

DOSYA/DERLEME**TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ
NEREYE GİDİYOR?***Kayıhan PALA****Giriş**

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, Türkiye’de sağlık politikalarını altı dönemde incelemek olanaklıdır (**Fişek, 1991**):

1. I. Dönem: Refik Saydam ve ondan sonraki CHP Hükümetleri (1923-1945),
2. II. Dönem: Behçet Uz’un CHP Hükümetinde bakan iken önerdiği plan,
3. III. Dönem: Demokrat Parti Dönemi (1950-1960),
4. IV. Dönem: Milli Birlik Komitesi Hükümeti (1960-1961),
5. V. Dönem: 1962-1980 yılları arasındaki uygulamalar, ve
6. VI. Dönem: Milli Güvenlik Kurulu (MGK) ve ANAP dönemi.

MGK’dan sonra ANAP ile başlayan dönemin, ANAP’ın hükümetten ayrıldığı 1990 sonrasında da sağlık politikaları açısından izlediği hatta her hangi bir değişiklik olmadığı için, Fişek’in sınıflamasına ek yapmaya gerek olmadığı kanısındayız. Bu yazıda Türkiye sağlık sistemi, ağırlıklı olarak 1980 sonrasında uygulamaya konulan neoliberal sağlık politikalarının izdüşümünde değerlendirilecektir.

Türkiye’nin İktisadi Yapısı

Türkiye’nin iktisadi yapısı 1980 sonrası için Boratav tarafından iki ayrı bölümde incelenmektedir (**Boratav, 2005**): Sermayenin karşı saldırısı dönemi (1980-1988) ve uluslar arası finans kapitalin egemenliğine sancılı geçiş

dönemi (1989-2002). 1980’li yıllar, bir bütün olarak emek gelirlerinin gayri safi hasıla içindeki paylarının gerilediği; ancak hem görel olarak, hem de mutlak anlamda büyüyen artık kitlesinin paylaşımında ticari ve mali sermaye ile rantıye tabakaların sanayicilere göre, bilinçli politikaların da etkisiyle, çok daha avantajlı bir konuma getirildiği bir dönem olarak nitelendirilebilir. Bu yıllarda ekonominin gelişme doğrultusuna burjuvazinin yatırımcı öğeleri değil; aracı, tüketici ve paraziter öğeleri damgasını vurmuştur. 1980’de başlayan iktisat politikası yönelişleri, ana hatlarıyla, 1989-2002 yıllarına da damgasını vurmuştur. Bu dönem yerli ve yabancı finans kapital ve rantıye ikilisi bakımından “altın yıllar”dır. Ancak finansal kriz dönemleri, yerli bankaların batmasına, yüksek devalüasyon nedeniyle yabancı rantiyelerin TL plasmanlarından büyük kayıplara uğramalarına da neden olabilir. Dönemin sancılı geçiş olarak adlandırılmasının temel nedeni budur. Ne var ki kriz koşullarına uyum sağlama yeteneği bakımından da sermaye grupları farklılaşmıştır. Finansal krizlerin maliyeti son tahlilde Türkiye toplumunun tümü, öncelikle de emekçi katmanları tarafından üstlenilecektir. Krizden sakinme esnekliğinden tamamen yoksun olan tek sınıf işçi sınıfıdır (**Boratav, 2005**).

Türkiye, 2001 yılında yaşanan finansal/iktisadi krizi dış borçlanma ve spekülasyonla büyüme aracılığıyla aşmaya yönelmiştir. Bu süreçte ulusal ekonomi yüksek reel faiz-düşük kur fiyatlamasına dayalı son derece hassas bir denge üzerinde yapılandırılmıştır. “Bıçak sırtı”na dayalı ve özünde istikrarsız olan bu tür spekülasyon büyüme, yüksek işsizlik, yüksek borçlanma ve dışa bağımlı sanayileşme özellikleri taşımaktadır. Söz konusu büyüme sürecinin ne derece istikrarsız ve sürdürülemez bir yapıda olduğu 2006’nın Mayıs ayının ikinci yarısında başlayan finansal çözümler süreci ile kendisini göstermiştir. Türkiye’nin dış borçları

*Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

2001 yılında 113,6 milyar dolardan, 2005'te 170,1 milyar dolara çıkmış, yani toplam 56,4 milyar dolar artış göstermiştir. Bu artışın 21,6 milyar doları kamu, 43,8 milyar doları da özel sektörün borçlanmasından kaynaklanmış ve bu dönemde Merkez Bankası 8,9 milyar dolarlık borç ödemesi gerçekleştirmiştir. Türkiye'nin 2001 sonrası dönemde dış borçlarındaki esas artış özel sektör kaynaklıdır. Bu durum ulusal ekonominin kırılganlığını arttırıcı son derece tehlikeli unsurları beraberinde taşımaktadır. Türkiye'de uygulanmakta olan yüksek reel faiz politikası doğrudan doğruya IMF programının bir uzantısıdır. Söz konusu politika hedefleri ile asıl amaçlanan, Türkiye'nin uluslararası finans şebekesine yüksek faiz sunan bir Yükselen Piyasa Ekonomisi olarak, bir ucuz ithalat cenneti ve yüksek borçlu bir ülke konumuna getirilmesidir. İktisadi büyümesinin kaynaklarını konjonktürel nitelikli sıcak para girişlerine dayandıran bu proje, aslında dışa bağımlı bir ekonomi yaratma projesi olup, bu proje sayesinde bir yandan da ülkenin TÜPRAŞ ve Erdemir gibi stratejik nitelikli kamu kaynaklarının yerli ve uluslararası sermayeye yok pahasına devredilmesinin şantajını da gerçekleştirmektedir (Yeldan, 2006).

Türkiye, yeni dünya düzenine ve onun ekonomik altyapısını oluşturan yeni-liberalizme ve globalizme en erken ve en ileri düzeyde uyum sağlayan ülkelerden biri olmuştur. Türkiye'nin bugün yaşamakta olduğu büyük sorunlar ya doğrudan doğruya yeni dünya düzeninin bu topraklara ithaline, ya da yeni dünya düzeninin bu coğrafyanın tarihsel mirasıyla etkileşiminin yarattığı çelişiklere bağlanabilir (Savran, 1998).

Ulusal Gelirin Paylaşımı

Son çeyrek yüzyıl boyunca, büyüme hızının üçüncü dünya ülkelerinin çok büyük bir bölümünde önceki çeyrek yüzyıla göre düştüğü ve gelir dağılımının emekçilerin aleyhine, sermaye sınıflarının lehine dönüştüğü, tüm ciddi araştırmaların ortaya koyduğu olgulardır. Neoliberal politikaların bölüşüm sonuçları, işsizliğin artması, reel ücretlerin verim artışlarının gerisinde seyretmesine, hatta çoğu kez gerilemesine yol açmış; kırsal dünyada topraksızlık artmış; küçük ve orta köylülere dönük destekleme politikalarının kapsamı gerilemiş; devletin sosyal alanlara dönük harcamaları daralmış; "kamu hizmeti" nitelendirilmesiyle parasız sunulan pek çok alanda, "kullananın bedel ödeyerek yararlanması" ilkesi yaygınlaşmıştır. Temel (birincil) bölüşüm ilişkilerindeki dönüşümlerin nihai bilançosu, böylece, açık seçik olarak emek aleyhine, sermaye lehine gerçekleşmiştir (Boratav, 2004). Türkiye'de bu dönüşümden payına düşeni almıştır.

Türkiye'de gelir bölüşümü konusu her zaman gündemde olan ve tartışma konusu yapılan bir alandır. Ancak gelir bölüşümünde var olan olumsuz durum, özellikle 1980 sonrasında uygulanan ekonomik ve sosyal politikalarla daha olumsuz bir noktaya gelmiştir. Türkiye'de gelir dağılımının 1980 yılı öncesi ve sonrasında izlediği seyire göz atıldığında; özellikle 1980'li yıllarda giderek daha eşitsiz bir duruma gelinmiş olması dikkat çekici bir

noktadır. Gelir bölüşümü eşitsizliği 1980'li yıllara kadar temelde köy-kent ayrımı içinde kalmıştır. Buna, bir yandan tarımda çalışan büyük kitlenin kent çalışanlarına oranla düşük emek verimi elde etmesi, diğer yandan da tarım topraklarının dağılımındaki dengesizliğe dayanan tarım içi bölüşüm eşitsizliği sebep olmuştur. Ancak 1987 yılından sonraki dönemde yeni bir aşamaya geçilerek, bir taraftan iç ticaret hadlerinin tarım aleyhine dönmesi gelir dağılımı bölüşümünde bu kesimin aleyhine bir sonuç doğurmuş, diğer taraftan uygulanan politikalar sonucu toplumun orta kesimini oluşturan ücretli-maaşlı kesim, reel gelirlerinde meydana gelen aşınma sonucu alt gelir dilimlerine düşmüştür. Başka bir ifadeyle Türkiye, tarımda emek ve küçük sermaye ile çalışanlarla, salt emekle çalışanlar yani işçiler ve memurlar aleyhine gelir bölüşümünün giderek bozulduğu bir süreç girmiştir. Kişi başına gelir düzeyinin düşük olduğu bir ekonomik yapıda, gelir dağılımının bozuk olması bölgesel yoksulluk sorununu da beraberinde getirmektedir (DPT, 2001). Gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele, ekonomik ve sosyal açıdan Türkiye'nin gündeminde öncelikli bir yere sahip olarak açıklanmaktadır (DPT, 2004).

Dünya Bankası'nın kullandığı yoksulluk sınırıyla ilgili bir ölçüğe göre (Dünya Bankası, yoksulluk sınırıyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde, 1993 yılı uluslar arası fiyatlar bazında düzeltilmiş satın alma gücü paritesine göre bu ölçüğü kullanmaktadır) Türkiye'de 2000 yılında, günde 4,30 ABD dolarından az geliri olanların oranı %39,1 ve günde 2,15 ABD dolarından az geliri olanların oranı %10,3'tür (World Bank, 2005). Kuşkusuz, Dünya Bankası tarafından tüm dünyada günde 1 dolardan az ve günde 2 dolardan az geliri olmanın sınır olarak alındığı bir yoksulluk saptama yönteminin benimsenmesi eleştiriye açıktır. Böyle bir yöntem, bir yandan yoksullarla ilgili toplumsal katmanları sınırlamakta, diğer yandan da yoksulluğun sınıfsal konumunu ve kapitalizmle ilişkisini örtmeye çalışmaktadır (Hamzaoğlu, 2004).

Gelir dağılımını değerlendirmekte kullanılan ölçütlerden biri olan Gini katsayısı, Dünya Bankası tarafından 2000 yılı için 0,40 olarak açıklanmaktadır (World Bank, 2005). Oysa DPT Gini katsayısını 2003 yılı için 0,42 olarak açıklamaktadır. DPT'ye göre 1994 Hanehalkı Gelir Dağılımı araştırmasında Türkiye geneli için 0,49 olan Gini katsayısı, 2002'de 0,44'e ve 2003 yılında 0,42'ye düşmüştür (DPT, 2004). Bu durum DPT tarafından "gelir dağılımında bir düzelmeye eğilimi" olarak yorumlanmakla birlikte; Gini katsayısı ile ilgili son yıllarda açıklanan sayıların yöntemle ilgili sorunlar nedeniyle kuşkuyla karşılandığı unutulmamalıdır (Sönmez, 2004; Boratav, 2006). Kuşkunun temel nedenini son yıllarda gerçekleştirilen hane halkı gelir dağılımı araştırmalarında hanelerin toplam gelirinin GSYİH'nin çok altında çıkması oluşturmaktadır. Örneğin 2002 hanehalkı gelir dağılımı araştırmasında, kapsanan gelirlerin toplamı milli gelirin yalnızca %43'üne eşit olarak hesaplanmış, şirket karları gibi dışarıda kalan gelir türleri hesaba girmemiştir (Boratav, 2006).

Nüfus

2003'te Türkiye'nin nüfusu yaklaşık olarak 71 milyon olarak tahmin edilmektedir. Nüfusun %66'sı kentlerde yaşamaktadır. 60 yaş ve üzerindeki nüfusun oranı %8,2'dir. Türkiye'de nüfus artış hızı 1993-2003 yılları arasında %1,6 olarak gerçekleşmiştir (WHO, 2006). Türkiye nüfusunun 2030 yılında yaklaşık 90 milyon olacağı tahmin edilmektedir (Kocaman, 2002).

Sağlık

Türkiye'de sağlık hizmetleri, 1982 Anayasası'nın 56. Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış ve devlet "herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini" düzenlemekle görevlendirilmiştir. Anayasa'ya göre devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir. 1980 askeri darbesinden sonra, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur. Küresel kapitalizmin 1970'li yıllarda başladığı sağlıkta neoliberal dönüşüm, Türkiye'de ilk ipucunu 1982 Anayasası ile vermiş, önceleri "reform" adıyla anılan bu yaklaşım geçtiğimiz yirmi yıl içinde devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelecek bir sağlıkta özelleştirmenin de habercisi olmuş ve 58. ve 59. hükümetlerle birlikte 2002 yılı sonrasında özelleştirme girişimleri daha güçlü bir biçimde yaşama geçirilmeye de başlanmıştır.

Dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, "Parası olanın parası kadar satın alabileceği" bir meta biçimine dönüştürülmüştür. Türkiye'de de 1980'den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın uygulanmamasına odaklanmış ve bununla birlikte sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çökertilmiştir. Çökertilen sağlık hizmetleri nedeniyle 224 sayılı yasa suçlanarak gündeme getirilen "Sağlık Reformları"nın ne sağlıkla ne de reformla ilgisi yoktur. Büyük bir reform olarak sunulan Genel Sağlık Sigortası'nın yürürlüğe konması bile tek başına, Türkiye'deki sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesine yol açabilir. Son yıllarda ülkemizde de hastalara ısrarla "müşteri" denilmeye çalışılmakta ve özel sektörün bazı temsilcileri tarafından müşteri sözcüğü "iyi hizmet almayı hak eden kişi" olarak tanımlanmaya çalışılarak bir polemik yaratılmaktadır. Üzücü olan bu söyleme son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın da katılmasıdır. "Müşteri"nin kapitalist sistemde tanımı bellidir ve hizmet alırken "karşılığında para ödeyen kimse" olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Sağlık eğer "en temel insan hakkı" olarak kabul ediliyorsa, parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi olsun olmasın herkesin sağlık hizmeti alabilmesinin sağlanması gerekmektedir (Pala, 2004).

Sağlık sektörünü açık pazar ekonomisine uyarlamak yolundaki ilk girişim 1987'de kabul edilen "Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu"dur. Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımlarını tanımlamakta, kamu hastanelerinin kendi işletme ve personel politikalarını ortaya koyabilmelerine olanak sağlayacak düzenlemeleri içermekteydi. Kanunun kritik bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, halen yürürlükte olmakla birlikte bu yasa uygulamaya konulamamıştır (Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi, 2002). 1990'lar özel hizmet sunan sağlık kuruluşları sayısında hızlı artış ve özel sağlık sigortası için sağlık alanının bir "Pazar" olarak gelişmesinin yaşandığı yıllar olmuştur (WHO, 2004).

1980 sonrasında hükümetler tarafından önceleri "sağlıkta reform" adıyla dillendirilen neoliberal sağlık politikaları, gerçekleştirilmeye çalışılan işin aslında bir reform değil "deform" olduğunun başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere çeşitli demokratik kitle örgütleri tarafından kamuoyuna deşifre edilmesinin ardından, 58. Hükümetle birlikte ad değiştirerek, ancak aynı içerikle "Sağlıkta dönüşüm" adıyla yine toplumun karşısına çıkarılmış bulunmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Sağlıkta Dönüşüm Projesi incelendiği zaman sağlık sistemini oluşturan üç temel alana müdahale etmenin hedeflendiği anlaşılmaktadır:

1. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine yapılacak müdahale ile nüfus bazlı örgütlenme yapısı ortadan kaldırılarak, temel sağlık hizmeti yönelimli sağlık hizmeti sunma anlayışı yok edilmeye çalışılmaktadır. Örgütlenmede coğrafi sınır yerine, serbest piyasa ekonomisinin "Sunu/İstem" dengesi gözetilmektedir.

2. Sağlık hizmetlerinin finansmanı: Finansmana müdahale projenin "olmazsa olmazı" diye tanımlanan en sıkıntılı bölümüdür. Çünkü prim toplamaya dayalı bir genel sağlık sigortası (GSS) kurulmaya çalışılmaktadır. GSS bir yandan ek bir sağlık vergisi anlamına gelirken, bir yandan da özellikle "kullanıcı ödentisi" kavramıyla toplumun yoksul ve dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişmesinde önemli bir engel anlamına gelmektedir.

3. Sağlık hizmetlerinin sunumu: Sağlık hizmetlerinin sunumuna müdahale çok açık bir biçimde, devletin sağlık hizmeti sunmaktan el çektilmesini ve sağlık alanının özel sektörün insafına terk edilmesini hedeflemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Dünya Bankası direktifleri doğrultusunda biçimlendirilmiştir. Bunu kanıtlamak için Dünya Bankası tarafından genel seçimlerden yaklaşık beş ay önce Haziran 2002'de yayınlanan "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı rapora göz atmak yeterlidir (Pala, 2003).

Dünya Bankası görüşü ve önerisine göre, devletin küçültülmesi tezi, bütçede sağlık harcaması kaleminde tahsisat kısıntısına gidilmesi şeklinde değil, fakat hizmetin görülmesi aşamasının özel sektöre terk edilmesi şeklinde yorumlanmalıdır. Buradaki hedef de çok açıktır; sağlık araç ve gereçleri sunan şirketlerin faaliyet alanlarının daraltılmamasıdır. Özellikle gelir düzeyinin düşük ve gelir dağılımının bozuk olduğu ekonomilerde sağlık harcamalarının büyük bölümünün kamu bütçesinden finanse edilmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinde dönüşüm programı, Yeni Dünya Düzeni çerçevesinde özelleştirme ve ticarileştirme politikalarına paralel uygulamadır. Söz konusu politikalarla bütün amaç, Yeni Dünya Düzeni'nde, kriz yaşayan sermayeye kamu kaynakları ile yeni faaliyet ve kar alanları açmaktır (Önder, 2006).

Sağlık Durumu

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetin toplumun sağlığı üzerine etkileri bakımından ciddi eşitsizlikler vardır. Bir başka deyişle ülke düzeyinde farklı sınıflar, topluluk veya coğrafi bölgeye dahil olanlar arasında sağlıklı olma potansiyeline erişme bakımından önlenemez eşitsizlikler bulunmaktadır. Bunun yanında benzer eşitsizlikler sağlık hizmetlerinde kaynakların oluşum-bölüşümü noktasında da bulunmaktadır. Türkiye sağlık sektörü ile ilgili tartışmanın ana eksenini sağlıktaki eşitsizlikler oluşturmaktadır (TTB, 1992).

Türkiye'deki sağlık durumu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da gelirin eşit olmayan biçimde dağılımı, hızlı kentleşme ve sağlık bakımı sistemindeki yetersizlik nedeniyle "kötü" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2004). Beş yaşın altındaki çocuklarda temel ölüm nedeni enfeksiyon hastalıklarıdır. 25-44 yaş arasındaki erişkinlerde temel ölüm nedenleri kalp hastalıkları ve kazalar, 45-64 yaş arasındakilerde ise kalp hastalıkları ve sigara içmeye bağlı solunum rahatsızlıklarıdır (WHO, 2004). Ölüm nedenleri, Türkiye'nin içinde yer aldığı gelir grubunun özelliklerinden daha kötü gelir grubundaki ülkelerle benzerlik göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, 2003 yılında doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 68, kadınlarda 73 yıldır. Aynı yıl için 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm hızı binde 43 olarak tahmin edilmektedir. 2002'de bebek ölüm hızı binde 36'dır. Anne ölüm hızı 2000 yılı için WHO-UNICEF-UNFPA tarafından yüz binde 70 olarak açıklanmaktadır (WHO, 2006).

Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizliği, kamunun önemli oranda sağlık hizmetlerinin finansman ve üretiminden çekilmiş olması, kaynakların bölgeler ve hizmet türleri arasında eşitsiz ve istenmeyen biçimde dağıtılmış olması gibi sorunlar, Türkiye'nin siyasal, ekonomik, sosyal sorunlarıyla birleştiğinde ortaya oldukça olumsuz bir halk sağlığı tablosu çıkmaktadır. Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke Türkiye'dir. Komşu ülkeler içinde (Irak dışında) çocuk ve bebekleri en çok ölen ülke de yine Türkiye'dir. Türkiye,

gelirini sağlık alanına yatırmadığı için çocukları ve bebekleri ölmektedir. Kişi başına ulusal geliri Türkiye'den düşük olan 38 ülkenin çocuk ölüm hızı Türkiye'den daha düşüktür. Türkiye'nin, dünya ülkeleri içinde sağlık sıralamasındaki yeri, gelir sıralamasındaki yerinden 51 basamak daha aşağıdadır (TTB, 2002).

Türkiye'de insanların daha fazla ölmesi, sağlıksız olması rastlantısal değil, tercihtir. Öyle ki bölgeler arasındaki eşitsizlikler giderildiğinde, bir başka deyişle paylaşımdaki eşitsizlikler biraz olsun azaltılabildiğinde, bebek ölümlerinin %23'ünün, postneonatal bebek ölümlerinin %56'sının, çocuk ishallerinin %27'sinin, beslenme bozukluklarının %38'inin, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların %51'inin, doğum öncesi bakım alamamanın %56'sının, gebeliğe karşı yöntem kullanmamanın %51'inin ve tam aşılanamamanın %8'inin engellenebileceği ortadadır. Engellenmesi "yeni" tercihleri beklemektedir (Belek ve Hamzaoğlu, 2000).

Türkiye'de genel olarak on bin kişiye 25 hastane yatağı düşmektedir. Ancak bu konuda büyük bir eşitsizlik vardır ve on bin kişiye düşen yatak sayısı 3-60 arasında değişmektedir (WHO, 2004). Türkiye'de hastane ve yatak sayıları 1980'den günümüze bir yandan artarken, diğer yandan da özel sektörün ağırlığını artıracak biçimde değişim geçirmiştir. Toplam yataklı tedavi kurumu sayısı (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar dışında) 1980'de 869 iken, bu sayı 2005'te (Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar da içinde olmak üzere) 1198'e çıkmış; yatak sayısı da aynı yıllarda 98.758'ten 192.685'e yükselmiştir. 1980'de özel hastanelerin yataklı tedavi kurumu sayısı içindeki oranı %8,63 iken, bu oran 2005'te %22,37'ye yükselmiştir. Özel sektörün yatak oranı da bu değişimle birlikte %2,19'dan, %6,40'a yükselmiş bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları).

Finansman

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 1999 yılında %6,4 iken, bu oran 2003 yılında %7,6'ya çıkmış bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (Merkezi devlet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik fonları) %71,6 ve özel sektörün payı %28,4'tür. Toplam sağlık harcaması 1999'da kişi başına 179 ABD doları, 2003 yılında 257 ABD dolarıdır. Satın alma gücü paritesine göre bu sayılar sırasıyla 395 ve 526 uluslararası dolarıdır (World Health Report, 2006).

Özel sağlık harcamalarının dağılımı coğrafi bölgelere göre eşitsizdir. Batıda toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamasının payı %27,56 iken, bu oran doğuda %40,58 ve güneyde %43,81'dir. Toplumun tümünü kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi yoktur. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen hane halkı araştırmasının sonuçlarına göre kentsel alanda nüfusun %34,1'inin, kırsal alanda ise %42,0'inin sağlıkla ilgili sosyal güvencesi yoktur (Sağlık Bakanlığı, 2006). 2003 yılında sosyal sigorta programları tarafından kapsanan nüfusun toplam nüfusa oranı yüzde 86,4 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta kuruluşlarından sağlık

karnesi sahibi olup sağlık hizmetlerinden fiilen yararlanan nüfusun toplam nüfusa oranı ise yüzde 62,9'dur (DPT, 2004).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaların dağılımına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı gelirleri arasında döner sermaye uygulamalarının giderek daha yüksek bir oranda kendisine yer bulduğunu gözlüyoruz (Pala, 2005). 1993'te yataklı tedavi kurumlarından elde edilen döner sermaye geliri Sağlık Bakanlığı bütçesinin yalnızca %13,7'sini oluştururken; 2004'te Bakanlık bütçesini aşmış ve bütçeye oranı %100,8 düzeyine çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları). Aynı biçimde, 1993 yılında döner sermaye gelirlerinin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün bütçesine oranı %29,1 iken; bu oran 2003 yılında Genel Müdürlük bütçesinin iki katını geçmiştir (%214,3). Döner sermaye gelirleri ile ilgili en dramatik verilerden biri, döner sermaye gelirlerinin genel bütçeye oranı olarak karşımıza çıkmaktadır. 1993'te yataklı tedavi kurumlarından elde edilen döner sermaye gelirin Genel Bütçeye oranı %0,62 iken, bu oran 2004'te %3,22'ye kadar çıkmış bulunmaktadır ve bu oran Sağlık Bakanlığı'na Genel Bütçeden ayrılan paydan daha yüksektir. Döner sermaye gelirlerinin Genel Bütçe, Sağlık Bakanlığı bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesine göre yıllara göre değişimi Tablo 1'de sunulmaktadır.

Performansa dayalı döner sermaye prim ödeme uygulamasının ardından, döner sermaye gelirleri katlanarak artmaya başlamıştır. Bunun temel nedeni, getirilen sistem bir performans değerlendirmesi değil, aslında, "hizmet başı ödeme" yaklaşımıdır. Örneğin, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre İstanbul'daki hastanelerde performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçtikten sonra döner sermaye gelirlerinde büyük artış olmuştur. 2002 yılında 890 milyar lira olan döner sermaye bütçesi 2003'te 10 trilyon 800 milyar liraya, performansa dayalı döner sermaye uygulamasının başladığı 2004 yılının ilk 9 ayında ise gelir 50 trilyon liraya ulaşmıştır (Medimagazin, 2006).

Kamu sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması aslında bir bütünün parçası olduğu için tek başına incelendiğinde anlaşılması kolay olmayan bir girişimdir. Bu girişimin "Doğru" olduğuna başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun tümünü inandırmak için, sağlık çalışanlarına döner sermaye tazminatı vermek gibi çeşitli yollar denenmekteyse de; döner sermaye uygulaması aslında sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin bir parçasıdır. Üstelik, böyle bir özelleştirme yoluyla finansman için yurttaşın cebinden başlangıçta çok az bir katkı beklenirken; asıl amaç büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paranın "özgürce" harcanması, kaynakların bir kez daha özel sektöre aktarılmasıdır. Bu

Tablo 1. Yıllara göre Genel Bütçe, yataklı tedavi kurumları döner sermaye gelirleri, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin değişimi (1993-2005)

Yıllar	Genel Bütçe (Milyar TL)	Yataklı Tedavi Kurumları Döner Sermaye Gelirleri (Milyar TL)	% ¹	Sağlık Bakanlığı Bütçesi (Milyar TL)	% ²	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi (Milyar TL)	% ³
1993	398.710,0	2.484	0,62	18.074,0	13,7	8.548,2	29,1
1994	823.396,3	5.913	0,72	30.463,3	19,4	14.204,1	41,6
1995	1.335.978,0	20.437	1,53	48.741,5	41,9	21.139,7	96,7
1996	3.558.506,8	39.276	1,10	98.064,4	40,1	38.597,6	101,8
1997	6.344.685,5	71.993	1,13	204.499,2	35,2	80.157,3	89,8
1998	14.749.475,0	157.832	1,07	390961,0	40,0	160.056,8	98,6
1999	27.186.600,0	339.128	1,25	683123,5	49,6	274.057,2	123,7
2000	46.702.436,0	601.009	1,29	1.059.855,0	56,7	427.068,4	140,7
2001	48.219.490,0	1.008.127	2,09	1.280.660,0	78,7	499.212,5	201,9
2002	97.831.000,0	1.874.983	1,92	2.345.447,8	79,9	944.980,1	198,4
2003	146.805.170,0	2.905.016	1,98	3.570.054,0	81,4	1.355.420,0	214,3
2004	149.858.129,0	4.827.167	3,22	4.787.751,0	100,8	2.728.670,8	176,9
2005	153.928.793,0	—	—	5.462.975,0	—	3.245.298,1	—

¹ (Döner sermaye gelirleri / Genel Bütçe) x 100

² (Döner sermaye gelirleri / Sağlık Bakanlığı bütçesi) x 100

³ (Döner sermaye gelirleri / Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi) x 100

uygulamanın en can alıcı noktasını, hastanelerde temizlik ve yemek hizmetlerinin taşeron şirketlere verilmesi oluşturmuştur. Ne yazık ki tarih, daha o günlerde taşeronlaşma uygulamasına karşı çıkan temizlik ve yemeğin ardından sıra sağlık hizmetlerine de gelecek diye bütün toplumu uyaran hekimleri ve örgütünü haklı çıkarmıştır. Geçtiğimiz yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen yeni düzenlemeler ile tıbbi hizmetlerin de döner sermayeler aracılığıyla satın alınmasının yolunun açılmaya çalışıldığı unutulmamalıdır. Bilindiği gibi, Denizli Devlet Hastanesi'nde çalıştırılmak üzere ilan edilen hekim ihalesi TTB'nin başvurusu üzerine Danıştay tarafından iptal edilmiştir.

Bütünün diğer parçalarına bakıldığında, birinci basamağın tasfiye edilerek sağlık ocaklarının kapatılması ve yerine birinci basamağın özelleştirilmesi anlamına gelecek bir aile hekimliği modeline geçilmesi; devlet hastanelerinin performans dayalı döner sermaye uygulamasının ardından işletmeleştirilmesi ve nihayet sağlık hizmetlerinin finansmanının genel sağlık sigortası ile sağlanması girişimleri karşımıza çıkmaktadır. Bu uygulamaları bir bütün olarak "sağlığın ticarileştirilmesi" biçiminde adlandırmak yanlış olmayacaktır.

Tıbbi Teknoloji ve İlaç Harcamalarındaki Artış

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinin giderek pahalılaştığı şeklinde bir yakınma söz konusudur. Gerçekten, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerine harcanan para artmakta, hem de sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı büyümektedir. Bu artış ve büyümeyi yapan en önemli etken ise, ilaç ve teknoloji harcamaları olmaktadır. Türkiye 1989-1996 yılları arasında –ilaç dışında- 86 milyon dolarlık ihracat yaparken, 2 milyar dolarlık ithalat yapmıştır. Dünya Ticaret Örgütü verilerine göre 1992-1995 yılları arasında Türkiye 297,9 milyon dolarlık tıbbi ihracat ve 2,5 milyar dolarlık tıbbi ithalat yapmıştır. O yıllarda Türkiye her yıl ticarete 550 milyon dolarlık bir açık vermiştir ve tıbbi ticaret dengesi en kötü ilk 20 ülke (17'inci) arasında yer almıştır (Soyer, 1999). Son yıllarda tıbbi teknoloji için çokuluslu şirketlere aktarılan paranın çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de 2001 yılında 4,1 milyar dolar olan perakende fiyatlarıyla ilaç tüketimi, yalnızca üç yıl sonra 2004 yılında 8,8 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. 2005'te bu paranın 9 milyar doları aştığı tahmin edilmektedir. Bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı (2003 yılı) Polonya'da 6,3 ; Macaristan'da 6,5; İngiltere'de 6,7 iken, Türkiye'de 7,3'tür (OECD, 2006). Bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans görüntüleme birimi sayısı (2004 yılı) Polonya'da 1,9 ; Macaristan'da 2,6; Fransa'da 3,2; Kanada'da 4,9 ve İngiltere'de 5 iken (OECD, 2006), Türkiye'de Temmuz 2006'da 6,1'dir ve Türkiye'deki MR sayısı, son bir buçuk yılda 69 adet artarak 376'dan 445 adete yükselmiş durumdadır (Tamer, 2006). Bu verilerin ışığında, Türkiye'nin nasıl bir teknoloji odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışına sürüklendiği açıkça

görülmektedir. Hem bilgisayarlı tomografi, hem de manyetik rezonans görüntüleme birimi sayısı bakımından daha gerideki İngiltere ve Fransa gibi ülkelerin, Türkiye'ye göre çok daha yaşlı bir nüfusa sahip oldukları da düşünüldüğünde; Türkiye'de yüksek tıbbi teknolojinin yanlış kullanımının tartışılması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık İnsangücü

Türkiye'de son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından hekim sayısının az olduğu iddia edilmekte, bir an önce yeni tıp fakültelerinin açılması istenmektedir. Bu yazıda ayrıntılarına girmeyecek olmakla birlikte; bilinmesi gereken temel nokta, sağlık insan gücü planlamasının sağlık sisteminden bağımsız olarak ele alınamayacağıdır. Aksi halde, istihdamı gözetmeyen bir insangücü planlaması yaklaşımı egemen olur ki; bu da kapitalist sistemin işgücünü ucuza çalıştırmaya yaramak dışında başka bir işe yaramaz.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de 2005 yılında 102.500 hekim bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2005). Bu hekimlerden yaklaşık otuz bininin pratisyen hekim olarak fiilen çalıştığı, elli bininin uzman ve on yedi bininin asistan olduğu tahmin edilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm'ün aile hekimliği modelinde her 3.000 kişi için bir aile doktoru planlandığı bilindiğine göre; bu durumda Türkiye'nin gereksinim duyduğu birinci basamak hekim sayısı 24.000 dolaylarında olacaktır. Mevcut hekim sayısı Bakanlık tarafından gereksinim duyulan aile doktoru sayısını karşılamaya yeterlidir. Üstelik her yıl yaklaşık dört bin beş yüz hekimin mezun olduğu da düşünülürse, kurgulanmaya çalışılan sistem açısından hekim sayısı yeterli, hatta fazladır. Bugün Türkiye'de sağlık insangücü ile ilgili asıl sorun, 1990'larda da saptandığı gibi, pratisyen hekim başına düşen ebe/hemşire sayısının çok az ve hekimler içinde uzman hekimlerin sayısının pratisyenlere göre çok fazla olmasıdır (DPT, 1990).

Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor?

IX. Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) DPT, sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak "sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini" ve "hizmet sunumunda özel kesimin payının artırılmasını" belirlemiş bulunmaktadır. Burada ürkütücü olan, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün ağırlığının artmasıyla birlikte, buna koşut olarak tedavi edici hizmetlere verilen ağırlığın ve ilaç harcamalarının artışında olduğu gibi hizmetin kar amacı nedeniyle kötü kullanımının artacağına da bilinmesine karşın; hükümet tarafından kamu yerine özel sektörün desteklenmesinin sürdürülmesidir. Kurumun sağlıkla ilgili bazı saptamaları ise şöyledir (DPT, 2006):

- 2005 yılında hekim başına düşen nüfus sayısı 715 kişidir (Bu sayı Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerinde 680 kişi olarak verilmektedir). Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi en düşük 10 ilde yatak başına düşen nüfus sayısı

en yüksek 10 ildekinin 2,5 katı iken, hekim başına düşen nüfusta söz konusu il grupları arasındaki fark 4 kata kadar çıkmaktadır.

- Yataklı tedavi kurumlarında verilen poliklinik hizmetlerinin %95'i ayakta tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

- Toplam sağlık harcaması 2000 yılında GSYİH'nin %6,6'sı iken; 2005'te 7,6'sına ulaşmıştır.

- AB ülkelerinde %16 olan ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı, Türkiye'de 2005 yılında %34 olarak gerçekleşmiştir.

DPT tarafından sağlıkla ilgili hemen her belgede bile hekimliği uygulamasına geçilmesinin temel nedeni "sevk zincirinin etkinliğinin artırılması" olarak açıklanmasına karşın, ilk önce Düzce'deki pilot uygulamada, ardından diğer illerdeki pilot uygulamada sevk zorunluluğunun ortadan kaldırılması; aslında niyetin sevk zincirini sağlamak olmadığı da açıkça ortaya koymaktadır. Önceleri "Sağlıkta Reform" , sonraları ise "Sağlıkta Dönüşüm" adıyla yaşama geçirilmeye çalışılan uygulamaların temel amacı sağlığı özelleştirmektir ve artık gelinen noktada; mülkiyet devri dışındaki özelleştirmenin bütün aşamaları da (ne yazık ki) yerine getirilmiş durumdadır. Özelleştirmenin geldiği boyutu göstermesi bakımından devlet hastanelerinin harcamalarının temel olarak döner sermaye gelirlerinden sağlanması; temizlik, yemek ve çamaşır hizmetlerinin taşeronlaştırılmasının ardından, sağlık çalışanlarının da bu yolla istihdam edilmesi amacıyla yapılan girişimler ve hastanelerde özel sektörün görüntüleme/laboratuvar hizmetlerini sunmasının sağlanması çarpıcı örnekler olarak karşımızda durmaktadır.

Geçtiğimiz yıllar ülkede özel sağlık sektörünün hızla büyümesine tanıklık etmiştir. Toplumun beklentileri, özellikle yüksek gelir seviyesine sahip kesimden gelen talepler, özel sektörü artan oranda sağlık alanına yatırım yapmaya itmektedir. Bu gelişmeler bir yandan alt yapının gelişmesine ve hasta memnuniyetinin artmasına yol açsa da diğer taraftan sağlık alanındaki değişik gelir grupları arasındaki eşitsizlikleri artırmaktadır. Ayrıca kontrolden yoksun olarak sürdürülen bu büyüme sunulan hizmetlerin kalitesi ve sağlık çıktılarının durumu üzerindeki kuşkuları artırmaktadır. Türkiye'nin, sağlık alanında daha fazla özelleşmek yerine, kamu sağlık sistemlerinin eksikliklerinin giderilmesi ve gelişimini böylece sürdürmesi genel beklentidir (**Avrupa Sağlık Gözlemcisi, 2000**).

Türkiye sağlık sektörü, son 20 yılda yaklaşık 3 kat büyümüş, bu büyümede kamu sektörünün payı giderek belirleyici olmuş, sosyal güvenlik kurumlarının sağlık harcamaları kamunun sağlıktaki motoru haline gelmiş, ancak kamu sağlık finansmanı giderek daha fazla Genel Bütçe dışı kaynaklardan (döner sermaye örneği) beslenir hale gelmiştir. Bu süreçte, sağlık sektörünün belirleyici özelliği, kamudan özele, özelden yurt dışına kaynak aktarımının yapısal hale getirilmesidir. Türkiye sağlık

sektörü, düzenli yurt dışına kaynak aktaran bir büyüme ve "modernleşme" yolunu seçmiştir. Devlete düşen rol, kaynak aktarımının alt yapısını güvenceye almak, kamu sağlık personelinin maaşlarını ödemek, kamunun içinin boşaltılması sürecine eşlik etmektir. Devletin bu alandaki yetkili kurumu Sağlık Bakanlığı ise, bütünüyle işlevsiz bir kuruma dönüşmüştür. 1980 ile başlayan süreç sonunda, kamu sağlık harcamaları artmasına karşın, kamu sağlık hizmetleri ve kamu sağlık kurumları çökertilmiştir (**TTB, 2003**).

Türkiye sağlık sistemi, devletin neredeyse tümüyle hizmet sunumundan çekildiği, tedavi edici sağlık hizmetlerine odaklanmış bir yaklaşımla yaratılan bir "piyasa"da özel sektörün egemen olduğu; bu nedenle de başta yoksullar olmak üzere, toplumun dar gelirli kesimlerinin sağlık hizmetine erişimlerinin bugünkünden bile daha yüksek oranda sınırlanacağı bir yapıya doğru, hızla sürüklenmektedir. Bu yapının sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri daha da artıracaktır kesindir.

KAYNAKLAR

Avrupa Sağlık Sistemleri Gözlemcisi. (2002). Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci Türkiye (yazarlar: B.Serdar Savaş, Ömer Karahan, R.Ömer Saka. Derleyen: Sarah Thomson, Elias Mossialos).

Belek İ, Hamzaoğlu O. (2000). Son Yirmi Yılda Sağlıktaki Değişim, Toplum ve Hekim, 15(4):265-277.

Boratav K. (2004). "Yoksulluk" Kavramı Üzerine Notlar, Toplum ve Hekim, 19(1):7-9.

Boratav K. (2005). Türkiye İktisat Tarihi, İmge Kitabevi, 9. Baskı, Ankara.

Boratav K. (2006). Türkiye'de Gelir Eşitsizlikleri ve Saha Çalışmaları. Toplum ve Hekim, 21(1):64-68.

DPT. (1990). Türkiye Cumhuriyeti Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü, Price Waterhouse, Nihai Rapor.

DPT. (2001). Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Devlet Planlama Teşkilatı, 2599 - ÖİK: 610, Ankara.

DPT. (2004). 2004 Yılı Katılım Öncesi Ekonomik Programı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.

Fişek N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, Prof.Dr.Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

Hamzaoğlu O. (2004). Yoksulluk ve Sağlık Dosyası'nın Hikayesi, Toplum ve Hekim, 19(1):2.

Kocaman T. (2002). Plan Nüfus Projeksiyon Yöntemler

DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.

Medimagazin. (2006). İstanbul'da döner sermayede büyük artış, http://www.medimagazin.com.tr/haber_31095.html.

OECD. (2006). OECD Health Data 2006 - Frequently Requested Data, http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

Önder İ. (2006). Sağlıkta Dönüşümün Ekonomi Politik Değerlendirmesi, *Toplum ve Hekim*, 21(3):219-229.

Pala K. (2003). Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası, *Toplum ve Hekim*, 18(2):115-119.

Pala K. (2004). "Sağlık Hizmetleri İçinde İşyeri Hekimliğinin Yeri", İşyeri Hekimliği Ders Notları, 8.Basım, Türk Tabipleri Birliği Yayını.

Pala K. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması, *Toplum ve Hekim*, 20(1):72-74 (2005).

Sağlık Bakanlığı. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005, Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr.

Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

Savran S. (1998). Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme. Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

Soyer A. (1999). Dünyada ve Türkiye'de Tıbbi Amaçlı Ticaret. *Toplum ve Hekim*, 14(1):26-34.

Sönmez M. (2004). DİE'nin "Gelir Dağılımı İyileşti" Safsatası Üzerine, *Toplum ve Hekim*, 19(1):34-38.

Tamer M. (2006). Radyoloji Derneği, MR tetkikleri için ne diyor? *Milliyet*, 8 Ağustos 2006, <http://www.milliyet.com.tr/2006/08/08/yazar/tamer.html>.

TTB. (1992). Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi? Sağlık Bakanlığı "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı" Değerlendirme Raporu. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

TTB. (2002). Yeni Bin Yılın Başında Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu. Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

TTB. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 Türkiye'sinde Halka Hekimlere Sağlık Personeline Ne Getiriyor? Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

WHO. (2004). Health Care Systems in Transition HIT summary, Turkey. European Observatory on Health Systems and Policies.

WHO. (2006). Highlights on health in Turkey 2005. World Health Organization Regional Office for Europe.

World Bank. (2005). World development indicators, Washington D.C., <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/home.htm>.

World Health Report. (2006). The World Health Report 2006, World Health Organization.

Yeldan E. (2006). 2001 Krizi Sonrasında Türkiye: Dış Borçlanma ve Spekülasyona Dayalı Büyüme Çözülürken, Ulusal Bağımsızlık İçin Türkiye İktisat Politikaları Kurultayı Bildiriler Kitabı, İnönü Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Malatya.