

Küreselleşme kışkacında sağlık politikalarımız

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya-Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yapan Aydın, sonrasında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyeliği ve Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2010-2020 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü yapan Aydın, 2020 yılı Kasım ayında atandığı Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

Küreselleşmenin etkisiyle birçok ülkede sağlık finans sistemlerindeki pazar dinamiklerinin gittikçe (son 30-40 yıldır) daha fazla etkili olduğunu göz ardı edemeyiz. 1980'lerde başlayan yeni liberal akım dalga dalga yayılarak devam etti. Gümrük Birliği, serbest ticareti temin edici düzenlemeler, Dünya Ticaret Örgütü anlaşmaları bu sürecin yaygınlaşmasında öncülük etti. Sosyal politikaları gözeten hükümetler, ekonomi ve ticarete bu yönü benimserken sosyal adaleti korumak adına genellikle kontrol mekanizmaları geliştirme uğraşı vermeye çalıştılar. Sağlık bu alanların başında gelmektedir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra yeniden oluşan küresel düzen içinde sağlığın devletlerin güvencesi altında bir hak olarak tanımlanması, muhtemeldir ki bu uğraşlarda etkiliydi.

Ülkeler, ekonomik kapasite ve tercihlerine bağlı olarak, toplumların sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki finansal engellerin kaldırılması için ön ödemeli prim ya da vergi tabanlı farklı modeller yoluyla finansal koruyuculuk sağlamaya çalışmaktadır. Bu modeller, geniş bir yelpazededir ve ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Yoksa "ücretsiz, eşit sağlık hizmeti" mottosuyla hayal edilen bir dünyayı bulmak kolay değildir. Hizmetin maliyeti vardır ve birileri bunu karşılamaktadır. Hele artan teknolojiyle ve beklentilerle birlikte bu maliyetler gittikçe artmaktadır.

Sağlık hizmeti alınıp satılabilir mi? Paranın icadıyla birlikte hemen her hizmet ve malın el değiştirirken bir değer bulduğu bilinen gerçektir. Dayanışma, destek, iyilik yapma, sevap kazanma gibi saiklerle karşılıksız verilen hizmetler her devir ve toplumda olagelmıştır. Kendi medeniyetimizde büyük yer tutan vakıf hizmetlerini buna örnek olarak gösterebiliriz. Ancak devletin kurumunun görevleri içinde yer alan sağlık hizmetinin kapsamı bunu aşmış durumdadır. Kamu sağlık hizmetlerinin mali bir karşılığı vardır ve bedelini bir yolla vatandaşlar ödemektedir. Günümüzde de hangi model olursa olsun ekonomide bunun bir karşılığı vardır. Üretim devlet tekelinde olduğu totaliter rejimlerde ise sağlık hizmetinin tamamının ve hizmetin ihtiyaç duyduğu malların karşılığı bir şekilde kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Bugün için bu gibi örnekler yok denecek kadar azdır. Yaygın biçimde vergi veya prim gelirleriyle karşılanmaktadır. Fakat küreselleşmenin etkisi altındaki dünyamızda, kendi kendine yeten ülke olmak artık bir hayal bile olamıyor. Rusya ve Sovyetler Birliği'nden ayrılan ülkeler hızla küresel fırtınanın etkisi altına girmiş durumdadır. Prototip olarak hafızalarda yer alan Küba bile Güney Amerika ülkelerine yönelik sağlık turizmi yapmaktadır. Yani sağlık hizmeti satmaktadır, sağlık ülkeler arası ticaret metaı olarak kullanılmaktadır.

Ekonomik krizler dünya düzenini sorgulamakta ve bizi yeni teorilerle/akımlarla tanıştırmaktadır. 1930'larda kapitalizmi

tehdit eden kriz, dünyayı savaşa sürükleyen ortamın yaratıcısı olmuştur. Ekonomik kriz olduğu kadar bir insanlık trajedisi de yaşanmıştır. İkinci Dünya Savaşında 75 milyon insanın öldüğü veya kaybolduğu tahmin ediliyor. Savaş sonrasında devlet biçimlerinin ve uluslararası ilişkilerin yeniden yapılandırıldığı bir döneme girildi. 1930'lardaki çöküşün yeniden yaşanmaması için tedbirler alınmaya çalışıldı. Bu yeni yapılanmada devlet tam istihdam, ekonomik büyüme ve vatandaşların refahına odaklandı. Devlet bu refahı sağlamak için piyasa dinamikleriyle birlikte, gerekirse piyasanın da yerine geçerek gücünü etkili bir şekilde kullanmaktaydı. İktisadi dalgalanmaları azaltmak ve makul ölçüde tam istihdam sağlamak için genel olarak "Keynesçi" denen maliye ve para politikaları yaygın biçimde kullanıldı (1). Devletler bu yolla ücretlere standart getirdi; sağlık ve diğer sosyal alanlarda refah sistemleri inşa ettiler.

Bu yenedünya düzeniyle birlikte sağlıkta beklenen değişiklikler oldu. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kurulmasıyla dünyada küresel halk sağlığı konusunda yoğun bir bilgi paylaşımı başladı, ortak hedeflere yönelmeler oldu. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si yine bu döneme rastlamaktadır. Sağlığın temel bir hak olarak kabul görmesi, devletlerin güvencesi altına alınmasını sağladı. Bunun ne derece başarılı uygulandığı konusu ayrıdır fakat teorik olarak devletin sorumluluk alanına girdiğini söylemek de mümkündür.



1970'li yıllarda dünyada ekonomik kriz tekrar baş gösterince Keynesçi ekonomi modeli ciddi yara aldı (1). Refah devleti anlayışı yerini yeni arayışlara terk etmeye başladı. Piyasa yönelimli ekonomik ve politik akımlar kendini gösterdi. Bu durum, insani temel hak olarak görülen sağlık talebini riske etmeye başladı. Amerika Birleşik Devletleri'ni istisna tutarsak hemen her ülkedeki sağlık sisteminin bu küresel harekete bir ölçüde direnmeye çalıştığını düşünüyorum. Diğer bir bakış açısıyla söylersek, ülkelerde vatandaşlarını sağlık güvencesine kavuşturacak, bu güvenceyi finanse edecek farklı modeller görülmeye başlandı. Temel sağlığın devlet politikası haline gelmesini öngören 1978 tarihli Alma-Ata Deklarasyonunun bu aşamada önemli bir dönüm noktası oluşturduğunu söylemek yanlış olmaz (2).

1980'li yıllara geldiğimizde ABD'de Ronald Reagan, Birleşik Krallık'ta Margaret Thatcher ve Çin'de Deng Xiaoping ile başlayan yeni liberal akım kendini gösterdi. Hindistan ve İsveç gibi ülkelerde dahi etkisi görüldü. (1). Türkiye bu politik sürece 24 Ocak 1980 kararlarıyla Turgut Özal ile girdi.

Bu yeni liberal akım, siyaseti büyük oranda ekonomiye odaklıyor, ekonomiyi de serbest rekabete bırakmayı vazediyordu. Şirketlere serbestlik tanınmalı,

devletin müdahalesi en alt düzeyde kalmalıydı. Yeni liberalizm kamu hizmetlerini özelleştirmeyi, kamu sağlık harcamalarını azaltılmayı ve bu meyanda kamu hastanelerinin de kısıtlanmasını öngörüyordu.

Sağlık sistemleri bir yandan bu anlayışın altında dönüşen ekonomik ve politik ortama uyum sağlamaya çalışır iken diğer yandan piyasanın acımasızlığına terk edilmeyi önlemeye yönelik tedbirler geliştirmeye çalışıyordu. Piyasa dinamiklerinden ayrı tutulabilmek için "yönetilen rekabet" gibi kavramlarla savunma geliştirmeye çalışılıyordu. Sınır ve gümrük duvarlarının kalkması ve yaygınlaşan uluslararası ticaret farklı teşvikler ortamında sağlık sistemleri için bir anlamda savrulma söz konusuydu. Bu yıllar uluslararası örgütlerin sağlık sistemi öneri ve desteklerine şahit oldu. 1990'lı yılların gündemini işgal eden sağlık reformu arayışlarıyla birlikte Dünya Bankası, ikraz anlaşması yaptığı ülkelere hazır yapım sağlık reformu önerileriyle geldi.

Reformların sağlığın temel hak olması, erişilebilirlik, hakkaniyet ve finansal koruyuculuk gibi alanlara odaklanmasıyla birlikte tam bir şablondan bahsetmek zordur. Gelişen özgürlük ortamı ve demokratikleşmeyle, müdahaleci yaklaşımlar sert eleştiriye tabi tutuldu. Yeni liberal ekonomik-politik dönüşümün

Sağlık hizmeti alınıp satılabilir mi? Paranın icadıyla birlikte hemen her hizmet ve malın el değiştirirken bir değer bulduğu bilinen gerçektir. Dayanışma, destek, iyilik yapma, sevap kazanma gibi saiklerle karşılıksız verilen hizmetler her devir ve toplumda olagelmıştır. Kendi medeniyetimizde büyük yer tutan vakıf hizmetlerini buna örnek olarak gösterebiliriz. Ancak devletin kurumunun görevleri içinde yer alan sağlık hizmetinin kapsamı bunu aşmış durumdadır.



etkisiyle özelleştirme, hizmet ve finansmanın ayrılması, stratejik satın alma gibi hususlar doğal olarak popülerite kazanmıştı. Kamu sağlık örgütlenmesinde merkezietçi örgütlenme, ademi merkezietçi yapılanma, hatta yeniden merkezietçi yapıya dönme gibi farklı hususlar da reform gündemlerini işgal etti.

DSÖ 1996 Ljubljana Konferansının ana konusu sağlık reformuydu. 1986 Ottawa'da olduğu gibi 1997 Jakarta Şartlarında da "sağlığın geliştirilmesi" öne çıkarıldı. Yani DSÖ, sağlığı teşvik etme mücadelesine devam etti (3,4,5). Bu süreçte DSÖ'nün, reformun biçiminden çok sonuçlarına odaklanarak kendini tartışmaların dışında tutmaya çalıştığını söyleyebilirim. DSÖ her ülkenin kendine özel bir sistemi olduğunu vurguluyor ancak bu sistemlerin güçlendirilmesi çağrısını yapıyordu. Bu görüşler ışığında, taslak çalışmalarında benim de görev aldığım 2008 tarihli Tallinn Konferansında ilan edilen Tallinn Şartı, "sağlık ve refah için sağlık sistemleri" başlığını taşımaktadır (6).

Bu gelişmeler, ülkemizde siyasi istikrarın sağlandığı ve ekonomik gelişmenin hızlandığı bir döneme rastladı. Sağlıkta Dönüşüm Programının hazırlanıp kamuoyuyla paylaşılması, detaylı çalışmaların yürütülmesi, sahada uygulamaya konulması ve sonuçlarının alınması da aynı döneme denk gelmektedir. Programın geçmiş tecrübelerden, 1960 sonrası sosyalizasyon politikalarından ve 1990 sonrası reform çalışmalarından etkilen-

mediğini iddia etmek yanlış olur. Ekonomide piyasa şartları yerleştikçe, sağlık alanında daha fazla hissedilen kontrol mekanizmaları oluşturulmaya çalışıldı. Bu yüzden programı bir şablona oturtmaya çalışan ön yargılı yaklaşımlar net bir sonuca ulaşmada zorlanmaktadır.

Son iki yılda önemli bir sağlık krizine şahit olduk. COVID-19 pandemisi, alışageldiğimiz davranışları hızla değiştirdi. Ülkeler arası ittifaklar sarsıldı. Her ülke kendi derdine düştü. Sağlık krizi, kapanmalar ve sıkı tedbirler uluslararası ticareti riske soktu. Lojistik ve hizmet sektörü ciddi yetersizliğe girdi, şirketler zor durumda kaldı. İşsizlik, potansiyel sosyal risk haline geldi. AB ülkeleri dâhil şirketlerini ayakta tutmak, işsizleri desteklemek için kendi paketlerini devreye soktular. Katı bütçe politikalarını terk ettiler. AB gibi bir ekonomik topluluğun ortak dayanışmasına şahit olmadık. Koruyucu malzeme ve aşı paylaşımları sırasında arka plandaki menfaat çatışmaları ise konunun ,burada söz etmeye değmeyen, bir diğer yönüdür.

Bu dönemde kamunun kısılan harcamaları artırıldı, kaldırılan devlet denetimi yeniden tesis edildi. Serbest ticarete sınırlama getirilip ekonomik özerkliğin korunmasına yönelik önlemler alındı. Neoliberalizme yapılan eleştirileri haklı çıkaracak tersine dönüş örneklerine şahit olduk. Devletler, başta hastaneler olmak üzere özelleştirilmeye çalışılan kamu hastanelerini kuvvetlendirmeye mecbur kıldı (7).

Alkin, pandemi mücadelesindeki kapanma ve karantina sürecinin yerleşik ekonomik düzenin köklü bir şekilde sorgulanmasına vesile olduğuna dikkat çekiyor. Durumu, "Bu sorgulamaların önemli bir boyutunu kapitalizmin mevcut versiyonunun mekanik, insancılıktan uzak, aşırı endüstrileşmiş yönü oluşturmaktadır. Bu nedenle, dünya ekonomisinin ve küresel ticaretin her ne kadar küresel pandeminin ana ve artçı etkilerinden kurtulmak adına verdiği mücadele doğal olarak ön planda olsa da dünyanın önde gelen uluslararası ekonomik kuruluşları, düşünce kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları toplum öncelikli bir yaklaşıma, ekonomik paydaşlar arası adalete, teknolojik dönüşümün paylaşımına ve yeşil devrime dayalı yeni bir kapitalizm versiyonu üzerine ciddi manada zihin yormaktalar. Yeni kapitalizm bu yönüyle neoliberal ortodoks anlayışına, toplumu önceliklendirmeyen ekonomi politikalarını bütünüyle geride bırakacak bambaşka bir değer üretimi sürecine; kişilerin yaşam kalitesini önceliklendiren yenilikçi bir tasarım sürecine işaret ediyor." şeklinde yorumluyor (8).

Görünen o ki, küresel köyümüz krizle karşılaştıkça bu krize engel olamayan ekonomi politikaları yeniden tartışılmaya başlıyor ve yeni bir arayışı tetikliyor. Ne yazık ki küreselleşmeyle birbirine bağımlı haline gelmiş bütün ülkelerin sosyal politikaları da bu arayışların labirentlerinde dolanmak zorunda kalıyor.

Günümüz sağlık sistemlerinin durduğu yeri daha net görebilmek için gözümüzü biraz teorik arka plana çevirmekte yarar var. Bir sağlık sisteminin en temel dinamikleri regülasyon, finansman ve hizmet sunumudur. Bu dinamiklerin her biri devlet, sosyal aktörler veya özel sektör tarafından üstlenilebilir. Üstlenen güç odakları ve üstlenme ağırlığına göre farklı modeller ortaya çıkmaktadır. Güncel sağlık sistemi tartışmalarının öncelikle devlet ve özel sektörün rolü ikilemine odaklandığını görüyoruz. Devletin rolünü savunanlar ile özel sektörün rolünü savunanların bilinen argümanlarını burada tekrar etmeye gerek görmüyorum. Biri piyasa ekonomisinin rekabet ve verimini savunuyor. Diğeri ise verim kaybı olsa da sağlık hizmetlerinin ekonomik teorilerden çok ahlaki ve etik prensiplere dayanması inancını savunuyor.

Sağlık sistemlerinin ekonomik ve etik unsurlar arasındaki etkileşim sonucu şekillendiğini müşahade ediyoruz. Sistemler genelde hizmetlerin finansman şekline göre kategorize edilmektedir. Ancak bu teorik yaklaşımın pratikle birebir örtüşmesi zordur. Şu anda dünya çapında sağlık sistemlerinde uygulanan finansman modellerine bakacak olursak, ülkeler bunları kendi ihtiyaçlarına ve bakış açılarına göre uyarladığından ve her biri kendi içinde farklılık arz ettiğinden, bunları bir modelle tasvir etmek kolay değildir.

Sağlık ekonomisi derslerine girişte bahsedilen konuları burada uzun uzadıya anlatmak istemem. Ancak konumuzun anlaşılması için birkaç cümleyle değinmeden edemeyeceğim. Bismarck modeli dayanışma ilkelerini esas alır; çalışanların ve işverenlerin katkılarıyla oluşturulan risk havuzuna, yani zorunlu sosyal sigortaya dayanır. Beveridge modelinde finansman genel vergi gelirleri yoluyla sağlanır; hizmet sunumunun evrensel kapsamı ve devlet kontrolü ana özelliğidir. Liberal ekonomi anlayışının öne çıkardığı, günümüzün en çok tartışılan şekli ise piyasa modelidir. Buna özel finansman da diyebiliriz ki bu vatandaşlar tarafından özel sigorta şirketlerine ödenen primlere dayanmaktadır. Hizmet sunucular çoğunlukla özel işletmelerdir, sağlık hizmetlerinde evrensel kapsayıcılık iddiası yoktur. Bu arada Beveridge modeline benzer devlet odaklı yapılanma olan ancak ekonomik durum ve kamu hizmetlerinin yetersiz kaldığı birçok ülkede cepten harcamanın etkili finansman aracı olduğunu unutmayalım. Eğer sağlık sistemini organize etme konusunda ülke yetersiz kaldı ise cepten harcama ana finansman kaynağı haline gelmektedir. Bu bütün sistemler için ortak bir risktir.

Türk sağlık sisteminin bu modellerle ne denli örtüştüğüne bakalım. Tekrar belirtmek isterim, piyasa dinamiklerinin etkisinin her sektörde olduğu gibi sağlık alanına da yansımaları göz ardı edilmemesi gereken bir durumdur. Türk sağlık sistemi de bundan bağımsız değildir. Ancak bu gelişmelere ve dış etkenlere rağmen sistemin hakkaniyet ilkesini korumada ısrarcı olduğunu düşünüyorum. Genel sağlık sigortasının temelinde esasen yoksul kesimin sağlık giderlerinin toplumun diğer kesimleri tarafından karşılanması yatmaktadır. Anayasamızda yer alan sosyal devlet

ilkesi de bu anlayışın bir yansımasıdır. Türk sağlık sisteminde kamu otoritesinin kendi önceliklerini dayatabilmesi, düzenleyici mekanizmalardaki gücü ve yaptırım yeteneği, kamu ağırlıklı sosyal bir sistem olarak kalma mücadelesinde etkili olmuştur. Sağlık sistemi, toplumun tamamını doğrudan ilgilendiren ve refah düzeyi ile çok yakın ilişkide işlev gören bir organizasyon olduğundan, sistem içinde sosyal politikaları ısrarlı bir şekilde koruma refleksini de geliştirmiştir. Özellikle genetik kodlarında dayanışma ruhu barındıran vakıf kültürüne sahip toplum yapımızın bunu içselleştirmesi kolay olmuştur. Toplumun sisteme güveninin ve artan beklentiye rağmen hala yüksek olan memnuniyetinin ardında bu anlayışın yattığı kanısındayım.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla şekillenen Türk sağlık sisteminin, büyük oranda zorunlu sağlık sigortası primleriyle finanse edilmesine dayanarak Bismarck modeline çok yakın olduğunu ilk bakışta söyleyebiliriz. Ancak 5510 sayılı kanunla oluşturulan genel sağlık sigortası, sadece prim esaslı bir sosyal sağlık sigortası değildir. Teorik olarak bütün vatandaşları kapsamı altına alma iddiasındadır. Yani evrensel kapsayıcılığı esas almıştır. 18 yaş altını zaten tümüyle kapsamaktadır. Ayrıca belli kesimler adına devletin ödediği primler ile doğrudan genel vergilerden sağlanan bütçe desteği de finansmanda önemli bir paya sahiptir (9). Bu yönü itibarıyla Beveridge modelinin bazı özelliklerini de taşımaktadır.

Bu arada prim ödeme yetkinliğinde olup primini ödemeyen veya bir şekilde ödeyemeyen vatandaşların kapsam dışında olması da yanıltıcıdır. Bunlar işsiz hizmet adı verilen acil, salgın, iş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası, bildirimi zorunlu hastalıklar, analık hali, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tıbben bakıma muhtaç engelli hali gibi durumlarda karşılıksız hizmet almaktadır. Ayrıca, önce Bakanlar Kurulu sonra Cumhurbaşkanlığı kararıyla bu vatandaşlar kamu hastanelerinden tam olarak hizmet almaya devam etmekte, devlet tarafından finanse edilmektedir. Kanunun genel kapsayıcılık hedefine rağmen bu kesimle ilgili yaptırımlar içermesinin daha ziyade prim ödemeyi teşvik amacını güttüğü kanısındayım. Neticte itibarıyla Türk sağlık sistemi, farklı finans kaynaklarını kullanarak evrensel kapsayıcılığı öngören bir sistemdir.

Sağlıkta dönüşümün ikinci on yılına baktığımızda başlangıç hedeflerinde ne denli sebat edildiği sorusu aklımıza gelmektedir. Şu bir gerçek ki sistemin aktörleri çeşitlendikçe sağlık sistemi de karmaşıklaşmaktadır. Toplumun temel politik tercihleri, sistem içindeki aktörler arası ilişkileri büyük oranda etkilemektedir. Sağlık dışı dinamiklerin, devletin finansman politikalarının, kamu maliyesinin, gittikçe hâkimiyet kazanan piyasa ekonomisinin ve idari yargı kararlarının sistemi zaafa uğrattığını itiraf etme durumundayız. Uygulanan ekonomi politikalarında özel sektörün rolü arttıkça sağlık sistemi de bu gelişmelerden nasibini almıştır. Sağlığı ekonomik bir değer olarak gören kâr amaçlı hizmet sunucularının gittikçe artıyor olması, genel sağlık sigortası yönetimindeki zafiyetlerle birleşince sağlık sisteminin üzerine dayandığı ilkeleri zorlamaktadır. Önceliklerin farklılaşması, sektörler ve kurumlar arası politika farklılıklarının yarattığı çatışma, sosyal politika ve ekonomik politikalar arası çelişkiler bu gidişatı hızlandırmaktadır. Buna bir de hizmet sunan kamu personelinin ihmale uğradığı duygusu hâkim olunca risk daha da artmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Harvey D. Neoliberalizmin Kısa Tarihi (Çeviren: Onacak A.) Sel Yayıncılık 2015 İstanbul <https://docplayer.biz.tr/105721214-Neoliberalizmin-kisa-tarihi.html> (Erişim Tarihi: 14.11.2021)
- 2) Declaration of Alma-ata. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2 (Erişim Tarihi: 19.11.2021)
- 3) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996 <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996> (Erişim Tarihi: 19.11.2021)
- 4) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (Erişim Tarihi: 19.11.2021)
- 5) Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century https://www.who.int/healthpromotion/milestones_ch4_20090916_en.pdf (Erişim Tarihi: 19.11.2021)
- 6) The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf (Erişim Tarihi: 19.11.2021)
- 7) Morin E. Yolumuzu Değiştirelim: Koronavirüsün Öğrettikleri. (Çev. Murat Erşen). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2021 İstanbul.
- 8) Alkin K: İstihdam Dostu 'Bilinçli Kapitalizm'. Köşe yazısı, Sabah Gazetesi, 20 Ekim 2021,
- 9) 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5510&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>