

SAĞLIK POLİTİKASI: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Health Policy: Conceptual Framework

Şükrü Anıl TOYGAR*

ÖZ

Politika, anlaşmazlıklar ve farklı fikirlerin mevcudiyetinden ortaya çıkmıştır ve insanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliğinin, yani uzlaşma kültürünün bir sonucudur. İnsanlar doğaları gereği birçok açıdan birbirinden farklıdır ve yaşam tarzı, beklenti ve tercihlerine yönelik bu farklılıkları da birçok sorunun çözümünde farklılıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanı da hizmet sunumunun niteliği ve çıktılarının değerlendirilmesi açısından son derece karmaşık bir alan durumundadır. Birçok farklı alandan profesyonelin hizmet sunumuna katıldığı, çıktıların değerlendirilmesinin zor olduğu sağlık alanında politikaların belirlenmesinde birçok aktör sahne almaktadır. Zira ertelenemezlik özelliği ile diğer hizmet türlerinden ayrılan sağlık, birçok farklı etmen ve kurumdan çeşitli derecelerde etkilenmektedir ve onları etkileyip sınırlarını belirleyebilme gücüne de sahiptir. Bu çalışmada politika kavramı, ona yakın ve onunla ilişkili kavramlar etimolojisiyle birlikte tartışılarak, sağlık politikası literatüründe sıklıkla vurgu yapılan bu kavramlara biraz daha açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte sağlık politikası süreçlerini etkileyen ve belirleyen faktörlerin neler oldukları da açıklanarak, sağlık politikası gündemlerini belirleyen, etkileyen aktörler ulusal ve uluslararası kimliklerine göre sınıflandırılarak tanımlanmıştır. Sağlık politikaları, ülkelerin yerel gündemleri gibi görülüp genellikle ülkelerin yerel aktörleri tarafından tartışılmalı ve uygulamaya sokulmalı da sağlık alanında etkisi hissedilen birçok uluslararası aktör de sağlık politikası süreçlerinde belirleyici, teşvik edici ve sınırlandırıcı birtakım etkilere sahip durumdadır

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Siyaset, Politika, Sağlık Politikası, Sağlık Kurumları Yönetimi

ABSTRACT

Politics has emerged from the existence of disagreements and different ideas, and it is the result of the most important feature that distinguishes humans from other living things, namely the culture of compromise. People are different from each other in many respects by nature, and these differences in lifestyle, expectations and preferences cause differences in the solution of many problems. The field of health services is also an extremely complex field in terms of evaluating the quality of service delivery and its outputs. Many actors take the stage in the determination of policies in the field of health, where professionals from many different fields participate in service delivery and it is difficult to evaluate the outputs. Likewise, health, which differs from other service types with its non-deferrability feature, is affected by many different factors and institutions to varying degrees and has the power to influence them and determine their limits. In this study, the concept of policy, close to it and related concepts are discussed together with their etymology, and these concepts, which are frequently emphasized in the health policy literature, are tried to be clarified a little more. In addition, the factors that affect and determine the health policy processes are also explained, and the actors that determine and affect the health policy agendas are defined by classifying them according to their national and international identities. Although health policies are seen as the local agenda of the countries and are generally discussed and implemented by the local actors of the countries, many international actors whose influence is felt in the field of health also have a number of decisive, encouraging and limiting effects in the health policy processes.

Keywords: Health, Politics, Policy, Health Policy, Healthcare Management

* Doç. Dr., Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, saniltoygara@tarsus.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3444-3243.

1. GİRİŞ

“Burası akademik bir platform, lütfen burada siyaset yapmayınız!”

(Sağlık politikasındaki herhangi bir gündeme ilişkin herhangi bir öğretim üyesi beyanı)

Siyaset bir olgu olarak toplumsal ve ekonomik sınıflar arasındaki ilişkilerden ve çatışmalardan doğmaktadır ve bu gruplar da çıkarları da siyaset üzerinden temsil edilmektedir. Daha sade ve doğrudan bir tanımlamayla siyasetin kaynağı anlaşmazlıklar ve farklı görüşlerdir. Eğer herhangi bir konuda, o konunun tüm tarafları ve ilgilileri “mutlak olarak” aynı fikirde bulunsalardı o konuda bir siyaset üretebilmek ya da o konuyla ilgili bir siyasetten bahsedebilmek de mümkün olmayacaktı. İnsanlar doğaları gereği farklıdır ve hayatın her alanındaki bu farklılıkları doğal olarak çatışmaları da kaçınılmaz kılmaktadır. Bu bağlamda insan varlığının olduğu her yerde siyasetin de kaçınılmaz olarak var olacağını, siyasetin insan doğasının bir parçası olduğunu ifade etmek yanlış olmaz. Hangi kararın kim tarafından verileceği sorusuna verilecek yanıt ise aynı zamanda gündemin kim tarafından belirleneceğine, yani siyasetin kim tarafından yönlendirileceğine de cevap olacaktır. Bir toplumda var olan sorunların tanımlanması ve bu sorunlara alternatiflerin önerilmesi, politika sürecinin önemli aşamalarının başında gelmektedir ve gündem belirleme olarak tanımlanmaktadır (Dye, 2002, s. 335).

Söz konusu bu çatışmalar, gündem belirleme çalışmaları, insanın ve siyasetin doğası, söz konusu sağlık olduğunda daha da karmaşık bir hal almaktadır. Öyle ki sağlık hem mali büyüklüğü hem de toplumu oluşturan yurttaşlar üzerindeki direkt etkisinden dolayı kamu politikaları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık çıktılarını değerlendirmenin zorluğu ve karmaşıklığı da sağlık politikalarını diğer kamu politikalarından ayırmaktadır. Dolayısıyla sağlık politikası, sağlık hizmetleri sunumundaki uygulama ve düzenlemelerden daha fazlasına karşılık gelmektedir. Bu nedenle tüm yönetim seviye ve süreçlerindeki her politikaya sağlık hizmetleri sunum süreci de müdahil olmaktadır (Kickbusch, 2009, s. 4).

Sağlık politikası ile sağlık arasındaki ilişkiyi anlamak; günümüzdeki başlıca sağlık sorunlarını ele almamızı ve aynı zamanda ekonominin ve diğer politik süreçlerin sağlık üzerindeki etkisini anlamamızı sağlayacaktır. Dolayısıyla sağlık politikası, kimin sağlık hizmetlerine erişebileceği, hangi sağlık teknolojilerinin geliştirilip hangisinin kullanılacağı, bu teknolojilerden kimin faydalanabileceği, sağlık hizmetleri organizasyonunun nasıl yapılacağı ve mali yapısının nasıl yönetileceği ya da hangi ilaçlara serbestçe ulaşılabilmesinin belirlenmesi konusundaki tercihlerde yol göster-

rici bir rol üstlenmektedir (Buse vd., 2005, s. 5). Ayrıca sağlık sisteminde yer alan kurum, hizmet ve finansman düzenlemelerini etkileyen, sağlık hizmetinin ötesinde, sağlık sisteminin geliştirilmesi üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü örgütlerin eylemleri de sağlık politikası olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2018b, s. 6). Bu çalışmada sağlık politikası kavramı kendisiyle ilgili yakın ve ilişkili kavramlarla birlikte açıklanarak kavramsal olarak yaşanan bazı tartışma ve belirsizliklerin giderilmesine çalışılacaktır. Ek olarak sağlık politikası yapım süreçlerini etkileyen faktörler açıklanacak ve bu süreçlerde etkili olan ulusal ve uluslararası aktörler açıklanacaktır.

2. SAĞLIK POLİTİKASI İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Bu bölümde sağlık politikasıyla ilgili, ilişkili ve yakın kavramlar öncelikle etimolojileri üzerinden, devamında ise sağlık politikası süreçlerine olan etkileri açısından ayrıntılı bir şekilde ele alınarak tartışılacaktır.

2.1. Policy mi Politics mi?

“Halk sahile akın etti, vatandaş denize giremiyor.”

(1949-1957 yılları arasında İstanbul Valiliği yapan Fahrettin Kerim Gökay’a atfedilen bir söz)

İngilizce literatürde siyaset ve/veya politika ifadelerini karşılayan iki kavram bulunmaktadır. Türkçeye birisi doğudan (siyaset) diğeri ise batıdan (politika) giren ve sıklıkla birbirinin yerine ve aynı anlamda kullanılan sözcükler yerine İngilizcede birbirinden kapsamı bakımından ayrılan ve aynı anlama gelmeyip birbirine yakın ama farklı olguları tanımlayan iki kavram bulunmaktadır. Bu nedenle bir kavram karmaşasına sebebiyet vermemek için, daha doğrusu söz konusu karmaşayı giderebilmek için bu bölümde kavramlar İngilizce karşılıklarıyla verilecektir. Bahsekonu kavramlardan birisi olan *politics*, özellikle bir ulus gibi siyasi bir varlığı yöneten bilim, yönetim veya hükümet sanatı olarak tanımlanırken; *policy*, genel hedefleri kucaklayan bütüncül bir plan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir başka deyişle *politics*, otoriteye ve kamusal hayata atıfta bulunurken *policy* ise bir taahhüt veya niyet beyanı olarak da adlandırılabilir ve bu açıdan da kararları yönlendiren bir dizi kural veya ilkedden ibarettir. *Policy*, genel bir niyet beyanına, belirli bir alandaki geçmiş veya günümüzdeki faaliyetlere rehberlik etmek için bir dizi geçerli kuralı tanımlamak için kullanıldığı gibi (Blank ve Burau, 2007, s. 1-2) herhangi bir konuda tepkisiz ve sessiz kalmayı da içermektedir (Çevik, 2004, s. 132-134). Bu doğrultuda *policy*

kavramını en temel düzeydeki bir dizi yöntem, kanun, düzenleme, uygulama ve beyanlar bütünü şeklinde tanımlayabilmek mümkündür (Buse vd., 2005, s. 8). Bu açıdan bakıldığında Nusret Fişek tarafından “bir hizmetin geliştirilmesi için alınacak uygulama kararlarına yön veren ve hükümetlerin bilinçli olarak aldıkları ilke kararlar” (Fişek, 1984, s. 30) şeklinde yapılan “politika” tanımı *politics* kavramına denk düşmektedir. Bu anlamıyla *policy* kavramı etimolojik olarak *politics* kavramı ile sıkı bir ilişki içerisinde (Paton, 2008, s. 3) ve bu açıdan kavramların aralarındaki ince ayrıma rağmen birbirinin yerine kullanılmasının olağan olduğu ifade edilebilir.

2.2. Siyaset mi? Siyasa mı?

Arapça “*sıws*” kökünden gelen ve dilimize siyaset olarak geçen *siyāsa(t)* سياسة “kelimesi öncelikle at bakım ve eğitimi, seyislik anlamına gelmektedir. Seyislerin atları tımarlamasının, metaforik olarak siyaset kurumunun “şekillendirme, yönlendirme” işlevlerine yaptığı göndermeden dolayı 11. yüzyıldan itibaren “devlet yönetme, yönetim” anlamlarını da kazandığı ifade edilmektedir (<https://www.nisanyansozluk.com/>).

Erken Cumhuriyet döneminde, önce 1928 yılında gerçekleştirilen Harf İnkılabı ve devamında 12.07. 1932 tarihinde Türk Dili Tetkik Cemiyeti'nin kurulmasıyla (1934 yılındaki kurultayda adı Türk Dili Araştırma Kurumu olarak değiştirilmiş, 1936 yılındaki kurultayda da ismi bugünkü halini alarak Türk Dil Kurumu olmuştur) başlayan Dil Devrimi ile birlikte o dönem gerek halk arasında gerekse edebi metinlerde yaygın olarak kullanılan Arapça ve Farsça kelimelerin yerine Türkçe kelimeler önerilmeye/kullanılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda *siyaset* sözcüğünün aslen Türkçe kökenli olduğu tezine istinaden *siyasa* şeklindeki türevi üretilmiş olsa da *siyaset* sözcülüğünün Türkçe kökenine ilişkin olgusal bir kanıt bulunmamaktadır (<https://www.nisanyansozluk.com/>). Bununla birlikte *siyasa* kelimesinin ağırlıklı olarak Dil Devrimi sürecinde yayımlanan eserlerde olmak üzere *siyaset* kelimesinin yerine kullanıldığı örnekler zaman zaman rastlanmaktadır.

2.3. Planlama Kavramı

Planlama kavramını tanımlamadan önce kelimenin etimolojik köküne inildiğinde, Fransızca bir sözcük olan *plan*ın Türkçe mimari tasarı sözcüğüne karşılık geldiği görülmektedir. Dolayısıyla planlama kavramı pekâlâ eş anlamlı olarak tasarlama olarak da ifade edilebilir. Siyaset, siyasa ve politika kavramları üzerinden yukarıda yapılan açıklama ve tartışmaların plan, tasarı, planlama ve tasarlama üzerinden de gerçekleştirilebileceği söylenebilir. Planlama, bireyden hükümetlere kadar

örgütlerin her seviyesinde ortaya çıkan bir kavramdır (Cansever, 2020, s. 17). Türkçede tasarı, tasarım, tasarlama kavramları daha çok mimari alanında yaygın olarak kullanılsa da yönetim bilimleri alanında genellikle plan ve planlama sözcükleri tercih edilmektedir. Plan kavramı, strateji, politika, yöntem ve program gibi bütün kavramları genel olarak kapsamına almaktadır (Eren, 2010, s. 26). Planlama ise, yönetim fonksiyonlarının ilki ve en önemlisidir (Tengilimoğlu vd., 2008, s. 93) ve amaçların ve bu amaçların gerçekleştirilmesi için gerekli olan faaliyetlerin belirlenmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Efil, 1998, s. 74). Bu süreç, yönetimin bilgi toplama süreci olarak da adlandırılmaktadır. Zira bu işlemlerle, organizasyonun amaçlarını ve politikasını belirleyen, bunlara ilişkin strateji ve taktiklerin neler olacağını kararlaştırmaya yardımcı olan bilgiler toplanmaktadır (Can, 1999, s. 61). Kapsamlı bir planlama sosyoekonomik, fiziksel bir fonksiyonu amaçlamakla birlikte işgücü planlaması, sağlık planlaması ve kalkınma planlaması gibi alt kategorilere de ayrılabilmektedir (Cansever, 2020, s. 17). Planlama fonksiyonu ‘şimdi neredeyiz?’, ‘nerede olmak istiyoruz?’ ve ‘oraya nasıl gideceğiz?’ sorularının cevabını aramaktadır. Farklı planlama türleri, bu soruların farklı yönlerine odaklanmaktadır. Örneğin, stratejik planlama, “nerede olmak istiyoruz?” sorusunun cevabını aramak için bir sektörün veya bir programın geliştirilmesi için öncelikli yönün belirlenmesiyle ilgilidir. Bunun aksine, operasyonel planlama ise “oraya nasıl gideceğiz?” sorusunun cevabını verebilmek için teknik özelliklerle daha fazla ilgilidir. Planlamanın amacı salt planların üretilmesi olarak görülmemeli, aynı zamanda bunların uygulanması olarak da benimsenmelidir. Bu nedenle izleme ve değerlendirme aşamalarının da planlamaya dâhil olduğu söylenebilir. Dolayısıyla planlama faaliyetinin hem politika oluşturma hem de yönetimle yakından bağlantılı olduğu ifade edilebilir (Green ve Mirzoev, 2008, s. 39).

2.4. Sağlık Siyaseti mi? Sağlık Politikası mı?

Türkçede siyaset kavramının sağlık alanındaki kullanım pratiklerine bakıldığında, siyaset kavramı için İngilizcede *policy/politics* üzerinden yaşanan karmaşıklıkla sağlık siyaseti/siyasa üzerinden yaşanmadığı ifade edilmişti. Bununla birlikte gerek akademik tartışmalarda gerek günlük kullanımda gerekse Bakanlık teşkilatları ve mevzuat söz konusu olduğunda sağlık siyasetini tanımlamak, açıklamak için *siyaset* kavramının yerini Fransızca kökenli “*politika*” kavramına istisnasız bir şekilde bıraktığı ifade edilebilir. Bu anlamda hem sağlık siyasetini vurgulamak hem sağlık hizmeti ile ilgili yapılan mevzuat düzenlemelerini açıklamak, hem de sağlık alanında siyaset yapmak için bir çatı kavram olarak “*Sağlık Politikası*” kullanılmaktadır. Bu anlamıyla sağlık politikası, hem sağlık hizmetlerinin doğasına ve sunum pratiklerine yönelik yapılan eleştirileri “siyaset yapma!” söylemi üzerinden;

hem de mevzuat ve düzenlemeleri açıklaması açısından neredeyse sağlığın tamamını içermekte ve/veya etkilemektedir.

Türkçe’de hegemonik olarak sadece *sağlık politikası* kavramı kullanılsa da “*yüklenen anlam açısından*” İngilizce “*health policy*” ifadesi kast edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu üzerine siyasi, kuramsal ve akademik tartışmalar yürütmek, yani sağlığın siyaseti (health politics) için ise yüklendiği anlamı daha doğrudan ifade eden “sağlık siyaseti” kavramı pekâlâ tercih edilebilir. Böylelikle sağlığın “ekonomi politiği” üzerine, tıpkı hukuk, siyaset bilimi, sosyoloji gibi alanlardaki derinleşmiş ideolojik ve kuramsal tartışmaların bir benzerinin önü de açılmış olacaktır. Sağlık politikası kavramının -ona yüklenen hegemonik “mevzuat ve yasal düzenlemeler” anlamıyla- bu yöndeki kuramsal tartışmaların da adeta “üstünü örttüğü” ifade edilebilir.

Bu perspektiften bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “*ele alınan sağlıkla ilgili meselelerde amaç ve hedefler üzerinde bir anlaşma ya da fikir birliği, bu hedefler arasındaki önceliklendirmeler ve bunları gerçekleştirmek için yapılan temel yönlendirmeler*” (WHO, 1999, s. 2-3) şeklinde yapılan tanımın *sağlık politikası*; Patrick ve Erickson tarafından yapılan “*sağlığa ilişkin kaynakların kime ve nasıl dağıtılacağına ilişkin olarak o toplumun değerlerini yansıtması*” tanımının ise sağlığın siyasetine atıf yaptığı düşünülmektedir (Patrick ve Erickson, 1993, s. 419).

2.5. 2.5. Sağlık Planlaması Kavramı

Genellikle sağlık politikası kavramının hemen ardından “ve planlaması” şeklinde kullanılan sağlık planlaması, kaynakların etkin ve uygun kullanımı yoluyla geleceğe yönelik belirli hedeflere ulaşmak için uygulanacak sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (Green, 2007, s. 3). Sağlık planlaması çalışmalarında genel amaç sağlık sisteminin performansını artırmak, sağlık hizmeti sunumunu en iyi kalitede, doğru yerde ve zamanda, minimum maliyetle sağlamaktır (Cansever, 2020, s. 47). Bir başka tanımlamaya göre ise sağlık politikası oluşturma, yani politika çıktılarının (beyanlar, belgeler) uygulama stratejilerine ve planlarına dönüştürülmesinin bir devamı olarak da algılanabilir (Green ve Mirzoev, 2008, s. 39). Sağlık hizmetlerinin planlaması, hizmeti kullanacak kişilere bağlı olarak toplumsal, kurumsal ve programın planlanması şeklinde üç farklı şekilde yapılabilmektedir (Aba, 2018, s. 54). Bununla birlikte sağlık planlaması, arzulanan hedeflere ulaşabilmek için sağlık sistemindeki birbirinden farklı aktör ve süreçler arasında yaşanan ya da yaşanması olası manevraları da içermektedir. Bu durum da beraberinde siyasi ve her biri farklı

teknik avantaj ve dezavantajları olan alternatifler arasında gerçekleşecek seçimleri içeren bir süreci de beraberinde getirmektedir (Green, 2007, s. 3).

Politika çıktılarının bu 'operasyonelleştirilmesi', bir ülkenin sağlık sisteminin farklı düzeylerinde (ulusal ya da bölgesel) ortaya çıkabilir ve farklı plan türlerine (örneğin stratejik plan, devredici işletme planı) neden olabilir. Sağlık planlaması ve sağlık politikası yapımı, sıklıkla açıkça tanımlanmış aşamalara sahip ve süreçlerin sürekli doğası olan döngüler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık planlaması ve sağlık hizmetleri planlaması arasında bir ayırım yapılmalıdır. Birincisi, sağlığın daha geniş belirleyicilerini ve çok sektörlü girişimlere olan ihtiyacı kabul ederken, ikinci bölüm sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır.

Planlama mantığı tüm sektörlerde ortak iken (kıt kaynakların kullanımı konusunda seçim yapma ihtiyacı), sağlık planlamasının diğer planlama türlerinden bazı ayırt edici özellikleri bulunmaktadır. Örneğin bir sağlık profesyoneli yetişirmenin uzun bir süreci gerektirmesi nedeniyle sağlık, diğer sektörlerden çok daha fazla emek-yoğun bir sektör olarak nitelendirilmektedir. Bu tür uzun vadeli insan kaynakları planlamasının yapılması sağlık sektörü için kritik önemdedir. Sağlık planlamasının ikinci bir özelliği de karar verme süreçlerini etkileyen çeşitli aktörler arasındaki karmaşık güç ilişkileridir. Bu ilişkiler, harici (bağışçılar, uluslararası kuruluşlar) ve dahili (sağlık bakanlığı, meslek odaları, sivil toplum kuruluşları) paydaşları içermektedir. Bununla birlikte sorumluluk mekanizmaları ise aktörlerin etki derecesine göre değişebilir ve çıkar grupları arasındaki karmaşık ilişkilerin de, sağlık planlaması yaklaşımlarının (ve onların başarısı) üzerinde bir etkisi olabilir (Green ve Mirzoev, 2008, s. 40).

Söz konusu olan bu etki nedeniyle sağlık planlaması ise, sağlık politikası oluşturma ile olan bağlantılarını güçlendiren anahtar aktörler arasındaki öncelik ve stratejilerin görüşülmesiyle de ilgilidir (Green ve Mirzoev, 2008, s. 39) ve sağlık planlamalarının kamu ve özel sağlık kuruluşlarını ne ölçüde kapsadığı ülkelere göre farklılık göstermektedir. Özel kuruluşların devlet ile bir sözleşme imzalamış olmasına göre bazı ülkeler tüm sağlık kuruluşlarını bir bütün halinde ele alarak planlama faaliyetlerini yürütürken, bazı ülkeler ise planlama faaliyetlerini salt olarak kamu kuruluşları üzerinden gerçekleştirmektedir (Cansever, 2020, s. 47).

3. SAĞLIK POLİTİKASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ekonomist Ken Arrow, bir toplumu oluşturan her bireyin geçişli tercihleri olsa da toplumların genel olarak geçişli tercihlere sahip olmasının gerekmediğini ifade ederek bu bulgusunu "İmkânsızlık Teorisi" olarak nitelemektedir. Bu teori, bir ülke

için en uygun sağlık politikasından bahsetmenin mümkün olmayacağını, çünkü toplumların her zaman geleneksel anlamda daha uygun hale getirilebilecek tercihlerinin olmayacağını açıklamaktadır. Buna rağmen politik kararlar verilmeye ve birçok ulusal sağlık politikası geliştirilmeye de devam edilmektedir. Söz konusu sağlık politikaları *sağlık*, *refah* ve *eşitlik* amaçlarını yerine getirmek amacıyla geliştirilirler. Sağlık politikalarında bu üçlü, kaçınılmaz bir tercih durumunu göstermektedir. İdeal bir dünyada üç amaca da tek seferde ulaşılabilir; insanlar uzun ve sağlıklı yaşayabilir; sağlık için çok az miktar bir para harcamak durumunda kalabilir ve bu mükemmel sisteme toplumdaki herkes tarafından erişilebilir. Fakat uygulamada aynı anda her şeye sahip olmak imkânsızdır. Bir ülkenin, sınırlı kaynaklarından dolayı bu üç amacı da başarmaya yaklaşması için toplumun diğer amaçları arasında bir tercih yapması gerekecektir (Bhattacharya vd., 2021, s. 307-308).

Arrow'un İmkânsızlık *Teoris'i*nde de açıklandığı gibi ne politik süreçler doğru- sal ve birbirini takip eden bir yol izler ne de politika kendi varoluş sebebine uygun olarak mutlak bir uzlaşmanın sonucudur. Ayrıca bir politika ya da fikir, mutlak olarak adım adım geliştirilmek zorunda değildir. Sağlık politikası da tüm bunlar- dan bağımsız hareket eden bir yapıda değildir. Belirli bir durumda, tartışmanın di- namiklerine bağlı olarak bir sağlık politikası gündemi, gözlemlenen süreç boyunca birkaç aşamadan geçebilmektedir (Busse ve Schlette, 2003, s. 10). Sağlık Politikası Döngüsü olarak tanımlanabilecek bu aşamalar Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Sağlık Politikası Döngüsü



Kaynak: Busse ve Schlette, 2003, 10'dan Uyarlayan Tengilimoğlu ve Toygar, 2018b, 7.

Şekilde gösterilen sağlık politikası döngüsündeki *fikir* (*idea*), farklı platform- larda tartışılan ve son zamanlarda ortaya atılmış yaklaşımları tanımlamaktadır. Bu anlamıyla fikir 'erken evre' olarak da tanımlanabilir. *Pilot uygulama* ise yerel

ya da örgütsel düzeyde uygulanan (örneğin Merkezi Hastane Randevu Sistemi) bir yenilik ya da model denemelerini karakterize etmektedir. *Politika* ifadesi ile de (ayrıntılı olarak “1.1.1. Policy mi? Politics mi?” bölümünde anlatılmıştı) mesleki bir örgütlenme tarafından kabul edilmiş (Örneğin: Türk Tabipleri Birliği) fikirleri de içine alacak bir şekilde resmî yazılı bir doküman ifade edilmektedir. *Kanun*, yapılması planlanan herhangi bir düzenlemeye ilişkin tasarının -meclis görüşmeleri, değişiklik önermeleri, lobi faaliyetleri, resmîleşmesi ve yürürlüğe koyulmasını da içeren sürecin- tüm adımlarını kapsamaktadır. *Benimseme* (adoption) aşaması yasal ve mesleki uygulamaya yönelik olarak alınan önlemlerle ilgilidir. Bununla birlikte benimseme mutlak olarak mevzuattan kaynaklanmak zorunda değildir; iyi uygulama örneklerinden elde edilmiş kanıtları da içerebilmektedir. *Değerlendirme*, gözlemlenen dönem boyunca etkisi açısından incelenen tüm sağlık politikası meselelerini ifade etmektedir. Değerlendirme yapılırken dâhili ya da harici, ara dönem ya da dönem sonuna ilişkin yapılan tüm incelemeler rapor edilmektedir. Son olarak *Değişim* ile de belirli bir konuda yapılan değerlendirmenin sonucu olarak o konudaki ilerlemeden vazgeçilmesi ile sonuçlanan süreç anlatılmak istenmektedir (Buse ve Schlette, 2003, s. 10). Sağlık politikasının döngüsünden bağımsız olarak onu belirleyen, etkileyen ve sınırlayan bazı faktörlerin varlığı da kaçınılmazdır. Bunlar Leichter (1979) tarafından durumsal, yapısal, kültürel, uluslararası ve/veya dışsal faktörler olarak sınıflandırılmışlardır. Buna göre;

Durumsal faktörler, savaşlar, salgınlar ve kuraklıklar gibi politika üzerinde etkisi olabilecek az çok geçici, kalıcı veya kendine özgü koşullardan oluşmaktadır. Bunlara bazen ‘odaklanma olayları’ da denilebilmektedir. Bu gibi olaylar, hastane bina yönetmeliklerinde değişikliklere yol açan bir deprem veya yeni bir sorunun çok daha uzun bir süre boyunca kamuoyunda yaygın olarak tanınması gibi belirli, bir defaya mahsus bir olay şeklinde karşımıza çıkabilir (Buse vd., 2005, s. 11).

Yapısal faktörler ise toplumun görece değişmeyen unsurlarıdır. Bunlar, siyasi sistemi ve bunun ne ölçüde açık veya kapalı olduğunu ve sivil toplumun politika tartışmalarına ve kararlarına katılma fırsatlarını kapsayabildiği gibi ekonominin türünü ve istihdam tabanını da içerebilmektedir (Buse vd., 2005, s. 11).

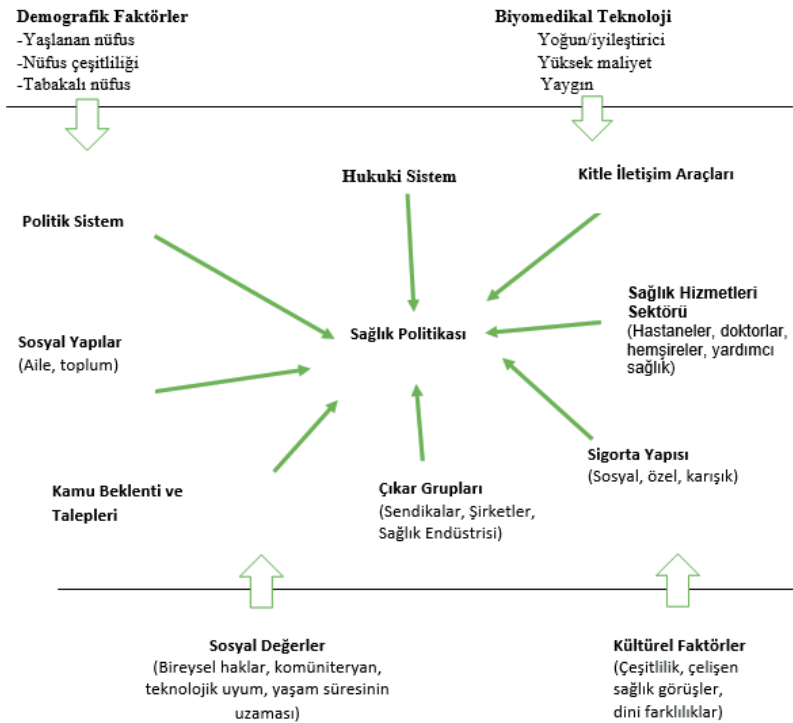
Kültürel faktörler de sağlık politikasını etkileyebilmektedir. Örneğin, resmi hiyerarşinin önemli ve belirleyici olduğu özellikle doğu toplumlarında, üst düzey yetkilileri veya uzun süredir yönetimi elinde bulunduran yaşlı devlet adamlarını sorgulamak veya onlara meydan okumak zor ve yerel düzenlemelerle kısıtlandırılmış olabilir. Buna ilaveten etnik azınlıkların konumu veya toplumdaki dil farklılıkları nedeniyle, o toplumu oluşturan bireyler belirli grupların hakları veya özel ihtiyaçlarını karşılamakta yetersiz kaldığı hizmetler hakkında yetersiz bilgi sahibi olabilir-

ler. Kadınların sağlık hizmetlerine (eşlerinin refakatinde olmak zorunda kalmaları sebebiyle) kolayca erişemedikleri veya tüberküloz, HIV gibi hastalıklar nedeniyle negatif etiketlenmenin önemli ölçüde yaşandığı bazı ülkelerde yetkililer ev ziyaretleri veya 'kapıda hizmet' sistemleri geliştirerek bu kısıtlılığı aşmak durumunda kalabilirler. Ek olarak dini faktörler de politikayı güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir (Buse vd., 2005, s. 11).

Uluslararası veya dışsal faktörler ise devletler arasında daha fazla karşılıklı bağımlılığa yol açan ve sağlıkta egemenliği ve uluslararası işbirliğini etkileyen faktörler niteliğindedir. Birçok sağlık sorunu hükümetler tarafından ulusal boyutta ele alınsa da bazılarının ulusal, bölgesel veya çok taraflı kuruluşlar arasında işbirliğine ihtiyacı vardır. Açıklanan tüm bu dört faktör de karmaşıktır ve hem zaman hem de ortam açısından özgün bir yapıdadır (Buse vd., 2005, s. 11-12).

Tüm bu bilgiler ışığında gelişmiş bir toplumdaki sağlık politikası bağlamının yaklaşık olarak Şekil 2'deki gibi olacağı ifade edilebilir.

Şekil 2. Gelişmiş Bir Toplumdaki Sağlık Politikası Bağlamı



Kaynak: Blank ve Burau, 2007, s. 32

4. SAĞLIK POLİTİKASINDA ETKİLEYEN AKTÖRLER (ULUSAL VE ULUSLARARASI)

Aktör ifadesi, bir bireyi, çok uluslu şirketleri ve hatta devlet ya da hükümetleri belirtmek için de kullanılabilir. Ancak bunun bir yalınlaştırma olduğunu fark etmek önemlidir. Bireyler çalıştıkları kuruluşlardan ayrı tutulamaz ve kuruluş ve gruplar hepsi tek seslilik içerisinde olmayan, değerleri, inançları farklı insanlardan oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve Güzel: 2018a, s. 20). Dolayısıyla sağlık politikası süreçlerini etkileyen birçok aktörden bahsedebilmek mümkündür. Bunlar arasında politikacılar, bürokratlar, sivil toplum kuruluşları, informal politika grupları, uluslararası kuruluşlar, araştırma kuruluşları ön plana çıkmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013, s. 368). Pratik düzeyde, politika süreçlerinde yer alan birbirinden farklı ve coğrafi olarak yaygın olan aktörlere, bireylere, gruplara ve ağlara erişimde çok sayıda engel bulunmaktadır (Toygar, 2018, s. 99). Bu bölümde sağlık politikasındaki tüm süreçlerde doğrudan ve/veya dolaylı az ve/veya çok etkisi bulunduğu düşünülen tüm aktörler ulusal ve uluslararası olarak sınıflandırılarak açıklanacaktır.

4.1. Ulusal Aktörler

Türkiye’de sağlık politikası süreçlerine etkisi bulunan kuruluşların başta Cumhurbaşkanlığı olmak üzere parlamento ve ilgili kamu bürokrasisi, yargı kurumları, sivil toplum kuruluşları, sendikalar olduğu düşünülmekte olup, tüm bu kuruluşlar ve sağlık politikalarına olan etkileri bu bölümde değerlendirilecektir. Ek olarak yeni medyanın baskın unsuru olarak sosyal medya da tüm bileşenleriyle sağlık politikasını belirleyen ve etkileyen en önemli unsurlardan birisi olarak değerlendirildiği için çalışma kapsamına alınmış ve sağlık politikalarına olan etkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır.

4.1.1. Bürokrasi

Bürokrasi, toplumun kendilerini yönetmesi için yetki verdiği vekillerin aldığı kararları uygulayan bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır ve bu bağlamda toplumun en önemli örgütlenmelerinden bir tanesi olduğu ifade edilebilir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 27). Bürokrasinin öncelikli işi parlamento tarafından çıkarılan yasaları ve hükümetin kararlaştırdığı politikaları uygulamaya koymak ve yürütmektir (Heywood, 2015, s. 445). Bürokrasiyi oluşturan kişi ve kurumlar kamu politikalarının hem şekillendirilmesinde hem de uygulanmasında başlıca kaynak olarak değerlendirilmelidir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 37). Genel olarak kamu politikalarının oluşturulmasında en önemli rol, hükümet ile askeri ve ida-

ri kamu bürokrasisi tarafından oynanmaktadır (Çevik, 2010, s. 112). Bürokrasi sorunsuz ve hatasız bir organizasyon değildir. Özel fonksiyonu olan diğer resmi kurumlar gibi sektörlere ve bakanlıklara ayrılmıştır ve dolayısıyla uzmanlaşma bürokrasinin bir özelliğidir. Bu kurumların her birinin kendi kurumsal çıkarları ve faaliyet tarzları vardır. Örneğin maliye bakanlığı sağlık hizmetleri alanında uygulanmasına karar verilen politika için bakanlığın finansal ihtiyaçlarını karşılamakla sorumludur (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 27-28).

Sağlık politikalarının üretilmesi ve uygulanmasıyla ilgili öncelikli sorumlu olan kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır (SB). Dolayısıyla SB'nin etkili olabilmesi için en yüksek hükümet düzeylerinde politika yapma ve karar verme mekanizmasının ayrılmaz bir parçası olmaları, sosyo-ekonomik koşullarla ilgilenen diğer bakanlık ve otoritelerinin yanı sıra finans, planlama gibi organların sürekli katılımının sağlanması gerekmektedir (Cansever, 2020, s. 11). Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından da Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bir diğer bürokrasi kurumunu oluşturmaktadır.

4.1.2. Parlamento

Parlamento terimi köken olarak Fransızca *parler* yani konuşmak sözcüğünden gelmektedir. Parlamento, devlet mekanizması içinde kilit bir konumda yer almaktadır. Tarihsel olarak parlamentolar devletin halka ait demokratik yüzü olarak görülmekte ve özel bir saygı ve statüde değerlendirilmektedirler. (Heywood, 2015, s. 383).

Parlamentoların rolü devletten devlete ve sistemden sisteme değişmektedir ve bu rol karmaşık birtakım işlevleri bünyesinde barındırmaktadır. Parlamentolar hem yönetimi destekleyip rejime arka çıkarken hem de onu toplumun talep ve kaygılarına cevap vermeye zorlayan bir iletişim kanalı olarak yönetim ile halk arasında bir bağlantı sağlama misyonunu yerine getirirler. Parlamentoların yasama, temsil, inceleme ve teftiş, siyasete katma ve eğitime ve meşruluk başlıca fonksiyonlarını oluşturmaktadır (Heywood, 2015, s. 389). Gelişmiş modern bir toplumda herhangi bir alanda ihtiyaç, sorun veya beklenti toplumun gündemine gelirse ve kalıcılaşırsa, aracı resmi veya sivil kurumlar tarafından resmi otoriteye iletilir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 34). Parlamentonun denetim yetkisi sadece hükümeti değil, aynı zamanda icra organlarını da kapsamaktadır. Toplum tarafından dile getirilen birtakım taleplerle şekillenen gündemler birtakım yasal düzenlemeden geçtikleri takdirde hükümet bunları tasarıya çevirerek parlamentonun onayına sunar (Sevük ve Akin, 2019, s. 171) ve parlamentoda yasalaştıktan sonra yürürlüğe girer. Sonuç olarak modern devlette parlamentolar sadece sağlık politikaları değil tüm kamu

politikaları sürecinde en etkili kurum olarak ön plana çıkmaktadır (Çevik, 2010, s. 111).

Türkiye’de 16.04.2017 tarihindeki anayasa değişikliği referandumu sonucunda seçime katılan seçmenler, o dönemdeki Türkiye Anayasası’nın 18 maddesi üzerindeki değişiklik tekliflerini oylamış ve referandum sonucunda söz konusu değişikliklerin gerçekleştirilmesi kabul edilmiştir. Böylelikle Türkiye’de yönetim şekli parlamenter sistemden “Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi” olarak adlandırılan başkanlık sistemine geçirilmiştir. Bu değişiklikte birlikte parlamentonun sağlık politikaları yapım sürecindeki etkinliği azalmıştır. Bakanlar parlamento dışarısından Cumhurbaşkanı tarafından atandığı için bakanların parlamentoya karşı pratikteki sorumlulukları azalmıştır. Cumhurbaşkanlığı Kararnameleri politika süreçlerinin geneline hâkim hale gelmiştir.

4.1.3. Yargı

Yargı organı, kanunları yorumlayan; kanunların anlamını hükme bağlayan bir işlev üstlenmektedir (Heywood, 2015, s. 356). Günümüz dünyasında modern devlette kuvvetler ayrılığı ilkesi gereği yasama, yürütme ve yargı arasında teorik olarak bir denge olduğu ifade edilse de gerçekte bu denge beklenildiği düzeyde değildir. Bazen yasamanın, bazen yürütmenin ve bazen de yargının etkinliğini artırdığı durumlar söz konusu olabilir. Yürütme ve yasama üzerinde yargının denetimi önemlidir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 35-36). Yargı, hukuki tartışmalarda karar vermek için yetkilendirilmiş bir devlet erki olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, bu yapıda hâkimlerin temel işlevi, yasayı yorumlamaları ve ‘inşa etme’leri anlamında, yasanın manası konusunda hüküm vermektir. Bu rolün önemi, devletten devlete ve sistemden sisteme de değişiklik göstermektedir (Heywood, 2015, s. 424). Hukuki faktörler, kamu politikalarının oluşturulmasında doğrudan ya da dolaylı olarak sürece etki etmektedir. Kamu politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında önemli rolleri olan yasama ve yürütme erkleri, bürokrasi için hukuki sınırlamalar ve denetimler getirmektedir (Sevük ve Akın, 2019, s. 172).

Türkiye’de sağlık politikalarını etkileme, değiştirme, düzenleme etkisine sahip yargı organları Anayasa Mahkemesi, Danıştay, Bölge İdare Mahkemeleri olarak sıralanabilir. Anayasa Mahkemesi parlamentoda kabul edilen yasaların Anayasa’ya uygunluğunu denetlemesi ve gerekli gördüğü durumlarda ilgili yasayı iptal edebilmesi açısından sağlık politikalarına etki etme potansiyeline sahiptir. Danıştay ve İdare Mahkemeleri de idarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı açılan davalara bakar ve bazen önemli bir hükümet veya kamu kuruluşuna ilişkin bir kararı iptal

edebilir (Çevik ve Demirci, 2008:36). Anayasa mahkemesinin sağlık politikaları ile ilgili ilişkisi kısıtlı bir çerçevede yürümektedir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 25).

4.1.4. Sivil Toplum Kuruluşları

Günümüzde kamu politikalarının devletin salt eylemlerinden oluşmadığı bir gerçektir. Sivil toplum kuruluşlarının kamu politikalarına yönelik etkisini artıran temel üç dinamik bulunmaktadır. Tarihsel gelişimi ve neo-liberal politikaların etkisi inkâr edilememekle birlikte, en önemli etkinin yönetim alanında gerçekleştiğini ifade etmek mümkündür. Bununla birlikte küreselleşme sayesinde bir ülkede sivil toplum lehindeki gelişmelerin dünya çapında yayılımı da gözlemlenmektedir (Babaoğlu, 2013, s. 167-168). Sivil toplumun en bilinen kısmını oluşturan sivil toplum kuruluşları (STK), aslında hükümetin dışında yer alıp herhangi bir kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak ifade edilmektedir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 33).

Üretilen veya üretilecek olan her politikaya tüm aktörlerin katılımı ve söz konusu politika üzerinde bir etkiye sahip olması da beklenmemelidir. Özellikle doğrudan ilgili paydaşlar bu konuda daha yapıcı bir role sahip olabilir. Burada esas sorun, tüm aktörlerin katılmasından ziyade ilgili aktörlerin ne derece katıldığı ile ilgilidir. Bununla birlikte bazen de gerek devlet gerekse özel sektörün el atmadığı veya farklı nedenlerden dolayı göz ardı ettiği alanlarda ilgili baskı grupları bir başka ifadeyle STK'ler aktif bir rol oynayabilmektedir (Bulut vd., 2017, s. 24). Ancak bu kuruluşların etkinliği ülkelerin demokratik kültürleriyle de yakından bağlantılıdır. Batılı demokrasilerde STK'lerin politika süreçleri üzerinde yoğun bir etkiye sahip oldukları ve yönetimler üzerinde ciddi baskılar uygulayarak politikaların şekillenmesinde önemli roller üstlendikleri bilinmektedir (Çevik ve Demirci, 2008, s. 45-46).

STK'ler, hem toplumun ihtiyaçlarını organize bir şekilde sisteme iletme, hem de siyasal alanda bu taleplerin temsilciliğini üstlenerek söz sahibi olma yolundadırlar. Bu şekliyle de STK'ler giderek aktif bir siyaset oyuncusu haline gelme yolundadırlar (Bulut vd., 2017, s. 31). Burada açıklandığı şekliyle STK'lerin politika süreçlerine olan etkisinin artması STK tanımı ve ayrımını da beraberinde getirmiştir. Öyle ki kamu tarafından finanse edilen, hükümetle kurumsal boyutta bir yakınlık içerisinde bulunan, yönetim kadrosu hükümet tarafından atanan ve hükümet tarafından sağlanan fonlarla ayakta durabilen STK'ler, "Hükümet Tarafından Oluşturulmuş Hükümet Dışı Örgütler (*Government Organized Nongovernmental Organization- GONGO*)" adıyla tanımlanmaya başlanmıştır. İlk olarak Çin Halk

Cumhuriyet’inde 1990’lı yıllardan itibaren görülmeye başlayan GONGO’lar, Dünya Bankası (DB) ve Birleşmiş Milletler (BM) Kalkınma Fonu’nun çevre kollarında kullanılması için sağladığı kaynakları kontrol etmek için kurulmuşlardır (Oğuz, 2018, s. 251). Günümüzde birçok ülkede STK görünümünde olan ancak fiili yapısı gereği GONGO olarak tanımlanabilecek kuruluş politik süreçlerinde çeşitli derecelerde etkili olmaktadır.

4.1.5. Sosyal Medya

Küreselleşmeyle birlikte iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve yeni iletişim kanallarının bireyin kullanımına sunulması eş zamanlı gerçekleşmiştir (Eroğlu, 2015, s. 43). Günümüzde bir internet sayfasına sahip olmayan kamu ve özel kuruluşa rastlamak neredeyse imkânsızdır. Kamu kuruluşları, öncelikle web siteleri kurarak, devamında da gelişen web teknolojilerinin sağladığı sosyal medya platformları sayesinde paydaşlarıyla, potansiyel ve mevcut hizmet alıcılarıyla doğrudan bir etkileşime girme fırsatı elde etmektedir (Ertaş, 2015, s. 15).

Günümüzde medya büyük bir dönüşüm yaşamaktadır. Geleneksel olarak yazılı ve görsel olarak ayrılan medya artık ağırlığını ve gücünü sosyal medyaya kattırılmıştır ve artık daha etkin ve yoğun bir şekilde sosyal medya kullanılmaktadır. İnternet kullanımının yaygınlaşması ile birlikte kitleler sosyal medya üzerinden haberleşmekte ve organize olabilmektedir (Toygaz, 2020, s. 89). Bu bağlamda sosyal medya, bir “yayıcılık mekanizması”ndan ziyade “herkesten herkese” anlayışına geçiş, “içeriğin demokratikleşmesi” ve insanların okuyucu rolünden sıyrılarak bir içerik sağlayıcıya dönüşmesi olarak değerlendirilebilir (Ertaş, 2015, s. 18). Gerek ülkemizde gerekse dünyanın birçok yerinde gözlemlenen toplumsal hareketlerin eylemlerinin koordinasyonunu sağlaması sosyal medyanın önemini ve etkinliğini de artırmaktadır. Özellikle karar vericilerin sosyal paylaşım ağlarını etkin kullanmaları, ağların başka bir bağlamda gündeme gelmelerine de neden olmaktadır (Eroğlu, 2015, s. 43). Bahsekonu sosyal medya platformları geneli itibariyle birer çokuluslu/yabancı şirket statüsünde olsa ve bu yönüyle ulusal bir kimlikleri bulunmasa da, Türkiye’deki sağlık politikalarına olan etkileri açısından üretilen içeriklerin tamamen yerel kullanıcılar tarafından oluşturulduğu da gözlemlenmektedir. Dolayısıyla Türkiye için sosyal medya aktörü sahiplik açısından uluslararası -ama sosyal medyanın ruhundan kaynaklı olarak- içerik üretiminin tamamen kullanıcı bazlı olması nedeniyle de bağlam olarak ulusal bir aktör görünümündedir. Bu gerekçelerle de sosyal medya aktörü bu çalışma kapsamında bir ulusal aktör olarak değerlendirilmiştir.

Bu açıdan herhangi bir sağlık politikası gündeminin Türkiye'nin gündemine girmesi, gündemin oluşturulması ve siyasi erk tarafından bunun gündeme alınmasında sosyal medya günümüzün en güçlü aktörü konumundadır. Öyle ki geleneksel medya da artık sosyal medya platformlarına taşınmaktadır. Toplumdaki sağlık algısının yönetilmesinde Youtube üzerinde paylaşılan videoların, Twitter üzerinden paylaşılan twitlerin toplumsal duyarlılığın artmasında ve alınan politika kararının değişmesinde etkisinin büyüklüğü yadsınamaz. Öyle ki artık “sosyal medya tıbbi” olarak adlandırılabilir ve etkisini tüm toplum kesimlerinde gösteren bir olgu ile tüm dünya karşı karşıyadır. COVID-19 pandemisi boyunca özellikle tıp profesyonelleri Twitter platformu üzerinden yaptıkları bilgilendirmelerle hem politik gündemin belirlenmesinde ve dönüştürülmesinde etkin bir rol oynamışlardır. Toplumdaki COVID-19 aşılama çalışmalarının yaygınlığının artırılmasındaki söz konusu etki yadsınamaz. Dolayısıyla Youtube ve Twitter başta olmak üzere Facebook, Instagram, Periscope vb. sosyal medya platformları sağlık politikalarını etkileme ve kamuoyunu yönlendirme hususunda oldukça etkin bir rol oynamaktadırlar (Toygar, 2020, s. 89). Bu etkin rolüne rağmen sosyal medya aktörünün manipülasyona en açık aktör olduğu da yapılacak analizlerde göz önünde bulundurulmalıdır.

4.2. Uluslararası Aktörler

Küresel sağlık politikalarında rol oynayan kuruluşların, bu alandaki faaliyetlerini üç farklı yol üzerinden yürüttüğü ifade edilmektedir. Birincisi, dünya genelinde düzenleyici adımlar atmak ve standartlar getirmek; ikinci olarak, tüm dünyanın ortak adımlar atmasına olanak tanımak üzere kapsamlı küresel politika gündemleri (herkes için sağlık gibi) oluşturmaktır. Üçüncü olarak da ulusal sağlık uygulamalarının, küresel politikalar yoluyla nasıl destekleneceğini ya da sınıflandırılacağını belirlemek ve sağlık kaynaklarının bölüşümünü sağlamaktır (Koivusalo, 2009, s. 302-303). Ulusal aktörlerin sağlık politikası gündemlerine ilişkin etkileri “içeriden içeriye” niteliğinde olup “içeriden dışarıya” bir etkileri genellikle söz konusu değildir. Uluslararası aktörlerin ise bir “dış aktör” olmalarına rağmen tıpkı diğer ulusal aktörler gibi -ve büyük oranda onlardan da daha fazla sağlık politikası gündemlerini belirleyerek ve etkileyerek- “içeriye” doğru yoğun bir etkileme gücüne sahip oldukları gözlemlenmektedir. Bu nedenle uluslararası aktörlerin sağlık politikası gündemlerine olan etkileme ve belirleme niteliğindeki ilişkilerinin değerlendirilmesinin elzem olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de; Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (DB), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar ve son dönemlerde de Avrupa Birliği (AB), politika oluşturma ve uygulama sürecinde doğrudan veya dolaylı etki sahibi olmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s. 369). Uluslararası örgütlerin

karar verme ve politika oluşturma süreçleri devletlerden farklı bir şekilde değildir. Bürokratik mekanizmalar içerisinde politikalar olgunlaştırılır ve üye ülkeler de bu politika ve kuralları müzakere yöntemlerini kullanarak etkilemeye çalışırlar (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 35-36). Bu bölümde sağlık politikası gündemine olan etkileri bakımından “*müesses nizamın bir aparatı*” görünümündeki söz konusu uluslararası aktörler irdelenecektir.

4.2.1. Dünya Bankası

DB'nin kurulması kararı, BM'nin Temmuz 1944'de düzenlemiş olduğu Bretton-Woods Konferansı'nda alınmıştır. Konferans sonrasında “International Bank for Reconstruction and Development” (IBRD) ile Uluslararası Para Fonu (IMF) kurulmuştur. Devamında ise 1985 yılına kadar sırasıyla; “*International Development Association*” (IDA), “*International Finance Corporation*” (IFC), “*International Centre for Settlement of Investment Disputes*” (ICSID) ve “*Multilateral Investment Guarantee Agency*” (MIGA) kuruluşları kurulmuştur. Günümüzde IBRD ve IDA “*Dünya Bankası*” olarak adlandırılırken, beş kuruluşun tamamı “*Dünya Bankası Grubu*” (DBG) olarak adlandırılmaktadır (Savaş, 2020, s. 143). DB, dünyanın dört bir yanındaki gelişmekte olan ülkeler için oldukça önemli bir mali ve teknik destek kaynağı durumundadır. Öyle ki, günümüzde hemen her sektörde ve gelişmekte olan her ülkede, binlerce proje ile ilgilenmektedir (Eroğlu, 2013, s. 156) ve bu yapıyla sağlık reformları açısından en ön plana çıkan kuruluş konumundadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s. 369). Politikasını, etkisini ve katkısını, dünya genelinde sağlık sistemlerinin yeniden örgütlenmesi için geliştiren DB, bilinçli olarak kendisine “*bilgi tabanlı kuruluş*” imajı vermiştir. Washington'daki genel merkezinde ve 109 ülkedeki bürolarında 10.000'e yakın kalkınma uzmanına istihdam sağlamaktadır. Sağlık hizmeti dâhil olmak üzere toplumsal-politik meseleler üzerine çok çeşitli konularda her yıl yüzlerce raporun hazırlanması amacıyla da yüzlerce akademisyen ve uzmana çalışma hazırlamak ve birçok başka araştırma için de her yıl milyonlarca dolar kaynak ayırmaktadır (Lister, 2008, s. 56). Öyle ki DB, neo-liberal etkinin çevre kapitalist ülkelerde ağırlığını hissettirmeye başladığı 1990'ların başından bu yana Türkiye'de sağlık hizmetleri üzerinde piyasa yönlü olarak hem finansal hem de teknik anlamda belirleyici bir destekte bulunmaktadır. (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s. 369).

Üye ülkeler için çeşitli dönemlerde raporlar yayımlayan DB, bağlı ya da ilişkili kurumlar üzerinden sağladığı mali desteklerle o ülkede yapılan düzenleme ve yatırımlardan bahsetmektedir. Sözgelimi bu doğrultuda DB, 11096-TR numaralı ve 28.07.2017 tarihli “*IBRD, IFC ve MIGA Türkiye Cumhuriyeti'ne Yönelik 2018*

Mali Yılı - 2021 Mali Yılı Dönemini Kapsayan Ülke İşbirliği Çerçevesi” isimli raporunu yayımlamıştır. Söz konusu raporun “Ülke İşbirliği Çerçevesi (CPF) 6: Eğitim ve Sağlık Sektörlerinin Performansının Güçlendirilmesi” başlıklı kısmında Türkiye’deki Şehir Hastanelerinin finansmanına ilişkin olarak şu değerlendirmelere yer verilmiştir (DB, 2017):

“(…)IBRD sonuca dayalı müdahaleler ve ödeme reformları yoluyla kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması üzerinde odaklanan faaliyetler yoluyla sağlıkta dönüşüm programının ikinci aşamasını desteklemeye devam edecektir. Bu kapsamda elde edilen başarılar ve karşılaşılan zorluklar ile dönüşümün siyasi ekonomisi belgelenmektedir. IFC ve MIGA, uzmanlaşmış sağlık hizmet sağlayıcılarına yatırım yaparak ve sağlık altyapısı finansmanına yönelik alternatif sermaye piyasası çözümleri yaratmaya yardımcı olacak finansal yenilikçilik yoluyla Türkiye’nin sağlık sektörünü desteklemeye devam edecektir. Örneğin, IFC Elazığ Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) Sağlık Projesi kapsamında Türkiye’nin ilk KÖİ tahvil ihracını finanse etmiştir; söz konusu tahvil ihracı kredi geliştirme ürünleri yoluyla MIGA ve Avrupa İmar ve Kalkınma Ajansı (EBRD) tarafından yapılandırılmış ve desteklenmiştir. IFC stratejik yatırımcıları çekmede ve ortaklıklar oluşturmada rol oynayabileceği ve sonrasında finansman ile destek sağlayabileceği uzmanlaşmış hizmetlere yatırım yapacaktır (örneğin biyo-farmasötik üretim). MIGA ise yeni sağlık tesislerinin yapımı ve işletilmesi için siyasi risk sigortası garantileri sağlayarak, Türkiye’nin sağlık KÖİ yatırımlarını desteklemeye hazır olacaktır. IFC ile benzer şekilde, Türkiye’nin sağlık sektöründe finansal yenilikçilik, kısa süre önce kapanan Elazığ tahvil işleminde kullandığı gibi, MIGA’nın kredi geliştirme ürünlerinin kullanımını sağlayacak bir odak alanı olarak kalmaya devam edecektir.”

Birçok farklı/benzer örnekle çoğaltılabilecek şekilde de görülebileceği gibi DB sağlık politikaları sürecine etki eden önemli bir uluslararası aktör pozisyonundadır.

4.2.2. Uluslararası Para Fonu

Devletin ekonomik alana müdahalesinin rasyonel olmadığı, kamu kaynaklarının kötü kullanıldığı ve bu nedenle kamu harcamalarının kısılması, buna karşılık özel sektörün devlet tarafından desteklenmesi, yabancı yatırımın desteklenerek serbest piyasanın genişletilmesi gibi argümanlar kapitalizmin en temel argümanlarıdır (Eroğlu, 2013, s. 150). Bu doğrultuda çevre kapitalist ülkelere neo-liberal müesses nizama eklenilebilmesi için destek sağlayan bir diğer uluslararası kuruluş olan IMF, doğrudan sağlık politikalarına müdahil olma yerine uyguladığı genel yapısal uyum programları ile sağlık hizmeti sunumuna dolaylı yollardan etki etmektedir

(Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s. 369). IMF'nin kurulmasındaki ortak amaç, uluslararası ekonomik ilişkileri yeniden kurmak, sağlam ödemeler yapabilecek sistemler oluşturmak, ticaretin serbestçe gelişmesine ve mali güçlüğü uğrayan ülkelere hemen ulaşılmasını sağlamaktır. IMF'yi, 30 ülke anlaşmayı imzalayarak kabul etmiştir. IMF'nin bugünkü üye sayısı 189'a yükselmiştir (Sevük ve Akın, 2019, s. 178).

Ülkeler IMF'ye çeşitli dönemlerde niyet mektupları yazar ve IMF'de gözlem raporlarıyla belirlenen hedeflerin gerçekleşme derecesini rapor eder. Örneğin Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 01.05.2007 tarihli niyet mektubununun 12. Maddesi ise sağlık hizmetleri sunumuna ilişkindir (T.C. Başbakanlık, 2007):

“ (...) *Sayın de Rato* , (...)

“12. Sağlık hizmetlerinde, kaliteden taviz vermeksizin orta vadede verimlilik artışları sağlanabilmesini teminen; hastane hizmetleri, sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim koşulları ve ilaç kullanımı gibi alanlarda bilgi-işlem kontrol mekanizmalarının geliştirilmesine yönelik tedbirler alınmıştır. Ayrıca, yatan hastalara yönelik ilaç ve tıbbi cihaz alımlarında; hastanelerin sözleşmeler üzerinde müşterek müzakere yürüterek, tasarruf sağlayabilmelerine imkan verecek yeni satın alım usulleri uygulamaya konulacaktır. Verimliliği arttırmak amacıyla, ayakta tedavi hizmetlerinden birinci, ikinci ve üçüncü basamaklarda farklılaştırılmış oranlarda katkı payı alınmasını öngören düzenlemeler sosyal güvenlik reformuna dahil edilecektir. Aile hekimliği uygulaması, 2007 yılı sonuna kadar 22 ile genişletilecektir (yapısal kriter). Sağlık harcamalarının program hedeflerini aşması halinde, bütçenin diğer kalemlerinde telafi edici harcama kesintilerine gidilecektir.

(...)

En İyi Dileklerimizle,

Ali Babacan

Ekonomiden Sorumlu Devlet Bakanı

Durmuş Yılmaz

TCMB Başkanı”

Üye ülkelere, politika başlıklarına ve tarihsel sıralamasına göre çeşitlendirilebilecek örneklerle de görüleceği üzere IMF üye ülkelerin başta ekonomi olmak üzere sağlık, tarım gibi birçok temel alanda belirleyici, sınırlayıcı bir etkiye sahip aktör konumundadır.

4.2.3. Avrupa Birliği

Ulus-üstü bir kuruluş olarak kabul edilen AB özellikle üye ülkelerin ve aday ülkelerin kamu politikalarının belirlenmesinde etkili bir aktör olarak yer almaktadır.

Ülkelerin ekonomik, idari ve hukuki alanlarda yaptıkları ve yapacakları faaliyetlerde ve yeniden yapılanma çalışmalarında AB'nin aldığı kararlar etkili olmaktadır (Eroğlu, 2013, s. 158). Bununla birlikte gerek katılım süreci çerçevesinde teknik destek vererek gerekse ülkeler tarafından yürütülen projelere fon desteği sağlayarak sağlık politika süreçleri üzerinde etkili olmaktadır. Örneğin AB'nin ilerleme raporlarındaki sağlık alanına ilişkin eleştirileri de sağlık alanındaki dönüşüm açısından itici bir güç olabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2015, s. 369). AB düzeyinde politika oluşturma genellikle Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve Bakanlar Konseyi olmak üzere üç kurumun müdahil olduğu bir süreçten ibarettir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011, s. 174). AB, sağlık politikalarını oluştururken özellikle AB vatandaşlarının demografik eğilimleri, yaşlanma, iklim değişiklikleri, büyük ölçekli fiziksel ve biyolojik olaylar, hastalık yapıları ve yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar üzerinde durmaktadır. Stratejik amacını ise; sağlığın korunmasını teşvik etmek, vatandaşları tehlikelerden korumak ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini desteklemek olarak açıklamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşımında ortaya çıkan adaletsizliklerle mücadelede önemsemektedir (Bostan ve Kılıç, 2018, s. 251).

4.2.4. Dünya Sağlık Örgütü

Daha ilerlemeci bir gündeme sahip olması beklenen küresel örgütlerden biri dünya çapında sağlığın iyileştirilmesiyle ilgili olarak gerçek sosyal ve ekonomik meselelere değinen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'dür (Lister, 2008, s. 84). DSÖ'nün BM bünyesinde oynadığı rol, örgüt anayasasının ikinci maddesinde “sağlık alanındaki uluslararası çalışmalarda, yönlendirici ve eşgüdüm sağlayıcı yetkili kurum işlevini yerine getirmek” olarak tanımlanmıştır (Koivusalo, 2009, s. 302). Kuruluş misyonu ve amaçları açısından sağlık alanında küresel bir aktör olarak kabul edilen DSÖ, ulusal hükümetler ve diğer ulusal paydaşlarla doğrudan; uluslararası ekonomik odaklı DB ve IMF gibi kuruluşlarla da dolaylı olarak ilişki içerisinde olmuştur. (Eke ve Eroymak, 2019, s. 402). Örneğin DSÖ 2008 yılında tütünle mücadele kapsamında MPOWER olarak adlandırdığı eylem planını açıklamıştır ve birçok ülke tütünle mücadele kapsamında bunu yasal düzenlemeler içerisine dâhil etmiştir (Tengilimoğlu ve Güzel, 2018a, s. 35). DSÖ, özellikle 1977 Alma-Ara bildirgesinde belirlemiş olduğu “2000 yılında herkes için sağlık” stratejisi öne çıkan faaliyeti olarak görülmektedir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetleriyle birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada sunulmasını sağlamak üzere temel sağlık hizmetleri uygulaması geliştirilmiş, üye ülkelerde uygulanması teşvik edilmiştir. Sağlıkta eşitlik, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, çevresel sağlık, ortalama ömrün uzatılması ve bebek ve anne ölümlerinin azaltılması bu strateji altında yapılan uygulamalardır (Bostan ve Kılıç, 2018, s. 249-250).

4.2.5. OECD

Kosta Rika'nın da resmi üye statüsünü kazanmasıyla (www.oecd.org) otuz sekiz ekonomisini temsil eden OECD'nin işlevi, örgütleyici rolüne uygun olarak üye devletler arasındaki uygulamaların yaygınlaştırılması ve politikaların uyumlu hale getirilmesi olmuştur (Lister, 2008, s. 79). 1980'lerden bu yana, neo-liberal politikalar ve tercihlerde sıkı bir bağ kuran sağlık ve kamu reformu girişimlerinde DB'nin yanı sıra, onun kadar etkin ve yoğun bir şekilde olmasa da OECD'nin de önemli bir rol oynadığını ifade etmek mümkündür. Buradaki politika tartışmalarının kurumsal temeli ve içeriği, sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, işin ekonomik, finansal ve örgütlenme boyutuna odaklanma eğilimi göstermektedir (Koivusalo, 2009, s. 306). Ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek, sağlık sistemlerinin performansı hakkında bilgi sahibi olabilmek, bazı göstergeler üzerinden (bebek ölüm oranı, 10.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı, 100.000 kişiye düşen yatak sayısı vb.) ülkeler arasında karşılaştırma ve sınıflandırmalar yapabilmek için OECD tarafından yıllık olarak yayımlanan sağlık istatistikleri oldukça önemli bir veri kaynağı durumundadır. Öyle ki politika yapımcılar, bürokratlar, akademisyenler ve toplumun tüm kesimleri açık kaynak olarak OECD web sayfası üzerinde söz konusu istatistiklere ulaşabilmektedir. Bu yönüyle her yıl yayımlanan "OECD Health Statistics" raporları sağlık politikaları üzerinde belirleyici olmaktadır.

4. SONUÇ

Günümüz modern insanından (*homo sapiens sapiens*) farklı olarak başka insan alttürleri de (*homo antecessor*, *homo bodoensis*, *homo sapiens idaltu*, *homo neandertalensis*, *homo rudolfensis*, *homo erectus* vb.) eş zamanlı ve/veya birbirini takip eden dönemlerde dünyada varlıklarını sürdürmüşlerdir. Tarihçi Yuval Noah Harari bir dönem *bestseller* olan *Hayvanlardan Tanrılara: Sapiens* isimli eserinde tüm bu insan alt türlerine ilişkin çarpıcı bir iddia ortaya atar. Yazar, birçok insan alt türünün varlığının kanıtlanmış olmasına rağmen günümüze yalnızca *homo sapiens sapiens* olarak türümüzün erişebilmesinin en temel sebebinin diğer insan türlerinde olmayan uzlaşma kültürüne sahip olması olduğunu belirtir (Harari, 2015). Buna göre insan alt türlerinin varlığı aynı zamanda uzlaşmanın da varlığına bağlıdır. Bir başka ifadeyle, insanoglu uzlaşmadan yaşamını sürdüremez.

İnsan türünün varlığı için uzlaşma ne kadar önemliyse, siyasetin varlığı için de uzlaşmazlıklar ve fikir ayrılıkları da bir o kadar hayatidir. Öyle ki eğer insanlar her konuda aynı fikirde olsalar ve her gündem için uzlaşma içerisinde yer alsalardı, günümüzde bu çalışmada da sağlık boyutuyla açıklanmaya çalışılan siyaset/politika

diye bir kavramın da varlığından haberdar bile olamayacaklardı. İnsanlar doğaları gereği farklıdır ve yine doğaları gereği uzlaşabilirler; işte siyaset de tam da bu kesişimden meydana gelir: insanoğlu ve yaşamını oluşturan, kuşatan her şey politiktir! Dolayısıyla yaşama (*bios*) dair her şeyin politik olduğu iddiasının doğru olmadığını ifade etmek (apolitik politizm) için bile politika yapmak zorunludur ve bu da yine politik bir tavırdır ve yine yapılan bu itirazı da ancak politika yaparak eleştirebilir ya da destekleyebilirsiniz.

Politika, insanlığın en eski sanatlarından birisidir ve ister kamusal isterse özel bir alan için gündeme gelsin amacı bir kişinin, grubun ya da geniş halk kesimlerinin memnuniyetini sağlamak olabilir. Memnuniyeti sağlanacakların kimliğine yönelik verilecek cevap ise o ülkenin rejimini açıklayacaktır. Sağlık hizmeti için bakıldığında ise, kararı verenler ve bu karardan etkilenecekler arasındaki ilişki, yani sağlık politikası, diğer hiçbir alanda olmadığı kadar belirsizliklerle doludur. Geleneksel hasta-hekim ilişkisi üzerinden bakıldığında roller belirgin gibi gözüксе de sağlık hizmeti, hizmetin finansmanı başta olmak üzere birçok farklı karar basamağından etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunumunda “*memnuniyet*” ve “*erk*” üzerine daha derinlikli tartışmaların gerekli olduğu düşünülmektedir. Örneğin sağlık hizmeti sunumunda memnuniyete sadece hastalar ve hasta yakınları mı karar verebilir/vermelidir? Başka bir deyişle müşteri her zaman haklı mıdır? Devamla, sağlık hizmeti sunumunun odağındaki hekimler sağlık politikası süreçlerinde de birer “*erk*” midir? Ne kadar “*erk*” olabilir ve kalabilirler? Tüm bu sorulara verilen cevaplarda eğer bizatihi hastalar ya da hekimler değil de çok çeşitli aktör ve faktörün etkisinden söz ediliyorsa işte orada sağlık politikası yapılıyor denilebilir. Tıpkı politikanın varlığı için çok seslilik, farklı görüşler ve uzlaşmazlıklar söz konusu olduğu gibi sağlık hizmetinin sunumunda etkili olan birçok farklı aktör ve hizmet süreçlerini etkileyen faktörler bulunmaktadır. Sağlık politikası süreçleri için özellikle çevre kapitalist ülkelerde uluslararası aktörlerin etkisi yadsınamaz. İlk bakışta sağlık alanına son derece uzak olması beklenen IMF ve DB gibi kuruluşların bu çalışmada da gösterilmeye çalışılan şekliyle mevcudiyetlerinin temel sebebi de budur. Yine bu ülkelerdeki ulusal aktörlerin rolü ise uluslararası aktörler tarafından açıklanan uygulama ve düzenlemelerin yerel mevzuata uyumlaştırılmasının sağlanmasıdır. Dolayısıyla belirleyici olan uluslararası aktörlerdir denilebilir.

Sağlık politikası süreçlerini etkileyen faktörlere bakıldığında ise kültürel değerler ve toplumların inanç sistematiikleri belirleyici olduğu ifade edilebilir. Zira diğer birçok alanda olduğu gibi sağlık alanını da toplumsaldır ve o toplumun kültüründen ve değerlerinden etkilenmektedir. Dolayısıyla gerek politikacılar gerekse sağlık politikası analistleri ve akademisyenler analizlerini toplumların kültürel ve

toplumsal değerleri ve inanç sistematiikleri üzerine yoğunlaştırmalı ve başta sağlık arama davranışı ve sağlık hizmetlerine erişim olmak üzere sağlık hizmetlerine ilişkin toplumu oluşturan bireylerin tercihlerini değerlendirmeye almalıdır. Politika, bu çalışma boyunca ifade edildiği gibi uzlaşmazlıkların bir sonucu olduğu için toplumsal tabana hitap ve temas edebilmelidir; sağlık alanı da bunun en önemli örneklerindedir. Zira dünya genelindeki örneklere bakıldığında toplumsal rızanın en kolay üretildiği alanın sağlık hizmetleri olduğu ifade edilebilir.

EXTENDED ABSTRACT

Research Problem: As a phenomenon, policy arises from the relationships and conflicts between social and economic classes, and these groups and their interests are represented through politics. In a simpler and more direct definition, the source of policy is disagreements and different opinions. Understanding the relationship between health policy and health will enable us to address today's major health problems and also to understand the impact of the economy and other political processes on health. Therefore, health policy plays a guiding role in determining who can access health services, which health technologies will be developed and used, who can benefit from these technologies, how the health services organization will be made and how its financial structure will be managed or which type of medicine can be freely accessed. In this study, the concept of health policy was explained together with the close and related concepts about it and some discussions and uncertainties experienced conceptually were tried to be eliminated. In addition, factors affecting health policy-making processes and national and international actors that are effective in these processes are explained.

Research Question/s: The three basic research questions on which the study is based are as follows:

1. Is there a conceptual difference between the concepts of policy and politics? Is there a difference in the Turkish equivalents of the same concepts (for the Turkish concepts of "siyaset" and "politika")? How are these differences included in the literature?
2. What are the factors affecting health policy?
3. Who are the (national and international) actors influencing health policy?

Literature Review: There are two concepts in the English literature that meet the expressions of policy and/or politics. Instead of words that enter Turkish from the east: "siyaset" and the other from the west: "politika" and that are often used interchangeably and with the same meaning, there are two concepts in English that differ from each other in terms of scope and do not have the same meaning, but describe different phenomena.

When we consider the usage practices of the concept of "siyaset" in Turkish in the field of health, it was stated that the complexity of the concept of politics in English is not experienced through "siyaset/siyasa". However, it can be stated that the concept of politics has been replaced by the French origin concept of "politika"

both in academic discussions, in daily use, and when it comes to Ministry organizations and legislation. In this sense, “*Sağlık Politikası*” is used as a framework concept both to emphasize the politics of health, to explain the legislation regulations on health services and to make politics in the field of health.

Although only the concept of “*sağlık politikası*” is used hegemonically in Turkish, the expression “*health policy*” in English is meant in terms of the ascribed meaning. The concept of “health policy”, which expresses its meaning more directly, can be preferred to conduct political, theoretical and academic discussions on the provision of health services, that is, for health politics. Thus, on the “economic politics” of health, a similar one of deepened ideological and theoretical debates in fields such as law, political science and sociology will be paved the way.

The existence of some factors that determine, influence and limit health policy regardless of its cycle is also inevitable. These include situational factors, wars, epidemics, and droughts, more or less temporary, permanent, or idiosyncratic conditions that may have an impact on policy. Structural factors are relatively unchanging elements of society. These can encompass the political system and to what extent it is open or closed and opportunities for civil society to participate in policy discussions and decisions, as well as the type of economy and the employment base. Cultural factors can also affect health policy. For example, in eastern societies, where the formal hierarchy is important and decisive, it may be difficult to question or challenge senior officials or elderly statesmen who have been in power for a long time, and restricted by local regulations. International or external factors are factors that lead to more interdependence between states and affect sovereignty in health and international cooperation. The actors affecting health policies are divided into national and international actors and examined. National actors are defined as bureaucracy, parliament, judiciary, non-governmental organizations and social media. International actors, on the other hand, are international organizations such as IMF, World Bank, WHO, OECD and have recently emerged as the EU.

Methodology: This study was designed as a literature review and the national and international literature on the field of politics and health policy was examined in detail.

Result and Conclusion: Politics is one of the oldest arts of humanity and its purpose may be to ensure the satisfaction of a person, group or broad public, whether it comes to the agenda for public or private space. The answer to the identity of those to be satisfied will explain the regime of that country. When it comes to health care, the relationship between decision makers and those affected by this

decision, that is, health policy, is more uncertain than in any other field. Although the roles seem to be evident in the traditional patient-physician relationship, health care is affected by many different decision steps, especially the financing of the service. For this reason, it is thought that more in-depth discussions on “*satisfaction*” and “*power*” are necessary in the provision of health services.

Etik Beyanı: Bu çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde etik kurallara uyulduğunu yazarlar beyan eder. Aksi bir durumun tespiti halinde Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisinin hiçbir sorumluluğu olmayıp, tüm sorumluluk çalışmanın yazarlarına aittir.

Yazar Katkıları: Şükrü Anıl TOYGAR, çalışmanın tamamında tek başına katkı sunmuştur.

Çıkar Beyanı: Yazarlar ya da herhangi bir kurum/ kuruluş arasında çıkar çatışması yoktur.

Ethics Statement: The authors declare that the ethical rules are followed in all preparation processes of this study. In the event of a contrary situation, the Journal of Public Administration and Policy has no responsibility and all responsibility belongs to the author of the study.

Author Contributions: Şükrü Anıl TOYGAR has contributed to all parts and stages of the study.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest among the authors and/or any institution.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2018). *Sağlık Politikası ve Planlaması*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Babaoğlu, C. (2013). Kamu Politikası Sürecinde Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü. *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama* içinde (174-196). M. Yıldız, M. Z. Sobacı (Ed.). Ankara: Adres Yayınları.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. ve Tu, P. (2021). *Sağlık Ekonomisi*. Ç. E. Akyürek (Çev. Ed.), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Blank, R. H. ve Burau, V. (2007). *Comperative Health Policy*. 2nd Ed. Palgrave MacMillan.
- Bostan, S., ve Kılıç, T. (2018). Sağlık Politikalarında Uluslararası Çevre ve Kuruluşların Etkisi. *Sağlık Politikası* içinde (247-262). D. Tengilimoğlu (Ed.). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Bulut, Y., Akın, S. ve Kahraman, Ö. F. (2017). Kamu Politikalarının Oluşturulmasında Sivil Toplum Kuruluşlarının Etkisi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 23-34.
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G. (2005). *Making Health Policy*, Open University Press.
- Busse, R. ve Schlette, S. (2003). *Health Policy Developments - International Trends and Analyses Issue 1/2003*. Gütersloh: Bertelsmann Foundation Publishers.
- Can, H. (1999). *Organizasyon ve Yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Cansever, İ. H. (2020). *Türkiye’de Sağlık Planlaması*. Ankara: Gazi Yayınevi.
- Çevik, H. H. (2004). *Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları*. (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çevik, H.H. (2010). *Kamu Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çevik, H.H. ve Demirci, S. (2008). *Kamu Politikası Kavramlar, Süreç, Modeller, Analiz, Karar Verme*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Dünya Bankası (2017). *Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Uluslararası Finans Kurumu ve Çok Taraflı Yatırım Garanti Ajansı’nın Türkiye Cumhuriyeti’ne Yönelik 2018 MY-2021 MY Dönemini Kapsayan Ülke İşbirliği Çerçevesi- Rapor No:11096-TR*
- Dye, T. R. (2002). *Understanding Public Policy*. 10th Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Efil, İ. (1998). *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*. Beşinci Baskı. Bursa: VİPAŞ A.Ş.

- Eke, E. ve Eroymak, S. (2019). Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(26), 388-407.
- Eren, E. (2010). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş Sekizinci Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Eroğlu, H. T. (2013). Türkiye’de Kamu Politikası Oluşturulmasında Uluslararası Aktörlerin Rolü. *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama* içinde (148-165). M. Yıldız ve M. Z. Sobacı (Ed.). Ankara: Adres Yayınları.
- Eroğlu, H. T. (2015). Kamu Politikasının Sivil Aktörleri Bağlamında Sosyal Medya. *Kamu Yönetiminde Sosyal Medya* içinde (43-58). H. Ertaş (Ed.). Konya: Palet Yayınevi.
- Ertaş, H. (2015). Kamu Yönetiminde Sosyal Medyanın Kullanımı. *Kamu Yönetiminde Sosyal Medya* içinde (15-42). H. Ertaş (Ed.). Konya: Palet Yayınevi.
- Fişek, N. (1985). Türkiye’de Sağlık Politikası. *Toplum ve Hekim*, 6(34):30-31.
- Green, A. (2007). *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, 3rd ed. London: Oxford University Press.
- Green, A. T. ve Mirzoev, T. N. (2008). Planning for Public Health Policy. In: Heggenhougen, K. ve Quah, S. (eds.) *International encyclopedia of public health*. San Diego: Academic Press.
- Harari, Y. N. (2015). *Hayvanlardan Tanrılara: Sapiens- İnsan Türünün Kısa Bir Tarihi*. (E. Genç, Çev.). İstanbul: Kolektif Kitap.
- Hawthorne, M. R. (1993). *The Media, Economic Development and Agenda Setting. Media and Public Policy*. London: Praeger Press.
- Heywood, A. (2015). *Siyaset*. (B. B. Özipek, B. Şahin, M. Yıldız, Z. Kopuzlu, A. Yayla, U. Candan Karaca, H. Y. Başdemir, 4. Edisyonundan Çev.). 16. Baskı. Ankara: Adres Yayınları.
- Kickbusch, I. (2009). *Policy Innovations for Health*. In: *Policy Innovation for Health* (1-22). Ilona Kickbusch (Eds). New York: Springer Science Business Media.
- Koivusalo, M. (2009). Küresel Sağlık Politikasının Biçimlenişi. *Kapitalizmde Sağlık-Sağlıksızlık Semptomları* içinde (302-317). L. Panitch, C. Leys (Eds). U. Haskan (Çev.). İstanbul: Yordam Kitap.
- Lister, J. (2008). *Sağlık Politikası Reformu- Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel “Sağlık Reformu” Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu*. (M. İnan, A. Kılıçaslan, N. Erten, D. İlhan, H. Can Kurban, Çev.). İstanbul: İncev Yayınları.

- Oğuz, M. C. (2018). Otoriter Rejimler ve Sivil Toplum İlişkisi: Bir “Yumuşak Güç” Stratejisi olarak GONGO’ların Yükselişi. *Mülkiye Dergisi*, 42 (2), 239-260.
- Paton, C. (2008). Health Policy: Overview. In: *Health Systems Policy, Finance and Organization* (3-16). Ed.: Guy Carrin, Kent Buse, Harald Kristian Heggenhougen, Stealla Quah. Academic Press.
- Patrick, L. D. and Erickson P. (1993). *Health Status and Health Policy Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press.
- Savaş N. (2020). Dünya Bankası’nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 142-57
- Sevük, M. Y. ve Akın, P. (2019). Kamu Politikalarını Etkileyen Resmi, Sivil ve Uluslararası Aktörler. *Hukuk Fakültesi Dergisi*, 5(2), 167-183.
- T.C. Başbakanlık (2007). 1 Mayıs 2007 Tarihli IMF Niyet Mektubu Tercümesi. Tengilimoğlu, D., Atilla A., Bektaş, M. (2008). İşletme Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D. ve Güzel, A. (2018a). Sağlık Politikası Belirleme Süreci ve Politikayı Belirleyen Aktörler. *Sağlık Politikası içinde* (9-37). Editör: D. Tengilimoğlu. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş. A. (2018b). Sağlık Politikası ve Planlamasıyla İlgili Temel Kavramlar. *Sağlık Politikası içinde* (1-8). Editör: D. Tengilimoğlu. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Güncellenmiş ve Gözden Geçirilmiş 2. Baskı. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Toygar, Ş. A. (2018). Sağlık Politikası Analizi. *Sağlık Politikası içinde* (95-110). Editör: D. Tengilimoğlu. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Toygar, Ş. A. (2020). *Madenin Politik Haritası-Maden İşyerlerinin Politika Haritalama Yöntemiyle Analizi*. Konya: Çizgi Yayınevi.
- Yıldırım, H. H. ve Yıldırım, T. (2013). Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları- Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme. *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama içinde* (352-385). M. Yıldız ve M. Z. Sobacı (Ed.). Ankara: Adres Yayınları.
- Yıldız, M. ve Sobacı, Z. M. (2013). Kamu Politikası ve Kamu Politikası Analizi. *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama içinde* (14-42). M. Yıldız ve M. Z. Sobacı (Ed.). Ankara: Adres Yayınları.

World Health Organization. (1999). *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2-3.

<https://thetrcompany.com/en/difference-politics-policy/> Erişim Tarihi: 20.07.2022

<https://www.nisanyansozluk.com/> Erişim Tarihi: 11.05.2022

<https://www.oecd.org/newsroom/oecd-welcomes-costa-rica-as-its-38th-member.htm>
Erişim Tarihi: 20.07.2022