

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ PROGRAMI**

TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLANLAMASI ÜZERİNE BİR ANALİZ

**İbrahim Hüseyin CANSEVER
1640232001**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ**

ISPARTA - 2020



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



Adı Soyadı	İbrahim Hüseyin ÇANSEVER
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Tez Başlığı	Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Planlaması Üzerine Bir Değerlendirme
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	TÜRKİYE'DE SAĞLIK PLANLAMASI ÜZERİNE BİR ANALİZ

Süleyman Demirel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Doktora Tez Savunma Sınavında Jürimiz 15.05.2024 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Doktora tezi için;

☒ OY BİRLİĞİ

☐ OY ÇOKLUĞU²

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**³ kararlaştırılmıştır.
☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**⁴ kararlaştırılmıştır.
☐ Öğrenci tez savunma sınavına **KATILMAMIŞTIR**.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ/Süleyman Demirel Üniversitesi	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/Süleyman Demirel Üniversitesi	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Özlem ÖZER/Sağlık Bilimleri Üniversitesi	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM/Sağlık Bilimleri Üniversitesi	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE/Süleyman Demirel Üniversitesi	☒ Kabul ☐ Düzeltme ☐ Ret	

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM VE ÖĞRETİM YÖNERGESİ Madde 44(9) Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir. (10) Düzeltme kararının verilmesi halinde, tezin düzeltilmesi için öğrenciye en fazla altı ay süre tanınır. Öğrenci, danışman önerisi, ilgili EABD kurulunun teklifi ve EYK kararı ile belirlenen düzeltme sınavı tarihinde aynı jüri önünde tezini yeniden savunur. (11) Düzeltme kararı sonunda belirlenen süre içerisinde tez savunma sınavına katılmayı veya tez savunma sınavı sonunda tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “Türkiye’de Sağlık Planlaması Üzerine Bir Analiz” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

İbrahim Hüseyin CANSEVER
15.05.2020

ÖZET

Sağlık sektörü birçok açıdan ülkelerin gelişimine katkı sunan ve diğer sektörlerin verimliliğini de yakından ilgilendiren bir konumdur. Bu açıdan ülkelerin kaliteli ve verimli bir sağlık sektörüne sahip olması hem daha sağlıklı bir toplumun varlığına hem de gelişen ve büyüyen bir sistemin oluşmasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu kapsamda sağlık planlaması, toplumun sağlık seviyesini yükseltmeye yönelik, mevcut durumdan hareketle geleceğe dair adımların atılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Türkiye’de Cumhuriyet’in kuruluş yıllarından itibaren sağlık sektörü sürekli olarak ön planda olmuş, göreve gelen hükümetler toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için birçok çalışma yapmışlardır. Bu kapsamda Türkiye’de sağlık sektörüne yönelik çeşitli aralıklarla sağlık plan ve programları ortaya konulmuştur. Hazırlanan belgeler, isim olarak farklı adlandırılrsa da plan özelliği taşımakta ve toplumun sağlık seviyesini yükseltme ana amacı ile yola çıkmış birçok amacı ve hedefi de içerecek şekilde hazırlanmıştır.

Bu çalışmada, Cumhuriyet’in ilanından günümüze Türkiye’de hazırlanan ve sağlık planlaması kapsamına giren çalışmaları; politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam; içerik, süreç ve aktör boyutları üzerinden analiz edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Walt-Gilson Politika Analizi yöntemi kullanılmış ve araştırma kapsamına alınan planlar retrospektif olarak analiz edilmiştir. Ortam boyutu, belirlenen dönemler altında ayrı ayrı incelenirken; içerik, süreç ve aktör boyutları plan özelinde incelenmiştir. Veri toplama tekniği olarak ise doküman incelemesinden faydalanılmıştır.

Yapılan sağlık planlaması çalışmalarının içeriğinde; ilk dönemlerde sağlık teşkilatının kurulması, bulaşıcı hastalıklar, sağlık tesislerinin kurulması, neredeyse hiç olmayan sağlık personelinin yetiştirilmesi gibi temel konulara odaklanmışken; sonraki dönemlerde, sağlık sektörünün dönüşümü, daha kaliteli sağlık hizmeti, teknolojik gelişmeleri yakından takip etme, akreditasyon gibi daha gelişmiş amaçlara odaklanıldığı görülmüştür. Sağlık planları süreç boyutundan ele alındığında; ilk dönemdeki planların bireysel çabalarla ve sağlık planlama sürecinin işlemediği ve/veya kısmen işlediği süreçlerden geçerek hazırlandığı görülürken; sonraki dönemdeki planların daha kurumsal destekle ve planlama sürecinden geçerek hazırlandığı görülmüştür.

Ülkenin içinde bulunduğu siyasi, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam, sağlık planlarının hem hazırlanmasında hem de uygulama sürecinde oldukça belirleyici rol oynadığı görülmüştür. Planlar aktörler boyutundan ele alındığında ise, ilk planlarda ulusal aktörlerin baskın ve etkili olduğu ancak uluslararası aktörlerin çeşitli yardımlarla dâhil olduğu görülürken; 1980 sonrası süreçte neoliberalleşmenin etkisi ile uluslararası aktörlerin varlığının ve etkisinin arttığı ancak ulusal aktörlerin de sürecin içinde varlığını devam ettirdiği görülmüştür. Çalışmada sonuç olarak, toplumun sağlık seviyesini belirleyen yegâne olgunun siyaset olduğu ve buradan hareketle sağlığın politik bir olgu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler

Sağlık Planlaması, Sağlık Politikası, Stratejik Planlama, Operasyonel Planlama, Sağlık Sektöründe Devlet.

ABSTRACT

The health sector is in a position that contributes to the development of countries in many respects and closely concerns the efficiency of other sectors. In this respect, the fact that countries have a quality and efficient health sector plays an important role both in the existence of a healthier society and in the development of a developing and growing system. In this context, health planning plays an important role in taking steps towards the future, starting from the current situation, in order to increase the health level of the society. In Turkey, the health sector since the republic's founding years consistently been at the forefront of mission and governments have made many attempts to increase the health level of society. In this context, it has put forward various intervals health plans and programs for the health sector in Turkey. Although the documents prepared are differently named as the name, they have a plan feature and they have been prepared in a way to include many goals and objectives set out with the main purpose of increasing the health level of the society.

This study includes the studies that have been prepared in Turkey from the proclamation of the Republic to present and are within the scope of health planning; aimed to analyze on political, economic, demographic and epidemiological, and cultural and social environment; content, process and actor dimensions. In the study, Walt-Gilson Policy Analysis method was used and the plans included in the research were analyzed retrospectively. While the context dimension is examined separately under specified periods; content, process and actor dimensions have been examined in the plan. Document analysis was used as the data collection technique.

In the content of health planning studies; while focusing on basic issues such as the establishment of a healthcare organization, infectious diseases, establishment of health facilities, and training of almost none health personnel in the first periods; in the following periods, it was observed that the focus was on more advanced goals such as the transformation of the health sector, better quality healthcare, closely following technological developments, and accreditation. When health plans are considered from the process dimension; while it is seen that the plans in the first period are prepared with individual efforts and through processes that the health planning process is not working and / or partially processed; it was seen that the plans for the next period were prepared with more institutional support and planning process.

The political, economic, demographic and epidemiological and cultural and social environment of the country have been found to play a decisive role both in the preparation and implementation of health plans. When the plans are considered in terms of actors, it is seen in the first plans that national actors are dominant and effective, but international actors are involved with various aids; it was observed that the presence and influence of international actors increased with the effect of neoliberalization in the post-1980 period, but national actors continued to exist in the process. As a result, it was seen that the unique phenomenon that determines the health level of the society is politics and based on this health is a political phenomenon.

Keywords

Health Planning, Health Policy, Strategic Planning, Operational Planning, State in Health Sector.

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar.....	x
ŞEKİLLER	xiii
ÖNSÖZ.....	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları	4
1.1.1. Hak Olarak Sağlık	4
1.1.2. Hak Olarak Sağlık Hizmeti.....	6
1.1.3. Tüketim Malı Olarak Sağlık Hizmeti.....	7
1.1.4. Yatırım Olarak Sağlık	9
1.2. Sağlık Sisteminde Devletin Rollerı	10
1.2.1. Politika Oluşturucu Devlet	11
1.2.2. Planlayıcı Devlet	13
1.2.3. Finansör Devlet	16
1.2.4. Hizmet Sunucusu Devlet	17
1.2.5. Düzenleyici ve Denetleyici Devlet	18
1.3. Planlama Kavramı ve Gelişimi	20
1.4. Planlama Yaklaşımları.....	26
1.4.1. Rasyonel Planlama Yaklaşımı	28
1.4.2. Artırımcı Planlama Yaklaşımı	30
1.4.3. Optimum Planlama Yaklaşımı.....	34
1.4.4. Karma Tarama Planlama Yaklaşımı	37
1.4.5. Çöp Kutusu Planlama Yaklaşımı	39
1.5. Planlama-Politika İlişkisi	41

İKİNCİ BÖLÜM SAĞLIK PLANLAMASI KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Planlaması Kavramı ve Gelişimi	46
2.2. Sağlık Planlamasının Amacı, Kapsamı ve Özellikleri.....	54
2.3. Sağlık Planlamasını Etkileyen Faktörler.....	59

2.3.1. Kültürel ve Toplumsal Faktörler	60
2.3.2. Ekonomik Faktörler	61
2.3.3. Politik Faktörler	63
2.3.4. Çevresel Faktörler	66
2.3.5. Demografik Faktörler	68
2.3.6. Epidemiyolojik Faktörler	71
2.4. Sağlık Planlamasında Yasal Çerçeve	72
2.5. Sağlık Planlamasında Yer Alan Paydaşlar	75
2.6. Sağlık Planlaması Süreci	85
2.6.1. Planlamanın Planlanması	88
2.6.2. Durum Analizi	97
2.6.3. Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi	102
2.6.4. Kaynakların Değerlendirilmesi	104
2.6.5. Önceliklerin Belirlenmesi	105
2.6.6. Alternatif Seçeneklerin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	111
2.6.7. Plan Seçimi ve Uygulama	113
2.6.8. İzleme ve Değerlendirme	115
2.7. Sağlık Planlama Türleri	120
2.7.1. Nüfus Tabanlı Planlama	121
2.7.2. Bölge Tabanlı Planlama	122
2.7.3. Kaynak Tabanlı Planlama	126
2.7.4. Sağlık Hizmetleri Planlaması	127
2.7.5. Sağlık Tesisleri Planlaması	128
2.8. Sağlık Planlama Seviyeleri	130
2.8.1. Stratejik Planlama	130
2.8.2. Operasyonel Planlama	137
2.9. Sağlık Planlamasının Sosyo-Ekonomik Gelişme ile İlişkisi	142

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLANLAMASINA TARİHSEL BAKIŞ

3.1. Dönemler Bazında Sağlık Planlamaları	150
3.2. Kalkınma Planları İçinde Sağlık	153
3.3. Türkiye’de Sağlık Planlaması Yasal Çerçevesi	174
3.4. Türkiye’de Sağlık Planlama Teşkilatlanması	178

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	184
4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Kaynakları	184
4.3. Araştırmanın Soruları	194

4.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları.....	195
4.5. Araştırmanın Bulguları	196
4.5.1. Ortam Faktörü.....	196
4.5.1.1 Politik Ortam	197
4.5.1.2 Ekonomik Ortam	220
4.5.1.3 Demografik ve Epidemiyolojik Ortam	249
4.5.1.4 Kültürel ve Toplumsal Ortam.....	273
4.5.2. İçerik Faktörü.....	284
4.5.3. Süreç Faktörü.....	312
4.5.4. Aktörler.....	341
4.5.5. Bulguların Toplu ve Karşılaştırmalı Şekilde Sunulması	348

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

KAYNAKÇA.....	393
Kitaplar	393
Makaleler	409
Tezler	434
İnternet Kaynakları.....	435
EKLER.....	439
EK-1: Sıhhi-i İctimai Coğrafya Dizisi ile Araştırılan Sahalar	440
EK-2: Öz Geçmiş	441

KISALTMALAR

Kısaltma	Açıklama
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AEP	Acil Eylem Planı
AK Parti	Adalet ve Kalkınma Partisi
ANAP	Anavatan Partisi
AP	Adalet Partisi
BOYMSP	Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
CENDES	Center for Development Studies
CENTO	Merkezi Antlaşma Teşkilatı
CHP	Cumhuriyet Halk Partisi
DB	Dünya Bankası
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DP	Demokrat Parti
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSP	Demokratik Sol Parti
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
DYP	Doğru Yol Partisi
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
GZFT	Güçlü, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü
IMF	Uluslararası Para Fonu
KG	Kilogram
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsü
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MBK	Milli Birlik Komitesi

MGK	Milli Güvenlik Konseyi
MHP	Milliyetçi Hareket Partisi
MSP	Milli Sağlık Programı
MİSP	Milli Selamet Partisi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PAHO	The Pan American Health Organization
PPDPL	Programmatic Public Sector Development Policy Loan
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGB	Strateji Geliştirme Başkanlığı
SGUK	Strateji Geliştirme Üst Kurulu
SH	Stratejik Hedef
SMİV	Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti
SP	Stratejik Plan
SPAÇG	Stratejik Planlama Alt Çalışma Grupları
SPE	Stratejik Planlama Ekibi
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
SYKE	Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCCB	Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı
TEPAV	Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TL	Türk Lirası
TTB	Türk Tabipler Birliği
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
USD	Amerikan Doları
YKY	Yeni Kamu Yönetimi
WHO	World Health Organization

TABLOLAR

Tablo 1: Planlama Tanımlarına ilişkin Temalar	23
Tablo 2: Optimum Planlama Yaklaşımı Aşamaları	36
Tablo 3: Bazı Ülkelerdeki Sağlık Planlamaları ve Kapsamları.....	56
Tablo 4: Ülkelerin Sağlık Planları Arasındaki Benzerlik ve Farklılıkların Sebepleri	57
Tablo 5: Planlama Adımları İçin Gerekli Olan Bilgiler	96
Tablo 6: Durum Analizinin Boyutları.....	99
Tablo 7: Öncelik Belirlemede Değişkenlerin Skorları.....	111
Tablo 8: Önceliklerin Skor Yöntemi ile Sıralanması.....	111
Tablo 9: Ülkelerdeki Planlama Sorumluluğu Dağılımı	124
Tablo 10: Stratejik Yönetim Süreci	135
Tablo 11: Stratejik Plan ve Operasyonel Planların Karakteristik Özellikleri	137
Tablo 12: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla ile Bebek Ölüm Hızının Büyümeye Etkisi	143
Tablo 13: Kalkınma Planlarında Yer Alan Sağlık Sektörü İle İlgili Amaçların Karşılaştırılması.....	172
Tablo 14: 1920-1938 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler	197
Tablo 15: 1938-1960 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler	202
Tablo 16: 1960-1980 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler	206
Tablo 17: 1980-2002 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler	210
Tablo 18: 2002 Yılından Günümüze Kurulan Hükümetler.....	215
Tablo 19: Acil Eylem Planında Sağlıklı Toplum Oluşturma ile İlgili Hükümler	216
Tablo 20: 1923-1938 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler.....	223
Tablo 21: 1923-1938 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçelerine İlişkin Veriler	224
Tablo 22: 1938-1960 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler.....	227
Tablo 23: 1938-1960 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçelerine İlişkin Veriler	228
Tablo 24: 1960-1980 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler.....	231
Tablo 25: 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçelerine İlişkin Veriler	233
Tablo 26: 1980-2002 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler.....	237
Tablo 27: 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Harcamaları ve Bütçelerine İlişkin Veriler	242
Tablo 28: 2002 Sonrası Ekonomik Göstergeler	245

Tablo 29: 2002 Sonrası Sağlık Harcamaları ve Bütçelerine İlişkin Veriler.....	246
Tablo 30: Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Yapılan Borç Anlaşmalarına İlişkin Bilgiler.....	248
Tablo 31: 1920-1938 Yılları Arası Nüfus Verileri	250
Tablo 32: 1935 Yılı Nüfusun Yaş Dağılımı	251
Tablo 33: 1938-1960 Yılları Arası Nüfus Verileri	254
Tablo 34: 1938-1960 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı.....	255
Tablo 35: 1935-1960 Yılları Arası Sağlık İstatistikleri	255
Tablo 36: 1960-1980 Yılları Arası Nüfus Verileri	259
Tablo 37: 1960-1980 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı.....	260
Tablo 38: 1960-1980 Yılları Arası Temel Sağlık İstatistikleri.....	260
Tablo 39: 1980-2002 Yılları Arası Nüfus Verileri	262
Tablo 40: 1980-2002 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı.....	262
Tablo 41: 1980-2002 yılları arası Temel Sağlık İstatistikleri	263
Tablo 42: 2007 Sonrası Nüfus Verileri	265
Tablo 43: 2007 Sonrası Yıllarda Arası Nüfusun Yaş Dağılımı.....	266
Tablo 44: 2002-2018 Yılları Arası Temel Sağlık İstatistikleri.....	267
Tablo 45: 2002-2018 Kaba Doğum Hızı ve Kaba Ölüm Hızı Göstergeleri.....	268
Tablo 46: 2009-2018 Yılları Arası Ölüm Nedenleri İstatistikleri	270
Tablo 47: Yıllara ve Cinsiyete Göre 6 Yaş Üzeri Okuma Yazma Oranı.....	275
Tablo 48: 1925-1937 Yılları Arası Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Edilen Hasta Sayıları	277
Tablo 49: 2002-2017 Arası Çeşitli Yıllarda Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yapılan Başvurulara İlişkin Bilgiler	278
Tablo 50: Çeşitli Yıllara İlişkin Gini Katsayıları, P80/P20 Oranları ve Yoksulluk Oranları	280
Tablo 51: Toplum Tarafından Mutluluğun Kaynağı Olarak Görülen Değerler	282
Tablo 52: 2010-2014 Stratejik Planında Yer Alan Amaç, Hedef, Strateji, Faaliyet ve Performans Göstergeleri.....	306
Tablo 53: 2013-2017 Stratejik Planında Yer Alan Amaç, Hedef, Strateji, Faaliyet ve Performans Göstergeleri.....	310
Tablo 54: Geçmişten Günümüze Türkiye’de Yapılan Plan/Program Çalışmalarının Amaçları Bakımından Karşılaştırılması.....	311

Tablo 55: Stratejik Planlama Süreci	332
Tablo 56: 2013-2017 Stratejik Plan Amaç ve Hedeflerin Paydaşlar Tarafından Değerlendirilmesi	348
Tablo 57: Türkiye’de Yapılan Sağlık Plan/Program Çalışmalarının Çeşitli Planlama Kriterlerine Göre Karşılaştırılması	350
Tablo 58: Plan İçerikleri ile Toplum İhtiyaçlarının Karşılaştırılması.....	353
Tablo 59: Planlama Çalışmalarının Planlama Süreci Açısından Karşılaştırılması.....	358
Tablo 60: Planlama Çalışmalarında Etkisi Olan Aktörlerin Karşılaştırılması	361
Tablo 61: Refik Saydam Programının Analizi	364
Tablo 62: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının Analizi.....	366
Tablo 63: Milli Sağlık Programının Analizi	368
Tablo 64: Sosyalleştirme Programının Analizi	370
Tablo 65: Ulusal Sağlık Politikasının Analizi	372
Tablo 66: Sağlıkta Dönüşüm Programının Analizi	374
Tablo 67: 2010-2014 Stratejik Planın Analizi.....	376
Tablo 68: 2013-2017 Stratejik Planın Analizi.....	378

ŞEKİLLER

Şekil 1: Rasyonel Planlama Yaklaşımının Adımları	28
Şekil 2: Politika-Planlama İlişkisinin Çerçevesi	44
Şekil 3: Politika-Plan İlişkisi	45
Şekil 4: Sağlık ve Sağlık Hizmetlerine Hastaların Katılım Seviyeleri	82
Şekil 5: Planlama Süreci	86
Şekil 6: Sağlık Planlama Spirali	87
Şekil 7: Uzmanlar ve Toplum Tarafından Algılanan İhtiyaçların Farklılıkları.....	101
Şekil 8: Öncelikleri Belirleme Süreci	109
Şekil 9: Problem Ağacı Örneği.....	110
Şekil 10: Girdi-Süreç-Çıktı Olarak Sağlık Planlaması Süreci.....	119
Şekil 11: Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası	126
Şekil 12: Stratejik Plan ile Operasyonel Plan Arasındaki İlişki	136
Şekil 13: Stratejik Plan ile Performans Programı İlişkisi	140
Şekil 14: Performans Programı Hazırlama Süreci.....	141
Şekil 15: Sağlık ve Ekonomik Gelişim Arasındaki İlişki	145
Şekil 16: Sağlık Bakanlığı'nda Planlama Yapan Birimlere Ait Teşkilat Şeması.....	180
Şekil 17: Sağlık Politika Analizi için Walt-Gilson Modeli.....	187
Şekil 18: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planında Öngörülen Sağlık Bölgeleri	289
Şekil 19: Milli Sağlık Programında Öngörülen Sağlık Bölgeleri.....	293
Şekil 20: Ulusal Sağlık Politikası Ana Bölümlerinin Dağılımı.....	298
Şekil 21: Stratejik Yönetim Sistemi.....	331
Şekil 22: 2013-2017 Stratejik Plan Matrisi	339
Şekil 23: Stratejik Planlama Sürecindeki Paydaşların Hiyerarşik Olmayan Şeması....	347

ÖNSÖZ

Planlama, birçok konuda tez yazım süreci ile de benzerlik gösteren şekilde; veriyi bilgiye dönüştürme, amaçların belirlenmesi, kaynakların değerlendirilmesi, alternatifler arasından seçim, uygulama ve değerlendirmeyi içinde barındıran ve oldukça yoğun bir çaba gerektiren bir süreçtir. Planlama çalışmak hayatımın en önemli dönüm noktalarından biri oldu benim için; bu süreçte hem alanım adına çok şey öğrendim hem de kendi heybeme birçok şey attım. Bana kattığı en önemli bilginin, birlikte çalışmanın ne kadar önemli ve değerli olduğudur desem yanlış olmayacaktır. Buradan hareketle bu süreçte belirli alanda, belirli kişilerle bir sinerji oluşturarak; tezin daha da ayakları yere basan, akıldaki sorulara cevap veren ve en önemlisi çalıştığım alanı dolduran bir hal almasını sağlamaya elimden geldiğince gayret ettim. Tez yazma süreci bu bakımdan benim için bir çoğalma dönemi oldu ve bu süreçte çoğalarak; derdimi anlatma, sorunlarıma çıkış yolu arama, karışıklık içinden çıkma ve nihayet sonuca ulaşma fırsatı buldum.

Bu çoğalma sürecinde teşekkür etmem gereken birçoğu benim için kıymetli kişiler var. Başta tez danışmanım Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ'ye tezim sürecinde verdiği her türlü destek için teşekkür ederim. Akademik hayatım boyunca birçok yönden örnek aldığım ve çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e; tezimin başından beri desteğini hiç esirgemeyen, kendi deyimi ile şeytanın avukatlığını yaparak tezin bugüne gelmesinde çok büyük emeği olan Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK'e; tezimi anlattıktan sonra benimle birlikte dertlenen çözüm arayan ve arayıp soran Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA'ya; görüşmelerimizde her zaman güler yüzünü ve en önemlisi katkılarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE'ye, her görüşmemizde ufkumu açan ve değerli katkılarını sunan Prof. Dr. Hüseyin GÜL'e ve ismini sayamadığım üzerimde emeği olan tüm hocalarıma teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tez savunmama katılarak değerli katkılarını sunan Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM ve Doç. Dr. Özlem ÖZER'e teşekkür ederim.

Son ve en özel teşekkürüm ise; hayat arkadaşlığının yanında, tez sürecimin büyük bölümünde tez arkadaşlığı da yaptığım, ufkumu açan, akademik anlamda her zaman bana örnek olan ve desteği olmasaydı bugün burada olamayacağımı bildiğim eşim Dr. Öğr. Üyesi Niran CANSEVER'e ve bu süreç içinde oyunlarından çaldığım gözümün nuru, hayatımı anlamlandıran ve iyi ki var dediğim oğlum Yusuf Eymen CANSEVER'e teşekkür ederim.

GİRİŞ

*...nüfusun kesimlerinin yoksullaşmasını ve
kötü koşullara düşmesini engellemek için üretim,
emek ve dağıtımın belirli bir planda düzenlenmesi gerekir.*

Albert Einstein - The World As I See It

Her alanda olduğu gibi sağlık sektörü de birçok gelişmeden etkilenmiş ve önemli dönüşümler geçirmiştir. Ölümlerin azalması, doğumda beklenen yaşam süresinin artması, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, toplumun eğitim seviyesinin yükselmesi ve bilinçlenmesi, gelirin ve beklentilerin artması bu dönüşümü tetikleyen bazı sebeplerdir. Dönüşen sağlık sistemi, doğal olarak her geçen gün daha farklı konulara odaklanmış ve en önemlisi her türlü kaynağın etkin ve verimli kullanılması daha önemli hale gelmiştir.

Planlama, dünyada ilk dönemlerde toplumların özellikle ekonomik olarak kalkınmasına öncülük eden bir çalışma olarak hayata geçse de sonraki dönemlerde sosyal olguları da içeren ve/veya kapsayan anlayış içinde şekillenmeye başlamış ve bu yönde çalışmaların da yapılmasını gerektirmiştir. Sağlık planlaması da bu değişim içinde kendine yer bulmuş ve sağlık sektörünün tarihsel süreçte yaşanan dönüşüm ile başa çıkma, toplumun ihtiyaçlarını karşılama, kaynakların etkili kullanımını sağlama ve en önemlisi sağlıklı bir toplum oluşturma yolunda önemli bir yer tutmuştur.

Sağlıklı bir toplum, her ülke için gerek sosyal gerekse fiziki kaynakların daha verimli kullanılması, kalkınma ve diğer tüm sektörlerde yapılan çalışmaların daha verimli şekilde hayata geçirilmesinde temel ve gerekli bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık planlamasının ana amacının toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi göz önüne alındığında; diğer tüm alanlar ile ilişki içinde olduğu ve yapılan yatırımların/çalışmaların ve/veya politikaların uygulanabilirliğinin ve verimliliğinin artırılmasında önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Bu tez çalışması Cumhuriyet'in ilanından günümüze kadar olan dönemde Türkiye'de sağlık planlaması kapsamına giren çalışmaların analizini yapmayı amaçlamıştır. Bu amaca yönelik olarak Walt-Gilson (1994) Politika Analizi modeli çerçevesinde Türkiye'de yapılan sağlık planları analiz edilmiştir. Araştırma retrospektif

bir özellik taşımakla birlikte ilgili planlar; politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam, içerik, süreç ve aktörler olarak dört boyut üzerinden analiz edilmiştir. Benimsenen yöntemden yola çıkılarak araştırmada; sağlık planlamasının hazırlandığı ve uygulandığı dönemde ortamın (politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal) etkileri nelerdir?, sağlık planlaması çalışmalarının içeriğinde neler vardır ve yapıldığı dönemde toplumun ihtiyaçları ile uyumlu mudur?, sağlık planlama çalışmalarında, sağlık planlaması süreci nasıl işlemiştir? ve son olarak sağlık planlaması çalışmaların hangi aktörlerin nasıl etkileri olmuştur? sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırmanın, Türkiye’de hazırlanan tüm sağlık planlarına tarihsel süreçten bakması, birçok boyuttan ele alması ve bütüncül bir bakış açısı sağlaması sebebiyle alanyazında önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir.

Tez çalışmasının birinci bölümünde; diğer bölümlerin tamamına temel oluşturacak olan, sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları çeşitli yönlerden ele alınmış, sağlık sisteminde devletin yüklendiği roller incelenmiştir. Planlama kavramı ve planlama yaklaşımları incelenerek planlama-politika ilişkisi üzerinde durulmuştur.

Sağlık planlaması kavramsal tartışmalarının ele alındığı ikinci bölümde; sağlık planlaması kavramı, gelişimi, özellikleri, amacı ve kapsamı incelenmiş, uygulama bölümü içinde önemli yeri olan sağlık planlamasını etkileyen faktörler ele alınmıştır. Daha sonra sağlık planlamasında yasal çerçeve ve yer alan paydaşlar ile ilgili bilgiler sunularak bu konulardaki kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Yine araştırma kapsamında bir boyut olarak ele alınan sağlık planlama süreci ele alınarak sağlık planlaması türleri ve seviyeleri incelenmiştir. İkinci bölümün sonunda ise, sağlık planlaması ile sosyo-ekonomik gelişme arasındaki ilişki irdelenmiştir.

Tezin üçüncü bölümünde; araştırma bölümüne temel olacak olan Türkiye’deki sağlık planları alanyazında kabul edilen dönemler altında tanıtılmış, ayrıca tezin kapsamına girmeyen ve Türkiye’de yapılan diğer sağlık planlaması çalışmaları hakkında bilgiler sunulmuş, kalkınma planları içinde sağlık sektörünün nasıl yer aldığı toplu şekilde ele alınmıştır. Daha sonra Türkiye’de sağlık planlamasına ilişkin olarak yasal mevzuat hakkında ve mevcut sağlık planlaması teşkilatlanmasının Sağlık Bakanlığı altında nasıl şekillendiğine ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Tezin araştırma kısmı olan dördüncü bölümünde; araştırmanın amacı ve önemi, yöntemi, veri kaynakları, soruları, kapsamı, sınırlılıkları ve bulguları sunulmuştur. Araştırmanın bulguları; ortam, içerik, süreç ve aktörler şeklinde bölümlendirilerek incelenmiştir. Ortam boyutunda elde edilen bulgular, araştırmada belirlenen dönemler altında politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal olacak şekilde incelenmiştir. Planlama çalışmaları içerik, süreç ve aktörler boyutları ise planlar özelinde incelenerek analiz edilmiştir. Bölüm sonunda bulgular toplu ve karşılaştırmalı şekilde çeşitli tablolar oluşturularak yorumlanmıştır.

Sonuç ve değerlendirme kısmı olan son bölümde, araştırmada elde edilen bulgulardan hareketle; araştırma soruları yanıtlanmış, araştırmanın alana olan katkısı üzerinde durulmuş, sektör ve sonraki akademik çalışmalar için öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM: TEMEL KAVRAMLAR

Bu bölümde tezin konusu ile ilgili temel kavramların açıklanması amacıyla; sağlık ve sağlık hizmeti kavramları, sağlık sisteminde devletin rolleri, planlama kavramı, planlama yaklaşımları ve planlama-politika ilişkisi ele alınacaktır.

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları

Sağlık, günlük ve akademik dilde farklı anlamlar yüklenerek yaygın olarak kullanılan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “*Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir*” olarak tanımlamıştır (World Health Organization (WHO), 1946: 1315). Sağlık, bir toplumdaki bireylerin ve ailelerin sosyal, zihinsel ve fiziksel esenliği kavramını somutlaştırmaktadır (Hilleboe, 1968: 203).

Sağlıklı toplum, fiziksel ve sosyal çevrelerini sürekli olarak geliştiren ve insanların yaşamın tüm işlevlerini yerine getirirken maksimum potansiyeline ulaşmada birbirlerini karşılıklı olarak desteklemelerini sağlayan ve kaynakları genişleten bir toplumdur (Centers for Disease Control and Prevention, 2010: 7). Bu tanıma göre, sağlıklı toplum bir durum değil, süreçtir. Düşük mortalite ve morbidite önemli olmakla birlikte sağlıklı bir toplum, en yüksek sağlık durumuna sahip olan değil, varlığının her parçasıyla daha sağlıklı olmak için çaba gösteren bir toplumdur (Hancock ve Minkler, 2012: 155).

Sağlığın tanımı sağlık politikalarını, planlamalarını ve programlarını etkilemektedir (Issel, 2004: 4). Sağlığa daha yakından bakıldığında devletin rolleri ve etkileriyle farklı anlamlar yüklenmektedir (Green, 2007: 8). Sağlığa olan yaklaşım, sağlık politikalarından sunumuna, aktarılan kaynaktan harcama yöntemine kadar birçok faktörü etkilemektedir. Bu sebeple bu bölümde ele alınan sağlık ve sağlık hizmeti kavramları araştırma için temel oluşturmaktadır.

1.1.1. Hak Olarak Sağlık

Sağlığın bir hak olarak ele alınması tarihsel süreçte sürekli tartışılan ve günümüzde de halen geçerliliğini koruyan bir konudur. Sağlık hakkı, en temel insan haklarından biridir ve insanın anne rahmine düştüğü andan itibaren başlar. Her bireyin

talep etsin ya da etmesin sağlıklı olabilmesi için gerekli şartlara sahip olma hakkı bulunmaktadır (Özçetin ve Balaban, 2015: 19; Aksoy, 2001: 1804).

Sağlığı hak olarak gören görüşe göre sağlık, adalet veya siyasi özgürlüğe benzer bir hak olarak görülmektedir (Green, 2007: 8). DSÖ'nün Anayasasında, tüm insanların mutluluğu, uyumlu ilişkileri ve güvenliği için temel olarak gördükleri ilkelerin içinde “erişilebilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma; ırk, din, politik inanç, ekonomik ya da sosyal durum ayrımı olmaksızın her insanın temel haklarından biridir” şeklinde belirtilerek sağlığın hak olduğu özellikle vurgulanmıştır (WHO, 1946: 1315). Susser (1993: 418), sağlığın hak olmasının değişmez bir kader olmadığını ima ettiğini vurgulamıştır. Yani toplumda yaşayan bireylere sağlık bir hak olarak sunulması, devlet tarafından vatandaşlara sunulacak sağlık hizmetlerinin kaderlerini değiştirebileceği anlamında vurgulanmıştır.

Sağlık hakkı, devletlerin uluslararası hukuk uyarınca bir yükümlülüğü kabul ettiği sosyoekonomik haklardan da biridir. Sağlığın bir hak olmasını destekleyici en önemli temel, bir kişinin tüm diğer bireysel hakları yürütme kapasitesinin sağlık açısından temel ve birincil öneme sahip olduğu yaklaşımıdır (Evans, 2002: 197-198).

Paine (1972: 33), hakları iki türe ayırmıştır. Birincisi, entelektüel haklar (din de dâhil olmak üzere aklın hakları) ve ikincisi başkalarının haklarına zarar vermemesi koşuluyla, kişinin rahatını ve mutluluğunu sürdürme hakkıdır. Bu doğal haklar medeni haklara temel teşkil eder ve toplumun bir üyesi, güvenlik ve koruma ile ilgili olan tüm bu haklara ulaşmak için yeterli bireysel güce sahip değildir. Sağlığı da bu hakların içinde değerlendirmek yanlış olmayacaktır.

Susser (1993: 420), eşit olarak dağıtılmış bir sağlık hakkının en az dört bileşeni olduğunu belirtmiştir. Bunlar;

1. Uygun hizmetlere adil erişim,
2. Sağlık durumlarında adalet,
3. Değerlendirme mekanizmaları (dağılımı izlemek için),
4. Tüm grupları içeren adil sosyo-politik düzenlemelerdir.

Türkiye’de de 1982 Anayasayı başlangıç hükümlerinde, “*Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme*

ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu” (1982 Anayasası, Başlangıç Hükümleri) belirtilmiştir.

1.1.2. Hak Olarak Sağlık Hizmeti

Sağlığı bir hak olan görüşün arkasından sağlığın elde edilmesinde önemli belirleyicilerden biri olan sağlık hizmetlerinin hak olarak görülmesi gelmektedir. Sağlık hizmetleri, diğer faaliyetlerde bulunma becerisini kazandıran refah için temel bir gerekliliktir (Maruthappu vd., 2012: 16). Bireyin sağlık hizmetlerine erişimde imtiyaz değil, haklara sahip olduğu doğal haklar tarafından da belirlenmiştir (Papadimos, 2007: 1).

Sağlık hizmetleri, hastalıkları tedavi etmek ve sağlığı teşvik etmek için gerekli hizmetlerin sağlanması olarak tanımlanabilir. Bazı siyasi kanıtlar sağlık hizmeti kavramını bir hak olarak desteklemektedir. Bunlara örnek olarak;

- 1944’te Franklin Delano Roosevelt tarafından önerilen İkinci Haklar Bildirgesinde; yeterli tıbbi bakım hakkı ve iyi sağlık sağlama, elde etme fırsatı ifadesi (Rosevelt, 1944: 1),
- Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde; herkesin, sağlık ve esenlik için yeterli bir yaşam standardına sahip olabilmek için tıbbi bakım hakkı vardır ifadesi (United Nations, 1948: 52),
- Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesinde; herkesin, mümkün olan en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı olduğu ifadesi (United Nations General Assembly, 1966: 12. Madde),
- Avrupa Sosyal Şartında; herkes, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılacak her türlü önlemden yararlanma hakkına sahiptir (Avrupa Sosyal Şartı, 1965: 11. Madde),
- Avrupa Birliği (AB) Temel Haklar Bildirgesi’nde; herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir (Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi, 2000: 35. Madde).

Etik çerçeveler de sağlık hizmetlerini bir insan hakkı olarak desteklemektedir. Örneğin, Peter Singer (2009: 15-16) faydacı bir bakış açısı benimseyerek sağlık hizmetlerinin hak olması gerektiği ile ilgili olarak şunları dile getirmiştir;

- Tıbbi bakım eksikliği zararlıdır,
- Önemli bir şeyden ödün vermeden, bir şeyin zarar görmesini engellemek bizim gücümüzde ise, bunu yapmamak yanlıştır,
- Sağlık hizmetlerini iyileştirerek, ciddi kişisel kayıplar yaşamadan acının önlenmesi mümkündür,
- Sonuç olarak, sağlık hizmetlerini geliştirmemek ve bir dereceye kadar sağlık hizmetlerini bir hak olarak sunmamakla yanlış bir şey yapmaktayız.

Sağlık hizmetini bir hak olarak görmenin temel sorunu, bu hakkın diğerlerinin aksine bir toplumun kaynaklarına ve nüfusun dağıtımında eşitsizlik olmaksızın taleplerini karşılama kabiliyetine bağlı olmasıdır. Bu nedenle, bu hak farklı toplumlar arasında bireyler için bakım hizmetinde bir fark olması kaçınılmaz bir sonuçtur (Papadimos, 2007: 6).

Devlet, adil dağılım sağlama rolüyle ilgili olarak özellikle sağlık hizmetlerinde eşitlik sorunları ile ilgilenecektir. Sağlık hizmetlerine erişim, asgari düzeyde yiyecek ve barınağa erişime benzer şekilde görülebilir. Gerçekten de, bu tutumun sık görülen bir versiyonu, sağlık hizmetlerinin tüm düzeylerinden öte temel sağlık hizmeti alma hakkı olduğudur (Green, 2007: 9). Sağlık hizmetini adil olmayan bir şekilde dağıtan bir anlayış, sistemin ne kadar etik olduğuna dair çok sayıda soruyu gündeme getirecektir. Erken yaşta erişimin sağlanamaması, hastalıkların derecesinin artmasına, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin getirdiği yükün artmasına ve sonuç olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanımına yol açacaktır (Andre ve Velasquez, 1990: 1).

Türkiye’de de Hasta Hakları Yönetmeliği 6. Maddesinde “*Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir.*” ifadesi yer almaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 6. Madde).

1.1.3. Tüketim Malı Olarak Sağlık Hizmeti

Akdur (1999: 47-48), sağlık politikalarının, genelde iki ayrı felsefeden yola çıktığını dolayısıyla devletin davranış tarzının bu felsefelere göre şekillendiğini belirtmiştir. Bunlardan ilki, sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini bir görev ve sorumluluk olarak gören, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı sayan politikadır. Bu politika, tüm temel haklarda olduğu gibi sağlık

hakkının da gereklerinin yerine getirilmesi görevini devlete verir. Sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın bir aracı olarak ele alır ve hizmetlerden yararlanmada eşitliği öngörür. Diğer seçenek ise, sağlığı bireysel bir olgu olarak gören dolayısıyla sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini tamamen piyasanın arz ve talep kurallarına bırakarak, insanların bu haktan fırsatları oranında yararlanmasını öngören, sağlık hizmetlerine kar aracı olarak bakan politikadır. Bu iki ayrı felsefe sağlık sektörünün finansmanı, örgütlenmesi ve insan gücü gibi tüm süreçleri de belirler.

Sağlık hizmetini hak olarak savunanların tersi yönde düşünenler için; sağlık, adaletle değil, hayatın maddi yönleriyle karşılaştırılabilir önemli bir bireysel amaç olarak görülmektedir. Böyle bir görüş, sağlık ya da sağlık hizmetlerini tüketim malı olarak ifade eder. Sağlığı kendi başına kaynaklar için önemli bir rekabetçi olarak gören sağlık görüşü, onu tüketim değeri olarak görmektedir. Burada devletin, sağlığın teşviki için özel bir sorumluluğu yoktur, kararları bireye bırakır. Bu görüşe göre devletin rolü, sağlanan sağlık hizmetinin, herhangi bir mal veya hizmetin kalitesinin izlenmesini sağlayacak şekilde (mesleki standartların sağlanması gibi) sınırlı olabilir (Green, 2007: 9, 207).

Grossman (1972: 223-225), bir tüketim malı ve bir yatırım malı olarak sağlık arasındaki farkı vurguluyor. Bir tüketim malı olarak sağlığı, insanlar sağlıklı olmaktan memnuniyet duydukların için sağlık doğrudan bireyin tüketim işlevine dâhil edilir şeklinde ele alırken; bir yatırım malı olarak sağlık, insan sermayesinin veya üretimin bir parçası olarak değerinin bir parçasıdır ve bireyin geçimini sağlar şeklinde ele almıştır. Modelin temel dayanağı, sağlığın, çalışma süresini üretmek için gerekli olan bir çeşit arz, dayanıklı bir mal (sağlık stoku) olarak görülebilmesidir. Burada, kullanıcıların ihtiyaç duyduğu şeyin sağlık hizmetleri değil, sağlık olduğu unutulmamalıdır ve bu nedenle, sağlık hizmetlerine olan talep, dolaylı bir sağlık talebi olarak görülmektedir. Bu nedenle Grossman, insanların sağlık hizmetlerini sadece sağlığa değer verdikleri için değil, aynı zamanda üretken bir kaynak olarak kullanılabilecek sağlık stoklarını artırdığı için tükettiklerini ileri sürmektedir (Chubarova, 2010: 25-26).

Bireyin tükettiği ürünlerin etkileri ölçülebilir ekonomik boyutlara indirgenebilirken; iyi sağlığın ekonomik değeri ve kendi başına bir amaç olarak iyileştirilmiş yaşam beklentisi kaçınılmaz kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin tüketim malı

olarak gören görüşün farklı bir bakış açısından temel amacı, toplumun sağlığını tüketici seçimi ve refah teorisine entegre ederek bu eksikliği gidermek ve böylece yaşam beklentisi kazanımlarını diğer ürünlerdeki kazanımlarla karşılaştırılabilir hale getirmektir (Paglin, 1974: 432).

1.1.4. Yatırım Olarak Sağlık

Sağlıklı bir toplum için sağlık tesisleri, sağlık insan gücü, makine ve teçhizat gibi birçok bileşen bir araya gelmektedir. Bu bileşenleri elde etmek ise oldukça büyük kaynaklar gerektirmektedir. Örneğin, bir sağlık tesisinin yapılması önemli bir maliyet kalemi oluştururken, yapım sonrası tesisin işletme maliyetleri de önemli maliyet oluşturmaktadır.

Sağlığı yatırım olarak savunan görüşe göre, sağlık sektörüne yapılan yatırımlar aslında diğer tüm sektörlerde yapılan yatırımlar olarak görülmektedir. Bu görüşte hastalık yani sağlığın olmayışı, devamsızlık ya da zayıflatıcı etkileri ile üretkenliği azaltarak genel üretimi etkileyebilmektedir. Sağlığın verimliliği artırması nedeniyle insan kaynağına yapılan yatırım, büyüme odaklı bir kalkınma stratejisinin önemli bir unsurudur (Green, 2007: 10, 207; Mushkin, 1962: 130; Mazgit, 1998: 71; Küçük, 2018: 130). Bu bakış açısında sağlık harcaması, esas olarak hastalığı, sakatlığı ve erken ölüm oranını azaltarak bir kaynağın (emeğin) korunmasına veya büyütülmesine yapılan bir yatırım olarak değerlendirilir (Paglin, 1974: 432). Demirer (2006: 26), Parsons'un yapmış olduğu analizden yola çıkarak, sağlığın korunmasının hem toplum hem de birey düzeyinde geçerli bir gereksinim olması sebebiyle kamusal iradenin sorumluluğunda olduğunu ve bu yaklaşıma göre, toplum üyelerinin ideal toplumsal yaşamı sürmelerini engelleyen bir hastalık sorunu toplumsal yaşamdan sapmış olduğunu belirtmiştir. Ayrıca üretimden çekilen toplum üyelerinin diğer rollerinin de örselendiğini belirtmiştir. Burada aslında dışsalılık özelliği önem kazanmaktadır. Dışsalılıklar, birimlerin üretim ya da tüketim faaliyetleri sonucundaki etkilere bağlı olarak, başka birimlerin üretim ya da tüketimlerinin etkilenmesi şeklinde ifade edilebilir (Çalışkan, 2008: 44). Sağlıklı olmanın diğer sektörler üzerindeki pozitif dışsalılık etkisi bu durumu açıklamaktadır. Örneğin, 1950'ler ve 1960'lar boyunca birçok ülke için kalkınma stratejileri, Gayri Safi Milli Hasılanın (GSMH) büyümesindeki temel faktör ve gelişmenin göstergesi olmuştur. Bu stratejiler, devletler tarafından üretken sektörler (sanayi, tarım ve maden çıkarma) üzerine yapılan vurguya yansımıştır, ancak sağlık

sektörünün savunucuları tarafından sağlığın üretkenlik üzerindeki etkileri belirgin bir şekilde sıklıkla vurgulanmıştır (Green, 2007: 10).

Sağlık üzerine ve eğitime yapılan harcamalar, üretken kapasiteye katkıda bulunan insan kaynaklarına yatırım olarak değerlendirilmektedir. Daha sağlıklı bir işgücünün daha az istikrarsızlık ve sakatlık yaşayacağı ayrıca daha verimli çalışacağı ve daha istikrarlı bir şekilde üretkenlik göstereceğinden artan kişi başına gelir ile sonuçlanacaktır (Grosse ve Harkavy, 1980:166). Bir başka örnekte, daha iyi sağlık yoluyla yaşam beklentisinin uzatılması, eğitime yapılan yatırımın amortisman oranını azaltacak ve buna geri dönüşü artıracaktır (Mushkin, 1962: 130-131).

1.2. Sağlık Sisteminde Devletin Roller

Çağdaş ülkelerde toplumsal refahın gerçekleşmesi için devlet; güvenlik, yargı, savunma, sağlık veya eğitim gibi alanlarda üretici/düzenleyici olarak doğrudan veya dolaylı olarak rol üstlenmektedir. Diğer tüm rollerin yanında devletin sağlık sektöründe olmasının ana amacı; toplumun iyi bir sağlık statüsüne yükseltilmesi, bu düzeyin korunması ve sürdürülmesidir (Aktan ve Işık, 2007: 1-2).

Bireylerin ve halkın sağlığının sadece özel bir mesele değil, politik bir konu olmasının ve devletin rol almasının birçok nedeni vardır. Bunlar (Oliver, 2006: 196-197);

- Sağlığın dışsallık etkisi,
- Devletin hizmet alanı olan topluma yatırım yapması,
- Devletin, bireylerin ihtiyaçlarını tespit etme görevi olması,
- Halk sağlığının korunması, siyasal tartışma ve çözüm yoluyla geçerlilik kazanan ahlaki yargıları içermesi,
- Sağlıklı bir nüfusun ve işgücünün, ekonomik büyüme ve sosyal düzen için hayati önem taşımasıdır.

DSÖ'nün Anayasası'nda "Devletler, yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin sağlanmasıyla toplum sağlığı için bir sorumluluğa sahiptir" maddesiyle devletin sağlık sektöründe rol alması gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 1946: 1315). Devletin rolleri farklı ülkelerde farklı şekillerde olabilmektedir. Farklı ideolojilere sahip ülkeler, sağlık sektörüne karşı sorumluluklarını farklı şekillerde roller üstlenerek göstermektedir. İdeolojik olarak sağ konumda olan hükümetler, sağlığı, asgari bir devlet rolüyle bireysel sorumluluk olarak görmekte, ideolojik olarak sol konumda olan hükümetler ise, sağlık

hizmetlerini bir hak olarak görmekte ve bunu teşvik etmede önemli bir rol oynamaktadır (Green, 2007: 10). Hatta farklı dönemlerde devletlerin, sağlık sektöründeki rolleri değişiklik göstermiştir. Örneğin, 1980’li yıllardan itibaren birçok ülkede devletin merkezi rolü azalmış daha çok düzenleyici ve denetleyici bir role bürünmüştür (Saltman ve Figueras, 1997: 39-40; Akdemir ve Karakurt, 2009: 221). Sadece belirtilen bu dönemdeki dönüşümün bile birçok sebebi vardır ancak bu dönüşümün temel nedeni, Bölüm 1.1’de ele alınan sağlığa yüklenen anlamdaki değişimdir.

Sağlığın geliştirilmesi ve korunması konusunda devletin başarılı olması herkes için önemlidir (WHO, 1946: 1315). Öyle ki, neoliberal politikalar kapsamında yapılan reform ve özelleştirmelerle hükümetlerin, vatandaşlarına karşı sorumlulukları ortadan kalkmaz (El Taguri, 2008: 148). 1982 Anayasası’nın 5. Maddesi’nde, *“Devletin temel amaç ve görevleri, Türk milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır”* ifadesi yer almaktadır (1982 Anayasası, 1980: 5. Madde).

Sağlık hakkı, devlete çeşitli görevler yüklemektedir. Yani kişilere, devletten bir şey isteme hakkı vermekle birlikte pozitif statü hakları içinde değerlendirilmektedir (Özçetin ve Balaban, 2015: 22). Devlet sağlık sektöründe birden fazla rol üstlenmektedir (Çevik ve Demirci, 2015: 30). Bunlar, politika oluşturma, planlama, finansman, hizmet sunumu, düzenleme ve denetleme olarak gösterilebilir. Bu rollerin ağırlığı ise ülkeden ülkeye hatta aynı ülkede dönemden döneme değişiklik göstermektedir.

1.2.1. Politika Oluşturucu Devlet

Devletin öncelikli rolü, sağlık politikalarını belirlemektir. Ulusal bir sağlık politikasının temel amacı; tüm nüfus için sağlık koşullarını iyileştirmek, ülkedeki sektör ve kurumları bu koşulları sağlamaktan sorumlu tutmak olmalıdır. Ancak sağlık koşullarının iyileştirilmesinde birincil sorumluluk, nüfusun çıkarlarını temsil eden kolektif kurumlarla ilgili kamu otoritelerinde ve kamu yönetimindedir. Bu nedenle, devlet, ulusal sağlık politikasının geliştirilmesinden sorumlu ana kurumdur (Navarro,

2007: 1). Çünkü sağlık politikası; devlet ve toplum arasındaki ilişkiye, sağlık koşullarına yönelik tepkilere, bunların belirleyicilerine, halkın önceliklerine, eylemlerine ve önerilerine bağlıdır (Paim ve Teixeira, 2006: 74).

Sağlığı ya da sağlığa erişimi hak olarak gören hükümet, sektör için bütün ve geniş olarak politika belirleme konusunda liderlik yapacaktır. Örneğin, kamu sağlık kurumlarının yanı sıra özel hastanelerin ve sağlığı etkileyen farklı sektörlerin (eğitim, gıda, çalışma vb.) sorumluluklarını belirlemeye yönelik uygulamaları ortaya koyabilir. Sağlık hizmetlerini tüketim malı olarak gören bir hükümet ise, sağlık piyasasının işleyişi ile ilgili politikaları belirleyecektir. Örneğin, fiyatlandırma mekanizmalarının sorunsuz bir şekilde işlemesini ve sağlık çalışanları ile ilgili düzenlemelerin yürürlüğe koyulmasını sağlayabilir (Green, 2007: 13).

Sağlığın politik olduğu açıktır, çünkü sağlık sorunlarına getirilecek çözümler, uygun kaynakların tahsisine ilişkin politik kararlara bağlıdır. Sağlık düzeyi, sorunların çözülmesine veya önlenmesine yönelik kurum ve politikaların sonucudur (Nunes, 2012: 143). Sağlık, insan hayatının neredeyse tüm diğer yönleri gibi çeşitli şekillerde politiktir (Bambra vd., 2005: 187):

- Sağlık politiktir, çünkü neoliberal bir ekonomik sistem altındaki diğer kaynak veya mallar gibi, bazı sosyal gruplar diğerlerinden daha fazlasına sahiptir,
- Sağlık politiktir, çünkü sosyal belirleyicileri politik müdahalelere uygundur ve bu nedenle politik eyleme bağımlıdır,
- Sağlık politiktir, çünkü sağlık hakkı, vatandaşlık ve insan haklarının bir yönüdür.

Benzer düzeydeki gelir, eğitim ve sağlık harcamaları olan farklı ülkelerdeki sağlık sistemleri, temel sağlık hedeflerine ulaşma yeteneklerinde büyük farklılıklar göstermektedir (Murray ve Ferenk, 2000: 717). Ülkelerin durumları ile ilgili olarak sağlık politikaları açısından birbirleri arasında büyük farklılıklar görülmektedir (Diallo vd., 2003: 2). Tüm ülkelere uygun ortak bir modelin olmaması, sağlık sektöründe hem politika yapım sürecinde hem de uygulanmak istenen politika hedeflerine ulaşmada devlet otoritesinin sisteme dâhil olmasını zorunlu kılmaktadır (Saltman ve Ferroussier-Davis, 2000: 732).

Vicente Navarro ve arkadaşları (2006: 1033-1037), bazı seçilmiş Organisation for Economic Co-operation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

(OECD) ülkeleri üzerinde yapmış oldukları araştırmada, refah devleti gibi sosyal eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik politikalar üretenler tarafından yönetilen ülkelerdeki politikaların, sağlık sonuçları (bebek ölüm oranı ve doğumda beklenen yaşam süresi) üzerine etkisi olduğu açıkça belirlenmiştir. Bu ülkelerde gelişim sağlayan politikaların ya uzun süren tek parti yönetiminin varlığı ya da oluşturulan politikaların diğer siyasi partilerle ortak girişimi sonucu ortaya konulduğu görülmüştür. Bunun yanında başarılı sağlık sonuçlarının alınması için sadece sağlık politikalarına değil diğer alanlardaki politikalara da önem verilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Örneğin, sosyal eşitsizliği azaltmak için tasarlanan politikaların uygulanması sonucu aynı dönemde bebek ölüm oranlarının azaldığı tespit edilmiştir. Yine aynı şekilde Bangladeş'te mikro kredi programları ile iş sahibi olan ailelerin çocuklarının sağlığının olumlu etkilendiği görülmüştür. Dolayısıyla enerji, işsizlik, eğitim, taşımacılık alanında yapılan politikalar, sağlık sektörünü önemli düzeyde etkileyecektir (Chowdhury ve Bhuiya, 2004: 378; County of Los Angeles Public Health, 2013: 16).

Her ülke sağlık politikalarını, genel sosyo-ekonomik kalkınma politikaları çerçevesinde kendine özgü sorunlar, olanaklar, özel durumlar, sosyal ve ekonomik yapılar, politik ve idari mekanizmalar ışığında geliştirmelidir. Ayrıca sağlık sorunlarını çözmek için sosyo-ekonomik kapasitenin dikkatli bir şekilde analiz edilmesinin ardından sağlık amaçları ve öncelikler belirlenmelidir. Bunu yaparken, ulusal sağlık politikalarının, uluslararası sağlık sözleşmeleriyle uyumunun da sağlanması gerekmektedir (WHO, 1979: 12).

Sağlık Bakanlıklarının ve eşdeğer hükümet organlarının etkili olabilmesi için en yüksek hükümet düzeylerinde politika yapma ve karar verme mekanizmasının ayrılmaz bir parçası olmaları, sosyo-ekonomik koşullarla ilgilenen diğer Bakanlık ve otoritelerin yanı sıra finans, planlama vb. organların sürekli katılımını sağlamaları gerekmektedir. Politik, sosyal, teknik ve yönetsel işlevlerle ilgili olarak bu mekanizmaları ve kurumları güçlendirerek sağlık sektörü içinde koordinasyonu sağlamanın, diğer sektörlerle diyalogu sürdürmenin ve sosyo-ekonomik faaliyetlere katılmanın gereği ifade edilmektedir (WHO, 1979: 22).

1.2.2. Planlayıcı Devlet

Sağlık hizmetleri sahip olduğu özellikler sebebiyle kamu otoritesinin planlamasına ve denetimine tabidir. Bunun sebebi tedavi edilen bir hastalığın bireye

sağladığı faydanın yanında topluma da fayda sağlamasıdır (Ettelt vd., 2010: 7-9). Devletin planlamada kritik öneme sahip 4 temel rolü bulunmaktadır. Colt (1970: 1196-1197), bu görevleri şu şekilde sıralamıştır:

1. Devlet öncelikle politikalar, hedefler ve kılavuzlar geliştirerek başlamalıdır, bunlar zor olabilir ancak yol göstericidir,
2. Hedef belirleme, veri toplama ve analiz, planlama ve değerlendirme, finansal ve teknik yardım gibi işlevleri yerine getirmek için gerekli insan kaynağını istihdam etmeli, uzun vadeli ve yeterli düzeyde finansman bulmalıdır,
3. Devlet, etkin operasyon için iletken olmalıdır. Sağlık sisteminin ilgili tüm paydaşları ve girdileri içermesini sağlamalıdır,
4. En önemli ve gerekli olanı ise devletin liderliğidir. Devletin, sağlığı planlamadaki etkisi ve etkinliği, adil ve kaliteli bir liderlik duruşu sergilediğinde ortaya çıkacaktır.

Sağlık Bakanlığı veya eşdeğer hükümet otoritesi, planların geliştirilmesinden ve sürdürülmesinden sorumludur. Bunu etkili bir şekilde yapmak için, tüm sağlık çalışanlarının yanı sıra ilgili diğer sosyo-ekonomik faktörleri de içeren sağlık sisteminin tüm düzeylerini kapsayan düzeni kurmakla yükümlüdür (WHO, 1979: 17). Devletin sağlık sektöründeki planlama rolü, toplumun sahip olduğu kaynakları uygun bir şekilde ilgili alanlara aktarması (kaynak planlaması), sağlık hizmetlerinin üretilmesi (hizmet planlaması), sağlık çalışanı ihtiyacının karşılanması (insan kaynakları planlaması) ve sağlık eğitiminin planlanması gibi birçok olguyu içermektedir (Aktan ve Işık, 2007a: 6).

Planlama bir eylem sürecidir ve sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için temeldir (Holder ve Deniston, 1968: 559). Sağlık planlamasında toplumun sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik belirleyici ve faydalı değişimleri ortaya koyma sürecinde devletin liderliği kritik bir unsurdur (Hilleboe ve Schaefer, 1968: 1046). Sağlık sisteminin değişen yapısı, devletin sağlık sektörünü planlama yaklaşımını da değiştirmiştir. Merkezden ve doğrudan planlama yerini sektörde yer alan tüm aktörleri de içine alacak şekilde evrilmiştir (Green ve Collins, 2006: 564-565).

Türkiye'deki Anayasalar incelendiğinde; sağlığın halka ulaşmasında yer alan ibareler değişse de devletin görevlerinden olduğu anlaşılmaktadır. 1961 Anayasası'nın 49. Maddesi'nde, *“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”* hükmü bulunmaktadır (1961 Anayasası, Madde

49). 1961 Anayasası, sağlığı, devletin “asli ve anayasal” bir görevi haline getirerek sağlık hizmetlerini tamamen devlete yüklemiştir. 1982 Anayasası’nın 56. Maddesi’nde ise “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirerek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” hükmü yer almaktadır (1982 Anayasası, Madde 56). 1982 Anayasası’nda sağlık, devletin “anayasal görevi” olmaktan çıkmış, devlet “planlayıcı ve denetleyici” bir rol üstlenmiştir. Bu rol değişikliğinin en büyük sebebi neoliberal politikalaradır. Buna rağmen, her ne kadar planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmiş olsa da bu rollerin yanı sıra Türkiye’de devlet halen en büyük sağlık hizmeti sunucusu konumundadır.

Türkiye’de sağlık planlaması alanında Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren birçok çalışma yapılmıştır. Son dönemdeki çalışmalara bakıldığında 1982 Anayasası ile uyumlu olarak, 3 Kasım 2002 Genel Seçimlerinden tek parti hükümeti olarak çıkan Adalet ve Kalkınma Partisi (AK Parti) hükümeti, sağlık reform çerçevesini Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile ortaya koymuştur. Sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim gibi) içeren SDP’nin bileşenlerinden ilki ise; “Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı” olarak belirlenmiş ve devletin bu alandaki rolü açıkça belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26).

SDP vizyonunda Sağlık Bakanlığı; politikalar geliştiren, standartlar belirleyen ve denetleyici bir rol alan ve bu anlayışla birlikte yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılarak planlama yapan stratejik bir örgüt olarak çalışacağı ve bu şekilde tek elden planlama yapan bir kurum haline geleceği belirtilmiştir. SDP’de devletin stratejik planlama, insan kaynakları planlaması ve sağlık eğitim planlaması yapacağı ve bunları denetleyen bir kurum olacağı da belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-27).

Devletin, sağlık hizmeti sağlayıcısı pozisyonundan dolayı verilen hizmetlerin planlanmasındaki rolü, amaçları ve yöntemleri farklı olsa da diğer kurumlarla benzerlikler gösterebilmektedir. Bununla birlikte devlet, vatandaşlarının sağlığının teşviki konusunda daha geniş sorumluluklara sahip olması nedeniyle diğer örgütlerden ayrılmaktadır (Green, 2007: 7).

1.2.3. Finansör Devlet

Devletin, sağlının finansmanı konusunda da üstlendiği rol yine sağlının nasıl ele aldığı ile yakından ilişkilidir. Hangi sistem olursa olsun, sağlık hizmeti için ödemeyi yapan ülkedeki bireylerdir ve bu ödemeler farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bireyler, sağlık hizmetleri kullanımında belirli zamanlarda doğrudan ödeme yapabilir veya bu tür finansal yüklere karşı ön ödeme yoluyla kendilerini sigortalayabilirler (özel sigorta) bu durumda devlet sistemin düzenlenmesi ve denetiminden sorumlu olarak görev alır. Bunun dışında devlet sağlık hizmetlerini finanse etmek için, vergi veya sosyal sigorta gibi bazı merkezi finansman mekanizmaları aracılığıyla sorumluluk alabilir (Green, 2007: 13; Ferranti, 2004: 37).

Devletin finansman rolü altında üstlendiği görevlere bakıldığında özetle (Aktan ve Işık, 2007a: 3-7; Baker, 2002: 73);

- Sağlık harcamalarını kısmen ya da tamamen finanse etmek,
- Vergi veya primlerin toplanmasını ve yönetilmesini sağlamak,
- Sağlık hizmet üretimi için aktarılan kaynakları verimli kullanmak,
- Kaynakları toplumda ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmek,
- Kaynak dağıtımını yaparken bölgeler arası eşitlik esasıyla hareket etmek,
- Fon toplama rolü var ise topladığı fonlar ile sağlık hizmeti satın almak,
- Hizmet üretmek için gerekli üretim faktörlerini (tesis, insan kaynağı, makine-teçhizat, sarf malzeme vb.) topladığı vergi ve fonlar ile finanse etmek,
- Gelir seviyesi düşük kesimlere doğrudan veya dolaylı finansman desteği sağlamak.

Piyasa egemen yaklaşımda devlet, sağlık hizmetleri için ücretlerin adil bir şekilde yönetilmesini sağlama konusunda düzenleyici, bunun yanında sağlık bakımı için fiili fon üretiminde asgari bir role sahiptir. Diğer taraftan zorunlu sosyal sigorta veya vergi sisteminde devlet, sağlık hizmetleri finansmanı toplamak ve bunu hizmet sağlayıcılara dağıtmak için daha aktif bir rol üstlenmektedir. Bu tür bir sistemde devlet, sağlık hizmeti veren kurumlarla (kamu ve/veya özel), sağlık koşullarını belirlediği koşullar altında sözleşme yapar, fonların adil şekilde toplanması ve ödenmesi için bir ortam oluşturur (Green, 2007: 13).

1.2.4. Hizmet Sunucusu Devlet

Devlet, sağlık hizmeti sunumunda farklı seviyelerde ve farklı şekillerde görev almaktadır. Sağlık hizmetleri bazı ülkelerde sadece özel kesim veya sadece devlet tarafından sunulurken; bazı ülkelerde devlet-özel kesim birlikte sağlık hizmeti sunmaktadır. Hizmetin tamamen özel sektör tarafından sunulduğu ve daha çok piyasa ekonomisinin egemen olduğu ülkelere örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilebilir. Hizmetin neredeyse tamamının özel sağlık hizmet sunucuları tarafından verildiği, devletin sadece düzenleyici rol aldığı sistemdir. Bu tür sistemlerde eşitsizliklerin ortaya çıkması sürekli gündeme gelmektedir. Bu yüzden bazı özel kesimlere (Medicaid¹ ve Medicare²) devlet eliyle bakım sağlanarak eşitsizliklerin önüne geçmeye çalışılmaktadır. Hizmetin tamamen devlet eliyle sunulması ise daha çok sosyalist devletlerin tercih ettiği bir durumdur (Mills ve Ranson, 2012: 638-639). Örnek olarak Küba'ya bakıldığında; sağlığın her alanında devletin yalnız olarak bulunduğu görülebilmektedir. Son olarak hizmetin devlet-özel kesim tarafından birlikte verildiği ve devletin hem hizmet sunucu hem de hizmet alıcı bir rol üstlendiği sistemler bulunmaktadır. Örnek olarak Türkiye'ye bakıldığında; devlet hem hizmet sunucudur (hatta birinci basamağın neredeyse tamamı) hem de özel kesimden sağlık hizmeti almak için sözleşmeler yapan bir konumdadır.

Yoksullara maliyet etkin sağlık hizmetlerinin sağlanması, yoksulluğun azaltılmasında etkili ve sosyal olarak kabul edilebilir bir yaklaşımdır. Çoğu ülkede temel sağlık hizmetlerine erişim bir insan hakkı olarak görülmekte ve bu hizmetler ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Özel sektörler, sağlık için çok önemli olan kamu mallarından çok azını tek başına sağladığından bu malların arzını artırmak için devlet katılımı gereklidir. Bu durum özellikle büyük bir pozitif dışsallığa sahip temel sağlık hizmetleri açısından oldukça önemlidir. Örneğin, aşılama ile kızamık, suçiçeği gibi birçok bulaşıcı hastalığın salgınlar yapması önlenabilir dolayısıyla pozitif bir dışsallık sağlar. Bu bağlamda pozitif dışsallık özelliği taşıyan davranışları teşvik etmesi

¹ Medicaid (Sağlık Yardım Sigortası), çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, yıllık geliri belirlenen seviyenin altında olan ailelerdeki 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır (Ateş, 2016: 57).

² Medicare (Sağlık Bakım Sigortası), 65 ve üzeri tüm yaşlılara getirilen bir sağlık sigortasıdır. 65 yaş üzeri kişiler gelir durumuna ve sağlık durumuna bakılmaksızın hastane faturalar sosyal sigortalar, federal fonlar veya sağlık bakım sigortasından kesilen primlerden karşılanmaktadır (Ertürk-Atabey, 2012: 94-95; Ateş, 2016: 57). Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl ödeme yapmış olmak zorunludur.

gerektiğinden devletin sağık hizmet sunumunda yer alması gerektiğı söylenebilir (Worldbank, 1993: 5; Aktan ve Işık, 2007b: 43; Ferranti, 2004: 37-38).

Devletin sağık hizmetindeki rolü yıllar içinde genişlemiş politikaları ve politik söylemleri etkilemiştir. Bunun uygun bir rol olup olmadığı tartışmalı olmakla birlikte devletin sağık hizmetlerinde daha iyi kalite ve değer elde etmede ayrıca kalıcı sağık reformunun başarısında veya başarısızlığında büyük bir rol oynayacağı düşünülmektedir (Straube, 2013: 39). Bu konu Dünya Bankası (DB) tarafından 1993 yılında yayımlanan raporda; devletin sadece maliyet-etkililiğı olan hizmetleri vermesi, diğerk hizmetlerin özel sektör tarafından verilmesi gerektiğı belirtilmiştir (World Bank, 1993: 5). Sağık Bakanlığı'nın kendisi veya farklı devlet organları ile birlikte verdiği hizmetlere bakıldığında; çevreye yönelik hizmetler, kişiyeye yönelik hizmetler, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağığın geliştirilmesine yönelik hizmetler, eğitim ve araştırma hizmetleri, istatistiki hizmetler, yasal düzenlemeler vb. hizmetleri sunduğı görölmektedir (WHO, 1961: 27-29).

Sağık hizmetlerinin devlet tarafından sunulması Anayasada açıkça belirtildiğı üzere sosyal devlet anlayışının bir gereğidir (Özçetin ve Balaban, 2015: 22). Ancak devletin temel sağık hizmetlerine odaklanıp diğerk hizmetlerin sunumunu özel kesime bırakması son yıllarda özellikle gelişmekte olan ölkelerde sık görölen bir durum haline gelmiştir. Öyle ki, devletler sağık hizmeti sunucusu olmaktan çıkıp daha çok düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmeye doğru gitmektedir (Aktan ve Işık, 2007a: 7-9). Bazı ölkelerde ise devlet, sağık hizmetlerinin finansmanını organize etme rolünü üstlenirken, sağık hizmetleri sağılama işinin devlet dışı kuruluşlar tarafından en iyi şekilde yapılacağını düşünmektedir. Bu durumda devlet, sağık hizmeti sağılayıcısının niteliğı ve yönleri üzerinde büyük bir kontrol uygulamak için finansör ve düzenleyici olarak görev almaktadır (Green, 2007: 14).

1.2.5. Düzenleyici ve Denetleyici Devlet

Düzenleme, sağık hizmetlerinin sunumuna katılım derecelerine bakılmaksızın tüm devletlerin gerçekleştirmesi gereken bir roldür (Mills ve Ranson, 2012: 625). Düzenleyici rol, devletin sağık sistemi içindeki yerine göre değişmektedir ve belirlenen politikaların gerçekleştirilmesini sağılayan mekanizmadır. Devlet, sağık hizmetlerinin her yönüyle ilgili düzenlemeler yapabilir. Özellikle kanunlar, en önemli düzenleme yollarından biridir. Kanunlar, otorite tarafından oluşturulan ve devletin kendisi de dâhil

olmak üzere ÷lkedeki tüm davranışları yöneten kurallar bütünü olarak tanımlanabilir (Morgan ve Yeung, 2007: 41). Kanunlardan farklı olarak ikincil mevzuat olarak da bilinen ve kamu kurum ve kuruluşları tarafından çıkarılabilen yönetmelikler, genelgeler ve yönergeler de bu düzenleme amacına hizmet edebilir. Bu düzenleme araçları; sağlık hizmeti ücretleri, sağlık hizmeti sunumu standartları, sağlık tesislerinin yeri, izin verilen sağlık tesislerinin türü ve büyüklüğü veya mesleki standartlar gibi çeşitli işlemler için kullanılabilir (Green, 2007: 14; Clarke, 2016: 4; Ferranti, 2004: 37). Örneğin ABD’de, piyasa ekonomisi hâkim olduğu için devlet, sağlık hizmetlerinde düzenleyici rol üstlenmiş, fon sağlama veya hizmet sağlama konusunda (Medicaid ve Medicare hariç) rol üstlenmemiştir. Devletin düzenleyici rolü şu sebeplerle gerekmektedir (Aktan ve Işık, 2007a: 4-7);

- Sağlık sisteminin aksamadan işlemleri için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Sağlık hizmetlerinin eşitlik ve adalet ilkesiyle toplumun her kesimine ulaşması,
- Sağlık sistemi içindeki birimlerin ve/veya çalışanların arasında çıkabilecek uyumsuzlukların giderilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde kalite seviyesinin yükseltilmesi,
- Sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin düzenlenmesi.

Sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların (kamu veya özel) faaliyetlerinin denetlenmesi, devletin asli görevlerindendir. Devlet sağlık sektöründe; sektöre giriş çıkışlar, ödeme yöntemleri, sağlık hizmetleri, erişilebilirlik, kalite, standartlar, fiyat, sağlık tesisleri, eğitim, personel ve teknoloji gibi birçok konuda denetleme yapabilir (Aktan ve Işık, 2007a: 7; Mills ve Ranson, 2012: 626-629).

Görüldüğü üzere devlet sağlık sisteminde bir veya birden fazla görev olabilecek şekilde bir şekilde görev almaktadır. Alınan görevler belirtildiği gibi sağlığa olan yaklaşım ile etkileşim göstermekte ve düzey benimsenen yaklaşım ile uyumlu şekilde olmaktadır. Sağlık sisteminde devletin varlığı sosyal gereksinimleri karşılamak adına önemli olmakla birlikte gerek finansör gerek hizmet sunumu gerekse de politika oluşturma, planlama ve/veya denetleyici ve düzenleyici şekilde mutlaka yer almaktadır. Bir sonraki bölümde araştırmanın çalışma konusu olan sağlık planlamasına giriş yapmadan önce planlama kavramı ve gelişimi geniş şekilde ele alınacak ve sonrasında planlama-politika ilişkisi irdelenecektir.

1.3. Planlama Kavramı ve Gelişimi

Planlama, bireyden başlayarak hükümetlere kadar organizasyonların her düzeyinde gerçekleşen bir kavramdır. Amaçları gerçekleştirmek için birey, birim ya da kurumdan bir bölge ya da topluma kadar çok kapsamlı düşünülebilir. Kelime anlamı olarak, “hükümet tarafından belirli sektörlerdeki ulaşılacak amaçları ve uygulanması gereken çözümleri önceden belirli süreler için hazırlama işi” olarak tanımlanan planlama (tdk.gov.tr) için çeşitli amaçlarla farklı tanımlamalar yapılabilmektedir. Örneğin kapsamlı planlama; sosyoekonomik, fiziksel bir fonksiyonu amaçlamakla birlikte işgücü, sağlık ve kalkınma planlaması gibi alt kategorilere ayrılabilir. Buna ek olarak planlamanın sistematik özelliğini içeren, mantığını ve rasyonelliğini ele alan tanımlar da bulunmaktadır. Ayrıca hem coğrafi sınırlar hem de devlet sorumluluğuna odaklanan bölgesel veya şehir planlamaları gibi planlar da vardır. Bunların yanı sıra planlamanın sürecini, işleyişini veya özünü vurgulayan tanımlar da bulunmaktadır (Hyman, 1976: 64). Dyckman (1963: 180), bu tür farklı tanımların yapılmasını planlamacıların, planlamanın sonucundan öte içeriğiyle ilgili olduğunu ifade etmiştir. Çoğu planlama tanımının odağında, gelecekteki ihtiyaçları yansıtan ve ele alan bir karar verme süreci yer almaktadır (RAND, 2010: 5).

Planlama tanımlarının çeşitli temalar altında birleştiği görülmektedir. İlk olarak planlamayı kapsamlı bir eylem olarak gören tanımlar vardır. Kapsamlılık ifadesi, Friedmann tarafından üç özelliğe bağlı olarak tanımlanmıştır. Bunlar; hedeflerin açıkça belirlenmesi, kullanılabilir kaynakların kullanımı ve bu hedeflerin uygulanmasını engelleyecek dış koşulların belirlenmesidir (Friedmann, 1973: 53-54). ABD Başkanlık Ofisi, kapsamlı planlamayı; (1) arazi kullanımının şekli, yoğunluğu ve ulaşım olanakları da dâhil olmak üzere kamu tesislerinin tedarikine göre genel fiziksel planların uzun dönemli gelişimi için bir rehber olarak hazırlanması; (2) göreceli olarak önceliklerin belirlenmesine dayalı sermaye gelişmelerinin planlanması; (3) bu tür planların uygulanması için uzun dönemli mali planlar yapılması; (4) planların koordinasyonu için düzenleyici ve idari önlemlerin alınması olarak resmi şekilde tanımlamıştır (Executive Office of President, 1967: 12). Bu planlama tanımının dayanağı, planlamanın fiziksel özelliği üzerine olmasıdır. Hyman (1976: 65), kapsamlı bir planlama her ne kadar çoğunluğu ekonomik planlama ile ilgili olsa da planlamanın sosyal yönünü

içermediğini, bu şekilde planlamanın kapsamlı yönü herkesin gözünü boyama ifadesi olarak belirsiz kaldığını vurgulamaktadır.

İkinci olarak planlamayı sistematik bir süreç olarak ele alan tanımlar bulunmaktadır. Bu tanımların ortak özelliği, hepsi planlama sürecini vurgulamakta ve planlama sürecinin sürekli devam eden dinamik bir süreç olduğunu ifade etmektedir. Banfield (1959: 361) planlamayı, amaçları gerçekleştirmek için bir dizi eylem seçme süreci olarak yani amaçların sonuçlarının alınmasına en uygun uyum sağlayacak rasyonel seçim süreci olarak tanımlamıştır. Bu tanımın dayanağı ise, istenen sonuçları başarmak için seçimin rasyonelitesine dayanmaktadır. Aynı yönde yapılan bir tanımda da; planlama, bir örgütün çevresini analiz ettiği, amaçlarını belirlediği, amaçlara ulaşmak için hedefler belirlediği ve bu amaçlara ulaşp ulaşmadığını değerlendirdiği yönetsel bir süreç olarak tanımlanmıştır (Williamson vd., 1997: 7). Bu tema altındaki diğer planlama tanımlarına bakılacak olursa; seçimlerin sırasıyla uygun gelecek eylemi belirleme süreci (Davidoff ve Reiner, 1962: 103; Sezen, 1999: 13), politika oluşturmak için bilimsel metotların uygulanması (Faludi, 1973: 1), organize edilmiş eylemler için teknik ve bilimsel zekanın kullanılması (Friedman, 1973: 19) ve tercih edilen araçlar aracılığıyla amaçları başarmak için gelecekteki eylemlerin bir dizi kararının hazırlanması süreci (Dror, 1968: 330), kısıtlı kaynaklara yönelik talepler arasında seçim yapmak ve belirlenen ihtiyaçlara cevap vermek için bu kaynakları koordine bir şekilde tahsis etme süreci (Thunhurst ve Barker, 1999: 131), görevlerin yönetilebilir parçalara bölünmesi, kaynakların yoğunlaştırılması ve karmaşık görevler amacıyla düzenli ve zamanlı olarak uygulamalarının sağlanması için bir araç (Williams, 1969: 49), hedefleri belirlemek, seçenekleri belirlemek ve değerlendirmek ve istenen bir amaca ulaşmak için stratejiler geliştirmek için bir süreç (Nurhaliza vd., 2017: 15) olarak gösterilebilir.

Bu tanımlar yanında planlama, şu anki ve gelecekteki mevcut kaynakların verimli ve uygun şekilde kullanılması yoluyla gelecek için belirlenen hedeflere ulaşmak için sistematik bir yaklaşımdır (Green, 2007: 3). Planlama, durumsal analiz, öncelik, amaç ve hedef belirleme, alternatif değerlendirme, programlama, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarını tekrarlayan sürekli ve döngüsel bir süreç olarak görülmektedir (Thunhurst ve Barker, 1999: 127-131). Planlama, belirli bir amaç veya amaçları gerçekleştirmek ve kaynakların etkili kullanımı için kapsamlı bir mekanizmanın geliştirildiği bir süreçtir (Thomas, 2003: 2). Planlama, karar vermek için

derleme, analiz etme, tahmin etme, mantık ve yargılamayı bir arada kullanmaktır (Jira vd., 2004: 9).

Üçüncü bir tema olarak planlamayı sosyal bir olgu olarak gören tanımlar mevcuttur. Friedmann (1973: 11) planlamayı, toplumun rehber sistemindeki yapısal değişiklikleri üreten eylemler bütünü olarak tanımlarken; Mayer (1972: 132) “toplumsal sorunların kaynağı, toplum düzeni içinde etkileşimde bulunan bireylerin ilişkilerinde yatmaktadır” diyerek sorunların çözümünün toplumun ilişkilerinde olduğunu belirtmiştir. Hyman (1976: 132) ise toplumdaki temel problemlerin toplumlarda aşamalı ve uyarlamalı değişimlerle çözülemeyeceğini bunun yerine eğer değişim gerçekleşecekse yeni yönlendirmeler yapılmasını ve yeni bir sosyal yapının kurulmasını önermektedir.

Dördüncü ve son tema altında toplanan planlama tanımları ise gelecek odaklıdır. Bu tema altında planlama; geleceğin belirsizliklerini karşılamak için esnek bir eylem modeli geliştirmeye yönelik organize bir çaba (Haldeman, 1970: 12), geleceğe dair sonuçları olan, özellikle de bir veya iki zaman aralığının ötesinde koordineli kararlar alma süreci (Palmer, 1972: 7), geleceği tahmin etmek ve bu tahminlerle geleceği düzenlemek (Öztek, 2001a: 22), gelecekteki istenen hedeflere ulaşmak için çeşitli rotalar öneren süreç (Petersen, 1966: 131), arzu edilen hedeflerin belirlenmesi ve belirtilmesi ile uygun eylem yollarının ana hatlarını belirleyen ve bunları başarmak için gereken kaynakları belirleyen sistematik bir süreç (Chatora ve Tumusiime, 2004: 2), geleceğe yönelik bir toplum, kendini planlamanın düşüncesine daha fazla bağlı kılar çünkü planlama geleceği icat etmenin başlıca aracı (Bell, 1964: 869-870) olarak görülmektedir. Belirtilen temalar toplu şekilde görülmesi ve daha kolay anlaşılabilmesi için Tablo 1’de bir arada sunulmuştur.

Tablo 1: Planlama Tanımlarına ilişkin Temalar

Planlama Teması	Yazar/Araştırmacı	Odak Noktası
Kapsamlı eylem	Friedmann, 1973; Executive Office of President, 1967; Hyman, 1976; Thomas, 2003	Planın her türlü adıma dair çabaları barındırmayı gerektğini ifade etmektedir.
Sistematiik süreç	Banfield, 1959; Williamson vd., 1997; Davidoff ve Reiner, 1962; Sezen, 1999; Faludi, 1973; Friedman, 1973; Williams, 1969; Nurhaliza vd., 2017	Planlama sürecini vurgulamakta ve planlama sürecinin sürekli devam eden dinamik bir süreç olduğunu ifade etmektedir
Sosyal bir olgu	Friedmann, 1973; Mayer, 1972; Hyman, 1976	Planlamayı, toplumun rehber sistemindeki yapısal değişiklikleri üreten eylemler olarak görmektedir.
Gelecek odaklı	Haldeman, 1970; Palmer, 1972; Öztekin, 2001a; Petersen, 1966; Chatora ve Tumusiime, 2004; Bell, 1964	Planlamayı gelecek dönemleri düzenlemeye dair çabalar olarak görmektedir.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Planlama tanımlarının genel ortak özelliklerine bakıldığında;

- Ne? (Sorun)
- Nereye gidilecek? (Amaçlar)
- Ne ile? (Kaynaklar)
- Nasıl? (Uygulama)
- Ne zaman? (Süre) gibi ortak sorulara cevap aradığı görülmektedir.

Genel olarak planlama, mevcut kaynakların optimal kullanımıyla sonuçların verimliliğini artırmak, seçenek yelpazesini genişletmek için önemlidir (Nurhaliza vd., 2017: 15). Bunların yanı sıra farklı bir tanım olarak planlama, müdahale edilmediğinde ortaya çıkacak durumdan farklı bir sonuç elde etmek amacıyla mevcut faaliyetlere müdahale etmek, düzenlemek ve uygulamak için gerekli olan faaliyetlerdir (Carlson, 1969: 2). Planlamanın amacı, planın uygulandığı faaliyetleri rasyonel hale getirmek, şansa bırakmadan hesaplamaya tabi tutmak, organize etmek, bilinçli kontrol ile kendiliğinden uyumun yerini almaktır (WHO, 1961: 4; Holder ve Deniston, 1968: 560). Planlamanın gelişimine etki eden gelişmelere bakıldığında (Green, 2007: 1-2; Özşen, 1987: 2-3; Ergun, 2015: 73);

- 20.yy başlarında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)'de devlet ekonomik planlamasının yükselişi, ilk etkilerden olarak görülebilir. Devletin,

ulusal olarak ekonomik planlara dayalı bir ekonomi inşa etme girişimi, devlet planlamasının gelişiminde önemli bir rol oynamıştır,

- Planlamanın gelişiminde bir önemli diğer etki ise İkinci Dünya Savaşı'dır. Savaş sonrası dönemin yarattığı olumsuz hava, planlamayı gerekli kılmış ve gelişiminin de önünü açmıştır. Savaş sonrası devlet müdahaleleri kaçınılmaz olmuş ve özellikle Avrupa ülkeleri, büyük devlet müdahalelerine tanıklık etmiştir. Bu müdahaleler eğitim ve sağlık gibi sosyal alanlarda da kendini göstermiştir. Önemli bir nokta olarak, sadece devletin egemen olduğu Sosyalist ülkelerde değil, Kapitalist ülkelerde de yoğun şekilde devlet eliyle planlama çalışmalarının yapıldığı görülmüştür.

Bir yönetim işlevi olan planlama; neyin, ne zaman, ne amaçla, nasıl, nerede ve kim tarafından yapılacağına karar verme faaliyetidir. Planlama işlevinin bazı özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Tuncer vd., 2016: 193-194);

- Planlama bir seçim ve tercih faaliyetidir,
- Planlama bir karar alma faaliyetidir,
- Planlama geleceğe dönük bir faaliyettir,
- Planlama belirsizliklerin azaltmasını amaçlayan bir faaliyettir.

Planlamanın birçok yönden yararlı bir faaliyettir. Planlamanın yararlarını; amaca daha etkin ulaşmayı sağlama, belirsizlikleri ortadan kaldırma, kaynakların verimli kullanımı sağlama, hizmet kalitesini artırma, israfları (zaman, kaynak, gereksiz hizmetler vb.) önleme, yetki devrini kolaylaştırma, hizmetlerin gelişmesinin önünü açma, bütünü görebilmeyi sağlama, etkili denetim sağlama, değişim olasılığını ve bunun yol açabileceği kazanımları artırma, biçiminde ifade etmek mümkündür (Davidoff ve Reiner, 1962: 106; Tuncer vd., 2016: 201-202; Alexander, 2002: 226-227; Öztekin, 2001a: 10-11).

Planlamanın faydaları fazla olduğu gibi planlama yapmanın önündeki engeller de fazladır. Bu engellere bakılacak olursa özetle (Feingold, 1969: 803-804; Öztekin, 2001a: 11-12);

- Planlamayı yapan otoritenin kararlı olmaması,
- Verilerin etkin ve doğru şekilde toplanamaması,
- Planlamaya karşı olumsuz görüşe sahip olan kişiler/gruplar,

- Planlamayı yapan grupların uygulama safhasında yer almaması (hükümet değişikliği veya görevden alınma gibi nedenlerle),
- Toplumun ihtiyaçlarının doğru belirlenememesi,
- Uzun vadeli planlarda geleceğin doğru şekilde öngörülememesi,
- Amaçlar, amaçların önceliği ve uygulama araçları üzerinde birleşilmemesi,
- Planlayıcılardan farklı olan uygulayıcıların toplumun ihtiyaçları yerine bireysel veya kurumsal ihtiyaçlara odaklanması,
- Planlayıcı-uygulayıcı arasındaki hâkimiyet çekişmesi ve buradan doğan anlaşmazlıklardır.

Planlama bir süreçken; plan, planlama sonucu ortaya çıkan ürün veya belgedir. Plan; planlama sürecinin somutlaşmış bir ürünüdür (Thomas, 2003: 2), bir yol haritası gibidir, nihai amacı ve oraya ulaşmanın en iyi yollarını gösteren bir belgedir (WHO, 2006: 2), bir sürece ilişkin nihai bir karardır (Banfield, 1959: 362), hazırlık, düzenleme veya haritadır (Lawrie vd., 2006: iv), planlama sürecindeki sarf edilen gayretler sonucu alınan kararların toplamıdır (Koçel, 2015: 187).

Planlamada önemli olan nokta planın çıkarılması değil, planlama sürecidir. Çünkü planlama süreci dinamik ve sürekli revize edilebilen bir süreç olduğundan amaçları gerçekleştirme, daha iyiye ulaşma yolunda bir araçtır. Sürecin sürekli geliştirilmesinin sağladığı yarar, bir plan olarak somutlaştırmanın sağladığı yarardan çok daha fazladır. İngiliz Devlet adamı Benjamin Disraeli'nin "*plan hiçbir şeydir, planlama her şey*" sözü ile bu durum özetlenebilir (Thomas, 2003: 2-3).

Plan belgelerin değil bir sürecin düzenlenmesi olmalı, değişen çevre ile ele alınmalı, esnek olmalı, toplumun amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli ilkeleri kapsamalıdır (Thomas, 2003: 11-12). Bir planın sadece kendi başına bir amaç değil, planlama sürecinin ürünlerinden biri olduğunu akılda tutmak gerekir. Çalışma belgesi olarak düzenli kullanılmalı ve yenilenmelidir (Hilleboe, 1968: 212).

Planlama çalışmaları seviyelere, türlere, sürelerine, amaçlarına ve tekniklerine göre ayrımlar halinde ele alınmaktadır. İlk ayrım seviyelere göre planlamalardır. Seviyelere göre planlamanın ilk şekli proje planlamasıdır; daha çok operasyonel işleri içerir ve problem çözme tekniklerine, verimlilik için mücadeleye dayanmaktadır. Ulusal bir plana göre daha az çabayı gerektirir. İkinci şekli sistem planlamasıdır; stratejik işler ve daha uzun dönemli işler ele alınır. Sistem planlaması birçok projeyi birleştirir ve

spesifik bir projeden daha çok tüm toplumun faydası için kaynakların tahsisatını gerçekleştirir. Sistem planlaması küçük departmanlarda kullanılamamasına karşın büyük kurumlarda kullanılabilir ancak toplum seviyesi ve üzerinde başlıca bir planlama türüdür. Üçüncü şekil ise politika planlanmasıdır. Bu planlama eşitlik ve hakkaniyet gibi değer sistemlerinin değişimini vurgulayan daha kuralcı bir planlamadır. Kuralcılığı bu planlamayı ulusal ve devlet seviyesindeki planların en etkilisi yapmıştır (Jantsch, 1970: 31-47).

İkinci ayırım, türlerine göre planlar; kalkınma planları, stratejik plan (SP), perspektif plan, işletme planlaması, düzenleyici plan, hizmet/program planlaması, sermaye planları, proje planlaması, insan kaynakları planlaması, fiziksel planlardır. Üçüncü ayırım, sürelerine göre planlar; kısa, orta ve uzun vadeli olarak ayrılırlar. Kısa vadeli planlar 1 yıla kadar olan planlardır. Orta vadeli planlar 2-5 yıllık dönemler için, uzun vadeli planlar ise 5 yıldan uzun dönemler için yapılmaktadır. Dördüncü ayırım, amaçlarına göre planlar; belirli bir sektörün veya belirli bir amaç için yapılan planlardır. Ekonomik planlar, kalkınma planları, yatırım planları ve sağlık planları örnek olarak gösterilebilir (Green, 2007: 49).

Beşinci ve son ayırım ise, planlama tekniklerine göre planlar; blok ya da devinimli planlar olarak ayrılmaktadır. Blok planlar belirli bir dönemi kapsayan planlardır. Türkiye'deki kalkınma planları buna örnektir. Blok planlar en az 5 yıl gibi süreleri kapsar burada yapılan planlamalar değiştirilmez ve sabit kalır. Devinimli planlar ise dönemler halinde değerlendirilen ve sürekli olarak yenilenen planlardır. Devinimli planlar uzun vadeli planlar olup belirli ilkeler ve stratejiler belirlenerek yola çıkılır. Bu tür planlarda her yılsonu değerlendirmeler yapılarak bir sonraki yıl için gerekli görülmesi halinde değişiklikler yapılmaktadır ve sürekli bir yenilenme ve değişim söz konusudur (Öztek, 2001a: 16-20).

1.4. Planlama Yaklaşımları

Karar verme modelleri ve politika yaklaşımları adı altında da ele alınan planlama yaklaşımları, birbirinden farklı olarak ve birbiri içine geçmiş çeşitli anlayışları benimsemektedir. Kamu politikalarının yapım sürecinde en önemli işlevlerden biri karar vermedir. Hükümetlerin neyi yapmayı veya yapmamayı tercih etmeleri temelinde karar verme fikrine dayanmaktadır (Birkland, 2001: 208). Karar verme hem politika yapım

sürecinde hem de planlama sürecinde her adımda sürekli olarak yapılan ve birçok bilimsel disiplini içinde barındıran bir aşamadır (Çevik ve Demirci, 2015: 125).

Başarılı bir planlama yaklaşımı, güçlü teknik becerileri politik sürecin tanınmasıyla birleştirmelidir. Planlama sürecine sistematik bir yaklaşımla birlikte amaçların net bir şekilde anlaşılması gerekmektedir. Sürecin tüm aşamalarında, sadece kilit değişkenler (kaynaklar ve teknik faktörler) değil, aynı zamanda daha geniş politik süreçler de göz önünde bulundurulmalıdır (Green, 2007: 36).

Planlama, öncelikle nasıl yapılacağına karar vermeyi gerektirir. Bu karar verme Linblom'un tanımıyla hedefe yavaş adımlarla mı (artırımcı) (Baybrooke ve Linblom, 1963: 327) yoksa rasyonel yaklaşımla mı yapılacak? Temel olarak artırımcı yaklaşım mevcut durumdan istenilen duruma oldukça dikkatli hareketleri ima eder. Hızlı adımları kabul etmez çünkü yanlış bilgilendirmenin büyük olumsuz sonuçlar doğuracağına inanılır. Ancak bu tür bir anlayış günümüz hızlı gelişimine cevap vermekte yavaş kalmaktadır. Daha öncesinde bir plan olması gereklidir. Ancak süreç önceki bir planın varlığı olmadan da başlatılabilir (Gutierrez, 1975: 1049). Buna karşın, rasyonel yaklaşım temel alınacak ise bu yaklaşımın uygulanması için bazı adımların gerçekleştirilmesi gerekir. Bunlar (Simon, 1955: 100; Leach, 1982: 6);

- 1) İstenilen durumu tanımlamak,
- 2) İstenilen durum ile var olan durum arasındaki farkı belirlemek,
- 3) İstenilen durum için var olan kaynakları belirlemek,
- 4) Alternatif metotlar geliştirmek,
- 5) Alternatiflerin maliyetlerini belirlemek,
- 6) Seçilen alternatifi uygulamak,
- 7) Uygulamayı değerlendirmek ve geri bildirimler almaktır.

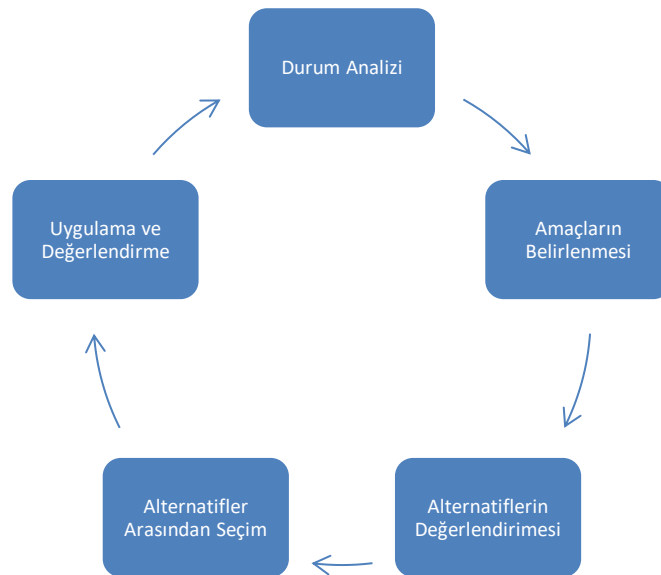
Bu adımlar planlama sürecinin temel ve basit adımlarıdır fakat planlama yukarıdaki gibi alt alta ilerleyen bir süreç değildir. Bunun yerine birçok tekrarlayan döngüyü içinde barındıran, her adım için mevcut gelişmelerin ışığında gerekirse tekrar geriye dönülerek daha önceki adımlarda değişiklik yapmayı gerektiren bir süreçtir (Bergwall vd., 1973: 4-5). Planlama yaklaşımlarını; rasyonel planlama yaklaşımı, artırımcı planlama yaklaşımı, optimum planlama yaklaşımı, karma planlama yaklaşımı ve çöp kutusu planlama yaklaşımı biçiminde sınıflamak mümkündür.

1.4.1. Rasyonel Planlama Yaklaşımı

Herbert Simon (1955: 100) tarafından geliştirilen modelde politika belirleme ve planlama, rasyonel bir şekilde çeşitli aşamalardan geçerek oluşmaktadır. Bu yaklaşımda temel amaç optimum faydayı elde etmektir (Hill, 1997: 99). Bu yaklaşımda en iyi politikayı belirlemek için, planlamacılar/politikacılar ilk olarak durum analizi ile problemi tanımlar. İkinci aşamada belirlenen amaçlara uygun olacak şekilde alternatifler belirlenir ve daha sonra bu alternatiflerin (maliyet, fayda vb) sonuçları araştırılır (Burada tüm alternatiflerin hesaplanabilir ve karşılaştırılabilir olduğu varsayılmaktadır). Dördüncü aşamada, alternatifler arasından maliyeti ve faydayı optimize edecek olan alternatif seçilir. Sonraki aşama ise uygulama ve uygulamayı değerlendirme aşamasıdır (Jabes, 1982: 54; McGrew ve Wilson, 1982: 49; Anderson, 2011: 127; Stewart vd., 2008: 92).

Nurhaliza (2017: 16) ise rasyonel planlama yaklaşımını; sorunun tanımlanması ve doğrulanması, olası çözüm ve alternatiflerin üretilmesi, olası tüm alternatiflerin değerlendirilmesi, en iyi görünen çözümün seçilmesi, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi olarak yedi adımda toplamıştır. Örneğin, bağışıklama politikası belirlenecekse bu politikanın tüm unsurları ele alınarak alternatifler belirlenmeli ve optimum fayda sağlayacak olan alternatif seçilerek uygulanmalıdır. Şekil 1’de rasyonel politika ve planlama yaklaşımının aşamaları gösterilmiştir.

Şekil 1: Rasyonel Planlama Yaklaşımının Adımları



Kaynak: Green, 2007: 30

Simon (1976: 65-66), daha sonra kendi yaklaşımını eleştirerek; rasyonel modelin şekilde belirtildiği gibi sıra ile olamayacağını söylemiştir. Çünkü uygulamada tüm alternatiflerin göz önünde bulundurulmasının imkânsız olduğunu ve alternatiflerin sonuçlarının bilinemeyeceğini belirtmiş ve buna da sınırlı rasyonalite adını vermiştir.

Simon'un yanı sıra birçok araştırmacı rasyonel yaklaşıma çeşitli eleştiriler getirmiştir ki zaten daha sonraki başlıklarda işlenecek olan planlama yaklaşımlarının neredeyse tamamı rasyonel modele tepki olarak ortaya çıkmıştır. Bu eleştirilere bakılacak olursa özetle (Stewart vd., 2008: 92-93; Anderson, 2011: 128; Birkland, 2001: 211; Green, 2007: 32; Dye, 2011: 16-17; Carley, 1982: 64; Jabes, 1982: 57; Barker, 2000: 68; Hill, 1997: 100);

- Rasyonel yaklaşımın varsaydığı gibi; gerçek dünyada alternatifler ile ilgili tüm bilgi ve sonuçlara ulaşmak imkânsızdır. Örneğin, ulusal bir sağlık planının geliştirilmesinde potansiyel olarak mevcut olan seçeneklerin sayısı çok fazladır (hatta tartışılabilir şekilde sınırsız olabilir). Her bir seçeneğin ayrıntılı etkilerini inceleyen bilgi gereksinimleri çok büyüktür ve bunların yapılması uygulamada mümkün değildir,
- Tüm alternatiflerin belirlenmesi ve sonuçlarının hesaplanması hem zaman hem de parasal açıdan büyük yük getirecektir,
- Çok sayıda faktör (sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel vb.) olması dolayısıyla ne teknik kullanılırsa kullanılsın sonuçların doğru hesaplanması mümkün olmayacaktır,
- Uygulamada alacakları kararların sonuçlarını tahmin edemeyen politikacılar hatalarını azaltabilmek (kendi geleceklerini de düşünerek) için önceki planlara bağlı kalabileceklerdir,
- Toplum içindeki soyut değerleri ve kültürü dikkate almaması ayrıca toplumu homojen olarak görmesi başarısızlığa neden olabilecektir,
- Model, politika ve planların sadece bilimsel verilerden yola çıkarak yapıldığını kabul etmektedir. Ancak gerçek hayatta politika ve planlar birçok faktörden etkilenebilmektedir.

Hilleboe (1972: 66-67), bu tür bir yaklaşımın uygulama zorluklarına örnek olarak Latin Amerika'daki planlamacıların 1960'lı yıllarda geliştirdiği PAHO-CENDES yöntemi olarak bilinen son derece kapsamlı bir planlama sistemini örnek olarak

göstermiş ve teorik olarak büyük ölçüde, sürecin bilgi ve insan kaynakları açısından muazzam taleplerinin bir sonucu olduğunu ancak pratikte uygulanmasının sınırlı kaldığını vurgulamıştır.

Rasyonel yaklaşım, politik olarak naiftir. Çünkü bu planlama yaklaşımı esas olarak, uzmanların seçim yapmaları için nesnel bir temel seçmeleri anlayışını benimser. Gerçek dünyada, hedeflerin yanı sıra eylemlerin belirlenmesinin de, özellikle hedeflerin seçilmesi gibi oldukça öznel bir süreç olduğunu kabul etmez. Herhangi bir grubun karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin veya sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik bir kararın, kararda yer alan bazı değerler dizisine dayanması gerekir (Mott, 1969: 799-800; Foltz, 1996: 210). Teorinin amaçları, mantıklı olmak ve sorunun çözüm yolu olarak tanımlanan adımları takip etmektir. Ancak, bu teorinin karar almada uygulanması zordur, çünkü sosyal hedefler genellikle karmaşık, çelişkili ve belirsizdir (Nurhaliza, 2017: 16).

Rasyonel yaklaşım, planlayıcıların veya diğer katılımcıların kararları yerine getirme yeteneklerini göz ardı etmektedir. Planlamanın teknik yönlerini vurgulayarak, içinde yer aldığı örgütsel ve kurumsal bağlamın ve beraberindeki siyasi dinamiklerin planlama üzerindeki etkisi hakkında çok az şey söylemektedir. Rasyonel model, planlamayı tek bir karar vericinin eylemleri gibi görmeye eğilimlidir. Model, ya planlamacıların harekete geçebileceğini varsayar ya da planların uygulanabilirliği sorusunu planlamacıların sorumluluğu dışında ele alma eğilimindedir (Mott, 1969: 800).

Yaklaşımın sağlık sektöründe kullanılması belirtilen eleştiriler dikkate alındığında oldukça güç olmaktadır. Hem rasyonel yaklaşımın zorluğu hem de sağlık sektörünün karmaşıklığı göz önüne alındığında durum daha da güçleşmektedir. Elbette belirli dönemlerde bu yaklaşımla dünyada ve Türkiye’de (Sosyalleştirme programı ve Ulusal Sağlık Politikası) çeşitli adımlar atılmıştır ancak hem yapım süreci hem de uygulaması oldukça güç olmuştur.³

1.4.2. Artırmacı Planlama Yaklaşımı

Charles E. Lindblom (1959: 79-80) tarafından geliştirilen ve İngilizce alanyazında “Incrementalism” olarak geçen bu politika belirleme ve planlama yaklaşımı rasyonel modele tepki olarak gerçek hayatta politikaların oluşumu ve planların nasıl

³ Bu konuyla ilgili olarak Türkiye’deki planlar Tablo 57’de detaylı şekilde ele alınmıştır.

yapıldığını açıklamak üzere geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre rasyonel yaklaşım sadece basit problemlerde uygulanabilir. Yaklaşım, insanların tamamen sahip olamayacağı bilgi kaynağını ve entelektüel kapasiteyi ele almaktadır. Lindblom, rasyonel yaklaşımın para ve zaman kısıtlarını görmediğini ayrıca yöneticilerin planlama/politika yaparken tüm alternatifleri göz önüne alamayacağını söyleyerek artırımcı yaklaşımı önermiştir.

Bu yaklaşım, yapılacak politikalar ve planlar ile mevcut politika ve planlarda farklılık gösteren noktalara odaklanmaktadır. Bağışıklama örneği ele alınacak olursa rasyonel yaklaşımda, politikanın tamamı tüm alternatiflerle birlikte ele alınırken; artırımcı yaklaşımda mevcut bağışıklama politikasında eksik olan veya değişmesi gereken alanlara ilişkin kararlar alınmaktadır. Artırımcı yaklaşımda karar verici sorunla uğraşırken alternatiflerin hepsini değil sadece değişmesi gerekenleri düşünmektedir. Rasyonel yaklaşım daha kökten ve bilimsel bakarken; artırımcı (bazı kaynaklarda adım adım ismi ile de anılmaktadır) yaklaşım daha gerçekçi, daha basit ve düzenlemeci olarak bakar (Tatar, 2007: 412). Öyle ki, karar vericilerin veya planlamacıların çoğu, her olası alternatifi değerlendirip test etmek için yeterli zamana ve finansal kaynağa sahip değildir. Yöneticiler, süreci hızlandırmak için rasyonel yaklaşımı kullanmak yerine planlama ve karar verme süreçlerinde artırımcı planlama yaklaşımını kullanmaya eğilimlidirler (Nurhaliza, 2017: 18).

Lindblom (1959: 81), makalesinde artırımcı yaklaşıma yan yöntem (branch method), rasyonel yaklaşıma ise kök yöntem (root method) adını vermiştir. Makalede yan yöntemde, mevcut durum üzerinde adım adım küçük ilerlemeler gerçekleştirilirken; kök yöntemde her seferinde temelden ve baştan başlamak gerektiği ifade edilmiştir. Stewart ve arkadaşları (2008: 93) da makalelerinde, artırımcı yaklaşımı muhafazakâr olarak betimlemişlerdir. Çünkü politikacılar tartışmalı konularda küçük iyileştirmeler yaparsa uzlaşma daha kolay olacaktır. Zaten artırımcı modeli, rasyonel modelden ayıran en önemli özellik de çatışmayı azaltması ve uzlaşmaya dayalı olmasıdır (Lindblom, 1959: 81; Foltz, 1996: 211). Artırımcı yaklaşımın hedefi, planlamacıların veya karar vericilerin konuyla gerçekten ilgilenmeden ve akılcı bir şekilde düşünmeden önce değişiklik yapmaktan kaçınmalarıdır (Anderson ve Harbridge, 2010: 465).

Bu yaklaşım bir bakıma, hiçbir politikacının temiz bir sayfa ile karşı karşıya olmadığını, daha önce uygulanmakta olan belirli politikalar olduğunu ve bu politikaların

belirli eksik alanlarının ele alınması gerektiği gerçeğini göstermektedir (Tatar, 2007: 412; Maddox, 1971: 440). Geçmiş hükümetlerin faaliyetlerini ek düzenlemelerle devam ettirme eğiliminde olan bu yaklaşıma göre karar verme, sadece sınırdaki marjinal değişiklikleri düşünmeyi gerektirir. Lindblom (1965: 144-148), modelin altı temel gereksinimini şu şekilde özetlemiştir:

1. Kapsamlı bir araştırma yapmak ve tüm alternatifleri değerlendirmek yerine, karar verici sadece mevcut politikalardan aşamalı olarak farklılık gösteren politikalara odaklanır,
2. Nispeten az sayıda politika alternatifi dikkate alınmıştır,
3. Her bir politika alternatifi için sınırlı sayıda önemli sonuç değerlendirilmektedir.
4. Karşılaşılan sorun, karar verme sürecinde sürekli olarak yeniden tanımlanmaktadır. Artırım, sayısız uç-araçlara ve sorunu daha yönetilebilir hale getiren araç-sonuç ayarlamalarına izin vermektedir,
5. Artırımcı planlamada tek bir karar ya da doğru çözüm yoktur ancak konuyla ilgili analizlerle ve değerlendirmelerle ilgili hiç bitmeyen bir alternatifler serisi vardır,
6. Artırımcı (adım adım) karar verme, toplumsal hedeflerin tanıtılmasından öte mevcut sosyal eksikliklere daha fazla odaklanan, iyileştirici bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.

Artırımcı yaklaşım, rasyonel yaklaşıma göre daha sınırlı, uygulanabilir ve kabul edilebilir kararlar alınmasında etkin olabilmektedir (Foltz, 1996: 211; Cooper vd., 1998: 166; Barker, 2000: 32). Bu durumu, yaklaşımın bir önermesinin de “iyi politika, çıkarları maksimize eden değil ilgili tarafların uzlaşması sonucu ortaya çıkan politikadır” olarak verilmesinden anlamak mümkündür (Lindblom, 1959: 84). Artırımcılık, daha geniş kapsamlı bir politika planlaması oluşturmak için zaman içinde çok sayıda küçük politika değişikliğinin yürürlüğe konulduğu değişim yöntemine atıfta bulunmaktadır (Nurhaliza, 2017: 17). Artırımcılığın faydalarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Hayes, 2001: 42-43; Nurhaliza, 2017: 17);

- Gerçekçi olduğu için analiz maliyetlerini düşürmektedir,
- Amaçlar üzerine anlaşmayı gerektirdiği için hareket etmeyi kolaylaştırmaktadır,
- Uzlaşmayı kolaylaştırmaktadır. Bu durum yeni politikaya karşı çıkacak muhalefeti engellemektedir.

- Hatalardan ders çıkarmayı ve politikacılara sonuçların gerçek nedenlerini bulmalarını kolaylaştırmaktadır.
- Bir problemi çözerken karşılaşılan başarısızlıklar, ilerideki adımlarda motivasyon sağlamaktadır.
- Rasyonel model, planlama üzerindeki politik etkiyi küçümseme eğiliminde iken artırımcı model, politik niteliği vurgulamaktadır (Green ve Collins, 2006: 572).

Bu yaklaşıma da bazı eleştiriler getirilmiştir. Bu eleştirilere bakılacak olursa özetle;

- Yaklaşım çerçevesinde karar verilirken toplumdaki güçlü grupların çıkarları planlama kararlarını şekillendirirken, zayıf grupların çıkarları göz ardı edilebilir (Smith ve May, 1982: 119),
- Küçük ve mevcut politikalar üzerinde sınırlı değişiklikler yapmaya yoğunlaşınca sosyal reform ve önemli değişiklikleri gerçekleştirmek (her ne kadar Linblom sonraki makalesinde büyük değişikliklerin küçük adımlarla geleceğini söyleyerek karşı çıksa da) (Lindblom, 1979: 520) neredeyse imkânsızdır, (Dror, 1964: 154; Stewart vd., 2008: 94), yani bir bakıma korkak bir tavır sergilenmektedir,
- Politikacıları zor kararlar almaktan uzaklaştırmaktadır (Dye, 2011: 18),
- Daha iyi alternatif politikaların gözden kaçabilmesi durumu ortaya çıkmaktadır (Linblom, 1959: 87),
- Katılımcıların artırımcı davranışı ve uzlaşmanın da bu çerçevede gerçekleşmesi sonuçların da artırımcı (küçük) olacağını göstermektedir (Hayes, 2001: 3),
- Politika süreci baskın grupların talepleri ve çıkarları doğrultusunda şekillenebileceğinden zayıf olan tarafın sürece etkisi sınırlı olabilecektir (Walt, 1994: 49),
- Geçmişteki politikaların sonuçlarının yeterli olmaması durumunda kökten yeni yaklaşım ve yöntemlerin denenmesi riski alınması gerekir (Dror, 1964: 153).

Yaklaşımın sağlık sektöründe uygulanmasının tartışma alanında ise bu eleştirilere benzer durumlar gösterilmektedir. Örneğin, sağlık sektöründeki hekimlerin baskınlığı ve artırımcı yaklaşımın radikal reformları yapmada yetersiz kalması ve sisteme köklü değişiklikleri getirmeyeceği için ilerlemeyi zorlaştırmaya sebep olması

gibi tartışmalar bulunmaktadır (Tatar, 2007: 413). Türkiye’de, Milli Sağlık Programı (MSP) ve SDP bu kapsamda ele alınabilir.⁴

1.4.3. Optimum Planlama Yaklaşımı

Politika yaklaşımlarını, rasyonel ve artırıcı yaklaşımlarla sınırlamak ve bunları bir tercih olarak sunmanın yanlış ve tehlikeli olduğunu söyleyen Dror, yanlış olmasını başka politika modellerinin geliştirilebilmesiyle; tehlikeli olmasını da rasyonel yaklaşımın imkânsıza erişmeye çalışması, artırıcı yaklaşımın ise var olanı sürdürme eğiliminde olmasıyla açıklamaktadır (Dror, 1964: 156).

Dror (1964: 153), makalesinde Lindblom’un artırıcı yaklaşımının, alanyazına hatırı sayılır bir katkı sağladığını kabul etmekle birlikte, iç tutarlılık ve politika belirleme sürecine etkisi bakımından yeniden ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Dror, artırıcı yaklaşımın sadece belirli koşulların var olması durumunda akılcı olacağını söylemiş ve bu üç koşulu şu şekilde sıralamıştır;

1. Mevcut politika sonuçlarının toplum tarafından belirli bir düzeyde yeterli olarak nitelendirilmesi gerekmektedir,
2. Sorunların benzer nitelikte olması gerekmektedir,
3. Sorunların çözümünde kullanılan araçların süreklilik göstermesi gerekmektedir.

Dror (1964: 153-154), bu üç koşulun belirli bir istikrar düzeyini yakalamış toplumlarda olacağını ve hatta bu istikrar düzeyini yakalamış toplumlarda bile sorunların çok hızlı değiştiği göz önüne alındığında artırıcı yaklaşımın uygun olmayacağını söylemiştir. Dror, ayrıca şu noktalarda da Lindblom’un artırıcı yaklaşımını eleştirmiştir;

- Güvenliliği esas alan ve geçmişe dayanan politikalar, ilerlemenin önünü kapatacaktır,
- Geçmişteki politika sonuçlarının yeterli olmadığı ve/veya uygulanabilir bir politika olmadığı durumlarda artırıcı yaklaşım yeterli olmayacak ve kökten bir yaklaşım gerekecektir (Dror, rasyonel yaklaşımı, imkânsıza ulaşmak olarak görmektedir)
- Değerlerdeki değişimler daha önce benimsenen politikaları uygulanamaz hale getirebilecektir.

⁴ Bu konuyla ilgili olarak Türkiye’deki planlar Tablo 57’de detaylı şekilde ele alınmıştır.

Bu bağlamda bir arayış sonucu olarak, optimum yaklaşımı şu varsayımlarla ortaya koymuştur (Dror, 1964: 155-156):

- Amaçları belirginleştirme, alternatifler için derin araştırmalar yapma, beklentileri gerçekçi şekilde inceleme (çok genişlemeden belirli sınırlar içinde) ile politika oluşturma sürecindeki rasyonelliği artırma çabasını içermektedir.
- Optimal politika yapımında usallık ötesi (extrarational) süreçler önemli rol oynamaktadır. Sezgisel yargı, bu kapsamda bütüncül bir izleme sağlaması ve yeni alternatiflerin oluşturulmasında önemli bir çıktıdır.
- Usallık ötesi süreçler, beyin fırtınası, duyarlık çalışmaları ve zihni boşaltma çalışmaları gibi araçlarla geliştirilebilir. Ayrıca sürenin artırılması ve politika yapıcıların bilgi ve niteliklerinin artırılması politika yapım sürecini geliştirebilecektir.
- Mevcut politika yapımındaki örnekler göz önüne alındığında pratik ve mevcut olanı izleme anlayışında oldukları görülmektedir. Dolayısıyla sorunların değişim hızı göz önüne alındığında bu durum yetersiz kalmakta ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Dror, bu dört varsayım altında rasyonel ve artırıcı yaklaşımların yeniden gözden geçirilmesi sonucunda optimum yaklaşımın şu özelliklerle ortaya çıkacağını belirtmiştir (Dror, 1964: 156):

- i. Değerler, amaçlar ve karar ölçütlerinin açıklanması,
- ii. Geniş alanyazın çalışmasından, deneyimlerden ve mevcut kuramlardan faydalanılarak yaratıcı alternatiflerin belirlenmesi,
- iii. Seçeneklerin sonuçlarının, minimum risk veya yenilikçilik açısından değerlendirilmesi,
- iv. Minimum risk yaklaşımında artırıcı model kullanılır. Yenilikçi yaklaşımda ise mevcut bilgiler ve sezgiler ışığında politika alternatiflerinin sonuçları hesaplanarak ve sorunların tespitinde bir sınır oluşturulur.
- v. Optimum politika, 1. ve 4. aşamaların açık şekilde tartışılması ile analistler tarafından test edilir,
- vi. Sorunun yeteri kadar önemli olup olmadığına ve daha kapsamlı bir çözümleme gerektirip gerektirmediğine ilişkin üzerinde önemle durulur,

- vii. Ussallık ve ussallık ötesi süreçlere dayanır. Kaynaklardan hangi derecede faydalanılacağı sorunun niteliğine bağlıdır,
- viii. Deneyimlerden faydalanmak ve entelektüel çabayı destekleyecek çeşitli düzenlemeler yapılır.

Ayrıca yaklaşımların gerçeğe yakın olması, kaliteli politika oluşturmaya özendirici olması ve gerçeğin geliştirilmesinde araç olarak kullanılabilmesi gerektiği üzerinde özenle durulmaktadır (Dror, 1964: 157). Dror, daha sonra yayımlanan 1968 tarihli “Public Policymaking Reexamined” isimli kitabında optimum planlama yaklaşımını geliştirmiş ve üç aşamaya ayırmıştır. Bu aşamalar 18 adımdan oluşmaktadır ve başlıklar halinde Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Optimum Planlama Yaklaşımı Aşamaları

Aşama	İçerdiği Öğeler
Meta-politika Yapımı	1. Değerlerin işleyişi 2. Gerçekliğin işleyişi 3. Sorunların işleyişi 4. Kaynakların incelenmesi 5. Politika yapım sistemlerinin tasarımı, değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesi 6. Sorunların, değerlerin ve kaynakların tahsisi 7. Politika yapım stratejisinin belirlenmesi
Politika Yapımı	8. Kaynakların alt düzey dağıtımı 9. Öncelik durumuna göre operasyonel amaçların belirlenmesi 10. Öncelik gözetilerek değerler setinin oluşturulması 11. İyi olanları içerecek şekilde alternatif politikalar setinin hazırlanması 12. Alternatiflerin önemli fayda ve maliyetlerinin güvenli şekilde tahmin edilmesi 13. Alternatiflerin hesaplana fayda ve maliyetlerinin karşılaştırılması ve en iyi olanların tanımlanması 14. En iyi olan alternatiflerin fayda ve maliyetlerinin değerlendirilmesi ve iyi olup olmadıklarına karar verilmesi
Post-politika Yapımı	15. Politikaların uygulanmasını teşvik etme 16. Politikaların hayata geçirilmesi 17. Politikaların uygulanmasından sonra politika yapımının değerlendirilmesi
İletişim ve Geri Besleme Ağı	18. 17 aşamayı birbirine bağlayan iletişim ve geri besleme ağı

Kaynak: Dror, 1968: 163-196 ve 312-318

Tabloda görüldüğü üzere aşamalar; meta-politika yapımı, politika yapımı, post-politika yapımıdır. Bunlardan ayrı ancak bu üç aşama ile yakından ilişkili dördüncü aşama ise karmaşık bir iletişim ve geri besleme ağıdır. Meta-politika yapımı aşaması,

politika öncesi değerlendirmeler ve sorunların tespiti; politika yapım aşaması, amaç ve bu amaçlara uygun alternatiflerin belirlenerek içlerinden en uygununun seçilmesini içerir. Post-politika aşaması ise politikanın uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesini içermektedir.

Optimum yaklaşım belirtilen özellikleri ve sağlık sektörünün kendine has özellikleri ile birlikte göz önüne alındığında kullanılması en uygun yöntemlerden biri haline gelmektedir. Çünkü optimum yaklaşım, geçmişten ders alan, günümüz koşullarını göz önünde bulunduran, alternatifler oluşturan ve onları değerlendiren, analistleri sisteme sokan ve bilgiye dayana bir anlayışla hareket etmektedir. Bu kapsamda, sağlık sektöründeki karmaşıklık, çok paydaşlık ve sürekli değişen ortamda oldukça önemli bir hale gelmektedir. Türkiye'deki yapılan çalışmalar dikkate alındığında daha sonra da üzerinde durulacağı gibi Birinci On Yıllık Sağlık Planı ve günümüzdeki stratejik planlar bu yaklaşım ile oluşturulduğu söylenebilir.⁵

1.4.4. Karma Tarama Planlama Yaklaşımı

Amitai Etzioni (1967) tarafından geliştirilen bu yaklaşım, rasyonel yaklaşım ile artırıcı yaklaşımın ortasında kabul edilmektedir. Rasyonel yaklaşımın çok genel ve bilimsel bakış açısı ile artırıcı yaklaşımının çok dar ve kısıtlı bakış açısının tam ortasında yer alarak iki yaklaşımın da kullanımına olanak sağlamaktadır (Tatar, 2007: 414). Karma tarama, rasyonel karar vermeyle karşılaştırıldığında daha az talepkâr ve detaylıdır. Bunun yanında, artırıcı yaklaşımla karşılaştırıldığında daha kapsamlı ve daha geniştir (Etzioni, 1967: 390). Karma tarama, planlayıcı veya karar vericinin mevcut bilgiyi en iyi şekilde almasını ve alternatifleri küreselden spesifik ve daha ayrıntılı bir düzeye taşıyacak şekilde sürekli araştırmasını sağlayan rasyonel ve artırıcı yaklaşımı birleştiren bir planlama yaklaşımı olarak tanımlanabilir (Geertman, 2006: 871-873).

Yaklaşımın temelinde, politika belirleyici ve planlayıcıların elinde iki kamera olması gerektirir. Kameralardan biri politika belirlenecek veya planlama yapılacak alanın tümüne odaklanarak alandaki tüm sorunları belirleyecek diğer kamera ise belirlenen tüm sorunlar arasından ilgilenilecek veya seçilecek alana odaklanarak bu alana ilişkin politikalar belirleyecek ve planlama yapılacaktır (Köseoğlu, 2013: 257).

⁵ Bu konuyla ilgili olarak Türkiye'deki planlar Tablo 57'de detaylı şekilde ele alınmıştır.

Etzioni (1967: 389), makalesinde bu durumu açıklamak ve diğer yaklaşımlardan farkını da ortaya koymak için hava izleme sistemi örneğini vermiştir. Örnekte özetle; dünya çapında bir hava izleme sistemi kuracağımızı varsayarak, rasyonel yaklaşımın tüm gökyüzünü inceleyerek kapsamlı bir araştırma yapacağını ve bunun sonunda ortaya çok fazla detay çıkacağını ayrıca maliyetli ve zaman alıcı olacağını söylemiştir. Artırmacı yaklaşımın ise geçmişteki birkaç örnek veya yakın birkaç bölgeye odaklanarak dikkate alması gerekenleri göz ardı etmiş olacağını söylemiştir. Kendi önerisi olan karma tarama yaklaşımında ise birinci kamera ile gökyüzünü tamamen (çok ayrıntılı olmadan) gören geniş bir bakış açısı sağlanacak, ikinci kamera ile de ilk kameranın açığa çıkardığı alanlara odaklanılacaktır.

Sağlık sektörü düşünüldüğünde, öncelikle tüm sağlık sektörünün geniş kapsamlı olarak taranmasını savunmaktadır. Daha sonra eylem planlaması için seçilen sorunlu alanların daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesini önermektedir. Böyle bir yaklaşım, zaman ve bilgi kaynakları açısından rasyonel yaklaşıma göre daha az maliyetlidir. Burada alternatifler için öncelikli alanların seçimi, planlamanın gerçekliğini yansıtmaktadır (Green, 2007: 31).

Burada bir soru gündeme gelmektedir (aynı zamanda bu yaklaşıma getirilen en önemli eleştiri de budur) ki o da, alandaki tüm sorunlar göz önüne alındığında seçilecek problemlerin kim tarafından ve hangi kriterlere göre seçileceğidir. Bu yaklaşımda, ilk kamera tarafından belirlenen geniş alandaki tüm sorunlar arasından hangisinin seçileceği konusunda artık nesnel değil de daha çok öznel yargılar ön plana çıkmaktadır. Örneğin, neden anne ve çocuk sağlığı ve/veya hastane hizmetleri üzerine odaklanılır? Doğası gereği, bu tür kararlar büyük ölçüde içgüdü, önsezi veya deneyimi içermektedir (Green, 2007: 32). İşte karma yaklaşım, planlamanın asla tamamen objektif, teknik bir etkinlik olamayacağını bu nedenle bir yandan bazı tekniklerden faydalanmayı bir yandan da temel değer yargıları gerektirdiğini savunmaktadır. Yine bu konuyla ilgili olarak sorunlu alanların kimler tarafından seçileceği de düşünüldüğünde sağlık sektöründeki hekim baskın durumun sorunlara sebep olabileceği belirtilmiştir (Tatar, 2007: 414).

Karma tarama planlama yaklaşımı, karar verme süreci için bazı avantajlar getirmektedir. Bunlar (Nurhaliza, 2017: 18);

- Farklı durumlarda hem artırıcı hem de kapsamlı rasyonellik yaklaşımlarından yararlanmaya izin verir,
- Karma tarama, karar verme sürecini belirli koşullara uyarlamak için gerekli esnekliği sağlayarak, hızla değişen çevreye yönelik düzenlemeleri kolaylaştırır,
- Karma tarama, karar vericinin kapasitesini dikkate almaktadır. Karar vericinin kapasitesinin büyüklüğüne bağlı olarak taramanın yapıldığı düzey de daha kapsamlıdır.

1.4.5. Çöp Kutusu Planlama Yaklaşımı

Cohen ve arkadaşları (1972) tarafından kurgulanan çöp kutusu yaklaşımı da rasyonel modelin eleştirisi üzerine kurulmuştur. Adını bir çöp kutusunun içinde olabilecek renklilik ve karışık görüntüden almıştır. Yaklaşımı; sorunlu tercihler, belirsiz teknoloji ve istikrarsız katılım gibi durumlarda karar vermek için önermişlerdir. Sorunlu tercihler, sorun ve amaçlardaki belirsizliği vurgularken; belirsiz teknoloji, örgüt üyelerinin alınan kararlardaki süreçlerden haberdar olmadığını yani örgüt üyelerinin örgütün işleyişini anlamadığını vurgulamaktadır. Teknoloji terimi burada teknolojik eserler için değil, daha ziyade organizasyonel süreçler ve yöntemler anlamında kullanılmaktadır. İstikrarsız katılım ise, aktörlerin kararlara katılımının düzensiz olduğunu ifade etmektedir (Cohen vd., 1972: 1; Lipson, 2007: 82).

Çöp kutusu yaklaşımına göre, örgütlerin karar verirken diğer yaklaşımların öngördüğü gibi sorunu tanımlamak ve ardından diğer adımları izlemek gibi bir zorunluluğu yoktur. Örgütlerde bir çöp kutusu gibi birçok çeşitlilik ve farklılık vardır. Bu durumda karar vericiler aslında herhangi bir sürece ve sıralamaya bağlı olmadan karar için uygun gördükleri aşamadan başlayabilirler (Schermerhorn vd., 2004: 318). Bu durum özellikle karmaşık yapıdaki örgütleri, değişen şartlara göre hızlı karar alma noktasında öne geçirecek bir durum olarak değerlendirilmektedir. Yaklaşım, yapılandırılmış ve aşamalandırılmış karar verme sürecine karşıdır çünkü her durum için aynı aşamaların uygun olmayacağını öngörmektedir.

Lipson (2007: 82), karar almanın, birbirinden bağımsız süreçlerin sonucu olabileceğini belirtmiştir. Yaklaşım; sorunlar, çözümler, katılımcılar ve seçenek fırsatları ile örgüt üyeleri örgütlerinin çalışmalarını tam olarak anlamadığı durumda karar verme sürecini anlamaya çalışmaktadır. Sorunlar, dikkat gerektiren konularken; çözümler, sorunlarla ilişki fikirler, politikalar ve seçeneklerden oluşmaktadır.

Katılımcılar, karar sürecine dâhil olmakta ve zaman içinde değişmektedirler. Seçenek fırsatları, bir organizasyonun karar olarak adlandırılabilen bir davranış üretmesi beklendiğinde ortaya çıkmaktadır, yıllık bütçe süreci veya belirli olayların veya durumların sonucu gibi rutin faaliyetlerin bir işlevi olabilmektedir.

Rasyonel modelin aksine çöp kutusu modeli, çözümlerin herhangi bir sorundan bağımsız olarak var olabileceğini varsaymaktadır. Burada belirli çözüm ve politikaların bir soruna eklenmeye çalışılabileceği varsayılmaktadır. Örneğin, 11 Eylül saldırıları, Irak'ın işgaline (önceden belirlenen) bir problem olarak görev üstlenmiştir (Stewart vd., 2008: 101).

Kingdon (2011: 86-89) çöp kutusu modelini, bir başka anlayışla problemler, politikalar ve siyaset başlıklarıyla açıklamıştır. Ayrıca politika topluluğu, politika penceresi ve politika girişimcileri gibi üç farklı kavramı da modele eklemiştir. Politika topluluğu, problemler karşısında öneriler geliştiren veya geliştirmeye çalışan ve alanında uzman olan kişilerden oluşan grup olarak tanımlanmıştır. Politika girişimcileri ise politika önerisi geliştirebilen kişiler olarak tanımlanmış bunlar seçilmiş, atanmış veya yönetimin dışından olan kişilerdir. Politika penceresi ise, tanımlanan soruna ilişkin mevcut çözümün siyaset alanında uygun zaman olan ve kısa süre açık kalıp tekrar kapanan bir kavram olarak tanımlanmıştır.⁶

Planlama yaklaşımlarının sağlık planlamasındaki kullanımı, faydaları ve amaçlarına bakılacak olursa; sağlık planlamasının nihai amacının sağlık göstergelerini iyileştirmek veya toplumun sağlığını optimize etmek olduğu söylenebilir. Her ne kadar artırıcı yaklaşım ile karma tarama yaklaşımı belirgin bir şekilde kullanılsa da, kullanılacak en uygun yaklaşım karar vermeden önce tüm güncel konuları, hedefleri ve ülkenin genel durumunu hesaba katmak gerekir (Nurhaliza vd., 2017: 14). Sağlık planlamasında uygulanabilecek yaklaşımlardan günümüzde kullanılan en yaygın üç teori; optimum planlama yaklaşımı, artırıcı planlama yaklaşımı ve karma tarama planlama yaklaşımıdır denilebilir.

Himatsingani (1973: 20-21), sağlık hizmetlerinde karar verme sürecinin iyileştirilmesine yönelik ilerlemenin nasıl yapılması gerektiğini vurgulamış ve bazı öneriler sunmuştur. Bunlar;

⁶ Detaylı bilgi için Kingdon, J.W., (2011), *Agendas, Alternatives and Public Policies* kaynağında 4-5-6-7-8 numaralı bölümlere başvurulabilir.

1. Fiziksel, zihinsel ve sosyal engelliliğin ölçülmesine yönelik daha özel yöntemlerin geliştirilmesi teşvik edilmelidir,
2. İhtiyaç kavramının bilimsel olarak değerlendirilmesine, sağlık ve sosyal statü endekslerinin geliştirilmesine yönelik araştırmalar yapılmalıdır,
3. Merkezi ve bölgesel düzeylerde yapılacak planlamalara daha fazla vurgu yapılmalıdır. Araştırılması gereken alanlardan biri de mevcut bilgilerin en iyi şekilde kullanılması için birbiriyle ilişkili modellerin bir hiyerarşisinin oluşturulmasıdır. Dolayısıyla modeller esnek ve geliştirilebilir olmalıdır,
4. Karar mekanizmalarına katkıda bulunmak için çeşitli düzeylerde disiplinlerarası araştırma ve planlama ekipleri kurulmalıdır.

1.5. Planlama-Politika İlişkisi

Birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde ele alınan politika, belirli bir alanda (sağlık, eğitim, güvenlik, çevre gibi) sorumluluk sahibi olanların aldığı kararlar olarak düşünülebilir (Buse vd., 2012: 5). Politika, ihtiyaçlara cevap olarak eylemlerin önceliklerini ve değişkenlerini tanımlayan resmi bir niyet beyanı olarak tanımlanabilir (WHO, 2005c: 17; de Leeuw vd., 2014: 1-2). Belirli sonuçlara ulaşmayı amaçlayan mevcut ve gelecekteki kararları yönlendirecek ve belirleyecek mevcut kaynaklar ile diğer faktörler bağlamında değerlendirilebilir. Bu nedenle, her eylemin gerekçesini politikalardan türetmesi beklenmektedir (Binagwaho, 2014: 2). Politik aktörler tarafından amaçları ve amaçlara ulaşmayı sağlayacak araçları belirlemek için verilen kararlardır (Hill ve Bramley, 1986: 3). Politika, bir hizmetin geliştirilmesi amacıyla alınacak uygulama kararlarına yön verecek olan ve politika yapıcılarının bilinçli olarak aldıkları ilke kararlarıdır (Fişek, 1984: 30). Farklı bir tanımda ise politika, belirli konudaki işleri nasıl yapacağımız ile ilgili alınan kararların sonucu olarak; bir dizi uygulama, açıklama ve düzenleme olarak ifade edilebilir (Barker, 2000: 1).

Sağlık politikası ise sağlık sistemiyle ilgili kurumların organizasyonu, hizmet sunumu, finansmanı ve yönetilmesini yönlendiren eylemler bütünü olarak tanımlanabilir (Buse vd., 2012: 5; Walt, 1994: 41). Sağlık politikası, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili strateji ya da yaklaşımları oluşturan kararlar ağıdır ve sağlık hizmetlerine içerik ve tutarlılık kazandırmaktadır (Barker, 2000: 4-6). Bir başka tanımda ise, sağlıkla ilgili devlet içinde verilen buyurucu kararlar (yasama, yürütme ve yargı tarafından alınan kararlar) bütünü olarak tanımlanmıştır (Longest, 2006: 7). Sağlık politikaları, bir yandan

hastalıklar, ilaçlar gibi teknik konulara yönelik olabilirken bir yandan da finansman, ödeme, özel sektör, sağlık hizmeti yönetimi gibi kurumsal biçimde olabilir (Janovsky ve Cassels, 1996: 13). Bu tanıma benzer şekilde sağlık politikasını dar ve geniş anlamda ele alan Fişek (1984: 30), dar anlamda sağlık politikasını; herkese koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici hizmetleri sunmak olarak tanımlarken; geniş anlamda sağlık politikasını, sağlığın etkilediği ve etkilendiği tüm sektörleri ele almak ve dengeli şekilde gelişimi öngörmek olarak tanımlamıştır.

Barker (2000: 4), mantıksal olarak planlamanın politikayı izlediğini, politikanın planlamadan daha üst düzey bir faaliyet olarak görülebileceğini ve yapılan bir planlama faaliyetinin bir politika yaratabileceğini ya da politikanın uygulanabilirliğini bozabileceğini belirtmiştir. Her eylemin politikadan türemesi sonucu, politika kararları planlayıcıya bazı kısıtlamalar getirebilir, ancak bunlar üstesinden gelinemez engeller olarak değerlendirilmemelidir. Planlamada bazı koşullarda politika değişimi uygunluk ve ihtiyaç bakımından gerekli olabilir ancak çoğu durumda var olan politika altında yaratıcı şekilde çalışmak gerekir. Politika, gidiş yolunu ve varış noktasını belirlemede yardımcı olmaktadır. Reinke (1988a: 3-4), kitabında bu durumu “eğer varış yerine kamyonla gitmek öküz arabasıyla gitmekten daha elverişli ise yollar asfaltlanmış ve yol boyunca trafik işaretleri var olmalıdır” biçiminde açıklamıştır.

Sağlık planlaması, politika yapımının devamı olarak düşünüldüğünde; politikanın operasyonelleştirilmesi veya işlemleştirilmesi olarak tanımlanabilir (Green ve Mirzoev, 2008: 121; Barker, 2000: 27; Walt, 1994: 9). Politika-plan arasındaki bağ, planlama öncesinde geliştirilen politikaların, planlamanın varlığından haberdar olarak ve bunun bilinciyle gerçekleştirilmesi gerektirmektedir. Çünkü politika sonrası oluşturulan planlama, politika amaçlarını izleyecektir. Politika yapıcılarının, bir plan dönemi boyunca planlama sürecinin adımlarını izledikten sonra ilk adıma tekrar dönüp kazanılmış deneyimler temelinde plan hedeflerini revize etmeleri gerekecektir (Taylor ve Reinke, 1988: 13). Bu bağlamda politika oluşturma ve planlamanın iyi şekilde bütünleşmiş bir yönetimin önemli parçaları olduğu söylenebilir (Barker, 2000: 33).

Planlama politikaları ve hedefleri, siyasi ağırlıklı belirlenmektedir (Arnold, 1969: 1689). Planlamacının, planlama sürecinde kişisel duygulardan kaçınarak siyasi görüşleri belirleme ve harekete geçirme becerisi gelişmiş olmalıdır. Planın etkili bir

şekilde uygulanması, büyük ölçüde planlama hedeflerinin uygulanmasından sorumlu siyasi grubun politikalarına uygunluğuna bağlıdır (Kissick, 1968: 46).

Topluma kaliteli ve verimli hizmet sunmak isteyenlerin sağlam bir politika aracılığıyla kendilerine net bir yön çizmesi, daha sonra bu kılavuza stratejik yönler sağlayan ve operasyonel planlarına rehberlik eden stratejik bir plan hazırlaması gerekmektedir. Bunların üçü de birbiriyle etkileşim içinde olmak zorundadır, çünkü birbirlerinden türetilmiştir (Binagwaho, 2014: 1).

Planlama, hem politikalara yön veren hem de politikaların uygulanmasında rol oynayan önemli bir süreçtir. Planlama süreci, politika sürecinin tüm bölümlerinde özellikle politikanın uygulama aşamasında önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı, temel sağlık hizmetlerine öncelik veren bir politikaya sahip olabilir. Bu politikanın gerçekleştirilmesi ise organizasyonun harekete geçme niyetini işaret eden planların üretilmesi ile mümkün olacaktır (Green, 2007: 47).

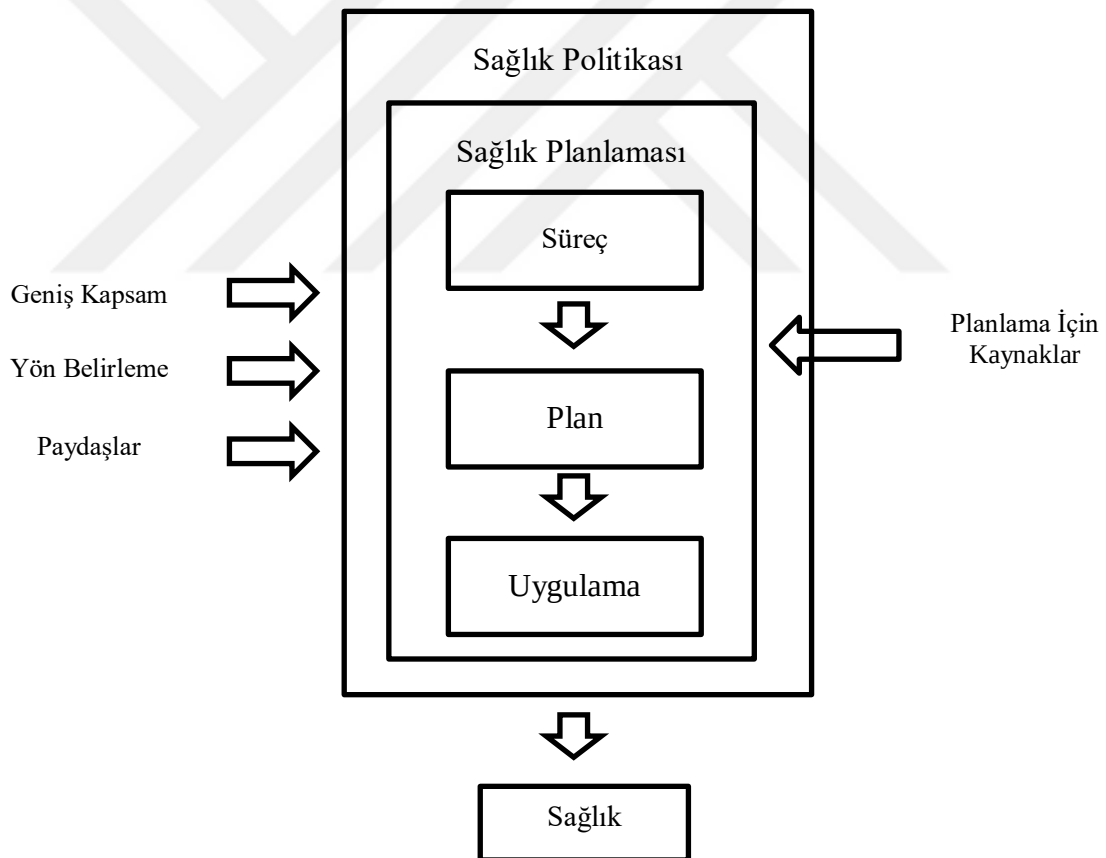
Sağlık sektörü açısından bakıldığında sağlık politikaları, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin olarak geliştirilen niyet beyanlarını ifade eder (Hurst, 1998: 47; Paim ve Teixeira, 2006: 74). Sağlık planlaması, politika yapımı ile yakından ilişkilidir. Önceliklerin ve planlama stratejilerinin aktörler arasında görüşülmesi, sağlık politika yapım süreci ile aralarındaki bağı güçlendirmektedir (Green ve Mirzoev, 2008: 121). DSÖ de 1965 yılındaki raporunda (WHO, 1965b: 2), planlama ve politika oluşturma işlevlerinin ayrılmaz olduğunu belirtmiştir. Politika ile planlama arasındaki ilişki şu noktalarla gösterilebilir (Queensland Health, 2015: 7);

- Politika ve planlama birbiriyle yakından bağlantılıdır ancak birbiri yerine geçmez,
- Politika, bir hizmet sağlama veya bir sorunu ele alma ile ilgili niyet beyanıdır, planlama bu niyetin hayata geçirilmesine yardımcı olur,
- Sağlık planlaması belirli bir alanda gerekli olan değişiklikleri tanımlar ve bu değişikliklere ulaşmak için stratejiler geliştirir.
- Politika üst düzey stratejiden idari ayrıntısına kadar değişen konuları kapsayabileceğinden politika ve planlama arasındaki bağlantıyı belirlemek önemlidir.

Ulusal politikalar, stratejiler ve planlar bir süreklilik oluşturur ve aralarında keskin çizgi yoktur. Ulusal sağlık politikası, sağlık durumunun iyileştirilmesi amacı

Mattison (1968: 1018), planlama-politika ilişkisini “sağlığın bireysel bir hak olduğunu benimseyen ulusal bir politika; halkın sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmetlerinin kapsamlı devlet planlamasını (hem kamu hem de özel) sağlamak adına tasarlanan politikaları ve prosedürleri içerir” biçiminde ifade etmiştir. Sağlık sektöründe politika-planlama çerçevesi Şekil 2’de sunulmuştur.

Şekil 2: Politika-Planlama İlişkisinin Çerçevesi

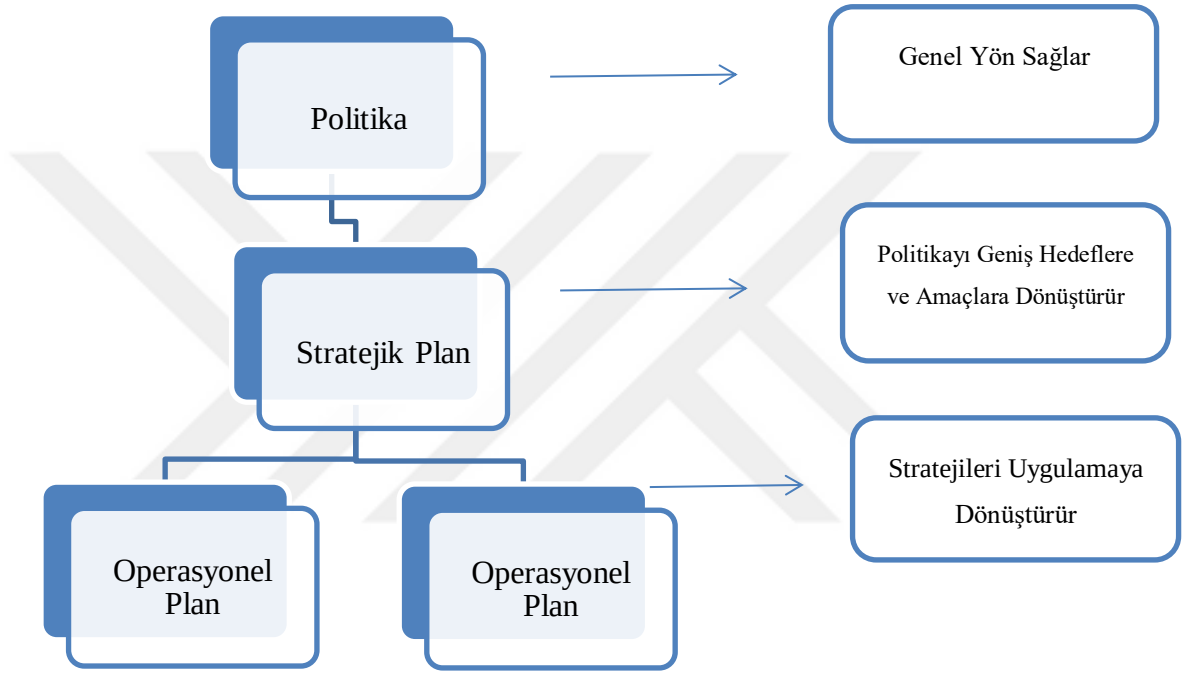


Kaynak: Green ve Mirzoev, 2008: 122

Şekilde görüldüğü üzere sağlık politikası, sağlık planlaması için bir çerçeve sağlamakta, sağlık planlaması da bu çerçeve içinde sürecin yürütülmesi, planın yapılması ve uygulama olarak varlığını devam ettirmektedir.

Politika-planlama ilişkisine stratejik planlama açısından bakıldığında sağlık politikalarının belirlenmesinde de sosyal ve ekonomik politikaların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (WHO, 1961: 9). Sağlık sektörü politikası, ulusal sağlık sektörü stratejik planına referans vermektedir ve ayrılmaz parçasıdır. Bu nedenle, bu belgelerin geliştirilmesindeki sıra, bir politika ile başlamak, daha sonra stratejik bir plan geliştirmek ve nihayetinde operasyonel bir plan yapmak olmalıdır (Binagwaho, 2014: 4). Bunlar arasındaki ilişki de Şekil 3’de gösterilmiştir.

Şekil 3: Politika-Plan İlişkisi



Kaynak: Binagwaho, 2014: 3

Şekilde görüldüğü gibi politika, planlara genel yön sağlayan bir konumda olup en üst seviyede yer almaktadır. Stratejik plan, genel yönü amaçlara dönüştüren bir görev üstlenirken; operasyonel plan ise uygulanabilir hale getirmektedir. DSÖ, ülkelerin amaçlarının sağlık sistemlerini geliştirmek olduğunu ancak çeşitli sebeplerle terminolojik anlamda farklılıklar bulunduğunu belirtmiş ve 2009 yılındaki toplantısında aldığı kararla; Politika, Strateji ve Plan sözcüklerinin birbiri yerine kullanılabileceği belirtilmiştir. Yapılan tanımlamalar ve uygulamalar, “National Health Policies, Strategies and Plans (NHPSP)” yani “Ulusal Sağlık Politikaları, Stratejileri ve Planları” adı altında toplanmıştır. (WHO, 2010: 2-3).

İKİNCİ BÖLÜM: SAĞLIK PLANLAMASI KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık planlaması Türkiye’de her ne kadar iyi bir noktada olsa da alanyazında teorik açıdan bugüne kadar yeterince yer bulamamıştır. Özellikle Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlendiği 2003 sonrası dönemde, hem teorik olarak hem de uygulama alanıyla ele alınması ve bu kapsamda sağlık planlamasının her yönüyle incelenmesi gerekmektedir. Bu amaçla ikinci bölümde; sağlık planlaması kavramı ve gelişimi, Sağlık planlamasının amacı, kapsamı ve özellikleri sağlık planlamasını etkileyen faktörler, sağlık planlamasında yer alan paydaşlar, sağlık planlaması yasal çerçevesi, sağlık planlaması süreci, sağlık planlaması türleri ve seviyeleri ve sağlık planlamasının sosyo-ekonomik gelişme ilişkisi ele alınacaktır.

2.1. Sağlık Planlaması Kavramı ve Gelişimi

Planlama, atıkları azaltmak veya kaynaklardan en yüksek getiriye elde etmeye yönelik bir araç olarak görülebilir (Davidoff ve Reiner, 1962: 103-104). Planlamanın amacı, planlamanın yapıldığı alandaki faaliyetleri rasyonel hale getirmek, karmaşayı gidermek, kaynakları düzenlemek, örgütlemek ve uyum içinde olması beklenen süreçlerin kontrol mekanizmasıyla ahenk içinde çalışmasını sağlamaktır (Eckstein, 1958: 262; Sakharkar, 2009: 120).

Sağlık planlaması kavramını incelemeyen önce bu kavramı içeren ve daha genel bir kavram olan sosyal planlamayı kısaca tanımlamakta fayda vardır. Sosyal planlama, sosyal kalkınmayı hedefe koyarak bu hedefe ulaşmayı amaçlarken sosyal sorunları öncelik sırasına göre çözüme kavuşturmaya odaklanan planlamadır. Sosyal planlama, kalkınmanın dengeli olmasını sağlama yolunda önemli görevler üstlenmektedir. Sosyal planlama toplum düzeyinde olup, kalkınma stratejisinin sosyal içeriğini belirlemek, sosyal sorunların çözümüne odaklanmak ve bunlara yönelik plan, proje ve programlar oluşturmayı içermektedir. Sosyal planlama, toplumu kapsayacak şekilde yapılan planlama olmakla birlikte, toplumu ilgilendiren insan gücü, kırsal kalkınma, sosyal güvenlik, sağlık, eğitim vb. sorunların çözümlerine yönelik amaç, ilke, hedef ve politikaların üretilmesini esas almaktadır (Güven, 1995: 12-14).

Sağlık planlaması kavramının tanımları, Bölüm 1.3’de değinilen planlama kavramında olduğu gibi çeşitli temalar altında toplanmıştır. Sağlık planlaması

tanımlarının toplandığı bu temaları “süreç olarak sağlık planlaması” ve “seçimler olarak sağlık planlaması” biçiminde tanımlamak mümkündür.

İlk olarak sağlık planlamasını bir süreç olarak kabul eden tanımlara bakılacak olursa sağlık planlaması; toplum sağlığı sorunlarının tanımlanması, karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçların karşılanması için kaynakların araştırılması, gerçekçi ve uygulanabilir öncelikli hedeflerin belirlenmesi ve problemlerin çözümü için alternatif yaklaşımların tartılması üzerine eylemlerin projelendirilmesidir (Hilleboe ve Schaefer, 1967: 1).

Sağlık planlaması; sağlık sorunlarının tanımlanması, karşılanmamış ihtiyaçların belirlenmesi ve bu kaynakların karşılanması için kaynakların araştırılması, gerçekçi ve uygulanabilir öncelikli hedeflerin oluşturulması ve idari eylemlerin projelendirilmesi ve bir politikada belirlenen belirli amaçlara ulaşmak için kararlar ve eylemler düzenleme sürecidir (WHO, 1953: 3; WHO, 2011a: 8; El Taguri, 2008: 150; Jira vd., 2004: 9).

Sağlık planlaması; dış etkilerin, organizasyon üzerinde sapmaya neden olabilecek etkilerini en aza indirmenin aracıdır. Aynı zamanda, bir kuruluşun dış çevre üzerinden karşı karşıya kaldığı belirsizlik veya risk düzeylerini en aza indirmeye çalıştığı bir süreç olarak da görülebilir (Green, 2007: 7). Sağlık planlaması, farklı aktör ve süreçler içinde sağlık sistemi bağlamında istenen amaçlara ulaşmak için manevra kabiliyetini gösterme sanatıdır (Green ve Mirzoev, 2008: 121).

Hedeflere ulaşmak için gerekli olan iyileştirmeler, büyük harcamalar (maddi unsurlar, insan kaynakları vb.) gerektirir. Bu tür iyileştirmeler sadece büyüklükleri nedeniyle değil, aynı zamanda sorunların farkına varılması ile çözümler arasındaki zaman aralığı nedeniyle de planlamayı gerektirir (Williams, 1969: 49). Sağlık planlaması, yıllara dayanan deneyimlerden elde edilen sezgisel ve öznel bir sanattan öte nesnel ve ölçülebilir bir bilimdir (Reinke vd., 1973: 1). Sadece sağlık hizmetlerinin yeterliliği, etkililiği ve etkinliği ile değil, aynı zamanda birey ve toplumun sağlığını etkileyen bireysel davranış faktörleri ve çevre ile de ilgilidir (WHO, 2011a: 8).

İkinci tema olan seçim olarak sağlık planlaması ile ilgili tanımlara bakılacak olursa; sağlık planlaması, öncelikle geleceğe yöneliktir ve geleceğe dair seçimler yapmaktır (Hilleboe, 1968: 211). Mevcut kaynaklar ile sağlık ihtiyaçları arasındaki fark, sağlık planlamasını zorunlu kılmaktadır. Sağlık planlamasını, kaynakların nasıl

kullanılacağına dair seçimler yapmaktır diye tanımlamak mümkündür (Green, 2007: 19; Green ve Mirzoev, 2008: 121; Barker, 2000: 4).

Sağlık planlaması, geleceğe ulaşmak için çeşitli alternatifler arasında seçim yapmaktır (Mills ve Gilson, 1988: 4) ve gelecekte nasıl bir hedefe ulaşılacağına belirlenmesi, hedeflere ulaşmak için alternatiflerin sistematik olarak değerlendirilmesi ve en iyi hareket tarzını seçmek için karar verme sürecidir (Mott, 1969: 798).

Sağlık planlaması; sınırlı kaynaklar açısından her toplumun kendine özgü optimum sağlık faydaları elde etmek için planlanmış öncelikli bir yapılanmayı zorunlu hale getirmektedir. Dolayısıyla ihtiyaçlar ve kaynaklar arasında ciddi bir dengesizliğin var olduğu toplumlarda, sağlık planlaması kendi içinde bir amaç değil, öncelikleri belirleme aracıdır (Hilleboe, 1968: 204).

Bir ülkenin sosyal ve ekonomik sistemi ne olursa olsun sağlık planlaması, ulusal gelişim ve politikaların önemli bir parçasıdır ve Sağlık Bakanlıklarının dolayısıyla hükümetlerin sorumluluğundadır (Winslow, 1923: 1). Hükümetler, etkinliklerini artırma çabasında önemli bir bileşen olarak planlamayı kullanmak zorundadır (O'Connor, 1974: 406).

Tarihsel gelişimine bakılacak olursa; diğer sektörlerin planlamalarının geçmişine eskiye dayanırken sağlık planlamasının temelleri yakın tarihe dayanmaktadır. Her ne kadar planlamanın, 2. Dünya Savaşı sonrası endüstriyelleşmiş ülkelerde bir disiplin olarak ortaya çıktığı belirtilse de 1928'de SSCB 5 yıllık ulusal kalkınma planı ve 1951'de Hindistan'da ulusal kalkınma planları yapıldığı görülmektedir (Green ve Mirzoev, 2008: 121). Sağlık planlamasını başarılı şekilde uygulayan ilk ülkelerden biri olan SSCB; bebek ölümü, bulaşıcı hastalıklar, hasta yatağı, hekim sayısı, sağlık kurumları kapasitesi gibi birçok göstergede 1960'lı yılların sonlarında büyük başarılar elde etmiştir (Popov, 1971: 9-10).

Sağlık planlaması, 18. ve 19. yüzyılda daha çok epidemik sorunlara, sağlığın belirleyicilerine, sağlık sistemlerine ve sağlık sigortaları geliştirilmesine odaklanmıştır. 1920'lerden 1960'ların ortalarına kadar olan süreçte hükümetler sağlık sorunlarının çözümü ile daha da ilgili hale gelmişler artan şekilde önemli rol oynamışlardır (Hyman, 1976: 2-3, 20). 1960'ların ortasına kadar sağlık sisteminin gelişmesine odaklanılırken, 1970-1980'lerde toplumun ihtiyaçlarını daha iyi bir şekilde karşılamak için sağlık hizmetlerinin gelişimine ve bununla ilgili olarak hizmet ve tesis planlamasına

odaklanılmıştır. 1990'lar sağlık reformlarına sahne olmuş ve adından sıkça söz ettirmiştir. Günümüzde ise küresel programlarla ulusal planları bütünleştirici biçimde sağlığın belirleyicilerine dönüş yaşanmaktadır (Feingold, 1969: 803; Green ve Mirzoev, 2008: 123).

Sağlık planlamasının önemini ortaya koyan merkezlerden Venezüella Merkez Üniversitesi'nin CENDES (Center for Development Studies - Kalkınma Çalışmaları Merkezi) ile PAHO (The Pan American Health Organization) ve DSÖ tarafından 1961 yılında sağlık hizmeti planlaması için PAHO/CENDES yöntemi geliştirilmiştir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde 1961 yılından sonra uzun süre sektördeki planlama çalışmalarının çoğu PAHO/CENDES yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Yöntem Sovyet sisteminin aksine, sınırlı kaynakları dikkate almakta ve kaynağın hangi şekilde kullanımında daha fazla etkili olacağı üzerine yoğunlaşmaktadır. Metodoloji, bilgi sisteminin kurulması gerektiğini savunmakta ve her türlü bilginin toplanması üzerinde durmaktadır. Ayrıca yöntemin altında yatan en önemli özelliği, sağlık planlamasının rasyonel bir süreç olduğunu varsayması, uzmanlar (ekonomist, epidemiyolog vb.) tarafından yürütülmesi ve uygulama konusunda siyasilere önerilerde bulunduğunu belirtmesidir. Metodoloji, sağlık planlamasına kapsamlı bir yaklaşımı teşvik etmeyi amaçlasa da esas olarak yerel alanların planlanmasına odaklanmaktadır (Gutierrez, 1975: 1048; Abel-Smith, 1994: 81-82). Düşük-orta gelirli birçok ülkede sağlık planlamasının doğuşu 1970'lere kadar uzanmıştır ancak çeşitli istisnalar da söz konusudur. Hindistan ve bazı Latin Amerika ülkelerinde (Venezuela, Peru, Arjantin) sağlık planlama faaliyetleri daha erken bir tarihe dayanmaktadır (Green, 2007: 2).

PAHO/CENDES yöntemi sonrasında Latin Amerika'da planlama çabası, sağlık hizmetlerinin geleneksel yönetimi biçimlerinin kusur ve tutarsızlıklarını ortaya çıkarmıştır. Organizasyondaki zayıflıklar, koordinasyon eksikliği, yönetim için yeterli sistemlerin yokluğu, kontrol ve denetim eksikliği daha net görülmüştür. Yönetime ve örgütlenmeye yönelik yapılan analizler, düzeltici önlemlerin alınmasına ve sektörün yeniden yapılandırılmasına yönelik girişimlere yol açmıştır. Özellikle bilgi sistemlerindeki yetersizliklere ve temel verilerdeki eksikliklere önem verilmiştir (Gutierrez, 1975: 1049).

1963'ten itibaren birçok ülke PAHO/CENDES yönteminin prosedürlerini kullanarak planlama faaliyetleri gerçekleştirmiştir. Sağlık planlama birimleri kurulmuş,

bu birimler kısa sürede planlamanın başlatıldığı ve sürdürüldüğü biçiminin yanı sıra ulusal özelliklere uygun biçimde revize edilmiş ve kullanılmıştır. Örneğin; El Salvador, Venezuela, Peru, Arjantin, Brezilya, Şili ve Kolombiya'da bu yöntem ile birçok ilerleme sağlanmıştır. Hemen hemen her konuda resmi bir planlama mekanizmasının kurulmasına ve yazılı planların hazırlanmasına büyük ilgi olmuş ancak süreç genellikle sağlık sektörünün küçük bir kısmı ile sınırlı kalmıştır (Gutierrez, 1975: 1049).

1962 yılında Şili'de, Ekonomik ve Sosyal Planlama Enstitüsü tarafından yapılan eğitimde, sağlığın geliştirilmesine daha fazla harcama yapılmadan önce, tekrar eden harcamalar için hâlihazırda yapılmış olan tahsisatlardan daha iyi çıktı elde edilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin planlanması sonucunda daha iyi kazanç elde edildiği kaydedilmiştir. Eğitime katılan ülkelerden birinde⁷, cari harcamalar 1966'da sadece %1 göstermiş ancak hizmetlerin çıktısı % 25 artmıştır. Diğer ülkelerde ise hastane tesislerinin daha iyi kullanılması, yeni bir hastane kurularak elde edilecek hizmet miktarına eşdeğer bir hizmet kazanımıyla sonuçlanmıştır (McKenzie-Pollock, 1967: 256).

Sağlık planlaması, sistemin tamamı için uzun vadeli stratejik planlamadan, bir hizmetin kısa vadeli gelişimine, insan kaynakları ve finansal planlamaya kadar geniş bir yelpazedeki farklı etkinlikleri kapsayabilir (Crisp, 2017: 9). Dünyadaki durgunluk dönemlerinde dahi temel sağlık hizmetlerinin gelişmesinde birçok ülke, harcamalarını artırmadan sağlık hizmetlerinin etkili olarak sunulmasında sağlık planlamacılarına artan şekilde ihtiyaç duymuştur (Walt ve Vaughan, 1986: 44).

Alanyazın incelendiğinde iyi bir sağlık planlamasında, mevcut kaynakların sınırlılığı nedeniyle sağlık planlarında seçim; belirli bir miktar kaynak ile azami sağlık sağlayan çabaların bir kombinasyonuna ya da belli bir sağlık düzeyine ulaşmak için asgari harcama ile yürütülebilecek çabaların bir kombinasyonu olmalıdır (Araujo, 1972: 306).

DSÖ raporunda başarılı bir sağlık planının; basit, kapsamlı, esnek, hedefleri göz önünde bulunduran, aşamalı, kaynak kullanımında verimliliği esas alan, toplumda kabul edilebilir, sınırlı ve her aşamada değerlendirilebilir olması gerektiği ifade edilmiştir (WHO, 1965a: 12). Sağlık planlaması, hem mevcut koşulları gözden geçirmeli hem de

⁷ Kaynakta ülke adı belirtilmeden “ülkelerden birinde” şeklinde ifade edilmiştir.

ülke kaynak (insan, materyal, tesis) ve faaliyetlerinin gelecekle ilgili projeksiyonlarını içermelidir (United Nations Economic and Social Council, 1963: 1).

Devletin daha iyi sağlık hizmetlerine doğru ilerlemesini sağlamak amacıyla sağlık çabalarını birleştirecek bir sağlık planlaması olması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca sağlık planlamasının, tedavi hizmetlerinden öte koruyucu hizmetlere daha fazla önem vermesini, hastaneye yatış gerektirmeden sağlık sorunlarının önlenmesi için muayene ve kontrollerin daha yaygın şekilde kullanılması önerilmiştir (Rogers, 1968: 1036-1037).

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

- Ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimi ile benzerlik göstermeli,
- Toplumsal hayatın kalitesi ve sosyo-ekonomik gelişim için diğer sektörlerle iş birliği içinde olmalı,
- Siyasi lider ve yöneticilerin sorumluluğunda olmalı,
- Bir grup veya kurumun sorumluluğunda yürütülmeli,
- Planlama sürecindeki adımların fazlalığı ve sürecin karmaşıklığı sebebiyle farklı uzmanlık dallarını içinde bulundurmakla birlikte çok sayıda öngörü içermeli,
- Kapsamlı ve kapsayıcı olmalı,
- Ülkenin kaynaklarını göz önüne alarak hazırlanmalı,
- Planlama bir bütçe ile uygulanmalı,
- Planlama, sürekli değerlendirilmesi ve çevresel değişkenlerle revize edilmesi gereken bir süreçtir. Bu yüzden bakış açısı sürekli geleceğe yönelik olmalı,
- Belirli bir zaman dilimi için yapılmalı ve esnek olmalı,
- Müzakereyi ön planda tutmalı,
- İzleme ve değerlendirme sürekli ve düzenli olarak yapılmalıdır.

Sağlık planlamasının başarısı açısından kapsamına ve niteliğine yönelik birçok görüş bulunmaktadır. Bu kapsam ve nitelikler açısından; bir vizyona ve uzun vadeli stratejilere sahip, sağlık hizmetleri ilkelerine uygun, deneyimlerden öğrenip bunları sonraki dönemlerde hayata geçiren, sektörler ve aktörler arasında bir sinerji oluşturan, kamu ve özel sektör arasındaki diyalogu güçlü tutan, karar vermede esnekliğe ve

özerkliğe izin veren, politik çevreye uygun, diğer planlarla uyumlu, kabul edilebilir, eldeki kaynaklara uygun, belirli ön koşulları sağlamış, ölçülebilir, değişime uyum sağlamaya yetecek kadar yeterli ve esnek bir sağlık planlaması başarılı olacaktır (Thomas, 2003: 12; Balabanova vd, 2011: 271; Öztekin, 2001a: 45-49; Jira vd., 2004: 11; International Health Facility Guidelines, 2014: 4-5).

Her toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak için planlamaya ihtiyacı vardır. Sağlık hizmeti sunumu için ayrılan kaynağın sınırlı olması, geleceğin tahmin edilmesinin güç olması, maliyetlerin sürekli artması, dağıtımlarda yapılan yanlışlıkların her geçen gün daha büyük sorunlara yol açması, talebin her geçen gün artması, değişen çevre gibi faktörler planlamaya olan ihtiyacı zorunlu hale getirmiştir (Thomas, 2003: 6; Fazekas, 2010: 9). Yukarıdaki tanımlardan ve özelliklerden hareketle sağlık planlaması 3 temel aktiviteyi içermektedir. Bunlar (Green, 2007: 19);

1. Mevcut durumun değerlendirilmesi,
2. Gelecekte istenilen yeni durumun belirlenmesi,
3. Yeni duruma ulaşmak için gerekli müdahale ve faaliyetleri içeren yol haritasının çizilmesidir.

Sağlık planlaması uzun dönemli bir süreçtir (Abel-Smith, 1967: 97) ve yönetim için oldukça önemlidir. Çünkü bugün alınan kararlar, geleceği etkilemektedir. Planlama, organizasyonların sahip olduğu kıt kaynaklar ile sağlık ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynamaktadır. Bunun yanında planlamanın önemli bir element olmasının 3 nedeni daha vardır. Bunlar (Green ve Collins, 2006: 563);

1. Sağlık ihtiyaçlarının, kaynaklarının ve teknolojilerin değişimi,
2. Önceliklerin belirlenmesinin önemi,
3. Planlamanın sadece gelecekteki değişikliklerle ilgilenmeyip bunun yanında geleceğe etki edebilecek mevcut sorunları da ortaya çıkarmasıdır.

Burada önemli bir noktayı açıklamakta fayda vardır. Belirtildiği gibi planlama, geleceğe yöneliktir ve şimdiki sorunlardan hareketle geleceğe yönelik beklentileri tahmin etmektedir (Holder ve Deniston, 1968: 561). Tahmin sadece bir dizi gerçek kataloğu olarak görülmemelidir, bu gerçeklerin toplumun sağlığının şimdiki verilerle ileriye yönelik yorumlanmasıdır. Bir tahmin eğer toplum sağlığını etkileyen birçok faktörü barındırıyorsa altı önemli bileşeni (politik, sosyal, ekonomik, teknolojik, kişi sağlığı ve çevre) içermelidir. Her bileşen mevcut durumu ortaya koymalı, tahmin için

temel oluşturmalı ve planlama sonucundaki beklenen durumu yansıtmalıdır (Bergwall vd., 1973: 62-63).

Planlama, şu andan farklı olabilecek gelecek ipuçları ile geleceğe yönelik beklentilerin ışığında şimdi karar almak olarak tanımlanabilir. Bu yüzden yeterli bir plan yapabilmek için geleceğin nasıl görüneceği ile ilgili fikre sahip olmak ve planlanan dönem boyunca faaliyet gösterilecek çevreyi (nüfus, büyüklüğü, ihtiyacın şekli ve büyüklüğü, insan kaynakları vb.) tahmin etmek çok önemlidir (Green ve Mirzoev, 2008: 124-126). Tahmin geliştirmek için ise iki şey gereklidir: içerik tahmini ve mevcut durumdan tahmin edilen duruma nasıl gelineceğinin açıklanmasıdır. Iğerik tahmini, planlamacıların planladıkları dönemin spesifik durumunun tanımlamasını içerir. Yeni duruma nasıl gelineceğinin açıklanması ise örneğin, toplumda on yıllık dönemde yaşlı nüfusunun artacağı tahmin ediliyorsa bunun ekonomik gücün azalması ile açıklanması gerekmektedir (Bergwall vd., 1973: 61).

Tahmin tekniklerine bakıldığında alanyazında bu konuda farklı fikirler ileri sürölmüştür. Örneğin, Daniel Bell (1964: 847-868) bu teknikleri on ikiye ayırmıştır. Bunlar; sosyal fizik, eğilimler ve tahminler, yapısal kesinlikler, operasyonel kod, operasyonel sistem, yapısal gereklilikler, geçersiz kılma sorunu, ana taşıyıcı, sıralı gelişim, muhasebe şemaları, alternatif gelecekler ve karar teorisidir. Martin V. Jones (1971: 127) ise bunları beşe indirmiştir. Bunlar; sezgi, dışa dönük trend tahmini, trend korelasyonu, istatistiki modelleme ve karşılaştırmadır. Genel tahmin tekniklerinin yanında bir de belirli alanlara özel teknikler de bulunmaktadır. Bunlar; politik tahmin, ekonomik tahmin, sosyal tahmin, teknolojik tahmin ve Delphi Tekniği olarak sıralanabilir (Bergwall vd., 1973: 67-69; Olaf, 1968: 116-122).

Değişen toplum ihtiyacını, stratejik öncelikleri ve hükümet politikalarını daha iyi karşılamak için planlama yapılması gerekmektedir (Western Australia Country Health Services, 2012: 2). Toplam sağlık harcamasının tahmini, planlanan yıllardaki nüfusun değişimi ile yakından ilişkilidir. Bunun yanında gelecekteki demografik durumla birlikte bütçenin ne kadarının temel sağlık hizmetlerine ne kadarının yataklı tedavi hizmetlerine ayrılacağına da karar vermek gerekmektedir. Bu kararlar, eldeki hastalık ve ölüm verileri ayrıca ülkenin gelecekteki milli geliri, diğer sektörlerin bütçedeki yeri ve belirli alanlar için öncelikleri de göz önünde bulundurularak verilmelidir (WHO, 1967a: 25). Öyle ki gelecekte sağlanacak hizmetlerin öngörölebilmesinin ve doğru

belirlenebilmesinin zorluğu, uzun dönemli sağlık planlamasında sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Örneğin, 1960'lı yıllarda birçok hastalığın yok olacağı öngörülmüştür fakat artan şehirleşme ve hızlı endüstrileşme kaynaklı hastalıklar ayrıca nüfusun hareketi yeni sağlık sorunları ortaya çıkarmıştır (WHO, 1961: 6-7).

Sağlık planlaması, bireylerin ve toplumun sağlık durumunu iyileştirmek için gerekli faaliyetleri yerine getirme sürecini ifade eder. Sınırlı kaynaklarla verilen sağlık hizmetleri ve hizmetlere yönelik artan talep, sağlık planlaması açısından oldukça önemlidir (Nurhaliza vd. 2017: 15). Sağlık ve sağlık hizmetlerine olan talep, sınırlı kaynaklara rağmen sağlık hizmetlerinin dikkatli bir şekilde planlanması ve yönetilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır (Logaraj, 2015: 4).

2.2. Sağlık Planlamasının Amacı, Kapsamı ve Özellikleri

Sağlık planlaması, gelişmiş veya gelişmekte olan ülke farketmeksizin her ülke için gereklidir (WHO, 1973: 42; United Nations Economic and Social Council, 1963: 16). Siyasi iradenin, plana bağlı kalması ve insan kaynağının sürekliliği önemli ilerlemeler sağlamaktadır. Örneğin, Portekiz'de, özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında 1974'ten beri sağlıkta meydana gelen muazzam gelişmeler, uzun yıllar boyunca siyasi iradenin, kamu desteğinin, liderliğin ve insan kaynağının öneminin bir kanıtıdır (Crisp, 2017: 12). Belirtilen özelliklere sahip bir sağlık planlamasının faydalarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Abel-Smith, 1967: 100; Williamson, 1997: 8-9; Thomas, 2003: 7-9; Popov, 1971: 11-12);

- Sistemin kendi içindeki birimler ve diğer kurumlar ile koordinasyon kurmasına fayda sağlar,
- Kaynak tahsisatında güçlü bir araç olarak kullanılabilir,
- Göz ardı edilen ve tartışılmayan konuların gün yüzüne çıkmasını sağlar,
- Önceliklerin açık ve net bir şekilde belirlenmesini sağlar,
- Maliyet kontrolü ve verimliliği sağlar,
- Şeffaflığı ve hesap verilebilirliği artırır,
- Bilgi toplamada etkilidir ve bunların bir araya getirerek kullanılabilir hale getirir,
- Karar vericiler için bir çatı ve yol gösterici niteliktedir,

- Görev dağılımını etkin hale getirir, kimin hangi görevi üstleneceği açık şekilde belirlenir.

Sağlık hizmeti çıktılarının ölçümünün zor olması sebebiyle sağlık planlamasını diğer tür planların (özellikle de ekonomik gösterge sonucu olanların) içine yerleştirmek zordur. Ekonomik planlamacılar sermaye harcaması sonucu olarak belirli niceliksel çıktılar görmeyi beklerken sağlık planlamacıları ise daha uzun dönemli sonuçları olan bir planlama yapma durumunda oldukları için sonuçları hemen alamazlar.

Ulusal sağlık planı; izlenecek politikaları, ulaşılabilecek amaçları ve ilgili hedefleri, mümkün olduğunca ölçülü olarak belirlemelidir. Yasal ve/veya yönetsel mekanizma ve süreçlerle birlikte gerekli olan politik, sosyal, ekonomik ve idari düzenlemeleri ve gereken teknolojiyi içermelidir. Sağlık planı, öncelikli sorunları ve bunlara yanıt olarak formüle edilmesi gereken ülke çapındaki programları ve programların sunulması için gerekli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi de dâhil olmak üzere ilgili tüm sektörler tarafından alınacak ana eylemleri tanımlar. Ayrıca, uygulamanın izlenmesine ve etkinin değerlendirilmesine yönelik çerçeveyi de içermektedir (WHO, 1979: 17).

Sağlık planlaması sonucu elde edilen ürün/belge olarak görülen sağlık planı, sağlık sorunlarının doğasına ve kapsamına sıkı sıkıya bağlı olan önceden belirlenmiş bir eylemler bütünüdür. Sağlık planı, sorunlara yönelik olarak belirlenen öncelikli hedeflere bağlı olan önceden belirlenmiş bir eylem planıdır (Hilleboe vd., 1972: 9). Sağlık planlaması sadece plan yazılması süreci değildir, hem politikalara hem de sağlık hizmetleri ve sağlıkla ilişkili aktiviteler için alternatiflerin belirlenmesine öncülük eder (WHO, 1970: 9).

Sağlık planlaması çalışmalarının amacı, sağlık sistemi performansını artırmak (Reinke, 1988c: 57; WHO, 1973: 34), gerekli sağlık hizmetlerini en iyi kalitede, doğru yerde ve zamanda, minimum maliyetle sağlamaktır. Amaç her ne kadar kalite ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilme arzusu olsa da var olan kaynaklar bunun için yeterli olmayacaktır. Burada önemli olan, ülkenin durumunun iyi analiz edilmesi, önceliklerin belirlenmesi ve bunlar yapılırken kaynakların iyi analiz edilerek nereye kadar yeteceğini belirlenmesidir (Abel-Smith, 1994: 79). Toplumsal değerlere göre hizmetlerin iyileştirilmesi için bir araç olarak kullanılabilen (Hilleboe vd., 1972: 10) sağlık planlaması, toplumun sağlık ihtiyaçlarının temini ve sorunlarının çözümü için yönetimin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (White vd., 1977: 16).

Ekonomik gelişim planlarının nihai amacı, bireylerin yaşam seviyelerini yükseltmektir. Sağlık planları da nüfusun sağlık seviyesini yükseltmeyi amaç edinmiştir. Dolayısıyla sağlık planlaması diğer ekonomik planlar ile yakından ilişkili ve bağlı durumdadır. Öyle ki sağlıklı bir toplum, sosyo-ekonomik gelişmenin sağlanması yolunda oldukça önemli bir faktördür (WHO, 1961: 8-9).

Sağlık planlaması; nüfusun sağlık durumunu iyileştirmenin, adil erişimi korumanın yanında sağlık sisteminin, toplumun ihtiyaçlarına yanıt vermesini sağlamayı amaçlamaktadır (Queensland Health, 2015: 4; Lawrie vd., 2006: iv; Chatora ve Tumusiime, 2004: 2). Sağlık planlamasının amaçları; (1) sorunları ve sınırlı kaynakları uyumlaştırmak, (2) gereksiz harcamaları ortadan kaldırmak, (3) tanımlanmış bir hedefi gerçekleştirmek için en iyi eylem tarzını geliştirmektir (Logaraj, 2015: 4).

Sağlık planlamalarının kamu ve özel sağlık kuruluşlarını ne derecede kapsadığı ülkeler açısından farklılık göstermektedir. Özel sağlık hizmet sunucularının devlet ile anlaşmasının olup olmamasına göre bazı ülkeler tüm sağlık kuruluşlarını bir bütün olarak ele alarak planlama yaparken bazı ülkeler sadece kamu kurumlarını planlamaktadır. Örneğin; İtalya, Fransa, Almanya ve Kanada’da sağlık planları hem kamu hem de özel hastaneleri kapsamaktadır. Bunun yanında Danimarka, İngiltere ve Finlandiya’da yapılan sağlık planlamaları, kamu hizmeti kapsamındadır (Ettelt, 2010: 15). Bazı ülkelerdeki sağlık planlamaları ve kapsamı Tablo 3’de gösterildiği gibidir.

Tablo 3: Bazı Ülkelerdeki Sağlık Planlamaları ve Kapsamları

Ülke	Planlama Kapsamı
Kanada	Hastane hizmetlerinin planlanması (hem kamu hem de özel hastaneler)
İngiltere	Hastane ve ayaktan sağlık hizmetleri planlanması (Kamu hastaneleri için)
Almanya	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (Hem devlet hem de özel hastaneler)
İtalya	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (Hem devlet hem de özel hastaneler)
Fransa	Yalnızca hastane hizmetlerinin planlanması (Hem devlet hem de özel hastaneler)

Kaynak: Ettelt, 2010: 15

Daha önce belirtildiği ve Tablo 4’te de gösterildiği gibi planlamaların benzerlik ve farklılıkları bulunmaktadır. Benzerliklerin fazla olduğu durumlarda dahi bir ülkenin

planlaması daha az karmaşık veya daha az kaynak gerektirirken diğer ülkenin durumu tersine olabilmektedir (WHO, 1970: 9).

Tablo 4: Ülkelerin Sağlık Planları Arasındaki Benzerlik ve Farklılıkların Sebepleri

Benzerliklerin Sebepleri	Farklılıkların Sebepleri
Toplumun biyolojik durumu	Sağlık sorunlarındaki farklılıklar
Toplumun içinde yaşadığı çevresel durum	Planlamanın gerektirdiği karmaşıklık seviyesi
Hastalık yapısındaki benzerlik	Politik ve ekonomik ortamın durumu
	Kurumların yapısı

Kaynak: WHO, 1970: 9

Bazı ülkeler sağlık sistemlerini güçlendirmek için çalışmalar yaparken; bazıları sağlık planlarını yeterli bularak süreci devam ettirecek stratejiler geliştirmekte; diğerleri ise planlamanın başlangıç noktası olarak bir dizi politik ve sosyal önlem almayı gerekli görmektedir (WHO, 1979: 11-12).

Sağlık planlamasının ayırt edici özelliklerine geçmeden önce sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran belirli özelliklerinin vurgulanmasında fayda vardır. Sağlığı diğer sektörlerden ayıran ve tam rekabet piyasasının oluşmasını engelleyen temel özellikler (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 372-375);

- Sağlık hizmetleri hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahiptir,
- Sağlık hizmetleri katı talep esnekliğine sahiptir (kullanımı zorunlu olması sebebiyle),
- Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi söz konusudur,
- Sağlık hizmetlerinde piyasa şeffaf olmadığı için risk ve belirsizlikler fazladır,
- Sağlık hizmetlerinde dışsallık bulunmaktadır,
- Tüketici egemenliği çok fazla işlemez,
- Sağlık hizmetlerinde piyasaya giriş sınırlıdır,
- Sağlık hizmetlerinde tekelcilik söz konusudur.

Bu özellikler göstermektedir ki sağlık, diğer sektörler gibi piyasa koşullarının işlemediği bir sektördür. Bunun yanında alınan kararların hayati öneme sahip olması da sağlık sektörünü zor kılan diğer bir faktördür. Devletin bu sektörde var olmasını zorunlu kılan da bu özelliklerdir (Yıldırım, 1999: 10).

Sağlık planlanmasında önceliklerin belirlenmesinde karar verme, endüstride veya askeri operasyonlarda sorun ya da karar verme sürecinden temel olarak farklıdır. Çünkü sağlık sorunları doğası gereği çok sayıda soyut faktör içermektedir. Bu nedenle, sağlık planlamasında alınan kararlar, insani ve sosyal değerleri gerçekleştirmeye yönelik etkilere dayanacaktır (WHO, 1965b: 3). Sağlık planlamasını diğer planlamalardan ayıran ve daha zor olmasına sebep özellikleri şöyle sıralamak mümkündür (Thomas, 2003: 3-4; Green ve Mirzoev, 2008: 121-131);

- Talep düzeyindeki esneklik, planlama yapmayı güçleştirmektedir,
- Yoğun emek gerektiren bir sektör olması nedeniyle emeğin eğitimi ve dağıtımı zordur,
- Hem teknik hem de politik özellikler taşıdığı için çok sayıda aktörü ve bunlar arasındaki karmaşık güç ilişkilerini gözetir,
- Yaşam ve ölümle ilgili durumların sık yaşanması sağlık hizmetlerinin planlanmasına diğer alanlarda olmayan duygusal bir boyut katmaktadır,
- Sağlık hizmetleri sunucularının bağımsız olarak çalışması planlamayı zorlaştırmaktadır,
- Sağlık hizmeti alıcılarının farklılıkları ve irrasyonel davranışları oldukça fazladır,
- Sağlık sektöründe yer alan her bir aktörün (hekimler, hastalar vb.) amacı farklıdır ve amaçların birbirine ters düşme olasılığı yüksektir,
- Sağlığın finansmanı diğer sektörlerden farklıdır ve ekonomi kuralları tam olarak işlememektedir,
- Yoğunlaşan uluslararası etkilere cevap vermede güçlükler yaşanmaktadır,
- Toplumun sağlık ihtiyaçlarının çeşitliliği fazladır,
- Küresel ve yerel planlar arasında denge kurmak zordur,
- Sağlık sektöründeki değişikliklere ilişkin tahmin yapmak zordur.

Görüldüğü üzere sağlık planlaması oldukça geniş bir kavramdır. Bu geniş kavram birçok faktörden etkilenmektedir. Bu kapsamda bir sonraki bölümde sağlık planlamasını etkileyen faktörler ele alınacaktır.

2.3. Sağlık Planlamasını Etkileyen Faktörler

Toplum sağlığını, sağlık hizmetlerinin sunumu gibi faktörler doğrudan etkilerken; dolaylı etkileyen faktörler de bulunmaktadır. Toplum sağlığı; hava kirliliği, içme suları gibi çevresel unsurlar, çalışma koşulları, ekonomi politikaları ve siyasi kararlar gibi birçok faktörden dolaylı olarak etkilenmektedir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2018: 2). Bu faktörler dolayısıyla sağlık planlamasını da etkilemektedir. Toplumsal özellikler birçok olguyu etkilediği gibi politikaları ve planlamaları da etkilemektedir. Sağlık planlaması, rasyonel kararlar verebilmek için çok sayıda veri gerektiren karmaşık bir süreçtir. Doğasındaki karmaşıklık, sağlık sorunlarının fiziksel, sosyo-kültürel, ekonomik ve biyolojik çevreye dayanmasından kaynaklanmaktadır ve verilen kararların çoğu birbirine bağlıdır (WHO, 1965b: 1).

Toplumsal dinamiklerin anlaşılabilmesi, etkili plan yapmayı güçleştirecektir. Nüfusun sosyal, politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik özellikleri iyi şekilde anlaşılmalıdır (Thomas, 2003: 37). Daha derinden bakıldığında sağlık planlaması, planın uygulanmasından sorumlu olan sağlık hizmeti sunucularından, politikacılardan hatta planlamacılar dâhil birçok birey, kurum veya kuruluştan etkilenmektedir (Abel-Smith, 1994: 79).

Karşılaşılan sorunların düzeyi ve kapsamı, planlamayı birçok yönden etkilemektedir. Öyle ki demografik özelliklerin sürekli incelenmesinin yanında kaynak ihtiyaçlarının ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi, epidemiyolojik ve biyoistatistik prensiplerin göz önüne alınması planlama açısından hayati öneme sahiptir (Reinke, 1988a: 55). Dünya Bankası tarafından Ramgopal Agarwala'ya yaptırılan araştırmada İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, gelişmekte olan ülkelere (Türkiye, Bangladeş, Pakistan, Macaristan vb.) planlama deneyimleri incelenmiş ve bu ülkelerin çoğunda planlamanın, beklentilere cevap veremediği ortaya çıkmıştır. Bu ülkelerde kapsamlı planlamanın başarısız olmasının teknik, idari ve politik nedenlerinin sürecin doğasında var olduğu ve sadece planlama mekanizmasını güçlendirmek için çaba sarf edilmesinin yeterli olmayacağı görülmüştür. Bu nedenle planlama işlevinin toplumsal dinamikleri gözetenek düzenlenmesi ve planların müzakere edilerek esnek, seçici ve eşgüdüm içinde yeniden planlanması önerilmiştir (Agarwala, 1983: 3). Bu bağlamda sağlık planlamasına etki eden kültürel ve toplumsal, ekonomik, politik, çevresel, demografik ve epidemiyolojik faktörlere değinilmesi yerinde olacaktır.

2.3.1. Kültürel ve Toplumsal Faktörler

Kültür; toplumun ayırt edici, maddi, entelektüel ve duygusal özellikleri olarak tanımlanabilirken (Redfield, 1941: 132-33); toplum üyeleri tarafından kabul edilen geleneksel anlayışlar, değerler ve tutumlar olarak da tanımlanabilir (Güvenç, 2010: 17). Kültür; inançlar, alışkanlıklar, gelenekler, davranış biçimleri, beslenme biçimleri ve insanın çevreye ilişkin algıları için ana çerçeveyi sağlamaktadır (Rashed ve Galal, 2015: 687). Her toplumun kendine has yapı ve özellikleri ile ilişkili olarak farklı kurumları ve ilişkileri vardır ve bu durum sağlık sektöründe de geçerlidir. Birçok çalışma, kültürün, sağlık davranışları dolayısıyla sağlığa bakış, sağlık konusundaki davranış ve sağlık sonuçları ile yakın ilişkisi olduğunu ortaya çıkarmıştır (Kreuter and McClure, 2004: 439; Napier vd., 2014: 1607; Öncel, 1997: 184; Aytaç ve Kurttaş, 2015: 247). Özellikle kurumların önemi; tarihsel, çevresel, toplumsal ve politik faktörlerle şekillenmiştir. Örneğin, geleneksel toplumlarda aile ve din kurumu daha önemliken; endüstriyel toplumda eğitim, ekonomi ve sağlık kurumları daha fazla önemsenmiştir (Thomas, 2003: 38-39). Yine endüstriyel toplumlarda istenmeyen bir durum oluşması durumunda insanların mücadele etmesi ve hemen her şeyin başarılabilmesi inancı yaygınken; geleneksel toplumlarda daha çok kadercilik ön planda olmakta ve karşılaşılan durumlar ona göre yorumlanmaktadır (Tezcan, 1984: 120).

Sağlığı etkileyen kültürel faktörler; toplumun yapısı, sağlığa bakış açısı, sağlık hizmeti kullanımı, eğitim, inançlar, değerler, gelenek ve görenekler, beslenme, cinsellik, spor ve fiziksel aktivite olarak sıralanabilir (Sungur, 2019: 105; Cirhinlioğlu, 2016: 6; Özen, 1994: 133). Sağlık personelinin, toplumun hastalık ve/veya sağlığa ilişkin davranış ve alışkanlıklarını değiştirmek için toplumun kültürünü iyi bilmesi gerektiği (Öncel, 1997: 184; Bolsoy ve Sevil, 2006: 87) gibi, sağlık planlamacıları da, sağlık çıktılarını iyileştirmek, maliyeti düşürmek için toplumun kültürel değerlerini iyi bilmeli ve dikkate almalıdır (Cigna, 2016: 2; Sungur, 2019: 116). Fişek (1976: 3); bir ülkede sağlık düzeyinin yükselmesi için sadece hizmetin var olmasının değil onun kullanılması için gerekli koşulların (halkın ekonomik gücü, kültürü ve sağlık tesislerinin kişiye yakınlığı) da oluşması gerektiğini belirtmiştir. Cirhinlioğlu (2016: 6), toplumların sağlık koşullarını belirleyen en önemli hususlardan birinin tutum ve davranışlar olduğunu dolayısıyla gelenek ve göreneklerin hijyen koşullarını sağlamak için uygun

olmamasının bulaşıcı hastalıkların yayılmasına sebep olacağına bu durumda tıp biliminin ve politikaların yetersiz kalacağına dikkat çekmiştir.

Toplumun, sağlığa ve sağlık hizmetlerine bakış açısı da sağlık planlamasını etkilemektedir. Toplumların hastalık tanımı ve algısı değişiklik gösterebilmektedir (Yıldız, 2019: 7; Kılıç, 2019: 71). Örneğin, bir toplumda belirli bir durum rahatsızlık olarak algılanmaz ve bir sağlık hizmet sunucusuna gitmeyi gerektirmezken (bireysel tedavi ya da aile içinde veya geleneksel tıp yöntemi ile tedavi edilerek); farklı bir toplumda rahatsızlık olarak algılanabilir ve sağlık hizmet sunucusuna başvurulur (Abel-Smith, 1994: 4). Örneğin, Amerika’da yapılan bir araştırmada, hastalıkla karşılaşma durumunda Amerikan yerlileri ve İrlanda kökenliler soğukkanlı davranırken; İtalyan ve Yahudiler sağlık hizmeti alma konusunda daha talep edici olmaktadır. Bu konunun da kültürel kalıplardan kaynaklandığı belirtilmektedir (Zola, 1973). Bu farklılık sağlık hizmeti kullanım oranını da büyük ölçüde etkileyecektir. Ayrıca toplumun kültürel yapısının planlamayı etkilemesinin yanında planlamanın bireyler tarafından anlaşılması, planın başarıyla uygulanmasında önemli rol oynamaktadır (WHO, 1967a: 21). Örneğin, uygulanmaya çalışılan sevk sisteminin nedenleri halk tarafından anlaşılmadığında planın başarısız olması kaçınılmaz olacaktır.

Kültürel faktörlerin yanında toplumsal faktörler de önemli etkiye sahiptir. Yoksulluk, gelir dağılımındaki eşitsizlik gibi durumlar da sağlığı ve sağlıkla ilgili plan ve politikaları etkilemektedir. Yoksulluk, bir bireyin veya hanenin toplam gelirinin veya tüketiminin belirli seviyenin altında olduğu bir durumdur (Saygılı, 2019b: 147). Yoksulluk, kötü beslenme, hijyenik olmayan ortam (Shaw, 2004: 413), eğitim seviyesinin olumsuz şekilde etkilenmesi (Hurt vd., 2004: 315), sağlık hizmetinin kullanımını sınırlama (Wagstaff, 2002: 101; Memişoğlu ve Durgun, 2011: 96), sigara kullanımı ve kötü alışkanlıkları artırma (Contoyannis ve Jones, 2004: 981-983) gibi birçok yönden sağlık üzerinde etkilidir. Ayrıca yoksulluk, çocuk ve anne sağlığının kötüleşmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılması ve bulaşıcı olmayan hastalıklar sebepli ölümlerin artması üzerinde de etkilidir (Saygılı, 2019b: 159-167).

2.3.2. Ekonomik Faktörler

Planlama işlevi, ekonomik yaşamın gereği olarak belirli ve sınırlı kaynaklarla yürütülmektedir. Bu yüzden de planlamanın amacı, var olan kaynaklarla verimliliği artırmaktır (Abel-Smith, 1994: 77). Sağlık hizmetleri kapsamında taleplerin tümünün

karşılanması mümkün değildir ve ülkeler ekonomik güçlerinin yettiği ölçüde sağlık hizmetlerini sunmaktadır (Abel-Smith, 1994: 219; Cihincioğlu, 2016: 51; Çilingiroğlu, 2001: 1600).

Planlama yaklaşımları açısından ülkeler arasında ortak yönler olsa da, farklılıkların başında ekonomik koşullar gelmektedir (WHO, 1973: 33). Ülkelerin gelir düzeyi ile sağlık girdileri arasında sistematik bir ilişki vardır (Mills ve Gilson, 1988: 7). Ekonomik gelişmişlik ne kadar iyi durumda olursa olsun tüm talepleri karşılamak söz konusu olamamaktadır. Örneğin, nispeten iyi durumda olan İngiltere’de bile hastalar, kaynak yetersizliği nedeniyle tedavi edilmek için beklemek zorunda kalmaktadır (Green, 2007: 201). Ekonomi, toplum sağlığı ve ulusal sağlık planları açısından temel belirleyici faktörlerden biridir ancak sağlık sorunlarını çözmek için yeterli finansal kaynak bulmak da güçtür. İnsan kaynaklarının eğitimi, Ar-Ge birimleri yatırımı, sağlık hizmeti sunucularının tesis inşası, malzeme temini, kurum çalışanlarının geliştirilmesi gibi birçok kalem ayrı ayrı maliyet oluşturmaktadır. Bu yüzden sağlık planlamasının, ülkenin ekonomik koşulları ile dengeli olması gerekmektedir (WHO, 1965b: 17-18).

Sağlık planlamasına ayrılacak pay; yenilenecek veya yeni yapılacak binaların oranı, kurumların büyümesi ve nüfusun durumu ile ilgili ihtiyaçları, sağlık hizmetlerinin gelişimi, malzeme ihtiyaçları ve çalışanların eğitimi için gerekli olan miktarlar ile belirlenmektedir. Ancak her ülkenin bu kalemler için ayıracağı pay farklı olacağı için planlamanın alacağı pay da çeşitlilik gösterecektir. Örneğin, bir ülkenin bina ihtiyacı varken başka bir ülkenin çalışana ihtiyacı olabilir, bir başka ülke ise kaliteyi artırmak için eğitime önem verebilir. Dolayısıyla ülkenin içinde bulunduğu ekonomik koşullar, planlamanın yapılmasında ve kaynakların ayrılmasında önemli bir faktördür (Abel-Smith, 1967: 98-99).

Temel insan hakkı olan sağlığa yapılan yatırımı ekonomik olarak değerlendirmek her zaman mümkün olmasa da sağlık planlamacısının, toplumsal sağlığın gelişmesi için nüfusun ihtiyaçları ile ilgili güvenilir veriler tarafından desteklenerek bütçe taleplerini açıkça belirtmesi, detaylandırması gerekmektedir. Bu durumda politikacıların, sağlık harcamalarının büyük potansiyellere sahip bir yatırım olduğuna ikna olması daha kolay olacaktır (WHO, 1965a: 14-15).

Finansal bir gözden geçirme, sağlık planlamasının etkinliğini artıracaktır. Planlama sürecini ekonomik yönden destekleyebilmek için (Mills ve Gilson, 1988: 108);

- Sağlık sektörünün mevcut ve geçmiş harcama biçimlerini, finansman mekanizmalarını gözden geçirmek,
- Değerli olup olmadıklarını belirlemek için önerilen değişikliklerin sağlık sektörüne maliyetlerini ve etkilerini tahmin etmek,
- Nüfus grupları, coğrafi alanlar ve hizmetler arasında kaynak tahsisinin tercih edilen modelini belirlemek,
- Gerekli kaynakları elde etmek için finansman yollarını gözden geçirmek,
- Sağlık önceliklerini ve programlarını sağlık ve sağlıkla ilgili hizmetler sunan kurum ve kuruluşların bütçe tahsisatlarına çevirmek,
- Bütçeleri izlemek ve harcamaları kontrol etmek,
- Karar vericiler için finansal bilgi üretmek gerekmektedir.

2.3.3. Politik Faktörler

Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, sınırlı kaynakların iyi politikalarla etkin biçimde kullanılması siyasal kararlara temelden bağlıdır (Cirhinlioğlu, 2016: 51). Seder (1973: 774), siyaset ile planlamanın birbirini tamamladığını; bu iki ögenin, bütünleşmiş, teknik anlayış (planlama) ile popüler tercihi (siyaset) birleştirerek, toplumsal tutarlılığın ve bireysel tatminlerin en üst düzeye çıkarılmasına yönelik makul kararlar ürettiğini belirtmiştir. Bu durumu da bir dizi olarak şu şekilde aktarmıştır;

- Yaygın seçim kriterleri (siyaset) ya da teknik tahmin (planlama) yoluyla ele alınacak sorun seçimi,
- Sorunun analizi, bileşenleri, dinamikleri, belirleyicileri ve maliyet-fayda kompozisyonu ve olası alternatiflerin dağılımı (planlama),
- Sorun ile ilgili alternatiflerin (planlama) maliyet ve faydaların (siyaset) tercih edilen dağıtım modellerinin belirtilmesi,
- Tanımlanmış kriterleri (planlama) karşılayan tahsisat ve eylem kombinasyonunun nihai tanımı,
- Seçilmiş programın (siyaset) uygulanması için kaynakların ödenmesi,
- Siyasi kararları uygulamak için programların ayrıntılı tasarımı (planlama),

- Yüklenicilerin seçimi ve programın uygulanması (yönetim),
- Programların fiili etkisinin izlenmesi ve değerlendirilmesi (planlama).

Hughes (2014: 386), planlama siyasi süreçlerden bağımsız olarak düşünülemez diyerek planlamanın, siyasi süreçlerin tamamlayıcısı olarak dikkate alınabileceğini vurgulamıştır. İyi bir sağlık planlaması için güçlü politik destek gerekmektedir. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir (Abel-Smith, 1994: 118). Planlama, sürecin doğası gereği siyasi niteliğini dikkate almadaki başarısızlık nedeniyle sıklıkla etkisiz kalmıştır (Green, 2007: 19).

Siyasi liderlerin, planlamanın ihtiyaç olduğuna ikna edilmesi gerekmektedir. Sağlık planları, onun farkında olan liderlerin desteğiyle hazırlandığı takdirde kaynaklar hemen tahsis edilecek ve ihtiyaçlar daha hızlı şekilde karşılanacaktır (WHO, 1967a: 21). Sağlık planlarının, hükümetin sağlam ve sürekli desteğine sahip olması ayrıca temel ekonomik, finansal, mali ve sosyal politikalarla ilişkilendirilmesi oldukça önemlidir (WHO, 1965b: 2). Bu duruma Türkiye’den de bir örnek verilebilir; Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından hazırlanan ve Yüksek Planlama Kurulu tarafından onaylanan yıllık program; dönemin Süleyman Demirel hükümeti tarafından değiştirilerek yayımlanmıştır. Süleyman Demirel bu olaya ilişkin olarak *“Bu, Bakanlar Kurulu’nun hakkıdır. Sahtekârlık neresinde bunun? Altında damga yoktur. Yoksa hükümet iki uzmanın emrinde midir? Onlar benim emrimde, ben onların değilim”* diyerek planlamacı ile siyaset arasındaki ilişkiyi gösteren çarpıcı örneklerden birini ortaya koymuştur (Soysal, 1976: 2)

Planlama süreci, siyasi dengeleri içinde barındırdığı için politik faktörlerden açık şekilde etkilenmektedir (Walt ve Vaughan, 1986: 44; Binstock, 1969: 809; Sezen, 1999: 79; WHO, 2010: 4). Sağlık planlamacısı, politik kararları sadece idari ve teknik yönden etkileyebilir ancak gerçekleştiremez. Liderin, planı anlama ve kabul etme derecesi, sağlık planlamacısına verilecek destekte belirleyici bir unsurdur (Hilleboe, 1968: 207).

Sağlık planlaması, teknik veya analitik bir çalışmadan öte politiktir ancak onu karakterize eden politik ve bürokratik dinamikler iyi bilinmemektedir. Planlama sürecinde bir grup, yasal düzenlemelerin nasıl daha iyi bir olabileceğini tartışırken planlamacılar; amaçlar, hedefler ve kriterler arasındaki farklılıkları, başka bir grup ise veri setlerini tartışır. Ancak sağlık planlaması ile uğraşanların zaman ve enerjilerini temel politik ve bürokratik sorunlara çok az ayırdığı görülmüştür (Altman, 1978: 561).

Planlama her ne kadar teknik bir süreç olsa da uygulamada bir grubun fikri ve/veya politik bir süreç olarak görülür. Sürecin, belirli bir grubun çıkarları olduğu veya belirli kişiler tarafından yönlendirildiği düşünülür (Thomas, 2003: 5). Bazı gözlemlere göre planlama, politik yaşamı göz ardı eden ve teorik modellere dayanan bir süreçtir (Walt ve Vaughan, 1986: 44). Planlamacılar, planlamanın her safhasında politik etkilerin olduğunu göz önüne almalı ve bunun farkında olarak davranmalıdırlar (Green ve Collins, 2006: 572).

Ülkedeki politik durum, hükümet sistemi, geçmişten gelen siyasi alışkanlıklar gibi birçok politik faktör, sağlık planlaması üzerinde oldukça büyük öneme sahiptir. Politik destek görmeyen ya da politikayı dışlayan planlama yapılması mümkün değildir. Reinke ve Hall (1988: 75), bu durumu “bazı planlamacılar nesnellik adına siyasi sürecin dışında kalmaya çalışmıştır ancak bu tür planlamacılar, planlarının gerçekleştirildiğini henüz görmemişlerdir” biçiminde özetlemişlerdir. Bunun yanında eğer planlamacı, ülkenin sağlık ihtiyaçlarını bölgesel olarak belirleyip politikacılara yön verirse, politik gücün desteğini de alacaktır (Knowles, 1977: 185).

Bazı politik faktörler, iyi bir sağlık planlaması için olumsuz tehditler oluşturabilmektedir. Öyle ki politikacılar görünür tedavi edici yöntemleri tercih ederken planlamacılar önleyici hizmetlerin potansiyelini öngörürler. Hayat kurtardığı açık olarak görünen bir hastane, siyasi başarı açısından, belirsiz gelecek zamanlarda bilinmeyen kişilere görülmeyen yararlar sağlayan bir bağışıklama programından çok daha cazip bir göstergedir. Tedavi edici alanda, yüksek maliyetli yüksek teknoloji ürünü bir organ nakli, medyanın ilgisini daha fazla çekmektedir (Knowles, 1977: 185). Politikacılar kısa süreli hedeflere odaklanmışken, sağlığın faydaları daha yavaş sonuç vermektedir. Siyasi liderler, seçim bölgelerinden sorumlu oldukları için, ilerleme yalnızca görünür değil aynı zamanda da hızlı olmalıdır (Banfield, 1961: 50). Bunun yanında planlanan değişiklik, olumsuz etkilenenlerden doğal olarak tepki alacaktır. Planlanan değişimle ilişkili önceliklerin değiştirilmesi, nüfusun bazı kesimleri için fayda sağlamaya yönelikken diğer gruplar tarafından gerileme olarak görülmesi muhtemeldir (Banfield, 1961: 50). Siyasilerin böyle değişimlere uzak durması çatışma yaratabilir. Dolayısıyla sağlık planlamacıları ile siyasilerin farklı bakış açıları, iyi bir sağlık planlaması yapılmasını engelleyebilmektedir.

Sağlık planlaması yetersizliklerinin çoğu metodolojik değil politik ve yönetimseldir (McKenzie-Pollock, 1967: 256). Siyaset, sağlık planlamacıları için iki sorun oluşturmaktadır. İlk olarak, planlamacılar genellikle planlama sürecini etkileyebilecek politik faktörlerin önemini küçümseme eğilimindedir. İkincisi, siyasetin, planlama üzerinde tamamen olumsuz bir etkiye sahip olduğunu varsayma eğiliminde olmalarıdır. Sağlık planlamasında siyasetten tamamen kaçınmanın bir yolu yoktur. Çünkü planlama sürecinin etkinliği, liderlerin, doğrudan onları ilgilendiren eylemler üzerinde anlaşmaya varma yeteneklerine bağlıdır ve uygulamada etkili işbirliğini gerektirir. Bu durum, planlama sürecinin büyük ölçüde bir müzakere süreci olduğunu göstermektedir. Yapılması gereken, planlamanın siyaset ile olan ilişkisini kabul etmek ve onun getirdiği kısıtlarla çalışmaktır (Colt, 1970: 1202).

2.3.4. Çevresel Faktörler

Toplumun yaşadığı çevre ve yaşam koşulları, su tedariki, atık yönetimi gibi konular kişilerin sağlıkları üzerinde doğrudan etkilidir. DSÖ tarafından yayımlanan 2004 Dünya Sağlık Raporu'nda 102 ana hastalık grubunun 85'inde çevresel risk faktörlerinin etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı raporda çevresel faktörler, tüm ölümlerin %23'üne ve 0-14 yaş grubu ölümlerinin ise %36'sına sebep olmaktadır (WHO, 2004: 120-121). Sağlık hizmetlerinin gelişimine büyük katkı sağlayan çevresel koşulların gelişimi hem eğitim hem de politik sistemle yakından ilişkilidir. Örneğin, ABD'de 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde sağlık hizmetleri diğer kurumların gelişmesi ve sanitasyon, kentleşme gibi etkenlerin gelişmesiyle daha iyi bir çevrede sunulmaya başlanmış ve sağlığın gelişimine önemli katkılar sunmuştur (Thomas, 2003: 40). Yine farklı bir örnekte, gelişmekte olan DSÖ alt bölgelerdeki ülkeler için 1990 yılındaki milenyum hedefleri arasında olan iyileştirilmiş su temini olmayanların 2015 yılında yarı yarıya azaltılması hedefinin gerçekleşmesi ile elde edilen faydalar arasında (sonuçlar 2000 yılına aittir); daha kolay erişim sayesinde zaman tasarrufu, üretken zaman kazancı ve daha az hastalık nedeniyle tasarruf edilen sağlık bakım maliyetleri ve ölümlerin önlenmesi sayılabilir (Hutton vd., 2007: 497-499).

İnsan sağlığı üzerinde etkili olan çevresel faktörler altı ana başlıkta toplanabilir. Bunlar; hava kirliliği, iklim değişikliği ve küresel ısınma, su kirliliği, hijyen ve sanitasyon eksikliği, kimyasal maruziyetler, gürültü ve kentleşmedir. Bu faktörlerin mevcut teknoloji ve politikalar ile değiştirilebilir olduğu ve dikkate alınması gerektiği

söylenbilir (Saygılı, 2019a: 68-86). Bu faktörlere müdahale edilerek gerekli önlemlerin alınmasının hem insan sağlığına hem de planların daha iyi işlemesine faydası olacaktır. Prüss-Üstün ve arkadaşları (2016: 104-105), sağlıklı çevrenin oluşturduğu olumsuz yükleri azaltmak için öneriler geliştirmiştir. Bunlar, tüm sektörlerde sağlığı sistematik olarak düşünmek, çevre sağlığı planlamasını ele almak için yerel yönetimi teşvik etmek ve desteklemek, sürdürülebilir kalkınma hedefleri başarısını desteklemek için sağlıklı ortamlar oluşturmak, sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almak ve herkese temel hizmetler sunmak için eylemleri bütünleştirmek, düşük karbonlu yaklaşımlar geliştirirken kazan-kazan stratejileri uygulamak, proje ve politikaların sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesini teşvik etmek, iklim değişikliği dâhil ortaya çıkan riskleri yönetmektir. 1963 Sosyalleştirme Programı'nda, 1993 Ulusal Sağlık Politikası'nda, Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 ve 2013-2017 Stratejik Planları'nda sağlıklı çevreye ilişkin hedefler belirlenmiş ve bu kapsamda çalışmalar yapılmıştır. Bunların yanında, günümüzde halen uygulamada olan ve Sağlık Bakanlığı önderliğinde oluşturulan *Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı (2013-2023)*'nda yaşam alanlarının, biyolojik, fiziksel ve kimyasal çevrelerin geliştirilmesi, gıda güvenliğinin sağlanması ve sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi bileşenleri altında tüm sektörleri içeren ve yön veren belge hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014a: 29-33).

Çevresel faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerine değinen İngiliz Tabipler Birliği, fiziksel çevre ile insan sağlığı arasındaki ilişkilere dikkat edilmemesinin İngiltere dâhil birçok ülkede önemli bir eksiklik olduğunu, bu durumun birçok soruna yol açtığını belirtmiş ve bu sorunları beş temada toplamıştır. Bunlar (British Medical Association, 1998: 39);

- Bulaşıcı hastalıklar: Örneğin; enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, mikrobiyolojik gıda kontaminasyonu (bulaşma),
- Bulaşıcı olmayan hastalıklar: Örneğin; kronik zehirlenme, toz, gürültü, titreşim ile ilişkili akciğer hastalığı,
- Uygun olmayan beslenme: Örneğin; mahrumiyet, gıdaya erişim, genetiği değiştirilmiş organizmalı gıda üretimi, pestisit kullanımı ve diğer kimyasal kirlenmeler,
- Yaralanma: Örneğin; trafik kazası, şiddet, mesleki yaralanma,
- Ruhsal bozukluk: Örneğin; stres, kronik depresyon, zararlı madde kullanımıdır.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden olan çevre, insan sağlığını etkilediği gibi sağlığın geliştirilmesini amaç edinen planlamayı da etkilemektedir (Gorfain, 1972: 1148). Hatta tarihsel süreçte çevresel durumların, planlamacılara yön gösterdiği çok kez görülmüştür (Gorfain, 1972: 1148). Suya zayıf erişim, yüksek bir gastroenterit insidansı ve oral rehidrasyon tedavisini sağlamak için servisler kurmaktan öte ülkenin altyapısının iyileştirilmesi gibi bir önceliği vurgulama gereği ortaya çıkabilir (Green, 2007: 188). Örneğin, Londra'da 1858 ile 1865 arasında merkezde özellikle gelişmiş bölgelerde yaklaşık 130 km kanalizasyon hattı döşenmiştir. Bu düzenlemenin sonunda kirli su sebepli kızamık, boğmaca, difteri gibi hastalıklarda önemli düşüşler yaşanmış ve 1871 yılına gelindiğinde sadece tüberküloz sebepli ölümlerde %10'luk bir azalma görülmüştür (Open University, 1985: 54). Başka bir örnek olarak ishale ilişkili hastalıkları engelleme adına yapılan çalışmalardan, temiz içme suyunun sağlanması %45, etkili sanitasyonun %28 ve hijyen uygulamalarının %23 oranlarında etkili olduğu bulunmuştur (Wolf vd., 2014: 935-936).

Planlamanın yürütüldüğü çevre, birçok faktörden etkilenmekte ve planlamayı da etkilemektedir. Bu sebeple ihtiyacı tetikleyen faktörlerin anlaşılması planlamayı kolaylaştıracaktır (Ouennsland Health, 2015: 19). Fişek (1991: 2), sağlık sisteminin çok faktörden etkilendiğini ve toplumun yaşamını sağlıklı olarak sürdürmesi için verilecek hizmetlerin ve uygulanacak politikaların çok yönlü olması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca sağlık planı hazırlanırken sağlığa zarar vermeyen bir çevrenin oluşturulması ve korunması, dengeli beslenme, sağlıklı yaşamı destekleyen konut, çalışma ve dinlenme koşullarının sağlanması gibi kritik konuların göz önüne alınması gerektiğini belirtmiştir.

2.3.5. Demografik Faktörler

Nüfus bilimi olarak da adlandırılan demografi; bölgedeki dağılımın, nüfusun bileşiminin ve özelliklerinin incelenmesidir. Her türlü politikaya etki eden nüfus, sağlık sektöründe de oldukça önemli bir faktördür. Sağlık planlamasında, nüfus büyüklüğünden nüfusun artış oranına; nüfusun yaş dağılımından bölgesel dağılımına kadar birçok değişken önemli rol oynamaktadır. Ülkenin nüfus yapısındaki doğum oranı, genç veya yaşlı nüfus, cinsiyet, ölümler vb. bilgiler sağlık planlamasında önemli belirleyicilerdir (Bergwall vd., 1973: 107; Thomas, 2003: 41,107; White ve Murnaghan, 1970: 305; Zukin, 1971: 1755). Bu bağlamda nüfus verilerinin; sağlık politikalarının oluşturulmasında, ülkedeki sağlık tesislerinin adil bir şekilde dağıtılmasında, sağlık

hizmetlerinin planlanmasında, gelecekteki sağlık çalışanı ihtiyacının belirlenmesinde önemli rol oynadığı söylenebilir (WHO, 1967a: 29; WHO, 1965b: 6).

Sağlık planlamacıların karşılaştığı konuların genişliği, bir dizi disiplinin ilke ve yöntemlerinin anlaşılmasını gerektirir. Değişen nüfusa uygun biçimde sunulacak sağlık hizmetleri için demografik özellikler değerlendirilmeli, nüfusun sağlık sorunlarının doğasına ve dağılımına bakılmalıdır (WHO, 1965b: 1). Nüfus büyüklüğü, planlamacılara, uygulanacak planın iş yükü tahmini için faydalar sağlayabilir, bunun dışında yaş ve cinsiyet ayrımı, doğum ve ölüm oranı hakkında da bilgiler verebilmektedir. Fakat sadece nüfus büyüklüğü, gerekli sağlık ihtiyaçlarının tahmin edilmesinde yeterli olmaz, bu nedenle cinsiyet, yaş dağılımı, kırsal kentsel nüfusu, bölgesel farklılıklar, etnik ve kültürel farklılıklar, bölgesel ekonomik statüler, medeni durum, eğitim seviyesi gibi diğer özellikler ile beraber düşünülmelidir (Bergwall vd., 1973: 107).

Demografik faktörler, sağlık üzerinde hem nicel hem de nitel etkiye sahiptir. Niceliksel etki, nüfusun büyüklüğünden kaynaklanmakta ve sonuç olarak sağlık sorunlarının boyutunu; niteliksel etki ise nüfusun dağılımındaki değişiklikten kaynaklanmakta ve sağlık ihtiyaçları boyutunu değiştirmektedir. Nüfus dağılımındaki değişiklikler, sağlık sorunları ve sağlık ihtiyaçlarında meydana gelen değişiklikler, sağlık kurumlarının niteliği ve işlevlerinde eşzamanlı değişiklik yapılmasını gerektirmektedir (WHO, 1965b: 5-6). Örneğin, yüksek nüfus artış oranları, hem hizmetlerin sağlanmasında bir zorlama yaratır hem de ağırlıklı olarak genç bir nüfusa ve dolayısıyla anne ve çocuk hizmetlerine özel bir ihtiyaç doğurur. Aksine, düşük ya da negatif büyüme oranları, farklı sağlık ihtiyaçları olan yaşlıların nüfus içinde daha yüksek bir orana ulaşmalarına yol açacaktır (Green, 2007: 187).

Sağlık ihtiyaçları ile doğrudan ilişkili olan yaş dağılımını, gelişmekte olan ülkelerde ağırlık olarak genç nüfus oluştururken (Bright, 1988: 103); ABD gibi gelişmiş ülkelerde dağılım ağırlıklı olarak orta ve yaşlı kesimden oluşmaktadır. Bu durum verilecek doğum hizmetlerini veya yaşlı bakım hizmetlerini doğrudan etkiler ve önceden karar verilmesini gerektirir (Bergwall vd., 1973: 108).

Sağlık planlamasında; gelişmiş ülkelerin, gelişmekte olan ülkelere çok daha fazla seçenek sunan sosyal, ekonomik ve demografik özellikleri bulunmaktadır. Özellikle nüfusun her kesimine geniş kapsamlı sağlık hizmetleri sunmak için büyük

finansal kaynakları tahsis edilebilme güçleri bulunmaktadır (Siegel, 1981: 98). Gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfus, kaynakların bu kesimdeki insanlara sağlık hizmeti vermek için ayrılmasına sebep olmuştur. Gelişmiş ülkelerin nüfustaki yaşlıların baskınlığını hem doğum oranlarındaki düşüş hem de gelişen sağlık sektörünün bir sonucu olarak ölüm oranlarındaki azalma ile açıklanmak mümkündür (Bright, 1988: 106).

Gelişmekte olan ülkelerdeki genç nüfusun fazlalığı ise doğum oranlarındaki yükseklikle açıklanabilir (Freedman, 1964: 47-58). Gelişmekte olan ülkelerin bu demografik özelliklere sahip olmasının yanında sosyal ve ekonomik koşulların baskısı, sağlık planlaması seçeneklerini azaltmaktadır (Olurunfemi, 1983: 598). Gelişmekte olan ülkelerde büyüyen nüfusa verilecek sağlık hizmetlerinin artması, var olan hizmetlerin artan sayı ile birlikte genişlemesi, bazı hizmetlerin verilen diğer hizmetlerden daha öncelikli hale gelmesi (bağışıklama) gibi birçok konuda zorluk yaşanmaktadır ve planlama içine bu konuların dâhil edilmesi gerekmektedir (Siegel, 1981: 99). Bu sebeplerle sağlık planlamacılarının gelecekte ve özellikle yaş gruplarında oluşacak kişi sayısını tahmin etmek için doğum oranındaki dalgalanmaların sonuçlarını hesaba katması gerekmektedir.

Sağlık planlamasında, ülkenin nüfus yapısı incelenirken coğrafi dağılım da önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine adil dağıtılması, planlamacıların zorlandıkları konulardan biridir. Örneğin, 20. yüzyılın ortalarında sağlık planlaması için en önemli konulardan biri gelişmekte olan ülkelerde yoğun şekilde kırsal kesimde yaşayanların (1920-1970 yılları arasında Türkiye’de de olduğu gibi) sağlık hizmetlerine erişimi düşünüldüğünde; bu dengeyi sağlamak oldukça zor olmuş ve bu nedenle planlamacılar bu konuda ciddi baskı altında kalmışlardır (Bright, 1988: 105-106). Kırsal bölgelerdeki sağlık hizmet kalitesinin kentsel bölgelere göre daha geride kalmasının sebebi olarak kentsel nüfusun hızlı şekilde artması sonucunda nüfusun yoğun olduğu yerlerde hizmetlere ağırlık verilmesi gösterilebilir (Gwatkin ve Brandel, 1982: 59).

Ülkelerin sağlık harcamaları giderek yükselmekte ve demografik değişimler de maliyetler üzerinde sürekli yukarı yönlü baskı kurmaktadır. Bu yüzden demografik değişimlerin dikkatli şekilde gözlenmesi, sağlık planlaması açısından hayati öneme sahiptir (Harrison vd., 1997: 140-141; Vaughan ve Morrow, 1989: 8; Çiçek-Korkmaz, 2019: 166). Demografik değişimler, epidemiyolojik değişimleri de tetiklemektedir.

Örneğin, doğumda beklenen yaşam süreleri artmış ve ölüm sebeplerinde değişimler yaşanmıştır (Omran, 2005: 738). Buradan hareketle epidemiyolojik faktörlere değinmek yerinde olacaktır.

2.3.6. Epidemiyolojik Faktörler

Epidemiyoloji, belirli bir toplumda sağlıkla ilgili durumların dağılımının incelenmesini, sorunlardan korunma ya da sorunların kontrolü için çözüm önerilerinin test edilmesini ve uygulamaya yönelik önerilerin geliştirilmesini sağlayan araştırma yöntem bilimi olarak tanımlanmaktadır (Detels, 2010: 114; Kasapoğlu, 1998: 363). Epidemiyolojinin amacı, toplumun sağlığını geliştirmek ve hastalıkları azaltmak için sağlık bilgilerini toplamak, yorumlamak ve kullanmaktır (Üner, Açıkkel ve Özcebe, 2007: 549; Kılıç, 2019: 33). Hastalıkların sıklığını ve dağılımını belirleyen epidemiyoloji (Porta, 2001: 61; Bonita vd., 2006: 22) sağlık planlamasında oldukça önemli bir faktördür. Toplumun sağlık sorunlarının önlenmesi ve kontrol edilmesi için kullanılan epidemiyoloji (Last, 2001: 4), hem mevcut durumun hem de nihai programın değerlendirmesine katkıda bulunacaktır (Tyroler ve Smith, 1968: 1066). Nüfusun morbidite, mortalite oranlarını ve nedenlerini tanıyamayan ve sürekli olarak değerlendiremeyen bir sağlık sistemi, nüfusun ihtiyaç ve beklentilerini karşılayamayacaktır. Oysa sağlık otoritelerinin merkezi rolü ise mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (El Taguri, 2008: 151). Sağlık hizmetleri kullanıcılarına ait kişisel bilgilerin ihtiyaç ve beklentilerle birleştirilmesi, etkili bir sağlık planlamasına ulaşılmasını sağlayacaktır (Wright vd., 1998: 1310).

Epidemiyolojik faktörler, önceliklerin ve sunulacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde kritik bir öneme sahiptir (Popov, 1971: 27; Bonita vd., 2006: 173). Sağlık planlamacıları, sık görülen hastalıkların belirlenmesi, hastalıklara neden olan kişisel ve çevresel faktörlerin tespit edilmesi (sigara tüketimi, kirli su vb.), hastalıkların nüfus içinde dağılımı (WHO, 1981: 13) ile hastaların tutum ve davranışlarının anlaşılması (Levin, 1976: 45) gibi farklı alanlardan edindikleri bilgileri, planlamanın tüm adımlarında kullanmaktadırlar. Örneğin, sık görülen hastalıklardan elde edilen bilgiler, önceliklerin belirlenmesinde kullanılmakta iken, hastalıkların nüfus içindeki dağılımından elde edilen bilgiler, hedef nüfusu tanımlamada yardımcı olmaktadır (Baker ve Reinke, 1988: 120; Üner, Açıkkel ve Özcebe, 2007: 567-568).

Sağlık ihtiyaçlarının ve beklentilerin değerlendirilmesi ayrıca; hastalık şekilleri ve bölgesel/ulusal farklılıkların tanımlanmasında, halkın öncelikleri hakkında bilgi edinilmesinde (Quennsland Health, 2015: 20), ihtiyaç alanlarının tespiti ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik hedeflerin belirlenmesinde, halkın sağlığını etkili ve verimli şekilde geliştirmek için kaynakların nasıl rasyonel bir şekilde kullanılacağına karar verilmesinde fayda sağlamaktadır (Wright vd., 1998: 1312).

Hastalık oranları, ölüm oranları, doğum oranları ve doğumda beklenen yaşam süresi gibi oranların her biri toplumun sağlık durumu ile ilgili olarak veriler sunar. Toplumun sağlık statüsünün tanımlanması sonucu elde edilen bu veriler; eksik olan hizmetlerin belirlenmesinde, sağlık hizmeti kullanım oranındaki değişimlerin gözlenmesinde ve hizmet önceliklerinin belirlenmesinde kullanılabilmektedir. Ölüm oranları; genel ölüm oranı, yaş ve/veya cinsiyet dağılımlı (bebek ölüm oranı vb.) ölüm oranları, aynı zamanda belirli hastalıklar sonucu ölümleri ve var olan diğer hastalıklar hakkında da bilgiler vermektedir (Bergwall vd., 1973: 116). Örneğin, son yıllarda Türkiye’de en fazla görülen ölüm sebepleri; dolaşım sistemi hastalıkları, neoplazmlar ve solunum sistemi hastalıklarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016a: 27). Hastalık oranları ise ölüm oranlarına göre daha az ve daha belirsiz bilgiler içermektedir ve sağlık planlamacıları için buradaki belirsizlikleri gidermek oldukça önemlidir (Reinke vd., 1973: 11). Hastalık istatistikleri, nüfusun çeşitli sorunları ile bağlantılı şekilde hastalık, engellilik ve sakatlığın boyutu ile ilgili olarak bir resim çekmeyi sağlar. Toplum ihtiyaçlarının geniş şekilde ele alınabilmesi için bu verilerin de dikkatle incelenmesi gerekmektedir (WHO, 1952: 5; Thomas, 2003: 112-113; WHO, 1965b: 8-14; Vaughan ve Morrow, 1989: 135; Green, 2007: 167).

Görüldüğü üzere sağlık planlaması; kültürel ve toplumsal, ekonomik, politik, çevresel, demografik ve epidemiyolojik faktörlerden açık şekilde etkilenmektedir. Bunların yanında bir bakıma politik faktörlerle de ilişkili olabilecek şekilde sağlık planlaması için bir yasal zeminin var olması ve sağlık planının bu yasal zeminden destek alması, planlama sürecinden uygulamasına kadar oldukça önemli bir yer kaplamaktadır. Bir sonraki başlıkta bu konu üzerinde durulmuştur.

2.4. Sağlık Planlamasında Yasal Çerçeve

Mevzuat; yasal zeminde, birincil mevzuat ve ikincil mevzuat olarak iki ifadeyi kapsamaktadır. Birincil mevzuat; kanunları ifade etmektedir, geniş yetki ve ilkeleri

temsil eder. Ancak, bu geniş yetkilerin uygulama alanındaki tüm ayrıntıları ele alması mümkün olmadığı için bu ayrıntılar ikincil mevzuatlar aracılığı ile belirlenir. İkincil mevzuat ise, bir kamu kurumu ve/veya yerel yönetimler tarafından hazırlanan ve yasal zemin oluşturan belgelerdir. Bunlara örnek olarak kararnameler, tüzükler, yönetmelikler ve düzenlemeler verilebilir. Görevleri, birincil mevzuatın ayrıntılarını açıklamaktır (Clarke, 2016: 4). Türkiye’den bu duruma örnek olarak; birincil mevzuat için 1961 Anayasası, 1982 Anayasası (planlamaya temel olmaları bakımından) veya 5510 sayılı kanun gösterilebilirken; ikincil mevzuat için Kalkınma Bakanlığı tarafından hazırlanan “Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” gösterilebilir.

Yasal düzenlemeler yapmanın nedenlerini; hakları oluşturmak, tanımak ve kullanmak, yükümlülük ve cezaları belirlemek, kalıcı kurumlar ve kurumsal düzenlemeler oluşturmak (Clarke, 2016: 6) biçiminde sıralamak mümkündür. Sağlık sektöründe hazırlanabilecek kanun ve düzenlemelere örnek olarak (Clarke, 2016: 6-9);

- Sağlık sisteminin örgütlenmesini, yönetilmesini ve finanse edilmesinin temelini oluşturan yasalar,
- Çeşitli salgın hastalıkların yayılmasını engellemek gibi sebeplerle ilgili olarak halk sağlığına ilişkin,
- Sağlık planlamasına ilişkin,
- Sağlık hizmet sunumu kalitesine ilişkin,
- Hastane ve diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili,
- Sağlık çalışanları ile ilgili,
- Çeşitli hastalıkların tedavisi ile ilgili,
- İlaçlar ve/veya tıbbi cihazlarla ilgili,
- Hasta hakları ile ilgili,
- Sağlık bilgi sistemine ilişkin,
- Sağlıkla ilgili çeşitli yasaklara ilişkin yasalar ve düzenlemeler gösterilebilir.

Sağlık planlamasının yapılabilmesi için yasal bir temel olması gerekmektedir. 12 Mayıs 1965 tarihli 8. Dünya Sağlık Kurulu tartışma raporunda ifade edildiği gibi sağlık planlamasının ön koşullarından biri planlama ve uygulama için mevzuatın oluşturulmasıdır (WHO, 1965a: 7-8). DSÖ’nün 1985 yılında Suriye’deki çalıştayında, planlama örgütlerinin; ulusal düzeyde programlarının oluşturulması ve uygulanması ile ilgili faaliyetlerin planlanması, takip edilmesi ve koordine edilmesi çalışmaları için

yetki ve yönetsel olarak güçlendirilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (WHO, 1985: 11). Sağlık planlamasına ilişkin yasa ve düzenlemeler; hem ulusal sağlık planlaması süreci için yasal zemin oluşturmaya hem de yaptırım ve teşviklerin kullanılması yolu ile eyleme geçmeyi sağlamaya hizmet etmektedir (Clarke, 2016: 10).

Planlama kurumlarının konumu ve planın uygulanması için gerekli mevzuatın sağlanması gerekmektedir (WHO, 1967a: 8; Ardell, 1970: 394). Planlama kanunu, sağlık sisteminin yönünü belirlediği için oldukça önemlidir. Düzenleme konusuyla uyumlu bir dizi yasa, sağlık sektöründe faaliyet gösteren gruplara uygun düzenleyici yetkileri somutlaştırır (Altman, 1978: 563; Garrett, 1999: 43). Sağlık; tarım, hayvancılık, gıda, eğitim, barınma, iletişim, çalışma, ulaşım vb. sektörlerin yanı sıra ulusal ve toplumsal kalkınma sektörleriyle de bağlantılıdır. Ülkeler, sağlık ile diğer sektörler arasındaki işbirliğini başarmak için kendi idari sistemlerini gözden geçirmeli, koordinasyonun gerçekleşmesini sağlayacak uygun mevzuatlar getirmelidir (El Taguri, 2008: 152). Bu sebeple hazırlanacak olan sağlık planlaması kanunlarının hazırlanma sürecine, kapsayıcı ve fikir birliği olacak şekilde her sektörün ve toplumun tüm kesimlerinin temsil edileceği şekilde grupların katılması önem arz etmektedir (Clarke, 2016: 19-22). Sağlık planlaması, yasal zeminde desteklenirse sürdürülebilirliği artacaktır (Schmets vd., 2016: 22). Sağlık planlaması için hazırlanan yasa veya düzenlemeler içinde; ülkede yürütülen plan türü ile ilgili bilgiler, plan için bir kurum veya kişinin görevlendirilmesine ilişkin bilgiler, planın içeriği, planlama süreci, izleme değerlendirmeye ilişkin bilgiler bulunmalıdır (Clarke, 2016: 11).

Tarafların görüş ve önerilerini içeren sağlık planlaması sayesinde toplumun gereksinimlerini karşılamanın, mevcut sağlık sisteminin koordinasyonunu sağlamanın ötesinde sistemde değişiklik yapılabilir, bunu da yasal temeller ve mevzuatlar sağlayacaktır (Feingold, 1969: 807; WHO, 1979: 16-17). Hükümetlerin; sağlık sisteminde uyum ve verimliliği sağlamak için yasal mimari oluşturmak, sağlık hizmetlerine erişim sağlamak, kaynakların verimli ve adil kullanımını sağlamak, uluslararası yükümlülükleri yerine getirmek, sağlık politikası hedeflerini ilerletmek, halkın zarar görmesini engellemek, sağlık sistemindeki ticari faaliyetlerin olumsuz etkilerinden kurtulmak amacıyla yasal düzenlemelere ihtiyaç duydukları söylenebilir (Clarke, 2016: 6).

ABD’de Başkan Johnson tarafından 3 Kasım 1966 tarih ve 89-749 sayılı yasanın (alanyazında kapsamlı sağlık planlama yasası olarak bilinen yasa) onaylanmasından sonraki geçen sürede şu olumlu sonuçlar elde edilmiştir (O'Connor, 1974: 410);

- Ülke genelinde veri toplama ve araştırma alanlarında ilerleme kaydedilmiştir,
- Tıbbi bakım sağlayıcılarıyla birlikte çalışarak, gereksiz tıbbi bakım tesislerinin yapımı azaltılmıştır,
- Yönetim olarak daha etkin örgüt sistemlerinin temeli oluşturulmuştur,
- Sağlık planlama birimlerinin bu dönemde görünürlüğü artmıştır.

Rogers (1968: 1038) kendi ifadesiyle, 89-749 sayılı yasanın topluma; *“Haydi örgütlenelim, haydi plan yapalım, mevcut para ve sağlık insan gücünden en iyi sonuçları elde edelim”* dediğini belirterek bir yasanın tüm gidişatı etkilediğini belirtmiştir.

Türkiye’de de 1960 yılından sonraki planlama çalışmalarının hız kazanması ve her alanda planlı bir kalkınma hamlesinin yapılması, bunun yanında şu an mevcut olan stratejik planların temelini 2005 yılında yayımlanan 5510 sayılı yasa sonrası kamu kurumları stratejik planlar oluşturmaya başlaması bu kapsamda ele alınabilir.

Sağlık planlaması, birçok konuyu içinde barındıran Bölüm 2.3’de görüldüğü üzere birçok faktörden etkilenen bir süreçtir. Bu sürece hiç şüphesiz birçok paydaş gerek bireysel gerek kurumsal düzeyde dâhil olmakta ve yer almaktadır. Bir sonraki başlıkta sağlık planlamasında yer alan paydaşlar ele alınacaktır.

2.5. Sağlık Planlamasında Yer Alan Paydaşlar

Sağlık planlaması, içinde birçok değişkeni barındıran karmaşık bir süreçtir. Bu karmaşıklığın içinden çıkmak, birbirinden farklı fakat birbirini tamamlayan organların birlikte çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Merkezden yapılarak doğrudan uygulamaya konulan planlamanın sağlıklı ve sorunların çözümünden uzak olacağı, uygulama sürecinde de birçok zorlukla karşılaşılacağı açıktır. Bu yüzden öncelikle sağlık planlaması için gerekli mevzuatların çıkarılması ve sağlık planlamasında görev ve/veya yer alan paydaşların iyi belirlenmesi şarttır. Sağlık sistemindeki ilişkilerin karmaşıklığı ve bileşenlerin büyüklüğü, sağlık planlama sorununu bu kadar önemli kılmakta ve aynı zamanda hem sinir bozucu hem de büyüleyici olarak nitelendirilmektedir (Elling, 1968: 126).

Plan önerilerinin kabul olasılığı; sağlık çalışanlarının, siyasi liderlerin ve toplumun planlama sürecine ne derece katıldığı ile orantılı olarak artmaktadır. Dengeyi olabildiğince merkezden uzak tutmak akıllıca olacaktır (Taylor ve Reinke, 1988: 17). Planlamacılar, politika yapıcılar, hizmet yöneticileri, topluluklar ve diğer paydaşlar arasındaki ilişki, planlamanın başarısı için büyük öneme sahiptir. Bazı ülkelerde, resmi planlama sürecine yapılan vurgu, sürecin aşırı derecede bürokratik bir işlev olarak görülmesine yol açmaktadır. Böyle bir yaklaşım da planın, ülkenin sağlık durumu üzerinde çok az gözlemlenebilir bir etkiye sahip olmasına sebep olmakta ve uygulama başarısızlığı olarak ifade edilmektedir (Green, 2007: 19-39).

Geleceğe yönelik olarak kaynakların nasıl kullanılacağı ile ilgili kararlar açık veya kapalı şekilde alınabilmektedir. Bu kararlar ya sadece belirli bir grupta (hekimler) birlikte alınmakta ya da planlamadan sorumlu kurum bu kararları tek başına almaktadır. Bu durumlarda planlamanın diğer paydaşları süreçten uzaklaşmakta, yabancılaşmakta ve planlama başarısız olmaktadır. Bu yüzden planlamada, ilgili tüm paydaşların yer aldığı açık ve şeffaf bir şekilde bunun yanında geniş çapta üzerinde tartışılan bir sürecin olması gerektiği önerilmektedir (Green, 2007: 20-21). Örneğin, sağlık sektöründe baskın grup olan ve sağlık hizmeti sunan profesyoneller kararlar alınırken kendi çıkarlarını düşünerek davranacak dolayısıyla ülkenin sağlık ihtiyaçlarını ve önceliklerini yansıtmayan kararlar alınmasına neden olacaktırlar. Bu yüzden sağlık planlamasında birçok aktörün bir arada bulunması ve önceliklerin verilere dayanarak belirlenmesi, verimli sonuçların alınmasını sağlayacaktır (Green ve Collins, 2006: 564).

Birinci bölümde değinildiği üzere devlet, sağlık sektöründeki finansman rolüne ek olarak politika oluşturma, planlama, düzenleme ve hizmet sunumunda roller alır. Bu rolleri yerine getirerek ülkede dengeli bir sağlık sistemi kurabilmek ve sağlık göstergelerini iyileştirebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın ve diğer devlet organlarının koordineli olarak çalışmaları gerekmektedir (WHO, 1961: 24).

Sağlık Bakanlığı sadece kendi planlarına odaklanırsa bu durum sektör için bir bütün olarak planlama konusunu koordine etmede tüm paydaşları yeterince dikkate almadığı için başarısızlığa yol açacaktır. Buna ek olarak, kamu sektörünün büyüklüğü, planlama becerilerinin yetersizliği ile birleştiğinde, son derece merkezi, hantal ve tepkisiz planlama süreçlerine neden olacaktır (Green, 2007: 17). Koordinasyon, planın geliştirilmesinden uygulanmasına kadar başarı için kilit faktördür (Thomas, 2003: 160).

DSÖ'ne göre de sađlđđın etkisinin artması için; Sağlık Bakanlıkları içindeki planlama birimlerinin kapasitesinin artırılması, Sağlık Bakanlıklarında daha güçlü planlama süreçlerinin oluşturulması, sektörler arası diyalog için mekanizmalar geliştirilmesi ve daha fazla işbirliği ile desteklenmesi gerekmektedir (WHO, 2005a: 47).

Sağlık planlamasının başlangıcı ile toplum sađlđđı üzerindeki etkileri arasındaki süre uzundur. Nüfusun büyük kesiminin planlamadan etkilenmesi sebebiyle, paydaşların katılımı sağlanarak planlamanın içinde yer almanın verdiği sorumluluk ve bilinçle planlamanın canlılık içinde sürmesi sağlanabilir (Nilsen vd., 2005: 826). Toplum düzeyinde, paydaşları tanımlamak ve katılımını talep etmek, teknik olduğu kadar politik bir süreçtir. Planlamada başarıyı garanti eden bir birleşim bulunmamakla birlikte paydaşların temsilcileri, karar vericiler, kanaat önderleri ve diğer alanların temsilcilerinin yanı sıra plandan etkilenmesi muhtemel olan kişileri de içerecek şekilde kapsayıcı olması önemlidir (Thomas, 2003: 76; WHO, 2010: 4).

Sağlık Bakanlığı'nın yayımlamış olduğu Ulusal Sağlık Politikası belgesinde (1993: 5) "ulusal politikalar, toplumun mümkün olduğunca geniş kesimlerince tartışılarak oluşturulmuş, partilerin mutabık kaldığı metinler olmalıdır ki hükümetlerin, Bakanların değişiminden etkilenmeden uzun vadeli stratejiler olarak uygulanabilsinler" hükmü yer almaktadır.

Planlamada yer alacak gruplar; devlet, planlama ekibi, uygulayıcılar, ilgili sektörler ve kullanıcılardır (WHO, 1970: 12-13). Planlamaya dâhil olacak kişilerin belirlenmesinde yardımcı olacak sorular (Raffel, 1968: 478; WHO, 2005b: 2; Garrett, 1999: 53):

1. Planlama ne için yapılacak?
2. Kimler etkilenecek?
3. Plan için hangi bilgilere ihtiyaç vardır?
4. Plan için tecrübe ve muhakeme dâhil olmak üzere gerekli bilgilere kimler sahiptir?
5. Planda hangi grup ve kurumların harekete geçmesi bekleniyor?
6. Kimlerin katılımı için kapasitelerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır? Bu soruların cevapları, kimin sürece dâhil olması gerektiğini belirleyecektir.

Planlamada yer alacak paydaşlar ve katılım oranları ile ilgili olarak birçok araştırmacı farklı yaklaşımlarla konuyu açıklamaya çalışmıştır. Ancak hepsinin ortak

noktası katılımında çeşitli sektörlerden ve toplumun her kesiminden birim, kurum ve kuruluşun yer almasının başarıyı artıracığı yönündedir. Bu görüşler, ilk olarak çeşitli sektörlerin planlama içinde yer alması, ikinci olarak da toplumun planlama sürecine katılması olarak ele alınacaktır.

Sağlık planlamasının karmaşık yapısı birçok sektörü planlama sürecinin içine çekme zorunluluğu doğurmuştur. Bölüm 2.3’de de ele alındığı gibi planlamayı etkileyen faktörlerin fazlalığı istatistik, ekonomi, epidemiyoloji, demografi, sağlık, yönetim gibi birçok bilim dalından uzmanların bir arada çalışması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu açıklamalardan yola çıkarak planlamada yer alan sektörlerle ilgili açıklamalar ve bulgular aşağıda sunulmuştur.

Sağlık planlaması, uzman kişiler tarafından gerçekleştirilen ve teknokratik yapıya sahip olan bir süreçtir (Crisp, 2017: 10). Sağlık planlaması, ulusal gelişmenin önemli bir parçasıdır ki sorunları çözmek için koordineli ve genellikle çok disiplinli çabalar gerektirmektedir (PAHO, 1964: 3; WHO, 1961: 7; WHO, 1973: 34; Popov, 1971: 12).

DSÖ raporunda, sağlık planlamasından ve uygulanmasından Sağlık Bakanlığının sorumlu olduğunu ancak kesinlikle sağlık profesyonelleri ve alanda çalışan kişilerle diyalogun ve etkileşimin bırakılmaması gerektiği (WHO, 1967a: 9), ayrıca Sağlık Bakanlığı uzmanlarının yanı sıra ekonomik, politik ve sosyal bilimler vb. alanlardaki uzmanlardan faydalanılması gerektiği açık şekilde belirtilmiştir (WHO, 1979: 22; Mott, 1969: 798).

Sağlık Bakanlığı, başta sağlık ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları olmak üzere devletin diğer kurumlarıyla, çeşitli sektörlerle ve hizmet sunumunu destekleyen diğer kurumlarla işbirliği içinde çalışmanın öncülüğünü üstlenmelidir (Commission on the Social Determinants of Health, 2008: 1661; WHO, 1979: 14-15). Eğitimden, yerel yönetime, spor dallarına, çevre koruma kuruluşlarına, özel sektörden, üniversitelere, araştırma kurumlarına ve sivil toplum kuruluşlarına kadar birçok paydaşla işbirliği yapılmalıdır. Bu nedenle planlama ekibinin ilk adımı, ortaklık için uygun paydaşları bulmak, plana mutabık kalınan değerler ve ilkelerle çalışmak, daha sonra da planlamaya rehberlik edecek süreçler üzerinde anlaşmaktır (Keleher, 2011b: 330). Örneğin; İtalya, İngiltere ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde, sağlık uzmanlarının yanında kamunun diğer alanlarından uzmanlar da planlama sürecine dahil edilmektedir (Ettelt vd., 2010: 13).

Sağlık planlaması, kapsamlı sağlık hizmetlerine yön verebilmek adına tıp bilimleri hatta politika bilimlerinden bile profesyonel kişilerin bir araya getirilmesini içeren geniş kapsamlı bir süreçtir. Tüm planlama süreci boyunca sosyal bilimcilerden sağlık bilimcilerine kadar birçok uzmanı planlama safhasından uygulama ve değerlendirme safhasına kadar bir arada tutmak gerekmektedir (WHO, 1967a: 14). Diğer alanlardaki profesyoneller de sürece önemli girdiler sağlarlar ancak özellikle sağlık meslek alanlarından (tıp, hemşirelik ve halk sağlığı öncelikli disiplinler olmak üzere) önemli sayıda sağlık profesyonelinin, mesleki becerileri ile planlama sürecine katılması gerekmektedir. Ancak planlama sürecindeki en büyük engellerden biri, sağlık çalışanlarının sürece katılmak istememesi ve/veya planlamanın önemini onlara anlatılamamasıdır (Green, 2007: 20). Bunun yanında sağlık sektöründe önemli yer kaplayan hizmet sunucuların aktif bir şekilde planlama sürecine dâhil olması da fayda sağlayacaktır. Örneğin, hizmet sunucuların sürece katılması Fransa ve Almanya'nın belirgin özelliğidir (Ettelt vd., 2010: 13).

Özellikle önemli sorunların sistematik analizinin bir parçası olarak psikoloji, psikiyatri ve siyaset bilimi uzmanları, nihai çözüme olanak tanıyacak şekilde planı tasarlamaya katılmalıdır. Ayrıca paydaşlar, herhangi bir önerinin kendileri üzerindeki etkisini düşüneceklerinden, politika yapıcılar da katılan gruplar üzerindeki etkiyi hesaba katacaklarından, planlamacıların tüm ilgili taraflar üzerindeki etkileri analiz etmeleri mümkün olacaktır. Bu süreçte tüm paydaşlar, maliyet/fayda etkilerinin tanımlanmasında yer almalıdır çünkü bir planının seçimi ve uygulanması, gerçek ve toplam maliyetlerin tahmini ve bunları ödeyen tarafların belirlenmesi ile kolaylaştırılmış olacaktır (Seder, 1973: 776; Lawrie vd., 2006: 1-10; Mott, 1969: 800; Himatsingani, 1973: 17-18). Örneğin; sorun çevre sağlığı ile bağlantılıysa, farklı paydaşların olması kaçınılmazdır. Hava kirliliği ile ilgili olarak planlama sürecine coğrafyacıların, ziraatçıların, meteoroloji uzmanlarının, kimya mühendislerinin, psikiyatristlerin, iç hastalıkları hekimlerinin ve patoloğların katılması olağan bir durumdur (Raffel, 1968: 475-476).

Planlama süreci, tamamen dışarıdaki veya alandaki uzmanlara devredilmeden, onların görüşleri alınarak gerçekleştirilmelidir. O halde sağlık yöneticilerinin de kendilerini, modern kamu yönetimi alanında sürekli geliştirmeleri gerekmektedir. Bu nedenle planlama, değerlendirme ve karar verme süreçlerindeki eğitim kursları, planlama sürecinde sağlık yöneticilerinin eğitiminin ayrılmaz bir parçasıdır (Hilleboe ve

Schaefer, 1968: 1042). Portekiz’de ulusal planlarına, vatandaşların da dâhil olduğu farklı aktörlerin katılımının, halk sağlığını iyileştirme yolunda önemli katkıları olduğu görülmüştür (Crisp, 2017: 10).

Planlamanın tüm aşamalarında katılımın aktif olması büyük önem taşımaktadır. Sorunların belirlenmesi, haritalandırılması ve sıralanmasında paydaşlar önemli katkılar sağlayacaktır. Örneğin, sorunların belirlenmesi sürecinde, tartışmaların başlangıcında bireylerin aynı sorunları farklı şekillerde değerlendirmelerinin ardından gelen uzlaşılar, çözüm sürecini destekleyecektir. Dolayısıyla katılımın zaman geçtikçe genişlemesi ve toplumun her kesimini içermesi gerekmektedir (Thunhurst ve Barker, 1999: 133). Farklı alanlardaki kişilerin bir araya getirilmesinin birçok avantajı vardır. Bunlar (Colt, 1970: 1200; Lawrie vd., 2006: 10; Ardal vd., 2006: 4):

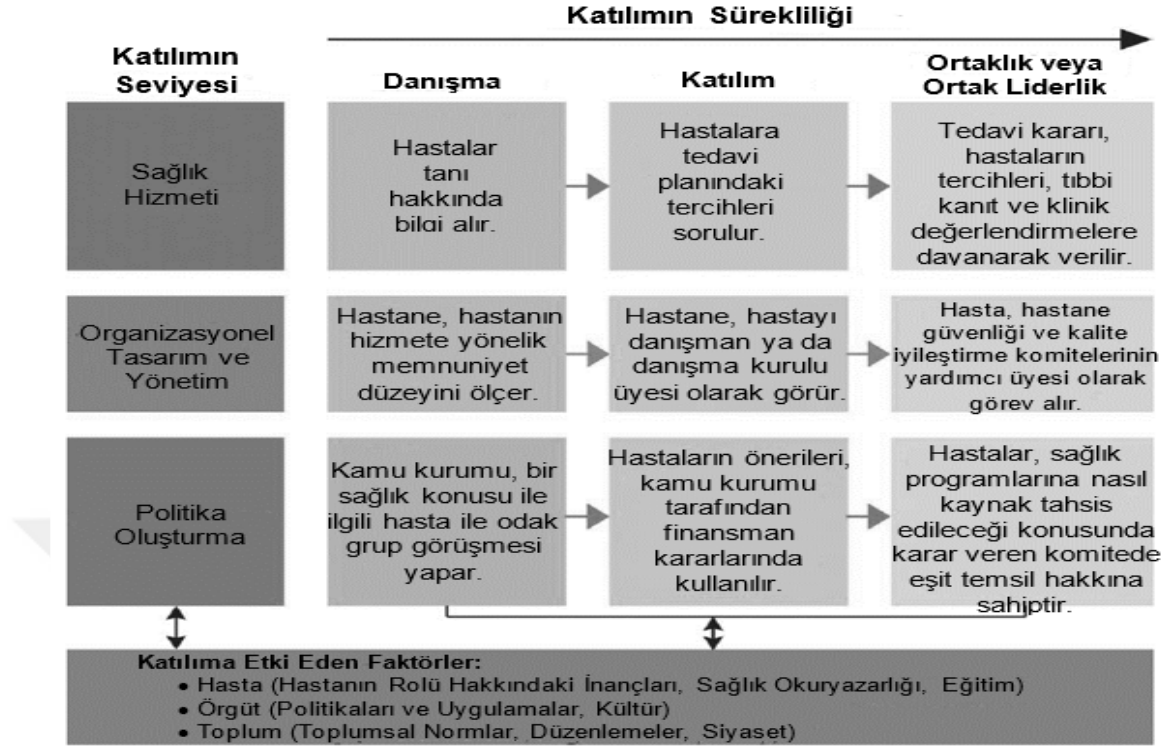
- Geniş bir aralık ve konuların derinliği araştırılır,
- Sistem değişikliğinin amaçlanan ve istenmeyen sonuçları dikkate alınır,
- Daha geniş grup, bütünüleyici düşüncüyü temsil eder,
- Nicel olmayan bilgiler yani yargısal içerikli bilgiler elde edilebilir,
- Yeni bir bakış açısı, objektiflik ve katılanların uzmanlığı sağlanır,
- Sağlık sektörü dışında planlama, kamu idaresi, hukuk vb. konularda uzmanlık sağlanır,
- Planlama birimi ile diğer kurumlar arasındaki ilişki güçlenir,
- Kurum ve programların faaliyetleri, ihtiyaçlar açısından değerlendirilir.

Farklı sektörlerden uzmanların katılımının yanında bireylerin yani sağlık hizmeti kullanıcılarının da planlama sürecine katılması planlamanın başarısını artıracaktır. Bu konu ile ilgili olarak 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde; *“kişiler, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulanmasında bireysel ve toplu olarak katılma haklarına ve görevlerine sahiptir”* vurgusu yapılmış ve konunun önemi vurgulanmıştır (WHO, 1978b: 1). DSÖ de sağlığa katılımı, ihtiyaç duyulan sağlığın geliştirilmesinde ve daha iyi bir sağlığın sürdürülebilirliğinin sağlanmasında doğrudan ve aktif bir rol oynayarak haklarını kullanan grupları ve bireyleri içeren bir süreç olarak tanımlamaktadır (WHO, 2002: 10). Etkili bir sağlık planlaması için sağlığın bireysel bir hak olduğunu benimseyen ulusal bir politika, sağlık hizmetlerinin (kamu-özel) kapsamlı bir şekilde verilmesini sağlamak adına tasarlanan politika ve prosedürleri içeren devlet planları ve

planlamada profesyonel olmayan sağlık hizmetleri kullanıcılarının katılımı gerekmektedir (Mattison, 1968: 1018).

İnsanların sağlığı, barış ve güvenliğin sağlanması için temeldir ve bireylerin, devletlerin tam bir işbirliğine bağlıdır (WHO, 1946: 1315) ve planlamanın toplum katılımının temeli üzerine kurulması önemlidir (WHO, 1953: 6; Barker vd., 1998: 99). Ancak toplumsal katılımın genellikle olumlu sonuçlar vereceği belirtilse de (Colt, 1970: 1197; Church vd., 2002: 12; Hochbaum, 1969: 1699; Keleher, 2011b: 330; Kilpatrick, 2009: 42; Holder ve Deniston, 1968: 565; Rifkin, 2014: 103); özellikle sağlık sektöründeki uzmanlardan, konunun çok teknik olduğunu ve kullanıcıların planlamada önemli bir rol oynama konusunda yetersiz kalacağını belirtenler de bulunmaktadır (Feingold, 1969: 805; O'Neill, 1992: 295). Halkın sürece katılımı, sadece sağlık hizmetlerinin sağlanması ve kullanılması bağlamında desteklenmemektedir ayrıca sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri, bir insan hakkı olarak daha geniş bağlamda kilit bir faktör olarak görülmektedir (Commission on Social Determinants of Health, 2008: 1661; Rifkin, 2014: 103; Fein vd., 1980: 9). Mooney (2012: 40), toplum katılımı için yaptığı değerlendirmede; toplumun sesinin duyulmamasını iki nedene bağlamıştır. Bunlardan ilki bu sesin duyulmak istenmemesidir. İkincisi ise toplumun klinik ve klinik olmayan süreçlerde kafa karışıklığı yaşamasıdır. Klinik konularda tıp mesleğinin öncü olması anlaşılır bir durumdur diyen Mooney, klinik olmayan süreçlerde de tıp mesleğinin ön planda olmasını toplumun yerinin yanlış anlaşılmasına bağlamaktadır. Bu kapsamda, Carman ve arkadaşları (2013: 225-226) hastaların, sağlık hizmetlerine katılımını çeşitli seviyelerde ele almıştır. Bu durum Şekil 4'de gösterilmiştir.

Şekil 4: Sağlık ve Sağlık Hizmetlerine Hastaların Katılım Seviyeleri



Kaynak: Carman vd., 2013: 225 (Şekil, Bayın, 2016: 460'dan alınmıştır).

Şekilde görüldüğü üzere hastalar; sağlık hizmeti, organizasyonel tasarım ve yönetim ve politika oluşturma seviyelerinde sürece çeşitli seviyelerde katılım göstermektedir. Bu seviyeler danışma, katılım ve ortaklık veya ortak liderlik şekillerinde gerçekleşmektedir.

Katılımı inceleyen çalışmalarda, artan ilgiye rağmen katılımı, daha iyi sağlık sonuçlarına doğrudan bağlayan çok az somut kanıt bulunmaktadır (Rifkin, 2009: 34). Bununla birlikte, seçilmiş vaka çalışmalarına dayanan bu deneyimler, katılımın değerinin kanıtı yerine varsayımlar üretmiştir. Bu varsayımlar; bireylerin, hizmetlerin nasıl sunulduğuna ilişkin kararlarda yer almaları ve sürdürülebilirliği teşvik etmeleri halinde sağlık hizmetlerini daha fazla destekleyecekleri, toplumdaki sağlık iyileştirmelerine katkıda bulunmak için kaynak sağlayacakları, değişimle ilgili kararlarda yer aldıklarında riskli sağlık davranışlarını değiştirecekleri, halk sağlığına dâhil olarak bilgi, beceri ve güvenle fırsatlar kazanarak güçleneceklerdir (Cueto, 2004: 1864-1866).

Sağlık planlaması katılımına örnek olarak, dezavantajlı durumda olan bir bireyin taleplerini dile getirmesi gösterilebilir. Taleplerin yerine getirilmesinde ihtiyacın

giderilmesi yeterli değildir, neyin verildiği, nerede ve hangi şekillerde verildiği önemlidir. Sürece katılan birey, sağlığını, refahını ve hayatını etkileyen planlama üzerinde söz sahibi olduğunu bilir. Bu nedenle, sağlık planlamasına katılım ve katılımdan kaynaklanacak somut, faydalı sağlık sonuçları dışında birçok birey için insan haklarının görünür bir simgesi olacaktır. Ayrıca bireylerin talepleri ancak karar verme sürecine katıldıklarında daha iyi anlaşılıp karşılanabilmektedir. Taleplerin karşılanamaması ise sadece sağlık için değil, aynı zamanda toplum politikaları için de çok ciddi sonuçlar doğurabilecektir (Hochbaum, 1969: 1699-1702).

Sağlık planlamasında önceliklerin belirlenmesi sürecine ilişkin Avusturalya’da yapılan bir araştırmada halkın, tercihlerinin sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme kararlarını etkilemesini istedikleri ortaya çıkmıştır (Wiseman vd., 2003: 1005-1008). Bu bulguların yanında halkın sağlık hizmetlerine katılımının avantajlarına bakılacak olursa;

- Halkın toplu veya bireysel kararlara dâhiledilmesi, daha hesap verebilir ve maliyet-etkin karar alma sürecine yol açacaktır (Church vd., 2002: 12-26; Wiseman vd., 2003: 1003),
- Sağlık iyileştirmelerine yönelik faaliyetlere katkıda bulunacak bireysel ve kolektif kaynaklara (zaman, para, malzeme ve enerji) ulaşılacaktır (Taylor vd., 2005: 28; WHO, 1979: 14-15; Nilsen, 2006: 141),
- İhtiyaçların bilinmesi veya fark edilmesi sağlanacaktır,
- Kişilerin, değişime karar verme sürecinde yer aldıklarında riskli sağlık davranışlarını değiştirmeleri daha olasıdır,
- Katılım, bireylerin kendi hayatları üzerinde kontrol sahibi olmalarını; bilgi, beceri ve deneyim kazanmalarını sağlamaktadır (Mubyazi ve Hutton, 2012: 56; Kreuter vd., 2000: 50),
- Sağlık programları ve toplum arasındaki uyumu kolaylaştırmaktadır,
- Toplumdan bilgi edinmeye ve topluma bilgi aktarmaya yardımcı olmaktadır (Kilpatrick, 2009: 39; Rifkin, 2009: 32; Butler vd., 2006: 1),
- Katılım, özellikle gelişmekte olan ülkelerde demokrasiyi geliştirmekte ve toplumun kapasitesini artırmaktadır,
- Sağlık hizmetleriyle daha yüksek toplum tatminine ve hatta daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşıldığı sıklıkla ifade edilmektedir (Kilpatrick, 2009: 39-42),
- Gerçekçi planlama yapmanın önü açılır (Holder ve Deniston, 1968: 565),

- Katılım, sağlık sonuçlarını iyileştiren müdahalelerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için anahtar olarak kabul edilmektedir (Rifkin, 2014: 103),
- Bireylerin tutumları değiştirilerek sağlık hizmetleri kaynaklarının israfı önlenebilir (Mubyazi ve Hutton, 2012: 56, MacCormack, 1983: 51),
- Kaynakların göz ardı edilmemesi, katılımcıların sorunlar hakkında bilgi sahibi olması ve çözüm önerileri geliştirmesi sağlanmaktadır (Williams, 1969: 49; Pala, 2014: 202; Sağlık Bakanlığı, 1995: 4-5).

Sağlık planlamasında sağlıklı bireylere yer verildiği gibi özel sağlık gereksinimlerine sahip olanlara (yaşlılar, fiziksel veya zihinsel engelliler vb.) da katılım hakkı verilmesi oldukça önemlidir. Dezavantajlı kullanıcıların planlama sürecine daha güçlü ve doğrudan bir katkı yapmasının rolü iki yönlüdür. Birincisi, sağlık profesyonellerini kendi ihtiyaçları ve problemleri hakkında bilgilendirmek; ikincisi, karşılanmamış ihtiyaçlarını ele almak isteyen diğer çıkar grupları gibi sağlık profesyonelleri ile pazarlık yapmak (Colt, 1970: 1198-1200). Örneğin, zihinsel engelliler için yapılan bir planlamada ebeveynler, planlama süreci için hayati önemi olan deneyim, yargı ve bilgiye sahiptir ve bu yüzden sürece dâhil edilmeleri önemli katkılar sağlayacaktır (Raffel, 1968: 475-476).

Sağlık konusuna halkın katılımı konusundaki düzenlemeler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde iyi organize olan çıkar grupları ve paydaşların rolü daha belirginken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere durum daha zayıftır (Khan, 2006: 11-12). Genel olarak görülen halkın mümkün olduğunca kararlara katılımı sağlanmaya çalışılmıştır (WHO, 1973: 11-12). Bireylerin bilgilendirilmesinin ve onlarla aktif işbirliğinin, halk sağlığının iyileştirilmesinde büyük önemi vardır (WHO, 1946: 1315). Hükümetler bu tür katılımı teşvik etmek, desteklemek, ilgili bilgileri etkili bir şekilde yaymak ve gerekli mekanizmaları kurmak veya güçlendirmek için uygun yollar tasarlamakla yükümlüdür (WHO, 1979: 14-15). Eğer vatandaşların katılım konusunda rahat hissetmeleri isteniyorsa, bunun için yeterli kaynak sağlanmalıdır, bu yapılar ve süreçler güçlendirmeyi kolaylaştırmalıdır (Church vd., 2002: 26). Hastaların rolünün artırılarak toplumun sağlık planlamasına, uygulanmasına ve sürdürülmesine anlamlı katılımını sağlamak için sürekli bir çaba olmalıdır (El Taguri, 2008: 151; Keleher, 2011b: 330; Fein vd., 1980: 9).

2.6. Sağlık Planlaması Süreci

Planlama süreci, sağlık planlamacılarının cevaplamasını bekleyen birçok karmaşık ve zor sorular içermektedir. Örneğin, sağlık sorunları nelerdir ve nasıl tanımlanmalıdır?, öncelikler nasıl belirlenecektir?, belirlenen önceliklerin gerçekçi olduğu nasıl anlaşılacaktır?, belirlenecek amaçlar gerçekçi ve uygulanabilir olacak mı?, amaçlara ulaşabilmek için nasıl uygulamalar yapılabilir? gibi birçok soru sağlık planlamacılarının cevaplaması gereken sorulardan sadece bazılarıdır (Hilleboe vd., 1972: 9-10).

Planlamanın işlevi sadece hedefleri ve alternatifleri ve bunları elde etmenin yollarını bulmak değildir. Aynı derecede önemli ve genellikle ihmal edilen, maliyet ve faydaların belirtilmesi, yüklerin yeniden tahsis edilmesi ve farklı türdeki eylemlerin olası sonuçlarının hesaplanmasıdır. Planlama sürecinin gerçek işlevi, belirlenen amaçlar için en uygun araçları belirlemek, toplumun değerlerini açıklamak ve bunları gerçekleştirmenin olası sonuçlarını tahmin etmektir (Bell, 1964: 870) ve bu süreç durum analizinden başlayarak izleme ve değerlendirmeye kadar uzanan bir kararlar bütünüdür (Knox, 1979: 12).

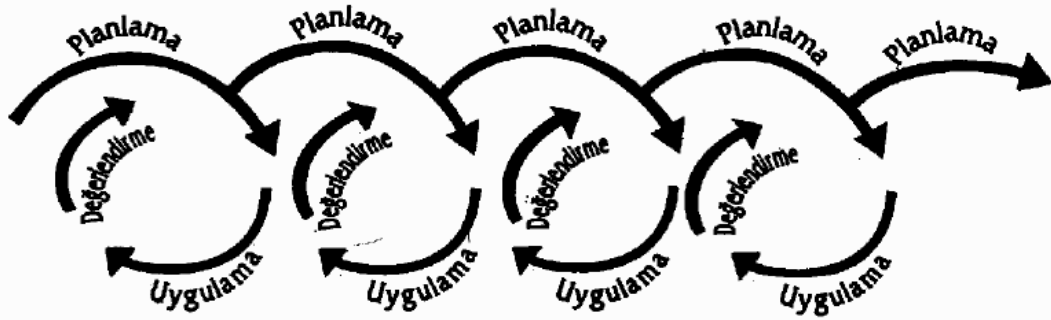
Planlama süreci terimi, genellikle mantıksal problem çözmedeki entelektüel aşamaları tanımlamak için kullanılır (Arnold, 1969: 1686). Bölüm 2.1’de sağlık planlaması tanımları açıklanırken, tanımların bulunduğu temalardan biri sağlık planlamasını bir süreç olarak gören tanımlar olarak belirtilmişti. Bunlara örnek olarak planlama, “politika seçimi ve değerlerin tahmini, uygulanması ve gerçeklerin ışığında programlama” olarak tanımlarken (Kahn, 1969: 16), bir başka tanımda “tercih edilen araçlar ile hedefe ulaşmayı amaçlayan, gelecekteki eylemler için bir dizi kararların alınması süreci” (Dror, 1968: 330) olarak tanımlamıştır.

Planlama süreci ile ilgili tanımlara bakıldığında; ihtiyaçları entegre etmenin bir yoludur (Holder ve Deniston, 1968: 567), bir prosedür kümesidir ve belirlenen amaçlara yönelik amaçlı bir eylemler dizisidir (Davidoff ve Reiner, 1962: 103-106), tüm unsurların entegrasyonunu mümkün kılan ve planlamacıların bilgi ve becerileri ayrıca mevcut zaman ve araçlara bağlı olarak basit veya karmaşık olabilen bir süreçtir (Lifson vd., 1968: 1012), sürekli bir döngüdür (El Taguri, 2008: 150; WHO, 1965b: 3; Western Australia Country Health Services, 2012: 2; Lawrie vd., 2006: 13) biçiminde tanımların olduğu görülmektedir. Koçel ise (2015: 185), geleceğe dönük olarak yakın,

orta ve uzun dönemdeki amaçların ve buna yönelik hedeflerin ve bunlara nasıl ulaşılacağına, kaynakların nasıl yönlendirileceğinin vb. konuların bugünden karara bağlanması sürecidir şeklinde tanımlamıştır.

Planlama süreci, iki adımlı süreçten yirmi adımlı sürece kadar tanımlanabilmektedir. Bu ayrımlarda rakamsal olarak farklılık olmasına rağmen içerikler genellikle benzerdir. Sayıdaki tutarsızlığın nedeni, başlıkların ayrı ayrı alınmış olması ya da bir başlık altında toplanmasıdır (Hyman, 1970: 48). Planlama süreci temelde 3 adımdan oluşmaktadır ve bunlar planlama, uygulama ve değerlendirmedir. Bu üç temel adım birçok adımın birleşmesinden oluşmaktadır. Şekil 5’de bu üç adım döngüsel şekilde gösterilmiştir.

Şekil 5: Planlama Süreci



Kaynak: Öztekin, 2001a: 22

Planlamanın, sınırlı kaynaklarla belirsiz olan gelecekteki ihtiyaçları karşılamak adına yapılan bir işlev olduğu düşünüldüğünde bu süreçlerin bilimselliğe, güvenilir verilere dayanması ve sistematik şekilde yapılması önemli bir husustur (Taylor ve Reinke, 1988: 11). Kavramsal olarak bir döngüden öte bir spiral, ayrıca kronolojik bir diziden öte bir süreç olduğu belirtilmiştir (Green ve Collins, 2006: 565).

Planlama adımları doğrusal görünebilir, ancak adımlar arasında geri dönüş döngüleri oluşturulmalıdır, böylece planlama gerçekçi olabilecektir (Lawrie vd., 2006: 3). Sağlık planlaması süreci, sorunların görüntülendiği ve çözümlerin geliştirildiği bir temel sağlar (Williams, 1969: 50). Bir plan başlangıçta planlanan her şeyi yerine getirmeyebilir ve planlamanın altındaki varsayımlar değişebilir. Planlama döngüsünün varlığı, bu durumda devreye girmektedir (Abel-Smith, 1994: 89). Yeni varsayımlarla planlama çemberinde üst adımlara dönülerek revizyon/değişim yapılabilmektedir (WHO, 1967a: 23-31; Himatsingani, 1973: 16). Bu durum planlama döngüsünün hem

dinamik bir süreç olduğunu hem de değişen koşullara adapte olabileceğini göstermektedir. Gerçekten de planlama statik değil dinamik bir niteliğe sahiptir. Çünkü planlama, plan dokümanının yazılması ile tamamlanan bir olgu değildir. Planlanan işlerin uygulanması, elde edilen sonuçların değerlendirilmesi ve buna göre planın gözden geçirilip gerektiği durumlarda önceki aşamalarda değişiklikler yapmak gerekebilir. Planlama, süreklilik, tutarlılık ve devamlılık ve deneme yanılma yoluyla sürekli olarak geliştirilebilen bir süreç olmalıdır (Gutierrez, 1975: 1049, McKenzie-Pollock, 1967: 256). Planlama döngüsü/spiralinin aktif bir süreç olduğu Şekil 6'da gösterilmiştir.

Şekil 6: Sağlık Planlama Spirali



Kaynak: Green, 2007: 36

Planlama döngüsü, Bölüm 1.4'de tartışılan planlama yaklaşımları düşünüldüğünde, teorik olarak hem nesnel (bilgi ve teknik destekli) hem de öznel (öngörü ve deneyim) yargıları içinde barındıran bir durumu yansıtmalıdır. Bu durum,

planlamada hem büyük gelişmeler kaydedilmesinin önünü açacak hem de daha gerçekçi olarak uygulamayı kolaylaştıracaktır. Planlama döngüsü unsurlarının günümüzde daha detaylı olarak kategorize edilmesinin amacı, sistematik bir yaklaşım sağlamak için yapılacak genel bir çerçeve veya işlevlerin ana hatlarını belirlemektir.

Planlamanın tam ve etkili olması için; gerekli verilerin uygun ve doğru seçilmiş olması; ulaşılmak istenen amaçların, eldeki veriler ışığında ve problem analizi sonucunda tanımlanması; alternatifler arasında uygulanabilir ve tatmin edici seçimlerin yapılması; öngörülen eylemler, gerçekleştirmeleri gerekenler tarafından anlaşılmalı ve kabul edilmelidir (Hilleboe ve Schaefer, 1967: 2). DSÖ Türkiye Temsilcisi Dr. Olle, Türkiye hakkında hazırladığı raporda; *“Bir sağlık idaresi, iyi tasarlanan planlara istinat ettiği takdirde inkişaf ettirilebilir”* (Bir sağlık idaresi iyi tasarlanan planlara dayandığı zaman gelişebilir) diyerek bu konudaki görüşünü belirtmiştir (Üner ve Fişek, 1961: 181). Sağlık planlamacıları, şu an kullanılan yöntemlerin, başta sorulan soruların cevaplarını sağlayıp sağlamadığını ve bu cevapların sağlık sisteminin çeşitli yönlerini planlamak için yeterli olup olmadığını kendilerine sormalıdır. Eğer yeterli değilse, karar verme sürecini geliştirmek için ne gibi eksiklikler olduğunu ve ne kadar planlama, araştırma ve geliştirme çabası gerekmekte olduğuna karar vermeleri gerekmektedir.

Sağlık planlaması, sosyal ve ekonomik planlamanın ayrılmaz bir parçasıdır. Planlama döngüsü, ülkeden ülkeye hatta aynı ülkede farklı zamanlarda değişiklik gösterebilmektedir (WHO, 1967a: 13). Planlama süreci yapıldığı türe ve seviyeye göre farklılıklar içerse de adımlar genelde benzerdir (Thomas, 2003: 75), ancak benzer olan bu adımlar her planlama sürecinde farklı sıralama ile işleyebilir. Sonraki bölümde planlama sürecinin içinde var olan; planlamanın planlanması, durum analizi, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, kaynakların değerlendirilmesi, alternatif seçeneklerin belirlenmesi, plan seçimi ve uygulama ile izleme ve değerlendirme adımlarına ilişkin bilgiler sunulmuştur.

2.6.1. Planlamanın Planlanması

Planlamanın planlanması adımı birçok araştırmacı tarafından planlama döngüsü içinde ayrı bir adım olarak gösterilmemiş (Green, 2007; Hilleboe vd., 1972; Davidoff ve Reiner, 1962; Lifson vd., 1968) diğer adımlar içine yerleştirilmiştir. Bu aşama tez içinde ayrı olarak ele alınmıştır. Çünkü planlama biriminin oluşturulması görev dağılımının yapılması ve ön bilgilerin toplanması oldukça önem arz etmekte birçok sorunu planlama

başında çözüme kavuşturmayı sağlayabilecektir. Nitekim 12 Mayıs 1965 tarihli 8. Dünya Sağlık Örgütü tartışma raporunda sağlık planlaması için ön koşullar olarak şunları belirtmiştir (WHO,1965a: 7-8):

1. Hükümetin, ulusal sosyoekonomik gelişme ve sağlık planlaması ile ilgili politikasının ayrılmaz parçalarından biri olarak amaçların ve hedeflerin değerlendirilmesi,
2. Planlama ve uygulama için mevzuatın oluşturulması,
3. Politika ve karar verme seviyesinde bir planlama örgütünün kurulması,
4. Planlama örgütü ile ilgili hükümet birimleri arasında koordinasyon için gerekli düzenlemelerin yapılması.

Planlamanın planlanması aşaması, planlama biriminin/komitesinin kurulması ve ön bilgilerin toplanmasını içermektedir (Thomas, 2003: 162).

a) Planlama Biriminin/Komitesinin Oluşturulması

. Planlama birimi planlamayı yapacak birim olarak değerlendirilebilir. Bu başlık altında ele alınan konu, planlama birimini yönetecek veya koordine edecek birimin oluşturulmasıdır ve Bölüm 2.5 ile bağlantılıdır. Bu başlık altında kullanılan planlama birimi veya planlama komitesi ifadeleri birbiri ile aynı anlamda kullanılmıştır.⁸

Bakan, başkan veya yönetici (ülkedeki idari yapılanmaya bağlı olarak) kendi dışındaki birini planlama ile ilgili işlevler için yetkilendirirse veya planı, o kişi veya grubun yapmasına karar verirse planlama işlevinin gerçekleşmesi için birçok seçenek bulunmaktadır. Bu seçenekler, dört başlık altında şu şekildedir (Bergwall vd.,1973: 48-50; Mott, 1969: 800; Lawrance Lorsh, 1967: 142-151);

- 1) *Yönetim Kurulu ve Yönetim Kurulu Üyelerinin Planlaması*: Planlamanın bu türünde, alt komiteler oluşturulmaz ve yeterli personel sağlanmaz ise başarısız olunur. Alt komitelerin varlığı, dış ilgili grupların tavsiye ve önerilerinin alınması çok önemli faydalar sağlamaktadır,
- 2) *Baş İşletme Görevlilerin Komitesi Planlaması*: Burada her birimin yöneticisi bir araya gelerek planlamayı yapar. Bu planlamanın en önemli avantajı; planlamadan doğrudan etkilenen kişilerin planlamayı yapıyor olmasıdır.

⁸ Planlama içinde yer alacak paydaşlar Bölüm 2.5'te ele alınmıştır.

- 3) *Komite Tarafından Planlama*: Burada baş yürütücü altında bir komite kurulur. Bu komite altında kontrol komitesi, danışma komitesi, araştırma komitesi gibi çeşitli alt komiteler kurulabilir. Bu planlama türünün avantajları; ayrı bir komite olarak çalışması, üye çeşitliliği, alanında uzman kişilerden oluşması, bir baş yürütücünün olması ve fikir birliği ile hareket edilmesi olarak gösterilebilir.
- 4) *Personel Planlama Grupları*: Komite yaklaşımının bir alternatifidir. Burada yöneticinin kendi görevlerini bir başkasına devretmesi söz konusudur. Buradaki en büyük sorun; planlamadan etkilenen kişiler ile planlamayı yapan kişilerin hiçbir ilgisi yoktur. Bu kişiler organizasyonun toparlayıcısı olarak görülebilir. Bu kişiler yetenekli olmalıdır ve bulunmaları zor ve pahalıdır. Eğer burada görev yapan kişiler yeterli bilgi birikimine ve tecrübeye sahip değiller ise planlama süreci zarar görebilir.

DSÖ, ülkelerin sosyal ve ekonomik planlama içinde ayrı ve bağımsız sağlık planlama komisyonu kurarak veya sağlık planlaması bünyesinde özel bir departman altında sağlık planlamasını gerçekleştirebileceğini de belirtmiştir (WHO, 1961: 10). DSÖ, bu durumun başarılması için yeterli insan kaynağına ve bütçeye sahip olunması, iletişim etkinliği için tüm iletişim kanallarının önünün açılması ve kullanılması gerektiğini belirtmiştir (Schmets, 2016: 25).

DSÖ, planlama birimleri ile ilgili olarak daha sonraki raporunda (WHO, 1967a: 8), “politika veya üst düzey karar verme organları gibi sağlık planlama birimi kurulmalı ayrıca bu planlama biriminin, devletin tüm planlama birimleri ve alanı ile ilgili devlet departmanlarıyla (Bakanlık, Başkanlık vb.) uyumlu çalışması için düzenlemeler yapılmalı” diyerek ayrı bir planlama biriminin gerekliliğini vurgulamıştır. DSÖ, ayrıca geçici olarak bir planlama kuruluşu kurulmasının dezavantajlı olduğunu ve uygulanabilir bir planlama örgütü kurmanın uzun zaman aldığını ayrıca kalıcı bir sağlık planlama biriminin varlığının sosyo-ekonomik gelişime önemli katkıda bulunacağını belirtmiştir (WHO, 1965b: 2).

Planlama birimi oluşturulmasının sebepleri şu şekilde sıralanabilir (Williamson, 1997: 12);

- Planlama, zaman alan ve üzerinde önemle durulması gereken bir süreçtir,
- Planlama, koordinasyon gerektirir, böyle bir birim koordinasyonu kolaylaştırır,

- Planlama süreci, birçok alandan uzmanların bir araya gelmesi nedeniyle karmaşıktır, özellikle sağlık sektöründe bu durum daha da karmaşıktır. Planlama biriminin varlığı bu karmaşıklığı düzenlemeye fayda sağlamaktadır.

Planlamada, politika belirleme birimi; politik yapıyı, halkı ve sağlık profesyonellerini temsil etmelidir. Bu üç grup arasındaki denge büyük oranda üstlenilecek planlama türüne göre belirlenir. Geniş kapsamlı planlamada, sağlık faaliyetlerinin halkın isteklerine uygun olmasını sağlamak önemlidir; dolayısıyla kullanıcıların orantılı temsil edilmesi büyük olmalıdır. Ancak, program planlaması ve proje planlamasında gerekli olan yeterlilik daha teknik niteliktedir, bu nedenle, politika belirleme grubundaki temsil, sağlık uzmanlarına daha fazla ağırlıklandırılabilir (Taylor ve Reinke, 1988: 12).

Planlama biriminin belirlenmesi oldukça önemli ve zor bir konudur. Çünkü planlama bilgisine sahip çalışan bulmak zordur. Ayrıca atanan kişilerin olaylara yüzeysel veya gerçeklikten uzak bakması, planlamayı olumsuz yönde etkileyecektir. Bu yüzden planlama birimi, ülkeyi tanıyan ve deneyimli çalışanlardan oluşmalıdır. Bunun yanında planlama biriminde Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili kurum yetkililerinin yanında sağlık profesyonelleri, verilerin kontrolü ve değerlendirilmesi için istatistik uzmanı (WHO, 1965b: 18), demografi uzmanı ve sosyolog gibi çeşitli alanlardan gelen uzmanların bulunması gerekmektedir (WHO, 1967a: 17-18).

Hükümetler; yeni politika, strateji ve planların geliştirilmesi ve kontrolü için profesyonel ve kamu desteğini harekete geçirmeyi ve bunlara katılmadaki işlevleri yerine getirirken ulusal sağlık konseylerinin kurulmasını veya güçlendirilmesini yararlı bulabilir. Bu konseylerin anayasal konumu mümkün olduğu kadar açık hale getirilmelidir. Konseyler, bazı ülkelerde Sağlık Bakanlığı'na en yüksek icracı veya yasama otoritelerine karşı sorumlu olan bir danışman niteliğinde olabilmektedir. Bu tür konseyler, sağlık sistemlerinin, sosyoekonomik gelişmenin ayrılmaz bir parçası olarak geliştirilmesinde önemlidir. Konseyler politika, planlama gibi belirli amaçlarla veya hepsini içine alacak şekilde oluşturulabilmektedir (WHO, 1979: 23). Planlama birimini oluştururken (Öztek, 2001a: 26-27);

- Planlama ile ilgili bütün tarafların planlama biriminde temsil edilmesi,
- Uygulamayı yapacak kurum ya da kuruluşların planlama sürecinde bulunması,
- Planlama birimine alanında uzman kişilerin alınması, gerekmektedir.

Planlamacıların politik üyeliği genellikle daha az önemlidir ancak tecrübeler, çalışanın tüm önemli siyasi gruplardan çekilmesi durumunda planlama etkinliğinin ve sürekliliğinin geliştirileceğini göstermektedir. Planlama birimi oluştururken ana konu, planlama birimindeki katılımcıların tamamlayıcı disiplinlerden birinde profesyonel yeterliliği olmasıdır. Özellikle epidemiyolog, ekonomist, istatistik, Sağlık Bakanlığı müsteşarları gibi birçok farklı daldan katılımcı şarttır. Hekimlerin otonomluğu burada da ortaya çıkacaktır ancak diğer birimlerin varlığı bir yandan çeşitlilik sağlarken diğer yandan çalışmayı zorlaştırmakta ve karışıklık meydana getirmektedir (Reinke ve Hall, 1988: 80-81).

Sağlık planlaması, toplumun tüm kesimlerini ilgilendirdiği için, planlamayı yapanların ülkeyi tanıması, sorunları yerinde görmesi, ihtiyaç ve talepleri yerinden öğrenmesi, planlamayı hazırlama ve uygulama sürecinde daha başarılı yapacaktır (Walt ve Vaughan, 1986: 46). Planlama grubunda (Colt, 1970: 1203-1204);

1. Sağlık sisteminin, kamu ve özel sektörün tam olarak temsil edilmesi,
2. Planlamanın teknik bir süreç olduğu kadar politik bir süreç olduğunun bilinmesi,
3. Planlamanın etkili olması için fon sürekliliği sağlanması ve işi yapmak için yeterli sayıda çalışan olması,
4. Yöneticinin, uzman olmasının yanında lider, tarafsız, dürüst ve iletişime açık olması,
5. Planlama grubundaki herkesin açık bir görev tanımı ve sorumlulukları olması,
6. Planlama süreci hedeflerinin, kararlaştırıldığı biçimde açıkça ifade edilmesi gerekir.

Sağlık planlaması sürecinin başarısı, ilgili grupların anlamlı bir şekilde dâhil olduğu ölçüde doğrudan bir ilişki içerecektir. Sağlık planlamasının etkilediği alan genişledikçe, sağlık hizmetleri sağlayıcıları dışındaki diğer grupların da katılımının gerektiği açıktır (Raffel, 1968: 474). Planlama birimine sahip olmak, ülkeleri sürekli sağlık planlamasında öne çıkaran ve daha fazla gelişmelerini sağlayan bir konuma getirmiştir. Örneğin, PAHO, 1964 yılında sağlık planlamasının ilk çıkışından itibaren en kapsamlı çalışmaları yapan ve bu konuya büyük önem veren Amerika kıtasındaki çeşitli ülkelerin ulusal sağlık planlamasının genel durumunu gösteren bir belge yayımlamıştır. Bu belgede yer alan 22 ülkeden 16'sı faaliyette bulunan ulusal sağlık planlama birimlerine sahiptir. Ulusal sağlık planlama birimlerine sahip 16 ülkenin 6'sı, kapsamlı

sağlık planlarını tamamlamış ve uygulama aşamasındayken, 9 ülke ise ilk ulusal sağlık planı hazır bulunmaktadır (PAHO, 1964: 3-4).

Başta belirtilen Berwarg'ın 1973 yılında yapmış olduğu ayrım, içinde bulunulan bu dönemin ve/veya planlama yapılacak her ülkenin şartlarına uygun olmayacaktır. Çünkü DSÖ, daha önce yapmış olduğu sağlık planlaması birimi kavramını geliştirerek, planlama biriminin 21.yüzyılda (Schmets, 2016: 25);

- Tek başına planlamadan birlikte planlama yapmaya evrilmesi ve aracılık rolü üstlenmesi gerektiğini,
- Yukarıdan aşağıya (Top-Down) yaklaşımından⁹, aşağıdan yukarıya (Bottom-Up) yaklaşımı benimsemesi¹⁰,
- Tekil yaklaşımdan, kapsayıcı bir çoğunluğu içerir durumda olması gerektiğini belirtmiştir.

b) Ön Bilgilerin Toplanması

Richard Thomas'ın (2003: 8) “*Planlamanın %80'i bilgi toplama %20'si asıl planlamadır*” sözleri planlamanın tamamen bilgi üzerine inşa edildiğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Planlamanın teknik yönü, kararlar alınırken kanıta dayandırmayı gerektirmekte, kanıtlar ise güvenilir bilgilerle sunulmaktadır (Green ve Mirzoev, 2008: 122). Bilgiler üç amaçla kullanılmaktadır; değişim veya eylemi teşvik etmek, değişimi veya eylemi izlemek ve değişimin etkisini değerlendirmek (Hancock vd., 1999: 23). Değişimi harekete geçirecek bilgiler; farklılıkları, özellikle sağlığa ilişkin eşitsizlikleri, sağlığın sosyal ve fiziksel belirleyicileri olan önemli verileri içermektedir (Hancock ve Minkler, 2012: 154).

Sağlık ihtiyaçlarının desteklenmesinde mevcut hizmetlerin (kamu sektörü, özel sektör ve diğer) yeterliliğini anlamak önemlidir. Kapsamlı bir veri toplama ve analiz sürecinin gerçekleştirilmesi, tüm ilgili bilgilerin planlama faaliyetinin gerçekleştirildiği konuları ele almak için stratejilerin geliştirilmesini sağladığını garanti eder (Ouennsland Health, 2015: 19). Sağlık planlamasının amacı, sağlık sorunlarının azaltılması ya da sağlığın geliştirilmesi olduğundan, sağlık planlamasındaki ilk önemli adım, sorunları

⁹ Top-Down yaklaşımı; planlamada terminoloji, amaç ve hedeflerin belirlenmesi merkezi seviyeye göre belirlenmektedir. Sağlık sektöründeki alt birimler ise yukarıdan gelen direktifleri uygulama birimi olarak görev görmektedir (Walt, 1994: 153; Terwindt ve Rajan, 2016: 7).

¹⁰ Bottom-Up yaklaşımı; merkezi birim planlamayı beslemeye yardımcı olan tüm birimleri sürecin içine alır ve birimlerden gelen girdiler ile planlamayı başlatır. Merkezi birim burada işbirliği sağlayıcı olarak görev görür (Walt, 1994: 155; Terwindt ve Rajan, 2016: 7).

bazı tek tip ve karşılaştırılabilir temelde tanımlamak ve ölçmek olmalıdır (Michael vd., 1968: 21-22). Bir amaca en etkili yaklaşımın belirlenmesine yardımcı olmak için sağlık sorunları arasında öncelikler belirlenmelidir. Bu önceliklerin objektif olarak belirlenmesi için de tüm sorunlara ortak bir ölçü biriminin uygulanması gerekmektedir (Michael vd., 1968: 22).

Bireyler ve toplumlar, durumlarını değerlendirmek ve değişimin gerçekleşmesi için eyleme geçmek için gereken bilgiye sahiplerse gerçekten gelişebilirler (Hancock ve Minkler, 2012: 155). Sağlık planlama birimi tarafından toplanan veriler, planlanan alanın bir resmini görmeye yardımcı olacaktır. Veriler sadece planlama öncesi gereklilikler için değil, planlama süreci boyunca sürekli olarak değerlendirilmelidir. Veriler, planlama biriminin sorunlu alanları belirlemesine ve sağlık planlaması sürecinin gidişatına yön verecektir (Raffel, 1968: 475).

Sağlık bilgisi; sağlık planlamasında, yönetiminde, araştırmasında ve eğitiminde merkezi bir araçtır. Güvenilir, ilgili, güncel, yeterli ve makul ölçüde eksiksiz bilgi sağlamak için verilerin toplanması, işlenmesi ve analizi hayati öneme sahiptir. Bilginin olmaması; sonuçsuz çabalar, daha az üretkenlik, zaman ve kaynak israfı ile zayıf kararlar, zayıf planlama ve zayıf değerlendirme ile sonuçlanacaktır (El Taguri, 2008: 151). Detaylı, güvenilir ve doğru bilginin bulunabilirliği, sağlık planlaması dâhil olmak üzere tüm planlama faaliyetleri için olmazsa olmaz bir koşuldur (WHO, 1965b: 3; Green, 2007: 157-158). Örneğin, SSCB, sağlık planlamasının; kullanım, ihtiyaç, istek, hastalık, ölüm, tesis ve insan kaynağı durumu gibi faktörler hakkındaki bilimsel verilere dayandırılması gerektiğine dair bir taahhütte bulunmuştur (Daniel, 1974: 613-614).

Gerçekçi bir sağlık planının hazırlanması için nüfusun sağlık ihtiyaçları, eldeki kaynaklar, her bir sağlık önleminin maliyeti hakkında detaylı bilgi gereklidir (WHO, 1965b: 4). Bilgilerin bulunmaması durumunda, sağlık planlanmasının ne kadar etkili bir şekilde gerçekleştirildiğini görmek zor olacaktır (White ve Murnaghan, 1970: 306). Güvenilir bilgi, kıt ve arzu edilen bir maldır ancak tüm bilgiler güvenilir değildir. Toplanan bilgi, tamamen güvenilir olabilir, ancak eldeki amaca uygun değilse işe yaramayacaktır. Gerekli olabilecek pek çok veri muhtemelen daha önce uygun biçimde toplanmamış ya da çok uzun zaman önce toplanmış olabilir (Colt, 1970: 1201).

Sağlık planlama birimi, ihtiyaç duyduğu bilgileri toplamak için kamuya açık oturumlar, iyi tasarlanmış ve yapılmış toplum anketleri de düzenleyebilir. Ancak,

toplanan her türlü bilgi, planlama süreci için hem anlamlı hem de uygun olmalıdır (Raffel, 1968: 474). Temel veriler sağlık sorunlarının belirlenmesi ve ihtiyaçların anlaşılması ve değerlendirilmesinde kullanılabilir. İstatistik veriler yoksa veya güvenilir değilse planlama süreci öncesi uzman kişi veya kurumlara çalışmalar (1959 yılında Sri Lanka ve 1990 Türkiye örneklerinde olduğu gibi) yaptırılabilir (WHO, 1961: 11; Popov, 1971: 23-24).

DSÖ, yayınladığı birçok rapor ve belgede, sağlık planlaması yapılmadan önce ön hazırlıklar kapsamında ele alınması gereken verileri; demografik veriler, sağlık istatistikleri, kaynakların durumu ve değerlendirilmesi (tesis, işgücü, makine teçhizat vb.), ekonomi ile ilgili bilgiler, sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar biçiminde beş başlık altında toplamıştır (WHO, 1953: 1-2; WHO, 1967a: 8-9; WHO, 1965a: 8; WHO, 1965b: 5).

DSÖ raporlarına paralel olarak birçok araştırmacı planlama öncesinde gerekli olan bilgiler şu şekilde sıralamışlardır (Green, 2007: 165-167; Lawrie vd., 2006: 11; Raffel, 1968: 474; Abel-Smith, 1967: 97; Thomas, 2003: 107);

1. Demografik veriler (ulusal ve bölgesel olarak),
2. Yaşamsal ve sağlık istatistikleri (bebek ölüm oranları, nedenlere bağlı ölümler, morbidite verileri, hastane başvuruları vb.),
3. Kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularının kaynakları ve sağlık hizmeti insan gücü kategorilerine göre ayrılmış olarak mevcut durumu,
4. Ulusal ekonomik geçmiş ve insan gücü pozisyonu ile ilgili bilgiler,
5. Sağlık hizmetleri mali kaynaklarının durumu.

Planlama sürecinde farklı aşamalar, farklı bilgi türleri gerektirir. Bilgilerin toplanması, analiz edilmesi ve sunulması birer maliyet unsurudur. Gereksiz bilgilerin işlenmesi sadece maliyetli olmakla kalmaz aynı zamanda planlamacıları yanlışlara da yönlendirebilir (Green, 2007: 165). Planlama sürecindeki adımlar için gerekli olan bilgiler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Planlama Adımları İçin Gerekli Olan Bilgiler

Planlama Adımı	Gerekli Olan Bilgi
Durum Analizi	• Ülke özellikleri • Sağlık durumu ihtiyaçları • Sağlık hizmeti kullanılabilirliği • Sağlık hizmetleri kullanımı ve farklılıkların nedenleri • Diğer sektörlerin hizmetleri • Siyasi içerik • Mevcut ve öngörülen kaynaklar
Önceliklerin Belirlenmesi	• Ulusal hedefler • Öncelikler hakkındaki toplum görüşleri • Sağlık çalışanlarının öncelikleri
Alternatiflerin Değerlendirilmesi	Olası alternatif seçenekler için; • Etki • Verim • Eşitlik • Kabul Edilebilirlik • Fizibilite • Kaynak Kullanılabilirliği
Uygulama	• Sermaye uygulama aşamasında bilgi izleme; • Giriş sağlama / kısıtlamalar • Hizmet sunum aşamasında yönetim bilgileri; • Hizmet kullanımı • Maliyet
Değerlendirme	Değerlendirme ve durum analizi

Kaynak: Green, 2007: 171

Planlama hangi seviyede yapılırsa yapılsın bilgiye her zaman ihtiyaç vardır. Fakat ülke genelinde bir planlama yapılacaksa, toplumun ihtiyaçlarını ve önceliklerini görmeye yardımcı olacak bir bilgi sistemine ihtiyaç vardır (White vd., 1977: 16-17). Bu kapsamda ülke çapında bir veri tabanı geliştirmenin büyük katkısı olacaktır. Buradaki amaç, sağlık ihtiyaçları ve kaynakları ile ilgili verileri geliştirmektir. Bu tür bilgilerin, temel sağlık koşullarını, organizasyondaki sorunları, sağlık hizmetleri sunumunu, sağlık kurumları ve programları için kaynak yetersizliklerini belirlemek için analiz edilerek verilerin belirlenen yönergelerle göre değerlendirilmesi, bölgedeki sağlık sorunlarının belirlenmesi, öncelik sıralamasına ve planlama sürecine yönelik hedeflerin belirlenmesine fayda sağlayacaktır (Colt, 1970: 1201-1202). Veri tabanı, şu bilgileri içerebilir;

- Sağlık ve sosyoekonomik veriler (nüfus, morbidite, mortalite, gelir),
- Sağlık kaynakları ile ilgili veriler (sağlık kurumları sayısı, sağlık personeli sayısı, bütçe, personelinin dağılımı),

- Toplum ile ilgili veriler (hükümet yapısı, vergi yapısı, kamu sağlık harcamaları vb.),
- Politika ve düzenlemeler ile ilgili veriler (politika yönergeleri ve sınırlamaları, düzenlemeler ve gereksinimler).

Planlama, toplumun ihtiyaçlarına dayalı olarak sosyo-politik değerleri ve öncelikleri içerecek şekilde yapılacaksa iyi bir sağlık bilgi sistemi ile planlamacılara destek verilmelidir. Çünkü iyi bir sağlık bilgi sistemi, daha iyi politikalar üretmeye ve sorunları daha iyi görmeye fayda sağlayarak daha iyi çözüm önerileri geliştirmeye yardımcı olacaktır (White vd., 1977: 17-18). İyi tasarlanmış bir bilgi sistemi, sağlık planlamasına değerli yardımlar sunacak ve ulusun sağlık durumunun iyileştirilmesini hızlandıracaktır. İyi tasarlanmış bir sağlık bilgi sistemi ise (Michael vd., 1968: 21);

- Sağlık sorunlarının ortak bir temelde nicel karşılaştırmasını sağlamalı,
- Sağlık ve çevre sorunları ile ilgili sağlık etkinliklerini ölçmeli,
- Mevcut ve öngörülen kaynakları belirli sağlık ve çevre sorunlarıyla ilişkilendirmeli, maliyet-fayda analizi ve alternatiflerin seçimi için bir çerçeve sunmalı,
- Yeterince esnek ve mevcut idari ve bütçeleme gerekliliklerini karşılayabilecek kapasitede olmalıdır.

2.6.2. Durum Analizi

Durum analizi, mevcut durumun, ihtiyaç ve öncelikler açısından gerçek sağlık durumunu ortaya koymak için farklı perspektiflerden değerlendirilmesini içermektedir. Durum analizi, genel olarak “şimdi neredeyiz?” sorusuna cevap aramaktır (Chatora ve Tumusiime, 2004: 22; Knox, 1979: 12). Planlama ise, hem şartlar hem de oran olarak nerede olduğumuzun bir değerlendirmesi üzerine inşa edilmektedir (Blum ve Sully, 1969: 6; WHO, 2010: 7).

DSÖ, durum analizini, mevcut sağlık durumunun değerlendirilmesi, ulusal politika ve planların tasarlanması, güncellenmesi için esas tutulan bilgiler şeklinde tanımlamıştır (Rajan, 2016: 1). Planlamacının görevi, nereye gidileceğini açık bir şekilde ortaya koymaktır, ancak bunu yapmadan önce kullanacağı kaynakları ve önündeki engelleri bilmesi ve duruma göre belirlenen belirli koşullar altında çalışması gerekir (Banfield, 1959: 362). Durum analizi, mevcut durumun ve gelecekteki

beklentilerin değerlendirildiği adımdır. Ayrıca planlama sürecinin genişlemesine ve diğer kurumlara açılmasına imkân sağlar (Green ve Collins, 2006: 565-566).

Yapılacak planın seviyesi (ulusal, bölgesel vb.) ne olursa olsun planın geliştirilmesindeki ilk aşama, durum analizi yapılmasıdır. Durum analizinin amaçları (Green, 2007: 185; Walsh ve Warren, 1980: 146, Rajan, 2016: 1-10);

- Planlama sürecinin geri kalanı için ortak bir referans noktası oluşturmak (mevcut durumu, nedenleri ve etkileri dâhil olmak üzere gerçek şekilde ortaya koymak),
- Planlama için öncelikli alanların seçimi için arka plan sağlamak (nüfusun istek ve ihtiyaçlarına cevap vermek için temel sağlamak),
- Gelecekte ulaşılmak istenilen yer için stratejiler geliştirmeye temel sağlamak,
- Roller ve sorumlulukları net şekilde belirlemeyi sağlamak,
- İzleme ve değerlendirmeye zemin sağlamak,
- Hesap verilebilirliği ve şeffaflığı sağlamaktır.

Sağlık planlaması, sağlık sektörünün mevcut durumu hakkında sağlam bilgilere dayandırılmalıdır (Rajan, 2016: 1). Durum analizi olmadan yapılan planlama bir futbol topunun karanlığa atılmasına benzetilebilir. Sağlık sisteminin genel bir analizinin yapılması, planlamacıya bir resim sunmaktadır (Thomas, 2003: 101-102). Toplanan ön bilgiler içinde yer alan talepler, kaynaklar ve kullanımlar analiz edilecektir. Durum analizi, iyi bilinen bilgileri formüle eden gereksiz bir aktivite gibi görünebilir ancak önemli bir egzersizdir ve yeni anlayışlar getirebilir. Hem sağlık çalışanlarına, planlama süreci hakkında değerli geribildirimlerde bulunur hem de analiz sonucu oluşturulan raporun, sağlık sektörü için bir arka plan belgesi olarak kullanılmasını sağlar. (Green, 2007: 185; Barker vd., 1998: 94). Durum analizi; katılımcı ve kapsayıcı, analitik, bağlantılı, geniş kapsamlı ve kanıta dayalı olarak hazırlanmalıdır (Berman ve Bitran, 2011: 5).

Sağlık planlamasında, mevcut sağlık sisteminin ve ülkenin içinde bulunduğu durumun analiz edilmesi büyük öneme sahiptir. Mevcut durum, ulaşılmak istenen konum ile aradaki farkın belirlenmesinde ve atılacak adımların seçiminde büyük rol oynar. Bu nedenle toplumun sağlık düzeyinin, sunulan sağlık hizmetlerinin, mevcut kaynakların (fiziki, insan ve finansal) belirlenmesi gerekmektedir. Durum analizi, ulusal planlamanın herhangi bir aşamasında, seviyesinde (ulusal, bölgesel, il düzeyi), çeşitli

temalar ve kapsamlar için yapılabilir (Rajan, 2016: 2). Bunlardan bir kısmı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Durum Analizinin Boyutları

Analiz Boyutu	Tema/Kapsam
Hedef Gruplara Göre	Yaş ve Cinsiyet, Gelir Seviyesi, Sosyal Sınıf, Etnik Grup, Coğrafi Bölge
Hizmetin Fonksiyonuna Göre	Koruma, Tedavi, Geliştirme, Rehabilitasyon, Destekleyici
Hizmetin Seviyesine Göre	Temel Sağlık Hizmetleri, İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri
Sağlık Sorunlarına Göre	Sıtma, İshal, Tüberküloz, AIDS vb.
Hasta veya Tanı Gruplarına Göre	Akıl Hastalığı, Zihinsel Özürlülük, Yaşlı, Çocuk, Hamile vb.
Klinik Özelliklere Göre	Acil, Genel vb.
Bağımlılık Derecesine Göre	Bakımevi ve Sosyal Destek İhtiyacı

Kaynak: Lee ve Mills, 1982: 89

Tabloda verilen boyutlara göre yapılacak durum analizi, planlamanın seyrini değiştirecektir. Planlamanın en önemli girdisi olan doğru veri, burada ortaya çıkmaktadır ve etkin bir planlama için temel koşuldur (Öztek, 2001a: 34).

Verileri toplarken ve analiz ederken, planlamacılar zaman içinde önemli bir değişiklik olup olmadığını görmek için her ana göstergenin çizgisi boyunca geriye doğru bakmalıdır (Blum ve Sully, 1969: 6). Durum analizinin temel içeriğinde şu bilgiler yer almaktadır (Green, 2007: 186-190; Green ve Mirzoev, 2008: 128; Sakharkar, 2009: 122):

1. Nüfus özellikleri (demografik bilgiler, din, eğitim ve kültürel özellikler),
2. Alan özellikleri ve altyapısı (coğrafi ve topoğrafik durum, altyapı, sosyo-ekonomik durum, kamu ve özel sektör yapıları)
3. Politika ve politik çevre (genel ulusal politikalar, mevcut sağlık politikaları, politik çevre)
4. Sağlık ihtiyaçları (tıbbi sağlık ihtiyaçları, toplum tarafından algılanan sağlık ihtiyaçları)
5. Mevcut hizmetlerin verimliliği, etkinliği, eşitliği ve kalitesi.

1985'teki DSÖ çalıştayında 21 ülkeden gelen katılımcıların çoğu, ülkelerindeki durum analizinin, hastalıklara yönelik sorunlara odaklandığını ve sağlık planlamacılarının ihtiyaç duyduğu sosyo-ekonomik sorunlara yönelik incelemelerin yapılmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca sistematik analizin daha detaylı olması ve mevcut (sosyo-ekonomik, demografik, epidemiyolojik, sağlık kaynakları, sağlık hizmetleri, çevre, kalkınma politikaları, sağlık politikaları) durumu net olarak ortaya koyması gerektiğini belirtmişlerdir. Tüm bunların yanında katılımcılar, kapsamlı bir veri analizinin, ulusal sağlık gelişimi için planlama ve yönetim sorumlulukları ile görevlendirilmiş planlama gruplarına, eğitilmiş insan gücü gerektirdiğini belirtmişlerdir (WHO, 1985: 12-13).

Sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılan bilgiler üç tür kaynaktan elde edilebilir. Bunlar; hizmet sunucuları, hizmet alanlar ve bilgilerin sistematik analizidir. Hizmet sunucuları, gerekli bilgilerin sağlanabileceği en önemli kaynaklardır. Sistemin işleyişini bilmeleri bu açıdan fayda sağlayabilmektedir. Hizmet alanlardan elde edilen bilgiler önemlidir ancak yanıltıcı olabilir. Çünkü hizmet alanlar, kendi öncelikli ihtiyaçlarının giderilmesini isteyecektir. Örneğin, hizmet alanlar hastalıkların önlenmesi yerine tedavi edilmesinin öncelikli olmasını isteyebilirler. Bilgilerin sistematik analizi ise, planlamacılar için çeşitli kaynaklara dayanan hayati öneme sahip bilgileri içerir ve bu veriler ne kadar sağlam olursa olsun tek başına işe yaramazlar. Planlamacılar elde ettikleri verileri, hizmet sunucularından ve hizmet alanlardan edinilen veriler ile birleştirerek yorum yapmak durumundadırlar (Bergwall vd., 1973: 157-158).

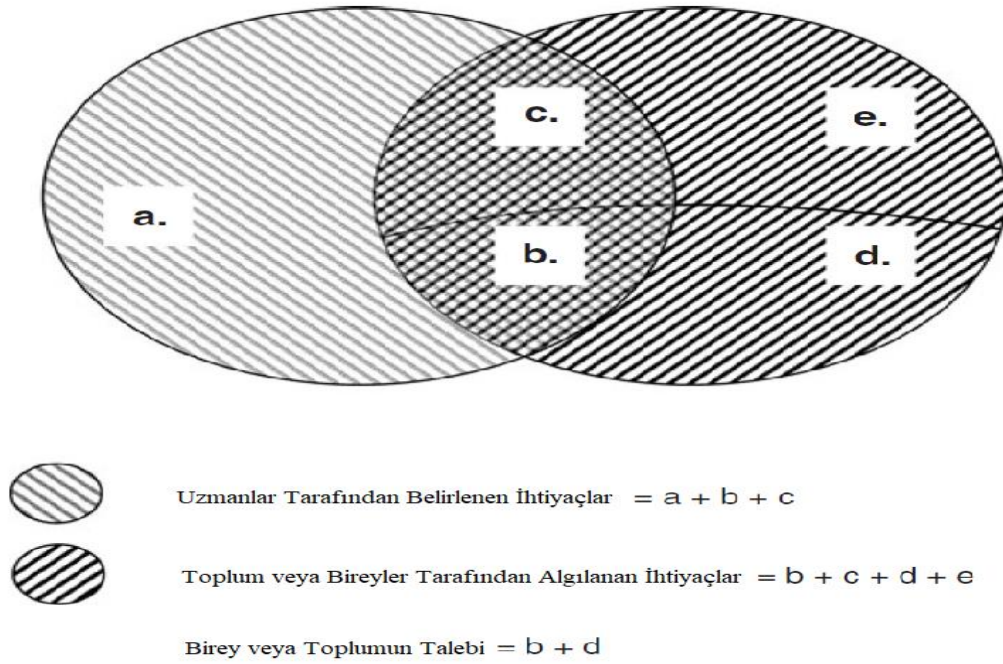
Durum analizinde sağlık ihtiyaçları ortaya çıkacaktır. Sağlık ihtiyaçları iki ana kategoride toplanabilir. Bunlar (Green, 2007: 191);

1. Tıbbi sağlık ihtiyaçları: Morbidite oranları (hastalık sıklığı, prevalansı ve etkilenen grubun yaş, cinsiyet vb. kategorisi), mortalite oranları (ölüm nedenleri, oranları vb.) ve engellilik oranları,
2. Toplum tarafından algılanan sağlık ihtiyaçları: Bunların özellikle ulusal düzeyde tanımlanması zordur ve sıklıkla sağlık göstergelerinden çok hizmet eksiklikleri açısından ifade edilir.

Şekil 7'de uzmanlar ve toplum arasında ihtiyaçların farklı algılanması gösterilmiştir. Alan a, uzmanlara göre ihtiyaç olan ama toplum tarafından aynı şekilde görülmeyen alanı temsil eder (Örneğin, koruyucu hekimlik). Alan d ve e, toplum

tarafından algılanan ancak sağlık uzmanları tarafından ihtiyaç olarak görülmeyen alanı temsil etmektedir (Örneğin, bazı alternatif veya tamamlayıcı tıp girişimleri). Alan b ve d, topluluğun ödemeye hazırlandığı ihtiyaçları temsil eder. Buradaki d alanı, uzmanların kabul etmediği ancak toplumun talep ettiği ve ödemeye hazır olduğu alanı temsil etmektedir. Alan b ve c ise çeşitli farklılıklar olsa da toplum ve sağlık uzmanlarının anlaştığı alanı temsil etmektedir. Şekil aynı zamanda talep ve istek arasındaki farkın da görülmesini sağlamaktadır (Green, 2007: 204-206).

Şekil 7: Uzmanlar ve Toplum Tarafından Algılanan İhtiyaçların Farklılıkları



Kaynak: Green, 2007: 205

Durum analizi dokümanının hazırlanması, analizin hangi düzeyde yazıldığı konusunda sağlık planlama biriminin sorumluluğundadır. Ayrıca bilginin toplanması ve analiz edilmesinin sadece sağlık planlamacıları için değil daha geniş tabanlı bir etkinlik olarak görülmesi önemlidir. Örneğin, sağlık profesyonelleri ve servis yöneticileri, sağlık sektörü ile ilgili bilgi toplanmasında, diğer sektörlerin ve toplulukların temsilcileri de dokümanın hazırlanmasında önemli görevler üstlenmelidir (Green, 2007: 199). Durum analizi sonucu elde edilen bilgiler planlamanın sonuna kadar olan her adımda göz önünde tutulmalıdır (WHO, 1973: 34).

2.6.3. Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

Planlama sürecindeki bu aşama, amaç ve hedeflerin belirlenmesini içerir. Bu aşamada “nereye gitmek istiyoruz?” ya da “ne elde etmek istiyoruz?” sorularına cevap aranır (Chatora ve Tumusiime, 2004: 26).

Amaçlar, toplumun gelecekte varmak istediği noktalar olarak tanımlanabilir. Belirlenen amaçlar, tüm planlama sürecine hizmet etmektedir. Çünkü yapılacak tüm hazırlıklar ve çalışmalar ilgili amaçlara ulaşmak içindir (Thomas, 2003: 89-90; DPT, 2006a: 32). Sağlık planlamasının amaçları, vatandaşların sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştıracak, sistemi düzenleyecek ve yapılan harcamalardan daha etkili çıktı alınmasını sağlayacak biçimde belirlenmelidir (Thomas, 2003: 6).

Amaç, programların yöneldiği ve uzun dönem gerçekleştirilecek başarıdır (Knox, 1979: 15). Amaçlar idealist veya iddialı olabilir ancak belirlenen görevle tutarlı olmalıdır. Bir sağlık planının amacı, sağlık sorunlarının tamamen ortadan kaldırılması ya da belirli bir düzeye indirilmesi şeklinde ifade edilebilir, bu sebeple zorunlu olarak mevcut kaynaklar veya mevcut bilgi ile sınırlı değildir (Michael vd., 1967: 1065; Reinke, 1988c: 67). Planlamada amaçların belirlenmesi; insan gücü, tesisler, hizmetler ve finansal gereksinimler hakkında daha gerçekçi tahminler sağlamaya yardımcı olmaktadır (WHO, 1965b: 2). Amaç, hedeflerin ve kaynakların yönlendirildiği geniş kapsamlı, istenen nihai durumdur (Knox, 1979: 16). Hedefler ise amaçların gerçekleşmesi için atılacak adımlar olarak düşünülebilir (DPT, 2006a: 34). Hedef, aşılana veya A vitamini verilen çocukların yüzdesi gibi sınırlı bir faaliyete atıfta bulunur ve başarı derecesi kavramına izin verir (El Taguri, 2008: 150).

Amaç ve hedefler, politikalara rehberlik etmektedir. Bir örnekle açıklanacak olursa; amaç, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi; politika, hastalıklarının tedavisi yerine hastalıkların önlenmesi, hedef ise sağlık eğitimi yoluyla hastalıkların önlenmesi veya periyodik gözlem, bağışıklık sağlama gibi sağlık tabanlı programların yürütülmesi olabilir (Bergwall vd., 1973: 77-78). Bir başka örnek olarak, bebek ölümlerinin 5 yıl içinde %50 azaltılması bir hedeftir (Öztek, 2001a: 40).

Hedefler iki farklı yaklaşım ile belirlenebilir. Bunlar genelden özele (spesifik) ve özelden geneledir. Genelden özele yaklaşımı ile belirlenecek hedefler beş adım izler. Bunlar (Schaffer, 1967: 158-166);

- 1) Örgütün mevcut durumunun belirlenmesi,

- 2) Örgütün mevcut çevresinin belirlenmesi,
- 3) Herhangi bir değişiklik yapılmadan örgütün durumunun projelenmesi,
- 4) Gelecekteki çevrenin durumunun geliştirilmesi,
- 5) Gelecekteki çevrede örgüt için ideal durumun belirlenmesidir.

Özelden genele yaklaşımında ise bu tür adımlar yoktur. Bunun yerine her yeni sorunla başa çıkmak için küçük planlar yapılır ve sürekli yeni bilgiler edinilir. Bunun sonucunda ise bilgilerin ve planlamanın kapsamı arttıkça uzun dönemli planlamada öğrenilmiş olur. Bu iki yaklaşım arasındaki seçim ise planlamacıların uzun dönemli plan yapabilme yeteneğine bağlıdır (Bergwall vd., 1973: 79).

Hedeflerin, İngilizce kısaltması ile SMART özelliklerini taşıması beklenmektedir. Bu özellikler şunlardır (Chatora ve Tumusiime, 2004: 26; Green vd., 2012: 671):

- Spesifik (Spesific),
- Ölçülebilir (Measurable),
- Ulaşılabilir (Attainable),
- Gerçekçi (Realistic),
- Zamana Bağlı (Time-Bound).

SMART kısaltması yaygın şekilde kullanılmakla birlikte bazı araştırmacılar hedeflerin; kurumun yetkisi dâhilinde, bütçe limitlerine uygun, olumsuz etkileri küçük, yasal ve esnek olması gerektiğini belirtmişlerdir (Öztek, 2001a: 41; Bergwall vd., 1973: 79-80; White ve Murnaghan, 1970: 304). Eğer hedefler, sağlık sektörü için belirlenecekse bunlara ek olarak şu özellikleri de içermelidir (Bergwall vd., 1973: 80; Öztek, 2001a: 41);

- a) Sadece hasta bakımı değil, sağlıklı bir yaşama kavuşmayı amaçlamalı,
- b) Herkese açık, ulaşılabilir ve yeterli seviyede kullanılabilir olmalı,
- c) Uzman görüşlerinden yararlanılmalı, uygun olmalı, zamanında eyleme geçmeli,
- d) Toplumun her kesimini kapsayacak biçimde belirlenmelidir.

Sağlık hedefi, belli bir sürede bir amaca doğru ilerlemenin ölçülmüş bir miktarı veya bir amacın gerektirdiği şekilde ölçülen bir sağlık seviyesinin sürdürülmesi anlamında ifade edilir. Böylelikle kapsamlı bir toplum planlaması ajansı, iki yıl sonunda grip kaynaklı mortaliteyi yılda yüz binde 49'a indirmeyi hedefleyebilir (Michael vd., 1967: 1065; Reinke, 1988c: 67). Hedefler, planlama yöntemi için temel bir prensiptir ve

kantitatif olarak tanımlanmalıdır (Araujo, 1972: 306). Planlama tüm ülkeyi kapsayan şekilde yapılıyorsa hedefler, bölgeler arası farklılık gösterebilir. Bunun sebebi bölgeler arası koşulların, (hem kaynak hem de toplumsal) farklılıkların varlığı olabilir (Öztek, 2001a: 41).

2.6.4. Kaynakların Değerlendirilmesi

Sağlık planlaması, program hedeflerine ulaşmak için belirli bir zaman ve yer için insan gücü ve diğer kaynakların belirlenmesini içerir (Hilleboe, 1968: 207). Kaynaklar birçok değişkeni içinde barındıran varlıklardır. Kaynaklar, sadece finansmanı değil, aynı zamanda en önemlisi personel, binalar ve ekipman da dahil olmak üzere gerçek kaynakları ifade eder (Green, 2007: 193-194). Sağlık planlaması için eldeki kaynakların dikkatli şekilde envanterinin çıkarılması, bugün ve gelecek için değerlendirmelerin yapılması hayati öneme sahiptir. DSÖ, kaynakları finansal (sağlık hizmetlerine harcanan tutar), işgücü (sağlık hizmeti sunan hekim ve yardımcı personel) ve fiziki kaynaklar (hastane sayısı ve diğer sağlık tesislerinin sayısı, yatak sayısı ve makine teçhizat durumu) olarak ayırmıştır (WHO, 1967a: 15-20).

Planlama, durumun ve malzemelerin mükemmelliğinin analiz edilmesi ve ölçülmesidir, böylece planlama ile herhangi bir anda nerede olduğumuzu tam olarak biliriz (Urwick, 1956: 75). Kaynak olmadan planlar hayata geçirilemez dolayısıyla gerçekte ve potansiyel olarak mevcut kaynakların yanı sıra planın gelişmesi için gerekli olacak kaynaklar da dikkate alınmalıdır (WHO, 1979: 18).

Sağlık planlaması, sağlık üretme sürecidir ve bu ihtiyaçlar ve kaynaklar arasında eyleme dönüştürülebilir bir bağlantı kurmayı gerektirmektedir. Başka bir deyişle, belirli bir süre için, ihtiyaçlar göz önüne alınarak eldeki kaynaklar ile sağlıklı bir toplum yaratmaya çalışır (Lawrie vd., 2006: 1). Planlamada ihtiyaçlar ile kaynaklar arasında denge kurmak oldukça önemlidir ve planlamacılar kaynakları, ihtiyaçları karşılamak adına uygun dağıtmakla sorumludur (White vd., 1977: 110). Hizmet verilecek nüfustan elde edilen bilgilerle sağlık hizmetleri tesisleri, personel ve ilgili kaynaklar hakkındaki veriler birleştğinde sağlık planlaması pratik bir gerçeklik kazanacaktır (White ve Murnaghan, 1970: 307; Schmets vd., 2016: 22).

2.6.5. Önceliklerin Belirlenmesi

Öncelik, önem veya aciliyet sırasına göre kurulmuş bir statü olarak tanımlanabilir. Önceliklerin belirlenmesi (önceliklendirme veya öncelik ayarı) ise bir takım öğeler arasında bir önem veya aciliyet düzeninin oluşturulmasıdır (Butler vd., 2008b: 1). Öncelikleri belirleme, bireylerin değerlerini ve önem algılarına ilişkin kararları, ham verilerle bütünleştirme yöntemidir (Zalot ve Lussing, 1983: 38). En zor adımlardan biri olan önceliklerin belirlenmesi, ihtiyaçlar ve eldeki sınırlı kaynaklar ışığında yapılmalıdır. Belirlenecek önceliklerde kısıt, çok farklı ihtiyaçlar içinden en fazla gelişim gösterecek şekilde yeterince geniş olmasıdır (Green ve Collins, 2006: 566; Hilleboe vd., 1972: 11; Green, 2007: 5). Sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemeye son yıllarda daha çok önem verilmektedir (Barker vd., 1998: 93). Öncelikleri belirleme; ülke düzeyi, bölge düzeyi, tedavi şekilleri ve hasta düzeyi gibi makro düzeyden mikro düzeye doğru her seviyede yapılabilmektedir (Top, 2006: 95-96).

Öncelikleri belirleme, durum analizinde ortaya çıkan sorunlar üzerine düşünme ve sorunları inceleme aşaması olarak görülebilir (Rajan, 2016: 38). Bir sağlık planı ile her şeyin bir anda planlanması beklenemez. Planlamacıların öncelikleri belirlemesi ve bu önceliklerin gerçekleşmesi yolundaki problemlerin belirleyerek adım adım ilerlemesi beklenmektedir (Abel-Smith, 1994: 89; Green, 2007: 4; Green ve Mirzoev, 2008: 128; Kısa, 2007: 62). Kaynak arzının, tüm sağlık talebini karşılamak için yeterli olduğu bir dünyada önceliklendirme gereksizdir. Fakat böyle bir dünya yoktur ve bütün ihtiyaçları karşılamak için yeterli kaynak bulunmamaktadır. Bu yüzden ihtiyaçlar arasında öncelik belirlemesi yapılmaktadır (Öztek, 2001a: 35; Butler vd., 2008b: 1; Thomas, 2003: 91; Green, 2007: 5-6; Ham, 1996: 25; Green vd., 2012: 670).

Önceliklerin belirlenmesi, planlama sürecinde oldukça önemli bir aşamadır. Çünkü toplumun sorunları iyi saptanır, kaynaklar düşük öncelikli kullanımlardan yüksek öncelikli olanlara doğru yönlendirilirse başarı ve verimlilik artacaktır (Öztek, 2001a: 36; Green, 2007: 5; Green ve Mirzoev, 2008: 121; Green vd., 2012: 670). Planlamanın amacı bu adımda ortaya çıkmaktadır (Popov, 1971: 19). Sağlık planlamacıları, önceliklerin belirlenmesi adımını “planlama sürecinin kalbi” olarak değerlendirmektedirler. Çünkü bu noktaya kadar olan adımlar bir bakıma hazırlık olarak düşünülür. Buradan sonraki adımlar uygulamaya yönelik ilerici adımlar olarak kabul edilmektedir. Öncelikleri belirlemede en önemli etken, farklı niceliksel ilişkilere sahip

ve farklı boyut ölçeklerinde bulunan değişkenleri dengelemektir. Hatalar çoğu zaman bir boyuta aşırı yüklenmekten kaynaklanmaktadır. Burada epidemiyolojik, sosyal ve ekonomik boyutlar düşünüldüğünde; epidemiyologlar öncelikleri mortalite ve morbiditeye (ki bu ABD’de ilk sağlık planlarında önemli derecede yapılmıştır) verirken; sosyal bilimciler, politikacılar ve halk, öncelik ayarını esas olarak neyin önemli olduğuna dair popüler duygulara yanıt olarak görme eğilimi gösterirler. Yani öncelik, halkın ne yapmak istediği ve hangi sağlık programlarını kabul edebileceği yönünde olacaktır. Ekonomistler ise planlamanın mali boyutuna odaklanırlar. Bu durum bir bakıma sosyal planlama içinde yer alan sağlık planlamasının, sınırlı kaynaklar ile yapılması sebebiyledir. Sağlık planlamasında maliyetlerin dengelenmesinde temel alınan politika, seçilen az sayıda kişiye en kaliteli bakımdan öte azami kişi için yeterli bakım sağlamayı düşünmektir (Taylor ve Reinke, 1988: 14; Terwindt vd., 2016: 5).

Önceliklere karar vermek, problemin büyüklüğünden maliyet etkililiğine, faydalarından acilliğine kadar birçok değişkeni göz önüne almayı gerektirir (WHO, 1973: 34; Popov, 1971: 19) ve bu nedenle oldukça zor ve karmaşıktır (Zukin, 1971: 1755). Öncelik bir sağlık kategorisine, nüfus grubuna, coğrafi bölgeye veya organizasyonel bir soruna verilebilir (Raffel, 1968: 475). Sağlık planlamacıları, kaynakların kullanımı için öncelikleri belirlerken, genel hedeflerine doğru en büyük ölçülebilir ilerlemeyi yapacak sorunların öne alınması gerektiğini bilmelidirler (Michael vd., 1968: 22; Thomas, 2003: 92). Önceliklerin belirlenmesinde toplumun sorundan ne derecede etkilendiği, sorunun yol açtığı sonuçların (performans, verimlilik, vb. işgücü kayıpları ve israf vb. maddi kayıplar) büyüklüğü, toplumun sorun üzerine algısı gibi kriterler göz önüne alınmalıdır. Bunların yanı sıra öncelik belirlenecek sorunla ilgili yeterli tesis, personel ve cihaz gibi kaynakların yeterli düzeyde bulunup bulunmadığı da dikkate alınmalıdır (Öztek, 2001a: 35-36).

Önceliklerin belirlenmesinde sağlık ihtiyaçları değerlendirmesi önemli faydalar sağlamaktadır (Wright vd., 1998: 1312). Bir sağlık planının nihai amacı, sağlık hizmetlerinden öte sağlık düzeylerini iyileştirmektir. Buradan hareketle, öncelikleri belirlemenin amacı, sağlık hizmeti ihtiyaçlarından öte sağlık ihtiyaçları üzerine odaklanmalıdır (Green, 2007: 201-202; Knox, 1979: 14). Yani sınırlı kaynaklar içinde en önemli sağlık ihtiyaçlarını ele almak için farklı seçenekler arasından seçim yapmaktır. Belirlenen öncelikler sağlık sisteminin amaçları haline geleceği için oldukça

önemlidir (Terwindt vd., 2016: 1-2). Toplumun acil ve ileriye dönük ihtiyaçları konusunda birtakım kararlar alınmalıdır. Öncelikler, ülkelerin sağlık seviyeleri ve kaynakları ile uyumlu olarak geniş bir kesime etki edecek, öncelikli hizmetleri vurgulayacak, savunmasız grupları gözetecek biçimde belirlenmelidir. Düşük sağlık göstergelerine sahip ülkelerde içilebilir su, çevre hijyeni veya beslenme gibi konular öncelik olabilirken; gelişmiş ülkelerde çok farklı öncelikler (kalite ve akreditasyon gibi) belirlenebilir (United Nations Economic and Social Council, 1963: 8-11, WHO, 1953: 2; WHO, 1961: 12; WHO, 1967a: 27; Terwindt vd., 2016: 2).

Mooney (2012: 87), öncelik belirlemede özellikle hastalıklara odaklanmanın doğru olmadığını savunarak, meselenin büyüklük değil kısıtlı kaynaklarla bozuk olan sağlık sisteminin nasıl iyileştirileceği olduğunu belirtmiştir. İhtiyaçlar arasında seçim yaparak kıt kaynaklar verimli kullanılabilir. Önceliklendirme, sınırlı kaynakların öncelikli sağlık sorunlarına ya da ihtiyaçlara en iyi şekilde nasıl tahsis edileceğine karar vermektir (Chatora ve Tumusiime, 2004: 25; Kısa, 2007: 68). Bölüm 1.1’de açıklandığı gibi, sağlığın, hangi bakış açısından ele alındığının önceliklerin belirlenmesinde büyük etkisi vardır. Örneğin, üretkenliği ve büyümeyi hedefleyenler yaşlı, engelli veya işsizlerin sağlığını (sağlık gereksinimleri daha fazla olmasına rağmen) genç ve istihdam edilmiş yetişkinlerden daha düşük önceliğe sahip olarak görecektir (Green, 2007: 207-208). Bu bağlamda sağlık ihtiyaçlarını sıralamaya yönelik bazı kriterlerden söz edilebilir. Bunlar (Chatora ve Tumusiime, 2004: 26; Green, 2007: 214; Edwards vd., 2006: 25-26; Terwindt vd., 2016: 19-24);

- Büyüklük: Etkilenen ve/veya risk altındaki nüfusun oranıdır,
- Önem/tehlike: Bireye ve topluma olan etkinin boyutudur,
- Müdahale edilebilirlik: Müdahale edilebilme durumudur,
- Müdahalenin etkinliği: Müdahaleye sadece çıktı olarak değil sonuç ve etki açısından bakmayı gerektirir. Yeni atılacak adımın mevcut müdahaleden daha etkin sonuçlar vermesini içerir,
- Müdahalenin maliyeti: Sorun ele alındığı takdirde, söz konusu finansal maliyete değip değmeyeceğini, ayrıca uygulanabilir ve sürdürülebilir olmasını içerir,
- Müdahalenin kabul edilebilirliği: Hem müdahale edeceklerin hem de müdahale edilecek toplumun, müdahaleyi kabul etmesini içerir. Örneğin, çalışanların işinin

artması sorun oluşturabilir veya toplumun kültürel değerleri ile çatışma yaratacak bir durum söz konusu olabilir,

- Politik uygunluk: Bir sorun, bu kriterlerin tümünü karşılarsa bile, eğer merkezi otorite tarafından politik olarak uygun görülmezse öncelik listesine alınmayacaktır,
- Adalet: Toplumun her kesimine (sayıları az olsa ve/veya azınlık durumda olsalar bile) eşit davranmayı ve herkesi dikkate alan bir sürecin oluşmasını içerir.

Bu kriterlerin kullanımı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilir. Kriterler arasındaki ağırlıkların belirlenmesi politiktir. Bazı ülkeler tek kriter kullanırken bazıları birden fazla kriter kullanabilir (Terwindt vd., 2016: 19). Örneğin, müdahalenin maliyeti için ekonomik değerlendirme birçok ülke tarafından kullanılmaktadır (WHO, 1967a:28) ancak, genellikle tek kriter olarak ele alınmamaktadır.

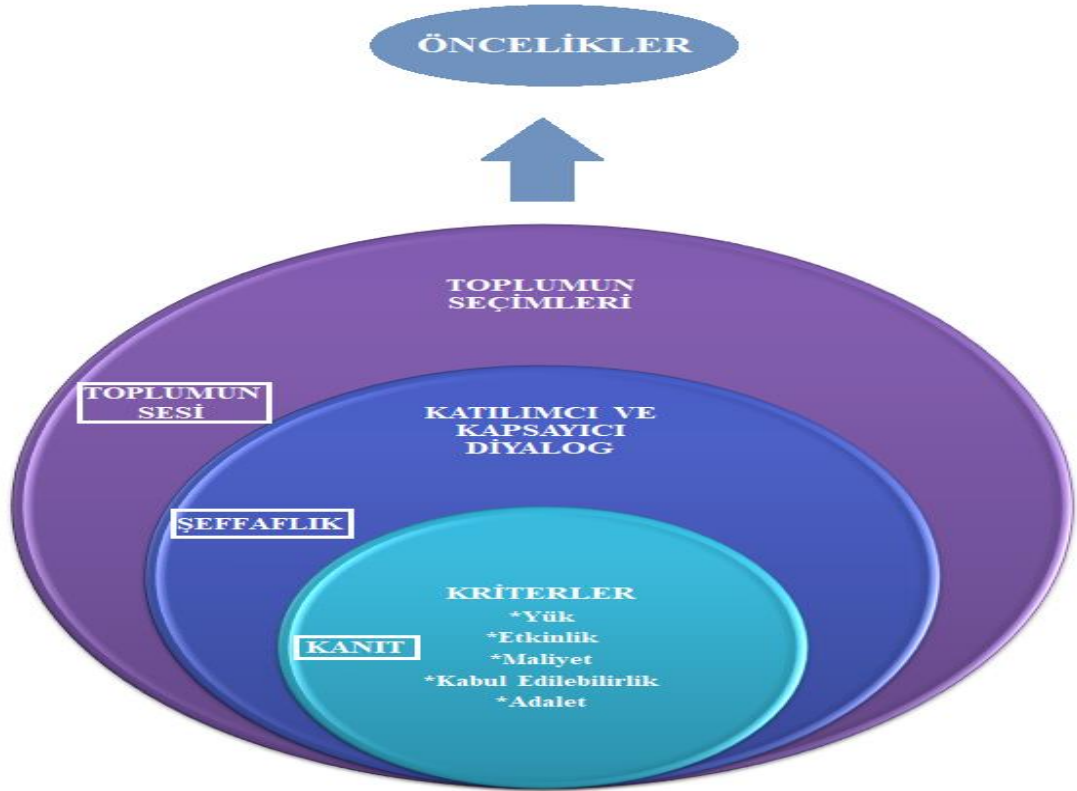
Öncelikleri belirlemenin birçok yolu vardır. Bazı ülkeler “koruyucu sağlık hizmetlere öncelik vermek” gibi basit ve geniş öncelikler seçerken; bazıları “maliyet-fayda” analizlerini kullanarak gelişmeyi öncelik haline getirir. Başka bir ülke, “bebek ölüm oranının azaltılması” veya “belirli hastalıkların tamamen yok edilmesi” gibi daha spesifik öncelikler belirleyebilir. Sağlık planlaması açısından önceliklerin, karmaşıklıktan kaçınarak net ve açık bir şekilde belirlenmesi oldukça önemlidir (WHO, 1967a: 26-28). Öncelikleri belirlerken katılımcı, kapsayıcı ve şeffaf olunması, gerçekçi seçimler yapmayı sağlayacaktır. Sürece katılması önerilen aktörler ise sağlık planlamacıları, kamu kurum ve kuruluş yetkilileri, sağlık profesyonelleri, topluluk temsilcileri, sağlık hizmet sunucuları, hasta grupları ve/veya vatandaşlardır (Terwindt vd., 2016: 11-17). Bu aktörlerle birlikte öncelikleri belirlemede başarılı olabilmek için (Green, 2007: 215; Butler vd., 2008b: 12; Green ve Collins, 2006: 568; Barker vd., 1998: 94; Terwindt vd., 2016: 46);

- Önceliklendirme için net kriterlere sahip olmak,
- Açık, anlaşılabilir ve şeffaf bir sistem geliştirmek,
- Farklı gruplar, topluluklar ve profesyoneller arasında dengeli katılımı sağlamak,
- Ulusal ve yerel seviyeler arasında bir denge kurmak,
- Net, uygulanabilir amaç ve hedefler koymak,
- Kaynakları göz önünde bulundurmak,

- Kanıta dayalı hareket etmek, paydaş ve aktörlerin görüşlerini dikkate almak gerekir.

Sağlık sektöründe önceliklerin belirlenmesi için beş temel kriter önerilmektedir ve kriterlerin seçimi ve ağırlığı, toplum, paydaşlar ve politika yapıcılar arasındaki müzakerenin ürünü olacaktır. Bu kriterler, sağlık sorununun yükü, müdahalenin etkinliği, müdahalenin maliyeti, müdahalenin kabul edilebilirliği ve adalettir. Ayrıca toplum gerekli olduğunu ve kültürünü, tarihini ve hedeflerini yansıttığını düşündüğü diğer kriterleri de ekleyebilmektedir (Terwindt vd., 2016: 4, 19). Sürecin birbiriyle etkileşimi Şekil 8’de sunulmuştur.

Şekil 8: Öncelikleri Belirleme Süreci

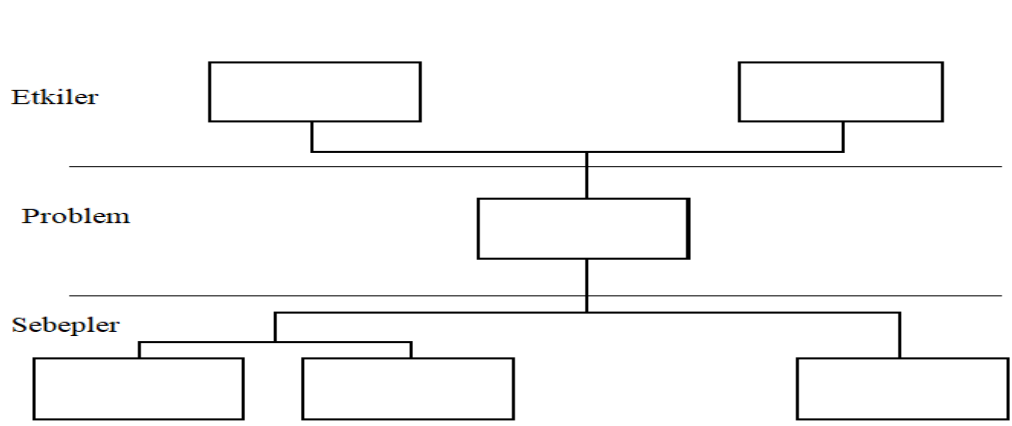


Kaynak: Terwindt vd., 2016: 30

Şekil 8’de görüldüğü gibi öncelikleri belirleme süreci, belirlenen kriterlerin (yük, etkinlik, maliyet, kabul edilebilirlik, adalet) toplum, paydaşlar ve politika yapıcılar arasında yapılan katılımcı ve kapsayıcı diyalog sonundaki toplumun seçimi olacak şekilde öncelikler belirlenmiş olmaktadır. Bu şekilde kanıta dayalı, şeffaf bir süreçten geçen ve toplumun sesini içinde barındıran öncelikler belirlenmiş olacaktır.

Önceliklerin belirlenmesinde; yük, etkinlik, maliyet analizi gibi kriterler belirlenebildiği gibi (Terwindt vd., 2016: 11-17)¹¹, problem ağacı, haritalama, skor yöntemi (sıralama) de uygulanabilmektedir (Barker vd., 1998: 95-99). Bunlardan kısaca bahsedilecek olursa; problem ağaçları, hem sorunun temel nedenini analiz etmek hem de kavramsal olarak nasıl çerçevelenmesi ve anlaşılması gerektiği konusunda fikir birliği oluşturmak için yapılır. Problem ağaçlarının hazırlanmasının amacı, durum analizinde tespit edilen sorunların gerçekten var olup olmadığına ve temel sorunların nasıl belirtilmesi gerektiğine ve nedensel seviyelerini ortaya koymaya karar vermektir (Barker vd., 1998: 95). Örnek problem ağacı Şekil 9’da gösterilmiştir.

Şekil 9: Problem Ağacı Örneği



Kaynak: Barker vd., 1998: 96

Haritalama ise, potansiyel sağlık hizmeti eylemleri arasındaki ilişkileri kurar, bunlar problem ağaçları içindeki nedensel seviyeden tanımlanır. Hangi eylemlerin birlikte ele alınacağını ve hangi eylemin diğerinden önce gelmesi gerektiğini açıklığa kavuşturur. Haritalama, strateji alanlarının kısaltılmış bir listesini sağlayacaktır. Uygun koşullar oluşturmak için başka faaliyetler gerçekleştirilmeden önce bazı faaliyetlerin dikkate alınamayacağını gösterecektir. (Barker vd., 1998: 96-97).

Skor (sıralama) ise, hangi kriterlerin önemli olduğunu gözden geçirmeyi ve bir ağırlıklandırma veya değerlendirme sürecini içermektedir (Barker vd., 1998: 97; Green vd., 2012: 671). Skor yöntemi Tablo 7 ve Tablo 8’de gösterilmiştir.

¹¹ Öncelik Belirleme Yaklaşımlarının detayı için Terwindt, F. vd., (2016), Priority-Setting for National Health Policies, Strategies and Plans kaynağına başvurulabilir.

Tablo 7: Öncelik Belirlemede Değişkenlerin Skorları

Değişken	Skor		
	+	++	+++
Hastalığın Önemi	Düşük	Orta	Yüksek
Müdahalenin Etkililiği	Etkisiz	Orta	Çok Etkili
Müdahalenin Maliyeti	Yüksek	Orta	Düşük

Kaynak: Vaughan ve Morrow, 1989: 137-138

Tablo 7’de hastalığın önemi, müdahalenin etkililiği ve müdahalenin maliyeti değişkenlerine ait skorlar belirlenmiştir. Tablo 8’de ise toplumun sağlık sisteminde var olan sorunları belirlenerek Tablo 7’de belirlenen skorlarla sıralanmıştır. Tablo 8’deki gibi sorunları bulunan bir ülkenin ilk olarak kızamık, ikinci olarak ise ishal sorununu öncelik olarak belirlemesi gerekmektedir (Vaughan ve Morrow, 1989: 137-138).

Tablo 8: Önceliklerin Skor Yöntemi ile Sıralanması

Sorun	Önem ¹²	Etkililik	Maliyet	Skor
Kızamık	+++	+++	+++	9
İshal	+++	++	+++	8
Sıtma	+++	++	++	7
Tüberküloz	++	++	++	6
Lösemi	+	+	+	3

Kaynak: Vaughan ve Morrow, 1989: 137-138

Önleme ve tedavi için en yüksek önceliği alması gereken sağlık sorunlarını seçerken, her bir hastalık için; prevalans, hastalık veya engelliliğin şiddeti, ölüm riski, kontrolün fizibilitesi (bağıl etkinlik ve müdahale maliyeti dâhil) gibi faktörler değerlendirilmelidir (Walsh ve Warren, 1980: 146). Türkiye’de bu konuda ilk kez sekizinci beş yıllık kalkınma planı hazırlık döneminde Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu altında Sağlıkta Öncelikler ve Hedefler Alt Komisyonu kurulmuştur (DPT, 2001a: 3-5).

2.6.6. Alternatif Seçeneklerin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

Planlama bir sistemin kendiliğinden iyileşmesini beklemeden onu iyileştirmek için atılan adımlar olduğu için, planlama yapılmadıkça gerekli gelişmeler kendiliğinden iyileşme ile daha da zorlaşır (El Taguri, 2008: 150). Sağlık planlaması, farklı teknik ve politik alternatifler oluşturmayı, ilgili alternatifler arasından gerçekçi seçim yapmayı içeren politik bir süreçtir (Green ve Mirzoev, 2008: 121). Planlama sürecinin önemli

¹² Morbidite ve Mortalite verilerine bağlı olarak.

adımlarından birisi de, kısıtları dikkate alarak belirlenmiş hedeflere ulaşmak için alternatif araçların analizidir (Hilleboe vd., 1972: 9). Planlamacı, istenen sonuçların elde edilmesini sağlayacak her alternatifi değerlendirmeli (Banfield, 1959: 362) ve karar vericilerin alternatifler arasında rasyonel bir seçim yapabilmeleri için alternatifleri ve sonuçlarını detaylandırmalıdır (Davidoff ve Reiner, 1962: 106). Çok çeşitli insanlardan seçeneklerin alınması, geniş bir alternatifler listesi oluşturmanın yararlı bir yoludur (Green, 2007: 249).

Her alternatifin öngördüğü faydalar için gerekli olan maliyet veya girdilerin belirlenmesi gerekmektedir (Blum ve Sully, 1969: 8). Maliyetlerle ilgili olarak daha iyi sonuç veren tekniklerin seçimi, sağlık planlayıcısının en önemli görevlerinden biri olarak kabul edilir (Araujo, 1972: 306). Alternatiflerin değerlendirilmesine öncülüğü, belirlenen amaçlar yapar. Alternatiflerin belirlenmesi sürecinde kullanılan karar kriterlerinin seçimi, amaçlara bağlıdır ve amaçların açıkça dile getirilmesi oldukça önemlidir. Başlangıçta olabildiğince kapsamlı bir liste hazırlamak ve daha sonra tanımlanmış kriterleri karşılamayanları çıkarmak faydalı olacak bir yöntemdir (Green, 2007: 249).

Her alternatifin tam olarak değerlendirmesini yapmak gereksiz zaman harcama ve kaynakların kötüye kullanılması ile sonuçlanacaktır. Alternatiflerin seçim süreci, istismara ve manipülasyona açık bir alandır. Bu yüzden net kriterler belirlemek kurtarıcı olacaktır. Bu kriterlere örnek olarak (Akehurst and Buxton, 1985: 3; Green, 2007: 251; Blum ve Sully, 1969: 16);

- Çok güçlü siyasi desteğe sahip olan alternatifler dâhil edilmelidir,
- Erişilemez hale gelen alternatifler hariç tutulmalıdır,
- Maliyet ve faydaları açısından seçenekler iyi tahlil edilmelidir,
- Benzer alternatifler içinden sadece en iyi olduğu düşünülen alternatif üzerinde durulmalıdır.

Belirlenen kriterlere göre listede yer alan alternatifler için sırayla;

1. Kaynaklar göz önüne alınır ve her alternatifin maliyeti belirlenir,
2. Faydalar, para ile ifade edilebiliyorsa Maliyet-Fayda analizi; para ile ifade edilemiyorsa Maliyet-Etkililik analizine tabi tutulur,
3. Değerlemenin, belirlenen herhangi bir değişkene olan duyarlılığı ölçülmek istendiği durumlarda ise duyarlılık analizi yapılır.

Bu adımlar, alternatiflerin genellikle ekonomik yönden değerlendirilmesini içermektedir. Ekonomik değerlendirme, karar vermenin sadece bazı yönleriyle ilgilidir. Karar vermede önemli bazı faktörleri ortaya koymak için bir çerçeve sunarken, diğer önemli değişkenleri göz ardı edebilmektedir. Başka bir deyişle ekonomik değerlendirme, girdi ve çıktılar arasındaki ilişkiyle ilgilidir ve girdiden çıktıya geçiş süreci ile uğraşmamaktadır (Green, 2007: 247-259).

Ekonomik değerlemenin içermediği daha çok nitel göstergeleri içinde bulunduran değerlendirmeler ise; teknik, idari ve yasal değerlendirme, uzun vadeli sürdürülebilirliğin değerlendirilmesi, kabul edilebilirliğin değerlendirilmesi, sosyal, ekonomik ve politik değerlendirme, çevresel ve ekolojik etkileri değerlendirmedir (Green, 2007: 264-266). Alternatiflerin değerlendirilmesinde bu sayılanların dışında eşitlik gibi değer içeren kısıtlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu şekilde daha bütüncül bir bakış açısıyla kültürel uygulanabilirlik, sağlık ihtiyaçlarına olan etkinin artması ve beklentilerin daha fazla karşılanması gibi faydalar edinilecektir (Green ve Mirzoev, 2008: 129).

2.6.7. Plan Seçimi ve Uygulama

Planlamada farklı eylem biçimleri, aktiviteler veya hedeflere giden farklı alternatifler olabilir. Bu alternatifler arasından hedeflere ulaştıracağı düşünülen plan seçilir (Holder ve Deniston, 1968: 561). Durum analizi yapılmış, amaç ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenip bunlara yönelik alternatif çözümler hazırlanmış, değerlendirmeleri yapılmış ve plan seçilmiştir. Sıra tüm bu yapılan çalışmaların kilit noktası olan uygulamaya gelmiştir.

Planlama, sürekli devirli bir süreç olarak ele alındığında uygulama; planlama sürecindeki önceki adımlara göre daha kritik bir adım olarak görülmelidir (Reinke, 1988a: 3). Öyle ki, dinamik bir planlama sürecinde uygulama, sağlık planlamasının ayrılmaz bir parçasıdır (Waterson, 1971: 248). Planlama konusundaki ilk deneyimlerde planın sadece bir belge olarak geliştirilmesine odaklanılmış, uygulama ise belirli faaliyetleri yerine getiren hizmet kuruluşlarının sorumluluğu olarak görülmüştür. Fakat daha sonra sağlık planlaması, bir disiplin haline geldikçe bu durum değişmiştir. Planlamayı, tüm sağlık hizmetlerinin dâhil edilmesi gereken bir süreç olarak değerlendiren bu kapsamlı görüşte uygulama, planlama ve yönetim ile yakından bağlantılıdır ve bu üç yön birbirinden ayrılmaz (Taylor ve Reinke, 1988: 16). Sağlık

planlamasının etkili olabilmesi, uygulamanın başarılı olabilmesi ile yakından ilişki içindedir (Hilleboe vd., 1972: 12; Thomas, 2003: 180; Green ve Mirzoev, 2008: 121, 129). Planların genellikle uygulama aşamasındaki başarısızlığı tartışılmaktadır ancak hatalı bir planlamanın, hatalı bir uygulamaya sebep olacağı ve bu nedenle kaynakların verimli kullanılmamış, ihtiyaçların karşılanmamış olacağı da göz önünde bulundurulmalıdır (Popov, 1971: 18-19).

Bazı planlar, sağlık sistemindeki planlamacıların ve uygulayıcıların genellikle iki ayrı grup olduğu gerçeğini yansıtır şekilde uygulamaya pek değinmezken; bazıları ayrıntılı reçeteler sunmaktadır. Planların uygulanabilmesi için, pilot çalışma yapılması ya da örnek olarak test edilmesi, uygulayıcıların yaşayarak öğrenme ve adapte olmaları için bir fırsat sunmaktadır. Bunu yapmanın faydası ise karşılaşılabilecek engellerin önceden tespit edilmesi ve öngörülemeyen fırsatların keşfedilmesidir (Crisp, 2017: 10). Planlamayı, konuşma olarak düşünürsek, uygulama eylem olarak karşımıza çıkacaktır. Toplumun geneline yönelik bir planın uygulanması (farklı kesimleri ilgilendirdiğinden) oldukça zordur hatta bu konuda uygulamaya yönelik ayrı bir yasa ve yönerge çıkarmayı dâhi gerektirebilir (Thomas, 2003: 93-95).

Planı uygulama başarısının, alt düzeyden katılımcıların katılım derecesi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (Araujo, 1972: 308). Dolayısıyla ulusal sağlık planları geliştirilirken eş zamanlı olarak çalışanların eğitimi de gerçekleştirilmelidir. Uygulamanın başarısı, sağlık hizmetlerinin örgütlenme düzeyleri ve becerileri ile de yakından ilişkilidir. Uygulama için yetkili idari birimler olmaksızın, planlama süreci teorik bir çalışma olarak kalmaya devam edecektir. (PAHO, 1964: 1). Uygulamanın başarısı, planlama grubunun toplumdaki tüm çıkar gruplarını temsil etme kapasitesine bağlı olacaktır (Blum ve Sully, 1969: 16). Planlamanın başarısını sağlayan bu faktörler başarısızlığında da önemli rol oynamaktadır. Planlar, çok iyi tasarlanmış olmasına rağmen çeşitli nedenlerle uygulanamayabilir. Planlamanın uygulamasındaki başarısızlık sebepleri, planlama sürecine yönelik içsel sebepler veya planlama süreci dışında gelişen dışsal sebeplerle oluşabilir. Bunlardan planlama sürecine yönelik olarak; planın doğru biçimde test edilmemesi, yukarıdan aşağıya (top-down), katı ve bürokratik yapılar, bütçeleme hataları, katılımcıların azlığı veya dengesizliği, ihtiyaç ve taleplerin göz ardı edilmesi, nüfusun ihtiyaçlarına cevap vermemesi, birimler arası koordinasyon eksikliği, planlama biriminin zayıflığı, planlamacıların hedeflerinin uygulayanların hedeflerinden

farklı olması, uygulamanın anahtarı olan kişilere danışılmaması ve/veya onlarla işbirliği yapılmaması, destek hizmetleri için önerilerin tam olarak anlaşılmaması gösterilebilir. Planlama süreci dışında gelişen sebepler ise; politika ve beklenmedik olaylar, kadroların değişmesi nedeniyle plana bağlılığın kaybedilmesi, planlamada olmayan diğer önceliklerin ortaya çıkması, öngörülemeyen durumlar, beklenmeyen sonuçlar, değişime olan direnç, gerekli yönetsel yeteneklerin eksikliği ve siyasi nedenler verilebilir (Green ve Collins, 2006: 563-571; Green, 2007: 18, 308-309; Crisp, 2017: 12; WHO, 1961: 17, Feingold, 1969: 803; Williamson, 1997: 12-15; Fazekas, 2010: 8).

Planlamadaki önemli bir diğer engel de, sağlık kuruluşlarının idari yetersizlikleridir. Ekonomistler, gelişmekte olan ülkelerdeki sosyo-ekonomik planların başarısızlıklarının %80'inden fazlasının idari eksikliklerden kaynaklandığını belirtmektedirler. Bu ülkelerdeki bazı sağlık kurumlarının idari sistemlerinin de yeterince gelişmediğini belirtmek yanlış olmayacaktır ve hem planlama hem de uygulama için idari kapasite önemli rol oynamaktadır (Hilleboe ve Schaefer, 1968: 1042).

2.6.8. İzleme ve Değerlendirme

Planlama sürecinin tamamında yer alan izleme ve sürecin son adımı olan değerlendirme, bu başlık altında birlikte ele alınmıştır. İzleme tanımlarına bakılacak olursa; izleme, bir faaliyetin zaman içindeki ilerlemesinin sistematik ve sürekli bir değerlendirmesidir (WHO, 2005d: 7; DPT, 2006a: 45). İzleme, karar vermede yönetime yardımcı olmak için bilgi toplamak, koordine etmek, işlemek, ölçmek ve iletmek yoluyla yapılabilir. İzleme; girişleri, süreci ve çıktıları kapsar (Chatora ve Tumusiime, 2004: 40) aynı zamanda uygulama geliştirmenin anahtarıdır ve bilgi sistemleri ile desteklenmelidir (Green ve Mirzoev, 2008: 130; O'Neill vd., 2016: 2). Belirli bir zamanı, belirlenen aktiviteleri ve bu aktivitelerden kimin sorumlu olduğunu içerir. Bir son olmamakla birlikte amaçların geliştirilmesinde kullanılmalıdır (Green ve Collins, 2006: 571; Butler vd., 2008a: 5). İzleme; neyin, nerede ve kim tarafından yapıldığını belirlemeye yarar ayrıca ilerlemeyi ve performansı değerlendirmeyi sağlar (O'Neill vd., 2016: 1; Jira vd., 2004: 81).

Planlamanın işlevlerinden biri olan izleme, bir faaliyet veya hizmetteki planlananların yerine getirilip getirilmediğini gözlemleme sürecidir. İzleme, uygulamadaki zorlukları tespit etme ve erkenden iyileştirici önlemler alma fırsatı

sağlamaktadır (Green, 2007: 326; WHO, 2005d: 2). Buna örnek vermek gerekirse bir gemi, limandan ayrılmadan önce alternatif rotalar değerlendirilir ve bir seyahat planı hazırlanır. Ancak gemi, yola çıktıktan sonra yetkililer, beklenmedik hava koşulları vb. faktörler nedeniyle rotanın belirlenen hedef doğrultusunda değiştirilmesi gerektiğini fark ederler ve geminin, varış noktasına olabildiğince yakın olmasını sağlamak için hemen harekete geçerler (Reinke, 1988b: 42-43). Bu örnekten hareketle izlemenin de, uygulamaya ve değerlendirmeye yön verdiği söylenebilir (Green ve Mirzoev, 2008: 130; O'Neill vd., 2016: 1). Faaliyet raporları, saha ziyaretleri, rutin (belirli aralıklarla) raporlar da birer izleme çerçevesi sunmaktadır (WHO, 2005d: 3).

Değerlendirme tanımlarına bakıldığında ise, bir amaç veya hedefi gerçekleştirmek üzere tasarlanan bir etkinlik tarafından elde edilen sonucu belirleyen süreç olarak tanımlanabilir (Bergwall, 1973: 203). Değerlendirme, belirlenen amaçlara açık bir şekilde ulaşıp ulaşılmadığını görmemizi sağlamaktadır (WHO, 1967a: 31; Knox, 1979: 18; Butler vd., 2008a: 1; O'Neill vd., 2016: 1; Coulter, 2003: 115; DPT, 2006a: 45). Ulusal sağlık planlaması sürecinin önemli bir parçası olan değerlendirme; uygulanan politika, strateji ve planların toplum sağlığı açısından etkilerinin ve etkililiğinin değerlendirilmesini, gerekli önlemlerin alınarak gerçekleştirilen ilerlemenin ve verimliliğin izlenmesini sağlayacaktır (Thomas, 2003: 97; WHO, 1979: 21-30).

Plan hazırlanırken planın işleyişi, şekli ve uygulaması için karar verilmeli; değerlendirmesi kapsamlı (United Nations Economic and Social Council, 1963: 14) ve sürekli olmalıdır (Zukin, 1971: 1757). Değerlendirme, deneyimlerden öğrenmenin sistematik bir şeklidir ve öğrenilenlerin hem mevcut planlamayı geliştirmede hem de gelecekte daha iyi planlama yapılmasına katkı sağlamaktadır. Değerlendirmenin amacı, plan, program veya hizmet sunumu geliştirme sürecinde, kaynakların mevcut ve gelecek planlamalarda daha etkin kullanılmasını sağlamaktır (WHO, 1981: 11; Jira vd., 2004: 87).

Değerlendirme, izleme yoluyla toplanan verileri, gelecekteki planlama ve uygulama için anlamlı bilgilere dönüştürür (Queensland Health, 2015: 30). Dolayısıyla gerekli, ilgili ve duyarlı bilgiye dayalı olmalı (WHO, 1981: 24); uygulamada toplanan bilgilerin karşılaştırılmasını ve yorumlanmasını sağlamalıdır. Değerlendirme ile mevcut ve gelecekteki faaliyetlerin planlanmasını veya uygulamasını iyileştirmek için eylemler sistematik olarak değerlendirilir. Değerlendirmenin amacı; planın performansını,

etkinliğini ve verimliliğini belirlemektir. Değerlendirme (Suchman, 1967: 141, WHO, 1961: 18; Chatora ve Tumusiime, 2004: 42; Green, 2007: 268-269; Deniston vd., 1968: 327-331; O'Neill vd., 2016: 3-4);

- Bir etkinliğin yapmaya değer olup olmadığına karar vermek,
- Belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığını belirlemek,
- Faaliyetlerin devam etmesi gerekip gerekmediğini belirlemek,
- Programın etkililiğini ölçmek,
- Programın verimliliğini ölçmek,
- Niceliksel sonuçların yanında niteliksel sonuçları da ortaya koymak,
- Sağlık sektöründe uygulanan planların, diğer alanlarda oluşturduğu olumlu ya da olumsuz etkilerini görmek,
- Güçlü ve zayıf yönleri belirlemek,
- Planın etkililiğinin yanında uygulayanların etkililiğini de ölçmek,
- Hesap verilebilirliği daha şeffaf hale getirmek amacıyla yapılmaktadır.

Değerlendirme, gelecekteki eylem için daha iyi karar vermenin bir aracı olarak görülmelidir (WHO, 1981: 5). Değerlendirme; biçimlendirici değerlendirme ve özet değerlendirme olarak iki şekilde yapılabilmektedir. İlkinde planlama süreci boyunca sürekli izleme yapılır ve telafi edici önlemler alınır; ikincisinde geline son aşamada planın etkisi değerlendirilir. Özet değerlendirmede planın başarılı ve başarısız yönleri vurgulanmaktadır dolayısıyla ileriye dönüktür (Anderson, 1978: 48; Green, 2007: 268; Reinke, 1988b: 42; Butler vd., 2008a: 3; Thomas, 2003: 97; Green ve Mirzoev, 2008: 130; WHO, 2005d: 5).

Tarafsız olmaktan uzak bir değerlendirme, politik amaçlara hizmet edebilecek ideolojik bir süreçtir. Farklı görüşlere açık bir değerlendirme ise, kurumun faaliyetlerini eleştirel bir şekilde yeniden gözden geçirmesine yardımcı olmakla kalmayıp, aynı zamanda süreçte daha yetenekli ve güçlü olmalarını sağlayacaktır (Marti-Costa ve Serrano-Garcia, 1983: 77-79). Etkili bir değerlendirmenin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Reinke, 1988b: 50-51);

1. İleriye dönük ve eyleme yöneliktir,
2. Politika ve plan alternatiflerinin incelenmesi, uygulama sürecindeki ilerlemenin izlenmesi ve nihai sonuçların özet olarak değerlendirilmesi ile ilgili kapsamlı ve dinamik,

3. Hedefleri karşılama stratejilerini uygunluk ve yeterlilik açısından inceler,
4. Sorunları hemen tespit etmek için tasarlanmış geniş bir bilgi yelpazesine sahiptir,
5. Raporların zamanlaması ve yeri, zamanında karar verme ihtiyacına uygundur,
6. Raporlama sıklığı, koşullardaki değişimin hızına bağlıdır,
7. Karşılaştırma esas olduğundan mutlak başarı düzeylerinden öte uygun oranları ifade eden göstergelere dayanır,
8. Karar kontrolüne tabi olan sonuçlar ile belirsizlik ve şans sonucu ortaya çıkan sonuçlar arasında ayırım yapar,
9. Verimlilik, etkililik ve eşitlik açıkça tanımlanır.

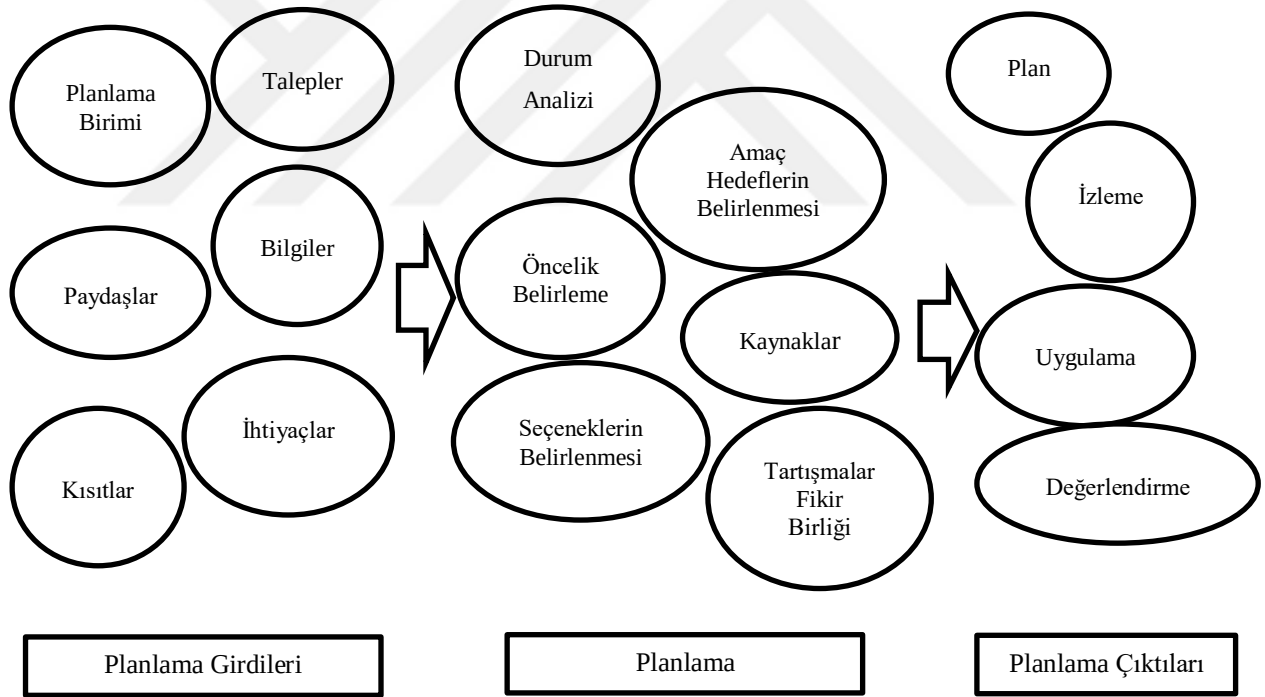
Bu ilkelerden hareketle değerlendirmenin bileşenleri olarak (Logaraj, 2015: 19-21; Deniston vd., 1968: 323-324; Chatora ve Tumusiime, 2004: 40; WHO, 1981: 16-47; Reinke, 1988b: 47-49);

- *Uygunluk*; sağlık politikalarının, sosyal ve ekonomik politikaya yanıtları açısından benimsenmesinin gerekçesi ile ilgilidir. “Sağlık planlaması gerekli ihtiyaçları ve öncelikleri karşılıyor mu?” sorusuna yanıt arar;
- *Yeterlilik*; geniş kapsamlı planlama sırasında göz önünde bulundurulması gereken konulara ve/veya eylem biçimlerine yeterli dikkatin verilmesidir. “Önceden belirlenen konular yeterince dikkate alınmış mı?” sorusuna yanıt arar;
- *Etkililik*, belirli faaliyet çıktılarının, belirlenen hedeflere kıyasla ne ölçüde gerçekleştirildiğini ifade eder. Eylem planında belirlenen hedeflere ulaşmak için tüm faaliyetler tam olarak uygulanmalı, belirlenen hedeflere ulaşılmalı ve tüm faaliyet bileşenlerini kapsamalıdır;
- *Etkinlik*, bir sağlık sorununun azaltılmasında veya yetersiz sağlık durumunun iyileştirilmesinde bir programın, hizmetin, kurumun veya destek faaliyetinin istenen etkisinin bir ifadesidir. Böylece etkinlik; planın, hizmetin veya kurumun önceden belirlenmiş amaçlarının ve hedeflerinin elde edilme derecesini ölçer;
- *Verimlilik*, bir sağlık programından veya faaliyetten elde edilen sonuçlar ile kaynaklar (insan, finansal vb.), sağlık süreçleri, teknoloji ve zaman açısından harcanan çabalar arasındaki ilişkinin bir ifadesidir.

Değerlendirme, bu bileşenlerden bir veya birden fazlasıyla ilgili değişiklikleri inceleyebilir (WHO, 2005d: 5). Değerlendirmenin rasyonel olması gerekiyorsa; sadece

planın amaçladığı değil, tüm sonuçlar dikkate alınmalıdır (Banfield, 1959: 363). Değerlendirme sonucunda her ne kadar istenilen sonuçlar elde edilmiş olsa da ülkeler, sağlık düzeylerini daha da iyileştirmek için hedefler tanımlamak ve stratejiler geliştirmek isteyeceklerdir. Bu yüzden değerlendirme sonucu elde edilen bilgiler, toplumun sağlığını daha ileriye taşımak için kullanılacaktır (WHO, 1979: 30-31; Zukin, 1971: 1757). Sağlıklı bir toplum oluşturma adına yapılan değerlendirme sonucu elde edilen bilgi, değişmek ve gelişmek için gereklidir ayrıca daha etkili planlama için fırsatlar sunmaktadır (Hancock ve Minkler, 2012: 154; Fazekas, 2010: 18). Sonuçların değerlendirilmesi, bir sonraki planlamada durum analizini beslemelidir. Değerlendirme adımı ile bir planlama döngüsü tamamlanmış olmaktadır (Green ve Collins, 2006: 572; WHO, 2005d: 6). Tüm sürecin açıklanması sonucu ortaya çıkan resmi, bütünsel bir bakış açısıyla göstermek için Şekil 10 oluşturulmuştur.

Şekil 10: Girdi-Süreç-Çıktı Olarak Sağlık Planlaması Süreci



Kaynak: International Health Facility Guidelines, 2014: 5

Şekil 10'da görüldüğü gibi; girdiler (bilgiler, talepler, ihtiyaçlar, paydaşlar, kısıtlar, planlama birimi) ayrı ayrı ve/veya birlikte planlama sürecine girerek, (durum analizi, önceliklerin belirlenmesi, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, seçeneklerin belirlenmesi, tartışmalar) ele alınıp, planlama çıktıları (plan, uygulama, izleme ve değerlendirme) haline dönüşerek planlama sürecinin tamamını oluşturmaktadır.

2.7. Sağlık Planlama Türleri

Sağlık planlama türleri ve seviyeleri konusuna girmeden önce bir durumun açıklanması gerekmektedir. Bazı araştırmacılar sağlık planlama türlerini nüfus tabanlı, bölge tabanlı, kaynak tabanlı, hizmet ve sağlık tesisi şeklinde ele alırken; sağlık planlama seviyelerini stratejik planlama ve operasyonel planlama olarak ele almıştır (Thomas, 2003; Green, 2007; Abel-Smith, 1994). Bazı araştırmacılar ise tür ve seviye olarak bunun tam tersi şekilde ele alarak (Dever, 1980; Eagar vd., 2001) işlemiştir. Bu araştırmada ise ilk sınıflamada olduğu gibi ele alınacaktır.

Sağlık sektörünün, sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadelede etmek ve sosyal politikaların etkilerini görünür kılmak, tüm sektörlerin sağlığın sosyal belirleyicilerini birlikte ele almasını savunmak ve her düzeyde planlama yaparak sosyal adalet ve tarafsızlığın değer tabanını korumak gibi birçok önemli rolü vardır (Keleher, 2011b: 332).

Sağlık planlamaları, farklı bir nüfus, bölge ya da işe odaklanarak bazen tüm ülkeyi kapsayacak şekilde; bazen de ulusal, belirli bir nüfusa, coğrafi bölge veya belirli bir alana yönelik olabilir. Her planlama, birden fazla planlama parametresine odaklanmakta ve farklı sorulara cevap aramaktadır. Örneğin, hizmet planlaması, sunulacak hizmet ve insan kaynakları ile ilgili sorulara yanıt ararken; bölge tabanlı planlama belirli bir bölgenin planlamaya konu olan özelliği ile ilgili sorulara yanıt arar (Green ve Mirzoev, 2008: 122). Sağlık hizmeti ortamının karmaşıklığı nedeniyle çalışmanın kapsamını açıkça tanımlamak gerekmektedir. Bu durum, planlamanın diğer sağlık hizmetlerini nasıl etkileyebileceğini ve kapsama nelerin dâhil edilmediğine kadar detaylı şekilde sunulmalıdır. (Queensland Health, 2015: 18).

Planlama, farklı planlama sorumlulukları ile farklı düzeylerde (yerel, bölgesel, ulusal veya uluslararası) gerçekleştirilebilir (Crisp, 2017: 10). Planlamayla ilgili karışıklar; kapsam, coğrafi alan ve odaklanma açısından uygun şekilde etiketlenerek ortadan kaldırılabilir (Hilleboe, 1968: 204). Birçok ülke sağlık planlamasını kendi yönetim biçimi ile uyumlu olarak gerçekleştirmektedir. Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin tamamı devletin yönetim alanında iken; bazı ülkelerde federal ve eyaletler ile paylaşılmaktadır (WHO, 1953: 6). Örneğin, İngiltere ve Fransa, planlamayı merkezi yönetim üzerinden gerçekleştirirken; Danimarka, Finlandiya, İtalya ve Yeni Zelanda bu görevi bölgesel idareler üzerinden yapmaktadır (Bakınız Bölüm 2.2). Ancak planlama

hangi yönetim birimi tarafından yapılırsa yapılsın sürekli bir bilgi alışverişi ve destek verme durumu söz konusudur. Planlamanın kapsamı yönünden bakıldığında ise Fransa, Almanya ve İtalya yalnız hastane hizmetlerini planlarken; İngiltere, Danimarka ve Kanada hastane hizmetleri yanında ayaktan bakım hizmetlerini de planlamaktadır (Akdağ, 2008a: 98; Sağlık Bakanlığı, 2011b: 11). Herhangi iki planlama durumu (farklı ülkeler veya aynı ülke farklı zamanlar) kesinlikle aynı değildir dolayısıyla her planlamanın kendine özgü özellikleri ve gereklilikleri vardır (Colt, 1970: 1203).

Sağlık planlaması türleri olarak; nüfus tabanlı planlama, bölge tabanlı planlama, kaynak tabanlı planlama, sağlık hizmetleri planlaması ve sağlık tesisleri planlaması ayrı ayrı olacak şekilde alt başlıklar olarak ele alınmıştır.

2.7.1. Nüfus Tabanlı Planlama

Nüfus tabanlı planlama, belirli bir nüfusu veya bir bütün olarak toplumu inceleyerek anlamak ve daha sonra sağlık durumunu iyileştirmek öncülünden başlar (Lawrie vd., 2006: 8). Nüfus tabanlı planlama ilk olarak, tüm vatandaşların sağlığına fayda sağlama niyetiyle yapılan bir planlama türüdür. Yapılan planlama değerlendirilirken toplum nüfusundaki iyileşmeler ele alınır. Genellikle uzun vadeli olma (5-10 yıl) ve daha genel amaçları (toplumun sağlık seviyesini yükseltme gibi) içerme eğilimindedir (Thomas, 2003: 15-16).

Nüfus sağlık faaliyetlerine yönelik planların iki amacı bulunmaktadır. Bunlar; toplumun sağlığını iyileştirmek, sağlık dezavantajı ve eşitsizliklerini nüfus ve gruplar düzeyinde ele alarak eşitsizlikleri azaltmaktır (Cohen, 2006: 1575, Etches vd., 2006: 30). Etkili nüfus sağlığı faaliyeti, sağlığı ve refahı şekillendiren geniş çaplı belirleyici faktörleri ele almak için birden çok sektörün ve hükümet bütünlüğünün yanı sıra toplum katılımının dâhil olduğu süreçler ve yatırımlarla ilgilidir. Nüfus sağlığı planlaması, sağlık açıklarını kapatmak ve sağlık sonuçlarını adil hale getirmek için politika, programlar, müdahaleler ve hizmetlerde neler yapılabileceğini düşünmeyi teşvik eden bir yaklaşımdır (Keleher, 2011a: 106, McDaid vd, 2008: 14).

Nüfus sağlığı planlarının sağlık eşitsizlikleri, sağlık adaletsizliği, sağlık hizmeti eşitliği ve sağlık eşitliği kavramlarının ne anlama geldikleri konusunda net olması önemlidir. Sağlık eşitliği, nüfus grupları ve topluluklar arasında gereksiz, haksız ya da adaletsiz sağlık farklılıklarının ortadan kaldırılması olarak tanımlanmaktadır (Braveman ve Gruskin, 2003: 254, Whitehead 1985: 3, Kawachi vd., 2002: 647). Eşitlik, sağlık için

fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye getirmekle ilgilidir (Whitehead, 1985: 10). Sağlık eşitsizlikleri, gruplar veya daha büyük nüfuslar arasında sağlık statüsündeki farklılıklar (hastalık ve ölüm oranları) olarak anlaşılmaktadır (VicHealth, 2008: 6). Sağlık adaletsizliği; sosyal, ekonomik ve coğrafi durumlardan kaynaklanan, önlenabilir, adaletsiz ve haksız olan sağlık eşitsizlikleridir (Kawachi vd., 2002: 648). Sağlık hizmeti eşitliği, ihtiyaçlar için sağlık hizmetlerine erişim fırsat eşitliği ve sağlıklı olma fırsat eşitliği olarak anlaşılmaktadır. Bunlar, sağlık hizmetine erişimin belirleyicilerinin eşit olmayan dağılımını ele alan kaynak tahsisinin temel hedefleridir (Graham, 2004: 102). Etkili nüfus sağlığı faaliyeti, sağlık yaklaşımının belirleyicilerini benimser. Kötü sağlık, yoksulluk, yaşam tarzı, hastalık önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylemleri arasında bağlantı kuran bir yaklaşımdır (WHO, 2008a: 28).

Nüfus tabanlı sağlık planlaması diğer bir bakış açısıyla ele alındığında; özellikle toplumun dezavantajlı grupları için daha iyi sağlık hizmeti sunmaya yöneliktir. Temel amaç; sağlık ve sosyal hizmet sunumu, hastalıkların önlenmesi ve toplum temelli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kapsamlı veri sağlanması, bu faaliyetlerin etkili bir şekilde tasarlanması ve uygulanmasıdır. Nüfus tabanlı planlamanın ikincil amacı ise, sağlık sektörünün, sağlığın belirleyicilerini etkileyen diğer sektörlerle çalışma şeklinin etkinliğini ve verimliliğini artırmaktır (Keleher, 2011b: 330). Farklı düzeylerde geliştirilmiş çok sayıda nüfus sağlık planı yapılabilir ve bu planlar; ülke çapında, eyalet çapında (ülkenin yönetim şekliyle bağlantılı olarak) veya bir coğrafi bölge içinde olabilir. Alt planlar, çocuklar veya yaşlılar gibi nüfusun belirli bir alt grubuna odaklanabilir. Bununla birlikte, daha geniş kapsamlı bir nüfus sağlığı planı olmaksızın, alt planlar uyumdan yoksun olacaktır (Keleher, 2011b: 330). Örneğin, anne-çocuk sağlığı için ülke çapında bir planlama yapılabilir. Burada anne-çocuk hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amaçlanacaktır.

2.7.2. Bölge Tabanlı Planlama

Bölge tabanlı planlama; sınırlarını coğrafi, ekonomik, yönetsel ya da toplumsal ölçütlerin belirlediği, birden fazla yerleşim alanını içine alan bir ortamda hedeflere ulaşmak için çalışılan bir planlama türüdür (Sezen, 1999: 17). Bölge tabanlı planlama anlayışı, ülkenin dengeli kalkınmasını sağlayan bir araçtır (DPT, 1973: 15). Bölgesel planlamanın temel amacı, belirli bir alan içindeki yerlerin diğer yerlerden daha az

gelişmesinin önüne geçilmesidir (Bachler ve Yuill, 2001: 7). Kişisel ve çevresel sağlık planlarının coğrafi olarak dağıtımı, toplum yaşamının temel unsurlarını iyileştirmenin anahtarı gibi görünmektedir (Hilleboe, 1968: 209). Nüfusun sağlık verileri, sağlık tesisleri ile idari hizmetlerin yoğunluğu dikkate alınarak planlama alanları tanımlanır. Ülke, yerel planlama alanlarına bölünür ve belli sayıda bölgesel planlama alanı oluşturulur (Araujo, 1972: 307). Belirli bir coğrafi alanın planlanması, belirli bir nüfus için sağlık planlaması ile ilgilidir (Queensland Health, 2015: 12). Bölge tabanlı sağlık planlamasının amaçları şu şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2017a: 1; Övgün ve Küçük, 2013: 71-72; Tulchinsky ve Varavikova, 2009: 429);

- Sağlık tesisi, insan gücü ve modern tıbbi donanım gibi sağlığa ayrılan kaynakların dengeli dağılımının sağlanması,
- Sağlık hizmet çeşitliliğinin ülke geneline yayılarak hastaların tıbbi bakım ve tedavilerinin bulunduğu sağlık bölgesi içerisinde sağlanması,
- Belli illerde ve hastanelerde hasta yığılması ile geciken tıbbi bakım ve tedavinin önüne geçilmesi,
- Sağlık hizmet kalitesinin artırılması,
- Sağlığa ayrılan kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır.

Bölge tabanlı planlamada, sorumlulukların dağılımı konusunda ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Örneğin, Danimarka’da yerel idareler ve belediyeler merkezi hükümetin denetimine tabi olarak sağlık planlamalarını yaparken; İngiltere’de bölgesel planlar, yerel yöneticilerin katılımı ile merkezi hükümet tarafından yönetilmektedir. Fransa’da bölgesel hastane birlikleri, merkezi hükümetin belirlediği sınırlarda hastane hizmetlerini planlarken; Kanada’da planlama, bölgenin sorumluluğundadır sadece belirli durumlarda ulusal çerçeve dikkate alınmaktadır (Akdağ, 2008a: 98). Bu durum Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Ülkelerdeki Planlama Sorumluluğu Dağılımı

Ülke	Planlamadaki Sorumluluk
Kanada	Planlama, illerin/yönetim birimlerinin sorumluluğunda olup bazı durumlarda yerel idarelerin de katılımıyla ulusal çerçeveler tarafından yönlendirilir.
Danimarka	Bölgeler ve belediyeler, farklı sağlık hizmeti alanlarını özerk olarak planlar; kısmi merkezi denetim vardır.
İngiltere	Ulusal ve bölgesel planlama, merkezi yönetim tarafından yerel idarelerin katılımıyla idare edilir.
Finlandiya	Planlama, belediyelerin ve belediyeler tarafından oluşturulan hastane idaresinin sorumluluğundadır.
Fransa	Bölgesel hastane kurumları, bölgesel ortaklar ile iştişare ederek, merkez tarafından belirlenen çerçeve dâhilinde hastane hizmetini planlar.
Almanya	Eyalet yönetimleri, bölgesel ortaklar ile iştişare ederek, ulusal ve bölgesel yasalara dayanarak hastane kapasitesini planlar.
İtalya	Bölgesel yönetimler, ulusal bir sağlık planını rehber olarak kullanmak suretiyle sağlık hizmetini planlar.
Hollanda	Hizmet sağlayıcı bölgesel kuruluşlar, akut hastane hizmetini planlar.
Yeni Zelanda	Planlama ile ilgili sorumluluk, merkezi yönetim ve Bölge Sağlık Kurulları arasında paylaşılmıştır.

Kaynak: Ettelt, 2010: 12

Türkiye’de ise tarihsel süreçte, sağlık hizmetlerinin bölgelere ayrılarak düzenlenmesi hemen hemen her dönemde varlığını göstermiş (Övgün ve Küçük, 2013: 62-66) ve merkezi hükümet tarafından yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, bölge tabanlı planlama anlayışı çerçevesinde Türkiye sağlık bölgelendirmesine tabi tutulmuştur. 1-1,5 milyon nüfusu kapsayan alanlara ayrılma ideal olmasına rağmen Türkiye’nin şu anda içinde bulunduğu koşullar daha yüksek nüfuslu bölgeler oluşturulmasını gerektirmektedir (mevcut 30 bölgeye bölünmüş haliyle bölgeler ortalama olarak yaklaşık 2,5 milyon nüfusa denk gelmektedir). Bu nedenle Türkiye’de 30 Sağlık Hizmet Bölgesi oluşturulmuştur. Bölgelendirme yapılırken, coğrafi ve iklimsel koşullar (dağlık bölgeler, kış şartları) nedeniyle ulaşım zorluğu, nüfusun dağılımı ve sağlık merkezlerine olan uzaklığı, tesisler, insan kaynağı sayısı, makine ve teçhizat yeterlilikleri, özellikle hizmet birimlerinin (Yoğun Bakım, Acil Servis, Kardiyovasküler Cerrahi Merkezleri vb.) bölgesel farklılıkları gibi unsurlar olarak göz önünde bulundurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 105; Sağlık Bakanlığı, 2011c: 16). Bu unsurlar dâhilinde belirlenen sağlık bölgelerinin her birinde bölge sağlık merkezi konumundaki iller belirlenmiştir. Merkez iller belirlenirken; nüfus yoğunluğu, sosyoekonomik yapı, kentleşme ve sanayileşme, sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve kapasitesi ve ulaşım alt yapısı gibi kriterler dikkate alınmıştır. Merkez illere bağlı olarak bölgede yer alan ve üst düzey hizmetleri bu merkezlerden alacak olan iller

belirlenmiştir. Daha sonra da bu illere bağlı güçlendirilmiş ilçeler belirlenmiştir. Toplam ve merkez nüfusu ile sosyoekonomik yapılanması bakımından ikinci basamak yataklı tedavi hizmet kurumu planlamasına uygun olmayan küçük ilçelerin belirlenen güçlendirilmiş ilçelerden hizmet alması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011a: 105; Sağlık Bakanlığı, 2011b: 16).

Bölge tabanlı anlayış içerisinde sağlık hizmet sunumunda bütün kurumların üstlenecekleri roller belirlenmiş ve Sağlık Bakanlığı; üniversiteye, kamuya ve diğer kurumlara ait yataklı sağlık tesisleri ile özel sektöre ait sağlık kuruluşlarını birlikte ve bütün olarak ele almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 16). Türkiye’de bölge tabanlı sağlık planlamasında yakın tarihte bölgeler çeşitli ihtiyaçlar dâhilinde değiştirilmiştir. Bu değişim şu şekilde gerçekleşmiştir (Akdağ, 2008a: 99-100, Sağlık Bakanlığı, 2010a; Sağlık Bakanlığı, 2016b);

1. 2008 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu isimli çalışmada Türkiye 27 ana bölgeye bölünmüş ve her bir bölgeye birer sağlık kampüsü yapılacağı belirtilmiştir,
2. 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı Genelge ile Türkiye 29 sağlık bölgesine bölünmüş ve daha sonra hazırlanan Yataklı Sağlık Tesisleri Planlaması ve Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri içinde kullanılmıştır. Belirlenen 29 Sağlık Bölgesinin bağlı bulunduğu 10 Üst Bölge Merkezi yapılanması da belirlenmiştir,
3. 28.03.2016 tarih ve 83913885 sayılı Sağlık Bakanlığı yazısı ile 29 bölgeye ek olarak belirlenen ihtiyaçlar dâhilinde ve merkez olan Kars ilinin belirlenen şartları taşıması sebebi ile Ardahan, Iğdır ve Ağrı (Doğubayazıt ve Patnos İlçeleri Van Bölgesinde kalacaktır) illerini kapsayacak şekilde merkezi Kars olan bölge eklenmiştir. Mevcut durumda Türkiye, 30 bölge üzerinden planlanmaktadır.

Türkiye’nin 30 bölgeye bölünmüş ve 31.12.2015 tarihli nüfusa göre hazırlanmış haritası Şekil 11’de verilmiştir.

Şekil 11: Türkiye Sağlık Hizmet Bölgeleri Haritası



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 83913985 Sayılı Yazısı

2.7.3. Kaynak Tabanlı Planlama

Sağlık ile ilgili yetkili kuruluş (örneğin, Sağlık Bakanlığı) sağlık tesislerinin, sağlık çalışanlarının ve finansal kaynakların eşit ve adaletli şekilde dağıtılmasından sorumludur (WHO, 1961: 21). Sağlık sektörü kaynak planlaması, rasyonel yönetim düşüncesinin temelidir. Karar vericiler bu yöntem sayesinde ne yapılacağını önceden düşünürler (Ettelt vd., 2010: 9). Tahsisat planlaması olarak adlandırılan, kaynak tabanlı planlama sisteminin önemli işlevlerinden biri, kaynakların kabul edilen kriterlere göre farklı sağlık sorunlarına tahsis edilmesidir. Her alanda yapılan işlerin belirli bir maddi bedeli vardır. Eğer verilecek hizmetin karşılığı yok ise hizmet sunulamayacaktır. Planlamanın olmaması kriterlerin belirlenmemesi anlamına gelecek ve hekimleri ve/veya belirli uzmanlık alanlarını ihtiyacı olan kaynakları elde etmek için lobi yapmaya zorlayacaktır (Green, 2007: 18).

Kaynakların verimsiz veya uygun olmayan biçimlerde kullanılmasına neden olan geçmişteki kötü seçimler, planlama başarısızlığı olarak kabul edilebilir. Hastaneler ve birinci basamak hizmet sunucular arasındaki kaynak dağılımı dengesizliği, farklı bölgeler veya coğrafi alanlar arasında tesis, personel ve tıbbi malzeme dengesizlikleri gibi yanlış dağılımlar, planlamaların hatalı olduğunu göstermektedir (Green, 2007: 19).

Erişime uygun olmayan sahalara inşa edilen hastanelerin eğitimli personel eksikliği nedeniyle hizmet verememesi, yanlış konumlandırmadan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle ülkelerin sağlık ihtiyaçları ve kaynakları için uygun sistemler geliştirmesi gerekmektedir (Green, 2007: 19). Örneğin, temel sağlık hizmetlerini desteklemek için yapılan kaynak tahsisi planlaması, sağlık hizmeti için önceliklerin ve kaynakların net olarak belirlendiği bir gösterge planlama çalışmasıdır. Bu planlama yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde mevcut eşitsizlikleri ve dengesizlikleri (örneğin, coğrafi bölgeler arasında, nüfus grupları arasındaki iyileştirici ve önleyici hizmetler) azaltmayı hedeflemektedir. Planlanan ve fiili harcamalar karşılaştırılarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulamalarının etkinliği ve kaynak tahsisatlarının (öz kaynakları dikkate alarak) sağlık hizmetleri üzerindeki etkileri değerlendirilir. Kaynak tahsisi planlaması; planlama döneminde sağlık hizmetlerine tahsis edilebilecek kaynakların değerlendirilmesi ve olası artışın Sağlık Bakanlığının bütçesine yönelik etkilerinin değerlendirilmesi adımlarını içerir. Kaynak tahsisi eşitliğini artırmak için, coğrafi bölgeler arasındaki kaynak dağılımında nüfus dikkate almalı; mümkünse yaş ve cinsiyet gibi ihtiyaç faktörleri ile ağırlıklandırılmalıdır. Kaynak tabanlı planlama hem politik hem de teknik bir süreçtir. Çünkü planlar ve bütçeler geliştirilirken hem hükümet departmanları hem de Sağlık Bakanlığı içinde müzakere edilmesi kaçınılmazdır (Mills ve Gilson, 1988: 108-109).

2.7.4. Sağlık Hizmetleri Planlaması

Sağlık hizmetleri planlaması, karar vericiler tarafından diğer politika araçları ile birlikte sağlık hizmet sunumunu yönlendirmek için kullanılmaktadır (Fazekas, 2010: 5). Sağlık planlamasının bir türü olan hizmet planlaması sadece sağlık hizmetlerine odaklanılarak yapılan bir planlamadır (Green ve Mirzoev, 2008: 121; Fazekas, 2010: 5). Hizmet planlaması; kanıta dayalı, güvenli, yüksek kaliteli ve uygun klinik hizmetler sağlamak için belirli bir hizmetin (kardiyak, renal gibi) planlanması ile ilgilidir (Queensland Health, 2015: 12). Sağlık hizmeti planlamasının amacı, politika hedeflerini, sağlık hizmet sunumunu yönlendirmek için pratik çabalara dönüştürmektir (Fazekas, 2010: 6; International Health Facility Guidelines, 2014: 4). Dikkatli bir planlama ile kaynakların sınırlı olduğu yerlerde bile belirli bir hastalığın (neoplazmlar gibi) önemli ölçüde kontrolü sağlanabilir. Mevcut kaynakların dikkatli bir planlama yapılmaksızın kullanılması durumunda, bu kaynaklardan elde edilmesi beklenen

sonuçlara ulaşamama riski doğacaktır (WHO, 2006: 4). Hizmet planları, mevcut veriler ve kaynaklar yanında ülkenin koşulları göz önüne alınarak hazırlanmalıdır (WHO, 2003: 16).

Sağlık tesisleri, sağlık hizmetlerinin sunulması için bir barınak¹³ olarak tanımlanabilir (Kleczkowski and Nilsson 1984: 4). Sağlık tesislerinin durumu, sağlık hizmet sunumunun etkili ve kaliteli olması için önemli bir gerekliliktir. Sağlık tesisi planlaması, sağlık planlaması sürecinin yanında insan kaynağı, ekipman, teknoloji ve finansman özelliklerini barındırması sebebi ile multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bunun yanında sağlık tesis planlaması; mimari yapı, enerji tüketimi, çevreye duyarlılık, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmet sunum şekli gibi birçok faktörün etkisinde değişiklik gösterebileceği için bu faktörler de göz önüne alınarak yapılmalıdır (Eagar vd., 2001: 272-274).

Sağlık hizmetleri planlanması; dikkatli, zekice yorumlanmış, gelişim gösteren ve bunu modern bilgi ve deneyim ışığında toplumun ihtiyaçlarını kendi kaynakları ile karşılama işidir (WHO, 1961: 4). Türkiye’de bu konuda “Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023” adı altında bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada acil hizmetleri, onkoloji, kalp ve damar cerrahisi, yoğun bakım, yanık, el cerrahisi, kemik iliği ve organ nakli, genetik hastalık hizmetleri detaylı şekilde ele alınmış ve bu hizmetlere yönelik hedefler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011c).

2.7.5. Sağlık Tesisleri Planlaması

Sağlık hizmet sunumunun önemli unsurlarından olan hastanelerde, kaynakların (sağlık insan gücü, malzeme vb.) etkin bir şekilde kullanılması dolayısıyla yataklı tedavi hizmetleri ve hasta yatakları kapasitesi için planlamaların yapılması ve uygulanması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 11). Sağlık tesislerinin planlaması, hem tesislerin yapılmasının büyük miktarda sermaye gerektirmesi hem de uzun dönemde önemli yer kaplayan işletme maliyetlerinin karşılanması açısından önem arz etmektedir. Özellikle işletme maliyetleri gelişmekte olan ülkeler için önemli büyüklükte iken; az gelişmiş ülkeler için çok daha önemli boyutlarda olmaktadır (Baker, 1988: 147). Sağlık tesisleri planlamasında; nüfus, bölgedeki mevcut tesislerin durumu, coğrafi faktörler ve yatak sayısı gibi birçok değişkenin göz önüne alınması gerekmektedir (Aba, 2018: 62;

¹³ İlgili kaynakta İngilizce “shelter” kelimesi kullanılmış ve Türkçe’ye “barınak” olarak çevrilmiştir.

Ak, 1990: 13-14). Geçmişte sağlık ihtiyaçlarına, sağlık hizmetleri düzeylerine ve maliyetlere ilişkin yetersiz bilgiler nedeniyle karar verme süreçleri zorken; günümüzde bu bilgiler her zaman kullanıma hazır durumdadır (Schultz, 1970: 383; Thomas, 2003: 13-14).

Günümüzde özellikle kaynakların daha verimli kullanılması adına uygulanan politikalar içinde sağlık tesislerinin daha verimli kullanılması da bulunmaktadır. Bu kapsamda OECD ülkelerinde bin kişiye düzen yatak sayılarında her geçen yıl azalmalar görülmekte buna karşın tedavi edilen hasta sayılarında artış görülmektedir. Örneğin, İngiltere’de 2000 yılında 240.144 olan yatak sayısı, 2010 yılında 183.831, 2017 yılında ise 167.589’a gerilemiştir (stats.oecd.org).

Baker (1988: 148-154), ihtiyaç olan sağlık tesislerin planlamasındaki adımları ihtiyaçların değerlendirilmesi, maliyet analizi ve hesaplama ve yapım olarak üç ana grupta toplamıştır. Bu ana gruplar altında ihtiyaçların değerlendirilmesi başlığı altında; mevcut sağlık tesislerinin ayrıntılı listesinin hazırlanması, mevcut talep oranları ile geleceğe dair ihtiyaçların hesaplanması, mevcut tesislerin araştırılması adımları bulunmaktadır. Maliyet analizi ve hesaplama başlığı altında; yeni kurulacak olan tesisin maliyeti ile var olan tesisin yenilenme maliyetinin tahmini, sermaye maliyetinin yıllık olarak hesaplanması, yeni bina ile var olan binanın karşılaştırılması, inşaat için finansman kaynakları ve işletme maliyetleri yer almaktadır. Yapım başlığı altında ise; kısıtlamalar ve problemler, maliyet açısından alternatif planların hazırlanması ve uzmanlardan oluşan proje takımının belirlenmesi adımları yer almaktadır.

Görüldüğü gibi sağlık tesislerinin yapılması birden fazla durumu göz önünde bulundurulması gereken bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bölge tabanlı anlayışla planlamada her bölgeye sağlık tesisi yapılmasının (genellikle siyasi sebeplerle) ekonomik yönü oldukça önemli bir yer işgal etmektedir. Yapılan her tesis ilgili bölgedeki sağlık hizmetlerine erişimi artırmayı sağlarken; sağlık harcamalarını da artırmaktadır. Bu nedenle sağlık tesisi planlaması yapılırken ülkedeki sağlık tesislerinin dağılımı özellikle nüfus ve sağlık hizmeti kullanımları göz önünde bulundurularak optimum faydayı elde edecek biçimde yapılmalıdır (Schultz, 1970: 392-393). Sağlık tesisi planlamasında, var olan tesisler ile yeni yapılacak olanların karşılaştırılması ve ekonomik analizlerin yanında ülkenin içinde bulunduğu coğrafi koşullar da göz önüne

alınmalıdır. Dağlık bölgelerde sağlık tesislerinin dağılımı, düz zeminli ülkelere göre farklılıklar göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011b: 14).

Türkiye açısından tarihsel süreç ele alındığında; sağlık tesislerinin tüm ülkeye yayılması hemen her planda yer almış, bu amaç için ayrı bir planlama genellikle yapılmamıştır. Sağlık tesislerinin ayrı şekilde planlanması ilk kez 2011 yılında sağlık tesisleri yerleşimine ve yatak kapasitelerine ilişkin uzun vadeli öngörüler içeren “Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama”sı ile gerçekleşmiştir. Planlama, ilgili dönemde mevcut olan bölgelendirme stratejisi ile uyumlu olarak 29 bölgeye yönelik yapılmıştır. Her bölgede mevcut tesis ve yatak kapasiteleri ortaya konulmuş, bölgesel farkları ortadan kaldırmak üzere her bölgeye ilişkin nüfus da göz önüne alınarak geleceğe yönelik hedefler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011b).

2.8. Sağlık Planlama Seviyeleri

Sağlık planlaması, farklı zaman dilimlerini (yıllık, 3 yıllık plan vb.) kapsayabilir ve farklı amaçlara (operasyonel, stratejik vb.) yönelik olabilir (Crisp, 2017: 10). Ayrıca planlama, hangi seviyede yapılırsa yapılsın karar vericiler, planlamanın kapsamına giren paydaşlar ile bir araya gelerek karar vermelidir (Green ve Mirzoev, 2008: 122). Buradan hareketle planlama seviyeleri, süreleri ve özellikleri dikkate alınarak stratejik ve operasyonel planlara değinilecektir.

2.8.1. Stratejik Planlama

Yönetimin başarısında kritik süreçlerden biri olan planlama, sağlık sektörünün yapısı ve çevresi düşünüldüğünde ayrı bir önem kazanmaktadır. Çevresel değişkenlerin artması, tüm örgütleri planlama sürecine yönelik stratejik düşünmeye ve karar vermeye zorlamaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının uzun dönemli planlar olmadan ilerlemesi olanaksız duruma gelmiş, belirli amaçlar üzerine düzenli şekilde gidilmedikçe rotasız gemiye dönüşmeleri kaçınılmaz olmuştur (Williamson, 1997: 5-7).

Stratejik planlama öncesinde ulusal planlara (ülkenin tamamını ele alan planlar) değinmek yerinde olacaktır. Ulusal planlar, belirli alanlarda (sağlık, eğitim, üretim vb.) olabileceği gibi, bu alanların tümünü içine alacak biçimde de (kalkınma planları) yapılabilmektedir. Bu planların amacı, belirlenen süre içinde belirlenen amaç ve hedeflere ulaşmak için kaynakların bu amaç ve hedefler doğrultusunda harekete

geçirilmeye çalışılmasıdır (Sezen, 1999: 20-21). Stratejik planlar tıpkı ulusal planlar gibi ülkenin belirli bir alana yönelik amaç ve hedeflerini içeren planlardır.

Ülgen ve Mirze (2016: 38-40) uzun dönemli plandan stratejik yönetime geçiş sürecini şu şekilde anlatmışlardır: uzun dönemli planlar analitik düşünce tarzından öte karşılaşılan güncel olayların geleceğe dönük tahimininden ibarettir. 1960'larda Ansoff'un analitik yaklaşımı getirmesiyle uzun dönemli planlar rasyonel ve analitik şekilde şekillenmeye başlamıştır. Kurumlar planlarını daha rasyonel ve analitik düşünce ile dış unsurlar dikkate alınarak şekillendirmeye başlamış ve daha sonra stratejik planlama ile daha geniş ve dışa dönük perspektif ile planlar oluşturulmuştur. Stratejik yönetim sürecinin bir parçası olan stratejik plan sonrası dönemde kurumlar iç analizlere de yoğunlaşmış bu şekilde hem iç unsurlar hem de dış unsurlar göz önüne alınarak analitik ve rasyonel şekilde planlar hayata geçirilmiştir.

Stratejik planlama, sağlık sektörüne 1980'lerde girse de (Zuckerman, 2010: 12) 1960'lı yıllara dayanan ve zaman içinde değişim gösteren bir süreç olarak günümüze kadar gelmiştir. Stratejik planlama, hemen her sektörde gerek kurumsal gerek ülke çapında uygulanarak kendine sürekli bir alan bulmuştur. Bu konuda yapılmış çalışmaların bir kısmı stratejik planlamanın faydalı olduğunu, bir kısmı etkisiz olduğunu savunurken; bazı çalışmalar da faydalı olmadığı savunulmuştur. Tartışmaların günümüzde de devam ettiği söylenebilir (Swayne vd., 2006: 42; Zuckerman, 2010: 1).

Stratejik planlamaya yönelik gerek organizasyon temelinde gerekse Bakanlıklar, bölgesel idareler veya hükümetler tarafından yapılan birçok tanım bulunmaktadır. Stratejik plan, öngörülen ve/veya arzu edilen geleceği ileten, orta ve uzun vadeli amaç ve hedeflere ulaşmak için kullanılacak araçları açıklayan, bütüncül bir perspektif sunan ve çevreyi dikkate alan bir süreçtir. Stratejik planlama; bir organizasyon veya kurumun kendisine yön çizmesi, tasarlanan amaç ve hedeflere ulaşmak için takip etmesi gereken stratejileri belirlemesidir ve sürekli devam eden bir süreçtir (Binagwaho, 2014: 2; Harrison, 2010: 47; Terwindt ve Rajan, 2016: 1; Sezen, 1999: 28; Sakharkar, 2009: 121; Johansen, 2015: x). Stratejik planlama, gelecek yıllar için gidilecek yönü belirleyen ve sürekli olarak devam eden bir süreçtir. (Williamson, 1997: 7; Harrison, 2010: 72; Jira vd., 2004: 12). Stratejik planlama, organizasyonun gelecekte istediği yere ulaşması için rehber olacak kararların verildiği yönetsel süreçtir (Swayne vd., 2006: 21). Stratejik planlama, sağlık örgütlerini amaçlarına giden yolda tutmayı sağlayan rehber yıldız

görevi görmektedir (Williamson, 1997: 5-7). Stratejik planlama; resmi ve sürekli devam eden, amaçların saptandığı ve bu amaçlara yönelik hedeflerin belirlendiği ve eldeki kaynakların pazar fırsatlarına göre değerlendirildiği bir süreçtir (Thomas, 2003: 159). Olsen ve Eadie (1982: 4), stratejik planlamayı yasal sınırlarda hükümet faaliyetlerinin yönünü belirleyecek ve temel kararları ortaya çıkaracak disiplinli bir çabadır şeklinde tanımlamışlardır. Merkez (Sağlık Bakanlığı, örneğin, Türkiye gibi), bölgesel yönetimler (merkezi yönetimin yetkinin bir kısmını bölgeye devrettiği yönetim şekli. Örneğin, İtalya, Fransa vb.) veya federal eyaletler (ülkenin birden fazla eyalete bölündüğü yönetim sistemi. Örneğin, Arjantin, Kanada vb.) gibi ülke yönetiminden sorumlu üst organlar tarafından yapılan stratejik planlama, sağlık sisteminin genel ilkelerini açıklamakta ve çerçevesini oluşturmaktadır (Ettelt, 2010: 13).

Stratejik planlama; amaç ve hedefleri geliştirme yönünde mevcut kaynakları fırsatlar ile eşleştirirken; aynı zamanda organizasyonun piyasaya uyum sağlamasına yönelik eylemlerin uygulanması için resmi ve sürekli bir süreçtir (Thomas, 2003: 159). Stratejik planlama, kamuda kısa vadeli plandan uzun vadeli plana dönüşü, çıktılar yerine sonuca odaklanmayı, hesap verilebilirliği ve katılımcılığı artırmayı, güven ve performans açığını kapatmayı sağlamaya yönelik bir araçtır (Murat ve Başdigen, 2008: 174). Stratejik planlama sürecinin adımları ise; durum analizi ile dış ve iç çevrenin değerlendirilmesi, misyon ve vizyonun belirlenmesi, amaç ve hedeflerin belirlenmesi, faaliyet planının (operasyonel plan) geliştirilmesi, izleme ve değerlendirme sisteminin kurulmasıdır (Zuckerman, 2010: 6-8).

Sağlık politikaları belirlemenin ayrılmaz bir parçası olan (Green ve Mirzoev, 2008: 121) stratejik planlar, amaçların ve hedeflerin gerçekleştirilmesi için operasyonel planlar ile uygulanabilir hale getirilmektedir (Terwindt ve Rajan, 2016: 1). Stratejik plan hazırlanırken; durum analizinden, önceki planlardan, mevcut ve gelecekteki kaynakların durumundan ve önceliklerden yararlanılmaktadır. Bu kapsamda stratejik planlama içinde; sağlık hizmet sunumu, yönetim, sağlık araştırması, sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, kurumsal ve/veya idari reformlar, diğer sektörlerle işbirliği ve koordinasyon yer almaktadır (Terwindt ve Rajan, 2016: 1-2). Buradan hareketle stratejik planın da tüm paydaşlara sorumluluk vermek, yön sağlamak, onlardan beklenilenin ne olduğunu açık şekilde belirlemek adına önemli olduğu söylenebilir.

Stratejik planlama; amaçlar ve değerler üzerinde birlik olmayı, belirlenen yöne odaklanmayı, tutarlılığı ve koordinasyonu sağlar; planı uygulamaya yönelik taahhütler sunarak geleceği güvence altına alır; belirlenen önceliklere ve değerlendirme ölçütlerine göre kaynakları tahsis eder; finansal performansı geliştirir; bugünü anlayıp gelecek hakkında düşünmeyi sağlayarak inovasyonu ve değişimi destekler (Fogg, 1994: 19-21; Swayne vd., 2006: 29-30; Williamson, 1997: 9; Usta, 2014: 33). Ayrıca uzun dönemli bakış sağlar, dış çevreden olumsuz etkilenmenin derecesini azaltır, sağlık sektörünü bir arada tutar ve diyalogu artırır (Terwindt ve Rajan, 2016: 9-11).

Stratejik planlama, Türkiye’de 01.01.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5018 sayılı kanun ile tüm kamu kuruluşları tarafından hazırlanmaya ve uygulanmaya başlamıştır. 5018 sayılı kanunda stratejik plan, *“kamu idarelerinin orta ve uzun vadeli amaçlarını, temel ilke ve politikalarını, hedef ve önceliklerini, performans ölçütlerini, bunlara ulaşmak için izlenecek yöntemler ile kaynak dağılımlarını içeren plan”* olarak tanımlanmıştır (5018 Sayılı Kanun). DPT tarafından yayımlanan Kamu İdareleri için Stratejik Planlama Kılavuzunda stratejik planlama ile ilgili olarak şu ifadeler yer verilmiştir; *“stratejik planlama, kuruluşun bulunduğu nokta ile ulaşmayı arzu ettiği durum arasındaki yolu tarif eder. Kuruluşun amaçlarını, hedeflerini ve bunlara ulaşmayı mümkün kılacak yöntemleri belirlemesini gerektirir. Uzun vadeli ve geleceğe dönük bir bakış açısı taşır. Kuruluş bütçesinin stratejik planda ortaya konulan amaç ve hedefleri ifade edecek şekilde hazırlanmasına, kaynak tahsisinin önceliklere dayandırılmasına ve hesap verme sorumluluğuna rehberlik eder”* (DPT, 2006a: 7).

Sorunu tanımlamayı ve soruna ilişkin strateji geliştirmeyi temel alan stratejik planlama, (Lawrie vd., 2006: 8) yapısal karar vermeyi gerektirir ve doğal olarak üst düzeyde toplanmış verilere ve tahminlere dayanmaktadır (Hans vd., 2012: 9; Green ve Mirzoev, 2008: 124). Stratejik planlama, genellikle toplum düzeyinde planlamanın bir bileşeni değildir, ancak toplum düzeyinde planlamadan tamamen dışlanması gerektiğini iddia etmek yanlıştır. Çünkü toplum çapında plan çerçevesinde faaliyet gösteren kamu kuruluşlarının amaçlarına, stratejik planlama ilkelerine uyulmaksızın ulaşamayacağı bir gerçektir (Thomas, 2003: 161). Stratejik planlama; uzun dönemli ve yaratıcıdır, vizyonu yansıtır ve kurumun değişen çevreye ayak uydurması için çalışır (Thomas, 2003: 160-161).

Stratejik planlama, kamu kuruluşlarının kaynaklarını daha etkin kullanmasında, daha kaliteli hizmet sunumunda, toplumun beklentilerinin karşılanmasında (Murat ve Başdigen, 2008: 175), geleceği görebilen kurumlar haline gelmesinde önemli rol oynamaktadır. DPT kılavuzunda stratejik planlama için (DPT, 2006a: 7-8);

- Değişimin planlanmasıdır, gerçekçi bir şekilde ele alınır, sonuçlara odaklanır,
- Yönetimi daha disiplinli ve sistemli çalışmaya sevk eder,
- Hesap verilebilirliği artırır, katılımcıdır, tüm tarafları kapsayan bir süreçtir,
- Uzun vadeli, esnektir ve her kuruluşa uyarlanabilir,
- Önemli olan plan değil planlama sürecidir ve uygulama oldukça önemlidir ifadeleri kullanılmıştır.

DPT, aynı kılavuzda değindiği stratejik yönetim süreci içinde planlamanın “neredeyiz, nereye gitmek istiyoruz, gitmek istediğimiz yere nasıl ulaşırız, başarılarımızı nasıl takip eder ve değerlendiririz” sorularına cevap arayan adımları vermiştir. Aynı zamanda stratejik planlama ile stratejik yönetim sürecinin bütününe kapsayacak şekilde kullanıldığı da belirtilmiştir (DPT, 2006a: 4). Sorulara aranan cevaplara göre stratejik yönetim süreci Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10: Stratejik Yönetim Süreci

Neredeyiz?	Durum Analizi	Plan ve Programlar
		Paydaş Analizi
		SWOT Analizi, PESTLE
Nereye Gitmek İstiyoruz?	Misyon ve İlkeler	Kuruluşun Varoluş Gerekçesi
		Temel İlkeler
	Vizyon	Arzu Edilen Gelecek
	Amaçlar ve Hedefler	Orta Vadede Ulaşılabilecek Amaçlar
Gitmek İstediğimiz Yere Nasıl Ulaşabiliriz?	Stratejiler	Spesifik, Somut ve Ölçülebilir Hedefler
		Amaç ve Hedeflere Ulaşma Yöntemleri
	Faaliyetler ve Projeler	Detaylı İş Planları
		Maliyetlendirme
		Performans Programı
		Bütçeleme
Başarımızı Nasıl Takip Eder ve Değerlendiririz?	İzleme	Raporlaştırma
		Karşılaştırma
	Performans Ölçme ve Değerlendirme	Geri Besleme
		Ölçme Yöntemlerinin Belirlenmesi
		Performans Göstergeleri
		Uygulamaya Yönelik İlerleme ve Sonuçların Değerlendirilmesi

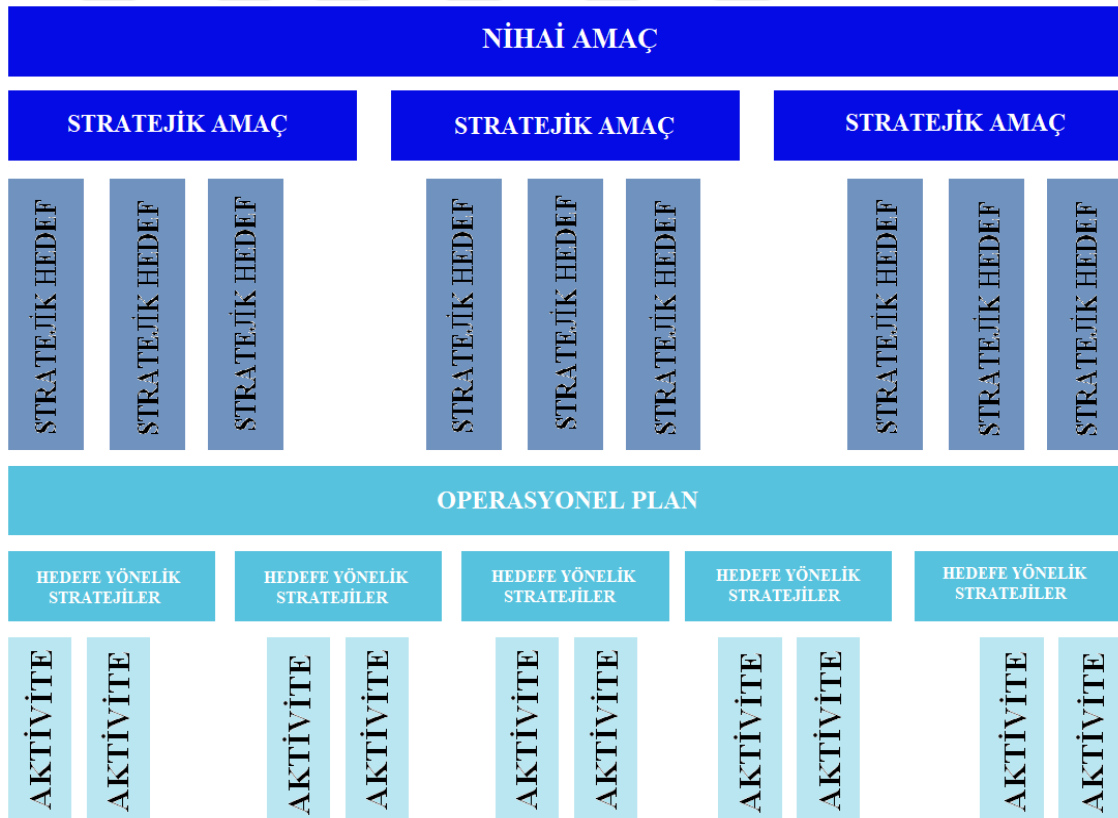
Kaynak: DPT, 2006a: 5

Bu sürecin içinde yer alan kavramlara kısaca değinmek gerekirse; paydaş, bir kurumun faaliyetlerine katılan veya onu etkileyen kişi ve kuruluşlardır (Harrison, 2010: 26). Paydaşlar; iç paydaşlar, dış paydaşlar ve yararlanıcılar (kullanıcılar) olarak ayrılabilir. Paydaş analizi, katılımcılığı temel alan stratejik planlamanın önemli dinamiklerinden birisidir ve planlamayı yapan kuruluşun etkileşim içinde olduğu tarafların sürece dâhil edilmesi olarak tanımlanabilir. Paydaş analizi; paydaşların tespiti, önceliklendirilmesi, değerlendirilmesi, görüş ve önerilerinin alınması aşamalarından oluşmaktadır. Paydaşlar kuruma olan yakınlığı, ilişkisi ve etkileşimi oranında önceliklendirilir, değerlendirilir ve önerileri alınır (DPT, 2006a: 17-22). SWOT analizi, kuruluşun ve kuruluşu etkileyen çevrenin sistematik olarak incelenmesi olarak tanımlanabilir. Kuruluş içinde güçlü ve zayıf yönler, çevrede ise fırsatlar ve tehditler olmak üzere dört değişken üzerinden yapılmaktadır (Harrison, 2010: 92; Ülgen ve Mirze, 2016: 160; DPT, 2006a: 23-25). PESTLE analizi; politik (political), ekonomik

(economic), sosyolojik (sociological), teknolojik (technological), yasal (legal), çevresel (environmental) kelimelerinin baş harflerinden oluşan kısaltmadır. Misyon, kurumun varoluş sebebini açıklayan temel bildirimdir (Certo ve Peter, 1990: 58; Harrison, 2010: 42; Ülgen ve Mirze, 2016: 68; DPT, 2006a: 27). Vizyon ise yönetimin ulaşmayı arzu ettiği, gelecekte olmak istediği yerin gerçekçi bir ifadesidir (Certo ve Peter, 1990: 58; Harrison, 2010: 46; Koçel, 2015: 194).

Stratejik plan, sağlık sisteminin hangi yöne gitmesi gerektiğini belirtirken operasyonel plan, oraya nasıl gidileceğini belirlemektedir. Stratejik planlar orta veya uzun dönemli (3-5 yıl) olurken operasyonel planlar kısa dönemli (3-6 ay, 1 yıl gibi) olmaktadır (Terwindt ve Rajan, 2016: 2; Fazekas, 2010: 5-6). Stratejik plan ile operasyonel plan arasındaki ilişki Şekil 12’de gösterilmiştir.

Şekil 12: Stratejik Plan ile Operasyonel Plan Arasındaki İlişki



Kaynak: Terwindt ve Rajan, 2016: 1

Şekilde görüldüğü gibi stratejik plan daha genel amaç ve hedefleri içerirken; operasyonel plan, belirlenen amaç ve hedefler uygulanabilir hale getiren kısa vadeli

işlevlere odaklanmaktadır. Anlamayı kolaylaştırmak adına Tablo 11’de stratejik planlama ve operasyonel planlamanın özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 11: Stratejik Plan ve Operasyonel Planların Karakteristik Özellikleri

	STRATEJİK PLANLAMA	OPERASYONEL PLANLAMA
Perspektif	Orta ve Uzun Vadeli Gelişim	Kısa Dönem Müdahaleleri
Odak	Sağlık Sektörü için Stratejik Yön	Belirli Faaliyet Uygulaması
Zaman Aralığı	3-5 Yıl Arası	1 Yıl, Bazen Daha Kısa Zaman Dilimi
Esneklik	Süresi Boyunca Değişmesi İhtimali Çok Düşük	Daha Kolay Değiştirilebilir

Kaynak: Terwindt ve Rajan, 2016: 3.

Stratejik planlama uzun dönemli, yön sağlayan, değişmeyen bir özellik gösterirken; operasyonel planlama kısa dönemli, değişebilen ve faaliyet tabanlı olma özelliği göstermektedir. Operasyonel planlar stratejik planların uygulanması açısından oldukça önemli bir konumdadır ve bir sonraki bölümde detaylı şekilde ele alınmıştır.

2.8.2. Operasyonel Planlama

Operasyonel planlama, stratejik planlamanın faaliyete dönüştürülmesi olarak tanımlanabilir. Bu etkinlikler; bütçe ve kaynakların tahsisi, hizmetlerin düzenlenmesi, personelin temini, tesis ve makine-teçhizatın temin edilmesi gibi sağlık hizmeti sunmaya yönelik tüm işlevleri içerebilmektedir. Bu işlev genellikle bölgesel idareler veya bazı ülkelerde yerel idareler tarafından yerine getirilir (Ettelt vd., 2010: 13; Sakharkar, 2009: 121).

Uygulama planları, faaliyet planları veya iş planları olarak da adlandırılan operasyonel planlar, stratejik planların istenen sonuçlarına ulaşmak için belirlenen detaylı eylemlerdir. Neyin, ne zaman, kim tarafından ve nasıl yapılacağını gösterir ayrıca her bir eylem için bütçe sağlar (Binagwaho, 2014: 2; Shuey, 2016: 1). Stratejik planın öngöremediği (orta veya uzun vadeli olması sebebiyle) uygulama detaylarını görebilmekte ve stratejik planı bu özelliği ile uygulanabilir hale getirmektedir (Terwindt ve Rajan, 2016: 4). Başka bir tanımla, belirli amaç ve hedeflere ulaşmak için kullanılan taktiklerdir. Yani, merkezi birim (Sağlık Bakanlığı veya ülke yönetim şekline göre değişen üst kurum) tarafından doğrudan hizmet veren birimleri teknik olarak desteklemektir (Shuey, 2016: 2).

Operasyonel planlar, stratejik planın harekete geçirilmesini ve amaçladıklarının yerine getirilmesini sağlayan planlar olarak da tanımlanabilir (Harrison, 2010: 84). Operasyonel planlama, sağlık hizmeti sunum sürecinin yürütülmesiyle ilgili kısa vadeli karar verme sürecini içerir (Williamson, 1997: 8). Bu planlama seviyesinde esneklik düşüktür, çünkü yüksek seviyelerdeki birçok karar, operasyonel düzeydeki karar verme sürecinin kapsamını sınırlandırmıştır (Hans vd., 2012: 9; Green ve Mirzoev, 2008: 124). Bu planların hazırlanması ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde üst yönetim tarafından yapılırken bazı ülkelerde hem üst yönetim hem de alt kademelerde yapılmaktadır (Ettelt vd., 2010: 13-14). Operasyonel plan (Shuey, 2016: 2);

- Stratejik hedefler ile bağlantılı faaliyetleri,
- Faaliyetlerin zamanlamasını ve sıralamasını,
- Faaliyetlerin düzeyini,
- Faaliyetten sorumlu kişileri,
- Faaliyet için gerekli kaynakları,
- İlerlemeyi ölçmek için bir izleme yöntemini içermelidir.

Stratejik plan ile operasyonel plan arasındaki bağ, öngörülemeyen ekonomik, politik ve sağlık durumlarına uyum sağlamaya yetecek kadar esnek olmalıdır. Operasyonel planlama, ülkelerin ulusal/stratejik planları ile bağlantı kurmasını sağlamaktadır. Bağlantı iyi kurulamazsa uygulamada birçok sorun ortaya çıkacaktır. Bu sorunların çıkmaması için; durum analizi yapılması, önceliklerin dikkatli şekilde belirlenmesi ayrıca operasyonel planın iyi kurgulanması ve uygulamada bölgesel farklılıkların olmaması gerekmektedir (Schmets vd., 2016: 22). Operasyonel plan yapılmasının sebepleri olarak; amaçları somutlaştırması, sorumluları belirlemesi, zamanlama çizelgesi oluşturması, bütçeleme işlemi yapması, uygulamayı kolaylaştırması, kısa süreli bakış açısı sağlaması, şeffaflığı sağlaması ve nerede olduğumuzu daha net şekilde görmemizi sağlaması gösterilebilir (Shuey, 2016: 7).

Türkiye’de performans esaslı bütçeleme sisteminin temel unsurlarından biri olan performans programı, operasyonel planlara örnek olacak şekilde, stratejik planın politika hedefleri ile bu hedefler ulaşmak için gerekli kaynaklar arasında bağ kurmaktadır. Bu kapsamda performans programı ile ilgili bazı tanımları yapmakta fayda vardır (Maliye Bakanlığı, 2009: 5-6):

Performans esaslı bütçeleme, kaynakların kamu kurum ve kuruluşlarının amaç ve hedefleri doğrultusunda tahsisini ve kullanılmasını sağlayan, performans ölçümü ve değerlendirmesi yaparak ulaşılmak istenen hedeflere ne derecede ulaşıldığını tespit eden ve sonuçları raporlayan bir bütçeleme sistemidir.

Performans programı, kamu idaresinin program dönemindeki performans hedeflerini, bu hedeflere ulaşmak için yürütecekleri faaliyetler ile bunların kaynak ihtiyacını ve performans göstergelerini içeren program olarak tanımlanabilir.

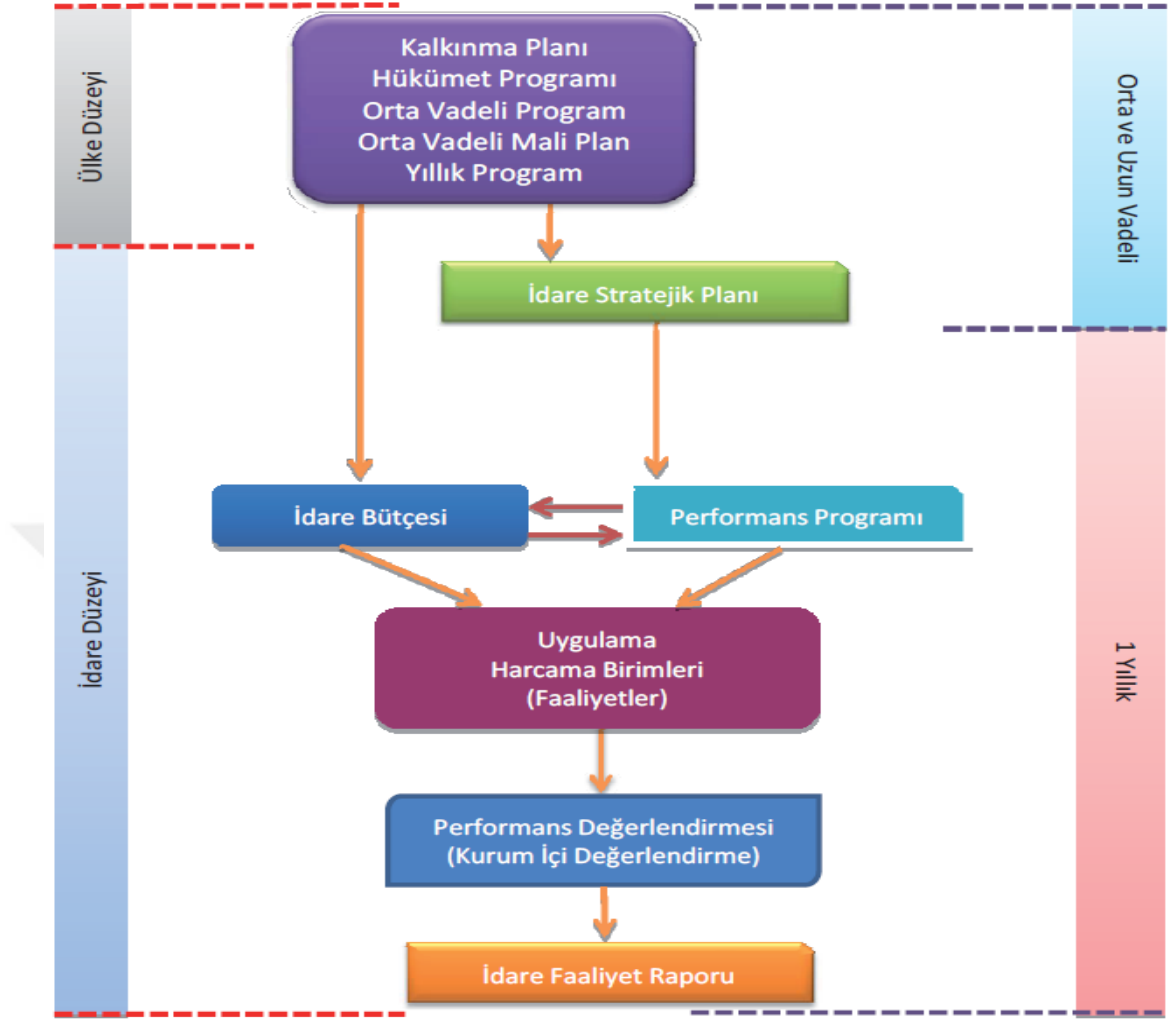
Performans hedefi, kamu idarelerinin stratejik planlarında yer alan amaç ve hedeflerine ulaşmak için program döneminde gerçekleştirmeyi hedefledikleri çıktı-sonuç odaklı hedefler olarak tanımlanabilir.

Performans göstergeleri, Kamu idarelerince performans hedeflerine ulaşma düzeylerini ölçmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılan ve sayısal olarak ifade edilen araçlar olarak tanımlanabilir (Maliye Bakanlığı, 2009: 6).

Faaliyet, belirli bir amaca ve hedefe yönelen, başlı başına bir bütünlük oluşturan, yönetilebilir ve maliyetlendirilebilir üretimlerdir.

Stratejik plan ile performans programı ilişkisi Şekil 13’de gösterilmiştir.

Şekil 13: Stratejik Plan ile Performans Programı İlişkisi

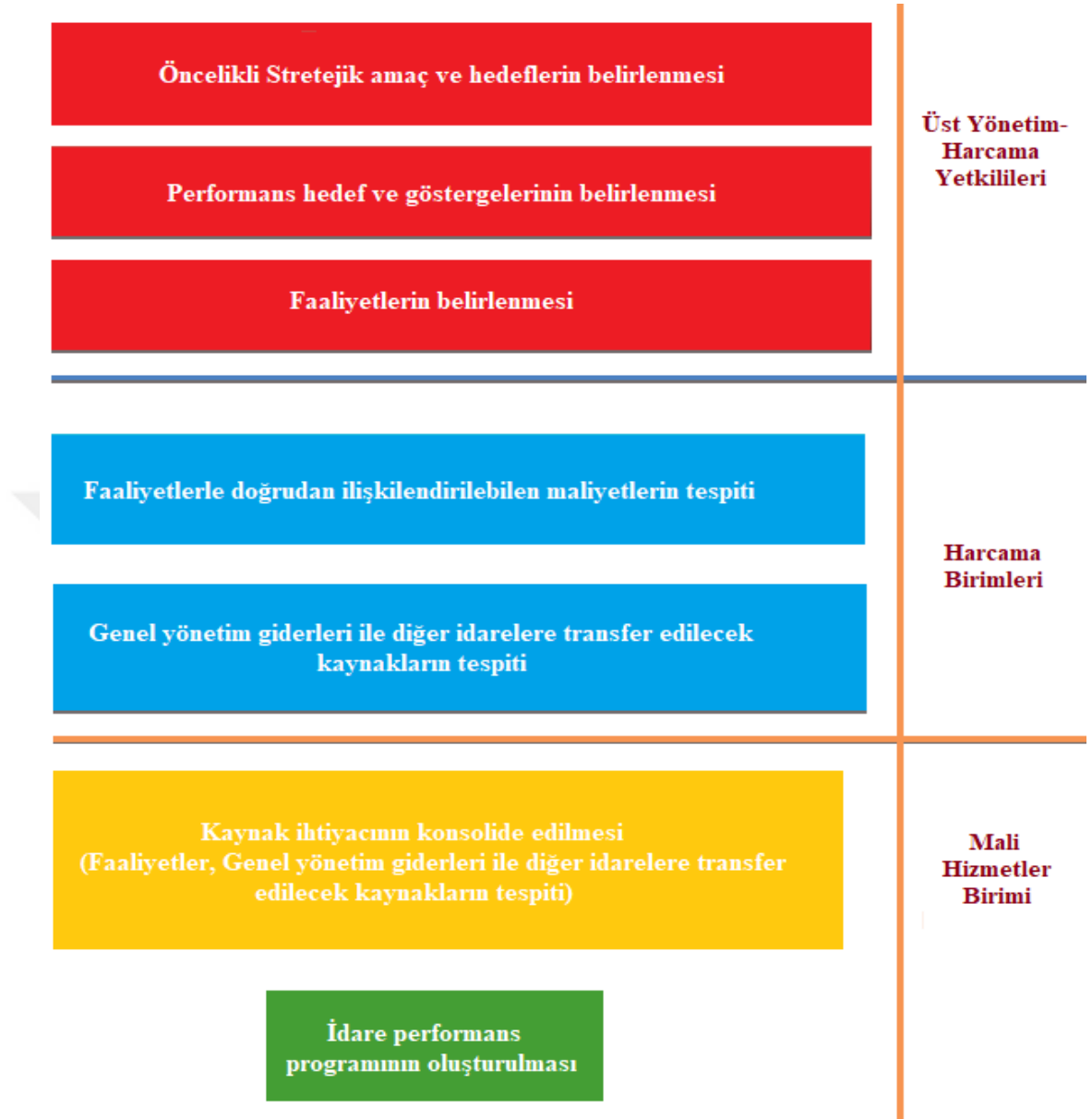


Kaynak: Maliye Bakanlığı, 2009: 10

Şekilde görüldüğü üzere Kalkınma Planı, hükümet programı gibi belgelere bağlı kalmak koşulu ile hazırlanan stratejik planlar ile bu planların bütçelemesi ve performans programları ile yıllık olarak uygulanabilir hale getirilmesi şeklinde ilerlemektedir.

Performans programları yıllık olarak hazırlanan ve stratejik planda yer alan amaç ve hedeflere ulaşmak için belirlenen performans göstergelerine ilişkin olarak o yıldaki hedefi gösteren bir belge olarak ilgili kurum tarafından hazırlanmaktadır. Performans programının hazırlama sürecine ilişkin adımlar Şekil 14’de gösterilmiştir.

Şekil 14: Performans Programı Hazırlama Süreci



Kaynak: Maliye Bakanlığı, 2009: 12

Şekilde görüldüğü gibi, üst yönetim tarafından stratejik amaçlar, performans hedefleri ve faaliyetler gibi yönlendirici görevler yerine getirilirken; harcama birimleri maliyetler ve kaynaklar üzerine çalışmakta ve mali hizmetler birimi ise daha çok performans programının oluşturulması üzerine çalışmaktadır. Bu şekilde üst yönetim birimlerinden mali hizmetler birimlerine kadar uzanan performans programı hazırlama süreci yıllık olarak hazırlanmakta ve stratejik planlama süreci boyunca tekrarlanmaktadır.

Sağlık planlaması, sağlık bir toplum oluşturma yolunda önemli bir konumda durmaktadır. Tarihsel süreçte de bakılığında, önceki bölümlere görülüşü üzere birçok ülke, bu önemin farkında olarak sağlık planlaması çalışmalarını yürütmüşür. Sağlıklı bir toplum, ekonomik ve toplumsal gelişmenin ilk adımı olarak görülebilir. Bu kapsamda sağlık planlaması ile sosyo-ekonomik gelişme arasındaki ilişki çeşitli temellere oturtularak bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

2.9. Sağlık Planlamasının Sosyo-Ekonomik Gelişme ile İlişkisi

Sağlık, insan hayatına değer katan özgürlük ve eğitim gibi temel değerler arasında yer almaktadır (Sen, 1999: 3-4). Sağlık, hane halklarının ekonomik refahında olduğı gibi, toplumun sağlığı düzeyinin yükseltilmesinin, yoksulluğun azaltılmasının ve uzun vadeli ekonomik büyüme ve kalkınmanın kritik bir girdisidir (Sachs, 2001: 21; Green, 2007: 207; Jack ve Lewis, 2009: 1).

DSÖ komitesi sağlık ile ekonomik ve sosyal faktörlerin ayrılmaz olduğuna dikkat çekerek; sosyoekonomik kalkınmayı ve toplum sağlığını birbirine bağlayan bazı temel ilkeleri kabul etmiştir. Bunlar (WHO, 1967a: 12);

- 1) Sağlık, ekonomik gelişmeye katkıda bulunur,
- 2) Ekonomik kalkınma, sağlığa ulaşmanın bir aracıdır,
- 3) Sağlık, ekonomik kalkınmanın amaçlarından biridir.

Ekonomik gelişme ile sağlık gelişimi arasındaki ilişki; ekonomik gelişmenin daha iyi beslenme, barınma, sanitasyon gibi temel ihtiyaçlardan başlayarak daha iyi sağlık hizmetleri ve teknoloji sağlanması için ek kaynaklar oluşturması ile açıklanabilir. Bu ilişki özellikle anne ve bebek ölüm hızlarını düşürerek sağlıklı bir toplum ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Mills ve Gilson, 1988: 10-11). Yapılan başka bir ekonometrik çalışma, Afrika'nın büyüme oranlarının yarısından fazlasının, Doğı Asya'nın yüksek büyümeye sahip ülkelerine oranla, yönetimlerin makroekonomik politikalarından öte hastalık yükü, demografi ve coğrafya tarafından istatistiksel olarak açıklanabileceğini ortaya koymuştur (Bloom vd., 1998: 211). Hastalık yükü ağır olan toplumların ekonomik ilerleme sağlamaları oldukça güçtür. Ekonomik yükselişlerin birçoğı halk sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, hastalık kontrolü ve iyileştirilmiş besin alımı gibi önemli atılımlarla desteklenmiştir. Bağışıklama ile bir yandan eğitime devamlılık oranları yükselmiş bir yandan da işgücü sağlığı yükseltilerek verimlilik ve üretim artışı sağlanmıştır (WHO, 1973: 39). Örnek olarak, Sanayi Devrimi sırasında

İngiltere'nin hızlı büyümesi, 20.yy. başlarında ABD ve Japonya'nın hızlı büyümesi, 1950'lerde ve 1960'larda başlayan Güney Avrupa ve Doğu Asya'nın dinamik gelişimi gösterilebilir. Bu ülkeler halk sağlığı, hastalık kontrolü ve gelişmiş beslenme alımındaki önemli gelişmelerle işçilerin enerji seviyelerini ve üretkenliğini artırmanın yanı sıra bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasızlığı da azaltmıştır (Sachs, 2001: 22).

Sağlığın, bir amaç olmanın yanında gelişimin de önemli bir sonucu olduğu anlaşılmış olsa da, ekonomik kalkınmayı desteklemek için sağlığa yatırım yapmanın önemi anlaşılamamıştır. Sağlık yatırımları, özellikle düşük gelirli ülkelerde yoksulluğun azaltılmasına yönelik stratejiler içinde en önemli olanıdır (Sachs, 2001: 1, 25-26). Makroekonomik kanıtlar, zayıf sağlık ve eğitim koşullarına sahip ülkelerin, daha iyi sağlık ve eğitim koşullarına sahip olan ülkelere oranla büyümeye ulaşmakta zorlandıklarını göstermektedir. Tablo 12'de bu durum, açık şekilde gösterilmektedir.

Tablo 12: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla ile Bebek Ölüm Hızının Büyümeye Etkisi

BÖH	BÖH<50	50<BÖH<100	100<BÖH<150	BÖH>150
GSYH				
GSYH<750 Amerikan Doları (USD)	-	3,7	1,0	0,1
750 < GSYH <1500 USD	-	3,4	1,1	-0,7
1500 < GSYH <3000 USD	5,9	1,8	1,1	2,5
3000 < GSYH <6000 USD	2,8	1,7	0,3	-
GSYH >6000 USD	1,9	-0,5	-	-

Kaynak: Sachs, 2001: 24

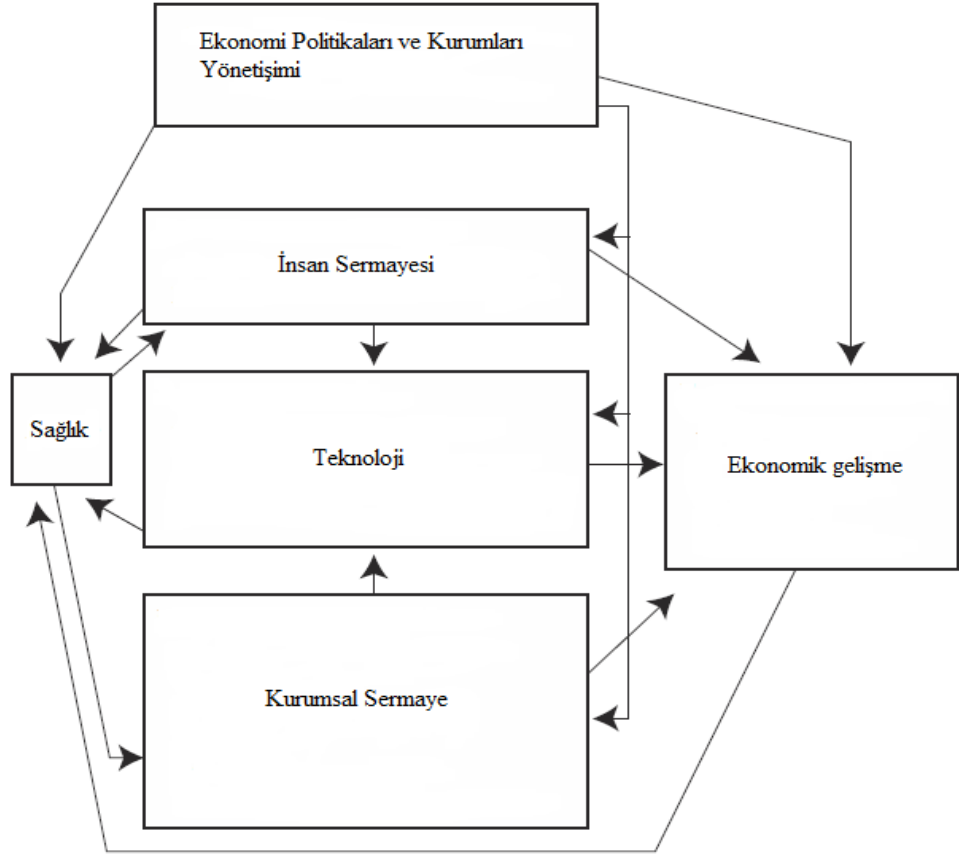
Tablo 12'de, 1965-1994 döneminde gelişmekte olan ülkelerin (ilgili çalışmada belirli bir kümedeki ülkeler şeklinde açıklanmış ancak hangi ülkeler olduğuna dair açıklama yapılmamıştır¹⁴) büyüme oranları gösterilmiştir. Ülkeler 1965'teki gelir düzeylerine göre gruplandırılmış ve aynı yıldaki bebek ölüm hızları (BÖH) verilmiştir. Herhangi bir gelir aralığı için, dönem boyunca daha yüksek ekonomik büyüme yaşayan ülkeler, daha düşük bebek ölüm hızına sahip ülkelerdir. Örneğin, en yoksul grupta BÖH 1000 canlı doğumda 50 ile 100 arasında olan ülkeler yıllık ortalama yılda %3,7 büyürken; BÖH 150'den büyük olan yoksul ülkeler, yılda sadece %0,1'lik bir büyüme sergilemektedir (Sachs, 2001: 23-24).

¹⁴ Detaylı bilgi için Sachs, J.E., (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva kaynağına başvurulabilir.

Önlenebilir hastalıkların ekonomik maliyetleri oldukça yüksektir. Hastalıklar, bireylerin yaşam boyu gelirlerini azaltmanın yanında milli geliri ve ekonomik büyümeyi de azaltmaktadır (Sachs, 2001: 22; County of Los Angeles Public Health, 2013: 15). Hastalıklar, hane halklarını eğitimden işgücüne kadar birçok açıdan olumsuz etkileyebilir hatta sonraki kuşakları da kapsayacak uzun süreli yoksullaşmaya yol açabilir. Sıtma ve HIV/AIDS gibi hastalıkların yüksek prevalansı, ekonomik büyüme oranlarının sürekli ve büyük oranda azalmasıyla ilişkilidir. Örneğin, yüksek sıtma prevalansının, ekonomik büyümeyi yıllık % 1'den daha fazla azalttığı kanıtlanmıştır (Sachs, 2001: 23-25). Bunun yanında bulaşıcı olmayan hastalıkların da aynı şekilde büyüme üzerinde olumsuz etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki %10'luk artışın yıllık ekonomik büyümede %0,5'lik bir azalmaya sebep olduğu kanıtlanmıştır (WHO, 2011b: 36).

Sağlık; insan hakkı olmanın ötesinde refahın bir ölçütü, büyümenin itici bir gücüdür. Sağlık yatırımları, pozitif ekonomik getirilere sahiptir (WHO, 2005a: 46; Schutlz, 1966). Sağlık ile ekonomik gelişme arasındaki ilişki Şekil 15'de gösterilmiştir.

Şekil 15: Sağlık ve Ekonomik Gelişim Arasındaki İlişki



Kaynak: Sachs, 2001: 26

Şekilde görüldüğü gibi sağlık, insan sermayesi ve kurumsal sermaye üzerinde önemli etkilere sahiptir. Aynı zamanda sağlığın kendisi de, mevcut politika ve kurumlardan, insan sermayesi (eğitim vb.) ve teknoloji düzeyinden özellikle gelirdeki artıştan etkilenmektedir (Sachs, 2001: 26-27).

Sağlık ile ekonomik gelişme arasındaki ilişkiyi gösteren bir başka modelde Barlow (1977: 12); sağlık, beslenme, eğitim, doğurganlık ve gelir arasındaki ilişkiyi açıklamıştır. Bu modelde, doğurganlık-sağlık, gelir-sağlık, eğitim-sağlık, beslenme-sağlık, eğitim-beslenme, sağlık-eğitim ilişkisi gibi belirtilen ögeler (sağlık, beslenme, eğitim, doğurganlık ve gelir) arasındaki çapraz ilişkileri ele alarak birbirlerinden nasıl etkilendikleri ele alınmıştır.¹⁵

15 Detaylı bilgi için Barlow, R., (1977), Health and Economic Development: A Theoretical and Empirical Review, University of Michigan kaynağına başvurulabilir.

Binyıl Kalkınma Hedefleri ise, genel olarak yoksulluğun azaltılmasına özellikle de bazı sağlık amaçlarına odaklanarak yoksulluğun azalması ile sağlık yatırımları arasındaki bağlantıların altını çizmiştir. Toplam yedi amaç içinden sağlıkla ilgili olanları şunlardır (International Monetary Fund (IMF), 2000: 5):

- Çocuk ölüm oranlarının 2015 yılına kadar, 1990 seviyesinin üçte ikisi oranında azaltılması,
- Anne ölüm oranının 2015 yılına kadar, 1990 seviyesinin dörtte üçü oranında azaltılması,
- Artmakta olan HIV/AIDS ve diğer majör hastalık prevalansının en geç 2015'te sona ermesi.

Bu hedeflerden beş yaş altı çocuk ölüm oranı %90 düzeyinden %43 düzeyine düşmüş, yani 1990 yılında beş yaş altı çocuk ölümü sayısı 12,7 milyondan 6 milyona gerilemiştir. 1990 yılında anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 380 iken, 2013 yılında yüzbinde 210'a gerilemiştir. Yeni HIV/AIDS sayısı yaklaşık %40 gerilemiş ve 2000-2013 arası 3,5 milyondan 2,1 milyon kişiye gerilemiştir (United Nations, 2015: 4-5).¹⁶

Sağlık, kişisel gelişim ve ekonomik güvenlik için en temel girdi olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca sağlık; üretkenliğin, öğrenme kapasitesinin, entelektüel, fiziksel ve duygusal büyüme yeteneğinin temelidir (Sachs, 2001: 21). Daha iyi sağlık ve daha uzun yaşam beklentisi, insan sermayesinin ekonomik gelişimdeki rolünü artıracaktır (WHO,1961: 7). Sağlığın, ekonomik gelişim üzerindeki rolü iki farklı hipotez üzerinden analiz edilmektedir. Bunlardan ilki doğrudan etki yaratan işgücü verimliliği, ikincisi ise dolaylı etki yaratan teşvik etkisidir. İşgücü verimliliği hipotezi, daha sağlıklı olan bireylerin daha fazla emek girdisi sağladığını ileri sürer. Teşvik etkisi ise daha sağlıklı ve daha uzun yaşam beklentisine sahip bireylerin eğitimlerine daha fazla yatırım yapacağını ileri sürer ve eğitimin de ekonomik gelişmenin itici gücü olduğunu belirterek sağlığın burada dolaylı bir rol oynadığını belirtir (Fişek, 1963: 6; Zukin, 1971: 1758; Lucas, 1988: 39; Finlay, 2007: 1; Sachs, 2001: 25; Bloom ve Canning, 2009: 53-54; Zon ve Muysken, 2005: 44; Lustig vd., 2004: 15; Kunze, 2014: 63; Belek, 2016: 44-45; Çilingiroğlu, 2001: 1594). Bazı çalışmalar sağlığın ekonomik gelişmede bir etkisinin olmadığını savunsa da (Acemoğlu ve Johnson, 2007) birçok

¹⁶ IMF'nin sonuç raporuna ulaşılamadığı için ilgili dönemdeki gelişmelere ilişkin veriler Birleşmiş Milletler sonuç raporundan alınmıştır.

Çalışma (deneysel ve teorik) sağlığın ekonomik gelişme üzerinde etkili olduğunu kanıtlamıştır. Deneysel alışmalar daha çok işgücü verimliliği üzerine odaklanırken (Bloom vd., 2004; Acemoğlu ve Johnson, 2007); teorik çalışmalar sağlığın teşvik etkisi ile ekonomik gelişme üzerinde dolaylı etkisi üzerine (eğitim yatırımının artması) odaklanmıştır (Blackburn ve Cipriani, 2002; Chakraborty, 2004; Kalemli-Ozcan vd., 2000; Finlay, 2007).

DSÖ Genel Direktörü Gro Harlem Brundtland tarafından 2000 yılında, küresel ekonomik kalkınmada sağlığın yerini değerlendirmek amacıyla Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu kurulmuştur. Bu komisyon ekonomik kalkınmayı ve yoksulluğın azaltılmasını teşvik etmek için sağlığa yatırım yapmanın önemini, sağlık hizmetlerinin kapsamını dünyanın yoksullarına yaymanın her yıl milyonlarca insanın hayatını kurtarabileceğini, yoksulluğu azaltabileceğini, ekonomik kalkınmayı ve küresel güvenliği teşvik edebileceğini vurgulamak adına çalışmalar yayımlamaktadır (Sachs, 2001). Bunun yanında birçok ölkede sağlık ve ekonomik gelişme arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak adına ölkeler üzerinden incelemeler yapmaktadır.¹⁷

Sağlığın ekonomik kalkınma üzerindeki etkisine ilişkin tartişmaların çoğu, işgücü sağlığı ile ilgilidir, ancak ekonomik gelişmenin sağlığa etkileri de dâhil olmak üzere bebeklere ve küçük çocuklara da odaklanan çalışmalar bulunmaktadır (Grosse ve Harkavy, 1980: 166; Lustig vd., 2004: 15). Sağlığın büyümeye etkisini gösteren birkaç örnek verilecek olursa; yetersiz beslenme, dünya çapında kişi başına düşen yıllık Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)'de % 0,23 ile 4,7 arasında bir düşüşe neden olmakta (Arcand, 2001: 128); yaşam beklentisinin 50'den 70'e çıkması (% 40'luk bir artış), büyüme oranını yılda % 1,4 puan artırmakta (Barro, 1996: 2); sıtmada % 10'luk bir düşüş, büyümede yıllık % 0,3'lük bir artışa sebep olmaktadır (Gallup ve Sachs, 2000: 85).

Sağlık alanındaki gelişme, sosyo-ekonomik gelişme içinde yer alır ve oldukça önemlidir. Ekonomideki her sektör sosyo-ekonomik kalkınmada göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir sağlık bileşenine sahiptir. Sağlık hem ekonomideki tüm sektörleri etkiler hem de olumlu ve olumsuz olarak onlardan etkilenir (WHO, 1973: 9; Zukin, 1971: 1752; White vd., 1977: 110-111; Jack ve Lewis, 2009: 24; World Bank, 1975: 3-4). Diğer sektörlerde uygulanan politikalar hem nüfusun sağlık seviyesini hem de sağlık

¹⁷ Detaylı bilgi ve ölkeler incelemeleri için <https://www.who.int/macrohealth/en/> bağlantısına başvurulabilir.

hizmeti ihtiyacını etkilemektedir, bu yüzen sağlık planlamacıları amaçları gerçekleştirmek için diğer sektörleri de göz önüne almalıdır (White vd., 1977: 16, 110).

Ekonomik düşünceler; tarım, konut, sanayi, ticaret ve sağlık gibi hayatın her alanında önemli bir rol oynar. Ayrıca, bir ülkenin ekonomik kalkınmasının niteliği ve düzeyi, sakinlerinin sağlık durumunun önemli bir belirleyicisidir ve bu bir ülkenin destekleyebileceği sağlık hizmeti ve sağlıkla ilgili faaliyetlerin seviyesi ile ilişkilidir. Sağlık politikaları, makroekonomik gelişmelerden önemli şekilde etkilenirken; nüfusun sağlığı da ekonomik ilerlemeyi etkileyebilir. Bu nedenle sağlık planları, toplumların sosyal ve ekonomik refahını iyileştirmeyi amaçlayan kapsamlı bir stratejinin parçası olarak görülmektedir. Böyle bir strateji, sağlığı en verimli şekilde geliştiren programların seçilmesini gerektirmektedir (Mills ve Gilson, 1988: 4-12). Ekonomik politikalar ve hükümetlerin reform programları, Sağlık Bakanlığı'nın işleyişini ve sağlık hizmetlerinin sunumunu derinden etkileyebildiği için karşılıklı etkileşim göz önünde bulundurulmalıdır (WHO, 2005a: 46).

Sağlık, eğitimden ekonomik büyümeye kadar birçok alanı etkilerken; diğer sektörlerden (çevre, konut, ekonomi, istihdam, eğitim vb.) de derinden etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık planlaması yapılırken tüm sektörler, sağlığı belirleyici dış faktörler bağlamında değerlendirilmeli ve oldukça geniş kapsamlı düşünülmelidir (Crisp, 2017: 10). Öyle ki ulusal sağlık planlaması, sosyoekonomik kalkınma planlarının ayrılmaz bir parçasıdır (WHO, 1967a: 12, Hilleboe, 1968: 206). DSÖ, 1965 yılındaki tartışma raporunda Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki üye ülkelerin çoğunun sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için belirli dönemler için sağlık planları hazırladıklarını ve bazılarının bu amaçla planlama örgütleri kurduklarını belirtmiştir. Raporda sağlık planlarının, çoğu ülkede genel sosyo-ekonomik kalkınma planının bir parçası olduğu, bazılarında ise yalnızca sağlık hizmetleri ve tesislerinin geliştirilmesi ile ilgili olduğunu belirtmiştir (WHO, 1965b: 1). DSÖ ayrıca Sağlıkta Binyıl Kalkınma Hedeflerine ulaşmak, sağlık sektöründe hakkaniyetli stratejilere ve sağlığın ekonomik ve kalkınma politikalarında daha belirgin bir yer almasını sağlamaya yönelik çabalara destek olmak için özellikle makroekonomik analiz, stratejik planlama ve bütçelemeye Sağlık Bakanlıkları içinde kurumsal liderlik ve kurumsal kapasitenin artırılması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2005a: 49).

İkinci bölümün tamamında görüleceği üzere; sağlık planlaması, birçok faktörden etkilenen ve sağlık sektörünü ve diğer sektörleri önemli şekilde etkileyen, içinde birçok paydaşı ve değişkeni barındıran, oldukça karmaşık bir süreci içeren, ayrımlara göre birçok türü ve seviyesi bulunan bunun yanında ülkelerin ekonomik gelişimi ile de yakından ilişki içinde bulunan bir süreçtir. Sağlık sektörünün kendine has ve karmaşık olan özellikleri sağlık planlaması için de geçerli olmakla birlikte iyi şekilde yürütülen ve diğer sektörleri de içine alan bir süreç ile oluşturulan sağlık planlarının ülkelerin sağlık seviyelerini yükseltmede önemli bir rol oynayacağı aşîkârdır. Bir sonraki bölümde; bu bölümden elde edilen bilgiler ile araştırma bölümüne de temel sağlayacak olan Türkiye’de sağlık planlaması kapsamına giren çalışmalar hakkında bilgiler sunulacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK PLANLAMASINA TARİHSEL BAKIŞ

Sağlık planlamasının tarihine girmeden önce, Türkiye’deki planlama sürecine genel bir bakış faydalı olacaktır. İlerleyen bölümlerde de görüleceği gibi Türkiye’de 1960’lı yıllar planlı yılların başlangıcı olarak kabul edilse de (kalkınma planlarının başlaması sebebiyle) 1930’lu ve 1940’lı yıllarda da planlama çalışmaları yapılmıştır. 17 Nisan 1934’te yürürlüğe konan Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı ve bu plan uygulamadayken hazırlanan ve 1938 yılında yürürlüğe konan İkinci Beş Yıllık Sanayi Planı (bugünkü planlama tekniklerinden uzak olarak hazırlanmış olsa da) yapılmıştır. Bunların yanında 1946 yılında İvedili Sanayi Planı ve 1947 yılında Türkiye İktisadi Kalkınma Planı hazırlanmıştır (Demirel, 2008: 33-34; Sezen, 1999: 143; Ergun, 2015: 74).

Bu bölümde Türkiye’de sağlık planlaması, sağlık sektörünün önemli değişimler yaşadığı ve alanyazında da kabul edilen dönemleri kapsayan başlıklar altında ele alınacak daha sonra kalkınma planları içindeki sağlığın yeri ayrıca incelenecektir. Üçüncü alt başlıkta sağlık planlamasının yasal çerçevesi, dördüncü ve son alt başlıkta ise sağlık planlaması mevcut teşkilatlanması ele alınacaktır.

3.1. Dönemler Bazında Sağlık Planlamaları

Türkiye’nin de içinde yer aldığı I. Dünya Savaşı, Cumhuriyet’in ilanı, II. Dünya Savaşı, ekonomik krizler, darbeler, hükümet değişiklikleri gibi birçok iç ve dış sebepli gelişmeler, sağlık politikalarını etkilemiş hatta bazı zamanlarda sil baştan yeni düzenlemelere neden olmuştur. Türkiye’de sağlık politikaları dönemleri genellikle beş dönem altında incelenmektedir fakat alanyazında üç, dört veya altı dönem olarak ele alan çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin, beş dönem olarak ele alan Ünlütürk-Ulutaş, altı dönem olarak ele alan Fişek farklı yılları bir arada ele alarak dönemler haline getirmişlerdir (Ünlütürk-Ulutaş, 2011: 149-179; Fişek, 1991a: 2-4). Bu çalışmada ele alınan ve Özdemir (2001a) tarafından da kullanılan dönemler; Kuruluş Dönemi (1920-1938), Kurumsallaşma Dönemi (1938-1960), Sosyalleştirme Dönemi (1960-1980), Neoliberalleşme Dönemi (1980-2002) ve Kalkınma Dönemi’dir (2002 sonrası).

Bu başlık altında öncelikle ele alınan dönemlerin oluşumu ve ayrı dönem olarak alınma sebepleri açıklanacak ve yapılan planlar hakkında kısa bilgiler verilecektir. Ayrıca

araştırma kapsamına alınmayacak olan ve sağlık planlaması kapsamına giren çalışmalar hakkında kısa bilgiler sunulacaktır. Burada yapılan dönemselleştirme araştırma bölümünde de kullanılacaktır.

Kuruluş Dönemi (1920-1938)

3 Mayıs 1920’de Sağlık işlerinin Bakanlık seviyesine yükseltilmesi ile başlayan bu dönem, Atatürk’ün ölümüne kadar olan süreyi kapsamaktadır. Bu dönem, aynı zamanda alanyazında bu döneme damga vuran Dr. Refik Saydam Politikaları dönemi (Fişek, 1991a: 1) olarak da adlandırılmaktadır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı kuruluş çalışmaları, gerekli kanunların çıkarılması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi birçok önemli konular üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemde planlama, daha çok kişisel çabalar ile yapılmış olup kurumsal çalışmaların olmadığı ve planlama sürecinin de tam anlamı ile işlemediği bir dönemdir. Bu dönem içinde Refik Saydam Programı olarak bilinen program (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB), 1982: 41; CHP, 1938: 334) tüm döneme yön vermiştir.

Kurumsallaşma Dönemi (1938-1960)

Atatürk’ün ölümü ile başlayan bu dönem, 27 Mayıs 1960 darbesine kadar olan süreyi kapsamaktadır. Bu dönemde Bakanlık bir önceki dönemin birikimlerinin üzerine mevzuat çalışmalarını eklemeye devam etmiş, ülkeye daha fazla yayılmış ve daha da kurumsal hale gelmiştir. Bu dönemde sağlık planlaması adına önemli gelişmeler yaşanmıştır. Dr. Behçet Uz önderliğinde Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı 1946 yılında hazırlanmış ancak Bakanlığı sona eren Dr. Uz bu planı uygulayamamıştır. Daha sonra tekrar Bakanlık görevine getirildiğinde (18.05.1954) (www.saglik.gov.tr) bu defa Milli Sağlık Programı altında bir çalışma yapmış bu program da uygulanamamıştır, ancak sonraki dönemdeki sosyalleştirme programına birçok yönden katkı sağladığı söylenebilir (Öztek, 1994: 18). Bu dönemde de planlama çabaları daha çok kişisel olup kurumsallaşma dönemi olarak adlandırılmasına rağmen kurumsal planlama çalışması çalışmaları görülmemektedir. Bu iki plan her ne kadar uygulanamamış olsa da sağlık planlaması açısından oldukça önemli yere sahiptir ve sonraki döneme oldukça önemli katkılar sağladığı söylenebilir.

Sosyalleştirme Dönemi (1960-1980)

27 Mayıs 1960 darbesi ile başlayan bu dönem, bir sonraki 12 Eylül 1980 darbesine kadar olan dönemi kapsamaktadır. Sosyalleştirme (Milli Birlik Komitesi (MBK)’nin kendi

isimlendirmesiyle devletleştirme) çalışmalarının yoğunlukta olduğu bu dönem, planlama açısından oldukça önemli bir dönemdir. Bu dönem alanyazında “planlı dönem” olarak da adlandırılmakta olup hem kalkınma planı çalışmalarının hem de sektörel planlama çalışmalarının yoğun geçtiği bir dönem olmuştur. Sağlık sektörü ile ilgili olarak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirme Programı” altında çalışmalar yapılmış ve bir plana bağlı olarak sosyalleştirme gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Bu dönemin öne çıkan ismi Dr. Nusret Fişek’tir ancak bu dönemde kişisel çabaların yanında kurumsal çalışmaların da var olduğu birçok belgede görülmüştür. Sosyalleştirme programı çeşitli sebeplerle uygulanamamış (Belek vd., : 1998: 75; Tatar, 2007: 421-425; Akdur, 2008: 5; Fişek, 1983a: 164-166) ancak Türkiye’nin sağlık sektöründe oldukça önemli bir yere sahip olmuştur.

Neoliberalleşme Dönemi (1980-2002)

12 Eylül 1980 darbesi ile başlayan bu dönem, AK Parti’nin 3 Kasım 2002 seçimlerinde tek başına iktidara gelmesine kadar olan dönemi kapsamaktadır. Döneme adını da veren neoliberal politikaların yoğun şekilde uygulandığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde planlama adına Ulusal Sağlık Programı yapılmıştır ve kurumsal çalışmaların ön planda olduğu görülmüştür. Bu dönemde ayrıca üç adet sağlık projesi (1., 2. ve 3. Sağlık Projesi) de uygulamaya sokulmuştur. Bu dönemde Türkiye’nin içinde bulunduğu ekonomik ve politik koşullar nedeniyle hem kanunlaştırma hem de uygulama alanında başarı sağlanamamıştır. Bu dönemde yapılan çalışmaların, tartışmaların bir sonraki döneme hazırlık olduğu düşünülebilir.

Kalkınma Dönemi (2002 sonrası)

Bu dönem ise, AK Parti’nin 3 Kasım 2002 seçimleri ile tek başına iktidara gelmesinden günümüze kadar olan süreyi içermektedir. Bu dönem sağlık sektörüne damgasını vuran SDP, bir plan olarak ele alınacak olursa; bir önceki dönemde konuşulan, tartışılan ve hayata geçirilemeyen uygulamaların hepsini kapsadığı söylenebilir. SDP, daha sonra ülkenin kamu yönetimine değişiklik getiren 5018 sayılı kanun çerçevesinde stratejik planlar aracılığı ile yürütülmüştür. Beş yıllık dönemler halinde hazırlanan ve bu güne kadar ikisi tamamlanmış üç adet stratejik plan oluşturulmuştur. Bunlar 2010-2014, 2013-2017 ve 2019-2023 stratejik planlarıdır. Stratejik planlar, daha profesyonel ve toplumun her kesimini kapsayıcı olması bakımından Türkiye adına önemli bir dönüşüm olarak

görülebılır. Bu dönemde tek başına iktidarın varlığı ve ekonomik göstergelerin olumlu seyretmesi dolayısıyla daha çok kanunlaşma ve daha başarılı uygulamanın var olduğu bir dönem olarak devam etmektedir.

Bu dönemde, bahsedilenler dışında 2011 yılında çeşitli hizmetlerin Türkiye’ye dengeli şekilde dağılması adına “Yataklı Sağlık Tesisleri Planlaması” (Bölge Tabanlı Planlama ve Hizmet Planlaması) hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Yine 2011 yılında sağlık bölgesindeki halkın hem her türlü sağlık hizmetine, en uygun şartlarda ulaşmaları sağlanarak tedavi çeşitliliğinin ülke geneline eşit şekilde yayılması ve sağlık sektöründe çalışanların memnuniyetinin üst düzeylere çıkarılması amacıyla “Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri” (2011-2023) hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011c).

16 Nisan 2017 tarihindeki referandum seçimlerinden “Evet” oyu çıkmış ve Türkiye yeni yönetim şeklini benimsemiştir. 24 Haziran 2018 seçimleri sonrasında ise resmen yeni sistem uygulanmaya başlanmış ve yürütme görevi Cumhurbaşkanı’na geçmiştir. Bu geçiş sonrası Cumhurbaşkanlığı tarafından hazırlanan 100 günlük icraat programları açıklanmaya başlanmıştır. Bu güne kadar 2 adet (Birinci 100 Günlük İcraat Programı ve İkinci 100 Günlük İcraat Programı) program açıklanmış ve uygulanmıştır. Bu icraat programlarının içinde sağlık sektörü ile ilgili hedefler de yer almıştır (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı (TCCB), 2018a, TCCB, 2018b).¹⁸

Belirlenen beş dönem içinde sağlık planlaması adına toplam dokuz adet çalışma yapılmış ve uygulamaya sokulmuştur. Bu çalışmalar detaylı şekilde araştırma bölümünde incelenecektir. Ancak sağlık planlamasının ayrı olarak ele alınmasının yanında Türkiye’de 1963 yılından günümüze kadar olan dönemde kalkınma planları da uygulamaya sokulmuş ve halen de varlığını sürdürmektedir. Bu sebeple hem kalkınma planlarında sağlık sektörünün nasıl yer aldığını görmek hem de araştırma kısmında incelenecek sağlık planlarına bir ön bilgi oluşturmak adına bir sonraki bölümde Türkiye’de uygulaması biten on adet kalkınma planı detaylı şekilde ele alınmıştır.

3.2. Kalkınma Planları İçinde Sağlık

30 Eylül 1960 yılında kurulan DPT, 1963 yılından günümüze kadar 5 yıllık (sadece Dokuzuncu Kalkınma Planı 7 yıllıktır) kalkınma planları hazırlamaktadır. Kalkınma

¹⁸ Çalışma kapsamında olmayan planlar ve programların detayları için; metin içindeki ilgili planlar ve programlar için belirtilen kaynaklara başvurulabilir.

planları, ülkeyi tüm sektörleri ile erişilmeye çalışılan düzeylere yükseltmek ve sürekliliğini sağlamak, toplum yapısını ve birey davranışlarını gelişim odaklı hale getirmek amacıyla sosyoekonomik ve kültürel verileri bilimsel yöntemlerle saptayan ve sınırlı kaynakları, amaçlara ulaşmak için harekete geçiren kamusal yönetim araçlarıdır (Özşen, 1987: 3; Ergun ve Polatoğlu, 1992: 229).

1960'lı yıllar Türkiye'de planlı döneme geçiş olarak görülmektedir. 1960 yılında yapılan darbe sonrasında hazırlanan 1961 Anayasası'nın 41. Maddesinde; *İktisadi, sosyal ve kültürel kalkınmayı demokratik yollarla gerçekleştirmek; bu maksatla milli tasarrufu artırmak yatırımları toplum yararının gerektirdiği önceliklere yöneltmek ve kalkınma planlarını yapmak devletin ödevidir*" ibaresiyle planlama artık yasal zeminde de yer alarak devletin ödevleri arasına girmiştir. Aynı Anayasanın 129. Maddesinde; *"İktisadi, sosyal ve kültürel kalkınma planı bağlıdır. Kalkınma bu plana göre gerçekleştirilir. Devlet planlama Teşkilatının kuruluş ve görevleri, planın hazırlanmasında, yürürlüğe konmasında, uygulanmasında ve değiştirilmesinde gözetilecek esaslar ve planın bütünlüğünü bozacak değişikliklerin önlenmesini sağlayacak tedbirler özel kanunla düzenlenir"* hükmü yer almaktadır (1961 Anayasası, 41. ve 129. madde).

1982 Anayasasının 166. maddesinde ise; *"Ekonomik sosyal ve kültürel kalkınmayı özellikle sanayinin ve tarımın yurt düzeyinde dengeli ve uyumlu biçimde hızla gelişmesini ülke kaynaklarının döküm ve değerlendirmesini yaparak verimli şekilde kullanılmasını planlamak ve bu amaçla gerekli Teşkilatı kurmak devletin görevidir"* ifadesi yer almaktadır (1982 Anayasası, 166. Madde).

30 Eylül 1960 tarih ve 91 sayılı kanun ile kurulan DPT'nin görevleri (91 Sayılı Kanun):

- a) Memleketin tabii, beşeri ve iktisadi her türlü kaynak ve imkânlarını tam bir şekilde tespit ederek takip edilecek iktisadi ve sosyal politikayı ve hedefleri tayinde Hükümete yardımcı olmak;
- b) Muhtelif Bakanlıkların iktisadi politikayı ilgilendiren faaliyetlerinde koordinasyonu temin etmek için tavsiyelerde bulunmak ve bu hususlarda müşavirlik yapmak;
- c) Hükümet tarafından kabul edilen hedefleri gerçekleştirecek uzun ve kısa vadeli planları hazırlamak;
- d) Planların başarı ile uygulanabilmesi için ilgili daire ve müesseselerle mahalli idarelerin kuruluş ve işleyişlerinin ıslahı hususunda tavsiyelerde bulunmak,

- e) Planın uygulanmasını takip etmek, değerlendirmek ve gerekli hallerde planda değişiklikler yapmak;
- f) Özel sektörün faaliyetlerini planın amaç ve hedeflerine uygun bir şekilde teşvik ve tanzim edecek tedbirleri tavsiye etmektir.

DPT tarafından hazırlanan planların temel hazırlanma amacı, bölgeler arası gelişmişlik farklarının azalması ve planlı bir ilerleme kaydetmektir denilebilir. Planlar, ülkenin kalkınmasını kamu yönünden düzenlemesinin yanında aynı zamanda özel kesime yol gösterici, özendirici ve destekleyici niteliktedir (Ergun ve Polatoğlu, 1992: 232). DPT, bu amaçları, ilk kalkınma planından son plana kadar açık şekilde belirtmiştir. Bu planlar içinde sağlık, tarım, enerji ve ulaştırma gibi birçok alanda politikalar belirlenmiştir.

2011 yılında Kalkınma Bakanlığının kurulmasıyla DPT lağvedilmiştir. Bu kapsamda Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Kalkınma Bakanlığı imzası ile çıkmıştır. On birinci kalkınma planı ise; yeni yönetim şekli ile uyumlu olarak, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Başkanlığı önderliğinde hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, 2019). Çalışmanın bu kısmında uygulama süreci sona eren kalkınma planları (10 kalkınma planı) içinde sağlık sektörünün nasıl ele alındığı ve hedeflerin neler olduğu incelenecektir.

Birinci Kalkınma Planı

1963-1967 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan birinci kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet Meclisi Plan Karma Komisyonu ve Millet Meclisinde görüşülerek, 21 Kasım 1962 tarihinde onaylanmış ve 3 Aralık 1962 tarih ve 11272 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Planlamada ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla planda (DPT, 1963);

- Kamuya ait sağlık hizmetlerinin belli istisnalar hariç tek elden yürütülmesi,
- Halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesi,
- Bulaşıcı hastalıklarla savaş ve bu hastalıkların yok edilmesi,
- Pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, yaygın bir sağlık teşkilâtının kurulmasına öncelik verilmesi,
- Bölgeler arası yatak sayısı dengesizliğinin azaltılması,
- Herkesi kapsayan bir sağlık sigortasının kurulması,
- Sağlığa ayrılan payın artırılması,

- Laboratuvar hizmetlerinin teçhizat ve insan kaynağı bakımından iyileştirilmesi,
- Yerli ilaç ve cihazların öncelikli olarak alınması,
- Özel sektörün hastane kurmasının teşvik edilmesi gibi politikalar yer almaktadır.

Ayrıca birinci kalkınma planı her ne kadar beş yıllık olarak hazırlanmış olsa da, planın içinde ülkenin artık planlı bir döneme girdiğini netleştiren, “*Planlı Kalkınmanın 15 Yıllık Hedefleri*” başlığı altında hemen her sektöre ait uzun dönemli hedeflerden bahsedilmiştir. Burada sağlıkla ilgili olarak (DPT, 1962: 39);

- 1963 yılında 1 hekime düşen yardımcı personel sayısı bir iken; 15 yıl içinde, yüksek sağlık personeli sayısının 2,5 kat ve yardımcı sağlık personeli sayısının altı kat artması,
- Kişi başı sağlık harcamalarının 15 yıl içinde iki kat artması öngörülmüştür.

Birinci kalkınma planı döneminde sağlık sektörüyle ilgili gelişmeler yaşanmış; bölgeler arası dengesizliğin azaltılması, sağlık personeli sayısının artması ve sosyalleşme kapsamında olan illerin geliştirilmesi için adımlar atılmıştır. Ancak hizmetlerin tek elden yürütülmesi, hekim dağılımındaki dengesizliğin azaltılması gibi konularda yetersiz kalmıştır (Yardan ve Kiremit, 2016: 97; DPT, 1968: 146-147).

İkinci Kalkınma Planı

1968-1972 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan ikinci kalkınma planı; 21 Ağustos 1967 tarih ve 12679 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Birinci kalkınma planında olduğu gibi toplumun sağlık seviyesini yükseltme amacıyla olan planda şu politikalar yer almıştır (DPT, 1968: 215-226);

- Sağlık personelinin ve hizmetlerinin dengeli dağılımının sağlanması, halkın bu hizmetlerden eşit şekilde yararlanması,
- Halkın sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi,
- Sağlık personelinin bölgeler arası dengesizliğinin önüne geçilmesi,
- Özel sektörün sağlık tesisi yapımına destek verilmesi,
- Sağlık ocağı ve yatak sayısının artırılması,
- Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi,
- Özellikle sosyalleşme bölgelerinde altyapı olanaklarının geliştirilmesi,

- Mevcut ilaç kontrol laboratuvarlarının kapasitesinden yararlanacak bir Devlet İlaç Kontrol Enstitüsü kurulması,
- Yardımcı sağlık personeline ve halka verilecek sağlık eğitimi yapacak ve hizmet içi eğitim sağlayacak bir Halk Sağlığı Eğitimi Enstitüsü kurulması,
- Yerli ilaç kurumlarının desteklenmesi,
- Sağlık personeli eğitimi veren kuruluşların artırılması ve çalışma koşullarında düzenlemeler yapılmasıdır.

İkinci kalkınma planının sağlık programının hazırlanmasında, 50 temel konu seçilmiş ve bu konular 22 alt komisyonda 100 kişinin (komisyonda 80 kişi ve münferit olarak da 20 kişi) çalışması sonucu oluşturulmuştur (Fişek, 1967: 5).

İkinci kalkınma planının gerçekleşme düzeyinde de birinci kalkınma planın da olduğu gibi ilerleme kaydedilmiş ancak hedeflenenin gerisinde kalmıştır. Sağlık yatırımları hedeflenenin gerisinde kalmış, sağlık personeline iyileşme olmasına rağmen sayı yetersiz kalmış, bölgeler arası hekim ve yatak sayısı dengesiz dağılımı devam etmiştir. Üçüncü kalkınma planında sağlık sektörü, eğitim ve dış ticaret gibi çeşitli sektörlerle birlikte Türk toplumunun çözümlenmesi gereken sorunları arasında gösterilmiştir (DPT, 1972: 105).

Üçüncü Kalkınma Planı

1973-1977 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan üçüncü kalkınma planı; 27 Kasım 1972 tarih ve 14374 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Üçüncü kalkınma planında sağlık sektörünün sorunları ile ilgili olarak (DPT, 1972: 111-112);

- Sağlık hizmetleri, ülkenin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayacak yaygınlık, nitelik ve nicelikte olmadığı,
- Sağlık sistemi hizmetlerinin bütüncül bir şekilde sunulamadığı,
- Kırsal kesimlere ulaşmanın halen başaramadığı,
- Yataklı tedavi kurumlarının dağılımdaki dengesizliğinin devam ettiği,
- Yatak kullanım oranlarının düşük olduğu,
- Çevre sağlığı, beslenme ve sağlık eğitiminde yetersiz olduğu,
- İlaç kontrolünde yetersiz kalındığı gibi konulara değinilmiştir.

Bu sorunlara önlem olarak sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması amacıyla, bu planda özellikle sağlık tesisi yapımı konusunda hedefler konulmuştur. Örneğin, 1982'de her on bin kişiye bir sağlık ocağı, her üç bin kişiye bir sağlık evi ve her on bin kişiye 33 hasta

yatağı standardına ulaşılması hedef konulmuştur. Bunun yanında üçüncü kalkınma planında (DPT, 1972);

- 1963'te başlanan sosyalleşme programının tüm yurttan uygulanmaya devam etmesi,
- Kırsal bölgelere sağlık hizmetinin götürülmesi için çalışmaların artırılması,
- Hizmetlerin tek elden yürütülmesi,
- Sağlık tesisleri yapımına devam edilmesi ve yatak kullanım oranlarının artırılması,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeye devam edilmesi,
- Çevre sağlığı konusuna önem verilmesi,
- Bölgeler arası dengesizliklerin azaltılması için çalışmalar yapılması; dengesizliğin fazla olduğu Yozgat, Tokat, Niğde, Sinop gibi illerin önceliğe alınması,
- Hekimlerin yurt genelinde dengeli dağılımının bir sisteme bağlanması,
- Genel Sağlık Sigortası (GSS) için hazırlıklar yapılması gibi hedef ve politikalar yer almıştır.

Üçüncü kalkınma planı sonrası planlı dönemde on beş yıl geçmiş olup sağlık sektöründe bazı gelişmeler görülmesine rağmen hedeflerin gerisinde kalmıştır. Örneğin;

- Sağlık sektörüne yapılan yatırımlar üç planda da hedefin gerisinde kalmıştır,
- İlk üç plan döneminde sağlık personeli sayısında ciddi artışlar sağlanmış ancak sayı olarak yetersizlik devam etmekle birlikte iller arası dağılımdaki dengesizlikler devam etmiştir. Çalışanlar büyükşehirlerde yoğunlaşmıştır.
- Yatak sayısında ciddi gelişmeler yaşanmış ama iller arası dağılımda dengesizlikler devam etmiştir,
- Hizmetlerin tek elden yürütülmesi başarılamamıştır,
- Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunu, çevresel sorunlar ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili sorunlar devam etmiştir,
- İlk planda “*Planlı Kalkınmanın 15 Yıllık Hedefleri*” arasında hedeflenen personel artışı gerçekleştirilememiş ancak iyileşme sağlanmıştır. Şöyle ki; 1962 yılında hekim sayısı 9.000, yardımcı personel sayısı 5.300 ve her hekime düşen kişi sayısı 3.200 iken; 1971 yılında sırasıyla; 15.800, 8.800, 13.600 olmuştur. Ayrıca kişi başı sağlık harcamaları hedefine de ulaşamamıştır,
- İhtiyaç olan ilacın neredeyse tamamı yerli üretimle karşılanmıştır. Ancak tüketimi az olan bazı yeni ilaç türlerinde ithalat devam etmiştir (İlaç ruhsatı sayısı yirmi bin

üstünde olmakla birlikte üretilen ve piyasada sürüm olanağı bulan ilaç sayısı ise 4.200 civarında olduğu belirtilmiştir) (DPT, 1972; DPT, 1978: 460-465).

Dördüncü Kalkınma Planı

Üçüncü kalkınma planının bitimi itibariyle bir yıl atlanarak, 1979-1983 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan dördüncü kalkınma planı; 31 Ağustos 1978 tarih ve 16393 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu planda sağlık sektörü ile ilgili olarak (DPT, 1978);

- Sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir biçimde her kişiye ve yere ulaştırmayı, böylece toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmeyi temel ilke olarak almıştır,
- Yataklı tedavi kurumlarında mevcut ve yapılmakta olan hastane yataklarına ek olarak 15.355 yatak yapılması hedeflenmiştir. Yatırımların öncelik sırası, illerde genel hastane ve doğum evleri için saptanan gelişmişlik düzeyleri dikkate alınarak belirlenmiştir,
- Sağlık insan gücü yetiştirilmesine önem verilecektir (özellikle hekim ve yardımcı sağlık personeli),
- Sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacaktır,
- İller arası yatak ve personel dağılımındaki dengesizlikler azaltılacaktır,
- Yatak kullanım oranlarındaki düşüklüğün giderilmesine özen gösterilecektir,
- Çevre sağlığı için sektörler arası işbirliği yapılacaktır,
- Yerli ilaç vurgusu yapılmıştır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önem tekrarlanmıştır. Bu kapsamda; 21.500 milyon Türk Lirası (TL)'lik yatırımlardan; koruyucu hizmetlere 9.985 milyon TL, iyileştirici hizmetlere 9.900 milyon TL ve sosyal hizmetlere 1.615 milyon TL ayrılmıştır,
- Hizmetlerin tek elden yönetilmesine tekrar vurgu yapılmıştır,
- Çevre sağlığı, beslenme ve işçi sağlığı konularında gelişme için ilkeler belirlenmiştir.

Dördüncü kalkınma planı, 1979 yılında uygulanmaya başlamış ve ikinci yılının sonlarında 12 Eylül 1980 tarihinde askeri darbe gerçekleşmiştir. Hedefler her ne kadar uygulanmaya çalışılsa da darbenin etkileriyle hedeflenen sonuçlara ulaşılamamış ancak bu dönemde de ilerlemeler kaydedilmiştir. Örneğin, 1978 yılında Türkiye'de sosyalleştirme

kapsamında bulunan 40 ilde 1.556 sağlık ocağı ve 6.241 sağlık evi faaliyette bulunurken; 1983 yılında 49 ilde 2.031 sağlık ocağı ile 7.402 sağlık evi hizmet vermiştir ayrıca sağlık personeli sayısında da iyileşmeler kaydedilmiştir (DPT, 1984: 150).

Beşinci Kalkınma Planı

Dördüncü kalkınma planının bitimi itibariyle yine bir yıl atlanarak, 1985-1989 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan beşinci kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 13 Temmuz 1984 tarihli 90'ıncı birleşiminde onaylanmış, 23 Temmuz 1984 tarih ve 18467 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu planda (DPT, 1984);

- Sağlık hizmetlerinden herkesin en iyi şekilde faydalanması esas olmuş ve sağlık hizmetlerini eşit, sürekli ve etkili bir şekilde herkese ulaştırmak temel ilke olarak ele alınmıştır,
- Genel Sağlık Sigortası sisteminin plan döneminde ele alınacağı belirtilmiştir,
- Sağlık turizm potansiyelinin kullanılması ilk kez planda yer almıştır,
- Eczacı dışındaki sağlık personeli yetiştirilmesine devam edilecek ve öncelik verilecektir,
- Plan dönemi sonuna kadar (1989), 720 sağlık ocağı ve 4.215 sağlık evinin yapılması hedeflenmiştir,
- Sağlık hizmetlerinin koordineli şekilde yürütölmesi için mevzuat değişiklikleri yapılacaktır,
- Çevre sağlığı, işçi sağlığı ve aile planlaması konularına önem verilecektir,
- Hizmet sunumunda tedavi edici hekimlik yerine koruyucu hekimlik öncelik olacaktır,
- Bir önceki planda olduğu gibi on bin kişiye düşen yatak sayısı hedefi 26 olacaktır,
- Bebek ve çocuk ölümelerini azaltıcı önlemler alınacaktır,
- Hastane işletmeciliği ilk kez daha ciddi şekilde ele alınmıştır. Bu yönde devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında işbirliği imkânlarının geliştirilmesi ve kuruluşların karşılıklı dayanışma anlayışı içinde çalışmalarının sağlanması için gerekli politikalar uygulanacağı belirtilmiştir,
- Hastane işletmeciliği aısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önleneyecektir,

- Sevk zinciri (ilk kez) politika olarak benimsenmiştir,
- Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilmiş ayrıca bu müesseselerin sağladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretlerin serbest bırakılmasına yönelik hedef ve politikalar belirlenmiştir.

Beşinci kalkınma planında sağlık sektöründe daha rasyonel politikaların benimsendiği söylenebilir. Örneğin, sağlık sigortasına geçiş, sevk zinciri, hastane işletmeciliği gibi politikalar bulunmaktadır. 1980 darbesi sonrası dönemi kapsayan ve özelleşmenin adımlarının daha net hissedildiği bu dönemde özel sağlık müesseseleri teşvik edilmiş ve ücret serbestliği getirilmiştir.

Altıncı Kalkınma Planı

1990-1994 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan altıncı kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 22 Haziran 1989 tarihli 107'nci Birleşiminde onaylanmış, 6 Temmuz 1989 tarih ve 20217 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu planda sağlık sektörü ile ilgili olarak (DPT, 1989b);

- Kamu yatırımlarının sektörel dağılımında eğitime ve sağlığa ağırlık verileceği belirtilmiştir,
- Önceki planlarda olduğu gibi, sağlık hizmetleri etkili, sürekli ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturularak ülke genelinde yaygınlaştırılacak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecektir,
- Doğumda beklenen yaşam süresinin 68 yıla yükseltilmesi (ilk kez hedef olarak belirlenmiştir), bebek ölüm oranının %50'nin altına düşürülmesi (ilk kez net rakam ile belirtilmiştir) ve sağlık hizmeti talebi için başvuruların çoğunluğunun ilk basamak sağlık ünitelerince karşılanması (sevk zinciri önemi),
- 1.011 kişiye bir hekim, 4.845 kişiye bir diş hekimi, 3.655 kişiye bir eczacı, 736 kişiye bir hemşire ve ebe, 2.838 kişiye bir sağlık memuru ve teknisyeni düşmesi hedeflenmiştir,
- Sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak temel ilke olarak belirlenmiş ve bu amaçla *sağlık ana planı* hazırlanması öngörülmüştür (Sağlığın ayrı şekilde planlanması gerektiği ilk kez vurgulanmıştır),
- Koruyucu hekimlik ön planda tutulacaktır,

- Çevre sağlığı, gıda sağlığı ve sağlık eğitimine önem verilecektir,
- Sevk zinciri kurulacaktır,
- Sağlık sektöründe sağlık ekonomisi dâhil olmak üzere etkin bir insan gücü planlaması yapılacaktır,
- Sağlık mevzuatının günün şartlarına göre düzenlenmesine yönelik hedef ve politikalar belirlenmiştir.

Altıncı kalkınma planında, sağlık sektörü ile ilgili olarak daha net (rakamlarla) ve yerinde hedeflerin konulduğu söylenebilir. Bu durum, 1963-1990 yılları arasında yapılan beş kalkınma planının uygulanmasının etkili olmasıyla birlikte, sağlık sektöründe var olan çeşitli yapısal sorunlardaki gelişmelerin diğer sorunların gündeme gelmesini sağlamasıyla açıklanabilir.

Altıncı kalkınma planı döneminde (1990-1994), Türkiye’de koalisyon hükümetleri dönemi olup farklı hükümetler kurulmuş ve beş Sağlık Bakanı (Yaşar Eryılmaz, Yıldırım Aktuna, Rıfat Serdaroğlu, Kazım Dinç, Doğan Baran) görev yapmıştır. Bu durum belirlenen hedefler doğrultusunda ilerlemeyi olumsuz yönde etkilemiştir.

Altıncı plan dönemi sonrası ülkenin içinde bulunduğu durum, önceki yıllara göre daha net şekilde görülmeye başlanmıştır. Sağlık düzeyinde gelişmeler kaydedilmiş olup doğumda beklenen yaşam süresi 66 yıldan 67,7 yıla yükselmiş, bebek ölüm hızı %62,2’den 46,8’e düşmüştür. Sağlık sektörüne yapılan yatırımların bütçe içindeki payı artmıştır. Başarıların yanında; verimsizlik, maliyet artışları, koruyucu hekimliğe verilen önemin yetersiz olması ve kaynakların daha çok tedavi hizmetlerine yönltilmesi, personel dağılım dengesizliği, tıp fakültelerinin genel sağlık hizmeti vermesi ve bununla bağlantılı olarak sevk zinciri kurulamaması, yatak kullanım oranlarındaki düşüklük (%58), mevzuat eksikliği ve desantralizasyon sağlanamaması gibi olumsuz sonuçlar da ortaya çıkmıştır. Ayrıca genel sağlık sigortası bu plan döneminde de uygulanamamıştır (DPT, 1995: 41-44).

Yedinci Kalkınma Planı

1996-2000 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan yedinci kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 18 Temmuz 1995 tarihli 142’nci birleşiminde onaylanmış, 25 Temmuz 1995 tarih ve 22354 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu planda (DPT, 1995: 45-48);

- Toplumun sosyal güvenlik ve temel sağlık hizmetlerine kavuşturulması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması (ilk kez kaliteden söz edilmiştir), çevrenin korunması ve geliştirilmesi için çalışılacaktır,
- Kaynakların etkili kullanımı için finansman, yönetim ve organizasyon, insan gücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon açısından yeniden yapılandırılacaktır,
- Fiziki yatırımlar, mevcut verimlilikler ön plana alınarak yapılacaktır,
- Aile hekimliği sistemi oluşturulacaktır (ilk kez belirtilmiştir),
- Sağlık grup başkanlıkları kaldırılarak ilçe sağlık müdürlükleri kurulacaktır,
- Hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacaktır,
- Sağlık Bakanlığının doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır,
- Sağlık hizmetlerinin her aşamasına toplum katılımı sağlanacaktır (ilk kez belirtilmiştir),
- Sağlığa ayrılan kaynak artırılacak ve mevcut kaynaklar daha verimli kullanılacaktır,
- İnsan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arası işbirliği yapılacaktır,
- Bütün hizmet kademelerini kapsayan bir hasta sevk sistemi kurulacak ve bu çerçevede bireye hekim ve hastane seçme imkânı getirilecektir,
- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi, referans bir ulusal laboratuvar haline getirilecektir,
- Hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapıları güçlendirilecek ve bu çerçevede gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır.
- Sağlık insan gücü konusunda bölgeler arası dengesizlikler kaldırılacak ve bu kapsamda insan gücü planlaması yapılacaktır (ilk kez ayrı bir planlama yapılacağı belirtilmiştir),
- Genel sağlık sigortası uygulamasına geçilecektir,
- Hizmet kademeleri arasında gerçekeçi ve doğru bilgi akışının sağlanması amacıyla bir sağlık enformasyon sistemi geliştirilecek, bireylerin sağlık sicillerinin yer aldığı tek tip kayıt sistemi oluşturulacaktır,
- Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecektir,
- Temel Sağlık Kanunu çıkarılacaktır (ilk kez belirtilmiştir),

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun çıkarılacaktır,
- Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu çıkarılacaktır,
- Sağlık Finansmanı Kurumu, Kuruluşu ve İşleyişi Kanunu çıkarılacaktır,
- Sağlık Bakanlığı Görev ve Teşkilatı Kanunu çıkarılacaktır.

Yedinci kalkınma planı; sağlık hizmet kalitesine, toplum katılımına, insan gücü planlamasına, aile hekimliğine ilişkin kanunların çıkarılması gibi birçok konuda ilklerin hedeflendiği bir plan olarak hayata geçmiştir. Bunun yanında verimlilik, Sağlık Bakanlığı teşkilatındaki değişiklikler, hastanelerin idari ve mali özerkliği gibi konulara bir önceki planda olduğu gibi vurguların yapılması sağlık sisteminin daha etkin çalışması için önemli konuları da içermiştir. Ancak bu amaçlara ulaşıldığı söylenemez. Çünkü sekizinci kalkınma planı içinde yer alan mevcut durum kısmında (DPT, 2000: 1-19);

- Sağlık personeli sayısı ve niteliğinin geliştirilmesi ve dengeli bir dağılıma ulaşılması ihtiyacının önemini koruduğu,
- Sağlık insan gücünün ve altyapısının ülke genelinde dengesiz dağılımı, kuruluşlar ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve işbirliği eksikliğinin devam ettiği,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önceliğin verilmediği,
- Yedinci planda belirtilen, aile hekimliği, sevk zinciri, hastalara hekim seçim hakkı, hastanelerin idari ve mali özerkliği, hastanelerin çağdaş işletmecilik esaslarına dayalı yönetilmesi gibi hedeflere ulaşamadığı,
- Genel sağlık sigortasının hayata geçirilemediği,
- Çevre sağlığı konusunda yetersiz bir durumda olduğu konularına değinilmiştir.

Bu olumsuzlukların yanında, doğumda beklenen yaşam süresi 69,1 yıla yükselmiş, bebek ölüm hızı %35,3'e düşmüştür. Sağlık kurum sayılarında artış görülmüş, 2000 yılı itibariyle; 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı düşmüştür. Hasta yatağı kullanım oranı az da olsa artış göstererek %59'a yükselmiştir (DPT, 2000: 85-86). Yedinci kalkınma planını kapsayan 1996-2000 yılları arasında yıllık programlar yayımlanmış ve sağlık sektörüne ilişkin hedefler belirlenmiştir.¹⁹

¹⁹ İlgili programlar Resmi Gazete'de her yıl yayımlanmıştır. Detaylı bilgi için 1996, 1997, 1998, 1999 ve 2000 Yılı Programları'na başvurulabilir. Daha önceki dönemlere ilişkin yıllık programlara ulaşamadığı için 1996 sonrası programlar kaynak olarak önerilmiştir.

Yedinci kalkınma planının, her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de neoliberalleşme izlerini taşıyan ayrıca günümüzde halen uygulanmakta olan SDP'nın temellerini içeren bir plan olduğu söylenebilir. Bu amaç ve politikalara bakıldığında SDP'nin bileşenleri ile uyum gösterdiği görülmektedir.

Sekizinci Kalkınma Planı

2001-2005 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan sekizinci kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 27.6.2000 tarihli 119'uncu Birleşiminde onaylanmış, 5 Temmuz 2000 tarih ve 24100 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu plan ile birlikte DPT'de kırk yılı geride bırakmış ve ülkenin her alanda gelişiminde rol oynayan amaç ve politikaları içeren yedi adet plan uygulanmıştır. Sekizinci planda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacıyla sağlık sektörü ile ilgili olarak (DPT, 2000);

- Sağlık hizmetleri, eşitlik ve hakkaniyet içinde halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun bir yapıya kavuşturulacaktır,
- Sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine çalışılacaktır,
- Sağlık yatırımları bölgeler arası eşitlik ve gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak yapılacaktır ve kamu yatırım harcamaları eğitim, enerji ile birlikte sağlık sektörüne yoğunlaşacaktır,
- Sağlık hizmetleri eşitlik ve hakkaniyet içinde, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, ulaşılabilir, verimli bir şekilde, bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıkları azaltıcı, çağdaş yaşamın gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı bir şekilde sunulacaktır,
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve kaynak tahsisinde maliyet-etkili hizmetlere öncelik verilecektir,
- Bireylere verilecek olan sağlık eğitime önem verilecektir,
- Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için sektörler arası işbirliği devam edecektir,
- Sağlık hizmet sunumu ve finansman birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacaktır,
- Sevk zinciri kurulacaktır,

- Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir ve aile hekimliği uygulamasına geçilecektir,
- Evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir,
- Hastaneler, idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacaktır, ayrıca ağdaş işletmecilik esaslarıyla yönetilmesini sağlanmaya çalışılacaktır,
- Hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilecektir (hizmet planlamasına ilk kez değinilmektedir),
- Sağlık hizmetlerinde, uluslararası norm ve standartlar dikkate alınarak insan gücü, teknoloji ve yönetim kapasiteleri geliştirilerek personeli tam gün çalışması sağlanacaktır,
- Sağlık bilgi sistemi geliştirilecektir,
- Kanıta dayalı tedavi ve akılcı ilaç kullanımı yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık sektöründeki yatırımları desteklenecektir,
- Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı yeniden düzenlenecektir,
- Çeşitli mevzuat düzenlemeleri (AB Normları, Aile hekimliği, hastanelerin işletmeler haline getirilmesi, tam gün çalışma gibi) yapılacaktır gibi amaç ve politikalar yer almıştır.

Sekizinci plan döneminde, yine önceki dönemlerde olduğu gibi yatak sayısı, personel sayısı, yatak kullanım oranı, bebek ölüm hızı, aşılama ve toplam sağlık harcaması gibi göstergelerde iyileşmeler sağlanmış, ancak istenilen seviyelere ulaşılamamıştır. Sağlık hizmet sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması amacıyla, kamuya ait tüm sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmıştır (DPT, 2013). Sekizinci kalkınma planını kapsayan 2001-2005 yılları arasında yıllık programlar yayımlanmış ve sağlık sektörüne ilişkin hedefler belirlenmiştir.²⁰

Sekizinci kalkınma planı uygulanmaya başladıktan 2 yıl sonra 3 Kasım 2002 seçimlerinde AK Parti, tek başına iktidar olarak göreve gelmiştir. Göreve gelmesiyle birlikte SDP'yi uygulamaya koymuştur. Yedinci kalkınma planında olduğu gibi sekizinci kalkınma planında yer alan amaç ve hedefler SDP'de yer almıştır. SDP uzun yıllardır

²⁰ İlgili programlar Resmi Gazete'de her yıl yayımlanmıştır. Detaylı bilgi için 2001, 2002, 2003, 2004 ve 2005 Yılı Programı'na başvurulabilir.

ulaşılmak istenen ancak ulaşılamayan amaçların hayata geçmesini sağlamış olup daha önce hiç belirtilmeyen amaçları da (akreditasyon vb.) hayata geçirmeyi sağlamıştır.

Dokuzuncu Kalkınma Planı

2007-2013 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan dokuzuncu kalkınma planı; 01 Temmuz 2006 tarih ve 26215 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. İlk kez bir kalkınma planı 7 yıllık olacak şekilde hazırlanmıştır. 7 yıllık hazırlanmasının sebebi; AB'nin bütçe sisteminin 2007-2013 yıllarını kapsaması ve buna uyumlu olmasının istenmesidir. *“İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen ve AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye”* vizyonuyla yola çıkan dokuzuncu kalkınma planının; beşeri gelişme ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesi eksenini altındaki amaçlarından birisi de sağlık sisteminin etkinleştirilmesi olmuştur. Bu kapsamda dokuzuncu kalkınma planında sağlık sektörü ile ilgili olarak (DPT, 2006b);

- Hekim sayısı, hekim başına düşen nüfus, tıp fakültelerinin yeni kayıt sayısı, yatak sayısı ve yatak başına düşen nüfus göstergelerinde ciddi artışlar hedeflenmiştir,
- Kamu harcamalarının etkinleştirilmesine yönelik çalışmalarda sosyal güvenlik, tarım ve sağlık alanlarına öncelik verilecektir,
- Genel sağlık sigortası sistemi, getireceği mali yüklerin azaltılması için, Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte uygulanacaktır,
- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla, sağlık araştırmalarına destek verilecektir,
- Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak, sağlık hizmetleri turizmi desteklenecektir,
- Temel kamu hizmetlerinin sağlanması eğitim ve sağlık; sosyal koruma ağının geliştirilmesinde ise kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık ve sosyal güvenlik sistemi politikaları temel öncelik alanları olacaktır,
- Sağlık personelinin le genelindeki dağılımını dengelenecektir,
- Sağlık eğitimi veren kurumların kontenjanları artırılarak ihtiyaç olan personelin karşılanması sağlanacaktır,
- Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulacaktır,
- 2008 yılı sonu itibariyle aile hekimliği tüm illere yaygınlaştırılacaktır,

- Verimli işletilmelerinin sağlanması ve hizmet kalitelerinin artırılması amacıyla, hastaneler idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilecektir,
- Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla standartlar belirlenecek ve sağlık birimlerinin akreditasyonu için gerekli sistem oluşturulacaktır (akreditasyon ilk kez belirtilmiştir),
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilecektir,
- Özel sektörün sağlık sektöründeki yatırımları desteklenecektir,
- Sevk zinciri etkin olarak kullanılacaktır,
- Uluslararası kriterlere uygun sağlık veri tabanı oluşturulacaktır.

Dokuzuncu kalkınma planı döneminde, sağlık sektöründe temel kamu hizmetlerinin daha nitelikli, daha yaygın ve kolay ulaşılabilir sunulması konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. GSS sistemi kurulmuş, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilat birimleri ile özel sektörün rol ve sorumluluklarını da kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık personeli sayısı 670.000'e ulaşmıştır. Bebek ve anne ölüm oranları bu dönemde düşürülmüş, doğumda beklenen yaşam süresi yükselmiştir (ancak OECD ortalamaları ile karşılaştırıldığında yeterli değildir). Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30.000 yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır (şehir hastanelerinin temellerinin atılması) (DPT, 2013). Dokuzuncu kalkınma planını kapsayan 2007-2013 yılları arasında yıllık programlar yayımlanmış ve sağlık sektörüne ilişkin hedefler belirlenmiştir.²¹

Dokuzuncu kalkınma planı, SDP'nin de etkili uygulanmasıyla sağlık sektöründe uzun yıllardır sorun olarak görülen belli konuların (Sağlık bilgi sistemleri, GSS, Aile Hekimliği vb.) çözüme kavuştuğu bunun yanında sevk zincirinin hayata geçmediği bir dönem olmuştur.

Onuncu Kalkınma Planı

2014-2018 yıllarını kapsayacak şekilde ilk kez DPT dışında bir kurum olan Kalkınma Bakanlığı tarafından hazırlanan onuncu kalkınma planı; Türkiye Büyük Millet

²¹ İlgili programlar Resmi Gazete'de her yıl yayımlanmıştır. Detaylı bilgi için 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 ve 2013 Yılı Programı'na başvurulabilir.

Meclisi Genel Kurulunun 01 Temmuz 2013 tarihli 127'nci Birleşiminde onaylanmış, 6 Temmuz 2013 tarih ve 28699 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Bu planda sağlık sektörü ile ilgili olarak (DPT, 2013);

- Toplumun sağlık seviyesi hem birey hem de sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir,
- Erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır,
- Hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyeti ön planda tutulacaktır,
- Hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir,
- Akılcı ilaç kullanımı için personel ve halkın bilgilendirilmesi sağlanacaktır,
- Sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik olarak yetiştirilmesine özen gösterilecektir,
- Üniversite hastanelerinin rolleri net şekilde belirlenerek hem mali sürdürülebilirlik hem de nitelikli tıp eğitiminin sağlanması için reformlar yapılacaktır,
- Tamamlayıcı tıbbın tıp eğitimine entegrasyonu sağlanacaktır,
- Veri ve kanıta dayalı sağlık politikaları geliştirilecektir,
- Tamamlayıcı sağlık sigortası teşvik edilecektir,
- Şehir hastaneleri ve sağlık kampüslerinin yapımında KÖO'dan yararlanılacaktır,
- Özellikle sağlıklı yaşama yönelik kaplıca, SPA ve benzeri imkânlar ile sağlık altyapısının değerlendirilerek, sağlık turizminin geliştirilmesi için çalışmalar yapılacaktır,
- Çevre sağlığı için gerekli çalışmalar yapılarak daha yaşanır bir çevre inşa edilecektir,
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi sağlanacaktır,
- Yurtiçi tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme ihtiyacının %20'sinin yerli üretimle karşılanması ve yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak %60'ının yerli üretimle karşılanması hedefi ile Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı uygulanacaktır,
- Sağlık turizminin geliştirilmesi ve bu sektörden elde edilecek gelirin artırılması gibi hedeflerle, Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı uygulanacaktır,
- Kamu kaynaklarının etkin kullanımı, tahsisatı ve verimsizliği önleme amacıyla Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı uygulanacaktır,
- Obez nüfus ve tütün kullanımının azaltılması gibi hedefleri barındıran, Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı uygulanacaktır gibi amaç, politika ve programlar yer almıştır (kalkınma planlarında ilk kez bu tür bir alt programlara yer verilmiştir).

Onuncu kalkınma planını kapsayan 2014-2018 yılları arasında yıllık programlar yayımlanmış ve sağlık sektörüne ilişkin hedefler belirlenmiştir.²² Görüldüğü üzere 1960'dan günümüze uygulanan on kalkınma planında sağlık sektörüne ilişkin birçok hedef yer almıştır. Bir sonraki bölümde tüm kalkınma planları karşılaştırılacaktır.

Kalkınma Planlarının Karşılaştırılması

Kalkınma planlarına yönelik genel bir değerlendirme yapılacak olursa; birinci ve ikinci kalkınma planları genel bir toparlanma ve temel sorunların ele alındığı planlar olmuştur. 1973-1995 arası (üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı) kalkınma planları değişen dünyaya ayak uydurma çabası ile hazırlanmıştır. Sekizinci ve dokuzuncu planlar AB'ye uyum sürecindeki Türkiye'nin bilgi çağına geçiş ve rekabet gücünün artırılması çabası ile hazırlanmış, onuncu plan ise, Türkiye'nin 2023 hedefleri doğrultusunda hazırlanmıştır (Tokaç, 2015: 7).

Sağlık sektörü ile ilgili olarak ele alınan konular; sağlık insan gücü, temel sağlık hizmetleri, hastaneler gibi temel konulardır. Planlamalara sırayla bakıldığında ilk planlarda acil müdahale gerektiren alanlar olarak; personel sayısı, yatak sayısı ve sağlık tesislerinin artırılması üzerinde durulurken; son planlarda kalite, akreditasyon, çağdaş işletmecilik, nitelik ve hasta odaklılık gibi konular üzerinde durulmuştur.

İlk planlarda yer alan tek elden yönetim amacına uzun yıllar ulaşılamamış, toplumdaki eşitsizlikler giderilememiş, koruyucu hekimlik uygulamasına gereken önem verilememiş dolayısıyla tedavi edici kurumlar üzerindeki yük artmış, sağlığa yeterince pay ayrılmamış, çevre sağlığı ile ilgili yeterli çalışma yapılmamış, bölgeler arası dengesizlik azaltılamamış, sağlık personelinin gelişmiş kentlerde toplanmasının önüne geçilememiştir (Güven, 1995: 177-178).

Toplamda 10 planın uygulama sürecinde 55 yıl geçmiş, sağlık sektöründe oldukça büyük gelişmeler kaydedilmiş ve on birinci plan (Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, 2019) uygulamaya konulmuştur. Son 4 kalkınma planı ile birlikte sağlık sektöründe uygulamada olan SDP'nin bu gelişimde payı oldukça büyüktür. Ancak SDP'nin de içeriğinin önceki planlar ve sağlık sektöründeki çalışmalardan bir miras olarak oluştuğunun unutulmaması gerekmektedir. Kalkınma planları her ne kadar gelişimi ve değişimi sağlasa da her sektör kendi içinde ayrıca planlanmalıdır. Bu durum kalkınma planlarında da

²² İlgili programlar Resmi Gazete'de her yıl yayımlanmıştır. Detaylı bilgi için 2014, 2015, 2016, 2017 ve 2018 Yılı Programı'na başvurulabilir.

(altıncı, yedinci ve sekizinci kalkınma planları) belirtilmiştir. AK Parti'nin iktidara gelmesi ile birlikte sağlık sektörünün ayrı olarak planlanması da hayata geçmiştir. Tüm kalkınma planlarının, sağlık sektörü ile ilgili olarak içerdiği amaçların bir arada görülmesi ve daha rahat karşılaştırılmasına olanak sağlamak amacıyla Tablo 13 oluşturulmuş ve aşağıda gösterilmiştir.



Tablo 13: Kalkınma Planlarında Yer Alan Sağlık Sektörü İle İlgili Amaçların Karşılaştırılması

Plan/Program Amaçlar	Birinci BYKP	İkinci BYKP	Üçüncü BYKP	Dördüncü BYKP	Beşinci BYKP	Altıncı BYKP	Yedinci BYKP	Sekizinci BYKP	Dokuzuncu Kalkınma Planı	Onuncu Kalkınma Planı
Sağlığın Tek Elden Yürütülmesi	+	+	+	+						
Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Öncelik Verilmesi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Edilmesi	+									
Bölgelerarası Dengesizliğin Azaltılması	+	+	+	+		+	+	+	+	
GSS	+		+		+		+		+	
Sağlığa Ayrılan Payın Artırılması	+					+	+	+	+	
Yerli İlaç / Yerli Tıbbi Cihaz	+	+		+						+
Özel Sektörün Teşvik Edilmesi	+	+			+		+	+	+	
Eşitlik İlkesi	+	+		+	+	+		+		+
Tesis/Yatak Sayısının Artırılması	+	+		+	+					
Araştırma ve Geliştirme	+	+					+		+	
Sağlık Eğitimi Veren Kurum Sayısının Artırılması		+		+	+				+	+
Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması	+	+	+	+	+	+				
Çevre Sağlığı/ İşçi Sağlığı/ Beslenme			+	+	+	+	+			+
Sağlık Turizminin Geliştirilmesi					+				+	+
Mevzuat Çalışmaları					+	+	+	+		

Hastane İşletmeciliği				+	+			+		
Sevk Zinciri					+	+	+	+	+	+
İnsan Gücü Planlaması						+	+			
Kalite							+	+	+	+
Yeniden Yapılanma							+	+		
Aile Hekimliği							+	+	+	
Hizmet Sunumu ile Finansmanının Birbirinden Ayrılması							+	+		
Toplum Katılımı							+			
Hastanelerin İdari ve mali Özerkliği							+	+	+	
Sağlık Enformasyon Sistemi							+	+	+	
Akılcı İlaç								+		+
Hasta Odaklılık									+	
Planlayıcı, Düzenleyici ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı									+	+
Tamamlayıcı Tıp										+
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası										+
Şehir Hastaneleri										+
Obez Nüfusun Önlenmesi										+

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

(BYKP: Beş Yıllık Kalkınma Planı)

Tablo 13’de görüldüğü gibi kalkınma planları hazırlanmaya ve uygulanmaya başladığı günden bu güne kadar sağlıkla ilgili birçok temel amacı bünyesinde barındırmıştır. Bu kapsamda planların içerdiği birçok amaç bugün uygulamaya geçmiş, birçoğu da ilk günden beri geçerliliğini (temel sağlık hizmetleri vurgusu, bölgeler arası dengesizliğin azaltılması gibi) korumaktadır.

3.3. Türkiye’de Sağlık Planlaması Yasal Çerçevesi

Bu bölümde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na planlama yetkisi veren günümüzde geçerliliğini koruyan hukuki belgeler (1982 Anayasası ve sonrası dönem) ele alınacaktır. Önceki dönemde de planlamaya temel oluşturan 1961 Anayasası, 224 sayılı kanun, 154 sayılı yönerge gibi mevzuat çalışmaları mevcuttur ancak belirtilen çalışmaların günümüzde geçerliliği bulunmadığı için ele alınmamıştır. Günümüzde geçerliliği olmayan ilgili çalışmalar araştırma bölümündeki ilgili yerlerde detaylı olarak işlenmiştir. Bu kapsamda;

- 1982 Anayasası,
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu,
- 5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun,
- 5436 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun,
- Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik,
- Kamu İdarelerince Hazırlanacak Performans Programları Hakkında Yönetmelik ele alınacaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı bir görev üstlenmesinin en temel yapıtaşı 1982 Anayasası’dır. 1982 Anayasasının 56. maddesinde “*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” hükmü yer almaktadır (1982 Anayasası, 56. madde).

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3. maddesinde Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar altındaki a, c ve g bentlerinde planlama ile ilgili olarak (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Madde 3);

- a) *“Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.”*
- c) *“Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır.”*
- g) *“Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim programları için Yükseköğretim Kurulu ile koordinasyonu sağlar. Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.”*

Stratejik planlamaya geçişin ilk sinyallerini, AB’ye uyum süreciyle ilişkili olarak Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı’nda yer alan şu ifadeler vermiştir (Türkiye Ulusal Programı, 2003: 15);

“Aşırı merkezi yapı içinde çalışan ve sık sık siyasi müdahalelere konu olan kamu kuruluşları, genel olarak politika üretme kapasitesinden yoksun hale gelmişlerdir. Kuruluş düzeyinde stratejik planların hazırlanması sonucunda kuruluşlar varlık nedenlerini (misyon), ulusal plan ve stratejiler çerçevesinde netleştirecek, politika ve önceliklerini ortaya koyabilecek, performans göstergeleri geliştirmek suretiyle başarılarını ölçebileceklerdir. Katılımcı bir anlayışla hazırlanacak olan bu planlarda dış (vatandaşlar) ve iç (çalışanlar) müşteri memnuniyeti esas alınacak, planlama

sürecine ilgili tüm taraflar dâhil edilecektir. Kuruluş stratejik planlarının hazırlanması sonrasında kuruluş bütçeleri bu planlara dayalı olarak oluşturulacaktır.”

10.12.2003 tarihinde kabul edilen ve 01.01.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, stratejik plan için temel oluşturan yasal düzenlemedir. Bu kapsamda tüm kamu kurumlarına olduğu gibi sağlık sektörüne de yön veren “stratejik plan” ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere bakılacak olursa özetle (5018 Sayılı Kanun);

Madde 9. “Kamu idareleri; kalkınma planları, programlar, ilgili mevzuat ve benimsedikleri temel ilkeler çerçevesinde geleceğe ilişkin misyon ve vizyonlarını oluşturmak, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptamak, performanslarını önceden belirlenmiş olan göstergeler doğrultusunda ölçmek ve bu sürecin izleme ve değerlendirmesini yapmak amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlarlar”

Madde 10. “Bakanlar, hükümet politikasının uygulanması ile Bakanlıklarının ve Bakanlıklarına bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşların stratejik planları ile bütçelerinin kalkınma planlarına, yıllık programlara uygun olarak hazırlanması ve uygulanmasından, bu çerçevede diğer Bakanlıklarla koordinasyon ve işbirliğini sağlamaktan sorumludur... Bakanlar, kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli kullanılması ile hukuki ve mali konularda Cumhurbaşkanına karşı sorumludurlar. Bakanlar; idarelerinin amaçları, hedefleri, stratejileri, varlıkları, yükümlülükleri ve yıllık performans programları konusunda her malî yılın ilk ayı içinde kamuoyunu bilgilendirirler.”

Madde 11. “Bakanlıklarda müsteşar, diğer kamu idarelerinde en üst yönetici, il özel idarelerinde vali ve belediyelerde belediye başkanı üst yöneticidir. Ancak, Millî Savunma Bakanlığında üst yönetici Bakandır. Üst yöneticiler, idarelerinin stratejik planlarının ve bütçelerinin kalkınma planına, yıllık programlara, kurumun stratejik plan ve performans hedefleri ile hizmet gereklerine uygun olarak hazırlanması ve uygulanmasından, sorumlulukları altındaki kaynakların etkili, ekonomik ve verimli şekilde elde edilmesi ve kullanımını sağlamaktan, kayıp ve kötüye kullanımının önlenmesinden, malî yönetim ve kontrol sisteminin işleyişinin gözetilmesi, izlenmesi ve bu Kanunda belirtilen görev ve sorumlulukların yerine getirilmesinden Bakana; mahallî idarelerde ise meclislerine karşı sorumludurlar. Üst yöneticiler, bu sorumluluğun

gereklerini harcama yetkilileri, malî hizmetler birimi, malî kontrol yetkilisi ve iç denetçiler ile muhasebe yetkilisi aracılığıyla yerine getirirler.”

Ayrıca 13, 16, 17, 41, 60 ve 64. maddeler stratejik plan ve bütçe ile ilgili hükümleri içermekte ve stratejik planın hazırlanması ve uygulanmasına temel oluşturan maddelerdir.

5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun içindeki hükümler özetle şunlardır (5227 Sayılı Kanun);

Madde 12. *Bakanlıklar ile bağlı ve ilgili kuruluşların kuruluş ve teşkilatlanmasına ilişkin ilke ve esaslar şunlardır:*

c) *“Bakanlıklar ile bağlı ve ilgili kuruluşlar, stratejik planlarına, yıllık amaç ve hedeflerine bağlı olarak teşkilât yapısını, hizmet kalite standartlarını, yönetim ve hizmet süreçlerini sürekli geliştirici tedbirleri alır.”*

Madde 15. *“Müsteşar, Bakandan sonra gelen en üst düzey kamu görevlisi olup Bakanlık hizmetlerini, bakan adına ve onun emir ve yönlendirmesi doğrultusunda, mevzuat hükümlerine, Bakanlığın amaç ve politikalarına, stratejik planına uygun olarak düzenler ve yürütür. Bu amaçla, Bakanlık kuruluşlarına gereken emirleri verir ve bunların uygulanmasını gözetir ve sağlar. Müsteşar yukarıda belirtilen hizmetlerin yürütülmesinden Bakana karşı sorumludur.”*

Madde 30. *Strateji Geliştirme Başkanlığı aşağıdaki görevleri yapar:*

c) *“Bakanlık bütçesini stratejik plana ve yıllık hedeflere göre hazırlamak; Bakanlık faaliyetlerinin bunlara uygunluğunu izlemek ve değerlendirmek.”*

Madde 43. *“Bu Kanun kapsamındaki kurum ve kuruluşların her kademedeki yöneticileri, görevlerini mevzuata, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütmekten üst kademelere karşı sorumludur.”*

5436 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun içinde de stratejik plana temel olan birçok konuda değişiklik yapılmış ve kamu idarelerinde strateji geliştirme birimleri kurulmuştur (5436 Sayılı Konun).

SDP bileşenlerinin ilki olan *“Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı”* ibaresi de günümüzde aktif şekilde yapılan planlama görevinin mevcut iktidar AK Parti tarafından göreve geldiği günden beri uygulamasına temel olan ifade olarak görülebilir.

Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik ise tüm kamu kurumlarının stratejik planlama sürecindeki temel aşamaları, sürece ilişkin takvimi, sorumlulukları, diğer kuruluşların stratejik planlarıyla uyumlu olması gibi usul ve esasları açıklama amacıyla çıkarılmıştır (Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik). Bu kapsamda ayrıca DPT tarafından ilki 2003 yılında daha sonra güncellenerek ikinci sürümü 2006 yılında Kamu İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu yayımlanmıştır (DPT, 2006a).

Son olarak, Kamu İdarelerince Hazırlanacak Performans Programları Hakkında Yönetmelik ile stratejik planlama hazırlamakla yükümlü kurumların, performans programlarının hazırlanması, ilgili olan idarelere gönderimi, kamuoyu ile paylaşılması ve ilgili sürecin takvimi ile ilgili usul ve esasları belirlenmiştir (Kamu İdarelerince Hazırlanacak Performans Programları Hakkında Yönetmelik). Bu kapsamda ayrıca Maliye Bakanlığı tarafından 2009 yılında Performans Programı Hazırlama Rehberi yayımlanarak kuruluşların hizmetine sunulmuştur (Maliye Bakanlığı, 2009).

3.4. Türkiye’de Sağlık Planlama Teşkilatlanması

Türkiye'deki sağlık hizmetleri merkezi planlamaya tabidir. Sağlık Bakanlığı yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının yapımı, onarımı, işletilmesi, personel ihtiyacı, hizmetlerin planlaması ve denetimi gibi işleri ya doğrudan merkezden ya da taşra teşkilatı aracılığı ile yürütmektedir (Öztek vd., 2001: 60). Bu bölümde Sağlık Bakanlığı içinde planlama görevi üstlenen tüm birimler ele alınacaktır. Bu kapsamda planlama yapan birimlerin teşkilat şemaları, görev ve yetkileri sunulacaktır.

1936 tarih ve 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu ve sonrasında bu kanunu düzenleme üzere çıkarılan kanunlarla birlikte oluşan yönetim şekli altında bulunan kurullar arasında Plan Grubu bulunmaktadır. Bu plan grubu (SSYB, 1973: 48);

- “Müsteşarın başkanlığında, kalkınma planının uygulanmasında görevli dairelerin temsilcileri ile Planlama ve Koordinasyon Başkanının katılmasıyla kurulur,”
- “Gerekli görüldükçe toplanır”(anlamı: geçici kurullar arasında yer alır),
- “Kalkınma planının Sağlık Bakanlığı ile ilgili kısımlarının hazırlanması, revizyonu ve gerçekleştirilmesi ile ilgili işleri inceler ve karara bağlar,”
- “Faaliyetleri koordine eder, uygulamaya nezaret eder.”

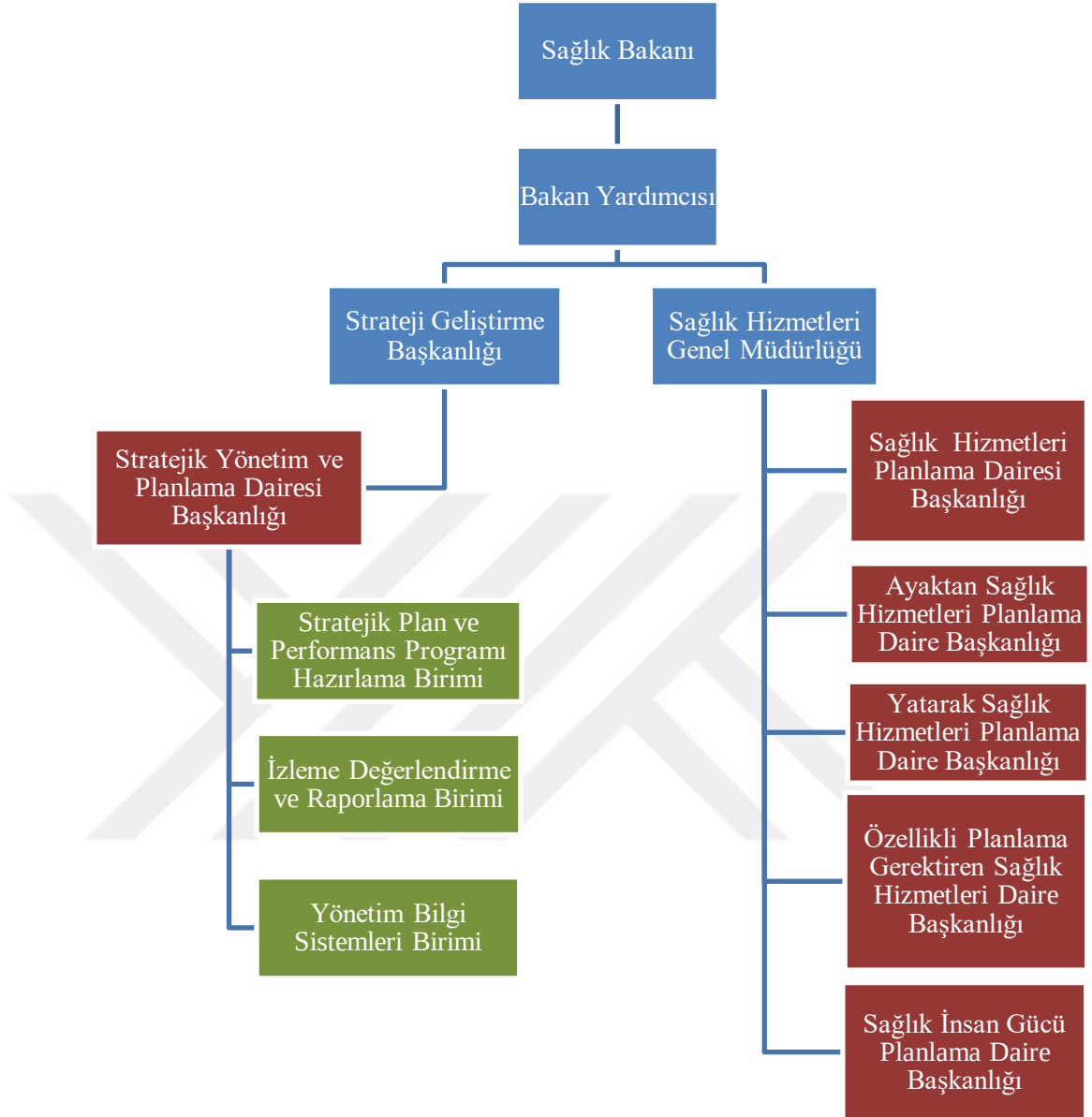
1963 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşlar içinde yer alan ve ilk planlama birimi olan Planlama ve Koordinasyon Daire Başkanlığı'nın görevleri şu şekilde belirtilmiştir (SSYB, 1973: 50):

- *“Bakanlıkta plan ve programla ilgili çalışmaları düzenleme, bu konularda Bakanlık içi ve dışı ilgili kuruluşlarla işbirliği sağlamak,”*
- *“Yatırım programlarını ve Bakanlık bütçesini hazırlayarak gerekli çalışmaları organize etmek,”*
- *“Organizasyon ve metotla ilgili çalışmaları yürütmek, istihbarat toplum kalkınması, teknik yardım ve hizmet içi eğitim konularındaki görevleri yapmak,”*
- *“Merkez örgütünde koordinasyona ve işbirliğine lüzum gösteren hizmetler üzerinde düzenleyici çalışmalar ve toplantılar yapmak.”*

Sağlık Bakanlığı içinde günümüzde mevcut olarak görev yapan planlama birimlerine geçmeden önce 5018 sayılı yasa sonrası kurulması zorunlu hale gelen Strateji geliştirme başkanlığı veya daire başkanlığı olarak kurulacak birimler ile ilgili olarak “Strateji Geliştirme Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çıkarılmıştır. Bu yönetmeliğin amacı, genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerini kapsayacak şekilde strateji geliştirme birimlerinin çalışma usul ve esaslarını düzenlemek olarak açıklanmıştır (Strateji Geliştirme Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik).

Günümüzde, Sağlık Bakanlığı çatısı altında birden fazla ve birbirinden farklı planlama birimi olduğu görülmektedir. Her planlama birimi kendi alanına yoğunlaşarak planlama çalışmalarını yürütmektedir ancak her birimin yaptığı planlama çalışmaları diğerleri ile bağlantılıdır. 643 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile temelleri atılan ve yeni Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile uygulamaya geçirilen Bakan'ın bağlı ve yaptığı işlerle ilgili olarak Bakan'a karşı sorumlu olan Bakan Yardımcıları atamaları gerçekleşmeye başlanmıştır (643 Sayılı KHK). Bu düzenleme ile Bakan Yardımcısı altındaki planlama yapan birimlere ilişkin şema Şekil 16'da gösterilmiştir. Strateji Geliştirme Başkanlığı ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında altı planlama birimi bulunmaktadır.

Şekil 16: Sağlık Bakanlığı’nda Planlama Yapan Birimlere Ait Teşkilat Şeması



Kaynak: Şekil, www.saglik.gov.tr sitesinden elde edilen bilgilerden faydalanılarak yazar tarafından çizilmiştir.

Bu planlama birimlerinin görevleri Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Yönergelerle belirlenmektedir. Bu yönergelerden Strateji Geliştirme Başkanlığının Görev Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge ile bu başkanlık altındaki planlama birimlerinin görev ve sorumlulukları Yönergedeki Madde 7’de şu şekilde sıralanmıştır (Strateji Geliştirme Başkanlığının Görev Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge);

A. Stratejik Planlama Hizmetleri

1. “Ulusal kalkınma strateji ve politikaları, yıllık program ve hükümet programı çerçevesinde Bakanlığın orta ve uzun vadeli strateji ve politikalarının, vizyon,

misyon, stratejik amaç ve hedeflerinin belirlenmesi ve revizyon için gerekli çalışmaları yapmak,”

2. *“Bakanlığın stratejik planlama çalışmalarına yönelik bir hazırlık programı oluşturmak,”*
3. *“Bakanlığın stratejik planlama sürecinde ihtiyaç duyulacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermek veya verilmesini sağlamak ve stratejik planlama çalışmalarını koordine etmek,”*
4. *“Stratejik Plan ve performans programının izlenip değerlendirilmesi için gerekli bilgi ve verileri toplamak, analiz etmek ve raporlamak,”*
5. *“Stratejik planın uygulama sonuçlarını periyodik olarak izlemek, değerlendirmek ve raporlamak,”*
6. *“Amirleri tarafından verilecek diğer görevleri yapmak.”*

B. Faaliyet Raporlama Hizmetleri

1. *“Harcama birimleri tarafından hazırlanan birim faaliyet raporlarını da esas alarak idarenin faaliyet raporunu hazırlamak,”*
2. *“Başkanlığın faaliyetleri ile ilgili bilgi ve verileri toplamak, tasnif etmek, analiz etmek ve Birim Faaliyet Raporunu hazırlamak”*
3. *“Hükümet Acil Eylem Planı, Orta Vadeli Program, Yıllık Programlarda Bakanlığımız tarafından yürütülmesi öngörülen faaliyetlerle ilgili çalışmaları raporlar halinde Kalkınma Bakanlığı’na göndermek,”*
4. *“Amirleri tarafından verilecek diğer görevleri yapmak”*

C. Yönetim Bilgi Sistemleri Hizmetleri

1. *“Başkanlığın yönetim bilgi sistemlerine ilişkin hizmetleri yerine getirmek ve koordine etmek”*
2. *“Başkanlığın ihtiyaçlarına yönelik izleme ve raporlama sistemlerini geliştirmek”*
3. *“Başkanlığın web sitesi ve bilgiye erişim hizmetlerini yürütmek”*
4. *“Resmi yazışmaların Standart Dosya Planına uygun kodlamalarının yapılup yapılmadığının kontrolünü yapmak ve eğitimlerini vermek”*
5. *“Başkanlığın görev alanıyla ilgili araştırma-geliştirme ve proje faaliyetlerini yürütmek”*
6. *“Amirleri tarafından verilecek diğer görevleri yapmak.”*

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında yer alan her birim kendi sorumluluk alanına yönelik planlama görevini üstlenmekle birlikte beş planlama birimine ait görevler, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge ile düzenlenmiştir. Planlama birimlerine ait görevler şunlardır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge):

- 1) Sağlık Hizmetleri Planlama Daire Başkanlığı sorumluluk ve görevleri (Madde 6);
 - “Sağlık hizmetleri komisyonları ve planlama hizmetlerini yürütmek,”
 - “Sağlık-hastalık yükü planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek”
 - “Branş hizmet yükü planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek”
 - “Bölge ve coğrafi dağılımlı hizmet sunum planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek.”
- 2) Ayaktan Sağlık Hizmetleri Planlama Daire Başkanlığı sorumluluk ve görevleri (Madde 7);
 - “Ayaktan dahili klinikler planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek”
 - “Ayaktan cerrahi klinikler planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek”
 - “Acil servis planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek.”
- 3) Yatarak Sağlık Hizmetleri Planlama Daire Başkanlığı sorumluluk ve görevleri (Madde 8);
 - “Ameliyathane ve yoğun bakım planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek”
 - “Yataklı dahili klinikler planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,”
 - “Yataklı cerrahi klinikler planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek.”
- 4) Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı sorumluluk ve görevleri (Madde 11);
 - “Özellikli hizmet tanımlama, planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,”
 - “Özellikli hizmet alanı planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,”
 - “Özellikli hizmet birimlerini takip etmek, koordinasyon hizmetlerini yürütmek.”
- 5) Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi Başkanlığı sorumluluk ve görevleri (Madde 12);
 - “Branş fonksiyonları ve hizmet gereksinimi planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,”

- “Sağlık meslekleri fonksiyonları ve hizmet gereksinimi planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek,”
- “Sağlık insan gücü norm kadro, standart kadro planlama ve düzenleme hizmetlerini yürütmek.”

Üçüncü bölümde görüldüğü üzere, Türkiye’de sağlık planlaması adına Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana birçok sağlık planlaması çalışması yapılmıştır. Ayrıca kalkınma planları içinde de sağlık sektörü kendine yer bulmuştur. Sağlık planlaması için geçmişten bugüne kadar her dönem içinde kendine yasal zemin oluşturması adına çeşitli mevzuat çalışmaları yapılmıştır. Her dönemde olmasa da sağlık planlaması için ayrı bir teşkilatlanmaya gidilmiştir. İlk dönemlerde planlar daha çok kişisel çabalarla ortaya konmuşken; sonraki dönemlerde kurumsal çalışmalar varlığını göstermiş ve sağlık planlaması daha da önemli şekilde ele alınmıştır. Sonraki bölümde araştırma bölümü olup, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık planları analiz edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: ARAŞTIRMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de Sağlık Planlaması²³ kapsamına giren çalışmaların; ortam, süreç, içerik ve aktör boyutlarından nasıl etkilendiğini Walt-Gilson Politika Analizi Modeli çerçevesinde analiz ederek ortaya koymaktır. Bu amaca yönelik olarak tarihsel süreçte yapılan sağlık planlaması çalışmaları; ortam boyutunda, Bölüm 3.1’de ele alınan (1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002 sonrası) dönemler kapsamında politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal olacak şekilde incelenmiştir. Planlama çalışmalarının içerik, süreç ve aktörler boyutları ise planlar özelinde incelenerek analiz edilmiştir.

Türkiye’de her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de tarihsel süreç içinde sürekli planlama çalışmalarının yapıldığı görülmektedir. Ancak alanyazına bakıldığında sağlık planlamasına ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda (Öztek, 2001a; Ettelt, 2010; Demirel, 2008; Johansen, 2015) olduğu görülmüştür. Çalışmanın bu kapsamda, alanyazında önemli bir boşluğu dolduracağı ayrıca tarihsel süreç içinde ele alındığı için bütüncül bir bakış sağlayacağı düşünülmektedir.

4.2. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Kaynakları

Bu çalışmada sağlık planlaması çalışmalarının analizi için Walt-Gilson Politika Analizi Modeli kullanılmıştır. Politika analizi için birçok yöntem bulunmaktadır. Ancak öncelikle Buse ve arkadaşları (2012: 192) tarafından yapılan politika analizi ve politika için analiz arasındaki farkın açıklanması gerekmektedir.²⁴ Politika analizi, retrospektif özellik taşır yani geriye dönüktür. Politikanın ilgili dönemin özellikleri ile birlikte ele alınarak değerlendirilmesini içerir. Tümel değerlendirme de denilmektedir. Heck (2008: 11), politika analizinin, akademik disiplinden beslendiğini ve sonuçları yine akademik disiplinlerin birikimine katkıda bulunduğunu belirtmiş ve önemine vurgu yapmıştır.

²³ DSÖ’nün 2009 yılındaki toplantısında aldığı kararla; Politika, Strateji ve Plan sözcükleri birbiri yerine kullanılabileceği belirtilmiştir. National Health Policies, Strategies and Plans (NHPSP) adı altında toplanmıştır (WHO, 2010: 3). Bu kapsamda çalışmada; içinde Plan, Politika, Strateji ve bunun dışında Program ifadesi geçen çalışmalar baz alınacaktır.

²⁴ Bu ayırım kamu politikası analizi için; uygulama öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere farklı şekilde ele alınmıştır (Gül, 2015: 8). Bu çalışmada Buse vd. (2012)’nin ayırımı olan politika analizi ve politika için analiz ayırımı şeklinde ele alınmıştır. Buse vd. dışında Bell ve Stevenson (2000) ile Heck (2008) de eğitim bilimleri alanında ayırımı aynı şekilde ele almışlardır.

Dye (2002: 2-3) ise bir kamu politikası analizini; hükümetlerin ne yaptığını, neden yaptığını ve yapılanın toplumun yaşamına nasıl bir değişiklik yaptığını öğrenmek ve anlamak şeklinde yorumlamıştır. Politika analizi; politikanın ortamını, amacını ve etkisini anlamada kullanılan bir yöntemdir dolayısıyla politikanın güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmeyi sağlamaktadır (WHO, 2005c: 28; Brewer ve Leon, 1999: 88). Dye (2002: 6-7), politika analizinin özelliklerini; bir talimattan öte açıklamalar yapmaya çalışmak, kamu politikasının nedenleri ve sonuçlarının anlaşılması için geçerli bir araştırma yapmak ve politikaların neden ve sonuçlarının anlaşılması için teklifler geliştirmek, test etmek ve bu amaçlar doğrultusunda bulgular sunmak olarak sıralamıştır.

Ranney (1968: 13), kamu politika analizi bilimsel, mesleksel ve siyasal amaçlar için çalışılabileceğini belirtmiştir. Bu çalışmada geriye yönelik (retrospektif) olarak sağlık planlarının analizi yapılmıştır. Retrospektif araştırmalar; politikaları, süreç veya çıktıları değerlendirir ve deneyimlerden öğrenme yoluyla belgeler aracılığı ile açıklayabilir. Bir veya birden fazla politikayı bir veya birden fazla ülke için araştırabilir. Retrospektif araştırma, belirli bir politikayı üzerinden zaman geçtikten sonra incelediği için o dönemin koşulları göz önünde bulundurularak titiz ve dikkatli şekilde yapılmalıdır (Janovsky ve Cassels, 1996: 14; Özhan-Çaparlar ve Dönmez, 2016: 213). Politika analizi, değer yüklü bir analiz şekli olduğu için analistler tarafsız olmalı ve toplumun durumunu analiz içine yansıtmalıdır (Linblom ve Cohen, 1979: 28-30). Kamu politika analizinde amaç kamu politikaları hakkında farklı kamu birimlerine veya politika alanlarına uygulanabilen teoriler geliştirmektir (Çevik, 1998: 106).

Politika analizi özellikle 1990'lı yıllarda reform çalışmalarının tüm dünyada yoğun şekilde yaşandığı dönemde alanyazında yoğun şekilde yer bulmuştur. Bu anlamda politika analizi; Grup Modeli, Elit Model, Süreç Modeli (Çevik ve Demirci, 2013: 111-112), Politika Haritalama Yöntemi (Reich, 1994) gibi birçok şekilde yapılabilmektedir. Politika için analiz ise, prospektif yani ileri yöneliktir. Yeni politikalar oluşturmak için kullanılır. Bir politikanın formüle edilmesi veya etkilerinin değerlendirilmesi için yapılabilmektedir. Biçimlendirici değerlendirme de denilmektedir (Buse vd., 2012: 192).

Politika analizi yapmanın faydaları şu şekilde sıralanabilir (Walt, 1996: 239; Kraft ve Furlong, 2007: 95; Dye, 2002: 1; Çevik ve Demirci, 2015: 123; Gilson, 2012: 28-29):

- Politikaların nasıl ve niçin başarılı ya da başarısız olduğunun derinlemesine açıklanmasını sağlar,
- Gelecekteki politika oluşturma sürecinin gelişmesini ve daha iyi uygulanmasını sağlar,
- Politika yapım ve uygulama politikasını içeren ve bu nedenle daha uygulanabilir politikalara yol açması muhtemel olan bir süreç sağlar,
- Politika sürecinin daha geniş paydaş dizisine açık hale getirilmesini sağlar.

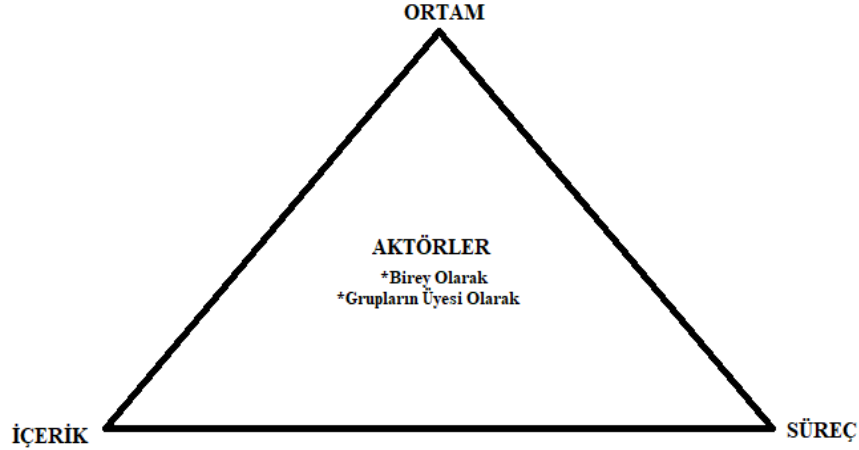
Politika analizinin zayıf yönlerini ise şunlardır (Walt, 1996: 236-237; Çevik, 1998: 105-106):

- Tüm politikalara siyasi nedenlerle karar verilir, bu nedenle zaman ve mekânda benzersizdir ve genelleştirilemez,
- Politika süreci o kadar karmaşıktır ki, sosyal bilimler, sonuçlar konusunda kesin olmak için yeterince özgün araçlar sunamaz,
- Araştırma sürecinin karmaşıklığı, politika yapıcılarının kullanımına sunulması çok uzun sürebilir,
- Politika analizi için ihtiyaç duyulan bilgiler hassastır, bu nedenle araştırmacılar bu bilgilere ulaşamayabilir veya ulaşsalar bile kullanamayabilirler,
- Politika ortamlarındaki, özellikle de birçok ülkeyi etkileyen kararsız mevcut koşullardaki değişiklikler nedeniyle bilgiler eski olabilir,
- Bilgi niteldir ve birçok farklı yönden taraflı olmaya tabidir bu nedenle araştırmacının duyarlılığına bağlı olacaktır.

Sağlık politika analizi, politika belirleyicilerinin hedefleri nasıl belirlediklerini, öncelikler konusunda nasıl karar verdiklerini anlamada yardımcı olmaktadır (Barker, 2000: 42). Sağlık politika analizi, politika sürecindeki kurumlar, ilgi alanları ve fikirleri açıklamayı amaçlayan çok disiplinli bir yaklaşımdır. Geçmiş politikalardan ders almak ve gelecek politikaları planlamak için idealdir (Walt vd., 2008: 308). Bu çalışmada, Walt ve Gilson (1994) tarafından geliştirilen politika analizi modeli kullanılmıştır. Bu modelde ortam, içerik ve süreç olarak üç boyut ve bu boyutlarla ilişkili olarak aktörlerin

etkisi ele alınarak belirlenen planlar retrospektif olarak analiz edilecektir. Kullanılan politika analizi modeli Şekil 17’de gösterilmiştir.

Şekil 17: Sağlık Politika Analizi için Walt-Gilson Modeli



Kaynak: Walt ve Gilson, 1994: 354

Walt ve Gilson (1994), çalışmalarında birçok modeli değerlendirmiştir. Örneğin, Perkins ve Roemer (1991), Mackintosh (1992), Teye (1993), Migdal (1988), Hinnebusch (1993), Hyden (1983) ve Lidde (1992) gibi birçok araştırmacıyı değerlendirirken bunların vurguladığı özellikleri özetlemişlerdir. Bazı araştırmacıların devletin etkisini incelerken; bazılarının sosyo-kültürel özelliklere eğildiğini, diğer bir kısım araştırmacıların ise ekonomik kısıtlara baktığını, demografik özellikleri göz önüne aldığını veya içeriğe odaklandığını belirtmişlerdir. Walt ve Gilson, geleneksel yaklaşım olarak adlandırılan modellerin hiçbirini reddetmediklerini veya tam olarak desteklemediklerini belirtmişlerdir. Bunun yerine ortam, içerik, süreç ve aktörlerin önemini vurgulayarak bütün yaklaşımları bir araya getirmişlerdir. Nitekim Keser Aschenberger’e göre (2015: 338-339), politikaların sadece içerik ve sonuçlarının/getirilerinin değil de içinde bulunduğu sosyal, politik, ekonomik, siyasi bağlam, politika aktörleri ve hedef kitlelerinin analize dâhil edilmesinin çalışmanın çok boyutlu olmasını ve daha bütünsel ele alınmasını sağlayacaktır.

Walt (1996: 231), bir başka çalışmada, bu modelin kullanılmasının hangi politikaların başarılı veya başarısız olduğunu ve bunların nedenlerinin anlaşılmasına yardımcı olacağını belirtmiştir. Buse (2012: 209) ise, politika analizine daha politik ve örgütsel bir yaklaşımın, politikanın girdi ve çıktılarına odaklanmaktan ziyade, karar alma sürecine odaklanılmasını sağlayacağını vurgulamaktadır. Walt ve Gilson’un sunduğu politika analizi çerçevesi, birçok ülkede sağlık sorunlarını ve reformları analiz

etmek için kullanılmıştır (Gilson ve Raphaely, 2008; Khan, 2006). Walt-Gilson Politika Analizi modelinin özellikleri aşağıda sıralanmıştır (Walt ve Gilson, 1994):

- Hem prospektif hem de retrospektif özelliğe sahiptir,
- Gelişmekte olan ülkeler için uygun olduğu belirtilmiştir,
- Politikayı veya planlamayı dinamik bir süreç olarak görmektedir,
- Alınan kararların zamana ve mekâna özgü olduğunu göz önünde bulundurmaktadır,
- Politikayı/Planlamayı sadece içerik yönünden değil, ortam (politik, ekonomik, sosyo-kültürel ve demografik), süreç ve aktörlerin rolleri ile birlikte ele almaktadır,
- Çevrenin sürekli değişimini ve gelişimini göz önünde tutmaktadır,
- Birkaç disiplin konseptini içinde barındırmaktadır ve politik ekonomi alanına yakındır,
- Sağlık politikaları için uygulanabildiği gibi planlama için de uygulanabilmektedir,
- Analistin taşıması gerektiği özellikleri ve değerleri açıklamaktadır.

Politika analistinin sorumluluklarına karşı duyarlı olması, güven oluşturmaları, hassasiyetlere saygı duyması ve bilgilerin nasıl kullanıldığı konusunda ortaya net bir tablo sunulması gerekmektedir. Hesap verebilirlik ve dürüstlük, politika analizinde esastır ve her durumda yaklaşımın bir parçası olmak zorundadır (Walt, 1996: 235). Bu noktadan hareketle çalışmada kullanılan modelin boyutları olan ortam, içerik süreç ve aktörler hakkında bilgi vermek yerinde olacaktır.

1) Ortam

Sağlık politikalarının ve/veya reformlarının oluşması ortamsal faktörlerden oldukça etkilenmektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 243). Hatta ortamsal faktörler sağlık politikaları ve reformlarının hazırlanma sürecini, içerik ve sonuçlarını etkilemektedir. Birçok çalışma, politikanın yapıldığı ortamın politika üzerindeki etkilerini çeşitli yönlerden ele alarak ortamın politika üzerindeki etkilerini kanıtlamıştır. Örneğin, siyasi çatışmalar, istikrarsız hükümetler, şiddet olaylarının varlığı sağlık konusunda olumsuz sonuçlar doğurmuştur (Navarro, 2000). Ekonomik ortam, sağlık politikası sürecini ve sonuçlarını önemli derecede etkilemektedir. Çünkü başarılı bir sağlık politikası iyi bir kaynak akışına bağlıdır (Green vd., 2001). Ayrıca toplumsal ve

kültürel değerler altında, dini değerler, okuryazarlık düzeyi, yolsuzluk gibi faktörler sağlık politikasını etkilemektedir (Johansson vd., 2001; Sachs, 2001). Politika analizi, politika ortamının sağlık politikası sürecini ve sonuçlarını açıklamak noktasında da yardımcı olmaktadır (Brewer ve Leon, 1999; Sachs, 2001). Analizler ortamdan ortama ve konudan konuya farklılık göstermektedir (Walt, 1996: 238). Ortam boyutu; politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam altında ele alınmıştır. Bunları kısaca açıklamak gerekirse;

Politik Ortam: Ülkenin içinde bulunduğu politik ortam, politikaların hazırlanışını ve uygulanışını temelden etkilemektedir. Örneğin, ülkede sivil ve seçilmiş bir hükümetin yokluğu, yönetimdeki kadroların değişmesi ve önceki sistemin verimsizliğinin tekrarı anlamına gelmektedir (Heginbotham ve Maxwell, 1991: 40). Bunun dışında ülkede hükümet değişikliği gibi durumlarda yöneticilerin tasfiye edilmesi ve onların yerine gelenlerin devam eden işler için hazırlıksız ve niteliksiz olması durumları da verimsizliğe yol açmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997: 245).

Siyasi bir iradenin varlığı, politikaların uygulanmasında önemli bir etkindir. Birçok Avrupa ülkesinde reformların uygulanamamasının sebebi siyasi istikrarsızlıktır. Siyasi liderin varlığı, uygulanacak politikalar için itici güç unsuru olmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997: 256). Planlamanın yapıldığı dönemde:

- Ülkenin içinde bulunduğu politik ortam (iç çatışma, siyasi çatışma, darbeler vb.) nasıldır?
- Hükümet şekilleri (iktidar veya koalisyon) nasıl oluşmuştur?
- Hükümet devir hızı ve hükümette kalma süresi nedir?
- Politik ortamın sağlık sektörüne yansısı nasıl gerçekleşmiştir? soruları ele alınmıştır.

Ekonomik Ortam: Birçok ülkede reform/politika uygulamaları, ekonomik daralmalar veya sağlık sektörüne ayrılan bütçelerin azalması sebebiyle başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Köklü değişiklik gerektiren politikaların uygulanması veya reformların gerçekleştirilmesi için kaynak gerekmektedir. Bu politikalar her ne kadar etkinliği ve tasarrufları öngören politikalar olsa da sistem kurulmasının ek maliyetlere neden olması olağandır ve politikanın uygulamasını olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 244-256). Bunun yanında GSYH, enflasyon, faiz oranları gibi

göstergeler bireylerin yaşam standardını etkilemekte dolayısıyla sağlık durumları üzerinde etkili olmaktadır (Kar, 2019: 189). Planlamanın yapıldığı dönemde:

- Ekonomik durum (büyüme oranları, kişi başı gelir, enflasyon oranları vb.) nasıldır?
- Sağlığa ayrılan pay ne durumdadır?
- Sağlık harcamaları ne kadardır?
- Ekonomik kriz oluşmuş mudur ve etkileri nelerdir? soruları ele alınmıştır.

Kültürel ve Toplumsal Ortam: Kültürel değerlerin, hedeflerle çatışması durumunda politikaların uygulanmasına (piyasa mekanizması vb.) karşı bir direnç ortaya çıkacaktır. Bu nedenle politikaların, toplumun kültürü açısından kabul edilebilir ve uygulanabilir olması için değerlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Saltman ve Figueras, 1997: 245-246). Kültürel ortam aslında birçok değişkeni içinde barındıran ve toplumun her yönden ele alınmasını gerektiren bir konudur. Araştırmada Türkiye'nin kültürel yapısını temel konular vasıtasıyla ortaya koymak için planlamanın yapıldığı dönemde:

- Okuma yazma oranı,
- Toplumun sağlığa bakış açısı,
- Gelir dağılımı ve yoksulluk,
- Temiz suya erişim,
- Sağlığın toplum gözündeki yeri,
- Toplumun sağlık hizmeti kullanım alışkanlığı faktörleri göz önüne alınmıştır.

Demografik ve Epidemiyolojik Ortam: Bir toplumun demografik özellikleri o toplumun sağlık hizmetlerinin hem belirleyicisi hem de sonucudur. Değişen demografik yapıda yaşam süresinin uzaması sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı da artırmaktadır (Akın ve Ersoy, 2012: 21). Dolayısıyla sağlık planlamasında dikkate alınması gereken faktörlerden biri de demografik yapıdır. Geçerli bir sağlık planı oluşturabilmek adına nüfusun hem nicel hem de nitel yönden ele alınması, dağılımın ve zaman içindeki değişimin göz önünde tutulması gerekmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 123-125). Sağlık planlamasının daha başarılı olabilmesi için planlamacıların, ölüm nedenlerini nitelik ve nicelik yönünden ele alması gerekmektedir. Planlamanın yapıldığı dönemde:

- Nüfus yapısı (doğum oranları, genç/yaşlı dağılımı, cinsiyet vb.) nasıldır?
- Nüfus dağılımı (kent/kır) nasıldır?

- Ölüm oranları (kaba, anne, bebek vb.) ne durumdadır?
- Hastalıkların (bulaşıcı vb.) dağılımı ne durumdadır? gibi toplumun demografik ve epidemiyolojik göstergeleri ile ilgili sorular ele alınmıştır.

2) Süreç

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda politika/planlama süreçleri genellikle sağlık sorunlarının iyi tanımlanmamasından dolayı olumsuz sonuçlanmaktadır (Barker, 2000: 45). Bu ülkelerin sağlık planlamalarına bakıldığında ise, sürekli aynı hedefleri içeren ve kısmen uygulanan, esneklikten ve katılımcılıktan uzak, uygulama ile bağı güçsüz planlar olduğu görülmektedir (Green vd., 1997: 180; Bjorkman, 1986: 287; Siddiqi vd., 2004: 117). Sağlık planlamasına ilişkin çalışmaların büyük bir kısmı da planlamayı, süreç üzerinden tanımlamaktadır (bkz. Bölüm 2.1). Sağlık planlaması sürecinin etkinliği planlamanın uygulama başarısında oldukça önemlidir. Araştırmada ele alınan süreç faktörü altında Bölüm 1.4'te ele alınan planlama yaklaşımları ve Bölüm 2.6'da ele alınan Sağlık Planlaması Süreci göz önünde bulundurulmuştur. Ele alınan planlama çalışmaları bu sürecin işlemesi bakımından karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

3) İçerik

Politika veya planın içeriği, amaçları/hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için özel eylemleri ifade etmektedir (Khan, 2006: 12). Politika veya planın içeriği, paydaşların sorumlulukları paylaşmasında da önemli bir görev üstlenmektedir (Van Herten ve Gunning-Schepers, 2000: 13). Yapılan planların içeriği, toplumun ihtiyaç ve beklentileri ile ne kadar uyumlu ise o kadar başarılı olacaktır. Çalışmada, analizin üçüncü boyutu olarak planların içerikleri, ilgili dönemin sağlık durumları göz önüne alınarak karşılaştırmalı şekilde analiz edilmiştir.

4) Aktörler

Planlamada yer alan aktörlerin etkisi oldukça önemli ve büyüktür. Örneğin, uluslararası kuruluşların belirli politikaları ülkelere yayması tarihsel süreçte sıkça görülen bir durumdur. Bunlara reform uygulamaları örnek olarak gösterilebilir. Reform uygulamaları, diğer bir aktör olan vatandaşlar arasında bazı kesimlerde değişim ve gelişim olarak algılanırken (Saltman ve Figueras, 1997: 246); bazı kesimlerde dışarıdan dayatma (özellikle mali yardımlı olanlar) olarak görülmekte bu nedenle de başarısızlığa uğrayabilmektedir (James, 1995: 191).

Bazı ortamlar aktörler arasında diyaloga daha fazla izin verirken; bazılarında tersi durum mevcuttur (Walt, 1996: 238). Vatandaşların sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri etkileme durumu, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örneğin, Hollanda, İrlanda ve İngiltere gibi ülkelerde vatandaşların katılımı daha üst düzeyde iken; diğer Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde daha azdır (Abel-Smith vd., 1995: 125). Reformların gerçekleştirilmesinde vatandaşların görüşlerinin alınmaması nedeniyle halk desteğinin olmaması, uygulamada oldukça güçlü bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997: 252).

Meslek örgütleri arasında önemli bir yeri bulunan tıp mesleği, birçok ülkede baskın rollere sahip olarak sağlık sektörünün temsilcisi olarak görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkması hekimlerin eğitim süreleri, sosyal statüleri, tıptaki uzmanlıklarının yöneticilik için yeterli olacağının düşünülmesi gibi birçok nedene bağlıdır. Hekimlerin bu konumları, kamu yararı yerine hekimlerin çıkarlarının korunması gibi bazı sorunlara yol açmaktadır (Wilding, 1984: 110).

Politikacılar ve bürokratlar; politikaların, planların ve reformların hazırlayıcısı konumundadırlar. Reformları uygulama sürecinde özellikle bürokratlar, gelecekte faydası veya zararı olabilecek eylemlerde bulunmaktadırlar. Politikacılar ise hazırlanan veya uygulanmak istenen politikaya destek verme rolü üstlenmektedirler (Grindle ve Thomas, 1991: 49).

Aktörlerin rollerini analiz eden çalışmalardan bazıları, sadece devlet hiyerarşilerini (sadece kamu kesimi) göz önüne alırken (Mackintosh, 1992); bazıları, devlet dışı aktörlerin de (meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları vb.) dâhil edilmesi gerektiğini belirtmektedir (Green vd., 2001). Walt ve Gilson (1994), makalelerinde bu konudaki birçok makaleyi tartışmış ve aktörlerin; *Bireyler ve hükümet içindeki ve dışındaki Grupların Üyeleri* olarak analiz edilmesini savunmuşlardır. Çalışmada sağlık planlamasında aktörlerin rolü, ilk üç boyut (ortam, süreç, içerik) ile ilişkili olarak ele alınmıştır. Türkiye'deki planlama çalışmalarında etkisi olduğu düşünülen, bu nedenle çalışmada yer verilecek aktörler şu şekildedir:

- Vatandaşlar,
- Politikacılar,
- Bürokratlar,
- Sivil Toplum Kuruluşları,

- Meslek Örgütleri,
- Uluslararası Kuruluşlar (IMF, DB, DSÖ gibi).

Aktörlerin her plan/program için oluşturma ve/veya uygulama süreçlerindeki etkileri ele alınarak ve karşılaştırmalı olarak analiz edilecektir.

Çalışma, retrospektif bakış açısı ile ele alınmış ve bu amaçla doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılmak istenen olgu hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini içermektedir. Doküman incelemesi tek başına veri toplama tekniği olduğu gibi diğer veri toplama teknikleri ile de beraber kullanılabilir. Dokümanlar, nitel araştırmalarda etkili şekilde kullanılması gereken kaynaklar olarak görülmektedir. Araştırmacıya gözlem veya görüşme yapmadan gerekli verileri sunabilmektedir (Mogalakwe, 2006: 221; Yıldırım ve Şimşek, 2013: 217-218; Turgut, 2009: 239; Arıkan, 2011: 58). Analizin amacı, politikaları açıklamaya kanıt sağlamaktır (Buse vd., 2012: 203).

Hangi dokümanların önemli olduğu araştırmanın amacı ile yakından ilgilidir (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 218). Nitel araştırma, amaca ve sınırlara yönelik olarak görüşmeler, dokümanlar ve/veya görsel materyallerin toplanmasını içermektedir (Creswell, 2016: 189). Bu kapsamda, araştırmanın amacına yönelik olacak şekilde yararlanılan veriler aşağıdaki dokümanlardan elde edilmiştir:

- Politika belgeleri,
- Planlar,
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Verileri,
- Sağlık Bakanlığı kaynakları ve raporları,
- Alanyazın taraması,
- Kanunlar, Genelgeler ve Yönetmelikler,
- Türkiye Büyük Millet Meclisi tutanakları,
- Siyasi parti programları,
- Maliye Bakanlığı kaynakları ve raporları,
- Söyleşiler,
- Kongreler, kongre raporları/çıktıları,
- Kongre, çalıştay, konferans ve açılış konuşmaları,
- Üniversite ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK)'nın yayımlamış oldukları çalışma raporları ve tekrar eden çalışmalar,

- Uluslararası kuruluşların (DSÖ, OECD ve DB) dokümanları, raporları ve araştırmaları.

Bu kapsamda analizde kullanılabilecek dokümanlar; politika sürecinde yer alan politika aktörlerine ilişkin dokümanlar, akademik kitap ve dergiler, Bakanlık verileri, uluslararası kuruluş raporları, basın bültenleridir. Literatür taramasının Sosyal Bilimler Atıf Dizini, MEDLINE, Google Akademik gibi veri tabanları üzerinden yapılabileceğini belirtmişlerdir. Bu web sitelerinin yanında, yayımlanmamış raporlar, toplantı tutanakları, kurum içi yazışmalar ve belgeler aktörlerin durumunu ortaya koyma yolunda faydalı olabilecektir. Analiz yapılırken dokümanlar aracılığı ile ortaya konulacak kanıtlar, analizi güçlendirecektir (Buse vd., 2012: 202-203). Araştırma için kullanılan kaynaklar, sağlık politikası ve sağlık planlaması konularını çeşitli yönlerden ele alacak şekilde belirlenmiş ve elektronik veri tabanları, Milli Kütüphane, Meclis Kütüphanesi ve Türkiye’de yer alan çeşitli üniversite kütüphanelerinden elde edilmiştir.

Retrospektif bir analizde başlangıç, orta ve son gibi kısımların olması, analizin bir anlatı şeklinde yapılması daha kolay ve daha uygun olacaktır. Anlatı yapılırken, tarihsel bir düzen ile öncesi, yapılma süreci ve sonrası olacak şekilde bir tutum sergilenebileceği gibi; ortam, içerik, süreç ve aktörler bakımından ayrı ayrı veya birlikte ele alınabilir. Analiz için en önemli nokta yazarın yargılarının arka planda tutulduğunun kanıtlanmasıdır. Analiz yaklaşımını şekillendiren değerlerin açıklığa kavuşturulmasının sorumluluğu analizi yapan kişidedir (Buse vd., 2012: 207-208).

4.3. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın ana sorusu, “Sağlık planlama çalışmalarını etkileyen unsurlar nelerdir?” şeklinde formüle edilmiştir. Alt araştırma soruları ise şunlardır:

- Sağlık planlamasının hazırlandığı ve uygulandığı dönemde ortamın (politik, ekonomik, kültürel ve toplumsal, demografik ve epidemiyolojik) etkileri nelerdir?
- Sağlık planlama çalışmalarının hazırlanmasında planlama süreci nasıl işlemiştir?
- Sağlık planlamaların içeriğinde neler vardır ve dönemin ihtiyaçları ile uyumlu mudur?
- Sağlık planlaması çalışmalarında hangi aktörlerin ne yönde etkileri olmuştur?

4.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamı, Türkiye’de yapılmış olan Ulusal (tüm ülkeyi kapsayan) Planları ve Stratejik Planları içermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan hizmet planlaması, tesis planlaması, nüfus tabanlı planlama ve belirli alanlara ilişkin yapılan plan/program çalışmaları araştırmanın dışında tutulmuştur. Bunun sebebi hem araştırma yönteminin özelliklerinin hariç tutulan çalışmalar üzerinde uygulanamaması hem de geçmişten günümüze Türkiye’nin değişimini ve gelişimini ulusal çapta ortaya koymanın amaçlanmasıdır. Çalışmada ele alınan ve analiz edilen olan planlar aşağıda sunulmuştur.

- 1) Refik Saydam Programı (1925),
- 2) Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946),
- 3) Milli Sağlık Programı (1954),
- 4) Sosyalleştirme Programı (1961),
- 5) Ulusal Sağlık Politikası (1993)²⁵,
- 6) Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003),
- 7) 2010-2014 Stratejik Plan (2010),
- 8) 2013-2017 Stratejik Plan (2013).

Bu çalışmada Walt-Gilson Politika Analizi Modeli kullanılmıştır. Model, nitel ve nicel verileri gerektirmektedir. Model birden fazla veri kaynağı (doküman, yüz yüze görüşme vb.) kullanmayı önerse de çalışmada retrospektif araştırma yapıldığı için; tüm dönemlerdeki planlama süreçlerinde yer alan kişilerin bulunamaması ve tüm dönemlere ilişkin birçok konu ele alınması dolayısıyla her konu hakkında kapsamlı görüş alınacak kişi sayısının sınırlı olması veya bulunmaması nedeniyle doküman incelemesinden elde edilen bulguları destekleme amaçlı görüşme yapılamamıştır. Bu durum çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Nitel ve nicel veriler doküman incelemesi yöntemi ile ilgili döneme ilişkin Bölüm 4.2’de belirlenen kaynaklardan elde edilmiştir. Nicel veriler olarak belirtilenler, çeşitli Bakanlıklar, TÜİK, OECD, DSÖ ve DB gibi kuruluşların kaynaklarından elde edilen çeşitli yıllara yayılan sayısal verilerdir. Çalışmada kullanılan kaynaklar ve veriler, çalışmaya konu olan ilgili dönemi kapsamaktadır.

²⁵ Sağlık Bakanlığı (2000) tarafından yayımlanan “Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje” isimli çalışma Ulusal Sağlık Politikası ile aynı yönde ve daha dar kapsamlı olması sebebiyle ilgili dönem için sadece Ulusal Sağlık Politikası belgesi araştırma kapsamına alınmıştır.

4.5. Araştırmanın Bulguları

Bu bölümde araştırmanın bulguları sunulmuştur. İlk olarak ortam faktörü; politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam olmak üzere dört alt başlıkta incelenmiş ve Bölüm 3.1'deki dönemlere göre ayrı ayrı ele alınmıştır. Süreç faktörü, içerik faktörü ve aktörler ise her bir plan için özel oldukları için araştırma kapsamına alınan planlar özelinde incelenmiştir.

4.5.1. Ortam Faktörü

Ortam; sağlık planlaması ve politika diyalogunda oldukça önemli bir faktördür (Schmets vd., 2016: 14). Sağlık planlaması, geniş bir politik, ekonomik ve sosyal ortamda gerçekleşmektedir. Değişen ortam, planlamayı kaçınılmaz olarak etkilemektedir. Bunun yanında nüfusun sağlığı, demografik değişiklikler, teknolojik gelişmeler, aktarılan kaynakların durumu da planlamayı etkilemektedir (Fazekas, 2010: 9). Örneğin, artan kronik hastalık yükü sağlık hizmeti sunumundaki değişimleri kaçınılmaz kılmaktadır (Nolte ve McKee, 2009: 222).

Sağlık planlamasının yapıldığı ortam, siyasi dengesizlik, ideoloji, kültür gibi birçok değişken tarafından etkilenmektedir (Buse vd., 2012: 9). DSÖ, planlamanın belirli bir politik, ekonomik ve kültürel ortamda gerçekleştiğini ve ortamı anlamak için tarihsel süreçte neler yapıldığının ve kimlerin sorumlu olduğunun ortaya konulması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2003: 19). Ortam faktörünün sağlık planlamasını etkilemesine karşın; değişen çevre, siyasi, ekonomik ve kültürel ortamın karmaşıklığı içinde istenilen amaçlara ulaşmak için de sağlık planlaması gerekmektedir (Popov, 1971: 11).

Bu kapsamda ortam faktörü altında politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam ele alınmıştır. Bu ortamlar Bölüm 3.1'de sunulduğu gibi 1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002 sonrası dönemler şeklinde ayrılmaktadır. Her ortam faktörü incelenirken o faktörün sağlık planlamasına yapmış olduğu olumlu ve olumsuz etkiler de ele alınmıştır. Bu ayrımın yapılma sebebi her dönemin ortamına ilişkin verileri ve bulguları sunarak o döneme ilişkin çok boyutlu bir bakış açısı sağlamaktır.

4.5.1.1 Politik Ortam

Sağlık politikası siyaset ile ayrılmaz şekilde bağlantılıdır (Buse vd., 2012: 7). Yıldırım (2015: 11), David Easton'un siyaset tanımından yola çıkarak sağlık siyasetini; sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili toplumun oluşturduğu maddi ve manevi kaynakların bir otorite temelinde dağıtılması ve yönetilmesi süreci olarak tanımlamıştır. Siyaset kurumu, kamu politikalarını belirlemede birincil etken olduğu için nüfusun sağlık durumunu da etkilemektedir (Navarro vd., 2006: 1033). Siyasi sistemin anlaşılması, politikaya kimin etkisinin olduğunun anlaşılmasını sağlamaktadır. Örneğin, otoriter devletlerde toplumun katılımı sadece belirli koşullar altında olurken; liberal devletlerde katılım için destekleme durumu söz konusudur (Walt, 1994: 6).

1920-1938 Dönemi

23 Nisan 1920'de açılan Büyük Millet Meclisi, Mustafa Kemal'i Başkan olarak seçmiştir. Millet Meclisi, 1921'de Teşkilat-ı Esasiye Kanunu'nu kabul ederek yeni devletin kuruluşuna dikkat çekmiştir. 8 Nisan 1923'te Mustafa Kemal tarafından Cumhuriyet Halk Fırkası kurulmuştur. 29 Ekim 1923'te Türkiye Cumhuriyeti kurulmuş ve Mustafa Kemal Cumhurbaşkanı seçilmiştir. 1924 yılında Mustafa Kemal'e muhalif olanlar Terakkiperver Cumhuriyet Fırkası'nı kurmuş, parti 1925 yılında kapatılmıştır. Alanyazında bu yıllar, Kemalist dönem veya tek parti dönemi olarak da adlandırılmaktadır. 10 Kasım'da Atatürk'ün ölümü üzerine Meclis oy birliği ile İsmet İnönü'yü Cumhurbaşkanı seçmiştir (Ahmad, 2014: 88-98; Akın, 2012: 311-312; Tekin ve Okutan, 2012: 69-74; Koçak, 2013: 128-160; Kongar, 2015: 138-142). Bu dönemde kurulan hükümetler Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14: 1920-1938 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler

Başbakan	Görev Süresi	Parti
İsmet İnönü	1 Kasım 1923 - 6 Mart 1924	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	6 Mart 1924 - 22 Kasım 1924	Cumhuriyet Halk Fırkası
Ali Fethi Okyar	22 Kasım 1924 - 3 Mart 1925	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	4 Mart 1925 - 1 Kasım 1927	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	1 Kasım 1927 - 27 Eylül 1930	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	27 Eylül 1930 - 4 Mayıs 1931	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	4 Mayıs 1931 - 1 Mart 1935	Cumhuriyet Halk Fırkası
İsmet İnönü	1 Mart 1935 - 25 Ekim 1937	Cumhuriyet Halk Partisi (CHP)
Celal Bayar	25 Ekim 1937 - 11 Kasım 1938	CHP

Kaynak: Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) İnternet Sitesi: Hükümetler

Tablo 14’de görüldüğü üzere bu dönem, tek parti hükümetlerinin var olduğu bir dönem olmuş, TBMM’nin kuruluşu ve sonrasında Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte çok partili hayata geçiş için çeşitli çalışmalar yapılmış olsa da bu girişimler başarısız olmuştur (Ahmad, 2012: 69-75; Zürcher, 2010: 261-271).

20.yy’ın başlarında Osmanlı devletinde Dâhiliye Nazırlığı (İçişleri Bakanlığı)’na bağlı Sıhhiye Umum Müdürlüğü (Sıhhiye Müdüriyeti Umumiye) tarafından müdürlük seviyesinde yürütülen sağlık işleri, 3 Nisan 1920’de Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun ile kurulan 11 Bakanlıktan biri olarak (3 Sayılı Kanun); Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti ismini alarak Bakanlık seviyesine çıkarılmıştır²⁶ (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 163). Kurtuluş Savaşı²⁷ sonrası yaklaşık 18 yıllık bu dönemde sağlık sektörüne oldukça önem verilmiş, sağlık bir hak olarak görülmüştür (Akdur, 2008: 2-3). Sağlık yönünden oldukça kötü durumda olan ülkenin toparlanma çalışmaları etkin bir biçimde yapılmıştır.

1920-1938 yılları arasında dört farklı Bakan (Adnan Adıvar, Refik Saydam (3 defa), Rıza Nur ve Mazhar Germen) görev yapmıştır (Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız). İlk bakan olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Dönemin en uzun süre görev yapan ve en önemli gelişmelere imza atan Bakanı ise Dr. Refik Saydam’dır. Bu dönemin başlangıcında sağlık teşkilatı, insan gücü ve sağlık hizmetleri yetersizdir. Hastalıkların tedavisinde modern yöntemlerden uzak ve yetersiz yöntemler kullanılmakta, doğumlar bilinçsiz ve eğitimsiz kişiler tarafından yaptırılmaktadır (SSYB, 1982: 40; Irmak, 1982: 138-139). Bu dönemde Refik Saydam’ın oldukça zor bir görev üstlendiği söylenebilir.

Bu dönemde yapılan hukuki çalışmalara bakıldığında; sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması ve örgütlenmesi için 51 kanun ve 18 tüzük (SSYB, 1982: 45-49) çıkarıldığı görülmektedir. Çevre sağlığından bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hekimlerden ebelere, eczanelerden hastanelere ve laboratuvar hizmetlerine, teşkilat yapılanmasından hizmet sunumuna kadar birçok alanda kanun çıkarılmıştır (Eren ve Tanrıtanır, 1998: 9-10; Akdur, 2008: 2; Aksakal, 2017: 222-224; Ege, 1991: 8-22).

²⁶ Bakanlık seviyesine yükseltilmesine ilişkin olarak; o dönemde yalnızca birkaç gelişmiş ülkede Sağlık Bakanlığı örneği olmasına karşın, dönemin ağır koşullarına rağmen Türkiye’de bu düzeyde ele alınması yönetimin bu konuya verdiği önemi göstermektedir (Akdur, 1999: 50; Dirican, 1990: 310; Özdemir, 2001a: 257),

²⁷ Kurtuluş Savaşı’nın devam ettiği yıllarda, göçmen sorunlarının iyileştirilmesi, öksüzlerin korunması ve savaşta yaralananların tedavisine ağırlık verilmiştir (SSYB, 1973: 145).

Özellikle mevzuat konusunda önemli gelişmeler olmuştur. Çıkarılan kanunlardan bazıları şunlardır (TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar):

- 1923 tarih ve 369 sayılı Hekimlerin Zorunlu Hizmetleri Hakkında Kanun,
- 1924 tarih ve 500 sayılı Rüşumu Sıhhiye Kanunu,
- 1925 tarihli Trahomla Savaş Kanunu,
- 1926 tarih ve 767 sayılı Türk Kodeksi Hakkında Kanun,
- 1926 tarih ve 796 sayılı Umuru Sıhhiyeye Mütcellik Bütçelerle Bilumum Memurini Sıhhiye Hakkında Kanun²⁸,
- 1926 tarih ve 826 sayılı Etibaa'nın Sıtma Enstitülerinde Staj Zorunluluğu Hakkında Kanun,
- 1926 tarih ve 831 sayılı Sular Hakkında Kanun,
- 1926 tarih ve 839 sayılı Sıtma Savaşı Kanunu,
- 1926 Tarih ve 927 sayılı Sıcak ve Soğuk Maden Sularının İstismarı ile Kaplıcalar Tesisatı Hakkında Kanun,
- 1927 tarih ve 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- 1927 tarih ve 984 sayılı Ecza Ticarethaneleri ile Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun,
- 1927 tarih ve 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,
- 1928 tarih ve 1207 sayılı Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Hakkında Kanun,
- 1928 tarih ve 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1369 sayılı Uyuşturucu Mücadele Kanunu,
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu,
- 1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun,
- 1934 tarih ve 2659 sayılı Sular Hakkında Ek Kanun,
- 1935 tarih ve 2767 sayılı Sıtma ve Frengi İlaçları için Kanun,

²⁸ Özel idare ve Belediyelere ait sağık kurumlarında çalışan tüm sağık personelinin atanma ve yükseltme işlemlerinin Sağık Bakanlığı tarafından yapılmasını ve bütçelerindeki sağık harcamalarını Bakanlıkça hazırlanan bir yönetmeliğe göre düzenlemesini içeren kanundur (Dirican, 1990: 311).

- 1934 tarih ve 2821 sayılı Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu,
- 1936 tarih ve 3039 sayılı Çeltik Ekim Yasası,
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun'dur.²⁹

Bu dönemde politik ortamın verdiği desteklerle gerçekleştirilenler şu şekildedir (Öztürk, 1999: 38; Aydın, 2002b: 191; Karabulut, 2007: 154-157; Özşarı, 2009: 18; Yeginboy ve Sayın, 2008: 3; Akdur, 2008: 3; Ege, 1991: 13-15; Arıkan, 2005: 7-9; Fişek, 1983a: 159-161; Öztekin, 2001b: 60-61; SSYB, 1973: 52; SSYB, 1982: 42, 139; CHP, 1938: 336-337; Akdur, 1999: 51; Gümüşçü, 2017: 204; TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar):

- Sağlık işleri yürütülmesi, Müdürlük seviyesinden Bakanlık seviyesine yükseltilmiştir,
- Türkiye'nin Sıhhi-i İctimai Coğrafyası adı altında bir dizi araştırma yapılmıştır,
- Tüm hizmetler devlet eliyle yürütülmüştür (koruyucu hizmetlerin tamamı Sağlık Bakanlığı, tedavi edici hizmetler ağırlıklı olarak yerel yönetim tarafından),
- Sağlık sektöründe yoğun bir mevzuat çalışması yapılmıştır,
- Sağlık personeli yetiştirilmesi için çalışmalar yapılmış, birçok okul ve kurslar açılmıştır,
- Sağlık personelinin serbest çalışması yasaklanarak zorunlu hizmet getirilmiştir,
- Sağlık tesisleri kurularak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmaya çalışılmıştır,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine, tedavi edici sağlık hizmetlerinden daha çok önem verilmiştir,
- Bu dönemde sıtma, trahom, tüberküloz, frengi gibi birçok bulaşıcı hastalık yoğun şekilde görülmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla yoğun şekilde mücadele edilmiş (aşı üretimi başlamış ve sağlık birimlerine dağıtılmıştır), yasalar

²⁹ Bu kanunlar dışında 18 Mart 1924 tarih ve 442 sayılı Köy Kanunu da sağlık sektörü ile dolaylı şekilde ilişkilidir. Çünkü kanunda köylere birer köy sağlık korucusu bulundurma hükmü vardır. Daha sonra 1938 yılında "Köy Sağlık Korucuları Talimatı" yayımlanmıştır (Duru, 1941: 217-221).

çıkarılmış, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri gibi birçok sağlık tesisi açılmıştır,

- 1926'da Elazığ ve Manisa'da, 1927'de Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri açılmıştır,
- Hıfzıssıhha merkezi açılmıştır,
- Yedi Milli Türk Tıp Kongresi (1925, 1927, 1929, 1931, 1933, 1935, 1938³⁰ yıllarında) düzenlenmiş, sorunlar üzerinde tartışılmış ve tıp mesleğinin gelişiminin önü açılmıştır,
- Ülkenin mevcut sağlık düzeyinde her alanda (tesis, insan gücü, idari yapılanma vb.) iyileşme sağlanmıştır,
- 1936'da Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü kurulmuştur,
- Ülkenin sağlık sistemi ile ilgili envanteri netlik kazanmış, Bakanlık elindeki bilgiler daha derli toplu hale gelmiştir,
- Bu dönem daha çok altyapının oluşturulduğu bir dönem olmuştur.

Bu dönemde tek parti olarak görevde olan CHP'nin parti programında da Refik Saydam'ın politikalarının (içerik bölümünde daha geniş değinilecektir) benimsendiği görülmektedir. Türkiye'nin Sıhhi-i İhtimai Coğrafyası adı altında yapılan çalışmalar ülkenin durumunu görmek için yapılmış ve oldukça önemli bir çalışma olmuştur. CHP'nin parti programında "Sosyal Hayat ve Kamusal Sıhhat" başlığı altında 56-60. maddeler arasında; ana-çocuk sağlığı ve doğum hizmetleri, bakım evleri, işçi anneler ve çocuklarına koruma, sağlık hizmetlerini ülkeye yayma ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele ibareleri geçmektedir (CHP, 1936: 44-47). Ele alınan konulara bakıldığında bu dönemde politik ortamın, sağlık sektörüne ve Refik Saydam'a önemli şekilde destek verdiği görülmektedir.

1938-1960 Dönemi

Çok partili hayata geçiş dönemi olarak da bilinen bu dönem, yeni partilerin oluştuğu ve iktidarın el değiştirdiği dönem olmuştur. 1945'te Nuri Demirağ, Milli Kalkınma Partisi'ni; 1946'da ise CHP'den ihraç edilen Adnan Menderes, Fuat Köprülü ve Refik Koraltan ile daha sonra partiden ayrılan Celal Bayar ise Demokrat Parti

³⁰ Bu dönemde yapılan ilk yedi Milli Türk Tıp Kongresi'nden ilk altısına Refik Saydam bizzat katılmış, 1938'de yapılan yedinci kongreye ise Başkanlık yapmıştır. Kongrelerde yaptığı konuşmalarında, kongrelerin sağlık politikalarına etkisini sürekli vurgulamıştır (Arıkan, 2005: 212).

(DP)'yi kurmuşlardır. 1947'de yapılması gerekirken DP henüz örgütlenme fırsatı bulamadan yapılan 1946 milletvekili genel seçimini CHP kazanmıştır. DP ise 62 milletvekili ile mecliste yer almıştır. 1950 yılında yapılan milletvekili genel seçimi DP birinci parti olmuş ve tek başına hükümet kurcak çoğunluğu elde etmiştir. Adnan Menderes 22 Mayıs'ta yeni hükümeti kurmuştur. Aynı tarihte meclis, Celal Bayar'ı Cumhurbaşkanı seçmiştir. 1954 seçimleri de yeniden DP'nin hükümet kurma çoğunluğunu elde etmesiyle sonuçlanmıştır (Ahmad, 2014: 105-109; Akın, 2012: 349-360; Tekin ve Okutan, 2012: 127-135; Zürcher, 2010: 308-315, 323-327; Kongar, 2015: 144-149).

Nisan 1960'da Ankara ve İstanbul'daki öğrenci olaylarına karşı sıkıyönetim ilan edilmiş ve ordu 27 Mayıs 1960'da Milli Birlik Komitesi (MBK) adı altında yönetime el koyarak Menderes hükümetini devirmiştir (Ahmad, 2014: 120-121; Akın, 2012: 363-364). Bu dönemde kurulan hükümetler Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15: 1938-1960 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler

Başbakan	Görev Süresi	Parti
Celal Bayar	11 Kasım 1938 - 25 Ocak 1939	CHP
Refik Saydam	25 Ocak 1939 - 3 Nisan 1939	CHP
Refik Saydam	3 Nisan 1939 - 8 Temmuz 1942	CHP
Şükrü Saracoğlu	9 Temmuz 1942 - 9 Mart 1943	CHP
Şükrü Saracoğlu	9 Mart 1943 - 7 Ağustos 1946	CHP
Recep Peker	7 Ağustos 1946 - 10 Eylül 1947	CHP
Hasan Saka	10 Eylül 1947 - 8 Haziran 1948	CHP
Hasan Saka	9 Haziran 1948 - 16 Ocak 1949	CHP
Şemsettin Günaltay	16 Ocak 1949 - 22 Mayıs 1950	CHP
Adnan Menderes	22 Mayıs 1950 - 9 Mart 1951	DP
Adnan Menderes	9 Mart 1951- 17 Mayıs 1954	DP
Adnan Menderes	17 Mayıs 1954 - 9 Aralık 1955	DP
Adnan Menderes	9 Aralık 1955 - 25 Kasım 1957	DP
Adnan Menderes	25 Kasım 1957 - 17 Mayıs 1960	DP

Kaynak: TBMM İnternet Sitesi: Hükümetler

Tablo 15'te görüldüğü üzere Atatürk'ün ölümünden sonra CHP'nin hükümetleri devam etmiş (Ahmad, 2012: 125-128; Zürcher, 2010: 274-298) ancak çok partili hayata geçiş sonrası 1960 yılına kadar DP hükümetleri dönemi hüküm sürmüştür (Akşin, 2013: 215-220).

1938-1960 dönemi, sağlıkla ilgili birçok gelişmenin yaşandığı ve planlama alanında büyük adımların atıldığı bir dönemdir. Bu dönemde sekiz Bakan (Ahmet Hulusi Alataş, Sadi Konuk, Behçet Uz (2 defa), Kemali Bayazıt, Nihat Reşat Belger, Ekrem Hayri Üstündağ, Nafiz Körez, Lütfi Kırdar) görev yapmıştır (Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız). Bu dönemde de, bir önceki dönemde olduğu gibi mevzuat çalışmaları devam etmiştir. Çıkarılan ve içinde günümüzde de halen uygulanmakta olan bazı kanunlar şunlardır (TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar):

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük Hakkında Kanun,
- 1941 tarih ve 3959 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun,
- 1943 tarih ve 4459 sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilatı Yapılmasına Dair Kanun,
- 1945 tarih ve 4707 sayılı Sıtma ile Olağanüstü Savaş Yapılmasına Dair Kanun,
- 1949 tarih ve 5368 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun,
- 1949 tarih ve 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu,
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu,
- 1953 tarih ve 6119 sayılı Adli Tıp Müessesesi Kanunu,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu,
- 1957 tarih ve 6972 sayılı Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun,
- 1960 tarih ve 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun'dur.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı görevleri genişlemiş, sağlık tesisi ve insan kaynağı bakımından büyük gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde gerçekleştirilenler şu şekildedir (Akdağ, 2008a: 13-17; Akdur, 2008: 4; Ege, 1991: 23-29; Öztürk, 1999: 38-39; Eren ve Tanrıtanır, 1998: 12-14; Fişek, 1991a: 3; Öztürk ve Şaylıgil, 2017: 79-81; Fişek, 1983a: 161-163; Öztekin, 2001b: 62; Arıkan, 2005: 7-9; Sağlık Bakanlığı, 2003: 9; Aydın, 2002a: 54-56):

- 1946 yılında Trabzon Numune Hastanesi açılmıştır,
- Koruyucu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı tarafından verildiği, tedavi hizmetlerinin yerel yönetimlere bırakıldığı anlayıştan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin

birlikte sunulduğu bir anlayışa geçilmiştir. Bu kapsamda yerel idarelerde bulunan sağlık merkezleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır,

- 1945'de 8 adet olan sağlık merkezlerinin sayısı 1960'da 283'e yükselmiştir,
- 1953'te Ankara'ya Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi kurulmuştur,
- Sağlık insan gücü yetiştirilmesi için okullar açılmaya devam edilmiştir. 1955 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1948'de Haydarpaşa Numune Hastanesi Hemşirelik Okulu ve Haseki Ebe Okulu açılmış, sağlık insan gücü sayısı artırılmıştır,
- Sağlık tesisi ve yatak sayılarında ciddi iyileşmeler yapılmış ayrıca özellikli hizmetlerin verildiği çocuk hastaneleri, verem sanatoryumları ve doğum hastaneleri sayılarında da iyileşmeler olmuştur. On bin kişiye düşen yatak sayısı 1940'ta 8 iken 1960'da 16,6 olmuştur,
- Sağlık göstergelerinde ciddi iyileşmeler yaşanmıştır³¹,
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nde aşı (BCG ve Boğmaca) üretimi devam etmiştir,
- 1945 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuştur. 1952 yılında sigortalı işçiler için hastaneler açılmaya başlamıştır,
- Sekiz Milli Türk Tıp Kongresi (1943³², 1946, 1948, 1950, 1952, 1954, 1956, 1958) düzenlenmiştir.

Bu dönemde özellikle Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'un çalışmalarına değinmek gerekir. 1946-1948 ve 1954-1955 yılları arasında iki kez göreve gelen Bakan Uz, Türkiye'nin sağlıkta büyük gelişmeler göstermesini sağlayan iki plan hazırlamıştır. Bunlardan ilki Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (BOYMSP), ikincisi ise Milli Sağlık Programı (MSP)'dir.

Bu dönemde göreve gelen DP'nin parti programına bakıldığında; sağlık işlerinin artan bir hızla ve planla yürütülme zorunluluğu olduğu, bu alana yeterli kaynağın aktarılması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi gerektiği ifadeleri görülmektedir (DP, 1946: 24). Ancak DP'nin göreve gelişi öncesi hazırlanan bu iki planın daha

³¹ Bakınız Bölüm 4.5.1.3: Demografik ve Epidemiyolojik ortam (1938-1960 dönemi)

³² Kongreye dönemin Bakanı Dr. Hulusi Alataş Başkanlık yapmış, oldukça önem vermiş ve kongre raporlarından Bakanlığın yararlanacağını belirtmiştir (Arıkan, 2005: 212).

sonraki süreç bölümünde de değinileceği üzere uygulama alanı bulamaması durumu DP'li yıllarda da devam etmiştir.

1960-1980 Dönemi

Ordunun yönetime el koyması sonrası yönetimin tekrar sivillere devredilmesi gereği 1961'de Adalet Partisi (AP) kurulmuş ve on parti siyasi faaliyetlerine tekrar başlamak için hazırlanmışlardır. 1961 Anayasası kabul edilmiş ve aynı yıl genel seçimler yapılmıştır. Seçimlerde hiçbir parti hükümet kurmak için yeterli sandalye sayısına sahip olamamış, koalisyon hükümetleri dönemi başlamış ve siyasi istikrarsızlık içine girilmiştir. 1965'e kadar devam eden koalisyonlar süreci, bu yıldaki seçimlerde AP'nin iktidarı ile son bulmuştur (Ahmad, 2014: 135-136; Akın, 2012: 381-382). 1969 seçimleri de AP'nin üstünlüğü ile sona ermiş, ancak 1973 seçimleri ile ülke tekrar koalisyonlar dönemine girmiştir. Yapılan seçimlerde partiler, hükümet kurmaya yetecek meclis çoğunluğuna ulaşamamıştır (Ahmad, 2014: 146-156; Akın, 2012: 395-406; Tekin ve Okutan, 2012: 155-165; Özdemir, 2013: 227-246; Zürcher, 2010: 351-368; Kongar, 2015: 154-165, 175-184). Ayrıca 1974 yılında Kıbrıs Barış Harekâtı gerçekleştirilmiştir.

Siyasi ortamda planlama ile ilgili en önemli gelişme, DPT'nin kurulması ve Anayasa'da yer almasıdır. DPT teşkilatına Başbakanın başkanlık etmesi ayrıca hazırlanan planın yürürlüğe girmeden önce hükümet ve meclis tarafından onayının gerekmesi, planlama sürecine siyaset etkisinin olacağının bir göstergesi olarak görülmektedir (Ahmad, 2014: 132). 1960-1980 dönemi en önemli özelliği planlı ve ithal ikameci politikaların uygulamada olduğu, bu durumun her sektörde önemli derecede hissedildiği ve tarımın geri plana itilerek üretimin daha ön planda tutulduğu bir dönem olmasıdır. 12 Eylül 1980'de Milli Güvenlik Konseyi (MGK) kurulmuş ordu yönetime el koymuş ve sıkıyönetim ilan edilmiştir (Ahmad, 2014: 146-156). Bu dönemde kurulan hükümetler Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16: 1960-1980 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler

Başbakan	Görev Süresi	Parti
Cemal Gürsel	27 Mayıs 1960 - 5 Ocak 1961	Askeri Hükümet
Cemal Gürsel	5 Ocak 1961 - 27 Ekim 1961	Askeri Hükümet
İsmet İnönü	20 Kasım 1961 - 25 Haziran 1962	CHP-AP
İsmet İnönü	25 Haziran 1962 - 25 Aralık 1963	CHP-Yeni Türkiye Partisi-Cumhuriyetçi Köylü Millet Partisi
İsmet İnönü	25 Aralık 1963 - 20 Şubat 1965	CHP-Bağımsızlar
Suat Hayri Ürgüplü	20 Şubat 1965 - 27 Ekim 1965	AP-Yeni Türkiye Partisi- Cumhuriyetçi Köylü Millet Partisi-Millet Partisi
Süleyman Demirel	27 Ekim 1965 - 3 Kasım 1969	AP
Süleyman Demirel	3 Kasım 1969 - 6 Mart 1970	AP
Süleyman Demirel	6 Mart 1970 - 26 Mart 1971	AP
Nihat Erim	26 Mart 1971 - 11 Aralık 1971	AP-CHP-Milli Güven Partisi-Bağımsızlar
Nihat Erim	11 Aralık 1971 - 22 Mayıs 1972	AP-CHP-Milli Güven Partisi-Bağımsızlar
Ferit Melen	22 Mayıs 1972 - 15 Nisan 1973	AP-CHP-Milli Güven Partisi-Bağımsızlar
Naim Talu	15 Nisan 1973 - 26 Ocak 1974	AP-Cumhuriyetçi Güven Partisi-Bağımsızlar
Bülent Ecevit	26 Ocak 1974 - 17 Kasım 1974	CHP-Milli Selamet Partisi (MiSP)
Sadi Irmak	17 Kasım 1974 - 31 Mart 1975	Geçici Hükümet
Süleyman Demirel	31 Mart 1975 - 21 Haziran 1977	AP-MiSP-Milliyetçi Hareket Partisi (MHP)-Cumhuriyetçi Güven Partisi
Bülent Ecevit	21 Haziran 1977-21 Temmuz 1977	CHP
Süleyman Demirel	21 Temmuz 1977 - 5 Ocak 1978	AP-MiSP-MHP
Bülent Ecevit	5 Ocak 1978 - 12 Kasım 1979	CHP-Cumhuriyetçi Güven Partisi-Demokratik Parti
Süleyman Demirel	12 Kasım 1979 - 12 Eylül 1980	AP

Kaynak: TBMM İnternet Sitesi: Hükümetler

Tablo 16’da görüldüğü üzere darbe sonrası süreçte 1965 genel seçimlerine kadar Türkiye’de birinci koalisyonlar dönemi başlamış ve sonrasında AP ile iktidar hükümeti kurulmuştur. 1971’den itibaren ikinci koalisyonlar dönemine girilmiş ve ülkede siyasi karmaşıklık söz konusu olmuştur (Findley, 2011: 312-317). Karmaşıklığın ardından 12 Eylül 1980 tarihinde darbe yapılmış ve ordu tekrar yönetime el koymuştur.

Türkiye’de 27 Mayıs 1960 tarihinde gerçekleşen askeri darbe ile farklı bir döneme girilmiştir. Sağlık sektöründe de birçok gelişmenin yaşandığı bu dönemde İhtilal Hükümeti olan MBK sağlık sektörüne öncelik vermiştir. Dönemin sağlık hizmetlerini düzenleyen 5 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun çıkartılmıştır. Ardından 9 Temmuz 1961 tarihinde

halkoyuna sunulan 1961 Anayasası kabul edilmiştir. 1961 Anayasasının 49. maddesi'nde; *“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”* denilerek sağlık, devletin anayasal bir görevi haline getirilmiştir.

Bu dönemde yirmi hükümet kurulmuş ve yirmi farklı Bakan (Nusret Karasu, Ragıp Üner, Suat Seren, Yusuf Azizoğlu, Kerim Gökay, Kemal Demir, Faruk Sükan, Edip Somuncuoğlu, Vedat Ali Özkan, Türkan Akyol, Cevdet Aykan, Kemal Demir, Vefa Tanır, Selahattin Cizrelioğlu, Kemal Demir, Vefa Tanır, Celal Ertuğ, Cengiz Gökçek, Mete Tan, Münif İslamoğlu) görev almıştır (Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız).

Bu dönemde sağlık sektörü ile ilgili olarak gerçekleştirilenler sosyalleşmenin etkisini taşımakla beraber şu şekilde sıralanabilir (Akdağ, 2008a: 17-18; Akdur, 2008: 4-5; Ege, 1991: 23-29; Öztürk, 1999: 40; Eren ve Tanrıtanır, 1998: 14-22; Fişek, 1983a: 163-166; Ege, 1991: 31-36; Kurt ve Şaşmaz, 2012: 21; Arıkan, 2005: 7-9; Aksakoğlu, 2008: 22; Aydın, 2002a: 86-87; TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar):

- 1961 Anayasası ile birlikte kalkınma planları ile planlı döneme geçiş yapılmış, ilk kez kapsamlı olarak ulusal plan yapılmaya başlanmıştır,
- Bu dönemde 1963-1967, 1968-1972, 1973-1978 ve 1979-1983 yıllarını kapsayacak şekilde, dört adet beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır,
- Sağlık Bakanlığı'na aktarılan kaynak önemli oranda artırılmıştır ancak bütçedeki payı düşmüştür,
- 1963 yılında Planlama ve Koordinasyon Dairesi Başkanlığı kurulmuştur,
- Sağlık hizmetleri örgütlenmesi değiştirilmiştir,
- 1970 yılında Adana Numune Hastanesi açılmıştır,
- İnsan gücü sayısında ciddi iyileşmeler görülmüş, hekim sayısı yaklaşık üç kat, ebe ve hemşire sayıları yaklaşık onar kat artmıştır,
- Sağlık Ocağı sistemi kurulmuştur (nüfusa göre 5.000–10.000 (ortalama 7.000) kişiye bir sağlık ocağı),
- Tesis ve yatak sayısında önemli iyileşmeler görülmüştür,
- 1978'de tam gün çalışma getirilmiş, 1980 yılında tekrar kaldırılmıştır,

- Sosyalleştirme hizmetleri için kaynak olmak üzere ek vergiler (tuz, PTT hizmetleri, radyo alıcı sahipleri vb.) toplanmaya başlanmıştır,
- Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur (daha sonra Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu adını almıştır),
- Sağlık kayıtlarının tutulmasında ciddi iyileşmeler görülmüştür.
- Beş Milli Türk Tıp Kongresi (1960, 1962, 1964, 1966, 1968) düzenlenmiştir,³³
- Sağlık mevzuat alanında çalışmalar devam etmiştir. Bu dönemde çıkarılan yasalara bakıldığında;
 - ✓ 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun,
 - ✓ 1961 tarih ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun,
 - ✓ 1965 tarih ve 555 sayılı Sağlık Eğitim Enstitüleri Kurulu Kanunu,
 - ✓ 1965 tarih ve 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,
 - ✓ 1978 tarih ve 16341 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun,
 - ✓ 1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun,
 - ✓ 1980 tarih ve 17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun (1978'de çıkarılan tam gün yasasının kaldırılması)
 - ✓ 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge.

Bunların dışında 1963 yılında kurulan Planlama ve Koordinasyon Daire Başkanlığı tarafından yürütülen çalışmalar, 1973 yılında hazırlanan raporda şu şekilde özetlenmiştir (SSYB, 1973: 331-332):

- 1963-1967 yılları arasında yapılan faaliyetler değerlendirilmiştir,
- İkinci ve üçüncü kalkınma planları için hazırlıklar yapılmıştır,

³³ 1968'deki Milli Türk Tıp Kongresi sonuncu kongredir. Yapılan toplam yirmi kongre; sağlık politikalarına, sağlık mevzuatına (kanun, talimname ve tüzükler) ve sağlık hizmetlerine önemli etkiler yapmıştır. Kongrelerde ele alınan konular sonrasında Türkiye'de birçok kanun vb. mevzuat çalışmalarının yapıldığı görülmüştür. Ayrıntılı bilgi için Arıkan, A., (2005), Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, ss.212-234 başvurulabilir.

- Merkez ve taşra örgütlerine planlama fikri aşlanmış ve yapılan çalışmalar yıllık programlara bağlanmıştır. Ayrıca hizmet içi eğitim ihtiyacı belirlenmiştir,
- İllerde yeni inşa edilecek tesislerin arsaları ile ilgili hazırlıklar yaptırılmıştır. Ayrıca bir sonraki yılda program kapsamına girecek tesislerin saptanması, projelerin hazırlanması ve arsaların temini için çalışılmıştır,
- Mevcut yılın bütçeleri bildirilmiş ve uygulama için birimler arası koordinasyon kurulmuştur. Gelecek yılın bütçeleri hazırlanacaktır,
- Başbakanlık, DPT, Devlet Personel Dairesi ile koordinasyon sağlamak için toplantı ve seminerler düzenlenmiştir.

Bu dönemde özellikle 2. Dünya Savaşı sonrası tüm dünyada hüküm süren sosyal devlet anlayışının hâkim olması Türkiye’de de görülmüş, devlet sağlık sektöründe önemli müdahalelerle etkin bir şekilde rol almıştır. Sosyalleştirme programı ile bu dönemde özellikle toplum sağlığı hizmetleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile sağlık hizmetlerine erişimi artırmak adına önemli adımlar atılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 358).

Dönemin siyasi partilerinin tamamı (CHP, AP, Yeni Türkiye Partisi, Millet Partisi, Türkiye İşçi Partisi, Milli Güven Partisi, Milliyetçi Hareket Partisi, Birlik Partisi, Cumhuriyetçi Parti, Cumhuriyetçi Güven Partisi, Demokratik Parti, Milli Nizam Partisi ve Milli Selamet Partisi) parti programlarında sağlık hizmetlerinin, devletin asli görevi olduğu vurgulamış ve bu yönde politikalar benimsemişlerdir (TBMM İnternet Sitesi, Parti Programları).

1980-2002 Dönemi

12 Eylül 1980’de ordunun yönetime el koymasından sonra, MGK tarafından yeni Anayasa çalışmaları için 1981 yılında Danışma Meclisi kurulmuş ve hazırlanan yeni Anayasa 1982 yılında yapılan referandum sonucu kabul edilmiştir. Darbenin başındaki isim olan Kenan Evren ise söz konusu referandum ile Türkiye Cumhuriyeti’nin yedinci Cumhurbaşkanı seçilmiştir. 1983 yılında yapılan genel seçimler sonucu Anavatan Partisi (ANAP) seçimi kazanmış ve Turgut Özal hükümeti kurmuştur. 1987 yılında yapılan bir referandum ile seçim yasaklısı olan kişilerin yasakları kaldırılmıştır. Özal, rakiplerinin örgütlenmesine fırsat vermemek için 1987’de erken seçim kararı alarak milletvekili genel seçime gitmiş ve yeniden az bir çoğunlukla da olsa kazanmıştır. 1991 seçimlerinde ise hiçbir parti tek başına hükümet kurma

çoğunluğunu elde edemediği için 2002 seçimlerine kadar devam edecek olan koalisyonlar dönemi başlamıştır. Koalisyonlar dönemi siyasal bunalımlar, belirsizlikler, çıkmazlar, sağ-sol çekişmeleri (bazen birleşmeleri), ordunun dikteleri ve ekonomik krizler gibi birçok sorunun yaşandığı bir dönem olmuştur (Ahmad, 2014: 160-167; Akın, 2012: 424-432; Tekin ve Okutan, 2012: 193-200; Zürcher, 2010: 401-414, 419-430; Tanör, 2011: 27-55, 66-74; Kongar, 2015: 187, 218-229). Bu dönemde kurulan hükümetler Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: 1980-2002 Yılları Arasında Kurulan Hükümetler

Başbakan	Görev Süresi	Parti
Bülend Ulusu	21 Eylül 1980-13 Aralık 1983	Askeri Hükümet
Turgut Özal	13 Aralık 1983-21 Aralık 1987	ANAP
Turgut Özal	21 Aralık 1987-31 Ekim 1989	ANAP
Yıldırım Akbulut	9 Kasım 1989-23 Haziran 1991	ANAP
Mesut Yılmaz	23 Haziran 1991-20 Kasım 1991	ANAP
Süleyman Demirel	20 Kasım 1991-16 Mayıs 1993	Doğru Yol Partisi (DYP)- Sosyal Demokrat Halkçı Partisi
Tansu Çiller	25 Haziran 1993-5 Ekim 1995	DYP-Sosyal Demokrat Halkçı Partisi
Tansu Çiller	5 Ekim 1995-30 Ekim 1995	DYP
Tansu Çiller	30 Ekim 1995-6 Mart 1996	DYP-CHP
Mesut Yılmaz	6 Mart 1996-28 Haziran 1996	ANAP-DYP
Necmettin Erbakan	28 Haziran 1996-30 Haziran 1997	Refah Partisi-DYP
Mesut Yılmaz	30 Haziran 1997-11 Ocak 1999	ANAP-Demokratik Sol Parti (DSP)- Demokrat Türkiye Partisi
Bülent Ecevit	11 Ocak 1999-28 Mayıs 1999	DSP
Bülent Ecevit	28 Mayıs 1999-18 Kasım 2002	DSP-MHP-ANAP

Kaynak: TBMM İnternet Sitesi: Hükümetler

Bu dönemde refah devleti anlayışı çürümeye başlamış ve politikalarda devletin yeniden yapılandırılması, rolünün yeniden tanımlanması ve küçültülmesi ön plana çıkmıştır. Bu kapsamda Yeni Kamu Yönetimi (YKY) olarak adlandırılan ve devletin yapılanmasını tamamen değiştiren uygulamalara gidilmiştir. 1980’lerden itibaren hüküm sürmeye başlayan bu uygulamalarda, klasik devlet anlayışının yanında işletmecilik, verimlilik, etkinlik gibi özel sektörün odaklandığı kriterler de görülmeye başlanmıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 135). YKY anlayışı; desantralizasyon, devletin mal ve hizmet üretiminde doğrudan rol almak yerine denetleyici ve düzenleyici rol

alması, şeffaflık ve hesap verilebilirlik vurgusu yapılması, özel sektörle işbirliğinin önünün açılması gibi kilit noktalar barındırmaktadır (Eryılmaz, 2002: 234-237).

1980-2002 yılları arasında on dört hükümet kurulmuş, on sekiz Sağlık Bakanı (Necmi Ayanoğlu, Kaya Kılıçturgay, Mehmet Aydın, Mustafa Kalemli, Bülent Akarcalı, Cemil Çiçek, Nihat Kitapçı, Halil Şıvgın, Yaşar Eryılmaz, Yıldırım Aktuna, Rıfat Serdaroğlu, Kazım Dinç, Doğan Baran, Nazif Kurt, İsmail Karakuyu, Halil İbrahim Özsoy, Mustafa Güven Karahan, Osman Durmuş) görev yapmıştır (Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız).

24 Ocak 1980 kararları ile başlayan ve bu döneme adını da veren neoliberal görüş, devletin resmi ve yazılı politikası olmuştur. Neoliberalizmin sağlığa ilişkin yaklaşımı, “sağlığı, devletin yükümlüğü olarak gören” anlayışı kabul etmeyip onu fiyatlandırarak “piyasada arz-talep koşullarında üretilmesi” gereken bir hizmet olarak görmesidir (Soyer, 2003: 301). 12 Eylül 1980 tarihinde gerçekleşen darbenin ardından yönetimi ele alan MGK da 1982 Anayasasını bu yönde hazırlamıştır (Akdur, 2008: 5). 1982 Anayasasının 56. Maddesi’nde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” ifadesi yer almış ve sağlık, devletin anayasal görev alanından çıkarılmıştır. Devletin rolü, planlayıcı ve denetleyici olarak değişmiştir.

1989 yılında Price Waterhouse firması ile ülkenin durumunu gösteren bir rapor hazırlaması için anlaşılmıştır. Bu rapor ülkede yapılacak reformların çerçevesinin belirlenmesinde önemli rol oynamıştır (Belek, 2012: 50). Firma, Türkiye için mevcut statünün iyileştirilmesi³⁴, serbest pazar stratejisi³⁵, ulusal sağlık hizmetleri seçeneği³⁶ ve uzlaştırma seçeneklerini önermiştir (DPT, 1990). DPT bu seçenekler arasından

³⁴ Mevcut statü seçeneğinde, mevcut sağlık sistemi büyük oranda korunacak en önemli değişiklik mevcut sigorta kapsamı dışında kalanları da içerecek şekilde sigorta kapsamı genişletilecektir. Bunun yanında halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için toplanan vergilerden daha fazla pay alınması önerilmiştir (DPT, 1990: 11-12).

³⁵ Serbest Pazar seçeneğinde, tedarik ve finansman birbirinden ayrılacak ve rekabet içinde olacaktır. Çek sistemi ile çalışan ve ulusal sağlık sigortasının olacağı bu sistemde, hastalara çekler verilecek ve bu çekler ödeyici sigorta kuruluşundan tahsil edilecektir. Çekler sınırsız hastane hizmetleri ve temel ilaçları karşılamaktadır. Böylece Bakanlık; izleme, planlama ve finansman işlevini yürütecektir (DPT, 1990: 13-14).

³⁶ Ulusal sağlık hizmetleri seçeneğinde, İngiltere sistemine oldukça benzer olup tedarik sisteminin tek bir sistem altında toplanmasını öngörmektedir. Bütün kamu sağlık tesisleri tek bir organizasyon altında birleşmektedir. Bakanlık planlama işlevini yükleneyeceği bu seçenekte hizmet birimlerinin yönetimi bölge veya il idarelerine bırakılmaktadır. Maliyet kontrolü esas alınarak klinik ve klinik olmayan hizmetlerin dışarıdan alımı mümkün olmaktadır (DPT, 1990: 12-13).

uzlaştırmayı seçmiş ve Sağlık Bakanlığı bu seçenek üzerine çalışmıştır. Uzlaştırma seçeneğinde (DPT, 1990: 14-16; Dericioğulları Ergün ve Sallan Gül, 2009: 201-202);

- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Sağlık Bakanlığı'nın rolünün değişmesi: Bakanlık planlayıcı ve düzenleyici rol alacak ve doğrudan hizmet sunumundan sorumlu olmayacaktır,
- Başında bir genel müdürün bulunduğu il seviyesinde yerel sağlık idaresinin kurulması: bu idare kısa vadede bağımsız sağlık işletmeleri haline gelene kadar Sağlık Bakanlığı tesislerini işletecektir, daha sonra uzun vadede sağlık hizmeti sunmayarak sadece temin ve finansmandan sorumlu olacaktır, koruyucu sağlık hizmetleri bu idarelerce sunulacaktır,
- Genel Sağlık Sigortası tavsiye edilmektedir ilkeleri bulunmaktadır.

Planlama ile ilgili olarak Price Waterhouse firması tarafından hazırlanıp DPT tarafından yayımlanan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu" adlı çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık sektörü için politika hedefleri saptama ya da sağlık hizmetlerinin sürdürülmesini planlama gibi bir sorumluluğunun olmadığı sadece kendi denetimindeki hizmetlerle ilgilendiği belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda planlamaya ilişkin, her genel müdürlük 6 ayda bir olmak üzere yılda iki kez rapor vererek birimlerine ait özel hedefleri tayin etmek zorundadır. Hedefler yıllık programa uygun olarak uygulamaya konulmakta; raporlarda hem önceki döneme ait gerçekleştirilen hedeflerle ilgili bilgiler verilmekte hem de sonraki döneme ilişkin hedefler belirtilmektedir. Böylece bir hedef belirleme düzeni ve denetimi sağlanacağı ifade edilmiştir. Ancak firma yaptığı incelemelerde uygulamanın düzenli şekilde yapılmadığını ve genel müdürlüklerin sürekli eski hedefleri yinелеmekte olduğunu görmüş ve raporda bu durumu belirtmiştir. Raporda planlama eksikliğinin ve/veya zayıflığının, kaynakların etkin biçimde kullanılamaması ve kaynak tahsisinin stratejik hedeflere tam olarak cevap verememesi durumlarına yol açtığı belirtilmiştir (DPT, 1989a: 359-362).

Hazırlanan raporda tavsiye edilen stratejiler altında, sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının ve amaçlarının belirlenmesine, sonuçlara yönelik ilerlemenin izlenmesine olanak sağlayan bir planlama ve izleme sürecinin geliştirilmesi önerilmiştir. Bu öneri ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na planlama ve yönlendirme yetkisi verilmiş, doğrudan sağlık

hizmeti sunmaması önerilmiştir (DPT, 1990: 54-62). Planlama sorumluluğu şöyle özetlenmiştir (DPT, 1990: 63);

- Sektörlerarası Planlama —→ DPT
- Stratejik Planlama —→ Sağlık Bakanlığı
- İşletme Planlaması —→ İl Sağlık Otoritesi
- Faaliyet Planlaması —→ Hizmet Tesisleri

Price Waterhouse firmasının raporunda görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı'nda 1990'a kadar geçen sürede herhangi bir planlama çalışması yapılmamış, DPT'nin hazırlamış olduğu Kalkınma Planları stratejik plan rolü görmüştür. Günümüzde başarı ile uygulanmakta olan Stratejik Planlar, bu dönemde firmanın önerisi olarak kalmış konuda herhangi bir gelişme görülmemiştir. Ayrıca Price Waterhouse, DPT'nin hem stratejik plan yapma hem de yatırımları değerlendirme ve onaylama rolleri üstlendiğini, bu iki rolün bir kurumda olmasının birçok soruna yol açtığını belirtmiştir (DPT, 1989: 362).

Reform çalışmalarının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yoğunlukta olduğu bu dönemde 1988'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ismi Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmiş, mevzuat çalışmaları devam etmiştir. Çıkarılan kanunlar (Eren ve Tanrıtanır, 1999: 15; Akdur, 2008: 18-19; Soyer, 2003: 310-318; Sağlık Bakanlığı, 1993: 3-4; Sağlık Bakanlığı, 2007: 254-263; Savaş, 2001: 93-94; TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar);

- 1981 tarih ve 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun,
- 1982 tarih ve 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu,
- 1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,
- 1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu,
- 1983 tarih ve 2857 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu,
- 1983 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 1983 tarih ve 181 sayılı SSYB'nin Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK,
- 1985 tarih ve 3145 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu,
- 1985 tarih ve 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu,
- 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,

- 1989 yılı 356 sayılı KHK ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görevlerinden sosyal yardımlar çıkarılmış ve Sağlık Bakanlığı adını almıştır,
- 1992 tarih ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun
- 1995 tarihli Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'tir.

Bu dönemde birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de politik alanda birçok adım atılmış³⁷ ve köklü bir değişikliğe gidilmiştir. Bu dönemde atılan adımlar uygulamada başarısız olsa da sonraki döneme hazırlık niteliği taşımıştır. Başarısızlığın nedenlerinden biri de bu dönemdeki hızlı hükümet değişiklikleri, koalisyon hükümetleri ve siyasi istikrarsızlık olmuştur. Dolayısıyla bu dönemde göreve gelen kısa süreli hükümetlerin, uzun vadeli köklü reformlar yerine kısa vadeli hedeflere odaklanması, artırımcı bir politika/planlama yaklaşımı benimsenmesine ve reformların değil mevcut uygulamaların tekrarına neden olmuştur (Yıldırım, 2016: 45, 119; Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 364-365; Belek, 2012b: 26-27).

Dönemin partilerinin programlarına bakıldığında önceki dönemlerdeki gibi aynı yönde ifadelerin olmadığı görülmektedir. Hemen her parti sağlık işlerinin devletin asli görevi olduğunu kabul etmekle birlikte programlarda bazı partiler özel sektörün önünü açan ifadelere yer verirken (ANAP, Cumhuriyet Halk Partisi, Fazilet Partisi), bazıları sosyalleşmenin devam etmesi gerektiğini belirtmiş (Sosyal Demokrat Halkçı Parti, Halkın Emek Partisi), bazıları devletin asli görevi gören ve koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran politikalar benimsemiştir (Halkçı Parti, Milliyetçi Demokrasi Partisi, Doğru Yol Partisi, Refah Partisi, Demokratik Sol Parti, Milliyetçi Çalışma Partisi, Halkın Demokrasi Partisi) (TBMM İnternet Sitesi). Görüldüğü üzere o dönemde var olan veya yeni kurulan partilerin sağlık politikası açısından belirli noktalarda birleştiği ancak uygulama alanında farklılıkların olduğu görülmektedir. Ancak 1980 sonrası dönemde göreve gelen hükümetlerin (siyasi konumu fark etmeksizin) tamamının sağlık reformunu destekleyici yönde çalışmalara destek verdiği görülmüştür (Yavuz, 2004: 217-218).

³⁷ 1990'lı yıllar sağlık reformunun politik altyapısının oluşturulduğu ve aynı zamanda sağlık projelerin uygulanmaya çalışıldığı bir dönem olarak görülebilir (Yavuz, 2013: 200).

2002 sonrası

Türkiye’deki 3 Kasım 2002 seçimlerinden AK Parti tek başına iktidar çıkmış, mecliste çoğunluğu sağlamış ve Abdullah Gül 18 Kasım’da 58. hükümeti kurmuştur. 59. Hükümet ise 2003 yılında Recep Tayyip Erdoğan tarafından kurulmuştur. Sonraki 2007, 2011 ve 2015 genel seçimlerinin tamamında AK Parti iktidarı devam etmiştir (Ahmad, 2014: 187-190, 203-214; Tekin ve Okutan, 2012: 228-235). 2007 yılında Abdullah Gül 11. Cumhurbaşkanı, 2014 yılında ise Recep Tayyip Erdoğan parlamenter sistemin son ve 12. Cumhurbaşkanı seçilmiştir. 2017 yılında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi için referandum yapılmış ve %51,7 oranında evet oyu ile Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’ne geçilmiştir (Güler, 2018: 300). Sistem değişikliği sonrası Haziran 2018’de yapılan seçimlerden AK Parti tekrar iktidar olarak çıkmış ve halkoyları ile seçilen ilk Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan olmuştur. Bu dönemde kurulan hükümetler Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18: 2002 Yılından Günümüze Kurulan Hükümetler

Başbakan	Görev Süresi	Parti
Abdullah Gül	18 Kasım 2002- 14 Mart 2003	AK Parti
Recep Tayyip Erdoğan	14 Mart 2003- 29 Ağustos 2007	AK Parti
Recep Tayyip Erdoğan	29 Ağustos 2007- 6 Temmuz 2011	AK Parti
Recep Tayyip Erdoğan	6 Temmuz 2011- 29 Ağustos 2014	AK Parti
Ahmet Davutoğlu	29 Ağustos 2014- 28 Ağustos 2015	AK Parti
Ahmet Davutoğlu	28 Ağustos 2015- 24 Kasım 2015	AK Parti-Bağımsızlar- Halkların Demokratik Partisi
Ahmet Davutoğlu	24 Kasım 2015- 24 Mayıs 2016	AK Parti
Binali Yıldırım	24 Mayıs 2016- 9 Temmuz 2018	AK Parti
Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi		
Cumhurbaşkanı	Görev Süresi	Parti
Recep Tayyip Erdoğan	9 Temmuz 2018- Halen	AK Parti

Kaynak: TBMM İnternet Sitesi: Hükümetler

Tablo 18’de görüldüğü üzere yaklaşık 18 yıllık süreçte AK Parti tüm seçimlerden galip çıkmış, mecliste çoğunluğu elde etmiş ve ülke yönetiminde tek başına söz sahibi olmuştur. AK Parti bu dönemde uzun yıllar iktidarda olmanın verdiği yetki ve güç ile birçok alanda gelişmeler için adımlar atmış ve başarılı olmuştur. Bu dönemde sağlık sektöründe birçok gelişme yaşanmıştır. AK Parti göreve gelmesinin ardından 3 Ocak 2003 tarihinde Acil Eylem Planı (AEP) hazırlamış ve 4 ana politika başlığı altında

yapılacak 205 faaliyet açıklamıştır. Sağlık sektörü ile ilgili olan dokuz faaliyet, Sosyal Politika içinde Sağlıklı Toplum başlığı altında sıralanmıştır. Bu faaliyetler Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Acil Eylem Planında Sağlıklı Toplum Oluşturma ile İlgili Hükümler

Kod No	Sosyal Politikalarla İlgili Yapılacak Faaliyetler (Sağlıklı Toplum)	Sorumlu Kuruluş	Süre
SP-30	Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırılacak	Sağlık Bakanlığı	6-12 ay
SP-31	Devlet Hastanesi, Sigorta Hastanesi, Kurum Hastanesi Ayrımı Kaldırılarak Tüm Hastaneler Tek Bir Çatı Altında Toplanacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay
SP-32	Hastaneler İdari ve Mali Yönden Özerk Bir Yapıya Kavuşturulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve uzun vadeli
SP-33	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Ayrılacak	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)	12 ay
SP-34	Genel Sigorta Sistemi ve Kurumu Kurulacak	ÇSGB	12 ay
SP-35	Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilerek Sağlam Bir Sevk Zinciri Kurulacak	Sağlık Bakanlığı	12 ay ve sürekli
SP-36	Anne ve Çocuk Sağlığına Özel Önem Verilecek	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-37	Koruyucu Hekimlik Yaygınlaştırılacak	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-38	Özel Sektörün Sağlık Alanına Yatırım Yapması Özendirilecek	Hazine Müsteşarlığı	Sürekli

Kaynak: Acil Eylem Planı, 2003: 10

Faaliyetlere genel olarak bakıldığında, ülkede daha önce yapılan çalışmaların dikkate alınarak hazırlandığı görülmektedir. Bu durum “*daha önceden yapılan bütün çalışmaları, yasa taslaklarını ve oluşan görüşleri bir atlama taşı kabul ederek Türkiye’nin insanların emekleriyle ortaya koyduğu bütün değerleri dikkate alan bir anlayışla hazırlandı*” ifadesiyle Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanı tarafından da birçok çalışmada dile getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 5; Akdağ, 2008a: 21). Ancak bu faaliyetler önceki dönemlerden farklı olarak başarılı bir şekilde uygulanmıştır. AEP’nin açıklanmasının ardından 2003 yılı Aralık ayında daha sonraki döneme damga vuracak SDP kamuoyuna açıklanmıştır.³⁸

1980 yılında etkilerinin hissedilmeye başlandığı neoliberal politikaların daha da etkin olduğu bu dönemde gerçekleştirilenler şunlardır (Resmi Gazete, 2017: 30165; Resmi Gazete, 2011: 28103; Sağlık Bakanlığı, 2012a: 51-52; 5396 Sayılı Kanun;

³⁸ SDP bu dönemin ilk sağlık planı olarak görülebilir.

Akdağ, 2008a: 20-21; OECD, 2008: 37; Akdağ, 2008b: 40; Sülkü, 2011: 6-14; Chakraborty, 2009: 2):

- Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmiş bunun yanında sağlık hizmeti sunumu içinde sürekli olarak yer almıştır,
- Sağlık tesisi sayısında büyük artış gerçekleşmiştir,
- Sağlık personeli sayısında her alanda büyük gelişmeler yaşanmıştır,
- Sağlık personeli yetiştiren kurum (Tıp Fakülteleri, Sağlık Bilimleri Fakülteleri vb.) sayısında ciddi artışlar grlmştir,
- Sağlık göstergeleri hala OECD ortalamasının gerisinde olsa da Cumhuriyet tarihinin en üst noktasına ulaşmıştır,
- Aile hekimliği sistemine geçilerek 2010 yılında tüm ülkede yaygın hale getirilmiş ve sağlık ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri ismini almıştır,
- Tüm sağlık tesisleri Sosyal Güvenlik Kurumu altında tek çatıda toplanmıştır,
- Herkese serbest eczane hakkı tanınmıştır,
- İlaç zerindeki KDV oranı dşrlmştir,
- Kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği, kötü alışkanlıklar, obezite gibi belirli hastalıklar için ulusal programlar hazırlanarak uygulamaya konulmuştur,
- Ambulans hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir,
- Temel sağlık hizmetlerine verilen önem artmıştır,
- 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS, 01.01.2012 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır,
- Sağlık sektörüne bütçeden ayrılan pay her yıl artırılmış ve öncelikli alanlar arasında yer almıştır,
- Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ciddi seviyede artmıştır,
- Stratejik Planlama ile ilgili işleri yürütmek üzere Stratejik Yönetim ve Daire Başkanlığı kurulmuştur,
- 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı teşkilatı; merkez teşkilat, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan

meydana gelmektedir. Ancak 2017 tarihli ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile eski sisteme tekrar dönülmüş ve illerde en yetkili isim tekrar İl Sağlık Müdürü olmuştur,

- 03.07.2005 tarih ve 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile hukuki zemin kazanan ve neoliberal politikaların bir çıktısı olarak görülebilecek KÖO kapsamında Şehir Hastaneleri yapılmaya başlanmıştır ve halen devam etmektedir,
- Global Bütçe ve Teşhisle İlişkili Gruplar üzerinden ödeme işlemleri hayata geçirilmiştir,
- Elektronik ortamda hastanın durumu, hasta için yapılan ödemeler ve fatura takip sistemi olan MEDULA sistemine geçilmiştir,
- Kamu hastaneleri verimliliklerini artırmak ve tıbbi hizmetlere yoğunlaşmak adına bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi hizmetleri özel firmalardan hizmet alımı yoluyla (outsourcing/dış kaynaktan yararlanma) temin etmişlerdir. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarından teşhis/tanı hizmetleri satın alımları da yapılmıştır,
- Sağlık bilgi sistemi alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır.

Bu gelişmelerin yanı sıra mevzuatın geliştirilmesine yönelik kanunlar çıkarılmıştır. Bu kanunlar (TBMM İnternet Sitesi, Kanunlar):

- 10.07.2003 tarih ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun,
- 10.12.2003 tarih ve 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu,
- 05.05.2004 tarih ve Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller,
- 22.06.2004 tarih ve 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun,
- 24.11.2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun,

- 06.01.2005 tarih ve 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun,³⁹
- 24.03.2005 tarih ve 5324 Sayılı Kozmetik Kanunu,
- 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun,
- 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,
- 03.06.2007 tarih ve 5683 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun,
- 21.01.2010 tarih ve 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- 02.11.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun,
- 15.08.2017 tarihli ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'dir.

Yaklaşık 18 yıllık AK Parti iktidarında, daha önceki dönemlerdeki gibi çok sayıda Bakan değişmemiştir. Bu dönemde sadece dört isim (Recep Akdağ (2 kere), Mehmet Müezzinoğlu, Ahmet Demircan, Fahrettin Koca) Bakan olarak görev almıştır. Recep Akdağ yaklaşık 11 yıl 4 ay görev yaparak dönemin en uzun süre görev yapan Bakanıdır (Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız).

Bu dönemde, bir önceki dönemlerde ele alınan ancak başarı sağlanamayan birçok konuda uygulama alanında başarı sağlanmıştır. Bu başarının nedenlerinin en başında siyasi istek, destek ve kararlılığın yanında siyasi istikrarın varlığıdır denilebilir. Bir başka olumlu durum da bir önceki dönemlerde tartışılan reform içeriklerinin belirli bir bilgi birikimini ortaya çıkarması ve uzlaşılı düzeyine ulaşılmış olmasıdır. Bu durum

³⁹ Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı Hastaneleri hariç olmak üzere, SSK, bazı bakanlıklar, Devlet Demiryolları ve PTT'ye ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Görmüş, 2013: 128).

hem yasalaşma hem de uygulamada bu dönemi bir adım öne çıkarmıştır denilebilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 362-366).

Politik ortam bölümündeki bilgilerden hareketle kısa bir genel değerlendirme yapılacak olursa; ilk dönemlerde tek parti hükümetleri var olmuş ve sağlık sektörüne önem verilir şekilde çalışmalar yapılmıştır. 1946 sonrası dönemde çok partili hayata geçiş olmuş, CHP ve DP iktidarları görev yapmış ve sağlık sektörü yine ön planda tutulmuştur ancak hazırlanan sağlık planlarına destek verilmemiştir. 1960 sonrası dönemde ise askeri hükümet yönetimi sonrası yaklaşık dört yıl birinci koalisyonlar dönemi yaşanmış ve sonrasında AP iktidarı dönemi başlamıştır. 1971 sonrası dönemde ise ikinci koalisyonlar dönemi başlamış ve sonrasında yeniden askeri darbe olmuştur. MBK'nın desteği ile yaptırılan sosyalleştirme programı, sonraki dönemde göreve gelen hükümetlerin desteğini görmeyince uygulama alanında başarısız olmuş ancak Türkiye için birçok gelişmeye sebep olmuştur. 1980' yılında yapılan darbe sonrası dönem ANAP iktidarı ile devam etmiş ancak 1991 sonrası yıllar üçüncü koalisyonlar dönemi şeklinde geçmiştir. 1980 yılından itibaren iktidara gelen bütün hükümetler, sağlıklı bir hak olarak gören anlayıştan uzaklaşarak piyasacı bir mantıkla yeniden düzenlemek istemişlerdir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2008: 241). Bu dönemde yapılan Ulusal Sağlık Programı ise koalisyonel dönemin de sebebiyle uygulanamamıştır. 2002 sonrasında Türkiye'de yapılan her seçimden sonra AK Parti tek başına hükümet kuracak çoğunluğu elde etmiştir. Bu dönemde sağlık ön plana çıkarılmış ve hazırlanan planlar siyasi yönden önemli destek görmüş ve uygulama alanında başarılı olmuştur.

4.5.1.2 Ekonomik Ortam

İçinde bulunulan ortamın sunduğu mali desteğin, değişen ortamdaki gerekliliklere ayak uydurmaya yetmediği durumlarda olumsuz sonuçlar ortaya çıkacaktır (Fazekas, 2010: 9). Sağlık sektöründeki gelişmeler doğrultusunda önceki bölümlerde ele alınan tarihsel ayırım, ekonomi tarihi için benzer yılları içermemektedir. Ekonomik yönden cumhuriyet sonrası dönem; 1923-1929, 1930-1939, 1940-1945, 1946-1953, 1954-1961, 1962-1976, 1980-1988 ve 1989-2002 olmak üzere 8 ayrı dönemde incelenmektedir (Boratav, 2004: 13-14). Ancak bu tarihleri de farklı şekillerde ele alan farklı dönemlendirme şeklinde ele alan araştırmacılar da bulunmaktadır (Dişbudak, 2008; Şahin, 2012). Ekonomik ortam başlığı altında da tezde bütünlük ve tutarlılık oluşturmak adına dönemler Bölüm 3.1'de ele alındığı şekilde işlenecektir.

1920-1938 Dönemi

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sonucu Cumhuriyet ilan edilmiş ve bu dönem ekonomik yönden değişim, düzenleme ya da yapılanma dönemi olmuştur (Kepenek, 2012: 31; Boratav, 2006: 115-116; Parasız, 1998: 1-2; Findley, 2011: 270). Cumhuriyetin kuruluş yıllarında hem Osmanlı'dan kalan borçlar hem de ülkenin içinde bulunduğu ekonomik durum (kapitülasyonlar ve Lozan kalkmış olsa da) oldukça kötüdür (Kongar, 2015: 349). Türkiye, uzun savaşlardan yıpranmış şekilde çıkmış, tarım kesiminin önde olduğu, basit üretimden öteye gidememiş bir durumda kurulmuştur (Önder, 2003: 11). Ülkede sanayi neredeyse yok durumda olup kişi başına milli gelir, asgari geçim standartlarının dâhi altında olduğu için tasarruflar son derece yetersiz durumda olmuştur (Ertuna, 2004: 6). Atatürk, siyasi bağımsızlığı ekonomik bağımsızlıkla desteklemek istemiş ve Cumhuriyetin ilanından önce İktisat Kongresi düzenlenmiştir. Şubat 1923'te İzmir'de yapılan ve yaklaşık 1100 çiftçi, tüccar ve sanayici temsilcisinin katıldığı İktisat Kongresi'nin iki amacı bulunmaktaydı. Bunlardan ilki, tüccar, sanayici, çiftçi ve işçilerin sorun ve isteklerini belirlemek, ikincisi ise yabancı sermayenin gelecekte alacağı yeri açıklamaktır (Kepenek, 2012: 32; Kongar, 2015: 350-351; Zürcher, 2010: 287; Boratav, 2013: 314-315). Alınan kararlar özetle; yerli üretimin teşviki ve lüks ithalattan kaçınma, tekelliliğe karşı bir duruş ve ekonomik kalkınmaya katkısı olması suretiyle yabancı sermayeye izin verilmesi ve bütün sektörlerin kalkınmaya destek vermesinin sağlanmasıdır (Kurtoğlu, 2015: 310; Gökçen, 2013: 216; Eğilmez, 2018: 136).

1920'lerde izlenen ekonomi politikaları, temelinde özel mülkiyet ve girişim olması sebebiyle liberaldir; ancak devlet, çeşitli alanlara müdahale ettiği için de liberal değildir.⁴⁰ Bu yüzden karma bir ekonomik modelin benimsendiği görülmektedir (Zürcher, 2010: 288; Parasız, 1998: 3; Eğilmez, 2018: 136-137). 1920'li yıllarda hükümetin mali politikaları muhafazakâr bir tablo çizmiştir. Amaç; dengeli bütçe, düşük enflasyon ve sıkı para politikası ile "güçlü Türk Lirası" olmuştur (Zürcher, 2010: 290; Kepenek, 2012: 38-40; Kurtoğlu, 2015: 382).

⁴⁰ Devlet ekonomik yaşamda oldukça az rol almaya çalışmış, elindeki kıt kaynakları da bazı altyapı kurumlarının kurulması, yabancı kesim elinde bulunan ve temel ihtiyaçlara yönelik olan kuruluş ve tekellerin devletleştirilmesine ayırmıştır (Talas, 1999: 495).

Atatürk'ün İzmir İktisat Kongresi'ndeki ekonomik bağımsızlık ve hızlı kalkınma ilkeleri 1930'a kadar gerçekleştirilememiştir. Dolayısıyla özel sektöre öncelik veren sanayi politikaları istenileni verememiş, ihracat azalmış, ülkede döviz kıtlığı oluşmuş, üretim için gerekli hammadde ve araç gereç alımı çok zor hale gelmiştir. Ülkedeki ekonomik bunalım, devletin ekonomiyi hareketlendirmesini gerektirmiştir (Kepenek, 2012: 58-59; Talas, 1999: 514; Eğilmez, 2018: 138). Bu arada 1929 ekonomik krizi (büyük buhran), tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de olumsuz etkilere sebep olmuş; işsizlik artmış, küçülme gerçekleşmiştir.⁴¹ 1930 yılı başında ekonomik bunalımlara karşı kamu gelirlerine göre kamu harcamalarını dengelemek ve ithalata sınır getirerek dış ticaretin fazla vermesini sağlamak amaçlı hükümet tarafından önlemler alınmıştır (Parasız, 1998: 25-26; Kepenek, 2012: 67; Pamuk, 2017: 189; Eğilmez, 2018: 137). 1931 yılındaki Cumhuriyet Halk Fırkası Kongresi'nde devletçilik, yeni ekonomik yön ve Kemalist ideolojinin temel dayanaklarından birisi olmuştur (Zürcher, 2010: 291). Devletçilik ilkesi hem kapitalist hem de sosyalist ekonomik yapıdan belirli özellikleri içinde barındırmaktadır (Kepenek, 2012: 60). Benimsenen devletçilik politikası içinde hem devlet hem de özel sektör bir arada bulunmaktadır (Kurtoğlu, 2015: 400). Bu dönemde Türkiye'yi hammadde ihraç eden bir ülke konumundan çıkararak kendine lazım olan maddeleri üreten bir ülke haline getirmek ve milli parayı esaslı ve devamlı olarak korumak amacıyla (Gökçen, 2013: 217) 1934 yılında uygulamaya konulan ve ağırlıklı olarak Sovyetler Birliği'nin önerileri alınarak hazırlanan Birinci Beş Yıllık Sanayi Planı⁴², devletçilik ilkesinin sanayi odaklı olduğunu göstermiştir. Bu plana bağlı olarak Sümerbank ve Etibank gibi çeşitli sektörlerde fabrikalar kurulmuştur (Kepenek, 2012: 68).

Devletçilik ilkesi ile 1940'lara kadar denk bütçe, dolaşımdaki para miktarının artırılmaması ve dış ekonomik ilişkilerde denge olması amaçlanmış ve sağlanmıştır. Bu istikrarlı ekonomik ortamda üretim 1933-1939 yılları arasında sürekli olarak %9'un

⁴¹ 1929 yılı ayrıca Osmanlı'dan kalan borçların ödenmeye başlandığı yıldır. Hem büyük buhran hem de 1929 bütçesinin %6,8'i tutarına denk gelen borç, önemli yükler getirmiştir. 1929-1949 yılları arası toplam ödenen borç miktarı yaklaşık 101 milyon lira olup bu tutarın yaklaşık 55 milyon lirası 1929-1938 yılları arasında ödenmiştir (Eğilmez, 2018: 140-141).

⁴² Plan hedeflerinde, ihracat hedeflenmemiş ülkenin kendi ihtiyaçları esas alınmıştır. Sadece ülkede çok bulunan bakır ve kükürt ihracata yönelik üretilecektir. Ana hammaddeleri Türkiye'de bulunan sanayiler öncelikli olmuştur. Özel sektörün kuramayacağı sanayi dallarını devlet kuracak ancak bu sanayi kolları ara malları üreteceği için ana mallar üretecek olan özel sektörün de gelişmesini de hızlandıracığı belirtilmiştir (Gökçen, 2013: 218).

üzerinde büyümüştür (Findley, 2011: 274; Boratav, 2013: 325-329; Kepenek, 2012: 63). Bunun yanında hükümet, genişlemeci maliye politikasını benimsememiş ve rastgele borçlanmaktan uzak durmuştur (Şahin, 2012: 50). Tablo 20’de 1920-1938 dönemine ilişkin belirli ekonomik göstergeler sunulmuştur.

Tablo 20: 1923-1938 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler

Yıl	Bütçe (Milyon TL)		GSYH Değişimi (%) ⁴³
	Gelir	Gider	
1923	111	106	(1948 Baz Yılı) ⁴⁴
1924	138	132	14,6
1925	170	201	12,5
1926	180	172	18,2
1927	202	199	-12,7
1928	222	201	10,8
1929	224	213	21,5
1930	217	210	2,5
1931	165	182	8,2
1932	187	212	-10,6
1933	174	174	15,5
1934	207	229	6,3
1935	231	260	-3,0
1936	271	252	23,1
1937	314	287	1,5
1938	323	304	9,5

Kaynak: TÜİK, 2014: 581

Tablo 20’de görüldüğü üzere bütçe, hemen her yıl denk olacak şekilde ilerlemiştir ve bu da sağlam devlet maliyesi politikasının bir sonucudur. 1931 ve 1932 yıllardaki açığın sebebi olarak 1929 krizi gösterilebilir (Kurtoğlu, 2015: 386). Bunun yanında büyüme her yıl artan oranda değişmiş sadece 1927, 1931 ve 1935 yıllarında negatif değer almıştır. Bir toparlanma dönemi ve arayışlar içinde geçen bu dönem, bir sonraki dönemde de etkisini devam ettirecek olan devletçilik politikasının hâkim olduğu dönem olarak görülebilir.

Bu dönemde sağlık yatırımları daha çok belediye ve özel idareler tarafından yapılmıştır (Parasız, 1998: 52). Politik ortamda ele alındığı üzere bu dönemde Refik Saydam önderliğinde sağlık sektörüne çok önem verilmiştir. Ancak 1920’li yıllarda Sağlık Bakanlığı örgütsel ve yönetsel zayıflığın yanında, fiziki ve teknik olarak da oldukça yetersiz bir konumda olduğu (Küçük, 2018: 92) ve bu durumun yapılan

⁴³ Pozitif rakamlar büyümeyi negatif rakamlar ise küçülmeyi simgelemektedir.

⁴⁴ Baz yılı: İlgili yılın fiyatları göz önüne alınarak oluşan büyümeyi göstermektedir.

Çalışmaların değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken bir konu olduğu unutulmamalıdır. Sağlık sektörüne verilen önem, ekonomik ortamın sunduğu fırsatlar çerçevesinde yeterli seviyede olmasa da bte rakamlarına yansımıştır. Tablo 21’de Sağlık Bakanlığı btesinin yıllara göre değişimi ve btedeki payı verilmiştir.

Tablo 21: 1923-1938 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Btelerine İlişkin Veriler

Yıl	Sağlık Bakanlığı Btesi (TL) ⁴⁵	Btedeki Payı (%)
1923 ⁴⁶	3.038.000	2,24
1924	2.968.331	1,92
1925	4.860.205	2,45
1926	3.649.005	1,74
1927	3.203.400	1,43
1928	3.396.553	1,36
1929	4.395.678	1,72
1930	4.502.216	1,75
1931	3.721.043	1,70
1932	3.501.884	1,75
1933	4.196.884	2,07
1934	4.742.884	2,18
1935	4.820.587	2,06
1936	5.458.180	2,16
1937	6.498.737	2,30
1938	7.901.780	2,55

Kaynak: Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi; Sağlık Bakanlığı, 2004c: 36; Sağlık Bakanlığı, 2002b: 22.

Tablo 21’de görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığı btesi her geçen yıl artmış ancak btedeki payı bakımından dönem boyunca yaklaşık %0,6’lık bir artış göstermiştir. Dönemin koşulları göz önüne alındığında toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için bu kaynaklar yetersizdir ancak dönemin koşulları, borçlar ve savaş sonrası dönem olduğu için sağlığa ayrılan kaynağın önemli düzeyde olduğu söylenebilir.

1938-1960 Dönemi

Devletçilik politikası, çok partili hayata geçiş sonrası DP’nin iktidara geldiği 1950 yılına kadar devam etmiştir. Devlet, retim ve yatırımda aktif rol almış, dış ticarete korumacı ve ithal ikameci bir büyüme yaklaşımı benimsemiştir (Aktaş şenkardeşler, 2018: 112). Bu dönemde II. Dünya Savaşı başlamış ve Türkiye her ne kadar savaşa girmese de birçok yönden etkilenmiştir. Bunlara rnek olarak; savaş

⁴⁵ Başlangıç denekleri verileridir.

⁴⁶ Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti ismi ile btede yer almaktadır.

ortamında sanayileşme hamlesinin sektöre uğraması, savaşa hazırlıklı olmak adına savunma harcamalarındaki olağanüstü artış, insan gücünün silahlı altına alınması dolayısıyla üretimin azalması, fiyatların yükselmesi ve artan sağlık sorunları gösterilebilir (Şahin, 2012: 81-82; Talas, 1999: 529). 1946 yılında ihracatı artırmak için devalüasyon yapılmıştır. 1947 yılında Türkiye IMF ve DB'ye üye olmuştur. 1947 yılında yayımlanan Truman Doktrini adı altında 100 milyon dolar yardım yapılmıştır. Bunun sonrasında, savaş sonrası Marshall Planı altında 1948 yılında imzalanan Ekonomik İşbirliği Anlaşması çerçevesinde; ABD'den 1948-1951 yılları arasında 55 milyon dolar hibe, 71,5 milyon dolar borç olacak şekilde toplam 126,5 milyon dolar yardım alınmıştır (Ertem, 2009: 392-393; Eğilmez, 2018: 139-143).

Çok partili hayata geçişle birlikte siyasi rekabet artmış ve hükümetler uzun vadeli politikalar yerine kısa vadeli ve popülist politikaları tercih etmiştir. Bu popülist politikalar, sürekli olarak ekonomik ve siyasi krizleri doğurmuş, Türkiye ekonomisinin kırılgan bir hale gelmesine sebep olmuştur. Bu kırılganlık ve krizlerin Türkiye'yi dış aktörlerin etkilerine açık hale getirmesi nedeniyle önemli yapısal dönüşümler yaşanmıştır (Çelik ve İsmihan, 2017: 223).

I. Menderes Hükümeti'nin programının okunmasında Adnan Menderes, iktisadi ve mali olarak dört maddeyi takip edeceklerini belirtmiştir. Bu dört maddede; devlet harcamalarında azami tasarruf yapılması, devletin iktisadi sahada daraltılması, özel sektörün önünün açılması, kamu karakterine sahip olmayan sahalarda işletmeciliğe geçilmemesi ve bu durumda olan teşebbüslerin de yavaş yavaş özel teşebbüse devredilmesi vurgulanmıştır (TBMM, 2013: 752-754). Bu açıklamalar bir bakıma liberal, serbest pazar ekonomisine geçişte dönüm noktası olarak görülebilir (Zürcher, 2010: 326; Kılıçbay, 1997: 16). Ancak teşebbüslerin özel şirketlere devredilmesi durumu gerçekleşmemiş⁴⁷ aksine Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) sermayeleri artırılmıştır (Kepenek, 2012: 96; Çelik ve İsmihan, 2017: 231).

Çok partili hayata geçiş sonrası iç ve dış gelişmeler, ekonomi politikasında değişime yol açmıştır. Tarım kesimi özellikle makineleşme ile birlikte köklü bir değişime uğramış⁴⁸ (Findley, 2011), kentleşme artmış, iç pazar genişlemiş, 2. Dünya Savaşı sonrası tüketim artmış ve ithalat kolaylaştırılmıştır. 1946'da traktör sayısı on

⁴⁷ Koray (2008: 172), 1950-1960 yılları arası özel kesimde yeterli sermaye bulunamaması sebebiyle devletçi politikaların tam olarak bırakılmadığını belirtmiştir.

⁴⁸ Bazı kaynaklarda bu dönem, tarıma dayalı büyüme dönemi olarak adlandırılmaktadır.

binden az iken 1960'da kırk bine yaklaşmış, ekilen alan 1948'de 14,5 milyon hektar iken; 1956'da 22,5 milyon hektara ulaşmış ve bu gelişme sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda etkilerini göstermiştir. Bunun yanında kara ulaşım ağları yaklaşık 2,5 kat artmış ve köy-kent kültürünün birbirine yakınlaşmasında önemli rol oynamıştır (Zürcher, 2010: 327-328; Kepenek, 2012: 84-85; Findley, 2011: 324-325; Gökçen, 2013: 224-225). Bu gelişmeler ve dış yardımlar, 1950'li yılların başlarında büyüme oranlarını olumlu yönde etkilemiştir (Çelik ve İsmihan, 2017: 231). Ancak daha 1950'li yılların ortalarından itibaren ekonomik sıkıntılar ortaya çıkmış, dış yardım ve kredi alamama durumları ile birlikte, bütçe açık vermiş, vergi gelirleri düşmüş, benimsenen politika gereği ithalat ihracattan fazla artmış ve kriz ortaya çıkmıştır (Kurtoglu, 2015: 473-486; Pamuk, 2017: 232-234). Bu dönemde Menderes, ekonomik planlamayı, devletçiliğin zararlarından birisi olarak görmüş ve planlamanın komünizmle eş anlamlı olduğunu söyleyerek bu tür yaklaşımları eleştirmiş ve karşı çıkmıştır (Zürcher, 2010: 329). Ancak 1950-1960 yılları arasında plansız uygulamalar sürekli gündemde tutularak eleştirilmiş, sorunların planlama ile çözülebileceği yönünde kamuoyu oluşturulmuştur. Bu dönemde mali ve ödemelerdeki dengesizlikler de iktisadi planlamayı iyice gündeme getirmiş ve DP'nin anlayışına ters düşse de uluslararası (ABD ve çevre ülkeler) telkinlerle hükümet içinde Koordinasyon Bakanlığı kurulmuştur (Yenal, 2001: 121).

1946 yılından sonra, ikinci kez 1958 yılında gerçekleştirilen devalüasyon sonucu Türk Lirası (TL) %321 oranında değer kaybetmiş ve IMF'nin istikrar programı yürürlüğe konarak 359 milyon dolar kredi alınmıştır (Ahmad, 2014: 119-120; Çelik ve İsmihan, 2017: 233; Eğilmez, 2018: 143). Bu dönemde Türkiye önemli yapısal dönüşümler yaşamış ve bu değişimlerde dış dünyadaki ekonomik ve siyasi gelişmeler etkili olmuştur. Ayrıca uluslararası aktörlerin etkisinde kalan ve popülist politikalar nedeniyle sürdürülebilir olmayan inişli-çıkışlı bir büyüme süreci oluşmuştur. 1946-1954 yılları arasında iç ve dış ortamın etkisi ile büyüme olumlu gerçekleşirken; sonraki yıllarda üretimin azalması, enflasyon ve dış borçlar neticesinde kriz gelmiş ve büyüme yavaşlamıştır (Kurtoglu, 2015: 489; Çelik ve İsmihan, 2017: 241; Şahin, 2012: 133). Tablo 22'de 1938-1960 dönemine ilişkin belirli ekonomik göstergeler sunulmuştur.

Tablo 22: 1938-1960 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler

Yıl	Bütçe (Milyon TL)		GSYH Değişimi (%)	Enflasyon - Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE)
	Gelir	Gider		
1938	323	304	9,5 (1948 Baz Yıllı)	
1939	390	387	6,9	2,0
1940	550	536	-4,8	9,6
1941	648	575	-10,4	19,7
1942	978	885	5,5	68,0
1943	1.031	1.019	-9,8	44,1
1944	1.017	1.077	-5,1	2,7
1945	659	601	-15,3	3,6
1946	1.041	1.019	32,1	-1,0
1947	1.615	1.564	4,1	-1,5
1948	1.468	1.402	-	2,4
1949	1.628	1.572	-5,0 (1968 Baz Yıllı)	8,1
1950	1.419	1.467	9,4	-4,4
1951	1.646	1.591	12,8	0,2
1952	2.236	2.249	12,0	5,1
1953	2.272	2.294	11,2	3,8
1954	2.391	2.565	-2,9	9,5
1955	3.148	3.309	8,1	12,2
1956	3.305	3.487	3,3	9,9
1957	3.967	4.163	7,9	11,9
1958	4.822	4.977	4,6	15,8
1959	6.386	6.728	4,6	24,4
1960	6.933	7.320	2,9	5,2

Kaynak: TÜİK, 2014: 555, 581; Kalkınma Bakanlığı, 2015: 209

Tablo 22’de görüldüğü üzere 1950 yılına kadar denk bütçe devam etmiş, 1950’den sonra bütçe açıkları görülmeye başlanmıştır. Büyüme oranları dönem başında olumsuz seyrederken; 1946-1954 yılları arasında ivme kazanmış ancak 1954 sonrası dönemde daha düşük değerlerle ilerlemiştir. Enflasyon rakamları bu dönemde dengesiz seyretilmiş inişli-çıkışlı bir grafik sergilemiştir. 1938 yılında GSMH içinde %42 olan tarım sektörünün payı 1951-1953 yılları arası bir dönem yükseldikten sonra, 1960’da %36,6 olarak gerçekleşerek düşüş göstermiş; bunun yanında 1938’de %16,4 olan sanayi sektörünün payı ise 1960’da %17,2’ye yükselmiştir (Gökçen, 2013: 223-226).

DSÖ, 2000 yılındaki “*The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*” adlı raporunda sağlık sektöründeki reformları üç nesilde ele

almıştır. Bunlardan ilki 1940'lar ve 1950'lerde ulusal sağlık sistemlerinin kurulması ve orta gelirli ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin kurulması yönünde reformlardır ve daha sonra alt gelirli ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri kurulmaya başlanmıştır (WHO, 2000: 13). Bu dönemde Türkiye'de de (politik ortamda aktarıldığı gibi) sosyal güvenlik sistemleri adına SSK ve Emekli Sandığı kurulmuştur. Bu dönemde yine ekonomik gelişimin de etkisi ile sağlık sektörüne verilen pay da artış göstermiştir. Tablo 23'de Sağlık Bakanlığı bütçesinin yıllara göre değişimi ve bütçedeki payı verilmiştir.

Tablo 23: 1938-1960 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçelerine İlişkin Veriler

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (TL) ⁴⁹	Bütçedeki Payı (%)
1938	7.901.780	2,55
1939	8.471.000	2,48
1940	8.179.424	2,31
1941	11.969.424	2,96
1942	14.991.832	2,84
1943	15.474.588	2,33
1944	21.146.389	1,79
1945 ⁵⁰	17.907.024	2,37
1946	32.791.707	2,62
1947	42.007.455	2,82
1948	47.718.377	2,85
1949	52.555.908	2,97
1950	56.721.916	2,98
1951	59.190.191	2,86
1952	71.876.307	3,43
1953	88.952.789	3,52
1954	106.493.179	4,47
1955	133.558.881	4,36
1956	155.896.296	4,53
1957	176.141.510	4,25
1958	188.122.045	4,07
1959	252.239.685	4,05
1960	352.012.029	4,61

Kaynak: Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi

Tablo 23'te görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığı bütçesi dönemin başından sonuna kadar sürekli büyüme göstermiş, bütçeden aldığı pay da büyük oranda artmıştır. Bu

⁴⁹ Başlangıç ödenekleri verileridir.

⁵⁰ 1945 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ismi ile bütçede yer almıştır.

dönemde sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılma arzusu ve planlama çalışmaları göz önüne alındığında sağlığın payının artması normal olarak görülebilir. DSÖ raporunda (WHO, 1962: 268), 1960 yılında devletin kişi başı sağlık harcamasını 17,2 Lira olarak gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Ayrıca bu dönemde, şehirlerin hızlı büyümesi devletin altyapı, barınma ve sağlık gibi alanlarda artan ihtiyaca karşılık vermesi zorunluluğunu doğurmuştur. Kentleşen nüfusun sağlık eğilimleri hem değişmiş hem de kırsal kesimin hükümeti etkileme durumunun ortaya çıkmasıyla sağlık talebi canlanmıştır. Kısaca bu dönemdeki ekonomik ve kentleşme ortamında olan gelişmeler, sağlık hizmetlerinin ekonomik ve toplumsal gerekliliğini artırmıştır (Küçük, 2018: 121). Ayrıca bu dönemde hazırlanan iki planın da (Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı) sağlık sektöründe oldukça önemli yeri bulunmaktadır. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesinin yolunun bu alana özel ilgi göstermekten ve kaynak aktarmaktan geçtiğini savunan planların farkındalığı artırdığı söylenebilir.

1960-1980 Dönemi

1950’li yılların sonunda yaşanan ekonomik (dış ödeme güçlüğü ve enflasyon) ve siyasi bunalım sonrası bu dönemde planlı kalkınma yaklaşımı benimsenmiştir (Findley, 2011: 326; Kepenek, 2012: 137). 1950’lerin ortalarından sonra Avrupa tarımının yükselişe geçmesi ve Türk ekonomisinin yapısal zayıflıkları sonucu ekonomik krizin baş göstermesi ile birlikte DB ve OECD gibi kuruluşlar iktidara planlamaya gidilmesi yönünde önerilerde bulunmuşlardır (Gülalp, 1993: 35). Bu gelişmeler sonrası tarıma dayalı modelden teknoloji, yatırım malları ve girdilerin ithal edilerek ürünlerin yurt içinde üretildiği yani ithal ikameci sanayileşme sürecine geçiş yaşanmıştır (Küçük, 2015: 127). Bu dönem, 1960 darbesi ile askeri hükümetin başta olduğu, yeni bir anayasanın kabul edildiği ve sosyal devlet (refah devleti) ilkelerinin ağırlıkta olduğu bir dönem olarak görülmektedir. Bu dönem, devlet işletmeciliği ile özel işletmeciliğin hemen hemen aynı önemde olduğu, karma ekonomi modelinin benimsendiği ve devletin ekonomik ve sosyal alanlarda çeşitli görevler üstlendiği bir dönemdir (Talas, 1999: 552-553; Boratav, 2003: 58).

Planlı dönem olarak da bilinen bu yıllarda hazırlanan planlar; kamu kesimi için zorunlu, özel kesim için özendirici olmuş ve sanayileşmeye odaklanan tarım ise büyük ölçüde plan dışı kalmıştır. Kalkınma planları, ekonomiyi ve toplumsal yapıyı veri olarak almış, ekonomik büyümeye odaklanmış, sanayileşmeyi öncelemiş ve uzun vadeli

stratejiler hazırlamıştır. Cumhuriyetin kuruluş yıllarındaki ithal ikamesi düşüncesi devam ederken; özel sektör de desteklenmiştir. Ekonomi iç ve dış ortamın etkisi ile 1962-1977 yılları arasında istikrarlı şekilde büyümüştür. Ancak planlı dönemin başlangıcında belirlenen bazı hedefler (vergi sisteminin kurulması, dışa bağımlılık gibi), siyasi yönetimler tarafından benimsenmediği için başarılamamıştır. Kalkınma planlarının amaçlarından olan kamu gelirlerinin artırılması amacıyla vergi yükleri artırılmış ancak artışlar genellikle dolaylı vergiler üzerinden olmuştur (Parasız, 1998: 124-128; Kazgan, 2004: 95-99; Pamuk, 2017: 235-237; Boratav, 2013: 353-354; Kepenek, 2012: 140-142, 162-163, 186; Şahin, 2012: 133-137; Findley, 2011: 326-329).

1965 yılına kadar geçen süre askeri hükümet ve koalisyonlar ile geçmiş, 1965 yılında AP iktidara gelmiş ve özel sektörü daha da önceleyen bir politika yürütmüştür (Pamuk, 2017: 236). Bu dönemdeki politikaların etkisi ile büyüme ve enflasyon olumlu bir seyir izlemiştir. Ancak 1970’li yılların ortalarından itibaren sürekli değişen siyasi ortam ve koalisyonların varlığı, petrol fiyatlarındaki artışlar (yaklaşık dört kat artış), Avrupa’daki ekonomik durgunluk gibi sebepler yeni bir krizi beraberinde getirmiş ve ekonomik göstergeler olumsuz hale gelmiştir (Kazgan, 2004: 110-120; Çelik ve İsmihan, 2017: 233-235; Zürcher, 2010: 385). Tablo 24’de 1960-1980 dönemine ilişkin belirli ekonomik göstergeler sunulmuştur.

Tablo 24: 1960-1980 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler

Yıl	Bütçe (Milyon TL)		GSYH Değişimi (%)	Enflasyon (TÜFE)
	Gelir	Gider		
1960	6.933	7.320	2,9 (1968 Baz Yıllı)	5,2
1961	10.934	11.383	1,7	1,6
1962	9.018	9.118	6,1	3,4
1963	11.731	11.726	9,4	7,9
1964	12.920	13.534	4,1	1,2
1965	13.588	14.488	2,6	5,8
1966	16.557	17.248	11,7	5,7
1967	20.387	20.288	4,5	8,3
1968	20.630	21.322	-	3,7
1969	23.561	25.387	4,1 (1987 Baz Yıllı)	7,8
1970	33.120	32.866	3,2	8,1
1971	40.633	46.270	5,6	16,5
1972	50.952	50.921	7,4	13,7
1973	61.434	64.287	3,3	16,0
1974	73.576	77.777	5,6	18,6
1975	112.828	114.228	7,2	19,8
1976	150.716	155.028	10,5	16,4
1977	196.173	240.201	3,4	28,0
1978	323.605	347.703	1,5	47,2
1979	545.193	611.412	-0,6	56,8
1980	943.000	1.102.000	-2,4	115,6

Kaynak: TÜİK, 2014: 581-582; Kalkınma Bakanlığı, 2015: 209

Tablo 24’te görüldüğü üzere bütçe açıkları hemen her yıl artarak büyümüştür. Bunun yanında her yıl büyüme gerçekleşmiş yalnızca son iki yıl negatif değer almıştır. Enflasyon oranları dönem başından itibaren sürekli artmış, 1980 yılında oldukça yüksek bir seviyeye ulaşmıştır. 1960 yılında GSMH içinde %36,6 olan tarım sektörünün payı 1980’de %24,2’ye gerilemiş; bunun yanında 1960’da %17,2 olan sanayi sektörünün payı ise 1980’de %20,5’e yükselmiştir (Gökçen, 2013: 229).

DSÖ’nün 2000 yılındaki “*The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*” adlı raporunda, üç nesilde ele aldığı sağlık sektöründeki reformların ikinci nesli ise 1960 ve 1970’li yıllarda yapılmıştır. Bu reformların hedefi, düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasındaki sorunları ortadan kaldırmak adına daha fazla maliyet etkin hizmetlerin üretimine ve ulaşılabilir sağlık hizmetlerine odaklanarak düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetine daha rahat ulaşımını sağlamak olmuştur. Bu dönemde halk sağlığına (sanitasyon, aşılama gibi) ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna odaklanılarak sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmeye

alışılmış ancak kaynakların kısıtlı olması bu reformlarda başarısızlığa neden olsa da genişleme çalışması devam etmiştir. DSÖ, birinci ve ikinci nesil reformların daha çok arz odaklı olduğunu vurgulamış, talep kısmı ile ilgili endişelerin üçüncü nesil reformların sorunu olduğunu belirtmiştir (WHO, 2000: 14-15).

Türkiye’de de bu reformlara paralel olarak bu dönemde sosyalleştirme programı ile ülkenin en uç noktalara kadar gitme çabası görölmüş ancak özellikle ekonomik sebepler nedeniyle başarılı olunamamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin, kırsal kesime ulaştırılmasında önemli çabalara sarf edilmiş ancak bu çabalara ilişkin olarak sağlık sektörüne ayrılan payın artması gerekirken (sosyalleştirme programının öngördüğü şekilde) uygulamada bu durumun tam olarak gerçekleşmediği görölmektedir. Ekonomik desteğin olmayışı ülke geneline yayılmayı önemli derecede etkilemekle birlikte tasarlanan sağlık merkezlerinde de zayıf altyapı oluşmasına sebep olmuştur. Bunun nedenleri, daha sonra süreç kısmında da değinileceği üzere sosyalleştirme programının özellikle Maliye Bakanlığı tarafından kabul edilmemesi ve sonraki hükümetlerin destek vermemesidir (Fişek, 1964a:2; Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 364). Tablo 25’te bu döneme ilişkin Sağlık Bakanlığı bütçeleri ve bütçedeki paylarına ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Tablo 25: 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Bakanlığı Bütçelerine İlişkin Veriler

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (TL) ⁵¹	Bütçedeki Payı (%)
1960	352.012.029	4,61
1961	393.018.108	4,35
1962	445.230.472	4,25
1963	511.246.272	4,07
1964	550.715.309	3,93
1965	590.950.691	3,89
1966	663.839.191	3,76
1967	771.914.191	3,90
1968	855.623.528	3,79
1969	912.124.875	3,42
1970	888.080.601	2,97
1971	1.696.730.089	3,23
1972	2.158.030.830	4,15
1973	2.543.312.195	4,04
1974	3.406.100.000	4,06
1975	3.815.200.000	3,48
1976	5.338.900.000	3,40
1977	6.505.500.000	2,71
1978	7.894.800.000	2,82
1979	17.529.600.000	4,13
1980	31.822.600.000	4,05

Kaynak: Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi

Bu dönemde temel hizmetler sayılan eğitim ve sağlık hizmetlerinin kamu egemenliğinde ülke geneline yaygınlaştırma politikası izlenmiştir. Tablo 25'te görüldüğü üzere ülkenin tümüne yayılma arzusu olan sosyalleştirme programının etkili olduğu bu dönemde, sağlığa ayrılan kaynak sürekli artmış ancak bütçedeki payı azalma göstermiştir (Kepenek, 2012: 185). Özellikle ilk dönemlerdeki artış önemli görülebilir. 1960 yılında 352 milyon olan bütçe; 1963 yılında 511 milyon Liraya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan planda da 1975 yılında Bakanlık bütçesinin genel bütçe içindeki oranının (eğer plan uygulanırsa) %12,2 olacağı öngörülmüştür (Üner ve Fişek, 1961: 6) ancak oluşan durum ile oldukça büyük fark oluşmuştur. Fişek, 1976 tarihli yazısında; bütçedeki rakamın kişi başı 19 Liraya denk geldiğini, aynı dönemde İngiltere'nin 400 Lira, İsrail'in 135 Lira kişi başı sağlık harcaması yaptığını belirtmiştir (Fişek, 1967: 2). Planın uygulandığı varsayıldığında planda belirtilen rakam (55 Lira) ile gerçekleşen rakam arasında (19 Lira⁵²) büyük fark olduğu görülmektedir. Bu dönemdeki Sosyalleştirme programının uygulanamamasının en önemli nedenlerinden birisi ekonomik boyutu olarak gösterilebilir. 1963-1980 yılları arasında kamu kesimi

⁵¹ Başlangıç ödenekleri verileridir.

⁵² DSÖ raporunda (WHO, 1971: 300), 1968 yılı için kişi başı sağlık harcamasının yaklaşık 30 lira olduğunu belirtmiştir.

yatırımlarının sektörlere göre dağılımına bakıldığında imalat ve enerji gibi sektörlerin büyük artış gösterdiği bunun yanında sağlık, eğitim ve tarım kesimine yapılan yatırımların önemli derecede azaldığı görülmektedir (Saybaşı, 1986: 88). Bu dönemin farklı bir özelliği de 1963-1990 yılları arası sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı 3-4,3 arasında olması ve aynı yıllar içinde ayrılan kaynakların %20'lik kısmının koruyucu hizmetlere %80'lik kısmının tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ayrılmış olmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 1990: 4). Bu durum koruyucu hekimlik temelinde sosyalleştirme programının başarısız olmasının nedenleri arasında gösterilmektedir (Küçük, 2018: 140).

1980-2002 Dönemi

1970'li yıllarda dünya ekonomisinin; Vietnam Savaşı sonrası sorunlar, ABD'nin doları altına endekslemekten vazgeçmesiyle Bretton Wood's sabit kur düzeninin sonlanması, petrol fiyatlarındaki (yaklaşık dört kat) artış sonrası enflasyon ve durgunluk ile karşılaşması önemli krizlerin çıkmasına neden olmuştur (Friedman, 1988: 88). 20. yüzyılın büyük bölümünde devlet, çoğu ülkenin ekonomisinde baskın role sahip olmuştur. Birçok hizmet devlet eliyle sunulmuş, bunlar beş yıllık kalkınma planları ile komuta edilmiştir. 1980'lerde ise durum değişmiş, devlet küçülmeye başlamış, sağlık hizmeti gibi devlet eliyle yürütülen hizmetlerde özel sektör de görülmeye başlanmıştır (Buse vd., 2012: 48).

1980'lere kadar gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede devletin rolü genişlemiş, kalkınma ve sosyal hizmetler gibi alanlarda devlet yetki sahibi olmuştur. Devletin yaygın rolü; 1980'lerde hoşnutsuzluk yaratmış, resesyon genişlemiş, demokratik olmayan, ihtiyacı karşılamayan ve hesap vermeyen devlet yönetimi artan şekilde sorgulanmaya başlanmıştır. Devletin küçülmesi tartışılırken, küçülme İngiltere ve ABD'den başlayarak tüm dünyaya yayılmaya başlamıştır. Kamu işletmeleri satılmış, kamu harcamaları azaltılmış ve özel sektör yeniden düzenlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelere ekonomilerinin kötü olması sebep gösterilerek global finans kuruluşları (IMF, DB, Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi) tarafından hazırlanan yapısal düzenleme programları uygulanmaya başlanmıştır. Bu programlar, ilgili ülkelere finansal destek sağlamak koşulu ile devletin küçülmesi ve özelleştirme politikalarının uygulanması amaçlı programlar olmuştur (Walt, 1994: 12).

Türkiye’de bir önceki döneme benzer şekilde 1970’lerin ortasından itibaren ekonomik göstergelerdeki bozulmalar, yüksek enflasyon, bütçe açıkları, dış borç ödemeleri gibi sorunlar dönüşümü hızlandırmıştır. Bir önceki dönemin başlangıcına sebep olan krizdeki (1958-1959) enflasyon oranı ve dış borç miktarı; bu dönemin başlamasına etkili olan krizde (1977) çok daha ağır ve yüksek (enflasyon yaklaşık 3-4 kat ve dış ticaret açığı 7-8 kat fazla) miktardadır. 1980 yılı hemen başında Türkiye’de 24 Ocak kararları olarak bilinen ve sermaye hareketliliği amacıyla alınan kararlar ile ithal ikameci sanayi modelinden, dışa açılmaya geçiş yapılmıştır (Koçyiğit, 2003: 499; Aydın, 2007: 303-304; Kepenek, 2012: 191-192; Pamuk, 2017: 265; Kongar, 2015: 373-376; Boratav, 2012: 147). İngiltere’de Thatcher ve ABD’de Reagan öncülüğünde başlayan serbestleşme hareketi IMF ve DB aracılığı ile borçlarını ödemekte güçlük çeken ülkelere reçete olarak sunulmuştur (Kazgan, 2004: 136).

24 Ocak kararları (TL’nin devalüe edilmesi, sadece dövizin değil fiyatların da piyasaya bırakılması, faiz oranlarının yükseltilmesi ve piyasaya bırakılması, ithalatın tamamen serbestleşmesi ve yabancı sermayeye yönelik kısıtlamaların kaldırılması, ekonomide kamunun ağırlığının azaltılması ve KİT’lerin özelleştirilmesi) ile Türkiye ekonomisi dışa açılmış, devletin rolü azalmış, özel sektörü odağa alan ihracata dayalı bir kalkınma stratejisi benimsenmiştir (Parasız, 1998: 196-204; Çavdar, 2006: 117; Kurtoğlu, 2015: 531; Sönmez, 2009: 30; Şahin, 2012: 189-190; Ahmad, 2014: 155; Eğilmez, 2018: 147). Bu kararların amacı, kısa vadede bütçeyi denkleştirmek ve enflasyonu düşürmek; uzun vadede ise piyasaya ağırlık vererek ihracata dayalı dışa açık bir ekonomi oluşturmaktır denilebilir (Pamuk, 2017: 265). Bu şekilde 1930’lardan 1980’e kadar benimsenen ithal ikameci anlayış değişmiştir (Boratav, 2011: 191). 12 Eylül askeri darbesi sonunda askeri hükümet tarafından oluşturulan anayasa da bu ilkelerle hazırlanmıştır. Bu kararlar ülkenin gelişimini tamamen etkilemiş ve tüm sektörler bu dönüşümden payını almıştır (Savaş vd., 2002: 85; Bulut, 2011: 117; Küçük, 2018: 154).

1983 seçimleriyle göreve gelen ANAP hükümetinin başında olan ve 24 Ocak kararlarının mimarı Özal, neoliberalleşme yönünde adımlar atmaya devam etmiştir. Piyasalaşma yönündeki kararları uygulamak için dış borçlara yönelmiş ve 1980’de 13,5 milyar dolar olan ulusal borç; 1994’te 70 milyar dolara yükselmiştir. Bunun yanında 1985 yılında başlayan ve sürekli devam eden iç borçlar da artış göstermiştir (Zürcher:

2010: 440-441; Boratav, 2011: 194). İlk yıllarda askeri hükümet tarafından uygulanan istikrar politikası sonucu düzelme gösteren enflasyon ve kamu bütçesi; 1987 sonrası eski siyasetçilerin dönmesi sonucu siyasi rekabet ortamında ANAP hükümetinin kamu harcamalarını artırması sonucu artmaya başlamıştır (Boratav, 2011: 192-194; Koçyiğit, 2003: 504-505).

1990 sonrasında koalisyon hükümetlerinin sürdürülebilir önlemler almak yerine kısa vadeli çözümler üretmeye yönelik ek borçlanmaları ve popülist politikaları sonucu enflasyon zirveye çıkmış, bütçe açıkları artmış ve kriz gelmiştir. Hem iç hem de dış borçlanma nedeniyle kamu kesiminin borcu her geçen gün artmış ve 2001 yılında zirveye ulaşmıştır. Bu yıllarda 1990-1991 Körfez Savaşı ve 1997 Doğu Asya krizi olmak üzere iki dış nedenli kriz sonrası sermayenin ülkeden çıkması ve 1994 (5 Nisan Kararları), 2001 yıllarındaki iç nedenli krizler ekonomiye büyük darbeler vurmuştur. Bu iç krizlerin ikisinde de Türkiye, IMF ile stand-by sözleşmesi imzalamak zorunda kalmış ve ekonominin uluslararası sermaye hareketlerine açık kalması sağlanmıştır. Ancak bu anlaşmalar krizlerden kurtulmaya yeterli olmamıştır (Parasız, 1998: 344-354; Kazgan, 2004: 141-145; Çelik ve İsmihan, 2017: 236-238; Pamuk, 2017: 276-283; Kepenek, 2012: 213-215; Ahmad, 2014: 167-169; Zürcher, 2010: 444-452; Koçyiğit, 2003: 508; Eğilmez, 2018: 148-149). Gökçen (2013: 234) bu dönemi, yüksek enflasyon, kamu açıkları, iç ve dış borçların artmasına karşı alınan önlemler genellikle kısa ve orta vadeli olmuş aynı zamanda ekonomiyi istenmeyen bir denge durumundan, başka bir denge durumuna getirmeyi amaçlayan politikaların uygulandığı bir dönem olarak nitelendirmiştir. 1980-2002 dönemine ilişkin belirli ekonomik göstergeler Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26: 1980-2002 Yılları Arası Ekonomik Göstergeler

Yıl	Bütçe (Milyon TL)		GSYH Değişimi (%)	Enflasyon (TÜFE)
	Gelir	Gider		
1980	943	1.102	-2,4 (1987 Baz Yıllı)	115,6
1981	1.443	1.544	4,9	33,9
1982	1.516	1.664	3,6	21,9
1983	2.512	2.790	5,0	31,4
1984	3.493	3.973	6,7	48,4
1985	5.821	5.767	4,2	45,0
1986	6.630	7.844	7,0	34,6
1987	9.894	12.276	9,5	38,9
1988	16.813	20.539	2,1	73,7
1989	30.210	37.750	0,3	63,3
1990	55.067	66.820	9,3	60,3
1991	96.373	129.236	0,9	66,1
1992	174.150	221.215	6,0	70,0
1993	350.845	484.101	8,0	71,1
1994	742.499	890.425	-5,5	125,5
1995	1.347.760	1.704.845	7,2	78,9
1996	2.684.968	3.916.254	7,0	76,5
1997	5.726.932	7.993.610	7,5	99,2
1998	11.635.611	15.466.378	3,1	69,7
1999	18.657.677	27.841.439	-3,4 (1998 Baz Yıllı)	62,9
2000	33.040.903	46.384.291	6,8	39,0
2001	50.890.481	80.186.248	-5,7	68,5
2002	74.603.699	114.963.019	6,2	29,7

Kaynak: TÜİK, 2014: 582; Kalkınma Bakanlığı, 2015: 209; DPT, 2002

Tablo 26’da görüldüğü gibi bütçe açıkları her geçen yıl artarak büyümüştür. Eğilmez (2018: 149) bu dönemin en ciddi sorunu olarak bütçe açıklarını göstermiştir. Bunun yanında askeri hükümetin görev yaptığı 1983 yılı sonuna kadar uygulanan sıkı maliye politikası sonucu, bütçe açıkları daha az olmuş ve enflasyon %30'lara kadar düşmüştür. 1983 sonrasında genişlemeci para ve maliye politikası izlenmiş (Şahin, 2012: 198), enflasyon açık şekilde artarak 1994 yılında krizle birlikte tarihi zirveye ulaşmıştır. 1980-2001 döneminde GSYH yıllık ortalama 3,65 dolayında artış göstermiştir (DPT, 2002: 1). Bunun yanında, bu dönemin sonuna kadar olan süreçte siyasi ortamın da karışık olmasının etkisi ile sorunlar artarak devam etmiş ve 2000 yılının başındaki çeşitli sorunlara bakıldığında; bütçe açıkları, dış borç ve faiz ödemelerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir (Çelebi, 2013: 429-430; Eğilmez,

2018: 149). 1980 yılında GSMH içinde %24,2 olan tarım sektörünün payı, 1999'da %13,4 olarak gerçekleşerek büyük düşüş göstermiş; bunun yanında 1980'de %20,5 olan sanayi sektörünün payı ise 1999'da %27,9'a yükselmiştir (Gökçen, 2013: 234).

DSÖ'nün raporundaki üçüncü nesil reformlar ise 1980'ler ve 1990'larda yapılmıştır. Bu reformların odağında sağlık sektöründe devletin küçülmesi, sektörün piyasa odaklı çalışması, özelleştirilmesi ve desantralize edilmesi gibi hedefler belirlenmiştir (WHO, 2000: 16-17).

Neoliberalleşme, sağlık sektöründe de etkisini fazlasıyla göstermiş, piyasa egemenliğinin güçlenmesi, devletin sosyal alanlarda geri plana çekilmesine⁵³ sebep olmuştur (Kepenek, 2012: 535). 1980'li yıllardan başlayarak tüm dünyada moda haline gelen reform çalışmaları Türkiye'de de yapılmıştır. Türkiye'deki reformların detayına girmeden önce temel olması bakımından reform çalışmalarının tarihine bakılacak olursa; 1980'li yılların başlarında Şili, Arjantin, Meksika, Hindistan, Yeni Zelanda gibi ülkelerde DB öncülüğünde başlayan reform süreci; 1985-1990 arasında Zambiya, Türkiye, Andorra, Tayvan, Sri Lanka, Uganda, Uruguay gibi ülkelerde aynı temelde; 1990-1995 arası dönemde, İngiltere, Kanada, ABD, Avusturya, İtalya, Yunanistan, Danimarka, Kosta Rika, Avusturalya gibi birçok ülkede devam etmiştir (Hamzaoglu, 2013: 174-175). Türkiye'de sağlık reformu adı altında yapılmış bu çalışmaların kapsamı şöyledir (Soyer, 2003: 312; Savaş vd., 2002: 17, 85-86);

- Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- GSS sisteminin kurulması,
- Aile hekimliği sisteminin kurulması,
- Hastanelerin özerk işletmeler haline getirilmesi,
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici bir hale getirilmesi (Yedinci kalkınma planında da bu konular yer bulmuştur)
- Bu reformların gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla üç sağlık projesi hayata geçirilmiştir.

Neoliberalleşme sağlık sektörüne tüm dünyada etkisini gösterirken; 1990'lı yıllarda Türkiye'de de bu yönde çalışmalar ve değişimler söz konusu olmuştur. Bu değişimler ve etkileri aşağıda kısaca özetlenmiştir (Eren ve Tanrıtanır, 1999: 15; Akdur,

⁵³ Sosyal harcamalar bu dönemde özellikle eğitim ve sağlık sektöründe azalmış; bütçeden ayrılan payda azalma görülmüştür (DPT, 2002: 51-53). Bkz. Tablo 27.

2008: 18-19; Soyer, 2003: 310-318; Cevahir, 2016: 80; Sağlık Bakanlığı, 1993: 3-4; Sağlık Bakanlığı, 2007: 254-263; Savaş, 2001: 93-94):

- Dünya Bankası ile yapılan anlaşma sonucu 1990 yılında 1. Sağlık Projesi, 1994 yılında 2. Sağlık Projesi ve 1997 yılında 3. Sağlık Projesi uygulamaya sokulmuştur,
- 1991 yılında Sağlık Reformu tasarım çalışmaları yapılmıştır,
- 1992 ve 1993 yıllarında iki adet Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiştir,
- Ekonomik gücü zayıf bireylerin sağlık hizmetlerine sınırlı da olsa erişiminin sağlanması için Yeşil Kart uygulamasına başlanmıştır,
- 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası adı altında beş amaç (Sağlığın Gelişimine Destek, Çevre Sağlığı, Yaşam Biçimi, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Sağlıklı Türkiye Hedefleri) altında otuz hedef belirlenmiştir,
- Yüksek İhtisas Hastanesi ve Koşuyolu hastanesi 1995 yılında çıkarılan yönetmelikle işletme haline getirilmiştir,
- 1998 ve 2000 yıllarında Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili olarak kanun tasarıları hazırlanmış ancak kanun çıkarılamamıştır,
- Sağlığa ayrılan pay ciddi derecede azalmıştır. Bunun içinde ise koruyucu sağlık hizmeti yatırımları %1'lere kadar düşmüş; yataklı sağlık hizmetlerine olan yarımı ciddi derecede artmıştır,
- Hastaların özel sağlık kuruluşlarına önemli sayıda sevk edilmesi durumu söz konusudur. Bu sevklerin karşılığında devletin ödediği bedel toplam sağlık harcamasının %22'lere ulaştığı görülmüştür,
- Özel sektöre birçok yönden (teşvik primi, destekleme primi, vergi muafiyeti, gümrük muafiyeti gibi) teşvikler sağlanmıştır,
- Devletin önceki dönemlerdeki yerli ilaç vurgusu bu dönemde etkisini yitirmiştir. Bunun yerini ithal ilaçlar almış hatta devlet ilacı kendisi ithal etmemiş, ithal eden firmalardan satın almıştır. Bu durum ilaca ayrılan payı 1980'den 1992'ye yaklaşık iki kat artırmıştır,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklerin meydana geldiği bir dönem olmuştur,

- 1985-1989, 1990-1994, 1996-2000 ve 2001-2005 yıllarını kapsayacak şekilde dört kalkınma planı hazırlanmıştır.

Yukarıda bahsedilen sağlık projelerinin içerikleri ve detayları aşağıda sunulmuştur. Bu projeler neoliberalleşmenin Türkiye’de tüm dünya ile uyumlu şekilde uygulandığının göstergesidir denilebilir.

1. Sağlık Projesi: Türkiye Cumhuriyeti ile DB arasında 24.09.1990 tarihinde 3057-TU numaralı İkras Anlaşması imzalanmıştır. Anlaşma 7 Ekim 1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Anlaşmaya göre; DB 75 milyon dolar kredi sağlayacaktır. Toplam bütçesi 146,6 milyon dolar olan bütçenin geri kalan kısmını Türkiye Cumhuriyeti karşılayacaktır. Proje bölgesi, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Yozgat, Tokat ve Sivas illeridir (Resmi Gazete, 1990: 20658). Proje 1991 yılında başlamış 1997 yılında tamamlanması gerekirken, 1998 yılında tamamlanmıştır (Belek, 2012a: 50). Projenin amaçları kısaca şunlardır (Belek, 2001: 439):

- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak,
- Sağlık hizmetinin sunumunda ve sektörün yönetiminin etkinliğini artıracak önlemler almak,
- Sağlık Bakanlığı’nın yönetim ve teknik kapasitesini güçlendirmek,
- Uzun dönemli amaç ise sağlık reformlarını gerçekleştirmektir.

2. Sağlık Projesi: Türkiye Cumhuriyeti ile DB arasında 28.09.1994 tarihinde 3802-TU numaralı İkras Anlaşması imzalanmıştır. Anlaşma 22.12.1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Anlaşmaya Göre DB 150 milyon dolar kredi sağlayacaktır. Toplam bütçesi yaklaşık 200 milyon dolardır ve geri kalanını Türkiye Cumhuriyeti karşılayacaktır. Proje Bölgesi, Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Şırnak ve Van illeridir (Resmi Gazete, 1994: 22149). Proje, birincinin devamı olacak şekilde 1995-2001 dönemini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır (Belek, 2012a: 51-52). Projenin amaçları ilk projeye benzer olacak şekilde (Belek, 2001: 441; Belek, 2012a: 51):

- Proje illerinde halkın sağlık seviyesini yükseltmek, temel sağlık hizmetlerinin kullanımını ve kalitesini artırmak,

- Hizmet sunumunda etkinlik ve verimliliği artırmak, Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra yönetim kapasitesini geliştirmek ve sağlık reformu çalışmalarını desteklemektir.
- Proje iki ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar; temel sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve sağlık politikaları ile yönetimi güçlendirmektir.

3. Sağlık Projesi: Türkiye Cumhuriyeti ile DB arasında 22.09.1997 tarihinde 4201-TU numaralı İkraz Anlaşması imzalanmıştır. Anlaşma 17.12.1997 tarih ve 22203 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Projenin toplam bütçesi 18,5 milyon dolar olup, anlaşmaya göre DB 14,5 milyon dolar kredi sağlayacaktır. Proje illeri Bilecik ve Eskişehir’dir. Projenin amaçları (Resmi Gazete, 1997: 23203):

- Aile hekimliği sistemi, mali teşvikler ve yeterli altyapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Pilot Sistemini oluşturmak,
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Pilot Sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek,
- Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmektir.

Sağlık projeleri genel olarak başarılı şekilde uygulanamamış, anlaşma gereği planlanan etkinlik ve iyileşmenin sürekli gerisinde bir seyir göstermiştir. Projelerin genel amaçları: Türkiye’de sağlık sisteminin (özellikle de birinci basamak sağlık hizmetleri) kurumsal, yönetsel, enformatik alt yapısını güçlendirmek, reformların uygulanabilmesine zemin hazırlamak ve sağlık sistemini değiştirmektir (Belek, 2001: 440-446). Reformlar bu dönemde gerçekleşmese bile daha sonraki dönemde uygulama alanında kendilerine yer bulmuş ve hayata geçirilmiştir. Bu dönemde neoliberal politikaların sonucu olarak; 1982 yılında 105 özel sağlık kuruluşu (Dernekler, yabancılar ve azınlıklar dâhil) ve bu kuruluşlara ait 4.546 yatak sayısı; 2002 yılında sırasıyla 271’e ve 12.387’ye yükselmiştir. (SSYB, 1983a: 57; Sağlık Bakanlığı, 2015a: 75). Bu değişimin önemli öncülerinden olan DB; 1987, 1993 ve 1997 yıllarındaki raporlarında neoliberalizm vurgusu yapmış, devletin küçülmesi, özel sektörü önceleyen reformlar yapılması gerektiğini vurgulamış, kamu harcamalarında rasyonel kullanımı önermiş, piyasa hâkimiyetini ön planda tutan politikaları ülkelere dayatmıştır.⁵⁴ Bu

⁵⁴ Detaylı bilgi için, World Bank, (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washngton; World Bank, (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*,

politikaların sonucu olarak Türkiye’de bu dönemde sağlığa ayrılan payın düşüş trendi izlediği görülmektedir. Tablo 27’de Sağlık Bakanlığı bütçesinin yıllara göre değişimi ve bütçedeki payı ile çeşitli yıllara ilişkin sağlık harcamaları rakamları verilmiştir.

Tablo 27: 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Harcamaları ve Bütçelerine İlişkin Veriler

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Bin TL) ⁵⁵	Bütçedeki Payı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL) ⁵⁶	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH Oranı (%)
1980	31.822,6	4,05	12,02	4,23
1981	55.431,9	3,56	13,88	3,84
1982	50.098,4	2,78	14,73	3,73
1983	75.226,8	2,89	14,83	3,86
1984	100.106,5	3,05	16,49	3,72
1985	137.462	2,48	22,06	2,9
1986	193.763	2,46	18,36	3,72
1987	304.420	2,53	19,53	3,84
1988	564.990	2,62	22,45	3,39
1989	898.995	2,62	17,03	4,54
1990 ⁵⁷	2.633.217	3,92	17,44	4,85
1991	4.433.762	4,04	23,3	3,8
1992	9.783.005	4,70	43,2	3,76
1993	18.073.981	4,52	73,7	3,69
1994	30.463.327	3,69	140,2	3,61
1995	48.741.551	3,63	260,5	3,32
1996	98.064.401	2,76	561,8	3,71
1997	204.499.276	3,21	1.214	4,09
1998	390.791.701	2,64	2.522	4,76
1999	663.123.501	2,43	4.985	6,2
2000	1.059.855.001	2,26	8.248	6,3
2001	1.280.660.000	2,64	12.396	3,9
2002	2.345.447.691	2,39	18.774	5,4

Kaynak: Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi; Tokat, 1997: 55-58; Tokat, 2001: 40; Erişti vd., 2004: 21; Tokat, 1998: 42; Atasever, 2014: 53; Akın, 2007: 49; DPT, 2002: 51; Yıldırım, 1994: 102; Sağlık Bakanlığı, 2007: 204; Sağlık Bakanlığı, 2004c: 165.

Tablo 27’de görüldüğü üzere neoliberalleşme sonrası dönemde bütçe rakamı artmış ancak dönem sonunda Bakanlığın bütçeden almış olduğu payın ciddi oranda düştüğü görülmektedir. 1991-1995 yılları arasındaki ve 1997 yılındaki yüksek oranların

Oxford University Press, Washington; World Bank, (1997), *World Development Report 1997: The State in a Changing World*, Oxford University Press, Washington belgelerine başvurulabilir.

⁵⁵ Başlangıç ödenekleri verileridir.

⁵⁶ Kamu ve özel sektör toplam harcama tutarını göstermektedir.

⁵⁷ Bütçede ilk kez Sağlık Bakanlığı adı ile yer almıştır. 1989 yılı 356 Sayılı KHK ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Görevlerinden Sosyal Yardımlar Çıkarılmış ve Sağlık Bakanlığı adını almıştır (356 Sayılı KHK, 16. madde).

uygulamaya konulan Sağlık Projeleri sebebiyle gelen dış kaynaklar olduğu söylenebilir. Bu tarihlerde kamu kaynaklarının rasyonel kullanımı politikasından sağlık sektörü de nasibini almış ve bütçedeki payında önemli düşüşler gözlemlenmiştir (Kısa, 2007: 63; Akdur, 1999: 55). 1997 yılı için bir değerlendirmede bulunan Sargutan (2001: 157-158), Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının birçok ülkeden oldukça geride olduğunu belirtmiştir. 2000 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesini ele alan Üstünbaş (2001: 194-195) payın yetersiz olduğunu, ayrıca Bakanlığa verilen payın büyük oranını personel giderlerinin erittiğini yatırıma ayrılan tutarın çok az olduğunu vurgulamıştır. Bu döneme ilişkin olarak 1980 yılında kişi başı sağlık harcaması 55,5 dolar iken; 2000 yılında 135,3 dolara yükselmiştir (Savaş vd., 2002: 51).

Küreselleşme ile birlikte devletin ekonomideki yeri değişmiş ve piyasa egemenliği adına devletin sosyal yöndeki varlığı iyice azalmıştır. Bu kısalma işsizlik, sosyal koruma ve sağlık gibi çeşitli sosyal içerikli konuların ve alanların bozulmasına sebep olmuştur (Kepenek, 2012: 536).

Ülkelerin içinde bulunduğu kriz dönemleri, bireyin ve toplumun sosyoekonomik düzeyinde değişikliğe neden olabileceği gibi sağlık göstergelerinde ve sağlık sistemlerinde de etkili olacaktır (Whitehead, Dahlgren ve Gilson, 2001: 309; Modrek vd., 2013: 2-4; Hopkins, 2006: 355-356). Türkiye'de bu dönemde var olan siyasi istikrarsızlığın yanında ekonomik istikrarsızlık da önemli derecede varlık göstermiştir. İç ve dış sebepli birçok kriz, Türkiye'yi içinden çıkılmaz denilecek şekilde zora sokmuştur. Bu durum sağlık reformlarının hayata geçirilememesinde önemli bir belirleyici olmuştur (Yıldırım, 2016: 45, 67-68, 119; World Bank, 1994: 13, 108; Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 364).

2002 sonrası

2001 krizi sonrası faizlerin yükselişi, sermaye çıkışları, TL'nin büyük oranda değer kaybetmesi, ekonomide küçülmenin meydana gelmesi, işsizlik ve yoksulluğun artması ülkeyi yeni bir çıkış yolu aramaya itmiştir. Bu dönemin hemen öncesinde özellikle dış destek sağlama amacı da içeren sebeplerle DB yöneticisi Kemal Derviş ekonominin başına getirilmiş ve önceki dönemdeki kısa vadeli hedefler yerine uzun vadeli amaçlar ile yola çıkmıştır. Bütçenin denkleştirilmesi, enflasyonun kontrol altına alınması öngörülmüş ve IMF aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Kasım 2002 seçimlerinde göreve gelen AK Parti de bu uygulamaları devam ettirmiştir. AK

Parti, mali disipline oldukça önem vermiş ve kamu borcunun denetim altına alınmasına dikkat etmiştir. Bütçe dengesinin kurulması, enflasyonu da kontrol altına almayı sağlamış ve bu oranlar ilerleyen yıllarda tek hanelere inmiştir. Bunların yanında büyüme rakamlarının da olumlu seyretmesi 2007 seçimlerinde AK Parti'yi tekrar iktidara taşıyan önemli gelişmeler içinde yer almıştır (Pamuk, 2017:285-290; Çelik ve İsmihan, 2017: 239-241; Şahin, 2012: 255; Kayra, 2015: 250-285; Eğilmez, 2018: 152).

AK Parti bu dönemde özelleştirme politikalarına da önem vermiş, KİT'lerin özelleştirilmesi üzerinde durmuş ve bu konuda birçok adım atılmıştır. Özelleştirme sonucu büyük miktarlarda gelir elde edilmiş (2003'te 289 milyon dolar, 2004'te 1,3 milyar dolar, 2005'te 8,2 milyar dolar, 2005'de 8,2 milyar dolar 2006'da 8,1 milyar dolar, 2007'de 4,3 milyar dolar, 2008 ve 2009 toplamı 8,5 milyar dolar) ve 2009 yılına kadar olan dönemdeki büyümede önemli kaynak oluşturmuştur. 2010-2016 arası ise toplam yaklaşık 30 milyar dolar özelleştirme geliri elde edilmiştir. Özelleştirmeden elde edilen kaynakların büyük kısmı hazineye aktarılmıştır. Bunun yanında özel sektörü önceleyen bir politika benimsenmiştir (Kurtoglu, 2015: 674-694; Şahin, 2012: 269-276; Kayra, 2015: 275-287; Eğilmez, 2018: 161). Ayrıca 2002-2012 dönemi içinde 221 milyar dolar dış borç kullanımı,⁵⁸ 86 milyar dolar fiilen gelen yabancı sermaye de ekonomideki dengesizlikleri azaltmıştır (Çelebi, 2013: 445).

2008 yılında ortaya çıkan küresel kriz, Türkiye'de büyümeyi olumsuz etkilemiş (2008 yılı GSYH değişimi 0,7 ve 2009 yılı ise -4,8), dış ticarete daralma yaşanmış, iç talepleri daraltmış ve yabancı sermaye girişini yavaşlatmıştır (Pamuk, 2017:290-291; Çelik ve İsmihan, 2017: 240; Şahin, 2012: 278-279; Kayra, 2015: 293-304).

2002 sonrası döneme genel bir değerlendirme yapıldığında halkın refah seviyesi yükselmiş, kişi başı gelir artmış, enflasyon azalmış, yatırımlar artmış, tüketim toplumu olma özelliği belirginleşmiş, üretim azalmış, dışa bağımlılık artmış, bütçe açıkları artmış, dış ticaret açıkları artmış, kamu kurumlarının bütçelerinde artış görülmüş, sosyal alanlara daha çok kaynak aktarılmıştır (Kayra, 2015: 313-329). Tablo 28'de 2002 sonrası döneme ilişkin belirli ekonomik göstergeler sunulmuştur.

⁵⁸ 2005-2008 dönemi için IMF ile yeni bir stand-by anlaşması imzalanmıştır.

Tablo 28: 2002 Sonrası Ekonomik Göstergeler

Yıl	Bütçe (Bin TL)		GSYH Değişimi (%)	Enflasyon (TÜFE)
	Gelir	Gider		
2002	74.603 699	114.963.019	6,2 (1998 Baz Yıllı)	29,7
2003	98.558 733	139.488.824	5,3	18,4
2004	108.940 174	139.224.735	9,4	9,3
2005	132.658 473	141.663.513	8,4	10,5
2006	169.315 825	175.084.118	6,9	9,7
2007	185.715 245	200.206.450	4,7	8,4
2008	204.183 681	222.055.561	0,7	10,6
2009	209.484 498	262.597.514	-4,8	6,3
2010	246.869 333	288.191.564	8,5 (2009 Baz Yıllı)	8,6
2011	288.103 108	307.039.342	11,1	6,5
2012	323.229 597	353.641.946	4,8	8,9
2013	377.342 211	397.275.132	8,5	7,5
2014	410.959.776	434.265.539	5,2	8,9
2015	466.679.075	491.864.455	6,1	8,8
2016	536.262.725	569.116.635	3,2	8,5
2017	610.259.005	659.558.969	7,4	11,9
2018	732.304.182	804.390.534	2,6	20,3
2019	875.796.214	999.489.433	0,9	11,8

Kaynak: TÜİK, 2014: 582; Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi; Kalkınma Bakanlığı, 2015: 209; TCMB İnternet Sitesi; TÜİK İnternet Sitesi, Tüketici Fiyat Endeksi; TÜİK Haber Bülteni, 2020: 1.

Tablo 28’de görüldüğü üzere Türkiye’de AK Parti iktidarının yaşandığı yaklaşık 17 yıllık dönemde genelde ekonomik yönden büyüme eğiliminin olduğu görülmektedir. 2000-2009 yılında ortalama %4 büyürken; 2010-2016 yılları arası %6,8 büyüme gerçekleşmiştir (Eğilmez, 2018: 154). 2008 yılında tüm dünyada etkisi altına alan kriz Türkiye’de de etkisini göstermiş (Yıldırım, 2010: 50) ve dış ticaret hacminin daralması, yatırımların ve özel harcamaların azalması, likidite yetersizliği ve yabancı para girişinin azalması gibi sebeplerle etkilemiş (Şahin, 2009: 277-278; Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), 2009: 4-5) ve 2009 yılında bir küçülme meydana gelmiştir (Memişoğlu ve Durgun, 2011: 87). Enflasyon rakamları 2002 sonrası hızlı bir düşme süreci yaşamış ve 2017 yılına kadar tek haneli rakamlarda seyretmiştir. 2017 ve sonrası yıllarda enflasyon tekrar yükselmeye başlamış 2019 itibariyle tekrar düşüş eğilimi göstermeye başlamıştır. Bütçe açıkları ise, 2002 yılından günümüze sürekli varlığını sürdürmüş olup belirli yıllarda azalma eğilimine girse de genellikle artış göstermiştir (Kar, 2019: 202-203). Neoliberalleşme eğiliminin devam ettiği bu dönemde Sağlık

Bakanlığı bütçesinin yıllara göre değişimi ve bütçedeki payı ile sağlık harcamalarına ilişkin rakamlar Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29: 2002 Sonrası Sağlık Harcamaları ve Bütçelerine İlişkin Veriler

Yıl	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (TL) ⁵⁹	Bütçedeki Payı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH Oranı (%)
2002	2.345.447.691	2,39	18.774	5,2
2003	3.570.054.000	2,56	24.279	5,2
2004	4.787.751.000	3,04	30.021	5,2
2005	5.462.974.750	3,50	35.359	5,2
2006	7.477.471 (Bin TL)	4,29	44.069	5,6
2007	6.581.455	3,21	50.904	5,8
2008	10.828.070	4,87	57.740	5,8
2009	12.454.024	4,81	57.911	5,8
2010	13.942.196	4,86	61.678	5,3
2011	17.241.263	5,52	68.607	4,9
2012	14.357.938	4,09	74.189	4,7
2013 ⁶⁰	16.687.437	4,13	84.390	4,7
2014 ⁶¹	18.432.918	4,22	94.750	4,6
2015 ⁶²	20.124.498	4,26	104.568	4,5
2016	25.275.105	4,43	119.756	4,6
2017	31.969.457	4,96	140.647	4,5
2018	37.571.386	4,93	165.234	4,4

Kaynak: TÜİK İnternet Sitesi, Sağlık Harcamaları İstatistikleri; Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi; Sağlık Bakanlığı, 2007: 204.

Bu dönemdeki ekonomik toparlanma; faiz giderlerinin azalmasına ve farklı uygulamalar ile gelirlerin artmasına sebep olmuş; eğitim, sağlık ve altyapı gibi alanlara yapılan yatırımları artırmıştır⁶³ (Pamuk, 2017: 292-293). Tablo 29’da da görüldüğü üzere 2002 yılından günümüze kadar sağlık sektörüne ayrılan pay ciddi oranda artmış ve bütçeden alınan bakanlık payı ise %5 düzeyine yaklaşmıştır. Bu oran her ne kadar

⁵⁹ Başlangıç Ödenekleri verileridir.

⁶⁰ 2013 yılı bütçesi miktarı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bütçelerinin toplamını göstermektedir.

⁶¹ 2014 yılı bütçesi miktarı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bütçelerinin toplamını göstermektedir.

⁶² 2015 yılı bütçesi miktarı Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bütçelerinin toplamını göstermektedir.

⁶³ Sağlık alanında yapılan yatırımlar her yıl düzenli olarak artmış, sadece 2008 krizi sonrası dönemde önce azalma göstermiş sonra tekrar artış göstermiştir. Bu kapsamda 2008 yılında devletin sağlık alanına yatırımı 4.126 milyon TL iken; 2009 yılında 2.379 milyon TL’ye gerilemiş, 2010 yılında 2.756 milyon TL olmuş ve sonraki yıllarda tekrar önemli oranda artış göstermeye devam etmiştir (TÜİK İnternet Sitesi, Yatırım Harcamaları)

OECD ülkelerinin gerisinde olsa da yükseliş göstermesi olumlu bir durum olarak görülebilir. Bunun yanında toplam sağlık harcaması, 2002 yılında yaklaşık 19 milyar TL'den; 2018'de yaklaşık 141 milyar TL'ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki oranı sürekli yakın seyretmiş ancak OECD ülkeleri ortalaması olan yaklaşık %8-9 oranının gerisinde kalmıştır (Atasever, 2014: 81; Belek, 2012b:169). Bu dönemde kişi başı sağlık harcamasında önemli artış olmuş ve 2002 yılında 294,8 TL olan tutar; 2017 yılında 1.751 TL ve 2018 yılında ise 2.030 TL olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 190; Atasever, 2014: 83; TÜİK Haber Bülteni, 2018b: 1; TÜİK Haber Bülteni, 2019c: 1).

AK Parti'nin göreve gelmesiyle birlikte sağlık harcamalarında ciddi yükselişler görülmüş (bu artışlar yıllık büyüme hızının üzerinde olmuştur) ve orta gelirli ülkeler düzeyinden yüksek gelirli ülkelere benzemiştir. Bu artış içinde; kamu harcaması büyük oranda artış, hane halkının cepten yaptığı harcamalarda azalma ve özel sağlık sigortası artış göstermiştir. Bu dönemde yapılan harcamaların önemli bölümü hastane harcamalarına ayrılırken halk sağlığı harcamalarına aktarılan tutarın yetersiz olduğu görülmüştür (Belek, 2012b: 164-174).

Bu dönemde uygulamaya başlanan SDP ile ilgili olarak Türkiye ile DB arasında birçok borç anlaşması imzalanmıştır. Bu borç anlaşmalarının da sağlığa ayrılan pay üzerinde önemli etkisi olduğunu ve uygulamayı kolaylaştırdığını söylemek mümkündür. Bu borç anlaşmalarına ilişkin bilgiler Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30: Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Yapılan Borç Anlaşmalarına İlişkin Bilgiler

Sağlık Sektörü ile İlgisi	Anlaşma Adı ⁶⁴	Anlaşma Tarihi	Proje Numarası	Anlaşma Dönemi	Anlaşma Yapılan Kurum	Borç Tutarı
Doğrudan İlgili	Health Transition Project	20 Mayıs 2004	74053	2004-2008	Dünya Bankası	49,42 Milyon Euro (71,22 Milyon USD)
	Health Transition Project (Süre Uzatma Projesi)	4 Haziran 2007	74053	31 Aralık 2007 - 31 Aralık 2008	Dünya Bankası	-
	Health Transformation and Social Security Reform Project ⁶⁵	3 Haziran 2009	7717-TU	31 Temmuz 2009 - 31 Temmuz 2013	Dünya Bankası	56,10 Milyon Euro (75,12 Milyon USD)
Dolaylı Olarak İlgili ⁶⁶	Programmatic Public Sector Development Policy Loan (PPDPL1)	5 Haziran 2006	36274-TR	-	Dünya Bankası	403 Milyon Euro
	Programmatic Public Sector Development Policy Loan (PPDPL2)	17 Mayıs 2008	43473-TR	-	Dünya Bankası	255 Milyon Euro (400 Milyon USD)

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

⁶⁴ Anlaşmaların içeriği ve kapsamı ile ilgili detaylı bilgilere, <http://documents.worldbank.org/curated/en/632361468764374671/pdf/27717.pdf>, <http://documents.worldbank.org/curated/en/346791468121134178/pdf/ICR7800P0740531C0disclosed091241101.pdf>, <http://documents.worldbank.org/curated/en/416431468308041441/Turkey-Turkey-Health-Transformation-and-Social-Security-Reform-Project>, <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P071052?lang=en> bağlantılarından ulaşılabilir.

⁶⁵ Bu anlaşmanın dayanağını, 14 Mayıs 2009 tarihli 46115-TR numaralı “Türkiye Cumhuriyeti’ne Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (UPK2) İçin 56,10 Milyon Euro Değerindeki (75,125,000 ABD Doları) İkras Teklifi Hakkında Proje Değerlendirme Dokümanı” oluşturmaktadır.

⁶⁶ Dolaylı olarak etkili olan PPDPL1 ve PPDPL 2 anlaşmaları içinde sağlıkta dönüşüm ile ilgili olarak önemli maddeler bulunmaktadır bu sebeple dolaylı etkili olarak adlandırılmıştır.

Tablo 30’da görüldüğü üzere 2002 sonrası dönemde SDP’nin uygulanabilmesi için DB ile SDP’nin birinci ve ikinci aşaması olmak üzere borç anlaşmaları imzalanmıştır. Bunun yanında PPDPL1 ve PPDPL2 anlaşmaları ile yine SDP’nin dolaylı olarak uygulanması desteklenmiş ve kaynak yaratılmıştır (Belek, 2012b: 25-41).

Ekonomik ortam bölümündeki bilgilerden hareketle kısa bir genel değerlendirme yapılacak olursa; Cumhuriyetin ilk yıllarında sıkı maliye ve para politikası benimsenmiş ve sağlık sektörüne dönemin koşullarının elverdiği şekilde kaynak aktarılmıştır. Bu dönemde tüm dünyayı etkisi altına alan Büyük Buhran Türkiye’yi de etkilemiş ve sonrasında devletçilik ana ekonomik dayanak haline gelmiştir. 1938 sonrası dönemde de devletçilik modeli DP’nin iktidara geldiği yıllara kadar hâkim ideoloji olurken; DP sonrası dönemde liberalleşme eğilimi görülmüş ve Marshall planı uygulamaya sokulmuştur. 1950 sonrası dönemde bütçe açık vermeye başlamış ve enflasyon da artış göstermiştir. 1938 sonrası dönemde sağlık sektörünün payında önemli artış görülmüştür. 1960 dönemi sonrası planlı dönemde; ilk yıllarda benimsenen sıkı maliye politikası sonrası bütçe denk hale gelirken; 1963 sonrası dönemde tekrar artış eğilimine girmiş, bunun yanında enflasyon da artmıştır. Sosyalleştirme programının etkisiyle sağlık sektörüne ayrılan pay artmış ancak bütçe içindeki oran azalma göstermiştir. Sosyalleştirme programının uygulanamamasının en önemli nedenlerinden birisi, ekonomik desteğin olmayışıdır. 1980 sonrası dönemde ise; benimsenen neoliberal politikalar sonucu, bütçe açıkları, dış borç ve enflasyon önemli derecede artmış ve dönem sonunda krizi getirmiştir. Bu dönemde neoliberalleşmenin izleri her sektörde hissedilmiştir. Sağlık sektörüne ayrılan pay azalmış 1985’te %2,46’ya (bkz. Tablo 27) kadar düşmüştür. 2002 sonrası dönemde bütçe açıkları ve enflasyon, ilk yıllarda önemli düşüş göstermiştir. Bunun sonucunda enflasyon tek hanelere inmiş ancak son yıllarda bütçe açıklarının tekrar arttığı görülmüştür. Sağlık sektörüne ayrılan pay önemli artış göstermiş yaklaşık %5 civarında seyretmiştir.

4.5.1.3 Demografik ve Epidemiyolojik Ortam

Planların hazırlanma sürecinde toplumun nüfusu, nüfusun yapısı, yaş dağılımı, doğurganlık ve ölüm oranları, ölüm nedenleri, epidemiyolojik yapısı hayati öneme sahiptir. Planlamacılar, toplumun bu değişkenlerini göz önüne alarak, plana dâhil eder ve bu değişkenlere ilişkin hedefler koyarsa planın uygulama başarısını artırabilirler. Bu başlıkta belirlenen dönemler altında Türkiye’nin hem demografik hem de

epidemiyolojik olarak nasıl dönüşüm yaşadığı aktarılacaktır. Türkiye’de demografik dönüşüm farklı dönemler halinde incelenmektedir (Aysal, 2019: 142). Ancak araştırma bölümünde uyumluluk ve tutarlılık sağlama adına diğer bölümlerde olduğu gibi 1920-1938, 1938-1960, 1960-1980, 1980-2002 ve 2002 sonrası şeklinde ele alınacaktır.

1920-1938 Dönemi

Cumhuriyetin ilk yıllarında Türkiye’nin savaşlar ve hastalıklar nedeniyle nüfusunun önemli bir kısmını kaybetmiş olması, tarımda çalışılacak nüfusa ihtiyaç duyulması, güçlü bir orduya sahip olma zorunluluğu, Avrupalı devletlerin Anadolu’nun Türk yurdu olmadığını iddia etmesi ve Türkiye’nin nüfusunun gösterilenden daha az olduğunu belirten söylemleri gibi sebeplerle pronatalist (doğumları teşvik edici ve doğum oranını artırmaya yönelik) politika izlenmiştir (Oktay, 2013: 36-38; Nüfusbilim Derneği, 2016: 16; Aysan, 2019: 144-145).⁶⁷

Bu dönemde 1930 yılındaki Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle başlayan ve 1960 yılına kadar devam eden süreçte gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu yönde propagandaların yapılması yasaklanmıştır. 1936 yılında yapılan düzenleme ile kasıtlı çocuk düşürmek (abortus) veya düşürtmek suç kapsamına alınmıştır. 1926 yılında evlilik yaşı erkekler için asgari 18, kadınlar için 17 olarak düzenlenmiş; 1938’de erkekler için 17, kadınlar için 15 yaş olarak belirlenmiştir. Ayrıca altıdan fazla çocuklu annelere madalya verilmesi ve yol vergisinden muaf tutulması gibi teşvikler de uygulanmıştır (Fişek, 1964b: 6; Fişek 1983b: 10; Oktay, 2013: 36-38; Aysan, 2019: 145). Türkiye’nin bu dönemdeki nüfus verileri Tablo 31’de sunulmuştur.

Tablo 31: 1920-1938 Yılları Arası Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Cinsiyet	Nüfus Artış Hızı (%)
1927	13.648.270	Erkek: 6.563.879 / Kadın: 7.084.391	-
1935	16.158.018	Erkek: 7.936.770 / Kadın: 8.221.248	21,1

Kaynak: TÜİK, 2014: 5

Cumhuriyet’in ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmış, 1935 yılına gelindiğinde nüfus artış hızı %21,1 olmuştur. Kadın-Erkek oranına bakıldığında kadınların üstünlüğü

⁶⁷ Demografik geçiş kuramına göre, tüm toplumlar Avrupa’nın tecrübe ettiği üç demografik aşamayı yaşayacaktır. Bunlardan ilki yüksek doğum oranı ve yüksek ölümölülük oranının olduğu dönemdir. İkinci aşama ölüm oranı hızla düşerken doğum oranı daha yavaş düşer ve ülke nüfusu hızla artmaya başlar. Üçüncü aşama ise, ölüm oranı ile birlikte doğum oranının da düşük seviyeye ulaşması ve nüfusun durağan hale gelmesidir (Aysan, 2019: 141).

görülmektedir. Savaş yılları göz önüne alındığında bu durum normal kabul edilebilir (Kongar, 2015: 523). 1927 yılına ilişkin yaş dağılımı ile ilgili bilgiler bulunmamaktadır. Tablo 32’de 1935 yılı nüfus sayımına ilişkin yaş dağılımı verilmiştir.

Tablo 32: 1935 Yılı Nüfusun Yaş Dağılımı

Yıl Yaş Aralığı	1935
0-14	6.662.593
15-64	8.795.512
65+	628.041
Ortanca Yaş	21,2

Kaynak: TÜİK, 2014: 17; TÜİK İnternet Sitesi, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı %4 ve daha aşağı ise o ülke, genç ülke kabul edilir (Kongar, 2015: 525). Bunun yanında 0-14 yaş aralığı genç nüfus, 15-64 yaş aralığı üretken nüfus ve 65 ve üstü yaş ise yaşlı nüfus olarak adlandırılmaktadır. 0-14 yaş ve 65 üstü yaş kategorileri, bağımlı nüfus olarak tanımlanmaktadır (Hoşgör ve Tansel, 2010: 33). 1935 yılı nüfusunun yaş dağılımına bakıldığında Türkiye’nin, genç ülke sınıfına girdiği görülmektedir (65+ yaş oranı %3,9). Tabloda görüldüğü üzere nüfusun %45’ini bağımlı nüfus oluşturmaktadır. Ortanca yaş da bu durumu doğrular nitelikte 21,2’dir. Savaş sonrası dönemde 15 yaş altındaki nüfus %40 seviyesinde (Fişek, 1983b: 9) iken; 1935 sayımlarında da bu oran aynı kalmıştır. Bu dönemde kadın başına çocuk oranı 5,5 ile 7 arasında değişim göstermiştir (DİE, 1995: 9).

Cumhuriyet döneminde sağlık, devletin bir kamu hizmeti olarak görülmüş, toplumun sağlık seviyesinin yükselmesi için özellikle sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması için çalışılan bir dönem olmuştur (Ersevinç, 2008: 1389; Dedeoğlu, 2008: 430). Kurtuluş savaşı sonrası bu dönemin başında özellikle çiçek, tifüs, kolera, hummai racia (dönek ateşi), frengi, trahom, verem ve sıtma gibi bulaşıcı ve salgın hastalıklar yaygın bir durumdadır. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklar ile ilgili çıkarılan kanunlar politik ortam bölümünde ele alınmıştır. Toplumun %50’sinde sıtmalılı hastalığı görülmüştür. Bu döneme ilişkin olarak sıtma, dönem başında Samsun bölgesinde %70, Ordu’da %50, Söke civarında %44, Denizli %90, Antalya’da %86⁶⁸, Balıkesir %82, Malatya ve Trakya Bölgesinde %25-30 oranlarında görülmüştür. 1925 yılında muayene edilen 25.418 kişiden 1.343’ünde (%56,4) ve 1932

⁶⁸ 1921 yılında nüfusu 200.000 tahmin edilen Antalya ilinde sıtmalılı sayısının 172.000’e yaklaştığı tahmin edilmektedir (Gümüüşçü, 2017: 208).

yılında muayene edilen 1.677.908 kişiden 72.500'ünde (%43,2) sıtma paraziti bulunmuştur (Aksu, 1943: 26; Tuğluoğlu, 2008: 353; Özkaya, 2016: 77-82; Gümüşçü, 2017: 208). Sıtma için sadece 1925 yılında vatandaşlara İzmir'de 125 kilogram (kg), Konya'da 118 kg, adana 107 kg olmak üzere 71 ilde toplam 2.274 kg kinin⁶⁹ dağıtılmıştır. 1925-1938 yılları arası dönemde 1.161.215 metre uzunluğunda kanal açılmış ve 66.375 hektar bataklık kurutulmuş, yine aynı dönemde toplam 9.075 kg kinin dağıtılmıştır⁷⁰ (Gümüşçü, 2017: 208). Sağlık Dergisi'nde yer alan bir yazıda (SSYB, 1961: 48), sıtmanın köylü halkın çalışma gücünü olumsuz yönde etkilediğini ve zirai gelirin önemli şekilde azaldığını ve ülke ekonomisini önemli derecede etkilediği vurgulanmıştır. Bu konuda Ersevinç (2019: 179) de, bu dönemdeki salgın hastalıklarla mücadelenin iki temel nedeninin, nüfus sorunu ve ekonomik kayıpların önlenmesi olduğunu vurgulamıştır.

Güney ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki halkın önemli bir bölümü trahom hastalığından etkilenmiştir. Trahomlu sayısının dönem başında yaklaşık üç milyon olduğu ve özellikle Güney Doğu bölgesindeki illerde trahom prevalansının %40-90 olduğu belirtilmiştir (Fişek ve Dirican, 1973: 5; Özkaya, 2016: 77; Dedeoğlu, 2008: 430). 1925'te adı körler memleketi olarak bilinen Adıyaman'da, 1930 yılına kadar olan sürede ise Adana, Gaziantep, Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Besni, Siverek ve Kilis'te; 1930'da Adana'da 20-40 yataklı bir trahom hastaneleri açılmıştır. Aynı dönemde bu illerde 25 adet trahomlu okulu bulunmaktadır ve bu okullara her gün bir sağlık memuru gönderilerek hastalıkları takip edilmiştir (Ovalı, 2017: 216).

Bulaşıcı hastalıkların yanında çocuk ölümleri de ciddi bir sorun olarak durmaktadır. Bu konuda 1927 yılında Bakanlık tarafından Bursa, Balıkesir, Aydın, Konya, Adana, Cebelibereket (Osmaniye), İzmir ve Denizli illerinde 1309 köyde ve 487.146 nüfus arasında yaptırılan ankette 1 yaş altı ölüm oranının %156 olduğu ortaya çıkmıştır. 1920'lerin başlarında genel ölüm hızı %20'nin üzerinde olup verem, ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (SSYB, 1982: 40, 98; SSYB, 1973: 129). Ancak bu dönemde birçok bulaşıcı hastalık ve sağlık sorunu ile savaş mevcut olması sebebiyle, verem ile ilgili olarak önemli bir mücadele görülmemiştir. Ancak 1924 yılında Heybeliada Verem Sanatoryumu açılmıştır. Bunun yanında 1923'de Behçet Uz İzmir'de

⁶⁹ Kinin, sıtma (malaria) hastalığında kullanılan en önemli ilaçlardan biridir.

⁷⁰ Ovalı (2017: 216), dağıtılan kinin miktarlarını; 1921 yılında 250 kg ve 1931 yılında 28.500 kg olarak belirtmiştir.

Verem Savaş Derneği'ni kurmuştur. Dr. Tevfik Sağlam ve arkadaşları bireysel bazda önemli çabalar sarf etmiş (Fişek ve Dirican, 1973: 5; Özkaya, 2016: 79) ve 1927'de kurdukları İstanbul Verem Savaş Derneğini geliştirmek için oldukça önemli çabalar sarf etmiş; 1948 yılında Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği onun ve arkadaşlarının çabasıyla kurulmuştur (Fişek, 1991b, 64).

CHP'nin yayımlamış olduğu On Beş Yıl isimli kitapta, bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla yoğun mücadele edildiği belirtilmiştir. Bu kapsamda bulaşıcı hastalıklar için önemli miktarlarda kuduz⁷¹, çiçek, BCG⁷², difteri, tetanos vb. aşı ve serum üretimi yapıldığı ve birimlere sevk edildiği rakamlarla gösterilmiştir. Ayrıca özellikle bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak sıhhi filmler, renkli afişler, sağlık risale ve broşürleri, sıhhi müzeler, sıhhi sergiler ve radyo konferansları aracılığıyla halkın bilinçlendirilmesi için yoğun çalışmalar yapılmıştır (CHP, 1938: 338-342, 357-359).

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında birçok kanun çıkarılmış ve çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca bu dönemde düzenlenen Milli Tıp Kongrelerinin ilk üçü özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda yapılmıştır. 1925'teki 1. Milli Tıp Kongresinin ana gündem maddesi sıtma ve cerrahi verem, 1927'deki trahom ve verem tedavisi ve 1929'dakinde ise frengi ve kızıl tartışılmıştır (Özkaya, 2016: 78; Arıkan, 2005: 212). Kanunların yanı sıra devletin, bulaşıcı hastalıklar ile mücadeleye verdiği önemi Nusret Fişek kendisi ile yapılan röportajda; Gaziantep'e trahomla mücadeleye gönderilen göz hastalıkları uzmanına, milletvekili maaşının üç katı maaş verildiğini ve genç hekimlere sıtma ile savaşmaları için mezuniyetten hemen sonra vali maaşının çok üstünde bir maaş verildiğini belirterek anlatmıştır (Öztek, 1992: 2-3). Ayrıca trahom için 1925'te Adıyaman'dan başlamak üzere Antep, Urfa, Malatya, Adana ve Maraş'ta dispanser veya hastaneler açılmıştır (Özkaya, 2016: 82).

Sıtma ile mücadelede 1937 yılında yaklaşık 2,5 milyon kişi muayene edilmiş, 735 bin kan muayenesi yapılmış, 1937 yılına kadar önemli sayıda bataklık kurutulmuş ve kanallar açılmıştır. Frengi ile mücadelede 1937 yılına kadar yaklaşık bir milyon vatandaş muayene edilmiş, önemli miktarlarda ilaç üretilmiş, yaklaşık 500 bin vatandaşın serolojik muayenesi yapılmıştır. Trahomla mücadelede 1937 yılına kadar seyyar teşkilat ile yaklaşık 3 milyon kişi muayene edilmiş ve yaklaşık 35 bin ameliyat

⁷¹ Kuduz serumu, Hıfzıssıhha Mektebinde 1937 yılında üretilmeye başlanmıştır (Aksakal, 2017: 227).

⁷² 1927 yılında BCG aşısı üretimi başlamıştır (Gümüşçü, 2017: 209-210).

yapılmıştır (CHP, 1938: 374-385). Bu dönemde dikey örgütlenme modeli ile bulaşıcı hastalıklarla yoğun mücadele edilmiş ve çalışmalar sonucunda sıtma büyük oranda kontrol altına alınmış (1940 yılına kadar sıtma oranı %11'e kadar düşmüş), trahomun sebep olduğu ve özellikle Güney ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde görülen körlük önlenmiş (1940 yılına kadar trahom oranı %20'ye kadar düşmüş), frengi ile savaş konusunda⁷³ önemli adımlar atılmış, çiçek aşısı ile bu hastalık kontrol altına alınmış ve tifüs, hummai racia ve kuduz görülmez hale gelmiştir (SSYB, 1982: 43; Sağlık Bakanlığı, 2004a: 8).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında bu dönemde devlet önemli yükler üstlenmiş, özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunulması ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli bir eşik atlanmıştır. Ülkenin sağlık standartlarını iyileştirmek, nüfusu artırmak, doğurganlığı artırıcı politikalar izlemek ve halk sağlığı politikaları izlenerek sağlıklı bir ulus oluşturma çabası amaç olmuştur (Küçük, 2018: 89).

1938-1960 Dönemi

1923-1950 yılları arası hem doğum hem de ölüm oranlarının yüksek olduğu dönem olarak bilinmektedir. 1940-1960 döneminde kadın başına çocuk sayısı 6 ile 6,5 arasında değişim göstermiş ve yüksek seyretmeye devam etmiştir (DİE, 1995: 4-9). Bir önceki dönemde benimsenen nüfus artırıcı politikanın etkisi bu dönemde de devam etmiş ve nüfus artış hızı rakamlarına yansımıştır (Nüfusbilim Derneği, 2016: 16). 1938 yılında yapılan düzenleme ile çocuklar için vergi muafiyeti, sahip olunan çocuk sayısı ile orantılı kaynak aktarımı, fazla çocuk sahibi olanlara toprak tahsisatında öncelik verilmesi gibi teşvikler getirilmiştir. Daha sonraki yıllarda memurlara çocuk yardımı, çocuk sayısı ile orantılı gelir vergisi muafiyeti gibi teşvikler devam etmiştir (Oktay, 2013: 39). Bu döneme ilişkin nüfus bilgileri Tablo 33'de sunulmuştur.

Tablo 33: 1938-1960 Yılları Arası Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Cinsiyet	Nüfus Artış Hızı (‰)
1940	17.820.950	Erkek: 8.898.912 / Kadın: 8.922.038	17,0
1945	18.790.174	Erkek: 9.446.580 / Kadın: 9.343.594	10,6
1950	20.947.188	Erkek: 10.572.557 / Kadın: 10.374.631	21,7
1955	24.064.763	Erkek: 12.233.421 / Kadın: 11.831.342	27,8
1960	27.754.820	Erkek: 14.163.888 / Kadın: 13.590.932	28,5

Kaynak: TÜİK, 2014: 5

⁷³ Frengi ile ilgili olarak 1933 yılına kadar olan dönemde Ordu, Balıkesir, Sivas, Bursa ve Zonguldak'ta çalışmalar yoğunluk göstermiştir.

1939 yılında Hatay'ın Türkiye'ye bağlanması ile nüfus daha da artmış 1960 yılına gelindiğinde nüfus iki kattan fazla artmış duruma gelmiştir. 1945 yılında Kadın-Erkek oranında değişim görülmüş, 1945 ve sonraki yıllarda erkek nüfusu, kadın nüfusundan fazla olmuştur. Her sayımda nüfus artış hızı düzenli olarak artmıştır. Yalnızca 1945 yılındaki sayımda oranın düşük olması, İkinci Dünya Savaşı'nın etkisi olarak görülmektedir. 1955 ve 1960 nüfus sayımlarında, nüfus artış hızı Türkiye'nin tarihi seviyelerinin yaşandığı yıllar olarak görülmektedir. Tablo 34'de 1940-1960 yılları arası nüfus sayımına ilişkin yaş dağılımları verilmiştir.

Tablo 34: 1938-1960 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı

Yıl Yaş Aralığı	1940	1945	1950	1955	1960
0-14	7.503.326	7.421.263	8.018.479	9.475.220	11.427.006
15-64	9.668.796	10.717.968	12.211.300	13.729.233	15.299.311
65+	629.859	626.543	690.662	822.408	978.732
Ortanca Yaş	19,6	20,0	20,1	20,4	20,3

Kaynak: TÜİK, 2014: 17; TÜİK İnternet Sitesi, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Bu dönemde genç nüfus oranı daha da artmış, yaşlı nüfusun oranında dönem sonunda dönem başına göre azalma görülmüştür (1960 yılı 65+ oranı %3,5). Ortalama yaş ise dönem sonunda 20,3 olarak gerçekleşmiş ve gençleşmenin olduğunu göstermiştir. 1960 yılında bağımlı nüfusun %44 oranında olduğu ve bir önceki dönem ile yakın seyrettiği görülmektedir. Tablo 35'de 1935-1960 yılları arası çeşitli sağlık istatistikleri sunulmuştur.

Tablo 35: 1935-1960 Yılları Arası Sağlık İstatistikleri

Yıllar	Kaba Doğum Hızı (%)	Kaba Ölüm Hızı (%)	Bebek Ölüm Oranı (%)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
1935-1939	51,0	34,6	-	-
1940-1944	50,2	39,6	-	-
1945-1949	47,8	28,1	270	38,1
1950-1954	46,7	20,7	257	43,6
1955-1959	45,0	17,8	221	48,1
1960-1964	41,2	14,7	185	52,1
1965-1969	38,4	12,7	149	55,6

Kaynak: Fişek ve Dirican, 1973: 7; Fişek, 1983b: 9

Doğurganlık oranı, hem ülkenin gelecekteki nüfus dağılımını belirleyen hem de sağlık hizmetlerini etkileyen önemli bir orandır (Akça ve Ela, 2012: 224). Kaba doğum ve kaba ölüm oranlarına bakıldığında; kaba doğum oranı belirli seviyelerde yakın

kalmış (1945-1960) ancak 1960 sonrası önemli düşüş göstermiş, kaba ölüm hızı ise ciddi ve sürekli düşüş göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde ölüm oranları düşerken; doğurganlık oranı yüksek kalmaya devam etmiştir (Aysan, 2019: 145-146). Bu durum az gelişmiş ülkelerin nüfus patlaması durumunu ortaya çıkarmıştır (Fişek, 1985: 7). Bu dönemde doğumda beklenen yaşam süresinde ise sürekli artış görülmüştür. Bu dönemin sonlarında aşırı doğurganlık, ana-çocuk ölümleri ile sonuçlanmıştır. Özellikle 1955 ve 1960 yıllarındaki aşırı artış ve olumsuz ana-çocuk sağlığı durumları yetkililerin dikkatini çekmiştir. 1958 yılında Dr. Zekai Burak, SSYB'ye durumu bildiren ve Türkiye'de gebeliği önleyici araç ve ilaçların serbest bırakılmasını öneren bir mektup yazmıştır. Öneriye ilişkin bir kurul kurulup bu öneriyi desteklese de bürokratik sebeplerle uygulamaya geçmemiştir (Fişek, 1983b: 10; Öztekin, 1992: 7-8; Oktay, 2013: 40-41).

1940'lardan 1960'lara kadar olan süreçte uluslararası sağlık politikaları ağırlıklı olarak iki yönde seyretmiştir. Bunlar; hastane hizmetleri, tıp ve hemşirelik eğitimi ile bulaşıcı hastalıkları önlemek ve kontrol altına almaktır (Küçük, 2018: 147). Bu dönemin hemen başında başlayan 2. Dünya Savaşı, 1945 yılında sona ermiş, Türkiye savaşa girmemesine rağmen olumsuz şekilde etkilenmiştir. Her ne kadar savaş öncesi 1940 yılına kadar %11 seviyesine düşen sıtma ve diğer hastalıklarda azalmalar olsa da (Özkaya, 2016: 80); savaş sonrası dönemde artışa geçerek sıtma, çiçek, frengi ve küzüm gibi hastalıklar yaygın olarak görülmüştür. 1942 yılında yapılan kan incelemeleri içinde sıtmalı kişi oranı %32,13 ile tarihin en yüksek seviyelerinden birine ulaşmıştır. 1945 yılında *Sıtma ile Olağanüstü Savaş Kanunu* çıkarılmış ve yoğun çabalar sonucu sıtmalı sayısında ciddi düşüşler görülmüştür. 1950'lerin başlarında sıtmalı oranı % 14,3'e kadar inerek salgın boyutundan çıkmıştır.⁷⁴ Yine bu dönemde çocuk ölümleri de oldukça yoğun şekilde görülmüştür (Soyer, 2004: 84; Fişek ve Dirican, 1973: 5; Aydın, 1998: 23; Demirel, 2008: 102; Tuğluoğlu, 2008: 358). Bu dönemde sıtmanın mevcut durumu ile ilgili olarak BOYMSP içinde yer alan bir açıklama şu şekildedir; "1945 yılında 2,5 milyon sıtmalı tedavi edilmiştir. Sıtmalı hastaların en az dört gün çalışmadıkları kabul edilse senede on milyon çalışma günü

⁷⁴ Bu dönemde sıtma için 1949-1952 yılları arasında yaklaşık dört milyon lira kaynak harcanmış ve bu paralarla önemli miktarda alet, taşıt ve çok zehirli ve inatçı bir böcek öldürücü olan Dikloro Difenil Trikloroethan (DDT) gibi ilaçlar alınmıştır (Küçük, 2018: 148). DSÖ'de raporunda (WHO, 1959: 302), Türkiye'deki sıtma kontrol önlemlerin artırıldığını ve 1950 yılında 109 ton 1955 yılında 595 ton DDT kullanıldığını belirtmiştir.

kaybettiğimiz anlaşılır. Bir işçi gündeliği üç Lira olduğundan yalnız sıtmalıların çalışmadıkları günler yüzünden kaybımız otuz milyon Liradır” (SSYB, 1946: 10). DSÖ’nün raporunda (WHO, 1962: 264); bulaşıcı hastalıklar arasında 1960 yılında en sık bildirilenler olarak, trahom (34.731 vaka); kızamık (15.926), tifo ateşi (6.884), boğmaca-öksürük (6.631), frengi (4.115)⁷⁵ ve difteri (3.532) şeklinde gösterilmiştir. Raporda ayrıca bu dönemde 1960 boyunca çiçek hastalığı için 4.202.633, difteri için 904.815, tifo ve paratifoid için 3.866.418, BCG aşısı 1.313.861 ve boğmaca-öksürük için 224.850 aşılama işlemi gerçekleştirildiği belirtilmiştir.⁷⁶

Sağlık Bakanlığı’nın 1943-1947 yılları arasında Ankara, Bursa, Eskişehir, İstanbul ve İzmir şehirlerinde yaptığı araştırmada veremden ölümler ilk üç sırada yer almış ve genel ölümler içindeki oranı yaklaşık %13,5 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2004a: 8) Türkiye’de verem savaşı, gönüllü kuruluşların teşebbüsü ile başlamış ve resmi kuruluşların işbirliği ile genişletilmiştir. 1949 yılındaki *Veremle Mücadele Kanunu*’nun kabulü sonrası 1953 yılında başlatılan BCG aşısı kampanyası ile 29 milyon kişiye aşı yapılmış ve bu hastalıkla sıra dışı bir mücadele verilerek önemli başarılar elde edilmiştir. Bu süreçte DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ile anlaşma yapılmıştır (Özkaya, 2016: 79). Dönem sonunda çiçek hastalığı ortadan kalkmış, tifüs hastalığı ise yok denecek kadar az görülmeye başlanmıştır (Demirel, 2008: 107). Önceki dönemle birlikte bu dönemde tüm dünya ile benzer şekilde özellikle bulaşıcı hastalıklara ilişkin politikalar benimsendiği görülmektedir (Topkaya, 2016: 711).

DSÖ’nün İkinci Dünya Sağlık Raporunda (WHO, 1962: 264), 1959’da Türkiye’de ölümün en önemli nedenleri olarak: kalp hastalığı (17.698 ölüm), pnömoni (16.889), erken bebeklik dönemine özgü hastalıklar (11.885), gastrit, duodenit, enterit ve kolit (11.176), tüberküloz (6.170), malign neoplazmlar (5.035), merkezi sinir sisteminin vasküler lezyonları (3.972) ve kazalar (3.586) olarak belirtilmiştir.

1960-1980 Dönemi

1960 yılında gerçekleşen darbe sonrası dönemde nüfus politikasının değiştirilmesi için SSYB çeşitli gayretler göstermiş ve DPT ile ilişkiler kurmuştur. 1960

⁷⁵ Frengi ile ilgili olarak bu dönemde 1951 yılında beş zührevi hastalıklar hastanesi (üç İstanbul, bir Ankara ve bir İzmir’de olmak üzere) açılmıştır (Özkaya, 2016: 81).

⁷⁶ Raporda verilen rakamların gerçekleşme oranlarının biraz daha fazla olduğu belirtilmiştir.

yılındaki görüşmeler sonucu Bakanlık ve DPT birlikte karar vererek antinatalist (nüfus artış hızını azaltmaya yönelik) politikanın kabul edilmesinde birleşmişlerdir ve Birinci BYKP’de bu politika yerini almıştır. 1962 yılında TBMM’de tartışılan kanun 1965 yılında kabul edilerek uygulamaya geçmiştir (557 Sayılı Kanun). Bu yıllar arasında 1963 yılında Nüfus Konseyi (Population Council) ile işbirliği yapılmış ve heyet başkanı Dr. Corsa tarafından Türkiye’de incelemeler yapılarak rapor sunulmuştur (Fişek, 1964b: 9). Kanunun kabulü sonrası gebeliği önleyici araç ve ilaçların yapımı, satışı ve kullanılması serbest bırakılmış, SSYB tarafından klinikler açılmış ve halka eğitim verilmesi konusunda çalışmalar yapılmıştır.⁷⁷ Ayrıca nüfus planlaması çalışmalarına, Ford Vakfı, Amerikan Uluslararası Kalkınma Örgütü, İngiltere ve İsveç hükümetleri teknik ve mali olarak destekte bulunmuşlardır. Bunun yanında John D. Rockefeller, 26 Eylül 1966’da Süleyman Demirel’e bir mektup göndererek dünya nüfusunun hızla arttığını belirtmiş ve ortaya çıkan sorunların çözümü için destek istemiştir (Küçük, 2018: 142). Bunun yanında 1967 yılında Nusret Fişek önderliğinde Türkiye Nüfus Etüdları Enstitüsü kurulmuştur (Aysan, 2019: 147). 1980 yılına kadar her hükümet bu politikayı kabul etmiş sadece isimlendirme gibi (ikinci planda aile planlaması adını almıştır) çeşitli farklılıklar yapılmıştır (Fişek, 1964b: 17; Fişek, 1983b: 10-11; Nüfusbilim Derneği, 2016: 16; Oktay, 2013: 40-42; Küçük, 2018: 142).

Fişek (1962: 64), sosyalleştirme programı ile nüfus arasındaki ilişkiyi şu şekilde dile getirmiştir; ekonomik gelişmemiz ile paralel bir nüfus artış politikası için çeşitli kanunlarda değişiklik yapmak zorundayız. Sosyalleştirme programı ile gelen imkânlarla köy sağlık teşkilatları da başarılı bir nüfus politikası yürütmeye destek sağlayacaktır.

Birinci BYKP’de yeni nüfus politikası ile ilgili tedbirler şu şekilde sıralanmıştır (DPT, 1963: 73):

- Gebelik önleyici bilgilerin yayılmasını ve gebelik önlemede kullanılan araç ve ilaçların ithal ve satışını yasaklayan kanun hükümleri kaldırılacaktır,
- Sağlık hizmetlerinde çalışan personele (hekim, hemşire, ebe, hemşire yardımcısı, sağlık memuru) nüfus planlamasıyla ilgili olarak gereken bilgiler verilecektir. Bu, hem ilgili okul ve kurslarda bu konuda yeni dersler konularak,

⁷⁷ Bu dönemde hızlı nüfus artışı sadece Türkiye’ye özgü bir sorun değildir. Birçok Asya ve Afrika ülkesinde de hızlı nüfus artışı yaşanmış bir sorun olarak gündemde olmuştur. Bu yıllarda özellikle Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu gibi birçok uluslararası teşkilat geliştirmekte olan ülkelere doğurganlığı azaltma politikalarında önemli rol oynamıştır (Aysan, 2019: 147).

hem de okul ve kurs safhasını geçmiş personeli yeniden kurslara çağırarak yapılacaktır,

- Sağlık personeli gerekli bilgiyi ve/veya parasız dağıtımı söz konusu olan ilaç ve malzemeleri isteyenlere vermekle ödevli olacaktır,
- Mevcut imkânlardan faydalanılarak nüfus plânlaması eğitimi yapılacaktır,
- Gerekli araç ve ilâçların ucuza ithali, yurt içinde üretimi ve muhtaç olanlara parasız dağıtılması imkânları araştırılacaktır.

Bu döneme ilişkin nüfus verileri Tablo 36’da gösterilmiştir.

Tablo 36: 1960-1980 Yılları Arası Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Cinsiyet	Nüfus Artış Hızı (%)
1960	27.754.820	Erkek: 14.163.888 / Kadın:13.590.932	28,5
1965	31.391.421	Erkek: 15.996.964 / Kadın: 15.394.457	24,6
1970	35.605.176	Erkek: 18.006.986 / Kadın: 17.598.190	25,2
1975	40.347.719	Erkek: 20.744.730 / Kadın: 19.602.989	25,0
1980	44.736.957	Erkek: 22.695.362 / Kadın: 22.041.595	20,7

Kaynak: TÜİK, 2014: 5

Bu dönemde 1963 yılında doğurganlık çağında ve evli olan tüm kadınlarda korunma oranı %22 iken; 1978 yılında %44,1’e yükselerek iki katına çıkmıştır (Fişek, 1983b: 13). Gebelikten korunma oranları, evliliğin ilk yıllarında daha az; sonraki yıllarda daha fazla olarak görülmüştür. Korunan kişilerin 1963 yılından itibaren yaşları da bu durumu doğrular niteliktedir (DİE, 1995: 17). Tablo 36’da görüldüğü gibi nüfus artışı bu dönemde de devam etmiş ancak dönem sonuna doğru nüfusun artış hızında azalmalar başlamıştır. Benimsenen politikanın meyveleri alınmaya başlanmış (plandaki hedefe ulaşılmasa da) ve nüfus artış hızında azalmalar görülmüştür. Bu azalma ilerleyen yıllarda da devam etmiştir. Kadın-Erkek oranında erkek nüfusun üstünlüğü her nüfus sayımında devam etmiştir. Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD)’nin yayımlamış olduğu raporda (1999: 45), 1945-1960 yılları arası dönemde aile planlaması programının doğurganlık üzerindeki etkisinin %10 olduğu belirtilmiştir. Tablo 37’de 1960-1980 yılları arası nüfus sayımına ilişkin yaş dağılımları verilmiştir.

Tablo 37: 1960-1980 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı

Yıl Yaş Aralığı	1960	1965	1970	1975	1980
0-14	11.427.006	13.148.624	14.878.187	16.330.203	17.433.912
15-64	15.299.311	16.953.850	19.152.564	22.086.237	25.022.358
65+	978.732	1.242.525	1.565.696	1.853.251	2.113.247
Ortanca Yaş	20,3	19,3	19,0	19,5	19,9

Kaynak: TÜİK, 2014: 17; TÜİK İnternet Sitesi, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

0-14 yaş arası nüfus 1960 yılında %41 oranında iken; 1980 yılında %38'e düşmüştür. Bunun yanında Türkiye'de yaşlı nüfusu artış göstermiştir. Bağımlı nüfus oranı %43'e düşmüştür önceki dönemlerle yakın seyretse de düşüş eğilimi devam etmiştir. Tablo 38'de 1960-1980 yılları arası çeşitli sağlık istatistikleri sunulmuştur.

Tablo 38: 1960-1980 Yılları Arası Temel Sağlık İstatistikleri

Yıllar	Kaba Doğum Hızı (‰)	Kaba Ölüm Hızı (‰)	Bebek Ölüm Oranı (‰)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
1960-1965	41,2	14,7	185	49,10
1965-1970	38,4	12,7	149	54,91
1970-1975	34,5	11,6	140,40	57,88
1975-1980	32,2	10,0	110,79	61,20

Kaynak: Fişek ve Dirican, 1973: 8; Savaş vd., 2002: 10

Doğumda beklenen yaşam süresi 1960'da 58,1 yıl iken; 1980'de 65,6 yıla yükselmiştir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 37). Bu dönemde Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların yok denecek seviyeye gelmesi de ölüm oranlarının azalmasında önemli rol oynamıştır. Bebek ölüm oranları bu dönemde ciddi azalış göstermiş ‰ 185'ten ‰ 100'e kadar gerilemiştir (DİE, 1995: 35).

Bu dönemde, önceki dönemlerde yapılan önemli çalışmalar sonucu bulaşıcı hastalıkların neredeyse tamamen ortadan kalktığı görülmektedir. 1972 yılında sıtmalılı sayısı 2.892, trahomlu kişi oranı %2-3, frengili kişi sayısı 538 (1969 yılı) olarak gerçekleşmiştir (Fişek ve Dirican, 1973: 5). 1976-1980 yılları arası sıtma salgını tekrar bir miktar artış göstermiş ve kısa dönem devam etmiştir. Bunun sebebi olarak da sıtmaya karşı alınan önlemlerin gevşetilmesi gösterilmiştir (SSYB, 1973: 229).

DSÖ Dördüncü Dünya Sağlığı Raporu'nda (WHO, 1971: 297) ise, bu döneme ilişkin olarak tüberküloz, Türkiye'deki temel halk sağlığı sorunlarından biridir ve tahmini aktif tüberküloz vakası sayısı 400 bin ile 450 bin arasında olduğunu belirtmiştir. Tüberküloz kontrol programı, sürekli bir kitle aşılama programı, erken tanı ve ayaktan

tedavi ve hastane bakımına dayandığını ayrıca 1953'ten beri mobil BCG ekipleri tarafından kitlesel aşılama yapıldığını, 174 tüberküloz dispanseri ve iki eğitim merkezi bulunduğunu belirtmiştir. DSÖ aynı raporda önemli derecede Trahomlu hasta olduğunu 1968'li yıllara kadar başarıyla tedavi edildiğini belirtmiştir. Fişek'in (1976: 1-2) bir çalışmasında bu dönem ile ilgili olarak şu bilgiler göze çarpmaktadır; Türkiye'de ölümlerin %51'i 0-4 yaş çocuk ölümleridir. Çeşitli yaş gruplarında ölüm oranlarında köy-kent dengesizliği mevcuttur ve köylerde %71-83 oranında kentlere göre daha yüksektir. 0-4 yaş çocuk ölümlerinin %34'ü pnömoniye (zatürre) ve %18'i ishale bağlıdır. İl ve ilçe merkezlerinde 5 yaş ve üzeri en çok ölüm nedenleri; bulaşıcı hastalıklar, adam öldürme ve veremdir. DSÖ ise (1971: 298), Türkiye'deki temel sağlık sorunlarını; yüksek bebek ölümleri, yüksek anne ölümleri, bulaşıcı hastalıklardan ve özellikle tüberkülozdan kaynaklanan yüksek morbidite ve mortalite oranları şeklinde göstermiştir. DSÖ'nün Altıncı Dünya Sağlık Raporunda (WHO, 1980: 250) dönem sonuna ilişkin olarak; il ve ilçelerin başlıca kasabalarında görülme sırasına göre beş ana ölüm nedenlerini, kalp hastalıkları, zatürre, psikozdan yaşlılık, kötü tanımlanmış ve bilinmeyen nedenler, malign neoplazmlar, yeni doğan ishali hariç gastrit, duodenit, enterit ve kolit olarak sıralamıştır. 1976'da en sık bildirilen bulaşıcı hastalıklar ise kızamık, bulaşıcı hepatit, boğmaca, meningokokal enfeksiyonlar ve basiller dizanteri olarak sıralanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan yıllıkta ise (SSYB, 1983b: 278-303), 1977-1979 yılları arasında en fazla ölüme neden olan hastalıklar; pnömöni, doğum tromatizması, güç doğurma ve diğer anoksi ve hipoksi halleri ile perinatal mortalitenin diğer sebepleri olduğu görülmektedir.

1980-2002 Dönemi

Bu dönemde antinatalist politika benimsenmeye devam etmiş (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü (HÜNEE), 1994: 6; HÜNEE, 1999: 6-7) ve 1983 yılında çıkarılan 2827 sayılı kanun ile kişinin isteğiyle çocuk düşürme, sterilizasyon (kişinin çocuk yapma kabiliyetinin sona erdirilmesi) ameliyatı olma hakkı, özel eğitim gören ebelere spiral takma yetkisi verilmesi ve aile planlaması düzenlemesi yapılmıştır (2827 Sayılı Kanun; Nüfusbilim Derneği, 2016: 16). Her beş yılda bir nüfus sayımı devam etmiş ve yapılan nüfus sayımları Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 39: 1980-2002 Yılları Arası Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Cinsiyet	Nüfus Artış Hızı (%)
1980	44 736 957	Erkek: 22.695.362 / Kadın: 22.041.595	20,7
1985	50 664 458	Erkek: 25.671.975 / Kadın: 24.992.483	24,9
1990	56 473 035	Erkek: 28.607.047 / Kadın: 27.865.988	21,7
2000	67 803 927	Erkek: 34.346.735 / Kadın: 33.457.192	18,3

Kaynak: TÜİK, 2014: 5

Tabloda görüldüğü üzere 21. yüzyıla girerken nüfus artış hızı düşmeye devam etmiştir. Nüfus artış hızı bakımından Türkiye; gelişmemiş ülke sınıfından, sanayileşmiş ülkeler sınıfına doğru yol almaya başlamıştır (Kongar, 2015: 522). 1980 yılında doğurganlık oranı 4 iken; 2002 yılında 2,17 olarak gerçekleşmiş ve büyük oranda düşüş yaşanmıştır (TÜİK İnternet Sitesi, Temel Doğurganlık Göstergeleri) 2000 yılı nüfus sayımlarında Türkiye'deki nüfus artış hızı onlu sayılara gerilemiş ve 18,3 olarak gerçekleşmiştir. 1978 yılında %44,1 olan korunma oranı (Fişek, 1983b: 13), 1998'de %63,9'a kadar çıkmıştır (HÜNEE, 1999: 48). 2000 nüfusuna göre Türkiye en kalabalık 20 ülkeden biri, Avrupa'da Almanya'dan sonra en kalabalık ikinci ülke ve Ortadoğu'nun en kalabalık ülkesi konumundadır (HÜNEE, 2004: 7). Tablo 40'da 1980-2002 yılları arası nüfus sayımına ilişkin yaş dağılımları verilmiştir.

Tablo 40: 1980-2002 Yılları Arası Nüfusun Yaş Dağılımı

Yıl Yaş Aralığı	1980	1985	1990	2000
0-14	17.433.912	19.010.138	19 745.352	20.220.095
15-64	25.022.358	29.432.295	34 265.838	43.701.502
65+	2.113.247	2.125.908	2.417.363	3.858.949
Ortanca Yaş	19,9	20,9	22,2	24,8

Kaynak: TÜİK İnternet Sitesi, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi

Yaş dağılımında üretken nüfus olarak değerlendirilen 15-64 yaş aralığındaki oran dönem sonunda, dönem başına göre artış göstermiştir. Bunun yanında yaşlı nüfus artış göstermiş ve dönem sonunda 65 üstü yaş grup nüfusun %4,7'sine ulaşmıştır. Türkiye'de bu dönemde yaşlanma artış göstermiştir. 0-14 yaş arası nüfus 1990 sayımı ile karşılaştırıldığında artışın çok fazla olmadığına göstergesi doğum oranlarındaki azalma ile açıklanırken; 65 üstü yaş nüfusun artmasını ise ölüm oranlarının azalması ile açıklamak mümkündür (Kongar, 2015: 525; Hoşgör ve Tansel, 2010: 32). Bağımlı nüfus oranı 2000 yılında %35 oranına gerilemiştir. Bu durum da öncekilerle aynı

sebeplere bağılı şekilde değişim göstermiştir. Ortanca yaşı ise her geçen yıl artmış ve dönem sonunda 24,8 olmuştur. Bu dönemin en önemli özelliklerinden biri de kır-kent nüfusunun yer değiştirmesine sahne olmasıdır. 1980 yılında nüfusun %64,1'i kır, %35,9'u kent nüfusunu oluştururken; 2000 yılında rakamlar sırayla %36,3 ve %63,7 olarak değişim göstermiştir (DPT, 2002: 44). Tablo 41'de 1980-2003 yılları arası çeşitli sağlık istatistikleri gösterilmiştir.

Tablo 41: 1980-2002 yılları arası Temel Sağlık İstatistikleri

Gösterge \ Yıl	1983	1988	1993	1998	2002
Kaba Ölüm Hızı (‰)	10	9	8	8	6,2
Kaba Doğum Hızı (‰)	33,8	27,7	25,1	22,6	18,6
Bebek Ölüm Hızı (‰)	95,31	77,72	52,6	42,7	29
5 Yaş Altı Bebek Ölüm Hızı (‰)	-	97,4	60,9	52,1	37
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	65,6	68,4	69,6	70,4	70,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2007: 15-18; Akın ve Ersoy, 2012: 38; Sağlık Bakanlığı, 2004a: 12; HÜNEE, 1999; HÜNEE, 1987: 74; Sağlık Bakanlığı, 1992b: 3; Sağlık Bakanlığı, 1998: 3; Sağlık Bakanlığı, 1997b: 6; Sağlık Bakanlığı, 1999a: 7; Sağlık Bakanlığı, 1999b:3

Tabloda görüldüğü üzere sağlık göstergelerinde iyileşme her geçen yıl artarak devam etmiş ancak OECD ülkelerinin gerisinde kalmıştır. Bu oranların yanında 1981 yılında yüz binde 132 olan anne ölüm hızı; 1990'da yüz binde 100'e; 1998'de yüz binde 70'e gerilemiştir. Aynı şekilde bebek ölüm hızında da gerileme büyük oranda yaşanmış ve 1983'te ‰ 95,31 olan bebek ölüm hızı; 2002'de ‰ 38,3'e gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2002a: 13; Sağlık Bakanlığı, 2009: 17). Ancak bebek ölüm hızına toplum genelinde bakılacak olursa kırsal ve kentsel alanlar ile ülkenin doğusu ve batısı arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2000: 6; HÜNEE, 1989: 96-99). Tablodan ayrı şekilde anne ölüm hızları bu dönemde; 1981'de yüz binde 132, 1991'de yüz binde 79 ve 2000'de yüz binde 70 olarak gerçekleşmiş ve düşüş yaşamıştır (Türk Tabipler Birliği (TTB), 2006: 47).

20. yüzyılın sonlarından itibaren en önemli hastalık ve ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara geçmiş ve bu değişimle birlikte ülkenin demografik yapısı da değişmiştir. Farklı bir deyişle, gelişen sağlık hizmetleri ile birlikte bulaşıcı hastalıklara yakalanmayan kişiler ileri yaşlarda kronik hastalıklara yakalandığında farklı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymakta ve sağlık harcamaları artmaktadır (Ağartan, 2011: 45-46). 20. yüzyılın başında ölüm nedenleri, tüberküloz, pnömöni, diyare gibi bulaşıcı

hastalıklar iken; 20 yüzyılın sonunda kalp hastalığı, kanser ve felç gibi bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıklar olmuştur (Kasapoğlu, 1999: 4-5). Bu dönemin başındaki bulaşıcı hastalıkların durumuna bakıldığında; tüm bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin sayısı 1979'da 1.996 kişi, 1980'de 2.286 kişi ve 1981'de 2.498 olduğu görülmektedir (SSYB, 1983b: 248-251). Bu dönemin tümünde bulaşıcı hastalık olarak en fazla görülen tüberküloz olmakla birlikte diğer bulaşıcı hastalıklar yok denecek kadar az düzeyde seyretmiştir (SSYB, 1987: 152-155; Sağlık Bakanlığı, 1997a: 226-229).

1979-1994 yılları arasında en fazla ölüme sebep olan hastalıklara bakıldığında; dolaşım sistemi hastalıkları, hipertansiyon, solunum sistemi hastalıkları, kanser, kazalar ve yeni doğan hastalıkları olarak karşımıza çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1997a: 54-107; Sağlık Bakanlığı, 1996: 15; SSYB, 1987: 174-181; SSYB, 1983b: 60-63). 2000 yılında yapılan hastalık yükü araştırmasında 60 yaş üstü kategorideki ölümlerin 9/10'unun nedeninin kronik hastalıklar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu hastalıklardan en önemlileri; iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı, trakea, bronş ve akciğer kanseri, hipertansif kalp hastalığı, inflamatuvar kalp hastalığı, diyabet ve mide kanseridir. 15-59 yaş aralığındaki ölüm nedenlerinde de önemli oranda 60 yaş üstü grupla benzerlik görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004b: 139-140).

Bu dönemde Türkiye'de nüfus artış hızı azalmaya başlamış ve bunun yanında ölüm oranlarının da azalmasına bağlı olarak yaşlı nüfusta artış gözlemlenmiştir. Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıklar da artış göstermiş ve sağlık harcamalarında artışların baş gösterdiği bir dönem olmuştur. Bu sebeple özellikle kronik hastalıkların yapılacak planlama içinde ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Bilir, 2006: 5-6).

2002 sonrası

2000 sonrası dönemde sekizinci BYKP'de nüfus artışına bağlı olarak aile planlaması ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerin yaygınlaştırılacağı vurgulanmıştır. Dokuzuncu kalkınma planında ise nüfusun niteliğinin artırılmasına yönelik hedefler belirlenmiştir. Daha çok mevcut nüfusun etkililiğinin artırılması hedef olarak görülmektedir (Hoşgör ve Tansel, 2010: 92-94). 2007 yılı itibariyle adrese dayalı nüfus sayımına geçilmiştir ve yıllar itibariyle nüfus verileri Tablo 42'de sunulmuştur.

Tablo 42: 2007 Sonrası Nüfus Verileri

Yıl	Nüfus	Cinsiyet	Nüfus Artış Hızı (%)
2007 ⁷⁸	70.586.256	Erkek: 35 376 533 / Kadın: 35.209.723	-
2008	71.517.100	Erkek: 35.901.154 / Kadın: 35.615.946	13,1
2009	72.561.312	Erkek: 36.462.470 / Kadın: 36.098.842	14,5
2010	73.722.988	Erkek: 37.043.182 / Kadın: 36.679.806	15,9
2011	74.724.269	Erkek: 37.532.954 / Kadın: 37.191.315	13,5
2012	75.627.384	Erkek: 37.956.168 / Kadın: 37.671.216	12,0
2013	76.667.864	Erkek: 38.473.360 / Kadın: 38.194.504	13,7
2014	77.695.904	Erkek: 38.984.302 / Kadın: 38.711.602	13,4
2015	78.741.053	Erkek: 39.511.191 / Kadın: 39.229.862	13,4
2016	79.814.871	Erkek: 40.043.650 / Kadın: 39.771.221	13,6
2017	80.810.525	Erkek: 40.535.135 / Kadın: 40.275.390	12,4
2018	82.003.882	Erkek: 41.139.980 / Kadın: 40.863.902	14,7
2019	83.154.997	Erkek: 41.721.136 / Kadın: 41.433.861	13,9

Kaynak: TÜİK, 2014: 5, 7; TÜİK İnternet Sitesi, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları.

Adrese dayalı nüfus sayım sistemine geçişle birlikte her yıl düzenli olarak yapılan nüfus sayımlarında nüfusun sayı olarak arttığı ancak nüfus artış hızının önceki dönemlere oranla düşüş gösterdiği veya yakın seyrettiği görülmüştür. Nüfus artış hızı 2008 yılında %13,1 iken; 2012 yılında %12'ye düşmüş, 2019'da %13,9 olarak gerçekleşmiştir. Kadın-Erkek oranında az da erkek nüfus üstünlüğü devam etmiştir. Döneme ilişkin olarak halen evli olan kadınlarda gebelikten korunma oranı 2003 yılında %90 düzeyinde (HÜNEE, 2004: 65-66) iken; 2008 yılında %93 (HÜNEE, 2009, 79); 2013 yılında %91,7 düzeyinde oluşmuştur (HÜNEE, 2014: 78). Tablo 43'de 2007-2019 yılları arası nüfus sayımına ilişkin yaş dağılımları verilmiştir.

⁷⁸ Adrese dayalı nüfus sayımı sistemine geçilmiştir.

Tablo 43: 2007 Sonrası Yıllarda Arası Nüfusun Yaş Dağılımı

Yaş Aralığı Yıl	0-14	15-64	65+	Ortanca Yaş
2007	18.642.391	46.943.690	5.000.175	28,3
2008	18.788.587	47.835.090	4.893.423	28,5
2009	18.859.334	48.618.564	5.083.414	28,8
2010	18.878.582	49.516.670	5.327.736	29,2
2011	18.886.575	50.346.979	5.490.715	29,7
2012	18.857.179	51.088.202	5.682.003	30,1
2013	18.849.814	51.926.356	5.891.694	30,4
2014	18.862.430	52.640.512	6.192.962	30,7
2015	18.886.220	53.359.594	6.495.239	31,0
2016	18.925.782	54.237.586	6.651.503	31,4
2017	19.033.488	54.881.652	6.895.385	31,7
2018	19.184.329	55.633.349	7.186.204	32,0
2019	19.212.345	56.391.925	7.550.727	32,4

Kaynak: TÜİK, 2014: 17; TÜİK İnternet Sitesi

Yaş dağılımında 2007'den 2019'a doğru genç nüfus kategorisinde azalış, üretken ve yaşlı nüfus kategorilerinde ise artış görülmüştür. Bu durum nüfus artış hızının azalması, doğurganlığın azalması ve yaşlanmanın artışı ile açıklanabilir. Bağımlı nüfus oranına bakıldığında 2000 yılında %35 olan oran; 2007 yılında %33,5, 2019 yılında ise %32,2'ye düşmüştür. Yaşlı nüfusun oranı, 2007 yılında 6,9 iken; 2013'te %8'e, 2018'de %9,8'e, 2019'da ise 10,7'ye yükselmiştir. Ortanca yaşa bakıldığında 2007'de 28,3 olan ortanca yaş, 2019'da 32,4'e yükselmiştir. Birleşmiş Milletler'in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun yaşlı, %10'un üzerinde olması ise çok yaşlı olduğu anlamına gelmektedir (TÜİK, 2013: 1). Ayrıca genç bağımlılık oranı yıllar itibariyle azalış gösterirken; yaşlı bağımlılık oranı artış göstermiştir (Akın ve Ersoy, 2012: 41). Sonuç olarak artık Türkiye'nin yaşlanmaya doğru artan şekilde gittiği açık şekilde görülmektedir. Yaşlanan nüfus gelişmiş veya gelişmekte olan her ülke için hem sosyal güvenlik ödemesi, hem sağlık harcamalarının artması hem de büyümenin yavaşlaması anlamına gelmektedir. Türkiye, 2012 yılında genç nüfus kategorisinde yer alsa da⁷⁹

⁷⁹ 2012 verilerine göre dünyanın ortanca yaşı 29'dur (Nüfusbilim Derneği, 2016: 6).

2013 yılı sonrası yaşlı ülkeler kategorisine girmiştir (Akalin, 2011; Nüfusbilim Derneği, 2016: 6).

TÜİK'in nüfus projeksiyonlarına göre; 2023'te %10,2, 2040'ta %16,3, 2060'da %22,6 ve 2080'de %25,6 oranında 65 yaş üzeri nüfustan oluşacağı öngörülmektedir (TÜİK Haber Bülteni, 2018a: 2). Bu durum gelecek yıllarda bu yaş grubuna koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler için hem insan kaynağı hem de finansal kaynak ihtiyacının artış göstereceğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Tablo 44 ve Tablo 45'de bu döneme ilişkin çeşitli sağlık istatistikleri sunulmuştur.

Tablo 44: 2002-2018 Yılları Arası Temel Sağlık İstatistikleri

Yıl Gösterge	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kaba Ölüm Hızı	6,2	5,1	5,0	5,1	5,0	4,9	5,1	5,2	5,3	5,3	5,2
Bebek Ölüm Hızı	29	13,9	12,0	11,6	11,6	10,8	11,1	10,2	9,9	9,2	9,2
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	37	17,7	15,5	14,9	14,4	13,4	13,3	12,4	12,1	11,2	11,0
Neonatal Bebek Ölüm Hızı	17	8,9	7,6	7,3	7,5	6,9	7,3	6,5	6,3	5,8	6,0
Post Neonatal Bebek Ölüm Hızı	12	5,0	4,5	4,4	4,1	3,9	3,8	3,8	3,6	3,4	3,3
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	70,2	75,8	76,4	76,6	76,8	76,9	77,0	78,0	78,0	78,0	78,3

Kaynak: TÜİK İnternet Sitesi, Sağlık İstatistikleri; Sağlık Bakanlığı, 2019b: 21-26; HÜNEE, 2004: 111.

Tablo 44'de görüldüğü üzere Türkiye'de SDP'nin uygulandığı dönemde temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler göze çarpmaktadır. Bebek ölüm hızları düşmüş, doğumda beklenen yaşam süresi giderek artmıştır (Nüfusbilim Derneği, 2016: 20). Ancak bebek ölüm hızında, anne ölüm hızında ve doğumda beklenen yaşam süresi gibi temel göstergelerde AB ve OECD ülkelerinin gerisinde kalmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 132-134).

Tablo 45: 2002-2018 Kaba Doğum Hızı ve Kaba Ölüm Hızı Göstergeleri

Yıl	Doğum Sayısı	Kaba Doğum Hızı	Kaba Ölüm Hızı
2002	1.229.555	18,6	6,2
2003	1.198.927	17,9	6,2
2004	1.222.484	18,1	6,2
2005	1.244.041	18,2	6,2
2006	1.255.432	18,1	6,3
2007	1.289.992	18,4	6,4
2008	1.295.511	18,2	6,4
2009	1.266.751	17,6	5,1
2010	1.261.169	17,2	5,0
2011	1.252.812	16,9	5,1
2012	1.294.605	17,2	5,0
2013	1.297.505	17,0	4,9
2014	1.350.353	17,5	5,1
2015	1.335.564	17,1	5,2
2016	1.313.615	16,6	5,3
2017	1.295.784	16,1	5,3
2018	1.248.847	15,3	5,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2009: 6; Sağlık Bakanlığı, 2007: 45; TÜİK İnternet Sitesi Temel Doğum İstatistikleri, Temel Ölüm İstatistikleri

Tablo 45 incelendiğinde yıllar itibariyle kaba doğum hızının düştüğü görülmektedir. Bu duruma sebep olarak; artan eğitim düzeyi, kentleşmenin etkisi, kadınların istihdam oranının artması, gebelikten korunmanın yaygınlaşması, çocuk ölüm oranlarının düşmesi ve daha az çocuk sahibi olma isteği gösterilebilir (Çiçek-Korkmaz, 2019: 157; Nüfusbilim Derneği, 2016: 11). 2009 yılı sonrası yayımlanmaya başlayan kaba ölüm hızı ise ortalama 5 civarında seyretmiştir. Bölüm başında açıklanan demografik geçiş bu seviyede tamamlanmış yani ölüm ve doğum oranları düşük seyretmekte nüfus artışı yavaşlamakta ve nüfus giderek yaşlanmaktadır (Aysan, 2019: 151). 2000 yılı sonrası dönemde önceki döneme göre gebeliği önleyici yöntemlerin kullanım oranı yaklaşık %10 artmış ve her 10 evli kadından 7'si herhangi bir korunma yöntemi kullanmaktadır (Nüfusbilim Derneği, 2016: 13). 1950'lerde kadın başına doğum 7 iken; günümüzde bu sayı 2'dir (HÜNEE, 2014: 123). Bu oranının azalması bir önceki tabloda (Tablo 44) verilen ölüm hızlarının azalması ile birlikte düşünüldüğünde nüfusun giderek yaşlanacağı (Kavas, 2014: 539), sağlık hizmetleri kullanım oranlarının dolayısıyla sağlık harcamalarının artacağı söylenebilir.

2008 yılında Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın en az üç çocuk tavsiyesi ile nüfus artış hızını artırma politikası tekrar gündeme gelmiştir ve bu açıklama pronatalist

politikaların tekrar başlangıcı olarak kabul edilebilir (Oktay, 2013: 42). Bu söylemin bir karşılığı olarak onuncu kalkınma planında hem nüfusun hem de nüfus etkinliğinin artırılmasına yönelik politikalar belirlenmiştir. Bunun yanında onuncu kalkınma planında belirtildiği gibi 2015 yılı başında Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı açıklanmış ve birçok konuda özendirici adımlar atılmıştır. Bu adımlara örnek olarak; yarı zamanlı çalışma hakkı, babalık izninin uzatılması, her çocuk için artan maddi yardım ve ücretsiz izinlerde derece yükseltilmesi verilebilir (Nüfusbilim Derneği, 2016: 16-17).

19. yüzyılda daha sık görülen, yaşamı tehdit eden, modern riskler olarak tanımlanan ve DSÖ'nün 2009 yılında yayımladığı *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks* isimli raporunda dünyada en çok ölüme neden olan 10 hastalık (2004 yılı verileri); yüksek tansiyon, tütün kullanımı, yüksek kan şekeri, fiziksel hareketsizlik, fazla kilo ve obezite, yüksek kolesterol, güvenli olmayan seks, alkol kullanımı, zayıf çocukluk ve katı yakıt kaynaklı kapalı alan dumanı olarak sıralanmıştır. DSÖ aynı raporda tüm dünyayı etkileyen beş önemli risk olarak ilk beş sırada yazılanları göstermiş ve bunların kalp hastalığı, kanser gibi kronik hastalıkların da riskini artırdığını belirtmiştir (WHO, 2009a: 9-11). 2004 Türkiye Hastalık Yüklü Çalışmasında da DSÖ'nün raporuna benzer şekilde Türkiye'de; Kardiyovasküler hastalıklar %47,73, kanserler⁸⁰ %13,07, AIDS hariç enfeksiyon hastalıkları %8,84, solunum sistemi hastalıkları %7,95 şeklinde en çok ölüm nedenleri olarak belirlenmiştir. 2004 yılında Türkiye'de ölüme neden olan ilk on hastalık ise; İskemik Kalp Hastalığı %21,7, Serebrovasküler Hastalıklar %15,0, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı %5,8, Perinatal Nedenler %5,8, Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları, 4,2, Hipertansif Kalp Hastalığı %3,0, Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri %7 8, Diyabetes Mellitus %2,2, Trafik Kazaları %2,0, İnflamatuar Kalp Hastalığı %1,9 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006b: 6-8). Türkiye'deki ölüm nedenlerine bakıldığında da benzer şekilde bu risklerin sorumlu olduğu görülmektedir. 2009-2018 yılları arası ölüm nedenleri Tablo 46'da gösterilmiştir.

⁸⁰ 2002 sonrası dönemde kadınlarda en çok görülen kanser türü meme kanseri iken; erkeklerde en fazla görülen kanser türü akciğer kanseridir (Sağlık Bakanlığı, 2002b: 91-94; Sağlık Bakanlığı, 2004c: 98-99).

Tablo 46: 2009-2018 Yılları Arası Ölüm Nedenleri İstatistikleri

Yıllar	Dolaşım Sistemi Hastalıkları	İyi Huylu ve Kötü Huylu Tümörler	Solunum Sistemi Hastalık	Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	Endokrin, Beslenme ve Metabolizma ile İlgili Hastalıklar	Dışsal Yaralanma Nedenleri ve Zehirlenmeler	Diğer
2009	112.158	59.386	24.996	8.284	17.931	11.289	47.460
2010	116.712	63.930	24.418	10.807	18.993	12.981	46.660
2011	121.143	67.450	31.384	11.621	19.634	12.690	48.327
2012	212.740	69.270	31.024	13.775	19.255	13.173	52.730
2013	143.071	76.534	35.331	14.710	20.092	20.409	50.726
2014	153.649	78.074	40.593	16.617	19.430	20.155	55.158
2015	159.194	79.160	43.820	19.114	19.804	18.936	57.009
2016	166.069	81.647	49.296	20.220	20.731	21.473	60.753
2017	167.267	81.886	50.224	20.623	20.219	21.533	62.126
2018	161.920	83.163	52.568	20.766	20.074	18.462	64.211

Kaynak: TÜİK İnternet Sitesi, Sağlık İstatistikleri

Tablo 46’da görüldüğü üzere kronik hastalık sebepli ölümler her geçen yıl artmaktadır. TÜİK’in 2019 yılında yayınladığı haber bülteninde, dolaşım sistemi hastalıkları nedenli ölümlerin %39,7’sine iskemik kalp hastalığının; tümör sebepli ölümlere ise en çok gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğer tümörünün neden olduğunu açıklamıştır (TÜİK Haber Bülteni, 2019a).

Yaşlı nüfusun en önemli sorunu ülkedeki kronik hastalıkların artışıdır. DSÖ’nün önceki yıllarda gelişmiş ülkelerin sorunu olarak gördüğü kronik hastalıklar artık gelişmekte olan ülkelerin de önemli sağlık sorunu haline gelmiştir (Akalin, 2011). Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yayınladığı Kronik Hastalıklar Raporu’nda Türkiye’de 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Yaklaşık 15 milyon kişide hipertansiyon, 4 milyon kişide diyabet, 3 milyon kişide kronik akciğer hastalığı ve 2 milyon kişide koroner kalp hastalığı bulunduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006a). Türkiye’de bu konu ile ilgili olarak 2008 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı* kurulmuştur. Bu kurum daha sonra Sağlık Hizmeti Genel Müdürlüğü’ne bağlanarak *Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı* adını almıştır. Bunun yanında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde *Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü* kurulmuş ve Ar-Ge faaliyetleri yaparak çalışmalarına devam etmektedir (tuseb.gov.tr, 2020). 2014 yılında DSÖ tarafından yayımlanan “*Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar Türkiye Ülke Değerlendirmesi*”

isimli raporda; Türkiye'nin yeni nesil sıkıntılarının bulaşıcı olmayan hastalıklar olduğu açıkça belirtilmiş, Türkiye'deki çalışmalar önemli görülmüş ve bir dizi politika önerisinde bulunmuştur (WHO, 2014: 44-49). *2017-2025 Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı*'nın giriş kısmında; birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de 30-70 yaş ölümlerin %87'si bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmakta olduğu ve Türkiye'de Bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı erken ölüm (70 yaş altı) ihtimalinin %18 olduğu vurgulanarak, yaklaşık her beş yetişkinden biri erken öldüğü belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017c: 2).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'na bağlı olan Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü sitesinden elde edilen bilgilere göre; 2017 yılında Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfus içinde 8,5 milyon kişinin diyabet, 15,8 milyon kişinin hipertansiyon ve 17,5 milyon kişinin de obezite nedeniyle çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca hem diyabeti hem hipertansiyonu olan yetişkinlerin %56,8'i obez; diyabetlilerin %52,7'si obez iken; diyabeti olmayanların %32,7'si obezdır (tuseb.gov.tr, 2019).

Son yıllarda giderek artan obezite, hem dünya hem de Türkiye için önemli bir sorun kaynağıdır. Obezite; kalp hastalıkları, birçok kanser türü, diyabet, kas ve kemik hastalıkları, uyku bozuklukları, doğurganlık komplikasyonları, psikolojik rahatsızlıklar gibi birçoğu ölümcül sonuçlar doğuran hastalıklara sebep olmaktadır (Gökbunar vd., 2015: 582). Sağlık Bakanlığı araştırmasına göre Türkiye'de obezite sıklığı 2010 yılında erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %30,3 olarak görülmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İnternet Sitesi). 2017 yılında yayımlanan TÜİK verilerinde, 2014 yılında 15 yaş üstü⁸¹ obez oranı %19,9 iken; 2016 yılında %19,6 olmuştur. Obez öncesi (fazla kilolu) oranlar ise 2014'de %33,7 iken; %34,3'e yükselmiştir (TÜİK İnternet Sitesi). Kronik hastalıkların artışı sağlık harcamalarını da olumsuz etkilemektedir. ABD'de yapılan bir araştırmada sağlıklı bir kişinin yıllık sağlık harcaması yaklaşık 1000 dolar iken; kronik hastalığı olanlarda 6.000-16.000 dolar arasında değiştiği, sağlık harcamalarının %75'inin kronik hastalara yapıldığı ortaya çıkmıştır (Akalin, 2011).

⁸¹ Kara (2019: 144-147), obezitenin önemli sebeplerinden olan glukoz-fruktoz şurubu ile ilgili çalışmada, ucuz ve şekerli hazır gıdaların oldukça yaygın olarak kullanıldığını, özellikle çocuklarda kullanımının yüksek seviyede olduğunu ve geleceğe ilişkin olumsuz sonuçlar doğurabildiğine değinmiştir.

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara doğru değişim göstermiştir. Sağlık planlamasında bu sebeplerin göz önüne alınması büyük önem taşımaktadır (Nüfusbilim Derneği, 2016: 20). Bu kapsamda 2010-2014 Stratejik Plan ve 2013-2017 Stratejik Plan’da kronik hastalıklarla ilgili olarak çeşitli hedefler belirlenmiş; çocuk, yetişkin ve yaşlı kategorilerinde ayrı ayrı ele alınmıştır. Bakanlık, kronik hastalıklara verdiği önemi sadece stratejik plan ile sınırlı tutmamıştır. “*Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)*” ve “*Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020*” belgelerini sivil toplum kuruluşları ile birlikte çalışarak ortaya koymuştur (Yardım, 2011: 3).

Bunun yanında 2017-2025 Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu planda Türkiye için; kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 görelî azaltılması, alkol kullanımının artışının önlenmesi, fiziksel inaktivite sıklığında %10 azalma, nüfusun ortanca tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma, 15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 görelî azalma, kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması, diyabet ve obezite artışının durdurulması, toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dâhil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması hedefleri yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017c: 5). Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümleri önlemek için bu planla birlikte ve/veya koordineli yürütölmek üzere; Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2015 - 2018), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017), Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017 - 2021), Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014 - 2017), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015 - 2020), Türkiye Diyabet Programı (2015 - 2020), Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014 - 2017), Türkiye Kanser Kontrol Programı hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017c: 55-58).

Demografik ve epidemiyolojik ortam bölümündeki bilgilerden hareketle genel bir değerlendirme yapılacak olursa; Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusu artırma isteği doğrultusunda pronatalist politika benimsenmiş ve 1960’lı yıllara kadar devam etmiştir.

Bu sebeple 1923-1960 yılları arası nüfus artış hızı yüksek seyretmiştir. Bu yıllarda Türkiye genç ülkeler arasında yer almış ve ortanca yaş oldukça düşük seyretmiştir. 1923-1960 yılları arası Türkiye'deki hastalıkların yapısı, ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklardan oluşmuştur. Bu dönemlerde bulaşıcı hastalıklarla mücadele en önemli gündem maddelerinden birini oluşturmuştur. 1960 sonrası dönemde antinatalist politika benimsenmiş ve kalkınma planlarında yer almıştır. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı her geçen yıl daha da artmış nüfusun artış hızı yavaşlamıştır. Bunun yanında Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar da önemli seviyede azalış göstermiştir ve toplumun sağlık seviyelerinde iyileşmeler gözle görülür şekilde artmıştır. 1980 sonrası dönemde de antinatalist politika benimsenmeye devam etmiş nüfusun azalma hızı devamlı şekilde düşmeye devam etmiştir. Bu dönemden itibaren Türkiye yaşlanma eğilimine girmiştir. Bu dönem sonrası hastalıklar kronik hastalıklara doğru değişim göstermiştir. 2002 sonrası dönemde çeşitli yıllarda nüfusun artması için çeşitli girişimler olsa da nüfusun artış hızındaki azalma devam etmiştir. Yaşlanma eğilimi devam etmiş ortanca yaş 32,4'e kadar yükselmiş ve yaşlı ülkeler arasında yerimiz sağlamlaşmıştır. 2000'li yılların kronik hastalıkları Türkiye'yi de etkilemiş ölüm nedenlerinde belirgin şekilde görülmüştür. Bunun yanında obezite, tansiyon ve diyabet gibi hastalıklardan toplumun önemli kısmının etkilendiği görülmektedir.

4.5.1.4 Kültürel ve Toplumsal Ortam

Sağlık planlaması, toplumun özelliklerini ve sayısal verileri, norm ve standartları bir araya getirerek yapılmaktadır (Popov, 1971: 9). Sağlık kültürünü geliştirmede temel amaç, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesidir. Bu da ancak iyi eğitilmiş bireylerin kendi bilgi ve becerilerini uygulamaları ile mümkündür (Bolsoy ve Sevil, 2006: 86). Cumhuriyet'in ilk yıllarında toplumun sağlığını etkileyen faktörler Gümüşçü (2017: 205-210) tarafından; cehalet ve bilinçsizlik, bedensel temizlik şartları, çevresel temizlik şartları, beslenme ve çalışma şartlarının ağırlığı, hastane, hekim, hemşire vb. yetersizliği, hastalıklarla mücadelenin yetersizliği şeklinde sıralanmıştır. Toplumun ilk yıllarda sağlık da dâhil olmak üzere birçok konuda batıl inançlarının varlığı bulunmakta ve okuyuculuk, muskacılık o kadar yaygın durumdadır ki sağlık sorunları için hastalar hekim yerine üfürükçülere gitmeyi normal karşılar durumdadırlar. Bunun yanında bedensel ve çevresel temizlik oldukça kötü durumda temiz su, kanalizasyon hizmetleri olmayıp hayvanlar ile aynı ortamda yaşama gibi olumsuz şartlar söz konusu olmuştur.

Aynı dönemde toplumun beslenme düzeyi yetersiz ve sağlık hizmetleri ülkenin çoğu yerinde neredeyse hiç yoktur.

Toplumun eğitim düzeyi ne kadar yüksek olursa sağlıklı bir neslin varlığı ve geleceği de o kadar yüksek olmaktadır. Eğitim seviyesi yüksek bireylerin sağlığa karşı bilinçli davranmaları, koruyucu tedavi hizmetlerine ve erken tanı hizmetlerine önem vermeleri beklenmektedir (Sülkü, 2011: 68). Birçok çalışmada eğitimin, kişinin davranışlarını etkileyerek sağlığı olumlu yönde geliştirdiği ve olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı ifade edilmiştir (Stacey, 1998: 56; Robert Wood Johnson Foundation, 2009: 1). Ayrıca eğitim; fiziksel sağlığın korunmasına, obezite riskinin azalmasına, akıl ve ruh sağlığının korunmasına, bulaşıcı hastalıklara karşı duyarlılığın artmasına, sigara gibi kötü alışkanlıkların azalmasına, düzenli spor yapma alışkanlığı kazanılmasına dolayısıyla doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunmaktadır (Yardımcıoğlu, 2013: 51; Johnston, 2004: 9). Bu kapsamda Türkiye’de okuma-yazma oranlarının yıllara göre gelişimi Tablo 47’de sunulmuştur.

Tablo 47: Yıllara ve Cinsiyete Göre 6 Yaş Üzeri Okuma Yazma Oranı

Yıl	Okuma Yazma Bilen		Okuma Yazma Bilmeyen	
	Erkek(%)	Kadın(%)	Erkek(%)	Kadın(%)
1935	29,3	9,8	70,7	90,2
1940	36,2	12,9	63,8	87,1
1945	43,7	16,8	56,3	83,2
1950	45,5	19,4	54,5	80,6
1955	55,9	25,6	44,1	74,4
1960	53,6	24,8	46,4	75,2
1965	64,1	32,8	35,9	67,2
1970	70,3	41,8	29,7	58,2
1975	76,2	50,5	23,8	49,5
1980	80,0	54,7	20,0	45,3
1985	86,5	68,2	13,5	31,8
1990	88,8	72,0	11,2	28,0
2000	93,9	80,6	6,1	19,4
2008	96,7	86,9	3,3	13,1
2009	97,0	87,9	3,0	12,1
2010	97,8	90,1	2,2	9,9
2011	98,3	91,9	1,7	8,1
2012	98,6	93,0	1,4	7,0
2013	98,7	93,4	1,3	6,6
2014	98,7	93,6	1,3	6,4
2015	98,7	93,7	1,3	6,3
2016	98,9	94,1	1,1	5,9
2017	99,0	94,5	1,0	5,5
2018	99,1	94,8	0,9	5,2

Kaynak: TÜİK, 2014: 24; TÜİK İnternet Sitesi, Ulusal Eğitim İstatistikleri

Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında oldukça düşük düzeylerde olan okuma-yazma oranı yıllar itibariyle artmıştır. Okur-yazar kadın oranı, her dönemde erkeklerden daha geride olmuş, ancak fark her geçen yıl azalmıştır. Okuma-yazma ve okullaşma oranları göz önüne alındığında Türkiye bu alanda büyük gelişmeler kat etmiştir ve neredeyse nüfusun tamamı okuma-yazma bilmektedir. Bu kapsamda oranın %100'e çıkarılması için çeşitli çalışmalar da yapılmaktadır. Şüphesiz okuma-yazma ve okullaşma oranları, toplumun daha bilinçli ve kültürlü olmasında yönünde önemli göstergelerden biridir. Bunun yanında Türkiye'de 25 yaş üstü nüfusun eğitim düzeyine bakıldığında; 2008 yılında ilkokul mezunu oranı %42,7 iken; 2018 yılında %26,3 olarak gerçekleşmiştir. Yine 2008 yılında yüksekokul ve fakülte mezunu olan oran 2008 yılında %8,3 iken; 2018 yılında 17,3 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK İnternet Sitesi, Ulusal Eğitim

İstatistikleri). Görüldüğü üzere 25 yaş üstü nüfusun eğitim düzeyinde ciddi iyileşmeler olmuştur. Bu iyileşme sağlık sektörüne de önemli katkılar sağlamaktadır. Cumhuriyet'in kuruluş yılları sonrası dönemde toplumun sağlık bilgisini iyileştirmek adına 1923-1948 yılları arası 700.000 afiş, 5.000.000 broşür ve 146.000 kitap ve dergi dağıtılmış, propagandalar ve eğitici filmler gösterilerek bilinçli toplum oluşturulmaya çalışılmıştır (Gümüüşü, 2017: 210). Ayrıca 1936'da Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü kurulmuştur (SSYB, 1973: 52).

Ülkenin sosyo-kültürel ortamının sağlıkla ilişkisini anlamlandırmak adına Fişek, Bölüm 2.3.1'de de ifade edildiği gibi bir çalışmada (1976: 3); sağlık düzeyinin yükselmesi için hizmetin varlığının yanında halkın ekonomik gücü, kültürü ve sağlık tesisinin kişiye olan yakınlığı etkenlerinin oluşması gerektiğini belirtmiştir. Fişek'in kültürden kastı, o dönemde köylerde yaşayanların kendileri ve çocukları için hekimlerden yararlanmama alışkanlıklarıdır. Bu durumun da halkın kusuru olmadığını, uzun yıllar boyunca toplumun kolayca ulaşacağı bir hekim bulamamasının, bu sonucu ortaya çıkardığını belirtmiştir. İkinci olarak da halkın, sağlık konusundaki yanlış bilgileri ve uygulama hataları olarak belirtmiş ve bu durumun da toplumu eğitecek sağlık personelinin olmamasından kaynaklandığını belirtmiştir. Fişek, başka bir yazısında ise (1970: 7), sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini önleyen alt yapı faktörleri arasında; halkın (özellikle köylerde yaşayanlar) büyük kısmının hastalanma durumunda hekime başvurmaması ve hastalıktan korunma için verilen önerilerin uygulanmaması olduğunu vurgulamıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuru rakamlarına ilişkin ilk dönem verilere sadece CHP'nin yayımlamış olduğu On Beş Yıl isimli kitapta ulaşılmaktadır. Bu kaynakta sağlık kuruluşlarında verilen tedavi sayıları Tablo 48'de sunulmuştur.

Tablo 48: 1925-1937 Yılları Arası Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Edilen Hasta Sayıları

Kurum \ Yıl	1925	1930	1935	1937
İstanbul Çocuk Hastanesi	14.731	21.581	21.848	40.342
Numune Hastaneleri ⁸²	15.442	42.352	128.141	250.421
Zonguldak Hastanesi	768	957	3.817	6.165
Akliye ve Asabiye Hastaneleri	2.544	4.618	11.584	11.535
Heybeliada Verem Sanatoryumu	132	136	566	628
Emrazi Sâriye ve İstialiye Hastaneleri	804	904	8.125	9.480
Muayene ve Tedavi Evleri ⁸³	174.362	349.131	153.906	170.588
Doğum ve Çocuk Bakım Evleri ⁸⁴	8.539	23.283	55.457	72.553
İstanbul Gureba Hastanesi	10.878	19.080	37.864	47.119
Belediye Hastaneleri ⁸⁵	42.962	48.499	162.696	195.268
Hususi Hastaneler ⁸⁶	49.499	127.360	160.451	158.860
Hususi İdare Hastaneleri	33.709	218.986	437.786	431.483
Hususi İdare ve Belediye Dispanserleri ⁸⁷	11.726	170.682	227.714	237.900

Kaynak: CHP, 1938: 344-355

Tablo 48’de görüldüğü üzere yıllar itibariyle sağlık hizmetlerinden yararlanma sayıları artmıştır; ancak nüfus göz önüne alındığında yeterli sayıda değildir. Bu artıştaki sebep hem bilinçlenme hem de sağlık kuruluşlarının sayılarının artması olabilir. Daha sonraki dönemlere ilişkin olarak 1974 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü yapmış olduğu nüfus araştırmasında Türkiye’de ölenlerin %43’ünün hasta iken bir hekim tarafından muayene edilmediği ortaya çıkmıştır (Fişek, 1982: 13). Sosyalleştirme döneminin Türkiye’de hüküm sürdüğü dönemde; 1980’li yıllara kadar olan süreçte batılı gelişmiş ülkelerde de sosyal devlet ilkesi çerçevesinde ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetleri toplumların hekime başvuru sayılarını 2-3’den 10’un üzerine çıkarmıştır (Belek, 2004: 39). Ancak Türkiye’de özellikle 1980 sonrası dönemde, toplumda sağlık hizmetlerinden

⁸² Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve Haydarpaşa olmak üzere toplam 5 adet Numune hastanesinin toplamını göstermektedir.

⁸³ 1924 yılında 150 adet açılmış ve 1936 yılında 20 adet daha açılmıştır.

⁸⁴ Ankara, Konya, Adana, Balıkesir, Malatya, Kars, Van, Erzurum ve Çorum olmak üzere 9 adet bakım evinde tedavi olan çocuk ve kadınların toplamını göstermektedir.

⁸⁵ 1925 yılında 11, 1930 yılında 17, 1935 ve 1937 yıllarında 19 belediye hastanesinin hizmetleri toplamıdır.

⁸⁶ 1925 yılında 40, 1930 yılında 61, 1935 yılında 44 ve 1937 yıllarında 54 hususi hastanesinin hizmetleri toplamıdır.

⁸⁷ 1925 yılında 31, 1930 yılında 93, 1935 yılında 92 ve 1937 yıllarında 106 dispanserinin hizmetleri toplamıdır.

yararlanmanın her geçen gün daha da arttığı muayene sayılarından görülebilmektedir. Her geçen yıl hekime başvuru sayısı artmaktadır. Bu konuya ilişkin veriler Tablo 49’da verilmiştir.

Tablo 49: 2002-2017 Arası Çeşitli Yıllarda Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Yapılan Başvurulara İlişkin Bilgiler

Yıl Değişken	2002	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Birinci Basamak	74.827. 588	220.252. 781	219.205. 605	214.564. 156	215.990. 739	235.135. 618	265.496. 223
İkinci ve Üçüncü Basamak	134.138 .461	410.068. 343	424.786. 425	445.535. 291	469.718. 440	483.789. 191	517.018. 981
Birinci Basamak Oranı (%)	36	35	34	33	31	33	34
İkinci ve Üçüncü Basamak Oranı (%)	64	65	66	67	69	67	66
Kişi Başı Başvuru Sayısı	3,1	8,2	8,3	8,4	8,6	8,9	9,5

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018a: 155-159

Görüldüğü üzere 2002 yılından 2017 yılına kadarki dönemde birinci basamağa başvuru sayısı yaklaşık iki kattan fazla artarken; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı 3,5 kattan fazla artmıştır. Başvuruların çoğunluğunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olduğu görülmekte (%64-69 arası) ve yıllar içinde sürekli aynı şekilde gelişmiştir. Hiç şüphesiz bu durum, Türkiye’de tedavi aramada öncelikle hastanelerin tercih edilmesinden ve sevk sistemindeki başarısızlıklardan kaynaklanmaktadır (Başol, 2015: 136). 2002 yılından 2018 yılına kadar kişi başı başvuru sayısı 3,1’den 9,5’e (2017 yılı için OECD ülkelerinde hekime başvuru sayısı 6,9 olarak gerçekleşmiştir) yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019b: 162) ve bu oran ile tablodan çıkarılacak en önemli sonuç ise toplumun artık sağlık hizmetlerinden yararlanma alışkanlığı kazandığıdır denilebilir.

Toplumun sağlık seviyesinin korunmasında, altyapı, gelir güvencesi, adil gelir dağılımı, beslenme ve barınma gibi etkenlerin geliştirilmesi oldukça önemli yer kaplamaktadır (WHO, 2009b: 1-5; Karadağ-Çaman ve Çilingiroğlu, 2009: 1). Örneğin DSÖ tarafından yayımlanan bir raporda (WHO, 1967b: 269); 1961-1964 yılları arasında Türkiye’deki en önemli sağlık sorunları, özellikle kırsal alanlarda yetersiz çevre sağlığı,

sağlık eğitiminin yetersizliği, özellikle okuma-yazma oranının %50'nin üzerinde olduğu köylerde çocuklar arasındaki beslenme yetersizlikleri ile sağlık personelinin yetersizliği ve dengesiz dağılımı gösterilmiştir. DSÖ'nün bir başka raporunda (WHO, 1971: 298-299) ise, toplam nüfusun %34,5'i borulu su sistemlerine sahipken; sakinlerin %43,5'inin halk çeşmelerinden su temini sağladığını ve kentsel nüfusun %15'i kanalizasyona bağlı evlerde yaşadığını belirtmiştir. 2003 yılında toplumun %64,1 olan evde içme suyu bulunma oranı (HÜNEE, 2004: 30); 2008 yılında 93,7'ye (HÜNEE, 2009: 33), 2013'te %99,6'ya yükselmiştir (HÜNEE, 2014: 34). Aynı şekilde kanalizasyona bağlı evde yaşayanların oranı da 2003'te 75,9'dan 2008'e 81,1'e, 2013'te ise %97'ye yükselmiştir (HÜNEE, 2004: 30; HÜNEE, 2009: 34; HÜNEE, 2014: 35).

1960'ların ikinci yarısından itibaren de aynı şekilde Türkiye'deki en önemli sağlık sorunları olarak; yetersiz beslenme durumu, büyük şehirlerde giderek artan hava kirliliği ve gürültü, sağlık eğitimi eksikliği ile halkın farkındalığı gösterilmiştir. Bu sağlık sorunlarının altında yatan nedenlerin ise; kötü çevresel koşullar, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir ve yüksek doğurganlık olduğu belirtilmiştir. Ancak önceki dönemlere göre nispeten artan eğitim düzeyinin sağlık koşulları üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu da belirtilmiştir. Bu dönemde DSÖ, UNICEF ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı destekli olarak; İstanbul Bölgesi Su Temini ve Kanalizasyon Master Planı, Sıhhi Mühendislik Eğitim ve Programlarının Geliştirilmesi, Çevre Sağlığı Hizmetleri ve Çevresel Sanitasyon projeleri ile teknik ve mali destek sağlanmaktadır (WHO, 1971: 298-299; WHO, 1974: 266). 1980-2001 döneminde köylere götürülen içme suyu hizmetlerinde gelişmeler sağlanmıştır. Ayrıca su olmayan ünite sayısında da oldukça önemli gelişmeler kaydedilmiştir (DPT, 2002: 54). TÜİK'in 2020 yılı başında yayımladığı 2010-2018 Sürdürülebilir Kalkınma Göstergelerine bakıldığında; güvenilir içme suyu kullananların oranı %98,6 olarak belirtilmiştir (TÜİK Haber Bülteni, 2019d: 2).

Ülkedeki gelir dağılımı da sağlık düzeyini ve eşitlik konusunda göz önüne alınan önemli konulardan biridir (Kılıç, 2019: 37). Ülkelerin gelir dağılımını ölçmek için en yaygın kullanılan araçlardan birisi de Gini katsayısıdır. Lorenz eğrisi üzerinde yer alan çizginin üzerinde yer alması gelirin eşit şekilde dağıldığını göstermektedir. Gini katsayısı sıfır ile bir arasında bir değer alır ve sıfıra yaklaştıkça gelir dağılımı eşitliğinin, bire yaklaştıkça gelir dağılımı eşitsizliğinin arttığını gösterir (Doğan ve Tek, 2007: 99).

Bunun yanında, toplumun en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'sinin gelirine oranı şeklinde hesaplanan P80/P20 oranı da gelir eşitsizliğinde önemli bir göstergedir (TÜİK Haber Bülteni, 2019b: 1). Yoksulluk ise sağlık seviyesini etkileyen bir diğer değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Yoksulluk, bir halkın, ailenin ya da bireyin asgari olarak yaşamını devam ettirebilmesi için hem maddi hem de sosyokültürel ihtiyaçlarını karşılayabilmekten yoksun olması durumudur (Şenses, 2014: 62). Türkiye’de 2002 yılı sonrasına ait gini katsayıları, P80/P20 oranları ve yoksulluk oranları Tablo 50’de sunulmuştur.

Tablo 50: Çeşitli Yıllara İlişkin Gini Katsayıları, P80/P20 Oranları⁸⁸ ve Yoksulluk Oranları⁸⁹

Yıllar	Gini Katsayısı	P80/P20 Oranı	Yoksulluk Oranı ⁸⁹
1963	0,55	12,67	-
1968	0,56	20,0	-
1973	0,51	16,14	-
1978	0,51	7,46	-
1987	0,43	9,60	-
1994	0,49	11,20	-
2002	0,440	9,5	26,96
2003	0,420	8,1	28,12
2004	0,400	7,7	25,60
2005	0,380	7,3	20,50
2006	0,428	9,6	18,6
2007	0,406	8,1	16,3
2008	0,405	8,1	16,7
2009	0,415	8,5	17,1
2010	0,402	7,9	16,9
2011	0,404	8,0	16,1
2012	0,402	8,0	16,3
2013	0,400	7,7	15,0
2014	0,391	7,4	15,0
2015	0,397	7,6	14,7
2016	0,404	7,7	14,3
2017	0,405	7,5	13,5
2018	0,408	7,8	13,9

Kaynak: TÜİK İnternet Sitesi, Gelir Dağılımı ve Yaşam Koşulları İstatistikleri; Yoksulluk İstatistikleri; Tokol, 2013: 462

Tablo 50’de görüldüğü üzere Türkiye’de gini katsayısı 0,400 civarında seyretmiş ve gelir eşitsizliği durumu söz konusudur. Gelir dağılımındaki adaletsizliğin ekonomik,

⁸⁸ Gini katsayısı ve P80/P20 oranı eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert gelirine göre hesaplanmıştır.

⁸⁹ 2002-2005 yılları arası yoksulluk oranı Gıda+Gıda Dışı Yoksulluk Oranını göstermektedir. 2006-2018 yılları arası eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert gelirine göre hesaplanan yoksulluk oranını (%50) göstermektedir.

siyasi ve kültürel olmak üzere birçok nedeni vardır. Örnek olarak, hızlı nüfus artışı, enflasyon, vergi adaletsizliği gibi birçok sebep gösterilebilir (Tokol, 2013: 462-463). Çalışkan (2010: 115) yaptığı bir çalışmada, 2005 yılı için dünya ülkeleri ile Türkiye'yi karşılaştırdığında, 0,38 Gini katsayısı ile gelir dağılımı açısından sıralamada gelişmiş ülkelerin gerisinde yer aldığını vurgulamıştır. Acar (2015: 54) da yaptığı çalışmada, Türkiye'nin gini katsayısının OECD ülkeleri içinde son sıralarda yer aldığını ve önemli bir ilerleme sağlanamadığını ve bu alanda önemli tedbirler alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bunun yanında P80/P20 oranı 2006'dan 2014'e kadar düşüş göstermiş olsa da; 2014'ten 2018'e kadar olan dönemde tekrar bir yükseliş göstermiştir. Aynı zamanda en zengin %20'nin gelirinin en yoksul %20'nin gelire oranında artış meydana gelmiştir. Yoksulluk da ülkeler hakkında önemli ipuçları veren ve toplumun sağlık harcamalarını ve sağlık seviyelerini belirlemede önemli bir etken olarak kullanılan araçtır (Saygılı, 2019b: 154). DPT'nin Özel İhtisas Komisyonu Raporu'nda (DPT, 2001b: 111), 1968-1987 yılları arası Türkiye'de planlı dönem boyunca yoksulluk sorununun hafifletilmesi, istikrarlı ekonomik büyüme ile başarıldığı vurgusu yapılmıştır.

2002 sonrası dönemde yoksulluk oranı sürekli olarak düşmüş, sadece 2008 krizi sonrası 2009 yılında bir miktar yükseliş görülse de 2009 sonrası düşüş devam etmiştir. 2009 yılında TEPAV, UNICEF ve DB tarafından yapılan çalışmada, en yoksul nüfusun %29'unun sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığını belirtilmiştir (TEPAV, UNICEF, DB, 2009: 2). Arjantin'de yapılan bir araştırmada da 2001-2002 yıllarında meydana gelen krizden sonra gelirleri düşen ailelerin %38'inin çocuklarının koruyucu hizmetlerden faydalanması için yaptıkları harcamaları azalttıklarını ortaya çıkmıştır (Gottret vd., 2009: 23-24). Bu kapsamda yoksul kesim için Türkiye'de sosyal koruma harcamaları yapılmaktadır. Bu harcamalar, eğitim ve sağlık gibi hizmetleri için verilmektedir. 2012 yılında 188 milyar TL sosyal yardım dağıtılırken; 2018 yılında 442,6 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların içinde hastalık ve sağlık bakımı için verilen miktarların GSYH'ye oranı ise 2012 yılında %3,71 iken; 2018 yılında %3,3 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK Haber Bülteni, 2013: 1; TÜİK Haber Bülteni, 2019d: 2; TÜİK Haber Bülteni, 2019e: 1). Bu yardımlar yoksul kesimin sağlık hizmetlerine ulaşmada karşılaştıkları güçlükleri azaltma konusunda oldukça önemlidir.

TÜİK tarafından 2004 yılından günümüze kadar düzenli olarak yapılan “mutluluğun kaynağı nedir” çalışmalarında her yıl en yüksek oranda çıkan değer “sağlık” olmuştur. Bu verilere ilişkin Tablo 51’de sunulmuştur.

Tablo 51: Toplum Tarafından Mutluluğun Kaynağı Olarak Görülen Değerler

Değer Yıl	Sağlık	Sevgi	Başarı	Para	İş	Diğer
2004	67,1	14,6	6,1	6,1	4,3	1,8
2005	69,2	11,9	5,5	5,9	5,0	2,5
2006	72,1	11,2	6,3	4,7	3,9	1,8
2007	68,7	13,5	6,4	6,4	2,9	2,2
2008	71,1	11,8	5,7	5,4	3,8	2,2
2009	70,7	13,2	6,6	5,2	3,5	0,8
2010	71,2	13,0	6,9	4,6	3,5	0,9
2011	72,8	13,1	6,9	4,3	2,4	0,5
2012	70,8	13,8	6,7	5,1	3,1	0,6
2013	68,0	15,2	8,6	4,1	2,3	1,8
2014	68,8	15,4	8,5	4,2	2,2	0,9
2015	68,8	15,8	8,6	3,9	2,0	1,0
2016	72,1	14,6	7,0	3,2	2,3	0,8
2017	68,0	16,6	9,0	3,9	1,9	0,6
2018	69,0	15,5	8,8	4,2	2,2	0,2

Kaynak: TÜİK, 2019: 10

Tablo 51’de görüldüğü üzere 2004 yılından 2018 yılına kadar olan dönemde toplum tarafından mutluluğun kaynağı olarak ilk sırada görülen değer sağlık olmuştur. Bu durum da toplumun aslında sağlığa oldukça önem verdiğini göstermektedir.

Kültürel ve toplumsal ortamda sunulan bilgilerden hareketle kır-kent ve doğu batı ayrımı da ele alınırsa; tarihsel süreçte Türkiye’de kır-kent ve/veya Doğu-Batı arasında birçok yönden büyük oranda farklılıklar var olmuştur. Örnek olarak, BÖH ve anne ölüm hızı doğuda daha yüksekken; Batı bölgelerinde daha düşük seyretmiştir. Sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum oranlarında, doğu ve kır kesimlerinde oranlar sürekli yüksek olmuştur. Örneğin, 1978’de bebek ölüm hızı ‰119 iken; kırdaki ‰146 olarak gerçekleşmiş; 2003 yılında rakamlar ‰23 ve ‰39 olarak gerçekleşerek büyük düşüş göstermiş; ancak kır-kent arası fark devam etmiştir (TTB, 2006: 127). Kır kesimlerine sağlık hizmetlerinin ulaşması daha uzun zaman alırken; kent kesimlerinde sağlık hizmetleri her zaman daha gelişmiş olarak var olmuştur. Örneğin 1965 yılında Türkiye’deki tüm hekimlerin ‰63’ü sadece İstanbul, İzmir ve Ankara’da bulunmakta iken; 1972 yılında bu rakam ‰67’ye kadar yükselmiş ve diğer sağlık personelinde de

aynı durum geçerli olmuştur (HÜNEE, 1978: 8). Çocuk ölümleri daima kentte daha düşük olmuş, çevresel faktörlerden kaynaklı hastalıklar kırdan daha yaygın görülmüştür (HÜNEE, 1999; Gwatkin vd., 2000: 14; Soyer, 2001: 218-221). Bunun yanında yoksul kesiminin çocukları daha çok ishal olurken; zengin kesimde bu oran daha düşük seyretmiştir. Aşılama hizmetlerinde aynı şekilde farklar karşımıza çıkmaktadır. Örneğin 1998’de kentteki çocukların tam aşılı olma oranı %51,8 iken; kırdan %26,8 (HÜNEE, 1999: 116) iken; 2003’teki araştırmada da benzer şekilde kentteki çocukların tam aşılı olma oranı %62,9; kırdan ise %36,5 olarak gerçekleşmiştir (HÜNEE, 2004: 135).

Eğitim durumu yönünden bakıldığında; 2003 yılında yapılan araştırmada hiç eğitim almamış erkeklerin oranı kırdan %30,5 iken; kentte %19,8’dir. Kadınlarda ise oranlar sırasıyla %48,8 ve %33,8 olarak görülmüştür.(HÜNEE, 2004: 23-24). 2003 yılındaki araştırmada doğum öncesi hiç yardım almayan kadınların oranı kırdan 34,2 iken; kentte 11,6 olarak gerçekleşmiştir (HÜNEE, 2004: 120). 2004 yılı hastalık yükü çalışmasında beş yaş altı ölüm olasılığı, kentsel alanda %39,99 iken; kırsal alanda %53 benzer şekilde Doğu bölgesinde beş yaş altı ölüm olasılığı %64,55 iken; batı bölgesinde %32,67 olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006b: 2). 0-5 yaş arası çocuklarda boy açısından beslenme bozukluklarına bakıldığında; kır-kent arası farklılıklarda kentteki çocuklarda beslenme bozuklukları kırdaki çocuklara oranla daha az görülmüş ve 1983’den 2003’e kadar düşüş göstermekle birlikte fark aynı şekilde devam etmiştir (TTB, 2006: 128).

Kültürel ve toplumsal ortam bölümündeki bilgilerden hareketle kısa bir genel değerlendirme yapılacak olursa; toplumun eğitim düzeyi Cumhuriyetin ilanından bu yana sürekli artış göstermiştir. Artan eğitim düzeyi de hiç şüphesiz toplumun sağlığa olan bakış açısını değiştirme yolunda önemli bir etken olmuştur. Ayrıca Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile başlayan, Milli Sağlık Programı, Sosyalleştirme Programı, Ulusal Sağlık Programı, SDP ve sonrası tüm planlama çalışmalarında halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi adına birçok amaç ve hedef belirlendiği görülmektedir. İçerik bölümünde de ele alınacağı şekilde hijyen, sağlık eğitimi vb. birçok konuda sağlık filmleri, radyo yayınları gibi farklı alanlardan yararlanarak sağlık konularında halkı bilinçlendirmeye yönelik birçok adım atılmıştır. Cumhuriyetin ilanı sonrası dönemde toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi oldukça zayıf düzeydedir. Bunun sebebi olarak sağlık tesisi ve sağlık personelinin azlığı ve/veya olmayışı sebep

gösterilebilir. Ancak Türkiye’de sağlık tesis ve personel sayısı arttıkça ve ülkeye yayılım genişledikçe toplumun sağlık hizmet kullanımı sayısı artmış ve önemli oranda gelişim göstermiştir. Gelir dağılımı konusunda Türkiye tarihsel süreçte benzer seviyede kalmış bu durum kişilerin sağlık kullanımına ve göstergelerine etki edebilmektedir. Yoksulluk ise her geçen yıl azalış göstermekle birlikte halen önemli düzeydedir ve daha da azaltılması gerekmektedir.

4.5.2. İçerik Faktörü

Bu başlık altında araştırma kapsamında olan plan, program ve politikaların içeriklerine ilişkin incelemeler sunulacaktır. Bu kapsamda bazı belgelerin içeriği olduğu gibi sunulurken; bazıları uzun olduğu için özet şekilde sunulmuştur.

Refik Saydam Programı (1925)

Refik Saydam’ın kendi el yazısı ile 1925 yılında sağlıkla ilgili çalışma programında 10 ana başlıkta toplanan hedefleri şunlardır (SSYB, 1982: 41; CHP, 1938: 334):

1. Devletin sağlık teşkilatını kurmak,
2. Çok sayıda hekim yetiştirmek,
3. Numune hastaneleri açmak,
4. Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek,
5. Doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
6. Verem Sanatoryumu açmak,
7. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek⁹⁰,
8. Sağlık ve Sosyal Yardım Teşkilatını köylere kadar götürmek,
9. Sağlık ve sosyal kanunları çıkarmak,
10. Merkez hıfzıssıhha müessesesini ve hıfzıssıhha okulunu açmak.

On başlıkta ele alınan konulara bakıldığında ve ülkenin içinde bulunduğu koşullar göz önüne alındığında; oldukça önemli ve yerinde amaçlar olduğu söylenebilir. Saydam’ın programının ana hatlarında hastaneler dışındaki amaçların, personel temini, hizmet birimi, koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı için altyapı oluşturma olduğu görülmektedir (Aydın, 2002a: 34). Ülkede o dönemde sağlık teşkilatı, yetişmiş insan

⁹⁰ Bazı kaynaklarda bulaşıcı hastalıklar yazılmış bazılarında Verem, Sıtma, Frengi ve diğer içtimai hatalıklar ve trahom ile mücadele etmek şeklinde yazılmıştır.

gücü ve sağlık tesisi yoktur veya yok denilecek kadar azdır. Dönemin en önemli sorunlarından bulaşıcı hastalıkların ayrıca ele alınması toplumun ihtiyaçlarının öncelikli hale getirildiğinin ayrı bir göstergesidir.

Hıfzıssıhha merkezi, numune hastaneleri, doğum ve çocuk bakımevleri açmak ve köylere kadar yayılma isteği ise tüm toplumu kapsayıcı özellik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanında yardımcı sağlık personeli konusunun ele alınması oldukça önemli bir yer oluşturmuştur.

Program içeriğinde önemli bir ayrıntı olarak köylere kadar yayılma isteği ilk kez bu programda ele alınmış ve daha sonraki yıllarda yapılan hemen hemen her politika, plan ve programda yer almıştır. Bu konu ile ilgili Refik Saydam I. Milli Tıp Kongresinde yaptığı konuşmada: “...Türk hekimi, büyük şehirlerin süs ve refahına, huzur ve sükûnetine bağlı kalmayarak hayırlı çalışmalarını şehirlerden kasabalara ve özellikle köylere kadar göndererek ve yayararak ve bizzat köylü ile ilişki kurarak onu medeni, sıhhi ve sosyal her türlü gelişmeden haberdar eyleyecek ve Türk köylüsünün sağlam, üretici bir eleman halinde yetişmesine yardım edecek ve bu süratle harap köy kulübelerinden sağlıklı ve müreffeh evler ve mesut yuvalar meydana gelmesine aralıksız çalışacaktır.” diyerek (SSYB, 1982: 51) köylere yayılmanın önemini ve bu konudaki isteğini belirtmiştir. Yine Hıfzıssıhha Okulu açılışında yaptığı konuşmada koruyucu hekimliğe verdiği önemi; “...Hekim, hastalıkların giderilmesinde oynadığı rolden daha ziyade, sağlıklı olanların bu durumlarını korumak için tüketeceği emek ile koruyucu tıp ve sosyal hıfzıssıhha alanına girer.” (SSYB, 1982: 54-55) ifadeleriyle belirterek önceliğini açıkça ortaya koymuştur.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)

Türkiye’nin kapsamlı ilk sağlık planı olarak da kabul edilen BOYMSP’nin içeriği özet şekilde şu şekildedir (SSYB, 1946);

- Köylere kadar ülkenin en ücra her köşe ve bucağındaki halka ulaşmak için yapılan BOYMSP yapılmasındaki hedefler plan başında şu altı madde ile belirlenmiştir (amaç ve hedeflerin belirlenmesi);
 - ✓ Koruyucu hekimliğin temelini atmak (Çocuk bakımı, hastalıklardan korunma ve hijyen eğitimi ve propagandası),
 - ✓ Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak,
 - ✓ Mevcut sağlık personelinin ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek,

- ✓ Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek,
 - ✓ Bütün illeri içine almak üzere yurdun yedi bölgesinde, personel ve teşkilat bakımından birer tıp fakültesine çekirdek olabilecek kudrette ve her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak ve işletmek (21 farklı çeşit),
 - ✓ Bu işleri en verimli tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak.
- Plan 5 ana hat ve 25 alt başlıkta ele alınmıştır,
 - Koruyucu hekimlik, planın en temel vurgularındandır. Bu ana hat altında; çocuk bakımı, hastalıklardan korunma ve sağlık terbiyesi (sağlık bilgisi) ele alınmıştır,
 - Uluslararası göstergeler ile Türkiye'nin durumu karşılaştırılmıştır,
 - Koruyucu hekimlik ele alınırken bir sıtmalı hastanın en az dört gün çalışmadığı ve sıtmalı hastalardan senede on milyon çalışma günü kaybedildiği belirtilerek maddi kaybın 30 milyon Lira olduğu belirtilerek koruyucu hekimliğin önemi vurgulanmıştır (Durum analizi ile problem tespiti),
 - Sağlık eğitimi için sağlık filmleri ve radyodan yararlanılacağı belirtilmiştir (Günümüzde kullanılan kamu spotları),
 - Koruyucu hekimliğe verilecek önemle hastanelerin yüklerinin de azalacağı belirtilmiştir,
 - Her on köye bir köy sağlık memuru ve ebesi verilecektir,
 - Her kırk köye on yataklı bir köy sağlık merkezi açılacaktır. İçinde iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru bir de ziyaretçi hemşire bulunacaktır. Bu çalışanların görevi başta koruyucu hekimlik, küçük tedaviler ve doğum işleri olacaktır,
 - 4.000 kişiye bir hekim düşmekte iken; 3.000 kişiye bir hekim düşmesi öngörülmüştür,
 - Yetersiz sayıda olan hekim ve diğer sağlık personeli yetiştirmek için tıp fakülteleri ve sağlık okulları açılacaktır (Kaynakların değerlendirilmesi) ve her bölgeye birer hemşire okulu ve birer köy ebe okulu açılacaktır,
 - Mevcut il özel idare ve belediye hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanacak ve günümüz ihtiyaçlarına uygun hale getirilecektir (Kaynakların değerlendirilmesi),

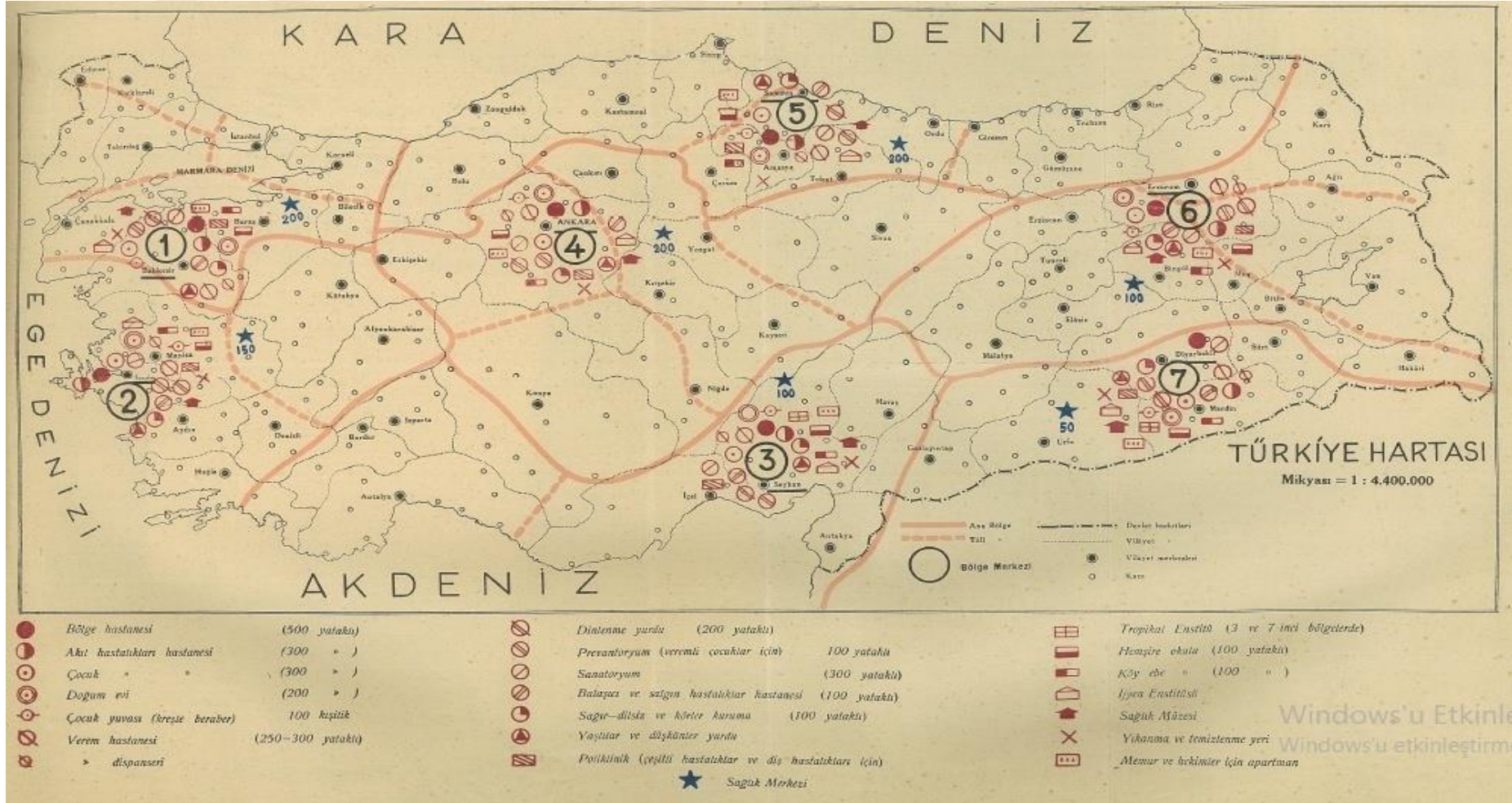
- Her on bin nüfusa 8,68 yatak düştüğü belirtilerek (uluslararası karşılaştırmalar yapılmıştır) yatak sayısının artması gerektiği belirtilmiştir. Bu amaçla Türkiye yedi bölgeye bölünerek (Bölge tabanlı planlama);
 - ✓ Ana bölgelerde 500 yataklı tam teşkilatlı Bölge Genel Hastaneleri,
 - ✓ Her bölgede 300 yataklı Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesi,
 - ✓ Her bölgede birer 300 yataklı Çocuk Hastaneleri,
 - ✓ Her bölgede birer 200 yataklı Doğumevi,
 - ✓ Her bölgeye birer 100 yataklı Prevantoryum (verem mikrobunu kapmış ancak hastalığa yakalanmamış kişilere bakan kurum),
 - ✓ Her bölgeye birer 300 yataklı Sanatoryum (vereme yakalanmış kişilerin sağaltılmaları, iyileştirilmeleri için hizmet veren sağlık kuruluşu),
 - ✓ Her bölgede ihtiyaç durumuna göre birer 250-300 yataklı Verem Hastanesi,
 - ✓ Gerekliklik durumuna göre bölge merkezleri veya il merkezlerinde 30 yataklı Zührevi Hastalıklar Dispanseri,
 - ✓ Her bölgede birer hastaların tedavilerinden sonra kuvvetleneceği 200 yataklı Dinlenme Yurdu,
 - ✓ Her bölgede ihtiyaca göre yatak sayısı belirlenecek şekilde Yaşlılar ve Düşkünler Yurtları,
 - ✓ Her bölgeye 100 yataklı Dilsiz ve Körler Kurumu,
 - ✓ Her bölgeye birer 100 yataklı Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Hastanesi,
 - ✓ En sıcak olan 3. ve 7. bölgelere birer Tropikal Enstitüsü (hem epidemiyolojik tetkikler üzerinde çalışacak hem de yardımcı personeli yetiştirecek),
 - ✓ Her bölgeye birer Hijyen Enstitüsü kurulacaktır.
 - ✓ Tüm bunların sonucunda on bin kişiye düşen yatak sayısının plan sonunda 24 olması (plan başında 8,68) öngörülmüştür,
 - ✓ Sağlık eğitimini tüm ülkeye yayacak şekilde örgütlenecek şekilde her bölgeye Sağlık Müzeleri,
 - ✓ Halkın ihtiyaçları ve bulaşıcı hastalıklarda önemli olduğu için Yıkama ve Temizlenme yerleri,
 - ✓ Hem bölge kurumlarında hem de köy sağlık merkezlerindeki personel için Personel Lojmanları (personel hakları),

- ✓ Çocuk yuvaları (içinde gündüz bakım evi ve kreşler bulunacak şekilde) kurulacaktır.
- Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi geliştirilecektir,
- Müstahzar ilaç (kullanıma hazır ilaç) konusu üzerinde durulacaktır, yerli ilaç vurgusu yapılmıştır,
- Kaplıca ve Maden Sularına önem verilecek ve bunlar günün icaplarına uygun olarak tesis edilecektir (sağlık turizmi vurgusu),
- Plan için on yıllık zaman dilimi öngörülmüştür ancak ikinci on yıllık planın yapılacağına da vurgusu yapılmıştır (belirli zaman/ uzun dönemli plan),
- Plan için gerekli para miktarı olarak 623.796.325 Lira öngörülmüştür ayrıca yapılan tesislerin idame (yıllık tekrarlayan giderler) masrafları olarak da 99.345.475 Lira olarak öngörülmüştür (belirli kaynak),
- Plan için gerekli paranın kaynağı olarak Sağlık Sandığı kurulması ve 250 milyon sermayeli Sağlık Bankası kurulması gösterilmiştir,

Planın son kısmında netice başlığı altında planın öneminin vurgulanması için; gerekli parasal tutarın, kaybedilen parasal kaybın yanında çok küçük bir tutar olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca verimliliğin artacağı, ikinci planın ve sonrasında milli bir ideal olacak şekilde düzenli olarak planların yapılacağı vurgulanmıştır. 1946 yılında DSÖ toplantısında kabul edilen bazı kararlara yer verilmiş, planın bu kararlarla benzerlik gösterdiği vurgulanmış ve planın Türkiye'nin ihtiyaçları için zorunlu nitelikte olduğu belirtilmiştir.

BOYMSP ile 7 bölgeye bölündüğünü gösteren harita Şekil 18'de gösterilmiştir.

Şekil 18: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planında Öngörülen Sağlık Bölgeleri



Kaynak: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (SSYB, 1946)

Planın içeriğine bakıldığında daha sonraki bölümde süreç faktöründe de ele alınacağı üzere; ülkenin sağlık sektöründe hemen hemen tüm sorunlarını ele alması sebebiyle oldukça gelişmiş olduğu söylenebilir. Verem, personel temini ve tesis yapımı gibi öncelikli konulardan başlayıp personel lojmanları, gündüz bakım evleri ve kreşleri, sağlık turizmi gibi günümüzde dahi önem verilen konulara eğilmiş ve bunlara çözüm önerileri sunmuş bir plan olduğu görülmektedir.

Çeşitli kuruluşların ellerindeki hastaneleri tek elden yönetmek, illerdeki hastaneleri donatmak, halkı belli bir ücret karşılığı sigortalamak, ödeme gücü olmayanların ücretlerini bütçeden karşılamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemeler konularında önlemler almak, süt ve mama gibi besinler için sanayi kuruluşları oluşturmak planın içeriğindeki diğer zenginlikler olarak göze çarpmaktadır. Koruyucu hekimlik hizmetleri ile ilgili her 40 köye 10 yataklı sağlık merkezi, iklimsel olarak sıcak bölgelere tropikal enstitüsü gibi hedefler de ülkenin her yönden ele alındığının başka bir göstergesidir. Bu içeriklere bakıldığında BOYMSP, zamanın oldukça ötesinde ve halk sağlığını öne çıkaran reform niteliğinde bir belge olarak karşımıza çıkmaktadır (Demirel, 2008: 49-54).

BOYMSP'nin açıklanan içerik ve değerlendirmeler ışığında, 1960'lı yıllarda uygulanan sosyalleştirme programına da öncü olduğu söylenebilir. Bu öncülüğün en önemli sebebi de içeriklerin benzerliği hatta BOYMSP'nin daha kapsamlı olmasıdır denilebilir.

Milli Sağlık Programı (1954)

Behçet Uz programın önsöz bölümünde, nüfusun azlığından söz ederek acilen artırılması gerektiğini vurgulamış, bunun ise sağlam bir sağlık teşkilatı ile daha da hızlanacağını vurgulayarak programın hedeflerini şu şekilde sıralamıştır (Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti (SMİV), 1954: 3-4):

- Nüfusun yaklaşık %85'inin yaşadığı kasaba ve köylerde, halkın sağlığını korumak, kontrol altında tutmak, hastalık ve ölümleri azaltmak için kazalarda birleşik ve aynı hedefe yönelmiş sağlık teşkilatı kurulacaktır. Bu teşkilat hem koruyucu hem de tedavi edici hizmet sunacak ayrıca sanitasyon sağlamada da görev alacaktır,
- İllerdeki hastaneler, modern teçhizatla donatılarak günün koşullarına uygun hale getirilecektir,

- Nüfusun dağınık şekilde olması göz önünde bulundurularak çeşitli yerlerde tam teşkilatlı ve yeterli sağlık bölgeleri kurulacaktır (bölge tabanlı planlama). Bu şekilde bölgeler arası birbirinden farkı olmayan sağlık üniteleri kurulmuş olacaktır,
- İthal edilen çocuk mama ve gıdaları Türkiye’de üretilecek ve üreticilere destek verilecektir,
- Kaplıca ve şifalı sular, modern su tedavisi tesisleri haline getirilecektir.

On yıllık olarak hazırlanan programda (ismi her ne kadar program olarak geçse de metin içlerinde plan olarak anılmıştır) şu hususlar yer almıştır (SMİV, 1954: 18-22);

- Yeni sağlık tesisleri kurulacak, eski olanlar ise günün şartlarına uygun hale getirilecektir,
- Türkiye, on altı sağlık bölgesine bölünecektir⁹¹ (Şekil 19),
- On bin kişiye düşen yatak sayısı mevcut durumda 13 iken; bu sayı 30’a çıkarılacaktır,
- Sağlık kurumlarının ayrı ayrı birer kurum olarak yönetilmesi sağlık, sosyal ve idari yönlerden sorunlara yol açtığı için merkezden yönetilmesi sağlanacaktır,
- Sayısı 6.557 olan verem hasta yatağı en az 14.000’e yükseltilecektir,
- Sayısı 3.710 olan Akıl hastalıkları yatak sayısına 3.200 adet daha eklenecektir,
- Her bölgeye bir çocuk hastanesi yapılacaktır,
- 990 olan doğum yatak sayısı 2.590’a yükseltilecektir,
- Toplam 250 yataklı iki cüzam hastanesine ek olarak 1.000 yataklı üç adet cüzam hastanesi yapılacaktır,
- Nüfusu az olan her kaza merkezinde on (223 adet); nüfus sayısı fazla her kaza merkezinde ise yirmi beş (124 adet) yataklı sağlık merkezi kurulacaktır. Bu küçük hastanelerde koruyucu hekimliğe ağırlık verilecek şekilde tedavi edici hekimlik hizmetleri de verilecektir,
- Her bölgeye bir Hıfzıssıhha Laboratuvarı açılacaktır,
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi mevzuatı değiştirilerek Devlet Hijyen Enstitüsü’ne dönüştürülecektir,
- İki büyük rehabilitasyon merkezi kurulacaktır.

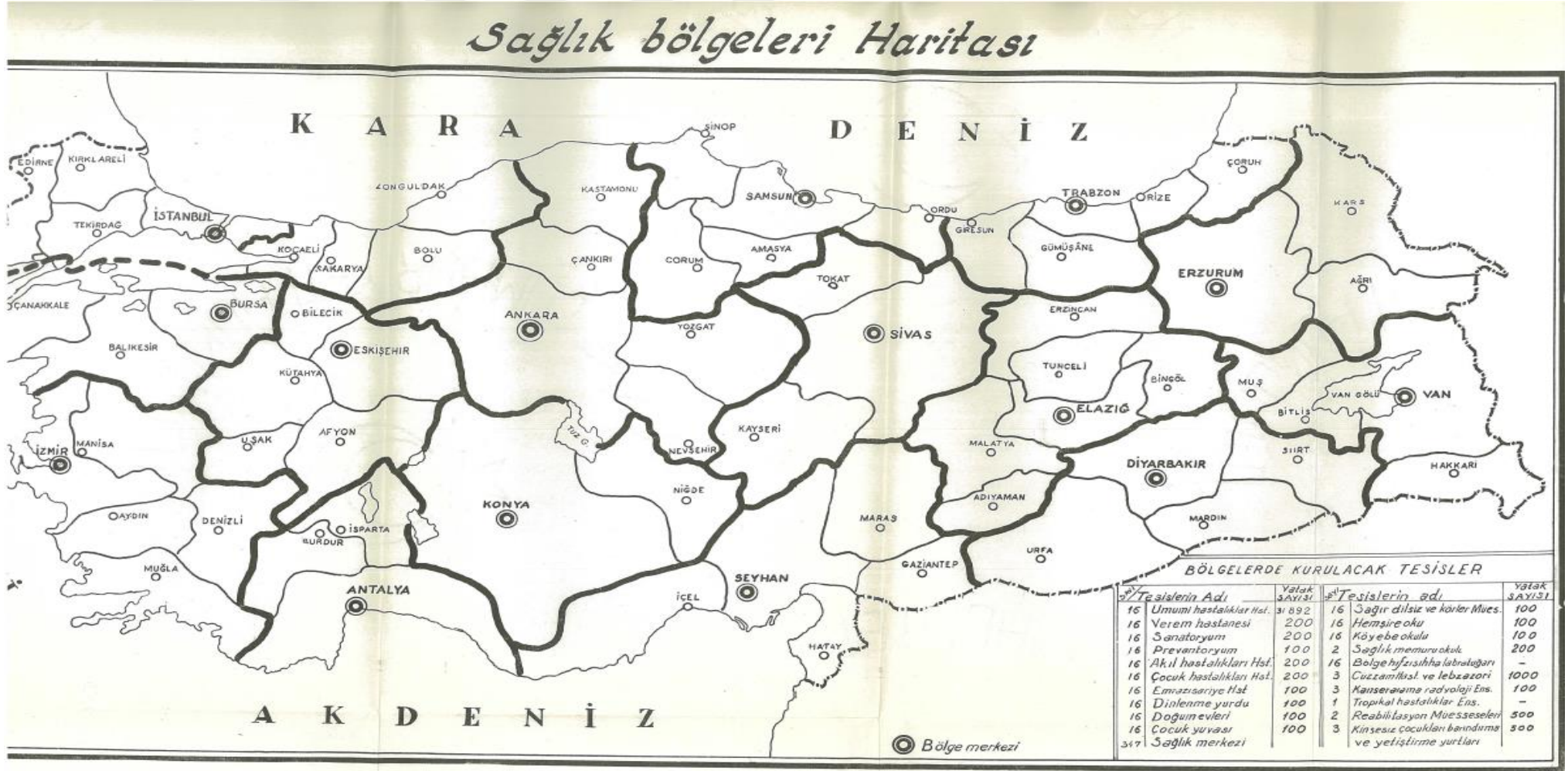
⁹¹ Bölümlendirme yapılırken DSÖ Ekspertlerinde Dr. Olle ve Sağlık Mühendisi Shipman’ın hazırladığı rapora bağlı kalındığı vurgulanmıştır.

Milli Sağlık Programı sonunda oluşacak yatak durumu ve mali yükün şu şekilde oluşacağı belirtilmiştir (SMİV, 1954):

- Tedavi yatak sayısı 23.532'den 81.754'e çıkacaktır,
- Çocuk yuvası, dinlenme yurdu, rehabilitasyon merkezi ve kimsesiz çocuklar barındırma merkezi yatak sayısı 80'den 5.780'e çıkacaktır,
- Hemşire-ebe, sağlık memuru, köy ebesi, sağır, dilsiz ve körler okullarında yatak sayısı 730'dan 5.760'a çıkarılacaktır,
- Tüm bu sağlık tesis ve yatak artırımlarını inşa etmenin 10 yıl sonundaki maliyeti 1.100.000.000 (Bir Milyar Yüz Milyon Türk Lirası) olacaktır,
- Bu tesislerin yıllık idame (tekrarlayan giderler) masrafı olarak da 245.945.502 TL olacağı belirtilmiştir,
- Bu giderler ve masraflar için de; doğum evi, cüzzam, verem vb. yatakları dışında kalan yaklaşık 55.000 yatağı ücretli hale getirerek elde edilecek gelir ve programın sonunda kurulmasının öngörüldüğü Milli Sağlık Bankası'ndan elde edileceği belirtilmiştir,
- Milli Sağlık Bankası Türk Anonim Ortaklığı Kanun Layihası ve gerekçesi programın sonuna eklenmiştir.

Türkiye'nin MSP ile 16 bölgeye bölündüğünü gösteren harita Şekil 19'da gösterilmiştir.

Şekil 19: Milli Sağlık Programında Öngörülen Sağlık Bölgeleri



Kaynak: Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler (SMİV, 1954: 7-18)

Milli Sağlık Programı'nın içeriğinin Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın içeriğinden daha dar kapsamlı olduğu görülmektedir. Ancak yine de ülkenin içinde bulunduğu koşullar göz önüne alındığı, tüm ülkeye yayılma isteğinin var olduğu ve bulaşıcı hastalıkları hedef aldığı görülmektedir. Aydın (2002: 69) bu program için, tüm sağlık hizmetlerini kapsamak yerine, sağlık merkezleri yoluyla taşra/kırsal kesimi sağlık hizmetlerini teşkilatlandırmayı amaç edindiğini; ayrıca programın tıbbi tanı, tedavi ve bakım hizmetlerini sadece hekimlik işi olmaktan çıkarak bir ekip çalışması olarak ele aldığını ve bununla birlikte donanımlı tesislerin varlığını gerektiren bir olgu olarak ele aldığını belirtmiştir.

Sosyalleştirme Programı (1961)

Döneme damgasını vuran ve ismini veren, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek önderliğinde İngiltere ve İsveç sağlık sistemlerinden önemli derecede etkilenilerek (TTB, 2001: 28) hazırlanan ve sosyal devlet ilkesini içinde barındıran Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un içeriği özetle şu şekildedir (224 sayılı Kanun):

- Sağlığı hak olarak gören ve sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun şekilde olması için bu kanun bir program dâhilinde uygulanacağı belirtilmiştir,
- 1948 yılında DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımına yer verilmiştir,
- Sosyalleştirme tanımıyla herkese eşit hizmet verileceği belirtilmiştir,
- Hekimler tam gün çalışacak ve serbest meslek icra edemeyeceklerdir,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi için her ilçeye en az bir sağlık ocağı kurulması planlanmıştır (sağlık merkezleri kaldırılmıştır),
- Sevk zincirinin işletilmesi üzerinde durulmuştur,
- Sağlık hizmetleri belirli durumlar dışında ücretsiz hale getirilmiştir,
- Sosyalleşmenin tüm ülkeye yayılması 15 yıl içinde (1978 yılında) gerçekleşeceği öngörülmüştür,
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi işlerini planlamak ve Bakanlığın diğer daireleri ile işbirliği yaparak yürütmek üzere Bakanlıkta özel bir daire kurulacağı belirtilmiştir (bakanlık düzeyinde planlama biriminin kurulmasından ilk kez bahsedilmektedir),

- Halk ile iletişimi ve dayanışmayı artırmak için sağlık ocaklarında, sağlık merkezlerinde ve illerde Sağlık Kurulları kurulacaktır,
- Sosyalleştirme hizmetlerinde görev alanlarla sözleşme (en az bir en fazla üç yıl olmak üzere) imzalanacaktır.

Sosyalleştirme Kanunu'nun hayata geçirilmesi için hazırlanan planda ele alınması gereken konuları öncelik sırasına göre şu şekilde sıralamışlardır (Ragıp ve Fişek, 1961: 6; Fişek, 1962: 61; Fişek, 1963: 5):

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

Çalışmada, bu konular A Planı (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Kabul Edildiği Takdirde Tatbik Olunacak Plan) (10-15 yıllık) olarak ele alınmış ve öncelikle kılavuz bölge olarak belirlenen üç ilde (Batı'da Tekirdağ, Orta Anadolu'da Çankırı ve Doğu'da Elazığ) üç yıl olarak uygulanacağı belirtilmiştir (3 kılavuz bölge il, açıkça belirtilmesine rağmen daha sonra sadece Muş ili kılavuz bölge

olarak seçilmiştir). Kanunun geçmemesi halinde B (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Kabul Edilmediği Takdirde Tatbik Olunacak Plan) ve C (Üçüncü Plan) planları da hazırlanmıştır. A planının kabul edilmesi ve 1975 yılında bitirilmek üzere uygulanması halinde; her yıl 220 milyon Liralık bir yatırım yapılması gerektiği ve Sağlık Bakanlığı bütçesinin her yıl %12,8 oranında artırılması gerektiği belirtilmiştir. Planın uygulanması sonucu 1974 yılına kadar olan sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve hastanelerin tesis ve idame masrafları detaylı olarak ele alınmıştır (Ragıp ve Fişek, 1961: 46-52; Öztekin, 1992: 19). Plan, birbirini tamamlayan 12 programa ayrılmış (ilk kez alt programlara ayrılma görülmektedir) ve maliyetleri ile personel ihtiyacı ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bunlar (Ragıp ve Fişek, 1961: 6-11):

1. Sağlık evi (yapımı 26.000 Lira, idame masrafı 11.000 Lira, 12.100 ebe),
2. Sağlık ocağı (yapımı 158.000 Lira, idame masrafı 20.000 Lira, 2.970 hekim, 5.840 sağlık teknisyeni veya hemşire, 2.970 şoför),
3. Sağlık merkezi (100 Yataklı yapımı 2.915.000 Lira, idame masrafı 440.000 Lira, 3.366 hekim, dişi ve eczacı, 5.610 hemşire, 3.740 sağlık sekreteri, 1.870 şoför, 18.700 hizmetli),
4. Sağlık müdürlüğü (yapımı 9.145.400 Lira, idame masrafı 1.898.536 Lira),
5. Bölge hastaneleri (yatak başı maliyet 55.000 Lira, 4.950 hekim, dişi ve eczacı, 8.250 hemşire ve teknisyen, 2.750 sağlık sekreteri, 176 şoför ve 27.600 hizmetli),
6. Bölge laboratuvarları (yapımı 3.000.000 Lira, 210 mütehasıs, 633 teknisyen, 176 sağlık sekreteri, 35 şoför, 1.266 hizmetli),
7. Bölge müdürlükleri (192 yükseköğrenim görmüş mütehasıs 352 sağlık sekreteri, 140 şoför, 176 hizmetli),
8. Depo ve tamirathaneler (yapımı 3.000.000 Lira, idame masrafı 1.000.000 Lira, 42 yüksek tahsilli eleman, 264 teknisyen, 88 sağlık sekreteri, 18 şoför, 880 hizmetli),
9. Yardımcı sağlık personeli yetiştiren okullar (yapımı 3.500.000 Lira, idame masrafı 335.000 Lira, 858 idareci, öğretmen, müzakereci, 198 sağlık sekreteri, 57 şoför, 1.144 hizmetli),
10. Müteferrik (ayrı) projeler,

11. Bakanlık merkez teşkilatı (207 idareci ve yüksek teknik eleman, 400 sağlık sekreteri, 22 şoför, 200 hizmetli),

12. Maaş ve ücretler (224 sayılı kanunun 19 ve 26. maddelerine göre).

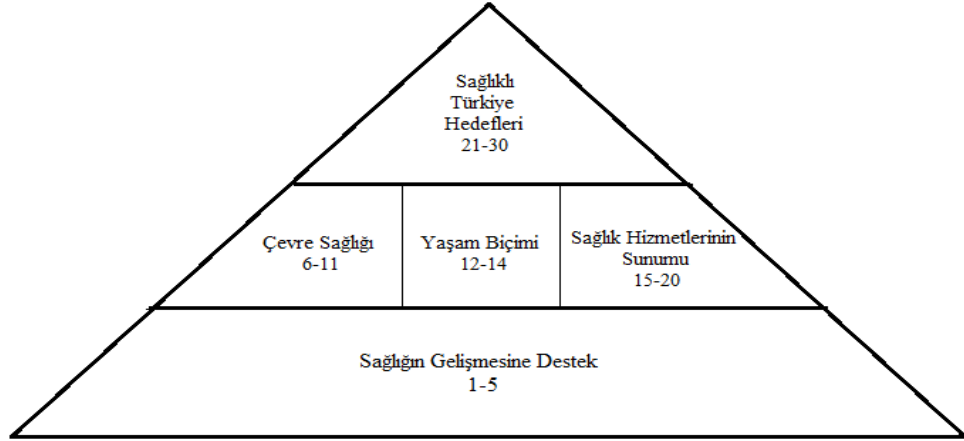
B planında; mevcut sağlık merkezleri geliştirilecek ve bir dahili bir cerrahi olmak üzere iki hekim ve yeteri kadar yardımcı personel verilecektir. Ayrıca her sağlık merkezinin 1-3 gezici ekibi olacak ve köylere hizmet götürülecek. Bunun yanında her ilçenin köyleri eşit sayılara bölünerek gruplara ayrılacak ve her gruba bir sağlık evi inşa edilecektir. Sağlık evlerinde ebeler daimi olarak görev yapacaktır (Ragıp ve Fişek, 1961: 41-44).

C planında ise, köy sağlık hizmetleri geliştirmek için en basit tedbir olarak her ilçeye bir hekim ve iki yardımcı personel verilecek, bu ekip her ayın 20 günü 40 köye hizmet vermek için çalışacaktır ve seyyar tabiplik yeniden canlandırılacaktır. Her iki planın sonunda kurulacak sağlık evi, sağlık merkezi, gezici sağlık ekibi sayıları belirtilmiş ve bu birimlerin bütçeye getireceği ortalama ek yükler de hesaplanmıştır (Ragıp ve Fişek, 1961: 45). Sosyalleştirme programının içeriğiyle ilgili olarak; dönemin ihtiyaçları ile uyumlu, ancak ekonomik ve politik ortam ile uyumlu değildir yorumu yapılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 367).

Ulusal Sağlık Politikası (1993)

Sosyalleştirme programından uzun süre sonra Türkiye’de kamunun şeklinin değiştiği 1980’li yıllardan sonra neoliberal politikaların etkisiyle hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası, 5 ana bölüm altında 30 hedeften oluşmaktadır. “Değişen hükümet ve bakanlarla değişmeyen bir sağlık politikası” hedefiyle yola çıkan belgede; her hedef için sorun tanımı yapılmış, ilkeler belirlenmiş ve soruna yönelik stratejiler oluşturulmuştur. Beş ana bölümün dağılımı Şekil 20’de gösterilmiştir.

Şekil 20: Ulusal Sağlık Politikası Ana Bölümlerinin Dağılımı



Kaynak: Ulusal Sağlık Politikası

Şekil 20’de gösterilen ana bölümler altında bulunan yirmi beş hedefin 2000 yılına kadar; beş hedefin ise 2005 yılına kadar gerçekleşmesi öngörülmüştür. Bu hedefler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 1993: 13-80):

Bölüm 1: Sağlığın Gelişmesine Destek

- Hedef 1: Sağlık Politikaları için Bilimsel Kurumsallaşma (Sağlık politikalarına, sağlık araştırmalarına, etik ile ilgili konulara yön verecek, standardizasyonu sağlayacak bilimsel kurumsallaşma 2000 yılına kadar geliştirilecektir),
- Hedef 2: Sağlık Enformasyon Sistemi (Ulusal Sağlık Politikasının uygulanmasını, izlenmesini ve değerlendirmesini sağlayacak bir sağlık enformasyon sistemi 2000 yılında tüm Türkiye’de işler hale getirilmiş olacaktır)
- Hedef 3: Sağlık Hukuku (2000 yılında Sağlık Hukuku kavram ve mevzuat olarak geliştirilmiş, vatandaşlar bu konudaki hak ve ödevlerin bilincinde olacak şekilde bilgilendirilmiş olacaktır),
- Hedef 4: Sağlık Teknolojisi (2000 yılından önce sağlık teknolojilerinin uygun kullanımının ve bunların etkililik, verimlilik, emniyet ve kabul edilebilirliğinin sistemli olarak değerlendirilmesi sağlanmış olacaktır),
- Hedef 5: Sağlık Yapıları (Sağlık binalarının ihtiyaca uygun, fonksiyonel ve inşaat kalitesi olarak yüksek olmasını sağlayacak tedbirler 2000 yılından önce alınmış olacaktır).

Bölüm 2: Çevre Sağlığı

- Hedef 6: Temiz Hava (2000 yılına kadar bilinen hava kirliliği kaynaklarının toplum sağlığını tehdit etmeyecek şekilde kontrol altına alınması sağlanacaktır),
- Hedef 7: Temiz Su (2000 yılından önce ülkede herkese yeterli miktarda temiz içme suyu sağlanmış olacak ve nehir, göl ve deniz kirliliği insan sağlığı için bir tehdit unsuru olmayacaktır)
- Hedef 8: Atıkların Denetimi (2000 yılına kadar zararlı atıklarla ilgili olarak bilinen önemli sağlık riskleri ortadan kaldırılmış olacaktır),
- Hedef 9: Gıda Emniyeti (2000 yılına kadar gıdalardaki mikroorganizmalara ve toksinlerine, kimyasal maddelere ve radyoaktiviteye bağlı sağlık riskleri önemli ölçüde azaltılacaktır),
- Hedef 10: Yerleşim Alanları ve Konut (2000 yılına kadar, herkesin sağlıklı ve emniyetli bir ortamda yaşamasına katkıda bulunacak önlemler alınmış olacaktır),
- Hedef 11: İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı (2000 yılına kadar iş yaşamıyla ilgili sağlık risklerine karşı etkin biçimde korunma sağlamaya yönelik önlemler alınmış olmalıdır).

Bölüm 3: Yaşam Biçimi

- Hedef 12: Sağlıklı Davranış için Kamu Politikaları, Bilgi ve Yönlendirme (2000 yılına kadar sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gereken, halkı sağlıklı davranışlara yöneltecek kamu politikaları ve halk eğitim sistemi geliştirilmiş ve kurulmuş olacaktır),
- Hedef 13: Toplum Beslenmesi (2000 yılına kadar malnütrisyon, raşitizm, hafif ve orta derecedeki anemi oranı %50 oranında azaltılacak, endemik guatr insidansı % 10'dan aşağı çekilecek, beslenmeye bağlı ağır anemi ortadan kaldırılacak, toplumun dengeli beslenmesi konusundaki alt yapı kurulmuş olacaktır),
- Hedef 14: Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar (2000 yılına kadar sigara ve alkol tüketimindeki artış tersine çevrilecek, uyuşturucu kullanımında %25 düşüş sağlanacaktır).

Bölüm 4: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

- Hedef 15: Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı (2000 yılına kadar desantralize bir sağlık yönetimi sistemi kurulmuş olacaktır),

- Hedef 16: Temel Sağlık Hizmetleri (2000 yılından önce güçlü bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurulmuş olacaktır),
- Hedef 17: Hastaneler (2000 yılında uygun maliyette ve kalitede hizmet sunan, otonom, temel sağlık hizmetlerine entegre bir ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sistemi kurulmuş olacaktır),
- Hedef 18: Sağlık İnsan Gücü (2000 yılına kadar rasyonel bir insan gücü politikası bütün yönleri ile uygulamaya konulmuş olacaktır),
- Hedef 19: İlaç ve Denetimi (2000 yılına kadar, kaliteli ve ekonomik ilaç üretiminin devamı sağlanacak ve rasyonel ilaç tüketimine dayalı bir sistem geliştirilmiş olacaktır),
- Hedef 20: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı (2000 yılına kadar sağlıkta eşitlik, kaynak dağılımının ihtiyaca göre yapılması, kaynak kullanımında maliyet/etkililik ilkelerine dayalı bir finansman modeli kurulacak, GSMH'den sağlığa ayrılan pay en az %5 olacaktır).

Bölüm 5: Sağlıklı Türkiye Hedefleri

- Hedef 21: Bebek ve Çocuk Sağlığı (2000 yılına kadar 5 yaş altı ölümler %50'ye, bebek ölüm hızı %30'a düşürülecektir),
- Hedef 22: Anne Sağlığı (2000 yılına kadar etkili kontraseptif kullanımı %7'ye çıkarılacak, anne ölüm hızı bugünkü düzeyinden %50 oranında azaltılacaktır),
- Hedef 23: Yaşlı Sağlığı (2000 yılına kadar yaşlıların sağlık sorunlarına yönelik ulusal bir strateji uygulamaya konulmuş olacaktır),
- Hedef 24: Ağız ve Diş Sağlığı (2000 yılına kadar ağız ve diş sağlığına yönelik hizmetlerin temel sağlık hizmetlerine entegre olması sağlanacak, 2005 yılına kadar 12 yaşındaki çocuklarda DMF (çürük, kayıp ve dolgulu dişlerin toplamı) indeksinin 2 ve daha aşağı değerlerde, 15 yaşındaki çocuklarda CPI (Toplum periodontal indeks) değerinin %90 nüfusta en az 3 bölümde 0 olduğu bir düzeye ulaşılacaktır),
- Hedef 25: Bulaşıcı Hastalıklar (2005 yılına kadar kızamık, çocuk felci, difteri, yeni doğan tetanosunun eradikasyonu sağlanacak, tüberküloz prevalansı %5'in altına çekilecek, Strata I'de sıtmanın yerli intibakı kesilecek, AIDS tamamen kontrol altına alınmış olacaktır),

- Hedef 26: Dolaşım sistemi Hastalıkları (2005 yılına kadar 65 yaş altı grubunda dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile ölüm oranı en az %15 azaltılacaktır),
- Hedef 27: Kanser (2005 yılına kadar 65 yaşın altındakiler arasında kanser nedeniyle ölüm oranı en az %15 oranında azaltılacaktır),
- Hedef 28: Ruh Sağlığı (2000 yılında her kademe sağlık hizmeti ve sosyal hizmetlerle bütünleşmiş bir ruh sağlığı hizmetler sistemi kurulmuş olacaktır),
- Hedef 29: Kazalar (2005 yılına kadar trafik, ev ve iş kazalarından kaynaklanan ölümler %25 oranında azaltılacaktır),
- Hedef 30: Sağlık Düzeyleri Arasındaki Farklılıkların Azaltılması (2000 yılında bu bölgeler alt yapı açısından ülkenin diğer bölgeleri ile eşit düzeye gelmiş olacak, 2005 yılında bölgenin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı durumu %75 oranında azaltılmış olacaktır).

Şekil 23’de ve toplam beş bölümdeki hedeflerde görüldüğü gibi (Sağlık Bakanlığı, 1993: 9-10):

- Birinci bölüm daha çok kurumsallaşma, enformasyon sistemi, sağlık hukuku, teknoloji ve tesisler ile ilgili hedefleri içermekte ve diğer bölümlerin hedeflerine ulaşmak için temel oluşturmaktadır,
- İkinci bölüm, sağlığın önemli sosyal belirleyicilerinden olan çevre sağlığına ayrılmış ve öncelikli olarak çevresel sorunların çözülmesi öngörülmüştür,
- Üçüncü bölümde, diğer bir sosyal belirleyici olan yaşam tarzına ilişkin hedefler yer almakta bu konulara ilişkin politikaların geliştirileceğinin sinyalleri verilmiştir,
- Dördüncü bölümde, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak yönetimden başlayarak temel sağlık hizmetlerinden hastanelere, insan gücünden finansmana kadar birçok hedef belirlenmiş ve 2000 yılına kaliteli bir sağlık hizmet sunumu için hedefler belirlenmiştir. Bu bölümdeki hedeflerin sorumluluğunun sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir,
- Beşinci ve son bölümde ise ilk dört bölümdeki politika ve hedefler doğrultusunda ulaşılabilecek hedefler yer almıştır. Şekil 20’de görüldüğü gibi beşinci bölümdeki hedefler piramidin en tepesinde yer almaktadır. Yani ilk dört bölümdeki hedef ve politikaların başarılı şekilde hazırlanıp uygulanması, beşinci bölümdeki hedeflere ulaşmanın derecesini belirleyecektir.

Ulusal Sağlık Politikası içeriğinde çeşitli yönlerle ülkenin sorunlu konuları ele alınmış ve 2000 yılına kadar hedefler konulmuştur. Çevre sağlığı, yaşam biçimi ve sağlıklı Türkiye hedefleri altında çeşitli göstergeler sunulmuştur. Ancak yapılan çalışmaların daha çok reformları yerleştirme hedefli olduğu görülmüştür. Yıldırım ve Yıldırım (2013: 359-360, 367), bu belgeye ve döneme ilişkin olarak, ülkenin ihtiyaçları ile uyumlu olmadığını ve diğer ülkelerdeki (İngiltere/NHS) reformlardan etkilenilerek gerçekleştirildiğini ve uluslararası örgütlerin önemli etkileri sonucu ortaya çıktığını belirtmiştir. Özdemir (2001b: 286-287) ise, Ulusal Sağlık Politikası belgesinin sağlık sektörü ile ilgili olarak ana başlıklar altında hedef genel ilkeler ve stratejileri belirlediğini ancak ayrıntılı bir faaliyet planını içermediğini belirtmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)

SDP'nin amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak belirlenmiştir. SDP'nin bu amaçları gerçekleştirirken temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2003: 24-25). Bu ilkeler çerçevesinde amaçlara ulaşırken; DSÖ'nün 21. yüzyılda Herkese Sağlık, AB'nin Katılım Ortaklığı belgesi ve Türkiye'nin Ulusal Sağlık Programı'na bağlı kalınarak Türk sağlık mevzuatının AB sağlık mevzuatı ile uyumlu hale getirileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26). Sayılan bu ilkeler çerçevesinde SDP'nin temel bileşenleri (Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37);

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - ✓ Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - ✓ Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - ✓ İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,

- ✓ Ulusal İlaç Kurumu
- ✓ Tıbbi Cihaz Kurumu

- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi olarak belirlenmiştir.

SDP’de planlama ile ilgili olan ifadelere bakıldığında;

- İnsan merkezilik ilkesinde; sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınacağı,
- Katılımcılık ilkesinde; tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınacağı,
- Uzlaşmacılık ilkesinde; sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarlar gözetileceği,
- Güçler ayrılığı ilkesinde; finansmanı sağlayan, planlamayı yapan, denetimi üstlenen ve hizmet sunan güçlerin birbirinden ayrılacağı,
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici rol üstleneceği, tek elden planlama yapılacağı ve planlama yapılırken koruyucu hizmetlere öncelik verileceği ifadeleri görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın daha önceki dönemde de sözü edilen görevleri toplu şekilde sunan SDP, 2002 sonrası tüm çalışmalara temel oluşturmuştur. SDP’nin içeriğinin bir önceki dönemde yapılan çalışmaların içeriği ile benzer olduğu görülmektedir. İçeriğin daha önceki dönemde temelleri oturtulan ve politik alt yapısı tamamlanan ve sağlık reformu adıyla anılan belgelerle aynı olduğu ve neoliberal politikaların etkisinde olduğu görülmektedir (Belek, 2012b: 22). DSÖ, SDP’nin içeriğini ülkenin sağlık sistemi performansında var olan sorunların altında yatan ana sebeplere odaklanan bir tanı koyarak; sağlık sistemini güçlendirme ve reformlara odaklılık olduğunu belirtmiştir (Johansen, 2015: 13-14).

2010-2014 Stratejik Plan (2010)

Halkımızın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek nihai amacıyla yola çıkan 2010-2014 Stratejik Plan (SP); 3 Stratejik Amaç, bu amaçlara yönelik 21 Stratejik Hedef (SH) ve hedeflere yönelik 100 strateji bulunmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 52-85):

Stratejik Amaç 1: Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak

- SH 1.1: Sağlığın teşviki (geliştirilmesi) ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 1.2: Anne, çocuk ve ergen sağlığını geliştirmek, 2012 yılı sonuna kadar anne ölümlerini yüz binde 10'un, bebek ölümlerini %10'un altına indirmek (hedefe yönelik yedi strateji),
- SH 1.3: Acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık yönetimini; acil hallere, afetlere ve tehditlere karşı geliştirmeye devam etmek, zamanında, etkili ve verimli şekilde ihtiyaca cevap verecek durumda tutmak (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 1.4: Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklara bağlı ölümleri azaltmak (hedefe yönelik on iki strateji),
- SH 1.5: Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltmak (hedefe yönelik beş strateji),
- SH 1.6: On beş yaş üzerinde sigara içmeyenlerin oranını 2014 yılı sonuna kadar %80'in üzerine çıkarmak, alkol kontrol programını uygulamaya koymak, bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.7: Sağlıklı ve güvenli fiziki çevrede yaşayanların oranının artırılması için destek sağlamak (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 1.8: Çalışanların iş sağlığı hizmetlerine bütünüyle erişimini sağlamak, meslek hastalıklarından kaynaklanan ölüm ve maluliyet oranlarını azaltmak (hedefe yönelik iki strateji)

Stratejik Amaç 2: İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak

- SH 2.1: Hastane hizmetlerini idari, yapısal ve fonksiyonel olarak geliştirmeye devam etmek, hizmet standartlarını yükseltmek ve verimliliği artırmak (hedefe yönelik altı strateji),
- SH 2.2: Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesini artırmak, erişilebilirlik, etkililik, verimlilik, ölçülebilirlik ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde yürütülmesini sağlamak (hedefe yönelik on strateji),

- SH 2.3: Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması çerçevesinde liderlik etme, düzenleme, planlama ve denetleme rolünü 2011 yılı sonuna kadar belirgin hale getirmek (hedefe yönelik on dört strateji),
- SH 2.4: Toplum ve Bölge Temelli Sağlık Hizmetleri Organizasyonunu 2014 yılı sonuna kadar tamamlayarak, bölgeleri kendi içerisinde yeterli sağlık alanları haline getirmek (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 2.5: Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi kapsamında, Ar-Ge çalışmaları ve bilimsel yayınları desteklemek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.6: İlaç ve tıbbi cihaz hizmetlerini geliştirmek ve güvenli, erişilebilir, kaliteli şekilde sunumu sürekli kılmak (hedefe yönelik beş strateji),
- SH 2.7: Karar ve hizmet sunumu sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/E-Sağlık'ı tamamlamak, işletmek ve geliştirmek (hedefe yönelik beş strateji),
- SH 2.8: Sektörlerin politika ve eylemlerinin sağlık üzerine etkilerinden sorumlu tutulmalarını sağlamak, çok sektörlü sağlık sorumluluğu politikasını geliştirmek (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 2.9: Sağlık alanında diğer ülkeler ile uluslararası kuruluşlarla işbirliğini sürdürmek, Türkiye'yi bölgesinde cazibe merkezi haline getirmek ve sınır ötesi sağlık hizmetleri sunum kapasitesini artırmak (hedefe yönelik üç strateji),

Stratejik Amaç 3: Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak

- SH 3.1: Sağlık hizmet sunumunda insan odaklı yaklaşımı temel alarak bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları nedeniyle özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 3.2: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetini artırmak ve insan odaklı hizmet üretmek amacıyla Aile Hekimliği Uygulamasını 2010 yılı sonuna kadar tüm yurda yaymak (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 3.3: Sağlık hizmet sunum süreçlerinde tıbbi gerekliliklerle birlikte hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine cevap vermek ve memnuniyet düzeyini yükseltmek (hedefe yönelik iki strateji),

- SH 3.4: Halkımızın sağlık hizmetlerine erişiminde finansal riskten korunmasını sağlamak (hedefe yönelik bir strateji).

DSÖ, Türkiye’deki SP ile ilgili yaptığı çalışmada; bu planda amaçların daha çok “*toplumu sağlık risklerine karşı korumak*” yönünde olduğunu, SDP’nin devamı olarak birçok kapsamlı reformu içerdiğini, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansının ve bunlardan kaynaklanan ölümlerin azaltılmasını, finansal riskten korunmayı ve diğer sektörleri de işin içine çekerek sorumlu tutmak gibi sonuç odaklı hedefler içerdiğini belirtmiştir (Johansen, 2015: 14). 2010-2014 Stratejik planında yer alan amaç, hedef, strateji⁹², faaliyet⁹³ ve performans göstergelerine⁹⁴ ilişkin bilgiler Tablo 52’de gösterilmiştir.

Tablo 52: 2010-2014 Stratejik Planında Yer Alan Amaç, Hedef, Strateji, Faaliyet ve Performans Göstergeleri

Amaçlar	Amaç Tanımı	Hedef	Strateji	Faaliyet	Performans Göstergesi
Amaç 1	Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak	8	41	181	100
Amaç 2	İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak	9	50	211	133
Amaç 3	Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak	4	9	43	21
TOPLAM		21	100	435	254

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

İlk SP’de görüldüğü üzere hem reformların hem de toplumun ihtiyaçlarının göz önüne alındığı görülmektedir. Planda toplumun iyi sağlık seviyesine ulaşması için; hastalıklardan korunma, hastalığa sebep olan faktörlere karşı önlem alınması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve kaliteli hale getirilmesi, çok sektörlü yaklaşımın benimsenmesi ve hasta odaklılık ön planda olmuştur. Bu kapsamda genel bir bakışla toplumun öncelendiği bir plan olarak karşımıza çıktığı söylenebilir.

2013-2017 Stratejik Plan (2013)

Hakkaniyetli şekilde halkımızın sağlık düzeyini korumak ve iyileştirmek nihai amacıyla çıkarılan 2013-2017 SP’de; 4 Stratejik Amaç, bu amaçlara yönelik 32 SH ve

⁹² *Stratejiler*, hedefe yönelik olarak belirlenmiş ve stratejik tasarım içinde yer alan ifadelerdir.

⁹³ *Faaliyet*, belirli bir amaca ve hedefe yönelen, başlı başına bir bütünlük oluşturan, yönetilebilir ve maliyetlendirilebilir üretimlerdir (Maliye Bakanlığı, 2009: 6).

⁹⁴ *Performans göstergeleri*, Kamu idarelerince performans hedeflerine ulaşma düzeylerini ölçmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılan ve sayısal olarak ifade edilen araçlardır (Maliye Bakanlığı, 2009: 6).

bu hedeflere yönelik 100 strateji bulunmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2013a: 71-121):

Stratejik Amaç 1: Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek

- SH 1.1: Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak ve obeziteyi azaltmak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.2: Tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 1.3: Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 1.4: Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 1.5: Halkın sağlığını etkileyen acil durumların ve afetlerin sağlık üzerindeki etkisini azaltmak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.6: İş sağlığını iyileştirerek çalışanların sağlığını ve iyiliğini korumak ve geliştirmek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.7: Çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.8: Sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmak (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 1.9: Bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele etmek ve bunları izlemek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 1.10: Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını ve risk faktörlerini azaltmak ve izlemek (hedefe yönelik üç strateji),

Stratejik Amaç 2: Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak

- SH 2.1: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 2.2: Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.3: Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak (hedefe yönelik beş strateji),

- SH 2.4: Acil sağlık hizmetlerine uygun ve zamanında erişimi sürdürmek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 2.5: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü güçlendirerek hizmet entegrasyonunu ve devamlılığını iyileştirmek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.6: Bulaşıcı olmayan hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 2.7: Etkililiği ve güvenliği sağlamak için geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenlemeleri güçlendirmek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.8: Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.9: Sağlık altyapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak (hedefe yönelik iki strateji),
- SH 2.10: İlaçların, biyolojik ürünlerin ve tıbbî cihazların erişilebilirliğini, güvenliğini, etkinliğini ve akılcı kullanımını sağlamak ve kozmetik ürünlerde güvenliiliği tesis etmek (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 2.11: Sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve kanıta dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek (hedefe yönelik sekiz strateji),

Stratejik Amaç 3: İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek

- SH 3.1: Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak için rolünü güçlendirmek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 3.2: Bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyaçı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vermek (hedefe yönelik altı strateji),
- SH 3.3: Sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyet sağlanmasına ve bireylerin finansal riskten korunmasına katkıda bulunmak (hedefe yönelik iki strateji),

- SH 3.4: Bireylerin aldıkları sağlık hizmetinden ve sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından duydukları memnuniyeti artırmak (hedefe yönelik bir strateji),

Stratejik Amaç 4: Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek

- SH 4.1: Hizmet kalitesinden taviz vermeden kanıta dayalı politikalarla sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini korumak (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 4.2: Sağlık sistemi performansını izlemek, sağlığa ve milli ekonomiye katkısını kanıtlarıyla ortaya koymak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 4.3: Sağlık sisteminin öncelikli alanlarında araştırmayı, geliştirmeyi ve inovasyonu teşvik etmek (hedefe yönelik bir strateji),
- SH 4.4: Sağlık sektörünün ekonomiye katkısını artırmak (hedefe yönelik bir strateji),
- SH 4.5: Türkiye’de sağlık turizmini güçlendirmek (hedefe yönelik dört strateji),
- SH 4.6: Küresel ve bölgesel sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında liderler arasında olmak (hedefe yönelik üç strateji),
- SH 4.7: İşbirliği ve kalkınma yardımları aracılığıyla küresel sağlığa katkı sağlamak (hedefe yönelik bir strateji).

DSÖ, bu SP’de amaçların (bir öncekinden farklı olarak) artık sağlık sektörünün düzenlendiği reformlardan uzaklaşıp, hem sayı hem de kapsam bakımından iyileşme, bireylerin sorumluluk almasını ve aktif olarak sağlık hizmetlerine katılmasını da öngörerek *“bireyi ve toplumu sağlık risklerinden korumak ve sağlıklı hayat tarzlarını teşvik etmek”* şeklinde değiştiğini belirtmiştir (Johansen, 2015: 14). 2013-2017 Stratejik planında yer alan amaç, hedef, strateji, faaliyet ve performans göstergelerine ilişkin bilgiler Tablo 53’de gösterilmiştir.

Tablo 53: 2013-2017 Stratejik Planında Yer Alan Amaç, Hedef, Strateji, Faaliyet ve Performans Göstergeleri

Amaçlar	Amaç Tanımı	Hedef	Strateji	Faaliyet	Performans Göstergesi
Amaç 1	Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek	10	30	104	18
Amaç 2	Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak	11	40	210	51
Amaç 3	İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek	4	13	53	19
Amaç 4	Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek	7	17	82	23
TOPLAM		32	100	449	111

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

SP'nin içeriğinde görüldüğü üzere toplumun ihtiyaçları göz önüne alınmış, birey ön plana çıkarılmıştır. İlk amaçta, bireye ilk SP'den daha fazla sorumluluk yüklendiği ve bireyin sağlık hizmetlerinde daha aktif olarak yer almasının istendiği durum söz konusudur. İkinci amaçta, ilk plandakinden daha geniş kapsamda sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin hedefler belirlenerek kalite ön planda tutulmuştur ve kapasitenin genişletilmesi ve geliştirilmesi vurgulanmıştır. Üçüncü amaçta, hakkaniyet ve memnuniyet vurgusu yapılarak toplumun beklentilerinin karşılanması öncelenmiş; son amaçta ise yine ilk SP'de olduğu gibi çok sektörlülük vurgulanmıştır. Geçmişten günümüze Türkiye'de yapılan plan/program çalışmalarının içerdiği amaçların karşılaştırılması da Tablo 54'de sunulmuştur.

Tablo 54: Geçmişten Günümüze Türkiye’de Yapılan Plan/Program Çalışmalarının Amaçları Bakımından Karşılaştırılması

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

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 54’te görüldüğü gibi Türkiye; Cumhuriyetin kuruluş yıllarında Bakanlık teşkilatının kurulması, ilk kanunların çıkarılması gibi amaçlar edinmişken; günümüzde daha çok kalite ve bilgi sistemini geliştirme gibi amaçlar edinmiştir. Birçok amaç gerçekleştirilmişken henüz hayata geçirilmemiş (sevk sistemi gibi) amaçlar da bulunmaktadır.

1960 yılından başlayıp 2002 yılına kadar devam eden iki dönemde (1960-1980, 1980-2002); kalkınma planlarının yapılmaya başlanmasıyla birlikte uygulamaya konulan kalkınma planları, kısmen stratejik plan görevi görmüştür. Sağlık Bakanlığı bu dönemlerde politika geliştirme ve planlama yapma aşamalarında daha sınırlı yetkilere sahipken (sosyalleştirme programı hariç olmak üzere) hizmet sunumunun gerçekleştirilmesinde ise en büyük kurum halinde olmuştur (Savaş, 2001: 95-96).

Tablo 13 ile Tablo 54 karşılaştırıldığında; kalkınma planındaki amaçların, sağlık sektörü için ayrı yapılan plan/program çalışmalarındaki amaçların birbiriyle uyum gösterdiği görülmektedir.

4.5.3. Süreç Faktörü

Süreç faktörü ele alınırken; araştırma kapsamında olan plan, program ve politika üzerinden bulgular sunulacaktır. Bu faktörde dönemsel ayırım yapılmamasının sebebi, planlama sürecinin her plana özgü bir süreç olarak işlemesidir.

Refik Saydam Programı (1925)

Bu programın hazırlanmasında bir planlama süreci olduğu söylenemez. Çünkü önceki bölümlerde de belirtildiği gibi Türkiye savaştan çıkış sonrası siyasi, ekonomik ve toplumsal olarak toparlanma dönemindedir. Bakanlık kurulduktan sonra Dr. Rıza Nur Bey’in Bakanlığı döneminde (Doğruöz, 2011: 276) yaptığı Türkiye’nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası çalışmaları adı altında yapılan oldukça önemli çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalar dönemin içinde bulunduğu durumu ortaya çıkarmada önemli yere sahiptir. Henüz milli mücadelenin devam ettiği yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın böyle bir çalışma yaptırması önemli bir yer tutmaktadır (Gümüşçü, 1999: 943; Aydın, 2018: 90). Sıhhi-i İçtimai Coğrafya dizisi 19⁹⁵ kitaptan oluşmaktadır. Bu kitapların sekizi 1922,

⁹⁵ Çalışmaların sayısı yirmi olarak tahmin edilmekte, eksik olan ve/veya ulaşılamayan kitabın/çalışmanın Erzurum Vilayetine ait olduğu düşünülmektedir. Çalışmaların on yedi tanesi Arapça harflerle, ikisi (Sivas ve Tokat Vilayetleri) ise Harf Devrimi nedeniyle olduğu düşünülmekle birlikte Latin harflerle hazırlanmıştır (Gümüşçü, 1999: 941-950).

yedisi 1925, ikisi 1926, biri 1932 ve sonuncusu 1938 yılında yayımlanmıştır. Çalışmalar şu illeri ve yılları kapsamaktadır; Sinob (Sinop) Sancağı (1922), Niğde Sancağı (1922), Kayseri Sancağı (1922), Kastamonu Vilayeti (1922), Zonguldak Sancağı (1922), Menteşe (Muğla) Sancağı (1922), Konya Vilayeti (1922), Hamidabad (Isparta) Sancağı (1922), Ankara Vilayeti (1925), Bayezid Vilayeti (1925), Çatalca Vilayeti (1925), Gelibolu Vilayeti (1925), Kırkkilise (Kırklareli) Vilayeti (1925), Kırşehir Vilayeti (1925), Urfa Vilayeti (1925), Kengiri (Çankırı) Vilayeti (1926), Gazi Ayıntab Vilayeti (1926), Sivas Vilayeti (1932), Tokat Vilayeti (1932) (Gümüşçü, 1999: 949; Aydın, 2018: 90).⁹⁶

Bu çalışmalarda, vilayetler (iller) Bakanlık tarafından belirlendiği düşünülen bir plan dâhilinde olacak şekilde genelde altı kısımda hazırlanmıştır (bazı vilayetlerde basılan kitaplarda farklılıklar bulunmaktadır). Birinci kısımda; coğrafi konumları, yüzölçümü, dağlar, göller akarsular, ziraat ve hayvancılık vb. hakkında bilgiler verilmiştir. İkinci kısımda; vilayetlerin iklimi, mevsimler, sıcaklık, doğal kaynakları, kaplıcalar vb. bilgiler sunulurken; üçüncü kısımda nüfus, konuşulan dil, kıyafetler, geçim kaynakları, gelenek görenekler, batıl inançlar, halkın tıbbıya karşı tavırları, temizliğe riayet gibi bilgiler yer almaktadır. Dördüncü kısımda; hastaneler, eczaneler, dispanserler han, hamam, fabrika, kütüphane, umumi mekânlar, tuvaletler, mezarlıklar, içilen sular ve tesisatları gibi konular hakkında bilgiler yer almaktadır. Beşinci kısımda; bulaşıcı hastalıklar, zührevi hastalıklar, fuhuş, yöresel ve mevsimsel hastalıklar, sıtma, verem, çiçek, difteri, akıl ve sinir hastalıkları gibi hastalıkların durumları hakkında bilgiler sunulmuştur. Altıncı kısımda doğum ve ölüm oranları, doğumlardaki ölümler hakkında bilgiler yer almaktadır. Ayrıca ilgili çalışmaların içeriklerinde; krokiler, planlar, şemalar, grafik ve bazı fotoğraflar da yer almaktadır (Gümüşçü, 1999: 950-951; Doğruöz, 2011: 277-281; Aydın, 2018: 90).

Bakanlık tarafından Cumhuriyet'in ilanından önce başlatılan ve 1938 yılına kadar hazırlanan bu çalışmalar, hem durum tespiti hem de politikalara yön vermek amacıyla yapılmıştır (Gümüşçü, 2017: 211). Çalışmaların sadece sekiz tanesi Refik Saydam Programı'nın hazırlanmasından önce hazır bulunmuş ve Refik Saydam'a ülkenin içinde bulunduğu durum hakkında önemli ipuçları verdiği düşünülmektedir. Bu

⁹⁶ Sıhhi-i İctimai Coğrafyası çalışmalarının Türkiye'nin hangi bölgelerini içerdiğine ilişkin Gümüşçü (1999) tarafından hazırlanan harita Ek-1'de sunulmuştur.

program içerik faktöründe belirtildiği gibi Dr. Refik Saydam tarafından kendi el yazısı ile yazılmış ve dönemin öncelikli konularını içinde barındırmaktadır. Ortada herhangi bir sağlık teşkilatının, mevzuatın, doğru düzgün yetişmiş insan gücünün ve sağlık tesisinin olmaması, halkın sağlık düzeyinin oldukça kötü durumda olması, bulaşıcı hastalıklar yapılan Sıhhi-i İctimai Coğrafyası çalışmalarında da en öncelikli konular durumundadır.

Celal Ahmet Sungur yaptığı konuşmada Refik Saydam'ın ele aldığı program ile ilgili olarak: “...Çağın ilkelerine dayanan bir anlayış ve azimle sorunları ele almak gerekirdi. İşte, Dr. Refik Saydam'da bu yetenek vardı. Çağın toplumunun sağlık hizmeti olarak beklediği ne idi? Bunu kısaca iki noktada toplamak mümkündür. 1. İnsanlığın ıstırabını teskin, 2. Daha fazla kişiyi daha uzun süre üretici alanda tutmaktır.” (SSYB, 1982: 116) ifadeleri ile Saydam'ın ülkenin sorunlarını ele almadaki başarısını dile getirmiştir.

Programın içeriğine bakıldığında ise ülkenin durumu ile uyumlu şekilde amaç ve hedeflerin belirlendiği görülmektedir. Bu amaçlar eldeki kaynakların değerlendirildiğini, mevcut kaynakların yetersiz olduğunu ve buna karşılık olarak hem tesis hem de hekim ve yardımcı personel gibi kaynakların artırılmasına yönelik olduğu görülmektedir.

Uygulama safhasında, konuların her biri zaten uzun yıllarda çözülebilecek sorunlar olup Refik saydam yukarıda da belirtildiği üzere ülkenin çok zor koşulları içinde bu sorunların her biri ile ilgili birçok çalışmalar yapmış ve çoğunda önemli gelişmeler görülmesini sağlamıştır (SSYB, 1982: 41). 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu*, programa uygulama alanında önemli bir temel sağlamıştır. Bu duruma sebep olarak, ilgili kanunda yer alan ilk dört maddenin programın içeriği ile gösterdiği uyumdur (bkz. 1593 Sayılı Kanun, 1-4. maddeler). Programın uygulama alanı ile ilgili olarak diğer kurumsallaşma çalışmalarına bakıldığında; teşkilat yapılanması hayata geçirilmiştir. Bakanlık örgütü oluşturularak illerde valiye bağlı sağlık müdürü, ilçelerde kaymakama bağlı hükümet tabipleri atanmıştır. Toplumun çoğunluğunun kırsal kesimde yaşaması sebebiyle; hükümet tabiplerinin yanı sıra köylere hizmet ulaştırılması için seyyar tabiplik uygulaması getirilmiştir. Yine kırsal kesime sağlık hizmetlerinin götürülebilmesi için bu dönemde 180 adet Muayene ve Tedavi Evi (Dispanser) kurulmuştur. Muayene ve Tedavi Evlerinin yanında aynı ismi taşıyan ancak

kendine özgü özellikleri olan Etimesgut İhtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri 1930 yılında kurulmuştur. Bu dispanser, koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte yürütüldüğü ilk hizmet ünitesidir; on yataklı olan bu dispanserde bir haftayı geçmeyecek hastalar tedavi edilmiş, hasta tedavi edilemezse Numune hastanesine sevk edilmiştir. 1924'te tedavi edici hizmetlere örnek teşkil etmesi amacıyla (bakanlığın benimsediği politika gereği) Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas'a; 1936'da ise İstanbul Haydarpaşa'ya olmak üzere toplam 5 adet tüm uzmanlık alanlarını içeren Numune Hastaneleri kurulmuştur. Belirli bulaşıcı hastalıklarla mücadele için (sıtma, trahom ve frengi gibi) özel örgütler kurulmuş ve geniş bölgede tek amaçlı dikey örgütlenme benimsenmiştir (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 166-167; Eren ve Tanrıtanır, 1998: 10-11; Öztürk, 1999: 38; Akdağ, 2008a: 14; Keskinbora, 2009: 413-415; Fişek, 1991a: 2-3; Öztekin, 2001b: 61; Sağlık Bakanlığı, 2003: 8-9; Aydın, 2002a: 35-44; Tatar, 2003: 251).

Personel temini için yapılan çalışmalara bakıldığında; sağlık personelinin her alanda yetersiz olduğu bu dönemde hekim sayısını artırmak için tıp talebe yurtları kurulmuş, hekim dışı personel sayısını artırmak için okullar (ebe okulu, hemşire okulu) açılmış ve kurslar düzenlenmiştir (SSYB, 1982: 42; Dirican, 1990: 312; Akdur, 2008: 3; Ovalı, 2017: 216; CHP, 1938: 335).⁹⁷ İstanbul Üniversitesi dışında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1937 yılında çıkarılan yasa ile kurulmuştur, ayrıca çeşitli illerde doğum evleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele merkezleri açılmıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 167). Planın en önemli amaçlarından olan personel ve tesis durumunun dönem içindeki değişimi şu şekilde gerçekleşmiştir: 1923 yılında 86 kurum ve 6.437 yatak bulunurken; 1940 yılında 198 sağlık kurumu ve 14.383 yatak seviyesine yükselmiş ve on bin nüfusa düşen yatak sayısı 5,1'den 8'e yükselmiştir. Personel sayısına bakıldığında; 1923 yılında yaklaşık 1.100 personel bulunurken; 1940 yılında 5.232'ye yükselmiştir (Gürsoy, 1983: 1720-1725; SSYB, 1983a: 55). Ersevinç (2019: 184), 1923 ve 1940 yılları arasında yapılan istatistiklere bakılarak Dr. Refik Saydam'ın Bakan olduğu süre içinde sağlık sektöründe hedeflediği amaçların önemli ölçüde gerçekleştiğini belirtmiştir.

⁹⁷ Bu dönemde önemli bir gelişme olarak II. Dünya Savaşı'nda Hitler Almanya'sından çoğunluğu Yahudi olan bilim adamları Türkiye'ye gelmiş, tıp eğitiminde önemli faydalar sağlamıştır. Yabancı bilim adamları Türkiye'de dersler ve konferanslar vermiş, araştırmalar yapmıştır (Ovalı, 2017: 218).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)

Türkiye'nin gelişmiş ilk sağlık planı olarak görülen BOYMSP, Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanmış, 15-16 Kasım 1946 tarihinde Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmış ve 12 Aralık 1946 tarihinde, 9. Milli Türk Tıp Kongresi'nde kamuoyuna açıklanmıştır. Plan, Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmış (Demirel, 2008: 53), Bakanlar Kurulu ve TBMM'de dört komisyonda görülüp kabul edilmiş ancak plan kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz bakanlık görevinden ayrılmıştır. Plan sonraki Sağlık Bakanı Kemali Bayazıt tarafından geri çekilmiştir (Dirican, 2001: 466; Demirel, 2008: 97-98; Öztekin, 1994: 15).

Türkiye'de 1930 ve 1940'lı yıllarda Türkiye'de çeşitli alanlarda planlama çalışmaları yapılmış olsa da bu planlar çağdaş planlama tekniğinden uzak olduğu şeklinde değerlendirilmekte ve planlamanın başlangıcı olarak 1960'lar (kalkınma planlamaları ile) kabul edilmektedir. Ancak BOYMSP hem hazırlanış biçimi hem de hazırlanma süreci dikkate alındığında çağdaş planlama yöntemlerini barındırdığı söylenebilir (Demirel, 2008: 17-18).

Bu plan ile ilgili olarak, plana etki eden önemli bir husus Etimesgut İçtimai ve Hıfzıssıhha Numune Dispanseri'dir. Dr. Cemalettin Or'un yönetiminde olan bu tesis Atatürk'ün de 1937 yılında ziyaret ettiği ve önemli işler çıkaran ve Türkiye'ye örnek olan bir tesistir. Burada hem koruyucu hizmetler hem de tedavi edici hizmetler birlikte sunulmuş tedavisi 7 güne kadar hastalar (daha sonra 10-15 güne çıkarılmıştır) tedavi edilmiştir. Eğer hastalar bulaşıcı hastalık taşıyorsa, boş yatak yoksa veya tedavi uzun sürecekse numune hastanesine gönderilmektedir (ilk sevk işlemi burada gerçekleştirilmiştir). Planın aslında bu tesisin yaptığı işlemi ülkeye yayma isteği ile yapıldığı çeşitli kaynaklarda belirtilmiştir. (Aydın, 2002a: 43; Fişek, 1981: 1; Uğurlu, 1994: 33).

Behçet Uz, 12.08.1970 tarihinde arkadaşı Nihat Eğriboz'a yazdığı mektupta planı hazırlamalarının amacını, *“ulusal sağlık hizmetlerinden yoksul ya da varsıl, kentli ya da köylü herkesin en iyi şekilde yararlanmasını sağlamaktı”* ifadeleriyle belirtmiştir (Behçet Uz'un Nihat Eğriboz'a yazdığı 12.08.1970 günlü mektup, akt. Dirican, 2001: 466). Kendisiyle yapılan röportajda; *“sağlığın temelini iyi kurabilmek için planlı çalışmak lazım”* diyen Behçet Uz (Öztekin, 1994: 18), bu planlı çalışma prensibini planlama sürecinde de göstermiştir. TBMM'deki bütçe görüşmelerinde yaptığı

konuşmada “...Planın uygulanması sayesinde il hastaneleri bugün şikâyet edilen hallerden kurtarılacak zamanın teknik terakki ve icaplarına uygun tekâmüllere kavuşacak, Anadolu’nun çeşitli bölgelerinde bütün ihtiyaçlara cevap verecek büyük ilim merkezleri kurularak binlerce yurttaşımız İstanbul’a taşınmaktan kurtarılacaktır. Biz bu planın tatbiki ile çok dağınık olan sağlık teşkilatını daha verimli bir hale koymak ve çok değerli, pahalı olan sağlığı herkesin faydalanacağı bir nimet haline getirmek istiyoruz...” diyerek tüm toplumu kapsayan bir plan olduğunu vurgulamıştır (SSYB, 1948: 8).

BOYMSP’nin içeriğine bakıldığında ve planlama süreci göz önünde bulundurulduğunda; öncelikle hazırlığın bir ekip ile hazırlandığı ve hazırlık sürecinin yaklaşık 6 ay gece-gündüz yoğun bir çalışma sonucu ortaya çıktığı bilinmektedir (Demirel, 2008: 97). İçerikte Türkiye’de var olan problemler anlatılarak durum analizi yapılmış, bu durum analizine uluslararası bakış açısı ile diğer ülkelerin mevcut durumları da verilmiştir. Planın en önemli özelliklerinden birisi durum analizine verilen önem denilebilir. Durum analizi sonrası amaçlar ve hedefler net şekilde belirlenmiştir. Ülkenin içinde bulunduğu durumda öncelikli olan konular (verem gibi) dikkatlice incelenmiş ve öncelikler belirlenmiştir. Eldeki kaynaklar değerlendirilmiş (personel ve tesis gibi) geleceğe ilişkin planlama yapılmıştır. Plan, uzun dönemli (10 yıl) bir bakış açısı ile hazırlanmış ve devamı niteliğinde olan planların geleceği de belirtilmiştir. Bu kapsamda sonraki hazırlanacak planlarda değerlendirme olacağı ve bu planın eksik kalan yerlerinin tespit edileceği belirtilmiştir (SSYB, 1946).

Plan içinde her amacın ve hedefin nereden nereye geleceği (personel, tesis) açık şekilde belirlenmiştir. Bunun yanında günümüzde stratejik planlarda ele alınan maliyetlendirme detaylı bir şekilde BOYMSP’de yapılmıştır. Planda öncelikle toplam maliyet verilmiş daha sonra bu maliyetin nerelerden geldiği açık ve net şekilde hesaplanmıştır. Sağlık tesislerinin yapım maliyetlerinin yanında, yapıldıktan sonraki yıllık idame masrafları da verilerek ülkeye getireceği yük açıklanmıştır. En önemli noktalardan bir diğeri de gerekli olan paranın kaynağı da açık şekilde anlatılmış olmasıdır.

İçeriği ve planlama süreci sunulan BOYMSP, uygulama alanında tam anlamı ile uygulanmamıştır. Behçet Uz, son röportajında; plan ile ilgili olarak dönemin Cumhurbaşkanı İsmet İnönü ile arasında geçen olayı şu şekilde anlatmaktadır (Öztek,

1994: 18): “... Planın ana hatlarını verdim. Bir gün bana dedi ki, gidelim çiftlikte gezelim, bana anlat bakalım dedi. Bir gün gittik ben ayakta izah ettim. Eve geldik, Çankaya’ya. Merdivenlerden çıkarken bana dedi ki, doktor sen şimdi atın bir nalını bulmuşsun. Üst tarafı bir at ile üç nal kalmış. Ben beynimden vurulmuş gibi oldum, o kadar anlattım. Hatta yemeği birlikte yiyecektik bir davetim var deyip ayrıldım.” BOYMSP, Dr. Behçet Uz’un yoğun uğraşlar verdiği ve yasalaşmamasına rağmen Türkiye’nin sağlık alanına önemli katkılar sağladığı bir plandır. Plan TBMM’de ilk tanıtıldığında övgüyle karşılanmasına rağmen daha sonra, Meclis üyeleri tarafından hayali olduğu gerekçesiyle eleştirilmeye başlanmıştır (Aydın, 2002a: 62; Küçük, 2018: 109; Özdemir, 2001a: 263).

Plan uygulama alanında çok fazla yer bulamamış ve her kırk köye bir sağlık merkezi hedefinden ilçelerde 10-25 yataklı sağlık merkezleri kurulmasından öteye geçememiştir (Dirican, 2001: 467; Akdur, 1999: 52; Dirican, 1990: 313). Sağlık merkezlerinin artması 1950 yılında yapılan seçimle iktidara gelen Menderes hükümetinin, pratikteki ihtiyaçları karşılamaya yönelik politikaları olduğu söylenebilir (Aydın, 2002a: 63). Uz röportajında, uygulama alanında önemli adımların atılamamasının nedeni olarak; “siyasi, sosyal ve ekonomik yönden kapsamlı ve masraflı olması rol oynuyor olabilir.” şeklinde belirtmiştir (Öztek, 1994: 15-17). Aydın (2002a: 81) ise, pilot bölge uygulamasının olmamasının hem BOYMSP hem de MSP için olumsuz sonuçlar doğurduğunu, bu yüzden bir sonraki dönemde sosyalleştirmede pilot uygulamanın yapıldığını belirtmiştir.

Plan tam olarak uygulanamadığı için izleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Ancak Demirel, bu konuda “1946-1960 arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama” isimli kitabında (2008: 99-108), 1945 yılından başlayarak 1960 yılına kadar olan dönemde sağlık sektöründe birçok gelişme sağlandığını çeşitli veriler sunarak kanıtlamış ve BOYMSP’nin bu gelişimde büyük katkısı olduğunu belirtmiştir. Demirel’in kanıtlarına bakıldığında; sağlık tesisi, personel sayısı, temel sağlık hizmetleri, doğumda beklenen yaşam süresindeki artış, on bin kişiye düşen yatak sayısı, bulaşıcı hastalıklardaki azalmalar, aşı üretimine başlanması, SSK’nın kurulması ve hastanelerin açılması, mevzuat çalışmaları bulunmaktadır ve bu gelişmelerin tamamı BOYMSP’nin içinde yer almaktadır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinin gelişmesi konusundaki 1960 tarihli raporda bu dönem için oldukça önemli

işler başarıldığının altı çizilmiş ancak çeşitli sebepler gösterilerek sağlık seviyesinin tatmin edici düzeye çıkarılamadığı belirtilmiştir (Üner ve Fişek, 1961: 21-22; Fişek, 1981: 1).

Behçet Uz, Nihat Eğriboz'a yazdığı mektubun bir başka kısmında, *"...planın ele alacağı konular içinde ilaç sanayini denetleme, koruyucu ilaçları Bakanlık olanaklarıyla üretmek ve süt ve mama gibi çocuk beslenmesiyle ilgili tesisleri kurmak ve işletmek de bulunuyordu. Bunlar kimi anamalcıların yararını zedeleyecek nitelikteydi..."* diyerek uygulanamama nedenini farklı bir yönden değerlendirmiştir. Nihat Eğriboz ise aynı ay içinde (Ağustos 1970) oğlu Yürük Eğriboz'a yazdığı mektupta; *"1950 yılında DP'nin iktidara gelmesi sonrası, Dr. Nihat Reşat Belger'den sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Ekrem Hayri Üstündağ bu sağlık planını ele almış ve daha da geliştirip Bakanlar Kurulu'na sunmak üzereyken kabine dışı bırakılmıştır"* diyerek Behçet Uz'un söylediklerini destekler nitelikte yazdığı görülmüştür (Dirican, 1990: 314).

Milli Sağlık Programı (1954)

18.05.1954'te ikinci defa Sağlık Bakanı olan Behçet Uz, bu kez Milli Sağlık Programı adı altında bir plan hazırlamıştır. Bu program kendisinin daha önce hazırlamış olduğu BOYMSP'ye göre daha dar kapsamlıdır ve bu program da 10 yıllık olarak hazırlanmıştır. Planın tüm sağlık hizmetlerini kapsamak yerine kırsal kesimin sağlık hizmetlerini teşkilatlandırmayı amaç edindiği görülmektedir (Aydın, 2002a: 69).

Planlama için ciddi derecede bir durum analizi yapılmıştır. Bu durum analizi içinde; sağlık bütçeleri, yatak sayıları, kaba ölüm hızı, nüfusun yaş dağılımı, bebek ölüm hızı gibi oranlar Türkiye'nin mevcut durumu sunulmuştur. Aynı zamanda durum analizi için de Türkiye birçok Avrupa, Amerika ve Afrika ülkeleri ile karşılaştırılmıştır. Planlamanın gerekliliği ve sebepleri vurgulanmıştır (SMİV, 7-10). Bunun yanında toplumun ihtiyaçları ve ülkenin durumu göz önüne alınarak sağlık tesisi sayısı, köy ve kazalara sağlık tesisi açmak, verem hasta yatağını artırmak gibi çeşitli konularda amaçlar ve öncelikler belirlenmiştir. Kaynaklar değerlendirilmiş ve mali yük ortaya konulmuştur. Milli Sağlık Bankası önerilerek kaynak oluşturma düşüncesi gerekçelendirilmiştir.

Bu dönemde sağlık merkezleri önemli derecede artış göstermiş daha kapsayıcı sağlık hizmeti sunumu göz ardı edilmiştir (Tatar, 2003: 252). III. Menderes Hükümeti

dönemine denk gelen bu program da uygulama alanında başarılı olamamıştır. Ancak içerik bakımından birçok şeyi sosyalleştirme programına aktardığı söylenebilir (Küçük, 2018: 125). Bu dönemle ilgili olarak Dr. Uz ile 20.02.1986 tarihinde yapılan röportajda Uz: “*Ben de usandım. Baktım ki olmuyor ben de Menderes kabinesinden çekildim*” diyerek hem BOYMSP hem de MSP için verdiği çabaların karşılıksız kaldığını belirtmiştir (Öztek, 1994: 18).

Program uygulanamadığı için izleme ve değerlendirme adımına ilişkin bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak bir örnek üzerinden açıklanacak olursa; BOYMSP ve MSP’nin en önemli amaçlarından biri tesis ve personel sayısının artırılması ve ülkeye yayılması olmuştur. Bu dönemde 1945 yılında; 197 sağlık kurumu ve 16.133 yatak bulunurken; 1960 yılında 566 yataklı kurum ve 45.807 yatak bulunmakta ve on bin kişiye düşen yatak sayısı 16,6’ya yükselmiştir. Personel sayısı ise, 1945’te 7.458 iken; 1960’da 22.063’e yükselmiştir (Gürsoy, 1983: 1720-1725; SSYB, 1983a: 55).

Sosyalleştirme Programı (1961)

Sosyalleştirme programının hazırlık süreci ile ilgili olarak; daha önceki planlara göre daha fazla hazırlığın yapıldığı söylenebilir. Nitekim MBK’nın sağlık hizmetlerini devletleştirilmesini istediği doğrultusunda (Fişek, 1964a:1; Özdemir, 2001a: 264); sosyalleştirme için planlar ve programlar, kanun tasarısı hazırlık sürecinde hem Sağlık Bakanlığı hem de diğer kurumların katıldığı toplantılar ve kongreler düzenlenmiş, bu şekilde ortak akıl oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu konuda öncelikle 20 Temmuz 1960 tarihinde MBK Sosyal Komisyonu tarafından Bakanlıktan sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti durumuna getirilmesine ilişkin rapor istemiştir (Fişek, 1963: 2) bunun üzerine Sağlık Bakanlığı bir Mütalaa hazırlamıştır. Sonrasında ise Bakanlar Kurulu’na sunulmak üzere detaylı raporlar hazırlamıştır (Üner ve Fişek, 1961: 19, 30). Bunların yanında Nusret Fişek’in hazırladığı planlarla ilgili olarak, “...*Bakanlıktakilerden sanıyorum. Osman Yaşar, Tevfik Alan, Sabahattin Payzın da taslak gibi bir şey hazırladılar. Hepsini birleştirdim, bir şey yazdım...*” diye belirtmiş ve planlama yapılırken belirli bir grubun çalışmalar yaparak destek verdiğini de belirtmiştir (Öztek, 1992: 16). Bir bakıma planlamanın ve planlama ile birlikte kanunun nasıl olacağı ile ilgili birçok çalışma yürütüldüğü görülmüştür.

Planlama süreci açısından incelendiğinde Sağlık Bakanlığının her adımda öncü bir rol üstlendiği görülmektedir. Türkiye'nin durum analizi oldukça önemli şekilde yapılmış ve uluslararası karşılaştırmalar ile desteklenmiştir (Üner ve Fişek, 1961: 19).

Planda, amaçlar açıkça belirlenmiş ve öncelik sırasına göre sıralanmıştır. Amaçlar belirlenirken ülkenin durumu göz önünde bulundurulmuştur. Bunun yanında Türkiye için yapılan sosyalleştirme (veya MBK'nın tanımı ile devletleştirme) çalışmalarında; birçok demeçte ve yazıda görüldüğü üzere uluslararası arenadan İngiltere ve İsveç (ilaç konusunda Avusturalya) sistemlerinin rol model alındığı görülmüştür. Ancak İngiltere ve İsveç'in sistemlerinden çeşitli şekilde farklılaşmıştır bunu nedeni de Türkiye'nin mevcut koşulları, toplum kültürü ve maddi imkânlar olarak belirtilmiştir (Fişek, 1963: 1; Fişek, 1964: 1-6; Öztekin, 1992: 18). Sosyalleştirme kanunun gerekçesi incelendiğinde; Türkiye'nin acilen halletmek zorunda olduğu sağlık konuları, köylere sağlık hizmeti götürmek, halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetleri, veremle savaş, ana-çocuk sağlığı, istatistik hizmetleri, çevre sağlığı, halk için sağlık eğitimi, halkın beslenmesi, nüfus siyaseti, sağlık laboratuvarları, hastane hizmetleri, büyük şehirlere hasta akınının önlenmesi, personel ihtiyacı, bakanlık teşkilatının kurulması ve ilaç meselesi olarak görülmektedir. İçerik bölümünde de ele alındığı üzere A planının yanında kanun tasarısının kabul edilememesi halinde farklı bir B ve C planlarının hazırlanması ülkenin sağlık seviyesinin yükseltilmesine verilen önemi ve çeşitli alternatif seçeneklerin ortaya konulduğunu göstermektedir.

Personel, tesis ve teçhizat bakımından ülkenin planlanan hizmetleri vermek için yetersiz olduğu ve bu kapsamda; personel yetiştirilmesi, sağlık tesisi yapımı, sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi, taşıt alımı gibi birçok konuda kaynakların mevcut durumu ve gelecekteki durumu ile ilgili detaylı raporlar hazırlanmıştır (Üner ve Fişek: 6-13). Özellikle kanunun uygulanması için önemli olan personel durumu ile ilgili olarak Bakanlık personelin ülkeye dağılışı hakkında detaylı bir rapor hazırlamış hekim ve yardımcı personelin artırılması hakkında fikir beyan ettiği görülmüştür. Bunun yanında sağlık personelinin durumu, yetiştirilmesi hakkında bir rapor daha hazırlamış ve işlerin bir plan bağlı şekilde yürütülmediği belirtilmiştir. Aynı zamanda ülkenin sağlık personeli ihtiyacına ilişkin önemli vurgular yapılmış ve öneriler sunulmuştur (Üner ve Fişek, 1961: 144-155).

Planın maliyetlerinin detaylı şekilde ortaya konulması önceki planlarda olduğu gibi bu planda da görülmektedir. Plan kapsamında yapılması planlanan sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve hastaneler ile ilgili tüm detaylar ve maliyetleri hesaplanmıştır. Bunların yanında tüm program ile ilgili yapılması planlanan herşeyin de maliyetleri hesaplanmıştır. Bütçeye ilave getireceği yük yıllar itibari ile ortaya konulmuştur (Üner ve Fişek, 1961: 38-52). Kanunun çıkarıldığı süreçte, dönemin şartları ile ilişkili olarak politik desteğin güçlü olmasına karşın özellikle ekonomik nedenlerle çok çeşitli zorluklarla karşılaşmış ve birçok değişikliğe gidilmiştir (Tatar, 2003: 253).

Uygulama süreci ile ilgili olarak kanun çıkış öncesi 16.09.1960-18.09.1960 tarihleri arasında yapılan toplantı ve kanun çıkış sonrası İngiltere Sağlık Bakanlığı eski müsteşarı John A. Charles tarafından hazırlanan sağlık işlerinin sosyalleştirilmesi hakkında rapor gibi birçok önemli belge hazırlanmış ve süreç detaylandırılmıştır. 5 Ocak 1960 tarihinde kabul edilen kanunun uygulamasına 1 Mart 1962 tarihinde kılavuz bölge olarak belirlenen Muş ilinde başlanmıştır.⁹⁸ Charles, raporunda uygulamanın olabilmesi için iyi bir planlama ve organizasyon olması gerektiğinin özellikle altını çizdiğini belirtmiştir. Hatta gerekli olan aşamaları detaylı bir şekilde belirttikten sonra bu aşamaların Türkiye’de ne durumda olduğunu detaylı şekilde yazmıştır. Uygulama alanı ile ilgili olarak Charles; İcra ve Değerlendirme Dairesi, Planlama ve Araştırma Dairesi ve Sosyal Münasebetler Müdürlüğü’nün kurulmasını önermiştir.⁹⁹ Raporda ayrıca ilk üç yılda yapılması gerekenler ve sonraki yıllarda ülkeye yayılma konusunda uyulması gerekenler hakkında detaylı bilgiler sunmuştur (Üner ve Fişek, 1961: 119-130).

Hazırlanan üç planın da çok önemli ve ortak bir özelliği; plan içinde çeşitli konular ele alınırken (örneğin, personel, tesis, lojman vb.) bu konuların ayrı bir plan ile yürütülmesi gerektiği vurgulanmasıdır. Bu konu sağlık sektöründe planlama anlayışının oturduğu ve gelişim gösterdiğinin önemli kanıtlarından biri olarak gösterilebilir.

Sosyalleştirme programı, kâğıt üzerinde çok iyi ancak uygulamada tam olarak başarı sağlanamayan bir program olmuştur. Bu durum bir planın hazırlanmasından çok uygulanmasının önemli olduğunu gösteren önemli bir örnek olarak gösterilebilir (Tatar, 2007: 425-426; Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 359).

⁹⁸ Kılavuz bölge, 19 Temmuz 1962 tarih ve 11158 sayılı Resmi Gazete ile belirlenmiştir. Planda Tekirdağ, Çankırı ve Elazığ olarak belirtilmesine rağmen Muş ili olarak belirlenmiştir.

⁹⁹ 1963 yılında Bakanlık bünyesinde *Planlama ve Koordinasyon Dairesi* kurulmuştur.

Programın oluşturması askeri hükümet dönemi olması sebebi ile yukarıdan aşağıya (top-down) yaklaşım ile oluşturulmuştur denilebilir (Tatar, 2003: 255). Yani sürece tarafların veya paydaşların katılımı söz konusu olmamıştır. Uygulamasına 1963 yılında, iyi niyet göstergesi olarak fazla gelişmemiş olan Muş ilinden (19 Sağlık Ocağı ve 35 Sağlık Evi) başlamış, 1966'da 12, 1967'de 17, 1968'de 22¹⁰⁰, 1969'da 24, 1970'de 25, 1981'de 45 il sosyalleştirilmiştir. Bu arada uygulamaya başlama süreci sonrası ilk 5 yılda; 1500 sağlık ocağı açılması planlanmış; ancak 890'ı programa alınabilmiş ve alınanlardan sadece 561'i hizmete açılmıştır. 1983 yılında ise hazırlıklar yapılmamasına rağmen tüm ülkenin sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir. Sosyalleşme programının özellikleri; eşit, sürekli, kademeli, öncelikli, katılımlı, entegre ve ekip hizmeti, dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı ve sağlık hizmetlerinin tek elden tüm ülkeye yayılması isteği olarak gösterilebilir ( zt rk, 1999: 40; Akdağ, 2008a: 17; Akdur, 2008: 5; Fişek, 1989a: 1;  ztek, 2001b: 63; TTB, 2001: 28-30; Akalın, 2012: 23; WHO, 1971: 298-299). Sosyalleştirme programının uygulanmasına ilişkin olarak 154 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*  ıkarılmış ve uygulamayı kapsayan her şey açıklanmıştır (154 Sayılı Yönerge). Sosyalleşme programı, 1979 yılına kadar 45 ili kapsayacak şekilde genişlemiş olsa da uygulama alanında hedeflenenlere ulaşamamasında birçok sebep bulunmaktadır. Bunlar (Belek vd., 1998: 75; Tatar, 2007: 421-425; Akdur, 2008: 5; Fişek, 1983a: 164-166;  ztek, 1992: 22; Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 359; Tatar ve Erigüç, 2001: 276-277; Aydın, 2002a: 87; Tatar, 2003: 253-254; Fişek, 1967: 3-4; Fişek, 1990: 3; Fişek, 1991a: 4; Dirican, 1970: 39; Aytekin, 2013: 190):

- 1) Yasalaşma sürecinin olağanüstü haller içermesi ve çoğulcu bir yaklaşım yerine elitist bir yaklaşımı benimsemesi,
- 2) Uzlaşma sürecinden geçmeyip, top-down emir komuta zinciri içinde gelişmesi,
- 3) İlk uygulanmaya başlanacağı bölgenin gelişmemiş bir bölge olan Muş ilinin seçilmesi,
- 4) Kanunun 17. maddesine tam olarak uygun hareket edilmemesi,¹⁰¹

¹⁰⁰ 1964'te Ankara Etimesgut, 1967'de Ankara Abidinpaşa ve 1968'de İzmir Selçuk-Torbalı illerden bağımsız olarak eğitim ve araştırma amacıyla sosyalleştirme kapsamına alınmıştır (SSYB, 1973: 236-237).

¹⁰¹ Madde 17: Bir bölgede sağlık hizmetlerinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.

- 5) Kanunun yasalaşmasından sonra göreve gelen iktidarların kanunun işlemesi için destek vermemesi (yasalaşma sürecinde benimsediklerini ifade etmişlerdir ancak uygulamada destek vermemişlerdir) (iki yönlü politika işlemesi),
- 6) Kanun sonrası göreve gelen hükümetlerin genelde sağ görüşlü olması ve programın sosyalist bir algı içerdiği düşünülmesi¹⁰²,
- 7) Kanunun getirmiş olduğu finansal yüklerin fazlalığı,
- 8) Yapılan sağlık kurumlarına yeterli finansal ve ekipman ve ilaç desteğinin verilmemesi,¹⁰³
- 9) Bazı Sağlık Bakanları ve üst yöneticiler kanunun uygulanması gereğine inanmamaları ve personelin güvenini sarsmaları,
- 10) Hastane ve sağlık ocaklarına yeterli sayıda hekim atanmaması,
- 11) Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemesi,
- 12) Halkın hizmete katkı vereceği kurullar kurulamaması,
- 13) Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulamaması,
- 14) Sağlık işletmeciliğinin gelişmemiş olması (Fişek'in bir söyleşisindeki beyanı),
- 15) İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir ve sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamasıdır. Yerel örgütler, çoğunlukla şefi olmayan bir orkestra ve komutamız bir orduya benzemektedir,
- 16) Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemesi, araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olması,
- 17) Hekime rotasyon hakkının uygulanmamasıdır.

Değerlendirme ile ilgili olarak Muş'taki çalışmalar değerlendirildi mi sorusuna Fişek, "...Hayır, sadece gözlem yaptık. Klasik yönetici gibi..." şeklinde cevap vermiştir (Öztek, 1992: 21). Daha sonraki yıllarda da değerlendirme raporlarının oluşturulmadığı görülmektedir.

¹⁰² Bu konu ile ilgili olarak Nusret Fişek röportajında; kendisinin sosyalleştirme kelimesini kullandığını, ancak Sabahattin Payzın tarafından sosyalleştirme şeklinde çevrildiğini belirtmiştir. Fişek, bu sistemin sosyalist düzen ile bir alakasının olmadığını hatta o dönemde Neville Goodman'ın Türkiye'ye geldiği dönemde bu sistemin "socialized medicine" olarak değil de "National Health Services" olarak tercüme edilmesi gerekmekte olduğunu belirttiğini söylemiştir (Öztek, 1992: 19-26). Neville Goodman (1964: 36-38) da bu görüşmeyi doğrulamış ve projeye ilişkin görüşlerini dile getirmiştir.

¹⁰³ Örneğin, 1980 yılında, toplam 1.857 Sağlık Ocağının 814'ünde (%43,8) motorlu araç bulunmaktadır. Bu orandaki düşüklük gezici hizmet verilmesini önemli derecede etkilemiştir (DPT, 1983: 11).

Bu dönemde sosyalleşme politikası ve planıyla (her ne kadar tam olarak uygulanamasa da) birçok kazanım elde edilmiş ve sağlık hizmetlerinde ülkenin ücra köşelerine ulaşmak için yoğun çabalar sarf edilmiştir (Aksakoğlu, 2008: 48). 224 sayılı kanunun; 1978 yılındaki Alma-Ata, 1984 yılında hazırlanan “2000 Yılında Herkese Sağlık” ve 1998 yılında oluşturulan “Sağlık 21” hedefleriyle uyumlu olduğu söylenebilir (TTB, 2001: 31; Kurt ve Şaşmaz, 2012: 21). Sonraki dönemde, bu dönem ile ilgili alanyazında; döneme ilişkin birçok harcama, hizmetler ve sağlık bilgilerinin görülmesi bu dönemden itibaren istatistiki bilgilerin de detaylı olarak tutulduğunu göstermektedir. Bu dönem ile ilgili birçok değerlendirme çalışmasında görülmüştür ki; sosyalleştirilen bölgelerdeki sağlık seviyelerinde gelişmeler kaydedilmiştir. Muayene edilen hasta sayısı artmış, ölüm hızları (ana ölüm hızı, bebek ölüm hızı, kaba ölüm hızı gibi) düşmüş ve kaba doğum hızları artmıştır. Ayrıca hastane yatak sayıları da artış göstermiştir (Fişek ve Dirican, 1973: 7-8). Toplumun da sosyalleştirme olan güveni oldukça büyüktür. Bu konuda Milliyet Gazetesi muhabirinin Muş ilinde köyden biri ile yaptığı röportajda; “gökte Allah, yerde sosyolozo” ifadesi kullanılmış (08.04.1965 tarihli Milliyet Gazetesi: 3); daha sonra bu dönem ile ilgili çalışmalarda da bu ifade sıklıkla yer almıştır.

Sağlık hizmetlerinde sosyalleşme politikasının Bakanlık tarihi açısından önemi, bir önceki dönemde ele alınan BOYMSP ve MSP’ye birçok yönden benzer olmasına rağmen uygulanabilmiş ve 2000’li yıllara kadar etkisini göstermiş olmasıdır (Belek, 2001: 442) denilebilir. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı ülkede birçok kesim tarafından hayali bulunmuş, destek görememiş ve uygulamaya geçirilememiştir. Sosyalleştirme programı ise ilk dönemlerde yönetim olmak üzere birçok kesimin desteğini almayı başarmış ve uygulaması nispeten daha etkili olmuştur (Tekin, 2011: 119).

Köylere kadar yayılma isteği bu dönemde de var olmuş, bu nedenle kurum ve personel artırımına önem verilmiştir. Bu dönem verilerinde, 1960 yılında 566 olan sağlık kurumu ve 45.807 olan yatak sayısı; 1980 yılına gelindiğinde büyük artış göstererek 827 kurum ve 99.117 yatak sayısına ulaşmış, böylece on bin kişiye düşen yatak sayısı 22,2’ye yükselmiştir. Bunun yanında sağlık personeli sayısı 1960’da 22.063’ten; 1980’de 100.302’ye yükselerek önemli artış sağlanmıştır (SSYB, 1983a: 55; Gürsoy, 1983: 1720-1725).

Sosyalleştirme programı başarısız olsa da bir sonraki dönemdeki çalışmaların etkili olamayışı ve uygulamaya sokulamayışı da göz önüne alındığında; bu programın 2000 yılına kadar etkili olduğu varsayılmaktadır. Bu kapsamda sosyalleştirme programının uygulanma dönemine ilişkin olarak birçok kazanım elde edildiği söylenebilir. Buna örnek olarak OECD'nin yayımlamış olduğu raporda 1960-2000 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresine 19,8 yıl ekleyen Türkiye, Kore'den sonra ikinci sırada yer almıştır (OECD, 2004: 7).

Ulusal Sağlık Politikası (1993)

Bu politika belgesini oluşturmak amacıyla 23-27 Mart 1992 tarihleri arasında I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Kongre öncesi katılımcılara Türkiye'nin mevcut sağlık durumunu gösteren Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum (bu anlamda durum analizinin yapıldığı görülmektedir) ve yüzlerce sorudan oluşan bir doküman gönderilmiştir (Soyer, 2007: 22). Bu dokümanda; 9 başlıkta mevcut durum ile ilgili bilgiler sunulmuş; 7 alanda (Sağlık Sunumu, Finansman, Sağlık İnsan Gücü, Yönetim, Mevzuat, Sağlık Enformasyon Sistemi ve Ulusal Sağlık Akademisi) yapılacak reformlar hakkında bilgiler verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1992a: 28-53). Kongrede ilgili konular 477 katılımcı tarafından 34 ayrı çalışma grubunda tartışılmış ve her bir grup rapor hazırlamıştır. Oluşturulan bu raporlar kongre sonrası Sağlık Politikası Taslak Dokümanı haline getirilerek başta kongre katılımcıları, ilgili tüm kurum ve kuruluşlar, DSÖ'ye gönderilmiş alınan görüş ve öneriler değiştirilmeden yayımlanmıştır. Sonrasında; II. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir bu kongre sonrası tüm çalışmalar üzerine TBMM'ye sunulmak üzere Ulusal Sağlık Politikası değiştirilmeden (öneriler dikkate alınmadan) hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1993: 7; Belek, 2012a: 52; Ünlütürk-Ulutaş, 2011: 173; Savaş vd., 2002: 86; Soyer, 2007: 28-29). Özellikle TTB, sürecin en büyük ses çıkararı olmuş, hem kongrelerde hem yayımlanması sonrasında çeşitli komisyonlar kurarak, raporlar hazırlayarak, kamuoyu açıklamaları yaparak ve ikinci kongreden çekilerek birçok şekilde tepki göstermiştir (Soyer, 2007: 29-30).

Politika oluşturma süreci ile ilgili olarak önceki dönemlere göre nispeten daha katılımcı¹⁰⁴ ve daha demokratik (kongrelerle birçok konu tartışılmıştır) olduğu söylenebilir. Yani nispeten aşağıdan yukarıya (bottom-up) yaklaşımı uygulanmıştır denilebilir. Ancak göreceli olarak daha başarılı politika hazırlama sürecine karşın ne kanunlaşma ne de uygulama alanında başarı elde edilememiştir (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 360). Bu başarısızlığın sebepleri ekonomik ve politik ortam faktörleri altında ele alınmıştır.

Belgede her hedefe ilişkin sorun tanımı yapılarak ilkeler ve hedefe yönelik stratejiler ayrı ayrı olacak şekilde belirlenmiştir. Sağlığın gelişmesi, çevre, yaşam biçimi, sağlıklı Türkiye hedefleri gibi başlıklar altında tüm ülkeyi kapsayan ve ülkenin koşulları göz önüne alınarak hazırlanan belgede öncelikler de ele alınmış ve işlenmiştir.

Belge içeriğı itibariyle tamamen bir yeniden yapılanmayı öngördüğü için rasyonel planlama yaklaşımına uygun olduğu söylenebilir. Politika belgesinin daha sonraki uygulama aşaması için temel olan yasalaşma sürecinde koalisyon yılları etkili olmuş ve 1994 yılından itibaren bir türlü yasalaşamamıştır. Bu durum da politikaların uygulanabilirliğini ortadan kaldırmıştır (Tatar, 2003: 263; Mamur-Işıkçı, 2016: 736; Savaş vd., 2002: 85). Uygulamanın başarılammaması ortam faktöründe ele alındığı üzere hem politik hem de ekonomik karmaşanın olması sebebiyle olup gelen her hükümetin kendi önceliklerini ortaya koymaya çalışmasıdır. Bunun yanında projeler için DB'den borç alınan yıllar dışında, sağlığa ayrılan payın sürekli az olması da durumun açıklayıcısı olmaktadır. Uygulama aşamasına geçemediğı için izleme ve değerlendirme yapılamamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)

Bir önceki dönemde yapılan çalışmaları bir araya getirerek SDP'yi oluşturan AK Parti hükümeti (Sağlık Bakanı da önceki dönem çalışmalarını hiçe saymayan bir çalışma yaptıklarını belirtmiştir), birikimlerden faydalanmış (Soyer, 2007: 19) ve uygulamaya sokmuştur. 2004 yılında yayımlanan 80. Yılda Tedavi Hizmetleri isimli kitapta da (2004: 32); “SDP, geçmiş reform çalışmaları ile sağlık projesi, çalışmalarındaki birikimin mirasını değerlendirerek, gelecekte geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve tasarlanan sisteme geçişi kolaylaştıracaktır.” ifadesi

¹⁰⁴ İlk kongrede belge hakkındaki belirli öneriler dikkate alınmamıştır ve hastanelerin işletmeler haline getirilmesi ve aile hekimliği uygulaması reddedilmiştir.

yer almıştır. SDP'nin oluşturulması aslında yukarıdan aşağıya (top-down) yaklaşımı ile yapılmıştır denilebilir. Ancak daha önceki dönemdeki tartışmalar göz önüne alınırsa kısmen de olsa paydaşların fikirlerine yer verildiği yorumu da yapılabilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 368). Bu konu ile ilgili DSÖ, SDP'nin paydaşlarla istişare yapılmadan uygulamaya konulduğunu, ancak böyle bir durumun oluşması için gereken ortamın da var olmadığını belirtmiştir (Johansen, 2015: x, 9). SDP'nin tartışılmadan hızlı bir şekilde uygulanmaya konulmasına birçok aktörün tepki göstermesi durumu da gerçekleşmiştir. Örneğin, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri sonrası sendikalar (Türk-İş, Hak-İş ve KESK) ve TTB destekli olarak eylemler düzenlenmiş ve protesto edilmiştir (Mamur-Işıkçı, 2016: 737). SDP'nin içeriğinde görüldüğü üzere amaçlar net şekilde ortaya konulmuş ve ilkeler belirlenmiştir. Amaçlar dâhilinde belirlenen SDP bileşenleri ise sıralanarak ne tür katkılar yapacağı konusunda açıklanmıştır.

SDP belgesinde mevcut durum başlığı altında; Türkiye'nin sağlık durumu özetlenmiştir. Durum analizi; demografik ve epidemiyolojik özellikler, sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunuluşu, sağlık hizmetlerinin finansmanı, insan kaynakları, bilgi sistemleri, ilaç politikası ve Sağlık Bakanlığı'nın mevcut yapısı olmak üzere sekiz başlıkta ele alınmıştır. Bu bölümde öncelikli konular üzerinde de durulmuştur. Daha sonraki bölümlerde neden SDP'nin cevabı açıklanmış ve amaçlar ve ilkeler belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 11-25).

SDP'nin içeriğinde, uygulamanın 4 aşamada gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Bunlar; kavramsallaşma, yasalaşma, kontrollü yerel uygulamalar ve Türkiye geneline yaygınlaştırmadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 37-38). Belirlenen adımların birçok uygulamada kullanıldığı görülmektedir. Öncelikler yasalaşmaya verilerek amaçlarda yer alan faaliyetler kanunlaşmıştır. Pilot uygulamalara örnek olarak; 2003 yılı Nisan ayında 10 hastanede performansa dayalı ödeme sistemi, 2005 Eylül ayında Düzce'de Aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve daha sonra genişletilerek tüm ülkeye yayılmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı her ne kadar dümen tutan bir hale getirilmiştir denilse de Türkiye'de halen en büyük sağlık hizmet sunucusu konumundadır. Ancak planlayan bir Sağlık Bakanlığı hayata geçirilmiş ve Bakanlık planlama faaliyetlerini toplumun tüm kesimleri ile birlikte daha sonraki başlıkta da anlatılacağı üzere stratejik planlar ile yürütmüştür. SDP ile sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık harcamalarında artış

görülmüştür. Bunun yanında SDP ile sağlık harcamaları içinde kamu payının da arttığı görülmektedir. Aynı zamanda SDP ile birlikte Türkiye'nin temel sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler olduğu görülmüş; doğuştan beklenen yaşam süresi artmış, bebek ölüm oranı düşmüştür (Sülkü, 2011: 97-99; WHO, 2012: 8-10).

SDP'nin bileşenleri ile ilgili olarak uygulama alanında; planlayıcı ve denetleyici bir bakanlık daha aktif olarak görev almıştır. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği amacı uygulamaya geçirilmiş ve tüm ülkeye yayılmıştır. İnsan gücü bakımından tarihin en yüksek seviyelerine ulaşılmış kişi başı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli sayısında OECD ülkelerinin gerisinde olunmuş olsa da her geçen gün iyileşme görülmektedir. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon amacına yönelik olarak toplam kalite yönetimi ve hastanelerin sınıflandırılması gibi uygulamalar hayata geçirilmiştir. Bunun yanında dijital hastane konusunda dünyanın en önde gelen ülkelerinden biri olarak çalışmalara devam edilmektedir. Sağlık bilgi sistemi tüm ülkede kurulmuş ve her geçen gün geliştirilerek daha iyi seviyeye getirilmektedir (Atasever, 2014:66-77; Tüfekci vd., 2017: 154).

İzleme ve değerlendirme sürecinin, sahadan gelen bilgilerin doğrudan Bakana ve ekibine gelmesi SDP'nin uygulama alanındaki sorunları görmesinde ve başarılı olmasındaki en önemli özelliklerden bir başkası olarak belirtilmiştir (Johansen, 2015: 15). İzleme ve değerlendirme açısından ayrıca, Bakanlığın sürekli olarak yayımladığı faaliyet raporlarının yanında Sağlık Bakanlığı tarafından her yıl yayımlanan sağlık istatistik yıllıkları ve TÜİK raporları da sürekli olarak yayımlanmış, yapılan işler izlenmiş ve değerlendirilmiştir.

Uygulama alanında yukarıdaki ortam faktörü altında belirtildiği üzere, politik ortamdaki istikrar ve ekonomik ortamın sunduğu pozitif gelişmeler ile birlikte içerik bölümünde ele alınan tüm hedeflere ulaşıldığı söylenebilir. DSÖ, 2012 yılında yayımladığı *“Successful Health System Reforms: The Case of Turkey”* çalışmasında, SDP'nin başarılı şekilde uygulanmasının arkasındaki en önemli unsurlardan biri olarak hükümet desteğini göstermiştir (WHO, 2012: 15). Farklı bir DSÖ çalışmasında da yine SDP'nin başarılı şekilde uygulanmasının arkasındaki en önemli sebep olarak politik kararlılık ve destek olduğunu belirtmiştir (Johansen, 2015: ix).

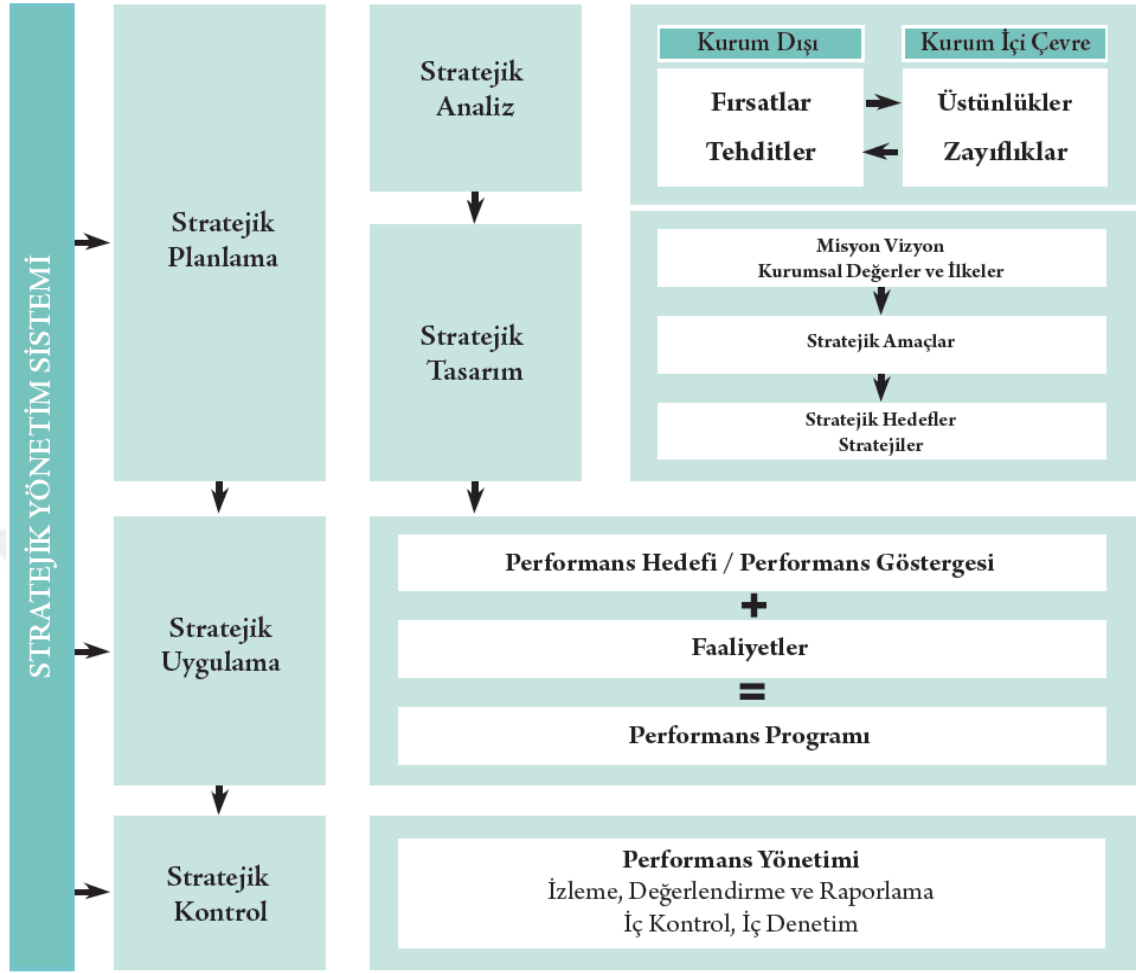
SDP’de yer alan bileşenlerden sadece sevk sistemi ile ilgili ilerleme görülmemiş; ancak Temmuz 2019’da Bakan Fahrettin Koca’nın açıklamalarında sevk sisteminin çeşitli özendiriciler vasıtası ile (randevu kolaylığı ve katılım payında azalma gibi) uygulanmaya başlanacağını sinyalleri verilmiştir (Fahrettin Koca Twitter Hesabı, 19 Temmuz 2019 tarihli twit).

2010-2014 Stratejik Plan (2010)

5018 sayılı kanun ve 5436 sayılı kanun hükümleri uyarınca kamu idarelerinde strateji geliştirme birimleri kurulmuş ve stratejik planlama çalışmaları başlamıştır. Bu kanunlar ile kamu yönetiminde stratejik planlamanın sağlık sektöründeki ilk ürünü olan bu plan, bundan sonraki dönemde sağlık sektörünün yönünü belirleyen bir rehber olacağı düşüncesiyle hazırlanmıştır.

Stratejik yönetim sistemini; Stratejik Planlama, Stratejik Uygulama ve Stratejik Kontrol adımlarından oluşan bir süreç olarak gören Sağlık Bakanlığı bu sistemi Şekil 21’de olduğu gibi göstermiştir.

Şekil 21: Stratejik Yönetim Sistemi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010b: 25

Şekil 21’de görüldüğü gibi stratejik yönetim sürecinin ilk adımı stratejik planlamadır. Stratejik planlama ise, iki ayrı kritik adımdan oluşmaktadır. Bunlar; stratejik analiz ve stratejik tasarımıdır. Stratejik yönetim sürecinin ikinci adımı ise planlamanın uygulanmasını içere stratejik uygulama adıımıdır. Stratejik uygulama, operasyonel plan olarak da adlandırılan performans programından oluşmaktadır. Performans programında; performans göstergeleri ve faaliyetler yer almaktadır. Stratejik yönetim sürecinin son adımı ise stratejik kontroldür. Bu adıma ilişkin olarak raporlar hazırlanmakta ve süreç izlenerek nereden nereye geldiği takip edilmektedir. Stratejik Planlama sürecine ilişkin adımlar Tablo 55’te detaylı şekilde gösterilmiştir.

Tablo 55: Stratejik Planlama Süreci

TEMEL ADIMLAR	ETKİNLİKLER	KATILIM	ÇIKTI
1. Ön Hazırlık ve Stratejik Planlama Hazırlık Programı	1.1 Stratejik Planlama Eğitimi 1.1.1 Stratejik Düşünce 1.1.2 Stratejik Yönetim 1.1.3 Stratejik Planlama 1.2 Planlamanın Planlaması 1.2.1 Üst Yönetici Tarafından İç Genelge Yayınlanması 1.2.2 Stratejik Planlama Ekibinin Oluşturulması 1.2.3 Stratejik Planlama Süreci Aşamaları, Faaliyetleri, Zaman Çizelgesi, Sorumlu Birim Kişi ve Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi 1.2.4. Planlama Sürecinin Gözden Geçirilmesi 1.2.5. Yöneticilere Dağıtılacak Bilgi Toplama Formlarının Belirlenmesi 1.2.6. Yöneticilerden Bilgilerin Talep Edilmesi	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri Müşteriler Makamı SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Kavram Birliği Kurum İhtiyaçları
2. Misyon ve Kurumsal Değerler	2.1 Planlama Ekibi İçin Misyon ve Kurumsal İlkeler Hazırlama Eğitimi 2.2 Misyon Oluşturma (Taslak) 2.3 Kurumsal İlkelerin ve Değer Yargılarının Belirlenmesi 2.4 Misyon ve Değer Yargılar İçin İç Paydaşların Görüşlerinin Alınması 2.5. Kurum Misyonu ve İlkelerin Belirlenmesi	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Kurum Misyonu Kurum İlkeleri Kurum Değerleri
3. Vizyon Oluşturma	3.1 Kurum Vizyonu Oluşturma (Taslak) 3.2 Kurum Vizyonu İçin İç Paydaşların Görüşlerinin Alınması 3.3 Kurum Vizyonu Oluşturma	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Kurum Vizyonu
4. Stratejik Analiz	4.1 Bilgi Toplama ve Değerlendirme 4.2 Kurum Stratejik Konularının Belirlenmesi 4.3 Paydaşların Belirlenmesi ve Paydaş Analizi 4.4 Kurum İçi Değerlendirme (Güçlü ve Zayıf Yönler) 4.5 Kurum Dışı Değerlendirme (Fırsatlar ve Tehditler) 4.6 GZFT (SWOT) Analiz Tekniği Eğitimi	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	İç Ve Dış Paydaşlar Paydaş Analizi GZFT Matrisi
5. Stratejik Tasarım	5.1 SPE ve SYKE İçin Strateji Belirleme Eğitimi 5.2 Kurum Stratejik Amaçlarının Belirlenmesi 5.3 Stratejik Amaçlara Ulaşılabilecek Hedeflerin Belirlenmesi	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Stratejik Amaçlar Hedefler
6. İlk Taslak SP	6.1 Güncelleştirilmiş İlk Taslak Stratejik Plan Metni 6.2 Taslak Stratejik Plan Metnini Tasarımı ve Yazımı	SGÜK, SYKE, SGB, SPE üyeleri	Misyon, Vizyon, Stratejik Amaç Ve Hedefler
7. Stratejik Kontrol	7.1 SPE ve SYKE için Performans Yönetimi Eğitimi 7.2 Raporlama Esaslarının Belirlenmesi 7.3 Performans Göstergelerinin Belirlenmesi	SGÜK, SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Faaliyet Raporları, Performans Göstergeleri
8. Stratejik Plan Onayı	8.1 Nihai Değişiklik Önerilerinin Alınması 8.2 Nihai Değerlendirme 8.3 Stratejik Plan Son Şeklinin Verilmesi 8.4 Makam Onayına Sunma 8.4 Stratejik Planın Kamuoyuna Duyurulması	Bakan ve Müsteşar SYKE, SGB, SPE ve SPAÇG üyeleri	Nihai Stratejik Plan

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010b: 26

Şekil 21’de görüldüğü üzere stratejik planlama süreci geleneksel olarak tanımlanan ve daha önceki planlarda ele alınan sağlık planlaması sürecine benzer şekilde ancak çeşitli farklılıklar barındırmaktadır. SP’nin en önemli özelliklerinden biri

de sürecindeki adımların her birinin belirli ve net şekilde olmasıdır denilebilir. Önceki bölümlerdeki Türkiye’de yapılan diğer planlama çalışmalarına bakıldığında; bu durum daha net anlaşılmaktadır. Örneğin, SP hazırlanırken; Güçlü, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler (GZFT) analizi yapılması zorunlu iken önceki planların bazılarında yüzeysel bazılarında derinlemesine analiz yapılmış yani belirli bir netliğin olmadığı görülmektedir.

Tablo 55’teki adımlardan yola çıkılacak olduğunda ilk adımda belirlenen planlama ekibinin kurulması kapsamında; SP sürecinde yer alan ekipler şunlardır (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 22-23);

- Strateji Geliştirme Üst Kurulu (SGUK),
- Stratejik Yönetim Koordinasyon Ekibi (SYKE),
- Strateji Geliştirme Başkanlığı (SGB),
- Stratejik Planlama Ekibi (SPE),
- Stratejik Planlama Alt Çalışma Grupları (SPAÇG).

Bu ekibe kanunda belirlendiği üzere Stratejik yönetim ile ilgili ortak dil oluşturulması adına eğitimler verilmiş ve SP çalışmalarına başlanmıştır. Daha sonra kurumsal değerlerin belirlenmesi için ekiple birlikte çalışmalar yapılmış ve bu değerler belirlenmiştir. Sürecin ikinci ve üçüncü adımlarını oluşturan misyon ve vizyon belirlenmesi amacı altında SP ekibi ve iç paydaşların görüşleri alınmış ve belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 22-24).

Sürecin dördüncü adımı olan stratejik analiz kapsamında; GZFT analizi yapılmış bu analizden elde edilen bilgiler ışığında, stratejik konuların belirlenmesi için sonuç odaklı, olması şartıyla ekiple birlikte kurumun görev ve sorumlulukları, hedef kitle, harcamalar, finansal durum ve kurumu etkileyen faktörler göz önüne alınarak belirlenmiştir. Belirleme yapılırken, beyin fırtınası yöntemi kullanılmış ve sayısal kısıtlama konulmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 24). Bunun yanında paydaşlar belirlenmiş ve paydaş analizi yapılmıştır. Paydaş analizi sekiz adımda yapılmış ve kuruma olumlu ve olumsuz etkiler, ilgileri, çıkarları olan, stratejik planın hazırlanmasında amaç, hedef ve stratejilerin geliştirilmesinde dikkate alınması gereken kişi, kurum, kuruluşlar belirlenmiştir. Paydaşlar iç ve dış paydaşlar olarak iki kategoriye ayrılmış, her biri üç derecede ele alınmıştır. Bu kapsamda 31 iç paydaş, 69 dış paydaş belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 34-37). DSÖ bu planda paydaşlar ile yapılan

istişarelerin stratejik amaç ve hedeflerin oluşturulmasında az fark edilir etkisinin olduğunu belirtmiştir (Johansen, 2015: 9).

Beşinci adımda, bir önceki adımda belirlenen stratejik konular ışığında stratejik amaçlar ve bu amaçlara ulaştıracak hedefler belirlenmiştir. Amaçlar belirlenirken kurumu ileri bir noktaya taşıması, gerçekçi ve ulaşılabilir özellikte olmasına dikkat edilmiştir. Ayrıca amaçların, kurumsal değerlerle uyumlu, belirlenen vizyona hizmet eden, ulaşmak istenen yeri açık şekilde ifade eden ve sonraki aşamalara rehberlik eder nitelikte olması istenmiştir. Stratejik amaçların belirlenmesinde SMARTER kriterleri göz önünde bulundurulmuştur (Chatora ve Tumusiime, 2004: 26; Green vd., 2012: 671¹⁰⁵). Bu kriterler şu şekilde sıralanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 24):

- S (Özel-Specific),
- M (Ölçülebilir-Measurable),
- A (İddialı, Cesur -Audacious),
- R (Sonuca Odaklanmış-Results Focused),
- T (Zaman Sınırlı-Time Bound),
- E (Kapsayıcı-Encompassing),
- R (Gözden Geçirilmiş-Reviewed).

Stratejik hedeflerin ise, belirlenen amaçlarla uyumlu, paydaş beklentilerini karşılayan ve konuya ilişkin alternatifleri içeren özelliklerde olması istenmiş ve bu yönde belirlenmiştir. Hedeflerin belirlenmesi sonrası hedeflere ilişkin stratejiler belirlenmiştir. Altıncı ve sonrası adımlar için yukarıdaki elde edilen amaçlar, hedefler ve hedef ilişkin stratejiler ışığında SP metni hazırlanmış, raporlama esasları ve performans göstergeleri belirlenmiş, plana son şekli verilerek makam onayına sunulmuş ve uygulamaya konulmuştur.

SDP'nin ikinci aşaması için DB ile yapılan 56,10 Milyon Euro (75,12 Milyon USD)'luk anlaşma içinde; Bileşen A olarak, Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 Stratejik Planına Destek (46.17 milyon Euro) ibaresi bulunmaktadır. Bileşene açıklama olarak ise; *"Bu bileşen Sağlık Bakanlığı'nın Stratejik Planının uygulanmasını desteklemektedir ve ana hedefi Sağlık Bakanlığı'nı bir sağlık sektörü kılavuzuna dönüştürmek ve sağlık*

¹⁰⁵ İlgili kaynaklarda hedefler SMART kriterlerini ele almıştır. Ancak Bakanlık, SMARTER şeklinde daha da geniş kriterler belirlemiştir. Eklenen Encompassing (Kapsayıcı) ve Reviewed (Gözden Geçirilmiş) farklı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde de ele alınmıştır. Bkz. Bergwall vd., 1973; Öztekin, 2001a.

hizmetlerinin sağlanması ile ilgili reformları tamamlamaktır. Aile hekimliğinin, hastane reformlarının, halk sağlığının ve düzenleyici reformların ve güçlendirici politika yapma, öncelik belirleme ve izleme ve değerlendirmenin uygulanmasına vurgu yaparak teknik yardım/hizmetlerini, Stratejik Planın sekiz program alanı için eğitim ve malzemeleri finanse edecektir” yazılmıştır. Bu kapsamda ilk stratejik plan için kaynak elde edilmesi hem planın hazırlanması hem de uygulaması için önemli olarak görülebilir. Bu amaca yönelik olarak bileşenin 8 adet programına destek aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, e-Kütüphane).

“A.1: Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (13,12 milyon Euro): Bu bileşen, Sağlık Bakanlığı’nın aile hekimliği programının ölçeğini büyütürken, bunu mevcut 33 ilden Türkiye’nin 81 iline genişletebilmesi için teknik destek ve eğitimi finanse edecek, aynı zamanda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol edilmesi için Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu sağlık hizmetlerini uygulamasını destekleyecektir.

A.2. Kamu Hastaneleri Reformlarının Uygulanması (2,48 milyon Euro): Bu alt bileşen hastane reformlarının uygulanmasını desteklemek amacıyla teknik destek ve eğitimi finanse edecektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı altında yapılacak hastane reformlarının başlıca amacı, Kamu Hastanesi Birliği modelinin pilot çalışmasının yapılması ve sonuç olarak da yurt çapında uygulanmasıdır. Bu modelin uygulanması, Türkiye’deki Sağlık Bakanlığı hastanelerini kamu işletmelerine dönüştürecek.

A.3. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Arttırılması (1,58 milyon Euro): Bu alt bileşen, Sağlık Bakanlığı’nın Performans Yönetimi Dairesinin kapasitesini ve bu Dairenin Türkiye’deki performans bazlı ödeme (P-4-P) sistemlerinin uygulanmasındaki rolünü arttırması, sağlık hizmetlerinin kaliteli olmasını sağlama hedefi ile sağlık sunucularını denetlemesi için teknik destek ve eğitimi finanse edecektir.

A.4. Kurumsal Yeniden Yapılandırma ve Kapasitenin Arttırılması (10,46 milyon Euro): Bu alt bileşen, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasını desteklemek amacıyla teknik destek ve eğitimi (Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Ulusal Kanseri Enstitüsü ve bir iç denetim yapısının kurulması ile Sağlık Bakanlığı’nın İzleme ve Değerlendirme işlevlerinin kurumsallaştırılması da dâhil olmak üzere) finanse edecektir. Bu alt bileşen aynı zamanda performans bazlı bütçeleme alanındaki stratejik finansman metotlarının uygulanması için stratejik yönetim kapasitesinin

güçlendirilmesini destekleyecek ve hizmet içi eğitim programlarında devamlılığı ve koordinasyonu sağlayacaktır.

A.5. İlaç ve Tıbbi Cihaz Denetiminin Yönetilmesi: (0,59 milyon Euro): Bu alt bileşen, Sağlık Bakanlığı'nı, Ulusal İlaç Politikasını uygulamaya yönelik destekleme hedefi ile teknik destek ve eğitimi finanse edecektir. Ulusal İlaç Politikası, rasyonel ilaç kullanımını sağlamayı, ilaç, aşı ve biyolojik ürünlerin kalitesini arttırmayı, İyi Klinik Uygulamalar ve İyi Üretim Uygulamaları yapılmasını sağlamak için kurumsal düzenlemelerin uygulanmasını, piyasa gözetimi ve denetimini uygulamak üzere kapasite oluşturulmasını hedeflemektedir.

A.6. Sağlık Bilgi Sistemlerinin Geliştirilmesi (8,63 milyon Euro): Bu alt bileşen, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin genişletilmesini desteklemek amacıyla teknik destek, eğitim ve malzemeleri finanse edecektir. Sağlık Bakanlığı'nın hedefi, sağlık bilişimi standartlarının, kişisel ve kurumsal sağlık kayıtlarının gizliliği, güvenliği ve mahremiyeti prensiplerinin geliştirilmesi, karar destek sistemi kapsamında bir veri ambarının kurulması, veri madenciliği uygulamalarının başlatılması, tele-ilaç ve tele-sağlık sistemlerinin kurulmasıdır.

A.7. Sektörler Arası Sağlık Sorumluluğunun Desteklenmesi ve Sağlık Politikalarının Dünya Standartları ile Uyumlu Hale Getirilmesi (5,50 milyon Euro): Bu alt bileşen, (i) sektörler arası işbirliği uygulanması ve sağlık politikalarının özellikle de AB kılavuzları ve standartları olmak üzere uluslararası standartlarla uyumlu hale getirilmesi için Sağlık Bakanlığı'na destek verilmesi, (ii) sağlık sektöründe uluslararası finansman/donör kaynaklarının verimli şekilde kullanımını koordine etmek üzere Proje Yönetim ve Destek Birimi (PYDB) kapasitesinin güçlendirilmesi (iii) "Sağlık Sektörü için KÖO Birimi" kapasitesinin oluşturulması hedefi ile teknik destek/hizmetler, malzeme ve eğitimi finanse edecektir.

A.8. Ulusal Halk Sağlığı Kurumunun İşlevselleştirilmesi (4,9 milyon ABD Doları): Bu alt bileşen, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın (RSHMB) kendini Türkiye Cumhuriyeti'nde kilit halk sağlığı fonksiyonlarından sorumlu ve hastalık sürveyansı, salgın yönetimi, halk sağlığına ilişkin plan, politika geliştirme ile

halk sağlığının denetimi hususlarını kapsayacak şekilde Ulusal Halk Sağlığı Kurumu'na dönüştürmesi için teknik destek ve eğitimi finanse edecektir."¹⁰⁶

Görüldüğü üzere; stratejik planlama süreci Türkiye'de ilk plan hazırlanma süreci olmasına rağmen önemli ölçüde başarılı şekilde uygulanmıştır. DSÖ, Türkiye'deki stratejik planların başarılı olma sebeplerinden biri olarak; bu sürecin önemini vurgulamış ve diğer ülkelere örnek olacak şekilde yapıldığını belirtmiştir. Özellikle Sağlık Bakanlığı'nın liderliğinin önemli bir unsur olduğunun altını çizmiştir (Johansen, 2015: x-xii, 26).

2011 yılında International Health Partnership and related initiatives (IHP+) tarafından Joint Assesment of a National Health Strategy (JANS) adıyla bir değerlendirme aracı oluşturulmuştur.¹⁰⁷ "*Altın standart*" olarak da adlandırılan bu değerlendirme aracı belirli bir ülkenin ulusal sağlık politikasının hangi özelliklerde olmasına ilişkin özellikler önermektedir. JANS tarafından önerilen özelliklere ilişkin Türkiye stratejik planları için Johansen (2015: 19-20) yapılan değerlendirmede; bu özelliklere yakın ve bu bakımdan çok gelişmiş stratejik planlar olduğu ortaya çıkmıştır.

Tüm bu SP sürecinin önemli olduğu kadar uygulama ile izleme ve değerlendirme de önemlidir. Bakanlık sadece SP'yi hazırlamakla kalmamış uygulama alanında yaptıklarını da dikkatli şekilde izleme ve değerlendirme sürecine almıştır. Bu süreçte hem uygulama alanındaki kurumları desteklemiş hem de bu kurumlardan doğrudan geri bildirimler almıştır. DSÖ, bu durumu da SP'nin başarılı olmasının bir diğer nedeni olarak belirtmiştir (Johansen, 2015: xi).

2010-2014 SP'nin toplam maliyeti beş yıl sonunda 127.020.996.000 TL olarak öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 117). SP'nin izleme ve değerlendirmesine ilişkin olarak (Sağlık Bakanlığı, 2010b: 121-122);

-   er aylık izleme ve değerlendirme raporu,
- Birim/idare faaliyet raporu,

¹⁰⁶ Detaylı bilgi için <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Flı%C4%B1kta%20Stratejik%20Planlama.pdf> adresine başvurulabilir.

¹⁰⁷ IHP+  lkeleri JANS adı ile geliştirdikleri bu değerlendirme formu 2009 yılında yayımlanmadan önce DSÖ ve DB'nin de dâhil olduğu bunun yanında 7 ülke ve uluslararası örgütün de incelemesinden geçen bir araçtır. Bu araçta ulusal sağlık stratejisinin sahip olması gerekenler, 5 konu altında ve 16 farklı özellikte toplanmıştır. Daha sonra geliştirmeler yapılmış ve 2013 yılında daha da detaylandırılmıştır. Ayrıntılı bilgi için https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128671/9789241507318_eng.pdf;jsessionid=8DF47111F17B75EA199269337DE17B5?sequence=1 bağlantısına başvurulabilir.

- Üst yönetim tarafından faaliyet sonuçları değerlendirmesi yapılacağı belirtilmiştir.

İzleme ve değerlendirme adına bu plan dönemine denk gelecek şekilde 2011 ve 2012 yılı faaliyet raporları yayımlanmıştır. Bu raporlarda Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri Teşhis ve Tedavi Hizmetleri, İlaç ve Eczacılık, Sağlık Hizmet Planlaması, Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Birliği, Sağlıkta Stratejik Yönetim, Sağlıkta Finansal Yönetim başlıkları altında görülen iyileşmeler aktarılmıştır. Ancak SP içinde ele alınan amaç ve hedeflere ilişkin bir ilerleme raporu sunulmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012b; Sağlık Bakanlığı, 2013b). Plan göstergeleri verilmemiş olsa da Türkiye’de SP’nin amaçlarına yönelik olarak çeşitli başlıklar altında üst yönetim tarafından değerlendirildiği görülmektedir.

2013-2017 Stratejik Plan (2013)

İlk stratejik planın ardından Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması sebebiyle ilk SP sona ermeden ikinci SP, 2013-2017 yıllarını kapsayacak şekilde çıkarılmıştır. Bunun nedenleri olarak; 663 sayılı KHK’nın yürürlüğe girmesi, bir önceki SP’de belirlenen amaç ve amaca yönelik hedeflerin çoğuna 2012 yılında ulaşılmış olması ve yeni amaç ve hedeflere ihtiyaç duyulması olarak belirtilmiştir. Son neden ise; Malta Avrupa Komitesi’nde Avrupa Politik Çerçevesi Sağlık-2020 çerçevesinde yeni stratejik yönlendirmeler ile öncelikli alanların benimsenmesi gerekliliğidir (Johansen, 2015: 8).

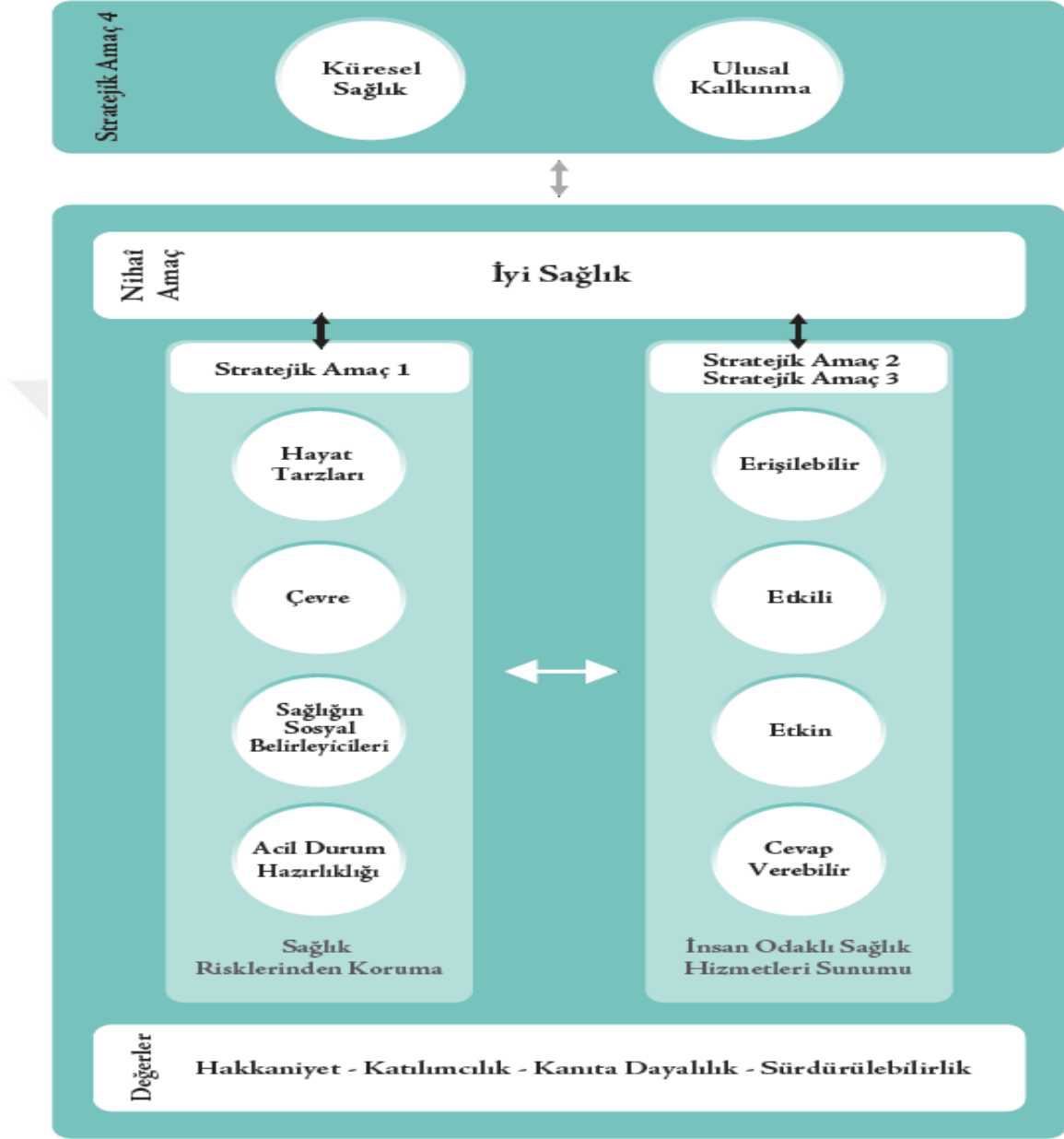
Planlama ekibi; SGUK, Stratejik Planlama Yürütme Kurulu, Stratejik Planlama Çalışma Ekipleri, Stratejik Planlama Koordinasyon Birimi’nden oluşmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013a: 32).

Stratejik planda kaynaklar belirlenmiş, durum analizi yapılmış, paydaş analizi ve GZFT analizi yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013a: 37-61). Planda, amaçların birbiri ile olan ilişkisini göstermek için Stratejik Plan Matrisine yer verilmiştir. Bu matris Şekil 22’de gösterilmiştir.

DSÖ, paydaşlar ile yapılan istişarelerin SP’de değişikliğe sebep olduğunu ve paydaşların ilk SP’de olduğundan daha fazla etkili olduğunu belirtmiştir. Bunun yanında sadece değişiklik değil izleme ve değerlendirme konusu ve faaliyetlerin geliştirilmesinde de paydaşların önemli etkisi olduğu ve muhtemelen paydaşlar

tarafından daha fazla sahiplenilmesi durumunun ortaya çıkacağı belirtilmiştir (Johansen, 2015: 9).

Şekil 22: 2013-2017 Stratejik Plan Matrisi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013a: 69

Şekil 22’de görüldüğü üzere, belirlenen değerler üstüne inşa edilen stratejik amaçlar arasında ilişkiler kurulmuş ve nihai amaca ulaşarak ulusal kalkınma ve küresel sağlığa fayda sağlama yönünde bir yol belirlenmiştir. 2013-2017 SP’nin toplam maliyeti beş yılsonunda 225.021.911.677 TL olarak öngörülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2013a:

153-156). SP'nin son bölümünde ise; izleme ve değerlendirme çerçevesi ile ilgili hazırlanacak olan raporlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Yıllık İlerleme Raporu,
- Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirme Raporu,
- Faaliyet Raporu,
- Ara Dönem Raporu,
- Nihai Rapor,
- Özel Raporlar (Sağlık Bakanlığı, 2013a: 158-161).

İzleme ve değerlendirme adına bu plan dönemine denk gelecek şekilde, 2013 yılı Faaliyet Raporunda; faaliyet bilgileri altında Halk Sağlığı Hizmetleri Hastane Hizmetleri İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Acil Sağlık Hizmetleri Sağlık Yatırımları Yeni Ufuklara Doğru başlıklar altında gelişmeler aktarılmış ancak SP ile ilişkili gelişmeler sunulmamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014b). 2014 yılı Faaliyet Raporunda ilk kez 2013-2017 SP'ye ilişkin performans göstergeleri üzerinden gelişimler sunulmuştur. Bu gelişimler her amaç ve hedefe ilişkin ayrı ayrı olacak şekilde 2014 yılı hedefi gösterilerek yılsonunda gerçekleştirilme oranı verilerek gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015b). 2015, 2016 ve 2017 yılı faaliyet raporlarında ise hem gelişmeler farklı başlıklar altında aktarılmış hem de çeşitli performans göstergelerine ilişkin hedefler gösterilerek gerçekleştirme oranları sunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2016c, Sağlık Bakanlığı, 2017b, Sağlık Bakanlığı, 2018b).

SP'nin sonunda belirtilen ve yukarıda sunulan raporlardan faaliyet raporları son dönemlerde daha plana odaklı olarak performans göstergeleri eşliğinde sunulmaya başlanmıştır. Bu performans göstergelerinin bir düzen içinde olduğu görülmektedir. 2019-2023 SP'nin uygulamaya başlandığı günlerde 2013-2017 SP'ye ilişkin nihai bir rapor yayımlanmadığı görülmektedir. Ancak 2019-2023 SP'nin içinde *2013-2017 Stratejik Planı'nın Değerlendirilmesi* adlı bir başlık yer almıştır. Bu başlıkta; 2013-2017 SP'de yer alan 117 performans göstergesinin %25'inde hedefe ulaşıldığı ve %46'sında ise hedefe yaklaşıldığı belirtilmiştir. Göstergelerin %29'unun ise izlenemediği bunun sebebi olarak da paydaşlarla ortak yürütülen çalışmaların zamanında sonuçlandırılmaması gösterilmiştir. Başlıkta daha sonra 2013-2017 Stratejik Planı'nda yer alan dört stratejik amaca yönelik olarak yapılan çalışmalar hakkında özet bilgilere

yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019a: 25-34). Son olarak, 2013-2017 SP'ye ilişkin rapor yayımlanmamıştır.

4.5.4. Aktörler

Ulusal bir sağlık politikasının temel amacı, toplumun sağlığını iyileştirmeyi sağlayacak koşulların bir araya getirilmesidir. Toplumdaki tüm sektörler ve paydaşlar bu koşulların oluşturulmasından sorumludur; ancak temel ve birinci düzey sorumluluk kamu otoritesindedir (Navarro, 2007: 1). Bu süreçte diyalog önemli bir görev üstlenmektedir, deneyimler diyalogun sadece teknik değil aynı zamanda politik bir süreç olduğunu göstermiştir (Schmets vd., 2016: 14). Devlet, uluslararası kuruluşlar, ulusal, küresel sivil toplum örgütleri ve özel sektör ile etkileşim sağlık politikasını etkilemektedir (Buse vd., 2012: 8). Planlamanın da sadece teknik bir uygulama değil aynı zamanda tüm paydaşların fikirlerini alacak şekilde yürütülmesi gereken bir süreç olduğu bilindiğine göre; tüm paydaşların sağlık planlaması sürecine mümkün olduğu kadar katılımı esas olmalıdır (WHO, 2003: 16).

Aktörler, politika ve/veya planlamanın merkezindedir ve bireyleri, organizasyonları, örgütleri veya devleti belirtmek için kullanılabilir. Aktörler, konumları itibarıyla planları yerel, bölgesel, ulusal veya uluslararası düzeyde etkilemeye çalışırlar. Bu hareketleri ile planlara danışman veya karar verici olarak katılmış olurlar (Buse vd., 2012: 9-10). 1961 yılında Sosyalleştirme Kanunu'nun 23. maddesinde *"Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı ile halk arasındaki münasebeti temin maksadıyla sağlık ocaklarında, Sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur... Bu kurullar halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurur. Hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım ederler"* ifadesi yer almaktadır (224 Sayılı Kanun, 23. Madde). Bu ifade Alma-Ata'dan yaklaşık 17 yıl önce Türkiye'de yasalaştığını göstermektedir. Yine benzer şekilde, 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda temel ilkeler arasında yer alan katılımcılık *"Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır"* şeklinde açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25).

Günümüzde katılım Alma-Ata bildirgesindeki tanımından uzaklaşmış, toplum karar verme süreci içinde yer alamamakta ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımı sadece toplum finansmanı¹⁰⁸ ile yapılır hale gelmiştir. Bu geçişte ise başta DB olmak üzere uluslararası kuruluşların katkısı büyüktür (Pala, 2014: 201-203).

Sağlık gelişiminin temel ilkesi olarak toplum katılımı, uygulandığı ortamın veya ülkenin özel koşullarından etkilenir. Özellikle ortamın baskın politik ve ekonomik koşulları toplum katılım pratiğini de etkileyecektir. Örneğin, toplum katılımının uygulanabileceği iki ayrı durum arasındaki farklılıklar aşağıdaki gibi ayrıştırılabilir (Sağlık Bakanlığı, 1995: 7):

- Sağlık gelişimi için ayrılan kaynakların göreceli olarak yeterli olduğu ve hem devlet, hem de özel sektör bağlamında tüketicilerin (kullanıcıların) belli bir oranda seçim olanağının bulunduğu durum;
- Sağlık gelişimi için ayrılan kaynakların genellikle kısıtlı olduğu ve insanların seçimlerinin sınırlandığı, dolayısıyla da devletin sunduğu sağlık hizmetlerine bağımlılığın fazla olduğu durum.

Refik Saydam Programı (1925)

Bu programın hazırlanması ve uygulanması sürecinde aktörler bakımından neredeyse tamamen Refik Saydam'ın etkisinde, uhdesinde ve kontrolünde olduğu bir dönem olmuştur. Ölümünün 40. yılında yapılan Refik Saydam ve hizmetlerini anma toplantısında konuşan Haydarpaşa Numune Hastanesi Başhekimisi Fikret Pamir: “...*Refik Saydam dünden bugüne uzanan bir itici güç olarak varlığını korumakta olduğunu vurgulamak istemekteyim*” (SSYB, 1982: 111) ifadeleri Saydam'ın hem kendi döneminde hem de kendinden sonraki dönemlerde önemli bir aktör olduğunu belirtmiştir.

Bu dönem içinde farklı bir aktörün varlığı Refik Saydam'ın 2 Kasım 1936 tarihinde Hıfzıssıhha Okulu açılışında yaptığı konuşmada görülmüştür. Bu konuşmada Saydam: “...*Türkiye Hıfzıssıhha Okulu açılırken bana düşen diğer bir görev daha vardır. O da yüksek ideali ile bütün dünyada hürmetle anılan Rockefeller Vakfı isminin bu müessesenin ve Hıfzıssıhha Okulu'nun inşasına ve tesisine bağışladığı 280.000*

¹⁰⁸ Toplum finansmanı, toplumun sağlık hizmetlerine maddi yönden katılmasını anlatmak için kullanılan bir kavramdır.

dolardan¹⁰⁹ başka, okulun faaliyete girmesi için de hürmetle tanıdığımız sevimli arkadaşımız Bay Dr. Collins'i¹¹⁰ müdür olarak vermesini şükranla yâd etmek benim için bir borçtur. Rockefeller Vakfı'nın hakkındaki teşekkürlerimi bitirmeden bize yıllarca büyük dost olarak manevi yardımlarını esirgememiş olan Prof. Dr. Rassel, Prof. Dr. Ran ve Dr. Söyer ve Dr. Ştrod'un isimlerini hürmetle anmayı bir borç bilirim" (SSYB, 1982: 55) ifadeleri ile Rockefeller Vakfı'ndan program sürecinde maddi ve teknik olarak destek alındığını bildirmiştir. Bu konuda Nusret Fişek de; "...Rockefeller Vakfı da tüm dünyada hıfzıssıhha okullarının kurulmasını destekliyordu. Bu vakıf, Londra'daki School of Tropical Hygien'in kurulmasını, Zagreb'deki okulu desteklemiştir. Bu arada Refik Bey'e geliyorlar ve Hıfzıssıhha Okulu'nun ve Hıfzıssıhha Ensitüsü'nün kurulmasını desteklemeyi öneriyorlar. Hâlâ içeride duruyorsa eğer, heykelli binanın duvarında "Buranın teçhizi için Rockefeller Vakfı 80.000 Dolar hediye etmiştir" diye yazar. Bu teşvikle Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi içinde Enstitüden ayrı bir de Hıfzıssıhha Okulu kuruldu. Hıfzıssıhha Okulu'nun ilk müdürü Amerikalı Dr.Collins'dir." diyerek aynı yönde açıklama yapmıştır (Öztek, 1992: 3-4).

Rockefeller Vakfı ayrıca bu dönemde; 44 kişiye burs vererek hemşirelik eğitimi almasını sağlamış (Erdem ve Rose, 2000:138), İstanbul Edirnekapı ve Ankara Etimesgut'ta iki sağlık merkezinin faaliyete geçmesi için hibe desteğinde bulunmuştur (Küçük, 2018: 98).

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)

BOYMSP'nin hazırlanması bir önceki dönemde olduğu gibi kişisel çabanın ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Bu süreçte etkili olan hükümetin kendisidir. Süreç faktöründe ele alındığı üzere çalışmanın hayali olduğu ve gerçekleştirilemeyecek kadar kapsamlı olduğu vurgulanmış ve yeterli desteği görememiştir. Bunun yanında planı hazırlayan Dr. Behçet Uz'un da görevden ayrılması, uygulama alanında yeterli yer bulamamasının önemli nedenlerindendir. Toplum katılımı gerçekleşmemiş, yukarıdan-aşağıya bir yöntem izlenmiştir.

Bu dönemde DSÖ, BM, UNICEF ve CENTO (Merkezi Antlaşma Teşkilatı) gibi uluslararası kuruluşların teknik yardım programları ile desteklenen projeler yürütülmüştür. Örneğin, DSÖ uzmanlarının rehberliğinde Verem Projesi (1949), Halk

¹⁰⁹ 280.000 Dolar'ın 80.000 dolar kısmı bilimsel araç gereç için, 200.000 dolar kısmı ise okulun yapımı ve donanımı için verilmiştir (Erdem ve Rose, 2000: 137).

¹¹⁰ İlgili kişi Dr. Ralph K. Collins'tir.

Sağlığı Projesi (1952), Hemşirelik Projesi (1952) yürütülmüştür (Tunca, 1961: 89-93; WHO, 1962: 265; Tunca, 1965: 118-120). 1950'li yıllar boyunca ekonomik ortamda seyir gösteren ithal ikameci anlayışın yabancı yatırımcıları ülkeye çekmesi, sağlık sektöründe de kendine yetemeyen ve kaynakları sınırlı olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de Amerika kaynaklı proje, yatırım ve kredi araçları ile kendine yer bulmuştur (Küçük, 2018: 119). Bu kapsamda bu dönemde özellikle teknik yardımların öne çıktığı ve Amerikan teknik yardımlarının ulaştırma, ziraat ve eğitim gibi alanlarla birlikte toplam 24,7 milyon dolarlık büyük bir rakamla seyrettiği içinde sağlık sektörüne 250 bin dolarlık bir pay düştüğü görülmektedir (Tuncer, 1963: 88). UNICEF bu dönemde, Verem Projesi için 387.000 dolar yardımda bulunmuştur (Tunca, 1965: 120).

Milli Sağlık Programı (1954)

Bir önceki plan gibi MSP'de Behçet Uz'un çabaları sonucu ortaya çıkan bir belge olarak karşımıza çıkmaktadır. Politik ve ekonomik desteğin bu programda da olmadığı görülmüştür. Toplumun sürece dâhil olması durumu gerçekleşmemiştir. Uluslararası aktörlerin varlığı sadece belirli konularda yapılan anlaşmalar üzerinden finansal yardımlar şeklinde gerçekleşmiştir. Önceki planda yapılan anlaşmalar devam etmekle birlikte Ana ve Çocuk Sağlığı Projesi (1954), Trahomla Savaş Projesi (1957), Sıtma Eradikasyonu Projesi (1957), Lepra Projesi, Halk Sağlığı Eğitimi Projesi (1957) projeleri yürütülmeye başlanmıştır. 1950-1965 yılları arasında DSÖ ve UNICEF yaklaşık altı milyon dolarlık sıtma eradikasyonu için bağışta bulunmuştur (DPT, 1967: 31; Küçük, 2018: 120). Ayrıca UNICEF, Ana ve Çocuk Projesi (387.000 dolar), Trahomla Savaş Projesi (199.800 dolar), Lepra Projesi (46.000 dolar), Okul Beslenme Projesi (783.000 dolar), Süt Pastorizasyonu Projesi (310.000 dolar), Sosyal Hizmetler Projesi (65.000 dolar) olmak üzere yaklaşık iki milyon dolar miktarda yardımda bulunmuştur. Ayrıca BM, Avrupa Konseyi, CENTO ile ilişkiler kurulmuştur (Tunca, 1965: 120-122). Özdemir (2001b: 290), bu yıllardaki uluslararası aktörlerin daha çok çeşitli projelerle Türkiye'de var olduğunu belirtmiştir.

Sosyalleştirme Programı (1961)

Sosyalleştirme programının uygulanmasında yaşanan sorunlar ve tam olarak başarının elde edilememesinin en önemli sebeplerinden birisi de hükümetler, muhalefet partiler ve sivil toplum kuruluşları gibi aktörlerin desteğini alamamış olmasıdır

(Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 369). Özellikle siyasi temelde göreve gelen hükümetlerin siyasi ve finansal desteği politikaların ve planların uygulanmasında ve başarı elde edilmesinde önemli yere sahiptir. Sosyalleştirme programının darbe hükümeti tarafından yapılması ve sonrasındaki siyasi akımın değişimi ve özellikle hükümetlerin desteğinin olmayışı uygulamada zorluk çıkarmış ve başarı tam anlamıyla elde edilememiştir.

Bu dönemde de önceki dönemlerde olduğu gibi DSÖ, Anne ve Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü olarak yasal zemine oturtulan birime teknik yardım olarak 110.000 dolar tutarında para sarf etmiştir. 1956-1972 döneminde UNICEF tarafından tahsis edilen yaklaşık 1,1 milyon dolar ile süt tozu ve diğer besleyici gıda maddeleri temin edilmiştir. Ayrıca DSÖ ve FAO'nun teknik yardımları, UNICEF'in de 1,8 milyon dolar malzeme yardımıyla Çocuk Mamaları Endüstri Projesi adı altında 1971 yılında fabrika kurulmuştur. Özetle, sosyalleştirme programının önemli bir amacı olan ana-çocuk sağlığı konusunda DSÖ ve UNICEF ile işbirliği şeklinde yürütülen çalışmaların varlığı görülmektedir (Küçük, 2018: 141; Demirel, 2009: 3).

Ulusal Sağlık Politikası (1993)

1980 sonrası süreçte tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de etkili olan neoliberal anlayış sağlık sektörüne 1980'lerin sonu itibari ile etkilemeye başlamıştır. Bu kapsamda tüm sektörlerde etkili olan IMF ve DB, sağlık sektöründe de özellikle kaynak sağlama ve politikalarını dayatma konusunda etkili olmuştur. Ulusal Sağlık Politikası belgesinin içeriğine bakıldığında bu politikanın öncesi ve sonrasında hayata geçirilen sağlık projelerinin tamamında DB'nin istekleri olduğu görülmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 366).

Süreç faktöründe de ele alındığı üzere bu dönemde, sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile ulusal kongreler düzenlenmiş ve belgenin içeriği her yönü ile tartışılmıştır. Bu tartışmalar her ne kadar göz önüne alınmamış olsa da toplum katılımını sağlamak adına çalışmalar yapıldığını göstermiştir (Tatar, 2003: 255).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)

SDP'nin hazırlanması ve uygulanması sürecinde bir önceki dönem ile birlikte ele alınması gerekmektedir. Öncelikle bir önceki dönemin, SDP üzerinde önemli etkileri

olduğu süreç bölümünde ele alındığı üzere bilinmektedir. Bu yüzden bir önceki dönemden uluslararası aktörlerin bu programın oluşmasında önemli etkileri mevcuttur denilebilir.

İkinci olarak göz önüne alınması gereken durum ise, bu programın hazırlanması ve sonrası yıllardaki oluşan aktörlerdir. Bu yıllarda ise hem hazırlık hem de sonrası yıllarda öncelikle DB ve sonrasında IMF olmak üzere süreç bölümünde ele alındığı üzere Türkiye'ye verilen koşullu krediler ile sürecin yürütülmesinde önemli role sahiptirler. Ekonomik ortam altında ele alındığı şekilde DB ile SDP için çeşitli ekonomik anlaşmalar yapılmış ve önemli miktarlarda finansal destek sağlanmıştır. Aynı şekilde IMF ile yapılan stand-by anlaşması ile de sağlık alanına ilişkin çeşitli taahhütlerde bulunulmuştur. Bu kapsamda SDP'nin hazırlanması ve uygulanması sürecinde uluslararası aktörlerin varlığı önemli düzeyde olduğu görülmektedir.

2010-2014 Stratejik Plan (2010)

Stratejik planlamanın yapısı gereği içinde birçok paydaşın olması durumu vardır. Bu kapsamda 2010-2014 SP'de ekip tarafından belirlenen 31 adet iç paydaş ve 69 adet dış paydaş bulunmaktadır. Bu paydaşlara bakıldığında; iç paydaşların en alt hizmet kademesinde en üst bakanlık kademesine kadar birçok kişi ve kurumu içerdiği görülmektedir. Dış paydaşlara bakıldığında ise; hizmet sunulan vatandaşın başlayarak, bakanlıklar, kamu kurum ve kuruluşları, meslek örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası aktörlerin olduğu görülmektedir. Stratejik Plan yapılırken, plana katkı sağlayan paydaşların hiyerarşik olmayan şekilde ilişkilerini görmek adına aşağıdaki şekil oluşturulmuştur.

The diagram illustrates the strategic planning process for health services. At the top is a triangle labeled "Sağlık Bakanlığı" (Ministry of Health). Below it are four circles: "Stratejik Planlama Koordinasyon Birimi" (Strategic Planning Coordination Unit) on the right, "Stratejik Planlama Yürütme Kurulu" (Strategic Planning Implementation Board) on the bottom left, "Stratejik Planlama Çalışma Ekipleri" (Strategic Planning Working Teams) on the bottom right, and "Stratejik Planlama Kurulu" (Strategic Planning Board) on the left. In the center is a grid of rectangles representing stakeholders: "Sağlık Bakanlığı İç Paydaşlar" (Internal Stakeholders of the Ministry of Health), "Vatandaşlar" (Citizens), "Bakanlıklar" (Ministries), "Kamu Kurum/Kuruluşları" (Public Institutions), "Meslek Birlikleri" (Professional Associations), "Sendikalar" (Unions), "Özel Sağlık Kuruluşları" (Private Health Institutions), "Demekler" (Associations), "Sivil Toplum Kuruluşları" (Civil Society Organizations), and "Uluslararası Paydaşlar" (International Stakeholders). Lines connect the central rectangles to the surrounding circles, and the central rectangles are interconnected in a grid.

Legend:

- △ Yönetim (Management)
- Planlama Süreci Sorumluluğu (Planning Process Responsibility)
- Planlama Sürecine Katkı (Contribution to the Planning Process)

Şekil 23'te görülen paydaşların yanında; süreç kısmında ele alındığı üzere en teknik yardım, DB'den ve IMF'den de kaynak konusunda yardım alınmıştır. slararası katkı da hem SP oluşumu hem de uygulama alanında önemli katkılar ıştır.

Bir önceki SP’de olduğu gibi; 2013-2017 SP’de de birçok paydaş planlama süreci içinde yer almıştır. Bu SP’de 32 adet iç paydaş ve 80 adet dış paydaş belirlenmiş ve kuruma yakınlığı açısından birincil, ikincil ve üçüncül olarak sınıflandırılmıştır. İlk SP’den farklı olarak paydaşlara anket gönderilmiştir ve GZFT analizi için öneriler istenmiştir. Bu kapsamda iç ve dış paydaşlardan toplam 4.042 kişi ankete katılmıştır. Buradan elde edilen bilgiler ile SP ekibinin yapmış olduğu GZFT analizi değerlendirilerek son hali verilmiştir. Ayrıca paydaşlar, stratejik plandaki amaçların sağlık sisteminde öncelikli olarak ele alınması gereken konuları yansıttığını ve hedefleri uygulanabilir ve hedeflerin amaca ulaşılmasına katkı sağlayacağına yönelik fikirlerini

beyan etmişlerdir. Bu konuya ilişkin olarak 2013-2017 SP’de Tablo 56’daki ifadeler yer almıştır.

Tablo 56: 2013-2017 Stratejik Plan Amaç ve Hedeflerin Paydaşlar Tarafından Değerlendirilmesi

Amaç	Amaç 1	Amaç 2	Amaç 3	Amaç 4
Değerlendirme Sorusu	Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek	Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak	İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek	Türkiye’nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek
Amaç, sağlık sisteminde öncelikli olarak ele alınması gereken konu ya da konuları yansıtmakta mıdır?	68,1 ¹¹¹	71,8	68,2	64,0
Hedefler uygulanabilir mi?	76,4	80,7	80,2	77,8
Hedefler ilgili amaca ulaşılmasına katkı sağlayacak mı?	85,2	88,7	84,8	81,2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013a: 55

Tablo 56’da görüldüğü üzere paydaşların amaçların yerindeliği, hedeflerin uygulanabilirliği ve hedeflerin amaca yönelik olmasına ilişkin düşünceleri olumlu olarak çıkmıştır. Bu durum hem SP’nin kabul edilebilirliğini hem de DSÖ’nün süreç kısmında ele alınan şekilde belirttiği gibi sahiplenilme derecesini artıran bir etki yaratmıştır.

4.5.5. Bulguların Toplu ve Karşılaştırmalı Şekilde Sunulması

Araştırmanın hem alanyazın hem de uygulama bölümleri oldukça geniş ve kapsamlıdır. Bu başlıkta hem alanyazından elde edilen bilgiler ışığında Türkiye’deki sağlık planlarının özellikleri toplu şekilde verilmiş, hem de araştırma bölümünde ele alınan ortam, içerik, süreç ve aktörler açısından ele alınan sağlık planları toplu şekilde tablolastırılmış ve yorumlanmıştır. Araştırmada bulgular bölümü sonuna bu bölümün eklenmesinin sebebi; elde edilen bilgilerin, hem birlikte sunularak her bir planın bütüncül bir bakış açısı ile görünebilmesini hem de planlar arası karşılaştırmaların rahatlıkla yapılabilmesini sağlamaktır.

¹¹¹ Değerler % şeklindedir.

Öncelikle çalışmanın birinci ve ikinci bölümünden elde edilen bilgiler ışığında; üçüncü bölümde bahsedilen dönemlerde Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak yürürlüğe konulan ve çalışmanın kapsamını oluşturan sekiz sağlık planının çeşitli planlama kriterlerine göre ele alınmasına ve karşılaştırılmasına ilişkin Tablo 57 hazırlanmıştır.



Tablo 57: Türkiye’de Yapılan Sağlık Plan/Program Çalışmalarının Çeşitli Planlama Kriterlerine Göre Karşılaştırılması

Kriter Plan/Program	Sağlığa Bakış	Devletin Rolü/Rolleri	Planlama Yaklaşımı	Planlama Türü	Planlama Seviyesi	Süre	Hazırlayan Birim
Refik Saydam Programı (1925)	Hak	Politika Oluşturucu, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Karma Tarama	Nüfus Tabanlı (tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	Yok	Bireysel
Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)	Hak	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Optimum	Bölge Tabanlı (Ancak içinde İnsan Gücü, Sağlık Tesisi ve tüm ülkeyi kapsayacak şekilde Nüfus Tabanlı Planlama da yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	10 Yıl	Bireysel
Milli Sağlık Programı (1954)	Hak	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Artırımcı	Bölge Tabanlı (Ancak içinde İnsan Gücü, Sağlık Tesisi ve tüm ülkeyi kapsayacak şekilde Nüfus Tabanlı Planlama da yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	10 Yıl	Bireysel
Sosyalleştirme Programı (1961)	Hak	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Rasyonel	Bölge Tabanlı (Ancak içinde İnsan Gücü, Sağlık Tesisi ve tüm ülkeyi kapsayacak şekilde Nüfus Tabanlı Planlama da yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	15 Yıl	Bireysel/ Kurumsal
Ulusal Sağlık Politikası (1993)	Hak/ Tüketim Malı	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Rasyonel	Nüfus Tabanlı (tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	7 Yıl	Kurumsal
Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)	Hak/ Tüketim Malı	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Artırımcı	Nüfus Tabanlı (tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılmıştır)	Ulusal/Stratejik	Yok	Kurumsal
Stratejik Plan (2010-2014)	Hak/ Tüketim Malı	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Optimum	Tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılmıştır	Ulusal/Stratejik	5 Yıl	Kurumsal
Stratejik Plan (2013-2017)	Hak/ Tüketim Malı	Politika Oluşturucu, Planlayıcı, Finansör, Hizmet Sunucu, Düzenleyici ve Denetleyici	Optimum	Tüm ülkeyi kapsayacak şekilde yapılmıştır	Ulusal/Stratejik	5 Yıl	Kurumsal

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 57’de geçmişten günümüze Türkiye’de yapılan plan/program çalışmaları karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Sağlığa bakış kriterinde, Türkiye’de devletin sağlığı el alış şekli; ağırlıklı olarak *hak* olarak görülmüş ve buna uygun politika/plan/program çalışmaları yapılmıştır. Ancak 1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların tüm dünyadaki etkisiyle birlikte Türkiye’de de etki göstermesi sağlığın kısmen bir *tüketim malı* olarak görülmesine sebep olmuştur. Devletin rollerine bakıldığında; tarihsel süreçte devlet sağlık sektöründe her dönem birden fazla görev üstlendiği görülmektedir. Politika oluşturma, planlayıcı ve denetleyici, finansör ve hizmet sunucu rolleri devletin üstlenmiş olduğu görevlerdir. Planlama yaklaşımı kriteri altında yapılan çalışmalar Bölüm 1.4’te ele alındığı şekilde çeşitli kategorilere yerleştirilmiştir. Ancak tabloda yer alan kategorilendirme için şu açıklamalar göz önünde bulundurulmalıdır:

- Refik Saydam politikalarına karma tarama yaklaşım denilmesinin sebebi o dönemde ülkenin tüm sağlık sorunlarının karşılayacak hem maddi hem de fiziki ve personel olanakların bulunmayışı ve dolayısı ile öncelikli alanlara odaklanmasıdır denilebilir. Yani tüm ülkenin durumu göz önüne alınmış ve belirli ve en önemli sorun teşkil eden alanlara odaklanılmıştır.
- BOYMSP’nin optimum yaklaşım olarak belirlenmesinin sebebi olarak Dr. Behçet Uz’un yaptığı çalışmada birçok değişkeni göz önüne alması, sonuçlarının hesaplanması, beklentileri gerçekçi şekilde incelemesi, sezgisel yargının varlığı ve bütüncül bir izlemeye yer vermesi olarak belirtilebilir,
- MSP’nin artırıcı olarak nitelendirilmesinin sebebi bir önceki plana benzer hatta daha dar kapsamlı olması belirtilebilir,
- Sosyalleştirme programının rasyonel yaklaşımla nitelendirilmesinin sebebi; yeni bir oluşum olma yönünde ciddi çalışmalar içermesidir. Ancak tam bir rasyonellik durumu söz konusu değildir. BOYMSP ve MSP’nin içeriğine benzerlik durumu söz konusudur ve doğrudan MBK tarafından değerlendirilmiş belirli yerleri değiştirilerek uygulamaya konulmuştur,
- Ulusal Sağlık Politikasının rasyonel yaklaşım olarak nitelendirilmesinin sebebi; daha önceki programın terkedilme amacı taşınması, yapılan kongrelerde alternatifler üzerine çalışmalar ve tartışmaların yapılmış olması (her ne kadar bu tartışmaların çoğu göz önüne alınmış olmasa da) denilebilir,

- SDP'ye artırımcı yaklaşım denilmesinin en önemli sebebi önceki dönemde üzerinde çalışılmış olan konuları bir araya getiren ve bunları uygulama uğraşına girmiş olmasıdır. Ancak SDP daha önce planlanmış ancak hayata geçirilememiş birçok konuyu başarılı bir uygulama süreciyle hayata geçirmiş ve Türkiye bu konuları çözülmüş olarak geride bırakmıştır,
- SDP sonrası hayata geçirilen iki adet stratejik plan ise optimum yaklaşım altında kategorilendirilmiştir. Bunun sebebi ise bütün amaçların açıkça belirlendiği, alternatifler üzerine toplumun tüm kesiminin görüşlerinin alındığı, beyin fırtınası, sezgisel yargı ve derin araştırmalar yapma gibi birçok özelliği taşımasıdır.

Planlama seviyesi olarak hepsi ulusal/stratejik plan olarak adlandırılabilir. Ancak planları/programları planlama türü olarak belirli bir kalıba sokmak güçtür. Yine de bölge tabanlı bir anlayış içeren BOYMSP, MSP ve Sosyalleştirme Programı'nı bu kategoride ele almak mümkündür. Ancak şu unutulmamalıdır ki; her plan/program hem tüm ülkenin sağlık seviyesini yükseltmeyi amaçlar şekilde yapılmış hem de içinde belirli nüfusu (anne-çocuk, zihinsel engelliler vb.) kapsayan nüfus temelli amaçlar da belirlenmiştir.

Süre bakımından ele alındığında; planlar genellikle orta ve uzun vadeli (5-15 yıl) olarak yapıldığı görülmektedir. Ancak yapılan planlar uygulama alanlarında, son planlar hariç olmak üzere genellikle başarısız olmuştur. Planları hazırlayan birimlere bakıldığında ilk planların genellikle bireysel çabalarla ortaya çıktığı, 1960 planlı döneme geçişle birlikte kurumsal temel kazandığı ve kurumlar tarafından hazırlandığı görülmektedir.

Literatürden elde edilen bilgiler ışığında çeşitli planlama kriterlerine göre yorumlanan Türkiye'deki sağlık planları, sonraki tablolarda araştırma bölümünde elde edilen kanıtlar ve bulgular ışığında çeşitli şekilde tablolastırılarak ele alınmıştır. İçerik bölümünde ele alınan ve çalışmaya konu olan planlama çalışmalarının toplumun ihtiyaçlarını karşılama durumunu ele almak ve toplu şekilde görülmesini sağlamak adına Tablo 58 oluşturulmuştur.

Tablo 58: Plan İçerikleri ile Toplum İhtiyaçlarının Karşılaştırılması

DÖNEM	PLAN/PROGRAM	TOPLUM İHTİYACI	PLAN/PROGRAM İÇİNDEKİ KARŞILIĞI	TOPLUM İHTİYACINI KARŞILAMA DURUMU
1920-1938	Refik Saydam Programı	• Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, • Sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, • Sağlık personelinin artırılması, • Sağlık seviyesinin yükseltilmesi.	• Devletin sağlık teşkilatını kurmak, • Çok sayıda hekim yetiştirmek, • Numune hastaneleri açmak, • Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek, • Doğum ve çocuk bakımevleri açmak, • Verem Sanatoryumu açmak, • Bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek, • Sağlık teşkilatını köylere kadar götürmek.	Karşılıyor
1938-1960	Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı	• Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, • Sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, • Sağlık personelinin artırılması, • Sağlık seviyesinin yükseltilmesi.	• Koruyucu hekimliğin temelini atmak, • Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak, • Mevcut sağlık personelinin ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek, • Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek, • Bütün illeri içine almak üzere yurdun yedi bölgesinde... her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak...	Karşılıyor
	Milli Sağlık Programı		• Yeni sağlık tesisleri kurulacak, eski olanlar ise günün şartlarına uygun hale getirilecektir, • Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir • Sağlık personelinin tüm yurda yaygınlaşması sağlanacaktır.	Karşılıyor

1960-1980	Sosyalleştirme Programı	• Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, • Sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, • Sağlık personelinin artırılması, • Sağlık seviyesinin yükseltilmesi, • Artan nüfus artışı sonucu bebek ve çocuk ölümlerinin artması.	• Bakanlık merkez teşkilatının güçlendirilmesi, • Çeşitli hizmet konularında gerekli sağlık personelinin iyi bir şekilde temin edilmesi, • Nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi, • Halk sağlığı akademisinin kurulması, ana-çocuk sağlığı, verem, trahom, cüzzam gibi sosyal hastalıklarla savaş, çevre sağlığı hizmetleri, halk beslenmesi, diş sağlığı, sağlık eğitimi ve istatistik hizmetleri gibi halk sağlığı hizmetlerinin sunulması, • Sağlık laboratuvarlarının geliştirilmesi, • Köylere kadar ulaşacak sağlık teşkilatının acilen kurulması, • Hastane yatak sayısının on binde 30-40'a çıkarılması, • Ayaktan tedavi olan hastalara ilaç ve rehabilitasyon araçlarının ücretsiz verilmesi.	Karşılıyor
1980-2002	Ulusal Sağlık Politikası	• Kronik hastalıklarla mücadele, • Sağlık kurumlarından memnuniyetsizlik, • Sağlık göstergelerinin iyileşmesi.	• Sağlığın gelişmesine destek, • Çevre sağlığı, • Yaşam biçimi, • Sağlık hizmetlerinin sunumu, • Bebek ve çocuk sağlığı, anne sağlığı, yaşlı sağlığı, ağız ve diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, ruh sağlığı, kazalar, sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkların azaltılması,	Karşılıyor

2002 SONRASI	Sağlıkta Dönüşüm Programı	• Kronik hastalıklarla mücadele, • Sağlık kurumlarından memnuniyetsizlik, • Sağlık göstergelerinin iyileşmesi.	• Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, • Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, • Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon.	Karşılıyor
	2010-2014 Stratejik Plan	• Kronik hastalıklarla mücadele, • Daha kaliteli hizmet alma isteği, • Daha az ödeme isteği, • Sağlık göstergelerinin iyileşmesi.	• Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak, • İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak, • Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak.	Karşılıyor
	2013-2017 Stratejik Plan	• Kronik hastalıklarla mücadele, • Daha kaliteli hizmet alma isteği, • Daha az ödeme isteği, • Sağlık göstergelerinin iyileşmesi, • Sağlık kurumlarının teknolojik gelişimlere ayak uydurması isteği.	• Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, • Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak, • İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek, • Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.	Karşılıyor

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 58’de görüldüğü üzere; yapılan sağlık planlaması çalışmalarının genelde toplumun ihtiyaçlarını karşılar nitelikte olduğu görülmektedir. 1923-1960 yılları arası göz önüne alındığında; bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, her yere sağlık hizmetlerinin götürülmesi ve sağlık personelinin tüm ülkeye yaygın şekilde bulunması genel olarak toplumun ihtiyaçları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde yapılan Refik Saydam Programı, BOYMSP ve MSP içeriğine bakıldığında ise bu ihtiyaçları karşılar nitelikte amaçların ve hedeflerin var olduğunu bu kapsamda da toplum ihtiyacını karşıladığını söylemek mümkündür. Hatta BOYMSP ve MSP içerisinde toplumun ihtiyaçlarından daha fazlasının var olduğu söylemek mümkündür.

1960-1980 yılları arasında bulaşıcı hastalıklar, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması, her yere sağlık hizmetlerinin götürülmesi gerekliliği ve sağlık personelinin tüm ülkeye yaygın şekilde bulunması ihtiyaçlarının yanına, artan nüfus oranları ile orantılı olarak bebek ve çocuk ölümlerinin artması sorunu da toplumun karşılanması gereken bir ihtiyacı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyalleştirme programının da tüm ihtiyaçlara yönelik olarak hazırlandığı ve ana-çocuk sağlığı ile ilgili olarak da çeşitli hedefleri içerdiği böylelikle de toplumun ihtiyacını karşılar nitelikte olduğu görülmektedir. 1980-2002 yılları arasında bulaşıcı hastalıklar büyük oranda ortadan kalkmış yenini kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu kapsamda, kronik hastalıklarla mücadele, sağlık kurumlarından memnuniyetsizlik, sağlık göstergelerinin iyileşmesi toplumun genel ihtiyaçları arasındadır. Özellikle 1990’lı yıllarda hastanelerin verimsiz ve kötü koşullarda çalışması, uzun kuyruklar oluşması gibi kamuoyunda da oldukça geniş yer bulan konular toplum tarafından memnuniyetsizlik olarak ortaya çıkmış ve ihtiyaç olarak görülmüştür. Bu dönemde oluşturulan Ulusal Sağlık programı beş bölüm altında toplumun ihtiyaçlarına karşılık birçok hedef bulundurmaktadır ve yedi yıllık bir süreçte çözüme kavuşturmayı hedeflemiştir. Bu kapsamda toplumun ihtiyaçlarını karşıladığı söylenebilir.

2002 sonrası dönemdeki ilk yıllarda bir önceki dönemin ihtiyaçları karşılanmamış şekilde durmaktadır. Kronik hastalıklarla mücadele, sağlık kurumlarından memnuniyetsizlik ve sağlık göstergelerinin iyileşmesi toplumun beklentisi ve ihtiyaçları olarak karşımıza çıkmaktadır. 2003 yılında oluşturulan SDP içerik olarak daha genel kavramları içermekte ve daha çok sistemin kökten değişimini içeren amaçları içermektedir. Ancak sonraki yıllarda, bu kökten değişim içeren

amaçlarla toplumun her türlü ihtiyacına karşılık verilmiş ve memnuniyet önemli derecede artış göstermiştir. Bu kapsamda toplumun ihtiyacını karşılamakta olduğu söylenebilir. 2010 sonrası süreçte toplum artık sağlık hizmetlerinden memnun olmakla birlikte daha kaliteli hizmet bekler hale gelmiş, kronik hastalıklar gündemde kalmaya devam etmiş ve daha az ödeme isteği ile ihtiyaçlar değişim göstermiştir. Bu kapsamda 2010-2014 Stratejik Plan, üç stratejik amaç altında sağlık sektörünü birçok yönden kapsayan bir yol haritası belirlenmiş ve toplumun ihtiyaçlarını karşılar niteliktedir. İlk stratejik plan arkasından çıkarılan 2013-2017 Stratejik Plan da dört stratejik amaçla bireyleri ön plana çıkararak toplumun sağlık seviyesini yükseltmeyi amaçlamış ve toplumun ihtiyaçlarına karşılık veren bir nitelikte olduğu görülmüştür.

Süreç faktörü altında, çalışma kapsamına giren plan ve programlar, planlama süreci bakımından ele alınmıştır. Buna ilişkin olarak her bir plana ait planlama süreçleri toplu şekilde görülmesi ve karşılaştırılması için Tablo 59 oluşturulmuştur.

Tablo 59: Planlama Çalışmalarının Planlama Süreci Açısından Karşılaştırılması

PLAN/ PROGRAM	PLANLAMA SÜRECİ	PLANLAMA SÜRECİ DURUMU
Refik Saydam Programı	Belirli bir planlama sürecinden geçmemiştir. Bakanlık tarafından çeşitli illerde Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası adı altında birçok bilgiyi içeren ve mevcut durumu gösteren araştırma yapılmıştır. Bu kapsamda durum analizinin yapıldığı ve buna göre amaçlar belirlendiği söylenebilir. Refik Saydam tarafından oluşturulmuştur.	Süreç işlememiştir.
Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı	Durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmış, uygulama alanında başarısız olmuş, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır.	Süreç kısmen işlemiştir. Belirli bir planlama grubu veya komitesi bulunmamaktadır. Ancak birden fazla kişi ile çalışıldığı birkaç kaynaktan yer almıştır. Alternatifler üzerinde durulmamıştır. Dönemin koşullarına göre değerlendirildiğinde kaliteli bir plan olarak görülebilir.
Milli Sağlık Programı	Durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmış, uygulama alanında başarısız olmuş, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır.	Süreç kısmen işlemiştir. Belirli bir planlama grubu veya komitesi bulunmamaktadır. BOYMSP'den hareketle yapılmıştır ve hazırlanma süreci daha kısa sürmüştür.
Sosyalleştirme Programı	Toplantılar ve kongreler düzenlenmiş, durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmıştır. Alternatif seçenekler üzerinde çalışmalar yapılmış ancak çok detaylı alternatifler sunulmamıştır. Uygulama alanında yer bulmuş ancak planlanan şekilde uygulanamamıştır. İzleme ve değerlendirme gözlem şeklinde yapılmış raporlar hazırlanmamıştır.	Planlama süreci işlemiştir. Belirli bir komitenin varlığından bahsedilebilir. Toplantıların ve kongrelerin düzenlenmesi bilgi alışverişi yönünden olumlu olarak görülebilir. Oldukça kapsamlı bir plan olarak hazırlanmıştır.
Ulusal Sağlık Politikası	Durum analizi yapılmış, kaynaklar değerlendirilmiş ve toplumun farklı kesimlerini kapsayan kongreler düzenlenmiştir. Bu kapsamda önceki planlara göre daha katılımcı ve demokratik bir süreç işlemiştir. Alınan fikirler ve tartışmalar sonu oluşan öneriler dikkate alınmamıştır. Amaçlar ve hedefler ile öncelikler belirlenmiştir. Uygulanamamıştır. İzleme ve değerlendirme yapılamamıştır.	Süreç kısmen işlemiştir. Alternatifler üzerinde çalışılmamıştır. Kongrelerin düzenlenmesi olumlu bir durumdur ancak öneriler dikkate alınmamıştır. Sürece uluslararası aktörlerin önemli etkisi olmuştur.
Sağlıkta Dönüşüm Programı	Bir önceki dönemde yapılan çalışmalar SDP'ye temel oluşturmuştur. SDP'de durum analizi yapılmıştır. Amaçlar ve temel ilkeler ve öncelikler (bileşenler) belirlenmiştir. Uygulama alanında yer bulmuş ve tüm amaçlar (sevk zinciri hariç) başarı ile hayata geçirilmiştir. İzleme ve değerlendirme adına birçok rapor hazırlanmıştır.	Süreç işlememiştir. Bir önceki dönemdeki yapılan çalışmalar üzerine inşa edilmiştir denilebilir. Alternatifler üzerinde durulmamış farklı kesimlerin görüşleri alınmamıştır.
2010-2014 Stratejik Plan	Belirli bir planlama kurulu/komisyonu bulunmaktadır. Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmıştır. Kaynakların değerlendirilmesi yapılmıştır. Paydaş analizi yapılmıştır. Amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Uygulama alanı bulmuş ve başarılı şekilde uygulanmıştır. İzleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır.	Stratejik planlamanın gerektirdiği tüm adımlar uygulanmış ve planlama süreci işlemiştir. Süreç, diğer ülkelere örnek olarak gösterilmiştir. Değerlendirme adına nihai rapor yayımlanmamıştır.
2013-2017 Stratejik Plan	Belirli bir planlama kurulu/komisyonu bulunmaktadır. Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmıştır. Kaynakların değerlendirilmesi yapılmıştır. Paydaş analizi yapılmıştır. Amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Uygulama alanı bulmuş ve başarılı şekilde uygulanmıştır. İzleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır.	Stratejik planlamanın gerektirdiği tüm adımlar uygulanmış ve planlama süreci işlemiştir. Süreç, diğer ülkelere örnek olarak gösterilmiştir. Uygulama sonrası nihai rapor yayımlanmamış ancak bir sonraki 2019-2023 SP'de; 117 performans göstergesinin %25'inde hedefe ulaşıldığı ve %46'sında ise hedefe yaklaşıldığı ve göstergelerin %29'unun ise izlenmediği belirtilmiştir.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 59’da görüldüğü üzere Türkiye’de ilk dönemde yapılan planlarda planlama süreci ya işlememiş ya da kısmen işlemiştir. Planların yapıldığı dönemler göz önüne alındığında hazırlanan planların sistematik bir süreçten geçmemesi normal olarak karşılanabilir bir durumdur, şeklinde yorumlanabilir. 1946 yılında hazırlanan BOYMSP’ye daha yakından bakıldığında dönemin çok ötesinde bir içeriğe sahip olması, birçok bilgiyi içermesi, detaylı şekilde durum analizinin yapıldığını bize göstermektedir. Bunun yanında birçok örnekle Türkiye’nin içinde bulunduğu durum aktarılmış, amaçlar ve bu amaçlara yönelik olarak kaynak değerlendirmesi yapılmıştır. maliyetlendirme çalışması dönemin diğer ülkeleri ile karşılaştırıldığında oldukça detaylı şekilde yapılmıştır. 1960 sonrası dönemde; sosyalleştirme programının daha detaylı bir süreçten geçtiği görülmektedir. Bu durum hem kurumsal desteğin verilmesi hem de birden fazla birimin çalışması ile daha tutarlı ve mantıklı hale gelmektedir. Bu kapsamda sosyalleştirme programında, sürecin işlediği hatta belirli toplantılar ve kongreler düzenlendiği görülmüştür. Bunun yanında, durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmıştır. Önceki planlardan farklı olarak ilk kez alternatif seçenekler üzerinde çalışmalar yapılmış; ancak çok detaylı alternatifler sunulmamıştır. 1980 sonrası dönemde, sağlık plan/programları ortamın karmaşası içinde çeşitli konuları tartışmaya açmayı başarsa da uygulama alanında başarılı olmasını engellemiştir. Durum analizi yapılmış, kaynaklar değerlendirilmiş ve toplumun farklı kesimlerini kapsayan kongreler düzenlenmiştir. Bu kapsamda önceki planlara göre daha katılımcı ve demokratik bir süreç işlemiştir denilebilir; ancak yapılan kongrelerdeki öneriler çok fazla dikkate alınmamıştır. 2002 sonrası süreçte SDP’nin belirli bir planlama sürecinden geçmediği; ancak önceki dönemde yapılan tartışmalar üzerine inşa edildiği görülmektedir. Bu durum daha önceki süreç bölümünde de belirtildiği gibi, DSÖ tarafından da kabul edilebilir şekilde karşılanmıştır. Çünkü Türkiye 1990’ların sonlarında oldukça karmaşık bir siyasi gerilimden geçmiş bunun yanında ekonomik krizin de ortaya çıkması birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Nitekim 1993’te yapılan çalışmanın da uygulanamama sebeplerinden biri bu karmaşık ve zor yıllar olarak gösterilmektedir. 2010-2014 ve 2013-2017 SP’lerde tam olarak stratejik planlama süreçleri işlenmiş ve hatta diğer ülkelere örnek olarak gösterilmiştir. Bu kapsamda belirli bir planlama kurulu/komisyonu kurulmuş, mevcut durum analizi GZFT aracılığı

ile yapılmış, kaynakların değerlendirilmiş, paydaş analizi yapılarak, amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Uygulama alanı bulmuş ve başarılı şekilde uygulanmıştır. İzleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır. Süreç incelendiğinde bir stratejik planın olması gereken her türlü süreçten geçtiği görülmektedir. Paydaşların sürece katılımı ilk planda daha sınırlı olsa da ikinci planda bu durum daha da olumlu hale gelmiş ve katılım, çeşitli şekillerde artmıştır.

Araştırmanın bir diğer boyutu olarak ele alınan aktörler, Tablo 60'ta araştırmaya konu olan plan/programların oluşturulması sürecinde etkileri itibariyle yerel ve uluslararası olarak karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.



Tablo 60: Planlama Çalışmalarında Etkisi Olan Aktörlerin Karşılaştırılması

Aktörler Plan/Program	Ulusal Aktörler						Uluslararası Aktörler
	Vatandaşlar	Politikacı	Bürokrat	Hükümet	Sivil Toplum Kuruluşları	Meslek Örgütleri	
Refik Saydam Programı (1925)		+	+	+			Rockefeller Vakfı
Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı (1946)		+	+	+/-			DSÖ, UNICEF, BM, CENTO
Milli Sağlık Programı (1954)		+	+	-			DSÖ, UNICEF, BM, CENTO
Sosyalleştirme Programı (1961)	+/-	+	+	+/-			DSÖ, UNICEF, FAO
Ulusal Sağlık Politikası (1993)		+		+/-	+	+	DB, IMF, DTÖ, DSÖ
Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003)		+		+			DB, IMF, DSÖ
Stratejik Plan (2010-2014)	+	+	+	+	+	+	DB, IMF, DSÖ
Stratejik Plan (2013-2017)	+	+	+	+	+	+	DB, DSÖ

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 60'ta görüldüğü üzere Türkiye'de yapılan planlama çalışmalarında; ilk dönemlerde daha çok kişisel çabalar ve öngörüler ile ortaya çıkan belgeler; yıllar geçtikçe daha katılımcı, daha demokratik ve daha önerileri göz önüne alan şekilde (belirli istisnalar hariç) düzenlenmiştir. İlk dönemlerde ulusal aktörlerde, politikacı ve bürokratlar ön plana çıkmışken; 1980 sonrası süreçte STK'lar, meslek örgütleri ve hükümet de sürece dâhil olmuştur. Refik Saydam programına hükümet desteği oldukça yüksek gerçekleşmiştir. BOYMSP'nin hazırlanma sürecinde çeşitli destekler mevcutken; özellikle uygulama alanlarında hükümet desteği neredeyse hiç olmamış hatta Dr. Uz'un Bakanlıktan çekilmesi sonrası süreçte (süreç faktöründe ele alındığı üzere) dönemin milletvekilleri tarafından hayali bulunmuş ve eleştirilmiştir. MSP'ye bakıldığında hükümet desteğinin hiç olmadığı Behçet Uz'un kendi çabaları görülmüştür. Sosyalleştirme Programı'nda ise, askeri hükümetin desteği ile hazırlanan program ilk yıllarda önemli hükümet desteğini arkasına almış ve uygulanmaya başlamıştır; ancak sonraki dönemde gelen hükümetlerin desteğini alamadığı için uygulamada planın öngördüğü şekilde ilerleyememiş ve başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

1980 sonrası dönemdeki neoliberal politikalar etkisiyle yaşanan dönüşümdeki her süreçte hükümet desteği var olmuştur. Ancak ilk dönemlerdeki çalışmalarda Türkiye'nin içinde bulunduğu içinden çıkılmaz siyasi ortam uygulamaya uygun olmamıştır. 1980 sonrası yıllarda göreve gelen hükümetlerin tamamı benimsenen neoliberal politikalara destek vermiştir. Yapılan tüm planlarda vatandaşların sağlık plan/programlarının hazırlık sürecine katılımı sürekli sınırlı kalmıştır. Ancak sosyalleştirme programının uygulama kısmında, sosyalleştirilen yerlerde *sağlık kurullarının* kurulması öngörülmüş olsa da başarısız olmuş ve hayata geçirilememiştir. 2010-2014 ve 2013-2017 stratejik planlarında ise vatandaşların katılımı stratejik planın bir parçası olmakla birlikte çok fazla şekilde başarılamadığı görülmüştür.

İlk dönemde uluslararası aktörlerin varlığı daha kısıtlı ve çeşitli anlaşmalar ile sınırlı maddi ve/veya teknik destek şeklinde olurken; 1980 sonrası dönemde daha fazla şekilde ve daha çok yönden (teknik, idari ve finansal kaynak) etkili olmuştur. Ulusal Sağlık Politikası'nın hazırlama dönemi öncesi ve sonrasında özellikle DB önemli projeler vasıtasıyla Türkiye'de var olmuştur. Yine SDP'nin hazırlanması sürecinde bir önceki dönemin etkilerinin var olması ve bunun yanında DB'nin vermiş olduğu önemli miktarlardaki kredilerle etki gücünü artırmıştır. IMF ile yapılan sözleşmeler vasıtasıyla

IMF'nin de bu yıllarda Türkiye'de önemli etkilerinin olduğunu göstermektedir. *Health Transformation and Social Security Reform Project* adı altında DB ile imzalanan SDP ikinci aşama anlaşması içinde yer alan ve maddelere bakıldığında stratejik plan hazırlanması için de bir anlaşma görülmekte ve DB'nin stratejik plan sürecinde de etkili olduğu görülmektedir. DSÖ ise, neredeyse her plan/programda yer almış ve özellikle teknik yönden destek sunmuş ve yayımladığı raporlar ile gelişmeleri yakından izlemiştir denilebilir.

Ulusal Sağlık Politikası ile başlayan süreç sonrası daha katılımcı anlayış benimsendiği görülmektedir ve bu dönüşüm, stratejik planla en üst noktaya çıkmıştır. Stratejik planın kendi içinde barındırdığı paydaş analizi, paydaşlar ile yapılan görüşmeler ve paydaşlar ile düzenlenen toplantılar gibi özellikleri bu dönüşüme destek verdiği söylenebilir. Çünkü stratejik planlar, yapısı gereği başta sağlık sektörünü etkileyen ve sağlık sektöründen etkilenen olmak üzere her türlü iç ve dış paydaşı bir araya getiren özelliğe sahiptir.

Bundan sonraki kısımda, araştırma kapsamında ele alınan her bir plan ayrı ayrı ve tüm boyutları içerecek şekilde tablolştırılmıştır. İlk olarak Refik Saydam Programı'nın analizine ilişkin bulgular Tablo 61'de sunulmuştur.

Tablo 61: Refik Saydam Programının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
REFİK SAYDAM PROGRAMI (1925)	Savaş sonrası politik ortam karmaşası, tek parti hükümetleri dönemi, çok partili hayata geçiş için denemeler başarısız, sağlık sektörüne ilişkin hiçbir mevzuat düzenlemesi mevcut olmadığı için bu alana önem verilmiştir. Sağlık ve sağlık hizmeti hak olarak görülmekte, tüm hizmetler devlet eliyle (koruyucu hizmetler devlet; tedavi edici yerel yönetim ve numune hastaneleri) yürütülmektedir. Refik Saydam Programına yoğun hükümet desteği var.	Savaş sonrası ekonomik yönden zorluklar yaşanmakta, 1929 krizi ve Osmanlı'dan devir alınan borçlar mevcut, karma ekonomik model, devletçilik, devlet ve özel sektör birlikte, çeşitli KİT'lerin kurulması, denk bütçe için sıkı maliye politikaları benimsenmiş, sağlığa ayrılan pay yetersiz.	Savaş sonrası dönemde nüfus az ve bu yüzden pronatalist politika benimsenmiş, genç nüfus fazla, yaşlı nüfus az, nüfusun artış hızı savaş sonrası dönemde yükselişte, bulaşıcı hastalıklar oldukça yoğun, sağlık göstergeleri çok kötü durumda, sağlık hizmetleri gelişmeye ve ülkeye yayılmaya başlıyor ancak yetersiz düzeydedir.	Savaş sonrası dönemde okuma-yazma oranı oldukça düşük, sağlık hizmet kullanımı düşük seviyede ancak hizmet sunumu yaygınlaştıkça artmaktadır. Nüfusun önemli kısmı köyde yaşamakta ve sağlık hizmetlerinden yoksundur.	Programın içeriği, toplum için en önemli sorunlar olan; bulaşıcı hastalıklar, personel temini, sağlık tesisi, köylere kadar hizmet götürme gibi amaçları içerdiği için ihtiyaçları karşılamaktadır.	Belirli bir planlama süreci işlememiştir. Bakanlık tarafından çeşitli illerde Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası adı altında birçok bilgiyi içeren ve mevcut durumu gösteren araştırma yapılmıştır. Bu kapsamda amaçların yerinden bilgiler vasıtasıyla doğru şekilde belirlendiği söylenebilir. Maddi imkânsızlıklara rağmen uygulama alanında başarılı olmuştur.	Bireysel çabalar sonucu oluşmuştur. Hükümet desteği vardır. Herhangi bir kurum veya uluslararası kuruluşun etkisinin olmadığı görülmektedir. Ancak, Rockefeller vakfı uygulama alanında çeşitli amaçlara (hıfzıssıhha enstitüsü açılması ve hemşirelik eğitimi) yönelik olarak maddi destek sağlamıştır.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Refik Saydam Programı'nın analizine bakıldığında; oldukça kötü bir politik ortamda yapılmıştır. Cumhuriyet ilan edilmiş ve sağlık sektörüne ait herhangi bir mevzuat bulunmamaktadır. Ülkenin her anlamda toparlanmaya girdiği bu dönemde önemli bir yer tutmakla birlikte programın arkasında önemli siyasi destek olduğu görülmektedir. Oldukça kötü ekonomik koşullar arasında yeterli düzeyde olmasa da kaynak aktarımı sağlanmış ve programa ekonomik yönden de destek olunmaya çalışılmıştır; ancak aktarılan kaynak yetersizdir. İlgili dönemdeki nüfus sayısı yetersiz ve bulaşıcı hastalıklar toplumun neredeyse her bölgesinde ve her kesiminde önemli derecede zarara neden olmaktadır. Bu yönden programın içeriğine bakıldığında; dönemin ihtiyaçları ile uyumlu şekilde düzenlendiği görülmektedir. Kültürel ve toplumsal ortama bakıldığında; okuma-yazma oranı düşük ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlığının olmadığı görülmektedir. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin ülkeye yayılmaya başlamasıyla sağlık hizmetlerinin kullanım oranlarında artış görülmüştür.

Programa süreç açısından bakıldığında; belirli bir planlama sürecinin işlemediği ancak Bakanlık tarafından çeşitli illerde Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası adı altında birçok bilgiyi içeren ve mevcut durumu gösteren araştırma yapıldığı böylece mevcut durumun belirlenmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu çalışmalardan da elde edilen bilgiler ve Refik Saydam'ın öngörleriyle amaçlar ile önceliklerin doğru şekilde belirlendiğini söylemek mümkündür. Bu kapsamda programın yapılmasında herhangi bir aktörün etkisinin olmadığı ve bireysel çaba sonucu oluştuğu görülmüştür. Ancak uygulama alanında Rockefeller vakfının çeşitli maddi destekler ve hemşirelik eğitimi için yurtdışı eğitim bursu desteği olduğu görülmüştür. Bu destek özellikle Hıfzıssıhha Merkezi'nin açılmasında önemli rol oynamıştır.

Bir sonraki çalışma olan Birinci On Yıllık Sağlık Planı analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 62'de sunulmuştur.

Tablo 62: Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
BİRİNCİ ON YILLIK MİLLİ SAĞLIK PLANI (1946)	Çok partili hayata geçiş, yeni partilerin oluşumu, iktidarın el değiştirmesi, sağlık alanında mevzuat çalışmalarının devam etmesi, hazırlanan sağlık planlarına siyasi destek yok, iktidarın el değiştirmesi sonucu sağlık planı uygulamada başarısız olmuştur.	1950 yılında DP iktidarına kadar olan dönemde Devletçilik, sonraki dönemde liberalleşme eğilimi ile devletin küçülmesi sinyalleri (uygulamaya geçirilememiştir), 1946 yılında devalüasyon, çok partili hayata geçişle birlikte uzun vadeli politikalar yerine kısa vadeli politikalar benimseme, denk bütçe vardır dönem sonuna doğru bütçe açıkları olmaya başlamıştır, sağlık sektörüne ayrılan pay artış göstermiştir.	Pronatalist politikayı benimseme devam etmiş, hatta fazla çocuk sahiplerine çeşitli ayrıcalıklar verilmiş, genç nüfus fazla yaşlı nüfus az, bulaşıcı hastalıkların varlığı devam etmiştir, sağlık göstergelerinde iyileşmeler olmuştur. Özellikle sıtma ve verem konusunda önemli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması adına çalışmalar yapılmıştır.	Okuma yazma oranı her geçen yıl artış göstermiştir. Toplumun sağlık hizmetleri kullanımı giderek artmaktadır, altyapı, temiz su ve kanalizasyon kullanımı önceki dönem göre artış göstermiştir. Köy-kent arasındaki yaşam koşulları her yönden farklılık göstermektedir.	Koruyucu hekimlik, Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak, sağlık personeli yetiştirmek, Bütün illeri içine almak üzere her türlü sıhhi ve sosyal ihtiyaçları karşılayacak şekilde yeni tesisler kurmak gibi amaçlar içermektedir ve toplumun ihtiyacını karşılar niteliktedir.	Durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmış, uygulama alanında başarısız olmuş, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Süreç kısmen işlemiştir. Belirli bir planlama grubu veya komitesi bulunmamaktadır. Dönemin koşullarına göre değerlendirildiğinde kaliteli bir plan niteliğindedir.	Bireysel çabalar sonucu oluşmuştur (çeşitli kaynaklarda bir grup ile çalışıldığı belirtilmiştir). Hükümet desteği vardır. Herhangi bir kurum veya uluslararası kuruluşun etkisinin olmadığı görülmektedir. Ancak DSÖ, UNICEF, BM ve CENTO gibi kuruluşlar ile belirli konularda finansal yardım anlaşmaları imzalanmıştır.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı analizine bakıldığında; hazırlanma dönemi itibariyle tek parti hükümeti yıllarına denk gelmektedir. Hazırlandığı yıllarda ise yeni partilerin kuruluşları gerçekleşmiştir. Plan ilk dönemde büyük övgü ile karşılanırsa da Dr. Uz'un görevden ayrılması sonrası süreçte dönemin milletvekilleri tarafından hayali bulunmuş ve destek görememiştir. Devletçilik politikalarının hâkim olduğu dönemde ortaya çıkmıştır. Plan uygulama alanında başarısız olsa da birçok yönden farkındalık oluşturmuştur. Bunlardan birisi de bütçeden sağlık sektörüne ayrılan paydaki önemli artıştır. Türkiye'de bu dönemde ekonomik olarak toparlanma eğilimi mevcuttur. Denk bütçe ve sıkı maliye politikaları iktidarın el değiştirdiği 1950 yılına kadar devam etmiştir denilebilir. Ülkede bulaşıcı hastalıklar varlığını devam ettirmektedir, sağlık göstergelerinde iyileşmeler mevcuttur, ancak hala ülkenin her yerinde sağlık kuruluşları mevcut değildir. İçerik olarak dönemin ihtiyaçlarını karşılar nitelikte olduğu görülmektedir.

Süreç olarak bakıldığında yapıldığı döneme göre önemli derece bilgiler içermektedir. Durum analizi, amaçlar ve hedefler belirlenmesi, kaynakların değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, maliyetlendirme yapılması gibi birçok adım işlemiştir. Uygulama alanında başarılı olamamıştır ve izleme değerlendirme yapılamamıştır. Aktörler yerel düzelda sadece bürokrat, politikacı ile sınırlı kalmıştır, hükümet desteği ilk dönemde varken; sonraki dönemde görülmemiştir. Uluslararası aktörler bu dönemde toplumun sağlık seviyesini yükseltme amacıyla çeşitli projeler ile maddi ve/veya teknik olarak var olmuştur.

Milli Sağlık Programı'nın analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 63'te sunulmuştur.

Tablo 63: Milli Sağlık Programının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
MİLLİ SAĞLIK PROGRAMI (1954)	Çok partili hayata geçiş sonrası dönem, iktidarın el değiştirmesi, sağlık alanında mevzuat çalışmalarının devam etmesi, hazırlanan sağlık programı siyasi destek görmemiş ve uygulama olanağı bulamamıştır.	DP iktidarı mevcut, bu dönemde liberalleşme eğilimi ile devletin küçülmesi sinyalleri (uygulamaya geçirilememiştir) vardır, 1958 yılında devalüasyon, çok partili hayata geçişle birlikte uzun vadeli politikalar yerine kısa vadeli politikalar benimseme, denk bütçe eğilimi vardır; ancak dönem sonuna doğru bütçe açıkları olmaya başlamıştır. Sağlık sektörüne ayrılan pay artış göstermiştir.	Pronatalist politikayı benimseme devam etmiş, hatta fazla çocuk sahiplerine çeşitli ayrıcalıklar verilmiş, genç nüfus fazla yaşlı nüfus az, bulaşıcı hastalıkların varlığı devam etmiş, sağlık göstergelerinde iyileşmeler olmuştur. Özellikle sıtma ve verem konusunda önemli çalışmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılması adına çalışmalar yapılmıştır. Dönem sonunda aşırı doğurganlık sebebiyle anne ve bebek ölümleri artış göstermiştir	Okuma yazma oranı her geçen yıl artış göstermiştir. Toplumun sağlık hizmetleri kullanımı giderek artmaktadır, altyapı, temiz su ve kanalizasyon kullanımı önceki dönem göre artış göstermiştir. Köy-kent arasındaki yaşam her yönden farklılık göstermektedir.	Yeni sağlık tesisleri kurulacak, eski olanlar ise günün şartlarına uygun hale getirilecektir, Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilecektir, Sağlık personelinin tüm yurda yaygınlaşması sağlanacaktır gibi birçok amacı barındırmakta ve toplumun ilgili dönemdeki ihtiyaçlarını karşıladığı görülmektedir.	Durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmış, uygulama alanında başarısız olmuş, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Süreç kısmen işlemiştir	Bireysel çabalar sonucu oluşmuştur, hükümet desteği yoktur. Herhangi bir kurum veya uluslararası kuruluşun etkisinin olmadığı görülmektedir. Ancak DSÖ ve UNICEF gibi kuruluşlar ile belirli konularda finansal yardım alınmıştır.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Milli Sağlık Programı analizine bakıldığında; Behçet Uz'un ikinci defa Bakanlığa gelmesi sonrası hazırlanan ve bir önceki plana göre daha dar kapsamda olan programdır. Bu program DP iktidarı dönemine denk gelmekle birlikte hükümet desteğinin olmadığı görülmektedir. Ekonomik ortamda liberalleşme eğilimleri mevcuttur. Bunun yanında uzun vadeli politikalar yerine kısa vadeli politikaların benimsendiği yıllardır. Bu dönemde denk bütçe anlayışı bozulmuş bütçe açıkları oluşmaya başlamıştır. Sağlık sektörüne ayrılan payda artış görülmektedir. Ülkenin nüfus artırıcı politikası sonuçlarını vermeye başlamış nüfus artış hızı oldukça yüksektir. Bulaşıcı hastalıklar azalış gösterse de hala mevcuttur. Ülkenin her yerine sağlık hizmetlerinin ulaştırılması için çalışmalar yapılmış olsa da bu dönemde hala sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. MSP, ülkenin ihtiyaçlarını karşılar nitelikte içeriğe sahiptir. Toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları artış göstermiş aynı zamanda okuma yazma oranları da artmıştır.

MSP'ye süreç olarak bakıldığında; Durum analizi, amaçlar ve hedeflerin belirlenmesi, kaynakların değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi ve maliyetlendirme adımlarının yapıldığı görülmektedir. Uygulama alanında başarısız olmuş, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Sürece politikacı ve bürokratların etkisi olmuş ancak hükümet desteğini alamamıştır. Uluslararası aktörlerin bir önceki plan döneminden devam eden projelerle birlikte yeni projeler ile toplumun öncelikli konularına özellikle maddi desteklerinin arttığı görülmektedir.

Sosyalleştirme Programı'nın analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 64'te sunulmuştur.

Tablo 64: Sosyalleştirme Programının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
SOSYALLEŞTİRME PROGRAMI (1961)	Askeri darbe gerçekleşmiş, 1961 Anayasası çıkarılmıştır. 224 sayılı kanun çıkarılmıştır. Ülke yönetimi tekrar sivilere devredilmiş; birinci koalisyonlar dönemi, sonrası AP iktidarı, 1971-1980 arası ikinci koalisyonlar dönemi. DPT kurulmuştur ve planlı dönem başlamıştır. Sağlık alanına oldukça önem verilmiş ve büyük bir destekle Sosyalleştirme Programı çıkarılmıştır. Programın hazırlanma döneminde hükümet desteği varken; sonraki hükümetler destek vermemiş ve uygulamada başarısız olmuştur.	Refah devleti ilkelerinin baskın olduğu bir dönem olmuştur. Devlet her alanda önemli görevler üstlenmiştir. Sanayi sektörü ön plana çıkarılmış, tarım sektörü geri planda kalmıştır. 1965 sonrası dönemde özel sektörü önceleyen politikalar benimsenmiştir. 1973 petrol krizi ve Avrupa'daki ekonomik durgunluk Türkiye'yi de etkilemiştir. İlk dönemler denk bütçe 1965 sonrası bütçe açıkları artmaktadır. Sağlık sektörüne ayrılan pay artmış ancak bütçedeki payı düşüş göstermiştir.	Önceki dönemlerde benimsenen pronatalist politikaların olumsuz sonuçlarının ardından bu dönemde antinatalist politikaya geçiş yaşanmıştır. Gebeliği önleyici ürünlerin satışındaki yasaklar kaldırılmıştır. Bu politika sonrası dönemde nüfus artış hızı giderek düşmeye başlamıştır. Genç nüfus fazla olarak kalmaya devam etmiştir. Bulaşıcı hastalıklarda bu dönemde önemli azalmalar görülmüştür. Verem en önemli sorunlardan biri olmuştur. Bebek ölümleri de önemli yer tutmaktadır.	Okuma yazma oranı her geçen yıl artış göstermiştir. Yoksulluk oranlarında azalma görülmüştür. Gelir dağılımında bu dönemde adaletsizlikler mevcuttur. Toplumun sağlık hizmetleri kullanımı giderek artmaktadır. Altyapı, temiz su ve kanalizasyon kullanımı önceki dönem göre artış göstermiştir. Köylerden kentlere önemli oranda göç yaşanmıştır.	Bakanlık merkez teşkilatının güçlendirilmesi, çeşitli hizmet konularında gerekli sağlık personelinin iyi bir şekilde temin edilmesi, nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi, Halk sağlığı akademisinin kurulması Köylere kadar ulaşacak sağlık teşkilatının acilen kurulması, Hastane yatak sayısının artırılması gibi amaçlar içermekte ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamaktadır.	Toplantılar ve kongreler düzenlenmiş, durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş, maliyetlendirme yapılmıştır. Alternatif seçenekler üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Uygulama alanında yer bulmuş ancak planlanan şekilde uygulanamamıştır. İzleme ve değerlendirme gözlem şeklinde yapılmış raporlar hazırlanmamıştır. Süreç işlemiştir denilebilir.	Planlama çalışmalarının öncekilere göre daha kurumsal hazırlandığı söylenebilir. Yapım aşamasında hükümet desteği bulunmakta ancak uygulama aşamasında değişen hükümetler destek vermemiştir. DSÖ, UNICEF ve FAO ile çeşitli konularda teknik anlamda anlaşmalar imzalanmıştır.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Sosyalleştirme Programı analizine bakıldığında; askeri darbe gerçekleşmiş ve 1961 Anayasası çıkarılmıştır. 224 sayılı kanun ile sosyalleştirmeye temel oluşturulmuştur. 1961 sonrası sivil yönetime geçiş yapılmış; 1961-1965 yılları arası birinci koalisyonlar dönemi, sonra AP iktidarı ve 1971-1980 arası ikinci koalisyonlar dönemi yaşanmıştır. Bu dönemde DPT kurulmuştur ve planlı dönem başlamıştır. Sağlık alanına oldukça önem verilmiş ve büyük bir hükümet desteği ile Sosyalleştirme Programı çıkarılmıştır. Sonraki hükümetler destek vermemiş ve uygulamada başarısız olmuştur. Devlet her alanda önemli görevler üstlenmiştir. BYKP'lerde sanayi sektörü ön plana çıkarılmış, tarım sektörü geri planda kalmıştır. 1965 sonrası dönemde özel sektörü önceleyen politikalar benimsenmiştir. 1973 petrol krizi ve Avrupa'daki ekonomik durgunluk Türkiye'yi de etkilemiştir. İlk dönemler denk bütçe olmuş; ancak 1965 sonrası bütçe açıkları artmaktadır. Sağlık sektörüne ayrılan pay artmış ancak bütçedeki payı düşüş göstermiştir.

Bu dönemde gebeliği önleyici ürünlerin satışındaki yasaklar kaldırılmış ve bu politika sonrası dönemde nüfus artış hızı giderek düşmeye başlamıştır. Genç nüfus fazla olarak kalmaya devam etmiştir. Bulaşıcı hastalıklarda bu dönemde önemli azalmalar görülmüştür; ancak verem en önemli sorunlardan biri olmuştur. Çocuk ölümleri de artış göstermiştir. Sosyalleştirme programı toplumun ihtiyaçlarını karşılar niteliktedir. Okuma yazma oranı her geçen yıl artış göstermiştir. Yoksulluk oranlarında azalma görülmüştür. Gelir dağılımında bu dönemde adaletsizlikler mevcuttur. Toplumun sağlık hizmetleri kullanımı özellikle sosyalleştirme programı sonrasında önemli derece artış göstermiştir.

Sosyalleştirme programına süreç açısından bakıldığında; toplantılar ve kongreler düzenlenmiş, durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş ve maliyetlendirme yapılmıştır. Aynı zamanda alternatif seçenekler üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Uygulama alanında yer bulmuş; ancak sonraki hükümetlerin desteğini alamama ve birçok nedenden dolayı planlanan şekilde uygulanamamıştır. İzleme ve değerlendirme gözlem şeklinde yapılmış ve raporlar hazırlanmamıştır. Bir sonraki çalışma olan Ulusal Sağlık Politikası'nın analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 65'te sunulmuştur.

Tablo 65: Ulusal Sağlık Politikasının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
ULUSAL SAĞLIK POLİTİKASI (1993)	Ordu yönetime el koymuştur. 1982 Anayasası hazırlanmıştır. 1983'e kadar askeri yönetim sonrasında; 1983-1991 arası ANAP iktidarı ve sonrası 1991-2002 arası üçüncü koalisyonlar dönemi ile yönetim. Neoliberal anlayışın hâkim olduğu ve devletin küçülme eğilimine girdiği dönem. Sağlık sektörünün özelleştirilmesi ve piyasaya bırakılması girişimleri olmuştur. Politika hazırlama sürecinde hükümetlerin desteği vardır; ancak uygulamaya destek yoktur.	Tüm dünyanın etkilendiği petrol krizinden Türkiye de etkilenmiştir. 24 Ocak kararları ve neoliberalleşme başlangıcı, bütçe açıkları askeri hükümet döneminde kapansa da 1983 sonrası giderek artış göstermiş, dış borç artmış ve enflasyon yükseliş göstermiştir. 1994 ve 2001 krizleri olmuştur. I., II. ve III. Sağlık projeleri uygulamaya sokulmuştur. Sağlığa ayrılan pay önemli derecede azalma göstermiştir.	Antinatalist politikanın benimsenmesi ve nüfus artış hızındaki azalma devam etmiştir. Yaşlı nüfus artmaya başlamıştır. Kronik hastalıklar artmaya başlamıştır ve bulaşıcı hastalıklar yok denecek kadar az seviyeye gerilemiştir. Ölüm nedenlerinde kronik hastalıklardan ölümler öne geçmiştir. Nüfusun sağlık seviyesinde gelişmeler görülmüş ancak yeterli seviyede değildir.	Okuma yazma oranlarındaki artış devam etmiştir. Toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları önemli derecede artış göstermiştir. Kır-kent nüfus yer değiştirmesi iyice belirginleşmiş ve kentlerde yaşayanlar daha fazla hale gelmiştir. Bu dönemde içme suyu, kanalizasyon gibi hizmetlerden faydalanan nüfus sayısında artış görülmüştür. Toplumun sağlık kuruluşlarından memnuniyetsiz olma durumu mevcuttur.	Sağlığın gelişmesine destek, Çevre sağlığı, Yaşam biçimi, Sağlık hizmetlerinin sunumu, Bebek ve çocuk sağlığı, anne sağlığı, yaşlı sağlığı, ağız ve diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, ruh sağlığı, kazalar, sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkların azaltılması gibi birçok amacı içinde bulundurmakta ve toplumun ihtiyaçlarını karşılar niteliktedir.	Durum analizi yapılmış, kaynaklar değerlendirilmiş ve toplumun farklı kesimlerini kapsayan kongreler düzenlenmiştir. Alınan fikirler ve tartışmalar sonu oluşan öneriler dikkate alınmamıştır. Amaçlar ve hedefler ile öncelikler belirlenmiştir. Uygulanamamıştır. İzleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Süreç kısmen işlemiştir denilebilir.	Planlama çalışmalarının kurumsal bir destekle hazırlandığı söylenebilir. Hükümetlerin desteği mevcuttur; ancak uygulamaya geçilememiştir. Ulusal çapta, politikacılar, bürokratlar, STK'lar ve meslek örgütlerinden sürece katılım sağlanmıştır. Uluslararası aktörler olarak; DB, IMF, DSÖ ve DTÖ yer almış ve hem teknik hem de finansal yönden önemli derecede süreci etkilemişlerdir.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Ulusal Sağlık Politikası analizine bakıldığında; Ordu yönetime el koymuş ve 1982 anayasası hazırlanması yaşanmış ve 1983'e kadar askeri yönetim sonrasında; 1983-1991 arası ANAP iktidarı ile geçmiştir. 1991-2002 arası dönemde istikrarsız hükümetlerin olduğu sürekli koalisyonlar ile yönetimin var olduğu bir süreçte bu belge oluşturulmuştur. Oluşum sürecinde bir hükümet desteği olsa da siyasi ortamdaki çekişme uygulama alanında desteğin sağlanmasını engellemiştir. Bu dönem neoliberal anlayışın hâkim olduğu ve devletin küçülme eğilimine girdiği dönem olarak bilinmektedir. Tüm dünyanın etkilendiği petrol krizinden Türkiye de etkilenmiştir. 24 Ocak kararları ile Türkiye'de neoliberalleşme başlamıştır denilebilir. Bütçe açıkları askeri hükümet döneminde kapansa da 1983 sonrası giderek artış göstermiş, dış borç artmış ve enflasyon yükseliş göstermiş, bu süreçte 1994, 2001 krizleri ile karşılaşmıştır. Sağlık sektöründe ayrılan payda önemli oranda azalış görülmüştür.

Nüfus artış hızındaki azalma devam etmiş ve yaşlı nüfus artmaya başlamıştır. Kronik hastalıklar artmaya başlamış ve bulaşıcı hastalıklar yok denecek kadar az seviyeye gerilemiştir. Ölüm nedenlerinde kronik hastalıklardan ölümler öne geçmiştir. Belgenin içeriği toplumun ihtiyaçlarını karşılar niteliktedir. Okuma yazma oranlarındaki artış devam etmiştir. Toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları önemli derecede artış göstermiştir. Kır-kent nüfus yer değiştirmesi iyice belirginleşmiş ve kentlerde yaşayanlar daha fazla hale gelmiştir. Bu dönemde içme suyu, kanalizasyon gibi hizmetlerden faydalanan nüfus sayısında artış görülmüştür.

Süreç açısından bakıldığında; durum analizi yapılmış, kaynaklar değerlendirilmiş ve toplumun farklı kesimlerini kapsayan kongreler düzenlenmiştir. Alınan fikirler ve tartışmalar sonu oluşan öneriler dikkate alınmamıştır. Amaçlar ve hedefler ile öncelikler belirlenmiştir ancak uygulanamamış, izleme ve değerlendirme yapılamamıştır. Ulusal kapsamda; politikacılar, bürokratlar, STK'lar ve meslek örgütlerinden sürece katılım sağlanmıştır. Uluslararası aktörler olarak; DB, IMF, DSÖ ve DTÖ yer almış, hem teknik hem de finansal yönden önemli derecede süreci etkilemişlerdir. 2002 Sonrası döneminin ilk planı olarak görülebilecek olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 66'da sunulmuştur.

Tablo 66: Sağlıkta Dönüşüm Programının Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (2003)	2002 sonrası AK Parti iktidarı dönemi, uzun dönem sonra siyasi istikrar var olmuştur. Neoliberal anlayış devam etmekte ve devletin küçülmesi anlayışı hâkimdir. SDP'nin hazırlanma ve uygulama sürecinde hükümetlerin önemli desteği var. Sağlık alanında birçok uygulamanın hayata geçirildiği ve önemli mevzuat çalışmalarının yapıldığı bir dönemdir.	2001 krizi sonrası dönemde ekonomi oldukça kötü durumdadır. Bütçe açıkları, enflasyon, devletin borcu yüksektir. İlk dönemlerde önemli toparlanma mevcuttur. Bütçe daha dengeli hale gelmiş, enflasyon düşmüş ve faiz ödemeleri azalmıştır. DB ve IMF ile önemli anlaşmalar imzalanmış ve kaynak elde edilmiştir. Sağlık sektörüne ayrılan pay önemli derecede artış göstermiştir.	Nüfusun artış hızında azalmalar devam etmiştir. Nüfusun yaşlanma oranında artış görülmüştür. Ortanca yaş yükselmiştir. Kronik hastalıklardaki artış devam etmiştir. 2006 yılında yayımlanan raporda 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığının olduğu belirtilmiştir. Ölüm nedenlerinde kronik hastalıklardan ölümlerin yüksekliği mevcuttur. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için özel daire başkanlıkları ve enstitüler kurulmuştur. Nüfusun sağlık seviyesinde gelişmeler görülmüştür.	Okuma yazma oranlarındaki artış devam etmiştir. Toplumun her yerine sağlık hizmetleri ulaştırılmıştır. Gelir dağılımındaki eşitsizlik devam etmiş yoksulluk oranlarında azalma görülmüştür. Toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti düzeyi önemli derecede artış göstermiştir. Her alanda artan yatırımlar neticesi kanalizasyon, temiz su gibi çevresel faktörler önemli gelişim göstermiştir.	Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon gibi öncelikleri olan programın toplumun ihtiyaçlarını karşıladığı söylenebilir.	Bir önceki dönemde yapılan çalışmalar SDP'ye temel oluşturmuştur. SDP'de durum analizi yapılmıştır. Amaçlar ve temel ilkeler ve öncelikler (bileşenler) belirlenmiştir. Uygulama alanında yer bulmuş ve tüm amaçlar (sevk zinciri hariç) başarı ile hayata geçirilmiştir. İzleme ve değerlendirme adına birçok rapor hazırlanmıştır. Süreç işlemiştir.	Program AK Parti tarafından önceki dönem çalışmalarından hareketle oluşturulmuştur. Önceki dönemden hareketle yapıldığı için bir önceki dönemin aktörlerinin etkileri devam etmiştir denilebilir. Uluslararası aktörler olarak; DB, IMF ve DSÖ özellikle uygulama kısmında hem teknik hem de finansal yönden önemli derecede süreci etkilemişlerdir.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı analizine bakıldığında; Kasım 2002’de iktidar olarak göreve gelen AK Parti tarafından önceki dönem çalışmalarının toparlanmış bir şekilde bir araya getirilerek oluşturulduğu görülmektedir. Uzun dönem sonra Türkiye’de siyasi istikrarın var olduğu bir dönemde ortaya konulan plan, neoliberal anlayışın devam ettiği ve devletin küçülmesi anlayışı hâkim şekilde oluşturulmuştur. SDP’nin hazırlanma ve uygulama sürecinde hükümetlerin önemli desteği olmuş bu durum uygulama alanındaki başarının en önemli sebeplerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Program, 2001 krizi sonrası dönemde ekonomi oldukça kötü durumda ve bütçe açıkları, enflasyon ve devletin borcunun yüksek olduğu bir dönemde uygulamaya sokulmuştur. 2003 sonrası yıllarda ekonomik anlamda Türkiye önemli toparlanma sürecine girmiş ve bütçe daha dengeli hale gelmiş, enflasyon düşmüş ve faiz ödemeleri azalmıştır. Sağlık sektörüne ayrılan pay önemli derecede artış göstermiş, ayrıca DB ve IMF ile önemli anlaşmalar imzalanmış ve kaynak elde edilmiştir. Bu durum SDP’nin uygulama alanında önemli avantaj elde etmesini sağlamıştır.

Nüfusun artış hızında azalmalar devam etmiş, nüfusun yaşlanma oranında artış görülmüştür. Ortanca yaş yükselmiştir. Kronik hastalıklar artış göstermiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için özel daire başkanlıkları ve enstitüler kurulmuştur. Nüfusun sağlık seviyesinde gelişmeler görülmüştür. Toplumun ihtiyaçlarına yönelik olarak SDP ile adımlar atılmış ve sağlıkta memnuniyet düzeyi önemli oranda artış göstermiştir. Okuma-yazma oranındaki artış devam etmiş ve sağlık hizmetleri ülkenin her yerine götürülmede önemli başarılar elde edilmiştir.

Süreç açısından incelendiğinde; sürecin tam olarak işlemediği görülmektedir Bir önceki dönemde yapılan çalışmalar SDP’ye temel oluşturmuştur. SDP belgesinin ilk kısmında durum analizi yapıldığı görülmüş; ayrıca amaçlar, temel ilkeler ve öncelikler (bileşenler) belirlenmiştir. Uygulama alanında yer bulmuş önemli başarı ile sonuçlandırılmıştır. İzleme ve değerlendirme adına birçok rapor hazırlanmıştır. Program, AK Parti tarafından önceki dönem çalışmaları temel alınarak oluşturulmuştur. Uluslararası aktörler olarak; DB, IMF ve DSÖ özellikle uygulama kısmında hem teknik hem de finansal yönden destekler sunmuş süreci önemli derecede etkilemişlerdir.

İlk stratejik plan olma özelliğini taşıyan 2010-2014 Stratejik Planı analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 67’de sunulmuştur.

Tablo 67: 2010-2014 Stratejik Planın Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
2010-2014 STRATEJİK PLAN (2010)	AK Parti iktidarının devam ettiği bir dönemdir. Önceki dönemin de desteği ile birçok alanda önemli gelişmeler sağlanmıştır. 5018 ve 5436 sayılı kanunların verdiği yetki ile stratejik planlar her kurumda oluşmaya başlamıştır. Stratejik planların hazırlanma ve uygulama alanında önemli siyasi destek vardır. Sağlık alanında mevzuat çalışmaları devam etmiştir.	2008 krizi sonrası dönemdir. Bütçe açıkları mevcut, büyüme ivmesinin devam ettiği bir dönem, enflasyon tek hanelerde seyir göstermektedir. IMF ile imzalanan stand-by sözleşmesi sona ermiştir. DB'den stratejik plan için finansal destek alınmıştır. Sağlık sektörüne ayrılan payda olan artış devam etmiştir.	Nüfusun artış hızı azalmaya devam etmiş, yaşlı nüfus iyice artmış ve Türkiye yaşlı ülkeler arasına girmiştir. Kronik hastalıklardan kaynaklı ölümlerin üst sıralarda olma durumu devam etmiştir. Obezite gibi çeşitli hastalıklar artış eğilimi göstermiştir. Nüfusun sağlık seviyesinde gelişmeler görülmüştür. Ancak OECD ve AB ülkeleri gerisinde seyir göstermiştir.	Okuma yazma oranı artmış ülkenin eğitilmiş nüfus sayısı önemli derecede yükselmiştir. Gelir dağılımındaki adaletsizlik devam etmiştir. Yoksulluk oranındaki azalmalar devam etmiştir. Yoksul kesime çeşitli sosyal yardımlar yapılmış ve sağlık hizmetlerine adil erişimin önü açılmaya çalışılmıştır. Toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti devam etmiştir.	Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak, Sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak şeklindeki ana amaçlar altında birçok hedefi içermekte ve toplumun ihtiyacını karşılar niteliktedir.	Belirli bir planlama kurulu/komisyonu bulunmaktadır. Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmıştır. Kaynakların değerlendirilmesi yapılmıştır. Paydaş analizi yapılmıştır. Amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Uygulama alanı bulmuş ve başarılı şekilde uygulanmıştır. İzleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır. Planlama süreci işlemiştir.	Stratejik planın özellikleri kapsamında birçok ulusal paydaş, paydaş analizine tabi tutulmuş ve sürece dâhil olmuştur. DSÖ, bu planda paydaşların etkisinin az olduğunu belirtmiştir. Uluslararası aktörler olarak DB, IMF ve DSÖ hem teknik hem de finansal destek şeklinde sürecin önemli aktörlerini olarak yer almıştır.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

2010-2014 Stratejik Plan analizine bakıldığında; AK Parti iktidarının devam ettiği dönemde 5018 ve 5436 sayılı kanunların verdiği yetki ile stratejik planlar her kurumda oluşmaya başlamıştır. Önceki dönemin de desteği ile birçok alanda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Stratejik planların hazırlanma ve uygulama alanında önemli siyasi destek olmuştur. 2008 krizi sonrası dönemde bütçe açıkları mevcut, büyüme ivmesinin devam ettiği bir dönemde enflasyon tek hanelerde seyir göstermektedir. IMF ile imzalana stand-by sözleşmesi sona ermiş ancak DB'den stratejik plan için finansal destek alınmıştır. Sağlık sektörüne ayrılan payda olan artış devam etmiştir. Bu anlamda siyasi ve ekonomik destek durumu söz konusudur ve bu desteğin hem hazırlanma hem de uygulama döneminde başarıyı getirdiği görülmüştür.

Nüfusun artış hızı azalmaya devam etmekte ve yaşlı nüfusun iyice artışta olduğu bir dönemde hazırlanmıştır. Kronik hastalıklardan kaynaklı ölümler devam etmiştir. Obezite gibi hastalıklar da kronik hastalıklarla birlikte artış eğilimi göstermektedir. Plan içeriği toplumun ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmıştır. Okuma yazma oranı artmış ülkenin eğitimli nüfus sayısı önemli derecede yükselmiştir. Gelir dağılımındaki adaletsizlik devam etmekle birlikte yoksulluk oranındaki azalmalar devam etmiştir. Yoksul kesime yönelik olarak sağlık hizmetlerine adile erişimi sağlamak için çeşitli sosyal yardımlar yapılmıştır. Toplumun sağlık hizmetlerinden memnun olma durumu devam etmiştir.

Süreç açısından incelendiğinde; klasik olan stratejik planlama sürecinin tam anlamıyla işlediği görülmüştür. Belirli bir planlama kurulu/komisyonu kurulmuş, Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmış, kaynakların değerlendirilmesi ve paydaş analizi yapılmıştır. Uygulama alanına geçirilmiş, izleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır. Ancak stratejik plana ilişkin nihai bir rapor yayımlanmamıştır. Stratejik planın özellikleri kapsamında birçok ulusal paydaş, paydaş analizine tabi tutulmuş ve sürece dâhil olmuştur. DSÖ, bu planda paydaşların etkisinin az olduğunu belirtmiştir. Uluslararası aktörler olarak DB, IMF ve DSÖ hem teknik hem de finansal destek şeklinde sürecin önemli aktörlerini olarak yer almıştır. Bakanlığın ikinci ve araştırmanın son stratejik planı olan 2013-2017 Stratejik Planı analizine ilişkin bulgular toplu şekilde Tablo 68'de sunulmuştur.

Tablo 68: 2013-2017 Stratejik Planın Analizi

FAKTÖRLER PLAN/ PROGRAM	ORTAM FAKTÖRÜ				İÇERİK FAKTÖRÜ	SÜREÇ FAKTÖRÜ	AKTÖRLER
	POLİTİK ORTAM	EKONOMİK ORTAM	DEMOGRAFİK VE EPİDEMİYOLOJİK ORTAM	KÜLTÜREL VE TOPLUMSAL ORTAM			
2013-2017 STRATEJİK PLAN (2013)	AK Parti iktidarının devam ettiği bir dönemdir. Uzun yıllar iktidarda kalan AK Parti sağlık sektöründe önemli gelişmeler sağlamıştır. Şehir hastaneleri için ihaleler yapılmaya başlanmıştır. Stratejik planlar ülkenin her kurumunda olduğu gibi Sağlık Bakanlığı'nda da devam etmiştir. Stratejik planın her adımında siyasi destek devam etmiştir.	Bütçe açıklarının artmaya başladığı dönemdir. Büyüme devam etmiştir. Dış borç miktarında artış olmuştur. Enflasyon tek hanelerde devam etmiştir. Sağlık sektörüne ayrılan payda olan artış devam etmiştir. Kişi başı sağlık harcaması tutarında önemli artış gözlemlenmiştir.	Nüfusun yaşlanması devam etmiş, ortanca yaş yükselmiş ve yaşlı nüfus artmıştır. Kronik hastalıklardaki artış devam etmiş, obezite artış göstermiş, bu dönemde stratejik plan dışında kronik hastalıklarla ilgili birçok eylem planı program ve çalışma yürütülmüştür. Nüfusun sağlık seviyesinde gelişmeler görülmüştür. Ancak OECD ve AB ülkeleri gerisinde seyir göstermiştir.	Toplumdaki eğitilmiş kişi sayısı artmaya devam etmiş ve bilinçlenme artmıştır. Gelir dağılımındaki adaletsizlik devam etmiştir. Yoksulluk oranındaki azalmalar devam etmiştir. Yoksul kesime çeşitli sosyal yardımlar artmış ve adil erişimin önü açılmaya devam edilmiştir. Toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti devam etmiştir.	Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak, İnsan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek şeklindeki ana amaçlar altında birçok hedef barındırmakta ve toplumun ihtiyaçlarına karşılık verir niteliktedir.	Belirli bir planlama kurulu/komisyonu bulunmaktadır. Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmıştır. Kaynakların değerlendirilmesi yapılmıştır. Paydaş analizi yapılmıştır. Amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergeleri belirlenmiştir. Uygulama alanı bulunmuş ve başarılı şekilde uygulanmıştır. İzleme ve değerlendirme yapılmış yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır.	İlk plana göre daha fazla paydaşın stratejik planlama sürecine katılımı sağlanmıştır. Amaçlar ve plana ilişkin öneriler ve değerlendirme ler istenmiş ve planda yer almıştır. Uluslararası aktörler olarak DB ve DSÖ'nün teknik konuda etkileri olduğu söylenebilir.

Kaynak: Tablo, yazar tarafından oluşturulmuştur.

2013-2017 Stratejik Plan analizine bakıldığında; Bakanlığın hazırladığı ikinci stratejik plandır ve stratejik plan sürecinde politik destek devam etmektedir. Bu plan döneminde bütçe açıklarının artmaya başlamış; ancak büyüme devam etmiştir. Dış borç miktarında artış olmuştur. Enflasyon tek hanelerde devam etmiştir. Sağlık sektörüne ayrılan payda olan artış devam etmiştir. Nüfusun yaşlanması devam etmiş, ortanca yaş yükselmiş ve yaşlı nüfus artmıştır. Kronik hastalıklar devam etmiş, obezite artış göstermiş, bu dönemde kronik hastalıklarla ilgili birçok eylem planı program ve çalışma yürütülmüştür. Planın içeriği toplumun ihtiyaçları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Toplumdaki eğitimli kişi sayısı artmaya devam etmiş ve bilinçlenme artmıştır. Gelir dağılımındaki adaletsizlik, yoksulluk oranındaki azalmalar ve toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyeti devam etmiştir. Bir önceki planda olduğu gibi stratejik planlama süreci tam olarak işlemiştir. Belirli bir planlama kurulu/komisyonu kurulmuş, Mevcut durum analizi GZFT aracılığı ile yapılmış, kaynakların değerlendirilmesi ve paydaş analizi yapılmıştır. Uygulama alanına geçirilmiş izleme ve değerlendirme yapılmış ve yıllık faaliyet raporları yayımlanmıştır. Bu stratejik planda da planlama dönemi sonunda nihai bir rapor yayımlanmamıştır. Bu plana ilişkin olarak 2019-2023 strateji plan içinde genel bir değerlendirme ile sınırlı kalmıştır.

İlk plana göre daha fazla paydaşın stratejik planlama sürecine katılımı sağlanmıştır. Paydaşlardan amaçlar, plana ilişkin öneriler ve değerlendirmeler istenerek bu değerlendirmelere planda yer verilmiştir. Toplum katılımı bu planda da sınırlı kalmıştır. Uluslararası aktörler olarak DB ve DSÖ'nün teknik konuda etkilerinin devam ettiği ancak finansal konuda bir destek alındığı görülmemiştir.

Bir sonraki bölüm, araştırma bölümünden elde edilen bulgular ışığında sonuç ve değerlendirme kısmını oluşturmaktadır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık planlaması, toplumun sağlık seviyesini yükseltmeyi amaçlayan, dönüşen ortama ayak uydurmayı, sağlık sektörünün düzenlenmesiyle beraber kaynakların verimli kullanılmasını sağlayan, geleceğe yönelik adımlar atan, birçok sektörün gelişimi ve verimliliğinde pay sahibi olan ve en önemlisi gelecekte oluşabilecek durumlara hazırlıklı olmayı sağlayan bir araçtır. Bu araç; hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin neredeyse tamamında uzun yıllar önceden bu yana yapılan, ülkelerin zor dönemlerden çıkmasını ve ülkelerin gelişimine katkı sağlayan veya sağlamayı amaç edinen bir süreçtir. Ülkelerin geçirdikleri dönüşümler sağlık planlaması alanına da yansımış, planlarda da dönüşümler görülmüştür.

Bu tez çalışması, Cumhuriyet'in kuruluşundan günümüze kadar olan dönemde Türkiye'de sağlık planlaması kapsamına giren çalışmaları analiz etmeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda Walt-Gilson Politika Analizi yöntemi benimsenmiş ve Türkiye'deki planlar ortam, içerik, süreç ve aktörler olmak üzere dört boyut altında analize tabi tutulmuştur. Retrospektif olarak ele alınan planlar hazırlandıkları ve uygulandıkları dönemde; ortam boyutu altında politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik ile kültürel ve toplumsal ortam olacak şekilde ele alınmış ve ilgili dönemlerde ortamın planlar üzerindeki etkileri incelenmiştir. İçerik boyutunda, planların içerikleri incelenerek hangi amaçları/hedefleri içerdiği ile dönemin ihtiyaçlarıyla uyumlu olup olmadığı ele alınmıştır. Süreç boyutunda, planlama çalışmalarının nasıl bir planlama sürecinden geçtiği ele alınmış ve planlama sürecinin işleyişi değerlendirilmiştir. Aktörler boyutunda ise, planlama sürecine hangi aktörün nasıl etkileri olduğu incelenmiştir. Araştırmanın kapsamını, Cumhuriyet dönemi sonrası ulusal olarak tüm ülkeyi kapsayacak şekilde hazırlanan sekiz sağlık planlama çalışması oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına giren sekiz sağlık planlaması çalışması için araştırmanın yönteminden hareketle; *“Sağlık planlamasının hazırlandığı ve uygulandığı dönemde ortamın (politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik, kültürel ve toplumsal) etkileri nelerdir?”*, *“Sağlık planlama çalışmalarının hazırlanmasında planlama süreci nasıl işlemiştir?”*, *“Sağlık planlamaların içeriğinde neler vardır ve dönemin ihtiyaçları ile uyumlu mudur?”* ve *“Sağlık planlaması çalışmalarında hangi aktörlerin ne yönde etkileri olmuştur?”* soruları araştırmanın sorularını oluşturmuştur.

Araştırmanın amacına yönelik olarak veriler, doküman incelemesi aracılığıyla politika belgeleri, planlar, TÜİK verileri, Sağlık Bakanlığı'nın kaynakları, Cumhuriyet'in ilanı sonrası dönemde yayımlanan yazı, makaleler, kitaplar, kongre raporları olacak şekilde alanyazın taraması, kanunlar, genelgeler, yönetmelikler, TBMM tutanakları, siyasi parti programları, kongre, çalıştay ve açılış konuşmaları, üniversiteler ve STK'ların yayımladığı raporlar ve tekrar eden çalışmalar, DSÖ, IMF, DB gibi uluslararası kuruluşların çalışmaları ve raporları kapsayan dokümanlardan elde edilmiştir. Verileri içeren kaynaklar; MEDLINE, Sosyal Bilimler Atıf Dizini, Google Akademik gibi elektronik veri tabanları ile üniversite kütüphaneleri, Milli Kütüphane, TBMM Kütüphanesi, sahaflar gibi basılı evrakları bulunduran birimler ve yerlerden elde edilmiştir. Araştırmanın yöntemi, birden fazla veri kaynağı (doküman, yüz yüze görüşme vb.) kullanmayı önerse de çalışmada retrospektif araştırma yapıldığı için tüm dönemlerdeki planlama süreçlerinde yer alan kişilerin bulunamaması ve tüm dönemlere ilişkin birçok konu ele alınması dolayısıyla her konu hakkında kapsamlı görüş alınacak kişi sayısının sınırlı olması veya bulunmaması nedeniyle doküman incelemesinden elde edilen bulguları destekleme amaçlı görüşme yapılamamış ve bu durum çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

Araştırma kısmından elde edilen sonuçlardan önce alanyazın kısmında elde edilen bilgiler ışığında araştırmanın kapsamında olan sağlık planlaması çalışmalarının özelliklerine bakılacak olursa; hazırlanan planlarda 1923-1980 yılları arası *sağlık bir hak* olarak ele alınırken; 1980 sonrası sağlık, bir hak olarak görülmenin yanında bir *tüketim malı* olarak görülmesi durumu ortaya çıkmıştır. *Planlama yaklaşımları* açısından ele alındığında; Refik Saydam Programı, ülkenin belirli öncelikli konulara odaklanması durumu sebebiyle “karma tarama planlama” yaklaşımı özelliği gösterirken; Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı birçok değişkenin göz önüne alınması, sonuçların hesaplanması ve bütüncül bir izleme sonucu hazırlanması sebebiyle “optimum planlama yaklaşımı” özelliği göstermektedir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı sonrası daha dar kapsamda; ancak benzer öğeleri içerecek şekilde hazırlanan Milli Sağlık Programı önceki plana ek olduğu düşünülerek “artırımcı planlama yaklaşımı” özelliği taşımaktadır. Sosyalleştirme ve Ulusal Sağlık Politikası yeni bir oluşum olma yönünde ciddi çalışmalar içermeleri sebebiyle “rasyonel planlama yaklaşımı” özelliği taşımaktayken; Sağlıkta Dönüşüm Programı bir önceki Ulusal Sağlık Politikasının

devamı niteliğinde olması sebebiyle “artırımcı planlama yaklaşımı” özelliği göstermektedir. Yıldırım ve Yıldırım (2013) ise, 1990-2002 dönemindeki politikaların artırımcı yaklaşım özelliği gösterdiğini belirtmiştir. Bunun sebebi olarak da kısa ömürlü hükümetlerin uzun vadeli değilde kısa vadeli politik amaçlar gözetilmesini göstermiştir. Son iki stratejik plan ise alternatifler üzerinde durduğu, toplumun çeşitli kesimlerinden görüşlerin alındığı, derin tartışmalar, beyin fırtınası ve sezgisel yargılar sonucu hazırlandığı için “optimum planlama yaklaşımı” özelliği göstermektedir.

Planların tamamı *orta ve uzun vadeli* (5-15 yıl arası) olarak hazırlanmıştır. Planların tamamı ulusal/stratejik plan olma özelliği taşımakta ve toplumun tamamını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Planlama türü olarak genelde bölge tabanlı planlama anlayışı hâkim olmasına karşın planlar içinde tesis, insan gücü ve hizmet planları da yer almıştır. İlk dönemlerde bireysel çabalarla hazırlandıkları görülen sağlık planlama çalışmaları; 1960 sonrası özellikle de 1980 sonrası dönemde kurumsal temelde hazırlanmış ve ayrı bir birim olarak çalışmalar sürdürülmüştür. Bu durum, ilk dönemlerde planlama için bir yapılanma bulunmaması; ilk kez 1960 yılında DPT kurulması ve 1963’te ise Sağlık Bakanlığı içinde “Planlama ve Koordinasyon Daire Başkanlığı” kurulması ile açıklanabilmektedir. Planlama çalışmaları genellikle *yukarıdan aşağıya (top-down)* bir anlayışla gerçekleştirilmiştir. Ancak Ulusal Sağlık Politikası çalışmalarında, kongreler düzenlenmiş, görüşler toplanmış ve toplu şekilde birleştirilerek yayımlanmıştır. Fakat bu çıktılar dikkate alınmamış ve politika belgesine etki etmemiştir. Stratejik planlama çalışmalarında ise birden fazla paydaşın sürecin içine katılma çabaları gösterilmiş bu çabalar yetersiz seviyelerde kalmıştır.

Planlamaya temel oluşturacak mevzuat çalışmaları 1960’lı yıllara kadar hiç yapılmamış; 1960 sonrası süreçte ise önemli şekilde artış göstermiştir. Nitekim Sosyalleştirme Programı, planlamayı öngören Anayasa üzerine inşa edilerek hazırlanmıştır. 1980 sonrası dönemde ise planlamaya ilişkin Price Waterhouse firması ve uluslararası kuruluşların önerileri doğrultusunda *Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı* önerisi çerçevesinde adımlar atılmış olsa da yasalaşma sürecinde başarılı olamamıştır. Bu öneri, 2002 sonrası dönemde hayata geçirilebilmiş ve *Planlayıcı bir Bakanlık* oluşturmak için çeşitli yasal düzenlemeler yapılmış ve stratejik planlar hayata geçirilmiştir. Bu kapsamda *sağlık planlaması için yasal zeminin varlığının önemli bir temel sağladığı görülmüştür.*

İlk olarak ortam faktörüne bakıldığında; *politik ortamın* sağlık planlama çalışmaları üzerinde önemli etkisinin olduğu görülmüştür. Sağlık planlama sürecinde gerek hazırlanma gerekse uygulama adımlarında politik ortamın desteğinin varlığı önemli belirleyici rol oynamıştır. Türkiye’de politik ortamın yapılan sağlık planlaması çalışmalarına etkilerine bakıldığında; Cumhuriyet’in ilanı sonrası dönemde uzun yıllar tek parti hükümetleri ile yönetildiği ve bu süreçte hazırlanan Refik Saydam Programı için Dr. Refik Saydam’a hem hazırlama hem de uygulama adımlarında önemli politik destek verildiği görülmektedir. 1940 sonrası dönemde Türkiye’de çok partili hayata geçiş süreci yaşanmıştır. Bu dönemde CHP hükümeti yıllarında Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, hazırlanma döneminde çeşitli destekler alsa da uygulama alanına geçememiş, yeterli politik desteği alamamış ve başarısız olmuştur. 1950 yılında iktidara DP gelmiştir ve Dr. Behçet Uz, DP hükümeti döneminde 1954 yılında ikinci defa Bakanlığa geldiğinde hazırlamış olduğu Milli Sağlık Programı da yine yeterli politik desteği alamadığı için uygulanamamıştır. 1960 yılında gerçekleşen askeri darbe sonrası askeri hükümet döneminin büyük desteği ve isteği ile hazırlanan Sosyalleştirme Programı da başarılı şekilde hazırlanmasına karşın sonraki dönemde gelen hükümetlerin desteğini göremediği için uygulama alanında planlanan şekilde ilerleyememiş ve başarılı bir şekilde sonuçlanamamıştır.

12 Eylül 1980’de Türkiye’de ikinci bir askeri darbe olmuş, sonrasında 1982 Anayasası hazırlanarak referandum ile kabul edilmiştir. 1983 ve sonrası dönemde göreve gelen hükümetler neoliberal bir politika benimsemiş (ki öncesinde 24 Ocak kararları ve 1982 Anayasası da aynı anlayış çerçevesinde şekillenmiş) ve bu eğilim her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de hissedilmiştir. 1980 yılından itibaren hazırlıkları ve ön çalışmaları yapılan ve 1993’te Ulusal Sağlık Politikası belgesinde vücut bulan neoliberal anlayış, hükümetlerden destek görse de ülkedeki koalisyonel yılların verdiği karmaşa ve anlaşmazlık ortamında uygulanamayarak başarısız olmuştur. Nitekim Yıldırım ve Yıldırım (2013) da bu dönemdeki politik istikrarsızlığın bu dönemdeki politikaların hayata geçirilememesinde önemli etkisi olduğunu vurgulamıştır. 2002 sonunda iktidar olarak göreve gelen AK Parti hükümeti sağlık sektöründe bu dönemin ilk planı olarak da görülebilecek Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Bu tarihten sonra yaklaşık olarak 18 yıldır görevde olan AK Parti, hazırlama sürecinde verdiği desteği uygulama sürecinde de

vermiş ve program başarılı şekilde uygulanmıştır. Yine AK Parti hükümetleri döneminde hazırlanan 2010-2014 ve 2013-2017 stratejik planları da aynı şekilde hem hazırlanma hem de uygulama dönemlerinde politik desteği arkasına alarak başarılı şekilde uygulanmıştır. Görüldüğü üzere hükümet değişim süresinin kısa olduğu dönemlerde veya farklı görüş hükümetlerinin arka arkaya göreve geldiği dönemlerde, önceden gelen sağlık planlaması çalışmaları benimsenmemiş ve uygulanamamışken; hükümetlerin oluşturduğu planı uygulayacak kadar görevde kaldığı veya istikrarlı hükümet dönemlerinde sağlık planı başarılı şekilde uygulanmıştır. Ayrıca Türkiye’de gerçekleşen darbelerden sonra hali hazırda uygulanan ve/veya hazırlanmış olan planlar yok sayılmış veya görmezden gelinmiş böylece yeni dönem başlangıçlarına sebep olmuştur. Bu yeni dönem başlangıçları da sonraki hükümetler tarafından ya benimsenmemiş ya da uygulama alanında yeterli çaba sarf edilmemiştir. Özetle, *sağlığa siyasetin etkisi, siyasetin sağlığı ile doğrudan ilişkili olduğu sonucu ortaya çıkmıştır*. Nitekim planlamanın siyasetten bağımsız düşünülemeyeceğini vurgulayan Hughes (2014), Abel-Smith (1994), Green (2007), Walt ve Vaughan (1986) çalışmalarını doğrular nitelikte olduğu görülmüştür.

Ekonomik ortam faktörünün sağlık planlaması çalışmalarına etkisi incelendiğinde her dönemin içinde bulunduğu ekonomik koşullar diğer alanlardaki çalışmaları etkilediği gibi sağlık planlaması çalışmalarını da etkilemiştir. Sağlığa ayrılan payın, sağlık sektöründeki ve dolayısıyla sağlık planlarındaki amaçları gerçekleştirmede hayati öneme sahip olduğu görülmüştür. Cumhuriyet’in kuruluş yıllarındaki zor ekonomik koşullar sağlık sektörüne ayrılan payın düşüklüğüne neden olmuş ancak politik desteğin varlığı ile birlikte uygulama alanında başarılı olmuştur. 1946 yılında hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, hazırlandığı dönem sonrası dönemin milletvekilleri tarafından hayali olması sebebiyle eleştirilmiştir. Dr. Uz’da ekonomik yükü nedeniyle uygulanamadığını sonraki yıllarda yapılan bir röportajda belirtmiştir. Sonraki Milli Sağlık Programı daha dar kapsamlı olsa da aynı amaçları içermiş ve uygulanamamıştır. Bu dönemin farklı bir özelliği olarak 1946-1960 yılları arası sağlık sektörüne ayrılan pay on bir kattan fazla artmış, yapılan planlama çalışmaları uygulanamamış olsa da bir bilinç oluşmasını sağladığı görülmüştür. Sosyalleştirme Programı’na bakıldığında hazırlanması sürecinde dönemin Maliye Bakanı’nın imzası olmadan yasalaştığı görülmüştür. Bakan, programın bütçeye fazla yük getirdiğini

belirtmiş ve bu sebeple imzalamamıştır. Programın uygulama sürecindeki başarısızlık nedenleri açıklanırken başta Nusret Fişek olmak üzere birçok araştırmacı tarafından gereken kaynakların aktarılmaması ve ekonomik desteğin verilmemesi ilk neden olarak belirtilmiştir. Nitekim Yıldırım ve Yıldırım (2013) da Sosyalleştirme Programı'nın ekonomik iklimce sınırlandırıldığını vurgulamıştır.

24 Ocak kararları ile neoliberalleşme dönemi başlamış, bu anlayışla entegre şekilde 1980 sonrası dönemde sağlığa ayrılan pay ciddi derecede düşmüş ve neoliberal politikaların benimsenmesinin bir göstergesi olduğu görülmüştür. Bu dönemde özel sektörü önceleyen politikalar güdülmüş ve devletin küçülmesi yönünde adımlar atılmıştır. Nitekim bu dönemlerdeki yatırım tutarları sembolik düzeylerde kalmıştır. Ulusal Sağlık Politikası belgesinde de bu eğilimler kendini göstermiştir. Bu dönemde DB ile yürütülen I., II. ve III. Sağlık Projeleri ile çeşitli kaynaklar sağlansa da bu projeler tam anlamıyla uygulanamamış hatta alınan kredilerin sağlık sektörü dışında kullanıldığı çeşitli araştırmacılar tarafından belirtilmiştir. Ayrıca 1994 ve 2001 krizleri bu dönemdeki politikaların hayata geçirilmesinin önünde önemli engel olarak durmuştur. 2002 sonrası döneme bakıldığında AK Parti hükümetinin sağlığa ayırdığı pay, 2002-2018 yılları arası yaklaşık on beş kat artmış ve bütçeden ayrılan pay da iki kattan fazla artış göstermiştir. Bu artışın yanında DB ve IMF ile yapılan çeşitli anlaşmalar aracılığıyla büyük kaynak girişleri sağlanmış ve sağlık alanındaki amaçlara ulaşma yolunda önemli bir yer tutmuştur. Bu anlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2010-2014 ve 2013-2017 Stratejik Planları'nın başarılı şekilde uygulanmasının ardındaki diğer bir önemli neden olarak ekonomik desteğin olması görülmüştür. Özetle; *ekonomik ortamda, sağlık planını ben yapmadıysam destek vermem anlayışı ve zihniyeti* ile devam edildiği görülmüştür. Bu konuda Abel-Smith (1967), Mills ve Gilson (1988) ve Green (2007) de ekonomik desteğin sağlık planlaması için hayati öneme sahip olduğunu vurgulamıştır.

Demografik ve epidemiyolojik ortam faktörünün sağlık planlarına etkileri incelendiğinde; toplumun nüfus yapısı ve sık görülen hastalıkların, sağlık planlarında yer aldığı ve/veya bu konuların önemli belirleyiciler olduğu görülmüştür. Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında savaş sebebiyle nüfusun azlığı dikkat çekmekte ve bulaşıcı hastalıkların toplumun neredeyse tamamına yakınına etkilemiş durumda olduğu görülmüştür. Bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümler nedeniyle 1960'lı

yıllara kadar devam eden pronatalist politika, bu yıllarda hazırlanan Refik Saydam Programı, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı'nın öncelikleri olmuştur. 1950'li yılların sonlarında pronatalist politikaların bir sonucu olarak artan bebek ve anne ölüm oranları ile verimli nüfus tartışmaları ortaya çıkmıştır. Tartışmalar sonrasında da 1960 sonrası yıllarda antinatalist politikaların benimsenmesine neden olmuş ve Sosyalleştirme Programı bu kapsamda hazırlanarak toplumun ihtiyaçlarına karşılık verdiği görülmüştür.

1980 sonrası dönemde antinatalist politika devam etmiş; ancak bu dönemde bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Kronik hastalıklar, ölüm nedenlerinde ön sıralarda yer almaya başlamış ve bu dönemde hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası'nın bu yönde amaçlar içerdiği görülmüştür. 2002 sonrası dönemde kronik hastalıklar yine ön planda olmuş ve antinatalist politika benimsenmiştir. Ancak 2008 sonrası dönemde Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın “en az üç çocuk” söylemi ile tekrar pronatalist politika uygulamasına geçilmiş, bu durum sağlık planlarında yer almamış olsa da onuncu kalkınma planında yer almış bu amaçla çeşitli programlar hazırlanmıştır. Yaşlanan nüfus ile ilgili olarak Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Milli Sağlık Programı, Ulusal Sağlık Politikası, 2010-2014 ve 2013-2017 Stratejik Planlarda çeşitli hedefler yer almış ve yaşlı nüfusun göz önünde bulundurulduğu görülmüştür. Özetle; *toplumun muzdarip olduğu hastalıkların ve nüfusun yapısının, sağlık planlarının sürekli içeriğinde yer aldığı veya sağlık planlaması çalışmalarını önemli şekilde etkilediği* görülmüştür. Nitekim Thomas (2003), White ve Murnaghan (1970), Bergwall vd., (1973) toplumun demografik yapısının sağlık planlarında önemli etkileri olduğunu vurgulamıştır. Bunun yanında Porta (2001), Bonita vd. (2006), Last (2001) ve Tyroler ve Smith (1968) de toplumun epidemiyolojik yapısının sağlık planlarında göz önünde bulundurulması gerektiğini ve önemli derecede etkili olduğunu vurgulamıştır.

Kültürel ortam faktörünün sağlık planlarına etkileri incelendiğinde; toplum yapısının ve kültürel değerlerin her alanı etkilediği gibi sağlık planlamasını da hem hazırlama hem de uygulama adımlarında önemli derecede etkilediği görülmüştür. Bu kapsamda okuma-yazma düzeyinin düşük olduğu, batıl inançların sağlık kurumuna başvurma dahi önünde olduğu Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında, toplumun sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi için broşürler hazırlanmış ve filmler izletilmiştir. Bu yıllarda sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları da oldukça düşük seviyede kalmıştır.

İlerleyen yıllarda toplumun okuma-yazma oranı yükselmiş, bilinçlenme düzeyi artmış ve sağlık kuruluşlarından faydalanma oranları da sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılmasıyla birlikte artış göstermiştir. Günümüzde ise kişi başı hekime başvuru oranları OECD ülkelerinin çok üstünde seyretmektedir. Bunun yanında toplumun temiz suya erişimi, kanalizasyona bağlı evlerde yaşama oranları ilk dönemlerde düşük seyrete de yıllar itibariyle artış göstermiş böylece çevresel etmenlerden dolayı oluşan hastalıkların önüne geçildiği görülmüştür.

Gelir dağılımında adaletsizlik ve yoksulluk da toplumun özellikle sağlığa erişim konusunda önemli bir yer tutmakta ve dolayısıyla sağlık planlamasının uygulamasını da olumsuz etkilemektedir. Cumhuriyet'in kuruluş yıllarından günümüze kadar olan süreçte yoksulluk Türkiye'nin belirli kesimlerinde sürekli var olmuştur. Son yıllarda yoksulluk oranlarında azalmalar gözlenmiştir. Bununla birlikte 2002 sonrası dönemde sağlık hizmetlerine erişim amaçlı önemli miktarlarda sosyal yardım maddi şekilde sağlanmış ve sağlığa erişimin önündeki engellerin kaldırılmaya çalışıldığı görülmüştür. TÜİK tarafından yapılan çalışmalarda toplumun, mutluluğun kaynağı olarak ilk sırada "sağlığını" göstermesi oldukça önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Son olarak Türkiye'de tarihsel süreçte kırsal alan ve kent merkezi arasında birçok yönden büyük oranda farklılıklar var olmuştur. Türkiye'de kırsal alanda yaşayanlar, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık göstergesi gibi birçok yönden uzun yıllar geride kalırken kentsel alandakiler önde olmuştur. Bu fark, her ne kadar günümüzde azalmış ve/veya yakın seyrete olmuş olsa da uzun yıllar sağlık sektöründe önemli bir gündem belirleyicisi olmuştur. Genel bir değerlendirme olarak eğitim düzeyi yükselen, sağlık hizmetlerine erişim sorunu olmayan, çevresel sorunlardan arınmış, yoksulluğun az olduğu bir toplumun varlığı, sağlık planlaması amaçlarını daha gelişmiş şekilde ele alınması yolunda önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Özetle, *toplum yapısının ve kültürel değerlerin sağlık planlarını etkilediği* görülmüştür. Bu konuda Abel-Smith (1994), Zola (1973), Hurt vd. (2004) ve Shaw (2004) kültürel değerler, alışkanlıklar ve toplumun yapısal özelliklerinin, sağlık politikası ve planlaması üzerinde hem hazırlanma hem de uygulama döneminde önemli etkileri olduğunu vurgulamışlardır.

Sağlık planları *içerik* boyutundan incelendiğinde; hazırlanan planların içeriklerinin toplumun ihtiyaçlarını karşılar nitelikte olduğu görülmüştür. Öncelikle yapılan tüm planlarda en ücra köylere kadar yayılma isteği olmuş ve toplumu bütüncül

bir şekilde ele alan yaklaşımla hazırlandığı görülmüştür. Bunun yanında ilk dönemlerde bulaşıcı hastalıklar; daha yakın dönemlerde ise kronik hastalıklar toplumun sorunu haline gelmiş ve ilgili dönemlerdeki planlarda yer almıştır. İçeriklerin ilk dönemlerde sağlık teşkilatının kurulması, personel yetiştirilmesi, sağlık tesisi kurulması ve ülkenin her yerine sağlık hizmetlerinin ulaştırılması gibi daha temel konulara odaklandığı görülmektedir; sonraki dönemlerde araştırmaya yönelik çalışmalar, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi çeşitli amaçlar sürekli var olmakla birlikte kalite odaklı, toplum memnuniyetinin ön planda olduğu amaçları içerdiği görülmüştür.

1980 sonrası dönemlerde yapılan sağlık planlaması çalışmaları, alanyazında ağırlıklı olarak yönetsel boyuttan ele alınmıştır. Örneğin, Ulusal Sağlık Politikası ve Sağlıkta Dönüşüm Programı içeriklerinin tamamının ele alınmasının yerine sadece yönetsel boyuttan ele alınmış ve bu şekilde değerlendirilmiştir. Ancak Ulusal Sağlık Politikası içeriğinin tamamına bakıldığında; toplumun ihtiyaçlarını göz önüne alan ve birçok amacı içerir şekilde hazırlandığı görülmektedir. Aynı şekilde Sağlıkta Dönüşüm Programı da çeşitli yönetsel amaçları içermekle birlikte toplumun ihtiyaçlarını içeren ve memnuniyeti ön plana alan bir içerikle karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda özetle; *sağlık planlarının içeriklerinin toplumun ihtiyaçlarını karşılar nitelikte olduğu; ancak iyi şekilde hazırlanan ve içerik yönünden zengin olan bir sağlık planlamasının iyi bir şekilde uygulanmadığında bir anlamı olmadığı* görülmüştür.

Araştırma kapsamındaki sağlık planlaması çalışmaları süreç boyutundan incelendiğinde; sağlık planlama çalışmalarının hazırlanmasında belirli bir sağlık planlama sürecinden geçmediği veya kısmen geçtiği görülmüştür. Ancak 2010-2014 ve 2013-2017 stratejik planlarında ise stratejik planlama sürecinin tamamının işlediği görülmüştür. Refik Saydam Programının belirli bir sağlık planlaması sürecinden geçmediği sadece Kurtuluş Savaşı Dönemi'nde on dokuz ilde yapılan ve sadece sekizi 1922 yılında yayımlanan Sıhhi-i İctimai Coğrafyası dizisinin bir durum analizi şeklinde yapıldığı görülmektedir. Bunun dışında amaçlar Dr. Refik Saydam tarafında belirlenmiş ve uygulamaya konulmuştur. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı'nda belirli bir planlama grubu veya komitesi bulunmamaktadır. Dr. Behçet Uz tarafından durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş ve maliyetlendirme yapılmıştır. Uygulama alanında başarısız olmasına, izleme ve değerlendirme yapılamamasına rağmen süreç

açısından değerlendirildiğinde; yapıldığı döneme göre oldukça gelişmiş bir planlama çalışması olduğu görülmektedir.

Sosyalleştirme Programı'nda, toplantılar ve kongreler düzenlenmiş, durum analizi yapılmış, amaçlar ve hedefler belirlenmiş, kaynaklar değerlendirilmiş, öncelikler belirlenmiş ve maliyetlendirme yapılmıştır. Alternatif seçenekler üzerinde çalışmalar yapılmış ancak çok detaylı alternatifler sunulmamıştır. Plan, uygulama alanında yer bulmuş ancak planlanan şekilde uygulanamamış, izleme ve değerlendirme gözlem şeklinde yapılmış; ancak herhangi bir rapor hazırlanmamıştır. 1980 sonrası yapılan sağlık planlaması çalışmaları daha katılımcı olarak hazırlanmış yorumu yapılabilmektedir. Ulusal Sağlık Politikası belgesinin hazırlanma sürecinde, düzenlenecek kongreye katılacak kişilere, sağlık durumunu gösteren Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum ve yüzlerce sorudan oluşan bir doküman gönderilmiştir. Daha sonra Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiş; ancak Ulusal Sağlık Politikası belgesi için yapılan kongrelerde çalışma gruplarından alınan öneriler dikkate alınmayarak yayımlanan belgede yer almamıştır. 2002 sonrası dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın belirli bir planlama sürecinden geçmediği; ancak 2010-2014 ve 2013-2017 stratejik planlarında, stratejik planın gerektirdiği süreçlerin işlediği görülmüştür. Stratejik planlar için yıllık değerlendirme raporları hazırlanmış; ancak nihai raporlar yayımlanmamıştır. 2010-2014 Stratejik Planına ilişkin Bakanlık tarafından genel bir değerlendirme yapılmamış olup; 2013-2017 Stratejik Planının değerlendirmesi 2019-2023 Stratejik Plan içinde yapılmış ve detaylı şekilde açıklanmamıştır. Özetle; sağlık planlaması çalışmaları *çoğunlukla sağlık planlama sürecinden geçmemiş ya da kısmen geçmiş, son dönemlerdeki stratejik planlarda planlama süreci tam anlamıyla işlemiş olduğu* görülmüştür.

Sağlık planlaması çalışmaları *aktörler* boyutundan incelendiğinde; ilk dönemlerde ulusal aktörler başrolde ve planlama sürecinde etkili olmuş, uluslararası aktörler belirli anlaşmalar ve yardımlar ile sürece dâhil olmuştur. 1980 sonrası dönemlerdeki planlama çalışmalarında ise ulusal aktörler sürecin içinde yer almış; ancak uluslararası aktörlerin daha belirgin şekilde etkili olduğu görülmüştür. Refik Saydam Programında, Rockefeller Vakfı nakdi olarak Hıfızısıhha Merkezi'nin açılması için destek vermiştir. 1940-1970 yılları arasında DSÖ, UNICEF, BM ve CENTO gibi uluslararası kuruluşlar çeşitli hastalıklarla mücadele, ana-çocuk sağlığı, halk sağlığı gibi

konularda Türkiye'ye çeşitli anlaşmalar vasıtasıyla nakdi ve teknik yardımda bulunmuşlardır. 1980 sonrası dönemde ise, neoliberalleşmenin tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de reform çalışmalarında başta DB olmak üzere IMF ve DSÖ'nün de planlama süreçlerine önemli etkileri olmuştur. İlgili dönemlerdeki hazırlanan planların özellikle yönetsel boyutları ile ilgili kısımları, DB tarafından diğer ülkelerde yapılanlara benzer biçimde olduğu görülmüştür. Bu dönemlerde yapılan projeler, alınan krediler, uluslararası kuruluşların sürece olan katılım seviyesini de artırmıştır. 2002 sonrası dönemde de aynı şekilde DB ve IMF çeşitli kredi anlaşmaları ile etkinliğini sürdürmüş, neoliberalleşme eğilimi devam etmiştir. Bu kredi anlaşmaları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2010-2014 Stratejik Planı hazırlanması ve uygulanması için yapılmıştır. Yapılan sağlık planlaması çalışmalarında toplumun sağlık planlama sürecine katılma durumunun gerçekleşmediği görülmüştür. Sosyalleştirme Programı'nın uygulama kısmında Sağlık Politika Kurulları öngörülmüş ancak başarılamamıştır. 2010-2014 ve 2013-2017 Stratejik Planları'nda toplumun sürece katılma eğilimi görülse de başarılı şekilde gerçekleştirilememiştir. Yıldırım ve Yıldırım (2013) da uluslararası kuruluşların reform süreci ve sonrasında önemli etkileri olduğunu vurgulamıştır.

Sağlık planlama çalışmalarının tüm boyutlar altında ayrı ayrı incelenmesi sonrası toplu bir değerlendirme yapıldığında; sağlık sektöründe yapılan bu çalışmalara verilen ekonomik destek, içeriğinde ele alınan konular, sürecin işleme şekli ve sürece dâhil olan aktörlerin tamamının *politik ortam* ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Şöyle ki, politik gücü elinde bulunduran kesim, toplumun ve diğer tüm paydaşların katıldığı bir planlama süreci işletip işletmeme, içeriğin paydaşlarla birlikte ele alınarak şekillenmesini sağlayıp sağlamama, yapılan planlama çalışmalarına ekonomik yönden destek verip vermeme ve uluslararası aktörlerin sürece dâhil olmasındaki seviyeyi belirleme yetkisini elinde bulundurmakta ve planların tamamını etkileyebilmektedir. Özetle; *toplumun sağlık seviyesini belirleyen yegâne olgunun siyaset olduğu ve buradan hareketle sağlığın politik olduğu sonucunun ortaya çıktığı görülmüştür*. Nitekim uygulama alanında başarılı olan Refik Saydam Programı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2010-2014 Stratejik Plan ve 2013-2017 Stratejik Plan olduğu düşünüldüğünde bu çıkarım doğrulanmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık planlaması anlayışı değişim göstermiş ve bu değişim Türkiye'de hazırlanan planlama çalışmalarına net şekilde

yansımıştır. Bu kapsamda bu tez çalışmasında Türkiye’de hazırlanan sağlık planlaması çalışmaları analiz edilmiştir. *Karar verici ve planlamacılara yönelik öneriler* olarak, sağlık planlaması çalışmalarının bir öğrenme süreci olduğu göz önünde bulundurularak geçmişten gelen birikimlerin yok sayılmaması ve üst üste olacak şekilde ilerlemesinin sağlanması gerekmektedir. Aksi takdirde yapılan planlama çalışmaları hangi sektör için olursa olsun raflarda yan yana yer alacak ve hem uygulanamamış olacak hem de büyük emekler verilerek yapılan hazırlıklar sonucu ortaya çıkan planlama çalışmalarından elde edilen ve öğrenilen bilgiler heba olacaktır. Nitekim Green ve Collins (2006), Guterrez (1975) ve McKenzie-Pollock (1967) sağlık planlama süreçlerinin önemine vurgu yapmış ve gelişmenin dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır. Sağlık planlaması sürecine toplum üyelerinin ve diğer paydaşların katılması hem içeriğin toplumun ihtiyaçlarını daha gerçek şekilde karşılayan şekilde oluşmasını hem de toplum üyelerinin yapılan planlama çalışmalarını sahiplenmesini sağlayacaktır. Nitekim Carman vd. (2013), Mattison (1968), Cueto (2004), Hochbaum (1969) ve Wiseman vd. (2003) toplumun sağlık planlaması sürecine katılımının hem hazırlanma hem de uygulama sürecinde birçok avantaj sağlayacağını belirtmiştir. Ancak Feingold (1969) ve O’Neill (1992) ise, planlama konusunun teknik bir süreç olduğunu ve toplumun burada yetersiz kalacağını belirtmişlerdir. Ayrıca yapılan sağlık planlaması çalışmalarının izlenmesi ve değerlendirmesi oldukça önemli yer tutmaktadır. Yapılan sağlık planlaması çalışmaları aktif şekilde izlenmeli, düzenli olarak raporlanmalı ve planlama dönemi sonunda nihai rapor yayımlanmalıdır. Bu şekilde hem yapılan sağlık planlaması çalışması değerlendirilecek hem de gelecek planlara ve sonraki dönemde yapılacak akademik çalışmalara kaynaklar oluşturulmuş olacaktır. Nitekim Butler vd. (2008a), O’Neill (2016), Jira vd. (2004), Green ve Mirzoev (2008) ve Chatora ve Tumusiime (2004) izleme ve değerlendirmenin sağlık planlarının hem gelişimine hem de sonraki planların uygulanabilirliğinin artışına yol açtığını vurgulamıştır. Sağlık planlaması çalışmalarında toplumsal ve kültürel faktörlerin göz önünde bulundurulması planlamaların özellikle uygulama alanında önemli başarılar elde etmesine destek olacaktır.

Akademik çalışmalara öneriler olarak, Türkiye’deki sağlık planlaması çalışmalarının farklı ülkelerdeki planlama çalışmaları ile karşılaştırılması, yapılan sağlık planlaması çalışmalarının karşılaştırmalı şekilde içerik analizlerinin yapılması,

Türkiye’de yapılan sağlık planlaması çalışmalarının farklı değişkenler üzerinden analiz edilmesi araştırma konuları olarak karşımıza çıkmaktadır. Son olarak ülkelerin sağlık planlama çalışmalarının değerlendirileceği genel bir değerlendirme setinin oluşturulması ve bu değerleme setinin Türkiye sağlık planlaması çalışmaları veya farklı ülkelerin sağlık planlaması çalışmalarının değerlendirilmesinde kullanılması yeni araştırmalara konu olacak şekilde karşımıza çıkmaktadır.



KAYNAKÇA

Kitaplar

- Abel-Smith, B. vd., (1995), *Choices in Health Policy: An Agenda for the European Union*, Dartmouth, Office for Official Publications of the European Communities and Dartmouth Publishing Company,
- Abel-Smith, B., (1967), *An International Study of Health Expenditure and Its Relevance for Health Planning*, Geneva, World Health Organization.
- Abel-Smith, B., (1994), *An Introduction to Health Policy, Planning and Financing*, New York, Longman Publishing.
- Acil Eylem Planı, (2003), *Türkiye Cumhuriyeti 58. Hükümet Acil Eylem Planı*, Ankara.
- Ahmad, F., (2012), *Modern Türkiye'nin Oluşumu*, 10. Basım, İstanbul, Kaynak Yayınları.
- Ahmad, F., (2014), *Bir Kimlik Peşinde Türkiye*, 5. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Ak, B., (1990), *Hastane Yöneticiliği*, Ankara, Özkan Matbaacılık.
- Akdağ, R., (2008a), *İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Yayın No: 749, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R., (2008b), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Yayın No: 770, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Akdur R. (2008), *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de Sağlık*, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı.
- Akın, A. ve Ersoy, K., (2012), *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış*, TÜSiAD-T/2012-11/533, İstanbul, TÜSiAD.
- Akın, R., (2012), *Türk Siyasal Tarihi: 1908:2000*, 2. Baskı, İstanbul, On İki Levha Yayınları.
- Aksu, L., (1943), *Malaria (Sıtma)*, Ankara, Ankara Ulusal Matbaa, akt. Fişek, N.H. ve Dirican, R., (1973), *Halk Sağlığında 50. Yıl*, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, IV. Bilim Kongresi'nde Sunulan Tebliğ.
- Anderson, J.E., (2011), *Public Policymaking: An Introduction*, 7. Baskı, Boston, Wadsworth Cengage Learning.
- Anderson, S.B., (1978), *The Profession and Practice of Program Evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Arcand, J.L., (2001), *Undernourishment and Economic Growth: The Efficiency Cost of Hunger*, FAO Economic and Social Development Paper 147.
- Arıkan, R., (2011), *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, Ankara, Nobel Yayınevi.

- Atasever, M., (2014), *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi: 2002-2013 Dönemi*, Yayın No. 983, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Ateş, M., (2016), *Sağlık Sistemleri*, İstanbul, Beta Basım.
- Aydın, E., (1998), *Türkiye’de Sıtma Savaşı*, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Aydın, E., (2002a), *Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi*, Ankara, Naturel Yayıncılık.
- Bachler, J. ve Yuill, D., (2001), *Policies and Strategies for Regional Development: A Shift in Paradigm*, United Kingdom, European Policies Research Centre University of Strathclyde.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2008), *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset İktisat ve Toplum*, İstanbul, Yordam Kitap.
- Banfield, E.C., (1961), *Political Influence*, New York, Free Press.
- Barker, C. (2000). *The Health Care Policy Process*, London, Sage Publications.
- Baybrooke, D. ve Linblom, C.E., (1963), *A Strategy of Decision*, New York, Free Press.
- Belek İ., vd., (1998), *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, 2. Baskı, İstanbul, Sorun Yayınları.
- Belek, İ., (2004), *Sağlıkta Özelleştirme*, Ölçü Dergisi, akt. Görmüş, A., (2013), *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Belek, İ., (2012b), *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*, İstanbul, Yazılama Yayınevi.
- Belek, İ., (2016), *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*, 4. Baskı, İstanbul, Yazılama Yayınevi.
- Bell, L. ve Stevenson, H., (2000), *Education Policy: Process, Themes and Impact*. London, Routledge.
- Bergwall, D.F., Reeves, P.N. ve Woodside, N.B., (1973), *Introduction to Health Planning*, Washington, Information Resources Press.
- Berman, P. ve Bitran, R., (2011), *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, World Bank.
- Birkland, T.A., (2001), *An Introduction to the Policy Process*, New York, M. E. Sharpe.
- Bonita, E., vd., (2006), *Basic Epidemiology*, 2. Edition, Geneva, World Health Organization.
- Boratav, K., (2004), *Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2002*, İstanbul, İmge Kitabevi.
- Boratav, K., (2006), *Türkiye’de Devletçilik*, Ankara, İmge Kitabevi.
- Brewer, G. ve Leon, P., (1999), *The Foundations of Policy Analysis*, Homewood, Dorsey Press.

- British Medical Association, (1998), *Health and Environmental Impact Assessment*. London, Earthscan.
- Bryman, A., (2012), *Social Research Method*, 4. Edition, New York, Oxford University Press.
- Buse, K., vd., (2012), *Making Health Policy*, Second Edition, New York, Open University Press.
- Carlson, R.J., (1969), *Planning and Law*, Institute for Interdisciplinary Studies, Minneapolis, American Rehabilitation Foundation.
- Cerşswell, J.W., (2016), *Araştırma Deseni: Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*, (çev), (eds.) Demir, S.B., 2. Baskı, Ankara, Eğiten Kitap.
- Certo, C.S. ve Peter, J.P., (1990), *Strategic Management: A Focus on Process*, New York, McGraw Hill Publishing Company.
- Cevahir, E., (2016), *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*, İstanbul, Kibele Yayınları.
- CHP, (1936), *Cumhuriyet Halk Partisi Programı*, Ankara, Ulus Basımevi.
- CHP, (1938), *Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti*, içinde *On Beşinci Yıl*, Yeniden bastıran kurum Türkiye Tıp Akademisi, (2010), 3. Baskı, İstanbul, Türkiye Tıp Akademisi.
- Cirhinlioğlu, Z., (2016), *Sağlık Sosyolojisi*, 6. Basım, Ankara, Nobel Yayın.
- Cooper, P.J. vd., (1998), *Public Administration for the Twenty-First Century*, California, Hartcourt Brace College Publishers.
- Çavdar, T., (2006), *Küresel Kapitalizmin Girdabındaki Türkiye*, Ankara, Bilgi Yayınevi.
- Çelebi, I., (2013), *Türkiye’nin Dönüşüm Yılları: Yeniden Öğrenme Zamanı*, Ankara, Alfa Yayınları.
- Çevik, H.H. ve Demirci, S., (2015), *Kamu Politikası*, 3. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Demirel, H., (2008), *1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama*, İstanbul, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları.
- DİE, (1995), *Türkiye Nüfusu: 1923-1994 Demografik Yapısı ve Değişimi*, Yayın No: 1839, Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.
- Dirican, R., (1990), *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri*, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi.
- DP, (1946), *Demokrat Parti Programı*, Ankara, Güneş Matbaacılık.
- DPT, (1963), *Birinci Kalkınma Planı*, 3 Aralık 1962 tarih ve 11272 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (1968), *İkinci Kalkınma Planı*, 21 Ağustos 1967 tarih ve 12679 sayılı Resmi Gazete.

- DPT, (1972), *Üçüncü Kalkınma Planı*, 27 Kasım 1972 tarih ve 14374 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (1973), *Planlama Nedir? Niçin Planlama Yapıyoruz?*, Yayın No:3, Düzeltilmiş Beşinci Baskı, Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.
- DPT, (1978), *Dördüncü Kalkınma Planı*, 31 Ağustos 1978 tarih ve 16393 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (1984), *Beşinci Kalkınma Planı*, 23 Temmuz 1984 tarih ve 18467 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (1989a), *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Mevcut Durum Raporu*, Ankara.
- DPT, (1989b), *Altıncı Kalkınma Planı*, 6 Temmuz 1989 tarih ve 20217 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (1990), *Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü Nihai Rapor*, Ankara.
- DPT, (1995), *Yedinci Kalkınma Planı*, 25 Temmuz 1995 tarih ve 22354 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (2000), *Sekizinci Kalkınma Planı*, 5 Temmuz 2000 tarih ve 24100 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (2001a), *Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Özel İhtisas Komisyonu: 577, Ankara.
- DPT, (2001b), *Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele*, Özel İhtisas Komisyonu Raporu: 610, Ankara.
- DPT, (2002), *Sayılarla Türkiye Ekonomisi: Gelişmeler (1980-2001) Tahminler (2002-2005)*, Ankara.
- DPT, (2006b), *Dokuzuncu Kalkınma Planı*, 01 Temmuz 2006 tarih ve 26215 sayılı Resmi Gazete.
- DPT, (2013), *Onuncu Kalkınma Planı*, 6 Temmuz 2013 tarih ve 28699 sayılı Resmi Gazete.
- Dror, Y., (1968), *Public Policymaking Reexamined*, Pennsylvania, Chandler Publishing.
- Duru, M.C., (1941), *Sağlık Bakımından Köy ve Köycülük*, Cumhuriyet Halk Partisi Yayını, Kılavuz Kitapların VII, Ankara, Sümer Matbaası.
- Dyckman, J.W., (1963), *Introduction To Readings In The Theory Of Planning*, The State Of Planning Theory In America, Unpublished Mimeograph.
- Dye, T.R., (2002), *Understanding Public Policy*, Tenth Edition, Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Dye, T.R., (2011), *Understanding Public Policy*, 13. Edition, London, Pearson Education.
- Eagar, K. vd., (2001), *Health Planning: Australian Perspectives*, Australia, Allen & Ulvin.

- Eckstein, H., (1958), *The English Health Service*, Cambridge, Harward University Press, akt. WHO, (1961), *Planning of Public Health Services*, WHO Technical Report Series, No.215, Geneva.
- Ege, R., (1991), *Türkiye'nin Sağlık Hizmetleri ve İsmet Paşa*, Ankara, Türk Hava Kurumu Basım İşletmeciliği.
- Eğilmez, M., (2018), *Değişim Sürecinde Türkiye: Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Sosyo-Ekonomik Bir Değerlendirme*, 5. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Eren, N. ve Tanrıtanır, N., (1998), *Cumhuriyet ve Sağlık*, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Ergun, T. ve Polatoğlu, A., (1992), *Kamu Yönetimine Giriş*, No: 241, Ankara, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları.
- Ergun, T., (2015), *Kamu Yönetimi: Kuram, Siyasa, Uygulama*, Yayın No: 385, Ankara, Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- Erişiti, H.E. vd., (2004), *OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000*, Ankara, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü.
- Ertürk-Atabey, S., (2012), *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Ankara, Gazi Kitabevi.
- Eryılmaz, B., (2002), *Bürokrasi ve Siyaset: Bürokratik Yönetimden Etkin Yönetime*, İstanbul, Alfa Yayınları.
- Faludi, A., (1973), *A Reader in Planning Theory*, New York, Permagon Press.
- Fazekas, M., (2010), *Framework for Assessing, Improving and Enhancing Health Service Planning*, Cambridge, RAND Cooperation.
- Fein, R., vd., (1980), *Health Planning in the United States: Issues in Guideline Development*, Washington, National Academy of Science.
- Findley, C.V., (2011), *Modern Türkiye Tarihi: İslam, Milliyetçilik ve Modernlik 1789-2007*, İstanbul, Timaş Yayınları.
- Fişek, N.H., (1967), *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Sektör Özel Komisyon Raporu*, Sağlık Sektör Özel Komisyonu, Ankara.
- Fişek, N.H., (1983a), *Halk Sağlığına Giriş*, No. 2, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Fogg, C.D., (1994), *Team-Based Strategic Planning: A Complete Guide to Structuring, Facilitating and Implementing the Process*, New York, American Management Association.
- Freedman, R. vd., (1964) *Population: The Vital Revolution*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- Friedman, M., (1988), *Kapitalizm ve Özgürlük*, (çev.) Erberk, D. ve Himmetoğlu, N., İstanbul, Altın Kitaplar.
- Friedmann, J., (1973), *Retracting America: A Theory of Transactive Planning*, New York, Anchor Press.

- Garrett, M.J., (1999), *Health Futures: A Handbook for Health Professionals*, Geneva, World Health Organization.
- Genç, Ö., (2005), *Yataklı Tedavi Kurumları*, Ankara, Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş. Yayınları.
- Gilson, L., (2012), *Health Policy and Systems Research: A Methodology Reader*, Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization.
- Görmüş, A., (2013), *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerine Etkileri*, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Green, A., (2007), *An Introduction to Health Planning for Developing Health Systems*, Third Edition, New York, Oxford University Press.
- Grindle, M. ve Thomas, J., (1991), *Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Gülalp, H., (1993), *Kapitalizm, Sınıflar ve Devlet*, (çev. Yılmaz, A.), İstanbul, Belge Yayınları.
- Güven, S., (1995), *Türkiye 'de Sosyal Planlama*, Bursa, Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Güvenç, B., (2010), *İnsan ve Kültür*, 12.Basım, İstanbul, Boyut Yayınları.
- Harrison, J.P., (2010), *Essentials of Strategic Planning in Healthcare*, Chicago, Health Administration Press.
- Hayes, M.T., (2001), *The Limits of Change: Incrementalism, Worldview and the Rule of Law*, Washington, Georgetown University Press.
- Heck, R., (2008), *Studying Educational and Social Policy: Theoretical Concepts and Research Method*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Hill M. ve Bramley, G., (1986), *Analysing Social Policy*, Oxford, Basil Blackwell.
- Hill, M., (1997), *The Policy Process in the Modern State*, London, Prentice Hall.
- Hilleboe, H.E., Barkhus, A. ve Thomas, W.C., (1972), *Approaches to National Health Planning*, Geneva, World Health Organization.
- Hoşgör, Ş. ve Tansel, A., (2010), *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar*, Yayın No: TÜSİAD-T/2010/11/505, Ankara, TÜSİAD.
- Houghes, O.E., (2014), *Kamu işletmeciliği & Yönetimi*, (çev. Kalkan B., Akın, B. ve Akın, Ş.), 1. Baskı, Ankara, Bigbang Yayınları.
- HÜNEE, (1978), *Turkish Fertility Survey 1978*, Ankara, Hacettepe University of Population Studies.
- HÜNEE, (1987), *1983 Turkish Population and Health Survey*, Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies.
- HÜNEE, (1989), *1988 Turkish Population and Health Survey*, Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies.

- HÜNEE, (1994), *1993 Turkish Population and Health Survey*, Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies.
- HÜNEE, (1999), *Turkey Demographic and Health Survey 1998*, Ankara, Hacettepe University, Institute of Population Studies.
- HÜNEE, (2004), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- HÜNEE, (2009), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- HÜNEE, (2014), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*, Yayın No. NEE-HÜ.14.01, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Hyman, H.H., (1970), *The Social Planning Process*, Hunter College, New York, akt. Hyman, H.H., (1976), *Health Planning: A Systematic Approach*, Maryland, Aspen Sysytems Corporation, Germantown.
- Hyman, H.H., (1976), *Health Planning: A Systematic Approach*, Maryland, Aspen Sysytems Corporation, Germantown.
- IMF, (2000), *Progress Towards the International Development Goals: 2000 A Better World for All*, Washington.
- Issel, L.M., (2004), *Health Program Planning and Evaluation: A Practical, Systematic Approach for a Community Health*, Missisauaga, Canada, Jonet and Barlett Publishers.
- Jira., C., (2004), *Health Planning and Management*, Ethiopia Public Health Training Initiative.
- Johansen, A.S., (2015), *Sağlıkta Stratejik Planlama: Türkiye Örneği*, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Jones, M.V., (1971), *Technology Assesment Methodology: Some Basic Propositions*, Washington, The Mitre Corporation.
- Kahn, A., (1969), *Theory and Practice of Social Planning*, New York, Russel Sage Foundation.
- Kalkınma Bakanlığı, (2015), *Ekonomik ve Sosyal Göstergeler: 1950-2014*, Ankara.
- Karasar, N., (2012), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 24. Basım, Ankara, Nobel Yayınevi.
- Kasapoğlu, M.A., (1999), *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*, 1. Basım, Ankara, Sosyoloji Derneği Yayınları VI.
- Kayra, C., (2015), *Cumhuriyet Ekonomisinin Öyküsü 1923-2013, Üçüncü Cilt: 1980-2013 Tüketim Ekonomisi*, 2. Baskı, İstanbul, Tarihçi Kitabevi.
- Kazgan, G., (2004), *Tanzimat'tan XXI. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi*, 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Kepenek, Y., (2012), *Türkiye Ekonomisi*, 26. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Kılıçbay, A., (1997), *Türkiye'nin Ekonomi Politikaları (1930-1996 ve sonrası)*, İstanbul, Der Yayınları.

- Kingdon, J.W., (2011), *Agendas, Alternatives and Public Policies*, 2. Baskı, Genview IL, Pearson Education.
- Kleczkowski, B.M. ve Nilsson, N.O., (1984), *Health Care Facility Projects in Developing Areas: Planning, Implementation and Operation*, Geneva, World Health Organization.
- Knowles, J.H. vd., (1977), *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, New York, Norton and Company Incorporated.
- Knox, E.G., (1979), *Epidemiology in Health Care Planning: A Guide to the Uses of a Scientific Method*, New York, Oxford University Press.
- Koçel, T., (2015), *İşletme Yöneticiliği*, 16. Baskı, İstanbul, Beta Yayıncılık.
- Kongar, E., (2015), *21. Yüzyılda Türkiye: 2000'li Yıllarda Türkiye'nin Toplumsal Yapısı*, Kırk Yedinci Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Koray, M., (2008), *Sosyal Politika*, 3. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi.
- Kurtoğlu, R., (2012) *Türkiye Ekonomisi: 1838-2010*, Ankara, Orion Kitabevi.
- Küçük, A., (2018), *Kapitalizm, Devlet, Sağlık ve Türkiye*, Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Last, J.M., (2001), *A Dictionary of Epidemiology*, 4. Edition, New York, Oxford University Press.
- Lee, K. ve Mills, A., (1982), *Policy-Making and Planning in the Health Sector*, London, Croom Helm.
- Levin, L.S., (1976), *Self-Care: Lay Initiative in Health*, New York, Prodist.
- Lindblom, C.E. ve Cohen, D.K., (1979), *Usable Knowledge: Social Science and Social Problem Solving*, New Haven, Yale University Press.
- Longest, B.B., (2006), *Health Policymaking in the United States*, Fourth Edition, Chicago, Health Administration Press.
- Lustig, N. vd., (2004), *Investing in Health for Economic Development*, Puebla, Mexico, The Mexican Commission on Macroeconomics and Health.
- Maliye Bakanlığı, (2009), *Performans Programı Hazırlama Rehberi*, Ankara, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü.
- Mayer, R.R., (1972), *Social Planning and Social Change*, New York, Englewood Cliffs.
- McGrew, A. ve Wilson, M.J., (1982), *Decision making, Approach and Analysis*, Manchester, Manchester University Press.
- Mills, A. ve Gilson, L., (1988), *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*, No. 17, London, EPC Publication.
- Mooney, G., (2013), *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru*, (çev. Terzi, C.), İstanbul, Yordam Kitap (Orijinal Baskı: 2012).
- Murat G., ve Başdigen, M., (2008), *Kamu İdarelerinde Stratejik Planlama ve Yönetim*, Ankara, Gazi Kitabevi.

- Nolte, E. ve McKee, M., (2009), *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, New York, Open University Press.
- Nüfusbilim Derneği, (2016), *Türkiye Nüfusuna Güncel Bir Bakış*, Ankara, Nüfus Bilim Derneği.
- OECD, (2004), *Towards High-Performing Health Systems: Summary Report*, The OECD Health Project.
- OECD, (2008), *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, OECD ve Dünya Bankası.
- Olsen, J.B. ve Eadie, D.C., (1982), *The Game Plan: Governance with Foresight*, Washington DC, Council of State Planning Agencies.
- Open Univesity, (1985), *Caring for Health: History and Diversity*, New York, Open University Press.
- Övgün, B., (2010), *Devlet ve Planlama*, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Özçetin, S. ve Balaban, M., (2015), *Sağlık Hukuku*, 2.Basım, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Özşen, T., (1987), *Planlama Yönetimi: Türkiye’de APK Birimleri Uygulaması*, Yayın No. 426, Ankara, İçişleri Bakanlığı Yayınları.
- Paine, T., (1792), *The Rights of Man*, Boston, Thomas and Andrew Faust.
- Pamuk, Ş., (2017), *Türkiye’nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi*, 7. Basım, İstanbul, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Parasız, İ., (1998), *Türkiye Ekonomisi: 1923’ten Günümüze İktisat ve İstikrar Politikaları Uygulamaları*, Bursa, Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Popov, G.A., (1971), *Principles of Health Planning in USSR*, Geneva, World Health Organization.
- Porta, M., (2001), *Dictionary of Epidemiology*, 4.Basım, New York, Oxford University Press.
- Prüss-Üstün, A., (2016), *Preventing Disease through Healthy Environments: A Global Assessment of the Burden of Disease from Environmental Risks*, France, World Health Organization.
- RAND, (2010), *Framework for Assessing, Improving and Enhancing Health Service Planning*, Santa Monica, RAND Corporation.
- Ranney, A., (1968), *Political Science and Public Policy*, Chicago, Markham.
- Redfield, R., (1941), *The Folk Culture of Yucatan*, Chicago, University of Chicago Press.
- Reich, M. R. (1994). *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy*. Data For Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Reinke, W.A., (1988a), *Health Planning for Effective Management*, New York, Oxford University Press.

- Sachs, J.E., (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, World Health Organization.
- Sağlık Bakanlığı, (1962), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Kılavuz Bölge Belirlenmesi*, 19 Temmuz 1962 tarih ve 11158 sayılı Resmi Gazete.
- Sağlık Bakanlığı, (1992b), *Sağlık İstatistikleri 1992*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1995), *Milli Sağlık Politikası*, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1995), *Sağlığın Gelişiminde Toplum Katılımı: Sağlık Hizmetlerinin Sırgulanması*, Ankara, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (1996), *Hastalık İstatistikleri 1964-1994*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1997a), *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1997b), *Sağlık İstatistikleri 1996*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1998), *Sağlık İstatistikleri 1997*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1999a), *Sağlık İstatistikleri 1998*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (1999b), *Sağlık İstatistikleri 1999*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2000), *Türkiye Sağlık Reformu: Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2002a), *Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl: Mayıs 1999-Mayıs 2002*, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2002b), *Sağlık İstatistikleri 2001*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2004a), *80. Yılda Tedavi Hizmetleri: 1923-2003*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2004b), *Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi: Hastalık Yüğü Final Rapor*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı, Ankara, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2004c), *Sağlık İstatistikleri 2003*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2006a), *Kronik Hastalıklar Raporu*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2006b), *Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

- Sağlık Bakanlığı, (2007), *Türkiye’de Sağliğa Bakış 2007*, Ankara, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkez Başkanliğı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2009), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008*, Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2010b), *Stratejik Plan: 2010-2014*, Yayın No: 788, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, (2011a), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010*, Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2011b), *T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi: Özet Kitap*, Ankara, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2011c), *Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri: 2011-2023*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 836, Ankara, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2012b), *Faaliyet Raporu 2011*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2013a), *Stratejik Plan: 2013-2017*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, (2013b), *Faaliyet Raporu 2012*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2014a), *Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı, Özet Kitap*, Yayın No: 942, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2014b), *Faaliyet Raporu 2013*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2014c), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*, Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2015a), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2015b), *Faaliyet Raporu 2014*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2016a), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*, Ankara, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı, (2016c), *Faaliyet Raporu 2015*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2017b), *Faaliyet Raporu 2016*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2017c), *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağliğı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağliğı ve Engelliler Daire Başkanliğı.
- Sağlık Bakanlığı, (2018a), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*, Ankara, Sağlık Bilgi sistemleri Genel Müdürlüğü.

- Sağlık Bakanlığı, (2018b), *Faaliyet Raporu 2017*, Ankara, Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2019a), *Stratejik Plan: 2019-2023*, Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2019b), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Ankara, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge.
- Sakharkar, B.M., (2009), *Principles of Hospital Administration and Planning*, New Delhi, Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd.
- Saltman, R.B. ve Figueras, J., (1997), *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies*, World Health Organization, European Series No: 72, Copenhagen, WHO Regional Publications.
- Savaş, B.S. vd, (2002), *Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci*, Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, (Der.) Thomson, S. and Mossialos, E., Kopenhag, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi.
- Saybaşı, K., (1986), *Türkiye’de Planlı Ekonomik Kalkınma Döneminde Devletin Ekonomiye Müdahalesi (1963-1985)*, Ankara, Birey ve Toplum Yayınları.
- Schermerhorn, J.R., Hunt, J.G. ve Osborn, R.N., (2004), *Organizational Behavior*, 9. Baskı, London, John Wiley ve Sons.
- Sen, A., (1999), *Development as Freedom*, New York, Anchor Books.
- Sezen, S., (1999), *Devletçilikten Özelleştirmeye Türkiye’de Planlama*, Yayın No: 293, Ankara, Türkiye Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- Simon, H.A., (1976), *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*, 3. Baskı, New York, Free Press.
- Singer, P., (2009), *The Life You Can Save*, New York, Random House.
- Soyer, A., (2007), *AKP’nin Sağlık Raporu*, İstanbul, Evrensel Basım Yayın.
- SSYB, (1946), *Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı*, Sayı. 124, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- SSYB, (1973), *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No. 422, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- SSYB, (1982), *Dr. Refik Saydam 1881-1942: Ölümünün 40. Yılı Anısına*, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- SSYB, (1983a), *Cumhuriyet Dönemi Yataklı Tedavi Hizmetleri 1923-1983 ve 1982 Çalışmaları*, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yayın No: 505, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- SSYB, (1983b), *Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1979-1981*, Ankara, Tanıtım ve İstatistik Birimi.
- SSYB, (1987), *Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1982-1986*, Ankara, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

- Stewart, J., Hedge, D.M. ve Lester, J.P., (2008), *Public Policy: An Evolutionary Approach*, 3. Baskı, Boston, Thomson Wardsworth.
- Strateji Geliştirme Başkanlığının Görev Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.
- Suchman, E.A., (1967), *Evaluative Research*, New York, Russel Sage Foundadion.
- Sülkü, S.N., (2011), *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Yayın No: 2011/414, Ankara, Maliye Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Swayne, L.E., Duncan, W.J. ve Ginter, P.M., (2006), *Strategic Management of Health Care Organizations*, Fifth Edition, Malden, Blackwell Publishing.
- Şahin, H., (2009), *Türkiye Ekonomisi, Tarihsel Gelişimi Bugünkü Durumu*, 10. Baskı, Bursa, Ezgi Kitabevi.
- Şahin, H., (2012), *Türkiye Ekonomisi*, 12. Baskı, Bursa, Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Şenses, F., (2014), *Küreselleşmenin Öteki Yüzü: Yoksulluk*, İstanbul, İletişim Yayınları.
- Talas, C., (1999), *Ekonomik Sistemler*, 5. Baskı, Ankara, İmge Yayınevi.
- Taylor, J., Wilkinson, D. ve Cheers, B., (2005), *Rural Places and Community Participation in Health Services Development*, Brisbane, Proceedings of International Conference on Engaging Communities.
- TBMM, (2013), *Hükümetler, Programları ve Genel Kurul Görüşmeleri, Cilt.2 (22 Mayıs 1950-20 Kasım 1961)*, Ankara, Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı Yayınları.
- TCCB, (2018a), *Birinci 100 Günlük İcraat Programı*, 3 Ağustos 2018.
- TCCB, (2018b), *İkinci 100 Günlük İcraat Programı*, 13 Aralık 2018.
- Tekin, Y. ve Okutan, Ç., (2012), *Türk Siyasal Hayatı*, İkinci Baskı, Ankara, Orion Kitabevi.
- Tezcan, M., (1984), *Sosyal ve Kültürel Değişme*, No.129, Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları.
- Thomas, R.K, (2003), *Health Services Planning*, Second Edition, New York, Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Tokat, M., (1997), *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Tokat, M., (1998), *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Tokat, M., (2001), *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- TTB, (2006), *Türkiye Sağlık İstatistikleri*, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Tulchinsky, T.H. ve Varavikova, E.A., (2009), *The New Public Health*, Second Edition, United Kingdom, Elsevier Academic Press.

- Tunca, Y., (1961), *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1956-1959*, No: 265, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- Tunca, Y., (1965), *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Çalışmaları ve Tıbbi İstatistik Yıllığı 1960-1963*, No: 317, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- Tuncer, B., (1963), *Milletlerarası İktisadi Yardımlar ve Kalkınma Meselesi*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları, No:153/135, Ankara, Sevinç Matbaası.
- Tuncer, D., Ayhan, D.Y. ve Varoğlu, D., (2016), *Genel İşletmecilik Bilgileri*, 7. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- TÜİK, (2014), *İstatistik Göstergeler: 1923-2013*, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK, (2019), *Yaşam Memnuniyet Araştırması: 2003-2018*, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, Demografi İstatistikleri Daire Başkanlığı, Toplumsal Yapı ve Cinsiyet İstatistikleri Grubu.
- Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, (2019), *On Birinci Kalkınma Planı*, Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 23 Temmuz 2019 tarih ve 30840 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete.
- Türkiye Ulusal Programı, (2003), *Avrupa Birliği Muktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı'nın Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar*, 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
- TÜSİAD, (1999), *Türkiye'nin Fırsat Penceresi Demografik Geçiş ve İzdüşümleri*, İstanbul, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği.
- United Nations General Assembly, (1966), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*.
- United Nations, (1948), *Universal Declaration of Human Rights*.
- Urgan, M., (2000), *Ütopya: Mine Urgan'ın İncelemesiyle*, 2. Basım, İstanbul, Kaynak Yayınları.
- Urwick, L.F., (1956), *The Principle of Government and Management*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Ülgen, H. ve Mirze, S.K., (2016), *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 8. Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi.
- Üner, R. ve Fişek, N., (1961), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar*, No: 256, Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç., (2011), *Proleterleşme ve Profeyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, Ankara, Notabene Yayınları.
- Vaughan, J.P. ve Morrow, R.H., (1989), *Manual of Epidemiology for District Health Management*, Geneva, World Health Organization.
- Walt, G., (1994), *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, London, Zed Book Ltd.

- White, K.L. vd., (1977), *Health Services: Concept and Information for National Planning and Management*, Public Health Papers, No:67, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (1959), *First Report on the World Health Situation 1954-1956*, No: 94, Geneva, Official Report of the World Health Organization.
- WHO, (1962), *Second Report on the World Health Situation 1957-1960*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (1967b), *Third Report on the World Health Situation 1961-1964*, No: 155, Geneva, Official Report of the World Health Organization.
- WHO, (1971), *Forth Report on the World Health Situation 1965-1968*, No: 192, Geneva, Official Report of the World Health Organization.
- WHO, (1974), *Fifth Report on the World Health Situation 1969-1972*, No: 225, Geneva, Official Report of the World Health Organization.
- WHO, (1979), *Formulating Strategies for Health for All by the Year 2000: Guiding Principles and Essential Issues*, Document of Executive Board of the World Health Organization.
- WHO, (1980), *Sixth Report on the World Health Situation 1973-1977*, Part Two: Review by Country and Area, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2000), *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2002), *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques*, European Sustainable Development Series No.4.
- WHO, (2003), *Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health*, Mental Health Policy and Services Guidance Package, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2004), *World Health Report 2004: Changing History*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2009a), *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2009b), *The Financial Crisis and Global Health: Report of a High-Level Consultation*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2011b), *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*, Geneva, World Health Organization.
- WHO, (2012), *Successful Health System Reforms: The Case of Turkey*, Copenhagen, Denmark, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Wilding, P., (1984), *Professional Power and Social Welfare*. Boston, Henley-On-Thames, Routledge And Kegan Paul.
- Williamson, S. vd., (1997), *Fundamentals of Strategic Planning for Healthcare Organizations*, New York, The Haworth Press.

- Winslow, C.E.A., (1923), *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign*, New Haven, Yale University Press.
- World Bank, (1975), *Health Sector Policy Paper*, March 1975.
- World Bank, (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washnigton.
- World Bank, (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington, Oxford University Press.
- World Bank, (1994), *The World Bank in Turkey: 1993–2004 Country Assistance Evaluation*, Independent Evaluation Group.
- World Bank, (1997), *World Development Report 1997: The State in a Changing World*, Washington, Oxford University Press.
- Yenal, O., (2001), *Cumhuriyet'in İktisat Tarihi*, Ankara, Türkiye Sınai Kalkınma Bankası Yayını.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, 9. Genişletilmiş Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, H.H., (2016), *Hasan Hüseyin Yıldırım ile Sağlık ve Siyaset Yazırları*, 1. Baskı, Ankara, ABSAM Analiz.
- Yıldırım, S., (1994), *Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi*, Yayın No: 2350, Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü.
- Zuckerman, A.M., (2010), *Healthcare Strategic Planning*, Second Edition, Chicago, Health Administration Press.
- Zürcher, E.J., (2010), *Modernleşen Türkiye'nin Tarihi*, 25. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları.

Makaleler

- Acar, İ., (2015), *Türkiye’de Gelir Dağılımı*, Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, C.4, S.8, ss.42-59.
- Acemoglu, D. ve Johnson, S., (2007), *Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth*, Journal of Political Economy, C.115, S.6, ss.925-985.
- Agarwala, R., (1983), *Planning in Developing Countries Lessons of Experience*, World Bank Staff Working Papers, No: 576.
- Ağartan, T., (2011), *Sağlıkta Reform Salgını*, içinde (der.) Keyder, Ç. vd., *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Akalın, M.A., (2012), *Sosyalleştirmenin İdeolojisi*, içinde TTB, *Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı*, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Akça, H. ve Ela, M., (2012), *Türkiye’de Eğitim, Doğurganlık ve İşsizlik İlişkisinin Analizi*, Maliye Dergisi, C.163, S.2, ss.223-242.
- Akdemir, T. ve Karakurt, B., (2009), *Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü ve Özel Sağlık Kurumlarını Düzenleyici Görevleri*, 24. Türkiye Maliye Sempozyumu Tam Metin Bildiri Kitabı, ss.221-260.
- Akdur, R., (1999), *Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Türkiye’de Sağlık Politikaları*, Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Bilim “Bilanço 1923-1998” Ulusal Toplantısı, Ayrı Basım, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara.
- Akehurst, R.L. ve Buxton, M.J., (1985), *A Guide to Better Decision-Making: Option Appraisal in the NHS*, içinde Cuyleri A.J, *Nuffield/York Portfolio*, Folio No.8, London.
- Aksakal, H.İ., (2017), *Dr. Refik Saydam Önderliğinde Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerini Modernleştirme Çabaları*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, C.27, S.1, ss.219-231.
- Aksakoğlu, G., (2008), *Sağlıkta Sosyalleşmenin Öyküsü*, Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, S.8, ss.7-62.
- Aksoy, O.G., (2001), *Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı*, Yeni Türkiye Dergisi, C.7, S.40, ss.1803-1808.
- Akşin, S., (2013), *Siyasal Tarih: 1950-1960*, içinde, Akşin, S. vd., *Türkiye Tarihi 4: Çağdaş Türkiye 1908-1980*, 12. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.
- Aktan, C.C. ve Işık, A.K., (2007a), *Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Aktan, C.C. ve Işık, A.K., (2007b), *Halk Sağlığı ve Temel Sağlık Hizmetleri Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitesinin Arttırılması*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.

- Aktaş-Şenkardeşler, R., (2018), *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'nin Dış Ticaret ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Nedensellik Analizi*, Journal of Accounting, Finance and Auditing Studies, C.4, S.1, ss.108-129.
- Akyürek, Ç.E., (2018), *Sağlık Politikalarının Piyasalaştırılması*, içinde Tengilimoğlu, D., *Sağlık Politikası*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Alexander, E.R., (2002), *The Public Interest in Planning: From Legitimation to Substantive Plan Evaluation*, Planning Theory, S.1, ss.226-249.
- Altman, D., (1978), *The Politics of Health Care Regulation: The Case of the National Health Planning and Resources Development Act*, Journal of Health Politics, Policy and Law, C.2, S.4. ss.560-580.
- Anderson, S. ve Harbridge, L., (2010), *Incrementalism in Appropriations: Small Aggregation, Big Changes*, Public Administration Review, C.70, S.3, ss.464-474.
- Andre, C. ve Valesquez, M., (1990), *System Overload: Pondering the Ethics of America's Health Care System*, Issues in Ethics, C.3, S.3.
- Araujo, J.D., (1972), *An Appraisal of The Health Planning Method Proposed by the Pan American Health Organization for Latin America*, Revista Saúde Pública, C.6, S.4, ss.305-315.
- Ardal, S. vd., (2006), *Evidence-Based Planning*, The Health Planner's Toolkit, Module.3, Health System Intelligence Project, Ontario.
- Ardell, D.B., (1970) *Public Regional Councils and Comprehensive Health Planning: A Partnership?*, Journal of the American Institute of Planners, C.36, S.6, ss.393-404.
- Arnold, M.F., (1969), *Basic Concepts and Crucial Issues in Health Planning*, American Journal of Public Health, C.59, S.9, ss.1686-1697.
- Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi, (2000), Avrupa Birliği.
- Avrupa Sosyal Şartı, (1965), Avrupa Konseyi.
- Aydın, E., (2002b), *Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri*, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, C.31, S.3, ss.183-192.
- Aydın, O., (2018), *Türkiye'nin Sıhhi-i İctimai Coğrafyası'na Göre Anadolu'da Gelenek, İnanç ve Kültür Üzerine Bir Değerlendirme*, Bilig, S.86, ss.89-114.
- Aysan, M.F., (2019), *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü ve Yeni Meydan Okumalar*, içinde (eds) Sunar, L., *Türkiye'de Toplumsal Yapı ve Değişim*, Nobel Yayıncılık, Yenilenmiş 4. Basım, Ankara.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M.Ç., (2015), *Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, C.25, S.1, ss.231-250.
- Aytekin, H., (2013), *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri (1920-1980)*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.28, S.3, ss.181-191.
- Baker, L.R., (2002), *The Government's Role in Health Care Delivery*, Annals of Health Law, C.11, S.1, ss.73-92.

- Baker, T.D. ve Reinke W.A, (1988), *Epidemiologic Base for Health Planning*, içinde, Reinke W.A., *Health Planning For Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Baker, T.D., (1988), *Planning Health Facilities*, içinde, Reinke W.A., *Health Planning For Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Balabanova, D., Conteh, L. ve McKee, M., (2011), *The Contribution of Health Systems to Good Health*, içinde Balabanova, D., McKee, M. ve Mills, A., *Good Health Low Cost 25 Years On: What Makes a Successful Health System?*, The London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Balcı, A. ve Kırılmaz, H., (2007), *Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektörüne Yansımaları*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Bambra, C., Fox, D. ve Scott-Samuel, A., (2005), *Towards a Politics of Health*, Health Promotion International, C.20, S.2, ss.187-193.
- Banfield, E.C., (1959), *End and Means Planning*, International Social Science Journal, C.11, S.3, ss.361-368.
- Barker, C., Thunhurst, C. ve Ross, D., (1998), *An Approach to Setting Priorities in Health Planning*, Journal of Management in Medicine, C.12, S.2, ss.92-100.
- Barlow, R., (1977), *Health and Economic Development: A Theoretical and Empirical Review*, ss. 3-4. University of Michigan, Unpublished, akt. Grosse, R.N. ve Harkavy, O., (1980), *The Role of Health in Development*, Social Science and Medicine, C.14C, ss.165-169.
- Barro, R.J., (1996), *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*, National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper 5698, Cambridge.
- Başol, E., (2015), *Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri*, Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, C.4, S.8, ss. 128-140.
- Bayın, G., (2016), *Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Sürecinde Hasta ve Toplum Katılımının Rolü*, TAF Preventive Medicine Bulletin, C.15, S.5, ss.458-466.
- Behçet Uz'un Nihat Eğriboz'a Yazdığı 12.08.1970 Günlü Mektup, akt. Dirican, R., (2001), *Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.16, S.6, ss.465-467.
- Belek, İ., (2001), *Türkiye Sağlık Reformları*, Toplum ve Hekim, C.16, S.6, ss.438-447.
- Belek, İ., (2012a), *Dünya Bankası Projeleri / Kredileri: Emperyalizmin Türkiye Sağlık Sistemini Ele Geçirme Projesi*, içinde TTB, *Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı*, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Bell, D., (1964), *Twelve Modes of Prediction: A Preliminary Sorting of Approaches in the Social Sciences*, Daedalus, C. 93, S. 3, ss.845-880.
- Bell, D., (1964), *Twelve Modes of Predictions: A Preliminary Sorting of Approaches in the Social Sciences*, Daedalus, Vol: 93, No: 3.

- Bilir, N., (2006), *Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları*, Toplum Hekimliği Bülteni, C.25, S.3, ss.1-6.
- Binagwaho, A., (2014), *National Guide for the Health Sector Policy and Strategic Plan Development*, Minister of Health in Republic of Rwanda, P.O. Box.84, Kigali.
- Binstock, R.H., (1969), *Effective Planning Through Political Influence*, American Journal of Public Health, C.59, S.5, ss.808-813.
- Bjorkman, J.W., (1986), *Health Policies and Human Capital: The Case of Pakistan*, The Pakistan Development Review, C.XXX, S.3, ss.281-337.
- Blackburn, K. ve Cipriani, G.P., (2002), *A Model of Longevity, Fertility and Growth*, Journal of Economic Dynamics and Control, C.26, S.2, ss.187-204.
- Bloom, D.E. vd., (1998), *Geography, Demography, and Economic Growth in Africa*, Brookings Papers on Economic Activity, C.1998, S., ss.207-295
- Bloom, D.E. ve Canning, D., (2009), *Population Health and Economic Growth*, içinde Spence, M. ve Lewis, M., *Health and Growth*, Commission on Growth and Development, The World Bank, Washington.
- Bloom, D.E., Canning, D. ve Sevilla, J., (2004), *The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach*, World Development, C.32, S.1, ss.1-13.
- Blum, H.L. ve Sully, E.L., (1969), *What is Comprehensive Planning for Health?*, Inquiry, C.6, S.2, ss.3-16.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü., (2006), *Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, C.9, S.3, ss.78-87.
- Boratav, K., (2003), *XX. Yüzyılın Sonundan XXI. Yüzyıla: Türkiye Ekonomisinin Genel Görünümü*, Özgür Üniversite Forumu, S.22, ss.50-67.
- Boratav, K., (2011), *İktisat Tarihi: 1981-2002*, içinde ed. Tanör, B. vd., *Türkiye Tarihi 5: Bugünkü Türkiye: 1980-2003*, 5. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.
- Boratav, K., (2013), *İktisat Tarihi: 1908-1980*, içinde ed. Koçak, C. vd., *Türkiye Tarihi 4: Çağdaş Türkiye: 1908-1980*, 12. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.
- Braveman, P. ve Gruskin, S., (2003), *Defining Equity in Health*, Journal of Epidemiology and Community Health, S.57, ss.254-258.
- Bright, M., (1988), *The Demographic Base for Health Planning*, içinde Reinke W.A., *Health Planning For Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Bulut, A., (2011), *Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi*, içinde (der.) Keyder, Ç. vd., *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar*, 2. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Butler, J. vd., (2006), *Community Engagement and Communication*, The Health Planner’s Toolkit, Module.5, Health System Intelligence Project, Ontario.
- Butler, J. vd., (2008a), *Evaluation*, The Health Planner’s Toolkit, Module.6, Health System Intelligence Project, Ontario.

- Butler, J. vd., (2008b), *Priority Setting*, The Health Planner's Toolkit, Module.7, Health System Intelligence Project, Ontario.
- Carley, M., (1982), *Analytic Rationality*, içinde McGrew, A. ve Wilson, M.J., *Decision making, Approach and Analysis*, Manchester University Press, Manchester.
- Carman K.L. vd. (2013), *Patient and Family Engagement: A Framework for Understanding the Elements and Developing Interventions and Policies*, Health Affairs, C.32, S.2, ss.223-231.
- Chakraborty, S., (2004), *Endogenous Lifetime and Economic Growth*, Journal of Economic Theory, S.116, ss.119-137.
- Chakraborty, S., (2009), *Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience*, World Bank Europe and Central Asia, Knowledge Brief 52796 (12).
- Chatora, R. ve Tumusiime, P., (2004), *Planning and Implementation of District Health Services*, World Health Organization, Brazzaville.
- Chowdhury, A.M.R. ve Bhuiya, A., (2004), *The Wider Impacts of BRAC Poverty Alleviation Programme in Bangladesh*, Journal of International Development, C.16, S.3, ss.369-386.
- Church, J. vd., (2002), *Citizen Participation in Health Decision-Making: Past Experience and Future Prospects*, Journal of Public Health Policy, C.23, S.1, ss.12-32.
- Clarke, D., (2016), *Law, Regulation and Strategy for Health*, içinde, WHO, *Strategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 10, Geneva.
- Cohen, B.E., (2006), *Population Health as a Framework for Public Health Practice: A Canadian Perspective*, American Journal of Public Health C.96, S.9, ss.1574-1576.
- Cohen, M.D., March, J.G. ve Olsen J.P., (1972), *A Garbage Can Model of Organizational Choice*, Administrative Science Quarterly, C.17, S.1, ss.1-25.
- Colt, A.M., (1970), *Elements of Comprehensive Health Planning*, American Journal of Public Health, C.60, S.7, ss.1194-1204.
- Commission on the Social Determinants of Health, (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, World Health Organization, Geneva.
- Contoyannis, P. ve Jones, A.M., (2004), *Socio-economic Status, Health and Lifestyle*, Journal of Health Economics, C.23, S.5, ss.965-995.
- Coulter, A., (2003), *Evaluating the Outcomes of Health Care*, içinde, Gabe, J. vd., *The Sociology of the Health Service*, Routledge, London.
- County of Los Angeles Public Health, (2013), *Social Determinant of Health: How Social and Economic Factors Affect Health*, Los Angeles County Department of Public Health.
- Crisp, N., (2017), *Health Planning: A Global Perspective*, Anais do Instituto de Higiene E Medicina Tropical, C.16, S. Supl.1, ss.9-15.

- Cueto M., (2004), *The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care*, American Journal of Public Health, C.94, S.11, ss.1864-1874.
- Çalışkan, Ş., (2010), *Türkiye’de Gelir Eşitsizliği ve Yoksulluk*, Sosyal Siyaset Konferansları, S.59, ss. 89-132.
- Çalışkan, Z., (2008), *Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım*, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C. 26, S.2, ss.29-50.
- Çelik, E.U. ve İsmihan, M., (2017), *Çok Partili Dönemde Türkiye’nin Makroekonomik Performansı*, içinde Koyuncu, M., Mihci, H. ve Yeldan, A.E., *Geçmişten Geleceğe Türkiye Ekonomisi*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Çevik, H.H., (1998), *Kamu Politikaları Analizi Çalışmaları Üzerine Türkiye Açısından Bir Değerlendirme*, Amme İdaresi Dergisi, C.31, S.2, ss. 103-112.
- Çiçek-Korkmaz, A., (2019), *Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Nüfus*, içinde Budak, F., *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çilingiroğlu, N.E., (2001), *Ekonomik Gelişme ve Sağlık Ekonomisi*, Türkiye Dergisi, C.7, S.40, ss.1594-1613.
- Daniel, R.S., (1974), *Health Planning in the U.S.S.R.: Are There Lessons to Be Learned?*, American Journal of Public Health, C.64, S.6, ss.613-615.
- Davidoff, P. ve Reiner, T.A., (1962), *A Choice Theory of Planning*, Journal of the American Institute of Planners, C.28, S.2, ss.103-115.
- De Leeuw, E., (2014), *Health Policy-Why Research It and How: Health Political Science*, Health Research Policy and Systems 2014, C.12, s.55, ss.1-10.
- Dedeoğlu, N., (2008), *Cumhuriyetten Bugüne Bulaşıcı Hastalıklarda Değişme ve Sağlık Politikaları İle İlişkisi*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.23, S.6, ss.430-435.
- Demirer, Y., (2006), *Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaştırma: Hasta ve Hastalık Örnekleri*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.21, S.1, ss.25-31.
- Deniston, O.L., Rosenstock, I.M. ve Getting, V.A., (1968), *Evaluation of Program Effectiveness*, American Journal of Public Health, C.83, S.4, ss.323-336.
- Dericioğulları Ergün, A. ve Sallan Gül, S., (2009), *Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması*, VII. Kamu Yönetimi Forumu: Küreselleşme Karşısında Kamu Yönetimi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.
- Detels, R., (2002), *Epidemiology: The Foundation of Public Health*, Ed. Koop, C.E., Pearson, C.E. ve Schwarz, M.R., Jossey-Bass A Wiley Imprint, USA.
- Diallo K. vd., (2003), *Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: An International Perspective*, Human Resources for Health, C.1, S.3, ss: 1-13.
- Dirican, R., (1970), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesine Genel Bir Bakış*, Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni, S.3, ss.25-41.
- Dirican, R., (2001), *Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.16, S.6, ss.465-467.

- Dişbudak, C., (2008), *Türkiye’de Makroekonomik Politikaların Dönüşümü*, içinde Günlü, R., *Devlet ve Sermayenin Yeni Biçimleri*, Dipnot Yayınları, Ankara.
- Doğruöz, T., (2011), *Kırklareli Tarihine Işık Tutacak Bir Eser: Türkiye’nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası Kırklareli Vilayeti*, International Journal of History Studies, C.3, S.1, ss.275-284.
- DPT, (1983), *V. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Yayın No: 1916, Ankara.
- DPT, (2006a), *Kamu İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu*, 2. Sürüm, Devlet Planlama Teşkilatı.
- Dror, Y., (1964), *Muddling Through Science or Inertia*, Public Administration Review, C.24, s.3, ss.153-157.
- Edwards, R. vd., (2006), *Assesing Need, The Health Planner’s Toolkit, Module.2*, Health System Intelligence Project, Ontario.
- El Taguri, A., (2008), *Essential Concepts in Modern Health Services*, Libyan Journal of Medicine, C.3, S.3, ss.148-155.
- Elling, R.H., (1968), *The Shifting Power Structure in Health*, The Milbank Memorial Fund Quarterly, C.46, S.1, ss.119-143.
- Erdem, M. ve Rose, K.W., (2000), *American Philanthropy in Republican Turkey: The Rockefeller and Ford Foundation*, The Turkish Yearbook of International Relations, C.31, s.131-159.
- Ersevinç, M., (2008), *Bursa Kent Tarihi İçinde Salgın Hastalıklar ve Gerçekleştirilen Mücadeleler*, 1 Uluslararası ve 10 Ulusal Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, C.II, ss.1387-1399.
- Ersevinç, M., (2019), *Tarihçe*, içinde (eds.) Kılıç, M., *Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Ertem, B., (2009), *Türkiye-ABD İlişkilerinde Truman Doktrini ve Marshall Planı*, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.12, S.21, ss.377-397.
- Ertuna, Ö., (2004), *1923’ten Bugüne Türkiye Ekonomisi ve 2023’e Doğru Hedefler*, MUFAD Muhasebe ve Finansman Dergisi, S.21, ss.6-17.
- Erzurumlu, K., (2001), *Sağlık Sistemimiz Üzerine*, Yeni Türkiye, C.7, S.39, ss.157-173.
- Etches, V. vd., (2006), *Measuring Population Health: A Review of Indicators*, Annual Review of Public Health, S.27, ss.29-55.
- Ettelt vd., (2010), *Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama: Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No. 785, Ankara.
- Etzioni, A., (1967), *Mixed-Scanning: A "Third" Approach to Decision-Making*, Public Administration Review, C.27, S.5, ss. 385-392.
- Evans, T., (2002), *A Human Right to Health?*, Third World Quarterly, C.23, S.2, ss.197-215.

- Executive Office of President, (1967), *Evaluation, Review, and Coordination of Federal Assistance Programs and Project*, Circular Number A-82.
- Fedai, R., (2016), *Devlet Planlama Teşkilatından Kalkınma Bakanlığına*, Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl.3, S.9, ss.410-422.
- Feingold, E., (1969), *The Changing Political Character of Health Planning*, American Journal of Public Health, C.59, S.5, ss.803-808.
- Ferranti, D., (2004), *Public and Private Roles in Health*, içinde Musgrove, P., *Health Economics in Development*, The World Bank, Washington.
- Finlay, J., (2007), *The Role of Health in Economic Development*, Program on the Global Demography of Aging Working Paper Series No. 21.
- Fişek, N.H. ve Dirican, R., (1973), *Halk Sağlığında 50. Yıl*, Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, IV. Bilim Kongresi'nde Sunulan Tebliğ, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1962), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar*, Devlet Planlama Teşkilatı Dergisi, C.1, S.3, ss.55-65.
- Fişek, N.H., (1963), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerine Çalışmalar*, Sağlık Dergisi, C.37, S.3, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1964a), *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin Tarihçesi ve Temel İlkeleri*, Muş Sağlık Bülteni, S.4-5-6-7-8, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1964b), *Türkiye'de Nüfus Sorunlarının Ele Alınış Tarzı ve Planlar*, Sağlık Dergisi, C.38, S.5-19,
- Fişek, N.H., (1967), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Bugünü ve Yarını*, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1970), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesini Engelleyen Faktör*, Türk Tabipler Birliği Yıllığı, ss.7-16, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1976), *Sağlık Hizmetlerinde Geri Kalmışlığın Nedenleri*, Özgür İnsan, S.32, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1981), *Atatürkçülük ve Sağlık Politikamız*, Cumhuriyet Gazetesi, 2 Nisan 1981, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1982), *Sağlık, Nüfus ve Çevre*, Türkiye Çevre Sorunları Vakfı Yayını, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II.
- Fişek, N.H., (1983b), *Dünyada ve Türkiye'de Nüfus Sorunu*, içinde Akın, A., Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II.
- Fişek, N.H., (1984), *Türkiye'de Sağlık Politikası*, Toplum ve Hekim, S.34, ss.30-31 Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1985), *1985 Nüfus Sayımının Düşündürdükleri*, Toplum ve Hekim, S.39, ss.7-9.

- Fişek, N.H., (1989a), *Milli Sağlık Politikamız*, TTB Haber Bülteni, S.21, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1989b), *Hükümet ve Biz*, TTB Haber Bülteni, S.19, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-III.
- Fişek, N.H., (1990), *Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Konusunda Söyleşi*, Sağlık İş Sendika Dergisi, S. Ocak, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-I.
- Fişek, N.H., (1991a), *Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.7, S.48, ss.2-4.
- Fişek, N.H., (1991b), *Bir Önder: Tevfik Salim Sağlam*, Toplum ve Hekim Dergisi, S.47, ss.164.
- Foltz, A.M., (1996), *The Policy Process*, içinde Janovsky, K., *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*, World Health Organization, Geneva.
- Gallup, J.L. ve Sachs, J.D., (2000), *The Economic Burden of Malaria*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, C.64, S.1, ss.85-96.
- Geertman, S., (2006), *Potentials for Planning Support: A Planning-Conceptual Approach*, Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science, C.33, S.6, ss.863-880.
- Gilson, L. ve Raphaely, N., (2008), *The Terrain of Health Policy Analysis in Low and Middle Income Countries: A Review of Published Literature 1994–2007*, Health Policy and Planning, S.23, ss.294–307.
- Goodman, N.M., (1964), *Turkey's Experiment in the Socialisation of Medicine*, The Lancet, C.283, S.7323, ss.36-38.
- Gorfain, D., (1972), *The Role of Areawide Comprehensive Health Planning in the Environment*, American Journal of Public Health, C.62, S.8, ss.1148-1150.
- Gottret, P. vd., (2009), *Protecting Pro-Poor Health Services During Financial Crises: Lessons from Experience*, Advances in Health Economics and Health Services Research, S.21, ss.23-53.
- Gökbunar, R. vd., (2015), *Obezite İle Mücadelede Bir Kamu Politikası Aracı Olarak Vergilerin Değerlendirilmesi*, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, C.22, S.2, ss.581-602.
- Gökçen, A., (2013), *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye'de İktisat Politikaları ve Ekonomik Gelişme*, içinde (eds.) Zencirkıran, M., *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı*, Dora Yayıncılık, 4. Baskı, Bursa.
- Graham, H., (2004), *Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings*, The Milbank Quarterly, C.82, S.1, ss.101-124.
- Green, A. vd., (2012), *Management and Planning for Global Health*, içinde Merson, M.H., *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*, Third Edition, Jones and Barlett Learning, Burlington.
- Green, A. ve Collins, C., (2006), *Management and Planning for Public Health*, içinde Merson, M.H., Black, R.E. ve Mills, A.J., *International Public Health: Diseases*,

- Programs, Systems and Policies*, Jones and Barlett Publishers, Second Edition, Massachusetts.
- Green, A., Ali, B., Naeem, A., ve Vassall, A., (2001), *Using Costing as a District Planning and Management Tool in Balochistan, Pakistan*, Health Policy and Planning, C.16, S.2, ss.180-186.
- Green, A.T. ve Mirzoev, T.N., (2008), *Planning for Public Health Policy*, içinde International Encyclopedia of Public Health, Acedemic Press, ss. 121-132.
- Grosse, R.N. ve Harkavy, O., (1980), *The Role of Health in Development*, Social Science and Medicine, C.14C, ss.165-169.
- Gutierrez, J.L.G., (1975), *Health Planning in Latin America*, American Journal of Public Health, C.65, S.10, ss.1047-1049.
- Gül, H., (2015), *Kamu Politikası Analizi, Yöntemleri ve Teknikleri*, Yasama Dergisi, S.29, ss.5-31.
- Güler, T., (2018), *Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ve Kamu Yönetimine Etkileri*, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.21, S.39, ss.299-322.
- Gümüşçü, O., (1999), *Milli Mücadele Dönemi Türkiye Coğrafyası için Bilinmeyen Bir Kaynak: Türkiye'nin Sıhhi-i İçtimai Coğrafyası*, Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi, C. XV, S.45, ss.939-968.
- Gümüşçü, O., (2017), *Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Türkiye Sağlık Tarihi*, içinde İrgil, C. vd., (Ed.), *Bursa Sağlık Tarihi*, Cilt 1, Bursa Büyükşehir Belediyesi, Bursa.
- Gürsoy, G., (1983), *Sağlık*, içinde *Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, Cilt 7, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Gwatkin, D.R. vd., (2000), *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Turkey*, HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank, Washington.
- Gwatkin, D.R. ve Brandel S.K., (1982), *Life Expentancy and Population Growth in the Third World*, Scientific American, 246/5.
- Haldeman, J.C., (1970), *Planning for Better Health Services*, Health and Hospital Planning Council of Southern, Appandix D., New York, akt. Hyman, H.H., (1976), *Health Planning: A Systematic Approach*, Aspen Sysytems Corporation, Germantown, Maryland.
- Ham, C., (1996), *Priority Setting in Health*, içinde, Janovsky, K., *Health Policy an System Development: An Agenda for Research*, World Health Organization, Geneva.
- Hamzaoglu, O., (2013), *Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri*, Toplum ve Hekim, C.28, S.3, ss. 172-180.
- Hancock, T. ve Minkler, M., (2012), *Community Health Assessment or Healthy Community Assessment: Whose Community? Whose Health? Whose Assessment?* içinde Minkler, M. vd., *Community Organizing and Community Building for Health*, Rutgers University Press, New Jersey, ss.153-170.

- Hancock, T., Labonte, R., ve Edwards, R., (1999), *Indicators That Count! Measuring Population Health at the Community Level*, Canadian Journal of Public Health C.90, S.1, ss.22-26.
- Hans, E.W., Haudenhoven, M.V. ve Hulshof, P.J.H., (2012), *A Framework for Healthcare Planning and Control*, içinde Hall, R., *Handbook of Healthcare System Scheduling*, Springer Media, Boston.
- Harrison, A. vd., (1997), *Funding the NHS: Can the NHS Cope in Future?*, British Medical Journal, C.314, ss.139-142.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, (1998), 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete.
- Heginbotham, C. ve Maxwell, R., (1991), *Managing the Transitions: A Western European View of Health Care Development in Eastern Europe*, European Journal of Public Health, C.1, S.1, ss.36-44.
- Hilleboe, H.E. ve Schaefer, M., (1967), *Papers and Bibliography on Community Health Planning*, Public Affairs Monografi Series, akt. Mattison B.F., (1968), *Community Health Planning and the Health Professions*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1015-1021.
- Hilleboe, H.E. ve Schaefer, M., (1968), *Administrative Requirements for Comprehensive Health Planning at the State Level*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1039-1046.
- Hilleboe, H.E., (1968), *Health Planning on a Community Basis*, Medical Care, C.6, S.3, ss.203-214.
- Himatsingani, C., (1973), *Approaches to Health and Personal Social Services Planning in the National Health Service and the Place of Health Indices*, International Journal of Epidemiology C: 2, S.1, ss.15-21.
- Hochbaum, G.M., (1969), *Consumer Participation In Health Planning: Toward Conceptual Clarification*, American Journal of Public Health, C.59, S.9, ss.1698-1705.
- Holder, L. ve Deniston, L., (1968), *A Decision Making Approach to Comprehensive Health Planning*, Public Health Reports, C.83, S.7, ss.559-568.
- Hopkins, S., (2006), *Economic Stability and Health Status: Evidence from East Asiabefore and after the 1990s Economic Crisis*, Health Policy, C.75, S.3, ss.347-357.
- Hurst, J., (1998), *The Impact of Health Economics on Health Policy in England, and the Impact of Health Policy on Health Economics, 1972-1997*, Health Economic, S.7, ss.47-62.
- Hurt, L. vd., (2004), *Effects of Education and Other Socioeconomic Factors on Middle Age Mortality in Rural Bangladesh*, Journal of Epidemiology and Community Health, C.58, S.4, ss.315-320.
- International Health Facility Guidelines, (2014), *Health Service Planning*, Part S, Version 4.1.

- Irmak, Y., (1982), Refik Saydam Döneminde Sağlık Politikamız, içinde SSYB, Dr. Refik Saydam 1881-1942: Ölümünün 40. Yılı Anısına, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Jabes, J., (1982), *Individual Decision-Making*, içinde McGrew, A. ve Wilson, M.J., *Decision Making, Approach and Analysis*, Manchester University Press, Manchester.
- Jack, W. ve Lewis, W., (2009), *Health Investments and Economic Growth: Macroeconomic Evidence and Microeconomic Foundations*, içinde Spence, M. ve Lewis, M., (2009), *Health and Growth*, Commission on Growth and Development, The World Bank, Washington.
- James, J.H., (1995), *Reforming the British National Health Service: Implementation Problems in London*, Journal of Health Politics, Policy and Law, C.20, S.1, ss.191-210.
- Janovsky, K. ve Cassels, A., (1996), *Health Policy and Systems Research: Issues, Methods and Priorities*, içinde, Janovsky, K., *Health Policy and System Development: An Agenda for Research*, World Health Organization, Geneva.
- Jantsch, E., (1970), *From Forecasting and Planning to Policy Science*, Policy Science, Vol.1, No.1.
- Johansson, S.E., Konlaan, B.B. ve Bygren, L.O., (2001), *Sustaining Habits of Attending Cultural Events and Maintenance of Health: a Longitudinal Study*, Health Promotion International, C.16, S.3, ss.229-234.
- Johnston, G., (2004), *Healthy, Wealthy and Wise? A Review of the Wider Benefits of Education*, New Zealand Treasury Working Paper 04/04, New Zealand.
- Kalemli-Ozcan, S., Ryder, H.E., ve Weil, D.N., (2000), *Mortality Decline, Human Capital Investment, and Economic Growth*, Journal of Development Economics, C.62, S.1, ss.1-23.
- Kamu İdarelerince Hazırlanacak Performans Programları Hakkında Yönetmelik, 05.07.2008 tarih ve 26927 sayılı Resmi Gazete.
- Kamu İdarelerinde Stratejik Planlamaya İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, 26.02.2018 tarih ve 30344 sayılı Resmi Gazete.
- Kar, A., (2019), *Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Ekonomik Sistem*, içinde Budak, F., *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kara, S., (2019), *Sağlık sistemleri: Farklı Modeller, Dünyadaki ve Türkiye'deki Uygulamalar*, içinde (eds.) Kılıç, M., *Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Karabulut, U., (2007), *Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1923-1937)*, Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırma Dergisi, C.6, S.15, ss.151-160.
- Karadağ-Çaman, Ö. ve Çilingiroğlu, N., (2009), *Ekonomik Krizler ve Sağlığa Etkisi*, Toplum Hekimliği Bülteni, C.28, S.2, ss.1-11.
- Kavas, S., *Türkiye'de Değişen Doğurganlık Oranları Üzerine: Durum Tespit Çalışması*, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.7, S.29, ss.537-546.

- Kawachi, I, Subramanian, S.V. ve Almeida-Filho, N., (2002), *A Glossary for Health Inequalities*, Journal of Epidemiology and Community Health, S.56, ss.647-652.
- Keleher, H., (2011a), *Planning for Population Health in Australia's Health Reforms*, Australian and New Zealand Journal of Public Health, C.35, S.2, ss.106-107.
- Keleher, H., (2011b), *Population Health Planning for Health Equity*, Australian Journal of Primary Health, S.17, ss.327-333.
- Keser Aschenberger, F., (2015), *Nitel Politika Analizi*, içinde Seggie, F.N. ve Bayyurt, Y. (eds.), Nitel Araştırma: Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Keskinbora, H.K., (2009), *Atatürk Döneminde Trahomla Mücadele Tarihçesine Bakış*, içinde Mutluer, M., *Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongre Bildirileri*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İzmir, ss.413-422.
- Kılıç, M., (2019), *Epidemiyoloji*, içinde (eds.) Kılıç, M., *Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Kısa, A., (2007), *Sağlık Reformları, Sağlıkta Öncelik Belirleme ve Kaynak Tahsisinde Temel Sağlık Hizmetleri Paketi Yaklaşımı*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Kısa, A., (2007), *Sağlık Reformları, Sağlıkta Öncelik Belirleme ve Kaynak Tahsisinde Temel Sağlık Hizmet Paketi Yaklaşımı*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Kilpatrick, S., (2009), *Multi-level Rural Community Engagement in Health*, The Australian Journal of Rural Health, C.17, S.1, ss.39-44.
- Kissick, W.L., (1968), *Dimensions and Determinants of Health Policy*, Milbank Memorial Fund Quarterly, 46, No. 1, Part 2.
- Koçak, C., (2013), *Siyasal Tarih: 1923-1950*, içinde, Akşin, S. vd., *Türkiye Tarihi 4: Çağdaş Türkiye 1908-1980*, 12. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.
- Koçyiğit, A., (2003), *Makro Ekonomik İstikrar Politikası*, içinde ed. Göksu, T. vd., *1980-2003 Türkiye'nin Dış, Ekonomik, Sosyal ve İdari Politikaları*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Köseoğlu, Ö., (2013), *Kamu Politikası Sürecinde Karar Verme Modelleri*, içinde (eds.) Yıldız M. ve Sobacı, M.Z., *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara.
- Kraft, M.E. ve Furlon, S.R., (2007), *Public Policy*, CQ Press, Washington DC.
- Kreuter, M.V. ve McClure, S.M., (2004), *The Role of Culture in Health Communication*, Annual Review of Public Health, S.25, ss.439-455.
- Kreuter, M.W., Lezin, N.A. ve Young, L.A., (2000), *Evaluating Community-Based Collaborative Mechanisms: Implications for Practitioners*, Health Promotion Practice, C.1, S.1, ss.49-63.
- Kunze, L., (2014), *Life Expectancy and Economic Growth*, Journal of Macroeconomics, S.39, ss.54-65.

- Kurt, A.Ö. ve Şaşmaz, T., (2012), *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003*, Lokman Hekim Journal, C.2, S.1, ss.21-30.
- Lawrance, P.R ve Lorsch, J.W., (1967), *New Management Job: The Integrator*, Harward Business Review, C.45, S.6.
- Lawrie, L. vd., (2006), *The Planning Process*, The Health Planner’s Toolkit, Module.1, Health System Intelligence Project, Ontario.
- Leach, S., (1982), *In Defence of Rational Model*, içinde, Leach, S. ve Steward, J, *Approaches in Public Policy*, George Allen and Urwin, London.
- Lifson, S.S. vd., (1968), *Concepts of Comprehensive Health Planning*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1011-1013.
- Lindblom, C.E., (1959), *The Science of "Muddling Through"*, Public Administration Review, C.19, S.2, ss. 79-88.
- Lindblom, C.E., (1965), *Intelligence of Democracy*, Free Press, New York, akt. Etzioni, A., *Mixed-Scanning: A "Third" Approach to Decision-Making*, Public Administration Review, C.27, S.5, ss. 385-392.
- Lindblom, C.E., (1979), *Still Muddling, Not Yet Through*, Public Administration Review, C.39, S.6, ss.517-526.
- Lipson, M., (2007), *A Garbage Can Model of UN Peacekeeping*, Global Governance, C.13, S.1, ss.79-97.
- Lucas, R.C., (1988), *On the Mechanics of Economic Development*, Journal of Monetary Economics, S.22, ss.3-42.
- MacCormack, C.P., (1983), *Community Participation in Primary Health Care*, Tropical Doctor, C.13, S.2, ss.51-54.
- Mackintosh, M., (1992), *Questioning the State*, içinde Wuyts, M., Mackintosh, M. ve Hewitt, T., *Development Policy and Public Action*, Open University Press, Milton Keynes.
- Maddox, G.L., (1971), *Muddling Through: Planning for Health Care in England*, Medical Care, C.9, S.5, ss.439-448.
- Mamur-Işıkçı, Y., (2016), *Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm*, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.9, S.46, ss.731-747.
- Marti-Costa, S. ve Serrano-Garcia I., (1983), *Needs Assessment and Community Development: An Ideological Perspective*, Prevention in Human Services, C.2, S.2, ss.75-88.
- Maruthappu, M, Olongunde, R. ve Gunarajasingam, A., (2012), *Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care*, Annals of Medicine and Surgery, C.2, S.1, ss.15-17.
- Mattison B.F., (1968), *Community Health Planning and the Health Professions*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1015-1021.
- McDaid, D., Drummond M. ve Suhrcke, M., (2008), *How Can European Health Systems Support Investment in and the Implementation of Population Health*

- Strategies?*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Geneva.
- McKenzie-Pollock, J.S., (1967), *Development of National Health Planning in Latin America*, The Milbank Memorial Fund Quarterly, C. 46, S.2, ss.255-257.
- Memişoğlu, D. ve Durgun, A., (2011), *2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.2011/1, S.13, ss.81-100.
- Metintaş, M.Y. ve Elçioğlu, Ö., (2007) *Cumhuriyetin İlk Onbeş Yılında Sağlık Hizmetleri*, Osmangazi Tıp Dergisi, C. 29, S.3, ss. 162-170.
- Michael, J.M., Spatafore, G. ve Williams, E.R., (1967), *An Approach to Health Planning*, Public Health Reports, C.82, S.12, ss.1063-1070.
- Michael, J.M., Spatafore, G. ve Williams, E.R., (1968), *Basic Information System for Health Planning*, Public Health Reports, C.83, S.1, ss.21-28.
- Mills, A.J., ve Ranson, M.K., (2012), *The Design of Health Systems*, içinde, Merson, M.H., *Global Health: Diseases, Programs, Systems and Policies*, Third Edition, Jones and Barlett Learning, Burlington.
- Modrek, S. vd., (2013), *A Review of Health Consequences of Recessions Internationally and a Synthesis of the US Response during the Great Recession*, Public Health Reviews, C. 35, S. 1, ss. 1-33.
- Mogalakwe, M., (2006), *The Use of Documentary Research Methods in Social Research*, African Sociological Review, C.10, S.1, ss.221-230.
- Morgan B. ve Yeung K., (2007), *An Introduction to Law and Regulation*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mott, B.J.F., (1969), *The Myth of Planning Without Politics*, American Journal of Public Health, C.59, S.5, ss.797-803.
- Mubyazi, G.M. ve Hutton, G., (2012), *Rhetoric and Reality of Community Participation in Health Planning, Resource Allocation and Service Delivery: A Review of the Reviews, Primary Publications and Grey Literature*, Rwanda Journal of Health Sciences, C.1, S.1, ss.51-65.
- Murray C.J. ve Frenk J., (2000), *A Framework for Assessing the Performance of Health Systems*, Bulletin of the World Health Organization, C.78, S.6, ss.717-731.
- Mushkin, S.J., (1962), *Health As an Investment*, Journal of Political Economy, C.70, S.5, ss.129-157.
- Napier, A.D. vd., (2014), *Culture and Health*, Lancet Comissions.
- Navarro, V. vd., (2006), *Politics and Health Outcomes*, The Lancet, C.368, S.9540, ss.1033-1037.
- Navarro, V., (2000). *Assessment of the World Health Report*, Lancet, S.356, ss. 1598-1601.
- Navarro, V., (2007), *What is a National Health Policy?*, International Journal of Health Services, C.37, S.1, ss.1-14.

- Nilsen, P. vd., (2005), *Towards Improved Understanding of Injury Prevention Program Sustainability*, Safety Science, C.43, S.10, ss.815-833.
- Nilsen, P., (2006), *The Theory of Community Based Health and Safety Programs: A Critical Examination*, Injury Prevention, C.12, S.3, ss.140-145.
- Nunes, J., (2012), *Health, Politics and Security*, e-cadernos ces, S.15, ss. 142-164.
- Nurhaliza, Z. vd., (2017), *Analysis of Health Planning Theories: A Systematic Approach*, International Journal of Public Health and Clinical Sciences, C.4, S.3, ss.14-22.
- O'Neill, K. vd., (2016), *Monitoring, Evaluation and Review of National Health Policies, Strategies and Plans*, içinde, WHO, *DStrategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 9, Geneva.
- O'Reurke, T.W., (1988), *Consumer Sovereignty in a Competitive Market: Fact or Fiction?*, içinde Evan M. vd. (Ed.), *Money, Power and Health Care*, Health Administration Press, akt. Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T., (2013), *Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme*, içinde Yıldız M. ve Sobacı, M.Z. (Ed.), *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara.
- O'Connor, J.T., (1974), *Comprehensive Health Planning: Dreams and Realities*, The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society, C.52, S.4, ss.391-413.
- Oktay, E.Y., (2013), *Türkiye'de Cumhuriyet'in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları*, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, S.7, ss.31-53.
- Olaf, H., (1968), *Analysis of the Future: The Delphi Method*, içinde Bright, J.R., *Technological Forecasting for a Industry and Government*, Prentice Hall.
- Oliver, T.R., (2006), *The Politics of Public Health Policy*, Annual Review Public Health, S.27, ss.195-233.
- Olurunfemi, J.F., (1983), *Population in Health Planning*, Social Science and Medicine, Cilt: 17, No: 9.
- Omran, A.R., (2005), *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*, The Milbank Quarterly, C.83, S.4, ss.731-757.
- O'Neill, M., (1992), *Community Participation in Quebec's Health System: A Strategy to Curtail Community Empowerment?*, International Journal of Health Services, S.22, ss.287-301.
- Ovalı, F., (2017), *Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Alanındaki Faaliyetler*, içinde İrgil, C. vd., (Ed.), *Bursa Sağlık Tarihi*, Cilt 1, Bursa Büyükşehir Belediyesi, Bursa.
- Öncel, S., (1997), *Kültürel Yapı ile Sağlık-Hastalık İlişkisi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C.13, S.1-3, ss.177-184.
- Önder, İ., (2003), *Türkiye Ekonomisinin Analizi*, Kızılcık Dergisi, S.18, ss.10-19.
- Övgün, B. ve Küçük, A., (2013), *Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları*, Amme İdaresi Dergisi, C.46, S.1, ss.57-80.
- Özdemir, H., (2013), *Siyasal Tarih: 1960-1980*, içinde, Akşin, S. vd., *Türkiye Tarihi 4: Çağdaş Türkiye 1908-1980*, 12. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.

- Özdemir, Y.E., (2001a), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları: Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları*, Yeni Türkiye Dergisi, C.7, S.39, ss.257-275.
- Özdemir, Y.E., (2001b), *Sağlık Reformları: 1980 ve 90'lı Yılların Sağlık Politikaları*, Yeni Türkiye Dergisi, C.7, S.39, ss.276-293.
- Özen, S., (1994), *Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, S.5, ss.133-145.
- Özhan-Çaparlar, C. ve Dönmez, A., (2016), *Bilimsel Araştırma Nedir, Nasıl Yapılır?*, Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation, S.44, ss.212-218.
- Özkaya, H., (2016), *Cumhuriyet Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele*, Türk Aile Hekimliği Dergisi, C.20, S.2, ss.77-84.
- Öztek, Z., (1992), *Nusret Fişek ile Söyleşi*, Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-III.
- Öztek, Z., (1994), *Sağlık Alanına Damgasını Vuran Behçet Uz ile Son Söyleşi*, Actual Medicine, C.2, S.7, ss.14-17.
- Öztek, Z., (2001a), *Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri*, içinde Sağlık Bakanlığı, Uyum Eğitimi, Ankara.
- Öztek, Z., (2001b), *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri*, Yeni Türkiye, C.7, S.39, ss. 60-64.
- Öztek, Z., Yüksel A. ve Sakabaş, İ., (2001). *Sağlık Hizmetleri ve Çalışanlar Açısından Yasal Düzenlemeler*, içinde Sağlık Bakanlığı, Uyum Eğitimi, Ankara.
- Öztürk, H. ve Şaylıgil, Ö., (2017), *A Physician and a Politician: Dr. Behçet Uz and His Health Policies*, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi, C.7, S.2, ss.77-85.
- Öztürk, M., (1999), *Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri*, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.6, S.1, ss.37-41.
- Paglin, M., (1974), *Public Health and Development: A New Analytical Framework*, Economica, C. 41, S. 164, ss.432-441.
- PAHO, (1964), *Status of National Health Planning*, XV. Meeting, CD15/4.
- Paim, J.S. ve Teixeira, C.F., (2006), *Policy, Planning and Health Management: The Current Understanding*, Revista Saúde Pública, C.40, ss. 73-78
- Pala, K., (2014), *Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi*, Turkish Journal of Public Health, C.12, S.3, ss.201-206.
- Palmer, B.Z., (1972), *An Advanced Health Planning System*, National Technological Information Services, Springfield, akt. Hyman, H.H., *Health Planning: A Systematic Approach*, Aspen Sysytems Corporation, Germantown, Maryland.
- Palmiere, D., (1972), *Types of Planning in the Healthcare System*, American Journal of Public Health, C: 62, Sayı: 8, ss. 1112-1115.
- Papadimos, T.J., (2007), *Healthcare Access as a Right, Not a Privilege: A Construct of Western Thought*, Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, C.2, S.2, ss.1-8.

- Petersen, W., (1966), *On Some Meanings of Planning*, Journal of the American Institute of Planners, C.32, S.3, ss.130-142.
- Queensland Health, (2015), *Guide to Health Services Planning*, Version 3, State of Queensland.
- Raffel, M.W., (1968), *A Model Health Planning Process*, Public Health Reports, C.83, S.6, ss.474-478.
- Rajan, D., (2016), *Situation Analysis of the Health Sector*, içinde, WHO, *DStrategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 3, Geneva.
- Rashed, T.G., ve Galal, M., (2015), *Culture and Health: A Study in Medical Anthropology in Kenya*, içinde The 30th Annual International Conference of th Institute of African Research and Studies, Human Securiy Africa.
- Reinke, W.A. ve Hall, T.A., (1988), *Political Aspects of Planning*, içinde Reinke, W.A., *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Reinke, W.A., (1988b), *Health Services Program Evaluation*, içinde Reinke, W.A., *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Reinke, W.A., (1988c), *An Overview of the Planning Process*, içinde Reinke, W.A., *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Reinke, W.A., Taylor, C.E. ve Parker, R.L., (1973), *Functional Analysis of Health Needs and Services*, Johns Hopkins University, Department of International Health.
- Resmi Gazete, (1990), 07.10.1990 tarih ve 20658 sayılı Resmi Gazete.
- Resmi Gazete, (1994), 22.12.1994 tarih ve 22149 sayılı Resmi Gazete.
- Resmi Gazete, (1997), 17.12.1997 tarih ve 23203 sayılı Resmi Gazete.
- Resmi Gazete, (2011), 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete.
- Resmi Gazete, (2017), 25.08.2017 tarih ve 30165 sayılı Resmi Gazete.
- Rifkin S.B., (2009), *Lessons From Community Participation in Health Programs: A Review of the Post Alma Ata Experience*, International Health, C.1, S.1, 31-36.
- Rifkin, S.B., (2014), *Examining the Links Between Community Participation and Health Outcomes: A Review of the Literature*, Health Policy and Planning, C.29, S.Supply-2, ss.98-106.
- Rogers, P.G., (1968), *Comprehensive Health Planning: The Partnership for Health Programs*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1036-1038.
- Rosevelt, F.D., (1944), *Second Bill of Rights*.
- Sağlık Bakanlığı, (1992a), *Türkiye Sağlık Reformu: Sağlıkta Mega Proje*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (1993), *Ulusal Sağlık Politikası*, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlık Dönüşüm*, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı, (2010a), *Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar*, 02.07.2010 tarih ve 2010/50 sayılı Genelge.
- Sağlık Bakanlığı, (2012a), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2016b), *Sağlık Hizmet Bölgeleri Organizasyon Şemasının Güncellenmesi*, 28.03.2016 tarih ve 83913885 sayılı yazı
- Saltman R.B. ve Ferroussier-Davis, O., (2000), *The Concept of Stewardship in Health Policy*, Bulletin of the World Health Organization, C.78, S.6, ss.732-739.
- Savaş, B.S., (2001), *Türkiye Sağlık Sistemi: Kısa Bir Genel Bakış*, Yeni Türkiye, C.7, S.39, ss.87-128.
- Saygılı, M., (2019a), *Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Çevre*, içinde (eds.) Budak, F., *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Saygılı, M., (2019b), *Yoksulluk ve Sağlık*, içinde (eds.) Özer, Ö. ve Şantaş, F., *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- Schaffer, R.H., (1967), *Putting Action Into Planning*, Harvard Business Review, C.45, S.6.
- Schmets, G. vd., (2016), *Introduction*, içinde, WHO, *Strategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 1, Geneva.
- Schultz, G.P., (1970), *The Logic of Health Care Facility Planning*, Socio-Economic Planning Sciences, C.4, S.3, ss.383-393.
- Seder, R.H., (1973), *Planning and Politics in the Allocation of Health Resources*, American Journal of Public Health, C.63, S.9, ss.774-777.
- Shaw, M., (2004), *Housing and Public Health*, Annual Review of Public Health, S.25, ss.397-418.
- Shuey, D. vd., (2016), *Operational Planning: Transforming Plans into Action*, içinde, WHO, *Strategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 6, Geneva.
- Siddiqi, S. vd., (2004), *Pakistan's Maternal and Child Health Policy: Analysis, Lessons and the Way Forward*, Health Policy, C.69, S.1, ss.117-130.
- Siegel, J.S., (1981), *Demographic Background for International Gerontological Studies*, Journal of Gerontology, Cilt: 36, No: 1.
- Simon, H., (1955), *A Behavioral Model of Rational Choice*, The Quarterly Journal of Economics, C.69, S.1., ss. 99-118.
- Smith, G. ve May D., (1982), *The Artificial Debate Between Rationalist and Incrementalist Models of Decision-Making*, içinde McGrew, A. ve Wilson, M.J., *Decision making, Approach and Analysis*, Manchester University Press, Manchester.
- SMİV, (1954), *Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler*, Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekâleti Neşriyatı, Yayın No. 177, Ankara.

- Soyer, A., (2001), *Sağlıkta Eşitsizlikler; Nereden Nereye? Hangi Temelde?*, Yeni Türkiye, C.7, S.39, ss.218-226.
- Soyer, A., (2003), *1980'den Günümüze Sağlık Politikaları*, Praksis, S.9, ss. 301-319.
- Soysal, M., (1976), *Plancıyla Oynamak*, Milliyet Gazetesi, 21 Şubat 1976, ss.2.
- Sönmez, S., (2009), Türkiye Ekonomisinde Neoliberal Dönüşüm Politikaları ve Etkileri, içinde Mütevellioğlu, N. ve Sönmez, S., Küreselleşme, Kriz ve Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- SSYB, (1948), *TBMM'deki 1948 senesi Bütçe Görüşmeleri Sosyisiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Dr. Behçet Uz'un Konuşması*, Sağlık Dergisi, C.21, S.1, ss.6-10.
- SSYB, (1961), *Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Hakkında Etüt*, Sağlık Dergisi, C.25, S.11-12, ss.47-64.
- Stacey, N., (1998), *Social Benefits of Education*, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, S.559, ss.54-63.
- Strateji Geliştirme Birimlerinin Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 18.02.2006 tarih ve 26084 sayılı Resmi Gazete.
- Straube, B.M., (2013), *A Role for Government: An Observation on Federal Healthcare Efforts in Prevention*, American Journal of Preventive Medicine, C.44, S.1, ss.39-42.
- Sungur, C., (2019), *Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Kültür*, içinde Budak, F., *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Susser, M., (1993), *Health as a Human Right: An Epidemiologist's Perspective on the Public Health*, American Journal of Public Health, C.83, S.3, ss.418-426.
- Tanör, B., (2011), Siyasal Tarih: 1980-1995, içinde Akşin, S., (2011), *Türkiye Tarihi 5: Bugünkü Türkiye 1980-2003*, 11. Basım, Cem Yayınevi, İstanbul.
- Tatar, M. ve Erigüç, G., (2001), *Turkish Healthcare Reforms and Reasons for Failure*, içinde ed. Tavakoli, M. vd., *Health Policy and Economics: Strategic Issues in Health Care Management*, Ashgate Publishing, New York.
- Tatar, M., (2003), *Sağlık Politikası*, içinde ed. Göksu, T. vd., *1980-2003 Türkiye'nin Dış, Ekonomik, Sosyal ve İdari Politikaları*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tatar, M., (2007), *Sağlık Politikası ve Politika Belirleme Süreci*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Taylor, C.E. ve Reinke, W.A., (1988), *The Process, Structure and Functions of Planning*, içinde Reinke, W.A., (1988), *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Tengilimoğlu, D. ve Toygar, Ş.A., (2018), *Sağlık Politikası ve Planlaması ile İlgili Temel Kavramlar*, içinde Tengilimoğlu, D., *Sağlık Politikası*, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- TEPAV, (2009), *2007-2008 Küresel Finans Krizi ve Türkiye: Etkiler ve Öneriler*, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Küresel Kriz Çalışma Grubu, Politika Notu.

- Terwindt, F. vd., (2016), *Priority-Setting for National Health Policies, Strategies and Plans*, içinde, WHO, *DStrategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 4, Geneva.
- Terwindt, F. ve Rajan, D., (2016), *Strategic Planning: Transforming Priorities into Plans*, içinde, WHO, *DStrategizing National Health in the 21st Century: a Handbook*, Chapter 5, Geneva.
- Thunhurst, C. ve Barker, C., (1999), *Using Problem Structuring Methods in Strategic Planning*, Health Policy and Planning, C.14, S.2, ss.127-134.
- Tokaç, M., (2015), *Kalkınma Planları ve 10. Kalkınma Planında Sağlık*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, S.34, ss.6-11.
- Tokol, A., (2013), *Günümüz Türkiye'sinde Sosyal Sorunlar ve Sosyal Politika Uygulamaları*, içinde (eds.) Zencirkıran, M., *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı*, Dora Yayıncılık, 4. Baskı, Bursa.
- Top, M., (2006), *Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye'de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.9, S.1, ss.93-123.
- Topkaya, Ö., (2016), *Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi*, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, C.21, S.2, ss.707-722.
- TTB, (2001), *On Soruda 224: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*, Toplum ve Hekim, C.16, S.1, ss.28-33.
- Tuğluoğlu, F., (2008), *Türkiye'de Sıtma Mücadelesi: 1924-1950*, Türkiye Parazitoloji Dergisi, C.32, S.4, ss.351-359.
- Turgut, Y., (2009), *Verilerin Kaydedilmesi, Analizi, Yorumlanması: Nicel ve Nitel*, içinde Tanrıöğen, A. (eds.), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Tüfekci, N. vd., (2017), *Dijital Hastane*, Journal of Current Researches on Health Sector, C.7, S.2, ss.143-156.
- TÜİK, (2013), *İstatistiklerle Yaşlılar, 2013*, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara
- Türkiye Cumhuriyeti, (1961), *1961 Anayasası*, Kanun No: 334.
- Türkiye Cumhuriyeti, (1982), *1982 Anayasası*, Kanun No: 56.
- Tyroler, A.T. ve Smith, H.L., (1968), *Epidemiology and Planning for The North Carolina Regional Medical Program*, American Journal of Public Health, C.58, S.6, ss.1058-1067.
- Uğurlu, M.C., (1994), *Türkiye'de Öncü Bir Toplum Hekimi Dr. Mehmet Cemalettin Or*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C.47, S.1, ss.3-49.
- United Nations Economic and Social Council, (1963), *National Health Planning with Some Observations on the Relation to Economic Development*, Presented by World Health Organization, E/CN.14/SDP/22.
- Usta, A., (2014). *Kamu Kurumlarında Stratejik Planlama: Önemi, Bileşenleri, Evreleri ve Uygulanabilirliği*, ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi, C.1, S.2, ss.31-53.

- Üner, S., Açikel, C.H. ve Özcebe, H., (2007) *Sağlık Yöneticileri ve Epidemiyolojinin Kullanımı*, içinde Aktan, C.C. ve Saran, U., *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Aura Kitapları, İstanbul.
- Üstünbaş, H.B., (2001), *Türkiye’de Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları*, Yeni Türkiye, C.7, S.39, ss.194-198.
- Van Herten, L.M. ve Gunning-Schepers, L., (2000), *Targets as a Tool in Health Policy. Part II: Guidelines for Application*, Health Policy, C.53, S.1, ss.13-23.
- VicHealth, (2008), *People, Places, Processes: Reducing Health Inequalities Through Balanced Health Promotion Approaches*, Victorian Health Promotion Foundation, Carlton.
- Wagstaff, A., (2002), *Poverty and Health Sector Inequalities*, Bulletin of the World Health Organization, Policy and Practice Theme Papers, S.80, ss.97-105.
- Walsh, J.A. Ve Warren, K.S., (1980), *Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control In Developing Countries*, Social Science and Medicine, C.14, S.2, ss.145-163.
- Walt, G. vd., (2008), *‘Doing’ Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges*, Health Policy and Planning, S.23, ss.308-317.
- Walt, G. ve Gilson, L., (1994), *Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central Role of Policy Analysis*, Health Policy and Planning, C.9, S.4, ss.353-370.
- Walt, G. ve Vaughan, P., (1986), *Politics of Health Planning*, World Health Forum, Vol.7.
- Walt, G., (1996), *Policy Analysis: An Approach*, içinde Janovsky, K., (1996), *Health Policy an System Development: An Agenda for Research*, World Health Organization, Geneva.
- Waterson, A., (1971), *An Operational Approach to Development Planning*, International Journal of Health Services, S.1, ss.223-252., akt. Reinke, W.A., *Health Planning for Effective Management*, Oxford University Press, New York.
- Western Austuralia Country Health Services, (2012), *Health Services Planning and Services Reform: Principles and Practice*, A WACHS Position Paper, Government of Western Austuralia.
- White, K.L. ve Murnaghan, J.H., (1970), *Health Services Planning: Models and Means*, Health Services Research, C.5, S.7, ss.304-307.
- Whitehead, M., (1985), *The Concepts and Principles of Equity and Health*, World Health Organization, Copenhagen.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. ve Gilson, L., (2001), *Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective*, içinde Ed. Evans, T. vd., *Challenging Inequities in Health*, Oxford University Press, New York.
- WHO, (1946), *Constitution of the World Health Organization*, American Journal of Public Health, C.36, S.11, ss.1315-1323.

- WHO, (1952), *Expert Committee on Health Statistics*, World Health Organization Technical Report Series, No: 53, Geneva.
- WHO, (1953), *Health Planning*, Western Pasific Region, Regional Committee Technical Discussion, WP/RC4/TD4.
- WHO, (1961), *Planning of Public Health Services*, World Health Organization Technical Report Series, No.215, Geneva.
- WHO, (1965a), *Health Planning*, Report of the Technical Discussions at the Eighteenth World Health Assembly, Technical Discussions 6, Geneva.
- WHO, (1965b), *Statistical Data Required for National Health Planning*, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, EM/RC15/5, Geneva.
- WHO, (1967a), *National Health Planning in Developing Countries*, World Health Organization Technical Report, No: 350, Geneva.
- WHO, (1970), *Training in National Health Planning*, WHO Technical Report Series, No: 456, Geneva.
- WHO, (1973), *Interrelationship Between Health Programmes and Socio-Economic Development*, Technical Discussion at World Health Assembly, Geneva.
- WHO, (1978b), *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- WHO, (1981), *Health Programme Evaluation*, World Health Organization, Geneva.
- WHO, (1985), *Managerial Process for National Health Development*, Meeting Reference: WHO-EM/INT.WKP.MPNHD/3.
- WHO, (2005a), *Health and the Millennium Development Goals*, WA 530.1, Geneva.
- WHO, (2005b), *Stakeholder Analysis and Networks*, , içinde, WHO, *Health Service Planning and Policy Making: A Toolkit for Nurses and Midwives*, Module 2, World Health Organization Western Pasific Regional Publications, Philippines.
- WHO, (2005c), *Policy Development Process*, içinde, WHO, *Health Service Planning and Policy Making: A Toolkit for Nurses and Midwives*, Module 4, World Health Organization Western Pasific Regional Publications, Philippines.
- WHO, (2005d), *Monitoring Evaluation*, içinde, WHO, *Health Service Planning and Policy Making: A Toolkit for Nurses and Midwives*, Module 6, World Health Organization Western Pasific Regional Publications, Philippines.
- WHO, (2006), *Cancer Control: Knowledge into Action: Planning*, World Health Organization Guide for Effective Programmes, Module 1, Geneva.
- WHO, (2008a), *The World Health Report Primary Health Care Now More Than Ever*, Geneva.
- WHO, (2008b), *The Right to Health*, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, World Health Organization, Fact Sheet No:31, Geneva.
- WHO, (2010), *A Framework for National Health Policies, Strategies and Plans*, World Health Organization, Geneva.
- WHO, (2011a), *Health Systems Strengthening Glossary*, World Health Organization.

- WHO, (2014), *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar Türkiye Ülke Değerlendirmesi*, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag.
- Williams, J.D., (1969), *Compherensive Health Planning: An Organization Means for Transition*, American Journal of Public Health, C.59, S.1, ss.48-52.
- Wiseman V. vd., (2003), *Involving the General Public in Priority Setting: Experiences from Australia*, Social Science and Medicine, C.56, S.5, ss.1001-1012.
- Wolf, J. Vd., (2014), *Assessing the Impact of Drinking Water and Sanitation on Diarrhoeal Disease in Low and Middle-Income Settings: Systematic Review and Meta-Regression*, Tropical Medicine and International Health, C.19, S.8 ss.928–994.
- Wright, J., Williams, R. ve Wilkinson, J.R., (1998), *Development and Importance of Health Needs Assessment*, British Medical Journals, C.316, ss.1310-1313.
- Yardan, E.D. ve Kiremit, B.Y., (2016), *Türkiye Kalkınma Planları'nda Sağlık Sektörü*, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, C.1, S.2, ss.93-110.
- Yardım, N., (2011), *Kronik Hastalıklar ve Sağlık Bakanlığı Çalışmaları*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, S.17, ss.1-4.
- Yardımcıoğlu, F., (2013), *Eğitim ve Sağlık İlişkisi: Panel Eşbütünleşme ve Panel Nedensellik Analizi*, Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.9, S.1, ss.49-74.
- Yavuz, C.I., (2008), *DSÖ Yol Gösteriyor, Hükümet Uyguluyor: Sağlık Sisteminde Benimsenebilecek Tek ve Basit Bir Piyasa Kavramı Yoktur*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.19, S.3, ss.216-222.
- Yavuz, C.I., (2013), *Türkiye'de Sağlık Bakanlığı: 1980 Sonrası*, Toplum ve Hekim Dergisi, C.28, S.3, ss.192-204.
- Yeginboy, E.Y. ve Sayın, K.Ş., (2008), *Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları*, 2. Ulusal İktisat Kongresi.
- Yenimahalleli Yaşar, G., (2017), *AKP'li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası*, (der.) Yenimahalleli Yaşar, G., Göksel A. ve Birler, Ö., *İnsana Karşı Piyasa: Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*, Notabene Yayınları: İstanbul.
- Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T., (2013), *Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme*, (Ed.) Yıldız M. ve Sobacı, M.Z. içinde *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara.
- Yıldırım, H.H., (1999), *Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları*, Amme İdaresi Dergisi, C.32, S.1, ss.123-134.
- Yıldırım, H.H., (2015), *Seçimler, Sağlık ve Siyaset: 7 Haziran 2015 Genel Seçimleri Işığında Bir Değerlendirme*, ABSAM Analiz, 2015/1, Ankara.
- Yıldırım, S., (2010), *2008 Yılı Küresel Ekonomi Krizinin Dünya ve Türkiye Ekonomisine Etkileri*, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, C.12, S.18, ss.47-55.
- Zalot G.N. ve Lussing F.J., (1983), *A Process for Establishing Health Care Priorities*, Health Management Forum Winter, ss.31-45.

- Zola, I.K., (1973), *Pathways to the Doctor: From Person to Patient*, Social Science and Medicine, C.7, S.9, ss.677-689.
- Zon, A. ve Muysken, J., (2005), *Health as a Principal Determinant of Economic Growth*, içinde Lopez-Cassnovas, G., Rivera, B. ve Currais, L., *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implication*, Massachusetts Institute of Technology Press, London.
- Zukin, P., (1971), *Planning a Health Component for an Economic Development Program*, American Journal of Public Health, C.61, S.9, ss.1751-1759.
- 154 Sayılı Yönerge, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*.
- 1593 Sayılı Kanun, *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu*, Kabul Tarihi: 24.04.1930.
- 224 Sayılı Kanun, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*, 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı Resmi Gazete.
- 2827 Sayılı Kanun, *Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*, 27.05.1983 tarih ve 18059 sayılı Resmi Gazete.
- 3 Sayılı Kanun, (1920), *Büyük Millet Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun*.
- 3359 Sayılı Kanun, (1987), *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*.
- 356 Sayılı KHK, 2 Mart 1989 tarih ve 20096 sayılı Resmi Gazete.
- 5018 Sayılı Kanun, (2003), *Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu*, 24.12.2003 tarih ve 25326 sayılı Resmi Gazete.
- 5227 Sayılı Kanun (2004), *Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri Ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun*.
- 5396 Sayılı Kanun, (2005), *Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun*. 14.07.2005 tarihli Resmi Gazete.
- 5436 Sayılı Kanun, (2005), *Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*.
- 557 Sayılı Kanun, *Nüfus Planlaması Hakkında Kanun*, 10.04.1965 tarih ve 11976 sayılı Resmi Gazete.
- 643 Sayılı KHK, (2011), *3046 Sayılı Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname*, 08.06.2011 tarih ve 27958 mükerrer sayılı Resmi Gazete.
- 91 Sayılı Kanun, (1960), *Devlet Planlama Teşkilâtının Kurulması Hakkında Kanun*, 5 Ekim 1960 tarih ve 10621 sayılı Resmi Gazete.

Tezler

- Akın, C.S., (2007), *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Arıkan, A., (2005), *Milli Türk Tıp Kongreleri (1923-1968) ve Türkiye Sağlık Politikalarına Etkileri*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Khan, M.M., (2006), *Health Policy Analysis: The Case of Pakistan*, Groningen Üniversitesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Datawyse Maastricht, Netherlands.
- Makas, R., (2003), *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standartlar Birliği*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk A.B.D., Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Mazgit, İ., (1998), *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- Tekin, G., (2011), *Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti’nden Sağlık Bakanlığı’na (1920-2000)*, Ankara Üniversitesi, Türk İnkılap Tarih Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

İnternet Kaynakları

- Akalın, H.E., (2011), *Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları*, <http://saglikekonomisi.omegacro.com/yaslanan-nufus-ve-saglik-sorunlari>, Erişim Tarihi: 31.07.2019.
- Centers for Disease Control and Prevention, (2010), *Healthy Places*, <http://www.cdc.gov/healthypaces/about.htm>, Erişim Tarihi: 14.09.2018.
- Cigna, (2016), *Cultural Competency in Health Care Delivering Quality Care to an Increasingly Diverse Population*, <https://www.cigna.com/assets/docs/about-cigna/thn-white-papers/cultural-competency-in-health-care-final.pdf>, Erişim Tarihi: 29.07.2019.
- Demirel, H., (2009), *Çok Partili Siyasi Hayata Geçerken Sağlık Politikaları*, <http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx>, Erişim Tarihi: 02.02.2020.
- Dünya Bankası İnternet Sitesi, www.worldbank.org, Erişim Tarihi: 19.07.2019.
- Fahrettin Koca Twitter Hesabı, (@drfahrettinkoca), 19 Temmuz 2019 tarihli Tweet, <https://twitter.com/drfahtettinkoca/status/1152196904610127877>, Erişim Tarihi: 23.07.2019.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İnternet Sitesi, *Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı*, <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>, Erişim Tarihi: 29.07.2019.
- Hazine ve Maliye Bakanlığı İnternet Sitesi, (2019), *Bütçe Büyüklükleri ve Bütçe Gerçekleşmeleri*, www.hmb.gov.tr, Erişim Tarihi: 27.05.2019.
- Health Care Resources, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, Erişim Tarihi: 30.01.2020.
- Health Transformation and Social Security Reform Project, <http://documents.worldbank.org/curated/en/416431468308041441/Turkey-Turkey-Health-Transformation-and-Social-Security-Reform-Project>, Erişim Tarihi: 29.01.2020.
- Health Transition Project Implementation Completion and Results Report, <http://documents.worldbank.org/curated/en/346791468121134178/pdf/ICR7800P0740531C0disclosed091241101.pdf>, Erişim Tarihi: 29.01.2020.
- Health Transition Project, <http://documents.worldbank.org/curated/en/632361468764374671/pdf/27717.pdf>, Erişim Tarihi: 29.01.2020.
- IHP+ (2013), *How to Conduct a Joint Assessment of a National Health Strategy (JANS), Based on Country Experience a Working Document on Options for Conducting a JANS on a Health Sector or Sub-Sector Strategy*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128671/9789241507318_eng.pdf;jsessionid=8DF47111FF17B75EA199269337DE17B5?sequence=1, Erişim Tarihi: 08.08.2019.

- Logaraj, M., (2015), *Health Planning*, <https://www.slideshare.net/mlogaraj/healthplanning-50306629>, Erişim Tarihi: 09.08.2018.
- Milliyet Gazetesi, *Gökte Allah Yerde Sosyolozo*, 08.04.1965, http://gazetearsivi.milliyet.com.tr/GununYayinlari/xBBUgxQi86kydrvb97I2BA_x3D_x3D, Erişim Tarihi: 17.07.2019.
- Özsarı, H., (2009), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma*, http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=255&connection_id=24&connection_table=1&content_type=1&anahtar=atak Erişim Tarihi: 15.01.2019.
- Programmatic Public Sector Development Policy Loan, <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P071052?lang=en>, Erişim Tarihi: 29.01.2020.
- Robert Wood Johnson Foundation, (2009), *Education Matters for Health*, Commission to Build a Healthier America, Issue Brief 6: Education and Health, <http://www.commissiononhealth.org>, Erişim Tarihi: 18.07.2019.
- Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, Bakanlarımız, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>, Erişim Tarihi: 01.02.2019.
- Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi, *Sağlık Bakanları ve Görev Dönemleri*, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11490/bakanlarimiz.html>, Erişim Tarihi: 26.01.2019.
- Sağlık Bakanlığı, (2017a), *Sağlık Hizmet Bölgesi*, <http://planlamadb.saglik.gov.tr/TR,5708/saglik-hizmet-bolgesi.html>, Erişim Tarihi: 26.11.2018.
- Sağlık Bakanlığı, e-Kütüphane, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kta%20Stratejik%20Planlama.pdf>, Erişim Tarihi: 04.02.2020.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 83913985 Sayılı Yazısı, <http://ohsad.org/wp-content/uploads/2016/03/saglik-hizmet-bolgeleri-organizasyon-semasi-guncellemes-.pdf>, Erişim Tarihi: 24.12.2019.
- TBMM İnternet Sitesi, <https://acikerisim.tbmm.gov.tr>, Erişim Tarihi: 26.08.2019
- TBMM İnternet Sitesi, *Hükümetler*, https://www.tbmm.gov.tr/kutuphane/e_kaynaklar_kutuphane_hukumetler.html, Erişim Tarihi: 14.05.2019.
- TBMM İnternet Sitesi, *Kanunlar*, https://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/td_v2.tutanak_sonuc?v_mecelis=1&v_donem=&v_yasama_yili=&v_cilt=&v_birlesim=&v_sayfa=&v_anabaslilik=KANUNLAR&v_altbaslik=&v_mv=&v_sb=&v_ozet=&v_bastarih=&v_bittarih=&v_kayit_sayisi=5000&v_kullanici_id=14907751&v_gelecek_sayfa=1, Erişim Tarihi: 26.07.2019.

- TCMB İnternet Sitesi, *Tüketici Fiyatları*, <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Enflasyon+Verileri/Tuketici+Fiyatlari>, Erişim Tarihi: 28.05.2019.
- TEPAV, UNICEF ve Dünya Bankası, (2009), *Ekonomik Kriz, Türkiye’de Ailelerin Refahını Etkiliyor Özet Rapor*, https://www.tepav.org.tr/upload/files/1271243687r8014.Ekonomik_Kriz_Turkiye_de_Ailelerin_Refahini_Etkiliyor_Anket_Ozeti_.pdf, Erişim Tarihi: 31.01.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2013), *Sosyal Koruma İstatistikleri 2008-2012*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16201>, Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2018a), *Nüfus Projeksiyonları: 2018-2080*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, Erişim Tarihi: 29.07.2019.
- TÜİK Haber Bülteni, (2018b), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2017*, https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/taceseyuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf, Erişim Tarihi: 01.08.2019.
- TÜİK Haber Bülteni, (2019a), *Ölüm Nedeni İstatistikleri*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>, Erişim Tarihi: 18.07.2019.
- TÜİK Haber Bülteni, (2019b), *Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2018*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30755>, Erişim Tarihi: 31.01.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2019c), *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2018*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30624>, Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2019d), *Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri 2010-2018*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>, Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2019e), *Sosyal Koruma İstatistikleri 2018*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30625>, Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- TÜİK Haber Bülteni, (2020), *Dönemsel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla, IV. Çeyrek: Ekim-Aralık, 2019* <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=J84KpY8PhySphW9HTJFSh9nNw1JLFJk1G5HLQygv8HkhdTPGTbpG!-1640928918?id=33603>, Erişim Tarihi: 28.02.2020.
- TÜİK İnternet Sitesi, *Temel Doğurganlık İstatistikleri*, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060, Erişim Tarihi: 01.02.2020
- TÜİK İnternet Sitesi, *Ulusal Eğitim İstatistikleri*, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1018, Erişim Tarihi: 12.02.2020.
- TÜİK İnternet Sitesi, www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 17.01.2019.
- Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr, Erişim Tarihi: 10.04.2019.

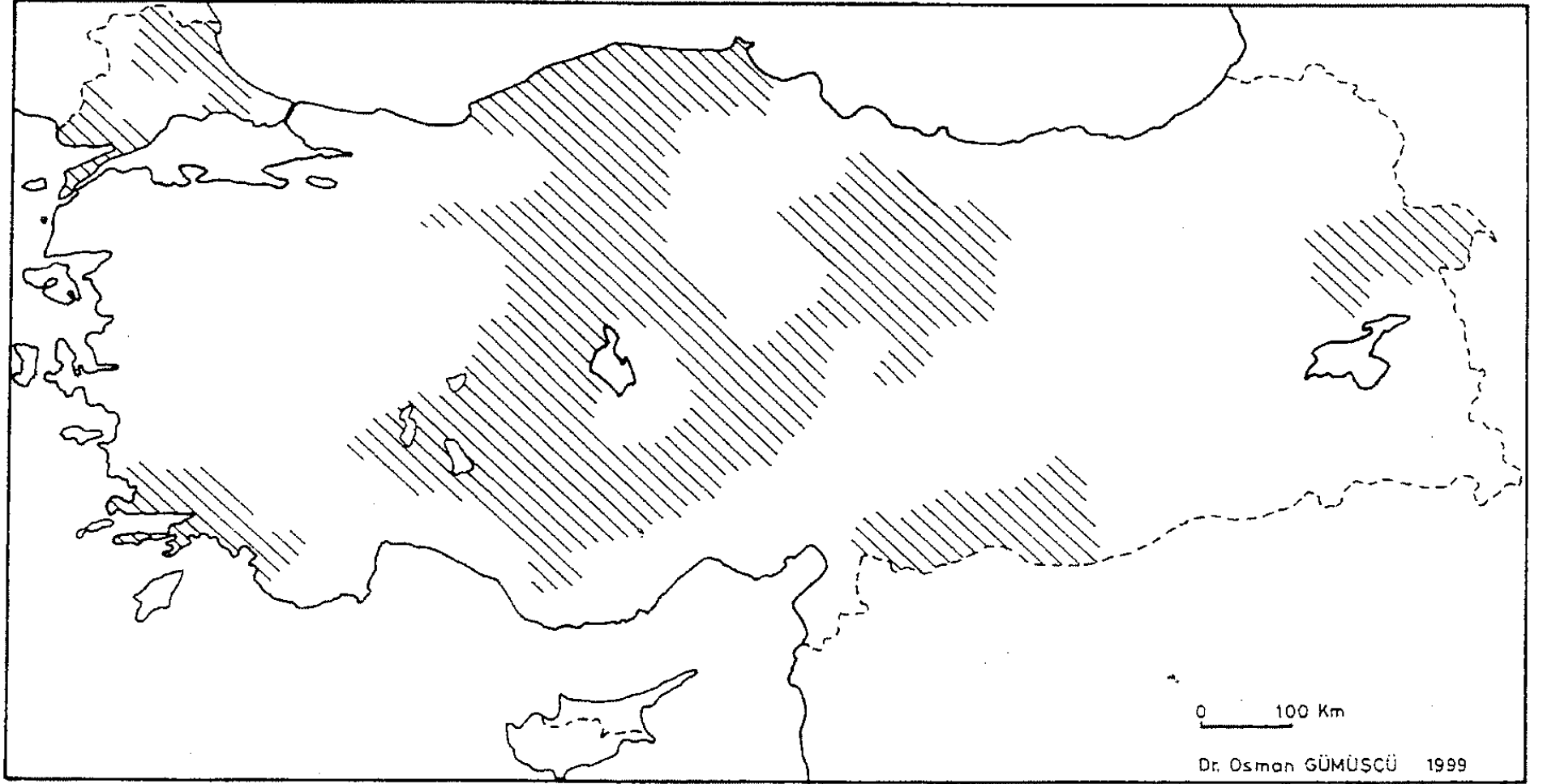
Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, (2020), <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/>, Erişim Tarihi: 15.02.2020.

Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü, (2019), *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Nelerdir?*, <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>, Erişim Tarihi: 31.07.2019.





EK-1: Sıhhi-i İctimai Coğrafya Dizisi ile Araştırılan Sahalar



Kaynak: Gümüşcü, 1999: 968

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı ve Soyadı : İbrahim Hüseyin CANSEVER

Doğum Yeri ve Yılı :

Medeni Hali :

EĞİTİM DURUMU :

Lisans: Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, (2005 - 2009).

Yüksek Lisans: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2013 - 2015).

Doktora: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı (2016 - 2020).

YABANCI DİL DÜZEYİ:

İngilizce - C Seviyesi (76,25 YDS - Eylül 2016)

İŞ DENEYİMİ:

Ağustos 2012 - Aralık 2013: Gaziantep İl Özel İdaresi - Muhasebeci

Aralık 2013 - Halen: Süleyman Demirel Üniversitesi - Memur

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR:

Yüksek Lisans Tezi

- **İbrahim Hüseyin CANSEVER**, Üniversite Hastanelerinin Faturalama Sürecindeki Sorunlarını Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Danışman: Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK, 2015.

SCI, SSCI ve AHCI dışındaki indeks ve özetler tarafından taranan dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale:

- Gençtürk, M. ve **Cansever, İ.H.**, (2016), *Üniversite Hastanelerinin Faturalama Sürecindeki Sorunları Üzerine Bir Araştırma*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.19, S.3, ss.225-239.

- Tüfekci, N., Yorulmaz, R. ve **Cansever, İ.H.**, (2017), *Dijital Hastane*, Journal of Current Researches on Health Sector, C.7, S.2, ss.143-156.
- **Cansever, İ.H.**, (2018), *Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi*, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C. 2018/2, S.31, ss.105-120.
- **Cansever, İ.H.** ve Tüfekci, N., (2020), *Tarihsel Süreçte Türkiye’de Sağlık Planlaması Üzerine Bir Değerlendirme*, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, C.11, S.27, ss.614-628.
- **Cansever, İ.H.**, Metin, A. ve Kişi, M., (2020), *Tıp Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Sistemik Derleme*, OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, (Kabul Edildi)

Uluslararası toplantıda sunulacak tam metin olarak yayımlanan bildiri:

- Tüfekci, N. ve **Cansever İ.H.**, (2018), *Sağlık Planlamasını Açıklamaya Yönelik Kavramsal Bir Çalışma*, 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim 2018, Bodrum/Muğla.
- **Cansever, İ.H.**, Metin, A. ve Kişi, M., (2019), *Tıp Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Sistemik Derleme*, 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10-13 Ekim 2019, Sakarya.

Alanındaki kitaplarda bölüm ve ünite yazarlığı:

- **Cansever, İ.H.** ve Tüfekci, N., (2020), *Neoliberal Politikalar Ekseninde Türkiye Sağlık Sektörünün Dönüşümü ve Sağlıkın Piyasalaşması*, içinde Erdem, R. (Ed.) (Kabul edildi ve kitaplaşma sürecinde)
- **Cansever, İ.H.** (2020), *Türkiye’de e-Sağlık Uygulamaları Üzerine Bir Betimleme*, içinde Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar, Eke, E. (Ed.) (Kabul edildi ve kitaplaşma sürecinde)