

DOSYA/DERLEME**BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİ***Hatice GİRAY*, Gazanfer AKSAKOĞLU***

Belçika, Hollanda ve Lüksemburg'un da içinde bulunduğu Benelux ülkelerinden biridir. 2005 yılında 10.4 milyon olan nüfusun %16.7'si 0-14, %65.9'u 15-64, %17.4'ü 65 ve üzeri yaş grubundadır. Doğumda beklenen yaşam süresi 77.6 (kadın: 80.8, erkek: 74.2), bebek ölüm hızı binde 5.6'dır. Başlıca ölüm nedenleri kalp-damar hastalıkları ve kanserdir (WHO, 2007). Genç yaş gruplarında akciğer ve özellikle de meme kanseri diğer Avrupa ülkelerine göre dikkat çekici derecede yüksektir (WHO, 2003).

İspanya, İtalya, Avusturya, Fransa ve Hollanda sömürülerinin izlerini taşıyan Belçika, 1830 yılında Hollanda'dan ayrılarak bağımsızlığını kazanmıştır. Belçika 1970 yılına dek Monarşi ile yönetilirken, 1970 yılından sonra federal bir yapı kazanmıştır (TC Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2007). 1995 yılında yapılan düzenleme ile yeniden Monarşi ile yönetilen, federal yapıya sahip, üç bölgeci duruma gelmiştir. Federal devlet yapısı Flamanca, Fransızca ve Almanca olmak üzere üç farklı dili konuşan toplumlardan ve Flamanca'nın resmi dil olduğu Flaman Bölgesi, Fransızca'nın resmi dil olduğu ancak anadili Almanca olanların da bazı alanlarda özerkliğe sahip olduğu Valon Bölgesi, her iki dilin de resmi olarak kullanıldığı Brüksel Başkent Bölgesi'nden oluşmaktadır. Toplumlar dil, kültür, eğitim, bilimsel araştırma gibi konularda uluslararası ilişkiler kurabilme özelliğine sahiptir. Flaman ve Valon Bölgeleri'nin Brüksel Bölgesi'nin sahip olmadığı anayasal bir özerkliği söz konusudur. Anayasal özerkliğe sahip bu bölgelerin meclisleri üye sayılarını, konularını belirleyebilmektedir (Dutt, Costa, 1992; TC Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2007).

Merkezi hükümet savunma, dış politika, finansman, sosyal güvenlik ve yargıya ilişkin sorumluluklara sahiptir.

Bölgelerin de toplumlara devredilen dil, eğitim, kültür ve sosyal politika dışında kalan tarım ve su politikası, çalışma yaşamı, çevre planlama, barınma, kentsel gelişim, eyalet ve yerel yönetimler üzerinde denetim gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Cleemput, Kesteloot, 2000).

Yönetimsel olarak ülkede on eyalet, 589 yerel yönetim bulunmaktadır. Eyalet yönetimleri, yasaların uygulanması ve düzenin sağlanması, bölgesel kalkınma, yolların bakımı, bulaşıcı hastalıklarla savaşım gibi konular ile yerel yönetimleri denetlemekten sorumludurlar. Yerel yönetimler eyaletlere bağlı en küçük yönetsel yapılardır. Yerel yönetimlerin görevleri yasaların uygulanması ve düzenin sağlanması, seçimlerin düzenlenmesi, nüfus işlemlerinin izlenmesi, ilk ve orta öğretimin gerçekleştirilmesi, sosyal yardımlarda bulunulması, yapı ruhsatlarının verilmesi ve yol onarımı, itfaiye hizmetleri biçiminde sıralanabilir (Cleempul, Kesteloot, 2000; TC Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2007).

BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİNE TARİHSEL BAKIŞ

Belçika Sağlık Sistemi'nin temelini oluşturan kamusal, Bismarck tipi zorunlu sağlık sigortası sisteminin çekirdeğini yirminci yüzyılın erken dönemlerinde ortaya çıkan ortaklıklar oluşturmuştur. Ortaklıklar çalışanlar tarafından oluşturulan, yapılan işin türüne göre düzenlenen, hastalık ve yetersizlik risklerine karşı koruma sağlayan yapılanmalardır ve 1851 yılında eyalet tarafından da yasal olarak tanınmıştır. 1900'lü yılların başlarında siyasal ve ideolojik özelliklerine göre Ulusal Hıristiyan Birliği, Ulusal Tarafsız Birlik, Ulusal Sosyalist Birliği, Ulusal Liberal Birliği gibi birlikler altında birleşen ortaklıkların oluşturulduğu sigortalar gönüllülük temeline dayanmakta iken, İkinci Paylaşım Savaşı ile birlikte zorunlu sigorta sistemine ilişkin adımlar atılmaya başlanmıştır. 1943 yılında çalışanların ve sendika temsilcilerinin imzaladığı Sosyal Birlik Anlaşması ve 1944 yılında ücretli çalışanlar için sosyal güvenliğin kurulmasını sağlayan hüküm, ücretli çalışanlar için sağlık sigortasını zorunlu kılmış ve Ulusal

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

**Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuş, özellikle hastalık ve engelliliğe ilişkin ulusal fon oluşturulmuştur (WHO, 2000).

1945 yılından başlayarak geçerli olan zorunlu sağlık sigortasına ilişkin temel dönüm noktası 1963 tarihli Leburton Yasası'dır. Bu yasa ile ulusal fon yerine bugün de varlığını sürdüren Ulusal Hastalık ve Engellilik Sigorta Kurumu (INAMI/RIZIV) oluşturulmuştur. Bu yasadaki bu yana, sağlık sigorta yapısı ile çalışmaya ilişkin engellilik sigortası yapıları hem yönetim hem de finansal olarak ayrılmıştır. Leburton Yasası'na göre tüm toplumun sigorta kapsamında olması, finansal özellikleri ve yönetim ilişkilerini belirlemek üzere sağlık hizmet sunucuları ve ortaklıklar arasında anlaşmalar yapılması, hizmetlere ilişkin ücret ve geri ödeme bedellerini içeren listeler oluşturulması, sağlık hizmeti için para ödeyemeyecek dul, yetim, emekli gibi grupların belirlenmesi planlanmıştır. Leburton Yasası'na karşı çıkan ve greve giden hekimlerle devlet arasında yaşanan diyalog sonrası, hekim temsilcilerinin yönetim komitesinde bulunmasına karar verilmiştir (WHO, 2000).

Leburton Yasası kapsamına alınmayan hastanelere ilişkin ilk yasal düzenleme 1963 tarihinde Cluster Yasası ile yapılmıştır. Bu yasaya kadar Belçika'da ilk olarak yirminci yüzyılın başlarında açılan hastaneler (*Sint Jan* ve *Elisabeth* hastaneleri) üzerinde, Belçika ulusal devletinin bir politikası ve yasaması bulunmamaktadır. Bu yasa ayrıca zorunlu sağlık sigortasının temel reformu sayılmaktadır. Bu yasada tüm sigortalı yurttaşlara serbest hastane hizmeti sağlanması, belli standartlar ve yetkilendirmelerle hastane hizmet niteliğinin geliştirilmesi, kamu ve özel hastanelerin finansmanının finansman sistemleri ile sağlanması, hastanelere ilişkin planlamanın yapılması gerekliliği belirtilmiştir (WHO, 2000).

1964 yılında yalnızca kendi işini yapanlara ilişkin hastaneye yatırılma, önemli cerrahi girişimler, kanser, tüberküloz gibi bazı hastalıkların özel tedavisini içeren büyük risklere yönelik olan sağlık sigortasının kapsamı, 1965 yılında büyük riskler yanında bedensel bakı, eczane giderleri, dış sağlığı hizmetleri gibi küçük riskleri, 1967 yılında bedensel olarak çalışma yeterliliği olmayanları, 1968 yılında zihinsel engellileri, 1969 yılında tüm toplumu içine alacak biçimde yapılandırılmıştır. 1970 ekonomik krizi sağlık hizmet reformunun da düşünülmeyle başlanmasına neden olmuş ve kamu kaynaklarının etkin kullanımının yolları aranmaya başlanmıştır. Bu süreç 1980'li yıllar boyunca da sürmüştü ve 1990'lı yıllarda bir dizi reformun yapılmasına yol açmıştır (WHO, 2000).

SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖRGÜTSEL YAPISI VE YÖNETİMİ

Belçika genel olarak ulusal bir planın olmadığı, karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlığa ilişkin sorumlulukların ayrımı Belçika hükümetinin parçalı yapısını yansıtmakta ve sorumluluklar ulusal (*national*) düzeyde Halk Sağlığı ve Sosyal İşler Bakanlığı ve yerel (*sub-*

national) düzeyde Flaman ve Valon Bölgesi'ndeki Sağlık Bakanlıkları arasında paylaşılmaktadır. Ulusal düzeyde Halk Sağlığı ve Sosyal İşler olmak üzere iki bakan bulunmaktadır. Sağlığa ilişkin olarak ulusal düzeydeki yapıların hastalık ve engellilik sigortası, finansman, hastane ve yoğun tıbbi bakım birimlerinin akreditasyon ölçütlerinin tanımlanması, hastane kapasitelerinin belirlenmesi ve yeni hastanelerin yapılması ile üniversite hastanelerinin atamalarına ilişkin sorumlulukları bulunmaktadır (Cleemput, Kesteloot, 2000). Federal yetkililer tarafından ülkenin değişik bölgeleri için uygun teknoloji kullanımına ilişkin standartlar oluşturulmaktadır. Hükümet hekim, diş hekimi ve fizyoterapistlerin daha nitelikli yetiştirmelerine ilişkin önerilerde bulunmakta, ücret, çalışma koşulları ve ilaç listelerine ilişkin ulusal görüş birliği oluşturmak için yasalar çıkarmakta ve Tıp Fakültelerine giren öğrenci sayısını sınırlamaya ilişkin çalışmalar yapmaktadır (WHO, 2000).

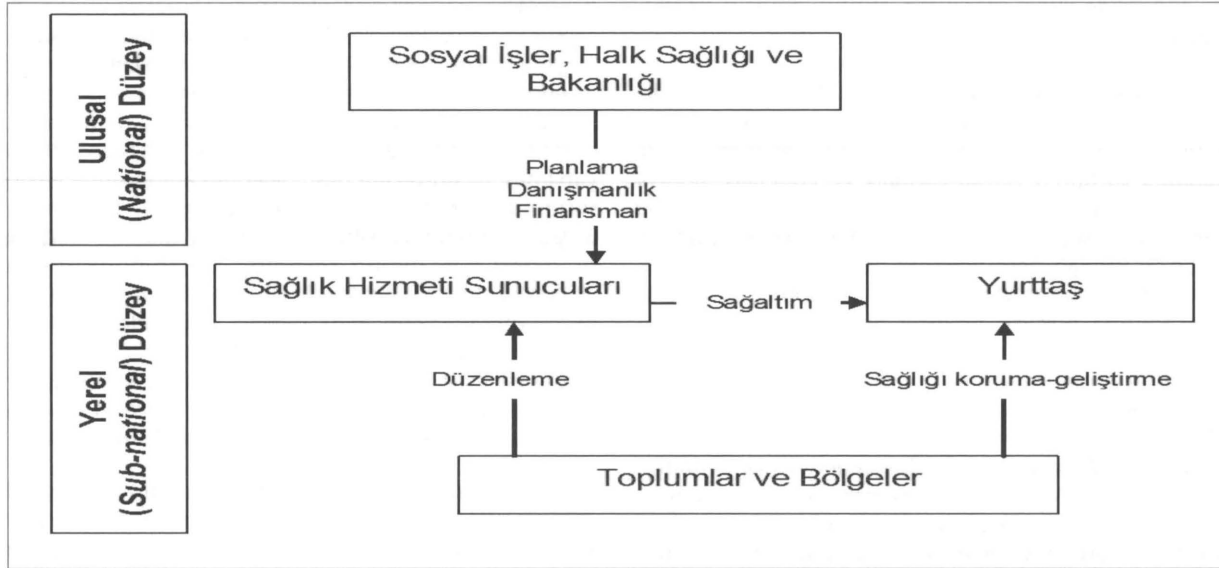
Sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ulusal düzeyden yerel düzeye yetki aktarımı 1980 yılında yapılmıştır. Belirli ulusal koruyucu hizmetler dışında kalan ana-çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu hizmetlerden ve okul sağlığını da içeren sağlık eğitiminden, hastanelerin yenileme ve yapım izinleri ile çalışma onayları için federal düzeyde belirlenen standartların yerine getirilmesinin sağlanmasından, evde bakımın ölçütlerinin belirlenmesi ve evde bakımın planlanmasından yerel yapılar sorumludur (WHO, 2000; WHO, 2004). Eyaletler bölgesel olarak çevre sağlığı hizmetleri ile ilaç ücretlerinin denetimi görevlerini üstlenmiştir. Her eyaletteki tıbbi komiteler hekimlerin, diş hekimlerinin, eczacıların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının diplomalarının doğruluğunu kontrol ederler. Düşük gelirli grupların sosyal olarak desteklenmesi ile personel ve ekipman finansmanı dışında acil hizmetlerin örgütlenmesi ise yerel yönetimlerin sorumluluğudur (Cleemput, Kesteloot, 2000).

HİZMET SUNUMU

Belçika Sağlık Sistemi'nin üç temel özelliği bağımsız tıbbi uygulama, hastanın özgür olarak sağlık hizmet sunucusunu seçebilmesi ve hizmet alan kişilerin hizmet başı ödeyerek bu ödemenin bir kısmını daha sonra geri almalarıdır (WHO, 2004). Dikkat çeken özellik çok fazla sayıda hekim bulunması ve çok yüksek sayıda hasta başvurusu olmasıdır. Hasta ve hekim olarak herkes dilediği zaman dilediğini yapabildiğinden, model karmaşaya dayandırılmıştır denebilir.

Hizmet sunumu kapsamında halk sağlığı hizmetleri, bağımsız eczacılar, bağımsız hizmet sunucular, hastaneler ve geriatik bakım kurumları bulunmaktadır. Tıp, diş ve eczacılık hizmetleri yalnızca diploması olan hekim, diş hekimi ve eczacılar tarafından sağlanabilmektedir. Ebe, hemşire ve laboratuvar çalışanları gibi üniversite diplomasına sahip kişiler, sınırlı ve açıkça tanımlanan bazı hizmetleri yerine getiren ikinci grup sağlık çalışanlarıdır. Fizyoterapist ya da diyetisyen gibi sağlık çalışanları da üçüncü grup çalışanlar olarak sınıflandırılmaktadır. Pek çok çalışanın görev tanımına ilişkin sorunlar yaşanmaktadır. Hekim, diş hekimi gibi hizmet sunucuların

Şekil 1. Belçika Sağlık Sisteminin yönetsel yapısı



ödemeleri hizmet başı yapılırken, hemşire gibi hekim dışı sağlık çalışanlarının ücretleri temelde maaş olarak ödenmektedir (Cleemput, Kesteloot, 2000). Belçika'da 1000 kişi başına düşen hekim sayısı yaklaşık 4, hemşire sayısı 6'dır. Bu sayılar OECD ülkeleri ortalaması (hekim sayısı 3, hemşire sayısı 8.3) ile karşılaştırıldığında oldukça yüksektir (OECD, 2006).

Belçika'da hastalar ilk olarak başvuracakları hekimleri seçmekte serbesttir. Diğer bir deyişle hastalar genel pratisyen (GP) ya da uzmanı muayenehanesinde ziyaret edebilmekte ayrıca bir uzmanı hastane ya da poliklinikte de görebilmektedir. Hekim ya da hastanelerin bekleme listeleri yoktur, başvurana bakılabilmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde olduğundan farklı olarak, Belçika'da GP'lerin kapı-tutucu özelliği bulunmaz. Herhangi bir zamanda istedikleri hekime başvurabilir ve ister muayenehaneye giderek ister evlerine çağırarak pek çok kez görülebilirler. Başvurdukları hekim uzman ya da GP olabilir. Başvuru doğrudan bir hastaneye, dahası kolay kolay girişlerinin önlenmeyeceği bir acil servise de olabilir. Özgür hekim seçimi hastalara verilen önemli bir hak olarak görülmektedir. Ama bu hizmet için hastaların "pazardan elma seçer gibi" hekim seçmelerinin tıbbi bakımda aşırı tüketime yol açtığı ve sonuç olarak sağlık harcamalarında artışa neden olduğu belirtilmektedir. 2002 yılında Belçika'da kişi başına ortalama hekim başvurusu 7.3'tür ve bu Avrupa Birliği ortalamasına (6.2) göre yüksektir (WHO, 2000; WHO, 2004).

Çoğu hekim (GP ya da uzman) yanında yalnızca bir tıbbi sekreteri dışında başka biri olmadan tek başına ve özel olarak çalışmakta ve ev ziyaretleri de yapmaktadır. Bu ziyaretlerin nedeni yasal bir zorunluluk olması değil, kültürel bir gelenektir. Ancak entegre edilmiş sağlık bakım uygulamaları olarak bilinen merkezler de vardır ki bunlar birçok GP, yönetici, hemşire, fizyoterapist, psikoterapisti bünyesinde çalıştıran çok disiplinli bir ekiple çalışmaktadır.

Bu oluşumların sayısı giderek artmaktadır. Çoğu hizmet başı ödeme ile çalışmaktadır, ancak birkaçı kişi başı ödemeye yönelmiştir. Diğer birçok sağlık bakım hizmetinin (eczane, diş hekimliği,..) yapılması da özeldir (WHO, 2000).

Halk sağlığı hizmetleri: Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlerden temel olarak toplumlar ve yerel yönetimler sorumludur. Ancak örneğin alkol ve sigara tüketimini azaltmayı hedefleyen vergilendirmeye ilişkin olarak federal düzeyde alınan kararlar da yerel yönetimlerin hizmetlerini destekleyici yönde olmaktadır. Verilen hizmetler ve belirlenen hedefler yerel yönetime göre farklılık göstermektedir (Cleemput, Kesteloot, 2000). Flaman toplumunda Halk Sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı içinde bulunan Sağlık Bakımı Kurulu tarafından yönetilmektedir. Halk sağlığı ile ilgili kurulda iki birim bulunmaktadır: Kraliyet Tıp Akademisi ile Koruyucu ve Sosyal Sağlık Dairesi. Flaman toplumunda belirlenen öncelikli beş sağlık hedefi sigara kullanımını ve yağlı besin tüketimini azaltmaya, lifli besin tüketimini artırmaya, etkili meme kanseri taramaları yapmaya, ölümcül kazaları azaltmaya, çocuk felci, tetanos, difteri ve kızamık aşı oranlarını artırarak enfeksiyon hastalıklarını azaltmaya yöneliktir. Fransızca konuşan toplumda Halk Sağlığı hizmetlerinden Sosyal İşler ve Kültür Bakanlığı içinde bulunan Genel Sağlık Birimi sorumludur. Ancak bu birim dışında yürütülen bazı hizmetler bulunmaktadır. Bunlar Doğum ve Çocuk Organizasyonu, AIDS'i Önleme Birimi ve Kraliyet Tıp Akademisi'nin etkinlikleridir. Bu toplumun belirlenen öncelikli sağlık sorunları enfeksiyon hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, ilaç ve alkol bağımlılığı, ussal hastalıklar ve kazalardır. Öncelikli gruplar bebekler, okul öncesi ve okul çağında olan çocuklar ve korunmasız kişilerdir (WHO, 2000).

Hastaneler: Hastanelerin %60'ı kar amacı olmayan özel hastaneler, geriye kalanların çok büyük kısmı kamu

hastaneleri, çok azı kar amaçlı özel hastanelerdir. Kamu hastaneleri sıklıkla yerel yönetimlerin sağlık merkezleri niteliğindedir, bir kısmı da toplumlara iye hastaneleridir. Özel hastanelerin çoğu dinsel hayır özellikli hastanedir ve özerk yapıya sahiptir. Hastaneler iki kategorilidir: Ussal ve genel hastaneler. Genel hastanelerin %80'i akut bakım hastaneleri, %16'sı kardiyopulmoner, lokomotor hastalık ya da nörolojik hastalıklar gibi uzman hastaneler, %4'ü geriatrik hastanelerdir. Kamu ve özel hastanelerin finansman düzenekleri gibi sağlık bakım yasaları da aynıdır. Tek farklılık kamu hastaneleri için iç yönetim kurallarının çok sıkı bir biçimde tanımlanması ve onlardaki herhangi bir eksikliğin yerel yetkililer ya da yerel yönetimler arası iletişim ile denetlenerek yukarıya bildirilmesidir. Hastalar hizmet almak istedikleri hastaneleri özgürce seçerler, hastaneler tüm hastaları kabul ederler. Birinci ve ikinci basamak arasında düzenlenmiş bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Ancak genelde GP ya da uzman hastanın hastaneye gönderilmesine karar verir (WHO, 2000; Cleemput, Kesteloot, 2000). Hastaneye yatışlar parasızdır, sigortanın ödemediği kalemler katma bütçeden ödenir.

Dokuz üniversite hastanesi bulunmaktadır. Üniversiteler dışındaki hastanelerin belirli sayıdaki yatağı üniversite hastanelerine ayrılır. Eğer yatak sayısının %50'si üniversite hastanesine iyeysen o hastane üniversite hastanesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000).

Belçika'nın 1980'li yılların başlarında çok sayıda küçük hastanesi bulunmakta ve hastane yatak sayıları da yıldan yıla artmakta iken, bu yıllardan sonra hastane yatak sayıları Avrupa Birliği ortalamasına yakın seyretmektedir. 1980'li yıllarda alınan kararlara göre küçük hastanelerin birleştirilmesi sonucu hastane sayısı azaltılmış, hastane başına yatak sayısı artırılmış ve genel hastaneler arasında akut ve kronik hasta yataklarından huzurevi yatakları ayrılmıştır. Diğerlerine göre huzurevi yatakları için daha az geri ödeme yapılmaktadır. Böylelikle maliyetleri azaltmaya ilişkin bir düzenleme yapılmıştır (Cleemput, Kesteloot, 2000). 1000 kişi başına 1990 yılında 4.9, 1998 yılında 5.2, 2001 yılında 7.0 yatak düşmektedir. Ortalama hastanede kalış süresi giderek azalarak 2001 yılında 11.5 gün olmuştur (WHO, 2000; WHO, 2003).

Hekimler: Hekimler Birliği, Leburton Yasası'na tepkisinden başlayarak gücünü gösteren bir örgüttür. Hiçbir hekimin birliğe kayıtlı olmadan mesleğini sürdürme olanağı yoktur. Özellikle rekabete izin vermeyen ve reklamı kısıtlayan nitelikte yetkileri vardır. Yetki sınırı meslekten men cezasına dek çıkar. Ülkenin tipik sağlık özelliği çok sayıda serbest hekim bulunmasıdır. Hekimler Birliği'nin etik kurallarına uymak koşuluyla dilediklerince özgür çalışırlar. Sorumlu oldukları bir bölge ya da nüfus ya da liste yoktur. Sayılarının son yıllarda çok fazla artmış olması nedeniyle ücretleri giderek azalmaktadır. Ücretlendirilmelerinde performans ilkeleri uygulanması ve bunda da hastaya ayırdıkları sürenin çok uzun olmaması taban alındığından, genellikle kronometre ile hasta bakarlar. Ev ziyareti sayıları çok fazladır; bunda temel neden "müşteri hoşnutluğu" temelli "telefon edince eve doktor

geliyor" olmasıdır. 1997 yılında hekim muayenehanesinde bakılan 25,276,297 hastaya karşılık evde görülen hasta sayısı 21,513,465'tir (WHO, 2000). Evde akut olgu değerlendirirken laboratuvar olanaklarından yararlanamamaları ve süregen olgularda -kayıtlı olmadığından- hastayı tanınamaları önemli eksikleridir. 2002'den bu yana bireylerin hekime kayıt olmaları ve/ya da hekimin kalıcı dosya tutması koşulunda katkı payının düşmesi, kayıtlı bakı düzenini özendirici kılmaya başlamıştır. Hekim sayısının azaltılabilmesi için 1990'lardan başlayarak Tıp Fakülteleri'ne öğrenci alınma koşullar getirilmeye başlanmıştır.

Yaşlı bakımı: Yaşlı bakımının altyapısını hastane bakımı, kısa ve uzun süreli huzurevi bakımı, evde bakım ve toplum hizmetleri oluşturmaktadır. Yaşlı hastalar hastanelerin en sık acil birimlerine olmak üzere, geriatri, iç hastalıkları, genel cerrahi, psikiyatri bölümlerine başvurmaktadır. 2002 yılı verisine göre Belçika'daki toplam 22,107 uzmandan yalnızca 277'si geriatri uzmanıdır. Belçika'daki huzurevi ve bakımevleri yaşlı bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu kurumlar kamusal, kar amacı olmayan ya da kar amaçlı özel kurumlar olabilir. 2000 yılı verisine göre Belçika'da 1,875 huzurevinde 81,813, 896 bakımevinde 44,604 yaşlı bakım almıştır. Yaşlıların evde bakımı informal yani aile tarafından ve/ya da formal olarak yapılmaktadır. Informal bakım Belçika'daki yaşlı bakımının önemli bir parçasıdır ve bu bakım devlet tarafından finansal olarak desteklenmektedir. Formal bakım ise temizlik, çamaşır hizmetleri, alışverişe, postane-banka işlerine ve yemek pişirmeye yardım ya da yemek yeme, giyinme, kişisel hijyen ve devinime yardımı içeren kişisel bakım biçiminde olmaktadır. Ayrıca yaşlıların gereksinim duyduklarında aile bireyleri, GP'ler ya da en yakındaki özel arama merkezleriyle iletişim kurabilecekleri bir güvenlik uyarı sistemi bulunmaktadır. Bir diğer sosyal bakım biçimi sürekli bakım yapacak kişi olmadığı durumda uygulanan evde aralıklarla bakımdır. En önemli halk sağlığı hemşiresi sağlama örgütü, evde hemşire bakımının %50'sini sağlayan Beyaz ve Sarı Haç'tır (White-Yellow Cross). Bazen hemşirelik bakımı serbest çalışan hemşireler aracılığıyla da yapılabilmektedir. Hemşire ya da hemşirelik örgütü INAMI/RIZIV'e kayıtlı ise hizmet başı ya da günlük olarak ödeme geri alınabilmektedir. Ayrıca gece bakımını içermeyen günlük bakım merkezleri ve hemşirelik bakımı içermeyen kalacak yer özelliği taşıyan gece merkezleri de bulunmaktadır (Arnaert, Van Den Heuvel, Vende, 2005).

SAĞLIK SİSTEMİNİN FİNANSMAN YAPISI

Belçika Sağlık modeli Bismarck tipi zorunlu sağlık sigortasına dayanan bir yapılanma içerir. Sigorta sistemi toplumun yaklaşık %99'unu kapsar ve yalnızca kendi hesabına çalışanlara ilişkin bazı kısıtlamaları olan sınırsız yararlanım paketine sahiptir. Kendi hesabına çalışanlara ilişkin kısıtlama, minör riskler için bağımsız bir sigortaya katkı payı ödeyerek kayıt olunması gerekliliğidir (Health Care in Europe, 2002).

Finansın üç temel özelliği çok yüksek kamu katılımı (vergi kamusal sigorta), yüksek oranda cepten katkı payı ve kar amaçlı özel sigortacılığın çok düşük olmasıdır.

Genel finansman yapılanmasının merkezini Sosyal İşler Bakanlığı'na karşı sorumlu olan Ulusal Hastalık ve Engellilik Sigortası Kurumu (INAMI/RIZIV) oluşturur. Yarı kamusal yarı özel bir yapıya sahip olan INAMI/RIZIV, hükümet, sendikalar, işverenler birliği, hizmet sunucular, en geniş hastalık fonları temsilcilerinden oluşan bir genel kurulca yönetilmektedir (**Health Care in Europe, 2002; Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

INAMI/RIZIV alt birimlerinden biri Tıbbi Hizmet Birimi'dir ve bu birimin de özellikle sigortacılar ve hizmet sunucular arasında hizmet başı ödemeye ilişkin alt komiteleri bulunmaktadır. Bunun bir örneği *Medico-Mut* olarak bilinen, hekimler ve sigortacılar arasındaki komitedir. Bu komiteler verilecek hizmetleri belirlemeye yardım eden Teknik Eczacılık Kurulu, Teknik Tıp Kurulu, Teknik Dış Kurulu gibi kurullar tarafından desteklenmektedir (**WHO, 2000**).

INAMI/RIZIV zorunlu sağlık sigortasının genel örgütlenmesini izlemektedir; ancak sigorta sağlama görevi, yasal olarak hastalık fonları olan ortaklıklara düşmektedir. Ortaklıkların sahip olduğu hastalık fonları finansmanını INAMI/RIZIV'den almakta ve buradan denetlenmektedir. Ortaklıklar temelde kar amacı olmayan özel yapılardır. Ortaklıkların hizmetlerin gerçekleştirildiğini ve ücret listesinin düzenlemeler ile uyduğunu doğrulamaya ilişkin denetim sorumlulukları vardır. Ortaklıklar temel olarak din ya da politik yakınlığa göre örgütlenirler (bunlar adlarından kendilerini belli etme eğilimindedir) ve bu yakınlıklara göre beş ulusal birlik olarak gruplanırlar: Ulusal Hıristiyan Birliği ortaklıkları, Ulusal Tarafsız Birlik ortaklıkları, Ulusal Sosyalist Birliği ortaklıkları, Ulusal Liberal Birlik ortaklıkları ve Ulusal Özgürlük ve Profesyoneller Birliği ortaklıkları. Yukarıda değinilen gruplara katılmak istemeyenler için, tarafsız halk yapısına ek olarak bir de Yardımcı Fon bulunmaktadır. Hıristiyan ve Sosyalist ortaklıklar piyasada başattır ve sırası ile nüfusun %45 ve %29'unu oluşturmaktadır (**WHO, 2000; Cleemput, Kesteloot, 2000**).

İki ana fon kaynağı vardır: Vergi ve sosyal sigorta katkıları. Sosyal sigorta katkıları sigortalıların sağlık risklerine bağlı değildir. 1995 yılından bu yana hükümet sağlık harcamalarına ilişkin olarak bir sonraki yılın bütçesini belirlemekte ve kısıtlamaktadır. Sosyal sigorta katkılarından sağlanan gelir ve bu belirlenen bütçe arasındaki boşluk genel vergilerden sağlanır. Sağlanan bütçe hastalık fonlarına INAMI/RIZIV tarafından dağıtılır. Bu merkezsel olarak oluşturulan finansman tıbbi harcamaların büyük kısmını kapsar. Ek olarak hastalık fonu üyeleri her yıl yaklaşık 10 Euro gibi bir sabit ödemeyi doğrudan hastalık fonuna öder (**Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

Zorunlu sağlık sigortası bağımsız tıbbi uygulamalarla birlikte. Ödemeler hizmet başı olarak belirlenir. Ayaktan bakım durumunda hastalar genellikle hizmet sunucuya tüm ücreti öder, yararlandığı hekim GP ise %70'ini, uzman ise %60'ını hastalık fonundan, fatura göstererek geri alır (**Schokkaert, Van de Voorde, 2005**). Hastane bakımı ve ilaçlarda finansman temel olarak üçüncü ödeyiciler (*third-*

payer) aracılığıyla yapılır. Cepten ödemeler toptan sağlık harcamalarının en azından %15'ini kapsamaktadır ve diğer ülkelere göre görece yüksektir. Hastane finansman sistemi tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetler olarak ayrılır. Tıbbi olmayan hizmetler hemşirelik ve donanım maliyetini de içeren hastane maliyetleri içinde sayılmakta ve bu maliyetin %75'i sigorta sistemi, %25'i doğrudan Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Tıbbi hizmetler tümüyle sağlık sigorta sistemi ile bütünleşmiştir ve hastalık fonu tarafından karşılanmaktadır (**Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

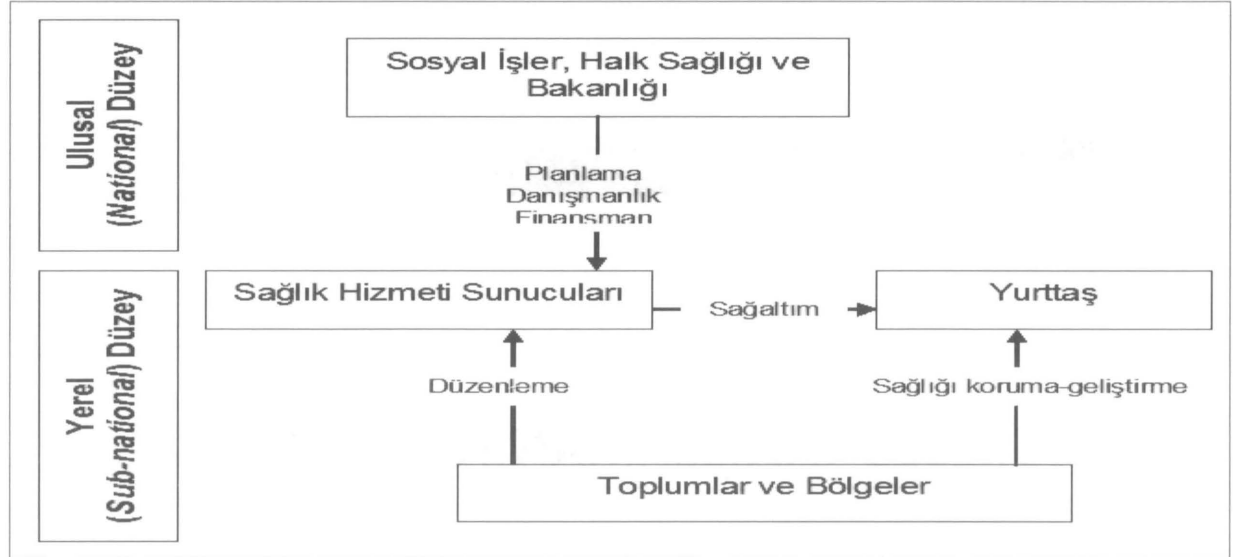
Her yıl hastalık fonu temsilcileri ve hastaneleri de içeren hizmet sunucuların temsilcileri her tür hizmet için ayrıntılı bir ücret tarifelerini görüşür. Bu karmaşık görüşme sürecinin yasal altyapısını Tıp Birliği (*Pax Medica*) olarak bilinen yasa oluşturmaktadır. Hastalık fonları ayrıca ilaç fiyatlarına ilişkin olarak ilaç şirketleri ile geri ödeme oranları üzerinden, bir bakıma hastaları temsilen pazarlık yapar (**WHO, 2000; Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

Yıl boyunca sağlık harcamaları yakından izlenir ve harcamaların önceden belirlenen bütçe sınırını aşma tehlikesi olursa hükümet, hastalık fonları ve hizmet sunucular arasında tekrar görüşmeler başlar. Gerekli durumlarda hükümet tek taraflı önlem alabilir. Ödeme kapsamında olmayan hizmetler tek kişilik oda, belirlenenden daha yüksek olan uzman hekim ücretleri, ortodontist giderleri, bazı fizyoterapi ve akupunktur ya da homeopati gibi sağaltımlardır. Hastalar kapsamda olmayan bu hizmetler için ek sigorta satın alabilir. Belçika finansman yapısında kar amaçlı sigortalıların pazara girmesine olanak verilmez; destekleyici ve özel sigortanın çok küçük payı bulunur ancak bu pay giderek artmaktadır. Bu pay 1993 yılında %5.3 iken, 1999 yılında %6.0 olmuştur (**Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

INAMI/RIZIV harcamalarının ulusal gelir içindeki payı 1985 yılında %3.9'dur ve bu pay giderek artarak 2002 yılında %5.4'e ulaşmıştır. Bu süreçte huzurevi ve bakımevlerinin harcamaları önemli derecede artmıştır. INAMI/RIZIV harcamalarından üç önemli payı hekim, hastane ve ilaç harcamaları almaktadır. 1985 yılından 2002 yılına kadar hekim harcamalarında %45'ten %30'a, hastane harcamalarında %27'den %23'e azalma olurken, ilaç harcamalarında %15'ten %19'a artış olmuştur (**Schokkaert, Van de Voorde, 2005**).

Belçika'da ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay olan %10.1 ve Amerikan dolarına dayalı satın alma gücü cinsinden kişi başı sağlık harcaması olan 3,044, OECD ülkeleri ortalamasından (%8.9 ve 2550) oldukça yüksektir (**OECD, 2006**). Sağlık giderlerinin azaltılabilmesi amacıyla 2001'den bu yana jenerik ilaç yazıldığında ve 2002'den bu yana hekime kayıt olma ve hekim tarafından kalıcı dosya tutulma durumunda hasta katkı payları düşürülmektedir. 2003'ten bu yana doğrudan acil servislere başvuran hastalardan daha yüksek katkı payı alınmaktadır.

Şekil 2. Belçika Sağlık Sistemi'nin finansman ve hizmet sunumuna ilişkin yapısı

**SONUÇ**

Belçika'da sağlığa ilişkin modelin başlıca özellikleri;

- Hasta egemen ve hastalık çıktığında başvurma ağırlıklı düzenlenmiş olması ve uzun yıllardır da böyle süregelmesinin beklentinin giderek yükselmesiyle geri döndürülmesi güç konuma erişmesine neden olması,

- Hekim/hasta seçme özgürlüğü olmasına ve herkesin dilediği hekime başvurmasına karşın, toplumsal farklılıkların ve gelir dağılımındaki dengesizliğin ileri derecede olmaması nedeniyle sağlık hakkında eşitliğin sağlanabilmesi,

- İleri derecede hasta, hekim ve hastane serbestliği olmasına karşın kara dayalı sigorta sektörünün dışarıda tutulması, hekimlere rekabet yasağı ve reklam kısıtlılığının getirilmesi,

- Yüksek katkı paylarına karşın Avrupa'nın sosyal devlet ilkesine bağlılığının sürmesi nedeni ile sağlık hakkının korunabilmesi,

- Sağlık hizmet kalitesi ve teknolojisinin yüksek olması,

- Sağlık göstergeleri, sağlık algısı ve hoşnutluk düzeyinin olumlu olmasıdır.

Sonuç olarak Belçika genel sağlık sigortasının gelişkin/ sanayileşmiş/ işsizliği az/ gelir dağılımı düzgün ülkelerde uygulanabilirliğine iyi bir örnektir.

Not: Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı gerek Belçika Sağlık Sistemi'nin karmaşık, dahası kaotik özellikli olması, gerekse varolan kaynakların önemli bir bölümünün Fransızca olması nedeniyle kaynaklara ulaşmada sıkıntı yaşanmasıdır.

KAYNAKLAR

Arnaert A, Van Den Heuvel B, Vendey T (2005) Health and Social Care Policy for the Elderly in Belgium. *Geriatric Nursing* 26(6): 366-371.

Cleemput I, Kesteloot K (2000) Health Technology Assessment in Belgium. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 16(2):325-346.

Dutt KA, Costa FJ (1992) Perspectives on planning and urban development in Belgium. Kluwer Academic Publishers, Netherlands.

Health Care in Europe (Belgium) (2002) Basic principles of the health care system. Erişim adresi: http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/03/belgium_en.pdf, erişim tarihi: 27.12.2006.

OECD (2006) Eco-Santé OCDE 2006 Comment la Belgique se positionne. Erişim adresi: <http://www.oecd.org/dataoecd/19/53/36956819.pdf>, erişim tarihi: 20.01.2007

Schokkaert E, Van de Voorde C (2005) Health Care Reform in Belgium. *Health Economics* 14:25-39.

TC Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı Belçika Raporu, (2007) Erişim adresi: <http://www.foreigntrade.gov.tr/DUNYA/RAPOR/Belcika/siyasi.htm>, erişim tarihi: 20.12.2006.

World Health Organization (2000) Health care system in transition Belgium 2000. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf>, erişim tarihi: 12.12.2006.

World Health Organization (2003) Atlas of health in Europe. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf>, erişim tarihi: 12.12.2006.

World Health Organization (2004) Highlights on health in Belgium 2004. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/document/e88544.pdf>, erişim tarihi: 12.12.2006.

World Health Organization (2007) Extract from health for all (HFA) database: Belgium. Erişim adresi: <http://www.euro.who.int/main/WHO/CountryInformation/HFAExtracts?Country=BEL&language=English>, erişim tarihi: 20.01.2007.