

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

TARİHSEL SÜREÇTE TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLANLAMASI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME*

AN EVALUATION OF TURKISH HEALTH PLANNING WITH A HISTORICAL PERSPECTIVE

İbrahim Hüseyin CANSEVER¹

Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ²

ÖZ

Planlama, şu anda ve gelecekte mevcut kaynakların verimli ve uygun şekilde kullanılması yoluyla gelecek için belirlenen hedeflere ulaşmayı sağlayan sistematik bir yaklaşımdır. Sağlık planlaması ise, sağlık sektörüne ayrılan payın etkili olarak kullanılması ayrıca toplumun ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmaktadır. Ekonomik gelişim planlarının nihai amacı, insanların yaşam standartlarını yükseltmek iken; sağlık planlarının amacı, nüfusun sağlık seviyesini yükseltmektir. Sağlıklı bir toplum oluşturma yolunda sağlık planlaması önemli bir yer tutmakta ve dolayısıyla sosyal ve ekonomik gelişmenin önünün açılması için gerekli bir eylem olarak görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık planlamasına ilişkin kavramsal çerçeveyi ortaya koyarak, Türkiye’de tarihsel süreçte sağlık planlaması çalışmalarına ilişkin içerikleri bir arada sunmaktır. Bu amaca yönelik olarak, Türkiye’deki sağlık planlaması çalışmalarının içerikleri ele alınmış ve karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Çalışmada Cumhuriyet’in ilanından günümüze kadar Türkiye’de sağlık planlaması alanında önemli çalışmalar yapıldığı görülmüştür. Yapılan sağlık planlaması çalışmalarının hepsinde toplumun sağlık seviyesini yükseltmek ana amaç olmuş, ilk dönemlerde teşkilatın kurulması, sağlık tesisi yapımı bulaşıcı hastalıklar gibi temel konular amaçlanmışken; sonraki planlarda temel konulardan farklı olarak sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hale getirmenin amaçlandığı görülmüştür. Sonuç olarak, sağlık planlaması Türk sağlık sektörünün gelişmesinde önemli bir yer kaplamış ve halen de uygulama safhasında olan stratejik plan ile sektöre yön vermekte ve gelişime önemli katkılar sağladığı görülmektedir.


Anahtar Kelimeler: Sağlık Planlaması, Sağlık Planlama Süreci, Sağlık Planlama Türleri, Sağlık Planlama Seviyeleri, Sağlık Politikası.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I18, P41.

ABSTRACT

Planning is a systematic approach for achieving the goals set for the future through the efficient and appropriate use of the resources available now and in the future. Health planning, on the other hand, is the effective use of the share allocated to the health sector and is also defined as helping the society for meeting their needs. While the ultimate aim of economic development plans is to raise people's living standards; the purpose of health plans is to raise the level of the health of population. Health planning plays an important role in building a healthy society

* Bu çalışma Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ danışmanlığında İbrahim Hüseyin CANSEVER tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Planlaması Üzerine Bir Analiz” başlıklı doktora tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

¹  Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, ihcansever@hotmail.com

²  Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nezihetufekci@gmail.com

and thus is seen as a necessary action to pave the way for social and economic development. The aim of the study is to present the conceptual framework of health planning and to present the contents of health planning studies in our country with a historical perspective. For this purpose, the contents of health planning studies in Turkey are discussed and presented comparatively. In the study, it is observed that important studies have been carried out in the field of health planning in Turkey since the proclamation of the Republic. In all of the health planning studies, increasing the health level of the society is the main goal, while the basic issues such as establishment of the agency and construction of the health facility in the first periods are aimed; unlike the basic issues, it is seen that the aim is to achieve better quality health services. As a result, health planning occupies an important place in the development of the health sector in Turkey and it is seen that the strategic plan, which is still in the implementation phase, gives direction to the sector and contributes to the development.

Keywords: Health Planning, Health Planning Process, Types of Health Planning, Levels of Health Planning, Health Policy.

JEL Classification Codes: I10, I18, P41.

1. GİRİŞ

Sağlık planlamasının amaçları, sorunlar ile sınırlı kaynakları uyumlaştırmak, gereksiz harcamaları ortadan kaldırmak, tanımlanmış bir hedefi gerçekleştirmek için en iyi eylem tarzını geliştirmektir (Logaraj, 2015: 4). Sağlık sektörüne ilişkin yapılan çalışmaların hemen hepsinde, artan sağlık ihtiyaçlarının var olan kıt kaynaklar ile karşılanması gerektiği, etkililik, etkinlik ve verimlilik ifadeleri yer almakta ve çalışmaların ortaya çıkış nedeninin odağında bulunmaktadır. Sağlık planlaması da tarihsel süreçte bu amaçlara yönelik olarak tüm ülkeler tarafından hazırlanmış ve uygulanmaya konulmuştur. Günümüzde de stratejik planlar ile sağlık sektörünün ana amacı belirlenmekte, bu ana amaca ulaşmak için alt amaçlar ve bu alt amaçlara ulaşmak için hedefler ile stratejiler belirlenmektedir. Sağlık planlaması, geçmişten bugüne ülkemizde sürekli var olarak sağlık sektöründe önemli bir yer işgal etmiştir. Ancak sağlık planlaması, başta kavramsal çerçeve olmak üzere ülkemizde neredeyse hiç çalışılmamış bir konu olarak durmaktadır. Bunun yanında ülkemizde yapılan sağlık planlaması çalışmalarının hazırlanma süreçleri ve içerikleri de üzerinde hiç durulmamış çoğu kaynakta üstünkörü geçilmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık planlamasına ilişkin temel kavramsal çerçeveyi sunarak, ülkemizde tarihsel süreçte sağlık planlaması çalışmalarına ilişkin içerikleri bir arada sunmaktır. Bu kapsamda sağlık planlaması kavramı, sağlık planlaması süreci, sağlık planlamasında yer alan paydaşlar ve sağlık planlaması seviyeleri ve türlerine ilişkin bilgiler ve son kısımda Türkiye’de Cumhuriyet’in ilanı sonrası dönemde yapılan sağlık planlaması çalışmalarının içerikleri ele alınmış ve karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Çalışmaya ulusal kapsamda olan ve stratejik plan olarak hazırlanan sağlık sektörünün tümünü ele alan sağlık planlaması çalışmaları dâhil edilmiştir. Bu kapsamda olmayan; sağlık tesisleri planlamaları, sağlık hizmet planlamaları, insan kaynakları planlamaları çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışma ile ülkemizde yapılan sağlık planlaması çalışmalarının içeriklerine karşılaştırmalı bakış açısı sağlanmaya çalışılmıştır.

2. SAĞLIK PLANLAMASI KAVRAMI

Sağlık planlaması, sağlık sorunlarının tanımlanması, karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesi ve bu kaynakların karşılanması için kaynakların araştırılması, gerçekçi ve uygulanabilir öncelikli hedeflerin oluşturulması ve idari eylemlerin projelendirilmesi ve bir politikada belirlenen belirli amaçlara ulaşmak için kararlar ve eylemler düzenleme süreci olarak tanımlanabilmektedir (WHO, 1953: 3; WHO, 2011: 8; El Taguri, 2008: 150; Jira, Feleke ve Mitike, 2004: 9). Sağlık planlaması, dış etkilerin, sapmaya neden olabilecek bir organizasyon üzerindeki etkilerini en aza indirmenin bir aracıdır ve aynı zamanda bir kuruluşun dış çevre üzerinden karşı karşıya kaldığı belirsizlik veya risk düzeylerini en aza indirmeye çalıştığı bir süreç olarak da görülebilir (Green, 2007: 7). Sağlık planlaması, farklı aktör ve süreçler içinde sağlık sistemi bağlamında istenen amaçlara ulaşmak için manevra kabiliyetini gösterme sanatıdır (Green ve Mirzoev, 2008: 121).

Sağlık planlaması temel olarak, bir geleceğe ulaşmak için çeşitli yollar arasında seçim hakkındadır (Mills ve Gilson, 1988: 4) ve gelecekteki durumun ne gibi bir hedefe ulaşılacağına belirlenmesi, istenen hedeflere ulaşmak için alternatif eylem yollarının sistematik olarak değerlendirilmesi ve son olarak en iyi hareket tarzını seçmek için

bir karar verme sürecidir (Mott, 1969: 798). Sağlık planlanması, sağlık sorunlarının tüm yönleri, sosyal sorunların tüm sağlık yönleri ve bu sorunların önlenmesi veya iyileştirilmesine yönelik tüm hizmetleri dikkate almalıdır (Blum ve Sully, 1969: 5). Gelişmiş bir sağlık planlamasının özellikleri şu şekilde sıralanabilir (WHO, 1970: 10-12; Popov, 1971: 18-21);

- Ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimi ile benzerlik göstermelidir,
- İnsan ve toplum hayatının kalitesi ve sosyo-ekonomik gelişim için diğer sektörlerle iş birliği içinde olmalıdır,
- Politik lider ve yöneticilerin sorumluluğunda olmalıdır,
- Bir grup veya kurumun sorumluluğunda yürütülmelidir,
- Planlama sürecindeki adımların fazlalığı ve sürecinin karmaşıklığı sebebiyle çok sayıda uzmanlık dalını içinde bulundurmakla birlikte çok sayıda öngörü içermelidir,
- Kapsamlı ve kapsayıcı olmalıdır,
- Ülkenin kaynaklarını göz önüne alarak hazırlanmalıdır,
- Planlama bir bütçe ile uygulanmalıdır,
- Planlama sürekli olarak değerlendirme ve çevresel değişikliklerle revize edilmesi gereken bir süreçtir. Bu yüzden bakış açısı sürekli geleceğe yönelik olmalıdır,
- Belirli bir zaman dilimi için yapılmalı ve yeterince esnek olmalıdır,
- Müzakereyi ön planda tutmalıdır,
- İzleme ve değerlendirmeyi sürekli ve düzenli olarak yapmalıdır.

Sağlık planlamasının amacı, gerekli sağlık hizmetlerini kaliteli, doğru zamanda, doğru yerde ve minimum maliyetle sağlanmasıdır. Amaç her ne kadar kaliteli ve her yere ulaşılabilme arzusu olsa da var olan kaynaklar bunun için yeterli olmayacaktır. Burada önemli olan ülkenin içinde bulunduğu durumu iyi analiz etmesi, öncelikleri belirlemesi ve bunlar yapılırken kaynaklarının iyi analiz edilerek neye gücünün yeteceğini belirlemesidir (Abel-Smith, 1994: 79). Sağlık planlaması, toplumlarının değerlerine göre hizmetlerin iyileştirilmesi için bir araç olarak kullanılabilir (Hilleboe, Barkhus ve Thomas, 1972: 10). Sağlık planlaması, toplumun ihtiyaçlarının temini ve problemlerinin çözümü için yönetimin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (White vd., 1977: 16). Sağlık planlaması amaçlarını çeşitli açılardan ele alan çalışmalara bakıldığında amaçların şu şekillerde ele alındığı görülmektedir; belirli bir nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeyi, aynı zamanda erişimin adaletini korumayı ve ayrıca sağlık sisteminin toplumun algılanan ihtiyaçlarına yanıt vermesini sağlamaktır (Queensland Health, 2015: 4; Lawrie, Ardal, Butler ve Edwards, 2006: iv; Chatora ve Tumusiime, 2004: 2). Logaraj (2015: 4) ise sağlık planlamasının amaçlarını; (1) sınırlı kaynakları birçok problemle uyuşturmak, (2) atık harcamaları ortadan kaldırmak, (3) tanımlanmış bir hedefi gerçekleştirmek için en iyi eylem tarzını geliştirmek olarak sıralamıştır.

3. SAĞLIK PLANLAMASI SÜRECİ

Sağlık planlama süreci, sağlık planlamacılarının cevaplamasını bekleyen birçok karmaşık ve zor sorular içermektedir. Örneğin, *sağlık problemleri nelerdir ve nasıl tanımlanmalıdır?, öncelikler nasıl belirlenecektir?, belirlenen önceliklerin gerçekçi olduğu nasıl anlaşılacaktır?, belirlenecek amaçlar gerçekçi ve uygulanabilir olacak mı?, amaçlara ulaşabilmek için nasıl uygulamalar yapılabilir?* gibi birçok soru sağlık planlamacılarının cevaplaması gereken sorulardan sadece bazılarıdır (Hilleboe vd., 1972: 9-10). Planlama süreci, iki adımlı süreçten yirmi adımlı sürece kadar tanımlanabilmektedir. Bu ayrımlarda rakamsal olarak bir belirlilik olmamasına rağmen içerikler genellikle aynıdır. Başlıkların ayrı ayrı alınmış ya da bir başlık altında toplanması bu sayıdaki tutarsızlığın nedenidir (Hyman, 1970: 48). Sağlık planlaması sürecindeki adımlar; planlamanın planlanması (planlama komitesinin oluşturulması ve ön bilgilerin toplanması), durum analizi, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, kaynakların değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, alternatiflerin değerlendirilmesi, uygulama, izleme ve değerlendirme olarak 8 adımda sıralanabilir. Her adım kendi içinde karışık ve önemli bileşenleri barındırmakta ve bir sağlık planının başarılı olabilmesi yolunda hayattır. Bu adımlar kısaca özetlenecek olursa; planlamanın planlanması adımı komitenin oluşturulması ve ön bilgilerin toplanması şeklinde iki bileşende yapılmaktadır. Bu adımda ülkenin mevcut yönetim şekline uygun olacak şekilde bir planlama ekibi kurulmakta ve ön bilgiler

sunulmaktadır. DSÖ (WHO, 1961: 10), ülkelerin (1) sosyal ve ekonomik planlama içinde, (2) ayrı ve bağımsız sağlık planlama komisyonu kurarak veya (3) sağlık planlaması bünyesinde özel bir departman altında sağlık planlamasını gerçekleştirebileceğini belirtmiştir. DSÖ bu durumun başarılması için de; yeterli insan kaynağı ve bütçeye sahip, doğru iletişimin sağlanması için tüm iletişim kanallarının önünün açılması ve kullanılması gerektiğini belirtmiştir (Schmets, Kadandale, Porignon ve Rajan, 2016: 25).

Durum analizi, mevcut durumun ihtiyaç ve öncelikler açısından gerçek sağlık durumunu ortaya koymak için farklı perspektiflerden değerlendirilmesini içermektedir. Genel olarak durum analizi, *şimdi neredeyiz?* sorusuna cevap aramaktır (Chatora ve Tumusiime, 2004: 22; Knox, 1979: 12). Durum analizi yapılacak planın türüne göre belirli bir grup, hizmet fonksiyonu, hizmetin seviyesi veya belirli bir sağlık problemine vb. şekillerde yapılabilmektedir (Lee ve Mills: 1982: 89). Amaç ve hedeflerin belirlenmesi aşamasında; *nereye gitmek istiyoruz?* ya da *ne elde etmek istiyoruz?* gibi sorulara cevap aranır (Chatora ve Tumusiime, 2004: 26). Amaç, hedeflerin ve kaynakların yönlendirildiği nihai bir istenen durumdur ve en üst düzeyde formüle edilmiştir ve genellikle geniştir (Knox, 1979: 16). Hedefler ise, amaçların gerçekleşmesi için adımlar olarak düşünülebilir (DPT, 2006: 34) ve amaç ve hedefler planlara rehberlik etmektedir. Örnek olarak, amaç bebek ölümlerini azaltmak olarak ifade edilirken; hedef bebeklerin aşılanma oranlarının %50 oranında artırmak şeklinde ifade edilmektedir.

Urwick'e göre (1956: 75) planlama, olayın ve malzemelerin mükemmelliğinin analiz edilmesi ve ölçülmesidir, böylece herhangi bir anda nerede olduğumuzu tam olarak bilmemiz gerekir. Kaynak olmadan planlar hayata geçirilemez. Gerçekte ve potansiyel olarak mevcut kaynakların yanı sıra planın gelişmesi için gerekli olacak olan kaynaklar da dikkate alınmalıdır. (WHO, 1979: 18). En zor adımlardan biri olan önceliklerin belirlenmesi, ihtiyaçlar ve eldeki sınırlı kaynakların ışığında belirlenmelidir. Belirlenecek önceliklerde kısıt, çok farklı ihtiyaçlar içinden en fazla gelişim gösterecek şekilde yeterince geniş olmasıdır (Green ve Collins, 2006: 566; Hilleboe vd., 1972: 11). Öncelik belirleme, ülke düzeyi, bölge düzeyi, tedavi şekilleri ve hasta düzeyi gibi makro düzeyden mikro düzeye doğru her seviyede yapılabilir (Top, 2006: 95-96). Sağlık planlaması, farklı teknik ve politik avantaj ve dezavantajları içeren alternatifler oluşturmak ve ilgili alternatifler arasından gerçek bir seçim yapmayı içeren politik bir süreçtir (Green ve Mirzoev, 2008: 121). Planlama sürecinin önemli adımlarından birisi de, çeşitli kısıtlamalar karşısında önceden seçilmiş hedeflere ulaşmak için alternatif araçların analizidir (Hilleboe vd., 1972: 9). Planlamacı, istenen sonuçların elde edilmesine yol açacak olası her alternatifi beklemek zorunda (Banfield, 1959: 362) ve karar vericilerin alternatifler arasında rasyonel bir seçim yapabilmelerini sağlamak için alternatifleri ve sonuçlarını detaylandırmalıdır (Davidoff ve Reiner, 1962: 106).

Durum analizi yapılmış, amaç ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş bunlara göre alternatifler belirlenmiş ve değerlendirmeleri yapılmış ve plan seçilmiştir. Sıra tüm bu yapılan çalışmaların kilit noktası olan uygulamaya gelmiştir. Planlama, sürekli devirli bir süreç olarak ele alındığında; uygulama, planlama sürecindeki önceki adımlara göre en önemli aktivite veya adım olarak görülmelidir (Reinke, 1988a: 3). Dinamik ve devam eden bir faaliyet olarak planlama kavramı, uygulamanın sağlık planlamasının ayrılmaz bir parçası olmasını gerektirir (Waterson, 1971: 248). Planlamayı konuşma olarak düşünürsek, uygulama eylem olarak değerlendirilebilir (Thomas, 2003: 93-95).

Planlama sürecinin son adımı olan izleme ve değerlendirmeye bakılacak olursa; izleme, bir faaliyetin zaman içindeki ilerlemesinin sistematik ve sürekli bir değerlendirmesidir (WHO, 2005a: 7; DPT, 2006a: 45). İzleme, ne olduğunu, nerede olduğunu ve kim tarafından olduğunu belirlemeye yarar, ayrıca ilerlemeyi ve performans incelemesini bilgilendirmeyi sağlar (O'Neill, Viswanathan, Celades ve Boerma, 2016: 1; Jira vd., 2004: 81). Değerlendirme ise, sağlık planlama sürecinin önemli bir parçasıdır. Politikaların, stratejilerin ve planlarının uygulanmasının, nüfusun sağlık durumunun iyileştirilmesi açısından etkilerinin, alınan önlemlerin, etkililiğinin ve etkisinin değerlendirilmesini ve bu tedbirlerin gerçekleştirildiği ilerlemenin ve verimliliğin izlenmesini sağlayacaktır (Thomas, 2003: 97; WHO, 1979: 21-30). Değerlendirme, gerekli, ilgili ve duyarlı bilgiye dayalı olmalıdır (WHO, 1981: 24). Değerlendirme, planlama önerilerinin uygulanmasında toplanan bilgilerin karşılaştırılmasını ve yorumlanmasını içerir. İzleme yoluyla toplanan verileri gelecekteki uygulama ve planlamayı bilgilendirmek için anlamlı bilgilere dönüştürür (Queensland Health, 2015: 30).

4. SAĞLIK PLANLAMASINDA YER ALAN PAYDAŞLAR

Sağlık planlaması içerisinde birçok değişkeni barındıran karmaşık bir süreçtir. Bu karmaşıklığın içinden çıkmak birbirinden farklı fakat birbirini etkileyebilen organları birlikte çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Yapılan sağlık

planlaması merkezden yapılarak doğrudan uygulanmaya konulması yapılan planlamanın sağlıksız ve sorunların çözümünden uzak olacağını ve bunun yanında uygulama safhasında da birçok zorluklarla karşılaşacağı açık bir gerçektir. Bu yüzden öncelikle sağlık planlaması için gerekli mevzuatların çıkarılması ve sağlık planlamasında görev ve/veya yer alan paydaşların iyi belirlenmesi şarttır. Elling (1968: 126) makalesinde, sağlık sistemindeki ilişkilerinin karmaşıklığı ve bileşenlerin büyüklüğünü belki de sağlık planlama sorununu bu kadar önemli kılan ve aynı zamanda bir anda sinir bozucu ve büyüleyici olan şey olarak nitelendirmiştir. Planlamaya dâhil olacak kişilerin belirlenmesinde aşağıdaki sorular yardımcı olmaktadır (Raffel, 1968: 478; WHO, 2005b: 2; Garrett, 1999: 53):

- Planlama ne için yapılacak?
- Kimler etkilenecek?
- Plan için hangi bilgilere ihtiyaç vardır?
- Plan için tecrübe ve muhakeme dâhil olmak üzere gerekli bilgilere kimler sahiptir?
- Planda hangi grup ve kurumların harekete geçmesi bekleniyor?
- Kimlerin katılması için kapasitelerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır? bu soruların cevapları, kimin süreçte dâhil olması gerektiğini belirleyecektir.

Planlamada yer alacak paydaşlar ve katılım oranları ile ilgili olarak; konuyu birçok yazar farklı yaklaşımlarla açıklamaya çalışmıştır. Ancak hepsinin ortak noktası katılımı çeşitli sektörlerden ve toplumun her kesiminden birim, kurum ve kuruluşun yer almasının başarıyı artıracığı yönündedir.

Planlamada yer alacak paydaş veya aktörleri iki ana kategoride devlet ve çeşitli sektörler ile toplum olarak ele almak mümkündür. Burada ilk olarak devlet ve çeşitli sektörler başlığı altında; devletin sağlık sektöründeki temsilcisi olan Sağlık Bakanlığı'nın ana aktör ve/veya yürütücü konumunda olması gerekmektedir (WHO, 1967: 9). Bunun yanında devletin sağlık sektörünü etkileyen veya sektörden etkileyen kurumlarının planlama içinde dâhil olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, başta sağlık ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları ve diğer devlet daireleri de dâhil olmak üzere çok çeşitli sektörlerle, devlet daireleriyle ve hizmet sunan kurumlarla işbirliği içinde çalışmanın öncülüğünü üstlenmelidir (Commission on the Social Determinants of Health, 2008: 1661; WHO, 1979: 14-15). Bunun yanında, planlamanın doğası gereği, planlama sürecinde; epidemiyolog, istatistikçi, psikoloji, psikiyatri ve siyaset bilimi uzmanları, coğrafyacılar, ziraatçılar, meteoroloji uzmanları, kimya mühendisleri, iç hastalıkları, patoloğların katılması olağan bir durumdur (Raffel, 1968: 475-476). Meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları, uluslararası aktörler de planlama sürecinde yer almalı ve aktif olarak katılmalıdır.

Mattison (1968: 1018), etkili bir sağlık planlaması için şunları önermiştir: sağlığın bireysel bir hak olduğunu benimseyen ulusal bir politika; devlet planlarının, halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmetlerinin kapsamlı devlet planlamasını (hem kamu hem de özel) sağlamak adına tasarlanan politikaları ve prosedürleri içermesi; planlamada profesyonel olmayan sağlık hizmetleri tüketicilerinin katılımını artırmak şeklindedir. Bütün insanların sağlığı, barış ve güvenliğinin sağlanması için temeldir ve bireylerin ve devletlerin tam işbirliğine bağlıdır (WHO, 1946: 1315) ve planlamanın toplum katılımının temeli üzerine kurulması önemlidir (WHO, 1953: 6; Barker, Thunhurst ve Ross, 1998: 99). Toplum katılımının genellikle olumlu sonuçlar vereceğini belirtenler bulunmakla birlikte (Colt, 1970: 1197; Church vd., 2002: 12; Hochbaum, 1969: 1699; Keleher, 2011: 330); özellikle sağlık alanındaki uzmanlar, konunun çok teknik olduğunu ve kullanıcıların planlamada önemli bir rol oynama konusunda yetersiz kalacağını belirtenler de bulunmaktadır (Feingold, 1969: 805; O'Neill, 1992: 295). Toplum üyelerinin planlama sürecinde yer alması, hem toplumun ihtiyaçlarını daha iyi tanımlamayı hem de toplumun çözüm sürecinde aktif rol almasını sağlamakta ve planın başarılı olmasında önemli rol oynamaktadır (Hochbaum, 1969: 1699-1702).

5. SAĞLIK PLANLAMASI TÜRLERİ VE SEVİYELERİ

Sağlık planlamasının çeşitli türlerde var olmasının nedeni, her türün farklı bir nüfus, bölge ya da işe odaklanmasıdır. Planlama, tüm ülkeyi kapsayacak şekilde ulusal, belirli bir nüfus, belirli bir coğrafi bölge veya sağlığın belirli bir kısmına yönelik olabilir. Her planlama aktivitesinin birden fazla planlama parametresine odaklanması muhtemeldir. Bu yüzden her planlama türü farklı sorulara cevap aramaktadır. Örneğin, hizmet planlaması, sunulacak hizmet ve insan kaynakları ile ilgili sorulara yanıt ararken; bölge tabanlı planlama belirli bir

bölgenin planlamaya konu olan özelliği ile ilgili sorulara yanıt arar (Green ve Mirzoev, 2008: 122). Sağlık hizmeti ortamının karmaşıklığı nedeniyle, çalışmanın kapsamını açıkça tanımlamanın önemi kritiktir. Bu planlamanın diğer sağlık hizmetleri üzerinde nasıl etkileyebileceğini ve kapsamda yer almayan şeyleri detaylandırmaya kadar uzanmalıdır (Queensland Health, 2015: 18).

Birçok ülke sağlık planlamasını kendi yönetim biçimi ile uyumlu olarak gerçekleştirmektedir. Belirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin tamamı devletin yönetim alanında iken; bazı ülkelerde federal yönetim ve devletler arasında paylaşılmaktadır (WHO, 1953: 6). Örneğin, İngiltere ve Fransa gibi bazı ülkeler planlamayı merkezi yönetim üzerinden gerçekleştirirken; Danimarka, Finlandiya, İtalya ve Yeni Zelanda gibi bazı ülkeler bu görevi bölgesel idareler üzerinden yapmaktadır (Akdağ, 2008: 98; Sağlık Bakanlığı, 2011: 11). Sağlık planlaması türlerini, nüfus tabanlı planlama, bölge tabanlı planlama, kaynak tabanlı planlama, sağlık hizmetleri planlaması, sağlık tesisleri planlaması ve insan kaynakları planlaması olarak 6 başlıkta toplamak mümkündür. Bu türlere bakılacak olursa; nüfus tabanlı planlama, belirli bir nüfusun veya bir bütün olarak bir topluluğun nüfusunu inceleyerek anlamak ve daha sonra sağlık durumunu iyileştirmek öncülünden başlar (Lawrie vd., 2006: 8). Çok sayıda nüfus sağlık planı vardır ve bunlar farklı düzeylerde geliştirilmiştir. Nüfus tabanlı planlar; ülke çapında, eyalet çapında (ülkenin yönetim şekliyle bağlantılı olarak) veya bir coğrafi bölge için olabilir. Alt planlar, anneler, çocuklar veya yaşlılar gibi nüfusun belirli bir alt grubuna odaklanılabilir (Keleher, 2011: 330).

Bölge tabanlı planlama, sınırlarını coğrafi, ekonomik, yönetsel ya da toplumsal ölçütlerin belirlediği birden fazla yerleşim alanını içine alan bir ortamda hedeflere ulaşmak için çalışan bir planlama türüdür (Sezen, 1999: 17). Bölge tabanlı planlama anlayışı tüm ülkenin dengeli kalkınmasını sağlayan bir araçtır (DPT, 1973: 15). Bölgesel planlamanın temel amacı, belirli bir alan içindeki çeşitli yerlerin diğer yerlerden da az gelişmesinin önüne geçilmesidir (Bachler ve Yuill, 2001: 7). Kişisel ve çevresel sağlık planlarının coğrafi olarak dağıtımı, toplum yaşamının temel unsurlarını iyileştirmenin anahtarı gibi görünmektedir (Hilleboe, 1968: 209). Sağlık hizmetleri planlaması ise, sağlık sisteminin temel bir bileşenidir ve karar vericiler tarafından diğer politika araçları ile birlikte sağlık hizmet sunumunu yönlendirmesi için kullanılan bir araçtır (Fazekas, 2010: 5). Sağlık planlamasının bir türü olan hizmet planlaması sadece sağlık hizmetlerine odaklanılarak yapılan bir planlamadır (Green ve Mirzoev, 2008: 121; Fazekas, 2010: 5). Bir klinik hizmetin planlanması, kanıta dayalı, güvenli, yüksek kaliteli ve uygun klinik hizmetler sağlamak için belirli bir hizmetin (örn., kardiyak, renal) planlanması ile ilgilidir (Queensland Health, 2015: 12). Sağlık hizmet planlamasının amacı, politika hedeflerini sağlık hizmet sunumunu yönlendirmek için pratik çabalara dönüştürmektir (Fazekas, 2010: 6; International Health Facility Guidelines, 2014: 4).

Sağlık hizmet sunumunun en önemli unsurlarından olan hastanelerin, sağlık insan gücü ve tıbbi malzeme donanımlarının yanında kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayan yataklı tedavi hizmetleri ve hizmetlerin verileceği hasta yataklarının kapasitesi için de planlamaların yapılması ve uygulanması dikkate alınması gereken bir konudur. (Sağlık Bakanlığı, 2011: 11). Sağlık tesisi planlaması, ülkede var olan sağlık tesislerini göz önünde bulundurup, ülkenin nüfusu (genellikle bölge temelli) ve ihtiyaçların da hesaplanması ile açılacak olan tesisleri planlamasıdır. Bu planlamada toplumun sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşması amaçlanmakta ve tesislerin ülkeye dağılımında etkinlik göz önünde bulundurulmaktadır. Sağlık hizmetleri emek yoğun bir sistemi gerektirmektedir. Bu yüzden gerekli sağlık personelinin yeri kadar bulunması, eğitimi ve dağıtımı oldukça önemli bir konudur. İnsan kaynakları planlaması ise bu işlemleri yerine getiren ve düzenleyen bir süreçtir. Bu planlamanın iyi bir şekilde yapılması sağlık hizmet sunumunu hem de diğer sağlık planlamalarının başarılı şekilde sürmesini ve uygulanmasını sağlayacaktır. Bu yüzden özellikle hizmet planları ile uyumlu olacak şekilde gerekli sağlık personelinin planlanması hayati öneme sahiptir (Green ve Mirzoev, 2008: 130).

Planlama seviyeleri ise, süreleri ve özellikleri dikkate alınarak stratejik ve operasyonel planlar olmak üzere iki seviyede incelenmektedir. Stratejik planlama, öngörülen ve arzu edilen geleceği ileten, geniş anlamda tanımlanmış orta ve uzun vadeli amaç ve hedeflere çeviren bunlara ulaşmak için kullanılacak araçları tercüme eden, bütün olarak bir perspektif sunan ve çevreyi dikkate alan bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, organizasyon, kurum veya program için bir yön belirlemek, amaç ve hedefler tasarlamak ve kurumun hedeflerine ulaşabilmesi için takip edilmesi gereken bir dizi stratejiyi belirlemek ile ilgilidir ve sürekli devam eden bir süreçtir (Binagwaho, 2014: 2; Harrison, 2010: 47). Stratejik planlama, sektörün genel çerçevesini oluşturmayı, sağlık sisteminin ilkelerini ve genel yaklaşımını tanımlar. Sağlık politika yapımının ayrılmaz parçası olan (Green ve Mirzoev, 2008: 121) stratejik planlama, merkez (Sağlık Bakanlığı vb.), bölgesel veya federal eyaletler (ülke yönetimi ile ilişkili olarak değişen) gibi en üst düzey yönetim idareleri tarafından yapılmaktadır (Ettelt vd., 2010: 13) ve amaçların ve hedeflerin gerçekleştirilmesi için operasyonel planlar ile uygulanabilir hale getirilmektedir (Terwindt ve Rajan, 2016: 1).

Operasyonel planlama ise, stratejik planlamanın faaliyete dönüştürülmesi olarak tanımlanabilir. Bu etkinlikler, bütçe ve kaynakların tahsisi, hizmetlerin düzenlenmesi, personelin temini, tesislerin ve makine-teçhizatın temin edilmesi gibi sağlık hizmeti sunmaya yönelik tüm işlemleri içerebilmektedir. Bu işlev genellikle bölgesel idareler veya bazı ülkelerde yerel idareler tarafından yerine getirilir (Ettelt vd., 2010: 13; Sakharkar, 2009: 121). Uygulama planları, faaliyet planları veya iş planları olarak da adlandırılabilen operasyonel planlar, stratejik planların istenen sonuçlarına ulaşmak için belirlenen detaylı eylemlerdir. Ne yapılacağını, ne zaman yapılacağını, kimin yapacağını, nasıl yapılacağını ve ilerlemenin istenen hedeflere nasıl ilerleyeceğini gösterir ve ayrıca her bir eylem için bütçe sağlar (Binagwaho, 2014: 2). Stratejik planın öngöremediği (orta veya uzun vadeli olması sebebiyle) uygulama detaylarını görebilmekte ve stratejik planı bu özelliği ile uygulanabilir hale getirmektedir (Terwindt ve Rajan, 2016: 4).

6. TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLANLAMASI ÇALIŞMALARI

Türkiye’nin sağlık sektörü incelenirken genellikle (çeşitli yazarlar farklı olarak ele alsa da) 5 dönem altında incelenmektedir. Bunlar 1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002 sonrası olacak şekildedir. Bu dönemler ülkemizdeki önemli iç ve dış gelişmeler ayrıca sağlık sektörünü kökten etkileyen süreçler ve/veya olaylar sonucu oluşmuştur. Bu şekilde ele alındığında; planlama çalışmalarının da bu dönemler altında olduğu görülmektedir. 1920-1938 yılları arasında dönemine damga vuran Dr. Refik Saydam Programı (veya politikaları), 1938-1960 yılları arasında Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı (BOYMSP) (1946) ve Millî Sağlık Programı (MSP) (1954) çalışmaları görülmektedir. 1960-1980 yılları arasında Dr. Nusret Fişek öncülüğünde hazırlanan Sosyalleştirme (Sosyalizasyon) Programı, 1980-2002 yılları arasında neoliberalleşmenin ilk izlerini taşıyan Ulusal Sağlık Politikası (1993) ve 2002 sonrası dönemde ise; Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) (2003), 2010-2014 Stratejik Plan, 2013-2017 Stratejik Plan ve 2019-2023 Stratejik Plan çalışmaları görülmektedir.

Planlama çalışmalarının içeriklerine bakıldığında; Refik Saydam kendi el yazısı ile 1925 yılında sağlıkla ilgili çalışma programında 10 ana başlıkta toplanan hedefleri; devletin sağlık teşkilatını kurmak, çok sayıda hekim yetiştirmek, numune hastaneleri açmak, ebe ve sağlık memuru yetiştirmek, doğum ve çocuk bakımevleri açmak, verem sanatoryumum açmak, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek³, sağlık ve sosyal yardım teşkilatını köylere kadar götürmek, sağlık ve sosyal kanunları çıkarmak, merkez hızfıssihha müessesesini ve hızfıssihha okulunu açmak şeklinde sıralamıştır (SSYB, 1982: 41; CHP, 1938: 334). Program başarılı şekilde uygulanmış ve önemli kazanımlar elde edilmiştir.

Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan ve ülkemizin ilk çağdaş sağlık planı olarak da görülen BOYMSP’nin hazırlanmasındaki amaçlar; koruyucu hekimliğin teşkilatını kurmak ve yaymak, köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak, mevcut sağlık personelinin ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek, mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek, bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun yedi bölgesinde personel ve teşkilat bakımından birer tıp fakültesine çekirdek olabilecek kudrette ve her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak ve işletmek (21 farklı çeşit), bu işleri en verimli tarzda gerçekleştirmek için de millî sağlık bankası ve sağlık sandıkları kurmak olarak belirlenmiştir (SSYB, 1946: 6-7). Görüldüğü gibi planda hem toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi hem de tüm ülkeye sağlık tesis ve sağlık personelinin yayılması şeklinde önemli amaçlar içermektedir. Planda ülkemiz 7 sağlık bölgesine bölünmüş ve her bölgeye çeşitli sağlık tesisleri, sağlık müzeleri lojmanlar ve bölgelerin özelliklerine göre ayrı kurumlar (örneğin; en sıcak olan 3. ve 7. bölgelere birer adet Tropikal Enstitü kurulacaktır. Bu enstitüler hem epidemiyolojik tetkikler üzerinde çalışacak hem de sağlık memuru ve hemşireler gibi ikinci derecedeki personeli yetiştirecektir) kurulması hedefler arasında yer almıştır (SSYB, 1946). Plan her ne kadar kapsamlı ve ülkenin ihtiyaçlarını öngörse de Dr. Uz’un bakanlıktan ayrılması sebebi ile uygulanamamıştır.

Dr. Uz ikinci defa Bakanlık görevine gelmesi üzerine; BOYMSP’den daha dar kapsamda olan ve yine 10 yıllık süreci kapsayacak şekilde, 1954 yılında MSP’yi hazırlamıştır. İsmi her ne kadar program olarak geçse de metin içlerinde plan olarak anılmıştır. Programda nüfusumuzun azlığından söz ederek acilen arttırmamız gerektiğini vurgulamış, bunun ise sağlam bir sağlık teşkilatı ile daha da hızlanacağını vurgulayarak programın hedeflerini şu

³ Bazı kaynaklarda bulaşıcı hastalıklar yazılmış bazılarında Verem, Sıtma, Frengi ve diğer içtimai hastalıklar ve trahom ile mücadele etmek şeklinde yazılmıştır.

şekilde sıralamıştır; (1) Nüfusun yaklaşık %85'inin yaşadığı kasaba ve köylerde, halkın sağlığını korumak, kontrol altında tutmak, hastalık ve ölümleri azaltmak için kazalarda birleşik ve aynı hedefe yönelmiş sağlık teşkilatı kurulacaktır. Bu teşkilat hem koruyucu hem de tedavi edici hizmet sunacak ayrıca sanitasyon yetersizliğini yok etmede de görev alacaktır. (2) İllerdeki hastaneler, modern teçhizatla donatılarak günün koşullarına uygun hale getirilecektir. (3) Nüfusun dağınık şekilde olması göz önünde bulundurularak çeşitli yerlerde tam teşkilatlı ve yeterli sağlık bölgeleri kurulacaktır. Bu şekilde bölgeler arası birbirinden farkı olmayan sağlık üniteleri kurulmuş olacaktır. (4) Bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu sağlık hizmetleri teşkilatı ülkenin her yerine kurulacak ve bu hastalıklarla mücadele edilecektir. (5) İhraç edilen çocuk mama ve gıdaları ülkemizde üretilecek ve üreticilere destek verilecektir (6) Kaplıca ve Şifalı sular, modern su tedavisi tesisleri haline getirilecektir (SMİV, 1954: 3-4). Programda ülkemiz ilk plandan farklı şekilde 16 sağlık bölgesine bölünmüş ve her bölgede çeşitli sağlık kuruluşları kurulması ve sağlık personeli bulunması adına hedefler konulmuştur. Ayrıca tüm ülkeye açılacak sağlık tesislerinin nedenleri açıklanmış, listesi ve getireceği mali yük detaylı şekilde analiz edilmiştir (SMİV, 1954: 10-24). Dr. Uz tarafından hazırlanan iki plan da oldukça kapsamlı, birçok amacı içeren ve tüm ülkeyi kapsayan şekilde hazırlanmasına rağmen uygulanamamıştır.

27 Mayıs 1960 darbesi ile göreve gelen Milli Birlik Komitesi'nin sağlık hizmetlerini devletleştirmek (kamusallaştırma) istemesi ile bağlantılı olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkarılmıştır. Sosyalleştirme Kanunu'nun hayata geçirilmesi için Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan planda ele alınması gereken konular öncelik sırasına göre şu şekilde sıralanmıştır (Üner ve Fişek, 1961: 6; Fişek, 1962: 61; Fişek, 1963: 5);

- Bakanlık merkez teşkilatının güçlendirilmesi ve sosyalleştirme planının hazırlanması ve uygulanması için özel dairenin derhal kurulması,
- Çeşitli hizmet konularında gerekli sağlık personelinin iyi bir şekilde temin edilmesi,
- Kalifiye sağlık personeli yetiştirilmesi,
- Tıp fakültelerindeki öğretim üyelerinin serbest çalışmasının önlenmesi,
- Halk sağlığı akademisinin kurulması, ana-çocuk sağlığı, verem trahom, cüzzam gibi sosyal hastalıklarla savaş, çevre sağlığı hizmetleri, halk beslenmesi, diş sağlığı, sağlık eğitimi ve istatistik hizmetleri gibi halk sağlığı hizmetlerinin sunulması,
- Sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi,
- Sosyalleşme kanun hükümleri gereği bir Kılavuz Bölge belirlenmesi,
- Köylere kadar ulaşacak sağlık teşkilatının acilen kurulması,
- Teşkilatın malzeme ve ilaç tedarikini, bina ve malzeme tamir ve bakım hizmetlerini düzenleyecek depo ve tamirathaneler kurulması,
- Hastane yatak sayısının on binde 30-40'a çıkarılması (Nusret Fişek, 1963 tarihli yazısında bu hedefin ikinci dönem hedefi olduğunu belirtmiştir)
- Ayaktan tedavi olan hastalara ilaç ve rehabilitasyon araçlarının ücretsiz verilmesi (Nusret Fişek, 1963 tarihli yazısında bu hedefin üçüncü dönem hedefi olduğunu belirtmiştir).

Bu planın dışında 2 adet plan daha hazırlanmış (kabul edilememesi durumunda uygulamak için) ancak yukarıda belirlenen sosyalleştirme programı (A Planı) kabul edilmiştir. Görüldüğü üzere sosyalleştirme programı ülkenin sağlık sistemini tüm yönleri ile ele alan bir içeriğe sahiptir. 1963 yılında Muş ilinden başlayarak uygulamaya konan Sosyalleştirme Programı 1981 yılında 45 ile kadar genişlemiştir. Ancak maddi destek olmayışı, siyasi destek verilmemesi ve personel yetersizliği gibi birçok sebeple uygulama alanında başarılı olamamıştır (Fişek, 1967: 3-4; Fişek, 1990: 3; Fişek, 1991: 4; Dirican, 1970: 39).

1980'li yıllardan itibaren ülkemizde hüküm süren neoliberal politikaların etkisiyle hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası 5 ana bölüm altında 30 hedeften oluşmaktadır. Bu belge her ne kadar politika ismini taşısa da içeriğinde her hedef için sorun tanımı yapılmış, ilkeler belirlenmiş ve soruna yönelik stratejiler oluşturulmuştur. Ana bölümler; Sağlığın Gelişmesine Destek, Çevre Sağlığı, Yaşam Biçimi, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Sağlıklı Türkiye Hedefleri olarak belirlenmiştir. Sağlığın gelişmesine destek altında; sağlık politikaları için bilimsel kurumsallaşma, sağlık enformasyon sistemi, sağlık hukuku, sağlık teknolojisi, sağlık yapıları hedefleri yer almıştır. Çevre sağlığı başlığı altında; temiz hava, temiz su, atıkların denetimi, gıda emniyeti, yerleşim alanları ve konut, iş

güvenliği ve işçi sağlığı hedefleri oluşturulmuştur. Yaşam biçimi başlığı altında; sağlıklı davranış için kamu politikaları, bilgi ve yönlendirme, toplum beslenmesi, sağlığa zararlı alışkanlıklar hedefleri yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu başlığı altında; sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim yapısı, temel sağlık hizmetleri, hastaneler, sağlık insan gücü, ilaç ve denetimi, sağlık hizmetlerinin finansmanı hedefleri oluşturulmuştur. Sağlıklı Türkiye hedefleri başlığında ise; bebek ve çocuk sağlığı, anne sağlığı, yaşlı sağlığı, ağız ve diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, ruh sağlığı, kazalar, sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkların azaltılması hedefleri yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 1993: 13-80).

Belgede yer alan tüm hedefler 2000 yılına kadar olan yedi yıllık bir süreç için belirlenmiştir. Belgedeki hedefler için belirli oranlarda iyileşme öngörülmüştür. Belge birçok sektörün katılımı ile gerçekleşen I. Ulusal Sağlık Kongresi ile tartışılmış ve yapılan değerlendirmeler sonucu oluşturulmuştur (bazı kaynaklar yapılan önerilerin dikkate alınmadığını belirtmektedir) (Sağlık Bakanlığı, 1993: 7; Belek, 2012: 52). İçeriğine bakıldığında Ulusal Sağlık Politikası, hem toplumun sağlık sistemini geliştirmeyi amaçlamış hem de sektörün neoliberal politikalar ekseninde dönüşümünü öngörmüştür. Ülkemizin içinde bulunduğu ekonomik ve siyasi koşullar nedeniyle uygulama alanında başarısız olmuştur.

2002 seçimleri ile iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AK Parti) sağlık sektörüne ilişkin olarak SDP belgesini oluşturmuş ve bu belge amaçlarına yönelik olarak sağlık sektörünü geliştirmeyi amaçlamıştır. SDP'nin temel bileşenleri; planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili, kademeli sevk zinciri, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, ulusal ilaç kurumu tıbbi cihaz kurumu karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37). Bu kapsamda SDP'nin özellikle sağlık sisteminin yeniden inşası üzerine oturmış amaçları içeren bir belge ile yola çıktığı görülmektedir. SDP ülkemizde ortaya çıkışı itibarıyla amaçlarının neredeyse tamamını hayata geçirmiş ve uygulanmaya devam etmektedir. Bu başarının arkasındaki en önemli faktör ise hem ekonomik hem de siyasi ortamın sunduğu fırsatlar olarak belirtilebilir.

SDP'nin içeriğindeki bileşenlerde yer alan ilk madde planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı oluşturmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26). Bu kapsamda atılan adımlar da bu yönde olmuştur. AK Parti'nin çıkarmış olduğu, 5018 sayılı kanun ve 5436 sayılı kanun hükümleri uyarınca kamu idarelerinde strateji geliştirme birimleri kurulmuş ve stratejik planlama çalışmaları başlamıştır. Bu kapsamda sağlık sektörüne yön vermesi amacıyla ilk stratejik plan 2010-2014 yıllarını kapsayacak şekilde ortaya çıkmıştır. Bu planda; (1) sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak, (2) ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak, (3) sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak olarak 3 adet stratejik amaç belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 52-85). İlk stratejik amaca yönelik olarak, 8 hedef, 41 strateji, 181 faaliyet ve 100 performans göstergesi belirlenmiştir. İkinci amaca yönelik olarak, 9 hedef, 50 strateji, 211 faaliyet ve 133 performans göstergesi belirlenmiştir. Üçüncü amaca yönelik olarak ise 4 hedef, 9 strateji, 43 faaliyet ve 21 performans göstergesi belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Planın içeriğine bakıldığında büyük oranda toplumun sağlık statüsünü geliştirmeye odaklandığı ve aynı zamanda sağlık sektörünün dönüşümüne ilişkin hedeflerin yer aldığı görülmektedir.

2014 yılında sonuçlanması öngörülen ilk stratejik plan, hem 2013 yılında yapılan teşkilat şemasındaki değişim hem de belirlenen amaçların erken zamanda gerçekleşmesi nedenleri ile erken sonlanmış (Johansen, 2015:8) ve 2013-2017 yıllarını kapsayan ikinci stratejik plan hazırlanmıştır. İkinci planda; sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak, insan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek şeklinde 4 stratejik amaç belirlenmiştir. İlk stratejik amaca yönelik olarak, 10 hedef, 30 strateji, 104 faaliyet ve 18 performans göstergesi belirlenmiştir. İkinci amaca yönelik olarak, 11 hedef, 40 strateji, 210 faaliyet ve 51 performans göstergesi belirlenmiştir. Üçüncü amaca yönelik olarak, 4 hedef, 13 strateji, 53 faaliyet ve 19 performans göstergesi belirlenmiştir. Dördüncü amaca yönelik olarak ise 7 hedef, 17 strateji, 82 faaliyet ve 23 performans göstergesi belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). İkinci stratejik planın içeriğinde toplumun ihtiyaçları göz önüne alınmış, birey ön plana çıkarılmış aynı zamanda sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin hedefler belirlenerek kalite ön planda tutulmuştur. Aynı zamanda diğer sektörleri de kapsayan ve sağlığa

ilişkin tüm bileşenleri içeren bir anlayış ile hazırlandığı görülmektedir. Tarihsel süreçte hazırlanarak ülkemiz sağlık sektörüne yön veren sağlık planlamalarına ilişkin olarak yukarıda sunulan bilgilerden ve planların içeriklerinden yola çıkarak aşağıdaki Tablo 1’de planların karşılaştırılması olarak içerikleri sunulmuştur.

Tablo 1. Geçmişten Günümüze Türkiye’de Yapılan Plan/Program Çalışmalarının İçerikleri Bakımından Karşılaştırılması

Amaçlar	Refik Saydam Programı (1925)	BOYMSP (1946)	MSP (1954)	Sosyalleştirme Programı (1961)	Ulusal Sağlık Politikası (1993)	SDP (2003)	Stratejik Plan (2010-2014)	Stratejik Plan (2013-2017)
Bakanlık Teşkilatının Kurulması	+							
Personel Temini için Çalışmalar	+	+	+	+	+	+		+
Mevzuat Çalışmalarının Yapılması	+	+	+	+	+	+	+	
Sağlık Tesisi Yapımı/ Yatak Sayısının Artırılması/ Mevcut Kurum veya Yatakların Modern Hale Getirilmesi	+	+	+	+	+	+		
Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele	+	+		+	+		+	+
Köylere Kadar Yayılma İsteği	+	+	+	+				
Araştırmaya Yönelik Çalışmalar	+	+		+	+	+	+	+
Sigorta Sistemi/ GSS/Yeşil Kart		+	+	+		+		
Sağlık Bilgisi/ Sağlık Müzesi/ Kamu Spotu ile Bilinçli Toplum		+						+
Sağlık Turizminin Geliştirilmesi		+	+				+	+
Yerli İlaç/ Yerli Tıbbi Cihaz		+	+					+
Sevk Zinciri				+		+	+	
Teşkilat Yapısının Değiştirilmesi				+	+	+	+	
Tam Gün Yasası	+			+				
Sağlık Ocağı/Aile Hekimliği				+	+	+	+	+
Hastanelerin Özerkliği					+	+	+	
Kurum/ Personel/ Hizmette Kalite Vurgusu		+	+	+	+	+	+	+
Sağlık Bilgi Sistemi/ Bilgi Toplama				+	+	+	+	+

Tablo yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Yapılan sağlık planlama çalışmaları; ülkemizin içinde bulunduğu siyasi ve ekonomik koşullar göz önüne alınarak, ilk dönemlerde sağlık sektörünün kurulması ve personel temini, sağlık tesisi yapımı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi daha temel konulara odaklanırken; sonraki dönemlerde hem sağlık sisteminin geliştirilmesi hem de sağlık hizmetlerinin daha kaliteli hale getirilmesi amacı ile yapıldığı görülmektedir. Tablo 1’de görüldüğü üzere ilk yıllarda yapılan planlama çalışmaları daha çok teşkilat kurulması, mevzuat çalışmaları, sağlık tesisi yapımı, personel temini, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi dönemin gerekliliklerini içeren ve temel düzeydeki konulara ağırlık vermiştir. Sonraki yıllarda ise daha çok sağlık bilgi sistemi, kalite vurgusu, hastanelerin özerkliği, teşkilat yapısının değişikliği, sevk zinciri gibi konular üzerinde durmuştur. Toplumun sağlık seviyesini yükseltme amacıyla yapılan tüm planların içeriğinde birbirine benzer şekilde; araştırma faaliyetleri, mevzuat çalışmaları, sağlık tesislerinin yapımı veya artırılması, personel temini, köylere kadar yayılma isteği, bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin varlığı görülmüştür. Yapılan sağlık planlamaları ve sağlık programlarında ilgili dönemlerin ihtiyaçları göz önüne alındığı görülmektedir. Yine ilk dönemlerde planlama çalışmaları, daha çok bireysel öngörüler ve çabalar sonucu hazırlanmış; sonraki yıllarda hazırlanan planlar daha çok kurumsal ve toplumun her kesimini içeren (veya içermek için çabalayan) bir şekilde hazırlanmıştır. Yapılan sağlık planlaması çalışmalarının

ilk dönemlerde daha uzun dönemli hazırlandığı görülmüştür. Bu kapsamda BOYMSP on yıllık, MSP on yıllık, Sosyalleştirme Programı on beş yıllık ve Ulusal Sağlık Programı yedi yıllık olarak hazırlanmıştır. Sonraki dönemde hazırlanan planlar ise SDP’de belirli bir süre konulmamış olup; stratejik planlar beşer yıllık olarak hazırlanmıştır.

Sağlık planları ülkemiz sağlık sektörünün gelişmesinde önemli rol oynamış halen de geçerliliğini stratejik planlar ile sürdürmektedir. Bu planların özellikle günümüzde var olan yasal zeminle de desteklendiği göz önüne alındığında her geçen gün önemi arttığı görülmektedir. Bu kapsamda hazırlanan planların kapsamı, içeriği, hazırlanma süreci ve uygulaması daha da önemli hale gelmiştir.

5. SONUÇ

Sağlık planlaması, ülkelerin sağlık sektörlerini geliştirme ve düzenlemeyi sağlamasının yanında kaynakların etkin kullanımı, sağlık hizmetlerine ulaşımın önündeki eşitsizlikleri azaltma gibi birçok faydayı içinde bulunduran bir süreçtir. Bunların yanında sağlık planlamasının en önemli amacı ve var oluş nedeni toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Sağlık planlaması 1960’ların ortasına kadar sağlık sisteminin gelişmesine odaklanılırken; 1970-1980’lerde toplumun ihtiyaçlarını daha iyi bir şekilde karşılamak için sağlık hizmetlerinin gelişimine ve bununla ilgili olarak hizmet ve tesis planlamasına odaklanılmıştır. 1990’lar sağlık reformlarına sahne olmuş ve adından sıkça söz ettirmiştir. Günümüzde ise küresel programlarla ulusal planların entegrasyonu şeklinde geniş sağlığın belirleyicilerine tekrar dönüş yaşanmaktadır (Feingold, 1969: 803; Green ve Mirzoev, 2008: 123). Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde ülkeler tarafından önemli derecede rağbet görmüş bu şekilde sağlık sektörlerine kurumsallaşma içine girilerek düzen getirilmiş, kaynaklar daha etkin kullanılmış ve toplumun sağlık düzeyi yükselmiştir. Bu kapsamda sağlık planlaması, ilk dönemlerde daha çok sistemin oturtulması ve özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadelede etkin şekilde kullanılırken; günümüzde daha çok kaynak verimliliğini, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesini ve kalite sağlık hizmeti sunulmasını amaçlayan bir araç olarak varlığını sürdürmektedir.

Ülkemizde de Cumhuriyetin kuruluş yıllarından itibaren sağlık planlaması, sektörün kuruluş, kurumsallaşma ve gelişme dönemlerinde önemli rol oynamıştır. İlk program her ne kadar kişisel öngörülerini içerse ve sağlık planlama sürecinden geçerek oluşturulmamış olsa da Dr. Refik Saydam önderliğinde yapılmış ve ülkemizde neredeyse hiç olmayan sağlık sektörünün kuruluş amaçlarını içermiş ve başarı ile uygulanmıştır. Sonraki dönemlerde Dr. Behçet Uz tarafından dünya ülkelerinin o dönemki planlarından daha gelişmiş şekilde hazırlanan 2 adet plan her ne kadar uygulama alanında başarılı olamamış olsa da ülkemizin sağlık sektörünün gelişmesinde önemli katkılar sunmuş ve sonraki sosyalleştirme programına önemli derecede destek vermiştir. 1960 dönemi sonrası ise bu sefer Dr. Nusret Fişek önderliğinde hazırlanan sosyalleştirme programı ülkemizin sağlık sektöründe önemli bir yere oturmuş ve tüm toplumu kapsayan ve en ücre köşelere gitmeyi amaçlayan bir plan olarak hazırlanmış ancak çeşitli sebeplerle amaçlandığı şekilde uygulanamamıştır. 1980 sonrası dönemde ise tamamı neoliberal politikaların etkisi ile hazırlanan önce Ulusal Sağlık Programı hazırlanmış ve uygulama alanında başarılı olamamıştır. Daha sonra SDP hayata geçirilmiş ve AK Parti önderliğinde başarılı şekilde uygulanmış ve amaçlar sırayla hayata geçirilmiştir. 2010-2014 ve 2013-2017 dönemlerini kapsayan stratejik plan iki adet stratejik plan ise başarılı şekilde uygulanmış, amaçlar ve amaca yönelik hedeflerde iyileşmeler görülmüştür. Son olarak 2019-2023 dönemini kapsayan üçüncü stratejik plan hazırlanmış ve günümüzde uygulama alanında varlığını devam ettirmektedir.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1994). *An introduction to health policy, planning and financing*. New York: Longman Publishing.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme raporu: Türkiye sağlıkta dönüşüm programı*. Yayın No: 749, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bachler, J. ve Yuill, D. (2001). *Policies and strategies for regional development: A shift in paradigm*. United Kingdom: European Policies Research Centre University of Strathclyde.
- Barker, C. Thunhurst, C. ve Ross, D. (1998). An approach to setting priorities in health planning. *Journal of Management in Medicine*, 12(2), 92-100.

- Belek, İ. (2012). Dünya bankası projeleri / kredileri: emperyalizmin Türkiye sağlık sistemini ele geçirme projesi. TTB (Ed.), *Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı* içinde (49-64), Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Binagwaho, A. (2014). *National guide for the health sector policy and strategic plan development*. P.O. Box.84, Kigali: Minister of Health in Republic of Rwanda.
- Blum, H. L. ve Sully, E. L. (1969). What is comprehensive planning for health?. *Inquiry*, 6(2), 3-16.
- Chatora, R. ve Tumusiime, P. (2004). *Planning and implementation of district health services*. Brazzaville: World Health Organization.
- CHP. (1938). *Sıhhat ve içtimai muavenet vekâleti*, içinde On Beşinci Yıl, Yeniden bastıran kurum: Türkiye Tıp Akademisi, (2010), 3. Baskı, İstanbul: Türkiye Tıp Akademisi.
- Church, J., Saunders, D., Wanke, M., Pong, R., Spooner, C., Dorgan, M. (2002). Citizen participation in health decision-making: past experience and future prospects. *Journal of Public Health Policy*, 23(1), 12-32.
- Colt, A. M. (1970). Elements of comprehensive health planning. *American Journal of Public Health*, 60(7), 1194-1204.
- Commission on the Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Davidoff, P. ve Reiner, T. A. (1962). A choice theory of planning. *Journal of the American Institute of Planners*, 28(2), 103-115.
- Dirican, R. (1970). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine genel bir bakış, *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni*, (3), 25-41.
- DPT. (1973). *Planlama nedir? Niçin planlama yapıyoruz?*. Yayın No:3, Düzeltilmiş Beşinci Baskı, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.
- DPT. (2006). *Kamu idareleri için stratejik planlama kılavuzu*. 2. Sürüm, Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- El Taguri, A. (2008). Essential concepts in modern health services. *Libyan Journal of Medicine*, 3(3), 148-155.
- Elling, R. H. (1968). The shifting power structure in health. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 46(1), 119-143.
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S., Mays, N. ve Uluslararası Sağlık Hizmetleri Karşılaştırma Ağı. (2010). *Sağlık hizmetlerinde kapasite planlama: Uluslararası deneyimlerin incelenmesi*. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Yayın No. 785, Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı.
- Fazekas, M. (2010). *Framework for assessing, improving and enhancing health service planning*. Cambridge: RAND Cooperation.
- Feingold, E. (1969). The changing political character of health planning. *American Journal of Public Health*, 59(5), 803-808.
- Fişek, N. H. (1962). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine çalışmalar. *Devlet Planlama Teşkilatı Dergisi*, (1), 55-65.
- Fişek, N. H. (1963). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine çalışmalar. *Sağlık Dergisi*, 37(3), Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N. H. (1967). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bugünü ve yarını. *Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I*, Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/22.html, (12 Temmuz 2019).
- Fişek, N. H. (1990). Temel sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda söyleşi. *Sağlık İş Sendika Dergisi*, Ocak Sayısı, Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N. H. (1991). Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 7(48), 2-4.
- Garrett, M. J. (1999). *Health futures: a handbook for health professionals*. Geneva: World Health Organization.

- Green, A. (2007). *An introduction to health planning for developing health systems*. Third Edition, New York: Oxford University Press.
- Green, A. T. ve Mirzoev, T. N. (2008). Planning for public health policy. S.R. Quah (Ed.), *International encyclopedia of public health* içinde (121-132), Cambridge: Academic Press.
- Green, A. ve Collins, C. (2006). Management and planning for public health. M. H. Merson, R.E. Black ve A.J. Mills (Ed.), *International public health: diseases, programs, systems and policies*, Second Edition, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers.
- Harrison, J. P. (2010). *Essentials of strategic planning in healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Hilleboe, H. E. (1968). Health planning on a community basis. *Medical Care*, 6(3), 203-214.
- Hilleboe, H. E., Barkhus, A. ve Thomas, W. C. (1972). *Approaches to national health planning*. Geneva: World Health Organization.
- Hochbaum, G. M. (1969). Consumer participation in health planning: Toward conceptual clarification. *American Journal of Public Health*, 59(9), 1698-1705.
- Hyman, H. H. (1970). The social planning process. Hunter College: New York. akt. H.H. Hyman, (1976), *Health Planning: A Systematic Approach*.
- International Health Facility Guidelines. (2014). *Health service planning*. Part S, Version 4.1.
- Jira., C., Feleke, A. ve Mitike, G. (2004). *Health planning and management for health extension workers*. Ethiopia: Ethiopia Public Health Training Initiative.
- Keleher, H. (2011). Population health planning for health equity. *Australian Journal of Primary Health*, (17) 327-333.
- Knox, E. G. (1979). *Epidemiology in health care planning: a guide to the uses of a scientific method*. New York: Oxford University Press.
- Lawrie, L., Ardal, S., Butler, J. ve Edwards, R. (2006). *The planning process*. The Health Planner's Toolkit, Module.1, Ontario: Health System Intelligence Project.
- Lee, K. ve Mills, A. (1982). *Policy-making and planning in the health sector*. London: Croom Helm.
- Logaraj, M. (2015). *Health planning*. Erişim adresi: <https://www.slideshare.net/mlogaraj/healthplanning-50306629>, (09.08.2018).
- Mills, A. ve Gilson, L. (1988). *Health economics for developing countries: A survival kit*. No. 17, London: EPC Publication.
- Mott, B.J.F. (1969). The myth of planning without politics. *American Journal of Public Health*, 59(5), 797-803.
- O'Neill, K., Viswanathan, K., Celades, E. ve Boerma, T. (2016). Monitoring, evaluation and review of national health policies, strategies and plans. WHO (Ed.), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, Chapter 9, Geneva.
- O'Neill, M. (1992). Community participation in quebec's health system: a strategy to curtail community empowerment?. *International Journal of Health Services*, (22), 287-301.
- Popov, G. A. (1971). *Principles of health planning in USSR*. Geneva: World Health Organization.
- Queensland Health. (2015). *Guide to health services planning*. Version 3, State of Queensland.
- Raffel, M. W. (1968). A model health planning process. *Public Health Reports*, 83(6), 474-478.
- Sağlık Bakanlığı. (1993). *Ulusal sağlık politikası*. Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Stratejik Plan: 2010-2014*. Yayın No: 788, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- Sağlık Bakanlığı. (2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesisleri planlama rehberi: Özet kitap*. Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Stratejik Plan: 2013-2017*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sakharkar, B. M. (2009). *Principles of hospital administration and planning*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.
- Schmets, G., Kadandale, S., Porignon, D. ve Rajan, D. (2016). Introduction, WHO (Ed.), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* içinde Chapter 1, Geneva.
- Sezen, S. (1999). *Devletçilikten özelleştirmeye Türkiye’de planlama*. Yayın No: 293, Ankara: Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- SMİV. (1954). *Milli sağlık programı ve sağlık bankası hakkında etüdler*. Yayın No. 177, Ankara: Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti Neşriyatı.
- SSYB. (1946). *Birinci on yıllık milli sağlık planı*. Sayı. 124, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- SSYB. (1982). *Dr. Refik Saydam 1881-1942: Ölümünün 40. yılı anısına*. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- Terwindt, F. ve Rajan, D. (2016). Strategic planning: transforming priorities into plans. WHO (Ed.), *Strategizing national health in the 21st century: a handbook* içinde Chapter 5, Geneva.
- Thomas, R. K. (2003). *Health services planning*. Second Edition, New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Top, M. (2006). Sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi: Türkiye’de öncelik belirleme sürecinde rol alan tarafların görüşleri ve sağlık politikalarına ilişkin değerlendirmeleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
- Urwick, L. F. (1956). *The Principle of government and management*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Üner, R. ve Fişek, N. (1961). *Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve uygulama planı üzerinde çalışmalar*. No: 256, Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- Waterson, A. (1971). An operational approach to development planning. *International Journal of Health Services*, (1), 223-252, W. A. Reinke, (Akt.) *Health planning for effective management*, New York: Oxford University Press.
- White, K. L., Anderson, D. O., Kalimo, E., Kleczkowski, B. M., Purola, T. ve Vukmanovic, C. (1977). *Health services: concept and information for national planning and management*. World Health Organization, No:67, Geneva: Public Health Papers.
- WHO. (1946). Constitution of the world health organization. *American Journal of Public Health*, 36(11), 1315-1323.
- WHO. (1953). *Health planning*. Regional Committee Technical Discussion, WP/RC4/TD4. Western Pasific Region.
- WHO. (1961). *Planning of public health services*. No.215, Geneva: World Health Organization Technical Report Series.
- WHO. (1967). *National health planning in developing countries*. No: 350, Geneva: World Health Organization Technical Report.
- WHO. (1970). *Training in national health planning*. No: 456, Geneva: WHO Technical Report Series.
- WHO. (1979). *Formulating strategies for health for all by the year 2000: guiding principles and essential issues*. Geneva: Document of Executive Board of the World Health Organization.
- WHO. (1981). *Health programme evaluation*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2005a). Monitoring evaluation. WHO (Ed.), *Health service planning and policy making: a toolkit for nurses and midwives* içinde Module 6, Philippines: World Health Organization Western Pasific Regional Publications.

WHO. (2005b). Stakeholder analysis and networks. WHO (Ed.), *Health service planning and policy making: a toolkit for nurses and midwives* içinde Module 2, Philippines: World Health Organization Western Pasific Regional Publications.

WHO. (2011). *Health systems strengthening glossary*. Geneva: World Health Organization.