

DOSYA/DERLEME**SAĞLIK REFORMLARI KRİZ VE SAĞLIK
PARADİGMASINDA LİBERAL
YENİDEN YAPILANMA***İlker BELEK**

Son 10 yıl için Avrupa sağlık sektöründeki en önemli tartışma konularından bir tanesi sağlık reformları olmuştur. Sağlık reformları sağlık hizmetinin üretimini, finansmanını, organizasyonunu, dolayısıyla sağlık sistemleri içindeki bütün aktörlerin, kurumların işlevlerini, sorumluluklarını, rollerini tamamen değiştirme amacı ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık reformlarının Sağlık Bakanlığı yapısı açısından önemi de temel olarak iki noktadan kaynaklanır: Bakanlık işlevlerinin ve Bakanlık organizasyon yapısının bu işlevlerle uyumlu biçimde değiştirilmesi amaçlarından. Bütün bunlar sağlık reformlarını Sağlık Bakanlığı açısından yeteri kadar önemli kılan etkilere sahiptir.

Türkiye’de de özellikle 1990’lı yılların başından ortasına kadar olan dönem içinde Türkiye sağlık sektörünün tartışmasız en önemli konusu sağlık reformları olmuştur. Bu bakımdan daha net bir tarih vermek gerekirse 1992-1996 arasındaki dönemden söz edilebilir. Bu dönem içinde Bakanlık yapmış olan Sağlık Bakanlarını tanımlayan en önemli icraat alanı hiç kuşkusuz sağlık reformlarıdır. Bakanlar sağlık reformları başlığındaki düşünce ve uygulamaları ile basında yer almışlar, Sağlık Bakanlığı’nın en önemli birimi de reform çalışmalarını uygulayıp, koordine eden Proje Genel Koordinatörlüğü olmuştur. Bundan sonraki dönemde ise gerek reform çalışmalarının kendi mantığı içinde belli bir aşama kaydetmiş olmasına, gerek bu aşamanın gerektirdiği yasal düzenleme çalışmalarının izleyen dönemde yerine getirilememiş olmasına bağlı olarak, gerekse ilk yıllarda ilgili bütün tarafların enerjisini hareketlendirmeyi sağlayan Sağlık Bakanlığı açık tutumunun yerini tam anlamıyla içe

kapanmaya bırakmasının getirdiği geleneksel bıkkınlık, beklentisizlik atmosferinin etkisiyle reform çalışmaları sağlık sektörü içinde edinmiş olduğu önceliği yitirmiştir.

Sağlık reformu çalışmalarının bir ülkenin sağlık sektörü içinde en önemli konumu işgal etmesinden daha doğal bir şey olamaz. Bunun nedeni reform kapsamındaki yeniden düzenlemelerin bütün sistemi etkileme, değiştirme amaç ve potansiyeline sahip olmasıdır. Ancak sağlık reformlarını önemli kılan unsur şüphesiz tek başına bu apriori nitelikli önem değildir. Esasen asıl önemli nokta reformların neyi amaçladığı, sistemde ne türden değişimleri gerçekleştirmeyi hedeflediği, kısacası reformların politik içeriğidir. Biraz daha yakından bakıldığında Avrupa ve Türkiye’deki sağlık reformlarının sağlık sistemindeki piyasacı ilişkileri standardize etmeye yöneldiği görülür. Sağlık reformlarının sağlık sistemi ve halk sağlığı üzerindeki etkileri buradan gelişecektir.

Konuyla ilgili bir diğer önemli nokta, bugün reform denildiğinde var olan uygulamalar dışında başka bir seçeneğin akla gelmemesi; rekabet, piyasa, özelleştirme, özleştirme gibi kavramların tek doğru olarak sunulmalarıdır. Bütün bu kavramların ifade ettiği reform yönelimi gerçekten de belli bir bütünlüğü tanımlar. Biz bu bütünlüğün yaşamın değişik alanlarındaki yeni-liberal operasyonun önemli parçası olduğu düşüncesindeyiz. Sağlık sistemleri sınıfsal güç ilişkilerinin yansıdığı politik bir arenada şekillenir. 1980’lerden beri bu arenada sağın etkili olduğu ve sağlık reformlarının da bu rüzgarla şekillendiği görülmektedir. Bu durum sağlık sistemlerindeki sorunların çözümü açısından başka seçeneklerin olmadığı anlamına gelmez.

* Dr. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bu yazıda sağlık reformlarının temel amaçları, reform denilen kapsamlı değişimi uyaran ekonomik-toplumsal ortam, reform stratejileri ve sonuçları değerlendirilecektir.

Sağlık reformu nedir ?

Sağlık sektörü reformu, sağlık sektörünün performansını ve işlevselliğini, nihai anlamda ise toplumun sağlık düzeyini geliştirmek üzere planlanmış ve hükümetçe rehberlik edilen, politika ve kurumsal düzenlemelerdeki yapısal değişim sürecidir (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1997: 3). Bu süreçte sağlık sisteminin organizasyonu, finansmanı ve hizmet üretiminde geçerli olan yapılar değiştirilir. Reform denilen değişiklik küçük çaplı ya da evrimsel değil, yapısal niteliklidir. Politika hedeflerindeki değişimi ifade eder. Rastgele değil, planlıdır. Bir kerelik değil, uzun süreli ve sürdürülebilir niteliklidir (Saltman RB, Figueras J 1997: 3).

Sağlık reformlarının geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde DSÖ'nün üç önemli temel değerinin bulunduğu görülmektedir. Bunlar eşitlik (equity), dayanışma (solidarity) ve verimlilik (efficiency). Bütün bunların sağlanabilmesi açısından hükümetlerin belirleyici sorumluluğunun bulunduğu WHO tarafından da saptanmaktadır (WHO 1996). Temel amacı toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi olan sağlık reformlarının bu amaca ulaşabilmesi için eşitlik, dayanışma ve verimlilik değerlerine tam anlamıyla sadık kalması, reform anlamını taşıyan bütün değişikliklerin sağlık sisteminde eşitlikçi, dayanışmacı ve verimli etkiler göstermesi, var olan eşitsiz ve verimsiz unsurları, ilişkileri ortadan kaldırması gerekir. Aksi takdirde toplum sağlığı hedeflerinden uzaklaşmış olacaktır.

Reform sürecinin amaçları şu şekilde belirlenmektedir:

- 1- Sağlık düzeyini, sağlık hizmetini kullananların memnuniyetini geliştirmek ve hizmetin kalitesini artırmak.
- 2- Dezavantajlı grupları gözeterek sağlıkta eşitliği sağlamak.
- 3- Kaynakları öncelikli etkinliklere yönlendirerek tahsisat verimliliğini (allocative efficiency), tahsis edilen kaynakları daha iyi kullanarak da teknik verimliliği (technical efficiency) artırmak, sonuçta sağlık harcamalarını daha maliyet etkin (cost effective) biçimde gerçekleştirmek (Kutzin 1997: 1). Özellikle ekonomik baskılar hükümetleri hükümet dışı kaynaklar bulmak yönünde tercihleri yönlendirmektedir. Bu yönelime maliyet etkinliğin artırılması gereği de eklenince sağlık sistemlerinin yönetimi sorunu ön plana çıkmaktadır. Kaynak sorunuyla ilişkili olarak tahsisat, yönetim ve mobilizasyon boyutları önem kazanmaktadır. Verimliliğin artırılmasının daha iyi sağlık hizmeti talebiyle, maliyetlerin düşürülmesi zorunluluğu arasındaki gerilimi çözmeye yarayacağı belirtilmektedir (Hurst J 2000: 755).

Sağlık reformları, sağlık sektöründeki gerekçeleri ne

olursa olsun, yeni arayışların ürünüdür. Bu anlamda sağlık reformları sosyal devletçi "klasik" sağlık paradigmasının kökten değişikliğe tabi tutulduğu bir süreçtir.

Sağlık reformlarını gerekli kılan gelişmeler

Sağlık sistemlerinin reforme edilmesi yönündeki gereklilik özellikle son 20 yıldır uluslar arası sağlık kamuoyunun gündeminindedir. Buna karşın reformları zorunlu kılan etkenlerin sosyal devlet oluşumu sürecinde boy atmaya başladığı söylenebilir. İlk bakışta mantıksız gibi gelecek olan bu gelişme doğrudan kapitalist ekonomilerin iç çelişkileriyle ilişkilidir.

İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda gelişen sosyal devlet döneminde ortaya çıkan en önemli siyasal gelişmelerden birisi sağlık hizmetlerinin devlet ya da kamu fonları aracılığıyla sosyalleştirilmesi olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin anlamı kamunun sağlık hizmetleri üretimini üstlenmesi ve finansmanın toplumsal sınıfların katkılarıyla oluşan kamu fonları aracılığıyla sağlanmasıdır. Sosyalleştirmenin gerektirdiği sınıfsal uzlaşma İkinci Dünya Savaşı'nın yarattığı siyasal ve toplumsal koşullarda sağlanabilmiştir. Sosyalleştirme sağlık hizmetlerinin geniş olarak kamu eliyle sunulması demekse de sağlık sektörü içindeki özel sermaye birikiminin ortadan kaldırılması anlamına gelmez. İlaç ve tıbbi teknoloji üretimi sosyal devletçi dönemde de tamamen özel sektöre bırakılan alanlar olmuş, öte yandan tıbbi bakım hizmeti üretiminde de özel sektöre şans verilmiştir. Özel sektörün sağlık sistemi içinde ne ölçüde yer alacağı, bu alandaki ortalama kar oranıyla yakından ilişkilidir. Zamanında sağlık hizmetlerinin kamuya bırakılmasının nedeni, sağlık hizmetleri üretiminden elde edilen kar oranının düşüklüğü ve sermaye tarafından yatırıma değmez olarak nitelenmesiydi.

Savaş sonrası dönemde Dünya kapitalizminin içine girdiği uzun genişleme dönemi sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine olanak tanıyan temel etkindir. Genişleme bir yandan sosyal devletçi düzenlemeleri olanaklı kılmış, bir yandan da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi (özellikle imalat sanayinin gereksindiği sağlıklı emek gücünün kamu tarafından üretilmesi üzerinden) kar oranlarının artırılmasını, bir diğer deyişle ekonomik genişlemenin geniş tabanlı bir toplumsal mutabakat zemininde gerçekleştirilmesini sağlamıştır.

Ancak, ilk bakışta süreklilik gösterecek görüntüsü sergileyen bu düzenlilik kapitalizmin iç çelişkileri sonucunda 1970'lerin ortasında ciddi bir kırılmaya uğramıştır. 1970'lerin ortası kapitalizmin, bugün halen devam eden önemli kriz dönemlerinden birisinin başlangıcıdır. 1970 krizi toplumsal mutabakatın zeminini ortadan kaldırarak sosyal devletçi bütün düzenlemelerin toplumun en güçlü sınıfı konumundaki burjuvazi tarafından geçersiz ilan edilmesiyle sonuçlanmıştır. Böylece "parasız sağlık hizmeti", "kamusal hizmet" gibi kavram ve olgular "klasik" paradigmanın en çok eleştirilen ve reddedilen unsurları olmuşlardır. Sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde sosyal devletçi paradigmanın dışındaki

arayışları gündeme getiren temel ekonomik ve siyasal yapı esasen budur. Ancak bu yapının içinde sağlık sektörünün kendi içinde boy veren kimi içsel gelişmelerin de etkili olduğu, çerçeveyi tamamlayıcı bir rol üstlendikleri ve sosyal devletçi paradigmanın kırılma gücünü artırıcı etki gösterdikleri görülmektedir. Bu içsel etkenleri merkez ve çevre kapitalist ülkeler için ayrı ayrı ele alarak incelemek yararlı olur.

Sağlık reformları öncesinde merkez kapitalist ülkelerin genel durumu

İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen dönemde kapitalizmin merkezindeki ülkelerde sağlık sistemindeki gelişmeler açısından altı çizilmesi gereken nokta sağlık harcamalarının neredeyse önlenemez biçimde artışıdır. Sağlık harcamaları, tüm merkez kapitalist ülkelerde kamu harcamalarının en önemli kalemini oluşturur duruma gelmiştir. Bugün merkez kapitalist ülkelerde nüfusun hemen tamamı kamu sigortalarının üyesidir. Sonuçta, 1980'lerin sonunda sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı %10'u aşmış ve bu oran eğitim ve savunma harcamalarının bile üzerinde bir düzeye ulaşmıştır (**World Bank 1993: 259**). Bu gelişme sağlık harcamalarının sınırlanması, kamunun sağlıkta ağırlığının azaltılması arayışlarını gündeme getirmektedir.

Genişleme dönemi boyunca sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranı, çoğu kez, ulusal gelirin yıllık artış oranının üzerinde seyretmiştir. 1970-89 aralığı için Almanya, Japonya ve ABD'de aradaki fark %30'un üzerinde, Fransa'da %20, Kanada ve İngiltere'de ise %10'dur. Kısacası artı değer üretimine doğrudan katkıda bulunmayan sağlık sektörü, toplam üretimin büyüme hızının üzerinde bir hızla kaynak tüketir duruma gelmiştir. Kapitalist ekonomileri nihai anlamda sıkıntıya sokan en önemli nokta budur.

Sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri içinde hastanecilik hizmetlerinin harcamalardaki ağırlığı, ayaktan tıbbi bakım hizmetleri ve ilaç harcamaları karşısında artmıştır. 1990'lar başında hastanecilik hizmetlerinin toplam sağlık harcamalarındaki payı %60'a, hükümetlerin cari harcamaları içinde ise %50-80'e ulaşmıştır (**WHO 1992: 1**). Buna karşılık ayaktan tıbbi bakım hizmetlerinin payı hemen hemen aynı oranda azalmış, ilaç harcamalarının ise sabit kalmıştır. Bu gelişme hastanecilik hizmetlerindeki verimliliği tartışma konusu yapmakta, hastanelere özel yeni yönetim tekniklerini, kaliteli hizmet, finansman ile üretimin birbirinden ayrılması türü organizasyon arayışlarını özellikle gündeme getirmektedir (**McKee M, Healy J 2000: 805-809**).

Sağlık sektörü emek yoğun özelliği yanında, teknoloji yoğun bir nitelik de sergiler. Hastanecilik harcamalarının artışının en önemli nedeni budur. Hizmetin teknoloji yoğun niteliği sağlık sektöründeki tekelleşme eğilimlerini de güçlendirmektedir. Sektör içindeki en önemli oligopol yapılar kamu finansman kurumları ile ilaç ve teknoloji üreticisi tekelleridir. Bu durumda kamu kurumları kaçınılmaz biçimde kendi dışlarındaki oligopol yapıları

besleyen bir işlev görmektedir. Tekelleşmenin harcamalardaki artışa hız kazandırdığı, hizmet verimliliğini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bütün bunlar da ilaç ve teknolojinin rasyonel kullanımı gereğini doğurmaktadır.

Böylece İkinci Dünya Savaşı sonrası genişleme döneminin merkez kapitalist ülkelerde sağlık sektörü açısından en önemli özellikleri sağlık harcamalarının artışı, harcamalar içinde hastanecilik harcamalarının toplamın giderek daha büyük bölümünü yutuyor olması ve bütün bunların ortaya çıkardığı verimlilik tartışmalarıdır. 1980'lerin sonlarına gelindiğinde, sağlık harcamaları hükümetler tarafından ekonominin içinde sürdürülemez bir yük olarak algılanmaya başlanmıştır. 1980'lere kadar olan dönem sağlık hizmetleri açısından, kendi iç olanaklarını yavaş yavaş tüketen bir tür "altın çağ" olarak nitelenebilir. Bütün değerlendirmeler, müdahale edilmediği takdirde sağlık harcamalarındaki ve kamu payındaki artış eğiliminin daha da belirgin biçimde süreceğini, bunun da ekonominin diğer sektörleri ve özel sermaye üzerinde ciddi basınç oluşturacağını gösteriyordu. İşte bu noktada merkez kapitalist ülkeler sağlık harcamalarındaki artışı ve kamunun payını sınırlayacak bir dizi stratejiyi geliştirmeye ve uygulamaya yöneldiler. Bu anlamıyla sağlık reformları sınıfsal ilişkilerin de yeniden düzenlenmesini ifade etmekte ve tam anlamıyla bir sınıfsal kapışma anlamına gelmektedir.

Sağlık reformları öncesinde çevre kapitalist ülkelerin genel durumu

Kapitalizmin İkinci Dünya Savaşı sonrasında içine girdiği genişleme dönemi global ölçekte geçerli olsa da, çevre ülkeleri üzerinde olumlu etkileri son derece sınırlı kalmıştır. Sosyal devletçi sağlık paradigmasının en temel bileşeni olan "sağlık herkesin hakkıdır" biçimindeki kabulün geçerliliği çevre ülkeler için ancak söylem düzeyinde gerçekleşebilmiştir. Örneğin Dünya'daki toplam sağlık harcamalarının %90'ını Dünya nüfusunun ancak altıda birinin yaşadığı yüksek gelir grubundaki 22 ülke yapmaktadır. Tek başına ABD'nin toplam sağlık harcamalarındaki payı %41'dir (**Hanson K, Berman P 1998: 195-198**). Bunun en önemli nedeni kapitalizmin emperyalist örgütlenme hiyerarşisinin çevre ülkelerden merkeze doğru kaynak aktaran ve çevreyi sömüren yapısıdır. Özellikle çevre ülkelerin yoksul toplumsal sınıfları emperyalist global sömürünün acısını daha derinden hissetmektedir.

Buna karşılık kapitalizmin son krizi çevreyi merkeze göre daha fazla oranda etkilemiştir. Esasen çevredeki kapitalist ülkeler bir tür sürekli kriz hali durumundadırlar. Bunun nedeni merkez kapitalist ülkelerin krizin faturasını kendi içlerinde emekçi sınıflara, global ölçekte ise çevre ülkelere çıkarmalarıdır.

Aynı durum sağlık açısından da geçerlidir. Merkezde sağlık harcamaları binlerce Dolar ile ölçülürken, çevrede sağlık ve diğer sosyal sektörler için kaynak bulmak

neredeyse olanaksızlaşır. Üstelik çevre ülkelerin sağlık hizmetine olan gereksinimi daha belirgindir. Merkezde sağlık hizmetleri hemen tamamen kamusal fonlarla finanse edilirken, çevrede özel harcamalar öndedir, çünkü kamu, sağlığı kendi sorumluluk alanı içinde görmemektedir. Çevre ülkelerde sağlık hizmetlerinin alt yapısı oluşturulamamıştır. Birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri zayıftır. En önemli sağlık kurumları, ancak belli büyük kentlerdeki, merkez kapitalist ülkelerekinde özenerek yapılmış hastanelerdir. Bu haliyle sağlık sistemi tipik bir sömürge yapısı sergiler.

Çevre kapitalist ülkeler merkeze göre daha heterojen bir bütünlük oluştursa da sağlık sistemleri bakımından aşağıdaki noktalara dikkat çekilebilir:

Afrika ülkelerinde kriz döneminde sağlık harcamaları daha da düşmüştür. 20 Afrika ülkesinde yıllık kişi başı sağlık harcaması 1982'de 9.5 Dolardan, 1985'de 8.7 Dolar'a inmiştir (Evlo K, Carrin G 1992: 166). Sahra-Altı Afrika'da ise yıllık kişi başı sağlık harcaması 1975'de 5.16, 1985'de ise 4.70 Dolar olarak gerçekleşmiştir. Bunun da %50'si özel harcamalar biçimindedir (Corte R 1992: 2).

Sağlık harcamalarının hastanecilik hizmetlerinde ve kentlerde yoğunlaşması şeklindeki eğilim çevre ülkeler için daha fazla oranda geçerlidir. Afrika'da nüfusun %19-44'ü kentlerde yaşamasına karşın, sağlık harcamalarının %80-89'u kentlerde yaşayanlarca gerçekleştirilmiştir (WHO 1978: 89). Hastane harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki oranı Lesotho'da %74, Zimbabwe'de %54, Botsvana'da %49'dur (Sikosana PLN, Dlamini QQD, Issakov A 1992: 8-9). Oysa bu ülkelerin öncelikli gereksinimi koruyucu sağlık hizmetleri yönündedir.

Sevk sisteminin iyi olduğu ülkelerde bile hastaneler en fazlasından 10 km çaplı bir bölgeye hizmet verebilmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamalarından da kentli nüfus yararlanabilmektedir. Hekimlerin %70'i, hemşirelerin %40'ı, ebelerin %60'ı toplam nüfusun %30'dan azının yaşadığı kentsel bölgelerde toplanmıştır. İlaç harcamalarının da %60'ı kentlerde gerçekleşmektedir (World Bank 1987: 21-23).

Çevre ülkelerde özel sağlık harcamalarının ağırlığı fazladır. Özel harcamalar hizmeti kullanım anında yapılan cepten ödemeler biçimindedir. Öte yandan geleneksel iyileştiriciler özel sağlık harcamalarından önemli pay almaktadır. Senegal'de toplam sağlık harcamalarının %39'u, Mali'de %54'ü özel harcamalar şeklindedir (UNICEF 1990: 10-11; Vogel RJ 1988: 1-2; Ogbu O, Gallagher M 1992: 615). 1990-96 döneminde 48 Sahra-Altı Afrika ülkesinde kişi başı yıllık kamu sağlık harcaması miktarı 11.2, özel sağlık harcaması miktarı ise 19.6 Dolar'dır (Peters D ve diğerleri 2000: 761-769).

Sosyal güvenlik sistemleri nüfusun ancak ücretli kesimlerini kapsayabilir. Kırsal kesim önemli oranda sağlık güvencesinden yoksundur.

Tıp eğitiminin içeriği merkezdeki ülkelere benzemektedir. Ülkelerin kendi koşullarına,

gereksinimlerine uygun değildir. Hekimler arasında uzmanlaşma, hastanelerde çalışma, kentlerde toplanma ve merkez kapitalist ülkelere göç etme eğilimi güçlüdür.

Bütün bunlar sağlık gereksinimlerinin karşılanamamasına, eşitsizliklere, verimsizliğe, kalite düşüklüğüne neden olmaktadır. Tanımlanan ortam, çevre ülkelerde sağlık sistemlerindeki reform çalışmalarının başlatılmasına neden olmuştur. Buna karşılık, bu ülkelerin söz konusu değişimi kendi başlarına gerçekleştirmeleri de güçtür. Bunun nedeni kaynakların ve yönetim kapasitesinin yetersizliğidir. Bu durumda uluslararası kamuoyunun baskısı, çevre ülkeleri uluslararası kapitalist sistemin içinde tutma yönündeki kaygılar ile çeşitli sağlık sorunlarının çevreden merkeze yayılabilme riski DSÖ ve Dünya Bankası gibi kurumları hareketlendirmektedir.

DSÖ'nün sağlıkla ilgili sorunların asli uluslararası aktörü olarak, sürecin eskiden beri içinde olduğu bilinmektedir. Burada asıl dikkat çeken gelişme, Dünya Bankası'nın 1980'lerin sonlarından itibaren özellikle çevre kapitalist ülkelerin sağlık sistemleriyle ilgili olarak sistem değişiklikleri önerileri geliştirmesi, konuyla ilgili olarak kapsamlı dokümanlar üretmesi ve sağlık sisteminde özelleştirme uygulamalarını gündeme getirmesidir (WB 1987; Griffin CC 1990). DSÖ ise Banka'nın bu müdahalesi karşısında uzun süre sessiz ve çekimser bir tutum sergilemiştir. Örgütteki bu politik sessizliğin, daha doğru bir deyişle politikasızlığın halen sürdüğü söylenebilir. Nitekim DSÖ özelleştirme politikalarını doğrudan savunmuyorsa da, çeşitli yayınlarında halen reform stratejilerini ajandasında bulundurmakta; rekabet, işletmeleştirme gibi piyasacı düzenlemeleri ise, olumsuz sonuçlarından söz ederek de olsa daha açıktan önermektedir.

Reform politikalarının temel amaçları

Sağlık sistemlerinde reform arayışlarının gündeme geldiği 1980'lere gelindiğinde, Dünya'da sağlık sektörünün durumu merkezde harcamalarla şişmiş, çevrede ise kaynak yetersizliğinden kurumuş bir görüntü sergilemekteydi. Finansal durumla ilişkili bu tablonun yanı sıra, bütün ülkelerde, kaynakların yanlış noktalara tahsis edilmesiyle tanımlanan tahsisat verimsizliği ve tahsis edildikleri noktadaki yönetim becerilerinin yetersizliğiyle tanımlanan teknik verimsizlik sorunları vardı. Sağlıktaki eşitsizlikler ekonomik kriz nedeniyle bütün ülkelere artmaktaydı. Eşitsizlikler hem ülkeler arasında, yani merkez ile çevre arasındaydı, hem de merkez ve çevre ülkelerin ulusal sınırları içinde, sınıflar arasında gelişmekteydi. Merkezdeki ülkelerde bile yüksek düzey yöneticiler, burjuva sınıflar ile mavi yakalılar, niteliksiz emekçiler ve işsizler arasındaki eşitsizlikler alan araştırmalarıyla kolayca saptanabilmekteydi. İlaç ve tıbbi teknolojide hızlı gelişmelerin olduğu bir dönemde eşitsizliklerdeki artış, sağlıktaki gelişmelerden varlıklı sınıfların yararlanabildiğinin göstergesiydi.

Özetlenen bu tabloyla bağlantılı olarak sağlık sistemlerindeki reform arayışları özellikle finansman

boyutunda ortaya çıkmıştır. Temel amaçlar harcamaların sınırlanması, kamu sağlık harcamalarının azaltılması, kamu dışında yeni kaynak kanallarının yaratılması, var olan kaynakların daha verimli kullanılmasıdır. Harcamaların sınırlanması ve verimliliğin artırılması çabaları, sağlık sistemlerinin organizasyon ve yönetim boyutlarını da ilgilendirmektedir. Çünkü sistemin organizasyon ve yönetimi harcamalar ve verimlilik üzerinde de belirleyici olmaktadır. Harcamaların sınırlanması özellikle merkez kapitalist ülkeler, yeni kaynakların yaratılması ise zaten kaynak sıkıntısı çeken çevre ülkeleri için geçerlidir.

Aslında sağlık reformlarının amaçları arasında harcamaların azaltılmasına, sınırlanmasına, kamu ve özel sektör sorumluluklarının yeniden düzenlenmesine, kamunun sorumluluklarının sınırlanmasına yönelik unsurların dışında, hizmet kalitesinin artırılması, toplumsal sağlık düzeyinin yükseltilmesi gibi başka amaçlara da yer verilmektedir (Saltman RB, Figueras J 1997: 5-38). Ancak bunlar hiç bir zaman finansmanla ilgili kaygıların önüne geçememişlerdir. Bunun nedeni ise kapitalizmin içine girdiği kriz ortamında sağlık sektörüne ayrılan kaynakların kısıtlanması zorunluluğu ve toplumsal sağlık sonuçlarının ise her zaman bu ekonomik nesnellığe tabi kılınmasıdır. Bu nedenle sağlık reformlarındaki amaçlar denilirken, kısaca harcama başlığının belirtilmesi yeterli olur. Nitekim sağlık reformlarını yaşama geçirmek amacıyla geliştirilen stratejiler içinde de bu başlık tamamen belirleyici konumdadır.

Sağlık sistemlerini reforme etmek için geliştirilen stratejiler

Sağlık hizmetlerindeki reform süreci, sağlık sistemlerinin bütün bileşenlerini değiştirmeyi hedefler. Örneğin kaynakların organizasyonu bunlardan birisidir. Kaynakların organizasyonu denildiğinde kamu ve özel sektörün sorumluluklarının yeniden tanımlanması, desantralizasyon, Bakanlık yapısının değiştirilmesi, cepten ödemeler, kamu ve özel sigortacılık anlaşılmaktadır. Bir diğer bileşen, sağlık hizmetlerinin yönetimi boyutudur. Yönetim reformunun başlangıcında yönetim kapasitesinde yetersizlik saptaması yapılmıştır. Bu soruna yönelik olarak da liderliğin geliştirilmesi, karar oluşturma kapasitesinin artırılması, sağlık kurumlarının işletmeleştirilmesi, personele işletme ortamıyla ilişkili teknik becerilerin kazandırılması gibi uygulamalar önerilmektedir (Kutzin J 1997: 2).

Reform stratejilerinin sağlık sistemi içinde arz ve talep yönlerini etkilemek üzere planlandığı görülmektedir. Talebi etkileyen stratejiler sağlık güvence paketinin daraltılması, kullanıcı ödentileri, katkı payları, sağlık harcamaları üzerinde global bütçeleme ile sınırlama getirilmesidir. Talebe yönelik stratejiler doğrudan doğruya hizmeti kullananların, sağlık hizmetine yönelik taleplerini kısıtlamayı amaçlar. Sağlık hizmetine yönelik gereksinim (sağlık sorunları) değişmediği sürece hizmet kullanımının finansal ve yönetsel mekanizmalarla azaltılmaya çalışılması, sağlık hizmetine gereksinimi daha çok, ancak

hizmeti kullanan özel kaynakları kısıtlı olanların durumunu daha da kötüleştirir ve eşitsizlikleri artırır. Öte yandan talebe yönelik stratejilerin uygulanması, kullanıcılar genellikle örgütsüz ve karşı çıkma potansiyelleri zayıf olduğu için daha kolaydır. Arz yönlü stratejiler ise hizmetin büyüklüğünü ve maliyetini kontrol etmeyi hedefler. Hizmet üreticilerini etkileyecek uygulamalardır. Ödemelerin global bütçeleme ile gerçekleştirilmesi, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının mesleki uygulamalarıyla ilgili standartların, kontrol listelerinin geliştirilmesi arz yönlü stratejilerin örnekleridir (Hurst J 2000: 755). Bazı uygulamalar ise hem arzı, hem de talebi etkiler. Örneğin finansmanın ağırlıklı olarak kullanıcı ödentileri ile sağlanması, hizmetten yararlananların ekonomik durumları kötüyse talebi azaltır, arz tarafında yani hizmet üreten kurumlarda ise sağlık ortamına yönelik belirsizlik, güvensizlik hissi uyandırır.

Bütün bu stratejik çeşitliliğe biraz daha ayrıntılı olarak bakıldığında şöyle bir tabloyla karşılaşılmaktadır. Örneğin, merkez kapitalist ülkeler sağlık harcamalarındaki artışa yanıt olarak genel bütçe içindeki Sağlık Bakanlığı paylarını kısıtladılar. Sigorta sistemini kullananlar ise hastane yapı maliyetlerini, ilaç ve tedavi giderlerini azalttılar, maliyet paylaşım programlarını yaygınlaştırdılar, kısacası sağlık güvence paketini küçülttüler. Ödeme sistemlerinde kimi değişikliklere gidildi. Kimi ülkeler hekimlere yaptıkları ödeme sisteminde hizmet başı ödeme yerine, kişi başı ödemeyi geçirdiler. Böylece hekimlerin, sigorta kuruluşlarına fason hizmet fatura etmelerini engellemeye çalıştılar. Daha pahalı olan hastane bakımının yerine, evde hasta bakımı, ayaktan ameliyat uygulamaları yaygınlaştırıldı. Program bütçeleme, maliyet analizi gibi muhasebe teknikleri kullanılmaya başlandı. Özelleştirme yaygınlaştırıldı. Dikine biçimde entegre edilmiş kamu sağlık sistemleri (public integrated model), kamu sözleşmesi modeline (public contract model) dönüştürüldü. Böylece sağlık sistemlerinin içine piyasa ilişkilerinin ve rekabet unsurunun sokulması hedeflendi. Merkezi kamu otoritesinin konumu yalnızca denetleyicilik ve standart belirleyicilik ile sınırlandırıldı. Hizmeti kullananlara daha fazla oranda hekim "seçme" hakkı tanındı. "Seçme" hakkı ile hastaların, hekimler arasındaki rekabeti uyarması ve denetlemesi sağlanmaya çalışıldı. Kısacası bireylerin "tercihleri" de piyasa içinde işlevsel kılındı. Maliyet paylaşımı programlarıyla talebin sınırlanmasına yönelik. Sigorta programlarının ve diğer kamu fonlarının güvencesindeki hastane yatış süreleri, geri ödeme miktarları, ilaç kullanımı azaltıldı. Kısacası sağlık hizmetlerinin maliyeti daha fazla oranda hizmeti kullananların üzerine yıkıldı (Van De Ven WPMM 1996: 656-657; Wall A 1996: 190-194).

Çevre ülkelerde ise Dünya Bankası'nın rehberliğinde şöyle bir çeşitlilik görülmektedir. Özellikle tedavi edici hizmetlerde ve ilaç masraflarının karşılanmasında kullanıcı ödentilerine geçiş. Hükümetlerin pahalı olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin masrafını karşılamak için kullanacağı kaynakları yaratmak amacıyla sigorta sistemlerinin kurulması. Hükümet tarafından sunulan sağlık

hizmetlerinin desantralizasyonu, devlet "hierarchy'sinin" azaltılması (Jailly JB 1991: 2-3).

Bütün bu çeşitlilik içinde talebi, yani kullanımı etkilemeyi hedefleyen maliyet sınırlayıcı ve paylaşımcı stratejiler en kolay, dolayısıyla da en çok uygulananlardır. Reformların temel amaçları da zaten bu stratejilerin hedefleriyle örtüşmektedir. Bu nedenle reform çeşitliliği içindeki yönetim kapasitesini geliştirmeyi hedefleyen stratejilerin, maliyeti sınırlayacak, paylaşılacak, sektörü piyasalaştırıp, sağlık kurumlarını işletmeleştirilecek kurumsal potansiyeli sağlamaya yönelik uygulamalar olduklarını söylemek en doğrusu olacaktır.

<p style="text-align: center;">Sağlık Reformları</p> <p style="text-align: center;">Sağlık Bakanlığı yapısının yeniden düzenlenmesi, Kaynakların artırılması, Yeni kaynakların geliştirilmesi, Yabancı kaynak desteği, Kaynaklarla gereksinimler arasındaki farkın kapatılması, Kaynak kullanımının rasyonalizasyonu, Kullanıcı ödentileri, Toplum finansmanı teknikleri, Özelleştirme, Sağlık sigortası, Desantralizasyon, Kamu hizmetlerinde sözleşme uygulaması, Maliyetin sınırlandırılması, Hastanelerin yeniden yapılandırılması, işletmeleştirilmesi, Düşük öncelikli alanlara yapılan harcamaların kısıtlanması, Verimliliğin artırılması.</p>
--

Sağlık reformu stratejilerinin sonuçları açısından genel değerlendirme

Sağlık reformlarının sonuçlarını, her bir strateji için ayrı ayrı değerlendirmek bu yazının kapsamına sığmayacak bir uğraş olur. O nedenle okuyucuya bu türden daha ayrıntılı ve kapsamlı bir değerlendirme için bir başka çalışmayı önererek (Belek İ, 2001: 277-330) burada konuyu en genel hatlarıyla ele almak zorunluluğu var.

Yukarıda reformlara temel oluşturan değerler olarak eşitlik, dayanışma ve verimlilik unsurlarının belirlendiği saptaması yapılmıştı. Ancak bu değerlerin reform sürecinin görüntüsünü oluşturduğu, yapısal olarak reformların belirlenmesini etkileyemediği görülmektedir. Örneğin sağlık sistemlerine eşitlikçi müdahale vurgusu eşitsizlikleri yaratan asıl unsur olan kapitalizme ve sınıfsal ilişkilere dokunulmaksızın gerçekleştirilmekte, en fazlasından mevcut kaynakların şimdikine göre daha fazla oranda dezavantajlı toplumsal gruplara yönlendirilmesi gerektiği biçiminde somutlanmakta ve sağlık alanında geliştirilen bu tür stratejiler ekonominin geneli düzeyinde desteklenmediği için sağlık sistemlerinin yapısında kalıcı gelişmeler sağlanamamaktadır. Örneğin sağlık sistemlerinin eşitlikçi niteliğini geliştirmek bakımından birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi gereği üzerinde durulmakta, ancak bu öneri, özelleştirme stratejisiyle birlikte gündeme getirildiğinde tamamen geçersizleşmektedir.

Verimlilik konusu ise mikro düzeyde ele alınmaktadır. Çoğu kez tıbbi girişimlerin en az maliyetle ve en iyi biçimde gerçekleştirilmesi verimlilik olarak tanımlanmaktadır. Oysa verimlilik öncelikle toplumsal üretimden elde edilen kaynakların hangi sektörlere, ne kadar paylaşılacağı düzeyiyle ilişkilidir. Bu düzeyde sanayi sektörü, sosyal sektörler, askeri harcamalar, vb. birbirleriyle rekabet içine girerler. Kaynakların bölüşümünü bu düzeyde ele almayan bir verimlilik stratejisi daha en başından eksikli kalacaktır. Sağlıktaki reform arayışlarının öncelikle bu türden bir zaafı bulunmaktır. Verimlilik tartışmalarındaki ikinci düzey sağlık sektörüne ayrılan kaynakların sektör içinde hangi alanlara tahsis edileceğiyle ilişkilidir. Bu düzeyde de tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin rekabeti söz konusu olacaktır. Kapitalist üretim ilişkileri kalıcı olduğu sürece, karı maksimize eden niteliği nedeniyle tedavi edici hizmetlerin öne çıkması kaçınılmazdır. Sağlıktaki reform arayışlarının verimlilik bağlamı ikinci önemli eksiği buradadır ve bu arayışlar koruyucu hekimlik vurgusu yapmanın ötesinde, yapısal sorunlarla ilgilenmemekte, kaynakların sektörler arasında yeniden dağıtılmasını sağlayacak politik netlik, tutarlılık sergilenmemektedir. Hatta verimliliği artırmak açısından piyasayı ve özel sağlık sektörünü önerdikleri ölçüde verimliliği azaltan bir işlev görmeleri de kaçınılmaz olmaktadır.

Sağlık reformlarının dayanışma açısından öne çıkardığı en önemli strateji sağlık sigorta sistemlerinin kurulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından, sigortacılık ya da genel bütçe sistemi özellikle çevre ülkelerde zayıftır ve bu durum sağlıktaki dayanışmacılığın eksikliğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Dayanışmayı sağlamak açısından reformların tercihini servet vergilerine oturan genel vergi sistemi değil de, sigorta sistemi olması ilginçtir. Bilindiği gibi sigorta sistemi yarı yarıya işçi sınıfı ve burjuvazi tarafından üstlenilen bir sistem olduğu için burjuvazi açısından kabul edilmesi daha kolay olan stratejidir. Ancak gelir dağılımının tamamen bozulduğu, yoksulluğun derinleştiği, spekülasyon mali sermaye hareketlerinin denetim dışı bırakılarak ekonominin geneline hakim olduğu günümüzde, geliri daha önemli oranda yeniden dağıtıcı, bu anlamda da daha dayanışmacı olan tercih servet vergilerine dayalı bir genel vergi sistem olabilir. Sermaye sınıfı üzerine doğrudan vergi getirmek ise günümüz koşullarında sistem içi kanallarla ulaşılabilecek bir hedef olmaktadır. Bir de bu nedenle sağlıktaki reform arayışları kendi önüne koyduğu değerlerle uyumsuz, ancak reel politik duruma uygun olmak anlamında daha "gerçekçi" bir yönelim sergilemektedir.

Sonuç olarak sağlıktaki reform süreci dar kapsamda ele alınırsa verimsizlik, eşitsizlik gibi doğru sorunları saptayarak yola koyulmuş, ancak bu sorunların kökenindeki temel nedeni, kapitalist üretim ilişkilerini göremediği, buna uygun bütünsel çözümler geliştirebilmek bakımından ekonominin diğer sektörlerini de içeren bir sistem bütünlüğü yaklaşımı sergileyemediği için benimsediğini belirttiği değerlerden hep uzak bir mecrada seyretmiştir.

Bütün bunların ötesinde reform stratejilerinin oluşturduğu genel yapı, sağlık sistemlerini piyasaya açmayı, sağlık sistemleri içine rekabet ilişkilerini sokmayı, kamunun sağlık hizmetleri üretimindeki ağırlığını azaltmayı, özelleştirmeyi hedeflediği için; sağlık hakkını zedeleyecek, eşitsizlikleri artıracak, sağlık hizmetini paralılaştıracak, sağlık hizmetlerinin üretiminde duplikasyonlara neden olarak kaliteyi düşürecek, gereksiz teknoloji ve ilaç kullanımını özendirerek harcamaları körükleyecek bir bütünlüğe işaret etmektedir. Bu nedenlerle, sağlık reformları eski sosyal devletçi paradigmanın bütünüyle tasfiyesine yönelik olan ve sağdan gelen politik bir müdahale olarak değerlendirilmelidir. Sağlık reformlarının öne çıkan politik amacı ne olursa olsun, kamunun üzerindeki sağlık "yükünü" atmak, sağlık hizmetlerini bireysel bir sorumluluk alanı olarak yeniden düzenlemek ve hükümetleri bu süreci yöneten bir aktör olarak görevlendirerek, yetkinleştirmektir.

Şimdi bu değerlendirmeleri önemli reform stratejileri üzerinden biraz daha ayrıntılı olarak açabiliriz. Örneğin Sağlık Bakanlığı yapılarının "hierarchy'nin azaltılması" adına küçültülmesi, merkezi üretimin ve denetimin zayıflatılmasına neden olur. Bu da piyasa ilişkilerinin ve özel sektörün sağlık sistemine nüfuzunu sağlar. Pek çok çevre ülkede sağlık bakanlıkları yeterli personel sayına bile sahip değilken, küçültülmelerinin hedeflenmesi sağlık sistemlerini tamamen zayıflatıcı etkiler yaratır. Bölgeler, sınıflar arasındaki eşitsizlikler artar, koordinasyonsuzluk verimsizlik yaratır.

Kullanıcı ödentileri, maliyet paylaşımı stratejileri, toplum finansmanı yöntemleri, sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlamak için getirilen yeni ve çoğu dolaylı nitelikli vergiler, yeni gelir yaratma yolları, bütün bunlar özelleştirme politikalarının bileşenleridir. Temel gerekçe kaynak yokluğudur. Oysa bütün kapitalist ülkelerde işçilerin, emekçilerin, toplumun çoğunluğunun yarattığı değerlere burjuvazi tarafından el konulur. Bu nedenle, mali spekülasyona bağlı olarak polisiye türdeki yolsuzluk vakalarının giderek çoğaldığı kapitalist dünyada en temel ve en büyük yolsuzluk kapitalizmin kendisidir. Kapitalizm burjuva hukuku ile yasallaştırılmış yolsuzluk düzenidir. Bugün için insanlığın elinde önemli kaynaklar vardır, ancak bunlara kapitalistlerce el konulmakta ve buna da kar denilmektedir. Bunun dışında, kapitalist ülkelerdeki daha kaba yolsuzluk biçimlerinin, askeri harcamalardaki tırmanışın, reklam harcamalarının, vb. kaynak sorunu çerçevesinde ele alınmaları gerekir. Bütün özelleştirme biçimleri verimsizliği artırır. Hem sektörün çok parçalı duruma getirilmesi nedeniyle, hem de özel sektör tedaviyi ve parayı gözettiği için. Kamusal nitelikli olsa bile çok parçalı yapıları koordine etmek zor ve pahalıdır. Özel sektörde halk sağlığının yeri yoktur. Çünkü halk sağlığı politikaları ölüm ve hastalık yükünü en aza indirmeyi hedefler. Bu da sağlıktan para kazanmayı isteyen özel sektörün işine gelmez. Özel sektör eşitsizlikleri artırır. Çünkü ancak parası olanlar özel sektörden yararlanabilir. Kapitalizmin krizi içinde özelleştirme politikaları iki kutuplu

bir sağlık sistemi yaratır. Parası olmayanlar kaynakları iyice sınırlanmış kamu kurumlarından yararlanabilirken, parası olanlar yüksek teknolojiye özel sektöre başvurur. Özel sektör çoğu kez kamu kaynaklarıyla desteklenir. Bu da verimsizliği artırır. Pek çok ülkede özel sektörde çalışan hekimlerin kamuyla bağlantıları (hekimleri motive etmek gibi gerekçelerle) bilinçli olarak korunur ve düzenlenir. Bu da kamu kurumlarının özel sektör ve özel sektörde çalışanlarca sömürülmesine ve bir dizi ahlaki soruna yol açar.

Sağlık sistemlerine sokulan sözleşme ilişkileri piyasayı düzenlemenin aracıdır. İngiltere'deki deneyimler dikkate değer hiç bir kazanımının olmadığını göstermiştir. Sözleşme uygulaması devletin, kamunun ve sağlık bakanlığı yapılarının küçültülmesinin bir aracıdır. Sözleşme sisteminde maliyetlerin düşürülmesi, ancak ücretlerin baskılanması ve işten çıkarmayla olanaklıdır. Sözleşme sistemi sağlık sektörünü çok başlılaştırır, yönetsel maliyetleri yükseltir. Kurumlar arasında gereksiz rekabet yaratır. Planlama zayıflar. Ulusal, kamusal çıkarların yerini işletme çıkarları alır. Hastanelerde destekleyici hizmetlerin (mutfak, temizlik hizmetleri gibi) sözleşmeyle özel sektöre devri sonrasında kalitenin arttığına ilişkin hiçbir önemli veri yoktur.

Desantralizasyon merkezi yönetimi zayıflatır. Kapitalizm koşullarında desantralizasyon sermayenin gücünün uç noktalara taşınmasına yarar. Sermaye akışkanlığının artırılması, en ücra noktaların sermayeye açılması için desantralizasyon işlev görür. Sınıfsal ilişkilerin düzenlenmesi, örneğin vergi sisteminin yapısı ve gelir dağıtıcı politikalar merkezi düzeyde belirlenmeye devam edilirken, desantralizasyonla verginin toplanması ve belli ölçülerde kullanılması periferde aktarılır. İşte bu tür uygulamalar merkezi kararlara hız kazandırır. Sermayenin egemenliğine, mülkiyet ilişkilerine, gelir dağılımına dokunmayan desantralizasyon, sermayenin yeni bir egemenlik aracı olarak işlev görür. Desantralizasyonun toplum katılımı ve demokratikleşme ile doğrudan ilişkisi yoktur. Çünkü, toplum katılımını sağlamanın yolu, mülkiyet ilişkilerinin mülkiyeti üreten sınıfların belirleyiciliğine açılmasıdır. Kapitalist özel mülk edinme biçimi içinde desantralizasyon periferde yeni güç odakları yaratır, merkezdeki hiyerarşiyi periferde de tahkim eder.

Belki bütün stratejiler içinde tek desteklenebilir nitelikli olanı, gereksiz ilaç ve teknoloji kullanımını ve hizmet üretimini sınırlayacak, kapitalist sağlık sektörü içinde önemli bir güç odağı konumundaki hastanelere kimi standartlar uygulayacak olan standardizasyon çalışmalarıdır. Bunların da hekimlerden ve sağlık kurumu yöneticilerinden tepkiler aldığı görülmektedir.

Reform stratejilerinin olumsuz sonuçlarına ilişkin örnekler çoğaltılabilir. Reform stratejileri sağlık sistemlerinin içinde bulunduğu harcamaların fazlalığı ya da yetersizliği, verimsizlik ve eşitsizlik biçimindeki sorunların çözümünde yetersiz kalmakta, bunun da ötesinde bu sorunları ağırlaştıracak sonuçlar üretmektedir. Bunun nedeni sağlık sistemlerinin piyasacı özelliklerinin

artırılması ve toplumlar içindeki sınıfsal çelişkilerin giderek derinleşmesidir. Bu nedenle sağlık sistemlerindeki sorunların çözümü açısından kamucu, genel vergilerle finanse edilen, bütün yaşama ve üretim birimlerinde yaygın olarak örgütlenmiş bir sağlık sistemini, özelleştirmenin durdurulmasını, özel nitelikli bütün kurumların kamulaştırılmasını savunmak gerekir. Bu da yetmez. Sağlık sektörüne özel olan bu önlemlerin, toplumsal yaşantının ve ekonominin bütününe kapsayacak aynı nitelikli uygulamalarla desteklenmesi gerekir. Bu ise bugünkü kapitalist ekonomik örgütlenmeyi ve kapitalist sağlık sektörünü kendileri olmaktan çıkaracağı için, bu sistem tarafından becerilememektedir.

KAYNAKLAR

- Belek, İ.** (2001); "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", 2. Baskı, İstanbul: Sorun Yayınları.
- Corte, R.** (1992), "Financing Health Services in Sub-Saharan Africa", *Social Science and Medicine*, 34(1): 1-9.
- Evlo, K., Carrin, G.** (1992), "Finance for the Health Care: Part of a Broad Canvas", *World Health Forum*, Vol. 13.
- Griffin, C.C.** (1990), "Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector", Washington: World Bank.
- Hanson, K., Berman, P.** (1998), "Private Health Care Provision in Developing Countries", *Health Policy and Planning*, 13(3): 195-211.
- Hurst, J.** (2000), "Challenges for Health Systems in Member Countries of the OECD", *Bulletin of WHO*, 78(6): 751-760.
- Jailly, J.B.** (1991), "Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost Reduction?", The World Bank Population and Human Resources Department.
- Kutzin, J.** (1997), "Experience with Organizational and Financing Reform of the Health Sector", WHO.
- McKee, M., Healy, J.** (2000), "The Role of the Hospital in a Changing Environment", *Bulletin of WHO*, 78(6): 803-810.
- Ogbu, O., Gallagher, M.** (1992), "Public Expenditures and Health Care in Africa", *Social Science and Medicine*, 34(6): 615-624.
- Peters, D., Elmendorf, A.E., Kandola, K., Chellaraj, G.** (2000), "Benchmarks for Expenditures, Services and Outcomes in Africa During the 1990s", *Bulletin of WHO*, 78(6): 761-769.
- Saltman, R.B., Figueras, J.** (1997), "European Health Care Reform", WHO: Spain.
- Sikosana P.L.N., Dlamini Q.Q.D., Issakov A.** (1997), "Health Sector Reform in Sub-Saharan Africa", WHO.
- UNICEF** (1990), "Economic Crisis, Adjustment and the Bamako Initiative, Health Care Financing in the Economic Context of Sub-Saharan Africa".
- Wall, A.** (1996), "Conclusion", in Wall, A. (ed. by), *Health Care Systems in Liberal Democracies*, New York: Routledge Publications, 183-199.
- Wan De Ven, W.P.M.M.** (1996), "Market Oriented Health Care Reforms: Trends and Future Options", *Social Science and Medicine*, 43(5): 655-666.
- Vogel, R.J.**, (1988), "Cost Recovery in the health Sector", World Bank Technical Report Paper, Number 82, USA.
- WHO** (1978), "Financing Health Services", Geneva.
- WHO** (1992), "Hospital Economics and Financing in Developing Countries", Geneva.
- WHO** (1996), "The Ljubliana Charter on Reforming Health Care", 18 June Slovenia.
- World Bank** (1987), "Financing Health Services in Developing Countries", Washington.
- World Bank** (1993), "Investing in Health", Oxford University Press.