



AVRUPA TOPLULUĞUNA ÜYE ÜLKELER GENELİNDEKİ ULUSAL SAĞLIK PROGRAMLARI İÇİNDE İLAÇ POLİTİKALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Doç.Dr.NurettinABACIOĞLU(*)

1-GİRİŞ

Avrupa Topluluğunun hedefi, 1992 yılı itibariyle tek bir Avrupa Pazarının yaratılmasıdır. Bu hedefe varılma sonucunda da idari, teknik, maddi ve finansiyel olarak ulusal düzenlemeler yerine topluluk iç pazarında birleştirilmiş 12 ülke ve 320 milyon insan bütünleşmesinin doğacağına inanılmaktadır.

Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) bünyesine hertürlü ulusal düzenleme ve sınırlamalar terk edilmek ve onun yerine de birleşmiş yeni bir topluluk yaratılabilmesi uğrunda ortak idari, ekonomik ve hukuki koşulların kabulü gerekmektedir.

Bu gereksinmelere bağlı olarak topluluğa şu anda üye olan ülkeler kapsamında süratli ve bir dizi uyumlama (Harmonizasyon) çalışması sürdürülmektedir.

AET ülkelerinin, sürdürdüğü çalışmalar içerisinde üzerinde önemle durula konulardan bir tanesi de Ulusal Sağlık Sistemleri ve sistemler içindeki İla politikalarının uyumlamasıdır.

Topluluk üyesi ülkelerde, ulusal sağlık politikası finansman aracı olarak genelde sağlık sigorta sistemleri benimsenmiş vaziyettedir. Sisteme bağlı olarak yürütülmekte olan ilaç program ve hizmetleri ise kategorisel farklılıklar göstermektedir.

İlaç programlarına ilişkin başlıca ortak noktalar şöyle özetlenebilir:

i-İlaç sektörü, genelde devlet düzenlemesi altındadır.

ii-İlaç sektörü, patentle koruma altındadır.

iii-Reçeteli ve reçetesiz ilaçlara ilişkin hukuki düzenleme ve listeler vardır.

Buna karşın, ulusal ilaç programları bakımından farklılıklar da aşağıdaki gibi ayrışabilmektedir.

i-Sektörel olarak, devlet kontrol ve düzenlemeli ulusal ölçeklerde farklı konulardadır.

(*) TEB Merkez Heyeti Genel Sekreteri



ii-Ülkeler arası ilaç fiyat farkları ile fiyatlandırma mekanizmaları değişkenlikler göstermektedir.

iii-Farklı deneyimlere sahip ilaç ruhsatlandırma politikaları bulunmaktadır.

iv-Patent koyma kurallarında değişkenlikler bulunmaktadır.

v-İlaç maliyetlerinin sosyal güvenlik kurumlarınca hastaya geri ödenmesinde farklılıklar bulunmaktadır.

vi-Ülkelerdeki tedavi giderleri, maliyet/etkinlik analiz yöntemleri bakımından rasyonel düzeye oturtulmuş değildir.

Bu açılardan bakıldığında, topluluğa üye olma isteğini, eğilim ve kararlılıktan çıkarıp eyleme dönüştürmüş bir ülke olarak Türkiye'nin topluluk sağlık ve ilaç sektörleri statülerini iyi kavraması gerekmektedir.

Elbette Türkiye'nin topluluğa giriş niyeti ve buna ilişkin yapmış olduğu girişimler, ülke sağlık ve ilaç sektörü hizmetleri ile topluluk düzeyi hizmetler açısından "uyumlama" sorununu da beraberinde dayatmaktadır. Ulusal yararların bu uyumlama çalışmaları sırasında her zaman gözetilmesi temel ölçüt olmakla beraber bu rapor kapsamındaki ikinci bölüm itibariyle, bunların tartışması yapılmayarak sadece topluluk üyesi ülkelerin statülerini tanıtmaya ile yetinilmiştir.

2-AVRUPA TOPLULUĞUNA ÜYE ÜLKELER GENELİNDE İLAÇ POLİTİKALARI

Topluluk üyesi ülkeler bakımından, topluluğa üye olma sırası içerisinde global stratejiler 1970'ler ve 80'ler dönemi içerisinde bazı farklar içermektedir. Bu bakımdan her dönem ülke örneklerinde ayrı özetlemelerle belirtilmiştir.

2.1- 1970 İtibariyle Özet Durum Raporu

Bu döneme yönelik olarak topluluğa üye olan 7 ülke (Belçika, Danimarka, F.Almanya, İspanya, Fransa, İtalya, İngiltere) ve bir de topluluk üyesi olmayan İsveç örneğini kategorik göstergeleri bu bölümde incelenmiştir.

BELÇİKA

I. Hukuki Durum ve Tarihi

Sigorta sistemi sosyal yardım derneklerinin etkinliklerinin genişletilmesiyle başlatılmıştır. Bu dernekler II. Dünya Savaşı öncesi mali yönden bağımsız fakat devlet kontrolünde çalışıyordu.

1945'te ise sağlık sigortası işçiler, maaşlı memurlar ticaret filosu üyeleri ve madenciler için zorunlu hale getirildi.

1963'te Ulusal Sağlık Sigortası programı merkezi hale getirilerek her kademedeki devlet memuruna ve özel durumdaki riskler için de kendi işinde çalışan kişilere tanındı.



Her sigortalı kişi karşılıklı yardım cemiyetine üye olmak zorundadır. Bunların yanısıra tali hastalık ve maliyet sigorta fonu da mevcuttur. bu kuruluşlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından denetlenir ve koordine edilir.

III. Finansman

Ulusal Sağlık Programı Ulusal Sosyal Güvenlik Ofisine işveren ve işçilerin ödediği primler ile genel vergi gelirinden Ulusal Hükümet tarafından yapılan ödemelerle finanse edilir. Sigorta primleri hükümet tarafından saptanmış maksimum bir gelirin altında gelir elde edenler için düzenlenir. Ve bu miktarlar periyodik olarak gözden geçirilir.

IV. Kapsam

9.2 milyon kişi sağlık sigortası kapsamındadır. Bu nüfusun %95'idir. Birçok kişi yalnızca minimum düzeyde bir sağlık bakımı sağlayan ulusal sigorta programını destek için özel sigorta yaptırmaktadır.

V. Yardımlar

Hastalık sigortası toplam sağlık giderlerinin %75'ini nadiren geçer. Reçete ödemeleri reçete içeriğine ve ilaçların bünyesine bağlıdır.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

Üniversite profesörleri, eczacılar ve çeşitli Bakanlıkların oluşturduğu Komisyonun önerisiyle Kamu Sağlık Bakanlığı Belçika'da hangi ilaçların satılabileceğini tayin eder. Majistral ilaçların piyasa kontrolünü, Sağlık Bakanlığı, ticari preparatların piyasa kontrolü Eczacılar Birliği tarafından yapılır.

Ulusal Sağlık Sigortasının ilaç servisi sigorta hükümleri kapsamında hazırlanan listeye göre ödeme yapar. Bu liste teknik kurulun önerisiyle Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenir.

Doktorlar herhangi bir ilacı listeye yazabilir ama sadece listedeki ilaçlar Ulusal Sağlık sigortası tarafından karşılanır.

4500 eczane vardır. İlaçlar normal olarak bir tedavi dozuna yetecek miktarda temin edilir.

Kronik hastalıklarda ilaç bedelinin %0.05'i ödenir, sosyal hastalıkta hiçbir ödeme yapılmaz.

Fiyatları Ekonomik İşler Bakanlığı tayin eder.

Sağlık giderlerindeki ilaç payı %14-17 arasında değişmektedir.

Toptancı karı %12.5, eczane kârı %30'dur.

Ortalama reçeteye 1-2 ilaç yazılmakta olup, sigortalı yılda 6-7 reçete almaktadır.

VII. Ödeme Usulleri

Eczacı reçete bedelini "Karşılıklı Yardım Cemiyeti"nden alır.



DANIMARKA

I. Hukuki Durum ve Tarihi

1892 den bu yana hükümet kontrolü altındadır.

II. Yönetim

Bölgesel federasyon halindeki sigorta fonları bir merkez birliği içinde toplamıştır. Bu fonları Sosyal İşler Bakanlığı denetler. Sigorta tarafından ödenecek ilaçların listesi Ulusal Sağlık Kurulu tarafından hazırlanmaktadır.

III. Finansman

Hükümet bu fonlar için "maliyeti karşılayacak biçimde" genel vergi gelirlerinden ödenek ayırır.

16 yaşın üzerindeki her üye belli ölçüde bir prim öder. Bu fonun %77'sini oluşturur.

Halkın yaklaşık %90'ı bu fon kapsamındadır. %5'i hükümet kontrollü hastalık yardım cemiyeti üyesi, %5'i ise pasif üye durumundadır.

Nüfusun tamamı Ulusal Sağlık programı içindedir.

V. Yardımlar

Devlet hastaneleri parasızdır ve bu durum çoğunluktadır. İlaçların ise %75'i fon tarafından karşılanır. Yatan hastanın ilaçları ücretsizdir.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

Spesiyalitelerin satış müsadese Ulusal Sağlık Kuruluşu tarafından, spesiyalite olmayanlar ise kodeks komisyonu tarafından onaylanır. Ulusal Sağlık Sigortası tarafından karşılanacak ilaç listesi Ulusal Sağlık Kuruluşu tarafından onaylanır.

Hasta ilacın %25'ini peşin öder. Eczacı %5'ini düşerek kuruma fatura eder.

İlaç fiyatları hükümet tarafından doğrudan kontrol edilmez. Fiyatlar imalatçı firma tarafından 8 gün önceden bildirilir. Fiyatların değerlendirilmesi Eczacılar Birliği, endüstri ve fonun merkez organından oluşan toplam 4 üye tarafından saptılır.

Toptancı kâr hadleri kontrol edilmez. Eczane kârları %30 civarındadır.

VII. Ödeme Usulleri

Eczaneler, sigorta faturaları fona göndererek aylık olarak alırlar.

ALMANYA

I. Hukuki Durum ve Tarihi

Ulusal Sağlık Programı 1883 yılında Bismark Şansölyeliği sırasında kurulmuştur.

II. Yönetim

Alman Sosyal Sağlık Sigortası Programı, kamu düzenlemesi altında bağımsız olarak ve (hastalık fonları) adı altında çalışır. sigorta programı 1846 gayri resmi bölgesel acenta tarafından yürütülür. Sağlık Sigortası programınca onaylanmış Sosyal Sağlık Sigortası Acentaları ve doktorlar ortak bir komitede beraber çalışırlar. Yönetim, Çalışma ve Sosyal Faaliyetler Bakanlığı nezdindeki Devlet Sigorta Ofisleri ve Federal Sigorta Ofislerine aittir.

III. Finansman

Sosyal Sağlık Sigortasına; işçiler ücretlerinin %5.05, maaşlılar %3.75, işverenler işçi ücretlerinin %10.1 oranlarında katılırlar. Kendi işinde çalışanlar katılımlarının tümünü öderler. Eczacılar fiyatlarda %7 oranında indirim yaparlar.

IV. Kapsam

Nüfusun %87'sinden fazlası genel sağlık sistemi tarafından kapsanmaktadır. %10'u özel sigorta sahibi, %3 ünden azı sağlık sigortasının tamamen dışındadır.

V. Sağlık Programının Sağladığı Faydalar

Hastane bakımı ve ilaçlar tamamen ücretsizdir. Cihazlara kısmi ödeme yapılır.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

Müstahzar seçiminde doktora sınırlama konulmamıştır. Doktor en ekonomik fiyatlı, en yüksek terapötik etkili ve en ekonomik hacimdeki ilacı yazmak zorundadır. İlaç fiyatları yıllık olarak yayınlanır. Reçeteler yalnızca eczanelerden karşılanır. Hastaneler yalnızca yatan hastaya ilaç verebilir. İlaç fiyatları Federal Ekonomik İşler Bakanlığı tarafından saptanır. Eczacı reçetelerinin %7'si oranında iskonto uygulanır. Reçete başına ortalama müstahzar sayısı 3-5 arasındadır.

VII. Ödeme Hükümleri

Hastalık fonu ödemeleri 3 aylık periyotlar halinde yapılır.

İSPANYA

I. Hukuki Durum ve Tarihi

1963 yılında kabul edilen bir yasayla bölüm bölüm olan programlar Çalışma Bakanlığının yönetiminde merkezleştirilmiştir.

**II.Yönetim**

Sağlık Sigorta Fonu Sağlık Bakanlığının bir bölümü olan INP'ye direkt olarak sorumlu bulunan bağımsız konumundaki Devlet Sigorta Fonu tarafından yürütülür.

III. Finansman

Sağlık Sigorta Fonu işveren ve işçilerin katkıları ile finanse edilir. Genel vergi gelirlerinden açıklar tamamlanır.

IV. Kapsam

Devlet Sigorta Fonu nüfusun %46'sını kapsar. Profesyonel organizasyonlar tarafından yürütülen programlar nüfusun %32'sini, memurlar %2'sini kapsar.

V. Yardımlar

Hastane, dış bakımı, göz servisleri ve reçeteler için Devlet Hastalık Sigorta Fonu, tümüyle ödeme yapar.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

İçişleri Bakanlığı emrindeki bir Sağlık Direktörlüğü tıbbi müstahzarların tescilli ve fiyatlarının saptanması ile görevlendirilmiştir.

Doktor istediği ilacı yazabilir. Reçeteler Sosyal Yardımlar Ulusal Enstitüsünce onaylanmış eczanelerden karşılanabilir. Hasta doktora hiçbir zaman ödeme yapmaz. Perakendeci kârı %30'dur.

Reçetelerde denetleme yoktur. Ancak küçük ambalaj tercih edilir.

VII. Ödeme Usulleri

Doktorların ücretin fon tarafından, her hasta için sabit ücret hesabıyla ödenir.

Eczacılar reçetelerinin ödemelerini aylık olarak alırlar. Reçete indirimleri üreticiden tahsil edilir.

FRANSA**I.Hukuki Durum ve Tarihi**

1967'de yeniden düzenlenerek 2 ayrı fon altında toplandı.

II.Yönetim

Bu sigorta fonu 3 kademeli yapıdadır. En üst kuruluşu ulusal hastalık sigorta fonudur. Fon Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından denetlenir.

III. Finansman

Finansman kaynakları kamu genel fonları ve sigorta fonları (sigortalının ve işverenin katılımı) dir.



Ayrıca hasta masraflarının 1/5 ini öder. Eczaneler %25'lik iskonto yapar.

IV. Kapsam

Nüfusun yaklaşık %98'i sağlık sigorta kapsamındadır.

V. Yardımlar

Hastane hizmetleri ücretsizdir. Hastane dışı bakım %80 oranda kapsama girmektedir. Anlaşmalı doktorun %75'i fon tarafından karşılanır. Koruyucu tedavi ilaçlarının %3, ilaçların %80-90 sigorta tarafından karşılanır.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

İlaç ancak eczacı denetiminde üretilebilir.

Sosyal Güvenlik Komitesinin iki alt komisyonu ilaçları saptar.

15.000 civarında eczane vardır. Peşin ödemeler ilacına göre %10-30 arasında değişmektedir. Fiyatlar hükümet tarafından kontrol edilmektedir. Hükümet gerekli hallerde fiyat indirimine gidebilmektedir. Kâr oranları imalatçı için %58.02 toptancı için %7,2 ve perakendeci için ise %34,96 dir.

İlaçta kullanım denetimi yoktur.

Reçete başına ortalama müstahzar 3'dür.

VII. Ödeme Usulleri

Faydalanan kişi doktor, diş tabibi ve eczacıya ödemeyi peşin yapar sonra bir kısmını fondan tahsil eder.

Hastane masrafları fon tarafından direkt ödenir.

İTALYA

I. Hukuki Durum ve Tarihi

Sosyal Güvenlik sistemi tek ve resmi bir hüküm dahilinde kontrol edilmemektedir. Sağlık bakımı çeşitli organlarca sağlanır.

II. Yönetim

Yönetici merciler yasalarla ile belirlenmiş bağımsız ünitelerdir. 46.3 milyon kişiyi kapsayan 21 hastalık fonu mevcuttur. Sigorta fonları Çalışma ve Sosyal ve Güvenlik Bakanlığı ile Hazine Bakanlığı tarafından denetlenir.

III. Finansman

Kamu fonları içindeki hastalık fonları kendi kendini yetecek şekilde düzenlenmiştir. Sigorta fonları; sigortalının gelirinin %0,15 ile işverenin %9,28-12,61 katılımı şeklinde düzenlenmiştir.



İlaç imalatçısı %12 eczacı da %5 oranında iskonto uygular.

IV.Kapsam

Ulusal Sağlık Programı nüfusun %88'ini kapsar. Nüfusun %66'sı da ilaç yardımı kapsamı içindedir.

Ulusal Sağlık Programına katılım bazı gruplar için zorunlu diğerleri için isteğe bağlıdır.

Genel Sağlık Programındaki 46 milyon kişinin 36 milyonu ilaç yardımından yararlanır.

V.Sağlık Programının Yardımları

Hastanede bakım ücretsizdir. 17.000 ilacın 2600'ü için kısmi ödeme yapılır. Cihazlarda da aynı yöntem uygulanır.

VI.Milli Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

Sağlık Bakanı tarafından tayin edilen ve Üniversite fakülteleri, hastane başhekimleri, Sağlık Bakanlığı görevlileri ile Yüksek Sağlık Enstitüsü görevlilerinden kurulu Danışma Komitesi yeni ilaç uygulamalarında son söz sahibidir.

Doktor ilaç tercihinde Prontuario Terapeutico (İtalya piyasasındaki 22.000 müstahzardan 17.000'i) ile sınırlandırılmıştır. İlaç masraflarını indirek şekilde hasta satın aldıktan sonra öder. Yardım yapan sağlık sigorta acentaları müstahzar seçiminde herhangi bir kısıtlama koymazlar.

Tescil sonrası fiyat değişimleri ile bir Bakanlıklararası Fiyat Komitesi uğraşmaktadır. Orijinal ve değişmiş fiyatlar hükümetin resmi yaygın organında yayınlanır. İki adet markalı ilaç ve bir adet majistral ilaç tek bir reçeteye dahil edilebilir.

VII. Ödeme Usulü

Ödemeler satıcılara yapılır. Eczacı kişilere satılan ilaç müstahzarları için fonlara %5 iskonto vermek zorundadır.

İNGİLTERE

I. Hukuki Durum ve Tarihi

Ulusal Sağlık Servisi Kanunu 1946'da kabul edildi ve Ulusal Sağlık Servisi 5 Temmuz 1948'de yürürlüğe girdi. Bütün hastaneler devleşleştirilerek planlama ve mali organizasyondan sorumlu 14 bölgesel hastane idare meclislerinin gözetimi altındaki 330 hastane idare komitesi yönetimine verildi.

II. Finansman

Ulusal Sağlık Servisi başlangıçta parasız idi. Ancak maddi zorluklar nedeniyle yapılan düzenlemeler sonucu bugün hasta tüm masrafların tahminen %5'ini ödemektedir.

III. Kapsam

Ulusal Sağlık Servisi Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda'nın bütün halkının klinik olarak gerekli görülen her çeşit tedavilerini kapsar.

IV. Ulusal Sağlık Servisinin İlaç Bünyesi

Ulusal Sağlık servisi dahilindeki her tıbbi müstahzar reçeteye yazılabilir. Ancak, halka direkt olarak reklam edilen müstahzarlar reçeteye yazılamaz. Reçeteler Ulusal Sağlık Servisi ile kontratı olan eczanelerden karşılanabilir. Hastanede yatan hasta haricindeki hastalar reçetede her kalem için 20 penilik taban ücret öder.

Reçetede tasarrufu sağlamak için karşılaştırmalı fiyat listeleri düzenli olarak doktorlara gönderilir ve her doktorun reçetelerinin maliyetleri muntazam olarak analiz edilir.

Reçete tek bir kalem ilacı ifade eder.

V. Ödeme Usulleri

Ulusal Sağlık Servisindeki anlaşmalı eczanelere ödeme ilaç tarifesindeki yöntemler uygun olarak yapılır. Eczacı reçetelerini ilaç tarifesine göre düzenleyip, fatura eder.

İSVEÇ

I. Hukuki Durum ve Tarihi

1955 yılında sigorta yasallaşmıştır. 1955'ten bu yana İsveç Sosyal Sigorta yasaları daha büyük yarar sağlamak için birçok kez gözden geçirilmiştir.

II. Yönetim

Bölgesel olarak yönetilir. Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı emrindeki Ulusal Sağlık ve Sosyal Yardım Kurumu bütün sistemi yönetir.

III. Finansman

Hükümet, fonların %20'sini finanse eder. sigortalı fonun %50 sini finanse eder. İşveren işçi maaşının %2.6 nispetinde katılım sağlar. Hasta tıbbi masrafların %25'ini kendisi ödemek zorundadır.

IV. Kapsam

Yabancılar dahil tüm nüfus bu Ulusal Sağlık Programı kapsamındadır.

V. Sağlık Programının Sağlandığı Yardımlar

Cihazlar hariç (kısmen kapsanır) tüm yardımlar (hastane, doktor, ilaç) Ulusal Sağlık Programı içindedir.

VI. Ulusal Sağlık Programının İlaç Bölümünü İlgilendiren Hükümler

Hastanede yatanlar ve sürekli hastalıklar için ilaç ücreti alınmaz. Doktor hastanın maddi durumunu gözönüne alarak ilaç yazmak zorundadır.

Reçeteler mevcut 400 eczane veya 200 şubesişinden sağlanabilir.

Aşırı reçete yazan doktorlar uyarılır.

VII. Ödeme Usulleri

Doktorlar karşıladıkları ilaçların maliyetlerini ve enjeksiyonları hastanın faturasına eklerler.

Ulusal Sosyal Sigorta Kurumu eczanelere hastane dışı hastalara ait reçete tutarlarını öder.

2.2- 1986 İtibariyle Özet Durum Raporu

Bu bölümde ise topluluk üyesi olan 12 ülkenin (Belçika, Danimarka, F.Almanya, Yunanistan, İspanya, Fransa, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İngiltere) sağlık hizmeti sistemleri ilaç programlarını da kapsar bir biçimde özetlenmiştir. Özet tablolar topluluk Sosyal Güvenlik Sistemini anlatan "Comparative Tables of The Social Security Schemes In The Member States Of The European Communities" adlı yayının 1986-14. baskısından aynen aktarılmıştır.

TABLO I

| | BELÇİKA | DANİMARKA | FEDERAL ALMANYA | YUNANİSTAN | İSPANYA | FRANSA |
|-----------------|---|---|--|---|--|---|
| Yasama | 28 Aralık 1944 | 1892 | 15 Haziran 1888 | 1934 | 14 Aralık 1942 | 5 ve 30 Nisan 1930 |
| 1. Birinci Yasa | 9 Ağustos 1963, | Ulusal Sağlık: 9 | 19 Haziran 1911 | 14 Haziran 1951 | Sosyal Güvenlik Genel | Sosyal Güvenlik Yasası |
| 2. Temel Yasama | Eklemeler ve değişik- likler yapılmış 23 Aralık 1963, hasta- neler üzerine 29 Haziran 1981 | Haziran 1971, değiştirilmiş Hastaneler: 19 Haziran 1974 değiştirilmiş | tarihli "Versicherung Sordnung" (Sigorta Yasası) pek çok kere değişiklikler ve ekle- meler yapılmış 11 Aralık 1975 tarihli Sosyal Yasanın genel bölümü, 23 Aralık 1976, reçeteler | tarihli yasa, değış- tirilmiş | 30 Mayıs 1974 tarihli versiyonu Hüküm no 2766 ve 16 Kasım 1967 tarihli | ILKİtap 29 Aralık 1945 değiştirilmiş |
| Yararlanımlar | 1. Hizmet akdiyle bağlı tüm işçiler ve buna bağ- lı kategoriler 2. Emekliler (özürü- ler ve yetimler dahil) 3. İşsizler 4. Engelli kişiler 5. Yüksek öğretim öğrencileri 6. Diğer korumaya muhtaç kişiler | Ülkede yerleşik nüfusun tümü | 1. Tüm ücretli çalı- şanlar ve teknik eğitim görenler 2. Emekliler 3. İşsizler 4. Teknik eğitim düzenlemeleri kapsamında öde- necek olan kişiler 5. Kapalı işyer- lerinde istihdam edilen engelli kişiler 6. Yüksek öğrenim öğrencileri | 1. Çalışanlar ve bunlara bağ- lı kişiler 2. Emekliler 3. İşsizler | 1. Endüstri ve tüm diğer hizmetlerde çalışanlar 2. Emekliler ve genel şema kapsamında düzenli ödenek alan kişiler 3. Yardım gören işsiz- ler asgari ücretin altında | 1. Tüm çalışanlar ve bunlara bağ- lı kişiler 2. Emekliler 3. İşsizlik |



| Üyelik Tavanı | Endüstri dışı personel: 50400DM(I) | | | | |
|------------------------------|--|---------------------------------------|---|---|--|
| Bağlımlılar | Belirli koşullara göre bağimli kişiler | Ülkede yeterli nüfusun tümü | Bağimli eş ve çocuklar, diğer bağimli aile üyeleri (aylık geliri 478.33 DM'nin altında) | Sigortalı kişi ile birlikte yaşayan ve ona bağimli kişiler: eşler, 26 yaşın altındaki çocuklar, 18 yaşın altındaki kız ve erkek çocuklar (özürlüler için yaş sınırı yoktur), muhtaç akrabalar ve eşleri, istisnai olarak "de fact" bağimli(2) | Ailenin bağimli üyeleri (ayrıca bazı akrabalar) |
| Emekliler için özel kurallar | Emekliler: Aylık ödeme 35.168 Belçika frangının altına düşmemek kaydıyla ödenimlerde %2.55 oranında düşüş (bağimli kişilerin olmaması halinde 29.674 Belçika frangi) | Nüfusun geri kalanı ile aynı kurallar | Emekliler ve aileleri için, zorunlu kesintiler: 1.7.1986 dan itibaren %5.2 | Diğer sigortalılara aynı kurallar | Kesintileri ödemeyenler. Malulen emekli kişiler ve aileleri için: (i) Zorunlu kesinti % 1 (ii) Emeklinin kendisi için tam geri ödeme ve aynı haklar Yaşlılık maaşı, kesintisiz yaşlılık ödeneği olan kişiler ve aileleri için (i) Standart geri ödeme ve aynı haklar (ii) Zorunlu kesintinin %1'i |

(1) Emeklilik sigortası için kesinti tavanının %75'i

(2) Boşanma, eş ve çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellemez

| İRLANDA | İTALYA | LÜKSEMBURG | HOLLANDA | PORTEKİZ | İNGİLTERE |
|---|---|--|--|---|--|
| 1911 1970 Sağlık Yasası | 27 Ekim 1927 (TBC) Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin Kurulduğu (değiştirilmiş) dayanan 23 Aralık 1978 tarihli yasa I ve IV no'lu Sosyal Güvenlik Yasası kitapları | 31 Temmuz 1901 2 Mayıs 1974 tarihli yasaya | 1 Kasım 1941 15 Ekim 1964 14 Aralık 1967, ciddi riskler için genel sigortayı kapsar | 1985 23 Eylül 1963 tarih ve 45266 no'lu hüküm-pek çok kere değişikliğe uğramış | 1911 Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası-1946, değiştirilmis |
| Yerleşik yabancılar da dahil olmak üzere (talep nın altında olan muhtaç kişiler Nüfusun geri kalan kesimi için sınırlı haklar | Yerleşik yabancılar da dahil olmak üzere (talep üzerine), tüm yerleşik nüfus | 1. Tüm ücretli çalışanlar 2. Emekliler 3. İşsizler 4. Ellerine geçen tüm parayı bakım ücreti olarak ödeyenler | 1. 65 yaşın altındaki tüm ücretli çalışanlar 2. Emekliler 3. İşsizler Genel sigorta için: tüm yerleşik nüfus | Tüm sigortalılar | Tüm yerleşik nüfus |
| — | — | — | 48.500 Hollanda florini | — | — |
| Sigortalı kişi ve bağımlı ailesi | "Uygulama Alanları'na bakınız | Sigortalının evinde yaşayan bağımlı aile üyeleri | Bağımlı aile üyeleri | Sigortalının bağımlı aile üyeleri | Tüm yerleşik nüfus |
| 66 yaş ve üstündeki kişiler için daha yüksek gelir | Nüfusun geri kalan kısmı ile aynı kuralları geçerli | Emekliler: maaş üzerinden %4.7 mecburi kesinti. Kesintinin yarısı emeklinin bağı olduğu kurum tarafından ödenir. (1) Kendileri ve aileleri için para dışı bazı haklar Sigortalardan yararlanan kişilerin herhangi bir işte çalışıyor sa bu faaliyeti nedeniyle üye olmaması zorunludur (malülük ve emeklilik durumları hariç) Kesinti emeklilik maaşı ve ücreti gözönüne alınarak hesaplanır. | Malül emekli maaşı alanlar sakatlık oranı %45'in üstünde ise) dul ve yetim maaşları. Kesintiler zorunludur. 60 yaşından sonra en az 3 yıl zorunluluk projelerine dahil olmaları şartı ile | Aynı kuralları geçerli. Ancak, malülük, yaşlılık meslek hastalığı (minimum %50 yetersizlik) nedeniyle de yatıyorsa ilk 8 haftadan sonra maaşından azaltılır ve bunların eşleri ile küçük çocukları, kamu hastaneleri, sağlık merkezleri veya onaylanmış doktorlar tarafından verilen hizmetler sözkonusu olduğunda kesintiyi ödemezler. | Nüfusun geri kalan kısmı Aynı kuralları geçerli. Ancak, malülük, yaşlılık meslek hastalığı (minimum %50 yetersizlik) nedeniyle de yatıyorsa ilk 8 haftadan sonra maaşından azaltılır |

(1) Maksimum kesinti, çalışan sigortalı kişinin ki ile aynıdır. Minimum kesinti: minimum sosyal ücrete %30 eklenerek hesap edilir. Emekli maaşı minimumun altında ise, kesinti, aldığı ücret esas alınarak hesaplanır ve fark emeklinin bağı olduğu kurum tarafından ödenir.



TABLO 2

| | BELÇİKA | DANİMARKA | FEDERAL ALMANYA | YUNANİSTAN | İSPANYA | FRANSA |
|-------------------------|---|-------------------------------|--|--|--|--|
| Koşullar | Gerekli çalışma ve üyelik süresi: | Yeni yerleşenler için 6 hafta | Gerekli çalışma ve üyelik süresi: yok | Bir önceki yıl, 50 günlük prim kapsamı | Sigortalı kişi, eşi ve çocukları üyeliğin beşinci gününden itibaren önceki 15 ayın ilk 12 ayında 50 günlük prim kapsamı | Gerekli çalışma ve üyelik süresi: Yılda 1200 saat, 6 ayda 600 saat veya 3 ayda 200 saat çalışma süresi |
| Hakediş Koşulları | 120 günlük gerçekte çalışma dönemi dahil olmak üzere 6 ay (1) | | | ilk 12 ayında 50 günlük prim kapsamı | hizmetleri kapsamına girerler. Diğer yararlanıcılara bildirimin yapılmasından 6 ay sonra hizmetlerden yararlanmaya başlayabilir. | |
| Hakediş dönemi | Minimum primin ödendiğinin kanıtlanması | | | çalışma | | |
| Yararlanmanın başlaması | Sigorta kapsamına giren hastalığın kanıtlanması | | | | | |
| Yararlanma Süresi | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren |
| | Sınırsız (veya üyeliğin bitimini izleyen ilk çeyrek yılın sonuna kadar) | Sınırsız | Sınırsız (çalışanın sigorta programından ayrılmaması halinde, sigortasının kesilmesini takiben 26 hafta sonra ödeme kesilir) | Sınırsız | Sınırsız, üyeliğin kesilmesi halinde hakediş dönemine ilişkin koşullar yerine getirildiği sürece: | Sınırsız (veya üyeliğin sona ermesinden 1 ay sonra) |
| | | | | | a) Eğer hizmet üyeliğin kesilmesinden önce başmış ise, sigortalı için 52 hafta, bağımlı kişiler için 39 hafta | |
| | | | | | b) Eğer hizmet üyeliğin kesilmesinden sonra başlamış ise, sigortalı için 39 hafta, bağımlı kişiler için 26 hafta | |

| Organizasyon | Hekimler Birliğine | Mesleki yetkilere | Kurumlara onaylanan | Sigorta Kurum | Hekimler, Ulusal Sağlık | Mesleki yetkilere sa- |
|---------------|--|---|--|---|---|---|
| 1. Hekimler | kayıtlı tüm hekimler | sahip tüm hekimler (sayıları bölgenin nüfusuna göre sınırlı) | hekimler bölgesel ve ulusal düzeyde bir araya gelerek " hastalık fonu hekimleri birliklerini" oluştururlar | (İKA) tarafından istihdam edilen hekimler | Hastaneler dışında çalışan genel pratisyen ve uzman hekimlere, baktıkları sigortalı hasta sayısı temel alınarak belirli bir toplam ücret ödenir. Bu da, minimum kazanç sınırları içindedir. | hüp tüm hekimler atanırlar |
| a) onay | | | | | | |
| b) ücretler | Ücretler, sigorta kurumları ve hekim birlikleri arasında anlaşma temelinde saptanır, bunun başarısızlığında resmi Kopenhag'da ücretler belirlenir. Aksi halde ücretler hekimler tarafından özüncü saptanır, sigorta tarafından ödenecek miktar hükme bağlanır. | Ücretler, Hekimler Örgütü ve halk sağlık sigortası kurumunda anlaşma temelinde saptanır. Kopenhag'da ücretler belirlenir. Aksi halde ücretler hekimler tarafından özüncü saptanır, sigorta tarafından ödenecek miktar hükme bağlanır. | Ödemenin tümü, kurum tarafından birliğe yapılır: (i) toplam ödeme veya her tıbbi müdahale için sabit bir miktar (ii) Kişi başına sabit ödeme (iii) hasta başına sabit ödeme (iv) Yukarıdakilerin birleşimi. Hastalık fonu hekimleri birliği, kurumun ödediği miktar, hastalık fonu federasyonu ile sağlanan anlaşmaya göre bağı hekimlere belirli oranlarda dağıtır. | Sigorta kurumu doktora ödeme yapar. (i) toplam ödeme veya her tıbbi müdahale için sabit bir miktar (ii) Kişi başına sabit ödeme (iii) hasta başına sabit ödeme (iv) Yukarıdakilerin birleşimi. Hastalık fonu hekimleri birliği, kurumun ödediği miktar, hastalık fonu federasyonu ile sağlanan anlaşmaya göre bağı hekimlere belirli oranlarda dağıtır. | Hastaneler dışında çalışan genel pratisyen ve uzman hekimlere, baktıkları sigortalı hasta sayısı temel alınarak belirli bir toplam ücret ödenir. Bu da, minimum kazanç sınırları içindedir. Hastane hekimleri ise belirli bir aylık ücretin yanısıra bazı ek ödemeler de alırlar. | Ücretler ulusal anlaşma veya bakanlık hükümlerince belirlenir. Bu ödemeler, aşağıdaki durumlar söz konusu olduğunda saptanan sınırları aşabilir: (i)Hastanın özel mali durumu (ii)Hastanın özel gereksinimleri (iii)Pratiyenin özel nitelikleri |
| 2. Hastaneler | Hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanır, ücretler anlaşmalarla, bu yapılamadığı takdirde yeteri kamu kuruluşlarıncı saptanır. | Kamu hastaneleri bölgedeki yetkili sağlık kuruluşları tarafından kurulur. Özel hastaneler: yetkili bölge sağlık kuruluşları ile anlaşmalar yapılır. | Hastalık fonları belirli hastanelerle anlaşma yapar. | Kamu hastaneleri, kayıtlı özel klinikler ve İKA hastaneleri | Ulusal Sağlık Hastaneleri Ulusal Sağlık Kuruluşu ile anlaşan kamu hastaneleri ve özel hastaneler | 1) Kamu hastaneleri: ücretler yetkili kamu kuruluşları tarafından saptanır. 2) Özel Kuruluşlar: (i) Bölgesel komitenin onayı ile (ii) Hastalık fonu ile varılan anlaşmaya göre ücretler saptanır. |

(1) Part-time ve mevsimlik, çalışanlar için özel hükümler



| İRLANDA | İTALYA | LÜKSEMBURG | HOLLANDA | PORTEKİZ | İNGİLTERE |
|---|--|--|--|---|---|
| Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Gerekli çalışma ve üyelik süresi: İlkesel olarak yok | Gerekli çalışma ve üyelik süresi: zama-nında bir hastalık fonuna kayıt olmak koşuluyla yok. | — | — |
| Sınırsız | Sınırsız | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren | Hastalığın başından itibaren |
| Hekimler, İrlanda Tıp Örgütü'nün Sağlık Departmanı ile vardığı anlaşma temelinde, genel tıbbi hizmetler de görev alırlar. | Sınırsız Hekimler bölgesel sözleşmeler altındadır | Sınırsız Devletçe onaylanmış tüm hekimler | Sınırsız "Hastalık fonunun onayı ile" hekimler ile sözleşme yapılır. Haklar ve zorunlu-luklar ile hastalık fonu tarafından sigortalanan kişilerin ücretleri anlaşma ile belirlenir. | Sınırsız Hekimler bölgedeki yetkili sağlık kuruluş-ları ya da hastaneler tarafından istihdam edilir. Tıp Pratisy-enleri Örgütü ve Sağlık Bakanlığı arasındaki anlaşmayla onaylanan genel pratisyen ve uzman hekimler, belirli bir süre-de resmi bir kliniğe ulaşı-mayan hastalara konsül-tasyon uygulamakla görevlidirler. | Sınırsız Hekimler yerel aile pratisyen komitesi ile sözleşmeli olarak çalış-ırlar. |



| Hekimlere, İrlanda Tıp Örgütü ile anlaşma sağlanan belirli bir ölçü içinde vaka başına ödeme yapılır. | Hastanın yaşı ve hekimin deneyimine göre belirli bir taban ücreti üzerinden ödeme yapılır. Miktarlar, Sağlık Bakanlığ. ile bölgesel örgütler ve hekim birlikleri arasında varılan anlaşmalarla saptanır. Hekim başına düşen kayıtlı hasta sayısı: 1500 uzman hekimlerle saat ücreti temelinde sözleşmeler yapılır. Hastanelerde çalışan hekimler sabit bir aylık ücrete tabidir. | Ücretler (i)Kollektif anlaşmalara uygun olarak (ii)Bakanlığın onayına tabi olmak koşulu ile hakem ve uzlaşır ma komitesince hakemlik yapılır. Ücret çizelgeleri işverenin ödeyeceği tazminat miktarına göre belirlenir. | Ücretler direkt olarak hastalık fonu tarafından ödenir: Kayıtlı hasta sayısına göre hasta başına saptanan belirli bir taban üzerinden ödeme yapılır. | İstihdam edilmiş hekimler için: Üzmanlık derecesine göre değişen ve devletçe saptanmış aylık ücret. Onaylı hekimler: Hasta başına belirli bir taban üzerinden | Genel olarak: (i)temel ödenek (ii)nüfus başına ödeme (iii)özel ödenek |
|---|--|---|--|---|--|
| Ülkedeki tüm hastaneler | Hastaneler bölgesel temelde idare edilir, hem kamu hastaneleri, hem de onaylanmış özel klinikler | Hastane birlikleri ile yapılan anlaşmalar, malar temelinde | Hastaneler ve bölgesel hastalık fonları arasında varılan anlaşmalar ile | Hastaneler ve bölgesel Kamu hastaneleri. Kamu hastanelerinin gerekli tedaviyi üç ay içinde sağlayamaması halinde özel hastane ve kliniklere hasta kabulü | Ulusal Sağlık Kuruluşu tarafından idare edilen tüm hastanelerin (ülkedeki hastanelerin çoğu) |

TABLO 3



| | BELÇİKA | DANİMARKA | FEDERAL ALMANYA | YUNANİSTAN | İSPANYA | FRANSA |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Hekim seçimi ve ödeme | Özgür hekim seçimi sigortalı tarafından peşin ödeme. Anlaşma sağlanan veya resmi miktar üzerinden geri ödeme | Kategori 1: Kayıtlı sigortalının yılda bir kez özgür seçim hakkı ödeme yok Kategori 2: Özgür seçim, sigortalı tarafından peşin ödeme | Hastalık fonu hekimleri arasında özgür seçim hakkı Sigortalı ödeme yapmaz (ücretler hastalık fonu doktorlarının bağı olduğu birlikçe ödenir) | Sigortalı, yerel sigorta kurumu hekimine başvurur ödeme uzmanının özgür seçimi, Ancak, hekimine tanıyan hasta sayısını aşmamak kaydı ile ödeme yok. | Genel pratisyen, pediatrist ve kadın-doğum uzmanının özgür seçimi, Ancak, hekimine tanıyan hasta sayısını aşmamak kaydı ile ödeme yok. | Özgür hekim seçimi sigortalı tarafından peşin ödeme. Anlaşma sağlanan ya da resmi miktar üzerinden geri ödeme |
| Tabbi giderlere hastanın katkısı | Genel tıbbi bakıma sigortalının katkısı %25'i geçemez uzman yardımı veya "sosyal hastalıkların" tedavisinde sigortalı pay ödemez. Yıllık geliri 356 118 BF'nun (bağumlular için 65 926 BF) altında olan özürlü, emekli, dul ve yetimlere ayrıcalıklı uygulamalı | Kategori 1: ödeme yok Kategori 2: Kategori I'de saptanmış miktarın aşan kısım için kısmi geri ödeme | Sigortalıdan pay alınmaz | Katkı yoktur | Sigortalıdan pay alınmaz | Sigortalının katkısı %25 oranındadır, fakat: (i) Hastanede yatma süresinde veya hastanede yapılan müdahaleler için bu oran %20'ye düşer (ii) Fahalı tedaviler, uzun süreli hastalıklar ve belirli şikayetlerde katkı istemez. |
| Hastaneye yatma | Bakanlıkça onaylanan hastaneler arasından özgür seçim. Günlük normal hastane ücreti bakanlıkça saptanır (hastanenin sınıfı ve fiyat tarifesine göre değişir) Koğuşlar için günlük 185 BFR katkı (özürlü emekli, dul ve yetimler için 74 BFR), 91. gündün sonra artış. | Kamu hastaneleri: Ödeme yok (özel oda hariç). Onaylanmış özel hastaneler-kamu tarifelerini aşan miktarlar sigortalı tarafından ödenir. | Hastalık fonu ile anlaşmalı hastaneler arasından özgür seçim hakkı Koğuşlar ücretsiz, özel oda için maksimum 14 gün, günde 50 M Yararlanma süresi: İlkesel olarak sınırsız | Sigortalı, kamu hastaneleri, sigorta kurumunca gösterilenler için: Aşğıdaki duyulmuş özel klinikler veya İKA hastanelerine yatma hakkına sahiptir. | Ameliyatsız tamamen ücretsiz. Diğer nedenler için: Aşğıdaki durumlar için yönetici kurulum tarafından otomatik olarak yetki verilir: (i) teşhis için gerekli iş gerekliliği halinde. (ii) buluşacı hastalık (iii) hastalığın seyri veya hastanın davranışı sürekli bakımı gerektiriyorsa | Kamu hastaneleri ve onaylanmış özel hastaneler arasında özgür seçim, maliyetin %20'si sigortalı tarafından ödenir, pahalı tedaviler uzun süreli hastalıklar ve belirli şikayetlerde ödeme yoktur. 23 FF taban ücreti %20'ye dahildir. Yararlanma süresi: İlkesel olarak sınırsız. |



| Sanatoryumlar | Bkz: hastaneyeye yatma | Bkz: hastaneyeye yatma | Gereklik halinde serbest sigortalının katılımları: Günlük 10 DM | Bkz: Hastaneyeye yatma | Bkz: hastaneyeye yatma | Hastalık fonunun onayına bağlı sigortalıdan ücret alınmıyor. |
|--|--|---|--|--|--|---|
| Tedavi Kurumları | Onleyici sağlık merkezleri ve az gelişmiş çocuklar için eğitim merkezleri. Taban ücreti sigortadan (günde maksimum 888 BFR) sabit günlük ücretler bir önceki yılın giderlerini işığında belirlenir. | Bkz: hastaneyeye yatma | Giderlere katılmı veya gerektiğinde tüm gider ödemesi. Nekahat hizmetleri, nekahat evlerine yerleştirme, günlük 10 DM ücret | Bkz: Hastaneyeye yatma | Bkz: hastaneyeye yatma | Hastalık fonunun onayına bağlı: tıbbi giderlerin ve termal merkezlerdeki tedavi ücretlerinin sigortalıya geri ödemesi ilkesel olarak günlük ödenek verilmiyor (daha muhtaç durumdaki olanlar hariç) |
| IRLANDA | Sigortalı bölgedeki doktorlardan birini özgürce seçebilir. Hekim ücretleri Yerel Sağlık Kurulunca ödenir. | ITALYA | Bölgede kayıtlı doktorlar arasından özgür seçim hakkı. Bölge tarafından sabit bir ücret ödenir. | HOLLANDA | PORTEKİZ | İNGİLTERE |
| Genel tıbbi bakım: Tüm haklardan yararlanabilirler için ücretsiz diğerleri, bazı ciddi vakalar, uzun süreli hastalık ve sakatlıklar dışında hizmetlerin tüm bedelini öder. | Resmi tarifelerin %25'ine ulaşan laboratuvar veya klinik test veya analizleri ücretlerine katılmı (minimum 1000 lîre, maksimum 30.000 lîre) Reçetenin çok sayıda maddesini içermesi halinde maksimum miktar 60.000 lîre tutar. | Hekim seçme özgürlüğü var (yurtdışında (yıldada iki kez) Hastalık fonu tarafından direkt ödeme ücret yok sigortalıya geri ödenir.) | Hekim seçme özgürlüğü var (yıldada iki kez) Hastalık fonu tarafından direkt ödeme ücret yok sigortalıya geri ödenir.) | Sigortalı kişi ödeme yapmaz, fakat genel sigorta şeması (ciddi riskler) altında, 18 yaşın üstündeki sigortalının katılmı söz konusudur. Hastaneyeye yatma masrafları ödenmiyor | Sağlık merkezlerinde veya anlaşmalı olarak çalışan genel pratişyen ve uzman hekimler arasından özgür seçim hakkı Ücret yok (Ulusal Sağlık Hizmetleri) | 16 yaşın üstündekilere özgür seçim hakkı; 16 yaşın altındaki çocuklar için ebeveynin veya vasiinin seçimi Ücret yok (Ulusal Sağlık Hizmetleri) |
| Uzmanlar: Tüm haklardan yararlanabilirler için ücretsiz diğerleri tüm giderleri öder (yıllık geliri 14.500 IRL'nin altındaki hariç) | Reçetenin çok sayıda maddesini içermesi halinde maksimum miktar 60.000 lîre tutar. | Hekim seçme özgürlüğü var (yurtdışında (yıldada iki kez) Hastalık fonu tarafından direkt ödeme ücret yok sigortalıya geri ödenir.) | Hekim seçme özgürlüğü var (yıldada iki kez) Hastalık fonu tarafından direkt ödeme ücret yok sigortalıya geri ödenir.) | Sigortalının katılmı hükümetçe belirlenir. Bazı gruplar katılmı muafir. Örneğin emekliler, 1 yaşın altındaki bebekler, emekliler, sakat gençlerden sorumlu olan kişiler, sosyal ve ekonomik açıdan muhtaç durumda olanlar | Sigortalının katılmı hükümetçe belirlenir. Bazı gruplar katılmı muafir. Örneğin emekliler, 1 yaşın altındaki bebekler, emekliler, sakat gençlerden sorumlu olan kişiler, sosyal ve ekonomik açıdan muhtaç durumda olanlar | 16 yaşın üstündekilere özgür seçim hakkı; 16 yaşın altındaki çocuklar için ebeveynin veya vasiinin seçimi Ücret yok (Ulusal Sağlık Hizmetleri) |



| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Kamu hastaneleri: ücretsiz (özel veya yarı-özel odalar hariç) | Direkt yardım: Tam kayıtlı kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasından özgür seçim (odanın paylaşılması koşulluyla), ücretsiz | Hastane seçme özgürlüğü var (yurtdışındaki hastaneler hastalık fonunun onayına bağlı) Bakım giderlerine katılmıyken 170 L.F.R. arasından özgür seçim hakkı | Hastalık sigortası fonu ile anlaşması bulunan ve ikamet edilen bölge içinde bulunan hastane ve psikiyatri klinikleri arasından özgür seçim hakkı | Bkz:hastaneye yatma Bkz:hastaneye yatma |
| Özel hastane ve evler: Tüm giderlerden sorumlu (bakım giderlerine yönelik olarak mali yardımın yapıldığı bazı bakım evleri hariç) | | | Sağlık hizmetleri sakat kişiler ve aileleri için tümüyle ücretsizdir (en düşük oda sınıfı için) Yararlanma süresi: sırsız (1 sene sonra genel sigorta örgütü tarafından üstlenilir) | |
| Enfeksiyon hastalıkları tedavisi: Gelire bakılmaksızın herkes için ücretsiz; sınırsız süre | | | | |
| Termal tedaviler: Yerel Sağlık Birimlerinin onayına bağlı Katılım: 15.000 lîre | Onaya bağlı | | | Termal merkezlerdeki tedavi ücretleri, resmi tarifeler sınırında, sigortalıya ödenir. |

| | BELÇİKA | DANİMARKA | FEDERAL ALMANYA | YUNANİSTAN | İSPANYA | FRANSA |
|--------------------|---|--|--|---|---|--|
| Diş tedavisi | Aşağıdakileri içerir: (i)önleyici tedavi (ii)diş çekimi (iii)protez (iv)ortodonti tedavisi Geri ödeme: (i)tedavi masrafları için tıbbi hizmetlere bkkz. (ii)dental plakalar vs. için, hastalık fonunun onayına bağlı, 50 yaş ve üstündeki hasta için %100, daha gençler için şikayetin türüne göre | Kategori 1:Tedavi masraflarını yarısını sigortalı öder Kategori 2:Kategori 1 için saptanan miktardan aşan kısım sigortalı tarafından ödenir. | (i)Tüm masraflar hastalık fonu tarafından ödenir (ii)Protez ve kronlar için peşin ödeme garanti. Bazı durumlarda total ve kısmi protez masraflarının ödemesi | Sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ancak protezlerde %25 ödeme | Diş çekimleri ve berrhi tedavileri içerir. | Aşağıdakileri içerir: (i)önleyici tedavi (ii)diş çekimi (iii)protezler (iv)ortodonti tedavisi geri ödemetıbbi sarafında olduğu gibi sarafında sigortalı tarafından ödenen %25 oranındaki miktar bazı istisnai durumlarda kaldırılır. |
| Farmasötik ürünler | Sigortalının katılımları: (i)Kat A (ciddi hastalıklar) (ii)Kat B (yararlı ilaçlar): %25, tavan 3.00BFR, WIPO (1) %15, tavan 200 BFR (iii)Kat C (daha az yararlı ilaçlar):50%, tavan 500 BFR, WIPO 300 BFR (iv)Kat CS (rahatlatıcı ilaçlar) 60% Hastanede yatanlar için:Günde 25 BFR. Önemli ürünlerin tutarının sigortalıya ödemesi:reçete başına maksimum 50 BFR (WIPO 100%) Belirli bazı ürünler için: 70 BFR | Sigortalı tutarın %50'sini, daha önemsiz ilaçlarda ise %75'ini öder Aile üyeleri:sigortalı kişi için olduğu gibi "Rahatlatıcı" ilaçlar için reçete yazılmaz | Sigortalı kişiyazılan her ilaç için 2DM, çocuklar ve özel durumlar için %20 ödeme hariç Aile üyeleri:sigortalı kişi için olduğu gibi "Rahatlatıcı" ilaçlar için reçete yazılmaz | Hekim tarafından yazılan ilaç tutarının %40'ünü öder. Aşağıdakiler ödeme yapmaz: (i)Emekliler (ii)Sakat ve özürülüler (iii)hastanede tedavi görenler | Sigortalının katılımları: "Rahatlatıcı" ilaçlar için %30 veya %60 uzun süreli hastalıklarda sigortalı ödeme yapmaz | Sigortalının katılımları: "Rahatlatıcı" ilaçlar için %30 veya %60 uzun süreli hastalıklarda sigortalı ödeme yapmaz |



Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Anlaşma ile saptanan ücretin tamamını sigortalıya geri ödenir

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Protez, ortopedik araçlar ve sakat araçlarının temini veya yenilenmesi ücretsiz

Dış protezleri, gözlükler, tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Protez, ortopedik araçlar ve sakat araçlarının temini veya yenilenmesi ücretsiz

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Protez, ortopedik araçlar ve sakat araçlarının temini veya yenilenmesi ücretsiz

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Protez, ortopedik araçlar ve sakat araçlarının temini veya yenilenmesi ücretsiz

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Protez, ortopedik araçlar ve sakat araçlarının temini veya yenilenmesi ücretsiz

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Hastalık fonunun onayına bağlı olarak tedavi ücretinin % 70'i, belli başlı cihazların tutarının % 100'ü geri ödenir.

Ödeme maksimum % 25 ile sınırlıdır

Ödeme, reçete başına 4DM ile sınırlıdır.

Kısmi geri ödeme

Protez, Gözlük, İşitme cihazları

Tüm haklardan yararlanan kişiler, 6 yaşın altındaki çocuklar ve ilk öğretim öğrencilerine ücretsiz

Sigortalara diş çekimi ve dolgu ücretsiz (diğer hizmetler için sınırlı bir ücret)

Standart hakları:Ulusal Sağlık servisleri ve kayıtlı hekimlerde tedavi ücretsiz

Standart haklar:
(i)önleyici tedavi
(ii)diş çekimleri
(iii)ortodonti tedavisi
Kollektif anlaşmalara göre geri ödeme
Protez masraflarına katkı %20'yi geçmez
Teşhis masraflarına katkıta:tafinenin %5'i

(i)Önleyici tedavi
(ii)diş çekimleri
(iii)protez
(iv)ortodonti tedavisi
6 aylık zorunlu kontrol halinde:hükümetçe rol koşuluına uymak belirlenen çerçevede içinde geri ödeme fonunun masraflarına katkıta:tafinenin %5'i vs.

Sigortalı, normal tedaviler için 17 UKL, karmaşık tedaviler (kronlar vs) ise 115 UKL'ye kadar değişen ücretler öder. Bebek bekleyen kadınlar, son 12 ay içinde doğum yapmış anneler için ücretsiz. Düşük gelirliler ödeme yapmaz veya ödeme yardımı sağlanır. 19 yaşa kadar full-time öğrenim görenler için ücretsiz (diğerleri için 18 yaşa kadar, ancak 16 yaştan sonraki protezler ücretsiz tabii)

Tüm haklardan yararlanan kişiler için ücretsiz sınırlı haklara sahip kişilere, ayda 28 IRL'yi aşan miktar geri ödenir.

Reçette başına (maksimum 3 ilaç) %25 ve 2000 lîre ödeme Reçette başına maksimum ödeme: 30.000lîre Düşük geliri ve kalabalık aileler ödeme yapmaz (bkz.tablo x: Aile ödenekleri) İleri derecede sakatlık, ciddi hastalık ve doğumda ücretsiz

İlaçların sınıflandırılması:
(i)geri ödenmeyen ilaç ve ürünler
(ii)tercihe bağlı geri ödeme tabii ilaçlar (%100 ödeme)
(iii)normal geri ödeme tabii ilaçlar %80 ödeme, hastanede yatma halinde %100)

Sigortalı kişi tarafından seçilen sözleşmeli kimyagere başvurma halinde (i)reçeteli ilaçlar ücretsiz(farmasötik ürünler resmî listesi) (ii)Kimyager ve fon arasında dolaysız ödeme

Duruma göre, resmî listede yer alan ilaçlar için hastanın payı %20 ile 50 arasındadır. Bazı özgül durumlar için reçeteye yazılan ilaçlar için hasta herhangi bir katılım payı ödemez.

16 yaşın altındaki çocuklar 65 yaşın üstündeki erkekler, 60 yaşın üstündeki kadınlar gebe ve 1 yaşın altındaki çocukları doğurmuş kadınlar, bazı hallerde düşük geliri kişiler, yatalak ve kronik hastalık olan kişilerin dışında herkes reçeteye yazılan her ilaç başına 2,20 UKL öderler.

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Tüm haklardan yararlanan kişiler, 6 yaşın altındaki çocuklar ilköğretim öğrencilerine ücretsiz Bazı katılm koşullarını esaslar çerçevesinde yerine getiren sigortalı kişilere sınırlı ödeme. | Önceden onaylanmak koşulu ile bazı protrezler için ve sigortalının durumuna göre değişen maddeler çerçevesinde maliyetin "ek bir hak" olarak göre ödemesi | Hastalık fonunun önceden alınmak koşulu ile (gözlük haric): %70-100'ü belirlenen tarife üzerinden | Önceden onaylanmak Resmî listede ki protrezler için %20 ödenir. Sağlık hizmetince verilen gözlük ve dış protrezleri için:(doktor tarafından gerekli görülün hallerde lensler için) ve resmî listeye uygun dış protrezleri için onaylı özel doktorlar tarafından yazılan reçetelerdeki gözlük ve dış protrez bedellerinin %75'e kadarını geri ödemir. | Gözlükler: 16 yaşın altındaki çocuklar, eğitimini sürdüren 16 yaşın üstündeki kişiler için parasal yardım. Görme testleri ücretsiz. |
| Sakat ve uzun süre tedavi gerektiren bir hastalığı olan çocuklar için hastane bakımı ve muayene ücretleridir. Serviks kanseri teşhisi için gerekli laboratuvar testleri her kadın için kendi bölge doktorları tarafından ücretsiz sağlanır. | Hastalar için ulaşım Genel sigorta çerçevesi içinde 1)Zihinsel ve bedensel özürlüler için kuruluşlarda ücretsiz tedavi ücreti bakım evinde ücretsiz bakım koruyucu ilaçlar | Uzak yerlerde oturan hastalar için, bazı koşullara bağlı olarak ulaşım ücretinin ödenmesi | Ulusal Sağlık Hizmetleri ve yerel yönetimlerce sağlanan bazı ilave haklar. Örneğin neye ücretsiz ulaşım (gerekli hallerde) | Protez ve işleme cihazları:Ulusal Sağlık Hizmetleri cihazlarının sağlanması ve takılması için ücret alınmaz. |
| Ücretsiz evde bakım hizmetleri | Hastaneye ücretsiz nakli | | | |

1) Sigortalıya tüm yıl için geçerli olmak üzere belirli sayıda bazı maddeler için yıllık bir bilet verilmektedir. Bu biletin maliyeti 33,5 UKL'dir.