



## 1990'dan 2014'e kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve alınan önlemler: Teorik bir inceleme\*

### Health policy choices and countermeasures taken in times of economic crisis from 1994 to 2014 in the world: A theoretical review

Ümit Çıraklı<sup>1</sup>, Hasan Hüseyin Yıldırım<sup>2</sup>

\*Bu çalışma 2017 yılında Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sunulan Doktora tezinden türetilmiştir.

<sup>1</sup>Yozgat Bozok Üniversitesi, İİİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

**Anahtar Kelimeler:**  
Ekonomik krizler, sağlık, sağlık politikası, politika tercihleri

**Key Words:**  
Economic crisis, health, health policy, policy preferences

**Yazışma Adresi/Address for correspondence:**  
Ümit Çıraklı,  
Yozgat Bozok Üniversitesi, İİİBF,  
Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat  
cirakli@hacettepe.edu.tr

**Gönderme Tarihi/Received Date:**  
15.11.2018

**Kabul Tarihi/Accepted Date:**  
04.01.2019

**Yayımlanma Tarihi/Published Online:**  
??

**DOI:**  
10.5455/sad.13-1542268615

#### ÖZET

Bu çalışma, 1990'dan 2014 yılına kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında ülkelerin sağlık politikası ile ilgili tercihlerinin neler olduklarını ve ekonomik krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerini önlemede ne gibi tedbirler aldıklarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, teorik ve ampirik çalışmalar incelenmiş ve hükümetlerin ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve aldıkları önlemler etkileriyle birlikte değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, ülkelerin, çoğunlukla bir arada olmak üzere, daraltıcı ve genişletici olmak üzere iki tür politika araçları uyguladıkları görülmüştür. Yine çalışma sonucunda ekonomik krizlerin sağlığa etkilerinde, hangi politika türünün (daraltıcı veya genişletici) baskın olduğunun önemli bir faktör olduğu ve genişletici politikaların baskın olması durumunda krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerinin önemli ölçüde azaltıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

#### ABSTRACT

This study is carried out in order to show what the health policy preferences and of the countries in times of economic crisis from 1990 to 2014 in the world are, and what countermeasures are taken to prevent the possible adverse effects on health. In this context, theoretical and empirical studies have been examined and the health policy preferences of the governments and, countermeasures taken by governments during times of economic crisis have been evaluated together with the effects of these actions. As a result of the study, it has been seen that countries apply two types of policy instruments, mostly usually in combination: contractionary and expansionary. Again, from the result of the study, it is concluded that which type of policy (the contractionary or expansionary) is predominant is an important factor in the effects of economic crisis on health, and that the potential adverse effects of crises are significantly reduced if the expansionary policies are predominant.

#### GİRİŞ

Ekonomik koşullarda meydana gelecek kriz gibi ani değişimlerin yönünden bağımsız olarak (negatif veya pozitif) sağlığa etkilerinin olacağını belirtmek mümkündür. Ekonomik krizlerin sağlığa etkilerinin yönünü belirlemede politikalar önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığı etkileyen faktörlerden yaş, cinsiyet ve genetik gibi değişmez nitelikte olanların dışındakilerin çoğuna politikalar aracılığıyla müdahale edilebilmektedir (Whitehead et al., 2001). Bu kapsamda, politika ve sağlık politikasının ne olduğunun tanımlanmasında fayda bulunmaktadır.

Anderson'a göre (2011) politika bir problem veya mesele ile ilgilenmek için bir aktör veya aktörler grubu tarafından izlenen, göreceli olarak istikrarlı, planlı eylem veya eylemsizlik biçimidir ve politikalar tek bir kararı değil birçok kararı içermektedir. Sağlık politikasının ise çeşitli tanımları (Chaffee et al., 2014; Longest, 1998; Patric ve Erickson, 1993) bulunmakla birlikte geniş kapsamlı bir tanımlı Walt (1994) tarafından yapılmıştır. Walt'a göre ise sağlık politikası sağlık hizmetleri sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansmanını etkileyen faaliyetlerin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör

ve gönüllü örgütler tarafından kasıtlı ya da kasıtsız olarak gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de kapsayacak genişlikte bir kavram olarak ele alınmaktadır (Walt, 1994).

Ekonomik kriz durumunda, ülkeler genellikle kemer sıkma ve tasarruf önlemleri uygulamakta ve sağlık sistemi de bu önlemlerin uygulandığı önemli alanlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Doctors of World, 2014). Krizler karşısında ülkelerin, sağlık politikalarında genellikle kısa vadeli değişiklikler şeklinde verdiği bu cevaplar bir anlamda, ekonomik krizlerin sağlık sistemi üzerindeki etkilerini de ifade etmektedir (Modrek et al., 2013). Sağlık sistemi üzerindeki bu etkiler de toplumun ve bireylerin sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık sistemiyle ilgili alınacak kararlar, sağlığı krizin etkilerinden koruyabileceği gibi tam tersine toplumun ve bireylerin sağlığının daha da kötüleşmesine neden olabilecektir. Bu nedenle ekonomik krizlerin sağlığa olan etkilerini azaltmaya yönelik devlet müdahalelerinin büyük önemi bulunmaktadır (Musgrove, 1997, 2004; Thomas et al., 2012). Bu kapsamda çalışmanın temel amacı, ekonomik krizlerde ülkelerin ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihlerinin ve aldıkları önlemlerinin etkileriyle birlikte değerlendirilmesidir.

## EKONOMİK KRİZ ZAMANLARINDA SAĞLIK POLİTİKASI TERCİHLERİ VE ALINAN ÖNLEMLER

Ekonomik krizler karşısında ülkelerin, sağlıkla ilgili politika araçları çok çeşitli olmakla birlikte, sağlık sistemine etkileri açısından temel müdahale alanları olarak aşağıdakiler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (USAID, 2009; WHO, 2009a; WHO, 2009b; WHO, 2009c; Simms ve Rowson, 2003; Ebner, 2010; Barros, 2012; Belvis et al., 2012; KPGM, 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Thomas et al., 2012; Gallo ve Gene-Badia, 2013; Karanikolos et al., 2013; Kastanioti et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Thomas et al., 2013; Doctors of World, 2014; Timo et al., 2014):

- Sağlık harcamalarına ve bütçelerine yönelik müdahaleler,
- Sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının iptali veya ertelenmesi,
- Sağlık personeli sayısına veya ücretlerine ilişkin müdahaleler,
- Sağlık hizmeti hacmiyle ve kapsamıyla ilgili müdahaleler,
- Katkı paylarının düzenlenmesine yönelik müdahaleler ve
- Maliyetleri düşürmeye ve etkinliği artırmaya yönelik önlemler.
- Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında müdahaleler.

## Sağlık Harcamalarına ve Bütçelerine Yönelik Müdahaleler

Ekonomik kriz dönemlerinde, ülkelerin kamu harcamalarını kesmek için müdahale ettiği alanlar içinde sağlık harcamaları önemli bir rol oynamaktadır. Aslında yukarıda sayılan müdahale alanlarının çoğu birbirini etkilemektedir ve temel olarak sağlık harcamalarını kontrol etmeye yöneliktir. Teorik olarak, ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının artacağı ifade edilmektedir. İlk olarak, kriz dönemlerinde zamanın fırsat maliyetinin düşmesi, sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımına neden olabilir. Ayrıca ekonomik krizler, mevcut sermayeyi yenileme ve temel onarımları yapmak için bir fırsat sağladığı için sağlık harcamaları artabilir. Son olarak, ekonomik kriz nedeniyle devlet destekli sağlık programları için uygun kişi sayısının artması da sağlık harcamalarını artıracaktır (Thomas et al., 2012). Bu teorik açıklamanın aksine gelişmekte olan birçok ülkede, ekonomik kriz döneminde sağlık harcamalarının kalıcı olmamakla birlikte azaldığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (WHO, 2009c; Thomas et al., 2012).

Aslında bir ekonomik kriz durumunda politikacıların önünde sağlık harcamalarıyla ilgili, kamu sağlık harcamalarını azaltma, aynı düzeyi koruma, artırma veya kaynakları etkinliği artıracak şekilde sağlık sistemi içinde yeniden dağıtma şeklinde dört seçenek bulunmaktadır. Politikacılar, bu seçenekler arasında karar verirken uygulanacak düzenlemelerin sağlık sistemi amaçları üzerindeki etkilerini dikkate almak durumundadır. Çünkü sağlık harcamalarını kesme kararının finansal korumayı azaltarak, eşitsizlikleri artırarak ve sağlık sonuçlarını kötüleştirerek sağlık sisteminin performansını kötüleştirme riski bulunmaktadır (Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Karanikolos et al., 2013).

Thomas et al. (2013), ekonomik kriz dönemlerinde, kamu sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla başa çıkabilmek için sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini ifade etmektedir. Ancak sağlık harcamaları ile ilgili kanıtlar birçok ülkede sağlık harcamalarının düşürüldüğü yönündedir. Bu kapsamda 2008 krizinden sonra, Avrupa Birliği'ndeki birçok ülkede kamu sağlık harcamalarında kesintiye gidildiği görülmektedir (Ebner, 2010). 2008 - 2011 yılları arasında Avrupa Bölgesindeki 44 ülkede ise sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı düşerken, 24 ülkede ise sağlık harcamalarının artış oranı yavaşlamıştır (Thomson et al., 2014).

Ekonomik krizlerde, kamu harcamalarını düşürmede ve sağlık harcamalarının kontrol etmede en sık karşılaşılan müdahalelerden biri sağlık bütçelerinin

doğrudan düşürülmesidir (Thomson et al., 2014). 2008 ekonomik krizinin bir sonucu olarak birçok Avrupa Bölgesi ülkesi, sağlık bütçesini düşürmüştür (Eurofound, 2014; HOPE, 2011; KPGM, 2012). Avrupa bölgesinde; Avusturya, Bulgaristan, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Letonya, Romanya, Sırbistan, Slovenya, Slovakya, İspanya, İngiltere, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Belçika, Portekiz, Montenegro kamu sağlık bütçelerini düşürmüştür (Thomson et al., 2014; WHO, 2009a; Barros, 2012; HOPE, 2011; Waldhausen, 2014). Bütçelerinde kesinti yapan ülkelerin yanında, artışa giden ülkeler de bulunmaktadır. Malta, Ermenistan, Arnavutluk, Gürcistan, Litvanya, Moldova, Makedonya, Kırgızistan ve Türkiye bütçelerini artırmışlardır (WHO, 2009a; HOPE, 2011; McKee, 2013). Yine 2008 krizi sonrasında ABD’de bütçede önemli kesintiler olmuştur. ABD’nin 2012’deki bütçe planı 2013 yılında Medicare ve Medicaid’te 320 milyar Dolar kesinti planlamıştır (KPGM, 2012). Asya krizinde Arjantin, Endonezya, Filipinler, Vietnam, Kamboçya, Laos, Kore ve Rusya’da sağlık bütçelerinin düşürüldüğü görülmektedir (MBCMR, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d; USAID, 2009; Thomas et al., 2012). Tayland ise aksine bütçesini görece olarak korumuştur (USAID, 2009).

Finansal zorluklar karşısında politikacılar sağlık harcamaları ve bu kapsamda sağlık bütçelerinde daraltıcı politika yani kesinti yapma yoluna başvurabilirler. Kamu sağlık kaynaklarına ihtiyacı arttığı bir dönemde, sağlık bütçelerinde gerçekleştirilecek kesintiler, sağlığa erişimi engelleyebilir sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir, hizmet kalitesinin düşmesine ve hizmetin bulunabilirliğinin azalmasına neden olabilir (WHO, 2009c; Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012; Ifanti et al., 2013; Li et al., 2013). Bu nedenle, sağlık bütçelerinde kesinti şeklindeki daraltıcı politikanın dikkatli yapılması gerekmektedir. Thomson et al. (2014)’e göre ülkeler aşağıdaki şartları karşıladığı sürece sağlık bütçelerindeki kesintilerin veya dondurmaların olumsuz etkileriyle başa çıkabilirler:

- Sağlık sistemi yeterli ölçüde kamu tarafından finanse ediliyorsa. Örneğin sağlığın kamu harcamaları içindeki payının yüksek olması hükümetin sağlığa güçlü bir şekilde bağlı olduğunu gösterir.
- Cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı düşükse ve hanehalkları cepten harcamalardaki küçük bir artışı finansal zorluğa girmeden karşılayabilirse.
- Sağlık sistemindeki israfı önlemeye yönelik politik istek varsa, performans etkilemeden girdi maliyetlerini düşürmek mümkündür.
- Yoksul, işsiz ve sosyal dışlanma durumundakileri destekleyecek sağlam sosyal politikalar mevcutsa.

### **Sağlığa Yapılan Sermaye Yatırımlarının İptali veya Ertelenmesi**

Ekonomik kriz durumunda, politikacıların sağlıkta tasarruf yapmak için verdiği kısa vadeli cevapların başında sermaye yatırımlarını ertelemek veya iptal etmek gelmektedir (WHO, 2009c; Timo et al., 2014). 2008 krizi nedeniyle Malta’da 2010 yılında bazı önemli ve büyük sağlık yatırımları ertelenmiştir (HOPE, 2011). İtalya’da ise merkezi yönetim hastanelerin bina tadilatları ve teknoloji yatırımları bütçelerinde 1 milyar Euro kesintiye gitmiştir (Belvis et al., 2012). Romanya’da 8 yeni hastane inşaatı planı iptal edilmiştir. İrlanda’da planlanmış 4 yeni sağlık kuruluşunun birisinin inşası iptal edilmiştir (EPHA, 2014). Benzer şekilde 2008 krizi nedeniyle Avrupa Birliği’ndeki birçok ülkede sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının genellikle ertelendiği görülmektedir (Ebner, 2010). Sağlığa yapılacak altyapı, donanım ve eğitim yatırımlarının sınırlandırılması neticesinde politikacılar tasarruf yapmaya çalışabilirler (Thomson et al., 2014). Ancak krizin sürmesi durumunda, sermaye yatırımlarındaki kesintiler uzun vadeli problemlere neden olabilirler. Özellikle bakım-onarım, tıbbi malzeme ve diğer işletme maliyetlerindeki kesintilerin hizmet sunumuna zarar vermesi olasıdır (WHO, 2009c).

### **Sağlık Personeli Sayısı ve Ücretlerine İlişkin Müdahaleler**

Ekonomik kriz döneminde, alınan bazı önlemler doğrudan sağlık profesyonellerini etkilemektedir (HOPE, 2011). Sağlık personeli sayısının azaltılması, personel alımının dondurulması veya alım sayısının düşürülmesi, personel ücret veya ödüllerinin düşürülmesi, ücret artışlarının dondurulması gibi önlemler doğrudan sağlık personelinin etkileyen uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır (Menabde, 2009; WHO, 2009a; WHO, 2009c; Ebner, 2010; Barros, 2012; Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Kondilis et al., 2013; Eurofound, 2014; Timo et al., 2014). Eurofound (2014) personel kesintilerinin açık bir şekilde krizle bağlantılı olduğunu öne sürmektedir. Bu konuda tercih edilen politikanın genellikle kesinti, yani daraltıcı politika olduğu gözlenmektedir. 2008 krizi sonucunda Avrupa’da birçok ülkenin sağlık personeli sayısında kesintiler yaptığı ifade edilmektedir (Ebner, 2010). İsveç, Kanada, Danimarka, Fransa, Portekiz, Katalonya, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Slovenya, Kıbrıs ve İspanya’da sağlık çalışanı sayısı azaltılmıştır (Menabde, 2009; Eurofound, 2014; Timo et al., 2014). Kıbrıs, Yunanistan, Baltık Ülkeleri, Romanya, İspanya, Portekiz, İrlanda ve Romanya’da sağlık profesyonellerinin ücretleri düşürülmüştür.

Dahası Bulgaristan, Macaristan, İngiltere, Portekiz ve Slovenya'da maaşlar dondurulmuş, Danimarka'da ise maaş artış oranları düşürülmüştür (WHO, 2009a; KPGM, 2012; Mladovsky et al., 2012a, 2012b; Karanikolos et al., 2013; Timo et al., 2014).

Yunanistan'da 2009-2011 yılları arasında kamu hastanelerinin harcamaları %12,5 oranında düşmüş olmakla birlikte bu düşüşün nedeninin etkinliğin artmasından ziyade maaşlardan yapılan %75'lik bordro kesintileri olduğu belirtilmektedir (Kondilis et al., 2013). Sağlık personeliyle ilgili kısıtlamalar, harcamaları kontrol etme imkânı tanıdığı gibi hizmet kalitesini ve hizmetin bulunabilirliğini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca bazen bu kesintiler sağlık profesyonellerinin başka ülkelere gitmesine de neden olabilmektedir (HOPE, 2011; Eurofound, 2014). Sağlık personelinin etkileyen uygulamaların genellikle daraltıcı politika şeklinde olduğu görülmekle birlikte bu konuda genişletici politika uygulayan ülke örnekleri de bulunmaktadır. Küba'da 1990'lı yıllarda yaşanan ekonomik kriz sonrasında sağlık personeli sayısı önemli ölçüde artırılmıştır (Borowy, 2013). 2008 krizinden sonra Finlandiya'da ise sağlık personelinin ücretleri artırılmıştır (WHO, 2009a).

### Sağlık Hizmeti Hacmi ve Kapsamı ile İlgili Müdahaleler

Ekonomik kriz dönemlerinde politikacıların, krizin getirdiği finansal zorluk karşısında sağlık hizmetlerinin hacmi ve kapsamını değiştirmeye yönelik müdahalelerde buldukları gözükmektedir. Sağlık hizmeti hacmi ve kapsamına yönelik müdahalelerin temel amacının ise doğrudan veya etkinliği artırarak dolaylı olarak sağlık harcamalarını kontrol etmek olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti hacmini değiştirmeye yönelik müdahalelerin genel olarak daraltıcı politika şeklinde geliştiği görülmektedir. Hizmet sunucuların kapatılması veya sayılarının düşürülmesi, kamu hastanelerinin kliniklerinin kapatılması veya birleştirilmesi, yatak sayılarının düşürülmesi, gereksiz kabulleri önlemek için uygunluk kriteri kullanımıyla hasta kabullerinin ve ortalama yatış sürelerinin azaltılması, bekleme sürelerinin artırılması gibi önlemlerle bu kapsamda uygulanan müdahaleler arasında yer almaktadır (Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Kondilis et al., 2013; Doctors of World, 2014; Eurofound, 2014). Kondilis et al. (2013) Yunanistan'da 2008 krizi sonrasında kamu hastanelerinin birçoğunun yatakların ve kliniklerinin kapatılması ve birleştirilmesine yönelik müdahalelerin gerçekleştirildiğini ifade etmektedir. Romanya'da 2011 yılı ortalarında kırsal alanlarda yer alan 67 kamu hastanesi kapatılmıştır (kamu hastanelerinin yaklaşık %15'i) (Eurofound, 2014). Belvis et al. (2012) 2008

krizi nedeniyle İtalya'da hizmet hacmini düşürmeye yönelik olarak hastane yataklarının düşürüldüğünü, hasta kabul kriterinin yükseltilerek hasta kabullerinin ve ortalama yatış sürelerinin azaltıldığını ifade etmektedir. Timo et al. (2014) ise sağlık hizmeti hacmine yönelik müdahaleler kapsamında Estonya, Danimarka ve Katalonya'da bekleme zamanlarını artırma politikasının öne çıktığını belirtmektedir.

Ekonomik kriz durumunda politikacılar, sağlık hizmeti kapsamını sınırlandırarak kamu sağlık harcamalarını kesmeye çalışabilirler. Aynı zamanda, maliyet etkili olmayan hizmetlerin kullanımını engellemeye çalışarak da etkinliği artırmaya çalışabilirler (Thomson et al., 2014). Sağlık hizmeti kapsamında ilgili kısıtlamalar, bazen basit bir şekilde bazı hizmetleri hizmet paketi kapsamından çıkararak yapılabildiği gibi, bazen de daha karmaşık yollarla yapılabilmektedir. Örneğin Bulgaristan'da, 2008 krizi sonrasında sigorta kurumu hizmet paketinden herhangi bir hizmet çıkarmamış, bunun yerine sadece tanımlı temel prosedür ve malzemeleri finanse etmeye başlamıştır. Daha yüksek kaliteli prosedürler isteyen hastaların, tüm ödemeyi cepten yapmaları gerekmektedir. Daha önceden ise hastalar sadece kaliteli prosedür için fark ödemek durumundaydı (Eurofound, 2014). Avustralya'da hükümet 2008 krizi sonrasında tasarruf yapmak için özel sağlık sigortası primine yapılan kamu katkısını önemli ölçüde kaldırmıştır (Menabde, 2009). Yunanistan, dört büyük hastalık fonunu birleştirerek yeni bir kamu hastalık fonu oluşturmuş ve bu fon içinde sağlık faydalarında önemli azalmalar gerçekleştirmiştir (Kondilis et al., 2013). İspanya 2008 krizi sonrasında, hem bazı hizmetleri temel hizmet paketi kapsamından hem de toplumun bazı kesimlerini (illegal göçmenleri) sağlık kapsamından çıkaran bir düzenleme getirmiştir (Gallo ve Gene-Badia, 2013: 2-3). İrlanda ise 70 yaş üzerini birinci basamak hizmet kapsamından, Çek Cumhuriyeti ise bazı yabancıları kapsamdan çıkarmıştır (McKee, 2013).

Sağlık hizmetlerinin hacmi ve kapsamına yönelik daraltıcı önlemler, sağlık sistemlerinin amaçlarını özellikle baltalayan politika araçları olarak ifade edilmektedir (Doctors of World, 2014). Sağlık hizmetlerinin kapsamının etkili olduğu bir yerde, insanların finansal zorluğa girmeden ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri gerekir (Thomson et al., 2014). Kapsamdaki azalmalar, sağlık hizmetleri için ödeme sorumluluğunu bireylere kaydırır ve bu durum genellikle sağlık sistemi içinde cepten sağlık harcamalarının rolünü artırmaktadır. Maliyet kaymaları, büyük ihtimalle hizmet isteklerinin ertelenmesine, finansal zorluğun ve karşılanmayan ihtiyaçları artmasına neden olacak ve hizmete

erişimdeki adaletsizlikleri artıracaktır. Ayrıca kapsam kısıtlamaları kısa vadede finansal yardım sağlayabilir ancak uzun vadede sağlık sisteminin maliyetlerini artırabilecektir (Thomson et al., 2014). Burada sağlık teknolojisi değerlendirmeleri ile yapılacak bilgilendirilmiş daralmaların daha faydalı olacağı belirtilmektedir (Thomson et al., 2014). Ayrıca, sağlık hizmeti kapsamıyla ilgili uygulanacak kararların genişletici nitelikte olması da daha faydalı olabileceğini söylemek mümkündür.

Genel olarak bakıldığında da birçok ülkenin özellikle savunmasız gruplara yönelik kapsama ilgili genişletici politikalar uyguladığı gözükmektedir. Örneğin, ABD’de işveren sağlık sigortasına sahip toplum yüzdesi 2009’da %56,1 iken 2010 yılında %55,3’e düşmüştür. İşsizlik nedeniyle sigorta kapsamı dışına çıkan sigortasız bireyleri, düşük ve orta gelirli kesimi sigorta kapsamına almak ve sağlıklarını korumak için ABD, 2010 yılında Hasta Koruma ve Ödenebilir Bakım Kanununu yürürlüğe konmuştur (KPGM, 2012). İrlanda 2008 krizi ile birlikte, geliri belli bir seviyenin altında olanlar için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz almalarını sağlayan “sağlık kartları” uygulaması başlatmıştır (Eurofound, 2014). Avusturya’da 2010 yılında yoksulluk sınırı altında yaşayan insanlar sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Slovenya’da 2009 yılında savunmasız durumda yer alan birçok grup ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir. Fransa’da 2012 yılında, tamamlayıcı sağlık sigortası almasına izin verilen bireyler için gelir sınırı artırılmıştır. Yunanistan’da 2013 yılında “Sağlık Kuponu – Health Voucher” programı uygulamaya konulmuştur. Bu programla hem uzun süreli işsiz olup sağlık sigortası kapsamı dışına çıkanlar hem de onların bağımlılarının sağlık hizmetlerinden faydalanması amaçlanmıştır. İrlanda’da 2014 yılında “Genel Pratisyen Kartları’nın (GP only cards)” kapsamı genişletilerek 6 yaş ve altındaki bütün çocuklar kapsama dâhil edilmiştir. İsveç’te, 2008 yılından itibaren, uzun süreli ağrı problemleri olan insanlara rehabilitasyon hizmetleri garantisi verilmiştir (Eurofound, 2014).

### Katkı Paylarına Yönelik Müdahaleler

Ekonomik krizlerin neden olduğu finansal baskıyla başa çıkabilmek ve gelirleri artırmak için birçok ülkenin, aldığı önlemler arasında kullanıcı katkıları önemli bir yer tutmaktadır (Barros, 2012; Mladovsky et al., 2012a, 2012b; WHO, 2013; Eurofound, 2014). Katkı paylarının artırılmasına yönelik müdahalelerin, sağlık sigortası için işçi ve işveren kesintilerinin artırılması, sağlık hizmeti kullanımında muayene veya tedavi için alınan kullanıcı katkılarının artırılması, ilaç katılım tutarlarının artırılması gibi şekillerde olması ve tek

tek yâda hepsinin bir arada uygulanması mümkündür (Mladovsky et al., 2012a, 2012b; McKee, 2013).

Ekonomik kriz dönemlerinde, katkı paylarına yönelik müdahalelerle ilgili kanıtlar, katkı paylarının birçok ülkede artırıldığını göstermektedir. McKee (2013) Avrupa’da 2008 krizi ile birlikte birçok ülkede, ilave gelir elde etmek için işçi ve işveren katkılarının artırıldığını ifade etmektedir. Avrupa’da İspanya, İtalya, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Letonya, Finlandiya, Estonya, Fransa, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Portekiz, Romanya ve Slovenya gibi ülkelerin, 2008 krizi sonrasında sağlık hizmetlerinde katkı paylarını çeşitli şekillerde artırdığı gözükmektedir (WHO, 2009a; Belvis et al., 2012; KPGM, 2012; Karanikolos et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Kentikelenis et al., 2014; Waldhausen, 2014).

Ülkelerin sağlık hizmeti talebini kontrol etmek amaçlı başvurdukları kullanıcı katkılarının insanları daha uygun hizmet kullanmaya yönlendirdiğine veya kamu sağlık harcamalarını kontrol ettiğine dair çok az kanıt vardır. Aksine kullanıcı katkılarının sağlık sisteminin performansını olumsuz etkilediğine dair birçok kanıt vardır (Thomson et al., 2014). Katkı paylarının artırmanın hizmete erişimi kötüleştirme, cepten ödemeyi artırarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti kullanımını engelleme gibi riskleri bulunmaktadır (Kwon, 2000; Doctors of World, 2014; Kentikelenis et al., 2014). Bu nedenle kullanıcı katkıları uygulandığı zaman yeterli koruma mekanizmalarının da uygulamaya konulması çok önemlidir (Thomson et al., 2014). Bu amaçla, ülkelerin katkı paylarını artırırken olumsuz etkilerini engellemek için çeşitli önlemler aldığı da gözlenmektedir. Portekiz bir taraftan kullanıcı katkılarını artırırken diğer taraftan kullanıcı katkılarından muafiyetleri de artırmıştır (Barros, 2012). Letonya 2009 yılında Sosyal Güvenlik Ağı Stratejisini uygulamaya başlamıştır. Bu uygulama ile aylık geliri kişi başına 170 Euro’nun altında olan hanehalkları katkı paylarından muaf tutulmuştur. Daha sonra 2012 yılında bu miktar 128 Euro’ya düşürülmüştür. Geliri 170 Euro ile 213 Euro arasında olanlar ise katkı payının %50’sini ödemekle yükümlü tutulmuştur. Lüksemburg peşin ödemeleri yapmakta zorlanan bireyler için 2013 yılı itibarıyla “üçüncü taraf ödeyici sistemi” planlamıştır. Portekiz’de katkı payından muaf olmak için gerekli gelir düzeyi artırılmış ve böylelikle 2006 yılında 1,9 milyon olan muaf kişi sayısı, 2013 yılında 2,8 milyona çıkmıştır (Eurofound, 2014). Çin’in 2008 Dünya krizi ile ilgili aldığı önlemler arasında bazı katkı paylarının iptali yer almaktadır (Li et al., 2013). Ayrıca Letonya’da enformel ödemeler 2009 yılında kriminal suç olarak nitelendirilmiştir (Gallo ve Gene-Badia, 2013)

### **Maliyetleri Düşürmeye ve Verimliliği Artırmaya Yönelik Önlemler**

Ekonomik krizler çoğu durumda, enflasyon ve devalüasyonla birlikte ithal edilen tıbbi donanım ve malzeme fiyatlarının yükselmesine ve dolayısıyla da sağlık hizmet maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Hizmet maliyetindeki artışlar elimine edilemezse malzeme temininde sıkıntılar artacak ve bunun neticesinde sağlık sonuçları olumsuz etkilenebilecektir (WHO, 2009c). Ekonomik krizlerin neden olduğu finansal baskı karşısında karar vericiler sağlık sonuçlarının kötüleşmesine neden olmayacak çareler bulmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca ekonomik krizler, sistemi verimliliği artıracak şekilde yeniden tasarlamak için politikacılar için bir fırsat anlamına da gelmektedir (Portela ve Thomas, 2013; Timo et al., 2014). Bu amaçlarla, karar vericiler sağlık hizmetlerinde verimliliği artıracak ve maliyetleri düşürecek önlemler geliştirmeye çalışmaktadırlar (Mladovsky et al., 2012a, 2012b).

Genel olarak sağlık harcamalarının temel unsuru hastaneler olduğu için ekonomik kriz dönemlerinde maliyeti kısma ve verimliliği artırmaya yönelik önlemlerin de temel odağı hastaneler olmaktadır (HOPE, 2011). Hastanelerde yönetim maliyetlerini düşürmek için tıbbi donanım ve malzemelerin merkezi olarak alınması bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır (Timo et al., 2014; Thomson et al., 2014; Gallo ve Gene-Badia, 2013). 2008 krizinde birçok Avrupa ülkesinin, yönetim maliyetlerini düşürmek için hastane satınalma organizasyonlarını yeniden düzenleyerek satınalmaları merkezi hale getirdiği ifade edilmektedir (Thomson et al., 2014). Yunanistan'ın, 2008 yılında merkezi Sağlık Satınalma Komisyonu oluşturduğu ve bu merkezi satınalma programı sayesinde Yunanistan'ın kısa vadede önemli tasarruflar elde ettiği belirtilmektedir (Kastanioti et al., 2013).

Ekonomik kriz dönemlerinde, maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak için birçok ülkenin ilaç harcamalarını ve geri ödemeleri düşürmeye yönelik önlemler aldığı gözlenmektedir (HOPE, 2011; Timo et al., 2014). Örneğin 2008 krizinde, Avusturya, Belçika, İrlanda ve İspanya ilaç fiyatlarını düşürmek için ilaç üreticileriyle olan sözleşmelerini yeniden müzakere etmiştir (Timo et al., 2014). Avusturya, Letonya, Polonya ve Slovenya ilaç firmalarıyla fiyat pazarlıklarındaki pozisyonlarını güçlendirmişlerdir (Karanikolos et al., 2013). Danimarka, Almanya, Finlandiya, Malta, İsveç, Slovakya (KPGM, 2012), Fransa, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'nde ise jenerik ilaçların kullanımını öne çıkarılmıştır. Malta ve Slovakya'da ise referans fiyat sistemi getirilmiştir (Timo et al., 2014). Estonya 2010'da geri ödeme listesindeki

ilaçların %50'sini bu sisteme dâhil etmiştir (KPGM, 2012). Belçika implant ve tıbbi malzemeler için daha düşük fiyatlı yeni bir geri ödeme planı uygulamıştır. Çek Cumhuriyeti ise 2011 yılında tıbbi cihaz ve ilaç tedariki için ihale uygulaması başlatmıştır. Slovenya ise tıbbi malzeme ve donanımına ödenen fiyatları %20 düşürmüştür (Timo et al., 2014). Fransa orta dereceli klinik faydalı ilaçların geri ödeme oranını %35'ten 30'a, düşük faydalı olanları ise 20'den 15'e düşürmüştür (KPGM, 2012). İtalya Jenerik ilaç fiyatlarında %12,5'lik bir zorunlu düşüş gerçekleştirmiş ve jenerik ilaçlar için yapılan geri ödemenin Avrupa ortalamasına göre yapılmasına yönelik düzenleme yapmıştır (Belvis et al., 2012). ABD'de, 2010 yılında yürürlüğe koyduğu Hasta Koruma ve Ödenebilir Bakım Kanunu ile maliyetleri azaltmak için Sorumlu Bakım Örgütleri'ni tanıtmıştır. Bu örgütler, Medicare üyelerine sağlık hizmeti sunucuları arasında koordinasyon sağlayarak gereksiz hizmetleri kullanımını önleyerek, hizmet maliyetlerinin düşürülmesine yardımcı olmaktadır (KPGM, 2012).

### **Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kapsamında Müdahaleler**

Ekonomik krizler, sağlık hizmetleri üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında, çevre ve davranış gibi sağlığın diğer belirleyicileri üzerinde de negatif etkilere neden olmaktadır (Labonte, 2009). Ekonomik kriz dönemlerinde işsizlik ve fakirlik artmakta, buna bağlı olarak gelir düşüklüğü özellikle düşük gelirli ve savunmasız durumdaki grupların beslenme, barınma ve sanitasyon şartlarının kötüleşmesine neden olarak sağlığı olumsuz etkilemektedir (HPC, 2009; ECDC, 2013; Brinkman, 2010). Bu nedenlerle ekonomik krizlerin sağlığa olumsuz etkilerini önlemede temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik önlem ve yatırımlar da önemli hale gelmektedir. Ekonomik krizlerin sağlığa etkilerini önlemede, ülkelerin temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aldıkları önlemler çeşitlidir. Ülkeler bu kapsamda, temel eğitim düzeyinin geliştirilmesi, çevre temizlik ve sanitasyon hizmetlerinin artırılması, işsizlik sigortası, istihdam programları, besin ve gıda yardım programları gibi diğer kamu ve sosyal programlara harcamaların artırılması, alkol ve sigara üzerindeki vergilerin artırılması gibi önlemlere başvurabilmektedir (WHO, 1998; Kwon, 2000; Ramesh, 2009; USAID, 2009; Suhrcke ve Stuckler, 2012; Karanikolos et al., 2013; Li et al., 2013).

Endonezya, 1997 ekonomik krizinin sağlığa etkilerini azaltmak için 1998 yılı ortasında Sosyal Güvenlik Ağı isimli bir sosyal koruma programı uygulamaya koymuş ve toplam kamu harcamalarının %30'unu

bu programlara ayırmıştır (Ramesh, 2009). Program kapsamında, fakir ailelerin beslenmelerini korumak için hükümet ücretsiz gıda dağıtımını ve temel gıdalar için destek fiyatları uygulamıştır (Suci, 2006; USAID, 2009). Dünya Bankası uygulanan bu politikaların sayesinde “katastrofik sonuçların” engellendiğini ifade etmektedir (Simms ve Rowson, 2003). Küba’da 1997 krizinde Küba, insanların besin ve gıda ihtiyaçlarını karşılaması için devlet kentsel alanlarda tarımsal üretimi desteklemiş ve kentlerde organik tarım ürünleri yetiştirilmesine imkân sağlamıştır (Borowy, 2013). 1997 krizinde Malezya, uluslararası finansal toplumun sosyal koruma harcamalarını azaltması yönündeki öğütüne uymayarak, harcamalarını artırmıştır (Stuckler et al., 2009). Suhrcke ve Stuckler (2012) Malezya’nın uyguladığı bu politika neticesinde, Malezya’da ölüm oranlarında belirgin bir etki yapmadığını ifade etmektedir. Çin 2007 kriziyle birlikte, temel düzey eğitimin geliştirilmesi (ücretsiz kitaplar, kısa süreler için ücretiz barınma), konut güvenlik sisteminin geliştirilmesi, düşük gelir gruplarına verilen desteklerin artırılması gibi sosyal güvenlik tedbirlerini uygulamıştır. Bu uygulamalar sayesinde toplumun temel yaşam koşullarının krizden etkilenmediği ifade edilmektedir (Li et al., 2013). Avrupa’da ise 2007 kriziyle birçok ülke, alkol ve sigara üzerindeki vergileri artırmıştır. Vergi artışı hem ek gelir sağlarken hem de fiyat esnekliklerinin birin altında olması nedeniyle sigara ve alkole bağlı sağlık problemlerini azaltmaktadır (Karanikolos et al., 2013).

## SONUÇ

Çalışma sonucunda, ekonomik kriz dönemlerinde ülkelerin, sağlık hizmetleri ve sağlığın diğer belirleyici alanları üzerinde daraltıcı veya genişletici politika olmak üzere iki tür politika uyguladıkları ve genelde de bu iki tür politikayı birlikte uyguladıkları görülmüştür. Yine ekonomik krizler karşısında ülkelerin, genişletici veya daraltıcı sağlık politikası şeklindeki uygulamalarının, sağlık sistemine etkileri açısından temel müdahale alanları olarak aşağıdakiler üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür:

- Sağlık harcamalarına ve bütçelerine yönelik müdahaleler,
- Sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının iptali veya ertelenmesi,
- Sağlık personeli sayısına veya ücretlerine ilişkin müdahaleler,
- Sağlık hizmeti hacmiyle ve kapsamıyla ilgili müdahaleler,
- Katkı paylarının düzenlemesine yönelik müdahaleler,
- Maliyetleri düşürmeye ve etkinliği artırmaya yönelik önlemler ve

- Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında müdahaleler.

Ayrıca çalışma sonucunda, ekonomik krizlerin sağlık sonuçlarına olası negatif etkilerinde, hangi politika türünün baskın olduğunun önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Kanıtlar ekonomik kriz dönemlerinde, kesinti politikalarının, başka bir deyişle daraltıcı politikaların, ağırlıkta olduğu ülkelerde sağlık sonuçlarının daha da kötüleştiği yönündedir. 1990’lı yıllarda ekonomik krizle karşı karşıya kalan Rusya’da (Kontorovich, 2001; Menabde, 2009; WHO, 2009c; Borowy, 2011) ve 2007 ekonomik krizinde Yunanistan’da (Kentikelenis et al., 2011; Kondilis et al., 2013; EPHA, 2014; Kentikelenis et al., 2014; Simou ve Koutsogeorgou, 2014) daraltıcı politikalara ağırlık vermelerinin bir sonucu olarak sağlık sonuçlarının önemli ölçüde olumsuz etkilendiği gözlenmiştir. Ekonomik kriz dönemlerinde, özellikle fakir ve savunmasız kesimi korumaya yönelik olmak üzere sağlık hizmetlerinde genişletici politika uygulayan ülkelerde ise krizin sağlığa etkilerinin önemli ölçüde azaltıldığı gözlenmektedir. 1997-1998 krizinde Malezya’da, 1990’lı yıllarda yaşanan ekonomik kriz döneminde Küba’da ve 1997 ekonomik krizi döneminde Endonezya’da sağlık hizmetlerinde genişletici politikanın baskın olması sonucunda sağlık sonuçları krizden önemli ölçüde etkilenmemiştir (Borowy, 2011; Menabde, 2009; Suci, 2006).

Sonuç olarak ekonomik kriz dönemlerinde, politik uygulamalarda krizin şiddeti önemli bir unsur olmakla birlikte, krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerini azaltmak için daraltıcı politikalarla ziyade genişletici politikalarla ağırlık verilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir. Ayrıca özellikle sağlık ve sosyal güvence destek programları için yapılan kamu harcamaları makro-ekonomik dengeleyici olarak işlev de göstermesinden (Starke et al., 2012; Thomson et al., 2014) dolayı sağlıkta uygulanacak genişletici politikaların ekonominin diğer alanlarına da fayda sağlayacaktır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, ekonomik kriz dönemlerinde politikacıların sağlıkla ilgili alacakları kararların sağlık sonuçlarına olası etkilerinin ne olacağını değerlendirebilmeleri açısından yol gösterici olacaktır. Politikacılar diğer ülkelerin kriz dönemlerinde aldıkları sağlık politikası kararlarının neler olduğunu ve bunların etkilerinin ne yönde geliştiğini görerek ileride benzer durumlarda daha sağlıklı kararlar alabilecektir. Ayrıca çalışmada elde edilen sonuçların, ileride ekonomik krizlerin sağlığa etkileriyle ilgili yapılacak ampirik araştırmalara da ışık tutacaktır.

## KAYNAKÇA

1. Anderson, J. E. (2011). *Public Policymaking*. 7th ed. Boston: Wadsworth Cengage Learning.
2. Barros, P. P. (2012). Health Policy Reform in Tough Times: The Case of Portugal. *Health Policy*, 106, 17-22.
3. Belvis, A. A., Ferre, F. Specchia, M. L. Valerio, L., Fattore, G. and Ricciardi, W. (2012). The Financial Crisis in Italy: Implications for The Healthcare Sector. *Health Policy*, 106, 10-16.
4. Borowy, I. (2011). Similar but Different: Health and Economic Crisis in 1990s Cuba and Russia. *Social Science and Medicine*, 72, 1489-1498.
5. Borowy, I. (2013). Degrowth and Public Health in Cuba: Lessons from The Past? *Journal of Cleaner Production*, 38, 17-26.
6. Chaffee, M. W., Mason, D. J. and Lewitt, J. K. (2014). A Framework for Action in Policy and Politics'. In Mason, D. J., Lewitt, J. K. and Chaffee, M. (Ed.). *Policy and Politics in Nursing and Health Care - Revised reprint*. 6th ed. Newyork: Elsevier Sciences.
7. Doctors of World. (2014). Access to Healthcare in Europe in Time of Crisis and Rising Xenophobia: An Overview of The Situation of People Excluded from Healthcare Systems. [https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos\\_MdM\\_Report\\_access\\_healthcare\\_times\\_crisis\\_and\\_rising\\_xenophobia\\_edcfd8a3%232E%23pdf](https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf) Eriřim Tarihi: 21.02.2015.
8. Ebner, Y. (2010). The Impact of The Economic Crisis on Health Inequalities. Background Paper for AER Conference on Health Inequalities. [http://aer-www.ameos.net/fileadmin/user\\_upload/Commissions/HealthSocial/EventsAndMeetings/2010/Brussels\\_Fall/FINAL-Healthinequalities.pdf](http://aer-www.ameos.net/fileadmin/user_upload/Commissions/HealthSocial/EventsAndMeetings/2010/Brussels_Fall/FINAL-Healthinequalities.pdf) Eriřim Tarihi: 17.04.2014.
9. ECDC (European Center for Disease Prevention and Control). (2013). Health Inequalities, The Financial Crisis, and Infectious Disease in Europe. Technical Report. [http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/health\\_inequalities\\_financial\\_crisis.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/health_inequalities_financial_crisis.pdf) Eriřim Tarihi: 21.02.2015.
10. EPHA (European Public Health Alliance). (2014). Briefing Notes on The Financial and Economic Crisis: EPHA Facts and Figures – The Impact of The Crisis on Health.
11. EUROFOUND (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). (2014). Access to Healthcare in Times of Crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. Gallo, P. and Gene-Badia, J. (2013). Cuts Drive Health Systems Reforms in Spain. *Health Policy*, 113, 1–7.
13. HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). (2011). The Crisis, Hospitals and Health Care. European Hospital and Healthcare Federation.
14. HPC (Healthy Public Policy). (2011) *Social Environments and Health*. Concept Paper. Edmonton: Alberta Health Services.
15. Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H. and Kalofonos, H. P. (2013). Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care. *Health Policy*, 113, 8–12.
16. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P. and McKee, M. (2013). Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*, 381, 1323–1331.
17. Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N. and Polyzos, N. (2013). Public Procurement of Health Technologies in Greece in An Era of Economic Crisis. *Health Policy*, 109, 7-13.
18. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of A Greek Tragedy. *Lancet*, 378, 1457-1458.
19. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014). Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism. *Lancet*, 383, 748–753.
20. Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodakonou, I. Waitzkin, H. and Benos, A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, and The Population's Health and Health Care: The Greek Case. *Public Health Ethics*, 7, 1-8.
21. KPGM (KPGM International Cooperative). (2012). Acute or Chronic: The Impact of Economic Crisis on Healthcare and Health. *KPGM Issue Monitor* 9.
22. Kwon, S. (2000). Economic Crisis and Social Policy Reform in Korea. *International Journal of Social Welfare*, 10, 1-10.
23. Labonte, R. (2009). The Global Financial Crisis and Health: Scaling Up Our Effort. *Canadian Journal of Public Health*, 100(3), 173-75.
24. Li, C., Lan, Y. and Hong, J. (2013). The Impact of Global Financial Crisis on Health Status in The Chinese Mainland. *Scientific Research Chinese Studies*, 2(3), 144-148.
25. Longest, B. B. (1998). *Health Policy Making in The United States*. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press.
26. MBCMR (Macfarlane Burnet Centre for Medical Research). (2000a). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in The Philippines. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research.
27. MBCMR. (2000b). Effects of The Financial Crisis on The Health Sector in Lao People's Democratic Republic (Lao PDR).
28. MBCMR. (2000c). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in Vietnam.
29. MBCMR. (2000d). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in Tayland.
30. McKee, M. (2013). The Financial Crisis in The EU: Its Impact on The Health Sector. [http://www.ose.be/files/midi\\_OSE/McKee\\_2013\\_Slides\\_OSENIHDI\\_Session\\_040213.pdf](http://www.ose.be/files/midi_OSE/McKee_2013_Slides_OSENIHDI_Session_040213.pdf) Eriřim Tarihi: 21.02.2014.
31. Menabde, N. (2009). Health Policy in Times of Crisis: Challenge and Opportunity. *HPM Spotlight*. [http://www.hpm.org/Downloads/HPM\\_SPOTLIGHTS/HPM\\_Spotlight\\_hp\\_in\\_times\\_of\\_crisis\\_Dec\\_09.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/HPM_Spotlight_hp_in_times_of_crisis_Dec_09.pdf) Eriřim Tarihi: 21.02.2014.
32. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. and McKee, M. (2012a). Health Policy in The Financial Crisis. *EORUHEALTH*, 18(1), 3-6.
33. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. and McKee, M. (2012b). Health Policy Responses to The Financial Crisis in Europe. Policy Summary 5. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies.
34. Modrek, S., Stuckler, D., McKee, M., Cullen, M. R. and Basu, S. (2013). A Review of Health Consequences of Recessions Internationally and A Dynthesis of The US Response during The Great Recession. *Public Health Reviews*, 35(1), 1-33.
35. Musgrove, P. (1997). Economic Crisis and Health Policy Response. In Tapinos, G., Mason, A. and Bravo, J. (Ed.). *Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America*. International Union for the Scientific Study of Population, Lille.
36. Musgrove, P. (2004). *Health Economics in Development*. World Bank Health, Nutrition and Population Series. Washington D.C.: World Bank.
37. Patric, D. L. and Erickson, P. (1993). *Health Status and Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
38. Portela, C. and Thomas, S. (2013). Impact of The Economic Crisis on Healthcare Resources: An European Approach. *International Journal of Healthcare Management*, DOI: 10.1179/2047971913Y.0000000038.
39. Ramesh, M. (2009). Economic Crisis ve Its Social Impacts: Lessons from The 1997 Asian Economic Crisis. *Global Social Policy*, 9, 79-99.



40. Simms, C. and Rowson, M. (2003). Reassessment of Health Effects of The Indonesian Economic Crisis: Donors versus The Data. *Lancet*, 361, 1382-1385.
41. Simou, E. and Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of The Economic Crisis on Health and Healthcare in Greece in The Literature from 2009 to 2013: A Systematic Review. *Health Policy*, 115, 111-119.
42. Starke, P., Kaasch, A. and Van Hooren, F. (2012). Comparing Social Policy Responses to Global Economic Crises: Constrained Partisanship in Mature Welfare States. Paper to be Presented at ESPAnet Annual Conference. Edinburgh, 6-8 September 2012.
43. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. and McKee, M. (2009). The Health Implications of Financial Arises: A Review of The Evidence. *Ulster Med J*, 78(3), 142-145.
44. Suci, E. (2006) Child Access to Health Services during The Economic Crisis: An Indonesian Experience of The Safety Net Program. *Social Science & Medicine*, 63, 2912-2925.
45. Suhrcke, M. and Stuckler, D. (2012). Will The Recession be Bad for Our Health? It Depends. *Social Science & Medicine*, 74, 647-653.
46. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M., Portela, C. and Normand, C. (2012). Resilience of The Irish Health System: Surviving and Utilising The Economic Contraction. Year 1 Report of The Resilience Project. Health Research Board.
47. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M. and Normand, C. (2013) A Framework for Assessing Health System Resilience in An Economic Crisis: Ireland as A Test Case. *BMC Health Services Research*, 13:450.
48. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresco, A., Cylus, C., Karanikolos, M. and Kluge, H. (2014). Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy. Policy Summary 12. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies.
49. Timo, C., Kai, M., Matt, C., Pascal, G., Barrie, D. and Helmut, B. (2014). The European Hospital Reforms in Time of Crisis: Aligning Cost Containment Needs with Plans for Structural Redesign? *Health Policy*, 1-30.