



©Tineke D'haese/Oxfam

**GEZONDHEID IS
NIET TE KOOP**
Universele toegang
tot kwaliteitsvolle
gezondheidszorg garanderen
Natalie Van Gijsel - G3W



INLEIDING

Gezondheid is een basisrecht. Internationale verdragen en akkoorden verplichten landen ervoor te zorgen dat iedereen van dit recht kan genieten. Maar is het recht op gezondheid compatibel met economische belangen? Wat zijn de gevolgen van de vrijhandelsakkoorden die de Europese Unie afsloot en/of onderhandelt met landen in het Zuiden voor de gezondheid in deze landen?

Deze reeks policy briefs van de werkgroep Noord-Zuid van het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit en de werkgroep Sociale Determinanten van Gezondheid van Be-cause Health zoomt in op telkens een ander deelaspect van de impact van het internationaal handelsbeleid op gezondheid. De policy briefs gaan in op: internationaal handelsbeleid en het recht op gezondheid in relatie tot (1) intellectuele eigendomsrechten (TRIPS), (2) waardig werk en (3) universal health coverage.

SAMENVATTING

Veel ontwikkelingslanden kiezen voor een universele gezondheidsdekking als reactie op financiële en geografische obstakels voor de toegang tot gezondheidszorg. Deze dekking komt gewoonlijk in de vorm van een financieringsovereenkomst die ervoor zorgt dat mensen toegang krijgen tot de gezondheidsdiensten die ze nodig hebben, zonder daarbij een financieel risico te lopen. Deze aanpak is er gekomen vanwege wereldwijde beleidskeuzes die de commerciële sector meer betrekken bij de gezondheidszorg en die de dienstensector liberaliseren door handels- en investeringsakkoorden.

Dergelijke akkoorden ondermijnen echter een billijke toegang tot de gezondheidszorg. Om een echt universele toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg te verzekeren, moeten gezondheidssystemen worden ontwikkeld die op alle vlakken solide zijn. Zo moeten ze toegang bieden tot essentiële geneesmiddelen en technologieën en tot genoeg goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers. De vrijhandelsverdragen brengen dat allemaal in gevaar. Daarom moeten overheden zorgen voor een samenhangend gezondheidsbeleid en vermijden dat handels- en investeringsakkoorden de toegang tot gezondheidszorg ondermijnen.

1

Universele gezondheidsdekking vs. universele gezondheidszorg

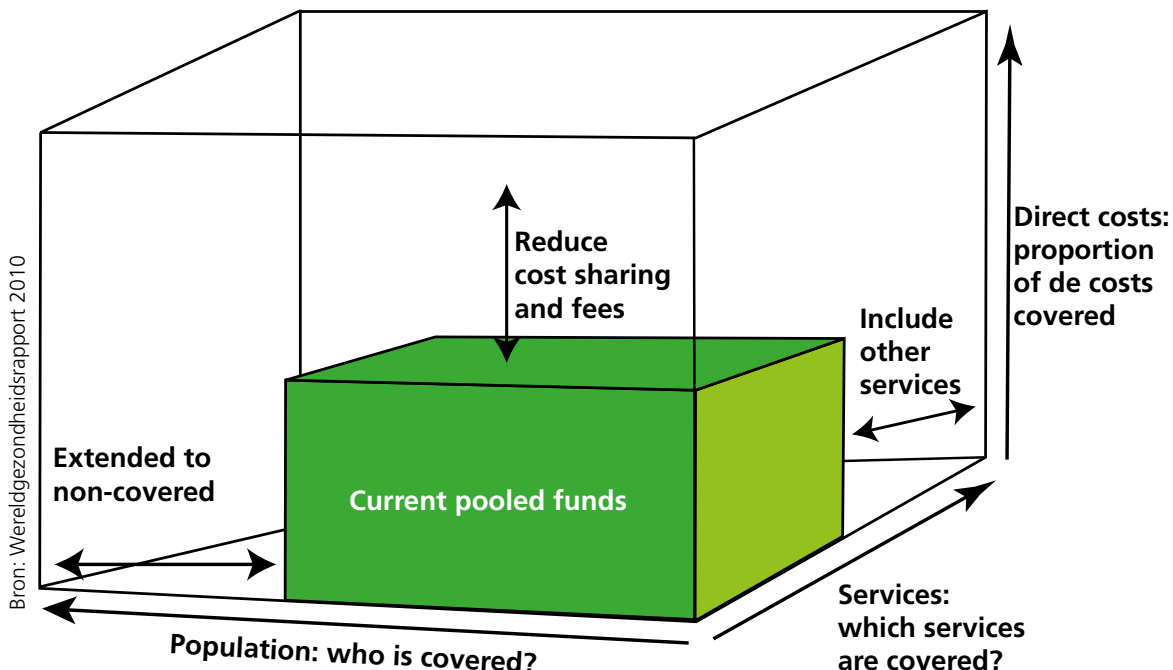
Op het vlak van gezondheid bestaat er een grote ongelijkheid tussen ontwikkelingslanden en rijke landen. Lage en middeninkomenslanden dragen 90% van de ziektelast wereldwijd, maar hun uitgaven voor gezondheidszorg bedragen maar 12% van het wereldwijde totaal¹. Met andere woorden, de kwetsbaarste mensen met de grootste gezondheidsnoden hebben de minste toegang tot gezondheidszorg. Zo hebben 1,3 miljard mensen op aarde geen betaalbare en effectieve toegang tot gezondheidszorg.

Vandaag wordt universele gezondheidsdekking (Universal Health Coverage, of UHV, in het Engels) vaak naar voor geschoven als een oplossing² om de toegang tot gezondheidszorg in ontwikkelingslanden te verbeteren. UHC wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (2010)

omschreven als “ervoor zorgen dat alle mensen de gezondheidsdiensten krijgen die ze nodig hebben, zonder dat de kostprijs hen in financiële problemen brengt”. Volgens de WHO³ is het concept van universele gezondheidsdekking “diep geworteld in haar Statuut van 1946⁴, waarin gezondheid omschreven wordt als een fundamenteel mensenrecht”.

In 2010 verscheen het Wereldgezondheidsrapport Health systems financing: the path to universal health coverage⁵, waarin het concept werd geïllustreerd met de ‘UHC-kubus’ (zie afbeelding). Die laat de progressieve uitbreiding zien van (1) het dienstenpakket dat gedekt wordt voor (2) de volledige bevolking naarmate (3) de verzamelde fondsen voor de financiering van de gezondheidszorg toenemen.

Three dimensions to consider when moving towards universal coverage



Dit model wordt alsmat populairder. Sinds 2010 hebben meer dan 80 landen de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om technische bijstand gevraagd om dit doel te bereiken. De opkomende economieën in Brazilië, Rusland, India, China en Zuid-Afrika (de zogeheten BRICS-landen), die samen de helft van de wereldbevolking uitmaken, zetten allemaal stappen richting UHC. In 2012 keurde de Algemene Vergadering van

de VN een historische resolutie goed⁶ waarin de lidstaten werden aangespoord om een UHC-beleid toe te passen en recenter is ook de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) mee op de kar gesprongen⁷. Zowel de Wereldbank⁸ als de Wereldgezondheidsorganisatie hebben UHC voorgesteld als een van de sleutelonderdelen van de duurzame ontwikkelingsdoelen die in september 2015 afgesproken werden⁹.

Hoewel UHC nu gepromoot wordt door heel veel machtige actoren in de wereldwijde gezondheidszorg, waaronder de Wereldbank en de WHO, private actoren zoals de Gates Foundation en de Rockefeller Foundation en invloedrijke academische bladen zoals The Lancet, wordt het concept op verschillende manieren geïnterpreteerd. Staat UHC voor een universele dekking door de ziekteverzekering? Of gaat het om het voorzien van een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen? Welke rol moet de staat spelen? Moeten we vertrouwen op de privésector?

Focus op financiën

Het concept UHC is niet volledig nieuw en van bij het begin lag de nadruk op 'duurzame financiering'. Een van de eerste keren dat UHC werd vermeld, was tijdens de 58e Wereldgezondheidsvergadering in 2005, toen een resolutie¹⁰ de lidstaten oproep om "er voor te zorgen dat financieringssystemen een methode omvatten voor de voorafbetaling van financiële bijdragen voor de gezondheidszorg. Zo wordt het risico verdeeld over de bevolking en vermijdt men een ontsporing van de uitgaven voor de gezondheidszorg en de verarming van personen die zorg nodig hebben." Deze aanbeveling was gebaseerd op een aantal experimenten met dergelijke universele verzekeringsstelsels in de late jaren 90 en het begin van de jaren 2000, voornamelijk in Latijns-Amerikaanse landen¹¹. Vandaag wordt de UHC-agenda gedomineerd door het beleidsvoorschrift betreffende de invoering van verzekeringsstelsels die een beperkt pakket van gezondheidsdiensten dekken.

Een gezondheidssysteem is meer dan een financieringsregeling.

Terwijl er veel gediscussieerd wordt over financieringsafspraken om een universele toegang tot gezondheidsdiensten te vrijwaren, blijven andere sleutelaspecten in gezondheidssystemen, zoals het verstrekken van gezondheidsdiensten, grotendeels onderbelicht. De meeste onderzoeken rond UHC¹² concentreren zich op de financiering van de gezondheidszorg door de staat, maar beperken de

rol van die staat doorgaans tot die van 'aankoper' van gezondheidsdiensten, zonder veel aandacht voor de voorheen zo belangrijke rol van aanbieder¹³. Paradoxaal genoeg erkent de WHO dat een sterk, efficiënt en goed beheerd gezondheidssysteem een voorwaarde is voor UHC; toegang tot essentiële geneesmiddelen en technologieën en tot genoeg goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers¹⁴. Vivian Lin, directeur gezondheidssystemen in het regionale kantoor van de WHO voor de Western Pacific, liet in The Lancet optekenen dat "enkel bescherming tegen financiële risico's niet volstaat en dat UHC zinloos is als er geen kwaliteitsvolle gezondheidszorg beschikbaar is" (2014b).

UHC negeert de commercialisering van de gezondheidszorg

Tegelijk wijzen middenveldorganisaties erop dat de keuze voor UHC stilaan gedomineerd wordt door het gebruik van verzekeringsstelsels die de openbare gezondheidssystemen ondermijnen, doordat ze de deur open zetten voor de privatisering van de gezondheidszorg¹⁵. Een voorbeeld van deze tendens is het feit dat in de Agenda Voor Verandering¹⁶ van de Europese ontwikkelingssamenwerking gepleit wordt voor een grotere rol voor de privésector. Zo wordt er bijvoorbeeld gezegd dat "de Europese Unie enkel zou mogen investeren in infrastructuur als de privésector dat niet op een commerciële manier kan doen".

De Europese Commissie wil in ontwikkelingslanden een gunstig ondernemersklimaat¹⁷ creëren en 'privé-investeringen katalyseren'. Verder stelt het document dat "de EU nieuwe samenwerkingsvormen moet ontwikkelen met de privésector, vooral om de activiteiten en middelen van de privésector in te schakelen voor het leveren van openbare goederen", waaronder gezondheidszorg. In een persbericht¹⁸ (13 mei 2014, p 13) bevestigde de toenmalige Europese Commissaris voor Ontwikkelingssamenwerking Andris Piebalgs dat de Commissie van plan is om partnerschappen te promoten met privébedrijven voor het 'verlenen van basisdiensten, zoals energie, water, gezondheidszorg en onderwijs'.

Volgens de Europese Commissie gaan privatisering en liberalisering van de handel samen. In de Agenda Voor Verandering staat: “deze [privatiserings]inspanningen moeten gepaard gaan met betere en gerichtere Aid for Trade en handelsstimulering”. Overheden schuiven handel en investeringen naar voor als middel om economische groei te bereiken en willen daarom niet-tarifaire belemmeringen afbouwen, o.a. op essentiële diensten zoals gezondheid of onderwijs. Zo gaat de staat haar rol volledig voorbij om de commerciële gezondheidsverstrekkers te reguleren in het belang van iedereen.

Handelonderhandelingen binnen de Wereldhandelsorganisatie

Multilaterale, regionale en bilaterale vrijhandelsakkoorden hebben een rechtstreekse impact op gezondheidsdiensten, door de handel in dergelijke diensten, maar ook onrechtstreeks, door de liberalisering van ondersteunende sectoren, op de dagelijkse leefomstandigheden van mensen en op het milieu. De Wereldhandelsorganisatie (WTO) biedt een multilateraal kader voor handelsliberalisering met bindende akkoorden voor lidstaten¹⁹. De Algemene Overeenkomst over Handel in Diensten (GATS) bij de WTO geeft aan welke invloed handel kan hebben op gezondheidsdiensten, o.a. door medisch toerisme, e-Health, migratie van gezondheidswerkers en buitenlandse directe investeringen²⁰ in gezondheidsinfrastructuur. Het grootste risico van die handel in gezondheidsdiensten is dat er zo een systeem ontstaat met twee snelheden: vooral private, hoogtechnologische en gespecialiseerde zorg voor een kleine groep rijken en elementaire, ondergefinancierde openbare gezondheidsdiensten voor de armen. Daarnaast krijgen we een verergering van de internationale ‘brain drain’ door de migratie van gezondheidswerkers en een interne ‘brain drain’ van openbare naar privédiensten. Bijgevolg zouden de armsten, zowel op het platteland als in de stad, steeds minder toegang krijgen tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten.

Het nieuwe regime: WTO buitenspel gezet

Omdat er steeds meer weerstand kwam vanwege de ontwikkelingslanden binnen de WTO opteren economische grootmachten zoals de VS en de Europese Unie nu vaker voor bilaterale handels- en investeringsakkoorden. Op die manier wordt de WTO omzeild om de handelsagenda uit te voeren. Het doel van deze ‘nieuwe generatie’ commerciële handels- en investeringsakkoorden - waaronder het Handel in Diensten Akkoord (TISA), het Transatlantisch Vrijhandels- en Investeringsverdrag (TTIP) en het Trans-Pacifisch Partnerschap (TPP) - waarover momenteel onderhandeld wordt, is de liberalisering van dienstensectoren. Dat zou leiden tot een grotere commercialisering van de gezondheidszorg, volgens dezelfde logica als de GATS-vereisten, maar dan verder doorgedreven.

De openbare beleidsruimte in gevaar

Liberalisering in de dienstensector verkleinen bijgevolg de openbare beleidsruimte waarover overheden beschikken. Beslissingen die de huidige overheden nemen, zullen worden vastgelegd in een bindende overeenkomst, met een doeltreffend arbitragemechanisme. Via zo’n mechanisme kunnen privébedrijven overheden vervolgen voor maatregelen die mogelijks hun winsten aantasten. Sterker nog, als na de liberalisering en de commercialisering van de gezondheidssector zou blijken dat die beter in openbare handen zou blijven of was gebleven, dan zou het bijzonder moeilijk, zo niet (wettelijk) onmogelijk worden om de negatieve gevolgen van eerdere engagementen terug te schroeven. Daarom moet de mogelijke impact op de gezondheid en de toegang tot de gezondheidszorg grondig geëvalueerd worden voordat diensten via bindende akkoorden worden overgeleverd aan liberalisering.

Universele gezondheidszorg door publieke actie

Het toepassingsgebied van deze nauwe definitie van universele gezondheidsdekking is beperkt. Financiering en beheer worden losgekoppeld van de verstrekking van gezondheidszorg en de dienstverlening wordt minder een taak van de overheid, maar eerder een pluralistische mix met de privésector en het middenveld. Dat kan leiden tot een beperktere toegang tot gezondheidszorg.



©Tineke D'haese/Oxfam

Een gezondheidssysteem mag geen samenraapsel zijn van verspreide faciliteiten en dienstverleners, maar wel een geïntegreerd netwerk van geschikte faciliteiten en diensten in de eerste, tweede en derde lijn. Bij UHC ligt de focus te eenzijdig op financiering om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen, in tegenspraak met de visie op primaire gezondheidszorg in de Verklaring van Alma Ata uit 1978. Daarin wordt opgeroepen tot het uitbouwen van gezondheidssystemen die een allesomvattende zorg bieden, geïntegreerd zijn, de billijkheid bevorderen en gebaseerd zijn op de noden van de gemeenschap. Gezondheidssystemen die vooral gebaseerd zijn op openbare bijdragen en financiering garanderen een meer billijke toegang tot de gezondheidszorg. Eén enkel openbaar systeem lijkt efficiënter te zijn, terwijl meer geprivatiseerde systemen versnipperd zijn en meer transactiekosten veroorzaken. Zo blijkt uit een vergelijking van de gezondheidssystemen in Chili en Costa Rica dat de Chileense markt, waar zowel private als openbare verzekeringen naast elkaar bestaan, nadelig is voor de efficiëntie²¹. De overwegend openbare gezondheidssector in Costa Rica biedt een betere toegang tot gezondheidsdiensten, terwijl de uitgaven lager liggen dan in Chili. Uit het voorbeeld van Cuba^{22 23 24} blijkt dat goede gezondheidsresultaten behaald kunnen worden met één enkel openbaar gezondheidssysteem en de nadruk op een allesomvattende primaire gezondheidszorg.

Andere landen hebben de beschikbaarheid van gezondheidsdiensten verhoogd door te investeren in openbare gezondheidsinfrastructuur (Thailand²⁵, Sri Lanka²⁶).

De commercialisering van de gezondheidszorg bemoeilijkt de toegang

Bovendien blijkt het uitbesteden van de verstrekking van de gezondheidszorg aan commerciële investeerders nadelig voor de openbare sector, omdat het daar schaarse middelen onttrekt. Zo zien we bijvoorbeeld dat door de aanwezigheid van een privésector in de Filipijnen gezondheidswerkers met hogere salarissen worden weggelokt van de openbare sector²⁷. Door deze zogeheten interne en internationale 'brain drain' kan de beschikbaarheid van gezondheidszorg op het platteland in ontwikkelingslanden in het gedrang komen. De lokale bevolking wordt zo de toegang tot essentiële gezondheidsdiensten ontzegd doordat er een tekort aan gezondheidswerkers ontstaat in de openbare sector en op het platteland. We zien echter dat landen die forse stimulansen bieden om gezondheidswerkers aan de slag te houden in de openbare sector of in rurale gebieden (Sri Lanka, Cuba) erin geslaagd zijn om een billijke dienstverlening te verzekeren.

Geen handel in gezondheidsdiensten

Overheden moeten behoedzaam omspringen met het overleveren van dienstensectoren aan de handelsliberalisering, omdat dat de billijke toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg in het gedrang kan brengen en niet altijd strookt met hun plicht om het 'recht op gezondheid en gezondheidszorg' voor iedereen te respecteren, garanderen en beschermen. Dat is zeker nodig omdat handelsverdragen bindend zijn, waardoor het moeilijk of zelfs onmogelijk wordt om mogelijke negatieve gevolgen later nog om te buigen.

Het is essentieel dat het voorzorgsprincipe gehanteerd wordt, wat inhoudt dat geen bindende akkoorden ondertekend mogen worden voordat bewezen is dat de volksgezondheid en de toegang tot de gezondheidszorg afdoende beschermd zullen worden. De impact op gezondheid en maatschappij moet verplicht gemeten worden en beslissingen moeten gebaseerd zijn op de meetresultaten. Bovendien zou het gezondheidssysteem uitgesloten moeten worden van handels- en investeringsakkoorden, zodat de staat de toegang tot de gezondheidszorg kan blijven garanderen.

CONCLUSIE

De gebrekkige toegang tot de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden wordt nog verslechterd door het privatiseringsbeleid in de gezondheidssector. Als de gezondheidssector wordt opengesteld voor meer privé-investeringen, dan wordt de toegang tot de gezondheidszorg ongelijker, net als de gezondheidsresultaten. Dat doet de sociale onrechtvaardigheid toenemen. Dekking door de ziekteverzekering is belangrijk, maar is niet de enige garantie op een universele toegang tot gezondheidsdiensten als de gezondheidsresultaten op hetzelfde moment ondergraven worden door andere aspecten in het gezondheidszorgsysteem, zoals onbetaalbare gezondheidsdiensten en een tekort aan gezondheidswerkers.

Om die reden mag de Europese Unie geen ontwikkelingsbeleid voeren dat de privatisering van de gezondheidssector ondersteunt of aanmoedigt. De EU zou daarentegen een gezondheidsbeleid moeten promoten dat een betaalbare, toegankelijke, kwalitatieve en aanvaardbare gezondheidszorg garandeert voor iedereen, overeenkomstig het 'recht op gezondheid'. Zo wordt de universele gezondheidsdekking een feit, ook voor mensen in ontwikkelingslanden. Sterke openbare gezondheidssystemen moeten ontwikkeld worden, mét toegang tot essentiële geneesmiddelen en technologieën, beschikbaarheid van gezondheidsinfrastructuur en met genoeg goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers. Daarnaast moet een coherent gezondheidsbeleid de volksgezondheid en toegang tot de gezondheidszorg verzekeren. Dat betekent het gezondheidssysteem weren uit handels- en investeringsakkoorden, het voorzorgsprincipe hanteren en het meten van de impact op gezondheid en maatschappij verplichten.

BELEIDSAANBEVELINGEN

In het algemeen

Om een echt universele toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg te garanderen, moeten gezondheidssystemen worden ontwikkeld die op alle vlakken solide zijn, en ook toegang verschaffen tot essentiële geneesmiddelen en technologieën en tot genoeg goed opgeleide en gemotiveerde gezondheidswerkers. In dat opzicht is de definitie van universele gezondheidszorg als financieringssysteem te eng om het doel van universele gezondheidszorg te behalen. Overheden zouden een bredere definitie moeten hanteren. Daarom moeten overheden hun rol als publieke partij opnemen, zorgen voor een samenhangend gezondheidsbeleid en vermijden dat handels- en investeringsakkoorden deze doelstellingen ondermijnen.

Specifiek

Bij de ontwikkeling van toekomstige en huidige gezondheidssystemen moet de EU:

1. ernaar streven dat ze stroken met de visie op primaire gezondheidszorg zoals beschreven in de Verklaring van Alma Ata uit 1978. Daarin wordt opgeroepen tot het uitbouwen van gezondheidssystemen die een allesomvattende zorg bieden, geïntegreerd zijn, de billijkheid bevorderen en gebaseerd zijn op de noden van de gemeenschap.
2. het voorzorgsprincipe respecteren
3. het meten van de impact op gezondheid en maatschappij verplichten en beslissingen nemen op basis van de meetresultaten
4. overheden in staat stellen om een billijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen door het gezondheidssysteem niet op te nemen in handels- en investeringsakkoorden
5. geen ontwikkelingsbeleid voeren dat de privatisering van de gezondheidssector ondersteunt of aanmoedigt.
6. een gezondheidsbeleid promoten dat een betaalbare, toegankelijke, kwalitatieve en aanvaardbare gezondheidszorg garandeert voor iedereen, overeenkomstig het 'recht op gezondheid'. Zo wordt de universele gezondheidsdekking een feit, ook voor mensen in ontwikkelingslanden.

REFERENTIES

- 1 Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
- 2 Universal health coverage: a smart investment. Jim Yong Kim, Dr Judith Rodin. Huffington Post Impact blog. December 12, 2014. From: http://www.huffingtonpost.com/judith-rodin/universal-health-coverage_b_6315414.html (last accessed on June 17th, 2015)
- 3 http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/
- 4 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- 5 World Health Report 2010: Health systems financing, the path towards universal health coverage. <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- 6 http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E
- 7 http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_326227/lang--en/index.htm
- 8 <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development>
- 9 Anon, 2015. Universal health coverage post-2015 : putting people first. The Lancet, 384(9960), p.2083. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62355-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62355-2). (accessed on January 29th, 2015)
- 10 World Health Assembly Resolution 58.33 (2005) From: http://www.who.int/health_financing/documents/cov-wharesolution5833/en/ (last accessed on June 15th, 2015)
- 11 Sengupta, A. (2013). Universal Health Coverage : beyond rhetoric.
- 12 Research for Universal Health Coverage, RESYST, 2014. <http://resyst.lshtm.ac.uk/resources/research-universal-health-coverage>
- 13 Resilient and responsive health systems (RESYST), 2015. Research for universal health coverage.
- 14 http://www.who.int/health_financing/GlobalPushforUHC_final_11Jul14-1.pdf
- 15 Sengupta, A. (2013). Universal Health Coverage : beyond rhetoric. Municipal Services Project Occasional Paper 20, November 2013.
- 16 http://ec.europa.eu/europeaid/what/development-policies/documents/agenda_for_change_en.pdf
- 17 http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-551_en.htm
- 18 http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-551_en.htm
- 19 Available from: http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/agrm1_e.htm (accessed on March 28, 2014)
- 20 Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. The Lancet. 2009;373(9663):593-601
- 21 Luis Ortiz Hernández and Diana Pérez Salgado. Chile and Costa Rica: Different roads to universal health in Latin America. Municipal Services Project, 2014.
- 22 Bonet-gorbea, M., Vos, P. De, & Van Der Stuyft, P. (2012). Public health services , an essential determinant of health during crisis. Lessons from Cuba , 1989 2000, 17(4), 46979. doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02941.x
- 23 Devi, S. (2014). Cuba's economic reforms prompt debate about soins de santé. The Lancet, 383(9914), 29495. doi:10.1016/S0140-6736(14)60090-8
- 24 De Vos, P., & Van der Stuyft, P. (2009). The right to health in times of economic crisis: Cuba's way.
- 25 Amit Sengupta (2013) "Universal health coverage: Beyond rhetoric" MSP Occasional Paper No. 20. Cape Town: Municipal Services Project. <http://www.municipalservicesproject.org/publication/universal-health-coverage-beyond-rhetoric>
- 26 Amit Sengupta (2012) Creating, Reclaiming, Defending: Non-commercialized Alternatives in the Health Sector in Asia. In David McDonald and Greg Ruiters (eds.), Alternatives to Privatization: Public Options for Essential Services in the Global South, London: Routledge.
- 27 "Critical Condition: Privatized Health in the Philippines", IBON Foundation, 2015.