

DERLEME**SAĞLIKTA "DÖNÜŞÜM"ÜN TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİLERİ**

Sarp ÜNER*

Giriş

Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) sunumunda eksiklikler olduğunu belirten Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı, sağlık sektörü reformu kapsamında kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri birbirinden ayırarak, kişiye yönelik koruyucu hizmetlerin "aile hekimleri" tarafından verilmesi ile TSH'nin güçleneceğini iddia etmektedir (Dünya Bankası, 2003; TC Sağlık Bakanlığı, 2003). Oysa 1978’de Alma-Ata Bildirgesinde tanımlandığı şekilde TSH anlayışının önemli noktalarından birisi de "Çevreyle Bütünlük" tür (Eren N. ve Özbek Z, 1997) . Koruyucu hizmetlerde kişiye ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamaz. Bağışıklama hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla mücadelede aynı zamanda hem kişiye hem de topluma yönelik bir koruyucu hizmettir ve toplumsal yarar gözetilerek yapılır. Aile hekimlerinin salt kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vereceği yaklaşımı hatalıdır. (Aksakoğlu G, Kılıç B., Uçku R, 2003)

Bu yazıda bağışıklama başlığı altında koruyucu hizmetler/TSH ile desentralizasyon/sağlık reformu arasındaki ilişki çizilmeye, mevcut çalışmaların bir kısmı özetlenmeye ve reformların TSH’ne bazı potansiyel etkileri öngörülme ve sorgulanmaya çalışılacaktır.

Bağışıklama Neden Önemlidir?

Bağışıklamanın bir insan ve çocuk hakkı olduğu İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (Madde 25) ve Çocuk Haklarına Dair Sözleşmede (Madde 24) açıkça belirtilmektedir. Bağışıklama ile her yıl yaklaşık 3 milyon ölüm ve çok daha fazla hastalık ve sakatlık engellenmektedir. Günümüzde dünyada bulaşıcı hastalıklara bağlı olarak yılda 14 milyon kişi ölmektedir. Türkiye’de ise ölümlerin yaklaşık %9’u enfeksiyon hastalıklarına bağlıdır. Dünyada bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölen 14 milyon kişiden 2.7 milyonu aşı ile korunabilir hastalıklara bağlı (tüberküloz hariç) ölmektedir. Ülkelerin varlık sıralamasında en yoksul %20’lik dilimle en zengin %20’lik dilim arasındaki mortalite ve DALY farklarının yaklaşık %80’i bulaşıcı hastalıklara bağlıdır (World Bank, 2003).

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün temel aşılı (WHO, 1999a) arasında yer alan altı antijen (BCG, DBT, kızamık, polio) ile 2003 yılı aşılama oranları dünyada %76-85 arasında değişmektedir (WHO, 2003a). Bulaşıcı hastalıkların azaltılması için her sağlık ocağı bölgesinde aşı oranlarını %95 ve üzerine çıkarılmasını hedefleyen (Özbek Z. ve ark, 2001) Türkiye’de ise çocukların sadece %54.2’si tam aşıdır (TNSA, 2004). Bağışıklama hizmetleri çocukların mortalite, morbidite ve kalıcı sakatlığı üzerinde önemli etkileri bulunan bir sağlık çıktısıdır ve yaygınlaştırılması ile yılda yaklaşık 3 milyon ölüm daha engellenebilecektir. Bağışıklama sürekli ölçüldüğünde bir sağlık müdahalesinin etkisinin ölçümünün yanı sıra sağlık sisteminin performansını değerlendirmede de güçlü bir araç olarak kullanılabilen, hizmetlerdeki ilerlemelerin/gerilemelerin zaman içindeki seyirini gösteren, nispeten basit ve ucuz, geçerli ve doğruluğu kanıtlanabilir bilgi sağlayan hassas bir göstergedir (Bos E. ve Batson A, 2000).

Sağlık Reformu

Son yıllarda "sağlık reformu" ülkede sağlıkta yapılan değişimleri ifade etmesi için politika belirleyiciler tarafından sıklıkla kullanılır olmuştur. Adeta moda bir kavram haline gelen sağlık reformu çoğu zaman gerçek anlamları dışında da kullanılmaktadır. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre "Reform" daha iyi duruma getirmek için yapılan değişiklik, iyileştirme, düzeltme anlamına gelmektedir (TDK, 2005). Sağlık reformu, önceliklerin belirlenmesi, politikanın geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda reform yapılması olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1998). Reform epidemisi(!) sonucu bağışıklamanın, temel sağlık hizmetlerinin diğer unsurları ile, HIV/AIDS gibi diğer sağlık öncelikleri ile, sağlık hizmetlerinin diğer basamakları (hastaneler vb) ve diğer sektörlerle (tarım, eğitim vb) bir çok seviyede (merkez, bölge, yerel) sınırlı kaynaklar için rekabet etme zorunluluğu oluşmaktadır (WHO, 2001). Bu rekabet zorunluluğunun yanı sıra aşı oranlarını artırmak, aşı güvenliğini geliştirmek ve yeni aşılı ulusal bağışıklama programlarına eklemek isteyen ülkeler (WHO, 2004) kaynak sıkıntısı çekmektedir. Buna karşın gelişmekte olan ülkelerin bazı aşı programlarına mali kaynak sağlayan sivil toplum kuruluşları, örgütler ve ülkeler desteklerini giderek azaltmak eğilimindedirler (WHO, 2004). Bütün bunlar

bağışıklamanın gelişmekte olan ülkelerde ve geçiş ekonomilerinde daha önemli hale gelmesine neden olmuştur (WHO, 2004).

Sağlık reformları kapsamında önemli bir payı olan desentralizasyon bir örgütteki karar verme, planlama ve yürütme erkinin yüksekteki bir otoriteden daha alt kademedeki bir otoriteye devridir. Desentralizasyon genellikle teknik, politik ve finansal nedenler ile gerçekleştirilir. Teknik desentralizasyon sıklıkla yönetim ve hizmet sunumunun etkinliği geliştirmek amacıyla

önerilmektedir. Politik, desentralizasyon ise genellikle lokal katılım ve otonomiye artırmaya, erki yeniden dağıtmaya ve etnik ve/veya bölgesel gerilimi azaltmaya çabalar. Bir başka desentralizasyon nedeni olan finansal desentralizasyon ise maliyet etkinliği artırır, yerel birimlere kaynaklar ve gelirler üzerinde daha fazla kontrol imkanı verir ve bu birimlerin sorumluluklarını belirginleştirir (Brinkerhoff D, ve Leighton C, 2002).

Yönetim biçimi olarak sentralizasyon ve desentralizasyonun avantaj ve dezavantajları vardır.

Sentralizasyon	
Avantaj	Dezavantaj
Sınırlı uzmandan tam verim alınması Pahalı-maliyetli gereksiz tekrarların engellenmesi İstikrarın, birlikteliğin sağlanması Merkezi kontrolün kolaylaşması Ulusal kaynakların paylaşımı	Değişen bölgesel sorunlarla karşı esnekliğin olmaması Otoritenin hizmet sunumuna mesafesi Personel ve kullanıcıdan uzaklık, yabancılaşma Personelin isteksizliği, Zayıf denetim
Desentralizasyon	
Avantaj	Dezavantaj
Yerel şartlara uyumda esneklik ve personelin istekliliği Yöneticilerin personel ve kullanıcı ile iletişimini kolaylaştırma. Daha yakın denetim ve daha iyi personel motivasyonu	Olası pahalı-maliyetli gereksiz tekrarlar Kilit pozisyonda uzman eksikliği Politik istikrarın, birlikteliğin sağlanamaması Kontrol kaybı Kaynakların yeniden dağıtım becerisinin zayıflaması

Genellikle birinin dezavantajı diğersinin avantajı olmasına rağmen gerçek sonuçlar düzenlemenin planlama ve uygulanmasına bağlıdır (Feilden R, ve Nielsen OF, 2001). Desentralizasyon çok farklı gruplara ayrılabilir. Rondinelli desentralizasyonu dört alt başlıkta incelemektedir (Rondinelli, DA, 1990)

- Dekonsantrasyon: Ülkenin başkentinde yer alan merkez makamların yetki ve sorumluluklarının, bu makamların taşrada yer alan yönetim birimlerine (bölge, il, eyalet) devri.

- Delegasyon: Makamların yetki ve sorumluluklarının bu makamların doğrudan kontrolü altında olmayan örgütlere (örneğin; yarı-otonom kurumlar, STK, bölgesel yada yerel makamlar) devri.

- Devolusyon: Merkez hükümet makamlarının yetki ve sorumluluklarının daha alt düzeydeki otonom politik karar makamlarına, güç ve fonksiyonların paylaşımını sağlayan yasa maddeleriyle devri.

- Özelleştirme: Kamu kurumunun yetkilerinin özel sektöre devri.

Sağlık sektörünün desentralizasyonu plan ve uygulamasında sıklıkla karşılaşılan sorunlar arasında yetki/sorumluluk uyumsuzlukları, hedefler konusunda anlaşmazlıklar, kaynak ve kapasitede eksiklikleri, vertikal/horizontal entegrasyon sorunları ve politik ve süreç ile ilgili sorunlar sayılabilir (Brinkerhoff D ve Leighton C, 2002).

Desentralizasyonun Bağışıklamaya Etkisi Nedir?

Bütün ülkelerde halk sağlığı programlarının temel öğelerinden olan bağışıklama en ucuz ve en etkili sağlık

müdahalesidir (WHO, 2004; Khaleghian P, 1998). Reformlar bağışıklama hizmetlerinin sürdürülebilirliğini her iki yönde (güçlendirme/zayıflatma) etkileyebilmekte (WHO, 2003b), bu hizmetlerinin yeniden değerlendirilmesini ve gelişmesini de sağlayabilmektedir (WHO, 2003c). Bununla beraber kamu yararına olması ve yönetimin sorumluluğunu ve yaklaşımını etkilemesi nedeniyle bağışıklama, desentralizasyonun olumsuz etkileri olabilecek hizmetlerden biridir (WHO, 2003b).

Sağlık sektörü reformunu özetleyen tek bir model yoktur, bazı benzer özellikleri olmasına karşın reformlar ülkelere özgüdür (Feilden R, ve Nielsen OF, 2001). Desentralizasyon ülkelerde farklı şekillerde gerçekleştiğinden bağışıklamaya etkisi de değişmektedir (WHO, 2004). Uluslararası karşılaştırmalara olanak veren, uygun ve kolay ulaşılabilen veri kaynakları sağlayan aşı oranları desentralizasyon politikalarının sağlık üzerine etkilerinin göstermekte kullanılabilir (Bos E. ve Batson A, 2000; Khaleghian P, 1998). Aşağıda bazı ülkelerin deneyimlerinden örnekler verilmiştir.

Dünya Bankası tarafından yaptırılan ve politik desentralizasyonun bağışıklama üzerine etkisinin incelendiği çalışmada 140 düşük-orta düzey geliri olan ülkenin 1980-97 yılları arası verileri kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre düşük ve orta düzey geliri olan ülkelerde desentralizasyonun farklı etkileri olduğu bulunmuştur. Buna göre düşük gelirli grupta desentralize ülkelerin kızamık ve DBT3 aşı oranları sentralize olan ülkelere göre ortalama %8.5 daha yüksek çıkmıştır (p<0.01). Orta gelirli grupta ise tam tersi bir etki gözlenmiş

ve desantralize ülkelerin aşı oranları sentralize olan ülkelere daha düşük çıkmıştır (kızamık ve DBT3 için ortalama %5.2) ($p < 0.01$) (Khaleghian P, 1998).

Papua Yeni Gine'de sağlık reformu sonucunda aşı oranlarında düşme saptanmıştır (Kolehmainen-Aitken RL, Newbrander W, 1997). Zambiya ve Uganda'da desentralizasyon çalışmalarının değerlendirilmesinde sağlık reformu uygulamaları esnasında bağışıklama hizmetlerinde (yönetim, uygulama) değişiklikler gerektirdiği ve izlem ve incelemelerle bağışıklama hizmetlerinin ulusal düzeyde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Feilden R, ve Nielsen OF, 2001).

Filipinlerde yapılan desentralizasyonun (devolüsyon)

Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı üzerine olumsuz etkileri saptanmıştır (Lariosa TR, 1999). Desentralizasyon sonrası aynı işi yapan sağlık personeline önceki çalışmaları düzeye göre (merkez, il, yerel) üç farklı ödeme yapılması ahlaki ve bütçe problemlerine neden olduğu (Litvack J, Ahmad J, Bird J, 1998) Filipinler'de merkezi hükümet bir başka temel sağlık hizmeti olan ve aile planlaması programını bünyesine almak zorunda kalmıştır (Kolehmainen-Aitken RL, Newbrander W, 1997).

Kamerun'da temel sağlık hizmetleri için bloke edilmiş kullanıcı ücretlerinin sisteme dahil edilmesi özellikle yoksullar için kalite ve kullanımı artırmış olduğu saptanmıştır (Litvack J, Bodart C, 1993). Buna karşın DSÖ tarafından GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) için yapılan "aşılama kullanıcı ücretleri" konulu bir çalışmada kullanıcı ücretlerinin aşıya talebi azalttığı, temel bağışıklama hizmetlerinin ücretsiz olması ve kamu kaynaklarından karşılanmasının en uygun yöntem olduğu ifade edilmektedir (England S, Kadar M, Nigam A, Pinto M, 2001). Temel bağışıklama için ücret alınması hakçılık, maliyet-etkililik, kapsama, zamanında ulaşma, uygulanabilirlik, şeffaflık, basitlik, sürdürülebilirlik ve serbestlik gibi bağışıklama hedeflerine (WHO, 1999b) ulaşılmasını engellemektedir (England S, Kadar M, Nigam A, Pinto M, 2001).

Ülke Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar

Sağlık reformları halen uygulama aşamasında olduklarından bağışıklama programlarına etkisinin tam olarak değerlendirilmesi zordur (WHO, 2004). Ancak bazı bağışıklama aktivitelerinin reform süresince korunması gerekmektedir (WHO, 2003c). Bir çok ülke desentralizasyonun sağlık hizmetlerinin etkinliğini artıracağına inanmaktadır ancak desentralizasyonun aile planlaması programlarına etkisinden çıkarılan derslerden bir tanesi de bazı hizmetlerin desentralize edilmemesi gerektiğidir (Kolehmainen-Aitken RL, Newbrander W, 1997). Desentralizasyon dışında tutulması gereken hizmetlerden bir diğeri de bağışıklamadır. Ülkelerin yönetim sistemlerinde desentralizasyonun sonucunda bağışıklama hizmetlerinde olumsuz etkiler oluşmaktadır (WHO, 2003c). Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) nin bölgesel düzeye devri soğuk zincirin bozulması, uygun olmayan malzeme satın alımı ve kullanımı, denetimin

azalması ve riskli gruplara ulaşamama gibi sorunlara neden olabilir (Brinkerhoff D, ve Leighton C, 2002). Bağışıklamanın, reform süresince mutlaka korunması gereken aktiviteleri arasında hizmet noktalarında uygun-yeterli malzemenin, etkili-güvenli aşının ve enjeksiyon güvenliğinin sağlanması; zamanında uygulamanın yapılması; izlem için kapasite geliştirilmesi ve süreyansın artırılması (hastalık/yan etki); finansal sürdürülebilirlik için planlama sayılabilir (WHO, 2003c).

Sağlık Bakanı bulaşıcı hastalıkları ayak basılan süngere benzetmekte ve gereğinden fazla basmanın anlamı olmadığını söylemektedir (TC Sağlık Bakanlığı, 2004). Bu yaklaşım desentralizasyona bağlı ortaya çıkabilecek önemli bir sorunu da beraberinde getirmektedir. Başarılı bir bağışıklama programı ile bulaşıcı hastalıkların azalması sonucunda, Dünya Bankası'nın önerdiği biçimde (World Bank, 1993) yeniden öncelik belirlenmesi ve kaynakların farklı yerlerde kullanılması, aşı oranlarının düşmesine ve bulaşıcı hastalıkların insidans/prevalansının artmasına neden olacaktır (WHO, 2004). Bu olumsuz etkileri azaltmak için bağışıklama hizmetinin verilmesini kolaylaştıracak bazı değişimler gerekmektedir (WHO, 2004). Sağlık reformu uygulayan ülkelere bağışıklamanın nasıl etkilendiğinin incelendiği bir çalışma raporunda sağlıkta reform çalışmaları esnasında sağlığı koruyucu hedeflerin açıkça belirlenmesi ve bağışıklamaya öncelik/önem verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 1999c). Yerel yönetimlere uygulamada bazı otonomiler verilebilir ancak aile planlaması ve bağışıklama gibi halk sağlığı programlarında ülke düzeyinde sonuçlara ulaşmak merkezi hükümetin sorumluluğunda olmalıdır (Litvack J, Ahmad J, Bird J, 1998). Sağlık reformları esnasında ulusal düzeyde kalması gereken görevler arasında aşağıdakiler sıralanabilir (WHO, 2003b):

- GBP için politika belirleme, standartlar ve ana hatlar
- Düzenlemeler
- GBP'nin stratejik planlaması
- Entegrasyon ve koordinasyon
- Araştırmaların birleştirilmesi ve değişik düzeylerdeki uygulayıcılar ile koordinasyon
- Bütçe hazırlama, finans ve kaynak oluşturma
- Tedarik, üretim
- İzleme ve değerlendirme
- Eğitim stratejileri ve ana hatları

Sonuç

Sağlıkta reform kavramı son yıllarda popüler olmuş, tartışılmaya başlanmış çok yeni bir konudur. Geçmiş 20 yıllık dönemde uluslararası sağlık reform akımları kuzeyden güneye ve batıdan doğuya doğru hızla yayılmaktadır. Kamu hizmetlerini zayıflatacak bu tür girişimler orta ve düşük gelirli ülkelerin kırılgan sistemleri için acil tehditler oluşturmaktadır. (Whitehead M, Dahlgren G, Evans T, 2001)

Temel sağlık hizmetleri bile araştırmalar için yeni bir alan olarak görülmektedir ve bu konuda uluslararası ya da müdahale öncesi ve sonrası araştırmaları çok az

sayıdadır (Atun AR, 2004). Ülkelerdeki desentralizasyonun temel sağlık hizmetleri üzerine etkisini değerlendirebilmek için henüz erken ve bu konuda yapılacak nitelikli çalışmalara öncelikle ihtiyaç vardır. Mevcut literatürde ise bulgulardan ziyade tahminler yer almaktadır. Desentralizasyonun tek bir modeli olmadığından etkilerin değerlendirilmesinde çeşitli zorluklar ve değerlendirme için uygun bir yöntemin eksikliği fazlasıyla hissedilmektedir. Bugünkü bilgiler ışığında kesin bir değerlendirme yapmak olanaksızdır. Ancak benzer reform çalışmalarını yapmış ülke örneklerinin sonuçlarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Benzer stratejilerle uygulanmaya çalışılan sağlık reformlarının Türkiye için de toplum sağlığı uygulamaları açısından benzer sonuçlar doğuracağı açıktır (Çiçeklioğlu M, Ergin I ve Hassoy H, 2003). Reform çalışmaları ile bölgeler arasında varolan eşitsizlik nedeniyle sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşitlikçi bir tarzda verilmesi engellenecek ve hizmetin niteliğinde de önemli düşmelere, gerilemelere neden olacaktır (Ayman BG, 2003)

Yapılan çalışmalara göre başışıklama hizmetlerinde belli bir ilerleme sağlamış ülkelerde desentralizasyon aşılama oranlarında azalma, kalitesiz hizmet vb şekilde başışıklama hizmetlerini olumsuz olarak etkilemektedir (Khaleghian P, 1998). Başışıklama hizmetinin merkezi bir planlama, denetim ve organizasyonla tek elden yürütülmesi (Çiçeklioğlu M, Ergin I ve Hassoy H, 2003), sağlık hizmet sisteminin nüfus tabanlı, tümelci bir yaklaşımla- sosyalleştirme ilkeleriyle- sürdürülmesi gerekmektedir (Aksakoğlu R, 2003), Türkiye'de yapılmaya çalışılan sağlık reformlarının iddja edilen aksine başışıklama/koruyucu sağlık hizmetleri/temel sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyebileceği dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

- Aksakoğlu R, Kılıç B, Uçku R, (2003), Aile Hekimliği Türkiye için Uygun Değildir, Toplum ve Hekim, Cilt 18, Sayı 4
- Aksakoğlu R, (2003), Uluslararası Sermaye ve Başışıklama Pazarı, Toplum ve Hekim, Cilt 18, Sayı 5
- Atun AR, (2004), What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, January
- Ayman BG, (2003), Tıp Dünyası Sayı: 104, <http://www.ttb.org.tr/TD104/6.php3>
- Bos E. Batson A., (2000) Using Immunization Coverage Rates for Monitoring Health Sector Performance Measurement and Interpretation Issues, HNP, Human Development Network, The World Bank, August
- Brinkerhoff D, Leighton C, (2002) Insights for Implementers, Decentralization and Health System Reform, Partners for Health Reformplus, No. 1 - September
- Çiçeklioğlu M, Ergin I, Hassoy H, (2003), Sağlık Reformları ve Başışıklama, Toplum ve Hekim, Cilt 18, Sayı 5
- DSÖ (1998) Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, TC Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Dünya Bankası (2003) Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu, Dünya Bankası Dokümanı, Mart, Ankara
- England S, Kadar M, Nigam A, Pinto M, (2001), Practice And Policies On User Fees For Immunization In Developing

Countries Department Of Vaccines And Biological, WHO/V&B/01.07, World Health Organization Geneva

Eren N, Öztekin Z, (1997) Halk Sağlığının Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Ed: Bertan M, Güler Ç, Güneş Kitabevi Ltd, Ankara

Feilden R, Nielsen OF, (2001) Immunization and health reform: making reforms work for immunization A reference guide, World Health Organization Geneva

Khaleghian P, (1998), Decentralization and Public Services: The Case of Immunization, Development Research Group, The World Bank

Kolehmainen-Aitken RL, Newbrander W, (1997), Decentralizing the Management of Health and Family Planning Programs. Boston, Massachusetts: Management Sciences for Health,

Lariosa TR, (1999), Effect of devolution on the Philippines National Tuberculosis Control Programme: Cases studies, Health Sector Reform No.9, UNDP/World Bank/WHO, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases Final Report Series

Litvack J, Ahmad J, Bird J, (1998), Rethinking Decentralization In Developing Countries, The World Bank Sector Studies Series, Washington, D.C., September

Litvack J, Bodart C, (1993), "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon." Social Science and Medicine 37 (3): 369-83.

Öztekin Z. ve arkadaşları (2001) Herkese Sağlık Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Ed: TC Sağlık Bakanlığı, Ankara

Rondinelli DA, (1990), Decentralizing urban development programs: A framework for analyzing policy. CDIE Document No. PN-ABD-906. Washington, DC: USAID, Office of Housing and Urban Programs. May

TC Sağlık Bakanlığı, (2003), Sağlıkta Dönüşüm, Haziran, Ankara

TC Sağlık Bakanlığı, (2004) 2004 Mali Yılı Sağlık Bakanlığı Bütçesi TBMM Genel Kurulu Sunuş Konuşması, Sağlık 2003, Ankara

TDK, (2005), Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük, <http://tdk.org.tr/tdksozluk/SOZBUL>

TNSA (2004), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara

WHO, (1999a) Model list of essential drugs, 11th edition

WHO, (1999b), Options for a global fund for new vaccines. Geneva, World Health Organization, (WHO/V&B/99.13)

WHO, (1999c), Immunization and health sector reform in the Kyrgyz Republic, Report of a WHO-led mission, 1-12 March 1999, Department of Vaccines and Biologicals, World Health Organization,

WHO, (2001) Health reform and priority health interventions: the case of immunization services, Geneva, 15-16 November 1999, WHO/V&B/01.33, Geneva

WHO, (2003a) vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2003 global summary (WHO/V&B/03.20)

WHO, (2003b), Health sector reform Fact Sheet for national managers Fact Sheet 2 of 3, Department of Immunization, Vaccines & Biologicals,

WHO, (2003c), Health sector reform: The impact of health sector development on immunization services Fact Sheet 1 of 3, Department of Immunization, Vaccines & Biologicals,

WHO, (2004) Economics of immunization: a guide to the literature and other resources, World Health Organization Vaccines and Biologicals, WHO/V&B/04.02

World Bank, (1993), Investing in Health, World Development Report, 1993, World Bank, Washington DC

World Bank, (2003), Immunization a glance, <http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf>

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T, (2001), Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001;358