



# Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımına Neden İhtiyacımız Var?

## Why Do We Need a Health Approach in All Policies?

Sevilcan Başak Ünal<sup>1</sup>, Ümmühan Şevkat Bahar Özvarış<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.1141094

Geliş/Received : 05.07.2022  
Kabul/ Accepted : 09.08.2022

### Öz

Tüm Politikalarda Sağlık, kamu politikaları planlanırken sağlığın öncelenmesi gerekliliğini vurgulayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, tüm sektörlerde kamu politikalarının olumlu ve olumsuz sağlık etkilerinin sistematik olarak dikkate alınması ve zararlı sağlık sonuçlarından kaçınılmasını içermektedir. Tüm Politikalarda Sağlık uygulamalarının başarılı örnekleri bulunmakla birlikte, yönetimler tarafından bir bakış açısı olarak içselleştirilmekten uzak olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının temellerine Türkiye'den ve dünyadan örneklerle yer verilmiştir ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Tüm politikalarda sağlık, Sağlıkta eşitsizlikler, Sağlığın belirleyicileri

### Abstract

Health in All Policies is an approach that emphasizes the necessity of prioritizing health when planning public policies. This approach includes systematically considering the positive and negative health impacts and avoiding harmful health outcomes of public policies across sectors. Although there are successful examples of Health in All Policies in practice, it is far from being internalized as a perspective by governments. This study presents the basis of the Health in All Policies approach with examples from Turkey and the globe. It aims to draw attention to the importance of the Health in All Policies approach to combatting inequalities in health.

**Key words:** Health in all policies, Health inequities, Determinants of health

<sup>1</sup> Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi (Orcid no: 0000-0001-8233-2372)

<sup>2</sup> Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: : 0000-0003-0650-2952)

## Giriş

Herkes için sağlık ve iyilik hali hedefine ulaşmanın yolu, sağlığın bir hak olduğunu temel alarak yaşamın her alanında eşitliği ve adaleti sağlamaktan geçmektedir. Sağlıkta eşitsizlikler, ülkeler arasında ve aynı toplum içinde “önlenebilir ve adil olmayan” farklılıklar yaratmaktadır (1). Günümüzde birçok sağlık göstergesinde iyileşmeler olmasına rağmen, bireyler ve gruplar arasındaki derin farklar sürmektedir (2). Sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı, yani nedenlerin nedeni incelendiğinde karşımıza kişilerin yaşam tarzı, yaşama ve çalışma koşulları, sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşullarına işaret eden sağlığın belirleyicileri çıkmaktadır. Ekonomik ve politik sistemlerin bir sonucu olan bu koşullar, yaşamın her alanındaki ulusal ve uluslararası politikalarla şekillenmektedir ve sağlık sonuçlarının %30-%55’inin sağlık dışı alanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (1). Bu bağlamda, sağlığın yalnızca kişisel bir olgu olarak görülemeyeceği ve tek başına ülkelerin sağlık hizmetleriyle açıklanamayacağı açıktır.

Sağlığı geliştirme ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede önemli araçlardan biri ‘Tüm Politikalarda Sağlık (TPS)’ yaklaşımıdır (3). 1970’li yıllardan itibaren uluslararası alanda görünürlük kazanan ve 2000’li yıllarda uygulamaları yoğunlaşan TPS, özünde sağlığın belirleyicilerine vurgu yapmakta ve sağlık dışı alanlardaki politikaların olumlu ve olumsuz sağlık etkileri göz önünde bulundurularak toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesini hedeflemektedir.

### 1. Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi

Hastalıklarda nedenlerin nedenleri, sağlık politikalarının yapısı, kamu politikalarında sağlığın gözetilmesi ve tüm politikalarda sağlığın yer alması yaklaşımları, sağlığı geliştirme kavramı ile iç içe ilerlemiştir (4). Toplum sağlığını geliştirmenin yolunun sosyal politikalarından geçtiği fikri yeni bir anlayış olmamakla birlikte, yakın dönemde Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘2000 yılında Herkes İçin Sağlık’ hedefi ve 1978 yılındaki Alma Ata Bildirgesi ile yeni bir süreç başlatılmıştır. Bu hedefe yönelik stratejilerde ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık sektörü ile diğer sektörlerin uyumundan bahsedilmektedir. Bildirgeye göre sağlık dışı sektörler, sağlığa olumsuz etkilerini en aza indirmek ve kendi amaçlarına sağlıkla ilgili

amaçları dahil etmek durumundadır (5).

1986 yılında gerçekleştirilen I. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi’nde sağlığı geliştirmenin sosyal ve politik bir süreç olduğu belirtilerek sağlıklı kamu politikalarının önemi vurgulanmıştır. Tüm sektörlerde ve tüm seviyelerdeki politika yapıcılarının kararlarının sağlık sonuçlarının farkında olması ve sorumluluklarını kabul etmeleri çağrısı yapılmıştır. Bildirgede, tüm sektörlerde sağlık ve eşitliğin savunuculuğu ve sağlık dışı alanlarda sağlığı geliştiren politikaların önündeki engellerle mücadele edilmesi öngörülmektedir (6).

1988 yılında Adelaide Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı’nda, Ottawa’da vurgulanan ‘sağlıklı kamu politikalarının’ diğer eylem alanlarını mümkün kılacak unsur olduğu belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerin politikalarıyla, gelişmekte olan ülkelerde olumlu sağlık etkileri getirme yükümlülüğü ve kamu politikalarının dezavantajlı grupları destekleyici nitelikte olmasının önemi belirtilmiştir. Hükümetlerin ve hükümetler dışı yapıların toplum sağlığındaki rolü vurgulanarak sağlıkta iş birlikleri üzerinde durulmuştur (6). Ardından gelen Sağlığı Geliştirme Konferanslarında eşitlik ve sosyal adalet amaçları, sağlık ve sağlık dışı alanlardaki kamu politikalarına vurgular devam etmiştir (4). Bu konferanslarda, önceki yıllarda belirlenen amaçlara ulaşamadığının ve Alma Ata ruhuna geri dönülmesi gerektiğinin yinelenmesi dikkat çekicidir.

1997 yılında gerçekleştirilen Sağlık İçin Sektörler Arası Eylem Konferansı’nda 21. yüzyılın değişen koşullarında sağlığın belirleyicilerine yönelik çalışmalarda farklı sektörler ve disiplinlerin bir araya gelmesinin önemi ve yol haritası üzerinde durulmuştur (7). DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun 2008 yılındaki raporunda tüm politikalarda sağlığın yönetimdekilerce sorumluluk olarak kabul edilmesi ve sağlıkta eşitliğin hükümetler için bir belirteç olması gerektiği yer almaktadır (8). 2010 yılındaki Adelaide Tüm Politikalarda Sağlık Bildirgesinde ise farklı sektörlerdeki birleşik amaçlara, eşgüdüm ve iletişime vurgu yapılırken sağlık sektörünün rolünün genişlemesinden ve diğer alanlardaki politikalara katkısından bahsedilmektedir (9).

2013 yılında Helsinki Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın ana teması Tüm Politikalarda Sağlık olmuştur. TPS, toplum sağlığını ve sağlıkta eşitliği geliştirmek amacıyla, tüm sektörlerdeki kamu politikaları oluşturulurken sistematik olarak sağlık etkilerinin dikkate alınması, sinerjiler yaratılması ve zararlı sağlık etkilerinden kaçınılması olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım ulusal ve uluslararası yasalarla belirlenen haklar ve sorumluluklar, hükümetlerin sorumlulukları ve hesap verebilirliği, bilgiye erişimde ve politika yapımında şeffaflık, toplum katılımı, sürdürülebilirlik, sektörler arası ve yönetim seviyelerinde iş birliği ilkelerine dayanmaktadır. Sektörler arasında olumlu etkilerin ve ortak faydaların fırsatları aranırken, sağlığa zararlı olabilecek programların önlenmesini içermektedir. Sağlık ve sağlık dışı alanların amaçlarının çatıştığı durumlarda bu yaklaşımın rolü daha da öne çıkmaktadır. Sağlık alanının liderliği vurgulanmakta, sağlık otoritelerinin diğer alanlarla iş birliği kurmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. DSÖ'nün bu bağlamdaki yeri ve görevleri de ele alınmaktadır (3). Görüldüğü gibi TPS yaklaşımı, toplumların sağlığında kamu politikalarının yerini kabul ederek sağlığı geliştirecek politikaların nasıl oluşturulması gerektiğini ortaya koyan bir yaklaşımdır.

## 2. Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamaları

Günümüzün küreselleşen ve eşitsizliklerle şekillenen dünyasında halk sağlığı sorunlarının her boyutunda, politikalar ve sağlık çıktıları arasında bir 'köprü' olarak sağlığın belirleyicilerini konumlandıran (10) TPS yaklaşımına ihtiyaç vardır. TPS, gerçekten benimsendiği ve hayata geçirildiği takdirde toplum sağlığını geliştirmede çok büyük fırsatlar sunmaktadır. COVID-19 pandemisi ile bu yaklaşımın önemi yeniden gözler önüne serilmiştir (11). Tarihsel süreçte görüldüğü gibi, TPS anlayışının önemi uluslararası platformda sıklıkla vurgulanmıştır ve konuyla ilgili farkındalık artmıştır ancak bir bakış açısı olarak içselleştirilmekten çok uzaktır ve hayata geçirilmesinde kısıtlılıklar sürmektedir.

### 2.1. Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamalarında Yöntemler ve Zorluklar

Sağlık ve sağlık dışı sektörlerin politikaları birbirlerini etkileyerek çok boyutlu ve karmaşık sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık sektörü ve diğer sektörlerin ortak kazanımlarının bulunduğu veya çıkarlarının çatışmadığı durumlarda iş

birliği ve ortak karar süreçleri sağlanabilir. Öte yandan, sağlık ve sağlık dışı sektörlerin hedefleri ve sonuçları arasında çatışmalar görülebilir. Bu çatışmalar günümüzün sermaye ilişkileri ağında, ekonomik çıkarların güdümüyle hareket edildiğinde sıklıkla görülmekte, bireylerin ve toplumların sağlığı tehlikeye girmektedir.

TPS yaklaşımı tütün bağımlılığı, obezite, hava kirliliği gibi halk sağlığı sorunlarıyla mücadelede gereken eylemlerin diğer sektörlerin alanlarına dağıtılması veya eğitim, ulaşım gibi sağlık dışı sektörlerin sağlığa etkilerinin belirlenip planlamaların yapılmasıyla uygulanabilir (12). TPS yaklaşımına dair farkındalık oluşturulması, karşılıklı kazanç ve ortak faydaların vurgulanması yoluyla farklı sektörlerin gündemlerinde sağlığın yer bulması sağlanmalıdır (10).

TPS yaklaşımı geniş bir yelpazede birçok farklı sektörün uluslararası, ulusal ve yerel politikalarının eşgüdümü ve ortak bir amaç etrafında şekillenmesine işaret etmektedir. Bunun için uygulayıcılara kılavuzluk edecek yol haritalarına ve kurumlara gereksinim duyulmaktadır. Helsinki Bildirgesi'nin ardından DSÖ tarafından yayınlanan eylem çerçevesinde, TPS uygulamalarında altı bileşen belirtilmiştir. Bu altı bileşen TPS için gereklilikleri ve öncelikleri belirleme, planlı eylemleri oluşturma, destekleyici yapıları ve süreçleri tanımlama, değerlendirmeyi ve katılımı kolaylaştırma, izleme, değerlendirme ve raporlamayı sağlama, kapasite geliştirme olarak sıralanmaktadır. Uygulayıcıların kendi koşulları bağlamında bu bileşenleri benimsemesi gerektiği vurgulanmıştır (3). İlerleyen yıllarda bu eylem çerçevesini geliştiren birçok çalışma yapılmıştır. Önemli olan, bu stratejiler ve eylem planları kılavuzluğunda hazırlanacak politikaların sembolik olmaktan öteye geçmesi ve gerçekten etki yaratabilmesidir.

Günümüzde TPS uygulamaları gelişmiş ülkelerde yoğunlaşmıştır. Uygulamalar, ülkelerin yönetsel yapılarından, ulusal, bölgesel ve yerel özelliklerden etkilenmektedir. Ülkelere özgü yapılar TPS uygulamaları için kolaylaştırıcı olabildiği gibi, bürokratik ve politik kısıtlamalar yaratabilir, kapasite ve kaynaklarla ilgili zorluklar da görülebilir. Guglielmin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yerelde TPS uygulamalarını şekillendiren faktörler maddi unsurlar, sektörler

arasında ortak bir vizyonun sağlanması, ulusal önderlik, hesap verebilirlik, yerel önderlik ve emek gücü, sağlık etki değerlendirmesi, değerlendirmeyi sağlayacak yerel sağlık ve politika süreci belirteçleri olarak sıralanmıştır (13). Projelerin çoğunluğunun yapıları çevreye odaklanırken asıl nedenlere etki edememesi, kapsamlı araştırmalara ve analizlere duyulan ihtiyaç, gerekli donanımın sahip iş gücü yetersizliği uygulamaların önemli kısıtlılıkları olarak vurgulanmaktadır (14). Uygulamalarda kullanılmak üzere entegre bütçeler, bilgi ve değerlendirme sistemleri, sağlık etki değerlendirmesi, toplum danışma kurulları gibi pek çok farklı araç sıralanabilir (9) ve kimi zaman politikaların çerçevesi yasal zorunluluklarla da belirlenebilir (10).

## 2.2. Tüm Politikalarda Sağlık ve Sektörler Arası İş Birliği

Tarihsel süreçte ve uygulamalarda iç içe ilerlemiş olmakla birlikte, TPS yaklaşımıyla sektörler arası iş birliğinin farklı kavramlar olduğu unutulmamalıdır. Sağlıklı kamu politikaları hayata geçirilirken sektörler arası eylemler gerçekleştirilebilir. TPS ise, sektörler arası girişimleri de içermekle birlikte, daha kapsamlı bir yaklaşıma işaret eder. TPS farklı aktörleri barındırmakla birlikte resmi yapılar tarafından koordine edilmektedir ve amaca özel, kısa dönemli iş birlikleri değil; sistemli bir yaklaşımla uzun dönemli politikaları ve stratejileri içermektedir (10).

## 2.3. Tüm Politikalarda Sağlık ve Sağlık Etki Değerlendirmesi

Sağlık etki değerlendirmesi bir politika, proje veya programın, özellikle dezavantajlı ve zarar görebilir gruplara olan olumlu ve olumsuz sağlık etkilerinin ortaya konulması sürecidir. Karar vericilere ve tüm paydaşlara politikaların potansiyel sonuçlarının incelenmesi fırsatını sunmaktadır. Aynı zamanda toplum katılımını da içermekte, etkilenecek halkın görüşlerini de kapsamaktadır (15). Sağlıkta eşitsizlikler konusunda önemli saptamalarda bulunan Acheson Raporu'nda, politikaların sağlıkta eşitsizliklere etkilerinin de sağlık etki değerlendirmesinde yer alması gerektiği vurgulanmıştır (16). Sağlık etki değerlendirmesi tanımlanmış özel bir programın analizine ve geliştirilmesine odaklanır ve politika yapım süreçlerinin her aşamasında sistematik bir değerlendirme için kullanılmalıdır. Programların

öncesinde, sırasında ve sonrasında başarılarının, gözlenen etkilerin ve sağlık sonuçlarının analizinin yapılması çok önemlidir (17).

## 3. Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Uygulama Örnekleri

DSÖ liderliğinde gerçekleştirilen ve tütün kullanımıyla mücadele için tütün ürünlerinde vergilere, denetimlere, kamusal alanda pasif etkilenimin önlenmesine, medya ve reklamcılık sektöründe düzenlemelere, bağımlılığa yönelik sağlık hizmetlerine dek birçok alanı kapsayan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi küresel boyutta çok kıymetli bir TPS örneğidir (18).

TPS yaklaşımına önderlik eden ülkelerin başında Finlandiya gelmektedir. 1970'li yıllarda Finlandiya'daki erkeklerin tüm dünyada en yüksek koroner kalp hastalığı nedeni mortaliteye sahip olduğu görülmüştür. Hazırlanan raporlarda gerekli koruyucu sağlık uygulamalarının büyük çoğunluğunun istihdam, sosyal güvenlik, trafik, ticaret, barınma gibi sağlık dışı alanlarda bulunduğu belirtilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar nedeni mortalitenin en yüksek olduğu North Karelia bölgesinde sistematik çalışmalar başlatılmıştır. North Karelia Projesinde yağ ve tuz tüketimi ve sigara kullanımı başta olmak üzere kalp hastalığı risk faktörlerinin önlenmesi ve toplumsal yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması için tüm sektörlerin ortak çabası hedeflenmiştir. Ulusal politikalar hazırlanması ve politikaları yürütecek konseylerin oluşturulmasıyla çalışmalar güç kazanmıştır. Yerel organizasyonlar, okullar, iş yerleri, kitle iletişim araçları kullanılmış; ayrıca gıda ve tütün ile ilgili düzenleyici yasal yapılar oluşturulmuştur. Bu girişimler daha sonra tüm ülkeye yayılmıştır. Çalışmaların bir başarısı olarak 1969 ve 2011 yıllarında, 35-64 yaş grubundaki erkeklerde kardiyovasküler hastalıklar nedeni mortalitede %80-85 düşüş görülmüştür. Finlandiya'daki bu çalışmalarının başarıya ulaşmasında politik figürlerin kararlılığının ve aktörler arası iletişimin büyük önemi olmuştur (19,20). Finlandiya Avrupa Birliği'ne katıldıktan sonra, birliğin tüm üyelerini bağlayıcı politikaları ülkedeki TPS uygulamalarında engeller doğurmuştur. Ülkenin alkol ve tütün konusundaki bazı koruyucu politikaları, Avrupa Birliği'nde bu konuların bir sağlık politikasından çok tarım politikası olarak değerlendirilmesi nedeniyle kesintilere uğramıştır. Bu durum, sonraki yıllarda

Finlandiya'nın AB içerisinde TPS yaklaşımının savunuculuğu ve önderliğini üstlenmesini doğurmuştur (19).

Çin'in ekonomik ve sosyal kalkınma için sağlığı bir ön koşul olarak kabul ederek kurgulanan uzun dönemli sağlığı geliştirme politikaları Sağlıklı Çin 2030 (Healthy China 2030) stratejisi olarak adlandırılmıştır. 2016 yılında sağlığın, ülkenin tüm politika planlamalarının merkezinde yer aldığı bir süreç başlatılmıştır. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelede kırsal bölgelere ve zarar görebilir gruplara öncelik verilerek fizik aktivite, ruh sağlığı, çevre sağlığı, sağlık okuryazarlığı gibi birçok alanda hedefler belirlenmiştir (21).

Yerel yönetimlerdeki TPS çalışmalarına ise Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Şehirler Ağı örnek verilebilir. Bu ağda yer alan kentlerde ulaşım, hava kirliliği, şiddetin önlenmesi, arazi kullanımı, gıda sistemleri gibi konularda sağlık ve sağlık dışı sektörler birlikte çalışmalar yürütülmektedir (22). Bir diğer örnek olan ABD'nin Kaliforniya bölgesinde 2010 yılında başlatılan Kaliforniya Tüm Politikalarda Sağlık Görev Gücü (The California Health in All Policies Task Force) programında iklim değişikliği, sağlığın belirleyicileri ve çocukluk çağı obezitesine odaklanılarak yirmiden fazla farklı kurum bir araya gelmiştir. Program dahilinde ulaşım, barınma, kapalı ortamlar, parklar, şiddetin engellenmesi, toplum güvenliği, sağlıklı beslenme gibi konularda çalışmalar gerçekleştirilmiştir (23).

Yapılan çalışmaların çok boyutlu sonuçları görülmektedir. Örnek olarak, Ecuador'un İyi Yaşam Ulusal Planı (National Plan of Good Living) programıyla altyapı ve sosyal yatırımlara ayrılan kaynaklar büyük ölçüde artmış, İsveç'te yol güvenliği üzerine kurgulanan Sıfır Vizyonu (The Vision Zero) girişimi ile ölümcül trafik olaylarında düşme görülmüş, Birleşik Krallık'ın Greenwich bölgesindeki Sağlık: Herkesin İş (Health: Everyone's Business) eğitim programıyla Greenwich Konseyi'nde görev yapan üyelerin kendi alanlarındaki karar verme süreçlerinde sağlığı göz önünde bulundurmaları sağlanmıştır (3,17).

#### 4. Türkiye'de Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamaları

Günümüzde Türkiye'nin TPS yaklaşımıyla geliştirilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri,

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi gibi küresel programlara dahil olduğu görülmektedir.

Cumhuriyetin kurulmasının ardından, yurt genelinde yürütülen çalışmalarda farklı alanlar bir araya gelmiş, bu anlayış Devlet Planlama Teşkilatı programlarında ve Kalkınma Planlarında da sürmüştür (24). Yakın dönemde yapılan çalışmalara Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020), Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017), Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) gibi örnekler verilebilir (25). Türkiye'de yakın dönemde geliştirilen programlarda genellikle 'sektörler arası' veya 'çok paydaşlı' kavramlarının kullanıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı önderliğinde 2009 yılında Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programının oluşturulması için çalışmalar başlatılmıştır. Programın amacı "tüm kurum ve kuruluşlar tarafından sağlığa çok paydaşlı yaklaşımın benimsenmesini sağlayarak sağlığı tüm politikaların merkezine yerleştirmek" olarak tanımlanmaktadır ve 'Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım' ve 'Tedavi ve Rehabilitasyon Edeci Sağlık Hizmetlerine Çok Paydaşlı Yaklaşım' olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Program dahilinde sağlıklı beslenmeden iş sağlığına, afetlere hazırlıklı olmadan sağlık iletişimine, sağlık hizmetleri sunumundan tıbbi cihaz ve ürünlerin akılcı kullanımına dek birçok farklı bileşen yer almaktadır. Programın uygulanmasına dair 2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi 2014 yılında Resmi Gazete'de yayınlanmış, ondan fazla bakanın yer aldığı Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi oluşturulmuştur (26).

Program, Sağlık Bakanlığı 2019 - 2023 Stratejik Planında, "sağlık hizmetlerinde bütünleşik sağlık hizmet modelini hayata geçirmek" amacı ve bu amaç altında "sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yönetim modelini güçlendirmek" hedefi için anahtar yapı olarak yer bulmuştur.

Planında programa dair bir risk olarak "ilgili kamu kurumlarının iş birliği isteğinin sınırlı olması"

tanımlanmış ve paydaşlarla koordinasyon, programın etkin uygulanması için yasal altyapı ve insan kaynağı, paydaşların sağlık sorumluluğunun geliştirilmesi konusunda yetkin insan kaynağı kapasitesi konularında yetersizlikler belirtilmiştir. Yasal altyapı, insan kaynağı ve veri bilgi paylaşımı konusunda dijital yöntemler üzerine geliştirmeler gerekliliği vurgulanmıştır (27). Türkiye’de geliştirilen sağlık politikaları çalışmalarında paydaşlarla iletişim ve paydaşların söz konusu olan politika alanında etkinliği konusunda daha detaylı ve kapsamlı eylemlere ihtiyaç görülmektedir (28).

Yerel yönetimlerin çalışmalarında ise, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Ağının bir üyesi olan Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği öne çıkmaktadır (29). Türkiye’de yerel yönetimlerce gerçekleştirilen başarılı uygulama örnekleri bulunmakla birlikte merkezi destek, merkezden yerele ilerleyen bir anlayışın geliştirilmesi ve uygulama alanlarında yetersizlikler görülmektedir (30).

### Sonuç

Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının çok boyutlu ve çok kapsamlı yapısı, sağlıkta eşitlik ve sosyal adaletin sağlanması, sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesi için önemli bir araçtır. Bu yaklaşım, bireylerin ve toplumun sağlık hakkının bir gereği olarak görülmelidir. Sağlık söz konusu olduğunda yalnızca kamu otoritelerinin ve sağlık yapılanmalarının değil, tüm karar verici ve uygulayıcıların sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluğun tanınması, yasal çerçevenin oluşturulması ve konu hakkında farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir. Uygulama alanında görülen zorlukların aşılması için maddi kaynak ve emek gücü başta olmak üzere kapasite geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Türkiye’de sektörler arası ve çok paydaşlı çalışmalar görülmekle birlikte kapsamlı ve yerleşik bir Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımı bulunmamaktadır. Bu yaklaşımın Sağlık Bakanlığı’nın liderliğinde, sürdürülebilir ve uzun erimli, tüm aktörlerce benimsenmiş ve kamu politikalarına yerleştirilmiş biçimde tüm sektörlerde hayata geçirilmesi gerekmektedir.

**İletişim:** Dr., Sevilcan Başak Ünal  
**E-Posta:** sevilcanbasak@gmail.com

### Kaynaklar

1. Social determinants of health. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
2. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.
3. Health in all policies:Helsinki statement Framework for country action. World Health Organization & Finland Ministry of Social Affairs and Health. 2014. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>
4. Bahar-Özvarış Ş. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. 2nd ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2016.
5. Global strategy for health for all by the year 2000. World Health Organization. 1981. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38893>
6. Milestones in health promotion : statements from global conferences. World Health Organization. 2009. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70578>
7. Report of a conference on Intersectoral Action for Health : a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century, 20-23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada. World Health Organization. 2017. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63657>
8. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. 2008. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
9. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and wellbeing. World Health Organization & Government of South Australia. 2010. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44365>
10. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, et al. Glossary for the implementation of Health in

- All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health* 2013;67(12):1068-1072.
11. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens T, Douglas M. 'Health in All Policies'—A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18:9468.
  12. Hahn RA. Two Paths to Health in All Policies: The Traditional Public Health Path and the Path of Social Determinants. *Am J Public Health* 2019;109(2):253-254.
  13. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy* 2018;122(3):284-292.
  14. Wernham A, Teutsch SM. Health in all policies for big cities. *Journal of public health management and practice: JPHMP* 2015;21 Suppl 1(Suppl 1):S56–S65.
  15. Health impact assessments. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at [https://www.who.int/health-topics/health-impactassessment#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/health-impactassessment#tab=tab_3)
  16. Acheson D. *Independent Inquiry Into Inequalities in Health Report*. UK Stationery Office, 1998.
  17. *Health in all policies: a manual for local government*. Local Government Association. 2016. Accessed April 10, 2022, at <https://www.local.gov.uk/publications/health-all-policies-manual-local-government>
  18. *Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://fctc.who.int/>
  19. Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation - the Finnish experience. *Scand J Public Health* 2018;46(20\_suppl):38-46.
  20. Puska P, Jaine P. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *American journal of lifestyle medicine* 2020;14(5):495–499.
  21. Tan X, Liu X, Shao H. *Healthy China 2030: A Vision for Health Care*. Value in health regional issues 2017;12:112–114.
  22. WHO European Healthy Cities Network. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>.
  23. Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K, Dillon L. *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. American Public Health Association and Public Health Institute. 2013. Accessed April 10, 2022, at [https://www.apha.org/-/media/Files/PDF/factsheets/Health\\_inAll\\_Policies\\_Guide\\_169pages.ashx](https://www.apha.org/-/media/Files/PDF/factsheets/Health_inAll_Policies_Guide_169pages.ashx)
  24. Özkan S. Türkiye'de Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2018;4(2):86-91.
  25. Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025. T.C. Sağlık Bakanlığı/Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. 2017. Accessed April 10, 2022, at [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/346695/BOH\\_TR.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf)
  26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı. Accessed April 10, 2022, at <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-suguvenligi/suguvenligi-ve-kaplicalar-birimi/%C3%A7ok-payda%C5%9F%C4%B1-sa%C4%9F%C4%B1k-sorumlulu%C4%9Funu-geli%C5%9Ftirme-program%C4%B1.html>
  27. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyon. 2022. Accessed April 10, 2022, at [http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/Pfghc+saglik\\_bakanligi\\_sp.pdf](http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/Pfghc+saglik_bakanligi_sp.pdf)
  28. Ünlü TN, Deniz D, Sevimli E. Türkiye'de Sağlık Politikalarını Belirlemede Dış Paydaş Analizi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi* 2020;4:534-553.
  29. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Accessed April 10, 2022, at <https://www.skb.gov.tr/>
  30. Pala K. Yerel Yönetimlerde Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2018;4(2):92-98.