

SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME: HANGİ DİNAMİKLER BELİRLEYİCİ OLUYOR?

Dr. İlker BELEK

Halk Sağlığı Uzmanı



İngiltere... Futbolun beşiği olmasının yanısıra; kapitalizmin anavatanı, sosyal devletin en tipik örneği ve ulusal sağlık sistemi denildiğinde akla gelen ilk ülkeydi. Bütün bunlardan sonra, 1980'lerden başlayarak, özelleştirmelerin ve özel olarak da sağlık hizmetlerinin devlet eliyle özelleştirilmesinin klasik literatürünü oluşturdu.

İngiltere'de ulusal sağlık sistemine yönelik özelleştirme saldırısı muhafazakar parti milletvekillerinin "Eskiden sınıf savaşı yok denirdi. Oysa biz sınıf savaşçılarıyız ve muzaffer olacağımızı ümit ediyoruz.", "Bu bir savaş. Mücadele politik sistemimiz üzerinde." (Navarro, V.1989:400) türünden sözleriyle başlatıldı. Daha sonradan dönemin başbakanı Thatcher kendi milletvekillerinin bu net yaklaşımını, daha sonraki yıllarda diğer ülkelerin ve bu arada Türkiye'nin yöneticilerince de sık sık kullanılacak şu cümlelerle popülarize etti: "Devlet insanların kazandıklarından daha fazla para kaynağına sahip değildir. Başarı daha ve daha fazla mürşif harcama programları yaratılarak elde edilmeyecektir. İnsanlar parasız hizmetten söz ediyorlar. Hizmet parasız değildir. Onun için birşeyler ödemişsiniz." (Iglehart, J.K. 1983: 1264)

Yukarıda özetlenen yaklaşım iki temel ideolojik düşünceye dayanır: 1-)Sağlık hizmeti üretimi doğrudan üretici bir sektör olmayıp, ulusal ekonomiye herhangi bir katma değer sağlamamaktadır. Bunun da ötesinde sağlık sektörü tüketici bir sektördür. Bu nedenle devletin ya da genel olarak kamunun sağlık hizmeti

üretimi için kaynak ayırması ekonominin verimliliğini alt üst etmekte, ekonomik süreçlerin işleyişine yapısal engeller getirmektedir. 2-)Dolayısıyla sağlık hizmeti kullanımı bireylerin kendi sorumluluklarına bırakılmalı ve bireyler sağlık hizmeti haklarını kendi olanakları çerçevesinde ve piyasa mekanizması kuralları içinde kullanmalı / sağlamalıdır.

Hedef yalnızca ulusal -kamu sağlık sistemleri değil, kazanılmış bütün sosyal güvenlik haklarıdır.

Devletin bundan böyle sağlık hizmeti üretiminde ve bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında sorumluluk üstlenmesinin koşulları kalmamıştır, böyle bir desteğe gerek de yoktur.

BATILI ÜLKELERDE EKONOMİ VE ÖZELLEŞTİRME

Hemen şunu eklemek gerekir: Sağlık hizmetlerindeki özelleştirme tezi çok daha geniş kapsamlı bir politikanın parçası durumundadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılın ortalarından beri aynı anda yaygın uygulama alanı bulmuş bütün kamu sosyal güvenlik sistemlerinin ve bütün sosyalizasyon süreçlerinin daraltıl-

ması, ortadan kaldırılması planlanmaktadır. Kısaca hedef yalnızca ulusal -kamu sağlık sistemleri değil, kazanılmış bütün sosyal güvenlik haklarıdır.

Özelleştirmeyi meşrulaştırmaya yönelik bütün argümanlar kapitalist ulusal ekonomilerin 1970'li yılların ortalarından itibaren içine girdiği derin ekonomik bunalım zemininde ortaya atılmıştır. Sağlık sektörü ekonomik bunalım ortamında devlet desteğinin çekildiği ilk alanlardan birisi olmuştur.

Oysa ki 2.Dünya Savaşını izleyen yıllarda yaklaşım hiç de böyle değildi. O dönemde sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi sistemlere kamunun müdahalesi, devlet bütçesinden pay ayrılması kapitalist ekonominin harmonisini bozacak politikalar olarak algılanmıyordu. Tam tersine Keynezyen paradigma gereği, devlet müdahalesi, piyasa ilişkilerinin talep yönü üzerinden ekonomik genişlemenin maddi zeminini yaratacak dışsal bir araç olarak görülmüş ve kullanılmıştı. Jessop'un belirttiği gibi; sermaye birikim koşullarının ve ücretli emeğin yeniden üretiminin güven-cesi için yaygın ulusal sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri aracılığıyla toplumsal talep düzeyinin artırılması; talep üzerinden de arzın ve dolayısıyla da sermaye birikiminin uyarılması; kapitalist genişlemenin ve burjuva sınıfın altındaki zemini sağlamlaştıracak koşulların gerçekleştirilmesi (Jessop, B.1991:86). İşte arzulanan ve yaklaşık bir 20 yıl boyunca önemli bir sorunla karşılaşmaksızın, ancak kendi iç dinamiği içinde bu olumlu

koşulları erozyona uğratan mekanizmaları da üreterek gerçekleşen buydu.

Kısaca 1970'lerin başına kadar olan dönem boyunca, kapitalizm çeşitli ekonomik ve siyasal bileşenlerin olanaklı kıldığı bir ortamda, "istikrarlı" olarak tanımlanan bir genişleme periyodunu yakalayabilmişti. Tam istihdam, yaygın eğitim olanakları ve bir bütün olarak sosyal güvenlik sistemlerinin nüfusun hemen tamamı için yaygınlaştırılması dönemin temel özelliklerindendi ve söz konusu bu yapı Sosyal Devlet formu olarak tanımlanmıştı. Sosyal harcamaların finansmanı işçi sınıfı ve sermayeden yapılan kesintilerden sağlanıyordu. Bu anlamda sosyal devlet kapitalizmin genişlediği o 20 yıllık dönemde sınıflar arası bir konsensüsü da yansıtıyordu. İşçi sınıfı kapitalist devleti kendi sınıfsal çıkarları doğrultusunda etkilemeyi başarmıştı.

Bu gelişmeler gelişmiş Batılı ülkelerde sağlık özelinde şu sonuçları ortaya çıkarmıştır:

1-) Nüfusun hemen tamamı kapsamı oldukça geniş bir sağlık güvencesi programı üyesi durumundadır. Buna bağlı olarak, 1980'ler sonrasındaki bütün sınırlama çabalarına karşın, sağlık harcamaları, bu ülke ekonomilerinin bugünkü bunalımlı yapıları çerçevesinde kabul edemeyeceği boyutlarda artmıştır. Harcamaların GSMH içindeki payı %10'lar düzeyinde seyretmektedir. Oysa aynı oran 1950'lerin başında %3 kaddır. (World Bank, 1993:259)

2-) Harcamalar içinde hastanecilik hizmetlerine yapılanlar önemli pay tutmaktadır. Hükümetlerin cari sağlık harcamaları içinde hastanecilik hizmetlerinin payı %50-80 arasındadır. Hastanecilik harcamaları içinde de teknolojinin payı ilk sırada yer almaktadır. (Who, 1992:1)

3-) Sağlık harcamalarındaki yıllık artış oranı çoğu kez ulusal gelirin yıllık artışının üzerinde seyretmektedir. Almanya, Japonya, ABD'de fark %30'un üzerindedir. Fransa'da %20, Kanada ve İngiltere'de ise %10'dur. Kısaca sağlık sektörü, toplam üretimin üzerinde bir hızla genişlemekte ve bu genişlemede kamunun

payı önemli yer tutmaktadır. Bu durum kapitalist ekonomilerin diğer sektörlerinin tepkisine neden olmaktadır.

Bütün bu tespitler son olarak OECD tarafından hazırlanan "Sağlık Hizmetleri Reformu (The Reform of Health Care)" (OECD, 1992: 16) ve "Sağlık Sistemlerinin Geleceği (The Future of Health Care Systems)" (OECD, 1995) adlı raporlarda da sıralanmaktadır.

Aslına bakılırsa sağlık harcamalarındaki patlamanın ana nedeni; sosyal güvenlik sistemlerindeki yaygınlaşma ve Avrupa ülkeleri nüfusunun gösterdiği demografik değişikliklere bağlı olarak gelişen sağlık hizmeti kullanımı artışları gibi etkenlerle birlikte, bu zemin üzerinde işlerlik gösteren kapitalist ekonomik ilişkilerdir. Gerçekten de kapitalist ilişkiler son 50 yıl içinde sağlık hizmeti üretimine derinlemesine girmiştir.

Sağlıktaki kapitalizasyon süreci kamunun kanatları altında gerçekleşmiş ve kamu giderek daha fazla orandaki sermaye birikimini güvence altına almak durumunda kalmıştır.

Böylece ekonomik ilişkilerin talep yönüne bir müdahale anlamını taşıyan sosyal güvenlik sistemi, kısa süre içinde arz yönünde de karşılığını uyarı ve tıbbi teknolojiyle, ilacıyla, tıbbi bakım hizmeti üretimiyle bütün sağlık sektörü kar hırsıyla kamçılanan meta ilişkileri ağına gömülmüştür.

Başlangıçta sosyal güvenlik sistemi sağlık sektöründeki sermaye birikimini belirleyici bir işlev görürken, giderek ilaç ve tıbbi teknolojideki sermaye birikim düzeyi (sürecin arz yönü) hizmet talebi ve sosyal güvenlik sistemlerinin harcamaya başlamış ve "gelir-gider" dengesi "gider" lehine bozulmuştur.

Örneğin Ulusal Sağlık Sistemlerinin en iyi örneğini oluşturmuş ve sistem üzerinde en sıkı kamu denetimi kurmuş İngiltere'de genel pratisyenlerce kişi başına yazılan reçete sayısı 1949 yılında 4.96 iken,

bu sayı 1974 yılında (sistemin en iyi uygulandığı yıllar boyunca) 6.88'e yükselmiştir. Üstelik bu artış piyasadaki ilaçların %35'inin etkisiz ya da irrasyonel kombinasyonlarda olduğunun tespit edildiği bir ortamda gerçekleşmiştir. Doyal bütün bu gelişmeleri bütün kamu denetimine karşın ilaç tekellerinin sağlık sektörü içinde Ulusal Sağlık Sistemi uygulaması boyunca giderek belirginleşen belirleyici konumuna bağlamaktadır. (Doyal, L. 1979:192-93)

Kısaca özetlemek gerekirse son 50 yıl içinde sağlık sektörüyle ilgili olarak üç olay yaşanmıştır:

1-) Sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin sosyalizasyonu ve kamu sağlık harcamalarının artışı (sürecin talep yönü).

2-) Sağlık sektöründe sermaye birikimi ya da sağlık sektörünün kapitalizasyonu (sürecin arz yönü).

3-) Dolayısıyla kamu talep yönü ile özel sektör (ve tekelleşen) arz yönünün eşleşmesi. Anlaşıldığı gibi sağlıktaki kapitalizasyon süreci kamunun kanatları altında gerçekleşmiş ve kamu giderek daha fazla orandaki sermaye birikimini güvence altına almak durumunda kalmıştır.

Özetlenen sürecin bunalımsız devam edebilmesinin tek koşulu Keynesçi ekonomik politikalarla yaratılan ve talep yönü üzerinden uyarılan genişleme dinamiğinin sürekliliğinin sağlanabilmesiydi. Oysa ki durum hiç de böyle olmadı. Kökenleri yine kapitalist gelişmenin içinde saklı bir dizi etkenin sonucu olarak 1970'lerin başından itibaren kapitalist sistem ciddi bir bunalımın içine girdi. Bunalım en özlü biçimde ortalama kar oranlarının düşmesi ile tanımlanıyor. (Ayrıntılar için bkz. Adalı, C. 1991)

İşte bu bunalım sermayeyi daha verimli ve karlı kılacak yeni arayışları gerekli kılmakta ve şimdiye dek sosyal devlet formu olarak sürdürülmüş toplumsal, sınıfsal dengelerin yeniden gözden geçirilmesi gerekliliğini dayatmaktadır. Sağlık ve eğitim gibi bütün sosyal harcamaların azaltılmasının nedeni; kar oranı üzerinde negatif etkiye bulunan ve artık talep yönlü bir etkiyle sermaye genişlemesine getirdiği kat-

kıların pozitif potansiyellerini tüketmiş bulunan bütün etkenlerin bertaraf edilmesidir. Artık hedefler değişmiştir ve bunlara ek olarak pek çok başka politika da ortalama kar oranlarının yeniden artırılabilmesi amacıyla devreye sokulmaktadır. Tam istihdam yerine yarı süreli ya da düzensiz çalışma biçimleri ve sürekli işsizlik; esnek teknolojiler aracılığıyla üretkenliğin artırılması ve emek gücünün (yani üretiminin sorun yaratabilir canlı bileşeninin) üretim ve sosyal düzen için belirleyici unsur olmaktan çıkarılması; piyasanın talep yönü üzerinden sermaye birikim koşullarının güvencesini savunan Keynezyen paradigma yerine, arz yönlü politikalarla "önce sermaye" diyen Mone-tarist paradigmanın kabulü.

Batı'da sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bunalım yönündeki gelişmeleri tersine çevirecek mekanizmalardan birisi olarak önerilmektedir. Özelleştirme ile hedeflenen en önemli sonuç sürekli artan kamu sağlık harcamalarının önce frenlenmesi, sonra azaltılmasıdır. Sonuç olarak Batılı kapitalist güçler yaklaşık 50 yıl sonra, işçi sınıfı ile imzaladıkları sosyal devlet sözleşmesini tek taraflı olarak bozmaktadırlar.

BAĞIMLI ÜLKELERDE EKONOMİ VE SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME

Türkiye'nin de içinde bulunduğu az gelişmiş kapitalist ülkelerde ise gerek sağlık sektörü sorunları, gerekse özelleştirmenin gerekliliği konusunda kullanılan argümanlar, gelişmiş ülkelere farklılık göstermektedir.

Bu ülkelerde sağlık sektörü daha zayıftır. Toplam sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamalarının toplam içindeki payı düşüktür. Buna bağlı olarak hizmeti kullanım anında cepten yapılan özel harcamalar ve geleneksel hekimlik uygulamaları daha fazladır. Sosyal güvenlik sistemleri yok ya da zayıftır. Kaynak kullanımı kötüdür. Olması gerekenin tersine tedavi edici hizmetler ağırlıktadır. Askeri harcamalar ulusal gelirin önemli kısmını

yutmaktadır. Bölgesel ve sınıfsal eşitsizlikler derindir.

Ekonomiler IMF'nin stand-by. Dünya Bankası'nın yapısal uyum programları ile dış borç batağına gömülmüşler ve doğrudan dışa bağımlı duruma gelmişlerdir. Ulusal üretim düşük olup, ancak dış faiz ödemelerine yetmektedir. (Neyra. O.F. 1992) Sonuçta, bugünkü Dünya ekonomik işbölümü çerçevesinde, bağımlı ülkelerin içinde bulundukları (ve kaynak kıtlığı olarak görülen) konumu aşmalarının olanaksız olduğu bir ekonomik- siyasi tablo ortaya çıkmıştır.

Özelleştirme ile hedeflenen en önemli sonuç sürekli artan kamu sağlık harcamalarının önce frenlenmesi, sonra azaltılmasıdır. Sonuç olarak Batılı kapitalist güçler yaklaşık 50 yıl sonra, işçi sınıfı ile imzaladıkları sosyal devlet sözleşmesini tek taraflı olarak bozmaktadırlar.

Gelişen ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bağlamında iki temel döküman bulunmaktadır. Bunlardan birisi "Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı (Financing Health Services in Developing Countries)" (World Bank, 1990) adını taşımaktadır. Diğeri ise "Özel Sektör Aracılığıyla Gelişen Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi (Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector)" (Griffin, C.C. 1987) isimli rapordur. Her ikisi de Dünya Bankası tarafından hazırlanmıştır.

İlk rapor gelişen ülkelerde sağlık sektörünün sorunlarını şu şekilde belirlemektedir:

1-) Maliyet açısından etkin sağlık harcamalarına yetersiz kaynak tahsisi. Hükümet tarafından yapılan sağlık harcamaları iyi dağıtılmış olsa bile, asgari sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yetmemektedir. Bunun dışında temel tedavi edici sağlık hizmetlerinin de hükümetler tarafından finanse edilmesi olanaklı olmamaktadır. Sonuç olarak özel sağlık

harcamaları (görece olarak) artmaktadır.

2-) Kamu programlarındaki düşük etkinlik.

3-) Sağlık hizmetlerinin eşit olmayan dağılımı.

Dünya Bankası aynı raporda bu sorunların çözümü için dört temel reform önermektedir:

1-) Kullanıcı ödentileri.

2-) Hükümet dışı kaynakların mobilizasyonu.

3-) Sağlık (ve özel sağlık) sigortası.

4-) Desantralizasyon. Bu önerilerden ilk üçü özelleştirme yönelimi olarak ele alınabilir.

Dünya Bankası'nın diğer raporu gelişen ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin sorunlarını ve reform girişimlerini özelleştirme bağlamında ele almaktadır.

Rapor gelişen ülkelerde, aynı zamanda bu ülkelerin gelişmiş kapitalist ülkelerle arasındaki temel farklılıklarını oluşturan dört temel sorun tespit etmektedir:

1-) Gelişen ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı düşüktür. (Ulusal gelirin %3'ü ile %5'i arasında.) Buna karşılık kişi başına düşen ulusal gelirin artması ve nüfusun yaşlanması gibi etkenlere bağlı olarak halkın sağlık hizmetine olan talebi de (Batı'daki kadar olmasa da) artmaktadır. Bundan sonraki dönemde hizmete olan talebin daha da hızlı artması beklenmektedir. Bu nedenle, bu ülkelerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları kamu kaynakları artan talebi karşılamaya hiç yetmeyecektir.

2-) Gelişen ülkelerde devlet bütçesinden sağlık hizmetleri için ayrılan pay yıllar içinde düşüş göstermekte ya da en iyi durumda (nüfus artışına karşın) sabit kalmaktadır.

3-) Toplam sağlık harcamaları içinde hükümet harcamalarının payı da düşüktür. Oran %50 'nin altındadır.

4-) Sosyal güvenlik sistemleri zayıftır. Olduğu kadarıyla da kentsel bölgede toplanmıştır. Kırsal bölgede ise finansman daha çok cepten harcamalarla karşılanmaktadır.

5-) Sağlık harcamalarının önemli kısmı hastanecilik hizmetlerine gitmektedir. Bakanlık bütçelerinin yak-

laşık %60-80'i hastanelere ayrılmakta, buna karşılık nüfusun %80'i hastanecilik hizmetlerinin son derece zayıf olduğu kırsal kesimde yaşamaktadır. Böylece hastanecilik hizmetlerinin genel bütçeden finanse edilmesi, sağlık sektöründeki eşitsizliklerin devlet eliyle daha da derinleştirilmesi anlamına gelmektedir.

Dünya Bankası yukarıda özetlediği sorunlar sonrasında özelleştirmenin bu sorunların çözümünde kullanılabileceği tezini ileri sürmektedir. İki nedenle:

1-) Bu ülkelerde özelleştirme ek kaynak yaratabilecek, bu ise genel olarak sağlık hizmetleri için kullanılan kaynak miktarını artıracak, kamu sağlık harcamalarının kıtlığı sorununa da çözüm getirecektir,

2-) Yukarıda da belirtildiği gibi hastanelerin kamu tarafından finanse edilmesi, hem kamu kaynaklarının tedavi edici hizmetleri ile kentlere yönlendirilmesine, dolayısıyla da koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itilmesine, hem de kırsal kesim aleyhine var olan eşitsizliklerin derinleşmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi bir yandan sorunların çözümü için atılmış ciddi bir adım olacak, öte yandan da kaynak kıtlığı sorununun çözümüne katkıda bulunacaktır. Hükümetler koruyucu sağlık hizmetleri aleyhine giderek genişleyen tedavi edici hizmetlerin gereksiz yükünden kurtulmuş olacaklardır.

Görüldüğü gibi Dünya Bankası'nın bağımlı ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi önerisi, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi daha çok ve öncelikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi noktasında toplanmakta, ancak gelişmiş ülkelerden farklı olarak, ilk planda kaynak yokluğu sorununa çözüm olarak önerilmektedir.

Aslında bağımlı ülkeler için Dünya Bankası tarafından önerilen özelleştirme programı, kamu kaynakları ile ulusal gelirin düşüklüğü ve gelir eşitsizliğine bağlı olarak kendiliğinden ortaya çıkmış bir süreçtir. Özellikle de Afrika ülkelerinde özel sağlık harcamaları kamu bütçesindeki eksikliğin

yarattığı boşluğu doldurmakta olan geleneksel sağlık hizmetlerine yönelmektedir. Aynı gruptaki ülkelerin önemli kısmında boşluk doldurma işlevini özel poliklinikler, laboratuvarlar, hastaneler görmektedir. Dünya Bankası'nın kendi verilerinin ortaya koyduğu gerçek, ülkelerin gelir düzeyinin düşmesine paralel olarak özel sağlık harcamalarının oranının artışıdır. (World Bank, 1993: 111) Dolayısıyla Dünya Bankası'nın önerisi ekonomik ve sosyal koşulların sonucu olarak kendiliğinden ortaya çıkmış bir sürecin bir program olarak ifade edilmesinden öte bir anlam taşımamaktadır. Bu nedenle de bir çözüm olarak değil, bir sonucun yinelenmesi olarak algılanmalıdır.

Bağımlı ülkeler için Dünya Bankası tarafından önerilen özelleştirme programı, kamu kaynakları ile ulusal gelirin düşüklüğü ve gelir eşitsizliğine bağlı olarak kendiliğinden ortaya çıkmış bir süreçtir.

Burada altı çizilmesi gereken bir diğer nokta, kamu hizmetlerinin yokluğunda devreye giren özel sektörün (toplam içindeki yüksekliğine karşın) hiçbir zaman gerçek gereksinimi karşılamaya yetmemesidir. Bu ülkelerde özel sektör ne denli büyürse büyüsün, toplam sağlık harcamaları yine de çok düşük düzeyde kalmaktadır. Aslında böyle bir sonucun ortaya çıkması son derece doğaldır. Çünkü:

1-) Bu ülkelerde ulusal gelir sağlık gibi sosyal hizmetlere kaynak ayrılmasını zaten zorlaştırmaktadır ve

2-) Toplumsal sınıflar arasındaki eşitsizlikler geniş halk kesimlerinin sağlık hizmeti için cepten özel harcama yapmalarını çok önemli oranda sınırlamaktadır. Böylece özelleştirme önerisi varolan eşitsizliklerin daha da derinleşmesi potansiyeli taşımaktadır. İlginç olan nokta Dünya Bankası'nın özel sektör bağlamında varolan ve bizzat kendi raporlarında belgelediği bu yapısal-nesnel

sınırlılıkları görmezden gelerek özel harcamaları ve özelleştirmeyi bir çözümmüş gibi gündeme getirmesidir. Ve en ilginç olanı da, özelleştirmenin (piyasa koşullarını yaratacak asgari sermaye birikim koşullarının bile olmayışı nedeniyle) kamu kaynak aktarımlarıyla yaratılması önerisidir.

Böylece sağlıktaki özelleştirme önerisi, bağımlı ülkelerde, bir yandan ekonomik, toplumsal ve siyasal sorunlar altında iyice bunalmış ezilen toplumsal sınıfların aslında çözüm anlamında hiçbir potansiyeli bulunmayan argümanlarla ideolojik bir bombardımana tabi tutulmasını ve kapitalist bağımlılık koşullarının sürekliliğini garantileyecek bilinç ortamının geliştirilmesini, öte yandan da kamu eliyle sağlık sektöründeki kapitalist işlerliğin canlandırılmasını hedeflemektedir.

(Ayrıntısı için bkz. Belek, I. 1994)

KAYNAKLAR

- Griffin, C.C. (1987) Strengthening Health Services in Developing Countries through the Private Sector, World Bank, No: 4, Washington.
- Iglehart, J.K. (1983) The British National Health Services Under The Conservatives, N. Engl. J. Medicine, 309 (20), 1263-67.
- Jessop, B. (1991) The Welfare State in the Transition from Fordism, (The Politics of Flexibility, Ed. By Kastendiek, H., Nielsen, K., Billing and Sons Ltd., Worcester içinde), 82-105.
- Navarro, V. (1989) Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, and the U.S. Has Neither., Int. J. Health Services, 19 (3), 383-404.
- Neyra, O.F. (1992) Yeni Dünya Düzeni, Kuzey Güney Çelişkisi ve Küba, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, 16 (145) 6-14.
- WHO (1992) Hospital, Economics and Financing in Developing Countries, Geneva.
- World Bank (1990) Financing Health Services in Developing Countries, Washington.
- World Bank (1993) , Investment in Health, Oxford.
- Adalı, C. (1991) Kapitalizmin Döğümleri, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, I. (1994) Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası , Sorun Yayınları , İstanbul.
- Doyal, L. (1979) The Political Economy of Health, London.