

# DANİMARKA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŐTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŐTIRMA GRUBU

Őeyma KÖRMEN

Özlem SAğLAM

Zeynep KURT

Zehra ELMAS

Ayőe BAL

A. ERDAL SARGUTAN

**DANİMARKA SAğLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	766
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	769
I.1. Coğrafi Yapı	769
I.2. Ülke Tarihi	770
I.3. Ulaşım	771
I.4. Ekonomi	771
I.5. Temel Siyasal Yapı	772
I.6. Toplumsal Yapı Ve Refah	773
I.7. Kültürel Yaşam	773
<b>II. SAğLIK SİSTEMİ</b>	774
II.1. Ülkenin Sağlık Durumu	774
II.1.1. Tahmini Yaşam Süresi	775
II.1.2. Ölüm Oranı	776
II.1.3. Yaygın Hastalıklar	776
II.1.4. Sosyal Hayatta Risk Faktörleri	777
II.2. Sağlık Sisteminin Yapısı	778
II.2.1. Ülke Düzeyi	781
II.2.2. İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlar	781
II.2.3. İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın Uluslararası Görevleri	782
II.2.4. Bölgesel Yönetimler Düzeyi	783
II.2.5. Yerel Yönetimler Düzeyi	784
II.3. Sağlık Sisteminin İşleyişi	784
II.3.1. Danimarka'da Sağlık Sisteminin Temel İlkeleri	786
II.3.2. Refah Ve Tercih	786
II.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	786
II.3.4. Genel Pratisyenler Ve Uzman Hekimler	788
II.3.5. Diş Hekimleri	789
II.3.6. Fizyoterapistler	790
II.3.7. Şifon faktörler	790
II.3.8. Hemşireler	790
II.3.9. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi	791
II.3.10. Şeffaflık Ve Kalite Yönetimi	791
II.3.11. Hasta Hakları	792
II.3.12. İlaç	792
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	793
II.4.1. Sağlık Güvencesi	797
II.4.2. Diğer Tedavi Ve Geri Ödeme Biçimleri	797
<b>III. DANİMARKA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	800
<b>KAYNAKLAR</b>	803

## ÖZET

Danimarka Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipi sağlık sistemi modernini benimsemiştir. Sağlık sistemi merkezi olmayan, hastalık dâhil tüm kişisel sağlık hizmetlerini ve tüm bireyleri kapsayan zorunlu, kamu / bütçe kaynaklı sosyal sağlık güvenliği ağırlıkta olan bir sistemdir. Her türlü temel, geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünün bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda verilmesini sağlayacak, tam kapsamlı bir sağlık sosyal güvenliği organizasyonunu esas almıştır. Büyük ölçüde kamu hizmeti olarak sunulur. Çoğu sağlık güvenliği hizmetleri ve hastahanelere yatış işlemleri ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir.

Bir bütün olarak ele alındığında, sağlık hizmeti sunumu üç idari yapıya ayrılabilir: Ulusal düzeyde İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, bölgesel düzeyde il idareleri ve belediyeler. Birincil sağlık hizmetleri belediyelerde örgütlenmiştir. Sağlık hizmetleri en alt düzeydeki idari yapının sorumluluğuna bırakılmıştır. Hizmetlerin yürütülmesinin sorumluluğu bölgesel düzeyde otoritelere bırakılmış olsa da, hizmete ilişkin işler hükümet ve yerel yönetimlerce yakın işbirliği içinde gerçekleştirilir.

Bakanlık kanunların hazırlanması ve politikaların genel çerçevesinin belirlenmesi ile ilgilenir. Her yıl İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Bölgesel Yönetimler Birliği bir araya gelerek, bütçenin belirlenmesini ve sağlık harcamalarının ayarlanmasını gerçekleştirir.

Danimarka sağlık sisteminde koruyucu ve birincil sağlık hizmetlerine büyük önem verilmektedir. Bir hastalık durumunda bireyler ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurur. Birinci sağlık hizmeti kapsamında büyük ölçüde genel pratisyenler hizmet verirler ve ikincil sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltan kişiler olarak görev yaparlar.

Hastahaneler daha fazla uzmanlık, ekipman ve bakım gerektiren tıbbi durumlarla ilgilenir ve daha ileri tıbbi inceleme ve tedavi hizmetleri verir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastahaneler hastaların tedavilerine ek olarak sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırmalar ve koruyucu sağlık hizmetleri ile de uğraşırlar.

- Kamu sağlık güvenliği sisteminde iki farklı sigorta grubu bulunmaktadır.

Birinci grup sigorta sistemi daha sık kullanılmaktadır. Bu sistemde hasta, bir genel pratisyen veya bir sağlık merkezini kendi tabibi olarak seçebilir. Tabibe başvuru veya seçenek olarak bir uzmana başvuru ücretsiz yapılır ancak uzmana başvuru için tabip sevki gerekmektedir.

İkinci grup sigorta sisteminde kişi istediği herhangi bir genel pratisyene ve sağlık merkezine başvurabilir. Ayrıca uzman tabibe doğrudan başvuru yapma hakkı da vardır.

Sağlık güvenliği sistemi 2. grup hastaların masraflarının, 1. grup hastalara denk tedavi için ihtiyaç olan miktar kadarını karşılar, geri kalan kısmını hasta kendi öder.

Danimarka'da sağlık hizmeti sisteminin ana finansman kaynaklarını devlet, il ve belediye vergileri oluşturur. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak yerel vergilerle finanse edilir. Finansmanın diğer kaynakları ise tıbbi malzemeler ve sağlık hizmetleri için kişisel olarak yapılan kişisel doğrudan demeler, bazı özel hizmetler ve isteğe bağlı sağlık sigortaları ve bağışlardır.

Sağlık harcamalarının yaklaşık %80'ini kamu harcamaları, %20'sini kişisel sağlık harcamaları oluşturmaktadır.

A. ERDAL SARGUTEN

A. ERDAL SARGUTAN

# DANİMARKA SAğLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

ADI	:Kongeriget Danmark (Danimarka Krallığı)
BAŞKENT	:Kopenhag
NÜFUS	:Temmuz 2006 tahmini: 5.450.661 kişi
YÜZÖLÇÜMÜ	: 42.394 km <sup>2</sup> (Grönland ve Faroe Adaları hariç)
NÜFUS YOğUNLUğU	:122,9 kişi / km <sup>2</sup>
DİL	:Danca (İngilizce ve Almanca yaygın).
YÖNETİM SİSTEMİ	:Meşruti Monarşi ve Parlamentar Demokrasi
PARA BİRİMİ	:Danimarka Kronu (DDK)(2:7,8).

### I.1. Coğrafi Yapı

Danimarka, Almanya'nın kuzeyindeki Jutland Yarımadası ile 406 adadan oluşan 43.094 km<sup>2</sup> büyüklüğünde bir ülkedir. Sadece Almanya ile ortak kara sınırı bulunmaktadır (1:3).

Almanya ile olan sınırı toplam 68 km.dir (2:6).

Kuzey ve doğusundaki Baltık Denizi ile İsveç ve Norveç'ten ayrılır. Ülkenin başkenti olan Kopenhag, doğudaki Zealand Adası'nda olup, deniz kıyısında bulunmaktadır. Bu ülkeye bağlı olan Grönland ve Faroe Adaları özerk yönetime sahiptir (1:3).

**Yüzey Şekilleri:** Ülke, kuzeyden güneye 335 km, doğudan batıya 290 km (en doğudaki Bornholm Adası göz önüne alındığında 440 km.) boyunca uzanır. Adalarla birlikte 6.860 km'yi bulan kıyı şeridi batıda Kuzey Denizi'ne, kuzeyde Skagerrak'a, doğuda Kattegat ve Baltık Denizi'ne bakar.

Danimarka'nın anakara bölümü, deniz seviyesinden ortalama yüksekliği ancak 30 m'ye ulaşan düzlüklerden oluşur. En yüksek noktası, yarımadanın orta kesimindeki Yding Skovhoej'dur (173 m) (3:5). En alçak noktası deniz seviyesinden 7 m. aşağıda bulunan Lammefjord'dur (2:6).

Danimarka'nın en büyük akarsuyu olan Gudena, Jutland'ın orta doğu kesiminden doğar, 157 km'lik bir çığırdan sonra doğu kıyısındaki Randers Fiyordu'nda denize dökülür.

Ülkedeki sayısız göllerin en büyüğü Zealand'daki Areseo Gölü'dür (40km<sup>2</sup>) (3:5).

**İklim:** Sıcaklık ortalaması kış aylarında 0,5 °C; yaz aylarında 16 °C civarında değişmektedir. Nem oranı genellikle yüksek olup; kış aylarında %83-88, yaz aylarında %68-78 arasında seyrederek. Yıllık ortalama yağış 500-900 mm arasında değişir (1:3).

**Bitki Örtüsü:** Danimarka'nın yaklaşık %10'u ormanlıktır. Doğal bitki örtüsünü oluşturan meşe, karaağaç, kayın ve ıhlamur gibi yaprak döken ağaçların yanı sıra ladin ve köknar ağaçlarına rastlanır. Başlıca bitki türleri kum bitkileri ve çalılardır. Tundraların egemen bitki örtüsünü oluşturduğu Grönland'ın güneyinde salatalık ve turp gibi sebzelerin yanı sıra saman olarak kullanılan otlar yetişir. Faroe Adaları'nın geniş çaplı koyun besiciliğine elverişli bir bitki örtüsü vardır (3:7).

**Nüfus:** Temmuz 2006 tahminleri Danimarka nüfusunun 5.450.661 olduğunu göstermektedir. Nüfus artış hızı %0,33'tür (2:7).

Kökünü neolitik çağda birbiriyle karışan çeşitli ırklara dayanan bugünkü Danimarka halkı İskandinav halklarının tipik özelliklerini taşır. Etnik yapı olarak Danlar nüfusun %95'ini oluşturur. Ülkenin eski küçük azınlıkları olan Jutland'ın güneyindeki Almanlar, Yahudiler ve Polonyalılar büyük ölçüde özümsemiştir (3:7).

## 1.2. Ülke Tarihi

Danimarka, 9-11. Yüzyıllar arasında merkezi Jutland Adası olan güçlü bir Viking Krallığıyla tarihte ilk olarak ismini duyurmuştur. Kral Canute yönetimindeki bu krallık İngiltere'yi 30 yıl kadar egemenliği altına almıştır. Viking akınları Hıristiyan dininin tanınmasını sağlamış ve bu din 12. Yüzyıldan itibaren İskandinavya'da yayılmaya başlamıştır.

Asillerin güçlenmeleri sonucu, Kral Canute Magna Carta benzeri bir belge imzalayarak ilk anayasayı onaylamıştır. 16. yüzyılda Kraliçe I. Margerethe yönetimindeki Danimarka Norveç, İsveç, İzlanda, Faroe Adaları, Schlesswig-Holstein ve Grönland'ı elinde bulunduran büyük bir güç durumuna gelmiştir. Krallık 1600'lerde çöküşe geçmiştir; 1658'de İsveç, 1815'de Norveç bağımsızlıklarını ilan etmişlerdir. Sadece İzlanda sembolik olarak Krallığa bağlı kalmış, 1944'te bağımsızlığını ilan etmiştir.

Bu arada Avrupa genelinde olduğu gibi Danimarka'da da hürriyetçi hareket ortaya çıkmış ve bunun giderek güçlenmesi neticesinde 1849'da mutlak monarşiye son verilmiş ve meşruti krallığa geçilmiştir. 1864 yılında Schlesswig-Holstein'i Prusya ile yaptığı savaşta kaybeden Danimarka, 1920'de 1. Dünya Savaşını takiben Güney Jutland'da bir kısım toprağı, içerdiği Alman azınlıkla birlikte geri almıştır. Bin yıldır bağımsızlığını koruyan Danimarka İkinci Dünya Savaşı'nda Almanya'nın işgaline uğramıştır. II. Margerethe 1972'den beri kraliçedir.

Danimarka, tarihi, ekonomik ve coğrafi nedenlerle hem Nordik, hem de Avrupa Birliği ülkeleriyle yakın ilişkiler içinde olmuş, bununla birlikte büyük komşularının arasında bir denge arayışının sonucu olarak Atlantik ötesi ilişkilerin de güçlü bir savunucusu olmuştur. 1973 yılında Avrupa Birliği'ne (o zamanki adıyla Avrupa Ekonomik Topluluğu) katılmıştır. Ancak bağımsızlığını koruma kaygısıyla Maastricht Antlaşması'nın ortak para birimine geçişi, adalet ve iç işleri alanında işbirliğini öngören bazı hükümlerine ve aynı nedenle Avrupa Güvenlik ve Savunma Politikasına (AGSP) katılmamıştır (1:3,4).

Danimarka Nisan 1949'da NATO'ya üye olmuştur. (2:5).



### I.3. Ulaşım

Toplam uzunluğu 2.673 km olan demiryollarının büyük bölümünü Danimarka Devlet Demiryolları işletir. Bu demiryollarının 601 km'lik kısmında elektrikli trenler kullanılmaktadır.

Ülkede toplam 72.257 km'lik karayolu ağı vardır.

Danimarka'da 2006 yılı itibariyle toplam 92 havaalanı bulunmaktadır ve bu havaalanlarının 28'i uluslararası uçuşlarda kullanılmaktadır (2:14).

### I.4. Ekonomi

Avrupa Birliği üyesi olan Danimarka'da, büyük ölçüde imalat sanayisine, hizmet ve bankacılık sektörlerine dayanan karma bir ekonomi yürütülmektedir. Yetersiz doğal kaynaklarına karşın, yaşam düzeyi bakımından dünyada ilk sıralarda yer alır (3:7).

2006 yılı verilerine göre gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) satın alma gücü paritesine göre 198,5 milyar Amerikan Doları, resmi borsa oranına göre 256,3 milyar Amerikan Doları'dır (2:11).

Danimarka ekonomisi özel tüketimin gelişmesi, düşük işsizlik oranı, artan maaşlar sayesinde güçlü bir gelişme içerisinde. Danimarka ekonomisi dengesini genel olarak besin ve enerji ihracatı ile sağlamaktadır. Avrupa Ekonomi Topluluğu'nun kriterlerini yerine getirse de bu birlikteliğe diğer 12 üye gibi katılmamıştır. Para birimi olarak Euro yerine, Danimarka Kronu kullanmaya devam etmektedir. Kişi başına düşen milli gelirin yüksek olması Danimarka vatandaşlarının yaşam kalitesini yükseltmektedir (2:10,11).

**Tarım Sektörü:** Yoğun ekimin uygulandığı toprakların yarısından fazlası başta arpa olmak üzere tahıl ürünlerine ayrılmıştır. Öteki önemli ürünler şeker pancarı, buğday, kolza ve patatesir. Toprakların büyük bölümü kooperatifler biçiminde örgütlenmiş küçük ve orta çiftçilerin elindedir. Çayır ve otlaklar ülke topraklarının %6'sını oluşturur (3:7).

**Hayvancılık:** Sık nüfus ve yoğun ekim nedeniyle Danimarka'da sığın ayısı ve yaban sığırları gibi memeli hayvanların soyu büyük ölçüde tükenmiştir. Bununla birlikte ülkenin birçok yerinde karacaya hala rastlanmaktadır. Jutland'daki ormanlarda kızıl geyik yaygındır. Çiftlik hayvanlarının sayısı oldukça yüksektir. Danimarka'da sürekli olarak yaşayan birçok kuş cinsi saptanmıştır. Grönland'da ren geyiği, kutup ayısı, kakım, kar tavşanı ve kutup tilkisi gibi memelilerin yanı sıra çok sayıda deniz kuşu yaşar. Denizlerde zengin bir hayvan varlığı bulunur. Grönland tatlı ve tuzlu su balıkları yönünden de zengindir (3:7).

**Doğal Kaynaklar, Enerji:** Danimarka'nın geniş kireçtaşı yatakları dışındaki en önemli yeraltı kaynağı son yıllarda Kuzey Denizi'nde bulunan petrol ve doğalgaz yataklarıdır. Bu yatakların tahmini rezervi sırasıyla 62 milyon ton ve 113,3 milyar metreküptür. Çinko ve kurşun yataklarının işlendiği Grönland'da uranyum ve toryum bulmak için yoğun araştırmalar yürütülmektedir. Ayrıca ülkede üretilen 35,8 milyar kwh elektriğin büyük kısmı termik santrallerce sağlanmaktadır (3:7,8).

**İmalat Sanayi:** Toplam işgücünün yaklaşık altıda birinin çalıştığı imalat sanayisi değişik ürünlere dayanır ve çok gelişmiştir. İşlenmiş petrol ve metal ürünleri ile makinelerden sonra en önemli ürünler çimento, domuz eti, işlenmiş gıda, giyim eşyası, mobilya ve kağıttır. Sanayi kuruluşları, petrol tesisleri ve konut yapımına dayanan inşaat sektörü ekonomiye önemli bir katkıda bulunur (3:7,8).

**Ekonomik Gelişmeler:** Ekonomik gelişmeler 2004 yılında bir hız kazanmıştır ve 2006 yılında da bu büyüme devam etmektedir. 2006 yılı tahmini büyümesi %3 olarak belirlenmiştir.

İşsizlik oranı için 2006 tahmini %4,5'tir. Enflasyon oranı tüketici fiyatlarında 2006 yılı için %1,8 olarak belirlenmiştir.

Ülke içinde yoksulluk sınırında birey bulunmamaktadır. İş gücünün mesleklere göre dağılımı şu şekildedir: %3 tarım, %21 endüstri, %76 hizmetler sektörü. Gayri Safi Milli Hasıla'nın bölümlere göre dağılımı da şu şekildedir: %1,4 tarım, %24,6 endüstri, %74 hizmetler sektörü.

Danimarka'da 2006 yılı için öngörülen vergi gelirleri 147 milyar Amerikan Doları ve toplam giderler 138,9 milyar Amerikan Doları'dır. Ayrıca yine 2006 verilerine göre kişi başına düşen yıllık gelir 37.000 Amerikan Doları'dır (2:11).

**Dış Ticaret:** İhracat miktarı 2006 yılı tahminlerine göre 93,93 milyar Amerikan Doları'dır. İhrac ettiği başlıca ürünler et ve et ürünleri, balık, kimyasallar, mobilya, gemi ve yel değirmenleridir. İhracatının %17,6'sını Almanya'ya %13,2'sini İsveç'e, %8,7'sini İngiltere'ye, %6,4'ünü ABD'ye, %5,5'ini Fransa'ya, %5,3'ünü Hollanda'ya ve %5,1'ini Norveç'e satmaktadır.

İthalat miktarı 2006 yılı tahminlerine göre 89,32 milyar Amerikan Doları'dır. İthal ettiği başlıca ürünler ise; makineler ve ekipmanları, işlenmemiş malzemeler ve kimyasallardır (2:13).

### 1.5. Temel Siyasi Yapı

Danimarka 14 eyalet ve meclise üye gönderen iki vilayetten oluşur (bu iki vilayet yanlarında yıldızla gösterileceklerdir). Bu eyaletler; Arhus, Bornholm, Frederiksberg\*, Frederiksborg, Fyn, Kobenhavn, Kopenhag\*, Nordjylland, Ribe, Ringkøbing, Roskilde, Sonderjylland, Storstrom, Vejle, Vestsjælland ve Viborg'dur. 2005 yılındaki yerel yönetim reformunun sonucu olarak; 2006 yılı geçiş yılı olarak belirlenmiş ve 1 Ocak 2007 itibari ile 271 belediye 98 belediyeye indirilmiş ve 14 eyalet beş bölgede tekrar organize edilmiştir (2:8).

Devletin başında resmi olarak hükümdar (kral veya kraliçe) bulunur. Kral veya kraliçe seçimle başa gelmez. Hükümdarlık atadan evlada geçer. Danimarka parlamentosu tek meclisli bir yapıya sahiptir ve 179 milletvekilinden oluşmaktadır. Bunlardan ikisi Grönland, ikisi de Faroe Adaları'nı temsil ederken, kalan 175 milletvekili Danimarka'daki seçimlerce belirlenir. Milletvekilleri nispi temsil esasına dayanan 4 yıllık sürelerle halkın oylarıyla seçilir. Seçmen yaşı 18'dir (2:9).

### I.6. Toplumsal Yapı Ve Refah

Eğitim 7-16 yaş arasındaki çocuklar için zorunludur. Okulların büyük bölümü devlet yönetiminde ve parasızdır. Özel okullar devletten geniş mali destek görür. Yetişkinler için açılmış olan kamu okulları sınavsız ve serbest bir ders programı uygular. Ülkedeki ticaret, teknik ve meslek yüksekokullarının yanı sıra 5 üniversite vardır. Bunların en önemlisi 1479 yılında kurulan Kopenhag Üniversitesi'dir.

Danimarka'da dünyanın en eski ve en kapsamlı sosyal güvence sistemlerinden biri yürürlüktedir. 67 yaşını geçen herkes yaşlılık aylığı alır. Sosyal güvence sistemi emeklilik, sakatlık, hastalık, annelik, işsizlik ve ölüm yardımlarını kapsar. İş kazası sigortasını işverenler karşılar (3:8).

### I.7. Kültürel Yaşam

İngiliz, Fransız ve Alman kültürünün izlerini taşıyan Danimarka kültürü birçok alanda uluslararası düzeyde sanatçılar yetiştirmiştir. Kökleri 15. Yüzyıl önceye giden Danimarka edebiyatının ilk örnekleri İzlanda Sagaları ve Danimarkalı Keşiş Saxo'nun ünlü tarih kitabı *Gesta Danorum* (Danlar'ın Tarihi) aracılığıyla günümüze kadar ulaşmıştır (3:8).

A. ERDAL

SARGUTAN

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

**Tablo 1: Sağlıkla İlgili Genel Veriler**

Gösterge	Yıl	Değer
Nüfus	2005	5.415.978
0-14 yaş arası nüfusun tüm nüfusa oranı %	2001	18.56
65 ve üzeri yaş nüfusun tüm nüfusa oranı %	2001	14.82
Her 1000 kişide ham ölüm oranı	2001	10.76
Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi	2001	77.3
Beklenen ortalama yaşam süresi - erkek	2001	75.05
Beklenen ortalama yaşam süresi - kadın	2001	79.46
Tahmini beklenen ortalama yaşam süresi	2003	77
Her 1000 doğumda çocuk ölüm miktarı	2000	5
Tüm yaşlar için her 100.000 kişide dolaşım sistemi hastalıkları	2001	249.67
Tüm yaşlar için her 100.000 kişide kötü huylu kanser	2001	218.69
Her 100.000 kişide tüm yaşlar için harici yaralanma ve zehirlenmeler	2001	45.86
Her 100.000 kişide tüberküloz görüme sıklığı	2004	6.63
Her 100.000 kişiye düşen hastahane yatak sayısı	2004	382.25
Her 100.000 kişiye düşen tabip sayısı	2004	357.09
Her 100 hastadan yataklı hastahane bakımı sayısı	2004	22.12
Toplam sağlık harcamalarının milli gelire oranı (WHO tahmini)	2004	9

**Kaynak:** (10) WHO (2005) **Country Information- Denmark**, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva (s:3).

### II.1. Ülkenin Sağlık Durumu

Çeşitli hastalıklar sonucu meydana gelen ölüm oranının ölçülmesi toplumun sağlık durumunun belirlenmesinde en iyi yol değildir fakat bu konuda bize bazı önemli fikirler verebilir.

1980 yılından beri kalp ve damar hastalıkları daha nadir görülen bir hastalık haline gelmiştir ve 1999 yılı itibariyle tüm ölümlerin %23'ünü oluşturmaktadır. Koroner hastalıklar sebepli ölümler 1999 yılı itibariyle tüm ölümlerin %17'sini oluşturmaktadır ki bu oran 1981'deki oranın üçte biridir.

Kanser sebepli ölümlerin oranı yükselmeye devam etmektedir ve tüm ölümlerin %26'sını oluşturmaktadır. Erkeklerde bir azalma eğilimi görülse de akciğer kanseri esas alındığında kadınlarda kanser görülme sayısındaki artış tüm dünyada ilk sıradadır. Yine Danimarka'da yaşayan kadınlarda görülen meme kanseri sayısı tüm Avrupa'da ilk sıralardadır.

Diğer Batı Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında intihar sayısı yüksek olsa da son yıllarda bu sayıda büyük bir düşüş gözlenmektedir.

Toplum ve bireye etkisi çok olsa da kronik (sürekli, müzmin) hastalıklar ölüm oranı istatistiklerine yansımazlar. Eklem ve kas ağrıları zor fiziksel işlerde çalışma sebebiyle olabilir ve tüm Danimarka nüfusunun %10'u bu hastalıklardan şikayetçidir. Şikayetçi olan bu grup evde günlük işlerini yapamadıklarını söylemektedir ve bu grubun oranı genel nüfusun yaşı ilerledikçe artmaktadır (7:3).

Şimdiki Danimarka sağlık sisteminin yapısı 1970'li yılların başından beri kullanılmaktadır. Hastahane yönetimleri ve sağlık çalışanları konularıyla İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı (Indenrigs-og Sundhedsministeriet) ilgilenirken; birincil sağlık hizmetleri, sağlık sigortası ve toplum hizmetleri gibi konularla Sosyal İşler Bakanlığı ilgilenmektedir. Danimarka sağlık sistemine göre her birey ücret olmaksızın bir yıl için kendisinin seçtiği bir tabibe gidebilir ve da her istediğinde bir başka tabibe başvurabilir (ikinci seçenekte masrafların üçte ikisi hasta tarafından ödenmelidir). Tıbbi ve cerrahi uzman yardımı da kaliteli hemşirelik hizmetleriyle birlikte kullanılabilir. Masraflar kamu tarafından karşılanırken, nispeten yüksek olan vergiler sağlık harcamaları için esas kaynaktır (5:3).

Danimarka vatandaşları birincil sağlık hizmetlerinden faydalanmak istediklerinde iki sistem arasında tercih yapmak zorundadırlar. Bu sistemlerin birincisinde hasta bir yıl için herhangi bir tabibi ücret olmaksızın tercih eder ve tıbbi hizmetleri hastaya bu tabip sunar, gerektiğinde aynı tabip uzman tabibe bu hasta adına başvuru yapabilir. Diğer seçenekte hasta istediği zamanda istediği herhangi bir uzmana gidip muayenesini olabilir. Ancak bu durumda tüm tıbbi masrafların üçte ikisini hasta karşılamalıdır. Danimarka vatandaşları sıklıkla ilk seçeneği kullanırlar. Diş ile ilgili hizmet alan bütün hastalar ücretin belirli bir kısmını ödemek zorundadırlar (5:4).

### II.1.1. Tahmini Yaşam Süresi

1960'larda Danimarka vatandaşlarının sağlık durumu ve beklenen ortalama yaşam süresi en yüksek standartlarda kabul ediliyordu. Danimarka beklenen ortalama yaşam süresinde sadece İsveç, Norveç ve Hollanda'nın gerisindeydi. 1990'dan beri beklenen ortalama yaşam süresinde İrlanda ve Portekiz hariç tüm Avrupa ülkelerinin gerisine düşmüş durumdadır (7:2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre 2002 yılında bir Danimarkalının beklenen ortalama yaşam süresi 77,2 yıldır. Bu süre kadınlar için 79,5 yıl, erkekler için ise 74,8 yıl olarak tahmin edilmektedir. Bu tahminler kadınlarda tüm AB ülkeleri arasında en az beklenen ortalama yaşam süresine sahip üçüncü ülkedir (AB yaşam beklentisi ortalamasından iki yıl eksik).

Erkeklerde de diğer AB ülkelerinde ortalama beklenen yaşam süresinden bir yıl eksik olduğu görülmektedir. Danimarka raporlarına göre son yirmi yılda beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerde 3,6 yıl, kadınlarda 2,1 yıl artış göstermiştir. Bu rakamlar diğer AB ülkeleriyle kıyaslandığında artışın az kaldığı görülmektedir. AB ülkelerinde erkeklerin beklenen ortalama yaşam süresi artışı %6,6 iken Danimarka'da %5,0; AB ülkelerinde kadınların beklenen yaşam süresi %5,2 iken Danimarka'da %2,8'de kalmıştır.

Buna ek olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2003 tahminlerine göre Danimarka vatandaşı bireylerin %90'ında sağlıklı bir yaşam süresi beklenmektedir. Danimarka vatandaşları hastalıklarla ortalama olarak 7,4 yıllarını kaybetmektedirler. Kadınlar daha uzun yaşadığından ve yaş arttıkça sağlık durumu bozulduğundan, sağlıklı hayatlarının daha fazla yılını kaybederler (kadınlar için 8,4 yıl, erkekler için 6,2 yıl) (4:4).

Ortalama yaşam süresinin hesaplanmasında çocuk ölümleri oldukça etkilidir. 20. Yüzyıldan sonra çocuk ölümlerinin sayısı giderek azalsa da, Danimarka'da bu azalma durağan hale gelmiştir ve tüm İskandinav Ülkeleri arasında Danimarka en yüksek çocuk ölümü görülen ülkedir ki bu oran 2003 yılı istatistiklerine göre her 1000 canlı doğumda 4'tür (7:2,3).

### II.1.2. Ölüm Oranı

20. Yüzyılın başlarında hazırlanan fuller tıbbi istatistik sistemi olmadan önce hastalık ve ölümlerin rapor edilmesi iyi değildir. 17. Yüzyılın ortalarına kadar sadece ölen kişi sayısı rapor edilmiştir. Gerçek sonuçları tam olarak bilinemesi de 1711 yılındaki veba, 1853'deki kolera ve 1918'deki İspanyol nezlesi salgınları unutulamayacak etkilere sahiptir. 19. Yüzyılın ortalarına kadar sıtma ve çiçek hastalığı salgınları düzenli olarak görülmüştür. En yakın tarihteki salgın hastalık ise 1952 yılındaki çocuk felci salgınıdır.

Ölüm oranındaki en önemli değişim, çocuk ölümlerinde 19. Yüzyılın ortalarından beri görülen azalmadır. Bu azalmanın sebebi enfeksiyon hastalıklarına karşı tedbirlerin artması, su ve besin hijyeni ve yaşam koşullarının iyileşmesidir. Bu azalmayla birlikte kalp-damar hastalıkları ve kanserler en sık ölüm sebebi haline gelmiştir (7:8).

### II.1.3. Yaygın Hastalıklar

Danimarka Hükümeti'nin başlattığı "yaşam boyu sağlık" ismini taşıyan sağlık politikası çerçevesinde hükümet Danimarka'da yaşayan herkesin sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için çeşitli sağlık bürolarıyla işbirliği başlatmıştır. Hiç bir kişi ve kurum kendi başına sağlık düzeyini geliştiremez, sağlık düzeyini geliştirebilmek için sorumlulukları bilmek ve görev paylaşımı yapmak gerekmektedir. Bu görev paylaşımına bireyler, aileler, yerel sosyal ağlar, isteğe bağlı sektörler, çocuk bakım merkezleri, eğitim kuruluşları, belediyeler, bölgesel yönetimler ve tüm ülke dâhil olmalıdır (19:4). Bu politikanın tek amacı sadece sağlıklı bireylerin sağlık durumlarının devamlılığını sağlamak değildir. Bu programa ayrıca hasta bireylerin rehabilitasyonu ve hasta bireylerin tekrar yaşamı sevmesi gibi başlıklar da dâhildir.

Ciddi hastalıklar hayatı tehdit etmeye aniden başlamaz ancak bireye şiddetli sınırlamalar ve kalıcı fonksiyon kayıpları verebilir.

Danimarka vatandaşlarının üçte birinden fazlasında kronik bir hastalık mevcuttur ve bu hastalıkların yarısından fazlası osteoporoz gibi hastalıkların bulunduğu iskelet ve kas sistemi hastalıklarıdır. Diğer sık rastlanan hastalıklar ise kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve kanserlerdir.

Danimarka hükümeti; insüline bağlı olmayan diyabet, tedavi edilebilen kanserler, kalp damar hastalıkları, osteoporoz, iskelet ve kas sistemi hastalıkları, aşırı duyarlılık reaksiyonları (astım, alerji), zihinsel hastalıklar ve kronik tıkaçıcı akciğer hastalıkları gibi tedavi edilebilen hastalıkların engellenmesi için çeşitli stratejiler geliştirmeye çalışmaktadır. Bu hastalıkların çoğunda hastalığın başlaması engellenebilir, şayet hastalık başlamışsa etkileri azaltılabilir (19:22).

**Kanser:** 1960'dan 1994 yılına kadar hem kadın hem erkeklerde kanser sebepli ölümler bütün AB üyesi ülkelerde artış içindeydi. Danimarkalı erkekler için artış diğer Avrupa ülkelerinden fazla değildi; ancak Danimarkalı kadınlardaki artış diğer Avrupa ülkeleri kadınlarına kıyasla çok fazlaydı (8:20).

**Kalp-damar hastalıkları:** 1960'dan 1998 yılına kadar bütün Avrupa ülkelerinde kalp-damar hastalıkları sebebiyle ölüm miktarı önemli bir düşüş gösterse de; kalp-damar hastalıkları sebebiyle ölüm oranı Danimarka'da tüm Avrupa ülkelerinden yüksektir. Diğer AB ülkelerindeki gelişmelerin aksine (diğer bütün AB ülkelerinde beyin damarlarındaki hastalıklar sebebiyle ölüm oranında 1960-1998 yılları arası belirgin bir azalma olmuştur) Danimarkalı kadınlarda bu hastalık sebebiyle ölüm oranında bir azalma kaydedilememiştir (8:21).

**Bronşit-Astım:** Danimarka'da bronşit ve astım sebebiyle ölümler hep artış içinde olmuştur. Ancak diğer Avrupa ülkelerinde bu tip hastalıklardan ölüm oranı 1970'ten beri düşüş içerisindeydi (8:21).

**Siroz:** Diğer AB ülkelerinin aksine Danimarka'da siroz sebebiyle ölüm oranı oldukça yüksektir (8:21).

**İntihar:** Uzun bir süredir Danimarkalı kadın ve erkeklerde intihar görülme sıklığı düşüş eğilimi göstermektedir. Bu düşüşe rağmen diğer AB Ülkeleriyle kıyaslandığında intihar sıklığı nispeten yüksektir (8:21).

#### II.1.4. Sosyal Hayatta Risk Faktörleri

• Kazalar, sigara ve alkol tüketimi 65 yaş altı erkek ölümlerinin %65'inin, kadın ölümlerinin %36'sının esas sebebidir. Sağlıklı olmayan diyetler ve fiziksel aktivitelerin azlığı aşırı kilo riskini ve bunun sonucunda da insüline bağlı olmayan diyabet, kalp-damar hastalıkları (sıklıkla miyokart enfarktüsü ve inme) gibi komplikasyonlara yol açmaktadır. Kalp rahatsızlıkları, kanser, alerjiler, kas ve iskelet rahatsızlıkları gibi sosyal rahatsızlıkların önüne geçmenin en önemli yollarından birinin yaşam tarzını değiştirmek olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple yüksek oranda tüketilen tütün ve alkole karşı, egzersiz ve sağlıklı beslenme ile ilgili programlar ve yaptırımlar uygulamaya konulmuştur.

**Tütün:** Sigara Danimarka'da sağlık üzerine en büyük olumsuz etkiyi yapan faktörlerden biridir. Sigara; iskemi (oksijenlenememe) sebepli kalp hastalıklarının %30'unun, bütün akciğer kanseri vakalarının %90'ının altında yatan en önemli sebeptir. Sigara içen bireylerin %15'inde kronik tıkaçıcı akciğer hastalıkları görülmektedir (19:8).

Tütün ürünlerinin kullanımı sonucu her yıl Danimarka'da 12.000-13.000 kişi hayatını kaybetmektedir. Sigara kullanan bireylerin ortalama yaşam süresi kullanmayan bireylere oranla 7-9 yıl arası daha kısa olmaktadır. Yine sigara içenlerde ciddi hastalıkla geçen ömür yılı 13 iken hiç sigara içmeyen bireylerde bu rakam 7-8 yıla düşmektedir (19:9).

Mayıs 1995'te Danimarka Parlamentosu, sigara içilmeyecek alanlar hakkında bir yasa çıkardı. Bu yasanın amacı kimsenin pasif içici olmaya zorlanmamasını sağlamaktır. Yasa, kamu taşımacılığını, okulları ve yerel yönetim çocuk bakım tesislerini, hastahaneleri, iş yerlerini ve kamuya açık alanları kapsıyordu. 2000 yılında, Parlamento ilk ve ortaokullarda sigara içimini yasakladı. 2002 yılında tütün reklamlarına yasak getirildi. Bu yasa değişikliğine sigarayı engelleyici kampanyalar eşlik etti. Birçok ilde ve belediye de sigara bırakma tedavisi sunan yerel klinikleri kuruldu. Birçok özel işyerinde, otellerde ve restoranlarda sigara içmeye yasak getirildi. Ayrıca AB standartlarına uyum sağlanarak sigaralardaki nikotin miktarı 10 mg'in altına indirildi. Alkolde olduğu gibi tütün ürünlerinde de vergi oranları yüksektir. Bu kadar yüksek bir fiyatın nedeni özellikle gençler arasında tüketimi azaltabilmektir.

Bu çalışmalar sonucunda 1999 yılında sigara tüketimi %44'den, 2000 yılında %33'e inmiştir. Çocukları sigara içmeye teşvik eden her şey ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır; ancak yine de Danimarka'daki sigara içen kadın sayısı çoğu Avrupa ülkesi'nden yüksektir (8:34).

**Alkol Tüketimi:** Alkol tüketimi kültürle ilgili bir durumdur. Danimarka'da alkol kültürü çok gevşek ve izin veren bir yapıdadır. Alkol tüketimi birçok nedene bağlanabilir. Önemli olan ailelerin ve diğer büyüklerin çocuk ve gençlerin alkol tüketimine engel olmak için görevler üstlenmesidir (19:11).

Danimarka'nın genç nüfusu daha fazla alkol tüketmektedir ve bu tüketim diğer tüm AB üyesi ülkelerden daha fazladır. Ulusal Sağlık Bürosu'na göre haftada 500.000 kişi alkol tüketmektedir ve Danimarka'da tahminlere göre 200.000 alkol bağımlısı birey bulunmaktadır.

Yılda yaklaşık olarak 2600 kişi alkol sebebiyle ölmektedir ve alkolün ülke bütçesine maliyeti yıllık olarak 1,35 milyar Euro'dur. En az 60.000, 0-18 yaş arası çocuk alkol kullanan ailelerde büyümektedir (19:10). 1998 yılında Parlamentosunun çıkardığı bir yasa ile 15 yaşından küçükler alkol satışı yasaklamıştır. Böylece 12-14 yaş arası çocuklarda alkol tüketimi %30 azalmıştır (19:10,11).

**Beslenme:** Sağlıklı beslenme sağlığın devamlılığının sağlanması, aşırı kilonun önüne geçilmesi, bazı kanserler, diyabet, kalp ve damar hastalıkları ve osteoporoz gibi hastalıkların önlenmesi konusunda oldukça önemlidir.



1995-2001 yılları arasında diyetle yağ alımı %37'den %33'e gerilemiş olsa da hala oldukça yüksek seviyelerdedir. Tavsiye edilen diyetle yağ alımı oranı %30 olarak öngörülmüştür (19:12).

Danimarka beslenme politikasının hedefi halkın sağlığını koruyucu ve iyileştirici bir diyet alışkanlığına kavuşturmadır. Bu hedef içinde öncelik yağlı yiyecek kullanımını azaltmaktır. Diğer bir hedef ise kalp rahatsızlıklarını ve bazı kanser tiplerini önleme konusunda etkisi olduğu bilinen karbonhidratça zengin lifli yiyeceklerin tüketimini artırmaktır (8:35).

**Aşırı Şişmanlık:** Obezite vücut kitle indeksinin 30'u aşması olarak tarif edilebilir. Vücut kitle indeksi ağırlık / boy x 2 formülüyle hesaplanmaktadır (19:16).

16 yaş üstü bireylerde obezite görülme sıklığı 1987'de %5,5 iken (250.000 kişi), 2000 yılı itibari ile bu oran %9,5'e (400.000 kişi) çıkmıştır. Aynı zaman aralığı içerisinde normalden fazla kilolu insan sayısı 1,3 milyon kişiden 1,7 milyon kişiye çıkmıştır. Obezite kalp ve damar hastalıkları, diyabet gibi hastalıklara ek olarak kadınlarda kısırlığa yol açtığından Danimarka Hükümeti bu konuda gerekli çalışmaları yapmaya başlamıştır (19:15).

**HIV/AIDS:** Danimarka AIDS ile mücadele konusunda bilgilendirme ve motivasyon politikasını benimsemiştir. Bilgilendirme stratejisi sonucu güvenli seks desteklenmiştir (8:35).

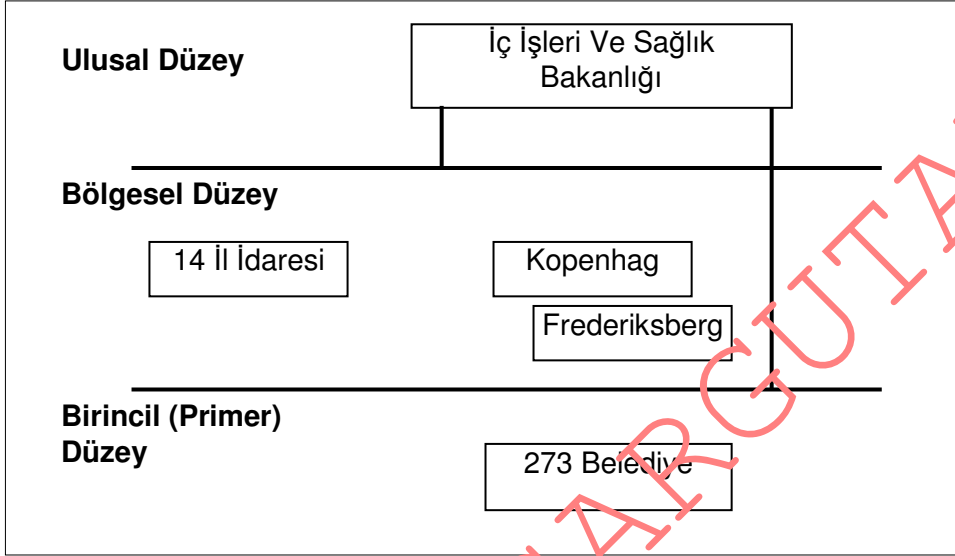
**Uyuşturucu:** 1996 yılında Danimarka Parlamentosu yürürlüğe koyduğu bir yasa ile uyuşturucu bağımlarının tedavisi ile ilgili tüm sorumluluğu bölgesel yönetimlerine bırakmıştır (8:36).

## I.2. Sağlık Sisteminin Yapısı

Danimarka'da sosyal harcamalar GSMH'nin %30'u, toplam kamu harcamalarının %40'ı kadardır. Ülkede bazı katılım payları hariç ücretsiz olan, yerel ve genel vergilerle ayakta duran ve merkezi olmayan bir sağlık sistemine sahiptir ve bu sistemden Danimarka'da yaşayan tüm bireyler yararlanabilirler. Hastahane hizmetleri, genel tıp hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerinin kullanımı ücretsizdir. İç İşleri ve Sağlık Bakanlığı (Indenrigs-og sundhedsministeriet) sağlık hizmetlerinde nispeten sınırlı bir görev üstlenmektedir. Bakanlığın esas görevi; ulusal sağlık politikalarının amaçlarına göre gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili yasaların hazırlanması ve düzenlenmesi (sağlık çalışanlarının yönetimi de dahildir), sağlık hizmetlerindeki farklı seviyeler arası eşgüdümün desteklenmesi ve halka ilgili bilgilerin sağlanmasıdır. Maliye Bakanlığı'nın önemi rolleri vardır.

Bölgesel yönetimler, sağlık hizmetlerinin çoğunun sunumu ve finansmanı ile ilgilenir, genel pratisyenlerin sayısı ve lokalizasyonunu kontrol eder, hastahanelerin çoğunun işletilmesi yine bölgesel yönetimlere aittir. Bu durumun istisnası Kopenhag bölgesi hastahaneleri ve özel hastahanelerdir. 2002 yılı itibariyle özel hastahanelerin sahip olduğu yatak sayısı tüm hastahanelerin yatak sayısına oranlandığında %1' den az bir sonuç elde edilir. Belediyeler evde bakım hemşireliği, sağlık ziyaretleri ve okul sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini sunmakla yükümlüdür (4:2).

## Şema 1: Danimarka Sağlık Sistemi Örgütlenmesi



**Kaynak:** (8) IS (2007) **Health Care in Denmark**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:9).

İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı 27 Kasım 2001 tarihine kadar ayrı iki bakanlıkken, bu tarihte çıkan bir yasayla bu iki bakanlık birleştirilmiş ve İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı adını almıştır.

İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinden biri de, belediyelerin yönetimi ve finansmanıdır. Bakanlık yerel yönetimlerle ilgili yasaların organizasyonu ve yönetimiyle (bu görevlere belediye ve bölgesel yönetimlerin denetimi, finansmanı ve ekonomik gelişmelerinin kontrolü girmektedir) ilgilenmektedir.

Bakanlık ayrıca Danimarka Parlamentosu (Folketing), yerel konseyler, bölgesel yönetim konseyleri, Avrupa Parlamentosu seçimlerini ve gerekirse referandumları yapmakla da görevlidir. (11:3).

Danimarka vatandaşlarının önünde sağlıkla ilgili iki seçenek vardır: hasta ya ücret olmadan bir yıl boyunca bir tabip seçip her türlü sağlık hizmetini ondan alır ya da kendisinin istediği bir tabibi özel olarak seçer ve bu durumda ortaya çıkan masrafların üçte ikisini hasta karşılar. Danimarka vatandaşlarının büyük kısmı ikinci seçeneği tercih eder. İlaç alımlarında bütün hastalar devletten destek alır. Bunun dışında dış hastalıkları ile ilgili sağlık hizmeti alan tüm hastalar ücretin bir kısmını ödemek zorundadır (5:4).

Danimarka sağlık sisteminin yapısı esas olarak birincil sağlık hizmeti ve hastahane hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Birincil sağlık hizmetleri de kendi içerisinde iki başlıkta incelenebilir. Birinci kısım yoğun olarak koruyucu sağlık sistemleri, halk sağlığı ve çocuk dış sağlığı ile ilgilenir.

Hastalıkla karşılaştığında halk ilk olarak birincil sağlık hizmetlerinden faydalanır. İkinci kısım tedavi ve bakım kısmıdır. Bu gruba genel pratisyenler, diş hekimleri, bölge hemşirelikleri ve fizyoterapistler girer. Hastahane bölümü daha fazla uzmanlık, ekipman ve bakım gerektiren tıbbi durumlarla ilgilenir (8:8,9).

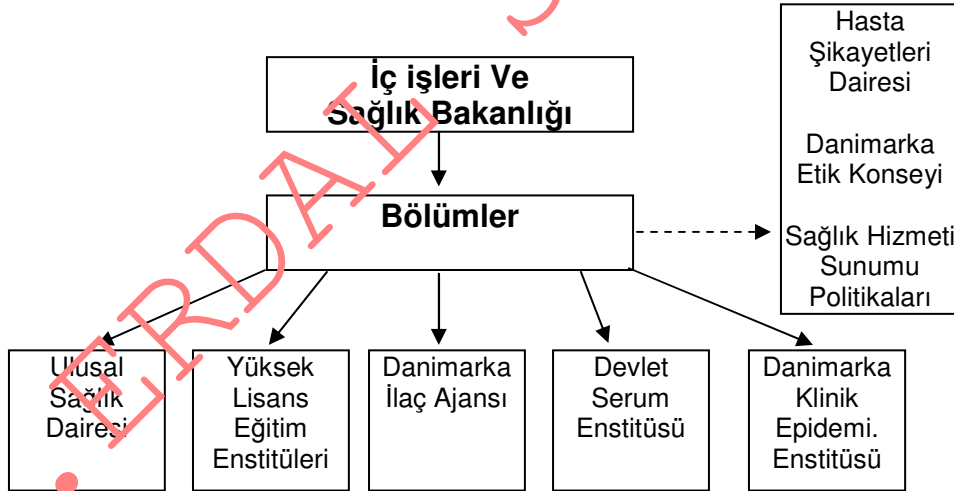
### II.2.1. Ülke Düzeyi

Sağlık sektörüne yönelik kanunların hazırlanması ve politikaların genel çerçevesinin belirlenmesi İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Her yıl İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, bölgesel yönetimler ve Bölgesel Yönetimler Birliği bir araya gelerek, bütçenin belirlenmesini ve sağlık harcamalarının ayarlanmasını gerçekleştirir. Hedeflerin yasal bir sınırlaması yoktur. 1932 yılında kurulan ve şu an İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak bulunan Ulusal Sağlık Konseyi sağlık personellerinin denetimini yürütür. (9:21).

İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın görevleri kısaca; sağlık hizmetlerini başlatmak, koordine etmek ve tavsiyelerde bulunmaktır. Esas görevlerinden birisi de ulusal sağlık politikalarının amaçlarının belirlenmesidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve etkililiğinin gelişmesini planlamakla ilgilenir (8:10).

### II.2.2. İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşlar

#### Şema 2: İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı Örgütü

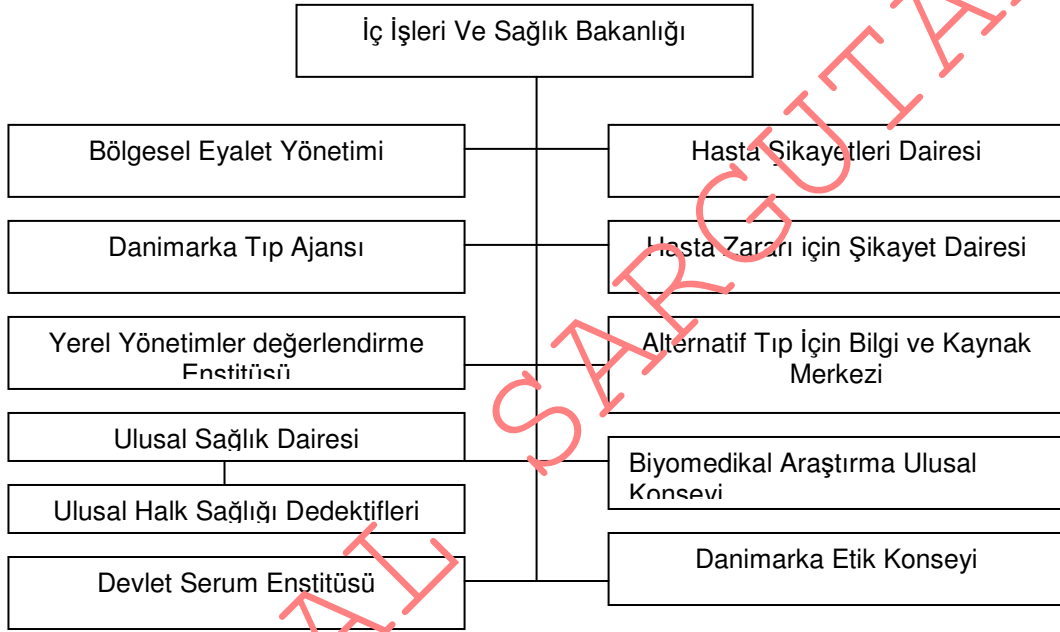


**Kaynak:** (8) IS (2007) **Health Care in Denmark**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:9).

Danimarka İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı yerel konseylerle ilgili sorunlarla, bunların denetimiyle, belediye ve bölgesel yönetimlerin finansmanı ile ilgilenir. Ek olarak Bakanlık; zorunlu askeri hizmetler, toplum hizmetleri ve sivil savunma gibi konularla da ilgilenmektedir.

Bunun ötesinde halk sağlığı hizmetleri, hastahane hizmetleri, ulusal sağlık sigortası, temel sağlık hizmeti şemaları, tıbbi ürünler, eczahane hizmetleri, hasta hakları ve etik konular gibi maddelerin planlanması, koordinasyonu ve geliştirilmesiyle de ilgilenir (11:7).

### Şema 3: İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Çalışan Kuruluşlar



**Kaynak:** (11) IS (2005) **The Ministry**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:5).

### II.2.3 İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın Uluslararası Görevleri

İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın uluslararası alanda bir kaç önemli görevi vardır. Bu görevlerin çoğu AB, Avrupa Konseyi, Nordik Bakanlar Konseyi, Nordik konseyi, WHO ve OECD gibi uluslararası organizasyonların katılımlarıyla devam ettirilir (13:7).

● **Avrupa Birliği:** İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı AB ile üç alanda ilişki içerisinde: sağlık, acil yönetim görevleri, bölgesel politikalar.

AB ile gerçekleşen sağlıkla ilgili ilişkiler sıklıkla halk sağlığı konusu üzerinde olsa da, eczacılıkta kullanılan malzemeler ve tıbbi ekipman ticaretinin düzenlenmesi konusunda da ilişkiler yürütülür. Bunun ötesinde sosyal güvenlik koordinasyonu da yürürlüğe konmaya çalışılmaktadır ve bu koordinasyonla sağlık hizmeti çalışanlarının AB'ye üye ülkeler arasında ücretsiz nakli meselesi sonuca bağlanmaya çalışılmaktadır. AB ile gerçekleşen acil yönetim görevleri ile ilgili ilişkilerin odağında sıklıkla sivil savunma konusu bulunmaktadır.

2002 yılının ikinci yarısında Danimarka Hükümeti AB geçici başkanlığını üstlenmiştir. Bu bağlamda İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı birçok çalışma grubunun başkanlığını üzerine almıştır. AB geçici başkanlığı ile ilgili bilgiler tüm dünyaya İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın resmi internet sitesinden duyurulmaktadır (13:7).

**Avrupa Konseyi:** İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'nın Avrupa Konseyi ile ilişkileri halk sağlığının korunması konusuna ek olarak demokrasinin devamlılığının sağlanması, yerel yönetimlerin ve insan haklarının desteklenmesi konusundadır.

Yerel yönetimle ilgili olarak Bakanlık; bakanın yerel ve bölgesel hükümetlerin Avrupalı Bakanlar Birliği toplantısına katılmasını sağlar. Burada bakanlık gerekli olan veri ve analizleri rapor hazırlanması için kullanıma sunar.

Sağlık konusunda Bakanlık iki komite içerisinde yer alır: Avrupa Sağlık Komitesi ve Biyoetik Yönlendirme Komitesi. Bu komiteler tavsiyelerde bulunur ve İnsan Hakları Konvansiyonu'yla ilgili bağlayıcı kararlar verirler (13:7).

**Nordik Bakanlar Konseyi Ve Nordik Konseyi:** Nordik Bakanlar Konseyi beş Nordik Ülkenin (Finlandiya, Norveç, İsveç, Danimarka ve İzlanda) iş birliği forumudur. Bakanlıkla ilgili bütün politik konular sosyal ve sağlık politikaları da dahil olmak üzere konseyin görüşme konuları arasındadır. Her yıl düzenli olarak Bakanlar Konseyi toplantısı gerçekleşir. Bu toplantılarda ülkelerin öncelikleri, planları, bütçeleri ve geliştirdikleri projeler karara bağlanır. Nordik Bakanlar Konseyi Sekreterliği Kopenhag'da bulunmaktadır (13:7,8).

**Dünya Sağlık Örgütü:** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ:WHO): Birleşmiş Milletler Örgütü bünyesinde çalışan ve toplam 191 üye ülkesi bulunan özel bir ajanstır. Başkanlık merkezi Cenova'da bulunur. Yıllık olarak gerçekleştirilen Dünya Sağlık Toplantısı'nda üye ülkeler sıtma, tüberküloz, HIV, kanser gibi önemli küresel hastalıklarla savaşma konusundaki politikalarını kararlaştırırlar. WHO altı bölüme ayrılmıştır ve hepsinin kendi başkanı vardır. Avrupa bölgesinin başkanlık binası Kopenhag'dadır. Her bölge, o bölgeye ait sağlık politikalarının kararlaştırılacağı bölgesel komite toplantılarını yıllık olarak düzenlerler (13:8).

**Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü:** Bakanlık, Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ile istatistik konusunda ilişki içerisinde. İşbirliği sıklıkla sağlık ve ekonomi ile ilgili istatistikleri içeren verilerin paylaşılmasını kapsar. Buna ek olarak üç yıllık sağlık projeleri de değerlendirilir (13:8).

#### II.2.4. Bölgesel Yönetimler Düzeyi

Hastahanelerin çalışabilmesi için daha geniş bir nüfus gerektiğinden ve yerel otoritelerin çoğunda gerekli olan bu nüfus mevcut olmadığından, hastahanelerin işletilmesi görevi bölgesel yönetimlere bırakılmıştır. Bunun istisnası olan Kopenhag ve Frederiksberg yerel yönetimlerinin hastahaneleri özel bir yönetim organı olan Kopenhag Hastahaneler Birliği tarafından yürütülmektedir. Bölgesel yönetimler ayrıca eğitim sektörüyle de ilgilenmektedir, fakat bu görev Kopenhag ve Frederiksberg bölgelerinde yerel yönetimlere aittir. Bölgesel yönetimler vatandaşlarının isteği doğrultusunda hükümetten izin almaya gerek olmadan vatandaşları için sağlık hizmetlerini örgütleme yetkisine sahiptirler.

Bu yolla bölgesel yönetimler farklı seviyelerin ihtiyaçlarına uygun hizmetleri verebilir, kendi yatırımlarını ayarlayabilir, personel sayısını belirleyebilir ve uygun ekipman alımı yapabilirler (8:10).

Ülkedeki 14 bölgesel yönetim 4 yılda bir seçilen kurul tarafından yönetilir. Bölgesel yönetimleri sağlık hizmetleri dışında, orta öğretim okullarından, yollardan ve çevre konularından sorumludur. Ancak sağlık hizmetleri, bütçelerinin yaklaşık %70'ini oluşturur. Bölgesel yönetimler hastahaneler ve doğum öncesi bakım merkezlerine sahiptir ve hastahaneleri ve prenatal (doğum öncesi) bakım merkezlerini açma ve işletme yetkisine sahiptir. Bu yönetimlerin çoğu sağlık ve sosyal işler ile ilgili komiteler kurar ve bu komitelerin görevlerini ne kadar gerçekleştirdikleriyle ilgili incelemeler yapar (9:21).

### II.2.5. Yerel Yönetimler Düzeyi

Danimarka'da Kopenhag ve Frederiksberg yerel yönetimleriyle birlikte toplam 273 yerel yönetim bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili görevler, yerel yönetimlerin görev listesinde çok az bir kısmı kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili olarak yerel yönetimlerin görevi şöyle sıralanabilir: bölgesel hemşirelik hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve çocuk diş tedavi hizmetleridir. Yerel yönetimler ayrıca çoğunluğu sosyal hizmet olan, yaşlı bireyle ilgili işlerden de sorumludur ve bu hizmetlere büyük önem verilmektedir (8:10).

Bu hizmetler; vergiler ve genel bütçeden ayrılan fonlarla finanse edilir ve bu hizmetleri ücret karşılığı çalışan sağlık uzmanları sunar. Yerel yönetimlerde çalışan sağlık görevlilerinin maaşları ve çalışma durumları Ulusal Yerel Yönetim Birliği tarafından düzenlenir (9:21).

### II.3. Sağlık Sisteminin İşleyişi

Danimarka sağlık sistemiyle ilgili görevler kanunlarla belirlenmiştir ve bu görevleri sıklıkla bölgesel yönetimler ve yerel yönetimlerin yapması gerekmektedir. Bu görevler hastalığı engelleme, tespit etme ve tedavi etme başlıkları altında toplanabilir. Bireylerin doğrudan sağlık masraflarına katkısı 1999 yılı itibarıyla 15 milyar Danimarka Kronu olup bu miktar Danimarka'daki tüm sağlık harcamalarının %19'unu oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri sıklıkla bölgesel yönetim konseylerince verilmektedir. Ayrıca Kopenhag ve Frederiksberg belediyeleriyle işbirliği de yapılır. Bu iki belediyede birincil sağlık hizmetinin bazı kısımlarının finansmanı için kamu sağlığı güvenliği yoluyla gelirler elde edilmektedir. İstisna olarak bu iki belediyenin hastahane hizmetlerini devam ettirme görevleri (ikincil sağlık hizmeti) de vardır (7:4).

Ülke girişlerinde aşı zorunluluğu yoktur (1:7).

1999 yılı itibarıyla her 1000 kişiye düşen hastahane yatağı sayısı 4,5; yine aynı yıl verilerine göre her 1000 kişiye düşen tabip sayısı ise 3,4'tür. Hastahane yataklarının sayısı diğer tüm AB ülkelerinde olduğu gibi 1980 yılından bu yana bir düşüş eğilimi içerisine girmiştir.

Bu rakam 1980'lerde 40.000 civarı iken günümüzde 23.000 kadardır. Psikiyatrik hastalara yataklı hizmet uygulanmaması bu düşüşün en büyük sebeplerinden biridir. Bu düşüşün aksine nüfusa oranla tabip sayısında belirgin bir artış bulunmaktadır (5:3,4).

Danimarka'da sağlık hizmetleri iki bölümde incelenebilir.

**1. Birincil Sağlık Hizmetleri:** Koruma, bakım ve tedavi ile ilgilenir (14:3). Birincil sağlık hizmetlerinde 3.700 genel pratisyen, 900 uzman tabip ve 3700 dış hekiminin sağlık hizmeti vermek için sözleşmesi bulunmaktadır. Yerel yönetimler tarafından yapılan sağlık anlaşmalarında 5.000'den fazla hemşire ve 1.100 kadar da diş hekimi ile anlaşma yapılmasına karar verilmiştir (7:5).

**2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri:** Özel ekipman ve uzman tabip gerektiren hastalıkların tedavisinde ön plana çıkar (14:3). Hastahane hizmetlerinde çalışan görevliler 9.000 tabip, 26.000 hemşire ve 16.000 diğer çalışanlardır. Hastahane hizmetlerinde yıllık olarak ortalama 1,1 milyon yataklı, 4,3 milyon ayakta tedavi edilen hasta muayenesi yapılmaktadır. Yukarıda da belirtildiği gibi 1978 yılından beri hastahanelerdeki yatak sayısı %35 oranında azalmıştır (7:5).

Sağlık sisteminin genel işleyişi hakkında bilgi edinebilmek için, bir hastanın, artrit sebebiyle kalça protezi yaptırabilmesi için izleyeceği işlemler örnek olarak incelenebilir. Hasta kayıtlı olduğu genel pratisyene gider ve genel pratisyen sorunun hastahane ortamında çözülebileceğine karar verip onu hastahanenin ortopedi departmanına yönlendirir. Hasta Danimarka içindeki istediği hastahaneye gitme hakkına sahiptir ve isterse Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinden de elde edebileceği bekleme zamanı, hizmet kalitesi ve özel isteklerinin ne kadarına karşılık bulabileceği gibi konuları bağlı olduğu genel pratisyenden öğrenebilir. Şayet hasta beklemek istemiyorsa (özel hastahanelerdeki yatak sayısı sınırlı olsa da) özel bir hastahaneye gitmeyi seçebilir. İsteğe bağlı sağlık sigortası olsun veya olmasın, hasta özel hastahaneye gittiğinde tedavi için ücret ödemelidir ve bu seçeneği çok az Danimarka vatandaşı kullanmaktadır. Bağlı olduğu genel pratisyen hastaya gerekli tıbbi işlemleri nasıl yaptırabileceği konusunda tavsiyelerde bulunur. Bu sevk işleminden sonra hasta isterse üç aylık sevk geçerlilik süresi boyunca bekleyebilir ya da masrafların üçte ikisini kendisinin ödediği uzman tabip görüşüne başvurabilir. Daha sonra hastanın yatılı hasta olarak hastahaneye geçebilmesi için gerekli işlemlerin yapılmasını beklemelidir. Cerrahi işlemler ve rehabilitasyon hizmetlerinden sonra hasta evine gönderilir. Hastanın evinde ev hizmetlerine ihtiyacı olacağı hastahane veya genel pratisyen tarafından önerilirse yerel yönetim tarafından ücret olmaksızın ev hemşireleri ve/veya ev asistanları atanacaktır. Daha sonrasında ise hastanın takibi tekrar genel pratisyene geçer. Gerekliğinde fizyoterapist gibi sağlık uzmanlarına gönderilmesi ve benzeri işlemler genel pratisyen tarafından sağlanır. Genel pratisyenin bu son işlemler için hastahanedan ödenek alırken, fizyoterapistler hastadan az da olsa bir ek ücret alırlar. Son olarak hasta tedavi gördüğü hastahane tedavinin sonuçlarının neler olduğunun anlaşılabilmesi için son bir takip muayenesine girer (12:15,16).

Tüm bu uygulamalar için kamu ödemeleri Sağlık Hizmeti Ödeme Sistemi'nce yapılır (8:26).

### II.3.1. Danimarka'da Sağlık Sisteminin Temel İlkeleri

Danimarka vatandaşları genel olarak incelendiğinde kusursuz denilebilecek bir sağlık durumu içerisindeyler. Yoğun halk sağlığı programları enfeksiyon hastalıklarına karşı sürekli olarak yürütülmektedir. Halk sağlığı hemşireleri annelere beslenme ve diğer konularla ilgili ücretsiz destek hizmetleri vererek çocuk ölüm oranının aşağılara çekilmesine yardımcı olur. Sağlık bakım (tedavi) hizmetleri masraflarının %80'den fazlası ulusal ve yerel otoritelerce karşılanır (6:1).

2003 yılında hükümet ve il idareleri arasında yapılan bir anlaşmayla ülke genelindeki tüm hastahanelerin 2005 yılına kadar elektronik hasta kaydı sistemine geçmeleri zorunlu kılındı. Ancak yeni açıklanan bir rapora göre bu geçişin başarılamayacağı ve bir gecikme süresi olacağı açıklanmıştır (13:5).

### II.3.2. Refah Ve Tercih

2002'nin Mayıs ayında Danimarka hükümeti "Refah Ve Tercih" adı altında yeni bir reform programı başlatmıştır. Reform programı halka tercih özgürlüğü vererek sağlık sektörü içindeki rekabetin ve bu hizmetlerin kalitesinin artmasını hedef almıştır. Vatandaşların refah hizmetlerinden faydalanabilmeleri için vatandaşlara farklı seçenekler arasından tercih yapabilme şansı verilmektedir. Kişilerin kendileri için uygun olanı tercih hakları vardır (17:3).

**Sağlık Hizmetlerinde Tercihin Uygulanması:** Bölgesel sınırlar içerisinde hastahaneler arası tercih yapabilme hakkı 1993 yılından beri mevcuttur. Seçenekleri artırmak ve tedavi alabilmek için gereken bekleme süresini azaltmak için genişletilmiş hastahane tercihi hakkı 2002 yılında karara bağlanmıştır.

Bunun dışında yine 2003 yılında genel pratisyenlerle ilgili bir genişletilmiş seçim hakkı yürürlüğe girmiştir. Buna göre genel pratisyenin çalıştığı yerin 15 km etrafındaki hiçbir hastayı tedavi hakkı yoktur (17:3).

**Yaşlıların Sağlık Hizmetleri Tercihinin Uygulanması:** Yaşlılarda sağlık hizmeti konusunda özel sektörü tercih etme hakkı 2003 yılında başlamıştır. Yine aynı yıl yapılan değişimlerle yaşlılar için esnek bakım sistemi getirilmiştir. Buna göre, 2002 yılında isteyen her yaşlı vatandaşın gidebileceği koruma evlerini tercih etme hakkı yürürlüğe girmiştir. Yine tüm yaşlı vatandaşların ev hemşiresi tercih etme hakkı vardır (17:4).

**Çocukların Sağlık Hizmetleri Tercihinin Uygulanması:** 2004 yılı itibarıyla ebeveynler çocukları için günübirlik bakım merkezleri tercih etme hakkına kavuştu. Bu sistem 2002 yılında ailelere kendi evlerinde bakım görmeleri için destek sağlıyordu (17:6).

Bütün bu tercih haklarına ek olarak korunmasız bireyler için tercih hakları ve eğitim konusunda da yeni tercih etme hakları getirilmiştir (17:5,6).

### II.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Geçtiğimiz 10-15 yıllık süreçte koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın desteklenmesine daha fazla öncelik verilmeye başlanmıştır.



Günümüzde patolojik tablonun kanser ve kalp hastalıkları gibi sosyal rahatsızlardan oluşması bunun en önemli sebebidir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın desteklenmesi konularının sadece sınırlı bir kısmı merkezi sağlık yönetimlerinin sorumluluğundadır. Çalışma, okul, ev ortamlarının geliştirilmesi, trafik güvenliğinin artırılması gibi konular nüfusun genel sağlığı üzerinde büyük bir etki yaratmaktadır. Sağlığın desteklenmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi konular toplumun her kesiminde ön sıralarda yer almaktadır. Öncelikle yerel düzeyde, bölgesel yönetimler ve yerel yöneticiler çalışma içindedirler.

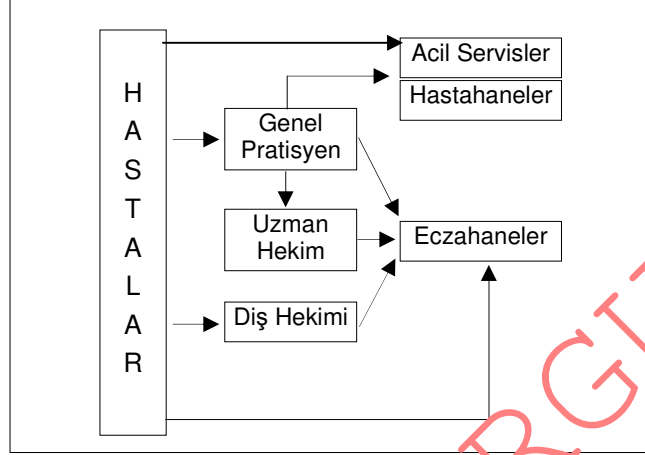
Danimarka Hükümeti 2002 yılının sonbaharında geniş kapsamlı bir halk sağlığı ve hastalıkların önlenmesi programını uygulamaya başlamıştır. Program; önceki hükümetlerin programlarına ek olarak hastalıklar için önemli risk faktörleri olan tütün, alkol, kazalar, yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteler üzerinde yoğunlaşacaktır. Ancak astım, alerjiler, şeker hastalığı, kalp rahatsızlıkları gibi önemli önlenebilir rahatsızlıklar için program genişletilecektir. Programın önemli bir amacı da yaşlılar ve kronik rahatsızlığı olan insanlar için de yaşam kalitesini yükseltebilmektir. Yeni program bireyin sorumluluklarını artırarak bir baskı getirirse de, bireylerin daha bilinçli tercihler yapmasını beraberinde getirmesi beklenmektedir (8:33,34).

**Tablo 2: Sağlık Sektörü Çalışanları**

Hastahanelerdeki Toplam Çalışan Sayısı	85,853
Tabip	10,158
Hemşire	28,194
Diğer eğitimli hizmet personeli	12,789
Yardımcı personel (örn. fizyoterapist, laboratuvar teknisyeni)	15,441
Diğerleri	19,271
Sağlık Güvenliği Sistemi İçindeki Toplam Personel Sayısı	4,861
Genel Pratisyen	3,404
Uzman	765
Diş Hekimi (Çocuk diş hekimleri dahil)	2,652
Koruyucu Sağlık Sistemi	4,861
Çocuk Diş Hekimi	3,149
Diğer Sistemler	01,712
Toplam Sağlık Personeli Sayısı	97,535

**Kaynak:** (7) Denmark Portal (2007) **Average Life Expectancy**, Denmark. dk The Official Window, Denmark (s:30).

#### Şema 4: Hastalar Açısından Sağlık Hizmeti Örgütü



**Kaynak:** (8) IS (2007) **Health Care in Denmark**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:9).

#### II.3.4. Genel Pratisyenler Ve Uzman Hekimler

Danimarka sağlık sisteminde genel pratisyenler sağlık hizmetinin merkezi konumundadır. Bunun nedeni, hastaların sağlık hizmetlerinde ilk başvurdukları kişinin genel pratisyen olmasıdır.

Genel pratisyen hastanın doğru tedavi alması ve doğru sağlık çalışanına sevk edilmesini sağlamalıdır. Bu bağlamda genel pratisyen hastalarını doğru hastahane, uzman tabip veya diğer sağlık uzmanlarına yönlendiren bir koordinatörlük görevi üstlenmektedir. Danimarka'da yaklaşık olarak 3.400 tane genel pratisyen bulunmaktadır ve her genel pratisyenin ortalama olarak 1.600 hastası vardır. Grup 1 olarak adlandırılan hastalar bir genel pratisyene kayıt yaptırmak zorunda değildir. Grup 2 olarak adlandırılan hastaların da genel pratisyene kayıt yaptırmaları zorunludur fakat bu bir zorunluluk değildir. 16 yaş altındaki çocuklar genel olarak aileleriyle aynı genel pratisyene kayıt edilirler.

Grup 1 üyesi hastalar kendi genel pratisyenlerinden veya genel pratisyenin vekilinden ücretsiz tıbbi yardım alma hakkına sahiptirler. Buna ek olarak bu grup hastalar geçici olarak kendi genel pratisyeninin bölgesinden uzaktayken ani olarak rahatsızlandıklarında veya kaza geçirdiklerinde bir diğer genel pratisyenden de ücretsiz olarak yararlanabilirler. Grup 2 üyesi hastalar aldıkları tıbbi hizmetin bir kısmını kendileri öderler (8:25).

Tabiplerin yaklaşık olarak %60'ı (9000 civarında) hastahanelerde çalışmaktadır. Bu hastahane tabiplerin %40 kadarı sürekli pozisyonlardadır. Geri kalan kısım tabipler, hazırlanan mezuniyet sonrası eğitim programı çerçevesinde geçici pozisyonlara atanmışlardır. Bu geçici pozisyonlar Ulusal Sağlık Bürosu tarafından belirlenir ve bu belirleme yeni mezun tabiplerin coğrafi durum ve ihtiyaçlara göre farklı bölgelere dağıtılması esasına dayanır.

Tüm tabiplerin %23'ü genel pratisyendir. Yeni işe alınan genel pratisyenlerin dağılımı; gelişen bilimsel aktiviteler, tatmin edici sosyal ve bilimsel çevre ve diğer hastahane tabiplerine kıyasla adil bir gelir olduğu için herhangi bir zorluk getirmemektedir. Bunun sonucu olarak genel pratisyenler tüm ülke geneline eşit bir şekilde dağıtılmıştır. Tüm gün çalışan uzman tabipler başkent ve diğer büyük kentlerde yoğunlaşmıştır (9:50,51).

Danimarka'daki tabiplerin sayısı bir artış eğilimi içerisinde olsa da, diğer AB üyesi ülkelere kıyasla bu artış azdır. Bunun sebebi 1970 ve 1980 yılları arasında tıbbi eğitim programlarına girişin sınırlandırılmasıdır (9:50,51).

### II.3.5. Diş Hekimleri

Danimarka'da ağız sağlığı iki yolla sağlanmaktadır. 18 yaş alt çocuklarda ağız sağlığı hizmetleri ücretsiz olup sıklıkla okullarda verilmektedir. 18 yaş üstü bireyler için hükümet tarafından da destek verilen özel diş hizmetleri uygulanmaktadır. Hükümet 2001 yılı itibarıyla 0-18 yaş arası bireylere 230 milyon Euro; diğer bireylere 156 milyon Euro ağız sağlığı harcaması yapmıştır. Bu verilerle toplam sağlık harcamaları kıyaslandığında ağız sağlığı harcamalarının, tüm sağlık harcamalarındaki yerinin %4,2 olduğunu görülür (15:3).

Ağız sağlığı hizmetlerinin kalitesi yine bölgesel yönetimlerin sorumluluğu ve denetimi altındadır. Bu denetim dışında diş hekimlerinin denetimi sadece hastadan herhangi bir şikayet gelmesi durumunda yapılmaktadır (15:4).

Danimarka'da diş hekimi olabilmek için gereken öğrenim süresi beş yıldır. 2002 yılında diş hekimliği fakültelerine toplam 140 öğrenci alınmıştır ve bu öğrencilerin %81'i bayandır. Aynı yıl bu fakültelerden toplam 110 mezun verilmiştir ve mezunların da %71'i bayandır. Eğitim kalitesinin denetimi fakülte konseyinin sorumluluğundadır (15:5).

**Tablo 3: Kayıtlı Diş Hekimlerinin Çalışma Yerlerine Göre Dağılımı**

<b>Kayıtlı diş hekimi (2003)</b>	<b>6.400</b>
<b>Aktif görevdekiler</b>	<b>4.892</b>
Özel uygulama	3.432
Kamu diş hizmetlerindeki	1.200
Üniversite	142
Hastahane	63
Diğer (orduya kayıtlı vb.)	55

**Kaynak:** (15) DTF (2004) **Government and Health Care in Denmark**, EU Manual of Dental Practice, Denmark (s:6).

Danimarka'da 2003 yılı itibarıyla çalışmakta olan yaklaşık 6.400 diş hekimi vardır ve bu diş hekimlerinin %40'ı bayandır. Bu diş hekimlerinin 4.892'si aktif olarak görevdedir ve %70'i de özel olarak hizmet vermektedir. Aktif diş hekimlerinin tüm nüfusa oranı 1,083'tür.

Diş hekimi sayısı 2002 yılı itibariyle durağan bir seyir izlese de, önümüzdeki on yıl içinde diş hekimi sayısında bir azalma beklenmektedir. Bunun sebebi yeni mezun olanlardan daha fazla emekli olunmasıdır. Diş uzmanlarını iki gruba ayrılabilir: ortodontistler ve diş cerrahları. Bu iki grup uzmanlıktan da 2003 itibari ile Danimarka'da 600 kişi bulunmaktadır (15:6).

### II.3.6. Fizyoterapistler

Danimarka'da yaklaşık 8.000 fizyoterapist vardır. Bunların 4.800 kadarı ülke yönetimleri, bölgesel yönetim ve belediyelere bağlı olarak çalışmaktadırlar. Sıklıkla hastahaneler, geriatri merkezleri (yaşlı merkezleri), yardım merkezleri, okullar, fizyoterapi okulları ve diğer eğitim merkezlerinde çalışmaktadırlar.

1.800'den fazla fizyoterapist özel sektörde çalışmaktadır; ancak bu fizyoterapistlere Danimarka Fizyoterapistler Derneği'nce yetkilendirme verilmelidir. Geriye kalan kısım ise çeşitli mesleki sağlık servislerinde çalışmaktadırlar. Danimarka İş Çevresi Hizmetleri Ve Mesleki Sağlık Hizmetleri bu sağlık hizmetlerine örnek gösterilebilir. Bir kısım fizyoterapist de kamu veya özel sektörde ergonomi danışmanı olarak çalışabilmektedirler (16:3).

Sağlık Hizmeti Ödeme Sistemi fizyoterapistlerin verdiği hizmetin bir kısmını öder, ancak hastalık yüzünden ciddi fiziksel özürüne sahip olanlar ücretsiz olarak fizyoterapi görebilirler. Tedavi masraflarını sigortalıların ödenmesi ancak bir genel pratisyenin sevki söz konusu olduğunda geçerlidir (8:26).

### II.3.7. Şiropraktörler

Şiropraktörler (masajla tedavi uzmanı) 1992 yılından itibaren hizmet verme yetkisi almışlardır (9:55).

Şiropraktörlerin ödemelerini kamu sigorta sistemi kısmen yapar. Geri ödeme alabilmek için bir genel pratisyenin sevki gerekli değildir. Danimarka'da yaklaşık 450 şiropraktör vardır (8:26).

### II.3.8. Hemşireler

Genel pratisyenler hemşire bakımı tavsiye ettiği zaman, yerel yönetimler hasta ücret ödemediği bir hemşire tahsis etmek zorundadır. Hemşireler kronik hastalığı olanlara ve ölmeye yakın olan hastalara tahsis edilir (8:26).

Danimarka sağlık sektöründe hemşirelerin ilk işe alınmaları en ciddi çalışan problemlerinden biridir. Yaklaşık olarak 28.000 hemşire tüm gün hastahanelerde çalışırken, 11.000 kadarı birincil sağlık hizmetlerinde ve yaklaşık 3000 kadarı da evde ve diğer kuruluşlarda çalışmaktadır. Hemşire eksikliğinin en büyük sebebi ağır çalışma şartları ve düşük maaşlardır. Danimarka Hemşireler Derneği daha iyi şartlar elde edebilmek için güçlü baskılar yapmaktadırlar.

Temel hemşirelik eğitimi üç buçuk yıl sürmektedir. Mezuniyet sonrası eğitim programları Arhus ve Kopenhag'daki hemşirelik yüksek okullarında verilmektedir. Bu eğitim Arhus Üniversitesi'nin işbirliğiyle verilmektedir.

WHO verilerine göre Danimarka'daki hemşirelerin sayısı İsveç ve Hollanda'daki hemşirelerin sayısı ile benzerlik göstermektedir. Ulusal verilere göre Danimarka'da 1000 hemşireye 100.000 vatandaş düşmektedir (9:52,53).

### II.3.9. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

Sağlık çalışanlarının eğitimi esas olarak Eğitim Bakanlığı'na ait olsa da Bakanlık bu görevi yürütebilmek için; Sağlık Eğitim Konseyi, İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan Sosyal Ve Sağlık Eğitim Konseyi, Ulusal Sağlık Dairesi gibi çeşitli bölümlerden yardım alır. Uzmanlaşma gibi ileri düzey sağlık eğitimleri İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı denetiminde olup, ülkenin sağlık durumunun ihtiyaçlarına göre yeni sistemler kullanılabilmektedir (8:30).

Sağlık çalışanları açısından gelecekteki ihtiyaçları önceden bilmek kolay olmadığından, Danimarka'daki tabipler arasındaki işsizlik sürecini çalışan yokluğu sıkıntısı izlemiştir. Çok sayıda tıp öğrencisi alımından dolayı 1960'lar ve 1970'lerde tabip sayısı aşırı derecede artmıştır. Bu da 1980'lerde sağlık sektörünün büyümesine ve çalışma saatlerinin azalmasıyla istihdam oranının artmasına rağmen tabipler arasında geçici süreli bir işsizlik oranı artışına neden olmuştur. Şu anda ise, Almanya gibi komşu ülkelerden, İskandinavya'nın diğer kısımlarından ve Baltık ülkelerinden tabip talebine varacak şekilde özellikle kırsal alanlarda hemşire ve tabip konusunda yetersizlik vardır. Ancak tıp öğrencisi alımı bir kez daha artırılmış ve sağlık hizmetlerinin kapasitesi yeterli miktarda lisansüstü eğitim sağlayabilecek şekilde ayarlanmıştır (9:51).

Tıp eğitimi üç üniversitenin (Kopenhag, Arhus ve Odense) sağlık bilimleri fakültelerinde verilmektedir. Eğitim programı 6,5 yıllık bir süreci içermektedir ki bu diğer ülkelerle kıyaslandığında uzun bir süredir. Harcamaları azaltmak amacıyla yapılan bir girişimle, eğitim programını son zamanlarda 6 yıla indirilmiştir (9:51).

Mezuniyet sonrası eğitim programları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir; ancak Bakanlık bu programları Ulusal Sağlık Bürosu ve 2001 yılında kurulan ve eski Danimarka Tıp Uzmanları Birliği'nin yerine geçen Mezuniyet Sonrası Eğitim Ulusal Konseyi'nin tavsiyeleriyle hazırlar (9:51,52).

### II.3.10. Şeffaflık Ve Kalite Yönetimi

Şeffaflık ve kalite yönetimi son zamanlarda Danimarka hükümetinin gündemini oluşturan konulardan biridir. Bu sistemin amacı kalite ve halk hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasıdır.

2002 yılında hükümet kamu hastahanelerinde tedavi için bekleme süresinin iki ayı geçmesi üzerine hastalarına özel hastahaneleri de tercih etme hakkını verdi. Böylece kamu hastahaneleri ve özel hastahaneler arasındaki rekabet artırılmış oldu. 1 Ocak 2007 tarihinden itibaren bu artan tercih etme özgürlüğü sayesinde kamu hastahanelerindeki tedavi için bekleme süresinin bir ayın da altına düşmesi beklenmektedir (13:3).

Bölgesel yönetimler birincil sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır ve geleneksel olarak kalite yönetimi öncelikleri bu seviyeden başlamaktadır.

Sağlık sisteminin şeffaflığını ve kalitesini artırmak amacı ile 2001 yılında Danimarka kalite modeli adı altında yeni bir model öne sürülmüştür. Bu model var olan kalite ve şeffaflık inisiyatifini bütünleştirici ve sistemleştirici bir modeldir. Bu modelde merkezi amaç en etkili hasta tedavisi ve bunun devir daimi için tüm hastahanelerin genel standartlara göre sertifikalandırılmasıydı. Bu tamamlandıktan sonra model diğer yerel sağlık hizmetlerine ve özel kurumlara da uygulanacaktır (13:3,4).

Danimarka kalite modelinden elde edilen veriler sağlık uzmanları ve halkın kullanımına açık olacaktır. Bu şekilde vatandaşların şeffaf sağlık hizmeti beklentileri karşılanacaktır. Bu şeffaflık hem sağlık sisteminde yüksek standartların konulmasına hem de hastaların tedavi için seçecekleri hastahane hakkında daha fazla ve net bilgiye sahip olmalarına yardımcı olacaktır. Ulusal gösterge projesi; Danimarka modeliyle birleştirilmiş ve felç, akciğer kanseri, şizofreni gibi hastalıkların tedavileri hakkındaki veriler hemen halka sunulmuştur.

Hem uzmanlar hem de genel olarak halk için hizmet sunan bir web portalı açılmış ve sonuçlar tüm vatandaşlara sunulmuştur. Bu web portalında vatandaşlar kendi haklarındaki bilgileri olduğu kadar diğer tüm bireyler hakkındaki hastahane bilgilerini de elde edebilirler (13:4)

### II.3.11. Hasta Hakları

Danimarka sağlık sistemi hasta hakları söz konusu olduğunda diğer İskandinavya ülkelerinin sağlık sistemlerine benzerlik göstermektedir. Danimarka sağlık sisteminde hasta haklarını güçlendirmek amacıyla bir dizi inisiyatif geliştirilmiştir. 1992 ve 1998 yıllarında yapılan yasama değişimleri hasta haklarıyla ilgili önemli ölçümler getirmiştir.

24 Haziran 2005 tarihinde sağlık kanununda (kanun no:546) hasta haklarıyla ilgili farklı maddeler bir araya getirilmiş; özellikle 1 Temmuz 1998 tarihinde hasta hakları çeşitli diğer konularla birlikte (örn: Çocuk düşürmeyle ilgili kanun, desteklenmiş üremeyle ilgili kanun, organ nakilleriyle ilgili kanun) anayasaya girmiştir. Hasta haklarıyla ilgili son yasa 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe konmuştur (20:17,18).

Danimarka kanunları, kişinin kendi sağlığı ilgili bilgi edinmesi hakkı konusunda ayrı bir madde içermemektedir. Kişinin kendi sağlığıyla ilgili bilgi edinme hakkı konusunda sağlık kanununda aydınlatılmış onam hakkının bir parçası olarak değerlendirilmiştir (20:31).

Aynı kanuna göre hasta sağlık durumuyla ilgili verileri bilmek istemeyebilir (20:32).

Tıbbi uygulamalar kanununun 13. bölümünde tabiilerin hastalarının tıbbi kayıtlarını koruma görevleriyle ilgili bir hüküm bulunmaktadır (20:33).

Sağlık kanuna göre hastaların; sağlık bakımını sağlayan kişiden sağlık durumları, diğer özel durumlar ve bütün gizli bilgilerin saklı kalmasını isteme hakkı vardır.

Genel bir kural olarak hasta bilgilerinin meslektaşlarla ve diğer sağlık sektörü çalışanlarıyla paylaşılması için hastanın bu durumu onaylaması gerekmektedir. Hasta onayı sözlü veya yazılı olabilir. Ve bu onay hastanın kayıtlarına geçirilmelidir (20:38)

Danimarka anayasasında özel hayatın gizliliği ile ilgili kapsamlı bir koruma bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili tek yasa, iletişim ve elektronik iletilerin gizliliğinin konu alındığı 12. maddedir (20:42).

Sağlık kanununa göre; bölgesel bürolara bir veya birden fazla hasta ofisi açma yetkisi verilmiştir. Bu büroların açılma amacı; hastalara hasta haklarıyla ilgili bilgi sağlamak, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmaktır. Bu göreve ek olarak şikâyetlerle ilgili düzenlemeler yapmak ve sağlık hizmeti sistemi içindeki tazminat olaylarını incelemek gibi görevleri de vardır.

Ayrıca Danimarka'da şikâyetlerle doğrudan ilgilenen hasta şikâyetleri büroları da bulunmaktadır. Hasta şikâyet büroları tarafsız bir halk denetim organıdır ve ciddi durumlarda mahkemelerde var olan bilgileri savcılığa sunabilir.

Hastalar şikâyetlerini, hasta ofisleri ve hasta şikâyet bürolarına ek olarak 1955 yılında kurulan parlamenter ombudsman (halk denetçisi) kuruluşuna da sunabilirler. İsteyen herkes Ombudsmanlık Makamı'na şikâyetlerini iletebilir (20:44,45).

### II.3.12. İlaç

Danimarka'da ilaçların çoğu eczahaneler aracılığıyla satılır ve bu eczahaneler ülke yönetimi tarafından yetkilendirme almış eczahanelerdir. Eczahanelerin sayısını ve nelerde kurulabileceğini İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı belirler. Danimarka'da yaklaşık 300 eczahane vardır. Bazı ilaçlar Danimarka İlaç Ajansı tarafından onaylandıysa takdirde diğer dükkanlarda da satılabilir.

Geri ödemesi yapılan bütün ilaçlar geri ödeme açısından bakıldığında eşit tutulmaktadır. Geri ödeme sistemi bir bireyin bir yıllık sürede kullanabileceği miktara göre ayarlanır ve geri ödeme sistemi bireylerin ihtiyacı temel alınarak hazırlanmıştır. Reçetesiz olarak satılan ilaçların geri ödemeleri sadece yataklık hastalar, özürleri yüzünden yatmak zorunda olanlar ya da uzun dönemli hastalıkları olanlar için yapılır (8:26,27).

### II.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Danimarka sağlık sistemi genellikle yerel vergiler (bölgesel yönetimler ve belediyeler) sayesinde finanse edilir. Birincil sağlık hizmeti sıklıkla hizmet karşılığı ücret alan özel tabipler tarafından sağlanır ve bu tabiplerin ücret miktarları ve çalışma şartları merkezi sistem tarafından belirlenir. Hastahane hizmetleri sıklıkla hastahaneyi satın alıp yöneten bölgesel yönetimlerce sağlanır. Özel hastahaneler sınırlı olup yatak sayısı tüm hastahane yatak sayısının %1'ini geçmez (12:8).

1999 yılı için Danimarka'da sağlık hizmetlerinde kullanılan harcamaların %82,2'si yerel, bölgesel yönetimler ve toplanan vergilerce karşılanmıştır.

Yerel vergiler (bölgesel yönetimler ve belediyelerce toplanan vergiler) kişisel gelirle orantılı olarak toplanmaktadır. Her yıl merkezi hükümet, belediye ve bölgesel yönetimler konseyleri toplanarak o yıl için alınabilecek maksimum yerel vergi oranını belirlerler. 2002 yılı itibarıyla yerel idareler ve belediyelerin vergi oranı %32,6'dır. 1999 yılında il idarelerinde ortalama kişisel gelir vergisi %11,5'tir.

Devletin topladığı vergiler, kişisel gelir vergileri, katma değer vergisi (%25'lik tek oran), enerji ve üretilen mallardan alınan vergi, iş piyasası katkısı (kişisel gelirin %8'i) ve kurumların gelir vergisinin bir karışımından oluşur.

Kişisel gelir vergisi, devletin toplam gelir vergisinin neredeyse yarısını oluşturur ve ücretlere göre vergi kesilir. Sahip olunan kişisel işlerden elde edilen kârlar da vergiye dahildir. Gelir vergisi artan bir ölçüğe göre hesaplanır ve en alt basamak %5,5'tir. Orta ve üst dereceler (sırasıyla %11,5 ve %20,5) kazanılana ve anaparaya göre artış gösterir (12:9).

Sağlık harcamaları için toplanan vergiler ulusal düzeyde ve yerel düzeyde (bölgesel yönetimler ve belediye vergileri) toplanır. Yerel vergiler verginin büyüklüğüne göre yıllık olarak hesaplanan ülke yönetimi desteğiyle arttırılır. Buna ek olarak bölgesel yönetimler ve belediyeler arasında yaş dağılımı, ailelerdeki ortalama çocuk sayısı, kirada yaşayan aile sayısı, işsizlik oranı, bireylerin eğitim durumu ve yalnız yaşayan yaşlı birey sayısı gibi maddeler ölçü alınarak kaynak değişimi yapılabilmektedir (12:10).

Kaynak tahsisi kararları farklı seviyelerde verilebilir. En önemli kaynak tahsisi mekanizması her yıl İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, Finans Bakanlığı, bölgesel yönetimler ve yerel konseyler arasında yapılan görüşmelerdir. Yapılan bu yıllık toplantılarda; bölgesel yönetimler ve yerel idarelerdeki maksimum vergi oranları, bölgesel yönetimler ve belediye büyüklüğüne göre değişen bölgesel yönetim yardımlarının miktarı ve bu kurumlara yapılan finansal yardım ile ilgili kararlar sonuca bağlanır (9:60.61).

Toplam sağlık hizmeti harcamaları 1988 yılından 2000 yılına sabit fiyatlar esas alındığında %29 oranında artmıştır. Tablo 2'de görüldüğü gibi 1998-2000 yılları arasında özel sektör harcamaları %22, hastahane harcamaları %39 ve vatandaşların kendilerine ait sağlık harcamaları %52 oranında artmıştır. Sağlık harcamalarındaki yüksek artış büyük oranda tıbbi ürünlere yapılan harcamalardaki belirgin artıştan kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmeti harcamalarındaki gerçek (reel) büyümeye rağmen, gayri safi hasıladan sağlık hizmetine harcanan oran 1988-2000 yılları arasında sabit kalmıştır.

Sağlık harcamaları için toplanan vergiler ulusal düzeyde ve yerel düzeyde (bölgesel yönetimler ve belediye vergileri) toplanır. Yerel vergiler verginin büyüklüğüne göre yıllık olarak hesaplanan ülke yönetimi desteğiyle arttırılır. Buna ek olarak bölgesel yönetimler ve belediyeler arasında yaş dağılımı, ailelerdeki ortalama çocuk sayısı, kirada yaşayan aile sayısı, işsizlik oranı, bireylerin eğitim durumu ve yalnız yaşayan yaşlı birey sayısı gibi maddeler ölçü alınarak kaynak değişimi yapılabilmektedir (12:10).



Kaynak tahsisi kararları farklı seviyelerde verilebilir. En önemli kaynak tahsisi mekanizması her yıl İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, Finans Bakanlığı, bölgesel yönetimler ve yerel konseyler arasında yapılan görüşmelerdir. Yapılan bu yıllık toplantılarda; bölgesel yönetimler ve yerel idarelerdeki maksimum vergi oranları, bölgesel yönetimler ve belediye büyüklüğüne göre değişen bölgesel yönetim yardımlarının miktarı ve bu kurumlara yapılan finansal yardım ile ilgili kararlar sonuca bağlanır (9:60:61).

Danimarka'da sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu ücretsizdir. 2000 yılında Danimarka'daki sağlık harcamalarının %81'ini kamu harcamaları oluştururken, özel harcamalar %19 civarındadır. Özel sağlık hizmeti harcamalarının başlıca kalemlerini tıbbi ürünler, dişçilik hizmetleri ve fizyoterapi oluşturmaktadır. Kamu ve özel sağlık harcamalarının toplam oranı gayri safi milli hasılanın kabaca %6'sı kadardır (8:13). Daha önce belirtildiği gibi, Danimarka sağlık sisteminin finansmanı ülke yönetimi, bölgesel yönetimler ve yerel yönetimlerin vergileriyle karşılanmaktadır. Finansmana katkı sağlayan diğer kaynaklar bazı sağlık malzemeleri için kişisel doğrudan ödemeleri, hizmetleri ve isteğe bağlı sağlık sigortalarını kapsamaktadır. Ulusal vergiler: kişisel gelir vergileri, katma değer vergisi (%25'lik tek oran), enerji ve üretilen mallardan alınan vergi, iş piyasası katkısı (toplam kişisel gelirin %8'i) ve kurumların gelir vergisinin bir kombinasyonudur. Gelir vergisi, devletin toplam vergi gelirlerinin neredeyse yarısını oluşturur ve ücretlere göre vergi kesilir. Sahip olunan kişisel işlerden elde edilen kârlar da vergiye dahildir. Gelir vergisi artan bir ölçüğe göre hesaplanır ve en az oran %7,5' tir.

**Tablo 4: Sağlık Sektörü Harcamaları (Milyon Danimarka Kronu)**

Yıllar	Hastahaneler	Bireysel Sağlık Hizmetleri	Diğerleri	Özel Harcamalar	Toplam Harcamalar
1988	40,223	12,060	871	10,324	60,478
1992	40,780	13,601	1,280	11,494	67,155
1996	44,633	14,266	1,235	13,183	73,317
2000	48,867	16,919	1,346	15,619	82,751

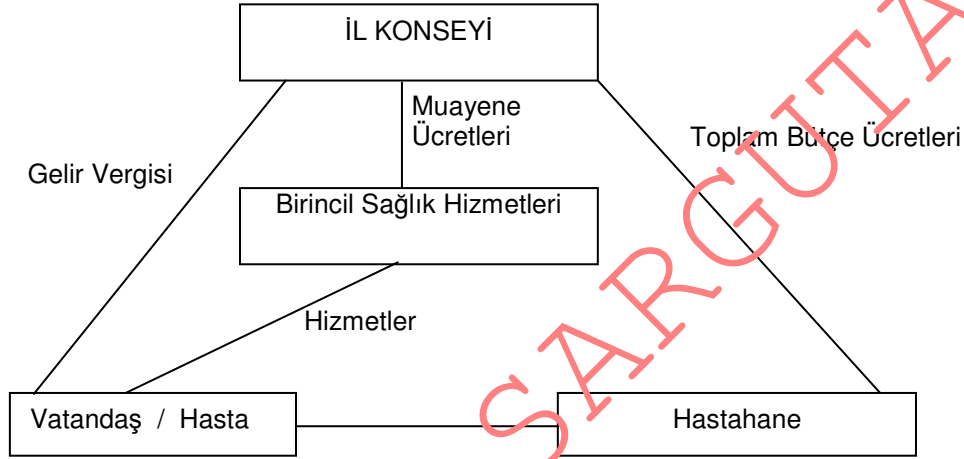
• Kaynak: (8) IS (2007) **Health Care in Denmark**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:13).

Orta ve üst dereceler (sırasıyla %6 ve %15) kazanılan ücrete ve anaparaya göre artış gösterir. Vergilerin tavan değerleri belirlenerek ülke yönetimi, bölgesel yönetimler ve yerel yönetimlerin tüm gelirlerinin %59'unun vergilerce elde edilmesi garantiye alınmaktadır. Danimarka'da ipotek ve sadece belirli amaçlar için kullanılan vergiler olmasa da bazı vergiler, örneğin motorlu taşıtlar, tütün ürünleri ve enerji satış vergileri sıklıkla sağlık sisteminin finansmanında kullanılır.

1990 yılından bu yana merkezi hükümetin aldığı karar çerçevesinde çevreyi kirleten ürünlerin kullanımına vergi ödeme zorunluluğu getirilmiştir (9:26).

Şema Danimarka sağlık sisteminde “üçüncü taraf ödeyiciler”, hastalar ve sağlık hizmetini sunanlar arasındaki ilişkileri göstermektedir.

### Şema 5: Danimarka Sağlık Sisteminin Yapısı



**Kaynak:** (8) IS (2007) **Health Care in Denmark**, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark (s:14).

Hastahane bütçeleri bölgesel yönetimlerce belirlenir ve hastahanelerin belirlenen bu bütçeler çerçevesinde ihtiyaçlarını temin etmeleri beklenir. Tabiplerin da içinde bulunduğu bütçe, sağlık hizmetleri çalışanları, bölgesel yönetimler konseylerinin genel olarak karar birliğine varıp belirledikleri ücretlerle çalışırlar (8:15).

Genel pratisyenler, diş hekimleri, uzmanlar, fizyoterapistler vs. sağlık hizmetleri ödeme şemasına göre ücretlendirilirler. Bu hizmetler yine bölgesel yönetimler ve konu ile ilgili diğer birliklerin karar birliği sonucu sağlanmaktadır. Bu karar birliği kapsamında bireysel hizmetlerin fiyatları da belirlenmektedir.

Sağlık ödemeleri kapsamında hizmet veren genel pratisyenlere kısmen kişi başına kısmen de hizmet başına ödeme yapılır. Uzmanlar, diş hekimleri ve sağlık ödemeleri sistemi altında hizmet sunan diğer kişiler sadece hizmet karşılığı ücret alırlar.

Eczahaneler İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı tarafından verilen izin ve halk otoriteleri tarafından onaylanarak çalışır. Çalışma izni verilen eczahane sayısı sınırlıdır ve tüm ülke coğrafyasında dengeli olarak dağılım göstermektedir. İlaç fiyatları İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiği için tüm ülkede aynı fiyatlar uygulanır. Bu ücretler iki yılda bir İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı ile Eczahaneler Birliği arasında yapılan konuşma ve anlaşmalarla belirlenir.

Yerel yönetimlerin yürüttüğü sağlık hizmetlerinin de sınırlandırılmış bütçeleri vardır. Çalışanlar Ulusal Yerel Yönetimler Birliği ile ilgili sendikaların arasındaki ortak anlaşmalara göre ücretlendirilirler (8:15).

#### II.4.1. Sağlık Güvencesi

Kamu sağlık güvenliği Danimarka'da yaşayan bütün bireylerin kamu sağlık hizmetlerine eşit olarak erişebilmesini garanti altına alır. Danimarka'ya yeni gelen bireylerin kamu sağlık güvenliğinden faydalanabilmesi için en az altı hafta Danimarka'da yaşaması gerekmektedir. Kamu sağlık güvenliği vergilerle finanse edilir. Danimarka'da yaşayan yabancı bireyleri de kapsar. Kamu sağlık güvenliğini takviye etmek için isteğe bağlı kamu ve özel sağlık sigortaları da kullanılabilir (21:2).

**Kamu Sağlık Güvenliği:** Danimarka'da çoğu sağlık güvenliği hizmetleri ve hastahanelere yatış işlemleri ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Her bireyin hastahane desteği kadar diğer sağlık hizmetlerinden de faydalanma hakkı vardır. Kamu sağlık güvenliği dahilindeki hizmetler: genel pratisyenden ücretsiz tıbbi danışmanlık, genel pratisyenin uzman tabip seyki sonrası uzmandan ücretsiz tıbbi danışmanlık, ilaçlar için destek, diş hekimi ve şiropraktörler (genel pratisyenin tavsiyesiyle) fizyoterapi ve psikolojik danışmanlıktır. Destekler tedavinin türüne göre çeşitlilik gösterir (21:2).

**Diğer AB Ülkelerinden Gelen Bireyler İçin:** Danimarka'ya AB/AET (Avrupa Birliği/Avrupa Ekonomik Topluluğu) ülkelerinden veya diğer bazı ülkelerden (İsviçre, Türkiye, Pakistan, Fas, Makedonya, Hırvatistan, Sırbistan ve Bosna-Hersek) gelen bireyler eğer kendi ülkelerinde kamu sağlık güvencesi kapsamındalarsa, Danimarka'da oturma hakkı alır almaz Danimarka sağlık güvencesi kapsamı içine girer. Ancak bunun geçerli olabilmesi için, hastanın gelinen ülkede bu sigorta hizmeti kapsamında olduğunu gösteren bir belgeye sahip olması gerekir. Danimarka'da iş yapmaya başlayanlar ve AB/AET ülkelerinin birinden (ki bu ülkede kamu sağlık sigortası kapsamında olanlar) Danimarka'ya yerleşenler, Danimarka'da bir yıldan kısa bir süre kalanlar ve bir yıldan daha fazla süre daha kalmayı düşünenler, kendi ülkelerinde isteğe bağlı özel sağlık sigortası üyesi olan AB/AET vatandaşları Danimarka'da vatandaşlık hakkı aldıktan en az altı hafta sonra sağlık ve hastahane hizmetlerinden yararlanabilmektedir (21:2).

**Diğer Yeni Gelenler:** Diğer ülkelerden yeni gelen bireyler geldikten 6 hafta sonra kadar kamu sağlık sigortasına başvuru yapamazlar. Acil hastahane hizmetleri dışında herhangi bir tedavi görüldüğünde tedavi için ücret ödenmesi gerekmektedir (21:2).

**Sağlık Güvenliği Sertifikası:** Sarı renkli sağlık güvenliği sertifikası kişinin sağlık güvenliği hizmetleri kapsamında olduğunu gösteren bir belgedir. Bu belge ad, adres ve merkezi kişi kaydını gösterir. 1. grup güvenlik sistemi içerisindeki kişilerin sağlık güvenliği sertifikasında tabibin adı ve telefon numarası da gösterilir. Tedaviye ihtiyacı olanların sertifikasını da getirme zorunluluğu vardır. Sertifika kaybolur veya hasar görürse yenisini alabilmek için ücret ödemek gerekmektedir.

**Çocuklar:** Çocuklar ve 16 yaş altı kişiler kendi sağlık sigorta sertifikalarına sahip olsalar da, aileden bağımsız olarak sigortalı değildirler. Ailenin sağlık sigortası kapsamına girerler (21:3).

**Sağlık Güvenliği Kategorileri:** Danimarka'da iki sağlık güvenliği grubundan birinin seçilmesi gerekmektedir. Danimarka kamu sağlık güvenliği sisteminde iki farklı güvence grubu bulunmaktadır.

**1. Sağlık Güvenliği:** Birinci grupta (bu grup sistemi daha sık kullanılmaktadır) bir genel pratisyen veya bir sağlık merkezini (aynı ofiste birden fazla tabip) kişi kendi tabip olarak seçer. Tabibe başvuru veya seçenek olarak bir uzmana başvuru ücretsiz yapılır ancak uzmana başvuru için kişinin tabibinin sevk gerekmektedir. Hangi genel pratisyenin yeni hasta kabul ettiği konusundaki bilgiler bağlı bulunulan yerel yönetimden alınabilir. Bu grupta diş bakımı, psikolojik danışmanlık, şiropraktör bakımı ve fizyoterapistlik hizmetleri desteklenmektedir.

**2. Sağlık Güvenliği:** İkinci grubu seçenler istedikleri herhangi bir genel pratisyen ve sağlık merkezine başvurabilir. Ayrıca tıbbi uzmana başvuru yapma hakkı da vardır. Sağlık güvenlik sistemi masrafların 1. grup hastalarda denk tedavi için ihtiyaç olan miktar kadarını karşılar, geri kalan kısmını hasta kendisi doğrudan öder. Psikolog, diş hekimi, şiropraktör ve fizyoterapist hizmetleri 1. grup ile aynı sevk kuralları ve geri ödeme biçimleriyle sunulmaktadır (21:3).

**Sonlandırma:** Başka bir yere taşındığında kamu sağlık güvenliği sistemine otomatik olarak bildirilir. Kişinin kendisinin taşındığını bildirmesine gerek yoktur. Bu bildirme işlemi Ulusal Kayıt Ofisi tarafından otomatik olarak yapılmaktadır. Bu durumda yapılması gereken tek şey artık kullanamayacak olan eski sağlık güvenlik sertifikasını bağlı bulunulan yerel otoriteye teslim etmektir (21:3).

**İsteğe Bağlı Özel Sağlık Sigortası:** İsteğe bağlı özel sağlık sigortası kamu sağlık güvenliğine destek olarak kullanılabilir. İsteğe bağlı özel sağlık sigortası hem kamu sağlık güvenliğinin kullanımı sonucu hastaya kalan ödemenin bir kısmını hem de özel hastahane ve kliniklerdeki ücretlerin bir bölümünü kapsar. En çok bilinen isteğe bağlı özel sağlık sigortası kuruluşu Danimarka Sağlık Sigortası'dır. Bu sigorta sistemi birincil olarak diş tedavileri, gözlük alımı, şiropraktör tedavileri ve ilaç ücretlerine destek sağlar. Desteğin miktarı seçilen kapsam oranına bağlıdır. Bu sağlık sigorta sistemine üye olabilmek için Danimarka'da kalıcı vatandaşlık hakkı olmalı, bir dizi sağlık gereksinimini yerine getirmeli ve üyelik ücreti ödenmelidir.

İsteğe bağlı özel sağlık sigortası hizmeti sunan başka kuruluşlar da vardır. Bazı durumlarda işverenler işçilerine isteğe bağlı özel sağlık sigortası hizmeti verebilirler (21:3).

#### II.4.2. Diğer Tedavi Ve Geri Ödeme Biçimleri

Sağlık Hizmeti Ödeme Sistemi, sağlık hizmetlerine hastanın şeker hastalığı nedeniyle şiropraktörden hizmet alınması, miyopati veya kronik felç rehabilitasyonu ve psikolog yardımı için hastaya geri ödeme yapar.

16 yaşın altında gözlük gereksinimi olan çocuklar için de geri ödeme yapılır. Bu işlem için bir genel pratisyenin referansına gerek yoktur.

Eğer Sağlık Hizmeti Ödeme Sistemi kapsamında olan bir kişi ölürse, yerel belediyeler cenaze masraflarının bir kısmını öder. 18 yaş ve üzeri kimseler, gelir durumlarına göre cenaze yardımı alır (8:26).

A. ERDALI

### III. DANİMARKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 5: Danimarka Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri**

Kriterler	*Danimarka	**Türkiye
Kişi Başına Gayri Safi Milli Hasıla	27.627\$ (2003)	7.688\$ (2004)
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Kadın)	79,46 (2001)	73 yıl (2004)
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Erkek)	75,05 (2001)	69 yıl (2004)
Nüfus x1000	5.416 (2005)	73.193 (2005)
Nüfus Artış Hızı (%)	0,4 (2005)	1,5 (2005)
Hekim Başına Düşen Nüfus	345 (2004)	735 (2005)
Sağlık Harcaması (Gayri Safi Milli Hasılanın Yüzdesi olarak)	Kamu: %6,9 Özel: %1,5 (2004)	Kamu: %3,3 Özel: %1,4 (2004)
Kişi Başına Düşen Yıllık Sağlık Harcaması	2.762\$ (2003)	528\$ (2003)
Bebek Ölüm Oranı (1.000 canlı doğumda)	4 (2004)	43 (2003)

**Kaynak:\*** (12) HM (2002) **Health Care Systems In Eight Countries: Trends And Challenges**, HM Treasury Of United Kingdom, England (s:12).

**\*\***(22) WHO (2005) **Country Information-** Turkey, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva s(9).

Her ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıdaki parçanın çeşitli özelliklerine göre şekillenmektedir. Her ülke kendi tarihini, kültürünü, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Ayrıca uluslar arası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilmektedir. Dolayısıyla ülkelerin sağlık sistemleri birbirine benzememektedir.

Danimarka Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil sağlık sistemi modelini benimsemiştir. Danimarka sağlık sistemi, hastalık dahil tüm kişisel sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu, kamu / bütçe kaynaklı sağlık sosyal güvenliği ağırlıklı olan bir sistemdir. Her türlü temel, geliştirici, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümünün bütün ülkede ve herkese, aynı şartlarda, genellikle tek bir örgüt içinde verilmesini sağlayacak, tam kapsamlı bir sağlık sosyal güvenliği organizasyonu esas almıştır. Türkiye, sağlık hizmeti talebinde ağırlıklı olarak Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri grubunda yer almaktadır. Hastalık hallerini kapsayan zorunlu, çalışan ve işveren prim ödemeli hastalık sosyal sigortası mevcuttur.

Danimarka'da sağlık sistemi ulusal düzeyde İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, bölgesel düzeyde il idareleri, birincil sağlık hizmetlerinde belediyeler olmak üzere örgütlenmiştir. Bakanlık sağlık sektörüne yönelik kanunların hazırlanması ve politikaların genel çerçevesinin belirlenmesi ile ilgilenir. Her yıl İç İşleri Ve Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Bölgesel Yönetimler Birliği bir araya gelerek, bütçenin belirlenmesini ve sağlık harcamalarının ayarlanmasını gerçekleştirir. Türkiye'de sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra diğer kamu kuruluşları ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır. Her iki ülkede de sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde Maliye Bakanlığı önemli bir görev üstlenmektedir.

Danimarka sağlık sisteminin yapısında halk ilk olarak birincil sağlık hizmetlerinden faydalanır. Hastahaneler daha fazla uzmanlık, ekipman ve bakım gerektiren tıbbi durumlarla ilgilenir. Türkiye'de birincil sağlık hizmetlerine talep fazla değildir.

Danimarka Türkiye'ye oranla daha az nüfusa sahiptir. Bu durum sağlık hizmetlerinin planlamasını ve dağılımını kolaylaştırmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışan sağlık insan gücü nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Ülkenin doğu ve batısı arasında eşit dağılım göstermemektedir. Danimarka'da sağlık insan gücünün dağılımında eşitsizlik yoktur.

Danimarka'da koruyucu sağlık hizmetleri gelişmiştir. Bu sebeple ikincil sağlık hizmetlerine olan talep Türkiye'ye oranla azdır. Türkiye'de hastahanelere ayakta başvuru oldukça kolaydır, bu yüzden hastalar birincil sağlık hizmetleri kurumları ile çözebilecekleri sağlık problemlerini ikincil sağlık hizmeti kurumlarında çözmeye çalışmaktadır. Bu yüzden bu kurumlarda yığılmalar meydana gelmektedir. Danimarka'da genel pratisyenler merkezi konumdadır ve Danimarkalılar hastahanelere gitmeden önce genel pratisyenlere başvurmak zorundadır. Genel pratisyenler hastanın tedavi ihtiyacına göre tüm sevk işlemlerini yürütür.

Danimarka ilaç üretimi konusunda Türkiye gibi dışa bağımlı bir ülke değildir. İlaç üretimini kendi yaptığı için, ilaçlara ayırdığı mali kaynak Türkiye'ye oranla oldukça azdır.

Danimarka'nın kişi başına GSMH'nin Türkiye'nin yaklaşık dört katı olması, sağlık harcamalarına da yansımaktadır. İki ülkenin sağlık harcamaları karşılaştırıldığında Türkiye'nin GSMH içerisindeki sağlık harcamalarının oranı Danimarka'ya oranla azdır. Her iki ülkede de sağlık harcamalarının kamu finansmanı ağırlıklı olduğu görülmektedir. Danimarka'da 2003 yılı sağlık sistemi verilerine göre; sağlık hizmetleri harcamalarının %83'ünün kamu tarafından, %17'sinin özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de sağlık harcamalarının ancak yaklaşık %50'si kamuya aittir. Geri kalanını özel sektör ve kişiler karşılamaktadır.

Danimarka'da sağlık hizmetlerinin planlanması ve örgütlenmesi yerel, bölgesel ve ulusal olmak üzere üç şekilde yapılmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlanması merkezi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi yürütülmesi ve denetlenmesinden sorumludur. Türkiye'de modern (batı) tıbbi uygulamalarının büyük bir yaygınlıkta olmasına rağmen, özellikle kırsal kesimlerin hala geleneksel tıp uygulamalarından yararlandığı görülmektedir. Danimarka'da böyle bir durum söz konusu değildir.

Danimarka'da yerel idareler tarafından 18 yaş altındaki herkese ücretsiz olarak koruyucu ve tedavi edici diş hekimliği hizmeti verilirken, Türkiye'de bu hizmetler sosyal güvence dışında kalanlara ücretli olarak verilmektedir.

Danimarka'da kamu sağlık güvenliği bütün bireylerin kamu sağlığı hizmetlerine eşit olarak erişebilmelerini garanti altına alır. Kamu sağlık güvenliği Danimarka'da yaşayan yabancı bireyleri de kapsar ve vergilerle finanse edilir. İki grup kamu sağlık sigortası vardır. Birinci grupta tabibe başvuru veya seçenek olarak bir uzmana başvuru ücretsiz yapılır ancak uzmana başvuru için tabibin sevkı gerekmektedir. İkinci grupta hasta istediği herhangi bir genel pratisyen ve sağlık merkezine başvurur, fakat masrafların birinci gruba denk miktarı karşılır, kalanını hasta kendisi öder.

Ayrıca isteğe bağlı özel sağlık sigortası kamu sağlık güvenliği sistemine destek olarak kullanılabilir. İsteğe bağlı özel sağlık sigortası hem kamu sağlık güvenliği sisteminin kullanımı sonucu hastaya kalan ödemenin bir kısmını hem de özel hastahane ve kliniklerdeki ücretlerin bir bölümünü kapsar. Bu sistem dış tedavileri, gözlük alımı, şırıprakör tedavileri ve ilaç ücretlerine destek sağlar. Desteğin miktarı seçilen kapsam oranına bağlıdır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel bütçe sübvansiyonları, sosyal güvence kuruluşları ve kişisel doğrudan ödemelerle karşılanmaktadır.

Türkiye'de her primli sigorta sistemi hem de giderleri devlet bütçesinden karşılanan sosyal güvenlik sistemi ile sosyal yardım ve sosyal hizmetleri içeren sistemle bir arada uygulanmakta ve bu karma yöntemde Anayasa'da öngörülen sosyal güveniğin / güvencenin gerçekleştirilmesine çalışılmaktadır. Türkiye sosyal sigorta sistemi içinde T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-kur, temel sosyal güvence / sigorta kuruluşlarını oluştururlar. Bunlar sağladıkları sağlık güvenesi riski kapsamında sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Bunların dışında kalan diğer vakıf sandıkları, ek sosyal güvenlik kuruluşları ve özel sigorta şirketleri "sosyal" sıfatı taşımayan sigorta yapıları olup, bunların da sağlık hizmeti talebi amaçlı harcamaları vardır.

Sağlık sigorta sistemlerinin kaynakları "kamu" gelirlerinden değil, başta kişilerin ödedikleri olmak üzere, varsa işverenlerin de katıldıkları "prim"lerinden oluşmaktadır.

Sosyal güvence kuruluşlarını sağlık risklerinin Genel Sağlık Sigortası Kurumu adlı yeni kuruluşta birleştirilmesi için çalışmalar sürdürülmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Kopenhag Büyükelçiliği (2007) Danimarka-Güncel Bilgiler, T.C Kopenhag Büyükelçiliği Web Sayfası, Kopenhag Büyük Elçiliği, Danimarka.  
[http://www.turkishembassy.dk/main/tr/danimarka/d\\_güncel\\_t.php](http://www.turkishembassy.dk/main/tr/danimarka/d_güncel_t.php)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
2. CIA (2006) Chiefs of State and Cabinet Members of Foreign Governments Denmark, Central Intelligence Agency, USA.  
<https://www.cia.gov/cia/publication/chiefs/chiefs50.html>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Danimarka Maddesi, Ana Yayıncılık A.Ş Ve Encyclopaedia Britannica, Inc, İstanbul.  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
4. WHO (2004) Highlights on Health- Denmark, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva  
[http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhden/system/20050310\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhden/system/20050310_1)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
5. EN (2007) Denmark Health, Encyclopedia of the Nations, Europa.  
<http://www.nationsencyclopedia.com/Europe/Denmark-HEALTH.html>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Encyclopedia Britannica (2007) Denmark, Health and Welfare, Administration and Social Conditions Health and Welfare, Encyclopedia Britannica Online.  
<http://www.britannica.com/eb/article-33926/Denmark>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
7. Denmark Portal (2007) Average Life Expectancy, Denmark.dk The Official Window, Denmark.  
[http://www.denmark.dk/portal/page?\\_pageid=374,4777898\\_dat=portal&\\_sc\\_hema=PORTAL](http://www.denmark.dk/portal/page?_pageid=374,4777898_dat=portal&_sc_hema=PORTAL)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
8. IS (2007) The Danish Health Care System, Health Care in Denmark, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark.  
[http://www.im.dk/publikationer/healthcare\\_in\\_dk/contents.htm](http://www.im.dk/publikationer/healthcare_in_dk/contents.htm)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

9. WHO (2001) Health Care Systems in Transition, European Observatory on Systems and Policies, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva.  
<http://www.euro.who.int/document/e72967.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
10. WHO (2005) Country Information- Denmark, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva.  
<http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=DEN&language=English>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
11. IS (2005) The Ministry, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark.  
<http://www.im.dk/im/site.aspx?p=2158&ArticleID=4183>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. HM (2002) Health Care Systems in Eight Countries: Trends And Challenges, European Observatory on Systems, HM Treasury of United Kingdom, England.  
<http://www.hm-treasury.gov.uk/index.cfm>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. IS (2005) Transparency and Quality Management-The Danish Model, International Task of the Interior and Health, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark.  
<http://www.im.dk/im/site.aspx?p=2246&ArticleID=4168>  
<http://www.im.dk/im/site.aspx?p=2246&ArticleID=4171>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Ess-Europe.de (2005) Helth Service/Health Insurance in Denmark, ESS-Europakarte Krankenversicherung, Deutschland.  
[http://www.ess-europe.de/en/study\\_in\\_europe.htm](http://www.ess-europe.de/en/study_in_europe.htm)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
15. DTF (2004) Government and Health Care in Denmark, EU Manual of Dental Practice, Denmark.  
[http://www.dtfnet.dk/df/pics/doksys/o100/k203/EU\\_Manual\\_of\\_Dental\\_Practice\\_Denmark.pdf](http://www.dtfnet.dk/df/pics/doksys/o100/k203/EU_Manual_of_Dental_Practice_Denmark.pdf)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
16. FYSIO.DK (2007) Physiotherapists in Denmark, Danske Fysioterapeuter, Denmark.  
[www.fysio.dk/sw7665.asp](http://www.fysio.dk/sw7665.asp)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

17. IS (2005) Welfare and Choice in the Danish Public Sector, Indenrigs-og Sundhedsministeriet, Denmark.  
[www.im.dk/im/site.aspx?p=2246&ArticleID=4167](http://www.im.dk/im/site.aspx?p=2246&ArticleID=4167)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
18. HPM (2005) Evaluation of the Implementation of EPRs, Health Policy Monitor, Denmark.  
[http://www.hpm.org/en/Search\\_For\\_Reforms/Search/Search\\_Results.htm?p\\_ft=&sortOrder=sortAsc&lastSortOrder=sortAsc&p\\_c:183&a:183&a-sh&search.x](http://www.hpm.org/en/Search_For_Reforms/Search/Search_Results.htm?p_ft=&sortOrder=sortAsc&lastSortOrder=sortAsc&p_c:183&a:183&a-sh&search.x)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
19. WHO (2002) Healty Throughout Life the Targets and Strategies for Public Health 2002-2010, World Health Organisation Regional Office for Europa, Geneva.  
<http://www.folkesundhed.dk/media/healthythroughoutlife.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
20. EE (2007) Patient Rights in the EU, Denmark, European Ethical-Legal Papers, Leuven.  
<http://www.orpha.net/actor/EuropaNews/2007/doc/denmarkbk.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
21. MSTİ (2007) Health Insurance, Ministry of Science Technology and Innovation, Denmark  
[http://www.workindenmark.dk/Health\\_insurance\\_health](http://www.workindenmark.dk/Health_insurance_health)  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
22. WHO (2006) Highlights on Health in Turkey, World Health Organisation Regional Office for Europa, Genova.  
<http://www.euro.who.int/document/e88394.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN