüksek
Hedefler	Kamu yararı, hizmet sunumu	Hasta memnuniyeti, kârlılık
Performans Ölçümü	Daha az yaygın	KPI ve hedef odaklı
Kalite Yönetimi	Zorunlu yasal çerçevede	Akreditasyon ve rekabet odaklı
İletişim	Resmî, dikey	Açık, yatay, dijital araçlarla güçlü

Buradaki tablo, aslında sağlık yönetimindeki temel gerilim noktalarını çok net ortaya koyuyor. Benim gözlemlediğim, kamu kurumlarının daha statik yapısı nedeniyle bazen inovasyon ve hizmet kalitesinde geride kaldığı; özel sektörün ise hızlı hareket edebilmesine rağmen zaman zaman etik ve toplumsal sorumluluk konularında eleştirildiğidir.

2.2.5 Dijitalleşme ve Geleceğin Organizasyon Yapıları

Dijital dönüşüm sağlık hizmetlerinin yapısını baştan aşağı değiştiriyor (Göl, 2019). E-Nabız, yapay zekâ destekli karar sistemleri gibi yenilikler, sadece süreçleri hızlandırmakla kalmıyor; aynı zamanda veriye dayalı yönetim anlayışını zorunlu kılıyor. Kişisel olarak, sağlık yöneticilerinin bu dijital dönüşümü yakından takip etmesi ve kurumlarında stratejik olarak konumlandırması gerektiğine inanıyorum.

2.2.6 Sonuç ve Değerlendirme

Kamu ve özel sağlık kurumlarının organizasyon yapıları arasında ciddi farklar vardır. Benim kanaatimce, her iki modelin güçlü yönlerini harmanlayan hibrit yapılar ve dönüşümcü liderlik anlayışları, sağlık sektöründe başarı için kritik önemdedir (Kavuncubaşı, 2000; Tengilimoğlu, 2021; Sarı & Güneş, 2016). Ayrıca, insan unsurunun asla göz ardı edilmemesi ve teknoloji ile insan odaklı yaklaşımlar arasında doğru dengenin kurulması gerektiğini düşünüyorum. Sağlıkta organizasyonel mükemmeliyet ancak bu bütünsellik sağlanarak mümkün olabilir. Organizasyon yapısı ne kadar güçlü olursa olsun, bu yapıyı yöneten liderlerin kapasitesi ve karar alma mekanizmalarının etik, hızlı ve esnek olması sürdürülebilir başarı için kilit unsurdur. Geleceğin sağlık hizmetleri; esnek, dijitalleşmiş ve insan merkezli organizasyonel yapılara dayanmalıdır.

2.3 LİDERLİK, KARAR ALMA VE YÖNETSEL ROLLER

Sağlık sektörünün karmaşıklığı ve insan hayatına doğrudan etkisi, yöneticilerden üst düzey liderlik becerileri ve etkin karar alma mekanizmaları talep etmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Liderlik, karar alma ve yönetsel roller, kurum kültürü, çalışan bağlılığı ve hasta güvenliği gibi temel unsurlarla iç içe geçmiş durumdadır. Bu bölümde, bu kavramlar sadece teorik değil; pratik örneklerle ve çağdaş yönetim yaklaşımlarıyla birlikte ele alınacaktır.

2.3.1 Liderlik Yaklaşımları ve Sağlık Sektöründeki Yansımaları

2.3.1.1 Dönüşümcü Liderlik: Vizyon ve Değişim Yönetiminin Merkezi

Dönüşümcü liderlik, sağlık kurumlarında inovasyon ve kalite iyileştirme süreçlerini tetikler. Örneğin, Mayo Clinic gibi dünya çapında tanınan sağlık kuru-

luşlarında dönüşümcü liderlik modeli başarıyla uygulanmaktadır. Liderler sadece yönlendirmekle kalmaz, aynı zamanda çalışanların kendini geliştirmesi için fırsatlar yaratır ve değişimi sahiplenmelerini sağlar (Akbulut, 2018).

Kişisel yorumum: Pandemi sürecinde çalışanların moralini yüksek tutmanın yanı sıra yeni protokollerin hızlı benimsenmesi için dönüşümcü liderliğin önemi bizzat gözlemledim. Bu yaklaşımın yokluğu, sağlık sisteminde ciddi aksamalara neden olabilirdi.

2.3.1.2 Hizmetkâr Liderlik: Çalışan ve Hasta Odaklı Yönetim

Hizmetkâr liderlik modeli, özellikle hemşirelik ve hasta bakım birimlerinde çalışan bağlılığını artırmak için kritik öneme sahiptir (Sarı & Güneş, 2016). Bu liderlik tarzı, sağlık çalışanlarının tükenmişlik riskini azaltırken, hasta memnuniyetini yükselten sıcak ve destekleyici bir ortam oluşturur.

2.3.1.3 Karizmatik Liderlik ve Kriz Yönetimi

COVID-19 salgını sırasında karizmatik liderlik örnekleri, dünya çapında sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırdı. Örneğin, Yeni Zelanda Sağlık Bakanı'nın kriz sürecindeki net ve güven veren iletişimi halkta yüksek güven oluşturdu (Göl, 2019). Karizmatik liderlik, belirsizlik ve panik ortamlarında moral ve disiplinin korunmasında hayati rol oynar.

2.3.2 Karar Alma Süreçleri: Bilgi, Hız ve Etik Dengesi

2.3.2.1 Sınırlı Rasyonalite ve Esneklik

Sağlık yöneticileri kararlarını çoğu zaman eksik ve belirsiz bilgiler ışığında almak zorundadır. Örneğin, pandemi başında yeterli veri olmadan alınan karantina ve izolasyon kararları, sınırlı rasyonalite modelinin somut uygulamasıdır (Simon, 1947).

2.3.2.2 Katılımcı Karar Alma: Çok Paydaşlı Sağlık Ortamlarında Başarı Anahtarı

Karar süreçlerine hekimler, hemşireler, teknisyenler ve idari personelin katılımının sağlanması, uygulama başarısını artırır. Türkiye'deki bazı özel hastaneler, dijital platformlarda ekip içi karar alma mekanizmalarını aktif kullanarak hızlı adaptasyon sağlamaktadır (Akbulut, 2018).

2.3.2.3 Etik Karar Alma ve Hasta Hakları

Karar alma süreçlerinde etik standartların korunması, hastaların haklarının gözetilmesi ve hukuki yükümlülüklerle uyum kritik önemdedir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yapılan seçimler, sağlık yöneticilerinin etik duyarlılığını sınar.

2.3.3 Yönetimsel Roller ve Sağlık Kurumlarında İşlevsellik

2.3.3.1 Mintzberg'in Yönetimsel Roller Modelinin Sağlıkta Uygulanması

Yöneticilerin farklı rolleri arasında geçiş yapabilme becerisi, dinamik sağlık ortamlarında kritik bir gerekliliktir. Örneğin, bir hastane yöneticisi aynı anda krizi yönetirken, ekip motivasyonuna destek vermeli ve kamu ile iletişimi sağlamalıdır.

2.3.3.2 Dijital Dönüşüm ve Yeni Yönetimsel Roller

Son yıllarda dijital sağlık teknolojilerinin yükselişi, yöneticilerin veri analitiği, siber güvenlik ve uzaktan hasta takibi konularında yeni uzmanlıklar edinmesini gerektirmektedir (Göl, 2019). Dijital Sağlık Direktörleri ve Veri Bilimcileri sağlık organizasyonlarının yeni yönetimsel kadrolarını oluşturmaktadır.

2.3.4 Liderlik, Karar Alma ve Organizasyon Yapısı Arasındaki Etkileşimler

Sağlık sektöründe organizasyon yapısının liderlik ve karar alma süreçlerine etkisi büyüktür. Esnek, modüler yapılar liderlere inisiyatif alanı tanırken, hiyerarşik yapılar karar alma sürecini yavaşlatabilir. Türkiye'de özel sağlık kurumlarının esnek yapıları, yeniliklere adaptasyon hızını artırırken; kamu kurumlarında bürokratik yapılar yönetimsel zorluklar yaratabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000).

2.3.5 Sonuç

Sağlık sektöründe liderlik, karar alma ve yönetimsel rollerin uyumu ve etkinliği, kurumların başarısı için vazgeçilmezdir. Geleceğin sağlık yöneticileri hem klasik yönetim bilgilerini hem de dijital dönüşüm ve kriz yönetimi becerileri-

ni harmanlamak zorundadır. Ayrıca, etik duyarlılık ve çok paydaşlı karar alma süreçleri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini garanti altına alacaktır. Etik değerler, çalışanların psikososyal ihtiyaçları ve hasta memnuniyeti; karar alma ve liderlik becerilerinin merkezinde yer almalıdır.

TEŞEKKÜR

Kitap bölümümün yazım sürecinde desteğini hiç esirgemen mesai arkadaşım Burak Tımğa'ya teşekkürlerimi sunuyorum.

KAYNAKÇA

- Akbulut, Y. (2018). Özel sağlık kuruluşlarında yönetim sistemleri. *Türkiye Sağlık Kurumları Araştırmaları*, 4(1), 33-49.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Göl, M. (2019). Sağlık işletmelerinde organizasyonel esneklik ve dijital dönüşüm. *Sağlık ve Yönetim Dergisi*, 6(2), 25-41.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Şehir hastaneleri rehberi*. <https://www.saglik.gov.tr>
- Sarı, İ., & Güneş, H. (2016). Sağlık kurumlarında organizasyonel yapılanma ve verimlilik. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 85-101.
- Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organizations*. New York: Free Press.
- Tengilimoğlu, D. (2021). *Sağlık işletmeciliği*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

3. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA STRATEJİK PLANLAMA VE PERFORMANS YÖNETİMİ

Sultan TUNÇ ATAÇ
Maltepe Üniversitesi
Sağlık Yönetimi
sultantuncatac@gmail.com

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarının temel amacı, topluma yüksek kaliteli hizmet sunarken kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlamaktır. Hızla değişen küresel sağlık ortamında, bu hedeflere ulaşmak için stratejik planlama ve performans yönetimi kritik bir rol oynamaktadır. Stratejik planlama, sağlık kurumlarının uzun vadeli vizyonlarını belirleyerek dinamik çevresel koşullara uyum sağlamalarına olanak tanır. Performans yönetimi ise bu hedeflere ulaşma sürecini ölçerek sürekli iyileştirme sağlar. Sağlık sektörünün karmaşık yapısı, yüksek maliyetler ve insan hayatını doğrudan etkileme sorumluluğu, stratejik yönetim süreçlerini daha da önemli kılmaktadır (Dinçer, 1998).

Sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirlemede ve uluslararası kıyaslamalarda kullanılan temel göstergelerden biridir. Ancak, sağlık hizmetlerinde arz, talep ve finansman arasındaki dengesizlikler, yönetim ve organizasyon süreçlerindeki aksaklıklar ile insan kaynakları yönetimi gibi alanlarda ortaya çıkan sorunlar, bazı ülkelerin dünya sıralamasında geride kalmasına neden olmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetimi, uzun vadeli temel amaçların belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesi anlamına gelir. Özellikle, hızla gelişen teknolojik yeniliklere uyum sağlama gerekliliği, sağlık kurumları için hayati bir öneme sahiptir.

Bu bağlamda, sağlık kurumlarının kalite ve verimlilik standartlarına uygun stratejiler geliştirmesi, yalnızca sürdürülebilirlik değil, aynı zamanda rekabet avantajı açısından da vazgeçilmezdir. Stratejik yönetim, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, etkinliğini ve hasta memnuniyetini artırmayı hedeflerken, aynı zamanda kurumların sınırlı kaynaklarla maksimum fayda sağlamasına olanak tanır. Bu nedenle, sağlık yöneticilerinin hem yerel hem de küresel trendleri yakından takip ederek yenilikçi ve esnek stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

Bu bölümün amacı, sağlık kurumlarının stratejik yönetim süreçlerini ve bu süreçlerin sağlık hizmetlerinin kalitesi ile toplum sağlığı üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde ele alarak çözüm önerilerini sunmaktır.

2. STRATEJİK PLANLAMANIN TEMELLERİ VE ÖNEMİ

2.1. Tanım ve İlkeler

Stratejik planlama, bir sağlık kurumunun uzun vadeli hedeflerini, önceliklerini ve kaynak dağılımını tanımlayan sistematik bir süreçtir. Bu süreç, kurumun misyonu, vizyonu ve temel değerleri doğrultusunda şekillenir ve çevresel faktörlerin analizine dayandırılmaktadır. Stratejik planlamanın temel ilkeleri şunlardır:

Geniş Kapsamlılık: Kurumun tüm faaliyetlerini ve paydaşlarını kapsar.

Uzun Vadeli Perspektif: Orta ve uzun vadeli hedeflere odaklanır.

Zorunluluk: Kurumsal sürdürülebilirlik için elzemdir.

Nesnellik: Veriye dayalı analizlerle desteklenir.

Açıklık ve Esneklik: Şeffaf ve değişen koşullara uyarlanaabilir olmalıdır.

2.2. Stratejik Planlama Sürecinin Aşamaları ve Önemi

Stratejik planlama süreci, sağlık kurumlarının mevcut durumlarını analiz ederek gelecekteki hedeflerine ulaşmalarını sağlayan bir yol haritası sunar. Günümüzde sağlık kurumları, yoğun rekabetin hâkim olduğu dinamik bir ortamda hizmet sunmakta ve bu ortamın getirdiği zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle, geçmişe kıyasla stratejik planlamaya daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Hızla değişen ve gelişen teknoloji, artan rekabet, rakiplerin çoğalması, yükselen kalite beklentileri, hasta güvenliği ve konforuna yönelik artan talepler, nitelikli sağlık personeli ihtiyacı, sağlık alanındaki yasal düzenlemeler ve

sivil toplum kuruluşlarının beklentileri gibi çeşitli zorluklarla baş edebilmek için sağlık kurumlarının kapsamlı ve sağlam bir stratejik plana sahip olmaları gerekmektedir (Tengilimoğlu, ve Akbolat, 2020). Bu bağlamda, planlama sürecinde;

Sorkin, Ferris ve Hudak (1984) tarafından tanımlanan temel aşamalar şunlardır:

1. Çevresel Değerlendirme İç ve dış çevre analizleri (SWOT, PESTLE) ile fırsat ve tehditlerin belirlenmesi.
2. Misyon ve Vizyon Belirleme: Kurumun varlık nedeni (misyon) ve gelecekteki ideal konumu (vizyon) tanımlanır.
3. Stratejik Hedeflerin Belirlenmesi: Ölçülebilir, spesifik ve ulaşılabilir hedefler oluşturulur.
4. Strateji Geliştirme ve Eylem Planları: Hedeflere ulaşmak için politikalar ve projeler tasarlanır.
5. İzleme ve Değerlendirme: Planın uygulanması düzenli olarak takip edilir ve gerektiğinde revize edilir.

2.2.1. Vizyon ve Misyon Belirleme

Misyon, sağlık kurumunun temel varlık nedenini ve hizmet sunduğu alanı ifade ederken, vizyon gelecekteki ideal durumu tanımlar. Pearce ve David (1987) tarafından önerilen misyon bileşenleri arasında müşteri/pazar, hizmet/ürün, coğrafi kapsam, teknoloji, büyüme/kârlılık, kurum felsefesi, yetkinlik, kamu imajı ve çalışanlara yönelik tutum yer alır. Vizyon ise, kurumun geleceğe yönelik hedeflerini şekillendiren, motive edici ve paydaşlar tarafından benimsenen bir rehberdir (Kantabutra & Avery, 2013).

Misyon Örneği: Hastanemizin varlık amacı, hastalara etik değerler çerçevesinde yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunarak yaşam kalitelerini artırmak ve sürdürmelerine katkıda bulunmaktır. Aynı zamanda, nitelikli istihdam sağlayarak sağlık sektörüne ve ülke ekonomisine değer katmayı hedefliyoruz.

Vizyon Örneği: Bilimsel ve teknolojik yenilikleri takip eden, hasta ve çalışan memnuniyetine odaklanan, güvenilir ve kaliteli sağlık hizmetleriyle bölgesinde öncü bir sağlık kurumu olmayı amaçlıyoruz.

Bu düzenlemeler, metni daha akıcı ve profesyonel bir tona kavuştururken, orijinal anlamı korumakta ve net bir şekilde ifade etmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım,2018).

2.2.2. Çevresel Analiz (SWOT ve PESTLE)

Sağlık kurumları, çevresel faktörlerin analizine dayalı stratejiler geliştirir. SWOT analizi, kurumun güçlü ve zayıf yönlerini (iç çevre) ile fırsat ve tehditleri (dış çevre) değerlendirir. Bir kurumun yönetim düzeyinde yapılan stratejik planlamada, varlık ve yetenekleri ile değişen çevresel faktörler arasında bir uygunluk sağlaması açısından önemli olduğu görülmektedir. Değişken bir çevre içerisinde devamlı gelişen bir kurum sürekliliğini devam ettirme hedefine ulaşabilmesi adına, sağlık kurumları, bu uyumu sağlamak zorundadır. PESTLE analizi ise politik, ekonomik, sosyal, teknolojik, yasal ve çevresel unsurları inceleyerek kurumun çevresel dinamiklere uyumunu sağlar. Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası, ulusal veya yerel düzeyde sağlık hedeflerini tanımlayan ve bu hedeflere ulaşmak için alınacak kararları, planları ve eylemleri belirten bir kapsamda değerlendirilmiştir Örneğin, Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 2008 yılında %6,08 olarak kaydedilmiştir (TÜİK, 2008), bu da ekonomik çevrenin sağlık politikaları üzerindeki etkisini göstermektedir.

2.3. Stratejik Planlamada Yaklaşım ve Kullanılan Araçlar

Stratejik planlamada yaklaşım; Stratejik planlama zaman alıcı bir süreçtir. Ortak paydaşlar ile üst yöneticiden başlayarak her kademede çalışanların katılımını gerektirir. Stratejik planlama sürecinde temel aktörlerin ve üstlenecekleri işlevlerin belirlenmesi gereklidir. Stratejik planın kim ya da hangi ekip tarafından hazırlandığı, ekibin nasıl oluşturulduğu, düzenlenen ya da katılım sağlanan eğitim faaliyetleri, yapılan işbirlikleri, verilerin toplanması, kullanılan kaynaklar anlatılarak yaklaşım sağlanmalıdır.

Sağlık kurumlarında stratejik planlama, çeşitli araçlarla desteklenir: Balanced Scorecard (Dengeli Skor Kartı): Finansal, müşteri, iç süreçler ve öğrenme-gelişim boyutlarında performansı ölçer (Kaplan & Norton, 1992). Örneğin, bir sağlık kurumunun bakanlık denetimi, performans karnesi veya kurumsal karnenin ölçümü OKR (Hedefler ve Anahtar Sonuçlar): Kurumsal hedeflerin ölçülebilir sonuçlara dönüştürülmesini sağlar. Örneğin, Hastanelerin verimliliğini artırmak için, hastanelerin yatış oranını artıracak temel hedefler ve sonuçlar belirleyerek, yatak doluluk oranını %70’ten %80’e çıkarma hedefi.

Strateji Haritaları: Kurumun hedeflerini ve iş süreçlerini görselleştirerek ekip çalışması güçlenir. Strateji haritaları kurum stratejilerini hayata geçirebilmek örgüt içinde hedeflerin tüm çalışanlar açısından anlaşılması ve iş bölümü yapabilmesi ekip ruhu oluşturulup, en alt birimden en üst yönetime kadar strate-

jilerin bir takım çalışması gerektiğini somut olarak gösterebilmek adına bir yol haritası niteliğindedir (Yıldız ve Kaptanoğlu,2019).

2.4.Stratejik Planlama Sürecindeki Yaygın Hatalar

Stratejik planlama, sağlık kurumlarının uzun vadeli hedeflerine ulaşmasında kritik bir süreçtir; ancak, bu süreçte yapılan hatalar, planın etkinliğini ve uygulanabilirliğini ciddi şekilde zayıflatabilir. İlk olarak, durum analizinin yetersiz yapılması, mevcut kapasite, finansal durum, personel profili ve hasta ihtiyaçlarının doğru değerlendirilmemesi nedeniyle gerçekçi olmayan hedeflerin belirlenmesine yol açar. Paydaşların sürece yeterince dahil edilmemesi, örneğin hekimler, hemşireler, idari personel, hastalar ve tedarikçilerin görüşlerinin alınmaması, planın sahadaki gerçek ihtiyaçları karşılamasını engeller. Gerçekçi olmayan hedefler belirlemek, kaynaklarla uyumsuz ve ulaşılması imkânsız hedefler koyulması durumunda çalışanlarda motivasyon kaybına neden olur. Ayrıca, kısa vadeli ve günlük sorunlara odaklanmak, stratejik planın uzun vadeli vizyon oluşturma amacını gölgeler ve kurumun geleceğe yönelik yol haritasını zayıflatır.

Bunun yanı sıra, ölçülebilir performans göstergelerinin (KPI) net bir şekilde tanımlanmaması, ilerlemenin takip edilememesine ve planın kağıt üzerinde kalmasına sebep olur. Üst yönetimin stratejik planlama sürecine yalnızca formalite olarak katılması, planın sahiplenilmemesine ve uygulama aşamasında direnç veya ilgisizlik doğmasına yol açar. Sağlık sektörünün dinamik yapısı göz önüne alındığında, yeni teknolojiler, mevzuat değişiklikleri veya salgınlar gibi faktörlere uyum sağlayamayan esnek olmayan planlar hızla geçerliliğini yitirir. İletişim eksikliği de önemli bir sorundur; planın tüm personele açık ve anlaşılır bir şekilde aktarılmasında, çalışanların stratejik hedeflerden habersiz kalmasına neden olur. Ayrıca, insan kaynağı, finansal kaynak ve teknolojik altyapının uyumlu bir şekilde planlanmaması, hedeflere ulaşmayı imkânsız hale getirir. Son olarak, sürekli izleme ve değerlendirme mekanizmalarının kurulmaması, planın uygulama sürecinde hataların fark edilmeden devam etmesine yol açar. Bu hataların önlenmesi, stratejik planlamanın sağlık kurumları için etkili bir yönetim aracı haline gelmesini sağlayacaktır.

3. PERFORMANS YÖNETİMİNİN ESASLARI

3.1. Tanım ve Amaç

Performans yönetimi, sağlık kurumlarının stratejik hedeflerine ulaşma düzeyini izleyen ve sürekli iyileştirme sağlayan sistematik bir süreçtir. Bu sürecin temel amaçları arasında hizmet kalitesini artırmak, hasta memnuniyetini yükseltmek, kaynak kullanımını optimize etmek ve çalışan motivasyonunu güçlendirmek yer almaktadır. Performans yönetimi, yalnızca bireysel ve kurumsal hedeflerin ölçülmesini değil, aynı zamanda bu hedeflere ulaşmak için gerekli stratejilerin geliştirilmesini ve uygulanmasını da kapsar.

Türkiye’de 2004 yılından itibaren uygulanan performansla dayalı döner sermaye sistemi, nesnel ölçütlere dayalı bir ödül mekanizması olarak öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004). Performansla dayalı ücret sistemleri, çalışanların bireysel veya kurumsal hedeflere ulaşma oranına bağlı olarak ödüllendirilmesini ve takdir edilmesini sağlayan etkili bir araçtır. Bu sistemlerde, ücretlerin bir kısmı veya sabit ücrete ek olarak verilen ödemeler, çalışanın performansına göre belirlenir. Her ne kadar bu yaklaşım tartışmalara yol açsa da, performansın ücretlere yansıtılması, çalışan motivasyonunu artırmada ve örgütsel başarıyı desteklemede önemli bir rol oynamaktadır. Yönetim bilimciler tarafından geniş çapta kabul gören bu sistem, özellikle sağlık sektöründe, hizmet kalitesini ve verimliliği artırmak için stratejik bir araç olarak değerlendirilmektedir (Özata, 2021). Performansla bağlı ödemeler, değişken yapısıyla çalışanların performans sonuçlarını doğrudan yansıtmakta ve kurumların hedeflerine ulaşma sürecinde teşvik edici bir unsur olarak işlev görmektedir.

3.2. Performans Yönetim Sistemlerinin Bileşenleri

Performans yönetimi, şu temel bileşenlerden oluşur:

Performans Göstergeleri (KPI): Klinik (mortalite oranı, enfeksiyon oranları), finansal (maliyet-etkinlik), hasta odaklı (memnuniyet oranı) ve operasyonel (yatak doluluk oranı) göstergeler.

Veri Toplama ve Analiz: Elektronik sağlık kayıtları (ESK) ve gerçek zamanlı izleme panelleri ile veri entegrasyonu sağlanır.

Geri Bildirim ve İyileştirme: Düzenli denetim ve performans toplantıları ile süreçler optimize edilir.

3.3. Teknoloji ve Veri Kullanımı

Teknolojik gelişmeler, sağlık kurumlarında performans yönetiminin verimliliğini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Elektronik sağlık kayıtları (EHR), yapay zeka destekli karar destek sistemleri ve veri görselleştirme panelleri, performansın nesnel ve güvenilir bir şekilde ölçülmesini sağlar. Bu teknolojiler, yalnızca ölçüm süreçlerini kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda hizmet kalitesini yükseltir, hasta güvenliğini artırır ve stratejik karar alma süreçlerini destekler. Örneğin, hasta akış sistemleri acil servislerdeki yoğunluğu azaltarak kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlarken, büyük veri analitiği, gelecekteki hasta ihtiyaçlarını öngörerek hedef belirleme ve stratejik planlama süreçlerine katkı sunar. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının teknoloji ve veri odaklı bir performans yönetimi yaklaşımı benimsemesi, hem operasyonel verimliliği hem de hasta memnuniyetini artırmak için kritik bir öneme sahiptir.

5. Stratejik Planlama ve Performans Yönetiminin Entegrasyonu

Stratejik planlamada Çalışanlara özgü yetkinlik ve hedeflerin belirlendiği, ölçümlendiği ve sonuçlarının iyileştirildiği bir süreçtir. Çalışanların en iyi şekilde yönetilebilmesi, objektif değerlendirilmesi ve geliştirebilmesi için kurumun hedef ve stratejileri doğrultusunda performans yönetim sisteminin hazırlanması gerekir.

Sağlık kurumlarının yol haritasını çizerken, performans yönetimi bu hedeflere ulaşma sürecini izler.

Entegrasyon şu şekilde sağlanır:

Ortak Vizyon: Stratejik hedefler, performans göstergelerine dönüştürülerek kurumsal uyum sağlanır.

Hedef Hiyerarşisi: Stratejik amaçlar, taktik ve operasyonel hedeflere indirgenir.

İzleme ve Değerlendirme: Performans sonuçları, stratejik planın revizyonuna girdi sağlar.

Paydaş Katılımı: Sağlık çalışanları, yöneticiler, hastalar ve kamu otoriteleri sürece dahil edilmeli. Performans sonuçları şeffaf bir şekilde paylaşılmalı, böylece kurumsal sahiplenme artar.

Dijital Entegrasyon; Sağlık bilgi sistemleri (HIS, e-nabız, kalite yönetim yazılımları) stratejik planlama ve performans ölçümünü tek platformda birleştirmektedir.

Geri Bildirim ve Sürekli İyileştirme; Ölçülen performans sonuçları, stratejik planın revizyonuna girdi sağlamalıdır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında stratejik planlama ve performans yönetiminin etkinliğini artırmak için öneriler, üç ana başlık altında toplanabilir; yönetim ve organizasyon, teknoloji ve dijitalleşme ve hasta merkezli yaklaşımlar ile sürdürülebilirlik. Bu öneriler, sağlık kurumlarının değişen ihtiyaçlara uyum sağlamasını ve uzun vadeli başarıyı desteklemesini amaçlamaktadır. Bu alanlarda yenilikçi çözümler geliştirerek sağlık sistemlerinin verimliliğini ve kalitesini artırmaya odaklanılmalıdır.

Sağlık kurumlarının stratejik planlama ve performans yönetimi süreçlerini güçlendirmek için yönetim ve organizasyon alanında yenilikçi yaklaşımlar benimsenmelidir. İlk olarak, kurumsal kültür, stratejik hedeflerle uyumlu hale getirilmelidir. Bu, tüm çalışanların ortak bir vizyon etrafında birleşmesini sağlar ve stratejik planların uygulanabilirliğini artırır. İkinci olarak, paydaş katılımı güçlendirilmelidir; hekimler, hemşireler, idari personel ve hastalar gibi tüm ilgili tarafların planlama sürecine aktif olarak dahil edilmesi, sahadaki ihtiyaçların daha iyi anlaşılmasını sağlar. Ayrıca, liderlik eğitimleri ve değişim yönetimi programları, üst yönetimin stratejik planları sahiplenmesini ve çalışanların motivasyonunu artırmayı hedeflemelidir. Sağlık kurumlarında liderlik modellerinin stratejik planlama üzerindeki etkisini ve kurumsal kültürün performans yönetimine katkısını inceleyenebilir. Örneğin, transformasyonel liderlik yaklaşımının sağlık kurumlarında nasıl uygulanabileceği ve bunun çalışan bağlılığına etkisi araştırılabilir.

Sağlık kurumlarında teknoloji ve dijitalleşme, stratejik planlama ve performans yönetiminin temel taşlarından biri haline gelmiştir. Elektronik sağlık kayıtları (ESK), yapay zeka destekli karar destek sistemleri ve büyük veri analitiği, hem stratejik hedeflerin belirlenmesinde hem de performans ölçümünde kritik bir rol oynar. Sağlık kurumları, tele-tıp ve giyilebilir teknolojiler gibi yenilikçi çözümleri entegre ederek hasta bakım süreçlerini optimize edebilir. Örneğin, yapay zeka tabanlı tahmin modelleri, hasta akışını yönetmek ve kaynak tahsisini iyileştirmek için kullanılabilir. Ayrıca, sağlık bilgi sistemlerinin (HIS) entegrasyonu, stratejik planlama ve performans yönetimini tek bir platformda birleştirerek veri odaklı karar alma süreçlerini güçlendirebilir. Gelecekteki araştırmalar, yapay zekanın sağlık hizmetlerindeki etik boyutlarını, büyük veri analitiğinin

hasta sonuçlarına etkisini ve dijital dönüşümün sağlık kurumlarının operasyonel verimliliğine katkısını incelemelidir. Özellikle, dijital sağlık teknolojilerinin düşük kaynaklı ortamlardaki uygulanabilirliği üzerine çalışmalar yapılabilir.

Sağlık kurumlarının stratejik planlama ve performans yönetiminde hasta merkezli yaklaşımlar önceliklendirilmelidir. Hasta memnuniyetini ve deneyimini merkeze alan modeller, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken hasta güvenliğini de güçlendirir. Örneğin, hasta geri bildirim sistemlerinin düzenli olarak kullanılması ve hasta odaklı performans göstergelerinin (KPI) geliştirilmesi, hizmet süreçlerini iyileştirebilir. Bunun yanı sıra, sürdürülebilirlik ve kurumsal sosyal sorumluluk, sağlık kurumlarının stratejik planlarında önemli bir yer tutmalıdır. Çevre dostu uygulamalar, enerji verimliliği ve atık yönetimi gibi konular, sağlık kurumlarının çevresel etkilerini azaltarak topluma katkı sağlamasını destekler. Kriz ve afet yönetimi de sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırmak için kritik bir alandır; pandemi ve doğal afetlere karşı esnek planlar geliştirilmelidir.

Hasta merkezli bakım modellerinin uzun vadeli etkilerini, sürdürülebilir sağlık sistemlerinin ekonomik ve sosyal getirilerini ve kriz yönetiminde yenilikçi yaklaşımların etkinliğini ele alabilir. Ayrıca, sağlık politikaları ve finansman modellerinin, hasta merkezli ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerini desteklemek için nasıl optimize edilebileceği araştırılmalıdır.

Sonuç olarak, sağlık kurumlarında stratejik planlama ve performans yönetiminin etkinliğini artırmak, yönetim ve organizasyon, teknoloji ve dijitalleşme, hasta merkezli yaklaşımlar ve sürdürülebilirlik alanlarında bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Kurumsal kültürün güçlendirilmesi, paydaş katılımının artırılması, dijital teknolojilerin etkin kullanımı ve hasta odaklı modellerin benimsenmesi, sağlık sistemlerinin verimliliğini ve kalitesini artıracaktır. Sürdürülebilirlik ve kriz yönetimi gibi konular, sağlık kurumlarının uzun vadeli başarılarını desteklerken, topluma ve çevreye olan sorumluluklarını da yerine getirmelerini sağlayacaktır. Bu alanlarda yenilikçi çözümler geliştirerek sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, etkili ve sürdürülebilir hale getirilmesine katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Dinçer, Ö. (1998). "Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası". İstanbul: Beta Basım.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. "Harvard Business Review", 70(1), 71-79.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özata, M. (2021). *Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta güvenliği*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Pearce, J. A., & David, F. (1987). Corporate Mission Statements: The Bottom Line. "Academy of Management Perspectives", 1(2), 109-116.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). "Sağlıkta Dönüşüm Programı". Ankara.
- Sorkin, Donna L., Nancy B. Ferris & James Hudak (1984), Strategies for Cities and Counties: A Strategic Planning Guide, (Washington: Public Technology Ins.).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2020). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tosun, İ. (2025). Stratejik Yönetimin Kamuda Uygulanabilirliği Üzerine. *Memleket Siyaset Yönetim*, 20(44), 99-124. <https://doi.org/10.56524/msydergi.1476982>
- TUİK. (2008). "Sağlık Harcamaları İstatistikleri".
- Yıldız, M. S., & Kaptanoğlu, A. Y. (2019). *Sağlık yönetiminde stratejik planlama ve performans yönetimi*. İstanbul: Der Yayınları.

4. BÖLÜM**DİJİTAL SAĞLIK ve BİLGİ SİSTEMLERİ****Dr. Öğr. Üyesi Selden ÇEPNİ***Işık Üniversitesi**Mühendislik Fakültesi*

selden.cepni@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-8039-4147>**GİRİŞ**

Teknoloji ve veri küresel günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Ülkeler, daha fazla, daha iyi ve kesintisiz hizmetleri tüm insanlara uygun formlarda sunma konusunda artan taleplerle karşı karşıya kaldıkça, veri ve teknoloji çok önemli bir unsur haline gelmiştir. Dijitalleşmenin küresel yayılımı bankacılıktan medyaya, ulaşımdan sağlığa kadar çeşitli sektörlerde giderek daha fazla artmaktadır. Bu dijital dönüşüm, akıllı telefon kullanımının artması, daha iyi bağlanabilirlik ve daha genç, teknoloji meraklısı bir nüfus tarafından desteklenmektedir (WHO, 2025). 2021 yılı itibarıyla mobil geniş bant kapsama alanı dünya nüfusunun %95'ine ulaşmıştır (ITU, 2021). Bu eğilimler doğrultusunda, 2010'ların başından bu yana dünya genelinde 120'den fazla ülke ulusal bir E-Sağlık stratejisi geliştirmiştir (WHO, 2021).

Geçtiğimiz yüzyılda dijital sağlığın belirginleşmesinin, üç nedenin ortaya çıkmasıyla doruğa ulaşmıştır: (1) yeni teknolojilerin gelişimi ve ayrıca akıllı, giyilebilir ve yaygın teknolojilere yönelik eğilimler; (2) sağlık hizmetlerinin yaşlanan nüfusun taleplerini karşılamak için yeni yaklaşımlar bulma ihtiyacı ve güçlendirilmiş hastanın rolü; (3) sağlık hizmeti sunum modellerinin hasta merkezli bakıma ve hasta liderliğindeki bakıma doğru kayması. Bu üç nokta, Dijital sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında çok önemli bir rol oynayan unsurlardaki artışı yönlendirmiş ve motive etmiştir (Powell & Arvanitis, 2015).

Dijital teknoloji sağlık sistemlerini güçlendirebilmekte, sağlık finansmanını ve halk sağlığını iyileştirebilmekte ve yetersiz hizmet alan nüfuslara erişimi artırmaktadır. Yapay zekâ gibi yeniliklerin potansiyeli ve tehlikeleriyle birlikte, sağlık ve sağlık hizmetlerinin geleceğinin teknolojiye gömülü ve veri bağlantılı olması beklenmektedir. Bu bölüm, güncel olarak kullanılan dijital sağlık ve bilgi sistemleri uygulamalarına yer verirken aynı zamanda da konu ile ilgili zorluklar, yönetmelikler ve gelecek uygulamalarını da yer vermektedir.

1. HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMLERİ

Günümüzde hastane ve klinik bilgi sistemleri, hasta bakımında karar verme ve destek süreçlerinde kritik bir rol üstlenmektedir. Bu sistemler, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkabilecek hataları önlemeye yardımcı olurken, çalışma sürecinde biriken işlemler ile planlanan görevlerin hızlı ve verimli bir şekilde tamamlanmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda temel amaç, sağlık yönetiminde genel işleyişin etkinliğini ve verimliliğini artırmaktır. Elektronik ortamda ve kağıtsız bir şekilde toplanan veriler, sağlık bilgi sistemlerine kolayca aktarılabilen ve işlenebilmektedir (Yelmen, 2016).

Dijital sağlık bilgi sistemleri, sağlık kuruluşlarında yer alan çeşitli tıbbi cihazlardan algılayıcılar (sensörler) ve ağlar aracılığıyla veri toplayarak bu verilerin çevrimiçi olarak iletilmesini mümkün kılan entegre bir yapıyı ifade eder (TCSB, 2018). Bu kapsamda Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) ve Klinik Bilgi Sistemleri, farklı işlev ve kullanım alanlarına göre alt başlıklar halinde sınıflandırılmaktadır.

1.1. HBYS'nin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

HBYS içerisinde laboratuvar, radyoloji gibi tetkik birimlerinde gerçekleştirilen tüm operasyonlardan, ameliyathane, hastane eczanesi, sicil veya insan kaynakları birimlerine varıncaya kadar farklı uzmanlıklar üzerine çalışan birçok yazılımın bir araya gelerek oluşturduğu yazılım grubu demek olduğu bilinmelidir. Hastane bilgi yönetim sistemlerinde gerçekleştirilen tetkik operasyonlarında, cerrahi operasyonlarda, izleme ve dinleme operasyonlarında kullanılan tıbbi cihazlar ile bütünleşik olarak yani tıbbi standart dil formatında da haberleşerek bilgi alışverişinde bulunabilmektedir. Örneğin, Tıbbi Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS) yapılarında mamografi, Manyetik Rezonans (MR), tomografi gibi cihazlardan görüntü alıp bunları birlikte çalıştığı diğer programlara

verebilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Hastaneler, bilgi üretimi ve bilgi akışının çok hızlı ve kesintisiz olmasını sağlamalıdır. Bilgi, hastanenin her işlevi tarafından kullanılmaktadır. Başlangıçta sadece depolanan ve ihtiyaç halinde kullanılan bilgiler, günümüzde yönetilen ve yönlendirilen bir forma dönüşmüştür. Sağlık hizmeti sunum sürecinde, hizmet öncesinde ve sonrasında ortaya çıkan bilgi; önemli bir araç, kaynak ve değerdir. Sağlık bilişiminin çerçevesi, bilgilerin elde edilmesi, işlenmesi, depolanması ve aktarılması ile oluşmaktadır. Sağlık bilgi sisteminin temel dört temel işlevi bulunmaktadır: veri üretimi, derleme, analiz ve sentez, iletişim ve kullanımı şeklindedir (Shortliffe ve Cimino, 2014).

Sağlık bilişiminin tarihi yaklaşık 100 yıl öncesine uzanmaktadır. II. Dünya Savaşı sonrası dönemde, bazı hekimler ve araştırmacılar bilgisayarların tıbbi hastalıkların teşhisinde nasıl kullanılabileceğini incelemeye başlamıştı. Mantık ve olasılık temelli yaklaşımları kullanarak biyoloji ve tıpta belirli sağlık sorunlarını çözmeye çalışmışlardı. Sağlık kayıtlarının eksiksiz ve doğru tutulmasının, hastaların daha iyi tedavi edilmesini sağladığı fark edilince dokümantasyon yaygınlaşmıştı. Kısa sürede sağlık kayıtları, hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından kritik görülmeye başlanmıştı (Haux, 2006).

1920'lerden itibaren kâğıt tıbbi kayıtlar tutulmaya devam etmiş ancak 1960'lar ve 1970'lerde gelişen teknoloji yeni sistemlerin başlangıcını getirmişti. 1960'ların başlarında, tıbbi karar verme sürecini modellemek için istatistiksel yaklaşımlar geliştirilmiş bunun hataları azaltma gibi önemli faydaları olacağı düşünülmüştü. Ancak bilgisayar teknolojisi henüz bireysel klinisyenler ve hastaneler için bu analizleri yapacak kadar gelişmemiş idi.

Hastane Bilgi Sistemlerinin gelişim dönemleri kronolojik olarak aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir,

- 1. 1950-1975: “Yeniden Düzenleme ve Yönlendirme” Dönemi:** Sağlıkta bilgi teknolojilerinin ilk uygulamaları, küçük ve izole araştırma gruplarında veri tabanı, modelleme ve biyolojik süreç simülasyonları, analog bilgisayar kullanımı (Haux, 2006).
- 2. 1975-1990: “Çocukluk ve Gençlik” Dönemi:** Bilgisayar uygulamalarının sağlıkta kaçınılmaz olduğu kabul edildi, elektronik sağlık kaydı (ESK) kavramı ortaya çıktı, klinik ve hastane bilgi sistemleri gelişti, veri güvenliği ön plana çıktı (Shortliffe & Cimino, 2014).
- 3. 1990-2000: “Konsolidasyon” Dönemi:** Bilgisayarın tıp dünyasında temel araç olarak görülmesi, tıp fakültelerinde ve sağlık bilişimi okullarında ders olarak okutulması, ulusal sağlık bilişimi stratejilerinin geliştirilmesi.

4. **2000-2010: Yeni Binyılın Başlangıcı:** Elektronik sağlık kayıtları ve dijital sağlık teknolojilerine ilgi arttı, hasta dosyaları sadece dijitalleştirilmekle kalmadı, karar destek sistemleri de geliştirilmeye başlandı (WHO, 2022).
5. **2010 – Günümüz:** Akıllı veri analitiği, veri madenciliği ve makine öğrenmesi algoritmalarının klinik ve idari kararlara entegre edilmesi, elektronik sağlık kayıtlarına yapay zekâ destekli tahmin algoritmalarının eklenmesi, hasta bakımında kişiselleştirilmiş ve kanıta dayalı yaklaşımlar (Hersh, 2022).

1.2. HBYS'nin Bileşenleri

HBYS, hastanedeki klinik, idari ve lojistik süreçleri tek bir platformda bütünleştiren modüler bir bilgi altyapısıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Hasta kayıt-kabul, poliklinik/klinik yönetimi, laboratuvar bilgi sistemi (LIS), görüntüleme ve arşiv bilgi sistemi, eczane ve ameliyathane gibi klinik modüllerin yanı sıra yatak/servis, acil, randevu, finans-faturalama, stok ve biyomedikal envanter gibi destek modüllerini içermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Entegrasyon katmanı; kurum içi sistemleri ve ulusal platformları (e-Nabız, Medula vb.) HL7/FHIR (Health Level 7), IHE ve DICOM standartları üzerinden birbirine bağlayarak birlikte çalışabilirliği sağlamaktadır (HL7 International, n.d.). Bilgi güvenliği ve yetkilendirme (kimlik yönetimi, loglama, maskeleyme, anonimleştirme) ISO 27799 başta olmak üzere ilgili düzenlemelerle uyumlu yürütülür (ISO, 2016). İstatistik/raporlama ve klinik karar destek modülleri, veri kalitesi ve zamanlılık ilkelerine dayalı göstergelerle yönetime ve klinisyenlere karar desteği sunar (WHO, 2008).

HBYS'nin temel bileşenleri 10 ana başlıkta yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018), (Nema, 2025).

1. Hasta Kayıt ve Kabul Modülü: Hastanın ilk başvurusundan itibaren kimlik, iletişim, sigorta bilgileri kaydedilir, poliklinik veya servis yatış işlemleri yapılır, entegrasyonları merkezi hekim randevu sistemleri (MHRS) randevu/iş listesi, e-Nabız özetleri, Medula hak sahipliği/doğrulama.
2. Poliklinik ve Klinik Yönetim Modülü: Muayene bilgileri, tanımlar, tetkik istemleri ve tedavi planları kaydedilir, klinik süreçler elektronik ortamda izlenmektedir.
3. Laboratuvar Bilgi Sistemi (LIS): Tetkik istemi, numune kabul, analiz, sonuç raporlama süreçlerini yönetir, HBYS ile entegre çalışarak sonuçların hekime hızlı ulaşmasını sağlamaktadır.

4. Radyoloji Bilgi Sistemi (RIS) ve PACS: Görüntüleme istemleri, raporlama ve arşivleme süreçlerini yürütür, PACS (Picture Archiving and Communication System) ile dijital görüntülerin saklanması ve paylaşımı sağlamaktadır.
5. Eczane ve İlaç Yönetim Modülü: İlaç stok takibi, ilaç istemleri ve ilaç dağıtım süreçlerini yönetir, ilaç kullanım güvenliği için etkileşim ve doz kontrol sistemleri entegre edilebilmektedir.
6. Ameliyathane Yönetim Modülü: Ameliyat planlama, malzeme takibi, ameliyat raporlama süreçlerini yönetmektedir.
7. Yatak ve Servis Yönetimi: Yatak doluluk oranları, yatak değişim ve taburcu süreçlerinin yönetmektedir.
8. Finans ve Faturalama Modülü: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sigorta veya hasta ödeme süreçlerinin yönetimi, hizmet kodlamaları ve fatura hazırlamaktadır.
9. İstatistik ve Raporlama Modülü: Karar destek için yönetim raporları üretir, Sağlık Bakanlığı ve diğer kurumlara veri gönderimi yapmaktadır.
10. Entegrasyon Bileşenleri: MHRS entegrasyonu, e-Nabız veri gönderimi ve Elektronik Faturalama Süreci (Medula) ve diğer sağlık otoritesi sistemleri ile veri paylaşmaktadır.

1.3. HBYS'nin Sağlık Hizmetlerine Etkileri

HBYS, klinik ve idari süreçleri tek bir dijital omurga üzerinde bütünleştirmiştir. Hasta güvenliği, bakım kalitesi ve kurumsal verimliliği artırmayı; eşzamanlı olarak verinin üretilmesi, derlenmesi, analiz edilmesi ve kullanılmasını standartlaştırmayı amaçlayan temel bir sağlık bilişimi altyapısına sahiptir (WHO, 2008). HBYS'nin sağlık hizmetlerine olan etkisini 4 temel başlıkta incelenebilmektedir.

1.3.1. Hasta güvenliği ve klinik kalite

HBYS içinde çalışan bilgisayarlı hekim istemi (CPOE) ve e-reçete süreçleri, ilaç yazım hatalarını ve önlenemez advers ilaç olaylarını anlamlı ölçüde azaltmıştır. Hastane ortamlarında CPOE uygulanınca %50'nin üzerinde yazım hatalarından kaynaklı sorunlarda düşüş raporlanmıştır (Nuckols ve ark., 2014). Uygun kurulum yapılan HBYS sistemleri zaman verimliliğini ve kılavuzlara uyumu artırarak bakım kalitesini iyileştirmektedir (Campanella ve ark., 2016).

1.3.2. Hizmet verimliliği ve iş akışı

Görüntüleme tarafında PACS devreye alındığında rapor dönüş süresi belirgin bir şekilde kısalmaktadır; bir çalışmada radyografide rapor dönüş süresi %45 azalmıştır HBYS'nin zaman verimliliğine etkisi bağlama ve tasarıma duyarlıdır. Bazı ortamlarda dokümantasyon süresi artabilirken genel iletişim ve koordinasyon iyileşebilmektedir (Lepanto ve ark., 2006).

1.3.3. Veri kalitesi, raporlama ve yönetim

HBYS; verinin üretimi, derlenmesi, analiz/sentezi ve iletişim/kullanım işlevlerini güçlendirerek karar verme için zamanlı ve güvenilir bilgi üretmektedir (WHO, 2010). HBYS verilerinin kalitesini izlemek için geliştirilen güncel yöntem ve araçlar, klinik ve yönetsel raporlamanın doğruluğunu artırmayı hedeflemektedir (Lewis ve ark., 2023).

1.3.4. Hasta katılımı ve deneyimi

Hasta portalları/e-Nabız benzeri erişim; bazı çalışmalarda ilaç uyumu, önleyici hizmet kullanımı ve bazı klinik sonuçlarda iyileşme ile ilişkilendirilmiştir (Carini ve ark., 2021). Hastaların kendi verilerine erişimi; bakımın kalitesini ve güvenliğini iyileştirebilir, hastanın öz-yönetim ve iletişim kapasitesini artırmaktadır.

1.4. HBYS Entegrasyon Zorlukları

HBYS'lerle ilgili yaşanan sorunlar tedarik ve idame sürecinde yaşanan ve hastane içi yaşanan sorunlar olarak iki bölümde incelenmektedir (Serbest, 2024).

1.4.1. Tedarik ve idame süreci

Sağlık Bakanlığı, hastane bilgi sistemleri (HBS) konusunda sağlayıcı değil, standart belirleyici ve denetleyici bir rol üstlenmektedir. Ancak özellikle küçük ölçekli hastaneler, yazılım tedariki ve sürdürülebilirliği aşamasında ciddi sorunlar yaşamaktadır. Tek kaynaktan alınan yazılımların tüm hastanelerin farklı ihtiyaçlarını karşılaması zordur ve süreç yönetimi ağır işlemektedir (Tezcan, 2009). İhale süreçleri 4734 ve 4735 sayılı kanunlar ile Kamu-Özel İş Birliği mevzuatına göre yürütülmekte olup, teknik personel yetersizliği nedeniyle ihale dosyalarının hazırlanması ve yönetiminde sıkça hatalar yapılmakta, bazı ihaleler iptal edilmektedir. Ayrıca bakım, destek, eğitim ve güncelleme gibi hizmetlerin

hangi yasal çerçevede yürütüleceği ve maliyet hesaplamaları belirsizlik yaratmaktadır. Tıbbi cihaz entegrasyonu, özellikle yazılım firmalarının yüksek ücret talepleri nedeniyle önemli bir problem alanıdır. Sistem değişikliklerinde veri aktarımı 2010/61 sayılı Genelge ile düzenlenmiş olsa da uygulamada sorunlar yaşanabilmektedir. Diğer taraftan, sağlık çalışanlarının bilgisayar ve tıp bilişimi konusunda sınırlı bilgiye sahip olması veri girişinde güçlükler yaratmaktadır. Bu nedenle, bilgisayar ve tıp bilişimi derslerinin sağlık eğitiminde daha etkin verilmesi, dijital sistemlerin başarısı için kritik bir gerekliliktir (Tezcan, 2009; Erdem, 2006).

1.4.2. Hastane bilgi sistemlerinin hastane içi işleyişi

Hastanelerde dijital sistemlerin sürdürülebilirliği birçok yapısal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Veri giriş elemanlarının istihdamında yetersizlikler, sık yazılım değişiklik talepleri ve donanım karmaşası hastanelerin verimliliğini azaltmaktadır. Az bozulan, düşük enerji tüketen ve veri güvenliğini sağlayan donanımların tercih edilmesi, sürdürülebilir bir dijital altyapı için kritik öneme sahiptir. Ara eleman eksikliği, sağlık çalışanları ile bilgi işlem personeli arasındaki iletişim kopukluklarını artırmakta ve iş süreçlerinde hatalara yol açmaktadır. Ayrıca, hastanelerde yerleşik operasyonel elemanların özlük haklarında yaşanan sorunlar, yazılım firmalarının merkezdeki çalışanlarına kıyasla düşük ücret politikalarıyla birleşerek motivasyonu olumsuz etkilemektedir. Hekimler, yoğun hasta yüküne ek olarak HBS'ne veri girişi yapmaktan kaçınmakta ve bu durum kullanım isteksizliğine yol açmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin teknolojiye adaptasyonunu artıracak eğitim programları ve motivasyon stratejileri uygulanmalıdır. Yazılım firmalarının kullanıcı dostu, estetik ve özgün yazılımlar geliştirmemesi, eksik kullanım kılavuzları ve sık güncellemeler, hastanelerde verimliliği düşürmektedir. Ayrıca, tek bir firmanın çok sayıda hastaneye hizmet vermesi, hastanelerin özelleştirilmiş taleplerine hızlı ve etkin cevap verilmesini zorlaştırmaktadır. Tüm bu sorunların çözümü için disiplinler arası iş birliğinin güçlendirilmesi, hizmet kapsamının sınırlandırılması ve standartlaştırılmış, kullanıcı odaklı yazılım geliştirme süreçlerinin desteklenmesi gerekmektedir (Tezcan, 2009; Erdem, 2006).

1.5. Türkiye'de HBYS Uygulamaları

2000'li yılların başında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 655 hastanenin yalnızca 72'sinde, temel olarak hasta kayıt ve faturalama işlemlerini gerçekleştiren bilgi

sistemleri bulunmaktaydı. Günümüzde ise Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerin neredeyse tamamı bu fonksiyonlara sahip bilgi sistemleri kullanmaktadır. 2003 yılında, Bakanlık tedarikçi rolünden çekilerek standart belirleyici, denetleyici ve izleyici bir konuma geçme kararı almış, bu doğrultuda hastanelerin bilgi sistemi ihtiyaçlarını özel sektörden karşılamasının önü açılmıştır. Bu politika değişikliği sonucunda, hastane bilgi sistemi (HBS) tedarik sürecinde önemli bir artış yaşanmıştır. Ayrıca, hastanelerde ve sayısı her geçen gün artan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde (ADSM), yalnızca faturalama odaklı bilgi sistemlerinden, hasta ve vatandaş odaklı sistemlere doğru hızlı bir dönüşüm gerçekleşmektedir. Bu dönüşümle birlikte, hastanelerde kullanılan yazılımların hem kurum içi sistemlerle (örneğin tıbbi cihazlar, erken uyarı sistemleri, e-randevu uygulamaları) hem de kurum dışı platformlarla (MEDULA, Kimlik Paylaşım Sistemi [KPS], Sağlık-NET, Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi [MKYS] vb.) entegre edilmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Türkiye’de HBS’lerin geçmişi oldukça yeni olmasına rağmen, günümüzde kamu hastanelerinin tamamı bu sistemleri kullanma konusunda deneyim kazanmış durumdadır. 1990’lı yıllarda kamu hastanelerinde ilk örnekleri görülen HBS yazılımları, başlangıçta özel sektör tarafından geliştirilmiş, bir dönem ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan farklı çözüm odaklı yazılım destekleriyle uygulanmıştır. Bu süreçte, Bakanlık tarafından belirlenmiş bir standart bulunmadığından, her sağlık kuruluşu kendi bilgi sistemini geliştirme yoluna gitmiştir (Köse, 2010). İlk kurulan sistemler çoğunlukla muhasebe, arşiv, demirbaş ve sarf malzemeleri takibi gibi yönetsel işlemlere yöneliktir. Bu yazılımlar, aslında hizmet işletmeleri için hazırlanmış programların, hastanelere özgü kodlamalarla uyarlanmış versiyonlarıydı. Sistemler lokal olarak kurulmuş ve birbirleriyle herhangi bir entegrasyona sahip olmamışlardır. Diğer işlemler ise manuel olarak yürütülmeye devam etmiştir. Bununla birlikte, bu bağımsız sistemlerin ürettiği raporlar, uygulama alanlarında faaliyetlerin yürütülmesine önemli katkılar sağlamıştır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ve VERİ GÜVENLİĞİ YÖNETİMİ

Sağlık hizmetlerinde bilgi ve veri güvenliği yönetimi, hasta mahremiyetini korumak ve sağlık sistemlerinin güvenilirliğini sağlamak için kritik bir süreçtir. Bu yönetim, hassas sağlık verilerinin yetkisiz erişim, kayıp ve kötüye kullanıma karşı korunmasını sağlayarak, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunmaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetimi

Sağlık kurumlarında bilgi yönetimi hem sağlık hizmetlerinde hem de sağlık yönetiminde doğrudan kullanılmaktadır. Sağlık sisteminde, sunulan hizmetin özellikleri ve kullanıcıların profilleri sürekli değişim göstermektedir. Bilgisayara aktarılmış hasta kayıtları sağlık bakım hizmeti sunan hekim, hemşire, tıbbi sekreter, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı vb. pek çok meslek grubu tarafından kullanıldığı, veri girildiği gibi hasta ile ilgili tüm bilgilerin de paylaşılmasını sağlamaktadır. Sağlık çalışanları, depolanmış bilgiler sayesinde, hastalıkların nedenleri, en iyi tedavi yöntemi, ortaya çıkan yeni vakalar, hastalık grupları hakkında ayrıntılı bilgi elde etmekte ve bu bilgileri araştırmalarında ya da hizmet sunumlarında kullanabilmektedir. Ayrıca hastalara ait bilgilerin uzun süre saklanabilmesi, verilerin farklı açılardan analiz edilmesi, geleceğe ait risklerin belirlenmesi, maliyet harcamalarını hesaplama, hizmet sonuçlarına dayalı karar verme gibi yararlar sağlamaktadır (Ay, 2008).

2.1.1. Klinik bilgi sistemleri

Hastanın tanı, tedavi süreçlerinde kullanılan bilgi sistemlerinin bütünü oluşturur. Bu sistemlerin hastanın bakımını desteklemek için tasarlanmış ve bilgilerin oluşturulması, depolanması ve yeniden kullanılmasını sağlamaktadır. Hekimlerin Klinik kararlarının hızlı, kolay ve doğru şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır (Akalin, 2020).

2.1.2. Yönetim bilgi sistemleri

Yöneticilere, bilgi sistemleri karar alırken özet ve özet bilgileri sunarak, yönetim süreçlerinde aktif rol oynamaktadırlar. Muhasebe ve finansal yönetim sistemleri sağlık kurumlarında mali işlerde veri akışını sağlamak amacıyla ilk olarak kullanılmıştır. Poliklinikler için hasta atama, yatan hastalar için yatak rezervasyonu gibi programlama sistemlerinden yararlanılmaktadır. Bunun dışında satın alma, stok denetimi, malzeme ihtiyaç listelerinin oluşturulması ve karşılanması ile ilgili malzeme yönetim sistemleri kullanılmaktadır (Akalin, 2020).

2.1.3. Stratejik karar destek sistemleri

Sağlık hizmetlerinde stratejik karar destek sistemleri, yöneticilerin ve sağlık profesyonellerinin daha bilinçli, veriye dayalı ve etkili kararlar almasına yardımcı olan teknoloji tabanlı araçlardır. Bu sistemler, büyük miktardaki veriyi (elektronik hasta kayıtları, finansal bilgiler, operasyonel veriler gibi) analiz ederek anlamlı içgörüler sunar. Bu sayede, sağlık kurumlarının hem operasyonel

verimliliğini artırmasına hem de daha nitelikli hasta hizmeti sunmasına katkıda bulunmaktadır. Bu sistemler karar alma süreçlerini yardım eden, modelleyen, sürecin aşamalarını destekleyen, birden fazla bağımlı ya da bağımsız kararlar için destek sağlayan esnek uygulamalar olarak yer almaktadır (Akalın, 2020).

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Yönetim Uygulamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde bilgi yönetimi uygulamaları, hasta verilerinin yönetiminden operasyonel süreçlerin optimizasyonuna kadar geniş bir yelpazede hem hizmet kalitesini hem de verimliliği artırmak amacıyla stratejik bir önem taşımaktadır. Ülkemizde yapılan uygulamaların önde gelenleri aşağıda genel açıklamaları ile yer verilmiştir.

2.2.1. Türkiye sağlık bilgi sistemi

Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS), sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesini, verimliliğini ve kalitesini artırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve bütünleşmiş bir yapıyı hedefleyen sistemler bütünüdür. Bu sistem, tek bir yazılım veya uygulama olmaktan ziyade, farklı bileşenleri ve alt sistemleri bir araya getiren kapsamlı bir bilgi altyapısıdır.

2.2.1.1. E-Nabız

Türkiye’deki her bireyin sağlık verilerine erişimini sağlayan kişisel bir elektronik sağlık kaydı sistemidir. Vatandaşlar, E-Nabız üzerinden laboratuvar sonuçlarına, reçetelerine, hastane raporlarına ve randevularına ulaşabilir, sağlık geçmişlerini takip edebilmektedirler.

2.2.1.2. Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS): Hastanelerin iç işleyişini yöneten yazılımlardır. Hasta kabulden randevu yönetimine, ameliyathane planlamasından faturalandırmaya kadar tüm operasyonel süreçleri dijitalleştirmektedir.

2.2.1.3. E-Reçete ve İlaç Takip Sistemi (İTS): Hekimlerin dijital ortamda reçete yazmasını ve ilaçların üretimden hastaya ulaşana kadar her aşamada takip edilmesini sağlayan sistemlerdir. Bu sayede ilaç sahteciliği ve suiistimali önlenir, güvenli bir ilaç dağıtımı sağlanmaktadır.

2.2.1.4. Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Vatandaşların kamu

hastanelerinden ve aile hekimlerinden telefon veya internet üzerinden kolayca randevu almasını sağlayan merkezi bir sistemdir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.).

2.2.2. E-Sağlık Teletıp Uygulamaları

Türkiye’de teletıp uygulamaları, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, sağlıkta verimliliği artırmak ve özellikle coğrafi engelleri aşmak amacıyla giderek yaygınlaşan bir alandır. Bu sistemler, sağlık profesyonelleri ile hastaları fiziksel olarak aynı ortamda bulunmadan sanal kanallar aracılığıyla bir araya getirmektedir.

2.2.2.1. Telekonsültasyon (Uzaktan Danışmanlık): Bu, en yaygın teletıp uygulamasıdır. Hekimler, hastalarla görüntülü veya sesli görüşmeler yaparak şikayetlerini dinler, mevcut raporlarını değerlendirir ve bir ön tanı koyabilir veya mevcut tedaviyi düzenleyebilmektedir. Bu yöntem özellikle kontrol muayeneleleri, kronik hastalık takibi ve ikinci görüş alma durumlarında sıkça kullanılmaktadır.

2.2.2.2. Teletıp (Uzaktan Muayene): Bazı durumlarda hastanın evdeki kan basıncı, kalp ritmi gibi verilerinin uzaktan takip edilerek hekime iletilmesini içermektedir. Bu, özellikle evde bakım gerektiren veya sürekli izlenmesi gereken hastalar için büyük kolaylık sağlamaktadır.

2.2.2.3. Uzaktan Eğitim ve Tele-Eğitim: Sağlık profesyonellerinin uzaktan seminerlere, konferanslara ve eğitim programlarına katılmasına olanak tanımaktadır. Bu sayede, hekimler ve sağlık çalışanları en güncel bilgilere ulaşabilir, tecrübe paylaşımı yapabilmektedirler (Gök, 2021).

2.2.3. E- sağlık kayıt sistemleri

Elektronik sağlık kayıt sistemleri, bilinen adıyla EKS (Elektronik Kayıt Sistemi), hastaların sağlıkla ilgili tüm verilerinin dijital ortamda saklandığı, yönetildiği ve paylaşıldığı bir bilişim altyapısıdır. Bu sistemler, kağıt tabanlı hasta dosyalarının yerini alarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini ve güvenliğini artırmayı hedeflemektedir. EKS, sadece bir veri depolama aracı olmaktan öte, klinik kararların desteklenmesi, hasta takibinin kolaylaştırılması ve sağlık kurumları arasında bilgi akışının sağlanması gibi birçok fonksiyonu barındırır.

EKS, hastaneler, klinikler, laboratuvarlar ve diğer tüm sağlık kuruluşlarında aktif olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de bu sistemler, Sağlık Bakanlığı’nın TSBS çatısı altında, e-Nabız ve HBYS gibi bileşenlerle entegre bir şekilde çalışır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.).

2.2.4. Ulusal sağlık veri sözlüğü

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), sağlık verilerinin standart bir şekilde toplanması, kaydedilmesi, yönetilmesi ve paylaşılması için oluşturulmuş, Türkiye’ye özgü bir referans kaynaktır. Bu sözlük, farklı sağlık kurumları ve bilgi sistemleri arasında veri uyumluluğunu sağlamayı amaçlamaktadır. Yani, bir hastanenin kullandığı bir terimle, başka bir hastanenin kullandığı terimin aynı anlama gelmesini ve sistemler arası bilgi alışverişinde sorun yaşanmamasını sağlar. USVS, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen TSBS projesinin temel bileşenlerinden biridir ve e-Nabız, HBYS gibi birçok sistemin arka planında veri bütünlüğünü sağlamak için kullanılmaktadır (Yılmaz, 2021).

2.2.5. Aile hekimliği bilgi sistemi

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), birinci basamak sağlık hizmetlerinde, yani aile hekimliği birimlerinde kullanılan ve hastaların sağlık verilerini dijital ortamda yönetmeyi sağlayan yazılımların genel adıdır. Bu sistemler, hasta kabulden muayeneye, tanıdan tedaviye, reçete yazmaktan aşı takibine kadar tüm aile hekimliği süreçlerini entegre bir şekilde yürütmeyi amaçlamaktadır. AHBS hem hekimlerin iş yükünü hafifletir hem de hasta takibini daha düzenli hale getirerek hizmet kalitesini artırmaktadır (Gök, 2021).

2.2.6. Sağlık bilgi referans sunucusu

Sağlık Bilgi Referans Sunucusu (SBRS), Türkiye’deki sağlık bilgi sistemleri arasında veri bütünlüğünü ve standartlaşmayı sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş merkezi bir sistemdir. SBRS, sağlık verilerinin farklı sistemler arasında tutarlı ve doğru bir şekilde paylaşılması için bir “sözlük” veya “referans merkezi” görevi görmektedir. SBRS, teşhisler, tıbbi işlemler, ilaçlar ve laboratuvar testleri gibi sağlıkla ilgili veriler için ulusal ve uluslararası standart kod sistemlerini (örneğin, ICD-10) merkezî bir şekilde yönetmektedir. Bu, farklı hastanelerden veya sağlık birimlerinden gelen verilerin aynı anlama gelmesini sağlamaktadır. SBRS, HBYS, AHBS ve e-Nabız gibi farklı sistemlerin birbiriyle tutarlı bir şekilde konuşmasına olanak tanımaktadır. Bu sayede, bir hastanın bir hastanede kaydedilen verileri, başka bir sağlık kuruluşunda da doğru bir

şekilde okunabilmekte ve yorumlanabilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.).

2.2.7. Doktor bilgi bankası

Doktor Bilgi Bankası (DBB), Türkiye’deki hekimlerin mesleki ve kişisel bilgilerinin kayıt altına alındığı, güncel tutulduğu ve yönetildiği merkezi bir veri tabanıdır. Bu sistem, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bir projenin parçası olup, sağlık sisteminin güvenilirliğini ve şeffaflığını artırmayı hedefler. DBB, yetkili kurumların ve vatandaşların bir hekimin unvanı, uzmanlığı, çalıştığı kurum gibi temel bilgilere güvenilir bir kaynaktan ulaşmasını sağlamaktadır. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, t.y.)

2.3. Sağlıkta Bilgi Sistemlerinin Faydaları ve Riskleri

E-Sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinde erişilebilirlik ve kaliteyi artırırken bazı kritik riskler de barındırmaktadır. Literatürde en sık karşılaşılan riskler arasında; teknik arızalar veya siber saldırılar sonucu sistem erişiminin kesilmesi ve tıbbi bilgilere ulaşılamaması (sistem kullanılabilirliği), farklı yazılım ve platformların uyumsuzluğu nedeniyle güvenli veri paylaşımının sağlanamaması (birlikte çalışabilirlik eksikliği) ve yetkisiz kişilerin sisteme erişmesi sonucu veri gizliliğinin ihlal edilmesi (erişim kontrolü ve kimlik doğrulama sorunları) yer almaktadır. Ayrıca donanımsal veya yazılımsal hatalardan kaynaklanan veri bütünlüğü bozulmaları, ağ güvenliği yetersizlikleri ve yazılım/donanım arızaları ya da saldırılar nedeniyle yaşanan veri kayıpları, hasta güvenliği açısından ciddi tehdit oluşturmaktadır. Öte yandan, E-Sağlık sistemlerinin doğru tasarlandığında sunduğu önemli faydalar da bulunmaktadır. Güçlü erişim kontrolü ve kimlik doğrulama mekanizmaları, tıbbi verilerin gizliliğini ve bütünlüğünü korurken, bulut tabanlı altyapılar sayesinde verilere her zaman ve her yerden güvenli erişim imkânı sağlamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin verimli, kaliteli ve sürdürülebilir olmasına katkı sunmaktadır. Ayrıca mobil sağlık uygulamaları, hasta-doktor iletişimini mekân ve zamandan bağımsız olarak kolaylaştırarak hasta takibini güçlendirir ve bireylerde sağlık bilincinin artmasına yardımcı olmaktadır. Elektronik ve kişisel sağlık kayıtlarının belirli standartlara göre güvenli bir şekilde saklanması, sağlık hizmetlerinin daha bütüncül ve etkin sunulmasını sağlamaktadır (Çoban, 2019).

2.4. Veri Güvenliği

Sağlıkta veri güvenliği, yalnızca siber tehditlerden korunmakla sınırlı değildir; aynı zamanda Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) gibi yasal düzenlemelerle de doğrudan ilişkilidir. KVKK, kişisel verilerin işlenmesi, saklanması ve paylaşılması için katı kurallar getirerek bireylerin mahremiyet hakkını güvence altına almaktadır. Bu bağlamda, sağlık verileri “özel nitelikli kişisel veri” olarak sınıflandırılır ve bu verilerin işlenmesi için açık rıza, yasal zorunluluk veya kamu sağlığının korunması gibi özel şartlar aranmaktadır. Sağlık kurumları, hem siber güvenlik önlemleri olarak teknik riskleri azaltmak hem de KVKK’nın belirlediği idari tedbirlere (veri minimizasyonu, yetki matrisi oluşturma, çalışan eğitimi vb.) uyum sağlamak zorundadır. Bu yasal uyum, hasta güvenliğini sağlamanın ve olası yüksek para cezaları ile itibar kaybı gibi risklerden kaçınmanın temeli olarak yer almaktadır.

Bu yasal zorunluluklar, sağlık sisteminde çok yönlü bir yaklaşımı gerekli kılar. Öncelikle, bilgi sistemlerinin teknik altyapısı (güvenli sunucular, şifreleme, güvenlik duvarları gibi) sürekli olarak güncellenmeli ve olası siber saldırılara karşı dirençli hale getirilmelidir. İkinci olarak, kurumsal politikalar ve prosedürler, veriye kimlerin hangi amaçla erişebileceğini net bir şekilde tanımlamalıdır. Örneğin, bir hastane personeli, sadece kendi hastasının sağlık verilerine erişebilir; diğer hastaların verilerine erişimi engellenmelidir. Çalışan farkındalığı da büyük önem taşımaktadır. Personelin veri güvenliği ve KVKK konularında düzenli olarak eğitilmesi, içeriden kaynaklanan kazara veya kasıtlı veri sızıntılarını önlemede kritik bir rol oynamaktadır. Bu bütünsel yaklaşım olmadan, en gelişmiş teknolojik sistemler bile veri güvenliği risklerine karşı savunmasız kalabilir (RG, 2016). Mahremiyet kişinin özlük haklarının gizli olması durumudur. Kişisel verilerin korunması, bilgi güvenliğinin sağlanması ve bireyin özgür hareket etmesi mahremiyet kavramının sağladığı durumlardır. Mahremiyetin korunması için mevzuat yeterli olmadığı için mahremiyet koruma teknolojileri kullanılmalıdır.

2.4.1. Web servisleri ve HL7

Hastane verilerinin farklı modüller veya farklı kurumlar arasında iletiminde iki ana yöntemden söz edilebilir. Web servisleri: SOAP gibi web servisleri kullanımı HBYS ortamlarında gereksiz bilgi tekrarını engeller. Sadece istenen bilgilerin transferini ve modüllerin Veri tabanı Yönetim Sisteminden (VTYS) bağımsız hale gelmesini sağlar. HL7 protokolü: Medikal sistemlerin iletişimde kullanılan bir dünya standardıdır. Versiyon 2.x’e kadar olan iletişimlerde aktarım denetim protokolü (TCP) soketi ile iletişim kurar ve web servislerine göre

yönetimi zordur. Modüllerin VTYS den bağımsız hale gelmesini sağlar. HBYS ortamlarında gereksiz bilgi tekrarını engeller.

2.4.2. HIPAA güvenlik standardı

HIPAA (Sağlık Sigortası Taşınabilirliği ve Sorumluluğu Talimatı), sağlık bilgilerine hangi koşullarda ulaşılacağını tanımlayan ve 1996 senesinde Amerika’da kabul edilen bir kurallar bütünüdür. Sağlık sektöründe bir güvenlik standardı olarak dünya genelinde kabul edilmekte ve referans olarak gösterilmektedir. Sağlık kayıtlarına erişimi kısıtlayan işlem ve protokolleri, kişisel sağlık bilgilerinin güvenliğini artırıcı idari, fiziksel ve teknik standartları içerir, bu bilgilerin izinsiz kullanımında yaptırımları tanımlar. Tedbirler üç ana başlıkta toplanabilmektedir,

(1) İdari Tedbirler: İdari sorumlu, uyulacak prosedürler, bilgilerin erişim seviyeleri, hizmet alınan dış firmaların rolü ve sorumlulukları, acil durumlar ve yapılması gerekenler, veri bütünlük denetimlerinin tanımlanmasıdır. (2) Fiziksel Tedbirler: Sağlık bilgilerini bulunduran ortamlara olan fiziksel erişimlerin kontrol ve izlenmesini sağlayan tedbirlerdir. (3) Teknik Tedbirler: Saldırıları karşı koruma, izleme ve kayıt altına alma yöntemleri, veri iletiminde kullanılabilecek şifreleme yöntemleri, verinin bütünlüğünü garantileme yöntemleri, düzenli risk analizi ve risk yönetimidir (Enis Karaarslan, tarih yok).

3. YAPAY ZEKA ve DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARI

Yapay zekâ (YZ), makine öğrenmesi (ML), derin öğrenme ve büyük dil modelleri (LLM) gibi yöntemlerle veri örüntülerinden öğrenen ve karar/öneri üreten sistemler bütünüdür. Sağlıkta YZ; tanı, tedavi, takip, halk sağlığı, klinik dokümantasyon ve operasyonel süreçlerde kullanılmaktadır. Özellikle LLM sağlık iletişimi, özetleme ve bilgiye erişimde yeni olanaklar sunarken, güvenlik, önyargı ve hatalı üretimler gibi riskler doğurabilmektedir (WHO, 2024).

3.1. Klinik ve Hizmet Sunumu Uygulamaları

(a) **Görüntüleme ve otonom tanı:** Görüntü temelli YZ, tarama ve triyajdan ölçüm/segmentasyona kadar kullanılır. ABD’de IDx- diyabetik retinopati (DR), primer basamakta diyabetik retinopati saptayabilen ilk otonom YZ tanı sistemi olarak 2018’de pazarlama izni almıştır; bu durum YZ’nin klinik iş akışında bağımsız karar desteği düzeyine çıkabildiğini göstermiştir (FDA, 2018; Rajesh ve

ark., 2023).

(b) Klinik dokümantasyon: LLM tabanlı “ortam dinleme” çözümleri hekim-hasta görüşmesini notlara dönüştürerek yazım yükünü azaltır; süre verimliliği, memnuniyet ve tükenmişlikte iyileşme raporlanmıştır. Yine de gizlilik, doğruluk ve hasta onamı yönleri titizlikle yönetilmelidir.

(c) Erken uyarı ve risk sınıflaması: Sepsis gibi zaman-kritik durumlarda YZ erken uyarı sistemleri, mortalite açısından klinik anlam taşıyan risk tabakaları üretebilir; çeşitli çalışmalar gerçek-dünya iş akışlarına gömülü YZ uyarılarının sonuçları iyileştirebildiğini göstermektedir; *Liu ve ark., 2025*).

(d) LLM tabanlı klinik destek: LLM’ler akıl yürütmeye hekim performansını bazı görevlerde desteklese de uzmanlarla karşılaştırıldığında tutarsız sonuçlar ve metodolojik sınırlılıklar rapor edilmiştir; standartlaştırılmış ve klinik veriye dayalı değerlendirme gerekmektedir.

3.2. Operasyonlar ve Sağlık Hizmeti Yönetimi

YZ; randevu, yatak/kapasite yönetimi, hasta akışı ve iş gücü/planlama alanlarında somut kazanımlar sağlamaktadır. Sistematik incelemeler ve gerçek-yaşam uygulamaları ile akış optimizasyonunun verimlilik kazançları sunduğunu göstermektedir (Deina ve ark., 2024).

3.3. Üretken YZ/LLM: fırsatlar ve sınırlar

Üretken YZ; özetleme, eğitim materyali üretimi, hasta iletişimi ve “sanal asistan” işlevlerinde hız kazandırır. Ancak halüsinasyon, aşırı genelleme, önyargı, gizlilik ve güncel olmayan bilgi riskleri sebebiyle insan gözetimi şarttır. Dünya Sağlık Örgütü, LLM’ler için etik-yönetişim ölçütleri ve 40+ politika önerisi yayımlamıştır. Yayın kalitesi ve metodolojiye dair sistematik derlemeler, LLM çalışmalarının raporlama ve klinik veri kullanımında standartlara ihtiyaç duyduğunu vurgular (WHO, 2024).

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Sağlık sektöründe dijitalleşme, hizmet sunumunun kalitesini, erişilebilirliğini ve sürdürülebilirliğini artıran stratejik bir dönüşüm süreci olarak ortaya çıkmıştır. Elektronik sağlık kayıtları, yapay zekâ, büyük veri analitiği, uzaktan sağlık

hizmetleri ve giyilebilir teknolojiler, sağlık sistemlerinde hem mikro düzeyde hasta bakımını hem de makro düzeyde sağlık politikalarının şekillenmesini dönüştürmektedir. Yapay zekâ destekli klinik karar destek sistemleri, görüntüleme ve risk sınıflama modelleri; daha doğru tanı, hızlı triyaj ve kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte, dijitalleşmenin etkileri yalnızca klinik faydayla sınırlı değildir; operasyonel süreçlerde iş gücü planlaması, yatak kapasitesi yönetimi, randevu tahminleri gibi alanlarda verimlilik artışı da sunmaktadır.

Dijitalleşmenin en belirgin katkısı, hastaya değer odaklı, bütünlük ve veri temelli bir sağlık hizmeti modeli yaratması ve proaktif yaklaşımları mümkün kılmaktadır.

Bunun yanında, tele-sağlık ve tele-rehabilitasyon çözümleri, özellikle yaşlanan nüfus ve kırsal bölgelerdeki sağlık erişim sorunlarını azaltmada kritik rol oynamaktadır. Dijitalleşme, ayrıca sürdürülebilir sağlık sistemleri için çevresel faydalar da sağlamaktadır. Kağıtsız kayıt yönetimi, enerji verimliliği sağlayan dijital cihaz yönetimi ve lojistik optimizasyon, sağlık kuruluşlarının karbon ayak izini azaltmaktadır. Dijitalleşmenin hızla artan etkisine rağmen, uygulamada bir dizi operasyonel, etik ve regülasyonel zorluk bulunmaktadır: Veri güvenliği ve gizlilik, Kültürel ve organizasyonel direnç, regülasyon eksiklikleri ve standartlar, dijital uçurum ve eşitsizlik konuları geniş içerikli olup iyi bir şekilde incelenmelidir.

Gelecek araştırmalar, dijital sağlık teknolojilerinin etkinlik, güvenilirlik ve sürdürülebilirlik boyutlarını derinlemesine ele almalıdır. Öncelikli olarak aşağıdaki alanlarda çalışmalara ihtiyaç vardır: YZ model değerlendirme ve raporlama standartları, sürdürülebilir dijital sağlık, hibrit insan-YZ iş birliği modelleri, sağlık eşitliği ve kapsayıcı YZ gibi.

Sonuç olarak, dijitalleşme sağlık hizmetlerini daha erişilebilir, verimli ve kişiselleştirilmiş hale getirmekte; aynı zamanda sürdürülebilir kalkınma hedeflerine katkı sunmaktadır. Ancak bu dönüşüm, yalnızca teknolojik bir yenilik değil, sistematik bir değişim yönetimi süreci olarak ele alınmalıdır. Sağlık sektörünün, etik ve hukuki çerçevelerle uyumlu, insan merkezli ve kapsayıcı bir dijital gelecek inşa etmesi, dijitalleşmenin gerçek potansiyelini ortaya çıkaracaktır.

KAYNAKÇA

- Akalın, B., 2020. *Sağlık Hizmetleri ve Yönetiminde Yapay Zeka*. 1. dü. istanbul: hiper-yayın.
- Ay, F., 2008. ELEKTRONİK HASTA KAYITLARI: GÜVENLİK, ETİK VE YASAL SORUNLAR. *ANADOLU UNIVERSITY JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY*, 9(2).
- Bakanlığı, T. C. S., tarih yok *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi*. [Çevrimiçi] Available at: <https://sbs.saglik.gov.tr/> [Erişildi: 3 9 2025].
- Carini, E., Villani, M., Pezzullo, A. M., Gentili, A., Barbara, A., Ricciardi, W., & Boccia, S. (2021). The use of digital health technologies among older adults in the community: Evidence from a mixed-methods study. *Frontiers in Public Health*, 9, 617333. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.617333>
- Çiğdem Çoban, M. F. T., 2019. E-Sağlık ve Güvenlik: Riskler, Fırsatlar ve Çözüm Önerileri. *Academic Platform*, pp. 925-934.
- Componella, J. (2016). *Digital transformation in hospital information systems: Challenges and opportunities*. *Journal of Health Informatics*, 12(3), 215-225. <https://doi.org/10.1016/j.jhi.2016.04.005>
- Deina, C., et al. (2024). Decision analysis framework for predicting no-shows. *BMC Health Services Research*.
- Erdem, R. (2006). *Sağlık kurumlarında bilişim sistemleri ve yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Food and Drug Administration (FDA). (2018). IDx-DR—De Novo summary (DEN180001).
- Haux, R. (2006). Health information systems – Past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75(3–4), 268–281. <https://doi.org/10.1016/j.ij-medinf.2005.08.002>
- Hersh, W. (2022). *Health informatics: Practical guide* (8th ed.). Informatics Education
- Gök, A. G. & E. G., 2021. Türkiye’de teletıp uygulamalarının sağlık hizmetlerine entegrasyonu: Fırsatlar ve zorluklar. *Sağlık Politikaları ve Yönetimi Dergisi*, pp. 45-60.
- Köse, A. (2010). Hastane bilgi sistemlerinin yönetimi. In B. Yıldırım (Ed.), *Sağlık bilişim sistemleri* (ss. 45-67). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Lepanto, L., Pare, G., Aubry, D., & Sicotte, C. (2006). Interorganizational system for electronic health record exchange: An empirical study of the factors influenc-

- ing its adoption by healthcare professionals. *International Journal of Medical Informatics*, 75(9), 657–669. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.09.001>
- Lewis, C., Smith, J., & Brown, R. (2023). *Artificial intelligence in clinical decision support: Challenges and opportunities*. *Journal of Medical Systems*, 47(3), 45-59. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01948-y>
- Liu, X., et al. (2020). CONSORT-AI extension. *Nature Medicine*, 26, 1364–1374
- ITU, 2021. *Facts and Figures 2021*. [Çevrimiçi] Available at: <https://www.itu.int/itu-d/reports/statistics/2021/11/15/mobile-network-coverage/#:~:text=Ninety-five%20per%20cent%20of%20the%20world%20population%20now,reach%2088%20per%20cent%20of%20the%20world's%20population> [Erişildi: 20 07 2025].
- National Electrical Manufacturers Association. (2025). *Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM) standard*.
- Nuckols, T. K., Smith-Spangler, C., Morton, S. C., Asch, S. M., Patel, V. M., Anderson, L. J., ... & Shekelle, P. G. (2014). The effectiveness of computerized order entry at reducing preventable adverse drug events and medication errors in hospital settings: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 3, 56. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-56>
- Powell, J. & Arvanitis, T. N., 2015. Welcome to the Digital Health revolution. *Digital Health*.
- RG, 2016. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. *Resmî Gazete*, 7 Nisan, pp. Kanun No. 6698,.
- Rajesh, A. E., et al. (2023). AI and diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 46(10), 1728–1745.
- Serbest, S., 2024. İnovasyon ve Hastane Bilgi Sistemleri. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment (EHTA)*.
- Shortliffe, E. H., & Cimino, J. J. (Eds.). (2014). *Biomedical informatics: Computer applications in health care and biomedicine* (4th ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/0-387-36278-9>
- Tezcan, S. (2009). *Hastane bilgi sistemleri ve Türkiye’deki uygulamalar üzerine bir değerlendirme*. *Sağlıkta Bilişim Dergisi*, 1(2), 45-56.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, tarih yok *T.C. Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane*. [Çevrimiçi] Available at: [https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-4881/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html#:~:text=HBYS%20\(Hastane%20](https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR-4881/hbys-hastane-bilgi-yonetim-sistemi.html#:~:text=HBYS%20(Hastane%20)

[Bilgi%20Y%C3%B6netim%20Sistemi\)%3A%20HBYS%2C%20bilgisayar%20programlar%C4%B1%20ve,yaz%C4%B1%C4%B-
lmlar%20grubuna%20verilen%20genel%20add%C4%B1r.](#)
[Erişildi: 13 8 2025].

WHO, 2021. *Global strategy on digital health 2020-2025*. [Çevrimiçi]
Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
[Erişildi: 20 07 2025].

WHO, 2024. *Ethics and governance of artificial intelligence for health*. [Çevrimiçi]
Available at: https://www.who.int/publications/i/item/9789240084759?utm_source
[Erişildi: 3 9 2025].

WHO, 2025. *WHO - Digital Health*. [Çevrimiçi]
Available at: https://www.who.int/health-topics/digital-health/#tab=tab_1
[Erişildi: 20 07 2025].

Yelmen, A. (2016). *Klinik bilgi sistemlerine ilişkin lisans sözleşmeleri hakkında değerlendirmeler*. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 7 (2), 365–382

Yılmaz, 2021. Sağlık bilgi sistemlerinde veri standardizasyonunun önemi: Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü örneği. *Sağlık Bilişimi Dergisi*, pp. 78-95.

5. BÖLÜM

SAĞLIKTA EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Yiğit Şerif KARABULUT

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

yigit.karabulut@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-9075-5495>

GİRİŞ

Ekonomi bilimi toplumsal refahın nasıl sağlanacağı sorusuna cevap aramaktadır. Ekonominin yaygın tanımında, kısıtlı kaynaklarla sonsuz gereksinimlerin karşılanması amaçlandığı görülmektedir. Toplumun farklı düzeylerde ve farklı şiddete sahip sağlık hizmeti gereksinimi de elbette söz konusu kısıtlı olanaklarla karşılanması beklenen ihtiyaçlar arasındadır.

Küreselleşmenin tüm dünyada etkisini hızla hissettirmeye başladığı 20. Yüzyılın son çeyreğinden günümüze, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da önemli gelişmeleri gözlemlemek mümkün oldu. Dijitalleşmenin yaygınlaşması, uluslararası ekonomik etkililiğin artması ve teknolojiye yeni yaklaşımlar bir yandan toplumun sağlıklı olma haline etki ederken, öte yandan da sağlık hizmetlerinin planlanmasına etki ettiğini görmek olasıdır. Yakın geçmişte, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de etkisini COVID-19 söz konusu etkileri yoğun olarak yaşadığımız en somut gelişme olarak hayatımızdaki yerini aldı. Yaşanan pandemi özelinde, hem hastalıktan korunmak hem de hastalığın tedavi edilebilmesi için mevcut yeniliklerden sağlık sistemimizin de faydalandığı görüldü.

Sağlık hizmetleri niteliği itibarıyla, zorunlu ve dolayısıyla karşılanması vazgeçilemez ihtiyaçlar arsında yer almaktadır (Ünal, 2013). Buna ek olarak çoğu

zaman bu zorunluluk sebebiyle sağlık hizmeti ihtiyacının ertelenmesinin dahi mümkün olmadığını söylenebilir. Elbette niteliği itibariyle karşılanması bu denli önemli bir gereksinimin hangi kaynaklar ile finanse edilebileceği de finansman modeli fark etmeksizin büyük önem arz etmektedir.

20. Yüzyılın son yıllarından bu yana birçok ülke sağlık hizmeti için yapılan harcamaların o ülkede ortaya çıkarılan ekonomik değerlerin üzerinde olması ile uğraşmaktadır (Annemans, 2008). Özellikle teknolojinin etkisiyle doğumda beklenen yaşam yıllarındaki artış, devamlılık gösteren hastalıkların daha fazla görülmesi gibi etkenler günden güne sağlık harcamalarının da artışına yol açmaktadır. Ülkemizdeki sağlık harcamalarının son yıllardaki düzeyine bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu'nun yayınlamış olduğu Sağlık Harcamaları İstatistikleri verilerine göre 2021 yılında sağlık harcamalarının bir önceki yıla kıyasla %41, 2022 yılında bir önceki yıla kıyasla %71 ve 2023 yılında ise bir önceki yıla kıyasla %105 oranında arttığı görülmektedir.

1. EKONOMİK DEĞERLENDİRME

Ekonomik değerlendirme, sağlık alanında kaynakların etkin ve verimli kullanımı amacıyla çeşitli yöntemlerin sistematik olarak incelenmesini sağlar. Bu süreç, farklı tıbbi uygulamalar, tedavi protokolleri ve sağlık politikalarının maliyetlerini ve sonuçlarını analiz etme esasına dayanır. Temel olarak, ekonomik değerlendirmeler sağlık müdahalelerinin maliyetlerini karşılaştırmak ve elde edilen sağlık faydalarını ölçmek amacıyla kullanılır. Bu yöntemler, hastalıkların tedavi maliyetleri, önleyici stratejilerin ekonomik etkinliği ve sağlık sistemlerinin bütçe sınırlamaları göz önünde bulundurularak yapılır. Ekonomik değerlendirme teknikleri, genellikle maliyet analizi, maliyet-fayda analizi, maliyet-etkinlik analizi ve maliyet-utilite analizi gibi çeşitli kategorilere ayrılır. Çalışmalarda, doğrudan maliyetler; tıbbi malzeme, ilaç, personel giderleri gibi doğrudan harcamaları kapsarken, dolaylı maliyetler üretim kayıpları ve çalışan verimliliğindeki azalmayı göz önünde bulundurur. Gizli maliyetler ise genellikle görünmeyen, dolaylı ve uzun vadeli etkiler olarak değerlendirilir. Bu yöntemler aracılığıyla, sağlık kararlarına bilimsel altyapı kazandırılırken, kaynakların daha etkin dağılımı sağlanmış olur. Ayrıca ekonomik değerlendirme, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve maliyet etkinliğini karşılaştırmak, yeni teknolojilerin veya müdahalelerin maliyet fayda dengesini belirlemek amacıyla kullanılır (Akyol ve Haykır, 2022; Kalaycı, 2022; Koçer, 2005; Tekpınar, 2022).

Sonuç olarak, sağlıkta ekonomik değerlendirmeler, hem maliyetleri hem de

sağlık çıktılarını dikkate alarak sürdürülebilir ve adil sağlık hizmetleri sunulmasına katkı sağlar. Bu değerlendirmeler, politika yapımcıların, kliniklerin ve sağlık ekonomistlerinin karar verme süreçlerinde temel rehberlik sunar ve kaynakların daha etkin kullanılmasını mümkün kılar.

1.1. Ekonomik Değerlendirmenin Gerekliliği

Sağlık hizmetlerinde kaynaklar, insan gücü, zaman, tesisler, tıbbi ekipman ve bilgi sınırlıdır. Bu nedenle, söz konusu kaynakların hangi alanlara yönlendirileceğine ilişkin seçimlerin yapılması kaçınılmazdır. Geleneksel olarak karar vericiler, çoğu zaman önceki uygulamalara, kişisel sezgilere veya deneyime dayalı değerlendirmeler yapmaktadır. Ancak bu yaklaşımlar, sistematik ve analitik bir değerlendirme süreci kadar güvenilir değildir. Ekonomik değerlendirme yöntemleri, kararların daha rasyonel, şeffaf ve hesap verebilir biçimde alınmasına olanak sağlamaktadır (Sanders et al., 2016).

Öncelikle, sistematik analiz yapılmadığında mevcut alternatiflerin net biçimde tanımlanması zorlaşır. Örneğin, kronik akciğer hastalığı için yeni bir rehabilitasyon programı tasarlanırken yalnızca bu programın faydalarının değerlendirilmesi, mevcut bakım modelleri veya daha düşük maliyetli önleyici stratejilerin göz ardı edilmesine yol açabilir. Oysa önleyici girişimler (örneğin sigara bırakma programları) çoğu durumda daha maliyet-etkin olabilir (Drummond, 2015).

İkinci olarak, ekonomik değerlendirme analizlerinde benimsenen bakış açısı (perspektif) kritik öneme sahiptir. Bir program, bireysel hasta açısından düşük fayda sağlarken, toplumsal bakış açısıyla değerlendirildiğinde yüksek maliyet-etkinlik gösterebilir. Bu nedenle çalışmalar, hasta, kurum, kamu bütçesi ve toplumsal düzeyde farklı bakış açılarını dikkate almalıdır (WHO, 2020).

Üçüncü olarak, nicel değerlendirme yapılmadığında maliyet ve faydaların büyüklüğü yanlış yorumlanabilir. Sağlık teknolojisi değerlendirmeleri, yalnızca bütçe üzerindeki doğrudan maliyetleri değil, aynı zamanda fırsat maliyetini de göz önünde bulundurur. Fırsat maliyeti, bir programa ayrılan kaynaklarla başka bir programda elde edilebilecek faydaların kaybedilmesi anlamına gelmektedir (Sanders et al., 2016).

Son olarak, sistematik ekonomik değerlendirmeler karar süreçlerini daha açık, kanıta dayalı ve hesap verebilir hale getirir. Bilimsel kanıtların yanı sıra sosyal değer yargılarının da görünür kılınması, sağlık politikalarında daha demokratik ve sürdürülebilir kararların alınmasına katkı sağlar (Drummond et al., 2015).

1.2. Ekonomik Değerlendirmenin Temel Kavramları

Ekonomik değerlendirme, sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların ve elde edilen sonuçların karşılaştırılmasına dayalıdır. Bu bağlamda üç temel kavram öne çıkar: maliyet (cost), sonuç (outcome) ve etkinlik (effectiveness).

Maliyet: Sağlık hizmetinin üretiminde kullanılan tüm kaynakların parasal değerini ifade eder. Doğrudan maliyetler (ilaç, personel, cihaz kullanımı), dolaylı maliyetler (iş gücü kaybı, üretkenlik azalması) ve soyut maliyetler (yaşam kalitesi kaybı) olarak sınıflandırılabilir. (Drummond et al, 2015).

Sonuç: Sağlık hizmeti sonucunda elde edilen kazanımları ifade eder. Bunlar klinik göstergeler, yaşam süresi, yaşam kalitesi veya hasta memnuniyeti gibi ölçütlerle değerlendirilebilir.

Etkinlik: Belirli bir girişimin, beklenen sağlık sonuçlarını elde etme düzeyini gösterir (Kalaycı, 2022).

2. SAĞLIKTA EKONOMİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme, farklı sağlık teknolojilerinin hem maliyet hem de sağlık çıktıları açısından karşılaştırmalı biçimde incelenmesini sağlayarak karar verme süreçlerine rehberlik eden bir yöntemdir (Akyol ve Haykır, 2022). Bu yaklaşım, kaynakların etkin kullanımını desteklerken aynı zamanda sağlık politikalarının rasyonel temellere dayanmasına katkı sunmaktadır. Maliyet-etkililik analizi ise, çoğu zaman tüm ekonomik değerlendirme yöntemlerini kapsayan genel bir çerçeve olarak tanımlanmakla birlikte, aynı zamanda ekonomik değerlendirme tekniklerinden biri olarak da ayrı bir yöntemdir (Gürsoy, 2009).

Ekonomik değerlendirme yapmak için aşağıdaki yöntemler kullanılmaktadır.

- 1- Maliyet Minimizasyon Analizi
- 2- Maliyet Fayda Analizi
- 3- Maliyet Yarar Analizi
- 4- Maliyet Etkililik Analizi

2.1. Maliyet Minimizasyon Analizi

Maliyet Minimizasyon Analizi, sağlık ekonomisi değerlendirmeleri içerisinde, klinik etkililik açısından istatistiksel olarak farksız kabul edilen iki veya

daha fazla tedavi alternatifi arasında, yalnızca maliyetlerin karşılaştırıldığı bir yöntemdir. Bu analizin temel varsayımı, söz konusu müdahalelerin birincil sonuçlar (primary outcomes) bakımından (örneğin, tedavi başarısı, sağkalım oranı, major komplikasyon görülme sıklığı) eşdeğer olduğudur. Bu eşdeğerlik kanıtı, genellikle yüksek kaliteli randomize kontrollü çalışmalardan veya bu çalışmaları sentezleyen sistematik derlemeler ve meta-analizlerden elde edilmektedir (Sanders et al, 2016).

MMA'nın uygulama alanına klasik bir örnek, akut apandisit tedavisinde laparoskopik apendektomi ile açık apendektomi yöntemlerinin karşılaştırılmasıdır. Yapılan kapsamlı meta-analizler, her iki tekniğin de güvenlik ve etkinlik profilinin (örn., mortalite, perforasyon oranları) benzer olduğunu göstermiştir (Sanders et al, 2016). Bu durumda, karar verme kriteri, klinik sonuçtan ziyade doğrudan maliyetler olmaktadır. Analiz, prosedürün direkt maliyetleri (ameliyathane kullanımı, ekipman, personel) üzerinden yapıldığında, geleneksel açık yöntemin genellikle daha düşük maliyetli olduğu bulunmuştur.

Ancak, MMA'nın bu dar kapsamlı uygulaması önemli bir eleştiri konusudur. Geleneksel MMA, yalnızca doğrudan tıbbi maliyetlere odaklanma eğilimindedir. Oysa laparoskopik cerrahi sonrası hastaların daha kısa hastanede kalış süresi, daha hızlı iyileşme, daha erken işe dönüş ve daha düşük enfeksiyon oranları gibi dolaylı maliyetleri ve produktivite kaybını azaltıcı etkileri bulunmaktadır (Sanders et al 2016; Eldridge et al, 2019). Bu noktada, dar perspektifli (yalnızca sağlık sistemi maliyetleri) bir MMA, laparoskopik yöntemin toplumsal açıdan daha etkin olabileceğini gözden kaçırabilir. Bu nedenle, MMA uygulanırken maliyet hesabının kapsamı (perspektif) hayati önem taşır. Toplumsal perspektiften yapılacak ve dolaylı maliyetleri de içerecek bir analiz, daha doğru ve kapsamlı bir karar destek aracı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, MMA, sağlık ekonomisi değerlendirme araç kutusundaki en basit yöntem olarak kabul edilse de, uygulaması titizlik gerektirir. Klinik eşdeğerlik kanıtının gücü ve maliyetlerin hangi perspektifle hesaplandığı, analizin geçerliliğini ve sonuçlarının politika yapıcılar için kullanışlılığını doğrudan belirler. Sağlık sektöründe tamamen eşdeğer alternatiflerin nadir olması, MMA'nın kullanım sıklığını Maliyet-Etkililik (CEA) veya Maliyet-Yarar (CUA) analizlerine kıyasla sınırlandırmaktadır. Bununla birlikte, klinik farksızlık durumunda kaynak tahsisinde şeffaflık sağlamak için değerli bir araç olmaya devam etmektedir.

2.2. Maliyet Fayda Analizi

Maliyet-yarar analizi (MYA), alternatif sağlık müdahalelerinin maliyetlerini ve elde edilen yararlarını parasal birimlerle ölçen bir ekonomik değerlendirme yöntemidir (Balçık ve Şahin, 2012). Ancak sağlık alanında “yararların” parasal olarak ifade edilmesi her zaman kolay değildir. Sağlık çıktılarının parasallaştırılmasında en sık kullanılan yöntemler “ödeme istekliliği (willingness to pay)” ve “beşeri sermaye yaklaşımı (human capital approach)” olmakla birlikte, bu yöntemlerin sağlık sektörüne uygulanmasında etik ve metodolojik güçlükler yaşanmaktadır (Doğan ve ark., 2019).

MYA, tüm maliyet ve sonuçların parasal birimlerle ifade edilmesi nedeniyle yalnızca sağlık sektörü içinde değil, aynı zamanda sektörler arası kaynak tahsis kararlarında da yol gösterici olmaktadır. Örneğin, yeni bir tıbbi cihazın alınmasının mı yoksa toplum temelli bir koruyucu sağlık programına yatırım yapılmasının mı daha yüksek toplumsal fayda sağlayacağı bu yöntemle değerlendirilebilir (Elipek ve ark., 2019).

2.3. Maliyet Yarar Analizi

Maliyet-değer analizi (MYA), sağlık hizmetlerinde iki veya daha fazla alternatif stratejinin hem maliyet hem de sonuçlarının karşılaştırılmasında kullanılan kapsamlı bir ekonomik değerlendirme yöntemidir. Bu yöntemde temel sonuç ölçütü genellikle kaliteye uyarlanmış yaşam yılı (QALY) olarak ifade edilmektedir (Özgen ve Şahin, 2020). MYA’nın amacı, maliyet-etkililik yaklaşımını kullanarak alternatif sağlık girişimlerini yalnızca klinik çıktılar açısından değil, aynı zamanda ekonomik parametreler çerçevesinde değerlendirmektir. Günümüzde sağlık hizmetlerinde altın standart yöntem olarak kabul edilmesinin nedeni, yaşam süresindeki artışla birlikte yaşam kalitesindeki değişimi de dikkate almasıdır (Elipek ve ark., 2019).

2.4. Maliyet Etkililik Analizi

Maliyet-etkinlik analizi (MEA), sağlık hizmetlerinde belirlenen hedeflere ulaşmak için mevcut alternatifler arasından en uygun ve en verimli seçeneğin belirlenmesine olanak sağlayan temel ekonomik değerlendirme yöntemlerinden biridir. Bu yöntemde, maliyetler parasal birimlerle ifade edilirken, etkililik “doğal sağlık çıktıları” ile ölçülmektedir. Söz konusu çıktılar; kazanılan yaşam yılı, önlenen hasta günü, komplikasyon oranındaki azalma veya kan basıncında

sağlanan düşüş gibi biyolojik ve ölçülebilir göstergeler olabilir (Doğan ve ark., 2019).

MEA, iki veya daha fazla alternatifin karşılaştırılmasında ilave maliyet ile ilave etkililik arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Bu bağlamda kullanılan artımsal maliyet-etkililik oranı (Incremental Cost-Effectiveness Ratio – ICER), bir alternatifin diğerine göre ek olarak ne kadar maliyetle ne kadar sağlık kazanımı sağladığını ortaya koyar. Böylece, hem sağlık hizmeti sunucuları hem de politika yapıcılar için bütçe planlaması ve kaynak tahsis kararlarında yol gösterici olmaktadır (Elipek ve ark., 2019).

KAYNAKÇA

- Kalaycı Oflaz, N. (2022). *Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Fayda-Maliyet Analizlerinde Sosyal İskonto Oranının Seçiminin Analizi*. Pamukkale Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (53), 391–408.
- Akyol, B. & Haykır, H. (2022). *Sağlık Ekonomisi Üzerine Güncel Bir Derleme Çalışması*. Journal of Business and Communication Studies, 1(2), 179-192.
- Tepkinar, L. (2022). *Toplumsal Etik Bağlamında Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirmeye Eleştirel Yaklaşımlar*. Isparta Okulu Dergisi, 2(1), 25–36.
- Koçer T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. 9.Baskı, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İstanbul, 80-120.
- Sanders, G. D., Neumann, P. J., Basu, A., Brock, D. W., Feeny, D., Krahn, M., Kuntz, K. M., Meltzer, D. O., Owens, D. K., Prosser, L. A., Salomon, J. A., Sculpher, M. J., Trikalinos, T. A., Russell, L. B., Siegel, J. E. & Ganiats, T. G. (2016). *Recommendations for Conduct, Methodological Practices, and Reporting of Cost-Effectiveness Analyses: Second Panel on Cost-Effectiveness in Health And Medicine*. JAMA, 316(10), 1093–1103.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. (4th ed.). Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO) (2020). *WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis*. Geneva: WHO.
- Gürsoy, B. (2009). *Hastane Enfeksiyonlarında Maliyet Analizi: Olgu-Kontrol Çalışması*. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 5(1), 15-21.
- Doğan, İ., Ünal, A. & Çankaya, M. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri*. Fiscoeconomia, 3(3), 152-168.

Elipek, E., Camuz Berber, İ., Yiğit, A. (2019). *Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Kapsamındaki Maliyet Etkililik Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (34), 163-180.

Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Ekin Yayınevi.

Annemans, L. (2008). *Ekonomist Olmayanlar için Sağlık Ekonomisi*. Academia Press.

6. BÖLÜM

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON

Dr. Öğr. Üyesi Deniz ACUNER

İstanbul Okan Üniversitesi;

Sağlık Bilimleri Fakültesi

deniz.acuner@okan.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-1507-7049>

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite, yalnızca klinik sonuçları değil; hasta güvenliği, çalışan memnuniyetini, kurumsal sürdürülebilirliği ve toplumsal beklentileri de içine alan çok boyutlu bir kavramdır. 21. yüzyılın başından itibaren sağlık sistemleri, küresel ölçekte hızla değişen dinamiklerle karşı karşıya kalmıştır. Artan yaşlı nüfus, kronik hastalıkların yaygınlaşması, sağlık harcamalarının yükselmesi, teknolojik gelişmeler ve hasta beklentilerindeki farklılaşma; sağlıkta kalite ve akreditasyonu tüm ülkeler için stratejik bir öncelik haline getirmiştir.

Bu bağlamda kalite yönetimi, artık yalnızca bir yönetim yaklaşımı değil, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için vazgeçilmez bir gereklilik olarak görülmektedir. Özellikle dijitalleşme, yapay zekâ destekli karar sistemleri, büyük veri analitiği, tele-sağlık uygulamaları ve giyilebilir teknolojiler; hizmet sunumunda yeni standartlar yaratmakta ve sağlıkta kalite anlayışını yeniden tanımlamaktadır. Bunun yanı sıra, hasta merkezli hizmet anlayışının güçlenmesi, sağlık insan gücünde yeni mesleklerin ortaya çıkması ve ulusal ile uluslararası akreditasyon süreçlerinin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinde kaliteyi küresel bir gündem maddesi haline getirmiştir.

Türkiye’de ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte kalite ve akreditasyon çalışmaları kurumsal bir yapıya kavuşturulmuş, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) aracılığıyla sistematik bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu süreç hem kamu hem de

özel sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği ve hizmet kalitesinin yükseltilmesine yönelik çabaları içermektedir.

Bu kitap bölümünde, sağlıkta kalite kavramı, tarihsel gelişimi, kalite yönetim sistemleri, akreditasyon süreçleri ve Türkiye’deki uygulamalar ele alınarak, geleceğin sağlık hizmetlerinde kaliteyi şekillendirecek eğilimler tartışılacaktır. Amaç, sağlık alanındaki kalite çalışmalarının teorik temellerini, uygulama boyutlarını ve geleceğe dönük perspektiflerini bütüncül bir bakış açısıyla ortaya koymaktır.

1. KALİTE KAVRAMI, GELİŞİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ ÖNEMİ

1.1. Kalitenin Tanımı ve Sağlıkta Kalitenin Boyutları

Kalite, genel olarak, bir ürün veya hizmetin belirli beklentileri ne ölçüde karşıladığını ifade eder. Bu tanım, sağlık hizmetleri bağlamında daha karmaşık bir hal alır, çünkü burada hizmetin kendisi soyuttur ve sonuçları çok boyutludur. *Sağlık hizmetlerinde kalite*, bir sistemin veya hizmetin hastaların sağlığı üzerinde beklenen olumlu sonuçları ne derece sağladığına odaklanan karmaşık bir kavramdır. Sağlıkta kalite yönetiminin temelini oluşturan en etkili modellerden biri, Avedis Donabedian tarafından geliştirilen “yapı, süreç ve sonuç” modelidir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2025).

Bu model, sağlık hizmetlerinin kalitesini üç ana bileşen üzerinden değerlendirir:

- ✓ *Yapı (Structure)*: Kaliteli hizmetin sunulduğu ortamı ve kaynakları ifade eder. Binalar, tıbbi ekipmanlar, personel sayı ve nitelikleri gibi unsurları içerir.
- ✓ *Süreç (Process)*: Hizmet alanlar ve sağlık çalışanları arasında gerçekleşen tüm etkileşimleri ve klinik uygulamaları kapsar. Tanı koyma, tedavi ve hasta iletişimi gibi eylemleri içerir.
- ✓ *Sonuç (Outcome)*: Sağlık hizmetinin hizmet alanlar üzerindeki etkilerini ifade eder. Başvuranların iyileşme durumu, yaşam kalitesindeki değişimler ve hasta memnuniyeti gibi ölçülebilir göstergeler bu boyutta değerlendirilir.

Donabedian’ın bu modeli, sağlıkta kalitenin temel bir çerçevesini sunsa da modern yaklaşımlar daha geniş bir yelpazeyi ele alır. Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ), *Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Seçimler Yapmaya Yönelik Bir Süreç: Bakım Kalitesi* başlıklı rehberinde, sağlıkta kaliteyi “bireylerin ve toplumların sağlık sonuçlarını artırma olasılığına sahip, güncel mesleki bilgiyle tutarlı hizmetler” olarak tanımlar (WHO, 2006). Bu tanım, Institute of Medicine (IOM) tarafından 2001 yılında yayınlanan “Crossing the Quality Chasm” raporuna dayanmaktadır. Rapora göre, yüksek kaliteli bir sağlık sistemi, şu altı temel boyutta hizmet sunmalıdır (Institute of Medicine, 2001):

- ✓ *Erişilebilirlik*: Hastaların ihtiyaç duydukları hizmetlere zamanında ve kolayca ulaşabilmesi.
- ✓ *Güvenlik*: Hastalara kasıtsız veya önlenemez zararların verilmemesi, tıbbi hataların en aza indirilmesi.
- ✓ *Etkinlik*: Bilimsel kanıtlara dayalı, doğru teşhis ve tedavi yöntemlerinin kullanılması.
- ✓ *Hasta Odaklılık*: Hizmetlerin, hastaların bireysel tercihleri, değerleri ve kültürel ihtiyaçları dikkate alınarak sunulması.
- ✓ *Verimlilik*: Sağlık kaynaklarının israf edilmeden, en yüksek faydayı sağlayacak şekilde kullanılması.
- ✓ *Eşitlik*: Hastaların sosyoekonomik durum, etnik köken gibi kişisel özelliklerine bakılmaksızın eşit kalitede hizmet alması.

Bu boyutlar, sağlıkta kalitenin, sadece tıbbi sonuçlara değil, aynı zamanda etik, sosyal ve ekonomik faktörlere de dayanan çok yönlü bir kavram olduğunu ve sürekli bir iyileştirme süreci göstermektedir. Sağlık kurumları, bu boyutların her birinde başarılı olmak için sistematik yaklaşımlar geliştirmeye çalışmaktadır.

1.2. Sağlık Sektöründe Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihi, tıbbi ve teknolojik gelişmelerle şekillenirken, bu ilerlemelerin hasta sonuçlarına doğrudan yansıtılmasına odaklanan bir evrim göstermiştir. Bu sürecin ilk öncülerinden biri olan Florence Nightingale, Kırım Savaşı sırasında hastanelerde enfeksiyon kontrolü ve sanitasyon ilkelerini uygulayarak kaliteyi iyileştirmiştir. Ancak, sağlıkta kalite yönetimi için modern ve sistematik bir yaklaşım, sanayi alanından benimsenen prensiplerle şekillenmiştir. 20. yüzyılın başlarında, Abraham Flexner ve Ernest Codman gibi yenilikçiler, sağlık sistemlerinin ve hasta sonuçlarının gözden geçirilmesiyle kalite iyileştirme çalışmalarına ilgi uyandırmıştır. Flexner’in 1910 tarihli raporu,

tıp eğitiminin yeniden yapılandırılmasını sağlarken, Codman'ın "nihai sonuç sistemi" hasta takibine ve sonuçlarının kayıt altına alınmasına odaklanmıştır. Bu çalışmalar, Amerikan Cerrahlar Koleji'nin kurulmasını ve hastaneler için akreditasyon standartlarının belirlenmesini sağlamıştır. 1960'larda, Avedis Donabedian günümüz sağlıkta kalite hareketinin kurucularından biri olarak kabul görmüştür. O, yukarıda bahsedildiği gibi kalitenin üç temel boyut olan yapı, süreç ve sonuç üzerinden değerlendirilmesini sağlayan bir çerçeve sunarak, sistem tabanlı bir yaklaşımın önemine dikkat çekmiştir. Donabedian'a göre, sorunlar nadiren bireysel hatalardan, daha çok değişmesi gereken süreçlerden kaynaklanmaktadır.

Kalite yönetimi alanında asıl dönüm noktası ise 1990'ların sonlarında yaşanmıştır. Ulusal Tıp Enstitüsü (IOM), "To Err is Human – Hata İnsana Özgüdür" (1999) raporuyla, önlenebilir tıbbi hatalar nedeniyle her yıl on binlerce kişinin öldüğünü ortaya koyarak kamuoyunu sarsmıştır. Bu rapor, hasta güvenliğinin sağlanması için elektronik bilgi sistemlerinin ve hata raporlama mekanizmalarının iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. IOM, 2001'de yayımladığı "Crossing the Quality Chasm – Kalite Uçurumunu Aşmak" raporunda ise, sağlık hizmeti sunumu ile ideal yaklaşım arasındaki farkı ortaya koymuş, hizmetlerin güvenli, etkili, hasta merkezli, zamanında, verimli ve eşit olması gerektiğini savunmuştur.

Bu tarihi gelişmeler, sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik bakış açısını bireysel profesyonellikten, tüm kurumu kapsayan ve sürekli iyileştirmeyi hedefleyen sistemik bir yaklaşıma dönüştürmüştür (Hines et al., 2020).

2000'li yıllardan sonra sağlık alanında kalitede yaşanan gelişmeler, küresel ve ulusal düzeyde, teknoloji, hasta güvenliği ve hasta odaklılık gibi konularda önemli ilerlemeler sağlamıştır. Bu dönemde kalite, artık sadece bir hizmet standardı olmaktan çıkarak, sağlık politikalarının ve yönetim sistemlerinin temel bir bileşeni haline gelmiştir.

1.3. Neden Kalite Yönetimi?

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, artık sadece bir rekabet avantajı olmaktan çıkmış, hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının varlığını sürdürmesi için temel bir zorunluluk haline gelmiştir. Kalite yönetimi, hizmet sunumunun tüm aşamalarını kapsayan sistematik bir yaklaşımla hem hasta hem de kurum için fayda yaratır. Kalite yönetiminin temel hedefleri ve önemi aşağıdaki dört ana başlık altında incelenebilir:

- ✓ *Hasta Güvenliği:* Sağlıkta kalite yönetiminin en kritik nedeni, hastaların

güvenliğini sağlamaktır. Sistemik hataların önlenmesi, tıbbi hataların ve gereksiz yaralanmaların önüne geçmek için hayati önem taşır. Kalite yönetimi programları, hasta güvenliği kültürünü teşvik ederek, hataların açıkça raporlanmasını ve kök neden analizlerinin yapılmasını sağlar. Bu sayede, riskli süreçler belirlenir ve düzeltilir, hasta için daha güvenli bir ortam yaratılır.

- ✓ *Maliyet Etkinliği:* Düşük kaliteli hizmetin maliyeti genellikle çok daha yüksektir. Kalite yönetimi, gereksiz testlerin, tekrarlanan işlemlerin ve uzun hastane yatışlarının önüne geçerek maliyetleri düşürür. Etkin süreçler ve doğru tedavi protokolleri, kaynakların verimli kullanılmasını sağlar, böylece hem hastane hem de sağlık sistemi için finansal olarak sürdürülebilir bir yapı oluşturulur (WHO, 2006).
- ✓ *Hasta Memnuniyeti:* Kalite yönetimi, hasta deneyimini iyileştirmeye odaklanır. Hastaların hizmetlere kolay erişimi, bekleme sürelerinin azalması ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim gibi unsurlar, hasta memnuniyetini doğrudan etkiler (Agency for Healthcare Research and Quality, 2025). Memnun hastalar, kuruma olan güvenlerini artırır ve sadakat geliştirir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin insani yönünü de ön plana çıkarır.
- ✓ *Kurumsal İtibar:* Hasta güvenliği, maliyet etkinliği ve hasta memnuniyetindeki başarılar, bir sağlık kuruluşunun itibarını ve saygınlığını doğrudan artırır. Kaliteli hizmet sunan bir kurum, toplumda güvenilir bir algı oluşturur ve en yetenekli sağlık profesyonellerini bünyesine katma konusunda avantaj sağlar (Institute of Medicine, 2001). Akreditasyon gibi kalite standartlarına uyum, kurumsal itibarı ulusal ve uluslararası düzeyde pekiştirir ve kurumun pazardaki rekabet gücünü artırır.

2. SAĞLIKTA AKREDİTASYON

2.1. Sağlıkta Akreditasyonun Tanımı ve Önemi

Sağlıkta akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun belirli kalite ve güvenlik standartlarına ne kadar uyduğunu tarafsız bir dış kuruluş tarafından değerlendirildiği ve doğrulandığı gönüllü bir süreçtir (Avcı et al., 2019). Lisanslama veya ruhsatlandırmanın aksine, akreditasyon asgari standartların ötesine geçerek bir kurumun sürekli kalite iyileştirmeye olan bağlılığını gösterir. Bu süreç, sadece fiziksel koşulları değil, aynı zamanda klinik süreçleri, hasta güvenliğini, hasta haklarını ve çalışan memnuniyetini de kapsar (Medipol Üniversitesi, 2020).

Akreditasyonun temel amacı, hasta ve çalışanlar için daha güvenli bir ortam yaratarak bakım kalitesini ve hasta güvenliğini sürekli olarak artırmaktır. Bu amacın yanı sıra, akreditasyonun sağlık kurumlarına sağladığı birçok fayda bulunmaktadır:

- ✓ *Kalite Güvencesi ve İyileştirme:* Akreditasyon, kurumun hizmetlerini önceden belirlenmiş, bilimsel dayanağı olan standartlarla karşılaştırmasına olanak tanır. Bu sayede güçlü ve zayıf yönler belirlenir ve sistematik bir şekilde iyileştirme çalışmaları başlatılır. Bu süreç, kurumun kalite kültürünü benimsemesini sağlar (Avcı et al., 2019).
- ✓ *Kurumsal İtibar ve Rekabet Avantajı:* Akredite bir kurum olmak, hastalara, sağlık çalışanlarına ve kamuoyuna yüksek kaliteli ve güvenilir hizmet sunulduğunun bir kanıtıdır. Bu durum, kurumun pazardaki rekabet gücünü artırır, hasta sayısını yükseltir ve yetenekli personeli çekme konusunda avantaj sağlar.
- ✓ *Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği:* Akreditasyon standartları, hasta güvenliğini tehdit eden riskleri en aza indirmeyi hedefler. Süreçlerin ve sistemlerin düzenli olarak denetlenmesiyle olası hatalar ve tehlikeler önceden tespit edilerek gerekli önlemler alınır (Medipol Üniversitesi, 2020).

Özetle, akreditasyon; sağlıkta kaliteyi dışsal bir gözle değerlendiren ve kurumun sürekli olarak kendini geliştirmesini teşvik eden güçlü bir mekanizmadır.

2.2. Sağlık Sektörüne Yönelik Akreditasyon Kuruluşları

Sağlıkta akreditasyon hem ulusal hem de uluslararası düzeyde hizmet kalitesini ve hasta güvenliğini güvence altına alan kritik bir mekanizmadır. Bu süreç, uluslararası ve ulusal kuruluşlar aracılığıyla yürütülür ve her iki seviyede de sağlık sistemlerinin sürekli iyileştirilmesini hedefler.

2.2.1. Uluslararası Kuruluşlar

Uluslararası alanda, sağlık kuruluşlarının belirli standartlara uygunluğunu değerlendiren ve onaylayan çeşitli kurumlar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

- ✓ *Joint Commission International (JCI):* Dünya genelinde en yaygın ve tanınmış akreditasyon kuruluşudur. JCI, hastanelerden laboratuvarlara kadar geniş bir yelpazedeki sağlık kurumları için hasta güvenliği ve hizmet

kalitesine odaklanan standartlar belirler (JCI, 2025)

- ✓ *International Society for Quality in Health Care (ISQua):* ISQua, akreditasyon kuruluşlarını akredite eden küresel bir çatı örgüttür. Bu, bir ülkenin ulusal akreditasyon sisteminin uluslararası alanda geçerli ve güvenilir olduğunun bir göstergesidir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2025).
- ✓ *Temos International Healthcare Accreditation:* Uluslararası hastaların deneyimlerini ve bakım kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen merkezi Almanya'da bulunan bir kuruluştur. Avrupa Birliği Bölgesinde akreditasyon belgesi vermeye yetkili değildir. Klinik hizmetler, göz hastalıkları, üreme sağlığı gibi alanlarda hizmet vermektedir (Temos, 2025).

2.2.2. Ulusal Akreditasyon Kuruluşları

Türkiye'de ulusal sağlık akreditasyonu sürecini yürüten ana kurum Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)'dır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak 2015 yılında kurulan TÜSKA, uluslararası standartlara uygun bir sistemle sağlık kuruluşlarını akredite eder. Enstitü, geliştirdiği Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ile hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve laboratuvarlar gibi kurumların performansını değerlendirir. 30 Ocak 2025 tarihinde Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılan bir düzenleme özel hastanelere TÜSKA'dan akredite olma zorunluluğu getirilmiştir (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2025).

TÜSKA'nın SAS setleri, ISQua tarafından onaylanmış ve bu sayede Türkiye'nin ulusal akreditasyon sisteminin uluslararası alanda geçerliliği kanıtlanmıştır. Bu uygulama, Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının hem yurt içinde hem de sağlık turizmi alanında güvenilirliğini artırmayı amaçlamaktadır (TÜSEB, 2025).

Hem uluslararası hem de ulusal akreditasyon kuruluşları, sürekli kalite iyileştirme kültürünü teşvik ederek, sağlık sistemlerinin hasta güvenliği, maliyet etkinliği ve kurumsal itibar gibi alanlarda daha iyi performans göstermesini sağlamaktadır.

2.3. Akreditasyon Süreci

Sağlıkta akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun belirlenen ulusal veya uluslararası standartlara ne kadar uyduğunu gösteren, bağımsız bir kuruluş tarafından yapılan zorlu ve titiz bir değerlendirme ve onaylama sürecidir. Bu süreç, sa-

dece kağıt üzerinde kalan bir denetimden ibaret değildir; bir sağlık kurumunun hizmet kalitesini, hasta güvenliğini ve kurumsal performansını sürekli olarak iyileştirmeyi taahhüt ettiğinin bir kanıtıdır. Akreditasyon, hastaların en güvenli ve en yüksek kalitede bakımı almasını sağlamayı amaçlayan, kapsamlı ve çok yönlü bir yolculuktur. Bu süreç, ulusal ve uluslararası standartlara uyumun bağımsız bir denetimle onaylanmasını içerir ve genel olarak aşağıdaki aşamalardan oluşur (JCI, 2025; TÜSEB, 2025);

2.3.1. Hazırlık ve Öz Değerlendirme

Bu aşama, kuruluşun akreditasyon yolculuğunun temelini oluşturur ve genellikle en uzun süren bölümdür.

- *Standartları Tanıma:* Kuruluş, başvuracağı akreditasyon kuruluşunun (örneğin TÜSKA veya JCI) belirlediği standart setlerini edinir. Akreditasyon standart setleri, hastanelerin ve diğer sağlık kuruluşlarının fonksiyonel alanlarını dikkate alarak oluşturulmuştur. Örneğin, bir laboratuvar için hazırlanan standart seti, hastane standardından farklı olacaktır. Bu standart setleri, sağlık kuruluşlarının sürekli olarak kendilerini geliştirmeleri ve uluslararası alanda kabul görmüş en iyi uygulamalara ulaşmaları için bir yol haritası sunar. Değerlendirme sırasında değerlendiriciler, kuruluşun her bir standarda ne kadar uyduğunu bu setlerdeki kriterlere göre belirler.
- *Eğitim:* Hazırlık sürecinde, tüm personelin akreditasyon standartları ve hasta güvenliği konularında eğitim alması önemlidir. Bu eğitimler, çalışanların yeni süreçlere adaptasyonunu sağlar ve akreditasyon denetimine hazır olmalarını destekler. Eğitimler; hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü, risk yönetimi ve acil durum prosedürleri gibi konuları kapsar. Bu eğitimler, değerlendirme sırasında personelin kendilerine sorulan sorulara doğru ve eksiksiz yanıt verebilmesini ve standartları günlük işleyişlerine entegre etmesini sağlar.
- *İç Ekip Oluşturma:* Kuruluş içinde, tepe yöneticiye bağlı olarak çalışacak bir akreditasyon ekibi oluşturulur. Ekipte kimlerin görev alacağı sağlık kurumunun yapısına ve ihtiyaca göre farklılık gösterir. Örneğin hastanelerde genellikle başkanın yanı sıra, Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi, İnsan Kaynakları Temsilcisi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi Temsilcisi, Tıbbi Kayıtlar/Bilişim Teknolojileri Temsilcisi, Teknik Hizmetler/Tesis Yönetimi Temsilcisi ve Hasta Güvenliği Sorumlusu gibi kişiler görev alır. Ancak unutulmamalıdır ki bir kuruluşun akredite edilmesi tüm personelin katılımı ile mümkündür.

- *Öz Değerlendirme:* Öz değerlendirme ekibi, kuruluşun mevcut durumunu akreditasyon standartlarına göre inceler. Avedis Donabedian'ın "Yapı-Süreç-Sonuç" modeli gibi temel yaklaşımlar bu aşamada kullanılır. Kuruluş, fiziksel yapısını (yapı), uygulanan süreçleri (süreç) ve elde edilen hasta çıktıları (sonuç) değerlendirir, eksik ve iyileştirilmesi gereken alanları belirler. Değerlendirme sonunda bir öz değerlendirme raporu hazırlanır. Bu öz değerlendirme süreci, kurumsal kalitenin temelini oluşturan kritik bir adımdır (Hines et al., 2020).

2.3.2. Başvuru ve Saha Değerlendirmesi Planlaması

Hazırlık ve öz değerlendirme ve aşamaları tamamlandıktan sonra, sağlık kuruluşu akreditasyon sürecinin resmi adımlarına geçer. Bu aşama, akreditasyon kurumuna yapılan başvuru ve sonrasında gerçekleştirilecek saha değerlendirme sürecinin titizlikle planlanmasını içerir.

- ✓ *Resmi Başvuru:* Sağlık kuruluşu, hazırlıklarını tamamladığını düşünerek akreditasyon kurumu (TÜSKA, JCI gibi) aracılığıyla resmi başvurusunu yapar. Bu başvuru, kuruluşun akreditasyon için hazır olduğunu ve bir denetimi kabul ettiğini gösterir.
- ✓ *Değerlendirme Takviminin Belirlenmesi:* Başvuru incelendikten sonra, akreditasyon kurumu ve sağlık kuruluşu bir araya gelerek bir değerlendirme takvimi oluşturur. Bu takvim, değerlendirme ekibinin kuruluşta hangi tarihlerde ve ne kadar süreyle kalacağını belirler. Değerlendirme, sağlık kuruluşunun büyüklüğüne ve karmaşıklığına göre birkaç gün sürebilir. Bu süreçte, kurumun her biriminin incelenmesi için detaylı bir planlama yapılır.

2.3.3. Saha Değerlendirmesi

Bu aşama, sürecin en can alıcı noktasıdır ve genellikle birkaç gün sürer. Alanında uzman ve akreditasyon standartlarına hâkim değerlendiricilerden oluşan bir ekip, kuruluşu yerinde inceler. Değerlendiriciler, yalnızca fiziksel alanı incelemekle kalmaz, aynı zamanda hasta kayıtlarını inceler, çalışanlarla ve hastalarla birebir görüşmeler yapar, klinik ve idari süreçleri yakından gözlemler. Bu, sadece dokümantasyona dayalı bir değerlendirme değil, canlı ve dinamik bir sistem değerlendirmesidir. Bu aşamada kuruluşun yazılı prosedürlerinin gerçek uygulamalarla ne kadar örtüştüğü kanıtlara dayalı olarak kontrol edilir.

2.3.4. Değerlendirme ve Karar

Yerinde değerlendirmenin tamamlanmasının ardından süreç, kuruluş dışında devam eder.

- ✓ **Raporlama:** Değerlendirme ekibi, tüm bulgularını içeren detaylı bir rapor hazırlar. Bu raporda, kuruluşun standartlara uyum düzeyi, belirlenen eksiklikler ve olası iyileştirme fırsatları belirtilir.
- ✓ **Karar Verme:** Akreditasyon kuruluşu, hazırlanan bu raporu kendi komitelerinde değerlendirir ve kuruluşun akreditasyon belgesi alıp almayacağına karar verir.

2.3.5. Akreditasyon ve İzleme

Sürecin başarılı bir şekilde tamamlanması, yeni bir dönemin başlangıcıdır.

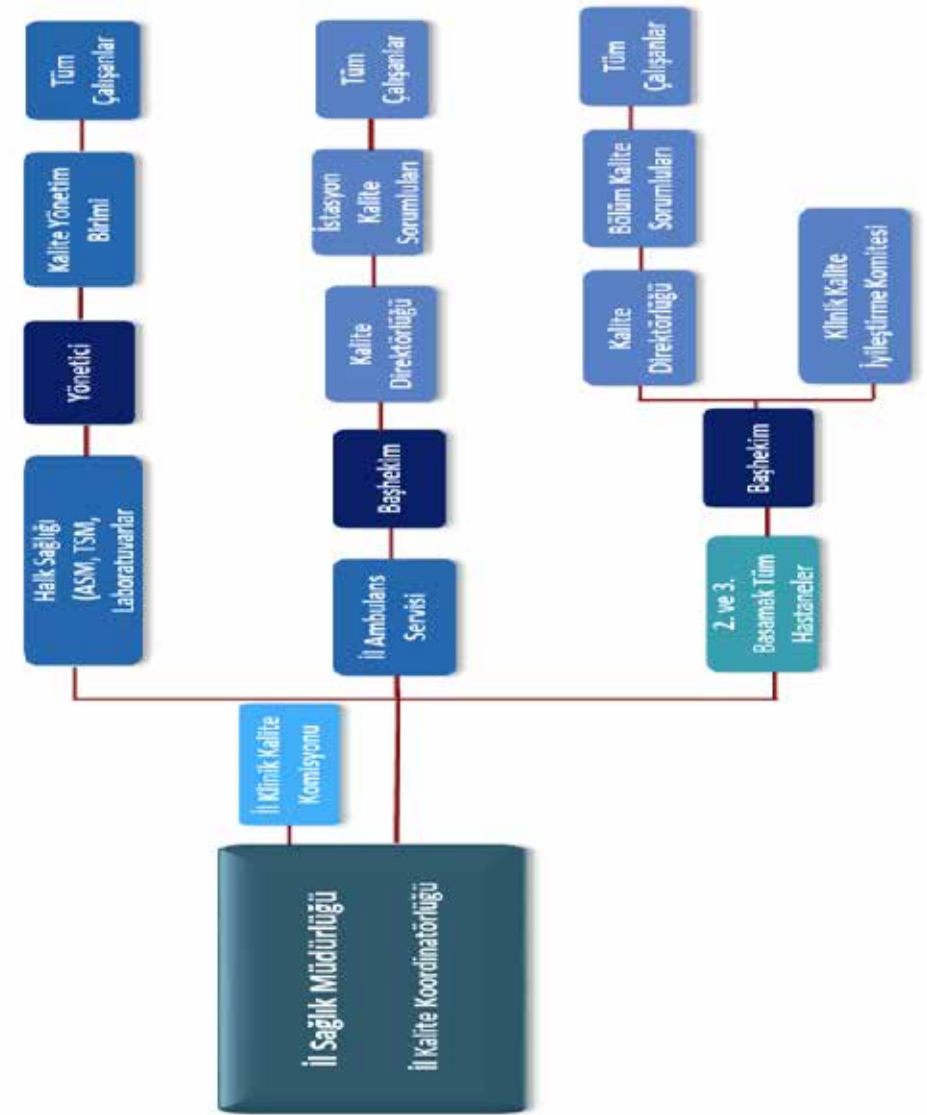
- ✓ **Belge Alımı:** Değerlendirmede yeterli koşulları sağlayan kuruluşlar, genellikle 3 yıl geçerli olan bir akreditasyon belgesi alır.
- ✓ **Sürekli İyileştirme:** Akreditasyon, bir son durak değil, sürekli bir iyileştirme yolculuğudur. Kuruluş, akreditasyon statüsünü korumak için belirlenen standartlara uyumunu sürdürmek ve periyodik olarak yapılan izleme denetimlerine tabi olmak zorundadır.

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA KALİTE SİSTEMİ

3.1. Sağlıkta Kalite Sisteminin Genel Yapısı

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, **Sağlıkta Dönüşüm Programı** kapsamında geliştirilen “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşeni ile kurumsal bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu sistemin temel amacı, sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşlarda hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, hizmet sunumunda etkinlik, etkililik, zamanında erişim ve hakkaniyeti güvence altına almak, aynı zamanda, hizmet alanların ve sunanların memnuniyetini arttırmaktır.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi üç ana bileşen üzerine inşa edilmiştir: **kurumsal yapı, sağlıkta hizmet kalitesi ve klinik kalite**. Kurumsal yapı, yalnızca Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını değil, sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan tüm çalışanları da içine alacak şekilde tasarlanmıştır. Bu yaklaşım, hizmetin her kademesinde kalite kültürünün benimsenmesini amaçlamaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. İl düzeyinde kalite sistemi teşkilatlanması

Sağlık hizmet kalitesi boyutunda, *Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)* ve *SKS göstergeleri* geliştirilmiştir. SKS setleri, sağlık hizmetlerinin belirlenen ilke ve standartlar çerçevesinde ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi için kullanılmaktadır. İlk kez hastaneler için geliştirilen bu standartlar, daha sonra diyaliz merkezleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri, evde sağlık hizmetleri ve acil

sağlık hizmetleri (112) gibi farklı hizmet sunum alanlarına da uyarlanmıştır. Bu standartlar, ihtiyaca göre güncellenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmeye yönelik kullanılan bir diğer unsur ise **kalite göstergeleridir**. Bu göstergeler; yapı, süreç ve sonuç odaklı ölçüm araçları olarak tanımlanmakta ve sağlık kuruluşları tarafından *Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi (TÜR-GÖS)* üzerinden raporlanmaktadır. Sertifikalı SKS değerlendiricileri tarafından ülke genelinde kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında standart değerlendirme uygulamaları yapılmaktadır.

Sistemin üçüncü bileşeni olan **kllinik kalite**, doğrudan tıbbi süreçler ve klinik çıktılarının izlenmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. Bu kapsamda, öncelikli sağlık sorunlarına yönelik standartlar ve göstergeler belirlenmekte, ölçme-değerlendirme rehberleri hazırlanmakta ve *Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi* aracılığıyla kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde analizler gerçekleştirilmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2025).

3.2. Hastanelerde Kalite Sistemi Yapılanması

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik gereği Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında yürütülen kalite çalışmalarının etkin bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordine edilmesi amacıyla her bir sağlık kurum ve kuruluşunda kalite yönetim birimi kurulması zorunludur. Bu birimin operasyonel sürekliliğini sağlamak için, tam zamanlı görev yapan ve tercihen yönetici pozisyonundaki bir personel, kalite yönetim sorumlusu olarak atanır. Birimde hastanenin büyüklüğüne ve ihtiyaçlarına göre tam zamanlı personel görevlendirilir. Kalite yönetim sorumlusu, hiyerarşik olarak doğrudan sağlık kurumunun tepe yöneticisine bağlı olarak çalışır (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2023).

Kalite Yönetim Birimi aşağıdaki görevleri yerine getirir;

- ✓ **SKS'nin Uygulanması:** Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan **Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)** ve ilgili rehberlerin kurum genelinde uygulanmasını koordine etmek, takip etmek ve değerlendirmek.
- ✓ **Sürekli İyileştirme:** Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik faaliyetleri planlamak, izlemek ve düzeltici/önleyici eylemleri belirleyerek sürekli iyileştirmeyi teşvik etmek.
- ✓ **Veri Yönetimi ve Analizi:** Hizmet süreçlerine ilişkin verileri (kllinik kalite göstergeleri, hasta/çalışan geri bildirim anketleri vb.) toplamak, analiz etmek ve elde edilen sonuçları yönetime raporlamak.

- ✓ **Eğitim ve İletişim:** Akreditasyon ve kalite yönetimi konularında personelin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve gerekli eğitimlerin planlanmasını ve gerçekleştirilmesini sağlamak. Ayrıca, kurumun tüm birimleri arasında kalite süreçleri hakkında yatay iletişimi koordine etmek.
- **İç Denetim ve Öz Değerlendirme:** Kurumun, SKS'ye uyum düzeyini ölçmek amacıyla düzenli iç denetimler ve öz değerlendirme çalışmaları yapmak. Bu süreçlerin sonuçlarına göre eylem planları oluşturmak ve takip etmek.

Hastanelerde ayrıca, her birimde bir kalite sorumlusu görevlendirilir. Birim kalite sorumluları, kendine görevlerinin yanı sıra kalite ile ilgili sorumluluklarını yerine getirir, kalite yönetim birimiyle iş birliği içinde çalışır ve standartların kendi birimlerinde uygulanmasını sağlar. Birim kalite sorumlusunun bazı görevleri aşağıda belirtilmiştir;

- ✓ **Standartların Uygulanması:** Kendi birimlerine özgü SKS standartlarının günlük işleyişe entegre edilmesinden ve uygulanmasından sorumludur.
- ✓ **Düzeltilici ve İyileştirici Faaliyetler:** Biriminde tespit edilen sorunlara yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri başlatır ve takibini yaparak sonuçları kalite yönetim birimine bildirir.
- ✓ **Eğitim ve İletişim:** Kendi birimindeki personelin kalite hedefleri ve standartlar hakkında bilgilendirilmesini sağlar ve birim ile kalite yönetim birimi arasında iletişimi koordine eder.
- ✓ **Veri Girişi:** Birimlerine ait kalite gösterge verilerini düzenli olarak toplar ve ilgili sisteme (Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi gibi) girişini yapar.

4. GELECEK EĞİLİMLER

Sağlık hizmetlerinde kalite beklentileri; teknolojik gelişmeler, değişen hasta ihtiyaçları ve sağlık sistemlerinin evrimleşen yapısı ile birlikte sürekli olarak şekillenmektedir. Bu bölümde sağlıkta kaliteyi etkileyecek bazı önemli faktörler incelenmiştir.

4.1. Sağlıkta Dijitalleşme

Son yıllarda dijitalleşme sağlık hizmetlerinde klinik kaliteyi etkileyen kritik bir güç haline gelmiştir. Bu dönüşüm, operasyonel verimliliği artırmanın ötesine geçerek, hasta bakımını daha güvenli, kişiselleştirilmiş ve etkin hale getiren bir

dizi yeniliği beraberinde getirmiştir.

Bu dönüşümün merkezinde, elektronik sağlık kayıtları (ESK) ve yapay zekâ (YZ) destekli teşhis sistemleri gibi teknolojiler yer almaktadır. Elektronik sağlık kayıtları, hastaların tüm tıbbi geçmişini, laboratuvar sonuçlarını ve tedavi planlarını tek bir dijital platformda birleştirerek, sağlık profesyonellerine anında ve eksiksiz bilgiye erişim imkânı sunmaktadır.

Dijitalleşme, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin hasta merkezli bir yaklaşımla sunulmasını teşvik eder. Teletıp ve tele sağlık uygulamaları sayesinde hastalar, coğrafi engeller olmaksızın uzman hekimlere erişim sağlayabilir. Bu durum, özellikle kırsal bölgelerde yaşayanlar için sağlık hizmeti kalitesini önemli ölçüde yükseltir. Uzaktan hasta takibi, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumlarının sürekli izlenmesini mümkün kılar. Bu proaktif yaklaşım, ani sağlık krizlerini önleyerek hastaların yaşam kalitesini artırır ve sağlık sisteminin genel yükünü hafifletir.

Sonuç olarak, dijitalleşme sağlık sektöründe kaliteyi artırma potansiyeli taşıyan bir anahtar rol üstlenmektedir. Bu teknolojik dönüşüm, sadece süreçleri optimize etmekle kalmayıp, aynı zamanda daha güvenli, verimli ve erişilebilir bir sağlık hizmeti ekosistemi inşa ederek hasta memnuniyetini ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmeye devam edecektir (Baş, 2025) the actual number of HF hospitalizations remains >1 million annually. More than 80% of patients who are hospitalized are initially seen in the emergency department (ED).

Ancak dijitalleşme süreci önemli zorlukları da beraberinde getirmektedir. Personelin yeni teknolojilere adaptasyonu, sistemlerin teknik entegrasyonu ve uyumluluğu ile veri güvenliği endişeleri başlıca engeller olarak tanımlanmaktadır (Akman Dömbekçi et al., 2023).

4.2. Sağlık İnsan Gücündeki Değişim

Sağlık hizmetlerinde insan gücü, sistemin sürdürülebilirliği ve kalitesinin en kritik belirleyicilerinden biridir. Demografik değişimler, artan yaşlı nüfus, kronik hastalıkların yükselişi ve dijital dönüşüm, sağlık insan gücünün niteliği ve niceliğinde önemli dönüşümler yaratmaktadır. Bu dönüşüm, hem mevcut mesleklerde yetkinliklerin yeniden tanımlanmasını hem de yeni sağlık mesleklerinin ortaya çıkmasını beraberinde getirmektedir.

Bu bağlamda geleceğin meslekleri arasında teletıp sistemleri uzmanı, sağlıkta büyük veri analisti, klinik iş analisti, artırılmış/sanal gerçeklik destekli cerrahi planlayıcı, plastik/rekonstrüktif ve estetik cerrahi 3 boyutlu yazıcı uzmanı, sanal

hastane yöneticisi, derin öğrenme uzmanı, sentetik organ tasarımcısı, epigenetik danışman ve sağlık hizmetleri için sesli asistan tasarımcısı gibi meslekler yer almaktadır (Önder et al., 2019).

Bu yeni mesleklerin ortaya çıkması ve mevcut rollerin dönüşmesi, sağlık hizmetlerinde kaliteyi doğrudan etkileyecektir. Özellikle hasta güvenliği, dijital kayıtların etkin yönetimi, klinik süreçlerin daha doğru planlanması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, kişiselleştirilmiş tedavilerin artması ve maliyet etkinlik sağlanması gibi alanlarda kalite iyileştirmeleri beklenmektedir. Dolayısıyla, sağlık insan gücü planlamasında yalnızca sayısal artış değil, aynı zamanda teknoloji temelli yeni mesleklere yatırım yapılması da geleceğin sağlık sistemleri için kritik öneme sahiptir.

4.3. Hasta Beklentilerindeki Değişim

Günümüzde sağlık sistemlerinde en dikkat çeken unsurlardan biri, hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerindeki değişimdir. Geçmişte hastalar daha çok “tedavi edici hizmetlere erişim” ve “klinik sonuçlara” odaklanırken, günümüzde bu beklentiler çok boyutlu hale gelmiştir. Hastalar artık sadece hastalıklarının tedavi edilmesini değil; aynı zamanda güvenilir ve saygılı bir iletişim kurulmasını, sağlık profesyonelleri ile ortak karar alma süreçlerine katılmayı ve sağlık sisteminin bütüncül hizmet sunmasını beklemektedir (El-Haddad et al., 2020). Hastaların özellikle güven, süreklilik ve hekimleriyle uzun vadeli ilişki beklentisi öne çıkmaktadır (Oster et al., 2024). Ayrıca, hasta beklentilerinde sağlık hizmetlerinin yaşam tarzı değişikliklerini desteklemesi, bakım koordinasyonunun sağlanması ve hastaların karar alma süreçlerine aktif şekilde katılması giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Reis et al., 2020) what they plan to do and how they intend to execute their plans in partnership with their healthcare team. Results: The majority (78%.

Bu durum, sağlık kuruluşlarının yalnızca teknik kaliteye değil, aynı zamanda hasta deneyimine ve hasta merkezli yaklaşımlara da odaklanmalarını zorunlu kılmaktadır.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta beklentileri, teknolojik gelişmeler ve sistemik dönüşümlerle sürekli evrilen çok boyutlu ve karmaşık bir kavramdır. Günümüz sağlık kuruluşları için kalite yönetimi, artık yalnızca bir rekabet avan-

tajı olmaktan çıkmış, hasta güvenliğini, maliyet etkinliğini ve kurumsal itibarı güvence altına alan temel bir zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık kuruluşları tercihlerine göre ulusal ve/veya uluslararası kalite ve akreditasyon standartlarını yerine getirdiklerini belgelendirmeye çalışarak sağlık hizmet kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadırlar. Bu bağlamda organizasyonlarını kalite yönetim sistemlerine uygun biçimde yapılandırmaktadırlar. Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kurumsallaşan bu sistem, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve sağlıkta akreditasyon standartları (SAS) gibi araçlarla sürekli iyileştirmeyi hedeflemektedir.

Gelecekte sağlık hizmetlerinin kalitesi, dijitalleşme ve insan gücündeki değişimlerle daha da şekillenecektir. Elektronik sağlık kayıtları ve yapay zekâ, tanı ve tedavi süreçlerini daha güvenli ve etkin kılarken, teletıp gibi uygulamalar hizmetlere erişimi artıracaktır. Bu dönüşüm, sağlık çalışanlarının rollerini yeniden tanımlayarak yeni mesleklerin ortaya çıkmasını sağlayacak ve hasta beklentilerini daha iyi karşılayan kişiselleştirilmiş bir bakım modelini mümkün kılacaktır.

Sonuç olarak, sağlıkta kalite, teknoloji, sistem ve insan faktörünün birleşimiyle daha güvenli, verimli ve hasta merkezli bir geleceğe doğru ilerlemektedir.

KAYNAKÇA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2025). *Types of Health Care Quality Measures*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>
- Akman Dömbekçi, H., Güzel, Ş., & Kılıç, F. (2023). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme Üzerindeki Personel Görüşleri: Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 73–84. <https://doi.org/10.55050/sarad.1214773>
- Avcı, K., Şenel Çizmeci, & Figen. (2019). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu: Faydası, Önemi ve Etkisi Nedir? *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 221–234. <https://doi.org/10.26453/otjhs.525436>
- Baş, K. (2025). Sağlıkta Dijitalleşmenin Önemi ve Kalite Yönetimine Etkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 17(1), 130–143. <https://doi.org/https://doi.org/10.69785/oybd.1568273>
- El-Haddad, C., Hegazi, I., & Hu, W. (2020). Understanding Patient Expectations of Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1724–1731. <https://doi.org/10.1177/2374373520921692>
- Hines, K., Mouchtouris, N., Knightly, J. J., & Harrop, J. (2020). A Brief History of Qu-

ality Improvement in Health Care and Spinal Surgery. *Global Spine Journal*, 10(1S), 5S-9S. <https://doi.org/10.1177/2192568219853529>

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/10027>
- JCI. (2025). *Joint Commission International Accreditation*. <https://www.jointcommission.org/en/accreditation>
- Medipol Üniversitesi. (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sağlık Politikaları 2* (H. Güler (Ed.)). İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Önder, G., Önder, E., & Özdemir, M. (2019). Gelişmekte Olan Teknolojiler Sonucu Sağlıkta Oluşacak Yeni Meslekler. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 10(Ek Sayı), 71–80. <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumus/issue/49769/607424>
- Oster, A., Wiking, E., Nilsson, G. H., & Olsson, C. B. (2024). Patients’ expectations of primary health care from both patients’ and physicians’ perspectives: a questionnaire study with a qualitative approach. *BMC Primary Care*, 25(128), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02389-2>
- Reis, J., Juker, D., Volk, M., & Stevenson, C. (2020). Patients’ expectations for and experiences with primary healthcare services received from a patient centered medical home. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1223–1229. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.01.002>
- Sağlık Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Pub. L. No. 32202 (2023).
- Özel Hastaneler Yönetmeliği, (2025). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/01/20250130-9.htm>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2025). *Sağlıkta Akreditasyon Standartları*. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-77546/saglikta-akreditasyon-standartlari-ayaktan-saglik-hizmetleri-setinin-akreditasyonu-onaylandi.html>
- Temos. (n.d.). *Accreditation Programs*. Retrieved September 17, 2025, from <https://temos-worldwide.com/accreditation-programs/>
- TÜSEB. (2025). *Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü*. <https://tusebka.tuseb.gov.tr/kurumsal/hakkimizda>
- WHO. (2006). Quality of Care. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

7. BÖLÜM

SAĞLIKTA İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

Orhan TUNÇ

İstanbul Okan Üniversitesi

orhan.tunc@okan.edu.tr

<https://orcid.org/0009-0001-9234-821X>

GİRİŞ

Sağlık sektörü, insan hayatını doğrudan etkileyen, dinamik ve karmaşık bir hizmet alanıdır. Bu sektörde sunulan hizmetlerin kalitesi, büyük ölçüde insan kaynaklarının etkin yönetimine bağlıdır. İnsan kaynakları yönetimi (İKY), sağlık kurumlarının stratejik hedeflerine ulaşmasında kritik bir rol oynar. Sağlıkta İKY, nitelikli iş gücünün temin edilmesi, geliştirilmesi, motivasyonunun sağlanması ve performansının optimize edilmesi süreçlerini kapsar. Bu bağlamda, sağlık kurumlarının sürdürülebilir başarıları, çalışanların yetkinlikleri, memnuniyetleri ve kurumsal bağlılıkları ile doğrudan ilişkilidir.

Sağlık sektörü, emek-yoğun bir alandır ve hizmet sunumunun temel unsuru insandır. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler, idari personel ve diğer sağlık çalışanları, hasta bakımının kalitesini ve etkinliğini belirleyen ana aktörlerdir.

Sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve tutumları, hasta memnuniyeti ve klinik sonuçlar üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Yetkin ve motive bir iş gücü, kaynakların etkin kullanımını sağlar ve operasyonel süreçleri optimize eder. Sağlık sektöründeki teknolojik yenilikler, demografik değişimler ve politik düzenlemeler, sürekli öğrenme ve adaptasyon gerektirir. Nitelikli insan kaynağı, bu değişimlere hızlı uyum sağlar.

Kaliteli sağlık hizmetleri sunan kurumlar, yetkin çalışanlarıyla fark yaratır ve hasta güvenini kazanır. Sağlık sektöründe insan kaynağının yönetimi, yüksek stresli çalışma koşulları, vardiyalı sistemler ve etik sorumluluklar gibi özel zorluklar nedeniyle daha karmaşıktır. Bu nedenle, İKY süreçleri, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarına ve sektörün dinamiklerine uygun şekilde tasarlanmalıdır (Ersöz, 2013).

İKY, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada stratejik bir araçtır. Etkin bir İKY sistemi, hasta odaklı bakımın sağlanmasına, çalışan memnuniyetinin artmasına ve kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesine katkıda bulunur. İKY'nin sağlık hizmet kalitesine etkileri şu şekilde sıralanabilir (Nuh, 2013);

- Personel Seçimi ve Eğitimi
- Motivasyon ve Çalışan Bağlılığı
- Performans Yönetimi
- Çalışma Ortamı ve İş Güvenliği
- Ekip Çalışması ve İletişim
- Yenilikçilik ve Teknoloji Kullanımı

Sağlık sektöründe insan kaynakları yönetimi, hizmet kalitesinin temel taşlarından biridir. Nitelikli personel seçimi, sürekli eğitim, motivasyon, performans yönetimi ve güvenli bir çalışma ortamı, sağlık kurumlarının hasta odaklı, etkin ve sürdürülebilir hizmet sunmasını sağlar. İKY süreçlerinin stratejik bir yaklaşımla uygulanması hem çalışan memnuniyetini hem de hasta sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Gelecekte, sağlıkta İKY'nin rolü, dijital dönüşüm ve kişiselleştirilmiş tıp gibi yeniliklerle daha da önem kazanacaktır. Bu nedenle, sağlık kurumlarının İKY süreçlerini sürekli iyileştirmesi ve sektörel dinamiklere uyarlaması gerekmektedir.

İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN TEMEL KAVRAMLARI

Tanımlar ve Kavramsal Çerçeve

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY), bir organizasyonun insan kaynaklarını stratejik hedefler doğrultusunda planlama, organize etme, yönlendirme ve kontrol etme süreçlerini kapsayan disiplinli bir yönetim yaklaşımıdır. Sağlık sektöründe İKY, hasta odaklı hizmet sunumunun temel taşı olan sağlık çalışanlarının yetkinliklerini, motivasyonlarını ve bağlılıklarını artırmayı amaçlar. İKY, çalışanların bireysel ve profesyonel gelişimlerini desteklerken, kurumsal verimliliği ve hizmet kalitesini optimize etmeyi hedefler. Sağlık sektörünün karmaşık ve insan odaklı yapısı, İKY'nin stratejik önemini daha da artırmaktadır (Armstrong, 2014).

İnsan Kaynakları Yönetiminin Fonksiyonları

İKY, sağlık kurumlarında bir dizi temel fonksiyon aracılığıyla uygulanır. Bu fonksiyonlar, insan kaynağının etkin yönetimini sağlamak için birbiriyle bağlantılı süreçlerdir (Aytaç, 2005);

Planlama

İnsan kaynakları planlaması, sağlık kurumlarının mevcut ve gelecekteki iş gücü ihtiyaçlarını belirleme sürecidir. Bu süreç, demografik değişimler, teknolojik yenilikler ve sağlık politikalarındaki değişiklikler gibi faktörleri dikkate alır. Örneğin, yaşlanan nüfus nedeniyle artan sağlık hizmeti talebi, daha fazla geriatri uzmanı gerektirebilir. Planlama, iş gücü açığını kapatmak ve uygun yetkinliklere sahip personelin zamanında istihdamını sağlamak için kritik bir adımdır.

Seçme ve Yerleştirme

Seçme ve yerleştirme, sağlık kurumlarının ihtiyaç duyduğu nitelikli personeli işe alma ve uygun pozisyonlara atama sürecidir. Bu süreç, iş analizleri, yetkinlik bazlı mülakatlar ve teknik değerlendirmelerle desteklenir. Sağlık sektöründe, hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından doğru adayın seçilmesi hayati önem taşır.

Eğitim ve Gelişim

Eğitim ve gelişim, sağlık çalışanlarının mesleki bilgi ve becerilerini güncel tutmayı ve yeni teknolojilere adapte olmalarını sağlamayı amaçlar. Sürekli eğitim programları, klinik uygulamalardaki yenilikleri takip etmeyi ve hasta bakım standartlarını yükseltmeyi destekler. Örneğin, elektronik sağlık kayıtları (ESK) kullanımı veya yeni cerrahi teknikler üzerine eğitimler, hizmet kalitesini artırır.

Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, sağlık çalışanlarının iş performansını ölçmek ve geliştirmek için kullanılan sistematik bir süreçtir. Nesnel performans göstergeleri (KPI'lar), örneğin hasta memnuniyet oranı veya tedavi başarı oranları, çalışanların katkısını değerlendirir. Bu süreç, geri bildirim sağlayarak bireysel ve kurumsal hedeflerin uyumunu güçlendirir.

Ücret ve Ödüllendirme

Ücret ve ödüllendirme sistemleri, sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve kurumsal bağlılığını artırmak için tasarlanır. Adil ve rekabetçi ücret politikaları, performansa dayalı teşvikler ve kariyer gelişim fırsatları, çalışanların iş tatminini destekler. Sağlık sektöründe, vardiyalı çalışma ve yüksek stres gibi faktörler nedeniyle ödüllendirme sistemlerinin çalışan ihtiyaçlarına uygun olması önemlidir.

Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Uygulamaları

Sağlık kurumlarında İKY, sektörün özgün dinamiklerine uygun şekilde uygulanır. Aşağıda, sağlık sektörüne özgü temel İKY uygulamaları detaylandırılmıştır (Akdağ, (2011):

Sağlık Çalışanlarının Seçimi ve İstihdam Süreçleri

Sağlık çalışanlarının seçimi, hasta güvenliği ve hizmet kalitesi açısından kritik bir süreçtir. Bu süreçte, yetkinlik bazlı işe alım teknikleri, teknik bilgi testleri ve etik değerlere uygunluk değerlendirmeleri kullanılır. Örneğin, bir cerrahın işe alınmasında teknik becerilerin yanı sıra stres yönetimi ve ekip çalışması yetkinlikleri de değerlendirilir. İstihdam süreçleri, sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu

uzmanlaşmış roller (örneğin, yoğun bakım hemşiresi veya radyoloji teknisyeni) için özelleştirilmiş işe alım stratejilerini içerir.

Sürekli Eğitim ve Mesleki Gelişim

Sağlık sektöründe teknolojik ve bilimsel ilerlemeler hızla değişmektedir. Bu nedenle, sürekli eğitim ve mesleki gelişim programları, sağlık çalışanlarının güncel kalmasını sağlar. Örneğin, yapay zeka destekli teşhis sistemleri veya tele-sağlık uygulamaları üzerine eğitimler, çalışanların yeni teknolojilere adaptasyonunu hızlandırır. Ayrıca, liderlik ve iletişim becerilerini geliştiren programlar, multidisipliner ekip çalışmasını destekler (Palmer ve Winters, 1993).

Performans ve Motivasyon Yönetimi

Sağlık kurumlarında performans yönetimi, hasta odaklı hizmetlerin kalitesini artırmak için kullanılır. Performans değerlendirmeleri, klinik (örneğin, enfeksiyon kontrol oranları), hasta odaklı (örneğin, hasta memnuniyet anketleri) ve operasyonel (örneğin, yatak doluluk oranı) göstergelere dayanır. Motivasyon yönetimi ise, çalışanların yüksek stresli ortamlarda tükenmişlik yaşamaması için önemlidir. Esnek çalışma saatleri, psikolojik destek programları ve performansa dayalı ödüller, motivasyonu artıran araçlardır (Cem, 2011).

İş Tatmini ve Tükenmişlik Sendromu

Sağlık çalışanları, yoğun iş yükü, duygusal stres ve vardiyalı çalışma gibi faktörler nedeniyle tükenmişlik sendromuna yatkındır. İKY, iş tatminini artırmak ve tükenmişliği azaltmak için şu stratejileri uygular:

- **Çalışma Ortamı İyileştirmeleri:** Ergonomik düzenlemeler ve güvenli çalışma koşulları.
- **Psikolojik Destek:** Danışmanlık hizmetleri ve stres yönetimi eğitimleri.
- **Kariyer Gelişimi:** Çalışanların mesleki ilerlemelerini destekleyen programlar.
- **Adil Yönetim:** Şeffaf ve adil yönetim uygulamaları, çalışanların kuruma bağlılığını güçlendirir.

Tükenmişlik sendromunun önlenmesi, hasta bakım kalitesini doğrudan etkiler. Örneğin, Maslach Tükenmişlik Envanteri kullanılarak yapılan bir çalışma,

hemşirelerde tükenmişlik oranlarının yüksek olduğunu ve iş tatminini artıran politikaların bu oranı azalttığını göstermiştir (Maslach & Jackson, 1981).

SONUÇ

Sağlıkta insan kaynakları yönetimi, hem kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesinde hem de hasta odaklı hizmetlerin kalitesinin artırılmasında stratejik bir rol oynar. İKY'nin temel fonksiyonları olan planlama, seçme ve yerleştirme, eğitim ve gelişim, performans değerlendirme ve ücretlendirme, sağlık kurumlarının iş gücünü etkin şekilde yönetmesini sağlar. Sağlık sektörüne özgü uygulamalar, özellikle sürekli eğitim, performans yönetimi ve tükenmişlik önleme stratejileri, çalışanların motivasyonunu ve hasta memnuniyetini artırır. Gelecekte, dijital dönüşüm ve veri odaklı İKY yaklaşımlarının, sağlık kurumlarının sürdürülebilir başarısında daha da kritik bir rol oynayacağı öngörülmektedir.

KARŞILAŞILAN TEMEL SORUNLAR

• Personel Yetersizliği ve Dengesiz Dağılım

Türkiye'de sağlık sistemi uzun süredir dönüşüm sürecindedir. Hizmet sunumu, finansman, kalite ve altyapı alanındaki reformların en çok etkilediği kesim sağlık çalışanlarıdır. Hekimler iyi eğitimleriyle nitelikli hizmet sunsa da kalkınma planlarında sıkça vurgulanan iki temel sorun öne çıkmaktadır: sağlık personeli yetersizliği ve bölgesel dağılımdaki eşitsizlik.

Bu dengesizlikleri gidermek için insan kaynağı planlamasının sağlık ihtiyaçlarına göre yapılması, güncel verilerle sürekli gözden geçirilmesi ve uluslararası kıyaslamalarla desteklenmesi gerekmektedir. Sağlık iş gücünü artırma hedefi, eğitim kurumları ve ilgili sektörlerle iş birliği içinde yürütülmelidir. Ayrıca özel sektörün artan rolü ve bilgi-iletişim teknolojilerindeki gelişmeler dikkate alınarak yalnızca nicelik değil, nitelik de ön planda tutulmalıdır.

• Görev Tanımı ve Rol Belirsizlikleri

Sağlık kurumlarında verimlilik, etkinlik ve performans üzerinde rol belirsizliği ve rol çatışmasının önemli etkileri bulunmaktadır. Bu nedenle, bu

durumların ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi kritik bir gerekliliktir.

Sağlık kurumları, yalnızca genel işletmelerin özelliklerini değil, aynı zamanda kendine özgü yapısal farklılıkları da barındırır. Bu nedenle, yönetim modellerinin bilimsel yönetim ilkelerine uygun şekilde tasarlanması büyük önem taşır. Matriks bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarında, hizmet sunumu ve diğer süreçlerde aksaklıkların önlenmesi için tüm meslek gruplarının görev, yetki ve sorumluluklarının yazılı, açık ve net bir şekilde tanımlanması zorunludur.

Ayrıca, sağlık kurumlarına yeni katılan profesyonellere görev, yetki ve sorumlulukları hakkında kapsamlı bilgilendirme yapılmalıdır. Kurum içi gelişmelerin düzenli olarak takip edilmesi ve değişimlerin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için hizmet içi eğitimlerin sürekli olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, çalışanların farklı görevlerde rotasyon yoluyla deneyim kazanmaları, sağlık kurumlarının genel işleyişini daha iyi anlamaları açısından önemli bir katkı sağlayacaktır.

• İşgücü Devrinin Yüksekliği

İşgücü devri, belirli bir dönem içerisinde çalışanların bir sağlık kurumundan ayrılma hızını ifade etmektedir. Bu oran, işverenlerin ihtiyaç ve beklentilerinden hareketle hesaplanmakta ve özellikle İnsan Kaynakları birimleri tarafından çalışanların örgütsel bağlılığını, iş tatminini ve genel çalışan deneyimini değerlendirmek amacıyla kullanılan önemli bir göstergedir. Yüksek işgücü devir oranı ise kurumun işgücü istikrarı ve verimliliği üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Sağlık kurumlarının artan işgücü devri oranıyla etkin biçimde başa çıkabilmeleri için öncelikle bu durumun nedenlerini kapsamlı şekilde analiz etmeleri gerekmektedir. Bu kapsamda çalışan memnuniyeti anketleri, çıkış mülakatları ve benzeri araçlardan yararlanılabilir. Ancak, işgücü devir oranı için sabit bir kriterin bulunmadığı unutulmamalıdır. Her sektörün ve her işin kendi dinamikleri doğrultusunda farklı normları mevcuttur. Sağlık sektöründe ise işgücü devrinin genellikle düşük ücretler, uzun çalışma saatleri, olumsuz çalışma koşulları ve iş ortamındaki çatışmalar gibi nedenlerle yüksek seyrettiği görülmektedir.

İşgücü devrini azaltmanın en etkili yollarından biri, çalışan bağlılığını

artırmaktır. Bu doğrultuda; çalışanların yetenek ve ilgi alanlarına uygun şekilde iş rollerinin uyarlanması, profesyonel gelişim fırsatlarının sunulması ve çalışanların çabalarının düzenli olarak takdir edilmesi kritik önem taşımaktadır.

• Pandemi ve Kriz Dönemlerinde İnsan Kaynakları

Salgın hastalıklar, ülkelerin sağlık sistemlerini derinden etkilemekte ve insan kaynakları alanında da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Dünya genelinde yaşanan afetler, salgınlar, finansal piyasalardaki dalgalanmalar, tedarik zinciri aksaklıkları ya da iş gücü arzındaki değişimler; yalnızca sağlık alanında değil, birçok sektör ve sistemde krizlere neden olabilmektedir. Bu krizler çoğunlukla ani ve öngörülemez biçimde ortaya çıkarak kurumların olağan işleyişini sekteye uğratmaktadır (Kas, 2024).

Kriz kavramı genellikle ekonomik, politik ya da askeri boyutta değerlendirilmekte; deprem, sel ve fırtına gibi doğal afetlerle ilişkilendirilmektedir. Oysa salgın hastalıklar da en az bu örnekler kadar ciddi bir kriz türüdür. Pandemiler, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit eden belirsizlikleri beraberinde getirmekte, bu belirsizlikler ise ancak etkin bir kriz yönetim süreciyle aşılabilmektedir. Krizin ortaya çıkışı, yönetilmesi ve çözümlenmesi, doğası gereği belirsizlikler içermektedir; ancak güçlü ve tutarlı kriz yönetimi politikaları ile bu belirsizliklerin üstesinden gelinir (Kas, 2024).

Bu bağlamda insan kaynakları yönetimi, krizin çözümünde kilit rol oynamaktadır. Doğal afetler ve pandemiler insan iradesi dışında gelişen olaylar olsa da çözüm süreçlerinin başarıya ulaşması yalnızca insan emeği ve doğru yönetim politikaları ile mümkün olabilmektedir.

KAYNAKÇA

- Armstrong, M. (2014). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. London: Kogan Page.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Salim, M. ve Yadav, R. (2012). Capital Structure and Firm Performance: Evidence from Malaysian Listed Companies. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 65(2012), 156-166.
- IRMAK Nuh: "Türk Kamu Yönetiminde İnsan Kaynakları Yönetimi İç Denetim İlişkisi" Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013, Ankara
- GÜL Ertan Cem: "Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimindeki Aktörler ve İlişki Biçimleri" Trakya üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011, Edirne
- ERÖZ Ayşenur: "Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimini Etkileyen Faktörler: Manisa Hastaneleri Örneği" Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013, Ankara
- AYTAÇ, S., (2005), Çalışma Yaşamında Kariyer: Yönetimi, Planlanması, Gelişimi ve Sorunları, 2. Baskı, Ezgi Kitabevi, Bursa, sayfa:8.
- AKDAĞ, R. (Ed.), (2011), Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, T. C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 1. Baskı, Ankara, Başak Matbaacılık, sayfa: 29.
- Kas, Ayşe Aydın, (2024), "Covid-19 Salgınının Sağlık Sektöründeki Şirketlerin Performansına Etkileri", Yüksek Lisans Tezi, Ocak, Afyonkarahisar
- Palmer, M. ve Winters, K. (1993). İnsan Kaynakları, Çeviren: Şahiner, D., Rota Yayınları, İstanbul.

8. BÖLÜM

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Dr.Öğr.Üyesi Güneş ÇEVİK AKKUŞ

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

gunes.cevik@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-3607-316X>

GİRİŞ

Hemşirelik, toplumun refahını ve sağlığının korunmasında önemli rol üstlenen mesleklerden biridir. Geçmişten günümüze sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlere uyum sağlayarak sürekli bir gelişim göstermiştir. Günümüzde hemşirelik yalnızca bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgilenen bir meslek olmaktan öte, aile ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayan, bilimsel bilgiye dayalı profesyonel bir sağlık disiplini olmuştur (Çalışkener, 2021).

Her disiplinde olduğu gibi hemşireliğinde doğru yönetilmesi birey ve toplum için önem arz etmektedir. Bu perspektifte hemşirelik hizmetleri yönetimi; hastalara bakım verilmesi sırasında gerekli tüm olanakların sağlanması ve bu sürecin sistematik biçimde koordine edilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Hastanelerde veya diğer sağlık kuruluşlarında sunulan hemşirelik bakımının en üst düzeyde gerçekleştirilmesi için hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve değerlendirilmesi ile süreçler tamamlanmaktadır (Baykal ve Harmancı, 2014).

Hemşirelik hizmetleri yönetiminin nihai amacı, topluma daha kaliteli, güvenilir ve kapsamlı hemşirelik hizmetleri sunmaktır. Bu nedenle yönetici hemşire,

hemşirelik bakımının standardını yükseltmekten sorumlu olan kilit bir aktör konumundadır (Yıldırım ve Kocatepe, 2021).

Yönetici hemşire, kurumun mevcut kaynaklarını etkin ve verimli bir biçimde kullanarak, bakım alan bireylerin yararına sunulmalıdır. Bununla beraber, bakım veren hemşirelik personelinin de mesleki doyumunun artırılması yönetici hemşirenin önemli bir sorumluluk alanıdır. Çalışanların motivasyonunun yüksek tutulması, hemşirelik bakımının kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerden biridir. Dolayısıyla yönetici hemşire, örgütsel düzenlemeler aracılığıyla hem hizmet sunumunu hem de çalışan memnuniyetini geliştirmek durumundadır (Taşkın, 2016).

Sonuç itibarıyla, hemşirelik hizmetleri yönetimi yalnızca bakımın etkinliğini artıran bir organizasyon süreci değil, aynı zamanda hem çalışanların mesleki doyumunu hem de toplumun sağlık düzeyini yükseltmeyi hedefleyen stratejik bir işlevdir.

1. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNİN TANIMI VE KAPSAMI

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni olarak hastayı bütüncül bir yaklaşımla ele almakta; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici süreçlerin etkin bir biçimde yürütülmesinden sorumlu olmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2019). Bu yönetim süreci yalnızca hasta bakımının uygulanmasını değil, aynı zamanda bakımın planlanmasını, organizasyonunu ve etkinliğinin değerlendirilmesini de kapsamaktadır.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA, 2019) hemşirelik hizmetleri yönetimini, hasta bakımını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen kararların alınması, insan gücünün etkin biçimde yönetilmesi, bakım standartlarının belirlenmesi ve mesleki gelişimin desteklenmesi süreçlerini içeren bir alan olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede hemşirelik hizmetleri yönetimi, yalnızca idari bir görev değil; aynı zamanda liderlik, stratejik planlama, vizyon geliştirme ve kalite iyileştirme işlevlerini kapsayan bütüncül bir süreçtir (Marquis & Huston, 2021).

Hemşirelik hizmetleri, etkili hasta bakımının yanı sıra, yönetsel standartların desteklenmesi ve toplumla kurulan olumlu ilişkiler sayesinde sağlık kurumlarının başarısına doğrudan katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin beklenen kalite ve verim düzeyinin sağlanabilmesi için hemşirelik hizmetlerinin profesyonel bir bakış açısıyla yönetilmesi gereklidir (Karadağ ve ark., 2012, Funda & Şahin, 2020, Işık ve ark., 2013).

Bilimsel ve etik ilkeler ışığında yürütülen hemşirelik hizmetleri yönetimi, hemşirelik bakımının planlanması, yönlendirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik kapsamlı bir sistem sunmaktadır. Bu sistemin temel hedefleri; hasta sonuçlarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliğinin sağlanması ve hemşirelik personelinin iş doyumunun artırılmasıdır (Cummings et al., 2018; WHO, 2021). Eğitimli ve donanımlı hemşireler, değişen sağlık ortamına uyum sağlayacak esneklik ve yenilikçi çözümler geliştirme konusunda kritik role sahiptir. Böylelikle hem bireylerin hem de toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunulmakta; aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilirliği desteklenmektedir.

Hemşirelik hizmetleri yönetiminin kapsamı yalnızca klinik bakımın düzenlenmesini değil, aynı zamanda insan kaynağının geliştirilmesini, kalite ve güvenlik kültürünün güçlendirilmesini, eğitim ve mesleki gelişimin desteklenmesini, liderlik ve iletişimin etkinleştirilmesini ve mali/teknolojik kaynakların yönetilmesini içeren geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu çok boyutlu yapı, hem hasta sonuçlarının iyileştirilmesine hem de sağlık kurumlarının sürdürülebilirliğine katkıda bulunur. Dolayısıyla hemşirelik hizmetleri yönetiminin, modern sağlık sistemlerinde stratejik bir süreç olarak değerlendirilmekte ve profesyonel bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir.

1.1. Hasta Bakımının Planlanması ve Organizasyonu

Hemşirelik hizmetlerinde hasta bakımının planlanması ve organizasyonu, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunumunun temelini oluşturmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım planları, etkin iş bölümü, doğru kaynak yönetimi ve güçlü ekip iletişimi sayesinde hem hasta memnuniyeti hem de çalışanların iş doyumunu artmaktadır (Avşar ve ark., 2014). Dolayısıyla, hemşirelik hizmetleri yönetiminde planlama ve organizasyonun bilimsel ve sistematik bir bakış açısıyla ele alınması, sağlık kurumlarının verimliliğine ve toplum sağlığının geliştirilmesine doğrudan katkı sağlamaktadır.

1.2. İnsan Kaynağı Yönetimi

Hemşirelik hizmetleri açısından İnsan Kaynağı Yönetimi (İKY) yalnızca personel sayısının yönetimiyle sınırlı değildir. Hemşirelerin mesleki gelişimlerinin desteklenmesini, motivasyonlarının artırılmasını ve güvenli bir çalışma ortamında hizmet sunmalarını sağlayan çok boyutlu bir yaklaşımı ifade etmek-

tedir (Kıdak ve ark., 2016). Öncelikle hemşire insan gücünün planlanması, hasta yoğunluğu, servis özellikleri ve bakım gereksinimleri doğrultusunda yeterli sayıda ve nitelikte hemşire istihdam edilmesini gerektirir. Hemşire-hasta oranlarının uluslararası standartlara uygun biçimde düzenlenmesi ve bakım kalitesinin güvence altına alınması açısından kritik öneme sahiptir (Demirgöz, 2014, Koç & Arslan, 2019). Yeni başlayan hemşirelerin oryantasyon programları ile kurumsal kültüre uyum sağlamaları, hasta güvenliği ilkeleri konusunda bilinçlenmeleri ve mesleki rol ve sorumluluklarını netleştirmeleri sağlanır. Hizmet içi eğitimler, kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması ve mesleki sertifikasyon programları, hemşirelerin bilgi ve becerilerinin güncel tutulmasını sağlar. Hemşirelik hizmetlerinde İKY'nin kapsamına giren bir diğer önemli boyut, çalışanların motivasyonu ve iş doyumunun artırılmasıdır. Nitelikli hemşirelerin kurumda tutulabilmesi için adil ve motive edici bir ücretlendirme sistemi, ödüllendirme mekanizmaları çalıştırılmalı, destekleyici liderlik tarzları geliştirilmelidir. Uzun çalışma saatleri, vardiyalı sistem, yoğun iş yükü ve şiddet riski, hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle İKY, güvenli bir çalışma ortamının oluşturulmasını, tükenmişliği azaltıcı stratejilerin geliştirilmesini ve çalışan refahını artırıcı politikaların uygulanmasını kapsar (Baykal ve Harmancı, 2014, Kıdak ve ark. 2016, Cummings et al., 2018).

1.3. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilecek hataların önlenmesi ya da en aza indirilmesi sürecidir. Güvenliğin sağlanmaması, yalnızca bireysel hastalar için olumsuz sonuçlar doğurmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemi üzerinde de ciddi yükler oluşturmaktadır. Tıbbi hatalar, komplikasyonların artmasına, hastaların iyileşme süreçlerinin gecikmesine ve sağlık harcamalarının yükselmesine neden olmakta; bu durum sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Metin, 2018).

Sağlık kurumlarında güvenlik kültürü; yüksek risk taşıyan ve hata olasılığı yüksek olan uygulamaların tanımlanması, olay raporlama sistemlerinin cezalandırıcı bir anlayıştan ziyade hataların köken nedenlerini ortaya çıkarmaya ve sistemi iyileştirmeye odaklanması oluşturulur. Kurumların, hasta güvenliği alanına özel kaynak ayırmaları, gerekli eğitim programlarını yürütmeleri ve sürekli izleme mekanizmaları geliştirmeleri gerekmektedir (Rızalar, 2016). İlaç uygulama hatalarının önlenmesi, düşme olaylarının engellenmesi ve hastane kaynaklı enfeksiyonların kontrol altına alınması, hemşire yöneticilerin başlıca

sorumlulukları arasında yer almaktadır. Sağlık bakımında güvenlik kültürünün geliştirilmesi, hataların azaltılmasını sağlamakta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin genel kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Korkmaz, 2012)

1.4. Liderlik

Liderlik, yalnızca yönetsel bir süreç değil; aynı zamanda sağlık kurumlarının verimliliğini, bakım kalitesini ve hizmet çıktılarının sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen stratejik bir unsurdur. İyi bir liderde tarafsızlık, esneklik, vizyon sahibi olma, işbirlikçi yaklaşım, planlı hareket etme, örgütleyici ve yönlendirici olma gibi özellikler bulunmalıdır. Aksine, anlayışsızlık, dar görüşlülük, kararsızlık, korkuya dayalı yönetim tarzı ve etki altında kalma gibi olumsuz nitelikler liderlik başarısını olumsuz yönde etkilemektedir (Çalışkener, 2021). Hemşirelikte liderlik; planlama, organizasyon, işbirliği, uygulama ve denetim fonksiyonlarının etkin bir şekilde yerine getirilmesini kapsamaktadır. Bu nedenle hemşire yöneticiler, ekiplerini yönlendirme, karar alma süreçlerini yönetme ve kriz durumlarında etkin liderlik sergileme sorumluluğunu taşımaktadır. Liderlik, hem bireysel düzeyde çalışanların motivasyonunu artırmakta hem de kurumsal düzeyde hasta bakım kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır (Çıraklı ve Budak, 2019). Hemşirelerin liderlik rollerini benimsemeleri, sağlık hizmetlerinde yenilikçi uygulamaların hayata geçirilmesi ve hizmet sunumunun geliştirilmesinin sürekliliği açısından kritik öneme sahiptir.

1.5. Mali Kaynak Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin giderek artması, hemşirelik hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Yönetici hemşire, sağlık hizmeti sunulan alanlardaki kaynakların kullanımından sorumlu olup, gereksinim duyulan ve gereksiz olan malzemeleri ayırt ederek rasyonel kaynak kullanımını sağlamaktadır (Çınar, 2019). Bu nedenle hemşirelik yöneticileri, bütçe planlaması yapmakta, maliyet etkinliğini gözetmekte ve gerekli teknoloji yatırımlarını değerlendirmektedir (Çınar, 2019, Top & Gider, 2020).

2. HEMŞİRELİK YÖNETİM SÜRECİ

Yönetici rollerinin neyi kapsadığına ilişkin en yaygın kabul gören yaklaşım, “yönetim süreci yaklaşımı”dır Yöneticiler, yönetim sürecinin temel aşamaları olan; veri toplama, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, iş planlarının hazırlanması, çalışanların güdülenmesi, etkili iletişimin sağlanması, teknoloji kullanımı, değişim ve çatışma yönetimi ile sonuçların ölçülmesi, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gibi pek çok etkinliği yerine getirmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin planlı, verimli ve etkin biçimde yürütülebilmesi, bu yaklaşımın öngördüğü yönetim fonksiyonlarının sistematik olarak uygulanmasına bağlıdır (Baykal ve Harmancı,2014, Koçel,2013).

Hemşirelik yönetim süreci, yalnızca idari işlevlerin yürütülmesinden ibaret olmayıp, aynı zamanda liderlik, stratejik karar alma ve kaliteyi geliştirmeye yönelik bütüncül ve sistematik bir yaklaşımı da kapsamaktadır.(Kocaçal ve ark. 2021, Baykal ve Harmancı,2014) Ayrıca yönetim süreci, birbiriyle ilişkili ve döngüsel olarak ilerleyen aşamalardan oluşur. Bu aşamalar tamamlandığında süreç yeniden başlamakta, böylece sürekli bir gelişim ve iyileştirme döngüsü oluşmaktadır. Yönetim süreci; planlama, örgütlenme, yöneltme, eşgüdüm sağlama ve denetim olmak üzere beş ana boyut altında ele alınmaktadır. Bu fonksiyonların etkin biçimde uygulanması; hemşirelik bakımının kalitesini, hasta güvenliğini ve çalışan memnuniyetini doğrudan etkilemektedir.

2.1. Planlama

Planlama, örgütsel amaçlara ulaşabilmek için yapılacak faaliyetlerin önceden belirlenmesi sürecini ifade eder (Taşkın, 2016). Etkili bir planlama yapılabilmesi için öncelikle kurumun veya hizmetin amacının açık ve net biçimde tanımlanması gerekir. Planlama süreci; ne yapılacağı, ne zaman ve nasıl yapılacağı, nerede ve kim tarafından gerçekleştirileceği, hangi maliyetle, hangi sürede ve hangi kalite standartlarıyla yürütüleceği gibi sorulara yanıt aramaktadır (Baykal ve Harmancı,2014). Bu sorulara verilen cevaplar, planın içeriğini oluşturmakta ve yöneticilere yol göstermektedir. Planlama, yöneticilerin gelecekte karşılaşılabilecek olayları önceden tahmin ederek bugünden karar alabilmeleri, kurumsal verimlilik ve hizmet kalitesi için önem taşımaktadır. Özellikle üst düzey yöneticilerin planlama sürecine yeterli önemi vermemesi, orta ve alt kademe yöneticilerin de bu süreci göz ardı etmesine yol açabilmekte; bu da planlama girişimlerinin zaman ve enerji kaybıyla sonuçlanmasına neden olabilmektedir

(Taşkın, 2016). Hemşirelik hizmetlerinde her bir bakım biriminin belirlenen ortak amaca kendi katkısını koyacak biçimde özel hedefler belirlenmesi ve tüm etkinliklerini bu hedeflere uygun şekilde yürütmesi gerekmektedir.

2.2. Örgütlenme

Örgütlenme süreci, planlamada belirlenen hedeflere en az emek, maliyet ve zaman harcanarak ulaşılmasını sağlayacak uygun bir örgütsel düzenin oluşturulmasıdır. Örgütlenmeyi iki farklı anlamla ifade edilecek olursa; ilk anlamıyla, örgütün oluşturulması ya da etkin bir şekilde işlemesi için iş, birey ve işyeri arasındaki yetki ilişkilerinin kurulmasına yönelik tüm faaliyetleri kapsayan süreç boyutunu ifade etmekte ve oluşturulan yapının çeşitli unsurlarının düzenlenmesini içermektedir. İkinci anlamıyla ise süreç sonunda ortaya çıkan iskelet, yapı veya organizasyon biçimi olarak değerlendirilmektedir. Planlama süreci ne kadar başarılı olursa olsun, eğer insan kaynağı, altyapı ve donanım yetersizse belirlenen hedeflere ulaşmak mümkün olmamaktadır (Baykal ve Harmancı,2014, Çetinkaya ve ark., 2019). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde örgütlenme işlevi, planlanan hedeflere ulaşmak için gerekli olan insan, malzeme, teknoloji ve zaman gibi tüm kaynakların etkin ve verimli biçimde bir araya getirilmesini ve koordine edilmesini kapsamaktadır. Süreç, öncelikle uygun hemşirelik bakım modellerinin (ekip hemşireliği, vaka yönetimi, primer hemşirelik vb.) seçilmesi ve uygulanmasıyla başlamakta; ardından her birim ve her hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının açık biçimde tanımlandığı bir yapı kurularak rol karmaşasının önüne geçilmektedir. Böylelikle örgütlenme, belirsizlik ve karmaşa ortamı yerine, önceden tanımlanmış, açık ve anlaşılır bir sistem oluşturarak hem hemşirelerin hem de hastaların ihtiyaçlarının etkin biçimde karşılanmasını sağlayan temel iskeleti meydana getirmektedir (Marquis & Huston, 2021, Barros ve ark., 2023).

2.3. Yöneltme

Yönetici, örgüt adına motivasyon ve liderlik unsurlarını kullanarak çalışanların yeteneklerinden en üst düzeyde yararlanmaya çalışır (Taşkın, 2016).Yöneltme işlevi; örgütlenmiş yapıyı harekete geçirerek işlerin belirli bir düzene sokulmasını, karar alınmasını, planların uygulamaya geçirilmesini sağlar. Hemşire yöneticinin, bakım sürecinde karşılaşılan sorunları çözmesi, ekip üyelerinin mesleki ve kişisel gereksinimlerini karşılaması, değişen klinik koşullara uygun

kararlar alması ve etkili bir iletişim ağı oluşturarak bunu sürdürülebilir kılması gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin motivasyonunu artırmak, mesleki gelişimlerini destekleyici etkinlikler düzenlemek, ekip içinde ortaya çıkabilecek çatışmaları önlemek ve değişen sağlık ortamına uygun davranışların geliştirilmesini sağlamak, yöneltme işlevinin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır. Yöneltme süreçleri, hemşirelerin iş doyumunu artırarak ekip içi uyumu güçlendirmekte, aynı zamanda hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini doğrudan olumlu yönde etkilemektedir. Dolayısıyla, bu süreç teknik bir süreçten ziyade, hemşire yöneticinin insan ilişkileri ve liderlik becerilerini kullanarak ekibin performansını en üst düzeye çıkarmasını gerektiren merkezi bir rol oynar (Yılmaz,2021, Yorgancılar,& Özlük, 2022).

2.4. Eşgüdüm Sağlanması

Eşgüdüm yönetim süreci, hem çalışanlar arasında uyumun sağlanmasını hem de örgütsel faaliyetlerin birbirleriyle bütünleşmesini ifade etmektedir. Eşgüdüm, yöneticinin örgütsel amaçlara ulaşabilmesi için fiziksel, mali ve insani kaynaklar arasında anlamlı ilişkiler kurmasını gerektirir. Eşgüdüm, hemşirelik hizmetleri yönetiminde birbirine bağlı ve karmaşık süreçlerden oluşan hasta bakımının tutarlı, sürekli ve kaliteli biçimde yürütülmesini sağlayan bir yönetsel işlemdir. Tek bir meslek grubunun sağlık bakım sürecini tümüyle yönlendirmesinin mümkün olmaması sebebiyle, yöneticilerin, sağlık profesyonellerinin amaç, beklenti ve etkinliklerini ortak hedefler doğrultusunda birleştirmeleri gerekmektedir (Çetinkaya ve ark., 2019).

Bu işlev yalnızca hemşirelik birimleri, vardiyalar ve roller arasındaki faaliyetlerin uyumlaştırılmasını değil, aynı zamanda hekimler, eczacılar, diyetisyenler ve fizyoterapistler gibi farklı sağlık disiplinleriyle etkili iş birliği kurulmasını da kapsamaktadır. Etkin bir koordinasyon, çatışmaları, görev tekrarlarını ve iletişim kopukluklarını önleyerek kaynak israfını azaltmakta ve hasta güvenliğini güçlendirmektedir (Baykal ve Harmancı,2014). Hemşire yöneticiler, hasta bakımının sürekliliğini sağlamak amacıyla multidisipliner ekip toplantıları düzenlemekte, ortak bakım protokolleri geliştirmekte ve taburculuk süreçlerini planlamaktadır. Bu kapsamlı eşgüdüm çabaları yalnızca bireysel hasta sonuçlarını iyileştirmekle kalmamakta, aynı zamanda kurumun etkinliğini ve verimliliğini artırarak örgütsel performansa da önemli katkı sunmaktadır (Meydan, 2020). Dolayısıyla eşgüdüm, hemşirelik yönetiminde hizmet sunumunun kesintisiz ve uyumlu biçimde yürütülmesini garanti altına alan, entegre bakım anlayışının temelini oluşturan vazgeçilmez bir unsurdur.

2.5. Denetim (Kontrol)

Denetim, yapılan işlerin ve verilen talimatların belirlenen kural ve yöntemlere uygun şekilde yerine getirilip getirilmediğini gözlemlemek ve yönetim sürecinin hedeflerine ulaşp ulaşmadığını değerlendirmek amacıyla yürütülen bir işlemdir. Süreçte herhangi bir eksiklik ya da yanlışlık saptandığında, bunların düzeltilmesine yönelik aktif girişimlerde bulunmak denetimin temel amacıdır (Çetinkaya ve ark., 2019).

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde denetim işlevi, sunulan bakımın kalitesini, güvenliğini ve standartlara uygunluğunu sistematik biçimde ölçmeyi, izlemeyi ve geliştirmeyi amaçlayan sürekli bir döngü niteliği taşır. Süreç, hem klinik uygulamaların hem de personel performansının objektif kriterler çerçevesinde analiz edilmesini kapsamaktadır. Hemşire yöneticiler, bakımın etkinliğini değerlendirmek için kanıta dayalı klinik göstergelerden (ilaç hatası oranları, hasta düşme insidansı, nozokomiyal enfeksiyon oranları gibi), hasta memnuniyeti anketlerinden ve performans ölçme araçlarından yararlanmaktadır (Bekar, & Baykal, 2020). Elde edilen veriler, hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, politikaların güncellenmesi ve bakım süreçlerinin yeniden yapılandırılması için geri bildirim sağlar.

Etkin bir denetim sistemi yalnızca eksikliklerin tespit edilmesini değil, aynı zamanda olumlu davranışların pekiştirilmesini ve çalışanların mesleki gelişimlerinin desteklenmesini de içerir. Böylelikle kurumda kalite kültürü teşvik edilmekte ve sürekli iyileştirme anlayışı güçlenmektedir (Bekar, 2016).

KAYNAKÇA

- Avşar, G., Ögünç, A. E., Taşkın, M., & Burak, Ö. F. (2014). *Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4), 216-220.
- Barros, A. C. L., Menegaz, J. C., Santos, J. L. G., Polaro, S. H. I., Trindade, L. L., & Meschial, W. C. (2023). *Nursing Care Management Concepts: Scoping Review*. Revista Brasileira de Enfermagem, 76(1), e20220020.
- Baykal, Ü., & Harmancı Seren, A. K. (2014). Yönetim süreci ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi. Ü. Tatar Baykal & E. Ercan Türkmen (Eds.), Hemşirelik hizmetleri yönetimi (syf. 47-90). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Bekar, E., & Baykal, Ü. (2020). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Denetim Sürecinin*

- İncelenmesi: Nitel Araştırma.* Florence Nightingale Journal of Nursing, 28(1), 61–70.
- Bekar, E. Ö. (2016). *Hemşirelik Hizmetleri Denetim Sisteminin Yönetici ve Çalışan Açısından Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma.* İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Programı, İstanbul, Türkiye.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., et al. (2018). *Leadership Styles And Outcome Patterns For The Nursing Workforce And Work Environment: A Systematic Review.* International Journal of Nursing Studies, 85, 19–60.
- Çalışkaner, D. (2021). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Profesyonellik, Etik Davranışlar, Liderlik ve Teknolojinin Etkisi.* SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 3(2), 124–139.
- Çetinkaya K., F., Yıldırım, A. & Yılmaz, S. (2019). *Hastanelerde Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi.* EKEV Akademi Dergisi, 23(80), 151-155.
- Çınar, İ. (2019). *Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(2), 69–75.*
- Çıraklı, Ü. & Budak, F. (2019). *Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Liderlik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.* Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6(3), 173-174.
- Demirgöz Bal, M. (2014). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsangücü Planlama Yaklaşımları.* Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(3), 148–152.
- Funda, E. & Şahin, H. (2020). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar.* Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 7(2), 45–56.
- Hatip, Ö. & Harmanlı S., A. (2021). *Bir Üniversite Hastanesinde Hemşireler Arasındaki İş Birliğinin Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.* Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 181–194.
- Işık Andsoy, I., Güngör, T., Dikmen, Y. & Bagheri Nabel, E. (2013). *Hemşirelerin Bakım Planını Kullanırken Yaşadıkları Güçlükler. Çağdaş Tıp Dergisi, 3(2), 88–94.*
- Karadağ, M., Akman, N. & Demir, C. (2013). *Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Örgütsel Sorunlar.* Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1), 6-20.
- Kıdak, L. B., Arslan, E. T. & Demir, H. (2016). *Acil Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi Problemlerinin Belirlenmesi ve Analitik Hiyerarşi Prosesi ile Önceliklendirilmesi: Ambulans Servisi Örneği.* Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(16), 1–15.
- Kocaçal, E., Aktan, G. G. & Eşer, İ. (2021). *Tarihsel Süreç İçinde Hemşirelik Süreci ve Bakım Planlarının Gelişimi.* Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(2), 284–290.
- Koç, Z. & Arslan, Y. (2019). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde İnsan Kaynakları.* Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 11(3), 200-207.
- Koçel, T. (2013). *İşletme Yöneticiliği.* İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Korkmaz, O. (2012). *Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Yöneticilerin Tutumunu Algılayışı.* Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(4), 91–112.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (2017). *Hemşirelikte Liderlik Roller ve Yönetim İşlevleri: Teori ve Uygulama* (10. baskı, Çev. A. N. Bahçecik & H. Öztürk). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Metin, B. (2018). *Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hata (Malpraktis).* Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5(1). 76–78.
- Meydan, B. (2020). *Türkiye’de Multi-Disipliner Hasta Bakım Uygulamalarında Karşılaşılan Güçlükler Üzerine Bir Analiz.* Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 3(1), 7-15.
- Rızalar, S., Tural Büyük, E., Şahin, R., As, T. & Uzunkaya, G. (2016). *Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler.* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1), 9–15.
- Taşkın, M. (2016). *Hastanelerde Gece Vardiyasında Yürütülen Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Etkinliğinin Belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr>
- Tatar Baykal, Ü. (Ed.), & Ercan Türkmen, E. (Ed.). (2014). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi.* Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Top, M. & Gider, Ö. (2020). *Sağlık Kurumlarında Teknoloji Yönetimi ve Hemşirelik Uygulamaları.* Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(1), 15-30.
- Yıldırım, D. & Kocatepe, V. (2021). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminin Sağlık Hizmet Sunumuna Etkileri.* Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(1), 12-19.
- Yılmaz, A. (2021). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi: Teori ve Uygulama.* Nobel Tıp Kitabevleri.
- Yorgancılar, F. E. & Özlük, B. (2022). *Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel Sorun Çözme ve Karar Verme Üzerine Bir Derleme.* Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 68-80.
- World Health Organization (WHO). (2021). Patient Safety: Global Action on Patient Safety. WH

9. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ATIK YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Dilara BAKIN

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

dilara.bakin@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-7074-7570>

1. GİRİŞ

Sağlık kurumlarında atık yönetimi, günümüz sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, sağlık hizmeti atıklarının yaklaşık %15'i enfeksiyöz, toksik veya radyoaktif özellik taşımaktadır (WHO, 2017). Bu nedenle, sağlık kurumlarında etkin atık yönetimi yalnızca çevresel sürdürülebilirlik açısından değil, aynı zamanda hasta ve çalışan güvenliği için de hayati öneme sahiptir. Özellikle hastaneler, tıp merkezleri, kan merkezleri, diş hekimliği üniteleri, laboratuvarlar ve sağlık bilimleri enstitülerin üretmiş olduğu atıklar, insan sağlığına tehdit edici mikroorganizmaları ve kimyasal ajanları barındırabilmesi nedeniyle özel bir önem taşımaktadır. Tıbbi atıkların kaynağında gerekli, belirlenmiş hijyen ve güvenlik kurallarına uygun olarak ayrıştırma, depolama, taşınma, geçici depolama, imha ve bertaraf edilmesi süreçleri, ülke genelinde tüm sağlık kuruluşları için uyulması gereken yönetmeliklerle belirlenmiş ve uluslararası standartlarla desteklenmiştir. Bu süreçlerin ana hedefi; enfeksiyon riskinin azaltılması, çalışanların güvenliğinin sağlanması, tüm çevre unsurlarının korunması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. Sürecin devam eden aşamalarının başarıya ulaşmasında kaynaktan ayrıştırmanın ve uygun şartlarda depolamanın önemi büyüktür. Tıbbi atıkların bilinçli yönetimi, enfeksiyonların insidansını azaltır ve sağlık alanında çalışanların ve toplumun genel sağlığını korur. Gelişen teknolojiler, otomasyon sistemleri ve eğitim

programları gibi yenilikler, sürecin etkinliğini artırarak atıkların güvenli bir şekilde bertaraf edilmesine katkı sağlar. Sağlık kuruluşlarındaki atıkların yönetimi, hem yasal zorunlulukların yerine getirilmesi açısından hem de toplum sağlığına zarar vermemek amacıyla yürütülmesi gereken önemli bir süreçtir.

2. SAĞLIK KURUMLARINDA ATIK TÜRLERİ

Sağlık kurumlarının atık türleri, atıkların özelliklerine ve potansiyel tehlike ve zararlılık seviyelerine göre şu kategorilerde incelenmektedir:

- **Enfeksiyöz Atıklar:** Kan ve vücut sıvılarıyla kontamine olmuş materyaller.
- **Patolojik Atıklar:** Doku, organ ve biyolojik materyaller.
- **Kesici-Delici Atıklar:** Enjektör iğneleri, bistüri uçları ve cam malzemeler.
- **Kimyasal Atıklar:** Laboratuvar reaktifleri, dezenfektanlar ve atık ilaçlar.
- **Radyoaktif Atıklar:** Nükleer tıp ve radyoloji kaynaklı atıklar.
- **Evsel Nitelikli Atıklar:** Hasta ve personel kaynaklı günlük yaşam atıkları.

2.1. Tıbbi Atıklar

Tıbbi atık, hastanelerde ve evde yapılan sağlık hizmetlerinden çıkan ve özel işlem gerektiren atıklardır. Bu atıklar, enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklardan oluşmaktadır. Atık işleme ve bertarafı, hem çalışan hem de hasta sağlığını ve çevresel etkileri en aza indirmeyerek güvence altına almayı göz önünde bulundurması gereken önemli bir faktördür. Çevre ve Orman Bakanlığı'nın 2017 yılında yayınladığı 25883 sayılı Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre yatak kapasitesi en az 20 olan sağlık kuruluşlarında geçici tıbbi atık deposu oluşturma zorunluluğu bulunmaktadır. Yönetmelikte ayrıca, atıkların toplandığı alanların ve taşıma sürecinde kullanılan yolların hastalara yakın olmayacak şekilde planlanması, tıbbi atık kapsamına giren bütün atıkların kırmızı poşetle toplanması ve saklanması zorunlu tutulmaktadır. Özellikle enfekte ve patolojik atıkların doğrudan temas edilmesini önleyecek şekilde kapların belirli standartlara uygun olması gerekir.

2.2. Tehlikeli Atıklar

Tehlikeli atıklar, sağlık kurumlarında ortaya çıkan ve insan sağlığı ile çevre için ciddi tehditler içeren maddeleri ifade eder. Bu atıklar, genellikle yüksek derecede patojenik, zehirli, kanserojen veya yanıcı özelliklere sahip maddeleri

kapsar. Özellikle laboratuvarlar, tanı merkezleri, diş hekimliği birimleri ve sterilizasyon alanlarında üretilen bu atıklar, potansiyel enfeksiyon kaynağı olma riski taşıdığı için özel bir dikkat ve kontrol gerektirir. Kimyasal ve radyoaktif atıklardan oluşmakla beraber, atık enjektörler, kesici aletler ve bazı ilaç kalıntıları şeklinde olabilir. Tehlikeli atık bertarafının uygun şekilde toplanması, sınıflandırılması ve taşınması, enfeksiyon veya zehirlenme olasılığını ortadan kaldırmak için tasarlanmış katı yasal düzenlemelerle düzenlenir. Her bir atık türü için ayrı ve güvenli depolama alanları oluşturmak ve uygun atık kabını kullanmak büyük önem taşır. Ayrıca, personelin bu konuda yeterli eğitim alması ve uygun koruyucu ekipman kullanması, olası kazaların önlenmesinde hayati rol oynar. Tehlikeli atık yönetimi sağlık kurumları ve toplum sağlığı için kritik öneme sahiptir ve sürekli geliştirilmelidir.

2.3. Genel Atıklar

Genel atıklar, sağlık kurumlarında farklı kaynaklardan ortaya çıkan ve genellikle bulaşıcı veya zararlı olmayan, günlük yaşamda yaygın olarak üretilen atıklardır. Bu atıklar genellikle kağıt, plastik, cam, metal ve organik maddelerden oluşur. Sağlık kurumlarında üretilen genel atıklar, diğer atık türlerine göre daha düşük risk taşımakta olup, uygun şekilde sınıflandırılarak yönetilmesi gerekir. Atık toplama ve taşıma aşamasında, kirlilik/hijyen önlemleri önemlidir; bunun için ayrı bir toplama yapılması ve uygun ambalajlama kullanılması gereklidir. Ayrıca, genel atıkların depolanması sırasında, özellikle uzun süre bekletileceği yerlerde, kontrollü ve hijyenik koşullar sağlanmalıdır. Bu atıklar, genellikle geri dönüşüm veya uygun yöntemlerle imha edilerek çevreye zarar vermeleri önlenir. Genel atıkların doğru yönetilmesi, sadece çevre sağlığı açısından değil, aynı zamanda kurumların yasal yükümlülüklerini yerine getirmesi ve toplum sağlığının korunması adına da büyük önem taşımaktadır.

3. Atık Yönetimi Süreçleri

Atık yönetimi, sağlık kurumlarında ortaya çıkan çeşitli atıkların sistemli ve kontrollü bir biçimde toplanması, taşınması, depolanması ve güvenli bir şekilde imhasını içeren sistemik bir süreçtir. Bu süreci oluşturan temel ilkeler;

3.1. Kaynağında Ayırıştırma

Atıkların türlerine göre uygun renk kodlu torba ve kaplarda toplanması gereklidir. Uluslararası standartlara göre **renk kodlu torba ve kaplar** kullanılmaktadır:

- **Kırmızı torbalar:** Enfeksiyöz ve patolojik atıklar için kullanılır. Torbaların üzerinde ‘Uluslararası Biyotehlike amblemi ve Dikkat! Tıbbi Atık ibaresi bulunur.
- **Sarı kutular:** Kesici-delici atıklar
- **Mavi/yeşil torbalar:** Geri dönüştürülebilir atıklar (kâğıt, plastik, cam, metal)
- **Siyah torbalar:** Evsel nitelikli atıklar

3.2. Güvenli Toplama

Sağlık kurumlarında atıkların toplanması aşaması, atıkların uygun şekilde ayrılması, paketlenmesi ve uygun ekipmanlarla bir araya getirilmesini içerir. Bu süreçte, atıkların kaynağında doğru ayrılması, kontaminasyonun önlenmesi ve insan sağlığı ile çevre güvenliğinin sağlanması açısından büyük öneme sahiptir. Atık torbalarının %75 doluluk oranına ulaştığında kapatılması önemlidir. Torbalar sızdırmaz ve delinmeye karşı dayanıklı olmalıdır. Ayrıca çift torba olarak kullanılması enfeksiyon riskini azaltır. Kesici-delici aletler ise delinmeye dayanıklı sarı kutularda toplanmalı ve kutuların ağzı sıkıca kapatılmalı, tıbbi atık kırmızı torbasına konulmalıdır. Atıkların toplanması sırasında, belirlenen standartlara uygun, renk kodlu ve kapaklı hermetik poşetler veya tanklar tercih edilmelidir. Bu kaplar, özellikle tehlikeli ve tıbbi atıkların, diğer atıklardan ayrıştırılmasını kolaylaştırır ve olası sızıntı ya da bulaşma risklerini azaltır. Ayrıca, toplanma noktalarının erişilebilir, hijyenik ve düzenli olması, hizmet kalitesini artırır. Toplanma aşaması, atıkların güvenli bir şekilde sonraki aşamalara geçmesini sağlamak adına doğru uygulamalarla yürütülmesi gerekir. Ayrıca, atıkların miktarına göre uygun toplanma sıklığı belirlenmeli ve planlamalar bu doğrultuda yapılmalıdır.

3.3. Taşıma

Atıkların uygun güvenlik ve hijyen koşullarıyla doğru yerlere ulaştırılması kritik bir faktördür. Taşınması sırasında herhangi bir sızıntı, dökülme veya patla-

ma gibi kazalardan kaçınmak için güvenli ve standartlara uygun taşıma araçları kullanılmalıdır. Ayrıca, taşıma esnasında atıkların açıkta kalmaması ve çevreye veya personele zarar vermemesi sağlanmalıdır. Taşıma araçları kapalı, sızdırmaz ve kolay temizlenebilir olmalıdır. Taşıma işlemleri, belirli kurallara ve düzenlemelere uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Atık torbalar personel tarafından elle taşınmamalı ve özel taşıma arabaları kullanılmalıdır. Atık yönetimi planında, taşıma süreci, toplama ve depolama aşamalarıyla uyumlu şekilde koordine edilmelidir. Bu sayede, atıkların yasalara uygun, güvenli ve çevreye zarar vermeden taşınması sağlanır.

3.4. Depolama

Depolama aşaması, sağlık kurumlarında atıkların güvenli ve kontrollü bir şekilde muhafaza edilmesi için oldukça önemlidir. Bu süreçte, atıkların türüne göre depolama alanları ve malzemeleri kullanılması, atıkların çevre ve insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirir. Tehlikeli ve tıbbi atıklar, kıvama, hacme ve risklerine göre sınıflandırılır ve buna uygun olarak depolanır. Örneğin, kesici ve delici atıklar, kırılmaz ve sızdırmaz kaplarda saklanırken, kimyasal ve patojenik atıklar için özel güvenlik önlemleri alınmış izole depolama alanları tahsis edilir. Ayrıca, depolama alanlarının afetlere ve kazalara karşı dayanıklı olması, yetkisiz erişimin önlenmesi ve düzenli denetimlerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Depolama alanlarının fiziksel koşulları, havalandırma, aydınlatma ve hijyen standartlarına uygun olmalı, olası sızıntı veya dökülmelerin önüne geçmek amacıyla sızdırmaz altyapılar kullanılmalıdır. Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek sızıntı ve dökülmelerin önüne geçmek adına, depolama alanlarının çevresi düzenli olarak kontrol edilmelidir. Ayrıca, depolama süreleri maksimum limitler içinde tutulmalı ve atıkların erken bozulması ya da risk oluşturmaları önlenmelidir. Organizasyonel açıdan, depolama alanlarının yerleşimi, hızlı erişilebilirlik ve güvenlik açısından planlanmalıdır. Çalışanlara yönelik eğitimler düzenlenerek, depo alanlarının kullanım şartları ve acil durum prosedürleri konusunda bilinçlendirme sağlanmalıdır. Tüm bu önlemler, atıkların güvenli, çevre dostu ve yasal mevzuata uygun şekilde depolanmasını sağlar. Bu sayede, sağlık kurumlarının atık yönetimi süreçlerinde etkinliği artırılırken, olası riskler de minimize edilir. Günümüz teknolojileri ve sürdürülebilirlik ilkeleri doğrultusunda, depolama alanlarının modernizasyonu ve sürekli iyileştirmesi, atık yönetiminde etkinliği sürdürebilmek adına önem taşımaktadır.

3.5. Bertaraf

Sürecinin en kritik ve son aşamasıdır. Bu süreçte, tehlikeli ve tıbbi atıkların güvenli, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden yok edilmesi gerekir. Atıkların uygun şekilde imha edilmemesi, enfeksiyonların yayılması, patlayıcı veya zehirli maddelerin çevreye sızması gibi ciddi riskleri beraberinde getirir. Bu nedenle, atıkların türüne göre belirlenen uygun yöntemler kullanılmalıdır. Tıbbi atıkların yok edilmesinde; buharlı sterilizasyon, kimyasallarla dezenfeksiyon, gömülme, açıkta yakma gibi farklı işlemler uygulanabilmektedir. Kimyasal, termal veya fiziksel imha teknikleri bu aşamada yaygın olarak tercih edilir. Termal yöntemler, yüksek sıcaklıklarda atıkları yok ederek zararsız hale dönüştürürken, kimyasal yöntemler zararlı maddeleri etkisiz hale getirir. Ayrıca, özel ekipmanlar ve güvenlik önlemleri ile çalışanların ve çevrenin korunması esastır. İmha işlemi tamamlandıktan sonra, kullanılmayan atıkların tamamen ortadan kaldırıldığından emin olunmalı ve uygun belge ve raporlar düzenlenmelidir. Enfeksiyöz ve patolojik atıkların sterilizasyon ve yakma yoluyla bertaraf edilir. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve yok edilmesini içeren süreçlerin sorumluluğu belediyelere verilirken, maliyetler atık üreten sağlık kuruluşları tarafından karşılanmaktadır (Geri dönüşebilen plastik, cam ve kağıt gibi atıkların ise uygun tesislere gönderilmesi gerekir. Kimyasal ve radyoaktif atıklar, ilgili yönetmeliklere uygun şekilde özel lisanslı tesislerde işlenmelidir.

3.6. Eğitim ve Denetim

Sağlık çalışanları düzenli aralıklarla eğitim almalı ve gözlemlenmelidir. Eğitimlerde; acil durum prosedürleri ve kişisel koruyucu ekipmanlar üzerinde de durulmalıdır. Tıbbi atık sorumlu personeli İstanbul Çevre Yönetimi Sanayi ve Ticaret AŞ (İSTAÇ)'ın düzenlediği "Tıbbi Atıkların Toplanması, Taşınması ve Ayrıştırılması Eğitimi" sınavını geçerek belge almalıdır. Bu personelin görevi; tıbbi atıkları kaynaklarından toplamak, güvenli bir şekilde tıbbi atık deposuna taşımak, tıbbi atık taşıma araçlarının ve tıbbi atık deposunun temizliğini yapmaktır. Tıbbi atık deposunun sıcaklık kontrolünü yapmak ve deponun güvenliğini sağlamakta tıbbi atık görevlisinin görevleri arasındadır. Tıbbi atık toplayan ve taşıyan personel eldiven, koruyucu gözlük, maske, çizme ve özel turuncu renkli koruyucu malzemeleri kullanmak zorundadır.

3.7. Raporlama

Atık miktarları düzenli olarak kayıt altına alınmalı ve raporları kurumlara sunulmalıdır. Oluşan tıbbi atık miktarı "Tıbbi Atık Takip Formu"na kaydedilerek takip edilmekte ve yılsonu itibarı ile valiliğe gönderilmektedir. Tıbbi atıklar ile ilgili raporlama ile ilgili personel mevcuttur.

3.7. Yasal Sorumluluk

Atık yönetimi süreçleri, **Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği** ve uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Türkiye'de sağlık atıklarının yönetimi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen mevzuatlar çerçevesinde yürütülmekte olup, temel yasal düzenlemeler arasında 5216 sayılı Büyükşehir Belediyeleri Kanunu, 2872 sayılı Çevre Kanunu ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yer almaktadır. Bu mevzuatlar, atıkların toplanması, taşınması, depolanması ve bertaraf edilmesi süreçlerine ilişkin genel ilkeleri içerir. Ayrıca, sağlık kurumlarında tehlikeli ve tıbbi atıkların uygun şekilde yönetilmesi, enfeksiyon ve çevre kirliliği risklerini azaltmak adına açıkça düzenlenmiştir. Atıkların sınıflandırılması ve uygun depolanması, ulusal mevzuata göre belirlenen standartlara uygun şekilde yapılmalıdır. Atıkların taşınması sırasında hijyen ve güvenlik önlemleri alınmalı ve taşıma araçları düzenli olarak denetlenmelidir. Ayrıca, atıkların uygun imhası için belirlenen yöntemler ve süreçler, mevzuatta detaylandırılmıştır. Avrupa Birliği'nin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerdiği standartlara uyum, uluslararası standartların sağlanması açısından önemlidir. Yasal düzenlemeler, kurumların atık yönetim planlarını hazırlamalarını ve uygulamalarını zorunlu kılarak, halk sağlığı ile çevre güvenliğinin korunmasını amaçlamaktadır. Sağlık kuruluşlarının yasal düzenlemelere uygun hareket etmesi, atıkların güvenli ve etkili bir biçimde yönetilmesini sağlayarak, çevresel ve insan sağlığı risklerini minimize eder. Çalışanların, çevrenin ve toplumun sağlığını korumak yalnızca bir **yasal zorunluluk** değil, aynı zamanda bir **etik sorumluluk** olarak kabul edilmelidir.

SONUÇ

Sağlık kurumlarında atık yönetiminin etkinliği, hem çevresel sürdürülebilirlik hem de halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Uygun atık yönetimi, enfeksiyonların yayılmasını engellemenin yanı sıra, potansiyel toksik ve tehlikeli maddelerin çevreye zarar vermesini de önler. Bu süreçte, atıkların doğru toplama, taşıma, depolama ve sonunda güvenli biçimde yok edilmesi aşamaları-

na özen gösterilmelidir. Yasal düzenlemelerin yakından takibi ve bu mevzuata uygun hareket etmek, uygulamaların yasal açıdan da güvence altına alınmasını sağlar. Teknolojik gelişmelerin kullanımı, özellikle dijital izleme ve otomatik ayırma sistemleri, atık yönetimini daha etkin hale getirmekte ve hata oranını azaltmaktadır. Eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları, personelin ve hastaların konuyla ilgili farkındalığını artırarak, sürdürülebilir ve sorumlu atık alışkanlıklarının geliştirilmesine katkı sağlar. Ayrıca, geri dönüşüm ve atık azaltma stratejileri, doğal kaynakların tasarrufu ve çevre kirliliğinin önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Başarılı uygulama örnekleri, iyi planlama ve teknolojik yeniliklerin entegrasyonu ile elde edilirken, başarısız uygulamalar ise genellikle yetersiz yönetim veya farkındalık eksikliği nedeniyle ortaya çıkar. Atık yönetimi performans göstergelerinin düzenli olarak izlenmesi ve iyileştirme önerilerinin uygulanması, sürekli gelişimi destekler. Sonuç olarak, sağlık kurumlarında atık yönetiminin etkinliği, çok disiplinli yaklaşım ve sürdürülebilirlik ilkeleri doğrultusunda, hem çevresel hem de toplumsal faydalar sağlayacak şekilde geliştirilmelidir. Bu, uzun vadede hem doğal kaynakların korunmasına hem de halk sağlığının güvence altına alınmasına katkıda bulunur ve böylece sağlık sektörünün sorumluluk bilinci güçlendirilir.

KAYNAKÇA

- Doğan,P., Göktaş,S. (2017). Knowledge levels about hospital waste management of nursing students
- Çevre ve Şehircilik Bakanlığı (2019). *Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği*. Ankara.
- Prüss-Üstün, A., Rapiti, E., & Hutin, Y. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities*. World Health Organization.
- UNEP (2018). *Sustainable Healthcare Waste Management*. United Nations Environment Programme.
- World Health Organization (2017). *Health-care waste*. Geneva: WHO.
- Koçak, O., Kurtuldu, H., Akpek, A., Koçoğlu, A., Eroğul O. (2016), Kamu Özel Ortaklığı Hastaneleri İçin Tıbbi Atık Yönetim Modeli. In: Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi 27-29 Nisan 2016-Antalya.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. (2015), Rapor Bülteni, Tıbbi Atık Verilerinin Analizi, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı Sayı:9.
- Yazgan M, Kalaycı N, Kayhan CB, Tuna E. (2014), Turgutlu İlçe Devlet Hastanesi Tıbbi Atık Yönetimi. Sağlıkta Performans ve Kalite Derg.;7(1):1–20.
- Resmi Gazete. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 2005 (14/3/2005 tarihli ve 25755 sayılı)
- Conrardy J, Hillanbrand M, Myers S, Nussbaum G.F. (2010), Reducing Medical Waste. AORN.;91(6):711–21.

10. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA AFET YÖNETİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Hacer CANATAN

T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi;

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

drhacercanatan58@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1406-3331>

GİRİŞ

Yaşanan afetlerden sonra en önemli durumlardan birisi sağlık hizmetlerinin hiç kesintisiz bir şekilde en üst düzeyde verilmesidir. Geçmişte yaşanan olaylar, bir felaket durumunda hastanelere yüklenen taleplerin çeşitliliğini ve karmaşıklığını gözler önüne sermektedir. Afetler ve krizler daha önceden öngörüle-meyen olaylardır. Depremler, Su baskınları, Yangınlar, Heyelanlar, Terör olay-ları vb. Yaşanan her olayın kimyası ve müdahale etme şekli farklıdır. Afetler oluştuğunda, olay yerinde yapılan ilk müdahalenin en hızlı şekilde yapılabilmesi hayati öneme sahiptir ama sonra en kritik durum hastanelerde verilen tedavi hiz-metleridir. Afetlerde hastanelerimizin dayanıklılık düzeyi çok önemlidir. Hem fiziksel dayanıklılık ve hem de yetişmiş personel işgücü dayanıklılığı söz ko-nusudur. Böyle zamanlarda kesintisiz sağlık hizmetinin verilmesi, hasta bakımı ve destek hizmetlerin en üst seviyede verilebilmesi anlamlıdır. Her türlü olaylara karşı hazırlıklı olabilmek, hastaların ve hastanenin güvenliğini sağlayabilmek genel anlamda halk sağlığının korunmasında kritik bir role sahiptir. Bu bölümde; Şimdiye kadar olan afetlerde sağlık kurumlarımızda yaşananlar, hastanelerimizin yüklendiği görevin önemi ve bundan sonra yapılması gerekenler üzerine bir çerçeve oluşturulacaktır. Ülkemizde meydana gelecek olası afet durumların-da hastanelerimizde yapılan planlamalar hakkında bilgi verilerek özellikle

sağlık çalışanlarının doğru müdahale yöntemleri ve sağlık sistemine yönelik bilgilendirmeler verilecektir.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE AFET YÖNETİMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Hem doğal hem de insan kaynaklı afetler, toplumun işleyişini aksatan, çevre, ekonomi ve halk sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratan büyük ölçekli olaylar olarak tanımlanır (Khan, 2020; Rostamzadeh ve diğerleri, 2024). Afetler, nüfusun yer değiştirmesine ve rutin tedavi ile önleyici sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramasına yol açarak sağlık sistemlerinde aksamalara neden olur (Foladi ve diğerleri, 2023; Rostamzadeh ve diğerleri, 2024). Afetler sırasında tıbbi ve hemşirelik bakımı, diyaliz hizmetleri, laboratuvar ve ilaç gibi temel sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için sağlık tesislerinin güvenli ve erişilebilir kalması şarttır (WHO, 2010). Hastaneler, birleşik komuta merkezleri olarak, rutin sağlık hizmetlerinin yanı sıra toplu can kayıplarına yol açan afetlerde sürekli tıbbi destek sağlama sorumluluğunu taşır (Goniewicz ve diğerleri, 2023).

Afet yönetiminde pek çok kavram bulunmakla birlikte, aşağıda en temel kavramlar tanımlanmıştır:

1.1. Tehlike (Hazard): Belirli bir zaman diliminde veya coğrafi bölgede ortaya çıkarak yaşamı tehdit eden, toplumun sosyoekonomik düzenine, doğal çevreye, tarihi ve kültürel kaynaklara zarar verme potansiyeli taşıyan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı fiziksel olay ya da olgudur. Kısaca, tehlike; fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açabilecek her türlü olayı ifade eder (AFAD, 2014).

1.2. Risk: Bir olayın belirli koşullar altında can, mal, ekonomik veya çevresel kayıplara yol açma olasılığıdır. Matematiksel olarak, risk = tehlike x hasar görülebilirlik şeklinde ifade edilir. Sigortacılık ve mühendislikte ise kayıp olasılığı olarak tanımlanır (AFAD, 2014).

1.3. Afet Risk Azaltma Planı (Disaster Risk Reduction Plan): Kurum ve kuruluşların afet risklerini azaltmak için belirledikleri hedef ve amaçlara ulaşmayı sağlayan kısa, orta ve uzun vadeli politika, strateji ve eylemlerin planıdır. Bu plan, risk yönetimi çerçevesinde proje çalışmalarını yönlendirir (AFAD, 2014).

1.4. Afet Risk Yönetimi (Disaster Risk Management): Ülke, bölge, kent veya yerleşim birimi ölçeğinde tehlikelerin ve risklerin belirlenmesi, analiz edilmesi, risklerin azaltılması için kaynak ve önceliklerin tespit edilmesi, politika ve stratejik planların hazırlanması ve uygulanması sürecidir. 5902 sayılı Kanun'a göre, bu süreç risk türlerinin ve düzeylerinin belirlenmesi, önleme, azaltma ve paylaşma çalışmaları ile afet senaryolarının hazırlanmasını ve uygulama önceliklerinin belirlenmesini kapsar (AFAD, 2014).

1.5. Acil Durum Yönetimi (Emergency Management): Acil durumun ortaya çıkmasından hemen sonra başlayarak, etkilenen toplulukların ihtiyaçlarını hızlı, etkin ve zamanında karşılamayı amaçlayan yönetim sürecidir. Sürekli olmayan bu yönetim, acil durumun nedenleri ortadan kalktığında sona erer ve afet yönetiminin müdahale ile kısa süreli iyileştirme faaliyetlerini içerir. Etkin acil durum yönetimi, planlama, hazırlık, koordinasyon ve olağan dışı kaynaklar gerektirir (AFAD, 2014).

1.6. Kriz (Crisis): Normal düzeni bozan, toplumun temel değerlerini tehdit eden ve zaman baskısı altında önemli kararlar almayı gerektiren fiziksel, sosyal, ekonomik veya politik olaylardır. Mevzuatta, devletin ve milletin bölünmez bütünlüğüne, demokratik düzene veya temel hak ve hürriyetlere yönelik tehditler, doğal afetler, salgın hastalıklar, büyük yangınlar, kimyasal/teknolojik olaylar, ekonomik bunalımlar ve büyük nüfus hareketleri gibi durumlar kriz olarak tanımlanır (AFAD, 2014).

1.7. Kriz Yönetimi (Crisis Management): Kriz koşullarında durumu normale döndürmeyi amaçlayan geçici bir yönetim biçimidir. Afet yönetiminden farkı, süreklilik göstermemesi ve krizin nedenleri ortadan kalktığında sona ermesidir (AFAD, 2014).

1.8. Afet Lojistiği (Disaster Logistics): Afet ve acil durumlardan etkilenen bölgelere yardım malzemeleri, ekipman ve diğer kaynakların depolanması ve ulaştırılması sürecidir (AFAD, 2014).

1.9. Afet Tıbbı (Disaster Medicine): Afetlerin yol açtığı sağlık sorunlarına, tıp bilimlerinin çeşitli uzmanlık dallarıyla iş birliği içinde, hastane dışında (sahada, enkazda, sahra hastanelerinde) müdahale eden ve bu alanda araştırmalar yapan bilim dalıdır (AFAD, 2014).

1.10. Afet ve Acil Durum Yönetimi (Disaster and Emergency Management): Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında yapılan çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi ve uygulanması için toplumun tüm kaynaklarının ortak hedefler doğrultusunda yönetilmesi sürecidir (AFAD, 2014).

2. AFET OLAYLARININ TARİHÇESİ VE HASTANELER

Tarih boyunca büyük afetlerin yönetimi ordu tarafından yürütülmüştür. Müdahaleler denizaşırı ve uzun süreliyse, birçok ülkede afet müdahalesinde hâlâ büyük bir rol oynamaktadır. Günümüzde ise, birçok ülkede askeri kurumlardan farklı olarak, afet müdahalesi ve tıbbi bakım görevini üstlenmiş sivil veya devlet kuruluşları bulunmaktadır. Bu kuruluşların çoğu askeri kurumlardan örnek alarak oluşmuştur (Suner, S.2015). Sosyal bilimciler, Batı dünyasında afet tıbbının modern tarihini, Heinrich Zangger'in

20. yüzyılın başlarındaki sivil mayın patlamaları üzerine yaptığı çalışmalara dayandırmaktadır (Stehrenberger, CS. ve Goltermann, S.2014). Acil durum hazırlığı, afet yönetimi ve afet tıbbi tarihsel olarak birlikte gelişmiş ve ayrılmaz bir şekilde iç içe geçmiştir. Afet tıbbının gelişimi modern tıbbın ortaya çıkışıyla birlikte hız kazanmıştır. Afet tıbbının da kökleri askeri kurumlara dayanmaktadır (Gay dos,JC ve Luz, GA.1994; Dara SI ve ark.2005)

1790 yılında, Napolyon'un İmparatorluk Muhafızları'nın Baş Cerrahı Baron Dominique Jean Larrey tarafından geliştirilen triyaj, II. Dünya Savaşı'nda başlayıp Vietnam ve Kore savaşlarında daha da geliştirilen hızlı tahliye ve saha cerrahi bakımı, Afet Tıbbı'nın gelişiminde önemli yaklaşım şekilleridir. 1918 grip salgını gibi büyük pandemiler, sivil savunma programlarıyla Soğuk Savaş, doğal afetlerin (özellikle Amerika Birleşik Devletleri'ndeki depremler ve kasırgalar) giderek artan insan etkisi, kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ve patlayıcı (CBRNE) ajanların geliştirilmesi ve kullanımı ve insani yardımın evrimi, afet tıbbının dokusuna iç içe geçmiştir (Suner, S.2015).

Amerika Birleşik Devletleri'nde afet tıbbının gelişiminde belirli dönüm noktaları vardır ve bunlardan bazıları aşağıda Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. ABD'nde Afet Tıbbının Gelişimindeki Önemli Olaylar

Tarihler	Olaylar
1803	Kongre Yangın Afet Yardım Mevzuatı
1964	Büyük Alaska Depremi
1974	Afet Yardım Yasası
1977	Doğal Deprem Tehlikesi Azaltma Programı
1979	FEMA (Federal Acil Durum Yönetim Kurulu)'nın Kuruluşu
1980	Sivil Askeri Acil Durum Hastanesi Sistemi
1980	St. Helens Dağı Volkanik Patlaması
1984	NDMS (Ulusal Afet Tıbbi Sistemi)
1985	DMAT (İlk Afet Tıbbi Yardım Ekipleri) 'lar
1989	Hugo ve Loma Prieta Kasırgaları Depremi
1990	Stafford Yasası
1992	Federal Müdahale Planı
1996	Kitle İmha Silahlarına Karşı Savunma Yasası
2001	11 Eylül saldırıları ve 2002 İç Güvenlik Yasası
2005	Katrina Kasırgası

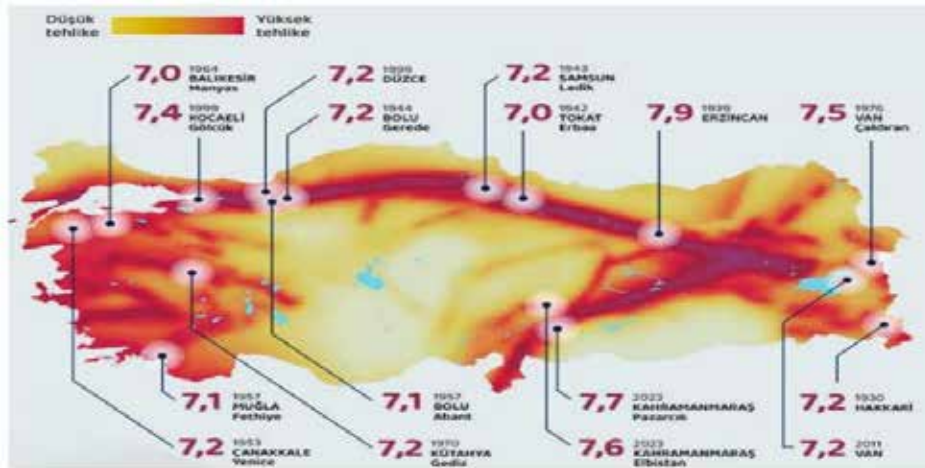
Kaynak: Suner, S. (2015). History of disaster medicine. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15, 1-4.

1996 tarihli Kitle İmha Silahlarına (KİS) Karşı Savunma Yasası oluşturulmuştur, 1995 yılında Tokyo metro sisteminde teröristler tarafından Sarin gazı kullanılmasının ardından afet tıbbında önemli bir dönüm noktası olmuştur. Askeri olmayan kitlelere KİS'e özgü tıbbi bakım ilkelerinin eğitimini veren ilk program olmuştur. Bu konular, mevcut Afet Tıbbi ders kitaplarında geniş bir şekilde ele alınmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri nüfusu daha sıkışık kentsel topluluklara dönüştükçe ve afetler daha fazla insanı etkiledikçe, programların birleştirilmesi ihtiyacı doğdu ve bu da Başkan Carter'ın 1974'teki 12127 sayılı yürütme emriyle Federal Acil Durum Yönetim Ajansı'nın (FEMA) kurulmasına ve yıllar sonra 1951 yılı'nda Sivil Savunma Personel Koleji, şu anda da Ulusal

Afet ve Acil Durum Yönetimi Üniversitesi'ne dönüşmektedir (<https://training.fema.gov>). Sonraki süreçte ABD'ye nakledilen savaş yaralılarını karşılamak ve bunları NDMS(Ulusal Afet Tıbbi Distemi/National Disaster Medical System hastane yatakları ağına dağıtmak için İlk Afet Tıbbi Yardım Ekipleri (DMAT/ Disaster Medical Assistance Team), kuruldu(Franco, C. ve ark.2007; Kevin,Y.2010). DMAT'ler, tıbbi eğitim almış sivil gönüllülerden ve yalnızca görevlendirme ve büyük eğitim görevleri sırasında federal geçici istihdama alınan destek personelinden oluşuyordu. Dünya çapında birden fazla afet sırasında (11 Eylül 2001 saldırıları, Katrina Kasırgası ve Haiti'deki deprem gibi büyük dönüm noktası niteliğindeki olaylar dahil) varlık gösteren NDMS ekipleri yüz binlerce hastaya bakmış ve eyaletlere ve uluslara sağlık ihtiyaçları konusunda yardımcı olmuştur. Afetler her zaman yerel olaylar olduğundan ve tarihsel olarak federal müdahalenin etkileneen bölgelere ulaşması yavaş olduğundan, toplum düzeyinde afetlere müdahale etme ve yönetme kapasitesi hayati önem taşımaktadır. Ortak Komisyon, hastanelerin 72 saatlik kurum içi kapasiteyle hazır olmasını şart koşmaktadır (Suner, S.2015).

Ülkemizin Jeolojik ve meteorolojik yapısına bağlı olarak deprem, su baskınları, heyelan vb.doğa afetleri bunun yanısıra insan kaynaklı terör olayları,yangınlar vb afetlerin görülme riski yüksektir (Yüksel, S.2018). Son yüzyılda 7 ve üzeri meydana gelen depremler aşağıda şekil 1’de görülmektedir. 1999 Kocaeli Gölçük depreminde 17 bin kişi vefat etmiş,44 bin kişi yaralı,66 bin kişi ise evsiz kalmıştır (Özman, B.2000).2011 Van depreminde yine 644 kişi vefat etmiş, yaralanan sayısı 1966 ve 49 bin binada hasar oluşmuştur (AFAD,2014).

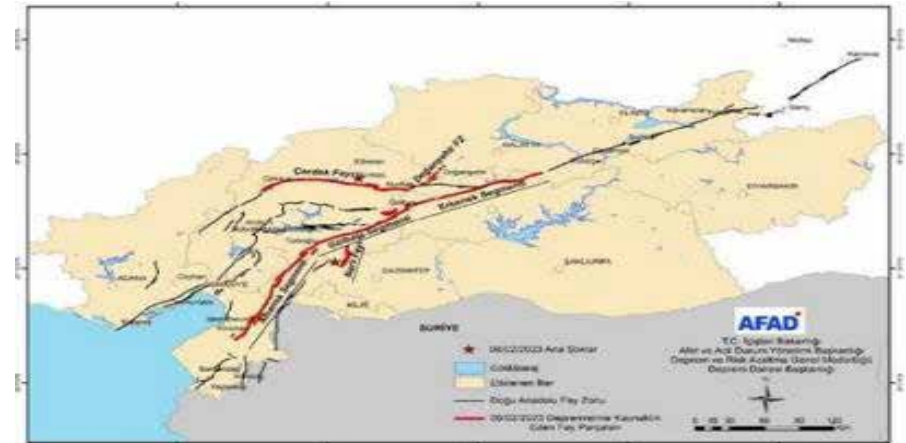
Şekil 1. Son yüzyılda 7 ve üstü meydana gelen depremler



Kaynak: AFAD, Kandilli Rasathanesi

En son yaşanan 2023 Hatay Kahramanmaraş deprem raporunda ise aşağıda şekil 2’de de görüldüğü gibi “*Doğu Anadolu Fay Hattı*” üzerinde bulunan 11 ilde 48 bin insanın hayatını kaybettiği, yarım milyon binanın ağır hasar aldığını ya da yıkıldığını yazmaktadır (www.sbb.gov.tr).

Şekil 2. Deprem Bölgesi Fay Hatları



Kaynak: AFAD

Depremi etkilediği 8 ilde toplam 7.806 yatak kapasitesi bulunmaktaydı. Afet sonrası yapılan hasar tespit çalışmasında Sağlık Bakanlığı'nın 27, 6 tanesi üniversite ve 9 tanesi özel sektör olmak üzere 42 tane hastane binasında orta ve de ağır hasar oluşmuştur. Az hasar alan bina sayısı ise 75'i Sağlık Bakanlığı, 12 Üniversite ve 7'si özel sektör olmak üzere 94 hastane idi. Sağlık sektörünün toplam hasarı 80,9 milyar TL'dir (4,3 milyar dolar) (www.sbb.gov.tr).

Şekil 3. Depremde Hastaneler

Kaynak: Basın fotoğrafları

Afetler olduğunda o bölgede yaşayan sağlık personelleri hem kendi ailelerini korumak ve organize etmek hem de gelen afetzedelere yardım etmek zorundadırlar. Destek ekipler gelene kadar kendileri de afetzede olan sağlık personeli bu psikolojik duygu hali ile çalışmak zorunluluğunda kalmaktadır. Afetin ilk saatlerinde en zor yönetilen durumlardan birisi bu tablodur. Kahramanmaraş depreminde bölgedeki sağlık tesislerine doktor ve diğer sağlık personeli olmak üzere 26.353 kişi görevlendirilmiştir. Bu kadar büyük boyutta bir afete hazır olunmadığı için bölgeye hizmet veren sağlık tesisleriyle beraber 35 adet sahra hastanesi organize edilmiştir. Çadır kent ve belirli yerleşim yerlerine de ilave 114 adet acil müdahale ünitesi kurulmuştur. Bu kadar büyük çaplı bir olayda hızlı reaksiyon ve her alana

ulaşılabilme, sağlık hizmetini götürme kabiliyeti mortaliteyi azaltan en büyük faktördür. Afet alanında Türk Eczacıları Birliği denetiminde 26 sahra eczanesi kurularak, gezici eczaneler faaliyete geçirilmiştir. Afet Bölgesinde eczanesi olan eczacılar için de mobil eczane izni verilmiştir (www.sbb.gov.tr).

Hastaneler, sağlık hizmetlerinin verildiği, otelcilik, destek ve idari hizmetlerin hepsinin bir arada sağlandığı komplike organizasyonlardır. Hastaneler ileri teknolojik cihazların ve tehlikeli maddelerin kullanıldığı ve yasal olarak çok tehlikeli işletmeler sınıfına giren kurumlardır. Bu kurumlarda değişik seviyede ve yetkinlikte personel 24 saat usulüne göre hizmet vermektedir. Her hastane kurulduğu bölgenin risklerine karşı her türlü senaryoya hazır bir şekilde hazırlanmalıdır (Khalil ve ark. 2022).

Afetlerde hastaneler toplumların güvenli limanı acil durumlarda ilk müdahale eden kurum olarak kabul edilmiştir. Ancak hastaneler, halkın beklediği kadar etkili bir şekilde müdahale etmek için önemli ölçüde hazırlıksız durumdadır. Afetlere yönelik hazırlıklar toplumun tamamı ile bütünleşik olarak entegre edilirse başarıya ulaşacaktır (Chaffee, M. W ve Oster, N. S. 2009).

Hastaneleri etkileyebilecek bir çok afet ve kriz durumu söz konusudur; sel, yangın, deprem, salgın hastalıklar, siber saldırılar, altyapı sorunları, KBRN olayları, teknolojik sorunlar vb doğa ve insan kaynaklı olabilir. Hastanelerin hazırlıkları sebebe yönelik özel hazırlığı gerektirir (Kazancıoğlu, R. ve Erdoğan, Ö. 2023). Bundan sonraki bölümlerde Hastane olay yönetim sistemleri, afet planları ve güvenli hastane kavramından bahsedilecektir.

3. HASTANELERDE AFET VE ACİL DURUMLARA HAZIRLIK

Dünyada, yıllardır yaşanan afetlerde sağlık kuruluşları yıkılmış veya ağır hasar görmüştür. Hastanelerimiz işlevini göremez halde, yetişmiş insan kaynağını ve ekipmanlarını kaybetmiştir. (Goniewicz, K. ve ark. 2025). Afetlerde ilk müdahaleyi yapan hastanelerimiz, kamu güvenliğini ve refahını sağlayarak acil durum yönetiminin temel taşı oluşturur. etkili kriz yönetimi için koordineli ve kapsamlı bir yaklaşımın şart olduğu ortaya çıkan küresel sağlık sorunlarının ele alınmasında hayati önem taşır (Berjin, J. 2014; Berjin, J. 2010) Mevcut sistemdeki boşlukları ve eksiklikleri tespit ederek mevcut hazırlık çabalarını güçlendirmek için yenilikçi araç ve stratejilere acil ihtiyaç duyulmaktadır (Hershtein, JJ. ve ark. 2021).

Son pandemiler, dünyadaki acil tıbbi sistemlerin zayıflıklarını ortaya çıkarak, daha güçlü hazırlık ve duruma göre uyarlanabilir müdahalelere olan ihtiyacı

ortaya çıkardı (Khorram-Manesh, A.2023).Pandemi gelişen tabloda sağlık hizmetlerinin yetersizliğini, eşitsizlikleri gözler önüne serdi. Koordineli bir küresel mücadelenin gerekliliğini ve sağlık sistemlerini güçlendirme gerekliliğini vurguladı (Gibson-Fall, F.2021). Bunun dışında ortaya çıkan etik durumlar, özellikle kaynakların kıt olduğu durumlarda sağlık personelinin seçim yapmak zorunluluğunda kaldığı anlar, acil durumlarda tıbbi ve tıbbi protokollerin iyileştirilmesi konusunda küresel bir yöntem gerekliliğini düşündürdü (Bricknell, M. ve Miron, M.2021). Pandemi dönemi ayrıca, kesintisiz sağlık hizmeti sunumunun temel taşı olarak çıkan tele sağlığın kritik rolünü vurguladı (Pomer, A. ve ark.2024). Tele-tıp geleneksel sağlık hizmeti kesintiye uğradığı zaman bakım sürekliliğinde bir alternatif yol olarak ortaya çıktı (Khorram- Manesh, A.ve ark.2024; Khorram-Manesh, A.ve ark.2023; Goniewicz, K.ve ark.2022). Afetlerde hasta verilerini yönetmek için gelişmiş Bilgi Teknolojileri (BT) sistemleri ve krizler sırasında kesintisiz çalışmayı sağlamak için güvenilir yedek güç kaynakları gibi dayanıklı altyapılara ihtiyaçları vardır (Haverkort, JJM.2017). İklim değişikliğinin afetlerin sıklığını ve şiddetini etkileyen önemli bir faktör olması nedeniyle, çevresel ve iklimsel hususları dikkate almak son derece önemlidir. Çok kurumlu afet hazırlık planları, standart çalışma protokolleri ve yasal çerçeveler, kapsamlı bir müdahale için hayati önem taşır. Etkilenen nüfusun psikolojik refahı da bir öncelik olmalı ve afetlerin ardından fiziksel sağlık hizmetlerinin yanı sıra ruhsal sağlık desteği de sağlama stratejileri uygulanmalıdır (Robinson, Y.ve ark.2023). Afetlerde askeri kurumlarla işbirliği özellikle büyük ölçekli afetlerde lojistik anlamda kolaylık ve gelişmiş travma bakımı alınmasını sağlar. Afet öncesi yapılan işbirliği krizler sırasında hızlı ve koordineli çalışmayı kolaylaştırarak askeri uzmanlığın sivil uygulamalara aktarılmasını sağlayabilir. Ordunun sunduğu lojistik ve tedarik zinciri uzmanlığı, sivil afet müdahale çalışmalarının verimliliğini ve etkinliğini büyük ölçüde artırabilir. Askeri kaynakların sivil acil durumlara entegrasyonu muazzam bir potansiyel sunar, güven verir ve savunmasız grupları korumayı sağlar. Belli etik kurallar içerisinde çalışmayı gerektirir (Trimont, FV. ve ark.2023; Alswaiti, GT. ve ark.2023). Aşağıda Şekil 4'te İsrail'in ve ABD'nin Maraş Depremi'nde kurdukları sahra hastanelerini görmekteyiz. Afetlerde ya da olağanüstü kriz durumlarında sağlık personeli olarak çalışmak daha önceden hem uygulama hem de psikolojik anlamda bir hazırlık gerektirir. Örneğin bir askeri hemşire bomba patlaması mağdurları, yanık mağdurları ve ortopedik travma ve şok hastaları da dahil olmak üzere çeşitli hastalara zor koşullar altında bakım sağlama becerilerini bilen bir sağlık profesyonelidir ve yıllardır alanda çalışmaktadır (Bridges, E. J. 2003).

Şekil 4: İsrail'in ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Maraş'ta kurduğu sahra hastanesi



Kaynak: Basın fotoğrafları

3.1. Türkiye Afet Müdahale Planı

Ülkemizde yaşanan afetler sonrası, etkin müdahalenin sağlanması amacıyla 2014 yılında plan hazırlanmıştır. Dayanağı Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliğidir. Yapılan değişiklikler sonrası 24 Şubat 2022 tarihli ve 31760 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Hastaneler bu planda kritik tesis “*Alışılabilen ve acil durum gerektiren olağanüstü durumlarda toplumun ihtiyaçlarını sürdürmesi, can ve mal kaybının azaltılması için gerekli olan birincil öneme sahip okul ve hastaneleri de kapsayan yapı, teknik yapı ve sistemleri*” olarak tanımlanmıştır. Başkanlık AFAD Merkezi, “*afet ve acil durum olayı sonrası, İl AFAD Merkezinden aldığı ilk ve tamamlayıcı bilgiler doğrultusunda yardım taleplerini olay türü ve ölçeğine göre değerlendirerek olay seviyesini belirler ve ilan eder*”. Tablo 2'de gösterilmiş ilan edilen olay seviyeleri koordinasyonun ve organizasyonun düzeyini belirler.

Tablo 2. Seviye Etki Derece Tablosu

SEVİYE	ETKİ	OLAY TÜRÜ VE ÖLÇEĞİNE GÖRE DESTEK DURUMU
S1	Yerel imkânlar yeterlidir.	İl AFAD Merkezi
S2	Destek illerin takviyesine ihtiyaç vardır.	İl AFAD Merkezi +1. Grup destek iller
S3	Ulusal desteğe ihtiyaç vardır.	1. ve 2. Grup destek iller +Ulusal kapasite
S4	Uluslararası desteğe ihtiyaç vardır.	1. ve 2. Grup destek iller+ Ulusal kapasite +Uluslararası destek

Kaynak: <https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-plani>

Sağlık Bakanlığı; Afet Sağlık Grubu içinde ana çözüm ortağı, Afet Haberleşme Grubu, Afet Arama ve Kurtarma Grubu içinde KBRN olayları ile ilgili, Afet Beslenme Grubu, Afet Psikososyal Destek Grubu, Tarım ve Orman Bakanlığı, Afet Kimliklendirme ve Defin Grubu, Afet Ayni Bağış, Depo Yönetimi ve Dağıtım Grubu, Afet Zarar Tespit Grubu içinde Destek Çözüm Ortağı ve Afet Barınma Grubu içerisinde sağlık tesislerinin hazırlanması görevi bulunmaktadır. Afet Sağlık Grubu Görevleri Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Afet Sağlık Grubunun Görevleri

ÇALIŞMA GRUBU	ANA ÇÖZÜM ORTAĞI	DESTEK ÇÖZÜM ORTAKLARI	ÇALIŞMA GRUBUNUN GÖREVLERİ
Afet Sağlık Grubu	Sağlık Bakanlığı Afet ve acil durumlarda olay yerindeki ilk tıbbi müdahale, halk sağlığı ve tıbbi bakım ihtiyaçlarının karşılanması ile çevre sağlığı hizmetlerinin aksamasından en hızlı şekilde normale dönmesini sağlamaya yönelik koordinasyondan sorumludur.	Milli Savunma Bakanlığı (Askeri Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü), Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Yerel Yönetimler, Kızılay, STK, Özel Sektör	- Seyyar hastaneleri hazır bulundurmak ve afet sonrası gerekebilecek acil durum ekipmanıyla donatmak. - Afet bölgesine yeterli personel ile araç gereç ve malzemeyi göndermek, sevk ve idare etmek. - Afet bölgesinde triyaj acil tıbbi yardımı yapmak. - Hasta ve yaralıların tahliyesi ve tedavisini yapmak. - Afetlerde vefat eden veya yaralanan vatandaşlarımızın takip ve kontrol edilmesi amacıyla vatandaşlarımıza bileklik takılmasını ilgili kurumlarla koordine etmek - Salgın hastalıklarla mücadele kapsamındaki hizmetler ile karantina izolasyon hizmetlerini yürütmek. - Salgın hastalıklar açısından çevresel ve suya bağlı risk faktörlerinin önlenmesi hususunda ilgili kurumların koordinasyonunu sağlamak. - Referans bölge kan merkezlerini belirlemek ve kapasitelerini geliştirmek. - Çevre ve su sanitasyonu bakımından risk oluşturacak faktörler ile ilgili tüm tedbirlerin alınmasını sağlamak - Ülkede referans hastaneleri ve referans laboratuvarları belirlemek, kapasitelerini artırmak. - Hudut kapılarında tehlikeli madde ve salgın hastalıklara karşı sağlık ile ilgili önlemleri almak ve aldurmak. - Resmi yaralı sayısını belirlemek.

Kaynak: <https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-plani>

3.2. Türkiye Afet Müdahale Planı

Afet ve acil durumlarda, sağlık tesisleri ve hastanelerin, çok sayıda mağdur yönetebilme ve paydaşlarla yardım çalışmalarını koordine etme protokolleri de dahil olmak üzere kapsamlı acil durum yönetim planlarına ihtiyacı vardır (Ali,H.M.ve ark.2025). Kuruluşların her türlü felakete hazırlıklı ve hazırlıklı olmalarını sağlamak esastır. Acil durum ve afetlerde, sağlık çalışanları kendilerini çok stresli ortamlarda yoğunlukla daha önceden tecrübe etmedikleri görevleri yaparken bulurlar. Aslında bu durum daha önceden öğrenilmesi ve çalışılması gereken afet müdahale planları hakkında bir öğreti gerektirir (Ali,H.M.ve ark.2022). Hastaneler hazırlık önlemlerini önceden yazılı olarak belirlemiş olabilir, ancak sağlık çalışanlarının afetlere etkili bir şekilde müdahale edebilmeleri için ek eğitim, tatbikat ve bu ortamda çalışacak kişilerle karşılıklı güvene ihtiyaçları vardır (Sultan, MAS. ve ark.2020).

Hastane afet planlamasına yönelik kapsamlı ve işbirlikçi bir yaklaşım esastır (Currie, J.2018; WHO. Hospital Safety Index.2023). Böyle bir yaklaşım, potansiyel riskleri değerlendirmek ve sağlam, bütünsel afet hazırlık planları oluşturmak için çeşitli disiplinlerden sağlık çalışanlarının sistematik katılımını gerektirir (Al-Shamsi, M.ve ark.2019; El Sayed, M.ve ark.2018). Dahası, sağlık çalışanlarının afet durumlarında kritik kaynaklara erişim konusundaki aşinalıklarının güçlendirilmesi gerekmektedir (AlHarastani, HAM.ve ark.2021). Sağlık çalışanlarının afet hazırlığına ilişkin algılarını anlamak, müdahale yeteneklerini artırmak için özel eğitim ve tatbikatlar gibi etkili operasyonel stratejiler geliştirmek için Ek olarak, sağlık çalışanlarının benzeri görülmemiş afetler sırasındaki hazırlık ve katılım düzeylerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Ali,H.M.ve ark.2022).

Ülkemizde kullanılan Hastane afet planı(HAP) hazırlama kılavuzunda standart bir çerçeve ve detaylı açıklamalara yer verilmiştir. Aynı zamanda her hastanenin kendi özel şartları düşünülerek kendileri için özel planlama yaklaşımı da sunmaktadır (Çiçekdağı, H. İ.ve Bozkurt, Ö. 2022). HAP kılavuzu, “Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) Yerel Düzey Sağlık Çalışma Grubu Operasyon Planı ile de uyumludur” afet ve acil durumlarda tüm sağlık kuruluşlarımızın ortak dili kullanmasını sağlayacaktır (Sağlık Bakanlığı,2021). Yaşanan her afetin ayrı bir kimyası vardır. 2020 yılında yaşanan COVID-19 pandemi döneminde afetlerle ilgili tüm hazırlık, öngörü ve planlar yetersiz kalmıştır, eldeki kıt kaynaklarla en iyi mücadele verilmeye çalışılmıştır (Çiçekdağı, M. 2020). 20.03.2015 tarihinde yayımlanan HAP Uygulama Yönetmeliği’nde olaya özel plan örnekleri arasında pandemi ile ilgili bir bölüm yok idi (Sağlık Bakanlığı, 2015). Yapılan çalışmalar sonrası elde edilen geri dönüşlere bağlı olarak en son sürümü Haziran 2021’de

yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

DE Alexander, acil durum planlamasını “düşünülemez olanı düşünmeyi” içeren bir sanat ve bilim olarak tanımlar (Alexander,D.E.2017). Hiçbir kurum bunu tek başına başaramayacağından, afet planlaması, afet öncesinde, sırasında ve sonrasında müdahaleden sorumlu tüm kurumları kapsayan bütünsel bir yaklaşım gerektirir. Hükümetlerin afet yönetimi konusundaki kapsamlı bilgi ve uzmanlığına rağmen, afet iletişimi karmaşık olmaya devam etmektedir ve Kurumlar arası zayıf iş birliği, genellikle etkili müdahalenin önündeki bir engel olarak gösterilir (Lee,K.J.ve ark.2023). Her ülkenin kendi koşullarına uygun afet planlarını hazırlaması ve hazırlıklı olması ülkelerin afet dirençliliği ile doğru orantılıdır.

3.2.1. Risk Analizinin Yapılması

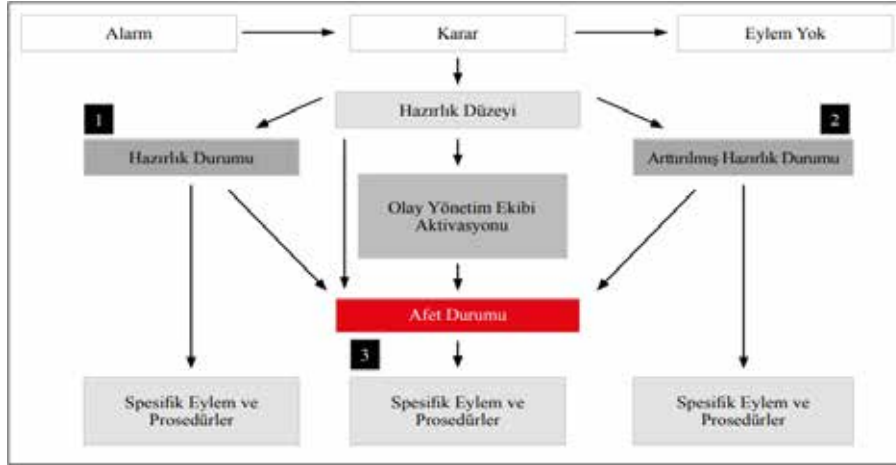
Hastanelerde afet yönetiminde ilk adım risk analizinin yapılmasıdır. Mevcut durum analizi yapılarak, afet risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Riskler yapısal, yapısal olmayan ve işlevsel riskler olarak 3 başlık altında sınıflanmaktadır (Kumar,E.P.2025).

- ✓ Yapısal riskler: Binanın dayanıklılığı, altyapının güvenli olması(elektrik, su, doğal gaz).
- ✓ Yapısal olmayan riskler: Tıbbi cihazların sabitlenmesi, ilaç ve malzeme güvenliği.
- ✓ İşlevsel riskler: İnsan kaynağı, iletişim sistemleri, lojistik destek.

3.2.2. Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı

Afetler olduğunda müdahale organizasyonu nasıl yapılacağı, yönetim sistemi nasıl çalışacak ve araçlar nasıl kullanılacak bunları içeren plandır. Aşağıda Acil Müdahale Planı (AMP) aktive etmek için HAP ‘larında üç düzey tanımlanmıştır. Şekil 5’te aktivasyon seviyelerini görmekteyiz.

Şekil 5. AMP(Acil Müdahale Planı) Aktivasyon Seviyeleri İçin Örnek Diyagram



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, HAP hazırlama kılavuzu 2021).

Yaşanan acil durumlar kurum içinde ya da kurumlar arasında olabilir, hem hastaların hem de ziyaretçilerin aynı zamanda kendi güvenlikleri için personel acil renk kodu sistemini kullanır. Hastane afet planlarında, Bu renk kodları ile ilgili standart operasyon prosedürleri(SOP) hazırlanması önerilmiştir. Aşağıda şekil 6'da Acil renk kodu sistemi ve anlamlarını görmekteyiz. Bu kod sistemi hastanede acil olarak uzmanlık müdahalesi gerektiren durumlarda doğru bir mesajla, en hızlı müdahalenin yapılmasına olanak yaratan uyarı sistemidir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Şekil 6. Acil renk kodu sistemi

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRI	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba Tehdidi

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, HAP hazırlama kılavuzu 2021)

3.2.3. Hastanelerde Tıbbi Kapasitenin Artırılması ve Lojistik Yönetimi

Afetler esnasında lojistik ihtiyaçları karşılayabilmek için, afetlerden önce hastane afet planı hazırlayan yönetim ve birlikte çalışılacak paydaşlar beraber hastane ihtiyaç analizi yapmalıdır. Bu analiz yapılırken yaşanan il ve çevre illerde olabilecek riskler hesaplanarak en uygun planlama ve hazırlık yapılmalıdır (Kaya, B. ve Mızrak, S. 2025). Daha önceden hazırlıklı olmamaya bağlı malzeme ve iş gücü personel kaybı sonucu hizmet kapasitesinin engellenmesi önemli bir sorundur (Canatan, H.2020). Afetlerde lojistik yönetimi ve tıbbi müdahale yeterliliği doğru orantılıdır (Küçük, B.2023). Kritik olan malzemeler ve ekipmanların tam olması, ulaşılabilir olması, ilgili alanlara yönlendirilip depolanması afet yönetiminde lojistik stratejinin temelidir. Genellikle de yıllardır yaşanan afetlerde bu süreçlerde ciddi eksiklikler görülmüştür (Farazmehr, S. ve Wu, Y.2023). Afetlerde müdahale aşamasında sağlık organizasyonunu yapmak, malzeme tedarikinin sağlanması, dağıtım koordinasyonu oldukça hayatidir (Yurttaş, A. ve ark.2024). Yaşanan afetlerde en önemli ihtiyaç tıbbi bakım ile ilgili cevap verilebilirlik düzeyidir. Tedavi kapasitesini bazı ilkelere dayalı olarak artırma yöntemi şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2021);

- ✓ *Yatak Kapasitesi nedir ve Kullanılabilirlik durumu,*
- ✓ *Ekipman ve Malzemelerin Artırılması(daha önceden planlanan lojistik malzeme yönetimi),*
- ✓ *Personelin geri çağırılması(Afetlerde personel çağırısı beklemeksi-*

zin görev yerlerine gelmelidir,gelen personele yaka kartı ve özel görev kıyafetleri dağıtılır),

- ✓ *Gönüllülerin yönetimi* (Afetlerden önce gönüllü başvuru alma, kabul etme için oluşturulan prosedürler izlenerek yönetilir),
- ✓ *Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği* (Hastane kapasitesi ile ilgili önemlidir, işbirliği mekanizmasının önceden çalışılmış olması en sağlıklı yönetim şeklidir),
- ✓ *Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları:* “Bu alanlar; triyaj için , taburcu işlemleri için oluşturulan alanlar, ayaktan gelen hastaların tedavi edildiği bölüm, aileler ve medya mensupları için bilgi verilen alan, geçici morg alanı vb. sayılabilir.Bu alanlar afetler ve acil durumlar oluşmadan çok önce belirlenip, yHAP'ta mevcut krokilerde”.

3.2.4. Acil Müdahale Planı ve Bilgi Yönetimi

HAP Başkanı ile birlikte bütün yöneticiler, yönetilen olay/afet ile ilgili kayıtları tutmalıdır.Bu kayıtlar daha önceden görevlendirilmiş olan personel/yedekleri tarafından oluşturulan formlar kullanılarak tutulmalıdır.Bu kayıtların faydaları şu şekildedir;

- ✓ O anda devam eden sorun ya da konularla ilgili takip yapılması,
- ✓ Yapılan işlemler, talepler, alınan kararların hepsinin kayıt altına alınması,
- ✓ Karşılaşılan ya da anlık devam eden iletişim sorunlarını görmek,çözüm üretmek,
- ✓ Olaylar bittikten sonraki dönemde izlenebilirlik, değerlendirme için kullanılabilen yasal süreçlerle ilgili vaka soruşturma vb durumlar için yasal kayıt tutmuş olmak.
- ✓ Afet ve acil durumlarda mevcut kanıtlar korunmalı ve mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Bunlar;Hastaların kayıt ve takiplerinin yapılması,hastanede takip altında olan hastaların yakınlarına ulaşma ve bilgi verme,medyanın ve toplumun şeffaf bir şekilde bilgilendirilmesi,Kamu sağlığının önemine dair bilgilerin birinci ağızdan yetkili kişilerce duyurulması,aralıklı durum raporlarının verilmesi yine önemli başlıklardır.

Afetlerde kayıt tutma uzmanları görev almalıdır. Kitlese şiddet, doğal afet ve kaza olaylarının toplanması ve belgelenmesi için, uzmanların rollerini yerine getirmeye devam ederken süreci etkili bir şekilde yönetmelerine yardımcı olmak

için yapılandırılmış desteğe acil ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır.Bu görevi üstlenen kişilerin daha sonra psikolojik anlamda takiplerinin yapılması da yerinde olacaktır.Afet ortamlarında olağanüstü her olayın kayıtlı tutulduğu için travma oluşturabilecek durumlar söz konusu olacaktır (Arvanitis, K ve Kavanagh, J.2025).

3.2.5. Güvenlik ve Emniyetin Sağlanması

Afetlerde Zarar görenlerin hastaneye Ulaşımı,hastane dışında olabilecek karmaşık trafik akışının kontrolü,elde bulunan ekipmanların güvenliğinin sağlanması ya da ihtiyaç halinde acil olarak onarılması bu başlık altında kurgulanmalıdır.Son yıllarda nesnelerin internetikavramı ile kamu güvenliği, afet müdahalesini ve acil durum yönetimini önemli ölçüde iyileştirebilecek gerçek zamanlı veri toplama ve analizini mümkün kılan devrim niteliğinde bir teknoloji olarak ortaya çıkmıştır. Bu sistemler, deprem, sel ve orman yangını gibi doğal afetler için erken uyarılar sağlayarak yetkililerin proaktif bir şekilde müdahale etmesini sağlar. Acil durum yönetiminde, IoT cihazları krizler sırasında kaynakların koordine edilmesine ve durumsal farkındalığın artırılmasına yardımcı olur. Giyilebilir cihazlardan, akıllı altyapıdan ve iletişim sistemlerinden gelen gerçek zamanlı veriler, müdahale ekiplerinin insanları izlemesine, tahliyeleri yönetmesine ve kaynakları daha etkili bir şekilde dağıtmasına olanak tanır. Örneğin, IoT özellikli dronlar ve otonom araçlar, insan hayatını riske atmadan tehlikeli bölgelerde malzeme teslim etmek veya hasarı değerlendirmek için kullanılır. IoT teknolojileri, güvenlik tehlikeleri açısından bölgeleri sürekli izleyerek ve altyapı restorasyonunu destekleyerek afet sonrası iyileşmeyi iyileştirir. Akıllı trafik yönetim sistemleri, acil durum araçları için trafik akışının kontrol edilmesine yardımcı olurken, IoT tabanlı iletişim ağları, geleneksel sistemler arızalandığında bağlantıyı sağlar. Nesnelerin İnterneti, afet müdahalesinin ve kamu güvenliği operasyonlarının hızını, doğruluğunu ve etkinliğini önemli ölçüde artırarak toplulukların daha iyi korunmasını ve acil durumlardan daha hızlı kurtulmayı sağlar (Leong, W.2025).

3.2.6. Psikososyal Destek Hizmetleri

Afetlerde, çalışan sağlık personeline, hasta ve yakınlarına psikososyal destek verilirken eş zamanlı sosyal hizmet uygulamaları da devrede olmalıdır. Krizlerin neden olduğu psikolojik sıkıntıda acil ve uzun vadeli müdahaleler gereklidir. Psikolojik ilk yardım, travmaya duyarlı bakım ve dayanıklılık oluşturma programları sağlayarak kriz danışmanlığı, etkilenen bireylerin ve toplulukların stres, korku ve travma sonrası bozukluklarla başa çıkmalarına yardımcı olur.

Ayrıca, acil durum hazırlığı, güvenlik kurumları arasında koordinasyon ve toplum katılımı gibi afet müdahale stratejileri, can kayıplarını en aza indirmek ve normale dönmek için elzemdir. Psikolojik desteği güçlü güvenlik önlemleriyle birleştiren kapsamlı bir yaklaşım, ulusal güvenlik olaylarına daha etkili ve sürdürülebilir bir müdahale sağlar. (Jibril, N. B. 2025)

3.2.7. Ölü ve Kayıplar İlgili İşlemler

Afetlerde sağlık kuruluşları ölü Kabul etme politikasını belirlemiş olmalıdır. Hastanedeki geçici morg alanları, genişleme kapasitesi her şeyden önemlisi ölü ve kayıpların kimliklendirilme süreci belirlenmiş ve görevlendirmeler yapılmış olmalıdır. Afetler sonucu hayatını kaybedenlerin kimliklerinin tespiti en önemli süreçlerden biridir. Ölü muayene işlemlerinin sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için kurumların planlı bir çalışma yapması gereklidir. Tüm işlemlerde etkin ve hızlı yol alabilmek için matbu form ve tutanaklar kullanılması, kimliği olmayan cesetlerde kodlama sisteminin yapılması, cesetlerden parmak izi ve kan örneği alınması, fotoğraf çekimi gibi çalışmaların kimlik tespitinde önemli olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar ilerde yargı organları ile ilgili süreçlerde aydınlatma konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir (Demirci, İ. M. ve Alptekin, T. 2025). Uluslararası yayınlarda Afet mağdurlarının kimliklendirilmesine ilişkin Interpol Kararı No. AGN/65/RES/13'ün önsözünde yer alan "insanlar ölümden sonra kimliklerini kaybetmeme hakkına sahiptir" ifadesini bir örnek olarak ele alarak, onur ve kimlik haklarını, bunların birbirleriyle ve gerçeğe ulaşma hakkıyla nasıl etkileşim kurdukları ve işledikleri de dahil olmak üzere incelemektedir (Jørgensen, N. H. 2025).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanelerin oluşabilecek afetlere hazırlıklı olması, toplum sağlığını koruma açısından önemlidir. Etkili bir yönetimin yapılabilmesi için;

- ✓ Hastane Afet Planlarının düzenli olarak güncel tutulması ve sürdürülebilirliğinin olması,
- ✓ Personel eğitimlerinin yapılarak hem iş yerinde hem de güncel hayatlarında sürecin yönetimi ve psikolojik dayanıklılığının sağlanması
- ✓ Hastane altyapısı ve lojistik kapasitenin afetlere yönelik hazırlık kapasitesinin artırılması,

- ✓ Hastanede uluslararası standartlar düzeyinde politikaların geliştirilmesi,
- ✓ Bireysel afet farkındalık, Yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması, temel ilkyardım, yangın güvenliği gibi eğitimlerin ve uygulamaların yapılarak gelişim süreçlerinin izlenmesi,
- ✓ Afet anında gereğinde tahliye için senaryoların çalışılması
- ✓ Afetlerde yapay zekâ (YZ), makine öğrenimi ve 5G ağlarının entegrasyonu yapılarak; erken uyarı sistemleri, akıllı barınaklar, gerçek zamanlı kaynak takibi, akıllı alarmlar ve tahliye rehberliği, altyapı izleme gibi gelişmiş ülkelerde bulunan teknolojiden faydalanılmalıdır. Bunun için gerekirse ülkelerarası benchmarking önerilmektedir.
- ✓ Savaş cerrahisini bilen hekim, hemşire ve diğer sağlık personel gerekliliği yönünden özel donanımlı personelin yetiştirilmesine yönelik çalışmalar desteklenmelidir.

KAYNAKÇA

- Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü, T.C.Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Kasım- 2014.
- Arvanitis, K., & Kavanagh, J. (2025). The impact of collecting after sudden, unforeseen or violent events on the mental wellbeing of the record-keeping workforce.
- AlHarastani HAM, Alawad YI, Devi B, et al. Emergency and disaster preparedness at a tertiary medical city. *Disaster Med Public Health Prep.* 2021;15(4):458–468. doi:10.1017/dmp.2020.28
- Ali, H. M., Ranse, J., Roiko, A., & Desha, C. (2025). Health Care Workers' Perceptions of Hospital Disaster Planning and Preparedness for Building Resilient Healthcare Systems. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 19, e77.
- Ali HM, Ranse J, Roiko A, et al. Healthcare workers' resilience toolkit for disaster management and climate change adaptation. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(19):12440. doi:10.3390/ijerph191912440.
- Ali HM, Ranse J, Roiko A, et al. Investigating organizational learning and adaptations for improved disaster response towards "resilient hospitals": an integrative literature review. *Prehosp Disaster Med.* 2022;37(5):665– 673. doi:10.1017/S1049023X2200108X
- Al-Shamsi M, Moitinho de Almeida M, Nyanchoka L, et al. Assessment of the capacity and capability of burn centers to respond to burn disasters in Belgium: a mixed-method study. *J Burn Care Res.* 2019;40(6):869–877. doi: 10.1093/

- Alswaiti GT, Worlton TJ, Arnaouti M, et al. Military and civilian trauma system integration: a global case series. *J Surg Res.* 2023;283:666–673. doi:10.1016/j.jss.2022.11.022
- Awuh, H. E., Mallick, B. & Mairomi, H. W. *Disaster risk reduction and management: a conceptual overview.* Disaster Manag. Sub Saharan Africa Policies Inst. Process 3–33. (2022).
- Berlin JM. Synchronous work: myth or reality? A critical study of teams in health and medical care. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(6):1314–1321. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01334.x
- Berlin J. Common incentives for teamwork—the unspoken contract’s significance. *Team Perform Manag.* 2014;20:65–80. doi:10.1108/TPM-04-2013-0011
- Bricknell M, Miron M. Medical ethics for the military profession. *Rev Científica Gen José María Córdova.* 2021;19:851–s. doi:10.21830/19006586.814
- Bridges, E. J. (2003). Military and disaster nursing. *Critical Care Nursing Clinics*, 15(2), xiii–xiv.
- Canatan H. Afetlerde sürdürülebilir sağlık hizmetleri için güvenli hastane kavramının önemi üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2020;7:55-60.
- Chaffee, M. W., Oster, N. S., & EDITORS, A. (2009). The role of hospitals in disaster. *Disaster Medicine*, 34.
- Currie J, Heslop DJ. Operational systems evaluation of a large scale multiagency decontamination exercise. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2018;31: 1054–1061. doi:10.1016/j.ijdrr.2018.03.027
- Çiçekdağı, M. (2020). Kalkınma planlarında turizm: İçerik analizi yöntemi ile Türkiye kalkınma planlarının analizi. *Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5, 1-11. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cutsad/issue/61056/906492>
- Çiçekdağı, H. İ., & Bozkurt, Ö. (2022). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP): 2015 ve 2021 Hazırlama Kılavuzu Karşılaştırmalı Analizi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 241-251.
- Dara SI, Ashton RW, Farmer JC, Carlton PK Jr. *Worldwide disaster medical response: an historical perspective.* Crit Care Med 2005;33(1 Suppl):S2-6.
- Demirci, İ. M., & Alptekin, T. (2025). Deprem sonucu ölümlerde kimliklendirme ve uygulamada karşılaşılan sorunlara yönelik standart sağlama konusunda bir saha çalışması: İskenderun örneği. *Adli Tıp Bülteni*, 30(2), 146- 153.

- D.E. Alexander, How to Write an Emergency Plan, Liverpool University Press, 2017.
- El Sayed M, Chami AF, Hitti E. Developing a hospital disaster preparedness plan for mass casualty incidents: lessons learned from the Downtown Beirut bombing. *Disaster Med Public Health Prep.* 2018;12(3):379–385. doi: 10.1017/dmp.2017.83
- Farazmehr S, Wu Y. Locating and deploying essential goods and equipment in disasters using AI-enabled approaches: A systematic literature review. *Progress in Disaster Science*, 2023;19:100-292.
- Foladi, S. H., Poursadeqiyan, M. & Aboumasoudi, A. S. *Emergency first aid allocation model in prehospita triage in two-level supply chain network.* Iran. J. Public. Health. 52 (4), 868–869 (2023).
- Franco C, Toner E, Waldhorn R, Inglesby TV, O’Toole T. *The national disaster medical system: past, present, and suggestions for the future Biosecur Bioterror.* 2007; 5:319-25.
- Gaydos JC, Luz GA. *Military participation in emergency humanitarian assistance. Disasters 1994*; 18:48-57
- Gibson-Fall F. Military responses to COVID-19, emerging trends in global civil-military engagements. *Rev Int Stud.* 2021;47(2):155–170. doi:10.1017/S0260210521000048
- Goniewicz K, Burkle FM, Hall TF, Goniewicz M, Khorram-Manesh A. Global public health leadership: the vital element in managing global health crises. *J Glob Health.* 2022;12:03003. doi:10.7189/jogh.12.03003
- Goniewicz, M., Khorram-Manesh, A., Timler, D., Al-Wathinani, A. M. & Goniewicz, K. *Hospital disaster preparedness: A comprehensive evaluation using the hospital safety index.* Sustainability 15 (17), 13197–13214 (2023).
- Goniewicz, K., Ratnayake, A. S., & Khorram-Manesh, A. (2025). Resilient emergency medical systems for 21st- century complex world. *Emergency and Critical Care Medicine*, 5(1), 40-44.
- Haverkort JJM, de Jong MB, Foco M, et al. Dedicated mass-casualty incident hospitals: an overview. *Injury.* 2017;48(2):322–326. doi:10.1016/j.injury.2016.11.025
- Herstein JJ, Schwedhelm MM, Vasa A, Biddinger PD, Hewlett AL. Emergency preparedness: what is the future?. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.* 2021;1(1):e29. doi:10.1017/ash.2021.190
- Jibril, N. B. (2025). Contribution Of Crisis Counselling and Disaster Response to Effective Management of National Security Events. *Journal of Professional Counselling*, 8(2), 104-110.

- Jørgensen, N. H. (2025). Missing Migrants and the Right to Identification. *Nordic Journal of Human Rights*, 43(1), 40-58.
- Kaya, B., & Mızrak, S. (2025). Afetler Sırasında Hastanelerde Afet Lojistiği Yönetiminde Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri.
- Kazancıoğlu, R., & Erdoğan, Ö. (2023). Resilience of hospital in disaster. *Journal of Design for Resilience in Architecture and Planning*, 4(Special Issue)), 141-151.
- Kevin Yeskey M.D. Deputy Assistant Secretary, Director, Office of Preparedness and Emergency Operations U.S. Department of Health and Human Services Committee on Homeland Security and Governmental Affairs Subcommittee on State, Local, and Private Sector Preparedness and integration United States Senate, *The Key Role of NDMS in Disaster Response*. July 22, 2010. <https://www.hsgac.senate.gov/wp-content/uploads/imo/media/doc/YeskeyTestimonySLPSP172210.pdf>, Erişim Tarihi: Eylül 8, 2025
- K.J. Lee, S.K. Malinen, V. Nilakant, The dynamics of cross-sector collaboration in disasters, *Disaster Prevention and Management*, Int. J. 32 (2) (2023) 337–351.
- Khan, A., Gupta, S. & Gupta, S. K. *Multi-hazard disaster studies: monitoring, detection, recovery, and management, based on emerging technologies and optimal techniques*. Int. J. Disaster Risk Reduct. 47 (6), 101642 (2020).
- Khalil, M., Ravaghi, H., Samhouri, D., Abo, J., Ali, A., Sakr, H., & Camacho, A. (2022). What is “hospital resilience”? A scoping review on conceptualization, operationalization, and evaluation. *Frontiers in public health*, 10, 1009400.
- Khorram-Manesh A, Goniewicz K, Burkle FM Jr. Unleashing the global potential of public health: a framework for future pandemic response. *J Infect Public Health*. 2024;17(1):82–95. doi:10.1016/j.jiph.2023.10.038
- Khorram-Manesh A, Goniewicz K, Burkle FM Jr. Unleashing the global potential of public health: a framework for future pandemic response. *J Infect Public Health*. 2024;17(1):82–95. doi:10.1016/j.jiph.2023.10.038
- Kumar, E. P. (2025). *Disaster management*. Expert Notes, Publisher.
- Küçük B. Managerial planning in disaster logistics: model proposal for logistics administrative structuring in pandemics. *Journal of Disaster and Risk* 2023;6:148–64
- Özmen, B. 17 Ağustos 1999 İzmit Körfezi Depremi’nin Hasar Durumu. Afet İşleri Genel Müdürlüğü Deprem Araştırma Dairesi. Ankara: Türkiye Deprem Vakfı; 2000. s. 1-32.
- Leong, W. (2025). Internet of Things for Enhancing Public Safety, Disaster Response, and Emergency Management. *Engineering Proceedings*, 92(1), 61.

- Pomer A, Munigala S, Coles CL, et al. The response of the Military Health System (MHS) to the COVID-19 pandemic: a summary of findings from MHS reviews. *Health Res Policy Syst*. 2024;22(1):5. doi:10.1186/s12961-023-01093-4 Robinson Y, Khorram-Manesh A, Arvidsson N, Sinai C, Taube F. Does climate change transform military medicine and defense medical support? *Front Public Health*. 2023;11:1099031. doi:10.3389/fpubh.2023.1099031
- Rostamzadeh, S., Allafasghari, A., Allafasghari, A. & Abouhossein, A. *Handgrip strength as a prognostic factor for COVID-19 mortality among older adult patients admitted to the intensive care unit (ICU): a comparison alpha (B. 1.1. 7) and delta (B. 1.617. 2) variants*. Sci. Rep. 14 (1), 19927 (2024).
- Rostamzadeh, S., Abouhossein, A., Allafasghari, A., Allafasghari, A. *Importance of handgrip strength and endurance time for predicting COVID-19 mortality in older adult patients: K-nearest neighbors (K-NN) algorithm*. Hum. Factors Aging Sp. Needs 133 (2), 116–127. (2024).
- Sağlık Bakanlığı. (2015). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu (Yayın No. 1020).
- Sandoval, V., Voss, M., Flörchinger, V., Lorenz, S. & Jafari, P. *Integrated disaster risk management (IDRM): elements to advance its study and assessment*. Int. J. Disaster Risk Sci. 14 (3), 343–356 (2023).
- Sultan MAS, Sørensen JL, Carlström E, et al. Emergency healthcare providers’ perceptions of preparedness and willingness to work during disasters and public health emergencies. *MDPI*. 2020:442
- Suner, S. (2015). *History of disaster medicine*. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15, 1-4.
- Stehrenberger CS, Goltermann S. *Disaster medicine: Genealogy of a concept*. *Social Science&Medicine* 120(2014) 317- 324.
- T.C. Sağlık-Bakanligi-2019-2023-StratejikPlan-Web-Katalog.pdf Sağlık Bakanlığı. (2021). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu (Yayın No. 1095). T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40879,-haphazirlamaklavuzusurum214062021pdf.pdf?0>
- Trimpont FV, Hansen JC, Aquilino V, et al. Collaboration between civil and military means for teaching disaster medicine. *Prehosp Disaster Med*. 2023;38(S1):s11–s12. doi:10.1017/S1049023X23000754
- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). Müdahale, İyileştirme ve Sosyoekonomik Açıdan 2011 Van Depremi. Ankara: AFAD; 2014. s. 1-104.
- WHO, *Safe Hospitals in Emergencies and Disasters: Structural, Non-structural and Fun-*

ctional Indicators, World Health Organization, 2010 [Online]. Available: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207689/9789290614784_eng.pdf. (Accessed 04 Eylül 2025).

World Health Organization. Hospital Safety Index: Guide for Evaluators. Accessed September 26, 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258966/9789241548984-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yurttaş A, Deste M, Yıldırım T. Analysis of the studies made in the field of disaster logistics by bibliometric method. Journal of Academic Approaches 2024;15:642-65.

Yüksel S. Afetlerde Hastane ve Acil Birim Hazırlığı. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.16-22

<https://training.fema.gov>

<https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/2023-Kahramanmaraş-ve-Hatay-Depremleri-Raporu.pdf>

<https://www.afad.gov.tr/turkiye-afet-mudahale-plani> https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Planlar/TAMP.pdf

11. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK

Öğr. Gör. Özge GÖL

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

ozge.gol@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-2767-3611>

GİRİŞ

Sağlık kurumlarında etik, hasta haklarının korunması ve profesyonel sorumlulukların netleştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinde etik ilkeler; hastaların özerkliklerine saygı gösterilmesini, kişisel mahremiyetlerinin korunmasını ve sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkının sağlanmasını temin eder. Etik sorunlar çözülmez gibi görünse de, karar alma süreçlerinde etik ilkelere dikkate alınması önemlidir. Kültürel farklılıklar ve teknolojik gelişmeler yeni etik ikilemler yaratabilir, bu nedenle etik eğitimlerin güncellenmesi sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. (Akman Dömbekci & Karabulut Meral, 2025)

1. ETİK KAVRAMI

Tarihsel süreçte etik, bireylerin ve toplumların davranışlarını inceleyen, yönlendiren bir disiplin olarak gelişim göstermiştir. Etik, bireysel davranışların yanı sıra mesleki uygulamaları, hasta haklarını ve sağlık sistemlerindeki karar alma süreçlerini de etkiler. Kişilerin meslekleri doğrultusunda meslek etiği çerçevesinde farklı isimlerde etik konusu ele alınmaktadır. Meslek etiği denildiğinde özellikle sağlık sektöründeki etik akıllara gelmektedir. (Akman Dömbekci & Karabulut Meral, 2025; Kullu & Hiçyorulmaz, 2024)

2. SAĞLIK ETİĞİ NEDİR?

Sağlık etiği, sağlık profesyonellerinin ve kurumlarının davranışlarını yönlendiren temel ilke ve değerler bütünüdür. Sağlık etiği, hastaların, ailelerin ve toplulukların sağlığını etkileyebilecek eylemlerin önceliklendirilmesinde ve gerekçelendirilmesinde bazı değerlerin dikkate alınmasını teşvik eder. Sağlık etiği, bireylerin haklarını korumanın yanı sıra toplum sağlığını da gözetir. Etik kavramı sadece sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında değil, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin kendi içinde de uyması gereken kuralları kapsamalıdır. Sonuç olarak, sağlık etiği, güveni besleyen ve sürekli gelişmeye açık dinamik bir disiplindir. Etik ilkelerin etkin kullanımı giderek daha önemli hale gelmektedir. (Yüce, 2023; Kullu ve Hiçyorulmaz, 2024)

3. ETİK İLKELER

Etik ilkeler, mesleklerinde etik değerlere bağlılık gösteren tüm profesyoneller için temel bir rehberdir. Bu ilkeler, sağlık kurumlarında etik iklimi güçlendirmek amacıyla düzenli olarak gözden geçirilmektedir. (Sayan, 2023)

3.1. Özgürlük

Özgürlük ilkesi, sağlık kurumlarında etik uygulamaların temel bir unsuru olup hastaların insan onuruna yakışır bir yaşam sürmesini destekler. Hasta bireyler açısından özgürlük, kişinin kendi değerleri, yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda sağlık ve bedenini etkileyen tıbbi kararlar alabilmesi olarak tanımlanabilir. Ancak acil durumlarda bireysel özgürlüklerin kısıtlanabileceği unutulmamalıdır. Bu ilkenin ihlali ciddi sonuçlara yol açabilir; bu nedenle özgürlüklerin korunması etik açıdan büyük önem taşır. (Sayan & Mert, 2023)

3.2. Adalet

Adalet ilkesi, sağlık kurumlarında etik duruşun temel taşlarından biridir ve sınırları, diğer kavramlarla kesişmesi nedeniyle çizilmesi zor bir kavramdır. Sağlıkta eşitlik ve sağlıkla ilgili haklarla doğrudan bağlantılıdır. Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve fırsat eşitsizlikleri düşünüldüğünde, adalet ilkesinin en öncelikli ilke olması oldukça olasıdır. Sınırlı kaynakların olduğu durumlarda, hastalar ve

hizmetler arasında nesnel bir önceliklendirme yapılması, sağlık sisteminin dengesini korur. (Önal, 2022)

3.3. Zarar Vermeme

Zarar vermeme ilkesi, hastaların güvenliğini sağlamada kritik bir rol oynar. Tıp pratiğinde, eski çağlardan beri “öncelikle zarar verme” ilkesinin geçerli olduğu bilinmektedir. Bu ilke, sağlık çalışanlarının dikkatli davranarak zarar verme riskini en aza indirmesini hedefler. Hasta bakımında hata olasılığı bulunsun da, etik sorumluluk bu riskleri minimize etmeyi gerektirir. Zarar; fiziksel, psikolojik, sosyal veya maddi biçimlerde ortaya çıkabilir. Zararın niteliği ve ortaya çıkış koşulları büyük önem taşır. Bazen geri dönülemez, onarılamaz veya yaşamı tehdit eden bir zararı önlemek için daha az ciddi bir zarar kabul edilebilir. Zararın önlenmesi, kurumların ilgili prosedürleriyle desteklenmelidir (Sayan & Mert, 2023).

4. HASTALARIN HAKLARI

Hastaların hakları, sağlık hizmetlerinde etik ilkelerin temelidir ve hasta bakım kalitesini etkiler. Her birey, bazı temel haklara sahiptir. Bilgilendirilmiş onam hakkı, bir hasta hakkı olarak tanımlanmıştır, hizmeti isteme ya da reddetme konusunda seçim yapma hakkına sahiptir. Sürecin düzgün işlememesi etik ihlallere ve hukuki sorumluluklara yol açar; ayrıca hastanın güvenine zarar verebilir. Gizlilik, hastaya bireysel saygı göstergesidir ve sağlık çalışanlarının etik sorumluluklarının bir parçasıdır. Gizliliğin ihlali, etik ve hukuki sonuçlar doğurur; bu yükümlülük, hasta ile sağlık profesyoneli arasındaki güven ilişkisinin temelidir. Sağlık profesyonellerinin hasta bilgilerini gizli tutması, veri güvenliğini sağlaması ve bilgi paylaşımını hasta onayıyla yapması gereklidir. Elektronik sağlık kayıtlarının güvenliği ve yetkisiz erişimlerin önlenmesi çok önemlidir. Bu yükümlülüğün ihlali, hem tıbbi uygulama hatalarına hem de idari denetimin zaafına yol açar. Erişim hakkı, sağlık hizmetlerine eşit ulaşım sağlar ve dezavantajlı gruplar için kritik öneme sahiptir. Hastalar, tedavi seçeneklerinde söz sahibi olmalı ve karar süreçlerine katılmalıdır. Bu hakkın korunması, sağlık profesyonellerinin etik yükümlülüğüdür. Hastaların, kendilerine uygulanacak tıbbi işlemlerde özerk bir şekilde karar verebilmelerini temin etmek için, hasta hakları hakkında detaylı olarak aydınlatılmaları ve edindikleri bu bilgileri pratikte uygulayacakları bir bakış açısı kazanmaları sağlanmalıdır. (Canbolant, 2002; Yüce, 2023; Akdoğan, 2025)

5. ETİK KOMİTELERİN ROLÜ

Etik komiteler, sağlık kurumlarında etik ilkelerin uygulanmasını sağlamak amacıyla kurulan temel denetim ve danışma yapılarıdır. Bu komiteler, araştırma projelerinin etik uygunluğunu değerlendirir, hasta hakları ve güvenliğini korur, sağlık çalışanlarının sorumluluklarını güçlendirir. Sağlık hizmetlerinin etik ilkelere uygun ve adil bir şekilde yürütülmesini temin eder. Tıptaki hızlı gelişmelere uyum sağlayabilmesi için etik kurulların yapıları, üyelikleri, işleyiş biçimleri ve ilkeleri düzenli olarak güncellenmeli; sabit kalmayıp gelişime açık olmalıdır (Örnek Büken, 2022; Demir, 2023).

6. ETİK İHLALLER VE SONUÇLARI

Sağlık kurumlarında etik ihlalleri, ciddi mesleki ve hukuki sonuçlar doğurabilir. Yaygın etik ihlaller; bireysel (iletişim, tedavi süreci, onam alınmama, eksik tedavi vb.) ya da organizasyon kaynaklı (kurumların kar politikaları, puanlama sistemleri, gereksiz işlemler vb.) olabilir. Bu ihlaller hukuki sonuçlar doğurur; tazminat ve suç duyurularıyla birlikte mesleki disiplin cezaları da uygulanabilir. Sağlık profesyonellerinin etik kurallara uyması önemlidir. İhlaller genellikle karar verme karmaşıklıkları ve etik farkındalık eksikliğinden kaynaklanır. Tüm sağlık çalışanlarına etik eğitimler verilmesi ve ihlallerin takibi gereklidir. Yaşanan tüm etik dışı davranışlar sonuç olarak hasta memnuniyetsizliği veya iş barışı gibi sonuçlara yol açabilecektir. Etik ilkelerin ihlali, sağlık hizmetleri kalitesini tehlikeye atar; bu nedenle önlenmesi hayati öneme sahiptir. (Demirci & Manavgat, 2019; Kılıç, 2023; Özkal, 2023)

7. ARAŞTIRMALARDA ETİK

Etik ilkeler, sağlık araştırmalarının güvenilirliğini ve uygunluğunu sağlamak için kritik öneme sahiptir. Bilimsel etik, belirli ilkeler çerçevesinde hareket etmeyi gerektirir. Araştırma etiği, özellikle tıbbi araştırmalarda geliştirilmiş bir kavram olsa da, genel ilkeleri tüm araştırma alanları için geçerlidir. Bilgilendirilmiş onam ve gizlilik, klinik araştırmalar kadar sosyolojik çalışmalar için de temel bir gerekliliktir. Araştırma sonuçları dürüstçe raporlanmalı, yanıltıcı bilgilerden kaçınılmalıdır. Ayrıca, etik standartlar, araştırmacıların katılımcıları

zararlı durumlara maruz bırakmamasını zorunlu kılar. Zarar, fiziksel veya psikolojik olabileceği gibi, araştırmacının davranışlarından (örneğin, zihinsel sıkıntı) ya da araştırma sonuçlarının yayımlanmasından kaynaklanan olumsuzluklardan doğabilir. Etik ilkelere uyulmadan yürütülen araştırmalar ciddi sonuçlara yol açabilir; bu nedenle etik uygulamalar, bilimsel ilerleme ve toplumsal fayda için vazgeçilmezdir. (Esmer & Özdaşlı, 2023)

8. ULUSLARARASI ETİK STANDARTLARI

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, bilimsel faaliyetlerde bulunan kötü niyetli deneyler, araştırma sahtekarlıkları, profesyonel rekabetin yarattığı etik dışı durumlar ve bilimsel finansmanın amacı dışında kullanılması gibi olgulara karşı önlem olarak kapsamlı etik standartlar oluşturulmuştur. Uluslararası etik standartlar, küresel düzeyde etik ilkelerin kabulünü sağlar ve ülkelerin sağlık uygulamalarında uyum yaratır. Ortak bir dil geliştirerek etik ihlallerinin önlenmesine katkı sunar. Örneğin, Helsinki Deklarasyonu, klinik araştırmalarda katılımcıların haklarını koruyan ilkeleri ortaya koyar. Bunlara; katılımcılardan özgür rıza alınması, zarardan kaçınılması, olası tehlikelerin farkında olunması ve kontrolünün sağlanması örnek verilebilir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarını belirler ve hasta haklarının uluslararası normlarda tanınmasına zemin hazırlar. Bu, sağlık alanında uluslararası etik standartlarının, hasta ve sağlık profesyonellerinin haklarının korunmasında önemli bir araç olmasını sağlar. (Canbolant, 2002; Esmer & Özdaşlı 2023)

9. TEKNOLOJİNİN ETİK BOYUTLARI VE GELECEKTE SAĞLIK ETİĞİ

Günümüzde dijitalleşme ve teknolojinin gelişmesi sağlık hizmetlerinin sunum biçiminde önemli dönüşümlere sebep olmuştur. Tele-tıp uygulamaları ve yapay zeka destekli sistemler, hasta bakımını daha ulaşılabilir kılarken yeni etik soruları ortaya çıkarmıştır. Bunlara veri güvenliği, mahremiyetin korunması ve yeterli bilgilendirme gibi durumları örnek verilebilir. Özellikle sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerde, sağlık iletişiminin sadeleştirilmiş ve kültüre duyarlı stratejilerle yürütülmesi, hasta özerkliğini ve karar verme yetkinliğini güçlendirip olumsuz sonuçları önleyebilir. Sağlık kurumları, teknolojiyi kullanırken etik standartlara uymalıdır. Bu durumlara karşı hasta bilgilendirilmesine dikkat edilmesi, onam süreçlerinin sesli ve görüntülü olarak desteklenmesi,

mahremiyetin korunması ve bu süreçlerin denetleniyor olması büyük önem kazanmaktadır.

Aynı zamanda, sosyal medya, sağlık bilgisi erişimini kolaylaştırırken yanlış bilgiyle mücadele gerekliliğini de beraberinde getirir. Sonuç olarak, sağlık etiğinin geleceği, etik ilkelerin korunması ve yeni sorunlara çözümler üretilmesiyle şekillenecektir. (Değerli, 2025; Akman Dömbekci & Karabulut Meral, 2025)

SONUÇ

Sağlık kurumlarında etik uygulamalar, kalite ve güven sağlamak için kritik öneme sahiptir. Hastaların haklarına saygı, adil hizmet sunumu ve sağlık çalışanlarının sorumluluklarını bilincinde yerine getirmesini sağlar. Etik kuralların ihlali hukuki yaptırımlar ve mesleki itibar kaybına yol açabileceğinden sağlık profesyonellerinin etik sorumluluklarını bilmeleri gerekmektedir. Özellikle hasta mahremiyetinin sağlanması, teknolojik gelişmelere uyum sağlanması, adil bir yaklaşım ile hasta ve hasta yakınlarına hizmet edilmesi gerekmektedir bu yaklaşımların da eğitimlerle ve yapılacak takiplerle desteklenmesi gerekmektedir. (Kullu & Hiçyorulmaz, 2024)

KAYNAKÇA

- Akdoğan, M. (2025). Sağlık hukuku ve idari sorumluluk: Yeni dönemde riskler. S. Torun & O. Bilgin (Ed.), *Sağlık & Bilim 2025: Sağlık yönetimi ve politikaları* içinde (ss. 7-28). Efe Akademi Yayınları.
- Akman Dömbekci, H., & Karabulut Meral, K. (2025). Sağlık iletişiminde etik ve aydınlatılmış onam. *TOGÜ Erbaa Sağlık ve Yönetim Dergisi*, 2(1), 52-81.
- Demir, G. (2023). Yükseköğretimde etik ilkelerin gelişimi ve önemi. *RumeliDE Dil ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi*, (34), 403-420. <https://doi.org/10.29000/rumelide.1316156>
- Demirci, A., & Manavgat, G. (2019). Sağlık hizmetlerinde hasta hakları ve etik. A. Demirci & G. Manavgat (Ed.), *Sağlık kurumları yönetimi* içinde (ss. 263-288). Gazi Kitabevi.
- Değerli, H. (2025). Sağlıkta dijitalleşme süreçleri: Yapay zekâ, büyük veri ve yönetsel etkileri. *Sağlık - Bilim 2025: Sağlık yönetimi ve politikaları* içinde (ss. 29-44). Efe Akademi Yayınları.
- Esmer, Y., & Özdaşlı, K. (2023). Bilimsel araştırmalarda etik: Kavramlar ve ilkeler. *Yük-*

seköğretim ve Bilim Dergisi, 13(3), 397-409. <https://doi.org/10.5961/highereducsci.1291201>

- Kılıç, V. (2023). *Acil sağlık çalışanlarının acil sağlık hizmetlerinde malpraktis risk değerlendirmesi üzerine bir saha araştırması* [Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Kullu, Ş., & Hiçyorulmaz, E. (2024). Sağlık sektöründe etik. *Journal of Management Theory and Practices Research*, 5(2), 201-211. <https://dergipark.org.tr>
- Önal, F. G. (2022). Sağlık sisteminde adalet ilkesinin kısa tarihçesi: Sistematiik inceleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*, 30(2), 170-177. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2021-85564>
- Örnek Büken, N. (2022). Uluslararası klinik araştırmalar, araştırma etiğinde temel ikilemler ve etik kurullar. G. Sezgin & G. A. Dudaklı (Ed.), *Aydınlatılmış onam* içinde (ss. 56-79). Maltepe Üniversitesi Yayınları.
- Özkal, E. S. (2023). *Sağlık kurumlarında etik duyarlılığın performansa dayalı ek ödeme sistemi algısına etkisi: Hekimler üzerine bir araştırma* [Doktora tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Sayan, İ. (2023). Sağlık yönetiminde etik eğitimi. Z. Ayvaz Reis (Ed.), *Eğitimde etik konular* içinde (ss. 41-50). İÜC Yayınevi.
- Sayan, İ., & Mert, S. (2023, 26-27 Ocak). *Sağlıkta etik ilkeler*. AKETDER 2. Uluslararası Etik Araştırmaları Kongresi'nde sunulan bildiri, İstanbul, Türkiye.
- Yüce, B. (2023). *Hemşirelik mesleğinde etik ilkeler farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması* [Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

12. BÖLÜM

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYENLERİ VE EŞİTSİZLİK

Dr. Öğr. Üyesi Levent İNCEDERE

Işık Üniversitesi

Meslek Yüksekokulu

levent.incedere@isikun.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-5136-9535>

GİRİŞ

Bilim ve teknoloji gibi sağlık ve tıp alanında da son iki yüzyıldaki gelişmeler aynı zamanda modern tıbbın bir paradoksunu da beraberinde getirmiştir: Zaman içerisinde hem bilimde hem de teknolojideki gelişmelerden faydalananak özellikle hastalıkların tedavisinde çok büyük başarılar elde edilmişken derin sağlık eşitsizlikleri varlığını sürdürmektedir. Sağlık, neredeyse bütün ulusal ve uluslararası metinlerde, herkesin doğuştan sahip olduğu sosyal bir hak olarak ifade edilmesine rağmen, bu hakka erişimde büyük eşitsizlikler hala varlığını sürdürmektedir. Geleneksel biyomedikal modelin, sağlığı genetik yatkınlıklar ve bireysel davranışlarla sınırlayan yaklaşımı, bu yapısal eşitsizliklerin kaynaklarını açıklamakta yetersiz kalmıştır. Geleneksel yaklaşımların yetersiz kaldığı noktada, sağlığın bireysel bir olgudan ziyade toplumsal olarak üretilen bir sonuç olduğunu savunan Sağlığın Sosyal Belirleyenleri (SSB) yaklaşımı, eski yaklaşıma bütünlüklü bir eleştirel bakış ile ortaya çıkmıştır.

Bu kitap bölümü, tıp bilimindeki gelişmelere rağmen kalıcı sağlık eşitsizliklerini ele almada kritik bir faktör olarak sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını incelemeyi amaçlamaktadır. Bunun için SSB ve sağlıkta eşitsizlik ile ilgili tero-

ik yaklaşımlar modellere değinildikten sonra SSB'nin temel belirleyenleri olan, sosyoekonomik konum, fiziksel ve sosyal çevre, yaşam seyri yaklaşımı ile sağlık sistemi konuları sağlıkta eşitsizlik açısından ele alınacaktır.

Literatürde sağlığın sosyal belirleyenlerini farklı alt başlıklarda inceleyen çalışmalar mevcuttur.

1. SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYENLERİ

Sağlık kavramının tanımlanması çeşitli şekillerde yapılabilse de en yaygın kabul gören çerçeve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık, hastalığın veya bir sakatlığın bulunmamasının ötesinde, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik durumunu kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır. Tanımın bedensel ve ruhsal boyutları genellikle ilk okuyan herkes tarafından aynı şekilde anlaşılır iken, “sosyal açıdan iyilik” bileşeni, üzerine düşünülmesi gereken bir bileşendir. Sosyal iyilik hali, birey ve toplum sağlığını şekillendiren kültür, çevre, gelir ve eğitim seviyesi, yönetim biçimleri, sosyal statü ve ülkenin kalkınmışlık düzeyi gibi makro düzeydeki faktörlerden doğrudan etkilenir. Bu bağlamda, sağlık olgusunun yalnızca “tıbbi bakım” alanının sınırlarını aştığı; yaşamı ve esenliği doğrudan etkileyen sosyal ve politik koşullarla iç içe geçtiği açıktır (İncedere, 2023).

Ancak literatürde bu sınıflandırmayı genişleten çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Mikkonen ve Raphael (2010), SSB'yi 14 başlıkta incelerken, Raphael'in (2016) Kanada bağlamında yaptığı çalışma 17 farklı sosyal belirleyiciyi tanımlamaktadır. Bu çalışmalar ışığında, sağlığı etkileyen temel sosyal belirleyenler arasında aşağıdakiler sayılmaktadır:

- Gelir ve Gelir Dağılımı
- Cinsiyet
- Göç
- Eğitim
- Barınma
- Yerli Halklar
- Sosyal Dışlanma
- İşsizlik ve İş Güvenliği
- Sosyal Güvenlik

- İstihdam ve Çalışma Koşulları
- Sağlık Hizmetleri
- Irk
- Erken Çocuk Gelişimi
- Coğrafya
- Küreselleşme
- Gıda Güvensizliği
- Engellilik

Sağlığın sosyal belirleyenlerinin tarihsel gelişimine bakıldığında, toplum sağlığını etkileyen faktörlerin bütünlüklü olarak değerlendirilmesi ondokuzuncu yüzyıla dayanır. Bu alandaki çalışmalarda öncü kabul edilen Rudolf Virchow, Prusya'daki tifüs salgınının temelinde yoksulluk, yetersiz beslenme ve anti-demokratik koşulların yattığını tespit etmiştir. Daha ayrıntılı bir çalışmayı ise Friedrich Engels, 1845 tarihli *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu* adlı kitabında belgelemiştir. Engels sanayi devriminin getirdiği ağır ve sağlıksız çalışma koşullarının, kötü koşullarda barınmanın ve yetersiz beslenmenin işçi sınıfının sağlığı üzerindeki yıkıcı etkilerini kendi gözlemleri ve hekim raporlarıyla ortaya koymuştur (Duyar, 2013).

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında antibiyotikler ve aşılar gibi çok önemli buluşlar, sağlık ile ilgili gelişmelerin odağının sosyal koşullardan daha çok tıbbi ve teknolojik müdahalelere kaydırmış olsa da bu modelin sınırları çok geçmeden fark edilmeye başlanmıştır. İskoç hekim Thomas McKeown'un çalışmaları bu konuda bir dönüm noktası olmuştur. McKeown, ondokuzuncu yüzyılda ortalama yaşam süresindeki çarpıcı artışların, yeni keşfedilen tıbbi müdahalelerden çok önce başladığını göstermiş ve bu iyileşmeyi öncelikle genel yaşam koşullarındaki iyileşmelere bağlamıştır (Braveman & Gottlieb, 2014). Benzer şekilde, İngiltere'de 1948'de kapsamlı bir sağlık sistemi olan Ulusal Sağlık Hizmeti'nin (NHS) kurulmasına rağmen sosyal sınıflar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin devam etmesi, tıbbi bakımın tek başına yeterli olmadığını göstermiştir (Townsend vd., 1992).

SSB'nin daha sistematik bir çerçeveye oturtulması, 1974 yılında yayımlanan Kanada Lalonde Raporu ile başlamıştır. Bu raporda sağlığı geliştirme yaklaşımının, bir toplumun sağlığını geliştirip güçlendirmenin anahtar stratejisi olarak belirtildiği ilk ‘ulusal’ hükümet politikası belgesidir. Rapor, sağlığı etkileyen dört önemli alan önermiştir: insan biyolojisi, çevre, yaşam tarzı ve sağlık hizmeti

organizasyonu (Park & Nam, 2019). Bu yaklaşım, 1978'deki tarihi Alma-Ata Deklarasyonu ile neredeyse tüm ülkeler tarafından sahiplenilen bir vizyona dönüşmüştür. Deklarasyon, “2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık” hedefini ortaya koymuş ve bunun aracı olarak sadece temel tıbbi hizmetleri değil, aynı zamanda sektörler arası eylemi de içeren Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin merkeze konulduğu bir yaklaşımı benimsemiştir (WHO, 2010).

Ancak WHO tarafından daha 1978'de belirlenen ve neredeyse tüm dünya tarafından kabul edilen bu vizyon, 1980'lerde yükselen neoliberalizm ve “Washington Konsensüsü” ile hızlıca terk edilemeye başlandı. Devletin rolünü küçülten bu yeni politik-ekonomik ortamda, Alma-Ata'nın sosyal adalet vizyonu artık gerçekçi bulunmuyordu. Bunun yerine, maliyet-etkinliği yüksek, ölçülebilir ve teknik odaklı birkaç müdahaleye odaklanan “Selektif Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri” modeli öne çıkarıldı. Bu yaklaşım, SSB'nin sosyal ve politik boyutlarını büyük ölçüde ortadan kaldırdı (Walsh & Warren, 1979; WHO, 2010). 1990'lar ve 2000'lerde ise Black Raporu (1980) gibi temel metinlerle ve yeni bir yaklaşımla SSB yeniden gündeme geldi. Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) ve DSÖ bünyesinde Sağlığın Sosyal Belirleyenleri Komisyonu'nun (SSBK) kurulması, bu yeniden gündeme gelmesinin göstergeleri olarak değerlendirilebilir.

Son yıllarda OECD ülkelerini merkeze alan çalışmalarda, daha yüksek kamu sosyal harcamalarının daha iyi sağlık sonuçlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Or, 2000; Joumard vd., 2008). Küresel SARS-COV-2 salgını ise bu eşitsizlikleri acı bir şekilde gözler önüne sermiştir. Pandemi sürecinde, sosyoekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde yaşayanların, etnik azınlıkların ve güvencesiz işlerde çalışanların COVID-19'a yakalanma ve hayatını kaybetme riskinin çok daha yüksek olduğu birçok ülkede belgelenmiştir (Park vd., 2021; Couso-Viana vd., 2022). Bu durum, SSB'nin sadece kronik hastalıklar için değil, aynı zamanda salgınlara karşı da toplumsal direnç için ne kadar hayati olduğunu göstermiştir.

SSB ile ilgili yapılan çalışmalar, toplum içinde ve toplumlar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunarak sağlık politikalarının belirlenmesine önemli destek sağlamıştır.

SSB'nin tarihsel sürecine bakarak, sağlıkta zaman içerisinde artan eşitsizliklerin nedenlerini daha iyi anlayabiliriz.

2. SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİNİ ANLAMAK

Sağlıkta eşitsizlikleri anlamak, öncelikle temel kavramları netleştirmeyi gerektirir. Örneğin sağlık durumları arasındaki her farklılık bir eşitsizlik değildir. Temelde yaş ve cinsiyet gibi kontrol edilemeyen biyolojik etmenlerden kaynaklanan sonuçlar “farklılık” olarak nitelendirilir. Buna karşılık sağlıkta eşitsizlik, farklı nüfus grupları arasında sağlık belirleyicilerinin dağılımı veya sağlık statüleri arasındaki önlenebilir ve adaletsiz farklılıklardır (Royal College of Nursing, 2012; Whitehead, 1990). Hamzaoglu (2014), eşitsizlik kavramının temelini sınıflı toplumlarla birlikte ortaya çıkan ekonomik ve siyasal farklılıklara bağlar. Saraçoğlu'na (2014) göre ise eşitsizlik, ayrıcalıklı bir grubun diğer bir grup üzerinde oluşturduğu baskı ve engellenebilir nitelikteki sosyo-ekonomik nedenlerle dezavantajlı grubun sağlık hizmetlerine erişiminin önlenmesidir.

Literatürde sağlık eşitsizliklerinin nedenlerini açıklamak ve müdahale stratejileri geliştirmek için farklı teorik yaklaşımlar ortaya konulmuştur. Bu yaklaşımlar, sorunun kökenine farklı düzeylerde odaklanır ve birbirini dışlamaktan ziyade, genellikle birbirini tamamlar. En bilinenleri şunlardır:

- **Biyo-medikal yaklaşım:** Bu geleneksel yaklaşım, sağlık durumundaki farklılıkları öncelikli olarak bireylerin genetik yapısı, biyolojik yatkınlıkları ve fizyolojilerindeki farklılıklarla açıklar. Buna göre, belirli hastalıkların bazı etnik gruplarda daha sık görülmesi veya kalıtsal olması, eşitsizliklerin temel nedenidir. Bu yaklaşım, bireysel patolojiye odaklanarak önemli tıbbi ilerlemeler sağlamış olsa da hastalıkların neden belirli sosyal gruplarda sistematik olarak olduğu sorusunu yanıtsız bırakır ve sosyal bağlamı büyük ölçüde göz ardı eder.
- **Kültürel/Davranışsal yaklaşım:** Bu yaklaşım, sağlık eşitsizliklerinin kökenini bireylerin ve grupların yaşam tarzı “seçimleri”, kültürel normları ve sağlık davranışlarındaki farklılıklara bağlar. Sigara içme, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite eksikliği gibi riskli davranışların belirli sosyal gruplarda daha yaygın olması, bu gruplardaki sağlık durumunun kötü olmasını açıklamaktadır. Bu yaklaşım, sağlık eğitimi ve davranış değişikliği kampanyaları gibi müdahaleler ile bu kesimlerinin sağlık düzeyinin yükseleceğini varsayar. Ancak bu perspektif, “kurbanı suçlama” (victim blaming) riski taşır ve bireylerin seçimlerinin içinde yaşadıkları sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre tarafından nasıl belirlendiğini göz ardı etme eğilimindedir. Popay ve arkadaşları (2010), bu durumu, yapısal sorunlara odaklanması gereken politikaların bireysel yaşam tarzlarına odaklanması anlamına gelen “yaşam tarzı sapması” (lifestyle drift) olarak kavramsallaştırmıştır.

- Materyalist/Yapısalcı yaklaşım: Bu yaklaşım, eşitsizliklerin temel nedenini toplumdaki maddi kaynakların (gelir, servet, eğitim, barınma, gıda) adaletsiz dağılımında görür. Refah, güç ve diğer maddi kaynaklardan yoksun olan bireyler ve gruplar, sağlıklarını bozan bir dizi riske maruz kalırlar: Tehlikeli çalışma koşulları, kalitesiz ve nemli konutlar, hava kirliliği olan mahallelerde yaşama ve sağlıklı gıdaya erişememe gibi. Bu perspektife göre, sağlık eşitsizlikleri, bireysel başarısızlıkların değil, toplumun ekonomik ve politik yapısının bir ürünüdür. Müdahale stratejileri, yoksulluğu azaltma, adaletli vergi politikaları ve sosyal güvenlik sistemlerini güçlendirme gibi yapısal değişikliklere odaklanır.
- Psikososyal yaklaşım: Bu yaklaşım, materyalist faktörleri reddetmez ancak sosyal statünün yarattığı psikolojik ve biyolojik etkilere odaklanır. Sosyal statüyle ilişkili kronik stres, iş yerinde düşük kontrol hissi, sosyal statü kaygısı ve sosyal dışlanma gibi faktörlerin, vücudun stres tepki sistemlerini (hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen) sürekli olarak aktive ettiğini savunur. Bu kronik aktivasyon, McEwen'in (1998) "allostatik yük" olarak tanımladığı, vücuttaki fizyolojik yıpranma sürecini tetikleyerek kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve ruhsal bozukluklar gibi durumlara zemin hazırlar. Allostatik yük, bir bireyin tekrarlanan veya kronik strese maruz kalması sonucu vücutta biriken 'aşınma ve yıpranmayı' ifade eder. Marmot'un (2004) çalışmaları, bu mekanizmanın sağlık gradyanını açıklamada kilit bir rol oynadığını göstermiştir.
- Eko-sosyal yaklaşım: Nancy Krieger (2011) tarafından geliştirilen bu yaklaşım, önceki teorileri bir araya getirmeyi amaçlar. Sağlığı, biyolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık ve dinamik etkileşimin bir ürünü olarak görür ve insanların içinde yaşadıkları sosyal ve fiziksel dünyayı kelimenin tam anlamıyla bedenlerine nasıl dahil ettiklerini inceler. Eko-sosyal teori, eşitsizliklerin yaşam seyri boyunca nasıl biriktiğini, farklı düzeylerde (birey, mahalle, toplum) nasıl işlediğini ve bu kalıplardan kimin (hangi kurum ve politikaların) sorumlu olduğunu tartışarak yaklaşıma politik bir boyut katar.

Sağlıkta eşitsizlikler farklı teorilerle açıklanmaya çalışılırken bu eşitsizliklerin giderilmesi ile ilgili de birçok öneri ortaya konulmuştur. Örneğin Belek (1998), sağlıkta eşitsizliklere yönelik müdahale anlayışlarını üç temel modelde özetler: Geleneksel Tıbbi Model (çözümü tıbbi bakımda arar), Epidemiyolojik Model (riskli gruplara odaklanır) ve Sosyo-politik Model (toplum yapısını ve güç ilişkilerini değiştirmeyi hedefler). (Tekingündüz,, Kurtuldu, Işık Erer. 2016).

- a) Geleneksel tıbbi model: Bu modelde hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Böylece sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı sonucundan ortaya çıkan bir olumsuzluktur.
- b) Epidemiyolojik model: Bu modelde sağlığa toplumsal düzeyde bakılmaktadır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları sosyal farklılıkların göstergesi olarak kabul edilir ve sağlıkta eşitsizlik durumlarının ortadan kaldırılması için riskli gruplara özel tıbbi programlar uygulanması önerilir. Epidemiyolojik yaklaşıma göre sağlığa ayrılan kaynakların gereksinimler göz bulundurulurken yeniden dağıtılması gereklidir.
- c) Sosyo-politik model: Sosyo-politik modelin temelinde toplum yapısının ve içerisindeki güç ilişkilerinin sağlıkta eşitsizliği belirlediği vurgulanır. Sağlıktaki eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için refah politikalarının hazırlanması, yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi politik değişikliklere ihtiyaç olduğu savunulmaktadır.

3. TEMEL SOSYAL BELİRLEYENLER VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Halk sağlığı literatüründeki en önemli bulgulardan biri, sosyoekonomik statü (SES) ile sağlık arasındaki "sağlık gradyanı"dır. Düşük eğitim düzeyine sahip annelerin bebeklerinin daha düşük doğum ağırlıklı olma veya ölme olasılığının daha yüksek olması gibi bulgular, bu gradyanın yaşamın en erken dönemlerinden itibaren işlediğini göstermektedir (Gisselmann, 2005). Bu kavram, sağlık durumunun toplumun en zenginleri ile en yoksulları arasında basit bir ikilik olmadığını; aksine, sosyal hiyerarşinin her bir basamağında, yukarı çıkıldıkça sağlık durumunun da sistematik olarak iyileştiğini ifade eder. Sir Michael Marmot'un öncülüğünü yaptığı Whitehall Çalışmaları, aynı sağlık sistemine erişimi olan İngiliz memurları arasında dahi, mesleki hiyerarşide daha alt kademelerde olanların, üstlerindeki göre daha yüksek oranlarda kronik hastalıklara ve erken ölüme maruz kaldığını göstermiştir (Marmot et al., 1991). Bu gradyan, sağlık eşitsizliklerinin kökeninin yalnızca mutlak yoksullukta değil, aynı zamanda toplum içindeki görece konumda ve sosyal katmanlaşmanın kendisinde yattığının göstermesi açısından önemlidir.

Bu gradyanı oluşturan mekanizmalar hem materyalist hem de psikososyal yollarla işler. Materyalist yol, gelirin, eğitimin ve mesleğin sağladığı maddi kaynaklarla ilgilidir. Daha yüksek SES, daha kaliteli gıdaya, daha güvenli ve sağlıklı

konutlara, daha iyi eğitim olanaklarına ve tehlikeden uzak yaşam çevrelerine erişim anlamına gelir. Buna karşılık, düşük SES, sağlıksız gıdaların daha ucuz ve erişilebilir olduğu “gıda bataklıklarında” yaşama, nemli ve kalabalık konutlarda barınma ve çevresel tehlikelere daha fazla maruz kalma gibi maddi yoksunlukları beraberinde getirir. Bu maddi koşullar, beslenme yetersizliklerinden solunum yolu hastalıklarına kadar geniş bir yelpazede sağlık sorunlarına doğrudan zemin hazırlar.

Psikososyal yol ise, sosyal statünün bireylerin ruhsal durumu ve biyolojisi üzerindeki etkisine odaklanır. Düşük sosyoekonomik konum, genellikle daha yüksek düzeyde kronik stres, daha az sosyal kontrol, güvensizlik ve sosyal statü kaygısı ile ilişkilidir (Marmot, 2004). İş yerinde yaşanan sorunlar, finansal belirsizlik ve geleceğe dair umutsuzluk gibi faktörler, strese neden olmaktadır. Bu kronik stres, McEwen’in (1998) “allostatik yük” olarak tanımladığı, vücuttaki fizyolojik yıpranma ve aşınma sürecini tetikler. Sürekli yüksek kortizol seviyeleri ve sistemik iltihaplanma, bağışıklık sistemini zayıflatır, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve ruhsal bozukluklar gibi kronik durumlara yatkınlığı artırır. Dolayısıyla, sosyoekonomik durumun sağlık üzerindeki etkisi, sadece gelir ile ilgili değil, aynı zamanda bireyin toplumdaki yeri ve buna bağlı olarak hissettiği psikolojik yük ile de yakından ilgilidir.

İnsanların yaşadığı, çalıştığı ve sosyalleştiği fiziksel çevre, sağlık için temel bir zemin oluşturur ve bu zeminin kalitesi sosyal statüye göre farklılık gösterir. Konut, bu çerçevenin en temel birimidir. Kalitesiz barınma koşulları – nem, küf, yetersiz ısıtma, kurşun boya gibi toksinlere maruziyet ve kalabalık yaşam – doğrudan sağlık riskleri yaratır. Özellikle çocuklarda astım, solunum yolu enfeksiyonları ve alerjilerin gelişiminde bu faktörler kritik rol oynar. Güvensiz konutlar ise ev kazaları ve yaralanma riskini artırır. Konut sadece fiziksel bir yapı değil, aynı zamanda güvenlik, istikrar ve aidiyet hissinin merkezidir; dolayısıyla kalitesiz konutlar, kronik stres ve ruhsal sağlık sorunları için de önemli bir risk faktörüdür.

İnsanların yaşadığı fiziksel çevre, sağlık için temel bir zemin oluşturur. Kalitesiz barınma koşulları solunum yolu hastalıkları riskini artırır. «Yapılı çevre» olarak adlandırılan mahalle özellikleri de bu açıdan önemlidir. Yeşil alanlara erişim ruh sağlığını iyileştirirken (Barton & Grant, 2006), “gıda çöller” obezite ve diyabeti tetikler. Yani konutun ötesinde, kişilerin içinde bulunduğu mahallenin özellikleri de yani “yapılı çevre” (built environment), sağlığı derinden etkiler. Bir mahallenin yürünebilirliği, güvenli bisiklet yollarının varlığı, halka açık yeşil alanlara ve parklara erişim, sakinlerinin fiziksel aktivite düzeyini doğrudan belirler (Barton & Grant, 2006). Buna ek olarak, mahalledeki sosyal

ortam da önemlidir. “Kolektif etkinlik” (collective efficacy), yani komşuların ortak hedefler için birlikte hareket etme kapasitesi ve sosyal kontrolü sağlama konusundaki karşılıklı güveni, daha düşük suç oranları ve daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (Sampson et al., 1997). Buna karşılık, sosyal parçalanmanın ve güvensizliğin hâkim olduğu, taze gıda yerine fast-food zincirlerinin yoğunlaştığı ve şiddet olaylarının sık yaşandığı mahalleler, sakinleri için sağlığı bozan bir ortam yaratır.

Bu noktada çevresel adalet kavramı, fiziksel çevre ile sosyal eşitsizliklerin kesişimini anlamak için kritik bir öneme sahiptir. Çevresel adalet, çevresel risklerin ve faydaların toplum içinde adil bir şekilde dağıtılması ilkesine dayanır. Ancak pratikte, sanayi tesisleri, atık depolama alanları, otoyollar gibi kirlilik kaynaklarının, genellikle düşük gelirli ve etnik azınlıkların yaşadığı mahallelerde yoğunlaştığı görülmektedir (Bullard, 2000). Bu durum, bu toplulukların oranısız bir şekilde toksik maddelere, hava ve gürültü kirliliğine maruz kalmasına neden olarak kanser, solunum yolu hastalıkları ve gelişimsel bozukluk risklerini artırır. Çevresel adaletsizlik, sosyal olarak en savunmasız grupların sağlığının, ekonomik çıkarlar ve politik güçsüzlük nedeniyle sistematik olarak feda edildiği bir yapısal şiddet biçimidir. Çevresel adalet kavramı esasen kirlilik kaynaklarının genellikle düşük gelirli ve azınlıkların yaşadığı mahallelerde yoğunlaşmasını ve bu durumun yarattığı sağlık risklerini ifade eder.

İnsanlar doğaları gereği sosyal varlıklardır ve sağlıkları, içinde bulundukları sosyal ilişkiler açısından derinden etkilenir. Sosyal destek, yani aile, arkadaşlar ve topluluk tarafından sağlanan duygusal, bilgisel ve maddi yardım, stresin olumsuz etkilerine karşı güçlü bir tampon görevi görür. Güçlü sosyal bağlar, bireylerin zorluklarla başa çıkma kapasitesini artırır, aidiyet duygusu sağlayarak ruh sağlığını güçlendirir ve sağlıklı davranışları teşvik edebilir. Topluluk düzeyinde ise sosyal sermaye – yani bireyler ve gruplar arasındaki güven, normlar ve ağılar – kolektif eylemi kolaylaştırarak tüm topluluğun sağlığına katkıda bulunur. Kawachi ve Berkman (2000), sosyal sermayenin yüksek olduğu topluluklarda bilgi akışının daha hızlı olduğunu, sağlıklı normların daha kolay yayıldığını ve ortak kaynakların daha etkin yönetildiğini belirtir.

Bununla birlikte, sosyal çevrenin en güçlü olumsuz etkilerinden biri, ayrımcılığa ve sosyal dışlanmaya maruz kalmaktır. Irk, etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim veya engellilik gibi özelliklere dayalı sistematik ayrımcılık, sağlığı birden fazla mekanizmayla bozar. İlk olarak, eğitim, istihdam, barınma ve sağlık hizmetleri gibi temel kaynaklara erişimi kısıtlayarak dolaylı olarak sağlığı etkiler. İkinci ve daha doğrudan bir mekanizma ise, ayrımcılığın yarattığı kronik strestir. David R. Williams’ın çalışmaları, ayrımcılık deneyiminin, hipertansi-

yondan depresyona kadar birçok sağlık sorunu için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Williams & Mohammed, 2009). Sürekli olarak önyargı, tehdit ve adaletsizlikle yüzleşmek, vücudun stres tepki sistemini yıpratarak uzun vadede ciddi fizyolojik sonuçlara yol açar. Bu sosyal deneyimlerin biyolojiye nasıl dönüştüğünü anlamak, SSB'nin temelini kavramak için kritik öneme sahiptir. Sosyal hiyerarşideki dezavantajlı konum, ayrımcılık ve sosyal izolasyon gibi faktörler, beyin tarafından bir tehdit olarak algılanır ve vücudun “savaş ya da kaç” tepkisini tetikler. Bu tepki kısa süreli tehditler için hayati öneme sahipken, kronik hale geldiğinde yıkıcı olur. Sürekli salgılanan stres hormonları (kortizol gibi) ve pro-inflamatuar sitokinler, damar sertleşmesi, insülin direnci, bağışıklık sistemi baskılanması ve beyin hücrelerinde hasar gibi süreçleri tetikler.

Sağlık eşitsizlikleri, yaşamın belirli bir anında ortaya çıkmaz; aksine, yaşam boyu biriken avantaj ve dezavantajların bir ürünüdür. Yaşam seyri yaklaşımı (life-course approach), sağlığın bu dinamik ve birikimsel doğasını anlamak için güçlü bir çerçeve sunar. Bu yaklaşıma göre, erken yaşamdaki deneyimler, yetersizlik ve yaşlılıktaki sağlık durumu üzerinde kalıcı ve derin etkiler bırakır. Bu etkiler iki ana mekanizma üzerinden işler: “kritik dönemler” ve “birikimsel risk”. Kritik dönemler, belirli maruziyetlerin sağlık üzerinde geri döndürülemez etkiler bıraktığı hassas gelişim pencereleridir. Birikimsel risk ise, yaşam boyunca dezavantajların katlanarak artması ve sağlık üzerinde bir “zincirleme reaksiyon” yaratması anlamına gelir. Yaşam seyri yaklaşımı, eşitsizliklerin nesiller arası aktarımını da aydınlatır. Ebeveynlerin yaşadığı yoksulluk, stres ve eğitim eksikliği, çocuklarının erken dönem gelişimini olumsuz etkiler. Bu çocuklar, daha kötü okul başarısı, daha düşük gelirli işler ve sonuç olarak daha kötü sağlık durumu ile bir dezavantaj döngüsüne girme riski taşır. Bu model, sağlık eşitsizliklerinin neden bu kadar inatçı olduğunu ve müdahalelerin neden yaşamın mümkün olan en erken evresinde başlaması gerektiğini açıklamaya çalışır. Erken çocukluk gelişimine yapılan yatırımlar, sadece o çocuğun geleceğini değil, aynı zamanda gelecek nesillerin sağlığını ve refahını da şekillendiren en etkili halk sağlığı stratejilerinden birisi olarak kabul edilir (Felitti et al., 1998, Ben-Shlomo & Kuh, 2002).

Sağlık sistemi, bir ara belirleyici olmasına rağmen, kendisi de bir eşitsizlik kaynağı olabilir. Tudor Hart'ın (1971) klasikleşmiş “tersine bakım yasası” (inverse care law) ile ifade ettiği gibi, tıbbi bakıma en çok ihtiyacı olan nüfus (yani en yoksul ve en hasta olanlar), genellikle ona en az erişebilen nüfustur. Erişim engelleri sadece sigorta kapsamı ve cepten ödemeler gibi finansal nedenlerden kaynaklanmamaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumları ve insan gücü planlamasındaki eksikliklerden, örneğin çalışma saatlerine uymayan randevu sistemleri

gibi örgütsel sorunlardan veya dil engelleri, sağlık personelinin örtük önyargıları gibi kültürel nedenlerden olabilir.

Erişimin ötesinde, sistem içindeki deneyimlerin kalitesi de sosyal statüye göre farklılık gösterir. Araştırmalar, etnik azınlıklara veya düşük gelirli hastalara, aynı semptomlarla başvursalar bile, daha az tanısal test yapıldığını, daha az ağrı kesici reçete edildiğini ve daha az kaliteli iletişim kurulduğunu göstermektedir. Bu noktada “yapısal yetkinlik” (structural competency) kavramı, sağlık profesyonellerinin, hastalarının hastalıklarını sadece biyolojik durumları veya davranışlarının bir sonucu olarak değil, aynı zamanda gıda güvensizliği, güvencesiz barınma veya ayrımcılık gibi yapısal koşulların bir tezahürü olarak görmeleri gerektiğini savunur (Metzl & Hansen, 2014). Bu yaklaşım, karşılaşılan hastalık veya sağlık sorunlarında hastayı “suçlamaktan” ziyade, hastalığı üreten sosyal bağlamı anlamaya dayanır.

Son olarak, SSB perspektifi, sağlık davranışlarının “bireysel seçimler” olduğu yönündeki yaygın kanıyı karşısında alarak oluşturulmuştur. Sigara içme, sağlıksız beslenme veya fiziksel hareketsizlik gibi davranışlar, sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre tarafından güçlü bir şekilde şekillendirilen eylemlerdir. Fransız sosyolog Pierre Bourdieu'nün (1984) “habitus” kavramı, bu durumu anlamak için iyi bir anahtar olarak görülebilir. Bireylerin tercihleri ve pratikleri, sosyal sınıf ve yaşam koşulları tarafından şekillenen, çoğu zaman bilinçdışı olan içselleştirilmiş eğilimlerin bir ürünüdür. Örneğin, kronik stres ve umutsuzluk içinde yaşayan bir birey için sigara, bir başa çıkma mekanizması işlevi görebilir. Sağlıklı gıdaların pahalı ve erişilemez, ultra işlenmiş gıdaların ise ucuz ve her yerde olduğu bir çevrede “sağlıklı beslenme” tavsiyesi anlamsızdır. Bu nedenle, davranış değişikliğini hedefleyen halk sağlığı müdahaleleri, bu davranışları üreten temel sosyal ve ekonomik koşulları dönüştürmeden başarılı olamaz.

SONUÇ

Bu çalışma, sağlığın sadece kişisel tercihlerle ve olanaklarla ilgili olmadığını, aksine insanların içinde yaşadığı sosyal, ekonomik ve politik koşulların bir yansıması olduğunu altını çizerek sağlık eşitsizliklerinin kökenindeki yapısal ve sistematik doğayı da tarif etmeye çalışmıştır. Bu perspektif, kişilerin sağlık düzeylerini açıklamada kullanılan temel yaklaşımı, bireylerin ‘hatalı seçimlerinden’ alıp, bu seçimleri kısıtlayan toplumsal koşullara ve kaynakların adaletsiz dağılımına yöneltmektedir. Dolayısıyla, sağlığı iyileştirmek ve eşitsizlikleri azaltmak, sadece sağlık sektörünü değil, ama öncelikle sağlık sektörü ve aynı

zamanda eğitim, maliye, şehir planlama ve sosyal politikaları da kapsayan bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır.

Göz ardı edilemez bir gerçek olarak, son söz yerine şunu söyleyerek bitirebiliriz: Bir toplumun sağlık durumu, o toplumun adalet ve eşitlik anlayışının en somut göstergesidir.

KAYNAKÇA

- Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253.
- Belek, İ. (1998). Sınıf, sağlık, eşitsizlik. Sorun Yayınları.
- Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
- Braveman, P., & 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.
- Couso-Viana, D., Lafarga-Ostáriz, C., Mari-Dell'Olmo, M., & Borrell, C. (2022). Socioeconomic inequalities in COVID-19 in a Southern European urban area. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 10.
- Duyar, İ. (2013). Friedrich Engels ve emekçi sınıfların sağlığı. *Toplum ve Hekim*, 28(1), 60-64.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Gisselmann, M. D. (2005). Education, infant mortality, and low birth weight in Sweden 1973-1990: Emergence of the low birth weight paradox. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 33, 65–71
- Hamzaoglu, O. (2014). Eşitsizlikler kaçınılmaz mıdır? Meslek Hastalıkları ve İş Kazaları Sempozyumu Bildiri Kitabı (s. 29-31).
- İncedere, L. (2023) Gelir düzeyi ve sağlık, Sağlığın sosyal belirleyicileri ve hemşirelik, Efe Akademi, 45-63
- Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2008). Health status determinants: lifestyle, envi-

ronment, health care resources and efficiency. OECD Economics Department Working Papers, No. 627.

- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174–190). Oxford University Press.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health: Theory and context*. Oxford University Press.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1991). Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser*, 37, 113-146.
- Marmot, M. (2004). *The status syndrome: How social standing affects our health and longevity*. Times Books.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179.
- Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133.
- Or, Z. (2000). Determinants of health outcomes in industrialised countries: A pooled, cross-country, time-series analysis. *OECD Economic Studies*, No. 30.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924.
- Park, J., & Nam, M. (2019). Social determinants of health and their effects on health outcomes in OECD countries. *Social Work in Public Health*, 34(7), 564-577.
- Park, A., Goyal, R., Sall, M., & Jack, L., Jr. (2021). The role of social determinants of health in the midst of a crisis: The COVID-19 pandemic in the United States. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Suppl 1), S1-S3.
- Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston, H., Mathieson, J., & Rispel, L. (2010). *Understanding and tackling social exclusion: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- Royal College of Nursing. (2012). *Health inequalities and the social determinants of health*. RCN guidance for nursing staff.
- Saraçoğlu, F. (2014). *Yoksulluk, sağlıkta eşitsizlik ve bir insan hakkı olarak sağlık hakkı*. Adalet Yayınevi.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Işık Erer, T. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(4),

32-43.

- Townsend, P., Phillimore, P., & Beattie, A. (1992). *Health and deprivation: Inequality and the north*. Routledge.
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 1(7696), 405–412.
- Walsh, J. A., & Warren, K. S. (1979). Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 301(18), 967-974.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 20–47.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
- World Health Organization. (2010). *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences*. Geneva: World Health Organization.