

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİM REJİMİNİN
ANALİTİĞİ: İSTANBUL'A YÖNETİMSELLİK
PERSPEKTİFİNDEN ODAKLANMANIN SUNDUĞU
AÇILIMLAR

Mahfuz AKTAŞ

DOKTORA TEZİ

Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalı

Şehir Planlama Programı

Danışman

Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN

Nisan, 2024

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİM REJİMİNİN ANALİTİĞİ:
İSTANBUL'A YÖNETİMSELLİK PERSPEKTİFİNDEN
ODAKLANMANIN SUNDUĞU AÇILIMLAR**

Mahfuz AKTAŞ tarafından hazırlanan tez çalışması 03.04.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalı, Şehir Planlama Programı **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN
Yıldız Teknik Üniversitesi
Danışman

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN, Danışman
Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Sırma TURGUT, Üye
Yıldız Teknik Üniversitesi

Doç. Dr. Elif ÖRNEK, Üye
Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Murat Cemal YALÇINTAN, Üye
Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi M. Teoman TEKKÖKOĞLU, Üye
Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi

Danışmanım Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN sorumluluğunda tarafımca hazırlanan ‘‘Sağlık Hizmetleri Yönetim Rejiminin Analitiği: İstanbul’a Yönetimsellik Perspektifinden Odaklanmanın Sunduğu Açılımlar’’ başlıklı çalışmada veri toplama ve veri kullanımında gerekli yasal izinleri aldığımı, diğer kaynaklardan aldığım bilgileri ana metin ve referanslarda eksiksiz gösterdiğimi, araştırma verilerine ve sonuçlarına ilişkin çarpıtma ve/veya sahtecilik yapmadığımı, çalışmam süresince bilimsel araştırma ve etik ilkelerine uygun davrandığımı beyan ederim. Beyanımın aksinin ispatı halinde her türlü yasal sonucu kabul ederim.

Mahfuz AKTAş

İmza



Umut'a...

TEŞEKKÜR

Uzun ve yorucu olduğu kadar ufuk açıcı da olan tez serüvenime katkı sunan herkese yürekten teşekkürlerimi sunuyorum.

Disiplinlerarası bir çalışmanın ürünü olan bu tezin oluşum sürecinde, “post-doc araştırmanızda kullandığınız yöntemin kuramsal kaynaklarını tarif eder misiniz?” sorusu ile kapısını çaldığım Özge Yalta Yandaş’a, desteği, ilgisi ve katkıları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Anlayışı ve desteği için tez danışmanım sayın Asuman Türkün hocama, tez izleme komitesinde yer alan hocalarım, Sırma Turgut ve Murat Cemal Yalçın’tan’a, sürecin sonunda bizlere katılan ve savunma jürisinde yer alan Elif Örnek ve Teoman Tekkökoğlu hocalarıma katkı ve destekleri için teşekkür ederim.

Sabrı ve desteği için sevgili eşim Zeynep Aktaş’a ve iki doktora tezi ile birlikte büyüyen, bazen çalışma masamın üzerine, bazen de kucağıma tırmanıp, sadece bakacağını söyleyip, her defasında biraz baktıktan sonra bilgisayarımın kapama düğmesine itina ile basıp ekranını kapatan sevgili oğlum Umut’a teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Mahfuz AKTAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
KISALTMA LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
TABLO LİSTESİ	ix
HARİTA LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Tezin Problemi/Tespiti.....	2
1.2 Tezin Hipotezi.....	3
1.3 Tezin Uluslararası-Makro Ölçeği ve Kuramsal Bağlamı.....	3
1.4 Tezin Ulusal-Makro Ölçeği ve Mevcut Analizler	5
1.5 Tezin Özgün Kuramsal Odağı	7
1.6 Tezin Amacı.....	8
1.7 Tezin Olası Katkısı	8
1.8 Tezin Yol Haritası.....	9
2 TEORİK VE METODOLOJİK ÇERÇEVE	12
2.1 Michel Foucault’nun Yönetimsellik Serüveni	12
2.2 Foucault Sonrası Yönetimsellik Çalışmaları	13
2.3 Araştırmanın Sınayacağı Alternatif Analitik Mercekler	15
2.3.1 Yönetim Analitiği.....	15
2.3.2 Yönetim Analitiğinin İzlekleri.....	16
2.3.3 Sağlıktaki Dönüşümün Mekânsal Dinamikleri.....	18
2.4 Araştırmanın Ölçeği ve Mekansal Odağı: İstanbul.....	18
2.5 Araştırmanın Soruları.....	20
2.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları	21
3 VERİ TOPLAMA VE DERLEME ÇALIŞMALARI	24
3.1 Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yönetim Rejiminin Oluşumu, Sürdürülmesi ve Dönüşümü.....	24
3.1.1 Osmanlı’nın Mirası.....	25
3.1.2 Cumhuriyet Dönemi.....	26
3.1.3 Bölgesel ve Uluslararası Etkileşimlerin Makro-Ulusaldaki Yansımaları.....	41

3.2	İstanbul'un Aynasında Sağlık	74
3.2.1	Bileşenler.....	74
3.2.2	Parametreler.....	79
3.2.3	Mekânlar.....	96
3.2.4	Etkileşimler.....	109
3.2.5	İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve Sağlık Hizmetleri.....	118
3.3	Tamamlayıcı Verilerin Katkıları.....	185
3.3.1	Yüz Yüze Görüşmeler.....	186
3.3.2	Medya İçerikleri.....	190
4	ANALİZ: VERİ DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI	195
4.1	Ölçekler ve Düzlemler Arası Etkileşimler.....	196
4.2	Mekânsal Stratejiler, Teşvik Edilen Öznellikler	201
5	SONUÇ	204
	KAYNAKÇA	207
	TEZDEN ÜRETİLMİŞ YAYINLAR	220

KISALTMA LİSTESİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASM	Aile Sağlık Merkezleri
ÇSGB	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
ÇDP	Çevre Düzeni Planı
DB	Dünya Bankası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E-nabız	Kişisel Sağlık Sistemi
GSS	Genel Sağlık sigortası
HES	Hayat Eve Sığar
IMF	Uluslararası Para Fonu (<i>International Monetary Fund</i>)
İBB	İstanbul Büyükşehir Belediyesi
İHE	İstanbul Halk Ekmek
İSADEM	İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MPYY	Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
OHSAD	Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
PDEÖ	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
PDM	Psikolojik Danışmanlık Merkezi
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar kurumu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (<i>United Nations Children's Fund</i>)
USHAŞ	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. 1 Çalışmanın akış şeması	11
Şekil 3. 1 İlçeler bazında kişi başına düşen sağlık tesisler alanları	82
Şekil 3. 2 Türkiye’de hastane sayıları 2002-2022	90
Şekil 3. 3 Türkiye’de hastane yatak sayıları 2002-2022	91
Şekil 3. 4 İstanbul’da hastane sayıları 2002-2022	92
Şekil 3. 5 İstanbul’da hastane yatak sayılarının 2002-2022	93
Şekil 3. 6 İstanbul’da 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2002-2021	95
Şekil 3. 7 İstanbul’da 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2002-2021	96
Şekil 3. 8 Türkiye’ye gelen sağlık turisti sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2003-2023.....	111
Şekil 3. 9 Sağlık turizmi gelirlerinin yıllar içerisindeki değişimi 2003-2023	112
Şekil 3. 10 ÇDP’de öneri büyük açık alan kullanımları	115
Şekil 3. 11 ÇDP’de önerilen sağlık parkları	115
Şekil 3. 12 İBB daire başkanlıkları görev hiyerarşisi	123
Şekil 3. 13 İBB sağlık yapılanması	124
Şekil 3. 14 İyi yaşam sağlayan canlı ve duyarlı mekanlar.....	185
Şekil 3. 15 'Sağlık' ile ilgili televizyon programlarından seçmeler	191

TABLO LİSTESİ

Tablo 3. 1	Sağlık hizmet kurumlarının sektörlere göre dağılımı	28
Tablo 3. 2	Dönemin tedavi edici hizmet birimleri ve çalışanları.....	28
Tablo 3. 3	Sağlık hizmetleri sisteminin değişiminin dönemlendirilmesi.....	40
Tablo 3. 4	Sağlıkta dönüşüm programının genel çerçevesi	44
Tablo 3. 5	Sağlık hizmetleri	51
Tablo 3. 6	Yönetim	52
Tablo 3. 7	Yeni uygulama gereklilikleri	53
Tablo 3. 8	AKP: Makro-ulusal ölçekte sağlık düzenlemeleri	55
Tablo 3. 9	Sağlıkta eşitliğin sağlanması.....	57
Tablo 3. 10	Hasta memnuniyetinin artırılması	58
Tablo 3. 11	Yeni sağlık tesisleri inşaatları	59
Tablo 3. 12	Bütçe düzenlemeleri	60
Tablo 3. 13	Sağlık personeli ile ilgili düzenlemeler	61
Tablo 3. 14	Donanımın iyileştirilmesi	62
Tablo 3. 15	Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması.....	64
Tablo 3. 16	Özelleştirme	65
Tablo 3. 17	Kamu – özel ortaklığı (şehir hastaneleri).....	66
Tablo 3. 18	Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması	67
Tablo 3. 19	Aile hekimliği uygulaması.....	68
Tablo 3. 20	İlaç teminindeki düzenlemeler.....	69
Tablo 3. 21	Bilişim sistemlerinin geliştirilmesi	70
Tablo 3. 22	Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması.....	76
Tablo 3. 23	Sağlık tesisleri alan standartları	80
Tablo 3. 24	Acil sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeler	88
Tablo 3. 25	Sektörlere göre hastane sayısı, 2022.....	89
Tablo 3. 26	Sektörlere göre hastane yatağı sayısı, 2022	89
Tablo 3. 27	Hastanelerin sektörlere göre dağılımı (%), 2021	90
Tablo 3. 28	Unvanlara göre 100.000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı, 2022	95
Tablo 3. 29	İstanbul’daki özel hastane zincirleri	108
Tablo 3. 30	Sağlık turizminin güçlendirilmesi.....	110
Tablo 3. 31	İBB web sitesinden ‘sağlık’ ile ilgili erişilebilen hizmetler	119

Tablo 3. 32 Sağlık ve sosyal hizmetler dairesi başkanlığının ayrılmadan önceki görev dağılımı	121
Tablo 3. 33 Sağlık ve sosyal hizmetler daire başkanlığı ayrıldıktan sonraki görev dağılımı.....	122
Tablo 3. 34 İBB stratejik planlarının değişimi.....	127
Tablo 3. 35 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘yardıma muhtaç yaşlılar’ ile ilgili sorunsallaştırmalar	131
Tablo 3. 36 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Erişilebilirlik	133
Tablo 3. 37 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Etkinlikler.....	135
Tablo 3. 38 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Eğitimler.....	136
Tablo 3. 39 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – İstihdam.....	136
Tablo 3. 40 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Yeni tesis inşası.....	137
Tablo 3. 41 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘evde sağlık hizmetlerine muhtaç kişiler’ ve ‘evsizler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar	138
Tablo 3. 42 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘çocuklar’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	139
Tablo 3. 43 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘sağlıklı toplum’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	141
Tablo 3. 44 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘sağlıklı besin’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	142
Tablo 3. 45 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘spor’ ile ilgili sorunsallaştırmalar ...	144
Tablo 3. 46 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘farkındalık’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	145
Tablo 3. 47 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘halk sağlığı eğitimleri’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	146
Tablo 3. 48 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘bağımlılık’ ile ilgili sorunsallaştırmalar	146
Tablo 3. 49 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘covid-19 pandemisi’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	147
Tablo 3. 50 ‘Sağlıklı şehir planlaması’ ile ilgili sorun-çözüm öbekleri.....	149
Tablo 3. 51 ‘Sağlıklı çevre’ ile ilgili sorunsallaştırmalar.....	150
Tablo 3. 52 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara faaliyet raporlarında sunulan çözümler / hizmetler	152
Tablo 3. 53 Yaşlılara yönelik hizmetlerin 2003-2022 yılları arasındaki değişimi	153
Tablo 3. 54 Engellilere yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022	156

Tablo 3. 55	Evde sağlık hizmetlerinde değişim 2003-2022.....	159
Tablo 3. 56	Evsizlere yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022.....	161
Tablo 3. 57	Çocuk ve gençlere yönelik hizmetlerin seyri 2003-2022	162
Tablo 3. 58	‘Sağlıklı yaşam’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara faaliyet raporlarında sunulan çözümler / hizmetler	163
Tablo 3. 59	Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin değişimi 2003-2022.....	164
Tablo 3. 60	Kadın ve aileye yönelik hizmetlerdeki değişimi 2003-2022	166
Tablo 3. 61	Sağlıklı gıda hizmetlerindeki değişim 2003-2022	169
Tablo 3. 62	Spor hizmetlerindeki değişim 2003-2022.....	171
Tablo 3. 63	Bağımlılıkla mücadele çalışmalarında değişim 2003-2022.....	173
Tablo 3. 64	Pandemi kapsamında verilen hizmetler 2020-2021	174
Tablo 3. 65	‘Sağlıklı şehir planlaması ve sağlıklı çevre’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara sunulan çözümler / hizmetler	175
Tablo 3. 66	Çevre yönetimi hizmetlerinde değişim 2003-2022.....	176
Tablo 3. 67	Ulaşım hizmetlerinde değişim 2003-2022	178
Tablo 3. 68	İmar yönetim hizmetlerindeki dönüşüm 2003-2022.....	180
Tablo 3. 69	Vektörle mücadele / ilaçlama hizmetlerinde değişim 2003-2022 ...	181
Tablo 3. 70	Vizyon 2050 amaçlar ve hedefler	184
Tablo 3. 71	Görüşmecilere ait bilgiler	186
Tablo 3. 72	'Sağlık' ile ilgili kamu spotları	193

HARİTA LİSTESİ

Harita 3. 1	İstanbul'daki sağlık hizmet bölgeleri	75
Harita 3. 2	İlçe bazında kişi başına düşen mevcut sağlık tesisi alanları.....	83
Harita 3. 3	Aile sağlık merkezi konumları	84
Harita 3. 4	ASM Network analizi.....	85
Harita 3. 5	İstanbul'da kamu hastanelerinin konumları	97
Harita 3. 6	İstanbul'da kamu hastanelerin ilçelere dağılımı.....	98
Harita 3. 7	İstanbul'da kamu hastaneleri yatak sayılarının ilçelere dağılımı	99
Harita 3. 8	İstanbul'daki şehir hastaneleri.....	99
Harita 3. 9	İstanbul'daki özel hastaneler	100
Harita 3. 10	İstanbul'da özel hastane sayılarının ilçelere göre dağılımı	101
Harita 3. 11	İstanbul'da ilçelere göre özel hastane yatak sayısının dağılımı	101
Harita 3. 12	İstanbul'da kamu ve özel hastanelerin mekansal yerleşimi	102
Harita 3. 13	İBB'nin önerdiği sağlık turizmi gelişim bölgeleri.....	117

Sağlık Hizmetleri Yönetim Rejiminin Analitiği: İstanbul'a Yönetimsellik Perspektifinden Odaklanmanın Sunduğu Açılımlar

Mahfuz AKTAŞ

Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalı

Şehirci Planlama Programı

Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN

Bu tezin amacı, günümüz Türkiye'sinin sağlık hizmetleri yönetim rejimini, yönetimsellik perspektifinden yararlanarak, İstanbul ölçeğinde inceleyerek kuramsal bir sınırlılığı çözümlemeyi denemektir. Bu çalışma, uygulayacağı yönetim analitiği sayesinde, sağlık hizmetlerini sosyal altyapı bileşenlerinden biri olarak değerlendiren şehir ve bölge planlama çalışmalarına analitik merceklerini tazelemeleri ve çeşitlendirmeleri yönünde bir davet çıkarır.

Yönetim analitiğinin mercekleri, 2000'lerde, İstanbul'da, sağlık alanına ilişkin söylemler ve pratikler yanında makro, mezo, mikro ölçeklerde yer alan çok çeşitli aktörlerin etkileşimlerinde teşvik edilen sağlık özneleri ve sağlık mekanlarına odaklandığında, sağlık hizmetlerinin, 2000'ler Türkiye'sinde, büyük ölçüde, piyasa prensiplerinin beklentilerince yönetildiği görülür. Yönetim analitiğinin izlekleri takip edildiğinde, 2000'lerden günümüze, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin piyasa prensiplerinin hakim olmasını teşvik eden neoliberal bir yönetim rejimi içinde işlemekte olduğu görülür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri yönetim rejimi, İstanbul, şehir planlama çalışmaları, yönetimsellik perspektifi, yönetim analitiği, noeliberal yönetimsellik



Analytics of the Healthcare Regime of Government: The Implications of Focusing on Istanbul via Governmentality Perspective

Mahfuz AKTAŞ

Department of Urban and Regional Planning

Doctor of Philosophy Thesis

Supervisor: Prof. Dr. Asuman TÜRKÜN

This dissertation aims to resolve a theoretical limitation by casting Turkey's contemporary healthcare regime of government onto the scale of Istanbul in the 2000s with the help of governmentality perspective. By conducting an analytics of government, this study invites urban planning studies that consider healthcare a mere form of social infrastructure to upgrade and diversify their analytical lenses.

Focusing on the discourses and practices that make up a regime of healthcare government in Istanbul in the 2000s while taking into account the subjects and spaces of healthcare invested by the interactions of various actors on macro, mezzo, and micro scales, the healthcare regime of government in Turkey appears to be dominantly governed by the expectations of market principles. In guidance of the trajectories of an analytics of government, the healthcare services in Turkey since 2000s operates within a neoliberal regime of government that promotes market principles.

Keywords: Analytics of the healthcare regime, Istanbul, urban planning studies, governmentality perspective, analytics of government, neoliberal governmentality



1 GİRİŞ

Günümüzde, hem doğal hem de beşerî alanlarda yaşanan hızlı ve birbirine bağlı değişimler, dünyanın dört bir yanındaki şehirlerde giderek karmaşıklaşan sorunlara yol açmaktadır. 25 yıl içinde, şehirlerin dünya nüfusunun %70'ini barındırması beklenmektedir (Dünya Bankası, 2018). Şehirlerdeki nüfus artışı, büyük zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu araştırma, bu zorluklar arasından sağlık hizmetlerinin yönetimine ilişkin olanlarına odaklanır. COVID-19 Pandemisi'nin de bir kez daha belirginleştirdiği üzere, geniş nüfusları barındıran şehirlerde sağlık hizmetleri yönetiminin sağlanması kapsamlı dönüşümleri beraberinde getirmektedir. Bu dönüşümün dinamiklerini anlamaya ve yönlendirmeye odaklanan çalışmaların, analitik merceklerini güncellemeleri, çeşitlendirmeleri yerinde olacaktır.

Bu davet, günümüz şehirlerinin karmaşık sorunlarına odaklanan alanlardan biri olan, şehirlerin ve bölgelerin tasarımı, yönetimi ve gelişimi ile ilgilenen şehir planlama çalışmalarının alternatif bir analitik araç setinden yararlanarak çeşitlenmesine yöneliktir. Türkiye'nin kentsel deneyimlerine odaklanan şehir planlama çalışmalarının elinde, sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerini analiz etmek üzere sınırlı bir analitik araç repertuarı vardır. Bu çalışmalar, ana akım sosyal bilimlerin varsayımlarını veri kabul eder. Bu tez, kentsel sağlık hizmetleri yönetimini verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği temaları ekseninde, bir sosyal altyapı bileşeni olarak ele alan şehir planlama çalışmalarının sınırlarının ötesine geçmek üzere alternatif bir araç seti olarak, Yönetimsellik Perspektifi'ne dayanan yönetim analitiğinin kullanılmasının açılımları olabileceğini ileri sürer. Bu çalışma, bu hipotezi sınamak üzere, Türkiye'de sağlık hizmetlerine odaklanan Şehir ve Bölge Planlama araştırmalarının yaslandığı kuramsal kabulleri, güncel sosyal ve siyasal kuramlar ve analiz yöntemleri ile disiplinlerarası bir işbirliği içinde gözden geçirerek tazelemeyi hedefler.

1.1 Tezin Problemi/Tespiti

Günümüz şehir planlama çalışmaları, Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerinin analizi söz konusu olduğunda, bu dinamikleri kentsel yaşamın güvenli akışı için tasarlanmış sosyal altyapı unsurları olarak değerlendirir (Ershova et al., 2018, s.2; Latham & Layton, 2019, s.3; Şahin, 2018)¹. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri yönetimi, yalnızca bir konum hiyerarşisi (mahalleden ilçelere ve kentlerden bölgelere uzanan) içinde değil, aynı zamanda planlama modelleri çerçevesinde de ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerini, sosyal altyapının bir bileşeni veya bir sosyal donatı olarak tanımlayan günümüz şehir planlama çalışmaları, Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerini dört ana kriter kılavuzluğunda incelemektedir: yeterlilik (alansal yeterlilik ve hizmet kalitesi arasındaki ilişkiler), erişilebilirlik (sosyo-ekonomik koşullara dayalı ekonomik, sosyal ve mekânsal erişilebilirlik), tasarım (çok işlevlilik bağlamında kapsamlı esneklik) ve sosyal hakların sürdürülebilirliği (Boyacı, 2021; Gökkaya & Erdem, 2021; Kemeç vd., 2019; Paköz, 2014). Bu incelemeler, çoğunlukla merkezi aktörlerin söylem ve pratiklerine odaklanmakta, sağlık hizmetleri yönetiminin tarihsel, yasal, teknik ve temsili yönlerini irdelemektedir. Bu odak tercihi, mikro ve mezo ölçekleri ve bunların etkileşimlerini, makro ölçeğin etkilerinin gölgesinde bırakır.

Bu bağlamda, çeyrek yüzyıl içinde dünya nüfusunun %70’ine ulaşması beklenen kentsel nüfusa paralel olarak, tüm dünyada yükselen sağlık reformları dalgası göz önüne alındığında, Türkiye’deki sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerini analiz etmek üzere, günümüz şehir planlama çalışmalarında kuramsal bir yeniden yapılanma ihtiyacı belirginleşir. Statik betimleme ve rasyonelleştirmelerden ziyade, süreçlerin etkileşimler esnasındaki hareketli fotoğraflarını çekmemize, anlatıyı adeta bir belgesel gibi kurgulayabilmemize olanak sunacak alternatif analitik merceklerden faydalanılabilir. Bu tez Şehir ve Bölge Planlama Alanındaki araştırmaları yönlendirmek üzere daha incelikli kuramsal çerçeveler kullanabileceğimize dair giriş mahiyetinde bir araştırma niteliğinde değerlendirilebilir.

¹ Ayrıca bkz. (Berkman, 1992; Çetiner, 1972; Çiftçi, 1999).

1.2 Tezin Hipotezi

Bu tezin hipotezi, yönetim analitiğinin, statik betimleme ve rasyonelleştirmelerden uzaklaştırıp, kentsel süreçlerin etkileşimler esnasındaki hareketli fotoğraflarını çekmemize, anlatıyı bir belgesel gibi kurgulayabilmemize olanak sunacak alternatif analitik araçlara, merceklerle sahip olduğu yönündedir. Bu hipotezden hareketle, tez, bunun böyle olup olmadığını belirginleştirmeye çalışır. Bu çalışma, yönetsellik perspektifinden geliştirilen yönetim analitiğini, bu yaklaşımın izleklerini, mezo/orta ölçekte, İstanbul'da takip ederek sınamayı ve mezzo bulguları, mikro ile makro ölçekler arasına yerleştirmeyi dener.

Tez, İstanbul ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin 2000'li yıllardaki sağlık odaklı söylemleri, uygulamaları ve etkileşimlerine odaklanır. *Mikro-mezo-makro* ölçeklerde gerçekleşen etkileşimlerin, günümüz Türkiye'sinde işlemekte olan sağlık hizmetleri rejiminin dinamiklerini daha etraflıca kavramamıza olanak sağlayabileceğini ileri sürer. Mevcut ana akım çalışmalar tarafından merkezi/makro aktörler ekseninde tarif edilen ya da makulleştirilen anlatılara alternatif daha kapsamlı bir analiz, İstanbul ölçeğine odaklanan bir yönetim analitiği kılavuzluğunda ortaya konabilir. Böylelikle, Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerini analiz etmek isteyen şehir ve bölge planlama araştırmalarında kullanılmak üzere alternatif bir analitik araç seti sunulabilir.

1.3 Tezin Uluslararası-Makro Ölçeği ve Kuramsal Bağlamı

1980'lerden günümüze, neredeyse tüm dünyada, adeta bir sağlık reformları salgını yaşanmaktadır (Klein, 1993, s.752). İngiltere'den Yeni Zelanda ve Avustralya'ya, Amerika Birleşik Devletleri'nden Avrupa ve Doğu Asya'ya kadar çok çeşitli ülkelerde sağlık reformları hayata geçirilmiştir. Üstelik, Uluslararası etkileşimlerin hız ve niceliğinde, 1980'lerden bu yana yaşanan artış, şehirler ve sağlık hizmetlerinin artık bireysel, yerel ve ulusal düzeyde olduğu kadar uluslararası siyasi ve ekonomik süreçlerden etkilenir hale gelmesine yol açmıştır. İnsan bedenine, sağlığa ve hastalıklara ilişkin dünyayı kat eden kavramlar ve temsiller, yerel ve bireysel söylemlerin yanı sıra uluslararası finans ve sağlık kuruluşları tarafından da biçimlendirilmiş ve ulusal sağlık politikalarına yön vermiştir. Bulaşıcı hastalıklar, sanitasyon, beslenme, konut kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişim gibi küresel sağlık sorunlarına odaklanan çok sayıda kuruluş makro ölçekte gelişmiştir.

1990’lardan itibaren, bu reformları ve kurulan ağırları konu edinen tartışmalar belirir (Giaimo, 2002; Marmor, 1994; Twaddle, 2002). Bu analizlerdeki yaygın bakış açısı, sağlık reformları salgınını, ‘az yönetimin iyi yönetim olduğu’ ilkesine dayanan; devletin, sivil toplumun faaliyetlerine müdahalesini sınırlama hedefini gerçekleştiren daha geniş bir neoliberal politikalar çerçevesi içine yerleştirir (Prince vd., 2006, s.256). Bu görüşe yöneltile eleştiriler arasında, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarından esinlenen araştırmalar da yer alır (Coveney, 1998; Işın, 2000; Marchand vd., 2020; Prince vd., 2006; Rose & Miller, 1992). Bu araştırmalar da sağlık reformlarını neoliberalizmle ilişkilendirir, ancak neoliberalizmin ‘[ana akım bakış açılarının öne sürdüğü gibi] bir ideoloji veya politika değil, toplumu bir bütün olarak düzenlemek üzere toplumsal, siyasal, ekonomik bağlamları, özneleri ve bunların ilişkilerini aynı anda yeniden yapılandırmanın yeni bir türü ve biçimi’ olduğunu savunur (Prince vd., 2006, s.256). Dolayısıyla, bu görüşe göre, neoliberalizm, “bir ideoloji olmadığı gibi empoze edilmiş veya önceden tasarlanmış bir ‘proje’ değil, daha çok toplumda ve yönetim aygıtlarında gelişmekte olan belirli teknolojilere ve rasyonalitelere programlı bir tutarlılık vererek geliştirilen stratejilerden menkuldür” (Prince vd., 2006, s.256).

Neoliberalizmin, yeni bir yönetimsellik biçimi olarak kavranması, devletin de kavranışını dönüştürür ve bu sayede, sağlık hizmetlerinin yönetiminde yer alan diğer etkili aktörler de incelemeye davet edilir. Nitekim, Stephan Kohlwes (2014, s.19) doktora tezinde, “[Michel] Foucault... devleti... evrensel, sabit, değişmez...[olmaktan] ziyade, yönetim uygulamaları değiştikçe yeniden inşa edilen bir siyasal ilişkiler bütünü olarak görür” diyerek, bu zincirleme kavramsal dönüşümün önemini altını çizer. Ne var ki, diğer aktörleri de incelemeye davet eden Foucault’nun, devletin yönetimdeki rolünü görmezden gelmeyi önerdiği anlamı da çıkarılmamalıdır; Foucault, aksine, yalnızca, devletin yönetimdeki rolüne odaklanmanın ve fiili/aktüel yönetimde faaliyet gösteren diğer aktörlerini ve iktidar mekanizmalarını görmezden gelmenin istenmeyen sonuçları konusunda uyarıda bulunur. Bu çerçeveden bakıldığında, 1980’lerden bu yana, dünyanın dört bir yanındaki sağlık reformları silsilesinin, aralarında devletin de olduğu çok çeşitli aktörlerin, çok çeşitli sorunsallaştırmalar ve teknolojiler etrafında öbeklendiği yönetim rejimlerinin elemanlarından olduğu belirginleştirilebilir.

1.4 Tezin Ulusal-Makro Ölçeği ve Mevcut Analizler

Türkiye de 1980'lerin sonuna doğru sağlık reformları salgınına yakalanır. 2000'lerden bu yana ise, hayata geçirilen sağlık reformlarında dikkat çekici bir artış yaşanır. Bu durum, başta sosyal bilimler olmak üzere birçok disiplinde çeşitli şekillerde yorumlanır. Dünyadaki akademik tartışmaların izinde, Türkiye'nin sağlık alanındaki deneyimlerine odaklanan İngilizce literatür de sağlıkta yaşanan dönüşümü, devlet-toplum-ekonomi üçlüsüne binaen bir ideoloji veya siyasa olarak değerlendirdikleri neoliberalizmin çerçevesine oturtur. Çok geçmeden, bu ana akım görüşe yönelik eleştiriler ortaya çıkar.

Yönetimsellik Perspektifinden feyz alarak ortaya konan eleştiri, Stephan Kohlwes'in tezinden damıttığı makalede yürüttüğü tartışma üzerinden özetlenebilir, zira Kohlwes, Anglo-Foucaultcu Yönetimsellik Çalışmalarının kavramsal hazinesinden ve metodolojik araç setlerinden yararlanarak, Türkiye'nin sağlık alanındaki dönüşümüne ilişkin İngilizce sosyal bilimler literatürüne ilişkin yaptığı taramayı şöyle özetler (2014, s.67):

...Özellikle Türkiye'nin sağlık sistemini ele alan İngilizce sosyal bilimsel literatür (Örneğin Buğra & Keyder, 2006; Coşar & Yegenoglu, 2009; Grütjen, 2008; Keyder, 2005) [Sağlıkta Dönüşüm Programı] SDP ile genişlemekle birlikte (Ağartan, 2008; Günal, 2008; Kısa & Younis, 2006; Sarp vd., 2002; Tatar & Kanavos, 2006; Yılmaz, 2013 gibi) nispeten sınırlı kalmayı sürdürmüştür....Mevcut kaynakların büyük bir kısmı, sağlık veya refah sistemini, 'olgunluk', 'kapsayıcılık', 'evrensellik' veya 'sosyal haklar' çerçevesinde değerlendirir. Diğerlerinde ise, analizler neoliberalizmin sosyal politikalar ve genel olarak refah devleti üzerindeki olumsuz etkisine odaklamakta veya Türkiye'deki 'refah rejimini' mevcut uluslararası tipolojilere 'yerleştirmeye' çalışmaktadır.

Kohlwes, bu araştırmaların modernleşme teorilerinin etkisinde kaldığını, üstelik bu merceklerin Türkiye ile ilgili çıkarımlarının da yetersiz kaldığını ileri sürer. Kohlwes'e göre, bunun nedeni, Türkiye'nin hiçbir zaman tam anlamıyla gelişmiş bir refah sistemine sahip olmamış olmasıdır; refah sistemi sadece idealize edilmiş bir model, arada ziyaret edilen bir referans noktası olabilmıştır. Kohlwes, bu ülkenin kendine has özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'deki sağlık hizmetleri yönetimindeki dönüşümün tipolojileri aşan farklı bir seyir

izlediğini ileri sürer. Ona göre, bu süreç, büyük ölçüde Dünya Sağlık Örgütü (bundan sonra DSÖ olarak anılacaktır) gibi yeni uluslararası kurumların etkisiyle şekillenmiş, uluslararası uzmanların danışmanlığı ve yurtdışında eğitim görmüş Türkiyeli uzmanların bürokrasiye dönmesi ile bilgi ve deneyim aktarımı mümkün olmuştur (2014, s.34). Böylelikle, Kohlwes (2014, s.18) “hâkim egemen gücün veya demokratik parti siyasetinin” hikayesini anlatmak yerine, sağlık teması etrafında öbeklenen bir dizi aktör, söylem ve uygulamayı inceleyen Anglo-Foucaultcu Yönetimsellik çalışmalarının sağladığı analitik araç setini kullanarak bir başka tablo resmeder. Kohlwes (2014, s.18), yönetmenin yalnızca devlet aygıtları tarafından gerçekleştirilmediği kabulünden hareketle, “nüfusun davranışlarını sağlık alanında yönlendirmeye çalışan çok çeşitli otoritelerin, uzmanların, doktorların, hastaların, vb. taktikleri, stratejileri, teknikleri, programları, hayalleri ve arzularını da içeren çoklu bir süreci” tasvir eder. Bu bağlamda, analizini doğrusal/linear okumalar gerektiren modernleşme teorilerinin öncüllerinden uzaklaştırmak için bu süreçleri tarihselleştirmeyi ve bağlamlarına yerleştirmeyi önerir.

Kohlwes’in Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmaları çerçevesinde kalan - dolayısıyla bu çalışmaların aktüel *mekânsallık* söz konusu olduğunda karşılaştıkları eleştirilere muhatap olan- araştırması dışında, Türkiye’deki sağlık hizmetleri dönüşümüne ve yönetimine, Foucault’nun çalışmalarının sunduğu mercekler ve/veya Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarına yöneltlen eleştirileri dikkate alarak odaklanan az sayıda çalışma bulunur. Bu araştırma alanı, Türkiye’deki sağlık hizmetleri dönüşümünün *öznel* ve *teknolojilerini* tarihselleştirmeye ve bağlamlarına yerleştirmeye çalışır. Dolayısıyla, bu çalışmalar temel olarak sağlık hizmetleri yönetim rejiminin mikro ve makro ölçekleri arasındaki etkileşimlere ışık tutar (Aykan & Güvenç Salgırlı, 2013, 2015; Bilge-Ülker, 2019; Günok, 2018; Uluçay, 2016). Aykan & Güvenç Salgırlı (2013, s.306), neoliberal yönetimselliğin bir tekniği olarak kamu spotlarını analiz eder. Kendi ifadeleriyle, neoliberal yönetimsellik, “...öncelikle bireyleri risksiz yaşam tarzlarına yatırım yapan sağlık girişimcileri olarak sorumlu kılarak, yani sağlığı kişisel sorumlulukların vurgulandığı bir öz-davranış meselesi olarak kavramsallaştırarak işlemektedir.” (2015, s.71). Günok ise, yayınlanmamış tezinde, “1980 sonrası Türkiye’inde, üç gelişmeyi -güvenlikleştirme, ekonomikleştirme ve

özneleştirme - neoliberal yönetimsellik merceğinden” bakarak serimler (2018, s. iv). Ülker de, neoliberal yönetimselliğin sağlık reformları sayesinde ürettiği öznelere odaklanır (Bilge-Ülker, 2019).

Bu araştırma, yukarıda bahsedilen çalışmalarla, araştırma konusunun makro bağlamlarını paylaşır ancak bahsi geçen çalışmalar, ya sadece makro (Kohlwes, 2014), ya da mikro ve makro ölçekler arası etkileşimlere (Aykan & Güvenç Salgırlı, 2013, 2015; Bilge-Ülker, 2019; Günok, 2018; Uluçay, 2016) odaklanarak, bu tez kapsamında denkleme eklenmesi planlanan mezzo analiz ölçeğini geri planda bırakır. Mezzo ölçeğe, 2000’ler İstanbul’una odaklanan ve aynı zamanda bir yönetim analitiği yürüten tek çalışma, Özge Yalta Yandaş’ın doktora sonrası araştırmasıdır (2015). Bu çalışma, Mitchell Dean (1999) ile Dardot & Laval (2012)’in kılavuzluğunda, Anglo-Foucaultcu Yönetimsellik çalışmalarına yöneltilen eleştirilerinden yararlanarak İstanbul’a odaklanır. Eğitim, ceza, sağlık gibi diğer yönetim rejimleriyle ilgili benzer çalışmalara ilham vermek üzere, 2000’li yıllarda İstanbul’daki kentsel dönüşüm süreçlerini inceler (2015). Neoliberal yönetimselliğin, İstanbul’u, piyasa normlarına göre yeniden şekillendirmesini mümkün kılan çeşitli rasyonaliteleri, teknolojileri ve öznellikleri irdeler. Böylelikle de, bu tezin bir diğer kuramsal sıçrama tahtasını oluşturur. Bu çalışmanın izinde, bu tez de bir *yönetim analitiği* yürütmeyi hedefler ancak *kentsel dönüşüm süreçleri* yerine *sağlık hizmetlerine* odaklanır ve *sağlık hizmetlerini bir yönetim rejimi* olarak ele alır.

1.5 Tezin Özgün Kuramsal Odağı

Şehir planlama çalışmaları, sağlık hizmetlerini, devletin sosyal politikalarından sağlık alanı ile ilintilendirilebilecek altyapı hizmetleri arasında değerlendirip, meseleye planlama modelleri çerçevesinde bir *konum hiyerarşisi* ışığında yaklaşırken, yönetim analitiği, sağlık hizmetlerini bir *yönetim rejimi* olarak değerlendirir (Foucault, 2001). Bu tez, günümüz İstanbul’unda işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin (regime of government) tarihsel, bağlamsal ve mekânsal dinamiklerini bir yönetim analitiği çerçevesinde ortaya koymayı, böylelikle neoliberal yönetimselliğin günümüz Türkiye’inde aktüallitede nasıl inşa edildiğine dair anlatıyı, mezzo ölçek bulgularını da mikro ve makro ölçeklerle etkileşime katarak geliştirmeyi hedefler.

1.6 Tezin Amacı

Dünya nüfusunun 25 yıl içinde %70'ini oluşturmaya beklenen kentsel nüfus artışı ve tüm dünyada çeşitlenen sağlık reformları silsilesi ışığında, Türkiye'deki sağlık hizmetleri rejiminin dinamiklerini daha kapsamlı bir analize tabi tutmak üzere, günümüz şehir planlama çalışmalarında kuramsal bir yenilenmenin zamanıdır çünkü mevcut çalışmalar, ya sosyal bilimlerdeki ana akım bakış açılarını veri kabul etmekte ya da neoliberal şehir planlama yönelimlerini makulleştirmektedir. Başka bir deyişle, günümüz şehir planlama çalışmalarının giderek daha karmaşık hale gelen kentsel sorunları, statükonun sadece tasviri ve/veya rasyonelleştirilmesinin ötesine geçebilen merceklerle ele alması, özellikle de kentsel sağlık hizmetlerinin dinamiklerine odaklanırken kullandığı analitik araçlarını yeniden düzenlemesi ve çeşitlendirmesi önemli açılımlar sağlayabilir. Bu amaçla, bu tezde pratik, analitik ve eleştirel bir araç setinin sınanması hedeflenir. Bu minvalde, günümüz şehir planlama çalışmalarının temel analiz merceklerinin *-yeterlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği-* yönetimsellik çalışmalarının analiz mercekleri *-toprak, sermaye, mimari, bölüşüm, hiyerarşi, dolaşım, olaylar ve riskler-* ile yenilenmesi, günümüz Türkiye'sinde sağlık hizmetleri rejiminin elemanlarına daha etraflıca ışık tutma potansiyeli taşır. Bu araştırma, Yönetimsellik Perspektifi'nin, *Türkiye'deki sağlık hizmetleri yönetiminin dinamiklerini* analiz etmek için, günümüz şehir planlama çalışmalarının yararlanabileceği, tüketilmemiş bir çok-ölçekli analiz potansiyeli sunduğunun altını sağlık alanında çizmeyi amaçlar (Şekil 1.1). Bu çalışma, şehir plancılarının, yönetimsellik perspektifinden faydalanarak, yönetim rejimlerinin aktüel mekansallığına dair eleştirel, daha kapsayıcı ve etkili öneriler ortaya koyabileceğini savlar.

1.7 Tezin Olası Katkısı

Bu tezin özgün katkısı, sağlık hizmetlerinin aktüel mekansallığının çok-ölçekliliğini ve çok-düzlemliliğini gözden kaçırmama gayretidir. Türkiye'deki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin makro-mezo-mikro ölçeklerdeki aktörler arasındaki etkileşimlerle nasıl biçimlendiğini görmek üzere mezzo ölçeğin de denkleme eklenmesi gerekir.

Günümüz şehir planlama çalışmalarının temel analiz merceklerinin (yeterlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği) yönetimsellik

çalışmalarının analiz merceklelerine (toprak, sermaye, mimari, bölüşüm, hiyerarşi, dolaşım, olaylar ve riskler) esnetilmesi, hem doğa bilimlerinde, hem de sosyal bilimlerde mekânın sosyal ve siyasal ilişkilerdeki rolü etrafındaki belirsizliği dağıtma potansiyeline sahip olduğu gibi, eğitim, ceza gibi diğer yönetim rejimlerine ilişkin benzer çalışmalara, etik ve siyasetin ortak zemininde bir dizi eleştirel analize ilham verme potansiyeli de taşır. Bu çalışma, şehre odaklanan pek çok diğer alanda da kullanılabilecek yaratıcı ve analitik bir araç setini sınırlar.

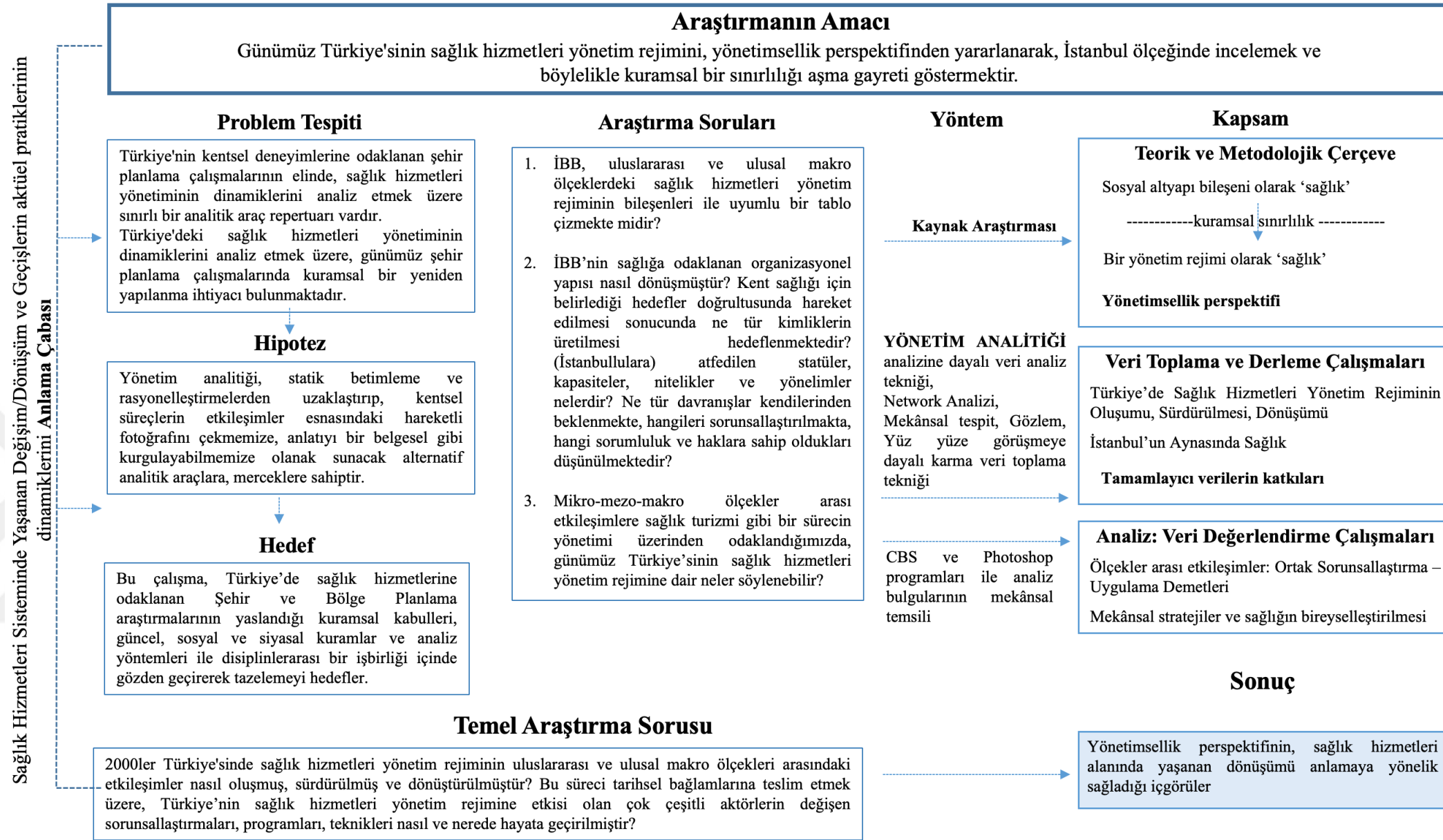
1.8 Tezin Yol Haritası

Türkiye'nin karmaşık kentsel sorunlar karşısındaki deneyimlerine odaklanan şehir planlama çalışmalarının analitik araç repertuarı sınırlıdır. Çalışma, kentsel sağlık hizmetlerini, verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği eksenlerinde, bir sosyal altyapı bileşeni olarak ele alan mevcut şehir planlama çalışmalarının sınırlarının ötesine geçmenin muhtemel yollarından birinin, *Yönetimsellik Perspektifi* 'ne dayanan *yönetim analitiğinden* yararlanmak olduğunu savunur.

Tezin birinci bölümü, araştırmanın makro ölçekli uluslararası ve ulusal bağlamları ve kuramsal bağlamlarını, tespitini, amacını, hipotezini, olası katkısını ve yol haritasını belirginleştiren giriş mahiyetindeki açıklamalara ayrılmıştır. Tezin ikinci bölümünde, çalışmanın teorik ve metodolojik çerçevesi tanıtılmıştır. Bu bölümde, yönetimsellik perspektifinin sunduğu kavram seti, yönetimsellik perspektifinden damıtılan yöntemin, yönetim analitiğinin odak, soru ve ölçeklerine ilişkin açıklamalar ile tezin kullanacağı yöntemlerin sağlık alanında hangi parametrelere odaklanacağını tanımlar. Bu bölümde araştırmanın sorularına ve kısıtlılıklarına da yer verilir. Tezin üçüncü bölümü, sağlık hizmetleri yönetim rejimine ilişkin veri toplama ve derleme çalışmalarına ayrılmıştır. Yönetim analitiğinin izleklerinin izinde, günümüz Türkiye'sindeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanları, çok-eksenli bir literatür taramasından damıtılmıştır. Bu taramadan, sağlık hizmetleri yönetim rejiminin nasıl oluştuğu, sürdürüldüğü ve dönüştüğüne dair bir zaman çizelgesi geliştirilmiştir. İlk olarak makro ölçekte, uluslararası ve ulusal tarihsel bağlamlar ele alınmış, ardından tezin özgün katkısını sunan mezo ölçeğin, İstanbul ve İBB'nin sunacağı açıklamaların peşine düşülmüştür. Son olarak tamamlayıcı verilerin katkıları bu verilere eklenmiştir. Bir yandan, yarı-

yapılandırılmış yüz yüze görüşmelerde, farklı uzmanlık alanlarının sağlık hizmetleri yönetim rejimine ilişkin gündelik pratiklerinde yaşadıkları zorluklar ve edindikleri izlenimler dikkate alınmış; diğer yandan, sağlık odaklı medyadan seçmeler sunularak, nasıl bir sağlık öznesinin teşvik edildiği belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Tezin dördüncü bölümü, veri değerlendirme çalışmalarının olduğu analiz bölümüdür. Bu bölümde, İstanbul'un aynasına 2000'lerden günümüze bakarak, günümüz Türkiye'sinin sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanlarına ilişkin toplanıp derlenen verilere dair toparlayıcı bir tartışma, ortak sorunsallaştırma-uygulama demetleri, mekânsal stratejiler ve sağlığın bireyselleştirilmesi başlıkları altında yürütülmüştür. Tezin sonuç bölümü, çalışmanın sonuçlarını özetler.





Şekil 1. 1 Çalışmanın akış şeması

TEORİK VE METODOLOJİK ÇERÇEVE

2.1 Michel Foucault'nun Yönetimsellik Serüveni

Bu araştırmanın beslendiği yönetimsellik perspektifinin kökeninde, Fransız siyaset felsefecisi, tarihçi ve sosyolog *Michel Foucault'nun*, College de France'da verdiği, *Güvenlik, Toprak, Nüfus* (1977-1978) (Foucault, 2007a) ve *Biyo-politiğin Doğuşu* (1978-1979) (Foucault, 2008) başlıklı seminerleri yer alır. Foucault'nun bu seminerlerinde ortaya koyduğu yönetimsellik kavramsallaştırması, devlet, sivil toplum, ekonomi-politik, egemenlik, disiplin, özgürlük, güvenlik, biyo-siyaset, nüfus, mekân, liberalizm, neoliberalizm gibi çeşitli kategoriler üzerine, günümüz sosyal ve siyasal analizinde önemli yankılar uyandıran zengin bir kavramsal hazine sunar (Gordon, 1991). 1990'ların ortasından itibaren İngiltere, Avustralya ve Kanada'da ve Kıta Avrupa'sında, önemli ölçüde odaklanılan bir temaya dönüşen bu kavramsal hazine, çok geçmeden, disiplinlerarası bir araştırma alanı olarak düşünülmeye ve kavramsal stratejileri belirlenmeye çalışılan bir alt-disiplin, bir perspektif olmaya doğru yol kat eder (Dean, 1999).

Yönetimsellik perspektifinin ayırt edici özelliği, yönetim kavramsallaştırmasından kaynaklanır. Devletin, sosyal bilimlerdeki kuramları - demokratik, liberal, çoğulcu, elitist, Marksist, feminist vs - devletin iktidarının kaynağı, bu iktidarı kimin elde tuttuğu ve bu iktidarın meşruluğu gibi soruların peşine düşer, bu sorulara farklı cevaplar verirler. Bir yanda, yönetenlerin meşruluğu, otoritesi ve yasa yapma gücü, diğer yanda bu otoriteye nesne olan yönetilenlerin rıza ve boyun eğişi incelenir (Gordon, 1991, s.1-3). Foucault'nun sunduğu yönetimsellik serüveni ise, merkezi aktörler ve meşruluk yerine, yönetme işinin aktüalitede nasıl yapıldığının incelenmesini önerir. Bu perspektiften bakıldığında, yönetim, günlük kullanımda merkezileşmiş bir iktidara, hükümete karşılık gelmeyecek, “çok çeşitli teknikler ve bilgi biçimleri kullanılarak, çeşitli özneler ve otoritelerce üstlenilen, arzularımız, tutkularımız, ilgilerimiz ve inançlarımız üzerinden işleyen, belirli ancak değişken amaçlara sahip, çok farklı ve öngörmesi zor olan sonuçlar ve etkiler doğuran hesaplı

ve rasyonel sayılabilecek bir eylem” olarak karşımıza çıkacaktır (Dean, 1999, s.1-9).

Yönetimsellik Perspektifi, sadece sosyal bilimciler tarafından değil, coğrafyacılar ve şehir plancıları tarafından da şehirlerin nasıl yönetildiğini anlamak için kullanılmıştır. İlk olarak, yönetimsellik çalışmaları kentsel yönetimin zorluklarını, kararların nasıl alındığını, siyasaların nasıl oluşturulduğunu ve kentsel alanların çeşitli aktörler tarafından vurgulanan rasyonaliteler ve teknolojiler aracılığıyla nasıl yönetildiğini aydınlatmada faydalı olmuştur. Buna paralel olarak yönetimselliğin ana izleklerinden birisi olan biyopolitika kavramsallaştırması da, kentsel alanlarda temizlik, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin sağlanması ile ilgili sorunları araştırmak için şehir planlama çalışmalarında ele alınmıştır. Akıllı şehirler yaygınlaştıkça ve metropol alanlarını yönetmek için teknoloji kullanıldıkça, gözetim ve kontrolle ilgili sorunlar da incelenmeye başlanmıştır. Yönetimsellik üzerine yapılan çalışmalar, kentsel planlama ve yönetimselliğin kent sakinlerinin öznelliklerini ve kimliklerini nasıl etkilediğini de incelemiştir. Yönetimsellik araştırmaları, ayrıca, geliştiricilerin, plancıların, yasa koyucuların ve şehrin sakinlerinin kentsel düzenlemeler ve kaynak dağılımını etkilemedeki rollerini anlamak için de kullanılmıştır. Özetle, Yönetimsellik Perspektifi, kentsel bağlamlarda işleyen iktidar dinamiklerini, sosyal süreçleri ve yönetim mekanizmalarını eleştirel bir şekilde incelemeleri ve anlamaları için temel araçlar sunmuştur.

2.2 Foucault Sonrası Yönetimsellik Çalışmaları

Michel Foucault, *yönetimsellik* serüveninde bizlere yoğun bir kavramsal hazine ve buna eşlik eden metodolojik yörüngeler armağan eder (Yalta Yandaş, 2010). Foucault’nun yönetimsellik serüveni çerçevesinde sunduğu kavramsal araçlar ve metodolojik izlekler 1990’ların başından itibaren geliştirilir ve günümüze dek, dünyanın dört bir yanında, derinlemesine incelenir. Foucault’nun “davranışların yönetimi olarak yönetme” (*government as conduct of conduct*) (2007, s.389) tanımını takip eden, yönetimin, tüm toplumsal etkileşimleri kat ettiği kabulüne yaslanan bu çalışmalar, ana akım sosyal bilimcilerin, toplumu analiz ederken veri kabul ettiği, devlet - ekonomi - sivil toplum üçlüsüne bina edilen, bir ideoloji veya siyasalar bütünü olarak değerlendirdikleri neoliberalizm okumasından ayrılır

(Foucault, 2008, s.77-78; Prince vd., 2006, s.255). Bu araştırmalar, bu tezin konusu bağlamında, sağlık hizmetleri yönetiminin, devletin toplumu maruz bıraktığı yukarıdan aşağıya doğru uzanan dayatmalardan ziyade, bir dizi *siyasal rasyonalite ve yönetim teknolojilerinden* (Prince vd., 2006, s.256) türetildiğini ileri sürme imkânı sunar.

Stephan Kohlwes, tezinde, bu konuya dikkat çeker (2014, s.19): “Foucault, devleti evrensel, sabit, değişmez bir olgudan ziyade temel özelliği belirlenemeyen özelleştirilmemiş bir siyasi ilişkiler bütünü olarak görür...bir yönetim nesnesi olarak önceden verilmiştir, [ancak] yönetim uygulamaları değişikçe yeniden inşa edilir. Bu sürece Foucault ‘sürekli devletleşme’ (*perpetual statification*) adını verir.” Bu süreç, değişen siyasi rasyonaliteler ve yönetim teknolojilerine endekslenmiştir. Ancak bu, Kohlwes’in de dikkat çektiği üzere, Foucault’nun devletin yönetimdeki rolünü görmezden gelmeyi önerdiği anlamına gelmez, aksine Foucault bizi yalnızca devletin yönetimdeki rolüne odaklanmanın, fiili yönetimde faaliyet gösteren diğer aktörleri ve mekanizmaları görmezden gelmenin istenmeyen sonuçları konusunda uyarır.

Ana akım analizlerin analitik araçlarının taban aritmetiğinin, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarınca, bu şekilde değiştirilmesi yeni araştırma vektörleri geliştirse de kısa süre sonra, bu öncü çalışmalar da, çeşitli verimli eleştirilerle karşı karşıya kalır. Jacques Donzelot ve Colin Gordon (2008, s.57), *Yönetimsellik Perspektifi* içinden, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik okulunun, incelediği siyasi rasyonaliteleri eleştirmek yerine makulleştirdiğini çünkü bu çalışmaların, Foucault’nun yönetimsellik çalışmalarını, uzmanların yönetime ilişkin hedeflerinin söylem analizine indirgediğini ve bunun da bu hedeflerin gerçekte olduklarından daha köklü, düzenli ve kapsamlıymış gibi görünmesine neden olduğunu ileri sürerler. Dahası, O’Malley ve diğerleri (O’Malley vd., 1997, s.504), Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarını, iktidar ilişkilerini bir kenara bırakmak dolayısıyla apolitik olmakla nitelendirir. Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann ve Thomas Lemke (2011, s.20) de iktidar ilişkileri ve toplumsal hareketler konusundaki sessizliklerinin altını çizer.

Bu tez açısından en çarpıcı eleştiri, Mitchell Dean’dan (2002) gelmiştir. Dean, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarını, ‘nerede’ sorusunu bir kenara bırakarak yalnızca ‘nasıl’ sorusuna odaklanmakla (Yönetimsellik Perspektifi

içinden) eleştirir (2006). Bunun yerine, yönetim analitiğinin, ‘nasıl’ sorularının yanı sıra ‘nerede’ sorularını da dikkate almasının önemli açılımlar sunacağını öne sürer. Dean tarafından vurgulanan mekânsal odak yokluğuna bir siyasal coğrafyacı olan Margo Huxley de dikkat çekmiştir (2007, s.190-199). Bu bağlamda, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarını eleştiren bu çalışmalar, yönetim ağlarının ve etkileşimlerinin aktüel mekansallığına odaklanılmasını önerir. Bu öneri, bu tezin kuramsal sıçrama tahtasını sunar. Bu araştırma, kavramsal araç setini ve yöntemsel tercihlerini, Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarına yöneltilen yukarıdaki eleştirileri akılda tutarak belirler. Sadece ‘nasıl’ sorularına değil, aynı zamanda ‘nerede’ sorularına da odaklanarak, mevcut iktidar ilişkileri mekanizmalarının, çok çeşitli aktörlerin etkileşimlerinin *mekânsallığını* da dikkate almayı amaçlar, bunu, sağlık hizmetleri yönetimini, bir şehrin ölçeğinde, İstanbul ölçeğindeki yansımaları ile ele alarak yapmayı dener. Bu ölçek tercihi, araştırmanın mikro-mezzo-makro ölçeklerde eyleyen aktörler arasındaki aktüel etkileşimleri orta ölçeğe de tamamlama hedefinden kaynaklanır.

2.3 Araştırmanın Sınayacağı Alternatif Analitik Mercekler

2.3.1 Yönetim Analitiği

Makro ve mikro analizler arasında, orta ölçekli bir analitik olarak değerlendirilen **yönetim analitiği**, verili bir zaman ve mekânda, az çok organize biçimlerde, idare, tedavi, ceza, eğitim, kentsel düzenlemeler vs. gibi *yönetim rejimlerinin*, sosyal, kültürel ve siyasi pratiklerde üretilen hakikatler ile ilişkilerini, başka bir deyişle, belirli *yönetim rejimlerinin* hangi koşullar altında oluştuğunu, sürdürüldüğünü ve dönüştüğünü inceler (Yalta Yandaş, 2015). Böyle bir rejimin nasıl olup da belirli bilgi formlarının ve bunun sonucu olarak da çeşitli reform ve değişim programları çeşitliliğinin üreticisi ve sonucu olduğunu araştırır; pratik rejimlerinin nasıl bir teknik ya da teknolojik boyuta sahip olduğunu, amaçlarını nasıl gerçekleştirmeyi denediğini ve ne gibi etkilere sahip olduğunu, karakteristik teknikleri, enstrümanları ve mekanizmalarını da analiz eder.

Sağlık hizmetleri yönetim rejiminin etrafında kümelenen bireylerden topluluklara nüfuslardan yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası kuruluş ve topluluklara uzanan mikro, mezzo ve makro ölçekler arasındaki etkileşimleri, İstanbul ölçeğinde yakalamamızda faydalı olacağı varsayılan bu araç seti, ampirik bir araştırmaya

açılır (Dean, 1999, s.13). “Yönetim analitiği... ayrı bir teorik çerçeve veya kesin olarak tanımlanmış bir araştırma yöntemi...yerine Foucault’nun çalışmalarının diğer alanlarından alınan yöntem ve kavramlarla birlikte en iyi şekilde çalışan analitik bir perspektif’tir (Kivelä, 2018, s.40). Bu perspektiften faydalanan bu çalışma, 2000’lerde, Türkiye’de sağlıkta dönüşümün mekânsal dinamiklerini, İstanbul ölçeğinde resmetmeye çalışır.

Dean, yönetim analitiğinin, bir yandan, yönetim ve siyaseti, öznelere ilişkilendirdiğini; diğer yandan ise, tarihsel, bağlamsal ve mekânsal koşulların, yönetim rejimlerinin ortaya çıkışını, sürdürülmesini ve dönüşümünü nasıl etkilediğini ortaya çıkarmamıza fırsat sunduğunu ileri sürer (1999). Yönetim analitiği, devlet ve sivil toplum, kamu ve özel sektör arasında varsayılan iktidar bölüşümlerini veri kabul etmek yerine, yönetim rejimlerinin hareketli, dinamik ve rastlantısal bir araya gelişlerinin peşine düşer (Dean, 2009, s.37). Bu odak, “neoliberalizmin, dışsallaştırılmış, tarih dışı, asosyal bir gücün tezahürü olmaktan ziyade, bir dizi siyasi, hukuki, ekonomik ve kurumsal söylem, aygıt ve uygulamanın toplamı” olarak kavranması ile uyumludur (Dardot & Laval, 2012).

2.3.2 Yönetim Analitiğinin İzlekleri

Dean’e göre, bir yönetim rejiminin analitiği ortaya konulmak istendiğinde dört izlek bizlere yön gösterebilir (Dean, 1999, s.103): görünürlük alanları, sorunsallaştırmalar, teknikler, öznellikler ve mekanlar.

2.3.2.1 Görünürlük Alanları

Yönetimin görünürlük alanları, “kimin ya da neyin yönetilebileceğini resmetmeyi olanaklı hale getiren, çeşitli mekân ve öznelere birbirleri ile nasıl ilişkilendirildiğinin, ne tür sorunların çözümlenmesinin ve hangi hedeflere ulaşılmasının amaçlandığını görünür kılan diyagramlardır. Bir mimari çizimden, yönetim şemasına, haritalardan grafik ve tablolara uzanan çok çeşitli biçimler olabilirler” (Dean, 1999). Bilgi toplama, temsil etme, arşivleme ve bir yerden bir yere taşıma biçimleri, mimari biçimler, mekânın bölünmesi gibi yönetimin pratik nitelikleri bu görünürlük alanları incelenerek tespit edilmeye çalışılır. Örneğin, bir kenti yönetmek için, belediyesinin çok çeşitli organizasyonel yapılanmalara gideceği ve bunun belirli görselleştirme enstrümanlarına ihtiyaç duyacağı açıktır. Sorun-çözüm demetleri ışığında geliştirilmiş programlara dair

siyasa metinleri bu görünürlük alanlarından birini oluşturur. Dünya Bankası, OECD, Dünya Sağlık Örgütü'nün Raporları, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Seçim Beyannameleri, Parti Programları, İstanbul Çevre Düzeni Planı, İBB'nin Stratejik Planları, İBB'nin Faaliyet Raporları, İstanbul Bültenleri, Vizyon 2050 gibi raporlar sorunsallaştırmaları, teknikleri, mekanları ve öznelere bir arada bulabileceğimiz görünürlük alanları olarak değerlendirilebilir.

2.3.2.2 Sorunsallaştırmalar

Yönetim, aktörlerin teknik bilgi kullanmaları ve başarmaya çalıştıkları şeye dair bir vizyon ve hedefler benimsemelerini gerektirir. Bu çerçevede, 'yönetim uygulamalarında hangi düşünce, bilgi, uzmanlık, strateji, hesaplama araçları veya rasyonalite biçimleri kullanılıyor?' sorusunun izi sürülür. Düşüncenin, belirli konuları, alanları ve sorunları nasıl yönetilebilir kılmaya çalıştığını netleştirmemiz gerekir (Dean, 1999, s.106). Yönetim analitiği bağlamında, sorunların inşası ve çerçevelendirilmesine odaklanan bu araştırma vektörü, meselelerin, çok çeşitli aktörler ve kurumlar tarafından nasıl tanımlandığına, önceliklendirildiğine ve ele alındığına odaklanır. Bu sorunsallaştırmalar incelenerek çeşitli varsayımlar, değerler ve çıkarılara dair ipuçları elde edilebilir.

2.3.2.3 Teknikler/Uygulamalar

Miller ve Rose, yönetimin teknik yönünü; çeşitli türden otoritelerin, arzu edilir olduğunu düşündükleri hedeflere ulaşmak için başkalarının davranışlarını, düşüncelerini, kararlarını ve isteklerini şekillendirmeye, normalleştirmeye ve araçsallaştırmaya çalıştıkları mekanizmalarla ilişkilendirir (Miller & Rose, 1990, s.8), Kohlwe de; insanların davranış ve eylemlerinin yönlendirildiği veya düzenlendiği heterojen mekanizmalar ve teknikler topluluğu olarak tanımlar (Kohlwe, 2014, s.22). Dean ise, yönetim tekniklerinin, gözetim, düzenleme ya da teşvik gibi pratikteki stratejileri de içerdiğine dikkat çeker.

2.3.2.4 Yönetimin Öznelere

Bir yönetim rejimi analitiğinin son boyutu ise, yönetimin belirli uygulama ve programlarının oluşturmaya çalıştığı bireysel ve kolektif öznelere ile ilgilidir. Yönetim rejimleri, çeşitli öznellik biçimlerini ortaya çıkarır, teşvik eder, kolaylaştırır ve belirli araçlara çeşitli kapasiteler, nitelikler ve statüler atfeder.

Dean, yönetimin bu boyutunu irdelemek üzere aşağıdaki soruların peşine düşmeyi önerir:

...Otoriteyi kullananların (politikacılardan ve bürokratlardan profesyonellere ve terapistlere kadar) ve yönetileceklerin (işçiler, tüketiciler, öğrenciler ve sosyal yardım alanlar) hangi statüleri, kapasiteleri, nitelikleri ve yönelimleri varsayılır? Onlardan ne tür davranış biçimleri beklenir? Hangi görev ve haklara sahiptirler? Bu kapasiteler ve nitelikler nasıl geliştirilecektir? Bu görevler nasıl uygulanır ve haklar nasıl sağlanır? (Dean, 1999, s.108).

2.3.3 Sağlıkta Dönüşümün Mekânsal Dinamikleri

Bu çalışma, Kohlwes gibi, Türkiye’de 1980’lerden günümüze sağlıkta yaşanan dönüşümü tarihselleştirmek ve bağlamlarına teslim etmek üzere, yönetsellik çalışmalarından faydalanarak irdelemenin açılımlarını bir sıçrama tahtası olarak kullanarak, Türkiye’de 2000’lerden günümüze sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü, mekansallaştırmamız (spatialize) da gerektiğini ileri sürer. Bu sebeple İstanbul’un mezzo ölçeğine odaklanır, bu orta ölçeğe odaklanmanın sunacağı açılımları da, makro ve mikro ölçeklerin bağlantıları arasına yerleştirmeyi dener: sağlık hizmetleri yönetim rejiminin İstanbul’daki bileşenlerine ve bunlar arasında da İstanbul Büyükşehir Belediye’sinin sağlık hizmetlerine analizinde yer açarak çok-ölçekli bir değerlendirme yapma fırsatı yakalamaya çalışır.

2.4 Araştırmanın Ölçeği ve Mekansal Odağı: İstanbul

Uluslararası etkileşimlerin hız ve niceliğinde, 1980’lerden bu yana yaşanan artış, şehirler ve sağlık hizmetlerinin artık bireysel, yerel ve ulusal düzeyde olduğu kadar uluslararası siyasal ve ekonomik süreçlerden etkilenir hale gelmesine yol açmıştır. İnsan bedenine, sağlığa ve hastalıklara ilişkin dünyayı kat eden kavramlar ve temsiller, yerel ve bireysel söylemlerin yanı sıra uluslararası finans ve sağlık kuruluşları üzerinde de giderek artan etkiye sahip olmuş, ulusal sağlık politikalarına yön vermiştir. Bulaşıcı hastalıklar, sanitasyon, beslenme, konut kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişim gibi küresel sağlık sorunlarına odaklanan çok sayıda kuruluş makro ölçekte gelişmiştir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (bundan sonra DSÖ), bütüncül bir sağlık tanımı ortaya atmış, sağlığı, ‘sadece hastalık, sakatlık veya güçsüzlüğün yokluğu olarak değil, aynı zamanda, fiziksel, zihinsel ve toplumsal

açıdan iyi olma hali' (Dünya Sağlık Örgütü, 2006) olarak tanımlamış ve yerel yönetimlerin şehirlerdeki yaşam kalitesini artırmaları için *Sağlıklı Şehirler 2020* gibi programlar yürürlüğe koymuştur (Vlahov vd., 2004). Buna ek olarak, Navarro'nun da belirttiği gibi (2007), DB ve IMF gibi uluslararası ekonomik kuruluşlar, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerini belirlenen hedefle dönüştürmeleri için standart bir özelleştirme modeli de tavsiye etmiş ve söz konusu ülkelerin çoğu da bu tavsiyeye uymuştur. Sahadaki reformlar, kısa sürede, makro-ulusal bağlamlarda, bu makro-uluslararası söylemleri yankılamıştır.

Nitekim, Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (bundan sonra AKP) kent sağlığı ile ilgili söylem ve uygulamaları, Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul bağlamındaki söylem ve uygulamaları ve 2003 yılından bu yana İBB'nin yayınladığı raporlar incelendiğinde DSÖ'nünkine benzer bir terminoloji ile karşılaşılmaktadır. Bu aslında daha önce başlatılan siyasal ve ekonomik iş birliklerinin bir sonucudur. Türkiye, 1980'lerden bu yana DSÖ destekli iki sağlık girişimini hayata geçirmiştir (Sur & Atlı, 2001, s.1164; Yıldırım, 2001, s.1141). Bu reformların en kapsamlısı olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003, bundan sonra SDP) DSÖ'nün de desteğiyle başlatılmış ve iki aşamalı olarak tasarlanmıştır: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2009) ve Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu (2009-2014).

Sağlıktaki dönüşüm süreçlerini, İstanbul'un tüm diğer ölçekleri ortak kesen orta ölçeğinde yakalamaya çalıştığımızda, bu süreçleri bu sürekli genişleyen ecumenopoliste mekansallaştırdığımızda, bu süreçlerin, çok çeşitli yatırımların ürünü olduğunu görebiliriz. İstanbul, bireylerden topluma, yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası topluluklara uzanan mikro, mezzo ve makro ölçekler arasındaki etkileşimleri yakalamak için fazlasıyla elverişlidir. İstanbul, Foucault'nun tanımladığı şekliyle bir milieu-ortam olarak; çok çeşitli sorunsallaştırma-çözüm-uygulama demetinin üreticisi ve sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. İstanbul, günümüz Türkiye'sinde, toplumun düzenlenmesinde işlevsel kılınan yönetimsellik biçiminin pratikte nasıl hayata geçtiğini ortaya çıkarmak için uygun bir ortam (milieu) sunar.

Örneğin, İstanbul'daki şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin kente nasıl yeniden yerleştirildiğini ortaya koymak için uygun bir *görünürlük alanı* olarak karşımıza çıkar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi yoluyla sağlık hizmetlerinin yeniden ölçeklendirilmesi etkili bir *yönetim tekniği* olarak belirir.

Kamu hastanelerine işletme pratiğinin getirilmesi ve hastane özerkleştirmesinin kısmen uygulanması ile sigorta sisteminin yeniden düzenlenmesi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) programının devreye sokulması, ilaçlara getirilen yeni kısıtlamalar; özel muayenehanelerin artan şekilde düzenlenmesi ve sübvansede edilmesi; sağlık turizmi; pandemi gibi olayları düzeltmek yerine düzenlemek (bölgelere ayırma) çabalarının HES gibi dijital atılımları; elektronik bilgi yönetim sistemlerinin ve E-nabız, MHRS gibi dijital sağlık uygulamalarının geliştirilmesi; 2000’li yıllarda inşa edilen hastanelerin mimari tasarımından yönetim şemalarına, haritalardan grafiklere ve tablolara uzanan AVM benzeri tasarım skalası; İstanbul’da sağlık yönetimi rejiminin bileşenlerini belirginleştirmek üzere geniş bir analiz alanı sunar. Bu çalışma, bu geniş analiz alanından, İstanbul’da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde rol alan orta-ölçekli bir aktör olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nin (bundan sonra İBB) söylem ve uygulamalarına, mikro ve makro düzeylerde diğer aktörlerle etkileşimlerini dikkate alarak odaklanmayı hedefler.

2.5 Araştırmanın Soruları

- 1) 2000’ler Türkiye’sinde sağlık hizmetleri yönetim rejiminin uluslararası ve ulusal makro ölçekleri arasındaki etkileşimler nasıl oluşmuş, sürdürülmüş ve dönüştürülmüştür? Bu süreci tarihsel bağlamlarına teslim etmek üzere, Türkiye’nin sağlık hizmetleri yönetim rejimine etkisi olan çok çeşitli aktörlerin değişen sorunsallaştırmaları, programları, teknikleri nasıl ve nerede hayata geçirilmiştir?

Bu uluslararası ve ulusal makro ölçekler ile bireylerin ve nüfusun gündelik deneyimlerinin mikro ölçekleri arasına, İstanbul’un sağlık hizmetleri alanındaki orta/mezzo ölçekli bileşenlerini, parametrelerini, mekanlarını da yerleştirdiğimizde, 2000’ler Türkiye’sinde sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanlarına dair çok-ölçekli çıkarımlarda bulunabiliriz. Bu amaçla, İstanbul’da işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bileşenleri, parametreleri, mekanlarının belirginleştirilmesi ve İBB’nin bu konudaki pratiklerinin de denkleme katılması tamamlayıcı açılımlar sağlayabilir.

- I. İBB’nin sağlık hizmetleri ile ilgili hangi hedefleri ortaya koyduğu, bu hedefleri nasıl rasyonelleştirdiği ve sunduğu, pratikte hangi uygulamalara imza attığına baktığımızda, uluslararası ve ulusal makro ölçeklerdeki sağlık

hizmetleri yönetim rejiminin bileşenleri ile uyumlu bir tablo çizmekte midir? Bu tablo, bu çalışmanın görünürlük alanları olarak değerlendirdiği raporlarına, bültenlerine, planlarına, stratejilerine, 2000’lerde bakıldığında nasıl bir seyir izlemiştir?

- II. İBB’nin sağlığa odaklanan organizasyonel yapısı nasıl dönüşmüştür? Kent sağlığı için belirlediği hedefler doğrultusunda hareket edilmesi sonucunda ne tür kimliklerin üretilmesi hedeflenmektedir? (İstanbullulara) atfedilen statüler, kapasiteler, nitelikler ve yönelimler nelerdir? Ne tür davranışlar kendilerinden beklenmekte, hangileri sorunsallaştırılmakta, hangi sorumluluk ve haklara sahip oldukları düşünülmektedir?
- III. Yönetimin, hangi araçlar, mekanizmalar, prosedürler, enstrümanlar, taktikler, teknikler, teknolojiler ve terminolojiye dayanarak otoriteler kurduğuna ve idareyi mümkün kıldığına dair tüketici olmayan ve araştırma boyunca çeşitlenen bu soruların kılavuzluğunda belirginleştirilen orta ölçek, mikro ve makro ölçeklerdeki aktörler, söylemler, programlarla nasıl bir etkileşim içindedir? Mikro-mezzo-makro ölçekler arası etkileşimlere sağlık turizmi gibi bir sürecin yönetimi üzerinden odaklandığımızda, günümüz Türkiye’sinin sağlık hizmetleri yönetim rejimine dair neler söylenebilir?

2.6 Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın iki kısıtı giderilememiştir. Bunlardan ilki, en güncel istatistiksel veriye ulaşma çabasının karşılıksız kalmış olmasıdır. Bunda, sağlık hizmetleri alanındaki çok çeşitli kurum ve aktörün, veri paylaşımı konusunda benzer şekilde isteksiz davranmaları büyük rol oynamıştır. Bu isteksizliğe örnek teşkil etmek üzere, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden talep edilen verilere ilişkin süreç özetlenebilir: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün veri teminine ilişkin tüm başvuru koşullarının (kurumlar arası protokol imzalanması, Sağlık İl Müdürlüğü matbu başvuru formlarının doldurulup teslim edilmesi, Etik Kurul raporu vb.) yerine getirilmesine karşın, ilgili kurumun (*makul*) bir gerekçe belirtilmeksizin uzun bir bekleme süresinden sonra talep edilen verilerin paylaşılamayacağı bildirilmiştir. Yapılan görüşmelerde; kurumların veri paylaşımına ilişkin isteksizliklerinin sadece araştırmacılara yönelik bir yaklaşım olmadığı, kurumlar arası veri paylaşımında da benzer bir yaklaşımın olduğu tespit edilmiştir. Kurumların ve araştırmacıların,

çalışmalarında; açık kaynaklardan (TÜİK, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları vb.) erişebildikleri ve çoğunlukla güncel olmayan verileri kullandıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte yapılan görüşmelerde; farklı kurumların bu sınırlılığı aşmak için farklı yöntemlerle kısmi çözümler geliştirdiği bilgisi de edinilmiştir. Örneğin, İstanbul Tabip Odası, sağlık alanına ilişkin özel durumlarda (yoğun bakımlardaki artış, artan kızamık vakaları, vb.), Sağlık Bakanlığı ya da Sağlık İl Müdürlüğünden alamadığı bilgiyi, hastanelerde çalışan kendi üyelerinden temin ederek kamuoyuyla paylaşabilmektedir. Yine İBB, Sağlık İl Müdürlüğü'nden talep edip alamadığı verilerin bir kısmını kendi kaynaklarıyla oluşturmaya çalışmıştır.

Araştırmanın ikinci kısıtı ise kuramsal ve metodolojiktir. Anglo-Foucaultcu yönetimsellik çalışmalarına getirilen eleştiriler akılda tutulmasına rağmen, çok çeşitli aktörlerin siyasa metinleri incelenirken, bu metinlerdeki hedeflerin gerçekte olduklarından daha köklü, düzenli ve kapsamlıymış gibi görünmesine neden olmaktan kaçınmak üzere, çapraz kaynak değerlendirmesi ve yüz-yüze görüşmeler yapılmıştır ancak tez, giriş mahiyetinde adımlar atabilmiştir. Her durumda, yönetimin biyosiyasal niteliği, karşı davranışlar (counter-conduct) ve Foucault'nun milieu kavramsallaştırması yeterince irdelenememiştir. Bu araştırma vektörlerinin gelecekte yapılacak çalışmalarla tamamlanması hedeflenmektedir.

Bu çalışmanın amacı, şehir ve bölge planlama çalışmalarının dört merceğini - verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği temalarını - *toprak, sermaye, mimari, bölüşüm, hiyerarşi, dolaşım, olaylar ve risk temaları ile* yenileyerek, günümüz Türkiye'sinde sağlık hizmetleri rejiminin elemanlarına daha etraflıca ışık tutma denemesidir. Bu temalardan bir kısmına hiç değinilememiş, **dolaşım**, sağlık turizmi ve dijital platformlar, **olaylar**, Covid-19 pandemisi; **risk**, ise sağlık krizi ve sigorta sistemleri üzerinden takip edilmek istenmek ile birlikte, yönetim analitiğinin izleklerinin hem tanıtımı, hem de sınanması, bu başlıklardan sadece sağlık turizmine etraflıca odaklanılabilmesine, diğerlerine planlandığından çok daha az değinilebilmesine sebep olmuştur. Bu temalar ileride yapılabilecek disiplinlerarası çalışmaların nüvelerini içerir. Metodolojik kısıt ise, görüşmelerin sayısının az ve örnekleminin yeterince çeşitli olmamasından ve güncel bilgiye istenildiği ölçüde erişilememiş bulunulmasından kaynaklanır.

çok daha az değinilebilmesine sebep olmuştur. Bu temalar ileride yapılabilecek disiplinlerarası çalışmaların nüvelerini içerir. Metodolojik kısıt ise, görüşmelerin sayısının az ve örnekleminin yeterince çeşitli olmamasından ve güncel bilgiye istenildiği ölçüde erişilememiş bulunulmasından kaynaklanır



VERİ TOPLAMA VE DERLEME ÇALIŞMALARI

Yönetim analitiğinin izleklerinin izinde girilen veri toplama çalışmaları kapsamında, günümüz Türkiye'sindeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanlarını belirginleştirmek üzere çok-eksenli bir literatür taraması yürütülmüştür. Bu taramadan, sağlık hizmetleri yönetim rejiminin nasıl oluştuğu, sürdürüldüğü ve dönüştüğüne ilişkin bilgiler damıtılmıştır ve bu bölümde özetlenmiştir.

İlk olarak makro ölçekte, ulusal ve uluslararası tarihsel bağlamlar ele alınmış, ardından tezin özgün katkısını sunan mezo ölçeğin, İstanbul ve İBB'nin sunacağı açılımların peşine düşülmüştür. Son olarak tamamlayıcı verilerin katkıları bağlamında; öncelikle yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerde, farklı uzmanlık alanlarının sağlık hizmetleri yönetim rejimine ilişkin yaklaşım ve değerlendirmeleri alınmış ve sağlık konulu medya içeriklerinden seçmeler sağlık öznelindeki dönüşüme değinilmiştir.

3.1 Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yönetim Rejiminin Oluşumu, Sürdürülmesi ve Dönüşümü

Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetim rejiminin oluşumu, sürdürülmesi ve dönüşümünün özetlenmesinin amaçlandığı bu bölümde, öncelikle, Türkiye'nin kuruluşunda sahip olduğu sağlık hizmetleri sistemini belirginleştirmek üzere, Osmanlı'nın, özellikle son dönemdeki sağlık hizmetleri sistemine değinilmiştir. Daha sonra Türkiye'nin kuruluşundan günümüze, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan değişim/dönüşüm, dönemin baskın karakteri dikkate alınarak 5 dönemde incelenmiş ve yaşanan değişimin tarihsel, bağlamsal ve mekânsal dinamikleri belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Son olarak da değişimin bağlamsal zeminini oluşturan bölgesel ve uluslararası etkileşimlerin makro-ulusal ölçekteki yansımaları Sağlıkta Dönüşüm Programı (bundan sonra SDP) ve 2002 yılından beri iktidarda olan AKP'nin seçim beyannameleri ve programları üzerinden belirginleştirilmeye çalışılmıştır.

3.1.1 Osmanlı'nın Mirası

Türkiye'deki sağlık hizmetleri sistemini ve bu sistemde yaşanan değişimi incelemenden önce Osmanlı İmparatorluğu'ndan devralınan sağlık mirasına kısaca değinmek gerekir. Sivil sağlık hizmetlerinden ziyade askeri sağlık hizmetlerinin geliştiği Osmanlı sağlık sisteminde, saraya ve askerlere sağlık hizmeti sunan bir yaklaşım ve anlayışın hâkim olduğu bilinmektedir. Sivil nüfusun, sağlık hizmetlerini, ücret karşılığı çalışan hekimlerden veya çeşitli vakıf, dernek gibi yapılanmaların sunduğu sağlık hizmetlerinden, şifahanelerden aldığını, bununla birlikte bazı büyük şehirlerde askeri hekimler tarafından sınırlı ve ücretsiz sağlık hizmetinin verildiği bilinmektedir (Kasapoğlu, 2016). Özellikle Selçuklu döneminden kalan ve Osmanlı'da korunarak ve yenileri eklenerek devam ettirilen Dar üş-şifa, Dar üs-sıhha, Bimaristan, Maristan isimli hastane benzeri yapılar halkın sağlık hizmeti almasına olanak sunmuştur (Aydın, 2004). Bununla birlikte Osmanlı'da sağlığın kamu hizmeti olarak sunulması ancak 19.yy'da Batılılaşma hareketleri ile başlayabilmiştir. Osmanlı'da ilk askeri tıp fakültesi 1827 yılında, ilk sivil tıp fakültesi ise ancak 1866 yılında kurulmuştur (Aydın, 2004). Bu fakültenin kurulmasından 5 yıl sonra, 1871 yılında, 'İdareyi Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi' ile Memleket Tabipliği sistemi getirilmiştir. Bu uygulama devletin taşraya tabip gönderdiği ilk uygulama olması açısından önem taşımaktadır (Aydın, 2004). Salgın ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi amacıyla yönelik olarak, Batılı ülkelerin inisiyatifiyle, 1840'lı yıllarda kurulan 'Karantina Örgütü', ülkede sağlık yapılanması ve uluslararası sistemin etkinliği ve yönlendiriciliği bağlamında öncül uygulamalardan olmuştur (Aydın, 2004).

Devletin sağlık hizmetlerinde sorumluluk almaya, etkin olmaya başlaması ile birlikte, "1850 yılında Tıbbiye Nezareti (Bakanlığı) kurulmuş ve 1862 yılında, hekimlik yapabilmek diplomanın zorunlu olduğunu belirten bir yasa çıkarılmıştır." (Kasapoğlu, 2016, s.134). 1913 yılında Vilayet- i İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi ile daha önce kurulan memleket tabipliği sisteminin adı Hükümet Tabipliği olarak değiştirilmiştir. Yine aynı nizamname ile 1913 yılından itibaren; il merkezlerinde Sağlık Müdürlükleri'nin (Sıhhat Müdüriyeti) kurulması, kasaba, ilçe gibi yerleşim yerlerinde; (sağlık alanına ilişkin sorunların tespiti ve çözüm uygulamalarının geliştirilmesi için) 'Sıhhiye Meclisleri'nin kurulması söz konusu nizamname ile getirilen önemli düzenlemeler olarak ön plana çıkmıştır (Aydın, 2004). Bununla

birlikte Cumhuriyet öncesi dönemde hâlâ yaygın bir sağlık hizmetinden ve yeterli sağlık çalışanından söz etmenin mümkün olmadığı görülmektedir.

Özellikle sağlık hizmetleri çalışanı yetersizliğini; Türkiye Büyük Millet Meclisi 3. Yasama Yılı Açış konuşmasında Mustafa Kemal Atatürk'ün meclis kürsüsünde yaptığı konuşmada verdiği sayılarda yakalamak mümkündür: Atatürk mevcut doktor sayısına ilişkin durumu şöyle özetlemektedir: “...1920 yılında iki yüz altmış doktor görevli idi. Bu sayı, bu geçen yıl zarfında üç yüz on ikiye yükseltildi. Elli doktor daha bulunup, doktorsuz ilçelere gönderilmeleri düşünülmektedir” (“TBMM I. Dönem 3. Yasama Yılı Açış Konuşmaları”, 1922). Ülkedeki doktor sayısının bu kadar düşük olduğu bir dönemde, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlarla karşı karşıya kalındığı belirtilmelidir.

Mevcut ve sınırlı sağlık yapılanmasının daha çok vilayetlerde veya kasabalarda oluşturulmasına karşın nüfusun büyük bir kısmı bu dönemde köylerde yaşamaktadır. 1927 yılında yapılan nüfus sayımında toplam nüfusun 13.464.564 olduğu ve nüfusun yaklaşık %75'inin de köylerde yaşadığı tespit edilmiştir (Kaştan, 2006). Bu dönemde sağlık hizmetleri, 1913 yılında İçişleri Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan 'Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü' tarafından yürütülmektedir.

3.1.2 Cumhuriyet Dönemi

Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık hizmetleri yönetim rejiminin günümüzdeki haline nasıl ulaştığını tespit etmek, bugünlere nasıl gelindiğine dair toplumsal hafızayı tazelemek üzere kolaylaştırıcı bir dönemlemeden faydalanabiliriz: Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Dönemi, Entegrasyon Dönemi, Sosyalleşme Dönemi, Sağlık Reformlarına Hazırlık Dönemi, Sağlık reformları Uygulama Dönemi.

3.1.2.1 1920-1937 Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Dönemi

Erken Cumhuriyet dönemi olarak ifade edebileceğimiz 1920-1937 yılları arasında, öne çıkan gelişmelerden ilki, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasından 11 gün sonra, 3 Mayıs 1920 tarihinde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın¹ kurulmasıdır. Böylelikle, sağlık hizmetleri artık bir genel müdürlük tarafından değil, ayrı bir bakanlık tarafından biçimlendirilecektir (Ak, 2021, s.29). Söz konusu

¹ İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun'unun 1. maddesi gereğince Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti) yasalaştırılmıştır (Ak, 2021, s.29; Kasapoğlu, 2016, s.134).

bakanlığın sağlık ve sosyal yardımı birlikte ele alacak şekilde isimlendirilip-kurgulanması sağlık hizmetleri sistemine ilişkin sorunsallaştırmaların genel çerçevesine dair ipuçlarını vermektedir. Bu dönemde sağlık alanında öncelikle devletin sağlık örgütlenmesinin genişletilmesi, sağlık hizmetleri alanında çalışanların sayısının artırılması hedeflenir. Bununla birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve bu kapsamda oluşturulan örgütlenme modelleri (öne çıkan hastalıklarla mücadelede dikey örgütlenme modeli) dönemin önemli gelişmeleri arasında ifade edilebilir (Öntaş & Çöl, 2024).

1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile 1936 tarih 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu, dönemin önemli yasal düzenlemeleridir; 1593 sayılı yasayla sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi, devletin görevi olarak belirtilmekle birlikte, sağlık ve sosyal hizmetlerin yerel yönetimlerce (belediye, il özel idaresi) yürütüleceği, bakanlığın da yerel yönetimlere rehber olması açısından örnek hastaneler açacağı ve yerel yönetime bırakılan hizmetleri denetleyeceği belirtilmiş ve bu doğrultuda da ilk olarak Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas Numune Hastaneleri, daha sonra 1936 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesini sonrasında da Trabzon ve Adana Numune Hastanelerini açmış ve işletmiştir (Meydan Acımuş & Kılıç, 2021). Sağlık Bakanlığının teşkilat yapılanmasını belirleyen ilk kanun olması açısından önem taşıyan 3017 sayılı kanunda; ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, sağlığı tehdit eden unsurlarla mücadele, halkın sağlık ve sosyal yardım hizmetlerine erişiminin sağlanması gibi hususlar bakanlığın görevleri arasında sayılmıştır (Öntaş & Çöl, 2024).

Bu dönemde, Bakanlığın koruyucu sağlık hizmetlerini, yerel yönetimlerin de tedavi edici sağlık hizmetlerini sunması planlanmıştır. Söz konusu iş bölümünü, bu dönemde var olan tedavi edici hizmet birimleri olarak hastaneler üzerinden ortaya koymak mümkündür; 1923 yılında var olan sağlık hizmet kurumlarının sektörel dağılımı Tablo 3.1'den, dönemin sağlık hizmetleri altyapısını da Tablo 3.2'den izlemek mümkündür.

Tablo 3. 1 Sağlık hizmet kurumlarının sektörlere göre dağılımı¹

Sektörlere Göre Sağlık Hizmet Kurumları	Hastane Sayısı
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı	3
İl Özel İdaresi	45
Belediyeler	6
Diğer (özel müteşebbis, dernek, vakıf)	32
TOPLAM	86

Tablo 3. 2 Dönemin tedavi edici hizmet birimleri ve çalışanları²

Hastane Sayısı	86
Hastane Yatağı Sayısı	6.437
Hekim Sayısı	554
Ebe	136
Sağlık Memuru	560
Eczacı	69

Bu dönemde, sağlık hizmetleri alanında temel öncelik, bulaşıcı hastalıklarla mücadeledir. Ülkede yaygın olarak görülen Verem, Sıtma, Çiçek, Trahom gibi hastalıklarla uzun erimli mücadelenin temelleri ve kurumları bu dönemde oluşmaya başlamıştır. Verem Savaş Dernekleri, Dispanserler, Senatoryumlar bu anlamda öne çıkan kuruluşlar olarak hastalıklarla mücadelede önemli bir yer edinmiştir. Bu bağlamda 1923 yılında İstanbul’da ilk Verem Savaş Dispanserinin açılması, 1924 yılında da Heybeliada’da Verem Senatoryumunun açılması atılan önemli adımlara örnek gösterilebilir (Öntaş & Çöl, 2024). Yine ülkedeki bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, hem insan gücü, hem de gerekli olan aşı, serum, ilaç vb. üretilmesi için önemli bir merkez olarak 1928 yılında Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıha Müessesesi kurulmuştur. 1940 yılında ise bu müessese, 3959 sayılı yasa ile Hıfzıssıha Enstitüsü ve Hıfzıssıha Okulu olarak yeniden yapılandırılmıştır (Öntaş & Çöl, 2024). Uluslararası aktörlerin etkinliği bağlamında; Hıfzıssıhha’nın kuruluş aşamasında ve sonrasında Rockefeller Vakfı’nın önemli katkılarından söz etmek mümkündür, yine bulaşıcı hastalıklarla mücadelede (özellikle Sıtma ve Verem ile mücadelede) DSÖ ve UNICEF’in önemli katkıları olmuştur (Aytekin, 2013). Sağlık alanında, makro ölçekte, ulusal, uluslararası ve bölgesel aktörler arası işbirliği bu dönemde de görülmektedir.

¹ (Hamzaoglu vd., 2024) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

² (Öntaş & Çöl, 2024) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Bu döneme ilişkin bir diğer önemli gelişme de, hastanelerin olmadığı ilçe merkezlerinde 1924 yılından itibaren, 5-10 yataklı, ağırlıkla ayaktan tedavi edici hizmetler ile halk sağlığı hizmetinin verildiği ‘Muayene ve Tedavi Evi’ üniteleri açılmaya başlanmasıdır (Aytekin, 2013). Söz konusu kurumlar sonraki dönemde 10-20 yataklı ‘Sağlık Merkezleri’ne dönüştürülmüştür (Hamzaoglu vd., 2024).

1923’lü yıllardan başlayarak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yapılan çalışmaların başında, halkın sağlık konusunda (özellikle salgın ve bulaşıcı hastalıklardan korunmaya yönelik) bilinçlendirilmesi çalışmaları gelir. Afiş, broşür, kitapçıkların basılıp dağıtılması, radyo yayınlarının yapılması ya da sağlığa ilişkin çeşitli konulardaki ‘sıhhi filmler’in şehir, kasaba ve sinema salonunun olduğu her yerde halka, orduya, parasız olarak gösterilmesi bu doğrultuda yapılan çalışmalara örnek olarak verilebilir (Meydan Acımiş & Kılıç, 2021). Sağlık propagandası ya da dönemin sağlık bakanı Refik Saydam’ın ifadesiyle halk sağlığı eğitimi kapsamında yapılan söz konusu çalışmalar sağlıkta bireysel sorumluluğun geliştirilmesine yönelik ilk pratikler arasında değerlendirilebilir.

3.1.2.2 1938-1960 Entegrasyon Dönemi

Uluslararası sistemde, Dünya Sağlık Örgütü gibi önemli aktörlerin ortaya çıkması ve uluslararası seviyede söz sahibi olmaya başlamaları bu dönemin temel niteliğini belirlemiştir. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulması ve Türkiye’nin de bu teşkilata üye olması, ülkede sağlık politikalarının oluşturulması ve yönelimlerinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Makro-ulusal sağlık politikalarında kamucu yaklaşımının baskın olmaya başlamasının arka planında, İkinci Dünya Savaşı sonrasında nüfusun azalması buna karşın emek gücü gereksiniminin artması, sağlığın bir nüfus sorunu, işgücü sorunu haline gelmesi yatmaktadır (İlkan Rasimoğlu, 2024; Öntaş & Çöl, 2024). Sağlığın bir nüfus sorunu, bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaya başlandığı ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğunun devletçe alındığı görülür. Sağlığa ilişkin göstergelerin, ölçümlerin nüfus üzerinden tanımlanması, sağlık alanının bu dönemde edindiği biyosiyasal niteliğe dair ipuçları verir. Türkiye’de, sağlık-nüfus-işgücü ilişkisi; cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun arttırılmasını hedefleyen, önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile doğumları teşvik eden pro-natalist

(nüfus artırıcı) politikalar ile düzenlenmiştir (İlikan Rasimoğlu, 2024; Öntaş & Çöl, 2024).

1945 yılında; önce Çalışma Bakanlığı'nın, sonra da İşçi Sigortalar Kurumu'nun kurulması, Türkiye'de yeni bir sağlık hizmetleri düzenine ortaya çıkarmış; söz konusu kurum, SSK'lı işçilere hizmet veren hastaneler kurmaya başlamıştır (Ak, 2021). Yine bu dönemde aşı üretimi, verem savaş dispanserlerinin yaygınlaşması, ülke genelinde sağlık merkezlerinin kurulması gibi açılımlar döneme dair önemli gelişmeler arasındadır.

Bu dönemin baskın eğilimi, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir araya getirilmesi çalışmalarında gözlemlenebilir. İkinci Dünya Savaşı sonrası hazırlanan ve 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'nda kabul edilen ancak meclisten geçerek yasalasamayan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı getirdiği önerilerle sağlık sisteminin tasarımı etkilemiştir. Bu plan, Cumhuriyet'in ilk yazılı sağlık planı olması, sağlık bölgelerinin oluşturulması (ülkenin 7 sağlık bölgesine ayrılması), köylere (her 40 köy için 10 yataklı) koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte verileceği yataklı hizmet merkezlerinin (sağlık merkezleri) kurulması gibi önerileriyle önemlidir (Kasapoğlu, 2016). Hem tedavi edici hizmetlerin sunulacağı, hem de koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulacağı merkezler olarak kurulan sağlık merkezlerinin sayısı 1970'lere doğru 300'e yaklaşacaktır (Aytekin, 2013).

Cumhuriyetten önce de yapılageliş kazanmış bulunan, sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlerce sunulmasını düzenlemek üzere, 1954 yılında çıkarılan 6134 sayılı yasayla, SSK, Millî Savunma Bakanlığı ve Üniversite hastaneleri dışındaki hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlandığı görülür (Kasapoğlu, 2016, s.137). Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri kendine bağlamaya başlaması, dolayısıyla bakanlığın tedavi edici hizmetleri de kendi bünyesinde toplaması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegrasyonuna işaret eder.

Uluslararası yardımların da Türkiye'deki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin dönüştürülerek sürdürülmesinde rol oynadığı tespit edilebilir. 1953 yılında Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası kuruluşlardan alınan yardımlarla Ankara'da Anne ve Çocuk Sağlığı Merkezi kurulmuştur.

3.1.2.3 1961-1980 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

1960'lar, Türkiye'de yeni bir birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin sınındığı yıllardır. Sağlık müsteşarı Nusret Fişek'in teşviki ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modeli olarak da ele alınan bu modelde, sağlık bir *insan hakkı* olarak değerlendirilir ve herkese her yerde sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik ağırlıklı bir sağlık hizmeti verilmesi gerekliliği vurgulanır. Bu kapsamda geliştirilen modelin temel ilkeleri; eşit ve sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, nüfusa göre hizmet, basamaklı hizmet ve sevk sistemi, sürekli eğitim, altyapı temini, planlama ve değerlendirme üst kurulları vb. enstrümanlarca şekillenir (Öntaş & Çöl, 2024).

Sosyalizasyon modelinde, sağlık hizmetleri sisteminde bölgesel yapılanmaya (dar bölgede geniş kapsamlı hizmet yaklaşımı) gidildiği görülmektedir. Yönetimin mekânsallığına dair ipuçları veren bu yapılanmada iller, nüfus ve ulaşılabilirlik gibi kriterler dikkate alınarak sağlık bölgelerine ayrılmış; bu doğrultuda da ülkede Sağlık Bölge Başkanlıkları kurulmuştur. Bu modelin getirdiği bir başka yenilik, Sağlık Ocağı Sistemi'dir. Sağlık ocaklarının; nüfus, yerleşim yeri, coğrafi yapı gibi özelliklerin dikkate alınarak 5 bin -10 bin nüfusa, çok yönlü hizmet (dar bölgede yatay hizmet) verecek şekilde kurulması öngörülmüştür (Aytekin, 2013). Sağlık ocağı sisteminin hayata geçirilmesiyle koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada sunulduğu sağlık kurumları da ortaya çıkmıştır. Böylece önceki dönemde sağlanmaya çalışılan ancak henüz başarısız koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegrasyonunun, birinci basamak sağlık hizmetleri ölçeğinde başarılması hedeflenmiştir. Bu dönemde, sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri ile sağlık hizmetlerinin yaygın ve bütünleşmiş biçimde sunulmasının amaçlandığı dile getirilir (Yılmaztürk, 2013, s.178).

Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yaklaşımının benimsendiği bu dönemin önemli gelişmelerinin başında, 1961 Anayasası'nda sağlık hakkının devletin görevi olarak tanımlanması gelir;

“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 1961).

Önemli bir diğer yasal düzenleme de, yukarıda ortaya konulmaya çalışılan sosyalizasyon sisteminin yasal dayanağı olan, 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık

Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'dur. Söz konusu kanun 1980 yılına kadar uygulanan sağlık politikalarının çerçevesini belirlemiştir (Kasapoğlu, 2016).

1960 sonrasında, ülkede planlı kalkınma dönemine geçilmesi ile sağlık politikalarının belirlenmesinde, kalkınma planları da önemli bir rol oynamıştır: Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında programlar oluşturulmuş, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın tesisi önerisi geliştirilmiş ve bu doğrultuda da 1971 ve 1974 yıllarında, GSS yasa tasarıları hazırlanmış ancak bu tasarılar yasalaşmamıştır (*Sağlıkta Dönüşüm*, 2003).

1965 sonrasında, gebeliği önleyici yöntemlerin serbestleştirilmesi, tıbbi gerekçelerle sterilizasyon ve gebeliğin sonlandırılmasının sağlanabilmesi gibi nüfus artış hızını sınırlayıcı politikalar öne çıkmıştır ve sağlık hizmetlerinin nüfus temelli örgütlenmesi amaçlanmıştır (İlkan Rasimoğlu, 2024; Öntaş & Çöl, 2024).

Bu dönemde de, uluslararası kurumlarla yönlendirici etkileşim devam eder. 1975 yılında DSÖ ve UNICEF'in hazırladığı gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik alternatif yaklaşımları inceleyen rapor bu bağlamda değerlendirilebilir (Eke & Eroymak, 2019). Geleneksel sağlık hizmetlerinin ve yaklaşımlarının gelişmekte olan nüfusların sağlık sorunları üzerinde kayda değer bir etki yaratmadaki başarısızlığından yola çıkan bu çalışma, başarılarındaki kilit faktörleri belirlemek amacıyla başarılı veya gelecek vaat eden birinci basamak sağlık hizmeti sunum sistemlerini incelemeyi ve bu faktörlerden bazılarının çeşitli siyasi, ekonomik ve idari çerçeveler içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesindeki etkisini gözlemlemeyi amaçlamıştır (Djukanovic & Mach, 1975).

Dönemin baskın karakteristiğini oluşturan ve 'Toplum Hekimliği' anlayışına yaslanan sağlıkta sosyalleşme yaklaşımı, temelde, sağlık hizmetlerinin bütüncül bir şekilde sunulmasını hedeflemiş olmakla birlikte, sistemin uygulanmasında; sağlık ocağı-hastane arasındaki bağın yeterince güçlendirilememesi, eşgüdümün sağlanamaması, sağlığa ayrılan bütçenin yetersizliği ve ayrılan kaynakların verimli kullanılamaması, sağlık ocaklarında çalışacak hekimlere yönelik ücretlerin yetersizliği gibi sorunlar ve bunlara bağlı olarak, bu kurumlardan sağlık hizmeti

alan vatandaşlar ile sağlık hizmeti sunan doktorların genel memnuniyetsizliği ortaya konulan hedeflere tam anlamıyla ulaşamadığına ilişkin örnekler sunar (Akdu, 2008; Kasapoğlu, 2016).

3.1.2.4 1980-2000: Sağlık Reformları Dönemi (Hazırlık Aşamaları)

Sağlık Reformları Döneminin hazırlık aşaması olarak nitelendirilebilecek bu dönemi en genel haliyle sağlıkta özelleştirme ve piyasalaşma sürecinin ilk adımlarının atıldığı dönem olarak tariflemek mümkündür. 1980 sonrası dönem, sağlıkta devletin rolünün değiştiği yıllardır. 24 Ocak 1980 kararlarıyla özelleştirme, piyasalaştırma genel devlet politikası haline gelmiş, sağlık alanının, benimsenen ekonomi politikaları doğrultusunda düzenlenmesi, yasal düzenlemeler ve belgelerde kendine yer bulmuş ve bu da pratiklere yansımıştır (Akdu, 2008). Özellikle sağlıkta reform söylemleri, sağlık hizmetlerinin finansmanı tartışmaları, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli ve organizasyon biçimi tartışmaları, kamu hastanelerinin özleştirilmesi ve 'işletme' haline dönüştürülmesi çabaları, özel sektörün varlığının ve etkinliğinin desteklenmesi çaba ve uygulamaları, 24 Ocak kararlarıyla benimsenen politika ve yaklaşımların, sağlık hizmetleri alanındaki yansımalarıdır (Akdu, 2008).

24 Ocak kararlarının sağlık politikalarına ve sağlık alanına ilişkin yansımalarını yasal düzenlemeler üzerinden de izlemek mümkündür. 1961 Anayasası'nda devletin ödevi olarak tanımlanan sağlık hakkı, 1982 anayasasında, devlet bu hakka ilişkin hizmeti düzenler şeklinde değiştirilmiştir (Hamzaoglu vd., 2024; Türkiye Büyük Millet Meclisi, 1982).

"Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler." (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 1982).

Bu dönemde, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan değişimin, *etkinlik, verimlilik, rekabet* kavramları üzerinden biçimlendiğini ifade etmek mümkündür. Bu kavramların dönüştürücü etkisini ve izlerini, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın sağlık politikasının temel ilkelerinde yer alan; *"...kamu sağlık kurumlarında rasyonellik ve verimliliğin sağlanması, sağlık kurumlarında işletmecilik anlayışının getirilmesi, özel sağlık kurumlarının teşvik edilmesi ve ücretlerini kendilerinin*

belirlemesinin önünün açılması, kamu sağlık kuruluşlarının dışardan hizmet alması” ifadelerinden takip etmek mümkündür (Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985 - 1989, t.y.).

Görüşmeci-5 ile yapılan yüz yüze görüşmede, görüşmeci, sağlık hizmetlerine ilişkin sorunsallaştırmalardaki bu dönüşümü şu şekilde özetlemiştir:

“Bu dönemin temel argümanı; devlet artık sağlık hizmetleri yönetiminde tekel olmamalı, daha ziyade özel sektörü teşvik etmeli, kendisine bağlı kamu kurumlarının da yapılarını ...piyasada rekabet edebilir hale getirmeli çünkü o dönemde mevcut olan yapı, sağlıkta rekabete uygun vaziyette değil. Dolayısıyla sağlıkta rekabet, verimliliği ve kaliteyi artırır temel söylemi hâkim bu dönemde” (Görüşmeci-5).

Bu dönemin politikaları bağlamında, sağlık alanına ilişkin yaklaşımdaki dönüşüm, Sağlık Bakanlığı’nın isim ve yapısındaki değişikliklere de yansımıştır. İlgili bakanlığın, ‘Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’ olan adının, ‘Sağlık Bakanlığı’ olarak değiştirilmesiyle başlayan süreç, Bakanlığın birçok yetkisini kaybetmesiyle devam etmiştir (Kasapoğlu, 2016, s.142).

Toparlamak gerekirse, bu yaklaşım ve pratikler, sağlık hizmetleri yönetiminin, siyasal rasyonalitesini biçimlendiren sorunsallaştırmaların ve yönetim tekniklerinin, 1980’lerden itibaren özel sektöre sağlık alanında alan açan bir nitelik kazanmaya başladığına işaret eder.

Uluslararası ölçekte, sağlık alanında yaşanan reform salgınının başlangıcı 1978 yılında gerçekleştirilen Washington Mutabakatı’na dayandırılmaktadır (Savaş, 2020). 1980’lerin ortasından itibaren, 1948 yılında kurulan DSÖ’nün etkinliğinin azalmasıyla, ortaya çıkan boşluk finansal açıdan güçlü olan Dünya Bankası tarafından doldurulmuştur (Madenoglu Kıvanç, 2015). Dünya Bankası, Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı adlı bir gündem yayınlamıştır (Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, 1986). DB, tüm dünyada sağlık alanına ilişkin reformların gerçekleştirilmesi için konuya özel krediler sağlamış, Türkiye’de bu kapsamda bankadan konuya özel krediler almıştır (Hamzaoglu, 2013, s.178-179). Dolayısıyla, 1980 sonrası sağlık alanındaki değişim, DB ve IMF’in sağladığı kredi ve hibelerle yönlendirilmiştir. IMF ile yapılan yapısal uyum programları anlaşmalarında, sağlık sisteminin ve sosyal güvenlik sisteminin yeniden düzenlenmesine yönelik verilen taahhütler,

Dünya Bankası'yla yapılan anlaşmalar, çekilen krediler, Türkiye'nin de bu yıllarda sağlık reformları salgınına yakalandığının ilk işaretlerini verir.

Dünya Bankasından alınan kredilerle 1990 yılında; 1. Sağlık Projesi'nin gerçekleştirilmesi, aynı yıl Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlatılan Sağlık Sektörü Master Plan çalışması ve devam eden süreçte Sağlık Bakanlığı'nda Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü adında özel bir birimin kurulması, sağlık alanındaki reformların ön hazırlıkları ve belirleyicileri olarak görülebilir (Hamzaoglu, 2013, s.178).

Reform hazırlıklarının somut gelişmesini, 1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen 1. ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri'nde ve kongre çıktıları olan 'Çalışma Grupları Raporları'nda ve yayımlanan bu raporların ardından hazırlanan ve kamuoyuyla paylaşılan 'Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı' belgesinde gözlemlemek mümkündür (Hamzaoglu, 2013, s.178). Bu metinlerdeki temel sorunsallaştırma, hükümetlerin değişiminden bağımsız, değişmeyen bir sağlık politikasının oluşturulması olarak ifade edilmiştir (Kasapoğlu, 2016; Yılmaztürk, 2013).

Ulusal sağlık kongreleri, değişimin yönü ve biçimine ilişkin ilk ipuçlarını bizlere vermesi açısından önem taşımaktadır. Günümüz Türkiye'sindeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin aile hekimliği, genel sağlık sigortası, sağlık alanında özel sektörün teşvik edilmesi ve sağlık bakanlığının rolünün değiştirilmesi gibi unsurları ilk olarak ulusal sağlık kongrelerinde ifade edilmeye başlanmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin yapılandırılması kapsamında hastanelerin özertleştirilmesi ve özelleştirilmesi yaklaşımları bu kongrelerin dile getirdiği hedefler arasında yer alır (Kasapoğlu, 2016). Dolayısıyla 1990'lı yıllar, günümüzdeki sağlık dispozitifinin enstrümanlarının, mekanizmalarının, taktiklerinin, teknolojilerinin, öznelarının geliştirilmesine başlandığı yıllar olarak karşımıza çıkar. Bu kongrelerde ortaya atılan sorunsallaştırmalar, 2000'lerdeki Sağlık Reformları uygulamalarının yönetim rasyonelitesine ilişkin yönelimi belirginleştirir.

Bu dönemde ortaya konulan yaklaşımın izlerini yapılan yasal ve kurumsal düzenlemelerden de takip etmek mümkündür: 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun kabul edilmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanının nasıl sağlanacağına ilişkin yaklaşımdaki değişimi göstermesi açısından önemlidir. Anayasa Mahkemesi'nce büyük ölçüde iptal edilmiş olsa da, bu kanunda, kamu

sağlık kurumlarının sağlık işletmelerine dönüştürülmesinin öngörülmesi, sağlık hizmetlerinin bir sonraki dönemde ticarileştirilmesi açısından önemli bir aşamayı ifade eder (Yılmaztürk, 2013, s.181).

3.1.2.5 2000 Sonrası Sağlık Reformları Dönemi (Uygulama Aşamaları)

Türkiye’de, 1980’lerden 2000’lere dek sürdürülen sağlık reformları hazırlıklarının uygulama aşamasına 2000’lerle geçilir. 2002 yılında, 58. Hükümetin Acil Eylem Planı’nda, sağlık alanında gerçekleştirilmesi planlanan hedefler belirlendikten sonra 2003 yılında Dünya Bankası tarafından finanse edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmış ve sağlık alanında yaşanacak dönüşümün genel çerçevesi ortaya konulmuştur.

Hem SDP kapsamında yapılan düzenlemelerde, hem de sağlık alanındaki diğer düzenlemelerde; Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘21. Yüzyılda Herkese Sağlık’ politikası, Avrupa Birliği Katılım Ortaklığı Belgesi ve Türkiye tarafından hazırlanan Ulusal Program doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı’nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesine çalışıldığı ve diğer uluslararası deneyimlerin de dikkate alındığı görülmektedir (Akın vd., 2007).

2002 yılında ‘Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge’ ile kamu hastanelerinde mesai saatleri dışında özel sağlık hizmetinin verilmeye başlanması (*SB Hastanelerinde Özel Sağlık Hizmetleri Uygulaması*, 2002), 2004 yılında çıkarılan 209 sayılı kanun ile kamu hastanelerinde performansa dayalı ödeme sisteminin başlatılması, 2005 yılında 3359 sayılı kanuna eklenen ek madde ile sağlık tesislerinin 49 yılı aşmamak koşuluyla kiralama karşılığı yaptırılabilceği hükmünün getirilmesi, bu döneme ilişkin dönüşümün yönüne, karakterine dair ipuçlarını barındıran ilk düzenlemeler olarak öne çıkmaktadır (Öntaş & Çöl, 2024).

Bu dönemde, sağlık alanındaki bir diğer önemli gelişme ise sağlık hizmetlerinin sunumunda Kamu Özel Ortaklığı sisteminin devreye sokulmasıdır. 2005 yılında yapılan yasal düzenlemeyle, Sağlık Bakanlığı Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmuş ve süreç içerisinde, Kamu Özel Ortaklığı kapsamında Şehir Hastaneleri açılmaya başlanmıştır (Yıldırım, 2023) .

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde üzerinde durulması gereken bir diğer gelişme de sosyal güvenlik reformudur. Bu kapsamda gerçekleştirilen yasal düzenlemeler;

2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK ve Bağkur'un SGK şemsiyesi altında birleştirilmesi, 2008 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununu ile 1960'lı yıllardan itibaren sorunsallaştırılan genel sağlık sigortasının hayata geçirilmesine ilişkindir (Yılmaz, 2018, s.181).

Bu dönemde, sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik büyük bir çabanın da sarf edildiği görülmektedir. 2003 yılından itibaren sağlık hizmetleri sistemindeki yapısal değişiklikler, 2011 yılından itibaren sağlık turizmine ilişkin mevzuat değişiklikleri ile 2018 yılında ise 7146 sayılı kanunla, 663'nolu KHK'ye eklenen EK Madde ile Sağlık Bakanlığı'nın içerisinde Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin (bundan sonra USHAŞ) kurulması, bu bağlamda önemli gelişmeler olarak öne çıkmaktadır. Söz konusu yasal düzenlemeyle, USHAŞ'a, sağlık hizmetleri alanında yetkilendirme, kamu ve özel sektör adına tanıtım, danışmanlık, koordinasyon, aracılık gibi faaliyetlerde bulunma sorumluluğu tanımlanması, sağlık turizmine ilişkin teşvik edici yaklaşımı ortaya koyması açısından önem taşımaktadır. Uluslararası sağlık hizmetleri sisteminde küresel bir marka yaratmak amacıyla USHAŞ tarafından Sağlık Bakanlığının öncülüğü ve Turizm Bakanlığının iş birliğiyle 2022 yılında oluşturulan 'Health Türkiye' projesinin, bu çabanın ürünü olarak ortaya çıktığı görülmektedir. USHAŞ kurumsal web sitesinde 'Health Türkiye' markasıyla ülkenin uluslararası sağlık hizmetleri alanında zirveye çıkarılmasının amaçlandığı belirtilmiştir (*Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde "HealthTürkiye" Dönemi Başladı*, 2022). USHAŞ'ın kurulması, 'HealthTürkiye' vb. platform ve uygulamaların hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin dönüşümünün göstergeleri olarak karşımıza çıkar. Health Türkiye'nin kurulmasıyla belirginleştirilen amaç ve hedefler, piyasayı ölçüt alan, rekabeti sağlığa davet eden neoliberal rasyonalitenin dışavurumu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu dönem, Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapılanmasında ve görevlerinde sık aralıklarla değişim yaşanan bir dönem olarak da dikkat çekmektedir. Bu yeni dönemde, Sağlık Bakanlığı'nın rolünü, teşkilat yapılanmasını (dönemin şekillenmesinde önemli bir aktör olan ve Refik Saydam'dan sonra en uzun süre bakanlık yapan) Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın 'kürek-dümen' metaforunda da yakalamak mümkündür. Bakan yaptığı bir açıklamasında, Sağlık Bakanlığı'nın yeni dönemdeki konumunu ve yapılandırmasını şöyle tariflemiştir:

“Sağlık Bakanlığı’nı kürek çeken değil, dümen tutan bir teşkilat halinde yeniden yapılandırıyoruz.”

Görüşmeci-5, Sağlık Bakanı’nın ‘kürek-dümen’ metaforunu şöyle yorumlamıştır:

“Bu şu demekti: biz artık doğrudan hizmet vermek yerine kendimize bağlı kurumların yapısını değiştireceğiz. Merkezde standart koyan, politika belirleyen, denetleyen bir konuma geçeceğiz. Dolayısıyla bize bağlı Sağlık Bakanlığı yapıları değişmiş olacak. Doğrudan eskisi gibi hizmet vermeyeceğiz. Daha çok merkezde planlama yapacağız”
(Görüşmeci-5).

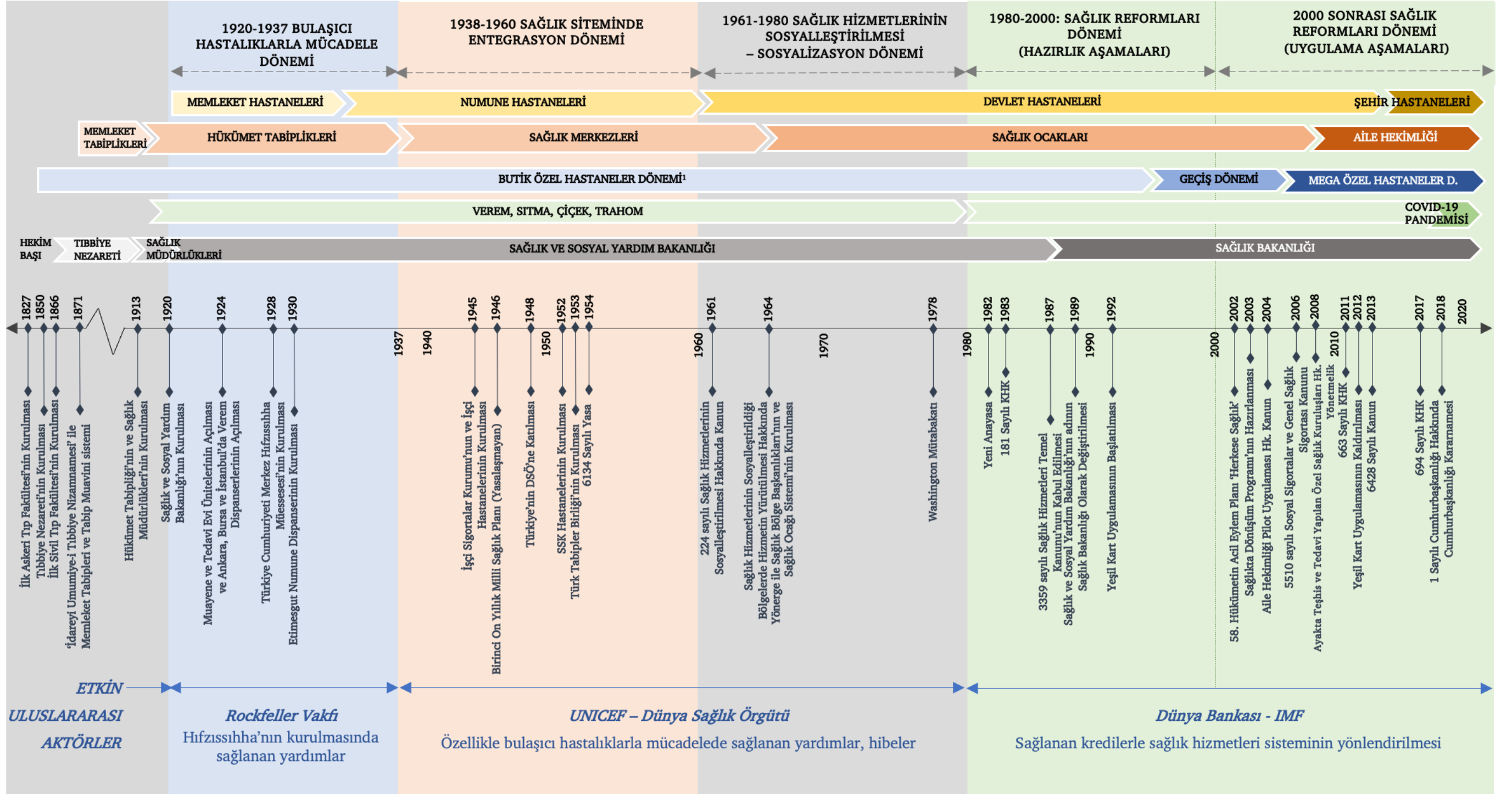
Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapılanması ve görevlerindeki değişime ilişkin düzenlemelerin, özellikle KHK’lar marifetiyle ve belli aralıklarla tekrar ederek gerçekleştirildiği görülür. 2011’de çıkarılan 663 Sayılı KHK ile bakanlığın yetkilerinin bir kısmı bağlı kuruluşlara devredilerek, bakanlık içerisinde kısmen özerk yapılar kurulmuş, bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyse, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlanmış, dolayısıyla taşrada, bu kurumlara bağlı İl Halk Sağlığı Müdürlükleri, Kamu Hastane Birlikleri ile İl Sağlık Müdürlükleri olmak üzere üçlü bir yapı oluşturulmuştur. İlgili KHK ile getirilen bir önemli değişiklik de ‘sözleşmeli yönetici’ modelinden bahsedilmesidir; 2017’de çıkarılan 694 Sayılı KHK ile de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kaldırılmış, bu kapsamda taşra örgütlenmesi yeniden yapılandırılmıştır (Öntaş & Çöl, 2024). Önemli bir değişiklik de, 2018 tarihli 1’nolu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi’dir. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Sağlık Bakanlığı’nın yapısı, rolü ve işlevinde değişiklikler yapılmıştır. Kararnameyle oluşturulan Sağlık Politikaları Kurulu, yapılan düzenlemelerin genel çerçevesine ilişkin fikir vermesi açısından önemlidir. Görüşmeci – 5’in bu konudaki değerlendirmesi özetleyicidir:

“Bu kurulun görevlerine baktığımızda, aslında, bu kurulun politika belirlemeyeceği düşünülmektedir. Cumhurbaşkanı’nın belirlediği politikaları çalışır, diyor. Eskiden hükümet programı olurdu, o mecliste onaylanırdı ve o hükümet programına göre bakanlıklar kendi programlarını yaparlardı. Şimdi Cumhurbaşkanı’nın belirlediği politika doğrultusunda bu kurul teknik olarak çalışıyor. Sağlık Bakanlığı da bu çerçevede bunları uygular hale geliyor” (Görüşmeci-5).

Yukarıda özetlenen gelişmeler ışığında, 2000’ler Türkiye’sinin sağlık hizmetleri yönetim rejiminin öne çıkan niteliğini belirleyen sorunsallaştırmalarda

kamusalılığın aşındırıldığını, özelleştirme ve devamında bireyselleştirme hedefli mekanizmalarla sağlığa ilişkin sorumluluğun devletten özel sektöre ve bireylere doğru aktarıldığını tespit etmek mümkündür. Nüfusun davranışlarını sağlık alanında yönlendirmeye çalışan, çok çeşitli otoritelerin, uzmanların, doktorların, hastaların, vb. taktikleri, stratejileri, teknikleri, programları, hayalleri ve arzularını da içeren çoklu bir süreç olarak işleyen sağlık hizmetleri yönetim rejimi, 2000'lerden itibaren neoliberal niteliklerini belirginleştirir. 1980'lerle başlayan ve 2000'ler sonrası ivmelenerek uygulamaya geçen sağlıkta dönüşüm reformlarının genel dinamiğine baktığımızda, Türkiye'de, devletin, bir yandan sağlık alanında rekabeti benimsediği ve neoliberal normun ilkelerine göre yeniden yapılandırıldığını, diğer yandan da özellikle sağlık turizmi olmak üzere bölgesel ve uluslararası sağlık pazarında rekabet edebilir markalara sahip bir devlet olmaya yöneldiğini görürüz. Türkiye'de neoliberal normun ilkelerinin benimsenmesi doğrultusunda hem sağlık alanındaki aktörler, özneler hem de sağlık ortamının dönüştürüldüğü ve uluslararası bir sağlık pazarı haline getirildiği görülmektedir.

Tablo 3. 3 Sağlık hizmetleri sisteminin değişiminin dönemlendirilmesi



3.1.3 Bölgesel ve Uluslararası Etkileşimlerin Makro-Ulusaldaki Yansımaları

Bu çalışma, sağlık hizmetleri yönetim rejiminin farklı ölçeklerdeki aktörlerin ortaya koyduğu, etrafında ortaklaştığı sorunsallaştırmalar, teknikler, teknolojiler, kimliklere odaklanır ve bu bağlamda, farklı ölçeklerdeki aktörlerin ortaya koyduğu programları, raporları, belgeleri, sağlık odaklı söylemlerini, uygulamalarını ve birbirleriyle etkileşimlerini inceler.

3.1.3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP): OECD ve Dünya Bankası'nın Değerlendirmeleri

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (The Organization for Economic Cooperation and Development – OECD), 2022 yılı itibariyle 38¹ ülkenin birlikte çalıştığı; küreselleşmenin ekonomik, sosyal ve çevresel zorluklarını ele aldıkları bir forumdur. Türkiye, bu foruma 1961 yılında katılmıştır (OECD, 2024).

OECD, Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk 5 yılının geride kaldığı 2008 yılındaki değerlendirme raporuna; 2003 öncesinde, Türkiye'deki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin niteliklerini özetleyerek başlar. Buna göre, 2003 öncesinde, kayıtlı sektör çalışanlarının harcamalarını sağlayan sosyal sağlık sigorta sisteminin, Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen ulusal sağlık hizmeti sistemini ve sosyal yardım programının (Yeşil Kart uygulaması) aynı anda işleminin çok parçalı ve tekrarlayan bir sağlık yönetim rejimini karşımıza çıkardığını tespit eder (OECD, 2008, s.28). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeterli personel ve kaynağın olmayışı, çok parçalı bir sistemin olması, üst basamak sağlık hizmetleri ile eşgüdüm eksikliği, sağlık çalışanı maaşlarının düşük olması gibi birçok sorun tespit edilmiştir (OECD, 2008, s.23). Tespit edilen sorunlardan bir diğeri ise yatak kapasitesi ve hasta kabul oranı çok düşük olan çok sayıda hastanenin varlığıdır (OECD, 2008, s.30). Bütün bu sorunların kaynağında, OECD'ye göre, sağlığın yönetim teşkilatlanmasındaki karmaşa yatar. Sağlık Bakanlığı, sağlık politikası yapımından sorumlu en önemli hükümet organı olsa da o dönemdeki üç sosyal güvenlik kurumunun da Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na (ÇSGB) bağlı olan yarı bağımsız kuruluşlar olması, ÇSGB'nin sağlık sektörü yönetiminde etkili bir bakanlık haline getirmiştir. Aynı zamanda Maliye

¹ İncelenen 2008 tarihli çalışma döneminde OECD'nin üye sayısı otuzdur (OECD, 2008, s.2).

Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve DPT da, sağlık bütçe yönetimiyle ilgili alınan kararlarda söz sahibi olmuşlardır. Bu da sağlığın yönetimiyle ilgili karmaşaya neden olmuştur (OECD, 2008, s.28).

OECD'nin 2008 Raporu, Türkiye'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı devreye sokarak bu sorunlarla baş etmeye çalışma çabalarından bahsederek devam eder. OECD, SDP'yi Türkiye'de 2003 öncesi sağlık sisteminin zayıf yönlerini gidermeyi amaçlayan ve sistemin güçlü tarafına dayandırılan bir sağlık sistemi oluşturmak üzere bir dizi reform içeren bir 'ders kitabı' olarak tanımlamaktadır (OECD, 2008, s.99). Dünya Bankası'nın reform tanımı ile uyumlu olan bu değerlendirme (Hamzaoğlu, 2013, s.174), sağlık alanında yapısal uyum programlarının hayata geçirilmesini teşvik eder. Türkiye, bu programlarla 1960'lardan itibaren entegredir. Sağlık hizmetlerinde kısa süren bir sosyalizasyon denemesinin ardından, Türkiye, 1980'den beri hazırlıkları sürdürülen sağlık hizmetleri yönetim rejiminin neoliberal yönelimlerini, 2002 yılında 58. Hükümetin Acil Eylem Planı'nda sağlık alanında yapılması öngörülen temel hedeflerde ve 2003 yılında devreye sokulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda (SDP) ortaya koymuştur.

1980'ler ile 2000'ler arasındaki hazırlık çalışmalarına, Sağlık Bakanlığı da referansta bulunur. Bakanlığın hazırlamış olduğu 'Sağlıkta Dönüşüm' kitabında (2003) SDP'nin, "geçmişteki 'reform çalışmaları' ile 'sağlık projesi' çalışmalarındaki birikimin mirasını değerlendirerek, gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacağı ve tasarlanan sisteme geçişi kolaylaştıracağı" ifade edilmiştir. SDP ile sağlık hizmetleri sisteminin yeniden yapılandırılması kapsamında hedeflenen birçok uygulamanın (sağlık bakanlığının rolü, özel sektörün teşviki, genel sağlık sigortası, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi vb.) izlerini, 1. Sağlık Projesi, Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması, 1.ve 2. Ulusal Sağlık Kongreleri gibi çalışmaların çıktıları ile Milli Sağlık Politikası Dokümanı, Kanun Taslakları, Kalkınma Planı Raporları'nda görmek mümkündür. Bölgesel ve Uluslararası etkileşimlerle teşvik edilen piyasanın prensipleri, hükümetlerden bağımsız olarak 1980'lerden itibaren Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetim rejimlerini dönüştürerek biçimlendirmektedir.

Dünya Bankası'nın, gelişmekte olan ülkelere sağlık reformu önerisinin temelinde sağlık alanındaki maliyet artışlarına istinaden sorunsallaştırılan bir sağlık krizi, risk tespiti yatar. Bu risk tanımlaması ışığında, her ülke için durum raporları hazırlanır,

ilgili aktörlerle toplantı ve görüşmeler gerçekleştirilir, sağlık reformlarının gerçekleştirilmesini mümkün kılacak birimlerin kurulması ve düşük faizli krediler verilerek reformlara girişilmesinin sağlanmasına yönelik hedefler ve çözüm önerileri geliştirilir (Hamzaoglu, 2013, s.178). Dünya Bankası'nın Türkiye'nin sağlık krizi risk tespitine yer verdiği 2003 durum raporunda öne çıkan başlıklar, ülkenin sağlık düzeyinin benzer ekonomik gelişmişlik düzeyinde olan ülkelere kıyasla geride olması; yaşam beklentisinin düşük olması; anne-bebek ölüm oranının yüksekliği; sağlığa erişimde ve sağlık personelinin bölgelere dağılımında eşitsizlikler; sağlık harcama payının düşük olması; Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin etkin ve verimli kullanılmaması gibi tespitler etrafında gruplanır (Çetin, 2017, s.279; Dünya Bankası, 2003). Sağlığa erişimin ve etkinliğin artırılması, kayıt dışılığın ve eşitsizliğin önlenmesi için kapsamı genişletilmiş sağlık sigorta sisteminin yerleştirilmesi, kamunun verimsizliği üzerinden özel sektörün ve çok sektörlülüğün teşviki, hizmet sunum ve finansmanının ayrıştırılması, Dünya Bankası'nın Türkiye'ye önerdiği hedefler ve çözümler arasında yer alır (Hamzaoglu, 2013, s.178).

Türkiye'de, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacının; “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması” olarak açıklandığı görülür. Sağlık Hizmetleri sistemini tüm boyutlarıyla, 8 ana bileşen üzerinden tarifleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı, ortaya konulan amaçları; tanımlanan 9 hedef doğrultusunda 4 aşamada gerçekleştireceği belirtilmiştir (*Sağlıkta Dönüşüm*, 2003) (Tablo 3.4).

Tablo 3. 4 Sağlıkta dönüşüm programının genel çerçevesi¹

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	
AMAÇLAR	Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; • Organize Edilmesi, • Finansmanının Sağlanması, • Sunulması
TEMEL İLKELER	• İnsan Merkezlilik • Sürdürülebilirlik • Sürekli Kalite Gelişimi • Katılımcılık • Uzlaşmacılık • Gönüllülük • Güçler Ayrılığı • Desentralizasyon • Hizmette Rekabet
BİLEŞENLER	1-Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı 2-Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası 3-Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Sistemi 3.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği 3.2. Etkili Kademeli Sevk Zinciri 3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri 4-Bilgi ve Beceri ile Donanmış Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü 5-Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları 6-Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon 7-Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma 8-Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi
UYGULAMA SÜRECİ	• Kavramsallaşma • Yasalaşma • Kontrollü Yerel Uygulamalar • Türkiye Geneline Yaygınlaştırma

Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiğinde, hem işleyen süreç, hem de Dünya Bankasının sağlıkta reform sorunsallaştırmaları ve çözüm önerileriyle SDP'dekiler arasında fark edilir bir benzerlik olduğu görülmektedir. 2003 yılında kamuoyuyla paylaşılan ve etaplar halinde uygulamaya geçilen SDP, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan sorunları en genel haliyle; sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu, sağlık hizmetlerinin finansmanı, insan kaynakları, bilgi sistemleri ve ilaç politikaları üzerinden sorunsallaştırılarak çözüm önerileri, uygulamalar geliştirmiştir.

SDP ile sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan değişimin aslında 1980'lerden itibaren hazırlanıp sürdürüldüğünü tekrar vurgulamak gerekir. Bunun izlerini, Sağlıkta Dönüşüm Programı kitapçığının sunuş yazısında dönemin başbakanı

¹ (Sağlıkta Dönüşüm, 2003) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Recep Tayip Erdoğan'ın söz konusu programı; “kamuyu yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama yolunda atılmış çok önemli bir adım” olarak tanımlamasında da görebiliriz (*Sağlıkta Dönüşüm*, 2003). Erdoğan, programın uygulama aşamalarını da, “farklı kurum ve kuruluşlara ait hastanelerin bakanlığın çatısı altında birleştirilmesi, Aile Hekimliği Sistemi ile Birinci Basamak Sağlık sisteminin güçlendirilmesi, hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, bakanlığın planlayıcı ve denetleyici rol bağlamında yeniden yapılandırılması ve genel sağlık sigorta sisteminin hayata geçirilmesi” olarak sıralamıştır (*Sağlıkta Dönüşüm*, 2003).

Bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte sağlık hizmetleri yönetim rejiminde yapılan değişiklikler arasında prim ödemeye dayalı GSS, Sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılması, Aile Hekimliği Sistemi, Kalite uygulamaları, Kamu-özel işbirlikleri, Özel Sektörün teşviki, dijital uygulamalar karşımıza çıkmıştır. Bu enstrümanlar ve mekanizmalar yoluyla sağlığın finansmanı yeniden yapılandırılmış; sağlık çalışanlarının istihdam süreci, biçimi dönüştürülmüş ve sağlık hizmetlerinin sunum biçimi ve hizmet sunucuları yeniden düzenlenmiştir (Kasapoğlu, 2016). Bu kapsamda: Sağlık Bakanlığı planlama ve denetleme kurumu haline getirilmiş; Genel Sağlık Sistemi (GSS) ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarının tek bir Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmiş; kamu hastanelerine özerklik tanınarak ve aile hekimliği modeline dayalı koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturarak sağlık hizmetleri sunumunu daha erişilebilir hale getirmek hedeflenmiş; sağlık personeli motivasyonunun iyileştirilmesi, personelin bilgi ve becerilerinin artırılması; sistemi güçlendirmek amacıyla eğitim ve araştırma kurumların kurulması; etkili ve kaliteli sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sistemlerinin sağlamlaştırılması; akılcı ilaç kullanımı ve tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanması; Sağlık Bilgi Sistemi kurulmasıyla bilgiye erişimin sağlanması hedeflenmiştir (OECD, 2008, s.12, s.36).

2003 yılı ile başlayıp 10 yıllık dönemi kapsayan bir reform hareketi olarak düşünülen SDP kapsamında; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, GSS kurulması ve sağlık hizmetleri sunum sistemlerinin reforme edilmesi gibi kurumsal ve organizasyonel değişiklikler yapılmıştır (OECD, 2008, s.36).

2008 yılına kadar geçen süreçte özellikle devlet hastanelerinin çoğunluğunun SB çatısı altına entegre edilmesiyle ‘prensip’te sağlık hizmetleri satın alıcısı ile hizmet sunucusunun birbirinden ayrılması hedeflenmiştir. Geçen zaman içerisinde hizmet sunuculara ödeme mekanizmalarında bir geçiş dönemi yaşanmakta olup geçmişe dönük değil ileriye dönük bir ödeme sistemi oluşturulmuştur (OECD, 2008, s.12). Farklı sağlık sigortası sistemlerinin idari açıdan uyumlu hale getirilmesi ve tek ödeyici sistemin oluşturulması sağlanmıştır. Yeşil kart da dahil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işlemek amacıyla MEDULA adı verilen bir ilaç talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur (OECD, 2008, s.39). Birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili atılmış olan önemli adımlardan ‘aile hekimliği’ uygulaması 2008 yılı itibarıyla 23 ilde başlatılmıştır (OECD, 2008, s.12).

Sağlık çalışanlarının performansının artırılması için 2004 yılında ilk olarak 10 pilot hastanede başlatılan ve sonra bütün SB hastanelerine yayılan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖ) kurulmuştur. 2008 yılı itibarıyla sağlık hizmeti veren üniversite hastaneleri gibi diğer kamu hastanelerinde ise PDEÖ sistemi bulunmamaktadır (OECD, 2008, s.41).

SDP kapsamında sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ile ilgili adımlar da atılmış, 2008 yılı itibarıyla SGK ile sözleşmesi olan yaklaşık 1000 sağlık kuruluşundan 350 tanesinin özel hastane olduğuna dikkat çekilmiştir (OECD, 2008, s.44). Bununla birlikte Kamu Özel Ortaklıkları ile SB Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin özel sektör tarafından inşa edilmesinin planlandığı da görülmektedir (OECD, 2008, s.45).

SDP ile hedeflenen yönetim reformları 2005-2006 yıllarında TBMM’ye sunulan Kamu Yönetimi Temel Kanunu tasarısının kabul edilmemesi ile sekteye uğramıştır. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması ve sağlık sektörünün düzenlenmesinden sorumlu yarı kamusal kuruluşların kurulması, halk sağlığı sisteminin yeniden yapılandırılması gibi adımlar, SDP’nin hedeflenen birinci aşamasında tamamlanamamıştır (OECD, 2008, s.45).

SB 2003-2008 yılları arasında bilgi sistemini genişleterek toplanan veri miktarını “önemli ölçüde” arttırmıştır. E-sağlık sistemi içerisinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Yeşil Kart Bilgi Sistemi, Doktor Veri Bankası, Hasta Hakları Bilgi Sistemi, Ulusal Veri Sözlüğü ve Minimum Veri Setleri gibi çeşitli bilgi sistemleri ve veri

setleri bulunmaktadır. SB'nin bilgi sistemleri MEDULA ile uyumlu hale getirilmiştir (OECD, 2008, s.47).

OECD'nin, 2008 tarihli raporda, yukarıda özetlenen düzenlemelerin başarısını ölçtüğünde, Türkiye'deki sağlık durumunun “geçtiğimiz 15-20 yılda” hızlı bir şekilde iyileşme gösterdiğinden ve OECD ortalamalarına yaklaşıldığından ancak halen ortalamaların altında olduğundan bahsettiği görülür (OECD, 2008, s.83). Sağlık durumundaki iyileşmeler çeşitli faktörler nedeniyle olsa da, bunun önemli bir bölümü, 2002-2008 tarihleri arasında sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların miktarı ile ilişkilendirilmiştir. Bahsedilen dönemde, Türkiye'deki ekonomik büyümenin de hızlı olması nedeniyle SDP kapsamında yapılan harcamaların ‘şimdilik’ karşılanabilir olduğuna değinilmiştir (OECD, 2008, s.83). Türkiye'deki sağlık durumunu belirleyen obezite, sigara kullanımı vs. gibi konular için koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması gerektiği de eklenmiştir (OECD, 2008, s.83). 2004'te performansa dayalı ödeme sistemi ile doktor ve personel gelirlerinde “ciddi” bir iyileşmenin gerçekleştirildiği belirtilmiştir. PDEÖ ile Türkiye'de hem faaliyet hacminde hem de doktor üretkenliğinde artışlar olduğuna değinilmektedir. Henüz PDEÖ'nün sağlık sonuçları üzerindeki etkileri net olmasa da bu konuda Türkiye'nin “belirgin başarısından” diğer OECD ülkelerinin öğrenebileceği “dersler” olduğu ifade edilmiştir (OECD, 2008, s.84). 2008 yılı itibariyle GSS'nin uygulamaya geçmesini, Türkiye'deki etkili sağlık sigorta kapsamının “doruk” noktası olduğunu ve dezavantajlı kesimler için mali korumayı ve sağlık hizmetine erişimdeki adaleti iyileştirdiğine dikkat çekilmiştir. İlaç tüketiminde Yeşil kart ve SSK sistemi üyeleri için kapsamın genişletilmesiyle hacim bakımından bir artış görülmüş ve çeşitli fiyat düşürme başarılarının elde edilmiş olduğu bilgisi verilmiştir. Bununla birlikte raporda, Türkiye'deki ilaç tüketiminin akılcı olup olmadığı konusundaki şüphelere de yer almaktadır (OECD, 2008, s.84). Birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesine yönelik ve kamu hastanelerine yönelik genel memnuniyetin arttığı tespit edilmektedir (OECD, 2008, s.85).

OECD raporunda, SDP'nin ikinci aşamasını oluşturan 2009-2013 yılları için Türkiye'yi bekleyen olası zorluklar ve yapılması gereken olası politika tercihleri ile ilgili değerlendirmelere de yer verilmiştir. OECD, uygulamaya konması ya da yakın

gelecekte ayrıntılarının netleşmesi gereken finansman meseleleri ve politikalarını aşağıdaki şekilde sıralamıştır (2008, s.108-109):

- Kayıt dışı sektörün kayıt altına alınması
- Prim ödemeyenler için yeni hedef mekanizmalarının oluşturulması
- Yeşil Kart uygulaması ile ilgili kararlar alınması
- Hükümetin GSS'ye katkısının kapsamı
- Temel Teminat Paketi'nin (TTP) genişliği ile ilgili geliştirilecek yaklaşımlar
- Kullanıcı ücretlerinin ayarlanması ve kayıt dışı ödemelerin kontrolü
- Özel hizmet sunucularının ekstra faturalandırma kapsamı
- Sağlık finansmanında özel sektörün rolü
- Teşvike dayalı ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi ve uygulanması
- Global harcama kısıtlamalarının rolü ve kapsamı
- Tıp eğitimi finansmanı
- İlaç politikaları

Sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan finansman reformları eş zamanlı olarak hizmet sunumunda da değişiklikler yapılmasını beraberinde getirmiştir (OECD, 2008, s.109). Aile hekimliği uygulamasının 2010 yılı itibariyle ülke geneline yayılması hedeflense de, raporun yazıldığı 2008 yılında, potansiyel aile hekimi sayısı azlığı nedeniyle İstanbul'un bu takvime dahil edilemeyeceği düşünülmektedir. Her ne kadar aile hekimi sayısını arttırmak üzere kontenjan artışı yapılsa da bu artış mezunlar uzmanlaşana kadar hizmet sunumuna katkı sunamayacaktır. Bu nedenle mevcut pratisyen hekimlere eğitim verilmesi önerilmektedir (OECD, 2008, s.110). Hemşire/hekim oranının OECD ülkeleri arasında alt seviyelerde olmasına dikkat çekilerek hemşire yetiştirilmesi ile ilgili çalışma yapılması gerekliliği ifade edilmiştir. Aile hekimleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin iş bölümü yaparak yerel düzeyde halk sağlığının korunmasına katkı sunması gerekliliği ifade edilmiştir (OECD, 2008, s.111).

2008 yılı itibariyle TBMM'de görüşülmeye devam eden devlet hastanelerine, daha fazla özerklik vermeyi amaçlayan yeni yasa tasarısı kapsamında, devlet hastanelerini yönetmek için yerel Yönetim Kurulları kurulması önerilmektedir. Bu kapsamda bir özerkliğin sağlanabilmesi için kamu hastanelerinde yeni davranış şeklinin öğrenilmesi adına zaman tanınması; devam eden birkaç yıl boyunca SB

idaresi ve özerklik rejimlerinin birlikte devam etmesi gerekebileceğine dikkat çekilmektedir (OECD, 2008, s.112).

Sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörün dahil edilmesi; erişim, verimlilik ve sistemin sürdürülebilirliği açısından önemli görülmektedir. Türkiye'nin, “diğer birçok ülkenin aksine”, özel sağlık hizmeti sağlayıcılarına, devlet sigortası kapsamındaki hastaların tedavisini gerçekleştirme ve buna karşılık ödeme alma imkanı tanıyarak eşit şartlar oluşturma çabasında olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, kamu hastanelerindeki destek hizmetlerinin özel sektörden sağlanmasıyla birlikte, özel sağlık sektöründe “belirgin” büyümeye dikkat çekilmektedir (OECD, 2008, s.112).

OECD, SB'nin “henüz” hizmet sağlayıcıları finanse etme ve hizmet sağlama işlevinden uzaklaşmadığına değinmektedir (OECD, 2008, s.112). Bu doğrultuda SGK'nın hizmet sağlayıcıların ve ödemelerin reformu gibi konularla ilgilenen politika oluşturuocu bir kuruluş olarak kapasitesini güçlendirmesi gerektiği belirtilmektedir (OECD, 2008, s.113).

SDP ile gerçekleştirilmiş olan ya da gerçekleştirilmesi hedeflenen reformlar değerlendirildiğine Türkiye'deki sağlık sisteminin karşılaşılabileceği bazı uzun vadeli sorunlar olduğuna da bu kritik raporda dikkat çekilmektedir. Bunlardan ilki diğer OECD ülkelerindeki deneyimlere bakılarak sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi eşitsizliklerin devam edecek olması ihtimalidir. Sağlık çalışanlarının daha merkezi yerlerde çalışma isteği devam etmektedir ve özellikle doğuda ve İstanbul'da yoksunluklar olduğu görülmektedir. Bu iki bölgede “hekimlik hizmetleri için daha fazla ödeme yapmak, buna paralel olarak göreceli olarak kamu finansman tahsisatlarını artırmak, eksiklikleri gidermek ve tüm Türkiye'deki hastaların sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimini sağlamak” önerilmektedir (OECD, 2008, s.113).

OECD, yeni sistemin, güvence paketi, hizmet başına ödeme teşvikleri, genişletilmiş fiziksel altyapı ve insan sağlığı altyapısı gibi unsurlarıyla diğer OECD ülkelerine benzeyeceğini öngörmektedir. Maliyeti artan teknolojik değişimler, artan hekim sayıları, reçete edilen gelişmiş ilaçlar, ulaşılabilir hale gelen yeni tanı hizmetlerinin talep edilmesi gibi birçok zorlayıcı etken zaman içerisinde bazı sınırlamaların yapılması gerekeceğini ortaya koymaktadır (OECD, 2008, s.115)

Sağlık hizmetlerinin karşılanabilmesi için hekim sayısının artırılması ilk aşamada olumlu bir yaklaşım olsa da zaman içinde hekim sayısında “doğru büyüme” yolunda önemli ve “zor” kararlar alınması üzerinde durulmaktadır (OECD, 2008, s.117). SGK, yeni sistemde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve maliyetini şekillendirmek üzere güçlü bir konumda olan sağlık hizmeti satın alıcısına dönüşeceğinden, yönetim becerilerini “geliştirmeye devam etmesi” önerilmektedir (OECD, 2008, s.118). İlerleyen yıllarda ülkenin tamamına hizmet vermesi planlanan aile hekimlerinin, sayılarının çoğalması ve aile hekimliği merkezlerindeki hizmet çeşitliliği ve kalitesinin artırılması gerekliliği öngörülmektedir (OECD, 2008, s.118).

Birçok OECD ülkesinde, her sigortalı birey için ulusal bir elektronik sağlık kaydının oluşturulması ve sağlık sektörü çalışanlarının, hizmet talep edilen tüm alanlarda bu kayıtlara erişiminin sağlanması amaçlanmaktadır. Türkiye’de de SDP kapsamında e-sağlık sistemleri konusundaki çalışmaların devam ettirilmesinin yerinde olacağı da not edilmiştir (OECD, 2008, s.119).

Toplam sağlık harcamalarının ortalama üçte birini oluşturan ilaç giderlerinin, -diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi- hızla arttığı gözlenmiştir. Eski ve ucuz tedavilerin yerine yeni ve daha pahalı ilaçların olması, sağlık hizmetlerine daha fazla erişimin ve daha çok hekimin olması, yaşam şeklinin değişmesi ve yaşlanan nüfusa bağlı olarak ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık görülüşünde artışın olmasının bu harcamaların artmasına neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle “akılcı reçete yazımı” ve ilaçlar için ödenen ücretin düşürülmesi önerilmektedir (OECD, 2008, s.120). OECD, SDP ile gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesi ve uygulanmasını birçok yönden “iyi uygulama” olarak tanımlamakta olup; sağlık durumu, mali koruma ve hasta memnuniyeti açılarından ‘ilk izlenimlerinin’ olumlu olduğunu ifade etmektedir. Çalışmada Türkiye’nin diğer OECD ülkeleri ile arasındaki performans açığını kapattığı, kendi grubundaki ülkelerle karşılaştırıldığında genel maliyetler dahil birçok konuda “daha iyi bir performans” gösterdiği belirtilmiştir (OECD, 2008, s.121). Buna rağmen sistemin, hem geçmişten aktarılan hem de yeni oluşacak zorluklara çözüm üretmek zorunda kalmasının yakın olduğu henüz 2008 yılında ifade edilmiştir. Özellikle, ekonomik büyüme hızının azalması ihtimalinde çözüm üretmenin daha da zor olabileceği ima edilmiştir (OECD, 2008, s.121).

Tablo 3. 5 Sağlık hizmetleri

	2003 ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNSALLAŞTIRMALAR	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DÜZENLEMELERİ	OECD’NİN SDP DEĞERLENDİRMESİ	OECD ÖNERİLERİ
SAĞLIK HİZMETLERİ	SAĞLIKTA EŞİTLİĞİN OLMAMASI Sigortalı kişilerin dahi sağlık hizmetine erişememesi (s.12, s.28) Kır, kent ayrımındaki eşitsizlikler ve niteliksiz sağlık hizmeti sunumu (s.29, s.99) Yoksul kesimin sağlık hizmetlerine erişimindeki adaletsizlikler (s. 99).	SAĞLIKTA EŞİTLİĞİN SAĞLANMASI Sağlık hizmetine ihtiyacın en fazla olduğu doğu bölgesindeki sağlık personeli sayısının artırılması (s. 84).	Sağlık hizmetleri sunumu daha erişilebilir hale getirilmiştir (s.12). Yoksul kesim için mali koruma ve sağlık hizmetlerine erişimdeki adalet konusu iyileştirilmiştir (s.84).	Bölgesel kamu harcamalarına yönelik kişi başı ödeme yaklaşımları geliştirilmesi ve sağlık çalışanlarının yoksun alanlara çekilmesi için mali teşviklerin olması önemlidir (s. 113, s.122).
	SAĞLIK İÇİN YETERLİ BÜTÇE AYRILMAMASI Sağlık harcamalarının yüksek maliyetli tedaviye yönelik olması, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ikinci plana atılması (s.12, s.29, s. 99)	BÜTÇE DÜZENLEMELERİ Hizmet sunucularına ödeme mekanizmalarında bir geçiş dönemi yaşanmakta olup geçmişe dönük değil ileriye dönük bir ödeme sistemi oluşturulması (s. 12, s.40).	SDP ile kullanıcı ödemeleri azalmış ancak devletin harcamaları ‘önemli derecede’ artmıştır. Bu süreçte Türkiye’nin ekonomik olarak büyümesi bu artışı finanse etmeyi ‘şimdilik’ mümkün kılmıştır (s.83, s.101).	OECD, yeni Türk sağlık sisteminin diğer OECD ülkelerine benzeyerek sürekli olarak maliyet sınırlama baskılarıyla mücadele etmek zorunda kalacağını öngörmektedir (s. 115). Bu nedenle sağlık harcamalarının büyüme hızı üzerinde kontrol sağlanmalıdır (s. 113). Aile hekimliği uygulamasının ülke geneline yayılmasıyla beraber, aile hekiminden sevk olmaksızın ayakta tedaviye başvurularda katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ve aşırı hasta sevkine karşı aile hekimi geri ödeme kesintilerinin yeniden yürürlüğe konması önerilmektedir (s. 121).
	SAĞLIK PERSONELİNİN NİTELİKSİZLİĞİ VE AZLIĞI Doktorların çift yönlü (kamu ve özel) çalışmalarının teşviki ile ‘kayıt dışı ödemelere’ neden olan sistemin varlığı (s.29, s. 99).	SAĞLIK PERSONELİ İLE İLGİLİ DÜZENLEMELER Sağlık çalışanlarının performanslarının artırılması için SB hastanelerinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin kurulması (s.41, s.100). Sağlık personeli motivasyonunun iyileştirilmesi, personelin bilgi ve becerilerinin artırılması (s.12). Sistemi desteklemek üzere eğitim ve bilimsel kurumların tesisi (s.12).	PDEÖ ile sağlık personeli gelirlerinde ‘ciddi’ bir iyileşme olmuştur (s. 84). PDEÖ’den elde edilen ‘başarı’ diğer OECD ülkeleri için ders niteliğindedir (s. 84). 6-10 yıl içerisinde, artırılan tıp kontenjanları sayesinde mezun hekim sayısı OECD ülkeleri arasında en yüksek seviyeye ulaşması beklenmektedir. Ancak hemşire yetiştirmeye yönelik iyileştirme bulunmamaktadır (s. 84, s.111).	Hemşire yetiştirmenin doktor yetiştirmekten daha hızlı ve kolay olduğu vurgulanmakta olup bu konu ile ilgili çalışma yapılması önerilmektedir (s. 111). Orta ve uzun vadede yeterli hekim sayısına ulaşıldıktan sonra, tıp mezunları sayısını tekrar azaltmak ve kontrol altında tutmak önerilmektedir (s. 117, s.121).
* Tablo (OECD - Dünya Bankası, 2008) kaynağından alınan veriler ile oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 6 Yönetim

	2003 ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNSALLAŞTIRMALAR	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DÜZENLEMELERİ	OECD'NİN SDP DEĞERLENDİRMESİ	OECD ÖNERİLERİ
YÖNETİM	SAĞLIK SİSTEMİNİN PARÇALI YAPISI Sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumlarının varlığı (s.11, s.28) Sağlık sektöründe SB dışında söz sahibi diğer bakanlıkların olması nedeniyle yönetimin 'çok parçalı' olması (s.30)	SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN YENİDEN YAPILANDIRILMASI Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme kurumu haline getirilmesi (s. 12). 2008 yılına kadar geçen süreçte özellikle devlet hastanelerinin çoğunluğunun SB çatısı altına toplanmasıyla 'prensip' sağlık hizmetleri satın alıcısı ile hizmet sunucusunun birbirinden ayrılması çalışmaları (s. 12).	SDP ile hedeflenen yönetim reformları 2005-2006 yıllarında TBMM'ye sunulan Kamu Yönetimi Temel Kanunu tasarısının kabul edilmemesi ile sektöre uğramıştır (s.45). SB 'henüz' hizmet sunanları finanse etme ve hizmet sunma işlevinden uzaklaşmamıştır (s. 112).	SGK'nın hizmet sunucu/ödeme reformları gibi konularla ilgilenen politika yapıcı organ olarak kapasitesini güçlendirmesi gerektiği belirtilmektedir (s. 113). Devlet hastanelerine, daha fazla özerklik vermek için yerel yönetim kurulları kurulması önerilmektedir (s. 112). Devlet hastaneleri yönetiminde özerkliğin sağlanabilmesi için kamu hastanelerinde yeni davranış şeklinin öğrenilmesi adına zaman tanınması; devam eden birkaç yıl boyunca SB idaresi ve özerklik rejimlerinin birlikte devam etmesi gerekebileceğine dikkat çekilmektedir (s. 112).
	ÖZEL SEKTÖRÜN YETERLİ OLMAMASI	ÖZELLEŞTİRMELER Sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ile ilgili adımlar atılması (s.44). KAMU – ÖZEL ORTAKLIĞI (KÖO) KÖO ile yeni SB eğitim ve araştırma hastanelerinin özel sektör tarafından inşa edilmesini de içeren çeşitli inisiyatiflerin uygulanmasının planlanması (s.45).	Türkiye özel hizmet sunucularına, eşit şart ortamı oluşturmaya çalışmaktadır (s. 112). Kamu hastanelerindeki destek hizmetlerinin özel sektörden temin edilmesi ile özel sağlık sektöründe 'belirgin' büyüme olmuştur (s. 112).	
* Tablo (OECD - Dünya Bankası, 2008) kaynağından alınan veriler ile oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 7 Yeni uygulama gereklilikleri

	2003 ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ SORUNSAĞLAŞTIRMALAR	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI DÜZENLEMELERİ	OECD’NİN SDP DEĞERLENDİRMESİ	OECD ÖNERİLERİ
YENİ UYGULAMA GEREKLİLİKLERİ	ÇOK SAYIDA SİGORTA SİSTEMİNİN VARLIĞI Farklı grupları kapsayan üç farklı sigorta sisteminin olması, bu üç sistemin kapsamına dahil edilmeyen nüfusun varlığı kaynaklı eksik sigorta kapsamı (s.11, s.99)	GENEL SAĞLIK SİSTEMİ (GSS) Genel Sağlık Sistemi ile SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarının tek bir Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilmesi (s.12, s.36)	GSS ile Türkiye’deki etkili sağlık sigorta kapsamı ‘doruk’ noktasına ulaşmıştır (s.84).	Kayıt dışı sektörün kayıt altına alınması ve prim ödemeyenler için yeni hedef mekanizmalarının oluşturulması önerilmektedir (s. 102) Geleceğe ilişkin harcama yükümlülüklerinin karşılanabilir ve sürdürülebilir olması gerektiğinden GSS’nin bütçe üzerinde sınırsız bir maliyet yükümlülüğü oluşturması engellenmelidir (s. 104)
	SAĞLIK OCAKLARININ YETERSİZLİĞİ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yeterli personel ve kaynağın olmayışı, çok parçalı bir sistemin olması, üst basamak sağlık hizmetleri ile koordinasyon eksikliği (s. 23). Halkın çoğu zaman birinci basamak sağlık hizmetlerini atlayarak üst seviyelerden hizmet talep etmesi (s.12)	AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI 2008 yılı itibariyle 23 ilde uygulanan ve ülke geneline yayılacak olan yeni aile hekimliği sistemine geçilmesi (s. 100).	Birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesine yönelik genel memnuniyet artmıştır (s. 85). SB 2010 yılı itibariyle ülke genelinde aile hekimliği uygulamasının yayılacağını ifade etse de potansiyel aile hekimi sayısı azlığı nedeniyle İstanbul’un bu takvime dahil edilemeyeceği düşünülmektedir (s. 110)	İlk aşamada aile hekimi açığını kapatmak üzere mevcut pratisyen hekimlere eğitim verilmesi uygun görülmektedir (s. 110). Aile hekimlerinin, sayılarının çoğaltılması ve aile hekimliği merkezlerindeki hizmet çeşitliliği ile kalitesinin artırılması gerekmektedir (s. 118, s.122). Türkiye’deki sağlık durumunu belirleyen obezite, sigara kullanımı vs. gibi konular için koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması gerektiği belirtilmektedir (s. 83).
	İLAÇ TEMİNİNDE YAŞANAN SORUNLAR Yeni teknolojilerin getirilmesinin sınırlandırılması (s. 99).	İLAÇ – ECZANE TEMİNİNDEKİ DÜZENLEMELER Akılcı ilaç kullanımı ve tıbbi malzeme ve cihaz yönetiminin uygulanmaya başlanması (s.12).	Yapılan düzenlemelerle ilaç tüketiminde artış görülmüş olup Türkiye’deki bu tüketimin ‘akılcı’ olup olmadığı konuları tartışılmaktadır (s. 84).	Diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de ilaç giderlerinin hızla arttığı gözlenmiştir. Bu nedenle ‘akılcı reçete yazımı’ ve ilaçlar için ödenen ücreti düşürmek amaçlanmalıdır (s. 120).
	SAĞLIK İLE İLGİLİ YETERSİZ ALTYAPI – BİLİŞİM SİSTEMLERİ	ALTYAPI – BİLİŞİM SİSTEMLERİNİN GELİŞTİRİLMESİ Sağlık Bilgi Sistemi (e-sağlık) kurulmasıyla bilgiye erişimin sağlanması (s.12). Tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak için MEDULA isimli adı verilen bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulması (s.39). E-sağlık ile MEDULA sistemlerinin uyumlu hale getirilmesi (OECD, 2008, s.47).		Türkiye’nin SDP kapsamında geliştirmekte olduğu BT ve e-sağlık sistemleri konusundaki çalışmaları devam ettirilmeli, tüm düzeylerdeki reformlar için gerekli bilgi sistemleri uygulanmalıdır (s. 119).
* Tablo (OECD - Dünya Bankası, 2008) kaynağından alınan veriler ile oluşturulmuştur.				

3.1.3.2 AKP Seçim Beyannameleri ve Programları

Bu bölümde, AKP'nin 2002, 2007, 2011, 2015 Genel Seçimleri ile 2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimi ve Genel Seçimler için hazırlamış olduğu beyannameler incelenmiştir. Bunlara ek olarak, AKP'nin resmi internet sitesinde yayınlanmış olan Parti Programı, 2023 Siyasal Vizyonu ve tez çalışması kapsamında çalışma sahası ve ölçeği olarak seçilmiş olan İstanbul ili için hazırlamış olduğu İl İcraat Kitabı taranmıştır. AKP'nin sağlık alanına ilişkin sorunsallaştırmaları ve bu sorunların nasıl çözüleceğine ilişkin söylemleri bu çalışmalardan damıtılmış ve Tablo 3.8'de genel başlıklar halinde gruplandırılmıştır. AKP tarafından geliştirilmiş çözüm önerileri, 'Sağlık Hizmetlerindeki Düzenlemeler,' 'Yönetime İlişkin Düzenlemeler' ve 'Yeni Uygulamalar' başlıkları altında yer almaktadır. Bu sorun-çözüm demetlerinin, bir önceki kısımda OECD ve Dünya Bankası tarafından salık verilen reform programlarının terminolojisi ile neredeyse birebir örtüşen niteliği, makro ölçekli ulusal, bölgesel ve uluslararası aktörler arasında uyum olduğuna işaret etmektedir. AKP'nin düzenlemeleri ve devreye soktuğu yeni uygulamalar için de aynı uyumdan bahsedilebilir.

Tablo 3. 8 AKP: Makro-ulusal ölçekte sağlık düzenlemeleri

SORUNSALLAŞTIRMALAR	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ
SAĞLIK HİZMETLERİ - Sağlıkta Eşitsizlik - Hasta Memnuniyetinin Yetersizliği - Sağlık Tesislerinin Yetersizliği - Sağlık Bütçesinin Yetersizliği - Sağlık Personelinin Yetersizliği - Sağlık Tesislerindeki Donanım Yetersizliği	A. SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ DÜZENLEMELER - A.1 Sağlıkta Eşitliğin Sağlanması – Temel İnsan Hakkı Olarak Sağlık - A.2 Hasta Memnuniyetinin Arttırılması - A.3 Yeni Sağlık Tesisleri İnşaatları - A.4 Bütçe Düzenlemeleri - A.5 Sağlık Personeli ile İlgili Düzenlemeler - A.6 Donanımın İyileştirilmesi
YÖNETİM - Sağlık sisteminin parçalı yapısı, çok başlılık - Özel Sektörün Yeterli Olmaması - Sağlık Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmemesi	B. YÖNETİME İLİŞKİN DÜZENLEMELER - B.1 Sağlık Bakanlığı’nın ve Bağlı Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması - B.2 Özelleştirmeler - B.3 Kamu – Özel Ortaklığı (Şehir Hastaneleri) - B.4 Sağlık Turizminin Güçlendirilmesi
MEEVCUT UYGULAMA SORUNLARI - Çok Sayıda Sigorta Sisteminin Varlığı - Herkesin Sağlık Açısından Devlet Güvencesi Altında Olmaması - Sağlık Ocaklarının Yetersizliği - İlaç Temininde Yaşanan Sorunlar - Sağlık ile İlgili Yetersiz Altyapı – Bilişim Sistemleri	C. YENİ UYGULAMALAR - C.1 Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Kurulması - C.2 Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatılması - C.3 Eczane-İlaç Teminindeki Düzenlemeler - C.4 Altyapı – Bilişim Sistemlerinin Geliştirilmesi

• **Sağlık Hizmetlerindeki Düzenlemeler**

AKP yayınladığı beyannamelerde, sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit, kolay erişilebilir ve kaliteli bir şekilde sağlanması gerektiğine dikkat çekmektedir (Seçim Beyannamesi, 2011, s.101). 2002 Genel Seçimleri için hazırlanan beyannamede sağlık hizmetlerinde önceliğin ‘gelir dağılımı bozuk’ olan kesimlere verileceğini (Seçim Beyannamesi, 2002, s.72), bununla birlikte engelli vatandaşların da sağlık hizmetine kolayca erişmelerinin sağlanacağı iddia edilmektedir (Seçim Beyannamesi, 2007, s.86). 2007 Genel Seçimler Beyannamesi’nde ‘ihmal edildikleri’ vurgulanan Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri başta olmak üzere sağlıkta önemli adımlar atıldığına dikkat çekilmiştir (Seçim Beyannamesi, 2007, s.24). ‘Sığınmacı’ olarak tariflenen mültecilere verilen

sağlık hizmetlerine sadece 2018 yılındaki Cumhurbaşkanlığı ve Genel Seçimler Beyannamesinde yer verilmiştir (*Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi*, 2018).

AKP bu söylemlerinde, sağlığın temel bir insan hakkı olduğundan hareket ettiğini dile getirmektedir. Dolayısıyla da sağlık hizmetleri sisteminin ayrıcalıklar alanından çıkarılıp herkesin erişebileceği, yararlanabileceği bir alanına doğru dönüştürecekleri vurgulanmakta, bu doğrultuda da öncelikle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan grupların sağlık hizmetlerinden faydalanmalarına ilişkin düzenlemelerin yapılacağı ve sağlık hizmetleri konusunda bölgeler arası eşitsizliğin giderileceği belirtilmektedir. Temel bir insan hakkı olarak sağlık hizmetlerine dair geliştirdikleri söylem ve uygulamalar Tablo 3.9’da sunulmaktadır.

AKP, 2003 yılında sağlık hizmetlerindeki memnuniyet oranının %39 olduğunu ve 2011 sonunda bu oranın %76’ya çıktığını belirtmektedir (Ak Parti, t.y.). 2017 yılı sonunda %71.7’ye düşen oranın ilerleyen dönemde %80’in üzerine çıkarılmasının hedeflendiğine dikkat çekilmektedir (*Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi*, 2018). Ancak 2019 yılında sağıkta memnuniyet oranının % 67.1 olduğu açıklanmıştır (İstanbul İl İcraat Kitabı, t.y., s.162). AKP’nin hasta memnuniyetiyle ilgili açıklamaları Tablo 3.10’da özetlenmiştir.

AKP yapmış olduğu yeni sağlık tesisleri ile ‘kendilerinden önce’ inşa edilen 7 milyon metrekarelik sağlık binası sayısı kadar tesisi, ‘son 10 yılda’¹ yapmış olduklarını beyan etmektedir (Ak Parti, t.y.). AKP döneminde inşa edilmiş olan sağlık tesisleri ile ilgili açıklamalar Tablo 3.11’de detaylı olarak verilmektedir.

¹ AKP’nin beyanlarında hükümet oldukları bütün dönemler boyunca inşa ettikleri sağlık tesislerinin toplamıyla ilgili sayısal veriye ulaşılammıştır. Bu nedenle 2002-2012 tarihlerine ait verilere yer verilmiştir.

Tablo 3. 9 Sağlıkta eşitliğin sağlanması

A.1 Sağlıkta Eşitliğin Sağlanması – Temel İnsan Hakkı Olarak Sağlık		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	‘Gelir dağılımı bozuk olan kesimlerin’ sağlık hizmetlerinden faydalanmalarına öncelik verilecek (s.72).
		Toplumun tüm kesimleri sosyal güvenlik kapsamına alınacak (s.82)
		Engelli vatandaşlar sağlık gibi temel ihtiyaçlarını karşılarken başkalarına ‘en az muhtaç’ olmaları sağlanacak (s.86).
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Herkesin üniversite hastaneleri ve özel hastaneler dahil bütün hastanelere gidebilmesinin sağlandığı (s.73, s.146)
		Sağlık temininin eksik olduğu bölgeler öncelikli olarak ele alınıp dengesizliklerin ‘büyük oranda’ ortadan kaldırıldığı (s.76)
		‘Yıllarca ihmal edilen bölgeler’ başta olmak üzere ülke genelinde ‘sağlık alanında hizmet seferberliği’ başlatıldığı (s.24)
		Bütün vatandaşların daha fazla ve adil sağlık hizmeti almasının sağlandığı (s.59)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Sağlıkta insan odaklı hizmet sunulduğu (s.82)
		Nüfusun tamamına eşit, kolay ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunulduğu (s.101)
	SÖYLEM	Oluşturulacak 29 sağlık bölgesi ile ‘istisnalar hariç’ hastaların diğer bölgelere gitmesini gerektirmeyecek seviyede gelişmiş bir hizmet altyapısı sağlanacak (s.85)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Tüm vatandaşların birinci basamak sağlık kuruluşlarından ücretsiz yararlanmasının sağlandığı (s.92)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	18 yaşından küçük çocuklara şartsız sağlık hizmeti verilmeye başlandığı (s.87)
		Sığınmacıların genel sağlık sigortası kapsamına alındığı (s.136)
		‘Sığınmacıların’ tüm devlet hastanelerinde ve onlar için oluşturulan sağlık merkezlerinde ücretsiz olarak tedavi gördükleri (s.136)
2023 Siyasal Vizyon	UYGULAMALAR	Sağlık hizmeti almanın ‘lüks ve ayrıcalıklı’ olmaktan çıkarıldığı ve her kesime ‘zengin-fakir ayrımı gözetilmeksizin’ sağlanan bir hizmet alanı haline geldiği (syf yok)
		Sağlık temininin eksik olduğu bölgeler öncelikli olarak değerlendirilerek dengesizliklerin ‘büyük oranda’ ortadan kaldırıldığı (syf yok)
PARTİ PROGRAMI		
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	SÖYLEM	Sağlık hizmetinin devletin sağladığı bir lütuf değil, ‘bir hakkın teslimi’ olduğu (s.128)

Tablo 3. 10 Hasta memnuniyetinin arttırılması

A.2 Hasta Memnuniyetinin Arttırılması		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	‘Hasta Hakları Tüzüğü’ Dünya standartlarına göre düzenlenerek hasta haklarının korunması konusunda hukuki eksiklikler giderilecek (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Vatandaşların hastanelerde ‘artık’ hakkını arayabildiği (s.74)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Sağlık sektörünün ‘çile sektörü’ olmaktan çıkarıldığı (s.82)
		Sağlıkta Dönüşüm Programı ile vatandaş memnuniyet oranının %39’dan %73’e yükseldiği (s.82)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Sağlık sektörünün ‘çile sektörü’ olmaktan çıkarıldığı (s.92)
		2003 yılında % 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı % 70’in üzerine çıkarıldığı (s.94)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	2003 yılında %39.5 olan memnuniyet oranının 2017’de %71.7’ye çıkarıldığı (s.79)
	SÖYLEM	Memnuniyet oranının %71.7’den %80’lerin üzerine çıkarılmasının hedeflendiği (s.84)
2023 Siyasal Vizyon	UYGULAMALAR	2003 yılında %39 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının, 2011 yılı sonunda %76’ya çıkarıldığı (syf yok)
PARTİ PROGRAMI	SÖYLEM	Sağlık çalışanlarının, haklarının düzenlenmesi ile uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi ve ücret politikası konuları yeniden ele alınacak (syf yok)
		Hasta haklarını koruyan hukuki düzenlemeler yapılacak ve Hasta Hakları Tüzüğü dünya standartlarına göre yeniden ele alınacak (syf yok)
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	UYGULAMALAR	2002 yılında %39 olan memnuniyet oranının 2019 yılında %67.1’e ‘çıkardığı’ (s.162)

Tablo 3. 11 Yeni sağlık tesisleri inşaatları

A.3 Yeni Sağlık Tesisleri İnşaatları		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi		
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	903 sağlık tesisinin (152 hastane, 149 hastane ek binası, 528 sağlık ocağı) hizmete açıldığı (s.76)
		‘Engelsiz Yaşam Merkezi Projesi’ ile 20 merkez bünyesinde 168 ‘yaşam evi’ inşaatının devam etmekte olduğu (s.102)
		Toplu konut seferberliği ile 56 sağlık ocağı inşa edildiği (s.159)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	1995-2002 yılları arasında 8 yılda 1 milyon metrekare sağlık tesisi yapılmışken, 2003-2010 yılları arasında bu sayının yaklaşık 5 katına çıkarıldığı ve 4,7 milyon metrekarelik sağlık tesisi inşa edildiği (s.82)
		Yeşil hastane projelerinin hayata geçirildiği ve çevre dostu hastane kurma yönünde adımlar atıldığı (s.84)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	1.737 birinci basamak sağlık kuruluşu, 760’tan fazla hastane ve ek bina olmak üzere yeni sağlık tesisi yapıldığı (s.93)
	SÖYLEM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) sayısı ve kapasitesi arttırılacak (s.97)
		Uyuşturucu bağımlısı çocukların tedavi ve psiko-sosyal rehabilitasyonunu içeren kurumsal yapılar hayata geçirilecek (s.104)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	2018 yılı itibarıyla Sağlıklı Hayat Merkezlerinin sayısının 94 olduğu (s.75)
		Her ilde en az bir tane olacak şekilde toplam 201 yerleşim yerinde Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerinin (KETEM) yapıldığı (s.77)
		2013-2018 döneminde 2.998 yeni sağlık tesisi (995 hastane ve ek bina, 1871 adet birinci basamak hizmet binası, 132 adet Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)) inşa edildiği (s.78)
		78 ilde 156 adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezi kurulduğu (s.82)
	SÖYL	Palyatif bakım merkezlerinin ilk kez kurulduğu ve 2017 yılı sonu itibarıyla kamuya bağlı hastaneler bünyesinde 196 merkezin (toplamda 3 bin 335 yataklı) hizmet verdiği (s.113)
		2023’e kadar 81 ilde inşa edilecek palyatif bakım merkezleri ile toplam sayı 245’e çıkarılacak (s.82)
2023 Siyasal Vizyon	UYG.	80 yılda yapılan 7 milyon metrekarelik sağlık binasına son 10 yılda 7 milyon metrekare ilave edildiği (syf yok)
PARTİ PROGRAMI	SÖYLEM	İhtisas hastaneleri kurulacak ve böylelikle daha ucuz, daha spesifik sağlık hizmeti verilecek (syf yok)
		Merkezlerde donatılmış hastaneler yapılarak, küçük yerleşim birimleri arasında hasta taşıyacak ambulanslar organize edilecek (syf yok)
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	UY.	İstanbul’da 2020 yılı itibarıyla 54 hastane (2002’de 44 – (s.156)), 5.324 adet 1. basamak sağlık hizmetleri, 337 adet acil istasyon, 11.183 poliklinik oda bulunduğu (s.126)

AKP sağlık sistemine ayırmış olduğu bütçeyle ilgili yaptığı beyanlarda sağlık harcamalarına öncelik verdiğini (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.79), sağlık hizmetlerinde alınan KDV oranının %18’den %8’e düşürüldüğünü (Seçim Beyannamesi, 2007, s.74) ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ‘finansal sürdürülebilirliği’ olan bir sağlık sistemi

kurduklarını belirtmektedir (Ak Parti, t.y.). AKP'nin sağlığa ayrılmış bütçeyle ilgili açıklamaları Tablo 3.12'de sunulmaktadır.

Tablo 3. 12 Bütçe düzenlemeleri

A.4 Bütçe Düzenlemeleri		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖY.</i>	Sağlık gibi sosyal harcamaların artırılmasına öncelik verilecek (s.38)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinden alınan KDV oranının %18'den % 8'e düşürüldüğü (s.74)
		Vatandaşların yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranının %30'dan % 20'ye indiği (s.75)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Sağlık hizmetleri bütçesinin 928 milyon TL'den 6 milyar 424 milyon TL'ye (7 katına) çıkarıldığı (s.83)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYGULAMALAR</i>	2002'ye oranla sağlık harcamaları için ayrılan kaynağın 6 katına çıkarılarak 2015'te kamu sağlık harcamaları için 81 milyar TL kaynak aktarıldığı (s.93)
		Aile hekimliği uygulaması için 2015 yılında bütçede 4,8 milyar TL kaynak ayrıldığı (s.92)
		Şartlı Sağlık Yardımları kapsamında yıllık ortalama 1 milyon çocuğun düzenli sağlık kontrollerinin yaptırılması şartı ile ailelerine 1.4 milyar TL kaynak aktarıldığı (s.108)
		Ocak-Eylül 2014 tarihleri arasında 9.2 Milyon vatandaşın 4,67 milyar TL'lik Genel Sağlık Sigortası priminin karşılandığı (s.108)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYGULAMALAR</i>	Sağlık alanındaki toplam harcama miktarı 2002 yılında 18.7 milyar TL'den 2016 yılında 116.7 milyar TL'ye yükseltildiği (s.73)
		Sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payının 2002 yılında %12 iken 2016 yılında %16.1'e çıkartıldığı (s.73)
		Şartlı Sağlık Yardımları kapsamında yıllık ortalama 1.2 milyon çocuğun düzenli sağlık kontrollerinin yaptırılması şartı ile ailelerine toplam 2.5 milyar TL kaynak aktarıldığı (s.102)
		Yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri kapsamında 2007 yılında evde bakım hizmeti için 113 bin yaşlıya bakan refakatçiye toplam 43.4 milyon TL, 2017 yılında ise 500 bin refakatçiye 5.7 milyar TL (132 katı) bütçe ayrıldığı (s.113)
2023 Siyasal Vizyon	<i>Y. R.</i>	Sağlıkta Dönüşüm Programı ile finansal sürdürülebilirliği olan sağlık sistemi kurulduğu (syf yok)
<i>PARTİ</i> <i>PROGRAMI</i>		
<i>İL İCRAAT K. İ.</i>		

AKP 2002 Genel Seçimler Beyannamesinde, sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirileceğine dikkat çekmektedir (*Seçim Beyannamesi*, 2002). İlerleyen dönemlerde ise sağlık personeli ile ilgili yapılmış beyanların daha çok sağlık personel sayısının artırılmış olmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir (2023 Siyasal Vizyon, t.y.; Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.79; Seçim Beyannamesi, 2007, s.76; Seçim Beyannamesi, 2011, s.84;

Seçim Beyannamesi, 2015, s.94). AKP’nin sağlık personeliyle ilgili açıklamaları Tablo 3.13’de sunulmaktadır.

Tablo 3. 13 Sağlık personeli ile ilgili düzenlemeler

A.5 Sağlık Personeli İle İlgili Düzenlemeler		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYL.	Sağlık personellerinin, ihtiyaçlara uygun nitelik ve sayıda yetiştirilecek ve özlük hakları iyileştirilecek (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UY.	Kamuda 100 bine yakın yeni sağlık personeli istihdam edildiği (s.76)
	SÖYL.	2023 yılında sağlık sektöründeki insan kaynağı açığı ‘büyük oranda’ kapatılacak (s.79)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Sağlık personeli sayısının arttırılması ile toplamda 120 bin doktor sayısına ulaşıldığı (s.84)
	SÖYL.	2015’te doktor sayısı 130 bin, 2019’da 155 bin, 2023’te 200 bin olacak (s.84)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	100 bin kişiye düşen hekim sayısı 2002 yılında 138 iken 2015 seçim öncesi 174’e çıkarıldığı (s.94) 2013’te toplam doktor sayısının 133.775 olduğu (s.94)
	SÖYL.	Sağlık alanındaki insan kaynağı ve hizmetlerin kalitesi sürekli arttırılacak (s.91)
2018 Cumhurbaşkanlığı S.G.S.B.	UYG.	Toplam doktor sayısının 144.827’ye çıkarıldığı (s.79)
2023 Siyasal Vizyon	UYG.	Kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısının 2 katına çıkarıldığı (syf yok)
<i>PARTİ PROGRAMI</i>		
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	UYG.	İstanbul’da toplam sağlık personelinin 2002 yılında 56.389 iken 2020 yılında 102.499 olduğu (s.156)

AKP, hastanelerde “en son teknoloji ürünü” donanımların kullanılmaya başlandığını beyan etmektedir (Seçim Beyannamesi, 2011, s.85). Hastanelerdeki koğuş sistemini bir ya da iki kişilik banyolu özel odalara dönüştürmek üzere çalışmalar yapıldığına (Seçim Beyannamesi, 2007, s.76) ve %6 seviyesinde olan nitelikli yatak oranını 2018 seçimlerinden önce %62’ye çıkarılmış olduğuna dikkat çekmektedir (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.78). AKP’nin hastanelerdeki donanımlara ilişkin açıklamaları Tablo 3.14’te özetlenmiştir.

Tablo 3. 14 Donanımın iyileştirilmesi

A.6 Donanımın İyileştirilmesi		
<i>2002 Genel Seçimler Beyannamesi</i>		
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	18bin yeni hasta yatağı oluşturulduğu (s.76)
		Yoğun bakım kapasitesinin 2 katına çıkarıldığı (s.76)
		Yeni projelerde 1 veya 2 yataklı, içinde banyo tuvalet olan odaların olduğu ve bu özelliklere sahip yatak sayısının 2002’de 6.852 iken 2007’de 14.252’e çıkarıldığı (s.76)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	2002 yılında nitelikli yatak oranı %9 iken %30’a çıkarıldığı (s.85)
		Sağlık kurumlarında ‘en son teknoloji ürünü donanımların’ kullanıldığı (s.82)
		Koğuş sisteminden banyosu tuvaleti içinde olan oda sistemine geçildiği ve iktidara gelmeden önce odasında banyo olan 7 bin yatak varken 8 yılda bu sayının 4 katına çıkarılarak 30 bine ulaşmış olduğu (s.82)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UY	Nitelikli yatak oranının %6’dan %43’e çıkarıldığı (s.93)
	SÖYLEM	Bir sonraki dönem hastanelerdeki nitelikli yatak oranı %90’ın üzerine çıkarılacak (s.94)
		29 sağlık bölgesinde toplam 56.000 yatak kapasiteli hastaneler hizmete sokularak, daha gelişmiş bir hizmet altyapısı kurulacak (s.95)
2018 Cumhurbaşkanlığı S.G.S.B.	UYG.	Nitelikli yatak oranının %6’dan %62 seviyesine çıkarıldığı (s.78)
2023 Siyasal Vizyon	SÖYLEM	Dönemleri boyunca hastanelerde içinde banyo, buzdolabı, televizyon ve refakatçi yatakları bulunan bir ya da iki yataklı odalar yer alacak (syf yok)
<i>PARTİ PROGRAMI</i>		
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	UYG.	2020 itibariyle İstanbul’da nitelikli hasta yatağı oranının %74 olduğu (s.159)

• Yönetime İlişkin Düzenlemeler

AKP’nin, hastanelerin yönetimi ile ilgili en çok üzerinde durduğu konulardan biri, kamu kurumlarına ait bütün hastanelerin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi ile “tek çatı altında” toplanmasıdır. (2023 Siyasal Vizyon, t.y.; İstanbul İl İcraat Kitabı, t.y., s.128; Seçim Beyannamesi, 2002, s.81; Seçim Beyannamesi, 2007, s.73; Seçim Beyannamesi, 2015, s.92). Bununla birlikte, özel hastanelerin sisteme entegre edilmesiyle vatandaşların bu tesislerden yararlanma imkanlarının artırıldığına

dikkat çekilmektedir (Seçim Beyannamesi, 2015, s.92). Yerel yönetimlerin kendi sınırları içinde sağlık politikaları geliştirerek il seviyesinde bu hizmetlerin karşılanması ve Sağlık Bakanlığı’nın *koordine edici pozisyonda* olması gerekliliği vurgulanmaktadır (Seçim Beyannamesi, 2002, s.31; Parti Programı). AKP’nin hastanelerin yönetimi ile ilgili yapmış olduğu açıklamalar Tablo 3.15’te bulunabilir.

AKP, sağlık hizmetlerini, Sağlık Bakanlığı’nın çatısı altında toplamaya gayret ettiğini dile getirirken, diğer yandan da, sağlıkta zelleştirme ile ilgili vaatlerini 2002 Genel Seçimler Beyannamesi ile sunmaya başlamış, sağlık ihtiyacının giderilmesi için “gerekirse” özel sektörle iş birliği yapılmasını, özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesini öngörmüştür (Seçim Beyannamesi, 2002, s.31). AKP’nin sağlıkta özelleştirmenin teşviki ile ilgili açıklamaları Tablo 3.16’da toplanmıştır.

Tablo 3. 15 Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması

B.1 Sağlık Bakanlığı'nın Yeniden Yapılandırılması		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	Hastanelerde devlet, sigorta, kurum ayrımı kaldırılarak, hastaneler idari ve mali yönden özerk olacak (s.81)
		Sağlık hizmetlerinin il düzeyinde karşılanması sağlanacak (s.31)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredildiği (s.73)
		Yapılan düzenlemeler ile uzman doktorların 'çoğunun' özel muayenehane çalıştırmıyor olduğu (s.74)
	SÖYLEM	Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıyla düzenleme, planlama ve denetleme rolü güçlendirilecek (s.79)
		Hastane yönetimleri idari ve mali açıdan özerk bir yapı haline getirilecek (s.79)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Acil durumlarda özel hastaneler dahil vatandaşların her hastaneden hizmet alabildiği (s.83)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devredildiği ve hastanelerin tek çatı altında toplandığı (s.92)
		Özel hastanelerin sisteme entegre edilmesiyle vatandaşların 'özel muayenehaneler' yerine özel sağlık tesislerinden hizmet alma imkanlarının artırılmış olduğu (s.92)
		'Tam Gün Yasası' ile vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyetinin 'büyük ölçüde' azaltıldığı (s.92)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Özel hastanelerin sisteme entegre edilmesiyle vatandaşların 'özel muayenehaneler' yerine özel sağlık tesislerinden hizmet alma imkanlarının artırılmış olduğu (s.73)
		'Tam Gün Yasası' ile vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyetinin 'büyük ölçüde' azaltıldığı (s.73)
		Acil, kanser ve yoğun bakım tedavilerinin kamu ve özel hastanelerde tüm vatandaşlara ücretsiz hale getirildiği (s.74)
2023 Siyasal Vizyon	UYG.	SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin tek çatı altında toplandığı (syf yok)
PARTİ PROGRAMI	SÖYLEM	Sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı tarafından tek merkezden koordine edilecek ve Bakanlık sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici, politika üretici bir rol üstlenecek (syf yok)
		Sağlık politikaları kısa, orta ve uzun vadede gerçekçi ve ekonomik olacak şekilde kurgulanacak (syf yok)
		Yerel yönetimler sağlık ihtiyaçlarını belirleyerek planlama yapacak ve kendi sınır ve sorumluluklarında bulunan alanlarda kısa, orta ve uzun vadeli yatırım programları belirleyecek- bu çalışmaların koordinasyonu Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak (syf yok)
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	UYG.	Devlete ait hastanelerin tek çatı altında toplandığı (s.128)

Tablo 3. 16 Özelleştirme

B.2 Özelleştirme		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖYLEM</i>	Sağlık ihtiyacının giderilmesi için gerekirse özel sektörle iş birliği yapılacak (s.80)
		Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması teşvik edilecek (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Bireyler, kamu ve özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kuruluşların katkıları için fırsatlar oluşturulduğu (s.77)
	<i>SÖYLEM</i>	Bireyler, kamu ve özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kuruluşların katkıları için fırsatlar oluşturulmaya devam edilecek (s.77)
		Kamu altyapı yatırımlarında özel sektör katılımını artırıcı modeller geliştirilecek ve geleneksel olarak kamu kaynaklarından karşılanan bazı altyapı yatırımlarının, tamamen özel sektör tarafından yapılıp işletilmesini sağlayacak modeller yaygınlaştırılacak (s.42)
<i>2011</i> <i>Genel Seçimler</i> <i>Beyannamesi</i>		
<i>2015</i> <i>Genel Seçimler</i> <i>Beyannamesi</i>		
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖYLEM</i>	Kamu harcamaları payının toplam milli gelir içinde arttırılmamasıyla kamunun ‘özel sektörü dışlayıcı’ etkisi en aza indirilecek ve kamu yatırımları özel sektörün yatırımlarının ‘önünü açarak’ üretim kapasitesinin arttırılmasına katkı sağlayacak (s.143)
		Sağlık endüstrisi alanında üretim yapacak KOBİ’lere yönelik finansal destek mekanizmaları geliştirilecek (s.208)
2023 Siyasal Vizyon	<i>SÖYLEM</i>	Sağlık ihtiyacının giderilmesi için gerekirse özel sektörle iş birliği yapılacak (s.80)
		Sağlık hizmetleri gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açık olacak (syf yok)
<i>PARTİ PROGRAMI</i>		
<i>İL İCRAAT KİTAPLARI</i> <i>İSTANBUL</i>		

Kamu-Özel Ortaklığı modelinin kullanılarak şehir hastanelerinin inşa edilmesi vaadi ilk defa, 2011 Genel Seçimler Beyannamesinde yer almıştır (Seçim Beyannamesi, 2011, s.84). İlerleyen yıllarda şehir hastanelerinin inşa edilmesine başlanmış, ihale aşamasında olan projelerle ilgili bilgi verilmeye devam edilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.78, s.80, s.171, s.175, s.323; Seçim Beyannamesi, 2015, s.370-371). AKP’nin şehir hastaneleri ile ilgili açıklamaları Tablo 3.17’de sunulmaktadır.

Tablo 3. 17 Kamu – özel ortaklığı (şehir hastaneleri)

B.3 Kamu – Özel Ortaklığı (Şehir Hastaneleri)		
<i>2002 Genel Seçimler Beyannamesi</i>		
<i>2007 Genel Seçimler Beyannamesi</i>		
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	22 ilde Kamu-Özel Ortaklığı (KÖÖ) modeli ile sağlık tesisleri, Ar-Ge birimleri, yüksek teknoloji merkezleri, sosyal yaşam alanları, sağlık bilimleri üniversitesi ve büyük rekreasyon alanlarının bir arada bulunduğu ‘dev’ Şehir Hastaneleri kurulacak (s.84)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UY.	KÖÖ modeli ile toplam 32.581 yataklı; sağlık kampüsü, sağlık yerleşkesi, devlet hastanesi ve şehir hastanelerini içeren 24 projenin varlığı (s.370)
	SÖYLEM	Şehir hastanelerinin yaygınlaştırılmasıyla 29 sağlık bölgesinde toplam 56.000 yatak kapasiteli hastanelerin hizmete sokulacak olması (s.95)
		9 yeni şehir hastanesi projesinin değerlendirme aşamasında olduğu (s.371)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Toplamda 5613 yataklı Yozgat, Mersin, Isparta, Adana ve Kayseri şehir hastanelerinin hizmete açılmış olması (s.78)
		Toplam 21 tane şehir hastanesinin uygulama sözleşmelerinin tamamlanmış olması (s.171)
		Toplam 42.459 yataklı 30 projenin yapımına devam edilmesi (s.323)
	SÖYLEM	2018’in ikinci yarısından itibaren yapımı devam etmekte olan Manisa, Elazığ, Ankara ve Eskişehir Şehir Hastanelerinin hizmete açılacak olması (s.80, s.175) 10 adet şehir hastanesi projesinin ihale aşamasında olduğu (s.171)
2023 Siyasal Vizyon	SÖYLEM	Dev şehir hastanelerin inşa edilmesi (syf yok)
		Hastane hizmetlerini ‘mükemmelleştirmek’ için Kamu Hastane Birliklerinin hayata geçirilmesi (syf yok)
<i>PARTİ PROGRAMI</i>		
<i>İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL</i>		

• Yeni Uygulamalar

Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin hayata geçirilmesi, AKP’nin ilk 2002 seçim beyannamelerinden itibaren politikalarında yer verdiği önemli bir konudur (Seçim Beyannamesi, 2002, s.81; Seçim Beyannamesi, 2007, s.83; Parti Programı, syf yok). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile ilgili bilgiler birçok açıklamada yer almaktadır (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.73, s.128; Seçim Beyannamesi, 2011, s.102; Seçim Beyannamesi, 2015, s.140). AKP’nin Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile ilgili açıklamaları Tablo 3.18’de bir araya getirilmiştir.

Tablo 3. 18 Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması

C.1 Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Kurulması		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖYLE</i> <i>M</i>	Herkesi kapsayacak Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak ve ‘prim ödeme gücü bulunmayanların’ primleri, devlet tarafından ödenecek (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYGULAMALAR</i> <i>R</i>	Acil Eylem Planında yer alan önemli projelerden olmasına rağmen Anayasa Mahkemesi’nin bazı maddelerinin iptal edilmesiyle ertelenmek zorunda kalındığı (s.77)
		Üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nın) tek çatı altında toplandığı (s.83)
	<i>SÖYL</i>	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun çıkarıldığı (s.83)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	2008 yılında bu sistem hayata geçirilecek (s.77)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Sosyal güvenlik kapsamı genişletilerek nüfusun %83’ünün sosyal güvenlik kapsamına alındığı (s.102)
		Üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nın) tek çatı altında toplandığı (s.140)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYGULAMALAR</i> <i>ALAR</i>	2006 yılında %77.9 olan sigortalı nüfus oranının, 2014 yılı itibarıyla % 81.5 olduğu (s.140)
		Genel Sağlık Sigorta Sistemi’nin hayata geçirildiği (s.73)
2023 <i>Siyasal Vizyon</i>		Üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı’nın) tek çatı altında toplanarak sosyal güvenlik kapsamının genişletildiği ve kolay ulaşılabilir hale geldiği (s.128)
PARTİ PROGRAMI	<i>SÖYL.</i>	Herkesi kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecek (syf yok)
<i>İL İCRAAT KİTAPLARI</i> <i>İSTANBUL</i>		

Aile Hekimliği Uygulaması da, AKP’nin parti programında ve ilk seçim beyannamelerinde yer alır (Seçim Beyannamesi, 2002, s.81; Parti Programı). 2007 seçim beyannamesinde uygulamanın 11 pilot ilde başlatıldığı (Seçim Beyannamesi, 2007, s.77) bilgisine yer verilmektedir. Uygulamanın yurt çapında başlatılması 2010 yılı itibarıyla olmuştur (İstanbul İl İcraat Kitabı, t.y., s.161). AKP’nin Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili açıklamaları Tablo 3.19’da sunulmaktadır.

Tablo 3. 19 Aile hekimliği uygulaması

C.2 Aile Hekimliği Uygulamasının Başlatılması		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖYLE</i> <i>M</i>	Aile hekimliği uygulaması hayata geçirilecek (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Uygulamanın 11 pilot ilde 9 milyon vatandaşın yararlanacağı şekilde başlatıldığı (s.77)
	<i>SÖY</i> <i>L.</i>	Uygulama bütün ülkeye yaygınlaştırılacak (s.77)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>SÖYLEM</i>	Her bir aile hekimi başına 2015'te 3200, 2019'da 2250 ve 2023'te 2000 ortalama nüfus düşecek (s.85)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	<i>UYG.</i>	Uygulamanın başlatılarak tüm ülkeye yaygınlaştırıldığı (s.92)
	<i>SÖYL</i>	2014 yılı itibariyle aile hekimi sayısının 22.497 olduğu (s.92)
	<i>SÖYL</i>	Aile hekimi başına düşen nüfus 3.000'in altına düşecek (s.94)
2018 Cumhurbaşkanlığı S.G.S.B.	<i>UYG.</i>	Uygulamanın başlatılarak tüm ülkeye yaygınlaştırıldığı (s.75)
	<i>UYG.</i>	2018 yılı itibariyle aile hekimi sayısının 23.992 olduğu (s.75)
	<i>UYG.</i>	Aile hekimi başına düşen nüfusun 3.295 kişiye düştüğü (s.94)
2023 Siyasal Vizyon	<i>UY</i> <i>G</i>	Uygulamanın başlatılarak tüm ülkeye yaygınlaştırıldığı (syf. yok)
PARTİ PROGRAMI	<i>SÖY</i> <i>L.</i>	Aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacak (syf yok)
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL	<i>UYG.</i>	Uygulamanın 2010 yılında yurt çapında uygulanmaya başlanmış olması (s. 161)
	<i>UYG.</i>	İstanbul'da 2020 yılı itibariyle 4.222 aile hekimi varlığı (s.161)

AKP, hastaların ilaca erişimini kolaylaştırmak adına düzenlemeler yaptığını (Seçim Beyannamesi, 2007, s.74), ilaçtaki KDV oranını düşürdüğünü (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.75; Seçim Beyannamesi, 2007, s.74) ve yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyaçlarının 'artık' hastaneler tarafından karşılanmaya başlandığını (Seçim Beyannamesi, 2007, s.75; Seçim Beyannamesi, 2011, s.83) belirtmektedir. 2015 Genel Seçimler Beyannamesi ile 'Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı' gündeme gelmiş, ilaç ve tıbbi cihaz alanında yerli üretime önem verilmeye başlandığı belirtilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.205;

Seçim Beyannamesi, 2015, s.261). AKP'nin ilaç politikası ile ilgili açıklamaları Tablo 3.20'de bulunabilir.

Tablo 3. 20 İlaç teminindeki düzenlemeler

C.3 İlaç – Eczane Teminindeki Düzenlemeler		
<i>2002 Genel Seçimler Beyannamesi</i>		
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	SSK'lı hastaların ilaçlarını anlařmalđ serbest eczanelerden alabilmesinin saėlandđđ (s.74) İlataki KDV oranının dřrldėđ ve ilaç fiyatlandırma sisteminin değiştirilmesiyle ilaç fiyatlarında azalma olduėđ (s.74) Yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyaçlarının hastaneler tarafından karşılanmaya bařlandđđ (s.75)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Yatan hastaların ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyaçlarının hastaneler tarafından karşılanmaya bařlandđđ (s.83)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Hastanın tıbbi teknoloji ile ilaca erişiminin saėlandđđ (s.92)
	SÖYLEM	'Sağlık Endstirilerinde Yapısal dönüşüm Programı' ile ilaç ve tıbbi cihaz alanında yerli üretim arttırılacak (s.261) 'Sağlık Endstirilerinde Yapısal Dönüşüm Programı' ile 'Sağlık Endstirileri Yönlendirme Komitesi' oluşturulacak ve yerli retilimi desteklemek üzere 'Türkiye Sağlık Enstitüleri Bařkanlıėđ (TÜSEB)' kurulacak (s.261)
2018 Cumhurbaşkanlıėđ Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	'Sağlık Uygulama Tebliėđ' ile hastanelerin yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemelerinin ücretsiz saėlandđđ (s.74) İlataki KDV oranının dřrldėđ (s.75) İlaç ve tıbbi cihaz alanında yerlileşme süreçlerinin hızlandırıldıėđ (s.205) Milli ařđ retilimi, Yerli Plazma rnleri retilmesi Projesi, Yerli Tıbbi Görüntüleme Cihazları retim Projelerinin bařlatıldıėđ (s.323)
2023 Siyasal Vizyon	UYG.	İlaç fiyatlarında önemli oranda indirim yapıldđđ ve ilaç harcamalarının hem kamu hem de vatandaşa olan yükünün 'büyük ölçüde' azaltıldıėđ (syf yok)
PARTİ PROGRAMI	SY Lİ	İlaç ve tıbbi ekipman sanayi desteklenecek ve sağlık yatırımlarına yapılan teşvikler yeniden düzenlenecek (syf yok)
<i>İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL</i>		

AKP döneminde, 'Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'nin (e-sağlık) kurulması öncelikli vaatlerden birisi olmuştur (Seçim Beyannamesi, 2002, s.81; Seçim Beyannamesi, 2007, s.78). 182 ağrı merkezi ve Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) zerinden randevu alma imknđ getirilmiştir (Cumhurbaşkanlıėđ Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.73; Seçim Beyannamesi, 2015, s.93). AKP'nin sağlık hizmetlerinde bilişim ve altyapı ile ilgili açıklamaları, Tablo 3.21'de bulunabilir.

Tablo 3. 21 Bilişim sistemlerinin geliştirilmesi

C.4 Altyapı – Bilişim Sistemlerinin Geliştirilmesi		
2002 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖY.	Sağlık Bilgi Sistemi kurulacak (s.81)
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	Sağlık Bakanlığı, üniversite, Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sağlık kuruluşlarının iş birliğiyle ‘Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi’ (e-sağlık) etkin hale getirilecek (s.78)
		‘Medula’ projesi ile hastaneler ve Sosyal Güvenlik Kurumu arasındaki işlemler online olarak yapılacak (s.79)
		‘Elektronik kimlik kartı’ uygulaması başlatılacak (s.79)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Hastane hekim randevu hizmeti almak üzere 182 çağrı merkezinin aranması için pilot çalışmanın tamamlandığı (s.83)
		Sağlık karnesi uygulamasının kaldırılarak T.C. Kimlik Numarası ile sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sağlandığı (s.102)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYG.	Ülke genelinde başlatılmış olan Merkezi Hekim Randevu Sistemi’nin (MHRS) uygulanmaya başlandığı (s.93)
		‘İlaç Takip Sistemi’nin (İTS) kurulduğu (s.94)
	SÖY.	BİT destekli entegre uzaktan sağlık ve bakım uygulamaları yaygınlaştırılacak (s.94)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Sağlık karnesi uygulamasının kaldırıldığı (s.73)
		Ülke genelinde Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasının olduğu (s.73)
		E-reçete, E-Nabız sistemleri ile kapsamlı ve yüksek güvenlikli sağlık bilişim altyapı hizmeti sunulmasının sağlandığı ve hastanedeki işlemlerin elektronik ortamda olması ile kâğıt ve zaman tasarrufunun yapıyor olduğu (s.73)
		182 Çağrı merkezinin aranarak, randevu alınması sisteminin kurulduğu ve bu yolla alınan günlük ortalama randevu talebinin 400 bine ulaştığı (s.73)
		Sağlık turizmi kapsamında Merkezi Hekim Randevu Sisteminin (MHRS) farklı yabancı dillerdeki uygulamalarının geliştirildiği (s.193)
		7 gün 24 saat 6 dilde hizmet veren uluslararası hasta destek hattının ‘444 47 28’ kurulduğu (s.136)
	SÖYLEM	Bilgi teknolojisi sistemlerinin ve uygulamalarının geliştirilerek hizmete erişim kolaylaştırılacak ve Sosyal Güvenlik Kurumu’nun e-devlet kapsamında sunduğu uygulamaların sayıları arttırılacak (s.133)
		Hasta ve işlem takibi, görüntü ve tetkik paylaşımı elektronik ortamda yapılacak (s.133)
2023 <i>Siyasal Vizyon</i>		
PARTİ PROGRAMI	SÖY.	Sağlıkta maliyet düşürülecek, verimliliğin ve kalitenin artırılması için bilgi işlem merkezli tek kontrol sistemine geçiş sağlanacak (syf yok)
		Her bir vatandaşa verilecek sağlık numarası sayesinde tüm birimlerden takip ve koordinasyonu sağlanabilecek (syf yok)
		Her bir vatandaşın bağlı bulunduğu sağlık merkezinde bir dosyası bulunacak ve nerede tedavi olduğu fark etmeksizin bütün bilgiler bu dosyada toplanacak (syf yok)
İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL		

AKP'nin yayınlamış olduğu bu metinlere bakıldığında, sağlık hizmetleri sisteminin yeniden yapılandırılmaya çalışıldığını görölmektedir. Bu yeniden yapılandırma çabaları, bu çalışma açısından Türkiye'de sağlık hizmetleri yönetim rejiminin neoliberal dönüşümüne meyletmektedir ki bu eğilim, bunun 1980'lerin başından itibaren, tüm dünyada yaygınlaşan sağlık reformlarının makro-ulusal ölçekteki iz düşümlerine karşılık geldiğini söylemek mümkündür. 2000'lerden günümüze, Türkiye'de 1980 -2000 arasında hazırlıkları yapılan bir sağlık hizmetleri yönetim rejiminin uygulamaya geçirildiğini görölür.

Türkiye'de özellikle 2003 yılından bu yana yaşanan sağlık alanındaki dönüşüm, yönlendiricileri ve uygulayıcıları tarafından büyük bir başarı olarak sunulsa da, yönetsellik perspektifinden beslenen mekânsal-eleştirel bir yaklaşım, bu dönüşümün, sosyo-politik kaygıları bir kenara bırakırken neoliberal yönetselliğin temel normu olan rekabeti, kar-zarar hesaplarını sağlık da dahil yaşamın neredeyse tüm alanlarına yaydığını göstermektedir. Türkiye'de devlet, bu alanda da, kamu hizmeti sorumluluklarından sıyrılmakta, yeni açılan alanın ise hızla piyasa prensiplerine teslim edilmesini teşvik etmektedir. Toplumun ihtiyaçlarına cevap verilmeden alanın özel sektöre teslim edilmesiyle eşitlikçi bir sağlık sistemi oluşturmak mümkün görünmemektedir. Türkiye'de, 2000'li yıllara gelindiğinde işlevsiz olduğu görölen sağlık sisteminin sorunlarına çözüm olarak, vatandaşların sağlık tüketicileri olarak özneleştirilmesinin göröldüğünü gözlemlemek oldukça ilginçtir (Prince vd., 2006). Türkiye'de özellikle 2003'ten bu yana yaşanan sağlık alanındaki dönüşüm, uygulayıcıları tarafından olumlu bir şekilde tasvir edilse de, yönetsellik perspektifinden bakıldığında, bu dönüşümün, sosyo-politik kaygıları yok saydığı ve piyasa dinamiklerine hitap etmeyi önceliklendirdiğini görölür. Bu durumun, sağlık hizmetleri rejimin bizzat içinde eyleyen çok çeşitli aktörlerin gözünden kaçmadığını yapılan yüz-yüze görüşmeler ortaya koymaktadır. Bu görüşmeler, sağlıktaki dönüşümün bizleri nasıl öznelliklere davet ettiğini görmemiz açısından da faydalı sonuçları olmuştur.

3.1.3.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP): Sağlık Çalışanlarının, Doktorların, Belediye Görevlilerinin Değerlendirmeleri

Yapılan yüz yüze görüşmelerde, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan dönüşüme, SDP'nin sağlık hizmetleri yönetim rejimindeki iz düşümlerine dair görüşmecilerin vurguladığını temel değişimin bileşenleri arasında değişen hasta profili, değişen

hasta-doktor ilişkisi, sağlıkta şiddet ve mobbing'i besleyen performans sisteminin etkileri öne çıkmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla yapılan düzenlemelerin etkilerinin başında, yukarıda da kısaca değinildiği üzere, devlet hastanelerinin finansman yapısının değiştirilmiş olması, hastanelerin genel bütçeden aldıkları payın azalması, buna karşın bütçe dışı kaynaklarda artış sağlanması ve bu kapsamda hastanelerde döner sermayenin belirleyici konum edindiği görülmüştür. Hastanelerin finansman yapısındaki değişim, hastalar ve doktorlar açısından da çeşitli sonuçlar doğurmuştur. Döner sermaye ve performansa yönelik ödeme sistemi ile hastanelerin işletmeye dönüştürülmesi, sağlık sistemini kar odaklı hale getirmiş ve doktorlardan bu karlılığı artırması beklenmeye başlanmıştır. Özlük haklarda yapılan düzenlemeler ile bir arada oluşturulan bu beklenti, performans kriterleri ile kısa sürede daha fazla hastayı muayene etme baskısına, iş yükünün artmasına, kötüleşen çalışma koşullarına, sağlık talebi kısırtılarak müşteriye dönüşen, ama ne randevu, ne de ilaç bulamayan hastalara, hasta-doktor ilişkilerinde şiddete varan kötüleşmeye, hasta sirkülasyonunun artırılması doğrultusunda hastane yatış sürelerinin kısaltılmasına, uzun süre tedavi-bakım gerektiren hastalara ilişkin hastane dışında alternatif çözümler geliştirilmesine (evde sağlık hizmetleri), pek çok hizmetin (güvenlik, temizlik, yemek, laboratuvar vb.), hizmet satın alımı yoluyla gerçekleştirilmesine (taşeronlaşma) sebep olmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla yapılan düzenlemelerin etkilerinden bir diğeri de, bizzat kamu tarafından özel sektörün teşvik edilmesi, desteklenmesi, Sosyal Güvenlik Kurumunun özel sektörden sağlık hizmeti satın alması uygulamaları ile kamu-özel iş birliği modelinin uygulanmasından kaynaklanır. Örneğin, ASM'leri bir işletme gibi ele alma yaklaşımı, ASM'lere ayrılan cari bütçenin içinde bulunan enflasyonist dönemde hızla artan kira ücretleri karşısında erimesine ve doktorların birinci basamağı tercih etmekten imtina etmesine sebep olmuş görünmektedir.

Görüşmeci-1, muayene sürelerinin yetersizliğine dikkat çekerek, MHRS sistemi ile 5 dakikada bir randevu oluşturulmasına rağmen hastaların bu kısıtlı hizmetten memnun olduğunu gözlemlediğini ifade etmiştir:

“‘Doktor görmekle’ yetinen, yani hastaneye gelip doktoru görüp şikayetini söyleyen ve bununla yetinen ve mutlu olan farklı bir hasta profili var. Aslında verilen sağlık hizmeti son derece ‘kalitesiz’, son derece ‘sağlıksız’. Çünkü o kadar süre içerisinde bir hekimin o

hastanın şikayetlerine yönelik tanı koyabilme şansı yok. Böyle olunca da bir sürü gereksiz test isteniyor. Hastanın aleyhine olabilecek bir sürü görüntüleme tetkikleri gibi... Hasta bütün tetkikler için randevu alıyor, gidiyor, geliyor. Sonuç olarak hasta eksik-yanlış tanı alıyor, lüzumsuz tahliller verip, lüzumsuz görüntülemeler ve lüzumsuz ilaçlar alıyor. Bütün bunlar esnasında, hasta kendisiyle ilgilenildiğini düşünüyor ve hastada 'yalancı bir memnuniyet hali' oluşuyor. Özetle sağlık hizmeti kalitesi son derece kötü ancak bu durumu sorgulamayan bundan memnun olan bir hasta profili var."...

...“Popülist yaklaşım ve söylemlerle ‘şımartılan’ bu yeni hasta profili, gelip o anda doktoru bulup gerekirse hakaret ederek gerekirse saldırarak işini yaptırmayı bir memnuniyet olarak algılamakta. Seçim öncesi söylenenleri hatırlıyor musunuz? Genç bir kadının sokak röportajında söyledikleri¹: ‘Eskiden doktorlar azarlardı, şimdi biz doktor dövüyoruz, şu an doktorları beğenmiyoruz, doktor dövüyoruz’, bu korkunç söylem üzerinden memnuniyetinin ölçüsünü, kriterini ifade eden bir kesim yüzlerce doktorun yurtdışına gidip gitmeme konusunda tereddütte iken gitmeye karar vermesine sebep oldu” (Görüşmeci-1).

Görüşmeci-3, doktor-hasta ilişkisinin ve devreye sokulan yeni uygulamaların bu tabloya etkisini şöyle ifade etmiştir:

“Vatandaşın bize karşı yaklaşımı eskisinden çok farklı, 25 yıllık doktorum, bu kadar sabırsız bir hasta profili veya hoşgörüsüz bir çalışma ortamı hatırlamıyorum. Usule uygun olan veya olmayan isteklerinin bir an önce yerine getirilmesini bekleyen bir hasta profili var karşımızda. Vatandaşın bu yaklaşımını, yöneticilerin yaklaşımının devamı olarak görmek mümkün. Sağlık Bakanının, hekimlerin yurt dışına gidişlerine ilişkin açıklaması ve devamındaki el işaretini² medyadan takip ettik, mesleğin saygınlığını yıpratıcı ve üzücü bir yaklaşım...

Bu yeni sistemin, yeni hasta profiline ilişkin düzenlemeleri doktor ve hastayı karşı karşıya getirmekte, daha önce değindiğim gibi bu karşılaşma mobbing ve sağlık emekçilerine şiddet ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin bu yeni dönemde oluşturulan merkezlerden biri de SABİM, vatandaşların çoğunlukla haksız bir şekilde, işimizi yapmak kaynaklı ya da vatandaşın usule uygun olmayan taleplerine olumsuz cevap vermemiz kaynaklı şikayetlerini ilettiği bu merkezin bize dönüşü mobbing şeklinde olmaktadır. Örneğin Samatya Hastanesinde bir doktor arkadaşım SABİM şikâyeti sonucu gelişen soruşturmalar nedeniyle intihar etti. Bu SABİM hattının oluşturduğu baskı ortamında insanlar doktorluk yapmak istemiyor. Ve hekimler çözümü, en azından imkânı ve koşulları olanlar, yurt dışına gitmekte ya da özel sektörde çalışmakta buluyorlar” (Görüşmeci-3).

¹ 2023 Genel Seçimlerinde yapılan bir sokak röportajında, bir vatandaşın mevcut yönetimden ve hizmetlerden memnuniyetini anlatırken, memnuniyetinin ölçüsü olarak ‘doktor dövebiliyor’ olmasını belirtmesi.

² Sağlık Bakanı Fahrettin Koca doktorların yurt dışına gidiş nedeninin para olduğunu işaret eden el hareketine göndermede bulunuluyor.

Sağlıkta şiddetin geldiği aşamayı göstermesi açısından Görüşmeci - 3'ün şu ifadeleri de önemlidir:

“Sağlıkta Dönüşümle artan şiddet, mobbing veya malpraktis davaları öyle bir aşamaya geldi ki bu artık doktorların uzmanlık alanlarını belirlemelerinde önemli bir unsur haline dönüştü. Çocuk ve Kadın Doğum ya da acil gibi şiddetin kısmen daha yoğun olarak yaşandığı branşlarda çalışmak yerine hastayla daha az karşılaşılacak, daha risksiz işlemlerin yapıldığı branşlar tercih edilmeye başlandı” (Görüşmeci-3).

Sağlıkta dönüşümle birlikte; hastane, hastane yatak sayıları, kişi başına düşen sağlık personeli sayısı gibi istatistikî göstergelerde kısmî bir iyileşme-genişleme sağlanmış görünse de geline aşamada sağlık hizmetlerinin kalitesinde/niteliğinde iyileşmeden söz etmek mümkün görünmemektedir.

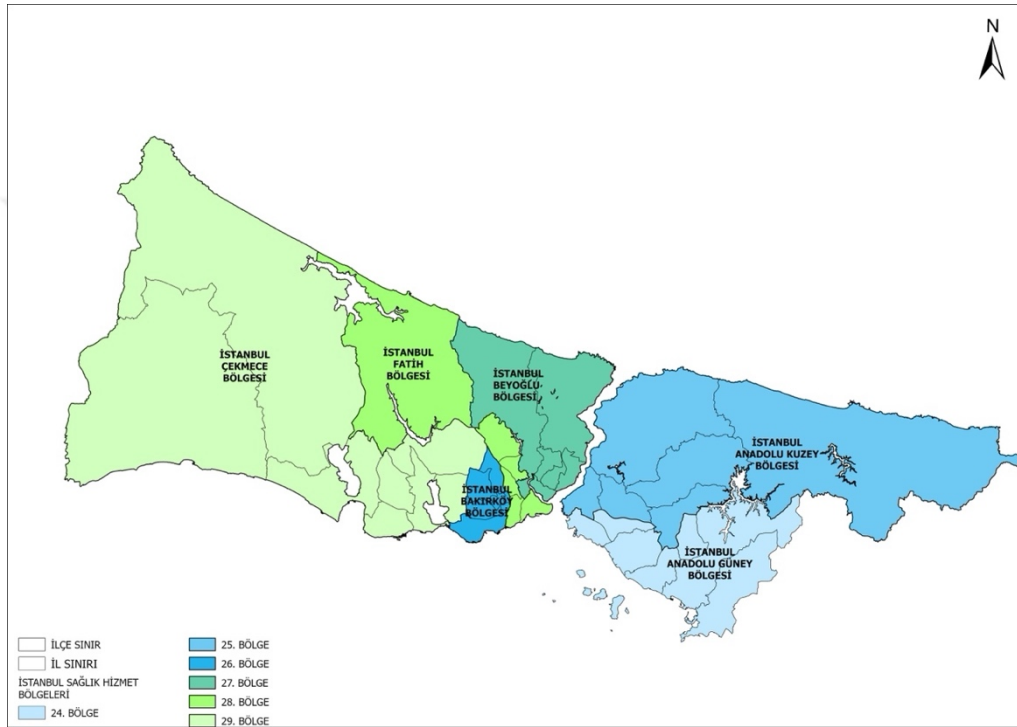
3.2 İstanbul'un Aynasında Sağlık

İstanbul, günümüz Türkiye'sinde, toplumun düzenlenmesinde işlevsel kılınan yönetimsellik biçiminin pratikte nasıl hayata geçirildiğini ortaya çıkarmak için uygun bir ortam (milieu) sunar. Bir başka deyişle, sağlıktaki dönüşüm süreçlerinin, İstanbul'un tüm diğer ölçekleri kat eden orta ölçeğinde yakalamaya çalıştığımızda, bir başka deyişle, bu süreçleri, sürekli genişleyen bu ecumenopolis'te (*Ecumenopolis: City Without Limits*, 2012) mekansallaştırdığımızda, bu süreçlerin, çok çeşitli ağların elemanı ve yatırımların ürünü olduğunu görürüz. Günümüz İstanbul'unda işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bileşenleri, parametreleri, mekanları ve ölçekleri arasındaki etkileşimler bu bölümde sırayla ele alınmıştır.

3.2.1 Bileşenler

İstanbul'da günümüzde işlemekte olan sağlık hizmetleri, Türkiye'nin geri kalanında olduğu gibi herkesi kapsayan bir sağlık hizmetleri ağına dahildir. Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç kategoride sınıflandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri; kamu kurumları, özel sektör ve üçüncü sektör olarak adlandırılan kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca (STK, vakıf, dernek), hastaneler, tıp merkezi, vb. birçok kurum ve kuruluş aracılığıyla sunulabilmektedir (Paköz, 2014). 2005 yılında gündeme getirilen ve Kamu-Özel ortaklığı sistemi ile hayata geçirilen Şehir Hastaneleri de bu kuruluşlara eklenmiş durumdadır.

Türkiye’de, sağlık hizmeti sunumu açısından, mevcut kapasitenin kullanımı ve sağlık sunumuna ilişkin geleceğe dönük planlamalarda, ‘...sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımının sağlanarak, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması amacıyla...’, 2011 yılından itibaren bölge merkezli sağlık uygulaması anlayışı benimsenmiştir (Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar Hakkında Genelge, 2010). Bu doğrultuda, Türkiye, 30 sağlık bölgesine ayrılmış bulunmakta olup bu bölgelerin 6 tanesi de İstanbul’da yer almaktadır (Harita 3.1).



Harita 3. 1 İstanbul'daki sağlık hizmet bölgeleri¹

İstanbul’da, sağlık hizmeti sunucuları; Birinci Basamak, İkinci Basamak ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları ile Basamaklandırılmayan Sağlık Kuruluşları olacak şekilde sınıflandırılmış ve ölçeklendirilmiştir (Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022) (Tablo 3.22).

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3. 22 Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması¹

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI	BASAMAKLANDIRILMAYAN SAĞLIK HİZMET SUNUCULARI
(Hastaların ayaktan veya yataklı teşhis ve tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır)	(Ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır.)	(İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey sağlık hizmet sunucularıdır. Kendi içerisinde 3A ve 3B olmak üzere gruplandırılır.)	
Ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları: 1-Bünyesinde birinci basamak sağlık kuruluşu bulunan ilçe sağlık müdürlüğü 2-Toplum Sağlık Merkezi (TSM) 3-Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 4-Halk Sağlığı Laboratuvarı (L1 ve L2) 5-Kurum Tabipliği 6-112 Acil Sağlık Hizmeti Birimleri 7-Evde bakım merkezleri veya birimler 8-İşyeri sağlık ve güvenlik hizmeti sunulan birimler 9-Belediyelere ait poliklinikler 10-Özel poliklinikler 11-Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları 12-Üniversiteler bünyesindeki mediko-sosyal birimler 13-Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri 14-6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kapsamında serbest faaliyet gösteren eczaneler 15-Muayenehaneler Ayaktan ve yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunan sağlık hizmet sunucuları: 1-Entegre ilçe devlet hastaneleri (E2 ve E3) Bağlı birimler: 1-Çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimi, Enfeksiyon kontrol birimi, 2-Entegre sağlık hizmeti birimi, 3-Evde sağlık hizmeti birimi, 4-Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi, 5-Sıtma savaş dispanseri, 6-Verem savaş dispanseri, 7-Sağlıklı hayat merkezi, 8-Göçmen sağlığı merkezi, 9-İş sağlığı ve güvenliği birimi, 10-Yetkilendirilmiş aile hekimliği birimi, 11-Sağlık evi.	İkinci basamak sağlık hizmet sunucuları: 1-Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, 2-Entegre ilçe hastaneleri (E1), 3-Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, 4-Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri, 5-Özel hastaneler, 6-Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri, 7-Ağız ve diş sağlığı hastaneleri, 8-Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri Bağlı birimler: 1-Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi, 2-Çocuk, ergen madde bağımlılığı tedavi merkezi, 3-Diyaliz merkezi, 4-Gebe okulu, 5-Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama birimi, 6-Obezite merkezi, 7-Toplum ruh sağlığı merkezi, 8-Üremeye yardımcı tedavi merkezi, 9-Semt poliklinikleri, 10-Ek hizmet binaları ve benzer birimler.	Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları: 1-Eğitim ve araştırma hastaneleri, Türkiye Kök Hücre Koordinasyon Merkezi 2-Üniversite Hastaneleri ile Belli bir uzmanlık dalında faaliyet gösteren kamu ve özel sektöre ait hastanelerden aşağıdaki koşul ve standartları sağlayanlar üçüncü basamak sağlık hizmet sunucusu olarak basamaklandırılır: -Toplam kapalı alanın en az 8.000 m ² 'nin üzerinde olması, -Hastanenin en az 75 yatak veya üzerinde fiili yatak kapasitesinin olması, ve bunun en az %15'i veya üzerinde yoğun bakım yatak sayısının olması, -Uzman hekim, hemşire ve ebe sayısı için belirlenen alt sınırı karşılaması, -Üçüncü seviye acil servisi bulundurması, -Hastanenin tıpta uzmanlık ana dallarından yönetmelikçe belirlenen branşlarda hizmet vermesi, -Hastanenin tıpta uzmanlık yan dallarından (erişkin ve çocuk yan dal uzmanlıklarından) belirlenen oranda hizmet veriyor olması, -Hastanede hizmet verdiği ana branşta 24 saat kesintisiz hekim bulundurulması zorunluluğu, Bağlı birimler: 1-Bağımlılık arındırma merkezi, 2-Bağımlılık rehabilitasyon merkezi, 3-Çocuk izlem merkezi, 4-Toplum ruh sağlığı merkezi, 5-Diyaliz merkezi, 6-Gebe okulu, 7-Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama merkezi, 8-Obezite merkezi, 9-Üremeye yardımcı tedavi merkezi, 10-Semt poliklinikleri, 11-Ek hizmet binaları ve benzeri birimler ilgili mevzuat çerçevesinde bağlı birim olarak eklenebilir.	Belirtilen basamaklarda yer almamakla birlikte Bakanlıkça ruhsatlandırılmış ve/veya izin verilmiş diğer özelleşmiş tanı, tedavi ve tedarik merkezleri

¹ (Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 2022) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Bölgelere ayırarak düzenleme ve hizmetleri basamaklandırma, 2000'ler Türkiye'sindeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin sağlıktaki mekansal tahayyüllerine işaret eder. İstanbul'daki sağlık hizmeti sisteminin bileşenlerinin başında Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları gelir. Bunlar arasında yer alan merkezler, sağlık hizmeti arayan çoğu birey için ilk temas noktasıdır. Bu merkezler içerisinde ön plana çıkan Aile Sağlık Merkezleri (bundan sonra ASM'ler), temel tıbbi hizmetler, koruyucu bakım, aşılama hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ve sağlık eğitimi sunarlar. Yaygın bir hizmet ağına sahip olan ASM'ler, birinci basamaktaki sağlık hizmetlerini kent sakinleri için daha erişilebilir hale getirmektedir.

Birinci Basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi hızlı ve etkili tıbbi bakım hizmetleri sağlamak üzere tasarlanmıştır. İstanbul'da tıbbi acil durumlara müdahale etmek ve hastaları uygun sağlık tesislerine nakletmek için, kent genelinde, kamu ve özel kurum ve kuruluşlarca sunulan ambulans hizmetleri mevcuttur.

Sağlık hizmetleri sisteminde yukarıda kısaca aktarılan çerçevede hizmet veren İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları arasında, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri yer alır. Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen ve finanse edilen kamu hastaneleri, tıbbi bakım, özel tedaviler, ameliyatlar ve acil servisler de dahil olmak üzere geniş bir yelpazede tıbbi hizmetler sunmaktadır. İstanbul, kardiyoloji, onkoloji, nöroloji, pediatri ve daha birçok tıbbi uzmanlık alanlarını da içeren yaygın bir kamu hastaneleri ağına sahiptir. İstanbul'da yer alan özel sağlık kuruluşları da bir dizi uzmanlaşmış tıbbi hizmetler sunmaktadır. Özel hastaneler, genellikle, modern tesislere, ileri tıbbi teknolojiye ve kamu tesislerine kıyasla daha kısa bekleme sürelerine sahiptir ve hizmetin bedeli daha yüksektir. İstanbul, bünyesinde Tıp Fakültesi ile Sağlık Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi de bulunan birçok kamu ve vakıf üniversitesine de ev sahipliği yapmaktadır. Üniversite hastaneleri gelişmiş tıbbi bakım, araştırma ve tıp uzmanları için eğitim sunmaktadır. Bu gruptaki sağlık tesislerinin de kendi içerisinde sınıflandırıldığını belirtmek gerekir.

Yine bu basamakta yer alan sağlık kurumlarından olan ve Kamu-Özel Ortaklığı sistemi ile hayata geçirilen Şehir Hastaneleri de tıbbi bakım, özel tedaviler, ameliyatlar ve acil servisler de dahil olmak üzere geniş bir yelpazede tıbbi hizmetler

sunmaktadır. Kentin çeperindeki kamu arazileri üzerine inşa edilmiş olan şehir hastaneleri, yatak sayısı ve ölçeği itibarıyla diğer hastanelerden farklılaşmaktadır. Şehir hastaneleri modelinde, sağlık hizmetleri sunumunun sorumluluğu, Sağlık Bakanlığı'na, temizlik, yemekhane, güvenlik, bilgi işlem, otopark hizmetlerinin sorumluluğu ise hastanenin yapım ve işletmesini üstlenen özel sektöre bırakılmıştır (Öntaş & Çöl, 2024).

Sağlık hizmetleri sisteminin önemli bileşenlerinden ve sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir araç olan sigorta sistemi; ülkemizdeki pratikleri bağlamında genel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası ve özel sigorta olmak üzere üç grupta sınıflandırılır. 2006 yılında çıkarılan 5510 Sayılı Kanun ile GSS kapsamında, gelir durumuna göre ödenen primlerle temel teminat paketinde yer alan sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı getirilmiş, teminat paketi içerisinde yer almayan hizmetlerden yararlanmaya ilişkin düzenlemeler de (tamamlayıcı sağlık sigortası gibi) 2013 yılında çıkartılan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğiyle tarif edilmiştir (Öntaş & Çöl, 2024). GSS, kamu ve anlaşmalı özel sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerine erişimi (belli ölçüde) sağlamaktadır. Temel teminat paketinde yer almayan hizmetlere, uzmanlaşmış bakıma, özel hastane ve klinik hizmetlerine erişim sağlamak için ek teminatlarla tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortası gibi cepten ödeme seçenekleri de devreye sokulmuştur.

Sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bir diğer bileşeni de, sisteme son dönemde eklemlenen ve mikro, mezo, makro ölçeklerdeki aktörler için gittikçe daha da önemli bir ortak odak sunmaya başlayan sağlık turizmidir. Bu niteliğiyle, yönetimsellik perspektifinden bakıldığında, sağlık turizmi ölçekler arası etkileşimleri tespit etmemize imkân sunan bir görünürlük alanı olarak değerlendirilebilir zira sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik hem merkezi yönetimin, hem de yerel yönetimlerin büyük bir çaba içerisinde olduğu görülmektedir. Merkezi yönetimin sağlık turizmine ilişkin yasal düzenlemeleri, özel sektörü teşvik etmek üzere özel sektöre sağlanan kolaylıklar ve destekler ile İstanbul'a ilişkin hem mekânsal planlar, hem de stratejik planlarda (İstanbul ÇDP, Kadim İstanbul Turizm Master Planı vb.) sağlık turizminin çeşitlendirilerek geliştirilmesine ilişkin hedefler, bu ortak çabanın yansımaları olarak karşımıza çıkar. Kendi ülkelerine kıyasla daha düşük maliyetlerle tıbbi tedavi alma fırsatının peşinde olan uluslararası hastaları çekmek üzere düzenlenmesi hedeflenen İstanbul,

sahip olduğu gelişmiş sağlık hizmeti tesisleri, sağlıktaki insan kaynakları, tıbbi tedaviler için rekabetçi fiyatları gibi kriterler üzerinden yarıştırlarak günümüzde sağlık turizminde önemli bir şehir haline gelmiştir. Bu görünürlük alanının teşvik ettiği özneler ise medikal turistlerdir. Şehirde yer alan özel hastaneler, medikal turistlerin ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır.

3.2.2 Parametreler

Günümüz İstanbul’unda işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin enstrümanlarına ışık tutmak üzere, İstanbul’da yer alan sağlık hizmetleri tesislerinin mevcut niteliklerini istatistiksel veriler üzerinden incelemek faydalı olur. Böylelikle, Şehir Planlama Çalışmaları tarafından sosyal altyapı alanlarından birisi kabul edilen sağlık alanının, 1980 sonrasında geçirdiği dönüşüm de belirginleştirilebilir zira böyle bir inceleme, yapılan kentsel, mekânsal düzenlemeler ile sosyal altyapı alanlarının kamusal niteliğinin süreç içerisinde aşındığını tespit etmemize fırsat sunar. Aynı zamanda, kaynak dağılımında önceliklendirmelerin 2000lerden günümüze hangi yönde yapıldığına ilişkin çeşitli parametrelerde izlenen artış oranlarından faydalanılabilir.

3.2.2.1 İmar Mevzuatı Açısından Sağlık Hizmet Tesisleri

Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği’nde, sağlık alanları için yerleşmelerin nüfus büyüklükleri esas alınarak asgari ölçütler ile hizmet etki alanındaki erişim mesafeleri ve bunların planlama ölçütleri belirlenmiştir (Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014, Madde 11(1)). Örneğın bu ölçütlere göre, aile sağlık merkezleri yaklaşık 500 metre mesafede, yaya olarak ulaşılması gereken hizmet etki alanında; “...topografya, yapılaşma, yoğunluk, mevcut doku, doğal ve yapay eşikler dikkate alınarak...” planlanabilir. Ayrıca yönetmelikte nüfus yoğunluğuna bağılı olarak kırsal nitelikli yerleşim yerlerinde belirli koşullara bağılı olarak belirlenen yürüme mesafelerinin artırılabilceğı de hüküm altına alınmıştır (Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014, Madde 12(3)).

Yönetmelikte standartlara ilişkin özel durumlar ve izlenecek uygulama esasları da (uyulması gereken asgari standartların ÇDP ile belirlenebileceğı hükmü ile yerleşik alanda yapılacak planlarda standartların sağlanamaması durumunda alan büyüklüklerinin plan ile belirlenebileceğı hükümleri) tarif edilmiştir (Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014, Madde 11 (2)(3)). Böylece yerleşim yeri

özelinde belirli koşullara bağlı olarak uygun standartların oluşturulmasının önü açılmış ve koşulları belirlenmiştir.

Nüfus büyüklüğüne göre yerleşmelerde yer alan sağlık tesislerine ilişkin alan standartları Tablo 3.23'te yer almaktadır.

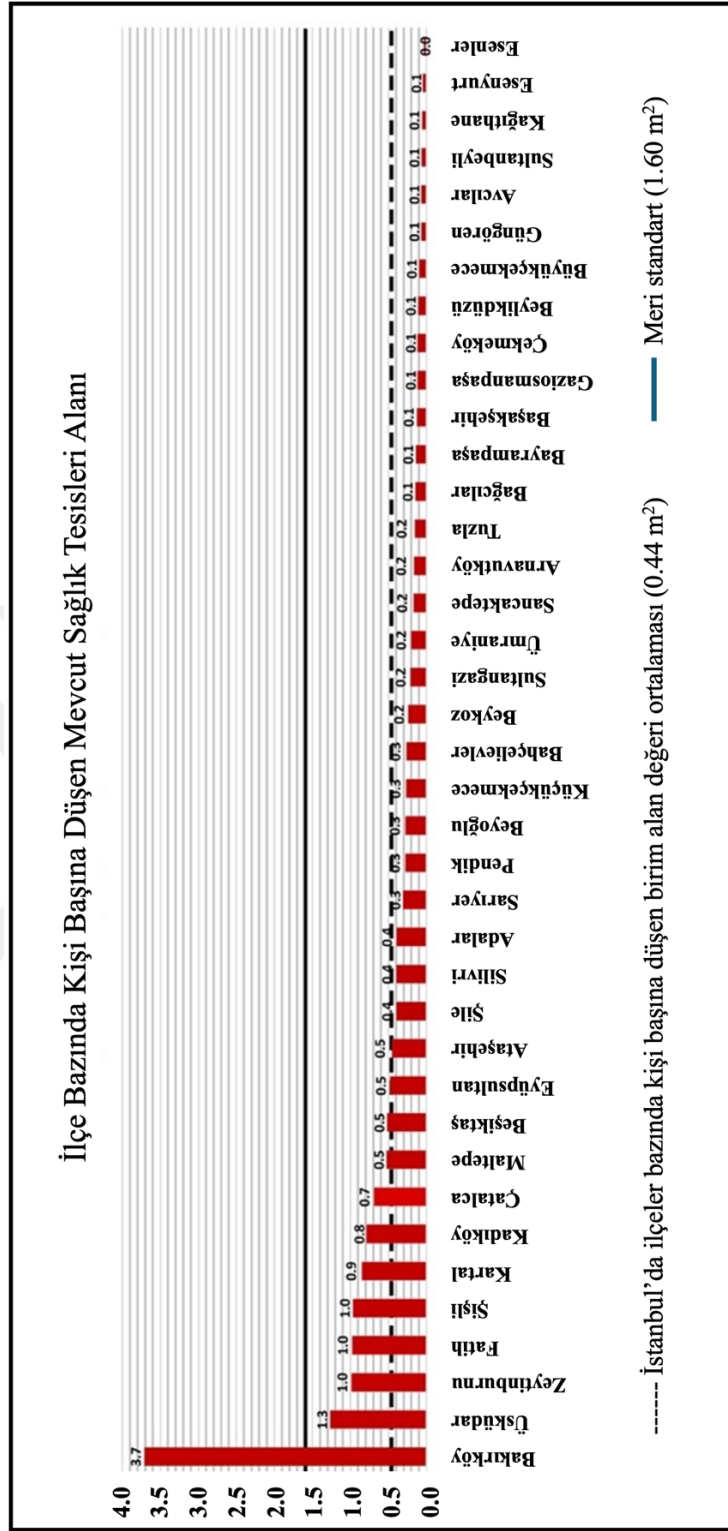
Tablo 3. 23 Sağlık tesisleri alan standartları (Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği, 2014)

		Farklı Nüfus Gruplarında Asgari Sosyal ve Teknik Altyapı Alanlarına İlişkin Standartlar ve Asgari Alan Büyüklükleri Tablosu							
NÜFUS GRUPLARI ALTYAPI ALANLARI		0 - 75.000		75.001- 150.000		150.001 - 500.000		501.000 +	
		m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)
SAĞLIK TESİSLERİ ALANI	Aile Sağlık Merkezi		750-2.000		750-2.000		750-2.000		750-2.000
	Basamak Sağlık Tesisleri		3.000		3.000		3.000		3.000
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²
	Doğum ve Çocuk Bakım Evleri								
	Devlet Hastaneleri	1,50	Yatak başına (130) m ²	1,50	Yatak başına (130) m ²	1,50	Yatak başına (130) m ²	1,60	Yatak başına (130) m ²
	İhtisas/Eğitim ve Araştırma Hastaneleri								
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri								
	Sağlık Kampüsleri		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²

Sağlık tesisleri alan standartlarının belirlenmesinde, sağlık hizmeti sunan tesislerin basamaklandırılmasına ilişkin husus dikkate alınmadan ve sağlık tesisleri alanları arasında herhangi bir ayırım yapılmaksızın verilen nüfus aralıkları için kişi başına düşen toplam sağlık alanı standardı belirlenmiştir. Bu doğrultuda İstanbul'un sahip olduğu geniş nüfusa rağmen, tabloda '501.000 +' için belirlenen nüfus aralığındaki asgari standart, yani kişi başı 1.6m² sağlık tesisi alanı standardını karşılaması beklenmektedir.

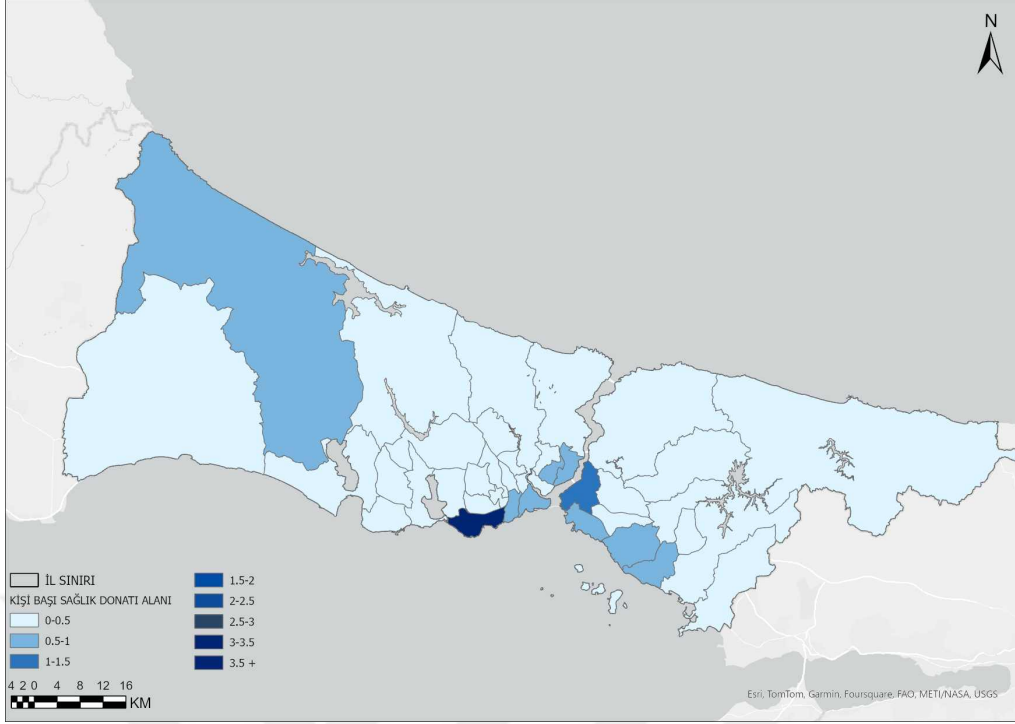
İstanbul'da sağlık alanına ilişkin standartların (kamu ve özel) karşılanma durumunu ilçeler bazında incelediğimizde, sadece Bakırköy ilçesinin 3.71 kişi/m² değeri ile belirlenen yasal asgari standardı karşıladığını, diğer tüm ilçelerde ise belirlenen asgari standardın altında sağlık tesis alanlarına sahip olduğu görülmektedir. Yasal açıdan asgari standardı yakala(yama)ması açısından en kötü durumdaki ilçenin 0.04 kişi/m² değeri ile Esenler ilçesi olduğu görülmektedir. İstanbul'da ilçeler bazında kişi başına düşen birim alan değeri ortalaması 0.44 kişi/m²'dir. 12 ilçenin İstanbul ortalamasının üzerinde olduğu 27 ilçenin ise İstanbul ortalamasının altında olduğu görülmektedir (şekil 3.1).

Belirlenen asgari standardın altında sağlık tesis alanına sahip olmakla birlikte diğer ilçelere nispeten sağlık tesis alan büyüklüğünün yüksek olduğu ilçelerin genel özelliklerine baktığımızda, tarihi yarımada ve çevresindeki eski yerleşim yerleri ile merkezi iş alanı ve yakın çevresindeki ve nispeten erişilebilirliğin yüksek olduğu ilçeler oldukları grlr. Buna karşın, yasal standardı karşıla(yama)ması açısından en kötü durumda olan (0.1 kişi/m²'nin altında yer alan) ilçelerin (Esenler, Esenyurt, Kağıthane, Sultanbeyli, Avcılar, Güngören ve Büyükçekmece) aynı zamanda yerleşilebilirlik açısından yapısal sorunlarının olduğu, söz konusu ilçelerin sosyo-ekonomik standartlar açısından da İstanbul ortalamasının altında kaldığı görülmektedir. Söz konusu 7 ilçeden 4'ünün (Esenler, Esenyurt, Avcılar, Kağıthane) nüfusunun İstanbul'un ilçeler bazında nüfus ortalamasının üzerinde olduğunu da eklemek gerekir (Harita 3.2).



Şekil 3. 1 İlçeler bazında kişi başına düşen sağlık tesisler alanları¹

¹ (İlçeler - İBB Şehir Planlama Müdürlüğü, 2024) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



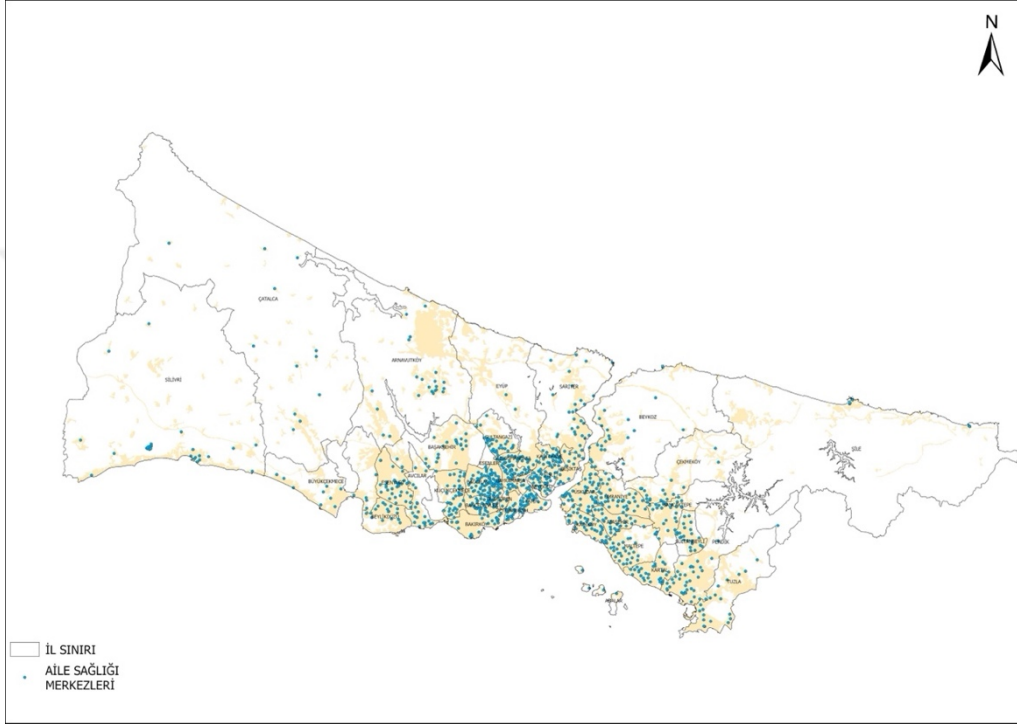
Harita 3.2 İlçe bazında kişi başına düşen mevcut sağlık tesisi alanları¹

3.2.2.2 Sağlık Bakanlığı ve Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında Sağlık Hizmeti Tesisleri

İstanbul'da sağlık hizmetleri altyapısının niceliksel durumu; sağlık hizmetleri sisteminin birinci basamağında yer alan ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin ilk başvuru noktası olan Aile Sağlık Merkezleri ve Aile Hekimliği Sisteminin mevcut durumu üzerinden incelenebilir. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile devreye sokulan ve pilot uygulamalarla hayata geçirilen Aile Hekimliği Sistemi, 2010 yılında tüm Türkiye ile birlikte İstanbul'da da uygulanmaya başlanmış, Aile Hekimliği birimlerinin yer aldığı Aile Sağlığı Merkezlerinin sayısı yıllar içerisinde artmıştır. Aile Hekimliği Sistemini (Bundan sonra AHS) düzenleyen ilgili yönetmelik, Bir ASM'de, birden fazla Aile Hekimliği Birimi'nin bulunabileceğini, *“bir sağlık merkezinde 2-6 aile hekimliği birimi olmasına azami dikkat gösterileceğini”* belirtir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013) yönetmelik, ASM olacak yapıların özelliklerini tarif edip, özellikle kolay erişilebilir olması gerekliliğini vurgular.

¹ (İlçeler - İBB Şehir Planlama Müdürlüğü, 2024) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Türkiye’de, 2021 yılı itibariyle toplamda 26.928 Aile Hekimliği Birimi bulunmakta, bunların da 4.969 tanesi İstanbul’da yer almaktadır. Bu sayı, Türkiye’deki toplam Aile Hekimliği Birimi sayısının %18.4’ünün İstanbul’da olduğunu gösterir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021). İstanbul’da bulunan 4.969 adet Aile Hekimliği Birimi 1.146 adet Aile Sağlığı Merkezi’nde hizmet sunar (Harita 3.3).



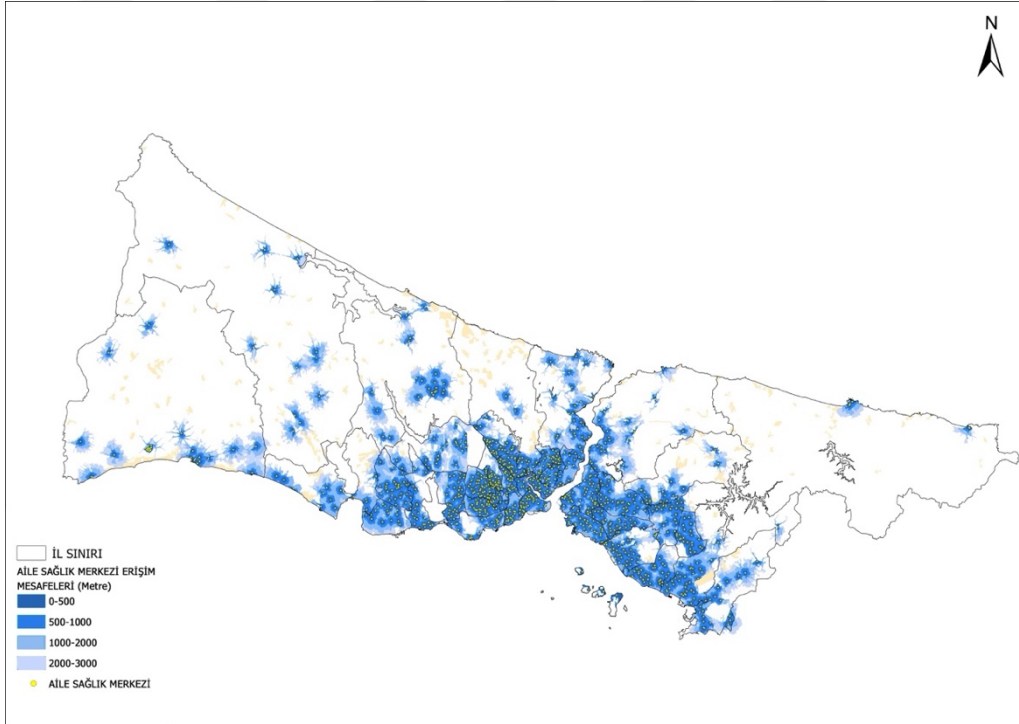
Harita 3. 3 Aile sağlık merkezi konumları¹

İstanbul, Aile Hekimliği Birimi başına düşen 3.188 nüfus ortalamasıyla 3.145 olan Türkiye ortalamasının üzerinde yer alır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*, 2021). Bu değer, Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği ortalama Aile Hekimliği birimi başına 2000 nüfus hedefinin üzerindedir: İstanbul’da Aile Hekimliği Birimleri nüfusa oranlandığı asgari parametrelere göre bile yetersizdir.

İstanbul’da yer alan Aile Sağlığı Merkezlerinin yerleşik alan üzerindeki dağılımları incelendiğinde, söz konusu merkezlerin, yerleşik alanlarda yaygın olarak hizmet verdiği ancak MPYY’nin tarif ettiği erişim mesafelerine ilişkin kriterleri dahi karşılayamayan bölgelerin olduğu görülür. ASM’lere ilişkin faydalanılan *network*

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2021) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

analizinde, yönetmeliğin belirlediği 500 m. erişim mesafesi alt sınır kabul edilmiş, küçük yerleşme birimindeki sağlık birimine erişim mesafesinin 3 kilometreyi aşmaması ilkesi esas alınarak¹, üst sınır 3000 metre olarak belirlenmiştir. Bu çerçevede, İstanbul'da yer alan ASM'lerin belirlenen alt ve üst limit arasındaki erişilebilirlikleri incelenmiştir. Buna göre; İstanbul'da yer alan ASM'lerin yönetmeliğin belirlediği erişilebilirlik değerini ancak sınırlı alanlarda sağladığı hatta bazı yerleşik alanlarda sağlık merkezine erişimde üst limit olarak belirlenen ve aşmaması gerekliliği ortaya konulan 3 km erişim mesafesinin bile sağlanamadığı görülmektedir (Harita 3.4). Bu çerçevede, mevcut sağlık hizmetleri yönetim rejimini oluşturan bileşenlere ilişkin sorunsallaştırmalarda uygulayıcıların kendilerine koydukları asgari kriterler ve bilgi biçimlerinin gereklerini de karşılamak açısından da yetersiz kaldığı görülmektedir.



Harita 3. 4 ASM Network analizi

İstanbul'da yer alan ASM'ler, hem Aile Hekimi başına düşen nüfus bakımından yetersiz, hem de mekânsal erişilebilirlik açısından sorunludur. Bununla birlikte, yapılan uzman görüşmelerinde, ASM'lerin yer aldığı yapıların da sorunlu olduğunu

¹ Ersoy'un, 'Kentsel Planlamada Standartlar' kitabında belirlediği en küçük yerleşme biriminde sağlık kurumunun konutlara uzaklığı 3 km.yi geçmemesi ile ilgili belirlediği kriter referans alınmıştır (Ersoy, 2015).

belirginleştirmiştir. ASM'lerin büyük çoğunluğunun müstakil bir yapıda yer almadığına, bir apartman, iş merkezi ya da pasajın bağımsız bir biriminde hizmet verdiğine işaret eden uzmanlar, bu haliyle yönetmeliğin tariflediği yapı özelliklerini de karşılayamadığına, üstelik çoğunun deprem riski de taşıdığına dikkat çekmiştir. Görüşmelerde, ASM'lerin bir işletme gibi ele alınmasından kaynaklanan kira sorunları dile getirilmiş; bu merkezlerin kiralarının, ASM'lere verilen cari bütçeden karşılanması gerektiği ancak enflasyonist ortamda hızla artan kira bedellerinin ödenmesinde güçlükler yaşandığı sıklıkla vurgulanmıştır.

Görüşmeci-2, Aile Hekimliği sisteminin mevcut haliyle işlemediğini ve sistemin iyileştirilmesi gerektiğini, özellikle mevcut sistemin nüfus temelli olmasının, alan temelli olmamasının, sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli sorunlara neden olduğunu belirtilmiştir. Görüşmeci, nüfus temelli odağın, özel ihtiyaca sahip bireylerin tespitini ve bu hastalara müdahaleyi zorlaştırmak yanında nüfusun tamamına bütünlüklü bir sağlık hizmet sunma fırsatını da ortadan kaldırdığına dikkat çekmiştir.

Görüşmeci-1 de, mevcut sağlık hizmetleri yönetim rejiminin geçildiği iddia edilen sistemle aynı olmadığına, sevk zincirinin işletilmemesi dolayısıyla, sistemin bu haliyle irrasyonel olduğuna işaret etmiştir:

“Aile hekimliği sistemine geçildiği zaman bunun yurt dışındaki örnekleri gibi basamaklandırmanın bir aşaması olacağı düşünülüyordu. Ama sonra popülist politikaları terk edemedikleri için, tamamen vatandaş memnuniyeti- oy kaygısıyla sevk zorunluluğunu kaldırarak sistemi işletmediler” (Görüşmeci-1).

Görüşmeci-5 de, SDP'nin en önemli argümanı olan “etkili kademeli sevk zinciri”nin işletilmemesini ve ortaya çıkan durumu şöyle özetlemiştir:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın...en önemli argümanı, etkili ve kademeli bir sevk zinciriydi, yani birinci basamaktan geçmeden hastanelere gidemeyecektiniz. Ama 2007 yılında genel seçimlerden 15 gün önce sevk zorunluluğu kaldırıldı ve sağlıkta dönüşüm programı kendi argümanı ile çelişti ve herkes istediği her kuruma gitmeye başladı. Türkiye'deki özellikle bu son 20 yıldaki en olumsuz gelişmelerden biri buydu. Siz basit ve kolay bir şekilde aile sağlığı merkezlerinde tedavi edebileceğiniz, çözebileceğiniz sağlık sorunlarını, üniversite hastanesinde çözüyorsunuz. Birinci basamağın en temel özelliği sık görülen hastalıkları kolaylıkla tedavi etmesi, sağlık sorunlarını önlemesi ve böylece hastanelerin yükünü azaltmasıdır. Siz sevk sistemini kaldırınca, ne olur, işte şu andaki manzarada olduğu gibi herkes hastanelere akar. Basit ve kolay bir şekilde birinci basamakta çözebileceğiniz sorunları daha maliyetli, daha çok zaman alan ve hastaneleri

daha fazla meşgul eden bir şekilde hastanelerde çözmek durumunda kalırsınız”
(Görüşmeci-5).

Görüşmeci-2 ise, Aile Hekimliği Sisteminin mevcut haliyle ‘reçete hekimliği’ olarak işlemekte olduğunu ve acil olarak bundan kurtarılması gerektiğini vurgulamıştır.

Görüşmeci-3 ile yapılan görüşmede, hastanelere getirilen performans sistemi ile aile hekimliğine getirilen etkili kademeli sevk sisteminin aynı anda çalışmadığını ve çalışmasının da mümkün olmadığını, Aile Hekimliği sistemindeki nüfus yoğunluğunun da sevk sisteminin pratikte çalışmasını mümkün kılmayacağını belirtmiştir.

“Başta kurgulanan sevk zinciri işlemiyor. Yani hasta önce birinci basamak sağlık tesisine başvuracak, Aile Hekimi gerek görürse, ikinci basamak sağlık sistemine yönlendirecekti. Ama hastanelere getirilen performans sisteminden dolayı bunu uygulamadılar çünkü hastaneleri maddi olarak döndüren oraya başvuran hastalar. Hasta başvuru sayısı düştüğü zaman, orası işleyemez hale geliyor. Yani hastanenin masrafları, çalışan personelin maaşları çok düşüyor. Bunu denediler birkaç ilde, pilot il olarak, sonra kaldırdılar. Çünkü bunu yapabilmek için öncelikle ikinci basamağın düzenlenmesi lazım. Bu performans sistemi kaldırılıp, buranın bir şekilde tamamen merkezi bütçeden finanse edilen bir işleyişe kavuşturulması lazım. Hastanede çalışan hekimlerin aldıkları ücretler maaş ve döner sermayeden oluşmakta, döner sermayeden gelen ücretler bazen maaştan fazla olabiliyor, hasta başvuruları olmayınca bu döner sermaye kesiliyor ve sistem çıkmaza giriyor. İşlemiyor oluşunun ikinci bir nedeni olarak nüfusa dikkat çekmeliyiz. Örneğin, 4000’in üzerinde nüfuslarla başladık bu aile hekimliği sistemine geçerken, şu anda 3.300’e çekilmiş durumda. 2020 yılı hedefi 2000 kişiydi. Bu nüfusla, bu hastalar, hastaneye giden hastalar, bize sevk için gelirlerse şayet mümkün değil bunu yapmamız. Bu nüfusun öncelikle hedeflenen 2000 kişi seviyelerine çekilmesi lazım, sevki yapacak birinci basamaktaki çalışanların başına düşen hasta nüfusun azaltılması lazım ki sistem işleyebilsin, aksi halde biz burada hastaların muayenesi reçetesi, vesaire uğraşırken bir de sevk almak üzere gelen hastalarla uğraşmak mümkün olacak bir şey değil” (Görüşmeci-3).

Aile Hekimliği sistemine yöneltilen temel eleştiriler arasında, hekimin değişen rolü de yer almıştır. ASM’nin gelir-gider ödemelerini düzenleyen, çalışan ama aynı zamanda işveren konumunda bulunan, *işletmeci doktor* özne ve getirilen sistemin mikro ölçekte bir özelleştirme pratiğini barındırmasına işaret eden Görüşmeci-3 şu ifadelerle yer vermiştir:

“Aile Hekimliği sisteminde, Sağlık Bakanlığı’nın biz hekimlere her ay ödediği cari gider ödeneği bulunmakta, bu ödenekle hem ASM’lerde temizlik, danışma gibi personelleri

çalıştırıp maaşlarını ödememiz gerekiyor, hem de kullanacağımız sarf malzemeleri gibi eşyaları tedarik edip ücretlerini ödememiz gerekiyor. Hekimlik görevlerimizin yanında bir de bu işlerle uğraşıyoruz. Bununla birlikte bize verilen ödeneklerle artan kiralari ve bu merkezlerin giderlerini karşılamak nerdeyse imkansız hale gelmiş durumda dolayısıyla hekimlik yanında bunların stres ve sorunlarıyla uğraşıyoruz” (Görüşmeci-3).

Birinci Basamak sağlık hizmetleri sisteminde yer alan ve sağlık göstergeleri açısından önemli bir diğer değişken olan Acil Sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeleri (Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı, Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus ve Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı) incelediğimizde, İstanbul’un Türkiye ortalamasına göre daha kötü bir durumda olduğu görülmektedir (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023) (Tablo 3.24).

Tablo 3. 24 Acil sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeler¹

	Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus	Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı	Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus	Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı
İstanbul	42.308	2.194	28.356	1.471
Türkiye	25.921	2.071	14.870	1.188

İkinci ve Üçüncü Basamak sağlık hizmetleri sisteminin mevcut durumunu ortaya koyması açısından önemli göstergelerin başında ise, hastane ve hastane yatak sayıları gelmektedir. Sağlık Bakanlığının yayınladığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bültenine göre, 2022 yılında İstanbul’da ve Türkiye’de yer alan hastanelerin ve hastane yataklarının sektörel dağılımı Tablo 3.25 ve Tablo 3.26’da görülmektedir (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023).

¹ (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3. 25 Sektörlere göre hastane sayısı, 2022¹

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	164	234
Türkiye	915	68	572	1.555

Tablo 3. 26 Sektörlere göre hastane yatağı sayısı, 2022²

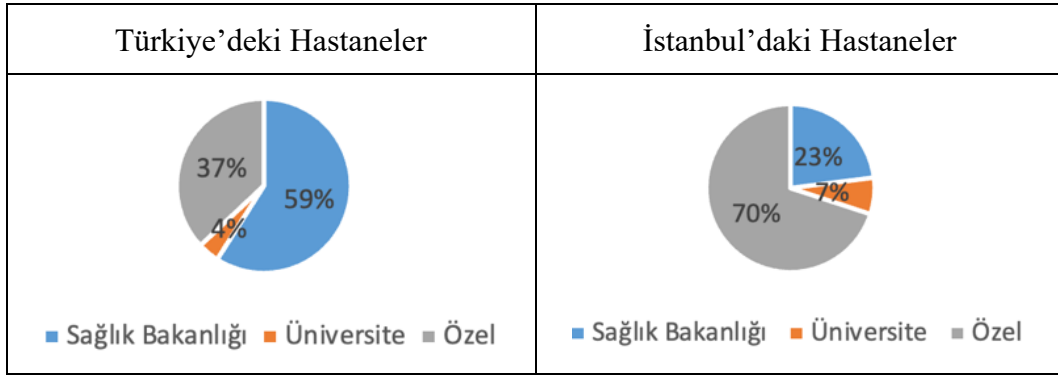
	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	26.057	5.434	16.477	47.968
Türkiye	163.207	43.914	55.069	262.190

2022 yılı itibariyle Türkiye’de var olan toplam hastane sayısının %15’i İstanbul’da yer almaktadır. İstanbul’da yer alan hastanelerin içerisinde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin oranıysa aşağıda belirtileceği üzere %23 gibi düşük bir orandadır. Türkiye’deki hastanelerin sektörel dağılımını incelediğimizde toplam hastane sayısının yaklaşık %59’u sağlık bakanlığı, %4’ü üniversite hastaneleri ve %37’si de özel sektör hastanelerinden oluşmaktadır. Bu dağılım İstanbul’da ise şöyledir: %23’ü sağlık bakanlığı, %7’si üniversite hastaneleri ve %70’i de özel sektör hastanelerinden oluşmaktadır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023). Özetle, İstanbul’da hastane sayısı bakımından özel sektörün baskın olduğu görülmektedir. Özel sektörün söz konusu hakimiyeti, özel tıp merkezi ve özel polikliniklerinin sayısında da benzerlik göstermektedir: Türkiye’de bulunan; toplam 622 Özel Tıp Merkezi’nin 233 tanesi yaklaşık %37’si, toplam 256 Özel Polikliniğin 113 tanesi yaklaşık %44’ü İstanbul’da yer almaktadır (Tablo 3.27) (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2021).

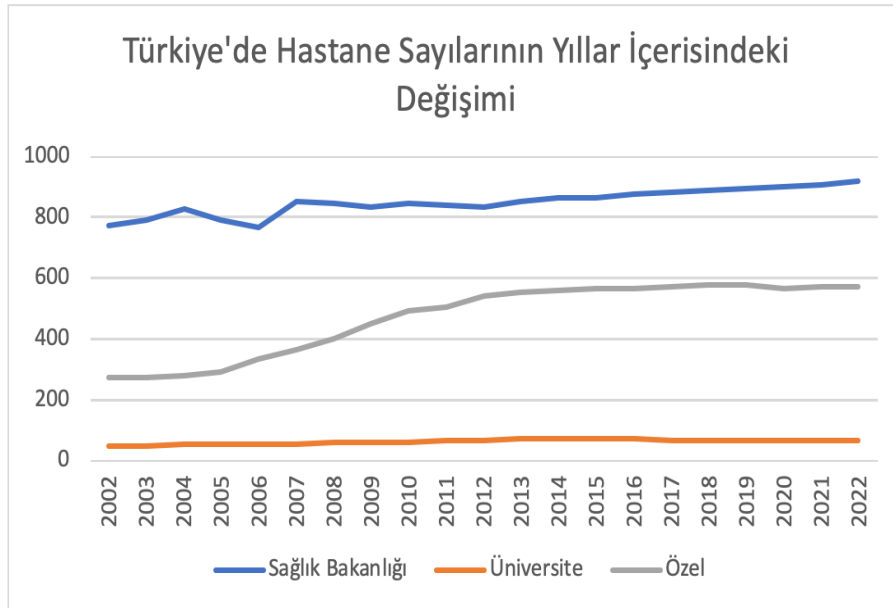
¹ (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

² (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3. 27 Hastanelerin sektörlere göre dağılımı (%), 2021¹



Türkiye’de kamu ve özel sektörün hastane ve hastane yatak sayısının son 20 yıl içerisindeki değişimi incelendiğinde; 2002 yılında, 774 adet Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane bulunuyorken bu sayı 2022 yılında 915 adete yükselmiştir, yaklaşık %18 oranında artmıştır. Aynı dönemler için üniversite hastaneleri 50’den 68’e (%36), özel hastanelerin sayısı ise, 271’den 572 adete hastaneye (%111) yükselmiştir (Şekil 3.2) (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023; TÜİK, 2023a).



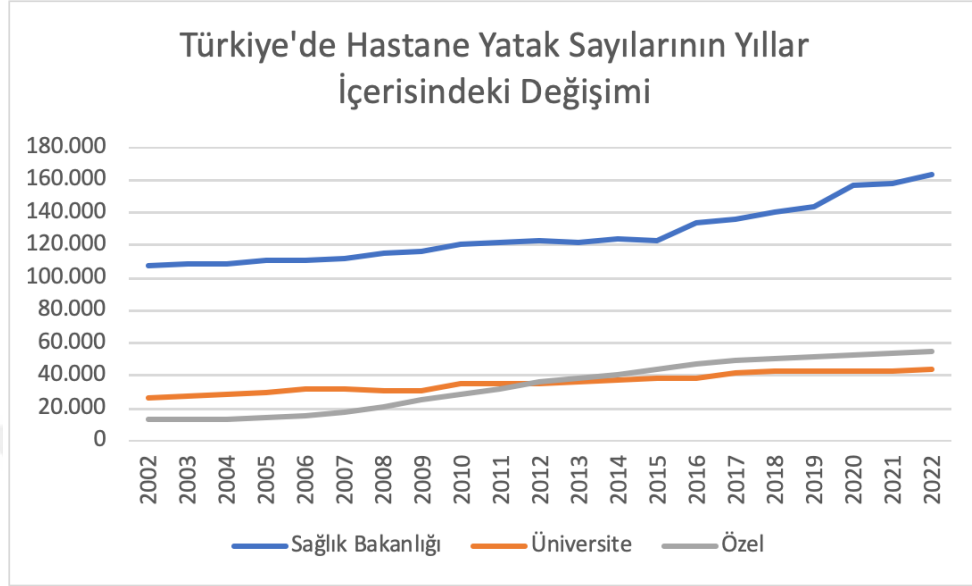
Şekil 3. 2 Türkiye’de hastane sayıları 2002-2022²

Türkiye genelinde 2002-2022 yılları arasında hastane sayılarındaki artışın, hastane yatak sayılarına yansımaları Şekil 3.3’te gösterilmiştir. Yatak sayıları, Sağlık

¹ (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2021) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

² (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023; TÜİK, 2023a) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

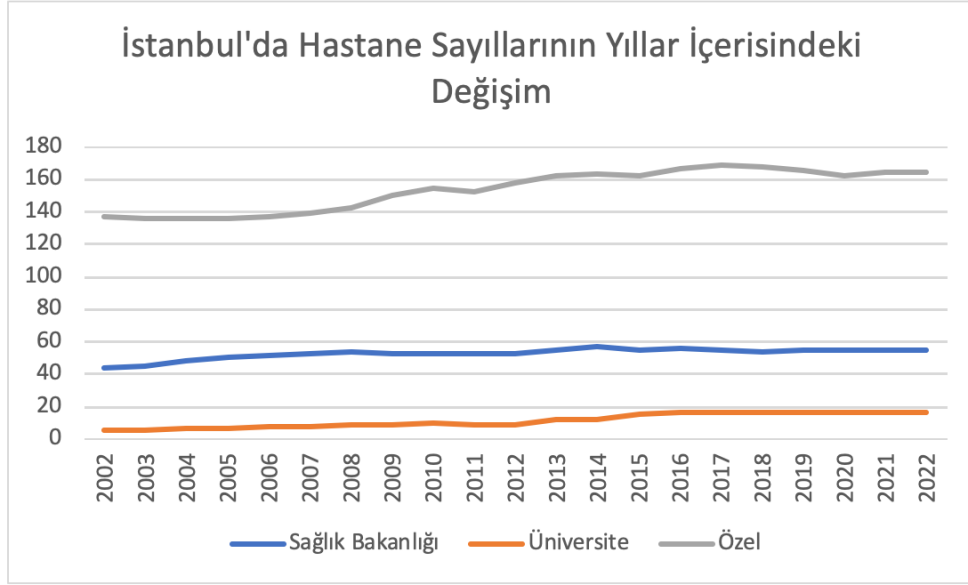
Bakanlığına bağlı hastanelerde yaklaşık % 52 oranında; üniversite hastanelerinde % 67; özel sektör hastanelerinde ise % 345 oranında artmıştır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023; TÜİK, 2023c).



Şekil 3. 3 Türkiye’de hastane yatak sayıları 2002-2022¹

Merçeğimizi, İstanbul’da yer alan hastane sayılarının son 20 yıl içerisindeki değişimine çevirdiğimizde ise; 2002 yılında; 44 adet Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane bulunuyorken, bu sayının, 2022 yılında 54 adete yükselmiş bulunduğu, bunun ise yaklaşık %23 oranında bir artışa karşılık geldiği görülmüştür. Aynı dönemde, İstanbul’daki üniversite hastanelerinin sayısı; 5 iken 16’ya çıkmış; özel sektör hastane sayısının ise 137 adetten 164 adete yükseldiği tespit edilmiştir. Bu artış, üniversite hastanelerinde %220’ye karşılık geliyorken, özel sektörde bu oran %20’ye karşılık gelmektedir (Şekil 3.4) (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023; TÜİK, 2023b).

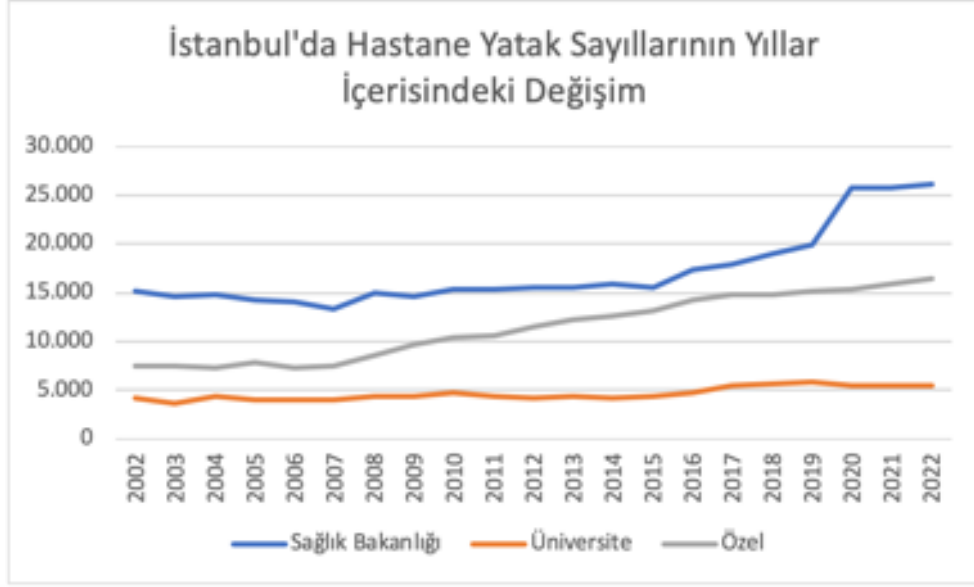
¹ (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023; TÜİK, 2023c) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Şekil 3. 4 İstanbul’da hastane sayıları 2002-2022¹

İstanbul’da 2002-2022 yılları arasında hastane sayılarındaki artışın, hastane yatak sayılarına yansımaları Şekil 3.5’de verilmiştir. 2002 yılında; 15.052 adet Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane yatağı bulunuyorken bu sayı 2022 yılında 26.052 adete yükselmiştir, yaklaşık %73 oranında bir artışa karşılık gelmektedir. Aynı dönemde, üniversite hastane yatağı sayısı 4.084’ten 5.434 yatak sayısına yükselmiş, bu da yaklaşık %33 oranında bir artışa karşılık gelmiştir. Özel sektör hastane yatağı sayısı da 7.473’ten 16.477’ye yükselmiş, bu da yaklaşık %120 oranında bir artışa karşılık gelmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni, 2023; TÜİK, 2023d).

¹ (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni, 2023; TÜİK, 2023b) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Şekil 3. 5 İstanbul’da hastane yatak sayılarının 2002-2022¹

Hem kamu, hem de özel sektörde, hastane sayısı ile hastane yatak sayısı artış oranı arasında fark olması, yeni hastanelerin tasarımı ve büyük ölçek tercihindeki ortaklaşmaya ilişkin fikir vermesi açısından da önemlidir. Bakanlığın, şehir içerisinde erişilebilir, görece küçük ölçekli hastaneler yerine; yatak sayıları, mimari boyutları, ölçekleri itibariyle çok daha büyük olan Şehir Hastanelerini önceliklendirmesi ile özel sektör hastanelerinin kullanım alanları çok daha büyük olan otel/AVM benzeri tasarıma sahip büyük ölçekli yapılarda iştirilmesinin tercih ve yönelimleriyle benzerlik gösterir.

Görüşmeci-11, hastanelerin ölçeğindeki büyümenin ortaya çıkmasında, Sağlık Bakanlığının “özel sağlık sektöründe 75 yatak altında hastane yatağıyla hizmet veren hastanelerin hizmet vermesini engelleyen yasal düzenlemelerin etkili olduğunu belirtmiştir. Bakanlığın bu yaklaşımının arka planında temelde iki gerekçe/sorunsallaştırma olduğunu belirtmiştir:

“Bu durum; 75 yatak altı hastanelerin özellikli işlemler için (ekipman, kadro, fiziksel koşullar, vb.) uygun olmaması (özellikle sağlık turizmi kapsamında; onkoloji tedavisi, organ nakli, tüp bebek tedavisi vb. için gelen hastalara yönelik hizmetler açısından) ve (büyükler kalsın, küçükler kapansın yaklaşımı doğrultusunda) bakanlığın çok fazla tüzel

¹ (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni, 2023; TÜİK, 2023d) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

kişilikle uğraşmak istememesi, daha az muhatap istemesinden kaynaklanmaktadır”
(Görüşmeci-11).

Özel sektör hastane ve yatak sayılarındaki artışın kamuya göre çok daha yüksek olması da, 2000’li yılların başlarından beri hem Türkiye’de, hem de İstanbul’da özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda artan oranda etkin hale geldiğini göstermesi açısından önemlidir.

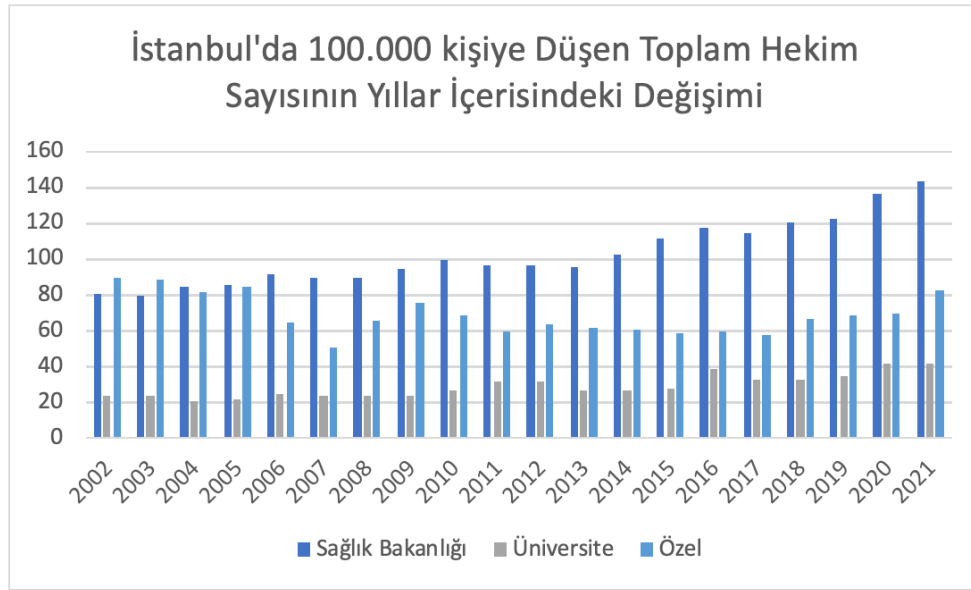
2022 yılı itibariyle Türkiye’de var olan toplam hastane sayısının yaklaşık %15’i, hastane yatağı sayısının da %18’i İstanbul’da yer almaktaydı. Sağlık Bakanlığı’na bağlı toplam hastane sayısının %6’sı, hastane yatağı sayısının da %16’sı; Üniversite hastanelerinin %23’ü, üniversite hastane yatakları sayısının %12’si; Özel sektöre bağlı hastanelerin %29’u, özel sektör hastane yatak sayılarının da %30’u İstanbul’da yer almaktadır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023). İstanbul’un günümüzdeki nüfusu dikkate alındığında mevcut hastane ve hastane yatak sayılarının yetersiz olduğu netleşmektedir. Sağlık göstergeleri açısından bu tablo, İstanbul’un ortalamalarının, Türkiye, OECD ve AB ortalamaları ile karşılaştırıldığında görülebilir. İstanbul, 2021 yılında; 29.6 olan 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı ile 30.1 olan Türkiye, 43.3 olan OECD ve 48.4 olan AB ortalamasının altında yer almaktadır (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, 2021).

Sağlık hizmetleri göstergeleri açısından önemli bir diğer değişken de sağlık çalışanları sayısıdır. İstanbul, tüm sektörler bazında 100.000 kişiye düşen; Uzman Hekim, Toplam Hekim, Toplam Diş Hekimi ve Eczacı gibi sağlık çalışanları açısından Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmaktadır (Tablo 3.28) (*Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, 2023).

Tablo 3. 28 Unvanlara göre 100.000 kişiye düşen sağlık personeli sayısı, 2022¹

	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Toplam Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe
İstanbul	151	57	284	69	49	321
Türkiye	112	63	228	50	46	356

İstanbul'da 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının sağlık hizmet sunucularına göre dağılımı incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan toplam hekim sayısının en yüksek olduğu, bunu özel sektör hastaneleri ve üniversite hastanelerinin izlediği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 2002 yılında 81 iken 2021 yılında 143'e yükselmiş; üniversite hastanelerinde 2002 yılında 23 iken 2021 yılında 41'e yükselmiş; özel sektör hastanelerinde ise 2002 yılında 89 iken 2021 yılında 82'ye düşmüştür (TÜİK, 2023e, 2024c) (Şekil 3.6).

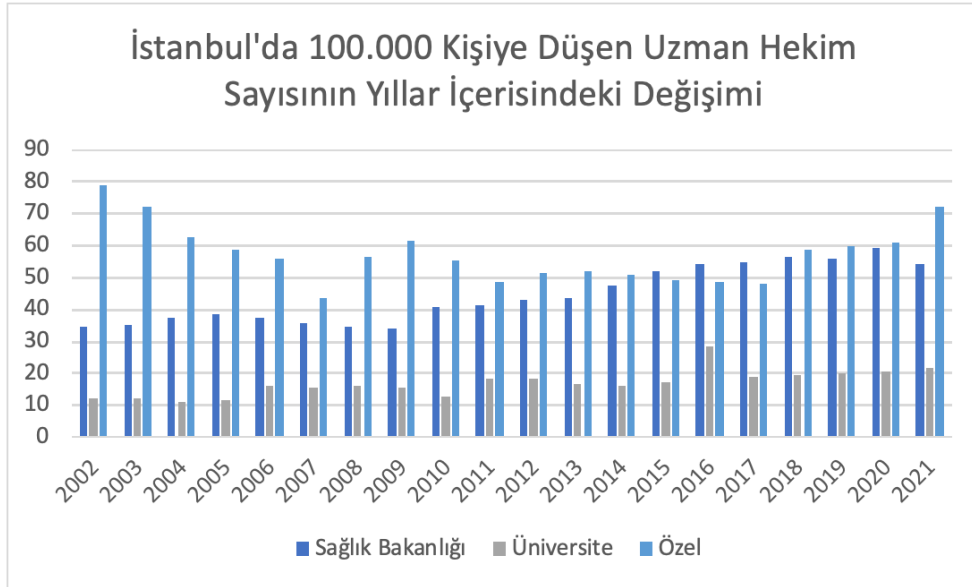


Şekil 3. 6 İstanbul'da 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2002-2021²

¹ (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

² (TÜİK, 2023e, 2024c) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

İstanbul'da 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısında ise, özel sektör hastaneleri baskın durumdadır. Bunu sırasıyla, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri takip etmektedir. İstanbul'da 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının yıllar içerisindeki değişimi incelendiğinde; Özel sektör hastanelerinde çalışan uzman hekim sayısında yıllar içerisinde düşüş yaşanmakla birlikte diğer sektörlere göre halihazırda baskın olduğu, bunu sırasıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversite hastanelerinin izlediğini görmek mümkündür. Özel sektör hastanelerinde 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısı 2002 yılında 79 iken 2021 yılında 72'ye düşmüş, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2002 yılında 35 iken 2021 yılında 54'e yükselmiş, üniversite hastanelerinde ise 2002 yılında 12 iken 2021 yılında 22'ye yükselmiştir (TÜİK, 2023e, 2024c) (Şekil 3.7).



Şekil 3. 7 İstanbul'da 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2002-2021¹

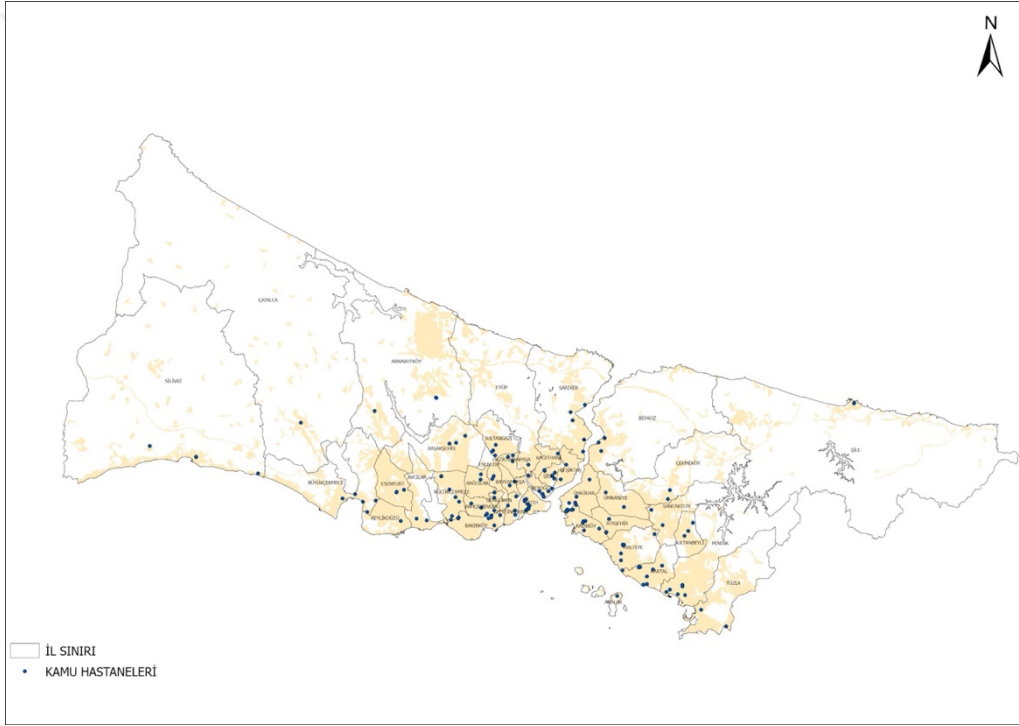
3.2.3 Mekânlar

Çalışma, sağlık etrafında öbeklenen ve yukarıda bileşenleri ve parametrelerinden bahsedilen rejimin mekânsallığını da dikkate almayı amaçlar. Bu amaçla, yukarıda belirtilen sağlık hizmetleri sistemi bileşenlerinin ve istatistiki bilgi ışığında beliren parametrelerinin İstanbul kent mekanına yansımalarını ilçeler bazında ele almaya

¹ (TÜİK, 2023e, 2024c) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

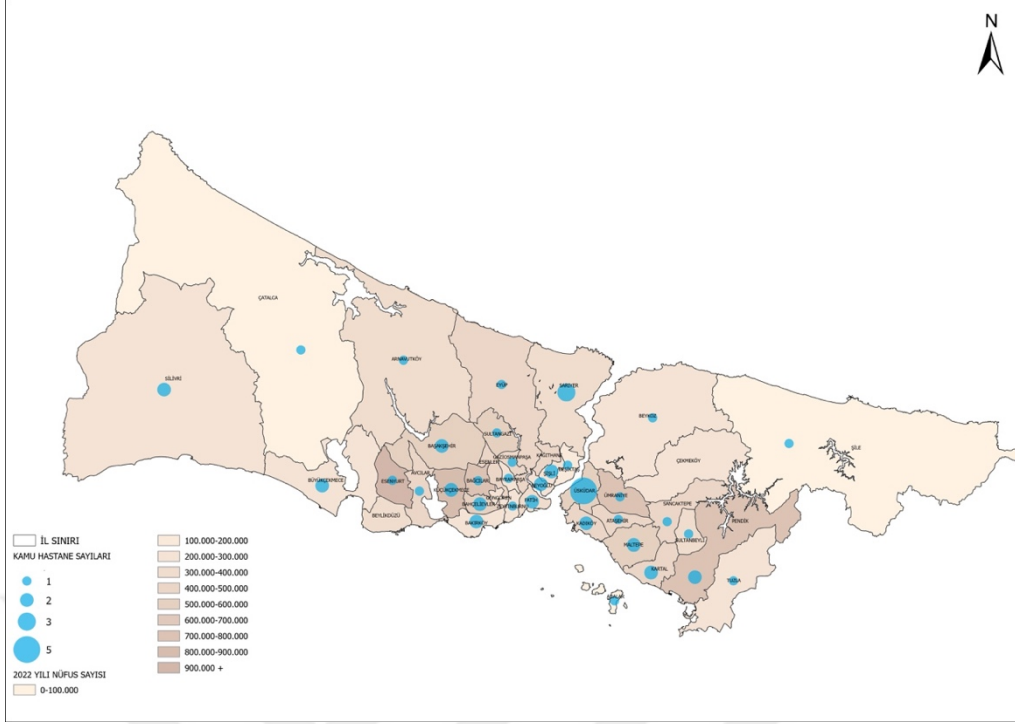
çalışır. Bir başka deyişle, İstanbul’da mevcut sağlık hizmetlerini, kamu ve özel sektör sağlık hizmet sunucularının mekânsal dağılımını belirginleştirerek serimler.

İstanbul’da sağlık hizmeti veren kamu hastanelerinin mekânsal dağılımı ilçe ölçeğinde incelendiğinde; Üsküdar’da kısmi bir yoğunlaşmanın olduğu, bununla birlikte kamu hastanelerinin tüm ilçelere yayıldığı görülür (Harita 3.5). Kamu hastanelerinin ilçeler bazında nüfus-hastane sayısı dağılımına baktığımızda, hastane sayılarının, nüfus büyüklüğüyle doğru orantılı artmadığını görürüz. Özellikle nüfus büyüklüğünün fazla olduğu Esenyurt, Ümraniye, Pendik gibi ilçelerde hastane sayısının bu ilçelerde yaşayan nüfusa göre düşük kaldığı görülmektedir (Harita 3.6).



Harita 3. 5 İstanbul’da kamu hastanelerinin konumları¹

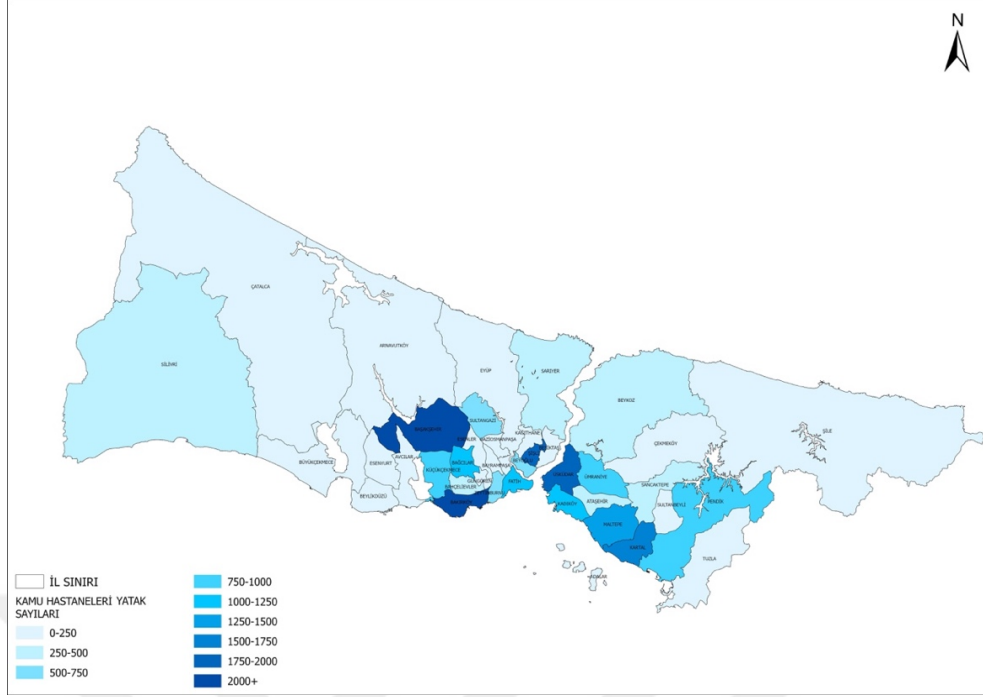
¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



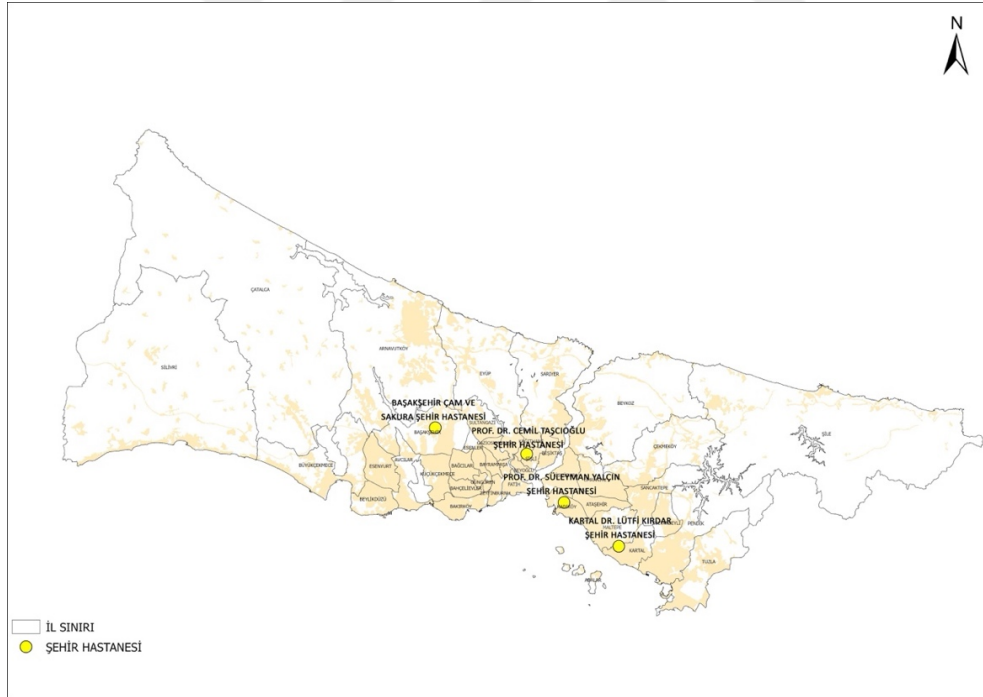
Harita 3. 6 İstanbul'da kamu hastanelerin ilçelere dağılımı¹

Kamu hastanelerinin ilçeler bazında yatak sayısı dağılımı incelendiğinde ise; Başakşehir, Bakırköy, Şişli, Üsküdar ve Kartal ilçelerindeki toplam yatak sayısının diğer ilçelere oranla yüksek olduğu görülmektedir. Yatak sayılarının yüksek olması Üsküdar ve Bakırköy ilçelerinde var olan hastane sayısıyla, Başakşehir, Şişli ve Kartal ilçelerindeyse bu ilçelerde yer alan Şehir Hastaneleriyle dolayısıyla bu hastanelerin sahip olduğu hastane yatağı sayısıyla bağlantılı görünmektedir (Harita 3.7). 2005 yılında yapılan yasal düzenlemeyle ülke gündemine getirilen ve Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile hayata geçirilen, Türkiye'de faaliyette olan toplamda 20 adet Şehir Hastanesinin 4 tanesi İstanbul'da; Şişli, Kadıköy, Başakşehir ve Kartal İlçelerinde yer almaktadır (Harita 3.8).

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Harita 3. 7 İstanbul'da kamu hastaneleri yatak sayılarının ilçelere dağılımı¹

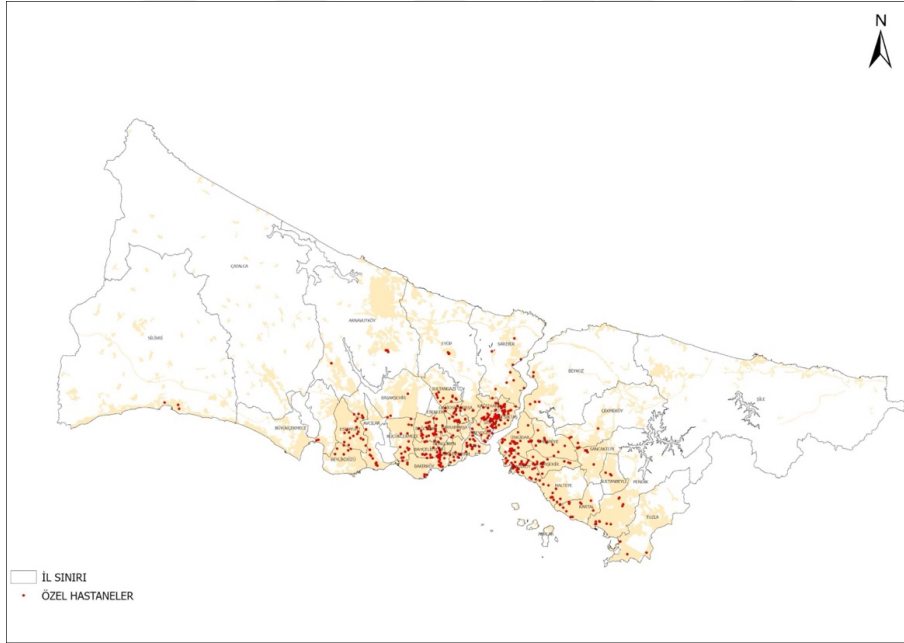


Harita 3. 8 İstanbul'daki şehir hastaneleri²

¹ (İstanbul Planlama Ajansı, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

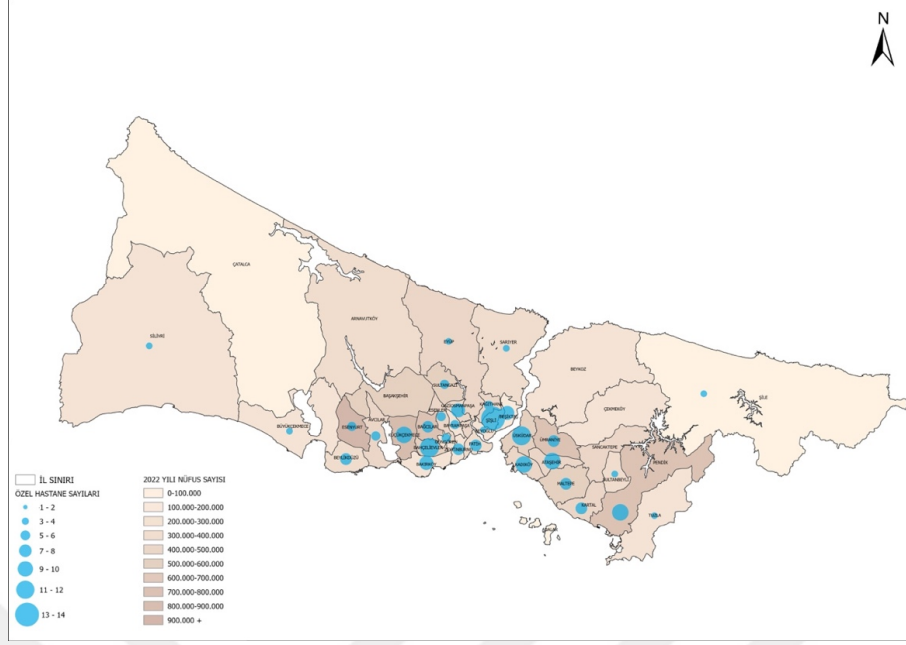
² (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

İstanbul’da yer alan özel hastanelerin ilçeler bazında mekânsal dağılımı incelendiğinde, ulaşım türleri ve ulaşım bağlantıları yönünden avantajlı olan Şişli, Üsküdar, Bahçelievler ve Kadıköy ilçelerinde yoğunlaştıkları görülür. Özel hastane sayısının şehrin tarihi merkezlerinden çepere doğru azalan bir dağılım sergilediğini de tespit etmek mümkündür (Harita 3.9). Özel hastanelerin ilçeler bazında nüfus-hastane sayısı dağılımına bakıldığında; hastane sayılarının nüfus büyüklüğüyle doğru orantılı olacak şekilde artmadığı görülebilir. Özel hastane sayılarının, Şişli, Bahçelievler ve Üsküdar gibi ilçelerde yüksek olduğu buna karşın nüfus büyüklüğünün fazla olduğu Esenyurt, Ümraniye gibi ilçelerde özel hastane sayısının görece daha düşük olduğu görülmektedir (Harita 3.10). Özel hastanelerin ilçeler bazında yatak sayısı dağılımını incelediğimizde; Şişli ilçesinde hastane sayısı ile orantılı olarak yatak sayısının da yüksek ve il genelinde baskın olduğu görülmektedir. Gaziosmanpaşa ve Kartal gibi ilçelerde ise, hastane yatak sayısının, hastane sayısına oranla görece yüksek olması, bu ilçelerde yer alan hastanelerin geniş alanları ile ilişkilendirilebilir (Şekil 3.18).

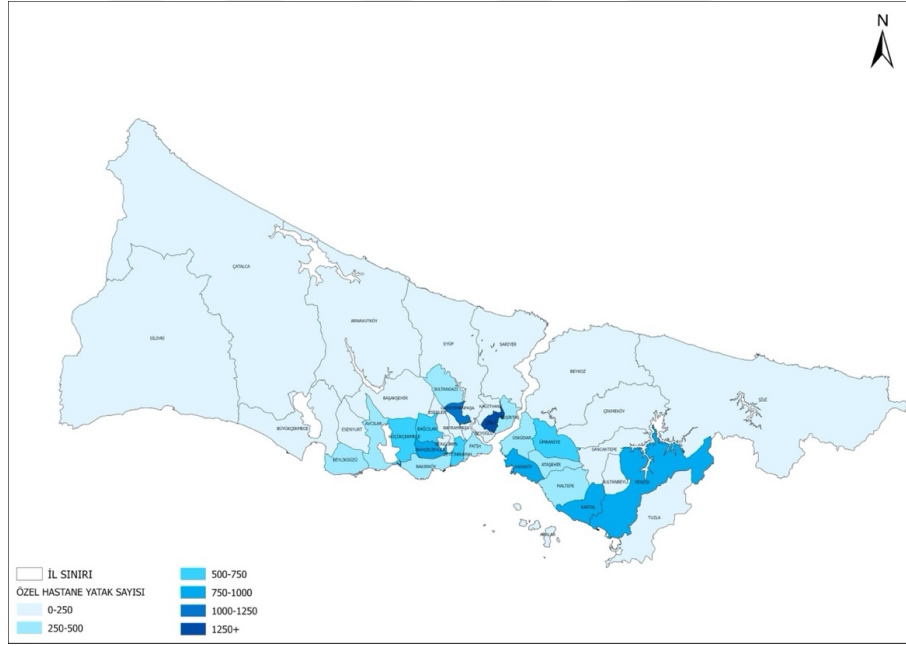


Harita 3. 9 İstanbul'daki özel hastaneler¹

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Harita 3. 10 İstanbul'da özel hastane sayılarının ilçelere göre dağılımı¹



Harita 3. 11 İstanbul'da ilçelere göre özel hastane yatak sayısının dağılımı²

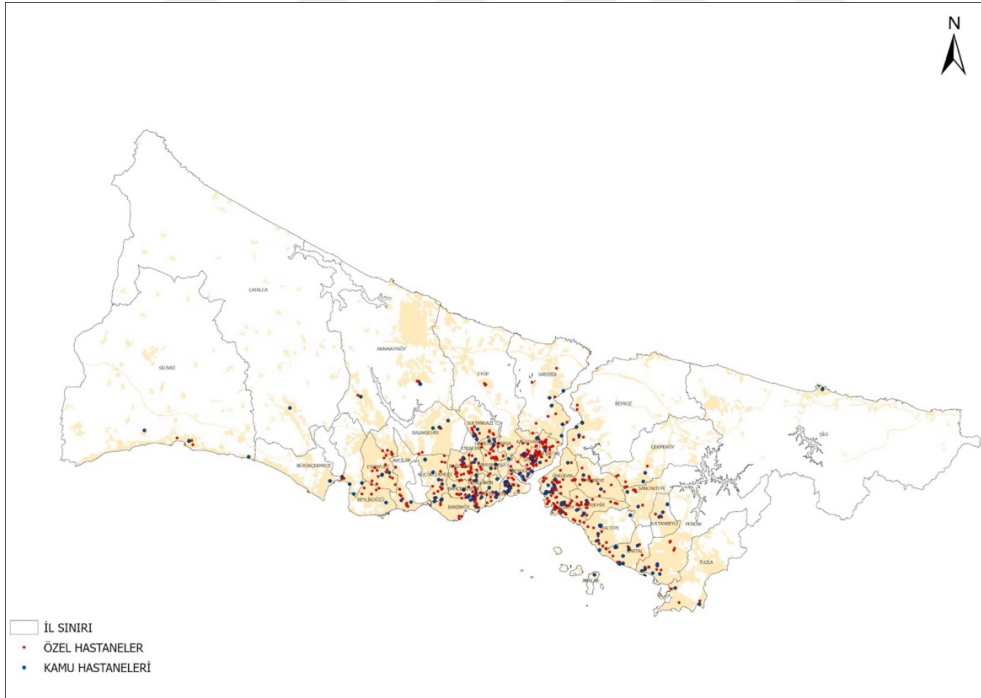
Özel hastaneler dışında İstanbul'da sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının, özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerin de kentsel mekânda yaygınlaştığı görülür. Türkiye'de yer alan 622 adet tıp merkezinin 233 tanesi ile 256 özel polikliniğin 113

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

² (İstanbul Planlama Ajansı, 2023) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

tanesi İstanbul'da yer almaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021). Bunların İstanbul'daki dağılımı incelendiğinde, özel hastanelerle benzer bir davranış biçimi sergilediklerini, özellikle Şişli, Kadıköy, Üsküdar gibi daha merkezi ilçelerde yoğunlaştıkları tespit edilir. Ana ulaşım bağlantılarına, tarihi merkezlere ve konaklama alanlarına yakınlık, gelir düzeyi gibi faktörler bu tesislerin yer seçiminde etkili olmaktadır.

İstanbul'un sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bileşenleri, sağlık istatistikleri üzerinden ulaşılan parametreleri ve mekânları incelendiğinde, İstanbul'da sağlık hizmetlerinin hem kamu hem de özel sektör sunucuları tarafından sağlandığı, bununla birlikte özel sektörün baskın olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti sunan, kamu veya özel sektör hastanelerinin neredeyse İstanbul'un tüm ilçelerinde yer seçtiği fakat buna karşın ilçeler arasında eşit bir dağılımın ya da nüfusla orantılı bir dağılımın söz konusu olmadığı görülmektedir. Özellikle Şişli, Üsküdar, Kadıköy ve Bahçelievler gibi ilçelerde kamu ve özel sektör hastanelerinde bir yığılmanın olduğu görülmektedir (Harita 3.12).



Harita 3. 12 İstanbul'da kamu ve özel hastanelerin mekansal yerleşimi¹

¹ (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

İstanbul’da yer alan kamu ve özel hastanelerin kentsel mekandaki dağılımı ve kapasiteleri incelendiğinde kısmi bir farklılaşma karşımıza çıkar. Mekânsal dağılımdaki bu farklılaşma özel hastaneler ve kamu hastanelerinin yer seçim tercihlerinin farklılaşması ile ilişkilendirilir. Kamunun eşitlik/etkinlik, özel sektörün ise verimlilik/etkinlik ilkeleri doğrultusunda yer seçimi tercihinde bulunduğu varsayılır (Paköz, 2014). Bununla birlikte, özellikle şehir hastaneleri örneğinde görüldüğü üzere, kamu da sağlık hizmetleri sunumunda özel sektör gibi davranma eğilimindedir, kararlarında, maliyetler ve performanslar etrafında öbeklenen sorunsallaştırmaların etkili olduğu görülmektedir. Piyasanın önceliklerine göre davranma eğilimi yanında, devletin, özellikle özel sektörün baskın hale gelmesini teşvik etmesi de sağlık alanındaki eşitsizliği derinleştirmektedir.

Özel Sektörün sağlık hizmetleri sisteminde baskın hale getirilmesi hedefinin izlerini sektör temsilcilerinin söylemlerinde de görebiliriz. Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı, Reşat Bahat’ın, katıldığı bir televizyon programındaki şu ifadeleri sürece dair ipuçları barındırır (*Basında OHSAD*, 2017):

“Özel sektörün varlık sebebi, Sayın Cumhurbaşkanımızın liderliğinde Sayın Recep Akdağ’ın da işi sahiplenmesi ile beraber SGK’nın anlaşma yapması, sağlığın tek çatı altında kamu hastaneleri olarak birleştirilmesi ve SGK’nın kurulması ile beraber bugünkü düzenin oluşturulmasıdır.”

OHSAD Başkanı bir başka televizyon konuşmasında sürecin işleyişi ve finansman boyutunu biraz daha belirginleştirerek şu ifadeye yer verir (*Basında OHSAD*, 2016):

“Kesinlikle SGK olmadan ayakta duramayız. Sektörün gelirinin yüzde 80’e yakını SGK’dan. Hastaneler böyle kurgulandı. Ama biz, ikna odalarında SGK ile anlaşmaya ikna edildik, rica minnet, n’olur anlaşın, burada çok büyük bir gelecek var, şeklinde. Gerçekten de ilk 4-5 yıl öyle idi. Sektör çok hızlı büyüdü.”

Özel sektörün hem Türkiye hem de İstanbul’da sağlık hizmet sunumunda artan oranda etkinliği, hastane ve hastane yatak sayılarındaki niceliksel artışı sağlamış, niceliksel artış da özel hastanelerin niteliğinde, ölçeğinde bir değişime de temel sunmuştur. Artık özel hastaneden çok, özel hastaneler zincirlerinden, bir işletme kültürüyle çalıştırılan, içerisinde farklı fonksiyonların da yer aldığı, otel ve

AVM'leri andıran mimarileriyle büyük ölçekte hastane zincirlerinden söz etmek mümkündür.

Özel hastanelerin yapısal dönüşümünü 3 dönem çerçevesinde ele alan Hamzaoglu (2014); Butik Özel Hastaneler Dönemi olarak nitelediği ilk dönemi, 1995 yılına dek uzatır ve bir ya da birkaç hekimin birlikte açtığı hastanelerden oluşan, parası ya da özel sigortası olanların hizmet aldığı, kamuyla sınırlı ilişkiye sahip hastanelerin yaygınlaştığı bu dönemi, 2005'e dek bir Geçiş Dönemi takip eder. 1995-2005 yılları arasını kapsayan geçiş dönemi, özel hastanelerin yapılmasına ilişkin yoğun teşviklerin olduğu bir dönem takip eder. İçinde bulunduğumuz Mega Hastaneler Dönemi ise 2006 sonrasını kapsar ve Genel Sağlık Sigortası yanında farklı mekanizma ve pratiklerle hastanelerin finansmanının da sağlandığı bir döneme karşılık gelir.

Görüşmeci-3, sağlıkta dönüşüm programının gündelik hayatımıza yeni kavramlar ve olgular kattığını, özel hastaneler zincirlerinin de bunlardan biri olduğunu ifade etmiştir:

“Özel Hastaneler Zinciri, bundan 20-30 yıl önce hayatımızda yokken bugün hayatımızın bir parçası ve normal haline geldi. Başta Sağlık Bakanı'nın (Fahrettin Koca) sahip olduğu Medipol hastaneler zinciri olmak üzere, Medicalpark, Memorial ve türevleri hayatımızın bir parçası oldular” (Görüşmeci-3).

Görüşmeci-5, özel hastanelerdeki zincirleşme eğiliminin, kamunun yönlendiriciliği ve piyasanın işleyiş biçimi doğrultusunda gerçekleştiğinin altını çizmiştir:

“Sağlıkta özelleştirmenin, giderek büyüyen sermaye gruplarının ağırlığını arttırmasıyla bir zincirleşmeye evrildiğini görüyoruz. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde de, Türkiye'de çok sayıda ve yaygın bir şekilde özel poliklinik vardı. Sağlık Bakanlığı'nın standartlar getirmesiyle bunların bir kısmı ya kapandı ya da birleşip tıp merkezi oldular. Bakanlığın süreç içerisinde standartları tekrar değiştirmesiyle özel merkezlerin çapı büyüdü, hastane olanlar oldu, tutunanlar ve tutunamayanlar oldu. Hastane ölçeklerinin büyümesi, büyük oyuncuların sisteme girmesini beraberinde getirdi. Yapılan yasal düzenlemeler, standartlar, büyüyen aktörlerin pazardan daha fazla pay almalarına ve pazar paylarının artması da zincirleşmelerine neden oldu” (Görüşmeci-5).

Görüşmeci-11, özel sağlık sektöründe zincirleşme, mega hastanelere dönüşme sürecinde; Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğlerinin (SUT) ve Sağlık Bakanlığının 2008 yılında yayınladığı 'Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan

Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik¹ ve yönetmeliğin öngördüğü düzenlemelerin, sınırlamaların bunda etkili olduğunu belirtmiştir:

“2008 yılında çıkarılan yönetmelikle aslında özel hastanelerin sayısının artması yönünde frene basıldı. Bakanlık, özel hastanelere kazanılmış haklarının (hastane ruhsatlarının, mevcut doktor, hastane yatağı, hizmet verdiği branşlar vb.) korunacağını belirtmekle birlikte yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren, hastanelerin kota arttırımını (çalışan doktor sayısı, hastanenin hizmet verdiği sağlık branşlarının, yatak sayılarını vb.) izne tabi tuttu. İstanbul’da yıllardan beri özel hastanelerin bu yöndeki kota arttırım taleplerine de olumlu dönüş sağlanmadı. Bununla birlikte bakanlık aynı yönetmelikle özel hastanelere (mevcut) kota ve ruhsatlarını satma hakkı da tanıdı. Böyle olunca da büyüyemeyen hastaneler kapanmak zorunda kaldılar ve onların kotalarını, ruhsatlarını da zincir hastaneler alıp bünyelerine kattılar” (Görüşmec-11).

Görüşmec-11, büyüyemeyen ve özellikli hizmetler sunamadığı için de sağlık turizmi pastasından yeterince pay alamayan özel hastanelerin kapanmak durumunda kalmasının öne çıkan nedenleri arasında Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğlerinin (SUT) geldiğini vurgulamıştır:

“Özel hastaneler ekonomik olarak SUT’a ve SGK’ya bağımlı haldeler. Sağlık Bakanlığı, 2008 yılından 2022 yılına kadar SUT’larla hasta başına özel hastaneye ödediği katkı oranını hiç değiştirmede. Hastanelerin artan giderlerine (çalışan maaşları, malzeme vb.) karşın 2008 yılından önce yeterli gelen kişi başı katkı miktarı artık giderleri karşılayamaz bir hale gelince, özel hastaneler giderlerini karşılamak ve karlılığı sağlamak için aradaki farkı hastalara yansıtıldı ve hasta vatandaşın cebinden karşılanmaya başlandı. Burada da şöyle bir durum ortaya çıktı; benzer ücretleri ödemek durumunda kalan vatandaş, daha büyük ve daha nitelikli hastaneleri tercih etmeye başladı ve bu da küçük hastanelerin kapanmasına, sahip oldukları kotaları, ruhsatları, zincir hastanelere satmalarına neden oldu.” (Görüşmec-11).

Zincir Hastaneler ya da Mega Hastaneler dönemi olarak tanımlanan bu dönemde sadece hastanelerin ölçeği büyümemiş, hastanelerin sunduğu hizmet yelpazesinde de bir çeşitlilik (sağlıklı yaşam merkezi, sporcu sağlığı merkezi, görüntüleme merkezleri, medikal estetik merkezleri vb.) sağlanmıştır. İlgili sağlık grupları bünyelerinde bulundurdıkları hastaneler, tıp merkezleri, klinikler vb. merkezler

¹ Sağlık Bakanlığı, 2008 yılında yayınladığı, ‘kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın ülke düzeyinde dengeli, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının yapılandırılmaları, ruhsatlandırma işlemleri, faaliyetleri ve faaliyetlerine son verilmesi, denetimleri ve diğer hususlar ile ilgili usûl ve esasları düzenleyen’, 26788 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik yayınlamıştır.

aracılığıyla hizmet ağını yaygınlaştırmaktadır. İstanbul'da sağlık hizmeti sunan kurumların önemli bir kısmının söz konusu sağlık gruplarına bağlı hastanelerden oluştuğu dikkat çeker. İstanbul'da hizmet veren sağlık gruplarının bir kısmının hem ülkenin farklı kentlerinde hem de yurt dışında hizmet verdikleri görülür. İstanbul'da bazen bir, bazen de birçok hastane ile hizmet sunan bu gruplardan bazılarının hem yurt içinde farklı şehirlerde hem de yurt dışında sahip oldukları kurum ve ağlarla hizmet verdikleri görülmektedir. Örneğin, Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul'da 12 ilçede, İstanbul dışında 7 ilde, yurt dışında da 4 ülkede sahip olduğu kurumlarla sağlık hizmeti vermektedir (Tablo 3.29).

Yapılan uzman görüşmelerinde; İstanbul'da yer alan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde özel sektörün baskın olmasının, tesislerin yetersizliği ve deprem riskli olmasının kentin merkezindeki hastanelerin kapatılması ve kentin çeperlerine ilâştırılmış şehir hastanelerine yönelinmesi çok çeşitli sorunlara zemin hazırlamıştır:

“Çok yerde 500-600 yataklı hastane kurmak, bir yerde 2000 yataklı bir hastane kurmaktan çok daha mantıklı, şehir içindeki hastaneleri kapatıp da şehrin çeperinde 2.000 yataklı, 2.500 yataklı bir hastane kurmak deprem bekleyen bir şehir açısından çok yanlış. Şehir Hastaneleri ölçeği itibarıyla de yanlış, Çam Sakura Şehir hastanesinde, hastanın muayene olup radyolojiye gitmesi için yaklaşık 2 km gitmesi gerekiyor. Yani o kadar hantal ki. 2.000 yataklı hastanelerin pratikte işleyişi doğru değil. Hastane enfeksiyonları açısından da kontrolü çok zor bu hastanelerin” (Görüşmeci-1).

“Beklenen bir İstanbul depremi var buna karşılık sağlık yapılarının çoğunluğunda depreme dayanıklılık testi yok maalesef ve biz biliyoruz ki çalıştığımız binaların çoğu depreme dayanıksız ve buralar olası bir depremde yıkılacak yerler” (Görüşmeci-3).

“Kentin merkezindeki devlet hastanelerinin bir kısmını deprem riski gerekçesiyle kapatıp taşıdılar, ama buradaki esas amaçları şehir hastanelerini kurmaktı ve...bunun görünmeyen...bir amacı da şehrin içindeki özel hastanelerin varlıklarını devam ettirip, oralara hasta gidişini artırmaktı” (Görüşmeci-1).

“Hastanelerin depremde ayakta kalması ve deprem sonrası da hizmet vermeye devam etmesi gerekiyor. Fakat İstanbul'daki özel hastanelerin yaklaşık 100 tanesi depreme dayanıklılık koşulunu sağlayamıyor. Bu hastanelerden bazılarını, (1998 depremi öncesi inşa edilen yapılarda olması ve yapının mevcut fiziksel durumu) ‘güçlendirme’ ile de depreme dayanıklı hale getirmek mümkün değil. Hastaneyi yenilemek, yeniden inşa etmek istediğinde de mevzuata ilişkin birtakım engeller karşınıza çıkmakta. Örneğin, hastaneyi başka yerde yapmak istediğinizde, taşıyacağınız alanın imar planında ‘sağlık alanı’na ayrılmış olması gerekiyor fakat İstanbul'da bu anlamda boş yer yok. Yerinde yenilemeye

çalıştığınızda, tekrar ruhsat alamama, ruhsatınızın askıya alınması riskiyle karşı karşıya kalıyorsunuz. Bu hastanelerin büyük kısmı imar barışından yararlanıp yapı kullanım izin belgesini alan hastaneler, bunlara ilişkin şöyle bir sorun var: Mesela hastanenin metrekaresi 3 bin metrekare imiş, 5 bin metrekareye çıkarmış onu, binayı yıkıp tekrar yapmak istediğinde o ancak 3 bin metrekare yapı yapabiliyor oraya. Bu sefer hastanesi küçülüyor. Bu sefer bakanlık diyor ki senin metrekaresi küçüldü. 100 yatağın varsa ben sana 60 veriyorum, 50 kadrom varsa 25 veriyorum. Rakamları farazi olarak söylüyorum, aynı kadro aynı kapasite diyoruz biz ona. Aynı kapasiteyi vermiyor. Hatta düşük kapasiteyi vereceğini bile garanti etmiyor. Bu arada bulunduğu yerde yıkılıp yeniden yapılırsa personeli ne olacak? Ondan sonra o kadroyu bir daha nasıl toplayacak, işte ruhsatı ne olacak, yatak sayısı ne olacak bunların hepsi belirsiz. Dolayısıyla da kimsenin bulunduğu yerde yıkıp yapmayı gözü yemiyor. Çünkü bir belirsizlik içinde milyonlarca dolarlık bir yatırım hastane yatırımı” (Görüşmeci-11).



Tablo 3. 29 İstanbul'daki özel hastane zincirleri

Hastane Grup Adı	İstanbul'da Hizmet Sağladığı İlçeler	Türkiye ve Yurtdışında Hizmet Sağladığı Diğer Yerler
Acıbadem Sağlık Grubu	Ataşehir, Bakırköy, Başakşehir, Beşiktaş, Beylikdüzü, Beyoğlu, Eyüpsultan, Kadıköy, Küçükçekmece, Sarıyer, Şişli, Üsküdar.	Adana, Ankara, Bursa, Eskişehir, Kayseri, Kocaeli, Muğla, Bulgaristan, Hollanda, Makedonya, Sırbistan.
Medical Park Hastaneler Grubu	Bahçelievler, Başakşehir, Gaziosmanpaşa, Kadıköy, Küçükçekmece, Maltepe, Pendik	Ankara, Antalya, Bursa, Çanakkale, Kocaeli, Mersin, Ordu, Samsun, Tokat, Trabzon
Medipol Sağlık Grubu	Bağcılar, Bahçelievler, Esenler, Fatih, Kadıköy, Küçükçekmece, Pendik, Üsküdar	Ankara
Medicana Sağlık Grubu	Ataşehir, Avcılar, Bahçelievler, Beylikdüzü, Kadıköy, Üsküdar	Ankara, Bursa, İzmir, Konya, Muğla, Samsun, Sivas
Memorial Sağlık Grubu	Ataşehir, Bahçelievler, Şişli, Beşiktaş	Ankara, Antalya, Diyarbakır, Kayseri Romanya
Kolan Hospital Group	Bayrampaşa, Beylikdüzü, Büyükçekmece, Silivri, Şişli	Kıbrıs
Bayındır Sağlık Grubu	Ataşehir, Bahçelievler, Beşiktaş, Kadıköy, Tuzla	Ankara, İzmir
Lokman Hekim Sağlık Grubu	Pendik	Ankara, Van Irak
Echomar Sağlık Grubu	Kadıköy, Şişli	
Grup Florence Nightingale	Ataşehir, Beşiktaş, Eyüpsultan, Kadıköy, Şişli	
Bahat Sağlık Grubu	Gaziosmanpaşa, Küçükçekmece, Sultangazi	
Medilife Sağlık Grubu	Beylikdüzü, Fatih	
Liv Hastaneleri	Başakşehir, Beşiktaş, Sarıyer	Ankara, Gaziantep, Samsun Azerbaycan
Anadolu Hastaneleri	Avcılar, Silivri	Zonguldak
Avicenna Hastaneleri	Ataşehir, Esenler, Kağıthane, Kartal	
Başkent Üniversitesi Hastaneleri	Üsküdar	Adana, Ankara, Antalya, İzmir, Konya
Dünyagöz Hastaneler Grubu	Bağcılar, Bakırköy, Beşiktaş, Beylikdüzü, Kadıköy, Pendik, Sultanbeyli, Üsküdar	Adana, Ankara, Antalya, Bursa, Gaziantep, İzmir, Kocaeli, Konya, Sakarya, Samsun, Tekirdağ
NOT: Sağlık gruplarının bazı yerlerde birden fazla hastanesi bulunmaktadır. Tekrarlar belirtilmemiştir.		

3.2.4 Etkileşimler

3.2.4.1 İstanbul’da Sağlık Turizmi

İstanbul’da gözlemlediğimiz sağlık hizmetleri yönetim rejiminin çok ölçekli açılımlar sunan etkileşim alanı sağlık turizmidir. Sağlık turizmi ile ilgili çalışmaların özellikle 2011 seçimlerinden sonra hız kazanmış olduğu (Seçim Beyannamesi, 2015, s.95, s.236), ‘Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Öncelikli Dönüşüm Programı’nın başlatılmasıyla bu alandaki hizmet kalitesinin yükseltilmesinin ve rekabet gücünün artırılmasının hedeflendiğine dikkat çekildiği (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.192) görülmektedir. Özellikle 2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimi ve Genel Seçimler beyannamesinde ‘sağlık turizmi’ konusunun en fazla öne çıkan konulardan biri olması dikkat çekicidir (Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi, 2018, s.192). AKP’nin sağlık turizmi ile ilgili açıklamaları Tablo 3.30’da özetlenmiştir.

Sağlık hizmetleri sistemine sonradan eklenmekle birlikte yıllar içerisinde sistemin biçimlenmesinde etkili olacak kadar etkin hale geldiği görülen sağlık turizmine ilişkin verilerin yıllar içerisindeki değişimini incelediğimizde, 2002 yılında ülkeye gelen sağlık turisti sayısı 153.223 iken, 2023 yılında bu rakamın 1.398.504 kişiye ulaştığı görülmüştür. Yıllar içerisinde sağlık hizmeti almak için ülkeye gelen turist sayısındaki artışta 2020 yılında yaşanan pandemi nedeniyle belirgin bir düşüş yaşanmış olmakla birlikte, bunun dışındaki dönemlerde genel bir artış seyri görülmektedir (TÜİK, 2024a) (Şekil 3.8).

Tablo 3. 30 Sağlık turizminin güçlendirilmesi

B.4 Sağlık Turizminin Güçlendirilmesi		
<i>2002 Genel Seçimler Beyannamesi</i>		
2007 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	Sağlık hizmetlerinin potansiyeline dikkat çekilerek ülke çekim merkezi haline getirilecek (s.172)
2011 Genel Seçimler Beyannamesi	SÖYLEM	Türkiye sağlık turizminde Avrupa, Ortadoğu, Afrika, Orta Asya ve Rusya bölgeleri arasında merkez haline getirilecek (s.85)
2015 Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Ülkenin sağlıkta küresel bir marka haline geldiği (s.91)
		Sağlık turizmi alanında hizmet veren turizm şirketlerine ‘...pazara giriş, yurtdışı tanıtım, yurtdışı birim, belgelendirme, danışmanlık, ticaret heyeti ve alım heyeti desteklerinden faydalanma’ fırsatı sunulduğu (s.236)
	SÖYLEM	Türkiye sağlık turizminde dünyanın önde gelen ülkeleri arasına girecek (s.94)
		‘Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Öncelikli Dönüşüm Programı’ ile medikal turizm, termal sağlık turizmi ve ileri yaş – engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilmesi ile rekabet gücü arttırılacak (s.239)
2018 Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Beyannamesi	UYGULAMALAR	Sağlık turizminin geliştirilmesine ilişkin dönüşüm programının başlatıldığı (s.192)
		Sağlık turizmi alanında hizmet veren turizm şirketlerine ‘...pazara giriş, yurtdışı tanıtım, yurtdışı birim, belgelendirme, danışmanlık, ticaret heyeti ve alım heyeti desteklerinden faydalanma’ fırsatı sunulduğu (s.192)
	SÖYLEM	Türkiye sağlık turizminde Avrupa ve Batı Asya’nın sağlık üssü ve sağlık merkezi haline getirilecek (s.72)
		2023 yılına kadar sağlık turizmi kapsamında gelen turist sayısı 250 bin kişiden 2 milyon kişiye çıkarılacak (s.193)
<i>2023 Siyasal Vizyon</i>		
<i>PARTİ PROGRAMI</i>		
<i>İL İCRAAT KİTAPLARI İSTANBUL</i>		



Şekil 3. 8 Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısının yıllar içerisindeki değişimi 2003-2023¹

Sağlık turist sayısındaki artışla orantılı olarak sağlık turizmi gelirlerinde de benzer bir artış söz konusudur. 2002 yılında toplam 147.844 ABD doları sağlık turizmi geliri elde edilirken, bu değer 2023 yılında 2.307.180 ABD dolarına ulaşmıştır (TÜİK, 2024b) (Şekil 3.9).

İstanbul, günümüzde sağlık turizminin önemli bir destinasyonu haline gelmiştir. Bunda sağlık turizminin çeşitlendirilerek (termal sağlık turizmi, medikal turizm, yaşlı turizmi, engelli turizmi gibi) akreditasyonu ve uluslararası sağlık turizmi sistemine entegrasyonu ve bunun da tüm yıl boyunca ülke ekonomisine önemli bir girdi sağlayacak olması düşüncesi ve yaklaşımının etkili olduğu ifade edilebilir (Sağlık Turizmi Çalıştay Raporu 2019, 2019).

¹ (TÜİK, 2024a) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Şekil 3. 9 Sağlık turizmi gelirlerinin yıllar içerisindeki değişimi 2003-2023¹

İstanbul'un önemli bir sağlık turizmi destinasyonu haline gelmesinde; devletin özel sektörü teşviki, kolaylaştırıcı, sağlayıcı ve destekleyici rolüne değinmek önemlidir. Devlet, sağlık kuruluşlarına, sağlık turizm şirketlerine ve işbirliği kuruluşlarına, sağlık turizmi sektörüne yönelik, yurt dışından getirilen hastanın ulaşım giderlerinden, kongre konferans vb. etkinlik giderlerine, kira giderlerinden danışmanlık giderlerine kadar geniş bir yelpazede (Pazara Giriş Desteği, Yurt Dışı Tanıtım Desteği, Yurt Dışı Birim Desteği, Belgelendirme Desteği, Ticaret Heyeti ve Alım Heyeti Destekleri, Danışmanlık Destekleri) önemli oranda destek sağlamaktadır (Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ, 2012).

Sağlık turizminin sağlık hizmetleri sistemine yönelik olası olumsuz etkilerine dikkat çeken Görüşmec-5, sağlık turizminin yaşanan dönüşümdeki yerini, sisteme eklemlenme biçimini ve sistemin işleyişine etkilerini şöyle ifade etmiştir:

“Türkiye, sağlık turizmiyle, küresel sağlık piyasasının önemli bir aktörü olma yolunda ve iddiasında. Bunun için de birçok düzenleme yapıldı. Sağlıkta serbest bölgeler düzenlemesi bu kapsamda öne çıkan unsurlardan biri. Ancak dikkatle de izlemek lazım. Çünkü şöyle bir şey var: Zaman zaman biliyorsunuz, bu randevu sorunu gündeme geliyor son dönemde, yani randevu bulamıyorsunuz muayene olmak istediğinizde ama yabancı ülkeden bir vatandaşsanız anında randevu alıp birkaç gün içinde Türkiye'ye gelip muayene olup sağlık

¹ (TÜİK, 2024b) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

sorunlarınızı çözebiliyorsunuz. Yani dünyada sağlık turizminde böylesi bir yapı söz konusu. Çok daha düşük maliyetli sağlık sorunlarını dünyanın başka bir yerinde insanlar çözmeye çalışıyorlar ama tabii hizmet kalitesi, hizmet standardı, uluslararası tıbbi ve etik sorunlar tartışılması gereken başlıklar, sağlık turizmi açısından” (Görüşmeci-5).

Kamunun ‘hastanelerin ölçeğindeki büyümeyi destekleme’ politikasının arka planında sağlık turizminin olduğunu değerlendiren Görüşmeci-11, sağlık turizminin sağlık hizmetleri sistemindeki yerini ve sistemi dönüştürme biçimini şöyle açıklamaktadır:

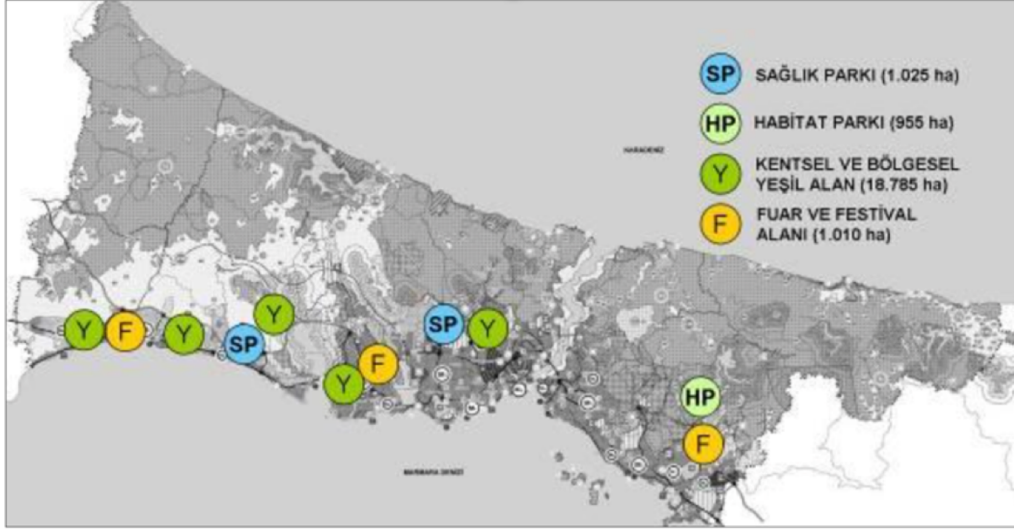
“Bilindiğinin aksine, sağlık turizmini, aslında belli bir kapasite üstü hastaneler vermekte, her ne kadar daha küçük ölçekli sağlık merkezlerinin verdiği estetik, saç ekimi hizmetleri ön planda görünüyor olsa da bunlar aslında pazarın çok küçük bir kısmına karşılık gelmektedir. Pazar payının çok büyük kısmını daha büyük ölçekli hastanelerde verilen özellikli hizmetlerden elde edilmektedir. Örneğin Türkiye’ye yurt dışından onkoloji tedavisi için gelen, Organ nakli için gelen çok fazla hasta var ve bu organ nakli hastalarının neredeyse yüzde doksan beşi özel sektör tarafından sağlık turizmi kapsamında yapılıyor. Tüp bebek tedavisi için de yurt dışından gelen o kadar çok hasta var ki inanamazsınız. Yani bu tür özellikli işlemler için gelen çok büyük bir kitle var. Asıl sağlık turizmi burada, bu çok pahalı bir iş, ama getirisi de çok fazla. Küçük ölçekli hastanelerde bu işlemlerin hiçbiri yapılamaz zaten . Yani ekipmanları da uygun değil, kadroları da uygun değil, fiziksel koşulları da uygun değil. Dolayısıyla da devlet de bunu görüp, bildiği için hastanelerin büyümesini, zincirleşmesini destekliyor” (Görüşmeci-11).

3.2.4.2 İBB ve Sağlık Turizmi

Görüşmeci-7, İBB’nin de İstanbul’u sağlık turizminde uluslararası sistemde etkin bir aktör haline getirmeyi amaçladığını dile getirmiş ve buna ilişkin yaklaşım ve çalışmalarını kısaca şöyle özetlemiştir:

“Sağlık turizmine yönelik çalışmalarımızda yurtdışından ülkemize sağlık hizmeti almak için gelen kişilerin ihtiyaçlarına yönelik İstanbul’da hizmet veren sağlık kuruluşları ile ilgili doğru bilgilere ulaşmasını sağlamak, potansiyel hasta ve hasta yakınlarına ve işbirliği yapabileceğimiz sağlık kuruluşlarına (yerel yönetimler, sigorta şirketleri, hükümetler/bakanlıklar, yurtdışı partner sağlık kuruluşları, sağlık turizm acentaları, turizm şirketleri, halkla ilişkiler şirketleri vb.) İstanbul’un ve sağlık hizmetlerinin tanıtımını gerçekleştirerek dünya ülkeleri arasında İstanbul’un sağlık turizmi pastasından daha fazla pay almasını sağlamayı amaçlıyoruz. Bu amacımızı gerçekleştirmek için İBB çatısı altında faaliyetler yürütecek bir uluslararası sağlık turizmi markası oluşturulması ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi çatısı altında faaliyet gösterecek bir birim kurulmasını hedefliyoruz” (Görüşmeci-7).

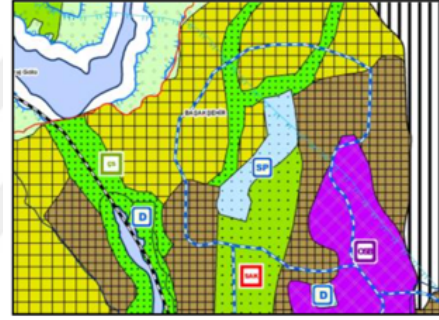
İstanbul’da sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik politika ve yaklaşımların mekânsal yönelimlerini İstanbul’a dair plan ve raporlarda da izlemek mümkündür. 2009 tarihli İstanbul evre Düzeni Planı’nda; İstanbul’un sahip olduğu sağlık hizmeti tesisleri ile turizm potansiyelinin birlikte değerlendirilmesinin yeni açılımlar sağlayacağı belirtilmiştir (şekil 3.10). Kentteki turizm olanaklarının çeşitlendirilmesi bağlamında İstanbul’un sahip olduğu sağlık altyapısının, sağlık turizmi bağlamında geliştirilmesi gerekliliği ortaya konulmuş, İstanbul’un sağlık hizmetleri sunumu açısından yurt dışına açılımlarında önemli başarıların elde edildiği ve bu doğrultuda hizmet sunumunda çeşitliliğe gidilmesi ve küresel - bölgesel düzeyde devam ettirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (1/100.000 lekli İstanbul evre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.514). Bu kapsamda planda, ‘sağlık turizmini desteklemek amacıyla’ biri Celaliye-Kamiloba’da, diğer i İkitelli’de olacak şekilde iki adet sağlık parkı nerisi yer almaktadır (şekil 3.11) (1/100.000 lekli İstanbul evre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.657). Yine DP’de Tuzla İçmeler sağlık turizmi açısından önemli bir potansiyel olarak tanımlanmıştır.



Şekil 3. 10 ÇDP’de öneri büyük açık alan kullanımları (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Şehir Planlama Müdürlüğü, 2009)



Celaliye-Kamiloba



İkitelli

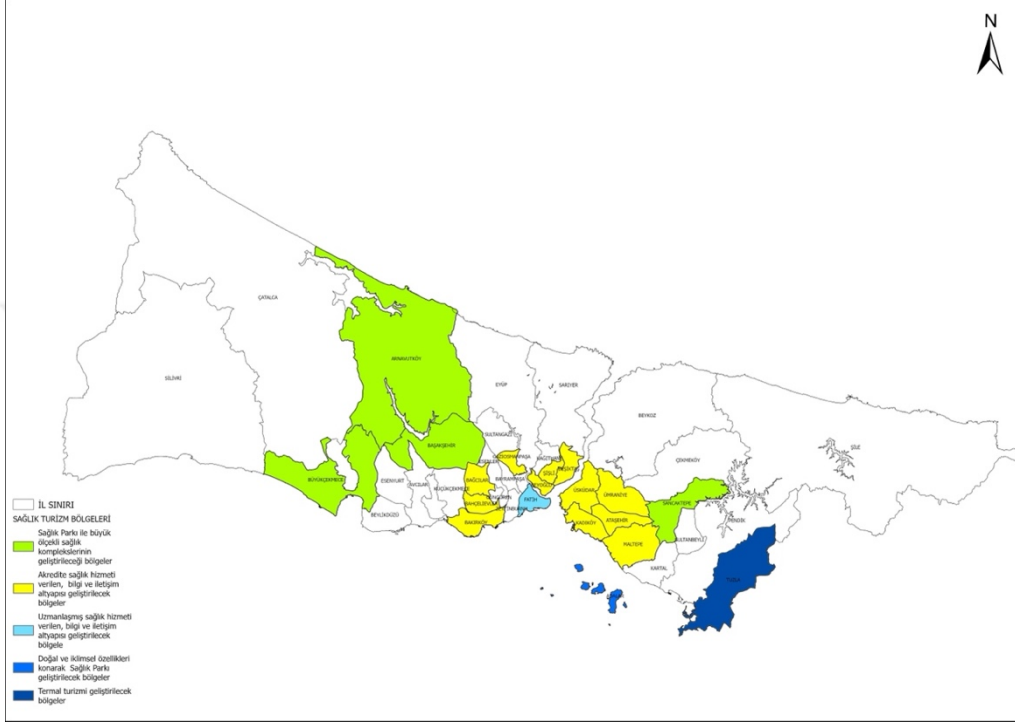
Şekil 3. 11 ÇDP’de önerilen sağlık parkları (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Şehir Planlama Müdürlüğü, 2009)

2012 yılında İBB’nin; Türkiye Sağlık Vakfı, İl Özel İdaresi, THY, T.C. Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı gibi paydaşlarla birlikte gerçekleştirdiği ‘Sağlık Turizmi Başkenti İstanbul’ projesi ile İstanbul’un; *sağlık turizminde önemli bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi* amaçlanmıştır (İBB, 2015). İstanbul’da sağlık turizminin geliştirilmesine ilişkin önemli bir gelişme olarak ifade edebileceğimiz bu proje; sağlık turizmine ilişkin sürecin, çok çeşitli aktörleri, belirli sorunsallaştırmalar etrafında, bir süreklilik ve bütünsellik içerisinde bir araya getirdiğini ve yönlendirildiğini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

İBB'nin 2015 yılında kamuoyuna sunduğu, Kadim İstanbul Stratejik Master Planı'nda, *'turizm gelirlerinin artırılması ve rakip destinasyonlarla yarışabilen güçlü bir sektörün oluşturulması'* gibi ana amaçlar belirlenmiş, belirlenen amaçların gerçekleştirilebilmesine ilişkin hedefler; 'insan, şehir ve organizasyon' kümeleri altında; 'marka şehir, turizmde çeşitlilik, güvenlik, hizmet kalitesi, mekânsal çeşitlilik' gibi temalar üzerinden belirginleştirilmiştir (*Kadim İstanbul Stratejik Turizm Master Planı 2015-2025*, 2015). Bu doğrultuda sağlık turizminin geliştirilmesi stratejisinin altında *"tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin desteklenmesi, hastane ve insan kaynağı altyapısının güçlendirilmesi, konaklama ve ulaşım altyapısının güçlendirilmesi, sağlık turizmine özel veri tabanının oluşturulması, sağlık turizmine yönelik mevzuatın oluşturulması..."* gibi alt stratejiler belirlenmiştir (*Kadim İstanbul Stratejik Turizm Master Planı 2015-2025*, 2015).

İstanbul'da turizm türlerinin mevcut altyapı ve potansiyeller dikkate alınarak bölgeselleştirildiği, bununla birlikte benimsenen 'turizm türlerinin mekânsal olarak ilişkilendirilmesi' stratejisi doğrultusunda da gerekli altyapı düzenlemelerinin yapılarak bölgeler arası dolaşım ve etkileşimin artırılması gerekliliğinin gözetilmeye çalışıldığı görülmüştür. Sağlık turizmi özelinde; sağlık tesislerinin yakın çevresinde konaklama birimlerinin olması, sağlık tesislerinin ulaşılabilirlikleri ve erişilebilirliklerinin (havalimanı, hastane, konaklama tesisleri arasında kolay ve hızlı erişimin sağlanması) yüksek olması gibi hususlara dikkat çekilmiştir (*Kadim İstanbul Stratejik Turizm Master Planı 2015-2025*, 2015). Bu doğrultuda İstanbul'da sağlık turizminin gelişimine, ilişkin mekânsal öneriler geliştirilmiştir. Akredite sağlık hizmeti verilen bölgeler olarak belirtilen Bağcılar, Bahçelievler, Bakırköy, Beşiktaş, Beyoğlu, Gaziosmanpaşa, Şişli, Ataşehir, Kadıköy, Maltepe, Ümraniye ve Üsküdar ilçelerinde ihtiyaç duyulan altyapı düzenlemelerinin yapılması gerekliliği ortaya konulmuştur. Büyük ölçekli sağlık komplekslerinin kentin çeperine yönlendirilmesi strateji bağlamında Sağlık Parkı ile büyük ölçekli sağlık komplekslerinin geliştirileceği ilçeler olarak belirlenen; Arnavutköy, Başakşehir, Büyükçekmece ve Sancaktepe ilçelerinde sağlık turizmine hizmet edecek alanların oluşturulması önerilmiştir. Üniversite hastanelerinde uzmanlaşmış sağlık hizmeti verilen bölge olarak Fatih ilçesi belirlenmiş ve gerekli bilgi iletişim ve altyapı hizmetlerinin sağlanması gerekliliği

ortaya konulmuştur. Adalar ilçesinde Heybeliada'da tarihsel kimliği de dikkate alınarak var olan senatoryumun Sağlık Parkı teması altında potansiyel bir alan olarak değerlendirilmesinden bahsedilmiştir. Son olarak da Tuzla ilçesinde yer alan İçmelerin termal turizm potansiyelinin değerlendirilerek, tesisin çevresiyle birlikte yenilenerek geliştirilmesi önerilmiştir (Harita 3.13).



Harita 3. 13 İBB'nin önerdiği sağlık turizmi gelişim bölgeleri¹

“İstanbul Senin, Turizm Geleceğin” sloganıyla, İBB tarafından 2019 yılında; *‘Turizm bileşenleri ile İBB ve İBB İştirakleri arasında işbirliklerinin oluşturulması ve artırılması vb.’* gibi görevlerin yerine getirilmesi için İstanbul Turizm Platformu’nun kurulması, yerel yönetimin sağlık turizmine ilişkin yaklaşımını göstermesi açısından önemli bir gelişme olarak ifade edilebilir (*İstanbul Turizm Platformu*, t.y.).

İBB’nin 2020 yılında düzenlediği İstanbul Turizm Çalıştayı’nda sağlık turizmine ilişkin sorunsallaştırmalar; kurumlar arası eşgüdümün olmayışı, mekânsal altyapı yetersizliği, kalite yönetimindeki eksiklikler üzerinden belirginleştirilmiş ve çözüm önerileri olarak merkezi yönetim ve yerel yönetim işbirliğinde çalışan ‘Sağlık

¹ (Kadim İstanbul Stratejik Turizm Master Planı 2015-2025, 2015) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Turizm Kurulu'nun oluşturulması, sağlık turistinin dolaşımının pürüzsüz bir şekilde sürdürülebilmesi için mekana ilişkin düzenlemelerin yapılması, tanıtım ve dijital portalların kurulması gibi öneriler geliştirilmiştir (*İstanbul Turizm Çalıştayı*, 2020).

3.2.5 İstanbul Büyükşehir Belediyesi ve Sağlık Hizmetleri

İstanbul'da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde rol alan orta ölçekli bir aktör olarak İBB söylem ve uygulamalarına, yukarıda bahsi geçen mikro ve makro ölçeklerde eyleyen diğer aktörlerle olan etkileşimlerini dikkate alarak odaklandığımızda, yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası topluluklara uzanan mikro, mezzo ve makro ölçekler arasındaki hızlı etkileşimleri sağlık turizmindeki uyumluluğun gösterdiği üzere kolaylıkla yakalayabiliriz.

Bu bölümde, 2000'li yılların başından günümüze kadar İstanbul'da yerel yönetimin, İBB'nin sağlık alanına ilişkin temel yaklaşımı, sağlık alanına ilişkin sorunsallaştırmaları ve çözüm önerileri ile bu kapsamda kent ve kentli sağlığı için belirlediği hedeflerin neler olduğu ve söz konusu hedefleri gerçekleştirmek için hangi araçları, mekanizmaları, prosedürleri, teknikleri kullandığının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda temelde İBB'nin resmi internet sitesinden ulaşılan sağlık alanına ilişkin çalışmaları, İBB Stratejik Planları, İBB tarafından basılan İstanbul Bültenleri, İBB Faaliyet Raporları, ÇDP ve İstanbul VİZYON 2050 Strateji Belgesi gibi belediyenin hazırladığı, yayınladığı plan, belge ve raporlar ayrıntılı olarak incelenmiştir. Her bir taramadan elde edilen veriler ayrı başlıklar altında sunulmuştur.

3.2.5.1 Web Sitesi

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin güncel web sitesi (*İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kurumsal Web Sitesi*, t.y.) incelenerek belediye tarafından sağlanan hizmetlerden sağlık ile ilgili verilerin hangi hizmetler altında sunulduğu tablolatırılmıştır (Tablo 3.31). Web sitesi incelendiğinde 'sağlık' ile ilgili verilen hizmetlerin -doğal olarak- çoğunlukla 'Sağlık Hizmetleri' sekmesi altında yer aldığı, ancak vatandaşların 'sağlıkla' ilgili bilgilere 'Bilgi Hizmetleri' sekmesinden de ulaşabildikleri görülmüştür. 'Sağlık Hizmetleri' kapsamında yer almamasına rağmen toplum sağlığı ile ilişkilendirilebilecek bazı hizmetlerin (Sesli Kütüphane,

İSADEM vb.) ‘Kültür, Sosyal, Spor, Çevre ve İmar ve Şehircilik Hizmetleri’ başlıkları altında sunulduğu da tespit edilmiştir.

Tablo 3. 31 İBB web sitesinden ‘sağlık’ ile ilgili erişilebilen hizmetler

Bilgi Hizmetleri	Kamu Hizmet Standartları Tablosu ¹ Darülaceze Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları Bağımlılıkla Mücadele ve Rehabilitasyon Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları Engelliler Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü Hizmet Standartları
	Şehir Haritası Spor Tesisleri (İBB’ye ait) İbbeczane uygulaması
Sağlık Hizmetleri	Koronavirüs (Covid – 19) Sağlık Hizmetleri Evde Sağlık Hizmetleri Tıp Merkezleri Psikolojik Danışma Merkezleri Yaşlı Hizmetleri Vektörlerle Mücadele ve İlaçlama
Sosyal Hizmetler	İSADEM (İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi) Sosyal Yardımlar
Spor Hizmetleri	Ücretsiz Spor Hizmetleri Engellilere Yönelik Spor Hizmetleri
Çevre Hizmetleri	Çevre Koruma
İmar ve Şehircilik Hizmetleri	Şehir Planlama
Kültür Hizmetleri	Sesli Kütüphane (Sadece görme engellilere hizmet vermekte)

- **İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Yapılanması**

İBB’ye ait web sitesi incelenerek belediyenin sağlık hizmetlerini yürütmek üzere nasıl yapılandırıldığına ortaya konmasının hedeflendiği bu bölümde, ‘Sağlık Daire Başkanlığı’ ile ‘Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı’nın doğrudan sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalar yürütmekte oldukları anlaşılmıştır. Belediye’nin Faaliyet Raporlarında yapılan incelemeler ise bu iki birimin adının ve altında yer alan şube müdürlüklerinin yıllar içerisinde sürekli değişim halinde olduğunu göstermektedir. Sağlık ve sosyal hizmetlere ilişkin müdürlükler 2003 – 2015 yılları

¹ Kamu hizmet standartları tabloları arasında diğer daire başkanlıkları ile beraber Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlıkları’nın sunmuş olduğu hizmetler ile ilgili de hazırlanan tablolar bulunmaktadır. Bu tablolarda sunulan hizmetler için kimlerin başvuru yapabileceği, hangi evraklarla başvuru yapılması gerektiği, ilgili birim bilgisi, hizmetin sunum süresi gibi bilgiler yer almaktadır.

arasında aynı daire başkanlığı altında yönetilmiştir (Tablo 3.32). 2016 yılı itibariyle ise Sağlık Daire Başkanlığı ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı¹ olarak ikiye ayrılmış olup iki farklı daire başkanlığının ‘sağlıkla ilişkilendirilen’ bu hizmetleri yönettiği anlaşılmıştır (Tablo 3.33). 2024 yılına ait güncel görev hiyerarşisi Şekil 3.12’de, güncel sağlık yapılanmasına dair daire başkanlıkları, müdürlükler ve verilen hizmetler ise Şekil 3.13’te sunulmuştur.



¹ 2019 yılında Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’nın adı Sosyal Hizmetler ve Bağımlılıkla Mücadele Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiş ancak 2020 yılında tekrar eski adına geri döndürülmüştür.

Tablo 3. 32 Sağlık ve sosyal hizmetler dairesi başkanlığının ayrılmadan önceki görev dağılımı¹

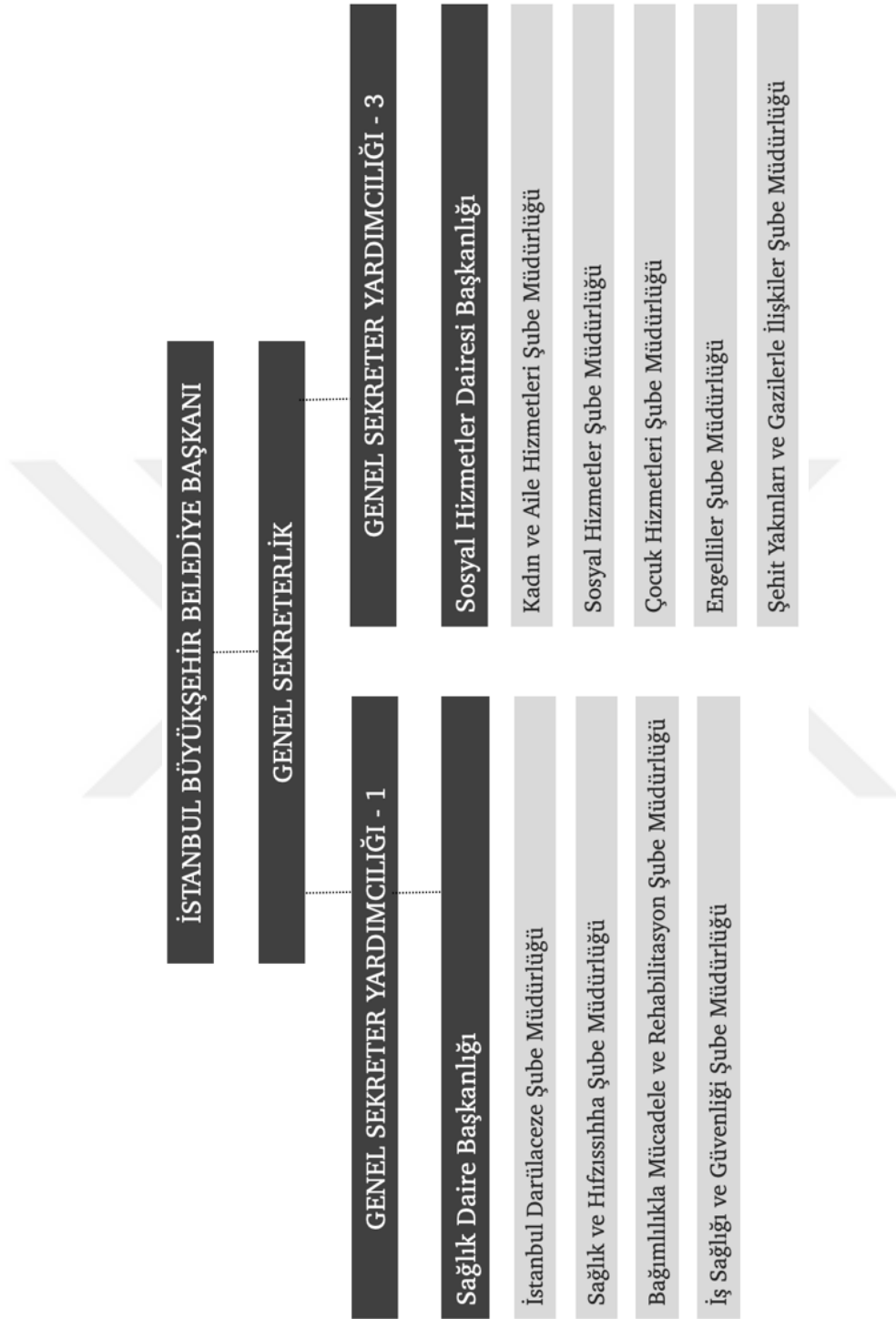
2003 2004	Sağlık İşleri Daire Başkanlığı - Sağlık İşleri Müdürlüğü - Mezarlıklar Müdürlüğü - Acil Yardım ve Cankurtarma Müdürlüğü - Veteriner İşleri Müdürlüğü - Mezbahalar Müdürlüğü - Hıfzıssıhha Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Müdürlüğü	2012	Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Özürlüler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - Veteriner Hizmetleri Şube Müdürlüğü - Gıda ve Kontrol Şube Müdürlüğü
2005	Sağlık İşleri Daire Başkanlığı - Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü - Mezarlıklar Müdürlüğü - Acil Yardım ve Cankurtarma Müdürlüğü - Veteriner ve Mezbahalar Müdürlüğü - Sosyal Hizmetler ve Özürlüler Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Müdürlüğü	2013	Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Engelliler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - Veteriner Hizmetleri Şube Müdürlüğü - Gıda ve Kontrol Şube Müdürlüğü
2006 2007 2008 2009 2010	Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Su Ürünleri Hali Şube Müdürlüğü - Özürlüler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - Veteriner Hizmetleri Şube Müdürlüğü	2014	Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Engelliler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - Gıda ve Kontrol Şube Müdürlüğü - İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü
2011	Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Su Ürünleri Hali Şube Müdürlüğü - Özürlüler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - Veteriner Hizmetleri Şube Müdürlüğü - Gıda ve Kontrol Şube Müdürlüğü	2015	Sağlık Daire Başkanlığı - Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü - İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü - Engelliler Şube Müdürlüğü - Sağlık ve Hıfzıssıhha Şube Müdürlüğü - İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü

¹ İBB Faaliyet Raporları ve (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kurumsal Web Sitesi, t.y.) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 3. 33 Sağlık ve sosyal hizmetler daire başkanlığı ayrıldıktan sonraki görev dağılımı¹

2016 2017 2018	Sağlık Daire Başkanlığı	Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
	- Engelliler Şube Müdürlüğü	- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	
2019	Sağlık Daire Başkanlığı	Sosyal Hizmetler ve Bağımlılıkla Mücadele Daire Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Engelliler Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	- Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
	- İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü	- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
2020	Sağlık Daire Başkanlığı	Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Engelliler Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	- Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
	- İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü	- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
2021	Sağlık Daire Başkanlığı	Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Bağımlılıkla Mücadele ve Reh. Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	- Engelliler Şube Müdürlüğü
		- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
2022	Sağlık Dairesi Başkanlığı	Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	- Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
	- Bağımlılıkla Mücadele ve Reh. Şube Müdürlüğü	
2023	Sağlık Dairesi Başkanlığı	Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı
	- İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü	- Kadın ve Aile Hizmetleri Şube Müdürlüğü
	- Sağlık ve Hıfzısıhha Şube Müdürlüğü	- Sosyal Hizmetler Şube Müdürlüğü
	- Bağımlılıkla Mücadele ve Reh. Şube Müdürlüğü	- Çocuk Hizmetleri Şube Müdürlüğü
	- İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü	- Engelliler Şube Müdürlüğü
		- Şehit Yakınları ve Gazilerle İlişkiler Şube Müdürlüğü

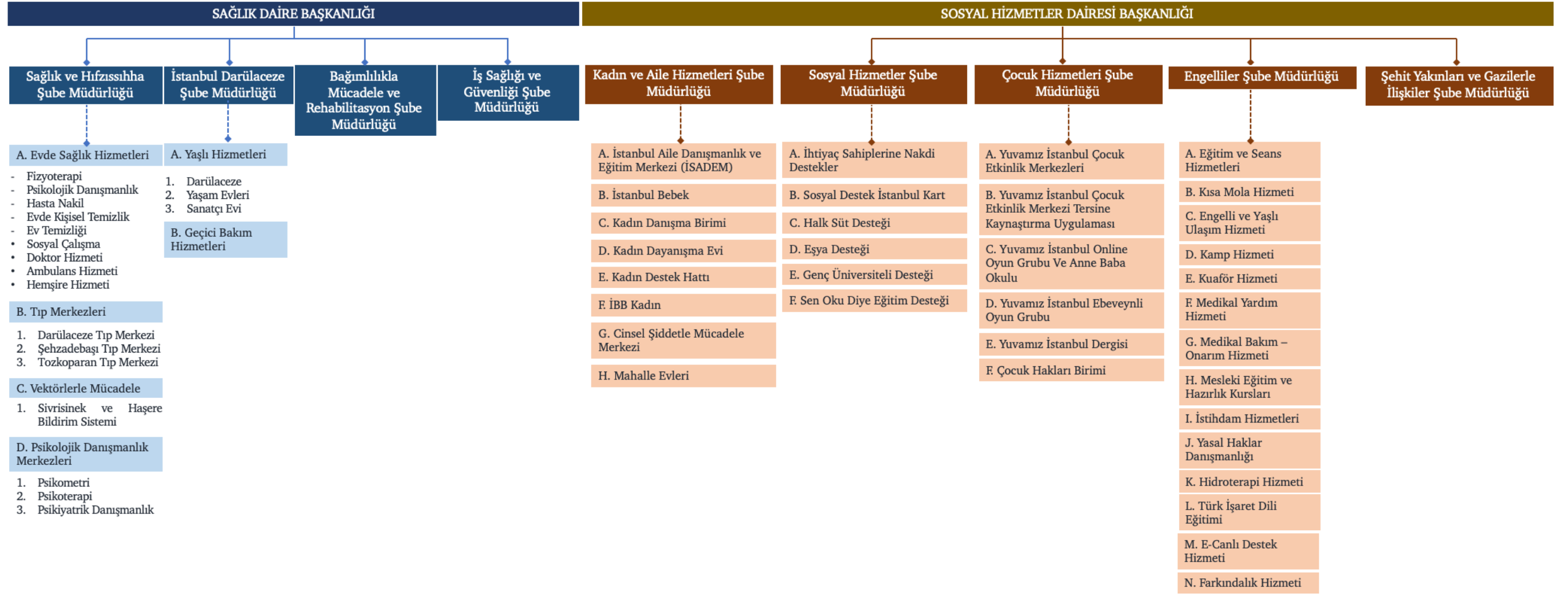
¹ İBB Faaliyet Raporları, (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kurumsal Web Sitesi, t.y.dan) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.



Şekil 3. 12 İBB daire başkanlıkları görev hiyerarşisi¹

¹ (İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kurumsal Web Sitesi, t.y.) verileri kullanılarak Aktaş tarafından oluşturulmuştur.

İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ SAĞLIK YAPILANMASI



Şekil 3. 13 İBB sağlık yapılanması

3.2.5.2 Stratejik Planlar

Yerel yönetimlerin kurumsal olarak 5 yıllık stratejik planlar oluşturmaları, yıllık performans hedeflerini bu stratejik planlara göre belirlemesi ve yıl sonunda da faaliyet raporları hazırlayarak kamuoyuna ilan etmesi gerekliliği, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu ile yürürlüğe girmiştir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2004). Bu doğrultuda İBB'nin de, 2007 yılından başlamak üzere, 5 yıllık stratejik planlar oluşturduğu görülmektedir. Bu bölümde 2007-2011, 2010-2014, 2015-2019 ve içinde bulunduğumuz 2020-2024 yılları için hazırladığı stratejik planlar incelenmiştir. Misyon, vizyon, ilkeler, değerler, temel değerler, stratejik temalar, temalar başlıklarında sunulan hedefler karşılaştırmalı olarak tablolarda bir araya getirilerek, değişen, farklılaşan, vurgulanan konulara dikkat çekilmiştir.

Dört dönem için hazırlanan stratejik planların misyonları incelendiğinde, ilk iki dönemde adil, kaliteli, gelişime açık, verimli ve etkili bir yönetim anlayışının hedeflendiği belirtilmiş; 2015-2019 döneminde 21. Yüzyılın yerel yönetim anlayışının takip edileceği; son dönemde ise şehrin yeni nesil belediyeçilik anlayışı ile yönetileceğine dikkat çekilmiştir (İstanbul Büyükşehir Belediyesi, t.y.-a, t.y.-c, t.y.-d). 2020-2024 misyonunda 'erişilebilir hizmetler'in sunumuna vurgu yapılmaktadır (2020-2024 Stratejik Planı, t.y., s.10).

Vizyonlar incelendiğinde ise ilk üç dönem; İstanbul'u bir dünya şehri, küresel değer üreten bir kent yapmak vizyonu ön plana çıkmakta iken, 2020-2024 döneminde ise vizyon, bireyi, İstanbulluyu önceleyeceğini; adil, yeşil ve yaratıcı şehirde yaşayanların mutluluğunun hedeflendiğini belirtmiştir (2020-2024 Stratejik Planı, t.y., s.10).

İlk üç dönem için İBB'nin belirlediği temel ilkeler birbirini takip etmekte iken, son dönemde belediye başkanının ve belediyenin yönetim kadrolarının değişmesiyle birlikte bazı maddelerin eklendiği görülmektedir. İnsan odaklı belediyeçilik anlayışına dikkat çekilmiş, çevreye duyarlı bir yönetim anlayışı benimsenmiştir. İlk üç dönem arasında sadece 2010-2014 döneminde stratejik temalar belirlenmiş olup, (Stratejik Plan 2010-2014, t.y., s.57) 2020-2024 dönemi için de belirlenen başlıca temalar olduğu görülmektedir.

Bunlardan ‘sağlık’ ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülen temalar:

- T1- Ulaşılabilir İstanbul
- T2- Çevreye Duyarlı İstanbul
- T4- Paylaşan İstanbul
- T5- Yaşayan İstanbul olarak karşımıza çıkar (2020-2024 Stratejik Planı, t.y., s.90).

2007-2011 dönemindeki stratejik amaçlar, ‘sağlık’ odağı ile incelendiğinde, kentin yaşam kalitesini yükseltmek, hızlı ve etkili acil yardım hizmeti sunmak, İstanbul’un sağlıklı mekanlara sahip olmasını sağlamak, toplumun beden ve ruh sağlığını korumak, çevre ve insan sağlığını korumak, yeşil alan miktarını dünya standartlarına çıkarmak gibi amaçların belirlendiği görülmüştür. Sağlık hizmetleri özelinde stratejik amaç 57-58-59 ve alt hedefler ile eylem planları oluşturulmuştur (Tablo 3.34). Özellikle dezavantajlı olarak tanımlanan kişilerin toplumsal hayata entegre olmaları ve onlar için sağlıklı ve güvenli yaşam koşulları oluşturulması ile erken teşhis için sağlık hizmetleri sunulması gibi ana amaçlar belirlenmiştir.

2010-2014 dönemi için hazırlanan stratejik planda ‘halk sağlığını’ doğrudan etkilediği düşünülen 3 ana stratejik amaç dikkat çekmektedir. Bu amaçlar, ‘*kent sakinlerin sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi için etkin ve verimli hizmet sunulması*’, ‘*sağlıkta yaşam kalitesinin sürdürülebilir bir biçimde gelişmesini sağlamak*’ ve ‘*sağlıklı çevrede yaşam hakkını korumak için gerekli uygulamaları gerçekleştirmek*’ olarak özetlenebilir (Tablo 3.34).

2015-2019 dönemi için hazırlanan stratejik plan ‘sağlık’ perspektifinden ele alındığında belirlenen amaçların 2010-2014 dönemi ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu amaçlar sosyal ihtiyaçlar için verilecek destek hizmetlerinin geliştirilerek yaygınlaştırılması, yaşam kalitesine katkı sağlaması ve yeşil alanların yaygınlaştırılması olarak sıralanabilir (Tablo 3.34).

2020-2024 dönemi stratejik planları oluşturulurken yukarıda bahsi geçen temalar doğrultusunda amaçlar belirlenmiştir. ‘Sağlık’la doğrudan ilişkili olduğu düşünülen amaç maddeleri sürdürülebilir çevre, sosyal ihtiyaçların eşit ve kapsayıcı olması, spor hizmetlerinin erişilebilir olması ve sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve kapsayıcı olmasıdır (Tablo 3.34).

Tablo 3. 34 İBB stratejik planlarının değişimi

İBB STRATEJİK PLANLARIN DÖNEMLER İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİ				
	2007 – 2011 DÖNEMİ	2010 – 2014 DÖNEMİ	2015 – 2019 DÖNEMİ	2020 – 2024 DÖNEMİ
MİSYON	“Medeniyetlerin buluşma noktası İstanbul’a karşı tarihi sorumluluğumuzun gereğini yerine getirerek şehrin yaşam kalitesini artırma , özgün kimliğini pekiştirme ve saygın bir dünya kenti haline gelmesine katkı sağlama adına; yerel hizmetleri adaletli, kaliteli, gelişime açık, verimli ve etkili bir yönetim anlayışı ile sunmak. ” (s.138)	“Medeniyetlerin buluşma noktası İstanbul’a karşı tarihi sorumluluğumuzun gereğini yerine getirerek şehrin yaşam kalitesini artırma , özgün kimliğini pekiştirme ve saygın bir dünya şehri haline gelmesine katkı sağlama adına; yerel hizmetleri adaletli, kaliteli, gelişime açık, verimli ve etkili bir yönetim anlayışı ile sunmak. ” (s.57)	“Açığa çıkmamış ihtiyaçları karşılayacak hizmetleri, 21. yüzyılın yerel yönetim anlayışına uygun şekilde sunmak, belediye hizmetlerini kurumsal bir anlayışla mükemmelleştirirken şehrin kültürel kimliğini yaşatmak.” (s.78)	“ Yeni nesil belediyecilik anlayışıyla şehrin tüm değerlerine sahip çıkarak üreten, kültürel ve sosyal yaşamı ile 24 saat yaşayan bir İstanbul için erişilebilir hizmetler sunmak. ” (s.10).
VİZYON	“Türkiye’nin görünen yüzü ve dünyaya açılan penceresi olan İstanbul’u eşsiz mirasına sahip çıkarak, yaşam kalitesi yüksek, sürdürülebilir bir dünya kenti yapan öncü ve önder belediye.” (s.138)	“Türkiye’nin görünen yüzü ve dünyaya açılan penceresi olan İstanbul’u eşsiz mirasına sahip çıkarak, yaşam kalitesi yüksek, sürdürülebilir bir dünya şehri yapan öncü ve önder belediye.”(s.57)	“Sürdürülebilir ve yenilikçi çözümlerle hayatı kolaylaştıran, şehircilik ve medeniyet adına küresel değer üreten marka kentin yerel yönetimi. ” (s.78)	“ Adil, yeşil ve yaratıcı şehir, mutlu İstanbullu. ” (s.10).
İLKELER / DEĞERLER / TEMEL DEĞERLER	İlkeler: - Adalet - Güven - Saydamlık - Kalite - Verimlilik - Katılım - Liderlik (s.139)	Değerler: - Adalet - Güven - Saydamlık - Kalite - Verimlilik - Katılım - Liderlik (s.57)	Değerler: - Adalet - Güven - Saydamlık - Kalite - Verimlilik - Katılım - Liderlik (s.78)	Temel Değerler: - Adalet - Şeffaflık ve Hesap Verebilirlik - Etik - Kapsayıcılık - Yenilikçilik - Çevreye Duyarlılık - Liyakat - Katılımcılık - İnsan Odaklılık -Çeviklik (s.87).
STRATEJİK TEMALAR / TEMALAR	-	Stratejik Temalar: - Toplumsal / Çevresel / Ekonomik Sürdürülebilirlik - Erişilebilirlik - Verimlilik - Katılımcılık - Etkililik (s.57)	-	Temalar: T1- Ulaşılabilir İstanbul T2- Çevreye Duyarlı T3- Üreten İstanbul T4- Paylaşan İstanbul T5- Yaşayan İstanbul T6- Eşsiz Miras T7- Finansal Sürdürülebilirlik T8 – Katılımcı ve Yenilikçi Yönetim (s.90).
* Bu tablo (2007-2011 Stratejik Planı, n.d.; 2020-2024 Stratejik Planı, n.d.; Stratejik Plan 2010-2014, n.d.; Stratejik Plan 2015-2019, n.d.)dan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 34 İBB stratejik planlarının değişimi (devamı)

İBB STRATEJİK PLANLARIN DÖNEMLER İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİ				
	2007 – 2011 DÖNEMİ	2010 – 2014 DÖNEMİ	2015 – 2019 DÖNEMİ	2020 – 2024 DÖNEMİ
STRATEJİK AMAÇLAR (SA) STRATEJİK HEDEFLER (SH) EYLEMLER (E)	SA 16: “... İstanbul halkına güvenli, hızlı ve etkili acil yardım hizmeti sunmak...” SH 16.1.: “... acil yardım müdahale kapasitesini artırmak.” (s.150)	SA 3: “Kent Sakinlerinin Sosyal İhtiyaçlarına Yönelik Destek Hizmetlerini Geliştirmek ve Yaygınlaştırmak: Kentin farklı nitelikteki sosyal ihtiyaçlarını farklı sosyal altyapıdaki kent sakinlerine ayrıntılı bir analiz sürecinden sonra farklı kapsamda geliştirilen hizmetlerle en etkin ve verimli biçimde sunmaktır.” (s.60) SH 1: “Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak” SH 3: “Belediye Tesislerindeki Hizmetlere Erişilebilirliği Artırmak” SH 4: “Belediye Parselleri Üzerindeki Gecekonduları Düzenli Yaşam Alanına Dönüştürmek” SH 5: “Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek” (s.80)	SA 1: “Afet ve Acil Durumlara Müdahale ve İyileştirme Kapasitesini Etkin Risk Yönetimi İle Gerçekleştirmek” SH 1: “Acil Sağlık Hizmetlerinin Etkin Olarak Sunulmasına Katkı Sağlamak” (s.82) SA 3: “Kent sakinlerinin sosyal ihtiyaçlarına yönelik destek hizmetlerini geliştirmek ve yaygınlaştırmak” SH 1: “Belediye Parselleri Üzerindeki Gecekonduları Düzenli Yaşam Alanına Dönüştürmek” SH 2: “Dezavantajlı Grupların Yaşam Kalitesinin Arttırılmasına Katkı Sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak” SH 3: “Kent Sakinlerinin Spor Faaliyetlerine Erişebilirliğini Artırmak” SH 7: “Yaşlılara Verilen Hizmet Etkinliğini Artırmak, Bakım ve Hizmet Standartlarını Geliştirmek” (s.83-84) SA 7: “Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sürdürülebilir Bir Biçimde Gelişmesine Katkı Sağlamak” (s.86) SH 1: “Kalıcı veya Hasar Verici Sağlık Sorunlarından Korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak” SH 2: “Odak Gruplara Sağlık Hizmetini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak” SH 3: “Vektörel Mücadeleyi Bütüncül Anlayışla Gerçekleştirmek” (s.86) SA 8: “Sürdürülebilir Çevre Gelişimine Katkı Sağlamak” SH 7: “Yeşil Alanları Yaygınlaştırmak” (s.86)	SA 3: “Sürdürülebilir Çevre ve Enerji Yönetimini Güçlendirmek” SH 3: “Sürdürülebilir Yeşil Alanlar Oluşturmak ve Kişi Başına Düşen Aktif Yeşil Alan Miktarını Artırmak” SH 4: “İklim Değişikliği ile Mücadeleyi Yaygınlaştırarak Çevreyi Korumak” (s.12) SA 5: “Sosyal İhtiyaçları Eşit ve Kapsayıcı Bir Şekilde Karşılayarak Paylaşan Bir Şehir Oluşturmak” SH 1: “Sosyal Destek Hizmetinin Çeşitliliğini, Etkinliğini, Verimliliğini Geliştirmek ve Kapsayıcılığını Artırmak” SH 2: “Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek” SA 6: “Sosyal Yaşam Olanaklarını Geliştirerek Yaşayan Bir Şehir Oluşturmak” SH 1: “Spor Hizmetlerinin Çeşitliliğini ve Erişilebilirliğini Artırarak Kentin Spor İmkanlarını Genişletmek” SH 2: “Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek” (s.92)
	SA 34: “Kentin yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla; mevcut gecekonduların ıslahı, tasfiyesi ve yeni gecekondu yapımını önleyecek tedbirleri almak, düşük gelir düzeyindeki İstanbul halkı için erişilebilir arsa ve konut arzını geliştirmek.” E 34.3.2. “İstanbul Büyükşehir Belediyesi müdürlükleri ve diğer kamu kurumları ile kooperatiflere plan amaçları doğrultusunda kullanmak üzere (ilköğretim okulu, camii, hastane, kamu hizmet alanları, park, bahçe, yeşil alan vb.) arsa tahsis etmek.” (s.159)	SA 4: “Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sürdürülebilir Bir Biçimde Gelişmesine Katkı Sağlamak: Kent sakinlerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamak amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini sunmak, sağlık sorunlarına hastane öncesinde müdahale etmek ve halk sağlığına yönelik veterinerlik hizmetleri ve laboratuvar muayeneleri gibi destek sağlık hizmetlerini etkin yürütmektir.” (s.60) SH 1: “Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak” SH 2: “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Etkin Olarak Sunulmasına Katkı Sağlamak” SH 3: “Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak” (s.82)		
	SA 41: “İstanbul’un bütüncül bir anlayışla planlanarak, güvenli, yaşam kalitesi yüksek ve sağlıklı mekânlara sahip olmasını sağlamak” (s.164)			
	SH 45.2.: “Daha temiz, güzel ve sağlıklı bir İstanbul için kayı ve denizlere derelerden gelen katı atık kirliliğini 2011 yılı sonuna kadar % 80 oranında önlemek.” (s.168) SA 46: “Toplunun huzur ve sükûnun, kişilerin beden ve ruh sağlıklarının gürültü yoluyla bozulmadığı bir çevre oluşturmak” (S.168) SA 47: “Çevre ve insan sağlığının bir bütün olarak korunması için, hava kalitesinin iyi olduğu yerlerde mevcut durumu korumak, diğer durumlarda iyileştirici politikalar geliştirmek ve uygulamak.” SH 47.1: “İstanbul’un hava kalitesini AB mevzuatının ve Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü şekilde iyileştirmek.” (s.169) oluşturmak” (S.168) SA 49: “... yeşil alanlarını nicelik ve nitelik olarak zenginleştirmek.” SH 49.1: “2011 yılı sonuna kadar İstanbul genelinde 3,5 m2 olan kişi başına düşen aktif yeşil alan miktarını, dünya standartlarına çıkarmak.” (s.170)			

* Bu tablo (2007-2011 Stratejik Planı, n.d.; 2020-2024 Stratejik Planı, n.d.; Stratejik Plan 2010-2014, n.d.; Stratejik Plan 2015-2019, n.d.)dan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.

Tablo 3. 34 İBB stratejik planlarının değişimi (devamı)

İBB STRATEJİK PLANLARIN DÖNEMLER İÇERİSİNDEKİ DEĞİŞİMİ				
	2007 – 2011 DÖNEMİ	2010 – 2014 DÖNEMİ	2015 – 2019 DÖNEMİ	2020 – 2024 DÖNEMİ
STRATEJİK AMAÇLAR (SA) - STRATEJİK HEDEFLER (SH) - EYLEMLER (E)	SA 57: “İstanbul sınırları içerisinde yaşayan, acizlik kriterlerine uygun ve dezavantajlı bireylerin (kimsesiz, bakıma ve korunmaya muhtaç yaşlılar; kimsesiz ve muhtaç çocuklar; kimsesiz ve bakıma muhtaç zihinsel-fiziksel engelli ve psikotik bozukluğu olanlar, sokakta yaşayanlar vb.) insan olma hakları çerçevesinde bakımını sağlamak, toplumsal yaşama entegre olma haklarını hayata geçirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmak, ...”. SH 57.1: “Yaşlı ve çocuklara hizmet verilen kampüslerin, yaşlı ve çocukların toplumsal hayata adapte olmalarını sağlayacak şekilde geliştirilmelerini sağlamak ve %80 oranında kapasitelerini artırmak.” SH 57.2: “Psikotik ve mental tanılı ihtiyaç sahibi bireylere hizmet veren tesisleri, psikotik ve mental tanılı ihtiyaç sahiplerinin kişilik gelişimlerini destekleyecek, günlük hayat aktivitelerini bireysel olarak yerine getirmelerine imkan sağlayacak ve böylelikle onları hayata katacak biçimde geliştirmek ve bu tür tesislerin kapasitelerini %150 oranında artırmak.” SH 57.3: “... Türkiye’deki çocuk, hasta ve yaşlı bakımının genel durumu konusunda normlar geliştirmek, standartlar belirlemek, ...” SH 57.4: “İstanbul’da korunmaya muhtaç olan (sokakta yaşayan, sokakta çalışan, tutuklu, hükümlü, cezaevinden çıkan) çocuk ve gençlerin ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılmalarını sağlamak.” (s.177-178) SA 58: “İstanbul halkına önleyici ve koruyucu sağlık hizmeti vererek İstanbul’da sağlıklı bir gelecek oluşmasını sağlamak ve sosyal yönden dezavantajlı kişilere teşhis ve tedavi hizmeti vermek.” SH 58.1: “İstanbul’da yaşayan sosyal yönden dezavantajlı vatandaşları tespit etmek ve bu vatandaşların tedavilerini üstlenmek.” SH 58.2: “2011 yılı sonuna kadar İstanbul’da yaşayan toplam beş milyon kadın, erkek ve çocuğa erken tanıyla önlenebilir hastalıklara yönelik taramalar yapmak.” SH 58.3: “2011 yılı sonuna kadar İstanbul halkının %40’ına ulaşarak sağlıkla ilgili konularda bilgilendirmek ve bilinçlendirmek.” SH 58.7: “İstanbul’da korunmaya muhtaç olan kişilerin, ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılmalarını sağlamak.” (s.178-179) SA 59: “Korunmasız ve dezavantajlı gruplara, kadınlara, çocuklara ve gençlere kültürel, ekonomik ve sosyal avantajlar sunarak kent yaşamı ile bütünleşmelerini; sağlıklı, güvenli yaşam koşulları oluşturarak ve bu yaşam koşullarını koruyarak, geliştirerek sosyal dengeyi sağlamak.” (s.179)	SA 5: “Sürdürülebilir Sağlıklı Bir Çevre Sunmak: Temel bir yaşama hakkına dönüşen “Sağlıklı Çevrede Yaşama” ilkesini gözeterek, küresel ısınmayla mücadeleyi ön planda tutan, hava kalitesinin korunması, gürültü kirliliğinin önlenmesi, yeşil alanların geliştirilmesi, atık yönetiminin etkinleştirilmesi, deniz kirliliği ile mücadele vb. konularda bütünsel bir anlayışla çevrenin korunmasını esas alan uygulamaları etkinleştirmek ve yaygınlaştırmaktır.” (s.60) SH 1: “Çevre Koruma Uygulamalarını Yaygınlaştırmak” (s.86) SH 4: “Yeşil Alanları Yaygınlaştırmak” (s.88)		
* Bu tablo (2007-2011 Stratejik Planı, n.d.; 2020-2024 Stratejik Planı, n.d.; Stratejik Plan 2010-2014, n.d.; Stratejik Plan 2015-2019, n.d.)dan elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.				

3.2.5.3 İstanbul Bültenleri (1994 - 2007 -2023)

Bu bölümde İBB tarafından hazırlanan, temelde belediye hizmetleri hakkında İstanbulluları bilgilendirmeyi amaçlayan ve 1994 yılından beri (İşli, 2021) aylık olarak yayımlanan ‘İstanbul Bültenleri’ incelenmiştir¹. Bültenlerin tamamına (1994-2007 yılları arası) İBB arşivinden ulaşılamamış olup web sitesinde yayınlanan ve 2007 yılından itibaren paylaşılan yayınların tamamı bu bölümde ele alınmıştır. Yapılan incelemelerde, belediyenin yıllar içinde sağlık hizmetleri alanına ilişkin sorunsallaştırmaları ve çözüm önerilerinin nasıl oluştuğu, sürdürüldüğü ve dönüştürüldüğü belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Bu sorunsallaştırmalar, ‘Sosyal Sorumluluk’, ‘Sağlıklı Yaşam’, ‘Sağlıklı Şehir Planlaması ve Sağlıklı Çevre’ olmak üzere üç başlıkta² gruplandırılarak ele alınmıştır. Bültenlerde yer alan veriler incelenmiş olup, hazırlanan tablolarda belediyenin konuyla ilgili sorunsallaştırmasının ne olduğu, ne gibi çözüm önerileri geliştirildiği, hangi yıllar / dönemler arasını kapsadığı, sorumlu birim ile işbirlikçi birim ve kurumların bilgisine yer verilmiştir.

- **Sosyal Sorumluluk**

İBB’nin 2007 yılından itibaren hazırladığı bültenler sağlık hizmetleri merceği ile incelendiğinde, ‘Sosyal Sorumluluk’ başlığı altında değerlendirilebilecek 5 alt başlık olduğu görülmüştür:

- Yardıma muhtaç yaşlıların varlığı
- Engellilerin hayata karışmasını engelleyen etkenler
- Sosyal güvencesi bulunmayan ve evde bakıma muhtaç olan kişilerin varlığı
- Özellikle kış aylarında evsizlerin karşı karşıya kaldığı zorluklar
- Çocukların en incinebilir gruplardan biri olması.

Yardıma muhtaç yaşlılar için yapılan düzenlemelerin ve etkinliklerin hepsinin günümüzde Sağlık Daire Başkanlığı’nın altında bulunan İstanbul Darülaceze Şube Müdürlüğü tarafından organize edildiği görülmektedir (Tablo 3.35).

¹ İstanbul’da verilen belediye hizmetleri hakkında hazırlanan periyodik dergilerin geçmişi Cumhuriyet’in ilk yıllarına uzanmaktadır. Bu yayınlar 1924 – 1942 tarihleri arasında “Türkiye Cumhuriyeti İstanbul Şehremaneti Mecmuası” ismiyle basılmıştır. 1961-1978 tarihleri arasında ise “Belediye İstanbul” adlı dergi belediye tarafından çıkartılmıştır (İşli, 2021).

² Bu gruplandırma Sağlıklı Kentler Birliği tarafından 2011 yılından itibaren her yıl düzenlenen “Sağlıklı Şehirler En İyi Uygulama Yarışması” isimli yarışmada 2023 yılına kadar ödül verilen kategorilerle benzerlik göstermektedir (2023 yılından itibaren farklı kategoriler ile yarışma düzenlenmeye başlamıştır.).

Tablo 3. 35 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘yardıma muhtaç yaşlılar’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM / KURUM
YARDIMA MUHTAÇ YAŞLILARIN VARLIĞI “... kurumların da yaşlıları ve yardıma ihtiyaç duyanları koruyup gözetmek, onlara yardım elini uzatmak gibi bir sorumluluğu olduğu”	- Darülaceze çatısı altındakilerin beslenme, giyim ve eğitim ihtiyaçlarının yanı sıra sağlık ihtiyaçlarının da giderilmesi	2007	İBB / Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü	
	- ‘Yaşam Evleri Projesi’ Yaşam Evleri’nin sayısı 2007’de 14 iken bu sayının 2008 yılında 50’ye çıkarılması hedeflenmesi	2008	İBB / Kayışdağı Darülaceze Müdürlüğü / Yaşam Evleri	
	- ‘Yaşlılara Saygı Haftası’ kapsamında çeşitli etkinlikler düzenlenmesi	2015 2016	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / İstanbul Darülaceze Müdürlüğü	İBB / Halkla İlişkiler Md.
	- ‘Kapımız Açık Kalbimiz De’ adlı gönüllülük projesi Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği tarafından ‘Sağlıklı Şehirler En İyi Uygulama Ödülleri’ dalında Jüri Özel Ödülü	2019	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / İstanbul Darülaceze Müdürlüğü	
	- Eyüpsultan’da ‘Dr. Mustafa Kemal Gavuzoğlu ve Bedriye Gavuzoğlu Vakfı Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nin temeli atılması	2023	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / İstanbul Darülaceze Müdürlüğü	
	- Yaşlılara ve engellilere ücretsiz ulaşım imkânı	2023	İBB / İSEM	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ekim 2007, Şubat 2008, 2015, 2016, Ocak 2019, Ocak 2023, Şubat 2023 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Engellilerin hayata katılımını sağlamak, sağlıkları ile ilgili yeterli hizmet alabilmeleri, çeşitli etkinliklere katılabilmeleri ve iş hayatına atılabilmelerinin kolaylaştırılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda Belediye'nin 2007 yılından itibaren sunduğu hizmetler arasında “Erişilebilirlik Çalışmaları”, “Engellilerin Sosyalleşmesi İçin Çalışmalar ve Etkinlikler”, “Engellilere Çeşitli Alanlarda Eğitim Verilmesi”, “Engellilerin İstihdam Edilmesi” ve “Yeni Tesis İnşası” sayılabilir (Tablo 3.36, 3.37, 3.38, 3.39).

2013 yılına kadar bu kapsamda yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun Sağlık ve Sosyal İşler Daire Başkanlığı'nın altındaki ‘Özörlöler Müdürlöğu (İSÖM)’ tarafından yürütöldöğu ya da organize edildiği görölmöştür. Böldenlerden takip edilebildiği kadarıyla 2013 yılında, müdürlöğu’n adındaki bu ‘dışlayıcı’ kavramdan vazgeçilerek, ilgili müdürlöğu’n adı ‘Engelliler Müdürlöğu (İSEM)’ olarak değiştirilmiştir. Gönömuzde ‘Engelliler şube Müdürlöğu’ ismi ile Sağlık Daire Başkanlığı'nın altında çalışmaya devam etmektedir.

Engellilerin sağlık hizmetlerine erişilebilirlikleri ile ilgili yapılan en etkili çalışmalardan biri mimarlar ve meclis üyelerinden oluşan ‘Özörlöler Komisyonu’nun yapmış olduğu çalışmalardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise çevrimiçi uygulamalar öne çıkmaktadır (Tablo 3.36).

Tablo 3. 36 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Erişilebilirlik

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ENGELLİLERİN HAYATA KARIŞMASINI ENGELLEYEN ETKENLER engellilerin yaşamını daha rahat sürdürebilmesi	ERİŞİLEBİLİRLİK ÇALIŞMALARI			
	- İstanbul’da yapılacak bütün projelerin kurulacak olan “ Özürlüler Komisyonu ”nun onayından geçmesi için çalışmaların başlatılması - 8 yılda 46 milyar TL yatırım yapılırken her çalışmanın ‘Özürlüler Komisyonu’ndan geçirildiği bilgisi	2008 2012	İBB	STKlar, mimarlar ve Meclis üyelerinden oluşması planlanan ‘Özürlüler Komisyonu’
	- ‘ Özürlü Park Kart ’ı uygulaması ile park esnasında ‘özürlüler’e hem kolaylık hem de öncelik sağlanması	2009	İBB / Toplu Ulaşım Hizmetleri Müdürlüğü	
	- ‘ Erişilebilir Turizm, Engelsiz İstanbul ’ projesi ile müzelerin herkes için erişilebilir olması planı - Proje hayata geçirilmesi - ‘Erişilebilir Turizm, Engelsiz İstanbul’ projesi kapsamında çeşitli tarihi alanların replikaları yapılarak görme engellilerin dokunarak hissetmesi	2012 2013 2015	İBB / Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı	İBB / Engelliler Müdürlüğü
	- ‘ Engelli Haritası Projesi ’nin hayata geçirilmesi için çalışmalar – Olası bir afet durumunda da kullanmak üzere engellilerin nerede olacağının bilinmesi üzerine	2020	İBB / İSEM	İBB / Coğrafi Bilgi Sistemleri Müdürlüğü
	- Görme engellilerin Engelliler Md.e ait 10 sosyal tesislerde rahatça gezebilmeleri için uygulama geliştirilmesi ‘ KAYS ’ (Kapalı ve Açık Alan Sesli Yönlendirme Sistemi)	2021	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Engelliler Md.	İBB / Bilgi İşlem Md. ortaklığı
	- Erişilebilir Taksi uygulaması hazırlığı (İst. genelindeki engelliler için 500 taksi) - Engelli dostu yeni taksiler- minibüslerden dönüştürülen	2022 2023	İBB	
	- Yaşlılara ve engellilere ücretsiz ulaşım imkânı	2023	İBB / İSEM	

* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Nisan 2008, Nisan 2009, Nisan 2012, Eylül 2012, Nisan 2013, Aralık 2015, Aralık 2020, 2021, Mart 2022, Şubat 2023, Ağustos 2023 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Engellilerin ‘sosyalleşmeleri’ için çeşitli kısa ve uzun süreli organizasyonların da İBB tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Çoğunlukla Engelliler Şube Müdürlüğü tarafından organize edilen etkinliklerde çeşitli federasyonlar (Türkiye İşitme Engelliler Milli Federasyonu, Otizm Dernekleri Federasyonu vb.) ve üniversiteler (İstanbul Üniversitesi, Üsküdar Üniversitesi vb.) ile işbirlikleri yapılmıştır (Tablo 3.37).

Engelliler ile ilgili yürütülen çalışmalardan bir tanesi de düzenlenen ‘eğitim programları’dır. Çeşitli yaş aralığından engelliye hitap eden bu eğitimlerin içerikleri değişkenlik göstermekle beraber, kendilerini geliştirmeleri / işe girmeleri adına yapılan çalışmaların yoğun olduğu görülmektedir (Tablo 3.38). Bununla beraber özellikle İŞ-KUR’la yapılan işbirlikleri ile istihdam yaratılması sağlanmıştır (Tablo 3.39). İBB’nin bu doğrultuda gerçekleştirdiği hizmetlerden biri de engellilerin kullanımı için yeni tesisler inşa etmesidir (Tablo 3.40).

Sosyal güvencesi bulunmayan ve evde bakıma muhtaç olan kişiler de İBB’nin sosyal sorumluluk alanında yer almaktadır. Bu doğrultuda 2007 yılı itibariyle ‘evde bakım hizmetleri’ verilmeye başlandığı görülmektedir. İstanbul ve diğer pilot illerde uygulanan bu hizmetin ülke geneline yaygınlaştırılması için 2015’te Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Belediyeler Birliği başkanları protokol imzalamışlardır (Tablo 3.41).

Özellikle kış aylarında evsizlerin karşı karşıya kaldığı zorluklar dikkate alındığında, belediyenin, önceleri spor tesislerinde kısıtlı sayıda vatandaşa hizmet verdiği, en son 2023 yılında, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı’nın sorumluluğunda, ‘Geçici Barınma Merkezi’nin açıldığı görülmektedir. Bu merkezde hizmet verileceklerin ‘hem beden, hem ruh sağlığını’ iyileştirmenin hedeflendiği belirtilmektedir.

Çocukların en incinebilir gruplardan olması, ‘Çocuk Dostu İstanbul’ sloganı ile çeşitli çalışmalar yapılmasını gerektirmiştir. Bu doğrultuda kesintisiz yapılmaya devam edilegelen ‘Halk Süt Projesi’ de çocukların sağlıklı beslenmeleri için atılan önemli adımlardan biri olarak değerlendirilebilir (Tablo 3.42).

Tablo 3. 37 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Etkinlikler

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ENGELLİLERİN HAYATA KARIŞMASINI ENGELLEYEN ETKENLER engellilerin yaşamını daha rahat sürdürebilmesi	ENGELLİLERİN SOSYALLEŞMESİ İÇİN ÇALIŞMALAR- ETKİNLİKLER			
	- Yaz Kampı Uygulaması – Sezonluk	2007- 2011	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Bşk./ Özürlüler Müdürlüğü (İSÖM)	
	- 6.sı düzenlenen “İşitme Engelliler Kültür ve Sanat Festivali”nin gerçekleştirilmesi	2008	İBB/ İSÖM	Türkiye İşitme Engelliler Milli Federasyonu
	- Yaz Kampı Uygulaması – Sezonluk	2013	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Engelliler Müdürlüğü (İSEM)	
	- AB projesi olan ‘Sanat Herkes İçindir’ projesi kapsamında düzenlenen heykel ve resim sergisi	2013	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Engelliler Müdürlüğü (İSEM)	
	‘2. Uluslararası Bedensel Engelliler Yüzme Eğitim Kampı’nın tamamlanması	2014	İBB / Gençlik ve Spor Müdürlüğü	İBB / İSEM; Spor A.Ş.; Sırbistan Niş Üniversitesi Spor Akademisi, İBB Spor Kulübü
	- ‘3. Uluslararası Otizm Günleri’ organizasyonun düzenlenmesi	2015	İBB	Üsküdar Üniversitesi – Otizm Dernekleri Federasyonu
	- Türkiye Engelliler Haftası kapsamında etkinlikler	2016	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / İSEM	
	- Zihinsel Engelliler Çağdaş Sanat Sergisi – 850 zihinsel engellinin ortaya koyduğu eserler	2017	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Engelliler Müdürlüğü (İSEM)	
	- İBB’de eğitim gören engellilerin sergisi	2018	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / İSEM	
	- ‘Engellilik Araştırmaları Konferansı’ düzenlenmesi	2018	İBB	İstanbul Üniversitesi
	- İBB’den Bir İlk! – Yıl boyu Şile Engelliler Kampı’nda haftalık tatil	2019	İBB / Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı / Engelliler Müdürlüğü	
	- 3 Aralık Dünya Özürlüler Günü kapsamında etkinlikler yapılması	2008 – 2018	İBB / İSÖM İBB / İSEM İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / İSEM	
	- ‘Engelliler Spor Şöleni’ ile yaklaşık 400 engellinin katıldığı etkinlik	2013	İBB / Gençlik ve Spor Müdürlüğü	İBB / İSEM, Spor A.Ş.
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ekim 2007, Haziran 2008, Şubat 2013, Haziran 2013, Kasım 2014, Mart 2015, Mayıs 2016, Eylül 2017, Kasım 2018, Eylül 2019, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015, 2016, 2017, 2018 Kasım 2014, Mart 2015, Mayıs 2016, Eylül 2017, Kasım 2018, Eylül 2019 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 38 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Eğitimler

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ENGELLİLERİN HAYATA KARIŞMASINI ENGELLEYEN ETKENLER engellilerin yaşamını daha rahat sürdürebilmesi	ENGELLİLERE ÇEŞİTLİ ALANLARDA EĞİTİMLER VERİLMESİ			
	- 30 ‘Özürlü’ye ayakkabı ustası olmaları için eğitim verilmesi	2008	İBB / İSÖM / İstihdam Birimi	
	- ‘Çağrı Merkezi Eğitimi’ projesinin başlatılması	2008	İBB Eğitim Müdürlüğü	İBB / İSÖM - İŞ-KUR
	- ‘Küçük Adımlar Projesi’ ile 0-6 yaş grubu engellilerin ailelerine eğitim verilmesi	2009	İBB / İSÖM	
	- ‘Sinema Atölye’sinde işitme engellilere eğitim verilmesi	2009	İBB / İSÖM	Bahçeşehir Üniversitesi
	- Tamamlanan ‘Konuşan Parmaklar Projesi’ 20 işitme özürlü gençten kurulu tiyatro topluluğu	2009	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / İSÖM	AB Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başk.
	- Ücretsiz KPSS eğitimleri	2010 2011	İBB /İSÖM	
	- Ücretsiz ÖMSS (Özürlü Memur Seçme Sınavı) eğitimleri	2012	İBB /İSÖM	
	- 2008’de başlatılan ‘Konuşma Terapileri’ne devam edilerek 2-12 yaş aralığındaki konuşma güçlüğü çeken çocuklara terapilerin devam edilmesi	2011	İBB / İSÖM	
	- ‘Klik Fotoğraf Sanatı Eğitim Projesi’ ile çocuklara fotoğrafçılık eğitimi verilmesi	2012	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / İSÖM	
	- Görme engellilere Trafik eğitimi veren ‘Topkapı Trafik Eğitim Parkı’	2022	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Bşk.	İBB / Ulaşım Dairesi Bşk.
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ocak 2008, Kasım 2008, Ekim 2009, Mart 2011, Temmuz 2012, Şubat 2022, 2010, 2011, 2012 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 39 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – İstihdam

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ENGELLİLERİN HAYATA KARIŞMASINI ENGELLEYEN ETKENLER engellilerin yaşamını daha rahat sürdürebilmesi	ENGELLİLERİN İSTİHDAM EDİLMESİ			
	- ‘Beyaz Kelebekler’ projesi ile 23 zihinsel engellinin iş sahibi olması	2009	İBB / İSÖM	İŞ-KUR ve Fiziksel Engelliler Vakfı
	- ‘Özürlüler’ için yeni istihdamlar yaratılması	2009	İBB / Park ve Bahçeler Md.	
	- ‘Turizm Operatörlüğü Projesi’ ile ‘özürlülerin’ uçak bileti satarak istihdam edilmesi	2010	İBB / İSÖM	TÜRSAB (Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği)
	- ‘İşte Engel Yok – Özürlü İstihdam Projesi’ kapsamında Türkiye’nin ilk engelli iş adamlarının yetiştirme projesinin kabul edilmesi	2011	İBB	İSTKA (İstanbul Kalkınma Ajansı)
	- 7 yılda 600 engellinin istihdam edilmesi	2017	İBB	BELTUR A.Ş.
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ocak 2009, Temmuz 2009, Şubat 2010, Eylül 2011, Kasım 2017 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 40 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘engelliler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar – Yeni tesis inşası

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ENGELLİLERİN HAYATA KARIŞMASINI ENGELLEYEN ETKENLER engellilerin yaşamını daha rahat sürdürebilmesi	YENİ TESİS İNŞASI			
	- Maltepe ilçesinin %12’nin engellilerden oluştuğunun tespiti üzerine ilçede “ Altayçeşme Zihinsel Engelliler Rehabilitasyon Merkezi ”nin kurulacak olması	2008	İBB	
	- 20. Özürlüler Merkezi (Sancaktepe)’nin açılması	2009	İBB	Sancaktepe Belediyesi
	- ‘ Engelsiz Bilgi Merkezi ’ görme engelliler ve aileleri için erişilebilir bir merkez oluşturulması planı – ‘Sesli Kütüphane’ veri tabanındaki pdf ve sesli kitaplara 7/24 erişim	2015	İBB / Kütüphane ve Müzeler Müdürlüğü / Sesli Kütüphane	
	- ‘İlk ve tek engelsiz yaşam alanı’ ! Kartal Dragos’ta engelli ve engelsiz vatandaşların bir arada spor ve etkinlik yapabilecekleri ‘ Engelsiz Yaşam Alanı ’ için proje başlangıcı! 2018 yılında hizmete girmesi	2017	İBB	Fiziksel Engelliler Vakfı
	- Maltepe’de inşa edilecek ‘İstanbul Özel Eğitim Kampüsü’ projesi ile başta otizmli çocuklar olmak üzere down sendromlu vb. çocuklar için – 0-6, 6-12, 12-18 yaş aralığındaki çocuklar ücretsiz – gerekli tüm branşlarda hizmet	2018	İBB	
	- 2018’den itibaren Bağcılar’da hizmet veren İşitme Engelliler Merkezi ’nin 2. Sancaktepe’de açılması	2019	İBB	
	- ÖZGEM açılması (Özel Gereksinimli Bireysel Eğitim Merkezleri” - Maltepe ÖZGEM Kısa Mola Merkezi hizmete başladı – Merkez sayısını 10’a çıkarma hedefi – Ailelere birkaç saatlik dinlenme fırsatı..	2020 2021	İBB / İSEM İBB / Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
	- Fatih Kariye Otizm Merkezi ’nin temel atma töreni	2022	İBB	
	- 2020’de yeniden inşa edilen Cemal Kamacı Spor Kompleksi İstanbul Valiliği’nden ‘erişilebilirlik belgesi’ verildi ve erişilebilir tescilli ilk merkez	2023	İBB	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Haziran 2008, Kasım 2009, Temmuz 2015, Şubat 2017, Nisan 2018, Ekim 2019, Aralık 2020, Kasım 2021, Kasım 2022, Temmuz 2023 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 41 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘evde sağlık hizmetlerine muhtaç kişiler’ ve ‘evsizler’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE MUHTAÇ KİŞİLERİN VARLIĞI Sosyal güvencesi bulunmayan ve evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastaların varlığı	- Evde sağlık hizmetleri ile hasta yakınlarının da eğitilmesi, hastanelere yığılmanın önlenmesi, hastanede yatış süresinin kısaltılarak maliyetlerin düşürülmesi	2007	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Evde Sağlık Hizmetleri	
	- 4440227 danışma hattına başvuran on binlerce vatandaşa evde sağlık hizmeti verilmesine devam edilmesi	2008	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü bünyesinde/ Evde Sağlık Hizmetleri	
	- İstanbul ve diğer pilot illerde uygulanan ‘Evde Sağlık Hizmetleri’nin imzalanan protokolle Türkiye’ye yaygınlaştırılması	2015	İBB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı – İçişleri Bakanı – Sağlık Bakanı – Türkiye Belediyeler Birliği imza koyanlar
EVSİZLERİN YAŞADIĞI ZORLUKLAR Özellikle kış aylarında evsizlerin karşı karşıya kaldığı zorluklar	- 44 evsizin ‘donmaktan kurtulması’, sağlık taramasından geçirilerek barınaklara götürülmesi	2009	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
	- 712 evsizin soğuklar nedeniyle spor salonlarında sağlık taraması yapıldıktan sonra 1 hafta barındırılması	2010	İBB	
	- Ocak ayından itibaren Alibeyköy’deki spor tesisinde ‘misafir edilen’ evsiz sayısının 2456 olması	2011	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
	- Evsiz vatandaşlara verilen hizmetler	2018	İBB	
	- Evsizlere verilen hizmetlerin devam etmesi	2021	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / İstanbul Darülaceze Müdürlüğü ev sahipliği	
	- ‘Zor Anında İBB Yanında’ kampanyasıyla Büyük İstanbul Otogarı’nda ‘Geçici Barınma Merkezi’ açıldı. Kış hizmetleri kapsamında yatılı diğer zamanlarda gündüzleri geçici barınma – ‘Hem beden hem ruh sağlığına hizmet etmek üzere’	2023	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ekiim 2007, Ekim 2008, Mart 2015, Ocak 2009, Ocak 2010, Mart 2011, Kasım 2018, Aralık 2021, Şubat 2023 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 42 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamında ‘çocuklar’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SOSYAL SORUMLULUK)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
ÇOCUKLARIN HER KONUDA OLDUĞU GİBİ SAĞLIKTA DA EN İNCİNEBİLİR GRUPLARDAN BİRİ OLMASI Göçün, çatışmanın, salgın hastalıkların, hatta savunmasız bedenleriyle cinsel sömürünün de en büyük mağdurlarının çocuklar olması pandemi şartlarının gelir eşitsizliğini derinleştirdiği şu günlerde, sosyal araştırmalar, çocukların aile içi fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalması	- ‘Çocuk Dostu İstanbul’ Yapılacaklar: (Sağlık ile ilgili olanlar) 10 Çocuk Sağlığı Merkezi - Lösemili Çocuklar Okulu - Yaşam Becerileri Öğrenme Köyü (down sendromlu, otizmli, öğrenme güçlüğü çeken çocuklar için)	2019	İBB	
	- ‘Halk Süt’ projesi ile 16 ayda 8.7 milyon lt.süt dağıtımı yapılması	2021	İBB	
	- ‘İstanbul 95’ projesi – 95 cm yüksekliğinden baksaydık şehri nasıl görürdük – * bileşenlerinden biri Ebeveyn Rehberliği Programı – Hamileliğin 7.aydan itibaren ebeveyn eğitimi – sağlıklı çocuk yetiştirmek için	2021	İBB / İSADEM	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Kasım 2019, Nisan 2021 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

- **Sağlıklı Yaşam**

Bu başlık kapsamında İBB'nin genel halk sağlığını desteklemek amacıyla atmış olduğu adımlar incelenmiş ve temelde bu konuyu 8 alt başlıkta sorunsallaştırdığı görülmüştür. Bu alt başlıklar;

- Toplumun sağlıklı olmasında belediyenin etkisi
- Sağlıklı besine erişimin zorluğu
- Sağlıklı yaşamı desteklemek için spor imkanlarının azlığı
- Sağlıklı yaşam için toplumda farkındalığın olmaması
- Toplum sağlığı için çalışacakların eğitimlerinde yaşanan sıkıntılar
- Salgın hastalıklara karşı bulaş riski
- Bağımlılıklar
- COVID nedeniyle yaşanan sorunlardan menkuldür.

İBB uzun yıllardır özellikle kadın ve çocukların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıkları konusunda çalışmalar yürütmüş, birçok merkez açmıştır (Tablo 3.43). Bununla beraber çeşitli ön taramalar ile erken teşhislerin yapılmasını sağlamıştır. Son dönemde ise özellikle ruh sağlığı konularında adımlar atıldığı görülmüştür.

İlk olarak 1978 yılında ekmek satışına başlayan (*İstanbul Halk Ekmek Hakkında*, t.y.) ve İBB'nin iştiraklerinden olan İstanbul Halk Ekmek halkın sağlıklı besine ulaşması konusunda en fazla hizmetin sunulduğu birim olduğu görülmektedir (Tablo 3.44). Bu doğrultuda çeşitli hastalıklara sahip kişiler (çölyak, diyabet, tansiyon vb.) ya da çeşitli yaş gruplarındaki kişiler için (bebekler, çocuklar, yaşlılar) özel olarak ekmek üretimi yapılmaktadır. Son zamanlarda bu doğrultuda yapılan çalışmalarda çeşitli ulusal üniversiteler ile işbirlikleri yapıldığı görülmektedir. Bu sorunsallaştırma aynı zamanda ekonomik olarak sağlıklı besine ulaşımı zor kişiler için de çözümlerin üretilmesini (ihtiyaç sahiplerine ücretsiz bebek bisküvisi dağıtılması, 3-6 yaş aralığındaki çocuklara süt dağıtılması vb.) gerektirmiştir. Bununla birlikte İBB Coğrafi Bilgi Sistem Müdürlüğü ile ortak yürütülmekte olan 'yoksulluk haritası' üzerinden çalışılarak, yoğun olarak ihtiyaç sahibi kişilerin yaşadığı bölgelerde daha fazla İHE şubesinin açılması üzerine çalışmalar yapılmaktadır.

Tablo 3. 43 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘sağlıklı toplum’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
TOPLUMUN SAĞLIKLI OLMASINDA BELEDİYENİN ETKİSİ Toplum sağlığını sağlamak adına açılan merkezlerde hizmet verilmesi	- 34 noktada Kadın ve Aile Sağlık Merkezleri’nde (KSM) 15 yaş üzeri tüm kadınlara ve 0-6 yaş arası çocuklara sağlık hizmeti verilmesi	2008	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Bşk. / Sağlık ve Hıfzısıhha Md.	
	- Kadın ve Aile Sağlık Merkezleri’nde ücretsiz psikolojik destek vermeye devam edilmesi	2011	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzısıhha Md.	
	- Ramazan ayı boyunca tarihi mekanlarda kurulan sağlık kabinleri ile halka ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi	2011	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzısıhha Md.	
	- Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde ‘Meme kanseri’ taraması yapılması	2011	İBB / Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzısıhha Md. / Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri	
	‘ Diyabeti Durdurulum Projesi ’ kapsamında rekor denemesi - 7.042 kişinin kan şekeri ölçümü yapılması	2012	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	Türkiye Diyabet Vakfı
	- ‘ Kanser Taramaları ’ çalışması ile Sağlık Bakanlığı’ndan ‘İşbirliği Ödül’ünün alınması – 9 yılda 1milyon 550bin 130 İstanbullunun taramadan geçirilmesi	2013	İBB/ Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
	- Aile danışmanlık ve eğitim merkezleri ile toplumsal sağlık alanında bölge halkının ihtiyaçlarını gidermek adına sunulan hizmet	2014	İBB / İSADEM (İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi)	
	- ‘ Psikolojik Danışmanlık Merkezleri ’ ile 18 ilçede hizmet vermeye devam edilmesi	2016	İBB / Sağlık Daire Bşk./ Sağlık ve Hıfzısıhha Md. / Psikolojik Danışma Merkezi	
	- 4 adet Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM) kurulması için protokol imzalanması –	2018	İBB	Türkiye Yeşilay Cemiyeti
	- ‘ Psikolojik Danışma Merkezleri ’ne yenilerinin eklenmesi - Ücretsiz hizmet verilmesi!	2020	İBB / Toplum ve Ruh Sağlığı Hizmet Şefi	
	- İlk 1997 yılında İBB çalışanları için açılan sağlık merkezinin, 2008 yılından itibaren İstanbullulara hizmet vermeye başlaması – Daha sonra iki tıp merkezinin daha eklenmesi	2020	İBB / Tıp Merkezleri	
	- İSADEM (İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi) hizmet çeşitliliği artırılması	2021	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı	
	- Kentlilerin psikolojik sorunlarının giderilmesi için Alo 153’ten randevu alınması	2021	İBB/ Sağlık Daire Başkanlığı / 12 Psikolojik Danışmanlık Merkezi – 5 Psikoterapi Merkezi	
	- Kadın Dayanışma Evi - şiddete uğrayan kadın ve çocuklara geçici barınma sağlanması	2023	İBB	
	- Kadın öğrencilere hijyenik ped dağıtımı	2023	İBB	
	- ‘ Psikolojik Danışma Merkezleri ’ - 2023’te açılması planlanan 12 merkez daha	2023	İBB / Sağlık Dairesi Başkanlığı	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Kasım 2008, Mart 2011, Ağustos 2011, Kasım 2012, Nisan 2013, Ekim 2014, Mart 2016, Ağustos 2018, Mart 2020, Temmuz 2020, Mayıs 2021, Ekim 2021, Şubat 2023 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 44 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘sağlıklı besin’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
SAĞLIKLI BESİNE ERİŞİMİN ZORLUĞU “Sağlıklı nesillerin ancak sağlıklı gıdaya erişimle elde edilebileceğine inanan...”	- Bayram nedeniyle Çölyak ve PKU hastaları için hazırlanan hediye paketlerinin tüm Türkiye’deki! hastalara gönderilmesi	2008 2009	İBB /İstanbul Halk Ekmek (İHE)	
	- Çağın hastalıklarına karşı ekmekteki tuz oranının %1.75’ten %1’e düşürülmesi	2009	İBB / İHE	
	- ‘ Altın Ekmek ’ projesi	2010	İBB / İHE	
	- Sağlıklı bebek bisküvisi – ihtiyaçlı olanlara ücretsiz dağıtılması	2018	İBB /İHE	
	- ‘ İstanbul Halk Süt Projesi ’ ile ilk etapta sosyal destek hizmeti alan ailelerin 3-6 yaş aralığındaki çocuklara süt dağıtılması - Süt dağıtımının koronaya rağmen devam etmesi	2019	İBB	Tire Süt Kooperatifi
	- İHE tarafından artan ekmek fiyatlarına karşı erişilebilir ekmek üretimi	2019	İBB / İHE	
	- ‘ Altın Bahar ’ ile yaşlıların ihtiyaç duyduğu vitaminleri elde etmesini sağlayacak ekmeğin üretimine başlanması	2019	İBB /İHE	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
	- ‘ Sağlıklı Ekmek üretmek vazifemiz.’ – Ekşi mayalı ekmekler ile obezite, diyabet ve tansiyon ile mücadele	2020	İBB / İHE	
	- Halk Süt, çiftçiye ücretsiz fide desteği, bölgesel istihdam ofisleri gibi birçok projede olduğu gibi Halk Ekmek konusunda da yoksulluk haritası ile hareket edilmesi – teknoloji çalışmalarından yararlanması	2021	İBB / İHE	İBB / Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ve İBB / Coğrafi Bilgi Sistemi Müdürlüğü
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Aralık 2008, Eylül 2009, Temmuz 2009, Şubat 2010, Mart 2018, Ekim 2019, Kasım 2019, Şubat 2020, Mayıs 2020, Mayıs 2021 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

İBB'nin sağlıklı yaşamı desteklemenin en önemli şartlarından biri olarak kabul edilen 'spor'u 'tabana yaymak' için spor tesislerine erişimin kolaylaştırılması, açık havalarda spor imkanlarının sağlanması, 'akıllı bisiklet' projesi ile bisiklet kullanımının artırılması ve mobil uygulamalar ile sporun teşvik edilmesi çalışmaları da yürütmekte olduğu anlaşılmıştır (Tablo 3.45).

Sağlıklı yaşam konusunda halkın farkındalığını sağlamak üzere de İBB yıllar içerisinde çeşitli etkinlikler düzenlemiş, son yıllarda ise belediye bültenlerine 'Bilmekte Fayda Var' bölümü eklenerek sağlıklı yaşam ve beslenmeye dair bilgiler paylaşılmaya başlanmıştır (Tablo 3.46). Son dönemde en çok üzerine çalışılan konulardan biri ise obezitedir. Bu konuda 'Obeziteyi Değiştiren İstanbul' projesi birçok farklı birimin desteği ile uygulamaya geçmiş olup, İBB bünyesinde 'Sağlıklı Beslenme ve Obezite ile Mücadele' birimi kurulmuştur.

İBB'nin halk sağlığı konusunda çalışacaklar için kısa süreli eğitimler organize ettiği ve bu eğitimlerin sunulması için yeni mekanlar tesis ettiği de görülmektedir (Tablo 3.47). Son dönemlerde özellikle sorun olarak görülen ve çözülmesi konusunda belediyenin de inisiyatif aldığı sorunlardan bir tanesi de bağımlılıktır. Bu doğrultuda Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı'nın altında 'Bağımlılıkla Mücadele Müdürlüğü' kurulmuştur (Tablo 3.48).

Halk sağlığını toplu olarak etkilediği düşünülen konulardan birisi de salgındır. Covid-19 öncesi de salgın hastalıklara karşı İBB'nin özellikle toplu taşıma araçlarının dezenfekte edilmesi işlemlerini yapmakta olduğu ancak Covid salgınının dünyaya yayılmasıyla beraber çok daha kapsamlı ve özellikle bu pandemiye özel uygulamalar yapıldığı görülmektedir (Tablo 3.49). Bu doğrultuda Bilim Kurulu kurulması, sağlık çalışanlarına ücretsiz konaklama ve ulaşım imkanlarının sağlanması, maske ve koruyucu siperlik üretilerek sağlık merkezlerine dağıtılması, toplu kullanım alanlarının dezenfeksiyon işlemlerinin yapılması, uzaktan ücretsiz psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, farkındalık çalışmalarının yapılması gibi uygulamaların Covid-19 pandemisiyle baş etmek üzere devreye sokulduğu görülmektedir.

Tablo 3. 45 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘spor’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
SAĞLIKLI YAŞAMI DESTEKLEMELİK İÇİN SPOR İMKANLARININ AZLIĞI – ‘SPORU TABANA YAYMAK’	- Sağlıklı bir nesil için 14 yeni spor tesisi inşa edilmesi	2008	İBB	
	- Bütün tesislerde ücretsiz spor hizmeti verilmesi	2008	İBB	
	- Piknik alanlarının ve plajların spor alanlarına dönüştürülmesi	2013 2014	İBB / Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı	İBB / Gençlik ve Spor Müdürlüğü ve Spor A.Ş.
	- ‘Akıllı Bisiklet’ uygulamasının yaygınlaşması	2016	İBB iştiraklerinden İSPARK	
	- ‘Akıllı Bisiklet Paylaşım Sistemi’ – Bisiklet yolu hedefi 1050 km olması – Kent genelinde, birçok ilçede yapılan bisiklet yolları üzerinde, İSPARK’ın hizmete açtığı İSBİKE (akıllı bisiklet projesi)nden sonra ‘Bisiklet Şefliği’ kurulması - Hem toplu taşımının yükünü azaltmak hem de ‘sağlıklı bir toplum’ için bisiklet kullanımını özendirmek	2020	İBB / Ulaşım Daire Başkanlığı / Bisiklet Şefliği	
	-‘Yürü be İstanbul Uygulaması’ –‘sağlıklı bir yaşam için’ yürüyüşün teşvik edilmesi	2021	İBB	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Kasım 2008, Haziran 2013, Mart 2016, Temmuz 2020, Aralık 2021 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 46 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘farkındalık’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
HALKIN SAĞLIKLI YAŞAM İÇİN FARKINDALIĞININ ARTTIRILMASI	- Kapalı alanlar ve açık alanların bir kısmında sigara içilmesini yasaklayan 4207 sayılı kanunun uygulanmasının denetimi için İstanbul’da Zabıta Müdürlüğü’ne bağlı ekiplerin çalışma yürütmesi	2008	İBB / Zabıta Müdürlüğü	
	- ‘Dünya Kalp Günü’ etkinlikleri kapsamında ‘ Tek Dünya, Tek Ev, Tek Yürek ’ programı düzenlenmesi	2011 2012	İBB	Türk Kalp Vakfı
	- ‘Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme ve Spor’ başlıklı panel	2012	İBB	İstanbul İl Müftülüğü
	- ‘Halk Sağlığı Haftası’ kapsamında etkinlikler	2014	İBB / Gençlik ve Spor Müdürlüğü	Spor A.Ş. – İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
	- PKU hastalığı farkındalık için şölen	2017	İBB / Halkla İlişkiler Md.	
	- Bültenlerde yeni yönetim ile birlikte eklenen ‘ Bilmekte Fayda Var ’ bölümleri ile özellikle halk sağlığı ile ilgili bilgilendirmelere yer verilmesi	2020	İBB	
	‘Obeziteyi Değiştiren Şehir İstanbul’ projesi 2020’de başlatıldı. İBB Sağlık Daire Bşk. Koordinasyonunda Sağlıklı Beslenme ve Obeziteyle Mücadele Programı oluşturuldu. • ‘Yuvamız İstanbul’ kreşlerinde çocukluk çağı obezitesini önlemek adına ‘Kimlikli Bebekler’ programı oluşturulması ve farkındalık sağlanması • ‘PedalİST’ projesi ile 35bin bisiklet dağıtılması • Açık alanda sporu desteklemek adına 200 noktada spor alanı kurulması • İHE tarafından Glisemik indeksi düşük Pelemir unlu ve antioksidan özelliği olan mor mixli ekmek üretimi için çalışmalar devam • ‘Sağlıklı ve Güvenilir Gıdaya Erişim’ uygulaması yakın zamanda hizmete girecek Obezite ile mücadele eylem planı: • Çocukluk Çağı Obezitesini Önlemek • Sağlıklı Beslenme İmkanlarını Geliştirmek • Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutum ve Davranış Değişikliğini Desteklemek • Aktif Hareketlilik Altyapısını Kent Geneline Yaygınlaştırmak • Aktif Hareketlilik Kültürünü Gündelik Yaşamın Bir Parçası Haline Getirmek • Sağlıklı Bir Yaşam İçin İş Birliklerini Geliştirmek, İzleme ve Takip Mekanizması Kurmak	2022	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Sağlıklı Beslenme ve Obeziteyle Mücadele Programı	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Ekim 2011, Nisan 2012, Aralık 2012, Eylül 2014, Eylül 2017, Ocak 2020, Mart 2022, Nisan 2022 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 47 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘halk sağlığı eğitimleri’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
HALK SAĞLIĞI KONUSUNDA ÇALIŞACAKLARIN EĞİTİLMESİ	- Gelecekte halk sağlığının korunması çalışmalarında hizmet verecek işgücünün yetiştirilmesi için Hıfzıssıhha Laboratuvarları’nın kullanılması	2008	İBB/ Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü	
	- Cerrahpaşa Üniversitesi Hastanesi bünyesinde çalışan hemşirelere İSÖM tarafından işaret dili eğitimi verilmesi	2010	İBB / İSÖM	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
	- Sağlıklı nesiller yetiştirmek üzere çocuk bakımını öğrenmek isteyenlere eğitim verilmesi	2011	İBB / İSMEK	
	-İSPARK personeline ilk yardım eğitimi verilmesi	2015	İBB iştirak şirketlerinden İSPARK	Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği (TOFD)
	- “ Evde Hasta Bakımında Hemşirelik Hizmet İçi Eğitim Programı ” Evde sağlık ve bakım merkezlerinde çalışan 60 hemşireye ilk kez 8 hafta akademik eğitim verilmesi	2019	İBB/ Sağlık Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürlüğü /Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri	Bezmialem Vakıf Üniversitesi
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin 2008, Şubat 2010, Ekim 2011, Nisan 2015, Ocak 2019 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 48 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘bağımlılık’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
BAĞIMLILIKLA MÜCADELE	- Tuzla BAHAR (Bağımlı Hastalar Ayakta Rehabilitasyon) Merkezi 2019’da hizmete açıldı.	2020	İBB / Sosyal Hizmetler Daire Bşk. / Bağımlılıkla Mücadele ve Rehabilitasyon Md.	
	- Bağımlılıkla Mücadele Müdürlüğü Kurulması	2020	İBB	
	- Bağcılar ve Sultanbeyli’de açılan Sosyal Uyum Destek Merkezlerinde (SUDEM) ; alkol, madde ve teknoloji bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu, önleyici ve rehabilite edici hizmetler	2022	İBB	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin 2019, Ağustos 2020, Eylül 2022 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 49 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamında ‘covid-19 pandemisi’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI YAŞAM)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
COVID NEDENİYLE YAŞANAN SORUNLAR	- Toplu taşıma araçlarının dezenfekte edilmesi - İBB’ye ait 35 ambulansın koronaya karşı hazırlanması -şüpheli / hasta taşıma işlemleri- - İzole olma sürecinde belediyeyi ilgilendiren hizmetler için çağrı merkezinin kullanılmasının teşviki - Semt pazarlarında sadece gıda satışı - Sağlık çalışanlarının İSPARK’tan ve toplu taşımadan ücretsiz yararlanması	2020	İBB	
	- Farkındalık ve doğru bilgi aktarımı için bültende geniş yer ayrılması	2020	İBB	
	- İBB Bilim Kurulu Kurulması - Meslek odaları, stk'lar, eczacılar, enfeksiyon ve göğüs hastalıkları, dahiliye, psikiyatri doktorları, halk sağlığı uzmanları, diş doktoru ve veteriner hekimlerden oluşan 22 uzmanın görev aldığı	2020		
	- Sağlık çalışanları için hastanelere yakın anlaşmalı otellerde ücretsiz konaklama imkanı	2020	İBB	Anlaşmalı Oteller
	- Telefon ile sağlanan uzaktan Psikolojik Danışmanlık Hattı ile destek - Telefonla uzaktan destek ya da yüz yüze için Alo 153 randevu	2020 2021	İBB	
	- Çevrimiçi terapi hazırlıkları	2020	İBB / Psikolojik Danışma Merkezi	
	- Çocuklar için psikolojik destek hattı	2020	İBB / Psikolojik Danışma Merkezi	
	- İSMEK eğitim merkezlerinde maske yapılması	2020	İBB	İSMEK
	- Deneyap Teknoloji Atölyelerinde sağlık çalışanları için koruyucu maske üretilmesi	2020	İBB / Deneyap Teknoloji Atölyeleri	
	- ‘Sanal Kreş’ ilk kez İBB tarafından	2020	İBB / Kültür Daire Başkanlığı Kültür Politikaları Koordinatörlüğü	
	- Şoförlerin ateşlerinin ölçülmesi, tulumla araç kullanmaları, dezenfekte, şoför kabini, kapasite azaltma, güvenli mesafe, bilgilendirme afişleri, yolculara maske dağıtılması, metro istasyonlarına termal kameralar yerleştirilmesi	2020	İBB / İETT	İSPARK – Otobüs A.Ş. – ÖHO
	- Bütün hastaneler Covid hastanesi olduğu için covid dışında tedaviler için tıp merkezlerinin tercih edilmesi	2021	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Tıp Merkezleri	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Nisan 2020, Mayıs 2020, Temmuz 2021, Mayıs 2021 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

- **Sağlıklı Şehir Planlaması ve Sağlıklı Çevre**

İBB'nin gerçekleştirmekte olduğu çalışmalar bütün olarak ele alındığında, il genelinde halkın sağlığı konusunda birçok farklı alanda çalışmalar yaptığı, çeşitli merkezler açtığı, hem fiziksel, hem de psikolojik destekler ile sorunsallaştırmalara çözüm önerileri geliştirdiği anlaşılmıştır. 'Sosyal sorumluluk' ve 'sağlıklı yaşam' başlıkları altında sunulan hizmetlerin tamamına yakınının Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlıkları tarafından organize edildiği ve bazı hizmetlerde çeşitli işbirlikçi kurumların da yer aldığı görülmektedir.

Ancak 'sağlıklı şehir planlaması ve sağlıklı çevre' başlığı altında tarama yapıldığında, doğrudan bu başlıklara istinaden hizmet veren bir birim / daire başkanlığı olmadığı görülmüştür.

Sağlıklı şehir planlaması kapsamında bültenlerde yer alan sorunsallaştırmalarda yeşil alanların artırılması konusu öne çıkmaktadır. Ayrıca bültenlerde *Sağlıklı Kentler Projesi* ve *Sağlık Turizminin Başkenti İstanbul* projeleri ile ilgili de verilere yer verilmiş olup sağlıklı şehir planlamasına katkılarının ortaya konması hedeflenmiştir (Tablo 3.50).

Sağlıklı bir çevre için ise, kısa vadede özellikle vektörlerle mücadele edilmeye çalışıldığı görülmektedir. Uzun vadede yapılan çalışmalarda ise iklim değişikliğine bağlı olarak 'temiz suya erişim' ile ilgili çalışmalar yürütüldüğü görülmektedir (Tablo 3.51).

Tablo 3. 50 ‘Sağlıklı şehir planlaması’ ile ilgili sorun-çözüm öbekleri

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI ŞEHİR PLANLAMASI)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
SAĞLIKLI KENTLEŞME İLE HALK SAĞLIĞININ SAĞLANMASI KONUSUNDAKİ EKSİKLİKLER	- İstanbul’a 4 yılda 15 milyon metrekare yeni yeşil alan kazandırılması ve yeşil alan miktarının %50 artırılması	2008	İBB	
	- ‘Sağlıklı Kentler Projesi’ni tüm boyutlarıyla hayata geçirmek üzere kamu sağlığını korumak ve geliştirmek adına ‘Koruyucu Halk Sağlığı’ çalışmaları kapsamında 157 adet yeni araç ve teçhizat alınması.	2011	İBB	
	- UCLG (Birleşmiş Kentler ve Yerel Yönetimler Teşkilatı) Kentsel Sağlık Komitesi’nin açılış toplantısının yapılması – İBB Başkanı’nın iki dönem üst üste başkan seçilmesi - Birleşmiş Milletler ve DSÖ tarafından belirlenen ana hedefler doğrultusunda yerel yönetimlerin enerjisinin kullanılması hedefi!	2012 2013	İBB iştiraklerinden Sağlık A.Ş. ve	
	- Şişli Feriköy’de İSKİ binalarının olduğu yaklaşık 20bin m2lik alanın ‘Şehir Parkı’ olarak yeniden düzenlenmesi (1994 yılından önce İstanbul’da aktif yeşil alan miktarı 2,5 m ² ; 2004 yılında AKP iktidara geldiğinde 3,5 m ² ; şu anda (2018) 8,5 m ² ; ilçe belediyelerinin yaptığı ve ormanlarda aktif kullanılan mesire alanlarını da ekleyince 12 m ² ’yi geçmekte) - Bu rakamlarla DSÖ’nün kişi başı 10 m ² yeşil alan hedefi geçilmekte - DSÖ’nün bu alanı 15m ² ye çıkarması ile yeni hedefin bu rakamı yakalamak olması	2018	İBB	
SAĞLIK TURİZMİNE YETERLİ ÖNEM VERİLMEMESİ	- ‘ Sağlık Turizm Başkenti İstanbul – Health Plus İstanbul ’ Projesinin tanıtım toplantısı - “Projenin genel amacı İstanbul’un sağlık potansiyelini artırmak, sağlık sektörünün bütün öğelerini tarafsız bir çatı altında toplayacak bir platform oluşturarak İstanbul’un sağlık turizminde çok önemli bir cazibe merkezi haline gelmesine katkı sağlamaktır.” “Proje tanıtımı, dört dilde hizmet sunacak bir İnternet Portalı ve Call Center Merkezi ile dünyaya 7/24 hizmet verecek. Proje kapsamında sosyal medyada çeşitli tanıtım çalışmaları yapılacak. Bununla birlikte Türk Hava Yolları seferlerinde gösterilecek tanıtım filmiyle hem projenin tanıtımına hem de İstanbul’un sağlık turizminde marka değeri olmasına katkı sağlanacak. İstanbul Kalkınma Ajansı’nın desteği ile hayata geçirilen proje, 931 bin TL bütçeye sahip.”	2013	İBB	İstanbul Kalkınma Ajansı desteği
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Mart 2008, Nisan 2011, Mayıs 2012, Mayıs 2013, Mayıs 2018, Mayıs 2020 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

Tablo 3. 51 ‘Sağlıklı çevre’ ile ilgili sorunsallaştırmalar

SORUNSALLAŞTIRMA (SAĞLIKLI ÇEVRE)	ÇÖZÜM ÖNERİLERİ (GERÇEKLEŞTİRİLENLER – BÜLTENLERDE SUNULANLAR)	YIL	İLGİLİ BİRİM / KURUM	İŞBİRLİKÇİ BİRİM /KURUM
HALKIN SAĞLIĞINI TEHDİT EDEN CANLILARIN (VEKTÖRLERİN) VARLIĞI	- Piknik alanları ile park ve bahçelerin haşerelere karşı ilaçlanması	2008	İBB / Çevre Koruma Daire Başkanlığı/ Çevre Koruma Müdürlüğü	
	- Kemirgenlere karşı ilaçlama yapılması	2010	İBB / Çevre Koruma Müdürlüğü / İlaçlama Birimi	
	- ‘Okullarımız İlaçlanıyor Projesi’ ile okulların vektörlerle (hastalık taşıyan biyolojik türler)e karşı ilaçlanması	2010	İBB / Çevre Koruma Müdürlüğü	İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü
	- Yazın gelmesi ile birlikte başta sivrisinek olmak üzere vektörlerle mücadele	2020	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Sağlık ve Hıfzıssıhha Md.	
	- Vektörlerle mücadele için bilim kurulu kurulması – 2022 itibariyle acil durumlar dışında çevreye zarar veren kimyasalları vektörle mücadelede kullanmamak	2020	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Vektörle Mücadele	
	- Eyüpsultan Halk Sağlığı Merkezinde ‘Tür Tayin Laboratuvarı’ açılarak bir İLK’in gerçekleştirilmesi – sivrisinek türüne göre ilaçlama yapılması	2022	İBB / Sağlık Daire Başkanlığı / Vektörle Mücadele	
UZUN VADEDE KÜRESEL SAĞLIK SORUNLARINA YOL AÇILABİLECEK TEHDİTLERİN VARLIĞI – İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ	- Küresel ısınma nedeniyle susuzluğun artması, buna bağlı olarak da salgın hastalıklar başta olmak üzere birçok sorunla karşı karşıya kalınacak olması – ‘Melen Çayı Projesi’ ile İstanbul’a temiz su getirilmesi çalışmalarının başlatılması ve etap etap çalışmaların gerçekleştirilmesi	2007	İBB	Devlet Su İşleri
	- Kaliteli su üretimi ve su kaynaklarının korunması için ‘Çocuklarımız için Proje’ başlıklı projenin başlatılması	2008	İBB	Viyana Bodenkultur Üniversitesi
	- ‘Son Tarih 2020: İklim Eylem Planlaması Taahhüt Protokolü’nü imzalayarak İstanbul’un 2050 yılına kadar sera gazı salınımında bulunmayan, iklime dayanıklı bir şehir olacağını taahhüt etmesi	2019	İBB	(C40 Belediye Başkanları Zirvesi’nde)
	‘Adil, Yeşil ve Yaratıcı İstanbul’ için İBB bünyesinde İklim Değişikliği Yönetim Ofisi biriminin açılması	2021	İBB / İklim Değişikliği Süreçleri Yönetim Ofisi	
* Bu tablo İstanbul Bültenleri’nin Eylül 2007, Kasım 2007, Mart 2008, Temmuz 2008, Aralık 2010, Şubat 2011, Aralık 2012, Kasım 2019, Temmuz 2020, Kasım 2020, Temmuz 2021, Eylül 2022 sayılarından yararlanılarak oluşturulmuştur.				

3.2.5.4 Faaliyet Raporları (2003 – 2022)

2000’li yılların başından itibaren kamu kaynağının elde edilmesi ve kullanımı ile ilgili şeffaflık ilkesi sebebiyle belediyelerin her yıl için yıllık faaliyet raporları hazırlaması beklenmektedir (Köse, 2015). 5393 sayılı Belediye Kanunu’nun 56. Maddesi¹ bu konuya ayrılmış olup her Nisan ayında belediye başkanı tarafından raporun meclise sunulması gerektiği belirtilmiştir (5393 Sayılı Belediye Kanunu, 2005).

Bu bölümde İBB tarafından 2003 – 2022 yılları arasında hazırlanan faaliyet raporları incelenmiştir. Raporlarda ‘sağlık’ ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülen hizmetlerin 2008 yılına kadar tek bir bölümde, 2008 yılı itibariyle ise ‘sağlık hizmetleri’ ve ‘sosyal hizmetler’ olarak iki ayrı bölüm altında sunulduğu görülmektedir. 2010 yılından itibaren raporlarda sunulan hizmetler stratejik planlarda verilen amaçlar ve hedeflerle ilişkilendirilmiştir. 2020 yılından sonra hazırlanan raporlarda ise yönetimin değişmesinin de etkisiyle İBB tarafından yeni geliştirilen temaların öne çıkarıldığı görülmüştür.

Faaliyet raporları incelenirken, öncelikli olarak, İstanbul Bültenleri’nde tespit edilen sorunsallaştırmaların çözüm önerileri taranmıştır. ‘Sosyal sorumluluk’ ve ‘sağlıklı yaşam’ başlıkları kapsamında ortaya konan sorunsallaştırmaların çok büyük oranda Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlıkları altındaki çeşitli birimlerin sunduğu hizmetler olduğu anlaşılmıştır. 2003 yılından itibaren verilegelen bu hizmetlerin yıllar içinde nasıl bir seyir takip ettiğini ortaya koyabilmek adına tablolar oluşturulmuştur.

‘Sağlıklı Şehir Planlama ve Sağlıklı Çevre’ başlığından doğrudan sorumlu olan ve İstanbul Bültenlerindeki sorunsallaştırmalara hizmet sunan bir birim tespit edilemediğinden, bu alt başlıklar için, ilişkili olduğu düşünülen hizmetler bir araya getirilmeye çalışılmıştır.

¹ “Madde 56- Belediye başkanı, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 41 inci maddesinin dördüncü fıkrasında belirtilen biçimde; stratejik plân ve performans programına göre yürütülen faaliyetleri, belirlenmiş performans ölçütlerine göre hedef ve gerçekleşme durumu ile meydana gelen sapmaların nedenlerini ve belediye borçlarının durumunu açıklayan faaliyet raporunu hazırlar. Faaliyet raporunda, bağlı kuruluş ve işletmeler ile belediye ortaklıklarına ilişkin söz konusu bilgi ve değerlendirmelere de yer verilir. Faaliyet raporu nisan ayı toplantısında belediye başkanı tarafından meclise sunulur. Raporun bir örneği Çevre ve Şehircilik Bakanlığı’na gönderilir ve kamuoyuna da açıklanır.” (5393 Sayılı Belediye Kanunu, t.y., Madde 56).

- **Sosyal Sorumluluk**

Faaliyet Raporlarında, İstanbul Bültenlerinin sorun-çözüm öbekleri taranırken, ‘sosyal sorumluluk’ başlığı altında belirlenen sorunsallaştırmalara dair sunulan hizmetler incelenmiştir (Tablo 3.52). 2003 yılından itibaren bu hizmetlerin nasıl değiştiğini ortaya koymak adına kronolojik olarak düzenlenen tablolarla bu değişim gösterilmek istenmiştir.

Tablo 3. 52 ‘Sosyal sorumluluk’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara faaliyet raporlarında sunulan çözümler / hizmetler

<i>sorunsallaştırma</i>	<i>çözüm / hizmetler</i>
Yardıma muhtaç yaşlıların varlığı	Yaşlılara yönelik hizmetler
Engellilerin hayata karışmasını engelleyen etkenler	Engellilere yönelik hizmetler
Sosyal güvencesi bulunmayan ve evde bakıma muhtaç olan kişilerin varlığı	Evde sağlık hizmetleri
Özellikle kış aylarında evsizlerin karşı karşıya kaldığı zorluklar	Evsizlere yönelik hizmetler
Çocukların her konuda olduğu gibi sağlıkta da en incinebilir gruplardan biri olması	Çocuk ve gençlere yönelik hizmetler

Yaşlılara Yönelik Hizmetler: Yaşlılara yönelik hizmetler incelendiğinde 2003 yılından itibaren kesintisiz bir şekilde hizmet veren Kayışdağı Darülaceze Tesisleri öne çıkmaktadır. 2006 yılından itibaren hizmet vermeye devam eden bir başka tesis de fiziksel ve zihinsel bir kısıtı olmayan sakinlere ücret karşılığı hizmet veren Akseki Huzurevi’dir. Bununla beraber yaşlıların sosyal hayata katılımını sağlamak için oluşturulan Yaşam Evleri Projesi 2019 yılına kadar devam etmiştir. 2016 yılında açılan Sosyal Yaşam Merkezleri de yine yaşlıların gün içinde sosyalleşebilecekleri alanlar oluşturmayı hedeflemiştir (Tablo 3.53).

2010 – 2015 yılları arasında yaşlılar ‘dezavantajlı grup’ olarak tanımlanmakta iken, 2020 yılı sonrasında, ‘eşit haklara ulaşamayan toplumsal grup’lardan biri olarak değerlendirilmeye başladıkları görülmektedir.

Tablo 3. 53 Yaşlılara yönelik hizmetlerin 2003-2022 yılları arasındaki değişimi

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler
Yardıma muhtaç yaşlıların varlığı		YAŞLILARA YÖNELİK HİZMETLER
YAŞLI SAĞLIĞI VE REHABİLİTASYONU HİZMETLERİ	2003	- İBB Kayışdağı Darülaceze İşletmesi - Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Pilot bölge Ümraniye’de 65 yaş üstü bakıma muhtaç bireylere uygulanmaya başlamıştır.
	2004	- Kayışdağı Darülaceze Tesisleri
	2005	Sağlık A.Ş. tarafından hizmet verilmekte
DARÜLACEZE HİZMETLERİ	2006	- Kayışdağı Darülaceze Tesisleri - Cep Darülaceze (Mahalle içinde kurulan birimler) - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi’nin açılması ‘Turistik otelleri aratmayan bir görünüm’ ‘fiziksel ve zihinsel herhangi bir sorunu bulunmayan sakinlere’ ücret karşılığı hizmet vermekte
	2007	- Kayışdağı Darülaceze Tesisleri - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi - Yaşam Evleri Projesi - Kartal’da yeni huzurevi açılma çalışması - İstanbul genelinde özürlü ve kimsesiz yaşlılara ücretsiz ulaşım hizmeti
YAŞLILARA YÖNELİK HİZMETLER	2008	- Kayışdağı Darülaceze Kampüsü
	2009	- Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi - Yaşam Evleri
	2010	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi - Yaşam Evleri - İstanbul genelinde özürlü ve kimsesiz yaşlılara ücretsiz ulaşım hizmeti
	2011	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi - Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı) - Yaşam Evi Hizmetleri
	2012	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı) - Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı) - Yaşam Evi Hizmetleri

Tablo 3. 53 Yaşlılara yönelik hizmetlerin 2003-2022 yılları arasındaki değişimi
(devamı)

YAŞLI, ÇOCUK VE GENÇLERE YÖNELİK HİZMETLER	2013	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2014	SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı) - Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı) - Yaşam Evi Hizmetleri
YAŞLILARA YÖNELİK HİZMETLER	2015	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.7 Yaşlılara Verilen Hizmet Etkinliğini Artırmak, Bakım ve Hizmet standartlarını Geliştirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı) - Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı) - Yaşam Evi Hizmetleri
	2016	SH 3.7 Yaşlılara Verilen Hizmet Etkinliğini Artırmak, Bakım ve Hizmet standartlarını Geliştirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı)
	2017	Yaşam Evi (ücret karşılığı)
	2018	- Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı)
	2019	- Yaşam Evi Hizmetleri - Sosyal Yaşam Merkezleri Sağlık sorunları olmayan 60 yaş üstü vatandaşların sosyalleşmesi için açılan 2 merkez
	2020	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı) - Beşir Akınal Huzurevi (ücret karşılığı) - Yaşam Evi Hizmetleri - Sosyal Yaşam Merkezleri
	2021 2022	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek - Kayışdağı Darülaceze Kampüsü - Akseki Ormanalı Abdullah-Nerime Turan Huzurevi / Sanatçı Yaşam Evi (ücret karşılığı) - İBB Kartal Yaşlı Bakım Merkezi - Sosyal Yaşam Merkezleri

Engellilere Yönelik Hizmetler: Faaliyet Raporlarında 2012 yılına kadar ‘engelliler’ yerine ‘özürlüler’ ifadesi kullanılmıştır. Engelliler ile ilgili verilen hizmetlerin her yıl artarak geliştirildiği görülmektedir. Bu alt başlıkta verilen hizmetler 2010 yılı itibariyle SH 3.1¹ ve 3.5² ile ilişkilendirilmekte olup ‘engelliler’ ‘dezavantajlı grup’ olarak tanımlanmaktadır. 2015 yılı itibariyle ise SH 3.2³ kapsamında yine ‘dezavantajlı grup’ olarak tanımlanmakta ve yaşam kalitelerini artırmak üzere hizmetler sunulmasının hedeflendiği görülmektedir. 2020 yılında ise ‘Paylaşan İstanbul’ teması doğrultusunda SH5.2⁴ kapsamında ‘Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Sosyal Destek Hizmetleri’ başlığı altında verilen hizmetler sunulmuştur (Tablo 3.54).



¹ SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak

² SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek

³ SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak

⁴ SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek

Tablo 3. 54 Engellilere yönelik hizmetlerin değişimi 2003-2022

sorunsallaştırma Engellilerin hayata karışmasını engelleyen etkenler		çözüm / hizmetler ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER -1	
ÖZÜRLÜLERE YÖNELİK HİZMETLER	2003	- İstanbul Özürlüler Merkezi (İSÖM) “Türkiye’de ilk ve tek merkez” Sosyal Rehabilitasyon Sporla Eğitim ve Rehabilitasyon Sosyal Etkinlikler Mesleki Rehabilitasyon	- CBR İstanbul Projesi ¹ - ÖSHA Projesi ² - Küçük Adımlar Erken Müdahale Programı ³ - Fiziki Mekanların Özürlülere Adaptasyonu Projesi ⁴
	2004	- İSÖM - Florya Özürlüler Yaz Kampı	
	2005	- İSÖM - Florya Özürlüler Yaz Kampı - Maltepe Özürlüler Merkezi	
	2006	- İSÖM - ÖSHA Projesi - Küçük Adımlar Erken Müdahale Programı	
	2007 2008	- Tıbbi ve Sosyal Rehabilitasyon, Psikososyal Servis - Sporla Rehabilitasyon - Bilgilendirme, Yönlendirme, Danışmanlık - Yasal Haklar - İstihdam - Tıbbi Yardımlar	- Çiroz Yaz Kampı - Küçük Adımlar Erken Eğitim Projesi - Zihinsel Özürlüler Mesleki Rehabilitasyon Birimleri - ÖSHA Projesi - Sosyal Organizasyonlar - İstanbul Genelinde Özürlü ve Kimsesiz Yaşlılara Ücretsiz Ulaşım Hizmeti
	2009	(2007 ve 2008 yılına ek olarak) Yaz Okulu Hizmeti verilmeye başlanması	
	2010	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2007 ve 2008 yılına ek olarak) - Tıbbi ve Sosyal Rehabilitasyon - Eğitim Hizmetleri - İstihdam Birimi	
	2011	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2010 yılına ek olarak) - Konuşma Terapisi - Çağrı Merkezi - Özürlülere Yönelik Diğer Ulaşım Hizmetleri (Erişilebilir Yaya Sistemleri (EYS), Yatay ve Düşey Trafik İşaretleme Çalışmaları, Trafik Eğitim Çalışmaları)	

¹ Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘Herkese Sağlık’ bildirgesinde; birinci basamak sağlık hizmetlerinde, özürlülere yönelik hizmetlerin de verilmesi gerektiğine dikkat çekilmiş ve ‘Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon’ adı verilen (Community Based Rehabilitation-CBR) bir model geliştirilmiştir. DSÖ kayıtlarına göre İBB, dünyada ilk defa belediye hizmetleri ile CBR’ı bir araya getirmesi ve ‘CBR-İstanbul’ modelini oluşturmuştur.

² Özürlülerin Sosyal Hayata ya da Toplumun Özürlülere Adaptasyonu Projesi İBB-MEB işbirliği

³ 0-6 yaş zihinsel geriliği olanlara yönelik proje

⁴ İstanbul Vakfı ve diğer STK’lar ile işbirliği

Tablo 3. 54 Engellilere yönelik hizmetlerin değişimi 2003-2022 (devamı)

sorunsallaştırma Engellilerin hayata karışmasını engelleyen etkenler		çözüm / hizmetler ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER
ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER	2012	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2011 yılına ek olarak) - Engellilere Yönelik Diğer Ulaşım Hizmetleri (Erişilebilir Yaya Sistemleri (EYS), Yatay ve Düşey Trafik İşaretleme Çalışmaları, Trafik Eğitim Çalışmaları, Toplu Ulaşım Araçlarının Engelli Kullanımına Uygun Hale Getirilmesi)
	2013	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2012 yılına ek olarak) - Bilgilendirme, - ESHA (ÖSHA) Yönlendirme ve - Zihinsel Engelliler Danışmanlık - Beceri Kazandırma - Yasal Haklar Birimi Birimleri - Engellilere Yönelik - Engellilere Yönelik İş Sporla Rehabilitasyon Yerleştirme Hizmetleri Hizmetleri - Psiko-sosyal Hizmetler - Engelliler Yönelik Sosyal Organizasyonlar ve Eğitim Hizmetleri
	2014	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2013 yılına ek olarak) - Engellilere Yönelik Diğer Ulaşım Hizmetleri (İstanbul Geneli Engelliler için Yaya Üst Geçidi Proje Çalışmaları, İşitme Engelli Vatandaşlarımıza Trafik Bilgisi Hizmeti)
	2015	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak - Sosyal Servis - Sosyal Destek ve Hizmetleri Rehabilitasyon Hizmetleri - Psikolojik Destek - Sağlık Destek Hizmetleri Hizmetleri - Ulaşım Hizmetleri ve Çağrı - Eğitim Hizmetleri Merkezi - İstihdam Destek - Toplumun Hizmetleri Bilinçlendirilmesi Projesi -Yasal Haklar (ESHA) Danışmanlığı - Engellilere Yönelik Hizmetleri Erişilebilirlik Hizmetleri

Tablo 3. 54 Engellilere yönelik hizmetlerin değişimi 2003-2022 (devamı)

EŞİT HAKLARA ULAŞAMAYAN TOPLUMSAL GRUPLARA YÖNELİK SOSYAL DESTEK HİZMETLERİ	ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER	2016	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak - Psikolojik Destek Hizmetleri - Eğitim Hizmetleri - Sosyal Destek Hizmetleri - Kamp Hizmetleri - Rehabilitasyon Hizmetleri - Ulaşım Hizmetleri ve Çağrı Merkezi - Engellilere Yönelik Spor Hizmetleri - Engellilere Yönelik Erişilebilirlik Hizmetleri
		2017	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2016 yılına ek olarak) - Engellilere Yönelik Yapım Çalışmaları (2018 yılında tamamlanması hedeflenen 6 proje)
		2018 2019	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2017 yılına ek olarak) - Engellilere Yönelik Yapım Çalışmaları (Tamamlanan 4 proje – inşaatı devam eden 3 proje)
	ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER	2020	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek (2016 yılında sunulan hizmetler)
		2021	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek (2016-2020 yılında sunulan hizmetlere ek olarak) Kapalı ve Açık Alan Yönlendirme Sistemi (KAYS) Görme engelli vatandaşların İBB yerleşkelerinde kimseye ihtiyaç duymadan gezebilmelerini sağlamak amacıyla geliştirilmiş mobil uygulama
		2022	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek (2021 yılına ek olarak) - Engelli Şarj Üniteleri ULAŞILABİLİR İSTANBUL SH 2.2 Toplu Taşımada Entegrasyonu, Erişilebilirliği ve Kaliteyi Artırmak - Karayolu Toplu Ulaşım Hizmetleri * Engelsiz Taksi Taşımacılığı (Hizmete girecektir.)

2003 yılında il genelinde 4 ilçe dışındaki ilçelerde uygulanmaya başlayan evde sağlık hizmetleri, 2005 yılı itibarıyla il geneline yaygınlaştırılmıştır. Yıllar içerisinde artıp azalmakla beraber 3 ya da 4 evde bakım ünitesi hizmet vermekte iken, 2021 yılında bu sayı 5'e, 2022 yılında ise 7'ye çıkarılmıştır (Tablo 3.55).

Tablo 3. 55 Evde sağlık hizmetlerinde değişim 2003-2022

sorunsallaştırma Sosyal güvencesi bulunmayan ve evde bakıma muhtaç olan kişilerin varlığı		çözüm / hizmetler EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
EVDE BAKIM HİZMETLERİ	2003	- Beykoz, Üsküdar, Eyüp ve Sarıyer hariç bütün ilçelerde sunulan hizmet
	2004	- İstanbul genelinde ön tespit çalışmalarının tamamlanması
	2005	- İl genelinde hizmetin sunulması
	2006	
	2007	- İl genelinde hizmetin sunulması (3 tane evde bakım ünitesi ile)
	2008	- İl genelinde hizmetin sunulması (4 tane evde bakım ünitesi ile)
	2009	
	2010	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak - İl genelinde hizmetin sunulması (4 tane evde bakım ünitesi ile)
	2011	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2012	
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	2013	- İl genelinde hizmetin sunulması (3 tane evde bakım ünitesi ile)
	2014	
	2015	SH 7.2 Odak Gruplara Sağlık Hizmetini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2016	
	2017	- İl genelinde hizmetin sunulması (3 tane evde bakım ünitesi ile)
	2018	SH 7.2 Odak Gruplara Sağlık Hizmetini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2019	- İl genelinde hizmetin sunulması (4 tane evde bakım ünitesi ile)
KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ		
EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ	2020	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek - İl genelinde hizmetin sunulması (4 tane evde bakım ünitesi ile)
	2021	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek - İl genelinde hizmetin sunulması (5 tane evde bakım ünitesi ile)
	2022	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek - İl genelinde hizmetin sunulması (7 tane evde bakım ünitesi ile)

Faaliyet raporlarında evsizlere yönelik hizmetlerle ilgili 2003 yılından 2011 yılına kadar ayrı açılmış bir başlık tespit edilmemiştir. 2003-2006 yılları arasında Acil Hizmetleri başlığı altında evsizlerin kış döneminde spor salonlarında misafir edildiği ve sağlık taramalarından geçirildikleri bilgisi aktarılmaktadır. Bu uygulama 2020 yılına kadar devam edilmekte olup bu yıl itibariyle misafirlerin İBB'ye ait merkezlerde ya da onların sağladığı misafirhane ya da otellerde misafir edildikleri görülmektedir. 2015'te evsizlere yönelik hizmetlerin herhangi bir stratejik hedef ile ilişkilendirilmediği, sosyal amaçlı "diğer hizmetler" başlığı altında verildiği görülmektedir. 2016-2019 yılları arasında 'dezavantajlı grup' 2020-2022 yılları arasında ise 'eşit haklara ulaşamayan toplumsal grup' olarak tanımlanmaktadırlar (Tablo 3.56).

Çocuk ve gençlere yönelik hizmetler incelendiğinde 2003 yılında okul çocuklarına sağlık taramaları yapıldığı görülmektedir. 2006-2013 yılları arasında 6-12 yaş arası çocuklar ve 13-18 yaş arası ergenler için Çocuk ve Gençlik Evi'nde sunulan hizmetler geliştirilmiştir. 2010 yılı itibariyle çocuklar ve gençler 'dezavantajlı gruplar' arasında sayılmışlardır. 2020 yılından sonra ise Paylaşan İstanbul teması altında 'eşit haklara ulaşamayan toplumsal gruplar' ile ilişkilendirilmişlerdir. 2020 yılında kurulan Çocuk Koruma ve Koordinasyon Birimi'nde, çocukların ruh, beden, sosyal ve çevre sağlığını korumak üzere hizmetler sunulmaktadır. 2016 yılından itibaren çocukların spora yönlendirilmesi üzerine projelerin geliştirilmeye başlandığı da görülmektedir (Tablo 3.57).

Tablo 3. 56 Evsizlere yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022

sorunsallaştırma Özellikle kış aylarında evsizlerin karşı karşıya kaldığı zorluklar		çözüm / hizmetler EVSİZLERE YÖNELİK HİZMETLER
ACİL HİZMETLERİ	2003 2004 2005 2006	- Donma Tehlikesi Geçirenlere Yapılan Yardımlar
	2007 2008 2009 2010	(Bu yıllarda evsizlere yönelik yapılan hizmet tespit edilememiştir.)
EVSİZLERE KIŞ YARDIMI	2011	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
		SH 3.7 Sosyal Destek Hizmetleri Birimleri Arasındaki Koordinasyonu Güçlendirmek
	2012 2013 2014	Evsizlere kış yardımı – Sokakta yaşayanların spor salonlarında kalmasının sağlanması
		SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
		SH 3.7 Sosyal Destek Hizmetleri Birimleri Arasındaki Koordinasyonu Güçlendirmek
		Evsizlere kış yardımı Çağrı merkezine ihbarla
	2015	Evsizlere kış yardımı (Sosyal destek amaçlı diğer hizmetler başlığı altında)
	2016 2017 2018 2019	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
EVSİZLERE YÖNELİK HİZMETLER	2020	Spor salonlarında hizmet verilmeye devam edilmesi
		PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek Evsizlerin ilk etapta otellerde sonra aktarma ve barınma merkezlerinde misafir edilmesi
	2021	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek Evsizlerin Darülaceze şube müdürlüğü, misafirhane ya da otellerde misafir edilmesi
	2022	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek Evsizlerin tesislerde misafir edilmesi

Tablo 3. 57 Çocuk ve gençlere yönelik hizmetlerin seyri 2003-2022

sorunsallaştırma Çocukların her konuda olduğu gibi sağlıkta da en incinebilir gruplardan biri olması		çözüm / hizmetler ÇOCUK VE GENÇLERE YÖNELİK HİZMETLER
ÇOCUK SAĞLIĞI VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	2003	- Pilot bölge Ümraniye’de okul çocuklarına sağlık taraması yapılması
	2004	-
	2005	- İBB personelinin çocukları için kreş ve anaokulu hizmeti verilmeye başlanması - Yap-İşlet-Devret modeliyle çocuk yuvası açılması
	2006	- Çocuk Evi’nin hizmet vermeye başlaması Korunmaya muhtaç 6-12 yaş arası çocuklar için
	2007	- Çocuk ve Gençlik Evi’nin hizmet vermeye başlaması Korunmaya muhtaç 6-12 yaş arası çocuklar ve 13-18 yaş arası ergenler için
ÇOCUK VE GENÇLERE YÖNELİK HİZMETLER	2008	- Kartal Çocuk ve Gençlik Evi’nde hizmet verilmeye devam edilmesi
	2009	
	2010	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2011 2012	SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Kartal Çocuk ve Gençlik Evi’nde hizmet verilmeye devam edilmesi
YAŞLI, ÇOCUK VE GENÇLERE YÖNELİK HİZMETLER	2013	SH 3.1 Dezavantajlı Gruplara Yönelik Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2014	
	2015	SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek Kartal Çocuk ve Gençlik Merkezi 2013 yılında hizmet vermemiştir.
ÇOCUK VE GENÇLERE YÖNELİK HİZMETLER	2016	SH 3.8 Yetişkinlere, Gençlere ve Çocuklara Yönelik Kültürel, Eğitsel ve Sosyal Destek Hizmetleri Sağlamak - Sporla Bağlan Hayata Projesi ‘Ekran hapsolme’ sloganı ile ilköğretim ve lise öğrencilerini spora yönlendirme / farkındalık çalışmaları
	2017	- PEDAL-IST Projesi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile yapılan “Fiziksel Aktivitenin Artırılması” işbirliği ve “Bisiklet Yolu Yapımını Destekleme” protokolü doğrultusunda yürütülen PEDALIST Projesi – bisiklet dağıtımı
	2018	SH 3.8 Yetişkinlere, Gençlere ve Çocuklara Yönelik Kültürel, Eğitsel ve Sosyal Destek Hizmetleri Sağlamak - PEDAL-IST Projesi
	2019	SH 3.8 Yetişkinlere, Gençlere ve Çocuklara Yönelik Kültürel, Eğitsel ve Sosyal Destek Hizmetleri Sağlamak - PEDAL-IST Projesi - Haydi Çocuklar Bisikletle Okula Projesi Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği’nin projesine İBB’den destek verilmesi
		PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek
	2020 2021 2022	ÇEVREYE DUYARLI İSTANBUL SH 6.1: Spor Hizmetlerinin Çeşitliliğini ve Erişilebilirliğini Artırarak Kentin Spor İmkânlarını Genişletmek Çocuk Koruma ve Koordinasyon Birimi Çocukların ruh, beden, sosyal ve çevre sağlığı için sunulan hizmetler - COVID süresince PEDAL-IST faaliyetleri sürdürülememiştir.

- **Sağlıklı Yaşam**

Bu bölümde bültenlerde ‘sağlıklı yaşam’ başlığı altında sorunsallaştırılan “toplumun sağlıklı olmasında belediyenin etkisi, sağlıklı besine erişimin zorluğu, sağlıklı yaşamı desteklemek için spor imkanlarının azlığı, bağımlılıklar, COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşanan sorunlar” başlıklarına yönelik faaliyet raporlarında hizmetler sunulduğu görülmüştür (Tablo 3.58). Sunulan her bir hizmet başlığı için faaliyet raporlarında 2003 yılından itibaren verilen hizmetler incelenmiş ve her sorunsallaştırma için alt başlıklarda tablolar ile sunulmuştur.

Tablo 3. 58 ‘Sağlıklı yaşam’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara faaliyet raporlarında sunulan çözümler / hizmetler

<i>sorunsallaştırma</i>	<i>çözüm / hizmetler</i>
Toplumun sağlıklı olmasında belediyenin etkisi	Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri Kadın ve aileye yönelik hizmetler
Sağlıklı besine erişimin zorluğu	Sağlıklı gıda
Sağlıklı yaşamı desteklemek için spor imkanlarının azlığı	Spor hizmetleri
Bağımlılıklar	Bağımlılıkla mücadele çalışmaları
COVID-19 nedeniyle yaşanan sorunlar	Pandemi kapsamında verilen destek hizmetleri

2003 yılında, dar gelirli vatandaşlara, belediye modeli hastane ve poliklinik işletmesi olan ‘Sağlık Danışma Merkezleri’ ile sağlık hizmeti verilmiştir. 2006 yılından itibaren ise tıp merkezlerinde ayaktan teşhis ve tedavi hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Aynı yıl daire tabiplikleri adıyla başlayan hizmet ise, 2014 yılına kadar kurum tabiplikleri adıyla devam etmiştir. 2015 ile 2022 yılları arasında 3 ayrı tıp merkezinde bu hizmetler sunulmuştur. En son 2022 yılında Esenyurt Bütünleşik Halk Sağlığı Merkezi bu tabloya eklenmiştir (Tablo 3.59). 2010 yılında SH4.3¹ alt başlığı ile ilişkilendirilen Tıp Merkezleri için ‘önleyici sağlık hizmetleri’ vurgusu yapılmakta iken, 2020 yılı itibarıyla SH 6.2² ile ilişkilendirilmiş ve ‘koruyucu, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleri’ hedefi altında sunulmuştur.

¹ SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak

² SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek

Tablo 3. 59 Ayaktan teşhis ve tedavi hizmetlerinin değişimi 2003-2022

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler	
Toplunun sağlıklı olmasında belediyenin etkisi		AYAKTAN TEŞHİS VE TEDAVİ HİZMETLERİ	
HASTANE VE POLİKLİNİK HİZMETLERİ	2003	- İstanbul Sağlık Hastanelerinin açılması çalışmaları - Sağlık Danışma Merkezleri ‘belediye modeli hastane ve poliklinik işletmesi’	
	2004	- Ücretsiz Sağlık Muayeneleri ‘8 farklı ilçede’	
	2005	- Mobil Sağlık Taramaları ‘il genelinde’	
AYAKTAN TEŞHİS VE TEDAVİ HİZMETLERİ	2006	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi - Daire Tabiplikleri - Sağlık Danışma Merkezleri - Zührevi Hastalıklar Hastanesi	
	2007	- Şehzadebaşı Polikliniği - Sağlık Danışma Merkezleri - Kurum Tabiplikleri - Zührevi Hastalıklar Polikliniği - Gezici Sağlık Ekipleri	
	2008	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi - Darülaceze Tıp Merkezi - Tozkoparan Tıp Merkezi - Kurum Tabiplikleri	
	2009	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi - Darülaceze Tıp Merkezi - Tozkoparan Tıp Merkezi - Kurum Tabiplikleri	
	2010	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve	
	2011	Yaygınlaştırmak	
	2012	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi	
	2013	- Darülaceze Tıp Merkezi	
	2014	- Tozkoparan Tıp Merkezi - Kurum Tabiplikleri	
	2015	SH 7.2 Odak Gruplara Sağlık Hizmetini Etkinleştirmek	
	2016	ve Yaygınlaştırmak	
	2017	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi	
	2018	- Darülaceze Tıp Merkezi	
	2019	- Tozkoparan Tıp Merkezi	
KORUYUCU VE ÖNLEYİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ	2020	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek	
	2021	- Şehzadebaşı Tıp Merkezi - Darülaceze Tıp Merkezi - Tozkoparan Tıp Merkezi	
	2022	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek	
		- Şehzadebaşı Tıp Merkezi - Darülaceze Tıp Merkezi - Tozkoparan Tıp Merkezi - Esenyurt Bütünleşik Halk Sağlığı Merkezi	

Faaliyet Raporları incelendiğinde, kadın ve aile sağlığına yönelik hizmetlerin yıllar içerisinde birçok değişime uğradığı görülmektedir (Tablo 3.60). 2003 yılında kadınlarda sık görülen ve erken teşhisle tedavisi mümkün olan hastalıklar için

tarama hizmeti verilmesini hedefleyerek başlanan bu hizmete, 2006 yılında çocuklar da dahil edilmiş, kadın ve çocuk sağlığı eğitimleri de verilmeye başlanmıştır. 2008 yılında sunulan hizmetlere psikolojik danışmanlık hizmeti de eklenmiştir. 2011 yılına kadar bu hizmetler Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri ile Görüntüleme Merkezleri'nde yürütülürken, 2011 yılında açılan 10 Psikolojik Danışma Merkezi eklenmiştir. 2015 yılında ise İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezleri (İSADEM) açılmıştır. 2016 yılına gelindiğinde Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde sunulan hizmetlerin, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne devri ile bu merkezler kapatılmış ve aynı yıl içinde 2 Psikoterapi Merkezi açılmıştır. 2021 yılına kadar İSADEM, PDM ve PTM'lerde sunulan hizmetler 2022 yılında PDM ve PTM'lerin birleştirilmesi kararı ile son halini almıştır.

2010 – 2014 yılı arasındaki stratejik hedeflerde (SH 4.3¹) bu hizmetler 'önleyici sağlık hizmetleri' olarak tanımlanırken 2015-2019 yılları arasında (SH 7.1²) kalıcı veya hasar verici sağlık sorunlarından korunma hedefi ile ilişkilendirilmiştir. 2020 yılından itibaren ise, bu hizmetlerin alt iki başlığa ayrıldığı, Paylaşan İstanbul teması kapsamında, Kadın ve Aileye Yönelik Hizmetler başlığı altında Kadın Destek Hattı ve İstanbul 95 projelerinin başlatıldığı, Yaşayan İstanbul teması kapsamında ise Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri başlığı altında İSADEM, PDM ve PTM'lerin hizmet sunmaya devam ettiği görülmektedir.

¹ SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak

² SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak

Tablo 3. 60 Kadın ve aileye yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler	
Toplumun sağlıklı olmasında belediyenin etkisi		KADIN VE AİLEYE YÖNELİK HİZMETLER	
KADIN SAĞLIĞINI KORUMA HİZMETLERİ	2003	- Kadın hastalıkları için tarama yapılması (4 ilçede)	4 ilçede
	2004	- Kadın sağlığı merkezleri	5 merkezde
	2005	- Kadın sağlığı merkezleri (Sağlık A.Ş.'nin yürüttüğü Kadın Sağlığını Koruma Hizmetleri Projesi ile sık ve erken teşhisle tedavisi mümkün olan hastalıklara karşı taramaların yapılması)	6 merkezde
KADIN VE AİLE SAĞLIĞINI KORUMA HİZMETLERİ	2006	- Kadın ve 0-5 yaş arası çocuklara koruyucu sağlık hizmeti verilmesi Kadın ve çocuk hastalıkları taraması Kadın ve çocuk sağlığı eğitimleri	30 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 2 Görüntüleme Merkezi (Çağrı merkezi üzerinden telefonla randevu sistemi ile)
	2007	(2006 yılı ile aynı hizmetler)	30 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 2 Görüntüleme Merkezi (Çağrı merkezi üzerinden telefonla randevu sistemi ile)
	2008	(2007 yılına ek olarak) Yetişkin ve çocuklar için psikolojik danışmanlık hizmeti	33 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 5 Görüntüleme Merkezi
	2009	(2008 yılı ile aynı hizmetler)	34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 5 Görüntüleme Merkezi
	2010	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2007 yılına ek olarak) Sigarayı Bıraktırma Danışmanlığı	33 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 5 Görüntüleme Merkezi
	2011	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2010 yılına ek olarak) Beden ve ruh sağlığı farkındalığı oluşturma eğitimleri (Kadın ve çocuk sağlığı eğitimleri yerine)	34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 10 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi
	2012	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2011 yılı ile aynı hizmetler)	34 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 12 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi

Tablo 3. 60 Kadın ve aileye yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022 (devamı)

	2013	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2011 yılı ile aynı hizmetler)	22 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 17 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi
	2014	SH 4.3 Önleyici Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2013 yılına ek olarak) Ailelerin sağlıklı ve mutlu yaşam sürmeleri için, koruyucu- önleyici, eğitici-geliştirici programlar	21 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 17 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi
	2015	SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri Görüntüleme Merkezleri Psikolojik Danışmanlık Merkezleri İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezleri (İSADEM)	20 Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi 21 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi 6 İSADEM
KADIN VE AİLE SAĞLIĞINI KORUMA HİZMETLERİ	2016	Kadın ve Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülen hizmetlerin İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne devredilmesi nedeniyle merkezlerin kapatılması Psikoterapi Merkezleri (PTM)	16 Psikolojik Danışma Merkezi 2 Psikoterapi Merkezi 3 Görüntüleme Merkezi 13 İSADEM
KORUYUCU TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ	2017	SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak Psikolojik Danışma Merkezleri (PDM) İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezleri (İSADEM) Psikoterapi Merkezleri (PTM)	16 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Psikoterapi Merkezi 13 İSADEM
	2018	SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak (2017 yılı ile aynı hizmetler)	17 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Psikoterapi Merkezi 16 İSADEM
	2019	SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına Katkı Sağlamak (2017 yılı ile aynı hizmetler)	12 Psikolojik Danışma Merkezi 3 Psikoterapi Merkezi 18 İSADEM

Tablo 3. 60 Kadın ve aileye yönelik hizmetlerdeki değişim 2003-2022 (devamı)

KADIN VE AİLEYE YÖNELİK HİZMETLER	2020	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek
	2021	
	2022	Kadın Destek Hattı ile şiddete maruz kalan kadınlara destek İstanbul 95 Projesi (2017-2020 yılları arasında Bernard van Leer Vakfı'nın Türkiye'de desteklediği İstanbul 95 programı çerçevesinde geliştirilmiş ev ziyareti temelli program)
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ	2020	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek
	2021	PDM- PTM- İSADEM
	2022	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek PDM - İSADEM (PDM ve PTM'lerin hepsinin PDM olarak isimlendirilmesi kararı ile)

Halk ekmek üretimleri ve kaynak suyu temininin, sağlıklı gıda başlığı ile faaliyetler arasında yer alması 2007 yılı itibarıyla'dır. 2010-2014 yılları arasında bu hizmetler 'koruyucu sağlık hizmeti' olarak değerlendirilmiş, 2015-2016 yılları arasında ise 'kalıcı veya hasar verici sağlık sorunlarından korunma' hedefi ile ilişkilendirilmiştir. 2019 yılında başlatılan İstanbul Halk Süt Projesi'nin 2022 yılında da devam ettiği görülmektedir. 2022'de açılan Kent Lokantaları da yine vatandaşlara uygun fiyatlı sağlıklı beslenme imkânı sunmayı hedeflemektedir (Tablo 3.61).

Tablo 3. 61 Sağlıklı gıda hizmetlerindeki değişim 2003-2022

sorunsallaştırma Sağlıklı besine erişimin zorluğu		çözüm / hizmetler SAĞLIKLI GIDA
SAĞLIKLI GIDA	2007 2008 2009	- Kaynak suyu - Ekmek üretimi
	2010 2011	SH 4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak (2007 yılı ile aynı hizmetler)
	2012 2013	SH 4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak - Kaynak suyu - Halk Ekmek
	2014	SH 4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak - Gıda İşyeri Çalışanlarına Yönelik Hijyen Eğitimi - Kaynak suyu - Halk Ekmek
HALK EKMEK VE KAYNAK SUYU ÜRETİMİ	2015 2016	SH 7.1 Kalıcı veya Hasar Verici sağlık sorunlarından korunma ve/veya Erken Tanısının Konulmasına - Kaynak suyu - Halk Ekmek
SAĞLIKLI GIDA VE SOSYAL TESİS HİZMETLERİ	2019	SH 3.2 Dezavantajlı Grupların yaşam kalitesinin Artırılmasına katkı sağlayarak Hizmetleri Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak İstanbul Halk Süt Projesi ile 3-6 yaş arası çocuğa haftada 2 litre
	2020 2021	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.1 Sosyal Destek Hizmetinin Çeşitliliğini, Etkinliğini, Verimliliğini Geliştirmek ve Kapsayıcılığını Artırmak İstanbul Halk Süt Projesi ile 3-6 yaş arası çocuğa haftada 2 litre YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.7: İstanbul'un Sağlıklı ve Ekonomik Gıdaya Ulaşmasına Katkı Sağlamak ve Hal Kapasitesini Artırmak - İstanbul Halk Ekmek Üretimi - Hamidiye Kaynak Suları
	2022	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.1 Sosyal Destek Hizmetinin Çeşitliliğini, Etkinliğini, Verimliliğini Geliştirmek ve Kapsayıcılığını Artırmak İstanbul Halk Süt Projesi ile 3-6 yaş arası çocuğa haftada 2 litre Kent Lokantaları Öğrenci, işçi ve esnafa uygun fiyatlı sağlıklı beslenme imkânı YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.7: İstanbul'un Sağlıklı ve Ekonomik Gıdaya Ulaşmasına Katkı Sağlamak ve Hal Kapasitesini Artırmak - İstanbul Halk Ekmek Üretimi - Hamidiye Kaynak Suları

2003 yılından günümüze kadar geçen süreçte, İBB'nin spor alanında hizmet vermeyi sürdürdüğü görülmektedir. Vatandaşların sağlıklı bir yaşam sürmeleri için spor imkanlarının artırılması, sporun önemi hakkında farkındalığın oluşturulması gibi amaçlarla, 2003 yılından itibaren belediyeye ait spor tesislerinde ücretli ve ücretsiz spor imkanları sunulmaktadır. 2006 yılında 20 farklı noktada uzman akademisyenler eşliğinde açık alanda sağlıklı ve bilinçli spor yapmak üzere başlatılan proje ise günümüzde hala devam etmektedir. 2020 yılına kadar az sayıda noktada ve sabah saatlerinde verilen bu hizmet için 2020 yılından sonra hizmet sunulan yer sayısında önemli bir artış görülmektedir. 2021'de 200 noktada verilen bu hizmet 2022'de 300 noktaya ulaşmıştır. İBB bu süreçte birçok ulusal ve uluslararası organizasyon ile de işbirliği içinde yer almıştır (Tablo 3.62).

İBB'nin faaliyetleri kapsamında bağımlılıkla mücadele ile ilgili ilk çalışmaların Uyuşturucu Karşıtı Şehirler Birliği (ECAD)'ın Türkiye ofisinin kurulmasıyla başladığı görülmektedir. Her ne kadar Kadın ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde 'sigarayı bıraktırma' ile ilgili hizmetler sunulsa da, diğer bağımlılıklarla ilgili 2019 yılına kadar İBB'nin herhangi bir faaliyetine rastlanmamıştır. 2019 yılında kurulan merkez 2022 yılında da faaliyetlerine devam etmiştir (Tablo 3.63).

2020 yılı itibarıyla bütün dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi nedeniyle İBB'nin aldığı tedbirler, 2020 ve 2021 yılı boyunca devam etmiştir. S.H. 9.2 ve S.H. 6.2 kapsamında Covid ile mücadele etmek üzere çeşitli adımlar atılmıştır (Tablo 3.64).

Tablo 3. 62 Spor hizmetlerindeki değişim 2003-2022

sorunsallaştırma Sağlıklı yaşamı desteklemek için spor imkanlarının azlığı		çözüm / hizmetler SPOR HİZMETLERİ
SPOR	2003	“Metropol İstanbul artık bir spor şehri!” - Her ilçeye bir spor tesisi projesi - Spor tesisleri - Dev organizasyonlar
	2004	- Sportif amaçlı fonksiyonlar - Dev spor organizasyonları
	2005	“İstanbul sağlığa koşuyor!” - Spor yatırımları - Dev organizasyonlar
	2006	- Spor organizasyonları - Sağlıklı yaşam için bilinçli spor (20 noktada – il geneline yayılacak) - Spor tesisleri
	2007	- Spor tesisleri - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları - Açık alanda sağlıklı ve bilinçli spor (her ilçede iki noktada olmak üzere uzman akademisyenler denetiminde)
SPORA YÖNELİK HİZMETLER	2008	- Açık alanda spor (parkların yürüyüş ve bisiklet sürme alanları yapılması ve kondisyon aletleri konması) - Spor tesisleri - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları
SPORA YÖNELİK FAALİYETLER	2009	(2008 yılı ile aynı hizmetler)
	2010	SH 3.3 Belediye Tesislerindeki Hizmetlere Erişilebilirliği Artırmak
	2011	SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek - Spor Tesisleri - Açık Alanda Spor Faaliyetleri (‘Sağlıklı Yaşam İçin Spor’ kültürü için) (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 30 farklı noktada verilen spor hizmeti) - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları
	2012	SH 3.3 Belediye Tesislerindeki Hizmetlere Erişilebilirliği Artırmak
	2013	SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2011 yılı ile aynı hizmetler) - Sporla Sağlıklı Nesillere Doğru Projesi (Tesislerde haftaiçi Ücretsiz Spor Hizmeti) (sporu tabana yaymak, spor yapma alışkanlığı kazandırmak ve mümkün olan en fazla sayıda İstanbullunun spor yapmasını sağlamak amaçlarıyla)
	2014	SH 3.3 Belediye Tesislerindeki Hizmetlere Erişilebilirliği Artırmak SH 3.5 Sosyal Destek Hizmetleri Konusunda Paydaşlarla, Gönüllülerle İşbirliğini Güçlendirmek (2011 yılı ile aynı hizmetler) - Sporla Sağlıklı Nesillere Doğru Projesi (Tesislerde Ücretsiz Spor Hizmeti) haftasonu da ücretsiz yararlanmasının sağlanması

Tablo 3. 62 Spor hizmetlerindeki değişim 2003-2022 (devamı)

SPORA YÖNELİK FAALİYETLER	2015 2016	SH 3.3 Kent Sakinlerinin Spor Faaliyetlerine Erişilebilirliğini Artırmak - Spor Tesisleri - Sabah Spor Hizmetleri (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 27 farklı noktada 07.00-09.00 arası verilen spor hizmeti) - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları
	2017 2018	SH 3.3 Kent Sakinlerinin Spor Faaliyetlerine Erişilebilirliğini Artırmak - Spor Tesisleri - Açık Alan Etkinlikleri (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 35 farklı noktada verilen spor hizmeti) - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları
	2019	SH 3.3 Kent Sakinlerinin Spor Faaliyetlerine Erişilebilirliğini Artırmak - Spor Tesisleri - Açık Alan Etkinlikleri (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 38 farklı noktada verilen spor hizmeti) - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları
SPOR HİZMETLERİ	2020	YAŞAYAN İSTANBUL SH6.1 Spor Hizmetlerinin Çeşitliliğini ve Erişilebilirliğini Artırarak Kentin Spor İmkânlarını Genişletmek - Spora Yönelik Tesis İşletmeciliği (Spor tesisleri, spor merkezleri, spor okulları, spor salonları) Ücretli / ücretsiz sunulan spor hizmetleri - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları - Diğer Spor Hizmetleri Açık Alan Etkinlikleri (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 64 farklı noktada 07.30-09.00 arası verilen spor hizmeti) Evde Egzersiz (covid döneminde spor tesislerinin kapalı tutulmasıyla evde kalanlar için hazırlanan videolar ile teşvikler) Yürü Keşfet uygulaması
	2021	YAŞAYAN İSTANBUL SH6.1 Spor Hizmetlerinin Çeşitliliğini ve Erişilebilirliğini Artırarak Kentin Spor İmkânlarını Genişletmek - Spora Yönelik Tesis İşletmeciliği - Ulusal ve uluslararası spor organizasyonları - Diğer Spor Hizmetleri Açık Alan Etkinlikleri (açık alanların spor merkezleri olarak değerlendirilmesi, spor eğitmenleri tarafından 2021’de 200 farklı noktada, 2022’de 300 farklı noktada 07.30-20.30 arası verilen spor hizmeti)

Tablo 3. 63 Bağımlılıkla mücadele çalışmalarında değişim 2003-2022

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler
Bağımlılıklar		BAĞIMLILIKLA MÜCADELE ÇALIŞMALARI
UYUŞTURUCU KARŞITI ŞEHİRLER BİRLİĞİ (ECAD) TÜRKİYE OFİSİ	2006 2007	- Madde bağımlılığı ile mücadele etmek üzere kurulan ECAD ofisi
MADDE BAĞIMLILARINA YÖNELİK HİZMETLER	2019	SH 3.8 Yetişkinlere, Gençlere ve Çocuklara Yönelik Kültürel, Eğitsel ve Sosyal Destek Hizmetleri Sağlamak - Madde Bağımlılığı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nin Kurulması Merkezin İşletmesi Protokol gereği Sağlık Bakanlığı tarafından, Lojistik ve Rehabilitasyon Hizmetleri ise İBB tarafından sağlanmakta
BAĞIMLILIKLA MÜCADELE ÇALIŞMALARI	2020 2021 2022	PAYLAŞAN İSTANBUL SH 5.2 Eşit Haklara Ulaşamayan Toplumsal Gruplara Yönelik Hizmetleri Geliştirmek - Madde Bağımlılığı Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Hizmetleri

Tablo 3. 64 Pandemi kapsamında verilen hizmetler 2020-2021

sorunsallaştırma Halkın sağlığını tehdit eden canlıların (vektörlerin) varlığı	çözüm / hizmetler PANDEMİ KAPSAMINDA VERİLEN DESTEK HİZMETLERİ
PANDEMİ KAPSAMINDA VERİLEN DESTEK HİZMETLERİ	KATILIMCI VE YENİLİKÇİ YÖNETİM SH 9.2 Fiziksel Kaynakları Etkin ve Fonksiyonel Bir Şekilde Yönetmek - Pandemi Tedbirleri Kapsamında Verilen Destek Hizmetleri * Baskılı Materyaller * Dezenfeksiyon Çalışmaları * Ekolojik Dezenfektan Üretimi * Ulaşım Hizmetleri * Çalışma Programı Düzenlemesi * Şüpheli Vaka Müdahalesi * Depo ve Yemek Hizmetleri * Güvenlik Hizmeti YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek - Covid 19 Salgınıyla Mücadele Çalışmaları İl genelinde dezenfektasyon işlemleri
	KATILIMCI VE YENİLİKÇİ YÖNETİM SH 9.2 Fiziksel Kaynakları Etkin ve Fonksiyonel Bir Şekilde Yönetmek - Pandemi Tedbirleri Kapsamında Verilen Destek Hizmetleri * Baskılı Materyaller * Dezenfeksiyon Çalışmaları * Ulaşım Hizmetleri * Şüpheli Vaka Müdahalesi * Depo ve Yemek Hizmetleri * Güvenlik Hizmeti YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek - Covid 19 Salgınıyla Mücadele Çalışmaları - Dezenfektan Üretimi

• **Sağlıklı Şehir Planlaması ve Sağlıklı Çevre**

İBB'nin Faaliyet Raporlarında, sağlıklı şehir planlama ve sağlıklı çevre başlıklarında sunulan hizmetlerden sorumlu doğrudan bir birim bulunmamaktadır. Ancak çevre yönetimi, ulaşım, imar yönetimi, vektörle mücadele / ilaçlama hizmetleri başlıkları altında, 'sağlık'la ilişkilendirebileceğimiz hizmetler olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.65).

Tablo 3. 65 ‘Sağlıklı şehir planlaması ve sağlıklı çevre’ kapsamındaki sorunsallaştırmalara sunulan çözümler / hizmetler

<i>sorunsallaştırma</i>	<i>çözüm / hizmetler</i>
Sağlıklı kentleşme ile halk sağlığının sağlanması konusundaki eksiklikler	ÇEVRE YÖNETİMİ ULAŞIM HİZMETLERİ YÖNETİMİ İMAR YÖNETİMİ
Halkın sağlığını tehdit eden canlıların (vektörlerin) varlığı	VEKTÖRLE MÜCADELE / İLAÇLAMA HİZMETLERİ
Uzun vadede küresel sağlık sorunlarına yol açabilecek tehditlerin varlığı – iklim değişikliği	ÇEVRE YÖNETİMİ

Faaliyet raporları incelendiğinde, 2003 yılından itibaren, sağlıklı bir çevre sunmak için çeşitli çalışmalar yapılageldiği anlaşılmaktadır. İlk yıllarda, Haliç’in temizlenmesi ve doğalgaz çalışmaları öne çıkarken, 2010 yılından itibaren sorunsallaştırma, ‘sürdürülebilir sağlıklı bir çevre sunmak’ hedefiyle ifadelendirilmeye başlanmıştır (Tablo 3.66). Bültenlerde yapılan incelemede “uzun vadede küresel sağlık sorunlarına yol açabilecek tehditlerin varlığı – iklim değişikliği” şeklinde bir sorunsallaştırma tespit edilmiştir. Bununla ilgili çalışmalar, çevre yönetim hizmetleri altında yapılagelmiştir. Son dönemde bu hizmetler 2021 yılında kurulan İklim Değişikliği Şube Müdürlüğü tarafından sunulmaya başlanmıştır.

Tablo 3. 66 Çevre yönetimi hizmetlerinde değişim 2003-2022

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler
Sağlıklı kentleşme ile halk sağlığının sağlanması konusundaki eksiklikler		ÇEVRE YÖNETİMİ
ÇEVRE	2003	- Yeşil alan ve rekreasyon - Haliç projesi - Temizlik hizmetleri - Katı atık sistemi - Hava kalitesi - Doğalgaz çalışmaları
	2004	- Yeşil alan ve rekreasyon - Haliç projesi - Temizlik hizmetleri - Katı atık sistemi - Hava kalitesi - İGDAŞ
	2005	- Park ve bahçeler - Çevre düzeni planı - Çevre koruma - Katı atık yönetimi - İGDAŞ
ÇEVRE YÖNETİMİ	2006	- Her türlü gürültü, hava, koku kirliliğinin önlenmesi - Atık yönetimi - İmalat, bakım çalışmalarında çevre yönetimi
	2007	- Çevre koruma ve denetimleri - Atık yönetimi (toplama, bertaraf, geri dönüşüm, geri kazanım) - Çevre düzenlemeleri (park bahçeler vb.) - Çevre bilinci oluşturma
	2008	- "...daha yeşil, daha temiz, daha sağlıklı bir çevre oluşturabilmek..." - aktif yeşil alan miktarını arttırmak
	2009	- her türlü kirliliği oluşmadan önlemek - çevre bilincini arttırmak - doğa dostu alternatif enerji kaynakları
	2010	SA 5 Sürdürülebilir Sağlıklı Bir Çevre Sunmak - "...daha yeşil, daha temiz, daha sağlıklı bir çevre oluşturabilmek..."
	2011	- aktif yeşil alan miktarını arttırmak
	2012	- her türlü kirliliği oluşmadan önlemek - çevre bilincini arttırmak - doğa dostu alternatif enerji kaynakları
	2013	SA 5 Sürdürülebilir Sağlıklı Bir Çevre Sunmak - Yeşil alan yönetimi
	2014	- Çevre koruma - Atık yönetimi - Su ve atıksu yönetimi - Enerji yönetimi
	2015	SA 8 Sürdürülebilir Çevre Gelişimine Katkı Sağlamak - Yeşil alan yönetimi
	2016	- Çevre koruma
	2017	- Atık yönetimi
	2018	- Su ve atıksu yönetimi
	2019	- Enerji yönetimi
	2020	ÇEVREYE DUYARLI İSTANBUL
	2021	SA3 Sürdürülebilir Çevre ve Enerji Yönetimini Güçlendirmek - Atık yönetimi
	2022	- Enerji yönetimi - Yeşil alan yönetimi - Çevre koruma

Sağlıklı şehir planlama ile ilgili faaliyetler tarandığında ulaşım hizmetleri başlığı altında sunulan ve halkın bisiklet kullanımını teşvik eden, mümkün kılan çalışmaların yapıldığı da görülmüştür. Erken tarihli raporlarda, bisiklet kullanımının trafiğin azaltılmasına yönelik olması vurgusu olsa da, son yıllara doğru bir yaşam tarzı haline getirilerek ‘sağlıklı yaşama destek sağlaması’ amacı öne çıkmaya başlamıştır. Kent genelinde bisiklet yollarının yapılması, bisiklet parkları oluşturulması, akıllı bisiklet kiralama imkanlarının artarak devam ettiği görülmektedir. Bununla beraber yönetimin değişmesi ile 2020 yılı itibariyle bu konuda yapılan çalışmaların yelpazesinin çok genişlediğini söylemek mümkündür (Tablo 3.67).

İmar Yönetimi başlığı altında, ‘sağlıklı şehir planlama’ ile ilgili faaliyetler tarandığında doğrudan bir hizmetin sunulmadığı görülmüştür. Ancak raporlarda yıllar içinde değişen İBB yönetimlerinin konu ile ilgili yaklaşımları takip edilebilmektedir. Erken tarihli faaliyet raporlarından itibaren ‘yaşam kalitesinin yükseltilmesine’ dikkat çekilmiştir. 2010 – 2019 yılları arasında belirlenen stratejik amaç ise, ‘yaşanabilir bir kent oluşturma’ hedefine odaklanmaktadır. Son dönemde ise, ‘çevreyle uyum’ öne çıkarılmış olup sürdürülebilir bir planlama modeli hedeflendiği görülmektedir (Tablo 3.68).

Faaliyet Raporlarında, Sağlık Hizmetleri başlığının altında yer alan ana hizmetlerden bir tanesi de vektörlerle mücadeledir. 2003 yılında sadece 2 merkezden ilaçlamaya yönelik başlatılan bu hizmetlere ek olarak, 2008-2011 yılları arasında halkı bilinçlendirme çalışmaları yapılmıştır. 2012 yılından itibaren ise fiziksel, biyolojik, kimyasal ve kültürel mücadele hizmetleri olarak sunulmaya başlanmıştır. 2010 yılları arasında “koruyucu sağlık hizmetlerini etkinleştirmek ve yaygınlaştırmak” stratejik hedefi ile ilişkilendirilmekte iken, 2015-2019 yılları arasında vektörel mücadele için ayrı bir stratejik hedef (SH 7.3) belirlenmiştir. 2020 yıllarından itibaren ise SH 6.2 ile beraber sunulmaktadır (Tablo 3.69).

Tablo 3. 67 Ulaşım hizmetlerinde değişim 2003-2022

sorunsallaştırma		çözüm / hizmetler
Sağlıklı kentleşme ile halk sağlığının sağlanması konusundaki eksiklikler		ULAŞIM HİZMETLERİ
ULAŞIM	2003	- İstanbul Genel Bisiklet Yolları Planlaması
	2005	Ulaşım hizmetleri – Karayolları çalışmaları
	2006	* Bisiklet yolu yapım işi (trafiğin önelmesi, çevre kirliliği, kişi için spor-eğlence imkanı)
	2007 2008	Yok
ULAŞIM HİZMETLERİ YÖNETİMİ	2009	Otoparklar - Bisiklet park - Park et & devam et projesi devam
	2010	SH 2.2 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek SH 2.3 Trafiği Etkin Yönetmek SH 2.4 Çevreye Duyarlı Ulaşım Hizmetleri ve Projelerini Yaygınlaştırmak Otopark İşletmeciliği - Bisiklet park - Park et & devam et projesi devam Trafik Yönetimi - Mevcut bisiklet yollarının rehabilitasyonu
	2011 2012	(2010 yılına ek olarak) SH 2.1 Toplu Ulaşımı Yaygınlaştırmak ve Konforu Arttırmak SH 2.2 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek - İstanbul genelinde bisiklet yolları uygulama proje çalışmaları “...spora ve sağlıklı yaşama destek sağlanması...”
	2013 2014	SH 2.1 Toplu Ulaşımı Yaygınlaştırmak ve Konforu Arttırmak SH 2.2 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek Otopark İşletmeciliği - Bisiklet park - Akıllı bisiklet park - Park et & devam et projesi devam
	2015	(2014 yılına ek olarak) SH 2.11 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek - İSTOÇ-Arnavutköy Devlet Hastanesi Arası Bisiklet yolu Projesi – henüz uygulanmamış
	2016	SH 2.11 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek Otopark İşletmeciliği - Bisiklet parkları - Park et & devam et projesi devam
	2017 2018 2019	(2016 yılına ek olarak) SH 2.11 Ulaşım Altyapısını Güçlendirmek - 2023’e kadar 1050 km bisiklet yolu hedefi !
	2020	ULAŞILABİLİR İSTANBUL SH 2.6: Karayolu Sistemleri Altyapısını Güçlendirmek ve Sürdürülebilir Kılmak - İlk Yaya Durağı – Parklet Projesi (Sağlıklı Şehirler Ağı kapsamında kent içi ulaşım da yol güvenliğini sağlamak, bisiklet kullanımı ve yürüme teşviki için – Şişli’de uygulamaya geçilmesi) - İSBİKE Akıllı Bisiklet Parkları - Bisiklet yolu çalışmaları - İstanbul Bisiklet Çalıştayı (“İstanbul Bisiklet Master Planı” ve “Bisiklet Yolları Tasarım Rehberi” konu başlıkları) - Bisiklet evi

Tablo 3. 67 Ulaşım hizmetlerinde değişim 2003-2022 (devamı)

ULAŞIM HİZMETLERİ YÖNETİMİ	2021	ULAŞILABİLİR İSTANBUL SH 2.6: Karayolu Sistemleri Altyapısını Güçlendirmek ve Sürdürülebilir Kılmak - İSBİKE Akıllı Bisiklet Paylaşım Sistemi – İSBİKE Mobil Uygulaması - Bisiklet Yolu Çalışmaları - Bisiklet El Kitabı - Kartal Bisiklet Yolu Projesi tamamlanması (WRI Türkiye ve Sağlıklı Şehirler Ortaklığı) - İstanbul Derinlemesine Destek Bisiklet Projesi (WRI Türkiye işbirliği) - İSBİKE Bisiklet Okulu
	2022	ULAŞILABİLİR İSTANBUL SH 2.6: Karayolu Sistemleri Altyapısını Güçlendirmek ve Sürdürülebilir Kılmak - İlk Yaya Durağı – Parklet Projesi (Sağlıklı Şehirler Ağı kapsamında kent içi ulaşımında yol güvenliğini sağlamak, bisiklet kullanımı ve yürüme teşviki için – Şişli’de uygulamaya geçilmesi) - İSBİKE Akıllı Bisiklet Paylaşım Sistemi – İSBİKE Mobil Uygulaması - Bisiklet Yolu Çalışmaları (150 kmlik bisiklet yoluna ilişkin ön proje çalışmalarının tamamlanması) - İstanbul Derinlemesine Destek Bisiklet Projesi (WRI Türkiye işbirliği)

Tablo 3. 68 İmar yönetim hizmetlerindeki dönüşüm 2003-2022

sorunsallaştırma Sağlıklı kentleşme ile halk sağlığının sağlanması konusundaki eksiklikler		çözüm / hizmetler İMAR YÖNETİMİ
Planlama ve imar	2003 2004 2005	-
	2006	“... yaşam kalitesi yüksek, sürdürülebilir bir dünya kenti...”
	2007	“... sağlıklı, huzurlu, çağdaş, değerlerine saygılı ve yaşam standartları yükseltilmiş bir kent...”
	2008 2009	“...yaşam kalitesini yükselterek sürdürülebilir bir dünya kenti oluşturmak...” “Kentın canlı bir organizma gibi sağlıklı yaşayıp gelişmesi bu faaliyetlerin modern kentleşme anlayışı ve modern yaşam ihtiyaçlarına göre yönetilmesi...”
İmar yönetimi	2010	SA 1 Kentin Doğal, Tarihi ve Kültürel Mirasına Saygılı Bir Anlayışla, Sosyal, Ekonomik ve Fiziksel Gelişimine Yön Vererek Yaşanabilir Bir Kent Oluşumuna Katkı Sağlamak “...yaşam kalitesini yükseltmek ve sürdürülebilir bir dünya kenti oluşturmak...” “Kentın canlı bir organizma gibi sağlıklı yaşayıp gelişmesi bu faaliyetlerin modern kentleşme anlayışı ve modern yaşam ihtiyaçlarına göre yönetilmesi...”
	2011 2012 2013	SA 1 Kentin Doğal, Tarihi ve Kültürel Mirasına Saygılı Bir Anlayışla, Sosyal, Ekonomik ve Fiziksel Gelişimine Yön Vererek Yaşanabilir Bir Kent Oluşumuna Katkı Sağlamak “Kentın canlı bir organizma gibi sağlıklı yaşayıp gelişmesi bu faaliyetlerin modern kentleşme anlayışı ve modern yaşam ihtiyaçlarına göre yönetilmesi...”
	2014	SA 1 Kentin Doğal, Tarihi ve Kültürel Mirasına Saygılı Bir Anlayışla, Sosyal, Ekonomik ve Fiziksel Gelişimine Yön Vererek Yaşanabilir Bir Kent Oluşumuna Katkı Sağlamak “...yaşam kalitesini yükseltmek ve sürdürülebilir bir dünya kenti oluşturmak...” “Kentın canlı bir organizma gibi sağlıklı yaşayıp gelişmesi bu faaliyetlerin modern kentleşme anlayışı ve modern yaşam ihtiyaçlarına göre yönetilmesi...”
	2015 2016	SA 5 Kentin Doğal, Tarihi ve Kültürel Mirasına Saygılı Bir Anlayışla, Sosyal, Ekonomik ve Fiziksel Gelişimine Yön Vererek Yaşanabilir Bir Kent Oluşumuna Katkı Sağlamak “Kentın canlı bir organizma gibi sağlıklı yaşayıp gelişmesi bu faaliyetlerin modern kentleşme anlayışı ve modern yaşam ihtiyaçlarına göre yönetilmesi...”
	2017 2018 2019	SA 5 Kentin Doğal, Tarihi ve Kültürel Mirasına Saygılı Bir Anlayışla, Sosyal, Ekonomik ve Fiziksel Gelişimine Yön Vererek Yaşanabilir Bir Kent Oluşumuna Katkı Sağlamak
	2020 2021 2022	DAYANIKLI İSTANBUL SA 1 Nitelikli ve Fonksiyonel Yaşam Alanları Geliştirerek Dayanıklı Bir Şehir Oluşturmak “... çevreyle uyumlu ve altyapısı tamamlanmış şehirler...” “...katılımcı, sürdürülebilir ve bütüncül bir planlama sistemi...”

Tablo 3. 69 Vektörle mücadele / ilaçlama hizmetlerinde değişim 2003-2022

sorunsallaştırma Halkın sağlığını tehdit eden canlıların (vektörlerin) varlığı		çözüm / hizmetler VEKTÖRLE MÜCADELE / İLAÇLAMA HİZMETLERİ
VEKTÖR MÜCADELESİ	2003	- Edirnekapi ve Üsküdar merkezlerinden ilaçlama yönetimi
İLAÇLAMA ÇALIŞMALARI	2004	- İlaçlama işlemleri devam etmekte İlçe belediyeleri, üniversiteler, askeriye vb. kuruluşlarla işbirliği
İLAÇLAMA VE HAŞEREYLE MÜCADELE HİZMETLERİ	2005	- İlaçlama işlemleri devam etmekte
İLAÇLAMA HİZMETLERİ	2006	
İLAÇLAMA FAALİYETLERİ	2007	
HAŞERELERLE MÜCADELE / İLAÇLAMA HİZMETLERİ	2008	- İlaçlama işlemleri devam etmekte - Halkı bilinçlendirme çalışmalarının yapılması
VEKTÖRLE MÜCADELE / İLAÇLAMA HİZMETLERİ	2009	- İlaçlama işlemleri devam etmekte - Halkı bilinçlendirme çalışmalarının yapılması
	2010	SH 4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2011	- İlaçlama işlemleri devam etmekte - Halkı bilinçlendirme çalışmalarının yapılması
	2012	SH 4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Etkinleştirmek ve Yaygınlaştırmak
	2013	- Fiziksel Mücadele
	2014	- Biyolojik Mücadele - Kimyasal Mücadele - Kültürel Mücadele
	2015	SH 7.3 Vektörel Mücadeleyi Bütüncül Anlayışla Gerçekleştirmek
	2016	- Fiziksel Mücadele
	2017	- Biyolojik Mücadele
	2018	- Kimyasal Mücadele
	2019	- Kültürel Mücadele
	2020	YAŞAYAN İSTANBUL SH 6.2: Koruyucu, Önleyici ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Geliştirerek, Erişilebilir, Kapsayıcı ve Etkin Hale Getirmek
	2021	- Fiziksel Mücadele
	2022	- Biyolojik Mücadele - Kimyasal Mücadele - Kültürel Mücadele

3.2.5.5 İstanbul Çevre Düzeni Planı

İstanbul Büyükşehir Belediye Başkanlığı ile (Mülga) Çevre ve Orman Bakanlığı arasında 2004 yılında imzalanan protokol doğrultusunda, 1/100.000 ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı'nın hazırlanması için İBB yetkili kılınmıştır. Bu doğrultuda 2023 hedef yılı olacak şekilde hazırlanan plan, 2006 yılında onaylanmış, ancak açılan davalar neticesinde plan 2008 yılında iptal edilmiştir. Tekrar başlanan plan

çalışmaları doğrultusunda 2025 hedef olacak şekilde hazırlanan plan 2009 yılında onaylanarak yürürlüğe girmiştir.

Hazırlanan planda; sağlık hizmetleri alanına ilişkin temel sorunsallaştırma, ‘İstanbul’da kişi başına düşen sağlık tesisi alanı ortalamasının 0,11 m2 olduğu’ vurgusu ile sağlık tesisleri alanlarının yetersizliği üzerinden belirginleştirilmiştir (1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.334). Buna ilişkin geliştirilen çözüm önerisi ise plan vizyonu¹ doğrultusunda ortaya konulan, ‘Yaşam Kalitesini Yükseltmek’ hedefinin, ‘Kent bütününe hizmet verecek, ...sağlık merkezlerinin oluşturulması’ alt stratejisinde belirginleştirilmiştir (1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.538).

Bununla birlikte, İstanbul’un sağlık sektöründe dış ülkelere açılımında son yıllarda önemli başarılar elde ettiğine dikkat çekilerek hizmet sunumunda çeşitliliğe gidilmesi ve küresel- bölgesel düzeyde söz konusu başarının devam ettirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.514). Söz konusu durum sağlık-turizm ilişkisi üzerinden biraz daha belirginleştirilmiştir: İstanbul’un, sahip olduğu sağlık tesisleriyle gittikçe sağlık turizmi açısından önemini arttırdığı belirtilmekte, planda “...mevcut sağlık tesislerinin hizmet kalitelerinin daha da geliştirilerek mevcut talebin artırılması; kentteki turizm olanaklarının çeşitlendirilmesiyle de İstanbul’a sağlık sorunları sebebiyle gelen hastaların tedavi sonrası kalış sürelerinin uzatılmasını sağlayacak ve tüketici ile sağlık turizmi sektörünü buluşturacak profesyonel organizasyonların geliştirilmesi” öngörüsü üzerinden de söz konusu durum somutlaştırılmaktadır (1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.655). Belirlenen çerçevede ortaya konulan öngörü ve yaklaşımlar sağlık turizminin geliştirilmesi için planda, ‘sağlık parkı’ önerilerinin geliştirilmesiyle mekansallaştırılmaktadır (1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu, 2009, s.657).

3.2.5.6 İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi

Vizyon 2050 Strateji Belgesi’nde (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y.) kentsel olanaklar arasında değerlendirilen sağlığa ilişkin temel sorunsallaştırma, erişebilirlik ve yeterlilik üzerinden belirginleştirilmiştir. Sağlık tesis alanlarının,

¹ “Çevresel, toplumsal ve ekonomik sürdürülebilirlik ilkeleri doğrultusunda özgün kültürel ve doğal kimliğini koruyarak gelişen, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip bilgi toplumuna dönüşen yaşam kalitesi yüksek bir İSTANBUL”

nüfusa oranla yetersiz olduğu ve kentsel mekânda eşitsiz dağıldığı belirtilmekte olup, özellikle kent merkezlerinde sağlık tesislerinin yoğunlaşmasına karşın çeperlere doğru gidildikçe tesis sayılarının önemli oranda azaldığı, bu durumun tesislere erişimi sorunlu hale getirdiği ve bir eşitsizliği de ortaya çıkardığı belirtilmiştir (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., s.48). Yine İstanbul’da farklı dezavantajlı grupların da sağlık vb. kentsel olanaklara erişimde sorun yaşadığı, bu durumun yaşanan eşitsizliği derinleştirdiği vurgulanmıştır. Çözüm önerileri ise, İstanbul’un acil olarak adil bir kente dönüşmek zorunda olduğundan ve iyi yaşamın herkesin hakkı olduğundan hareketle temel politikalar geliştirmektir (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., s.68). Bu minvalde de, kentsel olanaklara erişimin desteklenmesinin, toplumda adaletin sağlanması açısından önemi vurgulanmıştır (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., s.216). Bu doğrultuda da, koruyucu hekimlik ve önleyici sağlık çalışmalarının yeterli ve herkes için erişilebilir olması gerekliliği ifade edilmiştir.

İBB’ye göre, halk sağlığının korunması doğrultusunda yapılı çevre, sağlıklı yaşam aktivitelerine olanak sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Bu bağlamda İstanbulluların gündelik yaşam alışkanlıklarında aktif hareketliliği ve spor aktivitelerini teşvik edecek altyapı ve düzenlemeler hayata geçirilmelidir. Ayrıca gürültü, hava, su ve toprak kirliliğinin azaltılmasına yönelik uygulamalara önem ve öncelik verilerek halk sağlığı korunmalıdır (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., s.226)

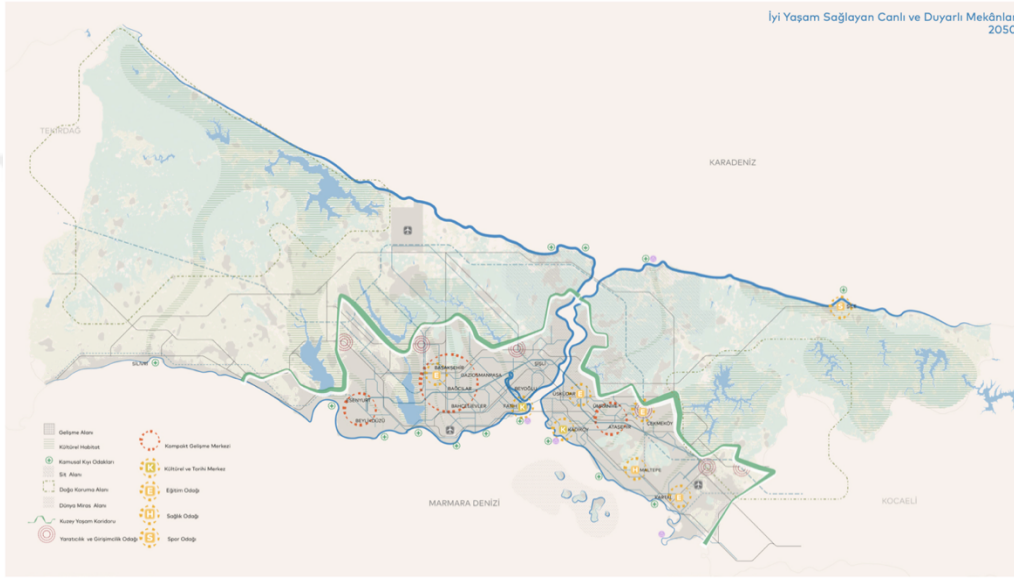
Koruyucu sağlık hizmetleri sunularak hastalıkların önlenmesi ve tıbbi müdahale ihtiyacının azaltılması sağlanmalıdır. Bu çerçevede, kadın sağlığı, obezite, bağımlılık ve psikososyal destek alanlarına öncelik verilmeli; nitelikli sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak üzere sağlık tesislerinin teknolojik kapasitesi geliştirilmeli, nitelikleri iyileştirilmeli, tesislerin ve hizmet veren sağlık personelinin sayısı artırılmalıdır (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., 226).

Bu çerçevede, belirlenen ilgili temalar altında ortaya konulan amaç ve hedefler Tablo 3.70’de sunulmuştur.

Tablo 3. 70 Vizyon 2050 amaçlar ve hedefler

TEMALAR	AMAÇ	HEDEF
T4-İyi Yaşam Sağlayan Canlı ve Duyarlı Mekanlar.	T4A2- Yaşam Kalitesini Yükseltmek Üzere Kentsel Mekânın Dengeli Gelişimini Sağlamak	H3: Kent Bütününe hizmet eden kentsel donatıların dengeli mekânsal dağılımının sağlanması
T6-Herkes İçin Erişilebilir ve Adil Kentsel Olanaklar.	T6A2- Sağlıklı Yaşam Koşullarını Geliştirmek ve Nitelikli Sağlık Hizmetlerine Erişim Sağlamak (s.73).	T6A2H1- Sağlıklı yaşama imkân sağlamak ve halk sağlığını korumak üzere fiziksel çevrenin iyileştirilmesi (s.228).
		T6A2H2- Sağlık hizmetlerinin tüm bireyler için karşılanabilir, erişilebilir ve nitelikli olarak sunulması (s.228).
		T6A2H3- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin ve tercih edilir hale getirilmesi (s.228).
		T6A2H4- Olası salgın hastalık, kriz ve afetlere bağlı olarak meydana gelebilecek toplumsal ve bireysel sağlık risklerinin önlenmesi (s.228).
		T6A2H5- Yenilikçi sağlık teknolojilerinin geliştirilmesi ve erişim olanaklarının artırılması (s.228).
		T6A2H6- Bireylere, sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandıracak sağlık okuryazarlığının yaygınlaştırılması (s.228).
		T6A2H7- Her türlü bağımlılıkla mücadele için farklı yaş gruplarına uygun, etkili sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması (s.228).
		T6A2H8- Bakıma ihtiyaç duyan bireylere yönelik nitelikli, sürekli bakım hizmetlerinin sağlanması (s.229).
		T6A2H9- Ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik hizmetlerin erişilebilir ve talep edilebilir hale getirilmesi (s.229).
		T6A2H10- Cinsel sağlık ve üreme hakları konusunda bilgiye ve hizmetlere erişim olanaklarının geliştirilmesi (s.229).
T7-Eşit ve Özgür Toplum	T7A5- Yaşlanan Nüfusun Bağımsız Yaşayabilmesini, Kentsel Yaşama Aktif Katılabilmesini Sağlamak (s.264).	T7A5H1- Yaşlanan nüfusun toplumsal ve ekonomik hayata katılımını sağlayan aktif yaşlanma olanaklarının sağlanması. (s.267).
		T7A5H2- Yaşam kalitesini artıracak sağlıklı yaşama olanaklarının sağlanması (s.267).
		T7A5H3- Yaşlı bakım hizmetlerinin etkin, kaliteli ve erişilebilir hale getirilmesi (s.267).
		T7A5H4- Yaşlanan nüfusun iyi olma halini yükseltecek ruh sağlığı ve destek hizmetlerinin artırılması (s.267).
		T7A5H5- Yaşamın her alanında yaş ayrımcılığı ile mücadele edilmesi (s.267).
		T7A5H6- Yaşlanan nüfusa yönelik mekânsal olanakların iyileştirilmesi, kentsel hizmetlerde yaşlı dostu uygulamaların artırılması (s.267).

İstanbul'un 2050 mekânsal stratejileri 3 aşamalı bir sistem üzerine kurulmuştur. Her aşama, kendi kendine yetebilen, birbiriyle etkileşim içinde olan ve gelecek nesillere bugünün değerlerini taşımayı hedefleyen bir yaklaşımla tasarlanmıştır (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y., s.282). Mekânsal kademelenme haritasında ikinci kademe bölgesinde yer alan Maltepe ilçesi sağlık odağı olarak, belirlenmiştir. Bununla birlikte söz konusu strateji belgesinde sağlık odağıyla ne kastedildiği ya da belirtilen ilçenin sağlık odağı olmasına yönelik ne tür mekânsal yaklaşım ve kararların geliştirileceğine ilişkin bilgi bulunmamaktadır (Şekil 3.14).



Şekil 3. 14 İyi yaşam sağlayan canlı ve duyarlı mekanlar (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y.)

3.3 Tamamlayıcı Verilerin Katkıları

2000’li yıllarda hayata geçirilen sağlık reformlarının mikro ölçekte doğrudan etkileri olmuş, hastalardan doktorlara, işletmecilerden sağlık personeline uzanan çeşitli aktörlerin eylemlerinin etkileşimi dolayımı ile biçimlenmiştir. Bir yandan, hastanın, daha doğru bir ifadeyle kullanıcı olarak hastanın, tüketici bir formu gelişirken (Bilge-Ülker, 2019, s.65-78); diğer yandan, dijital çağda, bu tüketici-hastadan giderek daha fazla sorumluluk alması ve kendi sağlık koşullarının yönetimine daha fazla katılması beklenmeye başlanmıştır (Crawshaw, 2012; Lupton, 2014, 2016). Sağlık alanının yeniden düzenlenmesi, hastaları olduğu kadar yönetim kadrolarını, doktorlar, hemşireler ve sağlık personeli de etkilemiştir.

3.3.1 Yüz Yüze Görüşmeler

Çalışma kapsamında, yarı yapılandırılmış yüz yüze görüşmelerin; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili birimleri, İBB'nin ilgili birimleri, Özel Sağlık Sektörü Temsilcileri, Türk Tabipler Birliği'nin Temsilcileri, Hastalara İlişkin Ağların temsilcileri ile Sağlık Meslek Örgütü ve Sendika temsilcileriyle gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bununla birlikte, çalışma kapsamında yapılması planlanan kurum ve uzman görüşmeleri istenen düzeyde gerçekleştirilememiştir. Bahsi geçen kurum ve çalışanların bilgi paylaşmaktan imtina etmesi bu kısıtın temel sebebidir.

Yüz yüze görüşmeler, yarı yapılandırılmış uzman görüşmeleri olarak tasarlanmıştır. Görüşmeler kapsamında bilgisine başvuru alan kişilere ilişkin bilgiler, görüşme yapılan kişilere verilen kodlar, meslekleri, (varsa) temsil ettikleri kurum, çalıştıkları kurum ve görüşme tarihi, Tablo 3.71'de sunulmuştur.

Tablo 3. 71 Görüşmecilere ait bilgiler

Görüşmeci Kodu	Mesleği	Temsil Ettiği Kurum (varsa), Çalıştığı Kurum	Görüşme Tarihi
Görüşmeci-1	Doktor Akademisyen	İstanbul Tabip Odası, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi	23 Ağustos 2023
Görüşmeci-2	Doktor Akademisyen	İstanbul Tabip Odası, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi,	16 Kasım 2023
Görüşmeci-3	Doktor	İstanbul Tabip Odası, Küçükçekmece Atatürk ASM	23 Ağustos 2023
Görüşmeci-4	Doktor	İstanbul Tabip Odası, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2 Aralık 2023
Görüşmeci-5	Doktor Akademisyen	- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	13 Aralık 2023
Görüşmeci-6	Doktor Akademisyen	-Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	13 Aralık 2023
Görüşmeci-7	Doktor	İBB-İBB Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı	14 Aralık 2023
Görüşmeci-8	Şehir Plancısı	İBB-İBB İstanbul Turizm Platformu	4 Ağustos 2023
Görüşmeci-9	Şehir Plancısı	İBB-İPA	4 Ağustos 2023
Görüşmeci-10	Çevre Mühendisi	Sağlıklı Kentler Birliği Birlik Sekreteryası	23 Temmuz 2023
Görüşmeci-11	İnşaat Mühendisi	OHSAD	8 Mart 2024

İstanbul Tabip Odası'ndan temsilcilerle yapılan görüşmelerde, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan dönüşümü en genel haliyle bir özelleştirme ve piyasalaştırma süreci olarak nitelendirdikleri görülmüştür. SDP'nin etkilerinin başında gelen basamaklandırılmış sağlık hizmetleri sisteminin her kademesindeki düzenlemelerin bunda etkili rol aldığı belirtilmiştir. Bu düzenlemeler arasında aşağıdakiler görüşmecilerce tekrar edilmiştir:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde, Aile Hekimliği sisteminin cari bütçe ödemeleri üzerinden işletilmesi ile doktordan beklenen işletmeci rolü: Aile Hekiminin sağlık hizmetlerinin yanında işletme hizmetleriyle de ilgilenmek durumunda kalması, kurumun (kira, personel giderleri, sarf malzemeleri vb.) giderlerinin ödeme ve planlamasıyla uğraşması
- Basamaklar arası sevk zincirinin işlevsizleştirilmesi ile hastanelerde oluşan yoğunluk ve özel hastanelere yönelim
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık sunucularında yapılan düzenlemeler, özel sektörden hizmet alımları, prime dayalı performans sisteminin hastanelerde neden olduğu yoğunluk ve kötüleşen çalışma koşulları nedeniyle özel hastanelere yönelim.

Bununla birlikte, sağlıkta dönüşüm programının etkileri arasında değerlendirilen diğer gelişmeler arasında değişen hasta profili, sağlık çalışanlarına yönelik mobbing ve şiddet öne plana çıkmıştır. Görüşmeciler tarafından üzerinde sıklıkla durulan sağlıkta şiddetin, günümüzde, hekim intiharlarına neden olduğu, tıpta uzmanlık alanlarının tercihinde belirleyici bir etkiye sahip olmaya başladığı ve sağlık çalışanlarının özel sektöre yönelmesine ya da yurt dışında çalışmayı tercih etmeye vardığı belirtilmiştir.

İstanbul'un sağlık hizmetleri alanında öncelikli sorunları arasında; Aile Hekimlerinin, son yıllarda, kendilerine tahsis edilen cari bütçeden enflasyonist ekonomik ortamda hızla artan kiralari ödeyemeyecek bir noktaya gelmiş olmaları; sağlık tesislerinin deprem riski barındırmalarına rağmen gerekli test ve güçlendirmelerinin yapılmaması, kentin merkezinde yer alan hastanelerin kapatılarak kentin çeperine taşınması vurgulanmıştır.

İstanbul Tabip Odasının bu tablo karşısındaki mücadele pratikleri, kamuoyu oluşturabilmek üzere basın açıklamaları, iş bırakma eylemleri, yürüyüşler

düzenlemek, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davaları ve özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik süreçleri takip etmek, halk sağlığını ilgilendiren konulara dair yapılan yasal ve kurumsal düzenlemelere ilişkin hukuki süreçleri takip etmek, kamu sağlığı açısından gıda ürünlerinde yer alan yanıltıcı bilgilerle mücadele etmek, diğer meslek odalarıyla birlikte sağlığa ilişkin hafıza mekanlarının kullanımına yönelik mücadeleler geliştirmek gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır.

Halk Sağlığı alanında çalışan doktor akademisyenlerle yapılan görüşmelerde, yaşanan dönüşüme ilişkin benzer bir niteleme yapılmış ve yaşanan dönüşüm sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, piyasalaştırılması olarak adlandırılmıştır. Özel sektörün sağlık alanında artan payı öne çıkan konular arasında yer almıştır: sağlık alanında özel sektörün teşvik edilmesi, özel sektörün sağlık hizmetleri sisteminin içerisine özellikle sosyal güvenlik sistemi kullanılarak girebilmesine olanak sağlanması, şehir hastaneleri örneğinde ise, özel sektörün sağlık hizmetleri sistemine kamu-özel ortaklıkları modeliyle eklenmesi, kentin merkezindeki kamu hastanelerin kapatılarak kentin çeperinde şehir hastanelerinin açılması ve bu alanın özel sektöre bırakılması, bu bağlamda vurgulanan gelişmeler arasında yer almıştır. Sağlıkta özelleştirmenin, giderek büyüyen sermaye gruplarının ağırlığını artırmasıyla, özel hastanelerde zincirleşme eğilimi öne çıkan başlıklardan bir diğeridir.

Sağlıkta dönüşüm programının en önemli argümanı olan ‘etkili ve kademeli sevk zinciri’nin işlevsizleştirilip, 2007 yılında sevk zorunluluğunun kaldırılması ile hastanelerde hasta yoğunluğu oluştuğu, doktorların iş yükünün arttığı, hastalar açısından ise muayene sürelerinin kıaldığına da dikkat çekilmiştir. Diğer yandan, hastanelerin döner sermaye gelirlerine bağlı hale getirilmeleri, performans sistemi bu hasta yoğunluğunu sistemin işlemesi için zaruri kılmıştır, bu da sistemin açmaza girmesinin zeminini hazırlamaktadır. Bu çerçevede, hem hastaların aldığı sağlık hizmetinin niteliğinde bir düşüş yaşandığı, hem de doktorlardan sağlık hizmetinden çok, daha fazla hasta bakarak karlılığı arttırmasının beklenmesi dolayısıyla, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ağırlaştırıldığı belirtilmiştir. Getirilen Aile Hekimliği sisteminin ‘bölge tabanlı’ değil ‘liste tabanlı’ olmasının hizmet bütünlüğü açısından neden olduğu sorunlar da öne çıkan bir diğer konu başlığıdır.

Hem İstanbul Tabip Odası temsilcileriyle, hem de halk sağlığı alanında çalışan doktor-akademisyenlerle gerçekleştirilen görüşmelerin ortak vurgusu, sağlığın bir

hak olmaktan çıkarılıp piyasalaştırılmaya çalıştırıldığı ve bunun da sağlık hizmetlerine erişimde var olan eşitsizliği derinleştirdiği ve sistemin bu haliyle sürdürülemez olduğu yönündedir.

Özel sektör temsilcileri ile yapılan görüşmelerde ise, özel sağlık sektörünün sosyal güvenlik sistemine dahil edilmesinin; özel hastanelerin sayılarının artması ve gelişimi açısından kamunun sağladığı önemli bir olanak ve teşvik olduğu ancak 2008 yılı sonrasında kamunun yaklaşımında bir farklılaşma da olduğu ifade edilmiştir. 2008 yılı sonrasında, kamunun, özel sağlık sektörünün gelişimi yönünde sağlık turizmi kapsamı dışındakiler hariç doğrudan bir teşvikinin olmadığı, aksine yapılan çeşitli düzenlemelerle özel sektöre sınırlılıklar getirildiği belirtilmiştir. Bununla birlikte bazı hususlarda bir belirsizlik alanı oluşturularak ya da bu belirsizlik alanlarına göz yumularak dolaylı bir destekten söz edilebileceği belirtilmiştir:

“Sadece ceza mekanizması az işlediği için buna teşvik diyebilirsiniz. Örneğin, hastanelerin, hastalardan fazla fark ücreti aldıkları için hastanelere ceza uygulanmaması dolaylı bir teşvik olarak ifade edilebilir. Ya da özel hastane acil servislerinin ücretsiz olmasına karşın özel hastanelerden bazılarının hastalardan ücret almasının cezalandırılmaması da dolaylı teşvik olarak ifade edilebilir, fakat bu durum çeşitli sorunları da; vatandaşla hastanenin, hastane çalışanlarının karşı karşıya gelmesi ve bazen de istenmeyen olayların yaşanması sonuçlarını doğurabilmektedir. Kamu bunu düzenlemek yerine belirsizlik alanı oluşturarak yönetmeye çalışmaktadır” (Görüşmeci-11).

İBB’nin ilgili birim temsilcileriyle yapılan görüşmelerde, yerel yönetim birimi olmalarından dolayı daha çok koruyucu, önleyici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine yoğunlaştıklarını bununla birlikte, evde sağlık hizmetleri, tıp merkezleri gibi projelerle tedavi edici sağlık hizmetlerini de sunduklarını belirtmişlerdir.

İstanbul’un sağlık alanına ilişkin öncelikli sorunlarının; sağlıklı gıdaya erişim güçlüğü, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda ortaya çıkan Obezite, Diyabet ve Metabolik hastalıklar olduğunu ve buna yönelik; sağlıklı beslenme olanaklarını artırmak, sağlıklı beslenmeye yönelik tutum ve davranış değişikliklerini desteklemek, kent genelinde aktif hareketliliği teşvik etmek için altyapıyı geliştirmek, aktif hareketlilik kültürünü gündelik yaşamın doğal bir parçası haline getirmek, sağlıklı bir yaşam için işbirliklerinde yer almak, izleme ve takip mekanizması kurmak gibi çözüm önerileri geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu

kapsamda, İBB'nin, 'temiz bir çevrede, sağlıklı beslenen, fiziksel hareketliliği gündelik yaşam biçimine dönüştürmüş sağlıklı bir İstanbullu' hedefledikleri ve çalışmalarını da bu doğrultuda devam ettirdikleri ifade edilmiştir.

3.3.2 Medya İçerikleri

Miller ve Rose, yönetimin teknik yönünü, çeşitli türden otoritelerin, arzu edilir olduğunu düşündükleri hedeflere ulaşmak için başkalarının davranışlarını, düşüncelerini, kararlarını ve isteklerini şekillendirmeye, normalleştirmeye ve araçsallaştırmaya çalıştıkları mekanizmalar olarak tanımlar (Miller & Rose, 1990). Kohlwe de, insanların sağlık alanındaki davranış ve eylemlerinin yönlendirildiği veya düzenlendiği heterojen mekanizmalar ve teknikler topluluğu olarak değerlendirir. Bu tanımlardan hareketle, yönetimin teknik yönü ve teknolojileri ile ilişkili olarak görsel ve işitsel medyanın öznenin davranışlarının yönlendirilmesindeki rolüne değinmek gerekir.

Oluşturulan sağlık arzı paralelinde sağlık talebini kısıktırma taktiklerinin başında, müşteri hastaya medyada sunulan sağlık içerikleri, havalimanlarına, meydanlarda, şehrin farklı yerlerindeki billboardlara yerleştirilen hastane ve sağlık reklamları gelmektedir. Sağlıkta dönüşüme paralel olarak medyada sağlık programlarının arttığı, farklı televizyon kanallarında sağlık temalı birçok programın yayınlandığı görülmektedir (Şekil 3.15). Sağlıklı yaşam, sağlıklı beslenme, hastalıkların tedavilerine yönelik çözüm önerilerinin sunulduğu bu programlara olan ilgiyi ve merakı kısıktırma için çoğunlukla, 'mucize tedavi yöntemi,' 'mucize takviye besin-ilaç' vb. sansasyonel başlıklar kullanılmaktadır. Söz konusu programlarda açık ya da örtülü ürün ve kurum tanıtımının yapıldığı, böylece sağlık alanının giderek ticarileşen, büyüyen bir sektör haline gelmesinin hedeflendiği gözlemlenmektedir (Atabek vd., 2013, s.131). Görüşmeci-2 ile yapılan görüşmede söz konusu ürün tanıtımlarında bazen yanlış, yanıltıcı bilgilerin de kullanıldığı belirtilmiştir:

"Bir yandan da kamu sağlığı açısından gıda ürünlerinde yer alan yanıltıcı bilgilerle mücadele ediyoruz. Migros'a ait internet sitesinde satılan ürünler arasında 'uzman hekim' eklenmesi üzerine, şirket hakkında aracılık suçundan ceza davası açılmasını sağladık. Bu uygulamayı başlatan yönetici hakkında 1 ay 25 gün hapis cezası verildi." (Görüşmeci-2).

Medyada yer alan çeşitli programlarda sıkça karşılaşılan içerikler arasında sağlığın bir güzellik ya da kozmetik konusu olarak sunulduğu, böylece sağlık alanı ile kozmetik alanı arasındaki sınırın belirsizleştirildiği de tespit edilmiştir: "Sağlık,

genç, zayıf ve fit olmak şeklinde yeniden tanımlanmakta, bireylere bu tanıma uygun, sağlıklı bedene ulaşmanın yolları sunulmaktadır” (Sezgin, 2011). Bunlarla birlikte sağlık alanına ilişkin kerameti kendinden menkul çok çeşitli uzmanın, televizyonların gündüz programlarıyla sınırlı kalmayarak, haber kuşakları, radyo programlarında vb. platformlarda da sıklıkla yer aldığı ve kamuoyuna önerilerde bulunduğu görülmektedir. Bireylerin, sağlıklı yaşamın gereği olarak kendilerine bu kendinden menkul uzmanlarca sunulan ürün ve hizmetleri sorgulamadan tüketebildikleri ve, ‘sağlıklı yaşam’ üzerinden geliştirilen söylemlerin bir ‘tüketim biçiminin’ oluşmasına ve bir ‘tüketim aracı’ işlevi görmeye başlamasına sebep olduğunu görürüz (Kurttaş, 2016).



Şekil 3. 15 ‘Sağlık’ ile ilgili televizyon programlarından seçmeler

Belirtilen çerçevede, sağlıklı yaşam, sağlıklı olma hali, bireysel sorumluluk alanına giren bir öz bakım (self care) sorununa, vatandaşın temel haklarından biri olmaktan, vatandaşın ancak kendi çabasıyla ulaşabileceği bir metaya dönüştürülmektedir (Bilge-Ülker, 2019, s.7).

Sağlığın, sağlığa erişimin kamunun sorumluluğundan bireyin sorumluluğuna tahvilinde kamu spotları da önemli bir araç olarak kullanılmıştır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının yayınladığı kamu spotlarının geniş bir yelpazede ve belli bir süreklilik içerisinde hem görsel hem de işitsel medya üzerinden kamuoyuna ulaştırıldığı tespit edilmiştir (Tablo 3.72).

Kamu spotları ile medyada sağlıklı yaşam söylemleri etrafında biçimlenen sağlık alanına ilişkin içeriklerin baskın ortak özelliklerini incelediğimizde; her ne kadar bilgilendirici özellikleri ön plana çıkarılmak istense de buradaki temel çerçevenin

sorumluluk yükleme şeklinde olduğu gör÷lmektedir. Her ikisinin de; ‘gündelik yaşamın tıbbileştirilmesi’ ve ‘sağlık sorunsalının bireyselleştirilmesi’ doğrultusunda işlev gördükleri, bedenlerin denetimi yoluyla da bir kontrol-disiplin mekanizmasını inşa ettikleri gör÷lmektedir (Sezgin, 2011). Bununla birlikte kamu spotlarında ‘sorumluluk yükleme’ niteliğinin daha belirgin olduğu, medyada yer alan sağlık alanına ilişkin içeriklerin ise ‘tüketim aracı’ niteliğinin baskın olduğu gözlemlenmiştir.



Tablo 3. 72 ‘Sağlık’ ile ilgili kamu spotları

KAMU SPOTLARI		AKTÖRLER
Health Türkiye Markası Türkiye’nin Uluslararası Sağlık Hizmetlerinin resmi Platformu 	“SAĞLIĞIN KALBI” <i>“Bütüncül sağlık hizmeti anlayışıyla, deneyimli sağlık personelimiz, ileri sağlık teknolojilerimiz, kaliteli hizmetlerimiz ve güçlü dijital platformlarımızla; Health Türkiye Markasıyla tüm dünyaya sağlık hizmeti sunmaya hazırız.”</i>	- Sağlık Bakanlığı - Kültür ve Turizm Bakanlığı - Uluslararası Sağlık hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) - Health Türkiye
Şehir Hastaneleri 	“İYİLİK BURADA SAĞLIK BURADA” <i>“Türkiye ‘Sağlık’ta yepyeni bir dönem başlatıyor, en ileri tıp teknolojileri ile mükemmeliyet merkezleri ile işini ilgiyle bilgiyle yapan gönüllüleriyle...”</i>	- Sağlık Bakanlığı
AİLE HEKİMİNİZİ ERKEN TANIYIN	“SAĞLIKLI BİR HAYATA GEÇ KALMAMAK İÇİN AİLE HEKİMİNİZ ERKEN TANIYIN” <i>“Erken teşhis, erken tespit, erken uyarı ve erkenden önlemek için; Aile Hekimliği”</i>	- Sağlık Bakanlığı
	“SAĞLIKÇILARA ŞİDDET-İZLER” <i>“Fedakarlıkla geçen bir ömrün izleri karşısında gösterilmesi gereken saygı yerine şiddete yönelmek sadece ağır cezalar getiren ağır bir suç değil vicdanları sarsan ağır bir utançtır.”</i>	- Sağlık Bakanlığı
	“E-NABİZ” <i>“E-nabızla sağlığınıza dair her şey her an yanınızda”</i>	- Sağlık Bakanlığı

Tablo 3. 72 ‘Sağlık’ ile ilgili kamu spotları (devamı.)

KAMU SPOTLARI		AKTÖRLER
	‘ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR’ <i>“Meme, rahim ağzı, bağırsak taramalarınızı yaptırmanız için sizleri KETEM ve Aile Sağlığı Merkezlerine bekliyoruz.”</i>	- Sağlık Bakanlığı
	“SENSİZ OLMAZ” #kandostum <i>“Düzenli kan bağışçısı olun, hayat kurtaran kan dostlarımızdan biri olun”</i>	- Sağlık Bakanlığı - Kızılay
	“HERKES İÇİN SAĞLIKLI BİR NEFES” <i>“KOAİH’sanız hayat sizden uzaklaşabilir. Öksürük ve Balgam KOAH hastalığının işareti olabilir, doktorunuza danışın rahat bir nefes alın.”</i>	- Sağlık Bakanlığı - Türk TORAKS Derneği - GARD Türkiye
	“KALBİNİZİN SESİNE KULAK VERİN! ÇÜNKÜ İÇİNDE SEVDİKLERİNİZ VAR!” <i>“Kalp Krizi Belirtileri başladığında 112’yi arayarak, olası bir ani kalp durmasının kötü sonuçlarından kendinizi ve sevdiklerinizi koruyabilirsiniz.”</i>	- Sağlık Bakanlığı - Hayatta Kal Derneği
	“SİGARAYI BIRAK HAYATI BIRAKMA”	- Sağlık Bakanlığı - Yeşilay

ANALİZ: VERİ DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI

Tezin birinci bölümü, araştırmanın makro ölçekli uluslararası ve ulusal bağlamları yanında kuramsal sıçrama tahtasını, tespitini, amacını, hipotezini, olası katkısını ve yol haritasını belirginleştiren giriş mahiyetindeki açıklamalara ayrılmıştı. Tezin ikinci bölümde, çalışmanın teorik ve metodolojik çerçevesi tanıtılmış, yönetsellik perspektifinden damıtılan yönetim analitiğinin odak, soru ve ölçeklerine ilişkin açıklamalar ile tezin kullanacağı merceklerin sağlık alanında hangi bileşenlere, parametrelere ve etkileşimlere odaklanacağını tarifi yapılmıştı. İkinci bölümde, araştırmanın sorularına ve kısıtlılıklarına da yer verilmişti.

Tezin üçüncü bölümü, sağlık hizmetleri yönetim rejimine ilişkin veri toplama ve derleme çalışmalarına ayrıldı. Yönetim analitiğinin izleklerinin izinde, günümüz Türkiye’indeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanları çok-eksenli bir literatür taramasından damıtıldı. Bu taramadan, sağlık hizmetleri yönetim rejiminin nasıl oluştuğu, sürdürüldüğü ve dönüştüğüne dair bir zaman çizelgesi geliştirildi. Üçüncü bölümde, çok eksenli bir literatür taraması yürütülerek toplanan bilgiler ve istatistiki veriler, 2000’ler Türkiye’indeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin aktörlerini, bilgi formlarını, reform programlarını, bu pratiklerin nasıl bir teknik ve teknolojik boyuta sahip olduğunu, amaçlarını nasıl ve nerede gerçekleştirmeyi denediğini ve ne gibi etkilere (özneler ve mekanlar) sahip olduğunu analiz etmek üzere derlendi.

Bu bölümde, derlenen bu bilgi ve verilerden sonuçlar çıkarmayı denemek üzere, 2. Bölümde yer alan araştırmanın sorularını ve yönetim analitiğinin izleklerini hatırlamalıyız. Yönetim analitiği, sağlık hizmetlerine ilişkin programatik yanıtların çok çeşitli aktörler arasında gözlemlediğimiz uyumlaştırmalar, aktarımlar ve bağlantılar yoluyla, etkileşimler aracılığıyla nasıl ve nerede ortaya çıktığını vurgulamasıyla çok ölçekli ve çok düzlemli analizlere zemin sunar. Sağlık hizmetlerine ilişkin söylem ve fikirlerin nasıl yeniden üretilip yayıldığına ve sonuçta sağlık sistemleri içinde kabul edilen hakikatleri ve yönetim stratejilerini nasıl ve nerede sabitlediğine, yerleşik hale getirdiğine ışık tutar.

4.1 Ölçekler ve Düzlemler Arası Etkileşimler

2000’ler Türkiye’sindeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin makro ölçekte, uluslararası, bölgesel ve ulusal aktörleri arasında, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, OECD ve AKP hükümeti ve dönemindeki Sağlık Bakanlığı gibi ilgili kamu kuruluşlarının yer aldığı görüldü. Dünya Bankası’nın, OECD’nin, Dünya Sağlık Örgütü’nün, AKP’nin, Sağlık Bakanlığı’nın 2000’li yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda geliştirdikleri sorunsallaştırma-çözüm demetlerine, görünürlük alanları (bu araştırma çerçevesinde ilgili aktörlerin siyasa metinleri) üzerinden odaklanıldığında, bu aktörler arasında ortak bir terminolojinin, benzer enstrümanlar ve mekanizmaların, ağların kurulmuş olduğu tespit edildi. Bu makro ölçekli ağlara, günümüzde, özel mega hastane zincirlerini de eklemeliyiz.

Bu aktörlerin iktidarının kaynağı ya da bu kaynağın meşruluğundan ziyade, bu aktörlerin pratiklerine odaklanan ve yönetme işinin pratikte nasıl ve nerede yapıldığının peşine yönetim analitiği kılavuzluğunda düşen bu çalışma, tekrar eden, ortaklaşan sorunsallaştırmalar arasında *sağlık hizmetlerinde yetersizlik* vurgusunu tespit etmiştir. Makro ölçekteki aktörlerin sorunsallaştırmalarının genel çerçevesini, bir *risk* kavrayışının şekillendirdiği görülür: sağlık alanında maliyetin karşılanamayacak boyutlara ulaştığı, önlem alınmadığı takdirde mevcut durumun derinleşerek bir *sağlık krizine* neden olacağı, yapısal uyum politikaları ile sağlık reformlarının devreye bu yüzden girmesinin gerektiği sıkça dile getirilmiştir. Örneğin, makro-ulusal aktörlerden biri olan AKP’nin Seçim Beyannameleri, Parti Programı, 2023 Siyasal Vizyonu, İstanbul için hazırlamış olduğu İl İcraat kitabı gibi belgelerdeki söylemleri, sorunsallaştırmaları incelendiğinde, sağlık tesislerinin, sağlık bütçesinin, sağlık personelinin, hasta memnuniyetinin yetersizliği gibi sorunsallaştırmaların vurgulandığı ve çözümün, Sağlık Bakanlığının ve bağlı hastanelerin yeniden yapılandırılması, özelleştirmeler, kamu-özel ortaklıkları, genel sağlık sigortasının devreye sokulması, bilişim sistemlerinin geliştirilmesinde bulunduğu görülür. Bu sorun-çözüm demeti, OECD, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık reformlarına ilişkin önerilerini ortaya koyan raporlarda da yer almaktadır. Türkiye’de, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla uygulama alanı bulmuş, pratiğe tahvil edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda sıralanmış olan reform bileşenleri, “sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılması, hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması; kamu sektörü dışında kalan

kurumların ve aktörlerin katılımının teşvik edilmesi; piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması ve yerinden yönetime dayalı bir sistemin kurulması” olarak özetlendiğinde, uluslararası sağlık reformu bileşenleri ile ortaklaştığı görülmüştür. Bu belgeler, kamu hizmeti yerine iş kültürünün tercih edildiğine işaret eden bir yönetim modelini ima eder (Prince vd., 2006, s.258). Bu sorunsallaştırma-uygulama öbekleri, istatistiki veriler ışığında, kıyaslamalara dayanan, performans ve rekabet edebilirlik kavramsallaştırmalarına yaslanan bilgi formlarının üreticisi ve sonucu olarak karşımıza çıkar. Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetim rejiminin üreticisi ve sonucu olduğu bilgi formları bu makro ölçekle etkileşimlerin uyumlaştırılması ile geliştirilir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri yönetim rejiminin oluşumu, sürdürülmesi ve dönüşümünün özetlenmesinin amaçlandığı 3. bölümde, öncelikle, Türkiye’nin kuruluşunda sahip olduğu sağlık hizmetleri sistemini belirginleştirmek üzere, Osmanlı’nın, özellikle son dönemdeki sağlık hizmetleri sistemine kısaca değinilmiştir. Daha sonra Türkiye’nin kuruluşundan günümüze, sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan değişim/dönüşüm, dönemin baskın karakteri dikkate alınarak 5 dönemde incelenmiş ve yaşanan değişimin tarihsel, bağlamsal ve mekânsal dinamikleri belirginleştirilmeye çalışılmıştır. Son olarak da değişimin bağlamsal zeminini oluşturan bölgesel ve uluslararası etkileşimlerin makro-ulusal ölçekteki yansımaları Sağlıkta Dönüşüm Programı (bundan sonra SDP) ve 2002 yılından beri iktidarda olan AKP’nin seçim beyannameleri ve programları üzerinden belirginleştirilmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetleri yönetimini, tarihsel ve toplumsal bağlamlarına teslim etmek üzere, rasyonalitesini biçimlendiren sorunsallaştırmaların ve yönetim tekniklerinin, 1980lerden itibaren özel sektöre sağlık alanında alan açan bir nitelik kazandığı ve bu hazırlığın AKP döneminde, 2000lerden günümüze uygulamaya konulduğu görülmüştür. Şehir hastaneleri örneği yanında kamunun da sağlık hizmetleri sunumunda özel sektör gibi davranma eğiliminde olduğuna, kararlarında, maliyetler ve performanslar etrafında öbeklenen sorunsallaştırmaların etkili olduğuna işaret edilmiştir. Piyasanın önceliklerine göre davranma eğilimi yanında, devletin, özellikle özel sektörün baskın hale gelmesini teşvik ettiği görülmektedir. Bu gözlemler, şehir ve bölge planlama çalışmalarının veri kabul ettiği kamu-özel ayrımının belirsizlik alanlarına sahip olduğuna işaret etmektedir.

Nüfusun davranışlarını sağlık alanında yönlendirmeye çalışan, çok çeşitli otoritelerin, uzmanların, taktikleri, stratejileri, teknikleri, programları, hayalleri ve arzularını da içeren çoklu bir süreç olarak işleyen sağlık hizmetleri yönetim rejimi, 2000'lerden itibaren neoliberal niteliklerini belirginleştirir. 1980'lerle başlayan ve 2000'ler sonrası ivmelenerek uygulamaya geçen sağlıkta dönüşüm reformlarının genel dinamiğine baktığımızda, Türkiye'de, devletin, bir yandan sağlık alanında rekabeti benimsediği ve neoliberal normun ilkelerine göre yeniden yapılandırıldığını, diğer yandan da özellikle sağlık turizmi olmak üzere bölgesel ve uluslararası sağlık pazarında rekabet edebilir markalara sahip bir devlet olmaya yöneldiğini görürüz. Türkiye'de neoliberal normun ilkelerinin benimsenmesi doğrultusunda hem sağlık alanındaki aktörler, özneler hem de sağlık ortamının dönüştürüldüğü ve uluslararası bir sağlık pazarı haline getirildiği görülmektedir.

3.Bölümde incelenen görünürlük alanları, Türkiye'deki mevcut sağlık hizmetleri sistemini biçimlendiren reformların yönetim rasyonelitesince, günümüz Türkiye'sinde, sağlık hizmetlerinin en iyi dağıtıcısının piyasa olduğunun düşünüldüğünü ortaya koymuştur. Bu çalışmada, bu neoliberal normun, yönetsel müdahalenin derecesinde ve türünde neyin 'doğru' ve 'yanlış' olduğuna karar veren bir hakikat aracı olarak değerlendirilen piyasa ilkelerini, yönetimin yeni alanlarına - bu tezin kaygıları açısından - sağlık alanına genişletme süreci Türkiye ve İstanbul örneğine istinaden anlatılır. Bu çaba sonucunda, uluslararası ve ulusal makro ölçekler ile bireylerin ve nüfusun gündelik deneyimlerinin mikro ölçekleri arasına, İstanbul'un sağlık hizmetleri alanındaki orta/mezzo ölçekli bileşenlerini, parametrelerini, etkileşimlerini de yerleştirdiğimizde, 2000'ler Türkiye'sinde sağlık hizmetleri yönetim rejiminin elemanlarına dair çok-ölçekli çıkarımlarda bulunabileceğimiz görülmüştür.

Makro ölçekte tekrar eden sorunsallaştırma - çözüm - uygulama setlerinin mezzo ölçekte de yankı bulup bulmadığına, bir başka deyişle, orta ölçeğin, mikro ve makro ölçeklerdeki aktörler, söylemler, programlarla nasıl bir etkileşim içinde olduğuna dair soruya da tezin 3. Bölümü'nün ikinci alt başlığı altında yanıt aranmıştır. İstanbul'un aynasında sağlık hizmetlerinin görünürlük alanlarından (istatistiki veriler, yayınlar, kurultaylar, kongreler, raporlar, bültenler, ilgili mevzuatlar vb) veri toplayarak, bu sürekli büyümekte olan şehrin, orta/mezzo ölçekli belediyesinin hangi sorunsallaştırma-çözüm-uygulama öbeklerinin üreticisi ve ürünü olduğu

incelenmiştir. İBB'nin süreli yayınları, websitesi, planları, raporları, ve stratejileri, organizasyonel yapısındaki dönüşüm paralelinde incelendiğinde, makro ölçekteki aktörlerin vurguladığı tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade *koruyucu ve önlem alıcı, mezzo ve mikro ölçekler arası* etkileşimlerce belirlenen programlar geliştirildiği görülmüştür. Yaşlılar (darülaceze hizmetleri, yaşam evleri projeleri, vb.), engelliler (kentsel olanaklara erişim hizmetleri), çocuklar (Çocuk Dostu İstanbul ve Halk Süt projeleri), sosyal güvencesi bulunmayan ve evde bakıma muhtaç olan kişilere yönelik evde sağlık hizmetleri ve evsizlere yerel hizmet sunmak yanında vektörlerle mücadelenin sosyal sorumluluk gereği olduğu ve İstanbulluların sağlıklı besine erişim, aktif yaşam, toplumsal farkındalık, salgın hastalıklar ve bulaş riski, bağımlılıklar konularında da aynı sosyal sorumlulukla hareket etmesinin beklendiği; (İstanbululara) atfedilen statüler, kapasiteler, nitelikler ve yönelimlerin çeşitli örnekleri ile beraber, İBB'nin süreli yayınlarında, dile getirilmiştir. Bu toplulukların merkezi devletin tedavi tedarikinden ziyade yerelde, belediyelere ve özel sağlık hizmetlerine yönlendirildiği görülmektedir.

İBB'nin organizasyonel yapısına bakıldığında, sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaların, hem 'Sağlık Daire Başkanlığı,' hem de 'Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı' tarafından yürütüldüğü; İBB'nin kurduğu iştiraklerden olan Sağlık Anonim Şirketinin de kurulduğu 1998 yılından İSPER'e dönüştüğü 2018 yılına kadar engelliler, kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve gençler için düzenlenen çeşitli projelerde insan kaynakları ve istihdam alanında hizmet verdiği, 'kamu hizmet kültürü' yerine 'işletme kültürü' içinde evrildiği; İBB'nin tedavi edici sağlık hizmeti sunduğu Tıp Merkezlerinin, Bütünleşik Sağlık Merkezleri adı altında yeniden yapılandırılması, sağlık alanının mezzo ölçekteki mekânsal düzenlenişine olduğu kadar (Prince ve diğerleri, 2006, s. 259) bu düzenlenişin ardında yatan kaynak dağıtım teknolojisine (Prince ve diğerleri, 2006, s. 263) dair de ipuçları sunduğu görülmüştür.

İBB, sadece mikro-mezzo arasında etkili, yerel sorunsallaştırma-çözüm-uygulama öbeklerinden değil, aynı zamanda makro ölçekle etkileşime girmesine fırsat sunan konular ile de ilgilidir: iklim değişikliği ve küresel sağlık sorunları, sağlıklı kentleşme ve sağlık turizmi bu konu başlıkları arasında öne çıkar. Mikro-mezzo-makro ölçekler arası etkileşimlere, sağlık turizmi dolayısıyla baktığımızda, İBB'nin de "piyasa ekonomisinin formel prensiplerini genel yönetim sanatına

yansıtan bir düzenleme prensibi” (Foucault, 2008, s.131) olarak tanımlayabileceğimiz neoliberal normu benimsediği ileri sürülebilir. İBB’nin sağlık hizmetleri yönetimi kavrayışının niteliklerinin, özellikle 2019’a dek, proje bazlı, esnek, kısa vadeli, eklektik olduğu tespit edilmiştir. İBB, İstanbul’daki sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda; sağlık turizminin geliştirilmesine ilişkin ilçeler bazında ‘sağlık turizm bölgeleri’nin ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ilişkin ‘sağlık odağı’nın oluşturulması (İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi, t.y.) yönündeki çözüm önerileri ile bu konuda makro ölçekteki uygulayıcılarla paralel yönelim ve eğilimlere sahip görünmektedir.

İBB’nin, AKP döneminde (2003-2019) geçirdiği çok yönlü kurumsal dönüşüm paralelinde, “hazır şablonlara yaslanarak hızla uygulamaya koyduğu pratikler sayesinde, karar verme süreçlerinde toplumsal katılımı, alternatif perspektifleri ve yerel ihtiyaçların baskısını geri planda bıraktığı” görülmüştür (Dardot & Laval, 2018). İBB’nin, 2019 sonrasında bu kriterler bakımından sosyal sorumluluk uygulamalarına istinaden görece daha kapsayıcı olmaya çalıştığı gözlemlenirse de, sağlık turizminin teşviki konusundaki tutumu makro ölçek aktörleri ile paraleldir.

Makro-ulusal ölçekli SDP’nin etkilerinin de ölçekler arası etkileşimlere zemin hazırladığı istatistiki veriler ve mevzuat karşılaştırmaları ışığında tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri pastasından, İstanbul ölçeğinde en büyük dilimi aldığı ve yıllar içinde bu dilimi (şube ya da hastane yatak sayılarından bağımsız olarak) büyüttüğü görülen özel hastaneler ve zincirlerinin de, 2000’ler Türkiye’sinin sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bir başka önemli tedarikçisini oluşturduğu; kamu kurumlarının, doğrudan sağlık hizmeti sunmaktan giderek uzaklaştığı, özelleştirme ve piyasa-temelli çözümlerin öne çıktığı görülmüştür. Ancak bu, devletin sahadan çekildiği anlamına gelmez: tedavi sağlayıcı rolünden soyunsa da düzenleyici rolü açısından merkezi devlet alan genişletir. Bu genişleme, çoğu zaman devlet onaylı tekeller veya düzenlenmiş rekabet gibi farklı sonuçlara yol açar (Joyce, 2001).

Son kertede, günümüz İstanbul’unun mezzo ölçeğine odaklandığımızda, piyasayı sağlık hizmetlerinin en iyi dağıtıcısı olarak gören sosyo-politik rasyonalitenin sahadaki reformlara zemin sunduğu görülmüştür. Bunun bir sonucunu, Terzioğlu (2016, s.151) şöyle özetler: “sağlık, sağlık sektörünün öncelikleri doğrultusunda, reklamı yapılabilen, paketlenilebilir ve pazarlanabilir, küresel bir meta haline geldi ve hastalara sosyo-ekonomik kaynakları doğrultusunda tıbbi hizmet sunuluyor”.

Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşüm, neoliberal normun ticari rasyonalitesinin hayatın her alanına yayılma çabasını örneklendiriyor. Teşvik edilen sağlıklı, aktif, kendi bakımının sorumluluğunu alan, spor yapan, özenli beslenen tedbirli sağlık öznesi, hem yukarıda tarif edilen sorunsallaştırma-uygulama düzenekleri ile, hem medyadaki kerameti kendinden menkul ‘uzmanlar’ın sağlık önerileriyle, hem de kamu spotları vs ile sağlık arzı kışkırtılan, tüketici, müşteri rollerini benimsemesi istenen bir özne olarak davranmaya davet ediliyor, sağlığın sorumluluğu bireyselleştiriliyor, sağlık hizmetinin sunumuna yönelik kolektif yaklaşımlar geri plana itiliyor.

4.2 Mekânsal Stratejiler, Teşvik Edilen Öznellikler

Neoliberal yönetimsellik, “yalnızca teorik bir devlet-piyasa toplum üçgenini yeniden tanımlamasıyla değil, aynı zamanda yeni özneler ve mekanlara yönelik çağrılarıyla da farklılaşır” (Moon & Brown, 1998’den aktaran Prince vd., 2006, s.259). Bir başka deyişle, incelenen görünürlük alanlarındaki sorunsallaştırma-uygulama demetleri mekânsal stratejilerle ve teşvik edilen öznelliklerle doludur (Moon, 2000: 66). Üstelik, resmi sunumlar, sağlık hizmet mekanlarının gerektirdiği kaynak dağılımının da akla getirmelidir (Prince vd., 2006, s.263). En belirgin örnek, şehir hastaneleri olarak karşımıza çıkar. Sağlık tesislerinin şehrin merkezinden çeperlerine, devasa ölçeklerde büyütülerek aktarılmasıyla karşımıza çıkan bu hastanelerin, bu haliyle bir yeniden yerleştirme stratejisine karşılık geldiği, kamu-özel ortaklığı modeli ile inşa edilen bu yapıların işletmesinin özel sektöre, tıbbi hizmetlerinin ise Sağlık Bakanlığına ait olduğu görülmektedir. Şehir hastaneleri, hem AVMLeri, otelleri andıran mimari niteliklere sahiptir; Atatürk Havalimanı gibi gereksizce devasadır. Üstelik, bu büyüklük, kamu tarafından yönetmelikler yoluyla teşvik edilmekte, bu açıdan bir yeniden kaynak dağıtım teknolojisi olduğu da netleşmektedir.

2000ler Türkiye’indeki sağlık hizmetleri yönetim rejiminin mekânsal stratejilerinden bir diğeri ise, sağlık hizmetlerinin yeniden basamaklandırılması, aile hekimlikleri ile yeniden ölçeklendirilmesi, coğrafi olarak tanımlanmış yerel ihtiyaçlara duyarlılık doğrultusunda reformların gereği gibi sunulsa da, bu adımları pratikte hayata geçiren programlara bakıldığında, Türkiye’de ve İstanbul’da işlediği haliyle neoliberal yönetimselliğin sağlık hizmetlerindeki kaynak dağılımını

düzeltilmek yerine bölgelere ayırarak by-pass etme çabasına işaret etmektedir. Amaç, piyasanın olumlu değerlendirdiği yönetim elemanlarını çoğaltmak, olumsuz olanları ise ayırmaktır. Düzeltmek yerine tercih edilen ayırma işlemi ile, bir yandan, sağlık hizmetlerindeki kademeli sevk zincirinin işlevsizleştirilmesinde görüldüğü üzere, piyasada pürüzsüz dolaşımının sürdürülmesi; diğer yandan, pandemi gibi olaylarda görüldüğü üzere, aynı dolaşımdan kaynaklanan risklerin minimize edilmesi amaçlanmaktadır. Bu stratejiyi, sağlık hizmetlerinin yeniden finansmanı ile özel sektöre aktarımı tamamlar. 2003 yılından bu yana, yeni ödeme mekanizmalarının devreye sokulmasıyla sağlık harcamalarının kontrolü; ilaçlara getirilen yeni kısıtlamalar; özel muayenehanelerin artan şekilde düzenlenmesi ve sübvansede edilmesi bu sürecin diğer bileşenleridir.

Yarı-yapılandırılmış yüz yüze görüşmeler de bu bulguları desteklemiştir. Sağlık hizmetleri rejiminin gündelik pratiklerde nasıl işlediğini, ne gibi öznellikleri teşvik ettiğini tespit etmek mümkün olmuştur. Bu görüşmelerin en önemli katkısı, araştırmanın, sağlık hizmetinin gündelik deneyimlerdeki haline ilişkin öngörüsünü artırması ve İstanbul'da işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin diğer bileşenlerine pratikteki işleyişleri esnasında ışık tutmasıdır. Bu görüşmelerde aşağıdaki konu başlıkları öne çıkmıştır:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde, Aile Hekimliği sisteminin cari bütçe ödemeleri üzerinden işletilmesi ile doktorlardan beklenen işletmeciler rolü dolayısıyla doktorların sağlık hizmetlerinin yanında işletme hizmetleriyle de ilgilenmek durumunda kalması, kurumun (kira, personel giderleri, sarf malzemeleri vb.) giderlerinin ödeme ve planlamasıyla da uğraşması;
- Basamaklar arası sevk zincirinin işlevsizleştirilmesi ile hastanelerde oluşan yoğunluk ile hastaların aldığı hizmet kalitesindeki düşüş ve hastaların özel hastanelere yönlendirilmesi;
- İkinci ve üçüncü basamak sağlık sunucularında yapılan düzenlemeler, özel sektörden hizmet alımları, prime dayalı performans sisteminin hastanelerde neden olduğu yoğunluk ve kötüleşen çalışma koşulları nedeniyle doktorların özel hastanelerde çalışmaya yönlendirilmesi
- Mevcut yönetim rejiminin yarattığı belirsizlik alanları - acil hizmetinin ücretli olup olmadığına ya da SGK ile özel hastanelerin anlaşmalarının kapsamına ilişkin muğlaklıklar

Bir diğerk muğlaklık alanını da dijitalleşmenin etkilerinin oluşturduğu görölmüştür. Günümüzde, sağlık alanında robotik cerrahiden MRlara, genetik tahlillerden kişileştirilmiş ilaçlara, dijitalleşme de eşlik ediyor. Örneğın, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'nin ilk kişisel sağlık sistemi olan 'e-nabız' uygulamasını hayata geçirmesiyle birlikte, bu uygulamayı kullanan bireylerin tüm sağlık verileri dijital ortamda toplanmakta ve saklanmaktadır. İzin verilen sağlık personeli ve bireyler, e-nabız uygulamasının kullanımı ile kendi sağlık verilerine erişebilmektedir, kendi sağlık durumları ve kontrolleri konusunda farkındalık ve sorumluluk sahibi olmaya teşvik edilmektedir (Bilge-Ülker, 2019, s.6). Hastanın dijital teknoloji yoluyla kendi sağlık verilerini takip ederek sorumluluk alması ile hastanın kendi kendisini disipline eden 'girişimci' bir kimliğe kaydolması arasında temel bir gerilim bulunmaktadır (Petrakaki, 2018, s. 2-3). Dijital teknolojiler, sağlık alanında, daha geniş bir yönetim aygıtının parçası olarak, yeni bir hasta profili oluşturmak üzere işletelebilmektedir (Lupton, 2016).

Bu gelişmeler ışığında, 2000'ler Türkiye'sinin sağlık hizmetleri yönetim rejiminin öne çıkan niteliğini belirleyen sorunsallaştırmalarda sosyal kaygıların geri plana itildiğı, özelleştirme ve bireyselleştirme hedefli mekanizmalarla sağlığın tedarikinin ve sağlığa ilişkin sorumluluğun devletten özel sektöre ve bireyler/topluluklara doğru aktarıldığını tespit etmek mümkündür.

5 SONUÇ

Sosyal altyapı alanlarının düzenlenmesi, şehir ve bölge planlama çalışmalarının önemli ve öncelikli konularındandır. Bu düzenlemenin ideal ilkelerini, donatı standartlarının ve erişilebilirliğin sağlanması, hizmet etki alanı göz önünde bulundurularak hiyerarşinin korunması, yer seçim faktörlerinin dikkate alınması, sosyal altyapı alanlarının kent dokusu ile bütünlüğünün sağlanması oluşturur. Şehir ve bölge planlama çalışmaları, bu minvalde, sağlık alanını, sosyal altyapının bir bileşeni olarak ele alır ve bu ilkeler ışığında, devletin sosyal altyapı hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan kuruluşlarının yapıp ettiklerini, bu ilkelerin kılavuzluğunda, verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği temaları ekseninde masaya yatırır. Günümüzde aşındığı görünen kamu-özel alanlar arasında belirgin ayrımları veri kabul eden; merkezi aktörlerin söylem ve pratiklerine odaklanan; hegemonik, dışarıdan empoze edilen bir neoliberalizm kavrayışına sahip görünen; sağlık hizmetlerinin tarihsel, yasal, teknik ve temsili yönlerini irdeleyen bu incelemeler, mikro ve mezzo ölçeklerde işleyen süreçleri ve bunların etkileşimlerini, makro ölçeğin etkilerinin gölgesinde bırakır.

Bu tez, ana akım yaklaşımın dayandığı taban aritmetiğinin, hem doğal hem de beşerî alanlarda günümüzde yaşanan hızlı ve birbirine bağlı değişimler karşısında tazelenmesinin faydalı olacağı hipotezinden yola çıktı. Türkiye’de 2000lerden günümüze, sağlık hizmetleri alanında yaşanan dönüşümü alternatif bir taban aritmetiğinden yararlanarak değerlendirmeyi denedi. Bu araştırma, kentsel sağlık hizmetlerini verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliği temaları ekseninde, bir sosyal altyapı bileşeni olarak ele alan şehir planlama çalışmalarının mevcut halde sunabildikleri açılımların ötesine geçmek üzere, yönetsellik perspektifinden damıtılan *yönetim analitiği*nden faydalanarak, *2000’lerden günümüze, Türkiye’de işlemekte olan sağlık hizmetleri yönetim rejiminin dinamiklerini* İstanbul’un mezzo ölçeğini de değerlendirmeye katarak, çok ölçekli ve çok düzlemli bir incelemeye tabi tuttu.

Bir başka deyişle, bu tez, sağlık alanında çok çeşitli düzlemlerde eylemekte olduğu görülen aktörler arası ilişkilerin belirli bir zaman-mekanda koordinatlandırılması ile yetinmeyerek, pratikte bu ilişkileri mümkün kılan ortak sorunsallaştırma-

özüm-uygulama setlerinin peşine, İstanbul'un mezzo ölçeğinin açılımlarını da hesaba katarak, makro-mezzo-mikro ölçeklere eş zamanlı odaklanmayı deneyerek düştü. Böylelikle, mevcut ana akım çalışmalar tarafından merkezi/makro aktörler ekseninde tarif edilen ya da makulleştirilen anlatılara alternatif bir analiz ortaya konuldu.

Yönetim analitiğinin, ana akım şehir planlama çalışmalarının odaklandığı tarihsel, hukuki ve mimari sabitelerden ziyade sorunsallaştırma-çözüm-uygulama demetlerini ortaklaştıran ilişkileri öne çıkaran çalıştaylar, konferanslar, kongreler, süreli yayınlar, yönetmelikler, belediye hizmetleri, yasalar, pandemi gibi olaylarda görünür olan aktörler ve ölçekler arasındaki etkileşimlere odaklanmaya fırsat vermesi dolayısıyla, günümüzde şehirlerin yönetilmesindeki zorluklarla baş etmek üzere değerli açılımlar içeren alternatif bir değerlendirme filtresi sunduğu belirginleşti.

Günümüz şehir planlama araştırmalarının, bir sosyal altyapı alanı olarak değerlendirmekle yetindiğı sağlık hizmetleri alanının, bu alanı bir yönetim rejimi olarak kavramsallaştırarak daha dinamik bir fotoğrafını çekmek mümkün oldu. Bu rejimin görünürlük alanları, teknikleri, bilgi formları ve özneleri ile mekânsal stratejilerini dikkate alma fırsatı çok-ölçekli ve çok düzlemli ve aralarındaki hem yatay, hem de dikey etkileşimleri dikkate alarak yakalanmış oldu. Bir başka deyişle, bilgi ve verilerin, yönetim analitiğinin izlekleri kılavuzluğunda toplanıp derlenmesi ve değerlendirilmesiyle, mevcut şehir planlama çalışmalarının verimlilik, erişilebilirlik, tasarım ve sosyal hakların sürdürülebilirliğine odaklı merceklerin ışık tuttuğundan daha kapsamlı açılımlar çok ölçekli ve çok düzlemli bir analiz dolayısıyla serimlenebildi.

Yönetim analitiğinin mercekleri, 2000'lerde, İstanbul'da, sağlık alanına ilişkin söylemler ve pratikler yanında makro, mezzo, mikro ölçeklerde yer alan çok çeşitli aktörlerce teşvik edilen sorunsallaştırma-çözüm-uygulama demetlerine, sağlık özneleri ve mekânsal stratejilere odaklandığında, sağlık hizmetlerinin, 2000'ler Türkiye'sinde, büyük ölçüde, piyasa prensiplerince yönlendirildiğı belirginleşti: sağlık alanında sosyal ve siyasal kaygıların piyasa prensiplerinin gölgesinde kaldığı görüldü.

Bu çerçevede, günümüz Türkiye'sinde, piyasa prensiplerinin, sağlık hizmetlerinin yönetiminde sosyal kaygıları, piyasa pahasına marjinalleştirildiği görülmüştür. Sağlık hizmetlerini İstanbul'da yönlendirdiğini gördüğümüz birçok özne, mekân, teknik ve teknolojiler, yönetim normunu piyasanın kar-zarar hesaplamaları, swot analizleri, verimlilik ve performans ölçümleri, kalkınma hedeflerinin oluşturduğu sorunsallaştırma-çözüm-uygulama demetleri çerçevesinde bir araya gelmekte, bu süreçte, bu bilgi formları ve uygulamalar yapılageliş oluşturarak sabitlenirken diğer alternatifler geri plana itilmektedir.

Bu değerlendirme, neoliberalizmi tarihsel ve coğrafi özgünlüğü içinde, belirli bir sosyo-politik bağlamda, günümüz Türkiye'sinde, somut tezahürleri ile, hayata geçirilme pratikleri üzerinden incelemek anlamına da geldi. Hegemonik bir proje olarak, empoze edilen bir neoliberalizm okuması, yukarıda özetlenen karmaşık dinamikleri basitleştirmek sonucunu doğurur. İstanbul örneğinin gösterdiği üzere, şehirlerin, günümüzde de, toplumsal ve mekânsal tahayyüllerin mücadele alanı olarak alternatif pratiklerin yeşereceği ortamlar olmayı sürdürdüğünü yeterince vurgulama imkanını elimizden alır. Özetle, Foucault'nun yönetsellik kavramsallaştırmalarından türetilen yönetim analitiği, sadece Şehir Bölge Planlama alanındaki araştırmalara ya da diğer yönetim rejimi analizlerine rehberlik edecek daha incelikli bir teorik ve metodolojik çerçeve sunmaz, aynı zamanda neoliberalizmin hegemonik okumalarından uzaklaşmak için de elverişlidir.

Yönetim analitiğinin sunduğu bu açılımlar, son kertede, sağlık hizmetlerinin kanıksanmış yollarının kendinden menkul olmadığını, belirli temalar, hedefler, çözümlere istinaden, çok çeşitli aktörlerce ortaya konan stratejiler, mekanizmalar, teknikler, teknolojiler, bilgi formları tarafından yürürlüğe konulduğunu ortaya koyarak, sağlığımızı mevcut haliyle yönetmek zorunda olmadığımızı, sağlık hizmetleri yönetim rejiminin bileşenlerini, parametrelerini, mekanlarını, öznelerini, başka türlü de tasarlayabilecek ve uygulayabilecek olduğumuzu görmemize de fırsat sunar.

- Ağartan, T. İ. (2008). *Turkish Health System in Transition: Historical Background and Reform Experience* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. State University of New York at Binghamton.
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2002). *2002 Seçim Beyannamesi*. <https://www.akparti.org.tr/media/318780/3-kasim-2002-genel-secimleri-secim-beyannamesi-sayfalar.pdf>
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2007). *2007 Seçim Beyannamesi*. <https://www.akparti.org.tr/media/o0omydr3/22-temmuz-2007-genel-secimleri-secim-beyannamesi-sayfalar.pdf>
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2011). *2011 Seçim Beyannamesi*. <https://www.akparti.org.tr/media/iesaeuoj/12-haziran-2011-genel-secimleri-secim-beyannamesi.pdf>
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2015). *2015 Seçim Beyannamesi*. <https://www.akparti.org.tr/media/fmypruoa/7-haziran-2015-edited.pdf>
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2018) *Cumhurbaşkanlığı Seçimleri ve Genel Seçimler Seçim Beyannamesi* 2018. <https://www.akparti.org.tr/media/quhdqtia/24-haziran-2018-cumhurbaskanligi-secimleri-ve-genel-secimler-secim-beyannamesi-sayfalar.pdf>.
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (2023). *2023 Siyasal Vizyon*. <https://www.akparti.org.tr/parti/2023-siyasal-vizyon/toplum/>.
- Adalet ve Kalkınma Partisi. (t.y.). *İstanbul İl İcraat Kitabı*. <https://www.akparti.org.tr/media/zygpzgd/istanbul.pdf>
- Ak, S. (2021). Geçmişten Günümüze Türkiye'nin Sağlık Politikaları. *ASHD* , 20(1), 28-36.
- Akdur, R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (21-25 Ekim 2008) Kitabı*, 45-71.
- Akın, S., Arı, H. O., Demirok, A., Dirimeşe, V., Ekinci, Ü., Gençoğlu, A., Gögen, S., Gökçimen, M., Hülür, Ü., Kalaycıoğlu, H., Mollahaliloğlu, S., Öncül, H.

- G., & Yardım, N. (2007). *21 Hedef'te Türkiye : Sağlıkta Gelecek*. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Atabek, G., Atabek, Ü., & Bilge, D. (2013). Sağlık Haberlerinde Dönüşüm 1970-2010 Yılları Arasında Hürriyet Gazetesinde Sağlık Haberleri. *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* (ss. 113-132). Hayykitap.
- Aydın, E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi (OTAM)*, 15, 185-207.
- Aykan, B., & Güvenç Salgırlı, S. (2013). Public Spots as a Neoliberal Governmental Risk Strategy in Contemporary Turkey. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 2(8), 304-310. <https://doi.org/10.5901/ajis.2013.v2n8p304>
- Aykan, B., & Güvenç Salgırlı, S. (2015). Responsibilizing Individuals, Regulating Health: Debating Public Spots, Risk, and Neoliberal Governmentality in Contemporary Turkey. *New Perspectives on Turkey*, 53, 71-92.
- Aytekin, H. (2013). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1920-1980). *Toplum ve Hekim*, 28(3), 181-191.
- Berkman, A. G. (1992). *Location of Health Facilities and Geography of Health in Ankara* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985 - 1989*. (t.y.). Devlet Planlama Teşkilatı; Devlet Planlama Teşkilatı. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Besinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-1985-1989.pdf>
- Bilge-Ülker, D. (2019). *Neoliberal Governmentality Of Health in Turkey, A Case Study Of Constitution Of ‘Healthy Woman’ As A Subject* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Boyacı, İ. (2021). Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Sağlık Hizmet Bölgeleri Planlaması ve Şehir Hastaneleri. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(40), 358-376. <https://doi.org/10.46928/iticusbe.769087>

- Bröckling, U., Krasmann, S., & Lemke, T. (Ed.). (2011). *Governmentality: Current Issues and Future Challenges*. Routledge.
- Buğra, A., & Keyder, Ç. (2006). The Turkish Welfare Regime in Transformation. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 211-228. <https://doi.org/10.1177/0958928706065593>
- Coşar, S., & Yegenöğlü, M. (2009). The Neoliberal Restructuring of Turkey's Social Security System. *Monthly Review an Independent Socialist Magazine*, 60(11), 36-49. <https://monthlyreview.org/2009/04/01/the-neoliberal-restructuring-of-turkeys-social-security-system/>
- Coveney, J. (1998). The Government and Ethics of Health Promotion: the Importance of Michel Foucault. *Health Education Research, Theory and Practice*, 13(3), 459-468. <http://her.oxfordjournals.org/>
- Crawshaw, P. (2012). Governing at a Distance: Social Marketing and The (Bio) politics of Responsibility. *Social Science and Medicine*, 75(1), 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.040>
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlığın Ekonomi Politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.
- Çetiner, A. (1972). *Şehircilik Çalışmalarında Donatım İlkeleri: Ticaret Eğitim Sağlık Sosyal İdare Endüstri Yeşil*. ITU Mimarlık Fakültesi.
- Çiftçi, Ç. (1999). *Türkiye'de Büyükşehir Statüsündeki Bazı Kentlerde Sosyal Donatım Alanlarının Durumu ve Planlama ile İlişkileri*.
- Dardot, P., & Laval, C. (2012). *Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme [The New Way of the World: On Neoliberal Society]* (1. bs). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Dardot, P., & Laval, C. (2018). *Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme* (2. bs). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları .
- Dean, M. (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society* (1. bs). Sage Publications.

- Dean, M. (2002). Liberal Government and Authoritarianism. *Economy and Society*, 31(1), 37-61. <https://doi.org/10.1080/03085140120109240>
- Dean, M. (2006). A Political Mythology of World Order: Carl Schmitt's Nomos. *Theory, Culture & Society*, 23(5), 1-22. <https://doi.org/10.1177/0263276406067095>
- Dean, M. (2009). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society* (2. bs). Sage Publications.
- Djukanovic, V., & Mach, E. P. (1975). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries : A Joint UNICEF/WHO Study*. World Health Organization.
- Donzelot, J., & Gordon, C. (2008). Governing Liberal Societies – The Foucault Effect in the English-speaking World. *Foucault Studies* (C. 5, ss. 48-62).
- Dünya Bankası. (1986). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*.
- Dünya Bankası. (2003). Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. *Turkish Medical Association*.
- Dünya Bankası. (2018). *Urban Population (% of Total Population)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS>
- Dünya Sağlık Örgütü. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who179f0d3d-a613-4760-8801811dfce250af.pdf?sfvrsn=e8fb384f_1&download=true.
- Ecumenopolis: City Without Limits*. (2012). Imre Azem. <https://www.youtube.com/watch?v=maEcPKBXV0M>
- Eke, E., & Eroymak, S. (2019). Uluslararası Aktörlerin Küresel Sağlık Politikaları Üzerine Etkileri: Teorik Bir İnceleme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(28), 388-407. <https://doi.org/10.20875/makusobed.566593>
- Ershova, S., Orlovskaya, T., & Shishelova, S. (2018). Methodology of Planning Social Infrastructure Development to Create a Comfortable Urban

- Environment. *MATEC Web of Conferences* 170, 170, 1-6.
<https://doi.org/10.1051/matecconf/201817002018>
- Ersoy, M. (2015). *Kentsel Planlamada Standartlar* (1. basım). Ninova Yayıncılık.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France 1977-1978* (M. Senellart, F. Ewald, & A. Fontana, Ed.). Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the College de France 1978-1979* (M. Senellart, F. Ewald, A. Fontana, & A. J. Davidson, Ed.). Palgrave Macmillan .
- Giaimo, S. (2002). *Markets and Medicine: The Politics of Healthcare Reform in Britain, Germany, and the United States*. University of Michigan Press.
- Gordon, C. (1991). Governmental Rationality: An Introduction The Foucault Effect. G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Ed.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality with Two Lectures and an Interview with Michel Foucault* (ss. 1-3). University of Chicago Press.
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 31, 73-96.
<https://doi.org/10.18092/ulikidince.771797>
- Grütjen, D. (2008). The Turkish Welfare Regime: An Example Of The Southern European Model? The Role Of The State, Market and Family in Welfare Provision. *Turkish Policy Quarterly*, 7(1), 111-129.
<http://www.spf.boun.edu.tr/docs/WP-Bugra-Keyder.pdf>.
- Günel, A. (2008). *Health and Citizenship in Republican Turkey: An Analysis of the Socialization of Health Services in Republican Historical Context* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Boğaziçi University.
- Günok, F. E. (2018). *Neoliberal Governmentality in Turkey* [Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi]. Orta Doğu Teknik Üniversitesi.
- Hamzaoglu, O. (2013). Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim*, 28(3), 172-180.

- Hamzaoglu, O. (2014). Türkiye’de Özel Hastaneler: Sermayenin Yeni Birikim Alanı ya da AKP’nin Patron Sevgisi. *Toplum ve Hekim* , 29(6), 430-438.
- Hamzaoglu, O., Öztürk, O., & Polat, C. (2024). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 39(1), 3-4.
- Huxley, M. (2007). Geographies of Governmentality. J. W. Crampton & S. Elden (Ed.), *Space, Knowledge and Power: Foucault and Geography* (ss. 185-204). Ashgate.
- Işın, E. F. (2000). Governing Cities Without Government. E. F. Işın (Ed.), *Democracy, Citizenship and the Global City* (ss. 148-167). Routledge.
- İlkan Rasimoğlu, C. G. (2024). Cumhuriyet Kurulurken Sağlık, Hastalık ve Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 39(1), 68-80.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2007). *2007-2011 Stratejik Planı*. İstanbul Büyükşehir Belediyesi.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2010). *Stratejik Plan 2010-2014*.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2015). *Stratejik Plan 2015-2019*.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2015). ‘*Health Plus İstanbul Projesi*’ Adım Adım İlerliyor . <https://saglik.ibb.istanbul/health-plus-istanbul-projesi-adim-adim-ilerliyor/>
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2020). *2020-2024 Stratejik Planı*. İstanbul Büyükşehir Belediyesi.
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2024). *İlçeler - İBB Şehir Planlama Müdürlüğü*. <https://sehirplanlama.ibb.istanbul/ilceler/>
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (t.y.) *İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kurumsal Web Sitesi*. <https://www.ibb.istanbul>
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi. (2024). *İstanbul Vizyon 2050 Strateji Belgesi*. <https://vizyon2050.istanbul>
- İstanbul Büyükşehir Belediyesi – İSYAKA (2015). *Kadim İstanbul Stratejik Turizm Master Planı 2015-2025*. <https://turizmplatformu.istanbul/yayinlar/>

- İstanbul Büyükşehir Belediyesi Şehir Planlama Müdürlüğü. (2009). *1/100.000 Ölçekli İstanbul Çevre Düzeni Planı Raporu*. İBB İmar ve Şehircilik Daire Başkanlığı Şehir Planlama Müdürlüğü.
- İstanbul Planlama Ajansı. (2023). *Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlığa Erişim: İstanbul'da Sağlık Altyapısının Sektörel Bazda İncelenmesi*.
- İstanbul Planlama Ajansı (2020). *İstanbul Turizm Çalıştayı*. https://calistay.ibb.istanbul/wp-content/uploads/2020/06/IstanbulTurizmCalistayi_Dijital.pdf
- İstanbul Turizm Platformu*. (t.y.). <https://turizmplatformu.istanbul/hakkimizda/>
- İşli, E. N. (2021). 1924'ten Günümüze İstanbul Belediyesi'nde Dergicilik Geleneği. <https://www.istdergi.com/tarih-belge/1924ten-gunumuze-istanbul-belediyesinde-dergicilik-gelenegi>
- Joyce, P. (2001). Governmentality and Risk: Setting Priorities in the New NHS. *Sociology of Health and Illness*, 23(5), 594-614. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00267>
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kaştan, Y. (2006). Cumhuriyet Döneminde Nüfus Hareketlerinin Fonksiyonu. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 65-76.
- Kemeç, S., Kamacı, E., & Mert, Y. (2019). Van Kenti Acil Sağlık Birimlerinin Mekansal Erişilebilirlik Durum Analizi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 24(1), 22-23.
- Keyder, Ç. (2005). Health Sector Reform in the context of Turkish Political Economy. *Workshop Paper on Health Reform in Comparative Perspective*.
- Kısa, A., & Younis, M. Z. (2006). Financing Health Care For The Poor In Turkey: Is A Temporary Solution Becoming A Permanent Scheme? *Public Health Reports*, 121, 764-768. <http://www.cia.gov/publications/factbook/>
- Klein, R. (1993). Health Care Reform: The Global Search for Utopia. *BMJ - British Medical Journal*, 307, 752.

- Kohlwes, S. (2014). *Governing Health: Transformations in the Turkish Health Care System* (8; GeT MA Working Paper Series). <https://edoc.hu-berlin.de/bitstream/handle/18452/3740/8.pdf?sequence=1>
- Kurtdaş, M. Ç. (2016). “Sağlıklı Yaşam!” Sloganı Etrafında Şekillenen Yeni Tüketim Biçimleri. *Sosyolojik Düşün*, 1(1), 1-10. <https://www.researchgate.net/publication/374338515>
- Latham, A., & Layton, J. (2019). Social Infrastructure and the Public Life of Cities: Studying Urban Sociality and Public Spaces. *Geography Compass*, 13(7), 1-15. <https://doi.org/10.1111/gec3.12444>
- Lupton, D. (2014). Apps as Artefacts: Towards a Critical Perspective on Mobile Health and Medical Apps. *Societies*, 4, 606-622. <https://doi.org/10.3390/soc4040606>
- Lupton, D. (2016). The Diverse Domains of Quantified Selves: Self-tracking Modes and Dataveillance. *Economy and Society*, 45(1), 101-122. <https://doi.org/10.1080/03085147.2016.1143726>
- Madenoglu Kıvanç, M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 162-166. <https://doi.org/10.5222/shyd.2015.162>
- Marchand, J.-S., Tremblay, D., & Denis, J.-L. (2020). Governmentality as a Relevant Idea for the Study of Healthcare Networks: A Scoping Review. İçinde P. Nugus, C. Rodriguez, J.-L. Denis, & D. Chênevert (Ed.), *Transitions and Boundaries in the Coordination and Reform of Health Services Building Knowledge, Strategy and Leadership* (1. bs, ss. 115-148). Palgrave Macmillan.
- Marmor, T. R. (1994). *Understanding Healthcare Reform*. Yale University Press.
- Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği. (2014). T.C. Resmî Gazete, 29030, 14 Haziran 2014.
- Meydan Acımiş, N., & Kılıç, B. B. (2021). Cumhuriyet (1928-1973) Döneminde Sürdürülen Sağlık Geliştirilmesi Mücadelesinde Halk Sağlığı Temaları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 30-39. <https://doi.org/10.31020/mutftd.784510>

- Miller, P., & Rose, N. (1990). Governing Economic Life. *Economy and Society*, 19(1), 1-31. <https://doi.org/10.1080/030851490000000001>
- Navarro, V. (2007). Assessment of the World Health Report 2000. V. Navarro (Ed.), *Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* (ss. 282-297). Routledge .
- OECD. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri : Türkiye*. OECD - Dünya Bankası.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/837161468310469157/pdf/754330WP0Box370Health0SystemsTurkey.pdf>
- OECD. (2024). *OECD - Member Countries*. <https://www.oecd.org/about/members-and-partners/>
- O'Malley, P., Weir, L., & Shearing, C. (1997). Governmentality, Criticism, Politics. *Economy and Society*, 26(4), 501-517.
<https://doi.org/10.1080/030851497000000026>
- Öntaş, E., & Çöl, M. (2024). Cumhuriyetin Yüzyılında Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanları. *Toplum ve Hekim*, 39(1), 47-67.
- Para-Kredi ve Koordinasyon Kurulu. (2012). *Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ*, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16281&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- Paköz, M. Z. (2014). *Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Hastane Yer Seçimi: İstanbul Örneği* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Teknik Üniversitesi.
- Prince, R., Kearns, R., & Craig, D. (2006). Governmentality, Discourse and Space in the New Zealand Health Care System, 1991-2003. *Health and Place*, 12, 253-266. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.09.003>
- Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power Beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2009.01247>
- Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar Hakkında Genelge*. (2010).
<https://www.saglik.gov.tr/TR-11024/saglik-bolge-planlamasi-hakkinda-genelge-ile-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-onayi-201050.html>

- Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmelik, 31746 (2022). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm>
- Sarp, N., Esatoğlu, A. E., & Akbulut, Y. (2002). An Example of Health Sector Reform in Turkey: Hospital Decentralization (Health Enterprises). *Journal of Ankara Medical School*, 55(1), 9-18.
- Savaş, N. (2020). Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 142-157. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.617939>
- SB Hastanelerinde Özel Sağlık Hizmetleri Uygulaması. (2002). Tıp Dünyası - 89. <https://www.ttb.org.tr/TD/TD89/2.php#top>
- Sezgin, D. (2011). Yaşam Tarzı Önerileri Bağlamında Sağlık Haberlerinin Analizi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 52-78. https://doi.org/10.1501/sbeder_0000000034
- Sur, H., & Atlı, H. (2001). Türkiye'de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış. *Yeni Türkiye Dergisi*, 40, 1163-1167.
- Şahin, S. Z. (2018). Evolution of the Relationship Between Urban Planning and Urban Infrastructure. *Planlama*, 28(1), 6-11. <https://doi.org/10.14744/planlama.2018.75547>
- Tatar, M., & Kanavos, P. (2006). Health Care Reform in Turkey. *Eurohealth*, 12(1), 20-22. www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/documents/
- TBMM I. Dönem 3. Yasama Yılı Açış Konuşmaları. (1922). *Millet Meclisi Tutanak Dergisi*, 1(18), 2-2. https://www.tbmm.gov.tr/tarihce/ataturk_konusma/1d3yy.htm
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şeması*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR-95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). *Sağlık Kurumları*. <https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR-50448/saglik-kurumlari.html>

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2023) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*.
https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2021). *Aile Sağlığı Merkezleri*.
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR-54018/aile-sagligi-merkezleri.html>
- Terzioğlu, A. (2016). Health Care for All? Rethinking Globalization and Health Inequalities in the Turkish Context. C. Ozbay, M. Erol, A. Terizoğlu, & Z. U. Turem (Ed.), *The Making of Neoliberal Turkey* (ss. 149-168). Routledge Taylor and Francis Group .
- TÜİK. (2023a). *Hastane Sayılarının İllere Göre Dağılımı (2002-2021)*.
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- TÜİK. (2023b). *Hastane Sayılarının İllere Göre Dağılımı (2002-2021)*.
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- TÜİK. (2023c). *Hastane Yatak Sayıları (2002-2021)*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- TÜİK. (2023d). *Hastane Yatak Sayılarının İllere Göre Dağılımı (2002-2021)*.
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- TÜİK. (2023e). *Sağlık Personeli Sayılarının İllere Göre Dağılımı (2002-2021)*.
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>
- TÜİK. (2024a). *Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler (2003-2023)*.
<https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=geliş%20nedenine%20göre%20çıktı%20yapan%20ziyaretçiler>
- TÜİK. (2024b). *Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri*. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=harcama%20türlerine%20göre%20turizm%20geliri>
- TÜİK. (2024c). *Yıllara Göre İl Nüfusları (2000-2023)*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1>

- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1961). *1961 Türkiye Cumhuriyet Anayasası*. T.C. Resmî Gazete
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1982). *1982 Türkiye Cumhuriyet Anayasası*. T.C. Resmî Gazete
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2004). *5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu*. T.C. Resmî Gazete
- Türkiye Seyahat Acentaları Birliği *Sağlık Turizmi Çalıştay Raporu 2019*. (2019)..
- Sağlıkta Dönüşüm*. (2003). T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>
- Twaddle, A. C. (2002). *Healthcare Reform Around the World* (1. bs). Greenwood Publishing Group.
- Uluçay, H. (2016). *Türkiye’de 1980-2009 Dönemi Nüfus Hareketi Pratiğine Foucault’cu Bir Bakış: Bilgi-İktidar-Kendilik Teknolojileri Çözümlemesi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Mimar Sinan Fine Arts University.
- Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde “Health Türkiye” Dönemi Başladı*. (2022). <https://www.ushas.com.tr/healthturkiyedonemibasladı/>
- Vlahov, D., Gible, E., Freudenberg, N., & Galea, S. (2004). Cities and Health: History, Approaches, and Key Questions. *Academic Medicine*, 79(12), 1133-1138.
- Yalta Yandaş, Ö. (2010). *Michel Foucault’nun Yönetimsellik Serüveni* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Yalta Yandaş, Ö. (2015). *2000’li Yıllarda İstanbul’un Kentsel Dönüşüm Süreçlerinin Yönetim Analitiği*. Ayrıntı Dergi. <https://ayrintidergi.com.tr/2000li-yillarda-istanbulun-kentsel-donusum-sureclerinin-yonetim-analitigi/>
- Yıldırım, F. (2023). Şehir Hastanelerinin Misyon ve Vizyon Beyanlarının İçerik Analizi. *ÇAKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 143-162.
- Yıldırım, S. (2001). Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı. *Yeni Türkiye Dergisi*, 40, 1140-1144.

- Yılmaz, G. (2018). Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 179-206. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.363875>
- Yılmaz, V. (2013). Changing Origins of Inequalities in Access to Health Care Services in Turkey: From Occupational Status to Income. *New Perspectives on Turkey*, 48, 55-77. <https://doi.org/10.1017/s0896634600001886>
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* , 1, 176-188.



TEZDEN ÜRETİLMİŞ YAYINLAR

Konferans Bildirileri

1. Aktaş, M., & Türkün, A. (2023). Governing Health in Istanbul. 2nd International Graduate Research Symposium – IGRS’23.

Makaleler

1. Aktaş, M., & Türkün, A. (2023). Untapped Potentials of Governmentality Perspective for Urban Planning Studies That Focus on the Dynamics of Health Care in Contemporary Türkiye. MEGARON / Yıldız Technical University, Faculty of Architecture E-Journal, 414–424. <https://doi.org/10.14744/megaron.2023.69741>