

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN KAYNAKLARI

Fahreddin TATAR*

I. GİRİŞ

1980'li yılların başından beri hemen hemen tüm dünyayı etkileyen ve müdahalecilikten piyasa yaklaşımlarına kayış ile simgelenen liberalleşme akımı sağlık sektörünü de önemli ölçüde etkilemiştir. Gelişmişlik farkı gözetmesizin bir çok ülke finansman sistemi başta olmak üzere sağlık bakım sistemlerini yeniden yapılandırma sürecine girmişlerdir. Türkiye'de de bu yönlü ve eş zamanlı bir süreç halen etkisini sürdürmektedir.

Sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde başlıca aşağıdaki faktörlerin rol oynadığı belirtilebilir.

a) Genel sosyo-ekonomik politikalarda 1980'li yılların başından beri yaşanan değişimler,

b) Toplumun daha geniş bir kesimini sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılar.

Finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temel yapı taşlarından biri "kaynağın" ne olacağı ile ilgilidir. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konular arasında yer almaktadır.

Tarihsel perspektif içinde Türkiye'nin finansman kaynakları tercihi iki farklı görünüm arz etmektedir. Birinci olarak, resmi söylem (rhetoric) noktasındaki görünümün bu tercihin en azından 1960'lı yılların başlarından beri egemen bir biçimde kamusal kaynaklar lehine olduğu söylenebilir. Sosyalleştirme politikası toplumun tümünü kapsayan bir sistemin ağırlıklı bir biçimde genel vergi gelirlerinden (hazine) karşılanması yönündedir. 1980'li yılların başından beri bu politikanın yerini alan (veya daha doğru bir anlatımla bu politikanın yasal dayanağı olan 224 sayılı kanunun mer'iyetine teknik anlamda son verme-

mekle birlikte onu uygulamada kaldıran) bir politika benimsenmiştir ki bu, politikanın da söylem bazında temel finansman kaynağı kamusaldir (sosyal sigorta). Farklı bir bakış açısıyla Beveridge'ci bir modelden Bismarck'çı (Cichon, Normand, 1994) bir modele geçişe rağmen resmi söylem bazında finansman sisteminin ağırlıklı bir biçimde kamuya dayalı olma niteliği değişmemiştir.

İkinci görünüm gerçek dünya, yani uygulamalarla ilgilidir. Resmi söyleme karşın finansman sisteminin ne bir Beveridge'ci ne de bir Bismarck'çı karaktere kavuşmadığı belirtilebilir. Finansmanda kamu/özel sektör karması açısından ne Beveridge ne de Bismarck modelinin öngördüğü oranlara ulaşamamıştır. Son yıllarda denge özel lehine bir değişim trendi içinde olmasına karşın kaynakların sektörel dağılımının hemen hemen tam bir dengede olduğu söylenebilir. Türkiye'deki durum henüz tam bir nitelikte dokümente edilmemiş olmakla birlikte global bazda ve özellikle de daha çok yoksul ülkelerde sağlık için "tüketicilerin daha fazla ödeme yapmak zorunda kaldıkları" yönünde bir trend ortaya çıkmıştır (Creese, 1994). Beveridge yaklaşımının model sistemi NHS'de bile 1979'dan beri toplam sağlık finansmanında özeline rolü ve bu arada tüketicilerin doğrudan yaptığı harcamalarda bir artış gerçekleşmiştir (Glennester, 1992). 1980'li yıllar boyunca fikir bazında olgunlaştırılmaya çalışılan modelin 1990'lı yılların ikinci yarısında uygulamaya sokulup sokulmayacağını zaman gösterecektir. Ancak, niteliği ne olursa olsun politikaların yaşama geçirilmelerinin bu politikaların oluşturulmalarında izlenen metodolojinin (politika oluşturma süreci) sağlığı ile yakından ilgili olduğu belirtilebilir. Bunu belirleyen temel koşullardan biri ise tercihlerin (kararlar) ne ölçüde bilgilendirilmiş olduğudur (informed choice). Varsayım, sağlıkta diğerlerinin yanı sıra finansman politikalarının da uygulanma şansını azaltan bir 'bilgilendirilmiş kararlar yaklaşımından' hareket edilmediğidir. Bu varsayım önemli bir tartışma konusunun sadece su üstünde kalan buzdağının ucu niteliğindedir ve bu nedenle burada tartışılmayacaktır, ancak söylem (rhetoric) ile gerçek (reality) arasında uçurum ile ifade edilebilecek boşluk (reality gap) bu varsayımın en önemli gerekçelerinden biri olarak belirtilecektir.

* Yrd., Doç. Dr. H.Ü. Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara-06100

Bu yazının amacı, sağlık sektöründe en önemli gündem maddelerinden biri ve belki de en önemlisi olma özelliğini koruyan finansman modeli tartışmalarının temel yapı taşlarından biri olan 'sağlıkta finansman kaynakları' üzerinde durmaktır. Bu yolla minimal düzeyde de olsa 'bilgilendirilmiş kararlar'ın oluşumuna bu sahada katkıda bulunmak hedeflenmektedir.

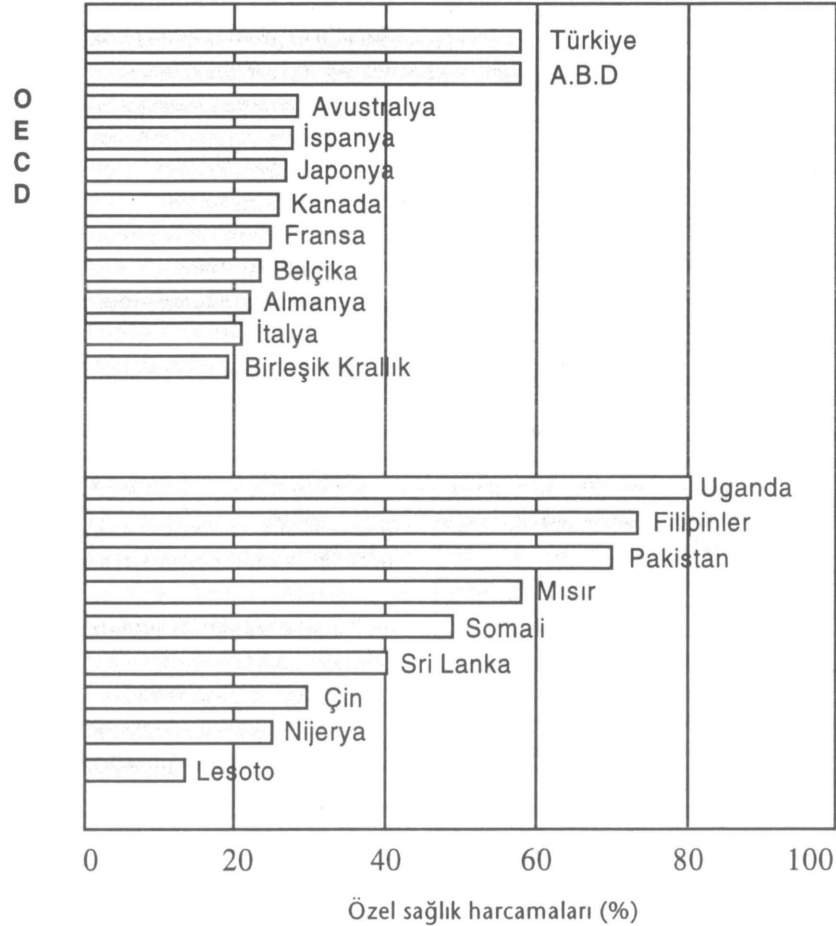
Bu yapılırken gerçek dünya modellerini yansıtmaktan çok başlıca finansman kaynaklarının ayrı ayrı ele alınması ve bu kaynakların özellikle teorik bazda yansımalarının irdelenmesine çalışılacaktır. Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde başvuru kaynaklar kombinasyonu o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır. Ancak bu durum, kombinasyonda yer alan kaynakların 'teorik' bazda etkilerini gözönünde bulundurmanın yararını ortadan kaldırmaz. Yazı, 'teori'

ile sınırlandırıldığı halde yer yer temel amaç olmamakla birlikte Türk sağlık bakım finansman sistemine de göndermelerde bulunulacaktır.

II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA GENEL EĞİLMELER

Günümüzde sağlık hizmetleri finansmanında devletin (kamu) belli bir rol üstlenmesi, aralarında Dünya Bankası'nın da bulunduğu hemen her kesimin üzerinde görüş birliğine vardığı bir konudur. Dünya Bankası sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda (World Bank, 1993) bu pozisyonunu ayrıntılı bir biçimde sergilemiştir. Banka sağlıkta hükümetin rolünün yeniden düşünülmesi gerektiğine işaret ederek ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık (hizmetleri) paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermektedir (Hecht, Musgrove, 1993).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kamu/Özel Payları (1987)



Kaynak: WHO (1993:15)'den derlenmiştir.
Türkiye'ye ilişkin veri Appleby (1992:11)'den alınmıştır.

Sosyalist olmayan gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sektörün rolü ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir. Genel bir kural olarak ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters bir orantı olduğu söylenebilir (Şekil 1). Bunun en önemli istisnası toplam sağlık harcaması içinde yaklaşık olarak % 60'lık bir özel sektör payı ile Amerika Birleşik Devletleri'dir (Appleby, 1992). Politik rejim tercihi, girişte de belirtildiği gibi 1980'li yılların başlarından beri sağlık finansmanında özel kaynakların oransal payında bir artış gözlenmektedir ki bundan İngiltere gibi geleneksel olarak kamusal kaynaklara ağırlıklı bir yer veren refah devletleri bile önemli ölçüde etkilenmişlerdir (Higgins, 1988).

Sağlık hizmetleri finansmanına devletin sosyal verimliliği ve eşitliği sağlamak üzere piyasaya müdahalesini zorunlu kılan belli başlı faktörler vardır. Bunlar piyasa başarısızlıkları; yoksullukla mücadele konusunda özel piyasalarda genellikle bir güdü bulunmaması ve sosyal değeri bireylerin biçeceği değerden yüksek olan mal ve hizmetlerin (merit goods) (çocuklar için besleyici değeri yüksek yiyecek gibi) sağlanması ihtiyacıdır (WHO, 1993:5). Yazarın M. Tatar ile birlikte hazırladığı ve *Toplum ve Hekim*'in bu sayısında yer alan diğer makalede de tartışıldığı gibi piyasa başarısızlıklarının belli başlı sebepleri;

- "Kamu mallarını" sağlamada güdü eksikliği,
- Dışsallıkların gözardı edilmesi ve
- İyi bilgilendirilmiş tüketici eksikliğidir.

Bu sebeplerden dolayı her ülkede devlet asgari de olsa sağlık hizmetleri (finansman) piyasasına müdahale etmiştir. Gerçekte ise devlet payının yüzde 20'den düşük olduğu bir ülke neredeyse yok gibidir (WHO, 1993:14). Özellikle son 10-15 yıllık dönemde sağlık hizmetleri finansmanında kamu/özel sektör rolü nasıl bir seyir izlemiştir? Genel yapı nedir? WHO'nun (1993) konuya ilişkin bir çalışmasının ortaya koyduğu bulgulara göre sanayileşmiş ülkelerde devletin daha büyük bir paya sahip olduğunu göstermektedir. Bunun en bariz istisnasının ABD olduğu belirtilmelidir (s. 14). Son yıllarda bir çok ülkede sağlık bakım finansmanında özel sektörün rolünün arttığına tanık olunmaktadır. Doğu ve Orta Avrupa başta olmak üzere eski Sovyetler Birliği ülkelerinde genel itibarıyla sağlık sektöründe, özelden ise finansmanında çoğulcu (pluralist) bir yapıya geçiş yaşanmaktadır (Cichon, Normand, 1994; Banoob, 1994). Sanayileşmiş Batılı ülkelerde de bu yönlü bir trend olduğu belirtilmelidir (Appleby, 1992). Aralarında Çin, Kolombiya, Senegal, Sri Lanka, Tayland ve Türkiye gibi birbirinden bir çok açıdan farklı ülkede de özel sektörün finansmandaki rolü önemli ölçüde artmıştır (s.14).

1970'li yılların sonlarında başlayan bu sürecin altında yatan belli ekonomik, politik, demografik, epidemiyolojik ve sosyo-kültürel faktörler vardır. Burada yazının amaç ve sınırlarını zorlayacağı endişesiyle bu faktörler üzerinde durulmayacaktır. Bu faktörler ile değişikliklerin finansman

düzei, verimlilik, eşitlik ve sağlık statüsü üzerindeki etkilerine ilişkin derli toplu bir inceleme için WHO (1993)'e bakılabilir. Aşağıda ise kamu ve özel ayırımına başvurularda her bir kategorideki belli başlı finansman kaynakları üzerinde durulacaktır.

III. FİNANSMAN KAYNAKLARI

Literatürde sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının sınıflamasına ilişkin bir yaklaşım birliğinden söz etmek mümkün değildir. Sınıflamalarda temel ayırıcı özelliğin ayrıntı düzeyi olduğu belirtilebilir.

Örneğin, Roemer (1991);

- * Genel vergi gelirleri
- * Sosyal güvenlik
- * Gönüllü sigorta
- * Yardımlar ve
- * Kişi ve aileler

tarzında bir sınıflamaya başvurmaktadır. Aynı kaynakların farklı bir biçimde sınıflanmasına (sunulmasına) ise WHO'nun (1993) konuya ilişkin bir yayınında aşağıdaki şekilde yer verilmiştir;

- * Hükümet (kamu) finansmanı
- * Özel finansman
 - Doğrudan ödeme
 - Dolaylı ödeme
- * Sağlık sigortası
 - Hükümet (kamu) veya sosyal sigorta
 - Özel sigorta
 - İşveren temelli sigorta
- * Dış kaynaklar

Benimsenen sınıflama yaklaşımlarından biri ise sınıflamaya kamu/özel ayırımından başlamaktır. Buna örnek olarak Hoare ve Mills (1986) yaklaşımı verilebilir. Buna göre finansman kaynakları aşağıdaki gibi sınıflanabilir;

- * Kamu ve yarı-kamu finansman kaynakları
 - Genel vergi gelirleri
 - Açık (deficit) finansmanı ve enflasyonun kullanımı
 - Özel amaçlı (earmarked) vergiler
 - Sosyal sigorta
 - Piyango ve bahis gibi gelirler
- * Özel finansman kaynakları
 - Özel sağlık sigortası
 - İşverenlerce finanse edilen sistemler
 - Gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları
 - Toplumsal finansman (community financing)

e) Doğrudan hane halkı harcamaları.

Bu yazıda önce kamu ve özel ayırımına başvurulacak ve daha sonra da yaygın bir biçimde başvuru ve günümüz sağlık bakım sistemi reformlarında ön plana çıkan kaynaklar incelenecektir.

A. KAMU VE YARI-KAMU FİNANSMAN KAYNAKLARI

1. Genel Vergi Gelirleri:

Genel Vergi Gelirleri (GVG) günümüz sağlık hizmetleri sistemlerinde kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi yönünde yaygınlaştıran başvuru finansman kaynaklarından biridir. Sistem içindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik rejim farklılıklarına bağlı olmak üzere, değişiklikler göstermektedir. Kollektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkeler) sistemin doğası gereği GVG finansmanda başvuru neredeyse yegane kaynak niteliğindedir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismarck'çı yaklaşım tercihidir. Örneğin Almanya ve İngiltere sağlık hizmetlerinin finansman sorumluluğunu toplumun tümünü kapsayacak biçimde kolektif olarak üstlendikleri halde biri Bismarck'çı bir yaklaşımla sosyal sigortayı (SS) GVG'ne tercih etmişken diğeri GVG'ni SS'a tercih etmiştir. Kalkınmış kapitalist oryantasyonlu ülkelerde özel ve kamusal kaynaklar arasında olduğu gibi kamusal kaynaklar arasında (GVG ve SS gibi) da tercih bir yaklaşım tercihidir. Oysa az gelişmiş ülkelerde bu tercihi belirleyen etkenlerden biri, belki de en önemlisi, vergi oranı ve vergi adaleti ile ilgilidir.

Ulusal gelirin vergi olarak toplanan kısmı diye tanımlanan *vergi oranı* Batı Avrupa ülkeleri ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde ortalama olarak % 26 dolayındadır (Hoare, Mills, 1986). Buna sosyal güvenlik katkıları da eklendiğinde 1988 itibarıyla oran aynı grup ülkeler için % 31 (ABD) ile % 65 (Danimarka) arasında değişmektedir (ortalama % 45). Bu oranlar 1971 yılından beri ABD hariç bu gruptaki tüm ülkelerde bir artış eğilimi göstermiştir (Glennester, 1992:126). Az gelişmiş ülkelerde ise genel itibarıyla bu oranlar çok daha düşüktür. Bu nedenle vergi gelirleri ve bu arada GVG yalnız başına sağlık hizmetlerinin finansmanında oldukça yetersiz bir kaynak olmaktadır. Sağlık sektörü için genel vergi kaynaklı finansal desteği artırmanın başlıca yolları şunlardır (Hoare, Mills, 1986):

a) Vergi oranını, sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak, arttırmak,

b) Sağlık sektörüne ayrılan vergi gelirlerinin miktarını başka kaynaklardan aktarımda bulunarak arttırmak veya

c) Vergi oranını ve aynı zamanda sağlığa ayrılan vergi

gelirlerinin miktarını birlikte arttırmak.

Dikkat edilmesi gereken husus, vergi oranının gelişme (kalkınma) ile orantılı olarak yükseldiğidir. Bu genel bir kuraldır. Yoksa bu paralellik dışında bir ülkenin politik arzu ve isteği de vergi gelirlerini arttırmada etkili olabilir.

Petrol zengini ülkeler dışındaki az gelişmiş ülkeler bir grup olarak ele alındığında vergi sistemlerinde dolaylı vergilerin önemli bir ağırlığa sahip olduğu görülmektedir (Gilson 1988). Toplam hükümet gelirleri içinde bu tür vergilerin oranının yer yer yüzde 60'a ulaştığı saptanmıştır. Dolaylı vergilerin genel 'adaletsiz' karakteri gözönünde bulundurulduğunda GVG'ne dayalı bir sağlık finansman modelinin eşitliği gözetleyen belli önlemler alınmadan uygulanması adaletsizliklere yol açabilir.

GVG sağlık sektörü için en güvenilir finansman kaynağı değildir. Çünkü bütçe kararlarında sağlık sektörüne verilen politik öncelik genellikle düşüktür. Toplumsal beklentilerin ülkenin yönetim sürecinde kararlara yansımaları derecesine bağlı olarak (demokratikleşme) bu kaynağın güvenilirliği değişecektir. Az gelişmiş ülke ekonomileri genellikle stabil değildir, kamu harcamaları sık sık makro ekonomik politikanın bir aracı olarak kullanılır ve GVG bu ülkelerde bütçelenmiş fonlarla onların gerçekte bulunabilirliği arasındaki sürekli değişen ilişki nedeniyle stabil olmayan bir kaynak olabilir (Hoare, Mills, 1986).

Vergi adaletinin (gelir endeksi-az kazananlardan az, çok kazananlardan çok vergi alınması) henüz kabul edilebilir düzeyde sağlanmadığı ve hemen hemen tüm az gelişmiş ülkelerde tipik olarak rastlanan fenomenlerden dolayı GVG'ne dayalı bir sağlık finansmanının evrensel sağlık güvencesi sağlanmasına yönelik olarak kullanılması eşitlik (adalet) ilkesini daha da zedeler bir nitelik kazanabilir. Tanım gereği adaletsiz, yani az kazananların çok kazananlara göre daha yüksek oranlarda katkı sağladığı kamu finans havuzundan az gelirli/çok gelirli ayırımı yapılmaksızın herkesin kullanımına sunulan sağlık hizmetleri, az kazananların sırtından çok kazananlara sağlık hizmeti sunmak gibi bir sonuç doğurabilir. Yüksek gelirli insanların düşük gelirli oranla sağlık sistemlerinden daha kolay ve sık yararlandıkları yönündeki ampirik bulguların (Phillips, 1990:194-207; Townsend, Davidson, 1988; Gilson, 1988:23-27) da gözönünde bulundurulması durumunda genellikle eşitlikle özdeşleştirilebilecek bir finans kaynağının nasıl katlamalı bir eşitsizliğe (adaletsizlik) yol açabileceği görülebilir.

GVG ile finanse edilen sağlık bakımında ulaşım (access) genellikle ilke olarak belli gruplarla sınırlı değilken, uygulamada sağlık sektörü içindeki GVG'nin tahsisi politik baskılardan etkilenebilir ve bu da sağlık hizmetlerinin verilmesinde eşitliği azaltıcı bir etki gösterebilir. Örneğin, vergi ile finanse edilen sağlık hizmetlerinin büyük bölümü az gelişmiş ülkelerde kentsel yörelere verilmekte, kırsal yörelere ise sadece çok sınırlı hizmetler götürülmektedir. Bundan başka, öncelik genellikle çok pahalı ekipman

kullanan ve daha çok ülkenin ekonomik ve politik elitine hizmet veren hastaneye dayalı programlara verilmektedir. Bu ekipmanın genellikle ithal edildiği gerçeği de gözönünde bulundurulmalıdır. Abel-Smith'in (Hoare, Mills, 1986:18) de belirttiği gibi genel ekonomiyi zedelemekten ve adına herkese sağlık (Health for All-HFA) denen politika amaçlarıyla çatışmaya girmeden vergi gelirlerini kısa vadede arttırmak da mümkün değildir. Yoksulları daha yoksul hale getiren vergiler onların sağlık statüsünü çok ciddi ölçülerde zedeleyebilir. Özellikle sosyo-ekonomik alanda geliştirilebilecek ve böylece HFA'un amaçlarını gerçekleştirmeye daha çok yardımcı olabilecek sektörlerin (temiz su, konut, eğitim gibi) varlığı gözönünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'nin henüz bir kalkınmış ekonomi niteliği kazanmadığı, vergi adaleti konusunda giderek daha olumsuz bir görünümün egemen olduğu, GVG'nin kullanımında genel itibarıyla kentin kıra, tedavinin koruma ve geliştirmeye (promotion) tercih edildiği yönündeki tespitlerin geçerli kabul edilmesi durumunda, GVG'lerine dayalı bir finansman modelinin görünür bir gelecekte eşitliği (adaleti) sağlamak üzere benimsenmesinin sakıncalı olabileceği belirtilebilir. Bu çerçevede, Dünya Bankası'nın hükümet (devlet) kaynaklarının yeniden oryantasyonu önerisi toplumsal sağlık ve eşitlik açısından kabul edilebilir nitelikte görünmektedir.

2. Özel Amaçlı (Earmarked-Hypothecated) Vergiler

Normalde vergiler ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümet tarafından değişik alanlara sarfedilir. Bununla beraber bazı hükümetler belli bir vergiyi belli bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetlerini karşılamak üzere alınan vergi 'özel amaçlı (earmarked) vergi' niteliği taşır (Glennester, 1992; Hoare, Mills, 1986). Örneğin belli ürünlerin satışından elde edilen vergiler ulusal veya yerel düzeyde sağlık hizmetleri için ayrılabilir. Hoare ve Mills'e göre (1986:19-20) bu tür tüketim vergilerindeki en büyük problem genellikle toplanmasında ve dağıtımındaki zorluk olarak belirtilmektedir. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük yükler. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil (progressive) de olabilirler. Ancak durum ne olursa olsun yöneticilerin hareket özgürlüğünü sınırladığı için bu vergilerden pek hoşlanılmaz. Bu finansman kaynağı belli program veya projelerin finansmanında kullanılabilir. Ayrıca bir başka yaklaşımla bu finans kaynağının aslında sağlığa zararlı alkol, sigara gibi mallar veya aktivitelerden alınmasıyla çift yönlü bir kazanç sağlanacağı görüşü de ileri sürülmektedir. Ancak bu noktada uzlaşma, araştırmaların desteğiyle, bu girişimin toplumun sağlığını daha olumsuz yönde etkileyeceği şeklindedir (Hoare, Mills, 1986). Bazı

yazarlar yaygınla başvurulmayan bu tür vergilerin, vergi ve harcama konusunda bilgi ve seçmenin gücünü arttırdığı gerekçesiyle savunmaktadırlar (Glennester, 1992: 108).

3. Sosyal Sigorta

İşverenlerin ve işçilerin katkıları yoluyla finanse edilen ve sadece sağlık hizmetlerini değil yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konuları da içeren sosyal sigortalar (SS) bugün dünyada yaygın olarak başvurulmuş finansman kaynaklarından biridir (Hoare, Mills, 1986). Zschock (1982) tarafından 1980'li yılların başında yapılan bir araştırmaya göre az gelişmiş ülkelerin yarısından fazlasında sosyal güvenlik şemsiyesi altında sağlık hizmetlerinin de sunulduğu belirlenmiştir.

Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık bakım hizmetleri indirekt veya direkt yöntemle sağlanabilir. İndirekt yöntemle sağlık hizmetlerinin mevcut kamu ve/veya özel kuruluşlardan ve doktorlardan satın alınması mümkündür ki bu daha çok gelişmiş ülkeler tarafından benimsenen modeldir (Zschock, 1986; Roemer, 1985). Direkt yöntemde ise sosyal güvenlik kurumu sahibi olup işlettiği dispenser, sağlık merkezi ve hastaneler yoluyla üyeleri ile onların bakmakla yükümlü olduğu bireylere doğrudan hizmet verir. Bu yöntemde de genellikle az gelişmiş ülkelerde rastlanmaktadır. Bunun temel nedeni olarak bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin kuruluşu aşamasında kamu ve özel sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olması gösterilmektedir (Zschock, 1986).

Geleneksel olarak çalışanlardan ve işverenlerden zorunlu olarak alınan primlerle finanse edilen SS programlarına hükümet bazı hallerde ve yollarla katkıda bulunabilir. Yararlananların, prime ek olarak kullanım sırasında maliyet paylaşımına (cost sharing) yönelik olarak bir ödemede de bulunabilirler (Ron ve diğerleri, 1990). Bu sistemler hükümetler tarafından bizzat idare edilebileceği gibi özel sigorta şirketlerine de bu iş yaptırılabilir. Sosyal sigortada risk bir havuzda toplanmıştır ve bu nedenle yüksek risk taşıyan sigortalılar lehine eşit olmayan bir fayda dağılımı söz konusudur.

SS'nin önemli olumsuz yanlarından biri, hem sigortalı hem de işverenin ödediği primin nihai analizde önemli bir bölümünün aslında işgörenin omuzlarına binmesidir. Bunun temel nedeni işverenlerin kendilerine düşen prim payını ürettikleri mal ve hizmetlerin fiyatını arttırarak tüketicilere yansıtmaları ve/veya ücretleri düşük tutma eğilimleridir. Bu durumda işgörenler hem ücretlerindeki kesinti hem de uzun vadede artan fiyatlar yoluyla sistemi ilk etapta gördüğünden çok daha fazla oranda finanse eder hale gelebilmektedirler (Abel-Smith, 1976; Appleby, 1992).

SS'ya yöneltilen en büyük eleştiri özellikle az gelişmiş ülkelerde örgütlü sektörlerde çalışan nüfusun toplam istihdam nüfusuna göre düşük olması nedeniyle genel nüfusun sadece küçük bir bölümünün bu sistemden yararlanma-

bilmesi ile ilgilidir (Hoare, Mills, 1986; Midgley, 1986). Bu durumda SS bu ülkelerdeki kesimlerarası mevcut eşitsizlikleri daha da belirginleştirmektedir. Özellikle bu ülkelerde nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan tarım çalışanlarının sigorta kapsamına alınmasında karşılaşılan güçlükler (Abel-Smith, 1976; Mills, Gilson, 1988) bu eleştirilerin dozunun artmasına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin SS yoluyla finansmanına yöneltilen bir eleştiri de bu sistemin ülkenin genel sağlık sistemi üzerinde meydana getirebileceği olumsuz etkilere yoğunlaşmaktadır. SS örgütlerinin genellikle Sağlık Bakanlığı değil Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde olduğu bilinmektedir (Abel-Smith, 1976). Bu iki bakanlık arasındaki koordinasyon sorunu özellikle ülke genelinde sağlık politikaları geliştirmek açısından olumsuzluklar doğurmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri içinde verilen hizmetlerin tedavi edici hekimlik eğilimli olma özelliği, koruyucu hekimliğe verilen minimal yer, genelde sağlık sisteminin felsefi ve ideolojik özelliklerine olumsuz yönde etki edilebilmektedir. Tedavi edici hekimlik eğiliminin temel sonucu yüksek maliyetli, hastane ve hekim merkezli bir sistemin benimsenmiş olmasıdır ki bunun özellikle az gelişmiş ülkelerin sistemleri üzerindeki olumsuz etkileri tartışmaya açıktır (Hoare, Mills, 1986). (1)

4. Diğer Kamu Finansman Kaynakları

Bazı yazarlara (Hoare, Mills, 1986:18-19) göre sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biri de 'açık (deficit) finansman ve enflasyon'dur. Açık finansman borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli bir zaman sürecinde genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu ulusal ve uluslararası nitelik taşıyabilir, kısa vadeli düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları ki bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı konusundaki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Açık finansman büyük oranda belli inşaat projeleri için kullanılmaktadır (hastaneler ve su kanalizasyon sistemleri gibi). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü ile bu birimin yürüttüğü aktiviteler büyük ölçüde Dünya Bankası'ndan sağlanan kredi ile yürütülmektedir. Projenin temel konusu ise belli bölgelerde hastane inşaatı dahil bir dizi alt yapı yatırımı olmuştur. Bu projelerin genellikle borcun geri ödenmesini kolaylaştıracak nitelikte olduğu temel ilkesinin Türkiye için de geçerli olması sektörde önemli başka reformlar koşuluna bağlıdır. Bu finansman kaynağı uluslararası ikili veya çoklu anlaşmalarla sağlanabilir ve kısa vadeli finansman kaynağı olarak kullanılabilir. Ancak ne var ki ülkelerin içinde buldukları mevcut borç ödeme problemleri bunu oldukça zorlaştırmaktadır.

(1) Türkiye'de sosyal sigorta uygulamaları ile genel sağlık sigortası politika önerisi konusunda bir değerlendirme için bakınız Tatar (1994a)

Enflasyon sağlık hizmetlerinde finansman aracı alternatiflerinden biri olarak kullanılabilir (Hoare, Mills, 1986). Hükümetler vergi gelirlerini arttırmak yerine politik olarak para basma yoluna başvurabilirler ki bunun kendisi de enflasyonun önemli kaynaklarından biridir. Aslında enflasyon adaletsiz bir vergi şeklidir ki, toplumda yoksullar başta olmak üzere kimse bundan tamamen kaçınmaz. Enflasyonun (para basmanın) temel problemi yükünün oldukça düzensiz bir karakter taşımasıdır. Yük bilindiği gibi genelde yoksullar ile özelde yaşlılar başta olmak üzere tüm sabit gelirlielerin (ücretli) sırtına binmektedir. Bu nedenle özellikle az gelişmiş ülkelerin enflasyonu kontrol altında tutma becerileri gözönünde bulundurulduğunda enflasyonun gerçek bir finansman kaynağı olmadığı ortaya çıkmaktadır.

'Piyango ve bahis'ten elde edilen gelirler de sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biri olarak belirtilmektedir (Hoare, Mills, 1986:23-24). Doğrudan bir finansman kaynağı değildir, nadiren kullanılabilir. Adil olmayan (regressive) bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir.

B. ÖZEL FİNANSMAN KAYNAKLARI

Aşağıda önce sağlık hizmetleri finansmanında kolektif bir çözüm olan özel sigorta üzerinde durulacaktır. Daha sonra da toplumsal finansman ile diğer bazı finansman kaynaklarına yer verilecektir.

1. Özel Sağlık Sigortası

Az gelişmiş ülkelerden çok, gelişmiş ülkelerde ve genellikle SS'nin veya NHS gibi ulusal sistemlerin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvuru olan bir finansman mekanizmasıdır. Ulusal SS veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ÖSS şirketleri vardır. Bu yönüyle (farklı kişisel beklenti ve tercihlere cevap vermek) ülkenin temel sağlık finansman yapısını tehdit etmediği sürece, olumlu bir katkıya sahip olabilir.

Yalnız başına bir finansman mekanizması olarak başvurulmasını engelleyen en önemli nedenlerin bu ve yazarın bu sayıdaki diğer yazısında değinilen 'piyasa başarısızlıkları' olduğu belirtilebilir.

2. Toplumsal Finansman

Herkese Sağlık (SFA) amacına ulaşmak yönünde evrensel bir strateji (yaklaşım) olarak benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri (PHC) yaklaşımının (Tatar, 1994b) ana yapı taşlarından biri olan 'toplumsal finansman'ın (Tatar, 1995) da bir finansman kaynağı olduğu ifade edilmektedir (Hoare, Mills, 1986:27-28). Kullanılan hizmetler için parasal bedel ödemediği hizmet binalarının inşaatında insan gücü sağlamaya ve yardım toplamaya kadar bir dizi farklı

yönteme başvuru toplumsal finansman çeşitli yönleriyle eleştirilmektedir. Hükümetin yeni kaynak yaratma ve varolanların yeniden oryantasyonu konusunda bir politik kararlılık gösterememesinin sonucu olarak finansal yükün ödeme gücü en düşük olanlara düştüğü ifade edilmektedir (Hoare, Mills, 1986:28). Bu kaynağın toplumsal ihtiyaçların karşılanmasında topyekün bir yöntem olamayacağı, sadece diğer kaynakların ulaşamadığı alanları doldurmak yönünde kullanılabileceği de belirtilmektedir (Tatar, 1995; Hoare, Mills, 1986).

Toplumsal finansman başlığı altında yer alan ve son zamanlarda üzerinde en çok durulan yöntem hizmeti kullananların belli oranlarda hizmetin maliyetlerine katkıda bulunmalarıdır. Günümüz kamusal sağlık sistemlerinin çoğunluğunda giderek artan oranlarda rol oynayan ve bazı yazarlarca "arka kapıdan özelleştirme" olarak nitelenen (Birch 1986) katılımcı payları (user charges) tek başına bir finansman mekanizması olmaktan çok belli amaçlara yönelik olmak üzere başvuru bir yöntemdir. Kullanıcı paylarına temel teşkil eden gerekçeler genellikle;

a) ilave gelir elde etmek,

b) bu yolla elde edilen gelir hizmetlerin yaygınlaştırılması ve/veya diğer kamusal finansman kaynaklarını ikame etmek için kullanılabilir,

c) hizmetlerin aşırı ve gereksiz kullanımını önlemeye yardımcı olmak şeklinde sıralanmaktadır (Brich, 1986; Parker, 1976).

Birch (1986) önemli sayıda ampirik çalışmayı incelemek suretiyle bu gerçeklerin geçerliliğini analiz etmiştir. Buna göre, bu yolla ilave gelir elde edildiği açıktır. Bu gelirin en azından bir bölümünün diğer finansman kaynaklarını ikame ettiği sonucuna varılmıştır ki bu bir çok hükümetin, hükümet harcamalarını azaltma politikası ile uyumlu bulunmuştur. Ve son olarak ampirik çalışmalar kullanıcı paylarının sağlık hizmetlerinin kullanımını düşürdüğünü göstermektedir. Bunun yakın örneklerinden biri de İngiltere'de göz testi için kullanıcı payı uygulamasına geçildikten sadece üç aylık bir süre sonra bu test için başvuranların sayısında yüzde 40'lık bir azalma meydana gelmiş olmasıdır (Johnson, 1990:87). Ancak Birch (1986) bu yolla önlenen kullanımın gereksiz ve verimsiz kullanım olduğu konusunda hiçbir kanıt bulunmadığını ifade etmektedir. Belki de önüne geçilen kullanım gerekli olan kullanım olup bir yandan bireylerin sağlığı riske edilmiş, öte yandan da teşhis ve tedavi geciktirildiği için ileride daha fazla bireysel ve toplumsal maliyete yol açılmış olabilir.

Az gelişmiş ülkelerde 1980'lerin öncesinde de kullanıcı payları önemli bir yere sahipken bu tarihten itibaren özellikle Dünya Bankası'nın güçlü savunusu (Akin ve diğerleri, 1987; Gilson, 1988) sonucu daha önemli bir politika maddesi olmaya başlamıştır. Bu ülkelerde egemen olmaya

başlayan görüş, 'eğer gelişmiş ülkeler sağlık hizmetlerini tamamiyle devlet tarafından karşılayamıyorsa, az gelişmişler buna nasıl güç yetirebilirler' şeklinde ortaya çıkmıştı (Abel-Smith, 1986; Dahlgren, 1990). Bu grup ülkelerde yöneme daha çok ilave gelir elde etme amacıyla başvuru olduğu anlaşılmaktadır (De Ferranti, 1985). Özellikle Dünya Bankası kaynaklı baskılar ile bir çok ülkede liberal görüşlü hükümetlerin yönetime gelmesi sonucu kullanıcı payları önemli bir politika olmuştur, ancak Gilson'ın (1988) üzerinde ayrıntısı ile durduğu gibi bu politikanın eşitlik üzerinde önemli etkileri vardır.

Dünya Bankası yayınlarından birininin yazarı olan Akin ve diğerleri (1987) kullanıcı paylarının düşünülmediğinin aksine eşitlikçi bir karaktere sahip olduğunu iddia etmektedirler. Bu görüşün temeli ise ödeme güç ve isteği olanlardan alınan paranın bu olanaklardan yoksun olanlara hizmet sunmak üzere kullanıldığıdır. Ancak özellikle insanların ödeme isteğine sahip oldukları görüşü önemli ölçüde eleştiri konusu olmuştur (Gilson, 1988). Özetle, insanların bugün (Türkiye'de olduğu gibi zaman zaman temel geçim kaynakları olan ineklerini bile satarak) ödemede bulunmaları 'ödemeye isteğinden' çok kamusal hizmet kurum ve olanaklarından yoksun olma çaresizliğinin bir ifadesi olarak kabul edilebilir.

Bu yolla elde edilen gelirin kullanım yer ve amacı da önemli bir husustur. İdeal, bu kaynağın özellikle yoksullara yönelik olmak üzere hizmet üretme amacıyla kullanılmasıdır (Gilson 1988). Oysa uygulamada bu kaynağın ya pahalı ekipmanın satın alınması ya da başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin ücretlerini artırmak için kullanıldığı gözlenmektedir. Yoksulları korumaya yönelik önlemler taşımayan bir kullanıcı payları politikası doğası gereği eşitlik açısından olumsuz etkiye sahiptir (Mills, Gilson, 1988). Bu sakıncanın önlenmesi için başvurulacak ve yoksulların kısmen veya tamamen muaf tutulmasını sağlayacak bir mekanizmanın kurulması ve yönetilmesi ise zor ve pahalıdır. Bu mekanizmanın işletilmesi, elde edilecek faydalardan daha yüksek bir maliyet doğurabilir. Kullanıcı payları açısından insanların yoksul ve yoksul olmayan şeklinde nitelenmesinin beraberinde taşıyabileceği sosyo-psikolojik etkiler (stigma) de gözönünde bulundurulması gereken bir başka husustur (Glennerster, 1992; Mills, Gilson, 1988).

3. Diğer Özel Finansman Kaynakları

Hoare ve Mills (1986) diğer bazı özel finansman kaynaklarından da söz etmektedirler. Bunlardan birincisi işverenleri çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse etmeleridir. Bu yöntemin pek yaygın olmadığı ve hiçbir ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yere sahip olmadığı belirtilmektedir.

İkincisi ise işletmelerin, zengin birey ve ailelerin ve dinsel örgütlerin gönüllü yardımlarıdır. Geçmişte, özellikle dünyanın belli kesimlerinde (Afrika gibi), önemli rolünü

yitirmeye başlayan bu finansman kaynağının yol açtığı bir çok dolaylı sorun vardır. Bunlar;

a) Yardım yapan kuruluş veya şahısların öncelikleri, yardımı alanın önceliklerinden çok farklı olabilir. Örneğin yüksek teknoloji teçhizatı beraberinde yüksek bakım ve işletim maliyetleri de getirecektir.

b) Bu türde katkılar başka finans kaynaklarının azalmasına veya onların yerini almaya da yol açabilir. Örnek olarak bu yardımları yapanlara sağlanan vergi muafiyetleri gösterilebilir.

IV. GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Birey ve aileyi sağlık hizmetlerinin finansmanında kendi başlarına terkeden yöntemin geçersizliği sosyal gerçeklerle ortadadır. Çeşitli kişi ve kurumların yoksullara yönelik yardımlarının da sınırlılığı nedeniyle temel bir finansman kaynağı olamayacağı, dolayısıyla sorunun kollektif bir çözüm gerektirdiği açıktır. Önemli bir sosyal buluş niteliğinde olan özel (gönüllü) sigortacılığın (Roemer, 1991) yoksulları ve yüksek risk grubunda bulunanları (yaşlılar) dışlayan yapısı, primlerin gelire ilişkisiz olması ve (sigorta şirketlerinin) işin doğası gereği bir mali istikrarlılık sorunu yaşamaları Roemer'a (1991) göre bu yöntemin sınırlılıklarını ortaya koymaktadır.

Toplumlar bu nedenle daha kabul edilebilir diğer bazı kollektif çözümler geliştirmişlerdir. Bunlardan biri sosyal sigorta diğeri ise genel vergiye dayalı finansman sistemleridir. Sosyal sigorta özel sigortanın yol açtığı ters seçim (adverse selection) sorununa bir yanıt niteliğindedir. Primler gelirin bir yansıması (gelirin yüzdesi) olduğundan adil kabul edilir.

Bazıları tarafından (Ron ve diğerleri, 1990:4-5) 'ideal' olarak nitelenen genel vergilere dayalı sistemlerin (NHS gibi) en önemli etkisi eşitlik üzerinedir. Hizmetten yararlanım ihtiyaç, katkı ise vergi yoluyla gelire dayalıdır. Bu yöntemin amaçladığı eşitliği (adalet) sağlayabilmesinin en önemli ön koşulunun vergi adaletinin sağlanması oldu-

ğu daha önce belirtilmişti. Yöntemin yüz yüze gelebileceği en önemli sorunlardan biri sağlık sektörünün her zaman diğer sektörlerle fon için rekabet içinde olacağıdır. Toplumsal ve politik önceliklerin sağlığı ön plana çıkaramadığı durumlarda finansman sıkıntıları yaşanabilir. Özellikle az gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında kişilerden vergi toplamanın zorluklarından dolayı sektörün bu yolla finansmanı zorlaşabilir. Kamusal sistemlerin kötü yönetimden (israf ve yolsuzluklar) etkilenmeleri olasılığı da söz konusudur.

Sosyal verimlilik ve adalet bakış açısıyla günümüzde asıl rekabetin sosyal sigorta (Bismarck'çı model) ile genel vergiler (Beveridge yaklaşım) arasında sürdüğü ifade edilebilir. Ülkenin politik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısına bağlı olarak bu yaklaşımlardan biri tercih edildikten sonra hanehalkı harcamaları başta olmak üzere diğer finansman kaynaklarının belli oranlarda yer alması söz konusudur. Ancak eşitlik ve verimlilik, yöntem tercihinin otomatik bir ürün olarak algılanmamalıdır. Bu amaçların gerçekleştirilmesi her yöntem ve yöntemler kombinasyonunda belli süreçlerin başarıyla uygulanmasını gerekli kılar.

Sonuç itibarıyla, günümüzde yukarıdaki kaynaklardan sadece birine dayalı bir finansman modeline rastlamak olası değildir. Her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı bir karma sistem mevcuttur. Ancak bazı ülkelerde bir kaynağın diğerlerine oranla önemli bir ağırlığa sahip olduğu gözlenmektedir (İngiltere gibi). Sağlık hizmetlerinin finansmanında (ülkeler arasındaki) farklılıklar, Abel-Smith'in de (1976:26) belirttiği gibi, uzun bir tarihe yayılan kalkınmaya bağlı olarak değişen geleneklerle açıklanabilir. Bu gelenek ve tarihi gelişmelerin altında yatan ise tutum ve değerlerdeki köklü farklılıklardır. O halde yeni bir finansal model arayışının ilk hareket noktasının bu değer ve tutumların sağlıklı bir analizi olduğu belirtilebilir. Başta hekimler olmak üzere sağlık hizmeti sunanların, hükümetin, gönüllü yardım kuruluşlarının ve nihayet toplumun bir bütün olarak ve onun alt gruplarının sağlık hizmetlerine ilişkin değer yargıları ve tutumları kritik girdilerdir. Nihai analizde belirleyici olanın, 'sağlığın bir hak olarak görülmesi ve adalet ilkesine bağlılık' konusunda her kesimin samimiyeti ve politik kararlılık olduğu ifade edilebilir.

KAYNAKLAR

Abel-Smith, B. (1976) *Value for Money in Health Services. A Comparative Study*. London. Heinemann Education Books Ltd.

Abel-Smith, B. (1986) "Paying for Health for All" *World Health*. May. ss.2-3

Akin, J.S. ve diğerleri (1987) *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington. The World Bank.

Appleby, J. (1992) *Financing Health Care in the 1990s*. Buckingham. Open University Press.

Banoob, S. N. (1994) "Private and Public Financing-Health Care Reform in Eastern and Central Europe" *World Health Forum*. 15 (4) ss. 329-334.

Birch, S. (1986) "Increasing Patient Charges in the NHS. A Method of Privatising Primary Care" *Journal of Social Policy*. 15 (2) ss. 163-184.

Cichon, M., C. Normand (1994) "Between Beveridge and Bismarck-Options for Health Care. Financing in Central and Eastern Europe" *World Health Forum*. 15 (4) ss. 323-328.

Creese, A. (1994) "Global Trends in Health Care Reform"

World Health Forum. 15 (4). ss. 317-322.

Dahlgren, G. (1990) "Strategies for Health Financing in Kenya- A policy Assessment"- *Workshop on Health Policy Assessment*'a sunulmuştur. Nordic School of Public Health, Gothenburg. February 26-March 1.

De Ferranti, D. (1985) "Paying for Health Services in Developing Countries: A Call for Realism" *World Health Forum*. 6. ss. 99-105.

Gilson, L. (1988) *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?* London. LSHTM, EPC Publication Number 15.

Glennester; H. (1992) *Paying for Welfare. The 1990s*. London. Harvester Wheatsheaf.

Hecht, R.; P. Musgrove (1993) "Rethinking the Government's Role in Health" *Finance&Development*. 30 (3) ss.6-9.

Higgins, J. (1988) *The Business of Medicine. Private Health Care in Britain*. London. MacMillan.

Hoare, G.; Mills (1986) *Paying for the Health Sector*. LSHTM, EPC Publication Number 12.

Johnson, N. (1990) *Reconstructing the Welfare State*. Harvester Sheaf.

Midgley, J. (1986) "The Advocacy of Social Insurance is Questionable" *World Health Forum*. 7.ss.18-20.

Mills, A.; L. Gilson (1988) *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. London. LSHTM, EPC Publication Number 17.

Parker, R.A. (1976) "Charging for the Social services" *Journal of Social Policy*. 5(4) ss.359-373.

Phillips, D.R. (1990) *Health and Health Care in the Third*

World. Harlow. Longman Group UK Ltd.

Roemer, M.I. (1985) *National Strategies for Health Care Organisations. A World Overview* Ann Arbor. Health Administration Press.

Roemer, M.I. (1991) *National Health Systems of the World. Volume One. The Countries*. New York. Oxford University Press.

Ron, A., ve diğerleri (1990). *Health Insurance in Developing Countries. The Social Security Approach*. Geneva. International Labour Office.

Tatar, M. (1994a) "Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler" *Birinci Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu* na tebliğ. Kuşadası, 4-7 Mayıs.

Tatar, M. (1994b) "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Uygulamalarına Teorik Bir Bakış" *Toplum ve Hekim*. 9(60).

Tatar, M. (1995) "Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımının Vazgeçilmez Ögesi: Toplum Katılımı" *Toplum ve Hekim*. 10(67).

Townsend, P.; N. Davidson (1988) *Inequalities in Health (The Black Report and the Health Divide)* London. Penguin Books.

WHO (1993) *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Geneva. WHO Technical Report Series. 829.

World Bank (1993) *World Development Report. Investing in Health*.

Zschock, D.K. (1982) "General Review of Problems of Medical Care Delivery Under Social Security in Developing Countries" *International Social Security Review*. 35(1).