

NEOLİBERALİZM, KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK

*Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR**, *Ece UĞURLUOĞLU***

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, gulbiyey@yahoo.com

**Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, eceugurluoglu@yahoo.com

ÖZET

Çalışma kapitalist dünya ekonomisinin on yıllar boyunca varlığını sürdüren Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini küreselleşme ve özelleştirmeler ile neoliberalizmin aldığına değinerek, neoliberal politikaların hangi gerekçelerle sosyal devlet uygulamalarını ortadan kaldırdığını sağlık sektörü özelinde ele almaktadır. Bu çerçevede sosyal devletin tasfiyesi ve sağlık hizmetlerinin piyasaya devredilmesi süreci ve bu sürecin sonuçları, uygulanan sağlık reformları ile bağlantı kurularak değerlendirilmektedir. Değerlendirme sırasında hem dünyadaki hem de Türkiye'deki gelişmeler eleştirel bir analize tabi tutulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Neoliberalizm, sosyal devlet, küreselleşme, sağlık, sağlıkta eşitsizlikler

Giriş

Son çeyrek yüzyılda kapitalist dünya ekonomisinin on yıllar boyu varlığını sürdüren yapısı alt üst olmaktadır. Devlet ve ekonomi arasındaki ilişki köklü biçimde değişerek tekil ulusların dünya ekonomisi ile ilişkileri farklı bir yapıya kavuşmakta, insanlığın on yıllar boyu elde etmiş olduğu kazanımlar teker teker aşınarak Keynesçiliğin, kalkınmacılığın, sosyal devletin yerini küreselleşme ve özelleştirmeler ile neoliberalizm almaktadır. Kapitalizm tarihinde yeni bir evre olan neoliberalizm, 1974-75'te yaşanan ekonomik krizle başlamış, 1980'li yılların sonunda Sovyet blokunun dağılmasıyla hızlı bir gelişme göstermiştir. İlk kez 1989 yılında Britanya'da Margaret Thatcher'in, 1991 yılında ise ABD'de Ronald Reagan'ın benimsediği neoliberal ekonomi politikaları, 1980'li yıllar boyunca neoliberalizmin bütün dünyada hızla

yayılmasına, 1990'lı yıllara ulaşıldığında ise tartışmasız bir kabulle neredeyse bir dogma geline gelmesine neden olmuştur [1].

Tarihsel olarak bakıldığında kapitalizmin neoliberalizmden önce iki farklı evre geçirdiği söylenebilir. Bu evrelerden ilki Sanayi Devrimi ile birlikte 19.yüzyılda Britanya'da doğarak kıta Avrupası'na, Kuzey Amerika'ya ve sonraları Japonya'ya yayılmıştır. Bu evre sermayenin yoğunlaşması ile ortaya çıkan dev boyutlu tekeli şirketlerin sermaye ihracı yoluyla faaliyetlerini uluslararası alana taşıyarak yarattığı keskin bir rekabet ve yeryüzünü paylaşma dönemidir. Birinci Dünya Savaşı ve Rusya'daki Ekim Devrimi (1917) ile sona eren bu süreç klasik sömürgecilik dönemi olarak adlandırılmaktadır [1].

İkinci evre 1929'da başlayan ve Büyük Depresyon olarak anılan derin ekonomik kriz, Ekim Devrimi'nin ürünü genç Sovyet Devleti'nin varlığı ve bu ikisine tepkinin birleşik bir ürünü olarak yükselen faşizmin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra (Soğuk Savaş döneminde) doğurduğu Keynesyen ekonomi politikalarıdır. Bu politikaların üç temel özelliği; devlet müdahalesi, sosyal devlet ve kamu sektörünün genişlemesidir. Keynesyen yaklaşıma göre, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra üretimde yaygın hale gelen montaj hattına dayalı kitle üretimi (Fordizm) beraberinde bir kitle tüketimini gerektirdiğinden devlet tüketimi artırma yolunda önlemler alma ihtiyacını hissetmiştir. Yükselen ücretler, sosyal devlet ve talebi yüksek tutmaya yönelik Keynesçi devlet müdahalesi ve geniş bir kamu sektörü bu

politikanın araçlarını oluşturmaktadır. Keynesçi politikalar esas olarak devlet harcamalarının genişletilip kısılması yoluyla kısa dönemli konjonktürel sarsıntıları önlemeye yönelik politikalar olarak ortaya çıkarken, sosyal devlet kapitalizmin işçi sınıfı mücadeleleri ve sosyalizm karşısında bir öz savunma stratejisi olarak doğmuştur. Kamu sektörünün genişlemesi ise devletin ulusal kapitalizmin bütününe ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim alanına girmesinin bir sonucudur [1].

I. Neoliberalizm ve Küreselleşme

Dünya kapitalizminde 1970’li yılların ortalarında başlayan uzun dönemli ekonomik kriz, soğuk savaş döneminin istikrar mekanizmalarının sermaye için birer ayak bağı haline geldiği bir dönemdir. Birincisi, Keynesyen politikalar kriz içinde bir ekonomiyi suni biçimde şişirerek hem enflasyonist tehlikeler yaratmakta hem de karsız üretim biçimlerinin tasfiye olmasını engellemektedir. Sosyal devlet tüm vatandaşlara sunduğu sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetlerle bir yandan çalışan sınıfların direniş gücünü arttırmakta öte yandan kriz yaşayan ülkelere mali açıdan yük oluşturmaktadır. Ayrıca verimsiz ve karsız işletmelerin yaşamasını sağlayan kamu sektörü de gereksindiği sübvansiyonlarla kriz içindeki kamu maliyesini zorlamaktadır. Öte yandan üçüncü dünya ülkelerinin uyguladığı korumacı ve ithal ikameci ekonomi politikaları krizin aşılması için uluslar arası sermayenin yaratmak istediği yeni uluslar arası işbölümü ve rekabetin önündeki engeller olarak durmaktadır [1].

Tüm bu sorunlarla baş edebilecek stratejinin ana boyutları ise küreselleşme ve piyasa ekonomisi oluşturmaktadır. Küreselleşme son çeyrek yüzyılın en çok tartışılan kavramlarından biridir. Gerek akademik çevrelerde gerekse popüler yazında neredeyse hiç gündemden düşmeyen bir şekilde varlığı, boyutları, nedenleri, biçimleri ve sonuçları sorgulanmaya devam etmektedir. Başlangıçta ekonominin küreselleşmesi biçiminde ortaya çıkmasına rağmen, daha sonraları sermayenin uluslararası alandaki akışı önünde duran her tür engeli ortadan kaldırmak amacıyla politik, sosyal, kültürel, teknolojik ve

çevresel boyutları da gündeme gelmiştir. Bu çerçevede küreselleşme, “insan doğasının etkileşim içinde bulunduğu ekonomik, politik, sosyo-kültürel, teknolojik ve ekolojik çevreleri değiştiren süreçler” olarak tanımlanmaktadır [2].

Küreselleşmenin ekonomik boyutunun, ulusal ekonominin dünya piyasalarıyla eklemlenmesi ve bütün iktisadi göstergelerin ve karar süreçlerinin giderek dünya piyasalarının dinamikleriyle belirlenmesi biçiminde işlemektedir ve bu durum neoliberalizme dayanan yeni bir dünya düzeni yaratmıştır. Bu yeni dünya düzeni ekonomik yaşamda piyasa egemenliğini öngörerek, ‘özel girişimcilik’, ‘verimlilik’, ‘etkinlik’, ‘rekabet’, ‘esneklik’, ‘yerelleşme’ ve ‘bireycilik’ gibi piyasa tarzı araçlara odaklanmaktadır [3]. Bourdieu’nun deyimiyle sistemin adeta “piyasa mantığını engelleyen her türlü kolektif yapının yok edilmesini gerektirdiği” ortadadır. İşte bu noktada küreselleşme neoliberal ideolojinin hegemonik söylemi olarak işlev görmektedir [4]. Bu söylem, refah devleti/sosyal devlet anlayışına yönelen neoliberal saldırıların açılış hamlesi olarak da nitelendirilmektedir. Küreselleşme aynı zamanda özel sektörün hizmet sunumunda daha verimli ve talepleri daha iyi karşılayabilir olduğu varsayımını, ailenin ve bireyin geleneksel rolünü vurgulayan yeni muhafazakar anlayış ile de bir araya getirmektedir [5].

Dünyanın küresel bir köy haline geldiğini savunan bu neoliberal görüşe göre dünya, farklı kurumların tek bir sistemin parçası olarak çalıştıkları ve birbirlerine çok uzaklarda yaşayan insanların aynı gezegende birlikte yaşadıkları duygusunu paylaştıkları bir yer haline gelmektedir [2]. Ancak “küreselleşen dünyaya ayak uydurmak” ve “küresel köyün bir yurttaşı olabilmek” için tüm toplumların söz konusu sistemin gereklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Bu çerçevede yapılacaklar bellidir. “Ulusal pazarları uluslar arası sermayeye açmak ve küreselleşen dünyaya ayak uyduracak reformları hayata geçirmek” [4]. Bu reformlar devlet teşkilatının uluslararası sermayenin gereklerine göre yeniden şekillendirilmesini gerektirdiğinden, ucu ulus devletin ortadan kaldırılmasına kadar uzanan bir dizi düzenlemeyi içermektedir. Bu

çerçevede daha etkin hale getirmek amacıyla devleti küçültmek ve devletin karlılığını en çoklaştıracak yepyeni bir yönetim modeli olarak “yönetişim”i hayata geçirmek ve kamu eliyle yürütülen sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik gibi hizmetleri daha etkili ve verimli bir şekilde sunacağı öngörülen piyasaya devretmek gereklidir.

II. Sosyal Devletin Tasfiyesi

Genel bir tanımıyla sosyal devlet “ekonomik ve toplumsal yaşama kamusal araçlarla doğrudan ve dolaylı olarak müdahale etme yetkisiyle donatılmış devlet” demektir. Bu yetki devletin kamu hizmetlerini vergilerle finanse etmesi, fiyatların oluşumunda belirleyici rol oynaması, fiyatları denetlemesi ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile doğrudan üretimde bulunması faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu çerçevede sosyal devlet tüm nüfusa, eşit ve ulaşılabilir bir biçimde eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, barınma ve istihdam yaratma ödevlerine sahiptir [6].

Ancak 1980’li yıllarda başlayan deregülasyon ve özelleştirme politikalarıyla sosyal devlet tüm boyutlarıyla terk edilmeye başlanmıştır. Devletin ekonomik alanda karar ve uygulama yetkilerinin kaldırılması deregülasyon olarak tanımlanırken, sahip olduğu malları ve işletme yetkilerini özel sektöre devretmesi özelleştirme olarak adlandırılmaktadır. Bu uygulamalarla devlet, ekonomik ve toplumsal yaşamın doğrudan ve dolaylı müdahale edicisi olmaktan çıkarak, kapitalist üretim ilişkilerinin düzen ve güven içinde kurulmasını sağlayacak “düzenleyici devlet” görevine evrilmektedir. Üstelik bu görev doğrudan ve tek başına devlet tarafından yerine getirilmeyerek, piyasanın asli oyuncusu özel sektörle birlikte (sivil toplum örgütlerini de katarak) yerine getirilmekte ve “yönetişim” adı altında ortak bir yönetim kurulmaktadır. Bu yeni iktidarın yeni örgütsel araçları ise merkezde “üstkurullar”, yerelde “kent konseyleri” olmaktadır. Bu ortamda ulusal plancılık yerini stratejik planlama düzenine, memurluk sistemi yerini sözleşme esasına ve performans ölçüsüne, devletin iş görme usulü de yerini kamu-özel ortaklığı zeminine bırakmaktadır [6].

Bu süreçte sosyal devletin dönüşümü liberalizasyon ile bütünleşmektedir. Liberalizasyon yerli-yabancı serbest girişimin aynı hak ve yetkilere sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum az gelişmiş ülkelerin sermaye kesimini kendileriyle eşit kılınmış olan yabancı sermayeye eklemlediği oranda var olabileceği bir dengeye sürüklemekte ve sosyal devlet ile birlikte ulus devletin de tasfiyesini gündeme getirmektedir [6]. Daha önce dile getirildiği üzere böyle bir ortamda kamu hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ve mali piyasalarca yönetilmesi gündemdedir.

Nitekim günümüzde neoliberal politikaların dünya ölçeğinde egemen hale geldiğini savunan devasa bir literatür oluşmuştur. Bu neoliberal politikaların önemli bileşenleri bulunmaktadır. Bu bileşenler: (a) ekonomik politikalarını belirleyenler arasında devlet eliyle kalkınma stratejileri yerine piyasa tabanlı kalkınmadan yana politika tercihlerinde bulunulması (b) küresel politika kararlarının merkezi düzeyde G7 ülkelerince belirlenmesi (c) belirlenen bu kararların Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi uluslararası aktörler tarafından yürürlüğe sokulması [7] (d) piyasa gücünün çok uluslu şirketlerin, finansal gücün ise çok uluslu bankaların elinde toplanması (e) az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bu küresel güçlerin hakimiyetine sokulmasıdır. Neoliberal politikalar tüm toplumlar için belirli ilke ve normlar çerçevesinde işlemekle birlikte bu ilkelerin en önemlisi kuşkusuz özelleştirme olmuştur [3].

III. Küresel Refah ve Sağlık

Son çeyrek yüzyılda küresel kapitalist sistemde birçok değişiklik gözlemlendi. Özetle, reel sektör yatırımlarının yerini spekülasyon mali yatırımlar aldı. 1973 ve 1995 tarihleri arasında toplam döviz akışı 100 katı aşarken doğrudan yatırımlar 6 kata ancak ulaşabildi. Reel sektörde kullanılan her bir dolara karşılık dünya finans piyasalarında 25-30 dolarlık bir işlem hacmi gerçekleşti [4]. Aynı zamanda döviz piyasası 1980 yılında yaklaşık 1 milyar ABD dolarından 1996 yılında 1 trilyon ABD dolarına yükselerek 1000 katın üzerinde bir artış gösterdi. Öte yandan gelir uçurumu arttı. Bugün, son 40 yıla oranla gelir uçurumu ikiye

katlamıştır ve en üst yüzde yirmilik dilim en alt yüzde yirmilik dilimden 16 kat daha fazla tüketmektedir. Birleşmiş Milletler İnsani Gelişme Raporu'na göre [8], en çok kazanan yüzde beşlik gelir dilimi ile en az kazanan yüzde beşlik gelir dilimi oranı 1988 yılında 80/1 iken, 1995 yılında 120/1'e ulaşmıştır. Gerçekten dünya nüfusunun beşte birinin reel gelirleri düşmektedir. 1993 yılında dünyanın en zengin yüzde 1'i dünya yoksullarının %57'si kadar gelire sahipti. Aynı kaynağa göre dünyanın en çok kazanan 225 kişinin geliri dünya nüfusunun %47'sinin gelirine eşitti. Dünyanın en zengin 3 milyarderi en az gelişmiş ülkelerin Gayri Safi Milli Hasıla'larının (GSMH) %48'ine sahipti [9].

Bu küresel eşitsizlik gelir yerine refah karşılaştırıldığında daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Economist'e göre dünyada 10 kişiden biri 1.000 ABD dolarına sahipken kalan dokuzu 1 ABD dolarına sahiptir. Ülkelerarası eşitsizlikler 1993 yılından itibaren düşüş eğilimine girmiştir. Ancak bunun en önemli nedeni Çin ve Hindistan ekonomilerindeki büyümedir [10]. Bu iki ülke çıkarıldığında eşitsizliklerin artmaya devam ettiği gözlenmektedir. Öte yandan ülkeler içerisindeki eşitsizlikler gelişmiş ülkelerde bile artmaya devam etmektedir. Son çeyrekte ücretler OECD ülkeleri dahil her yerde düşmeye devam etmektedir. Dünya nüfusunun yarısı günde 2 ABD dolarının, bir milyardan fazla kişi de günde bir ABD dolarının altında bir gelire yaşamını sürdürmektedir [9].

Küresel sağlık durumuna bakıldığında, toplam ölümlerin %25'inin önlenebilir hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir. 830 milyon kişi sağlık hizmetlerine erişememektedir ve yaklaşık aynı sayıda insan yeterli beslenememektedir. 40 milyon kişi AIDS hastalığı ile yaşamaktadır. Dünya nüfusunun üçte biri (iki milyar) tüberküloz hastasıdır. Yılda yaklaşık 300-500 milyon insan sıtmaya yakalanmaktadır. Yaklaşık 30 bin kişinin uykusu bozukluğu bulunmaktadır ve layşmanyaz, bağırsak kurdu ve şistozomiyas gibi bulaşıcı hastalıklar çok hızlı artmaya başlamıştır. HIV, tüberküloz ve sıtmadan yılda sırasıyla 3.5 milyon, 2.4 milyon ve 1 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir. İyileşme gözlenmesine rağmen, dünya nüfusunun beşte

biri güvenli içme suyuna erişememektedir ve 2.5 milyon kişi temel tuvalet imkanına sahip değildir. Bütün hastalıkların %80'i ve hastaneye kabullerin %50'si güvenli olmayan su tüketiminden kaynaklanmaktadır. 2025 yılına kadar 2.7 milyon kişinin ciddi bir su sorunu ile karşılaşacağı tahmin edilmektedir [9].

Öte yandan sağlık harcamaları küresel hastalık yükü ile ters orantılıdır. Dünya nüfusunun %84'ünü oluşturan az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler küresel gelirin yalnızca %18'ini elde etmektedir. Ayrıca bu ülkeler küresel hastalık yükünün %93'ünü taşımalarına rağmen küresel sağlık harcamalarının yalnızca %11'ini gerçekleştirmektedirler [11]. Bu durum bu ülkelerin sağlığa yeterli kaynak ayıramadıklarını ve sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıklarını göstermekle birlikte bu durumun yol açtığı eşitsizlikleri de ortaya koymaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık %5'ini oluşturan ABD, dünyanın toplam sağlık bütçesinin %40'ının üzerinde harcama yapmaktadır. Bu harcamalar o kadar verimsiz bir sistem içinde idare edilmektedir ki her bir dolar sağlık priminin yalnızca %50-60'ı doğrudan sağlık hizmeti sunucularına gitmekte, kalanı yönetim maliyetlerine harcanmaktadır. 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının %31'i yönetim maliyetlerinden oluşmaktadır [12]. Nijerya ile neredeyse aynı nüfusa sahip Japonya, sağlık hizmetlerine Nijerya'nın 270 katı daha fazla harcama yapmaktadır. Kar elde etme arayışı ile medikal ve farmasötik araştırmalar genellikle yüksek gelirli ülkelerin sağlık önceliklerine odaklanmaktadır. Araştırma kaynaklarının sadece %10'u insanlığın %90'ını ilgilendiren hastalıklara ayrılmıştır [5].

Küresel sağlık dengesizliğini ortaya koyan önemli sağlık göstergelerinden biri doğuştan yaşam beklentisidir. Doğuştan yaşam beklentisi konusunda hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerdeki eşitsizlikler sürmektedir [13]. 2000-05 döneminde doğuştan yaşam beklentisi dünya geneli için 66 yıl iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinde 78.9 yıl, Sahra-altı Afrika ülkelerinde ise 49.1 yıldır. 1970-75 dönemi ile kıyaslandığında merkez ve doğu Avrupa ülkeleri ile eski sosyalist ülkelerde düşüş

gözlenmektedir (68.7 yıldan 68.2 yıla) [14]. Avrupa'da ölüm yaşının ortancası (medyan) 75 yıl iken Afrika için sadece 5'tir, yani Afrika'da ölenlerin yarısı beş yaşına ulaşmamaktadır [5]. Bugün doğan çocuğun 65 yaşına ulaşma olasılığına bakıldığında durumun daha vahim olduğu görülmektedir. Bu oranın dünya ortalaması kadınlar için %72 erkekler için %63.1 iken, yüksek gelirli OECD ülkelerinin kadınları için %90.3, erkekleri için %82.4, sahra altı Afrika ülkelerinin kadınları için %43.3 erkekleri için ise %37.8'dir [14].

Çocuklar da bir toplumun sağlığının aynalarındandır. Dünyada beş yaşına ulaşmadan ölen çocukların sayısı Birleşmiş Milletler Binyıl Gelişme Hedefleri (UNMDGs)'nin oldukça altındadır. 1980 yılında 13.5 milyon olan rakam 2005 yılında ancak 9.7 milyona gerileyebilmiştir. 1990-2015 yılları arasındaki düşüşün %27 olacağı tahmin edilmektedir. Oysa UNMDGs hedefi %67'dir [13]. WHO'ya göre her gün 30 bin çocuk beş yaşına ulaşmadan ölmektedir. Bu rakam yaklaşık altı önlenebilir nedenin $\frac{3}{4}$ 'ünü ve yaygın hastalıkların %54'ünü oluşturmaktadır. Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir [5]. Çocukların %53'ü beyinlerinin en çok geliştiği ilk beş yılda yetersiz beslenmektedir. $\frac{1}{6}$ 'sı okul yaşına erişememekte, $\frac{1}{4}$ 'ü beşinci "grade"e girmeden ölmektedir. Her yıl doğan 136 milyon çocuktan 3.2 milyonu ölü doğmaktadır ve 4 milyonu genellikle önlenebilir nedenlerle bir yaşına gelemeden ölmektedir. Bir tahmine göre, her yıl 14 milyon çocuk (60 Hiroşima'ya eşit) açlıktan ölmektedir. Bugün Zambiya'da doğan bir çocuk sadece 33 yaşına ulaşabilmektedir. Zimbabve'de doğan bir çocuğun 15 yaşına gelmeden HIV enfeksiyonuna yakalanma oranı %75'tir [9]. Nikaragua'da 1998 yılında aşırı yoksul çocukların yoksul olmayanlara kıyasla 50 kat daha sık hastalandıkları belirlenmiştir [5].

Anne ölüm oranları UNMDGs beklentilerinin en düşük gerçekleşenidir. Her yıl 500 bin anne ölmektedir ve ölüm oranları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre çok farklılaşabilmektedir. Örneğin Avustralya'da yüzbinde 4 olan oran Sierra Leone'de 2100'e yani 500 katın üzerine çıkmaktadır [13].

Öte yandan ülkelerarasındaki bu eşitsizlikler coğrafi bölgelere, kırsal kent ayrımına, toplumsal cinsiyete, farklı cinsel tercihleri olan gruplara ve ırka dayalı olarak ülkeler içerisinde de yaşanmaktadır. Hastalığın en temel nedenlerinden biri olan yoksulluk kadınlaşmaktadır. Tüm yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır. HIV/AIDS hastaları hariç, akıl hastaları ve yaşlılar ayrımcılığa sunuk kalan en önemli iki grubu oluşturmaktadırlar [5]. Ayrıca nüfusun yaşlanması, kentleşme, risklerin küreselleşmesi ve küresel çevresel değişiklikler halk sağlığının yeni gündemini oluşturmaktadır [13].

Bu çerçevede küreselleşme ile:

- Ülke içerisinde ve uluslararası düzeyde işgücü göçünün muazzam bir şekilde artması ile kişilerarası ilişkilerin zayıflaması,
- Sermayenin ilaç ve sağlık hizmeti sunan şirketlere aşırı bir şekilde yoğunlaşması,
- Tarım ve hayvancılık endüstrisine yoğunlaşma ve bu endüstrilerin sağlık ve mikrobiyal ekoloji üzerine etkileri,
- Mafya ekonomisinin büyümesi (özellikle küresel uyuşturucu ve insan (kadın) ticareti),
- Uluslararası kuruluşların politikalar üzerindeki büyük zarar verici etkileri (IMF ve WB'nın sağlık hizmetlerinin sunumunda yaptığı gibi),
- WTO yoluyla ulusal egemenliklerin aşınması ve ticaretin liberalizasyonunun haklar ve küresel ölçekte ilaçların erişebilirliğine etkileri,
- Hizmet sektörünün özelleştirilmesi, özellikle sağlık hizmetleri sunumunun küreselleştirilme ve özelleştirilme projesi gündeme gelmektedir [7].

Ayrıca sağlığı ve ölümü özelleştirip metalaştıran bu uygulamalara etki edebilmek için zoru bir silah olarak kullanmak bile gündemdedir. Bu politikalara erişmek için WB, IMF ve WTO gibi uluslararası kuruluşlar kullanılmakta, bunların yetersiz kalması durumunda ise zora başvurulmaktadır [7,9].

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık reformları bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Ancak günümüzde sağlık sektörü için öngörülen reformların eşitsizlikleri azaltmaktan ziyade arttırdıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu reformlar, sağlıkla ilgili sorunları çözemedikleri, kamusal sağlık hizmeti harcamalarını yanlış dağıtma riski taşıdıkları ve dolayısıyla sağlık gereksinimlerini karşılamaktan ziyade ekonomik ve ideolojik etkenlerden kaynaklanan politikalar oldukları gerekçesiyle ciddi eleştirilere maruz kalmaktadırlar [5, 9, 15, 16]. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin temel reform programlarının çok azı ülke içinden önerilip hayata geçirilmiştir. Bu politikalar genellikle WB ya da diğer uluslararası kuruluşlar tarafından başlatılmıştır [15]. Benzer bir durum Türkiye için de geçerlidir. 2003 yılında gündeme gelen “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)”nın WB görüş ve önerileri ile biçimlendirilmiş bir proje olduğu çok açıktır. SDP’nin gerek sağlık sistemi sorunlarına gerekse çözüm önerilerine ilişkin önerileri WB’nin iki ciltlik “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu” isimli yayını ile birebir örtüşmektedir [17, 18]. Ayrıca WB ile imzalanan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”ne 2004 yılından bu yana kredi desteği sağlanmaktadır.

IV. Türkiye’de Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Piyasa Ekonomisine Geçiş

Türkiye’de sosyal devletin tasfiye edilmesi 1977 yılında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik bunalımın doğurduğu 24 Ocak 1980 kararları ile başlamıştır. Bu kararlar, IMF’nin empoze ettiği standart istikrar politikası paketi ile daha çok WB tarafından geliştirilen yapısal uyum programını içermektedir [19] İktisat politikası ağırlıklı bu kararlar, 1980’li yılların sonuna doğru sağlık politikasını doğrudan etkilemiş, özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan politikalarla kamu sağlık hizmetleri önemli oranda aşındırılmıştır [20].

1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden tanımlanması

olmuştur. Devlete ödevler yükleyen sosyal devlet anlayışı bu ödevlerden yoksun düzenleyici devlet anlayışı ile yer değiştirmiştir. Bu anlayışla, 1980’li yılların başlarında sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan hekimlere muayene açma izni verilmiş ve ilaç katkı payları uygulamaya sokulmuştur.

İkinci önemli değişiklik 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası ile kamu hastanelerinin sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve sözleşmeli personel istihdam edebilmesine olanak tanınmasıdır. Ancak Anayasa Mahkemesi tarafından önemli maddeleri iptal edilen yasa uygulama olanağını büyük ölçüde yitirmiştir [21, 22, 23, 24].

Üçüncü önemli gelişme, 1990 yılında WB projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığı (SB)’na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün kurulmasıdır. Dördüncü önemli gelişme ise 1990’lı yılların başında SB (1992 ve 1993 yıllarında gerçekleştirilen I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (Sağlık Master Planı) ve Hazine Müsteşarlığı’nın (Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu Raporları) birbirlerinden bağımsız olarak yürüttükleri sağlık reformu belirleme çalışmalarının 1993 yılında SB’nca Ulusal Sağlık Politikası Belgesi’nin hazırlanması ile sonuçlanmasıdır [25]. Belge 2000 yılına kadar; merkezi olmayan bir sağlık sistemi kurulacağını; aile hekimliği uygulamasına geçileceğini; hastanelerin özleştirileceğini; sağlık personelinin merkezi olmayan politikalarla istihdam edileceğini; bazı ilaçların sigorta kapsamı dışına çıkarılacağını; hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılacağını; kamu kaynaklarında etkinlik ve verimlilik ilkeleri ile hareket edileceğini; hizmetlerin sözleşmeler yoluyla sağlanacağını; genel sağlık sigortası sisteminin kurulacağını; hizmet alanların maliyetlere katılacağını ve rekabetin yaratılacağını duyurmaktadır. Ayrıca 1980’li yıllardan bu yana gündeme gelen bu politika önerilerinin bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarına da yansdığı gözlenmektedir [26, 27, 28, 29].

Ancak çeşitli nedenlerle hayata geçirilemeyen bu politikalar, bu kez “Sağlıkta

Dönüşüm Programı” adı ile 2003 yılında yeniden gündeme gelerek aşamalı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Projesi on bir bileşene sahiptir. Bu bileşenlerin ilk sekizi 2003 yılında ortaya konmuş, diğer üçü ise 2007 yılında eklenmiştir. Bu bileşenler sırasıyla şunlardır [30, 31].

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası sistemi
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık sistemi
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri: Aile hekimliği modeli
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri: Özerk hastaneler
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Ulusal İlaç ile Tıbbi Cihaz Kurumları
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi’dir (SB, 2003a:6).
- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
- Uluslar arası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Bu bileşenlerden ilk dördü bir yandan WB’nın sağlık sektörü için önerdiği yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme araçları ile tam olarak örtüşmekte [32] diğer yandan sağlık sisteminde köklü dönüşümleri beraberinde getirmektedir. Bakanlığın görevinin politika belirleyici, düzenleyici ve denetleyici rolle sınırlandırılacağını, bu anlayışa yönelik olarak “...Bakanlığa bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılacağını...” belirten

ilk bileşen hizmetlerin yerelleştirileceğini duyurmaktadır [30]. Bu bileşen “Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı” ile de uyumludur. Tasarıya göre: SB’nın taşra teşkilatı kaldırılacak, sağlık hizmetleri il özel idarelerine devredilecektir. İl özel idareleri de sağlık kuruluşlarını belediyelere, üniversitelere, meslek kuruluşlarına ve özel sektöre devredebilecektir [33].

İkinci bileşen olan GSS sistemi, bir yandan yerelleştirmenin hayata geçirilebilmesi için sağlık hizmetleri sunumu ile finansmanını birbirinden ayırırken, diğer yandan sağlık sektöründe hizmet satın alma uygulamasına geçişi öngörerek hizmetlerin fiyatlandırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. GSS ile özel sektörde olduğu üzere prim karşılığı hizmete ulaşma söz konusu olmakta, ayrıca teminat paketi kapsamındaki hizmetler için yeni kullanıcı katkıları uygulanırken teminat paketi dışında kalan hizmetlerin cepten ödemelerle karşılanması yoluna gidilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar GSS sisteminin bir yandan hedeflediği “...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti sunumunu finanse eden...” [34], diğer yandan sağlık finansmanının evrensel ilkeleri haline gelmiş nüfusun tümüne, adil, verimli ve sürdürülebilir finansman sağlayan bir finansman modeli olmadığını göstermektedir [35, 36, 37].

Üçüncü bileşen sistemin hem temel sağlık hizmetleri ayağının hem de hastanelerin özelleştirileceğini açıkça belirtmektedir. Bugün temel sağlık hizmetleri Aile Hekimliği uygulaması ile kamu hastaneleri ise Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile özelleştirilmekte ve işletmeleştirilmektedir. Aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetleri salt hasta olduğunda ve katkı paylarını ödeyebilenlerin ulaşabildiği bir sistem haline gelmektedir. Bu sistem ile mevcut sağlık ocağı örgütlenmesi anlayışının temelini oluşturan nüfusa dayalı, bölge ve aile bütünlüğü temelinde değil, aile hekiminin kendini seçip kaydolan kişilere hizmet vereceği, dolayısıyla ailenin değil bireyin hekimine dayalı bir örgütlenme modeli oluşturulmaktadır [38]. Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile de

hastanelerin özertleştirilmesi, işletmeleştirilmesi ve nihayetinde özelleştirilmesi düzenlemeleri yeniden gündeme getirilmektedir.

Dördüncü bileşen kapsamında 2003 yılında 4924 sayılı Yasa ile eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması başlatılmış ve böylece kamu sağlık sektöründe iş güvencesi ortadan kalkmıştır. Emsal sağlık personelinin daha yüksek ücretler alan sözleşmeli sağlık personeli alımı ile özelleştirmenin istihdamda da söz konusu olduğu ortadadır.

V. Türkiye’de Sağlık Durumu ve Sağlıkta Eşitsizlikler

Sağlık sektöründeki politika tercihleri ve neoliberal politikaları her alanda hakim kılan yeni dünya düzeni nedeniyle Türkiye’de de dünyada gözlenen değişimler yaşanmış, sağlık harcamalarının hızlı artışına rağmen sağlık durumunda beklenen iyileşmeler gözlenememiş, bazı bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı ile sağlıkta eşitsizlikler derinleşmiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı hızla artıp 1985-2005 yılları arasında %2.2’den %5.7’ye çıkmasına rağmen, halen 2005 yılında %8.9 olan OECD ortalamasının çok gerisindedir. Ayrıca sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların yanı sıra artan yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı bozukluğu gibi sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle bu artış sağlık göstergelerine beklendiği düzeyde yansımamıştır.

Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi OECD ortalaması (78.9 yıl) ile karşılaştırıldığında 2006 yılında 71.6 yıl ile yaklaşık yedi yıl daha düşüktür. Türkiye’de doğumda yaşam beklentisi ülkenin gelir düzeyine göre düşüktür. Bebek ölüm hızları açısından bakıldığında Türkiye, 2006 yılında binde 22.6 ile OECD ülkeleri içerisinde en yüksek orana sahiptir ve 5.2 oranına sahip OECD ülkeleri ile arasında dört kat kadar bir fark bulunmaktadır. Türkiye’de bebek ölüm hızı gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından da daha yüksektir. Anne ölüm hızı 2005 yılında yüz binde 28.5 ile OECD bölgesinin en yüksek ikinci ülkesidir. Anne ölüm oranı OECD ortalamasının 3

katından fazladır ve gelir ve sağlık harcaması düzeyi benzer ülkelerin hızlarından daha yüksektir.

Öte yandan sağlık göstergelerinde yıllar içerisinde olumlu gelişmeler görülmesine rağmen, gelir grupları, bölgeler, kır-kent arasında önemli farklılıklar söz konusudur. 1998 yılında binde 48.4 olan bebek ölüm hızı en düşük birinci gelir grubunda binde 68.3’e yükselmekte, en yüksek beşinci gelir grubunda ise binde 29.8’e düşmektedir. Aynı yıl binde 42.2 olan kentteki bebek ölüm hızı, kırdaki 58.6’ya çıkmaktadır [10]. Daha da üzücü olan aradaki farkın açılıyor olmasıdır. 1978 yılında 1.2 olan kır/kent farkı, 1998 yılında 1.38’e, 2003 yılında ise 1.69’a çıkmıştır. Benzer bir şekilde 1978 yılında batıdaki bir bebek ölümüne karşın doğuda 1.4 bebek ölürken, 2003 yılında 1.9 bebek ölmüştür. 2003 yılında batıda binde 22 olan bebek ölüm hızı, güneyde 29, Orta Anadolu’da 21, kuzeyde 34, doğuda ise 41’e ulaşmaktadır [39, 40].

2000-2004 yılları arasında Brusella, şark çibani ve ısırtıklar gibi zoonotik hastalıklarda belirgin bir artış gözlenmiştir. Ayrıca koruyucu hizmet yetersizliğine bağlı olarak “Kırım Kongo kanamalı ateşi” önemli bir sorun haline gelmiştir. Su ve gıda ile bulaşan özellikle ishalleri hastalıkların görülme sıklığı hala yüksektir. Sadece sağlık ocağı polikliniklerine başvuran ishalleri olgu sayısı 2002 yılında 869.700 iken 2005 yılında 1.413.333’e çıkmış, yani yüzde 62.5’lik bir artış göstermiştir. Tifo ve Amipli dizanteride İç Anadolu ve Marmara’da dikkati çeken artışlar söz konusudur. Hepatit A, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki artışını sürdürmektedir. Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından boğmaca ve kızamıkta azalma gözlenmesine rağmen, Hepatit B’de belirgin bir artış söz konusudur. 2000-2004 yılları arasında hastalığın görülme hızı % 66.6 oranında artmasına rağmen, Karadeniz (% 225.6), Güney Doğu Anadolu (% 170), İç Anadolu (% 119.9) ve Marmara (% 119.8) bölgelerinde artışlar çok daha fazladır. Türkiye’de sayısı tam olarak bilinmeyen tüberküloz WHO 2004 verilerine göre yüz binde 55 olarak bildirilmektedir. İstanbul’daki tüberkülozlu sayısı ülke ortalamasının iki katından fazladır. 2006 yılında 2004 yılına

oranla % 36 oranında artış gösteren tüberkülozun nedenleri; yoksulluk, marjinal yaşam biçimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve göç olarak belirtilmektedir. Buna rağmen, 2000 yılında 24 olan göğüs hastalıkları hastane sayısı 2005 yılında 22'ye gerilemiş, yatak sayısı da 6.335'ten 4.760'a düşmüştür. Çünkü veremi saptamak, tedavi etmek, izlemek ve hastanede kontrol altında tutmak "performans" değeri olmayan işlemlerden sayılmaktadır [41, 20].

VI. Sonuç yerine

Hem dünyada hem de Türkiye'de sağlık sektöründe gözlenen eşitsizlikleri daha da genişletmek olasıdır. Sağlığı sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bir hak olarak görmeyen ve devletin bu hakkı yerine getirmek üzere ödevlere sahip olduğu anlayışından uzaklaşarak sağlık sektörünü neoliberal

politikalarla yeniden düzenleyen yeni dünya düzeninin, bu eşitsizlikleri ortadan kaldırması pek mümkün görünmemektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke deneyimleri, verimlilik, eşitlik ve etkililik hedeflerine sahip neoliberal sağlık politikalarının iddia ettikleri hedeflere ulaşabildiğini (veya ulaşabileceğini) gösteren yeterli kanıtı sahip değildir. Buna rağmen bu politikalarda ısrar edilmesi ile sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik ve adaletsizliklerin ortadan kaldırılması yerine daha da derinleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık durumunu iyileştirmek ve sağlık sistemini eşitlikçi, adaletli, verimli ve sürdürülebilir bir yapıya büründürmek amacıyla sosyal devlet anlayışı çerçevesinde kamuya dayalı bir sağlık sistemi kurulması tartışmalarını yeniden gündeme taşımak gereklidir.

KAYNAKLAR

- [1] Savran S. Yeni Dünya Düzen(sizliği), Küreselleşme, Özelleştirme. Yay.Haz.Soyer A.Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler içinde. Türk Tabipleri Birliği, 1998:7-19.
- [2] Lee K, Fustukian S, Buse, K. An Introduction to Global Health Policy. In: Lee K, Buse K, Fustukian S. eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002:3-17.
- [3] Yıldız Ö. Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. Gaziantep Tıp Dergisi, 2008: 30-34.
- [4] Yeldan E. Neoliberalizmin İdeolojik Bir Söylemi Olarak Küreselleşme. Derleyenler: Köse AH, Şenses F, Yeldan E. İktisat Üzerine Yazılar I. Küresel Düzen: Birikim, Devlet ve Sınıflar içinde. İletişim Yayınları, 2003: 427-451.
- [5] Lister J. Sağlık Politikası Reformu Yanlış Yolda Mı Gidiyoruz? Küresel "Sağlık Reformu" Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu. İnsev Yayınları, 2008.
- [6] Güler B.A. Sosyal Devlet ve Yerelleşme, 2005 (Erişim Tarihi: 5 Ocak 2010. http://www.yayed.org.tr/resimler/ekler/fa0860e83a4c3a7_ek.pdf).
- [7] Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is Shaping Domestic Policies in Health Care. The Lancet, 1999; 354 (Nov 27): 1889-1892.
- [8] United Nations Development Programme. Human Development Report 1999. Oxford University Press, 1999.
- [9] Shahmanesh M. Neoliberal Globalisation and Health: A Modern Tragedy. Critique, 2007; 35 (3): 315-338.
- [10] The World Bank. World Development Report 2006: Equity and Development. The World Bank and Oxford University Press, 2005.
- [11] World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organisation, 2000.
- [12] Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein, DU. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. The New England Journal of Medicine, 2003; 349 (8): 768-775.
- [13] Beaglehole R, Bonita R. Global Public Health: A Scorecard. The Lancet, 2008; Dec 6 – Dec 12 (372): 1988-1996.
- [14] United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008:Fighting Climate Change. Human Solidarity in a Devided World. Oxford University Press, 2007.
- [15] Lee K, Goodman H. Global Policy Networks: the propagation of the health care financing reform since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002: 97-119.

- [16] Ollila E, Koivusalo M, Baru R. Globalization and National Health Policies: Guest Editors' Introduction. *Global Social Policy*, 2002; 2(3): 243-45.
- [17] The World Bank. Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu, İki Cilt, Rapor No:24358-TU. Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi. Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, 2003.
- [18] Pala K. Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası. *Toplum ve Hekim*, 2003; 18(2): 115-119.
- [19] Boratav K. Türkiye İktisat Tarihi: 1908-2005. Gözden Geçirilmiş 10.Baskı. İmge Kitabevi, 2006.
- [20] Yenimahalleli Yaşar, G. Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. *Mülkiye*, 2008; XXXII (260): 157-192.
- [21] Soyer A. 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*. 2003 (9): 301-319.
- [22] Kerman U. Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık. Ankara Tabip Odası, 2004.
- [23] Pala K. Türkiye Sağlık Sistemi Nereye Gidiyor? *Toplum ve Hekim*, 2007; 22(1-2): 62-69.
- [24] Fişek G, Özsuca ŞT, Şuğle MA. Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, 1998.
- [25] Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası 1993.
- [26]Devlet Planlama Teşkilatı. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Yayın No: DPT 1974, 1984.
- [27] Devlet Planlama Teşkilatı. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994. Yayın No. DPT 2174, 1989.
- [28] Devlet Planlama Teşkilatı. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1996-2000. Karar No: 374, 1995.
- [29] Devlet Planlama Teşkilatı. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Karar No: 697, 2000.
- [30] Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. 2003. (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>, erişim tarihi Şubat 2008).
- [31] Akdağ R. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Sağlık Bakanlığı, 2008.
- [32] Güler BA. Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarılama Politikaları 1980-1995. 2. Baskı. İmge Kitabevi, 2005: 192-194.
- [33] Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu. 2007.
- [34] Başbakanlık. Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. 2005.
- [35]Yenimahalleli Yaşar G. Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2007.
- [36] Yenimahalle Yaşar G. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası: İlk Gözlemler. *Çalışma Ortamı Dergisi*, 2009; (103): 17-19.
- [37] Yenimahalleli Yaşar G, Kayıran D. Genel Sağlık Sigortasının Mali Sürdürülebilirliği. 11. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi. Özet Bildiriler Kitabı. ODTÜ. 9-11 Aralık 2009: 143.
- [38] Giray H, Aksakoğlu G. Sağlıkta Sosyal Devlet Hizmetinden Piyasa Ekonomisine. *Türk Dışhekimleri Birliği*. Dışhekim, 2006; (15): 47-48.
- [39] Hamzaoğlu O, Özcan U. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, 2005: 45.
- [40] Hamzaoğlu O, Yavuz CI. Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. *Mülkiye*, (252): 275-296.
- [41] Türk Tabipleri Birliği. Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP. 2007: 60.