Sivas İnterdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi

ISSN: 2651-2742
2026 - Cilt: 9 Sayı: 1
Sayfa: 166-182.

Dergi Web Sitesi: http://sitadergisi.cumhuriyet.edu.tr/tr/

Gönderilme Tarihi: 26.08.2026 | **Kabul Tarihi: 08.09.2026**

Araştırma Makalesi (Research Article)

HOLLANDA ve TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMLERİ YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison of the Netherlands and Türkiye in Terms of Health Systems

1. Didem GÜLTEKİN*
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi

2. Abdullah MISIRLIOĞLU
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi

Özet

Karşılaştırmalı sağlık sistemleri analizi, birden fazla ülkenin sağlık hizmetleri ve politikaları gibi özelliklerini yan yana değerlendirerek faydalı bulgular ve derinlemesine analizler sunmayı amaçlayan bir araştırma stratejisidir. Bu yaklaşım, sağlık sistemlerinin çeşitli unsurlarını karşılaştırmak suretiyle elde edilen veriler üzerinden yapılır. Ülkeler arasında sağlık sistemleri üzerine bilgi alışverişi, diğer pek çok sektörde olduğu gibi, oldukça aktif bir biçimde yapılmaktadır. 1980'lerin sonu ve 1990'ların başı itibarıyla, küreselleşme süreçleri ve bu süreçlerin doğurduğu liberal ekonomik ile siyasi yaklaşımlar, dünya çapında sağlık sistemlerinin yanı sıra uygulanan politika ve hizmetlere dair önemli değişimlere öncülük etmiştir (Çoban, 2009; Ünsal, 2016). Bu çalışma, Hollanda ve Türkiye'nin sağlık sistemlerinin genel özelliklerini incelemek ve bu iki ülke arasında 2017 yılına ait sağlık verilerindeki farklılıkları ortaya koymak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye Sağlık Sistemi, Hollanda Sağlık Sistemi, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri.

Abstract

The comparative analysis of health systems is a research strategy aimed at offering valuable insights and in-depth analyses by evaluating the characteristics of healthcare services and policies across multiple countries side by side. This approach is carried out based on data obtained by comparing various elements of health systems. Information exchange on health systems between countries is conducted actively, much like in many other sectors. Since the

* **Sorumlu Yazar:** didem.gultekin@cumhuriyet.edu.tr

Önerilen Atıf: Gültekin, D. ve Mısırlıoğlu, A., (2026). Hollanda ve Türkiye'nin sağlık sistemleri yönünden karşılaştırılması, *Sivas İnterdisipliner Turizm Araştırmaları Dergisi*, *9*(1), 166-182.

late 1980s and early 1990s, globalization processes and the liberal economic and political approaches they fostered have led to significant changes in health systems, as well as the policies and services applied worldwide (Çoban, 2009; Ünsal, 2016). This study was conducted to examine the general characteristics of the health systems of the Netherlands and Turkiye and to reveal the differences in health data between these two countries in 2017.

Keywords: Turkish Health System, Netherlands Health System, Comparative Health Systems

Giriş

Ülkelerin benimsedikleri sağlık sistemlerinin yapısı, sağlık hizmetlerinin sunum biçimi ve finansman modelleri, sağlık sektörünün işleyişini ve sağlık göstergelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Günümüzde farklı sağlık sistemi modelleri, ülkelerin kendilerine özgü sosyoekonomik ve politik koşulları doğrultusunda şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğu, finansmanın hangi kaynaklardan sağlandığı ve hizmetlerin kamu veya özel sektör tarafından nasıl yürütüldüğü, sağlık sistemlerinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu bileşenlere bağlı olarak toplam sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı, kamu ve özel sektör harcamalarının dağılımı ve bireylerin cepten yaptığı sağlık harcamaları gibi ekonomik göstergeler ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu göstergeler; sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi ve sunulan hizmetlerin kapsamı üzerinde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemleri, toplumun genel sağlık durumunu ve bireylerin sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetini etkileyen önemli unsurlardan biridir. Kamu finansmanının ağırlıklı olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerine erişimin daha geniş bir kesim için güvence altına alınması mümkün olabilirken, cepten yapılan harcamaların yüksek olduğu sistemlerde bireylerin finansal yükü artabilmektedir. Bununla birlikte, finansman ve hizmet sunumu modellerinin etkileri ülkelerin sağlık politikalarına ve sistemlerinin örgütlenme biçimine göre değişebilmektedir. Sağlık sistemlerinin yapısı ve işleyişi; yaşam beklentisi, kronik hastalıkların yaygınlığı ve diğer temel sağlık göstergeleriyle de ilişkilidir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişim, hizmet kalitesi, hizmet çeşitliliği ve finansmanda hakkaniyet, toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Ünsal, 2016; Arslan, 2019).

Ülkelerin sağlık finansmanına yönelik yaklaşımları; ekonomik koşullar, toplumsal yapı ve politik tercihler doğrultusunda şekillenmektedir. Sağlık harcamalarının toplum içinde nasıl paylaştırıldığı ve finansman yükünün kimler tarafından üstlenildiği ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Sağlık harcamalarındaki artış; nüfusun yaşlanması, sağlık hizmetlerine yönelik talebin değişmesi, tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ve tedavi olanaklarının çeşitlenmesi gibi birçok faktörle ilişkilidir. Ekonomik gelişmeler ve teknolojik yeniliklerin yanı sıra sağlık politikalarında yapılan değişiklikler de sağlık harcamalarının düzeyini ve dağılımını etkileyebilmektedir. Bu gelişmeler, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye gibi farklı sağlık sistemi modellerine sahip ülkelerde sağlık politikalarının ve finansman yapılarının zaman içinde değişmesine neden olabilmektedir. Sağlık harcamalarının artması karşısında kaynakların etkili kullanılması, sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi önem kazanmaktadır. Bu nedenle ülkelerin sağlık sistemlerini düzenli olarak değerlendirmeleri ve hizmet sunumu ile finansman süreçlerini daha etkin hâle getirmeye yönelik politikalar geliştirmeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması ve

hizmet kalitesinin artırılması amacıyla yenilikçi yaklaşımlardan yararlanılması da önem taşımaktadır. Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaştırılmasına ve sistemlerin verimliliğinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Bunun yanı sıra, artan sağlık hizmeti talebinin karşılanabilmesi ve sistemlerin finansal sürdürülebilirliğinin korunabilmesi için finansman modellerinin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve gerektiğinde yeniden yapılandırılması gerekmektedir (Akın, 2007; Grabowski, 2011; Çakır, 2016; Arslan, 2019; Çoban, 2009).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına yönelik çalışmalar, sağlık sistemlerinin etkinliğinin artırılması ve toplumun sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık politikalarının ve stratejilerinin toplumun değişen ihtiyaçlarına ve beklentilerine yanıt verebilmesi için sürekli olarak değerlendirilmesi ve güncellenmesi gerekmektedir. Bu süreç, sağlık sistemlerinin değişen koşullara uyum sağlamasını ve mevcut kaynakların daha etkili kullanılmasını desteklemektedir (Yavuz, 2011).

Bu çalışma, Türkiye ve Hollanda'nın sağlık sistemlerini temel özellikleri, örgütlenme biçimleri ve işleyişleri bakımından karşılaştırmalı olarak incelemek amacıyla 2017 yılına ait veriler dikkate alınarak hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında her iki ülkenin sağlık sistemlerinin temel bileşenleri, sağlık harcamaları ve finansman yöntemleri ele alınmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının genel sağlık göstergeleri ile bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi üzerindeki olası etkileri karşılaştırmalı bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Böylece farklı sağlık sistemi modellerinin uygulamadaki özelliklerinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ile erişilebilirliğiyle ilişkilerinin daha kapsamlı biçimde ortaya konulması amaçlanmıştır.

Bu yaklaşım doğrultusunda çalışma, sağlık sistemlerini yalnızca nicel göstergeler üzerinden değerlendirmekle sınırlı kalmayıp Türkiye ve Hollanda'nın sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanına ilişkin politik ve ekonomik tercihlerinin olası sonuçlarını da ele almaktadır. Bu kapsamda, söz konusu tercihlerin sağlık hizmetlerinin kalitesi, erişilebilirliği ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Çalışmanın, farklı sağlık sistemi modellerinin özelliklerinin ve karşılaşılan sorunların anlaşılmasına katkı sağlaması ve sağlık hizmetleri alanında politika geliştiren karar vericilere bilimsel bir değerlendirme çerçevesi sunması amaçlanmaktadır.

1. Hollanda

1.1. Genel Bilgiler

Hollanda, Batı Avrupa'da yer alan ve Kuzey Denizi kıyısında bulunan bir ülkedir. Almanya ile doğuda, Belçika ile güneyde komşudur. Ülkenin başkenti Amsterdam olmakla birlikte, hükümet merkezi Lahey'dir. Lahey, uluslararası diplomasi ve hukuk açısından önemli bir merkez olup Uluslararası Adalet Divanı gibi uluslararası kuruluşlara ev sahipliği yapmaktadır. Hollanda, idari açıdan 12 ilden oluşmaktadır. Ayrıca Hollanda Krallığı'nın Karayipler'de yer alan özel belediyeleri bulunmaktadır.

Hollanda'nın resmî dili Felemenkçedir. İngilizce de ülkede yaygın olarak konuşulmaktadır. Ülkenin coğrafi özellikleri arasında deniz seviyesinin altında kalan geniş alanlar ve gelişmiş su yönetimi uygulamaları öne çıkmaktadır. Hollanda, Belçika ve Lüksemburg ile birlikte Benelüks iş birliğinin üyesidir ve Avrupa Birliği'nin kurucu üyeleri arasında yer almaktadır.

Rotterdam Limanı ise Avrupa'nın önemli limanlarından biri olarak ülkenin uluslararası ticaretinde ve ekonomisinde önemli bir rol oynamaktadır.

Meşruti monarşi ile yönetilen Hollanda; yoğun nüfus yapısı, yaygın bisiklet kullanımı, lale yetiştiriciliği ve peynir üretimi gibi özellikleriyle tanınmaktadır. Ülke, Avrupa Birliği, Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü (NATO) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlara üyedir. Ayrıca çevrenin korunması ve uluslararası hukukun geliştirilmesine yönelik çeşitli uluslararası anlaşma ve girişimlerde yer almaktadır. Hollanda, uluslararası kuruluşlara ev sahipliği yapması ve çok taraflı iş birliğine katılımıyla uluslararası ilişkilerde önemli bir konuma sahiptir (Hollanda, erişim tarihi: 05.09.2023).

Hollanda ekonomisi, büyük ölçüde serbest piyasa ilkelerine dayanmakla birlikte kamu politikaları ekonomik ve sosyal yaşam üzerinde etkili olmaktadır. Çevrenin korunması ve sürdürülebilir kalkınma, ülkenin politika alanları arasında yer almaktadır. Doğal alanların ve biyolojik çeşitliliğin korunmasına yönelik çalışmalar, çevre politikalarının önemli bileşenlerini oluşturmaktadır.

Hollanda'nın toplumsal yapısı dinî inançlar bakımından çeşitlilik göstermektedir. Ülkede Katolik ve Protestan toplulukların yanı sıra herhangi bir dinî inanca bağlı olmadığını belirten önemli bir nüfus kesimi de bulunmaktadır. Bu çeşitlilik, ülkenin toplumsal ve kültürel yapısının farklı boyutlarını yansıtmaktadır.

Genel olarak Hollanda'nın ekonomik ve sosyal politikaları; sürdürülebilir kalkınma, doğal kaynakların korunması ve toplumsal refahın geliştirilmesi gibi hedefleri kapsamaktadır. Ülkenin coğrafi özellikleri, ekonomik yapısı ve sosyal politikaları, sağlık sisteminin örgütlenmesini ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu genel bağlamı anlamak açısından önem taşımaktadır (T.C. Dışişleri Bakanlığı, erişim tarihi: 21.05.2023).

1.2. Hollanda Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanı, yasal düzenlemelerle şekillendirilen zorunlu sağlık sigortası sistemi, vergiler ve bireysel katkılar aracılığıyla sağlanmaktadır. Temel sağlık sigortası, özel sigorta kuruluşları tarafından sunulmakla birlikte devlet tarafından kapsamlı biçimde düzenlenmektedir. Bireyler, temel sağlık sigortasının yanı sıra ihtiyaç ve tercihlerine bağlı olarak tamamlayıcı sağlık sigortası da yaptırabilmektedir. Bu yapı, sosyal koruma ilkeleri ile sigorta temelli finansman yaklaşımını bir araya getirmektedir (OECD, 2017).

Hollanda sağlık sisteminin temel özelliklerinden biri, sağlık hizmetlerinin finansmanında zorunlu temel sağlık sigortasının önemli bir yer tutmasıdır. Sistemde sigorta primleri, gelirle ilişkili katkılar ve kamu kaynakları gibi farklı finansman araçlarından yararlanılmaktadır. Bununla birlikte, sigorta sisteminin finansman ve kapsam yapısı, kişilerin çalışma durumuna ve yürürlükteki yasal düzenlemelere göre farklılaşabilmektedir. Bu model, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışmayı desteklemeyi ve nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almayı amaçlamaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Hollanda'nın sağlık sistemi, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılmasını ve finansal korumanın sağlanmasını hedeflemektedir. Zorunlu temel sağlık sigortası, sigorta kapsamındaki hizmetlere erişimde önemli bir güvence oluştururken primler, katkı payları ve kamu destekleri sistemin finansmanında rol oynamaktadır. Bununla birlikte, hizmetlere erişim ve bireylerin üstlendiği mali yük; sigorta kapsamı, uygulanan katkı payları ve kişilerin sosyoekonomik koşulları gibi etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Hollanda sağlık sisteminin temel özellikleri aşağıda özetlenmiştir (Sargutan, 2006b; Kaya, 2018).

- **Finansman ve sigorta yapısı:** Hollanda'da sağlık hizmetlerine erişim, zorunlu temel sağlık sigortası ve kamu kaynaklarıyla desteklenen finansman mekanizmaları aracılığıyla sağlanmaktadır. Bireyler, temel sigorta kapsamına ek olarak ihtiyaçları doğrultusunda tamamlayıcı sigorta yaptırabilmektedir.
- **Kamu ve özel sektörün rolü:** Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumunda kamu ve özel sektör farklı işlevler üstlenmektedir. Devlet, yasal düzenlemeler ve denetim yoluyla sistemin işleyişini şekillendirirken sağlık hizmetleri, farklı mülkiyet ve örgütlenme yapılarına sahip kuruluşlar tarafından sunulabilmektedir.
- **Sağlık göstergeleri:** Hollanda'da yaşam beklentisi ve diğer temel sağlık göstergeleri, sağlık sisteminin değerlendirilmesinde önemli ölçütlerdir. Bu göstergelerdeki değişimler yalnızca sağlık hizmetlerine değil; ekonomik ve sosyal koşullara, yaşam biçimlerine, demografik yapıya ve halk sağlığı politikalarına da bağlıdır. Bu nedenle sağlık alanındaki gelişmeler değerlendirilirken birden fazla etkenin dikkate alınması gerekmektedir.
- **Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi:** Hollanda'da Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, sağlık politikalarının oluşturulması ve sağlık sisteminin genel çerçevesinin belirlenmesinde önemli bir role sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimler temel başvuru noktalarından birini oluşturur. Hastaların uzman hekimlere yönlendirilmesinde pratisyen hekimler önemli bir işlev üstlenmektedir. Hekimlerin çalışma biçimleri ise bireysel muayenehaneler, grup muayenehaneleri ve sağlık merkezleri gibi farklı örgütlenme modellerini içerebilmektedir.
- **Halk sağlığı ve kurumlar arası iş birliği:** Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik politikaların yürütülmesinde görev almaktadır. Bu süreçte yerel yönetimler ve halk sağlığı kuruluşlarıyla iş birliği yapılmaktadır. Hollanda Ulusal Halk Sağlığı ve Çevre Enstitüsü (RIVM) gibi kurumlar, halk sağlığı, çevre sağlığı ve bilimsel değerlendirme alanlarında önemli görevler üstlenmektedir. Kurumlar arasındaki koordinasyon, sağlık politikalarının uygulanması ve toplum sağlığının izlenmesi açısından önem taşımaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetleri Sunumu

Hollanda'da sağlık hizmetleri, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç temel düzeyde örgütlenmiştir. Bu yapı, bireylerin farklı sağlık ihtiyaçlarının uygun hizmet basamağında karşılanmasını amaçlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemine ilk başvuru noktasını oluşturmakta ve büyük ölçüde toplum temelli hizmetler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu basamakta pratisyen hekimler, uygulama hemşireleri, ebeler, evde bakım personeli, fizyoterapistler, diş hekimleri, eczacılar ve diğer sağlık profesyonelleri görev almaktadır. Birinci basamak hizmetleri; hastalıkların önlenmesi, erken tanı, temel tedavi, izlem ve gerektiğinde hastaların üst basamaklara yönlendirilmesi açısından önemli bir işleve sahiptir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise daha ileri tanı, tedavi ve uzmanlık gerektiren durumlara yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler çoğunlukla hastanelerde ve uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır. Hastaneler, ayaktan muayene ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra yatış gerektiren sağlık hizmetlerini de sağlamaktadır. Hollanda'da hastanelerin önemli bir bölümü özel, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından işletilmektedir. Üniversite hastaneleri ise ileri düzey uzmanlık hizmetleri, araştırma ve tıp eğitimi alanlarında önemli görevler üstlenmektedir. Bu kuruluşlar, diğer hastaneler ve sağlık

hizmeti sunucularıyla iş birliği içinde çalışarak sağlık sisteminin farklı basamaklarını tamamlayıcı bir rol oynamaktadır.

Hollanda'da halk sağlığı hizmetleri; aşılama programları, kanser taramaları, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri ile toplumun sağlık durumunun izlenmesi gibi çeşitli faaliyetleri kapsamaktadır. Meme ve rahim ağzı kanseri gibi hastalıklara yönelik tarama programları, hastalıkların erken dönemde belirlenmesini amaçlamaktadır. Gebelik sürecinde ve doğum sonrasında sunulan bakım hizmetleri de anne ve çocuk sağlığının korunmasında önemli bir yere sahiptir. Ayrıca gençlerin, engelli bireylerin ve kronik hastalığı bulunan kişilerin sağlık ihtiyaçlarının izlenmesi, toplum sağlığı çalışmalarının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır.

Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla tütün, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımını önlemeye veya azaltmaya yönelik politikalar da uygulanmaktadır. Bu politikalar; koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ve toplum temelli müdahalelerle birlikte yürütülebilmektedir. Söz konusu uygulamalar, hastalıkların önlenmesini, sağlık risklerinin azaltılmasını ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesini hedeflemektedir. Hollanda'da birinci basamak hizmetleri, hastane hizmetleri ve halk sağlığı uygulamalarının birlikte yürütülmesi, bireylerin sağlık ihtiyaçlarının farklı düzeylerde karşılanmasına katkıda bulunmaktadır (Sargutan, 2006b; KUTSO, 2017).

1.4. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Hollanda'da sağlık hizmetlerinin finansmanı, temel olarak sigorta primleri ve devlet tarafından toplanan vergi gelirleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu yapı, Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulanan sağlık finansmanı sistemleriyle benzerlik göstermektedir. Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu kaynakları ve nüfusun genelini kapsayan zorunlu sağlık sigortası önemli bir yere sahiptir. Kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen özel sigorta kuruluşları da sağlık finansmanında rol oynamaktadır. Bu kuruluşlar aracılığıyla vatandaşlara farklı sigorta seçenekleri sunulmaktadır. Ayrıca bireyler, zorunlu sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan hizmetler için isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Bu seçenekler, bireylere sağlık hizmetleri konusunda daha fazla tercih olanağı sağlamaktadır. Hollanda'nın sağlık finansmanı sistemi, sağlık hizmetlerine erişimi desteklemeyi ve hizmetlerin kalitesini ve finansal sürdürülebilirliğini korumayı amaçlamaktadır. Kamu ve özel sektörün birlikte rol aldığı bu yapı, sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitliliğe olanak tanımakta ve bireylerin ihtiyaçlarına uygun sigorta seçenekleri sunmaktadır. Sağlık sigortası şirketleri arasındaki rekabetin, poliçe fiyatları ve sunulan hizmetler üzerinde etkili olması beklenmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Hollanda'da düşük gelirli çalışanların sağlık harcamalarından kaynaklanan risklerini sınırlamaya yönelik zorunlu sağlık sigortası uygulamaları bulunmaktadır. Bu uygulamaların kapsamı, zaman içinde farklı grupların ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde düzenlenmiştir. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında sunulan hizmetler arasında birinci basamak hekim hizmetleri, diş ve ağız sağlığı hizmetleri, gebelik ve doğum hizmetleri, ilaçlar ve ulaşım hizmetleri yer almaktadır. Sigortalılar, sağlık hizmetlerinden daha geniş kapsamda yararlanabilmek amacıyla ek sigorta paketleri de yaptırabilmektedir. Hollanda'daki sosyal sigorta planları üç ana kategoride ele alınmıştır (Hollanda Devleti Resmî Sitesi, 2020):

- **Birinci kategori:** Hollanda'da yaşayan bireylerin yüksek sağlık harcamaları ve kronik sağlık sorunlarıyla ilişkili bakım giderlerine karşı korunmasını amaçlayan Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı'dır.
- **İkinci kategori:** Belirli bir yıllık gelir düzeyinin altında bulunan kişilere yönelik devlet desteği ve orta gelir grubundaki bireylerin prim ödemeleriyle finanse edilen, birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsayan zorunlu bir sigorta türüdür. Bu kapsamda, ülke genelinde faaliyet gösteren yaklaşık 30 kâr amacı gütmeyen sağlık sigortası fonunun bulunduğu ve sigortalılar ile işverenlerin bu fonlara katkıda bulunduğu belirtilmektedir.
- **Üçüncü kategori:** Yüksek gelirli bireylerin akut sağlık hizmetlerine ilişkin risklerine karşı korunmasını sağlayan özel sigortaları kapsamaktadır. Bu sigortaların, kamu sağlık sistemi kapsamında sunulması beklenen standart sigorta paketlerini sağlaması gerektiği; sigortalanan risklerin ve azami prim tutarlarının ise yasal olarak belirlendiği ifade edilmektedir.

Bunlara ek olarak, psikiyatrik tedavi gereksinimi bulunan ve uzun süreli hastane bakımına ihtiyaç duyan kişilere yönelik ayrı bir sigorta planı da bulunmaktadır. Bu plan kapsamında, bakım evlerinde kalanların, psikiyatrik tedavi görenlerin ve bir yıldan uzun süre hastanede yatanların giderleri karşılanmaktadır. Söz konusu sigorta, belirtilen hizmetlerden yararlanan kişiler için zorunlu bir sigorta olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım ve yaşlı bakım evlerinde sunulan hizmetler toplumun farklı kesimlerine yönelik olup, Olağanüstü Sağlık Hizmetleri Harcama Planı, genel vergiler ve bireysel ödemeler gibi çeşitli kaynaklardan finanse edilmektedir. Bu karma finansman modeli, farklı sağlık ve bakım ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin sunulmasını ve bireylerin bu hizmetlere erişiminin desteklenmesini amaçlamaktadır.

1.5. Sağlık Reformları

2006 yılında hayata geçirilen sağlık sigortası reformu, Hollanda'nın sağlık sisteminde kapsamlı bir dönüşüm başlatmıştır. Bu dönüşümle birlikte, tüm vatandaşların eşit koşullarda kapsayıcı sağlık hizmetlerine erişimi amaçlanmıştır. Yeni sisteme göre vatandaşların, temel sağlık hizmetlerini kapsayan bir sağlık sigortası paketini özel sigorta şirketleri aracılığıyla temin etmeleri zorunlu hâle getirilmiş, ek sağlık hizmetleri için ise isteğe bağlı olarak ek sigorta poliçeleri satın alma imkânı sunulmuştur. Sağlık hizmetleri çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmakta; hastaneler ve diğer sağlık kuruluşları, hem poliklinik hizmetleri hem de yatarak tedavi seçenekleri sağlamaktadır.

Bu yeniden yapılanma, Hollanda sağlık sisteminin daha adil, erişilebilir ve kapsayıcı hâle gelmesini amaçlamaktadır. Vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde eşitliğin sağlanması ve hizmet kalitesinin artırılması, reformun temel hedefleri arasında yer almaktadır. Özel sigorta şirketleri aracılığıyla sunulan bu model, rekabeti teşvik ederek sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin ve kalitesinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu doğrultuda, Hollanda'nın sağlık sistemi, vatandaşların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine zamanında ve etkin bir şekilde erişmelerini sağlayacak bir yapıya kavuşturulmuştur (Kaya, 2018).

Hollanda'nın sağlık sistemine ilişkin politikaların belirlenmesi ve uygulanmasında merkeziyetçi olmayan bir yaklaşım benimsenmektedir. Bu yaklaşımda hükümet temel yasal çerçeveyi oluştururken, sağlık hizmetlerine ilişkin önemli kararlar; sağlık çalışanları, sigorta

şirketleri, hastalar ve ulusal ve bölgesel düzeydeki kuruluşların katılımıyla gerçekleştirilen müzakereler sonucunda alınmaktadır.

1 Ocak 2006 tarihinde yürürlüğe giren yeni sağlık sigortası yasası, Hollanda'nın sigorta sistemini köklü bir şekilde yeniden şekillendirmiştir. Bu yeni düzenlemeyle birlikte getirilen bazı önemli değişiklikler şunlardır:

- Hollanda'da ikamet eden her bireyin, temel sağlık hizmetlerini kapsayan standart bir sağlık sigortası poliçesine sahip olması zorunlu hâle getirilmiştir.
- Sağlık sigortası piyasası, kâr amacı güden özel sigorta şirketleri tarafından işletilmekte ve bu şirketler elde ettikleri kârı hissedarlarıyla paylaşabilmektedir.
- Sigortalı bireyler; sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve erişilebilirliği gibi çeşitli kriterleri göz önünde bulundurarak istedikleri sağlık sigortası şirketini seçebilmektedir.
- Sağlık sigortası şirketlerinin ülke genelinde hizmet vermesi gerekmekte, ancak 850.000'den az müşterisi bulunan sigorta şirketlerine sınırlı bir coğrafi alanda faaliyet gösterme hakkı tanınmaktadır.
- Bu şirketler, faaliyet gösterdikleri bölgedeki herkesi sigortalama yükümlülüğüne sahip olup ayrım yapmaksızın tüm başvuruları kabul etmek durumundadır.

Bu düzenlemelerle Hollanda sağlık sisteminde vatandaşların sağlık hizmetlerine daha geniş ve adil bir şekilde erişmesinin sağlanması ve hizmetlerin genel kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır. Sistem, özellikle sağlık sigortası şirketleri arasındaki rekabeti teşvik ederek hizmet kalitesinin artırılmasına ve maliyetlerin optimize edilmesine katkıda bulunmaktadır.

2. Türkiye

2.1. Genel Bilgiler

Türkiye Cumhuriyeti topraklarının büyük bölümü Anadolu Yarımadası'nda, bir bölümü ise Trakya'da, Balkan Yarımadası'nda yer almaktadır. Türkiye, yaklaşık 82 milyonluk nüfusu ve 814.600 kilometrekarelik toplam yüzölçümüyle dünya genelinde yüzölçümü bakımından 36. sırada yer almaktadır. Ülke, üç tarafının denizlerle çevrili olması ve İstanbul ile Çanakkale boğazları gibi iki önemli su yoluna sahip olmasıyla dikkat çekmektedir. Bu boğazlar, Anadolu ile Trakya'yı birbirinden ayırmakta ve Türkiye'nin jeostratejik konumunda önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye, coğrafi konumunun yanı sıra zengin tarihî ve kültürel mirasıyla da öne çıkmaktadır.

Türkiye, laik ve üniter devlet yapısına sahip bir anayasal cumhuriyet olarak yönetilmektedir. Ülkenin yönetim sistemi, cumhurbaşkanlığı hükümet sistemine dayanmaktadır. Resmî dili Türkçedir ve Türkçe, nüfusun büyük bölümünün ana dilidir (https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye, erişim tarihi: 14.02.2021).

Türkiye, uluslararası alanda çeşitli kuruluşların aktif bir üyesidir. Bunlar arasında Avrupa Konseyi, Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü (NATO), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı (AGİT) ve G20 yer almaktadır. Türkiye, 1963 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğu ile ortaklık anlaşması imzalamış, 1995 yılında Avrupa Birliği Gümrük Birliği'ne dâhil olmuş ve 2005 yılında Avrupa Birliği ile tam üyelik müzakerelerine başlamıştır. Ayrıca Türk Devletleri Teşkilatı, Uluslararası Türk

Kültürü Teşkilatı, İslam İşbirliği Teşkilatı ve Ekonomik İşbirliği Teşkilatı gibi bölgesel ve kültürel kuruluşlarda da yer almaktadır. Askerî kapasitesi ve diplomatik girişimleriyle bölgesel bir güç olarak tanınan Türkiye, Avrupa ve Asya kıtalarının kesişimindeki stratejik konumuyla uluslararası ilişkilerde önemli bir jeopolitik aktör olarak öne çıkmaktadır (World Bank, erişim tarihi: 03.03.2021).

2.2. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

Türk sağlık sistemi üç ana döneme ayrılmaktadır. Bunlar:

Cumhuriyet Sonrası Dönem (1920-1960)

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 1920 yılında kurularak Türkiye'nin sağlık hizmetleri altyapısının temelini atmıştır. Kuruluşunun ilk dönemlerinde Bakanlık, özellikle savaş sonrası dönemin zorluklarıyla başa çıkabilmek amacıyla sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasına ve sağlık hizmetlerinin temel yasal çerçevesinin oluşturulmasına odaklanmıştır. Dr. Refik Saydam, Türkiye'nin ilk Sağlık Bakanı olarak görev yapmış ve 14 yıl boyunca sağlık hizmetlerinin temellerini güçlendirmek amacıyla bir dizi önemli girişimde bulunmuştur. Saydam'ın liderliğinde Ankara, Erzurum, Diyarbakır, Sivas ve Türkiye'nin diğer birçok şehrinde kamu hastaneleri, doğum ve çocuk sağlığı merkezleri açılmıştır. Sağlık personelinin eğitimine büyük önem veren Saydam, bu alanda kurslar düzenlemiş, tıp öğrencileri için yurtlar inşa ettirmiş ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik çeşitli eğitim programları başlatmıştır. 1928 yılında kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulu, Saydam'ın sağlık eğitimine verdiği önemin bir göstergesi olmuştur. İstanbul ve Ankara'da ise tüberkülozla mücadele amacıyla dispanserler açılmıştır. Bu adımlar, Türkiye'nin sağlık hizmetleri altyapısının güçlendirilmesinde ve halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Dr. Refik Saydam'ın sağlık alanındaki çabaları, Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık hizmetlerinin temellerinin sağlam bir şekilde atılmasını sağlamış ve sonraki yıllarda sağlık sisteminin gelişmesine zemin hazırlamıştır. Bu dönemde atılan adımlar, Türkiye'nin sağlık hizmetleri tarihinde önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (Yüksel, 2017).

1923 ile 1946 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti'nin halk sağlığı altyapısının temelleri atılmış ve günümüz sağlık sisteminin yapı taşları şekillenmiştir. Bu dönemde Sağlık Bakanlığının yetki alanı ve sorumlulukları, çeşitli yasal düzenlemelerle tanımlanmış ve sağlık hizmetlerinin organizasyonel yapısı belirlenmiştir. Özellikle tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem kazanmıştır.

Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısında, özellikle hastalık kontrol programlarına odaklanan dikey bir yapılanma benimsenmiştir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınması amacıyla geliştirilen bu programlar, Türkiye'nin halk sağlığı politikalarının temelini oluşturmuş ve sonraki yıllarda sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı ve etkin bir şekilde sunulmasının önünü açmıştır.

Bu temel çalışmalar, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin modernizasyonu ve halk sağlığının iyileştirilmesi yolunda attığı önemli adımlardır. Yasal ve organizasyonel düzenlemeler, ülkenin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve halk sağlığının korunması açısından uzun vadeli sonuçlar doğurmuştur (https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html, erişim tarihi: 18.11.2022).

1946 ile 1960 yılları arasındaki dönem, Türkiye'nin sağlık hizmetleri tarihinde entegre bir yaklaşımın benimsendiği ve sağlık ocaklarının yaygınlaştırıldığı bir evreye işaret etmektedir. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulabilmesi amacıyla hastaneler yerel yönetimlerin elinden alınarak doğrudan Sağlık Bakanlığının yönetimine geçirilmiştir. Bu değişiklik, sağlık hizmetlerinin merkezi bir otorite tarafından koordine edilmesini sağlamış ve hizmet standartlarının yükseltilmesine katkıda bulunmuştur.

1946 yılında gerçekleştirilen bir diğer önemli gelişme, özel ve kamu sektöründe çalışan işçilere yönelik sağlık sigortası hizmetlerini sunmak amacıyla Sosyal Sigortalar Kurumunun (SSK) kurulmasıdır. Bu kurumun oluşturulmasıyla birlikte Türkiye'de çalışan nüfusun sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmış ve sosyal güvenlik sisteminin temelleri güçlendirilmiştir. Bu dönemde gerçekleştirilen reformlar ve alınan kararlar, Türkiye'nin sağlık hizmetleri altyapısının güçlendirilmesinde ve halk sağlığının iyileştirilmesinde önemli rol oynamıştır. Sağlık ocaklarının kurulması ve hastanelerin Sağlık Bakanlığının kontrolüne geçirilmesi, sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı ve entegre bir şekilde sunulmasını sağlamıştır. Sosyal Sigortalar Kurumunun kurulmasıyla da geniş bir nüfus kesiminin sağlık sigortası kapsamına alınması amaçlanmıştır. Bu çabalar, Türkiye'nin sağlık hizmetleri sisteminin modernizasyonu ve halk sağlığının iyileştirilmesi yönünde atılan önemli adımlar olarak değerlendirilmektedir (Demirci, 2015).

Sosyalleştirme Dönemi (1961-1980)

1961 yılında, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapısını temelden değiştiren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu yasal düzenleme, ülke genelinde herkese yönelik kapsamlı ve ulusal bir sağlık hizmetleri ağının kurulmasının temelini oluşturmuştur. Yasada, sağlık hizmetlerinin tarafsızlık ilkesi çerçevesinde kesintisiz ve halkın ihtiyaçlarına uygun biçimde sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Bu doğrultuda, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin geliştirilmesine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Düzenlemenin temel amacı, tüm vatandaşlara ücretsiz veya düşük maliyetli sağlık hizmetleri sunmaktır. Bu nedenle hizmetlerin finansmanı, sigorta primleri ve devlet bütçesinden sağlanan kaynaklarla desteklenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin, çevre sağlığının ve sağlık eğitiminin ülke çapında yaygınlaştırılması yasanın hedefleri arasında yer almıştır. Ayrıca gerekli altyapının geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması amaçlanmıştır. Sağlık ocaklarına ek olarak köy sağlık ocakları ve bölge hastaneleriyle sistem genişletilmiş, ancak bu genişlemenin gerektirdiği finansal yatırımlar tam anlamıyla sağlanamamıştır. Personel giderlerinin mevcut kaynakların büyük bölümünü tüketmesi nedeniyle altyapı, tıbbi donanım ve diğer ihtiyaçlar için yeterli finansman bulunamamıştır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesi çalışmalarında çeşitli zorluklara yol açmıştır (Yurdadoğ, 2007).

1963 yılında Türkiye'nin ilk beş yıllık kalkınma planında sağlık sektörüne özel bir yer verilmiştir. Bu stratejik planın temel hedefleri şunlardır:

- Koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmak,
- Sağlık Bakanlığının koordinasyonunda genel sağlık hizmetleri sunmak,
- Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengeli dağılımını sağlamak,
- Toplum sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmak,
- Ulusal ilaç endüstrisinin gelişimini desteklemek,

- Özel hastane açılışlarını teşvik etmek,
- Genel Sağlık Sigortası'nı uygulamaya koymak,
- Devlet hastanelerinde döner sermaye sistemini oluşturmak.

Bu plan, Türkiye'nin sağlık alanında gerçekleştirdiği önemli reformların başlangıcını simgelemekte ve sağlık sektörünün gelişiminde bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bu adımlar, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırmayı, ülkenin sağlık altyapısını modernleştirmeyi amaçlamıştır (Yüksel, 2017).

Neoliberal Reformlar Dönemi (1980 ve sonrası)

1980 ile 2002 yılları arasında Türkiye'de vatandaşların sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişimi açısından önemli anayasal ve yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 1982 yılında kabul edilen Anayasa, bireylere sosyal güvenlik hakkı tanımış ve devletin vatandaşlarına sosyal sigorta olanakları sağlama yükümlülüğünü vurgulamıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin uygulanmasına ilişkin hükümler de anayasal çerçevede yer almıştır. 1986-1989 yılları arasında ise hükümet, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Bağ-Kur aracılığıyla sağlık sigortasının başlatılması gibi önemli adımları içeren yasal düzenlemeleri hayata geçirmiştir. Bu düzenlemeler, sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması ve hizmetlerin vatandaşların gereksinimlerine uygun biçimde sunulmasının önemini ortaya koyarken, 1960 yılında oluşturulan Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin mevcut eksikliklerini gidermeyi amaçlamıştır. Bununla birlikte, Temel Yasa'nın sağlık politikalarının oluşturulması ve sistemsel reformların desteklenmesi konusunda yeterli yasal altyapıyı sağlayamadığı görülmüştür. Bu düzenlemeler, Türkiye'de vatandaşların sağlık alanındaki haklarının güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulması yolunda atılan önemli adımlar olarak değerlendirilmektedir (TÜSİAD, 2004).

2003 yılında Türkiye'de kamu sağlık finansmanı, 1946 yılında temelleri atılan ve sonraki yıllarda önemli değişiklikler geçiren sosyal güvenlik sistemine dayanmaktadır. Bu sistem, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olmak üzere üç farklı sağlık sigortası fonunu içermektedir. 1992 yılında, maddi olanakları kısıtlı vatandaşlara sağlık hizmetleri sunmak amacıyla Yeşil Kart programı hayata geçirilmiştir. Bu program, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin tam olarak uygulanmaya başlamasından önce geçici bir çözüm olarak değerlendirilmiştir. Yeşil Kart başvuruları, yerel düzeyde oluşturulan komisyonlar tarafından değerlendirilmiştir. 2003 yılı itibarıyla Türkiye nüfusunun yaklaşık %85'i bir şekilde sağlık sigortası kapsamında yer alırken, %15'lik kesim sağlık sigortası kapsamından yararlanamamıştır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığının sunduğu koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakım dolaylı yollarla finanse edilmiştir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sigorta kapsamında önemli bir paya sahipken özel sağlık sigortalarının kapsamı nispeten dar kalmıştır. Bu dönemde sağlık sigortası kapsamına ilişkin verilerde birden fazla kurumdan sigortalı olma, kayıt sistemindeki yetersizlikler ve sigortalı bireylerin bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısının net olarak belirlenememesi gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Devlet Planlama Teşkilatının (DPT) verileri ile Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan araştırmalarda sağlık sigortası kapsam oranları arasında önemli farklılıklar bulunmuş; bu durum, resmî verilerdeki belirsizlikleri ve eksiklikleri ortaya koymuştur (Çelik, 2011; Cevahir, 2016).

2.3. Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları

1961 yılında yürürlüğe giren ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini amaçlayan 224 sayılı Kanun ile Türkiye'de devletin sağlık hizmetlerini sunma yükümlülüğü anayasal bir gereklilik olarak belirlenmiştir. Ancak 1982 Anayasası'nın kabulüyle birlikte sağlık hizmetlerinin devlet tarafından doğrudan sunulması zorunluluğu kaldırılmış, devletin rolü sağlık alanında planlama ve düzenleme yapmakla sınırlandırılmıştır. 1980'li ve 1990'lı yıllar boyunca gerçekleştirilen sağlık reformlarında, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda liberal yaklaşımlar benimsenmiştir. Bu dönemdeki reformlar; sağlık hizmetlerinin finansmanında vergiler yerine daha çok sigorta primlerine ve katılım paylarına dayanılmasını, sağlık kuruluşlarının özel sektöre devredilmesini ve performansa dayalı ödeme sistemlerine geçilmesini öngörmüştür. Bu adımlar, Türkiye'nin sağlık sistemini finansal ve operasyonel açıdan yeniden şekillendiren önemli değişiklikler olarak kayıtlara geçmiştir (https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html, erişim tarihi: 02.04.2022).

2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türkiye'nin sağlık sisteminde bütüncül bir reform süreci başlatılmıştır. SDP kapsamında sağlık finansmanı sistemlerinin merkezi bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği modelinin hayata geçirilmesi, kamu hastanelerinin yönetim yapısının yarı özerk bir formata dönüştürülmesi ve sağlık personelinin performansa dayalı olarak ücretlendirilmesi gibi çeşitli yenilikler gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra sağlık sektöründe taşeron işçilik sisteminin genişletilmesine ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine yönelik kalite standartları ile akreditasyon süreçlerine özel önem verilmiştir. Bu program, Türkiye'nin sağlık sektöründe daha etkin, erişilebilir ve kaliteli hizmet sunumunu hedefleyen kapsamlı bir dönüşümün temel taşlarını oluşturmuştur (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) öncelikli amaçları arasında Sağlık Bakanlığının sağlık sektöründeki planlama ve denetim işlevlerini güçlendirmek, Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) tüm vatandaşları kapsayacak şekilde düzenlenmesini sağlamak, herkes için erişilebilir ve etkin sağlık hizmetleri sunmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak bulunmaktadır. Bu dönüşüm; sağlık ocaklarından aile hekimliği modeline geçilmesi, sağlık işletmelerinin kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının entegre edilerek tek bir yapı altında toplanması gibi önemli adımları içermektedir. 2004 yılında hayata geçirilen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kanunu ve diğer ilgili yasal düzenlemelerle Türkiye'nin sağlık sisteminin daha etkin, erişilebilir ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır. Bu süreçte ülkenin sağlık hizmetleri altyapısının ve hizmet sunumunun modernleştirilmesi, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin ve hizmetlerin genel kalitesinin artırılması hedeflenmiştir (Sargutan, 2006a).

2.4.Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu, kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren çeşitli kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Ancak sigortalı olma durumuna göre sağlık hizmetlerine erişimde farklılıklar gözlemlenmektedir. Sigortalı bireyler, çeşitli sağlık sigortası sistemlerinden yararlanarak sağlık hizmetlerine erişirken, sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi yönetimin genel bütçe gelirleri, yani vergiler, zorunlu sigorta primleri ve bireylerin sağlık hizmetleri için yaptıkları doğrudan ödemelerle sağlanmaktadır. Çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primlerle finanse edilen SSK, Bağ-Kur veya özel sigortalar

aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlananların yanı sıra emekliler ve kamu görevlileri gibi bazı grupların sağlık giderleri doğrudan devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigorta kapsamı dışında kalan bireyler, sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapmak durumunda kalmaktadır. Ancak maddi imkânı olmayan bireyler için devlet tarafından sağlanan çeşitli destek mekanizmaları bulunmaktadır. Bu mekanizmalardan yararlanan sigortalılar da ilaç ve diş tedavisi gibi bazı sağlık hizmetleri için cepten katkı payı ödemek zorunda kalabilmektedir. Bu durum, Türkiye'nin sağlık finansmanı sisteminin karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir (Yüksel, 2017).

Sağlık hizmetlerinin sunumu; Sağlık Bakanlığının yanı sıra Millî Savunma Bakanlığı, üniversiteler, özel ve özerk bütçeli kuruluşlar, belediyeler ve sosyal güvenlik kurumları olarak faaliyet gösteren SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi çeşitli kurumlar aracılığıyla yürütülmektedir. Ayrıca vakıflar, yabancı ve azınlık toplulukları ile özel sektör de kendi sağlık tesislerini işleterek sağlık hizmetlerinin sunumuna katkıda bulunmaktadır. Bu çok katmanlı yapı, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda çeşitli aktörlerin rol aldığı karmaşık bir sistemin bulunduğunu göstermektedir (Yıldırım, 2000).

3. SONUÇ

Bu çalışma, Hollanda ve Türkiye'nin 2017 yılına ait sağlık sistemlerini karşılaştırmak ve sağlık verilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. 2017 yılı verilerine göre Hollanda'nın nüfusu 17,03 milyon iken Türkiye'nin nüfusu 82 milyondur. Bir yıl içerisinde gerçekleşen nüfus artış oranı Hollanda'da %0,5 azalırken Türkiye'de %1,5 artmıştır. Altmış beş yaş üstü nüfus oranı Hollanda'da %17,09 (dünyada 7. sırada), Türkiye'de ise %8,5 olarak tespit edilmiştir.

Hollanda'daki hastane sayısı 543 iken Türkiye'de bu sayı 1.510'dur. Buna karşılık, kişi başına düşen yatak sayısı Hollanda'da 5,4, Türkiye'de ise 2,5'tir. Hollanda'da toplam doğurganlık oranı %1,66, Türkiye'de ise %2,07'dir. Doğumda beklenen yaşam süresi Hollanda'da ortalama 81,51 yıl, Türkiye'de ise 78 yıldır. Anne ölüm oranı Hollanda'da her 100.000 canlı doğumda 7 iken Türkiye'de 16'dır. Beş yaş altı ölüm oranı Hollanda'da her 1.000 canlı doğumda 7, Türkiye'de ise 16 olarak saptanmıştır.

Hollanda'da aşılama oranı %94 iken Türkiye'de bu oran %98'dir. Hollanda'da DaBT aşılama oranı %95, kızamık aşılama oranı %95 ve Hib 3 aşılama oranı %66,8'dir. Türkiye'de ise DaBT aşılama oranı %97, kızamık aşılama oranı %98 ve Hib 3 aşılama oranı %7'dir.

Hollanda'nın gayrisafi yurt içi hasılası (GSYİH) 826.200 milyar dolar iken Türkiye'nin GSYİH'si 851.102 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Kişi başına düşen GSYİH Hollanda'da 53.900 dolar, Türkiye'de ise 27.000 dolardır. Hollanda'da 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 3,48, hemşire sayısı ise 12,1'dir. Türkiye'de ise 1.000 kişiye düşen hekim sayısı 1,8, hemşire sayısı 1,9'dur. Hollanda'da kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 5.386 dolar iken Türkiye'de 1.194 dolar olarak bulunmuştur.

Sigara içme prevalansı Hollanda'da %19, Türkiye'de ise %27,3'tür. Hollanda'da tüberküloz insidansı her 100.000 kişide 5,9 iken Türkiye'de bu oran 18'dir. Adölesan doğurganlık oranına ilişkin ulaşılabilen 2016 yılı verilerine göre bu oran Hollanda'da %4,08, Türkiye'de ise %26,93'tür.

Tablo 1. Hollanda- Türkiye Sağlık Verilerinin Karşılaştırılması (2017)

	Hollanda	**Türkiye**
Toplam Nüfus	17.03 milyon	82 milyon
Nüfus Artış Oranı (1 yılda)	%0.5 azalmış	%1.5 artmış
65 Yaş Üstü Nüfusu Oranı	17.09	%8.5
Hastane Sayıları	543	1510
Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı	5.4	2.5
Toplam Doğurganlık Oranı (%)	1.66	2.07
Doğumda Yaşam Beklentisi	81.51 (erkek=80, kadın=83,2)	78 (erkek=75.3, kadın=80.8)
Anne Ölüm Oranı (%000)	7	16 (2006: 28,5)
Beş Yaş Altı Ölüm Oranı (%000)	7	16
Aşılama (%)	94	98
DaBT Aşılama (%)	95	97
Kızamık aşılama (%)	95	98
Hib 3	66.8	7
GSYİH	826.200 Milyar $	851.102 Milyar $
Kişi Başı GSYİH	53.900 $	27.000 $
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	3.48	1.8
1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	12.1	1.9
Sağlık Harcamaları	Total: 5386 $ Devlet: 4378$ Özel: 1008$	Total: 1194$ Devlet: 938$ Özel: 260$
Sigara İçme Prevelansı (%)	19	27.3
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	5.9	18

Adölesan Doğurganlık Oranı (2016)	4.08	26.93 (1986: 74.65)

Hollanda ve Türkiye arasındaki sağlık göstergelerinde görülen temel farklılıklar, ülkelerin sağlık politikaları, finansman yapıları ve sağlık insan gücü kaynaklarıyla ilişkilendirilebilir. Hollanda'da kişi başına düşen sağlık harcamalarının, sağlık personellerinin özellikle hekim ve hemşire sayısının daha yüksek olması, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve kalitesinde olumlu etki göstereceği görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ve aşılama oranları gibi bazı göstergelerde olumlu sonuçlar görülmüştür. Fakat kişi başına düşen sağlık harcamalarının ve sağlık personeli sayısının Hollanda'ya göre daha düşük olması, sağlık sisteminin karşılaştığı zorluklar arasındadır. Hollanda'nın, Türkiye'ye nazaran yaşam beklentisi ve anne-bebek sağlığı göstergelerindeki daha iyi sonuçları, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve kaynakların etkin kullanılması açısından Türkiye için önemli bir karşılaştırma imkanı ortaya koymaktadır.

4. KAYNAKÇA

Akın, C.S.. Sağlık ve Sağlık harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi SBE İktisat Ana Bilim Dalı, 2007.

Arslan, T. Amerika Birleşik Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Sağlık Finansmanına Göre Karşılaştırılması Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, 2019.

Cevahir, Egemen, Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri, Kibele Yayınları, İstanbul., 2016.

Çakır, Ö. D., Türkiye Ve Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü, 2016

Çelik, Y. 2011. "Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi", Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1): 62-81.

Çoban, H., Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Yayınlanmış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2009.

Daştan. I, Çetinkaya, V. 2015. OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5: 104-134.

Demirci, B. 2015. "Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor ?", Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 15 (30): 122-135.

Grabowski, H. (2011) "The Evolution of the Pharmaceutical Industry Over the Past 50 Years: A Personal Reflection", Int. J. of the Economics of Business, 18(2): 161-176.

hollanda.pdf (saturk.gov.tr) (01.02.2024)

Hollanda Devleti Resmi Sitesi. https://www.government.nl/topics/health-insurance/contents/standard-healthinsurance (Erişim tarihi 10.03.2020).

https://www.csgb.gov.tr/digm/contents/sosyalguvenlikulkekunyeleri/hollanda/ (Erişim tarihi 21.05.2022).

https://tr.wikipedia.org/wiki/Hollanda. (Erişim tarihi 05.09.2023)

https://www.mfa.gov.tr/hollanda-kunyesi.tr.mfa (Erişim tarihi 13.05.2023)

https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html, (Erişim tarihi 18.11.2022)

https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye (Erişim tarihi 14.02.2021)

https://www.worldbank.org/tr/country/turkey/overview (Erişim tarihi, 03.03.2021)

Kaya, M. Ş., Sağlık Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım (Hollanda Ve Türkiye Örneklerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, 2018.

KUTSO Dış Ticaret Birimi. (2017). ''Hollanda Ülke Raporu'' https://www.kutso.org.tr/wpcontent/uploads/2017/09/HOLLANDA.pdf (son erişim tarihi. 01.05.2019).

OECD. https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm (Erişim tarihi 08.06. 2017).

OECD. https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm#indicator-chart (Erişim tarihi 08.06. 2017).

OECD. https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart (Erişim tarihi 08.06. 2017).

OECD. https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm (Erişim tarihi 08.06. 2017).

Sargutan E. (2006a). ''Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları'', Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara.

Sargutan E. (2006b). ''Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri ve Belirgin Özellikleriyle Ülke Örnekleri, Hollanda Sağlık Sektörünün Sistem ve Mali Yapıları'', Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara.

TÜSİAD. Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No. TÜSİAD-T/2002-09/380, İstanbul, 2004

Uğurluoğlu, E., Özgen. H. 2008. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11 (2): 133- 159.

Ünsal, A., Avrupa Birliği Ülkeleri Ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri Ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, 2016.

Yavuz, N., Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırılması, Yayınlanmış Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2011

Yıldırım, H. H. 2000. "Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor? Avrupa Sağlık Reformları Işığında Bir Değerlendirme, 1. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi: 200'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi , Ankara 20-21 Mayıs.

Yurdadoğ, V. 2007. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1): 591-610.

Yüksel, O. Sağlık Reformları Sürecinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları: Seçilmiş Ülkeler Ve Türkiye Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, 2017.