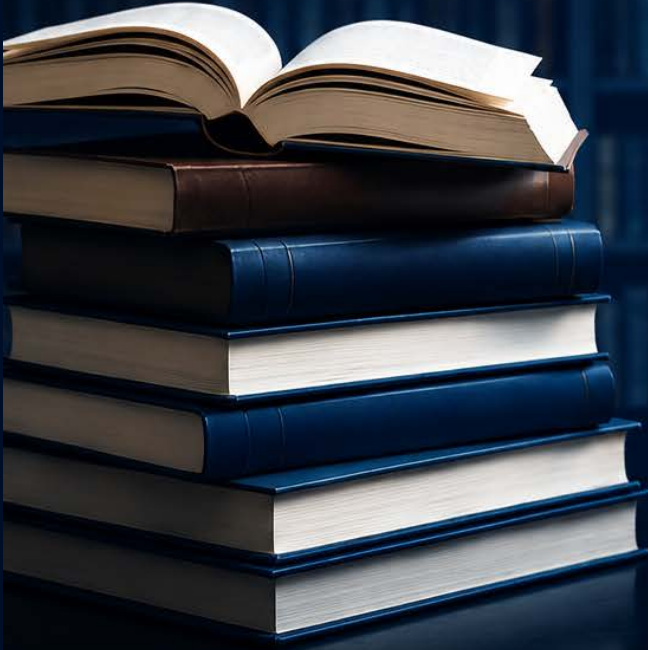


SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA GÜNCEL KONULAR VE AKADEMİK DEĞERLENDİRMELER

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT



yaz
yayınları

**Sağlık Yönetimi Alanında
Güncel Konular ve Akademik Değerlendirmeler**

Editör

Doę.Dr. Şahin KARABULUT

yaz
yayınları

2026

**Sağlık Yönetimi Alanında Güncel
Konular ve Akademik Değerlendirmeler**

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-5450-30-2

Ekim 2026 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

Müslüman Dostu Sağlık Turizmi.....	1
<i>Süleyman YAVUZ, Seda ARSLAN</i>	
Dijital Sağlık ve Covid-19 Salgın Yönetiminde Dijital Sağlık Uygulamaları	29
<i>Kazım BAŞ</i>	
Sağlık Kuruluşlarında Çevresel Sürdürülebilirlik ve Yeşil Hastane Yönetimi: Karbon Ayak İzinden Net-Sıfıra	57
<i>Onur AÇIKGÖZ</i>	
Sağlıkta Kalite Standartları Kapsamında Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	81
<i>Hicran ÖZDEMİR</i>	
Üniversite Hastanelerinde Stratejik Yönetim Yaklaşımları.....	97
<i>Tuğba İRTÜRK, Ayşe ŞAHİN</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

MÜSLÜMAN DOSTU SAĞLIK TURİZMİ

Süleyman YAVUZ¹

Seda ARSLAN²

1. GİRİŞ

Tüm dünyada turizm geleneksel kitle turizminden daha özel türlere, daha özel ihtiyaçlara doğru değişim göstermektedir (El-Gohary, 2015; Mohamed Battour, 2016). Bu değişime bağlı olarak ürün çeşitlendirmek ve yeni pazarlar bulmak için geliştirilen sağlık turizmi ve helal turizm kavramları son zamanlarda adından söz ettiren turizm çeşitleridir (Bilim , Birsen, & Bilim , 2017)

Bu kapsamda değerlendirildiğinde sağlık turizmi uluslararası turizm pazarında hızla büyüyen bir turizm çeşidi haline gelmiştir. Konuyla ilgili alan yazına bakıldığında çoğunlukla sağlık turizminin tanımı, türleri, gelişme nedenleri gibi genel bilgiler sunulmaktadır. Ancak sağlık turizminin genel boyutu dışında daha özel konular hakkında çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bunlardan birisi de dini bir boyut olarak sağlık turizminde helal kavramıdır. Turizm sektöründe sayıları giderek artan Müslüman turistlerin tüketim alışkanlıkları ve hassasiyetleri sadece helal turizm kapsamında değil sağlık turizminde de dikkate alınması gereken önemli konulardan biridir. Müslüman tüketicilerin Müslüman dostu sağlık turizmi, İslami sağlık

¹ Doktora Öğrencisi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Turizmi Doktora Programı, ORCID: 0000-0001-5369-2678.

² Doçent Doktor, Alanya Alaattin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anatomi Ana Bilim Dalı, ORCID: 0000-0003-1719-4190.

hizmeti, helal gıda, helal ulaşım ve helal finans konusundaki beklentileri helal pazarın büyümesine yol açan hayati faktörlerdir (Rahman, Zailani, & Musa, 2017)

Turizm pazarında giderek daha fazla yer alan Müslüman tüketicilerin tüketim alışkanlıkları önemsenmeye başlanmıştır (COMCEC, 2016; Ramesh, 2014; Bilim , Birsen, & Bilim , 2017). Turizm hangi alanda olursa olsun, Müslümanlar için önem arz eden helâl kavramının turizm çeşidine göre değerlendirilmesi gerekliliği de ortaya çıkmıştır. Son dönemlerde sağlık turizminde Müslüman turistler için helal kavramının vurgulanmaya başladığı görülmektedir (COMCEC, 2016). Sağlık amaçlı seyahat için araştırma yapan Müslüman turistin helâl kavramına ve konseptine uygun bir destinasyonu öncelikli olarak değerlendirmesi ve seçmesi kaçınılmazdır (Chookaew, chanin, Charatarawat, Sriprasert, & Nimpaya, 2015; COMCEC, 2016; Bilim , Birsen, & Bilim , 2017)

Müslüman dostu turizm pazarında helal sağlık turizmi gibi ilgi çeken niş alanlar vardır. Bu niş alanlar İslami ilkelere uyma ihtiyacını vurgulayan belirli Müslüman pazarını hedef alır. Sağlık turizminde Müslüman pazarını hedefleyen hastane ve işletmelerin Müslüman dostu uygulamaları benimsemesi önem arz etmektedir.

Helal sağlık hizmeti İslam’a uygun sağlık hizmetlerini ifade eder. Helal sağlık turizmi; İslam’a ve Müslüman hastalara helal tıbbi da içeren İslami ilkelere uygun tıbbi tedavi sağlamak için düzenlenen turizm organizasyonudur.

Müslüman dostu, özellikle Müslümanların ihtiyaçlarını karşılayan tesis ve hizmetlerin mevcudiyetini ifade eden bir terimdir. Müslüman dostu sağlık hizmetleri, hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında Müslüman sağlık turistlerinin dini hassasiyetlerine uygun şekilde imkanların sağlandığı ve Müslüman dostu sağlık hizmetlerinin sunulması ile ilgilidir.

İslam, helal olmayan şeylerin yemeye sadece yaşam ve ölümle ilgili konularda izin verir.

Müslümanların dini yükümlülükleri (ibadet) açısından yerine getirilmesi gereken özel bir ihtiyacı vardır. Bunlar arasında namaz kılma ihtiyaçları, helal yemek ve cinsiyete dayalı hizmetler yer almaktadır. Bu gereklilikler İslam hukukunda kökleşmiştir veya Şeriat hukuku olarak bilinir. Müslüman dostu tesisler ve hizmetler, Müslümanların seyahat ederken veya başka herhangi bir faaliyette bulunurken aradığı temel gereksinimler arasındadır (Jais, Aliman, & Ismail , 2017).

Dini kurallara göre yaşamaya çalışan ve sağlık turizmi kapsamındaki hizmetlerden yararlanmak isteyen müslüman sağlık turistlerine yönelik hizmet veren bu tarz sağlık kuruluşları dini hassasiyetleri önemseyen kesim için alternatif bir pazar oluşturmaktadır (Yeşiltaş, Cankül, & Temizkan, 2012)

Burada önemli nokta müslüman sağlık turistlerinin ürün ve hizmet seçme süreçlerinde dini hassasiyetlerinin satın alma davranışları üzerine ne kadar etkili ve belirleyici olduğunun saptanması gerektiğidir (Yeşiltaş, Cankül, & Temizkan, 2012)

Sağlık turizminde önemli bir pazar haline gelen Müslüman toplulukların sağlık amaçlı seyahatlerinde dine uygun ya da zorunlu bir seçim yapmaları gerekmektedir. Helâl seyahatler ve tedaviler, dini ve etik kaideler, kültürel değerler, gidilen turistik yerlerin verdiği inançsal hazzın tedaviye etkileri gibi yaklaşımlar sağlık amaçlı seyahatlerin dini boyutunu öne çıkarmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğine dini bir boyut olarak helâl kavramı ve inanç temelli konular, sağlık turizmindeki tercihleri ve turizm hareketlerini etkileyen bir boyuttur ve destinasyon seçimi üzerine etkisinin dikkate alınması ve incelenmesi gerekmektedir.

Türkiye Müslüman ülke kimliği ve sağlık alanındaki potansiyeli ile Müslüman coğrafya için tercih edilen sağlık

turizmi destinasyonlarından ilk sıralarda olabilir. Ayrıca yakalanacak pazar avantajı ile, müslüman dostu sağlık turizmi gelecekte Türkiye için çok önemli bir alternatif turizm alanı olacaktır.

Türkiye'yi bu ülkeler için sağlık hizmetlerinde önemli bir destinasyon yapan göze çarpan özellikler, kültür ve din benzerliklerinin yanı sıra yüksek kaliteli ve uygun fiyatlı sağlık hizmetleridir.

2. SAĞLIK TURİZMİ

Turizm sektörünün gelişmesiyle birlikte bireylerin seyahat etme nedenleri değişmiş ve birçok turizm çeşidi ortaya çıkmıştır. Günümüzde insanları seyahate yönelten nedenlerden biri de sağlık turizmi. Sağlık hizmetlerinin bazı ülkelerde pahalı olması, sosyal güvenlik sistemindeki sorunlar, tedavinin başka ülkelerde yapılabilmesi ve tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu gibi farklı birçok neden sağlık turizminin gelişmesine yol açmıştır.

Sağlık turizmi ile ilgili bir çok tanım yapılmıştır. Onlardan bazıları;

Sağlık turizmi seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerleşimin dışında konaklayarak sağlığını korumayı ve/veya yeniden kazanmayı amaçlayan bireylerin gerçekleştirdiği turizm çeşididir (Kiremit, 2008). Kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacıyla seyahat eden insanların oluşturduğu turizmdir (İçöz, 2009). Sağlık turizmi; bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilite edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacı ile yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye ziyaretleridir (Tontuş, 2019).

Sağlık turizminin temel sebepleri:

- Yaşanılan yereki sağlık hizmetlerinin ve uzmanlaşmış insan kaynağının yetersizliği,
- İkamet edilen ülkede sağlık hizmetlerinin pahalı olması,
- Tedavi için uzun bekleme süreleri,
- Nadir görülen hastalıkların tedavisinin farklı bir ülkede yapılabilmesi ya da daha uygun olması,
- Yapılacak tedavinin gizlilik gerektirmesi,
- Kronik hastaların ve yaşlıların veya engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
- Tedavi olmanın yanı sıra tatil yapma isteği, (Tontuş, 2017; Turan & Erdem, 2021)

3. HELAL TURİZM

Helal kavramı “Allah’ın kısıtlama yapmaksızın kullarına müsaade ettiği her türlü davranış kalıbını ifade eder” (Mohamed Battour, 2016; Bilim , Birsen, & Bilim , 2017)

İslami açıdan turizmde helal kavramı; islami kurallara uygun şekilde yapılan tüm turizm faaliyetlerini ifade etmektedir. Helal turizm, bir turizm çeşidi olmaktan ziyade bütün turizm çeşitlerinin ve süreçlerinin helal anlayışıyla yapılmasıdır (Boğan, Batman, & Sarıışık, 2016)

Helal turizm dini yükümlülüklerini yerine getirmek isteyen Müslüman turistlerin ihtiyaçlarını ve yükümlülüklerini seyahatleri sırasında da karşılayabilmeleri ve yerine getirebilmeleri için özel olarak tasarlanmış turizm eylemi ve turistik ürünler olarak ifade edilebilir (Turan & Erdem, 2021).

Helal yiyecek içecek endüstrisi ile başlayan ve İslam hukukuna uygun ürünleri kapsayan Helal Konsept; sonrasında;

turizm, seyahat, ulaştırma, bankacılık, finans, kozmetik ve sağlık gibi birçok farklı alanda gelişmiştir (Dinçer & Bayram, 2017).

Dünyadaki turizm hareketliliği incelendiğinde Müslümanların dini ya da farklı nedenlerle seyahatlerinde önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. Müslüman turistlerin seyahatleri sırasında dine uygun ürün ve hizmet tercih etme ve tüketme konusundaki farkındalıkları yüksektir. Dolayısıyla Müslüman turistleri hedefleyen bir turizm sektörünün dini kurallara uygun ürün ve hizmet konseptini benimsemesi uygun olacaktır.

Merkezine insanı alan turizm olgusunda, dini inançların özellikle destinasyon seçiminde belirleyici olduğu vurgulanmaktadır. 2000’li yıllardan beri artmakta olan Müslüman turist arzı, helal turizm pazarının oluşmasına ve gelişmesine neden olmuştur. (Çalık & Adam, 2020).

Dünyada sürekli artan turizm hacmine paralel olarak seyahat eden Müslümanların sayısı da artmaktadır. İstatistiklere bakıldığında dünya genelinde Müslüman toplumların nüfusları ve dünya ekonomik üretiminden aldıkları payın sürekli olarak arttığı görülmektedir. Seyahatlerinde dini müeyyidelere uygun hareket etmek isteyen ve turistik ürünlerden İslami ilkelere uygun şekilde yararlanmak isteyen Müslüman turistlerin ihtiyaçlarına yönelik hizmet sağlayan işletmelere daha fazla gereksinim duyulmaktadır (Bayhan & Keskin, 2020).

Müslüman ve demokratik yapısıyla Türkiye; farklı dine ve inanca sahip insanların özgürce yaşayabildiği bir ülke olarak her yıl milyonlarca Müslüman ve gayrimüslim turisti misafir etmektedir. İnsanların sahip olduğu kültürel, sosyal ve ekonomik değerler gibi bir çok unsur turizm faaliyetlerini ve tercihlerini etkilemektedir.

Günümüzde farklı nedenlerle seyahat eden Müslüman turistler, hem İslam dininin gereklerini ve kurallarını yerine getirmek hem de dinen yasak olamayan ürün ve hizmetlerden

yararlanmak istemektedir (Yeşiltaş, Cankül, & Temizkan, 2012). Bu talebi karşılamak için otel, restoran, sağlık kuruluşu, havaalanı gibi turizm sektöründeki birçok işletme İslami ilkeler temelinde faaliyet göstermektedir.

Helal turizm Müslümanlara ve gayrimüslümlere yeni ürünler sunan özgün bir pazar haline gelmiştir. Aynı zamanda küresel helal endüstrisi Müslüman nüfusunun artmasıyla birlikte en hızlı büyüyen endüstrilerden biri olmuştur (Bayhan & Keskin, 2020).

Gıda, sağlık, kozmetik, hizmetler sektörü gibi birçok alanda talepleri değişebilen Müslümanlara yönelik olarak pazar genişlemektedir. 2015 yılında 2,3 trilyon dolara ulaşan helal endüstrisinin 2019'da yaklaşık 3,7 trilyon dolara ulaştığı düşünülmektedir. Benzer araştırmalarda Türkiye'de ülke vatandaşlarının ve yabancı turistlerin helal turizm olanaklarından artarak yararlandığı ortaya konulmuştur. (Bayhan & Keskin, 2020)

Helal turizmin ortaya çıkış süreçleri:

- İslam inancının dünya genelinde hızla yayılması,
- Müslümanların harcama gücündeki artış,
- Batıda Müslüman turizm endüstrisinin hızla büyüyen bir sektör olması
- Batı Asya ülkeleri veya Körfez Bölgelerindeki turist sayısındaki artış,
- 11 Eylül 2001'deki Amerika Birleşik Devletleri'ne yapılan terör saldırısının küresel etkisinin dünya turizm endüstrisini etkilemesi ve Arap turistlere karşı bakış açısının değişmesi
- İslami otellerin özellikle temiz çevre arayan, alkol kullanmayan, domuz eti tercihi esnek olan, yeni kültürlerle

ve deneyimlere açık olan gayrimüslim turistler için bir çekim yeri haline gelmesi;

Helal turizmin ortaya çıkış süreçlerini etkilemiştir.

3.1. Helal Turizm Pazarı

Son yıllarda Müslümanların turizm amaçlı seyahatlerinde dikkate değer bir artış gözlenmektedir. İslam Ekonomisi sektörlerinin sürekli büyümesinin en güçlü itici güçlerinden biri, dünya çapında hızla büyüyen, genç ve geniş Müslüman nüfustur. Artan nüfus yapısı ve yükselmekte olan refah seviyesi ile önemli bir turizm pazarı haline gelen Müslümanların dünya çapındaki nüfusu 1,8 milyar seviyelerinden 2030 yıllarında 2,2 milyara yükselmesi beklenmektedir (COMCEC, 2016). Turizm konusunda daha çok bilinçlenen ve istekli hale gelen Müslümanların her geçen yıl turizme katılma oranları artmakta ve 2020 yılında Müslüman turist sayısının 180 milyona ulaşması beklenmektedir. Müslüman turistlerin turistik harcamalarında da hızlı bir artış gözlenmektedir. Tüm dünya genelinde hac ve umre ziyaretleri hariç 2011 yılında 126,1 milyar dolar turizm harcaması gerçekleşmiştir. Mastercard ve Crescent Rating'in 2016 yılında yayınladıkları rapora göre Helâl Turizm pazarı harcamalarının önümüzdeki on yıl içinde 180 milyar dolardan 300 milyar dolara çıkması beklenmektedir (Mastercard ve Crescent Rating 2016). Pazar potansiyelinin büyüklüğü göz önüne alındığında Helal turizmin ülkeler ekonomisine sağladığı katkı ortadadır (Dinnar Standart, 2012). Müslüman yaşam tarzını inceleyen bir danışmanlık şirketinin Müslüman turistler arasında yaptığı araştırmada her on kişiden dokuzunda inançlarının satın alma davranışlarını etkilediğini bildirmiştir (Dinar Standart, 2012)

3.2. Helal Turizmin Bileşenleri

Bir niş pazar olarak helal turizm; helal oteller, helal ulaşım , helal gıda, helal tur paketleri ve helal finans gibi bileşenleri içeren bir turizm çeşididir (Akyol & Kılıç, 2014).

3.2.1. Helal Otel

Müslümanların seyahat ve gezileri sırasında ihtiyaçlarını karşılamak için İslami kurallara uygun şekilde helal hizmet, ürün ve mallar sunan otellerdir. Bu işletmelerdeki hem tüm gıdaların hem de diğer bütün hizmetlerin İslami esaslara ve kaidelere uygun olması gerekir (Zukifli, Rahman, Awang, & Man, 2011).

Öncelikle, helal otel konseptinden bahsedilebilmesi için sadece alkolsüz ve helal gıda hizmeti sunulması yeterli değildir. Başka bir ifadeyle helal kavramı sadece yiyecek ve içeceklerle sınırlandırılmaz. Helal turizm ve otelcilik hizmeti sunan işletmelerde bulunması gereken özellikler şunlardır (Çalık & Adam, 2020 ; Şimşek, 2019). Alkolsüz olmalı ve helal gıdalar sunulmalıdır. Domuz eti ve domuz katkı maddeleri kullanılmamalıdır. Gece kulübü olmamalı ve dine uygun eğlence programları yapılmalıdır. Mescit, odalarda Kuran, seccade ve kible işareti bulunmalıdır. Yatak ve tuvaletler kible yönüne ters düzenlenmeli, tuvaletlerde taharet musluğu bulunmalıdır. Televizyon yayını muhafazakar kanalları içermelidir. İslami kurallara göre giyinen Müslüman personel, cinsiyete uygun personel hizmeti, erkekler ve kadınlar için ayrılmış havuz, hamam, spor ve spa alanları, erkekler kadınlar ve aileler için oluşturulmuş ayrı katlar ve localar olmalıdır. Son olarak islami açıdan uygun ortamın korunması için müşteri tercihinde sseçici olunmalıdır (Kılıç & Avcıkurt, 2021; Boğan, 2020)

3.2.2. Helal Gıda

Helal gıda kavramı İslam hukukunda izin verilen gıda olarak tanımlanır ve bazı koşulları sağlaması gerekir. Gıdalar

İslama göre haram sayılan herhangi bir şeyden oluşmamalı veya içermemelidir. Helal gıdalar ürünün üretildiği yerden başlayarak, satılacağı rafa kadar tüm süreçlerde İslami prensiplere uygun olarak hazırlanmalıdır (Turan & Erdem, 2021). İslam kuralları, alkolü, Helal olmayan hayvansal yağları, domuz etini, domuz yan ürünlerini ve islami usullere göre kesilmemiş hayvanları yasaklar (Attum, Hafiz, Malik, & Shamoan, 2022)

Helal konseptine uygun bir işletmede servis edilen tüm yiyeceklerin helal ve temiz olması gerekir. Tesiste haram sayılan gıda ve alkollü içecek servisi yapılmamalıdır (Akyol & Kılıç, 2014)

3.2.3. Helal (İslami) Finans

İslami finans; İslam hukukuna uygun şekilde yürütülen finansal faaliyetleri ifade eder. İslami finasta finansmanın amacının Şariat (İslam hukuku) tarafından yasaklanan bir faaliyeti içermemesi gerekir. Bu sistemin temelinde faizin , aşırı belirsizliğin (garar) ve spekülasyonun (maysir) yasaklanmış olması yer almaktadır (Shanmugam & Zahari, 2009 ; Schoon, 2008). Helal turizmde tesis finansmanı, otel, restoran, seyahat acentesi ve havayollarının mali kaynakları da İslami ilkelere uygun olmalıdır (Turan & Erdem, 2021)İslami finans tekaful ismi verilen İslami sigorta hizmetini de içermektedir. İslami sigorta kavramı, iki cihetten oluşan ve birinin diğerini öngörülmeleyen risklerden korumasını temin eden kontrattır (Çalık & Adam, 2020) .

3.2.4. Müslüman Dostu Tur Paketleri

Müslüman dostu tur paketleri seyahat planının tüm yönlerinin ve planlanan faaliyetlerin Müslümanlar için uygun olmasını sağlayan ve Müslüman gezginlerin inanç temelli tüm temel ihtiyaçlarını dikkate alan tur paketlerini ifade etmektedir (COMCEC, 2016) .

Müslümanlar tatil ve seyahatleri boyunca tüm dini ihtiyaçlarını karşılayabilmeli, seyahat sırasındaki gıda ve içecekler helal sertifikalı olmalı ve yine konaklama dahil tüm hizmetler İslami usullere uygun olarak planlanmalıdır (Turan & Erdem, 2021).

3.3. Helal Standartları

Müslüman dostu turizm faaliyetlerinin dini emirlere uygun bir şekilde standartlaştırılması için uygulanacak kılavuza verilen isimdir. Müslümanlara yönelik ürün ve hizmetlerin dini emirlere uygun bir şekilde standartlaştırılması için oluşturulan helal sertifikasyonu aracılığıyla bu pazara yönelen tüm işletmelerin ürün ve hizmet standartları belgelendirilmektedir. Konaklama, gıda, ilaç, sağlık, ulaşım, gibi bütün bu alanların sağlık açısından olduğu gibi, İslami açıdan da değerlendirilerek bu kılavuzlarda öngörülen kural ve ilkelere göre gerçekleştirilmesi sağlanmaktadır. Alınan hizmetlerin bütününde helal standardizasyon, akredite ve sertifikasyon kriterlerinin bulunması turistlerin bu konuda güvenini kazanmak için kritik öneme sahiptir (Turan & Erdem, 2021; Şimşek, 2019 ; Akbaba & Çavuşoğlu, 2022)

3.4. Helal Sertifikasyon ve Akreditasyon

Helal sertifikası, kullanılacak ürünlerin yasal olduğunu ve İslam hukukuna göre izin verildiğini garanti eden bir kalite kriteridir. Tüm sarf malzemelerinin Şeriat kanunu uyarınca helal gereklilikleri karşılamasını ve herhangi bir endişe veya şüphe duyulmadan tüketilebilmesini sağlar. Medikal ve sağlık turizminin başarısı, tamamen helal turizm perspektifinin ek avantajı ile sunulan marka, ürün ve hizmetlerin kalitesine bağlıdır. Helal sertifikalı hizmetler, mevcut uygulamalarında birkaç temel değişikliklerle, Müslüman toplumu içerecek şekilde değiştirilen günlük iş operasyonlarını içerir. Helal sertifikası

gıdalar, ilaçlar ve tıbbi malzemeler gibi farklı ürünler veya iş alanları için uygulanmaktadır.

Helal sertifikası, işletmelerin uluslararası pazarlara girmesine ve helal tüketim konusunda hassas olan Müslüman ve gayrimüslim tüketiciler için güvenilir bir üretici olmasına yardımcı olur. Uluslararası geçerliliğe sahip helal hastane sertifikası Müslüman hastaların tercih etmelerini kolaylaştıran en önemli etkenlerden biri olup bu alanda yatırım yapacak veya Müslüman dostu hastane açacak yatırımcıların dikkate alması gerekmektedir (Turan & Erdem, 2021).

Ülkemizde Helal ürün belgelendirme konusunda akreditasyon verme yetkisi Helal Akreditasyon Kurumu (HAK)'na aittir. HAK; küresel düzeyde geçerliliğe sahip bir helal belgelendirme sisteminin oluşturulmasında ve helal ürün ticaretinde karşılaşılan teknik engellerin aşılmasında büyük önem taşımaktadır. İslam İşbirliği Teşkilatı (İİT) bünyesinde bulunan İslam Ülkeleri Standartlar ve Metroloji Enstitüsü (SMIIC) bu sistemin oluşturulmasına yönelik düzenleme yapabilecek en uygun forum olarak değerlendirilmektedir (Helal Akreditasyon Kurumu, 2022).

4. SAĞLIK TURİZMİNDE DİN VE KÜLTÜRÜN ÖNEMİ

Sağlık turizminde Müslüman sağlık turistlerinin kültürel ve manevi değerlerinin bilinmesi kritik öneme sahiptir. Din ve maneviyat, tedavi arayan hastaların çoğunda önemli faktörlerdir. İslam inancı, karar vermeyi, aile dinamiklerini, sağlık uygulamalarını, riskleri ve sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilir. Müslümanların mahremiyet, dokunma kısıtlaması, alkol kısıtlaması, helal gıda ve tevazu gibi konularda hassasiyetleri vardır. İslami inançları anlamak, sağlık profesyonellerine kültürel açıdan duyarlı bir şekilde uygun sağlık

hizmeti sunma konusunda yardımcı olacaktır. Ancak sağlık hizmeti sunucuları, hastalar ve aileleri için zor tıbbi kararlarla uğraşırken çoğu zaman dini inançları dikkate almayabilir”(Swihart & Martin, 2020). Sağlık hizmetlerinde hastaların dini inançlarının önemsinmesi ve buna uygun hizmetlerin sunulması hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi üzerinde olumlu katkılar sağlamaktadır. Müslümanlar için sağlık, fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal faktörlerin iç içe geçmesini içerir. Müslümanlara göre sağlık Allah’ın bir nimeti, hastalık ise sabır ve dua ile karşılanması gereken bir sınav ve Allah’ın yardımıyla iyileşecek bir durumdur. Bu nedenle Müslümanların hastalıkları sürecinde dua ve ibadete yönelmeleri ve Allah’tan şifa beklemeleri genel bir eğilimdir. Sağlık turistleri bağlamında, sağlık hizmeti sağlayıcılarının İslami tıp etiği konusundaki farkındalıkları ve tıbbi tedaviyi sunarken helal uygulamaları telkin etme çabaları önemlidir. Kendi değerlerine uygun olmayan bir sağlık hizmeti Müslüman sağlık turistlerinde kültürel çatışmalara ve etik ikilemlere yol açabilmektedir (Zailani, Ali, Iranmanesh, Moghavvemi, & Musa, 2016).

Bir Müslümanın günlük hayatında dini vazifelerini yerine getirmek, ibadetlerini gerçekleştirmek, helal gıda tüketmek gibi dinin kurallarına uygun hareket etme gereksinimi sağlık seyahatleri sürecinde de önemini korumaktadır. Hastalar tıbbi kararlar alırken sıklıkla dini ve manevi inançlarına yönelirler. Sağlık turistlerinin karar sürecine etki eden en önemli faktörlerden biri dindir. Müslüman tüketiciler için destinasyon tercihleri sırasında kültürel yakınlık, din, dil, helal gıda, helal ilaç ve malzeme, personel gibi kriterler destinasyonun yakınlığı ve maliyetinden öncelikli hale gelmektedir. Yurt dışında tedavi olmuş Müslüman hastalarda yapılmış bir çalışmada dil konusu incelenmiş ve yabancı dilde konuşuyor olsa bile, Müslüman bir doktorun, “Bismillah – Elhamdülillah” ifadelerini kullanmasının

Müslüman hastalar için rahatlatıcı ve güven verici bir unsur olduğu bildirilmiştir (Bilim , Birsen, & Bilim , 2017).

Sağlık hizmeti sunucularının ve kuruluşlarının, hastaların ve ailelerinin kültürel, sosyal ve dini ihtiyaçlarını karşılayan sağlık hizmetleri sunma yeteneği o işletmenin kültürel yeterliliğini ifade eder. Kültürel olarak yetkin bakım, hasta kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirebilir. Bu alanda atılacak adımlar sağlık turizmindeki bütün paydaşların sağlık çalışanlarını ve sistemlerini bu hedeflere doğru hareket ettirme stratejileri, kültürel yeterlilik eğitimi sağlamayı ve kültürel olarak yetkin hasta bakımı sağlamanın önündeki engelleri azaltan politikalar ve prosedürler geliştirmeyi içerir. Sağlık sunucularının hastaların dini hassasiyetlerine uygun yeterli hizmeti sağlamaması hastalar açısından düşük kaliteli hizmet ve memnuniyetsizlik algısı oluşturabilir. Sağlık hizmetlerinde Müslüman hastanın bu gereksinimlerini ve hassasiyetlerini önemseyen ve karşılayan kurumlar bu hedef kitle tarafından tercih edilebilir olacaktır.

Bir çok hasta hastalık ve tedavi sürecinde dini inançlarına ve ibadetlerine daha fazla yönelir ve bu yönelme hastaların endişelerinde azalma ve rahatlamaya yardımcı olur. Hastaların sağlığıyla ilgili zorlu süreçlerde sağlık profesyonellerinin hastaların dini ve manevi ihtiyaçlarını tanıması ve bunlara uyum sağlaması hayati önem taşır. Sağlık profesyonelleri, hastalara dini ve manevi inançlarını bildirmeleri ve tedavilerini özel ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlamaları için bir fırsat sağlamalıdır” (Swihart & Martin, 2020).

Sağlık turizminde dini inanç ile ilgili bazı etkenler ve gereklilikler:

- Müslümanlar için hassasiyet arz eden ve dini açıdan kutsal yönleri olan üreme sağlığı, cinsel sağlık ve tüp bebek gibi konularda Müslüman bir ülke seçilmesi güçlü bir olasılıktır.

- Organ - doku bağışı ve organ nakli Müslümanlar arasında tartışılan konulardan olmasına rağmen bu nedenle yapılan zorunlu medikal seyahatler oldukça fazladır. Fakat konunun tartışmalı olması böyle bir seyahatin “helal” kavramına uygunluğunu da akla getirmektedir.
- İnsülin (domuz menşeli), bazı aşı, ilaç, kozmetik ve medikal ürünlerin içeriklerine karşı hassasiyet vardır. Bazı Müslüman hastalar için bu konu destinasyon tercihini etkilemektedir.
- Müslüman hastalar için gidilecek bölgenin manevi özelliğinin olması tedavinin yanı sıra dini kazanç ve memnuniyet sağlaması bakımından tercih sebebidir.
- Her yerde bulunmayan ve tedavi amaçlı kullanılan termal ve SPA merkezlerine müslüman dostu uygulamalar da eklendiğinde ürün yelpazesi oldukça daralmaktadır. Böylelikle, Müslümanlar sağlık turistleri için helal termal ve SPA ürünlerine ulaşmak oldukça zorlaşmaktadır (Rahman ve Zailani, 2016).
- Müslüman ülkelerin bazılarında tıbbi tedavi olarak kabul edilmeyen veya tıbbi bir ihtiyaçtan kaynaklanmayan estetik ameliyatlara büyük oranda yasal izin verilmemektedir. Turistler bu tedavilere izin verilen bir başka Müslüman ülkeyi tercih etmektedir (COMCEC, 2016) .
- Sağlık amaçlı seyahatlerde tedavi unsurları ön plana çıksa da, helâl turizm çerçevesinde tüm süreçlerin helal olması müslüman sağlık turistlerinin dikkat ettiği konulardır. Tedavilerin helâl olması yanında, seyahat paketindeki tüm unsurların helal olması vurgulanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin dini hassasiyetleri içermesi hem işletmecilik hem de insan hakları bakımından çok önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (Boyle & Lee, 2008) (Bilim , Birsen, & Bilim , 2017). Helal turizm kavramının gelişmesiyle birlikte, sağlık turizmiyle ilgilenen hastaneler, seyahat acenteleri ve sigorta şirketleri gibi tüm oteriteler Müslüman tüketiciler için İslami kurallara göre hazırlanmış paketlere yönelmeye başlamıştır.

Müslüman dostu sağlık turizmi denildiğinde ilk akla Müslüman dostu medikal turizm gelmektedir. Henüz kısıtlı bir uygulama alanı olmasına rağmen bu alan Müslüman sağlık turistleri tarafından ilgi gören bir segmenttir. Müslüman hassasiyetlerine uygun olarak dizayn edilen bu hizmet alanının gelişim göstermesi helal turizm kriterlerinin ve literatürde “helal hastane” veya “Müslüman dostu hastane” olarak bilinen yapılarının varlığı ve faaliyetiyle ilgilidir (Turan & Erdem, 2021)

5. MÜSLÜMAN DOSTU MEDİKAL TURİZM

Medikal turizmde Müslüman dostu kavramı Müslüman hastaların ihtiyaçlarını karşılayan ve dinin belirli gereklerini yerine getiren hastane ve sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerini ifade etmektedir.

Bu kapsamda Müslüman dostu medikal turizm sunulan hizmetlerin tamamının Müslüman hastanın hassasiyetlerine göre düzenlenmesi olarak ifade edilebilir. Müslüman dostu medikal turizm alanı, müslüman sağlık turistlerinin inançlarına özen gösterildiği ve helal uygulamaların devrede olduğu bir hizmet alanıdır (Turan & Erdem, 2021).

Bu alanda faaliyet gösteren bir hastanede doktor, hemşire ve personel dahil tüm çalışanlar bu uygulamalara aşinadır Helal turizm çerçevesinde önemli bir rol oynayan bu alan, Müslüman

dostu hastane ve rekreasyon alanlarının, uzmanlaşmış kliniklerin doğrudan sayısını artırılması ve Müslüman dostu bir yer haline getirilmesi çabalarının bir sonucu olarak orataya çıkmıştır.

Müslüman dostu medikal turizm ile ilgili standart bir kriter bulunmamakla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları tedavi etmek için Müslüman değerlerini, inancını ve uygulamalarını benimseyen hastaneleri ve hizmetleri uygulamaya başladılar. Bu uygulamalar genel olarak; helal yiyecek ve içeceklerin sunulması, ibadet alanlarının ve olanaklarının sağlanması, tıbbi bakımda ve tedavide helal içerikli ürünlerin ve ilaçların kullanılması, personel ve kıyafet kodları, banyo ve tuvaletlerin uygunluğu, cinsiyete ve mahremiyete uygun tedavi ve bakım, ve İslami fon sağlama gibi özellikleri kapsamaktadır (Rahman, Zailani, & Musa 2017) .

5.1. Helal Hastane / Müslüman Dostu Hastane

Müslüman Dostu Hastane; Müslüman turistler için bazı inanç temelli gereksinimlerin dikkate alındığı ve sağlık hizmetlerinin dini kurallara uygun şekilde sunulduğu hastanedir. (Jamaludin, Kartika, Ramli, & Hamzah, 2019). Helal hizmet veya tesis benzer bir tanıımı ifade edebilir ancak Müslüman Dostu hizmet veya tesis gibi bir terimin kullanılması daha uygundur (Azreen Hamiza Abdul Aziz, 2018). Müslüman sağlık turistlerinin dini hassasiyetlerine uygun sağlık hizmeti ve tedavi arayışları Müslüman dostu hastane kavramını ortaya çıkarmıştır.

Sağlık turizmi içerisinde özel bir yeri olan Müslüman dostu sağlık turizmi alanında hizmet veren hastanelerin ve yatırımların sayısının artması Müslüman turistlerin İslami kurallara göre düzenlenmiş tıbbi tedavi ve sağlık hizmeti arayışlarına yanıt vermiştir. Bu alanda hastane açmak veya yatırım yapmak isteyen girişimcilerin uluslararası geçerliliği olan helal hastane sertifikası almaları müslüman hastaların tercih

etmelerini kolaylaştıran baş etmen olacaktır. (Turan & Erdem, 2021)

Dini yükümlülüklerini yaşamlarının her aşamasında devam ettirmek isteyen sağlık turistleri için hizmet aldıkları sağlık kuruluşlarının helal anlayışına ve Müslüman hassasiyetlerine uygun hareket ederek Müslüman dostu hastane konseptini oluşturmaları daha fazla tercih edilmelerinde olumlu katkı sağlayabilecektir. Yine bu düzenlemeler Müslüman sağlık turistlerinin müşteri memnuniyetleri konusunda önemli bir yer tutmaktadır (Rahman & Zailani, 2016 ; Azman, Rashid, Ismail, & Samer, 2020) .

Müslüman dostu hastanelerde sunulan hizmetler ve dikkat edilecek hususlar : (Zailani, Ali, Iranmanesh, Moghavvemi, & Musa, 2016; Jamaludin, Kartika, Ramli, & Hamzah, 2019; Jais, Aliman, & Ismail, 2017)

- Helal sertifikalı gıda hizmeti
- Helal sertifikalı ilaç ve medikal malzemeler
- Hastaların aynı cinsiyetten doktor ve sağlık personeli seçme özgürlüğü
- Aynı cinsiyetten sağlık uzmanı sağlanamadığı durumlarda odada hastayla aynı cinsiyetten üçüncü bir kişinin bulunması
- Personel formalarının dini kurallara uygun olması
- Personelin dini uyulamalara aşina olması
- Hasta mahremiyetine azami özen gösterilmesi
- Tercüman hizmetleri
- Hastalar için manevi terapi amaçlı dua ve telkin hizmeti
- Hastanede ve hasta odalarında ibadet yerleri ve araç-gereçler

- Odalarda Kuran-ı Kerim ve kible işareti bulunması
- Abdest alamayan hastalar için teyemmüm kili
- Ezanların yayınlanması,
- Dini dersler ve dua rehberleri
- Arapça TV ve eğlence seçeneklerinden yararlanılması,
- Tüm personelin bir işe başlarken “Bismillah”, işlemin sonunda “Elhamdülillah” veya “İnşaaallah” kelimelerini kullanmaya özen göstermesi vb.

6. HELAL MEDİKAL PAZAR

Medikal turizm endüstrisinin küresel olarak önemli ölçüde büyümesine rağmen, dünyanın her yerinden tüketicileri tıbbi tesislere çekmek zorlu bir iştir. Artan küreselleşme fırsatlar penceresini açarken, bu fenomen sağlık hizmeti sağlayıcılarını, işletmenin hayatta kalması için farklı etnik kökene adanmış hizmetler sunarak farklı pazar segmentleri aramaya zorlamıştır. Son zamanlarda, İslami medikal turizm gibi yeni bir medikal turizm konseptine artan bir ilgi vardır. Geleneksel medikal turizm modelinden farklı olarak İslami medikal turizm, Tevhid (Şeriat) paradigmasına dayalı olarak fiziksel, psikolojik, zihinsel ve ruhsal bileşenleri dikkate alarak İslami öğretilere uygun sağlık hizmetlerini içermektedir (Mohezar, Moghavvemi, & Zailani, 2017).

Tüm dünyada 1,8 milyara ulaşan Müslüman nüfus sayısının İslami medikal turizm endüstrisi için fırsatlar yaratması beklenmektedir. Örneğin Hindistan, 2008 yılında Pakistan, Bangladeş, Orta Doğu ve Afrika gibi komşu ülkelerden helal tıbbi tedavi arayan 1,11 milyon Müslüman hastayı başarılı bir şekilde çekmişti. Sertifikalı helal hastanelerin geliştirilmesi, ülkenin turizm endüstrisine yeni tıbbi turizm ürünleri sunma konusunda

eşsiz fırsatlar sunmaktadır. Ayrıca, 11 Eylül saldırısının ardından, Müslüman topluluk arasında Batı bölgelerinden Müslüman ülkelere seyahat destinasyonlarında bir değişiklik meydana geldi ve bu da çeşitli İslami sağlık hizmetlerine artan bir ilgiye yol açtı (Mohezar, Moghavvemi, & Zailani, 2017).

Küresel olarak artan Müslüman nüfus, İslami medikal turizm endüstrisi için fırsatlar yaratırken, önceki çalışmalar büyük ölçüde medikal turizm alanında yapılmıştır ve İslami medikal turizme odaklanan çalışmalar büyük ölçüde ihmal edilmiştir. İslami medikal turizm kendi içinde bir niştir ve Müslüman hastaları hedeflemede özel pazarlama stratejileri gerektirir (Mohezar, Moghavvemi, & Zailani, 2017).

Helal medikal turizm pazarı konusunda istatistiksel bilgiler sunabilmek şu aşamada oldukça zordur. Bu alanda adı geçen bazı ülkeler ve potansiyelleri hakkında genel bilgiler bulunmakla birlikte, helal medikal turizme ait ayrıştırılmış veriye genellikle rastlanmamaktadır.

6.1. Türkiye

Türkiye sahip olduğu altyapısı ve potansiyeli ile helal ve medikal turizm pazarında en çok tercih edilen ülkelerin biridir. Gelişmiş sağlık hizmetleri ve teknoloji, nitelikli sağlık personeli, rekabetçi fiyat avantajı, sahip olduğu turistik çekicilikler ile birleşen kaliteli turizm altyapısı ile medikal turizm alanında her geçen gün daha fazla pay sahibi olmaktadır (Akbolat & Deniz, 2017)

Türkiye'nin medikal turizmden 2011 yılında 156 bin hasta ile bir milyar dolar, 2017 yılında ise 700 bin hasta ile sekiz milyar dolar gelir elde ettiği tespit edilmiştir. Türkiye 2023 yılında iki bin medikal hasta ile 20 milyar dolar medikal turizm geliri hedeflemektedir (Aksu ve Bayar, 2019)

Türkiye'deki akredite edilmiş hastanelerin ve sağlık tesislerinin fazlalığı medikal turizm pazarındaki en önemli avantajlarından biridir . 2022 Mart ayı verilerine göre Türkiye'de JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgesi alan 33 sağlık kurumu bulunmaktadır. Türkiye, dünyada akredite olan kurumlar sıralamasında ilk 7'de yer almaktadır (JCI, 2022).

Türkiye'ye tedavi maksadıyla gelen turistlerin milliyetleri incelendiğinde ilk sıralarda Avrupa Birliği ülkelerinin yer aldığı ve medikal turistlerin % 41,8'ini oluşturduğu görülmektedir. Arap Baharı'ndan sonra Ortadoğu ve Arap ülkelerinden gelen Müslüman turistler Türkiye'yi daha fazla tercih etmeye başlamıştır (Kurar & Baltacı, 2021)

Türkiye Müslüman ülke kimliği ve Müslüman coğrafyaya yakınlığı ile helal medikal turizm pazarında ön plandadır. Müslüman kimliğinin yanısıra sahip olduğu İslami mirasın Müslüman medikal turistler tarafından gezilmesi ve görülmesi önemli bir ayrıcalık ve deneyim olacaktır. Türkiye aynı zamanda kültürel köken bakımından diaspora turizmüne uygun bir destinasyondur (Bilim , Birsen, & Bilim , 2017).

Almanya gibi Avrupa ülkeleri başta olmak üzere başka ülkelerde yaşayan Türk vatandaşları yaşadıkları ülke için medikal turizm açısından bir tanıtım unsuru olabilir (Akbolat & Deniz, 2017)

Müslüman bir ülke olarak Türkiye'nin demokratik yapısı hem batılı hem de Müslüman turistler için tercih edilebilir bir destinasyon olmasını sağlamaktadır.

6.2. Dünyada Helal Medikal Pazar

Müslüman dostu sağlık turizmi her ne kadar Müslümanlara özgü bir kavram gibi görünsede pazar potansyeli ve ekonomik boyutu nedeniyle birçok ülke için önemli bir turizm kaynağı haline gelmektedir. Malezya Endonezya, Hindistan,

Tayland, Singapur gibi ülkeler Müslüman sağlık turistlerinin ihtiyaçlarını karşılayan sağlık tesisleri ve uygulamaları ile sektörde adından söz ettirmektedir (Rahman, Hassan, & Sarker, 2021)

Tayland, Singapur ve Malezya gibi ülkeler, İslam dostu destinasyonların pazar liderleridir. Tayland ve Singapur, 15-18 yıldır İslami medikal turizmi tanıtmaya Malezya'nın önünde yer alırken, Malezya bu medikal turizm hizmetini tanıtmaya 2011 yılında başlamıştır (Shafaki, 2016). MHTC (2018) raporuna göre, Malezya'nın medikal turizmi son beş yıldan bu yana ortalama yüzde 15 civarında büyüyor (Rahman, Hassan, & Sarker, 2021).

Helal sektöründe bilinen bir ülke olan Malezya Müslüman dostu sağlık turizmi destinasyonu olarak öne çıkan ülkelere biridir. Bu ülke helal sağlık turizmini hedef olarak belirlemiş ve Müslüman dostu hastane olarak faaliyet gösteren kurumları uygulamaya koymuştur. Birçok endüstride olduğu gibi sağlık turizmi alanında da İslami kuralları uygulayan ve Müslüman sağlık turistlerinin ihtiyaçlarına cevap veren Malezya'yı İslami ülke imajı ve sahip olduğu turizm potansiyeli Ortadoğu ülkelerinden sağlık turisti çekme konusunda avantajlı hale getirmektedir (COMCEC, 2016).

Bu sektörde adı geçen bir diğer Müslüman ülke Endonezya'dır. Müslüman dostu turizm veya helal turizm, Endonezya hükümeti tarafından desteklenen bir sektördür. Bu da helal sağlık turizmi sektörü için bir fırsat olarak görülmektedir (Widiasih, Hermayanti, Ermiati, Maryati, & Solehati, 2021). Arap turistlerin sağlıkla ilgili seyahatlerde destinasyon seçerken muhafazakar seçimler yapma eğiliminde olduğu ve İslami misafirperverlik, helal gıda ve ürünlerin mevcudiyeti nedeniyle bu turistlerin Malezya ve Endonezya'ya seyahat etmeyi tercih ettikleri görülmektedir (Report, 2016)

Müslüman sağlık turistlerini hedefleyen ve sökterde önemli bir paya sahip olan diğer ülkeler arasında Hindistan, Japonya ve Tayland gibi ülkeler bulunmaktadır. Müslüman olmayan bu ülkeler 2012 yılından bu yana helal sertifikalı hastaneleri ve sundukları tedavi hizmetleriyle Müslüman medikal turistler için seyahat imkanı sağlayarak helal medikal pazarda öne çıkmaktadır (Bilim , Birsen, & Bilim , 2017).

Müslüman olmayan ülkelere son zamanlarda müslüman dostu turizm pazarına eğilimi olan ülkelere başı çeken ülke Hindistan'dır. "Helâl Hindistan" sloganıyla paraza yönelen Hindistan'ın gıda,turizm, medikal turizm ve ilaç gibi alanlarda helal sertifikasyon çalışmaları yaptığı görülmektedir. Uluslararası Helâl Medikal Hastane sertifikasına almış ilk hastanelerden biri Hindistan'dadır. (Mohsin, Ramli, & Alkhulayfi, 2016). Helal Hindistan (2017) raporuna göre ülkeyi ziyaret eden medikal turistlerin yüzde 75'i Pakistan ve Bangladeş gibi komşu ülkelerin yanı sıra Ortadoğu ve Afrika'dan gelen Müslüman turistlerden oluşmaktadır (Rahman, Hassan, & Sarker, 2021).

Hindistan gibi Japonya da son dönemlerde medikal turizm ve helal turizm alanlarında çok yoğun çalışmalar yürütmektedir. Japonya'nın medikal alanda sahip olduğu İleri teknoloji Orta Doğu ülkelerinden gelen Müslüman turistler için medikal imkanlar sunmakta ve önemli bir tercih sebebi olmaktadır.

Müslüman sağlık turistleri için atakta olan diğer bir destinasyon Tayland'dır. Müslüman olmayan ülke olarak Tayland Orta Doğu'dan turistleri cezbetmek amacıyla 'Helal düzenlemelere' uygun Müslüman dostu kaplıcalar konseptini tanıtmada konusunda istisnai bir adım attı (COMCEC, 2016) .

Avrupa kıtasında İngiltere ve Fransa da, gelişmiş ülke imajıyla helal medikal turizm alanında özel imkanlar sunarak Müslüman tüketicilere hitap etmektedir.

KAYNAKÇA

- Akbaba, A., & Çavuşoğlu, F. (2022, 5 1). Türkiye'deki Helal Otel Sertifikasyonu İle İlgili Genel Bir Değerlendirme. Pesearchgate:
<https://www.researchgate.net/publication/325264784>
adresinden alındı
- Akbolat, M., & Deniz, N. G. (2017). Türkiye’De Medikal Turizmin Gelişimi Ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması. Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi , 123-139.
- Akyol, M., & Kılıç, Ö. (2014). Internet And Halal Tourism Marketing. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish, 171-186.
- Attum, B., Hafiz, S., Malik, A., & Shamooun, Z. (2022, 10 15). Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. National Library of Medicine :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
adresinden alındı
- Azman, N., Rashid, N., Ismail, N., & Samer, S. (2020). A Conceptual Framework of Service Quality and Patient Loyalty in Muslim Friendly Healthcare. International Journal of Human and Technology Interaction, 101-106.
- Bayhan, İ., & Keskin, İ. (2020). The Evaluation of Halal Tourism Development in Turkey With Halal Industry Professionals: A Qualitative Research). Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 8 (2), 1413-143.
- Bilim , Y., Birsen, A. G., & Bilim , M. B. (2017). Medikal Turizmde Helal Kavramı ve Önemi: Türkiye Kaynaklı Bir Pazar Analizi. 1. International Halal Tourism Congress (s. 1080-1092). Antalya: Kastamonu Üniversitesi Turizm Fakültesi.

- Boğan, E. (2020). Halal Tourism: The Practices of Halal Hotels in Alanya, Turkey. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 8(1):29-42.
- Boğan, E., Batman, O., & Sarıışık, M. (2016). Helal Turizmin Kavramsal Çerçevesi ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme.
- Boyle, D. C., & Lee, M.-J. (2008). *Fast Facts: Religion and Medicine*. Oxford: Health Press Limited.
- Chookaew, S., Chanin, O., Charatarawat, J., Sriprasert, P., & Nimpaya, S. (2015). Increasing Halal Tourism Potential at Andaman Gulf in Thailand for Muslim Country. *Journal of Economics, Business and Management*, Vol. 3, No. 7; 739 – 741.
- COMCEC. (2016). *Muslim Friendly Tourism: Understanding the Demand and Supply Sides In the OIC Member Countries*. Ankara: Cooperation (COMCEC).
- Çalık, A., & Adam, A. (2020). Halal Tourism: A Theoretical Investigation. *Van Yüzüncü Yıl University the Journal of Social Sciences Institute*, 487-502.
- Dinçer, F. İ., & Bayram, G. E. (2017). İslami Bakış Açısıyla Helâl Turizm. *Uluslararası Türk Dünyası Turizm Araştırmaları Dergisi*, 26-42.
- El-Gohary, H. (2015). Halal tourism, is it really Halal? *Tourism Management Perspectives* , 125-130.
- Helal Akreditasyon Kurumu. (2022, 10 10). Türkiye Cumhuriyeti Helal Akreditasyon Kurumu: <https://www.hak.gov.tr/kurumsal> adresinden alındı
- İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm Ve Türkiye’Nin Olanakları . *Journal of Yasar University*, 4(14), 2257-2279 .

- Jais, A. S., Aliman, Z., & Ismail, A. (2017). Muslim Friendly Practices In The Healthcare Tourism: Current Practices And Future Outlook. Melaka: Researchgate.
- Jais, A. S., Ismail, A., & Aliman, Z. (2022, 3 15). Muslim Friendly Practices In The Healthcare Tourism: Currentpractices And Future Outlook. Researchgate: <https://www.researchgate.net/publication/317184273> adresinden alındı
- Jamaludin, M. A., Kartika, B., Ramli, M. A., & Hamzah, M. H. (2019). Muslim-Friendly Hospital Services Framework. Halal Journal, 11-24.
- JCI, J. C. (2022, 5 20). Joint Commission International. https://www.jointcommissioninternational.org/search/#q=turkey&t=_Tab_All&sort=relevancy adresinden alındı
- Kılıç, S. N., & Avcıkurt, C. (2021). Helal Konseptli Otellerin Girişimciliği ve Yönetimi Üzerine Bir Araştırma. Gaziantep University Journal of Social Sciences ; 1501-1522.
- Kiremit, A. Ş. (2008). Turizmin gelişiminde bir alternatif olarak medikal turizm: Bir sağlık kuruluşunda araştırma. Ankara: Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Kurar, İ., & Baltacı, F. (2021). Medikal Turizm Potansiyeli Üzerine Nitel Bir Araştırma: Antalya Örneği. Türk Turizm Araştırmaları Dergisi, 5(1): 176-199.
- Mohamed Battour, M. N. (2016). Halal tourism: Concepts, practises, challenges and future. Tourism Management Perspectives , 150-154.
- Mohezar, S., Moghavvemi, S., & Zailani, S. (2017). Malaysian Islamic medical tourism market: a SWOT analysis. Journal of Islamic Marketing, 444-460.

- Mohsin, A., Ramli, N., & Alkhulayfi, B. A. (2016). Halal tourism: Emerging opportunities. *Tourism Management Perspectives*, 137-143.
- Rahman, M. K., & Zailani, S. (2016). Understanding Muslim Medical Tourists' Perception Towards Islamic Friendly Hospital. *Journal of Investment and Management*, 206-213.
- Rahman, M. K., Hassan, A., & Sarker, M. (2021). Medical Tourism: The Islamic Perspective. *Tourism Products and Services in Bangladesh*, 87-99.
- Rahman, M. K., Zailani, S., & Musa, G. (2017). Tapping into the emerging Muslim-friendly medical tourism market: evidence from Malaysia. *Journal of Islamic Marketing*, s. 514-532.
- Ramesh, C. G. (2014). Halal tourism; a new goldmine for tourism. *International Journal of Business Management & Research*, Vol: 4, Issue: 6; 45-62.
- REPORT, I. W. (2016). *ITB World Travel Trends Report 2016*. Berlin : ITB Academy .
- Schoon, N. (2008). Islamic Finance – An Overview. *European Business Organization Law Review* , 9: 621-636.
- Shanmugam, B., & Zahari, Z. R. (2009). *A Primer on Islamic Finance*. The Research Foundation of CFA Institute.
- Şimşek, M. (2019). Helal Turizmin Temel Ögesi Olarak Helal Otel Konsepti. *Journal of Halal Life Style*, 35-43.
- Tontuş, H. Ö. (2017). *Sağlık Turizminin Tarihçesi*. Ankara: Satürk.
- Tontuş, H. Ö. (2019). *Sağlık Turizmi Nedir?* Ankara: Satürk .

- Turan, A. İ., & Erdem, R. (2021). Helal Medikal Turizm Ve Müslüman Dostu Hastane Uygulamalarının Dünyadaki Örnekleri Üzerine Bir Çalışma. Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 517-530.
- Widiasih, R., Hermayanti, Y., Ermiati, Maryati, I., & Solehati, T. (2021). Halal Healthcare Tourism: Nurses' Perspectives. Malaysian Journal of Halal Research Journal , 1-5.
- Yeşiltaş, M., Cankül, D., & Temizkan, R. (2012). The Effects Of Religious Life Style On Hotel Selection. Electronic Journal of Social Sciences, 193-217.
- Zailani, S., Ali, S. M., Iranmanesh, M., Moghavvemi, S., & Musa, G. (2016). Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals. Tourism Management, 57; 159-167.
- Zukifli, W. S., Rahman, S. A., Awang, K. W., & Man, Y. B. (2011). Developing The Framework For Halal Friendly Tourism in Malaysia. International Business Management, 295-302.

DİJİTAL SAĞLIK VE COVID-19 SALGIN YÖNETİMİNDE DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARI

Kazım BAŞ¹

1. GİRİŞ

Dünyada ilk COVID-19 vakası Aralık 2019'da, Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ), 30 Ocak 2020'de bu salgını "Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumu" ve 11 Mart 2020'de ise dünya genelinde pandemi olarak ilan etmiştir. COVID-19 salgın süreci ülkeleri farklı boyutlarıyla olumsuz etkilemiş ve yaşanan ciddi sağlık kriziyle birlikte neden olduğu ekonomik, sosyal, siyasal ve tedarik zinciri sorunlarıyla ülkeleri ciddi zorluklarla karşı karşıya bıraktığı vurgulanmıştır (Baş, 2023).

Dünya genelinde artan çoklu kronik hastalıklar ve COVID-19 salgın sürecinde olduğu gibi yaşanan sağlık krizleri nedeniyle sağlık sistemlerinin artan baskıyla karşı karşıya kaldığı vurgulanmıştır. Bu duruma çözüm olarak geleneksel tedavi modelleri yerine teknoloji odaklı alternatif modellerin hayata geçirilmesini zorunlu kılmıştır. Dolayısıyla dijital sağlık uygulamaları çözüm olarak sağlık sistemleri üzerindeki baskıyı azaltmada önemli avantaj sağlayacağından, sağlıkta dijital dönüşüm uygulamalarını hızlandırmıştır (Shujaat vd., 2026). Diğer yandan bilgi teknolojilerinin çağdaş yönetim döneminde yaygın olarak benimsenip uygulanmasıyla, dijital yetkinlikler sağlık kuruluşları stratejik bir zorunluluk haline getirmiştir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Munzur Üniversitesi, Tunceli Meslek Yüksekokulu, ORCID: 0000-0002-5061-4006.

Sağlık sektöründeki dijital dönüşüm, yalnızca yazılımların uygulanmasından ibaret olmayıp, aynı zamanda iş sistemlerinin ve operasyonel modellerin yeniden yapılandırılmasını da kapsadığı belirtilmiştir (Siahaan ve Saragih, 2026). Sağlıkta dijital dönüşüm; sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetlerini azaltma ve sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin hasta bakımı, hasta deneyimi, iş gücü performansı ile sağlık hizmeti sunumundaki verimlilik açısından sağladığı avantajlar nedeniyle desteklenmektedir (Williams vd., 2019). Dijital dönüşüm önemli unsurlarından olan dijital sağlık; e-Sağlık, mobil sağlık ve diğer dijital sağlık alanlarını kapsayan geniş bir kavram olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019 yılında sağlık bilişimi, mobil tıp, mobil sağlık ve dijital tıp gibi kavramları tek çatı altında toplayarak, bu kavramların yerine "dijital sağlık" kavramının kullanılmasını benimsemiştir (Wang vd., 2021). Sağlıkta kullanılan dijital teknolojiler, sağlık hizmetlerinin etkili sunumunu sağlayarak ve kalitesini olumlu etkilediğinden bireylerin sağlıklı yaşam sürmesini desteklemektedir (Baş, 2025).

Sağlık hizmetlerinde dijital dönüşüm, özellikle COVID-19 pandemisi sırasında hız kazanmış ve sağlık kuruluşlarını değişen hasta bakım gereksinimlerine hızla uyum sağlamaya zorlamıştır (Handrean vd., 2025). COVID-19 salgın yönetim sürecinde, sağlık kurumları ve yönetim sistemlerinin dijitalleşmesi sağlık alanındaki en önemli gelişmelerden biri olmuştur. Bu süreç salgının kontrol edilmesi ve etkili sağlık hizmeti sunumunda dijital teknolojilerin sağlık kurumlarında yaygınlaşmasını sağladığı gibi diğer kronik hastalıkların (diyabet, kardiyoloji, onkoloji vb.), tedavisinde dijital teknolojilerin kullanımı hızlandırarak sağlık hizmet sunumunun daha erişilebilir, sürdürülebilir ve etkin yürütülmesine katkıda bulunmuştur (Nataliia vd., 2021). COVID-19 pandemisi, sağlık sektörünün kısa sürede önemli dönüşümler gerçekleştirmesini

zorunlu kılmıştır. Hastaların uzaktan değerlendirilmesi gerekliliği nedeniyle temassız sağlık hizmetleri ve dijital sağlık uygulamaları hızla yaygınlaşmıştır. Pandemi sırasında sağlık kurumları, ortaya çıkan uzaktan ve temassız hizmet ihtiyacını karşılayabilmek amacıyla bulut tabanlı bilgi teknolojileri altyapılarını geliştirmiştir. Bunun sonucunda teletıp (telemedicine), mobil sağlık (mHealth), elektronik sağlık (eHealth) ve uzaktan eğitim gibi dijital hizmetler hızla yaygınlaşmıştır. Bu uygulamalar, hem enfeksiyon riskini azaltmayı hem de sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunulmasına olanak sağlamıştır (Văduva vd., 2023). COVID-19 pandemi sürecinde yaşanan küresel kriz dünya genelinde insanlar üzerinde kaygı ve belirsizlik oluşturmuştur. Dünya genelinde salgın yönetiminin etkili yürütülmesi için günlük yaşamda ciddi kısıtlamalara, tıbbi nezaret ve karantina tedbirlerinin uygulanmasına gidilmiştir. Diğer yandan COVID-19 salgın süreci, ekonomik ve sosyal açıdan büyük kayıplara yol açmasına rağmen birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de dijital dönüşümün hızlanmasını sağlayan önemli bir itici güç olduğu da bildirilmiştir (Văduva vd., 2023; Yew vd., 2025).

Dünyada COVID-19 pandemi süreci, küresel sağlık krizlerinin yönetiminde dijital teknolojilerin taşıdığı önemi ortaya koymuştur. Bu süreçte salgının izlenmesi, kontrol altına alınması ve etkilerinin azaltılmasında dijital yönetim, karar vericiler için temel araçlardan biri haline gelmiştir. Salgın sürecinde hızlanan teknolojik gelişmeler doğrultusunda yönetim modelleri dönüşerek ve karar verme süreçlerini, kaynak tahsisini ile halk sağlığı yönetimini güçlendiren dijital mekanizmaları içerecek şekilde yeniden şekillendirmiştir. Ayrıca COVID-19 pandemi yönetiminde dijital yönetimin gerçek zamanlı veri izlemeyi geliştirdiği, kaynak tahsisini optimize ettiği ve sağlık müdahalelerine yönelik kamu güvenliğini

güçlendirerek sağlık krizlerine verilen yanıtı önemli ölçüde iyileştirdiği vurgulanmıştır (Cui ve Xiao, 2025).

2. DİJİTAL SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIKTA KULLANILAN DİJİTAL SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ

Modern sonrası yönetim sürecinde bilgi ve iletişim teknolojisindeki hızlı ilerlemeler internet kullanımını yaygınlaştırarak dijital sağlık teknolojilerine uzaktan sağlık hizmet sunumuna olanak tanımıştır (Siahaan ve Saragih, 2026; Baş, 2026). Dijital sağlık kavramı (digital health); geniş anlamı olan bir kavram olup, e-Sağlık (eHealth), mobil sağlık (mHealth) ve diğer dijital sağlık alanlarını kapsamaktadır. Mobil sağlık (mHealth) kavramı: mobil teknolojiler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin ve sağlık bilgilerinin sunulmasını sağlayıp, e-Sağlığın bir alt bileşeni olarak kabul edilmektedir. e-Sağlık kavramı: Sağlık hizmetleri, hastalık izleme ve sağlık yönetimi gibi alanlarda bilgi ve iletişim teknolojilerinin güvenli, etkili ve maliyet-etkin biçimde kullanılmasını ifade etmektedir. Dijital sağlık, dijital hizmet alanlara yönelik daha akıllı ve birbirine bağlı cihazları kapsamaktadır. Yine dijital sağlık Nesnelerin İnterneti (Internet of Things, IoT), yapay zeka (Artificial Intelligence, AI) ve benzeri birçok dijital teknolojiyi sağlık hizmetlerine entegre etmektedir (Wang vd., 2021; Anusi, 2026).

Literatürde sağlıkta dijitalleşmenin aşağıda sıralan yedi temel kategori altında sınıflandırıldığı vurgulanmıştır (Marques ve Ferreira, 2020).

- Sağlıkta bilgi teknolojilerinin entegre yönetimi,
- Tıbbi görüntüleme sistemleri,
- Elektronik tıbbi kayıtlar,

- Sağlık alanında taşınabilir ve mobil cihazların geliştirilmesi,
- E-sağlık uygulamalarına erişim,
- Teletıp uygulamaları,
- Tıbbi verilerin gizliliği ve mahremiyeti olarak sıralanmıştır (Marques ve Ferreira, 2020).

Sağlık kurumlarında dijital teknolojilerin etkili ve verimli olmasını sağlayan çok faktör olduğu vurgulanmıştır. Yapılan bir çalışmada ise sağlık kurumlarında dijital dönüşümün başarıyla gerçekleştirilebilmesi için dört temel unsurun gözetilmesi gerektiği belirlenmiştir (Handrean vd., 2025).

- Güçlü teknolojik altyapının, yetkin insan kaynakları ve değişime uyum sağlayabilen bir örgüt kültürüyle bütünleştirilmesi gerekmektedir.
- Dönüştürücü liderlik anlayışı ile üst yönetimin dijital dönüşüme yönelik sürekli ve güçlü desteğinin sağlanmasına ihtiyaç vardır.
- Dijital dönüşüm sürecini izlemek amacıyla sistematik izleme ve sürekli değerlendirme mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir.
- Dijital teknolojilerden yararlanarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artıran hasta katılımı ve etkileşim mekanizmalarıyla güçlendirilmelidir (Handrean vd., 2025).

2.1. Dijital Sağlık Teknolojileri

Dijital sağlık teknolojilerinin gelişip yaygınlaşması, Yapay Zeka (Artificial Intelligence–AI), Nesnelerin İnterneti (Internet of Things–IoT), Blokzincir (blockchain) ve Bulut Bilişim (cloud computing) gibi dijital teknolojilerin önem

kazanmasıyla olmuştur. Bu teknolojilerin birbiriyle etkileşim halinde çalışması sağlık alanında büyük değişim sağlayarak ve sağlık bakımın yönetiminde önemli iyileştirmeler sağlamıştır (Paunova vd., 2026; Billis vd., 2026; Baş, 2026).

Yapay zeka (artificial intelligence-AI): Yapay zeka kavramı, 1956 yılında ilk kez McCarthy tarafından kullanılmıştır. Yapay zeka kullanım alanı olarak matematik, bilişsel bilimler, bilgisayar bilimleri ve bilgi kuramı alanları içeren birçok disiplini kapsamaktadır. Ayrıca uzman sistemler, makine öğrenmesi, doğal dil işleme, otomatik planlama ve görüntü işleme gibi çeşitli teknolojileri içermektedir. Yapay zeka destekli sistemler aracılığıyla büyük miktardaki verilerden elde edilen bilgilerin analiz edilmesiyle yüksek doğrulukta tahminler yapılabilmektedir. Yapay zeka ve destekli teknolojilerin tıp sağlık bilimleri alanında kullanımı sayesinde sağlık hizmetlerinde büyük değişim ve iyileşmeler sağlanmaktadır. Örneğin yapay zeka sayesinde radyolojik görüntülerin daha iyi yorumlanması, yeni ilaçların geliştirilmesi, hastalıkların teşhisi daha etkili yapılabilmektedir. Yapay zeka destekli uygulamalar sayesinde sağlık çalışanlarına tanı ve tedavi süreçlerinde karar desteği sağlayarak iş yükünü azaltarak, sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve kalitesini artırmaktadır. Yapay zeka tabanlı akıllı sistemler sağlık hizmetlerinin birçok alanında kullanılmaktadır. Bunlar arasında tıbbi görüntüleme en yaygın kullanılan uygulama alanıdır. Günümüzde birçok hastane, yapay zeka destekli görüntü tanıma sistemleri kullanarak büyük miktardaki görüntü ve tanısal veriyi analiz etmekte ve tıbbi görüntülerden anlamlı özellikler çıkarmaktadır. Elde edilen görüntü özellikleri sayesinde insan vücudundaki olağan olmayan lezyonlar belirlenerek sınıflandırılabilen ve tanımlanabilmektedir. Böylece hastalıklarla ilgili tanısal doğruluk daha hızlı ve etkili bir şekilde yapılabilmektedir. Yapay zeka tabanlı tıbbi robotlar ise modern klinik tıbbın en

önemli gelişmelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzde Da Vinci cerrahi robot sistemi, cerrahi robot teknolojisinin ulaştığı en ileri örneklerden biridir. Bu sistem, üç boyutlu görüntüleme teknolojisi sayesinde ameliyat alanını ayrıntılı biçimde görüntüleyebilmekte ve insan eliyle gerçekleştirilmesi güç olan bazı cerrahi işlemleri başarıyla uygulayabilmektedir (Haenlein vd., 2019; Liu vd., 2020; Wang vd., 2021; Paunova vd., 2026).

Nesnelerin interneti (internet of things–IoT): Nesnelerin İnterneti (IoT) kavramı ilk kez, 1999 yılında Ashton tarafından kullanıldığı ifade edilmiştir. Nesnelerin interneti kavramı; Çeşitli bilgi algılama cihazları aracılığıyla bağımsız işlevler yerine getirebilen fiziksel nesnelerin birbirine bağlanarak iletişim kurmasını ifade etmektedir. Nesnelerin interneti teknolojisi sayesinde hastanelerde akıllı yönetim sistemlerinin oluşturulup, ilaçlar ve tıbbi bilgilerle ilgili verilerin toplanması, paylaşılmasına olanak sağlamaktadır. Bu teknolojiler, insan kaynaklı ilaç kullanım hatalarını en aza indirirken, sağlık çalışanlarının da çalışma verimliliğine katkı sağlayarak, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmektedir. Dünya genelinde yaşanan nüfusla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması nedeniyle uzun süreli bakım gereksinimini artmıştır. Sağlık personeli, bu teknolojilerle hastaları bulundukları ortamda uzaktan ve tıbbi cihazlar aracılığıyla izleyerek sağlık kurumların zorunlu haller dışında gelmelerine gerek olmadan sağlık durumları takip edilebilmektedir. Ayrıca internet altyapısı aracılığıyla hekimler ve diğer sağlık personeli hastaların sağlık durumunu gerçek zamanlı olarak izleyebilmekte ve uzaktan hasta yönetimi gerçekleştirebilmektedir (Wang vd., 2021; Rehman vd., 2025; Thottempud vd., 2025).

Blokzincir (Blockchain): Bu teknoloji, elektronik sağlık kayıtları ile ilaç sektörü ve ilaç tedarik zinciri yönetimiyle

birlikte sağlık verilerinin analizi gibi birçok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Elektronik sağlık teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte sağlık verilerinin hacmi hızla artmış bunun sonucu sağlık kurumları arasında veri paylaşımının güçleşmesi ve kişisel sağlık verilerinin gizliliğinin korunması gibi önemli sorunlar da ortaya çıkmıştır. Blokzincir teknolojisi, sağlık verilerini güvenli şekilde depolamakta ve akıllı sözleşmeler (smart contracts) aracılığıyla hasta verilerinin yönetimini sağlamaktadır. Böylece sağlık verilerinin güvenli biçimde saklanması ve kurumlar arasında paylaşılması mümkün hale gelmektedir. Blokzincirin değiştirilemezlik özelliği sayesinde elektronik sağlık kayıtlarının bütünlüğünü korumaktadır. Bu teknolojinin anonimlik ve açıklık özellikleri sağlık verilerine erişim süreçlerini daha şeffaf hale getirerek, kullanıcıların kimlik bilgilerini paylaşmadan güven ilişkisi kurulmasını olanak sağlamaktadır. Yine akıllı sözleşme mekanizması ise kullanıcıların veri gizliliğini ve veri üzerindeki kontrol haklarını güvence altına almaktadır. Ayrıca blokzincir sisteminde sağlık verilerinin depolanması ve erişilmesi için güvenilir bir altyapı sunulmaktadır (Li vd., 2018; Thottempud vd., 2025; Chandak ve Chandak, 2026).

Bulut Bilişim (Cloud Computing): Günümüzde bulut bilişim teknolojisi, hızla gelişerek, bilgi teknolojileri alanında dönüştürücü etkiye sahip olmuştur. Bulut bilişim teknolojisi, bilgi işlem kaynaklarının hizmet olarak sunulduğu dağıtım esasına dayalı bir hesaplama modelidir. Bu teknolojiyle: sunucular, uygulamalar, veriler ile diğer bilgi işlem kaynaklarını tek bir yapı altında bütünleştirilip ağ üzerinden sunulan hizmet ile bilgi işlem kaynakları sanallaştırılmasını sağlamaktadır. Bu teknoloji sayesinde hizmetler kullanıcıların bilgiye sürekli her yerden erişebilmesine ve bilgiyi işleyebilmesine olanak sağlayabilmektedir. Bulut bilişim, sağlık bulut hizmet sağlayıcıları kullanıcı verilerini farklı coğrafi konumlarda

yedekleyerek manuel veri toplama hatalarını azaltabilmekte ve veri toplama maliyetlerini düşürmektedir. Ayrıca bulut bilişim, sağlık verilerinin gerçek zamanlı ve etkin biçimde paylaşılmasına olanak sağlamaktadır. Bulut bilişim aynı zamanda yapay zeka tabanlı veri toplama ve veri işleme süreçlerini de desteklemektedir. Bulut bilişim ile Nesnelerin İnterneti'nin birlikte kullanılması sağlık sektöründe birçok yenilikçi uygulamanın geliştirilmesini sağlamıştır. Örneğin, tıbbi cihazlara bağlı sensörler hastalara ait önemli sağlık verilerini toplayarak bunları sağlık merkezindeki bulut sistemlerine iletilerek, bu sayede depolama ve analiz işlemleri gerçekleştirilmektedir. Bulut hizmetleri, sensörlerden elde edilen bilgilerin etkin biçimde yönetilmesini sağlamak ve elektronik sağlık kayıtları gibi tıbbi verilere istenilen zaman ve yerden erişimini sağlayarak veri paylaşımına olanak vermektedir (Wang vd., 2021; Çelik ve Okyay, 2023; Maurya vd., 2026).

Büyük Veri (Big Data): Büyük veri, belirli bir zaman dilimi içerisinde geleneksel yazılım araçlarıyla elde edilmesi, yönetilmesi aynı zamanda işlenmesi mümkün olmayan büyüklükteki veri kümelerini ifade etmektedir. Büyük veri genel olarak beş temel özelliklerle tanımlanmaktadır: yüksek veri hacmi (Volume), veri çeşitliliği (Variety), yüksek işleme hızı (Velocity), düşük değer yoğunluğu (Value) ve yüksek veri doğruluğu/güvenilirliği (Veracity). Büyük veri teknolojisi ise farklı türlerdeki verilerden kısa sürede anlamlı ve değerli bilgiler elde etmeyi sağlayan bilgisayar teknolojilerini kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri sektörü, büyük veri uygulamalarının en umut verici kullanım alanlarından biri olarak değerlendirilmiştir. Büyük veri teknolojileri, geleneksel sağlık hizmetlerinin dijital sağlık hizmetlerine dönüşümünü hızlandırmıştır. Aynı zamanda büyük veri çağının başlamasıyla birlikte klinik verilerin hacmi katlanarak artmış ve sağlık verilerinin taşıdığı yüksek değer daha belirgin hale gelmiştir. Sağlık alanındaki büyük verilerin

uzun süre saklanması gerektiğinden yüksek depolama kapasitesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca sağlık bilgi hizmetlerinin sunulabilmesi için çevrim içi ve gerçek zamanlı veri analizi ile veri işleme süreçlerinin hızlı şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Büyük veri teknolojileri bu gereksinimlere etkili çözümler sunmaktadır. Büyük veri teknolojisi; elektronik sağlık kayıtları ve tıbbi cihazlardan elde edilen verileri analiz ederek kullanılabilir bilgileri ortaya çıkarmakta, bu sayede sanal hasta profilleri ve tanı-tedavi planları oluşturulmaktadır. Ayrıca farklı hastaların bireysel özelliklerine göre kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesine olanak sağlamaktadır. Bunun yanı sıra kişisel sağlık, tanı ve tedavi verilerini analiz ederek hastalıkların önlenmesine yönelik öngörüler sunulabilmektedir. Büyük veri teknolojisi hastanelerin sistematik yönetimine önemli katkılar sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır. Büyük veri hekimlere bilimsel, güvenilir bilgiler sunarak, tanı ve tedavi süreçlerini desteklemekte, böylece yanlış tanı oranlarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Bu sistemde veri madenciliği teknikleri sayesinde hastane yönetimine ilişkin çok sayıda gösterge ve performans verisi nesnel biçimde analiz edilerek, yöneticilerin karar alma süreçleri desteklenmektedir (Shakhovska vd., 2019; Çelik ve Okyay, 2023; Mukherjee vd., 2026).

2.2. Dijital Sağlık Uygulamalarında Kullanılan Dijital Araçlar

Mobil cihazlar: Mobil cihazlar, dijital sağlık hizmetlerinin en önemli araçlarından biridir. Bu cihazlar, kullanıcıların istedikleri zaman ve istedikleri yerden sağlık bilgilerine erişmelerine olanak sağlayan taşınabilir bilgisayar sistemleri ve diğer araçlar olarak değerlendirilmektedir (Pires vd., 2020). Taşınabilir mobil cihazlar, sağlık hizmetlerinin coğrafi konum ve zaman kısıtlaması olmaksızın hizmet sunulmasına olanak sağladığından önemli avantajlar

sağlamaktadır. Mobil cihazlarda bulunan sensörler kullanıcıların sağlık verilerini tanımlamak ve toplamak amacıyla kullanılmaktadır (Wang vd., 2021). Örneğin bu cihazlar bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini, uyku düzenlerini ve beslenme alışkanlıklarını izleyerek hastalıkların önlenmesine önemli katkı sağlayarak, mobil cihazlar aracılığıyla sağlık bilgilerini ve deneyimlerini çevrim içi ortamda paylaşmaktadır. Kullanıcılar mobil sağlık uygulamaları sayesinde sağlık bilgilerine ulaşmakta ve kendi sağlık durumlarını yönetimlerini daha etkili gerçekleştirebilmektedir. Yakın geçmişte görülen COVID-19 salgın sürecinde kamu kurumları ve sağlık kuruluşları mobil uygulamalar aracılığıyla bireylere hastalık konusunda sağlık bilgileri sunulmuştur. Bu süreçte geliştirilen çok sayıda mobil uygulama sayesinde salgına ilişkin güncel gelişmeler ve kamu otoritelerinin aldığı önlemleri anlık olarak dijital ortamda paylaşarak toplumun salgın sürecini yakından takip etmesini sağlamıştır. Diğer yandan mobil sağlık uygulamaları sağlık profesyonellerinin hasta takibinde önemli avantajlar sağlamıştır. Bu süreçte birçok sağlık kuruluşu çevrim içi randevu sistemi ve uzaktan sağlık hizmetlerini kullanıma sunmuştur. Hastalar mobil uygulamalar üzerinden önceden randevu alabilmekte ve çevrim içi muayene hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Bu uygulamalar hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının zaman tasarrufu sağlamasına ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Pires vd., 2020; Wang vd., 2021; Çelik ve Okyay, 2023; Baş, 2026).

Giyilebilir teknolojiler: Biyosensör temelli geliştirilen giyilebilir teknolojiler, doğrudan insan vücuduna takılabilen ve bu alanda geliştirilen yazılımlar aracılığıyla sağlık verilerini algılayabilen, kaydedebilen, analiz edebilen ve yönetebilen cihazların tümüdür. Bu sensörler bireylerin fizyolojik sinyalleri sürekli olarak ölçtüğü gibi bireylerin uzun dönemli sağlık

izlemini mümkün kılmaktadır. Elde edilen veriler sayesinde fizyolojik göstergelerdeki değişimler dinamik olarak izlenebilmekte ve klinik tanı süreçleri için daha kapsamlı bilgiler sağlanabilmektedir. Aynı zamanda bu veriler hastalıkların erken döneminde öngörülmesi ve erken tanı konulmasına katkı sağlayarak bireyler ve toplum açısından sağlık harcamalarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Kumari vd., 2024; Baş, 2026). En yaygın kullanılan giyilebilir cihazlardan biri akıllı saatlerdir. Akıllı saatler sağlık durumu izleme ve veri işleme işlevlerine sahip olan teknolojik araçlardır. Örneğin Apple Watch, uyku takibi, kalp hızı ölçümü, kandaki oksijen düzeyinin izlenmesi, fiziksel aktivite takibi ve düşme algılama gibi birçok sağlık hizmeti sunmaktadır. Kullanıcının onayı doğrultusunda toplanan sağlık verileri üçüncü taraf sağlık kuruluşlarıyla paylaşılabilen ve bireyler bu bilgiler doğrultusunda yaşam tarzlarını düzenleyerek sağlıklarını geliştirebilmektedir. Akıllı kemerler ise yaygın kullanılan giyilebilir sağlık teknolojileri arasında yer almaktadır. Bu cihazlar yalnızca oturma pozisyonunu değil, aynı zamanda fiziksel aktivite süresi ve uyku düzenini de izleyebilmektedir. Sağlık teknolojileri girişimi Active Protective, yaşlı bireylerde düşmeyi algılayabilen ve düşme sırasında otomatik olarak açılan mini hava yastığı sayesinde kalça kırıklarını önlemeyi amaçlayan akıllı bir kemer geliştirilmiştir. Yine giyilebilir glikoz izleme sistemleri aracılığıyla diyabet hastalarının kan şekeri düzeylerini düzenli olarak takip etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu cihazlar kan glukoz düzeyini sürekli izleyerek elde edilen verilere göre bireyselleştirilmiş diyabet yönetimi stratejileri geliştirilmesini sağlamakta ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmaktadır (Wang vd., 2021; Jafleh vd., 2024; Baş, 2026). Diğer dijital sağlık alanındaki önemli yeniliklerden biri de akıllı hap (smart pill) teknolojisidir. Akıllı haplar, yutulabilir mikro sensörler içeren ilaçlar olup ilacın hasta tarafından alındığını algılayarak geri

bildirim sinyali oluşturabilmektedir. Bu teknoloji özellikle hastaların ilaç tedavisine uyumunun izlenmesinde kullanılmaktadır. Örneğin Helius akıllı hap sistemi, ilacın alınmasının ardından aktifleşen mikro sensörler içermektedir. Sensörlerden gönderilen sinyaller hastanın cildine yerleştirilen bir alıcı tarafından algılanmakta ve kablosuz iletişim teknolojisi aracılığıyla ilgili sisteme aktarılmaktadır. Böylece ilacın alınma zamanı ve dozu takip edilirken aynı zamanda kullanıcının kalp hızı ve vücut sıcaklığı gibi fizyolojik parametreleri de izlenebilmektedir (Wang vd., 2021; Jafleh vd., 2024; Kumari vd., 2024).

Gözetim kameraları (surveillance cameras): Dijital teknolojiler, uzaktan izleme olanaklarını önemli ölçüde gelişmesini sağlamıştır. Dijital teknoloji araçlardan olan gözetim kameraları; tele-sağlık ve teletıp uygulamalarında kritik bir rol üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik akıllı izleme sistemlerinin geliştirilmesi, sağlık kaynaklarının dengesiz dağılımından kaynaklanan sorunların azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Odilov, 2025). Bu araçların uzaktan izleme sistemleri aracılığıyla hastaların rutin klinik ortam dışında sağlık durumlarının sürekli takip edilmesine olanak tanımaktadır. Bu sayede sağlık profesyonellerinin çalışma verimliliği ve hizmet kalitesi artarken, hastaların tedavi için harcadıkları zaman ve maliyetler önemli ölçüde azalmaktadır. Gözetim kameraları ve görüntüleme sistemleri sayesinde sağlık kuruluşları ile sağlık çalışanları, tıbbi görüntüleri dijital olarak işleyebilmekte ve yeniden yapılandırabilmektedir. Böylece hastalıkların uzaktan tanı ve tedavisi amacıyla görüntülerin uzaktan elde edilmesi, depolanması, iletilmesi ve analiz edilmesi mümkün hale gelmektedir. Ayrıca uzaktan izleme sistemleri bakım hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır. Bu araçlarla hastaların fizyolojik durumlarının sürekli ve doğru şekilde uzaktan izlenebilmesi, bakım kalitesinin yükselmesine katkı sağlamakta

ve hastaların hastane dışında daha bağımsız bir yaşam sürdürmesine olanak sağlamaktadır Wang vd., 2021; Jafleh vd., 2024; Kumari vd., 2024; Odilov, 2025).

İzleme cihazları; Bu cihazlar; solunum sayısı, nabız, kan basıncı ve diğer fizyolojik parametreleri analiz edip işleyebilmekte, elde edilen sonuçları klinisyenlere ve ilgili sağlık bilgi sistemlerine iletebilmektedir. Sağlık profesyonelleri bu fizyolojik verileri kullanarak hastalıkların tanısını koymakta ve uygun tedavi planlarını oluşturabilmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi daha da artırılabilir (Jafleh vd., 2024; Odilov, 2025).

3. COVID-19 SALGIN YÖNETİMİNDE DİJİTAL SAĞLIK UYGULAMALARI

Dünya genelinde sağlık sistemleri, COVID-19 pandemi sürecinde yaşanan yetersizlikler nedeniyle ciddi kırılmalıkların yaşanmasına bağlı yakın zamanda benzeri görülmemiş zorluklarla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir. Bu süreçte hastaneler ve sağlık çalışanı yetersizliği, sınırlı dijital olgunluk ile verimsiz iş akışları ve tedarik zinciri kırılmalıklarına bağlı önemli sorunlar yaşanmıştır. Dolayısıyla pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinde dijital dönüşüm her zamankinden daha acil bir gereklilik haline gelmiştir (Billis vd., 2026). COVID-19 salgını salgın yönetiminde dijital sağlık teknolojileri planlama ve izleme, enfeksiyon taraması, temaslıların takibi, karantina ve izolasyon tedbirleri ile klinik yönetimle kullanılarak salgının kontrol altına alınmasında kritik rol oynamıştır (Whitelaw vd., 2020; Yew, vd., 2025)

Büyük veri (big data) ve yapay zeka (YZ), birçok ülkede COVID-19'a hazırlık çalışmalarını kolaylaştırmış, kişilerin ve dolayısıyla enfeksiyonun yayılımının izlenmesine önemli kolaylıklar sağlamıştır (Whitelaw vd., 2020; Văduva vd., 2023;

Yew, vd., 2025). Çin COVID-19 salgını bildiriminden sonra Tayvan, Wuhan'dan gelen hava yolu yolcularına sağlık kontrolleri başlatarak gelen yolcuların kayıtlarını gerçek zamanlı ulusal sağlık sigortası veri tabanına entegre edilmesi sayesinde izlenecek kişiler hızlı şekilde belirleyebilmiştir. Tayvan'ın salgınla mücadelede büyük veriyi etkin kullanmasının vakaların daha düşük ve ölüm oranlarının daha az olmasının başlıca nedeni olduğu belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde faaliyet gösteren “Swedish Health Services,” sağlık çalışanlarının COVID-19 hasta sayıları, kişisel koruyucu ekipman durumu, personel sayısı, ventilatör kullanımı ve diğer kaynaklara ilişkin verileri gerçek zamanlı belirleyen bir platform geliştirmiştir. Bu platform sayesinde sağlık kuruluşlarının durumunun izlenmesi, kaynakların etkin dağıtılması ve yatak kapasitesinin artırılması mümkün olmuştur. Diğer yandan COVID-19'un izlenmesine duyulan ihtiyaç nedeniyle hastalık yükünü görsel olarak sunan veri panolarının (dashboard) geliştirilmesini hızlandırmıştır. Örneğin Singapur Sağlık Bakanlığı verilerini kullanan UpCode platformu; enfeksiyon eğilimlerini yaş, cinsiyet ve bölgelere göre göstermekte, ayrıca enfekte bireylerin iyileşme sürelerini analiz edilmiştir Johns Hopkins Üniversitesi COVID-19 Gösterge Paneli ile HealthMap platformu ise dünya genelindeki vaka ve ölüm sayılarını güncel olarak görselleştirebilmiştir. (Whitelaw vd., 2020; Heinrichs vd., 2022; Tahmasbi vd., 2025).

Enfeksiyon taraması için çeşitli teknolojilerden yararlanılmıştır. Örneğin Çin, bireyleri taramak ve uygun sağlık hizmetlerine yönlendirmek amacıyla ücretsiz web tabanlı ve bulut tabanlı araçlardan yararlanmıştır. Yine Tayvan'daki havaalanlarında kurulan yüksek performanslı kızılötesi termal kameralar, gerçek zamanlı termal görüntüler elde ederek ateşi olan kişilerin hızla belirlenmesini sağlamıştır. Singapur'da ise iş yerleri, okullar ve toplu taşıma girişlerinde bireylerin ateşi

ölçülmekte; elde edilen veriler takip edilerek yeni enfeksiyon riskleri açısından takip edilerek, böylece COVID-19 test uygulamalarına yön verilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir şirket, dijital termometrelerden elde edilen gerçek zamanlı verilerle ateşli hastalık kümelerinin izlenmesine olanak tanımıştır. Ayrıca ülke genelinde yürütülen bir araştırmada akıllı saat uygulamalarıyla bireylerin kalp hızları takip edilmiştir. Bu yöntemle COVID-19 salgınlarının erken dönemde tespit edilebileceği varsayılmıştır. Diğer birçok ülkeden farklı olarak İzlanda, belirti göstermeyen bireyleri de kapsayan yaygın test stratejisi uygulamıştır. Mobil teknolojiler aracılığıyla hastaların bildirdiği semptomlar toplanarak ve bu veriler klinik bilgiler, genom dizileme verileriyle birleştirilerek virüsün patolojisi ve yayılımı hakkında ayrıntılı bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır (Whitelaw vd., 2020; Heinrichs vd., 2022).

Temaslı takibinde farklı dijital teknolojilerden yararlanılmıştır. Örneğin Güney Kore, güvenlik kamerası görüntüleri, yüz tanıma teknolojisi, banka kartı kayıtları ile araçlardan ve cep telefonlarından elde edilen Küresel Konumlandırma Sistemi (Global Positioning System-GPS) verilerini kullanarak oldukça kapsamlı bir temaslı takip sistemi geliştirmiştir. Bu sayede Güney Kore vatandaşlarına bölgelerindeki yeni COVID-19 vakalarına ilişkin acil kısa mesajlar gönderilerek enfekte kişilerle temas etmiş olabilecek bireylerden test merkezlerine başvurmaları ve kendilerini izole etmeleri istenmiştir. Böylece enfeksiyonların erken dönemde tespit edilmesi ve izolasyonunun sağlanmasına katkı sağlamıştır. Bu sayede Güney Kore, dünyadaki en düşük kişi başına COVID-19 ölüm oranlarını koruyan ülkeler arasında yer almıştır. Singapur ise bireyler birbirine yaklaştığında kısa mesafeli Bluetooth sinyalleri alışverişi yapan bir mobil uygulama geliştirilmiştir. Bu uygulama temaslı durumu kaydederek, verileri yirmi bir gün boyunca kullanıcıların

telefonlarında saklanmasına olanak tanımıştır. Böylece COVID-19 tanısı konulduğunda Singapur Sağlık Bakanlığı bu verilere erişerek temaslı kişileri belirleyebilmiştir. Bu sayede Güney Kore'de olduğu gibi Singapur da kişi başına en düşük COVID-19 ölüm oranlarına sahip ülkeler arasında yer almıştır. Almanya'da ise nabız, vücut sıcaklığı ve uyku düzenini izleyen bir akıllı saat uygulaması geliştirilmiştir. Bu uygulamadan elde edilen veriler çevrim içi etkileşimli haritalarda gösterilerek bu sayede yetkililerin ülke genelindeki olası COVID-19 yayılımını değerlendirmesine olanak sağlamıştır (Whitelaw vd., 2020; Heinrichs vd., 2022).

Birçok ülke salgın kontrolü amacıyla uygulanan yaygın ve kapsamlı kapanmalar, ciddi sosyoekonomik sonuçlara yol açmıştır. Dijital teknolojiler sayesinde ise karantina uygulamaları yalnızca virüse maruz kalan veya enfekte olan bireylere yönelik uygulanabilmesine olanak tanıyan dijital uygulamalar sayesinde diğer bireylere daha hafif kısıtlamalar getirilmiştir. Bu amaçla çeşitli dijital teknolojilerden yararlanılmıştır (Whitelaw vd., 2020). Örneğin Çin'in uygulamaya konulan Hızlı Yanıt (Quick Response–QR) kodu sistemi, bireylerin semptom anketi doldurmasını ve vücut sıcaklıklarını kaydetmesi istenmiştir. Böylece bireylerin sağlık durumlarının izlenmesine ve hareketlerinin kontrol edilmesine olanak sağlamıştır. Ayrıca yapay zeka destekli gözetim kameraları, drone kameraları ve taşınabilir dijital kayıt cihazları kullanarak kamusal alanlarda insanların toplanmasını izleyerek gerektiğinde sayılarının sınırlandırılması sağlanmıştır. Avustralya'da yapılan yasal düzenlemeler kapsamında karantina kurallarını ihlal eden bireylerin elektronik takip cihazı takması zorunlu tutulmuş ve uyarılara uymayanlara para cezası uygulanmıştır. Tayvan'da ev karantinasındaki bireyler, devlet tarafından sağlanan ve GPS ile izlenen cep telefonları aracılığıyla elektronik olarak takip edilmesi sağlanmıştır.

"Dijital çit (digital fence)" olarak adlandırılan bu sistem, karantina ihlali gerçekleştiğinde hem kişiye uyarı mesajı gönderdiği gibi kurallara uymayanlar para cezası uygulanmıştır. Güney Kore'de kendini izole eden bireylerin, bulundukları yeri terk etmeleri durumunda yetkilileri uyaran bir mobil uygulamayı telefonlarına indirmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Hong Kong'da ise ev izolasyonuna tabi bireyler, bulut teknolojisi aracılığıyla merkezi veri tabanına bağlı çalışan elektronik bileklik taşıyarak izlenmişlerdir. Yine İzlanda da COVID-19 hastalarını izlemek ve izolasyona uyumlarını sağlamak amacıyla mobil tabanlı bir takip sistemi geliştirilmiştir (Whitelaw vd., 2020; Heinrichs vd., 2022; Tahmasbi vd., 2025).

Yapay zeka, COVID-19'un hızlı tanısı ve hastalık riskinin öngörülmesinde önemli katkılar sağlamıştır. Çin'de uygulamaya konulan bulut tabanlı yapay zeka destekli bilgisayarlı tomografi (BT) sistemi, COVID-19 pnömonisini saniyeler içinde tespit edebilmiştir. Dünya genelindeki klinisyenlerin kullanımına sunulan açık kaynaklı derin sinir ağı modeli COVID-Net, akciğer grafileri üzerinden COVID-19'u diğer akciğer hastalıklarından hızlı biçimde ayırt edebilmiştir. Video konferans sistemleri ve dijital hasta izleme teknolojilerini kullanan sanal sağlık hizmetleri (tele-sağlık), hastaların sağlık kuruluşlarında COVID-19 maruz kalma riskini azaltmak amacıyla dünya genelinde yaygın biçimde uygulanmıştır (Whitelaw vd., 2020; Yew, vd., 2025). COVID-19 pandemi sürecinde Almanya'da sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşlarına destek sağlamak amacıyla sanal hastane (virtual hospital) uygulaması hayata geçirilmiştir. Ayrıca Charité University Hospital tarafından geliştirilen CovApp çevrim içi platformu (<https://covapp.charite.de/>), hastaların sağlık durumlarını değerlendirmek, uygun sağlık hizmetine yönlendirmek ve ilgili sağlık kuruluşlarının iletişim bilgilerini sunmak amacıyla kullanıma açılmıştır. Ayrıca Almanya'da

COVID-19 belirtilerinin değerlendirilmesine yardımcı olan yeni bir çevrim içi teletıp aracı kullanılmaya başlanmıştır. İtalya, “COVID-19 Pandemisi Sürecinde Teletıp Hizmetlerine İlişkin Geçici Rehber” başlıklı ulusal teletıp kılavuzunu yayımlamıştır. Fransa’da salgın sürecinde COVID-19 tanısı almış veya enfekte kişilerle temas etmiş ancak ağır semptom göstermeyen hastaların günlük olarak otomatik biçimde takip edilmesini sağlayan bir tele-izlem (telemonitoring) platformu başlatmıştır (Nataliia vd., 2021; Heinrichs vd., 2022). Salgın sürecinde kaynak yetersizliğinin yaşandığı dönemlerde ABD’de kurulan National Emergency Tele-Critical Care Network, mobil teknolojiler aracılığıyla kritik bakım uzmanlığını ülke genelinde sağlık hizmetinin ulaştırılmasını sağlamıştır (Heinrichs vd., 2022).

Türkiye’de ise ilk COVID-19 vakasından sonra 11 Mart 2020’de salgın yönetiminde pandemi sürecine geçilmiştir. Bu süreçle birlikte Sağlık Bakanlığı salgınla mücadelede yetkili kılınmıştır ve bu kapsamda oluşturulan bilim kurulu salgınla mücadelede önemli rol üstlenmiştir. Ayrıca bakanlık tarafından hastanelerin yatak kapasiteleri artırılarak dijital alt yapısı güçlü olan pandemi hastanelerini hizmete (Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi gibi) açmıştır (Sezgin ve Deniz, 2025). Bu süreçte, bilim kurulunun tavsiyesiyle kurulan “184 SABİM hattı” “Alo 184 Koronavirüs Danışma Hattı” olarak değiştirilerek danışma ağı güçlendirilmiştir. Uygulamaya konulan “Hayat Eve Sığar” uygulaması aracılığıyla izole olması gereken kişiler evde dijital ve mobil uygulamalarla izlenebilmiştir. Birey ve aileler için psiko-sosyal destek için “Ruh Sağlığı Destek Sistemi (RUHSAD)” platformu kurularak bu hastalara yardımcı olunmuştur (Tavukcu ve Eke, 2021). Ayrıca Türkiye’de COVID-19 pandemi sürecinde bazı dijital sağlık uygulamaları başarıyla hayata geçirilmiştir. Örneğin bazı sağlık kuruluşları hastalara uzaktan poliklinik hizmeti vermiştir

(Ege ve Kocaeli Üniversite Hastaneleri gibi). Yine E-reçete uygulamasıyla hastaların ilaçları hekimler tarafından dijital ortamda yazılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından “Dr. E-Nabız Sistemi Kılavuzu” yayınlanarak bu sayede hastaların görüntülü randevu almasına yardımcı olunmuştur. Yine bu süreçte uzaktan sağlık hizmeti sunumuyla ilgili yönetmelik yayımlanarak yasal boşluk giderilmiştir (Baş, 2026).

COVID-19 pandemisi dijital sağlık uygulamalarının başta sağlık kurumları ve diğer alanlarda test edildiği önemli bir dönem olmuştur. Sosyal mesafe uygulamaları nedeniyle aksayan sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde dijital sağlık teknolojileri kritik rol üstlenmiştir. Dijital sağlık uygulamalarının pandemi sürecinde sağladığı katkılarının bazıları aşağıda verilmiştir (Getachew vd., 2023)..

- Teletıp uygulamaları sayesinde sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi sağlanmıştır.
- Hastaların hem kendileri hem de sağlık çalışanları, enfeksiyon riskinden korunmuştur.
- Hastane ziyaretlerinin azalması nedeniyle akıllı telefonlar ve mobil uygulamalar rutin hasta takibinde yaygın olarak kullanılmıştır.
- COVID-19 tarama sistemleri acil servislere gereksiz başvuruları azaltmış ve sağlık sisteminin organizasyonunu iyileştirmiştir.
- mHealth, eHealth ve diğer mobil uygulamalar tanı, tedavi ve hasta izlemi amacıyla yaygın şekilde kullanılmıştır.
- Bulut bilişim teknolojileri; test, tanı, triyaj, hasta izlemi ve uzaktan danışmanlık süreçlerini desteklemiştir.

- Yapay zeka, COVID-19 araştırmalarının analiz edilmesini hızlandırmış; ilaç geliştirme çalışmalarına katkı sağlamıştır.
- Yapay zeka platformları yüksek riskli hastaların gerçek zamanlı izlenmesini mümkün kılmıştır.
- Giyilebilir sağlık teknolojileri sağlık izlemi ve sigorta teşvik programlarında kullanılmaya başlanmıştır (Getachew vd., 2023).

Ülkelerin dijital sağlık teknolojisinin uygulama başarısında başta sağlık sistemi olmak üzere, siyasal, sosyal, ekonomik koşullarına bağlı değişebilmektedir. Sağlık teknolojisindeki başlıca uygulama sorunları ise aşağıda verilmiştir.

- Kurumlar arasında veri paylaşım standartlarının yetersizliği,
- Veri güvenliği ve hasta mahremiyeti,
- Elektronik onam süreçlerinin eksikliği,
- İnternet ve elektrik altyapısındaki eşitsizlikler,
- Dijital sağlık okuryazarlığının düşük olması,
- Nitelikli dijital sağlık personeli eksikliği,
- Finansman yetersizliği,
- Ulusal politika ve yönetim eksiklikleri,
- Kültürel uyum sorunları,
- Yüz yüze bakım ile dijital bakım arasında geçiş güçlükleri,
- Eğitim ve kullanıcı desteği eksiklikleri,
- Kullanılabilirlik ve erişilebilirlik problemleri,

Teknolojiye aşırı bağımlılık olarak bildirilmiştir (Getachew vd., 2023; Peltonen vd., 2026 Metcalf vd., 2026).

4. SONUÇ

Dijital sağlık teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte, sağlıkta kullanımı giderek yaygınlaşmış ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile yönetiminde önemli dönüşümleri sağlayıp, iyileşmelere yol açmıştır. Dünya genelinde sağlık sistemlerinde dijital dönüşüme duyulan ihtiyacın temel nedenleri arasında; artan hastalık yükü ve sağlık sorunlarına etkili çözümler geliştirme, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri azaltma ve sağlık hizmetlerinin daha etkili, verimli, sürdürülebilir bir şekilde sunulması yer almaktadır. Dijital sağlık teknolojileri, COVID-19 salgın sürecinde; planlama, test, temaslı takibi, sürveyans, karantina uygulamaları ve klinik yönetimde etkili kullanılmıştır. Ayrıca dijital teknolojileri erken dönemde uygulamaya koyan ülkeler, hastalık yükünü yönetme başarısı sayesinde ölüm oranları azaltılabilmekmiştir. COVID-19 pandemi yönetiminde dijital sağlık teknolojilerinin kullanımı daha yaygınlaşarak, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir, sürdürülebilir ve etkin sunulmasına katkıda bulunmuştur. Ancak dijital sağlık teknolojileri önemli potansiyele sahip olmasına rağmen, aşılması gereken çeşitli zorluklar ve etik sorunlar da bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Anusi, H. I. (2026). Digital technology integration in healthcare: A comparative review of hospitals in the United States and selected African countries. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 15(2), 536-544.
- Baş K, Sur H. COVID-19 Sağlık krizinin ülkelerin sağlık sistemleri üzerine etkisi; küresel sağlık sistemleri boyutuyla bir değerlendirme. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2023;8(1):105-13.
- Baş, K., (2025). Sağlıkta dijitalleşmenin önemi ve kalite yönetimine etkisi, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 17 (1): 130-143.
- Baş, K., (2026). Yaşlılarda tele sağlık ve teletıp uygulamalarının sistematik incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 37(1), 157-178.
- Billis, A., Rigas, E., Mlakar, I., Weber, P., & Stoicu-Tivadar, L. (2026). AI and robotics for the smart hospitals of the future. *Health Informatics Journal*, 32(2), 14604582261462839.
- Chandak, A., & Chandak, P. (2026). Blockchain technology in health care an extensive scoping review of the existing applications, challenges, and future directions. *International Journal of Cybersecurity Engineering and Innovation*, 2026(1).
- Cui, J., & Xiao, B. (2025). The Critical Role of Digital Regulatory Measures in COVID-19 Pandemic Protection: A Study on Digital Management. *Life Studies*, 1(2), 28-39.

- Çelik, E., & Okyay, P. (2023). Dijitalleşmenin sağlığa yansımaları: Sağlık 4.0. *Halk Sağlığı Araştırma Ve Uygulamaları Dergisi*, 1(1), 35-42.
- Getachew, E., Adebeta, T., Muzazu, S. G., Charlie, L., Said, B., Tesfahunei, H. A., ... & Manyazewal, T. (2023). Digital health in the era of COVID-19: Reshaping the next generation of healthcare. *Frontiers in public health*, 11, 942703.
- Handrean, I. G. E., Pratama, I. R., Sumarna, D. R., Fakhrazi, R., Rejauw, S., & Paramarta, V. (2025). Digital Transformation in Hospital Management: Building Readiness for Society 5. *International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP)*, 5(1), 39-45.
- Haenlein, M., & Kaplan, A. (2019). A brief history of artificial intelligence: On the past, present, and future of artificial intelligence. *California management review*, 61(4), 5-14.
- Heinrichs, H., Mueller, F., Rohfleisch, L., Schulz, V., Talbot, S. R., & Kiessling, F. (2022). Digitalization impacts the COVID-19 pandemic and the stringency of government measures. *Scientific Reports*, 12(1), 21628.
- Jafleh, E. A., Alnaqbi, F. A., Almaeeni, H. A., Faqeeh, S., Alzaabi, M. A., Al Zaman, K., ... & Alzaabi, M. (2024). The role of wearable devices in chronic disease monitoring and patient care: a comprehensive review. *Cureus*, 16(9).
- Kumari, S., Tyagi, A. K., & Sharma, A. K. (2024). Emerging, Assistive, and Digital Technology in Telemedicine Systems. In *Future of AI in Medical Imaging*, 184-206. IGI Global.

- Li, H.; Zhu, L.; Shen, M.; Gao, F.; Liu, S. Blockchain-Based Data Preservation System for Medical Data. *J. Med Syst.* 2018, 42, 1–13.
- Liu, R., Rong, Y., & Peng, Z. (2020). A review of medical artificial intelligence. *Global Health Journal*, 4(2), 42-45.
- Paunova, S., Valkanov, V., & Georgiev, P. (2026). Enrichment of the digitalization of hospital systems through the implementation of methods for processing and analysis of medical data. *ARPHA Proceedings*, 10, 499-506.
- Peltonen, L. M., Lokmic-Tomkins, Z., Cho, H., Collins, E., Gerich, H. V., Golz, C., ... & Dowding, D. (2026). Adoption of Digital Technologies in Public Health Crises: an International Large-Scale Survey. *Public Health Nursing*.
- Rehman, A. U., Lu, S., Bin Heyat, M. B., Iqbal, M. S., Parveen, S., Bin Hayat, M. A., ... & Sawan, M. (2025). Internet of things in healthcare research: trends, innovations, security considerations, challenges and future strategy. *International journal of intelligent systems*, 2025(1), 8546245.
- Maurya, N., Chauhan, A. V. S., Puri, I., Rohil, M. K., Kochar, S. K., & Mahapatra, T. (2026). Impact assessment of digital ecosystem in healthcare services: A qualitative case study of hospital data management in Bikaner District in India. *Informatics in Medicine Unlocked*, 101735.
- Metcalf, O., Tagne, J. F., Passey, D., Chapman, W., Cornell, P. Y., Huggins, C. E., ... & Huckvale, K. (2026). Digital Transformation of Rural, Regional, and Remote Australian Hospitals: A Pragmatic Strategy for

Introducing AI. *Australian Journal of Rural Health*, 34(2), e70178.

Mukherjee, S., Mukherjee, S., Kamath, V., & Čepel, M. (2026). Knowledge management, digital innovation, and sustainability outcomes in Indian hospitals: A capability-based perspective. *Journal of Innovation & Knowledge*, 17, 101070.

Marques, I. C., & Ferreira, J. J. (2020). Digital transformation in the area of health: systematic review of 45 years of evolution. *Health and Technology*, 10(3), 575-586.

Nataliia, V., Barzylovych, A., Zabolotna, A., Boiko, M., & Rybchych, I. (2021). Healthcare facilities management in digitalization context. *International journal of health sciences*, 5(3), 429-440.

Odilov, J. (2025). Telemedicine and remote monitoring: digital transformation and future prospects in modern healthcare. *Экономика и социум*, (12-3 (139)), 451-457.

Pires, I. M., Marques, G., Garcia, N. M., Flórez-Revuelta, F., Ponciano, V., & Oniani, S. (2020). A research on the classification and applicability of the mobile health applications. *Journal of personalized medicine*, 10(1), 11.

Sezgin, G., & Deniz, G. (2025). Türkiye, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya sağlık sistemleri ve COVID-19 sağlık politikaları. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 219-241.

Shakhovska, N., Fedushko, S., Melnykova, N., Shvorob, I., & Syerov, Y. (2019). Big Data analysis in development of personalized medical system. *Procedia Computer Science*, 160, 229-234.

- Shujaat, S., Almutairi, H., Alhuraibi, S. H., & Ma, H. (2026). Policy Considerations for National Virtual Hospitals: Global Evidence and the Seha Virtual Hospital Model. *Journal of Medical Internet Research*, 28, e89276.
- Siahaan, S. E., & Saragih, S. (2026). Digital Transformation of Services in Hospitals: The Role of Service Quality and Digital Readiness. *Journal of Social Research*, 5(4), 1474-1489.
- Tahmasbi, F., Toni, E., Javanmard, Z., Kheradbin, N., Nasiri, S., & Sadoughi, F. (2025). An overview of reviews on digital health interventions during COVID-19 era: insights and lessons for future pandemics. *Archives of Public Health*, 83(1), 129.
- Tavukcu, M., & Eke, E. (2021). Covid-19 pandemi yönetim süreci: Türkiye perspektifi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 116-133.
- Thottempudi, P., Konduru, R. M., Valiveti, H. B., Kuraparthi, S., & Kumar, V. (2025). Digital health resilience: IoT solutions in pandemic response and future healthcare scenarios. *Discover Sustainability*, 6(1), 144.
- Văduva, L. L., Nedelcu, A. M., Stancu, D., Bălan, C., Purcărea, I. M., Gurău, M., & Cristian, D. A. (2023). Digital technologies for public health services after the COVID-19 pandemic: A risk management analysis. *Sustainability*, 15(4), 3146.
- Yew, S. Q., Trivedi, D., Adanan, N. I. H., & Chew, B. H. (2025). Facilitators and barriers to the implementation of digital health technologies in hospital settings in lower- and middle-income countries since the onset of the

COVID-19 pandemic: scoping review. *Journal of medical Internet research*, 27, e63482

Wang, Q., Su, M., Zhang, M., & Li, R. (2021). Integrating digital technologies and public health to fight Covid-19 pandemic: key technologies, applications, challenges and outlook of digital healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6053.

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

Williams, P. A., Lovelock, B., Cabarrus, T., & Harvey, M. (2019). Improving digital hospital transformation: development of an outcomes-based infrastructure maturity assessment framework. *JMIR medical informatics*, 7(1), e12465.

SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇEVRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK VE YEŞİL HASTANE YÖNETİMİ: KARBON AYAK İZİNDEN NET- SIFIRA

Onur AÇIKGÖZ¹

1. GİRİŞ

İklim krizi, yalnızca çevresel bir sorun olarak değil, yirmi birinci yüzyılın en büyük halk sağlığı tehdidi olarak da nitelendirilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2018). Artan sıcaklıklar, aşırı hava olayları, vektör kaynaklı hastalıkların coğrafi olarak yayılması, kuraklık, sel ve hava kirliliği bir yandan sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta, diğer yandan sağlık kuruluşlarının kendisini doğrudan tehdit etmektedir (Karliner, Slotterback, Boyd, Ashby ve Steele, 2020). Ne var ki çoğu zaman gözden kaçan bir çelişki, hastalıkları tedavi etmek ve sağlığı korumakla görevli sağlık sektörünün aynı zamanda iklim krizine önemli ölçüde katkıda bulunan bir karbon kaynağı olmasıdır. "Önce zarar verme" ilkesini benimseyen bir sektörün yürüttüğü faaliyetler aracılığıyla çevreye ve dolaylı olarak insan sağlığına zarar vermesi, sağlık yönetimi açısından üzerinde durulması gereken temel bir paradoks oluşturmaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022).

Sağlık hizmetleri sektörünün küresel iklim ayak izi, dünya genelindeki net sera gazı emisyonlarının yaklaşık %4,4'üne, başka bir ifadeyle yılda yaklaşık 2 gigaton karbondioksit eşdeğerine (GtCO₂e) karşılık gelmektedir (Karliner vd., 2020).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Kangal MYO, Yönetim ve Organizasyon, ORCID: 0000-0002-5419-626X.

Sağlık sektörü tek başına bir ülke olsaydı dünyanın beşinci en büyük emisyon kaynağı olacaktı; söz konusu emisyon miktarı, 514 kömürlü termik santralin bir yılda ürettiği sera gazına eşdeğerdir (Karliner vd., 2020). Bu büyüklük, sağlık kuruluşlarının çevresel etkisinin artık ikincil bir konu olarak görülemeyeceğini ve sağlık yönetiminin stratejik gündeminde merkezi bir yer edinmesi gerektiğini açıkça göstermektedir.

Hastaneler, yapıları gereği yoğun kaynak tüketen kuruluşlardır. Bu kuruluşlar yılın 365 günü kesintisiz hizmet vermekte, karmaşık biyomedikal teknolojiler barındırmakta, sürekli ısıtma, soğutma, havalandırma ve aydınlatmaya gereksinim duymakta, yoğun biçimde su tüketmekte ve büyük miktarda atık üretmektedir (Marimuthu ve Paulose, 2016; Terekli, Özkan ve Bayın, 2013). Bu nedenle sağlık kuruluşlarında çevresel sürdürülebilirlik, bir kurumsal sosyal sorumluluk söylemi olmanın ötesine geçmiş; maliyet yönetimi, hizmet sürekliliği, kalite ve kurumsal itibar boyutlarıyla doğrudan yönetsel bir konu hâline gelmiştir (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023).

Çevresel sürdürülebilirlik, son yıllarda sağlık yönetimi alanında hızla kurumsallaşmaktadır. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service [NHS]), 2020 yılında sistematik bir karbon ayak izi hesaplaması yayımlamış ve yasal olarak bağlayıcı net-sıfır hedefleri belirleyen ilk sağlık sistemi olmuştur (Tennison vd., 2021). Bu bölümde sağlık kuruluşlarında çevresel sürdürülebilirlik ve yeşil hastane yönetimi; kavramsal çerçeve, karbon ayak izi ve emisyon kaynakları, karbon yönetimi süreci, uygulama alanları, performans ölçümü, dünyadan ve Türkiye'den örnekler ile karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri başlıkları altında, sağlık yönetimi perspektifinden bütüncül bir biçimde ele alınmaktadır.

2. YEŞİL HASTANE KAVRAMI VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Sürdürülebilirlik kavramı, en yaygın kabul gören tanımıyla, bugünün ihtiyaçlarının gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama olanaklarını tehlikeye atmadan karşılanması olarak ifade edilmektedir (Brundtland, 1987). Kavram çevresel, ekonomik ve sosyal olmak üzere üç boyuttan oluşmakta, bu boyutların oluşturduğu bütünlük ise çoğu zaman "üçlü sacayağı" olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri bağlamında sürdürülebilirlik, hizmet kalitesinden ödün vermeden çevresel etkinin azaltılmasını, kaynakların verimli kullanılmasını ve hem bugünkü hem de gelecekteki nüfusun sağlığının korunmasını amaçlamaktadır (Marimuthu ve Paulose, 2016).

2.1. Yeşil Hastane Nedir?

Yeşil hastane en genel anlamıyla; tasarım, inşa, işletme ve yatırım süreçlerinde çevresel etkiyi en aza indirmeyi hedefleyen, enerji ve su verimliliğini gözeten, atık üretimini azaltan, zararlı kimyasallardan arınmayı amaçlayan ve bütün bunları hasta ile çalışan sağlığını iyileştirecek biçimde gerçekleştiren sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır (Chías ve Abad, 2017; Özkan, Bayın ve Terekli Yeşilaydın, 2014). "Yeşil bina" kavramı içinde değerlendirilen yeşil hastane, sağlık hizmetlerinin çevre üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeyi amaçlayan yenilikçi bir yönetim yaklaşımıdır (Terekli vd., 2013). DSÖ'nün geliştirdiği çerçevede ise yeşil ve sürdürülebilir sağlık tesisleri; en düşük düzeyde sera gazı üreten, iklim dostu bir gelişim çizgisi izleyen ve enerji ile kaynak maliyetlerini düşürerek tasarruf sağlayan kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2020).

Yeşil hastane yaklaşımını ayırt eden temel özellik, çevresel performansı sağlık hizmetinin kalitesiyle çelişen değil, onu tamamlayan bir unsur olarak konumlandırmasıdır. İyi tasarlanmış bir yeşil hastane, enerji maliyetlerini düşürerek

finansal sürdürülebilirliği güçlendirmekte, iç mekân hava kalitesini ve doğal aydınlatmayı iyileştirerek hastaların iyileşme sürecini desteklemekte, olağanüstü hava olaylarına karşı dayanıklılığı artırarak da hizmet sürekliliğini güvence altına almaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022; DSÖ, 2020). Bu açıdan yeşil hastane, sağlık yönetimi bakımından yalnızca bir çevre politikası olarak değil, bütüncül bir kurumsal strateji olarak ele alınmalıdır.

2.2. Geleneksel Hastane Yönetiminden Yeşil Hastane Yaklaşımına Geçiş

Geleneksel hastane yönetimi anlayışı klinik kalite, hasta güvenliği, erişilebilirlik ve maliyet kontrolü gibi hedeflere odaklanmış, kurumun çevresel ayak izini ise büyük ölçüde göz ardı etmiştir. Bu anlayışta enerji, su ve malzeme sınırsız ve üzerinde durulmaya değmeyen girdiler olarak görülmüş, atık yönetimi de yalnızca mevzuata uyum düzeyinde ele alınmıştır (Terekli vd., 2013). Yeşil hastane yaklaşımı ise çevresel etkiyi, klinik ve finansal performansla bütünleşik bir yönetim boyutu olarak konumlandırmaktadır (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023).

Bu geçiş, yönetsel açıdan üç temel dönüşümü gerektirmektedir. Bunlardan ilki, çevresel etkinin ölçülebilir hâle getirilmesi, diğer bir deyişle karbon ayak izinin ve kaynak tüketiminin sistematik olarak izlenmesidir (Tennison vd., 2021). İkincisi, sürdürülebilirliğin üst yönetim düzeyinde sahiplenilmesi ve kurumsal yönetim yapılarına dâhil edilmesidir. Bu alandaki öncü örneklerde her sağlık kuruluşunda yönetim kurulu düzeyinde bir net-sıfır sorumlusunun ve bir yeşil planın bulunması beklenmektedir (NHS England, 2020). Üçüncüsü ise çevresel hedeflerin, tüm personelin katılımıyla benimsenen bir kurum kültürü hâline getirilmesidir. Başarıya ulaşmış yeşil hastane projelerinde yönetimin kararlılığının ve çok disiplinli

ekip çalışmasının belirleyici bir rol oynadığı görülmektedir (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023).

2.3. İlgili Kavramların Karşılaştırılması

Literatürde birbirine yakın olmakla birlikte farklı noktaları vurgulayan çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. "Yeşil bina" kavramı öncelikle fiziksel yapının tasarım ve inşaa süreçlerine odaklanmakta; enerji, su, malzeme ve iç çevre kalitesi gibi ölçütleri esas alan LEED, BREEAM veya Green Star gibi sertifikasyon sistemleriyle değerlendirilmektedir (Çilhoroz ve Işık, 2019). "Sürdürülebilir hastane" kavramı ise binanın ötesine geçerek işletme süreçlerini, satın almayı, gıda hizmetlerini, ulaşımı ve atık yönetimini de kapsayan daha geniş bir çerçeve sunmaktadır. Son olarak "düşük karbonlu sağlık kuruluşu" kavramı, özellikle sera gazı emisyonlarının azaltılmasına odaklanmakta ve net-sıfır hedefiyle doğrudan ilişkili bulunmaktadır (Tennison vd., 2021).

Bu kavramları birbirinden ayıran en önemli unsur, kapsamlarının genişliğidir. Yeşil bina yaklaşımı daha çok Kapsam 1 ve Kapsam 2 emisyonlarıyla ilgilenirken, sürdürülebilir ve düşük karbonlu hastane yaklaşımları tedarik zincirinden kaynaklanan Kapsam 3 emisyonlarını da içine alan bütüncül bir bakış açısı benimsemektedir. Bu ayrım sağlık yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır; zira sağlık kuruluşlarının karbon ayak izinin büyük bölümü tedarik zincirinden kaynaklanmakta, yalnızca binaya odaklanan yaklaşımlar ise bu etkinin ancak küçük bir kısmını ele alabilmektedir (Karlner vd., 2020; Tennison vd., 2021).

2.4. Uluslararası Yeşil Hastane Girişimleri

Yeşil hastane hareketi, uluslararası düzeyde örgütlenmiş ağlar ve girişimler aracılığıyla yaygınlaşmaktadır. Bu girişimlerin başında Zarar Vermeyen Sağlık (Health Care Without Harm [HCWH]) tarafından yürütülen Küresel Yeşil ve Sağlıklı

Hastaneler ağı gelmektedir. Üyeliğin ücretsiz olduğu bu ağ, kuruluşların sürdürülebilirlik ilkelerine bağlılık taahhüdünde bulunması esasına dayanmaktadır (HCWH Europe, 2025). 2015 yılında Paris İklim Konferansı'nda başlatılan Sağlık Hizmetleri İklim Mücadelesi ise azaltım, dayanıklılık ve liderlik olmak üzere üç temel bileşen üzerine kurulmuştur (HCWH ve Arup, 2019).

Avrupa özelinde Zarar Vermeyen Sağlık Avrupa örgütü, İklim Dostu Sağlık, Döngüsel Sağlık ve Güvenli İlaç programları aracılığıyla 2024 yılı itibarıyla 28 ülkede yaklaşık 8.000 sağlık tesisini ve 1,8 milyon çalışanı temsil eden 218 üyeli bir ağ oluşturmuştur (HCWH Europe, 2025). Bu tür girişimler, kuruluşların bireysel çabalarını sektör genelinde bir dönüşüme taşıyan ortak öğrenme ve savunuculuk platformları işlevi görmektedir.

3. SAĞLIK KURULUŞLARININ KARBON AYAK İZİ VE EMİSYON KAYNAKLARI

Karbon ayak izi, bir kuruluşun, sektörün ya da faaliyetin doğrudan ve dolaylı olarak neden olduğu sera gazı emisyonlarının karbondioksit eşdeğeri cinsinden toplam ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. İklim ayak izi hesaplamaları yalnızca karbondioksiti değil, metan ve diazot monoksit gibi diğer güçlü sera gazlarını da kapsamaktadır (HCWH ve Arup, 2019). Sağlık kuruluşları açısından karbon ayak izinin hesaplanması, sürdürülebilirlik yönetiminin teknik temelini oluşturmaktadır; çünkü ölçülemeyen bir etkinin yönetilmesi ve buna yönelik hedef belirlenmesi mümkün değildir (Yaka, Koçer ve Güngör, 2015).

3.1. Kapsam 1, Kapsam 2 ve Kapsam 3 Emisyonlar

Sera Gazı Protokolü, emisyonların raporlanmasında dünya genelinde en yaygın kullanılan çerçevedir ve emisyonları üç kapsamda sınıflandırmaktadır. Kapsam 1, kuruluşun doğrudan

kontrolündeki kaynaklardan salınan emisyonları ifade etmektedir. Sağlık kuruluşlarında bu emisyonlar; tesis içinde yakıt yakılması, kuruma ait araçlar ve anestezi gazları gibi doğrudan salınımlardan oluşmaktadır. Kapsam 2 satın alınan elektrik, buhar, ısıtma ve soğutmadan kaynaklanan dolaylı emisyonları, Kapsam 3 ise değer zinciri boyunca ortaya çıkan diğer tüm dolaylı emisyonları, yani tedarik zincirini kapsamaktadır (HCWH ve Arup, 2019).

Küresel ölçekte sağlık sektörünün emisyon dağılımı dikkat çekicidir. Doğrudan emisyonlar (Kapsam 1) sektörün dünya genelindeki ayak izinin yaklaşık %17'sini, satın alınan enerjiden kaynaklanan dolaylı emisyonlar (Kapsam 2) yaklaşık %12'sini oluştururken emisyonların en büyük payı, yaklaşık %71 ile tedarik zincirinden kaynaklanan Kapsam 3 emisyonlarına aittir (Karliner vd., 2020). İngiltere'deki NHS örneğinde de benzer bir tablo görülmekte olup tedarik zinciri, sistemin karbon ayak izinin yaklaşık %62'sini oluşturmaktadır (Tennison vd., 2021).

Bu dağılımın sağlık yönetimi açısından iki önemli sonucu bulunmaktadır. İlk olarak, bir sağlık kuruluşunun karbon ayak izini yalnızca kendi tesisi içinde yapacağı müdahalelerle yönetmesi mümkün değildir; çünkü emisyonların yaklaşık üçte ikisi kurumun fiziksel sınırlarının dışında, tedarik zincirinde ortaya çıkmaktadır. İkinci olarak bu durum, sürdürülebilir satın alma ve tedarikçi yönetimini çevresel stratejinin merkezine taşımaktadır. Nitekim NHS'in Kapsam 3 emisyonlarını değerlendiren çalışmalarda ilaçların en büyük katkısı yapan kalem olduğu belirlenmiştir (Tennison vd., 2021).

3.2. Hastanelerde Başlıca Emisyon Kaynakları

Sağlık kuruluşlarının karbon ayak izi faaliyet alanlarına göre ayrıştırıldığında, yönetsel müdahale gerektiren noktalar daha belirgin hâle gelmektedir. Başlıca emisyon kaynakları aşağıda ele alınmaktadır (Karliner vd., 2020).

3.2.1. Enerji Kullanımı

Tüm kapsamlar birlikte değerlendirildiğinde sağlık sektörünün iklim ayak izinin yarısından fazlasının enerji kullanımından, özellikle de fosil yakıtların yakılmasından kaynaklandığı görülmektedir. Küresel sağlık ayak izinin yaklaşık %40'ı sağlıkla ilişkili elektrik ve termal enerji üretiminden, yaklaşık %13'ü ise tesislerin kendi bünyesindeki operasyonel enerji üretiminden kaynaklanmaktadır (Karliner vd., 2020). Bu tablo, sağlık kuruluşlarının bir yandan kendi enerji verimliliklerini artırmalarının, diğer yandan toplumsal düzeyde temiz enerjiye geçişi savunmalarının önemine işaret etmektedir. Zira şebeke elektriğinin karbon yoğunluğu azaldıkça hastanelerin karbon ayak izi de kendiliğinden azalacaktır (HCWH ve Arup, 2019).

3.2.2. Ulaşım ve Tedarik Zinciri

Hastaların ve çalışanların seyahatlerini ve tedarik zinciri lojistiğini kapsayan ulaşım, küresel sağlık ayak izinin yaklaşık %7'sini oluşturmaktadır (Karliner vd., 2020). Kapsam 3 emisyonlarının ana kaynağı olan tedarik zinciri ise sağlık kuruluşlarının en büyük, ancak yönetilmesi en güç emisyon alanıdır. Tıbbi malzemeler, tek kullanımlık ürünler ve tıbbi cihazlar, üretimden bertarafa kadar uzanan yaşam döngüleri boyunca önemli miktarda emisyona yol açmaktadır (Akdağ ve Beldek, 2019).

3.2.3. Atık Yönetimi ve Tıbbi Atıklar

Atık işleme, küresel sağlık ayak izinin yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır (Karliner vd., 2020). Fiziksel atığın doğrudan karbon ayak izi görece küçük olmakla birlikte, başta tek kullanımlık plastikler olmak üzere sağlık kaynaklı atıkların daha geniş çevresel etkileri göz ardı edilmemelidir. Tıbbi atıkların ayrıştırılması, azaltılması ve uygun biçimde bertaraf edilmesi, hem çevresel açıdan hem de enfeksiyon kontrolü açısından sağlık

yönetiminin öncelikli konuları arasında yer almaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022). Döngüsel ekonomi ilkeleri doğrultusunda tek kullanımlık ürünlerin yerine yeniden kullanılabilir alternatiflerin tercih edilmesi, bu alanda önemli bir azaltım potansiyeli sunmaktadır (HCWH Europe, 2025).

3.2.4. Anestezik Gazlar ve İnhalerler

Sağlık sektörüne özgü bir diğer önemli emisyon kaynağı, anestezik gazlar ve ölçülü doz inhalerlerdir. Anestezide kullanılan diazot monoksit ve florlu gazlar (sevofluran, izofluran, desfluran), karbondioksitin binlerce katına ulaşan küresel ısınma potansiyeline sahip güçlü sera gazlarıdır (Karliner vd., 2020). Ameliyathaneler, yatan hastaların yalnızca küçük bir bölümüne hizmet vermelerine karşın bazı hastane çalışmalarında karbon emisyonlarının kayda değer bir kısmından sorumlu, bilinen bir "sıcak nokta" olarak öne çıkmaktadır (Kara ve Ak, 2025). Aynı çalışmada, atık anestezik gazların yakalanmasına yönelik sistemlerin yaygınlaştırılmasının ve küresel ısınma potansiyeli düşük alternatiflere geçilmesinin, sağlık hizmetlerine özgü ve etkisi yüksek bir azaltım fırsatı sunduğu vurgulanmaktadır.

3.3. Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Döngüsü Yaklaşımı

Sağlık kuruluşlarının çevresel etkisini kapsamlı biçimde anlayabilmenin temel aracı yaşam döngüsü yaklaşımıdır. Bu yaklaşım, bir ürün ya da hizmetin yalnızca kullanım aşamasındaki etkisini değil, hammaddenin elde edilmesinden üretime, taşımadan kullanıma ve bertarafa kadar tüm aşamalardaki çevresel etkilerini bir bütün olarak değerlendirmektedir (HCWH ve Arup, 2019). Örneğin tek kullanımlık bir cerrahi önlüğün karbon ayak izi yalnızca kullanıldığı anla sınırlı değildir; hammaddenin üretimi, kumaşın imalatı, ürünün taşınması ve atık olarak bertaraf edilmesi de bu ayak izine dâhildir. Yaşam döngüsü yaklaşımı, sağlık yöneticilerine satın alma kararlarının çevresel sonuçlarını değerlendirebilecekleri ve tedarik

zincirindeki karbon "sıcak noktalarını" belirleyebilecekleri sistematik bir çerçeve sunmaktadır. Bu bakış açısı, özellikle Kapsam 3 emisyonlarının azaltılmasında ve döngüsel ekonomi ilkelerinin sağlık sektörüne uyarlanmasında büyük önem taşımaktadır (Karliner vd., 2020).

4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA KARBON YÖNETİMİ SÜRECİ

Karbon yönetimi, sağlık kuruluşlarının çevresel sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşmasını sağlayan sistematik bir süreçtir. Temel olarak ölçme, hedef belirleme, azaltım ve raporlama aşamalarından oluşan bu süreç, döngüsel bir iyileştirme anlayışıyla işlemektedir (Tennison vd., 2021).

4.1. Emisyon Envanteri ve Referans Yılın Belirlenmesi

Karbon yönetiminin ilk ve en temel adımı, kuruluşun mevcut emisyon envanterinin çıkarılması, başka bir ifadeyle karbon ayak izine ilişkin bir temel çizginin oluşturulmasıdır. Bu aşamada Sera Gazı Protokolü çerçevesinde Kapsam 1, 2 ve 3 emisyonları belirli bir referans yıl için hesaplanmaktadır (HCWH ve Arup, 2019). Referans yıl, gelecekte kaydedilecek ilerlemenin karşılaştırılacağı ölçüt noktası olduğundan stratejik bir öneme sahiptir. Bu alandaki kapasite geliştirme girişimlerinde mentor hastaneler, mentee hastanelere emisyon temel çizgilerinin hesaplanması, azaltım hedeflerinin belirlenmesi ve sürdürülebilirlik ekiplerinin kurulması konularında rehberlik etmektedir (HCWH Europe, 2025).

4.2. Azaltım Hedefleri ve Net-Sıfır Yol Haritası

Emisyon envanterinin oluşturulmasının ardından bilimsel temelli ve belirli bir zaman dilimine bağlı azaltım hedefleri belirlenmektedir. Öncü sağlık sistemleri, doğrudan kontrol

ettikleri emisyonlar ile etkileyebildikleri tedarik zinciri emisyonları için ayrı net-sıfır hedefleri benimsemektedir. Örneğin NHS, kontrol ettiği emisyonlar için 2040, etkileyebildiği emisyonlar için ise 2045 yılını hedef olarak belirlemiştir (NHS England, 2020). Hedefler belirlendikten sonra, bu hedeflere ulaşılmasını sağlayacak somut müdahaleleri, yatırımları ve zaman çizelgesini içeren bir net-sıfır yol haritası hazırlanmaktadır. Söz konusu yol haritasının yönetim kurulu düzeyinde onaylanması ve kurumun stratejik planıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir (NHS England, 2020).

4.3. Yönetişim, İzleme ve Raporlama

Karbon yönetiminin kalıcı olabilmesi, güçlü bir yönetim yapısına bağlıdır. Daha önce de belirtildiği gibi iyi uygulama örneklerinde her sağlık kuruluşunda yönetim kurulu düzeyinde bir net-sıfır sorumlusunun bulunması ve ilerlemenin düzenli olarak üst yönetime raporlanması beklenmektedir (NHS England, 2020). Emisyonların her yıl ölçülerek kamuoyuyla paylaşılması, kurum içi hesap verebilirliği sağlamanın yanı sıra kurumsal itibarı da güçlendirmektedir. Ölçme, hedef belirleme, azaltım, raporlama ve yeniden ölçme adımlarından oluşan bu döngüsel süreç, karbon yönetimini tek seferlik bir proje olmaktan çıkararak sürekli bir yönetsel işleve dönüştürmektedir (Tennison vd., 2021).

5. YEŞİL HASTANE UYGULAMA ALANLARI

Yeşil hastane yaklaşımının kavramsal çerçevesi, ancak somut uygulamalara dönüştürüldüğünde işlevsellik kazanmaktadır. Bu başlık altında, literatürde öne çıkan başlıca uygulama alanları sağlık yönetimi perspektifinden ele alınmaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022).

5.1. Enerji Verimliliği ve Yenilenebilir Enerji

Enerji, sağlık kuruluşlarının karbon ayak izinin en büyük bileşeni olduğundan enerji verimliliği ve yenilenebilir enerji kullanımı, azaltım potansiyeli en yüksek uygulama alanını oluşturmaktadır (Karliner vd., 2020). LED aydınlatmaya geçiş, ısı yalıtımı, verimli ısıtma-soğutma-havalandırma sistemleri, bina otomasyonu ve enerji yönetim sistemleri, emisyonları ve işletme maliyetlerini önemli ölçüde düşürmektedir. Nitekim NHS'in yürüttüğü büyük ölçekli LED aydınlatma dönüşüm programı, hasta konforunu artırmanın yanı sıra maliyet tasarrufu da sağlamıştır (HCWH Europe, 2025). Yenilenebilir enerji alanında ise çatı tipi güneş enerjisi sistemleri, jeotermal ısıtma ve yeşil elektrik tedariki öne çıkan uygulamalardır. Dünya genelinde çok sayıda sağlık kuruluşu %100 yenilenebilir elektrik kullanma taahhüdünde bulunmuştur (HCWH ve Arup, 2019).

5.2. Su Yönetimi

Hastaneler, su tüketimi yüksek tesislerdir. Su yönetimi; düşük akışlı armatürler, gri su geri kazanımı, yağmur suyu hasadı, sızıntı tespit sistemleri ve peyzajda az su gerektiren bitkilerin kullanılması gibi uygulamaları kapsamaktadır (Özkan vd., 2014). Su tüketiminin azaltılması, su kaynaklarının korunmasına doğrudan katkı sağlamakla kalmamakta, suyun ısıtılması ve arıtılması için harcanan enerjinin de azalmasına yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla enerji yönetimiyle yakından ilişkili olan su yönetimi, bütüncül bir kaynak verimliliği stratejisinin parçası olarak ele alınmalıdır.

5.3. Atık Azaltımı ve Tıbbi Atık Yönetimi

Atık yönetimi, sağlık kuruluşlarında hem çevresel hem de operasyonel açıdan önemli bir alandır. Etkili bir atık yönetimi stratejisi; atığın kaynağında azaltılması, ayrıştırılması, geri dönüştürülmesi ve tehlikeli atıkların güvenli biçimde bertaraf edilmesi üzerine kurulmaktadır (Terekli vd., 2013). Tıbbi

atıkların doğru sınıflandırılması, tehlikeli atık işleme maliyetlerini düşürürken enfeksiyon riskinin yönetilmesine de katkı sağlamaktadır. Döngüsel sağlık yaklaşımı çerçevesinde tek kullanımlık ürünlerin gereksiz kullanımının sınırlandırılması ve yeniden kullanılabilir tıbbi tekstil ve cihazlara geçilmesi, atık hacmini ve buna bağlı çevresel etkiyi önemli ölçüde azaltabilmektedir (HCWH Europe, 2025).

5.4. Sürdürülebilir Satın Alma ve Yeşil Tedarik Zinciri

Kapsam 3 emisyonlarının sağlık kuruluşlarının karbon ayak izindeki baskın payı dikkate alındığında, sürdürülebilir satın alma en stratejik uygulama alanlarından biri olarak öne çıkmaktadır (Tennison vd., 2021). Yeşil tedarik zinciri yönetimi; tedarikçilerden karbon verisi talep edilmesini, düşük karbonlu ve zararlı kimyasal içermeyen ürünlerin tercih edilmesini, ihale dokümanlarına çevresel ölçütlerin eklenmesini ve endişe verici kimyasalların (örneğin PVC ve endokrin bozucu kimyasallar) aşamalı olarak kullanımdan kaldırılmasını kapsamaktadır (Akdağ ve Beldek, 2019; HCWH Europe, 2025). Sağlık kuruluşlarının satın alma güçlerini düşük karbonlu ürünlere yönlentmeleri, kendi ayak izlerini azaltmanın ötesinde, piyasanın bütününe daha sürdürülebilir üretim yönünde dönüştürme potansiyeli taşımaktadır (Karliner vd., 2020).

5.5. Ulaşım, Gıda Hizmetleri ve Sağlıklı Bina Yaklaşımı

Ulaşım yönetimi, personel ve hasta ulaşımında toplu taşımanın ve düşük emisyonlu araçların teşvik edilmesini, kurum araç filolarının elektrikli araçlara dönüştürülmesini ve lojistik süreçlerin iyileştirilmesini içermektedir (Karliner vd., 2020). Gıda hizmetlerinde sürdürülebilirlik ise yerel ve mevsimlik ürünlerin tercih edilmesi, bitki temelli menülerin yaygınlaştırılması ve gıda atığının azaltılması yoluyla karbon ve

su ayak izinin düşürülmesini amaçlamaktadır (Marimuthu ve Paulose, 2016). Sağlıklı bina yaklaşımı çerçevesinde iç mekân hava kalitesinin iyileştirilmesine yönelik doğal havalandırma, uçucu organik bileşen düzeyi düşük malzemeler, doğal aydınlatma ve yeşil alanların kullanımı gibi uygulamalar, hem çevresel performansa hem de hastaların iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022).

5.6. Dijitalleşme ve Karbon Azaltımı İlişkisi

Dijitalleşme, sağlık kuruluşlarının çevresel etkisinin azaltılmasında giderek önem kazanan bir araçtır. Tele-tıp ve uzaktan sağlık hizmetleri hasta ve personel seyahatlerini azaltarak ulaşım kaynaklı emisyonları düşürmekte, elektronik sağlık kayıtları kâğıt kullanımını sınırlamakta, yapay zekâ destekli enerji yönetim sistemleri ise bina performansını optimize ederek enerji tüketimini azaltmaktadır (HCWH ve Arup, 2019). Bununla birlikte dijital teknolojilerin kendi enerji tüketimi ve donanımların yaşam döngüsü de çevresel etki doğurduğundan, dijital dönüşümün karbon azaltımına net katkısı yaşam döngüsü perspektifiyle değerlendirilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan dijital modeller, karbon yoğun tedavilere ve hastane hizmetlerine duyulan ihtiyacı azaltarak dolaylı ancak önemli bir azaltım sağlamaktadır (Tennison vd., 2021).

6. SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK PERFORMANSININ ÖLÇÜLMESİ

Sürdürülebilirlik performansının ölçülmesi, yeşil hastane yönetiminin hem en önemli hem de en güç boyutlarından biridir. "Ölçülemeyen yönetilemez" ilkesinden hareketle, sağlık kuruluşlarının çevresel hedeflerine ulaşp ulaşmadıklarını değerlendirebilmeleri için güvenilir ölçüm ve izleme sistemlerine gereksinim bulunmaktadır (Yaka vd., 2015).

6.1. Standartlaştırılmış Ölçüm Çerçevesi İhtiyacı

Sağlık sektörünün karbon ayak izinin ölçülmesinde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, standartlaştırılmış bir ölçüm çerçevesinin bulunmamasıdır. Dünyanın büyük bölümünde ulusal ve yerel sağlık otoriteleri, sorumlu oldukları sektörün karbon ayak izini hesaplayacak ve izleyecek kapasiteye sahip değildir (HCWH ve Arup, 2019). Bu nedenle DSÖ'nün; sağlık bakanlıklarının ve sağlık standartları kuruluşlarının kendi ayak izlerini ayrıntılı biçimde analiz edebilmelerine, ilerlemeyi izleyebilmelerine ve harekete geçebilmelerine olanak tanıyacak doğrulanmış bir ölçüm ve izleme sistemi kurması önerilmektedir (DSÖ, 2020). Standartlaştırılmış bir çerçeve, kuruluşlar arasında karşılaştırma yapılmasına imkân vermekte ve en iyi uygulamaların yaygınlaşmasını kolaylaştırmaktadır.

6.2. Performans Göstergeleri ve Sertifikasyon Sistemleri

Sürdürülebilirlik performansı çeşitli göstergeler aracılığıyla izlenmektedir. Bu göstergeler arasında yatak ya da hasta başına enerji tüketimi, su tüketimi, atık üretimi ve sera gazı emisyonu gibi yoğunluk göstergeleri öne çıkmaktadır. Söz konusu göstergeler, mutlak değerlerden farklı olarak hizmet hacmindeki değişimlerden bağımsız bir karşılaştırma olanağı tanımaktadır. Bunun yanı sıra LEED, BREEAM ve Green Star gibi yeşil bina sertifikasyon sistemleri; yönetim, iç çevre kalitesi, enerji, ulaşım, su, malzeme, emisyon, arazi kullanımı ve inovasyon gibi kategoriler üzerinden puanlama yapan bağımsız değerlendirme çerçeveleri sunmaktadır (Çilhoroz ve Işık, 2019). Türkiye'de Çilhoroz ve Işık'ın (2018) Ankara'daki hastaneler üzerinde yürüttüğü çalışma da hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğunun değerlendirilebileceğini ortaya koymaktadır.

7. DÜNYADAN VE TÜRKİYE'DEN ÖRNEK UYGULAMALAR

Kavramsal çerçevenin somut örneklerle desteklenmesi, yeşil hastane yönetiminin yaygınlaştırılması açısından önem taşımaktadır. Bu başlık altında dünyadan ve Türkiye'den öne çıkan örnek uygulamalara yer verilmektedir.

7.1. Birleşik Krallık: NHS Net-Sıfır Dönüşümü

Sağlık sektöründe çevresel dönüşümün en kapsamlı örneğini İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) oluşturmaktadır. 2008 yılından bu yana karbon ayak izini ölçen ve azaltmaya yönelik çalışmalar yürüten NHS, 1990-2019 döneminde tamamlanan yatış başına karbondioksit eşdeğeri emisyonlarını %64 oranında azaltmıştır (Tennison vd., 2021). NHS, kontrol ettiği emisyonlar için 2040, etkileyebildiği tedarik zinciri emisyonları için ise 2045 yılını net-sıfır hedefi olarak benimseyen ilk sağlık sistemidir (NHS England, 2020). Ulusal düzeyde bir baş sürdürülebilirlik sorumlusunun atanması ile her kuruluştaki yönetim kurulu düzeyinde bir net-sıfır sorumlusunun ve yeşil planın bulunması, bu dönüşümün yönetim yapısını oluşturmaktadır (NHS England, 2020). NHS örneği, sistematik ve yasal düzenlemelerle desteklenen bir yaklaşımın somut sonuçlar doğurabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

7.2. Amerika Birleşik Devletleri: Kaiser Permanente ve Diğer Sistemler

Amerika Birleşik Devletleri, sağlık sektörü kaynaklı emisyonlarda en büyük paya sahip ülke olmasına karşın önemli dönüşüm örneklerine de ev sahipliği yapmaktadır. ABD'nin kâr amacı gütmeyen en büyük sağlık sistemlerinden biri olan Kaiser Permanente, karbon nötr olma taahhüdünde bulunmuş ve yenilenebilir enerji yatırımlarıyla bu hedef doğrultusunda ilerlemiştir (HCWH ve Arup, 2019). Benzer şekilde California Üniversitesi Sağlık Sistemi ve Cleveland Clinic gibi kuruluşlar da

karbon nötrlük hedefleri belirlemiştir. Bu örnekler, doğrudan kontrol edilen emisyonların (Kapsam 1 ve 2) azaltılması konusunda öncü uygulamalar ortaya koymaktadır (HCWH ve Arup, 2019).

7.3. Avrupa'da Yeşil Hastane Uygulamaları

Avrupa'da çok sayıda sağlık kuruluşu, sıfır emisyonlu hastane binaları, karbon nötrlük taahhütleri ve tedarik zinciri emisyonlarını ele alan yenilikçi stratejiler geliştirmektedir. Bu alanda özellikle İskandinav ülkeleri ve Hollanda öne çıkmaktadır (HCWH ve Arup, 2019). Zarar Vermeyen Sağlık Avrupa örgütü çerçevesinde İrlanda ve Belçika sağlık bakanlıklarıyla birlikte ulusal sağlık sistemlerine yönelik karbonsuzlaştırma yol haritaları geliştirilmektedir. İspanya'daki Galiçya Sağlık Servisi gibi pilot kuruluşlarda ise enerji verimliliğini artıran uygulamaların yanı sıra ısı dalgalarının etkisini azaltmak amacıyla çatı bahçeleri ve yeşil pergolalar oluşturulmaktadır (HCWH Europe, 2025). 2024 yılında verilen Avrupa Sürdürülebilir Sağlık Ödülleri kapsamında İspanya'daki Mollet Üniversite Hastanesi, doğrudan emisyonlar bakımından net-sıfır düzeyine ulaşmış bir merkez hâline gelmesi nedeniyle ödüle layık görülmüştür (HCWH Europe, 2025).

7.4. Türkiye'de Yeşil Hastane Uygulamaları ve Çevre Politikaları

Türkiye'de yeşil hastane kavramı, uluslararası örneklerle kıyasla daha yakın bir dönemde gündeme gelmiş olmakla birlikte giderek artan bir ilgi görmektedir (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022). Ülkemizde faaliyet gösteren hastanelerin yapısal özellikleri incelendiğinde, binaların çoğunun çevre dostu yeşil bina standartlarına göre inşa edilmediği ve yeşil hastane sayısının görece sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu durumun temel nedenlerinden biri, çevre dostu binaların yüksek ilk yatırım maliyetleridir (Terekli vd., 2013). Bununla birlikte Türkiye'de çevreye duyarlı hastane uygulamalarının sayısı artmaktadır.

LEED ve EDGE sertifikalı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Hastanesi ile LEED sertifikasyonu kapsamında değerlendirilen Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, bu alanda öne çıkan kamu örnekleri arasında yer almaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022). Daha önce de değinildiği üzere, Ankara'daki hastaneler üzerinde yapılan inceleme, kuruluşların yeşil hastane ölçütlerine uygunluğunun ölçülebilir olduğunu göstermektedir (Çilhoroz ve Işık, 2018). Türkiye'de sağlık alanında çevre yönetimi, enerji verimliliği ve atık politikaları konusunda ilerleme kaydedilmekle birlikte, yeşil hastane dönüşümünün yaygınlaşabilmesi için finansal teşviklerin, düzenleyici çerçevenin ve yönetsel farkındalığın güçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022).

8. KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Sağlık kuruluşlarında yeşil dönüşüm süreci çeşitli engellerle karşı karşıyadır. Uygulanabilir stratejiler geliştirilebilmesi için bu engellerin ve dönüşümü kolaylaştıran etkenlerin eleştirel bir bakışla değerlendirilmesi gerekmektedir (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023).

8.1. Yeşil Dönüşümün Önündeki Engeller

Yeşil hastane dönüşümünün önündeki en yaygın engel, finansman yetersizliği ve yüksek ilk yatırım maliyetleridir. Enerji verimliliği yatırımları uzun vadede tasarruf sağlamakla birlikte başlangıçta önemli bir sermaye gerektirmekte, bu durum da özellikle kaynak sıkıntısı yaşayan sağlık kuruluşları için caydırıcı olabilmektedir (Terekli vd., 2013). İkinci önemli engel, yönetsel farkındalığın yetersizliğidir. Sürdürülebilirliğin klinik ve finansal önceliklerin gerisinde kalması, konunun üst yönetimin gündeminde yeterince yer bulamamasına neden olmaktadır (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023). Üçüncü engel, veri toplama ve

ölçüme ilişkin güçlüklerdir. Standartlaştırılmış ölçüm çerçevelerinin bulunmaması ve tedarik zinciri emisyonlarının izlenmesinde yaşanan zorluklar, karbon yönetimini daha karmaşık hâle getirmektedir (HCWH ve Arup, 2019). Dördüncü olarak tedarik zincirine bağımlılık, Kapsam 3 emisyonlarının kuruluşun doğrudan kontrolü dışında kalması nedeniyle yapısal bir engel oluşturmaktadır (Tennison vd., 2021). Bunlara ek olarak mevzuat ve teşvik eksiklikleri, yerleşik kurum kültürü ve çalışanların değişime gösterdiği direnç de dönüşümün önündeki diğer engeller arasında sayılabilir (Baytaş ve Çetin Aydın, 2022).

8.2. Kolaylaştırıcılar ve Çözüm Önerileri

Bu engellerin aşılmasında çeşitli kolaylaştırıcı etkenler öne çıkmaktadır. Dönüşümü kolaylaştıran en belirleyici etken liderlik ve yönetsel kararlılıktır. Sürdürülebilirliğin yönetim kurulu düzeyinde sahiplenilmesi ve stratejik plana dâhil edilmesi, konunun kurumsal bir öncelik hâline gelmesini sağlamaktadır (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023; NHS England, 2020). Finansman engelinin aşılması için enerji verimliliği yatırımlarının yaşam döngüsü maliyeti açısından değerlendirilmesi, kamu teşvikleri ve yeşil finansman araçlarından yararlanılması önerilmektedir. Pek çok sürdürülebilirlik uygulamasının aynı zamanda maliyet tasarrufu sağladığının ortaya konması da yatırım kararlarını kolaylaştırmaktadır (HCWH ve Arup, 2019). Eğitim ve kapasite geliştirme çalışmaları, yönetsel farkındalık eksikliğinin giderilmesinde önemli bir rol üstlenmekte; mentorluk programları ve profesyonel ağlar da kuruluşlar arasında bilgi aktarımına olanak tanımaktadır (HCWH Europe, 2025). Dijital altyapı ölçüm güçlüklerinin aşılmasını, standartlaştırılmış çerçeveler ise karşılaştırılabilirliğin sağlanmasını kolaylaştırmaktadır. Tedarik zinciri emisyonlarının azaltılmasında, sağlık kuruluşlarının satın alma güçlerini birleştirerek tedarikçileri düşük karbonlu üretime

yönlendirmeleri talep temelli bir dönüşüm stratejisi sunmaktadır (Karliner vd., 2020).

9. SONUÇ VE GELECEK PERSPEKTİFİ

Sağlık kuruluşları, insan sağlığını korumakla görevli olmalarına karşın küresel iklim krizine önemli ölçüde katkıda bulunan bir sektörün parçasıdır. Sağlık hizmetlerinin küresel iklim ayak izinin dünya net emisyonlarının yaklaşık %4,4'üne ulaşması, konunun göz ardı edilemeyecek bir yönetsel sorumluluk olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çerçevede "önce zarar verme" ilkesini benimseyen bir sektörün söz konusu ilkeyi kendi karbon ayak izine de uygulaması, hem etik hem de stratejik bir zorunluluk hâline gelmektedir (Karliner vd., 2020). Yeşil hastane yönetimi, enerji verimliliğinden su yönetimine, atık azaltımından sürdürülebilir satın almaya ve performans ölçümüne kadar geniş bir uygulama alanını kapsamaktadır. Karbon ayak izinin büyük bölümünün tedarik zincirinden kaynaklanması ise çevresel stratejinin tesis içi müdahalelerle sınırlı kalamayacağını göstermektedir (Tennison vd., 2021).

Geleceğe yönelik olarak net-sıfır hastaneler, iklimle uyumlu ve dirençli sağlık kuruluşları, döngüsel ekonomi ilkelerinin sağlık sektörüne uyarlanması ve yapay zekâ destekli karbon azaltımı öne çıkan eğilimler arasında yer almaktadır (Berniak-Woźny ve Rataj, 2023). Bu dönüşümün başarısı; güçlü liderlik, yönetsel kararlılık, standartlaştırılmış ölçüm çerçeveleri, uygun finansman mekanizmaları ve politika düzeyinde teşvik edici düzenlemeler gibi unsurlara bağlıdır. Sağlık yöneticilerinin çevresel sürdürülebilirliği; maliyet yönetimi, hizmet sürekliliği, kalite, kurumsal itibar ve halk sağlığı boyutlarının birbirini beslediği bir bütün olarak ele alması gerekmektedir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme ve erişilebilir hizmet sunma hedefleri ile küresel net-sıfır hedefi,

birbirinden ayrı değil, iç içe geçmiş amaçlar olarak kavranmalıdır (DSÖ, 2020).

KAYNAKÇA

- Akdağ, H. C., & Beldek, T. (2019). Green hospital together with a lean healthcare system. *Industrial engineering in the big data era* (s. 461-470) içinde. Springer.
- Baytaş, V., & Çetin Aydın, G. (2022). Sağlık kurumlarında çevreye duyarlı politikalar: Yeşil hastane örnekleri. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 5(2), 336-356. <https://doi.org/10.46737/emid.1199900>
- Berniak-Woźny, J., & Rataj, M. (2023). Towards green and sustainable healthcare: A literature review and research agenda for green leadership in the healthcare sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 908. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020908>
- Brundtland, G. H. (1987). *Our common future: Report of the World Commission on Environment and Development*. Oxford University Press.
- Chías, P., & Abad, T. (2017). Green hospitals, green healthcare. *International Journal of Energy Production and Management*, 2(2), 196-205. <https://doi.org/10.2495/EQ-V2-N2-196-205>
- Çilhoroz, Y., & Işık, O. (2018). Ankara'daki hastanelerin yeşil hastane ölçütlerine uygunluğunun incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 65-85.
- Çilhoroz, Y., & Işık, O. (2019). Yeşil hastane sertifika sistemleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 161-169.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020). *WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. World Health Organization.

- Health Care Without Harm, & Arup. (2019). *Health care's climate footprint: How the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action* (Green Paper Number One). Health Care Without Harm.
- Health Care Without Harm Europe. (2025). *Annual report 2024: Leading the movement for sustainable healthcare in Europe*. Health Care Without Harm Europe.
- Kara, D., & Ak, Ö. (2025). Carbon footprint and sustainability in the operating room. *Lokman Hekim Dergisi*, 15(2), 389-399.
- Karliner, J., Slotterback, S., Boyd, R., Ashby, B., & Steele, K. (2020). Health care's climate footprint: The health sector contribution and opportunities for action. *European Journal of Public Health*, 30(Ek 5), ckaa165.843. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.843>
- Marimuthu, M., & Paulose, H. (2016). Emergence of sustainability based approaches in healthcare: Expanding research and practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 224, 554-561. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.437>
- NHS England. (2020). *Delivering a net zero National Health Service*. NHS England.
- Özkan, O., Bayın, G., & Terekli Yeşilaydın, G. (2014). Çevre dostu hastane kavramı çerçevesinde yeşil hastane işletmeciliği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(2), 21-34.
- Tennison, I., Roschnik, S., Ashby, B., Boyd, R., Hamilton, I., Oreszczyn, T., Owen, A., Romanello, M., Ruyssevelt, P., Sherman, J. D., Smith, A. Z. P., Steele, K., Watts, N., & Eckelman, M. J. (2021). Health care's response to climate change: A carbon footprint assessment of the NHS in

England. *The Lancet Planetary Health*, 5(2), e84-e92.
[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30271-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30271-0)

Terekli, G., Özkan, O., & Bayın, G. (2013). Çevre dostu hastaneler: Hastaneden yeşil hastaneye. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(2), 37-54.

Yaka, İ. F., Koçer, A., & Güngör, A. (2015). Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu karbon ayak izinin tespiti. *Makine Teknolojileri Elektronik Dergisi*, 12(3), 37-45.

SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI KAPSAMINDA HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Hicran ÖZDEMİR¹

1. GİRİŞ

Sağlık sistemi, aynı problemlere sahip ancak farklı fiziksel ve sosyal durumlara sahip bireylerin aynı yöntemlerle tedavi ve teşhisi sonrasında farklı memnuniyet, iyileşme gibi süreçleri barındıran bir sistemdir. Kişiden kişiye değişen beslenme alışkanlıkları, sosyal yaşam, sağlıklı yaşam aktiviteleri gibi çeşitli hususlar hem hastalık çeşitlerini hem de hastalık sonrası iyileşme süreçlerini etkileyen önemli hususlardır. Bu sebeple herkesi kapsayan belirli bir hizmet kalitesi tanımlamak zordur. Ayrıca cinsiyet, eğitim durumu, yaşanan coğrafi bölge, ekonomi gibi çeşitli değişkenlerde bu durumu etkileyen önemli hususlardır.

Kalite, rekabetin en önemli unsurlarından biridir ve ilk aşamadan itibaren doğru olanı yapmayı amaçlar. Kalite, tedarikçiden müşteriye ve satış sonrasında kadar devam eden bir süreçtir. Bu süreçte üst yönetimin kaliteyi bir strateji olarak benimsemesi ve gerekli yatırımları yapması gerekir (Yıldıztekin, 2010). Sağlık sistemlerinde yüksek kalitede klinik bakım, kaynakların oldukça etkili şekilde kullanılması ile mümkündür. Ayrıca üst yönetim ve organizasyonda faaliyet gösteren diğer

¹ Dr, T.C.Sağlık Bakanlığı, Giresun İl Sağlık Müdürlüğü, ORCID: 0000-0002-5902-6702

çalışanların koordinasyonla çalışması işletmeye olumlu anlamda dönüşü olacaktır (Aggarwal vd., 2019).

Düşük kaliteli hizmetler uygun bir maliyetle sunulmuş olsa bile etkili bir sağlık sigortası kapsamının da aslında önünde bir engeldir. Bunun sebebi de bir toplumda ki vatandaşların güvenmedikleri ve kendilerine pek fayda sağlamayan hizmetleri kullanmayacak olmalarıdır. Bu sebeple kaliteyi güvence altına alıp, izleyecek ve sürekli iyileştirme sağlayacak mekanizmalar sağlık sisteminin temellerine yerleştirilmelidir (WHO, Delivering Quality Health Services Global İmperative for Universal Health Coverage, 2018). Bu kapsamda; bu bölümde öncelikle kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramlarına değinilmiş ve sağlıkta kalite standartları kapsamında önemli bir değerlendirme alanı olan “Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler” konusunda açıklamalarda bulunulmuştur.

2. KALİTE KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Kalitenin öncülerinden Donabedian kaliteyi, “meşru araçlar kullanarak arzu edilen hedeflere ulaşma yeteneği” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere kalite yalnızca sağlık hizmetlerine özgü bir kavram olmayıp, günlük yaşamda birçok farklı alanda kalite kavramından söz edilmektedir (Donabedian, 1980). Sağlık alanında kabul gören yaygın tanımlardan Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (IOM)’ne göre kalite; birey ve toplum düzeyinde sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilemeyi ifade etmektedir. Buna göre sağlık hizmetlerinde kalite, sunulan hizmetlerin istenen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını ne ölçüde artırdığı ve mevcut mesleki bilgiyle ne kadar uyumlu olduğu şeklinde ifade edilmektedir (IOM, 2001).

Sağlık hizmetlerinin kalitesini tanımlayan yedi temel özellik bulunmaktadır (Donabedian, 1990). Bunlar;

- Etkililik, sunulan bakımın mümkün olan en iyi düzeyde sağlık sonuçlarını iyileştirme kapasitesini,
- Verimlilik, ulaşılabilir sağlık kazanımlarının ne ölçüde gerçekleştirilebildiğini,
- Etkinlik, en düşük maliyetle en yüksek sağlık kazanımına ulaşabilme yeteneğini,
- Optimumluk, sağlık hizmetinin maliyetleri ile sağladığı faydaların en uygun şekilde dengelenmesini,
- Kabul edilebilirlik, hizmetlerin erişilebilirliği, hasta-hekim ilişkisi, sunulan olanaklar, bakımın sonuçları ve maliyeti gibi konularda hasta tercihlerine uygun olmasını,
- Meşruiyet, sağlık hizmetlerinin bu özellikler açısından toplumun tercih ve beklentileriyle uyumlu olmasını,
- Eşitlik, sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sağlık üzerindeki etkilerinin adil bir şekilde dağıtılmasını ifade etmektedir.

Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirilirken hem hastaların tercihleri hem de toplumun beklentileri göz önünde bulundurulmalıdır (Donabedian, 1990). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü de benzer şekilde sağlık hizmetlerinde kaliteyi; güvenli, etkili, hasta odaklı, zamanında, verimli ve eşitlikçi olmak üzere altı temel ölçüt üzerinden ele almaktadır (IOM, 2001). Kapsamlı bir kalite politikası, sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri için düzenli kalite izleme ve geri bildirim süreçlerine ek olarak öncelikli alanlarda belirlenen ulusal hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmeyi de kapsamalıdır. Bu doğrultuda temel kalite göstergelerinin belirlenmesi; sağlık hizmeti sunucularına geri

bildirim sağlanması, kamuoyuna şeffaf bilgi sunulması, kurumlar arasındaki performans ve kalite farklılıklarının karşılaştırılması, maliyet-etkililik analizlerinin yapılması ve kaliteyi geliştirmeye yönelik uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır (WHO, Handbook for National Quality Policy And Strategy, 2018).

3. HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Hasta ve çalışan odaklı hizmetler T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından takip edilen, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) – Hastane (6.1) sürümünde yer alan 5 alt hizmet göstergesinden biridir. Hasta ve çalışan odaklı hizmetlerin temel amacı, sağlık hizmetlerinin hem hastaların ihtiyaç ve beklentilerini hem de çalışanların çalışma koşullarını dikkate alarak yürütülmesini sağlamaktır. Yani amaç, hastaların güvenli ve kaliteli hizmet almasını sağlarken çalışanların da güvenli, sağlıklı ve destekleyici bir çalışma ortamına sahip olmasıdır. Hasta ve çalışan odaklı hizmetler; hasta deneyimi, hizmete erişim, yaşam sonu hizmetler, sağlıklı çalışma yaşamı olmak üzere dört temel unsurdan oluşmaktadır.

3.1. Hasta Deneyimi

Hasta deneyimi, hasta ve yakınlarının sağlık hizmeti alımı sürecinde bilgilendirilmesi, sürece katılımının sağlanması, görüş ve önerilerinin dikkate alınması konularını kapsamaktadır. Ayrıca düzenli aralıklarla hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla hasta memnuniyet anketlerinin yapılarak sürece yönelik iyileşmelerin somutlaştırılmasını kapsamaktadır. Hastaların tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde rıza alınmasını ve tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir (SKS- Hastane

(Sürüm 6.1)). Hasta deneyimi, günümüzde sağlık hizmetinin kalitesinin önemli bir boyutudur. Hastalar, sağlık çalışanları, yöneticiler ve politika yapıcılar hasta deneyiminin önemi konusunda fikir birliğine sahiptir ancak hasta deneyiminin herkes tarafından kabul edilen standart bir tanımı yoktur. Bu sebeple hasta deneyimini oluşturan temel kavramların anlaşılması önem taşımaktadır (Oben, 2020). Hasta deneyiminin klinik etkinlik ve hasta güvenliği ile olumlu yönde ilişkili olduğu görülmektedir (Doyle vd., 2013) ve bakım kalitesinin ve insan merkezli sağlık sistemlerinin temel bir bileşenidir. Hizmet planlaması, sunumu ve iyileştirilmesinde de rol oynamaktadır (WHO, Patient-Reported Experiences in Primary Care, Guidance for Implementing the Assessment, 2025).

Hasta deneyimi, bakım sürecinin sürekliliği boyunca bağımsız ve toplu olarak gerçekleşen olayları ve durumları yansıtır. Hasta deneyimi, hastaların beklentileri ve bu beklentilerin olumlu bir şekilde karşılanıp karşılanmadığıyla yakından ilişkilidir ve hasta ve aile merkezli bakımın ilkeleri ve uygulamalarıyla bütünleşik bir şekilde bağlantılıdır. Hasta deneyimi, küresel sağlık hizmetlerinde önemli bir odak alanı olarak ortaya çıkmaya devam ettikçe, standart ve tutarlı bir tanıma duyulan ihtiyaç daha da belirginleşmekte ve hasta deneyiminin sağlık hizmetleri tartışmasının geçerli, saygın ve benimsenen bir parçası olarak kalmasını sağlamak kritik önem taşımaktadır (Wolf vd., 2014).

3.1.1. Hasta Katılımı

Hasta katılımı, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının eğitimine ve politikalarına katkıda bulunmakla birlikte hizmet sunumunu ve yönetimini de geliştirebilme potansiyeli söz konusudur ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması açısından önemlidir (Bombard vd., 2018; Iroz vd., 2025). Son yıllarda, sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme faaliyetleri çoğu ülkede

önemli bir strateji haline gelmiştir. Kaliteli sağlık hizmetlerine verilen önemle birlikte, sosyal paradigmlar, hizmet kullanıcılarını kendi sağlıklarına farklı düzeylerde dahil etmeye doğru kaymıştır. Literatürde, hastaların kişisel bakımlarına aktif katılımının sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu görülmektedir (Van vd., 2015). Hasta katılımı, kaliteli ve hasta odaklı sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir (Phillips vd., 2016).

3.1.2. Mahremiyet

Sağlık hizmeti alımı sürecinde hasta mahremiyetine gösterilen özen hastaların memnuniyet düzeylerini artırmakla birlikte sağlık hizmetinin de kalitesini artıran bir husustur. Ayrıca çalışanların hasta mahremiyeti unsurlarına dikkat etmeleri hukuken de olumsuz durumların önüne geçmektedir (Gündüz ve Altıntaş, 2020). Gizlilik, sağlık hizmetleri ortamında özel anlamları bulunan karmaşık bir kavramdır (Hasan Tehrani vd., 2018). Sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların mahremiyeti kültürden kültüre farklılık gösterebilir hatta bazen tedavi reddi bile söz konusu olabilmektedir. Nitekim konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, bir sağlık kuruluşuna bir yıl boyunca başvuru yapan hastaların %10'unun gizlilik endişeleri nedeniyle muayeneyi reddettiğini ve %15'inin de gizlilik endişeleri sebebiyle sağlık çalışanına verilen bilgileri değiştirdiğini veya gizlediğini bildirmiştir (Saleem vd., 2022). Bu kapsamda hasta mahremiyetine özen göstermek ve hastaların hassasiyetlerini dikkate almak, kaliteli ve doğru bilgilendirmeye dayalı sağlık hizmeti sunmak açısından önemli bir unsurdur.

3.1.3. Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının ameliyattan önce bireyden izin alması sürecidir (Biyazin vd., 2022). Bilgilendirilmiş onam, klinik uygulamanın temel bir unsurudur. İyi tasarlanmış ve anlaşılabilir bir onam formu,

yalnızca hastaların haklarını korumakla kalmaz, aynı zamanda klinisyenleri tıbbi ve hukuki risklere karşı da korur (Altaf vd., 2025). Bilgilendirilmiş onam süreci, günlük tıp pratiğinin hayati bir bileşenidir. Bu süreç, hastalara düşünülen bir tedaviye karar verebilmeleri için yeterli, doğru ve anlaşılabilir bilgi sağlamayı içerir (de Guzman ve Amosco, 2022). 2026 yılında konuyla ilgili yapılan bir çalışmaya göre; standartlaştırılmış onam formları, hastanın tercih ettiği dilde bilgilendirme ve görsel materyaller kullanılmış ve onam sürecinin memnuniyet düzeyini %64'ten, %94'e yükselttiği belirlenmiştir (Akram vd., 2026). 2022 yılında yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun süreç hakkında bilgilendirilmenin yüksek memnuniyetle ilişkili olduğu bildirilmiştir (de Guzman ve Amosco, 2022). Bu sonuçlar, hastaların süreç hakkında bilgilendirilmesinin hasta memnuniyetini artırmada önemli olduğunu göstermektedir.

3.2. Hizmete Erişim

Hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak amacıyla sağlık tesislerinde karşılama, danışma ve yönlendirme gibi hizmetlerin verilmesi gerekmektedir. Bu süreçte hastaların kayıt işlemlerinin de doğru bir şekilde yapılabilmesi ve hastanelerde bekleme sürelerinin kısaltılması amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Yaşlı ve engelli bireylerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemelere ek olarak teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır (SKS- Hastane (Sürüm 6.1). Bu kapsamda ülkemizde Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden randevu alan vatandaşlardan 65 yaş üstü kişiler, kanser hastaları, kimsesizler, riskli gebeler, gebeler, engelliler, gaziler veya şehit yakınları, organ nakli olmuş veya organ nakli bekleyen vatandaşlara randevu önceliğine sahiptir (<https://www.mhrs.gov.tr/>). Ayrıca 2016 yılında Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi Uygulaması işitme engellilerin sağlık

hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için hizmete girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2025 Yılı Faaliyet Raporu).

Sağlık hizmetlerine erişim, bakım kalitesini etkileyen ve hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecindeki deneyimlerini şekillendiren önemli bir konudur. Hizmetlere erişimin sağlanması sağlık sonuçlarını da etkilemekte ve değer temelli sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri olarak görülmektedir (Chen, 2025). Sağlık hizmetleri ilk olarak birey ve toplum sağlığını geliştirmek ve sürdürmekle yükümlüdür. Dünya genelinde çeşitli nedenlere bağlı olarak ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişemeyen çok sayıda insan olduğu bilinmektedir (Yetim ve Çelik, 2020). Bu kapsamda sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, insanların sağlıklarını korumak veya iyileştirmek için oldukça önem arz etmektedir. Erişim karmaşık bir kavramdır çeşitli açılardan değerlendirilmesi gerekir. Hizmetler mevcutsa ve yeterli hizmet arzı varsa, sağlık hizmeti alma fırsatı vardır ve toplumdaki vatandaşlar hizmetlere erişim sağlayabilir. Ancak bu toplumun erişim sağlama derecesi, hizmetlerin kullanımını sınırlayan finansal, sosyal veya kültürel çeşitli değişkenlere de bağlıdır. Bu nedenle, kullanım açısından ölçülen erişim, yalnızca arzın yeterliliğine değil, hizmetlerin karşılanabilirliğine, fiziksel erişilebilirliğine ve kabul edilebilirliğine de bağlıdır (Gulliford vd., 2002).

3.3. Yaşam Sonu Hizmetler

Yaşam sonu hizmetlerde cenaze ve yakınlarına saygı ve özen gösterilerek hizmetlerin zamanında, etkin ve güvenli bir şekilde sunulması önemlidir. Bu kapsamda yaşam sonu hizmetlere ilişkin süreçlerin ve uyulması gereken kuralların belirlenmesi, cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerlerinin dikkate alınması gerekmektedir. Cenazenin morga teslim edilmesinden önce ve taşınması sırasında mahremiyetinin ve güvenliğinin korunması, cenazenin taşınması ve muhafaza

edilmesine uygun fiziki koşulların sağlanması önem taşımaktadır. Morg işleyişine ilişkin süreçlerin izlenebilir olması ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca cenaze yakınlarının bekleyebileceği uygun bir alan bulunmalı ve cenaze, kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra hasta yakınına teslim edilmelidir (SKS- Hastane (Sürüm 6.1)). Onurlu bir şekilde ölmek, kaliteli yaşam sonu bakımının amaçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Onurlu ölüm kapsamında insan hakkı, özerklik ve bağımsızlık, semptomların giderilmesi, saygı, kişinin kendisi olabilmesi, anlamlı ilişkilerin sürdürülmesi, onurlu tedavi ve bakım, varoluşsal tatmin, mahremiyet ve sakin bir ortam gibi faktörler yer almaktadır (Guo ve Jacelon, 2014). Bu unsurlar yalnızca vefat edenin kişisel bakımını değil, aynı zamanda yasal gereklilikleri göz önünde bulundurarak ve yerel politika ve yönergelerle uyarak hastanın ve ailesinin kültürel, dini ve manevi ihtiyaçlarını da dikkate alınarak gerçekleştirilir (Merlane ve Armstrong, 2019).

3.4. Sağlıklı Çalışma Yaşamı

İnsan kaynakları yönetimine yönelik düzenlemeler ihtiyaç doğrultusunda planlanmalıdır. Çalışanların performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmeli ve sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulması için hedefler belirlenerek bu durumu tehdit eden risklere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Personelin sağlık taramaları düzenli olarak yapılmalı ve kişisel koruyucu ekipman kullanımının sağlanması gerekmektedir. Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalıdır. Ayrıca çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri dikkate alınarak geri bildirimde bulunulmalıdır (SKS- Hastane (Sürüm 6.1)). Örneğin, sağlık çalışanları arasında önemli bir grubu oluşturan hemşireler açısından iyi bir çalışma ortamı, hemşirelerin daha iyi koşullarda

çalışmasını sağlarken bakım kalitesinin yükselmesine de katkıda bulunmaktadır (Copanitsanou vd., 2017).

2024 yılında 32 ülkede ki 288.581 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmaya göre; hemşirelerde tükenmişliğinin artmasının, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini olumsuz etkilediğini ve hasta memnuniyetinin de azalmasına neden olduğu saptanmıştır (Li vd., 2024). 2026 yılında yapılan bir çalışmaya göre, çeşitli ortamlarda ve yöntemlerle elde edilen bulgular, olumlu çalışma ortamlarının hasta güvenliği ve deneyiminde iyileşme, hemşire tükenmişliğinde ve işten ayrılma niyetinde azalma, iş memnuniyetinde artış ve güvenlik kültürü ile bakım kalitesi gibi daha güçlü kurumsal performans göstergeleriyle ilişkili olduğunu tutarlı bir şekilde göstermektedir (Heffron ve Pascale, 2026). 2019 yılında yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çalışma ortamının hizmet kalitesi, güvenlik ve hasta refahı açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Lake vd., 2019). Yine 2019 yılında yapılan bir başka çalışmaya göre daha iyi hemşire çalışma ortamlarının hemşirelerin iş sonuçları, hasta güvenliği ve hizmet kalitesiyle olumlu yönde ilişkili olduğu, olumsuz hasta sonuçlarının azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı yönündedir. Nitekim, 2023 yılında gerçekleştirilen bir çalışmanın sonuçları da bu görüşü desteklemekte ve hastalara kaliteli bakım sunulabilmesi için sağlık çalışanlarının işe bağlı faktörlerinin ve iyilik hâllerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Odole, vd. 2023).

4. SONUÇ

Sağlık en temel insan haklarından biridir. Kaliteli bir sağlık hizmeti almak ve kaliteli bir ortamda sağlık hizmeti sunmak ise hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları için son derece doğal bir istektir. Buna bağlı olarak kaliteli sağlık

hizmetleri, insan onuruna yaraşır bir bakım sunulmasını ve hastalar ile çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesini gerektirmektedir. Hasta odaklı bir sağlık hizmeti anlayışı; hastaların sağlık bakım sürecine aktif katılımını, mahremiyetin gözetilmesini, süreç hakkında bilgilendirilmesini, isteklerinin, beklentilerinin, şikayetçilerinin dikkate alınmasını ifade etmektedir. Dolayısıyla hastaların önemsendiklerini hissetmeleri, sağlık çalışanlarına karşı daha duyarlı davranmalarına, iletişimin güçlenmesine ve sürecin daha sorunsuz ilerlemesine katkı sağlarken, daha huzurlu bir çalışma ortamının oluşmasına da yardımcı olmaktadır. Çalışanlar açısından bakıldığında ise sağlık hizmeti sunumu sırasında kendilerini rahat hissettikleri bir ortamda olmaları, daha üretken ve verimli olmalarını sağlarken, verdikleri hizmetin niteliğini de olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanları, sağlık sektörünün yapısı gereği uzun çalışma saatleri ve nöbet gibi nedenlerle fiziksel olarak bitkin düşebilmektedir. Bu nedenle çalışanların ihtiyaçlarının karşılanması, ergonomik koşulların sağlanması ve diğer açılardan çalışanların ihtiyaçlarının gözetilmesi, kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için önemli bir husustur.

KAYNAKÇA

- Aggarwal, A., Aeran, H., & Rathee, M. (2019). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), 180–182. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006>
- Akram, J., Jasim, N., Al Hattab, F., Khalid, M., Jebril, R. A., Alsheikh, I. S., . . . Zahid, M. (2026). Standardising written informed consent forms to improve patient care: A quality improvement project. *BMJ Open Quality*, 15(2), e003785. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003785>
- Altaf, J., Hasan Ashfaq, A., Riaz, N., & Faraz, F. (2025). Informed consent: Is it more than a formality? A quality improvement project in surgical practice. *BMJ Open Quality*, 14(3), e003523. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003523>
- Biyazin, T., Taye, A., & Belay, Y. (2022). Patient satisfaction with surgical informed consent at Jimma Medical Center, Ethiopia. *BMC Medical Ethics*, 23, 103. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00841-5>
- Bombard, Y., Baker, G. R., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., . . . Pomey, M. P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
- Chen, A. M. (2025). Why access matters in value-based healthcare: A systematic review. *Journal for Healthcare Quality*, 47(2), e0471. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000471>
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British*

- Journal of Nursing, 26(3), 172–176.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- De Guzman, G. S., & Amosco, M. D. (2022). Patient experience and decisional satisfaction with the informed consent process for elective gynecologic surgeries: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 81, 104551. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104551>
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment (Vol. 1, Explorations in Quality Assessment and Monitoring). Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., et al. (2002). What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Gündüz, N., & Altıntaş, S. (2020). Hasta mahremiyetine yönelik sağlıkta kalite standartlarının hastane çalışanları üzerinde algılarının ölçülmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 16(1), 11–30. <https://izlik.org/JA44RC48PN>
- Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*, 28(7), 931–940. <https://doi.org/10.1177/0269216314528399>
- Hasan Tehrani, T., Seyed Bagher Maddah, S., Fallahi-Khoshknab, M., Ebadi, A., Mohammadi Shahboulaghi, F., & Gillespie, M. (2018). Respecting the privacy of

hospitalized patients: An integrative review. Nursing Ethics. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0969733018759832>

Heffron, M. D., & Pascale, A. (2026). Nursing work environment as a determinant of health care outcomes: A scoping review. Nursing Management, 57(8), 17–28. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000397>

Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

Iroz, C. B., Godfrey, M. M., Early, C., Dell, B., Boyle, A., Tallarico, E., . . . Johnson, J. K. (2025). A qualitative study to improve how we partner with patients and families in healthcare improvement collaboratives. Health Expectations, 28(3), e70312. <https://doi.org/10.1111/hex.70312>

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. Medical Care, 57(5), 353–361. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001109>

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 7(11), e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

- Merlane, H., & Armstrong, L. (2019). Care after death. *British Journal of Nursing*, 28(6), 342–343. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.6.342>
- Oben, P. (2020). Understanding the patient experience: A conceptual framework. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 906–910. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>
- Odole, A. C., Ogunlana, M. O., Odunaiya, N. A., et al. (2023). Influence of well-being and quality of work-life on quality of care among healthcare professionals in southwest, Nigeria. *Scientific Reports*, 13, 7830. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25057-w>
- Phillips, N. M., Street, M., & Haesler, E. (2016). Systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 25, 110–117. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004357>
- Saleem, S. G., Ali, S., Ghouri, N., Maroof, Q., Jamal, M. I., Aziz, T., . . . Rybarczyk, M. (2022). Patient perception regarding privacy and confidentiality: A study from the emergency department of a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(2), 351–355. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.ICON-2022.5785>
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane, Sürüm (6.1), <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41258/0/skshastane-seti-s-61--09082021pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). 2025 yılı faaliyet raporu. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/54170/0/2025-idare-faaliyet-raporupdf.pdf> (Erişim Tarihi: 03.09.2026)

- Van C., McInerney, P., & Cooke, R. (2015). Patients' involvement in improvement initiatives: A qualitative systematic review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(10), 232–290. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1452>
- World Health Organization. (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fa844d45-886e-4e2e-aedd-48c404dfb9df/content>
- World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2025). Patient-reported experiences in primary care: Guidance for implementing the assessment. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1cc11392-ddba-4d4c-9edb-bcc3c0ca61c0/content>
- Wolf, C. P. X. P., Jason, A., Niederhauser, R. N., Marshburn, R. N., & LaVela, M. P. H. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19.
- Yetim, B., & Çelik, Y. (2020). Sağlık hizmetlerine erişim: Karşılanmamış ihtiyaçlar sorunu. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 423–440.
- Yıldıztekin, İ. (2010). Kalite maliyetleri ölçümlerinde belirlenen fırsat maliyetleri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(1), 401–422.

İnternet Kaynakları

<https://www.mhrs.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 03.09.2026)

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE STRATEJİK YÖNETİM YAKLAŞIMLARI

Tuğba İRTÜRK¹

Ayşe ŞAHİN²

1. GİRİŞ

Sağlık sektörü, uygulamaların teknoloji ışığında ilerlediği ve başvuran bireylerin beklentilerinin sürekli arttığı çeşitli sağlık profesyonellerini bir arada bulunduran dinamik bir yapıdır. Zweifel'e (1997) göre sağlık hizmetlerinde hastaların başvurdıkları şikayetlerin ilerlemesini önleme, içinde bulundukları sağlık durumunu koruma ve tam iyilik hali sağlamak için çalışan sağlık profesyonellerinden oluşan multidisipliner bir yapı olması nedeniyle, farklı branşlardaki sağlık profesyonellerinin ortak bir hedef doğrultusunda iş birliği yaparak kaliteli hizmet vermesi gerekmektedir. Bu bağlamda temel amaç, verilen hizmetin verimliliğinin en üst düzeyde olması ve topluma katkı sağlaması için etkili stratejiler belirlenmesidir. Bunun sağlanabilmesi için ise sağlık kurumlarının uzun dönemde fayda sağlayacak bir vizyon edinmesi ve hızlı değişimlere ayak uydurması gerekmektedir (Soylu ve İleri, 2010:79-80). Güncel talepler incelendiğinde, klasik yönetim anlayışının merkeze bağlı kalarak kuralcı bir yapıda olmasından dolayı yetersiz olduğu bilgisine ulaşılmaktadır. İzci ve diğerleri (2020) de bu konuya dikkat çektiği modern bir yapının oluşması, klasik yönetimin katı

¹ Ardahan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi, Ardahan, Türkiye. ORCID: 0009-0006-9303-1624.

² Dr. Öğr. Üyesi, Ardahan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ardahan, Türkiye. ORCID: 0000-0001-9019-4109.

kurallarını ve hiyerarşik otoriteyi geride bırakarak, farklı branşların sürece dâhil olduğu “yeni kamu yönetimi” modeline geçiş yapılmalıdır. Bu modern yaklaşım, özel sektörde uygulanan yönetsel pratiklerin kamu alanında da uygulanması gerektiğini savunmakta ve sunulan hizmetlerde maksimum verimliliğe ulaşmayı amaçlamaktadır. Üniversite hastaneleri, sadece kamu hizmeti sunmakla yükümlü olmayan aynı zamanda akademik çıktı üreten bir kurum olması sebebiyle stratejik yönetimin en çok ihtiyaç duyulduğu kurumlardan biridir. Stratejik yönetim, işletmenin gelecekte ulaşmak istediği hedefleri, kaynakların hangi alanlara öncelikli olarak aktarılması gerektiğini belirleyerek aktarılmasını ve mükemmellik standartlarını oluşturmaktır (Soylu ve İleri, 2010:79-81). Sağlık hizmetleri disiplinli bir yaklaşım ve profesyonel bir ekip gerektirdiğinden, yetkin insan kaynağının kurumla özdeşleştirilmesi hastaneler için hayati bir önem taşımaktadır. Bu bağlamda, nitelikli sağlık profesyonellerinin görev alması yalnızca işlevsel bir ihtiyaç değil; stratejik hedeflere ulaşılmasını, hizmet kalitesinde sürekliliğin sağlanmasını ve sürdürülebilir bir rekabet avantajı elde etmesini sağlayan bir unsurdur (Düzcü, 2024:85-110).

2. SAĞLIK KURUMLARINDA STRATEJİK YÖNETİM VE YENİ KAMU YÖNETİMİ

Stratejik yönetim işlevsel stratejiler kurmayı, bu stratejileri uygulamayı ve elde edilen çıktıları analiz ederek denetim yapmaya yönelik tutum ve uygulamalar bütünüdür (Soylu ve İleri, 2010:79-80). Stratejik yönetim sürecini kurumun kuruluş amacı baz alarak ifade eden Drucker, bu süreci sahip olduğu kimliği ve geleceğe yönelik kapasitesini devamlı olarak araştırması şeklinde tanımlamaktadır. Ana hedef ise; kurumun nasıl bir politika izlemesi gerektiğini belirlemek ve verdiği kararlarla gelecekteki başarısının yapı taşlarını atmaktır.

Kurumun bir hedef tablosu oluşturarak, bu hedeflere ulaşmak için nasıl bir stratejik yol izleyeceğinin belirlenmesi önerilmektedir (Soylu ve İleri, 2010). Sağlık hizmetlerine başvuran hastaların memnuniyetinin öncelik olduğu modern yönetim anlayışı, sunulan hizmetlerin yalnızca yapısına odaklanmayıp, aynı zamanda toplumsal temel amacına ve araştırma geliştirme faaliyetlerine de odaklanmaktadır. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi alan yazınında da yer verilen, hastalara sunulan hizmetin nasıl değerlendirdikleri ve devam ettirilen idari yaklaşımların ne derece başarılı olduğunun kararını da hastaların verdiği görülmektedir. Üniversite hastaneleri için bu süreç, sadece tıbbi hizmet kalitesini değil, aynı zamanda eğitim ve araştırma kapasitesinin stratejik planlarla desteklenmesini de içerdiği gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, kurumun yönetim araçlarının da en az stratejik uygulamalar kadar önemli olduğu görülebilmektedir (İzci vd., 2020: 70-88).

Stratejik yönetim araçları, yönetim birimine başarıya giden yolda gerekli olan planlama ve uygulamalar için olanak sağlayabilmektedir ve kurumun arzuladığı hedeflere ulaşmasını sürdürülebilir biçimde oluşturduğu belirtilmiştir Bu noktada plan geliştirme ve uygulama, yüksek başarı sağlayan ve devamlılığı olan dinamik süreçler olmalıdır (Demir ve Uğurluoğlu, 2015). Yeni kamu yönetimi (YKY), hiyerarşik yönetim anlayışına ters düşen bir fikirle ortaya çıkmış olup, amacı ise; modern bir bakış açısı sunabilmektir. Bu bakış açısına Weber'in bürokrasi modeli katkı sağlamış olsa da modelin, sert kuralları olan ve kaynaklarının yetersiz olduğu ileri sürerek, yapmış oldukları işin yapısından ziyade nasıl yürütüldüğüne odaklanan bir yapı karşısında devamlılığını sağlayamamıştır. Nitekim kuralcı yönetimin esas aldığı görüş, bulundukları yapıyı bozmadan, risk almadan devam etmek ve herhangi bir karşıt görüşü dikkate almadan var olan düzeni devam ettirmektir. Bu noktada önemli olan kontrolü elde tutmak ve protokollerden ziyade sonuç odaklı

hizmet vermektir (İzci vd., 2020: 70-78). Yeni kamu yönetimi, merkeziyetçi yapının azaltıldığı, yetki devri yoluyla yapılan projelerin güç kazandığı, kurumsal gelişimin yanında duyarlılık eğitiminin de sunulduğu, sorumluluğun ön plana çıktığı, sonuçlara dayalı değerlendirme anlayışının olduğu, özellikle de müşterinin de sisteme katılımının sağlandığı bürokrasiden sıyrılmış kavramlarla vücut bulmaktadır (Turan, 2013:10-11).

3. STRATEJİK YÖNETİM MODELİ OLARAK KURUMSAL KARNE

Üniversite hastanelerinde başarı ölçümü, sadece finansal bulgularla değerlendirilmemelidir. Bu bağlamda kurumsal karne yöntemi; yalnızca finansal bulgularla değil, müşteri odaklı yaklaşım, operasyonel süreçler, finansal boyut ve öğrenme/gelişme boyutu olmak üzere dört farklı bakış açısından kurumu değerlendirmektedir. Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi uygulamasında, değişen sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, bu yöntemi sağlık sektöründeki kurumsal başarıyı değerlendirme sistemi olarak benimsenmiştir (Karahan ve Özgür, 2009:59-81). Alan yazında ilk olarak 1992 yılında Kaplan ve Norton tarafından yer verilen kurumsal karne yöntemi, artan rekabet ve gelişen teknolojinin bir sonucudur. Kısa dönemli başarıyı ölçmek için hem ekonomik hem de ekonomik olmayan kriterlerin bir arada kullanılmasının daha doğru olacağı belirtilmiştir (Kaplan ve Norton, 2002:87). Kurumsal karnenin amacı ise daha elle tutulur sonuçlara ulaşmak için gerekli sistematik planların yapılması ve kurumun hedeflerinin belirlenmesini sağlamaktır. Yeni yapılanma oluşmadan önce yalnızca ekonomik boyutuyla ilgilenen kurumlar, kurumsal karneden sonra ise performans ölçüm araçlarının da bu yapılanmaya dahil edildiği görülmektedir (Radnor ve Lovell, 2003:99-107).

Kurumsal karne yaklaşımı yalnızca hedeflerin belirlenmesi değil, belirlenen bu hedeflerin nasıl yönetileceği örgütsel planlamaların da nasıl yürütülmesi gerektiğini konu alan bir araştırma yöntemidir. Bu nedenle kurum içerisinde ortak bir ifade biçimi kullanmalıdır. Stratejik süreçte aralarında ters ilişki bulunan, kurum içi yapı ve dış çevre koşulları, finansal beklentiler ve finansal olmayan hedefler, finansal öncelikler ve operasyonlar, kendi amacına yoğunlaşan ve kurumun temel hedeflerinin aynı dengeyi sağladığı ifade edilmiştir ve bu yaklaşımın organizasyonun bütününe yayılmasının doğru olacağı düşünülmüştür (Karahana ve Özgür, 2009:59-81).

4. KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYONUN STRATEJİK ROLÜ

Sivil toplum kuruluşlarının desteklemekte olduğu gönüllülük esaslı bir analiz süreci olan akreditasyon; işinde uzman denetmenlerin bağımsız bir şekilde sağlık kuruluşlarının belirlenen kriterlere uyum derecesini incelemektedir. Akreditasyon kavramıyla ilgili farklı tanımlamalar bulunmasına karşın benimsenen genel yorum; sağlık kuruluşlarının özerk bir kurul tarafından paylaşılan standartlara göre değerlendirilmesi ve akreditasyon statüsüne ulaşacak yetkinliği kazanması için gerekli kurallara uyması olarak tanımlanmaktadır (Shaw, 2015:370-378). 2015 yılında Türkiye’de bulunan sağlık kurumlarının akreditasyona uygunluğunun sağlaması amacıyla kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)’dan akreditasyon statüsüne ulaşmayı başaran hastanelerin sayısının her geçen gün arttığı görülmektedir (TÜSKA, 2026). Yol gösterici bir yapı olarak kullanılan akreditasyonun, hastanelerdeki faaliyetlerin kalitesini arttırması amaçlanmaktadır. Akreditasyonun, hastanelerde uygulanması ile alakalı yayınların son yıllarda arttığı ve başarı düzeylerini

iyileştirme süreçlerinin hastane performansı ile ilişkili olduğu yapılan kavramsal yapı haritalanması analizleriyle daha belirgin hale gelmektedir (Kaya vd., 2022). Bu bağlamda tıp fakülteleri ve hemşirelik fakültelerinde kalite yönetiminin derslere eklenmesi de ileride sağlık profesyoneli olarak görev yapacak olan doktorların ve hemşirelerin stratejik bir perspektif edinmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Örgüt kültürünün güçlendirilmesine destek olacağı ifade edilen, fakültelerin ders içeriklerinde hasta güvenliği ve sağlık hizmetlerinde kalite konularının da yer alması gerektiği öne sürülmüştür (Arslandoğlu vd., 2024).

5. REKABETÇİ ORTAM VE STRATEJİK YÖNELİM

Sağlık kurumlarında giderek artan rekabetçi bir ortamın faaliyet gösterdiği görülmektedir (Chang vd., 2017:756). Ancak, sağlık hizmetlerinin kendine has pazarlama stratejileri bulunduğu diğer pazarların çoğundan farklı bir pazarlama faaliyeti sürdürmektedir. Bu nedenle sağlık sektörünün içerisinde yer almak için güçlü bir rekabet politikasının izlenmesinin gerekli olduğu ifade edilebilir ve kurumların aktif olduğu sektörün sistemini incelemeleri gerekmektedir. Sağlık kurumları stratejik adımlar atarken faaliyet alanı ile ilgili; sektöre giriş bariyerlerinin, hizmetlerin değişme olasılıklarının, sektör yoğunluğunun ve değerlendirme için finansal yapılarının ayırım gösterdiği ve her sektörün kendine has verimlilik koşullarının bulunduğunu belirtmiştir (Doğan vd., 2017:817-835).

1980’li yıllarda kabul görüp uygulanmaya başlayan rekabet stratejilerinin, günümüz Türk sağlık kurumlarında da yoğun bir şekilde uygulanmaya devam ettiği ve kamuya ait kurumlarında özelleştirme faaliyetlerinin mevcut rekabet koşullarını da etkilediği ve serbest bir piyasaya dönüşmesine

sebebi olduğu düşünülmektedir (Akbolat ve Işık, 2012:401-424). Bu sebepten çok yönlü nitelikler geliştirerek ve hedefe uygun adımlar atarak rekabet engellerinin aşılacağı düşünülmektedir (Shah vd., 2023).

6. TARTIŞMA

İncelenen literatür doğrultusunda kurumsal karne yaklaşımının, akreditasyon uygulamasının, rekabet stratejilerinin ve modern kamu anlayışına geçmenin stratejik yönetim üzerinde bazı olumlu etkilerinin ve desteklerinin olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda kurumsal karne yaklaşımının asıl amacının stratejinin nasıl belirleneceğini değil, önceden belirlenmiş olan kurumun stratejik planlamasında yöneticilere nasıl uygulayacağı yönünün de yardımcı olmaktadır. Çok yönlü olan kurumsal karne uygulaması, kurumların stratejik planlarını ve uygulamalarını seçme hakkını kendilerine bırakmış olup stratejik planlama için belirli bir süreç oluşturmamıştır. Bu özelliği ile eleştirilere açık kapı bıraktığı görülmektedir. Bu eksikliğin giderilebilmesi için ise uygulanan stratejik planların sadece kurumsal karneyle sınırlı kalmayıp farklı modeller ekleyerek devam etmekle giderilebileceği düşünülmektedir (Karahana ve Özgür, 2009:59-81).

Bu bağlamda üniversite hastaneleri eğitim ve araştırmayı bir arada bulundurmasından kaynaklı daha profesyonel bir yapıya sahiptir, bu nedenle stratejik yönetimin yerinin ve yararlarının oldukça fazla olduğu ve farklı modellerin uygulanabilirliğinin daha doğru olacağı bilgisine ulaşılmaktadır. Stratejik yönetimin işlevleri dört ana temele kurulmuş olsa da hazırlık, yönlendirme, uygulama ve değerlendirme çevresel faktörlere de yoğunlaştığını görmekteyiz (Güçlü, 2003). Stratejik yönetimin kurumlara sağladığı bazı faydalar ele alınmıştır. Bunlar kurumların amaçları doğrultusunda uyguladıkları planlarda, olası aksi bir durumu

önceden tespit edip engellemelerine olanak sağlar, stratejik yönetimi sistematik bir şekilde uygulayan kurumların daha etkili işler çıkardığı görülebilmektedir, araştırma süreçlerinde yönetim birimine yardım sağlayabileceği literatür de belirtilmiştir (Jauch ve Glueck, 1988).

Nitekim akreditasyon kavramının da son yıllarda daha önemli hale geldiği yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla desteklenmiş olup stratejik yönetim içerisinde yer alan bir kalite modeli olarak karşımıza çıkabilmektedir (Özbucak Civil, 2011). İlk olarak 1917’de American College of Surgeons (Amerikan Cerrahlar Koleji) aracılığıyla yayınlanmış olan “Hastaneler için Minimum Standartlar” adlı doküman 5 maddelik temel konuları ele alarak başlamış ancak bu maddelerin sadece sağlık personellerinin yönetim görevleri ile alakalı olduğu düşünülen JCAH (Joint Commission Accreditation of Hospitals), içeriği daha da genişleterek 11 maddeden oluşan doküman haline dönüştürmüş ve sağlık sisteminin işleyişi, aşamaları ve sonuçlarını da dâhil ettiği görülmektedir. İncelenen alan yazına göre akreditasyon uygulamaları kalite ve başarı açısından önemli olup, her geçen gün daha fazla hastane bu sisteme entegre edilmektedir (Alkhenizan ve Shaw, 2011:407-416; Kayral, 2018: 27-34). Tıp fakültesi hastanelerinde daha olumlu davranışlar sergilenmesine teşvik edilmesi amacıyla bir araç olarak kullanılan akreditasyon, kullanılması önerilen bir olanak olarak görülmektedir (Poku vd., 2017:117-118).

Akreditasyonun uygulanması ile birlikte, kurumun bağımsız değerlendirilmesinden önce ki kriterlere uygunluğunun ve uyumunun da artacağı düşünülmektedir, yasal izin süreçlerinin, sağlık kurumları için yayımlanmış kurallara uyumunu dış değerlendirme yoluyla motive etmeyi amaçlayan akreditasyonun hastane yönetimine de entegre edilmesinin kurumun geleceği için iyi olacağı düşünülmekte ve bir kalite

stratejisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (Hijazi vd., 2018:1-15; Shaw vd., 2019:203-232).

Gerekli kalite standartlarını sağlayan kurumların ayakta kalabilmesi için ise finansal stratejilerin oluşturulmasının rekabet ortamında başarı sağlayacağı düşünülmektedir (Doğan vd., 2017:817-835). Rekabet stratejisi geliştirmek için, kurumun amacının belirlenmesi ve nasıl rekabet edileceğine karar verilmesi ve belirlediği hedeflere ulaşması için bir yol planı yapmış olmasının daha ulaşılır olacağı aktarılmıştır. Strateji geliştirmeden önce gireceği pazar alanını değerlendirmeli ve gireceği riskleri de analiz etmesi başarılı olması açısından daha doğru olacaktır (Akbolat ve Işık 2012; Sparks, 1999:6).

7. SONUÇ

Literatür incelemelerine dayanarak, stratejik yönetimin üniversite hastanelerinde uygulanmasının kurumun sürdürülebilirliği açısından önemli bir hedef olduğu düşünülmektedir. Daha donanımlı ve etkili hizmet sunabilmesi için ise hedeflerini açık bir şekilde oluşturmalı ve modern sağlık sistemini benimseyerek kalite standartlarına uygun bir yol izlemesinin, kurumun ileriye yönelik başarısını daha da arttıracak ifade edilebilir. Hastanelerin, akreditasyon kriterlerine uygun olması, gerekli finansal stratejileri uygulamaları ve örgütsel planlamalara kurumsal karne yaklaşımını entegre etmeleri sadece kurum içi refahı değil aynı zamanda asıl hizmet edilmesi gereken, hasta memnuniyetini de sağlamaktadır. Bu bağlamda, üniversite hastanelerinde kaliteli hizmetin sunulması açısından, kurum içerisinde çalışan üst yönetimden en alt kademeye kadar herkes için eğitim içerikleri oluşturulmalı ve öneminin vurgulanması tavsiye edilebilir. Ayrıca akreditasyon ve kurumsal karne uygulamaları sadece birer denetim mekanizması değil aynı zamanda kurumun dinamik yapısı içerisinde

iyileştirme ve doğru sürdürülebilirlik felsefesiyle gündelik iş disiplinine entegre edilmesinin daha doğru bir strateji olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akbolat, M., ve Işık, O. (2012). Hastanelerde rekabet stratejileri ve performans. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(1), 401-424.
- Alkhenizan, A., ve Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. Annals of Saudi medicine, 31(4), 407-416. doi:10.4103/0256-4947.83204.
- Arslanoğlu, A., Demirci, B., ve Arslanoğlu, Y. B. (2024). Türkiye'deki Tıp Fakültelerinin Kalite Yönetimi ile İlgili Ders İçeriklerinin İncelenmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 11(4), 576-585.
- Chang, C. H., Chiao, Y. C., ve Tsai, Y. (2017). Identifying competitive strategies to improve the performance of hospitals in a competitive environment. BMC Health Services Research, 17(1), 756.
- Demir, İ. B., ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2), 219-251.
- Doğan, İ. F., Bakan, İ., ve Hayva, S. (2017). Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 16(62), 817-835. doi:10.17755/esosder.307908
- Düzcü, T., Bayram, V., ve Önder, E. (2024). Hastanelerde stratejik insan kaynakları yönetim süreçlerinde yapay zekâ uygulamaları. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi, 16(30), 85-110.
- Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23(2), 61-85.

- Hijazi, H. H., Harvey, H. L., Alyahya, M. S., Alshraideh, H. A., Al Abdi, R. M., ve Parahoo, S. K. (2018). The impact of applying quality management practices on patient centeredness in Jordanian public hospitals: Results of predictive modeling. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-15.
- İzci, F., Atmaca, Y., ve Telsaç, C. (2020). Yeni kamu yönetimi anlayışı kapsamında kamu hizmet algısının ölçümü: Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği. *Akademik İzdüşüm Dergisi*, 5(2), 70–88.
- Jauch, L. R., ve Glueck, W. F. (1988). *Strategic management and business policy* (5th ed.). McGraw-Hill.
- Kaplan, R. S., ve Norton, D. P. (2002). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part I. *Accounting Horizons*, 15(1), 87.
- Karahan, A., ve Özgür, E. (2009). Stratejik yönetim modeli olarak kurumsal karnenin uygulanabilirliği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 59–81.
- Kaya, S., Gözlü, K., Arslan Çilhoroz, İ., ve Çilhoroz, Y. (2022). Hastane akreditasyonu ile ilgili yayınların kavramsal yapısının haritalanması. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İİBF Dergisi*, 24(2), 528–555.
- Kayral, İ. H. (2018). Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetleri akreditasyonu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 27–31.
- Özbucak Cival, S. (2011). Hemşirelikte hasta güvenliği: Türkiye ve dünya. *İçinde Hemşirelikte hasta güvenliği: Türkiye ve dünya* (1. bs., s. 36). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- https://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsayek10_hastaguvenlik.pdf

- Poku, M. K., Hellmann, D. B., ve Sharfstein, J. M. (2017). Hospital accreditation and community health. *The American Journal of Medicine*, 130(2), 117-118.
- Radnor, Z., ve Lovell, B. (2003). Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(2), 99-108.
- Shah, A., Rose, C., Ibrahim, A., Khan, S. A. R., ve Tanveer, M. (2023). A resource and leagile strategy in business operations for performance improvement. *Decision Analytics Journal*, 7, 100197. doi:10.1016/j.dajour.2023.100197
- Shaw, C. D. (2015). Hospital accreditation and medical tourism. In N. Lunt, D. Horsfall, ve J. Hanefeld (Eds.), *Handbook on medical tourism and patient mobility* (pp. 370-378). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Shaw, C., Groene, O., ve Berger, E. (2019). External institutional strategies: Accreditation, certification, supervision. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, ve W. Quentin (Eds.), *Improving health care quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* (Health Policy Series No. 53, pp. 203-232). World Health Organization and OECD.
- Soylu, Y., ve İleri, H. (2010). Hastanelerde stratejik yönetim uygulamaları: SÜ Meram Tıp Fakültesi örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 13(1-2), 79-96.
- Sparks, J. D. (1999). A methodology for estimating the level of aggressiveness in competitive bidding markets (Master's thesis). Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, VA.

- Turan, H. T. (2013). Yönetişim ve yeni kamu yönetimi. Yönetişim ve Yönetim Ekseninde Kamu Yönetimi, 10, 10-11.
- TÜSKA, (2026). TÜSKA'dan akredite kuruluşlar. Erişim tarihi: 08.10.2026, <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/tuska-dan-akredite-kuruluslar>
- Zweifel, P., Breyer, F., ve Kifmann, M. (1997). Health economics (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

**SAĞLIK YÖNETİMİ ALANINDA GÜNCEL KONULAR VE
AKADEMİK DEĞERLENDİRMELER**

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com