

JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION AND POLICY

# KAMU YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI DERGİSİ

YIL / YEAR: 2022 / CİLT / VOL.: 3 / SAYI / NO: 3

**Şükrü Anıl TOYGAR**

**Sağlık Politikası: Kavramsal Çerçeve / Health Policy: Conceptual Framework**

**Erdal EKE**

**Sağlık Politikası Süreci / The Health Policy Process**

**İbrahim Hüseyin CANSEVER**

**Sağlık Politikası Analizi: Kavram, Yöntem ve Teknikler / Health Policy Analysis: Concept, Methods And Techniques**

**Nurdan ORAL KARA - Dilek ŞAHİN**

**Kanıt Dayalı Sağlık Politikaları / Evidence-Based Health Policies**

**Jebağı Canberk AYDIN**

**Tüm Politikalarda Sağlık: Kuram ve Uygulama / Health in All Policies: Theory and Practice**



ISSN: 2717-9729





JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION AND POLICY

# KAMU YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI DERGİSİ

YIL / YEAR: 2022 / CİLT / VOL.: 3 / SAYI / NO: 3

**ULUSLARARASI  
HAKEMLİ DERGİ**

# KAMU YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI DERGİSİ

JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION AND POLICY

YIL / YEAR: 2022 CİLT / VOL.: 3 / SAYI / NO: 3

ISSN: 2717-9729

**Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi Adına Sahibi/Owner**  
Doç. Dr. Cenay Babaoğlu / Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

**Editörler/Editors**

Doç. Dr. Cenay Babaoğlu - Doç. Dr. Elvettin Akman  
Doç. Dr. Oğuzhan Erdoğan - Doç. Dr. Onur Kulaç

**Sağlık Politikası Sayısı Misafir Editörü/Guest Editor of Health Policy Issue**  
Dr. İbrahim Hüseyin Cansever

**Dergi Sekreteryası/Journal Secretariat**

Arş. Gör. Gökberk Uray / Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi

**Yazım ve Dil Editörü/Spelling and Language Editor**

Arş. Gör. Dr. Dilek Dede

**İletişim/Contact**

kaypoddergi@gmail.com

E-posta/E-mail: kaypoddergi@gmail.com

Genel Ağ/Web: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kaypod>

**Yayın Türü/Publication Type**

Elektronik / Electronic

**Yapım/By Production**

**Ajans Düş Pınarı**

Birlik Mh. 465. Cd. No: 1/5 Çankaya/ANKARA

Tasarım/Design: Pinar COŞGUN

E-posta/E-mail: bilgi@duspinari.com

Genel Ağ/Web: [www.duspinari.com](http://www.duspinari.com)

**e-yayın/e-publication**

© Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi yayınlarının her hakkı saklıdır. Bu yayınlar izin alınmaksızın, ticari amaçlarla kısmen veya tamamen çoğaltılamaz, dağıtılamaz ve yayınlanamaz. Ancak ticari amaçlar dışında, kaynak göstermek suretiyle alıntı yapılabilir.

Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi'nde yayınlanan makalelerde görüş ve fikirler yazana aittir. Resmî görüşü yansıtmaz.

Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi Yılda 3 (üç) sayı yayımlanır.

Uluslararası hakemli bir dergidir.

**Dergi İndeksleri/Indexes**



Dergimize gönderilen makaleler benzerlik analizi programları yoluyla intihal riskine karşı kontrol edilmektedir.

JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION AND POLICY

# KAMU YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI DERGİSİ

YIL / YEAR: 2022 / CİLT / VOL.: 3 / SAYI / NO: 3



### **Editör Kurulu / Editorial Board**

- Prof. Dr. Shui Yan Tang, University of Southern California, ABD  
Prof. Dr. Alexey G. Barabashev, National Research University, Rusya  
Prof. Dr. John Duffy, University of Alaska, ABD  
Prof. Dr. Todor A. Tanev, Sofia University St. Kliment Ohridski, Bulgaristan  
Prof. Dr. Mete Yıldız, Hacettepe Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Paul Leonard Gallina, Bishop's University, Kanada  
Prof. Dr. Dimitris Gouscos, University of Athens, Yunanistan  
Doç. Dr. Teona Mataradze, Tbilisi State University, Gürcistan  
Doç. Dr. Tekin Avaner, Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Türkiye  
Dr. Athanasios Podaras, Technical University of Liberec, Çekya  
Dr. Dejan Maralov, Goce Delchev University, Kuzey Makedonya  
Dr. Veronika Linhartova, Ambis University, Çekya  
Dr. Bo Li, Huaiyin Institute of Technolog
- 

### **Uluslararası Danışma Kurulu / International Advisory Board**

- Prof. Dr. Tamar Dolbaia, Tbilisi State University, Gürcistan  
Prof. Dr. Wolfgang Drechsler, Tallinn University of Technology, Estonya  
Prof. Dr. Gülise Gökçe, Selçuk Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Hüseyin Gül, Süleyman Demirel Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Doğan Nadi Leblebici, Hacettepe Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. Yusuf Şahin, Aksaray Üniversitesi, Türkiye  
Prof. Dr. William Webster, University of Stirling, İngiltere  
Prof. Dr. Perfecto G. Aquino, Duy Tan University, Vietnam  
Dr. Martin Sobotka, University of Pardubice, Çekya  
Dr. Florin Constantin Mihai, Alexandru Ioan Cuza University, Romanya  
Dr. Lucie Sobotkova, University of Pardubice, Çekya  
Dr. David de Gennaro, Italian National School of Administration, İtalya  
Dr. Cecep Mustafa, University of Stirling, Birleşik Krallık  
Dr. Baasanjav Ganbaatar, National University of Mongolia, Moğolistan

**Bu Sayının Hakemleri / List of the Referees of the Current Issue**

Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Gökhan ABA, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Umut BEYLİK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Harun KIRILMAZ, Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Dilek MEMİŞOĞLU GÖKBINAR, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Handan ERTAŞ, Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK, Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN, Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Gülpembe OĞUZHAN, Tarsus Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mehtap ÇAKMAK BARSBAY, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Tuğay ARSLAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ASLAN, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Dr. Fatma KANTAŞ YILMAZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

# TAKDİM

Kıymetli Okuyucular ve Değerli Araştırmacılar;

Sağlık Politikası ana temalı bu sayı, sağlık politikasına ilişkin konuları kavramsal temelde geniş şekilde açıklamayı ana amaç edinerek hazırlanmıştır. Amaca yönelik olarak sağlık politikası, sağlık politikası süreci, sağlık politikası analizi, kanıta dayalı sağlık politikaları ve tüm politikalarda sağlık konuları sayı içinde açık, anlaşılır, detaylı ve örneklendirilerek incelenmiştir. Sağlık Politikalarının farklı yönleriyle ele alındığı bu sayımızda birbirinden kıymetli isimler alana dair katkı sunmuşlardır.

Sayıda yer alan ilk çalışma Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR tarafından hazırlanan “Sağlık Politikası: Kavramsal Çerçeve” başlıklı makaledir. Bu çalışmada, sağlık politikasına ilişkin kavramsal temel ortaya konulmuştur. Bu kapsamda; sağlık politikası ve sağlık planlaması kavramları açıklanmış, sağlık politikasını etkileyen faktörler, sağlık politikasında yer alan ulusal ve uluslararası aktörler bütüncül şekilde ele alınmıştır.

Sayının ikinci çalışması “Sağlık Politikası Süreci” başlıklı Doç. Dr. Erdal EKE tarafından kaleme alınan makaledir. Bu makalede Eke, ilk olarak sağlık politikası sürecine ilişkin kavramsal çerçeveyi ortaya koymuş sonrasında sağlık politika döngüsünde yer alan adımları detaylı şekilde ele almıştır. Devamında politika belirleme sürecine yönelik yaklaşımlar açıklanmış ve politika belirleme sürecindeki adımlar açıklanmış ve mevcut sağlık sistemi üzerinden örneklendirme yapılarak somutlaştırılmıştır. En son kısımda ise sağlık politikası belirleme süreci; aşamalar, faaliyetler ve aktörler olacak şekilde örneklendirilmiştir.

Bu sayıda yer alan “Sağlık Politikası Analizi: Kavram, Yöntem ve Teknikler” başlıklı üçüncü çalışma Dr. İbrahim Hüseyin CANSEVER tarafından kaleme alınmıştır. Bu çalışmada yazar; politika ve politika analizini temelde açıkladıktan sonra politika analizinin içerdiği faaliyetleri aktarmıştır. Kamu politikası analizi ve sağlık politikası analizinin kavramsal çerçevesini ortaya koymuştur. Devamında Sağlık Politikası Analizinde Kullanılan Yöntem ve Teknikler ele alınmış ve yapılan örnek çalışmalar bütüncül şekilde sunulmuştur.

Sayının dördüncü çalışması “Kanıta Dayalı Sağlık Politikaları” başlıklı Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA ve Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİN tarafından hazırlanan makaledir. Çalışmada kanıta dayalı sağlık politikası konusunda geniş bir kavramsal tartışma sunulmuştur. Bu kapsamda sağlık politikaları ve kanıta dayalı sağlık politikaları, sağlık politikalarında bilgi ve kanıt kaynakları, kanıt temelli sağlık politikalarının uygulama süreci, kanıta dayalı tıp ve sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi konularına ilişkin kavramsal çerçeve ortaya konulmuştur. Makalenin sonunda Türkiye’deki kanıta dayalı sağlık politikası uygulamaları detaylı şekilde sunulmuştur.

Sayıdaki son çalışma Araş. Gör. Dr. Jebağı Canberk AYDIN tarafından hazırlanan “Tüm Politikalarda Sağlık: Kuram ve Uygulama” başlıklı makaledir. Bu çalışmada, tüm politikalarda sağlık kavramı sağlığın belirleyicileriyle birlikte detaylı şekilde açıklanmış ve kavramsal çerçeve ortaya konulmuştur. Tüm politikalarda sağlık kavramı tarihsel gelişimi açıklanmış, devamında tüm politikalarda sağlık kavramının uygulamasına ve özelliklerine ilişkin açıklamalar sonrasında ülkelere ait örnek uygulamalar sunulmuştur.

Sağlık Politikası Sayısı’nda emeği geçen, değerli vakitlerini ve birikimlerini paylaşılarak makalelere katkı sunan saygıdeğer hakemlerimize saygılarımı sunuyorum. Sağlık politikası kavramının alanyazında daha görünür ve anlaşılır bir hale gelme düşüncesi ile değerli birikimleri ile Sağlık Politikası Sayısı’na destek veren tüm yazarlara teşekkür ederim. Bunun yanında siz değerli okurlara en kalbi saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum. Son olarak Sağlık Politikası Sayısı’nın çıkması için her türlü desteğini esirgemeyen, beni cesaretlendiren Kamu Yönetimi ve Politikası Dergisi editörleri Doç. Dr. Cenay BABAÖĞLU, Doç. Dr. Elvettin AKMAN, Doç. Dr. Oğuzhan ERDOĞAN ve Doç. Dr. Onur KULAÇ’a çok teşekkür ederim.

Sağlık Politikası ana temalı bu sayının alana katkı sunması dileklerimle...

**Sağlık Politikası Sayısı Misafir Editörü**  
Dr. İbrahim Hüseyin Cansever



# FOREWORD

Dear Readers and Researchers,

This issue, focused on Health Policy, has been prepared to explain the problems related to health policy on a conceptual basis. For this purpose, health policy, process, analysis, evidence-based health policies, and health in all policies are examined in a clear, understandable, detailed, and exemplified manner. In this issue, where different aspects of Health Policies are discussed, precious authors have contributed to the field.

The first study in the issue is an article by Assoc. Prof. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR titled “Health Policy: Conceptual Framework”. In this study, the conceptual basis of health policy is presented. In this context, the concepts of health policy and health planning are explained, and the factors affecting health policy and national and international actors involved in health policy are discussed holistically.

The second study of the issue is the article titled “Health Policy Process,” written by Assoc. Prof. Dr. Erdal EKE. In this article, Eke first presents the conceptual framework of the health policy process and then discusses the steps in the health policy cycle in detail. Subsequently, the approaches to the policy-making process are explained, and the steps in the policy-making process are described and concretized by giving examples from the current health system. The last part exemplifies the health policy-making process as stages, activities, and actors.

The third study, “Health Policy Analysis: Concept, Methods, and Techniques,” was written by Dr. İbrahim Hüseyin CANSEVER. In this study, the author explained policy and policy analysis and then explained the activities involved in policy analysis. He presented the conceptual framework of public policy analysis and health policy analysis. Subsequently, the methods and techniques used in health policy analysis are discussed, and the case studies are presented holistically.

The fourth study is titled “Evidence-Based Health Policies” by Assist. Prof. Dr. Nurdan ORAL KARA and Assist. Prof. Dr. Dilek ŞAHİN. The study presents a broad conceptual discussion on evidence-based health policy. In this context, the conceptual framework on health policies and evidence-based health policies, sources of information and evidence in health policies, the implementation process of evidence-based health policies, evidence-based medicine, and evaluation of health technology were put forward. At the end of the article, evidence-based health policy practices in Turkey are presented in detail.

The last study in the issue is an article prepared by Research Assistant Dr. Jebağı Canberk AYDIN titled “Health in All Policies: Theory and Practice.” In this study, the determinants of health and the conceptual framework are put forward. The historical development of the health policies is explained, followed by explanations of the application and characteristics of the concept of health in all policies, and sample applications of countries are presented.

I thank our esteemed referees who contributed to the articles by sharing their valuable time and knowledge. I want to thank all the authors who supported the Health Policy Issue with their practical knowledge of making the concept of health policy more visible and understandable in the literature. Finally, I would like to thank the editors of the Journal of Public Administration and Policy, Assoc. Prof. Dr. Cenay BABAÖĞLU, Assoc. Prof. Dr. Elvettin AKMAN, Assoc. Prof. Dr. Oğuzhan ERDOĞAN, and Asst. Prof. Dr. Onur KULAÇ for their support and encouragement for publishing this Issue.

I hope that the Health Policy focused issue will contribute to the field...

**Guest Editor of Health Policy Issue**  
Dr. İbrahim Hüseyin Cansever



# İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Takdim .....	8
Foreword .....	9
<b>Sağlık Politikası: Kavramsal Çerçeve / Health Policy: Conceptual Framework</b> .....	11
<b>Şükrü Anıl TOYGAR</b>	
<b>Sağlık Politikası Süreci / The Health Policy Process</b> .....	41
<b>Erdal EKE</b>	
<b>Sağlık Politikası Analizi: Kavram, Yöntem ve Teknikler / Health Policy Analysis: Concept, Methods And Techniques</b> .....	69
<b>İbrahim Hüseyin CANSEVER</b>	
<b>Kanıtı Dayalı Sağlık Politikaları / Evidence-Based Health Policies</b> .....	93
<b>Nurdan ORAL KARA - Dilek ŞAHİN</b>	
<b>Tüm Politikalarda Sağlık: Kuram ve Uygulama / Health in All Policies: Theory and Practice</b> .....	119
<b>Jebağı Canberk AYDIN</b>	



# 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 İngilizce’de 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 ilgili siyaset/siyasa üzerinden yaşanmadığı ifade edilmişti. Bununla birlikte gerek akademik tartışmalarda gerek günlük kullanımda gerekse Bakanlık teşkilatları ve mevzuat söz konusu olduğunda sağlığın siyasetini tanımlamak, açıklamak için *siyaset* kavramının yerini Fransızca kökenli “*politika*” kavramına istisnasız bir şekilde bıraktığı ifade edilebilir. Bu anlamda hem sağlığın 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).

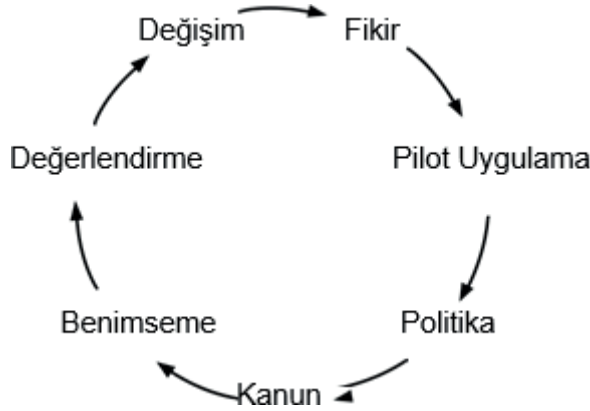
### 3. SAĞLIK POLİTİKASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

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).

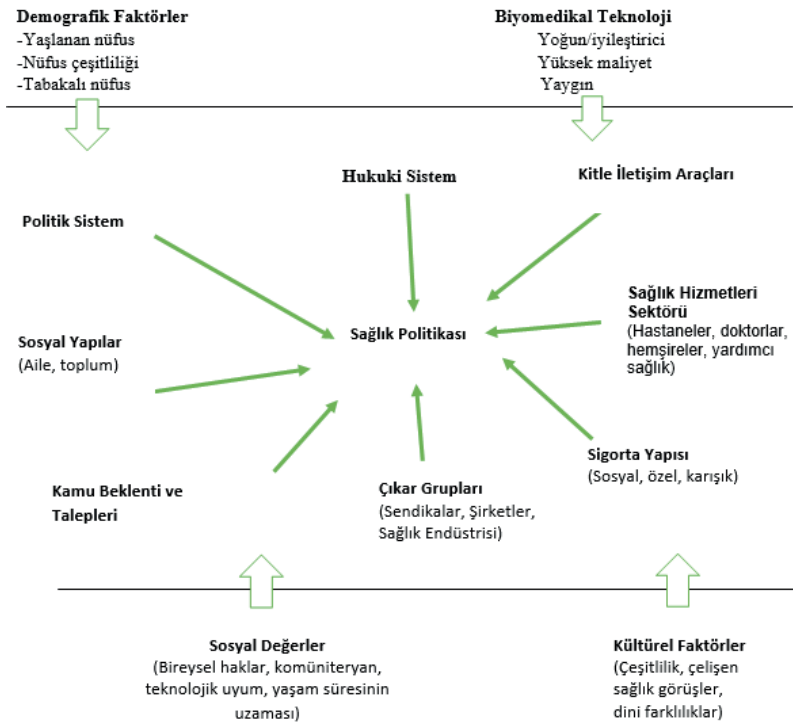
*Kültürel faktörler* de sağlık politikasını etkileyebilmektedir. Örneğin, resmi hiyerarşinin önemli ve belirleyici olduğu özellikle doğu toplumlarında, üst düzey yetkilileri veya uzun süredir yönetimi elinde bulunduran yaşlı devlet adamlarını sorgulamak veya onlara meydan okumak zor ve yerel düzenlemelerle 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 (Toygara, 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 idari

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 katılması 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 hazırlatmak 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 belgenecektir. 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](http://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 gözüktüğü 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: İnsev 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

# SAĞLIK POLİTİKASI SÜRECİ

## The Health Policy Process

Erdal EKE\*

### Öz

Sağlık politikası, sağlık hizmetleri alanındaki işleyişin şekillenmesinde önemli bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu, ekonomi ve finansman gibi alanlarda gerçekleştirilecek faaliyetlerin belirlenmesine dair önemli aşamaları barındıran sağlık politikası, içerisinde çok sayıda aktörün yer aldığı hem küresel hem de ulusal düzeyde önemli bir çalışma alanıdır. Bu noktadan hareketle çalışmanın amacı, sağlık politikasını ve sağlık politikası sürecinin kavramsal bir bakış açısıyla betimlenmesi olarak belirlenmiştir. Çalışma kapsamında öncelikle sağlık politikasına yönelik kavramsal çerçeve ortaya konulmuştur. Sonraki kısımda ise sağlık politikası süreci ve bu sürece yönelik yaklaşımlar üzerinde durulmuştur. Özellikle Simon, Lindblom ve Etzioni gibi teorisyenlerin yaklaşımları, sağlık politikası belirleme süreci ile ilgili olarak ele alınmış ve örneklendirilmeye çalışılmıştır. Sağlık politikası süreci, gündem belirleme, politika oluşturma, politika uygulama ve politika değerlendirme aşamaları şeklinde özetlenmiş ve bu aşamalarda öne çıkan hususlar vurgulanmıştır. Bu aşamalara yönelik mevcut sağlık sistemi üzerinden örneklendirme yapılarak süreç, somutlaştırılmaya çalışılmıştır. Çalışma sonucunda sağlık politikasının ve sağlık politikası sürecinin, günümüz sağlık sistemlerinin başarılı olmaları açısından taşıdığı öneme ve bu noktada dikkat edilmesi gereken hususlara dikkat çekilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Politikası, Sağlık Politikası Süreci, Sağlık Yönetimi.

### ABSTRACT

Health policy stands out as an important process in shaping the functioning in the field of health services. Health policy, which includes important stages in determining the activities to be carried out in areas such as management, organization, service delivery, economy and finance, is an important field of study at both global and national level, in which many actors are involved. From this point of view, the aim of the study is to describe the health policy and the health policy process from a conceptual point of view. Within the scope of the study, first of all, the conceptual framework for health policy was revealed. In the next chapter, the health policy process and approaches to this process are emphasized. In particular, the approaches of theorists such as Simon, Lindblom and Etzioni have been discussed and tried to be exemplified in relation to the health policy-making process. The health policy process has been summarized as agenda setting, policy making, policy implementation and policy evaluation phases, and highlights of these phases have been highlighted. The process has been tried to be embodied by exemplifying these stages over the existing health system. As a result of the study, the importance of health policy and health policy process in terms of the success of today's health systems and the points to be considered at this point have been drawn attention.

**Keywords:** Health, Health Policy, Health Policy Process, Health Management.

\* Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [erdaleke@sdu.edu.tr](mailto:erdaleke@sdu.edu.tr), ORCID: 0000-0002-9529-5889.

# 1. GİRİŞ

Dünya üzerinde bütün boyutlarıyla sorunsuz işleyen ideal bir sağlık sisteminin bulunmaması, sağlık politikası araştırmacıları tarafından genel kabul gören düşüncelerden birisidir. Bu argümanın arka planında, en gelişmişinden başlayarak ülkelerdeki sağlık sistemlerinin az ya da çok belli düzeylerde sorunlarla karşı karşıya kaldığı gerçeği yer almaktadır. Durum böyle olunca ortaya çıkan sorunların belirlenmesi, teşhisi ve giderilmesi için mutlaka yeni politikaların üretilmesi ve uygulanması süreci ön plana çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle ülkeler sağlık sistemlerindeki sorunları gidermek, mevcut şartlara uyum sağlayabilmek, sistemsel kapasitelerini geliştirmek ve güçlendirmek için yeni politikalara ihtiyaç duymaktadır. Yeni politikaların oluşturulması ve sistem içerisine entegre edilmesi, içerisinde çok sayıda aktörün etkili olduğu ya da olmaya çalıştığı, çok yönlü, karmaşık, etkileşim ve yönetim gerektiren önemli bir sürece işaret etmektedir. Bu nedenlerle sağlık politikası süreci, çok sayıda araştırmaya konu olmuş ve üzerinde çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiş bir niteliğe sahiptir.

Devletlerin siyasal ve ekonomik karakterleriyle de doğrudan bağlantılı olan sağlık politikası süreci, sağlığın küresel düzeydeki bir konu olarak kabul görmeye başladığı 19.yüzyılın sonlarından itibaren içerisinde hem uluslararası hem de ulusal nitelikli aktörlerin yer aldığı bir çerçeveye dönüşmüştür. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında kurulan Birleşmiş Milletler'in bünyesindeki Dünya Sağlık Örgütü gibi aktörler başta olmak üzere küresel şirketlerin, meslek odaları ve sendikalar da dahil olmak üzere sivil toplum kuruluşlarının, hükümetlerin ve de Sağlık Bakanlıklarının sağlık politikası sürecinde başat rol oynamaya başladığı görülmüştür. Ancak süreç yönetiminin nasıl gerçekleştiği, hangi aktörlerin ne kadar etkili olduğu, politikaların nasıl belirlendiği ve hayata geçirildiği araştırmacılar tarafından merak edilmiş ve bu sorulara farklı bakış açılarıyla yanıtlar geliştirilmeye çalışılmıştır.

Belirtilen bu hususlardan hareketle bu çalışma, sağlık politikası sürecini betimlemeyi amaç edinmiş ve bu doğrultuda öncelikle sağlık politikası ve sağlık politikası sürecine yönelik kavramlar ele alınmıştır. Sonrasında ise sağlık politikası süreci ve bu sürece yönelik yaklaşımlar özetlenmeye çalışılmıştır.

## 2. SAĞLIK POLİTİKASI SÜRECİNE İLİŞKİN KAVRAMSAL GİRİŞ

Politika, kamu politikası, sağlık politikası gibi kavramlar birbiriyle doğrudan bağlantılı bir niteliğe sahiptir. En sade haliyle politika, "bir sorun ya da endişe ko-

*nusuyla uğraşırken bir aktör ya da aktörler grubu tarafından izlenen amaçlı bir eylem tarzı” (Anderson, 1975) şeklinde ifade edilebilirken kamu politikası ise hükümetlerin yapmayı veya yapmamayı seçtikleri her şey olarak tanımlanabilmektedir (Dye, 2001).*

Sağlık politikası ile ilgili kavramsal çerçevede üzerine değinilmesi gereken birkaç önemli nokta bulunmaktadır. Bu noktalardan ilki, *sağlık politikası kavramının tanımlanmasıyla ilgilidir*. Sağlık politikası Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslararası, ulusal veya yerel düzeyde sağlık hedeflerini tanımlayan ve bu hedeflere ulaşmak için alınacak kararları, planları ve eylemleri belirten bir kapsamda değerlendirilmiştir (World Health Organization, 2022). Bir başka tanıma göre sağlık politikası, sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen faaliyetleri içerecek şekilde ve daha geniş bir kapsamda ifade edilmektedir (Walt, 1994, s. 41). Literatürde yer alan bir diğer tanıma göre ise sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilişkili uygulamalara yönelik strateji veya yaklaşımları içeren ve de birbirileriyle bağlantılı kararların oluşturduğu bir ağ olarak da ele alınabilmektedir (Barker, 1996, s. 6). Türkiye’de sağlık politikaları çalışmaları açısından öne çıkan isimlerden birisi olan Fişek ise sağlık politikasını dar ve geniş anlamda olmak üzere iki boyutta tanımlamıştır. Fişek’e (1984) göre sağlık politikası, dar anlamda vatandaşların tamamına yönelik tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmet götürülmesi şeklinde ifade edilirken geniş anlamda ise sağlığı etkileyen ve sağlığın etkilendiği bütün sektörlerin kapsam içine alınmasına ve de dengeli bir biçimde gelişmenin öngörülmesi olarak ele alınmaktadır. Bir diğer tanımda ise sağlık politikası sağlık ihtiyaçları, mevcut kaynaklar ve diğer politik baskılara cevap olarak eyleme yönelik öncelikleri ve değişkenleri tanımlayan, yönetsel yapılar içindeki resmi bildiri ve prosedür şeklinde ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998).

Sağlık politikasına yönelik tanımlar incelendiğinde kavramın özünde sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve sağlığın geliştirilmesine yönelik politika belirleyicileri tarafından belirlenmiş olan resmi, yazılı dokümanlar, kurallar ve ilkeler gibi hususların yer aldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Bir başka tanımda ise sağlık politikası, sağlık sistemiyle ilişkili örgütlerin organizasyonunu, hizmet sunumunu ve finansmanını etkileyen faaliyetler bütünü şeklinde ele alınmaktadır (Buse vd., 2005, s. 6). Diğer bir ifadeyle sağlık hizmet alanında uygulanacak politik seçimler olarak da nitelendirilebilen sağlık politikası, sadece sağlık kurumlarını değil aynı zamanda sağlıkla ilgili doğrudan veya dolaylı olarak aktör konumunda bulunan bütün kurumları kapsayan bir sürece işaret etmektedir (Tatar, 2006).

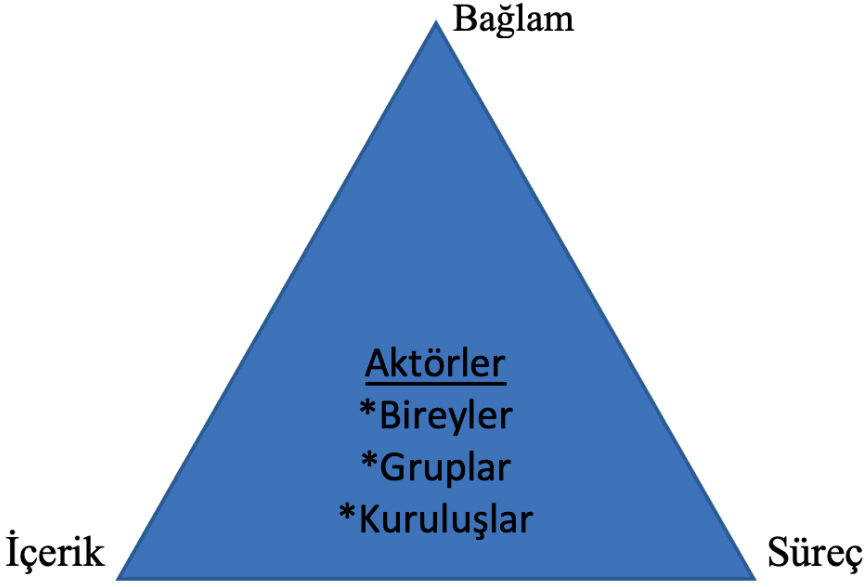
Önemli bir hizmet alanı olan sağlık, niteliği gereği aralarında yoğun bir ilişki ve iletişimin bulunduğu, çok sayıda aktörün etkili olduğu çok boyutlu bir çerçeveye sahiptir. Bu durum, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da politika sürecini önemli hale getirmektedir. Bu noktadan hareketle sağlık hizmetlerine yönelik politika sürecinin, ülkedeki sağlık sisteminin makro ve mikro karakterinin belirlenmesi açısından kritik bir özelliğe sahip olduğu ifade edilebilmektedir.

**Tablo 1:** Sağlık Politikalarında Makro ve Mikro Ayrımı

	<b>Makro Politikalar</b>	<b>Mikro Politikalar</b>
<b>Politika Türü</b>	Sistemin bütünüyle ilgili politikalar	Sektörle ilgili politikalar
<b>Politika Düzeyi</b>	Ulusal (Devlet, Hükümet)	Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Yerel Yönetim Birimleri
<b>Politika Örneği</b>	Özel sektörün faaliyetlerinin düzenlenmesi Ülke genelinde sağlık personelinin hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi	Bağışıklama politikasında değişim Kanser tarama programlarının hayata geçirilmesi Evde sağlık hizmeti uygulamalarının başlatılması

**Kaynak:** (Walt, 1994, s. 43)

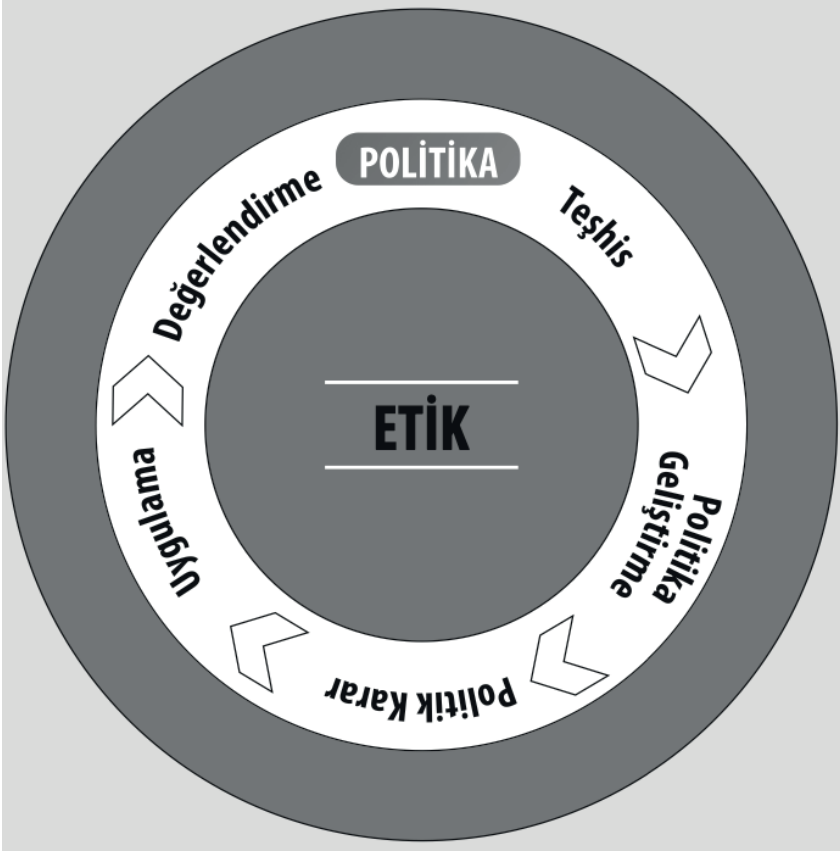
Sağlık politikalarının ilgili literatürde düzeyel olarak bir tasnife tabi tutulduğu görülmektedir. Tablo 1'de yer alan bilgilere göre sağlık politikaları, makro ve mikro şeklinde sınıflandırılabilir. Makro politikalar, devlet ve devlete bağlı teşkilat yapısı içerisindeki organizasyonlar tarafından ortaya konulan ve belirlenen politikalarlardır. Diğer taraftan mikro politikalar ise devletin bünyesinde yer alan alt düzeydeki teşkilat birimleri ve organizasyonlar tarafından şekillendirilmektedir. Niteliği gereği makro politikalar daha karmaşık ve zor bir sürece işaret ederken mikro politikalar ise daha açık ve şeffaf politika sürecine dayanmaktadır (Walt, 1994, s. 35). Walt tarafından yapılan bu tasnif, en sade haliyle günümüzdeki sağlık politikalarının nasıl ve ne şekilde belirlendiğine ve uygulandığına en güzel örneklerden birisini oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin tamamını ilgilendiren ve içerisinde üst düzeyde aktörlerin yer aldığı makro düzey, mikro düzeye göre daha komplike bir karaktere sahiptir. Örneğin özel sektördeki hastanelerin yapılarını, hizmet sunum esaslarını ve bu süreçteki kriterleri belirlemek, makro düzeyde geliştirilebilecek politikalar arasında yer almaktadır.

**Şekil 1:** Sağlık Politikası Üçgeni

**Kaynak:** (Walt ve Gilson, 1994; Buse vd., 2005)

Sağlık politikasıyla ilgili kavramsal çerçeve kapsamında değinilmesi gereken hususlardan bir diğeri, sağlık politikasına yönelik üçgen ve sağlık politikası döngüsüdür. Bir sistem olarak politika belirleme sürecinin ve gücünün sağlık politikasında nasıl kullanıldığının ve politika içeriğine bakmanın önemini kabul eden sağlık politikası üçgeni; içerik, bağlam, süreç ve aktörlere odaklanmaktadır (Bkz. Şekil 1). Sağlık politikası üçgeni, sağlık sektöründeki karmaşık bir etkileşim sürecinin olabildiğince sadeleştirilmiş hali olarak nitelendirilmektedir (Walt ve Gilson, 1994; Buse vd., 2005). Özetle sağlık politikası üçgeni, bu dört faktörün birbiriyle yoğun etkileşim içerisinde bulunduğu bir kapsama işaret etmekte ve toplumların sosyal, kültürel, ekonomik ve diğer alanlardaki farklılıklarının önemine dikkat çekmektedir.

Şekil 2: Sağlık Politikası Döngüsü



**Kaynak:** (Roberts vd., 2004, s. 22; Akdağ, 2008)

Sağlık politikası ile ilgili kavramsal çerçeve bakımından incelenmesi gereken hususlardan bir diğeri, *sağlık politikası döngüsü* ya da diğeri bir ifadeyle *sağlık politikası çemberidir*. Şekil 2'de ifade edildiği üzere politika döngüsü, belli aşamalardan oluşmaktadır. Farklı çalışmalarda birbirine benzer içeriklere sahip farklı aşamalardan oluştuğu gözlenen bu döngünün temel felsefesi, sağlık sistemindeki politika sürecine dayanmaktadır. Diğeri bir ifadeyle sağlık sisteminde sorun olarak nitelenen ya da sorun bağlamından farklı bir argümanla yaklaşıldığında geliştirilmesi/ dönüştürülmesi arzulan boyutlara, modellere veya uygulamalara odaklanan bir politika süreci söz konusudur (Sabatier ve Jenkins-Smith 1993; Roberts vd., 2004, s. 22). Bu noktadan hareketle sağlık politikası döngüsü; problemin tanımlanması ve teşhis, politika geliştirme, politik karar, uygulama, değerlendirme aşamalarını da içerecek şekilde kısaca betimlenmeye çalışılacaktır.



Sağlık sistemindeki reform çalışmalarının ilk aşaması olarak kabul edilen problemin tanımlanması ve teşhis sürecinde, mevcut sistemde sorun teşkil eden ya da sorun olarak değerlendirilen hususlara odaklanılmaktadır. Bu çerçevede özellikle temel sağlık göstergeleri, birey memnuniyeti, finansal risklerden korunma gibi birtakım kriterler, problemlerin tanımlanmasına yönelik mevcut sürecin doğru değerlendirilebilmesi için öne çıkmaktadır. Temel sağlık göstergeleri ile yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, sağlık harcamaları, hastalık yükü ve sağlık hizmetlerinin kullanımı gibi değişkenler kapsam içerisine alınmaktadır. Yine bu aşamada odaklanılan hususlara yönelik bir teşhis yapılmakta ve artık tespit edilen problemlerin içeriğine, nedenlerine ve yol açtığı diğer sorunlara yönelik bir detaylandırma çalışması gerçekleştirilmektedir (Sabatier ve Jenkins-Smith 1993; Roberts vd., 2004, s. 23-26). Bu noktada özellikle sağlık sisteminde değiştirilmesi gereken politikaların keşfedilmesi ve de sistemin iyileştirilmesi için üretilmesi gereken politikalara yönelik bir teşhis yapılmaktadır (Aba, 2018, s. 10).

Sağlık politikası döngüsünde ikinci aşama, politika geliştirmedir. Bu aşamada problemin tanımlanması ve teşhis aşamasında elde edilen verilere ve değerlendirmelere dayanarak politika geliştirme sürecine geçilmektedir. Bu süreç, ülkelerin sosyal, ekonomik, kültürel ve diğer özelliklerine de bağlı olmak kaydıyla sağlık sisteminde önceliklendirilen sorunların çözülmesine yönelik ne, nasıl, ne zaman, nerede ve kim/kimler tarafından yapılacak sorularına yanıt içerecek şekilde çeşitli planlamaların yapıldığı, bir anlamda da problem çözümüne yönelik adımların simüle edildiği niteliğe sahiptir (Sabatier ve Jenkins-Smith 1993; Roberts vd., 2004, s. 30-32).

Sağlık politikası döngüsünde üçüncü aşama, politik karardır. Bu aşamada ise bir önceki aşamada geliştirilen politikaların uygulanıp uygulanmamasına yönelik bir karar verme süreci söz konusu olmaktadır. Sağlık sistemlerinde geliştirilen politikaların hayata geçirilmesi, ülkenin siyasi iktidarının bu konuya yaklaşımı ve süreç içerisindeki meslek kuruluşları, çıkar grupları ve hizmetten faydalananlar gibi diğer aktörlerin görüşleri ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle hizmet sunumu sürecinde rol oynayan sağlık personeli, sağlık kuruluşları ve diğer organizasyonlar geliştirilen politikalara yönelik karar verme sürecinde siyasi iktidarı doğrudan etkileyebilmekte ve bu noktada bir mücadele yaşanabilmektedir (Roberts vd., 2004, s. 32-33).

Sağlık politikası döngüsünde dördüncü aşama, uygulamadır. Problemin tanımlanması ve teşhis aşamasıyla başlayan ve politika geliştirme ile politik karar aşamaları ile devam eden döngü, uygulama aşaması ile sürdürülmektedir. Uygulama aşaması, politika geliştirme aşamasında ortaya konulan politikalardan politik karar aşamasında hayata geçirilmesine nihai olarak karar verilen ve tercih edilen politi-

kaların resmi olarak tatbik edildiği ve gerçekleştirildiği bir süreci barındırmaktadır. Diğer bir ifadeyle politikaların uygulandığı bu aşamada, sağlık sisteminde önceden planlanmış adımların atılması söz konusudur (Sabatier ve Jenkins-Smith 1993; Roberts vd., 2004, s. 33-34).

Sağlık politikası döngüsünde son aşama, değerlendirmedir. Bu aşamada hayata geçirilen politika uygulamalarının izlenmesi ve değerlendirilmesi gerçekleştirilmektedir. Özellikle tatbik edilen uygulamalarla hedeflenen hususlara ulaşıp ulaşılamadığı, süreç içerisinde ortaya çıkan sorunların neler olduğu, öngörülen başarı ve performans düzeyine yaklaşma oranı gibi noktalarda birtakım sonuçların değerlendirildiği bu aşama, sağlık politikası döngüsünün bir anlamda tekrar başlamasına vesile olan bir süreç olarak da nitelendirilmektedir (Sabatier ve Jenkins-Smith 1993; Roberts vd., 2004, s.35-36).

Sağlık politikası çerçevesinde kavramsal açıdan irdelenmesi gereken bir diğer husus, *sağlık politikası belirleme sürecidir*. Sağlık politikası belirleme süreci, belli aşamalardan oluşmaktadır. Sağlık politikası belirleme sürecinde öne çıkan aşamalar; *gündem belirleme, politika oluşturma, politika uygulama ve politika değerlendirme* olarak sıralanmaktadır. Bu aşamalar ve yaklaşımlar çalışmanın bir sonraki başlık kapsamında incelenecektir.

### 3. POLİTİKA BELİRLEME SÜRECİNE YÖNELİK YAKLAŞIMLAR VE SAĞLIK POLİTİKASI SÜRECİ

Sağlık politikası süreci, politika literatürüyle doğrudan bağlantılı olarak düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle öncelikle politika belirleme sürecine dair yaklaşımlar ve aşamalar ele alınacak; akabinde sağlıkla ilgili örnek üzerinden konu irdelenecektir.

Politika belirleme sürecine yönelik çok sayıda teori geliştirilmiştir. Bu teoriler içerisinde rasyonel politika belirleme ve planlama teorisi, adım adım/artırımcı (marjinal) politika belirleme ve planlama teorisi ile karma tarama (karmaşık) gözlem teorisi öne çıkmaktadır. Simon tarafından geliştirilen rasyonel teori, karar almaya odaklanmakta ve kararın da alternatifler arasından seçim yapma anlamında kullanıldığına işaret etmektedir (Simon, 1982). Bu doğrultuda rasyonel teori, karar vericinin en üst düzeyde güce sahip olduğu ve bu gücü kullandığı argümanını benimsemekte ve üç adımda sürecin işleyeceğine işaret etmektedir. Bu adımlar karar vericinin bütün alternatifleri masaya koyduğu ilk adım; karar vericinin masaya koyduğu alternatifleri uygulamanın sonuçlarını belirlediği veya öngördüğü ikinci adım

ve de karar verici tarafından girdinin minimize çıktının da maksimize edildiği en iyi alternatifin seçilmesini içeren üçüncü adım şeklinde kısaca özetlenebilmektedir (McGrew ve Wilson, 1982; Jabes, 1982; Walt, 1994; Tatar, 2007; Simon, 2007, s.27-28; Aba, 2018). Rasyonel teori, alternatiflerin belirlenmesi, alternatiflerin sonuçlarına ilişkin bilgi düzeyindeki yetersizlik ve de ulaşılabilecek sonuçları değerlendirmedeki belirsizlikler başta olmak üzere hem Lindblom hem de Herbert Simon tarafından çeşitli yönlerden eleştirilmiştir (Köseoğlu, 2013, s.247-249).

Marjinal politika belirleme ve planlama teorisi olarak da ifade edilebilen adım adım/artırmacı politika belirleme ve planlama teorisi, Charles Lindblom tarafından geliştirilmiştir. Rasyonel modeli gereksiz yere kapsamlı olması ve karar vericinin merkezde ve tek kişi olması yönlerinden eleştiren adım adım teorisi, geliştirilecek plan ve politikaların mevcut plan ve politikalarından farklılık arz eden hususlar üzerine odaklanması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Bununla birlikte teorisinin adından da anlaşılacağı üzere köklü reform ve dönüşümler yerine sorunların çözümüne odaklanılarak süreç içerisindeki aktör ve grupların arasında oluşturulacak uzlaşmacı bir davranış pratiğiyle hareket edilmesi, bu teorisinin temel argümanını teşkil etmektedir (Lindblom, 1979). Artırmacı teorisinin de tıpkı diğer teorilerde olduğu gibi bazı yönlerden eleştirildiği görülmektedir. Bu doğrultuda büyük politika değişimlerini izah etmede yetersiz kalması, daha iyi alternatif politikalara gözden kaçırılması ve kriz durumunda karar alıcılara sorun teşkil etmesi gibi noktalar belirtilen eleştirilerden öne çıkanlar olarak nitelendirilmektedir (Simon, 2007, s.29; Dye, 2005, s.18; Lindblom, 1959, s.87-88)

Üçüncü teori olarak ele alınan ve Amitai Etzioni tarafından geliştirilen karma tarama politika belirleme ve planlama teorisi, rasyonel ve adım adım teorilerinin bir orta noktası olarak değerlendirilmektedir. Teori, politika yapıcılarının elinde iki kamera bulunduğu; bu kameralardan birisiyle politika belirlenecek alanın bütün yönleriyle kaydedilmesi ve incelenmesi; diğer kamerayla da ilk kamerada kaydedilen sorun alanlarından birisine odaklanılması ve bu doğrultuda politika geliştirilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Politika geliştirilirken de odaklanılan soruna ve geliştirilecek politikaya göre rasyonel ya da adım adım modellerinden birisinin tercih edilebileceği, karma tarama teorisinin diğer bir argümanı olarak öne çıkmaktadır (Etzioni, 1967).

Son olarak Dror tarafından rasyonel ve artırmacı teorilere yönelik eleştirilerden hareketle geliştirilen normatif optimum karar verme modeli, bu alandaki çalışmalar içerisinde vurgulanan bir başka teori olarak öne çıkmaktadır. Dror'a göre kamu politikası yapımında üçüncü bir yolun keşfedilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda da amaçların açıklanması, yeni alternatifler için geniş ölçekli araştırma gerçekleş-

tirilmesi, beklenti ve isteklerin belirlenmesi ile karar kriterlerinin formüle edilmesi kanalıyla politikaların rasyonellikle ilişkisinin arttırılması, optimum politika yapımı düşüncesi ve süreciyle birlikte gerçekleştirilmektedir. Dror, sınırlı rasyonelite olgusundan hareketle yönetim bilimleri ve yönetim tekniklerine bu süreçte daha ciddi bir ihtiyaç duyulduğuna vurgu yapmış; rasyonel analizi benimseyen karar vericilerin yaratıcı düşünme, sezgi, önsezi, duygu ve kanaate odaklı olarak hareket edebileceği optimum bir model geliştirmek için çaba sarf etmiştir (Parsons, 1995, s. 294-296; Wagle, 2000, s.210-211).

Politika belirleme sürecine ilişkin yaklaşımların sağlık politikası süreci ile ilişkisi ya da sağlık politikası sürecinde bu yaklaşımların kullanılabilirliğine yönelik değerlendirmeler söz konusudur. Çünkü sağlık sektörü niteliği gereği pek çok hizmet alanından farklı bir konumda bulunmakta ve bu durum da sağlık sektöründe politika belirleme sürecinin diğerlerinden nispeten farklılıklar arz ettiğini ortaya koymaktadır. Örneğin rasyonel teorinin sağlık politikalarının belirlenmesi amacıyla kullanılması sürecinde sağlık sektöründeki tıbbi ve örgütsel açıdan alternatiflerin çeşitliliği ile ekonomik açıdan alternatiflerin faydalarının ölçülmesine yönelik tekniklerin kullanımının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak değişmesi hususlarında ciddi handikapların oluşabileceği öngörülmektedir. Bu yüzden sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde rasyonel teorinin kullanılması konusunda azami düzeyde dikkatli davranılmalı ve de alternatiflerin sektöre faydalarının ölçülmesi ile ilgili sağlık ekonomisi alanında öne çıkan tekniklerin tam ve doğru bir şekilde kullanılmasına hassasiyet gösterilmelidir. Adım adım politika belirleme ve planlama teorisinin sağlık politikalarının belirlenmesi amacıyla kullanılması sürecinde ise hizmet sürecinde önemli bir aktör konumunda bulunan hekimlerin sistem içerisindeki konumu ve bu doğrultuda ortaya çıkan uzlaşma hususuna dikkat çekilmektedir. Çünkü sağlık sektöründe politika belirlenirken hekimlerin bu sürece dahil edilerek oluşturulacak politikaları prensipte kabul etmesi, sistemin başarılı bir şekilde işlemesi için en önemli şartlardan birisi olarak öne çıkmaktadır. Bu durum sağlık politikalarının adım adım teoriye göre belirlenmesi sürecinde hekimlerin desteğinin alınması hassasiyetine işaret etmekte ve yöneticiler ile yönetilenler arasındaki etkileşime dikkat çekmektedir (Tatar, 2007, s.413-414; Aba, 2018, s. 16-18).

Politika belirleme sürecine yönelik yaklaşımlar izah edildikten sonra bu süreçle ilgili aşamalar ve içerikleri kısaca açıklanmaya çalışılacaktır. Politika belirleme sürecinde ilk aşama, gündem belirleme olarak kabul görmektedir. Kavram olarak gündem, “toplantılarda görüşülecek konuların bütünü, ruzname”, “yaşanan günlük olaylar” ya da toplumun ve kamu görevlilerinin dikkatini ve ilgisini çeken konular,

semboller, kamusal problemler ve çözümler olarak tanımlanabilmektedir (TDK, 2022). Daha geniş bir kapsamda ise gündem, halkın ve kamu görevlilerinin dikkatini çeken konuların ve sorunların tespit edilmesi, bu sorunların nedenlerinin ve çözüm yollarının araştırılması olarak da ele alınabilmektedir (Memişoğlu, 2016; Birkland, 2007). Gündem belirleme ise bir süreç olarak toplumsal yapı içerisinde kamunun düşündüğü konuları ya da üzerine gidilecek sorunları seçme politikası şeklinde ifade edilebilmektedir (Cobb ve Ross, 1997; Memişoğlu, 2016).

Sosyal bilimler alanında önemli bir yere sahip olan gündem belirleme kuramına yönelik ilk çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri'nde yapıldığı ilgili literatürden anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda Lipmann tarafından (1922) kaleme alınan bir çalışma ile McCombs ve Shaw tarafından (1972) yapılan başka bir çalışmanın gündem belirleme kuramına kaynaklık teşkil ettiği vurgulanmaktadır.

Gündem belirleme süreci incelendiğinde medya, kamu ve politika gündemlerinin karşılıklı bir etkileşiminin söz konusu olduğu görülmektedir (Manheim, 1987, s. 500; Severin ve Tankard, 1994, s. 397). Özellikle medyanın birey ve toplumun düşünce dünyasının ve davranış kalıplarının şekillenmesinde önemli bir aktör olduğu gerçeğinden hareketle medya gündemi, gündem belirleme kuramı ve süreci kapsamında özel bir yere sahiptir. Kamunun olağanüstü düzeyde dikkatini çeken konuları anlatan kamu gündemi de hem medya gündemiyle hem de politika gündemiyle ilişkili ve etkileşim içerisinde olan bir niteliğe sahiptir. Son olarak politika yapıcılarının üst düzeyde kabul refleksi gösterdikleri hususlara işaret eden politika gündemi de aynı şekilde hem medya hem de kamu gündemiyle ilişkili bir kapsamda ele alınabilmektedir. Bu noktada Dearing ve Rogers tarafından 1988 yılında yapılan bir çalışmada kişisel deneyim, seçkinler ve diğer bireyler arasındaki iletişim; bir gündem konusunun önem derecesinin gerçek yaşamdaki yansımaları ve de kapı tutucular, etkileyici medya ve dikkat çeken haberler değişkenlerinin medya, kamu ve politika gündemiyle etkileşim içerisinde olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca medya gündeminin kamu gündemini etkilediği ve de kamu gündeminin zaman içerisinde politika gündemine dönüştüğüne işaret edilmektedir (Rogers ve Dearing, 1988, s. 557).

Gündem belirleme açısından ele alınması gereken diğer bir husus, bu süreçte etkili olan aktörlerdir (Bkz. Tablo 2). Özellikle başta siyasi aktörler ve çok düzeyli bürokrasi yetkilileri olmak üzere ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların gündem belirleme sürecinde önemli aktörler olarak öne çıktığı; bunların bir kısmının görünür ve formal düzeyde iken bir kısmının ise gizli ve informal nitelikte olduğu belirtilmektedir (Kingdon, 1984; Shifmann, 2009).

**Tablo 2:** Gündem Belirlemede Etkili Olan Aktörler, Sektörleri ve Gündem Belirleme Örnekleri

<b>Aktör Tipi</b>	<b>Birincil Sektörler</b>	<b>Örnekler</b>
Siyasi aktörler	Kamu	Cumhurbaşkanı, Milletvekilleri
Üst düzey kamu görevlileri	Kamu	Sağlık Bakanı, Hazine ve Maliye Bakanı
Orta düzey kamu görevlileri	Kamu	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Ulusal sivil toplum kuruluşları	Sivil Toplum Kuruluşu/Hükümet Dışı	Türk Kanser Derneği, Yeşilay
Medikal birlikler	Sivil Toplum Kuruluşu/Hükümet Dışı	Türk Tabipler Birliği
Akademisyenler	Sivil Toplum Kuruluşu/Hükümet Dışı, Uluslararası	Üniversite akademik personeli, analistler
Kar amaçlı şirketler	Özel	İlaç firmaları, sigorta şirketleri
Birleşmiş Milletler Ajansları	Uluslararası	Dünya Sağlık Örgütü
Uluslararası Finans Kuruluşları	Uluslararası	Dünya Bankası

**Kaynak:** (Shiffmann, 2009; Akbolat vd., 2018)

Gündem belirleme ile ilgili çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar rasyonellik; inkrementalizm; meşruiyet, uygunluk ve destek; dalgalanmalar ve aralıklı dengeler şeklinde sıralanabilmektedir (Shiffman, 2009, s. 18). Bunlardan ilki, politika yapıcılarının yüz yüze kaldıkları problemlerin niteliğini dikkatli bir şekilde tanımladıkları, çeşitli çözüm önerilerini geliştirdikleri, geliştirilen bu çözüm önerilerini tek tip ve objektif kriterler odağında değerlendirdikleri ve bu doğrultuda en iyi çözümleri seçerek hayata geçirdikleri varsayımına dayanan rasyonellik yaklaşımıdır (Shiffman, 2009, s. 19). İkinci yaklaşım olarak nitelendirilen ve adım adım ilerleme olarak da ifade edilebilen inkrementalizm ile politika yapıcılarının toptan ve bütünüyle değil de çeşitli nedenlerden dolayı daha yavaş ve küçük değişikliklere odaklanması gerektiğini varsayım haline getiren yaklaşımdır (Lindblom, 1959; Wildavsky, 1979). Üçüncü yaklaşım meşruiyet, uygunluk ve destek modeli herhangi bir hususun politika gündemine gelebilmesi için meşruiyet, uygunluk ve destek olmak üzere üç boyut açısından güçlü olması gerektiğine işaret etmektedir (Hall vd., 1975). Gündem belirleme açısından öne çıkan dördüncü model, gündem belirlemeyi problemler, politikalar ve politik akımlardan bağımsız olarak gelişen rastgele bir nitelikte öne çıkartan dalgalanmalar yaklaşımıdır (Kingdon, 1984). Gündem belirleme ile ilgili beşinci model ise özünde politika imajı ve politika merkezi kav-

ramlarını barındıran, zaman içerisinde hem yeni aktörlerin hem de yeni imajların ortaya çıkmasıyla kendisini hissettirecek hızlı değişim patlamalarına ve sonuçlarına odaklanan aralıklı dengeler yaklaşımıdır (Baumgartner ve Jones, 1993).

Gündem belirleme aşamasıyla ilgili olarak mevcut sağlık sistemi kapsamında “Beyaz Reform” olarak isimlendirilen ve son dönemde Türk sağlık sisteminde belli noktalarda yeniden yapılanmayı sağlayan sürece değinmek faydalı olacaktır. Sağlıkta Dönüşüm süreci ile birlikte yeniden yapılandırılan sağlık sistemi, süreç içerisinde koşulların değişmesi ve mevcut duruma ilişkin çeşitli sorunların ortaya çıkması nedeniyle reform ve güncelleme ihtiyacı yapılması hissedilmeye başlanmıştır. Özellikle sağlıkta şiddet vakalarının artış göstermesi, malpraktis davaları gerçeği, özlük hakları sorunu, performans sistemindeki problemler başta olmak üzere belli alanlarda değişim ve güncelleme yapılması zaruri hale geldiği politika yapıcılar tarafından belirtilmiş; bu doğrultuda da yeni bir adım atılarak adına “Beyaz Reform” denilen bir politika geliştirilmiştir (Web\_1). Beyaz Reform sürecinin ortaya çıkmasında sağlıkta şiddet olayları ve bu olumsuz durumun giderilmesine yönelik oluşan kamuoyu beklentisi, sağlık profesyonellerinin hem sağlıkta şiddetin önlenmesi hem de özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik iş bırakma davranışları gibi hususlar, sağlık sistemindeki yeniden yapılandırma sürecinin gündeme gelmesine ve gündemde kalmasına zemin hazırlamıştır.

Politika belirleme sürecinde ikinci aşama, politika oluşturma ya da diğer bir ifadeyle karar verme olarak kabul görmektedir. Politika oluşturma aşaması, gündem belirleme aşamasında öne çıkan/çıkarılan problemin formüle edilmesini ve uygulamaya geçirilmeye hazır hale getirilmesine yönelik faaliyetleri içeren önemli bir aşamadır. Bu aşamada çok çeşitli karar verme strateji ve teknikleri kullanılırken bu sürece konuyla ilgili her düzeydeki aktörler dahil edilmektedir. Gündem belirleme aşaması sonrasında geçiş yapılan politika oluşturma aşaması, hayata geçirilecek ya da geçirilmeyecek politikaların belirlendiği bir kapsama sahiptir. Bu aşamanın temel varsayımı, politika sürecine dahil olanların bir problemi tespit ederek tanımlanmış olması ve bunu takiben problemin politika gündemi aşamasına taşınmış olmasıdır (Dye, 2005; Knill ve Tosun, 2011; Köseoğlu, 2013, s. 245; Kaptı, 2013, s. 33-35; Dilaveroğlu, 2017; Tengilimoğlu ve Güzel, 2018, s.13-14).

Görünen ya da görünmeyen politika aktörlerinin tamamının sürece müdahil olduğu ve çok farklı karar verme stratejilerinin kullanıldığı bir aşama olan politika oluşturma, gündemdeki problemlerle, amaç ve önceliklerle, alternatif çözüm önerileriyle, fayda maliyet analizleriyle ilgilenilen çok etkileşimli bir içeriğe sahiptir (Knill ve Tosun, 2011). Bu noktadan hareketle politika oluşturma sürecinde aşı-

ğıda sıralanan birtakım sorular sorulmakta ve bu sorulara cevaplar aranmaktadır (Sidney, 2007, s. 79):

- Bu problemi incelemeye yönelik plan nedir?
- Hedefler ve öncelikler nelerdir?
- Bu hedeflere ulaşmak için mevcut olan alternatifler nelerdir?
- Belirtilen alternatiflerin her birinin faydası ve maliyeti nedir?
- Belirtilen alternatiflerin ne gibi pozitif ve negatif dışsallıkları bulunmaktadır?

Türk sağlık sistemindeki Beyaz Reform süreci politika oluşturma aşaması bakımından da güncel ve özgün bir örnek olarak nitelendirebilir. Mevcut sağlık sisteminde ortaya çıkan sorunlardan hareketle gündeme gelen konulardan hekimler ve sağlık çalışanları, vatandaşın sağlık hizmeti beklentisi ve hizmet sunum süreci ve de gerçekleştirilen değişikliklerin sürdürülebilir kılınması gibi hususlar politika oluşturma sürecine dahil edilmiştir. Üç ayaklı bir reform süreci olarak tasarlanan Beyaz Reform sürecinin ilk ayağında sağlıkta şiddet yasası, malpraktis yasası ve özlük haklarını yeniden düzenleyen yeni emeklilik ve teşvik sistemi politika anlamında öne çıkmıştır. Süreç içerisinde paydaşların da katkılarıyla yasal düzenlemeler planlanmıştır. Reformun ikinci ayağında ise vatandaşa verilen hizmete erişimin kolay, etkili, güvenli ve güvenilir olmasına yönelik bir düşüncenin kabul gördüğü belirtilmiştir. Bu süreçte hastanelere müracaat eden hiçbir vatandaşın geri çevrilmeden en iyi hizmeti en kısa süre ve en etkin maliyetle alması için bir dinamizme ihtiyaç olduğu ifade edilmiş ve Bakanlığın ilerleyen süreçteki en önemli gündem maddesinin bu husus olduğu vurgulanmıştır (Web\_1).

Beyaz Reform kapsamında oluşturulan politikaların uygulanması süreci çerçevesinde sağlıkta şiddetle mücadele doğrultusunda 12 Mayıs 2022 tarihinde yapılan TBMM görüşmelerinde sağlık çalışanlarına yönelik kasten yaralama suçlarında tutuklu yargılamayı sağlayan, sağlıkta kamu hizmetini engelleme suçunu ise daha ağır cezaya çarptıran kanun maddesi kabul edilmiştir. Aynı düzenleme ile malpraktis davaları bakımından kasıt olmadığı sürece tazminatı devletin üstlenmesini sağlayan kanun maddesinin de kabul edildiği görülmüştür (Web\_2). Bu doğrultuda Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik<sup>1</sup>”, malpraktis davaları ile ilgili rücu usul ve esaslarının yönetilmesini ve bu doğrultuda da bu süreci yönetecek Mesleki Sorumluluk Kurulu oluşturulmasını beraberinde getirmiş-

<sup>1</sup> İlgili yönetmelik 15.06.2022 tarihli ve 31867 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.



tir (Web\_3). Yine Beyaz Reform kapsamında sağlık personelinin özlük haklarını yeniden düzenleyen yeni emeklilik ve teşvik sistemine ilişkin politika çerçevesinde amacı “Sağlık Bakanlığınca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, disiplin durumu, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, verimliliği, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemlerden oluşan genel tıbbi işlemler, özellikli tıbbi işlemler ile uluslararası sağlık hizmetlerinde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek” olan “Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği” (Resmi Gazete, 2022), yayınlanmış ve bu konudaki politika oluşturma süreci tamamlanmıştır. 12.08.2022 tarihli ve 31921 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır.

Politika belirleme sürecinde üçüncü aşama, politika uygulama aşamasıdır. Gündem belirleme aşamasında dikkat çekilen ve öne çıkan problemlere ve konulara yönelik politika oluşturma aşamasında geliştirilen uygulamaların hayata geçirilmesi, bu aşamada gerçekleşmektedir. Bu süreç, özellikle bürokratik işlemler, idari düzenlemeler, kamusal harcamalar ve yürütmenin çeşitli faaliyetlerini kapsayan kamu politikası sürecinin ayrı bir aşaması olarak nitelendirilmektedir. Bir başka bakış açısıyla bu aşama, politika beklentileri ve politika sonuçları arasındaki durum olarak da ifade edilmektedir (Dye, 2005; Knill ve Tosun, 2011; Dilaveroğlu, 2017; Tengilimoğlu ve Güzel, 2018).

Politika uygulama aşaması ile ilgili olarak bu yöndeki çalışmalarda üzerine vurgu yapılan birtakım yaklaşımlar bulunmaktadır. Yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya, melez, işveren-acente yaklaşımları bu konuda öne çıkanlar arasında yer almaktadır (Sabatier, 1986; Walt, 1994, s. 153-155; Buse vd., 2005, s.122-128; Pülzl ve Treib, 2006).

Yukarıdan aşağıya yaklaşım, politika uygulama sürecini merkezi hükümet tarafından başlatılan, hiyerarşik yapı içerisinde alt düzeyde bulunan kurum ve kuruluşlar vasıtasıyla faaliyetlerin gerçekleştirildiği bir nitelikte değerlendirmektedir (Pressman ve Wildavsky 1973; Bardach, 1977; Mazmanian ve Sabatier 1983; Knill ve Tosun, 2011). Aşağıdan yukarı yaklaşım, yukarıdan aşağı yaklaşımda belirtilen sürecin işleyişine karşıt olarak merkezi hükümetin hiyerarşik olarak altında yer alan kurum ve kuruluşların politika uygulama sürecinde daha aktif bir role sahip olmalarına, bu süreçte inisiyatif alabileceklerine ve de uygulama şeklini değiştirebileceklerine işaret etmektedir. Dolayısıyla merkezi hükümetin dışında yer alan alt düzeydeki idari mekanizmaların ve bu mekanizmalardaki görevlilerin politika uygulama sürecinde proaktif bir işlev üstlenmeleri, aşağıdan yukarı yaklaşımın bir

anlamda özünü oluşturmaktadır (Lipsky 1971; Knill ve Tosun, 2011). Yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarı yaklaşımın bir bileşimi olarak da nitelendirilen melez yaklaşım, politika uygulama sürecinde hem merkezi hükümet ve yönetim mekanizmasının hem de alt düzeydeki yönetsel mekanizma ve yöneticilerin doğrudan aktif bir şekilde müdahil olmasına işaret etmektedir. Diğer bir ifadeyle melez yaklaşım, politika uygulama aşamasında merkezi hükümet ile yerel mekanizmaların karşılıklı etkileşimine dayanan bir sürecin işlemlerini daha makul ve akılcı bulmaktadır (Mayntz 1977; Windhoff-Héritier 1980; Knill ve Tosun, 2011). İşveren-acente teorisi, politika uygulama sürecinde uygulama noktalarında bulunanlar ile uygulamayı hayata geçirmeyi planlayanlar arasında ilişkiye odaklanan bir çerçeveye sahiptir. Bir başka ifadeyle herhangi bir politikayı geliştiren yönetsel mekanizma ve bu konumdaki yöneticilerle, bu politikayı bizzat uygulayacak görevliler veya çalışanlar arasındaki ilişki, politika uygulama süreci açısından dikkat edilmesi ve yönetilmesi gereken bir durum olarak ifade edilmektedir (Buse vd., 2005, s.127-128).

Beyaz Reform kapsamında hem sağlıkta şiddet hem malpraktis davaları hem de sağlık personelinin özlük haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler kabul edildikten sonra bu yöndeki politikalar uygulamaya başlanmıştır. Hali hazırda bu konularda hayata geçirilen politika uygulamalarının sonuçlarının zaman içerisinde görüleceği öngörülmektedir.

Politika belirleme sürecinde dördüncü ve son aşama, politika değerlendirmedir. Politika oluşturma sürecinin bir bileşeni olarak da nitelendirilen politika değerlendirme aşaması, hayata geçirilmek istenen politika uygulamalarının sonuçlarının izlendiği ve değerlendirildiği bir kapsama sahiptir. Özellikle başlangıçtaki amaç ve hedeflere ulaşma potansiyelinin ortaya konulduğu ve karar vericilere uygulanan her bir politikadan ders çıkarma olanağını içeren bir geri bildirim döngüsü sunan bu aşama, bir politikanın yasalaşarak uygulama aşamasına geçmesinden sonra başlamaktadır (Gerston, 2004). Durum böyle olsa da aslında politika değerlendirme sürecinin etki ve sonuçları öngörmeyi içeren uygulama öncesi aşama; ara dönem etki ve sonuçları içeren devam eden aşama ve de etki ve sonuçlarla hedef arasındaki uyumu içeren uygulama sonrası aşama şeklinde sınıflandırılabilir ifade edilmektedir (Wollmann, 2007, s. 393). Kendi içerisinde belirtilen şekillerde sınıflandırılrsa da politikaların değerlendirilmesinde takip edilen ve tatbik edilen başta rutin görevlerin izlendiği tamamen resmi değerlendirmeler; birincil fonksiyonların performansının ölçüldüğü müşteri memnuniyeti değerlendirmesi; ölçülebilir ve amaçlanan sonuçlar listesinin tahmininin yapıldığı çıktı değerlendirmesi; maliyetlerin karşılaştırılmasına ve politikanın etkisine odaklanan maliyet fayda değerlendirme; temel toplumsal sorunlar üzerindeki etkilere odaklanan uzun vadeli sonuçların

değerlendirilmesi gibi çeşitli yol ve yöntemler söz konusudur (Munger, 2000, s. 20; Knill ve Tosun, 2011). Bahsedilen bu değerlendirme yöntemleri, sağlık politikalarının arzu edilen ve hedeflenen çıktılara ulaşip ulaşmadığının diğer bir ifadeyle de başarılı olup olmadığının test edildiği bir sürece işaret etmektedir. Çok hızlı değişen ve dönüşen bir niteliğe sahip olan sağlık hizmetleri alanında uygulanan politikaların değerlendirilmesi yoluyla yeniden bir politika belirleme sürecinin başlangıcına adım atılmakta ve reform döngüsü tekrar başlamaktadır. Örneğin Beyaz Reform sürecinde gerçekleştirilen politika uygulamalarının sonuçlarının izlenmesi sürecinin devam ettiği ve bu yöndeki sorunların giderilip giderilmediğine dair değerlendirmenin ilgili aktörler tarafından takip edildiği ifade edilebilir. Örneğin konuyla ilgili politika sürecinde önemli aktörler konumunda yer alan sendikal kuruluşlardan Sağlık-Sen (Web\_4), Tabip-Sen (Web\_5), Birlik Sağlık-Sen (Web\_6), Bağımsız Sağlık-Sen (Web\_7) ve Türk Sağlık Sen (Web\_8)'in Beyaz Reform ile ilgili görüşlerini, değerlendirmelerini ve taleplerini kamuoyu ile paylaştıkları görülmektedir. Beyaz Reform süreci ile ilgili olumlu değerlendirmelerin yanı sıra içeriğin güncellenmesi veya belli maddelerinin iptali konusunda dava açılması gibi durumların söz konusu olduğu görülmektedir.

Politika belirleme sürecinin aşamaları günümüzde hayata geçirilen Beyaz Reform süreci üzerinden de örneklendirildikten ve kısaca özetlendikten sonra sağlık politikaları bağlamında başka bir örnek süreç betimlenmeye çalışılacaktır. Bu konuda özellikle son dönemlerde bulaşıcı hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar ile obezite gibi neredeyse bütün ülkelerde etkisini hissettiren çok sayıda sorun alanı bulunmaktadır. Bu sorun alanlarından birisine yönelik oluşturulan politika belirleme süreci simülasyonu Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3:** Sağlık Politikası Belirleme Süreci Örneği

Aşama	Gerçekleştirilen İş/Faaliyet	Etkili Olan Aktörler
Gündem Belirleme	Kardiyovasküler hastalık oranlarının ciddi oranda artışının problem olarak kabul edilmesi ve bu probleme odaklanılması	Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlükleri Siyasi Partiler Medya Kuruluşları Sivil Toplum Kuruluşları Özel Sektör Organizasyonları
Politika Oluşturma	-Kardiyovasküler hastalıkların türleri, bu hastalıkların artış nedenleri, yol açtığı sonuçların tanımlanması -Kardiyovasküler hastalıklarla mücadele açısından hedeflerin belirlenmesi -Belirlenen hedeflere yönelik alternatif çözüm yollarının ortaya konulması -Alternatif çözüm yollarının öngörülen sonuçlarının mukayese edilmesi -Geliştirilen çözüm önerilerine yönelik politika gereçlerinin belirlenmesi ve takip edilecek politikanın formüle edilmesi -Formüle edilen politikanın yasal dayanağının hazırlanması	Cumhurbaşkanlığı Türkiye Büyük Millet Meclisi Siyasi Partiler Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlükleri Sağlık Yöneticileri Medya Kuruluşları İlgili Sivil Toplum Kuruluşları <sup>21</sup>
Politika Uygulama	-Yasal dayanağı bulunan politikanın bürokratik süreci takip ederek hayata geçirilmesi -Gerekli idari düzenlemelerin yapılması -Hizmetle ilgili gerekli uygulamaların alt düzeydeki sağlık profesyonelleri tarafından tatbik edilmesi	Sağlık Yöneticileri Sağlık Profesyonelleri (Hekim, hemşire vb.)
Politika Değerlendirme	-Uygulanan politikaların sonuçlarının izlenmesi -Politika sonuçlarının başlangıçtaki politika hedefiyle uyuşma derecesinin belirlenmesi	Sağlık Bakanlığı Sağlık Yöneticileri Sağlık Profesyonelleri Hastalar İlgili Sivil Toplum Kuruluşları

**Kaynak:** Yazar tarafından oluşturulmuştur.

<sup>21</sup> Başta Türk Kardiyoloji Derneği, Türk Kalp Vakfı, Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği gibi kuruluşlar örnek verilebilir. Bu konuyla ilgili detaylı bilgi için Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026) dokümanı incelenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

## 4. SONUÇ

Sağlık hem küresel hem de ulusal düzlemde birey ve toplum açısından en önemli hizmet alanlarından birisi olarak kabul görmektedir. İçerisinde çok sayıda aktörün yer aldığı sağlık sektörü, günün gelişen koşullarına göre değişim ihtiyacının hissedildiği ve gün geçtikçe de birey ve toplumun hizmet beklentisinin yükseldiği bir görünüme sahiptir. Durum böyle olunca yönetim, örgütlenme, hizmet sunumu, ekonomi, finansman, mevzuat ve insan kaynakları gibi alanlardaki politikalar daha da önemli hale gelmektedir.

Sağlık politikası, tıpkı kamu politikası düzleminde olduğu gibi önemli bir sürece işaret eden bir olgudur. İçerisinde doğrudan ya da dolaylı birtakım aktörlerin etkili olduğu, sağlık hizmetlerindeki genel görünümün ve işleyişin şeklinin belirlenmesinde etkili olan yolları, yöntemleri, stratejileri ortaya koyan sağlık politikası, belli aşamalardan oluşan bir belirleme sürecine sahiptir. Literatürde sağlık politikası belirleme süreci; gündem belirleme, politika oluşturma, politika uygulama ve politika değerlendirme aşamalarından ve bu aşamalar içerisindeki birtakım yaklaşım, yöntem ve stratejilerden oluşmaktadır.

Sağlık politikası belirleme sürecindeki her bir aşamanın politika yapıcılarının amaç ve hedeflerine ulaşması bakımından kendine has ve özel bir öneme sahip olduğu ifade edilebilmektedir. Gündem belirleme ile başlayan ve politika değerlendirme ile sona eren bu süreç, aslında hiç bitmeyen bir döngüye işaret etmektedir. Çünkü uygulamaya konulan her bir politikanın beklenen sonuçları ortaya çıkarmaması ya da süreç içerisinde farklı talep, beklenti ve sorunların söz konusu olması, politika belirleme sürecinin kendi içerisinde tekrarını zaruri kılmaktadır. Bu durum sağlık politikasının süreç içerisinde etkili olan küresel ya da ulusal düzlemdeki dolaylı ve doğrudan aktörlerin müdahaleleri ile yeni bir boyuta ulaşabilme potansiyelini her zaman canlı tutmaktadır.

Belirtilen hususlar nedeniyle özel bir öneme sahip olan sağlık politikası belirleme sürecinde oluşturulan aşamalara bağlı olarak çeşitli yaklaşımların geliştirildiği ilgili literatürden anlaşılabilir. Çalışmanın ilgili kısımlarında da değinildiği üzere politika belirleme sürecine yönelik öne çıkan yaklaşımlar arasında Simon, Lindblom ve Etzioni başta olmak üzere çeşitli teorisyenler tarafından geliştirilen teoriler bulunmaktadır. Bununla birlikte Walt, Buse, Dye gibi araştırmacılar tarafından da geliştirilen teorilere yönelik yeni bakış açılarının geliştirildiği ve bu yöndeki sürecin daha da detaylandırıldığı ve tartışıldığı görülmektedir. Ayrıca her zaman özgün ve güncel olma niteliğine sahip olan sağlık politikası belirleme süreci,

gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke ayrımı olmaksızın hiç bitmeyecek döngüsel karakterini her zaman muhafaza edecektir.

Modern ve postmodern devlet, küreselleşme, yönetişim gibi kavram ve süreçlerle de doğrudan bağlantılı olan sağlık politikası süreci, devletlerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine de paralel olarak sağlıkla ilgili konularda karar alma ve uygulama faaliyetlerini kapsamaktadır. Dolayısıyla sağlık politikası sürecinin bütün aşamalarında azami dikkat ve hassasiyet gösterilmesi; ülkedeki sağlık sorunlarının giderilmesinde, birey ve toplumun sağlık göstergelerinin iyileşmesinde ve de sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinin gelişmesinde kilit bir role sahiptir. Her bir aşamada yapılacak yanlışlar, sürecin başarılı bir şekilde tamamlanmasını engelleyerek sağlık politikası sürecinin de başarısız olmasına neden olacaktır.

Günümüz sağlık sistemlerindeki sorun ve sorun alanları göz önüne getirildiğinde küresel ve ulusal düzlemde birbirine bağımlılık esasına dayanarak sağlık politikalarının ve bu doğrultudaki süreç yönetiminin ne denli önemli bir hale geldiği rahatlıkla ifade edilebilmektedir. Bu noktadan hareketle 2020 yılından itibaren bütün dünyayı etkisi altında Covid-19 salgınında da görüldüğü üzere sağlığın mevcut ekonomik ve sosyal koşullar altında her geçen gün daha da küresel nitelikli bir hal aldığı; bu alandaki politikaların belirlenmesi sürecinin de Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, Avrupa Birliği, Uluslararası Para Fonu, küresel şirketler, sivil toplum kuruluşları, ulusal hükümetler, parlamentolar, bakanlıklar, meslek kuruluşları, sağlık profesyonelleri vb. çok aktörlü, daha karmaşık ve etkileşime açık, yönetişim odaklı bir karaktere işaret ettiği görülmektedir. Yine son dönemde Türk sağlık sisteminde hayata geçirilen ve Beyaz Reform olarak nitelendirilen yeniden yapılanma odaklı faaliyetler, sağlık politikası süreciyle bağlantılı en güncel örnekler arasında yer almaktadır. Özellikle sağlık personeline yönelik adımlarla ve dolayısıyla da sağlık hizmetleri sürecindeki mevcut durumun geliştirilmesine odaklanan bu reform uygulamasının, politika uygulama ve değerlendirme süreçlerinin devam ettiği görülmektedir.

Belirtilen hususlardan hareketle sağlık politikası belirleme sürecinde sorulması gereken soruların tam ve eksiksiz olarak sorulması, bu sorulara verilecek yanıtların objektif kriterler doğrultusunda belirlenmesi önem taşımaktadır. Sonuç olarak sağlık politikası belirleme sürecine ilaveten politika yapımcıların dikkatle üzerine gitmesini ve profesyonel bir şekilde araştırma yapılmasını gerektiren bir süreç olarak ifade edilen sağlık politikası analizi ve bu kapsamdaki yöntem ve modellerle sağlık politikası süreci bir başka boyuta daha evrilmiştir. Günümüzde Sabatier ve Bardach gibi teorisyenlerin bu alandaki analiz yöntemleri öne çıkmakta ve bu doğrultudaki çalışmaların devam ettiği görülmektedir.

## EXTENDED ABSTRACT

**Research Problem:** The study focused on health policy and the health policy process. Health policy has a feature that directly affects the functioning of the administrative process in health systems. The health policy process, in which various actors are effective or try to be, has been the subject of various studies. In this direction, the questions of how the health policy process works, what stages it consists of and what are the approaches on this issue constitute the problem of the study. Based on these questions, the aim of the study is to describe the current health policy process, the stages of the health policy process and the approaches in this direction.

**Research Question/s:** The research questions within the scope of the study are listed as follows: “What is health policy?”, “How does the health policy process work?”, “What stages does the health policy process consist of?” and “What are the prominent approaches in the literature on the health policy process?”.

**Literature Review:** The process of determining health policy consists of certain stages within a concept similar to the health policy cycle. The stages in the health policy setting process are listed as follows in the relevant literature: agenda setting, policy making, policy implementation and policy evaluation. Each stage is of particular importance for the successful completion of the health policy process. There are also various approaches to these stages. Regarding the health policy-making process in general Rational policy-making and planning theory developed by Simon; Step-by-step (marginal) policy-making and planning theory developed by Lindblom and mixed screening (complex) observation theory developed by Etzioni are emphasized.

**Methodology:** The study was designed within the framework of a review concept using the literature review technique. The stages and approaches related to the health policy making process are described. A review of the examples of the current health policy process.

**Result and Conclusion:** When the problems and problem areas in today’s health systems are considered, it can be easily expressed how important health policies and process management in this direction have become based on the principle of interdependence at the global and national level. The health policy process, which is directly related to concepts and processes such as the modern and postmodern state, globalization, and governance, includes decision-making and implementation activities on health-related issues in parallel with the socioeconomic development

levels of the states. Therefore, showing maximum attention and sensitivity at all stages of the health policy process; It has a key role in eliminating the health problems in the country, improving the health indicators of the individual and society, and improving the level of satisfaction with health services. Mistakes to be made at each stage will prevent the successful completion of the process and cause the health policy process to fail. It can be stated that each stage in the health policy-making process has a unique and special importance in terms of achieving the goals and objectives of policy makers. This process, which starts with agenda setting and ends with policy evaluation, actually points to a never-ending cycle. Because the fact that each policy put into practice does not produce the expected results or that there are different demands, expectations and problems in the process necessitates the repetition of the policy-making process within itself. This situation always keeps the potential of health policy to reach a new dimension with the interventions of indirect and direct actors at the global or national level, which are effective in the process.

---

**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:** Erdal EKE, 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:** Erdal EKE 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*. (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Akbolat, M., Ünal, Ö. ve Amarat, M. (2018). Gündem Belirleme. D. Tengilimoğlu (Ed.). *Sağlık Politikası*. (s. 59-78) içinde Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*. Yayın No: 749. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Anderson, J. (1975). *Public Policy Making*. London: Nelson.
- Bardach, E. (1977). *The Implementation Game. What Happens After a Bill Becomes A Law*. Cambridge: MIT Press.
- Barker, C. (1996). *The Healthcare Policy Process*. London: Sage Publications.
- Baumgartner, F. R. ve Jones, B. D. (1993). *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Birkland, T. A. (2007). Agenda Setting in Public Policy. Fischer, F., Miller, G. J. ve Sidney, M. S. (Eds.). *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*. (s. 63-78) içinde Boca Raton: Taylor&Francis.
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G. (2005). *Making Health Policy*. London: Open University Press.
- Cobb, R. W. ve Ross, M. H. (1997). Agenda Setting and the Denial of Agenda Access: Key Concepts. Cobb, R. W. Ve Ross, M. H. (Eds.). *Cultural Strategies of Agenda Denial: Avoidance, Attack and Redefinition*. (s. 3-24) içinde Kansas: Lawrence, University Press of Kansas.
- Dilaveroğlu, A. (2017). Kamu Politika Sürecinin Politik Çevre Bağlamında Değerlendirilmesi. *Journal of Research in Business & Social Science*, 6(2), 37-51.
- Dye, T. (2001). *Top Down Policymaking*. London: Chatham House Publishers.
- Dye, T. (2005). *Understanding Public Policy*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Etzioni, A. (1967). Mixed-Scanning: A "Third" Approach to Decision-Making. *Public Administration Review*, 27(5), 385–392. <https://doi.org/10.2307/973394>
- Fişek, N. (1984). Türkiye'de Sağlık Politikası. *Toplum ve Hekim*, 34, 30-31.
- Gerston, L. N. (2004). *Public Policy Making: Process and Principles*. Armonk: M.E. Sharpe.

- Hall, P., Land, H., Parker, R. ve Webb, A. (1975). *Change, Choice and Conflict in Social Policy*. London: Heinemann.
- Jabes, J. (1982). Individual Decision-Making. McGrew, A. ve Wilson, M. J. (Ed.). *Decision Making: Approaches and Analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Manheim, J. B. (1987). A Model of Agenda Dynamics. *Annals of the International Communication Association*, 10:1, 499-516.
- Kaptı, A. (2013). *Kamu Politikası Süreci*. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- Knill, C. ve Tosun, J. (2011). Policy-making. D. Caramani (Ed.). *Comparative Politics*. (s. 373-388) içinde New York: Oxford University Press.
- Köseoğlu, Ö. (2013). Kamu Politikası Sürecinde Karar Verme Modelleri. M. Yıldız ve Z. Sobacı (Ed.). *Kamu Politikası Kuram ve Uygulama*. (s. 244-265) içinde Adres Yayınları: Ankara.
- Lindblom, C. E. (1959). The Science of "Muddling Through". *Public Administration Review*, 19(2), 79–88. <https://doi.org/10.2307/973677>
- Lindblom, C. E. (1979). Still Muddling, Not Yet Through. *Public Administration Review*, 39(6), 517–526. <https://doi.org/10.2307/976178>
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. Taylor&Francis Group.
- Lipsky, M. (1971). Street Level Bureaucracy and the Analysis of Urban Reform. *Urban Affairs Quarterly*, 6, 391–409.
- Mayntz, R. (1977). Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet. *Die Verwaltung*, 10, 51–66.
- Mazmanian, D. ve Sabatier, P. (1983). *Implementation and Public Policy*. Glenview: Scott.
- McCombs, M. E. ve Shaw, D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *The Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187.
- McGrew, A. ve Wilson, M. J. (1982). *Decision Making: Approaches and Analysis*, Manchester: Manchester University Press.
- Memişoğlu, D. (2016). Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Yasama Dergisi*, (34), 62-93.

- Munger, M. C. (2000). *Analyzing Policy: Choices, Conflicts, and Practices*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Aldershot: Edgar Elgar Publishing.
- Pressman, J. L. ve Wildavsky, A. (1973). *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley: University of California Press.
- Pülzl, H. ve Treib, O. (2006). Policy Implementation. F. Fischer, G. Miller, M. Sidney (Eds.). *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. (s.89-107) içinde Boca Raton: CRC Press.
- Resmî Gazete (2022). "Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği" Tarih: 12.08.2022 Sayı: 31921.
- Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M. R. (2004). *Getting Health Reform Right A Guide To Improving Performance And Equity*. New York: Oxford University Press.
- Rogers, E. M. ve Dearing, J. W.(1988). Agenda-Setting Research: Where Has It Been, Where Is It Going?. *Annals of the International Communication Association*, 11:1, 555-594.
- Sağlık Bakanlığı (1998). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Yayın No:814, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı (2021). *Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1215, Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Matbaası.
- Sabatier, P.A. (1986). Top-Down And Bottom-Up Approaches To Implementation Research: A Critical Analysis And Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6, 21-48.
- Sabatier, P. ve Jenkins-Smith, H. (1993). *Policy Change and Learning*. Boulder, CO: Westview Press.
- Severin, W. J. ve Tankard, J. W. (1994). *İletişim Kuramları: Kökenleri, Yöntemleri ve Kitle İletişim Araçlarında Kullanımları*. A. A. Bir ve N. S. Sever (Çev.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Shifmann, J. (2009). Agenda Setting in Public Health Policy. Carrin, G., Buse, K., Heggenhougen, H. K. ve Quah, S. R. (Eds.), *Health Systems Policy, Finance and Organization*. (s. 17-22) içinde Geneva: World Health Organization Academic Press.

- Sidney, M. S. (2007), *Policy Formulation: Design and Tools*, F. Fisher, G.J. Miller ve M. S. Sidney (Ed.), *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. (s. 79-87) içinde Boca Raton, Londra ve New York: CRC Press.
- Simon, H. A. (1982). *From Substantive to Procedural Rationality*, A. McGrew ve M. J. Wilson. *Decision Making: Approaches and Analysis*. Manchester: Manchester University Press.
- Simon, C. A. (2007). *Public Policy: Preferences and Outcomes*, Boston, USA: Pearson Education.
- Tatar, M. (2006). Sağlık Politikası Nedir?. *Makro Bakış, Sağlık Politikası Gündemi*, No: 2.
- Tatar, M. (2007). Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci: Teori ve Türk Sağlık Politikalarına Genel Bir Bakış. C. C. Aktan ve U. Saran (Ed.). *Sağlık Ekonomisi ve Politikası*. (s.397-434) içinde. İstanbul: Aura Kitapları.
- TDK (2022). *Gündem*. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr>
- Tengilimoğlu, D. ve Güzel, A. (2018). Sağlık Politikası Belirleme Süreci ve Politikayı Belirleyen Aktörler. D. Tengilimoğlu (Ed.). *Sağlık Politikası*. (s. 9-37) içinde Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Web\_1 (2022). "Sağlık Bakanı Koca, 81 il sağlık müdürü ile "Beyaz Reform" gündemiyle bir araya geldi". Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakani-koca-81-il-saglik-muduru-ile-beyaz-reform-gundemiyle-bir-araya-geldi/2685310>
- Web\_2 (2022). "Sağlıkta Şiddet ve Malpraktis Yasası Mecliste Kabul Edildi – 16 Mayıs 2022". Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://ohsad.org/saglikta-siddet-ve-malpraktis-yasasi-mecliste-kabul-edildi-16-mayis-2022/>
- Web\_3 (2022). "Malpraktis davalarında tazminatı devletin üstlenmesine ilişkin yönetmelik Resmî Gazetede". Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/malpraktis-davalarinda-tazminati-devletin-ustlenmesine-iliskin-yonetmelik-resmi-gazetede/2613976>
- Web\_4 (2022). "Sağlık-Sen Başkanı Durmuş'tan 'Beyaz Reform' açıklaması". Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://www.dha.com.tr/gundem/saglik-sen-bas-kani-durmustan-beyaz-reform-aciklamasi-2130544>
- Web\_5 (2022). "Tabip-Sen'den "Sağlıkta Beyaz Reform" Değerlendirmesi: "Bu Dönüşümün Eksiklikleri Giderilmelidir". Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://saglikagi.net/tabip-senden-saglikta-beyaz-reform-degerlendirmesi/>

- Web\_6 (2022).“Sağlıkçılardan ‘Beyaz reform’a karşı grev sinyali”. Erişim Tarihi: 17.10.2022 Erişim Adresi: <https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/saglikcilardan-beyaz-reforma-karsi-grev-sinyali-1993126>
- Web\_7 (2022).“Bağımsız Sağlık-Sen Başkanı Bayraktar: Teşvik Uygulamasındaki Adaletsizlik Derhal Giderilmeli”. Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: <https://www.bagimsizsaqlik-sen.org.tr/faaliyetler/item/1296-bagimsiz-saglik-sen-baskani-bayraktar-tesvi-k-uygulamasindaki-adaletsi-zli-k-derhal-gi-deri-lmeli.html>
- Web\_8 (2022). “Dava Açıldı Kazanmak İçin Mücadeleye Devam”. Erişim Tarihi: 10.10.2022 Erişim Adresi: [https://www.turksagliksen.org.tr/sube-haber/dava-acildi-kazanmak-icin-mucadeleye-devam-\\_4898.html](https://www.turksagliksen.org.tr/sube-haber/dava-acildi-kazanmak-icin-mucadeleye-devam-_4898.html)
- Wagle, U. (2000). The Policy Science of Democracy: The Issues of Methodology and Citizen Participation, *Public Sciences*, 33, pp.207-223.
- Walt, G. ve Gilson, L. (1994). Reforming The Health Sector In Developing Countries: The Central Role Of Policy Analysis. *Health Policy Plan*, 9, 353-70.
- Walt, G. (1994). *Health Policy, An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books Ltd.
- Wildavsky, A. (1979). The Politics Of The Budgetary Process. (Third Edition). Boston: MA: Little, Brown and Company.
- Windhoff-Héritier, A. (1980). *Politikimplementation. Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen*. Königstein: Anton Hain.
- Wollmann, H. (2007), “Policy Evaluation and Evaluation Research”, F. Fisher, G. J. Miller ve M. S. Sidney (Ed.). *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics, and Methods*. (s.393-404) içinde Boca Raton, Londra ve New York: CRC Press.
- World Health Organization (2022). *Health Policy*. Erişim Adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-policy>



# SAĞLIK POLİTİKASI ANALİZİ: KAVRAM, YÖNTEM VE TEKNİKLER

## Health Policy Analysis: Concept, Methods And Techniques

İbrahim Hüseyin CANSEVER\*

### Öz

Sağlık politikası, bir toplumda belirli sağlık hedeflerine ulaşmak için alınan kararlar, planlar ve eylemler olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık politikalarının analizi, hem uygulamada olan politikaların gelişimi ve sonuçlarının ortaya konulması hem de geleceğe yönelik politikaların ortaya konulması için önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık politikası analizi, bireylerin ve toplumun sağlığına daha önce hiç olmadığı kadar katkıda bulunacak bir konumdadır. Politika analizine yönelik yaklaşımlar büyük ölçüde kullanılan disiplinler çerçeveye ve analizin amacına bağlıdır. Elbette ki belirli politikanın ekonomik analizi ile toplumun üzerindeki potansiyel etkinin analizi farklı bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık politikası, sağlık politikası analizi kavramlarını açıklamak ve sağlık politikası analizi yöntem ve tekniklerini ortaya koymaktır. Amaca yönelik olarak doküman incelemesi yönteminden faydalanılmıştır. Çalışmada, Türkçe alanyazında oldukça az gelişmiş durumda olan sağlık politikası analizi her yönden ele alınmış, sağlık politikası analizi yöntem ve teknikleri ortaya konulmuş ve konuda yapılan örnek çalışmalar bütüncül şekilde sunulmuştur. Akademik alanda yapılacak sağlık politikası analizleri önemli bir yer tutmakta, bu çalışmanın da sağlık politikası analizine ilişkin yöntem ve teknikleri bütüncül şekilde sunması sebebiyle araştırmacılara yol gösterici nitelikte olması bakımından önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Politika Analizi, Kamu Politikası Analizi, Sağlık Politikası, Sağlık Politikası Analizi.

### ABSTRACT

Health policy can be defined as the decisions, plans and actions taken to achieve certain health goals in a society. The analysis of health policies has an important place both for the development and results of the policies in practice and for revealing the policies for the future. Health policy analysis is in a position to contribute to the health of individuals and society more than ever before. Approaches to policy analysis largely depend on the disciplinary framework used and the purpose of the analysis. Of course, the economic analysis of the particular policy and the analysis of the potential impact on society require a different approach. The aim of this study is to explain the concepts of health policy, health policy analysis and to reveal the methods and techniques of health policy analysis. For this purpose, the document analysis method was used. In the study, health policy analysis, which is quite underdeveloped in the Turkish literature, is handled from all aspects, health policy analysis methods and techniques are presented, and case studies on the subject are presented in a holistic way. Health policy analyzes in the academic field have an important place, and it is thought that this study will fill an important gap in terms of being a guide for researchers since it presents the methods and techniques of health policy analysis in a holistic way.

**Keywords:** Policy Analysis, Public Policy Analysis, Health Policy, Health Policy Analysis.

\* Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, ihcansever@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-9999-6789.

## 1. GİRİŞ

Sağlık, sadece hastalığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 1978). Sağlık politikası; hastane, toplum ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından çok daha geniş bir yelpazeyi içermektedir. Hastaların yanı sıra sağlıklı nüfusla ve sağlığı etkileyen daha geniş sosyal ve fiziksel çevrelerle giderek daha fazla ilgilenmektedir (Green ve Thorogood, 1998). Sağlıklı bir toplumun varlığı, ülkedeki diğer tüm sektörlerin temel girdisi olduğundan bir ülkede sağlıklı nüfusa sahip olma durumu oldukça önemli bir yere sahiptir. Bireyler ve toplumlar zamanla bir sağlık durumundan diğerine geçerler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre sağlık, geçici bir durum olarak görülebilir (Seavey, Aytur ve McGrath, 2014).

Sağlık birden fazla sektör ve/veya olguyu etkilediği gibi bunlardan da açık şekilde etkilenmektedir. Sağlık sektörü, örneğin ekonominin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sektör bir yandan istihdam edilen birçok sağlık çalışanına yapılan ödeme ve yatırımlarla ekonomi üzerinde önemli bir gider kalemi iken; diğer yandan ekonomik olarak üretken bir nüfus sağlayarak ekonominin itici gücü olma konumundadır. Bunun yanında, yoksulluk, fiziksel çevre ve eğitim gibi faktörler sağlık durumu üzerinde etkilidir. Bu nedenle, bu alanlardaki politikaların (sigara veya alkol üzerindeki vergiler gibi) insanların sağlığını etkilemesi muhtemeldir. Diğer alanlardaki politikalar ile sağlık arasındaki ilişkiyi ve sağlık üzerindeki etkisini anlamak önemlidir çünkü artan obezite gibi önemli sağlık sorunlarının üstesinden gelmeye yardımcı olabilir (Buse vd., 2012).

Bu çalışmanın amacı, sağlık politikası, sağlık politikası analizi kavramlarını açıklamak ve sağlık politikası analizi yöntem ve tekniklerini ortaya koymaktır. Amaca yönelik olarak doküman incelemesi yönteminden faydalanılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılmak istenen olgu/durum hakkında bilgi içeren yazılı belgelerin incelenmesidir. Doküman incelemesi tek başına veri toplama tekniği olarak kullanıldığı gibi diğer veri toplama teknikleri ile birlikte de kullanılabilir. Dokümanlar, nitel araştırmalarda önemli şekilde kullanılması gereken kaynaklar olarak görülmektedir (Mogalakwe, 2006; Arıkan, 2011; Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu kapsamda, politika, politika analizi, kamu politikası ve analizi, sağlık politikası ve sağlık politikası analizi ile ilgili dokümanlar incelenmiştir.

## 2. POLİTİKA VE POLİTİKA ANALİZİ

Politikalar özel ve kamu sektöründe yapılabilmektedir. Özel sektör politikalarını devletler tarafından ortaya konulan hukuk sınırları içinde yapılmasını sağlamak



zorundadır. Politika, belirlenen amaç veya hedeflere ulaşmaya yönelik eylemler bütünü şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2011). Politika, bir yönetim teşkilatının alanıyla ilgili tercih ettiği yol, yöntem ve ilkelerin belirlendiği uygulandığı ve değerlendirildiği alandır (Çevik, 2016). Goodin, Moran ve Rein (2006), politika analiz düşüncelerini birbirine bağlı olacak şekilde şu şekilde açıklamıştır: politika, tartışmak ve pazarlık ile ilgilidir; politika yapımı her zaman belirli kısıtlamalar altında bir seçim meselesidir; politika sorunlara yanıt olarak yapılır, ancak sorunlu olarak algılanan şeyin kendisi sabit değildir ve zamanla değişir.

Politika analizi, alternatif politika seçeneklerinin sistematik olarak araştırılması ve her bir seçeneğin lehine ve aleyhine olan kanıtların toplanması ve bütünleştirilmesi (Ukeles, 1977) veya akıl ve kanıt yardımıyla bir dizi alternatif arasından en iyi politikanın seçimi olarak tanımlanabilir (MacRae, 1979). Politika analizi, hükümetlerin belirli politikaları nasıl ve neden yürürlüğe koyduklarını ve bunların etkilerini anlamak için bir yol sağlar (Browne vd., 2018: 1032). Politika analizi, politika uygulanmadan önce veya sonra yapılabilir. Aralarından seçim yapmak için alternatif politikaların sonuçlarını tahmin etmek için veya bir politikanın sonuçlarını tanımlamak için yapılabilir. Bu kapsamda politika analizi genel olarak (Parsons, 1995) iki farklı yaklaşımı içermektedir:

- *Politika* analizi: sorunların nasıl tanımlandığı, gündemlerin nasıl belirlendiği, politikanın nasıl oluşturulduğu, alınan kararlar ve politikanın nasıl değerlendirildiği ve uygulandığı;
- Politika için analiz: problem tanımlama, karar verme, değerlendirme ve uygulamada analitik tekniklerin, araştırma ve savunuculuğun kullanımını kapsar.

İlk yaklaşım, öncelikle bilgi üretmek için üstlenilen geçmişe dönük çalışma olarak; ikincisi, politika süreçleriyle aktif katılım gerektiren daha fazla uygulamalı olarak görülebilir. *Politika* analizi (tanımlayıcı politika analizi de denilmektedir) genellikle geriye dönük ve açıklayıcıdır, politikanın belirlenmesini (politikaların nasıl gündeme geldiğini, nasıl başlatıldığını ve formüle edildiğini) ve politikanın nelerden oluştuğunu (içerik) keşfetmek için geriye bakmaktadır. Aynı zamanda politikanın değerlendirilmesini ve izlenmesini de içerir (Hedeflerine ulaştı mı? Başarılı olarak görüldü mü?) (Buse vd., 2012). Politikanın doğasını, nasıl ortaya çıktığını ve geliştiğini etkileyen güçleri, onu şekillendirme ve etkileme fırsatlarını ve hatta politika analisti olmanın yollarını anlamak için giriş noktaları sunmaktadır. Politika analizi, çevremizdeki olaylar hakkındaki an-

layışımızı geliştirdiği için de özünde değerlidir (Gilson, Agyepong ve Shiffman, 2018, s. 10).

İkinci yaklaşım olan politika için analiz (ileriye dönük politika analizi de denilmektedir), genellikle ileriye dönüktür ve belirli bir politika uygulamaya konulursa ne olacağını tahmin etmeye çalışır. Politikanın nasıl değiştirileceğine dair stratejik düşünceyi besler ve politika savunuculuğuna veya lobi faaliyetlerine yol açabilir (Buse vd., 2012). İleriye dönük politika analizindeki başlıca görevler şunları içermektedir: (1) karmaşık sorunların tanımlanması ve doğrulanması, (2) sorunları çözenin alternatif yollarının niceliksel ve niteliksel olarak karşılaştırılması ve (3) bu bilgilerin bir düzende birleştirilmesi. Dolayısıyla politika için analiz; alternatif politikalara ilişkin stratejilerin uygulanmasının ve politika benimsemenin sonuçlarının teknik ve ekonomik fizibilitesinin ve siyasi uygulanabilirliğinin de sistematik bir değerlendirmesidir (Patton, Sawicki ve Clark, 2016). Politika analizini bir süreç olarak ele alan, daha iyi ve kolay anlayabilmek adına McLaughlin ve McLaughlin (2019) politika analizi sürecinin temelde genellikle içerdiği faaliyetleri belirtmiştir. Bunlar Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1:** Temelde Politika Analizi Sürecinin İçerdiği Faaliyetler

Faaliyet	Faaliyetin içeriği
Sorun tanımlama	Neden bir şeyleri yapma şeklimizi değerlendirmemiz ve muhtemelen değiştirmemiz gerekiyor? İnsanlar ne tür eylemler istiyor? Bu politika alanına kıt kaynakların ayrılmasını gerektiren itici güçler nelerdir? Amaçlanan çıktı nedir? Beklenen sonuç nedir?
Süreç tanımı	Şu anki durum nedir? Mevcut sonuçlar neden bazıları için tatmin edici değil? Bu konuda ne yapılıyor? Şu anki oyuncular kimler ve rolleri neler? İnsanlar konuyu etkili bir şekilde çerçeveleyiyor mu? İlgili bir zaman boyunca sonuçlar için beklentiler nelerdir?
Süreç analizi	Pratikte neler oluyor? Çıktılar ve sonuçlar nasıl ölçülür? İlgili taraflar ne tavsiye ediyor? Kaynak girdileri nelerdir? Uygunlar mı? Çıktılar adil bir şekilde dağıtılıyor mu? Süreç analizine tutarlı bir dizi adım kullanılarak yaklaşılabılır: İlgili çıktıları ve sonuçları veren mevcut süreçlerin operasyonel olması için gerektiği kadar ayrıntılı olarak haritasını çıkarmak. Çözüm stratejilerinin bir listesini oluşturun ve bunu uygulanabilir alternatiflere daraltmak. Daha umut verici alternatifler için en iyi süreçlerin haritasını çıkarmak. Yeni teknolojilerin ilgili zaman ufku içinde her bir süreci nerede, nasıl ve ne zaman değiştirebileceğini sormak. En umut verici alternatiflerin kaynak gereksinimlerini belirleyin ve ardından bunları maliyetlendirmek. Kurtarılan hayatlar, kaçınılan hastane günleri veya hizmet verilen kişiler gibi diğer süreç parametrelerini hesaplamak.

Nitel analiz	Faydaların, kalitenin, eşitliğin, dağılımın ve sonuçların algılanan adaletin değerlendirilmesi ile ilgili nicel olmayan konuları belirlemek ve değerlendirmek.
Değerlendirme ve seçim	Seçenekleri değerlendirmek ve bir seçim yapmak için adımlar atmak: Kanıtı nicel ve nitel olarak tartın ve aşağıdakileri değerlendirmek için sonuçları gözden geçirmek: Teknik fizibilite (tıbbi kanıt ve operasyonel etkinlik) Siyasi fizibilite Ekonomik fizibilite Bir politika seçimi yapmak. Bulgularınızı ve sonuçları raporlamaya hazırlanmak.
Uygulama stratejisi	En uygun alternatif(ler) için değişim ve destek için kamu, profesyonel ve tüketici desteği nasıl elde edilir? Erken uygulayıcı ve tüketici katılımı nasıl sağlanır? Çatışan çıkarılara nasıl arabuluculuk edilir?
Uygulama planlaması	Seçilen alternatifin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamak için hangi adımların atılması gerekiyor? İyileşme seviyesi nasıl değerlendirilecek?
Politika süreçleri hakkında geri bildirim	Doğru seçimleri mi yapıldı? Gelecekte daha iyi politika seçimlerini mümkün kılmak için neler yapılabilir?

**Kaynak:** McLaughlin ve McLaughlin, 2019

Politika analizi yapmanın faydaları şu şekilde sıralanabilir (Walt, 1996; Kraft ve Furlong, 2007; Gilson, 2012):

- Politikaların nasıl ve niçin başarılı ya da başarısız olduğunun açıklanmasına yardımcı olur,
- Gelecekteki politika oluşturma sürecinin gelişmesini ve/veya daha iyi uygulanmasını sağlar,
- Kanıt temelli olduğu için daha uygulanabilir politikalara yol açması muhtemel olan bir süreç sağlar,
- Politika sürecine daha fazla paydaşın katılımını sağlayarak temsili artırır.

Politika analizinin zayıf yönlerini ise şu şekilde sıralamak mümkündür (Walt, 1996; Çevik, 1998):

- Tüm politikalara siyasi nedenlerle karar verilir, bu nedenle zaman ve mekân da benzersizdir ve genelleştirilemez,
- Süreçteki karmaşıklık sebebiyle uzun sürebilmektedir,
- Politika analizi için ihtiyaç duyulan bilgiler hassastır, bu nedenle araştırmacılar bu bilgiler eski olabilir, ulaşamayabilir veya kullanamayabilirler,

- Bilgi niteldir ve birçok farklı yönden taraflı olmaya tabidir bu nedenle araştırmacının duyarlılığına bağlı olacaktır.
- Analistin tarafsızlığı çoğu zaman zordur.

### 3. KAMU POLİTİKASI VE KAMU POLİTİKASI ANALİZİ

Kamu politikası, hükümet politikasını veya devlet kurumlarının politikalarını ifade etmektedir. Dye (2001) kamu politikasını, hükümetlerin yapmayı ya da yapmamayı seçtikleri her şey olarak ifade etmiştir. Anderson (1975) ise politikayı bir sorun ya da endişe konusuyla uğraşırken bir aktör ya da aktörler grubu tarafından izlenen amaçlı bir eylem tarzı olarak tanımlamıştır. Politikalar; uygulamalar, beyanlar, düzenlemeler ve yasalar gibi birçok şekilde ortaya konulabilmektedir (Buse vd., 2012).

Kamu politikası süreci temelde dört aşamaya ayrılmaktadır. Bunlar; gündem belirleme, formüle etme, uygulama ve değerlendirmedir. Gündem belirleme, toplumların karşı karşıya kaldığı pek çok sorunun az bir bölümünün karar vericilerin dikkatine sunulduğu konuların sıralanması aşamasıdır. Formülasyon aşamasında, yasama organları ve diğer karar alma organları politikaları tasarlar ve yürürlüğe koyar. Uygulama aşamasında hükümetler bu politikaları yürütür ve değerlendirme aşamasında etki değerlendirilir.

Bilimsel, mesleksi ve siyasal amaçlar için yapılabilecek (Ranney, 1968: 13) olan kamu politika analizini Dye (2012); hükümetlerin ne yaptığını, neden yaptığını ve yapılanın toplumun üzerindeki etkilerini anlamak şeklinde tanımlamıştır. Politika analizi; politikanın ortamını, amacını ve etkisini anlamada kullanılan bir yöntemdir dolayısıyla politikanın güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmeyi sağlar (World Health Organization, 2005). Dye (2012), politika analizinin özelliklerini; bir talimattan ziyade açıklamalar yapmaya çalışmak, kamu politikasının nedenleri ve sonuçlarının anlaşılması için geçerli bir araştırma yapmak ve politikaların neden ve sonuçlarının anlaşılması için öneriler geliştirmek, test etmek ve bu amaçlar doğrultusunda bulgular sunmak olarak sıralamıştır. Politika analizleri sonuç olarak, ulusal ve yerel düzeylerde, siyasal aktörler veya hükümet yetkilileri tarafından karar verme süreçlerine, bunların kamu politikasını üretmek için nasıl etkileşime girdiğine ve etkilerine odaklanır (John, 1998).

Browne vd. (2018) makalelerinde; Colebatch (2006) ve Bacchi'nin (1999, 2009) açıklamalarından yola çıkarak politika analizlerini; geleneksel, ana akım ve

yorumlayıcı olarak üç kategoride toplamışlardır. Yapılan ayrıma ilişkin detaylar Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2:** Politika analizine yönelik temel yönelimlerin karşılaştırılması

Politika analizine yönelimler	Analitik odak	Araştırma sorularının türü	Teorik çerçeveler	Veri kaynakları ve yöntemleri	Başlıca kaynaklar
Geleneksel	Gerçekler	<b>Sonuç soruları</b> Bu politika sorunu nasıl çözülebilir; optimal çözüm nedir?	Ekonomik çerçeveler; Temel bilimsel modeller; davranış psikolojisi	Nicel modelleme; ekonomik analizler; Maliyet fayda analizi; dürtme siyaseti; politika döngüsü modeli	Cochrane incelemeleri (Cochrane Library, 1999-2017); OECD raporları, 2016; Maliyet Etkinliğini Değerlendirme (Vos vd., 2010)
Ana Akım	Değerler Aktörler Siyasi akılcılık	<b>Etkileşim soruları</b> Hangi değerler tehlikede; kimin sesi duyulur? Siyasi öncelik nasıl oluşturulur?	Politika döngüsü; politika üçgeni; noktalı denge; çoklu akış teorisi; savunuculuk koalisyonu çerçevesi	Görüşmeler; belge analizi; anketler	Collins (2005), Hill (2009), Sabatier ve Jenkins-Smith (1999), Walt ve Gilson (1994)
Yorumlayıcı	Anlamlar	<b>Temsil soruları</b> Politika sorunu nasıl tanımlanır veya oluşturulur; Hangi varsayımlar problem çerçevesinin temelini oluşturmaktadır?	Temsil edilen problem nedir; çerçeveleme; yönetimsellik	Görüşmeler; belge analizi; etnografik yöntemler; tarihsel yöntemler; söylem analizi; anlatı analizi	Bacchi (2009), Yanow (2000), Fischer (2003), Martson ve Medonald (2006), Hajer ve Laws (2006)

**Kaynak:** Browne vd. (2018)'den alınarak Türkçeleştirilmiştir.

Tabloda yer alan geleneksel politika çalışmaları, sorunların belirlenmesine ve çözümlenmesine yönelik bilimsel bir yaklaşımı benimsemektedir. Bu yönelim altında, politika analizi, nesnel olarak bilinebilir bir dünyada problem çözmeye yönelik rasyonel ve kapsamlı bir yaklaşımın uygulanmasını içermektedir. Maliyet-fayda analizi, risk değerlendirmesi, bütçeleme sistemleri gibi teknokratik yöntemler, politika döngüsü modeli gibi geleneksel yaklaşımların örnekleridir. Ana akım yönelim,

politikanın kapsamlı bir şekilde rasyonel, doğrusal bir süreç olarak kavramsallaştırılmadığı, ancak genel olarak kurumlar aracılığıyla yönlendirilen ve siyaset aracılığıyla aracılık edilen değerler, çıkarlar ve kaynakların etkileşimi olarak görüldüğü gündem belirleme, politika süreçleri, politika ağları ve yönetim çalışmalarını içerir. Yorumlayıcı politika analizinin odak noktasını, sorun temsili ve politika sorunlarının çerçevesinin olası politika yanıtları dizisini nasıl şekillendirdiği oluşturmaktadır. Bu kapsamda örneğin, şekerle tatlandırılmış içecek sorunu, politika oluşturma sürecinin ömrü boyunca nasıl temsil edildi sorusuna yanıt aramaktadır. Politika analizinin odak noktası ve araçları olarak; politika sorununun resmi hesapları ve çözümleri, politikanın oluşumuna ilişkin rakip hesaplar, çeşitli hesapları destekleyen varsayımlar, problem temsiline tarihinin kullanılmaktadır (Browne vd., 2018).

## 4. SAĞLIK POLİTİKASI VE SAĞLIK POLİTİKASI ANALİZİ

Giriş bölümünde sunulan DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımından yola çıkarak; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal refah üzerinde etkili olan politikalar, açıkça sadece sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini ilgilendiren politikalar değil, aynı zamanda ulaşım, istihdam, yoksulluk gibi birçok alanı yakından ilgilendiren politikalar (Green ve Thorogood, 1998).

Sağlık politikası; sağlık sisteminin kurumlar, organizasyonlar, hizmetler ve finansman düzenlemelerini etkileyen eylem (ve eylemsizlik) yollarını kapsamaktadır (Buse vd., 2012). Sağlık politikası bir toplumda belirli sağlık ve sağlık hizmetleri hedeflerine ulaşmak için üstlenilen kararlar, planlar ve eylemler olarak anlaşılabilmesine rağmen (WHO, 2018), aynı zamanda özünde *süreç ve güç* ile ilgilidir (Gilson, Agyepong ve Shiffman, 2018, s. 10). Sağlık politikası; sıtma, AIDS, sağlığın geliştirilmesi gibi *teknik konularla* ilgili olabildiği gibi; finans, özel sektör, yönetim ve organizasyon ve sağlık hizmet sunumu gibi *kurumsal konularla* da ilgili olabilmektedir (Janovsky ve Cassels, 1996). Palmer ve Short (1998), sağlık politikasını diğer politika alanlarından farklı kılan üç ayırt edici özelliğe işaret etmektedir. Bunlar;

- Tıp mesleğinin genel olarak sağlık politikalarındaki etkisi, eğitim veya sosyal yardım gibi diğer alanlardaki mesleklerin etkisinden çok farklıdır,
- Sağlık sistemlerinin karmaşık ve bazen tekeli doğası göz önüne alındığında, seçeneklerinin sunulması zordur. Bu nedenle, birçok konuda önemli değişiklikler ve yumuşatma gerektirir,

- Sağlık hizmetlerinde karar verme sıklıkla diğer kamu ve sosyal politika alanlarında benzeri olmayan ölüm kalım kararlarını içermektedir.

Burada sağlık politikalarının diğer politikalarından daha karmaşık ve zor olmasının aslında Bamba ve arkadaşları (2005) tarafından açıklanan sağlığın politik bir olgu olduğu konusu da açıklamaktadır:

- Sağlık politiktir, çünkü neoliberal bir ekonomik sistem altındaki diğer herhangi bir kaynak veya meta gibi, bazı sosyal gruplar diğerlerinden daha fazlasına sahiptir,
- Sağlık politiktir, çünkü sosyal belirleyicileri politik müdahalelere açıktır ve bu nedenle politik eyleme veya eylemsizliğe bağlıdır,
- Sağlık politiktir, çünkü sağlık ve esenlik için yeterli bir yaşam standardı hakkı, vatandaşlığın ve bir insan hakkının bir parçasıdır veya olmalıdır.

Belirli bağlamlarda belirli politikaların nasıl ve neden, kim tarafından, kim için, hangi varsayımlara dayanarak ve hangi etkiyle geliştirildiğini anlamak için politika analizine ihtiyaç vardır (Blackmore ve Lauder, 2005: 97). Sağlık politikası analizi, politika sürecinde kurumlar, çıkarlar ve fikirler arasındaki etkileşimi açıklamayı amaçlayan çok disiplinli bir kamu politikası yaklaşımını içermektedir. Geçmişteki politika başarılarını ve başarısızlıklarını anlamak ve gelecekteki politika uygulamalarını planlamak için hem geriye dönük hem de ileriye dönük olarak yararlıdır (Walt vd., 2008).

Genel olarak sağlık politikası analizi, kimin hangi politika kararlarını, ne zaman, neden ve nasıl ve hangi sonuçlarla aldığına incelenmesidir (Gilson, Agyepong ve Shiffman, 2018, s. 10). Sağlık politikası analizi; politika sürecinde kurumlar, çıkarlar ve fikirler arasındaki etkileşimi açıklamayı amaçlayan çok disiplinli bir kamu politikası yaklaşımıdır. Sağlık politika analizi, politika belirleyicilerinin hedefleri nasıl belirlediklerini, öncelikler konusunda nasıl karar verdiklerini anlamada yardımcı olmaktadır (Barker, 2000). Örnek olarak obeziteyi düşündüğümüzde; obezitenin nedeni ve sonuçları hakkında çok şey bilinmesine rağmen, siyaset ve sağlık sistemlerinin bu bilgiye nasıl yanıt vermesi gerektiği veya verdiği tepkinin sonuçlarının ne olduğu, sağlık politikası analizinin odak noktası haline gelmekte ve sağlam politika analizi yapmanın önemi ortaya çıkmaktadır (Seavey, Aytur ve McGrath, 2014).

Geriye veya ileriye yönelik politika analizi yaparken şu konulara önem verilmesi gerekmektedir (Buse vd., 2012; Gilson, Orgill ve Shroff, 2016);

- Analistin bilgi birikiminin güçlü olması (teorik çerçeve, politika süreçleri hakkında bilgi, analiz yapılan alandaki boşluklar, ülkenin siyasi konumu ve içinde bulunduğu durum vb.),
- Paydaş analizi ile paydaşların konumlarının ve güçlerinin belirlenmesi (bakınız Glassman vd., 1999)
- Veri Toplama ve bilgiye dönüştürme (kanıta dayalı politika),
  - Politika dokümanları,
  - Maliyet analizleri,
  - Bireylerden elde edilen bilgiler,
  - Sosyal medyadan elde edilen bilgiler.
- Etik sorunları (eşit katılımı sağlamamak, bilgiyi gizlemek vb.) olabildiğince ortadan kaldırmak,
- Analistin, analize yaklaşımı şekillendiren değerleri netleştirmesi ve öznel bakış açısından olabildiğince uzaklaşması.

Politika giderek devlet sınırlarının dışındaki güçler (küresel sivil toplum gibi) tarafından şekillendirilmekte ve etkilenmektedir (Keck ve Sikkink, 1998). İlk dönem politika analizi, devlet, politikacılar, bürokratlar ve çıkar grupları üzerine odaklanmış (Hogwood ve Gunn 1984; Grindle ve Thomas, 1991); ancak son dönemde, politika sürecine çok daha geniş bir dizi aktörün katılımına işaret eden politika sürecindeki değişiklik görülmüş ve analizlere yansımıştır (Buse vd., 2012). Örneğin birçok ülkede, kâr amacı güden ve gütmeyen kuruluşlar da dâhil olmak üzere özel sektör, büyük ve küçük sağlık politikasında önemli bir oyuncu haline gelmiştir. Bunun yanında, kamu ve özel sektör arasındaki ortaklıklar ve sürece toplumun katılımının da eklenmesiyle sağlık politikası ortamı değişmiştir.

Politika analizinde veriye ulaşım ve bu verinin bilgiye dönüştürülmesi oldukça önemli bir yer kaplamaktadır. Teknoloji ve temel bilimler, hastalık ve sağlıkla ilgili daha fazla bilgi alanı açmış, veri kaynakları genişleyerek bilgiye daha fazla erişim imkânı doğmuştur. Bilgisayar sistemleri, daha kesin ve karmaşık analitik süreçler sağlamak için büyük miktarda verinin analizine izin vermektedir. Bu sebeple sağlık politikası analizinin rolü daha kritik hale gelmiştir (Seavey, Aytur ve McGrath, 2014).



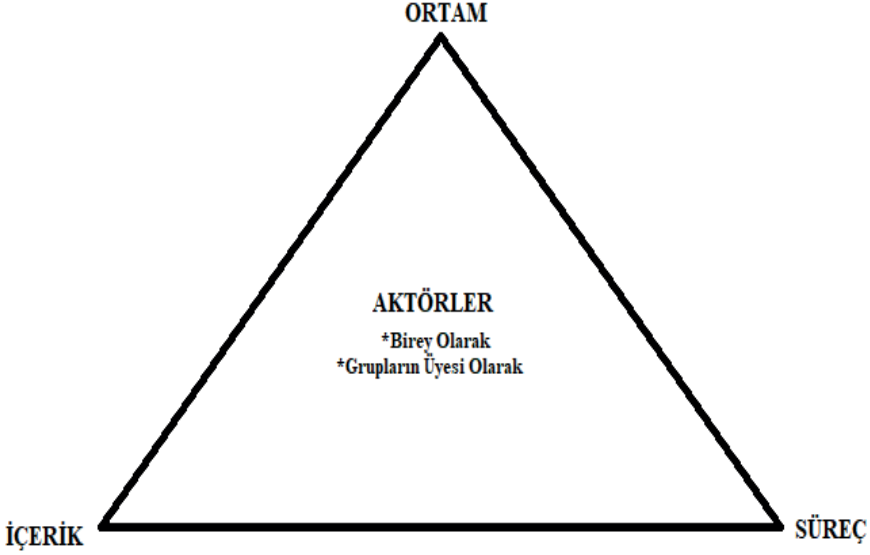
Doğa bilimlerinde nedensellik, herhangi bir katılımcının/gözlemcinin anlayışından bağımsız olarak var olan ölçülebilir bir değişken aracılığıyla bir sonucu açıklayan bir açıklamaya atıfta bulunabilmektedir. Ancak, politika bilimlerinde açıklama arayışı hem katılımcı hem de değişkenin gözlemcisi tarafından tutulan algılarla yakından bağlantılıdır. Politika analisti belirli bir yaklaşımı desteklememiş olsa bile, politika pozisyonlarını değiştirmeye veya hafifletmeye çalışmak için karşı argümanları sunmak isteyebilir. Bunun yanında analistin özellikle ileriye yönelik analiz yaparken (Buse vd., 2012); gündemdeki sorunlarla meşgul olmak; fırsat pencerelerini görmek; gündemlerin nasıl belirlendiğini anlamak; önerilen politikanın maliyet ve faydalarının potansiyel dağılımına dayalı olarak ilgili tarafların pozisyonlarını, çıkarlarını ve gücünü anlamak; çözümleri politik olarak daha uygun hale getirmek; sorun ve önerilen çözüm tanımını daha geniş çapta kabulünü teşvik etmek için siyasi süreçleri nasıl etkileyeceğini anlamak gibi birçok konuda önemli görevleri bulunmaktadır.

## 5. SAĞLIK POLİTİKASI ANALİZİNDE KULLANILAN YÖNTEM VE TEKNİKLER

Sağlık politika analizi için birçok yöntem bulunmaktadır. Bu kapsamda çalışmada bunlardan birkaçı detaylı şekilde açıklanmış diğerleri ise örnek çalışmalar (Tablo 2) gösterilerek sunulmuştur.

İlk olarak Walt ve Gilson (1994), özellikle sağlık için bir politika analizi çerçevesi geliştirmiştir. Sağlık politikası araştırmasının büyük ölçüde politikanın içeriğine odaklandığını, aktörleri, ortamı ve süreçleri ihmal ettiğini belirtmişlerdir. Politika üçgeni çerçeveleri bir politik ekonomi perspektifine dayanmaktadır ve bu dört unsurun politika yapımını şekillendirmek için nasıl etkileşime girdiğini dikte almaktadır. Çerçeve, çeşitli ülkelerde sağlık politikası araştırmalarını etkilemiş ve ruh sağlığı, sağlık sektörü reformu, tüberküloz, üreme sağlığı ve doğum öncesi frengi kontrolü dâhil olmak üzere çok sayıda sağlık sorununu analiz etmek için kullanılmıştır. Ortam, süreç ve aktörlerin yanı sıra içerik kavramlarını da içeren basit bir analitik model kullanarak, politika yapıcılar ve araştırmacılar sağlık politikası sürecini daha iyi anlayabilecek ve daha etkili uygulama için plan yapabileceklerdir. Model hem geriye dönük hem de ileriye dönük olarak kullanılabilir (Walt ve Gilson, 1994). Sağlık politikası analizi üçgeni daha sonra hem oldukça basit tanımlayıcı hem de daha eksiksiz ve daha açıklayıcı analizleri kapsayan uygulamalarla çoklu politika deneyimlerini anlamak için yaygın olarak kullanılmıştır (Gilson ve Raphaely, 2008). Sağlık politika analiz üçgeni Şekil 1'de sunulmuştur.

**Şekil 1:** Sağlık Politika Analizi Üçgeni

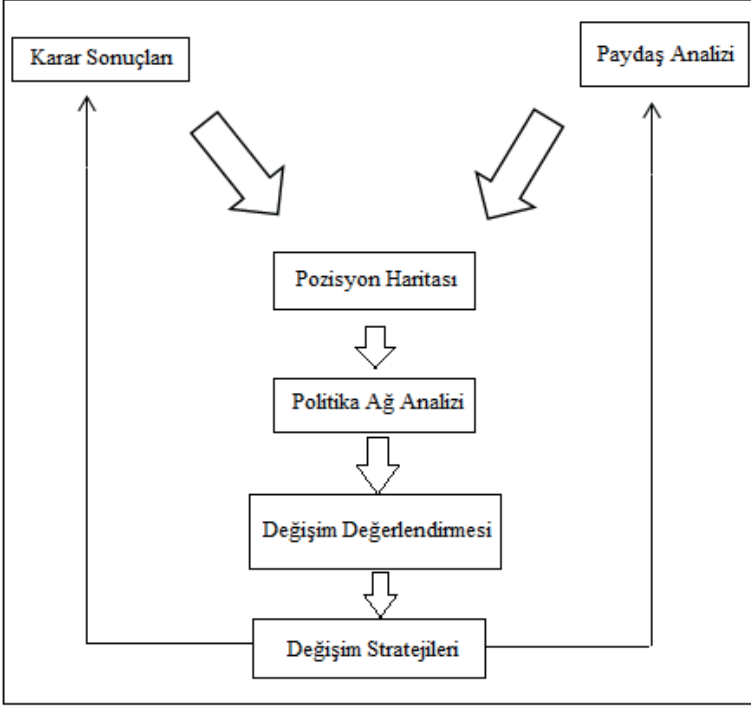


**Kaynak:** Walt ve Gilson, 1994

Walt ve Gilson'un politika analizi yöntemi, ülkemizde sağlık planlaması üzerine bir analiz isimli doktora tezinde (Cansever, 2020) uygulanmış detaylı bilgi için başvurulabilir bir kaynak durumundadır. Bunun yanında Kantaş Yılmaz ve Ergül (2021), Göçmen Sağlığı Kapsamında Suriyeli Sığınmacılar konusunda aynı yöntemi kullanmış ve örnek olarak incelenebilir bir çalışma statüsündedir.

İkinci bir sağlık politika analiz yöntemi Reich tarafından ortaya konulan Politika Haritalama Yöntemidir. Reich (1995), politika değişikliğinin neden politik olduğuna dair kanıtlar sunmakta, bu politik dinamikleri Bangladeş, Filipinler ve Sri Lanka'daki ilaç reformuna ilişkin karşılaştırmalı bir vaka çalışması aracılığıyla incelemiş ve politik haritalama yöntemini tanıtmıştır. Politika Haritalama Yöntemi, altı aşamadan oluşan (Şekil 2) ve hem geriye yönelik hem de ileriye yönelik analiz yapılabilen bir yöntemdir (Toygar, 2018). Politika haritalama yöntemi, hem politika değişikliklerini değerlendirmeyi sağlamakta (Aliyu, 2002) hem de belirlenen alanda alınan kararlara nasıl ve neden ulaşıldığını açıklamaya yardımcı olduğu gibi politik fizibilitesini (geçerlilik ve uygulanabilirlik) de geliştirmek üzere uygulanabilmektedir (Reich, 1994). Reich ve Cooper (1996), araştırmacıların ve politika yapımcıların kamu politikalarının politik boyutlarını analiz etmelerine yardımcı olacak bir yazılım aracı tasarlamışlardır.

Şekil 2: Politika Haritalama Yönteminin Altı Adımı



**Kaynak:** Reich, 1994 (Şekil, Toygar, 2018 yayınından izin alınarak aynen kullanılmıştır.)

Siyaset bilimi teorisinden yola çıkan Reich'in çalışması, politika reformu süreçlerinde meydana gelen değerlere dayalı çekişmeyi aydınlatmakta, reformun sosyal gruplar arasındaki dağılımsal sonuçlarını ve bunun sonucunda ortaya çıkan grup rekabetini tartışmakta, siyasi zamanlamanın reform fırsatını nasıl etkilediğini düşünmekte ve siyasi sürecin ana hatlarını çizmektedir. Şekildeki karar (politika) sonuçları, etkileri kimlik boyut, zamanlama ve etkilerin şiddeti olarak politikanın etkilerini ele almaktadır. Pozisyon haritası, hangi aktörün politika yanlısı hangi aktörün karşıtı olduğuna odaklanmaktadır. Paydaş analizi, politika içindeki paydaşların durumunu ortaya koymaktadır. Politika ağ analizi, bireyler ve kurumlar arası resmi ve gayri resmi bağlantıları ortaya koyarak etkilerin yönünü ve gücünü ortaya koymaktadır. Değişim değerlendirmesi, politikadan sorumlu kurumun yaptığı değişikliklere odaklanmaktadır. Son olarak değişim stratejileri, politikayı değiştirmeyi ve etkilemeyi amaçlayan stratejileri analiz etmektedir (Reich, 1994; Toygar, 2018). Politika Haritalama Yöntemi ülkemizde Türkiye'de maden işyerlerindeki iş sağlığı ve güvenliği politikalarının analiz edilmesinde Toygar ve Orhaner (2018) tarafından uygulanmış ve örnek bir çalışma olarak durmaktadır.

Bir diğer farklı politika analizi yöntemi John Kingdon'un çoklu akım modelidir. John Kingdon'un (1984) çoklu akım modeli, ulusal endişe yaratan bir sorunun, politika sürecinin gündem belirleme aşaması aracılığıyla hükümetin politika gündemine nasıl girdiğine dair net bir anlayış sağlamaktadır. Model, sağlık politikası analizinde yaygın olarak kullanılmıştır (Lancaster vd., 2014; Lencucha vd., 2018; Udokanma, Ogamba ve Ilo, 2021). Kingdon, politikanın, açık bir politika penceresinde üç bağımsız sürekli akışın (sorun akışları, politika akışları ve siyaset akışları) hizalanması ve yakınlaşmasıyla politika sürecinin gündem belirleme aşaması yoluyla ortaya çıktığını kavramsallaştırmıştır (Kingdon, 1984; Buse vd., 2012).

*Sorun akışı*nda sorunlar, hükümetin müdahalesini gerektiren kamusal meselelerdir (Buse vd., 2012). Sağlık göstergeleri, mevcut politikalar sonuçları, endemik hastalıkların artması, güvensizlik veya kriz gibi ani olaylar, hükümetin müdahalesini gerektiren sorunlar olarak durmaktadır. Politika girişimcileri, politika çözümlerini formüle etmek için bu sorunlardan yararlanır. *Politika akışı*, bir sorunu çevreleyen devam eden analiz ve tartışmalardan, önerilen çözümlerden ve çözümlerin fizibilitesini konu almaktadır. Bu akış, potansiyel olarak üzerine inşa edilebilecek veya daraltılabilecek olası çözümlerin araştırılmasını içermektedir. Bir politika çözümünün belirli nitelikleri, hükümet politikası gündemine girme ve bu gündemde kalma (teknik ve mali fizibilite, kamu tarafından kabul edilebilirlik, politikacılarla iletişime girme yeteneği ve gelecekteki fizibilite kısıtlamalarını ele alma kapasitesi gibi) yeteneğini belirlemektedir (Buse vd., 2012). *Siyaset akışı* ise ulusal ortam değişimlerini, hükümet değişikliklerini, büyük siyasi partiler ile çıkar gruplarının kampanyaları içindeki ve arasındaki tartışmalı fikirleri içermektedir. Burada politik olarak hükümetle iletişime giren politika girişimcilerinden gelen politika çözümlerinin ciddi bir şekilde dikkate alınma şansı yüksektir (Whiteford vd., 2016).

Kingdon'un modeli, politika analistlerinin önceki ve mevcut politika faaliyetlerini kavramasına izin vermekte, her bir akış içindeki aktörlerin etkileşimleri ve kurumsal rolleri açık hale getirmektedir. Bunun yanında dağınık halde bulunan faaliyetlerin entegrasyonunu ve politika sürecinin sağlıklı bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktadır. Kingdon'un yönteminde ilgili politikaya ilişkin dokümanların incelenmesi büyük önem taşımaktadır. İlgili alandaki mevcut politikayı ve boşlukları belirlemek için eğer varsa mevcut politikanın çıktıları veya değerlendirmesi, hükümet raporları, medya kaynakları ve varsa sivil toplum kuruluşlarının oluşturduğu raporlar, sağlık çıktıları vb. kaynakların detaylı şekilde incelenmesi gerekmektedir. Politikanın alanı ve durumuna göre sorun, politika ve siyaset ile ilgili olarak belgelerin sınıflandırmaların yapılması gerekli olabilmekle birlikte sınıflandırma zorunlu değildir. Çoklu akış modeli, ülkemizde Ateş ve Mamur Işıkcı (2020) tarafından

Türkiye’de sağlık politikalarındaki değişimin analiz edilmesinde yöntem olarak kullanılmış örnek bir çalışma statüsündedir.

Sağlık politika analizi için diğer kullanılabilir yöntemler, çeşitli temalar altında yapılan çalışmalar toplu şekilde Tablo 3’de sunulmuştur. İlgili çalışmalar ülkemizde yapılacak olan politika analizlerine yol göstermesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmaların yanında kamu politika analizi yöntemlerinin de sağlık politikalarının analizi için kullanılacağı (örneğin, yukarıda detaylı açıklanan Kingdon, 1984) unutulmamalı ve analize konu olacak politikaya ilişkin olarak daha verimli sonuçlar ortaya çıkarabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Tablo 3:** Sağlık Politika Analizi Alanında Yapılan Çalışma Örnekleri

Konu	Makale	Yazar(lar)	Konu	Makale	Yazar(lar)
Politika değişikliğindeki güç	Power and pro-poor policies: the case of iCCM in Niger	DalGLISH vd. (2015)		Mapping the existing body of health policy implementation research in lower income settings: what is covered and what are the gaps?	Erasmus vd. (2014)
	The one with the purse makes policy”: power, problem definition, framing and maternal health policies and programmes evolution in national level institutionalised policy making processes in Ghana	KODUAH vd. (2016)		Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries	Meessen vd. (2011)
	Creating social policy to support women’s agency in coercive settings: a case study from Uganda	BURGESS ve CAMPBELL (2016)		We are bitter but we are satisfied’: nurses as street-level bureaucrats in South Africa	Walker ve Gilson (2004)
	Actor interfaces and practices of power in a community health worker programme: a South African study of unintended policy outcomes	LEHMANN ve GILSON (2013)		Shaping legal abortion provision in Ghana: using policy theory to understand provider-related obstacles to policy implementation	Aniteye vd. (2013)
	Practice and power: a review and interpretive synthesis focused on the exercise of discretionary power in policy implementation by frontline providers and managers	GILSON vd. (2014)		Realist evaluation of a capacity-building programme for district managers	Prashanth vd. (2014)
			Politika uygulama		

Konu	Makale	Yazar(lar)	Konu	Makale	Yazar(lar)
Ortam	The inter-section of political history and health policy in Asia - the historical foundations for health policy analysis	Grundy vd. (2014)	Araştırma, kanıt ve politika değişikliği	The usefulness of different types of health research: perspectives from a low-income country	Burchett vd. (2015)
	The path dependence of district manager decision-space in Ghana	Kwamie vd. (2016)		The interface between research and policy: experience from South Africa.	Gilson ve McIntyre (2008)
	Political contexts and maternal health policy: insights from a comparison of south Indian states	Smith (2014)		Translating research into policy: lessons learned from eclampsia treatment and malaria control in three southern African countries	Woelk vd. (2009)
	Political repression, civil society and the politics of responding to AIDS in the BRICS nations	Gómez ve Harris (2015)		Role of evidence in maternal health policy processes in Vietnam, India and China: findings from the HEPVIC project	Mirzoev vd. (2013)
	Doubt, defiance, and identity: understanding resistance to male circumcision for HIV prevention in Malawi	Parkhurst vd. (2015)		Framing, ideology and evidence: Uganda's HIV success and the development of PEPFAR's "ABC" policy for HIV prevention	Parkhurst, 2012
Küresel sağlık aktörleri ve ulusal politika oluşturma	A corporate veto on health policy? Global constitutionalism and investor-state dispute settlement	Hawkins ve Holden (2016)	Sağlık politikası değişikliğini desteklemek için ileriye dönük olarak sağlık politikası analizini kullanma	Political feasibility of scaling-up five evidence-informed HIV interventions in Pakistan: a policy analysis	Buse vd. (2009)
	Epistemic communities in global health and the development of child survival policy: a case study of iCCM	DalGLISH vd. (2015)		Stakeholder analysis of the Programme for Improving Mental health care (PRIME): baseline findings	Makan vd. (2015)
	Guilty until proven innocent": the contested use of maternal mortality indicators in global health	Storeng ve Béhague (2017)		Understanding and influencing the policy process	Weible vd. (2012)
	The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research	Shiffman vd. (2016)		Using stakeholder analysis to support moves towards universal coverage: lessons from the SHIELD project	Gilson vd. (2012)
	Transforming governance or reinforcing hierarchies and competition: examining the public and hidden transcripts of the Global Fund and HIV in India	Kapilashrami ve McPake (2013)		The politics of reforming health policies	Reich (2002)

Konu	Makale	Yazar(lar)	Konu	Makale	Yazar(lar)
Sağlık politikası oluşturma ve politika değişikliğine ilişkin ulusal deneyimler	The bit in the middle: a synthesis of global health literature on policy formulation	Berlan vd. (2014)	Sağlık politikası analizi çalışmasında metodolojik konular	Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges	Walt vd. (2008)
	Why do policies change? Institutions, interests, ideas and networks in three cases of policy reform	Shearer vd. (2016)		Print media coverage of primary healthcare and related research evidence in South Africa.	Akintola vd. (2015)
	Nutrition agenda-setting, policy formulation and implementation: lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative	Pelletier vd. (2012)		How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation	Erasmus ve Gilson (2008)
	A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: learning from failure	ElJardali vd. (2014)		I won't take part! Exploring the multiple identities of the ethnographer in two Ghanaian hospitals.	Abereso-Ako (2017)
	Using social network analysis to examine the decision-making process on new vaccine introduction in Nigeria.	Wonodi vd. (2012)		Confidentiality, anonymity and power relations in elite interviewing: conducting qualitative policy research in a politicised domain	Lancaster (2017)
Gündem belirlene süreçleri	The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras	Shiffman vd. (2004)			
	Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda-setting and testing them against a specific priority-setting framework	Walt ve Gilson (2014)			
	Agenda-setting and policy adoption of India's national health insurance scheme: Rashtriya Swasthya Bima Yojana	Shroff vd. (2015)			
	Agenda-setting and framing of gender-based violence in Nepal: how it became a health issue	Colombini vd. (2015)			
	The emergence of the vertical birth in Ecuador: an analysis of agenda-setting and policy windows for intercultural health.	Llamas ve Mayhew (2016)			

**Kaynak:** Gilson, Orgill ve Shroff (2016) kaynağından yararlanılarak yazar tarafından tablolaştırılmıştır.

Tabloda dokuz temada; güç, ortam, sağlık politika aktörleri, ulusal deneyimler, gündem belirleme süreçleri, politika uygulama, araştırma, kanıt ve politika değişikliği, ileriye dönük olarak sağlık politikası analizi ve metodolojik konular üzerine yapılan ve her birinden beş örnek içerecek şekilde çalışmalar sunulmuştur. Ülkemizde sağlık politika analizinin özellikle çalışılan bir konu olduğu ve değişen politika ortamı ile gelecekte daha fazla gündemde olacağı düşünüldüğünde bu tablonun birçok örneği barındırması sebebiyle faydalı olacağı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da birçok karar alınmakta ve uygulamaya konulmaktadır. Uygulamaya konulan politikaların analiz edilerek sonuçlarının ortaya konulması hem hedefe ne ölçüde ulaşıldığının hem de gelecekteki yönelimin belirlenmesi için önemlidir. Politika analizi bizlere bu konuda yardımcı olmakta özellikle sağlık alanında önemli atılımlar yapan ülkemizin politikalarının geçmişe yönelik analiz edilmesi birçok konuda gelişimin de önünü açacağı düşünülmektedir. Bunun yanında çalışmada bahsi geçen ve örneklendirilen politika analizleri vasıtasıyla ileriye yönelik politika analizlerinin de ortaya çıkmasıyla geleceğe yönelik kanıt temelli politikaların uygulamaya konulması açısından oldukça önemlidir.

Günümüzde politika analizi giderek daha fazla şekilde disiplinler arası bir şekilde dönüşmüştür (Almgren, 2013). Yapılacak politika analizlerinde de bu yaklaşımın ön planda olmasıyla ilişkiler göz önüne alınmalı ve ortaya çıkacak stratejilerin çok boyutlu olması sağlamalıdır. Bu kapsamda örneğin birden fazla sektörü içine alan obezite, sigara ve alkol kullanımı, çevre gibi konularda disiplinler arası yapılacak politika analizleri ile hem ülkemiz mevcut politikaları analiz edilmiş hem de geleceğe yönelik olarak sağlam adımlar atılmasında önemli kaynaklar oluşturulacaktır. Akademik alanda yapılacak çalışmalar bu anlamda önemli bir yer tutmakta, bu çalışmanın da sağlık politikası analizine ilişkin yöntem ve teknikleri bütüncül şekilde sunması sebebiyle araştırmacılara yol gösterici nitelikte olması bakımından önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.



## EXTENDED ABSTRACT

**Research Problem:** Health policy includes all actions taken or not taken concerning institutions, organizations, services, and financing arrangements within the health system. Health policy can be defined as the decisions, plans, and actions taken to achieve certain health goals in a society. Health policy analysis helps to understand how policymakers set goals and decide on priorities. In this context, health policy analysis has an important place in understanding every stage of the policies put forward. The analysis of health policies has an important place both for the development and results of the policies in practice and for revealing the policies for the future. The problem of this study is to explain the concepts of health policy, and health policy analysis and to reveal the methods and techniques of health policy analysis holistically.

**Research Question/s:** The research questions are as follows; What is health policy analysis? What are the techniques used in health policy analysis? What are the application examples of the methods and techniques used in health policy analysis?

**Literature Review:** Policy analysis can be defined as the systematic search for alternative policy options and the collection and integration of evidence for and against each option, or the selection of the best policy from a set of alternatives with the aid of reason and evidence. Health policy encompasses the pathways of action (and inaction) that affect the health system's arrangements of institutions, organizations, services, and financing. Although health policy can be understood as the decisions, plans, and actions undertaken to achieve specific health and healthcare goals in a society, it is also essentially about process and power. Health policy can be related to technical issues such as malaria, AIDS, and health promotion, as well as institutional issues such as finance, the private sector, management and organization, and health service delivery. Health policy analysis is the study of who makes what policy decisions, when, why, and how, and with what consequences. Health policy analysis is a multidisciplinary public policy approach that aims to explain the interaction between institutions, interests, and ideas in the policy process. Health policy analysis helps to understand how policymakers set goals and decide on priorities.

**Methodology:** The document analysis method was used in the study. Document analysis is the examination of written documents containing information about the phenomenon/situation to be investigated. Document analysis can be used as a stand-alone data collection technique as well as in conjunction with other

data collection techniques. Documents are seen as resources that should be used significantly in qualitative research. In this context, documents related to policy, policy analysis, public policy and analysis, health policy, and health policy analysis were examined.

**Result and Conclusion:** As in every field, many decisions are taken and put into practice in the field of health. Analyzing and revealing the results of the policies put into practice is important for determining both the extent to which the target has been achieved and the future direction. Policy analysis helps us in this regard, and it is thought that analyzing the policies of our country, which has made important strides in the field of health, will pave the way for development in many issues. In addition, the emergence of prospective policy analyses through the policy analyses mentioned and exemplified in the study is very important for the implementation of evidence-based policies in the future. Today, policy analysis has become more and more interdisciplinary. Since this approach is at the forefront of policy analysis, relations should be taken into account and strategies should be multi-dimensional. In this context, with interdisciplinary policy analyses on issues such as obesity, smoking and alcohol use, and the environment, which covers more than one sector, both the current policies of our country will be analyzed and important resources will be created for taking solid steps for the future.

---

**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:** İbrahim Hüseyin CANSEVER, 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:** İbrahim Hüseyin CANSEVER 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

- Aliyu, Z. (2002). Policy mapping for establishing a national emergency health policy for Nigeria. *BMC International Health and Human Rights*, 2(1), 1-6.
- Almgren, G. (2013). *Health care politics, policy, and service: A social justice analysis*, Second edition, New York: Springer Publishing Company.
- Anderson, J. (1975). *Public Policy Making*. London: Nelson.
- Arıkan, R. (2011). *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Ateş, B. ve Mamur Işıklı, Y. (2020). 2000'li Yıllardan İtibaren Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Değişimin Çoklu Akış Modeli ile Analizi. *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 139-151.
- Bacchi, C. (1999). *Women, Policy and Politics: The Construction of Policy Problems*. Sage, London.
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the Problem Represented to Be?* Sydney: Pearson.
- Bambra, C., Fox, D., Scott-Samuel, A. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.
- Barker, C. (2000). *The Health Care Policy Process*. London: Sage Publications.
- Blackmore, J. ve Lauder, H. (2005). Researching policy. Somekh, B. and Lewin, C. (Ed.), *Research Methods in the Social Sciences*. London: SAGE.
- Bossert, T. (1998) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science Medical*, 47(10), 1513-1527.
- Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S. ve Palermo, C. (2018). A guide to policy analysis as a research method. *Health Promotion International*, 34(5), 1032-1044.
- Buse, K. (2008). Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health Policy Planning*, 23(5), 351-360.
- Buse, K., Mays, N. ve Walt, G. (2012). *Making Health Policy*, New York: Open University Press.
- Cansever, İ.H. (2020). *Sağlık Planlaması Üzerine Bir Analiz*. (Yayımlanmış Doktora Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Colebatch, H. (2006). Accounting for Policy in Australia. *Public Policy*, 1(1), 37-51.
- Çevik, H.H. (2016). Politika. Altunok, H. ve Gedikkaya, F.G. (Ed.). *Kamu Politikaları Ansiklopedisi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Çevik, H.H., (1998), Kamu Politikaları Analizi Çalışmaları Üzerine Türkiye Açısından Bir Değerlendirme. *Amme İdaresi Dergisi*, 31(2), 103-112.
- Dye, T. (2001) *Top Down Policymaking*. London: Chatham House Publishers.
- Dye, T.R. (2012). *Understanding Public Policy*. 14th Edition, USA: Pearson.
- Gilson, L. Agyepong, I.A. ve Shiffman, J. (2018). Health Policy Analysis: Starting Points, Gilson, L. Orgill, M. Shroff, Z.C. (Ed). *A Health Policy Analysis Reader: The Politics of Policy Change in Low-And Middle-Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Gilson, L. Orgill, M. Shroff, Z.C. (2018). *A Health Policy Analysis Reader: The Politics of Policy Change in Low-And Middle-Income Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Gilson, L., Raphaely, N. (2008). The Terrain Of Health Policy Analysis In Low And Middle Income Countries: A Review Of Published Literature, 1994-2007. *Health Policy Planning*, 23(5), 294-307.
- Gilson, L. (2012). *Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader*, Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization.
- Glassman, A., Reich, M.R., Laserson, K. ve Rojas, F. (1999). Political Analysis Of Health Reform İn The Dominican Republic. *Health Policy and Planning*, 14(2), 115-26.
- Goodin, R.E, Moran, M. ve Rein, M. (2006). *The Public And Its Policies. The Oxford Handbook Of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Green, J. ve Thorogood, N. (1998). *Analysing Health Policy: Sociological Approaches*, USA: Addison Wesley Longman Limited.
- Grindle, M. ve Thomas, J. (1991). *Public Choice And Policy Change*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hogwood, G. ve Gunn, L. (1984). *Policy Analysis For The Real World*. Oxford: Oxford University Press.
- Janovsky, K. ve Cassels, A., (1996), Health Policy and Systems Research: Issues, Methods and Priorities, Janovsky, K. (Ed.), *Health Policy an System Development: An Agenda for Research*, Geneva: World Health Organization.
- John, P. (1998). *Analysing Public Policy*. London: Continuum.
- Kantaş Yılmaz, F. ve Ergül, S. (2021). Sağlık Politikası Analizi: Göçmen Sağlığı Kapsamında Suriyeli Sığınmacılar. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*. 3(2), 119-128.

- Keck, M.E. ve Sikkink, K. (1998). *Activists beyond borders*. New York: Cornell University Press.
- Kingdon, J. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little Brown and Company.
- Kraft, M.E. ve Furlon, S.R., (2007), *Public Policy*, Washington DC: CQ Press.
- Lancaster, K. Ritter, A. ve Colebatch, H. (2014). Problems, Policy And Politics: Making Sense Of Australia's "Ice Epidemic". *Policy Studies*, 35, 147-171.
- Lencucha, R., Ruckert, A., Labonte, R., ve Drope, J. (2018). Opening Windows And Closing Gaps: A Case Analysis Of Canada's 2009 Tobacco Additives Ban And Its Policy Lessons. *BMC Public Health*, 18(1), 1321
- MacRae, D.J. (1979) Concepts and Methods of Policy Analysis, *Society*, 16(6), 17-23.
- McLaughlin, C.P ve McLaughlin, C.D. (2019). *Health Policy Analysis: An Interdisciplinary Approach*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Mogalakwe, M. (2006). The Use of Documentary Research Methods In Social Research. *African Sociological Review*, 10(1), 221-230.
- Palmer, G. ve Short, S. (1998). *Health Care And Public Policy: An Australian analysis*. Melbourne, Australia: MacMillian.
- Parsons, W. (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd.
- Patton, C.V., Sawicki, D.S. ve Clark, J.J. (2016). *Basic methods of policy analysis and planning*. Third Edition, New York: Routledge.
- Reich, M.R. (1994). *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy. Data for Decision Making*, Boston: Harvard School of Public Health.
- Reich, M.R. (1995). The Politics of Health Sector Reform in Developing Countries: Three Cases of Pharmaceutical Policy. *Health Policy*, 32(1), 47-77.
- Reich, M.R. ve Cooper, D.M. (1996) *PolicyMaker: Computer-Assisted Political Analysis (Software and Manual)*. PoliMap, Newton Centre.
- Sabatier, P.A. (2007). *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press.
- Seavey, J.W., Aytur, S.A. ve McGrath, R.J. (2014). *Health policy analysis: framework and tools for success*, New York: Springer Publishing Company.

- Tantivess, S. ve Walt, G. (2008) The Role Of State And Non-State Actors In The Policy Process: The Contribution Of Policy Networks To The Scale-Up Of Antiretroviral Therapy In Thailand. *Health Policy Planning*, 23(5), 328-338.
- Toygar, Ş.A. (2018). Sağlık Politikası Analizi. Tengilimoğlu, D. (Ed.). *Sağlık Politikası*. (95-110) içinde, Nobel Yayıncılık: Ankara.
- Toygar, Ş.A. ve Orhaner, E. (2018). Madencilik Sektörünün İş Sağlığı ve Güvenliği Politikaları Açısından Politika Haritalama Yöntemiyle Analizi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 58(3), 1253-1286.
- Türk Dil Kurumu. (2011). *İktisat Terimleri Sözlüğü*. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu Yayınları: 1037, Terim Sözlükleri Dizisi: 6, Ankara.
- Udokanma, E.E., Ogamba, I. ve Ilo, C. (2021). A health policy analysis of the implementation of the National Tobacco Control Act in Nigeria, *Health Policy and Planning*, 36(4), 484-492.
- Ukeles, J.B. (1977). Policy Analysis: Myth or Reality?. *Public Administration Review*, 37(3), 223-228.
- Varvasovszky Z, Brugha R. (2000). How To Do A Stakeholder Analysis. *Health Policy and Planning*, 15, 338-345.
- Walt, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books.
- Walt, G. (1996). Policy Analysis: An Approach, Janovsky, K. (Ed.) *Health Policy an System Development: An Agenda for Research*, Geneva: World Health Organization.
- Walt, G. ve Gilson, L. (1994). Reforming The Health Sector In Developing Countries: The Central Role Of Policy Analysis. *Health Policy Planning*, 9(4), 353-370.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R. ve Gilson, L. (2008). 'Doing' Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges. *Health Policy Planning*, 23(5), 308-317.
- Whiteford, H.A. vd. (2016). How Did Youth Mental Health Make It Onto Australia's 2011 Federal Policy Agenda? *SAGE Open*, 6, 1-12.
- World Health Organization. (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata 1977, Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005). Policy Development Process, WHO (Ed.). *Health Service Planning and Policy Making: A Toolkit for Nurses and Midwives, Module 4*, Philippines: World Health Organization Western Pasific Regional Publications.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

# KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKALARI

## Evidence-Based Health Policies

Nurdan ORAL KARA\* - Dilek ŞAHİN\*

### Öz

Sağlık politikalarında kararları gerekçelendirmenin yolu kanıta dayalı karar verme ile mümkündür. Bu bağlamda kanıta dayalı tıp uygulamalarının hasta düzeyinde, kanıta dayalı sağlık politikası uygulamalarının ise toplum düzeyinde olduğu bilinmektedir. Kanıta dayalı karar verme sürecinde bilgi ve kanıtlara ulaşma yolları ile kanıtları kullanma yollarının bilinmesi önemlidir. Bu seçenekler, en uygun kanıt kaynaklarına ulaşmak için uluslararası arenada halen tartışılmaktadır. Kanıta dayalı politika oluşturma süreci Türkiye'de henüz yeni bir kavram olmakla birlikte sağlık alanında önemli gelişmelerin olduğu görülmektedir. Bu çalışmada kanıta dayalı sağlık politikası kavramsal olarak tartışılmaktadır. Bu kapsamda sağlık politikaları ve kanıta dayalı sağlık politikaları, bilgi ve kanıt kaynakları, kanıta dayalı sağlık politikalarının uygulanma süreci, kanıta dayalı tıp ve sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi ve son olarak Türkiye'deki kanıta dayalı sağlık politikası uygulamaları ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Politikası, Kanıta Dayalı Sağlık Politikası, Kanıta Dayalı Tıp, Kanıta Dayalı Karar Verme

### ABSTRACT

The way to justify decisions in health policies is possible with evidence-based decision-making. In this context, it is known that evidence-based medicine practices are at the patient level, and evidence-based health policy practices are at the community level. It is important to know the ways of accessing information and evidence and ways of using evidence in the process of evidence-based decision-making. These options are still being discussed in the international arena to reach the most appropriate sources of evidence. Although the evidence-based policy-making process is still a new concept in Turkey, it is seen that there are important developments in the field of health. In this study, evidence-based health policy is conceptually discussed. In this context, health policies and evidence-based health policies, sources of information and evidence, the implementation process of evidence-based health policies, evaluation of evidence-based medicine and health technology, and finally, evidence-based health policy practices in Turkey are included.

**Keywords:** Health Policy, Evidence-Based Health Policy, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Decision Making

\* Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nokara@mehmetakif.edu.tr, ORCID: 0000-0002-6945-0865.

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dileksahin@duzce.edu.tr, ORCID: 0000-0003-0865-7763.

# 1. GİRİŞ

Sağlık politikalarına karar verenler hastalıkların, demografik yapının, göçlerin, ekonomik krizlerin yaşandığı sürekli değişen bir ortamda, hızlı ve doğru karar verme baskısı altındadır. Bu doğrultuda en kritik sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu, ülkelerin sağlık sistemlerini nasıl finanse edecekleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu ve özel sektörün dağılımının nasıl yapılacağı ile ilgili doğru, güvenilir ve zamanında elde edilebilir bilgi kaynakları başarılı kararlar ve bu kararların dayanağını ortaya koymak için hayati önem taşımaktadır (Beylik ve Orhan, 2018).

Son yıllarda bilgiye ulaşma yolları ve erişilebilirliğinde önemli bir artış yaşanmıştır. Kararlar, örtük olandan açık karar verme yöntemlerine doğru kayarak daha şeffaf hale gelmiştir. Bu noktada kanıta dayalı karar verme, gerekçelendirilmiş kararlar alma beklentisini karşılamanın bir yolu olarak ortaya çıkmıştır (Dobrow vd., 2004). Politika seçimleri yapmak için kanıta dayalı sağlık politikası (KDSP) net bir çerçeveye sahip olmada rasyonel bir yaklaşım için ön koşul olmuştur (Baicker ve Chandra, 2017). Kanıta dayalı sağlık politikası genel olarak “sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayanarak amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlemesi, alternatifler arasından güncel veriler ışığı altında karar vermesi ve açıklaması” olarak tanımlanmaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012).

Bu çalışma kapsamında

1. Sağlık politikası ve kanıta dayalı sağlık politikası nedir?
2. Kanıta dayalı sağlık politikasında bilgi kaynakları nelerdir?
3. Kanıta dayalı sağlık politikasının uygulama adımları nelerdir?
4. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin kanıta dayalı sağlık politikasındaki yeri nedir?
5. Türkiye’de Kanıta Dayalı Sağlık Politikası Uygulamaları ile ilgili çalışmalar nelerdir? sorularına yanıt aranmıştır.

## 2. SAĞLIK POLİTİKALARI VE KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKALARI KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu ile ilgilidir. Devlet, bir ülkenin sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlar hakkında kararlar almaktadır. Politika yapımcılar, genellikle finansmanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin organizasyonu hakkında da kararlar almaktadır. Politika en genel ifade ile bir



aktör ya da aktör grubu tarafından amaçları ve bu amaçlara ulaşabilecek araçları belirlemek üzere alınan kararlardır. Sağlık politikası ise sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili uygulamaya dair strateji ya da yaklaşımları oluşturan birbirleri ile ilişkili kararlar ağıdır (Ertürk Arabey, 2018). Politika yapıcılar bir veya daha fazla hedefi yerine getirirken birtakım değişikliklere neden olabilmektedir. Bunlar;

- Gücü dağıtmak,
- Karar alma sürecine daha fazla insanı dahil etmek,
- Maliyet kontrolünü teşvik etmek,
- İdari personel sayısını azaltmak,
- Maliyetleri düşürmek ve kaliteyi artırmak için rekabeti teşvik etmek gibi organizasyonel değişiklikleri başlatılabilirler (Gray, 2001).

Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinde finansal, yönetsel ve organizasyonel değişimleri içermektedir. Bu değişimler ile bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıkları iyileştirilerek toplum sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Gray, 2001). Etkili sağlık hizmetleri ile bir hastalığın yaygınlığını önlemek veya azaltmak (tedavi ederek) veya hastalığın neden olduğu sakatlığı en aza indirerek yükünü hafifletmek mümkündür (Ünüvar vd., 2006).

Son yıllarda, kaynakların kıtlığı ile sınırsız istek ve ihtiyaçlar arasındaki klasik ekonomik ikilemin yanında, kaynakların tahsisindeki zorluklar, dağıtım ve öncelik belirleme gibi sorunlar da daha fazla görülmektedir (Dobrow vd., 2004). Bu durumun temel nedenleri arasında nüfusun yaşlanması, yeni teknoloji ve bilgilerin ortaya çıkması, hastaların ve sağlık profesyonellerin beklentileri ve bu doğrultuda sağlık hizmetine olan talebin ve beklentilerin artışı bulunmaktadır (Frankel vd.; 2000). Bu sorunlara yanıt olarak, politika yapıcılar her düzeyde ve her alanda kararlarının açıkça gerekçelendirilmesine yönelik artan bir talep ile karşılaşmaktadır. Kanıta dayalı karar verme ihtiyacı bu talebi karşılamanın yolu olarak önerilmiştir. Dolayısı ile kararlar örtük olandan açık karar verme yöntemlerine doğru kayarak giderek daha şeffaf hale gelmektedir (Coast, Donovan ve Frankel, 1996).

Kanıta dayalı karar verme, kararların gerekçelendirilmesine odaklanmaktadır. Nüfusun geneli söz konusu olduğunda oluşturulan politikalarda karar verme daha belirsiz, değişken ve karmaşık hale gelmektedir (Dobrow vd., 2004). Halk sağlığı politikaları, karşılaştırılabilir yöntemlere dayalı sağlık sorunlarının boyutu ve olası eğilimleri hakkında bağımsız, nesnel bilgilere ve standart ölçüm birimlerine ihtiyaç duymaktadır. Bir sağlık sorununa ilişkin yetersiz bilgi, bir problemin önemsiz olduğu şeklinde dahi yorumlanabilir (Murray ve Lopez, 1996).

Kanıta dayalı politika düşüncesi 1960'larda ve 1970'lerde İngiltere ve Amerika'da, araştırmaya dayalı politika elde etmeye yönelik çabalar ile başlamıştır (Weiss 1977, 1980). Bu çabalar sonucu, bilim ve politika arasındaki ilişkiyi araştıran zengin bir akademik literatür ortaya çıkmış ve bu ilişkiyi açıklayan çeşitli teori ve modeller ortaya atılmıştır (Smith,2013). Bu modeller aşağıdaki tabloda kısaca özetlenmiştir.

**Tablo 1.** Bilim ve Politika İlişisini Açıklayan Modeller

1. Bilgi odaklı model	Yeni araştırma bulgularının (yani bilginin) politika geliştirmek için gerekli baskıyı sağladığı, bilgi odaklı bir model.
2. Problem çözme modeli	İlk olarak bir politika sorununun tanındığı, politika çözümlerinin dayandırılacağı kanıtları sağlamak amacıyla araştırmayı teşvik eden problem çözme odaklı model.
3. Politik model	Araştırmamanın önceden belirlenmiş bir şekilde, politik nedenlerle uygulanması düşünülen politikaları desteklemek için kullanıldığı bir model.
4. Taktik model	Araştırmamanın karar verme sürecini geciktirme yöntemi olarak kullanıldığı ve politika yapıcılara bir miktar "nefes alanı" sağlayan bir model.
5. İki toplumlu model.	Politika yapıcılar ve akademisyenleri farklı (genellikle çatışan) değerlere, ödül sistemlerine ve dillere sahip karşı topluluklar olarak gösteren iki farklı grup olarak tanımlayan model. Bu, akademik araştırmamanın politikayı anlamlı bir şekilde bilgilendirmesini zorlaştırmaktadır.
6. Etkileşimli model,	Araştırmamanın politikayı etkileme yeteneğine sahip siyasi ideoloji, dış baskılar ve ilgili politika yapıcılarının kişisel deneyimleri gibi birçok faktörden yalnızca biri olduğunu savunan etkileşim odaklı model
7. Aydınlanma modeli	Araştırmamanın politikayı dolaylı, uzun dönemlere yayılan süreçler aracılığıyla etkilediği ve belirli sorunları ele almaktan ziyade politika sorunlarının çerçevelenme ve kavramsallaştırılma biçiminde bir değişikliğe katkıda bulunduğu bir model.

**Kaynak:** (Freiberg ve Carson,2010; Smith,2013)

Bilgi odaklı ve problem çözme modellerinde bilgi, politika yapıcılar tarafından "araçsal" bir şekilde kullanılmaktadır (Weiss 1980). Başka bir deyişle, ilgili araştırma bulgularının ya politika değişikliğini yönlendirdiği ya da politika yapıcılarının hâlihazırda tanımlamış olduğu sorunlara doğrudan çözümler sunduğu bir bağlantıyı betimleyerek, bilim ve politika arasındaki ilişki hakkında düşünmenin en basit yolunu özetlemektedir (Davies, Nutley ve Smith 2000). Politikayı bu şekilde etkileyen araştırma örnekleri olmasına rağmen, bu tür modeller, bilim ve politika arasındaki gerçek ilişkinin inceliklerini yakalayamadıkları için uzun süredir gözden düşmüştür (Nutley, Walter ve Davies 2007).

Politik model, politika içindeki siyasi değerlerin ve ideolojilerin egemenliğini vurgular. Bu bakış açısına göre, araştırmamanın, ancak baskın ideolojik perspektif-

ler ile tutarlı olması durumunda politikada bir rol oynaması muhtemeldir. Ancak, böyle bir modelin birçok politika sorunu için toplumsal değerleri önemsemeyen ve basit bir yaklaşım olduğu söylenmektedir (Davies vd., 2000).

Taktik model, politika yapıcılarının kararlarını geciktirmek veya dikkati dağıtmak amacıyla araştırma faaliyetlerini teşvik veya finanse ettiği kanıtlara dayanan yaklaşımları ifade etmektedir (Nutley vd., 2007)

İki toplumlu model, kanıta dayalı politikaya ulaşmadaki zorlukları açıklamaya yönelik daha yapısal, daha az politik bir yaklaşım, araştırmacılar ve politika yapıcılar arasındaki farklılıklara odaklanmaktadır. Araştırmacılar ve politika yapıcılar arasındaki iletişimsel, kurumsal ve kültürel bakış açılarından kaynaklanan boşluklar bulunmaktadır. Başka bir deyişle, bilim ve politika arasındaki boşluklar araştırma kanıtı üretenler ile politika yapıcılar arasında bölünmelerden kaynaklanmaktadır (Caplan, 1979). Bu bölünmeler, akademik araştırmanın politikayı anlamlı bir şekilde bilgilendirmesini zorlaştırmaktadır.

Buna karşılık, Donnison (1972) tarafından geliştirilen etkileşimli model, kararların son derece kaotik ve karmaşık süreçlerden ortaya çıktığı, politika yapıcılarının çeşitli kaynaklardan (uygulayıcılar, gazeteciler ve çıkar grupları ile akademik araştırmacılar dahil) bilgi aradığı bir politika oluşturma imajını çağrıştırmaktadır. Bu modelde, araştırma fikirleri çok çeşitli gruplar arasında gidip gelmekte, yeni bağlantılar ve etkileşimler ortaya çıktıkça zaman içinde potansiyel olarak politika girişimlerine dönüşmektedir. Bu perspektiften, araştırmaya dayalı bilgi, politika yapıcılarının dikkatini çekmek için rekabet eden birçok bilgi kaynağından sadece birisidir.

Yukarıda listelenen son teori, Weiss'in, araştırmanın genellikle bir 'aydınlanma' işlevine sahip olduğu ve ayrıca potansiyel olarak politikayı daha araçsal olarak etkilediği yönündeki argümanıdır (Weiss, 1977). Bilim ve politika arasındaki ilişki hakkında düşünme, araştırmanın "kavramsal" etki türlerini elde etme potansiyeline dikkat çekmektedir (Weiss, 1979).

Bu modeller, otoritenin gücü ile uzmanlığın gücü arasındaki bir merdivenin basamaklarıdır. Kanıta dayalı politika'nın algılanma ve uygulanma şekli, "sebep-sonuç" ilkesine dayalı bir politika oluşturma fikrini ortaya koymaktadır (Marchi vd., 2016). Basitleştirmek gerekirse, sosyal sonuçlar, belirli mekanizmaların belirli bir sosyal bağlamda nasıl çalıştığına bir sonucu olarak görülür. Mekanizmaları ve bağlamı bildiğimizde, sonuçları öngörebiliriz. Sanderson (2002), araştırmanın nesnellik veya politika yapıcılar için çözümler üretme rolüne sahip olmadığına işaret ederek, yapılandırıcılığın "pratik gereklilikler" ile uzlaştırılması gerektiği

sonucuna varmıştır. Sağlık politikalarında Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemleri performans geliştirmesine odaklanan Dünya Sağlık Raporu 2000’de, kanıta dayalı politika oluşturmayı teşvik etmekte ve politika oluşturuculara önemli görevler yüklemektedir (Musgrove vd.,2000)

Sistem yaklaşımı bakış açısı ile de bakıldığında sosyal, politik, siyasi ve ekonomik birçok değişim sürecinden sağlık sektörü etkilenmekte, artan sağlık gereksinimlerinin azalan kaynaklarla nasıl karşılanacağı, kaynakların öncelikle hangi hizmetlere, bölgelere, programlara, hastalara ya da hastalıklara ayrılması gerektiği tartışılmaktadır. Bu tartışmalar da kanıta dayalı politikaların gün geçtikçe önemini arttırmaktadır. Kanıta dayalı sağlık politikası ise “sağlık politikacılarının topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayanarak amaç, yöntem ve içerik olarak düzenlemesi, alternatifler arasından güncel veriler ışığı altında karar vermesi ve açıklaması” olarak tanımlanmaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012).

### 3. SAĞLIK POLİTİKALARINDA BİLGİ VE KANIT KAYNAKLARI

Kanıt, bir sonucu desteklemek için gözlem veya deney yoluyla elde edilen olgusal bilgi olarak tanımlanır (DSÖ, 2021). Kanıtlar politika sorununu tanımlamak, sorunun kapsamını ve doğasını anlamak, politika önerileri yapmak, geleceği tahmin etmek, politika uygulamasını izlemek, temel göstergelerde sapma olup olmadığını belirlemek ve politikanın etkisini değerlendirmek için temel olarak kullanılmaktadır (Budiharsana, 2017).

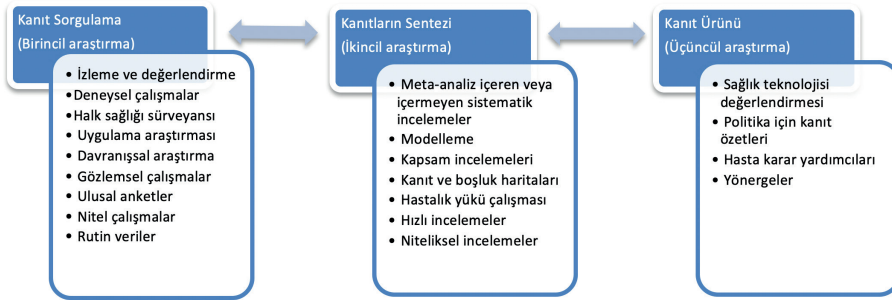
Kanıtlar genel olarak örtük ve bilimsel kanıtlar olarak gruplandırılabilir. Bilimsel veya araştırma kanıtları açık, sistematik ve tekrarlanabilir ve metodolojik standartlarına göre değerlendirilebilen bilgiye atıfta bulunur Kanıta dayalı karar verme, büyük ölçüde bu açık bilginin kullanımına dayanmaktadır, ancak örtülü bilgiyi kullanmak da mümkündür. Örtülü (ya da konuşma diline ait) bilgi çoğunlukla gayri resmidir ve genellikle politika yapımcıların, klinisyenlerin, hastaların veya vatandaşların resmi müzakere diyaloglarında, web sitelerinde, politika belgelerinde, raporlarda ve diğer formatlarda farklı şekillerde ifade edilen fikirlerini, değerlerini ve alışkanlıklarını içerir (Sharma vd., 2015). Örtük bilginin tecrübeyi yansıtan pratik ve öznel yapıyı, açık bilginin ise yayınlanmış araştırma sonuçlarına dayanan teorik ve nesnel yapıyı temsil ettiği söylenebilir. Öznel yapısına rağmen örtük bilgi, tam olarak insanların bir fark yaratmak için ihtiyaç duyduğu bilgi türü olabilir. Örtülü ve bilimsel kanıt arasındaki ilişki rekabetten çok tamamlayıcıdır (Kislov vd., 2019). Kanıta dayalı karar verme sürecinde örtük kanıt genellikle bilimsel kanıtın

uygunluğunu desteklemek, tamamlamak veya sorgulamak için kullanılır ve kanıt ekosistemini genişletir (Sharma vd., 2015). Karar verme için kanıtların resmi araştırmalardan olduğu kadar deneyimlerden de elde edilebileceğini bilmek önemlidir (Brownson vd., 2009). Örtük bilgi zaman içerisinde, kavramlar ve modeller kullanılarak yeni biçimlerle geliştirilebilir açık bilgi formuna dönüştürülebilir.

Yeterince iyi bir kanıt bulunabilir mi? sorusu aslında halen araştırılmaya devam edilmektedir. Profesyonel tıp alanında klinik kılavuzları desteklemek amacıyla kanıt gücü ölçülerinin sağlık politikası için de uygulanması önemli taleplerdendir (Baicker ve Chandra, 2017). Bir politikanın etkisi, tasarım, uygulama ve program ayrıntılarına bağlıdır. Her politikanın farklı gruplardaki etkisi değişebilir. Bir politikanın maliyet ve faydalarının ayrıca bunların her birinin zaman içinde nasıl geliştiğinin değerlendirilmesi de oldukça önemlidir. Dolayısıyla politikaya ilişkin her bileşen kendi içinde zorlukları da beraberinde getirmekte ve bunları kanıtlarla bağdaştırmak da oldukça zor olabilmektedir.

Kanıtların oluşturulması üç aşamadan oluşur (Şekil 1). Kanıt sorgulama, bilimsel kanıtlar, kanıtların sorgulandığı birincil çalışmadır, kanıtların sentezi mevcut kanıtların sentezlendiği ikincil çalışmalardır ve kanıt ürünü politika için kılavuzlar gibi çıktılarının yer aldığı daha resmi, titiz araştırma süreçleri aracılığıyla üretilen üçüncü düzey çalışmalardır. Kanıtların sorgulandığı birincil araştırmalar ikincil ve üçüncül araştırmalara daha geniş bir veri oluşturulması için kaynak sunar (Kristensen ve Hørder, 2017).

**Şekil 1.** Kanıtların oluşturulma aşaması



**Kaynak:** (Kristensen ve Hørder, 2007)

Kanıtların sentezi (ikincil araştırma), belirli bir alanda bilinenler ile boşlukları belirlemek adına konuyla ilgili daha geniş bir kanıt hacmi içinde, titiz, tekrarlanabilir ve şeffaf metodolojilere dayalı bireysel araştırma çalışmalarının bulgularını sentezler (Gough vd., 2019). Bununla birlikte, üçüncül araştırmaların oluşturul-

ması, kanıta dayalı karar verme süreçlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve bu nedenle politika/eylem döngüsünde belirgin bir şekilde yer alır.

Politikayla ilgili kanıtları oluşturmak için hem nicel hem de nitel yöntemler kullanılabilir. Nicel kanıtlar, hakemli bilimsel dergilerde yayınlanan birincil çalışmalar, halk sağlığı sürveys çalışmalarından alınan veriler ve birincil bilimsel çalışmaların sonuçlarını özetleyen sistematik incelemeler gibi birçok biçimde olabilir. Nitel kanıtlar ise, anlatı biçimini, duygusal bir konuya ve sezgisel bir çekiciliğe sahip ikna edici hikayeler anlatarak politika sürecini etkilemek, öncelikleri belirlemek ve politika çözümleri önermek için güçlü bir araç olarak kullanılabilir. Hikâyeler genellikle nicel/istatistiksel kanıtlar için dayanak oluşturur (Lindsey ve Ah yun, 2003). Nicel kanıtların dahil edilmesi, politika sürecinde güçlü bir kaldıraç vazifesi görebilir. Tek başına nicel kanıt tek başına nitel kanıttan daha sık ve daha güçlü bir ikna edici kabiliyete sahip olsa da kanıtların kombinasyonunun herhangi bir tekil kanıt türünden daha güçlü bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (Allen vd., 2000). En iyi bilinen kanıt sentezi türü sistematik incelemeler (meta-analizli veya meta-analizsiz) ve müdahalelerin, programların veya politikaların etkisinin hızlı incelemeleridir (Tricco vd., 2007).

Kanıta dayalı karar verme sürecinde belirli bir soru için en iyi kanıtın ne olduğu düşünülürken, çalışma tasarımının yanında güven derecesini (veya yanlışlık riskini) etkileyen metodolojik kalitesi de dikkate alınmalıdır (Kristensen ve Hørdler, 2007). Sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteli kanıtlara ulaşmak zor olabilir ancak kanıta dayalı karar vermeyi imkansız kılmaz; bu durumda gerekli olan, Tablo 2'de gösterilen sınıflandırmayı kullanarak mümkün olan en iyi kanıt değil, mevcut en iyi kanıtı kullanmaktır (Gray, 2001).

**Tablo 2.** Kanıtların sınıflandırılması

Tür	Kanıt gücü
I	Meta-analizler ve sistematik incelemeler (diğerlerinin yanı sıra Cochrane <sup>1</sup> incelemeleri)
II	Randomize kontrollü çalışmalar
III	Randomize olmayan kontrollü çalışmalar
IV	Kohort çalışmaları
V	Vaka kontrol çalışmaları
VI	Tanımlayıcı çalışmalar, sınırlı seriler
VII	Pozisyon belgeleri, sistematik olmayan incelemeler, önde gelen makaleler, uzman görüşleri

**Kaynak:** (Kristensen ve Hørdler., 2007)

<sup>1</sup> Cochrane işbirliği, sağlık politikasını ve uygulamasını iyileştirmek ve gereken kanıtları üretmek için çok çeşitli sağlık hizmetleri müdahaleleriyle ilgili literatürü eleştirel bir şekilde gözden geçiren dünya çapında bir merkezler ve kişiler ağıdır. İşbirliğinin hedefleri, tüm randomize kontrollü çalışmaların (ve gerektiğinde diğer kanıt türlerinin) güncellenmiş bir kaydı ve bundan türetilen yapılandırılmış, kanıta dayalı incelemelerle ilgili veritabanını bir araya getirmektir (Banda, 2003).

Çeşitli sağlık sistemi veya hizmet seviyelerinde farklı sağlık politikası ve uygulama sorularını ele almak için kanıta dayalı karar vermek farklı türde araştırma kanıtları gerektirir. Bu kadar çok sayıda literatürün doğru taranabilmesi ve kaynakları uygun bir şekilde kullanmak için, literatürü doğru taramak ve metodolojik yaklaşımla hareket etmek gerekir. Çok saygın yazarlar tarafından köklü dergilerde yayınlanan makaleler bile hata içerebilir veya kişinin kendi ihtiyacı açısından yanıltıcı olabilir. Geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmış tutarlı araştırma sonuçlarının azlığı, tutarsız araştırmalar sonucu oluşan veri yığılması, bu yığılan verilerin yetersiz kanıt niteliği taşıyarak gereksiz bilgi stoklanmasına sebep olması, politika belirleyicilerin kanıtları kullanamamasının temel nedenlerini oluşturmaktadır. (Beylik ve Orhan, 2018). Bu amaçla, kontrol listeleri, çalışmanın amaçlarının, tasarımının ve yönteminin makul bir standartta olmasını sağlamak için iyi bir yardımcıdır. Bununla birlikte, en iyi çalışma tasarımının diğerlerine kıyasla “işe yarıyor mu?”, “nasıl çalışıyor?”, “güvenli mi?” gibi yanıtlanması gereken sorulara göre değiştiği kabul edilmektedir (Petticrew ve Roberts, 2003). Örneğin, randomize kontrollü araştırmalar ve bu araştırmaların sistematik incelemeleri, etkililik soruları (bunu yapmak şunu yapmaktan daha mı iyi?) için en faydalı çalışma tasarımları olsa da diğer sorular farklı çalışma tasarımları gerektirebilir (Petticrew ve Roberts, 2003). Bir müdahalenin nasıl işe yarayıp yaramadığını anlamak için nitel araştırmalar veya nitel çalışmaların sistematik incelemeleri de fayda sağlamaktadır (Gray, 2004).

Yayınlanan sağlık istatistikleri sağlık politikaları için en önemli ve ilk akla gelen kaynaklar arasındadır. Bununla beraber bölgesel ve seçilmiş hastalıklar dışında diğer hastalıklar için kısıtlılıklar içermektedir. Ayrıca filtreleme ve önyargıya ilişkin de kaygılar bulunmaktadır (Murray ve Lopez, 1996).

Araştırma bulguları, ulusal sağlık politikalarındaki ve planlamadaki değişikliklerin temeli olmalıdır. Ancak bu araştırmalar programlar, planlama ve sağlık politikası için yararlı kanıtlar oluşturmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için araştırma sonuçlarını kullananlar (program yöneticileri, politika yapımcılar ve planlamacılar) ve araştırmaları gerçekleştirenler (araştırmacılar ve değerlendiriciler) arasında yakın bir diyaloga ihtiyaç vardır (Budiharsana, 2017).

Halk sağlığı politikaları için daha bağımsız ve nesnel kanıtlar sunmak amacıyla, Küresel Hastalık Yükle Çalışması (GBD) 1992 yılında Dünya Bankası'nın talebi üzerine başlatılmıştır sonrasında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tam işbirliği ve katılımıyla çalışmalar yürütülmüştür (Murray ve Lopez, 1996). Bu çalışmalar kapsamında hastalık, yaralanma ve risk faktörlerinin yükünü ölçmek ve karşılaştırmalara yardımcı olmak için yeni bir metrik olarak Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years-DALY) kavramı ortaya çıkmıştır. Kav-

ramı çeşitli hastalıklar ve yaralanmaların neden olduğu erken ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun süreli engellilik ve işlev kaybına neden olan hastalık durumlarının yol açtığı hastalık yükünün tek bir ölçüt ile değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bu ölçüm metoduna ilişkin olarak da yaşamın en değerli yıllarının genç erişkinlik dönemi olduğu kabul edilmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ölçütün hesaplanması için gerek duyulan verilerin eksikliği veya hatalı olması, sadece tanı konulan veya birey tarafından bilinen hastalıkların dikkate alınması, yaşam kalitesi gibi öznel ölçütlerin dikkate alınmaması ve hastalıkların sosyal yükünün göz ardı edilmesi ile ilgili sorunlar ifade edilmiştir (Arslan ve Ağırbaş, 2017).

Kanıtlar bölgesel olarak değişebilmektedir ve kanıtlarda bu ayrıntılara değinilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bir politikanın maliyet etkinliğini ve bunların zaman içinde nasıl geliştiğinin dikkate alınması da önemlidir. Kanıtların bütçe maliyetlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Ancak bilinmesi gereken diğer bir noktada her ne kadar bazı araştırmalar, çeşitli müdahale seçeneklerinin maliyet etkinliğini yararlı bulsa da mevcut önleyici, iyileştirici ve tedavi edici müdahalelerin maliyet etkinliği hakkında daha fazla bilgi ihtiyacı gerekmektedir (Murray ve Lopez, 1996).

Kanıt, hasta grupları veya popülasyonlar için de kullanılabilir ve bu faaliyetleri tanımlamak için kullanılan terimler bir belgeden diğerine farklılık gösterir ve bazen kanıta dayalı sağlık hizmeti, kanıta dayalı yönetim, kanıta dayalı halk sağlığı veya kanıta dayalı politika oluşturma olarak adlandırılır. Kanıta dayalı politika oluşturmaya bir örnek olarak, Birleşik Krallık'ın Down sendromu için taramayı başlatma kararıdır. Tüm bu tartışmaların ortak özelliği, hasta grupları veya popülasyonlar hakkında karar vermek için kanıtların kullanılmasıdır (Gray, 2004).

Kanıta dayalı uygulamalarda tutarlı araştırma sonuçlarının azlığı, tutarsız araştırmalar sonucu oluşan veri yığılması, araştırma okuyacak ve değerlendirecek zamanın yetersizliği, ek mali destek gerekliliği, istatistiki değerlendirmeyi ve metodolojiyi anlamadaki güçlükler engelleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca hükümetler, araştırma sonuçları ile kendi politik fikriyle oluşturulan politikalar geliyorsa bu araştırmaları önemsemeyebilmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012).

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojileri, veri toplama ve işleme kapasitesi her geçen gün hızlı bir gelişme göstermektedir. Bu durum toplumlara ait büyük veri kümeleri oluşturmakta ve bu karar vericiler için önemli bir kaynak haline gelmektedir. İlerleyen dönemlerde kanıt kaynaklarının da hızlı bir gelişim sağlayacağı öngörülebilir.



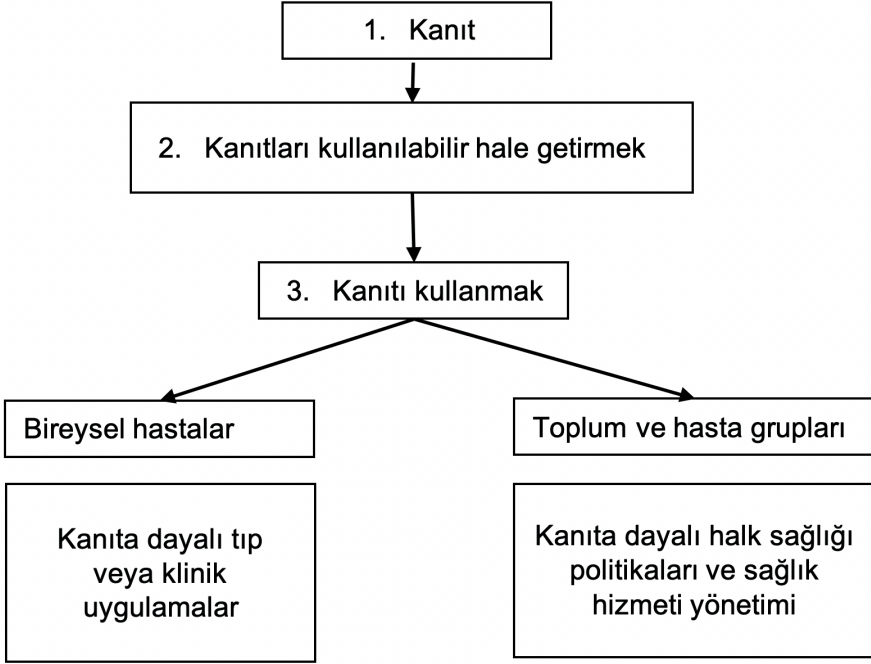
## 4. KANIT TEMELLİ SAĞLIK POLİTİKALARININ UYGULAMA SÜRECİ

Belirli bir politika oluşturma sürecinin ‘kanıta dayalı’ olduğunu söylemek, aynı zamanda kanıtların şeffaf ve dengeli bir şekilde kullanıldığını söylemektir. Daha iddialı bir şekilde, kanıta dayalı politika, kamu politikası yapımında şeffaf ve dengeli kanıt kullanımını teşvik etmek için tasarlanmış bir dizi kural ve kurumsal düzenlemedir (Cookson, 2005).

Kanıta dayalı sağlık politikasının uygulamasında üç temel özellik bulunmaktadır. Baicker ve Chandra (2017) bu üç temel özelliğin ilkinin özgül politika, ikincisi politika hedefleri ve sonuncusu kanıtların biçimlendirilerek değerlendirilmesi şeklinde tanımlamıştır. Öncelikle, politikaların iyi belirlenmesi gerekmektedir; bunun bir slogan şeklinde değil iyi açıklanmış bir politika olması önemlidir. Örneğin, “sağlık hizmet kapsamını genişlet” sloganı bir politika değildir. “Mevcut sosyal yardımların yoksulluk sınırının altındaki tüm yetişkinleri kapsayacak şekilde genişletmek” daha belirgindir. İkincisi, Kanıta dayalı politikaları uygulamak, politikalar ve hedefler arasında ayırım yapılmasını gerektirmektedir. Bu ayırım kısmen önemlidir, çünkü farklı gruplar belirli bir politika için farklı hedeflere sahip olabilirler. Örneğin, hekimlerin bakımı koordine etmeleri için mali teşvikler uygulama politikasının sağlık harcamalarını azaltacağına (potansiyel bir hedef) dair kanıtlar oldukça zayıfken, sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğine dair kanıtlar (farklı bir hedef) daha güçlüdür. Dolayısı ile, bakım koordinasyonunun para biriktirmediği için “işe yaradığı” iddiaları, başka hedeflere ulaşabileceği noktayı kaçıır. Son olarak, kanıta dayalı sağlık politikalarının etkilerinin büyüklüğüne dair kanıtlar gerekir ve bu tür kanıtları elde etmek, doğası gereği ampirik bir çaba istemektedir. Bazı durumlarda, bir politikanın sahip olabileceği etkinin yönünü gösteren net kavramsal modeller bulunur, ancak bu modeller bize etkinin ne kadar büyük olabileceğini söyleyemeyebilir. Mesela, ekonomi teorisi, bütün koşullar eşit olduğunda, katkı payları veya kesintilerin yüksek olması durumunda hastaların sağlık hizmeti talep eğiminin azaldığını söyler, ancak bu teori talebin ne kadar azaldığını söyleyemez. Çoğu zaman, etkinin yönü bile, ampirik araştırmalar olmadan belirsizdir ve farklı etkiler potansiyel olarak zıt yönlerde ilerlemektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Doğru kanıtlara ulaşmak her zaman önemlidir.

Kanıta dayalı sağlık hizmetleri süreci üç aşamadan oluşur (Şekil 2). Birinci aşama, kanıt üretmek, ikinci aşama, kanıtları kullanılabilir hale getirmek ve üçüncü aşama ise kanıtları kullanma olarak tanımlanabilir (Gray, 2001).

**Şekil 2.** Kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin üç ana aşaması



**Kaynak:** (Gray, 2001).

Hasta grupları veya toplum için karar alan sağlık hizmetlerinden sorumlu yöneticiler, politika oluşturma, satın alma ve yönetim ile ilgili birçok karar vermek zorundadır. Sağlıkla ilgili iki ana politika türünden bahsedilebilir. Bunlar halk sağlığı ile ilgili “sağlık veya halk sağlığı politikası” ve sağlık hizmeti finansmanı ve organizasyonu ile ilgili sağlık hizmetleri politikası şeklinde tanımlanabilir. Sağlık hizmeti politikası kararları, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve bu hizmetin sunumunda kullanılan kaynakları hesaba katacak şekilde düzenlenme biçiminde değişikliklere neden olur. Satın alma veya hizmete alma, bir nüfus veya hasta grubu için sağlık harcamalarından sorumlu kişilerin, belirli hizmetleri belirli bir kalite düzeyinde ve üzerinde anlaşmaya varılmış bir maliyetle elde etmek için sağlık hizmetleri sağlayıcıları ile bir dizi sözleşmeye girdiği bir süreçtir. Finansmanın sınırlı olması satın alma ve hizmet gruplarında önceliklendirme kararlarını da beraberinde getirmektedir. Yönetim toplum ve hasta gruplarının sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların en iyi şekilde kullanılmasından sorumludur. Bu sorumluluğu yerine getirirken kanıtlardan yararlanır (Gray, 2004).

Sağlık alanında kanıta dayalı politika yapmak, sağlık politikacılarının daha iyi sağlık hizmeti sunulabilecek kararlar almasına neden olacaktır. Kanıta dayalı sağlık politikalarının diğer bir avantajı da sağlık kaynaklarının daha etkili kullanımının sağlık hizmeti maliyetlerinin azalması olarak ifade edilmektedir (Bayın ve Akbulut, 2012).

## 5. KANITA DAYALI TIP VE SAĞLIK TEKNOLOJİSİ DEĞERLENDİRMESİ

Kanıta dayalı tıp veya kanıta dayalı klinik uygulama, mevcut en iyi bilginin her bir hastanın durumuna ve değerlerine makul bir şekilde uygulanmasıdır. Sackett ve meslektaşları (1996) kanıta dayalı tıbbi “mevcut en iyi kanıtların bireysel hastaların bakımıyla ilgili kararlar vermede vicdani, açık ve mantıklı kullanımı” olarak tanımlamaktadır. Kanıta dayalı tıp, klinik kararların temeli olarak araştırma bulgularını eş zamanlı sistematik olarak bulma, değerlendirme ve kullanma sürecidir (Greenhalgh ve Donald, 1995). Elektronik veri tabanları ve bilgisayar kullanımının yaygınlığı hekimlerin büyük miktarda veriye kolayca erişimini sağlamaktadır. Kanıta dayalı tıp, sorular sormak, ilgili verileri bulmak ve bu bilgileri günlük klinik uygulamalar için kullanmakla ilgilidir. Kanıta dayalı tıp uygulamalarına ilişkin bilişim sistemleri ile desteklenen klinik karar destek sistemleri de gün geçtikçe kabul gören uygulamalar arasında yerini almaktadır.

Kanıta dayalı tıp modelinin savunucuları, bireysel-klinik düzeye odaklanırken, bilimin kullanımını vurgulayan sistematik ve metodolojik olarak titiz klinik araştırmalar yoluyla geliştirilen bilimsel bir kanıt anlayışı geliştirmiştir (Guyatt vd., 1992). Diğer taraftan, kanıta dayalı tıp modelini eleştirenler, bilimsel bir kanıt kavramının çok dar olduğunu ve klinik karar vermeyle ilgili daha geniş kapsamlı kanıtlayıcı kaynakları ihmal ettiğini öne sürmüşlerdir (Straus ve McAlister, 2000). Kanıta dayalı tıp modeli savunucuları, bilimsel kanıtın tek başına yeterli olmadığını ve diğer kanıt türleri ile bütünleştirilmesi gerektiğini kabul etseler de hala “en iyi” kanıt kaynaklarının kullanımına odaklanmış, böylece büyük ölçüde bir çalışmanın tasarımının karmaşıklığına ve “metodolojik titizliğine” dayanan çok sayıda kanıt hiyerarşisinin ve sınıflandırma kriterlerinin geliştirilmesine yol açmıştır (Sackett vd., 1996; Straus ve McAlister, 2000).

Bu tartışmalar devam ederken, kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı karar verme yaklaşımı sağlık politikası ortamında daha fazla yer bulmaktadır ancak kanıta dayalı politika ile kanıta dayalı tıp arasında güçlü benzerlikler bulunsa da birbirinin uzantısı değil niteliksel olarak farklılıkları olan kavramlardır (Black ve Donald,

2001). Kanıta dayalı tıptan kanıta dayalı sağlık politikasına geçerken, karar verme bağlamı değişir ve bireysel klinik düzeyden nüfus politikası düzeyine geçer. Kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı politika bu nedenle 'kanıta dayalı' düşüncenin ortak değerlerini paylaşırsa da bu değerlerin uygulamasında farklılaşmaktadır. Kanıta dayalı sağlık politikası bireysel hastalarla ilgili kararlardan ziyade insan grupları hakkındaki kamu politikası kararlarına odaklanmaktadır.

Kanıta dayalı tıp uygulamasında, klinisyen, hastanın sahip olabileceği diğer risk faktörlerini veya hastalıkları dikkate alarak, kanıtı hastanın bireysel durumuyla ilişkilendirmeli ve ardından hastanın durumu hakkında düşünmesine yardımcı olmalıdır. Kanıta dayalı politika yapımında ise politika yapıcı, nüfusun ihtiyaçlarını dikkate almak zorundadır. Bir örnekle açıklamak gerekirse, meme kanseri tanısı konulmuş bir hastaya kanıta dayalı tıp yaklaşımı ile çeşitli tedavi seçenekleri ve önerilerde bulunulabilir. Kanıta dayalı politika yaklaşımında ise hastadan çok meme kanserinin insidansı düşük ya da yüksek olması kararı etkiler. Kanıta dayalı politika oluşturma, kanıta dayalı klinik uygulamanın yer alabileceği bağlamı belirler. Örneğin, politika, 50 yaşın altındaki kadınlara meme kanseri taraması önermek değilse, klinisyen bu gruptaki kadınları taramanın yararları ve zararları hakkındaki kanıtları yorumlamak zorunda değildir. Ayrıca bir klinisyen kanıtlar hakkında bir görüşe sahip olabilir ancak politika bir hizmetin sağlanmaması gerektiğini açıkça belirtiyorsa kanıta dayalı tıp için herhangi bir kapsam mevcut değildir. Kanıta dayalı politika yapımında, politika yapıcı sadece tek bir hastalığa uygulanacak tedavi veya ilaca fon sağlanıp sağlanmayacağına karar vermek değil, genellikle birçok farklı sorunu da dikkate alarak kaynak talebi bağlamında finansman sürecini de değerlendirmektedir (Gray, 2004).

Sağlık teknolojisi, sağlık ekipmanları ve tıbbi ilaçlar dahil olmak üzere önleme, teşhis, tedavi, bakım ve rehabilitasyon prosedürleri ve yöntemleri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemi içindeki destekleyici sistemler ve organizasyonlar ayrıca sağlık teknolojisi olarak kabul edilebilir (Banda, 2003). Teknolojinin kullanımına ilişkin kararlar sağlık sisteminin her düzeyinde verilmektedir. Bunlar genellikle etik sorunların da olabileceği karmaşık bir bağlamda tıbbi, hastayla ilgili, organizasyonel ve ekonomik bilgilerin birleştirilmesini içermektedir (Kristensen ve Hørder, 2007).

Sağlık teknolojileri ile ilgili politika uygulamada karar verme sürecine girdi sağlamayı amaçlayan en etkili yöntemlerden biri "sağlık teknolojisi değerlendirme (STD)" yaklaşımıdır (Garrido vd., 2010, Kristensen ve Hørder, 2007). Amacı, bilimsel bilgi ile karar verme arasındaki boşluğu "köprüleyen" sistematik bir bilgi sentezi oluşturup, karar verme ve politika oluşturma süreçlerine dahil olanlar tara-

findan araştırma bilgisinin değerlendirilmesini kolaylaştırmaktır. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (STD) alanı hala nispeten yenidir. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, kanıtları karar verme ile birleştirmeye çalışır ve bu nedenle kanıta dayalı sağlık hizmetleri ve kanıta dayalı politika oluşturma ile benzerlikler göstermektedir (Banta, 2003). Sağlık teknolojisi değerlendirilmesi sağlık teknolojisinin geliştirilmesi, yayılması ve kullanımının tıbbi, sosyal, etik ve ekonomik sonuçlarının incelendiği çok disiplinli bir politika alanıdır (Garrido vd., 2010). Daha ileri bir düzeyde, sağlık teknolojisi değerlendirmesi sağlık teknolojisi kullanımının ön koşullarının ve sonuçlarının kapsamlı ve sistematik bir değerlendirmesidir.

Sağlık teknoloji değerlendirmesi terimi ilk kez Amerika Birleşik Devletleri Kongresi'nde Teknoloji Değerlendirme Ofisi tarafından kullanılmış (1972) "teknolojinin uygulanmasının veya kullanımının kısa ve uzun vadeli sosyal sonuçlarını inceleyen kapsamlı bir politika araştırması biçimi" şeklinde bir politika aracı olarak tanımlanmıştır (Banta, 2003). Kanıta dayalı tıpla bağlantılı olarak geliştirilen Cochrane işbirliği ürünleri uluslararası tanınmış literatür incelemeleridir. Cochrane incelemelerindeki en önemli nokta, önceden belirlenmiş bir yöntemle göre klinik uygulamalara kanıt sunmasıdır. STD ile bağlantılı olarak, sistematik Cochrane incelemeleri, teknolojilerin etkilerinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi için önemli bir dokümantasyon temeline sahiptir (Kristensen ve Hørder, 2007). İlerleyen yıllarda bezer uygulamaların sağlık hizmetlerinde daha çok yer bulması kuvvetli bir ihtimaldir.

Sağlık teknoloji değerlendirmesinin gelişimi ışığında, dünyanın her yerindeki çeşitli uygulayıcılar, işbirliği ve bilgi paylaşımı yoluyla üçü küresel ve biri Avrupalı olmak üzere dört uluslararası kuruluş oluşturulmuştur. Bunlar;

- *Avrupa Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi Ağı*; Avrupa Birliği üyeleri arasında resmi bir Avrupa sağlık teknolojisi değerlendirme sistemi kurmayı amaçlayan bu yapı (EUnetHTA), 24'ü AB üyesi olan 27 Avrupa ülkesini kapsamaktadır (EUnetHTA, 2015).
- *Uluslararası Sağlık Teknolojileri Değerlendirilmesi Forumu (HTAi)*; sağlık teknolojisi değerlendirmesinin bireysel üyeliğe dayalı olarak tanıtılmasına yönelik uluslararası bir topluluktur. HTAi, yöntemler, uzmanlık, kalite ve uygulama açısından STD'nin gelişimini teşvik etmeye hizmet etmektedir (HTAi, 2020). HTAi, her yıl bir uluslararası konferansa (HTAi Yıllık Toplantısı) ev sahipliği yapar ve alana ilişkin derginin (International Journal for Technology Assessment in Health Care'in (IJTAHC)) yayınlanmasından sorumludur (Kristensen ve Hørder,2007).

- *Uluslararası Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Ajansları Ağı (INAHTA)*; 1993 yılında kurulmuştur ve dünya çapında 31 ülkede 1 milyardan fazla insanı etkileyen sağlık sisteminde karar vermeyi destekleyen 50 sağlık teknolojisi değerlendirme ajansından oluşan bir iş birliğidir. INAHTA'nın amacı, üye kuruluşların ortak çıkarlarına odaklanan bilgi alışverişi ve işbirliği için bir forum oluşturmaktır. Veritabanı, tamamlanmış ve devam eden STD projeleri, STD yayınları ve STD ile ilgili makaleler hakkında bilgiler içermektedir ([inahta.org](http://inahta.org)).
- *Yeni ve Gelişmekte Olan Sağlık Teknolojileri üzerine Uluslararası Bilgi Ağı (EuroScan Uluslararası Ağı)*; sağlık teknolojileri için kamu tarafından finanse edilen, kâr amacı gütmeyen erken farkındalık ve uyarı sistemlerinden oluşan küresel bir ağıdır ([www.euroscan.org.uk](http://www.euroscan.org.uk)). 2012'de ağ amaçlarını ve hedeflerini güncelleyerek beceri ve deneyimlerin paylaşılmasını, erken farkındalık ve uyarı faaliyetlerine yönelik metodolojik yaklaşımların sürekli olarak geliştirilmesini ve yeni ve ortaya çıkan sağlık teknolojileri hakkında devam eden bilgi alışverişini sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlık sisteminde teknolojinin gelişimine yönelik araştırmaların yanında sağlık teknolojisi değerlendirmesi sayısı da giderek artmaktadır. Değerlendirme yapılacak çok sayıda konunun bulunması, sağlık teknolojileri ile ilgili değerlendirmelerin uygun şekilde seçilmesi ve önceliklendirilmesi sağlık sistemi içinde kaliteli ve verimli kaynak tüketimine katkıda bulunmak için oldukça önemlidir.

## 6. TÜRKİYE'DE KANITA DAYALI SAĞLIK POLİTİKASI UYGULAMALARI

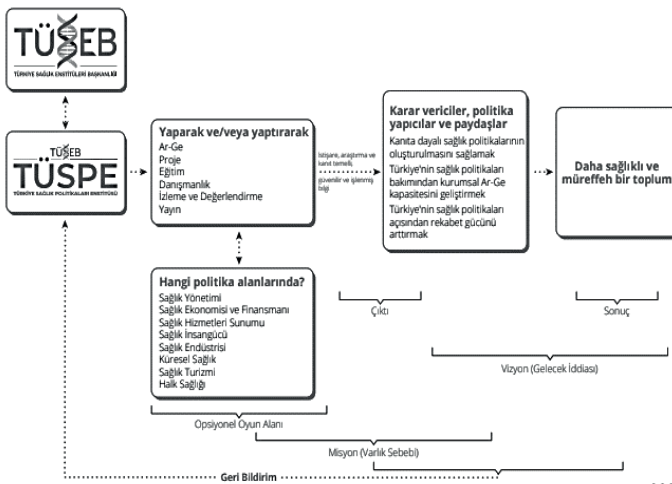
Türkiye'de kanıta dayalı politika yapımı ile ilgili söylemlere 2000'li yıllardan itibaren ağırlık verildiği görülmektedir. Kalkınma planları, hükümet programları gibi üst politika süreçlerine ait belgelerde ve kamu kurumlarının stratejik planları ve programlarında bahsi geçmektedir. 8. Kalkınma Planından (2001-2005) bu yana kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasına kalkınma planlarında yer verilmeye başlanmıştır (Köktaş ve Köseoğlu, 2015).

Kanıta dayalı politika sürecine veri sağlayan sistemlerin de son yıllarda hayata geçirildiği görülmektedir. 2011 yılında Kalkınma Bakanlığı olarak kurulan ve 2018 yılında Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı olarak faaliyetlerine devam eden bakanlığın koordinasyonunda hazırlanan "2015-2018 Bilgi Toplumu Stratejisi ve Eylem Planı" ile büyük verinin ekonomik değere dönüşmesinin sağlanacağı; bu amaçla sosyal güvenlik, sağlık, vergi, güvenlik, istatistik gibi alanlar başta olmak üzere ka-

muda büyük veri uygulamaları geliştirileceği öngörülmüştür (Kalkınma Bakanlığı, 2015). Bu eylem planının sağlık ve sigortacılık verileri kullanılarak sağlık alanında harcamaların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacı sağlık politikalarına yöneliktir (Altun vd., 2017). Kamu kurum ve kuruluşlarının topladıkları ve ürettikleri verilerin paylaşımının sağlanması, kamu veri merkezlerinin bütünleştirilmesi, güvenilir istatistiklerin kalite ve sayısının artırılması ve kamuda büyük veri uygulamalarının hayata geçirilmesi gibi hedefler doğrudan kanıta dayalı politika yapımıyla ilişkilidir (Köktaş ve Köseoğlu, 2015).

Türkiye’de kanıta dayalı sağlık politikalarına ilişkin uygulamalar incelendiğinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı altında Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü’nün (TÜSPE), 25 Mart 2017 tarihli ve 30018 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı (2017/9860) ile Ankara merkezli olarak kurulduğu görülmektedir. TÜSPE; sağlık politikaları alanında istişare, araştırma ve kanıt temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üreterek ve de yayarak daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumuna ve insanlığa katkı sağlamak amacıyla kurulmuştur. Sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık insan gücü, halk sağlığı, sağlık endüstrisi, küresel sağlık ve sağlık turizmi ile ilgili politikalara yönelik Ar-Ge, izleme ve değerlendirme, eğitim, yayın, toplantı ve danışmanlık faaliyetleri yürütmektedir (TÜSPE, 2022). TÜSPE’nin çalışma stratejisi kapsamında kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulması hedeflenmiştir. Buna ilişkin süreç şekil 3’de özetlenmiştir.

Şekil 3. TÜSPE Stratejik Tasarım Çerçevesi



Kaynak: (TÜSPE, 2022)

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) 2021 yılı idare faaliyet raporuna göre sağlık politika alanlarına kanıt oluşturmaya ilişkin sonuçlanmış ve devam eden proje ve yayınlar bulunmakta ve kongreler düzenlenmektedir. Türkiye'nin ilk kanıta dayalı politika oluşturma belgesi olma özelliğini taşıyan, "Türkiye'de Trans Yağ Tüketiminin ve Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkilerinin Azaltılması" başlıklı rapor TÜSEB, DSÖ Türkiye Ofisi ve WHO Europe EVIPNet iş birliği ile 21 Şubat 2021 tarihinde yayınlanmıştır (Arı vd., 2021). Trans yağ asitleri (TFA) veya trans yağlar, insan sağlığı için birçok olumsuz sonucu olan ve çözümü için çok paydaşlı sağlık politikası müdahaleleri gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kapsamda yayınlanan raporda, Türkiye'de TFA'ların tüketimini azaltma sorununun üstesinden gelmek için politika yapımcılar için bilinçli seçenekler oluşturulmak için oluşturulan çalışma grubu problemle ilgili araştırma kanıtlarını belirledi, seçti, değerlendirdi ve sentezledi; bununla başa çıkmak için üç seçenek ((1) TFA'lara zorunlu limitler koymak; (2) TFA içermeyen gıdaların etiketlenmesi ve TFA'larla ilişkili sağlık etkileri konusunda farkındalığın artırılması; ve (3) Endüstriyel olarak üretilen TFA'ların daha sağlıklı sıvı ve katı yağlar ile değiştirilmesine yönelik teşviklerin getirilmesi) geliştirilmiş ve her seçeneğin uygulanmasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar incelenmiştir. Bu kapsamda 07.05.2020 tarihli 31120 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan, "Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile gıda satış ve toplu tüketim yerlerinde son tüketiciye arz edilecek olan bütün bitkisel ve bitkisel kaynaklı gıdalardaki trans yağ miktarı yüzde 2'yi geçmemesi üzerine karar verildi. Böylece obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, sinir sistemi bozuklukları, erken doğum gibi önemli halk sağlığı problemlerinin temel kaynaklarından biri olan trans yağların (Çakmakçı ve Kahyaoglu, 2012) kullanımının kamu politikası ile belirlenerek sağlık problemlerinin önüne geçilmesi ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesi sağlanmaya çalışılmıştır.

Sağlık Bakanlığı, 2013-2017 Stratejik planında kanıta dayalı sağlık iletişimini geliştirmek için sektörler arası işbirliği yapma stratejisi belirlemiş ve Bakanlığın kurumsal bir değeri olarak "kanıta dayalılık" kavramı kabul edilmiştir (Köktaş ve Köseoğlu, 2015). Sağlık Bakanlığının kanıta dayalı karar verme yöntemlerini mikro açıdan kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı yönetim makro açıdan ise kanıta dayalı politika yapımı ile hayata geçirmeye çalıştığı buna yönelik adımlar attığı ancak henüz yolun başında olduğu söylenebilir.



## 7. SONUÇ

21. yüzyılda, sağlık konusunda karar verenler kanıta dayalı bir yaklaşım benimsemek zorunda kalacaktır. Bunun için her karar, geçerli değerler ve mevcut kaynaklar bağlamında en iyi kanıtların sistematik bir değerlendirmesine dayandırılmalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için, kanıt yönetimi becerilerinin geliştirilmesini, kanıta dayalı bir yaklaşımın kullanımına elverişli koşullarının teşvik edilmesini ve yeni kanıtlar ışığında kararların yenilenmesi ihtiyacının tanınmasını gerektirmektedir.

Sağlığı iyileştirmek, daha etkili sağlık hizmetleri ve ürünleri sağlamak ve sağlık sistemini güçlendirmek için bilginin sentezi, yayılması ve değiş tokuşu gereklidir. Etik değerlere sahip olan sağlıklı uygulamalar ve dinamik süreçler diyalog ve politika değişikliğini kolaylaştırma potansiyeline sahiptir (Ti vd., 2017).

Bütün bunlara rağmen zengin bir kanıt kümesi bile bir politikanın amaçlarına ulaşacağını garanti edemeyebilir ancak daha iyi politika, hem hedefler konusunda dürüst olmayı hem de kanıtlar konusunda net olmayı gerektirmektedir (Baicker ve Chandra, 2017). Program yöneticileri ve politika yapıcılar araştırma bulgularını görmezden geldiklerinde araştırmacılar hayal kırıklığına uğrayabilmektedir. Politika sürecinde, bazen mantıklı kararların bilimsel rasyonaliteyi yansıtmayabileceği ve özellikle hizmetler ve yönetim ile ilgili politikalarda siyasi bağlamın da önemli olduğu konusunda daha karmaşık bir anlayış bulunmaktadır. Öte yandan, politika yapıcıların araştırmanın kavramsallaştırılmasına ve yürütülmesine daha fazla dahil olmaları gerekmektedir. Çalışmanın gelecekte planlama ve politika üzerinde herhangi bir etkisi olacaksa, araştırma sırasında ve sonrasında iki grup arasında daha yakın bir ilişkinin sürdürülmesi gerekmektedir (Budiharsana, 2017).

Sağlık politikaları konusunda kararlar alırken, ülke çapındaki akademik araştırmacıların konulara ilişkin araştırma yapmaları teşvik edilmelidir. Bu teşvikler araştırmalara yönelik maddi destekleri de içermelidir. Ayrıca kanıtların kalitesi önemsenmelidir. Kanıta dayalı sağlık politikası kavramının hem araştırmacılar hem de politik aktörler için anlaşılması sağlanmalıdır. Bu konuda ülkelerin diğer ülke örneklerini incelenmeleri de yol gösterici olabilecektir.

## EXTENDED ABSTRACT

**Research Problem:** In a constantly changing environment where diseases, demographic structures, migrations, and economic crises are experienced, those who decide on health policies are under pressure to make fast and accurate decisions. In this context, policymakers must make decisions such as determining the most important health needs for society, providing effective and efficient health services, how to finance health systems, and how to distribute the public and private sectors in the financing of health services. These decisions must turn into successful processes related to accurate, reliable, and timely information sources. Evidence-based health policy can be defined as making and explaining decisions based on current data among various alternatives based on rational and accurate evidence in the determination of policies related to health services. In recent years, there has been a significant increase in both the availability and accessibility of information. Decisions have become more transparent, shifting from implicit to explicit decision-making methods. At this point, evidence-based decision-making emerged as a way to meet the expectation of making reasoned decisions and it is important for a rational approach to making policy choices.

**Research Question/s:** Specifically, this study sought to answer the following questions:

1. What are health policy and evidence-based health policy?
2. What are the sources of information in evidence-based health policy?
3. What are the implementation steps of an evidence-based health policy?
4. What is the place of evaluation of health technologies in evidence-based health policy?
5. What are the studies on Evidence-Based Health Policy Practices in Turkey?

**Literature Review:** Policy, in the most general terms, is the decision taken by an actor or a group of actors to determine the goals and the means to achieve these goals. Health policy, on the other hand, is a network of interrelated decisions that create strategies or approaches related to the delivery of health services. Health policy includes financial, managerial, and organizational changes in health services. These changes, it is aimed to improve public health by improving the physical, mental, and social health of individuals. In recent years, problems such as diffi-

culties in allocating resources, allocation, and prioritization have been increasing. In response to these problems, policymakers are faced with an increasing demand for clear justification for their decisions at all levels and in all areas. The need for evidence-based decision-making has been proposed as a way to meet this demand.

Evidence is defined as factual information obtained by observation or experiment to support a conclusion. Evidence is used as a basis to define the policy problem, understand the scope and nature of the problem, make policy recommendations, predict the future, monitor policy implementation, determine if there are deviations from key indicators, and evaluate the impact of policy. In considering the best evidence in evidence-based decision-making, the methodological quality that influences the degree of risk of bias should be taken into account, as well as the study design. Accessing high-quality evidence in healthcare can be difficult, but it does not make evidence-based decision-making impossible; the thing to do in this case is not to use the best possible evidence, but to use the best available evidence.

Evidence-based decision-making focuses on justifying decisions. When it comes to the general population, decision-making in policies created becomes more uncertain, variable, and complex. Public health policies need independent, objective information and standardized units of measurement about the extent and possible trends of health problems based on comparable methods. Insufficient information about a health problem can even be interpreted as insignificant. To say that a particular policy-making process is 'evidence-based' is also to say that the evidence is used in a transparent and balanced manner. More assertively, evidence-based policy is a set of rules and institutional arrangements designed to promote the transparent and balanced use of evidence in public policy-making.

Evidence-based policymaking in Türkiye has started to be mentioned more and more after the 2000s. It is mentioned in the documents of upper policy processes such as development plans, government programs, and in the strategic plans and programs of public institutions. Since the 8th Development Plan (2001-2005), evidence-based medicine and the creation of evidence-based health policies have been included in development plans. When the practices related to the evidence-based health policies in Türkiye are examined, the Türkiye Health Policies Institute (TÜSPE) was established on March 25, 2017, under the Presidency of the Türkiye Health Institutes, under the Ministry of Health. Health Institutes of Turkey (TUSEB) was established with a mission to serve our country and humanity in the field of health science and technologies and to support planned and sustainable development. Within the scope of TÜSPE's working strategy, it is aimed to create evidence-based health policies.

The Ministry of Health of Turkey has determined a strategy of intersectoral cooperation to improve evidence-based health communication in its 2013-2017 Strategic Plan, and the concept of “evidence-based” has been accepted as an institutional value of the Ministry. It can be said that the Ministry of Health has taken steps to implement evidence-based decision-making methods with evidence-based medicine and evidence-based management in micro terms, and evidence-based policymaking in macro terms, but it is still at the beginning of the road.

**Methodology:** This study was designed as a literature review and the national and international literature on the field of evidence-based health policy in detail.

**Result and Conclusion:** The synthesis, dissemination, and exchange of knowledge are essential for improving health, providing more effective health services and products, and strengthening the health system. Healthy practices and dynamic processes with ethical values have the potential to facilitate policy change. In the 21st century, health decision-makers must take an evidence-based approach. For this, decisions should be based on a systematic evaluation of the best evidence in the context of current values and available resources. When making decisions about health policy, academic researchers from across the country should be encouraged to research the issues. These incentives should also include financial research support. In addition, the quality of the evidence should be considered. The concept of evidence-based health policy should be understood by both researchers and political actors. Examining the examples of other countries in this regard may also be guiding.

---

**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:** Nurdan ORAL KARA ve Dilek ŞAHİN çalışmanın tüm bölümlerinde ve aşamalarında katkı sağlamışlardır. Yazarlar esere eşit oranda 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:** Nurdan ORAL KARA and Dilek ŞAHİN have contributed to all parts and stages of the study. The authors contributed equally to the study.

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

## KAYNAKÇA

- Adrien, M. H., Bamberger, M., Conner, R. F., Djokovic-Papic, D. ve Hancioglu, V. (2008). Bridging The Gap: The Role Of Monitoring And Evaluation In Evidence-Based Policy Making. United Nations Children's Fund (UNICEF).
- Allen M, Bruflat R, Fucilla R, et al. (2000). Testing The Persuasiveness Of Evidence: Combining Narrative And Statistical Forms. *Commun Res Rep*, 17, 331–336.
- Altun, T., Şahin, F. ve Öztaş, N. (2017). Kamu Politikalarının Belirlenmesi ve Uygulanmasında Büyük Veri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22 (Kayfor 15 Özel Sayısı), 2021-2044.
- Ari, H. O., Islek, E., Özatkan, Y., Bilir, K., Demirkesen Mert, I., Özcan Çetin, E. H., ... ve Erguder, T. (2021). EVIPNet Evidence Brief For Policy: Reducing The Consumption Of Trans-Fats And Their Negative Impacts On Health İn Turkey. In *EVIPNet Evidence Brief For Policy: Reducing The Consumption Of Trans-Fats And Their Negative Impacts On Health In Turkey* (pp.75-75).
- Arslan, D. T., ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99-126.
- Baicker, K. ve Chandra, A. (2017). Evidence-Based Health Policy. *N Engl J Med*, 377(25), 2413–2415.
- Banta, D. (2003). The Development Of Health Technology Assessment. *Health Policy*, 63(2), 121-132.
- Bayın, G. ve Akbulut, Y. (2012). Kanıta Dayalı Yaklaşım ve Sağlık Politikası. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 115–132. DOI: [https://doi.org/10.1501/Asbd\\_0000000022](https://doi.org/10.1501/Asbd_0000000022)
- Beylik, U. ve Orhan, F. (2018). Kanıta Dayalı Sağlık Politikaları. (1. Baskı). içinde (263-294), Nobel Yayınevi, Ankara.
- Black, N. ve Donald, A. (2001). Evidence Based Policy: Proceed With Care Commentary: Research Must Be Taken Seriously. *BMJ*, 323(7307), 275-279.
- Brownson, R. C., Chriqui, J. F. ve Stamatakis, K. A. (2009). Understanding Evidence-Based Public Health Policy. *American Journal Of Public Health*, 99(9), 1576-1583.
- Budiharsana, M. (2017). Increasing Use of Research Findings in Improving Evidence-Based Health Policy at the National Level. *Kesmas: National Public Health Journal*, 12(2), 49. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v0i0.1905>
- Caplan, N. (1979). The Two-Communities Theory And Knowledge Utilization. *American Behavioral Scientist*, 22(3), 459-470.

- Coast, J., Donovan, J. ve Frankel, S. (1996). Priority Setting: The Health Care Debate.
- Cookson, R. (2005). Evidence-Based Policy Making in Health Care: What It Is And What It Isn't. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2), 118-121.
- Çakmakçı, S., ve Kahyaoğlu, D. T. (2012). Yağ Asitlerinin Sağlık ve Beslenme Üzerine Etkileri. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, (2), 133-137.
- Davies, H., Nutley, S. ve Smith, P. (2000). Introducing Evidence-Based Policy And Practice In Public Services. In *What works? Policy Press*, (pp. 1-12).
- De Marchi, G., Lucertini, G. ve Tsoukiàs, A. (2016). From Evidence-Based Policy Making To Policy Analytics. *Annals of Operations Research*, 236(1), 15-38.
- Dobrow, M. J., Goel, V. ve Upshur, R. E. (2004). Evidence-Based Health Policy: Context And Utilisation. *Social Science and Medicine*, 58(1), 207–217. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00166-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00166-7)
- Donnison, D. (1972). Research For Policy. *Minerva*, 519-536.
- Ertürk Atabey, S. (2018). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. (3. Baskı). Gazi Kitabevi.
- EUnetHTA. (2015). Core Protocol Pilot for Additional Evidence Generation. Erişim tarihi: 12 Haziran 2022. [https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/eunetha\\_core\\_protocol\\_pilot\\_for\\_aeg\\_0.pdf](https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/01/eunetha_core_protocol_pilot_for_aeg_0.pdf)
- Frankel, S., Ebrahim, S. ve Smith, G.D. (2000). The Limits To Demand For Health Care. *Br. Med. J.* 321: 40-5.
- Freiberg, A. ve Carson, W. G. (2010). The Limits to Evidence-Based Policy: Evidence, Emotion and Criminal Justice 1. *Australian Journal of Public Administration*, 69(2), 152-164.
- Garrido, M. V., Gerhardus, A., Røttingen, J. A. ve Busse, R. (2010). Developing Health Technology Assessment To Address Health Care System Needs. *Health Policy*, 94(3), 196-202.
- Gough D, Thomas J ve Oliver S. (2019). Clarifying Differences Between Reviews Within Evidence Ecosystems. *Syst Rev.*, 8(1), 170.
- Gray, J. A. M. (2001). Evidence-based healthcare. Elsevier Health Sciences.
- Gray, J. M. (2004). Evidence based policy making. *BMJ*, 329(7473), 988-989.
- Greenhalgh, T. ve Donald, A. (2009). Evidence Based Health Care Workbook: Understanding Research, Soltani Arabshahi K, Ajami A, Hemmati P, trans. *Tehran: Iran University of Medical Sciences, Koosyar*.

- Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, et al. (Evidence-Based Working Group) Evidence-Based Medicine: A New Approach To Teaching The Practice Of Medicine. *JAMA* 1992, 268(17), 2420-5.
- <https://www.euroscan.org/> international HealthTechScan
- <https://www.inahta.org/> The International Network of Agencies for Health Technology Assessment
- Kalkınma Bakanlığı (2015). 2015-2018 Bilgi toplumu stratejisi ve eylem planı. *Erişim adresi: <http://www.bilgitoplumstratejisi.org/download/docfile/8a9481984680deca-014bea4232490005>*.
- Kislov R, Wilson P, Cummings G, Ehrenberg A, Gifford W, Kelly J, et al. (2019). From Research Evidence To “Evidence By Proxy”? Organizational Enactment Of Evidence-based Health Care In Four High-Income Countries. *Public Adm Rev.*, 79(5):684–98.
- Köktaş, Ö. F. ve Köseoğlu, Ö. (2015). Kanıta Dayalı Kamu Politikası Yapımı: Sosyal Bilim Araştırması ve Kamu Politikaları İlişkisini Yeniden Dizayn Etmek için Bir Fırsat Mı?. *Yasama Dergisi*, (29), 32-57.
- Kristensen, F. B. ve Hørdler, M. (2007). *Health Technology Assessment Handbook*. Danish Institute for Health Technology Assessment.
- Lindsey LLM ve Ah Yun K. (2003). Examining The Persuasive Effect Of Statistical Messages: A Test of Mediating Relationships. *Commun Stud.*, 54, 306–321.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 710–743.
- Musgrove, P., Crese, A., Preker, A., Baeza, C., Anell, A. ve Prentice, T. (Principal writers) (2000) The World Health Report 2000 - Health Systems: improving performance. The World Health Organization, Geneva. Available at <http://www.who.int/whr/2000/en/report.htm>
- Nutley, S. M., Walter, I., ve Davies, H. T. (2007). What does it mean to ‘use’ research evidence?. In *Using evidence*, Policy Press, (pp. 33-60).
- Petticrew, M. ve Roberts, H. (2003). Evidence, Hierarchies and Typologies: Horses For Courses. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(7), 527-529.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

- Sanderson, I. (2002). Evaluation, Policy Learning And Evidence-Based Policy Making. *Public Administration*, 80(1), 1-22.
- Sharma T, Choudhury M, Kaur B, Naidoo B, Garner S, Littlejohns P, et al. (2015) Evidence Informed Decision Making: The Use Of “Colloquial Evidence” at NICE. *Int J Technol Assess Health Care*, 31(3):138–46.
- Smith, K. (2013). The Fluctuating Fortunes of ‘Evidence-Based Policy’. In *Beyond Evidence-Based Policy in Public Health* Palgrave Macmillan, London, (pp. 1-41).
- Straus, S. E. ve McAlister, F. A. (2000). Evidence-Based Medicine: A Commentary On Common Criticisms. *Cmaj*, 163(7), 837-841.
- Ti, L., Hayashi, K., Ti, L., Kaplan, K., Suwannawong, P. ve Kerr, T. (2017). Knowledge Translation To Advance Evidence-Based Health Policy In Thailand. *Evidence and Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(4), 723–731. <https://doi.org/10.1332/174426416X14658366045377>
- Tricco AC, Zarin W, Ghassemi M, Nincic V, Lillie E, Page MJ, et al. (2018). Same Family, Different Species: Methodological Conduct And Quality Varies According To Purpose For Five Types Of Knowledge Synthesis. *J Clin Epidemiol*. 96, 133–42.
- Tugay Arslan, D. ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Çıktılarının Ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99–126. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/339302>
- Türk Gıda Kodeksi Gıdalara Vitaminler, Mineraller ve Belirli Diğer Öğelerin Eklenmesi Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2007, 7 Mayıs) T.C. Resmî Gazete (Sayı: 31120) Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/05/20200507-4.htm>
- TÜSPE. (2022). <https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/hakkimizda>
- Weiss, C. H. (1977). Using Social Research In Public Policy Making. Lexington Books.
- Weiss, C. H. (1980). Knowledge Creep And Decision Accretion. *Knowledge*, 1(3), 381-404.
- Weiss, C.H. (1979). The Many Meanings Of Research Utilization. *Public Administration Review*. 39. 426-431.



# TÜM POLİTİKALARDA SAĞLIK: KURAM VE UYGULAMA

Health in All Policies: Theory and Practice

Jebağı Canberk AYDIN\*

## Öz

Sağlığın sadece tıpla ilgili olmadığı fikri oldukça eski bir düşüncedir. Sağlık ve iyilik hali sosyal, çevresel ve ekonomik pek çok faktörden etkilenmektedir ve bu durum sağlığın sosyal belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık politikası, sağlıkla ilgili toplumsal hedeflerin, önceliklerin ve bunların gerçekleştirilmesi sürecinde yürütülen faaliyetlerin bütünlüğü olarak tanımlanabilir. Tüm Politikalarda Sağlık, kamu politikalarında sağlık üzerine etkileri odağına alan ve kamu politikaları ile sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkartmak ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için hükümet ve hükümet dışı aktörlerin işbirliğini teşvik eden bir yaklaşımdır. Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının tarihsel kökenlerini 1978 yılındaki Temel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Alma-Ata Deklarasyonu'nda bulabilmek mümkündür. Aynı zamanda yaklaşımın düşünsel arka planı Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramları ve çalışmalarıyla da yakından ilişkilidir. Tüm Politikalarda Sağlık kilit unsuru, politika alanlarında ve uzun dönemde karar alma süreçlerinde sağlık ve hakkaniyetin değerlendirilmesini destekleyen yapısal veya prosedürel değişiklikler yaratmaktır. Bu nedenle Tüm Politikalarda Sağlık uygulamaları, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi ve önlenmesi için politikalar ve programlar geliştirmek için sektörlerin koordinasyonu ve bütünleşmiş şekilde işbirliği yaptığı, ulusal ve yerel düzey-

## ABSTRACT

The idea that health is not just about medicine is not a new thought for a long time. Health and well-being are affected by many social, environmental and economic factors, and this is called the social determinants of health. Health policy can be defined as the integrity of health-related societal goals, priorities and the activities carried out in the process of achieving them. Health in All Policies is an approach that focuses on the effects on health in public policies and encourages the cooperation of government and non-governmental actors to maximize health through public policies and reduce inequalities in health. It is possible to find the historical roots of the Health in All Policies approach in the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care in 1978. At the same time, the intellectual background of the approach is closely related to the concepts and studies of Health Promotion and Social Determinants of Health. The key to Health in All Policies is to create structural or procedural changes that support the assessment of health and equity in policy areas and long-term decision-making processes. Therefore, Health in All Policies practices encompass multifaceted activities at national and local levels, in which sectors coordinate and cooperate in an integrated manner to develop policies and

\* Dr. Arş. Gör., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, jcanberkaydin@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4612-8176.

lerde çok yönlü faaliyetleri kapsamaktadır. Bu çalışmanın amacı; Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının tanımlanması, Tüm Politikalarda Sağlık kapsamında bulunan ve bağlantılı olduğu kavramların ortaya çıkarılması, Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının tarihsel gelişimi ve arka planının açıklanması ve Tüm Politikalarda Sağlık uygulamalarının sahip olması gereken özelliklerin tanıtılmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Politikası, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri, Tüm Politikalarda Sağlık

programs to eliminate and prevent health inequalities. The aim of this study; Defining the Health in All Policies approach, revealing the concepts included and related to Health in All Policies, explaining the historical development and background of the Health in All Policies approach, and introducing the features that Health in All Policies practices should have.

**Keywords:** Health, Health Policy, Social Determinants of Health, Health in All Policies

## 1. GİRİŞ

Özellikle 20. Yüzyıldan itibaren sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör açısından devasa bir hizmet sanayii haline dönüşmüştür. Sağlık ve sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ülkelerin gayrisafı milli hasıllarının (GSMH) önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Modern sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilecek bu sistemleşme süreci, bilimsel bilgi ve yöntemlerin de gücüyle, bireyler ve toplum açısından vazgeçilemez ve devredilemez bir nitelik kazanmıştır. Sağlık sistemi endüstrileştikçe; hammadde, altyapı, mekân, finansman, bilgi, insan kaynağı vb. pek çok ihtiyaç ortaya çıkmıştır. Sağlık sektörünün kazandığı bu nitelikler; toplum, ekonomik sistem, siyasi yapı ve medya ile derinlikli ve karşılıklı ilişkiler geliştirmesine neden olmuştur. Tüm bu süreç, 20. Yüzyılda sağlık hizmetlerinin sanayileşmiş toplum makinesinin bir parçası haline gelmesiyle sonuçlanmıştır (Porter, 2016, s. 157-158).

Bireylerin ve toplumun sağlığı, sadece sağlık alanının kapsamında olan olay ve olguların ötesinde eğitim düzeyi, gelir, barınma ve yaşama koşulları gibi birçok sosyal, çevresel ve ekonomik faktör tarafından belirlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1978 yılında yayımladığı Alma-Ata Deklarasyonu ile sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması durumu olarak değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Özellikle sosyal yönden iyilik hali vurgusu ise sağlığı etkileyen sosyal, ekonomik, çevresel ve kültürel faktörleri kapsamaktadır. Aynı metinde sağlığın temel bir insan hakkı olduğu da vurgulanmakta ve insanların en yüksek sağlık düzeyine erişmesinin ancak sağlık sektörüne ek olarak birçok sosyal ve ekonomik alanda faaliyet ve eylem gerektiren küresel boyutta bir hedef olduğu belirtilmektedir (World Health Organization [WHO], 1978, s. 1).

Sağlık politikası, sağlıkla ilgili toplumsal hedeflerin, önceliklerin ve bunların gerçekleştirilmesi sürecinde yürütülen faaliyetlerin bütünlüğü olarak tanımlana-

bilir. Sağlık politikası aynı zamanda kapsamına aldığı olay ve olgular üzerinde değiştirici ve yeniden dzenleyici bir işleve de sahiptir. Yani sağlık politikası, toplumun sağlıkla ilgili hedeflerini ve önceliklerini belirlerken, aynı zamanda uygulama boyutuyla da sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili ortamı da dnuştürmeye yönelik bir faaliyetdir. Planlama, öncelik ve strateji belirleme, kaynak bulma sağlık yönetiminin kapsamındaki konular iken, tüm bunlar ile ilgili yol gösterici, belirleyici ve değiştirici faaliyetler sağlık politikasının alanıdır. Sağlık politikasının temelde ele aldığı konular; toplumun sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık ihtiyacına hangi tür hizmetler ile cevap verileceği, toplumun sağlık ihtiyacı ve sorunlarının hangi toplumsal yapıdan kaynaklandığı ve hangi toplumsal önlemler ile çözüleceği, sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanının nasıl organize edileceği, sağlık hizmetlerinin hangi finansal kaynaklardan ve hangi toplumsal sınıflardan karşılanacağı, sağlık sistemine toplumsal katılımın nasıl en üst düzeyde sağlanacağı gibi soruları içermektedir. Sağlık politikası geliştirilmesi ve uygulanması süreci bir politik yönetim aygıtını gerektirmektedir. Devletin çeşitli kurumları ve hükümetin çeşitli organları bu işlevi üstlenebilmektedir (Nalçacı, Hamzaoğlu ve Özalp, 2006, s. 239-240).

Sağlık politikalarının çok boyutlu ve kapsamlı alanlarla ilişkili olması, planlama ve uygulama aşamalarında kamu politikası alanlarıyla da doğrudan ve karşılıklı etkileşime girmesine neden olmaktadır. Kamu yönetiminin tüm düzeylerinde, sağlık sektörü ile etkileşimde olan tüm sektörlerle ilgili alınan kararların ve belirlenen politikaların, insanların sağlığı ve özellikle sağlıkta eşitlik üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Bu karşılıklı etkileşim sağlık politikaları ile kamu politikalarının ortaklaştırılması yönündeki yaklaşımları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle Tüm Politikalarda Sağlık (Health in All Policies), kamu politikaları ile sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkartmak ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için hükümet ve hükümet dışı aktörlerin işbirliğini teşvik eden bir yaklaşımdır. DSÖ, sağlığı geliştirmek ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak, kamu politikalarında alınan kararların sağlıkla ilgili etkilerini dikkate almak, sinerji oluşturmak ve olumsuz sağlık etkilerinden kaçınmak için kamu politikalarının sonuçlarının sağlığın ve refahın belirleyicileri ile sağlık sistemleri üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen faaliyetleri Tüm Politikalarda Sağlık [TPS] olarak tanımlamaktadır. (WHO, 2015, s. 11). Bu çalışmanın amacı; TPS yaklaşımının tanımlanması, TPS'nin kapsamında bulunan ve bağlantılı olduğu kavramların ortaya çıkarılması, TPS'nin tarihsel gelişimi ve arka planının açıklanması ve TPS uygulamalarının sahip olması gereken özelliklerin tanıtılmasıdır.

## 2. TÜM POLİTİKALARDA SAĞLIK

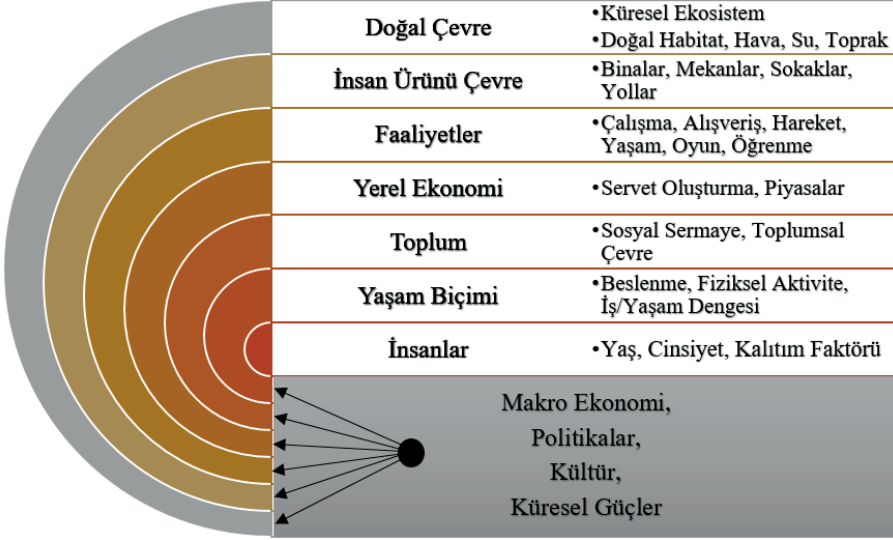
Sağlığın ve tıbbın tarihi insanların ortak yaşam alanlarını paylaştıkları, ekonomik ve toplumsal ilişkiler kurmaya başladıkları tarihlere kadar izlenebilmektedir. Fakat sağlık ve tıp ile ilgili bilgi ve uygulamaların “kutsal” özelliklerinden sıyrılıp, bilimsel yaklaşımla desteklendiği tarih olarak 19. ve 20. Yüzyıllar ön plana çıkmıştır. Finansman, hizmet sunumu ve düzenlemeler açısından sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa yayılması, yani sistem olarak sağlıktan bahsedilebilmesi ise ancak 20. Yüzyıldan itibaren gerçekleşmiştir.

TPS yaklaşımının düşünsel arka planında, Sağlığın Geliştirilmesi (Health Promotion) ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (Social Determinants of Health) ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. *Sağlığın Geliştirilmesi*, insanların olabilecekleri en yüksek sağlık düzeyine erişebilmelerini sağlamak amacıyla yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olmaya çalışan bir yaklaşımdır. Bunun için de insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırmalarını amaçlamaktadır. Yaşam tarzı değişikliği ise ancak farkındalığın artırılması, davranış değişikliği ve iyi sağlık uygulamalarını destekleyen ortamların yaratılması çabalarının ortaklaştırılması ile gerçekleştirilebilir. Sağlığın geliştirilmesi sadece teşhis ve tedaviye odaklanmakla kalmayıp, sağlığı olumsuz yönde etkileyen çok çeşitli sosyal ve çevresel faktörlere de müdahaleyi kapsamaktadır (Viner ve Macfarlane, 2005, 527). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*, sağlık çıktılarını etkileyen tıbbi olmayan sosyal koşullara ve değişkenlere odaklanmaktadır. Sosyal koşullar insanların doğdukları, büyüdükları, çalıştıkları, yaşadıkları ve yaşlandıkları ortamları şekillendiren “itici güçler” olarak adlandırılmaktadır. Bu itici güçler; ekonomik ve politik sistem, sosyal normlar, sosyal politikalar ve kalkınma hedefleri gibi birçok faktörü içermektedir. Sağlığı etkileyen sosyal koşullar başlangıçta kişinin yaşadığı yakın çevreyle ilişkili olarak anlaşılmaktadır. Fakat bunda ötesinde, temelde çok çeşitli sağlık çıktılarının gelir, sosyal güvenlik, eğitim, işsizlik, iş güvencesi, çalışma yaşamı, gıda güvenliği, barınma, erken çocukluk gelişimi, sosyal içerilme gibi pek çok sosyoekonomik değişkenle yakından ilişkili olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır (Braveman ve Gottlieb, 2014, 19).

TPS yaklaşımının ardındaki temel ilke oldukça basittir. Bu ilkeye göre sağlık, yaşam biçimlerinden, çevreden ve ekonomik değişkenlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. Örneğin; insanların nasıl yaşadıkları, çalıştıkları, beslendikleri, hareket ettikleri, boş zamanlarını nasıl geçirdikleri vb. birçok durum sadece bireysel tercihlere değil aynı zamanda güçlü sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel belirleyicilere sahiptir. Buna göre, insanların sağlığını etkileyen kararlar da yalnızca sağlık hizmetleri veya sağlık politikaları ile ilgili kararlar olmanın ötesinde, farklı politika

alanlarındaki kararların da sağlık üzerine etkisiyle belirlenmektedir (Puska, 2007, s. 328). Şekil 1'de sağlığın belirleyicileri gösterilmektedir.

Şekil 1. Sağlığın Belirleyicileri



**Kaynak:** (Barton ve Grant, 2006, s. 252)

TPS, sağlıkla ilgili hak ve yükümlülükler üzerine kuruludur ve politika yapıcılarının politika oluşturma sürecinin her düzeyinde sağlık üzerine etkileri için hesap verebilirliğinin güçlendirilmesine katkıda bulunur. Kamu politikalarının sağlık sistemleri, sağlığın belirleyicileri ve refah üzerindeki etkilerini ön plana alır. Aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmaya da katkıda bulunur. Fakat hükümetlerin bir dizi önceliklerle karşı karşıya oldukları ve sağlıkla ilgili politikaların kendiliğinden diğer politika hedeflerine göre öncelikli olamayabilecekleri kabul edilmektedir. Bununla birlikte, politika oluşturma süreçlerinde sağlıkla ilgili hususların da dikkate alınması ve politikalar belirlenirken toplumun geneli için ortak fayda sağlayacak fırsatların oluşturulması gerekmektedir. Politikaların ticari, özel ayrıcalıklı ve nüfuzlu grupların etkisinde olmaması da ayrıca güvence altına alınmalıdır. Bu nedenlerle TPS'nin özellikle Şu ilkelere sahip olması beklenmektedir (WHO, 2014, s. 9):

- Ulusal ve uluslararası hukuk tarafından güvence altına alınmış hak ve yükümlülüklerle dayalı **Meşruiyet**,
- Hükümetlerin halka karşı **Hesap Verebilirliği**,
- Politika oluşturma süreçlerinde **Şeffaflık ve Bilgiye Erişim**,

- Hükümet politikaları ve programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasına daha geniş **Toplum Katılımı**,
- Mevcut nesillerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik politikaların gelecek nesillerin ihtiyaçlarını tehlikeye atmaması için **Sürdürülebilirlik**,
- Sağlık, eşitlik ve sürdürülebilirliği teşvik eden politikaları desteklemek için sektörler ve hükümet seviyeleri arasında **İşbirliği**.

TPS yaklaşımı sonuç olarak, kamu politikalarının sağlığın sosyal belirleyicileri ile karşılıklı ilişkisinin sağlık çıktıları açısından ön plana alınmasını sağlamaktır. Bu ise ancak politika süreçlerinin tümünde sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldıracak bir yaklaşım ve uygulama süreci ile birlikte gerçekleştirilebilir. Bunun için ilgili tüm sektörlerin işbirliği ve politika yapıcılarının desteği gerekmektedir. TPS yaklaşımında işbirliği; yapısal, uzun vadeli ve sistematik olarak kamu politikaları ile sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldıracak ortak eylemleri kapsamaktadır (Çakmak Barsbay, 2021, s. 192-193).

## 2.1. Tüm Politikalarda Sağlık: Tarihsel Gelişim

Sağlığın sadece tıpla ilgili olmadığı fikri uzun zamandan beri yeni bir fikir olarak görülmemektedir. Rudolf Virchow, 1800'lü yıllarda dahi hastalıkların toplumsal bir arka planı olduğuna işaret etmektedir (Puska, 2007, s. 328). TPS yaklaşımının tarihsel kökenlerini 1978 yılındaki Temel Sağlık Hizmetlerine İlişkin Alma-Ata Deklarasyonu'nunda bulabilmek mümkündür. Alma-Ata Deklarasyonu, sağlıkla ilgili toplumsal bakış açısının ön plana çıktığı ve herkes için sağlık hedefine ulaşılabilmesi için sektörler arası eylemin önemini vurgulayan bütünsel bir yaklaşıma sahiptir (WHO, 1978, s. 1). Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politikalara vurgular 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı - Ottawa Sağlığın Geliştirilmesi Sözleşmesi içerisinde de yer almaktadır. Bu sözleşmede sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi için önerilen beş stratejiden ikisi; sağlıklı kamu politikalarının teşvik edilmesi ve sağlık için destekleyici çevrenin yaratılmasıdır (WHO, 1986, s. 2). 1988 yılında İkinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı - Sağlıklı Kamu Politikası Üzerine Adelaide Tavsiyeleri'nde ise sağlıkta eşitsizliklerin kökeninde toplumsal eşitsizliklerin bulunduğu vurgulanmış ve hükümetlerin sağlığı geliştirmesi için ekonomik ve sosyal politikalar geliştirmesi tavsiye edilmiştir (WHO, 1988, s. 7). Üçüncü Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı 1991 yılında gerçekleştirilmiştir. Konferansta sağlığı destekleyici ortamların yaratılması için katkıda bulunabilecek tüm sektörlerle, ulusal ve uluslararası tüm hükümet ve sivil toplum örgütlerinin bir araya gelmesi ve harekete geçmesi gerekli-

liği vurgulanmıştır. Sağlığı destekleyici ortamlar ise eğitim, ulaşım, konut ve kentsel gelişim, endüstriyel üretim ve tarım sektörlerini içermektedir (WHO, 1992, s. 2). Dördüncü Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı 1997 yılında Jakarta'da gerçekteştirilmiştir. Daha sonrasında 21. Yüzyılda Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Jakarta Deklarasyonu yayımlanmıştır. Deklarasyonda sağlık için sosyal sorumlulukların teşvik edilmesi, sağlığın geliştirilmesi için yatırımların artırılması, sağlık için ortaklıkların pekiştirilmesi ve genişletilmesi, toplumun kapasitesinin artırılması ve bireyin güçlendirilmesi ile sağlığın geliştirilmesi için altyapının sağlanması konularına değenilmiştir (WHO, 1998, s. 5-6). Tablo 1'de TPS düşüncesinin tarihsel gelişimi ve arka planındaki sosyal ve toplumsal bağlam listelenmektedir.

**Tablo 1.** TPS Düşüncesi Tarihi

	<b>TPS Düşüncesinin Gelişimi</b>	<b>Sosyal ve Ekonomik Bağlam</b>
<i>19. Yüzyıl</i>	Sanayileşmenin sağlıkta eşitlik üzerine etkilerine dikkat çeken ilerici sosyal reformcular. Örneğin; Villerme (Fransa), Engels (Birleşik Krallık), Virchow (Silezya) Birleşik Krallık halk sağlığı ve tıbbi reform hareketi; Chadwick ve Kasabaların Sağlığı Derneği Sivil toplum ve sendikalardan kaynaklanan sosyal ve politik hareketlerin eylemlerinin, beslenme ve yaşam koşullarında önemli gelişmelere yol açarak yüzyılın sonuna kadar sağlanan daha uzun yaşam beklentisi	Sanayi devrimi / büyük çapta toplumsal altüst oluş 19. yüzyılın başları ve ortalarında Laissez Faire (serbest piyasa) hükümetleri Avrupa'da daha iyi çalışma ve barınma koşulları için sosyal ve politik hareketler Sendikaların büyümesi
<i>20. Yüzyıl</i>	1948 DSÖ'nün kuruluşu Latin Amerika sosyal tıp hareketi 1950 ve 1960'lar; temel ihtiyaç yaklaşımı ile düşük gelirli ölkelerde yüksek sağlık uygulamaları 1978 DSÖ Alma-Ata Deklarasyonu 1986 DSÖ Ottawa Sağlığın Geliştirilmesi Sözleşmesi; sağlıklı şehirler projesi 1988 Sağlıklı Kamu Politikası üzerine Adelaide Tavsiyeleri ve DSÖ sağlığı geliştirme konferansları	Birinci Dünya Savaşı - toplum sağlığına daha fazla odaklanma Ulus inşası - öjeni hareketi Büyük Buhran Amerika Birleşik Devletleri'nde Yeni Düzen Eğitim, sağlık, barınma ve sosyal koruma sağlayan refah devletleri 1980/1990'larda yapısal uyum programları ile devletin etkisini azaltan neoliberalizm; Washington Uzlaşması ve Dünya Ticaret Örgütü'nün kuruluşu Seçici birinci basamak sağlık hizmetleri Dünya Bankası Sağlığa Yatırım Raporu

	TPS Düşüncesinin Gelişimi	Sosyal ve Ekonomik Bağlam
21. Yüzyıl	<p>Binyıl Kalkınma Hedefleri            2000 Sağlık için Halkların Fermanı            AB Tüm Politikalarda Sağlık            2011 Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin            Birleşmiş Milletler (BM) üst düzey toplantısı            Sağlıkın sosyal belirleyicilerine ilişkin Rio Siyasi Deklarasyonu            2013 DSÖ 8. Sağlık Geliştirilmesi Küresel Konferansı</p>	<p>Küresel mali kriz, banka kurtarmaları ve kemer sıkma politikaları            Ekolojik kriz konusunda artan farkındalık</p>

**Kaynak:** (Leppo vd., 2013, s. 26)

21. Yüzyıl'a gelindiğinde TPS yaklaşımının daha fazla ön plana çıktığı görülmektedir. 2000 yılında Meksika'da gerçekleştirilen Beşinci Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi Konferansı'nda Sağlık Geliştirilmesi İçin Bakanlık Beyanı: Fikirlerden Eyleme yayımlanmıştır. Beyan, sağlık geliştirilmesi ile ilgili politikaları yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde temel bir öncelik haline getirmeyi ve Birleşmiş Milletler kurumlarının kalkınma gündemlerinin sağlığa etkilerinden sorumlu olduğunu savunmaktadır (WHO, 2000, s. 275-276). Altıncı Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi Konferansı 2005 yılında Bangkok'ta gerçekleştirilmiştir. Konferans sonunda Küreselleşen Dünyada Sağlık Geliştirilmesi İçin Bangkok Sözleşmesi hazırlanmıştır. Sözleşme, 1986 yılındaki Ottawa Sözleşmesi'ndeki stratejileri güçlendirerek, 21. Yüzyıl'a göre güncellenmiştir. Bangkok Sözleşmesi'nde öne çıkan konular ise insan hakları ve dayanışmaya dayalı sağlık savunusu; sağlık belirleyicilerine yönelik sürdürülebilir politikalara, eylemlere ve altyapıya yatırım; politika geliştirme, liderlik, sağlığı geliştirme uygulamaları, bilgi aktarımı ve sağlık okuryazarlığı için kapasite oluşturulması; tüm insanlar için zararlardan korunma, sağlık ve iyilik hali sağlamak üzere düzenlemeler ve yasalar yapmak ile sürdürülebilir eylemler için kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları ile uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum arasında ortaklıklar ve ittifaklar yaratılması olarak belirtilmiştir (WHO, 2005, s. 168-169). DSÖ'nün Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonu 2008 yılında *Bir Nesildeki Farkı Kapatmak: Sağlık Sosyal Belirleyicileri Üzerine Eylem Yoluyla Sağlık Eşitliği* isimli bir rapor yayımlamıştır. Rapor, ülkeler içindeki sosyal dezavantajların sağlıkta eşitsizlikler olarak karşımıza çıktığı destekleyici birçok veri ile ortaya konmuştur. Sağlıktaki bu eşitsizlikler, önlenebilir eşitsizlikler olarak tanımlanmakta ve bunlara neden olarak insanların büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları



ve yaşlandıkları koşullar ile ortaya çıkan hastalıklar ile mücadele etmek için uyguladıkları sistemler gösterilmektedir. İnsanların yaşadıkları ve öldükleri koşulların siyasi, sosyal ve ekonomik etkenler tarafından şekillendirildiği belirtilmektedir. Bu nedenle uygulanan sosyal ve ekonomik politikaların insanların nasıl ve hangi koşullarda yaşayacakları, potansiyellerini ortaya çıkarıp/ıkaramayacakları ve nasıl ölecekleri de dahil olmak üzere tüm hayatları ve özellikle sağlıkları üzerinde doğrudan etkisi olduğu vurgulanmıştır (Marmot vd., 2008, s. 1661). Yedinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı 2009 yılında Nairobi'de *Sağlık ve Kalkınmayı Teşvik Etmek: Uygulamadaki Farkı Kapatmak* başlığı ile gerçekleştirilmiştir. Konferansta, sağlık ve kalkınma hedeflerinin 2008 Küresel Ekonomik Krizi ile birlikte eşi görülmemiş tehditlerle karşı karşıya olduğu belirtilmiştir. Ekonomik kriz, genel olarak ulusal ekonomilerin ve özellikle sağlık sistemlerinin üzerine büyük baskı oluşturduğundan bahsedilmiştir. Ayrıca küresel ısınma ve iklim değişikliğinin özellikle düşük gelirli ülkelerdeki insanların yaşamları ve sağlıkları için tehditler barındırdığı vurgulanmıştır. Ortaya çıkan bu yeni zorluklarla beraber, kalkınma ve sağlığı geliştirme hedefleri ve politikalarının daha ulaşılmaz hale geldiği belirtilmiş ve özellikle düşük ve orta gelirli lkelerde ortaya çıkabilecek potansiyel yıkıcı bir pandemiye değilnilmiştir (Kanj ve Mitic, 2009). TPS yaklaşımının ismiyle ve en net şekilde ortaya konuğu toplantılardan ilki 2010 yılında Tüm Politikalarda Sağlık Uluslararası Toplantısı (Adelaide) adıyla gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıda sonrasında yayımlanan bildiri Adelaide Bildirisi olarak anılmaktadır. Daha sonrasında ise 2017 yılında Tüm Politikalarda Sağlık Adelaide Bildirisi II adıyla ikinci bir uluslararası toplantı gerçekleştirilmiştir. Adelaide Bildirileri, temel olarak sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine yoğunlaşmakta ve sağlığın kendisinin politik bir tercih olduğundan bahsetmektedir. Bu nedenle tüm sektörler için politika geliştirme süreçlerinde sağlık ve iyilik halinin kilit bir bileşen olarak ön plana alınması savunulmaktadır (Harris ve Harris-Roxas, 2010, s. 43; WHO, 2019, s. 3).

## 2.2. Tüm Politikalarda Sağlık: Uygulama

Toplumun ve bireylerin sağlığını etkileyen ekonomik, sosyal ve çevresel faaliyetlerin eşitliliği TPS yaklaşımının uygulamalarında çok yönlü ve birçok aktörü içeren bir politika geliştirme sürecini zorunlu kılmaktadır. Kamu kurumları, siyasi partiler, meslek ve işveren örgütleri vb. pek çok farklı aktörün TPS uygulamaları içerisinde yer alması gerekliliği nedeniyle sağlıklı politikalar geliştirmek ve uygulayabilmek için güçlü bir kamu politikası oluşturulması gerekmektedir. Kamu politikalarının bu karşılıklı bağımlılığı, politika geliştirme süreçlerinde çok boyutlu ve aktrl bir yönetim yaklaşımını gerektirmektedir. Bunun için de güçlü ve koordine-li hükümet eylemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hükümetler, kamu kurumları ara-

sında ortak hedefler doğrultusunda stratejik planlar geliştirebilir, sorumlulukları belirleyebilir ve hesap verilebilirliği sağlayarak politika oluşturma sürecini kontrol edebilir. Bu süreçleri de toplum ve özel sektörle ortaklıklar geliştirerek gerçekleştirebilir. TPS yaklaşımının sağlık ve iyilik hali ilgili hedeflerine ulaşılabilmesi için hükümet ve diğer sektörlerin sistematik olarak etkileşime girmesi gerekmektedir. Sağlık ve refahtan yararlanmak için hükümetler, sektörler arası problem çözmeye değer veren ve g dengersizliklerini gideren kurumsallaşmış süreçlere ihtiyaç duyarlar. Bu, devlet kurumlarının entegre çözümler üzerinde işbirliği içinde çalışmalarını destekleyen liderlik, yetki, teşvik, bütçe taahhüdü ve sürdürülebilir mekanizmaların sağlanması içerir (WHO, 2010, s. 2).

TPS uygulamasında deneyime sahip uzmanlar ve uygulama içerisinde yer alan kişiler tarafından aktarılan, TPS uygulamalarının sahip olması gereken güçlü yanlar ve temel zellikler Tablo 2’de listelenmektedir.

**Tablo 2.** TPS Yaklaşımının Güçlü Yanları ve Temel zellikleri

Yönetim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hükümetin en üst düzeyinden yetkilendirme</li> <li>• Siyasi ve idari liderliğin yanı sıra hiyerarşının tüm kademelerinde liderlik</li> <li>• Karar verme yapılarından yararlanma</li> <li>• Uygulamalarda ve çalışma Őekillerinde kültürel değişim için ortam yaratma</li> <li>• Dışa dönük, biçimsel yapıların veya sınırların dışına uzanacak alan sağlayan, diyalogu teşvik eden, deney ve yeniliği destekleyen liderlik</li> <li>• Açıkça ifade edilmiş ve ortaka paylaşılan bir vizyon geliştirmek</li> </ul>
Düşünme Yolları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal inovasyon</li> <li>• Siyasi zeka</li> <li>• Ortaklıklara değer verme</li> <li>• Karşılıklı kazanç arayışı</li> <li>• Toplum ve vatandaş merkezlilik</li> <li>• Yaratıcı problem çözme</li> <li>• Sonuç odaklılık</li> </ul>
Çalışma Yolları	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortak hedeflere ulaşmak ve ortak faydaları gerçekleştirmek için ortak tasarımı, ortak üretim ve işbirliği</li> <li>• Diyalog ve sistematik danışma</li> <li>• Değişimi desteklemek için diplomasi</li> <li>• Ortak nlemler, raporlama ve kamuya hesap verme sorumluluğu</li> <li>• Kanıtı dayalı eylem</li> <li>• Yaparak ğrenme</li> <li>• Uygulama zerine düşünmek ve değişen bağlamlara yanıt vermek</li> <li>• Adanmışlık</li> </ul>

İlkeler

- Birleştirilmiş yaklaşımlar
- Esneklik ve uyum yeteneği
- Ortakların ihtiyaçlarına saygılı ve duyarlı olmak
- Güven ve ilişki kurmaya yatırım yapmak
- Şeffaf ve açık iletişim
- Sistematize etmek ve kurumsallaştırmak
- Yetenekli bir TPS ekibi oluşturmak
- Kamusal değerlere odaklanmak

**Kaynak:** (WHO, 2019, s. 6)

TPS'nin kilit bir unsuru, politika alanlarında ve uzun dönemde karar alma süreçlerinde sağlık ve hakkaniyetin değerlendirilmesini destekleyen yapısal veya prosedürel değişiklikler yaratmaktır. Bunun için, TPS'nin hükümetin yapılarına ve süreçlerine "gömülmesi" veya "kurumsallaştırılması" gerekmektedir. Bu yaklaşımla, kararlar alındıktan sonra sağlık ve hakkaniyet göz önünde bulundurulmak yerine, sağlık konuları karar alma süreçlerine dahil edilmelidir. Böylece program geliştirme, planlama ve politika oluşturmanın ilk aşamalarında sağlık ve hakkaniyet üzerine etkiler ele alınmış olacaktır. TPS'nin kurumsallaşması ancak hükümetteki birçok insanın anlamlı düzeyde kapasite geliştirmesi ve zihniyet değişikliği göstermesiyle gerçekleşebilir. Bu da, hükümetin politika yapım sürecinde radikal bir değişimi ve sektörler arasında işbirliğini gerektirmektedir (Rudolph vd., 2013, s. 63). Sağlık ve iyilik halinden yararlanmak için hükümetlerin sektörler arası problem zmeye değer veren ve g dengesizliklerini ele alan kurumsallaştırılmış süreçlere de ihtiyaç vardır (WHO, 2010, s. 2).

TPS uygulamaları çok çeşitli sektör ve çok boyutlu konuları kapsamaktadır. Tüm bu alanlardaki politika geliştirme sürecinde sağlık ve sağlık üzerine etkilerin göz önüne alınması ise ancak hükümetlerin katkısı ve desteği ile gerçekleştirilebilmektedir. Bu açıdan hükümetlerin rnek TPS uygulamaları Tablo 3'te listelenmektedir.

**Tablo 3. Hükümetlerin Örnek TPS Uygulamaları**

<b>Sektörler ve Konular</b>	<b>Sağlık ve İyilik Hali Arasındaki Karşılıklı İlişki</b>
Ekonomi ve İstihdam	Ekonomik esneklik ve büyüme, sağlıklı bir nüfus tarafından teşvik edilir. Daha sağlıklı bir toplum hanehalkı tasarruflarını artırabilir, çalışma yaşamında daha üretken olabilir, işle ilgili değişikliklere daha kolay uyum sağlayabilir ve daha uzun süre çalışma yaşamında yer alabilir. İş ve istikrarlı istihdam olanakları, farklı sosyal gruplardaki tüm insanlar için sağlıklı iyileştirir.
Güvenlik ve Adalet	Yiyecek, su, barınma, iş olanakları ve adil bir adalet sistemine erişimin daha zayıf olduğu toplumlarda; şiddet, kötü sağlık ve yaralanma oranları artmaktadır. Sonuç olarak, toplumdaki adalet sistemleri, bu temel ihtiyaçlara erişimin zayıf olmasının sonuçlarıyla yüzleşmek zorundadır. Akıl hastalıklarının yaygınlığı (ve buna bağlı uyuşturucu ve alkol sorunları) şiddet, suç ve hapis cezası ile ilişkilidir.
Eğitim ve Erken Yaşam	Çocukların veya aile üyelerinin sağlıksız olması, eğitim kazanımlarını engelleyerek eğitim potansiyelini ve yaşam zorluklarını çözmeye ve fırsatları takip etme yeteneklerini azaltır. Hem kadınlar hem de erkekler için eğitimsel kazanım, daha iyi sağlığa ve üretken bir topluma tam olarak katılma yeteneğine doğrudan katkıda bulunur ve topluma bağlı vatandaşlar yaratır.
Tarım ve Gıda	Gıda üretimi, işleme, pazarlaması ve dağıtımında sağlık göz önünde bulundurularak, tüketici güvenini teşvik ederek ve daha sürdürülebilir tarım uygulamaları ile gıda güvenliği ve güvencesi artırılabilir. Sağlıklı gıda, insanların sağlığı için kritik öneme sahiptir ve iyi gıda ve güvenlik uygulamaları, hayvandan insana hastalık bulaşmasını azaltmaya yardımcı olur ve çiftlik çalışanlarının ve kırsal toplulukların sağlığı üzerinde olumlu etkileri olan çiftçilik uygulamalarını destekler.
Altyapı, Planlama ve Ulaşım	Sağlık üzerine etkileri dikkate alınarak yollar, ulaşım ve konutlar için en optimal planlama ile çevreye zarar veren emisyonlar azaltılabilir ve ulaşım ağlarının kapasitesini geliştirerek insanlar, mallar ve hizmetler en verimli şekilde taşınabilir. Bisiklete binme ve yürüme fırsatları da dahil olmak üzere daha iyi ulaşım fırsatları, daha güvenli ve daha yaşanabilir topluluklar inşa eder ve çevresel bozulmayı azaltarak sağlığı iyileştirir.
Çevre ve Sürdürülebilirlik	Doğal kaynakların kullanımını optimize etmek ve sürdürülebilirliği teşvik etmek, nüfus tüketim kalıplarını etkileyen ve insan sağlığını da artırabilecek politikalarla en iyi şekilde sağlanabilir. Küresel olarak, önlenebilir tüm hastalıkların dörtte biri insanların yaşadığı çevresel koşulların bir sonucudur.

### Sektörler ve Konular

### Sağlık ve İyilik Hali Arasındaki Karşılıklı İlişki

#### Konut ve Toplum Hizmetleri

Sağlık ve refahı (örneğin; yalıtım, havalandırma, kamusal alanlar, çöplerin toplanması vb.) dikkate alan ve toplum katılımını içeren konut tasarımı ve altyapı planlaması, sosyal uyumu iyileştirebilir ve kalkınma projelerine destek sağlayabilir. İyi tasarlanmış, erişilebilir konutlar ve yeterli toplum hizmetleri, dezavantajlı bireyler ve topluluklar için sağlığın en temel belirleyicilerinden bazıları ile yakından ilişkilidir.

#### Ülke ve Kültür

Yerli halkların sağlığı ve refahı, ruhsal ve kültürel olarak toprağa ve ülkeye ait derin bir aidiyet duygusuna bağlı olduğundan, yerel halkların ait oldukları yerlere erişiminin iyileştirilmesi, sağlık ve refah düzeyindeki iyileşmeleri destekleyebilir. Yerlilerin sağlığındaki iyileştirmeler, toplulukları ve kültürel kimliği güçlendirebilir, vatandaş katılımını iyileştirebilir ve biyolojik çeşitliliğin korunmasını destekleyebilir.

**Kaynak:** (WHO, 2010, s. 4)

TPS uygulaması, sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi ve önlenmesi için politikalar ve programlar geliştirmek için sektörlerin koordinasyonu ve bütünleşmiş işbirliği yaptığı, ulusal ve yerel düzeylerde çok yönlü faaliyetleri kapsamaktadır. TPS uygulamaları dezavantajlı grupların eşitsizliklerini ortadan kaldırmayı amaçlarken aynı zamanda toplumun genelindeki eşitsizlikleri de ortadan kaldırmaya çalışan bir yaklaşıma sahip olmalıdır. TPS uygulamaları, iki ana başlıkta diğer politika uygulamalarından ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi; TPS uygulamaları hükümet ve kamu kurumları tarafından koordine edilmektedir. Bununla birlikte, sürecin içerisinde özel sektör, akademi ve toplumsal örgütlenmelerde yer almaktadır. İkincisi; TPS uygulamaları kısa dönemli olmaktan öte yapısal ve uzun vadeli kamusal politikalar ile açıkça bağlantılıdır (Freiler, 2013, s. 1068-69).

## 3. SONUÇ

Sonuç olarak TPS, sağlığın kapsamındaki konuları tüm politika alanları ve sektörler için karar verme süreçlerine dahil eden ve **tüm insanların sağlığını iyileştirme** amacına **yönelik** birleştirici ve kapsayıcı bir yaklaşımdır. Sağlık yalnızca fiziksel ve ruhsal bir iyilik hali olmanın ötesinden sosyal yönleri de olan ve sosyal, fiziksel ve ekonomik birçok durum ve ortamdan etkilenen çok yönlü bir kavramdır. Temelde bireylerin ve toplumun sağlık çıktıları, sağlığın sosyal belirleyicileri olarak da adlandırılan bu etkenler tarafından önemli ölçüde belirlenmektedir. Sağlıkta eşit-

sizliklerle sonuçlanan bu etkenlerin temel itici gücü, tekil olarak bireylerin ve/veya toplumsal grupların sağlığını etkileyen sosyal, fiziksel ve ekonomik faktörlerdir. TPS yaklaşımının ana odak noktası, uzun vadeli ve kapsamlı politika süreçleriyle sağlıkta eşitsizliklerin öncelikle önlenmesi ve daha sonrasında ortadan kaldırılmasıdır. Bu nedenle TPS yaklaşımı beş temel unsuru içermektedir. Bunlar; sağlık ve eşitliği teşvik etmek, sektörler arası işbirliğini sağlamak, süreç içerisindeki tüm aktörler için ortak fayda yaratmak, tüm paydaşları **sürece** dahil etmek ve yapısal değişiklikler yaratmaktır.

Sağlığın sadece tıbbi konularla kısıtlı olmadığı, sosyal ve ekonomik birçok farklı boyutu içerdiği yeni bir düşünce değildir. Aynı zamanda TPS yaklaşımının temel ilkeleri de yeni keşfedilmiş değildir. TPS yaklaşımının köklerini 1978 yılındaki Alma-Ata Deklarasyonu'nda bulabilmek mümkündür. Aynı zamanda TPS, Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlık Sosyal Belirleyicileri kapsamındaki konularla da doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle 21. **yüzyılda** da sağlık ve iyilik halini korumak ve geliştirmek isteyen tüm aktörlerin TPS yaklaşımına ilgileri artmaktadır.

TPS'nin ortaya koyduğu hedeflere ulaşılabilmesi yalnızca sağlık sektörünün çabalarıyla gerçekleşmeyecektir. TPS yaklaşımı ancak sağlıklı kamusal politikalarla ve sektörler arasındaki işbirliği için hükümetlerin desteği ve eylemleri sayesinde gerçekleşebilecektir. Sonucunda sağlık ve sağlıkta eşitsizlikler, tüm toplumu ilgilendiren ve sonuçları açısından ciddiye alınması gereken en önemli başlıklardan birisidir. **Özellikle son yıllarda küresel ölçekte artan sosyal, çevresel ve ekonomik eşitsizliklerin, Covid-19 Salgını ile birlikte nasıl sağlıkta eşitsizliklere sebep olduğu ve var olan eşitsizlikleri derinleştirdiğine dair çok sayıda kanıt ortaya çıkmıştır.** Bu açıdan sağlığın geliştirilmesi ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılması açısından TPS uygulamalarının **kamu politikaları açısından önemi artmıştır.**

## EXTENDED ABSTRACT

**Research Problem:** The idea that health is not just about medicine is not a new thought for a long time. Health and well-being are affected by many social, environmental and economic factors, and this is called the social determinants of health. Health policy can be defined as the integrity of health-related societal goals, priorities and the activities carried out in the process of achieving them. Health in All Policies (HiAP) is an approach that focuses on the effects on health in public policies and encourages the cooperation of government and non-governmental actors to maximize health through public policies and reduce inequalities in health. The problem of this study is to explain the concepts of HiAP and introduce HiAP approach and to give information about its applications.

**Research Question/s:** The research questions are as follows; What is HiAP? What is the historical background of HiAP? What concepts are included in the HiAP approach? What are the application examples of the methods and techniques used in HiAP?

**Literature Review:** It is possible to find the historical roots of the Health in All Policies approach in the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care in 1978. At the same time, the intellectual background of the approach is closely related to the concepts and studies of Health Promotion and Social Determinants of Health. The key to Health in All Policies is to create structural or procedural changes that support the assessment of health and equity in policy areas and long-term decision-making processes. Therefore, Health in All Policies practices encompass multifaceted activities at national and local levels, in which sectors coordinate and cooperate in an integrated manner to develop policies and programs to eliminate and prevent health inequalities.

**Methodology:** The document analysis method was used in the study. Document analysis is the examination of written documents containing information about the phenomenon/situation to be investigated. Document analysis can be used as a stand-alone data collection technique as well as in conjunction with other data collection techniques. Documents are seen as resources that should be used significantly in qualitative research. In this context, documents related to health, health policy, social determinants of health, health in all policies were examined.

**Result and Conclusion:** Ultimately, HiAP is a unifying and inclusive approach to improving the health of all people, incorporating health issues into decision-making for all policy areas and sectors. Health is not only a state of physical and men-

tal well-being, but also a multifaceted concept that has social aspects and is affected by many social, physical and economic situations and environments. Basically, the health outcomes of individuals and the society are significantly determined by these factors, which are also called the social determinants of health. The main driving force of these factors, which result in inequalities in health, is the social, physical and economic factors that affect the health of individuals and/or social groups individually. The main focus of the HiAP approach is to first prevent and then eliminate inequalities in health through long-term and comprehensive policy processes. Therefore, the HiAP approach includes five basic elements. These; to promote health and equality, to ensure intersectoral cooperation, to create common benefits for all actors in the process, to involve all stakeholders in the process and to create structural changes. Achieving the goals set by the HiAP will not only be achieved by the efforts of the health sector. The HiAP approach will only be possible through sound public policies and government support and action for cooperation between sectors. As a result, health and health inequalities are one of the most important topics that concern the whole society and should be taken seriously in terms of its consequences. Especially in recent years, a great deal of evidence has emerged about how the increasing social, environmental and economic inequalities on a global scale, together with the Covid-19 Pandemic, cause inequalities in health and deepen existing inequalities. In this respect, the importance of HiAP practices in terms of public policies has increased in terms of improving health and eliminating inequalities.

---

**Etik Beyanı:** Bu çalışmanın tüm hazırlanma sürelerinde 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:** Jebağı Canberk AYDIN, 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:**Jebağı Canberk AYDIN 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

- Barton, H. ve Grant, M. (2006) A Health Map For The Local Human Habitat. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 126(6), 252-253.
- Braveman, P. ve Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants Of Health: It's Time To Consider The Causes Of The Causes. *Public Health Reports*. 129, 19-31.
- Çakmak Barsbay, M. (2021). Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 6(2), 191-199.
- Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C. L., Molnar, A., Renahy, E. ve O'Campo, P. (2013). Glossary For The Implementation Of Health In All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health*, 67(12), 1068-1072.
- Harris, E. ve Harris-Roxas, B. (2010). Health in All Policies: A Pathway For Thinking About Our Broader Societal Goals. *Public Health Bulletin South Australia*, 7(2), 43-46.
- Kanj, M. ve Mitic, W. (2009). Promoting Health And Development: Closing The Implementation Gap. In *Unpublished conference document, 7th global conference on health promotion. Nairobi, Kenya: October*.
- Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M. ve Cook, S. (2013). *Health In All Policies-Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Sosiaali-ja terveysterveysministeriö.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S. ve Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing The Gap In A Generation: Health Equity Through Action On The Social Determinants Of Health. *The lancet*, 372(9650), 1661-1669.
- Nalçacı, E., Hamzaoğlu, O. ve Özalp, E. (2006). *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. Nazım Kitaplığı.
- Porter, R. (2016). *Kan Revan İçinde: Tıbbın Kısa Tarihi*. Metis Yayınları.
- Puska, P. (2007). Health In All Policies. *The European Journal of Public Health*, 17(4), 328-328.
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K. ve Dillon, L. (2013). Health In All Policies. *A guide for state and local governments*. Washington, DC and Oakland, CA.
- Viner, R. ve Macfarlane, A. (2005). Health Promotion. *BMJ*, 330 (7490), 527-529.
- WHO. (1978). *Declaration Of Alma-Ata* (No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471). World Health Organization. Regional Office for Europe.

- WHO. (1986). *Ottawa Charter For Health Promotion, 1986* (No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO. (1992). *Sundsvall Statement On Supportive Environments For Health. 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden* (No. WHO/HED/92.1. Unpublished).
- WHO. (1998). *New Players For A New Era: Leading Health Promotion Into The 21st Century: 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia 21-25 July 1997* (No. WHO/HPR/HEP/41CHP/98.1).
- WHO. (1998). *Second International Conference On Health Promotion. Adelaide, South Australia.*
- WHO. (2000). *Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas To Action. Health Promotion International, 15(4), 275–276.*
- WHO. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion In A Globalised World.-Editorial. Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals, 16(3): 168-171.*
- WHO. (2010). *Adelaide Statement On Health In All Policies. Adelaide: Government of South Australia.*
- WHO. (2014). *Health In All Policies: Helsinki Statement. Framework For Country Action.*
- WHO. (2015). *Health In All Policies: Training Manual.* World Health Organization.
- WHO. (2019). *Adelaide statement II on health in all policies: implementing the Sustainable Development Agenda through good governance for health and well-being: building on the experience of health in all policies* (No. WHO/CED/PHE/SDH/19.1).

## AMAÇ VE KAPSAM

Yirminci yüzyılda gelişen kamu politikaları alanı başta akademik araştırmacı-lardan başlayarak uygulamacılara doğru ilgi odağı halinde görünüyor. Bu kapsam-da yayın hayatına atılan dergimizin amacı, Türkiye’de kamu yönetimi çalışmalarıyla ilgili bir bilgi merkezi olmak ve kamu politikaları disiplini odaklı bir yayın merkezi kurmaktır. Binaenaleyh, kamu yönetimi ve kamu politikaları başta olmak üzere, ilgili sosyal bilimler çalışmalarının alanyazına kazandırılması amaçlanmaktadır. Ek olarak bu dergi ile İktisadi ve İdari Bilimler, Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler vb. beşeri bilimler bünyesindeki farklı disiplinlerden ortak bir akademik platform oluşturulmak istenmektedir. Bilgi ve değer üretilmesine katkı vermek; akade-mik yayıncılıkta referans kaynağı olmak; kamu politikası, kamu yönetimi ve sosyal alanda sürdürülebilirliği önelemek derginin hedefidir. Kamu Yönetimi ve Politi-kaları Dergisi (KAYPOD) editör kurulu, yayın hayatına başladığı günden bu yana hedeflerin ancak ilkeli yayıncılık politikası, bilim ve ifade özgürlüğüne saygı, bilim ve araştırma etiği ilkelerine koşulsuz bağlılık ile gerçekleşeceğine inanmaktadır.

1. Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi (KAYPOD), Mart, Temmuz ve Kasım ayları olmak üzere yılda üç kez yayınlanan uluslararası hakemli bi-limsel bir dergidir. Dergi gerektiğinde özel sayılar çıkarabilecektir.
2. Yayınlanmak üzere gönderilen çalışmaların başka bir yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekmektedir. Derginin yayım dili Türkçe, İngilizce, Almanca ve Rusçadır.
3. Dergide, sosyal bilimler alanındaki tüm konu başlıklarına sahip bilimsel makaleler kabul edilmektedir. Dergimizde belirtilen sosyal bilim dallarında teorik ve deneye dayalı çalışmalar, kitap incelemeleri, açıklamalı bibliyog-rafiler ve derleme makaleler de yer alabilecektir.
4. Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi, açık erişim politikasını benimsemiş ve akademik özgürlüğü savunan bir yayım alanıdır. Yayın öncesinde, süre-cinde ya da sonrasında yazarlardan ücret talep edilmez. Yazarlara bir telif ücreti ödenmez.
5. Yayınlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar, yayın kurulu tarafından ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra hakemlere gönderilir. Yayın kurulu hakemlerden gelecek rapor doğrultusunda yazının basılmasına, yazardan makalesinde düzeltme istenmesine ya da basılmamasına karar verir. Yayım kararı yazar(lar)a bildirilir.

6. Yazarlar makalelerinin başlığını, ad, soyadı, unvan, bağlı buldukları kurum adı, posta adresi, telefon ve e-posta adreslerini ayrı bir kâğıda yazarak bir kapak sayfası hazırlayıp makaleleri ile birlikte göndermelidir. Hakemlere gönderilecek metinde makalenin başlığı, makale metni, Türkçe ve İngilizce özetler bulunmalı, kimlik bilgileri yer almamalıdır.
7. Sisteme yüklenen her bir makalenin iThenticate, Turnitin gibi intihal tarama programı aracılığı ile taranarak sisteme yüklenmesi gerekmektedir. Tarama sonucu %20'nin üzerinde olan makaleler RET edilmektedir. Makaleler en az iki hakem tarafından kör hakemlik uygulamasıyla değerlendirilmektedir.
8. Dergide yayımlanması istenilen metinlerin, word veya open office gibi döküman biçiminde ve DergiPark sistemi üzerinden (<http://dergipark.org.tr/tr/pub/kaypod>) başvurusu yapılmalıdır.
9. ULAKBİM/TR Dizin'in 2020 yılında zorunlu kıldığı "etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir." kriteri çerçevesinde insan ve hayvan örnekleme olan nitel ve nicel saha araştırmaları için etik kurul onayı makaleye ek olarak verilmeli ve makalenin yöntem kısmında belge tarih ve sayısı belirtilerek etik kurallara uyulduğu ifade edilmelidir.
10. Dergiye gönderilen çalışmaların Araştırma ve Yayın Etiğine uygunluğuna dikkat edilmektedir. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tavsiyeleri ile COPE (Comittee on Publication Ethics)'nin editör ve yazarlar için uluslararası standartlara uygunluk aranmaktadır.
11. Yazım ve biçim kurallarına uygun olmayan makaleler hakeme gönderilmez ve basılmaz.
12. Düzeltme metnini 30 gün içerisinde göndermeyen yazarların metinleri reddedilir.

## ETİK İLKELER VE YAYIN POLİTİKASI

Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi (KAYPOD) kamu yönetimi ve kamu politikaları başta olmak üzere, ilgili sosyal bilimler çalışmalarını yayımlamak amacıyla kurulmuştur. Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisinde yer alan etik görev ve sorumluluklar oluşturulurken açık erişim olarak Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından yayınlanan rehberler ve politikalar dikkate alınmıştır. Aşağıda yazar, hakem ve editörlerin uyması gereken etik ilke ve kurallara yer verilmiştir.

### Yazarlara İlişkin Etik İlke ve Kurallar

- Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi'ne gönderilen makalelerin kamu yönetimi ve kamu politikaları başta olmak üzere ilgili sosyal bilimler alanlarında özgün çalışmalar olması gerekmektedir.
- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklara ilişkin doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterimi gerekmektedir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmemiş olması ve KAYPOD Telif Hakkı Devir Formu doldurulması gerekmektedir.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişilere yazar olarak yer verilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilerek nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenebilir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri 5 yıl süreyle saklamakla yükümlüdürler.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmelidir. Düzeltme veya geri çekme süreçlerini editörler ile işbirliği içerisinde gerçekleştirmelidirler.

### Hakemlere İlişkin Etik İlke ve Kurallar

Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi'ne gönderilen tüm makaleler çift taraflı kör hakemlik süreci ile değerlendirilmektedir. Çift taraflı kör hakemlik, yansız, nesnel ve bağımsız bir değerlendirme sürecinin sağlanabilmesi için yazarların hakemlerden, hakemlerin de yazarlardan gizli tutulması anlamına gelmektedir. Hakemlere makaleler değerlendirilmek üzere Dergipark sistemi üzerinden

iletilmektedir. Hakemler, değerlendirdikleri makalenin KAYPOD'un temel yayın alanlarına katkısını ve makalenin yayımlanabilir olup olmadığına ilişkin kararlarını kendilerine sistem üzerinden iletilen formu doldurmak suretiyle gerçekleştirmektedirler. Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi'nde hakem olarak görev yapan akademisyenlerin etik sorumlulukları şunlardır:

- Hakemlerin uzmanlık alanlarına ilişkin makalelere hakemlik yapmaya özen göstermeleri gerekmektedir.
- Hakemler çıkar çatışması olabilecek çalışmalarını değerlendiremeyeceklerini editörlere iletmelidirler.
- Hakemler makaleleri tarafsız olarak değerlendirmelidirler.
- Hakemlerin değerlendirdikleri makalelere ilişkin çevrimiçi Makale Değerlendirme Formunu doldurmaları gerekmektedir. Hakemler değerlendirdikleri makaleye ilişkin görüşlerini makale değerlendirme formunda gerekçeli olarak ifade etmelidirler.
- Hakemler makale değerlendirmelerinde yazarları rencide edecek bir dil kullanmaktan kaçınmalı, aksine önerilerinde kullandıkları üslubun bilimsel olması gerekmektedir. Olumsuz bir durum ile karşılaşılması halinde editörler hakem ile iletişime geçerek yorumlarını yeniden gözden geçirmeleri ve düzeltmelerini talep edebilirler.
- Hakemlerin kendilerine verilen süre içerisinde etik sorumluluklara uyarak değerlendirmelerini tamamlamaları gerekmektedir.

## Editör(ler)e İlişkin Etik İlke ve Kurallar

- Editörlerin Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından yayınlanan olduğu 'COPE Dergi Editörleri için Etik Davranışlar ve En İyi Uygulamalar Kılavuzu'nda yer alan etik sorumlulukları yerine getirmekle yükümlüdürler. Editörlerin etik görevleri ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir:
- Editör derginin niteliğinin artırılması ve gelişimine katkıda bulunmak için çaba sarf etmekle yükümlüdür.
- Editörün, yazarların ifade özgürlüğünü desteklemesi gerekmektedir.
- Editörün, dergide hakem değerlendirmesinin gerekli olmadığı bölümlerin (editöre mektup, davetli yazılar, konferans duyuruları vb.) açıkça belirtildiğinden emin olması gerekmektedir.

- Editörün yayımlanan makalelerin dergi okuyucularının bilgi ve becerileriyle uyumlu olabilmesi için çaba sarf etmesi gerekmektedir.
- Editör, hakemlerin bilgi ve uzmanlıklarına uygun makaleleri değerlendirmelerini istemelidir. Böylece makalelerin alanında uzman kişilerce uygun bir şekilde değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Editör, hakemlerin bir makaleyi değerlendirmeden önce makaleye ilişkin çıkar çatışmaları bulunmadığını belirtmelerini talep etmekle yükümlüdür.
- Editörün hakem değerlendirme sürecine ilişkin gerekli tüm bilgileri ve hakemlerden yapması beklenenleri hakemlere iletmesi gerekmektedir.
- Editör, hakem değerlendirme sürecinin çift taraflı kör hakemlik ile sürdürüldüğünden emin olmalı ve yazarlara hakemleri, hakemlere de yazarları ifşa etmemelidir.
- Editör, hakemleri zamanlama ve performanslarına göre değerlendirmelidir.
- Editör, hakemlere ilişkin bir veri tabanı oluşturmalı ve hakemlerin performansına göre veri tabanını güncellemelidir.
- Editör, kaba ve kırıcı yorumlarda bulunan ya da geç dönen hakemleri hakem listesinden çıkarmalıdır.
- Editör, hakem listesini hakemlerin uzmanlık alanlarına göre sürekli yenilemeli ve genişletmelidir.
- Editör, yazarlara kendilerinden ne beklendiğine ilişkin yayım ve yazım kuralları ile örnek şablonu sürekli güncellemelidir.
- Editör dergiye gönderilen makaleleri dergi yazım kuralları, çalışmanın önemi, özgünlüğü açısından değerlendirmeli ve makaleyi ilk gönderim sürecinde reddetme kararı alırsa, yazarlara bunun nedenini açık ve yansız bir şekilde iletmelidir. Bu süreçte, makalenin dilbilgisi, noktalama ve/veya yazım kuralları (kenar boşlukları, uygun şekilde referans gösterme, vb.) açısından tekrar gözden geçirilmesi gerektiğine karar verilirse, yazarlar bu konuda bilgilendirilmeli ve gerekli düzeltmeleri yapabilmeleri için kendilerine zaman tanınmalıdır.
- Makalelerde gönderim ve yayıma kabul tarihleri yer almalıdır.
- Yazarların makalelerinin durumuna ilişkin bilgi talebi olduğunda çift taraflı kör hakemlik sürecini bozmayacak şekilde yazarlara makalelerinin durumuna ilişkin bilgi verilmelidir.

- Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen makalelerde son karar editör kuruluna aittir. Editör kurulu objektif ve akademik kriterler dahilinde dergide yayınlanacak makaleleri belirlemekle yükümlüdür.
- Editör, editörler kurulu üyelerine yayım ve yazım kurallarını iletmeli ve kendilerinden beklenenleri açıklamalıdır.
- Editör, editörler kurulu üyelerine yayım ve yazım kurallarının en güncel halini iletmelidir.
- Editör, editörler kurulu üyelerini değerlendirmeli ve derginin gelişimine aktif olarak katılım gösterecek üyeleri editörler kuruluna seçmelidir.
- Editör, editörler kurulu üyelerini aşağıda yer alan rolleri ve sorumluluklarına ilişkin bilgilendirmelidir
  - Derginin gelişimini desteklemek
  - Kendilerinden istendiğinde uzmanlık alanlarına ilişkin derlemeler yazmak
  - Yayım ve yazım kurallarını gözden geçirmek ve iyileştirmek
  - Derginin işletiminde gerekli sorumlulukları yerine getirmek

## İntihal ve Etik Dışı Davranışlar

Kamu Yönetimi ve Politikaları Dergisi'ne gönderilen tüm makaleler basılmadan önce herhangi bir intihal yazılım programı ile taranmaktadır. Benzerlik oranı %20 ve altında olan makaleler yayına kabul edilir. Bu oranı aşan makaleler ayrıntılı olarak incelenir ve gerekli görülürse gözden geçirilmesi ya da düzeltilmesi için yazarlara geri gönderilir, intihala da etik dışı davranışlar tespit edilirse yayımlanması reddedilir.

Aşağıda etik dışı bazı davranışlar listelenmiştir:

- Çalışmaya fikren katkıda bulunmayan kişilerin yazar olarak belirtilmesi,
- Çalışmaya fikren katkıda bulunan kişilerin yazar olarak belirtilmemesi,
- Makalenin yüksek lisans/doktora tezinden ya da bir projeden üretilmişse bunun belirtilmemesi,
- Dilimleme yapılması yani, tek bir çalışmadan birden fazla makale yayımlanması,
- Gönderilen makalelere ilişkin çıkar çatışmalarının bildirilmemesi,
- Çift taraflı kör hakemlik sürecinin deşifre edilmesi.



## YAZIM KURALLARI

1. Her makalede, ana başlığın hemen altında, makalenin amacı ve önemini içeren biri Türkçe biri İngilizce olmak üzere 200 kelimelik öz/abstract yer almalıdır. “Öz”lerin altında, beş kelimeyi aşmayan anahtar sözcükler/keywords bulunmalıdır. Kısacası makaleler, Ana Başlık, Öz, Anahtar Sözcükler, Abstract, Keywords, Makale Metni, Notlar ve Kaynakça sırası ile kaleme alınmış olmalıdır.
2. Makaleler 8.000 kelimeyi geçmemelidir.
3. Kamu Yönetimi ve Politikaları dergisine gönderilecek tüm makaleler makale şablonu kullanılarak hazırlanmalıdır. Bu şablon kullanılmadan gönderilmiş makaleler RED edilecektir. Makale şablonuna <https://dergipark.org.tr/tr/download/journal-file/18581> linkine tıklayarak ulaşabilirsiniz.
4. Ana metin Times New Roman yazı karakteri kullanılarak 11 punto ve iki yana yaslı olarak yazılmalıdır. Paragraf öncesi ve sonrası paragraf boşluğu bırakılmamalıdır. Paragrafların ilk satırları 1,25 cm içeriden başlamalıdır.
5. Makalenin ana başlık ve alt başlıkları iki yana yaslı, Times New Roman 13 punto, 1,25 cm paragraf girintili olarak yazılmalıdır ve 1., 1.1., 1.1.1 gibi ondalıklı şekilde, 1.GİRİŞ'ten başlayarak (Kaynakça Hariç) numaralandırılmalıdır. Giriş, Bulgular vs. bölüm başlıkları koyu ve büyük harflerle yazılmalıdır. Alt başlıklar ise koyu ve kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır.
6. Metin içinde kısa alıntılar çift tırnak içinde verilmeli, alıntının içinde tırnak işareti kullanılması gerekmesi durumunda ise tek tırnağa başvurulmalıdır. 40 sözcükten uzun alıntılar blok halinde, tırnaksız, paragrafların ilk satırı ile aynı hizada (soldan 1,25 cm girintili) ve tek satır aralık ile İtalik (Eğik) yazılmalıdır. Alıntı yaparken özgün eserden çıkarılan sözcük ve cümleler parantez içinde üç nokta ile (...) belirtilmelidir.
7. “Uzun alıntılar için Microsoft Word programında Giriş sekmesinin altında bulunan Stiller kısmından UzunAlıntı stili seçilmelidir. Kısa alıntılar çift tırnak içinde verilebilir.”
8. Kitap, dergi, gazete, film ve program adları metin içinde italik yazılmalıdır. Sayılar metin içinde tutarlı olmak koşuluyla harf veya rakamla belirtilebilir. Türkçe metinlerde tarih belirtilirken önce gün, sonra ay yazılmalıdır.

### 1.1. Başlıklar

(Hazırlamış olduğunuz Diğer kısımları bu alanın tamamını silerek yapıştırabilirsiniz) İkinci dereceden başlıklar Başlık 2 Seçilerek yapılmalıdır

1.1.1. Üçüncü ve Dördüncü Dereceden Başlıklar Üçüncü dereceden başlıklar Başlık 3,

1.1.1.1.

Dördüncü dereceden başlıklar Başlık 4 seçilerek yapılmalıdır.

## KAYNAKÇA

1. Kaynakça 1,25 cm asılı ve 1,25 soldan girintili olacaktır.
2. Dergiye gönderilen tüm yazıların metin içi referansları ve kaynakçaları APA sistemine uygun olarak düzenlenmeli, kaynak olarak Publication Manual of the American Psychological Association'ın altıncı baskısı kullanılmalıdır.
3. Metin içinde yapılan tüm göndermeler, yine metnin içinde, sırasıyla yazarın soyadı, tarih ve eğer alıntı yapılmışsa sayfa numarası yazılarak belirtilmelidir (Barthes, 1975, s. 104). Aynı kaynaklara yapılan diğer göndermelerde de aynı yöntem uygulanmalı, "age." gibi ibareler kullanılmamalıdır.
4. Gönderme yapılan eser iki yazarlı ise, her iki yazarın da soyadları belirtilmeli (Lipovetsky ve Charles, 2004); yazarlar ikiden fazlaysa, ilk yazarın soyadından sonra "ve diğerleri" anlamında "vd." ibaresi kullanılmalı (Jenkins vd., 2009); birden fazla kaynağa yapılan göndermeler ise noktalı virgülle ayrılmalıdır (Alemdar, 1999; Oskay, 1994).
5. Aynı yazarın aynı yılda yaptığı çalışmalar için "a, b, c" ibareleri kullanılmalı (Cassetti, 2011a) ve bu ibareler metin içinde ve kaynakçada aynı olmalıdır.
6. İkincil bir kaynak söz konusu ise metin içi referans, alıntı yapılan yazarın adının metinde geçip geçmemesine göre (aktaran Elsaesser, 2004, s. 82) veya (Musser'den aktaran Elsaesser, 2004, s. 82) şeklinde düzenlenmelidir.
7. Kaynakçada yalnızca metinde gönderme yapılan kaynaklara tam künyeleri ile yer verilmeli ve türleri dikkate alınmaksızın tüm kaynaklar yazar soyadı ve yıla göre düzenlenmelidir.
8. Çeşitli eserlerin kaynakçada nasıl gösterilmesi gerektiği ile ilgili örnekler aşağıda sunulmuştur:

## KİTAP

### Tek yazarlı kitap

Tekşen, Ö. (2014). Ertelenmiş Vergilerin İncelenmesi ve Muhasebeleştirilmesi 1 (1. baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.

### Tek yazarlı çeviri kitap

Wacquant, L. (2011). Kent Paryaları: İleri Marjinalliğin Karşılaştırmalı Sosyolojisi. (M. Doğan, Çev.). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

### İki ve daha fazla yazarlı kitap

Eco, U. ve Dixon, R. (2012). Inventing the enemy and other occasional writings. Boston: Houghton Mifflin Harcourt.

Eco, U., Martini, C. M., Proctor, M. ve Cox, H. (2012). Belief or nonbelief? A confrontation. New York: Skyhorse Pub.

### Derleme kitap

Bottomore, T. ve Nisbet R. (Ed.). (2002). Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi. Ankara: Ayraç. Kitap bölümü/makale

Giddens, A. (2002). Pozitivizm ve Eleştiriciler. (L. Köker, Çev.). T. Bottomore ve R. Nisbet, (Ed.), Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi içinde (243-291). Ankara: Ayraç.

## MAKALE

### Basılı dergide makale

Eco, U. ve Pezzini, I. (1982). La sémiologie des Mythologies. Communications, 36(1), 19–42. Çevrimiçi dergide makale

Caoduro, E. ve Baschiera, S. (2015). Retro, Faux-vintage and Anachronism: When Cinema Looks Back. Necsus. Bahar 2015. Erişim 8 Mart 2016, <http://www.necsus-ejms.org/retro-faux-vintage-and-anachronism-when-cinema-looks-back/>

## DİĞER KAYNAKLAR

### Yayınlanmamış tez

Pinto, A. (2012). Lessalles de cinémad'art et essai: Sociologie d'un label culturel entre-marché et politique publique. Yayınlanmamış doktora tezi, Picardi Jules Verne Üniversitesi.

### Gazete yazısı

Charrel, M. (5 Mart 2016). L'Union européenne doit se repenser d'urgence. Le Monde. 4. Çevrimiçi gazete yazısı

Charrel, M. (5 Mart 2016). L'Union européenne doit se repenser d'urgence. Le Monde. Erişim 7 Mart 2016, [http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/05/aveuglements-europeens\\_4877082\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/03/05/aveuglements-europeens_4877082_3232.html)

### Gazete haberi (yazar adı yoksa)

Réforme du code du travail: Manuel Valls promet des « améliorations ». (6 Mart 2016). Le Monde. Erişim 07 Mart 2016, [http://www.lemonde.fr/politique/article/2016/03/06/loi-travail-manuel-valls-promet-des-ameliorations\\_4877336\\_823448.html](http://www.lemonde.fr/politique/article/2016/03/06/loi-travail-manuel-valls-promet-des-ameliorations_4877336_823448.html)

### Websitesi

Hacızade, N. (10 Eylül 2015). Yaşar Kemal'den, Sevmek, Sevinmek, İyi Şeyler Üstüne. Erişim 07 Mart 2016, <http://www.5harfiler.com/yasar-kemalden-sevmek-sevinmek-iyi-seyler-ustune/>

What we learned in Seoul with Alpha Go. Erişim 17 Mart 2016, <https://googleblog.blogspot.com/2016/03/what-we-learned-in-seoul-with-alphago.html>

### Film

Anderson, W. (1999). Rushmore [Film].

## AIM & SCOPE

The field of public policy, which developed in the twentieth century, seems to be at the centre of attention from academic researchers to practitioners. In this context, the aim of our journal is to become an Information Centre related to public administration studies in Turkey and to establish a publication centre focused on public policy discipline. Consequently, it is aimed to bring relevant social sciences studies, especially public administration and public policies, to the literature. In addition, this journal aims to create a common academic platform from different disciplines within the humanities such as Economics and Administrative Sciences, Political Science and International Relations. Contributing to the production of knowledge and value; being a reference source in academic publishing; prioritizing sustainability in public policy, public administration and social areas is the goal of the journal. The editorial board of the Journal of Public Administration and Policy (KAYPOD) believes that since the day it started its publication, the goals can only be achieved through principled publishing policy, respect for science and freedom of expression, and unconditional adherence to the principles of science and research ethics.

1. Journal of Public Administration and Policy (KAYPOD) is an international peer-reviewed scientific journal published three times a year in March, July and November. The journal will be able to issue special issues when necessary.
2. Studies submitted for publication should not have been published elsewhere or sent for publication. The publication language of the journal is Turkish, English, German and Russian.
3. Scientific articles with all subject titles in the field of social sciences are accepted in the journal. Theoretical and experimental studies, book reviews, annotated bibliographies and review articles in the social sciences specified in our journal can also be included.
4. Journal of Public Administration and Policy is a publication field that has adopted an open access policy and defends academic freedom. No fee is charged to the authors before, during or after the publication. No royalties are paid to authors.
5. Manuscripts sent to the journal for publication are sent to the referees after their first evaluation by the editorial board. The editorial board decides whether the article is to be published, revised or rejected in accordance with

the upcoming report from the referees. The publication decision is notified to the author (s).

6. Authors should write the title of their articles, first name, last name, title, institution name, postal address, phone and e-mail addresses on a separate paper and prepare a cover page and send them along with their articles. Turkish and English abstracts should be included in the text that will be sent to the referees, and no credentials should be included in the title of the article, the text of the article, and the Turkish and English abstracts should be included.
7. Each article uploaded to the system must be scanned and uploaded to the system through plagiarism scanning programs such as iThenticate and Turnitin. Articles with a scan result of more than 20% are rejected. Articles are evaluated by at least two referees with blind review practice.
8. The articles to be published in the journal must be submitted in the form of a document such as word or open office and via DergiPark system (<http://dergipark.org.tr/tr/pub/kaypod>).
9. Ethics committee approval should be obtained separately for clinical and experimental studies on humans and animals that require an ethical committee decision, which ULAKBIM / TR Index started to make compulsory in 2020, this approval should be specified and documented in the article. For qualitative and quantitative field studies with human and animal samples within the framework of the criteria, the approval of the ethics committee should be given in addition to the article and it should be stated that the ethical rules are followed by stating the date and number of the document in the method part of the article.
10. The compliance of the studies submitted to the journal with Research and Publication Ethics is paid attention to. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) recommendations and COPE (Committee on Publication Ethics) are required to comply with international standards for editors and authors.
11. Articles that do not comply with the spelling and format rules will not be sent to the referee and will not be published.
12. The papers of the author(s) who do not submit the revisions within 30 days will be rejected.

# ETHICAL PRINCIPLES AND PUBLICATION POLICY

The Journal of Public Administration and Policy (KAYPOD) was established to publish public administration and public policy studies. The guidelines and policies published by the Committee on Publication Ethics (COPE) were taken into account as open access when creating the ethical duties and responsibilities contained in the Journal Public Administration and Policy. The following are the ethical principles and rules related to scientific research and the ethical principles and rules that authors, referees and editors should follow.

## Ethical Principles and Rules Related to Scientific Research

- ♦ Scientific methods should be used at the stages of collecting, analyzing, interpreting and reporting data related to the studies. Results that are not of a scientific nature cannot be included in the scope of research.
- ♦ National and international regulations should be adhered to in the research process and permission should be obtained from the competent authorities. The data obtained during the research process should be used to the extent or form permitted by the competent authorities. In studies aimed at individuals, the consent of the participants should be observed and it should be essential that the information that should not be presented remains confidential.
- ♦ \*Researchers are obliged to inform the relevant persons and institutions about the negative situations that may occur as a result of the research. Researchers have the right not to participate in the study due to adverse circumstances.

## Ethical Principles and Rules for Authors

- ♦ Articles submitted to the Journal of Public Administration and Policy should be original studies in the related fields of social sciences, especially public administration and public policies.
- ♦ An accurate and appropriate representation of the source is required for all the resources used in the articles.
- ♦ The articles submitted to the journal should not have been sent to another journal and the REGISTERED Copyright Transfer Form should be completed.

- ✦ People who do not contribute ideas to the article should not be included as authors. Unpublished or unpublished works should not be included as a source. All or part of any work cannot be published without permission or without showing the source.
- ✦ Conflicts of interest related to the submitted article should be stated and the reason should be explained. If there are authors or authors, they should indicate the financial sources of the work.
- ✦ The author or authors should act in accordance with the citation system determined by the journal at the article writing stage.
- ✦ Authors may be asked to submit raw data related to their work to the editorial board during the review process, in which case authors may be expected to share their raw data with the editorial board. The authors are obliged to keep the data on a published article for a period of 5 years.
- ✦ Authors should inform the editor and the board of editors when they detect an error in their work. They should carry out the correction or withdrawal processes in cooperation with the editors.

## Ethical Principles and Rules for Reviewers

All articles submitted to the Journal of Public Administration and Policy are evaluated by a double-blind peer-review process. Double-blind review means keeping the authors confidential from the reviewers and the reviewers from the authors in order to ensure an impartial, objective and independent evaluation process. Articles are sent to the reviewers via the Dergipark system for evaluation. The reviewers make the contribution of the article they evaluate to the main publication areas of KAYPOD and make their decisions about whether the article is publishable by filling out the form sent to them through the system. The ethical responsibilities of academics who work as referees in the Journal of Public Administration and Policy are as follows:

- ✦ Reviewers should take care of reviewing articles related to their areas of expertise.
- ✦ Reviewers should inform the editors that they cannot evaluate studies that may be a conflict of interest.
- ✦ Reviewers should evaluate the articles impartially. Reviewers should not transfer information from the article to their own study, nor should they take



academic/personal interests into account. Studies should not be shared with third parties during the arbitration process.

- ✦ Reviewers are required to fill out the online Article Evaluation Form for the articles they have evaluated. Reviewers should express their opinions about the article they are evaluating in a reasoned manner in the article evaluation form.
- ✦ Reviewers should avoid using language that will offend the authors in their article evaluations, but on the contrary, the style they use in their suggestions should be scientific. In case of an adverse situation, the editors may contact the reviewers and request that they reconsider and correct their comments.
- ✦ Reviewers should take into account the principles of scientific research and publication ethics of the journal. Reviewers are required to complete their evaluations by complying with ethical responsibilities within the time given to them.

## **Ethical Principles and Rules of the Editor(s)**

- ✦ The editors are obliged to fulfill the ethical responsibilities contained in the 'COPE Guide to Ethical Behavior and Best Practices for Journal Editors' published by the Committee on Publication Ethics (COPE). The ethical duties and responsibilities of editors are as follows:
  - ✦ The editor is obliged to make efforts to increase the quality of the journal and contribute to its development.
  - ✦ The editor is required to support the freedom of expression of the authors.
  - ✦ The editor is responsible for ensuring that the sections in the journal where peer review is not required (letter to the editor, invited articles, conference announcements, etc.), it is necessary to make sure that it is clearly stated.
  - ✦ The editor should make efforts to ensure that the published articles are compatible with the knowledge and skills of the journal readers.
  - ✦ The editor should ask the reviewers to evaluate the articles in accordance with their knowledge and expertise. In this way, appropriate evaluation of the articles by experts in their field should be ensured.
  - ✦ The editor is obliged to request that the reviewers indicate that there are no conflicts of interest regarding the article before evaluating an article.

- ✦ The editor is required to provide the reviewers with all the necessary information about the reviewer evaluation process and what they are expected to do from the reviewers.
- ✦ The editor should ensure that the reviewer evaluation process is carried out by double-blind reviewing and should not disclose reviewers to the authors and authors to the reviewers.
- ✦ The editor should evaluate the reviewers according to their timing and performance.
- ✦ The editor should create a database of reviewers and update the database according to the performance of the reviewers.
- ✦ The editor should remove reviewers from the list of reviewers who make rude and offensive comments
- ✦ The editor should constantly update and expand the list of reviewers according to the areas of expertise of the reviewers.
- ✦ The editor should constantly update the sample template with publication and writing rules for what is expected of the authors themselves.
- ✦ The editor should evaluate the articles submitted to the journal in terms of the rules of journal writing, the importance and originality of the study, and if he decides to reject the article during the first submission process, he should clearly and impartially communicate the reason for this to the authors. In the process, the grammar of the article, punctuation and/or spelling rules (margins, proper referencing, etc.) if it is decided that it should be reviewed in terms of, the authors should be informed about it and given time to make the necessary corrections.
- ✦ The submission and acceptance dates for publication should be included in the articles.
- ✦ When authors have a request for information about the status of their articles, authors should be provided with information about the status of their articles so as not to disrupt the double-blind peer review process.
- ✦ The final decision on the articles sent to the journal for publication belongs to the editorial board. The editorial board is obliged to determine the

articles to be published in the journal within the objective and academic criteria.

- ✦ The editor should communicate the publication and writing rules to the members of the board of editors and explain what is expected of them.
- ✦ The editor should provide the most up-to-date version of the publication and writing rules to the members of the board of editors.
- ✦ The editor should evaluate the members of the board of editors and elect members to the editorial board who will actively participate in the development of the journal.
- ✦ The editor should inform the members of the editorial board of the following roles and responsibilities
  - To support the development of the journal
  - To write reviews about their areas of expertise when they are asked to
  - Review and improve the rules of publication and spelling
  - To fulfill the necessary responsibilities in the operation of the journal

## Author Guidelines

1. Papers should be prepared by using the article template. You can download the article template from [here](#).
2. The copyright transfer form should be scanned with signature and uploaded to the system. Download the copyright transfer form from [here](#).
3. The author information form should be filled and uploaded to the system (in Word format). Download the author information form from [here](#).
4. Ethics Committee Approval is required for studies that require ethics committee approval.
  - While the articles are uploaded to the DergiPark system, the Title, Abstract and Keywords should be filled in English and Turkish. All English and Turkish Article Titles should be written in capital letters.
  - Studies should comply with the rules of grammar. A clear and understandable narrative should be followed in the articles; information out

of the purpose and scope should not be included. Valid scientific methods should be followed in the preparation of articles.

- The purpose, subject, scope, method, etc. of the study sections should be adequately explained and studies should be prepared within a certain systematic. In this context, articles that do not comply with the spelling rules will be rejected.
- According to the TR index criteria, the relevant works of the authors who do not have ORCID information will not be accepted.
- Author Information Form must be uploaded to the system during the article submission process. Information regarding author name and affiliation should not be included in the text. You can find the author information form [here](#).

## RULES ON THE TEXT AND REFERENCES

1. In each article, just below the main title, there should be an abstract of 150-250 words containing the purpose and importance of the article. Abstracts should not exceed the specified word limit. Keywords that do not exceed 5 words should be added under the abstract. In short, the articles should be written in the order of Main Title, Abstract, Keywords, Article Text, Notes and Bibliography. Paragraphs should not be made in the Abstract section.
2. The word count of the articles should not exceed 8000 words, including the bibliography, abstract and extended abstract.
3. Each article should have a title. The title should be brief and descriptive, consistent with the content of the study. Article titles must be numbered manually.
4. In-text references and bibliographies of all articles should be arranged in accordance with the APA system. The sixth edition of the Publication Manual of the American Psychological Association should be used as the source.
5. In the bibliography, only the references cited in the text should be included with their full citations, and all references should be arranged according to the surname of the author and the year, regardless of their types.

6. If the citation and bibliography were prepared using Endnote, Mendeley, and similar programs, these program links should be removed in the files to be uploaded to the system.
7. Short quotations in the text should be given in double quotation marks, and if quotation marks are required within the quotation, single quotation marks should be used. Quotations longer than 40 words should be written as a block, without quotation marks, in line with the first line of the paragraphs (1.25 cm indented from the left) and in Italics (Italic) with a single line spacing. When quoting, words and sentences extracted from the original work should be indicated with three dots (...) in parentheses.

Note: Ethics Committee Approval should be obtained for studies that require an Ethics Committee Decision, this approval should be stated in the article and submitted as a document during the application.

- ✦ Studies Requiring Ethics Committee Permission are as follows:
  - o All kinds of research carried out with qualitative or quantitative approaches that require data collection from the participants by using survey, interview, focus group work, observation, experiment, interview techniques.
  - o Use of humans and animals (including material/data) for experimental or other scientific purposes,
  - o Clinical studies on humans,
  - o Research on animals,
  - o Retrospective studies in accordance with the law on the protection of personal data,
- ✦ Also,
  - o Stating that the “Informed consent form” has been received in case presentations,
  - o Obtaining and specifying permission from the owners for the use of scales, surveys, photos belonging to others,
  - o Stating that copyright regulations are complied with for the ideas and artworks used

Note: Ethics committee approval is not required for articles that used data obtained before 2020, retrieved from master's/doctoral studies (must be specified in the article), submitted an application for publication to the journal in the previous year, and accepted but not yet published. You must indicate in the author information form that your study has this status.

Important Reminder: Below are the issues that we request from our referees to be examined during the evaluation process. In this direction, it is useful to check these aspects before uploading your study to the system:

- The relevance of the study to the Journal of Public Administration and Policy as a subject
- The harmony between the title of the article and the content
- The adequacy of the abstract and keywords of the article and its compatibility with the content
- The purpose of the article, its scope and the level of disclosure of its importance
- The adequacy of the theoretical framework of the article
- The suitability of the research method used in the article for the purpose
- The adequacy of the academic language and expression used in the article
- Level of access to basic sources in the article
- The level of compliance with academic ethical rules in the article
- The regularity of the editing of the article and the flow of content
- The originality of the article and its contribution to science
- The compatibility of the conclusion part of the article with the content
- The adequacy of the conclusions and recommendations reached in the article
- Compliance of the article with the spelling rules





JOURNAL OF PUBLIC ADMINISTRATION AND POLICY

# KAMU YÖNETİMİ VE POLİTİKALARI DERGİSİ

YIL / YEAR: 2022 / CİLT / VOL.: 3 / SAYI / NO: 3



[/kay.pod.79](#)

[/kaypod2020](#)

[/kaypod2020](#)