

HOLLANDA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ersin KARABULUT

Yakup ÖZDEMİR

Oktay SARIÇOBAN

Mehmet TOSUN

Selahattin SÖZEN

A. ERDAL SARGUTAN

HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1184
I. ÜLKE TANITIMI	1187
I.1 Coğrafya	1187
I.2. Tarih	1188
I.3. Ekonomi	1189
I.4. Siyasal Ve İdari Yapı	1191
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1192
II.1. Genel Sağlık Durumu	1192
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	1192
II.2.1. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı	1192
II.2.2. Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	1194
II.2.3. Maliye Bakanlığı	1194
II.2.4. Bağımsız Kuruluşlar Ve Gözetim Birimleri	1194
II.2.5. Danışma Ve Yönetim Bölümleri	1195
II.2.6. Diğer Kuruluşlar	1197
II.3. Sağlık Sistemi Yerelleşmesi	1197
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1198
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1198
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Bakım	1201
II.4.3. Sosyal Bakım	1202
II.5. Sağlık Çalışanları	1202
II.6. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı	1203
II.7. Finansal Kaynakların Paylaşımı	1207
II.8. Sağlık Teknolojileri	1208
II.9. Reformlar	1208
III. HOLLANDA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1211
KAYNAKLAR	1213

ÖZET

Hollanda nüfusunun büyük bir çoğunluğu iyi sağlık seviyesinde yaşamaktadır. Hollanda sağlık seviyesinin yükselmesi 2. Dünya Savaşından sonraki yüksek düzeydeki ekonomik kalkınma ve bu süreçte sağlık sisteminin de çok büyük aşamalar kaydetmesine bağlanabilir.

Genel olarak tüm Hollanda vatandaşlarının kapsamlı kamu sağlık sigortası bulunmaktadır. 1964'te kurulan Hastalık Sigorta Fonu, geliri belli düzeyin altında olanların sigortalımasını zorunlu kılmıştır. Bu bir kamu sigortasıdır.

Sağlık sisteminin diğer önemli bir özelliği, sistemin hükümet ve sivil toplum örgütlerinin uzun tartışma ve uzlaşma politikaları çerçevesinde oluşmasıdır.

Gelişmiş bir sağlık sistemi olan Hollanda'da sağlık hizmetlerinin sunulmasının ve yürütülmesinin üst düzey yetkili ve sorumlusu Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı'dır. Bu Bakanlık ile yerel otoriteler, toplum sağlığı hizmetlerinin sağlanması ile sorumlu olmakta ve ayrıca bütünleştirici roller üstlenmektedir. Bakanlık, toplum sağlığı ile ilgili en önemli bilgi merkezi olan Ulusal Toplum Sağlığı Ve Çevre Enstitüsünü de yönetir. Müfettişler (Denetçiler) sağlığın kalitesini ve toplumun refahını gözlemler ve artırır. Üç tür denetçi vardır: Yiyecek Ve Tüketici Güvenliği Denetçiler, Sağlık Koruma Denetçiler ve Gençlik Sağlığı Denetçiler. Sağlığı koruma alanında Sağlık Koruma Denetçileri en önemlisidir.

Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı kaza felaket zamanlarında toplum güvenliği için birlikte hareket etmektedirler.

Hollanda'da birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ayrı yapıdadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin tümü hükümetin denetim ve finansmanı ile gelişmiştir. Temel sağlık hizmetleri ülke genelinde toplum sağlığı hizmetlerinin yerel temsilcileri aracılığıyla sağlanır.

Gelişmiş birincil sağlık hizmeti sistemi vardır. Birincil sağlık hizmetleri pratisyen hekimler, uygulama hemşiresi, evde bakım sunucular, ebeler, fizyoterapistler, sosyal çalışmacılar, dişçiler ve eczacılar tarafından sunulmaktadır.

Her bireyin bir Aile Hekiminin listesinde bulunması gerekmektedir. Hastanın aile hekimi seçme ve yılda iki kez değiştirme hakkı var olup, hasta bu hekime ödemez ve ilaç almak için de bir ücret ödemez.

Hollanda'da genel pratisyen hekimler hemen tüm temel bakım hizmetlerini verdikleri ve hastahanelerdeki uzmanlar için bir süzücü görev gördükleri için anahtar rol oynarlar. Pratisyen hekimler bağımsız sözleşme yaparlar ve yaklaşık %40'ı grup halinde veya sağlık merkezlerinde çalışırlar. Pek çok uzman, serbest çalışmasına rağmen, hastahanelerle de ilişkilidir. Hastaların bir uzmana görünmesi veya hastahaneye gidebilmeleri için pratisyen hekimin sevkine ihtiyaç vardır.

İkincil ve üçüncül bakım hizmetleri özel ve kâr amacı gütmeyen özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Hastahanelerin %99'u özel sektöre ve kâr amacı olmayan kuruluşlara aittir. Devletin mülkiyetindeki üniversite hastahaneleri, tesislerin dağılımı konusunda denge unsuru olmaktadır. İkincil ve üçüncül bakım, hastahanelerde uzman doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Hastahaneler ayakta ve yatakta tedavi hizmetleri vermektedirler.

.Sağlık güvencesi sistemi her biri farklı düzenleme rejimlerine göre faaliyet gösteren üç paralel sigorta bölümünden oluşmaktadır. Genel kapsam sağlayan bölüm dünyanın en eski sigorta sistemidir. Sigorta bölümlerinin birincisi istisnai tıbbi harcamalar için düzenlenmiş bir tür ulusal sağlık sigorta sistemidir. İkincisi farklı düzenleyici rejimleri içeren zorunlu hastalık sigortalarıdır. Üçüncüsü tamamlayıcı özel sağlık sigortasıdır.

Hollanda'da yıllık ücretler, yerel sigorta kurumları ile hastahaneler arasında uzlaşma ile belirlenmekte ve Fiyat Belirleme Dairesi tarafından onaylanmaktadır. Bütçeler kamu ve özel hastalar ile uzmanların ücretleri dışında kalan maliyetlerin büyük kısmını içermektedir.

Hollanda sağlık sistemi büyük oranda ulusal ve özel sigorta planları aracılığıyla finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti fonlarının sadece %12'si sigorta planları dışındaki kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Vergiler, kişisel doğrudan (cepten) ödemeler ve isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin diğer finans kaynaklarını oluşturmaktadır.

Bu yapıyla Hollanda Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine sahiptir.

A. ERDAL

A. ERDAL SARGUTAN

HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Hollanda Krallığı
NÜFUSU	: 16,3 milyon (Mart 2001)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 41.864 km ²
RESMİ DİLİ	: Hollandaca (Flamanca)
DİNİ	: Protestan, Katolik ve Müslüman azınlıklar
BAŞKENT	: Amsterdam
SİYASAL REJİMİ	: Anayasal Monarşi ve Parlamenter Demokrasi
PARA BİRİMİ	: Avro (1/3-6)

I.1. Coğrafya

Hollanda Avrupa'nın kuzeybatısında, Kuzey Denizi kıyısında yer alan bir ülkedir. Eskiden Ren Irmağı'nın bir halici olan ve sonradan büyük ve sığ bir körfeze dönüşen İjesel Denizi, 30 kilometreden uzun bir setle kapatılarak bir göl haline getirilmiştir. Bu setin deniz tarafında Batı ve Doğu Friz adaları yer alır. Daha güneydeki topraklar, batı yönünde akan geniş akarsularla yer yer bölünür. Bunlar Ren Irmağı ile kolları olan Waal, Lek ve Maas'tır. Bu akarsular ile Schelde Irmağı ağzı arasındaki bölgede büyük Zeeland deltası vardır. Doğu sınırında Almanya Federal Cumhuriyeti, güneyinde Belçika yer alır.

Hollanda'nın kumullarla kapalı olan kıyıları hemen her yerde deniz düzeyinin altındadır. Alçak yerleri gel-gitin etkisinden korumak için kıyıya paralel setler yapmıştır. Bu setler, Hollanda'nın beşte ikisinin deniz altında kaymasını önler. Kıyıda taşan suyu boşaltmak için sürekli pompalar çalıştırılır. Hollanda'daki yel değirmenlerinin çoğu boşaltma pompalarını çalıştırmak amacıyla kurulmuştur. Günümüzde, elektrik ve dizel motorları kullanıldığı için artık yel değirmenlerine gerek duyulmamaktadır. Geniş çaplı ağaçlama çalışmaları sonucu çok sayıda göl ve bataklığın kurutulmasıyla büyük, verimli tarım alanları yaratılmıştır.

Doğu ve kuzeydoğuda çalılık, ormanlık ve köknar korumalarının oluşturulduğu yeşil alanlar uzanır. İjesel Denizinin güneydoğusundaki Limburg'da tepeler ve kıvrılarak akan ırmaklar vardır.

Hollanda kuzeyden güneye 280 kilometre doğudan batıya 177 kilometredir. Avrupa'nın en küçük ülkelerinden biri olmasına karşın büyük bir nüfusu barındırır. Frizyalılar, Saksonlar ve Frankların karışımından ortaya çıkan Hollanda halkı daha sonra ülkeye gelen çeşitli göçmen topluluklarıyla da karışmıştır. Hollandalılar dinsel ve siyasal baskılar nedeniyle ülkelerinden ayrılmak zorunda bırakılan çok sayıda göçmene ortaçağdan beri kapılarını açık tutmuşlardır. Güneydeki illerinden kuzey Brabant ve Limburg'da halkın çoğunluğu Katolik'tir. Buna karşılık kuzeyde yaşayanlar genellikle Protestan'dır.

Hollanda'da birçok kasaba ve bölgeye özgü geleneksel giysilere rastlanır. Bol pantolonlar, işlemeli önlüklü uzun etekler, iki yanı kıvrık şapkalar ve tahta ayakkabılar özel günlerde hâlâ giyilir.

Hollanda dilinde (Felemenkçe) birçok yerel lehçe vardır. Kuzeybatıda konuşulan Frizce'de, İngilizce'ye benzeyen birçok sözcüğe rastlanır. Güney Afrika Cumhuriyeti'nde konuşulan Afrikaner dilinde ise çok sayıda Felemenkçe sözcük bulunmasına karşın, dil bilgisi kuralları farklıdır (3/196,197).

I.2. Tarih

Hollanda, günümüzde Belçika ve Lüksemburg ile birlikte Benelüks ülkelerini oluşturur. Ortaçağda bu bölgede Katolik Kilisesi'ne ya da soylulara ait küçük devletler vardı. Bazı devletler ise bağımsızdı. 16. Yüzyılda bölge, Avusturya ve İspanya'yı da yöneten Habsburg hanedanından kralların egemenliği altına girdi. II. Felipe tahta geçtiğinde Protestanlara baskı uygulamaya başladı. 1567'de karşıtlarının direnişini kırmak için Alba dükünü görevlendirdi. Hollandalılar Oranje prensi Sessiz Willem adlı genç bir soylunun önderliğinde Alba düküne karşı ayaklandılar. Güçlü bir direniş sonucunda, 1579'da kuzeydeki yedi eyalette Utrecht Birliği adı altında bağımsız bir Protestan cumhuriyeti kuruldu. Güneydeki eyaletler ise (günümüzdeki Belçika'yı da kapsamak üzere) II. Felipe'ye ve Katolik dinine bağlı kaldı.

17. Yüzyılın başlarındaki keşif gezilerinin sonucu olarak Hollandalılar Rusya, Brezilya, Batı Hint Adaları, Hindistan, Cava, Çin ve Japonya ile ticaret yapmaya başladılar ve bütün dünyada çok sayıda sömürge ele geçirdiler. Hollanda Avrupa'nın ticarete önde gelen uluslarından biri oldu. Ticaret Anvers ve Amsterdam gibi kentlere büyük zenginlik sağladı. Bu gelişme İngiltere ve Doğu Hint Kumpanyası ile rekabete yol açtı ve sonuçta iki ülke arasında üç kez deniz savaşı yapıldı. Fransa ise Hollanda'yı karadan işgal etmeye kalktı. Hollandalılar topraklarına sahip çıkmaya çalıştırsa da, İngiltere ile yapılan dördüncü savaşta (1780 – 1784) yenilerek deniz aşırı ülkelerdeki sömürgelerinin birçoğunu yitirdiler.

Fransız Devrimini doğuran düşünceler 1795'te Hollanda'da da yayılmaya başladı ve bu Fransa ile yakın ilişki içinde bir cumhuriyetin kurulmasıyla sonuçlandı. Daha sonra 1810'da İmparator I. Napolyon ülkeyi Fransız İmparatorluğu'na bağladı. Napolyon tahttan düşüncü, 1815'teki Viyana Kongresiyle Hollanda ve Belçika, Oranje hanedanının yönetimi altında bir krallık oldu. 1830'da Belçikalılar kendi krallıklarını kurdular.

I. Dünya Savaşı sırasında Hollandalılar tarafsız kaldı, yani tarafların hiçbirine iş birliği yapmadılar. 10 Mayıs 1940'ta Almanya, Hollanda'ya saldırıp dört günde ülkenin tümünü işgal edene kadar, II. Dünya savaşında da tarafsızlıklarını korudular. Bunun üzerine Hollanda krallık ailesi Londra'ya gitti ve orda geçici bir Hollanda hükümeti kurdu. 1942'de Japonlar, Doğu Hint Adalarında ki Hollanda sömürgelerini (bugün Endonezya) işgal ettiler. Almanlar karşı müttefiklerle birlikte Hollanda orduları savaşırken, Hollanda'da yer altı direniş örgütü de harekete geçti.

Ülkedeki toplam Yahudi nüfusunun yaklaşık yüzde doksanını oluşturan yüz binin üstünde Hollandalı Yahudi toplama kamplarında öldü. Yaklaşık beş yüz bin Hollandalı işçi Almanya'ya çalışma kamplarına gönderildi.

Savaşın sona Hollandalılar tarafsızlık politikasına son vererek Birleşmiş Milletlere ve Kuzey Atlantik Anlaşması Örgütüne (NATO) üye oldular. Hollanda'nın Doğu Hint Adalarındaki sömürgeci Endonezya 1945'te bağımsızlığını ilan ettikten beş yıl sonra tam bağımsızlığını kazandı. 1975'te Surinam bağımsızlığını ilan etti. Batı Hint Adalarının bazıları Hollanda yönetimi altında kaldı. Hollanda aynı zamanda Ortak Pazarın kurucu üyelerinden biridir. (3/198,199).

I.3. Ekonomi

Hollanda, kişi başına düşen yüksek gelir ve eşite yakın gelir dağılımı ile gelişmiş bir ekonomiye sahiptir. Nominal GSYİH'nın %100'ünden fazlasını oluşturan toplam mal ve hizmet ihracat ve ithalatı, Hollandalının refah düzeyinin ana etkeninin dış ticaret olduğunu gösterir. Endüstriyel ve dağıtım faaliyetleri ile tek başına GYİH'nın %10'una karşılık gelen yıllık katma değer oluşturan Rotterdam Limanı, Avrupa'nın en büyük limanıdır. Doğal kaynaklar ve hammaddeler bakımından oldukça yoksul olan Hollanda'nın, taşımacılık bakımından Avrupa'nın kritik ve merkezi konumunda bulunması ve yurt içi pazarının küçüklüğü, ülkenin dünyadaki en önemli dışa açık ekonomilerinden biri haline gelmesinde başlıca etmenlerdir.

İthal edilen hammadde ve girdilere bağımlı olan imalat sektörü için ticaret büyük bir öneme sahiptir. Dünyaca bilinen Royal Dutch/Shell (petrol), Unilever (gıda), Philips (elektronik) ve Heineken (bira) gibi çokuluslu şirketlere sahiptir. Yabancı yatırımcıları çekmek ve dışa açılmak açısından da Hollanda ekonomisi başarı göstermektedir. Birçok uluslararası şirketin üretim ve dağıtım merkezi durumundadır. Hollanda gerek tüm dünya ülkeleri sıralamasında ve gerek bulunduğu bölgede, çeşitli ekonomik kriterler göz önüne alınarak yapılan sıralamada, dünyanın en cazip iş yerleşimi seçilmiştir. Bu sonuca ulaşmada ülkenin istikrarlı makro ekonomik durumu, etkin finans sektörü, fiziki altyapısı ve insan kaynaklarının kalitesi önemli rol oynamıştır (1/4).

Çokuluslu şirketlerin edindikleri kârlara uygulanan vergi rejimi, Hollanda'yı İrlanda ve İngiltere ile birlikte Avrupa'daki en cazip ülkesi konumuna getirmektedir. Yaklaşık olarak 5000 yabancı kökenli çokuluslu firma bulunan Hollanda'da, Hollandalı işgücünün %10'unu bu firmalar tarafından istihdam edilmektedir (1/5).

Hollanda'nın doğal kaynaklar bakımından fakir bir ülke olması nedeniyle, ağır sanayi ürünleri geleneksel olarak Hollanda sanayi üretiminde önemli bir yer tutmaktadır. Doğal kaynaklar olarak Kuzey Denizindeki petrol ve ülkenin kuzeyindeki doğal gaz rezervleri sayılabilir. Doğal gaz üretiminde ABD, Kanada, Norveç ve Rusya'dan sonra önemli bir yer tutmaktadır. Doğal gaz üretiminin yarısına yakını ihraç edilmekle beraber toplam ihracatındaki payı %2 civarındadır.

Yeni teknoloji yaratarak iş hacmi ve sermaye artışı sağlamak hükümet ve özel sektörün birinci hedefidir. Bu amaçla teknolojik buluşların sanayide kullanımının yaygınlaştırılabilmesi açısından çok önemli olan devlet, özel sektör ve üniversiteler arasında işbirliği sağlanmıştır.

Çeşitli konularda ihtisaslaşmış teknoparklar oluşturulmakta ve o alanda çalışan firmaların faaliyetlerini bu teknoparklarda sürdürmesi hedeflenmektedir. Hollanda medikal teknoloji, çevre teknolojileri, enerji, yaşam bilimleri, gemi inşa ve bilişim teknolojileri üretiminde önemli bir paya sahiptir. Özellikle kimya ve gıda sanayinde olmak üzere Hollanda orijinli büyük çok uluslu şirketler ihracattan büyük pay almaktadır. Hollanda sanayi çoğunlukla küçük ve orta boy şirketler ile, az sayıda olan ancak piyasaları yönlendirecek kadar güçlü çokuluslu şirketlerden oluşmaktadır.

İmalat sanayi üretimi 2000 yılında %4,5 artmıştır. Metal, makine ve ekipman, elektrik ve elektronik, gıda, kimya ve petrol sanayi önemli sanayi sektörleridir. En önemli sanayi kolu gıdadır. Gıda sanayisini kimya sanayisi takip etmektedir. Hollanda ürünlerine artan uluslararası talebin sonucu olarak, sanayi malları üretimi 2000 yılında 1999'a oranla %3,6 artmıştır. 1999 ile karşılaştırıldığında en büyük artışı %4,5 ile petrol, kimya, kauçuk ve metal endüstrisi göstermiştir. En küçük büyüme ise %0,8 ile kağıt basım ve ilgili sanayi kollarında olmuştur. Tekstil, giyim ve deri ürünleri sanayi ise 2000 yılında, bir önceki yıla göre %2,7 oranında büyümüştür.

Sanayideki istihdamın %10'unu kapsayan kimya sektörü en büyük ihracat sektörüdür. Dünyadaki en büyük yirmi şirket arasında yer alan Shell Chemie, Akzo Nobel ve DSM'in Hollanda kimya sanayinde önemli yeri vardır (1/8).

Tarımsal üretimin Hollanda ekonomisi açısından önemi İkinci Dünya Savaşından bu yana giderek azalmaktadır. Buna rağmen dünyanın önde gelen tarım ülkelerindedir. Hollanda alan olarak çok küçük olmakla birlikte Avrupa'nın en büyük ve ABD'den sonra dünyanın ikinci büyük tarım ürünleri ihracatçısıdır. Tarımsal üretimin yaklaşık %60'ı ihraç edilmektedir. Başta Aalsmeer olmak üzere bazı önemli uluslararası ticari tarımsal pazarlar Hollanda'da bulunmaktadır. Toplam alanın %69'u tarımsal üretime ayrılmıştır. Ancak nüfusun %5'den azı tarımda çalışmaktadır. Özellikle hayvancılık (besi ve süt), et ve yumurta sektörü üretimde %53 pay ile önde gelmektedir. Bunu süs bitkileri de dahil olmak üzere bahçecilik sektörü takip etmektedir. Üretim entansif olarak ve ileri teknolojilerle yapılmaktadır. Genetik mühendislik, çapraz gübreleme, melezleme teknikleri konusunda çalışmalar yapılmaktadır. 1990'lı yıllarda bu yana hızla gelişen bir konu da organik üretilmektedir. Bu arada devlet tarafından alınan bir karar ile uygulamaya konulan 'Öncelikli Ekolojik Yapıların' politikası çerçevesinde 2018 yılına kadar 150 bin hektar tarımsal alanın 'doğal alan' olarak ayrılması planlanmaktadır. Gerek bu karar, gerekse çevre mevzuatı hayvancılık sektöründeki üreticiler üzerinde de önemli baskı oluşturmaktadır. Çoğu işletme katma değeri daha yüksek olan ve çevre ile dost ormancılık sektörüne dönmüştür. Özellikle son yıllarda görülen çeşitli hayvan hastalıkları (Deli Dana Hastalığı) gıda maddelerinde görülen dioksin problemi ve genetik olarak modifiye edilen ürünler üzerine tartışmalar Hollanda Tarım Bakanlığını çevre, gıda güvenliği ve hayvan sağlığı konularında daha titiz davranmaya itmiştir. Sektörün yapısı hızla değişmektedir, zira hayvanların bakımında toprağın, suyun kullanımı ve ekonomik bakış ile ekolojik-çevre dostu yaklaşımlar arasında bir denge kurulması giderek önem kazanmaktadır ve bu yaklaşımın bir göstergesi olarak da çiftliklerin sayısı yılda %3 oranında azaltılmaktadır.

Geleneksel olarak güçlü bir tarım sektörüne sahip olan Hollanda'da araştırma ve geliştirme çalışmalarına verilen önem sayesinde hektar başına alınan ürünün yüksekliği dikkat çekmektedir. Küçük bir ülke olmasına rağmen yıllık ürün miktarında ulaşılan etkileyici sonuç, üretimdeki yüksek kalitenin sonucudur. Tarımsal üretiminin büyük bölümünü ihraç eden Hollanda, tarım ve bahçecilik çiçekçilik ürünlerinin ihracatında Avrupa'da birinci, dünyada üçüncüdür. Yıllık 11 milyar kg. süt üretimi ile dünya birincisidir. Bu miktarın yarısı peynir üretiminde kullanılmaktadır.

Tarım ve bahçecilik ürünlerinin bir kısmı Hollanda gıda, içecek ve ürün endüstrisinde girdi olarak kullanılmaktadır. Ülkede tarım ve çiftlik gereçleri, makine ve teçhizatı ile tohumlama, seracılık, paketleme ve tasarım teknikleri de son derece gelişmiştir. (1/9,10).

I.4. Siyasal Ve İdari Yapı

Günümüz anayasasının temeli 1848 yılında dayanmaktadır. Anayasa birçok defa değişikliğe uğramıştır ve son değişiklik 1983 yılında yapılmıştır. Anayasa bireysel ve siyasi özgürlükleri korumaktadır. Din ve vicdan özgürlüğü de bunu kapsamındadır. Kilise ve devlet işleri ayrılmış olmasına rağmen kilise ile tarihsel bağlar mevcuttur. Çünkü Kraliyet Ailesi Protestan kilisesine bağlıdır. İfade özgürlükleri de anayasal güvence altındadır.

Hollanda parlamenter monarşi (kralık) ile yönetilir. Ülke idaresinin üç ayağı vardır: Kral (Monark), Bakanlar Kurulu ve Parlamento. Kralın sadece unvanı vardır ve yetkileri de semboliktir. Parlamento, Temsilciler Meclisi ve Danışma Meclisinden (Senato) oluşmaktadır. Lahey'de toplanır

Temsilciler Meclisi, 150 üyeden oluşup üyeleri 4 yıl için seçilmektedir. Temsilciler ülkenin genelini temsil etmekte ve yasama görevini üstlenmektedirler. Danışma Meclisi, sayısı 12 olan Bölgesel Meclisler tarafından seçilmektedir. Danışma Meclisi yasalarda düzeltme ve değişiklik yapamaz. Ancak kanun tasarısı yasalasmadan önce Danışma Meclisini onayından geçmek zorundadır. Danışma Meclisi haftada bir kere toplanmaktadır. Meclis üyelerinin sürekli olarak yaptıkları ayrı meslekleri vardır.

Yargı sistemi 62 Kanton Mahkemesi, 19 Bölge Mahkemesi, 5 Temyiz Mahkemesi ve bir Yüksek Mahkemeden oluşmaktadır. Yerel Yönetimler 12 bölgeden oluşmaktadır. Her birinin idari yapısı yerel olarak seçilmiş Konsey ve Belediye Başkanından oluşmaktadır. Belediye başkanı Yerel Konseyin bir üyesidir (2/2,3).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Durumu

2003 yılındaki Ulusal Sağlık Raporu'na göre, Hollanda nüfusunun büyük bir çoğunluğu iyi sağlık seviyesinde yaşamaktadır. Geçen on yılda ortalama yaşam süresi artış göstermiştir. Hollanda sağlık seviyesinin yükselmesi 2. Dünya Savaşından sonraki yüksek düzeydeki ekonomik kalkınma ve bu süreçte sağlık sisteminin de çok büyük aşamalar kaydetmesine bağlanabilir.

2002 yılında ortalama yaşam süresi 76 yıl olarak belirlenmiştir. 2003 yılı verileri ile bebek ölüm oranı 1.000 canlı doğumda 4.8'dir (15/2).

Başlıca ölüm nedenleri kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kanserdir. Yüksek düzeyde sigara tüketimi, sağlıksız beslenme, obezite ve fiziksel hareketsizlik ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar gelecek yıllarda problem olarak görülen risk faktörleridir (5/3).

Geçen on yıl içerisinde sigara bağımlıların oranında ciddi azalmalar olmuştur. 1980 yılında yetişkinler arasında sigara kullanıcılarının oranı %43 iken bu oran 2001 yılında %34 olmuştur. %26.5 olan OECD ülkeleri oranı ile karşılaştırıldığında hâlâ oran yüksektir. Sigara kullananların oranlarında azalma olmasına karşın obezite oranı son on yılda artmıştır. 1992 yılında obezite oranı %6.4 iken 2002 yılında bu oran %10 olmuştur. Bu artışa paralel olarak diyabet astım gibi hastalıkların görülme oranları da artmıştır (15/2).

Genel sağlık durumunda sosyoekonomik ve şehir – kırsal alan farklılıkları hâlâ varlığını sürdürmektedir birlikte azalmaktadır (5/3).

II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Hollanda sağlık sistemi birçok açıdan diğer Avrupa ülkelerinden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri geniş çapta gönüllü örgütlerin çabaları sayesinde oluşmuştur. Bu nedenle hastahanelerin tamamına yakını özel ve kâr amacı gütmeyen örgütlerdir (4/2).

II.2.1. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı

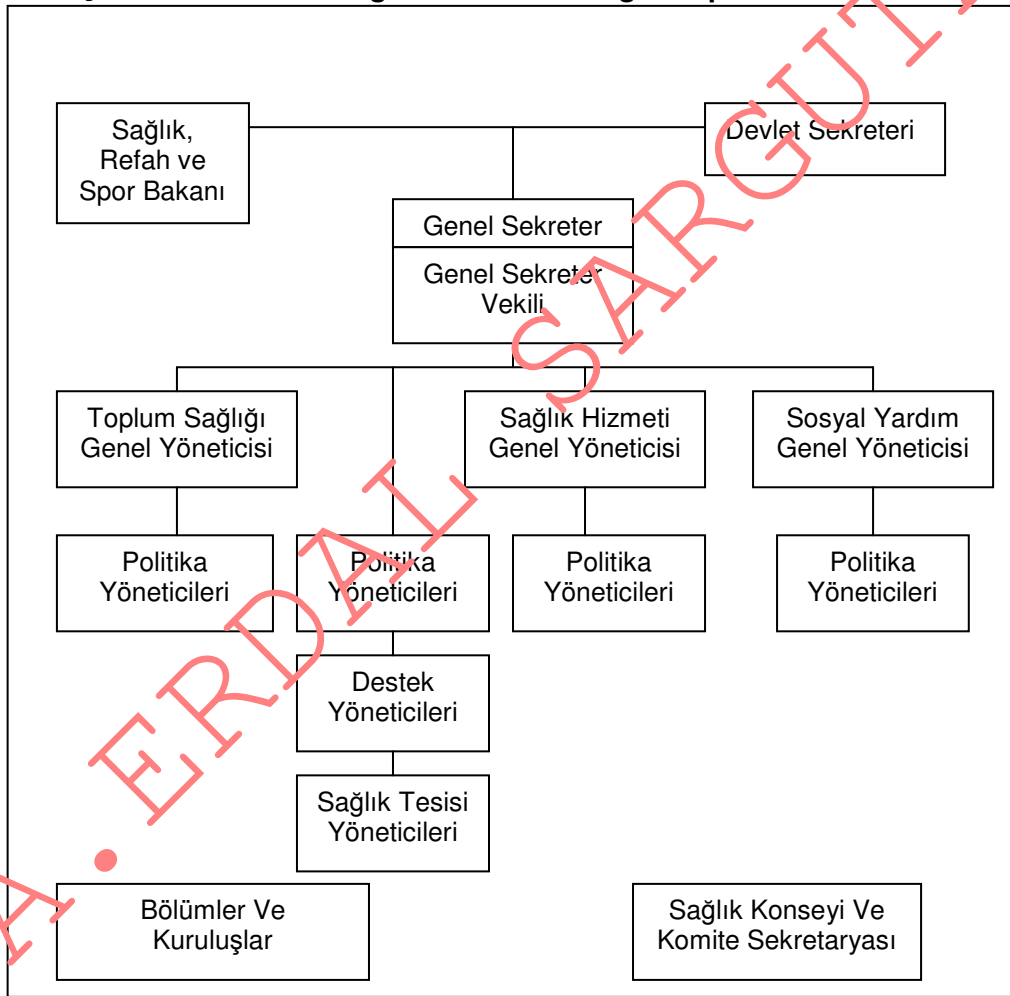
Hollanda da Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı halkın mutluluğunu sağlamak ve sağlıklı yaşamlar sürmelerine yardımcı olmak amacındadır. En önemli amaçlardan birisi sağlık sisteminin olanaklarını ve sağlık hizmetlerinde yüksek kaliteyi garanti etmektir.

Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı ve yerel otoriteler toplum sağlığı hizmetlerinin sağlanması ile sorumlu olmakta ve ayrıca bütünleştirici roller üstlenmektedir. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Kraliyet kaza ve felaket zamanlarında toplum güvenliği için birlikte hareket etmektedirler. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı, toplum sağlığı ile ilgili en önemli bilgi merkezi olan Ulusal Toplum Sağlığı ve Çevre Enstitüsünü de yönetir.

İçişleri Bakanlığı ve Kraliyet halkın yönetiminden olduğu kadar kentsel alanların ve azınlıkların yerleşiminden de sorumludur. Toplum güvenliğini ve güvenlik politikalarını da düzenler.

Müfettişler (Denetçiler) sağlığın kalitesini ve toplumun refahını gözlemler ve artırır. Üç denetçi vardır: Yiyecek Ve Tüketici Güvenliği Denetçiler, Sağlık Koruma Denetçiler ve Gençlik Sağlığı Denetçiler. Sağlığı koruma alanında Sağlık Koruma Denetçisi en önemlisidir (5/14,15).

Şema 1: Hollanda Sağlık Sisteminin Örgüt Yapısı



Kaynak: (11) Ministry of Health Welfare and Sport (2006) Health Organization s:2

Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı merkez teşkilatı Genel Sekreterlik Bölümü temel bakanlık politikalarını ayarlamaktadır. Genel Sekreterlik Politika Yöneticileri, Destek Yöneticileri ve Sağlık Tesisi Yöneticilerinden oluşmaktadır.

Sağlık Tesisi Yöneticileri bünyesinde Tesisler Bölümü Ve Mali ve Personel Yönetimi Bölümü bulunmaktadır. Bakanlığa sağlık tesislerinin sağladığı ürün ve hizmetlerle sorumludur (11/16). Mali Ve Personel Yönetimi Bölümü personel yönetimi ve personel finansmanının yönetimi ile sorumludur (11/17).

Sağlık Hizmeti Genel Yöneticiliği Tedavi İşleri Yöneticisi, sigorta politikalarını geliştirmekle sorumlu Sağlık Sigorta Yöneticisi ile sağlık hizmeti sektöründe kullanılan teçhizat ve ilaçların sağlanmasıyla alakalı faaliyetleri yerine getiren İlaç İşleri Ve Tıbbi Teknoloji Yöneticisinden oluşmaktadır (11/18,21).

Toplum Sağlığı Genel Yöneticiliği Toplum Sağlığı Yöneticiliği, Beslenme Ve Koruyucu Sağlık Hizmeti Yöneticiliğinden oluşmaktadır (11/1). Toplum Sağlığı Yöneticiliği ülke nüfusunun sağlık düzeyini yükseltmek, hastalıklara karşı koruyucu faaliyetlerde bulunmak yerel düzeyde toplum sağlığı politikalarını desteklemekle sorumludur (11/2).

Sosyal Yardım Genel Yöneticiliği Sakatlık Politikası Yöneticiliği, Gençlik Politikası Yöneticiliği, Bölgesel Politika Yöneticiliği, Hemşirelik Bakım Ve Yaşlı Kişiler Politikası Yöneticiliği ile II. Dünya Savaşı Gazileri Ve Kurbanları Bölümünden oluşmaktadır (11/23).

II.2.2. Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı istihdam, modern işçi ilişkileri ve aktif bir sosyal güvenlik politikasını teşvik etmek amacıyla. Bu görevleri yerine getirebilmek için Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı gibi diğer bakanlıklarla işbirliği yapar. Bununla birlikte, Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sağlıkla ilgili sosyal güvenlik tasarıları dışında, hasta hakları ve engellilerin haklarını da korumaktan sorumludur. Bu haklar, çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen fonlarla işletilen sağlık sigortasının bir parçası olsa da, sigorta kapsamı dışındadır. Ulusal Toplum Sağlığı Ve Çevre Kurumu tarafından yönlendirilen sosyal güvenlik kuruluşları Hasta Hakları Kanunu ve Engelli Hakları Kanununun yürürlüğe konmasının sonucudur (5/15,16).

II.2.3. Maliye Bakanlığı

Maliye Bakanlığı standart sigorta tasarılarının ve sigorta katkılarındaki değişiklikleri yönetme sorumluluğunu Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı ile paylaşır. Özel sağlık sigortası şirketleri bu standart sigorta planını uygular. Standart sigorta planının yasal temeli 1998 Sağlık Sigortası Erişimi Kanunudur (5/16).

II.2.4. Bağımsız Kuruluşlar ve Gözetim Birimleri

2004 yılı itibariyle Hollanda'da 22 hastalık fonu vardır. Son zamanlara kadar söz konusu fonlar Hastalık Fonları Kuruluşunun üyesiydiler. 1995'te bu kuruluş, Özel Sağlık Sigortacıları İletişim Örgütü ile birleşerek Hollanda Sağlık Sigortacıları adı verilen merkezi bir kuruluş haline geldi. Kuruluşa üyelik isteğe bağlıydı. Hastalık fonları yine de Hastalık Fonu Konseyinin denetimindedir. Ocak 2000'den beri bu konsey Sağlık Sigortası Yönetim Kurulu adını taşımaktadır (5/16).

Sağlık Sigortası Yönetim Kurulu

Sağlık Sigortası Yönetim Kurulu, Sağlık, Refah Ve Spor Bakanı tarafından seçilmiş olan dokuz bağımsız üyeden oluşmaktadır. Daha önceleri Yönetim Kurulu, işverenler, ticari birlikler, sağlık sigortacıları, fizikçiler, tüketici grupları ve hükümet gibi temel sağlık koruma ilgililerinden oluşuyordu. Yönetim Kurulunun temel sorumluluğu, İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu ve Hastalık Fonu Kanunu bütünlüğünü sağlamak, yürütme organlarını finanse etmek ve bu yasalarla toplanan kaynakları yönetmektir. Buna ek olarak, Yönetim Kurulunun başka birçok görevi vardır. Bu görevlerden biri de her iki kanunla ilgili sigorta konularında Sağlık, Refah Ve Spor Bakanını bilgilendirmektir. Yönetim Kurulu çalışmalarını düzenli rapor ettiği Sağlık, Refah Ve Spor Bakanına karşı sorumludur. Yönetim Kurulu tarafından alınan kararlara karşı başvurular hükümet konseyinin yönetim yargılama bölümüne yapılır.(5/16,17)

Sağlık Sigortası Denetleme Kurulu

Denetleme Kurulu İstisnai Sağlık Harcamaları Kanunu ve Hastalık Fonları Kanunu bireysel oluşumlarını ve genel yapılanmasını denetler. Denetleme Kurulu, Sağlık Sigortası Yönetim Kurulu üyesi olmayan beş bağımsız üyeden oluşur.

Özel sağlık sigortacıları kâr amaçlı olmayan, kâr amaçlı olan ve hastalık fonlarıyla bağlantılı özel sigorta firmalarından oluşur. Sağlık sigortasında toplanma ve işbirliğine doğru bir eğilim vardır. 1985-1993 yılları arasındaki süreçte hastalık fonlarının sayısı fonların birleşmesi sonucu 56'dan 26'ya düşmüştür. Bu birleşmelerin hedefi, her bir yeni fonun pazar durumunu güçlendirmek, yönetim ve pazarlamayı daha profesyonel yapmak, yönetim giderlerin azaltmak ve riski ortak fona koymaktır. Özel sağlık sigortası fonlarının kendi aralarında birleşmeler olduğu gibi, özel sağlık sigortası fonları ile hastalık fonları arasında da birleşmeler ortaya çıkmıştır. Özel sağlık sigortası fonları ile hastalık fonları arasındaki birleşmede ana gövde yapı korunur, ayrı bölümler hastalık sigortası programı ve özel sigorta programının uygulanmasından sorumludur. Sonuç olarak, hastalık fonları ve özel sigortacılar arasındaki stratejik anlaşmalar geliştirilmiştir. Bu anlaşmalar pazar yarışında özel sigortacıların tecrübesinden yarar sağlamaya ve mevcut yapıyı genişleten çekici ortaklar bulmaya çalışır. Özel sigortacılar bu tür anlaşmaları sigorta ürünlerinin pazarını genişletmelerini sağlayacak bir şans olarak görürler (5/18).

II.2.5. Danışma Ve Yönetim Bölümleri

Hollanda sağlık sisteminin en önemli yönü karar verme sürecidir. Sağlık politikaları uzun bir danışma ve tartışma sürecinden sonra yön bulmuş ve hükümet ile organize olmuş gruplar arasındaki etkileşim sonucu şekillenmiştir. Sağlık hizmetleri 2. Dünya Savaşı sonrasındaki onlarca yıl boyunca yönetsel ve danışma kurumlarının hızla gelişimine şahit olmuştur. 1990'ların başından itibaren her ne kadar Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığındaki tekrar yapılanma süreci başladıysa da sağlık hizmeti karar verme örgütlerinin şeffaflığını geliştirme ve saygısını artırma amacı güdülmüştür (5/18).

Sağlık Konseyi

Bu konsey ilaç, sağlık, toplum sağlığı ve çevrenin korunması gibi bilimsel konularda hükümete tavsiyeler veren bir örgüttür. Sorumluluğunu sürdürmek için bu konsey, hükümetin isteğiyle belirli konularda uzman gruplarını bir araya getirir. Çalışmaları öncelikle kendisi de yürütebilir. Konseyin çevre ve besin konuları olduğu kadar, doğa bilimleri ve medikal araştırmalar gibi çok geniş ilgi alanları vardır. Küçük bir sekreteryaya tarafından desteklenir ve 160 bağımsız yasal üyesi vardır. Konsey, üyelerinin yapısı itibarı ile geçici komitelere sahiptir. Her birinde ortalama 10 uzmanın bulunduğu 40–50 komite vardır. Bu yolla Hollanda ve yabancı bilim komitelerinden çok sayıda uzmanın, konsey tarafından danışılan değişik tıp uzmanlarının ve bilimsel disiplinlerin temsil edilmesi sağlanmış olur (5/18).

Toplum Sağlığı Ve Sağlık Hizmeti Konseyi

Bu konsey Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı tarafından kurulan bağımsız danışma örgütüdür. Konsey başkan dahil dokuz üyeden oluşur. Hepsisi Kraliçe tarafından görevlendirilir. Geçmişleri dikkat çekici bir şekilde farklılık gösterir, ancak hepsi sağlık koruma alanıyla ilgilidir ve kurum ve kuruluşlarından bağımsız olarak genel konulara hizmet ederler. Konsey sağlık koruma ve refah politikaları konusunda tavsiyeler verir, en önemli odak noktası Hollanda'daki sağlık hizmeti kalitesini artırmayı teşvik etmektir. Konsey ile sağlık hizmeti, yaşlı ya da psikolojik sorunları olanlar için bakım, finans durumları, tıbbi etik, hasta hakları ve sağlık alanındaki profesyonellere tavsiye verir (5/18).

Sağlık Hizmeti Tarifesi Kurulu

Bu kurul Sağlık Hizmeti Ücretlendirme Kanunu olarak da bilinen Sağlık Hizmeti Tarifesi Kanununu geliştiren bağımsız idari bir örgüttür. Bu Kurul hepsi Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı tarafından seçilen başkan dahil 9 bağımsız üyeden oluşmaktadır. Kurulun en önemli yönetsel görevleri tarife görüşmelerinin çerçevesini çizecek sosyal politika kurallarına karar vermek, sağlık hizmetinde en üst tarifeleri desteklemek. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanının kendi önceliği kabul etmek ve Sağlık Hizmeti Tarife Yasasının gelişimine katkı sağlayan gelişmeleri tanımlamaktır (5/19,20).

İlaç Değerlendirme Kurulu

Hollanda eczacılık kanunu ve değerlendirilmesi için, biyolojik madde ve aşılıları içeren katı bir programı vardır. İlaçları kaydetme sorumluluğu, ilaçları güvenli ve etkili olan temelinde göre kaydeden İlaç Değerlendirme Kuruluna aittir. Bu kurul, tüm eczacılık ürünlerini kayda bağlar ve yeni ürünlerin güvenliğini ve etkililiğini talep eder. Kurulun satış lisanslarını kabul etme, reddetme veya iptal etme konusunda bağımsız gücü vardır (5/20).

Hollanda Hastahane Hizmetleri Kurulu

Bu kurul 1999 yılında sağlık danışma ve yasama alanında bazı sert değişimlerden sonra kurulmuştur. Kurulun sorumlulukları Hastahane Temin Kanunu ile düzenlenmiştir ve temel görevi Sağlık, Refah Ve Spor Bakanı ile eyaletlere hastahane planlaması politikası konusunda tavsiyelerde bulunmaktır.

Aynı zamanda hastahanelerden lisans için gelen bireysel talepler konusunda tavsiyeler verir. En önemli sorumluluklarından biri de, sağlık alanında tesis gelişimlerini sağlamaktır. (5/21).

Toplum Sağlığı ve Çevre Ulusal Kurumu

Birçok Hollandalı bakanlığa danışmanlık eden bağımsız bir kuruluştur. İki bakanlığa çevre konularında tavsiyelerde bulunur. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığına birçok alanda politik destek sağlamaktadır. Öncelikle Hollanda Ulusal Aşı Programının kalite kontrolünü içeren enfeksiyonel hastalıkları izleme ve kontrol için merkezi kuruluştur. İkinci olarak Toplum Sağlığı Ve Çevre Ulusal Kurumu yiyecek kalitesi ve tüketici güvenliği gibi çeşitli sağlık riski olan alanlarda çalışmaktadır. Yeni ilaçların Hollanda pazarına tanıtılmasında da önemli rol oynamaktadır. Toplum sağlığı alanında her 4 yılda bir "Toplum Sağlığının Durumu Ve Tahminleri" adında ulusal bir sağlık raporu yayımlanmaktadır (5/21).

Sağlık Teftişi Kurulu

Bu denetim grubu sağlık hizmetin kalitesi ve ulaşılabilirliğini yönetir ve özerktir. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığına bağlı değildir. Kurul toplum sağlığı ile ilgili yasal düzenlemeleri uygular, sağlık alanındaki şikâyet ve sorunları araştırır ve gerekli önlemleri alır. Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığında tavsiyelerde bulunur. Üç alt denetçiliğe ayrılır; Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti için, ruh sağlığı hizmeti için, eczacılık ve medikal teknoloji içindir. Denetçiliğin bir merkez bürosu ve yedi bölge şubesi vardır. Bir müfettiş herhangi bir zamanda bir doktor hakkında yapılan şikâyeti kabul etme yetkisine sahiptir (5/ 21).

II.2.6. Diğer Kuruluşlar

Hollanda sağlık sistemi içerisinde bir çok özel kuruluş da bulunmaktadır. Doktorların temsil edildiği Hollanda Kraliyet Tıp Birliği, hastalar ve sağlık hizmet alan kişileri temsil eden Hollanda Hastalar Ve Tüketiciler Federasyonu, hasta bakımının geliştirilmesine ve kalitesinin sağlanmasına odaklanmış Hollanda Sağlık Geliştirme Kuruluşu devlet dışında faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarından bir kaçıdır (4/3).

II.3. Sağlık Sisteminde Yerelleşme

Hollanda'da, politika geleneksel bürokrasinin hükümet kurumları ve diğer kamu kuruluşları (danışma ve yönetici kurumlar), özel ulusal kuruluşların sahip ve kurucuları ile sigortacıların bir araya getirilmesiyle hazırlanmış ve geliştirilmiştir. Bu ulusal bürokrasi, hastahane yatak ve bölümlerini sayısını, sağlık hizmetleri yatırım kararlarını ve ücret yönetimi alanlarında yapılan yardımları ve sayılarını artırmıştır.

1970'lerde sağlık hizmetinin merkezi hükümette yapılması fikri ve planı en önemli ilke haline gelmiştir. Merkezi yapılanma ve planlama modelinde hükümet güçlü ve merkezi bir rol üstlenecekti. Yasama sağlık hizmetinin altyapı ve sorunlarının planlanmasını yapacaktı. Bu merkezi idari modelinden farklı olarak, 1986 koalisyon hükümeti daha çok sosyal sağlık sigortası alanında olmak üzere önemli reformlar başlattı. Değişik sigorta planlarının bir sosyal sigortaya dönüştürülmesi ayrıntılı ve ciddi şekilde tartışıldı.

Bu görüşmeler sigortanın finansmanında finanse etmede dayanışmayı güçlendirme amacıyla yapıldı. Tüm sigortacılar için bir merkezi fon bütçesi sağlanacaktı. Bu öneriler geniş bir şekilde tartışılırken, temel konu, toplumsal fonları bireysel sigorta planına dönüştürülürken ortaya çıkabilecek riskti. Bu dönüşümün felsefesi "daha az devlet, daha çok piyasa" idi. Böylelikle sigortacılık devletten özel sektöre doğru kaymaya başlamıştır. Hollanda'da bu delegasyon politikasına "işlevsel ademi merkezîyet" denmektedir. Görüşmelerden ve anlaşmalardan sonra sağlık sigortacıları ve sağlık hizmeti sunucuları sağlık hizmetinin uygulanmasında hükümet ve yürütme kurumlarından daha çok rol almaya başladı. Bu durum hastahane hizmetinde uzmanlar hekimlerin ve hastahane yöneticilerinin sağlık hizmetinin sağlanmasındaki rolünü arttırmıştır.

Hükümetten özel girişime dönüşüm, Hollanda sağlık sistemini görev devri ile ya da bölgesel bölümlenmeyle karşı karşıya getirmiştir. Merkezi hükümet yetkililerini bölgelere ve yerel hükümetlere aktarımı hizmetin finansal alanındaki değişimini ve planlanmasını da kapsamıştır. Görev dağılımındaki bu değişim belediye komitelerinin vergilendirme ve sağlık tesislerinin finansal olarak eksikliklerinin kapatılmasında yetkiler vermiştir (5/30,31).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Hollanda'da birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ayrı yapılardadır. Temel sağlık hizmetleri ülke genelinde toplum sağlığı hizmetlerinin yerel ofisleri aracılığıyla sağlanır. Gelişmiş birincil sağlık hizmeti sistemi vardır. Birincil bakım pratisyen hekimler, uygulama hemşiresi, evde bakım sunucular, ebeler, fizyoterapistler, sosyal çalışmacılar, dişçiler ve eczacılar tarafından sunulmaktadır. Her hasta bir Aile Hekiminin listesinde bulunması gerekmektedir. Kişi pratisyen hekimin sevk etmesi ile hastahane'ye ya da uzman hekimlere gidebilir. İkincil ve üçüncül bakım hastahaneler ve kâr amacı gütmeyen özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır (5/ 63).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Hollanda kapsamı bir birincil sağlık hizmeti bakımı sağlamaktadır. Birincil sağlık hizmetinin verildiği alanlar şöyle sıralanır: Toplum sağlığı hizmetleri, pratisyen hekim bakımı, ebelik ve anne bakımı, göz bakımı, fizyoterapi, tedavi edici terapi, mesleki terapi hizmetleri, beslenme hizmetleri ve konuşma terapisi, eczahane hizmetleri, evde bakım ve birincil ruh sağlığı hizmetleri (10/7).

Toplum Sağlığı Hizmetleri

Genel olarak Hollanda'nın sağlık seviyesi iyi durumdadır. Geniş çapta sağlanan sağlık hizmetleri ve farklı sosyal gruplar için tasarlanmış sağlık sigortası planları sağlık hizmetlerine genel ulaşımı sağlamaktadır.

Toplum sağlığı alanında aşılama programları, toplumdaki göğüs ve serviks kanseri vakalarının izlenmesi, doğum öncesi ve sonrası anne takibinin yapılması ile gençler, sakatlar, kronik hastalar gibi nüfusun risk gruplarının izlenmesi faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Ayrıca toplum sağlığını yükseltmek amacıyla alkol, ilaç ve tütün gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltma politikaları uygulanmaktadır.

1989 tarihli Toplum Sağlığını Koruma Yasası toplum sağlığı hizmetlerinin sorumluluğunu yerel idarelere devretmiştir. Yerel idareler aynı zamanda sağlık düzeyinin gözlenmesi, bulaşıcı hastalıkların izlenmesi gibi görevleri de yerine getirmektedirler (9/11). 1998 yılında Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı yerel idareler tarafından sağlanan toplum sağlığı hizmetlerini standardize edecek bir paket uygulamaya başlamıştır.

Sağlık Denetleme Kurumu sağlık hizmetlerinin ve koruyucu önlemlerin kalitesinin denetlenmesi ile sorumludur (9/27).

Aile Hekimliği

Bu hizmet türü aile hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Kişi asistan doktorlar ve de geniş çapta artan sayıdaki uygulama hemşirelerinden hizmet alır. Aile hekimliği sağlık hizmetlerinin başlangıç noktasıdır. Bu nedenle büyük önem arz ederler. Aile hekimleri kendilerine gelen yakınmaların %95'ini çözerler. Eğer tedavi uzman bakımı gerektiriyorsa kişi bakım sağlanacağı yere sevk edilir. Havale olmaksızın kişiye hizmet sağlanmaz. Herkes kendi aile hekimini seçmekte serbesttir (10/13)

Çoğu aile hekimi asistan doktora sahiptir. Asistan doktor uygulamalarda yardımcı olur ve bazı basit tıbbi uygulamaları kendi başına gerçekleştirebilir. 1999 yılında Ulusal Pratisyen Hekimler Birliği, Hollanda Sağlık Sigorta Birliği ve Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı aile hekimliklerine uygulama hemşireleri sağlamak amacıyla sözleşmeler yapmaya başlamıştır. Uygulama hemşireleri kronik hastaların bakım gibi kendi alanlarına giren konularda kendi başına uygulama yapabilir.

Hastalara sağlanan ilaçların %92'si aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Eczahaneler reçete karşılığında ilaçları sağlamaktadır. İlaçların %8'i ise aile hekimlikleri tarafından sağlanmaktadır. Eczahane olmayan yerlerde aile hekimlikleri lisans alarak reçete edilen ilaç talebini kendileri karşılamaktadır (10/14).

Kişiler mesai saatleri haricinde de aile hekimini kullanmak zorundadır. Bu hizmet ihtiyacını karşılamak için mesai dışı çalışan aile hekimliği merkezleri bulunmaktadır. Merkezin en az bir asistan doktoru ve iki telefon başında hizmet veren doktor ve bir ulaşım aracı ve şoförü vardır. Bu merkezler mesai saatleri dışında ve hafta sonları gibi tatil günlerinde hizmet vermektedirler. Aile Hekimleri ortalama olarak bir hastaya 10 dakikada muayene etmekte, günde 30 hastaya bakmakta, 12 hasta telefonuna cevap vermektedir (10/15,21).

Ebelik Ve Anne Bakımı

Hollanda'da ebelik hizmeti çoğunlukla birincil sağlık hizmetleri içerisinde Evde Bakım birimlerince sağlanmaktadır. Komplikasyonsuz doğumlarda ebe ve aile hekimleri ebelik hizmetlerinden sorumludurlar. Ancak bir komplikasyon ortaya çıktığı zaman uzman hekim aranır. Kişi istediği ebeyi seçebilir ve evde doğum yapılabilmektedir (10/25).

Evde doğumlar ile hastahannede ayakta tedavi yolu ile olan doğumlar ebe veya aile hekimleri tarafından yaptırılmaktadır. Ancak hastahannede yatakta tedavi şeklinde yaptırılan doğumlarda jinekologlar bulunmaktadır (10/26).

Diş Sağlığı Hizmetleri

Diş hekimleri tarafından sağlanan diş sağlığı hizmetleri periyodik kontroller, kök kabak tedavisi, diş çekimi, protez yapımı ve röntgen teşhisini içermektedir. Diş hekimleri, diş hekimi asistanları, diş sağlığı uzmanları, diş hijyenistleri, diş terapistleri ve diş teknisyenleri arasındaki işbirliği, etkin, etkili ve kaliteli diş bakımının temelini oluşturmaktadır (10/34).

Göz Hizmetleri

Uzman göz hizmetlerine ulaşım sağlık sigorta fonu kapsamındaki sigortalı aile hekiminin havalesi ile sağlanmaktadır. Özel sigorta bünyesindeki yaralanıcılar doğrudan göz hekimine müracaat edebilmektedir (10/46)

Fizyoterapi, Tedavi Edici Terapi Ve Mesleki Terapi

Hollanda'da dört tür terapi mevcuttur: Fizyoterapi, Sezar tedavi edici terapi, Mensendik fizyoterapi ve mesleki terapi. Terapi uzmanları sevki hastaları tedavi edebilirler. Uzman havale eden doktorun teşhisine göre tedavi planı uygulamaktadır.

Fizyoterapi hareket bozukluğu veya kaza, yaralanma, yaşlanma, ameliyat gibi problemler sonrası hareket kabiliyetinde zorlanma yaşayan kişileri tedavi etmektedir.

Sezar tedavi edici terapi kas sistemi ve kas yapısı bozuklukları ile ilgilenir. Mensendik terapi ise duruş bozukluklarının düzeltilmesi ile ilgilenir.

Mesleki terapi, çalışma çevresinden dolayı meydana gelen bozuklukları ve iş kazaları nedeniyle ortaya çıkan rahatsızlıkları düzeltme ile ilgilenmektedir (10/52).

Beslenme Hizmeti

Diyetisyenler beslenme hizmeti vererek hastaların ve nüfusun sağlığını en iyi seviyeye çıkarmaya çalışırlar. Diyetisyen havale eden doktorun teşhisine göre tedavisini uygulamaktadır (10/60).

Konuşma Terapisi Hizmeti

Konuşma terapisi, işitme, ses ve konuşma organları çalışmalarının geliştirilmesi, yeniden kurulması, konuşma için gerekli olan nefesi ayarlama ve konuşma bozukluklarını gidermek amacıyla hizmet vermektedirler. Terapistler tedavilerini havale eden hekimin teşhisi doğrultusunda yaparlar (10//63).

Eczahane Hizmetleri

Birincil sağlık hizmetlerinde ilaç ihtiyacı perakende çalışan eczahaneler ile ev eczacılığı hizmetleri de yapmakla yetkili olan aile hekimlikleri tarafından sağlanmaktadır.

Eczacılık alanına ilaç ve diğer malzemeler için yapılan harcamaların tutarı 2003 yılı verileriyle 5,116 milyon Avrodur. Aynı yıl kişi başına ortalama 315 Avroluk ilaç harcaması yapılmıştır. Hekimler yanında ebeler de bazı ilaçları reçete edebilir (10/69-70).

Merkezi hükümet eczacılık alanında düzenleme yapmak amacıyla İlaç Ödeme Sistemini oluşturmuştur. Bu düzenlemeyle Sağlık Sigorta Fonundan sigortalı kişi ilaç alırken, reçete edilen ilaç grubundan kendisine tahsis edilmiş ilaç için ödeme yapılmaktadır. Farklı bir ilaç alınmak istenirse, kişi fiyat farkını doğrudan ödeme ile karşılayacaktır. Aynı durum özel sigorta kapsamındaki kişiler için de geçerlidir (10/71).

Hollanda'da genel olarak ek bir ücret ödemeksizin bireyler reçeteli ilaçları alabilirler. Hollanda Hükümeti belli gruplardaki ilaçlarda İlaç Telifi Sistemi olarak adlandırılan bir parasal telif sistemi uygulamaktadır. İlacın maliyeti belirlenmiş olan sınırı aşarsa tüketici ödeme miktarı değişmektedir.

Hollanda Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı patenti olmayan düşük maliyetli ilaçları kullanarak kişilerden daha az katılım payı ödemelerini sağlamaya çalışmaktadır.

İlaç maliyetlerini sınırlandırmak amacıyla Hollanda'nın bir maliyet kontrol politikası mevcuttur. Son yıllarda ilaç harcamalarındaki artışın yüzde onun üzerine çıkması nedeniyle bu politika zorunluluk haline gelmiştir.

Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı yeni çıkan ilaçların sigorta paketine eklenmesine karar vermeye yetkilidir. Bu konuda Sağlık Sigorta Kurulu Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığına tavsiyelerde bulunmaktadır (16/1).

Evde Bakım

Evde bakım hemşirelik, evin idaresine yardım, kişisel bakım ve bazı aletlerin ödünç verilmesini içermektedir. Bakım sakatlık, hastalık, psikiyatrik problemler veya yaşlılık nedeniyle uzun dönem bakıma ihtiyacı olan kişiler için tasarlanmıştır. Bakım süresi kişinin ihtiyacına göre günlük ve haftalık olarak değişmektedir (10/76).

Birincil Ruh Sağlığı Hizmetleri

Birincil ruh sağlığı hizmeti genel bir yaklaşımla verilmektedir. Yardım pratisyen hekimler, sosyal çalışmacılar ve birincil bakım psikologları tarafından sağlanmaktadır. Birincil bakım ruhsal problemi olan birçok kişiye hizmet sunmaktadır (10/81).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Bakım

İkincil ve üçüncül bakım, hastahanelerde uzman doktorlar tarafından sağlanmaktadır. Hastahaneler ayakta ve yatakta tedavi hizmetleri vermektedirler. Hastahanelerin %99'u özel ve kar amacı olmayan kurumlardır. Devletin mülkiyetindeki üniversite hastahaneleri tesislerin dağılımı konusunda denge unsuru olmaktadır.

Hastahaneler eğitim (8 adet), genel (100 adet) ihtisas hastahaneleri (28 adet) olarak sınıflandırılmaktadır. Her bölgedeki yatak sayılarının azaltılmasına ihtiyaç varken, birleştirme ve genişletme yoluyla hastahaneler kapasitelerini artırmışlardır. Akut bakım yatak sayısı 1980 yılından bu yana azalmaktadır. Ülkede 1,000 kişiye 3.1 yatak düşmektedir.

Hastahane yönetim sistemi değişmiştir. Ara yöneticiler etkili kullanılarak daha iyi kontrol sağlanmaktadır. Buna ek olarak bütün büyük ve akademik hastahanelerde sorumlulukların dağıtılmasına (ademi merkezîyet) başlanmıştır ve doktorlar hastahane yönetimine katılmaya başlamışlardır (4/5,6).

II.4.3. Sosyal Bakım

Ev hemşireliği ve huzurevleri en önemli sosyal hizmetleri oluşturmaktadır. Hollanda yaşlılara evde bakım yapılması hizmetlerinde Avrupa'daki en yüksek orana sahiptir. İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası huzurevleri için finansman sağlamaktadır, kişiler küçük bir miktar doğrudan kişisel (cepten) ödeme yaparak bu hizmetten faydalanmaktadır. Hollanda'daki her yerleşik kişi tıbbi bakım alabileceği bir aile hekimine sahiptir. Sosyal hizmet almak isteyen kimse hizmet aboneliği yaptırabilmektedir (4/6).

Ruh sağlığı hizmetleri ayakta tedavi hizmetlerinden ev ünitelerine, yaşlılar için psikiyatrik bölümlerden tedavi edici bölümlere kadar uzun bir dağılım vardır. Genel hastahaneler ve üniversite hastahaneleri bünyesinde 66 psikiyatri bölümü bulunmaktadır. Bu bölümler büyük olmayıp ortalama yatış süreleri kısadır (4/7).

II.5. Sağlık Çalışanları

Hollanda'da 2003 yılı verileri ile 1.000 kişiye 3.1 doktor düşmektedir. Bu oran 2.9 olan OECD ortalamasının biraz üzerindedir. 1990 ve 2003 yılları arasında kişi başına düşen doktor sayısı artmıştır. 2001 yılı verileri ile 1.000 kişi başına düşen hemşire miktarı %12.8'dir (15/1).

2002 yılı verileri ile 1.000 kişi başına düşen yatak sayısı 3.2'dir. OECD ülkeleri ortalaması ise 4.1 yataktır (15/2).

İnsan kaynakları konusunda tam bir veri olmamasına karşın, çeşitli kaynaklar doktor sayısının Avrupa Birliği ülkeleri ortalamasının %10 daha aşağıda olduğunu göstermektedir. Aynı karşılaştırma diş hekimleri bakımından yapıldığında %30 daha az ve hemşire sayıları karşılaştırıldığında Avrupa Birliği ortalamasından çok yukarıda hemşire bulunduğu görülmektedir.

Hollanda Kraliyet Tıp Derneği pratisyen hekimleri tanımakta ve onları kayıt etmektedir. Pratisyen hekim eğitimleri üniversitelerin işbirliği ile beraber pratisyen hekim eğitimleri tarafından verilir. Aile Hekimliği Komitesi karşılanacak talepleri belirler. Pratisyen Hekim Kayıt Komitesi uygun yeterliliği pratisyen hekimlerin kayıt uygulamalarını gözetir. Genel Pratisyen hekim eğitimleri 2 yıldan 3 yıla çıkarılmıştır (4/7).

Sağlık sektörü Hollanda hizmet sektörü içerisindeki en büyük sektördür. 750.000'den fazla kişi istihdam edilmektedir. İstihdam edilenlerin çoğunluğunu kadınlar ve yarım gün çalışan kişiler oluşturmaktadır. Eğitim Bakanlığı ve Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı sağlık çalışanlarının eğitiminden sorumludur.

Doktor için temel eğitim veren sekiz üniversite mevcuttur. Temel eğitimin ardından doktorlar sahada çalışmadan önce sekiz eğitim hastahanesinden birinde uzmanlıklarını yapmak zorundadırlar (9/9).

II.6. Sağlık Hizmeti Talebinin Finansmanı

Sağlık sistemi her biri farklı düzenleme rejimlerine göre faaliyet gösteren üç paralel sigorta bölümünden oluşmaktadır. Genel kapsam sağlayan bölüm dünyanın en eski sigorta sistemidir (4 /2).

Birincisi İstisnai Tıbbi Harcamalar için düzenlenmiş bir tür ulusal sağlık sigorta sistemidir. İstisnai Sağlık Harcamaları Yasası uzun süreli bakım ve yüksek maliyetli tedavi ile ilgili istisnai tıbbi harcamaları düzenlemektedir. Hollanda'da yaşayan herkes bu sigorta kapsamı altındadır.

İkincisi farklı düzenleyici rejimleri içeren Zorunlu Hastalık Sigortasıdır. Zorunlu Hastalık Sigortası geliri belli seviyenin altında olanlar için düzenlenmiş bir sağlık sigortasıdır. Zorunlu Hastalık Sigortası standart tıbbi bakımı kapsamaktadır. Nüfusun %65'i yani yıllık geliri belli bir tavanın altına olanlar (günümüzde 30,700 Avro) ve sosyal sigorta maaşı olanlar, hastalık fonları tarafından sigortalanırlar.

Üçüncüsü geliri söz konusu seviyenin üzerinde olanlar için özel sağlık sigortasıdır. Kişi eğer tavanın üzerinde gelir kazanıyor ise Özel Sağlık Sigortası tarafından sigortalanmaktadır. Özel sağlık sigortası ile kapsama altına alınan kişi sayısı nüfusun %25'ini oluşturmaktadır.

Devlet memurları için oluşturulmuş sağlık sigorta fonları ise toplam nüfusun %5'ini kapsama alanına almaktadır.

Diş bakımı, protez, işitme cihazı ve benzeri gibi daha az hayati önem arz eden bakım İstisnai Tıbbi Harcamalar ve Zorunlu Hastalık Sigortası tarafından karşılanmamaktadır. Bu maliyetler Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortaları tarafından karşılanmaktadır.

Yukarıda bahsedilen farklı bölüm ve sistemler farklı bakanlıklar tarafından yönetilmekte ve gözetilmektedir. Son zamanlarda bu sorumluluklar devletten özel sektöre ve yerel idarelere geçmeye başlamıştır (7/47,48).

Hollanda sağlık hizmeti talebi büyük oranda ulusal ve özel sigorta planları sistemi aracılığıyla finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti fonlarının sadece %12'si sigorta planları dışındaki kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Sigorta planları İstisnai Tıbbi Harcamalar Planı, Zorunlu Hastalık Fonları ve Özel Sağlık Sigortaları tarafından oluşmaktadır (5/33).

İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası

1962 yılında dönemin Sağlık Bakanı Veldkamp tüm ülkeyi kapsayacak bir sigorta planının düzenlenmesini önermiştir. Bu planın uzun dönem hastalıklar veya sakatlıklar, uzun dönem bakım isteyen konjenital ve ruhsal hastalıklar kapsamı altına alması planlanmıştır. Bu sebeple planın adı "İstisnai Tıbbi Harcamalar" olarak kalmıştır.

İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (İTHY=AWBZ) 14 Aralık 1967 yılında kanunlaşmış ve 1 Ocak 1968 yılında uygulanmaya başlanmıştır.

İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasasına göre; her kim kanunda gösterilen kıstasları karşılar ise otomatik olarak sigortalı sayılır ve bundan dolayı yasa tarafında sağlanan yardımları kullanıp kullanmadığına bakmaksızın kanuni katkı payını ödemek zorundadır. Vicdani nedenlerle sigorta kapsamında olmak isteyenler bu kapsamda olmayacaklardır ve katkı patı ödemeyeceklerdir.

Sigortanın kapsama alanı:

- a) Hollanda'daki yerleşikler
- b) Hollanda'da yerleşik olmayıp, vergi mükellefi olanlar

c) 1999 yılındaki Ulusal Sigorta Planına girişi düzenleyen kanun ile kapsama alınan yerleşik olmayanlar. (Bu kategorideki kişiler ulusal sağlık sigortası olup yurtdışında yaşayan emekliler ve aktif olarak sigorta fonu ile üyeliklerini sürdüren yerleşik olmayanları kapsar.)

İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasasına göre çocukların sigorta kapsamına alınmasında aileleri ile bir ilişkileri yoktur. Çocuğun bulunduğu yer ikameti olarak kabul edilir ve Hastalık Fonu tarafından kapsam altına alınırlar (6/16,17).

Sağlık sigorta fonları, özel sigorta şirketleri ve devlet memurları sağlık sigorta planı yönetsel organları İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (İTHY) planına göre kayıtlı sigortalı üyeleri adına işlem yapmaktadırlar. Bu kurumlar İTHY altında çalışmaktadırlar ve İTHY yönetsel organlarını oluştururlar (6/18).

İTHY yönetim organları sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapmak, hasta katkılarını toplamak gibi görevlerini Bölgesel Sağlık Hizmeti Ofislerine devretmiştir. Otuz bir adet bölgesel sağlık ofisi vardır. Her sağlık hizmeti ofisi bütün İTHY yönetim organları adına kendi bölgesinde faaliyetlerde bulunmaktadır.(6/18).

İTHY sigorta planı sigorta kapsamındaki kişiler tarafından ödenen primler, devlet sübvansiyonları ve hizmet alıcıların kişisel katkı ödemeleri tarafından fonlanmaktadır. İTHY katkı payları gelir ve ücret üzerinden alınan vergiler aracılığıyla toplanmaktadır. Hükümet her yıl vergiye tabi gelir miktarının alt ve üst sınırına göre yüzde olarak verilmesi gereken katkı miktarlarını hesaplar. 2004 yılı için bu katkı oranı %13.25'dir (6/24,25).

Sağlık Sigorta Yasası

Hastalık Fonları ile ilgili düzenleme yapan Sağlık Sigorta Yasası (SSY) 1966 yılında tam olarak uygulanmaya başladı. O zamandan bu yana kanuna bir çok ekleme ve düzeltmeler yapılmıştır.

Sağlık Sigorta Yasasına göre, her kim kanunda gösterilen kıstasları karşılar ise otomatik olarak sigortalı sayılır ve bundan dolayı yasa tarafında sağlanan yardımları kullanıp kullanmadığına bakmaksızın kanuni katkı payını ödemek zorundadır. Vicdani nedenlerle sigorta kapsamında olmak isteyenler İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası kapsamında olmayacaklardır ve katkı patı ödemeyeceklerdir. 1998 yılından bu yana henüz sigorta kapsamında olmayan 65 yaş üzeri kişiler kapsam içine alınmıştır.

Sigortanın kapsama alanı, Hastalık Yardım Yasası kapsamında çalışan kişiler, eğer belli bir asgari miktarın altına gelir kazanıyorlarsa Hastalık Yardım Yasası kapsamına göre sigortalı sayılmaktadırlar. Bu miktar 2004 yılı verileriyle 32,600 Avrodur (6/29).

SSY planını uygulanması, Sağlık Sigorta Kurumu tarafından tanınmış sağlık sigorta fonları aracılığıyla yapılmaktadır (6/29). SSY genel pratisyen bakımı, paramedik bakım, obstetrik bakım, anne sağlığı hizmetleri, eczahane hizmetleri, tıbbi araçlar, diş bakımı, uzman sağlık hizmeti, klinik olmayan hemodiyaliz, genetik testleri, kronik solunum yolu hastalıkları, rehabilitasyon hizmeti, tromboz engelleme ve tıbbi ulaştırma hizmetlerini sağlamaktadır (6/35).

SSY harcamaları kapsam dahilindeki kişilerin gelirlerinden ödenen katkı payları, Yaşlılık Sağlık Sigorta Yardımlarından gelen katkılar ve yıllık devlet katkıları ile finanse edilmektedir (6/40).

Özel Sağlık Sigortaları

Ulusal sağlık sigorta planının varlığı özel sigorta şirketlerinin hedef gruplarını seçmelerine yardımcı olmuştur. Hastalık Sigortası ve Devlet Memurları Sağlık Sigortası planı kapsamında olmayan kişiler özel sigorta kapsamındaki kişileri oluşturmaktadır.

Özel sigorta sahibi kişi sağlık sunucusunu seçmekte özgürdür. Sağlık hizmeti maliyetleri poliçedeki anlaşma şartlarına göre sigorta şirketi tarafından ödenmektedir (6/ 51).

Sigorta şirketlerinin faaliyetleri Emeklilik Ve Sigorta Denetim Kurulunun gözetimi altındadır. Kurul Maliye Bakanlığına doğrudan bağlı olan yönetsel bir organ olarak çalışmıştır. Devlet adına sigorta şirketleri ve emeklilik fonlarının denetimini yapmaktadır. 1992 yılında kurul bağımsız bir kuruluş haline dönüşmüştür ve çalışmaları ile ilgili Maliye Bakanlığıyla olan doğrudan bağı kesilmiştir. Sigorta şirketleri ve emeklilik fonları üzerindeki doğrudan denetim yetkisi de dolaylı denetim şeklinde dönüşmüştür (6/53).

Finans Kaynakları

Vergiler, sosyal sağlık sigortası katkıları, kişisel doğrudan (cepten) ödemeler ve isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası sağlık sisteminin diğer finans kaynaklarını oluşturmaktadır.

Vergiler: Vergiler ulusal olarak devlet ve yerel olarak da iller ve yerel idareler tarafından toplanmaktadır. Ulusal gelir vergisinde dört oran bulunmaktadır: Bu oranlar %32.35, %37.60, %42 ve %52'dir. İlk iki oran vergi ve ulusal sigorta katkılarını içermektedir. Diğer iki oran ise sadece vergilerdir (14/63). Vergi harcamaları toplam sağlık harcamalarının %13-14'ü civarındadır (5/47).

Sosyal Sağlık Sigortası Katkıları: Ulusal Sigorta Finansmanı Yasasına göre; sigortalı kişiler katkı payı ödemekle yükümlüdür. İstisnai tıbbi harcamaları içeren ulusal sigorta katkıları gelir vergisi ile beraber vergilendirilmektedir. 2001 yılı yasal katkı oranı geliri 27.009 Avronun üzerinde olan kişiler için %10.25'idi.

Çalışanların katkıları maaşlarından kesilmekte ve çalışanları tarafından vergi sorumlularına ödenmektedir (14/63).

İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası Primleri: İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası primi oranları riske göre ayarlanmaktadır. Başvuru sahipleri ailesinin hastalık özgeçmişini hakkında soruları içeren bir tıbbi formu doldurmak zorundadır. Prim oranları yaşa göre artmaktadır. Primler değişken olmasına rağmen ülkede yıllık ortalama isteğe bağlı özel sigorta prim miktarı kişi başına 698 Avrodur.

Kişiler isterlerse Sağlık Sigorta Yasası aracılığıyla "standart poliçe" edinebilirler. Sağlık Sigorta Yasası devletin fayda düzeyini ve standart poliçe sabit prim miktarını belirlemesine olanak sağlamıştır. Yasal kapsamın aksine standart poliçe sigortalı kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişileri kapsam içine almamaktadır. Bu kişiler ayrı olarak sigortalanmaktadır. 18 yaşından küçükler ve 18 ile 27 yaş arasında öğrenim görenler normal poliçe sahiplerinin ödedikleri primlerin yarısına sigortalı olabilmektedir.

Primleri içeren sağlık harcamaları belli miktarı geçtiği zaman gelir vergisinden indirim yapılabilmektedir. Ancak bu oran oldukça yüksektir (14/64).

Hastalık Sigortası Fonu'na üye olanların %90'ı aynı zamanda isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortasına sahiptir (5/48).

Kişisel Doğrudan (Cepten) Ödemeler: Sağlık harcamalarının %9'dan fazlası kişisel doğrudan ödemeler tarafından sağlanmaktadır. Bu oranın %4'ü İstisnai Tıbbi Harcamalar planına göre hizmet katılım payları, %2'si hastalık fonu planına göre hizmet katılım payları ve geri kalan %3 ise kişisel doğrudan ödemelerdir.

İstisnai Tıbbi Harcamalar Planına göre hizmet katılım payları bakımevi hizmetlerini kapsamaktadır.

Hastalık Sigortası Fonu planına göre sigortalı olan kişiler 100 Avronun üzerindeki tıbbi malzeme maliyetlerinin %20'sine katılmak zorundadırlar. Aile hekimi viziteleri, temel ağız sağlığı ve gebelerin yatakta tedavi maliyetlerinde katılım payı bulunmamaktadır. Diğer sebeplerden dolayı hastahaneye yatışlarda günlük 4 Avro katılım payı ödenmektedir (14/64).

Sağlık Harcamaları

2003 yılı Hollanda toplam sağlık harcamaları %9.8 olarak hesaplanmıştır. Bu oran %8.6 olan OECD ülkeleri sağlık harcamaları ortalamasının yüzde bir üzerindedir. Sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içerisindeki payı 2001 yılından bu yana hızlı artmaktadır (%8.3 2000, %8.7 2001, %9.3 2002). 2003 yılındaki artış 2001 ve 2002 yıllarına göre daha yavaş olmuştur.

2003 yılı kişi başına toplam sağlık harcaması 2.976 USD Doları olarak gerçekleşmiştir, OECD ortalaması ise 2.307 USD Dolarıdır. 1998 ve 2003 yılları arası kişi başına sağlık harcaması reel olarak yıllık %4.6 artmıştır.

Hollanda sağlık harcamalarındaki artışın en önemli nedenlerinden birisi ilaç harcamalarındaki artıştır. 2003 yılı ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %11,4 olmuştur.

Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin finansmanında ana kaynak olmuştur. 2003 yılında sağlık harcamalarının %62,4'ü devlet kaynaklarından sağlanmıştır (15/1).

2001 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın %9,1'i sağlığa harcanmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %63,3'ü kamu kaynaklıdır (5/57).

II.7. Finansal Kaynakların Paylaşımı

Sağlık Sigortası Fonları ikili bütçeleme sistemi ile işlemektedir. Fonlar genel bütçeden paylar almaktadırlar ve tahsis edilen pay ile harcamalar arasındaki farklılıkları sabit oranlı katkı payları ile denkleştirmektedirler. Sağlık Sigorta Fonları sağlık hizmeti sunucuları ile hizmet kalitesi, miktarı ve fiyatı konusunda anlaşmalar yapmaktadır (4/9).

Hastahane Ödemeleri

Hastahaneler kendi bütçelerini hazırlamaktadır. Hastahane bütçesi sigorta fonlarının ve hastaların ödemeleri ile finanse edilmektedir. 2000 yılından bu yana ödemeler performansa göre yapılmakta idi. 2005 yılında hastahane ödeme sistemi bir Hastalık Tanı Gruplama (HTG) sistemi türü olan Teşhis Tedavi Kombinasyonu (TTK) sisteminin uygulanmaya başlaması ile değişikliğe uğramıştır. Bu değişiklik bütçe sisteminde doğan aksaklıkları azaltmıştır. Hastahaneler yapmış oldukları sermaye harcamalarından dolayı herhangi bir finansal risk taşımamaktadırlar. Çünkü sermaye harcamaları için devletten ek bütçeler almaktadırlar (4/9).

Doktor Ödemeleri

Uzman doktorlar hastahanelerin maaşlı çalışanlarıdır. Uzman doktorlar hastahane bütçesinin bir parçası olarak bütçede fonlandırılırlar. Bütçe müzakere edilmiş hizmet hacmi esasına göre işlemektedir. Ancak doktor ödemeleri hizmet başına ödemelere göre yapılmaktadır. Eğer hekimin vermiş olduğu hizmet miktarı hastahane ile yaptığı anlaşmada belirtilen miktardan az ise daha az, çok ise daha fazla ödeme yapılmaktadır. 2005 yılından bu yana doktor ödemelerinde kriter olarak Teşhis Tedavi Kombinasyonu (TTK) sistemi esas alınmaktadır (4/9).

Aile hekimlerinin ortalama gelirleri hizmet verdikleri hasta sayısına göre hesaplanmaktadır. 2002 yılı verileriyle bir pratisyen doktora 2,350 hasta düşmektedir. Hastaların %60'ı sağlık sigorta fonundan, %40'ı özel sağlık sigortasından faydalanmaktadır.

Sağlık Hizmeti Ücret Kurulu aile hekimlerinin özel hastalara uygulayacakları en yüksek ücreti belirlemektedir. Ücretler Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı tarafından onaylanır ve katma değer vergisinden muafır (10/16).

2003 yılında aile hekimliği uygulamaları için 1,980 milyon Avro harcanmıştır. Bu oran kişi başı ortalama 122 Avroluk bir harcamaya denk gelmektedir. Söz konusu oranlar 2002 yılında 1,823 milyon Avro (kişi başına 113 Avro) ve 2001 yılında 1,594 milyon Avro (kişi başına 99 Avro) olarak gerçekleşmiştir (10/15).

II.8. Sağlık Teknolojileri

Sağlık Tesisleri Yasasının 18. maddesi yüksek teknoloji sağlık tesislerinin planlanması ile ilgilidir. Aynı zamanda ihtisas hizmetlerini de düzenlemektedir. Genel olarak 18. madde teknoloji kullanımını artırmayı ve tıbbi cihaz kullanımındaki tasarrufu sağlamayı amaç edinmektedir.

Sağlık Konseyi Ulusal Tıbbi Araştırmalar Kurumunun bilimsel ve finansal olarak yaptığı araştırmalara göre yeni teknolojilerin sağlık hizmetlerinde uygulanmasına karar vermekle sorumludur. Ulusal Tıbbi Araştırmalar Kurumu yeni teknolojilerin uygulanmasındaki ilk basamağı oluşturmaktadır. Ancak Hollanda sağlık teknolojileri uygulamasında öncelik ayarlamaları ile ilgili problemler vardır. Bu problemleri aşmak için araştırmacılar ve idare edici kademeler yukarıdan aşağıya planlama modeli öncelik ayarlamaları yapmaya başlamışlardır (4/8,3).

II.9. Reformlar

Sağlık sistemi, yapı ve reformlar konusunda sürekli müzazara ve görüşmeler sonucunda oluşturulmuştur. Sağlık sigortası alanında var olan kurumlar arasında var olan sistemi koruma ve temel bir sistem kurmak fikirleri arasında çelişkiler devam etmiştir. Reform kararlarının çoğu rekabeti artırma üzerine olmuştur ve etkili bir rekabet piyasası yaratılması güçlüklerinin altı çizilmiştir (4/2).

Hollanda sağlık politikaları yıllardır reformlar ile şekillenmiştir. 1974 yılında Sağlık Bakan Yardımcısı Hendriks tarafından finansman sistemindeki bazı temel problemleri içeren bir rapor sunulmuştur. Raporun genel çerçevesi, hastaların sağlık politikalarında ve karar alma sürecinde etkilerinin olmadığını ve hizmetler arasında eşgüdümle etkinliğin olmadığını vurgulamıştır. Rapor sağlık fonlarının planlanması ve paylaşımında, yerel idarelerin yetkisi altındaki yerel sağlık bütçesi fonlarının birleştirilmesi konusunda hükümetin rolünün artması gerektiğini savunmuştur. Genel kapsayıcı bir sosyal sağlık sigortasının bir kaynakta birleştirilmesi planı birçok olumsuz tepkilere maruz kalmış ve uygulamaktan vazgeçilmiştir. 1987 yılında Dekker Komitesi sağlık sisteminin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini tavsiye etmiştir. Komitenin raporu değişen ideolojileri ve devlet ile özel sektörün rolünü sorgulamıştır. Rapor karar alma mekanizmalarının merkezden diğer bölümlere kayması gerektiğini, sigortacılığının üçüncü taraf ödeyiciler olarak güçlendirilmesi ve müşterinin etkisinin artırılması gerektiğini vurgulamıştır. Kişilerin serbest bir şekilde sağlık sigortasını seçebileceği, zorunlu sigorta kapsamının küçültülmesi, seçimlik sağlık sigortasının da artırılmasını savunmuştur.

Dekker Komitesi sağlık sisteminde var olan birçok probleme dikkat çekmiştir. Bu problemler sigorta fonu planları çerçevesinde toplanmıştır. Mali sorumluluğun olmadığı, sigorta sağlayıcılar için finansal teşviklerin olmadığı, sigorta şirketlerinin genişleyen sağlık harcamaları tarafından baskılandığı, tüketicinin doğrudan seçim hakkının olmadığı, katı düzenleme sisteminin esnek bir hizmet yapısı sağlamayı engellediği vurgulanmıştır. Genel kapsam sağlamak amacıyla varolan fon akımlarının tek bir zorunlu sağlık sigorta fonu bünyesinde birleştirilmesini önermiştir. Dekker Komitesi hizmetlerin sağlanması ve sigorta yönetiminde devletin yönlendirici rolünün azalması gerektiğini vurgulamıştır.

1988 yılında uzun tartışmaların ardından reform önerisinin kabul edilmesine karar verilmiştir. Dört yıllık uygulama planı geliştirilmiştir ve 1989–1992 periyodunda aşamalar kaydedilmiştir. Bazı hizmetler hastalık fonu, özel sağlık sigortası ve istisnai tıbbi harcamalar planı içerisinde paylaştırılmıştır. Planlama kuralları ve fiyat ayarlamalarında yeni düzenlemeler yapılmıştır. Hastalık fonunun bölgesel olarak sınırlandırılması kaldırılmış, serbest çalışan sağlık elemanlarının hastalık fonu ile sözleşme yapması zorunlu olmaktan çıkarılmıştır. Ayrıca yerel idarelerin aile hekimliği üzerindeki kontrol yetkisi kaldırılmış, ücret tarifelerinin taban ve tavanları yeniden düzenlenmiştir. Bu önlemler sigorta kurumlarına sağlık hizmeti sunucuları ile yaptıkları sözleşmelerde esneklikler getirmiştir. Ücret, hizmetin miktarı ve kalitesi konusunda daha iyi bir şekilde anlaşmalar yapılmasına olanak tanımıştır.

Reform uygulamaları hayata geçirilirken siyasi tartışmalar tekrar ortaya çıkmıştır. Siyasi destek daha kararsız hale gelmiş ve kamu desteği aşınmıştır. Hükümet reformların ikinci uygulama ayağını rafa kaldırmak zorunda kalmıştır. Böylelikle Dekker reformları son bulmuştur.

1994 yılındaki seçimlerle gelen yeni hükümet 1998 yılında söz konusu reformlara devam etmeyeceğini, ancak var olan sağlık sisteminde aşamalı olarak değişiklikler yapılacağını belirtmiştir. Var olan devlet ve özel fon sistemi karışımı muhafaza edilmiş ve diğer alanlarda sağlık hizmetlerinin kalite ve etkililiğinin artırılmasına çalışılmıştır. Ancak 2000 yılının sonlarında sigorta sisteminin yeniden yapılandırılması dile getirilmeye başlanmıştır.

2000 yılından sonra sağlık reformu tartışmaları sosyal ve politik alana tekrar taşınmıştır. Sağlık Bakanı geniş sosyal sigorta kapsamının finansal yükü artırdığını ve sosyal ve özel sigorta bütünlüğünün yapılması gerektiği konusunda bir öneri sunmuştur (9/37-39).

Hollanda 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren yeni sağlık sigorta yasasını uygulamaya başlayacaktır. Yasa ile sigorta sisteminde bazı değişiklikler olmaktadır.

Yasa ile gelen düzenlemeler şöyledir:

1. Hollanda'daki bütün yerleşikler sağlık sigorta poliçesine sahip olmak zorundadır.
2. Sağlık sigorta poliçesi temel sağlık hizmetleri için standart bir paket ihtiva edecektir.
3. Sağlık sigorta sistemi kâr edebilen ve hissedarlarına kâr payı dağıtabilen özel sağlık sigorta şirketleri tarafında işletilecektir.
4. Sigortalı nominal sigorta prim düzeyi, şirketin performansı ve hizmetlere kişisel olarak ulaşım düzeyine göre istediği sigorta şirketini seçebilecektir.
5. Sağlık sigorta şirketleri ulus çapında faaliyet göstermek zorundadırlar. 850,000'den az poliçe katılımcısı olan şirketler belli bir bölgede faaliyet göstereceklerdir.
6. Sağlık sigorta şirketleri kendi faaliyet bölgelerindeki başvuran her yerleşik kabul etmek zorundadırlar.

7. Sağlık sigorta şirketleri sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu olacaklardır.
8. Sağlık sigorta şirketleri değişik kapsamda poliçeler önerebileceklerdir.
9. Eğer sigortalı masrafların geri ödenmesi esasına göre işleyen bir polise seçerse, sağlık sigorta şirketi belirtilen masrafları geri ödeyecektir.
10. Devletin sigorta şirketlerinin poliçe sahiplerine önereceği bakım türleri ile ilgili talimat verme hakkı vardır.
11. Sigorta şirketleri kalite ve fiyat yönünden rekabet edebilirler.
12. Sigorta prim miktarları bir sigorta şirketinden diğerine değişiklik gösterebilir. Ancak aynı şirketin aynı türde poliçe için alacağı primlerin miktarı farklı olamayacaktır.
13. İşverenler çalışanlarının zorunlu sigorta primlerini sağlık sigorta fonuna yatıracaklardır.
14. Devlet 18 yaşında küçüklerin sigorta primlerini sağlık sigorta fonuna yatıracaktır.
15. Sigortalının, şirketten hizmet almaması nedeniyle, primlerinin bir kısmını geri alma hakkı olacaktır.
16. Sigorta şirketleri grup sözleşmelerinde iskonto yapabileceklerdir (8/1-3).

Hollanda sağlık sistemi karmaşık ve sürekli değişen bir sistemdir. Bu sebepten dolayı tanımlanması zordur ve diğer Avrupa sağlık sistemlerinden farklıdır. Sistemin yapılanmasında üç ayrı bileşen mevcuttur ve özellikle ikinci öge (Zorunlu Hastalık Fonları) ve bu fonların finansmanı konusu son on yılda reformların odak konusu olmuş ve üzerine tartışmalar yapılmıştır. Sistemin içerisinde birincil bakım sisteme giriş noktası olarak tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Birincil sağlık hizmetleri ayakta tedavi işlemlerinin üçte ikisinden fazlasını gerçekleştirmektedir. Bu başarı sistemin hasta memnuniyetini sağlaması ile açıklanabilir.

Sistemdeki değişiklikler ve daha piyasa odaklı bir sağlık sistemi üzerine tartışmalar faaliyetlerin kalitesinde artış sağlamıştır. Tartışmalar hâlâ devam etmektedir. Etkili bir piyasa rekabeti sağlanmaya çalışılırken aynı zaman finansal olarak ulaşılabillirlik gibi konular arasında uzlaşa sağlanmaya çalışılmaktadır(4/10).

III. HOLLANDA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 1: Hollanda Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri

Gösterge	Hollanda	Türkiye
Toplam Nüfus (000), 2003	16,149	71,325
Yıllık Ortalama Nüfus Artış oranı (%),1993'den 2003'e kadar	0,6	1,6
Bağımlı Nüfus Hızı (%), 2003	48	56
60 Yaş Üzeri Nüfus Yüzdesi (%), 2003	18,7	8,2
Kaba Doğurganlık Hızı, 2003	1,7	2,4
Ortalama Yaşam Süresi(yıl), 2003	79,0	70
Erkek Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (‰) (2003)	6	40
Kız Çocuk Ölüm Hızı (5 yaş altı) (‰) (2003)	5	38
Erkek Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (‰) (2003)	93	176
Kadın Kaba Ölüm Hızı (15-59 yaş arası) (‰) (2003)	66	111
Erkek Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	69,7	61,2
Kadın Ortalama Sağlıklı Yaşam Süresi (yıl) (2002)	72,6	62,8
Kişi Başına Düşen GSMH, (2002)	28,963	6,448
Gayri Sani Milli Hasıladaki Sağlık Harcamalarının Yüzde(%), (2002)	8,8	6,5
Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Özel Sektör Harcamalarının Yüzdesi (%) (2002)	34,4	34,2

Kaynak: (12) World Health Organization (2006) Country Health Indicators Netherlands s:1-3

(13) World Health Organization (2006) Country Health Indicators Turkey s:1-3

Hollanda Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine sahiptir. Hollanda'da talebin finansmanı birbiri ile paralel olan ve kişilerin gelir dağılımına göre sınıflanan geniş ve kapsamlı sağlık sigortacılığı ile sağlanmaktadır. Bu sigortalardan birincisi Hollanda'da yaşayan herkesi kapsamına alan ve uzun süreli ve yüksek maliyet gerektiren hastalıkları içine alan İstisnai Tıbbi Harcamalardır.

İkincisi belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişiler için düzenlenmiş, standart tıbbi bakımı kapsayan zorunlu ve primli Hastalık Sigortasıdır. Üçüncüsü ise belirli seviyenin üstünde geliri olanlar için Özel Sağlık Sigortasıdır. Hollanda'da sağlık sigortacılığı zorunlu ve primli sisteme dayanmaktadır. Aynı zamanda kamu ağırlıklı bir sigortacılık sistemi vardır. Türkiye'de de zorunlu ve primli kamu ağırlıklı sağlık sigortacılığı sistemi vardır. Özel sağlık sigortacılığı fazla gelişmemiştir.

Türkiye de sağlık hizmeti talebinde ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri grubunda yer almaktadır.

Hollanda'da coğrafi ve nüfus olarak küçük bir ülke olması nedeniyle Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunumu ve düzenlenmesinin dışında başka işler de yapmaktadır. Türkiye'nin nüfus yapısı göz önüne alındığında sadece sağlık işleri ile ilgilenen Sağlık Bakanlığı vardır.

İyi örgütlenmiş birincil sağlık hizmet yapısı hastalıkların akut dönemde teşhis edilip yatakta tedavi aşamasına gelmeden ayakta tedavi ile daha etkin ve az maliyetle çalışmaktadır. Türkiye'de hastahane yatış ve da hastahanelere ayakta başvuru çok kolaydır. Kişiler birincil sağlık hizmetleri kurumları ile çözebilecekleri sağlık problemlerini ikincil sağlık hizmeti kurumlarında çözmeye çalışmaktadırlar.

İkincil sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda Hollanda'da kişiler ikincil sağlık hizmeti kuruluşlarına istedikleri anda gidememektedir. Kişiler önce kendi aile hekimlerine muayene olmak zorundadırlar. Aile hekiminin sevk etmesi sonucunda ikincil sağlık hizmeti kuruluşlarına başvurabilmektedir. Türkiye'de ise kişiler istedikleri anda ikincil sağlık hizmeti kuruluşlarına başvurabilmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumunda sorunlara yol açmaktadır.

Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçmeye yönelik çalışmalar yürütülürken Hollanda'da uzun süreden beri etkili aile hekimliği sistemi mevcuttur. Hollanda'da aile hekimleri bazı kırsal kesimlerde eczacılık hizmetleri de verebilmekte ve normal çalışma sahasında da eczahanelerle eşgüdüm içerisinde. Hollanda ilaç tüketiminin büyük bir kısmını kendi üretim olanaklarıyla karşılarken, Türkiye ilaç hammaddesi konusunda dış ülkelere bağımlıdır.

Sağlık göstergeleri bakımından Hollanda sağlık göstergelerinin Türkiye ve diğer Avrupa ülkelerinden yukarıda olduğu görülür. Kişi başına GSMH'nin Türkiye'nin dört katı olması sağlık harcamalarına da yansımaktadır. Hollanda'da GSMH içerisinde sağlık harcamalarının oranı Türkiye'den daha fazladır. Hollanda ve Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu finansmanı ağırlıklı olduğu görülmektedir. 2002 yılı verilerine göre her iki ülkede de toplam sağlık harcamaları içerisindeki özel sektör harcamalarının payı %34 civarındadır. Türkiye'de arzda devlet, kişisel dolaylı (sigorta) ve kişisel doğrudan ödemeler ağırlıklıdır. Ayrıca özel sektör arzda talepten daha ağırlıklı, sigorta hariç kamu talepte daha ufaktır.

Hollanda'da sağlık hizmetleri geniş çapta özel sektör veya gönüllü ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca sağlanmakta iken Türkiye'de sağlık hizmet sunumu büyük oranda kamu ağırlıklı olarak verilmekte ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında sivil toplum örgütleri çok fazla rol almamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Uğurlu, A. (2004) Hollanda Krallığı Ülke Raporu, Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı, Ankara
2. U.S. Department of State (2006) The Netherlands Profile
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3204.htm>
(Sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Ana Yayıncılık (1993) AnaBritannica Temel Britanica Temel Eğitim ve Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul
4. WHO (2005) Health Care System in Transition HIT Summary Word Health Organization
<http://www.euro.who.int/Document/E84949sum.pdf>
5. WHO (2004) Health Care System in Transition – Netherlands, World Health Organization Regional Office for Europa,
www.euro.who.int/Document/E84949.pdf
6. Ministry of Health, Welfare and Sport (2004) Health Insurance in Netherlands,
<http://www.minvws.nl/images>
7. WHO (2005) Snapshots of Health Systems Netherlands, Word Health Organization
www.euro.who.int/Document/E85400.pdf
8. Ministry of Health, Welfare and Sport (2004) The New Health Insurance System in a Brief,
<http://www.minvws.nl/images/The%20new%20health%20insurance>
9. Ministry of Health, Welfare and Sport (2001) Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands,
http://www.minvws.nl/images/Healthcare07_tcm11-45335.pdf
10. Ministry of Health, Welfare and Sport (2005) Primary Health Care in the Netherlands,
http://www.minvws.nl/images/vws-051686-primary-20_tcm11-69605.pdf
11. Ministry of Health, Welfare and Sport (2006) Health Organization,
<http://www.minvws.nl/en/organization/>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. WHO (2006) Country Health Indicators Netherlands, Word Health Organization
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=nld>
13. WHO (2006) Country Health Indicators Turkey, Word Health Organization
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

14. European Observatory on Health Care Systems (2002) Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealthAndSocialCare/pdf/finalreport.pdf>
15. OECD (2005) OECD Health Data 2005 How Does the Netherlands Compare,
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/26/34970210.pdf>
16. Ministry of Health, Welfare and Sport (2004) Medicines,
http://www.minvws.nl/images/42209_indr_En_41_tcm11-51993.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN