

DOSYA/DERLEME**LÜKSEMBURG:
KÜÇÜK BİR ÜLKEDE MERKEZİ, LİBERAL AMA
KAMU FİNANSMANLI SAĞLIK SİSTEMİ***Raika DURUSOY****Giriş**

Lüksemburg Grand Düklüğü, Batı Avrupa'da bulunan, batı ve kuzeyinde Belçika, doğuda Almanya, güneyde de Fransa ile sınırı olan anayasal bir monarşidir. Kırsal kesiminde tarım ve orman arazileri bulunmaktadır. Ülkenin güneybatısında ağır sanayi yoğunlaşmıştır; güneydoğusunda ise beyaz ve köpüklü şarap üretimi yapılmaktadır. Lüksemburg, Avrupa Birliği'ne (AB) üye ülkelerin en küçüğüdür: yüzölçümü 2586 km² ve nüfusu 474.413'tür. Nüfusun beşte biri, başkent Lüksemburg'da yaşamaktadır (Kerr, 1999; CIA, 2006).

Lüksemburg, komşularıyla yakın ilişki içindedir. 1921'de Belçika ile ticaret ve para birimi dahil birçok finansal alanı kapsayan ekonomik birliğe girmiştir ve 1944'te Belçika, Lüksemburg ve Hollanda'nın Benelux birliğini oluşturmuştur (Kerr, 1999). Daha sonra AB'ye dönüşecek olan Avrupa Ekonomi Topluluğu'nun altı kurucu üyesinden biridir ve 1999 yılında Avro bölgesine girmiştir (CIA, 2006).

Lüksemburg'un çoğu Roman Katolik olan halkı, etkileyici düzeyde dil bilmektedir: Letzeburgesch (ulusal dilleri olan bir Almanca dialekti), Fransızca (resmi belgeler ve mevzuat dili) ve Almanca olmak üzere üç dil bilmek standarttır. Lüksemburg'a dışarıdan ilk yerleşmiş olan toplumların dilleri olan İngilizce, İtalyanca ve Portekizce de yaygın kullanılmaktadır. Bütün bu toplumların birbirleriyle aralarında kullandıkları dil ise Fransızca'dır (Kerr, 1999).

Siyasal yapı

Grand Düklüğün hükümeti, bir başbakan ve bir başbakan yardımcısı tarafından yönetilen 12 üyeli bir bakanlar kurulundan oluşur. Hükümet, beş yıllığına seçilen 60 üyeli milletvekilleri meclisi üyeleri arasından seçilir. Genelde orta-sol ve muhafazakar ağırlıklı, birkaç tane de Yeşiller ve özel ilgi partilerinden temsilci içerir. Hıristiyan Demokratlar genelde her koalisyon hükümetinde denge kuvvetini oluşturur (Kerr, 1999).

Ekonomik durum/yapı

Lüksemburg'un istikrarlı, başarılı ekonomisi, ılımlı büyüme, düşük enflasyon ve düşük işsizlik özelliklerine sahiptir. 64.300 Avro ile AB'nin ve dünyanın geleneksel olarak kişi başına GSYİH'sı en yüksek olan ülkesidir (Statistiques Luxembourg, 2006; CIA, 2006). Gini indeksine göre Lüksemburg (30,8), AB ortalaması ile eş düzeyde (30,8) gelir dağılımı eşitsizliğine sahiptir (UNDP, 2004). Tarım, GSYİH'nın %5'ini oluşturur ve küçük aile çiftliklerine dayanır. Tahıl ve patates başlıca ürünlerdir; ayrıca hayvancılık yapılmaktadır. Özellikle bankacılık ve iletişim olmak üzere hizmet sektörü de artık Lüksemburg'un GSYİH'sının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Lüksemburg kenti, önemli bir uluslararası finans merkezidir (Kerr, 1999; CIA, 2006).

Sağlık göstergeleri

Lüksemburg'da 2006'da beklenen ömür erkekler için 75,6, kadınlar için 82,4 idi (CIA, 2006). 1995'te tüm nüfusta beklenen ömür AB ortalamasına neredeyse eşit (77,4 yıl), DSÖ Avrupa Bölge ortalamasının ise hayli üzerindeydi (72,5 yıl). 1985'te 1000 canlı doğumda 8,3 olan bebek ölüm hızı, 1990'da 7,1, 1997'de 5,1 ve 2006'da

*Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

4,7'dir. Ülke yaşlanmakta olan bir nüfusa sahiptir ve nüfusun yaklaşık yarısı ekonomik olarak aktiftir. 1998'de önde gelen ölüm nedenleri sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar), kanser, solunum sistemi hastalıkları ve dış nedenlerdir (kaza ve intiharlar) (Kerr, 1999; CIA, 2006).

Sağlık sisteminin yapısı

Lüksemburg sağlık sistemi üç temel prensibe dayanmaktadır: Zorunlu sağlık sigortası, hastanın hizmet sunucuyu özgürce seçmesi ve hizmet sunucuların sabit hizmet başı ödemelere zorunlu olarak uymasidir (WHO Europe, 2006).

Sistem hem hizmet sunumu, hem finansman anlamında koruma ve tedavi olarak ikiye ayrılmıştır. Koruyucu hizmetlerin çoğu, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır; müdahaleler az sayıda kamu hizmeti, özel uygulayıcı ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından Sağlık Bakanlığı bütçesinden ödeme yapılarak gerçekleştirilir. Tedavi edici hizmetler ise Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ortak sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini denetler ve hastane sektörünü sübvans eder, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ise hastalık sigorta sisteminden sorumludur. Bu ayırım tamamıyla keskin sınırlı bir ayırım değildir; 1970'lerden bu yana hastalık sigorta sistemi koruyucu dış hizmetlerini ve 1992'de çıkarılan bir yasanın ardından sayıları giderek artan meme kanseri taramaları ve hepatit B bağışıklaması gibi hizmetleri ödemektedir (Kerr, 1999).

Sağlık Bakanlığı'nda yasama, çeşitli kurullarda temsil yetki gibi görevleri yerine getiren, 30 kadar kişinin istihdam edildiği bir bakanlık bürosu bulunmaktadır. Bakanlığın uygulama ve denetlemeye dönük diğer görevlerini yürüten birimi ise, 110 kadar çalışanı olan Sağlık Müdürlüğü'dür. Müdürlük çalışanlarının yaklaşık üçte biri sahada görev yapmaktadır, örneğin ortaöğretimde okul sağlığı hizmetlerinde çalışarak görme ve işitme engelliliği taramalarını yapanlar gibi (Kerr, 1999).

Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın iki birimi hastalık sigorta sisteminden sorumludur. Genel Müfettişlik yasal, düzenleyici ve mali işlemlerle sözleşme işlemlerini yürütür, Tıbbi Kontrol Ofisi iş yaşamında engellilik, geri ödeme izinleri (yurtdışı tedaviler dahil), tıbbi profiller, ayaktan bakımın denetlenmesi ve sağlık sisteminin hastalar tarafından kötüye kullanımı konularında çalışmaktadır (Kerr, 1999).

Engellilik, mental hastalıklar, uyuşturucu bağımlılığı ve evde bakım hizmetlerinin çoğu, kar amacı gütmeyen özel sektör tarafından devletle yapılan sözleşmelerle yürütülmektedir. Yakın zamana dek bu hizmetlerin yaygınlaştırılması ve denetlenmesi, direkt sağlık bakanlığına bağlı bağımsız bir birim tarafından yapılmakta iken, 1999 başından itibaren Sağlık Müdürlüğü'nün altında Sosyal Tıp Bölümü olma yolunda bir değişime girmiştir (Kerr, 1999).

Finansman

GSYİH'ya oranı olarak Lüksemburg'un sağlık harcamaları, Batı Avrupa ortalamasının oldukça altındadır ve kendi komşuları arasında (Belçika, Fransa ve Almanya) en düşük olanıdır (%8). Ancak Lüksemburg kişi başına düşen sağlık harcaması olarak Avrupa'da en yüksek değere sahiptir (2004'te 5089 ABD doları) (OECD, 2006). Bu çelişkinin iki açıklaması bulunmaktadır: Kişi başına harcamalar, Lüksemburg'da yaşayan nüfus üzerinden hesaplanmıştır ve sigortalı çalışanların önemli bir azınlığı (%25) her gün komşu ülkelerden gelerek mesai yapmaktadır. İkinci ise, Lüksemburg'da kişi başına düşen gelir, Avrupa'daki en yüksek miktarlardan biridir. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı, diğer Avrupa ülkeleri gibi 1970'lerden bu yana önemli düzeyde artış göstermiştir. Finansmanda kamunun payı 1970'lerden bu yana sürekli olarak sabit ve yüksek düzeyde seyretmiştir (2004'de %90,4) ve zorunlu kamu sigorta sisteminin önemini göstermektedir (Kerr, 1999; OECD, 2006).

Lüksemburg'un hastalık sigortası 607.917 kişiyi kapsamaktadır. Bütün sektörlerde aktif olarak çalışan toplam 206.083 kişi bulunmaktadır ve sınır ötesinden gelip çalışanların sayısı 122.619'dur (özellikle Fransa, Belçika ve Almanya'dan) (UCM, 2006).

Zorunlu sağlık sigorta sisteminin giderlerine dair ulusal veriler, üç kategoriye ayrılmıştır: Geri ödenen mal ve hizmetler, nakit ödemeler (özellikle sermaye yatırımları) ve devlet tarafından %100'ü ödenen anne sağlığı hizmetleri (Kerr, 1999). 2005'te 408.694 sigortalı kişi üzerinden harcamalar bu üç kategori için sırasıyla 1333,4 milyon Avro, 169,4 milyon Avro ve 73,2 milyon Avro idi (UCM, 2006).

Sağlık finansmanının tarihçesi

Almanya'da Bismarck tarafından 1883'te başlatılan şemanın ardından Lüksemburg'da imalat ve sanayi işçileri için zorunlu sağlık sigortası 1901 yılında başladı. Sigorta hızla gelişti ve daha 1903 yılında 73 ayrı sigorta fonu bulunmaktaydı. 1925 yılına dek sigorta sektöründe karmaşa ve çeşitlilik arttı ve hastalık sigortası, kaza sigortası (1902'de başlamıştı) ve yaşlılık/malullük sigortasını (1911'de getirilmişti) tek bir sistemde birleştirecek bir yasanın gerekliliği doğdu. Aynı yasa, ödenen primleri önemli miktarda arttırdı. 1927 ve 1933'te yasa değişiklikler yapıldı (Kerr, 1999).

İkinci Dünya Savaşı'nda 1940-44 arası yaşanan Alman işgalinin ardından Lüksemburg'a Alman sigorta sisteminin öğeleri yerleşti. Bu öğeler arasında en önemli olanı sigortanın emeklileri kapsayacak şekilde genişletilmesiydi. 1952'de devlet memurları ve diğer kamu çalışanları, 1958'de serbest meslekler (ör. işadamları ve zanaatçılar), 1963'te çiftçiler ve 1964'te serbest entelektüel mesleklerin (ör. doktorlar, mimarlar ve avukatlar) dahil edilmesiyle zorunlu sigorta genişletildi. 1973'te çalışan nüfus, aileleri ve emeklilerin tamamı zorunlu sağlık sigortası kapsamındaydı. Sigorta, herkesin meslek grubuna göre

bağlandı 11 hastalık fonu tarafından işletiliyordu. Katkı düzeyleri, her fonun kendisi tarafından belirleniyordu ve fonlar arasında önemli miktarda fark vardı (Kerr, 1999).

1970'lerden günümüze finansman

Yakın zamanlarda, hastalık fonlarının sadece topladıkları katkılarla artan sağlık hizmeti harcamalarını karşılamaları giderek zorlaştı. Fonların mali durumu - özellikle de imalat ve sanayi işçilerinin fonlarının - oldukça kötüydü. Dolayısıyla 1974'te, kamu kaynaklarının, fonların toplam gelirinin %40'ına dek varan miktarlarda fonlara aktarılmasını sağlayan bir yasama yürürlüğe kondu. 1974 reformu aynı zamanda tüm hastalık fonlarının katkı düzeylerini standardize etti ve bu oranların bundan sonra hükümet tarafından belirleneceğini bildirdi (Kerr, 1999).

1978'de daha ileri reformlarla, farklı hastalık fonlarının yönetsel bir birliği kuruldu. Farklı meslek gruplarına ait dokuz ayrı fon varlığını sürdürse de, güçlerinin çoğunu yitirmişlerdi. Hizmet sunanlarla oran pazarlıkları artık Birlik tarafından yapılıyordu ve risk ortak havuzda toplanıyordu; böylece sene sonunda birinin açığı olduğunda diğerinin karı ile kapatılabiliyordu (Kerr, 1999).

Devlet mali destek vermeye başlasa da, 1980'lerin başlarında hastalık fonları yine mali sıkıntıya girdiler ve 1983'te yapılan mevzuat değişikliği ile maliyetleri sınırlamak amacıyla hastalara tedavi için ek ödeme getirildi. Bu, sağlık hizmeti harcamalarında bir defalığına düşmeye yol açtı, ancak harcamalar sonrasında tekrar artmaya başladı (Kerr, 1999).

1992'de yeni reformlar gerçekleştirildi. Hükümet önce dokuz ayrı hastalık fonunu ortadan kaldırmaya çalıştı, ancak meslek gruplarının güçlü karşı duruşuyla karşılaştı ve uzlaşma yapıldı. Fonların sadece sigortalı vatandaşla direkt iletişim büroları olarak varlıklarını devam ettirmesine izin verildi ve üyelere yapılacak geri ödemelerin yönetimi hariç bütün diğer sorumlulukları, Hastalık Fonları Birliği'ne aktarıldı. 1992 Yasası aynı zamanda hastaneler için yeni bir finansman sistemi getirdi; hastane maliyetlerinin katlanarak artmasını teşvik eden yürürlükteki günlük düzenli ödeme sisteminin yerine her hastanenin kendi bireysel bütçesini Hastalık Fonları Birliği ile direkt pazarlık yapması getirildi. Bu değişiklik, 1 Ocak 1995'te yürürlüğe girdi (Kerr, 1999).

Hastalık Fonları Birliği, meslek temelli dokuz ayrı fon ile birlikte, nüfusun %99'unu kapsayan zorunlu sağlık sigortasını yönetir ve sunar. Memurların ve Avrupa ya da diğer uluslararası kuruluşların kendi sağlık sigorta fonları bulunmaktadır; ayrıca, işsizlik yardımı ya da emekli maaşı almayan işsizler de kapsam dışındadır (WHO Europe, 2006).

2004 yılında toplam sağlık harcamalarının %79,5'ini zorunlu sigorta, %10,8'ini vergiler, %6,8'ini cepten ödemeler, %0,9'unu isteğe bağlı sağlık sigortası ve %2,1'ini diğer giderler oluşturmuştur (WHO, 2006). Bu oranlar önceki yıllarda da benzer düzeylerde seyretmiştir.

Sağlık sigortasının üç farklı finans kaynağı bulunmaktadır: devlet katkıları (toplamın en fazla %40'ı), işverenler (toplamın yaklaşık %30'u) ve sigortalı bireyler (yaklaşık %30). Katkılar sosyal güvenliğin tüm dalları için Ortak Sosyal Güvenlik Merkezi tarafından merkezi olarak toplanır ve Hastalık Fonları Birliği'ne tahsis edilir (Kerr, 1999).

Devletin fonlara katkısı, aktif işgücünün toplam katkılarının %10'u ve emeklilerin toplam katkılarının %250'si olarak belirlenmiştir (ancak emeklilerin katkısı diğerlerinin katkısının %31'ini aşacak olursa devlet tüm kategorilerin sadece %10'u kadar katkı koyacaktır). Devletin katkıları, sigorta sisteminin toplam kaynaklarının en fazla %40'ı kadar olabilir (Kerr, 1999).

İşveren ve çalışanların standart katkı oranları, hey yıl 1 Ocak'ta Hastalık Fonları Birliği'nin Genel Kurulu tarafından belirlenir (Kerr, 1999). 1 Ocak 2006'da belirlenmiş olan rakamlara göre zorunlu hastalık sigortası için işçilerden brüt maaşlarının %10,10'u, diğer maaşlı çalışanlardan ise %5,6'i oranında katkı alınmaktadır. Bu oran içerisinde işverenle çalışanın payı eşittir (CLEISS, 2006). Ancak ordu, emniyet ve cezaevi hizmetleri, çalışanlarının katkılarının tümünü öder. İşverenler, çalışanlarının yaptırdığı isteğe bağlı sigorta şemaları için ve tanımı gereği serbest çalışanların sağlık sigortaları için hiçbir katkı ödemez (Kerr, 1999).

Lüksemburg'da yaşayan yoksullara sosyal yardım olarak 1986 yılından beri "minimum garanti edilen gelir" adı altında bir hak sağlanmaktadır. Kişinin geliri belirlenen düzeyin altındaysa toplam aylık gelirinin bu düzeyde olmasını sağlamak için aradaki fark kendisine ödenmektedir (CLEISS, 2006). 31.12.2005 itibarıyla bu haktan toplam 4991 kişi yararlanmaktaydı ve gelirleri aylık net 985,24 Avro idi (Ligue Médico-Sociale, 2006). Kişinin geliri "minimum garanti edilen gelir" in beş katını (7517 Avro) aştığında katkı miktarı bu sınır değer üzerinden belirlenir. Minimum gelirin altında gelire sahip olan kişiler ise (devletten yardım almakta olması gerekenler) sağlık sigortası için katkı ödemezler. Emeklilerin katkısını hesaplamak için gelirlerine aynı yüzde uygulanır ancak minimum kesme noktası, minimum garanti edilen gelirin %30'unun üzeridir; bu kesme noktasının altında gelire sahip olan emekliler sağlık sigortası için katkı payı ödemezler (Kerr, 1999).

Geçmişte çeşitli durumlarda Lüksemburg'un hastalık fonlarının harcamalarını karşılayamadığı olmuş ve devlet subvansiyonuna gereksinim doğmuştur. Böyle bir açığın tekrarını önlemek için Hastalık Fonları Birliği artık sigorta sisteminin toplam harcamalarının %10 - 20'si tutarında bir rezerv bulundurarak bütçesini dengelemek zorundadır. Bu harcamalar yıllık olarak gözden geçirilir ve eğer rezerv sınır değeri geçerse bir "alarm" özel önlemlere gereksinim duyulduğunu işaret eder (örneğin katkı paylarının arttırılması ya da konsültasyon ve hizmet hacminin düzenlenmesi) (Kerr, 1999).

Hastalık Fonları Birliği, Lüksemburg'da ve yurtdışında hizmet başı ödeme temelli olan bütün faydaları ve hastane giderlerini ödemekle yükümlüdür ancak hastalık fonları onaylanmış mal ve hizmetleri sigortalya geri ödemeye devam etmektedir (Kerr, 1999).

Ayaktan bakım için ödemesini yapmış olan sigortalı hasta, içinden cepten ödeme olarak belirlenen bir oran düşüldükten sonra ödediği ücretin yasa ile belirlenmiş orandaki büyük bölümünü geri alır. Geri ödeme miktarı, genel pratisyenin (GP) hastayı herhangi 28 gün içinde ilk ziyareti için %80 (yani cepten %20), hasta tarafından bir GP'ye veya herhangi bir uzmana ilk başvuru için %95, sonraki başvurular için %100'dür (Kerr, 1999). Hastalık Fonları Birliği, ayaktan başvurularda cepten ödeme oranının 2006 yılı için %10'a çıkarılmasını kararlaştırmıştır. Bu önlemlerle 5,5 milyon Avro daha az harcama sağlanacağı öngörülmüştür (UCM, 2006). Belli zaman süresince GP'ye başvuru sayısında, ya da aynı uzmanlık dalında birden fazla hekime başvurularda sayı kısıtlaması vardır (Kerr, 1999).

Sağlık çalışanlarının verdiği tüm hizmetler Sosyal Güvenlik ve Sağlık Bakanlıkları tarafından, bir uzmanlar kurulunun ayrıntılı önerileri doğrultusunda tanımlanır. Her yıl iki cilt halinde ücret tarifeleri ya da terimler (nomenclatures) olarak yayınlanır; bir cildi hekimler ve diğ hekimleri tarafından verilen hizmetleri, ikincisi de diğ sağlık çalışanları tarafından verilenleri kapsar. Bu rehber, her hizmetin değerini belirler ve o hizmetin ücret düzeyi, her yıl Hastalık Fonları Birliği ve sağlık çalışanlarını temsil eden kuruluşlar arasında pazarlıkla belirlenen bir katsayı (standart ücret) ile hizmetin değerinin çarpılmasıyla hesaplanır (Kerr, 1999). Bu rehberin 1 Ocak 2007'den itibaren geçerli olan tarifesinden örnek birkaç rakam verilecek olursa: GP'ye başvuru 31 Avro, uzmana başvuru branşına göre 21-39, hekimin ev ziyareti (uzman ya da GP) 43, hemşirenin kan örneği alması 11, IV sıvı takması 20, laboratuvar teknisyeninin kan şekeri testi uygulaması 9, östrojen reseptörü testi yapması 55 Avro (Sécurité sociale, 2006).

Doğum öncesi ve sonrası bakım, hekime acil başvurular, yıllık belli bir sınıra dek diğ hekimliği hizmetleri, hasta son iki yılda yıllık kontrollerine gittiyse diğ protezleri, gerekli görülen ortopedik protezler, hemşirelik hizmetleri, konuşma terapisi, doğumla ilgili ebelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, acil durumlarda hasta nakli, işitme cihazları, kan ve plazma ürünleri %100 geri ödenen hizmetlerdir (Kerr, 1999).

Devlet, Lüksemburg'da kullanım ruhsatı olan ilaçların ayrıntılı bir listesini tutar ve listedeki birçok ilacın fiyatının %80'i hastalık fonları tarafından karşılanır. Ancak belli kronik ya da ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların %100'ü ödenir (örneğin kanser, hipertansiyon); "rahatlık amaçlı" olarak sınıflandırılmış olan ilaçların %40'ı ödenir (ör. basit ağrı kesiciler, grip ilaçları) ve diğ ilaçlar (ör. vitaminler, reklamı yapılan ürünler) ödenmez. Hastanede tedavi esnasında kullanılan ilaçlar bu sisteme

dahil değildir; hastane bütçelerinden karşılanır (Kerr, 1999).

1995 yılına dek hastalar, ilaç masrafının tamamını eczaneye ödemek, ardından ilgili oranda (genelde %80) geri ödemeyi sigortadan almak durumundaydılar. 1995'ten bu yana hastalar sadece geri ödenmeyecek olan yüzdesini ödemektedirler. Bazı gözlemciler bu yeni sistemin ilaç harcamalarını arttırdığını belirtmektedir. Bu sektördeki bir diğ reform, hangi ilacı yazacaklarına dair hekimlere yönelik rehber hazırlığıdır. İlaç listesinin bazı bölümleri bu tarz bir içeriğe sahiptir. Bunun amacının hizmet kalitesini arttırmak mı, yoksa maliyeti sınırlamak mı olduğuna dair görüş ayrılıkları bulunmaktadır (Kerr, 1999). 2005 yılında hekimlere 2000 - 2004 yıllarındaki reçeteleme profillerini değerlendiren geri bildirimler gönderilmiştir (AB, 2006).

Hastanede hastalık sigortası ikinci sınıf bir odanın maliyetini, cepten ödenen küçük bir günlük katkı payı olan 12 Avro hariç karşılar. Hastalar eğer birinci sınıf bir oda isterlerse ya da elektif yatış veya ayaktan tedavinin zamanlamasında daha çok esneklik isterlerse ekstra ödeme yapmak zorundadırlar. Bunu tamamlayıcı, isteğe bağlı sağlık sigortası ile karşılayabilirler (Kerr, 1999; CLEISS, 2006).

Vatandaşlar, işten çıkarıldıklarında ya da kendi istekleriyle işten ayrıldıklarında zorunlu sağlık sigortasına üyeliklerini devam ettirmek için katkı ödemeye devam edebilirler (Kerr, 1999).

Devlet, tüm anne sağlığı hizmetlerinin maliyetini karşılar; anne sağlığı giderleri hastaneler tarafından direkt olarak Hastalık Fonları Birliği'ne faturalanır ve birlik, hükümetten geri ödeme başvurusunda bulunur (Kerr, 1999).

Lüksemburg'da yerel yönetimler, halkın sağlığını korumakla yasal olarak yükümlüdürler ancak pratikte yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili yürüttükleri işler sadece içme suyu sağlama, kanalizasyon ve atık bertarafı, konutlar ve yerel trafik düzenlemeleri gibi çevresel sorumluluklarla sınırlıdır (Kerr, 1999). Bazı yerel yönetimler ayrıca okul sağlığı hizmetleri gibi koruyucu toplum sağlığı hizmetleri verirler, bazıları da hastane mülkiyet sahibi olarak görece güçlü bir rol oynarlar (ya da sadece yönetim kurulu üyesi olarak daha küçük bir rol) (Kerr, 1999).

Tedavi edici ve koruyucu hizmetler ile sağlığın geliştirilmesi, ulusal düzeyde yürütülen hizmetlerdir. Koruyucu hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi, genelde kar amacı gütmeyen özel sektör kuruluşları tarafından, kısmen kamu finansmanı ile yürütülür. Ek olarak bazı koruyucu hizmetler, hastalık sigorta sistemi tarafından ulusal düzeyde ödenir (Kerr, 1999).

Uzun dönemli bakım, sağlık sigortası kapsamında yer almamaktaydı. Bunun yerine uzun dönem bakım gerektiren hastalara belli koşullar sağlandığında Sağlık

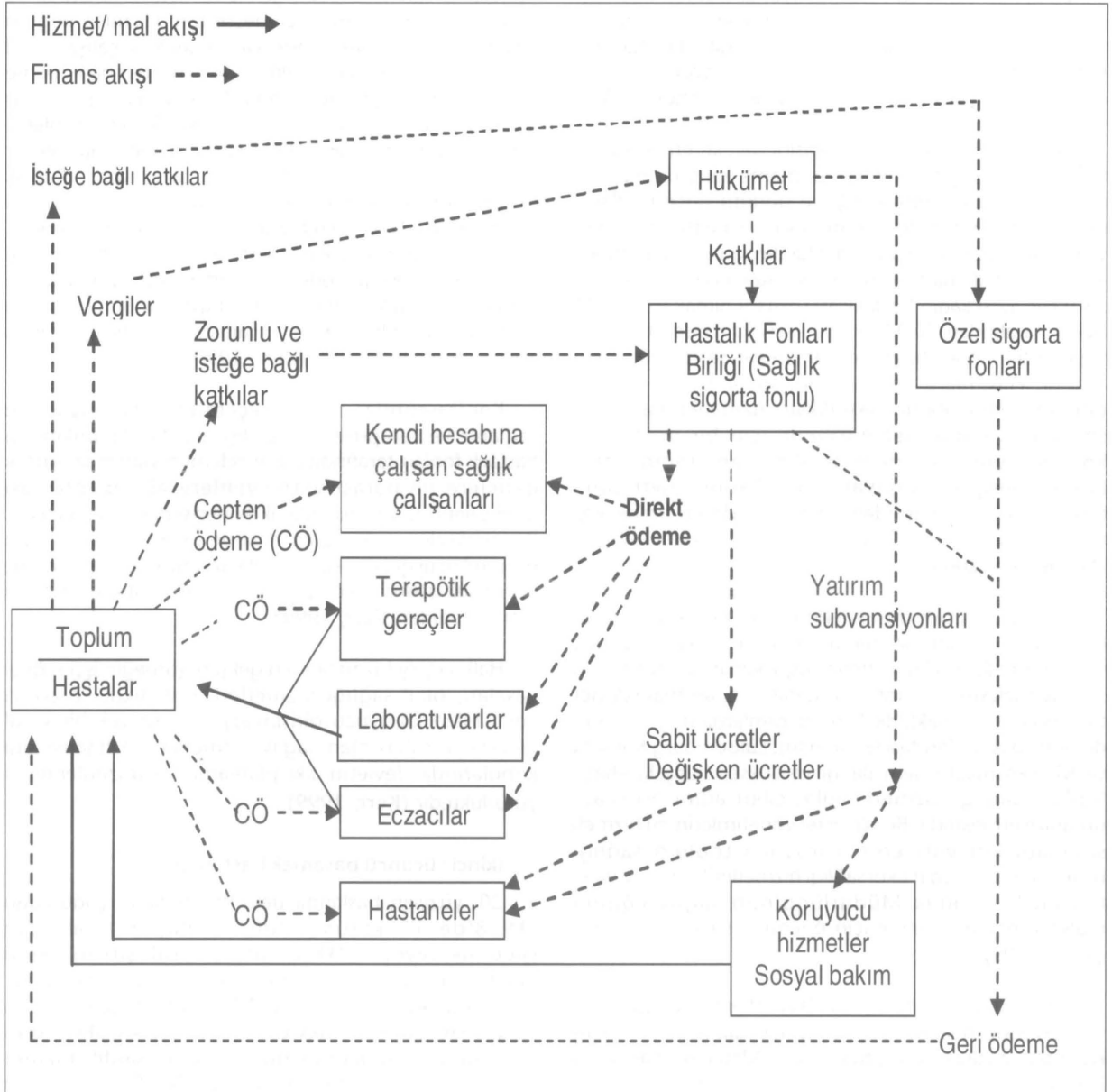
Bakanlığı tarafından bir ödenek verilmekteydi. Ayrıca çoğu uzun dönemli bakım hizmetleri devlet tarafından subvanse edilmekteydi. Haziran 1998'de mecliste uzun dönemli bakım sigortasını başlatan bir yasa kabul edildi. Devlet, bütçesinin %45'i kadar katkı koyacak ve geri kalanı çalışanlar ve vergilendirilebilir gelirden sağlanacak, ayrıca elektrik sağlayıcıları da özel bir katkı koyacaktı. Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın sorumluluğunda olan bu sigortaya Ocak 1999'dan beri ödemeler yapılmaktadır. Karşılanan hizmetler evde ve kurumda hemşirelik bakımı, rehabilitasyon, ev yardımı, hemşirelik cihazları, danışmanlık ve yaşlılar ve engelliler için diğer hizmetlerdir. Rehabilitasyon, hemşirelik cihazları ve psikiyatrik bakım daha önce hastalık fonları tarafından karşılanmaktaydı (Kerr, 1999).

İsteğe bağlı sağlık sigortası

Zorunlu kamu sigorta sistemi birçok hizmeti karşıladığı için bütün yapılan geri ödemeler içinde isteğe bağlı sigortanın oranı çok düşük kalmaktadır: 2004 yılında Hastalık Fonları Birliği'nin geri ödemelerinin %1,1'i kadar (WHO, 2006). Yine de aktif nüfusun %75'i, gerekli ya da yararlı olarak sınıflandırılmamış hizmetleri ödemek için yararlanacakları isteğe bağlı tamamlayıcı sigortayı yaptırmış durumdadır. Böyle hizmetlere bir örnek, birinci sınıf hastane odalarıdır. Devlet, Lüksemburg temelli isteğe bağlı sigortayı, primler üzerinden vergiden muaf tutarak teşvik etmektedir.

Ülkede başlıca üç tip isteğe bağlı sigorta şeması bulunmaktadır. En yaygını ve önemlisi Ortak Tıbbi-Cerrahi

Şekil 1. Lüksemburg sağlık sisteminde hizmetlerin ve finansmanın akış şeması



Kaynak: Kerr, 1999

Fon (CMCM)'dir. Diğer tür olan ortak yardım birlikleri, meslek temellidir ve sınırlı bir yaşam sigortası ötesinde sağlıkla ilgili bir yarar sağlamaz. Vergilerle ilgili sağladığı teşvik ve CMCM'ye üye olmak için önce bu meslek birliklerine üye olmanın şart olması nedeniyle üyelik yaygındır (Kerr, 1999).

Örgütlenme

Birinci basamak

Lüksemburg'da birinci basamak sağlık hizmetleri, kendi hesabına ve çoğu tek başına çalışan GP'ler tarafından verilmektedir. Ancak GP'lerin kapı tutucu rolü bulunmamaktadır, dolayısıyla uzmanlarla rekabet halindedirler. Hastalar GP'e Hastalık Fonları Birliği ile hekimlerin mesleki örgütü arasında anlaşılabilir ve yasal olarak uymak zorunda oldukları fiyat üzerinden ödemeyi doğrudan ve hizmet başı ödeme şeklinde yaparlar, ardından da zorunlu hastalık fonları tarafından hastaya geri ödeme yapılır. Ancak birçok tıbbi başvuru için geri ödemesi olmayan bir katkı payı alınmaktadır (Kerr, 1999).

Bireysel bir uygulayıcının ilgisini gerektiren koruyucu hizmetler (örneğin bağışıklama, meme kanseri taraması, aile planlaması danışmanlığı ve doğum öncesi bakım) genelde özel sektörde çalışan hekimler tarafından verilir ve hastalık sigortası ya da devlet tarafından karşılanır (Kerr, 1999). Örneğin ulusal program kapsamında 1999 yılında 53'ü GP, 52'si kadın hastalıkları uzmanı olmak üzere 105 hekim tarafından 70.441 kadına serviks kanseri taraması yapılmıştır. Hekim başına düşen smear sayısı ortalaması 840'tır. Hekimlere her aldıkları smear başına 1 Avro ödenmektedir. Kadın hastalıkları uzmanlarına ayrıca smear'in alındığı her muayene için bir jinekolojik konsültasyon ek ödemesi alma izni tanınmıştır. Lüksemburg'da yaşayan her kadın, uyruğuna bakılmaksızın 15 yaşından itibaren yılda en az bir kez ücretsiz olarak servikal smear yaptırmaya hakkına sahiptir (Schneiden, 2003).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde kar amacı gütmeyen hükümet dışı sektörün önemli bir rolü vardır. Koruyucu ve sağlıklı geliştirici hizmetlerin çoğu, kar amacı gütmeyen sektöre sözleşme ile yaptırılmaktadır ve finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır (kimi durumlarda da yeni uzun dönemli bakım sigortası tarafından). Lüksemburg Koruma ve Medikososyal Eylem Birliği ve Lüksemburg Kızılhaçı, toplum sağlığı hizmeti sağlayıcıları ağını ortaklaşa organize etmektedir. Bu ağ, yerel yönetimlerin bu hizmeti sunmadıkları yörelerde koruyucu toplum sağlığı hizmetlerini (örneğin okul sağlığı hizmetleri) sunar ve yerel temsilcileri Sağlık Müdürlüğü'nün sağlık eğitimi materyallerinin dağıtımını için önemli bir kanal oluşturur (Kerr, 1999).

Birinci basamak hemşirelik hizmetlerinin çoğu ulusal ve yerel yönetimlerle sözleşme yapmış olan ve Lüksemburg Kızılhaçı ve Lüksemburg Koruma ve Medikososyal Eylem Birliği tarafından ortaklaşa yönetilmekte olan "medikososyal merkezler"ce verilmektedir. Merkezler

ülkenin her yerinde yaygınlaşmıştır ve çocuk sağlığı klinikleri, okul sağlığı hizmetleri, engelli çocukların değerlendirilmesi, sağlık eğitimi ve doğum öncesi hizmetlerde rol almaktadır. Bu merkezlerdeki "sosyal hemşireler", sağlık ziyaretçisi ve sosyal çalışan rollerini bir arada yerine getirmektedir (Kerr, 1999).

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri olarak mevzuat, gebelik boyunca en az beş izlem ve bir dış kontrolü ile doğumdan sonra 10 hafta içinde bir izlem daha öngörmektedir. Doğum öncesi bakım zorunlu değildir ancak annelerin doğum öncesi hizmetleri kullanımını ekonomik olarak teşvik edilmektedir çünkü çocuk yardımını almak, belli tıbbi kontrollerin tamamlanması şartına bağlıdır. Annelere doğum öncesi ve sonrası bakım özel kadın doğum uzmanları ve ebeler tarafından verilmektedir ve %100'ü hastalık fonları tarafından geri ödenmektedir. Bebek ve çocukların 4 yaşına dek neredeyse tüm izlemleri doğum hastaneleri ve servislerinde ya da serbest çalışan özel pediatristler tarafından verilmektedir (hizmet başı ödeme yapıp %100'ü geri ödenerek). Bu muayenelerin az bir kısmı Kızılhaç'ın çocuk sağlığı kliniklerinde ücretsiz olarak yapılmaktadır. Çocuklar belli yaşlarda belli hastalıklar açısından taranmaktadır; bu taramalar Sağlık Müdürlüğü'nün özelleşmiş hizmetleri tarafından yürütülmektedir ve ücretsizdir. Çocuk aşılarının tamamı Bakanlık tarafından karşılanır ve hekimlerin aşılama masrafları %100 geri ödenir. Aşılama zorunlu değildir ve ebeveynler bilgilendirilerek yapılmaktadır. Buna rağmen 1997'de yürütülen ulusal bir araştırmaya göre kızamık aşılama oranı %91,1'dir (Kerr, 1999).

Kontraseptifler sadece reçete edildikleri takdirde sağlanır ve terapötik amaç dışındaki kullanımlarında hastalık fonları tarafından geri ödemesi yapılmaz. Ancak gençlere ve parası yetmeyenlere aile planlaması merkezlerinde ücretsiz olarak kontraseptif verilmektedir. Bu merkezler ayrıca talep halinde liselere cinsel eğitim oturumları uygulamakta ve evlilik sorunları, kürtaj, tecavüz ve cinsel istismar konularında danışmanlık hizmetleri vermektedirler (Kerr, 1999).

Halk sağlığı hizmetlerinin gelişimi (örneğin işçi sağlığı yasaları, okul sağlığı hizmetleri, gebelikte ve erken çocuklukta koruyucu girişimler) ve karmaşık bir yasal çerçeveye sahip olan sağlık hizmetlerinin finansmanı konularında devletin sıkı planlama ve düzenlemeleri yünlüktedir (Kerr, 1999).

İkinci/ üçüncü basamak hastaneler

20. yüzyılın başlarına dek, hastanelerin çoğunluğu (1918'de 13 kurum) dini kuruluşlar tarafından işletilmekteydi. 1918'de ulusal çelik şirketi kendi fabrikalarının yakınındaki üç hastaneyi ve yerel yönetimler dört hastaneyi işletiyordu. 1918'de sadece üç hastaneyi doğrudan yöneten devletin rolü çok küçüktü. Dini kademelerin sağladığı görece ucuz sağlık hizmet kaynakları, yüzyıl boyunca küçüldü. Dini olmayan personelin daha yüksek olan maliyeti, hastane sektörünün

devlet subvansiyonuna gereksinim duymaya başlamasına yol açtı. 1976'da hastane planlamasıyla ilgili çıkarılan yasa buna olanak tanıdı ve aynı zamanda hastane sektöründe devletin planlamayı etkilemek adına ilk girişimi oldu (Kerr, 1999).

20. yüzyıl boyunca, toplam sağlık kuruluşu sayısı, daha verimli hale getirme çabaları ve bağımsız ebelik uygulamaları gibi kuruluşların sayılarının azalması nedeniyle giderek azalma eğilimi gösterdi. Dolayısıyla 1953'te sayısı 33 olan genel ve doğum hastane/ kuruluşları ve 2 psikiyatri kurumundan 2005'te geriye 14 kuruluş kaldı (Kerr, 1999; Vitali, 2005).

Lüksemburg'da hastane sektörü 28 Ağustos 1998 tarihli hastaneler kanunu tarafından düzenlenmiştir. Hastane sayısı ve hastane hizmetleri için minimum standartlar bu yasanın altındaki Ulusal Hastane Planları olarak adlandırılan yönetmeliklerle planlanmaktadır (Kerr, 1999).

Günümüzde Lüksemburg'da ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ülkeye yayılmış bulunan 8 akut bakım hastanesi ve 6 dal merkezi tarafından verilmektedir. 1990'lardan bu yana devletin girişimiyle "Yeni Hastane Projesi" adı altında ülkede var olan 14 hastanenin bir kısmının birleştirilmesi, bir kısmının işbirliği/işbölümüne girmesi nedeniyle hastane ve yatak sayısı azaltılmıştır (Vitali, 2005). Bunlardan birisi olan doğum hastanesi, özel sektör tarafından kar amaçlı olarak işletilen tek hastanedir. Geriye kalan 13'ünün yarısı yerel yönetimler, yarısı kar amacı gütmeyen (genelde dini) kuruluşlar tarafından yönetilmektedir. Hastanelerin hiçbiri devlet tarafından işletilmemektedir.

Hastaneler, hastanenin genel politikasından sorumlu olan yönetim kurulları tarafından yönetilirler. Hastaneler genelde devletten bağımsızdır ancak bazı yönetim kurullarında azınlıkta olmak kaydıyla devlet temsilcileri bulunabilir (Kerr, 1999).

Hastanelerin finansmanı iki kaynaktan sağlanır (Kerr, 1999):

1. Her hastane kendi işletme bütçesini doğrudan Hastalık Fonları Birliği ile pazarlık yaparak belirler.

2. İnşaat ve ekipmana dair başlıca yatırım giderleri devlet tarafından %80 oranında finanse edilir. Önemli yeni ekipmanlar için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gereklidir.

Tüm yatırım ve izin talepleri ve hastane sektörüne dair tüm mevzuat tasakları, "Kalıcı Hastaneler Komitesi"ne sunulmaktadır. Bu komite Sağlık Müdürü'nün başkanlığında hükümet, Hastalık Fonları Birliği, Hastaneler Federasyonu, tıp mesleği ve diğer sağlık mesleklerinin temsilcilerinden oluşur. Sağlık Müdürlüğü'nün birimleri genelde komiteye teknik danışmanlık yapar. Hükümet tarafından atanan bir görevli, hastanelerin devlet kaynaklarını uygun şekilde kullanmalarından sorumludur (Kerr, 1999).

Sağlık İnsangücü

Lüksemburg'da üniversite ya da tıp fakültesi bulunmamaktadır (öğrenciler eğitimlerinin ancak ilk iki yılını ülkede alabilmektedir). Dolayısıyla her yıl Lüksemburg'un yaklaşık 20 tıp öğrencisi öğrenimini özellikle Belçika, Fransa ya da Almanya'da tamamlamaktadır. Diş hekimleri ve hemşireler de yurtdışında eğitim görmektedir (Kerr, 1999).

Lüksemburg sağlık sisteminin tarihi boyunca sağlık personelinin büyük çoğunluğu devletin maaşlı çalışanı değil, kendi hesabına çalışanlar olmuştur. Hastanelerde ya da başka yerlerde çalışıyor olsunlar, az sayıdaki istisnalar hariç, hekimlere eskiden hastaları tarafından, son yüzyılda da sağlık sigorta fonları tarafından hizmet başı ödeme yapılmıştır ve yapılmaya devam etmektedir. Günümüzde bunun istisnaları, Lüksemburg'daki iki hastanede çalışan bazı maaşlı sağlık çalışanlarıdır. 19. yüzyılın sonlarında kurulmuş olan nöropsikiyatri hastanesi, devlet tarafından işletilen son hastaneydi. 1998'de çıkarılan bir mevzuatla diğer hastanelerle aynı statüye getirildi (Kerr, 1999). Başkentteki ana hastane olan Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), sağlık personeline maaş sistemiyle ödeme yapmaya devam etmektedir (Ministère, 2005).

Hekimler dışında kendi hesabına çalışan tek sağlık personeli grubu, fizyoterapistlerdir. Diğer sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı ücretli çalışanlardır ve gelir düzeyleri, birlikleri ile işverenleri arasında yapılan görüşmelerle belirlenmektedir (Kerr, 1999).

Lüksemburg'da sağlık ve sosyal eylem sektöründe 22.000 kişi çalışmaktadır (ulusal işgücünün %8'i). Yaklaşık 7510 kişi hastane sektöründe görevlidir. Lüksemburg'da hastalık sigortası ile anlaşmalı olan 1422 hekim bulunmaktadır: %56'sını uzman hekimler, %22'sini GP'ler ve %22'sini diş hekimleri oluşturmaktadır (Vitali, 2005). Lüksemburg'da çalışan hekim sayısı, son 30 yılda giderek artmaktadır: 1970'de 362, 1981'de 563, 1990'da 766, 1997'de 1277 hekim. Ancak aynı süre boyunca hizmetten yararlanacak olan nüfus da artmış ve 1000 kişiye düşen hekim sayısı Avrupa'daki düzeyin görece aşağısında kalmıştır (Kerr, 1999).

Hekimler, hizmet başına sabit yasal ücret düzeylerini kabul etmek zorundadır; hekimin hastanede ya da hastane dışında çalışıyor olması bir fark yaratmamaktadır (Kerr, 1999).

Sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler, hastane bütçelerinden ziyade hastalık sigorta sistemi tarafından geri ödenir; çalışanlar hastanede görev yapıyor olsa dahi (Kerr, 1999).

Hastalık fonları ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler, toplu sözleşmelerle belirlenir. Hastalık Fonları Birliği ile her tür hizmet sunucu –örneğin hekimler, diş hekimleri, diğer sağlık çalışanları, tıbbi analiz ve klinik biyoloji laboratuvarları, termal tesis gibi kuruluşlar, rehabilitasyon,

ortopedik protez sağlayıcılar, eczacılar, optisyenler, Lüksemburg Kızılhaçı (kan nakilleri, kan ve kan ürünlerinin hazırlanması), ambulans hizmetleri- arasında ayrı sözleşmeler vardır (Kerr, 1999).

Lüksemburg'da birinci basamak hizmet sunumunu talep belirlemektedir, çünkü hastalar birinci basamak hizmet sunucularını serbestçe seçebilmektedirler ve tıbbi etkinliğin hacmini sınırlayacak herhangi bir yasal kısıtlama yoktur. Bu nedenle devletin planlama yapması pek mümkün değildir. Lüksemburg'a sağlık personelinin girişini engelleyecek yasal bir mekanizma da yoktur. Lüksemburg'da çalışmak için hekimler eğer yabancı iseler sadece diplomalarını Sağlık Bakanlığı'nda (eğer bir AB ülkesinden verildiyse) ya da Eğitim Bakanlığı'nda onaylatmaları ve Sağlık Bakanlığı'ndan izin almaları yeterlidir. Lüksemburg'un ödeme ve ruhsatlandırma sistemi çekicidir; çünkü Lüksemburg'da çalışma ruhsatı almak, otomatik olarak zorunlu sigorta sistemi tarafından ödeme almaya erişim anlamına gelmektedir. Dolayısıyla ülkede çalışan hekim sayısı öngörülebilir gelecekte artmaya devam edecektir. Dış hekim sayısı da giderek artmaktadır ancak eczacıların olanakları sınırlıdır çünkü ülkedeki toplam eczane sayısı sınırlı tutulmaktadır (Kerr, 1999).

2005 yılında Lüksemburg'da 86 eczane bulunmaktaydı (Statistiques Luxembourg, 2005). Çoğu kamu (kendi hesabına çalışan eczacılar işletmektedir ancak devletten imtiyazlıdır) ve geri kalanı özel sektör tarafından işletilmektedir (1905 yılından önce açılmış olanlar (Conseil de la Concurrence, 2005). Yeni bir eczane açılması için bir komünün talep bildirmesi ve Sağlık Müdürlüğü'nün Eczacılık Şubesi'nin izin vermesi gereklidir (Kerr, 1999).

Lüksemburg'da sağlık çalışanları iki farklı mesleki grup tarafından temsil edilmektedir (Kerr, 1999).

- Üyelerini etkileyebilecek herhangi bir kanun değişikliği hakkında hükümet ile resmi görüşmeciler olan gruplar. Herhangi bir mevzuat taslağı için hükümetin bu gruplara danışması yasal bir zorunluluktur. Bu gruplar hekimleri, dış hekimlerini ve eczacıları temsil eden Tıp Fakültesi ve tüm diğer sağlık çalışanlarını temsil eden Çeşitli Sağlık Meslekleri Yüksek Konseyi'dir.

- Her bir uzmanlık dalı için ayrı ayrı gelişmiş olan bireysel mesleki birlikler - hükümetin yasal değişikliklerle ilgili olarak bu gruplara bireysel olarak danışması için yasal bir zorunluluk yoktur ancak uygulamada genelde danışmaktadır.

Sonuç

Lüksemburg alan ve nüfus bakımından küçük, ancak kişi başına düşen geliri çok yüksek olan bir ülkedir. Nüfusun neredeyse tamamını kapsayan zorunlu sağlık sigortası ile çok geniş bir hizmet yelpazesini karşılamakta ve hizmet sunan kişi/ kurumun serbestçe seçilebilmesini

sağlamaktadır. Tedavi edici hizmetlerde devlet dışı sektör çok daha baskındır, çünkü tüm hastaneler devletten bağımsız olarak işletilmektedir ve hekimlerin neredeyse tümü serbest çalışmaktadır. Diğer gelişmiş Avrupa ülkeleriyle karşılaştırıldığında GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı son yıllarda görece küçük kalmıştır.

1980 ve 1990'larda gerçekleştirilen reformlar, hastalık fonlarının mali istikrarını sağlamaya odaklanmıştır. 2000'li yıllarda brüt maaştan hastalık sigortasına katkı oranlarında artış olmuştur. 1995 yılında hastane sektöründe önemli bir reform yapılarak hizmet başı ödemedi progresif ödemeye geçilmiş ve devletin hastane yatırımlarına destek vermesine başlanmıştır.

Siyasi ajandada harcamaların kısıtlanması öncelikli bir alan gibi görünse de uygulamada diğer Avrupa ülkeleri gibi öncelik verilmemiş, ancak 2005 yılında sağlık sistemi ve hastalık sigortası için "daha iyi harcayarak daha iyi bakım sağlama" eylem planı uygulanmaya başlamıştır (UCM, 2006).

2005 yılında Lüksemburg ile Türkiye arasında sosyal güvenlik alanında çift taraflı bir anlaşma yürürlüğe girmiştir (AB, 2006).

KAYNAKLAR

AB. (2006). "Evolution of Social protection in 2005: Luxembourg", Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA Bulletin 2006(1), Avrupa Birliği, Ulaşım Tarihi 3 Ocak 2007, http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2006/01/2006_01_lu_fr.pdf

CIA. (2006). "The World Factbook: Luxembourg", Ulaşım Tarihi 27 Aralık 2006, <https://cia.gov/cia/publications/factbook/geos/lu.html>

CLEISS. (2006). "Régime luxembourgeois de sécurité sociale 2006", Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, Ulaşım Tarihi 3 Ocak 2007, http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_luxembourg.html

Conseil de la Concurrence. (2005). "Rapport des Autorités de Concurrence Luxembourgeoises sur le Secteur des Professions Libérales", Conseil de la concurrence et Inspection de la concurrence, Ulaşım Tarihi 4 Ocak 2007, http://www.eco.public.lu/attributions/cconc/Rapportprofessionslib_ales.pdf

Kerr E, Mossialos E. (1999). "Health Care Systems in Transition: Luxembourg", European Observatory on Health Care Systems, Kopenhag, Danimarka, Ulaşım Tarihi 20 Ekim 2006, <http://www.euro.who.int/document/e88551.pdf>

Ligue Médico-Sociale. (2006). "Rapport d'Activité 2005", Luxembourg, Ulaşım Tarihi 18 Aralık 2006, http://www.ligue.lu/pictures/download/rapport_2005.pdf

Ministère de la Sécurité Sociale. (2005). "Rapport Général sur la Sécurité Sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2004", Ulaşım Tarihi 18 Aralık 2006, http://www.mss.etat.lu/publications/rg/RG_2004.pdf

OECD. (2006). "Eco-Santé OCDE 2006: Comment le Luxembourg se positionne", Ulaşım Tarihi 27 Aralık 2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/36959312.pdf>

Poggi SM. (2005). "Analyse de la structuration économique des PME et TPE au Luxembourg", Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur, Ulaşım Tarihi 25 Aralık 2006, <http://www.cases.public.lu/publications/recherche/r2sic/WP51.pdf>

Schneiden R, Wagener C, Knolle U, Wehenkel A, Dippel W, Capesius C. (2003). "Cervical Screening in Luxembourg: 1990-1999", *Cytopathology in Europe* (14):235-240

Sécurité sociale. (2006). "Sommaire Nomenclatures", Standart tıbbi hizmetler ve ücretleri tarifesi, Ulaşım Tarihi: 3 Ocak 2007

Statistiques Luxembourg. (2005). "Concessions de pharmacie et pharmaciens 1993 – 2005", Le Portail des Statistiques du Grand-Duché de Luxembourg, Ulaşım Tarihi: 3 Ocak 2007, <http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1642>

Statistiques Luxembourg. (2006). "Comptes nationaux", Ulaşım Tarihi: 4 Ocak 2007, <http://www.statistiques.public.lu/stat/tableviewer/document.aspx?FileId=867>

UCM. (2006). "Décompte Annuel Global des Recettes et des Dépenses de l'Assurance Maladie-Maternité de l'Exercice 2005 et Bilan de l'Assurance Maladie-Maternité au 31 Décembre 2005", Union des Caisses de Maladie (Hastalık Fonları Birliği), Ulaşım Tarihi 27 Aralık 2006, <http://www.ucm.lu/publications/decompte2005.pdf>

UNDP. (2004). "Human Development Report 2003 Indicators", Ulaşım Tarihi 3 Ocak 2006, http://hdr.undp.org/reports/global/2003/indicator/indic_126_3_1.html

Vitali S, Hastert M. (2005). "Les expériences des hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg par rapport à l'approche qualité et à la gestion des risques", 10èmes Assises Nationales QUALIBIO 2005, Ulaşım Tarihi 25 Aralık 2006, <http://www.ehl.lu/QualibioMHSV.pdf>

WHO. (2006). "WHO National Expenditure on Health – Luxembourg 1998-2004" Country NHA data, Ulaşım Tarihi 31 Aralık 2006, <http://www.who.int/nha/country/LUX.xls>

WHO Europe. (2006). "Highlights on Health in Luxembourg 2004", Ulaşım Tarihi 8 Aralık 2006, <http://www.euro.who.int/document/e88551.pdf>