

SAĞLIK 2020 VİZYONUNU UYGULAMAK:

21.YÜZYILDA SAĞLIK YÖNETİŞİMİ

Sonuca Ulaşmak



**Türkiye
Sağlıklı Kentler
Birliği**

Sağlık 2020 Vizyonunu Uygulamak

21. Yüzyılda Sağlık Yönetişimi

Sonuca ulaşmak

Yazan

Ilona Kickbusch, Küresel Sağlık Programı Direktörü,

Lisansüstü Uluslararası Çalışmalar ve Kalkınma Çalışmaları Enstitüsü, Cenevre, İsviçre

ve

Thorsten Behrendt, Küresel Sağlık Programı Araştırma Görevlisi,

Lisansüstü Uluslararası Çalışmalar ve Kalkınma Çalışmaları Enstitüsü, Cenevre, İsviçre

Özet

Bu rapor, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Sağlık 2020 çerçevesinin uygulanmasını desteklemek hazırlanmıştır. Rapor, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi için hazırlanmış olan 21. Yüzyılda Sağlık Yönetişimi çalışmasını temel almaktadır. Bu raporda politika yapıcılara, tüm dünyadan karmaşık politika süreçlerinin yönetilebilmesi için çeşitli araçlarla birlikte uygulanmış olan Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarından örnekler sunulmaktadır. Sunulan politika örnekleri Sağlık 2020 politika çerçevesi tarafından belirlenmiş olan öncelik alanları gözetilerek seçilmiştir, örneklerin seçilmesinde ayrıca şu kriterler kullanılmıştır: örneklerin yararlı dersler sunması, genel olarak en iyi uygulamaları ortaya koyması, farklı bağlamlar ve farklı ülkelerdeki geniş çaplı ve çeşitli çalışmaları yansıtmaması ve mümkün olduğu ölçüde uygulanmış ve hatta değerlendirilmiş olması. Bu raporun özellikle de Sağlık 2020'nin "sağlık için liderlik ve katılımcı yönetişimin iyileştirilmesi" stratejik hedefine katkı sunması hedeflenmiştir. Yaşayan bir belge olarak kabul edilmektedir ve sürekli olarak yeni örnek ve analizlerle zenginleştirilecektir.

ISBN: 978-605-85824-5-3

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2013 under the title Implementing a Health 2020 Vision: Governance for Health in the 21st Century. Making it Happen.

© World Health Organization 2013

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Turkish Healthy Cities Association, 2015

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2013 yılında Implementing a Health 2020 Vision: Governance for Health in the 21st Century. Making it Happen başlığı ile İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü, 2013

Tercümesi Sağlıklı Kentler Birliği tarafından yaptırılmıştır.

© Sağlıklı Kentler Birliği, 2015

Tercümenin doğruluğundan yalnızca tercümanı sorumludur.

Sağlıklı Kentler Birliği'nden izin alınmaksızın çoğaltma yapılamaz.

Metin editörü: Alex Mathieson

Tasarım : Christophe Lanoux

Kapak Fotoğrafı : Bursa Büyükşehir Belediyesi Arşivi

Teşekkürler.....	iv
Kısaltmalar listesi	v
Önsöz	vi
1. Sağlık yönetiminde değişen bir yaklaşım DSÖ Avrupa Bölgesi stratejik Sağlık 2020 politikası	1
1.2. Sağlık için yönetim, herkesin sağlığının iyileştirilmesi ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması	1
1.3. Bu raporun odak alanı	1
2. Sağlığa ilişkin ortak amaçlarda birlikte çalışmak	2
2.1. Politika oluşturma'nın karmaşıklığı	5
2.2. Dağınık realitenin yapılandırılması	5
3. Sağlık için paylaşılan yönetim	7
3.1. Nasıl yapılır: Bütün-Devlet yaklaşımları	10
3.2. Nasıl yapılır: Bütün-Toplum yaklaşımları	12
4. Sağlık 2020'nin birinci öncelik alanı: Bütün yaşam seyri yaklaşımı ve insanların güçlü kılınması üzerinden sağlığa yatırım yapmak	23
4.1. Nasıl yapılır: Erken yaşlara yönelik Bütün-Devlet yaklaşımı	24
4.2. Nasıl yapılır: Yaşlanan bir nüfus için Bütün-Toplum yaklaşımı	28
5. Sağlık 2020'nin ikinci öncelik alanı: Avrupa Bölgesindeki en büyük sağlık sorunlarıyla mücadele – bulaşıcı olmayan ve bulaşıcı olan hastalıklar	31
5.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar	31
5.2. Bulaşıcı hastalıklar	35
6. Sağlık 2020'nin üçüncü öncelik alanı: insan odaklı sağlık sistemlerinin, halk sağlığı kapasitesinin ve acil durumlara hazırlık, izleme ve cevap verme imkânlarının güçlendirilmesi	40
6.1. İnsan odaklı sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi	40
6.2. Halk sağlığı kapasitesinin güçlendirilmesi	45
6.3. Acil durumlara hazırlık, izleme ve cevap verme imkânlarının güçlendirilmesi	53
7. Sağlık 2020'nin dördüncü öncelik alanı dayanıklı toplumlar ve destekleyici çevreler oluşturmak	57
7.1. Destekleyici çevreler oluşturma ve sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yerel halk nasıl dahil edilir.	57
8. Ortak veya paylaşımlı hesap verebilirlik	62
8.1. Hesap verebilirlik ilişkileri üzerinde mutabakat	62
8.2. Hesap verebilirlik tehditleri	63
8.3. Etkinin ölçümü	64
8.4. Bütün-Devlet mesuliyeti	65
8.5. Gerekli gözlemciler olarak STK'lar	65
9. Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları: değerlendirme ve önemli dersler	67
Referanslar	70

Teşekkürler

Yazarlar

Lisansüstü Uluslararası Çalışmalar ve Kalkınma Çalışmaları Enstitüsü, Cenevre, İsviçre, Küresel Sağlık Programı Direktörü Ilona Kickbusch bu rapora liderlik etmiş ve Lisansüstü Uluslararası Çalışmalar ve Kalkınma Çalışmaları Enstitüsü, Cenevre, İsviçre, Küresel Sağlık Programı Araştırma Görevlisi Thorsten Behrendt ile birlikte yazmıştır. Enstitü Kalkınma Çalışmaları alanında öğrenci olan Callum Brindley ise nihai sürüme katkı sunmuştur.

Şekiller için verilen izinler

Şekil 1 Cisco Systems tarafından verilen izinle yeniden oluşturulmuştur.

Şekil 2 Allen & Unwin Book Publishers'ın izniyle yeniden oluşturulmuştur.

Şekil 3, 5 ve 10 Canadian Agri-Food Policy Institute (CAPI) ve McGill World Platform for Health and Economic Convergence izniyle yeniden oluşturulmuştur.

Şekil 4 Yeni Zelanda Institute of Policy studies, Victoria University of Wellington izniyle yeniden oluşturulmuştur.

Şekil 6 Singapur Sosyal İşler ve Aile Kalkınma Bakanlığı'nın izniyle yeniden oluşturulmuştur.

Şekil 8 Londra, Birleşik Krallık (İngiltere) The Health Foundation izniyle yeniden oluşturulmuştur.



Kısaltmalar Listesi

ANDT	alkol, narkotik, uyuşturucu ve tütün
AB	Avrupa Birliği
HIAP	tüm politikalarda sağlık
STK	sivil toplum kuruluşu
NHS	Ulusal Sağlık Hizmetleri [Birleşik Krallık]
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PARTNER©	İlişkilerin iyileştirilmesi için Ağların Analizi, Kaydı ve İzlenmesi Programı
SARS	ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu
SWOT	güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler

Önsöz

Toplum sağlığını etkileyen birbirinden farklı sosyal ve çevresel belirleyicilerin, tek bir bakanlığın veya kamu kurumunun direkt kontrolü dışında yer aldığı artık geniş ölçüde kabul edilmektedir. Günümüzün karmaşık sağlık sorunlarıyla mücadelede sağlık amaçlı entegre yönetim için yeni bir yaklaşım son derece önemlidir. Devletin çeşitli seviyelerdeki kurumları, özel sektör ve sivil toplum dahil olmak üzere ilgili tüm paydaşları bir araya getirmek ve bölgesel ve küresel kurumları daha fazla dikkate almak önemlidir. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde yeni bir sağlık politikası olan Sağlık 2020, sektörler arası birlikte çalışma ve tüm politikalarda sağlık kavramına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi için hazırlanmış olan 21. Yüzyılda Sağlık Yönetişimi çalışması gibi bu rapor da sağlığa yönelik iyi yönetim alanında değerli bir rehberdir. Özellikle de Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının sağlık ile ilişkili gerçek sonuçları nasıl getirebileceğini göstermektedir.

Bu rapor Avrupa Bölgesindeki ve başka bölgelerdeki bir dizi politika ve programı incelemekte ve öğrenilen dersleri vurgulamaktadır. Politikalar nadiren her türlü koşula uyabilmektedir fakat nelerin işe yaradığını ve neden işe yaradığını öğrenmek son derece önemlidir. Bu, özellikle de bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı ve demografik değişiklikler gibi ortak sorunlar için geçerlidir.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi sağlık yönetişimi örneklerini toplamaya ve analiz etmeye devam edecek ve sağlık sektörünün yeni rolü, politik girişimler ve sağlık alanında liderliğe özellikle odaklanacaktır.

Zsuzsanna Jakab

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

1.

Sağlık yönetiminde değişen bir yaklaşım

1.1. DSÖ Avrupa Bölgesi stratejik Sağlık 2020 politikası

Halk sağlığı karşısındaki zorluklar ve günümüzde mücadele ettiğimiz daha geniş saha, her zamanki düzenin devamı için hem sayıca çok fazla artmış hem de çok karmaşık hale gelmiştir.

Dr. Margaret Chan, DSÖ Genel Direktörü

Politik liderler gitgide daha fazla gelişme, eşitlik, istikrar için sağlığın hayati bir öneme sahip olduğunu kabul etmektedir (Støre, 2012). Sağlık artık, yönetişimin farklı seviyelerindeki çok çeşitli belirleyicinin karmaşık ve dinamik ilişkileri tarafından oluşan bir ürün olarak görülmektedir. Yönetimler, sosyal, çevresel ve davranışsal sağlık belirleyicilerinin oluşturduğu etkiyi hesaba katmak zorundadır; buna DSÖ Avrupa Bölgesindeki pek çok devlette bulunan ekonomik kısıtlamalar, demografik değişimler, sağlıksız yaşam şekilleri ve yaşam şartları dahildir. Ülkelerin sadece sağlık sistemleri, bu çok yönlü sorunları güçlü ve kapsamlı bir şekilde çözebilecek ne yeterli kapasite ne de yönlendirebilecek enstrümanlara sahiptir (Huynen vd., 2005).

Sağlık ve esenlik için oluşturulan Avrupa politik çerçevesi Sağlık 2020 (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a), bölgedeki öncelikli sağlık sorunlarını çözebilmek için entegre politikaların önemini vurgulamaktadır. Yönetimlerin, kamu kurumları ile toplum arasında gerçekleştireceği ortak çalışmalar sayesinde sağlık alanında gerçek iyileşmeler elde edebileceğini ve bu kapsamda sağlık alanında liderlik ve katılımcı yönetişime ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Sağlık 2020, sağlığı birlikte geliştirmek ve korumak amacıyla önemli paydaşları bir araya getirmeleri için sağlık bakanlıklarını desteklemekte ve teşvik etmektedir. Sağlık konusunu bölgesel seviyede gündemde tutma konusunda özellikle de sivil toplum başta olmak üzere bu tür paydaşların katkılarının farkındadır. Birlikte kazanım ve birlikte fayda stratejileri, ortaklıklar üzerinden elde edilecek değer kapsamında sağlık yönetimindeki temel bir konu haline gelmiştir.

1.2. Sağlık için yönetişim

Yönetişim, devlet kurumlarının ve diğer sosyal örgütlerin etkileşime girdiği, gittikçe karmaşıklaşan ve birbirine bağımlı hale gelen bir dünyada vatandaşlarını anladığı ve kararlar aldığı bir süreçtir. “Birey ve kurumların, kamu ve özel sektörün genel düzeni kontrol ettiği” yönetişim, politik sistemler arasında farklılıklar göstermektedir (Küresel yönetişim çalışması, 1995).

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından yaptırılan bir araştırma olan “21. Yüzyılda Sağlık için Yönetişim” (Kickbusch ve Gleicher, 2012) çalışmasında, yönetişim ve sağlığa uygulanması ile ilgili yeni kavramsal gelişmeler analiz edilmiştir. Çalışmada devletlerin sağlığı iyileştirme amaçları kapsamında yönetişim eğilimleri ve sağlığa nasıl uygulandığı

incelenmiştir. Araştırma, toplum sağlığının artık tek bir bakanlık tarafından oluşturulan bir sonuç olarak kabul edilemeyeceğine ve mevcut ve yeni ortaya çıkan halk sağlığı sorunlarıyla mücadele için geniş kapsamlı aktörlerin dahil edileceği sinerji oluşturan bir dizi politikaya ihtiyaç olduğuna dair bir konsensüsün bulunduğunu teyit etmiştir.

Sağlık 2020'nin hazırlık sürecinde başlatılan önemli araştırmalar da sağlık sektörünün ötesinde çalışmaların gerektiğinin altını çizmiştir. Avrupa sağlığın belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri araştırması, sağlık alanındaki eşitsizliklerin nasıl sağlık bakanlıklarının direkt kontrolü altındaki alanlar dışında kaldığını ve eşitlik ve insan hakları gibi sosyal değerlere dayanan politikalara nasıl ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012b). McQueen vd. (2012) çeşitli ülkeler tarafından zaten uygulanmış olan mekanizmalar ve yenilikçi yaklaşımlar hakkında yararlı bir özet sunmaktadır. Sağlık 2020, tüm politikalarda sağlık (HIAP) veya sektörler arası eylem gibi bu türden yaklaşım ve deneyimler üzerine kurulmuştur. Tüm politikalarda sağlık: fırsatların yakalanması, politikaların uygulanması (Leppo vd., 2013), 8. Sağlığın Geliştirilmesi Küresel Konferansında hazırlanmıştır ve sağlığa ilişkin politikaların farklı sektörler üzerinden uygulanması konusundaki bilgileri ve öğrenilenleri vurgulamaktadır.

1.3. Bu raporun odak alanı

Politika yapıcılarının yenilikçi olması ve günümüzün hızla değişen koşullarına cevap vermesi konusunda büyük bir baskı bulunmaktadır. Kickbusch ve Gleicher (2012), başta küreselleşmenin ve devletler ile pazar arasındaki güç dengesinin etkisi nedeniyle oluşan yeni ve birbirinden bağımsız koşullarla mücadele etmek için büyük kurumsal değişikliklere ihtiyaç duyulduğu fikrine ulaşmıştır. Çalışmaları, ana kurumsal uygulamaların değiştirilmesine olan ihtiyaç ile toplum, devlet ve ticari alanlardaki temsilciler dahil olmak üzere koalisyonlar ve ağlar gibi birbirinden farklı oyuncuların bir araya getirilmesine olan gereksinime odaklanmıştır: çalışma içerisinde bunlar “Bütün-Devlet” ve “Bütün-Toplum” yaklaşımı olarak tanımlanmıştır.

Avusturalya, Kanada, Yeni Zelanda ve Birleşik Krallık gibi İngilizce konuşulan ülkeler, bu tür bir yönetişimi geliştirirken bu terimleri kullanmış ve devletin farklı seviyelerinde yatay ve/veya dikey koordinasyondan yararlanmıştır. Bu sebepten dolayı örneklerin birçoğu bu ülkelerden gelmektedir. Buna karşın çalışmalar çok çeşitlidir ve farklı ülkelerde muğlak ifadeler mevcuttur: Birleşik Krallık'ta “bir araya gelmiş devlet”, Kanada'da “yatay devlet” veya “yatay yönetim”, Yeni Zelanda'da “entegre devlet”, ABD'de “ağ devleti” ve Avusturalya ile Birleşik Krallık'ta (İskoçya) “Bütün-Devlet” (Halligan vd., 2012). Şekil 1 bu yaklaşımları özetlemektedir.

Şekil 1. Bütün-Devlet yaklaşımında politikaların uygulanması



Kaynak: Grant (2004).

Avrupa Birliği (AB), Finlandiya'nın dönem başkanlığı sırasında HIAP yaklaşımını sağlık konularını Avrupa'da her seviyede politika sürecine entegre etmek için bilgiye dayalı bir strateji kapsamında 2006 senesinde kullanmaya başlamıştır (Sihto vd., 2006). Son yıllardaysa AB'nin, suç, uyuşturucu ve son olarak da göç gibi politik olarak öncelikli alanlarda Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımını da kullanmaya başlaması gerektiğine ilişkin öneriler oluşmaya başlamıştır:

Bir gelecek tanımlandı (kapsamlı Avrupa göç politikası) ve tanımlanırken her şeyden öte göç ve entegrasyon konusundaki başarının toplum içerisinde olduğu fikri benimsendi. Başarı için göç veren ve alan ülkeler içerisinde Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının kullanılması ve güçlü ortaklıkların oluşturulmasına ihtiyaç bulunuyor (Åkerman Börje, 2009).

“Bütün-Devlet” ve “Bütün-Toplum” terimleri gittikçe artan bir şekilde uluslararası ve ulusal politika belgelerinde kullanılmaktadır ve Sağlık 2020 buna dahildir. Birleşmiş Milletler, bulaşıcı olmayan hastalıklarla (BOH) mücadele etmek hedefiyle Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımı için küresel bir çağrıda bulunmuştur ve aşağıdaki ifadeyi kullanmaktadır:

... tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaşması, bununla ilişkili morbidite ve mortalite oranları, Üye Devletlerin tamamının ve ilgili yerel, ulusal, bölgesel ve küresel sektörlerin birlikte gerçekleştireceği faaliyetler ve sektörler arası çalışmalarla büyük ölçüde önlenelirdir (Birleşmiş Milletler, 2012).

Haziran 2013'te Helsinki, Finlandiya'da Sağlığın Geliştirilmesi için yapılan 8. Küresel Konferans çok çeşitli paydaşı bir araya getirmiştir; bu paydaşlar arasında üye devletlerin hükümetleri, Birleşmiş Milletler ve uluslararası örgütler ve sivil toplum yer almış ve sektörler arası halk sağlığı politikalarını görüşmüşlerdir. Tüm Politikalarda Sağlık Konusunda duyurulan konferans beyanı şu şekildedir:

Tüm sektörlerdeki politikaların toplum sağlığı ve sağlık eşitliği üzerinde büyük bir etkisi olabilir. Sağlık, birbirimize bağlı olduğumuz bu dünyada, başta demografik değişimler, hızlı kentleşme, iklim değişikliği ve küreselleşme olmak üzere birçok güç tarafından şekillendirilmektedir... İnsan sağlığı sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir, bu sorumluluk ticaret ve dış politikalar gibi çok daha geniş politik konuları da kapsamaktadır. Bununla mücadele etmek için sağlık alanında Bütün-Devlet yaklaşımını kullanacak politik iradeye ihtiyaç vardır (Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik 8. Küresel Konferans, 2013a).

Sağlık 2020 Vizyonunu Uygulamak adlı bu rapor, politika yapıcılarına tüm dünyadan Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının nasıl uygulandığına ilişkin örnekler ve karmaşık politik süreçlerin yönetilmesine ilişkin bir dizi araç sunarak Kickbusch ve Gleicher'in (2012) çalışmasını tamamlamaktadır. Politika örnekleri, Sağlık 2020 tarafından belirlenen öncelikli alanları yansıtacak şekilde şu kriterlere dayanarak seçilmiştir: yararlı dersler sunması, genellikle en iyi uygulamaları göstermesi, geniş bir bağlamı ve ülkeleri kapsamı ve mümkün olduğunca uygulanmış ve ideal olarak değerlendirilmiş olması. Sağlık 2020'de önerilen yönetim yaklaşımları ülkelerde genel uygulamalar olarak kullanılmamaktadır, buna karşın Kasım 2011'de İsrail'de düzenlenen DSÖ Sağlık Yönetişimi Konferansı ve 2013 senesinin Haziran ayında Finlandiya'da Düzenlenen 8. Küresel Konferansında da gösterildiği gibi devletlerin bu konuda çalışmalar içerisinde bulunduğu anlaşılmaktadır. Fakat çalışmaların çoğunluğu çok yenidir ve henüz yeterli değerlendirmeler bulunmamaktadır; buna karşın yine de yeniliklerin oluştuğunu ve söz konusu alanlara yönelik çözümler oluşturmak amacıyla teşebbüslerde bulunulduğunu göstermektedir.

Bu rapor özellikle de Sağlık 2020'nin "sağlık için liderlik ve katılımcı yönetişimin iyileştirilmesi" politik hedefine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Yaşayan bir belge olarak kabul edilmektedir ve yeni örnek ve analizlerle sürekli olarak zenginleştirilecektir.



2.

Sağlığa ilişkin ortak amaçlarda birlikte çalışmak

2.1. Politika oluşturma'nın karmaşıklığı

Sağlık 2020 çerçevesi 21. Yüzyılda başarılı sağlık politikalarının büyük ölçüde sağlığa ilişkin ortak hedefler üzerinde birlikte çalışmaya bağlı olduğunu söylemektedir. Çeşitli ülkeler, sağlık konusunda devletin farklı katmanlarını kapsayan amaç ve hedefleri oluşturmuştur ve bu hedefleri oluştururken genellikle sağlık bakanlıklarının liderliğinde geniş bir danışma süreci kullanılmıştır (Wismar vd., 2008). Politikalar tasarlanırken iyi yönetim prensipleri ve modern politika geliştirme'nin temel özellikleri kullanılmalı (Kickbusch ve Gleicher, 2012) ve taslak politikaların analiz edilmesi için kriter vazifesi görmelidir. Politikalar aşağıdaki özellikler kullanılarak kıyaslanabilir ve ölçülebilir (Tablo 1).

Tablo 1. Modern politikaların sekiz özelliği

Geleceğe odaklanmak	Politika'nın muhtemel etkisi konusunda istatistiki eğilimlere ve bilgiye dayalı öngörülere bağlı uzun dönemli bir bakış açısı
Yenilikçilik	Mevcut yöntemlerin ve ümit vaat eden yeni fikirlerin sorgulanması
Kanıtlara dayalı bilgi	Çok çeşitli kaynaklardan elde edilen en iyi kanıtların kullanımı
İçermeci olma	Politikaların, dolaylı veya dolaysız bir şekilde etkilenecek herkesin ihtiyaçlarını dikkate alması
Ortak çalışma	Dikey ve yatay entegrasyon
Adaptasyon	İşe yarayan ve yaramayan uygulamalardan elde edilen deneyimlerden dersler çıkarmak
Değerlendirme	Sistematiik değerlendirmeye yer vermek
Hesap verilebilirlik	Demokratik onay, şeffaflık ve vatandaşların taleplerine cevap vermek

Kaynak: Kuzey İrlanda Hükümeti'nden adapte edilmiştir (1999).

Avusturya Sağlık Bakanlığı kısa bir süre önce buna benzer bir hedef belirleme sürecini başlatmıştır; süreç içerisinde 30 ana paydaş yer almaktadır ve vatandaşlardan da yorumlarını çevrimiçi yollarla sunması talep edilmektedir (Kutu 1).

Kutu 1. Avusturya'nın şemsiye sağlık hedefleri

2011 senesinin Mayıs ayında, Avusturya Federal Sağlık Bakanlığı, Federal Sağlık Komisyonu adına ülkede kapsamlı ve kapsayıcı sağlık hedeflerinin oluşturulması için bir girişim başlatmıştır. Toplum içerisinde farklı sektörlerden gelen kurum ve kuruluşlar, önemli olduğunu düşündükleri önerilerini sunmaları için davet edilmiştir; süreç içerisinde vatandaşlar da çevrimiçi bir platform üzerinden işin içerisine dahil olma imkânını elde etmiştir. 4300'ün üzerinde katkı alınmıştır.

Bunun sonucunda Federal Sağlık Komisyonu, Avusturya için Haziran 2012'de 10 genel sağlık hedefini kabul etmiştir; bu hedefler hükümet tarafından da onaylanmıştır. Belirlenen hedefler, Avusturya'nın sağlık sisteminin etkin bir şekilde yönlendirilmesi için kapsamı oluşturmaktadır ve ileriki 20 yıl için belirlenmiş olan öncelikli alanlara odaklanacaktır. Uzmanlardan oluşan bir komite birlikte oluşturulan bu hedeflere yönelik eylem planlarını 2012 sonlarında hazırlamıştır.

Kaynak: Bundesministerium für gesundheit (Österreich) (2012).

Modern politikaların tanımları Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarında ortaya çıkmaktadır ve bir sinerji oluşturmak için ikisi arasında bir köprü oluşturmaktadır. Süreçler sık sık kesişmektedir: Demokratik politik sistemler içerisinde iyi yönetilmeleri halinde bu süreçler birbirini destekleyebilir. Avrupa refah devletlerinde devlet ve toplum çok daha geniş ölçekte katılımcı bir hale gelmekte ve sorumluluk alanları genişlemektedir (Kaufmann, 2000).

Sağlık politikalarının geliştirilmesine yönelik süreçler, farklı politik partilerden parlamenterler dahil olmak üzere birden çok paydaşı kapsadığından karmaşık ve uzun olabilir. “Eşit Şartlar Altında Sağlık” adlı İsveç'in sağlık politikası süreci neredeyse 10 sene sürmüştür. Pek çok konu ve katılımcı dahil edilmiş ve süreç içerisinde birçok değişiklik yaşanmıştır ve bu durum ise politika yapıcılarının ve değişiklikleri meydana getirecek kişilerin çalışmanın “nasıl yapılacağına” dair bilgiyi elde etmesini zorlaştırmıştır.

Tüm politikalar, ulusal, ekonomik, politik, kültürel ve sosyal yapılar içerisindeki koşullardan etkilenmektedir. Politikalar bu nedenle, farklı politik sistemler içerisinde büyük bir çeşitlilik içerisinde geliştirilmekte, kabul edilmekte ve uygulanmaktadır (Bölge içerisindeki refah devletleri bile pazar ve devlet ile devlet ve sivil toplum arasındaki ilişkiler açısından büyük farklılıklar göstermektedir) ve bu durum devletlerin sorun çözme yeteneğine olan inanç seviyesindeki farklılıklarla ortaya çıkmaktadır (Kaufmann, 2000). Siyasal bilimlerde gerçekleştirilen araştırmalar devlet müdahalesinin kıta Avrupa'sında Anglosakson politik kültürle kıyasla çok daha fazla kabul gördüğünü ve daha otoriter politik sistemlerin kabul görme ve sivil toplumu dahil etme potansiyelinin çok daha az olduğunu göstermektedir.

Bunlara karşın son yıllarda gerçekleştirilen politik araştırmalara göre politikaların, aktörlere, bağlamlara, sektörlerle, yere ve konuya bağımlı ve özgü olması (Parag, 2006), devlet içerisinde ve dışarısında yer alan çok sayıda aktörün dahil edilmesini gerektiren süreçlerde

dikkate alınması gereken ana bileşenlerin tanımlanmasını imkânsız hale getirmemektedir. Bu konu, politik süreçleri uzun yıllardır yaşayan ülkeler ve aktörler için yeni değildir fakat daha paylaşımcı yönetim türlerine geçmekte olan veya deneyenler için yararlı olabilir. Çerçeve oluşturma, sosyal ağ analizi veya hesap verilebilirlik ilişkisi analizleri gibi araçlardan bazıları da deneyimli politikacılara daha analitik ve formel bir yaklaşım sunabilir.

2.2. Dağınık realitenin yapılandırılması

Politika oluşturma süreci genellikle klasik bir politika döngüsü olarak tanımlanır (Şekil 2). Politika oluşturma her ne kadar “kamu görevlilerinin devlet kurumları içerisinde bir politikayı geliştirmesine ve rehberlik etmesine” (Bridgman ve Davis, 2003) yardımcı olsa da söz konusu çalışmalara müdahil olan herkesin bildiği gibi politikalar nadiren organize bir şekilde oluşmaktadır. Politika döngüsü modeli, bağlam analizi, değerlerin mütalaası, konuların çerçevelendirilmesi ve ağ ve sistem boyutlarının analizi ile bir araya getirilirse yine de yararlı, pragmatik ve yapılandırılmış bir başlangıç noktası olabilir. İçerik analizinin yapılması, politik, ekonomik ve sosyal temellerin anlaşılması için hayati öneme sahiptir ve tüm iç ve dış ortamın incelenmesini kapsar. Bu kapsamda kullanılan popüler bir yöntem SWOT (güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler) analizidir ve içerisinde bulunan durum içerisinde ortaya çıkan (iç) güçlü yönler ve zayıf yönlerin ve (dış) fırsat ve tehditlerin değerlendirilmesine imkân tanır.

Sağlık hedeflerinin belirlenmesine dayanan deneyimler, konuların nasıl sunulacağının belirlenmesi için yeterince zaman harcamanın ve hangi inanç sistemlerinin dikkate alınması gerektiğinin belirlenmesinin kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir (Kutu 2 ve 3). Politika süreçleri, farklı görüş ve ideolojiler nedeniyle genellikle endişe vericidir ve çatışma yönetimi ve kazan-kazan durumlarının oluşturulması için mekanizmaların kullanılmasını gerektirmektedir. Söz konusu politika modeline yapılan bazı eleştiriler söz konusu modelin politika oluşturma temeline gösteremediğini belirtmektedir, bu temel “fikirler üzerinde mücadeledir” (Stone, 2002). Bu ise sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki ve eşitlik ve katılımcılık gibi konularda önceliklerin belirlenmesi sırasında dikkate alınması gereken temel bir konudur. Politik gündemdeki tüm konular, politik ideoloji ve özellikle de devlet, pazar, bireysel ve ailevi sorumluluklarla ilişkilidir. Fakat kültür, din, sosyal sınıf veya cinsiyete dayanan sosyal konular da politikalardan farklı olarak değer ve inanç sistemleriyle ilişkili olabilmektedir. Sadece kanıtlar, belli önyargıların üzerinden gelmek için çoğunlukla yeterli olamamaktadır.

Şekil 2. Politika döngüsü



Kaynak: Bridgman ve Davis (2003).

Politika oluşturma bir süreç olsa da aynı zamanda insani bir çabadır ve bu yüzden objektif ve tarafsız standartlara dayanmamaktadır. Politika oluşturma süreçlerinin her aşamasının ardında aynı soyut hedef veya değere yönelik eşit derecede akla yatkın kavramlar arasında bir mücadele bulunmaktadır. Politika oluşturma süreçlerine katılan kişilerin de kendi inanç sistemlerine ve ideolojilere sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu değer ve ideolojiler, politika oluşturma süreçlerinin her aşamasında alınan kararlara etki etmekte ve şekillendirmektedir (FrameWorks Institute, 2002).

Kutu 3. Çevreleme konuları

Politika döngüsü modelinin ilk aşaması olan “konuların tanımlanması” basit gözükse de “konunun çerçevesinin çıkarılması” için yeterli zaman harcanması hayati öneme sahiptir. Çerçeve bir organizasyon prensibidir; eldeki konu hakkında bir kişi veya kurumun hangi açıdan bakması gerektiğini gösterir ve bazen bunu değiştirir. Çerçeveleme farklı yorum ve sonuçların görünür hale gelmesine imkân tanır.

Bu konu üzerine harcanan süre daha sonra sonuç verecektir çünkü süreç içerisindeki tüm aşamaları ve işin içerisine katılacak ortakları önemli bir şekilde etkileyecektir. Örneğin obezite sorununun çerçevesinin çıkarılması sırasında eşitlik, çocukların sağlık ve esenliğinin korunması ve gelecekteki ekonomik üretkenliğin sürdürülmesi konularının dahil edilmesi büyük bir fark yaratacaktır. Bu konular Branca vd. (2007) tarafından çok iyi bir şekilde gösterilmiştir.

Çerçeveleme sürecin her aşamasında önemlidir. İnsanlar şunu sormalıdır: “hangi çerçeve, üzerinde çalışılan politikayı ikna edilmesi gereken toplumun, politikacıların ve diğer önemli grupların değer ve dünya görüşlerini temsil eden kavramlarla sunmaktadır?” (FrameWorks Institute, 2002).



3.

Sağlık için paylaşılan yönetim

Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının çok önemli bir özelliği müzakeredir. Sektörlerin ve kurumların görüşmelere aynı öncelikler, beklentiler ve davranışlarla geleceğini beklemek her zaman mümkün değildir ve hatta kesin olarak getirmeyeceklerdir. Politika yapıcılar bu nedenle sağlık gündemini daha ileriye götürebilmek için müzakere becerilerini edinmek zorundadır. Bütün-Devlet yaklaşımı için bunun anlamı ulusal politikalarla tutarlılık için “çaprazlama” müzakeredir; Bütün-Toplum yaklaşımı için ise bunun anlamı birbirinden farklı aktörlerle koalisyonlar oluşturabilmek için “dışa yönelik” müzakeredir (Fairman vd., 2012). Bu aynı zamanda ortakların nereden geldiklerini görmek, değer sistemlerini ve planlama yaklaşımlarını anlamak ve kazan-kazan sonuçlarına varabilmek için fırsatları araştırmak anlamına gelmektedir. Paydaşların ortak bir yerde buluşabilmesini sağlamak için resmi ve resmi olmayan bir dizi mekanizmanın kullanılması gerekmektedir.

“Müzakereler” sırasında konunun ulusal seviyeye veya bölgesel ve küresel kurumlara taşınması için ikna edici üst düzey karar vericilerin dahil edilmesi gerekebilir. Bu müzakere yöntemlerinin üçü de bulaşıcı olmayan hastalıklar gündeminin Birleşmiş Milletlerde ele alınması sırasında büyük öneme sahip olmuştur.

Genellikle lider bir kurum tarafından temsil edilen devlet, Bütün-Toplum yaklaşımında birbirinden farklı roller oynamaktadır. Problem çözme verimliliğini artırmak ve etkinlik ile sürdürülebilirliğin elde edilmesini sağlamak için tüketiciler, işletmeler ve diğer paydaşlar için sınır ve kuralları tanımlamaktadır, kamu kaynaklarını gözetmektedir, ilgili kamu mal ve hizmetlerini sağlamaktadır ve diğer karar mercileri, işletmeler ve sivil toplum örgütleri ile birlikte çalışmaya dayanan ortaklıklar geliştirmektedir (Şekil 3).

Şekil 3. Birçok role sahip kamu politikaları



Kaynak: Dubé vd. (2009).

Kutu 4. Tüm Politikalarda Sağlık konusunda Helsinki deklarasyonu

Tüm Politikalarda Sağlık, kamu politikalarına farklı bir yaklaşımdır; bu yaklaşım halk sağlığını ve eşitliği geliştirmek için farklı sektörlerdeki kararların sağlık etkilerini dikkate alır, sinerjilerin oluşumunu inceler ve kötü sağlık etkilerini engeller. Politika yapıcılarının tüm politiklardaki sağlık etkileri hakkındaki hesap verilebilirliğini iyileştirir. Bu yaklaşım, kamu politikalarının sağlık sistemleri, sağlık ve esenliğin belirleyicileri üzerindeki sonuçlarını dikkate almaktadır.

Devletler, insan sağlığı ve esenliğine yönelik yükümlülüklerini yerine getirebilmek için aşağıdakileri yapmalıdır:

- Tüm Politikalarda Sağlık prensiplerine uyarak sağlık ve sağlık eşitliğine politik bir öncelik olarak yaklaşmak ve sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çalışmak;
- Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımını her seviyedeki kurumda ve kurumlar arasında uygulanmasını mümkün hale getirecek etkin yapıların süreçleri ve kaynakları sağlamak;
- Daha iyi sağlık sonuçları elde etmek amacıyla sağlık bakanlıklarının diğer devlet kurumlarını müdahil edebilmesi için liderlik, ortaklıklar, savunuculuk ve arabuluculuk kapasitesini artırmak;
- Tüm Politikalarda Sağlığın uygulanabilmesi için kurumsal kapasite ve becerileri geliştirmek ve sağlığın belirleyicileri ve eşitsizlikler ile etkin çözümler konusunda kanıtlar sunmak;
- Devlet kurumları ile çalışanları arasında ve içerisinde güven oluşturacak sağlık ve eşitlik sonuçları üzerinde şeffaf denetim ve hesap verme mekanizmaları kullanmak;
- Çıkar çatışmasına karşı önlemler almak ve politikaların ticari ve diğer çıkar odakları tarafından bozulmasını önlemek; ve
- Tüm Politikalarda Sağlığın geliştirilmesi, uygulanması ve izlenmesinde toplulukları, sosyal hareketleri, sivil toplumu dahil etmek ve toplum içerisinde sağlık okuryazarlığını geliştirmek.

Kaynak: Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik 8. Küresel Konferans (2013b).

Aşağıda değinilen detaylı analiz süreci yukarıdaki bilgilerin kalp damar hastalıklarının azaltılması gibi önemli halk sağlığı konularında nasıl uygulandığını incelemektedir (Puska ve Ståhl, 2010). Güney Avusturalya’da oluşturulan sağlık merceği analizi sektörler arasında diyalogun oluşturulabilmesi için kullanılan bir başka yaklaşımdır ve iki yönlü olarak çalışır: diğer sektörlerin sağlığı nasıl etkilediği ve sağlık sektörünün diğer sektörleri nasıl etkilediği (Druet vd., 2010).

3.1. Nasıl yapılır: Bütün-Devlet yaklaşımları

Bütün-Devlet çalışmaları, çok seviyeli (yerelden küresele) devlet uygulamalarıdır ve gittikçe artan bir şekilde devlet dışındaki grupları da dahil etmektedir. Bu yaklaşım güven oluşturulmasını, ortak etik değerlere sahip olunmasını, birbirine bağlı bir kültürü ve yeni becerileri gerektirmektedir. Daha iyi koordinasyon ve entegrasyon ihtiyaçlarını vurgulamaktadır ve devletin sahip olduğu genel sosyal hedefleri merkez almaktadır (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

“Bütün-Devlet”, kamu sektörünün yüksek derecede bölünmüşlüğüne dayanan sorunlar karşısında “entegrasyon, koordinasyon ve kapasitenin artırılması isteği” ile oluşturulmuş bir şemsiye olarak kabul edilebilir (Christensen ve Laegreid, 2006). Sağlık alanında ise en üst düzeydekiler dahil olmak üzere devletin tüm katmanlarında sağlığa adanma anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Sektörlerin ortak çalışmalar yürütmesi Bütün-Devlet yaklaşımının özünde bulunmaktadır, bu çalışmalar hesap verilebilirlik ve ilişkiler açısından farklılıklar gösterebilir.

Devletler içerisindeki entegrasyon süreci Şekil 4’te ifade edilmiştir ve sektörler arasında oluşan bir arada var olma, birlikte çalışma, resmi ve gayri resmi ilişkileri göstermektedir. Hesap verilebilirlik, ilişkilerinin nerede bulunduğunu gösterir ve her bir ilişkinin karakteristik özelliklerini sunar. İlişkilerin doğasının planlanmasında kullanılabilir, örneğin “ne kadar entegre olunacağını” açıklanması veya mevcut politikaların analiz edilmesi konularına açıklık getirilebilir. Bütün-Devlet yaklaşımının kullanılmaya başlatılmasında veya geçmişte “neler olduğunun” analiz edilmesinde bir araç olarak kullanılmalıdır.

Hesap verilebilirlik, birlikte çalışma üzerine oluşturulmuş kurumsal yapılardan bağımsız olarak tek veya paylaşımlı olabilir. Birincisi görevlerin açık bir şekilde birbirinden ayrı olduğu ve karşılıklı bağımlılığın az olduğu durumlarda kullanılmalıdır: ikincisi ise işleri birbirinden ayırmanın çok zor olduğu ve karşılıklı bağımlılığın yüksek olduğu durumlarda her zaman kullanılmalıdır ki bu durum çoğu sağlık konusu için geçerlidir. Sektörler arası işbirliği Şekil 4’te gösterildiği gibi birlikte çalışma, koordinasyon veya entegrasyon biçiminde ortaya çıkabilir. Her birinin, hesap verilebilirlik ve kaynak paylaşımı üzerinde etkisi olan yönetilmesi gereken farklı seviyelerde zorlukları bulunur. Ortak eylemlerin gerektiği çoğu sorun için ortak hesap verilebilirlik gerekmektedir ve merkezi kurumlar liderlik konusunda ve birlikte çalışmak için hayata geçirilebilir hesap verilebilirlik düzenlerinin oluşturulmasında önemli bir rol üstlenmelidir (Kutu 5). Bu ise yönetilecek en zorlu konulardan birisidir.

Şekil 4. Devlet kurumları arasında entegrasyon süreci

Kutu 5. İsveç alkol, narkotik, uyuşturucu ve tütün politikası

Politikanın amacı toplumu narkotik ve uyuşturucu maddelerden kurtarmak ve alkolden kaynaklanan tıbbi ve sosyal sorunları ve tütün kullanımını azaltmak olmuştur. Uzun dönemli hedef, alkol, narkotik, uyuşturucu ve tütün konusunda kısıtlayıcı olan ve halk sağlığına dayanan AB ve uluslararası yaklaşıma katkı sunmaktır.

Riksdag [Parlamento] bu konuda Mart 2011’de, başka amaçların yanı sıra merkezi yönetimin bu alandaki desteğini kolaylaştırmayı hedefleyen tutarlı bir stratejiyi kabul etmiştir. Bu stratejide 2011 - 2015 yılları arasındaki hedef ve tedbirlerin nasıl uygulanacağı, koordine edileceği ve izleneceği belirlenmiştir. Söz konusu tedbirler hükümetin alkol, narkotik, uyuşturucu ve tütün konusundaki yıllık eylem planında tanımlanmıştır.

Söz konusu politikanın genel hedefe ilave olarak ilgili stratejik dönemde öncelikli hedeflere bölünebilen uzun dönemli amaçları bulunmaktadır.

1. Narkotik, uyuşturucu madde, alkol ve tütüne erişim kısıtlanmalıdır.
2. Çocuklar alkol, narkotik maddeler, uyuşturucu ve tütün ürünlerinin zararlı etkilerinden korunmalıdır.
3. Narkotik ve uyuşturucu madde veya erken yaşlarda alkol veya tütün kullanmaya başlayan çocuk ve gençlerin sayısı sürekli olarak azaltılmalıdır.
4. Alkol, narkotik ve uyuşturucu madde veya tütünün zararlı veya kötüye kullanımı konusunda alışkanlıklar geliştiren kişilerin sayısı sürekli olarak azaltılmalıdır.
5. Madde bağımlısı veya uyuşturucu madde kullanan kişiler yüksek kaliteli bakım ve destek hizmetlerine daha iyi erişime sahip olmalıdır.
6. İnsanların kendilerinden veya başkalarından kaynaklanan alkol, narkotik ve uyuşturucu madde veya tütün kullanımı ile ilişkili ölüm ve zarar görme sayıları azaltılmalıdır.
7. Alkol, narkotik ve uyuşturucu madde veya tütün ile ilişkili kısıtlayıcı olan ve halk sağlığına dayanan AB ve uluslararası yaklaşımlar kullanılacaktır.

İsveç dünyanın geri kalanına bağımlıdır ve gittikçe artan bir şekilde dış dünyadan etkilenmektedir. Alkol, narkotik ve uyuşturucu madde ve tütün ile ilişkili politik konuların AB nezdinde ve uluslararası alanda aktif olarak izlenmesi önemlidir. İsveç de desteklediği veya imzalamış olduğu stratejilerin ve anlaşmaların ulusal politikalara etki etmesi için çalışmaktadır.

Kutu 5. devamı

Bu kapsamda alkol, narkotik ve uyuşturucu madde ve tütün politikaları sektörler arası bir anlayışla uygulanmaktadır ve farklı sorumluluk alanlarına sahip kurumları kapsamaktadır: Tüketici Kurumu (Konsumentverket), Hapishane ve Şartlı Tahliye Hizmetleri (Kriminalvården), Sahil Korum (Kustbevakningen), Ulusal Polis Teşkilatı (Rikspolisstyrelsen), Ulusal Sosyal İşler Teşkilatı (Socialstyrelsen), Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (Statens Folkhälsoinstitut), Ulusal Eğitim Ajansı (Skolverket), Ulusal Kurumsal Bakım Teşkilatı (Statens Institutionsstyrelse), Ulaşım İdaresi (Trafikverket), Ulaşım Kurumu (Transportstyrelsen), Gümrük (Tullverket), Ulusal Gençlik İşleri Kurulu (Ungdomsstyrelsen) ve Savcılık Makamı (Åklagarmyndigheten).

Alkol, Narkotik ve Uyuşturucu Madde ve Tütün (ANDT) Sekretaryası

ANDT sekretaryası (ANDT politikasına yönelik resmi koordinasyon birimi) Sağlık Sosyal İşler Bakanlığı içerisinde yer almaktadır. Sekretarya, devlet içerisinde daha kolay anlaşılır, güçlü bir koordinasyon ile etkin bir yönetim oluşturabilmek için devlet kurumları içerisinde yapılan işlerin geliştirilmesini ve koordinasyonuna yönelik kapasitesini güçlendirmek istemektedir. Sekretarya ANDT stratejisinin yaygınlaştırılmasını ve uygulanmasını desteklemektedir ve devletin ANDT politikalarına yönelik yıllık eylem planlarını derlemekten sorumludur.

ANDT konseyi

Sekretarya ayrıca ANDT konseyini desteklemektedir; konsey devlete ANDT konuları hakkında danışmanlık yapmakta ve politikaların geliştirilmesi için araştırma sonuçları konusunda bilgiler vermektedir. Konsey bir başkan ve yirmi üyeden oluşmaktadır, tüm üyeler merkezi yönetim, araştırma toplulukları veya sivil toplum kurumlarını temsil etmektedir; konsey başkanlığını Sağlık ve Sosyal İşlerden sorumlu Devlet Bakanı yürütmektedir.

Kaynak: İsveç Devlet Kurumları (2012).

İsviçre dış politikalarında (Kutu 6) başarılı olmuş olan devlet içerisinde derinlemesine ilişkiler, kendi kendine yeterlilikten sürecin tüm karakteristiklerinin kullanımına doğru bir geçiş olduğunu yansıtmaktadır: paylaşılan bilgiler, kaynaklar, işler ve sorumluluklar. İsviçre dış sağlık politikası başta kaynak yaratamamış veya ortak bütçe oluşturamamıştır fakat bugün (beş yılın ardından) ortak hedeflere ulaşmak, çalışmaları aynı düzeye getirmek ve Bütün-Devlet (Federal Konsey) yaklaşımı içerisinde sorumluluğu paylaşmak üzere aktif bir şekilde resmi ve resmi olmayan mekanizmaları kullanmaktadır.

Kutu 6. İsviçre dış sağlık politikası

Halk sağlığının küreselleşmesi ve uluslararası bir konuya dönüşmesi sağlık, dış ilişkiler ve kalkınma politikaları arasında koordinasyon için büyük bir talep oluşturmaktadır. Mart 2012’de Federal Meclis İsviçre’nin, uygun bir pozisyonda olan ve çıkarlarını en iyi şekilde temsil edebilen ikna edici bir ortak olmasını sağlamak için Dış Sağlık Politikasını onaylamıştır.

Bu politika, Dış Sağlık Politikalarından sorumlu olan federal makamların ortak hedeflerini belirlemek ve uygulamak için bir enstrüman niteliğindedir ve 2006 yılında dış ve iç ilişkiler konularından sorumlu olan federal makamların dış sağlık politika hedefleri kapsamında yapılan ve İsviçre’nin uluslararası çalışmalar kapsamında öncülük ettiği anlaşmanın yerine geçmektedir. Söz konusu politika bu federal departmanların liderliğinde tüm diğerleriyle işbirliği içerisinde geliştirilmiştir. Federal makamlar haricindeki yetkililer arasında, konsültasyon aşamasına da katılmış olan, kantonlar, araştırma sektörü, sivil toplum, sanayi ve sağlık sistemi yer almıştır.

Politika birden çok genel prensip ve değer üzerine inşa edilmiştir. 3 alanda (yönetişim, etkileşim ve diğer politik alanlar ve sağlık konuları) 20 hedef tanımlanmıştır ve bu hedeflere ulaşmak için yapılacaklar belirlenmiştir.

İsviçre dış sağlık politikası, ülkenin sağlık alanında bir küresel aktör olarak kredibilitesini güçlendirmekte ve İsviçre’nin yoksulluğu azaltmak ve sürdürülebilir kalkınmayı desteklemek için işbirliklerini geliştirmeye yönelik kararlılığını vurgulamaktadır. İsviçre’ye küresel sağlık konusundaki uluslararası tartışmalarda önemli bir rol üstelenme fırsatı sunmaktadır.

Kaynak: Halk Sağlığı Federal Ofisinden adapte edilmiştir (2012).

3.2. Nasıl yapılır: Bütün-Toplum yaklaşımları

Bütün-Toplum yaklaşımı kurumlardan daha fazlasını kapsar: Obezite ve küresel gıda sistemi örneğinde de ortaya konduğu gibi yerel ve küresel kültür ve medyayı, kırsal ve kentsel toplulukları ve eğitim sistemi, ulaşım sektörü, çevre ve hatta kentsel tasarım gibi ilgili tüm politik sektörleri etkiler ve harekete geçirir. ... Bütün-Toplum yaklaşımları bir çeşit birlikte çalışmaya dayanan yönetim türüdür ve kamu politikaları açısından tamamlayıcı nitelikte olabilmektedir. Normatif değerler ve çeşitli aktörler arasında güven oluşturma yolları üzerinden koordinasyona odaklanır. ... Özel sektör, sivil toplum,

topluluk ve bireyleri için içerisinde katan Bütün-Toplum yaklaşımı insanların dayanıklılığını artırabilir, sağlık, güvenlik ve esenliklerini tehdit eden olgulara dayanma imkânlarını geliştirebilir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

Bütün-Toplum yaklaşımları politik karar vericiler ile özel sektör ve sivil toplumu için içerisine katar. Karmaşık ve ağların bulunduğu ortamlarda kullanabileceği yeni iletişim ve birlikte çalışma yöntemlerine sahiptir ve kitle iletişim ve sosyal hareketlerin rolüne odaklanır. Taraflardan her birisi kaynak ve uzmanlıklarını ortak bir strateji içerisinde sunmalıdır. Bütün-Toplum yaklaşımı, özel sektör, sivil toplum, topluluklar ve bireyleri müdahil ederek insanların sağlıklarına, güvenliklerine ve esenliklerine karşı gelişen tehditlere karşı dayanıklılıklarını artırabilir (Kutu 7) (Kickbusch ve Gleicher, 2012).

Kutu 7. Bütün-Toplum yaklaşımı: “Roman Katılımı Dönemi 2005–2015”

“Roman Katılımı Dönemi 2005–2015”, Roman vatandaşların refahını artırılmasını yönelik gelişmeleri hızlandırmak ve ilerlemeleri şeffaf ve ölçülebilir bir şekilde izlemek amacıyla devletleri, hükümetler arası ve devlet dışı kurumları ve Roman sivil toplumunu bir araya getiren uluslararası bir girişimdir. Eğitim, istihdam, sağlık ve barınma gibi öncelikli alanlara odaklanmaktadır ve devletlerin yoksulluk, ayrımcılık ve cinsiyet eşitliği gibi temel konuları dikkate almasını sağlamaktadır.

On iki ülke katılmaktadır: Arnavutluk, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Karadağ, Romanya, Sırbistan, Slovakya, İspanya ve Makedonya Cumhuriyeti. Tümünde ekonomik ve sosyal olarak dezavantajlı olan önemli derecede Roman azınlıklar mevcuttur. Slovenya ve ABD ise gözlemci statüsündedir.

Her bir ülke, öncelikli alanlardaki hedef ve göstergeleri açıklayan ulusal bir eylem planı geliştirmiştir. Uluslararası ortaklar arasında Dünya Bankası, Açık Toplum Kurumları, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, Avrupa Konseyi, Avrupa Kalkınma Bankası Konseyi, Roman Konuları İletişim Noktası, Demokratik Kurumlar ve İnsan Hakları Ofisi, Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Kurumu, Avrupa Roman Bilgilendirme Ofisi, Avrupa Roman ve Gezinler Forumu, Avrupa Roman Hakları Merkezi, Birleşmiş Milletler Habitat Programı, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu. DSÖ ise 2011’de ortaklardan birisi olmuştur.

Katılımcı devletler, sonuç alabilmek için kaynak aktarmalı, planlarını çok uluslu, uluslararası ve ikili bağışçıların fon enstrümanları ile eşleştirmelidir.

Kaynak: Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (2012).

Bir birey veya kurumun görevlerini yerine getirmesini zorlaştıran herhangi bir profesyonel, finansal veya başka türlü çıkarlar olarak tanımlanabilecek çıkar çatışmalarının yönetilmesi Bütün-Toplum yaklaşımları için önemlidir. Bu gibi konuların açıklanması ve çözümlenmesi için şeffaf prosedürlerin oluşturulması mecburidir; bunun başarılabilmesi görüşmelere liderlik eden devlet kurumlarının meşruiyetini, doğruluğunu, güveni ve güvenilirliğini zayıflatma riskini doğurabilir ve söz konusu yaklaşım ile ulaşılmak istenen sağlık sonuçlarına büyük bir tehdit oluşturabilir.

Genel manada Bütün-Toplum yaklaşımı Bütün-Devlet yaklaşımı ile başlamak zorunda değildir. Devlet genellikle lider veya aracıdır fakat güçlü bir STK veya NCD Alliance gibi birçok kuruluştan oluşan örgütler veya tütünün sınırlandırılması veya AIDS ilaçlarına erişim konusunda mücadele veren sivil toplum koalisyonları da liderlik sunabilir.

Sağlık konularına odaklanan Bütün-Toplum yaklaşımının “nasıl yapılır” süreci aşağıdaki aşamaları kapsamaktadır (Dubé vd., 2009).

1. Değişimi tetikleyecek birden çok başlangıç noktası belirlenmelidir.

Buna üretim zincirinin izlenebilirliğinin iyileştirilmesi, sebze ve meyve arz ve talebinin artırılması, sanayide işlenen gıda ürünlerinin besin ve kalori karakteristiklerinin iyileştirilmesi, besin ve sağlık bilgilerinin sunulmasıyla sağlıklı tüketici seçimlerinin desteklenmesi ve özellikle çocukları hedefleyen zorunlu ve zorunlu olmayan reklam politikaları araçları gibi konular dahil edilebilir.¹ Bu gibi imkânların tanımlanmasına yardımcı olabilecek araçlar mevcuttur. Buna ilişkin bir örnek Kutu 8’de anlatılmaktadır.

Aynı zamanda bir politikanın olgunlaşmasına imkân verebilecek beklenmedik fırsatlar için de hazır olmak son derece önemlidir. Birçok örnekte, uzun süredir bilinen ve analiz edilmiş olan ve politika tavsiyelerine konu olan bir durum, krizlere bağlı olarak hızla ortaya çıkan politik ortamdaki değişiklikler yüzünden bir anda çözülebilecek hale gelebilmektedir: Örneğin ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu (SARS) salgını, 2005 senesinde revize edilen Uluslararası Sağlık Mevzuatının kabulünü sağlamıştır. Bu durum siyasal bilimler literatüründe “fırsat penceresi” olarak adlandırılmaktadır (Kingdon, 1984). Sivil toplum aktörlerinin bu gibi pencereleri görebilmesi ve sonuna kadar kullanabilmesi özellikle önemlidir (Kutu 9).

2. Her bir fırsat çevresinde devlet, özel sektör ve sivil toplumdan önemli paydaşların yer aldığı stratejik bir ağ oluşturun.

Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları için bu kritik önemdedir çünkü hangi devlet ve devlet dışı aktörlerin ağlarının politikaları şekillendireceğinin ve kendi karakteristikleri ve konumlarıyla nasıl tanımlanacağını belirlenmesine yardımcı olabilir. İlgili tüm kurumlar, ağlar tarafından oluşturulmuş olan hedefin elde edilmesi için zaman, uzmanlık, temel yetkinlikler ve finansal kaynakları aktarmaya istekli olmak zorundadır (Şekil 5).

¹ Beslenme ile ilgili bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ilişkin güçlü politik araç ve enstrümanlar Bölüm 6.2’de daha detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

Kutu 8. Taktiksel eşleştirme

Sivil toplum örgütleri için hazırlanmış olan taktiksel eşleştirme aracı “insan hakları ihlallerini oluşturan, meydana getiren, yarar sağlayan ve sürdüren kuruluşları ve ilişkileri görselleştiren bir yöntemdir” (Johnson ve Pearson, 2009). Bu araç ayrıca kar amacı gütmeyen kuruluşların üzerinde çalışmakta olduğu çok sayıda konu için kullanılabilir.

Asıl vurgu, kavramlar veya sebepler üzerine değil insanlar ve kurumlar arasındaki ilişki üzerinedir. Johnson ve Pearson’a göre (2009):

Bu ilişkilerin ortaya konulması sosyal alanı temsil eden bir resim oluşturmaktadır. Bu diyagram çizildiğinde, aktörlerin uygun hedefler belirlemesi ve üzerinde çalışılması gereken alanlara yönelik muhtemel taktikler oluşturmaları mümkün hale gelmektedir. Bu nedenle söz konusu eşleştirme belli bir taktiğin nasıl işleyeceğinin planlanması ve izlenmesine ve etkili olabilmek için hangi ilişkilere odaklanılması gerektiğine yönelik bir süreç yaratmaktadır. Birden çok grup, ilgili hedef ve müdahaleleri belirlerken bu türden diyagramları kullanabileceği için, taktiksel eşleştirme, grupların bağımsız olarak hareket ederken kullanabileceği daha kapsamlı bir strateji oluşturan bir koordinasyon aracına dönüşmektedir.

Kutu 9. Fırsat penceresi

Kingdon (1984), üç sürecin aynı anda ve bağımsız olarak oluştuğunu söylemiştir:

- sorunların kabul edilmesi ve tanımlanması
- politika önerilerinin oluşturulması
- politikaların değiştirilmesi.

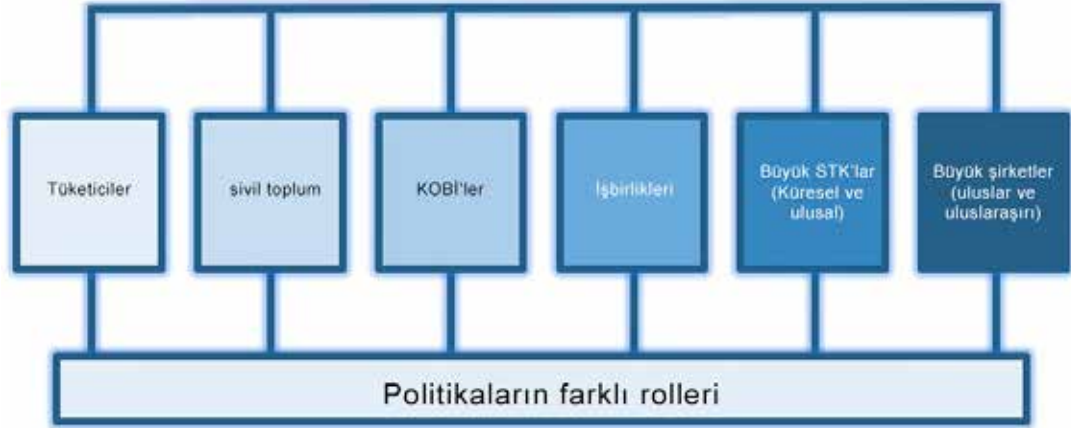
Guthrie vd. (2005) tarafından belirtildiği şekilde:

Bu üç süreç “fırsat penceresi” açıldığında bir araya gelirse politik değişiklikler hayata geçmektedir. Bu birbirinden farklı sorun, plan ve politikaların kendilerine özgü hikayeleri mevcuttur. ... Fakat bu üç sürecin birleşeceği bir zaman gelir. Önemli bir problem dikkat edilmesini gerektirir ve bu kapsamda da çözümü getirecek bir politik öneri oluşur. Veya bir politik durum yönetimde değişikliklerin yapılmasını gerektirir ve sonuç olarak farklı yönlerde gitme ihtimali oluşur. Böyle anlarda duruma uygun teklifler (örneğin yeni yönetimin vizyonuna uygun girişimler) öne çıkar ve olgunlaşmış politik iklim içerisinde kendisine yer bulur. Benzer bir şekilde koşullara uygun sorunlar vurgulanmaya başlarken diğerleri görmezden gelinir.

Politika oluşturma süreci bu nedenle irrasyonel ve lineer olmayan bir süreçtir ve bu süreç içerisinde çözüm çabaları gösteren kesimler bir fırsat penceresinin oluşması halinde hızla hareket etmeye başlamak durumundadır; lineerliğin olmaması pek çok insana göre demokratik toplumların zorlu bir özelliğidir.

Ana paydaşları etkili bir şekilde bir araya getirmek için kullanılabilecek çeşitli ağ analizi araçları mevcuttur. Örneğin İlişkilerin Geliştirilmesi için Ağların Analizi, Kayıt Edilmesi ve İzlenmesi Programı (PARTNER©) aracı (Kutu 10) şu gibi sorulara cevap verilmesine yardımcı olur: “Ortaklık içerisinde ayrılıklar, kırılğanlıklar ve verimsizlikler mevcut mu?” ve “hangi çalışma modelleri veya çerçeveleri en iyi sonucu verir?”

Şekil 5. Toplumun tümü için politikalar geliştiren ve uygulayan tüketici ve paydaşlar



Kaynak: Dubé vd. (2009).

Bir ağ analizinin yapılması aşağıdakilerin sistematik olarak kontrol edilmesine imkân verir:

- politika oluşturma sürecinin her aşamasında hangi türde çalışmaların ve uzmanlıkların gerekeceği;
- hangi devlet ve devlet dışı aktörlerin politika oluşturma sürecinin farklı aşamalarına katılması gerektiği ve sadece politikayı değil birbirlerini de nasıl etkileyecekleri (örneğin birlikler oluşturma) ve sürecin farklı aşamalarını nasıl etkileyecekleri; ve
- her bir aşamada elde edilen sonuçların diğer aşamaları ve ilgili aktörleri nasıl etkileyeceği (Parag, 2006).

Yenilikçi ve içermeci iş modelleri bu bağlamda değişimi tetiklemek için kullanılabilir; bunlara örnek olarak aşağıdakiler verilebilir:

- toplum içerisinde aşağıdan yukarıya kolektif çalışmalar;
- ticaret hacmi veya kârın en üst düzeye getirilmesi yerine sosyal faydaların en üst düzeye getirilmesine çalışan sosyal ticaret modelleri; ve
- çeşitli stratejik ticari faaliyetlerde sağlığı da geliştiren hem sosyal hem ve ticari değer oluşturan kar amaçlı girişimler (Box 11).

Genel olarak kullanılmaya başlanmış olan “sosyal ticaret” ilk olarak Nobel Barış Ödülü sahibi Muhammad Yunus tarafından “belli bir sosyal, etik veya çevre hedefi ile bir ürün ve/veya

Kutu 10. PARTNER©: bir sosyal ağ analizi aracı

Robert Wood Johnson Foundation, insanlar ve kurumlar arasında işbirliğini ölçmek ve izlemek için bir araç oluşturmuştur. Bu araç, bir ağın üyelerinin birbiriyle nasıl bağlantılar kurduğunu, kaynakların nasıl kullanıldığını ve paylaşıldığını, güven seviyelerini ve sonuçların birlikte çalışma süreciyle olan bağlantılarını göstermek için kullanılabilir. Bu araç içerisinde veri toplamak için çevrimiçi bir anket ve değerlendirme amaçlı bir analiz programı yer almaktadır. Birlikte yapılan çalışmaların zaman içerisinde nasıl değiştiğini ve topluluk üyeleri ile kurumlara paydaşlar, ortaklar, değerlendiriciler ve bağışçıların katılımının nasıl geliştiğini göstermeyi mümkün hale getirmektedir.

Kaynak: PARTNER© Aracı (2009).

hizmet sunmak için tasarlanmış, zarar etmeyen ve kar payı bulunmayan bir şirket” olarak tanımlanmıştır. Buna verilebilecek uygun bir örnek Grameen Danone Foods Ltd. (Grameen Creative Lab, 2013) şirkettir; söz konusu şirket önemli besin maddeleri ile zenginleştirilmiş bir yoğurt ürününü dar gelirliyle uygun bir fiyat ile sunmakta ve aynı zamanda tüm değer zincirinde faydaların elde edilmesini sağlamaktadır.

3. Oluşturulan tüm ağları Bütün-Toplum yaklaşımı içerisinde belli manivela noktalarında bir araya getirin ve bilgi ve araştırmaları paylaşmak ve kapasiteyi geliştirmek için kullanılacak platformlarla destekleyin.

Örnek olarak obeziteye neden olan sosyal ve çevresel belirleyicilerle mücadele etmek için Bütün-Toplum yaklaşımı gereklidir. Bu tür bir yaklaşım DSÖ tarafından da savunulmaktadır:

Beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında değişiklikler yaratabilmek için birçok paydaşın, kamu ve özel sektörün uzun yıllar birlikte çalışması gerekmektedir. Küresel, bölgesel, ulusal ve yerel seviyelerde güçlü ve etkin çalışmalara ihtiyaç vardır ve yapılacak çalışmalar sonunda oluşan etki yakın bir şekilde izlenmeli ve değerlendirilmelidir (DSÖ, 2004).

Buna bölgesel seviyede verilebilecek bir örnek beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık konusunda Avrupa çalışma platformudur (Avrupa Komisyonu, 2005), bu konu bu yayının ileriki bölümlerinde ele alınacaktır.

Kutu 11. Kurumsal sosyal sorumluluk

Bütün-Toplum yaklaşımı içerisinde kurumsal sosyal sorumluluk ve “içermeci kapitalizm” olarak ifade edilen prensipler de yer almaktadır. Tüketici bilincinde ve tüketim alışkanlıklarında yaşanan değişiklikler birçok şirketin kurumsal sosyal sorumluluk konusunu stratejik bir yatırım olarak görmesine neden olmuştur (Fortunato, 2011). Kurumsal sosyal sorumluluk girişimleri gıda sektöründeki ticari faaliyetlerin temel bir parçası haline gelmiştir, bu gelişme “gıda ve tarım şirketlerinin, kontrolleri altındaki eylemlerin sonuçları konusunda sorumluluğa sahip olduklarının kabul edilmesine dayanan iyileşmeler” olarak tanımlanmaktadır (Hartmann, 2011).

Fakat kurumsal sosyal sorumluluk tek başına yeterli değildir. Pazarda sorunların ve dışarıdan kaynaklanan negatif durumların oluşması halinde özel şirketler genellikle sosyal refah ile karlılık arasında seçim yapmak zorunda kalmaktadır. Şirketler, kamu yararına yatırım yapmak yerine ortaklarının çıkarlarını karşılamayı seçebilmektedir. Bu durumlarda devletler şirketlerin eylemlerini değiştirmek için teşvikler vermeyi seçebilir.

Deneyimlerimiz, kamu yararına olacak sağlık hedeflerinin elde edilmesinde kendi kendine denetimin yeterli olmadığını göstermektedir: düzenlemelere ihtiyaç vardır. Düzenlemelerin, etkin ve meşru olabilmesi için şeffaf, hesap verebilir, orantılı, tutarlı ve hedefe yönelik olması gerekmektedir (Karnani, 2011). Orantılı olmak, halk sağlığı açısından son derece zorlu bir konudur çünkü değer tabanlıdır ve halk sağlığı etiğindeki algılara odaklanmaktadır; bundan dolayı da son derece ideolojik tartışmalara konu olmaktadır. Obezite salgınına verilen cevap buna örnektir; New York şehrindeki modelde içeceklerdeki şeker miktarının düzenlenmesine yönelik bir mücadele yürütülmektedir (Moskin, 2012).



4.

Sağlık 2020'nin birinci öncelik alanı: Bütün yaşam seyri yaklaşımı ve insanların güçlü kılınması üzerinden sağlığa yatırım yapmak

Tüm yaşam boyunca sağlığın desteklenmesi sağlıklı ömür beklentisini ve ömür beklentisini artırır ve bu sayede ekonomik, sosyal ve bireysel önemli faydalar elde edilir. Birçok ülkenin karşı karşıya olduğu demografik dönüşüm yaşamın tamamına yönelik etkin bir strateji gerektirir; bu strateji sağlığı geliştiren ve hastalıkları önleyen yeni yaklaşımlara öncelik vermelidir. ... Sağlıklı çocuklar daha iyi öğrenir, sağlıklı erişkinler daha üretkendir ve sağlıklı yaşlılar topluma aktif katkı sağlamaya devam eder (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

Çocukların erken yaşlarına ve yaşlılara yönelik sosyal politikalar, farklı refah devleti rejimleri ile ilişkilendirilebilmektedir. Avrupa'da Esping-Andersen'in (2006) liberal (örn. Birleşik Krallık), muhafazakar (Almanya) ve sosyal demokrat (İsveç) refah devletleri sınıflandırması ulusal politikaların boyut ve kapsamındaki farklılıkları tanımlamak için kullanılabilir.

Sadece sosyal harcamalar bu farkları açıklamaya yetmez. Kaynak ve fırsatların dayandığı şart ve koşulları da dikkate almak çok önemlidir. Esping-Andersen refah devletinin boyut ve kapsamını sunulan sosyal haklar ve sosyal ilişkilerin düzenlenmesinde devletin aktif rolü ile tanımlamaktadır: "Refah devleti sadece eşitsizliklerin yapısına müdahale eden ve muhtemelen düzelten bir mekanizma değildir; refah devleti bir katmanlandırma sistemidir" (Esping-Andersen, 2006).

Bu bağlamda, Kuzey refah devleti modeli uzun senelerdir her bir vatandaşın sağlık, esenlik ve eğitim haklarını gözetmeye ve sağlığın belirleyicileri ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri ele almaya çalışmıştır. Genel olarak sosyal politikalar ve özel olarak erken yaşlarda gelişim ve yaşlı nüfusa yönelik politikalar devletin genel sosyal performansının, emek piyasası fırsatlarının ve aile karakteristiklerinin sonuçları olarak görülebilir (Petrogiannis ve Dragonas, yayınlanmamış veriler, 2013). Üreme sağlığı ve ana çocuk sağlığı politikaları da son derece ilgilidir ve sosyal anlamda kadınlar için eğitim ve istihdam piyasasına katılım açısından daha fazla eşitlik sağlamada büyük ölçüde faydalı olmuş, esnek çalışma düzenlerini ve ebeveynler için sosyal yardımları desteklemiştir.

Bu aynı zamanda yaşlı nüfusa yönelik politikalarda da kendisini göstermektedir. İktisadi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), iyi sağlık, esenlik ve aktif yaşlanmaya destek olabilecek farklı sektörlere yönelik bir dizi politik müdahale tanımlamıştır (OECD, 2009). Bu politikalar içerisinde istihdam politikaları gibi geleneksel politikalar ve ayrıca bakım sektöründe yeni teknolojilerle desteklenen yenilikçi çözümler de mevcuttur.

OECD sağlık konusunda yaşam boyu yaklaşımını vurgulamıştır; bu yaklaşım, insanları aktif tutmak veya kronik hastalıkları azaltmak amacıyla hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşam tarzlarının yaşamın tüm aşamalarında geliştirilmesini daha güçlü bir şekilde kapsamaktadır. Odaklanılan alan insanları bağımsız ve kurumsal bakım hizmetleri dışında tutmaktır.

OECD genel olarak esnek çalışma, kademeli emeklilik ve uygun barınma imkânları ile ilişkili politikaların sağlık ve esenliği önemli derecede etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Avrupa Komisyonu (2011), Avrupa 2020 girişimi çerçevesinde Avrupa yenilik ortaklıkları kavramını ortaya atmıştır ve bu kapsamdaki ilk konu aktif ve sağlıklı yaşlanma olacaktır.

4.1. Nasıl yapılır: Erken yaşlara yönelik Bütün-Devlet yaklaşımı

4.1.1. Konu

Mevcut kanıtlar, bir insanın ilk ay ve yıllarındaki olay ve deneyimlerin, gelecekte tüm yaşamındaki esenlik veya fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının temelini oluşturabildiğini göstermektedir (Jenkins, 2005). Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, insanların yaşamlarındaki ilk yıllara yatırım yapmanın sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak için en yüksek potansiyeli sunan yöntemlerden birisi olduğunu belirtmektedir (DSÖ, 2011). Bu kapsamda, Avrupa sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri araştırması (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012b), geçmişteki entegre olmayan hizmetlerin küçük çocuklara sahip ailelerin karmaşık ihtiyaçlarına etkin bir şekilde cevap verme konusunda zorluklar getirdiğini göstermiştir.

4.1.2. Çözümler ve yaklaşımlar

Birçok ülke, erken yaşlara yönelik ve farklı seviyelerdeki devlet sektörlerini dahil eden ve toplumun farklı kesimlerine ulaşabilen politik çerçeveler ve yenilikçi yaklaşımlar oluşturmuştur. Örnek olarak İsveç, tüm vatandaşlarına iyi yaşam koşulları sağlayabilmek için başarılı bir şekilde çok sayıda farklı güç odağı ve aktörleri bir araya getirebilmiştir. Kamu sektörü güçlü bir yerinden yönetim düzenine sahiptir ve yerel ihtiyaçlara adapte olabilmektedir. Yerel yönetim seviyesindeki insanlar hizmetlerin sunumuna karar verebilmektedir. Yirmi bölgeden her biri bir politik meclis tarafından yönetilmektedir ve herkesin iyi ve eşit sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmaktadır. Çocuk bakım merkezlerinde, okul öncesi çağıdaki çocuklar (benzer merkezler Kuzey ülkelerinde, Hırvatistan, Hollanda ve Slovenya’da da bulunmaktadır) ücretsiz muayeneden yararlanabilmektedir; verilen hizmetlere aşılama ve ebeveynlerin eğitimi dahildir, ayrıca ilçelerdeki 2000 hemşire ücretsiz ev ziyaretleri yapmakta ve ailelere yönelik atölye çalışmaları düzenlemektedir. Genel amaç çocukların sağlık ve esenliğini iyileştirmek, anne ve babaya destek olmak ve herhangi bir fiziksel veya ruhsal rahatsızlığı önlemektir (Samuelsson vd., yayınlanmamış veri, 2013).

Güney Avusturalya’da 20’den fazla “one-stop shops” (tek durak merkezleri) uygulaması bulunmaktadır; söz konusu uygulama, 0–8 yaş arası çocukların gelişimine yönelik çocuk merkezlerini de içermektedir. Bu merkezler “doğumdan okulun ilk yıllarına kadar bakım ve eğitim, ebeveyn/kariyer bilgi ve eğitimleri, ebeveynlik ağları ve aşılama, sağlık kontrolleri ve danışmanlık ile terapi hizmetleri gibi sağlık hizmetlerine bağlantılar” sunmaktadır (Press vd., 2010).

Birleşik Krallık ise çocuklara yönelik 3600 “sure start” (*iyi başlangıç*) merkezine sahiptir, bu merkezler kırılgan ailelere ve topluluklara odaklanacak ve yaşamın ilk yıllarında sağlık eşitsizlikleri ile mücadele edecek şekilde tasarlanmıştır. Finansman büyük ölçüde merkezi hükümetten gelmekte ve yerel bölgelerdeki yoksulluk seviyelerine göre hesaplanmaktadır (Eisenstadt ve Melhuish, yayınlanmamış veri, 2013). Okul öncesi çocukları hedefleyen hizmetler devlet kurumlarına entegre edilmiştir ve erken yaşlarda eğitim ve bakım hizmetleri başarılı bir şekilde birleştirilmiştir. “Sure start” merkezleri “ailelere destek, çocuk yetiştirmeyi iyileştirecek müdahaleler, evde öğrenme, istihdam ve sosyal hizmetler konusunda danışmanlık, sağlık ve sosyal imkânlar konusunda danışmanlık” hizmetleri vermektedir ve aileler resmi olmayan ve çocuk dostu ortamlarda bir araya gelebilmektedir (Eisenstadt ve Melhuish, yayınlanmamış veri, 2013).

4.1.3. Paylaşılan Yönetim

Küçük çocuklar için eğitim ve bakım hizmetlerinin birbirinden ayıramayacağını fark eden sektör ve profesyoneller “evrensel bir ortamda en iyi öğrenme, sağlık ve esenlik sonuçlarını elde etmek amacıyla daha fazla desteğe ihtiyaç duyan ailelere yönelik hedefe uygun çözümler sunmak” için yakın bir şekilde birlikte çalışmaktadır (Güney Avusturalya Hükümeti, 2012). Birleşik Krallık, yerel ihtiyaçların ve çeşitli sorunların yeterince dikkate alınmasına yönelik benzeri programların tasarlanması ve uygulanmasında ailelerin işin içerisinde dahil edilmesinin önemini güçlü bir şekilde vurgulamıştır. 2011 senesinde gerçekleştirilen bir araştırma, ailelerin bu uygulama hakkında son derece olumlu düşündüklerini ve sosyal dışlanma ve yoksulluğun nesiller arasında aktarılması ile mücadele alanlarında başarı elde edildiğini göstermiştir (Team Institute for the study of Children, Families and Social Issues tarafından yapılan Sure Start Ulusal Değerlendirmesi 2011).

Tablo 2’de, küçük çocukların gelişimine destek amaçlı bir arada var olma yaklaşımından, entegrasyona geçiş için yararlı bir model sunulmaktadır. Ortaklıkların gelişmesi için süreye ihtiyaç duyulduğunu, hizmet sunumu entegrasyonunun kademeli olarak geliştiğini ve tam entegrasyona yönelik sürecin birden çok aşamaya sahip olduğunu kabul etmektedir. Bu bağlamda, devlet içi entegrasyon süreci ile tanımlanan (Şekil 4, Bölüm 3.1) muhtemel ilişkiler (birlikte var olmadan işbirliğine kadar uzanan) çocukların ilk yaşlarına yönelik hizmetlerin birbirine entegre olduğu toplumsal ortamlara da uygulanabilir.

Ulusal seviyedeki departmanların birbirinden farklı çıkarları başarı karşısındaki bir engeldir ve zorlu bir konudur. Birleşik Krallık ve Güney Avusturalya’da çocukların erken yaşlarına yönelik çalışmalar benzeri zorluklarla karşı karşıya kalmıştır, bunlar arasında “birbirinden farklı kültürel değerler, değer sistemleri ve farklı profesyonel eğitimlere dayanan farklı uygulama yaklaşımları” bulunmaktadır (Press vd., 2010). Artan iş yükü, eşit olmayan çalışma koşulları, yetersiz finansman ve makro seviyede liderliğin olmaması gibi sorunların bulunduğu rapor edilmiştir (Press vd., 2010). Birleşik Krallık’ta yerel bir programın oluşturulması ile ilişkili zorlukların öngörülebilmesinde ve programların uygulanması için yeterli derecede beceri ve seviyede kişilerin sunulabilmesinde zorluklar yaşanmıştır (Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues tarafından yapılan Sure Start Ulusal Değerlendirmesi 2011). Yaşam boyu yaklaşımından tam olarak fayda sağlayabilmek için sağlık konusunda elde edilecek faydaların uzun bir dönem içerisinde toplanması gerekmektedir. Fakat genel uygulama bu şekilde değildir: küçük çocuklara yönelik hizmetler genellikle sağlanıyor olsa da, ergen ve genç erişkinlere yönelik sınırlı ve sistematik olmayan hizmetler vardır. Stratejik vizyonun olmaması ve kötü yönetim eşitsizliklerin kalıcı olmasına ve artmasına yol açmaktadır.

Tablo 2. Entegrasyon aşamaları

Program bileşenleri	Birlikte Var Olma	Koordinasyon	İşbirliği	Entegrasyon
Eğitim ve çocuk bakımı	Çocuk bakımı, okul öncesi ve okul dönemi için ayrı yönetim kurumları	Her bir yönetim kurumunda bazı üyelerin ortak olması Uygulayıcı kurumun temsil edilmesi	Çocuk bakımı, okul öncesi ve okul dönemi için belli bir düzeyde yönetim kurumu ve okulların yönetiminde bazı ortak üyeler	Çocuk bakımı, okul öncesi ve okul dönemi için aynı yönetim kurumu ve okulların yönetimi ile resmi bağlantı Ortaklık grubu ve/veya bölgesel danışma kurulunun kuruluşuna temsilciler liderlik eder ve kendi kurumlarında alınan kararları bu gruplarla ilişkilendirir
Sağlık bileşenleri Aile ve toplum bileşenleri Diğer kuruluş bileşenleri	Her bir program için ayrı yönetim kurumları	Her bir grup içerisinde temsil	Temsilciler çocuk merkezlerinin yönünü, sunulacak hizmetleri ve kendi kurumlarındaki hizmet sunumu konusundaki kararları etkiler	Ortaklık grubu ve/veya bölgesel danışma kurulunun kuruluşuna temsilciler liderlik eder ve kendi kurumlarında alınan kararları bu gruplarla ilişkilendirir
Hizmet planlaması ve izleme	Yerel hizmetler arasında resmi olmayan ilişkiler ve geçmişteki uygulamalara dayanan bağlantılar	Uygulayıcı grup çocuk merkezinin planlama aşamasını destekler Uygulayıcılar birbirlerine kendi stratejik planlarının kopyalarını sunar	Uygulayıcı grup çocuk merkezi içerisinde verilecek hizmetleri ve merkezin yönelimini etkiler	Ortaklık grubu ve/veya bölgesel danışma kurulu niyet beyanına dayanmaktadır ve yıllık faaliyet raporu oluşturma ve yayınlamadan sorumludur Ortaklık grubu ve/veya bölgesel danışma grubu çocuk bakım/okul öncesi eğitim kurumlarında temsil edilmektedir

Program bileşenleri	Birlikte Var Olma	Koordinasyon	İşbirliği	Entegrasyon
Politika ve uygulamalar	Birbirinden ayrı politikalar Gayrı resmi bireysel ortaklıklar	Politikaların paylaşımı Hizmet anlaşmaları, protokoller ve memorandumlar hizmet yöntemlerini ve hizmet sağlayıcıları arasındaki düzenlemeleri açıklamaktadır	Niyet beyanı, çocuk merkezindeki tüm çalışanlar için tüm ana prensipleri, taahhütleri ve vizyonu tanımlamaktadır Paylaşılan politikalar, kaynaklar ve çalışma anlaşmaları gerektiğinde oluşturulmaktadır	Çocuk merkezleri ile ilgili tüm paydaşlar için entegre politikalar, entegre uygulamalar ve ortak hizmetler
Aile ve toplum katılımı	Her bir yerel hizmet ailelerin ve toplumun karar alma sürecine dahil edilmesinde ayrı bir mekanizma kullanır	Aile ve toplumsal gruplardan gelen paydaşlarla ilgili bilgiler paylaşılır	Aileleri ve toplumsal grupları çocuk merkezlerine dahil eden süreçler geliştirilir	Aile danışma grubu kurulur Çocuk merkezine, öncelikli gruplar da dahil olmak üzere tüm aileleri dahil edecek kapsamlı süreçler bulunur

Kaynak: Güney Avusturalya Hükümetinden adapte edilmiştir (2012).

4.1.4. Zorluklar

Ulusal seviyedeki departmanların farklı çıkarları başarı ve değişim karşısında engel olmuştur. Birleşik Krallık ve Güney Avusturalya’da çocukluğun ilk yaşlarına yönelik girişimler de benzeri zorluklarla karşı karşıya kalmıştır; bunlar arasında “birbirinden farklı kültürel normlar, değer sistemleri ve farklı profesyonel eğitime dayanan farklı uygulama yaklaşımları yer almıştır” (Press et al., 2010). Karşı karşıya kalınan sorunlar arasındadır artan iş yükü, eşitsizliklere sahip çalışma koşulları, yetersiz fonlama ve makro seviyede liderliğin olmaması bulunmaktadır (Press et al., 2010). Birleşik Krallık’ta zaman zaman yerel programların oluşturulması ve bunların işletilmesi için gerekli becerilere sahip personel sağlanmasına ilişkin karmaşıklıkların öngörülmesi zor olmuştur (National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues, 2011). Yaşam boyu yaklaşımından tam olarak fayda elde etmek için sağlığa ilişkin faydaların uzun bir dönem içerisinde toplanması gerekmektedir. Fakat bu henüz genel bir uygulamaya dönüşmemiştir: genellikle bebeklere yönelik hizmetler mevcut olsa da fakat gençler ve genç erişkinler için sistematik uygulamaların sayısı azdır. Stratejik vizyonunun bulunmayışı ve zayıf yönetim eşitsizliklerin kalıcı olmasına ve büyümesine neden olmaktadır.

4.1.5. Öğrenilen Dersler

- Bilgiye dayalı politikaların tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için politik istek, zaman ve para gerekmektedir (Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues tarafından yapılan Sure Start Ulusal Değerlendirmesi 2011).
- Erken yaşlara yönelik entegre hizmetlerin oluşturulması için finans, sağlık, eğitim ve istihdam gibi alanlardaki bakanlıkların birlikte çalışması hayati öneme sahiptir. Hizmet sunumunu önemli ölçüde artırma hedefine sahip çok disiplinli ekip çalışmasını sürekli olarak iyileştiren dinamik ve adapte olabilen bir süreç, yerel seviye için uygun görülmektedir. Etkin işbirliği ve ekip çalışması seviyelerine erişmek için özellikle başlangıç aşaması olmak üzere farklı seviyelerde güçlü liderlik gereklidir (Press vd., 2010).
- Her topluluğa uygun olabilecek her koşula uygun tek bir yaklaşım ve entegre hizmet sunumu için tek bir model bulunmamaktadır. Açıkça belirtilen fonksiyon ve roller, paylaşılan değer ve sorumluluklarla beraber ortak değer ve kültürün oluşturulmasına yönelik taahhütler sorunların üstesinden gelinmesine destek olabilir.
- Uzun dönemli sistematik değerlendirmeye yönelik yenilikçi değerlendirme araçlarının birlikte geliştirilmesine yönelik çalışmalar daha güçlü bütünleşik süreçlerle desteklenmelidir; deneyimlerden dersler çıkarmak hayati öneme sahiptir.

4.2. Nasıl yapılır: Yaşlanan bir nüfus için Bütün-Toplum yaklaşımı

4.2.1. Konu

Avrupa nüfusu yaşlanmaktadır. AB, 2012 senesini “Avrupa aktif yaşlanma ve nesiller arası dayanışma yılı” olarak belirlemiştir; bununla hedeflenen şey bilinçlendirme sağlamak ve ayrıca yerel ve ulusal politika yapıcılarının, sosyal ortakların ve sivil toplumun demografik değişimin büyüklüğünü anlamasına yardımcı olmaktır. Avrupa Komisyonu, AB ve üye devletlerin emeklilik sistemlerinin karşı karşıya olduğu büyük zorluklarla nasıl mücadele edebileceklerine yönelik bir teknik bilgilendirme belgesi hazırlamıştır. Bu belgede, insanların çalışmaya devam edebileceği doğru koşulların oluşturulmasına yönelik bir dizi girişimden bahsedilmektedir. Diğer girişimler ise insanların daha fazla birikim yapmasına ve farklı ülkelere gelen insanların emeklilik haklarını korumasına yardımcı olmaktadır (Avrupa Komisyonu, 2012a).

4.2.2. Çözümler ve yaklaşımlar

Sağlıklı ve aktif yaşlanmaya yönelik Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları yaşlı insanların istihdamlarını sürdürebilmesine ve finansal açıdan bağımsız kalabilmesine yardımcı olmayı hedeflemektedir. Hedefler arasında yaşlılara yönelik engellerin ortadan kaldırıldığı ortamlar ve toplu taşımaya kolay erişim bulunmaktadır. Sağlık sistemleri gittikçe artan bir şekilde yaşlı insanların özel ihtiyaçlarını dikkate almak ve buna uygun hizmetler sunmak durumunda kalacaktır. Küçük çocukların gelişimi konusunda ise ülkeler, yaşlı insanların da gerekli tüm hizmetlere erişebileceği toplu hizmet sunabilen merkezlerin sayısını artırmak için hizmet sağlayıcıların birlikte çalışmasını istemektedir.

Bu yaklaşımlar özellikle de yerel seviyede önemlidir. DSÖ (2007), aktif yaşlanmayı destekleyen ve mümkün hale getiren şehirler için “gittikçe yaşlanan ve kentleşen bir dünyada yaşam kalitesini ve refahı korumak için en etkili yaklaşımlar arasındadır” demektedir (Box 12). DSÖ, yaşlı dostu şehirlerin karakteristiklerini anlamak için tüm DSÖ bölgelerindeki 33 şehirdeki yaşlı kişilere şehirdeki yaşantının en önemli 8 avantaj ve dezavantajlarını belirtmelerini istemiştir: elde edilen sonuçlar yaşlı dostu şehirler için kontrol listelerinin oluşturulmasına imkân vermiştir (DSÖ, 2007).

Kutu 12. Finlandiya'nın aktif yaşlanma girişimi

Finlandiya 2012 yazında yaşlanmanın sürdürülebilirliğine yönelik sektörler arası bir eylem programı başlatmıştır. Söz konusu programın liderliğini Sosyal İşler ve Sağlık Bakanı yürütecektir:

Eylem programı davranışlar, erişilebilir ortam, konut, hareket ve trafik, sosyal koruma, iş ve emekliliğin birleştirilmesi, içerme, hizmetler, önleyici hizmetler, aile üyelerine destek türleri, sivil toplum kuruluşlarına destek, beceri ve bilgi, eğitim ve finansman gibi konulara odaklanmaktadır (Finlandiya Hükümeti, 2012).

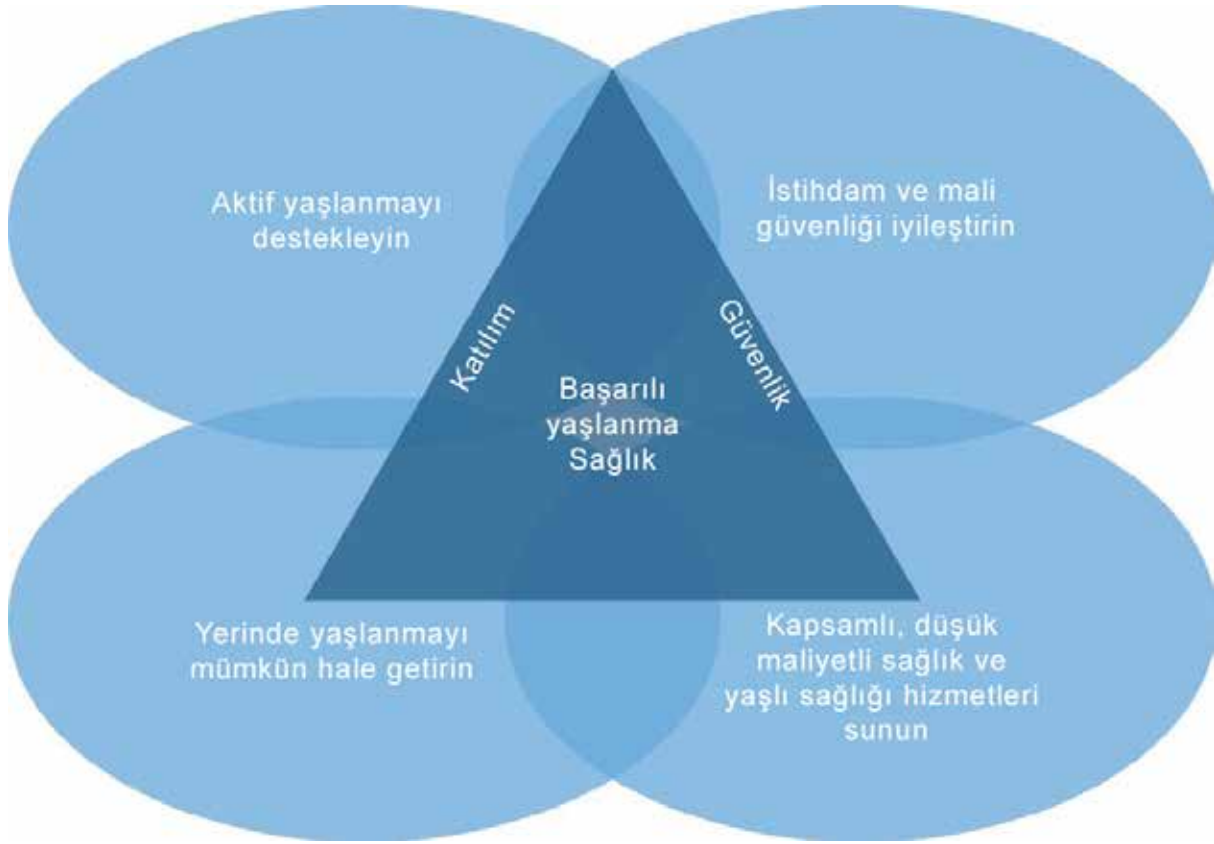
Eylül 2012'de üst düzeyli bir çalışma grubundan yaşlı dostu bir Finlandiya için somut ve yenilikçi bir eylem programı oluşturması istenmiştir. Aktif yaşlanma, 2006 senesinden bu yana istihdam programı kapsamında sektörler arası çalışmalar yürüten Finlandiya hükümeti için ana konulardan birisi olmuştur. Bu yaklaşım diğer ülkeler için de önerilmektedir.

4.2.3. Paylaşılan yönetim

Bazı yüksek gelirli ülkeler de entegre yaklaşımlardan yararlanmayı istemektedir. Örnek olarak Singapur, yaşlanma ile ilgili üst düzey bir bakanlık komitesine sahiptir ve bu komite yaşlanma ile ilişkili departmanlar arası hizmet vermektedir. Yaşamın tamamına yönelik bir perspektif oluşturmuş ve yaşlı insanların katılımcılığını, sağlık ve güvenliğini artırmaya yönelik dört temel strateji belirlemiştir

(Şekil 6). Şekil 6'da görülen temel sütunlar, ergenler, çocuklar ve çalışma yaşındaki insanlar gibi diğer yaş gruplarına da uygulanabilir.

Şekil 6. Singapur Yaşlanma ile ilgili Bakanlar Komitesinin Temelleri ve Stratejik Yaklaşımları



4.2.4. Zorluklar

Finansal güvenlik bir öncelik olarak kalmak zorundadır ve içermecilik büyük ölçüde aktif yaşlanma fırsatlarının maliyetinin uygunluğu ve ne derece cevap verebileceğine bağlıdır. Toplumsal katılım genişletilmelidir ve nesiller arasında gerçekleştirilebilecek aktivitelere yönelik sosyal alanlar oluşturulmalıdır.



5.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar

Bölge içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklarla başarılı bir şekilde mücadele etmek için bir dizi yaklaşımın birlikte kullanılması gerekmektedir. Sağlık 2020, diğer bölgesel ve küresel stratejilerde kabul görmüş Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının birlikte kullanımını desteklemektedir çünkü bireysel davranışları etkilemek üzere yapılan çalışmalar sınırlı etkiye sahiptir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

5.1.1. Nasıl yapılır: Bulaşıcı olmayan hastalıkların Bütün-Toplum yaklaşımlarıyla yönetilmesi

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Anlaşması, özellikle de tütün endüstrisi ve diğer sosyal aktörlerle (örneğin restoran ve bar sahipleri) yaşanan çatışmaları dikkate alarak, politik istek ve sektörler arası işbirliğini vurgulamaktadır. Bu durum yakın bir zaman önce Avusturalya Hükümeti tarafından başlatılan tütün ürünlerinin düz paketlenmesi girişimi ile ortaya konmuştur, söz konusu girişim en üst Avusturalya mahkemesi tarafından şimdi onaylanmış durumdadır ve bunun uluslararası önemli yansımaları bulunmaktadır (BBC, 2012a). Yasal çerçevelerin mevcut olduğu yerlerde bile özel çıkarlar zorluklar oluşturmaya devam etmektedir: farklı gündemlerin üstesinden gelmek ve sivil toplumun sesini duyurabilmesine imkân sağlamak için sağlığa yönelik güçlü bir kurumsal mekanizmaya ihtiyaç vardır.

5.1.1.1. Konu

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Eylül 2011'de bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik üst düzey bir toplantı gerçekleştirmiş ve politik bir deklarasyonda bulunmuştur. Genel Kurul bu toplantı ile 2001'de HIV/AIDS konusundan sonra bir sağlık konusunu küresel ölçekte ikinci kez ele almıştır. Deklarasyonda, bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilişkili risk faktörlerinin azaltılabilmesi için Bütün-Toplum yaklaşımına ihtiyaç duyulduğu belirtilmiş ve Birleşmiş Milletler Genel Sekreterine 2012 sonuna kadar “etkili ortaklıklar üzerinden bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çok sektörlü eylemleri güçlendirecek ve kolaylaştıracak seçeneklerin sunulması konusunda” çağrı yapılmıştır (Birleşmiş Milletler, 2011).

5.1.1.2. Çözümler ve yaklaşımlar

Bölge içerisinde, ulusal ve bölgesel seviyelerde birden çok işbirliği girişimi bulunmaktadır. Bu girişimlerin başarısı ve karşı karşıya kaldıkları zorluklar, Avrupa Komisyonu liderliğinde küresel bir bulaşıcı olmayan hastalıklar platformunun oluşturulmasına imkân verecek yararlı bilgiler sunabilir. Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık konusunda eylem için oluşturulan AB platformu, 2005 yılında Üye Devletlerde artmakta olan aşırı kilo ve

obezite sorununu durdurmak veya geriletmek amacıyla hayata geçirilmiştir. Oluşturulan platform, işbirliğine dayanan ve eylem odaklı yaklaşımlara rehberlik görevini üstlenen Avrupa Komisyonu liderliğinde çalışmalarını sürdürmektedir. Çözümlemesi gereken konular ve platformların oluşturulması Branca vd. (2007) tarafından geniş bir şekilde tartışılmaktadır.

5.1.1.3. Paylaşılan yönetim

Söz konusu platform yenilikçi ve çok paydaşlı bir forumdur; bu yapı içerisinde özel sektör ve sivil toplum temsilcileri “sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile mücadele konusundaki bilgi ve fikirleri paylaşmak ve atılabilecek somut adımları tartışmak” amacıyla bir araya gelmiştir (Avrupa Komisyonu, 2010). Gıda sanayi ve tüketici koruma derneklerinin temsilcileri genellikle muhalif görüşlere sahiptir: söz konusu platform iki grubu bir araya getirerek diyalogun iyileştirilmesini amaçlamaktadır. 9 sektörden 33 üyeye sahiptir (Tablo 3) fakat üyeler Avrupa seviyesindeki şemsiye örgütlerdir: 73 üye kuruluş sadece gıda ve içecek sektörü şemsiyesi altında yer almaktadır.

Tablo 3. Beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık konusunda eylem için oluşturulan AB platformunun sektörlere göre dağılımı

Sektör	Kar amaçlı üyeler	Kar amacı gütmeyen üyeler	Toplam
Reklamcılık	3	0	3
Tarım	2	0	2
Yayıncılık	1	0	1
Tüketici grupları	0	2	2
Gıda ve içecek	1	0	1
Sağlık	0	9	9
Araştırma	0	3	3
Perakende ve ikram hizmetleri	6	0	6
Spor ve sağlık	2	4	6
Toplam	15	18	33

Kaynak: Avrupa Komisyonu (2010).

Bu platformu özel kılan ise aşağıdaki birbiriyle örtüşen alanlarda somut eylemler oluşturmaya odaklanıyor olmasıdır (Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık için AB Platformu, 2010):

- pazarlama ve reklamcılık: sınırlamalar veya uygulama esaslarını önermek ve/veya uygulamak, genellikle yüksek yağ içeren, yüksek şekerli veya tuzlu gıdaların tanıtılmasının sınırlandırılmasına odaklanmak (özellikle de çocuklara yönelik);
- yeniden formüllendirme: gıda ürünlerinin besin kompozisyonlarını ve genellikle yağ, şeker ve tuz oranlarını değiştirmek;
- etiketlendirme: gıda ürünlerinin etiketlerinde değişiklikler yapmak;
- yaşam şekilleri: çeşitli grupların davranış şekillerini değiştirebilmek amacıyla

- sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite konusunda eğitmek; ve diğerleri: diğer taahhütler içerisinde obezitenin önlenmesi ve yönetilmesi ile izlenme, eğitim ve politikaların oluşturulması yer almaktadır.

Üyeler şu ana kadar 292 taahhütte bulunmuştur ve bunların yarısından fazlası yaşam şekillerine odaklanmaktadır. Fakat buna karşın birçoğu yeni eylemler yerine ölçeği değiştirilen veya çerçeveleri yeniden çizilmiş olan çalışmalardır (Avrupa Komisyonu, 2010).

Her bir taahhüdün platformun hedefleriyle uyumluluğu, sağlanan kaynaklar, amaçları ve elde edilecek sonucu açısından değerlendirilmesini amaçlayan bir izleme sistemi kullanılmaktadır (Avrupa Komisyonu, 2010).

5.1.1.4. Zorluklar

Platform içerisinde sunulmuş olan taahhütlerin sağlık üzerine etkilerini değerlendirmek için henüz çok erkendir fakat bazı önemli sorun ve zorluklar tanımlanmıştır. İzleme sistemi, üyelerin yapmakta olduğu çalışmalar konusunda hesap vermelerini zorunlu tutmuş olsa da, söz konusu taahhütlerin obeziteyi nasıl azalttığını belirleme konusunda etkinlik sağlayamamaktadır. Kullanılan sistem sadece “üyelerin diğer üyelerin taahhütlerine karşı olan güvenini artırma konusunda sınırlı bir kapasiteye sahip olduğunu” göstermiştir (Avrupa Komisyonu, 2010). Bu nedenle üyelerin net hedefler ve temel veriler sunmak için cesaretlendirilmesi ve ayrıca mümkün olduğunda her bir hedef için elde edilecek sonuçların ölçülmesine yönelik önlemler alması gerekmektedir. Değerlendirmeler, ilerideki taahhütler için kılavuzluk yapabilecek en iyi uygulama örneklerini de tanımlamalıdır (Avrupa Komisyonu, 2010).

Aktörler arasında karşılıklı anlayış artmıştır fakat farklı sektörlerden üyeleri içerisine alan girişimler konusunda eksiklikler vardır. Bunun sebebi kar amacı güden kurumlarla gütmeyen kurumlar arasında somut vizyon, hedef ve öncelikler konularındaki belirgin çıkar çatışmasıdır. Avrupa Komisyonunun yaptığı araştırmada özel sektörden katılımcıların %70'inin platformun genel hedefleri hakkında pozitif bir görüş sunduğunu ortaya koyarken sivil toplumun %80'inin yeni bir program istediğini göstermiştir (Avrupa Komisyonu, 2010).

5.1.1.5. Öğrenilen dersler

“Kar amacı gütmeyen sektörün ilgisini devam ettirebilmek” için Avrupa Komisyonu yeni bir programın oluşturulmasını önermiştir; yapılan bu öneride o ana kadar başarılanlar dikkate alınmış, gelecek çalışmalar için öncelikler belirlenmiş ve ortak çalışmalara yönelik operasyonel hedefler konulmuştur. Her iki tarafın da çıkar ve ihtiyaçlarını dikkate almak ve dengede tutmak hayati önemdedir. Özellikle de özel sektörün vereceği daha güçlü taahhütler, yapılan çalışmaların daha iyi ve daha şeffaf iletimi yoluyla ödüllendirilmelidir (Avrupa Komisyonu, 2010).

5.1.1.6. Diğer örnekler

AB platformu, AB içerisinde çeşitli benzer ulusal girişimlere ilham vermiştir, örnek olarak:

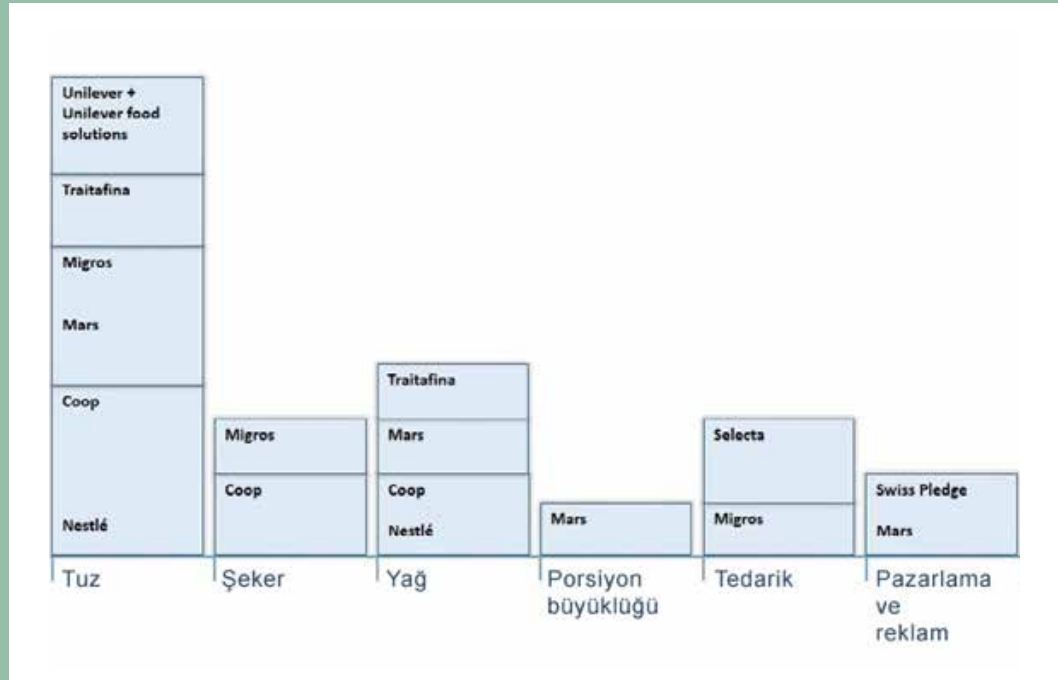
- Almanya – Plattform Ernährung und Bewegung [Beslenme ve Egzersiz Platformu];
- Macaristan – Macar Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu;
- İtalya – Piattaforma Nazionale Su Alimentazione, Attività Fisica e Tabacismo [Ulusal Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Tütün Platformu];
- Hollanda – Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rotterdam Anlaşması;
- Polonya – Polska rada ds. diety, aktywności fizycznej i zdrowi [Polonya Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Konseyi]; ve
- Portekiz – plataforma contra obesidade [obezite ile mücadele platformu].

Buna karşın etkiler sınırlı olmuştur (Avrupa Komisyonu, 2010). Platformun çalışmalarının AB vatandaşları tarafından ulusal ve yerel seviyelerde görünür hale gelmesiyle kalıcı kurumsal bağlantılar da oluşturulmalıdır. AB platformu ulusal emsallerinin çalışmalarını pozitif olarak etkileyebilir (Kutu 13).

Şekil 7. Action Santé içerisinde yer alan şirketler

Box 13. Action Santé

Action Santé (2012), İsviçre’de oluşturulmuş ve özel sektör kuruluşlarının gönüllü olarak taahhütlerde bulunduğu bir ağ çalışması platformudur. Toplumun, şirketler tarafından, örnek olarak gıdalarda bulunan tuzun, doymuş yağ oranının ve şekerin azaltılması için gösterilen çaba hakkında bilgilendirilmesi amacıyla kitle iletişim araçları kullanılmaktadır; bu çalışmalar şirketlerin katılımını teşvik etmektedir. Şekil 7 şimdiye kadar dahil edilmiş şirketleri göstermektedir.



Kaynak: Halk Sağlığı Federal Ofisi (2013).

Sağlıklı beslenme için fiyat politikaları, çocuklara yönelik gıda pazarlama çalışmaları ve tuzun azaltılmasına yönelik stratejiler de dahil olmak üzere beslenme konusunda diğer politik müdahalelere örnekler Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik 8'inci Küresel Konferansta "Avrupa günü" kapsamında gayriresmi bir şekilde sunulmuştur.

Ulusal bir politikanın geliştirilmesi için bazı başka ülkelerde de söz konusu platform yaklaşımı kullanılmıştır. Örneğin Birleşik Krallık'ta (İskoçya) "İçecek ve Yiyecek Liderliği Forumu" başarılı bir şekilde kamu ve özel sektörden 400 kurumu bir araya getirmektedir; bu kurumlar arasında "gıda satış noktaları, perakendeciler, NHS [Ulusal Sağlık Hizmeti], İskoçya Gıda ve İçecek Kurumu, temsilcilikler, yerel yönetimler ve topluluklar yer almaktadır" (İskoçya Hükümeti, 2009). Söz konusu platform bunun sonuncunda ve çıkarların dengelenmesine yönelik bir süreç içerisinde İskoçya'nın ilk yiyecek ve içecek politikasının temellerini oluşturmuştur; söz konusu politika kalite, sağlık ve esenlik ve ayrıca çevresel sürdürülebilirliği vurgulamaktadır ve erişim ve uygun fiyatın önemini kabul etmektedir (İskoç Hükümeti, 2009).

İşbirliğine dayanan yönetim yaklaşımı 2011-2016 yılları için "Düzgün beslen ve aktif ol" stratejisinin geliştirilmesi sırasında Güney Avusturalya tarafından kullanılmıştır. Söz konusu program insanların davranış tarzlarını değiştirmeyi ve daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine destek olmayı amaçlamıştır (Güney Avusturalya Hükümeti, 2010 ve 2011). Beş çalışma alanı tanımlayan strateji bu türden stratejilerin en kapsamlılarından birisidir (benzeri adımlar bölüm 2.3 altında tanıtılmıştır). Her bir hedef çevresinde ana paydaşlardan oluşan stratejik bir ağ oluşturulmuştur ve sağlıklı beslenen, düzenli fiziksel aktivitede bulunan ve kilolarını kontrol eden insanların oranını artırmak için tamamlayıcı çalışmalar (daha önceki iyi örneklerden yararlanarak) başlatılmıştır (Güney Avusturalya Hükümeti, 2011). Çalışmalar kapsamında Herkes için Sağlık stratejisi kullanılacak ve halka ve her sene bilgi paylaşımı ve destek sunmak için bir araya gelecek tüm ilgili paydaşlara erişmek için etkin bir iletişim geliştirilecektir. Hükümet liderlik edecek, kurumsal, bireysel ve hane halklarının davranışlarında değişiklikler yaratabilmek için başka politikalar, kanunlar ve vergilerle destek sunacaktır. Sürekli olarak gerçekleştirilen izleme ve değerlendirmeler en iyi çalışma yöntemlerinin bir karışımının elde edilebilmesini amaçlamaktadır: girişimler en son araştırma sonuçlarına ve başka ülkelerdeki benzeri yaklaşımlara dayandığından etkinlik ve verimliliğin dikkate alınması gerekmektedir (Güney Avusturalya Hükümeti, 2011).

5.2. Bulaşıcı hastalıklar

Daha önce de anlatıldığı gibi Bütün-Devlet yaklaşımları kamu sektörü içerisinde dikey ve yatay bağlantılardan oluşan ortak çalışma yöntemleridir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin örneklerde olduğu gibi birçok bulaşıcı olan hastalıkla mücadele için de yeterli olmayabilir. Küresel sağlık alanında yeni aktörler ortaya çıkmıştır ve bu aktörler sağlık alanındaki kararlarda yer alma ve yönetim mekanizmalarında değişiklikler yapma taleplerini sunmuştur (Low-Beer, 2012). Bu ise kurumsal olarak, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Fonu gibi küresel örgütlerde kullanılan seçim bölgesi yaklaşımında kendisini göstermektedir. Bu yaklaşımda "devlet" aşağıdakiler tarafından çevrelenen bir merkezdir:

- Özel sektör
- İkili ilişkiler
- Çok taraflı ilişkiler
- Sağlık konularından etkilenen kişiler
- Sivil toplum
- Özel Kurumlar (Low-Beer, 2012).

Uygulamada, Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının sınırları genellikle belirsizdir. Birçok Bütün-Devlet yaklaşımı Bütün-Toplum yaklaşımlarından bileşenleri kullanmaktadır, buna örnek olarak daha iyi sonuçlar elde etmek için vatandaşların ve toplulukların dahil edilmesi verilebilir. “Bütün-Devlet” ifadesi ile “Bütün-Toplum” ifadesi pandemi durumlarına hazırlık için birlikte kullanılmaktadır (Towards a Safer World, 2011). Fakat bu raporda, çok çeşitli (kamu dışındaki) aktörlerin katılımı ile oluşan ve kurumlardan öteye giderek Bütün-Toplum yaklaşımını toplu bir yönetim şekli olarak tanıtan yukarıdaki tanım kullanılmaktadır. Bütün-Toplum yaklaşımı kültür, medya, topluluklar ve ilgili tüm politik alanları etkilemeye çalışan bir yaklaşımdır.

Sosyal ve ekonomik değerin birlikte yaratılması bir hedef olmak zorundadır ve AIDS salgını bizlere bu hedefe ulaşmak için toplumun tamamını kuşatan bir çalışma yapılması gerektiğini göstermiştir; burada sağlık sorunlarının çözülebilmesi için özellikle de toplumsal normların ele alınması gerekmektedir. Paylaşılan yönetim gereklidir ve GAVI Alliance örneğinde de gösterildiği gibi başarılı bir şekilde diğer bulaşıcı hastalıklar üzerinde denenmiştir. GAVI Alliance ve AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu, stratejilerinde kapsamlı seçim bölgesi yönetim yaklaşımını kullanmaktadır.

5.2.1. Nasıl yapılır: AIDS ile mücadele için Bütün-Toplum yaklaşımı

5.2.1.1. Konu

2001 senesinin Haziran ayında yayınlanmış olan HIV/AIDS Küresel Strateji Çerçevesi, “toplumun tüm sektörlerinin HIV/AIDS ile mücadelenin güçlendirilmesi için liderlik göstermesini istemiştir – bunlar arasında kasabalar ve köyler, gençler ve yaşlılar, şirketler ve toplumsal örgütler, ülkeler ve kıtalar yer almıştır” (UNAIDS, 2001). Mevcut deneyimler ulusal ve toplumsal seviyelerdeki resmi ve gayriresmi paydaşların tepkilerini koordine etmek için çok seviyeli yönetimin önemini işaret etmektedir (Low-Bee ve Sempala, 2010). Yeni küresel sağlık aktörlerinin ortaya çıkması, yardım alan ülkelerde paralel yapıların ortaya çıkmasına ve son 20 senedir faaliyet masraflarının artması ve sıklıkla “Yönetişim ve Koordinasyon arasında boşlukların oluşmasına” neden olmuştur (Low-Beer, 2012). 2000’li yılların “ortaklık dönemi” (Low-Beer, 2012) gücün, küresel, bölgesel ve ulusal seviyelerdeki dengesini değiştirmiştir.

5.2.1.2. Paylaşılan yönetim

Yenilikçi sağlık ortaklıkları, insanların sağlığını iyileştirmek için büyük sağlık bölgelerini gittikçe daha fazla bir şekilde bir araya getirmektedir. Yönetişime ilişkin seçim bölgeleri modelinin de ortaya koyduğu gibi (yukarıda), ulusal programların farklı yetkili makamlar ile toplumsal girişimleri “temel yönetim birimi” olarak kullanması gerekmektedir (Low-Beer ve Sempala, 2010). AIDS ile mücadelede insanların davranış ve normlarının değiştirilebilmesi için çok geniş çaplı aktörleri ve sosyal ağları işin içerisine dahil etmek gerekmektedir. Ortaklıklar, ilgili aktörleri, örnek olarak komite yapıları ve farklı seçim bölgelerinden gelenlerin dahil olabileceği ulusal koordinasyon ve yenilikçi uygulamalar üzerinden bir araya getirmelidir (Low-Beer, 2012). Bu bağlamda, yardımların kalitesi ve kalkınma üzerindeki etkisini iyileştirmek için oluşturan temel bir strateji belgesi olan Yardım Etkinliği 2005 Paris Deklarasyonunda (OECD, 2009b) belirtilen beş prensip (sahiplik, uyuma, kaynaştırma, sonuçların yönetilmesi ve karşılıklı hesap verilebilirlik), hayırseverlerin ulusal ve yerel ortaklarla ortak hedefler üzerinde çalıştığı her durumda kullanılmalıdır (Low-Beer, 2012). Bunlar, Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarının çoğunda kullanılan temel prensiplerden bazılarıdır.

AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu, Bulgaristan, Romanya ve Tacikistan'da koordinasyon mekanizmaları oluşturmuştur (ulusal kamu özel ortaklıkları Fonun yerel sahiplenme ve karar vermenin merkezinde yer almaktadır) (Abovskaya, 2007). Bu koordinasyon mekanizmaları, ulusal seviyedeki öncelikli ihtiyaçlara uygun olarak Küresel Fona hibe teklifleri geliştirmekte ve sunmaktadır ve sunulan tekliflerin onaylanmasının ardından uygulama sırasında gelişmeleri izlemekte, politikaları değerlendirmekte, hibe yararlanıcılarını sorumlu tutmakta, potansiyel darboğazları tanımlamakta ve gerektiğinde yeni politikalar tasarlamaktadır. Devlet kurumları, ikili ve çok taraflı ajanslar, STK'lar, akademik kurumlar, özel şirketler ve hastalığa yakalanmış insanlar dahil olmak üzere koordinasyon mekanizmasında özel ve kamu sektörlerinden temsilciler bulunmaktadır (AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu, 2011).

Romanya'da bulunan ulusal koordinasyon mekanizması 2002 senesinde kurulmuştur. İlk olarak ulusal izleme, kontrol ve önleme komisyonu HIV konusunda bir hibe başvurusunda bulunmuştur, başvurunun hazırlanması sırasında ise bazı STK'ları işin içerisine dahil etmiştir. Bu STK'lar daha sonra ülke koordinasyon mekanizması içerisine dahil edilmiştir; ulusal koordinasyon mekanizması 2005 sonunda 43 üyeye ulaşmıştır (Abovskaya, 2007). Başarılı stratejik tartışmaların başlatılması bu kadar büyük bir forumda neredeyse imkânsız olmuştur, bu nedenle üyeliğin tanımlanması ve sınırlandırılması için bir tüzük oluşturularak her bir seçim bölgesinden üyelere sahip bir yönetim kurulu oluşturulmuştur. Değişen koşullarla birlikte tüzüğe yeni maddeler de eklenmiştir ve bu sayede ulusal koordinasyon mekanizması “kendi kendini yöneten bir eğitim kurumuna dönüştürülmüştür” (Abovskaya, 2007); söz konusu mekanizma gerekli enstrümanları geliştirmeye devam etmektedir. 2007'de seçimle gelen 30 üye kuruluşa sahip olmuştur; bu kuruluşlar arasında bakanlıklar, STK'lar, akademik kurumlar, uluslararası kalkınma örgütleri ve iş ortakları (HIV/AIDS konusunda ortak Birleşmiş Milletler Programı, DSÖ ve ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı), ilaç sanayi ve HIV ile yaşayan

insanları temsil eden örgütler yer almıştır (Abovskaya, 2007).

Romanya’da ulusal koordinasyon mekanizması içerisinde temsil edilen sektörler şöyle olmuştur:

- STK’lar (%41)
- Devlet (%37)
- Kalkınma ortakları (%13)
- AIDS ile yaşayan insanlar (%3)
- Akademik kuruluşlar (%3)
- İlaç sanayi (%3) (Abovskaya, 2007).
-

İlk hibe kazanan kurum Sağlık ve Aile Bakanlığı olmuştur ve hibe başvuru süresine katılmış olan STK’lar ise yararlanıcılar arasına girmiştir (temel şartların belirlenmesinin ardından başka STK’lar da başvuru yapabirmiştir). ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı’nın teknik destek projesi hibelerin ana ve alt yararlanıcılarına birlikte çalışmaya dayanan iş modelleri, ortak hesap verilebilirliğe yönelik şeffaf izleme ve değerlendirme mekanizmalarını kurmada destek olmuştur (Abovskaya, 2007). Uluslararası kalkınma ortakları devlet ve STK’lar arasındaki çatışmalara başarılı bir şekilde arabuluculuk yapmıştır, iletişimi iyileştirmiştir ve ulusal koordinasyon mekanizması ve hibelerin alt yararlanıcılarının seçilmesi dahil olmak üzere ilgili prosedürlerin kurumsallaşmasına destek olmuştur. Bunun sonucunda tüm üyeler ulusal koordinasyon mekanizmasını konsensüsün oluşturulması ve ortak karar alınabilmesi için yenilikçi ve etkin bir yöntem olarak kabul etmiştir (Abovskaya, 2007).

Buna karşın, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Mücadele Küresel Fonu tarafından yapılan büyük harcamaların, ülkelerin ulusal koordinasyon mekanizmalarını kabul etmesi için güçlü bir teşvik oluşturduğunu unutmamak gerekir. Bu türden bir teşvik genellikle koordinasyona ihtiyaç duyulan diğer ortamlarda bulunmamaktadır. Buna karşın eşit katılım hakları, daha önceden sivil toplum örgütlerinin küçük bir role sahip olduğu Romanya’daki STK’ları son derece güçlendirmiştir. Çok çeşitli paydaşları bir araya getiren ulusal koordinasyon mekanizması etkin bir şekilde “derslerin paylaşılması” fikrini uygulamaktadır: devlet liderlik rolüne sahiptir fakat söz konusu yaklaşım HIV sorunlarını devletin kendi başına çözemeyeceğini kabul etmektedir.

5.2.1.3. Zorluklar

Romanya'daki sürecin başında politikalar ve süreçler çok iyi bir şekilde kurulmamıştır ve spesifik sorunlarla mücadele etme konusunda açık bir şekilde belirlenen kurallar bulunmamıştır. Genel prensipler ise sürecin başında mevcuttur ve bu imkân, adaptasyon döneminin ardından sorunların ele alınmasını mümkün hale getirmiştir.

Ulusal koordinasyon mekanizması üyeleri 2006 senesinde yeni bir ana hibe yararlanıcısı seçmiştir: bunun sonucunda devlet kendisini “reddedilmiş” hissetmiş ve ulusal koordinasyon mekanizması içerisinde STK'ların ve uluslararası kalkınma ortaklarının çoğunluğu elinde bulundurmasından dolayı Romanian Angel Appeal STK'sının “kazandığını” söylemiştir (Abovskaya, 2007). Tüm üyelerin ortak bir hedefe sahip olduğunun ve ortak hedefe sadece birlikte çalışarak erişilebileceğinin açık bir şekilde gösterilebilmesi amacıyla güven ve ortak değerlerin oluşturulması için daha fazla çabaya ihtiyaç vardır.

Son olarak ise, ulusal koordinasyon mekanizması ve ana yararlanıcı için uygun koordinasyon ve izleme çalışmaları oluşturulmalıdır (Abovskaya, 2007).



6.

6.Sağlık 2020'nin üçüncü öncelik alanı: insan odaklı sağlık sistemlerinin, halk sağlığı kapasitesinin ve acil durumlara hazırlık, izleme ve cevap verme imkânlarının güçlendirilmesi

6.1 İnsan odaklı sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi

Değişen demografi ve hastalık kalıpları ülkelerin, önleyici çalışmalar, hizmetlerin entegrasyonu, kendi kendine bakımının ve birlikte üretimin desteklenmesi ve güvenli ve maliyet etkin olduğu sürece bakım hizmetlerini olabildiğince evlere yakın konumlandırılması yoluyla, sağlık sistemlerinin yönünü değiştirmesine ihtiyaç duyacağı anlamına gelmektedir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

6.1.1. Nasıl yapılır: vatandaşların işin içerisinde dahil edilmesi yoluyla yönetim

İnsanlar, geçmiş yıllarla kıyaslandığında artık çok daha geniş seçeneklere ve yaşam tarzı imkanlarına sahiptir. Devletlerin, halkla nasıl etkileşime gireceklerine dair beklentiler değişmiştir ve tüm bölge içerisinde insanların yerel, ulus altı ve ulusal seviyelerde politik döngünün farklı aşamalarına dahil olmak istediğine dair örnekler mevcuttur. Bu bağlamda “insanlar yaşamlarını etkileyebilecek kararlar üzerinde bilgiye dayalı bir söz hakkına sahip olmayı istemektedir” (Sheedy, 2008). Bazı Avrupa ülkelerinde direkt demokrasi yöntemlerinin kullanılmaya başlanması ile ilişkili tartışmalar artmaktadır ve AB'nin bu gelişmelerden bazılarını yansıtmadaki demokratik meşruiyeti konusunda tartışmalar sürmektedir. Bazı yeni bölgesel ve ulusal politikalar “gücün, bilginin paylaşılması ve devlet ile vatandaşlar arasında karşılıklı saygıyı” vurgulamaktadır (örn. European Citizens (Avrupa Vatandaşları) girişimi) (Sheedy, 2008).

Devletler günümüzdeki sosyal sorunların üstesinden gelinebilmesi için daha direkt bir katılıma ihtiyaç duyulduğunu kabul etmektedir (Kickbusch ve Gleicher (2012) birbirinden farklı örnekleri tanımlamıştır). Hizmet sunumu alanında deneysel çalışmalar yürütülmektedir ve bu kapsamda kullanıcılara daha fazla hizmet seçeneği sunulmakta ve tüm seçeneklere erişim kolaylaştırılmaktadır, ayrıca örnek olarak anketler yoluyla vatandaşlara hizmetlerin nasıl sunulacağı konusundaki görüşler de alınmaktadır. Sosyal medya araçları ve akıllı telefonlar gibi yeni iletişim kanalları “seçenek ve sesini duyurma” mekanizmalarının kullanımını kolaylaştırmaktadır, bu ise devlet hizmetlerinin cevap ve hesap verilebilirliğini önemli derecede iyileştirebilir (Public Administration Select Committee, 2005).

Sağlık konusuna vatandaşların dahil olması, halka, sağlık kurumlarını sorumlu tutma ve insanların kendi kendilerine daha iyi bakım imkânlarına kavuşma fırsatının verilmesi anlamına gelmektedir (Kickbusch ve Gleicher, 2012). Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi sadece insanların aktif katılımı ile mümkün olabilir: bu yüzden sağlık sektörü, çalışmalarının içerisine, hasta, tüketici ve vatandaş rollerine sahip insanları katmalıdır

(Kickbusch ve Gleicher, 2012) ve eşitlik konusuna yüksek önem vermelidir.

Katılım, insanların kendi sağlık bakım ve tedavi hizmetlerine dahil olabilmesi ve sağlık politikalarını ve hizmetlerini planlama, değerlendirme ve uygulamaya katılması anlamına gelmektedir (Health Consumers Queensland, 2012). Birlikte üretim, refah toplumlarının temel bir özelliğidir; devletler toplumsal örgütlerin kuruluşunu ve birlikte üretimi desteklemek zorundadır; bu ise Giddens (2003) tarafından “destekleyici bir devletin temel bir bileşeni... ve devlet ve vatandaş arasında sosyal açıdan istenen sonuçların elde edilmesi için birlikte çalışma süreci” olarak tanımlanmıştır. Örneğin, çocuklarının abur cubur yemesini engelleyen ailelerin sadece çocuklarının sağlıklarını korudukları değil aynı zamanda toplum için de daha iyi sonuçlar yarattıkları iddia edilebilir (Alford, 2009).

6.1.1.1. İnsanları güçlü kılan politikalar: Hollanda'da Sosyal Destek yasası

Hollanda Sosyal Destek yasası Ocak 2007'de yürürlüğe girmiştir. Destek ve bakım hizmetlerinin sunulmasında odağı ulusal hükümetlerden yerele transfer etmektedir (Schoonheim, 2009). Yasaya göre yerel makamlar insanların ihtiyaçlarına cevap vermek ve engelli insanların “bir evi idare edecek, ev içerisinde hareket edebilecek, yerel gezintiler yapabilecek ve insanlarla tanışabilecek” şekilde güçlü olmasını sağlamak ile sorumludur (De Klerk vd., 2010).

Bu yasa talep temelli bir yaklaşımı desteklemektedir. Yerel makamlar, fiziksel engellere sahip olan insanlar ile yaşlı insanların çıkarlarının temsil edilebileceği kapsayıcı Sosyal Destek Yasası kurulları oluşturmuştur. Söz konusu kurullar, engelli insanların verilecek hizmetlere ilişkin alınacak kararlara katılımını sağlamayı hedeflemektedir (De Klerk vd., 2010). Yasa ayrıca resmi olmayan bakım hizmetlerini de teşvik etmektedir: engelli insanların ihtiyaçlarına en uygun olduklarını düşündükleri bakım hizmetlerini satın almaları için kullanılacak fonlar söz konusu kişilerin bütçelerine aktarılmaktadır. Bunun anlamı engelli insanların, aile üyeleri dahil, istedikleri kişileri istihdam edebileceğidir (Schoonheim, 2009).

Yerel yönetimler ile vatandaşlar arasında yatay (dikey olmayan) hesap verilebilirliğe öncelik verilmektedir ve belli dönemlerin sonunda müşterilerin memnuniyet durumları değerlendirilmektedir. En sonuncu değerlendirme Hollanda Sosyal Araştırmalar Enstitüsü tarafından gerçekleştirilmiş olup her 1000 vatandaştan 28'inin Sosyal Destek Yasasından kaynaklanan hizmetleri kullandığı anlaşılmıştır (De Klerk vd., 2010). Yardımı alan bazı kişilerce karmaşık başvuru süreci eleştirilmiş olsa da kişisel bütçeler üzerinden hane halkına yardım kapsamında yapılan harcamalar büyük bir artış göstermiştir (Schoonheim, 2009).

Birçok yerel yönetim yeni elde ettikleri özgürlüğü diğer politika alanlarını da ilgilendiren entegre politikalar oluşturmak için kullanmaktadır. Genel olarak, talep temelli yaklaşımlara daha çok odaklanan yerel yönetimlerin sınırları içerisinde yaşayan vatandaşların daha yüksek sosyal ve yaşam becerilerine sahip olduğu gözlemlenmiştir fakat diğer hedef grupların (örneğin öğrenme güçlükleri veya kronik zihinsel rahatsızlıklara sahip insanların) çıkarlarının da gözden kaçmaması ve Sosyal Destek Yasası kurullarında temsil edilmesi de önemlidir.

6.1.1.2. Hastaları güçlü kılmak: Birleşik Krallık'ta bulunan “Uzman hastalar programı”

Bilgilerin ve karar verme sürecinin paylaşılması kronik hastalıklarla yaşayan insanlar için daha iyi sağlık sonuçları doğurabilir; çünkü bu hastalar genellikle yaşadıkları hastalık konusunda uzmandır. Sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında, birlikte üretim tedavi çözümlerinin kişiselleştirilmesini ve hastaların kendi kendini yönetmesinin desteklenmesini hedeflemektedir (Realpe ve Wallace, 2010). Şekil 8 hizmetin kullanıcıları ile sağlayıcıları arasındaki birlikte üretim ortaklığını göstermektedir.

Birleşik Krallık, artan sayıda kronik hastalıklara sahip hastanın sadece bakım hizmetleri alan taraflar olarak görülmemesi gerektiğini kabul etmiştir. “Uzman hasta programı”, hastalığa sahip kişilerin kendi hastalıklarını yönetme konusunda sorumluluk alacak kadar bilgiyle donatılmasını sağlayarak uzun dönemli sağlık sorunlarıyla yaşayan insanların yaşamları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmasını sağlamıştır (Sağlık Departmanı, 2001). Söz konusu program, hastaların ve profesyonellerin birbirinden ayrı değerli bilgi ve uzmanlıklara sahip olduğu varsayımından yola çıkmaktadır ve bu yüzden de tedavilerin en uygun hale getirilmesi için birlikte çalışmalıdır. Ücretsiz altı haftalık bir kurs uzun süreli sağlık sorunlarına sahip insanlara, hastalıklarını günlük olarak daha iyi yönetmelerine imkân vermek ve sağlık hizmetlerini kullanırken nasıl daha fazla fayda elde edebilecekleri konusunda yardım etmeyi amaçlamaktadır (Holmes, 2011).

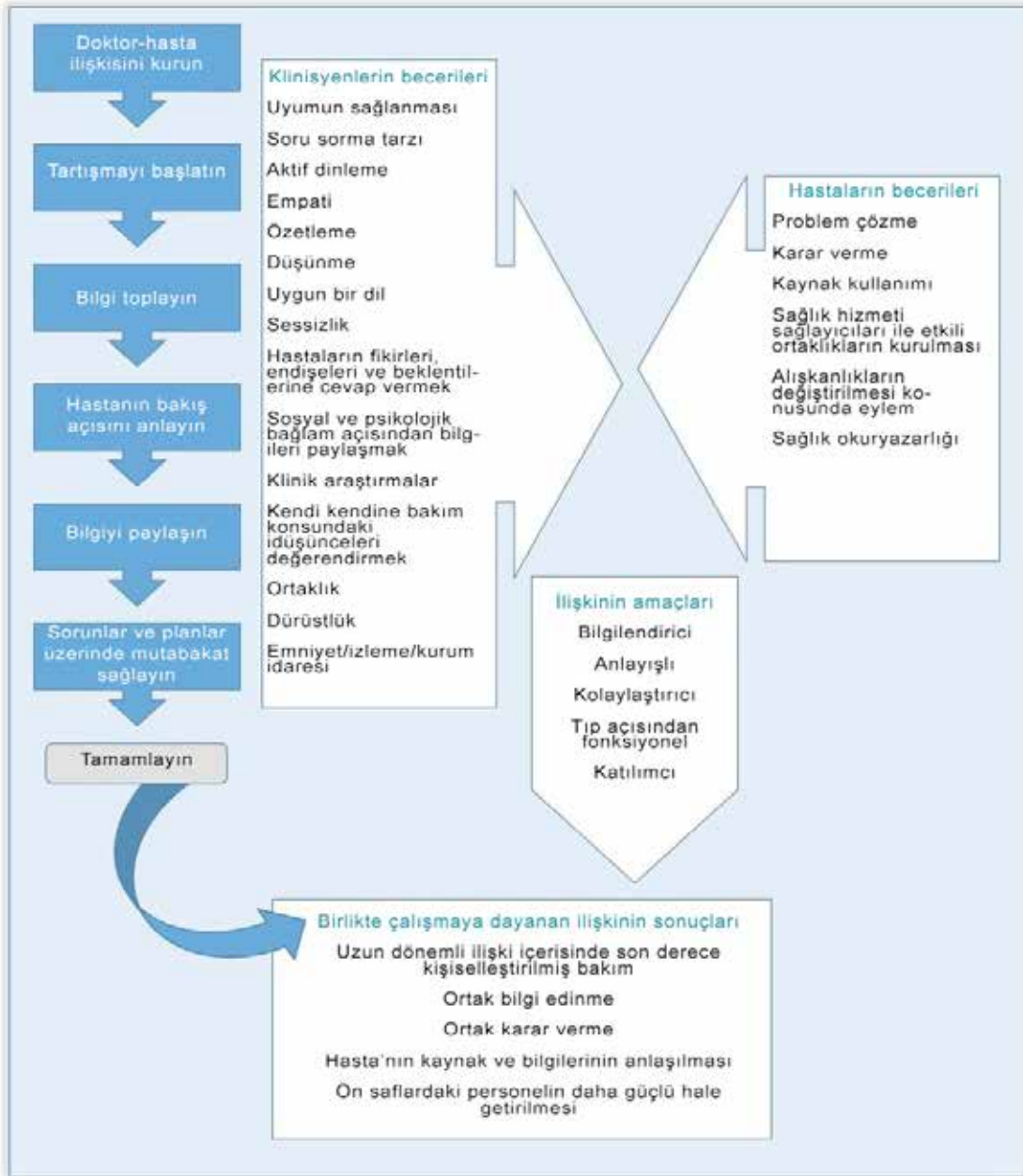
İstenen, insanlara kendi sağlıklarını yönetme konusunda daha fazla sorumluluk almaları için güven aşılacak ve aynı zamanda sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarıyla işbirliği yapmalarını desteklemektir. Yapılan değerlendirmeler katılımcıların “yaşam kalitesinden memnuniyette çok büyük bir iyileşme” olduğunu göstermiştir (Holmes, 2011). Bunun önemli bir sebebi, programın insanların sağlık ve esenliği üzerinde önemli derecede pozitif bir etkiye sahip olan sosyal ağları başarılı bir şekilde oluşturabilmesidir (Kutu 14). Ayrıca, program ücretsiz olsa da, geleneksel tedavilerle kıyaslandığında maliyet etkin olduğu analiz edilmiştir (Holmes, 2011).

6.1.2. Nasıl yapılır: Sağlık alanında yerel demokratik meşruiyet

6.1.2.1. Birleşik Krallık'ta sağlık ve esenlik kurulları

Birçok ülkede devletin sunduğu hizmetler farklı departmanlar tarafından verilmektedir, bu departmanların her birinin kendi programları ve kendi hizmet sunma kanalları mevcuttur (Coe, 2008). Ülkeler bu konuda çalışmalar yapmaktadır ve bu konudaki bir örnek Birleşik Krallık'ta (İngiltere) sağlık ve esenlik kurullarının kurulmasıdır.

Şekil 8. Uzun süreli sağlık sorunlarına sahip insanlarla yapılan konsültasyonlarda sağlığın birlikte üretilmesi



Kaynak: Realpe ve Wallace (2010).

Kutu 14. PatientsLikeMe®

Daha iyi sağlık sonuçları için sağlık verilerinin paylaşılması PatientsLikeMe® (2005–2013), hastaların kendi verilerini çevrimiçi olarak paylaşabildiği bir sosyal ağ projesidir. Bu genellikle, kronik hastalıklara sahip hastalar için yararlıdır çünkü tüm dünyada deneyimlerini paylaşabilmekte ve yeni tedavi ve ilaçlar konusunda bilgi alabilmektedir. Nadir görülen hastalıklara sahip insanlar genellikle demografik ve klinik karakteristik özellikler üzerinden kendileri gibi hastalar bulabilmektedir (Wicks vd., 2010). Kişisel araştırma platformu hastaların sadece daha çok bilgiye dayanarak tedavi kararlarını almalarına imkân vermemekte aynı zamanda diğerlerinden destek alma fırsatını da sunmaktadır.

Araştırmalar üyelerin önemli bir kısmının topluma katılımdan fayda sağladığını göstermektedir (Wicks vd., 2010). PatientsLikeMe® kapsamında bir araya gelen bazı gruplar klinik araştırmalar için yeterli büyüklükte veri koleksiyonlarını bir araya getirmiştir: ilaç şirketleri internet sitesinde yer alan bilgilere dayanarak klinik testler gerçekleştirmiştir (Kickbusch ve Gleicher, 2012).

“Açık olma” felsefesi şeffaflığa dayanan bir değer sistemi sunmaktadır, bu ise karşılıklı fayda sağlayan girişimlerin oluşturulmasına imkân vermektedir. Buna karşın özel bilgilerin istenmeden ifşa edilmesi ile ilişkili bir örnek şeffaflığın son derece önemli olduğunu göstermektedir: hastalar her zaman verilerine neler olacağı ve hangi amaçlarla başkalarına verilebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. Toplum ve bilim dünyasının bilgiyi birlikte üretmesi sadece güvenin sağlanması ile kazan-kazan durumlarına dönüşebilir (Kickbusch ve Gleicher, 2012).

Mart 2012’de kabul edilen Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kanunu, NHS tarihindeki en büyük yeniden yapılanma reformlarından birisidir. Kanun ihtilaflar oluşturmuş olsa da sağlık ve esenlik kurullarının (Sağlık Departmanı, 2012) oluşturulmuş olması neredeyse her kesim tarafından kabul edilmiştir. Bu kapsamda kullanılan vizyon, iyi koordine edilen ve ortaklaşa planlanan hizmetlerin birlikte oluşturulmasıdır. Sağlık ve esenlik kurulları NHS’nin “farklı kurumları ve çıkarları yerel işbirliği ve entegrasyonu geliştirmek için bir araya getirebilecek” tek bileşendir (Humphries vd., 2012).

Amacı yerel yönetimlerin yerel sağlık hizmetlerini planlama ve izlemedeki rolünü iyileştirerek hesap verilebilirliği ve meşruiyeti geliştirmektir, bunu yapmak için aşağıdakiler

hedeflenmektedir:

- ortak stratejik ihtiyaç analizi çalışmaları üzerinden yerel toplulukların ihtiyaçlarını değerlendirmek;
- elde edilen verilere dayanarak yerel sağlık ve esenlik stratejisi oluşturmak;
- sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, halk sağlığı ve kurulun ilgili olduğunu düşündüğü diğer hizmetleri geliştirmek için bu genel çerçeveyi kullanmak; ve
- gerekli olduğunda birlikte görevlendirme, entegre hizmet sunumu ve bütçe havuzları dahil olmak üzere daha fazla entegrasyon ve ortaklıkları desteklemek (Humphries vd., 2012).

Amaç geniş bir paydaş kitlesi, yerel insanlar ve topluluklarla bir araya gelerek genel pratisyenlerin stratejik planlamaya daha iyi dahil olmasını ve gittikçe artan bir şekilde önleyici hizmetlere odaklanmasını sağlamaktır. Bu alandaki bir başlangıç noktası yerel toplulukların sağlık ve esenliklerini dolaylı veya dolaysız olarak etkileyen sağlık ve sosyal hizmetleri ve eğlence veya barınma gibi diğer yerel hizmetleri etkin bir şekilde bütünleştirmektir (Humphries vd., 2012).

8–12 kişiden oluşan kurulların en fazla etkinliğe sahip olduğu söylenmektedir fakat kurulların büyük çoğunluğu bundan daha fazla üyeye sahiptir. Humphries vd. (2012) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, kurulların şu paydaş gruplarını temsil etmesi beklenmektedir: halk ve hasta grupları, hastane vakıfları ve yardımcı hizmet sağlayıcılar, halk sağlığı, gönüllü veya diğer sektör grupları, danışmanlar, sosyal hizmetler, klinik grupları ve bölge konseyleri.

Güçlü çalışma ilişkilerine, entegrasyon kararlığına, öncelikler üzerinde anlaşmaya, birinci basamak hizmetlere güven ve bağlılığa, değerlendirme ve ortak stratejik ihtiyaç analizlerine ihtiyaç vardır (Humphries vd., 2012). Bunlar henüz daha yenidir ve herhangi bir sonuca varmak için henüz erkendir.

6.2. Halk sağlığı kapasitesinin güçlendirilmesi

Daha iyi sağlık sonuçları elde etmek için halk sağlığı kapasitesinin büyük ölçüde güçlendirilmesi gerekmektedir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a). Bu kapsamda kapasite ifadesi bir sistemin yeni sorunları çözme ve bilinmeyen durumlara cevap verebilme yeteneği olarak alınmalıdır. Sağlığı geliştiren ve hastalıkları engelleyen politik müdahaleler bir yandan masrafları azaltırken bir yandan da sağlık sistemi ve toplum içerisinde kapasiteyi artırmaktadır (Van den Broucke, 2009).

6.2.1. Nasıl yapılır: mevzuatın kullanımı ve muvafakat ile yönetim

Yönetim daha akıcı, çok seviyeli, çok paydaşlı ve uyarlanabilen bir hale gelmektedir. Hiyerarşik yönetim yöntemleri gittikçe artan bir şekilde “yumuşak güç” ve “yumuşak kanunlar” gibi mekanizmalarla tamamlanmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi modern sağlık sorunlarıyla başarılı bir şekilde mücadele etmek için birden çok politik enstrüman başarılı bir şekilde birlikte kullanılmalıdır. Geleneksel politik yaklaşımlar (kanunlar, yaptırımlar, mevzuatlar, teşvikler veya vergiler) yeterli olmayabilmektedir ve bu nedenle insanların davranışlarını değiştirmeye odaklı ilave araçlarla güçlendirmelidir. Örneğin çocuklara abur cubur reklamlarının gösteriminin yasaklanması, insanları (özellikle de ebeveynleri) eğitmek

ve sağlıklı beslenmeyi desteklemek için kitle iletişim araçlarının aktif bir şekilde kullanılmaması durumunda nispeten etkisiz olabilir.

Davranışsal ekonomiden kaynaklanan “dürtme politikaları”, karar vericilerin daha kolay seçim yapmasını amaçlamaktadır. Dürtme “insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde değiştirebilecek fakat insanların seçeneklerini ortadan kaldırmayan veya ekonomik dürtüleri önemli bir şekilde değiştirmeyen bir yapının kullanılması” anlamına gelmektedir” (Thaler ve Sunstein, 2008). Okul kafeteryaları bu bağlamda önemli bir örnektir. Gıdaların düzenlenme şekli çocukların sağlık beslenme konusundaki seçimlerini önemli derecede iyileştirebilir (Thaler ve Sunstein, 2008). Bu örnek küçük detayların insanların davranış tarzlarını önemli derecede etkileyebileceğini göstermektedir.

Dürtme yönteminin altında yatan varsayım, geleneksel rasyonel iktisadi insan ekonomisi düşüncelerinin yetersiz olduğuna dayanmaktadır. Bu, beslenme ile sigara veya alkol tüketimi gibi riskli davranış tarzları için özellikle doğrudur (Thaler ve Sunstein, 2008). İnsanların “mevcut durum veya olağan seçenekleri tercih etme dürtüsü yüksektir” (Thaler ve Sunstein, 2008). İlginç olan eylemsizliğin etkin bir şekilde kullanılabilir olmasıdır: bir karar vermek genellikle bir çaba gerektirir ve stres kaynağı olabilir, fakat varsayılanın kabul edilmesi herhangi bir çaba gerektirmemektedir (Johnson ve Goldstein, 2003). Buradaki önerme “seçenek yapısındaki değişikliklerin insanların yaşamını daha iyi yapabileceğidir” (Thaler ve Sunstein, 2008). Yönetimler kuralları belirleyerek ve varsayılanları yerleştirerek sağlık konusundaki seçim ve sonuçları etkileyebilmektedir. Yönetimler seçeneklerin mimarıdır.

Aşağıdaki örnekler farklı ülke ve arka planlara sahiptir ve ikna edici ve düzenleyici önlemleri yansıtmaktadır.

6.2.1.1. Dürtme politikaları üzerinden ikna: organ bağışı ve Avusturya’daki varsayılan seçenek

Dürtme politikalarının gücü özellikle de varsayılan seçenekler ve organ bağışı alanında kendisini göstermektedir. Varsayılan seçeneklerin erişilebilir organ sayısını artırabileceği ve dolayısıyla insanların yaşamlarını kurtarabileceği görülmektedir (Thaler ve Sunstein, 2008). Örneğin Almanya’da ve başka pek çok ülkede uzun yıllar boyunca bir muvafakat kuralı kullanılmıştır, yani insanlar organ bağışçısı olabilmek için somut adımlar atmak zorunda kalmıştır. Birçok insan organlarını bağışlamayı kabul etse de genellikle bunun gerçekleşmesi için gerekli olan adımları atamamıştır. Bu nedenle organ bağışı oranı düşük seviyelerde kalmıştır (%12). Buna karşın Avusturya’da varsayılan seçenek insanların seçim özgürlüklerini korusa da, muvafakat kuralını ve dolayısıyla varsayılan seçeneği değiştirmiştir. Avusturya’da uygulanan politikada tüm vatandaşların organlarını bağışladıkları varsayılmış fakat bağışlamak istemeyenlerin bu niyetlerini ifade etmelerine izin verilmiştir (organ bağışından çıkma). Bu nedenle neredeyse tüm vatandaşlar potansiyel olarak organlarını bağışlamaktadır (%99) (Thaler ve Sunstein, 2008): “varsayılan muvafakat” sistemi Avusturya’da organ bağışı oranını %99.98’e çıkarmıştır fakat “açık muvafakat” sistemini kullanan Danimarka’da organ bağışları sadece %4.25’tir (Johnson ve Goldstein, 2003).

Dürtme politikalarının insanların daha sağlıklı beslenmesini ve fiziksel aktiviteye katılımını nasıl etkilediği konusunda pek çok örnek mevcuttur, bu örneklerden bazıları süpermarketlerde sebze ve meyvelerin düzeni, kamu binalarında merdivenlerin daha çekici olması ve bisiklete binmenin kolaylaştırılması ve bisiklet kiralama imkânlarıyla şehirlerde daha görünür hale getirilmesi yer almaktadır (Kickbusch ve Gleicher, 2012). Ücretsiz ve kolayca erişilebilen dış mekan spor bahçeleri Birleşik Krallık'ta son derece popüler hale gelmiştir (BBC, 2012b). Fakat dürtme politikaları günümüzdeki sosyal sorunları çözmek için yeterli değildir.

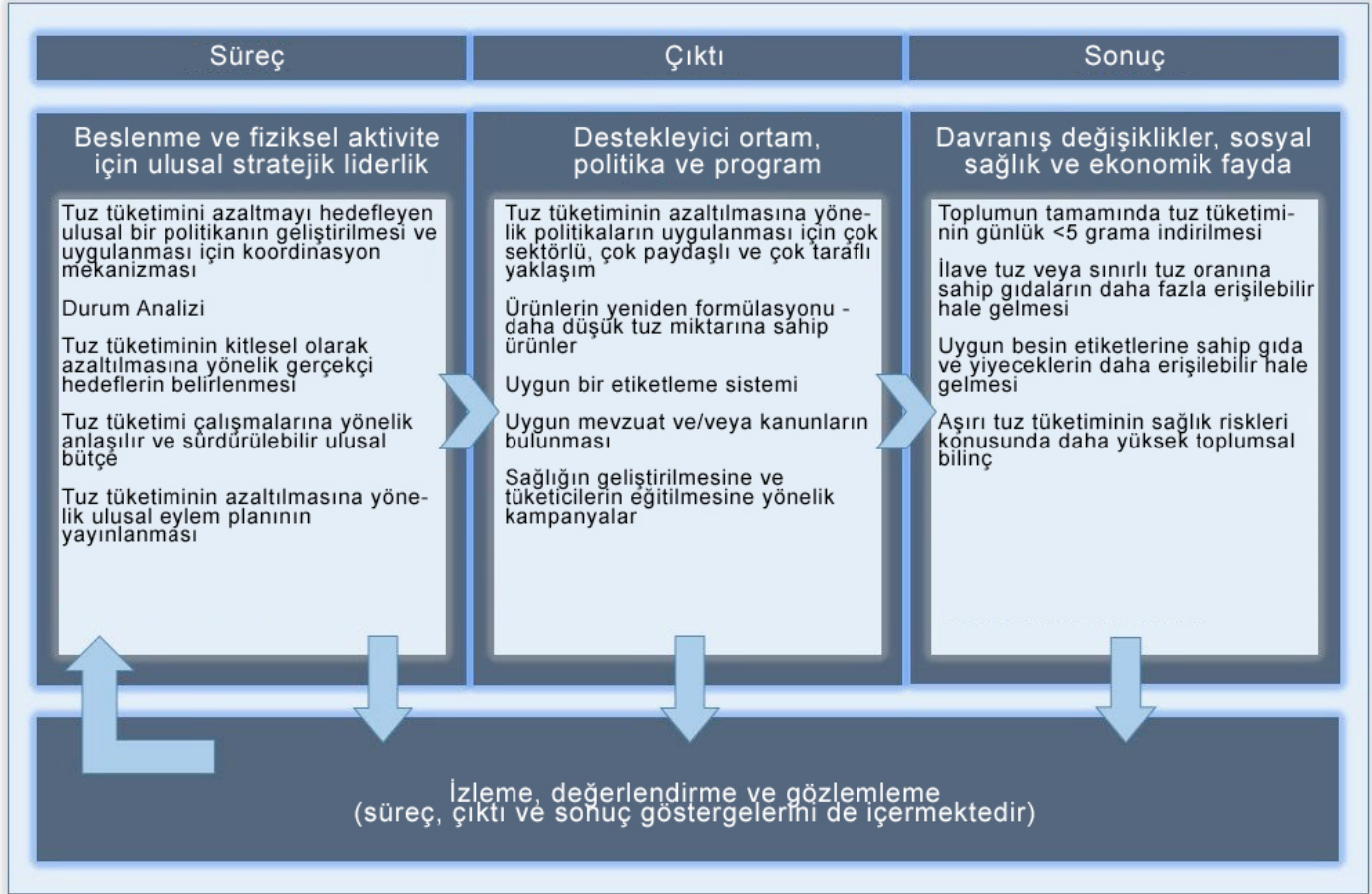
6.2.1.2. Tuzun azaltılması stratejileri: Paylaşılan yönetim yaklaşımları

Epidemiyolojik araştırmalar yüksek tuz tüketiminin yüksek kan basıncı ve kalp ve damar hastalıkları risklerini önemli ölçüde arttırdığını göstermiştir (DSÖ, 2007). Araştırmalar, tuz tüketim oranlarının azaltılmasına yönelik stratejilerin sağlık üzerindeki etkisi ve maliyetleri bakımından son derece etkili olduğunu göstermektedir (Millet vd., 2012).

Ulusal tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik aşağıdaki planlama ve uygulama çalışmaları 2006 yılında DSÖ'nün Paris'te Gerçekleştirdiği Forum ve Teknik Toplantısında belirlenmiştir (Penney, 2009; DSÖ, 2010) (Şekil 9).

- **Liderlik:** Ulusal sağlık bakanlıkları tarafından sunulacak güçlü liderlik, yeterli kaynak ve belirgin kurallar, ulusal tuz azaltma stratejilerinin başarısı için elzemdir. İşin en başında bir koordinasyon grubu kurulmalıdır.
- **Veri toplama ve ölçümler:** sadece yeterli derecede ve bilimsel olarak kabul edilebilir verilerin bulunması ve toplumun tuz tüketimi ve yeme alışkanlıkları ve üretilen gıdalardaki tuz miktarının iyi bilinmesi halinde kanıtlara dayalı politikalar oluşturulabilir.
- **Ulusal hedeflerin belirlenmesi:** DSÖ, kişi başına günlük 5 gram tuz tüketimini önermektedir. Elde edilen verilere dayanarak ülkeler başlangıçta daha yüksek bir hedef de belirleyebilir.
- **Paydaşların tanımlanması ve işin içerisine dahil edilmesi:** Koordinasyon grubu birlikte çalışacağı ilgili paydaşları ve çalışma yöntemlerini belirlemelidir (örn. gıda endüstrisi, STK'lar, kitle iletişim araçları, akademik kurumlar ve devlet kurumları).
- **Tüketicilerin bilinçlendirilmesine yönelik kampanyalar ve gıda etiketleri:** yüksek tuz tüketiminin zararlı etkileri konusunda bir medya kampanyası ve kolayca anlaşılabilir gıda etiketleri tüketicilerin bilgilendirilmesi için gereklidir.
- **Ürünlerin yeniden formülasyonu ve mevzuatlar:** gıda endüstrisi ile yapılacak anlaşmalar müzakere edilmelidir. Gıdalardaki tuz oranının azaltılmasına yönelik mevzuat hükümleri aşama aşama hayata sokulmalıdır.
- **İzleme ve değerlendirme:** yapılan tüm çalışmaları ölçmek için ulusal bir izleme sistemi kurulmalıdır, buna sürdürülebilir ve etkin bir strateji için gerekli olan kaynakların incelenmesi de dahildir.

Şekil 9. Tuz tüketiminin azaltma politikasının geliştirilmesi ve uygulanması



Kaynak: DSÖ (2007).

Avrupa Birliği 2008 senesinde DSÖ tavsiyelerine uyabilmek için bir tuz azaltma çerçevesini yürürlüğe sokmuştur (Avrupa Komisyonu, 2012b). Söz konusu çerçeve, AB seviyesindeki paydaşların devreye sokulması ve en iyi uygulamaların desteklenmesi gibi yöntemlerle ulusal planları desteklemektedir. Bunun sonucunda devletler tarafından başlatılan girişimler artmıştır. Bugün 29 Avrupa ülkesi (tüm AB üyeleri ile Norveç ve İsviçre) tuz tüketiminin azaltılmasına yönelik stratejileri kabul etmiştir fakat bu stratejilerin kapsam ve boyutları birbirinden farklıdır.

Finlandiya, 1982 senesinde yürürlüğe koyduğu strateji ile en kapsamlı stratejiye sahiptir. Son 20 senede kişi başına 14 gram olan ortalama tuz tüketimini 10 gramdan daha az bir seviyeye çekmeyi başarmıştır; bunu başarmak için, kanunlar, tüketicilerin eğitilmesi, beslenme tavsiyeleri ve yeni ürünlerin geliştirilmesi de dahil olmak üzere daha çok düzenlemelerden yararlanmıştır (DSÖ, 2010) (Kutu 15). Zorunlu gıda etiketleri ve gıda sanayinin katılımı bu stratejinin başarısında anahtar rol oynamıştır ve halkın bilinçlendirilmesine yönelik geniş kapsamlı bir yaklaşım (örneğin eğitim sistemi üzerinden bilgilerin iyileştirilmesi) tuz ile ilgili sağlık bilincinin tüm toplumda artırılmasına imkân vermiştir (Avrupa Komisyonu, 2012b).

Kutu 15. Finlandiya için uzun dönemli bir strateji

Finlandiya'nın Ulusal Beslenme Konseyi 1978 yılında tuzla mücadele edilmesini tavsiye etmiştir. Bu kapsamda 24 saat idrar tetkiki yöntemi bir grup insan üzerinde denenmiş ve beslenme ile ilgili araştırmalarla desteklenmiştir. Bu ölçümler düzenli olarak sürmektedir. Hedef günlük 5 gram tuz olarak belirlenmiştir. Strateji tek bir bölgede başlamış olsa da hızlı bir şekilde ulusal seviyeye yayılmış ve ulusal ve yerel sağlık yetkililerini işin içerisine dahil etmiştir ve son olarak da devlet yerine STK'lar ve okullar, halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim çalışmalarının iyileştirilmesi gibi geniş katılımlı tüketici eğitimi projeleri ve kitlesel medya kampanyaları başlatmıştır.

Zorunlu gıda etiketleri ile ekmek, et ve balık ürünleri, tereyağı, çorba ve hazır yemekler gibi kategorilerdeki tüm gıda ürünlerinde sınırları aşan miktarlar için yüksek tuz uyarıları vermeye başlamıştır. Bunun sonucunda pek çok ürün pazardan kaldırılmıştır ve yeni daha düşük tuz oranlarına sahip ürünler piyasaya girmiştir. Sodyumun yerine geçecek yeni bir tuz ürünü (PANSALT®) geliştirilmiştir ve ülke çapında geniş ölçekte kullanılmaya başlanmıştır.

Gıda sektörü işin en başında dahil edilmiştir, fakat oluşan değişikliklerin gönüllü anlaşmalar yerine daha çok yasalar (özellikle de etiketleme düzenlemeleri) ve kitle iletişim araçlarının konuya ilgisiyle şekillenmiştir.

Kaynak: Penney (2009).

Örnek olarak Birleşik Krallık ve İsviçre tarafından kullanılan stratejiler daha çok gıda sektörü ile birlikte çalışmaya odaklanmaktadır. Birleşik Krallık'ta müzakereler ve gıda etiketleri nispeten başarılı olmuş ve pazardaki işlenmiş gıdaların %40'ı trafik ışıkları etiketlerini kullanmaktadır (Penney, 2009). Bu sistem geniş kapsamlı tüketici testleri ile geliştirilmiştir ve bir bakışta bir gıda ürününün tuz, şeker, yağ ve doymuş yağ açısından yüksek, orta ve düşük seviyelerden hangisine sahip olduğunu göstermektedir.

Deneyimler, tuzun azaltılmasına yönelik stratejilerin kanıtlara dayalı, ileri görüşlü olması ve değişen koşullara adapte olabilmesi için sürekli olarak izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Finlandiya tarafından kullanılan yaklaşım, kısmen düzenleyici yönü ile maliyet etkin ve toplumun tuz tüketimini azaltmada başarılı olmuştur. Diğer ülkeler ise toplumlarının tuz tüketimini etkin bir şekilde azaltabilecek uygun önlemleri araştırmaktadır: bu kapsamdaki engeller arasında yeterli derecede araştırma ve izleme için gerekli kapasitenin bulunmaması, kitle iletişim kampanyaları için yeterli kaynakların bulunmaması, gıda sektörünün direnci, başka ülkelerden ithal edilen gıda ürünleri ve bazı ülkelerde medya kampanyasının kültürel olarak etkili olamaması yer almaktadır. Fakat DSÖ ve diğer ulusal ağlar ulusal bir izleme sisteminin oluşturulabilmesi için araştırma ve geliştirme konusunda destek olabilmektedir. STK'lar ve tüketici grupları, gıda sektörünü motive etmek amacıyla “göstermek ve övmek” için veya diğer şekilde “göstermek ve ayıplamak” için medyayı kullanabilir. Medya kampanyaları olabildiğince çok kişiyi işin içerisinde katmak amacıyla farklı türde iletişim araçlarını kullanmalıdır (DSÖ, 2010).

Fakat tuz tüketimi, gıdaların besin değerinin iyileştirilmesi için tasarlanan daha geniş reformülasyon çabalarının sadece bir bölümüdür.

6.2.1.3. Sağlığın iyileştirilmesi için sağlıksız gıdaların vergilendirilmesi:

Danimarka yağ vergisi

Araştırma ve gıda talebi modelleri (en azından hipotez olarak) vergilerin gıda seçimlerini etkileme, beslenme alışkanlıklarını değiştirme ve sağlığı iyileştirme konusunda önemli bir potansiyele sahip olduğunu önermektedir (McColl, 2009). Yağ vergisinin potansiyel olarak iki hedefin gerçekleştirilmesine imkân vereceği kabul beklenmektedir: sağlıksız gıda tüketimini azaltmak ve beslenme alışkanlıklarını iyileştirmek ve obeziteyi önlemek için kullanılan programların başarılarını artırmak (Allais vd., 2010).

Pigovian vergilerinin (negatif sonuçlar doğuran pazar uygulamalarına yönelik vergiler) geçmişte tütün ve alkol üzerinde başarılı olduğu ve sağlıksız bir şekilde yaşayan insanların negatif etkileri içselleştirmek ve sosyal masrafları karşılamak için (örneğin halk sağlığı sistemi içerisinde tedavi görme) daha fazla vergi ödemesi gerektiği öne sürülmektedir. Fakat sigara kullanımını kontrol etmek için tütünün vergilendirilmesi obezitenin kontrol edilmesi için (doymuş) yağın vergilendirilmesinden daha kolaydır. Sigara kullanımı direkt olarak birden çok hastalığa sebep olmaktadır fakat birçok gıda ürünü içerisinde bulunan yağ bu açıdan direkt olarak hastalıklara sebep olmayabilmektedir. Bu nedenle, daha iyi sağlık amacıyla yağ içeren gıdaların ve tüketimlerinin azaltılmasının hedeflenmesi daha zorlu bir alandır.

Genel olarak hükümetler yağı vergilendirme konusunda iki seçeneğe sahiptir: abur cubur gibi bazı gıda guruplarını vergilendirebilecekleri gibi belli bir oranın üzerinde yağ içeren tüm ürünleri de vergilendirebilirler (Kutu 16) (Clark ve Dittrich, 2010).

Kutu 16. Danimarka yağ vergisi

Danimarka, erişkin ve çocukların %80'inin beslenme tavsiyelerinde belirlenenden daha yüksek miktarlarda doymuş yağ tükettiğini belirleyerek 2011 senesinde yağ vergisini yürürlüğe sokmuştur (Smed, 2012). Obezitenin sadece yağ tüketimi ile ilgili olmadığını kabulü ile yağ vergisi, gelir vergilerini azaltan fakat tütün, alkol, şeker, gazlı içecekler ve doymuş yağlarla ilişkili ürünlerin vergilerini artıran daha büyük bir vergi sistemi reformunun bir parçası olarak kullanılmıştır.

Doymuş yağ ağırlığının et, süt ürünleri, sıvı yağlar ve diğer yağlar içerisindeki ağırlığın %2,3'ünde fazla olması halinde yağ vergisi alınmaya başlanmıştır.

Tüm içme amaçlı süt ürünleri muaf tutulmuştur (Smed, 2012). Danimarka'da ticari olarak bu ürünleri tüketim amacıyla üreten veya ithal eden şirketler vergiyi ödemekle yükümlü hale getirilmiştir; ihraç edilen ürünler muaf tutulmuştur (Smed, 2012).

Söz konusu verginin doymuş yağların tüketimini azaltma konusunda başarılı olduğuna dair bir miktar kanıt ortaya konulmuş olsa da söz konusu vergi Ocak 2013'te kaldırılmıştır. Kaldırılmasının temel sebebi sınırlar ötesi ticaret ve rekabetçilik olarak gösterilmiştir.

Danimarka'nın bu vergi yaklaşımı Finlandiya, Romanya ve Birleşik Krallık gibi pek çok Avrupa ülkesinde tartışmalara neden olmuştur. Sağlıksız gıdalar üzerindeki vergiler şu anda Macaristan (yüksek şeker, tuz ve yağ içeriğine sahip gıdalar) ve Fransa'da (gazlı içecekler) (Villanueva, 2011) değerlendirilmektedir.

Çeşitli ürün gruplarını vergilendirmek yerine Danimarka'nın kullanmış olduğu belli bir doymuş yağ oranı üzerindeki ürünleri vergilendirme denemesinin iki avantaja sahip olduğu düşünülmektedir: tüketiciler muadil ürünlere kolayca geçememiştir ve belli ürün gruplarına yönelik öznel ve hatta dışlayıcı bir yöntem kullanılmamıştır.

Pek çok tüketici ise komşu ülkelerden alışveriş ederek söz konusu vergiden kaçmıştır. Bir araştırma, Danimarkalıların %48'inin alışverişlerinin bir kısmını İsveç veya Almanya sınırında yaptığını göstermiştir; Vergi Bakanlığı'nın bir raporuna göre 2012'de bu alışverişler 10,5 milyar Danimarka Kronu'na ulaşmıştır ve bu alışveriş hacmi önceki yıla göre %10 artmıştır (The Economist, 2012).

Söz konusu girişimin başında, kullanılacak bu vergi yönteminin yüksek bir idari maliyete sahip olacağı ve gıda ürünlerinin yağ miktarı açısından düzenli olarak test edilmesinin gerekeceği için izlenmesinin pahalı olacağı değerlendirilmiştir. Öngörülen bir başka konu

ise gıda talebinin esnek olmamasıdır. Bu durum potansiyel olarak normale göre daha fazla vergi geliri alacak devletler için iyidir fakat araştırmalar tüketicilerin talebini önemli ölçüde azaltabilmek için fiyatın üzerinde %20 kadar yüksek bir verginin konulması gerektiğini göstermektedir (Hawkes ve Mytton, 2012). Doymuş yağ ile ilgili bir başka genel sorun ise regresif olmalarıdır, yani düşük gelirli hanelerin geliri yüksek gelirli hanelerinin gelirlerinden daha büyük oranda vergiye tabi olmaktadır (McColl, 2009).

Bu nedenle sadece vergiler yeterli değildir ve sadece daha sağlıklı yiyeceklerin fiyatlarının azaltılması amacıyla örnek olarak sebze ve meyve gibi ürünler üzerindeki vergilerin azaltılması veya iade edilmesi gibi yöntemlerle birlikte kullanılmalıdır (McColl, 2009). Sonuç olarak Danimarka örneğinde küçük çaplı gıda üreticilerinin ve satıcılarının söz konusu verginin pazardaki rekabetçilik üzerindeki etkisi nedeniyle karşıt görüşte kalmış olması önemli olmuştur (The Economist, 2012). Bir desteğin veya vergi yönteminin nasıl verimli ve etkin bir şekilde tasarlanabileceği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Şekil 10'da da gösterildiği gibi devletler sağlık beslenme ve sürdürülebilir bir gıda sistemini oluşturmak için çok çeşitli seçeneklere sahiptir.

Şekil 10. Politik araç seçenekleri



Kaynak: Dubé vd. (2009).

İkna ve gönüllü uyum kavramları bulaşıcı olmayan hastalıklar ve gıda endüstrisi söz konusu olduğunda belli sınırlara sahiptir. Orijinal adı “akıllı düzenleme” olan bir yaklaşım, gıda sektörü ile çıkar çatışmalarının olduğu durumlarda zorunlu hala gelebilir. Bu model altında bir uygulama piramidi kullanılır ve ikna yöntemleri alt kısımda yer alırken daha düzenleyici yaklaşımlar üst alanlarda kalır. Bu mantığı kullanan politika yapıcılar, ikna ve gönüllü taahhüt yöntemleri işe yaradığı sürece kullanılırlar fakat zorunlu olduğu zamanlarda dikkatli bir şekilde hedefe yönelik ve gittikçe zorlayıcı stratejileri kullanmaya başlarlar (Gunningham, 2010). “Asgari uygunluk” prensibi, potansiyel daha zorlu konuların arka plana itilmesine imkân verdiği sürece kullanılır (Ayres ve Braithwaite, 1992). Geçmişten gelen deneyimler sadece düzenlemelerin geleceği ihtimalinin dahi şirketlerin davranış tarzlarını değiştirmesine ikna etmek için yeterli olduğunu göstermiştir.

6.3. Acil durumlara hazırlık, izleme ve cevap verme imkânlarının güçlendirilmesi

Uyarlanabilen politikaların, dayanıklı yapıların geliştirilmesi ve halk sağlığına ilişkin acil durumların etkin bir şekilde öngörülebilmesi ve mücadele edilebilmesi büyük önem taşımaktadır. Politikaların oluşabilecek karmaşıklıkları öngörebilmesi ve bulaşıcı hastalık salgınları gibi öngörülemeyen durumlara hızla ve yenilikçi bir şekilde cevap verebilmesi önemlidir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

6.3.1. Nasıl yapılır: Felaketlere hazırlık için Bütün-Toplum yaklaşımı

6.3.1.1. Konu

SARS, sıgır spongiform ensefalopatisi ve kuş gribi H5N1 gibi küresel biyolojik felaketler son 20 senede birkaç kez ortaya çıkmıştır. En son yaşanan büyük grip salgını 2009 senesinde olmuştur ve bu dönemde DSÖ bu yeni domuz kökenli H1N1 türünün bir pandemi olduğu açıklamasını yapmıştır. Bu salgınlardan çıkarılan dersler daha etkin bölgesel ve ulusal felaket hazırlıklarının geliştirilmesi için fırsatlar vermektedir. Spesifik salgınlara odaklanmak yerine, pandemiler bireysel ve toplumsal olarak mukavemeti etkin bir şekilde artıran felaketlere yönelik bütün-risk yaklaşımı içerisine alınmalıdır.

6.3.1.2. Paylaşılan yönetim

Gelecekte büyük pandemilerin oluşabileceği riskini kabul eden Birleşmiş Milletler, felaketlere hazır olmak için, devletin, özel sektörün ve sivil toplumun rollerini vurgulayarak Bütün-Toplum yaklaşımını kabul etmiştir. Hazır olabilmek için etegre planlama ve “farklı sektörler ile uluslararası, ulusal ve yerel aktörlerin karmaşık ilişkilerinin yönetilebilmesi” gerekmektedir (Towards a safer World, 2011). Yetersiz ve koordine edilmeyen hazırlıklar ve devletler, özel şirketler, kitlesel medya, STK’lar ve silahlı kuvvetler tarafından gerçekleştirilen çalışmalar direkt olarak sağlık sektörünün bir pandemi sırasında etkili cevap verme yeteneğini etkilemektedir. Bu nedenle paydaşlar tanımlanmalı ve iletişim kurmak ve rolleri üzerinde mutabakata varmak için bir araya getirilmelidir.

Bütün-Toplum yaklaşımı için bir başlangıç noktası ilgili tüm bakanlıklardaki departmanlar

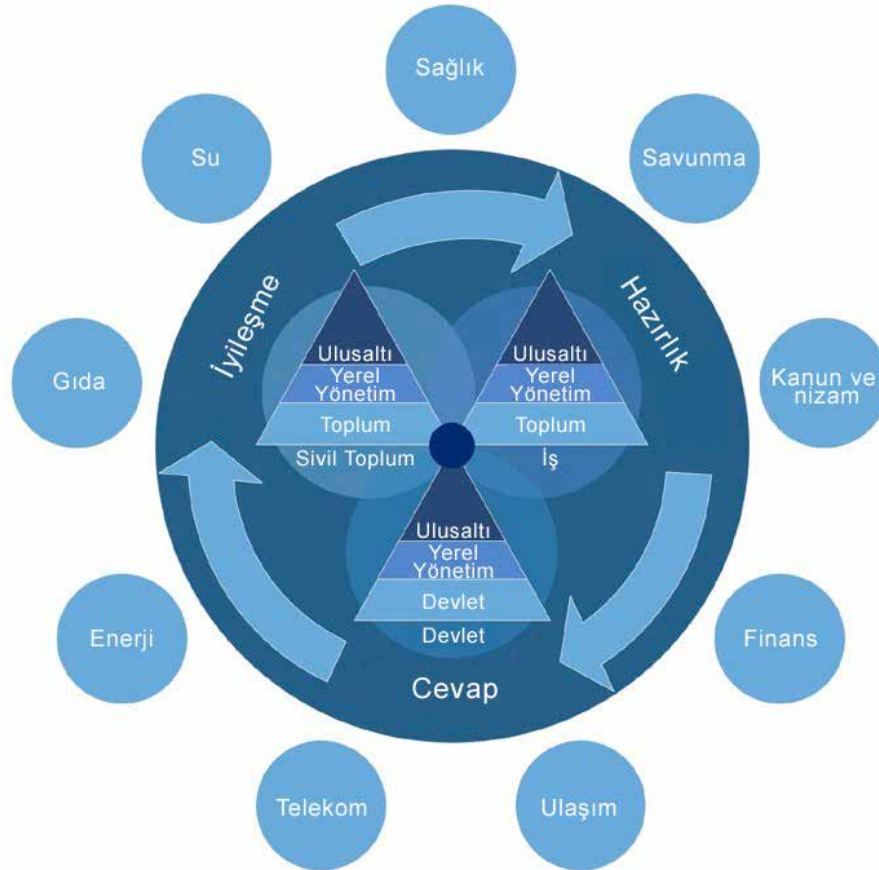
arasında işbirliği olabilir, örneğin daha geniş toplumsal aktörlerin işin içerisinde olmasını sağlayacak bir platform olarak çalışabilecek ortak bir ekip oluşturmak gibi. Lider kurum, devletin tüm kademelerinde yürütme, koordinasyon ve kamunun diğer aktörleriyle iletişim konularından sorumlu olarak tanımlanmalıdır. Bu kurum özel sektörün, STK'ların ve diğer ilgili toplumsal kurumların hazırlık planlamasına katılmasından sorumludur (Towards a safer World, 2011).

Şekil 11 felaketler ile ilişkili Bütün-Toplum yaklaşımını anlatmaktadır, bu yaklaşımda:

- Yönetimin tüm seviyesi hazırır
- Kritik öneme sahip karşılıklı bağımlılığa dikkat edilmektedir
- Senaryo tabanlı müdahale kullanılmaktadır
- Etik normlara uyulmaktadır (Kickbusch ve Gleicher, 2012).

Dokuz halka bir felaket durumunda ihtiyaç duyulan temel hizmetleri temsil etmektedir: sağlık, savunma, kanun ve düzen, finans, ulaştırma, telekomünikasyon, enerji, gıda ve su.

Şekil 11. Felaketlere karşı Bütün-Toplum yaklaşımı



Kaynak: Towards a Safer World (2011).

Güneydoğu Asya Ulusları Birliği, Bütün-Toplum yaklaşımından yararlanarak Üye Devletlerinin pandemilere karşı planlama ve müdahale seviyelerini önemli derecede artırmıştır. Bunun sonucunda, Birliğe üye devletlerden her birisi kapsamlı çok sektörlü yaklaşımın sağladığı değeri kabul etmiş ve ulusal felaket yönetimi kurumunun ilgili bakanlıklardan birisinin altında örgütlendiği iki katmanlı yapılar oluşturmuştur (Towards a Safer World, 2011). Karşılıklı anlayışın geliştirilmesi ve devletin, özel sektörün ve sivil toplumun temel hizmetleri sunma konusundaki rollerinin belirlenmesi sürecinde simülasyonlar hayati öneme sahip olmuştur. Her bir ülke şu anda ulusal pandemi hazırlık planlarını oluşturmuştur ve bu planlar içerisinde özel sektörün devamlılığına yönelik stratejiler de yer almaktadır (Towards a Safer World, 2011).

6.3.1.3. Zorluklar ve öğrenilen dersler

Singapur'un ulusal pandemi hazırlık planı 2009 senesinde H1N1 salgını ülkeyi etkilediğinde test edilmiş oldu. Pandemiden çıkarılan ana dersler aşağıda yer almaktadır (Tay vd., 2010).

Hazırlıklı fakat esnek olun. Nispeten agresif olan H5N1 gribinin ülkeye ulaşacağı beklenmiştir ve altı haftalık bir dönem içerisinde yüksek morbitie ve mortaliteye yönelik hazırlıklar gerçekleştirilmiştir. Buna karşın H1N1 daha uzun bir dönemde yüksek bulaşıcılık oranlarına ve daha düşük morbidite ve mortalite karakteristikleri ile ortaya çıkmış ve bu nedenler sağlık hizmetleri üzerinde farklı taleplerin oluşmasına sebep olmuştur. Ortak hazırlık planları değişen koşullara kolaylıkla adapte olabilir olmalıdır: Gerçek durumlar orijinal senaryodan önemli derecede farklı olabilir.

Kanıtlara dayalı kararlar alabilmek için izleme ve bilgiye erişim. Bulaşıcı hastalık salgınlının erken dönemde tespit edilmesi ve kanıtlara dayalı risk yönetimi için mevcut en iyi epidemiyolojik veriler küresel ve yerel seviyelerde hayati öneme sahiptir.

Kapsayıcı bir Bütün-Toplum yaklaşımı. Singapur'daki pandemi planlaması başta sağlık sektörü ve kamu kurumlarına dayanmaktaydı fakat devlet kurumları, sağlık hizmetleri sistemi, özel sektör ve kamudan paydaşlar tarafından yeni oluşturulan koordinasyon ve birlikte çalışma girişimleri H1N1'nin yayılmasını kontrol edebilecek önlemlerin etkin ve verimli bir şekilde alınması ve morbidite ve mortalite oranlarının asgariye indirilmesi ve hastalığın toplum ve ekonomi üzerindeki etkisinin sınırlandırılması için hayati bir rol üstlenmiştir.

Sağlık işgücü tedariki. Bir pandemi durumunda sağlık hizmetlerine olan talep hızla artar ve bu yüzden yaratıcı insan kaynakları stratejilerinin önceden oluşturulması gerekir. Kapasite artırma planlaması için kriz senaryolarının, gerekli beceri ve işgücünün doğru olarak ve ileri görüşlü olarak anlaşılması gerekmektedir.

Toplum ile iletişim. Felaketlere hazırlıkta kullanılabilcek Bütün-Toplum yaklaşımı sadece iletişimin ortak çalışmaların bir parçası haline getirilmesi ile başarılı olabilir. Paydaşlar halka karşı hesap verebilir olmalıdır, şeffaf risk iletişimi insanların hastalıkların yayılmasını azaltacak önlemleri başarılı bir şekilde almasını ve zorluklar yaratan politikaları ortaya koymasını sağlayabilir. Kitle iletişim araçları ile yakın bir şekilde çalışmak önemlidir. Yeni sosyal medya araçları kullanılıyor olsa da geleneksel iletişim kanalları pandemi bilgilerinin yayılmasında en yüksek etkiyi göstermiştir.

Fakat, karmaşık bulaşıcı hastalıkların önlenmesi birçok ülkede zayıftır ve iyileştirilmelidir. Birlikte çalışma önerileri içerisinde her zaman profesyonel alanlarla ilgili çalışmaların yapılmasını kapsar, buna örnek olarak ortak işgücünün geliştirilmesi ve eğitimi ve ortak hesap verilebilirlik mekanizmaları verilebilir (Battams, 2008). Felaketlere hazırlık ile genel sağlık ile ilişkili Bütün-Toplum yaklaşımlarının başarısı için sınırlar arasında profesyonel işbirliği elzemdir. Bu bağlamda “tek sağlık”, hastalık taşıyıcılarının ortaya çıkması ile ilişkili olarak insan, hayvan ve ekosistem faktörlerinin birbiri ile alakasını kabul eden yeni bir paradigma tanımlanmaktadır. Butler-Jones’a (2012) göre “İnsanları etkileyen hastalıklara bakarken hastalıkların ortaya çıktığı bağlamı dikkate almamak karar verme yeteneklerimizi iyileştirmeyecektir.”



7.

Sağlık 2020'nin dördüncü öncelik alanı dayanıklı toplumlar ve destekleyici çevreler oluşturmak

Direncin inşası, sağlığın ve refahın hem bireysel hem de toplumsal düzeyde korunup geliştirilmesinde temel bir faktördür. Dayanıklı toplumlar, yeni veya olumsuz durumlara temkinli olarak yanıt verirler, ekonomik, sosyal ve çevresel değişime hazırlanırlar, krizler ve zorluklarla daha iyi mücadele ederler (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012a).

7.1. Nasıl yapılır: Destekleyici çevreler oluşturma ve sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yerel halkın dahil edilmesi

7.1.1 . Konu

Kronik hastalıkların, sağlıksız hayat tarzlarını benimseyen bireysel tercihlerin sonucu olduğu görüşü yaygındır. Fakat bu görüş, tüm toplumlarda morbidite ve mortalite kalıplarını şekillendiren sağlıkla ilgili risklerin sosyal boyutlarını göz ardı etmektedir. Bölge Ofisinin kaydettiği gibi: “İnsanların sağlık olanakları, doğdukları, büyüdükları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşullarla yakından ilişkilidir”(DSÖ Avrupa Bölge Ofisi,2012b). Bireysel sorumluluk, sadece bireylerin sağlıklı bir yaşama eşit erişime sahip oldukları ve daha sağlıklı seçimler yapma konusunda desteklendikleri zaman tam etkiye sahip olabilir. Sağlık eşitsizlikleri ile mücadeleye ilişkin bütünsel çalışmalar, sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık eşitsizlikleri konulu Avrupa araştırmasında daha detaylı bir şekilde sunulmuştur (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2012b).

7.1.2. Çözümler ve yaklaşımlar

7.1.2. Çözümler ve yaklaşımlar

Hükümetler, nüfusun sağlık ve refahının geliştirilmesinde ve savunmasız grupların özel olarak korunmasında temel rol oynarlar (DSÖ, 2005). Destekleyici çevrelerin oluşturulması ve dezavantajlı bireylerin ve toplumların güçlendirilmesine yönelik çalışmalar gittikçe artan bir şekilde sağlığın ana sosyal belirleyicileri ve kendi sağlıklarıyla daha iyi ilgilenmeleri için dezavantajlı insanların imkanlarının artırılması yoluyla halk sağlığının ayrılmaz parçası olduğuna yönelik görüş ağırlık kazanmaktadır. (Kutu 17). Bu kapsamdaki varsayım faaliyetlerin tasarlanması, geliştirilmesi ve uygulanması çalışmalarına daha fazla toplum üyesinin dahil edilmesinin, dahil edilen kesimi daha güçlü hale getireceği ve dolayısıyla sağlıklarını iyileştireceğidir (Attree vd., 2011). Sağlığın yerelde üstlenilmesi, sadece bireylerin sağlığını geliştirmez, aynı zamanda toplumun tamamının dayanıklılığını da artırır (Kutu 17).

Kutu 17. Destekleyici çevrelerin oluşturulması – DSÖ Sağlıklı Şehirler

DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2013), siyasi taahhüt, kurumsal değişim, kapasite geliştirme, ortaklık temelli planlama ve yenilikçi projeler ile yerel yönetimleri sağlığı geliştirme çalışmalarına angaje eden küresel bir harekettir. Yaklaşık 90 şehir DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler ağına üyesidir ve DSÖ Avrupa Bölgesinde oluşturulmuş 30 ulusal sağlıklı şehirler ağı içerisinde 1400’den fazla şehir ve kasaba bulunmaktadır.

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirlerinin öncelikli hedefi, sağlığı kent yönetimlerinin sosyal, ekonomik ve siyasi gündeminin üst sıralarına koymaktır. Sağlık tüm sektörlerin işidir ve yerel yönetimler, yurttaşlarının sağlık ve refahını koruma ve desteklemeye yönelik yegane liderlik pozisyonundadır. Sağlıklı Şehirler hareketi, sağlık için kapsamlı ve sistematik politika ve planlamayı teşvik eder ve şu hususları vurgular: sağlık eşitsizlikleri ve kentsel yoksulluğa yönelme ihtiyacı; savunmasız grupların ihtiyaçları; katılımcı yönetim; sağlıklı kentsel planlama ve tasarım; ve sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri. Bu sadece sağlık sektörüyle ilgili değildir: bu ayrıca ekonomi, dönüşüm ve kentsel kalkınma çabalarında sağlık konularını da içermektedir.

Yönetişim yaklaşımı şu alanlardan meydana gelmektedir: belediye başkanlarının güçlü liderliği ve desteği; kent konseylerinde taraflar arası dayanışma; resmi ve resmi olmayan sektörlerle ortaklıklar; sektörler arası işbirliği ve yurttaş angajmanını desteklemek için bir dizi yapı ve süreç; birleşik stratejik planlama ve hedef belirleme; ve formel ve enformel ağ kurma. Model, Avrupa Bölgesi içerisinde geniş bir siyasi, sosyal organizasyonel bağlamda test edilmiştir.

7.1.3. Müşterek yönetim

Londra’nın en fazla ve en az mahrum mahallelerinde ömür beklentisi farkı erkeklerde 7.2 ve kadınlarda 4.6 senedir (Hine-Hughes, 2011a). Bu mahallelerin bazı caddelerinde “gıda çölleri” olarak tanımlanan ve sadece hazır yemeklerin veya abur cuburların bulunduğu sağlıksız beslenmeye neden olan düzenler mevcuttur.

Sağlıklı Londra girişimi, Londra’daki en mahrum 20 bölgesini hedefleyen dört-yıllık bir programdır (Wall vd., 2009). Proje, NHS’nin kurumları (özellikle yerel temel bakım hizmetleri kuruluşları), East London Üniversitesi ile diğer kuruluşlarla ve STK’larla ortaklık içerisinde karmaşık ve entegre bir dizi müdahale ile sağlıklı fiziksel aktiviteyi, sağlıklı beslenmeyi, ruh

sağlığını ve refahı geliştirmiştir. Çalışma, University College London Sağlıkta Eşitlik Enstitüsü Direktörü Profesör Sör Michael Marmot dahil olmak üzere birçok kesim tarafından takdir edilmiştir:

Sağlık eşitsizliklerini azaltacaksa, sağlığın sosyal belirleyicileri – kötü sağlığın nedenlerinin nedenlerine yönelik harekete geçmemiz elzemdir. Bunun anlamı, içinde doğduğumuz, yaşadığımız, büyüdüğümüz, çalıştığımız ve yaşlandığımız sosyal koşulların geliştirilmesi için yerel düzeyde ortaklaşa çalışmaktır. Sağlıklı Londra ittifakı ortaklığı tam da bunu yapmaktadır. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için bireylerin ve toplumların güçlendirilmesi ve insanlara söz hakkı verilmesi elzemdir.

Projeler Kutu 18'de listelenmiştir.

Kutu 17. Destekleyici çevrelerin oluşturulması – DSÖ Sağlıklı Şehirler

Kutu 18. Sağlıklı Londra projeleri

Sağlıklı alanlar: kamusal alanın kalite ve güvenliğini geliştirir ve fiziksel aktiviteyi teşvik eder.

Aktif yaşam: mahalle sakinlerine sağlıklı seçimler yapmaları için kendilerine yerel kaynakları haber veren haritalar verir (köylü pazarları gibi).

Yaratıcı ol, iyi ol: sosyal ağları büyütmek için kültürel faaliyetleri destekler.

Sağlıklı al: yerel dükkanlarda sağlıklı gıda seçimlerine erişimi geliştiren farklı girişimler.

Zihinleri değiştirmek: ruhsal açıdan kötü sağlık deneyimi yaşamış kişiler istihdam edilerek, ruh sağlığı konularıyla ilgili farkındalığın arttırılmasına ve ruh sağlığının etkisinin anlaşılmasına yönelik çalışmalara katılmışlardır.

Kendi kendine mutluluk: zor durumlarla mücadele etmek için stresi azaltmaya ve psikolojik kaynakları arttırmaya çalışan faaliyetler.

Sağlıklı beslen: farkındalığı arttırarak ve sağlıklı beslenmeyi daha kolay ve daha cazip hale getiren diyet ve beslenmeyi geliştirir

Kaynak: Wall vd. (2009).

7.1.4. Zorluklar

Yapılan değerlendirmeler, verilerin toplanmasında çok yöntemli bir yaklaşımın ve müdahale sürecinde yerel toplumların işin içerisinde olmasının, projelerin başarı veya başarısızlığı üzerinde belirleyici olan engel ve fırsatların tanımlanmasına imkan verdiğini göstermektedir (Wall vd., 2009). Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite artmış ve zihinsel sağlık ve refah gelişmiştir (Wall vd., 2009), ancak Sağlıklı Londra göstermiştir ki başlangıçtan itibaren yüksek olasılığı bulunana hususlara yönelik beklentilerin yönetimi önemlidir ve projeler, duyurularla

görünür hale getirilmelidir. Toplumsal projeler için belki de en önemlisi, sürdürülebilirlik ve uzun dönemli olarak da hesap verebilirliktir: Sağlıklı Londra dört yıllık bir zaman penceresine sahipti, ancak bu gerçek anlamda fark yaratmak için yeterli değildi ve katılan kişiler “birçok küçük projenin gelip üç yıldan daha sonra da kaybolduğunu görmek istemediler” (Kutu 19 ve 20) (Sağlık ve İnsani Kalkınma Enstitüsü, 2012b).

Kutu 19. Zaman bankaları – sosyal ağlar kurmak ve sağlığı geliştirmek

Kutu 19. Zaman bankaları – sosyal ağlar kurmak ve sağlığı geliştirmek

Zaman bankaları veya başka bir ifadeyle zaman dolarları, insanları sağlığı tutabilecek, iyileşmelerini hızlandıracak, sağlık sistemi içerisinde tasarruf ettirecek ve sağlık eşitsizlikleriyle savaşmalarına yardımcı olabilecek sosyal altyapı unsurlarıdır (Yeni Ekonomi Vakfı, 2002). Yurttaşları kendilerine bakma konusunda angaje eder destekleyici çevreler oluşturma konusunda kıymetli birer değer olabilirler. Değışim birimi, işsizlik, kronik hastalıklar veya engellilik nedeniyle ekonominin aktif bir parçası olmayan ancak hala katılabilen insanları koruyan zamandır. Diğeri zaman bankası üyelerine pratik yardım ve destek sağlayan katılımcılar bu zamanı bir “bankada” emanet bırakırlar. Daha sonra zamanlarını yeteneklerini ve diğeri katılımcılar tarafından önerilen desteğı kullanmak üzere çekebilirler. Fiyatlamanın olmadığı sistem, herkesin yeteneklerinin eşit bir şekilde (bir saat bir kredi demektir) değeriendiğı anlamına gelen bir zaman bankasında varlık bulmaktadır (Hine-Hughes, 2011b).

Birmingham’daki “time2trade” projesi gibi birçok zaman bankası veritabanları kullanır: üyelerden birisi ne zaman belirli bir hizmete ihtiyaç duysa, kapasiteye sahip uygun bir kişi bulunabilir. Time2trade, diğeri yerel girişimler ve organizasyonlarla “hizmet sağlayıcılara ‘erişilmesi güç’ olduğı düşünölen gruplarla temasa geçmede yardımcı olan yaratıcı ortak girişim” yaratarak ortaklık kurmuştur” (Hine-Hughes,2011b). Üyeler kendi zamanlarını, örneğinin, sağlıklı gıda almak, spor salonuna gitmek, ders çalışmak veya ihtiyaç duydukları diğeri hizmetleri kullanmak için kullanabilirler.

Kutu 19 devamı

Zaman bankası kurulduğundan beri 34.100 saat takas edilmiştir (Hine-Hughes, 2011b). Bulgular göstermektedir ki özellikle bu banka ve genel olarak toplum odaklı zaman bankaları, savunmasız gruplara aktif olarak angaje olabilmekte ve “fiziksel ve ruhsal sağlık ve refah, özgüven, kendine saygı, sosyal ilişkiler ve bireysel güçlendirme” üzerinde olumlu etkiler oluşturabilmektedir (Attree vd., 2011).

Bu girişimlerde beklentilerin yönetimi temeldir. Hizmetlerin dengesizliği söz konusu olursa bir zaman bankası hizmetleri “satın almaya” çalışmalı veya diğer sosyal organizasyonlarla bağlantıya geçmelidir. Zaman bankası ne kadar genişlerse, maaşlı personele o kadar çok yatırım gerekir fakat bu yatırımın makul olduğu düşünülmektedir.

Kutu 20. Suçu önlemek için Bütün-Devlet yaklaşımı: Almanya Suçun Önlenmesi Forumu

Almanya Suçun Önlenmesi Forumu, suçun erken önlenmesi için en iyi uygulama önerilerini oluşturmaya ve sektörler arasında sinerji yaratmaya çalışmaktadır. Koordinasyon platformu “tüm ilgili toplumsal güçleri” kapsamlı bir şekilde dahil ederek ağ kurma, işbirliği, havuz oluşturma, bilgi transferi ve geliştirilmiş kamu çalışmalarını özendirmeyi amaçlamaktadır (Seitz, 2010).

Suç, sağlığa benzer bir şekilde, toplumsal birçok paydaş arasında işbirliğini gerektiren bir sorundur. Bu sadece Almanya’da değil aynı zamanda Avusturalya ve Birleşik Krallık’ta da kabul edilmektedir. Avusturalya ve Birleşik Krallık’ta suçun önlenmesine yönelik çabaların ilgili tüm devlet kurumlarının, toplumun ve özel sektörün, tek bir koordine edilen strateji üzerinden birlikte çalışması durumunda daha etkin olacağı kabul edilmektedir (Homel, 2004).

Etkin bir Bütün-Devlet çalışmasının başarılması için anlamlı yönetim ve koordinasyon çabasına ihtiyaç duyulmaktadır (Homel, 2004). Bütün-Devlet yaklaşımlarının potansiyel getirileri açığa çıkarılacaksa zamana ve kaynaklara yatırım gereklidir.



8.

Ortak veya paylaşımlı hesap verebilirlik

8.1. Hesap verebilirlik ilişkileri üzerinde mutabakat

Hesap verebilirlik, modern politika oluşturma çalışmalarının sekiz özelliğinden birisi olarak görülmektedir. Sağlık için başarılı yönetim, toplumun ve sürece dahil olan tüm aktörlerin talep ve ihtiyaçlarının sistematik olarak değerlendirilmesini, denetimini ve sürekli diyalogu gerektirmektedir. Siyasi karar alıcıları ve diğer aktörleri kendi eylemleriyle ilgili hesap verebilir kılmak üzere yurttaşlara olanak sağlayan kurumsal düzenlemeler politika yapma süreçleri için kritik unsurlardır.

Geleneksel olarak en baskın kamusal hesap verebilirlik ilişkileri doğası gereği dikey olmuştur. Ancak “eşit olmayanların” bu yukarıdan aşağıya asil-vekil ilişkileri yerini yavaş yavaş katılımcıların ortak bir şekilde belirli bir hedef veya faaliyet için hesap verebilir oldukları “daha geniş ve çoğulcu hesap verilebilirlik ilişkilerine dönüşmektedir” (Bovens,2005). Bütün-Devlet hesabı kavramı gibi çapraz organizasyonel hesap verebilirlik ağları daha da önemli hale gelmiştir.

Kurumsal bir düzenleme olarak halka hesap verme demokratik kontrol anlamına gelmektedir. Devlet ile halk arasındaki boşluğun birleştirilmesine yardımcı olan halka hesap verme, kamu sektörünün şeffaflığını ve cevap verebilirliğini artırır. Hesap verebilirlik, rüşvet ve gücün diğer suiistimallerine karşı koruyucu fonksiyona sahiptir (Bovens, 2005) ve en son ekonomik krizde görüldüğü gibi özel sektör ile işletmelere de artan bir şekilde uygulanmaktadır.

Farklı hesap verebilirlik çeşitleri bulunmaktadır: yasal (hukukun üstünlüğü), siyasi (cevap verebilirlik), profesyonel (uzmanlık), yönetsel (etkililik) ve finansal (doğruluk). Mevcut bağlamda hangi hesap verebilirlik şeklinin işlevsel olduğu ve ne dereceye kadar efektif ve yerli olduğunu hesaba katmak önemlidir (Boston ve Gill, 2011). En son girişimler, ortak veya paylaşımlı hesap verebilirliği uygulamaya koyarak dünya çapında kamusal hesap verebilirliği arttırmaya çalışmaktadır. Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları için hesap verebilirliğin angajman sürecinin parçası ve daha iyi performans için bir yol olarak görülmesi kritik önemdedir (Kutu 21).

Buna rağmen ortaklıklarda hesap verebilirliğin tanımlanması zorluklar içermektedir. Özellikle bazen, belirli bir sonuç için farklı aktörlerin vereceği katkılarının tespit edilmesi zordur.

Kutu 21. Paylaşımlı yönetime ilişkin olarak hesap verebilirlik

Kutu 21. Paylaşımlı yönetime ilişkin olarak hesap verebilirlik

Hesap verebilirlik her şeyden önce paydaşlarla bir araya gelmek ve paydaşlara karşı duyarlı olmakla ilgilidir. Bunun anlamı, karar verme sürecinde paydaşların ihtiyaç ve görüşlerini dikkate almak ve sürece neden dahil edildiklerine veya edilmediklerine dair açıklama yapmaktır. Bu kapsamda hesap verebilirlik bir kontrol mekanizması yerine daha çok bir öğrenme sürecidir. Hesap verebilir olmak, paydaşlara karşı şeffaf olmak, diyalog ile iletişimde kalmak ve etkileşimli bir şekilde paydaşlardan öğrenmek ile ilgilidir. Hesap verebilirlik, alınan kararların ve projelerin benimsenebilirliğini ve faaliyetlerin sürdürülebilirliğini arttırabilir. Son olarak daha iyi bir performans için bir yol sunmaktadır. Kaynak: Blagescu vd. (2005).

8.2. Hesap verebilirlik konusundaki zorluklar

Şeffaflık ve hesap verebilirlik yönetişimin temel faktörleridir. Birçok karmaşık sorun, Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımlarına gereksinim duymaktadır. Aktörler arasında artan karşılıklı bağımlılık, birçok yönden zor ve sıkıntı verici bir yaklaşım olan ortak veya paylaşımlı hesap verebilirlik ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

Sorumlulukların genellikle net olmamasından dolayı, ortak hesap verme düzenlerinin oluşturulması, söz konusu olan farklı sektörlerden sadece iki aktör olsa bile zor olabilir. “Topun başkasına atılması” veya suçun birinin üzerine atılması, “ortak hesap verebilirliğin, uygulamada, kimsenin mesul olmadığı ortak sorumsuzluğa dönüşmesi” (Boston ve Gill, 2011) riskine katkıda bulunabilir. İyi performansın ödüllendirilmesi ve kötü performansa yaptırımlar uygulanması da zor olabilir ve birçok yöneticinin ortak çalışma düzenlemelerine katılma konusunda isteksiz olmalarına neden olabilir.

Hesap verebilirlik geniş anlamda iyi ölçmeye bağlıdır. Girdi (kaynaklar, kapasite, süreçler, müdahaleler ve politikalar) ile çıktıyı (kısa ve uzun dönemli sağlık çıktıları) bağlayan yeni hesap verebilirlik şekilleri, her aktörü kendisinin sağlık konusundaki davranışlarının hesap verebilirliği konusunda sorumlu tutmaktadır (Sağlığın Geliştirilmesi Üzerine Kamu Sağlığı Stratejileri Komitesi, 2011). Bu türden bir sistem, sırasıyla daha iyi bir performansa götüren güçlü performans bilgilerine ve sonuç olarak da toplum içinde daha iyi sağlığa götürür (Boston ve Gill, 2011).

Fakat bir toplumun sağlığına katkıda bulunan sayısız faktör mevcuttur. Birçok sektörün politikaları sağlığı etkiler ve herhangi bir kurum, sadece bir spesifik sağlık çıktısının iyileştirilmesinden sorumlu tutulamaz. Girdi ve çıktı arasında net bir ayrım bulunmamaktadır ve etkin müdahalelerle ilgili bilgiler eksiktir.

8.3. Etkinin ölçümü

Devlet performansı, Bütün-Devlet yaklaşımının merkezindedir. Devletin performansı, sağlığın geliştirilmesi için Bütün-Devlet yaklaşımı ile ilgili bir konudur.

Farklı ülkelerden gelen deneyimler göstermektedir ki ortak hesap verebilirliğin etkinliği geniş anlamda ülkenin aktif reform tarihine ve siyasi iradesine bağlıdır. Sektörler arası işbirliği çabaları, daha iyi alternatifler mevcut olsa bile yerleşmiş uygulamalara dayanan “ortak yol” düşüncesiyle sınırlandırılmıştır. Sağlık 2020, devletin öğrenmesi ve bölgedeki ve daha geniş çevredeki ülkeler arasında deneyim paylaşımı üzerine bina edilmiştir. Genel olarak, sağlığın sosyal, çevresel ve davranışsal belirleyicilerinin etkileri dikkate alınmaksızın sağlık sisteminin etkinliği ve etkililiğinin ölçülmesinin yetersiz olduğuna yönelik bir uzlaşma bulunmaktadır (Sağlığın Geliştirilmesi Üzerine Kamu Sağlığı Stratejileri Komitesi, 2011). Yönetişime ilişkin farklı yaklaşımların etkilerinin ölçülmesi, yönetişimin oluşturulması ve deneyim paylaşımının önemli bir parçasıdır (Pollitt, 2010). Buna rağmen politikaların değerlendirilmesi bir dizi faktörle mücadele aşamasındadır.

- **Belirli koşullara yönelik olarak tasarlanmış sağlık politikaları, genellikle dışarıdan gelen tehditlerle karşı karşıya kalır.** Bu türden politikaların ve kamu sektörü reformlarının etkilerinin güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi, birçok faktörden dolayı bir sorundur (Weibel vd., 2009). Kısa zaman içerisinde “iyi sağlık” gibi karmaşık bir ürünü sunmak zorunda kalan kamu kurumları için bu durum özellikle zorluklar barındırmaktadır (Pollitt ve Dan, 2011). Ayrıca politikalara ilişkin değerlendirmeler genellikle paydaşların bakış açılarını yansıtmamaktadır.

- **Politikaların her zaman beklenmeyen sonuçları olur: bunlar olumsuz ise, daha önceden belirlenen hedefleri zora sokarlar.** Bununla beraber bunlar olumlu da olabilir. Sağlık müdahalelerinin etkinliğine ilişkin yapılan bir değerlendirmede (Jepson vd., 2010), birçok araştırmanın çok yönlü bir yaklaşıma sahip olmadığını gösterilmiş ve karşılıklı ilişkilerin dikkate alınması ve tamamlayıcı eylemlerin oluşturulması durumunda, alkol ve sigara tüketimi gibi alanlarda politika ve müdahalelerin nasıl iyileştirebileceğinin göz ardı edildiğini ortaya koymuştur. Yönetilmesi gereken durumlar gibi, politikaların da uygulama sırasında değişebileceğini unutmamak önemlidir.

- **Herhangi bir çalışmanın başlatılmamasının da sonuçları bulunmaktadır.**

Tütün kontrolü gibi hali hazırda tesis edilmiş iyi uygulamalara sahip alanlar ile obezite sorunuyla başa çıkmaya yönelik politikalar gibi yeterince gelişmemiş kanıtların olduğu alanlar için işlevsel bir hesap verebilirlik modeli bu nedenle gereklidir (Sağlığın Geliştirilmesi Üzerine Kamu Sağlığı Stratejileri Komitesi, 2011). Anlaşmalar, sözleşmeler ve ortak çalışmaların ne şekilde ilerlediğini halka gösterebilecek şeffaf sosyal medya araçları temel alınarak devlet ve özel sektör arasında hesap verebilirlik konusunda bir ölçme sistemi oluşturulabilir (Sağlığın Geliştirilmesi Üzerine Kamu Sağlığı Stratejileri Komitesi, 2011). Sağlığa etkin bir yaklaşım, tüm sektörlerin kendi politikalarının sağlığa etkileri konusunda sorumlu olmalarını gerektirmektedir.

8.4. Bütün-Devlet yaklaşımında hesap verilebilirlik

Bütün-Devlet yaklaşımlarında hedeflenen “Parlamento ve halka, vergi mükelleflerinin paralarının nasıl harcadığının anlaşılması ve incelenmesi imkânını vermektir” (Hm Treasury, 2011). Elde edilen bilgiler, yönetimin tüm kademelerinde daha iyi karar alınmasına neden olacağı ve nesiller arası adalet ve mali sürdürülebilirlik konularına yönelmeye yardımcı olacağı varsayılmaktadır (Chow vd., 2007). Bir yaklaşım, kamu sektöründeki kurumlar arasındaki tüm önemli etkileşimleri bertaraf ederek kamu sektörüne tek bir kurum olarak muamele gösteren kapsamlı finansal raporlar oluşturmaktır (Hm Treasury, 2011).

Bununla beraber kamu sektörünü oluşturan şeyin sınırlarının ne olduğu aslında iyi bir şekilde belirlenmemiştir (Chow vd., 2007). Ortaya çıkan anlaşmazlıklar ve rekabet, Bütün-Devlet yaklaşımında hesap verilebilirliğin düzgün bir şekilde işlemlerini zorlaştırmaktadır. Tüm bu sorunların üstesinden geldiği zaman ise “sağlam bir hesap verilebilirlik sisteminin sadece altındaki hesap verilebilirlik sistemleri kadar iyi olabileceği” sorunu (Chow vd., 2007) sabit kalır. Bu türden yenilikçi bir yaklaşımın etkinliğinin gerçekten tanımlanması için daha fazla deneyime dayanan kıyaslanabilir bilgilere ihtiyaç duymaktadır.

8.5. Gerekli gözlemciler olarak STK’lar

STK’lar uzun süredir, devletin taahhütlerini yerine getirmesini sağlamak üzere izleyici ve gözlemci olarak algılanmaktadır. Kamusal hesap verebilirlik hala önemlidir ancak şirketler de şimdi, çevre, insan hakları, müşterilerin korunması ve sağlık gibi geniş bir alanda artan oranlarda STK’larla yüzleşmektedir. Yaziji’ye göre (2008), bir takip kampanyasının amacı mevzuatla yönetilmeyebilen fakat yerleşmiş kurumsal standartlara uymaları için şirketlere baskı yapmaktır. Sağlık alanında bu husus, Anne Sütü Muadillerinin Uluslararası Pazarlama Kuralları gibi bir anlaşmayı içerebilir. STK’lar, görsel ve sosyal medya kanalları üzerinden genellikle “suçla ve utandır stratejisinden” yararlanmakta ve yeni normlar tesis etmek veya bir şirketi hali hazırda mevcut bulunan normlara uymadığı için cezalandırmak için sadece kamusal değil, aynı zamanda yargısal, kanuni ve düzenleyici kurumlar dahil geniş bir kesime başvurmaktadır.

Özellikle ecza, sağlık bakımı veya tütün gibi hayat kurtaran veya yaşamı tehlikeye atan ürünler açısından sağlık bağlamında önemli olabilir (Yaziji, 2008). Bununla beraber sivil toplum kuruluşları üretim zinciri, işleme yöntemleri ve içeriğin sağlık etkileri konularında gıda endüstrisini de artan bir şekilde sorumlu tutmaktadır. Bunun iyi bir örneği, müşterilerin güçlendirilmesi ve korunması için 2002 yılında kurulan Alman STK'sı Food Watch'tur (Gıda İzleyicisi). Bu STK, özellikle gıdaların zorunlu olarak trafik-ışığı şeklinde etiketlenmesi ve iklime zarar vermeyen gıdaların desteklenmesi ile gıda fiyatlarını yükselten genetik mühendisliği ve finansal spekülasyona karşı lobi faaliyet yürütmektedir.



21. yüzyılda sağlık için yönetim çalışması (Kickbusch ve Gleicher, 2012), sağlık için siyaset bilimlerinin güçlendirilmesi ve sağlığın politik belirleyicilerinin etkisinin ölçülmesine yönelik güçlü bir öneri sunmuştur. Refah ve yoksulluk alanındaki bu türden araştırmalar göstermektedir ki, yüksek gelirli ülkelerdeki yoksulluk türleri, sosyal politika taahhütleri ve farklı refah devleti rejimleriyle ilgilidir (Brady, 2009). Eşitsizlikler ve sağlığın sosyal belirleyicileri konulu çalışmalar da benzer göstergeler sunmaktadır. Bu çalışmalar bölgedeki 53 devlet arasında sağlık yönetimi için farklı kapasite seviyeleri ve türlerinin tanımlanması ve analizine yardımcı olabilirler. Her ülke gelişme imkanına sahiptir ve Sağlık 2020'nin ruhu içinde güvenilir politik analizlerle Avrupa'da işbirliği ve deneyim paylaşımı için fırsatlar bulunmaktadır.

Herkese uyacak bir kalıp bulunmamaktadır. Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımları her ülkenin kendi koşulları ve arka planına adapte edilmelidir. Belirli yapısal ve kültürel özellikler bu tehditlerin üstesinden gelinmesi veya en azından etkilerinin azaltılması için önemlidir. Bütün-Devlet yaklaşımlarının uygulanması, sektörler arasında bir birlik oluşturulmasına yardımcı olacak ortak bir dünya görüşü ve güçlü birleşik değer anlayışı olmaksızın imkânsız veya etkisiz olabilir (Christensen ve Laegreid, 2006). Hataların asgariye indirilmesini önemle vurgulayan risk karşıtı bir bürokratik kültür, başından itibaren yatay deneyimlere ket vurabilir (Halligan vd., 2012). Temsilcilik sınırları ötesinde düşüncüyü ve hareketi destekleyici bir kültür, yaratıcı ve yenilikçi politika yapımı için organizasyonel esneklik, uyarlanabilirlik ve insanların açıklığını kolaylaştıran teşvik ve ödüller aracılığıyla erişilebilir (Halligan vd., 2012).

Mevcut birçok Bütün-Devlet ve Bütün-Toplum yaklaşımı iletişim, işbirliği ve koordinasyona odaklanır. Bütün-Devlet yaklaşımları, işbirliği ve hatta ortak bir amaç uğruna risklerin ve sorumlulukların paylaşıldığı entegrasyon için atılacak en son adım, daha az görülmektedir ve uygulanması ise en zor olandır (Halligan vd., 2012). Bütün-Devlet yaklaşımlarının, personel sayısı ve bütçe boyutunun görece küçük ve gayriresmi müzakerelerin yürütülmesinin daha kolay olduğu ülke veya şehirlerde uygulamasının daha kolay olduğu da doğru olabilir (Moss, 2010). Bu durum mevcut örneklerde yansıtılmıştır.

Birçok Bütün-Devlet uygulamaları Avustralya devletlerindeki başbakanlık ve kabine gibi kurumlardaki gibi merkezi koordinasyon kurumlarının güçlendirilmesine neden olmuştur fakat Bütün-Devlet yaklaşımlarında gerekli olan işbirliğinin yerel yönetimler gibi daha alt seviyelerinde daha iyi işlediğinden bahsedilebilir. Norveç ve Birleşik Krallık (İngiltere) dahil bir dizi ülkenin kendi kamu sağlığı yasalarını reforma tabi tutması ve kamu sağlığı önceliklerinin uygulanmasında yerel yönetimlere giderek daha fazla sorumluluk vermesi oldukça önemlidir. Bu seviyedeki Bütün-Devlet yaklaşımları, kurumsal düzenlemelerin değişime uyarlanabilir olduğu ve hizmet verdikleri yurttaşlara hesap verebilirliği sağladığı

müddetçe şeffaflık, erişilebilirlik ve cevap verebilirliği önemli ölçüde arttırabilir. Bununla beraber birçok yerel paydaşın katılımıyla yerel düzeyde Bütün-Devletten Bütün-Toplum yaklaşımına geçilmesi “akıllı yönetişimin” güçlü bir özelliği haline gelmektedir. Her türlü yaklaşım, sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik bir hareketin engelleyen ve kolaylaştırılan insan motiflerinin tüm çeşitliliğini dikkate almalıdır. Sağlığın geliştirilmesine yönelik her türlü ortak çalışmada “tüm politikalarda sağlık” yaklaşımı, sağlık dışındaki sektörlerin sağlığı nasıl etkilediğinin ve sağlık sektörünün diğer sektörleri nasıl etkilediğinin anlaşılmasındaki hayati önemini sürdürmektedir (Dubé vd., 2012).

Bütün-Toplum yaklaşımlarının toplumsal düzeyde farklı başlangıç noktaları olabilir ancak Bütün-Devlet yaklaşımları üzerine bina edilebilir. Özel sektörden ve sivil toplumdan aktörlerin bir araya getirilmesi sonucunda yeni tehditler doğabilir: politik sistem ve mevcut duruma bağlı olarak bunlardan birisi diğerine göre daha kabul edilebilir olabilir. Daha önce belirtildiği gibi, şirketler kamu yararına yatırım yapma konusunda isteksiz olabilmektedir. Yine de uyuşmazlıkların üzerine eğilmeli ve özel sektörün ortak sosyal değerlerin oluşturulması amacına yönlendirilmesine ilişkin yollar bulunmalıdır. Toplumlar, yenilikçi birçok yönetim yaklaşımı için sıklıkla çapa konumundadırlar.

Politikalar tasarlanıp onaylandığında uygulama başlar. Maalesef, planlananla politika sonucu gerçekte hayata geçirilen arasındaki farklılıklar yaygındır (Steinbach, 2009). Politikaların uygulanması, Bütün-Toplum yaklaşımının yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya ve yatay yönetim yaklaşımlarını gerektirmesi dolayısıyla karmaşıktır. Farklı aktörlerin etkisinin ve politikaların sonuçlarının yarattığı etkinin birbirinden ayrılması zor olduğundan değerlendirmelerin yapılması ve hesap verebilirliğin ölçülmesi zor olabilmektedir. Aşağıdakiler, sağlık konusunda başarılı sonuçlar elde etmek için Bütün-Toplum yaklaşımları içerisindeki etkileşimli süreçlerin sahip olması gereken özelliklerdir (Steinbach, 2009):

- her seviyedeki tüm aktörlerin güçlü ve sürdürülebilir taahhüdü
- iyi yönetişim, yeterli zaman ve kaynaklar
- ortak ve yenilikçi hesap verebilirlik düzenlemeleri
- farklı sorumluluklar ve görevlerle ilgili belirginlik
- hedeflerin aynı şekilde anlaşılması
- neden ve sonuç ile değişimin yönetimi için geçerli bir teori.

Ülkeler arasında sağlık için yönetim konulu daha fazla araştırma ve kıyaslamalara, en iyi politika uygulaması için güvenilir değerlendirme ölçeklerinin ve göstergelerin oluşturulmasına olan ihtiyaç belirgindir. Bu ihtiyaç kendini literatürde göstermektedir. Bu konudaki ne önemli araştırmacıların büyük öneme sahip önerileri şu şekildedir: “sağlık politikalarının analiz edilmesinde ileriye gidebilmek için araştırmacıların, kamu politikaları süreçlerinin mevcut çerçeve ve teorilerini çok daha fazla kullanması gerekmektedir (Walt vd., 2008). Politikalar üzerinde bu türden araştırmalar aynı zamanda 21. yüzyılda sağlık için yönetim konulu çalışma (Kickbusch ve Gleicher, 2012) ve bu raporun ortaya koyduğu gibi, “kurumsal öğrenme, hesap verebilirlik, güvence ve ortaklık gelişimini içeren daha dairesel bir sürecin” (Rencoret vd., 2010) bir parçası olabilir.



Referanslar

Abovskaya O (2007). Country coordinating mechanisms (CCM) – PR and SR selection process: Romania. Bad Homburg, EPOS Health Consultants on behalf of the Global Fund to FightAIDS, Tuberculosis & Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/library/publications/progressreports>, erişim 15 Ağustos 2013).

Action Santé (2012). Activity report 2012. Franconville, Action Santé (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=en&download=NHZLpZeg7t,Inp6IoNTUo42l2Z6ln1ad1lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdoN9g2ym162epYbg2c_JjKbNoKS6A-, erişim 15 Ağustos 2013).

Åkerman Börje E (2009). Towards a new European policy on migration. Berlin, BerlinInstitut für Bevölkerung und Entwicklung (<http://www.berlin-institut.org/onlinehandbuchdemografie/bevoelkerungspolitik/towards-a-new-europeanpolicy-on-migration.html>, erişim 15 Ağustos 2013).

Alford J (2009). Engaging public sector clients: from service-delivery to co-production. London, Palgrave Macmillan.
Allais O, Bertail P, Nichèle V (2010). The effects of a fat tax on French household purchases: a nutritional approach. American Journal of Agricultural Economics, 92:228–245.

Attree P et al. (2011). The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. Health and Social Care in the Community, 19:250–260.

Ayres I, Braithwaite J (1992). Responsive regulation: transcending the deregulation debate. New York, Oxford University Press.

Battams S (2008). Housing for people with a psychiatric disability: community empowerment, partnerships and politics. Adelaide, Department of Public Health, Flinders University (<http://theses.flinders.edu.au/public/adt-SFU20080926.215213/index.html>, erişim 15 Ağustos 2013).

BBC (2012a). Australia cigarette plain packaging law upheld by court. London, BritishBroadcasting Corporation (<http://www.bbc.co.uk/news/business-19264245>, erişim 15 Ağustos 2013).

BBC (2012b). The rise of the adult playground. London, British Broadcasting Corporation(<http://www.bbc.co.uk/news/magazine-17818223>, erişim 15 Ağustos 2013).

Blagescu M, de las Casas L, Lloyd R (2005). Pathways to accountability: the GAP framework. London, One World Trust.

Boston J, Gill D (2011). Joint or shared accountability: issues and options. Wellington, Institute of Policy Studies (Ön Makale 11/03; <http://igps.victoria.ac.nz/publications/files/83e71189c2b.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Bovens M (2005). Public accountability. In: Ferlie E, Lynn LE, Pollitt C, eds. The Oxford handbook of public management. Oxford, Oxford University Press:182–208.

Brady D (2009). Rich democracies, poor people: how politics explain poverty. Oxford, OxfordUniversity Press.

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Bridgman P, Davis G (2003). What use is a policy cycle? Plenty, if the aim is clear. Australian Journal of Public Administration, 62(3):98–102.

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Gesundheitsziele für Österreich [internet sitesi].Vienna, Bundesministerium für Gesundheit (<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsfoerderung-gesundheitsziele-oesterreich.html>, erişim 15 Ağustos 2013).

Butler-Jones D (2012). Transcending borders: a whole-of-society approach to human, animal and ecosystem health. One Health Conference, 19 February 2012, Davos, Switzerland(<http://www.slideshare.net/GRFDavos/transcending-borders-a-wholeofsociety-approachtto-human-animal-and-ecosystem-health>, erişim 15 Ağustos 2013).

Chow DSL, Humphrey C, Moll J (2007). Developing whole-of-government accounting in the UK: grand claims, practical complexities and a suggested future research agenda. Financial Accountability and Management, 23:27–54.

Christensen T, Laegreid P (2006). The whole-of-government approach – regulation, performance, and public-sector reform. Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies (Ön Makale 6–2006; http://soc.kuleuven.be/io/performance/paper/WS2/WS2_Tom%20Christensen.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Clark JS, Dittrich OL (2010). Alternative fat taxes to control obesity. International Advances in Economic Research, 16:388–394.

Coe A (2008). Case study #4 – Service Canada. Toronto, Institute for Citizen-Centred Service.

Commission on Global Governance (1995). Our global neighbourhood. Report of the Commission on Global Governance. Oxford, Oxford University Press. Committee on Public Health Strategies to Improve Health (2011). For the public's health:the role of measurement in action and accountability. Washington, DC, Institute of Medicine(http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13005, erişim 15 Ağustos 2013).

De Klerk M, Gilsing R, Timmermans J (2010). The Social Support Act: the story so far. Evaluation of the Social Support Act 2007–2009. The Hague, The Netherlands Institute for Social Research.

Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (2012). Decade of Roma inclusion 2005–2015 [internet sitesi]. Budapest, Decade of Roma Inclusion Secretariat Foundation (<http://www.romadecade.org/>, erişim 15 Ağustos 2013).

Department of Health (2001). The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London, Department of Health.

Department of Health (2012). Health and wellbeing boards – one year to go [internet sitesi].London, Department

of Health (<http://healthandcare.dh.gov.uk/health-and-wellbeingboards-one-year-to-go/>, erişim 15 Ağustos 2013).
Druet C, Lapointe G, Pigeon M (2010). Towards the integration of health in all policies: a Québec–South Australia comparison. In: Kickbusch I, Buckett K, eds. Implementing health in all policies: Adelaide 2010. Adelaide, Department of Health, Government of South Australia:93–100 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadelsahealth-100622.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Dubé L et al. (2009). Building convergence – toward an integrated health & agri-food strategy for Canada. Ottawa, Canadian Agri-Food Policy Institute and McGill World Platform for Health and Economic Convergence (<http://www.capi-icpa.ca/converge-full/intro.html>, erişim 15 Ağustos 2013).

Dubé L, Pingali P, Webb P (2012). Paths of convergence for agriculture, health, and wealth. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109: 12294–12301.

The Economist (2012) Fat chance: the Danish Government rescinds its unwieldy fat tax. The Economist, 17 November 2012 (<http://www.economist.com/news/europe/21566664-danish-government-rescinds-its-unwieldy-fat-tax-fat-chance>, erişim 15 Ağustos 2013).

Esping-Andersen G (2006). Three worlds of welfare capitalism. In: Pierson C, Castles FG, eds. The welfare state reader. London, Polity Press:160–174.

EU Platform on Diet, Physical Activity and Health (2010). 2010 annual report. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2010frep_en.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

European Commission (2005). Diet, physical activity and health – a European platform for action. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/platform/index_en.htm, erişim 15 Ağustos 2013).

European Commission (2010). Evaluation of the European platform for action on diet, physical activity and health. Final report July 2010. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/evaluation_frep_en.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

European Commission (2011). Horizon 2020 – the framework programme for research and innovation. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/research/horizon2020/pdf/proposals/communication_from_the_commission_-_horizon_2020_-_the_framework_programme_for_research_and_innovation.pdf#view=fit&pagedmode=none, erişim 15 Ağustos 2013).

European Commission (2012a). An agenda for adequate, safe and sustainable pensions. Brussels, European Commission (COM(2012) 55 final).

European Commission (2012b). Implementation of the EU salt reduction framework. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/salt_report_en.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Fairman D et al. (2012). Negotiating public health in a globalized world – global health diplomacy in action. Berlin, Springer.

Federal Office of Public Health (2012). Swiss health foreign policy. Berne, Federal Office of Public Health (<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=en>, erişim 15 Ağustos 2013).

Federal Office of Public Health (2013). Action santé – make the healthy choice the easy choice [internet sitesi]. Berne, Federal Office of Public Health (http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=de, erişim 15 Ağustos 2013).

Fortunato JA (2011). Confronting obesity: a case study of the corporate social responsibility of McDonald's. *Advances in Management*, 4:20–23.

FrameWorks Institute (2002). Framing public issues. Washington, DC, Frame Works Institute(<http://www.frameworksinstitute.org/assets/files/PDF/FramingPublicIssuesfinal.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Giddens A (2003). Introduction. Neoprogresivism: a new agenda for social democracy. In: Giddens A, ed. *The progressive manifesto: new ideas for the centre-left*. Cambridge, PolityPress.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2011). Guidelines and requirements for country coordinating mechanisms. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines>, erişim 15 Ağustos 2013).

Government of Finland (2012). Minister Risikko: Finland to be a more age-friendly society. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (<http://government.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/en.jsp?oid=362931>, erişim 15 Ağustos 2013).

Government of Northern Ireland (1999). Professional policy making for the 21st century. Belfast, Government of Northern Ireland.

Government of South Australia (2010). Priorities to support the eat well be active healthy weight strategy for South Australia 2006–2010. Adelaide, Government of South Australia(<http://www.health.sa.gov.au/pehs/branches/health-promotion/EWBA-StrategyPrioritieshp-oct2010.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Government of South Australia (2011). The eat well, be active strategy for South Australia2011–2016. Adelaide, Government of South Australia (<http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/ewba-strategy-phcshealthpromotion-20111207>, erişim 15 Ağustos 2013).

Government of South Australia (2012). Children's centres for early childhood development and parenting: governance arrangements. Adelaide, Government of South Australia (<http://www.decd.sa.gov.au/docs/documents/1/ChildrenSCentresGovernanc.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Government Offices of Sweden (2012). Alcohol, narcotics, doping and tobacco in Sweden[internet sitesi]. Stockholm, Government Offices of Sweden (<http://www.government.se/sb/d/15661/a/183499>, erişim 15 Ağustos 2013).

2013).

Grameen Creative Lab (2013). Grameen Danone Foods Ltd. [internet sitesi]. Wiesbaden, Grameen Creative Lab (<http://www.grameencreativelab.com/live-examples/grameendanone-foods-ltd.html>, erişim 15 Ağustos 2013).

Grant J (2004). The Australian experience: priorities and possibilities for connected government. In: Kaczorowski W, ed. Connected government. London, Premium Publishing.

Gunningham N (2010). Enforcement and compliance strategies. In: Baldwin R, Cave M, Lodge M, eds. The Oxford handbook of regulation. Oxford, Oxford University Press:120–145.

Guthrie K et al. (2005). The challenge of assessing policy and advocacy activities: strategies for a prospective evaluation approach. Washington, DC, Blueprint Research & Design(http://www.calendow.org/uploadedFiles/Publications/Evaluation/challenge_assessing_policy_advocacy.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century

Halligan J, Buick F, O’Flynn J (2012). Experiments with joined-up, horizontal and whole of-government in Anglophone countries. In: Massey A, ed. International handbook on civil service systems. Cheltenham, Edward Elgar:74–100.

Hartmann M (2011). Corporate social responsibility in the food sector. European Review of Agricultural Economics, 38: 297–324.

Hawkes C, Mytton O (2012). 20% “fat tax” needed to improve population health [çevrimiçi makale]. British Medical Journal, 14 May 2012 (<http://www.bmj.com/pressreleases/2012/05/14/20-%E2%80%99Cfat-tax%E2%80%99D-needed-improve-population-health>, erişim 15 Ağustos 2013).

Health Consumers Queensland (2012). Consumer and community engagement: evidence of improved individual health outcomes, services and systems. Brisbane, Health Consumers Queensland (<http://www.iap2.org.au/sitebuilder/states/knowledge/asset/files/30/improved-health.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Hine-Hughes F (2011a). Well London: communities working together for a healthier city. Birmingham, Governance International (<http://www.govint.org/good-practice/casestudies/well-london-communities-working-together-for-a-healthier-city>, accessed 15 August 2013).

Hine-Hughes F (2011b). “Time2Trade” for the “time rich and cash poor”. Birmingham, Governance International (<http://www.govint.org/?id=473>, erişim 15 Ağustos 2013).

HM Treasury (2011). Whole of government accounts. Accounts presented to the House of Commons pursuant to Section 11 of the Government Resources and Accounts Act 2000. London, HM Treasury (http://www.hm-treasury.gov.uk/psr_government_accounts.htm, erişim 15 Ağustos 2013).

Holmes B (2011). Citizens’ engagement in policymaking and the design of public services. Canberra, Parliament of Australia (Politics and public administration research paper no. 1, 2011–12; <http://www.policypointers.org/Page/View/12955>, erişim 15 Ağustos 2013).

- Homel P (2004). The whole of government approach to crime prevention. Canberra, Government of Australia (<http://www.aic.gov.au/documents/E/C/5/%7BEC5DC139-C6DE-4F60-A888-31FBB6F4C492%7Dtand287.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Humphries R et al. (2012). Health and wellbeing boards – system leaders or talking shops? London, King's Fund (<http://www.kingsfund.org.uk/publications/hwbs.html>, accessed 15August 2013).
- Huynen M, Martens P, Hilderink H (2005). The health impacts of globalization: a conceptual framework. *Globalization and Health*, 1:14 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/14>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Institute for Health and Human Development (2012a). Community engagement process. Well London – communities working together for a healthier city. London, University of East London (www.welllondon.org.uk/files/699/events/presentations/renton.pdf, accessed 15August 2013).
- Institute for Health and Human Development (2012b). Community engagement report. Well London – communities working together for a healthier city. London, University of East London (<http://www.uel.ac.uk/ell2012/research/documents/WalthamForestLSOA.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Jenkins S (2005). Whole of government policy framework for the early years. Canberra, Interagency Policy Coordination Committee.
- Jepson RG et al. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. *BMC Public Health*, 10:538 (<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Johnson EJ, Goldstein D (2003). Do defaults save lives? *Science*, 302:1338–1339.
- Johnson DA, Pearson NL (2009). Tactical mapping: how nonprofits can identify the levers of change. *Nonprofit Quarterly*, 17(2):92–99 (<https://www.newtactics.org/resource/tacticalmapping>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Karnani A (2011). Doing well by doing good: the grand illusion. *California Management Review*, 53:2.
- Kaufmann F-X (2000). Towards a theory of the welfare state. *European Review*, 8:291–312.
- Kickbusch I, Gleicher D (2012). Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/148951/RC61_InfDoc6.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- Kingdon JW (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston, Little Brown.
- Leppo K et al., eds. (2013). *Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- Low-Beer D (2012). Introduction and ... the health diplomacy of diversity. In: Low-Beer D, ed. *Innovative health partnerships – the diplomacy of diversity*. Global health diplomacy vol. 1. Singapore, World Scientific. *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century*

Low-Beer D, Sempala M (2010). Social capital and effective HIV prevention: community responses. *Global Health Governance*, IV:1 (<http://www.ghgj.org/Lowbeer4.1.htm>, erişim 15 Ağustos 2013).

McColl K (2009). “Fat taxes” and the financial crisis. *Lancet*, 373:797–798.

McQueen D et al., eds. (2012). *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>, erişim 15 Ağustos 2013).

Millett C et al. (2012). Impacts of a national strategy to reduce population salt intake in England: serial cross sectional study. *PLoS ONE*, 7:e29836.

Ministry of Community Development, Youth and Sports (2007). Ministerial committee to spearhead successful ageing for Singapore. Committee will build on strong family ties and enable families to support senior members. Singapore, Government of Singapore (<http://app1.mcys.gov.sg/PressRoom/MinisterialCommitteeToSpearheadSuccessfulAgei.aspx>, erişim 15 Ağustos 2013).

Moskin J (2012). Imagining a smaller drink for a big, thirsty city. *The New York Times*, 6June, D3 (http://www.nytimes.com/2012/06/06/dining/debating-the-proposed-new-yorkcity-regulation-on-drink-size.html?_r=2, erişim 15 Ağustos 2013).

Moss T (2010). Too big to succeed? Why (w)hole-of-government cannot work for U.S. development policy. Washington, DC, Center for Global Development (<http://blogs.cgdev.org/globaldevelopment/2010/10/too-big-to-succeed-why-whole-of-government-cannotwork-for-u-s-development-policy.php>, erişim 15 Ağustos 2013).

National Evaluation of Sure Start Team Institute for the Study of Children, Families and Social Issues (2011). *The impact of Sure Start local programmes on seven year olds and their families*. London, University of London.

New Economics Foundation (2002). *Keeping the GP away. A NEF briefing about community time banks and health*. London, New Economics Foundation (<http://timebanks.org/wpcontent/uploads/2011/08/KeepingtheGPAway.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

OECD (2009a). *Policies for healthy ageing: an overview*. Paris, OECD (OECD health working papers no. 42; <http://search.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=DELSA/HEA/WD/HWP%282009%291>, erişim 15 Ağustos 2013).

OECD (2009b) *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, OECD (<http://www.oecd.org/development/effectiveness/34428351.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Parag Y (2006). *A system perspective for policy analysis and understanding: the policy process networks*. *Systemist*, 28:2 (<http://www.eci.ox.ac.uk/publications/downloads/parag06.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

PARTNER Tool (2009). *PARTNER. Programme to Analyze, Record, and Track Networks to Enhance Relationships* [internet sitesi]. Denver, PARTNER Tool (<http://www.partnertool.net>, erişim 15 Ağustos 2013).

PatientsLikeMe Inc. (2005–2013). *PatientsLikeMe®* [internet sitesi]. Cambridge, MA, PatientsLikeMe Inc. (<http://>

www.patientslikeme.com/, erişim 15 Ağustos 2013).

Penney S (2009). Dropping the salt. Practical steps countries are taking to prevent chronic noncommunicable diseases through population-wide dietary salt reduction. Ottawa, Public Health Agency of Canada.

Pollit C (2010). Whole of government approaches – a European perspective. Leuven, Public Management Institute, Katholieke Universiteit Leuven (<http://www.canberra.edu.au/arc-wholegov/conference/program/handbook-and-papers/Pollitt-WoG-Canberra-11.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Pollit C, Dan S (2011). The impacts of the new public management in Europe: a meta analysis. EGPA Permanent Study Group II – Performance in the Public Sector, 7–10 September 2011, Bucharest, Romania.

Press F, Sumsion J, Wong S (2010). Integrated early years provision in Australia. A research project for the Professional Support Coordinators Alliance (PSCA). Bathurst, Charles Sturt University (<http://www.psctas.org.au/wp-content/uploads/2010/11/Intergrated-Early-Years-Provision-in-Australia-Report.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Public Administration Select Committee (2005). Choice, voice and public services. Fourth report of session 2004–05; volume I. London, House of Commons (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200405/cmselect/cmpubadm/49/49i.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.

Realpe A, Wallace L (2010). What is co-production? London, Health Foundation (http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/SMS_resource-centre_publications/What%20is%20co-production.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Rencoret N et al. (2010). Haiti earthquake response – context analysis. London, Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (<http://www.alnap.org/pool/files/haiti-context-analysis-final.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Schoonheim J (2009). ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Utrecht, Academic Network of European Disability Experts (ANED).

Scottish Government (2009). Recipe for success – Scotland’s national food and drink policy. Edinburgh, Scottish Government (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/277346/0083283.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Seitz N (2010). The Deutsches Forum für Kriminalprävention and current projectson crime prevention. Bonn, Deutsches Forum für Kriminalprävention (<http://www.kriminalpraevention.de/downloads/english/o2DFK-Survey-long.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Sheedy A (2008). Handbook on citizen engagement: beyond consultation. Ottawa, Canadian Policy Research Networks (http://www.cprn.org/documents/49583_EN.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

Sihto M, Ollila E, Koivusalo M (2006). Principles and challenges of health in all policies. In: Ståhl T et al., eds. *Health in all policies – prospects and potentials*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 3–20 (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

- Smed S (2012). Financial penalties on food: the fat tax in Denmark. *Nutrition Bulletin*,37:142–147.
- Steinbach R (2009). Problems of policy implementation. In: Enock K et al., eds. *Public health textbook*. Buckinghamshire, Health Knowledge.
- Stone D (2002). *Policy paradox: the art of political decision making*. New York, W.W. Norton& Co.
- Støre JG (2012). Keynote address. Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012(http://www.regjeringen.no/en/dep/ud/Whats-new/Speeches-and-articles/speeches_foreign/2012/keynote_wha.html?id=682761, erişim 15 Ağustos 2013).
- Tay J et al. (2010). Influenza A (H1N1-2009) pandemic in Singapore – public health control measures implemented and lessons learnt. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*,39:312–313.
- Thaler RH, Sunstein CR (2008). *Nudge – improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven, Yale University Press.
- The 8th Global Conference on Health Promotion (2013a). The Helsinki statement on health in all policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland,10–14 June 2013 (http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- The 8th Global Conference on Health Promotion (2013b) Helsinki Declaration. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013 (http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- Towards a Safer World (2011). *Beyond pandemic preparedness: a whole-of-society approach to disaster preparedness*. New York, Towards a Safer World.
- UNAIDS (2001). *The global strategy framework on HIV/AIDS*. Geneva, UNAIDS, 2001.
- United Nations (2011). *Prevention and control of non-communicable diseases. Report of the Secretary-General: follow-up to the outcome of the Millennium Summit*. New York, United Nations (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/83&Lang=E, erişim 15 Ağustos 2013).
- United Nations (2012). United Nations General Assembly resolution 66/2. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of noncommunicable diseases. New York, United Nations (http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- Van den Broucke S (2009). Capacity building to address the social determinants of health. Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, University of Maastricht (http://ec.europa.eu/eahc/documents/news/technical_meetings/CapacityBuildingSDHI.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).
- Villanueva T (2011). European nations launch tax attack on unhealthy foods. *Canadian Medical Association Journal*, 183:17 (<http://www.cmaj.ca/content/183/17/E1229.full>, erişim 15 Ağustos 2013).
- Wall M et al. (2009). Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants

of health: a cluster randomised controlled trial. BMC Public Health,28:207 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/207/>, erişim 15 Ağustos 2013).

Walt G et al. (2008). “Doing” health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning, 23:308–317 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515406/pdf/czn024.pdf>, erişim 15 Ağustos 2013).

Weibel A, Rost K, Osterloh M (2009). Pay for performance in the public sector – benefits and (hidden) costs. Journal of Public Administration Research and Theory, 20:387–412. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century

WHO (2004). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO (2005). Widespread misunderstandings about chronic diseases – and the platform for action on diet, physical activity reality. Geneva, World Health Organization (Facing the facts#2; http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/Factsheet2.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO (2007). Global age-friendly cities: a guide. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO (2010). Creating an enabling environment for population-based salt reduction strategies. Report of a joint technical meeting held by WHO and the Food Standards Agency, United Kingdom, July 2010. Geneva, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500777_eng.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO (2011). World Conference on Social Determinants of Health – meeting report. Rio de Janeiro, Brazil, 19–21 October 2011. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO Regional Office for Europe (2012a). Health 2020 – a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO Regional Office for Europe (2012b). Report on social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: executive summary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.who.int/sdhconference/background/news/europeanreviewofsocialdeterminantsofhealth/en/>, erişim 15 Ağustos 2013).

WHO Regional Office for Europe (2013). Healthy cities [internet sitesi]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>, erişim 15 Ağustos 2013).

Wicks P et al. (2010). Sharing health data for better outcomes on PatientsLikeMe. Journal of Medical Internet Research, 12:e19 (<http://www.jmir.org/2010/2/e19>, erişim 15 Ağustos 2013).

Wismar M et al. (2008). Health targets in Europe – learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (<http://www.euro.who.int/>

data/assets/pdf_file/0008/98396/E91867.pdf/, erişim 15 Ağustos 2013).

Yaziji M (2008). Watchdog and proxy war campaigns against firms. In: Boscheck R et al.,eds. Strategies, markets and governance – exploring commercial and regulatory agendas. Cambridge, Cambridge University Press.

NOTLAR

NOTLAR

SAĞLIK 2020 VİZYONUNU UYGULAMAK 21. YÜZYILDA SAĞLIK YÖNETİŞİMİ

Sonuca Ulaşmak

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Başkanlığı

Adres: Tayakadın Mahallesi Doyuran Sokak No:13

Osmangazi / BURSA

skb@skb.org.tr