

DOSYA/DERLEME**HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ**

Reci MESERİ*

Hollanda sağlık sistemi; kamu – özel sektör birlikteliğinin iyi işletildiği, hizmet sunumunun çoğunlukla özel olduğu, ancak kamunun sıkı denetim düzeneğinin bulunduğu, birinci basamakta koruyucu ve sağaltıcı hizmetlerin birbirinden ayrıldığı, sigorta ile finanse edilen diğer Orta Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında görece ucuz, giderek daha fazla özelleşen bir sistem.

I- Giriş**Devlet yapısı**

Hollanda'da Devlet'in en üst düzeyinde sembolik görevler yüklenen Ana Kraliçe (Kraliçe Beatrix) bulunur, ancak ülkeyi parlamento (*Staten-Generaal*) yönetir. Parlamento, kamara denilen ikili bir meclis yapısına sahiptir. Birinci kamarada 12 ilden 6 yıl için seçilen 75 temsilci görev yapar. İkinci kamara 4 yıl için görev yapan, bilinen "parlamento" yani siyasi parti temsilcilerinden oluşur. Bu iki kamara birlikte yasama yetkisine sahiptir. İkinci kamara yasa taslaklarını oluşturma yetkisine ve ilk kamaraya sunma ödevine iyeyken, ilk kamaranın kendisine sunulan yasa taslaklarını onaylama ya da onaylamama yetkisi bulunur. Başkent Amsterdam olmasına karşın, hükümet Den Haag (*Lahey*)'dadır. Uzun yıllardır koalisyon hükümetleri ile yönetilmiş bu ülkede 12 il, 458 belediye vardır (Den Exter, 2004; MFA, 2007).

Sosyo-demografik yapı

%81'i kara parçası olmak üzere 41,543 Km²'lik bir alana yayılmış bir ülke olan Hollanda'da km²'ye 483 kişi

düşmektedir (Statistics Netherlands, 2006). Çok az yüksekliğe sahip ve genelde düz bir coğrafik yapısı vardır.

2006 yılı nüfusu 16,336,000 kişidir (MFA, 2007). Toplumun %75.5'i Hollandalıdır; Hollandalı olmayanların yaklaşık yarısı batı kökenli değildir (%55.2). Batı kökenli olmayanlar büyük oranda Faslı, Türk ve Surinamlıdır. Toplumun %42'si hiç bir dine bağlı değildir, %30'u Katoliktir. Ortalama evlilik yaşı (2004) erkeklerde 35.4, kadınlarda 31.1'dir. Boşanma hızı oldukça yüksektir, evliliklerin yaklaşık üçte biri (%32.3) boşanma ile sonuçlanmaktadır. Geniş aile kavramı hemen hemen yok gibidir, evlerde ortalama 2.27 kişi yaşamaktadır (Statistics Netherlands, 2006).

Doğumda beklenen yaşam 2004 yılında erkekler için 76.9, kadınlar için 81.4'tür (Statistics Netherlands, 2006; OECD, 2006a). Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında kadınlarda doğumda beklenen yaşam Fransa (83.8) ve Finlandiya'dan (82.3) daha düşük, Almanya (81.4) ile aynı, ABD'den (2003 yılı 80.1) daha yüksek, erkeklerde ise belirtilen tüm ülkelerden daha yüksektir (Fransa 76.7, Finlandiya 75.3, Almanya 75.7, ABD 2003 yılı 74.8) (OECD, 2006a). Hollanda'da 2005 yılında 4.2 milyon kişi 55 yaş ve üzeri iken, 2015 yılında bu sayının 5 milyon, 2035 yılında 6 milyon olması beklenmektedir (De Boer, 2006).

Doğurganlık ölçütleri

2004 yılında 194,000 doğum olmuştur; Kaba Doğum Hızı (KDH) binde 11.9, Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 1.7'dir. Doğumların yaklaşık dörtte biri (%23.8) ileri yaş gebeliğidir, doğumların %31'i evde, %69'u hastanede yapılmıştır (Statistics Netherlands, 2006). 2002 yılında yapılan doğumların %14'ü sezaryendir (WHOSTAT, 2006).

*Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Ölümlülük ölçütleri

2004 yılında Kaba Ölüm Hızı (KÖH) binde 8.4'tür. Beklenildiği gibi Bebek Ölüm Hızı (BÖH, binde 4.4) ve Perinatal Ölüm Hızı (binde 6.6) düşüktür (**Statistics Netherlands, 2006**). Dünya Sağlık Örgütü'nün verisine göre 2000 yılında anne ölüm hızı yüz binde 16'dır (**WHOSTAT, 2006**). 2004 yılında erkeklerde temel ölüm nedenleri KVH (%32.2), kanser (%31.8) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%10.0). Akciğer kanserinden ölümler (%30.7) kanser ölümlerinin ilk sırasındadır. Kadınlarda da benzer bir şekilde en sık ölüm nedeni KVH (%33.2), kanser (%25.3) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%8.7) (**Statistics Netherlands, 2006**).

İşgücüne katılım ve ekonomik yapı

İşgücüne katılım açısından cins oranları benzerdir; İşgücüne katılanların %54.0'ı erkek, %46.0'ı kadın, %43.1'i işçi, %6.8'i kendi hesabına çalışandır (**Statistics Netherlands, 2006**). Tarım çalışanı çok azdır, çalışanların yalnızca %3.3'ü tarımda çalışırken, çalışanların yaklaşık yarısı (%46.0) hizmet sektöründe görev yapmaktadır (**WHO, 2006**). İşçilerin yaklaşık yarısı (%51.9) tam zamanlı çalışmaktadır. 2004 yılında bağımlılık oranı %48 (**WHO, 2006**), 2005 yılında işsizlik oranı %6.5'dir (**Statistics Netherlands, 2006**). 2005 yılında 55-64 yaş arasında işgücüne katılma oranı %40.0 olarak belirtilmekte, 2010 yılında %45.0'a çıkartılması hedeflenmektedir (**De Boer, 2006**).

2005 yılı için ortalama bireysel gelir yıllık 23,900 avro iken, ortalama hane geliri yıllık 28,500 avrodur (**Statistics Netherlands, 2006**). Kişi başına düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (*GSYİH-Gross Domestic Product-GDP*) yıllar içinde giderek artan bir eğilim göstermekte, 2004 yılı için 31,143 \$ (PPP) olarak belirtilmektedir (**WHOSIS Core Health Indicators, 2006**).

II. Dünya Savaşı sonrasında hızla artan doğumlar geniş bir kohort oluşturdu (*bebek patlaması kuşağı*). Oluşan bu kohort günümüzde 50-60 yaş arasında. Hollanda'nın yakın erimde görülen en temel sorunlarından birisi *bebek patlaması* denilen bu kuşağın emeklilik yaşına gelmiş olması, yaşa bağlı olarak daha fazla sağlık ve sosyal bakım gereksinimi duyması. Bu durumda sigorta prim ödemeleri azalacak, sağlık hizmet kullanımı ve harcamaları artacak, yaşlılara özel sosyal destek hizmet düzenlenmeleri ve yeni yaşlı bakım alanları yapılması gerekecek.

II - Sağlık Sistemi

Kamununun sağlık sistemi içinde yer edinmeye başlaması 2. Dünya Savaşı'na dayanır. Alman işgal birlikleri Hollanda'ya girdiklerinde Hollandalılar yoksullar için zorunlu sosyal sigorta (*Bismarck sigorta modeli*) ile tanıştılar, 1941 yılında çıkartılan yasa ile üç bileşenli bir sağlık sigortası kuruldu (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002; Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). İlk bileşen çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için sigorta, ikinci bileşen kendi hesabına

çalışanlar için gönüllü sigorta ve üçüncü bileşen toplumun diğer kesimleri için özel sigortadır. 1964 yılında Zorunlu Hastalık Sigortası (*ZWF, Ziekenfondswet, Sickness Fund*) kurulur, 1967 yılında iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası ile zorunlu hastalık sigortası tek çatı altında birleştirilir (**MHWS, 2005b**). 1968'de sigorta kapsamına alınamayan uzun süreli bakım vb. hizmetler için gelir temelli ayrı bir sigorta fonu yapılandırılır (*AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Exceptional Medical Expenses*). 1971'de hastane yarası çıkartılır. 1980 sonrasında reform çalışmaları başlar, yıllar içinde yapılan çeşitli değişikliklerden sonra 2005 sonuna kadar uygulanan durumuna gelir (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**).

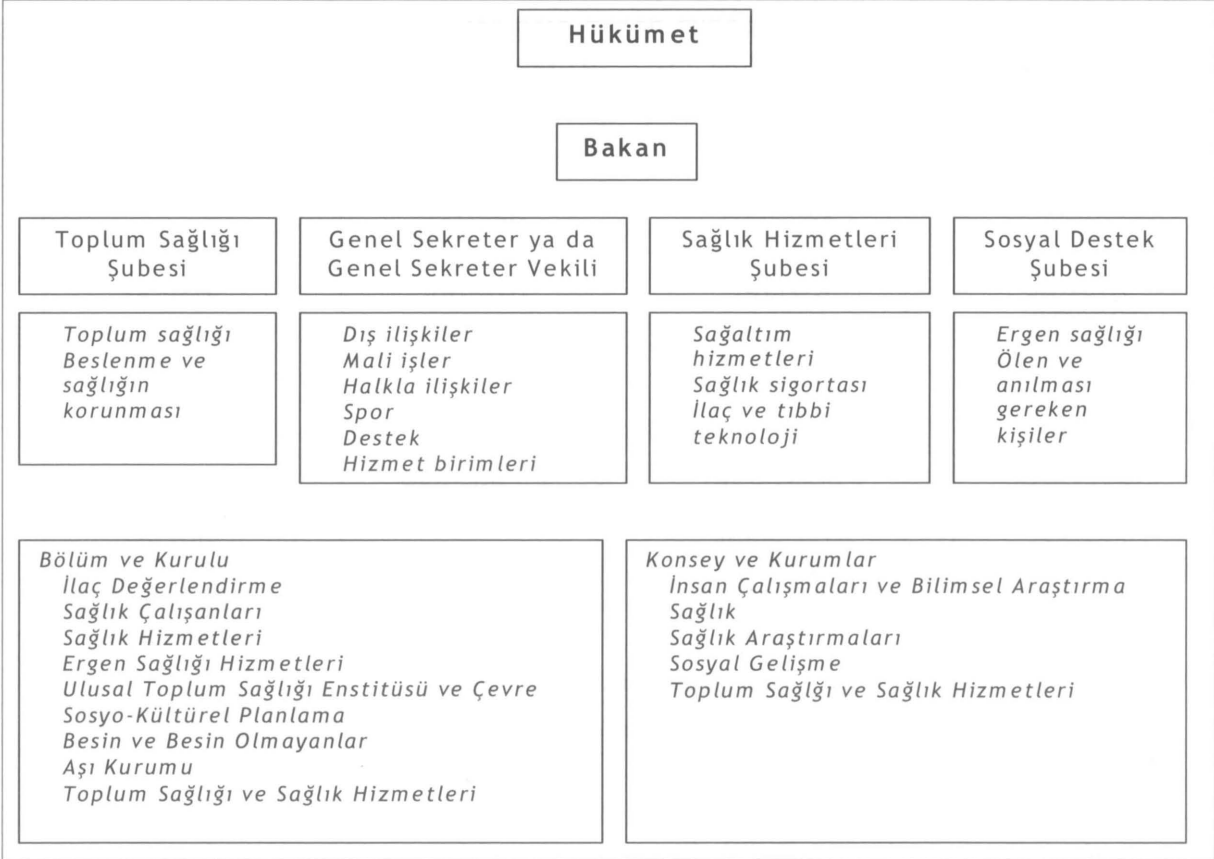
Hollanda sağlık politikalarının temel amacı sunulan sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamaması, eşitlikçi ve dayanışmaya dayalı olması ve nitelikli hizmet sunumudur. Bunun yanı sıra kurumların özerkliğinin, hastaların hoşnut olma durumunun ve hastaların seçme özgürlüğünün sağlanması sistemin diğer amaçlarıdır (**Okma, 2001**).

Hollanda sağlık sisteminin 4 temel özelliği bulunur. İlk özellik finansmanın kamu-özel ortaklığı ile sağlanması, ikinci özellik hizmet sunumunun ağırlıklı olarak özel sektöre yapılması, üçüncü özellik alınan kararlarda özel ve kamunun birlikte görüş oluşturma ve uygulama ilkesi ve dördüncü özellik hükümetin çok sıkı denetim kuralları olması ve özel sektörü kontrol altında tutma çabaları sonucu oluşan uzun bekleme listeleridir.

Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, MHWS, Ministry of Health, Welfare and Sport)

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunulmasında tek yetkili kurum olarak toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için politika belirler ve çalışmalar yapar. Tüm toplumun nitelikli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması temel amacdır (**MHWS, 2007**). Görevleri arasında her yıl hükümetçe de onaylanan tavan bütçeyi hazırlamak da yer alır (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002**). Sağlık Bakanlığı, belediyelerle toplum sağlığının korunması için işbirliği yapar ve birbirlerini tamamlayıcı ödevleri yürütürler. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan Ulusal Toplum Sağlığı ve Çevre Enstitüsü toplum sağlığının korunması için bilimsel çalışmaları yürüten ve Bakanlık'a bilgi desteği sağlayan kurumdur. Bunun yanı sıra denetim kurulları toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için izlem ve denetim yapar. Üç tane denetim kurulu bulunur; Besin ve Besin Olmayanlar Kurulu (*VWA, Voedsel- en Waren Autoriteit, Food and Non Food Authority*), Ergen Sağlığı Denetim Kurulu (*IJZ, Inspectie Jeugdzorg, Inspectorate for Youth Care*) ve sağlık hizmetleri açısından en önemli kurul olan Sağlık Hizmetleri Denetim Kurulu (*IGZ, Inspectie voor Gezondheidszorg, Health Care Inspectorate*). Sağlık Bakanlığı'nın yapısal şeması Şekil 1'de gösterilmiştir (**MHWS, 2007a**).

Şekil 1. Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı örgütlenme şeması



Kaynak: MHWS, 2007a

Sağlık hizmet sunumu

Hollanda'da toplum sağlığı hizmetleri, birinci basamak sağaltım hizmetleri ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri farklı modeller aracılığı ile sunulur. Şekil 2'de farklı sağlık bakım alanlarının yönetim ve finansman modelleri ile ilgili yasal düzenlemeleri gösterilmiştir.

1989 yılında çıkartılan Toplumu Koruma Yasası (*Wcpv, De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, Collective Prevention Public Health Act*) ile belediyeler bazı temel toplum sağlığı hizmetlerini sunmakla yükümlüdür (Okma, 2001). Zamanla belediyeler kendi koşullarına göre hizmetler sunmaya başlamışlar, bu durum bölgeler arası eşitsizliklere yol açmıştır. 1998 yılında buna yönelik bir düzenleme yapılmış, Sağlık Bakanlığı verilmesi gereken temel hizmetler listesi (*basispakket gezondheidsdiensten*) hazırlanmıştır. Bu hizmetlerin sunumundan ve kapsamı ile ilgili bir rapor hazırlanmasından belediyeler sorumludur.

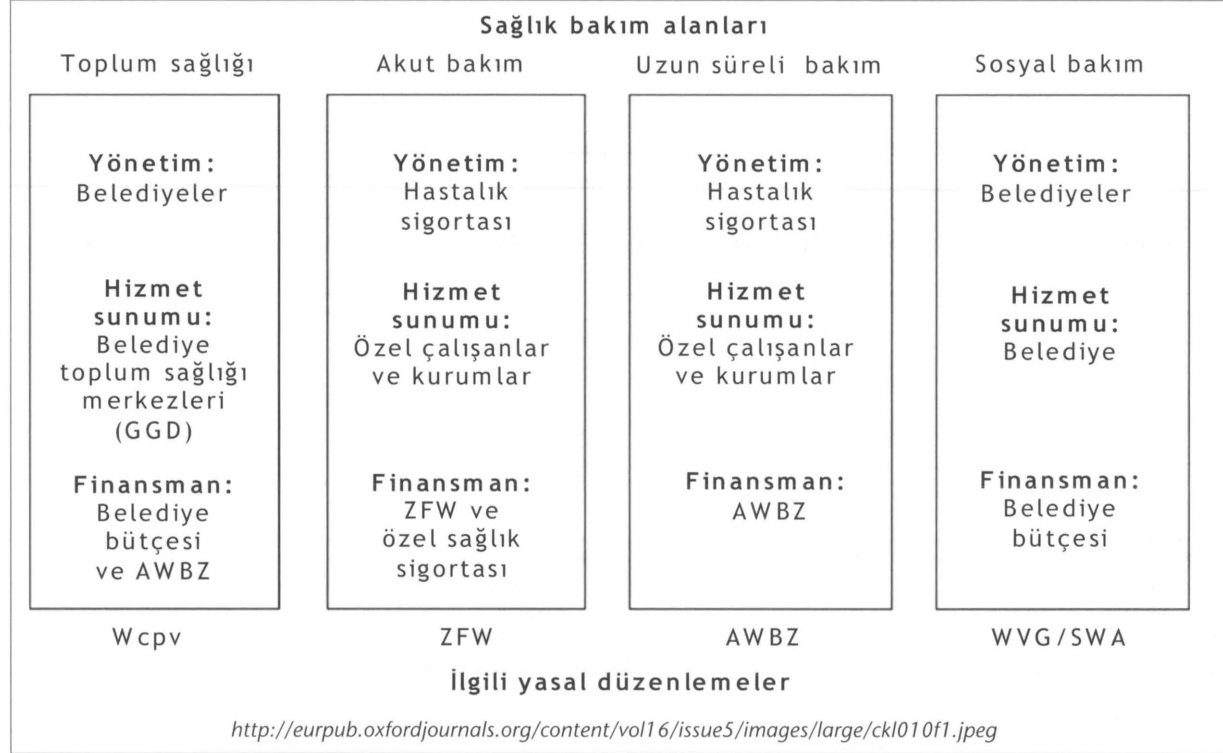
Temel sağlık hizmetleri, tüm ülkeye yayılmış belediye toplum sağlığı merkezleri (*GGD, Gemeentelijke Gezondheidsdienst, Municipal Health Care Service*) aracılığı ile yürütülür. Bu merkezlerde bebek-çocuk izlemeleri, bağışıklama, koruyucu hizmetler, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla savaş, okul sağlığı ve sağlık eğitimi vb. hizmetler sunulur. 2004 yılında bebeklerde kızamık bağışıklama oranı %96, DBT3 %98 olarak saptanmıştır (WHOSTAT, 2006). Son yıllarda GGD'ler bu hizmetlerin

yanı sıra sağlıklı yaşam davranışları (sigara ve alkol kullanımı, şişmanlık, fizik aktivite vb) ile ilgili çalışmalar yürütmektedir.

Diğer Orta Batı Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Hollanda'da da birinci basamakta temelde Genel Pratisyenler (*GP-huisarts*) görev yapar. GP'ler Hollanda sağlık sisteminde ilk başvuru yeridir ve hizmetler ücretsiz olarak sunulur (Schellevis, Westert, De Bakker, 2005). GP'ler tanı koyma ve sağaltım görevlerini yürütür, koruyucu olarak serviks kanseri için izlem ve riskli gruplar için grip aşısı yapar. 20 yaş üstü kadınlarda son beş yılda servikal sürüntü yaptırmaya oranı %60.0, 30 yaş üstü kadınlarda son iki yılda mamografi yaptırmaya oranı %40.0'tır (Statistics Netherlands, 2006).

GP'ler yanlarında bir hemşire ile birlikte çalışır, çoğunlukla grup pratiği yapar, kırsal bölgelerdeki GP'lerin kendilerine ait eczaneleri olabilir. GP'lerin yanında görev yapan hemşireler hastalık tanısı konduktan sonra komplikasyonların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için uygulamalar yapar. Hollanda'da yaşayan her bireyin bir GP'nin listesinde kayıtlı olması ve acil durumlar dışında GP'ye başvurmak için randevu alması gerekir. GP'ler kapı-tutucu olarak görev yapar, ikinci basamağa ya da uzmana gidebilmek için GP'den sevk almak zorunludur. Bu sevk zorunluluğu sevk hızlarının düşmesini sağlar. Başvuruların yaklaşık %95'ini GP'ler çözer, örneğin üst solunum yolu

Şekil 2. Sağlık bakım alanları



Kaynak: Plochg, Delnoij, Hogervorst et al, 2006

enfeksiyonu, bel ağrısı ya da hipertansiyon tümüyle GP'ler tarafından sağaltılır (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). GP'ler zorunlu sağlık sigortası (ZFW) olanlardan kişi başına ücret alırken, özel sigortası olanlardan hizmet başına, yaşlıların bağımsızlığı gibi bazı hizmetlerden ayrıca ücret alır (Okma, 2001). GP'lerin hastanelere hasta yatırma yetkisi yoktur, çok azı hastalarını hastanede görmeye gider, ancak tanı ve sağaltım aşamasında hastanelerin araç gereçlerini (radyoloji, laboratuvar, MR vb.) kullanabilir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

2005 yılında toplumun %73.1'i GP'ye başvurmuştur. Başvuranların %84.8'i GP'nin ofisinde, %4.0'ı GP tarafından evinde, %10.0'ı ise telefonda danışmanlık almıştır. 2005 yılında GP'ye başvuranların ortalama başvuru sayısı 3.6'dır. 2005 yılında toplumun %40'ı uzmana başvurmuştur (Statistics Netherlands, 2006).

Hollanda'da yaşayan herkesin bir GP'nin listesinde kayıtlı olması gerekir. Bu zorunluluktan yola çıkarak GP listelerinin tüm toplumu temsil ettiği varsayılarak 1987'de Hollanda Ulusal Birinci Basamak Araştırması yapılmış, 2001'de yinelenmiş ve birinci basamak hizmet sunumunda yıllar içindeki değişim ortaya konmuştur. 2001 yılında GP'ler kapı-tutuculuk görevlerini başarıyla yerine getirmiştir, başvuruların %96'sı GP'ler tarafından çözümlenmiştir. 1987'ye göre ev ziyaretleri azalmış (%17'den %9'a), telefonla yapılan konsültasyonlar (%4'ten %11'e) ve kişi başına ortalama reçete edilen ilaç (3.7'den 5.7'ye) artmış, uzmana sevk (listede kayıtlı 1,000 kişi başına 184'ten

153'e) azalmıştır. 1987 yılına göre 2001 yılında hekimlerin hastayla görüşme sırasında tıbbi konulara daha çok, sosyal konulara daha az zaman ayırdıkları görülmüştür.

Yıllar içindeki en temel değişiklik ev ziyaretleri ile ilgilidir; 1987 araştırmasında bireylerin %93'ü GP'nin evde ziyaret konusunda yetkin olduğunu düşünürken, 2001 yılında bu oran %84'e düşmüştür.

Yıllar içinde hekimlerin bireyleri bütüncül olarak değil, salt hasta olarak değerlendirdikleri, eş zamanlı olarak toplumda psikolojik sorunların arttığı ve bu nedenle sunulan hizmetlerin zaman zaman tatmin edici olmadığı düşünülmektedir. II. Ulusal Birinci Basamak Araştırması (2001) (Schellevis, Westert, De Bakker, 2005).

GP'ler dışında birinci basamakta fizyoterapistler ve diş hekimleri görev yapar. Hemen tüm diş hekimleri yalnız çalışırken, kurum dışında çalışan fizyoterapistler küçük gruplar halinde çalışır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri ayaktan ussal bakım, evde ve huzurevinde yaşlı bakımını kapsar (Okma, 2001).

İkinci ve üçüncü basamakta uzman hekimler görev yapar. Hemen tüm hastanelerde yataklı hizmetler ve poliklinik hizmetleri bir arada sunulur. Ayaktan ve yatarak bakım sağlayan uzmanlar genelde bireysel ya da hastanelerle sözleşmeli olarak çalışır (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Bunun yanı sıra hastanelerde son yıllarda temizlik, çamaşır gibi hizmetler daha fazla taşeronlaşmış, bu durum taşeron şirketlerin giderek artmasına neden olmuştur (Okma, 2001).

Hastanelerin büyük çoğunluğu kar amaçlı olmayan vakıflar, dernekler ve dini kurumlarca işletilir. Bu yapılanma ortaçağ'dan kalma ve bozulmayan bir gelenek olarak düşünülür ve eğitim ve araştırma hastaneleri dışında kamu hastanesi bulunmaz (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002**). Psikiyatri hastaneleri dışında 100'ü genel hastane, 8'i üniversite hastanesi ve 28'i dal hastanesi olmak üzere toplam 136 hastane hizmet verir. Hastanelerin yanı sıra 333 bakımevi ve 1,340 huzurevi vardır (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**).

Hollanda'da satılan 11,000 kadar ilaç vardır (**MHWS, 2004**) ve bunların yaklaşık %85'i dış alımla sağlanır (**Okma, 2001**). İlaçların büyük çoğunluğu reçete ile özel eczanelerde (*apothek*) satılır, tezgah üstü (*over the counter*) denilen öksürük şurubu, ağrı kesici gibi ilaçlar reçetesiz olarak marketlerden ya da küçük dükkanlardan (*drogist*) alınabilir. Hollanda'da reçete yazma hızı diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşüktür, başvuruların yaklaşık üçte ikisine reçete yazılır (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). Son 15 günde reçeteli ilaç kullananlar toplumun %37.1'i iken tezgah üstü ilaç/reçetesiz ilaç kullananlar %39.0'dır (**Statistics Netherlands, 2006**).

Hollanda'da ilaç kullanımı diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşük olmasına karşın ilaç harcamaları sürekli artmaktadır. Bunun nedeni toplum içinde yaşlıların daha fazla olması, buna bağlı olarak süregen hastalıkların artması ve yeni ilaçların kullanılmaya başlanmasıdır. 65 yaş üstü bireyler yetişkin bir kişinin kullandığının yaklaşık 2 katı kadar ilaç kullanmaktadır. İlaç harcamalarındaki sürekli ve hızlı artış diğer hizmetlere kaynak aktarımı konusunda sıkıntı yaratmaktadır, bunun sonucunda uzun bekleme sıraları oluşmaktadır (**MHWS, 2004**).

Hizmet sunumundaki en temel sıkıntılardan bir tanesi uzun bekleme sırasıdır. Hollandalılar dünyanın en sağlıklı toplumlarından biri olarak kabul edilmesine karşın gelecekte bu sağlıklı durumlarını yitirebileceklerinden endişe duymaktadır (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002**). Özellikle kişi başına aylık 100 avro dolayında sağlık primi ödedikten sonra hizmet alabilmek için bu kadar uzun bekleme sıraları karşısında çaresiz kalmaktadırlar (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002; Saltman, Busse, Figueras, 2004**). Özellikle uzman hekim bakışı, organ nakli, çeşitli ameliyatlara ve ileri teknoloji araçlarının (MR, röntgen vb.) kullanımı için çok değişen bekleme sıraları bulunmaktadır (**Saltman, Busse, Figueras, 2004**). 2000 yılında yayınlanan bir makaleye göre bir sigorta şirketi normalde diz ameliyatı olabilmek için 1-3 ay sonrasına sıra alabilen on hastasını ve ilgili sağlık çalışanlarını İspanya'ya götürmüş ve ameliyatlarının orada yapılması sağlamıştır. Bu tek örnek değildir, diğer sigorta şirketleri de benzer biçimde Almanya ve Belçika ile sağlık turizmi konusunda iletişim kurmaktadır (**Sheldon, 2001; The Institute for the Study of Civil Society, 2002**). Mart 2000'de 150,000 hasta hastanelerde sağıltım için sıra beklemektedir, bunun %61.3'ü en az bir aydır sıradadır. Ekim 2001'de çocuk ve psikiyatrik hastalar

dışında sıra bekleyen kişi sayısı 185,000 kişiye yükselmiştir. En çok bekleme sırası ortopedi, genel cerrahi, göz ve plastik cerrahi bölümlerinde vardır. 2001 yılı sonunda açıklanan sayılara göre bekleme listelerinin sosyal maliyeti (1.9 milyarı refah kaybı, 0.6 milyarı gelir ve üretim kaybı, 0.7 milyarı uzun süreli engellilik ve 8.1 milyonu bürokrasi olmak üzere) yılda 3.2 milyar avrodur (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**).

Us sağlığı hizmetleri

Us sağlığı hizmetlerinin sunumu için bölgesel düzeyde Bölge Us Sağlığı Enstitüleri (*RIAGG, Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Regional Institute for Ambulatory Mental Health Care*), sığınma evleri (*RIBW, Regionale Instelling voor Beshermende Woonvormen, Sheltered Housing Scheme*), psikiyatri hastaneleri (*APZ, Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, Psychiatric Hospital*) ve APZ, RIAGG ve genel hastanelerin psikiyatri bölümünün ortak hizmet verdiği merkezler (*PAAZ, Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis, Psychiatric department of a General Hospital*) bulunur. Psikiyatri hastaneleri (*APZ*) ayaktan bakımdan, uzun süreli bakıma, psikiyatri bölümlerinden, psikogeriatrik birimlerine, madde bağımlılarından adli olgulara kadar geniş bir yelpazede hizmet sunar. Genel hastanelerdeki Eğitim-Araştırma hastanelerindeki psikiyatri bölümlerinin az sayıda yatağı vardır ve hastaların kalış süreleri psikiyatrik hastanelerde yatan hastalara göre kısadır. GP'lerin kapı tutuculuk görevi bu alanda da geçerlidir ancak akut ya da kriz durumunda GP sevki olmaksızın us sağlığı birimlerinden yardım alınabilir (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**).

Yaşlı bakımı

Hollanda'daki kurumsal bakım diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında oldukça fazla olmasına karşın son dönemde Hollanda'da yaşlı bakımında çok temel değişiklikler yaşanmaktadır. Artık amaç kurumsal bakım değil, yaşlıları olabildiğince kendi ortamlarında tutmak ve kurumda kalmalarını önlemektir (**De Boer, 2006; Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). Yaşlı bakımı bu nedenle evde bakım (bireysel bakım, informal bakım, destekli bakım) ve kurumda bakım olarak iki alt başlıkta incelenir.

Kurumsal bakımı huzurevleri ve bakımevleri sağlar. Huzurevlerinde evde kendine bakamayacak ama tıbbi bakıma gereksinim duymayan yaşlılar kalırken, bakımevinde özellikle yaşamın son dönemlerinde olan ya da ciddi tıbbi bakıma gereksinim duyan yaşlılar barınır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık bakımını yine bir GP üstlenir, her yaşlının GP'ye kayıtlı olması gerekir. AWBZ kurumsal bakımın finansmanını sağlar, kurumda yaşayanlar gelirleri oranında küçük bir katkıda bulunur. Her belediyenin içinde yaşlıların kurumda bakımı ile ilgilenen Belediye Gereksinimlerin Saptanması Kurulu (*GIC, Gemeentelijke Indicatiecommissie, Municipal Committees on Needs Assessment*) vardır. Yaşlı bir kurumda yaşama gereksinimi duyuyorsa bu Kurul'a başvurur, kurul uygun görürse yaşlıyı bir kuruma yerleştirir. Kişi yaşayacağı kurumu kendi seçmek istiyorsa o zaman tüm giderleri

cebinden öder. Temelde demans nedeniyle us sağlığını yitirmiş yaşlılar için psikogeriatrik huzurevleri de vardır. Demans vb. nedenlerle kurumda yaşama konusunda us sağlığı ile ilgili birimlerde oluşturulan bir kurul karar verir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Kurumlarda yaşayan yaklaşık 160,000 yaşlının yaklaşık %62.5'i huzurevinde yaşamaktadır (De Boer, 2006).

Yaşlıların kendi sosyal çevrelerinde yaşama isteği ve Belediye Gereksinimlerin Saptanması Kurulu'nun eğilimi nedeniyle son zamanlarda kurumsal bakım öncelikli olarak yeğlenmemektedir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Huzurevleri ve bakımevleri yalnızca yaşlılar için düzenlenmiş uyarı sistemine bağlı, merdivensiz, küçük evlerde, gereksinim duyulduğunda düzenli yemek sağlanması ve gelen görevlilerce bireysel temizlik hizmetlerinin sunulmasıyla evde bakıma destek olur. Ayrıca eş ya da bakıcı desteği sağlanamadığı durumlarda geçici olarak kurumda kalma sistemi geliştirilmiştir. Bu destek hizmetleri sayesinde kurumda yaşam için başvuru yaşı 80'e çekilmiştir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

Sağlık Finansmanı

Hollanda sağlık sisteminin finansmanı Bismarck'ın sosyal sigorta sistemi ile Amerika Birleşik Devletleri'ndeki özel sigortanın birlikteliğine dayanır (The Institute for the Study of Civil Society, 2002), ancak hükümetin özel sektör üzerinde çok sıkı denetim uygulamaları bulunur. Sosyal sigorta hemen tüm ülkeyi kapsar; 31 Aralık 2005 tarihinde Hollanda'da yaşayan 16 milyon kişinin 15.8 milyonu sağlık sigortasına sahiptir (MHWS, 2005b). Sağlık Hizmetleri Sigorta Kurumu (CVZ, College voor Zorgverzekeringen, Health Care Insurance Board) tarafından denetlenen,

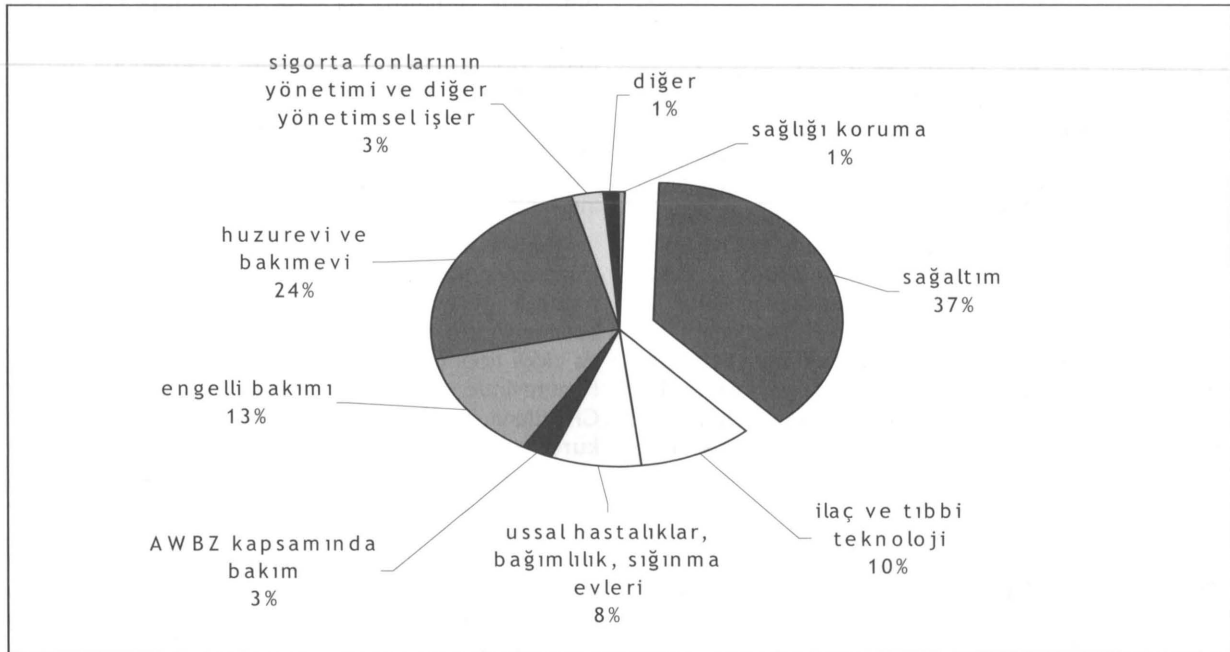
çoğunluğu ülke çapında hizmet veren 22 sigorta fonu vardır. Sağlık Hizmetleri Sigorta Kurumu Sağlık Bakanlığı tarafından seçilen 9 bağımsız üyeden oluşur (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Sigorta şirketleri kar amaçlı çalışabilir (Maarse, Meulen, 2006). Hükümet yıllık olarak sağlık harcamaları için tavan bütçeyi belirler, Sağlık Bakanlığı bütçeyi alt gruplara (yataklı tedavi, ayakta bakım, ilaç vb.) nasıl dağıtacağına ise kendi karar verir (Okma, 2001).

Hollanda ekonomisinde sağlık hizmetleri hizmet sektörü alanında en geniş kalemlerden birisini oluşturur (Okma, 2001). GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay 2003 yılında %9.8 iken, genel bütçeden sağlığa ayrılan pay %12.4'dir. Toplam sağlık harcamalarının içinde kamunun payı %62.4, özel sektörün payı ise %37.6'dır. Kamu harcamaları içinde çoğunluğunu (%93.0) sosyal sigorta, özel harcamaların beşte birini (%20.8) cepten harcamalar oluşturur. Kişi başı sağlık harcaması 2003 yılında 3,088 ABD dolarıdır (WHOSTAT, 2006).

İlaç harcamalarının belirli bir düzeyde tutulabilmesi için her ilaç grubuna özel tavan ödeme miktarları belirlenir, fazlası hastadan doğrudan alınır. İlacın fiyatı tavan ödeme düzeyinin altında ise cepten harcama yapılmaz. Ayrıca jenerik ilaçların kullanımı desteklenerek, ilaç harcamalarının azaltılması hedeflenir. Bunun için Sağlık Bakanlığı hekimleri bilgilendirmeye çalışır, kullanılan elektronik ilaç reçeteleme programı ile daha ucuz ilaçların reçetelenmesi sağlanır (MHWS, 2004).

2004 yılında GSYİH'dan sağlığı ayrılan pay %9.2 iken, bu sayı OECD ülke ortalaması olan %8.9'dan yüksektir. Sigorta modeli olan diğer Orta Avrupa ülkelerinden (İsviçre %11.6, Almanya %10.9) ise görece düşük bir harcamaya

Şekil 3. Sağlık bakım sektöründeki harcamaların dağılımı (2005)



Kaynak: MHWS, 2005b

sahiptir. Kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında Hollanda'da kişi başına yapılan sağlık harcaması 3,041 ABD doları iken OECD ortalaması 2,550 ABD dolandır. Benzer biçimde diğer sigorta yönelimli ülkelerde (Lüksemburg 5,000 ABD dolarından fazla, İsviçre 4,000 ABD doları dolayında) karşılaştırıldığında Hollanda'da kişi başı sağlık harcaması görece düşüktür (OECD, 2006b).

Sağlık Bakanlığı bütçesi kendi içinde hastaneler, GP'ler ve akut hastalıklar, yaşlı bakımı, ilaç ve tıbbi araç gereç, engellilerin bakımı, us sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı ve korunma ve yönetim gibi alt birimlere ayrılır. Bu alt grupların bütçe içindeki payı genelde benzer kalmasına karşın, son yıllarda ilaç ve yönetim harcamalarında artışlar olmuştur (Okma, 2001).

2005 yılında sağlık bakım sektöründe yaklaşık 46 milyar Avro harcanmış, bu paranın üçte birinden fazlası (%37) sağaltım hizmetleri için kullanılmıştır. Şekil 3'te harcamaların dağılımı görülmektedir (MHWS, 2005b).

Şekil 3'te görüldüğü gibi en çok harcama sağaltım hizmetleri, ardından yaşlılar için huzurevleri ve bakımevleri için yapılmıştır. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar ise toplam harcamaların ancak %1'idir (MHWS, 2005b).

İlaç ve tıbbi teknoloji harcamaları son 8 yılda %7 artmış, toplam bütçenin yaklaşık %10'una (4.5 milyar avro) ulaşmıştır. 2001 yılında kişi başı ilaç harcaması yaklaşık 250 avrodur (MHWS, 2004). Kolesterol düşürücüler, antiastitler, antidepresan ve ağrı kesiciler, astım ve KOAH ilaçları harcamaların yaklaşık üçte ikisini oluşturmuştur (Okma, 2001). Eskiden ilaç fiyatları komşu ülkelerden yaklaşık %20 daha pahalıyken, son çıkartılan "İlaç Fiyatları Yasası" ile fiyatlar komşu ülkelerle aynı düzeye inmiştir (MHWS, 2004).

1 Ocak 2006'dan sonra sigorta sisteminde köklü değişiklikler olmuş, sistem "biçim olarak" daha yalın bir duruma gelmiştir. Kolay izlenebilmesi amacıyla hem eski sistemden hem de yeni sistemden kısaca söz edilecektir.

1 Ocak 2006'dan önce uygulanan eski sigorta sistemi

Sigorta sistemi temelde 3 bileşenden oluşuyordu. İlk bileşen Sigortalanamayan Hizmetler olarak adlandırılıyor (AWBZ, *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, The Exceptional Medical Expenses Act*), vergilerle kamu tarafından finanse edilen yalnızca uzun süreli bakım ve sağaltımı karşılamak üzere kurgulanıyordu. Sağlık kurumunda uzun süreli bakım, engellilerin korunması ve bakımı, yatarak ve ayaktan esenlendirme hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin bir bölümü, gebelikte yapılan testler bu kapsamda değerlendiriliyordu (Okma, 2001). Bu sigorta fonu Hollanda'da yaşayan herkesi kapsıyordu. Herkes gelirine göre prim veriyor, bu primler hükümet katkısı ile birleşerek AWBZ fonunu oluşturuyordu.

Kendi içinde çok bölümlü bir yapıya sahip olan ikinci bileşen (akut) hastalık sigortalarını kapsıyordu. Belirli bir

düzeyin altında geliri olanlar Zorunlu Hastalık Sigortası (ZWF, *Ziekenfondswet, Sickness Fund*) kapsamına alınıyor, üzerinde geliri olanlar zorunlu hastalık sigortası kapsamının dışına itiliyor ve özel sigorta yaptırıyordu. Bunun nedeni Almanya'dan farklı olarak Hollanda'da "parası olan, aldığı hizmetin karşılığını ödemelidir" mantığının olmasıydı (The Institute for the Study of Civil Society, 2002). Ayrıca memurlar ve öğrenciler için farklı sigorta uygulamaları vardı (Okma, 2001). Toplumun %63'ü Zorunlu Hastalık Sigortası, %30'u özel sigorta kapsamındaydı (The Institute for the Study of Civil Society, 2002; Okma, 2001). Prim ödemeleri için işçi ve işveren katkısı bulunuyor, riske göre ödeme sistemi uygulanıyor ve başlangıçta katılım payı alınıyordu. 30 kadar kar amacı gütmeyen, hemen tümü ulusal düzeyde hizmet sunan sigorta şirketi arasından seçim yapılabilirdi, sigorta şirketinin bireyi kabul etmeme olanağı bulunmuyordu. Sağlık hizmeti sunan her kurum ise tüm sigorta şirketleriyle anlaşma yapmak zorundaydı, ancak özel çalışan uzman hekimlerin tüm sigorta şirketleri ile anlaşma zorunluluğu yoktu (The Institute for the Study of Civil Society, 2002).

Üçüncü bileşen hastalık sigortasının (zorunlu ya da özel) kapsamadığı ve sigortalanamayan hizmetlerin de içinde yer almayan gönüllü tamamlayıcı sigortaydı. Bu sigorta kapsamında yetişkinler için dış sağlığı hizmetleri, ortez ve protezler, hastanede özel oda ve benzeri hizmetler bulunuyordu. Şekil 4'te 1 Ocak 2006'dan önce uygulanan sigorta modeli görülmektedir.

Şekil 4. 1 Ocak 2006'dan önceki sigorta uygulaması

Gönüllü tamamlayıcı sigorta	
Hastalık sigortası	
ZFW	Özel
Belirli gelire kadar sorunlu	Memur
AWBZ-Sigortalanamayan hizmetler	

Sigortalanamayan hizmetler (AWBZ) harcamaların yaklaşık %41'ini oluşturuyorken, hastalık sigortası bileşeni harcamaların %53'ünü, gönüllü tamamlayıcı sigorta ise yaklaşık %3'ünü oluşturuyordu (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

1 Ocak 2006'dan sonra uygulanan yeni sigorta sistemi (Ha arabanıza kasko yaptırmışsınız ha kendinize!) (MHWS, 2005a)

Hollanda'da sigorta ile finanse edilen sağlık sisteminde 1 Ocak 2006 sonrasında köklü değişiklikler yapıldı. Daha önce çok parçalı ve karmaşık bir sigorta yapısına sahip olan sistemde yalınlaştırmaya gidildi. Artık amaç "isteme göre düzenlenmiş, rekabet ilkesine dayalı, karşılanabilir ve pazara açık bir sağlık sistemidir (The Institute for the Study of Civil Society, 2002; MHWS, 2005b).

Yeni sisteme göre Hükümet, karşılanabilir bulunduğu hizmetleri "Sağlık Hizmetleri Temel Paketi" altında sunar, bu kapsama "Sağlık Temel Sigortası (*Basisverzekering, Basic Health Insurance*)" denir ve bu sigorta sağlık harcamalarının çoğunluğunu karşılar (Stolk, Rutten, 2005; MHWS, 2005b). Sağlık hizmetleri temel paketini "satın almak" zorunludur, bunun yanı sıra isteyenler tamamlayıcı sigorta yaptırabilir (MHWS, 2005a).

Sağlık hizmetleri temel paketinin içinde;

- GP ve uzman bakıları, hastane harcamaları
- Laboratuvar hizmetleri
- 18 yaş altı için diş sağlığı hizmetleri
- Özelleşmiş diş sağlığı bakımı ve diş protezleri
- Bazı tıbbi araçlar
- İlaç
- Jinekoloji ve anne sağlığı hizmetleri (AP dışında)
- Cankurtaran vb. taşıma hizmetleri

sunulur. Bunun yanı sıra sınırlı düzeyde fizyoterapi, konuşma terapisi ve iş sağlığı hizmetleri verilecek, beslenme konusunda eğitimler yapılır (MHWS, 2005a).

Tamamlayıcı sigorta zorunlu değildir; daha çok gözlük, yetişkinler için diş sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, homeopati gibi alternatif tıp yöntemleri, Sağlık hizmetleri temel paketince karşılanmayan fizyoterapi hizmetleri vb. harcamalar için kullanılır (MHWS, 2005a).

Sigorta şirketleri kendilerine başvuran herkesi sağlık temel sigortası kapsamına alır, kimseyi kabul etmeme hakkı yoktur (MHWS, 2005a; MHWS, 2005b). Bu zorunluluk tamamlayıcı sigorta için geçerli değildir. Bireyler temel sigorta ile tamamlayıcı sigortayı aynı sigorta şirketinden almak zorunda değildir, sunulan poliçelere göre kişiler farklı paketleri farklı sigorta şirketlerinden alabilir. Yılda bir kez sigorta şirketlerini değiştirebilirler (MHWS, 2005a).

18 yaş altı bireyler sigorta şirketine bildirmek koşuluyla ücretsiz olarak sağlık temel sigortası kapsamındadır. Ancak tamamlayıcı sigorta yaptırmak isteniyorsa 18 yaş altı bireyler için de prim ödemek zorunludur (MHWS, 2005a).

Prim ve gelire göre katkı

Herkes gelirinden bağımsız olarak prim ödemek durumundadır, sağlık hizmetleri temel paketi için aylık prim 92 avro dolayındadır (1104 avro/yıl). Sigorta şirketleri oluşturdukları değişik poliçeler için değişik prim ödentileri belirleyebilir, ancak aynı poliçeyi alan kişiler yaş, cins, hastalık varlığı vb. durumlara bakılmaksızın aynı aylık primi öder (MHWS, 2005b). Prim ödeme gücü olmayanlar her ay "sağlık hizmetleri yardımı" alır ve primlerini bu yardımla öder. Yardımın miktarı yine gelire göre belirlenir, daha düşük gelire sahip olanlar daha yüksek yardım alır. Örneğin yalnız yaşayan ve yıllık geliri 25,000 avrodan düşük olanlar yıllık en fazla 400 avro yardım alabilir. Bu durumda yılda

yaklaşık 1,104 avro prim ödemesi gereken bir bireyin alacağı yardım ödemesi gereken primin ancak %36'sını karşılar. Eğer kişi evli ise ya da birlikte yaşadığı birisi varsa ve toplam yıllık geliri 40,000 avronun altındaysa yıllık en fazla 1,150 avro alabilir. Benzer şekilde iki kişinin yıllık sağlık primi 2,208 avro olacağı düşünüldüğünde sağlık priminin ancak yarısı karşılanır. 18 yaş altı bireyler ücretsiz olarak temel sigorta kapsamında yer aldıkları için sağlık yardımı alamaz (MHWS, 2005a).

Primini ödemeyen bireylerin sağlık sigortası sonlandırılır. Bu kişiler sağlık sorunları olduğunda hem yüksek harcama ile karşı karşıya kalır hem de primlerini ödemedikleri için ceza öder (MHWS, 2005a; MHWS, 2005b).

Primin yanı sıra çalışanlardan ve devlet tarafından desteklenenlerden (engellilik yardımı, işsizlik yardımı vb.) gelire oranlı katkı alınır. Bu katkılar ve devlet desteği "Sağlık Sigortası Fonu"nu oluşturur. İşçi için işveren, devlet yardımı alanlar için ilgili devlet kurumu bu katkıyı karşılar; Kendi hesabına çalışanlar ise kendileri öder (MHWS, 2005a). 18 yaş altı bireylerin sağlık sigortası devlet tarafından bu fona aktarılır (MHWS, 2005b)

Sağlık temel sigortası modelleri

Sistem çok çeşitli üretilmiş poliçeler arasından bireyin kendisi için en uygun olanı seçmesi, bu şekilde sigorta şirketleri arasındaki rekabeti körüklemesi ve rekabetin sonucunda verimliliğin artmasını amaçlar. Sigorta şirketleri bu yaklaşıma uygun olarak müşteri sayısını artırmak için müşterilerine değişik ödeme planları sunar.

Ödeme yapmaksızın hizmet alımı (in kind model): Bu modelde sigortalı hizmet gereksinimi duyduğunda sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu hizmet sunucularını kullanır ve cepten hiç bir ödeme yapmaz. Anlaşmalı olmayan hizmet sunucularını kullanmayı yeğlerse cepten ödeme yapar, sigorta şirketi daha sonra uygun gördüğü bir miktarı geri öder.

Geri ödemeli model (reimbursement model): Sigortalı, sigorta şirketi ile anlaşmalı olsun olmasın, istediği herhangi bir hizmet sunucuya gider, hizmeti aldıktan sonra cepten öder, sigorta şirketi Hollanda normlarına uygun olarak geri ödeme yapar.

Geri ödemeli ve ödeme yapmaksızın hizmet alımı modellerinin birlikteliği (in kind/reimbursement model): Bu iki modelin değişik biçimlerde sunulduğu modeller olarak tanımlanır (MHWS, 2005b).

Hasarsızlık indirimi

Eğer kişi bir önceki yılda temel hizmet paketinde yer alan hizmetleri kullanmadıysa yani "hasarsızsa" ödediği primlerin bir kısmını (en fazla 255 avro) geri alabilir. GP bakısı ve anne sağlığı hizmetleri "hasar" olarak sayılmadığı için kişi yıl içinde GP'ye başvurduysa bile bu indirimden yararlanabilir. 18 yaş altı bireyler ücretsiz olarak temel

sigorta kapsamında yer aldıkları için hasarsızlık indirimi alamaz (MHWS, 2005a).

Bireysel ödeme

Her sigorta şirketine göre değişen ve zorunlu olmayan bir başka seçenek de "bireysel ödeme" sistemidir. Bu seçenekte bireyler temel sağlık sigortasını alırken, GP'den sevk alarak gitse bile hastaneye ilk başvurduğunda kendi önceden belirlediği bir miktarı cebinden ödeyeceğini belirtir. Bu durumda sağlık hizmetleri temel paketi kapsamında olurlar ve daha düşük aylık prim öderler. Örneğin kişi 200 avroluk bireysel ödeme kararı verdi ve poliçesini ona göre hazırlattıysa, hastaneye ilk başvurduğunda ilk 200 avroluk harcamayı cebinden yapar, daha sonra yapılan harcamalar sigorta şirketince karşılanır. Bunun karşılığında kişi daha düşük aylık prim öder. Bireysel ödeme 200, 300, 400 ya da 500 avro olabilir (MHWS, 2005a). Eğer kişi gençse ve sağlık sorunu olmayacağını(!) düşünüyorsa, bu seçeneği seçerek daha düşük aylık ödeyebilir; doğal olarak hizmet gereksinimi duyduğunda cebinde bireysel ödemeyi yapacak kadar parası varsa!

Eşitlik ilkesi – Sigorta Şirketleri için

Çıkarılan yasaya göre hastalık, yaş, cins vb. kişisel özelliklerinden bağımsız olarak aynı poliçeyi alan bireylerin tümü aynı aylık primi öder ve sigorta şirketinin kendine başvuran kişileri temel hizmet sigortası kapsamında kabul etmeme olanağı yoktur (MHWS, 2005b; Maarse, Meulen, 2006). Bu durumda daha fazla sağlık riski olan bireyleri sigortalayan ve amacı kar elde etmek olan şirket kendi varlığını sürdürmez. Yasaya göre oluşturulan "Sağlık Sigortası Fonu" sigorta şirketine kayıtlı olan bireylerin sağlık durumlarına göre sigorta şirketlerine geri ödeme yapar ve "eşitlik" sağlanır (MHWS, 2005b).

Çıkarılan yeni "Sağlık Sigortası Yasası"na uygun olarak "Sağlık Hizmetleri Sigorta Kurumu (College voor zorgverzekeringen, CVZ, Health Care Insurance Board)" oluşturulmuştur. Bu kurum, sistemin işlerliğini izler ve

gerekli değişikliklerin yapılması için önerilerde bulunur. Hizmet sunanlara ve sigorta şirketlerine sigorta paketi ile ilgili danışmanlık yapar, Sağlık Sigortası ve Sigortalanamayan Hizmetler (AWBZ) kapsamında sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlar. Toplum sağlığı ve sosyal güvenlik ile ilgili yasaların çıkartılması konusunda öneri verir. Sağlık Sigorta Fonu'nu (sigorta şirketlerine eşitlik kapsamında geri ödemelerin yapıldığı fon) ve Sigortalanamayan Hizmetler (AWBZ) Fonu'nu yönetir, eşitlik sisteminin sürekliliğini sağlar (MHWS, 2005b).

Eski sistemden yeni sisteme geçiş şekil 5'te özetlenmiştir.

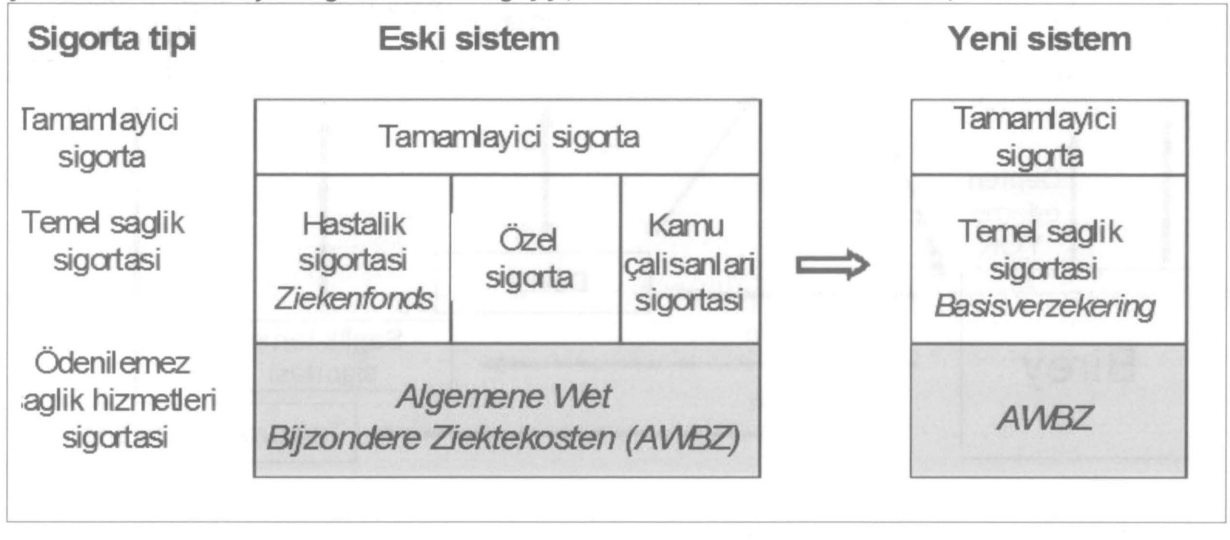
Bireylere yansması

Bireyler sağlık temel sigortasını satın almakla yükümlü olmakla birlikte tamamlayıcı sigorta alma konusunda bir zorunlulukları yoktur. Temel sağlık sigortası için her ay prim öderler, ayrıca gelirine oranla sağlık sigortası fonuna katkı yaparlar. Eğer kişi aylık primini ödemezse sigortası sonlandırılır ve hizmet almak istediğinde ceza öder. Sağlık temel sigortası değişik sigorta şirketleri tarafından farklı modeller aracılığı ile ve farklı fiyatlarla sunulur, ancak bireyin sağlık durumuna bakılmaksızın aynı poliçeyi alan bireylerin tümü aynı primi öder. Birey şirketlerin sunduğu poliçeler arasından kendisine en uygun olanı seçmekte özgürdür. Bunun için tüm modeller konusunda bilgi sahibi olması gerekir. Birey isterse her yeni yılda daha iyi poliçe sunan bir şirkete geçebilir, üstelik tamamlayıcı sigorta yaptırmak istiyorsa tamamlayıcı sigortayı yaptırdığı şirketin sağlık temel sigortasını yaptırdığı şirketle aynı olması gerekmez (Maarse, Meulen, 2006).

Sağlık insan gücü ve tıp eğitimi

1818'e kadar hekim olabilmek için özel bir eğitim gerekiyordu, ancak 1818'den sonra tıp mesleği koruma altına alındı ve 1849'da Hollanda Hekimler Birliği'nin (KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, Royal Dutch Medical Association) kurulmasıyla daha da güçlendi. 1865'te toplum

Şekil 5. Eski sistemden yeni sigorta sistemine geçiş (Era More – The Netherlands, 2007)



sağlığı alanında yapılan en önemli yasalardan biri olan Tıbbi Uygulamalar Yasası (*WUG, Wet op de uitoefening van de geneeskunst, Medical Practice Act*) çıkartıldı. Bu yasa ile tıp eğitimi için ortak bir üniversite eğitimi ön koşul oldu ve tıp mesleği ve tıbbi ünvanlar koruma altına alındı. 1949'da tıp eğitimi yeniden şekillendirildi (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Günümüzde sağlık çalışanlarının eğitimi Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığının ortak sorumluluğunda yer alır. Eğitime alınacak kişi gelecek yıllarda gereksinim duyulacak kişi sayısı temel alınarak belirlenir (Okma, 2001; Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004). Tıp eğitimi temel olarak ilk 4 yıl daha çok teorik, son iki yıl ise klinik eğitim olmak üzere ikiye ayrılır. 6 yılın sonunda tıp doktoru sınavı yapılır, sınavı geçenler tıp doktoru ünvanı alır ve reçete yazmak, ölüm sertifikaları gibi belgeleri düzenleme hakkı kazanır. Aktif olarak hekimlik yapabilmek için Tıp doktoru ünvanı alsalar bile sonra ileri eğitimler almaları gerekir. Bunlar uzmanlık eğitimi, GP eğitimi, araştırma ve doktora eğitimi olabilir. Şu anda uzmanlık eğitimi 29 dalda verilir ve eğitim süresi 4-6 yıldır. GP eğitimi Genel Pratisyenlik Enstitüsü (UHI, *Universitair Huisartengeneeskunde Instituut, Academic General Practitioners' Institute*) aracılığıyla GP eğitimcileri ve üniversitelerde verilir ve yaklaşık olarak 3 yıl sürer. GP eğitiminde temel olarak epidemiyoloji, hastalıklar, mesleki beceriler, danışmanlık, sağlık eğitimi ve iletişim becerileri ile ilgili eğitim yer alır. Eğitim alabilmek için başvuru yeterlidir, kura gibi özel bir seçim olmamasına karşın GP eğitimine başlamak için 2.5 ile 4 yıllık bir bekleme sırası vardır. Genel Pratisyen Kayıt Kurulu (HRC, *Huisarten registratie commissie, General Practitioners Reg-*

istration Committee) GP'lerin kayıtlarını yapar, beş yıl boyunca çalışmayan GP'lerin kayıtları silinir. GP'lerin sigorta fonları ile anlaşma yapabilmeleri için kayıtlı olmaları gereklidir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

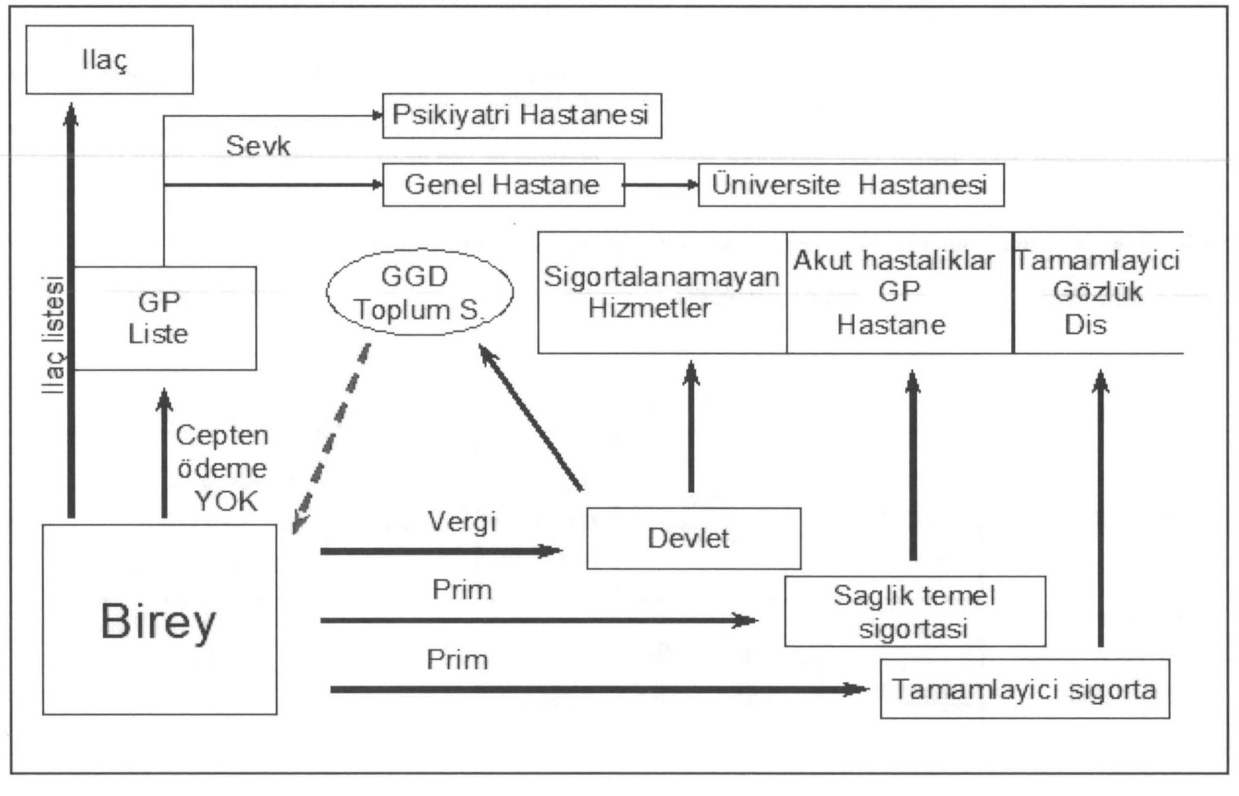
GP ve uzmanlık eğitimi dışında yönelinebilecek bir alan da sosyal tıptır. 1930 yılında "Sosyal Tıp için Genel Hollanda Birliği" kurulmasının ardından, 1956 yılında Hollanda Kraliyet Hekimler Birliği sosyal tıp pratisyenlerini kabul etti ve kayıt altına aldı. Sosyal tıp iş sağlığı, çocuk sağlık bakımı, sigorta hekimliği, genel sağlık bakımı, spor hekimliği olmak üzere 7 alt daldan oluşur. Tüm bu dallarda eğitim en az 2 yıl sürer ve birbiriyle bütünlük olarak verilir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

Bu eğitim alanlarının yanı sıra tıp doktoru olan herhangi bir kişi ilgilendiği alanda doktora eğitimi alabilir ve araştırma yürütebilir (Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004).

Sağlık çalışanları arasında en büyük payı hekim ve hemşireler oluşturur. 2003 yılında toplam 50,854 hekim, 221,783 hemşire görev yapmaktadır. 1,000 kişiye 3.2 hekim, 13.7 hemşire düşmektedir. Bunların dışında 1940 ebe (8,333 kişiye 1 ebe), 7,759 diş hekimi (2,083 kişiye 1 diş hekimi) ve 3,134 eczacı (5,263 kişiye 1 eczacı) bulunmaktadır (WHOSTAT, 2006).

Hollanda sağlık sisteminin hizmet sunumu ve finansman boyutu özetlenerek Şekil 6'da sunulmuştur.

Şekil 6. Hollanda sağlık sisteminin özet şeması



III - Reformlar – Sağlıkta değişim

1970'lerde merkezi yapılanma ve planlama sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilkeydi. 1974'te yayınlanan "sağlık hizmetlerinin yapılandırılması" raporu yerelleştirmenin ilk sinyallerini verdi. Diğer birçok ülkede olduğu gibi 1980 sonrasında Hollanda'da reform çalışmaları başladı. Tüm dünya ülkelerine dayatılan temel ilkeler yani rekabet, verimlilik, yönetim, piyasa yönelimli hizmet sunumu Hollanda'da geçerli oldu. 1980'de Sağlık Hizmetleri Ücretleri Yasası (*WTG, Wet Tarieven Gezondheidszorg, Health Care Tariffs Act*), 1986'da Sağlık Sigortasına Erişim Yasası (*WTZ, Wet Op De Toegang Tot Ziektekostenverzekeringen – Health Insurance Access Act*), özel sigorta ile ilgili düzenleme ve Yaşlılar için Hastalık Fonu Yasası (*MOOZ, Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Qudere Ziekenfondsverzekerden, Act On The Joint Funding Of Elderly Sickness Fund Beneficiaries*) çıkartıldı (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). 1986'da oluşturulan koalisyon hükümeti reform çalışmalarına hız kazandı ve sonra Dekker planı (1987) olarak anılacak olan raporu oluşturan Dekker Komitesi kuruldu (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004; The Institute for the Study of Civil Society, 2002; MHWS, 2005b**).

Özellikle sigorta fonlarının tek çatı altında birleştirilmesi ve bu şekilde prim ödemede eşitsizliklerin önlenmesi çok uzun bir süre tartışıldı. Bu yapılanma içerisinde sigorta şirketleri bağımsız birer yapı olarak risk alacak ve birbirleriyle rekabet edeceklerdi. Kritik nokta kamu eliyle finanse edilen sistem yerine bireysel sigortacılığa geçişti (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**); yani sağlık piyasaya bırakılıyordu. Planın ilk ayağında gelire bağlı olmayan prim uygulaması başlatıldı, psikiyatrik hastalıklar sigorta kapsamından çıkartıldı, sigortalanamayan hizmetler (*AWBZ*) kapsamına alındı. İkinci ayağında ise planlamanın deregülasyonu sağlandı, ücretlerle ilgili yasal düzenlemeler yapıldı, bireysel çalışan sağlık çalışanlarının sigorta şirketleri ile anlaşma yapma "zorunluluğu" ortadan kaldırıldı. Bu şekilde hizmet sunucuları ve sigorta şirketleri hizmet sunumunda baş aktörler oldu, sağlıkta rekabet sağlandı, planlama ve karar verme gücü sigorta şirketlerine bırakıldı (**The Institute for the Study of Civil Society, 2002; Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). Kamudan özele kaymanın yanı sıra yetkiler merkezden yerele devredildi, yerelleştirmeyle yerel yönetimler finansman ve planlama konusunda yetki sahibi oldu (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**). Bu yetki devrine en son örnek 1 Ocak 2007'de yürürlüğe giren Sosyal Destek Yasası'dır (*Wmo, Wet maatschappelijke ondersteuning, Social Support Act*). Bu yasayla sosyal destek konusunda planlama yetkisi belediyelere verildi (**MHWS, 2007b**).

1990'ların başından beri sağlıkla ve sağlığa bakışla ilgili pek çok rapor yayınlandı (**Den Exter, Hermans, Dosljak, Busse, 2004**) ve karşılanan hizmetler, geri ödenebilirlik (maliyet-etkinlik), yapılan işlemin gerekliliği ve etkinliği, kişinin bireysel isteğine bırakılmama ilkeleri

çerçevesinde değerlendirilmeye başlandı. Kaynakların sınırlı olduğu gerekçesiyle 1 Ocak 2004'ten geçerli olmak üzere oral kontraseptif, in vitro fertilizasyon (IVF), yetişkin diş sağlığı ve fizyoterapi vb. hizmetler sigorta kapsamından çıkartıldı (**Stolk, Poley, 2005**). Ancak hizmetlerin kapsam dışına çıkartılması birçok tartışmayı da beraberinde getirdi ve yeniden düzenlemelerini gerekli kıldı. Örneğin IVF'nin gerekli bir sağaltım olduğu söylendi ve ilk denemenin cepten ödenmesine, gerekli olursa daha sonrakilerin sigorta tarafından karşılanmasına karar verildi (**Stolk, Rutten, 2005**).

1 Ocak 2006'dan başlayarak çok bileşenli olan sağlık sigortası (*ZWF, özel ve kamu çalışanları için kullanılan sigorta*) tek çatı altında toplandı ve Sağlık Temel Sigortası adını aldı. Sigortanın tek çatı altına alınması uzun zamandır tartışılan ve olumlu olarak değerlendirilen bir konuyken, altında yatan "sağlık hizmetlerini piyasalaştırma" konusunda kaygı duyanlar da vardı (**MHWS, 2005b**).

Yıllardır süregelen tartışmalarda temelde iki farklı yönelim vardı; bir tarafta kamu diğer tarafta özel yönelimli sigorta. Kamucu yönelimde yasanın kamuya dayanması ve özel sektöre ilişkin öğeler bulundurması isteniyorken, özel sektör yöneliminde ise yasanın tümüyle özel sektör adına düzenlenmesi, toplumu korumak ve bütünlüğü bozmamak için koruyucu maddeler yer alması gerektiği savunuluyordu. Kamu yanlısı olanlar sigorta sisteminin özel sektöre devredilmesinin eşitsizlikleri artıracığı ve bütünlüklü yapıyı bozacağı konusunda kaygı duyuyor, özel sektör yanlıları ise hizmet sunumunda kamunun payının azaltılması gerektiğini, sistemin verimli işlemeyeceğini belirtiyorlardı (**MHWS, 2005b**). 16 Mayıs 2003'te kurulan İkinci Balkenende hükümeti seçimini özel sektörden yana kullandı ancak toplumu koruyucu güçlü düzenekleri de yürürlüğe soktu. Bu durum geleneksel sosyal sigorta yapısı ile özel sigortanın piyasacı yaklaşımının bir birlikteliği ve Dekker Planı'nın son adımları olarak yorumlandı (**MHWS, 2005b; Stolk, Rutten, 2005**).

Sonuç

Hollanda'da 1980'lere dek geleneksel olarak finansman kamu eliyle ve hizmet sunumu özel sektöre yapıldı, ancak bu durum sağlığın piyasa malı olmasına yol açmadı. 1980 sonrası dünyadaki siyasal değişim, Hollanda'daki sağlık hizmetlerini de etkiledi ve sağlığın giderek piyasaya açılmasına neden oldu. Yaşlanan bir toplumda artan sağlık harcamaları için sigorta modeli yürümez oldu, karşılanabilirliğin sağlanması için çeşitli düzenlemeler yapıldı. Önce bireyin sağlık risklerine göre ödeme planı düşünüldü. 2006'dan sonra yeni sigorta sistemine geçildi. Yapılan değişikliklerle hizmet planlanmasında, sunumunda ve finansmanında kamunun gücünün azaltılması, iyi düzenlenmiş bir yasal çerçeve içerisinde hizmet alıcılarının daha çok seçme hakkı olması, hizmet sunucularının ve sigorta şirketlerinin birbirleri ile rekabet etmesi ve verimliliğin artması hedeflendi. Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortası'nı andıran bir gelişimle önce akut hastalıklar için kurgulanan çok bileşenli hastalık sigortası tek çatı altında toplandı ve Sağlık Temel Sigortası

adını aldı. Hizmet sunucularının sigorta şirketleri ile anlaşma yapma zorunluluğu ortadan kaldırıldı. Hizmet sunanlar sigorta ile anlaşma yapabilmek için rekabete girdi. Sigorta şirketleri hem hizmet sunucularla hem de hizmeti alanlarla bireysel anlaşma yaparak planlama ve maliyetleri kontrol etme yetkisine sahip oldu. Müşterilere yani bireylere Sağlık Temel Sigortası satın alma ve sigorta şirketlerinin sağlık temel sigortası için başvuran müşteriyi kabul etme zorunluluğu getirildi. Bireylere her yıl sigorta şirketi değiştirme özgürlüğü verildi. Böylece sigortacılık pazarı yaratıldı, sigorta şirketleri müşteri kapma yarışına girdi, müşterilerine değişik, kendileri için karlı poliçeler sundu. Her yıl poliçesini yenilemeden önce kendisine en uygun poliçeyi seçmek için şirket şirket dolaşma ve bilgi edinme böylece rekabeti körükleme ve verimliliği artırma ödevi de bireylere kaldı.

Bireyler müşteri, hastaneler oto tamircisi, sağlık temel sigortası kasko, sigorta şirketi ise bildiğiniz sigorta şirketi; Yani ha arabanıza kasko yaptırmışsınız ha kendinize.

Teşekkür

Yazının oluşumundaki katkısı için Dr. Gazanfer Aksakoğlu'na teşekkür ederim

Kısaltmalar

(Çeşitli kurum, kuruluş ve oluşumların Dutch isimleri çok uzun olduğu için geleneksel olarak çok sık kısaltma kullanılmaktadır. Bu nedenle yazım içerisinde olabildiği kadar Türkçe karşılıkları kullanılmaya çalışılmış, parantez içinde Dutch isimleri, kısaltmaları ve İngilizce karşılıkları verilmiştir. Aşağıda kullanılan kısaltmaların bir listesi sunulmuştur.)

APZ: Algemeen Psychiatrische Ziekenhuis – Psychiatric Hospital – Psikiyatri Hastanesi

AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten Exceptional Medical Expenses- Ödenemeyen Hizmetler

CVZ: College voor Zorgverzekeringen - Health Care Insurance Board - Sağlık hizmetleri sigorta kurumu

GIC: Gemeentelijke Indicatiecommissie – Manucipal Committee On Need Assessment – Belediye Gereksinimlerin Saptanması Kurulu

GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst - Muicipal Health Care Service - Belediye toplum sağlığı merkezleri

GP: Huisarts – General Practitioner – Genel Pratisyen

IGZ: Inspectie Voor De Gezondheidszorg – Health Care Inspectorate – Sağlık Hizmetleri Denetim Kurulu

IJZ: Inpectie Jeugdzorg- Inspectorate For Youth Care – Ergen Sağlığı Denetim Kurulu

HRC: Huisarten registratie commissie - General Practitioners Registration Committee – GP Kayıt Kurulu

KNMG: Koninklijke Nederlandse Maatschappij Ter Bevordering Van De Geneeskunde – Royal Dutch Medical Association – Hollanda Kraliyet Tabipleri Birliği

VWS: Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport – Ministry Of Health, Welfare And Sport – Sağlık, Refah Ve Spor Bakanlığı

PAAZ: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis – Psychiatric Department Of A General Hospital – Genel Hastane Psikiyatri Bölümü

RVZ: Raad Voor De Volksgezondheid En Zorg – Council For Public Health And Health Care – Toplum Sağlığı Ve Sağlık Hizmetleri Birliği

RIBW: Regionale Instelling Voor Beschermende Woonvormen: Sheltered Housing Scheme – Sığınma Evleri

RIAGG: Reginaal Instituut Voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg: Regional Institute For Ambulatory Mental Health – Bölgesel Ayaktan Ussal Bakım Enstitüsü

UHI: Universtair Huisartengeneeskunde Instituut – Academic General Practitioners' Institute – Genel Pratisyenlik Enstitüsü

WCP: Wet Collectieve Preventie – Public Prevention Act – Toplumunu Koruma Yasası

MOOZ: Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Qudere Ziekenfondsverzekerden – Act On The Joint Funding Of Elderly Sickness Fund Beneficiaries – Yaşlı Hastalık Fonu Yasası

WTZ: Wet Op De Toegang Tot Ziektekostenverzekeringen – Health Insurance Access Act – Sağlık Sigortasına Erişim Yasası

WTG: Wet Tariieven Gezondheidszorg - Health Care Tariffs Act - Sağlık Hizmetleri Tarifeleri Yasası

WZV: Wet Ziekenhuisvoorzieningen – Hospital Provision Act – Hastane Yasası

WMO: Wet maatschappelijke ondersteuning - Social Support Act - Sosyal Destek Yasası

ZWF: Ziekenfondswet – Sickness Fund – Zorunlu Hastalık Sigortası

KAYNAKLAR

De Boer AH (2006)(ed). Report on the elderly 2006: changes in the lives and living situation of elderly persons in the Netherlands. Social and Cultural planning office of the Netherlands. The Hague.

Den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R (2004). Health care systems in transition: The Netherlands. WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies (erişim adresi:

<http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf>).

Era More – The Netherlands (2007). Basic public healthcare insurance in the Netherlands – an introduction. The European Researcher's Mobility Portal (erişim adresi: www.tilburguniversity.nl/employees/healthinsuranceact.pdf).

Maarse H, Meulen RT (2006). Consumer choice in Dutch health insurance after reform. *Health Care Anal.* 14;37-49.

MFA (Ministry of Foreign Affairs) (2007). Ministry of Foreign affairs; Facts and Figures. (erişim adresi: (<http://www.minbuza.nl/en/welcome/factsfigures>)).

MHWS (The Ministry of Health, Welfare and Sport) (2004). Factsheet Medicines (erişim adresi: http://www.minvws.nl/images/42209_indr_En_41_tcm20-107807.pdf).

MHWS (The Ministry of Health, welfare and Sport) (2005)(a). As from 1 January 2006: New health insurance system for everyone (erişim adresi: www.denieuwezorgverzekering.nl/NR/ronlyres/34A96828-CD43-4970-8D54-38866E0D1E3D/0/VWS01709brochureENG.pdf).

MHWS (The Ministry of Health, Welfare and Sport) (2005)(b). Health Insurance in the Netherlands: The new health insurance system from 2006. The Hague (erişim adresi: http://www.minvws.nl/images/health-insurance-in-nl_tcm20-107942.pdf).

MHWS (Ministry of Health, Welfare and Sport) (2007)(a). Ministry of Health, Welfare and Sport Organization Chart (erişim adresi: <http://www.minvws.nl/en/organization/chart/>).

MHWS (Ministry of Health, Welfare and Sport) (2007)(b). Social Support Act (erişim adresi: <http://www.minvws.nl/en/themes/social-support-act/default.asp>).

OECD (2006)(a). OECD Health Data: Frequently requested data (erişim adresi: <http://www.oecd.org/dataoecd/20/51/37622205.xls>).

OECD (2006)(b). OECD Health Data 2006: How does the Netherlands compare (erişim adresi: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/34/36959553.pdf>).

Okma KGH (2001). Health care, health policies and health care reforms in the Netherlands. International Publication series Ministry of Health, Welfare and Sports (erişim adresi: http://www.minvws.nl/images/Healthcare07_tcm20-107911.pdf).

Plochg T, Delnoij DMJ, Hogervorst WVG, Van Dijk P, Belleman S, Klazinga NS (2006). Local health systems in 21st century: who cares?—an exploratory study on health system governance in Amsterdam. *The European Journal of Public Health.* 16(5):559-564 (erişim adresi: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/5/559> ; Şekil için <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/vol16/issue5/images/large/ckl010f1.jpeg>)

Saltman RB, Busse R, Figueras J (ed) (2004). Social health insurance systems in western europe. European observatory on health systems and policies series. Open University Press. New York.

Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH (2005). The actual role of general practice in the Dutch health care system: Results of the second Dutch National Survey of general practice. *J Public Health.* 13:265-269.

Sheldon T (2001). Dutch patients travel to Spain for orthopaedic surgery. *BMJ.* 322:1565 (erişim adresi: <http://bmj.com/cgi/content/full/322/7302/1565/c>)

Statistics Netherlands (2006). Statistical yearbook of the Netherlands (erişim adresi: <http://www.cbs.nl/NR/ronlyres/775B8373-86F8-4A17-8872-C4ECFBCB2766/0/2006a3pub.pdf>).

Stolk EA, Poley MJ (2005). Criteria for determining a basic health services package: Recent developments in The Netherlands. *Eur J Health Econom.* 50:2–7.

Stolk EA, Rutten FFH (2005). The health benefit basket in the Netherlands. *Eur J Health Econom.* 6(Suppl 1):53-57.

The Institute for the Study of Civil Society (2002). Healthcare in the Netherlands: Towards a sound system of medical insurance? Consumer driven healthcare reform in the Netherlands: the relaxation of supply-side restrictions and greater role of market forces. (erişim adresi: www.civitas.org.uk/pdf/dutch.pdf).

WHO (World Health Organisation) (2006). The world health report 2006: Working together for health (erişim adresi: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf).

WHOSTAT (World Health Organization Statistics) (2006). World health statistics (erişim adresi: <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>).

WHOSIS Core Health Indicators (2006). World Health Organization Statistical Information Systems Core Health Indicators (erişim adresi: http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm).