

# BELÇİKA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ersin BİÇER  
Ahmet YILDIZ  
Cahit KORKU  
Özgür YAKUT  
Mesut TELEŞ

A. ERDAL SARGUTAN

**BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİ**

|                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>ÖZET</b>                                                           | 430 |
| <b>I. ÜLKE TANITIMI</b>                                               | 433 |
| I.1. Coğrafi Durum                                                    | 433 |
| I.2. Tarihçe                                                          | 433 |
| I.3. Nüfus Ve Etnik Yapı                                              | 434 |
| I.4. İdari Yapı                                                       | 434 |
| I.5. Ekonomi                                                          | 436 |
| <b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>                                             | 439 |
| II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış                                    | 439 |
| II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi                                     | 439 |
| II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı                                  | 442 |
| II.3.1. Federal Hükümet                                               | 444 |
| II.3.2. Topluluklar Ve Bölgeler                                       | 444 |
| II.3.3. Federal Hükümet İle Topluluklar Ve Bölgelerin İşbirliği       | 445 |
| II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu                                     | 445 |
| II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri                                    | 445 |
| II.4.1.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri                                     | 446 |
| II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri                          | 447 |
| II.5. Sağlık İnsan Kaynakları                                         | 449 |
| II.6. Sosyal Güvenlik Sistemi                                         | 451 |
| II.7. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı                                   | 452 |
| II.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Sistemi                       | 455 |
| II.8. Sağlık Sisteminin Geleceği                                      | 455 |
| <b>III. BELÇİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b> | 457 |
| <b>KAYNAKLAR</b>                                                      | 459 |

## ÖZET

Belçika sağlık sisteminin karakteristik özellikleri tıp alanında liberal düşünceler, zorunlu sağlık sigortası uygulaması ve hastaların hizmet sunucularını seçme konusundaki serbestlikleridir. Belçika idari olarak topluluklara ve bölgelere ayrılmıştır. Bölgeler de kendi içlerinde eyaletlere bölünmüştür. Belçika'nın karmaşık idari yapısı, bölgelere ve topluluklara ayrılmış olması ve yönetsel birimlerin birbirine girmiş sorumlulukları sağlıkla ilgili konuların da iç içe girmesine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ana sorumlusu Sosyal İşler, Kamu Sağlığı Ve Çevre Bakanlığı'dır. Bu bakanlığın başında iki bakan ve kendilerine ait yönetim birimleri bulunmaktadır. Bakanlık içinde Sağlık Bölümü sağlık politikalarını belirlerken, Sosyal İşler Bölümü de Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu'na (sosyal güvenlik katkı paylarını toplar) ve Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Sigortası Kuruluşu'na (zorunlu sağlık sigortasını yönetir) denetmenlik görevi yapar.

Yerel idareler sağlık seviyesinin iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludurlar. Ancak kamu sağlığını doğrudan ilgilendiren çok sayıda karar Federal Hükümet tarafından alınır ve sağlık hizmetlerine ayrılan fonların büyük bir kısmını kontrol eder.

Belçika endüstrileşmiş ve zengin bir ülke olarak refah yönelimli sağlık sistemini uygulayan ve özellikleriyle bu sisteme uyan iyi bir örnektir. Sağlık hizmetleri AB ülkelerinin refah yönelimli diğer sistemlerinin aksine büyük oranda özel sektör tarafından verilmektedir.

Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar yeterlidir (GSMH'nın yaklaşık %9'u) ve verimli bir şekilde kullanılmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %35-40'ı kamu kaynaklıdır, bunların da 1/3'ü toplum sağlığı içindir. Koruyucu sağlık hizmetleri, temel olarak Sağlık Bakanlığı'nın ödenekleriyle hizmetleri satın alınan özel sağlık organizasyonlarından sağlanmaktadır.

Belçika'da 1 kamu, 5 kâr amaçsız sağlık sigortası vardır ve halkın %90'dan fazlası zorunlu ve primli sağlık sigortası kapsamı altına alınmıştır. Primler çalışan, işveren ve devletçe, yakın miktarlarda ödenir. Zorunlu sosyal güvenlik sistemi beş ana kuruluşun bağlı olduğu tek bir kurum tarafından yönetilmekte, farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Ayrıca belediye düzeyinde kamu hastahanelerinde sağlık sigortası olmayan fakirlere ve göçmenlere karşılıksız hizmet veren yardım komisyonları vardır.

Hastahanelere ulaşılabilirliği kolaylaştırmak ve yığılmaları önlemek için, bir hastahane bölgesinde 200.000 kişiye hizmet verecek şekilde ülke 48 hastahane bölgesine ayrılmıştır. Yatak ve tabip sayısı yeterlidir. Hastahanelerden yerel yönetimler sorumludur.

AB ülkelerinden farklı olarak hastahane yataklarının çoğu (%63) özeldir ve çoğu Katolik kilisesince desteklenir. Sağlık sigortası yatağı azdır (%5). Hastahaneler dini ve kamu yerel organları tarafından kurulur.

Kamu hastahanelerinin %75'i, özel hastahanelerin %60'ı sübvansede edilir.

Belçika'da farklı hizmetler sunan hastahaneler arasında da sevk sistemi yoktur. Bunun nedenleri Belçika'nın küçük bir ülke olması ve kullanılan finanssal yöntemlerdir. Özel sektör ve kamu sektörü hastahanelerinde finansman mekanizmaları aynıdır. Özel sektör hastahaneleri ağırlıklı olarak kar amacı gütmeyen kuruluşlara aittir.

Tabipler sözleşmeli çalışır, muayenehane açabilir, dağılımı dengelidir. Sağlık hizmeti sunumunda çalışan sağlık personelinin işlevleri ve rolleri tam olarak tanımlanmamıştır. Genel pratisyenlerin ve uzman hekimlerin rollerinin ayrımı konusunda bir boşluk vardır. Bağımsız sağlık hizmeti sunucuları hizmet başına ücret ile çalışırlar ve hastanın istediği doktoru seçme hakkı vardır. Küçük bir ülke olması ve mevcut finansal yöntemler sebebiyle sevk sistemi bulunmadığı için genellikle uzman hekimler hastaların sağlık sistemiyle ilk temas noktalarıdır. Belçika toplumunun kültürel alışkanlıklarından biri olarak genel pratisyenler hastaları evlerinde de ziyaret edebilirler.

Belçika'da eczahanelerin tamamı özeldir ve ilaç dağıtımı üzerinde bir tekel oluşturmaktadırlar. Devlet ilaçların fiyatını düzenlemektedir. Sağlık maliyetlerinin yükselmesi nedeniyle değişik maliyet kontrol stratejileri uygulanmaktadır. Resmi hizmet tarifesi, pahalılığı ve aşırı kullanımı önlemek için düzenlenmiştir. Ayrıca ilaçlar için fiyatlar belirlenmiştir.

Belçika sağlık sistemi bakımından Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine sahip ülkeler sınıfına girmektedir.

A. ERDAL SARGUTAN

# BELÇİKA SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

|             |                                                            |
|-------------|------------------------------------------------------------|
| RESMİ ADI   | : Belçika Krallığı (Royaume de Belgique/Koninkrijk België) |
| YÜZÖLÇÜMÜ   | : 30.510 km <sup>2</sup>                                   |
| NÜFUS       | : 10.258.762                                               |
| İDARE ŞEKLİ | : Meşruteli Krallık                                        |
| BAŞKENTİ    | : Brüksel                                                  |
| DİLİ        | : Fransızca, Flemenca, Almanca                             |
| PARA BİRİMİ | : Belçika Frangı (1/1)                                     |

### I.1. Coğrafi Durum

Ülke Hollanda, Almanya, Lüksemburg ve Fransa ile sınırlara sahiptir. Ayrıca, Kuzey Denizi'nde 64 km kıyısı vardır.

Kıyı kesimleri düz, orta kısımlarında küçük yükseltiler olan Belçika'nın güneyi dağlıktır. Genellikle dağlık kısımda yer alan ormanlık arazi ülke yüz ölçümünün %20'sini, tarım arazisi %24'ünü ve meralar %20'sini kaplamaktadır.

Meuse ve Schelde ırmakları ile bunların kolları üzerine açılmış 2000 km.'yi bulan su yollarının 1500 km.lik kısmı düzenli olarak ticari kullanım imkanı sağlamaktadır. Bu şekilde öteden beri bir çok ürünün kolayca büyük limanlara ulaştırılmış ya da limanlardan Avrupa içlerine dağıtım imkanı bulunmuştur.

Belçika'da, Avrupa'nın ikinci büyük limanı olan Anvers Limanı bulunmaktadır. Diğer önemli ticari limanlar arasında Gent, Zeebrugge, Oostende ve Brüksel limanları sayılabilir.

Ülkenin denize yakınlığı, iklimi büyük ölçüde etkilemektedir. Hava, batı rüzgarlarında etkisiyle genellikle kapalı, nemli, çoğunlukla da yağmurludur. Kışların ılıman, yazların ise serin geçtiği söylenebilir.

Coğrafi konumu ekonomi ve ticaretini büyük ölçüde etkilemektedir. Almanya, Fransa, Hollanda ve İngiltere'ye komşu olması, ayrıca, yaygın ulaştırma altyapısının ve özellikle, otoyol ağının (1.667 km.) çok gelişmiş bulunması söz konusu ülkeler arasındaki ticareti önemli şekilde etkilemektedir (3/3).

### I.2. Tarihçe

Belçika, tarih boyunca çeşitli uygarlıkların idaresi altında kalmış ve her yönetim değişik izler bırakmıştır. Bunlardan en dikkate değer olanı bugün ülkede var olan Flemenca ve Fransızca dil gruplarının konuşulduğu bölgelerin sınırlarının şekillenmesine neden olan Roma uygarlığıdır.

Daha sonra çeşitli defalar el değiştiren Belçika toprakları, özellikle İspanya, Avusturya, Fransa ve Hollanda egemenliklerinin izlerini taşımaktadır.

Bağımsızlığını 4 Ekim 1830 tarihinde Hollanda Krallığından ayrılarak ilan eden Belçika'nın ilk Anayasası 7 Şubat 1831 tarihinde kabul edilmiştir. Ulusal Meclis tarafından atanan Leopold de Saxe-Coburg-Gotha (Leopold I) 21 Temmuz 1831 tarihinde ilk kral olarak tahta geçmiştir.

Son kral Kral Albert II, 9 Ağustos 1993 tarihinden bu yana tahta bulunmaktadır (3/1).

### 1.3. Nüfus Ve Etnik Yapı

Belçika nüfusunun yaşlara göre dağılımı şöyledir: 0-14 yaş: %17.48 (erkek 916,957; kadın 876,029) 15-64 yaş: %65.57 (erkek 3,390,145; kadın 3,336,908) 65 yaş ve üzeri: %16.95 (erkek 709,212; kadın 1,029,511) (2001 verileri)

Ülke'de konuşulan diller, etnik yapıyı da belirlemektedir. Yapılan idari düzenlemeler ile sınırları belirlenen dil topluluklarından Flamanca konuşanlar ülkenin kuzey yarısında, Fransızca konuşanlar ise güney yarısında, Almanca konuşan topluluk ise Almanya sınırına yakın bölgede yer almaktadır. Başkent Brüksel'de de Flamanca ve Fransızca beraber kullanılmakta ise de ağırlıklı olarak (%85 oranında) Fransızca konuşulduğu belirlenmiştir.

Bölgelere göre nüfusun dağılımı incelendiğinde, %58'inin Flamanca konuşulan Flaman Bölgesi'nde, %32,7'sinin Fransızca konuşulan Valon Bölgesi'nde, %9,4'ünün de Brüksel'de yaşadığı görülmektedir. Valon bölgesinde yaşayan, toplam ülke nüfusunun %0,7'sinin Flamanca konuştuğu kaydedilmektedir.

Dil gruplarına göre şekillenen etnik farklılık ülkenin üniter devletten federal yapıya geçmesine neden olmuştur. Bu değişim sırasında taraflar arasında bir çatışma yaşanmamıştır. Bugün federal yapıdan da ayrılarak bölgelerin bağımsızlığı Flaman ve Valon temsilciler tarafından gündeme getirilse de, bu görüş yeterince destek görmemekte, Krallık varlığı Ülke'yi bağlayan unsur olarak kabul edilmektedir.

Öte yandan, Belçika nüfusunun yaklaşık %9'u (977.921 kişi) yabancıdır. Yabancılar arasında en fazla sayıda bulunanlar AB'ne üye ülke vatandaşları olup, bunların başında İtalyan, Fransız ve Hollandalılar gelmektedir. Türk vatandaşları 122.185 kişi ile yabancı nüfusun yaklaşık %12,5'ini teşkil etmektedir (3/2,3).

### 1.4. İdari Yapı

Ülke, Flaman Bölgesi'nde 5, Valon Bölgesi'nde de 5 olmak üzere 10 eyalete ayrılmıştır. Ülkede 589 belediye bulunmaktadır. Kendi meclisleri bulunan belediyeler, belediye başkanının başkanlığında çalışan belediye encümeni tarafından yönetilir (1/1).

Ülkede, Temsilciler Meclisi ve Senatodan oluşan iki kısımlı Federal Parlamento bulunmaktadır. Federal Parlamento, 150 temsilci ve 71 senatörden oluşmaktadır. Genel oylamayla seçilen Temsilciler Meclisi üyelerinden farklı olarak, senatörler ülkedeki dil gruplarına göre yapılan özel bir düzenleme çerçevesinde bir kısmı doğrudan seçilerek, bir kısmı da çeşitli şekillerde atanarak Parlamento'da görev almaktadırlar.



Üye sayısı başbakanla beraber 15 ile kısıtlanan Federal Hükümet'in görevi ülke savunması, adalet, maliye, sosyal güvenlik (topluluk ve bölge yetki alanına girilmeden), uluslararası ilişkiler, sağlık ve iç işleri şeklinde ifade edilmektedir.

Yukarıda konu edilen çeşitli anayasal düzenlemeler sonucunda Federal Devletin, Flamanca, Fransızca ve Almanca konuşan topluluklardan oluştuğu kabul edilmiştir.

Topluluklar konuşulan dil başta olmak üzere, kültür, eğitim, bilimsel araştırma ve bu konularla ilgili uluslararası ilişkiler kurabilmektedirler. Bölgeler, daha çok ekonomik ilişkiler göz önüne alınarak yapılandırıldığından dış ticaret, ekonomi, ulaşım, bankacılık, tarım, enerji, işsizlik, bölgesel kalkınma, çevre, kırsal kalkınma ve doğanın korunması, barınma, su, kamu faaliyetlerinin yürütülmesi, bilimsel çalışma ve uluslararası ilişkiler gibi konulardan sorumlu idarelerdir.

Topluluk ve Bölge meclisleri Federal Meclisten ayrı olarak düzenlenmiştir. Flaman Meclisi'nde 118, Valon Meclisi'nde 75 ve Brüksel Bölgesi Meclisi'nde de 75 doğrudan seçimle gelen üye bulunmaktadır. Ayrıca Brüksel Bölgesi Meclisi'nde bulunan 75 üyenin Flamanca konuşan 6 üyesi Flaman Meclisi'nde, Fransızca konuşan 19 üyesi de Valon Meclisi'nde yer almaktadır. Böylece Flaman Meclisi'nin üye sayısı 124, Valon Meclisi'nin üye sayısı da 94'ü bulunmaktadır. Diğer taraftan, Almanca konuşan topluluğun doğrudan seçilmiş 25 üyeli ayrı bir meclisi bulunmaktadır.

Bölge ve Topluluklara ilişkin olarak dikkati çeken bir konu da Flaman ve Valon Meclislerine verilen Anayasal özerkliktir. Bu şekilde anılan meclisler üye sayılarını, bunların statülerini, kendi hükümetlerindeki üye sayısını belirleyebilmektedirler. Söz konusu Anayasal özerkliğe Brüksel Bölgesi Meclisi ile Almanca Konuşan Topluluk Meclisi sahip değildir.

Bölgelere bağlı olan eyaletlerin, doğrudan seçilmiş üyelerden oluşan meclisleri bulunmaktadır. Bu meclisler tarafından eyalet idaresinden sorumlu olan temsilci (Permanent Delegation) seçilmektedir. Ayrıca, eyalet yönetiminde, eyalet meclisi tarafından temsilcinin bir üst makamı olan ve Kral tarafından atanan vali bulunmaktadır.

Eyalet idareleri kanunların uygulanması, düzenin sağlanması, bölgesel kalkınma, yolların bakımı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konular ile belediyeleri denetlemekten sorumludurlar.

● Belediyeler ise eyaletlere bağlı en küçük idarelerdir. Ülkede 589 belediye bulunmaktadır. Kendi meclisleri bulunan belediyeler, belediye başkanının başkanlığında çalışan belediye encümeni tarafından yönetilir.

Polis gücüne sahip belediyelerin görevleri kanunların uygulanması, düzenin sağlanması, seçimlerin organize edilmesi, nüfus işlemlerini takip etmek, ilk ve orta eğitimi gerçekleştirmek, sosyal yardımlarda bulunmak, inşaat ruhsatı, yol tamiri, itfaiye hizmetleri şeklinde sıralanabilir.

Federal makamlar ile topluluk ve bölge idareleri eyalet ve belediyelerden daha yetkili idareler olup, söz konusu idareler, eyalet ve belediyelere yasaların izin verdiği çerçevede görev verebilir (3/1,2).

### 1.5. Ekonomi

Belçika, Avrupa'da ilk sanayileşen ülkeler arasındadır. Sanayileşme sürecinde kömür, tekstil, çelik gibi ağır sanayi sektörleri ön planda iken, günümüzde halen bu alanların ekonomideki nispi ağırlığı devam etmekte birlikte eski önemini yavaş yavaş kaybetmeye başlamıştır. Anılan eski nesil sanayilerin belli bölgelerde (özellikle Valon Bölgesi) öneminin azalmasına karşın, kimya, yiyecek ve içecek gibi hafif sanayi dallarının gelişimi dengeli bir sınıai yapıyı sağlamıştır. Flaman Bölgesi'nde modern bir endüstriyel altyapının oluşturulmasında başarılı olunmuştur.

Batı Avrupa'nın kalbi ve İngiltere, Fransa, Hollanda arasında bir geçiş noktası konumundaki Belçika, güçlü ekonomisi ile 376 milyon nüfuslu Avrupa'ya bir giriş noktası rolü oynamaktadır. Ülke, başlıca ticaret partnerleri olan ülkelerin ekonomilerinde ve kendi iç piyasasında yaşanan değişimlere yüksek oranda bağımlıdır. Siyasi yönden de, Belçika, Avrupa Birliği, Avrupa Konseyi, Avrupa Parlamentosu, NATO ve birçok uluslararası kuruluşun merkezi konumundadır.

Belçika dünya ekonomisinde önemli yere sahip üç komşu ülkeyle (Fransa, Almanya, Hollanda) olan güçlü ekonomik entegrasyonu ve etkileşimi sayesinde Avrupa Birliği içerisinde olduğu kadar, dünyada da en dışa dönük ekonomiye sahip ülkelerden biridir. Ülke nüfusunun %73'ü hizmetler sektöründe, %25'i sanayi sektöründe, %2'si ise tarım sektöründe çalışmaktadır.

*Kimya Sanayi:* Ülke ihracatının %23'ünü oluşturur. Özel sektör tarafından yürütülen AR-GE çalışmalarının %50'si kimya sektörü için yapılmakta olup, petrokimyasallar, gıda ve tarıma amaçlı kimyasallar, ilaç, boya, sabun ve deterjan, kauçuk ve plastik sektörde üretilen başlıca maddelerdir.

*İlaç ve Bioteknoloji Sektörü:* 142 firmanın faaliyet gösterdiği ilaç sektörü ülke ihracatında önemli bir yer tutmaktadır. Belçika kökenli olmayan 20 uluslararası ilaç üreticisi Belçika'da üretim yapmaktadır.

*Otomotiv Sanayi:* Yılda 1 milyon araç üretilen ülkede, üretimin %97'si ihraç edilmektedir. Belçika otomotiv sektörü, Avrupa'daki toplam üretimin %6'sını teşkil etmektedir. İhracatın büyük bölümü, Almanya, İspanya, İngiltere ve Fransa'ya yapılmakta olup, otomotiv sektörüne yan malzeme tedarik eden 260 firma faaliyet göstermektedir.

*Telekomünikasyon:* Telekomünikasyon ekipmanları üretiminin yarısından fazlası ihraç edilmektedir.

*İnşaat:* Belçikalı inşaat firmaları başta Avrupa, Afrika, Latin Amerika, Asya ve Orta Doğu olmak üzere dünyanın çeşitli ülkelerinde buhar türbini, alışveriş merkezi, havaalanı, hastahane, hidroelektrik enerji santralleri, tünel, otel inşaatı gibi bir çok projeyi tamamlamıştır. 231.000 kişinin istihdam edildiği sektörde firmaların büyük çoğunluğu Orta ve Küçük ölçeklidir.

*Gıda Sanayi:* Üretimin %50'sinin ihraç edildiği gıda sektörü, süt ürünleri, hayvan yemi, et, bira, çikolata, bitkisel ve hayvansal yağ, şeker üretiminden oluşmaktadır (2/3,4).

Belçika, gelişmiş limanlar, demiryolu, karayolu ve havayolu ağı ile bir ürünün Avrupa'ya dağıtımı için ideal bir konumdadır. Brüksel Havaalanı kargo taşımacılığında Avrupa'da 5. sırada yer almaktadır. Anvers Limanı Rotterdam Limanı'ndan sonra Avrupa'da ikinci, dünyada dördüncü sırada yer almaktadır. Anvers'in yanısıra Zeebrugge ve Ghent Limanları da uluslararası ticaret açısından önem taşımaktadır.

2000 yılı verilerine göre Belçika ve Lüksemburg yabancı sermaye çeken ülkeler sıralamasında dördüncü sırada yer almıştır. Belçika'da faaliyet gösteren toplam 6.500 yabancı sermayeli firma bulunmaktadır. Belçika ve Lüksemburg aynı zamanda yurtdışına yabancı sermaye ihraç eden ülkeler sıralamasında da ilk on ülke arasında yer almıştır.

Siemens, Bayer, Volkswagen, Shell, Monstano, Microsoft, Compaq, Hewlett-Packard, IBM, Ericsson, Honeywell, Sony, Mitsubishi Bank, Coca-Cola, Ameritech, BASF, Mercedes-Benz, Henkel, Toyota, Deutsche Telekom, Colgate, Chrysler, UPS, Templeton, AIMS, Logistics, Winstar gibi uluslararası bir çok firma merkez ofislerini Brüksel'de kurmuşlardır.

Brüksel bölgesi ekonomisinin belkemiğini hizmetler sektörü oluşturmakta olup, bankacılık, finansal hizmetler, turizm, ulaştırma, telekomünikasyon hizmetleri önde gelen alt sektörlerdir. İş gücünün %85'i hizmetler sektöründe istihdam edilmektedir.

Brüksel Bölgesindeki iş gücünün %15'ini çalıştıran sanayi sektörü Anvers'den sonra ülkenin ikinci sanayi merkezini oluşturmaktadır. Brüksel Bölgesindeki sanayi tesisleri alan yetersizliği nedeniyle büyük çaplı olmayıp, daha çok ilaç, kimya, gıda, metal ürünler, elektronik ürünler gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır. Brüksel bölgesi aynı zamanda biyoteknoloji, uçak yapımı, telekomünikasyon gibi ileri teknoloji gerektiren alanlarda da önemli bir merkez konumuna gelmiştir. Başkent Brüksel hayat standartları açısından Flaman ve Valon bölgelerinin üzerinde olup, AB sınırları dahilinde en yüksek refaha sahip ikinci bölgedir.

Brüksel Bölgesinde faaliyet gösteren 33.000 firmanın 2.000'i yabancı sermayeli olup, büyük çoğunluğu finans, hukuk hizmetleri, iletişim ve AR-GE alanlarında faaliyet göstermektedir. Yabancı sermayeli firmaların büyük çoğunluğu sırasıyla, Hollanda, ABD, Fransız, İngiliz, Alman, İsveç, Japon, İsviçre, İtalyan ve İspanyol sermayelidir.

Belçika'da yerleşik yabancı sermayeli firmaların %60'ı Brüksel Bölgesinde faaliyet göstermektedir. Belçika, merkezi konumu, kaliteli ve çok dil konuşabilen iş gücü, gelişmiş altyapısı, vergi teşvikleri nedeniyle Avrupa'da yabancı sermaye açısından önemli bir merkez konumuna gelmiştir.

Belçika'nın Kuzeyindeki Flaman Bölgesi Avrupa Birliği alım gücünün %60'ını oluşturan ekonomik bir güç konumundadır. Ülke nüfusunun %60'ının yaşadığı bu bölge gelişmiş petrokimya sanayinin yanı sıra, Ford, Opel ve Volvo gibi otomotiv devlerinin yılda toplam bir milyon adet üretim yaptığı bir sanayi merkezi konumundadır. Ülke ihracatının %77'sinin yapıldığı bu bölgede yer alan Anvers şehri dünyanın elmas işleme merkezidir. Kişi başına milli gelir ise Flaman Bölgesi'nde işsizliğin daha yoğun olduğu Valon Bölgesi'ne göre daha yüksektir. Flaman Bölgesi, Belçika nüfusunun yarısını barındırmakta olup, Valon Bölgesi'ne göre nüfus yoğunluğu daha fazladır.

Bölgede aynı zamanda Pharmacia & Upjohn, Pfizer, Schering-Plough, Astra Zeneca ve Alcon gibi önde gelen ilaç firmalarının üretimleri de bulunmaktadır.

3.5 milyonluk nüfusu ile Valon Bölgesi Belçika yüzölçümünün yarısından fazlasını teşkil etmektedir. Çelik ve kömür ülkesi olarak da adlandırılan Valon Bölgesinde çelik alanında faaliyet gösteren Cockerill firması, kimyasallar alanında faaliyet gösteren Solvay firması, demiryolları alanında faaliyet gösteren Jadot, Empain ve Nagelmackers gibi firmalar kendi alanlarında dünya lideri konumundadır. Bölge aynı zamanda bilişim teknolojisi, iletişim, gıda, uzay teknolojisi, telekomünikasyon, petrokimya, bio-medikal ve ilaç sektörlerinde de çok gelişmiştir.

Valon Bölgesi de diğer bölgeler gibi yabancı yatırımcılara çok cazip imkanlar sunmakta olup, özellikle biyoteknoloji, mikro elektronik, telekomünikasyon ve gıda alanlarındaki yatırımlara finansal teşvikler verilmektedir.

Avrupa Birliği çatısı altında Ekonomik ve Parasal Birliğin (EMU) kurulmasıyla birlikte, Belçika para politikası ulusal yönetimin elinden çıkıp, Avrupa Merkez Bankası'nın kontrolüne geçmiştir.

Eylül 2000'de Brüksel, Hollanda ve Fransa borsalarının birleşmesiyle 1300 firmadan oluşan Euronext uluslararası borsası oluşturulmuştur. Amerikan teknoloji borsası Nasdaq, 2001 yılında Brüksel merkezli Easdaq ile ortaklığa gitmiştir. Easdaq ismi Nasdaq Europe olarak değiştirilmiştir.

Ülkedeki son ekonomik gelişmeler çerçevesinde, GSYH'daki büyüme 2001 yılında %1 oranında gerçekleşmiştir. Bu oran 2000 yılında %4 idi.

2002 yılı için ortalama enflasyonun %1,9 oranında gerçekleşmesi beklenmektedir. 2002 yılı Nisan ayı verilerine göre işsizlik oranı %6,9'a yükselmiştir (2/1-3).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Belçika sağlık sisteminin ana özellikleri şunlardır:

- Tıp alanında liberal düşünceler: Sağlık hizmetini sunanlar genellikle özel sektör kurumlarıdır ve bunlara hizmet başına ödeme yapılır. Bu kurumlara teşhis ve reçete yazımı gibi konularda tam özgürlük tanınmıştır.
- Zorunlu sağlık sigortası sistemi: Bu sistem sağlık sektöründeki tüm kurumlar (sigorta şirketleri, sağlık sektörü çalışanları, finansörler, kamu idarecileri vs.) tarafından birlikte yönetilir.
- Hastalar hem sağlık hizmetini sunanları hem de hastahaneleri (hem kamu hem de özel) seçmek konusunda serbesttirler. Bu onlara tıp uzmanlarına doğrudan erişim hakkını da sağlar (6/8).

Hastalar için Belçika sağlık sisteminin en belirgin avantajları sosyal sigorta sistemi içinde hemen hemen tüm alanları kapsayan bir sağlık sigorta sistemine sahip olmaları, iyi kalitede hizmet alabilmeleri, düşük ek ödemeler, sağlık hizmetini sunan kişi veya kurum ile istediği sigorta kuruluşunu seçmede özgürlük, istedikleri tedavi şeklini talep edebilmeleridir. Düşük ek ödemeler ve 1 Ocak 1998'de yürürlüğe giren ve her Belçika vatandaşını sağlık sigortası kapsamı içine alan kanunla, sağlık sistemine erişim basittir ve herkes için eşittir.

Belçika'da ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler rahatsızlıklar ve kanser gelmektedir. 1997 yılındaki rakamlarla ortalama yaşam beklentisi kadınlarda 81, erkeklerde 74,3 yıldır (1982'de sırasıyla 77 ve 70'tir). Bu, OECD ülkeleri arasında en yüksek rakamlardan biridir. Yaşam beklentisi her yıl 3 ay daha artmaktadır. Nüfus artışı çok düşüktür (yılıda %0,2). Bunun nedeni de son on yıl içindeki düşük doğum oranıdır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında Belçika 60 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfus içinde en yüksek paya sahip olduğu ülkelere biridir ve genç nüfus azalmaktadır (5/5).

Belçika'da sağlık sistemi büyük oranda kamu kaynakları tarafından finanse edilir. Belçika Avrupa'da borç miktarı gayri safi milli hasılasına göre en yüksek olan ülkelere biridir. Ancak Belçikalılar kendi sağlık sistemlerinden oldukça memnundur ve bu yüzden de politikacılarda sağlık giderlerini kısıtlamak konusunda önemli değişiklikler yapmaktan çekinmektedir. Yapılması gereken değişiklikler gerçekleştirilemediğinden, harcamalar diğer ülkelere göre çok daha hızlı artmaktadır (8/2).

### II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Belçika Sağlık sisteminin yukarıda belirtilen temel özellikleri, İkinci Dünya Savaşı sonrasında tüm halkı kapsayan zorunlu sağlık sigorta sisteminin kurulmasını öngören kararlar sonucunda ortaya çıkmıştır. Sağlık sigorta sisteminin temeli 19. yüzyılın başlarına değin izlenebilir. Bu dönemde işçiler kendi kurdukları sağlık sigorta kuruluşları ile kendi üyelerini hastalık ve işgöremezlik risklerine karşı güvence altına almışlardır. Bu kuruluşlar küçük ölçekliydi ve çalışılan işe göre örgütlenmişlerdi.

**Tablo 1: Bazı Sağlık Göstergeleri**

|                                                      | Kadınlar | Erkekler |
|------------------------------------------------------|----------|----------|
| Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)                  | 75,2     | 81,5     |
| 5 yaş altında ölüm olasılığı (1000 kişide)           | 6        | 5        |
| 15 yaş ve 59 yaş arası ölüm olasılığı                | 126      | 67       |
| Sağlıklı yaşam beklentisi                            | 68,9     | 73,3     |
| Çocuk ölüm oranı (1000 canlı doğumda)                | 5        |          |
| AIDS virüsü taşıma oranı (15-49 yaşlar arasında) (%) | 0,2      |          |
| Tüberküloza rastlanma sıklığı (100.000 kişide)       | 15       |          |
| Tüberkülozdan ölüm (100.000 kişide)                  | 1        |          |

**Kaynak:** (4) World Health Organization (2003) Statistics By Country Or Region: Belgium, s. 1-3.

Devlet, 1851 yılında bu kuruluşları resmi olarak tanıdı ve 1894 yılında bu kuruluşlara yaklaşık bir yüzyıl boyunca hizmet edebilecek çeşitli kanuni düzenlemeler getirdi. Bu yasal düzenlemelerle bu kuruluşların resmi amaç ve etkinlikleri belirlendi, devletten maddi destek sağlamaya başladılar.

20. yüzyılın başlarında, aynı politik ve ideolojik geçmişten gelen kuruluşlar bir araya geldiler ve ulusal birlikler oluşturdular. Böylece 1906 yılında Ulusal Hristiyan Birlikleri İttifakı, 1908 yılında Ulusal Nötr Birlikler Sendikası, 1913 yılında Ulusal Sosyalist Birlikler Sendikası, 1914 yılında Ulusal Liberal Birlikler Sendikası, 1920 yılında ise Ulusal Serbest Ve Mesleki Birlikler Sendikası kuruldu.

Birlikler tarafından oluşturulan tüm sigorta kurumları başlangıçta gönüllü sigorta sistemine dayanıyordu. Ancak İkinci Dünya Savaşı sürecinde zorunlu sigorta sistemi konusunda önemli adımlar atıldı. 7 Ağustos 1943 tarihinde işverenlerin ve ticaret birliklerinin temsilcileri Sosyal Dayanışma Anlaşması adlı bir taslağa imza attılar. 28 Aralık 1944 çıkan bir hükümlerle ücretli işçiler için sosyal güvenlik kuruluşları kuruldu. Bu hüküm sosyal güvenliğe genel erişimi sağlıyor ve tüm çalışanlar için sağlık sigortasını zorunlu hale getiriyordu. Böylece, Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu adında merkezi bir kurum oluşturuldu ve bu kuruma tüm sosyal güvenlik sektörlerinden katkıda bulunulması sağlandı. Bu arada birliklerin korunması gerektiğine karar verildi ve kurulan kurum zorunlu sigorta sisteminin bu birlikler ve Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Kurumu üzerinden yürütülmesini sağladı.

Bu yüzden Belçika zorunlu sağlık sigorta sistemi 1945 yılında başlamış kabul edilebilir. Ancak sistemdeki ana dönüm noktası 9 Ağustos 1963 tarihli Leburton Kanunu'dur.

Bu kanunla Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Kurumu'nun yerini Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Kuruluşu almış, bu kuruluş da günümüze kadar varlığını sürdürmüştür.

Bu yasal düzenlemeden itibaren sağlık sektörü ile sakatlık/malullük sektörü birbirlerinden hem idari hem de mali olarak ayrılmıştır. Leburton Kanunu ile yürürlüğe giren diğer düzenlemeler şunlardır:

- Belçika'da oturan herkes için sigorta kapsamının geliştirilmesi;
- Sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşlar ile sigorta kuruluşları arasındaki idari ve mali ilişkilerin düzenlenmesi;
- Hizmetlere ilişkin bir ücret çizelgesinin belirlenmesi ve bu ücretlere yönelik geri ödemelerin nasıl yapılacağı;
- Sigorta kapsamı içinde yer alıp sağlık hizmetleri için ücret ödemeyecek olanların tanımlanması (dullar, yetimler, özürllüler ve emekliler). Günümüzde bu kategoridekiler küçük katkı payları ödemektedirler.

Leburton Kanunu'nun ilk hali sağlık sistemi içinde tabiblerin yönetimdeki görevlerinden uzaklaştırılmasına yol açıyordu ve bu yüzden doktorlar 1964 Mart'ında greve gittiler. 25 Haziran 1964 tarihinde Hükümet ve doktorlar arasında bir uzlaşma sağlanmak zorunda kalındı. Doktorlar lehine Leburton Kanunu'nda bazı değişiklikler yapıldı ve doktorlar sigorta sisteminin idari komitesine bazı temsilciler soktular.

Zorunlu sağlık sigortasındaki bu temel reform aynı zamanda hastahaneler için de bir yasal düzenleme oluşturdu (23 Aralık 1963 – Cluster Kanunu). 12. yüzyıldan beri Belçika'da hastahaneler mevcuttu (Bruges'deki Sin Jan Hastahanesi ve Antwerp'deki Elisabeth Hastahanesi gibi), ancak Belçika hükümetinin hastahaneler konusunda bir politikası ve yasal düzenlemesi yoktu. Hastahanelerin çoğu yerel idarelere ya da kâr amacı gütmeyen kuruluşlara aitti ve ulusal idarelerle herhangi bir ilgileri yok gibiydi. 1960'lı yılların başında hükümet hastahaneler ile ilgili kanuni düzenlemeleri için Leburton kararları içine katmaktansa özel bir kanun çıkarmaya karar verdi.

1963 tarihli Hastahane Kanunu'nda dört temel düzenleme vardır:

- Tüm sigortalı vatandaşlar için hastahane hizmetlerinin ücretsiz sağlanması;
- Normlar ve yönetmeliklerde belirtilen şekilde hastahanelerde verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesi;
- Kamu ve özel hastahanelerin yeni bir finansman sistemi ile varlıklarının sürdürülmesini sağlanması;
- Hastahane sektöründe planlamanın yapılması.

1960'lar Belçika için bir ekonomik büyüme süreciydi. Bu on yıllık süreçte sağlık hizmetlerinin kapsamı hem yeni sosyal kategorilere uzandı, hem de gelişti. 1964 yılında, sağlık sigortası kapsamı içine serbest meslek sahibi kimseler büyük riskler için, 1965 yılında kamu çalışanları hem büyük hem küçük riskler için, 1967 yılında fiziksel olarak işgöremez durumda olanlar, 1968 yılında ruhsal özürllüler, en son olarak da 1969 yılında sistem içine alınmamış herkes tam kapsama dahil edildi.



Sağlık hizmetleri kapsamındaki bu gelişmeler ekonomik büyüme sürecinde kolaylıkla gerçekleştirilebilirken, 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizler bazı konuların tekrar ele alınmasını gerekli kıldı. Kaynakların daha verimli kullanılması konusunda araştırmalar yapıldı ve bu süreç 1980'lerde kamu açıklarının kapatılmaya çalışılması gibi çabalara yol açtı.

1980'lerde hızla artan fiyatlar (özellikle hastahane sektöründe) hükümeti 1990'ların başında ciddi reformlar dizisine yöneltti. Bu reformlar genellikle suiistimallerin ve boşa kullanımların önüne geçmeye yönelikti. Hizmet başına ücret uygulamasına yönelik birkaç istisna getirildi, bazı hizmetler için hastaların ödedikleri ek ücretler artırıldı.

Bunlara karşın yine de sağlık sistemindeki yıllık harcamalardaki artış için % 1,5'lik katı bir sınır konuldu. Bu sınır günümüzde halen vardır (5/5-8).

### II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Sağlık sisteminin idari yapısını anlamak için, genel idare konusunda yetkili olan kademelere öncelikle göz atmak gerekir. Belçika'da üç bağımsız yönetim kademesi vardır: 1) Federal (Ulusal) Hükümet, 2) Topluluklar ve 3) Bölgeler.

Federal hükümet öncelikli olarak tüm nüfusu ilgilendiren maliye, silahlı kuvvetler, adalet, sosyal güvenlik, dışişler, sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı, iç işler gibi konulardan sorumludur.

Belçika'da Flaman Topluluğu, Fransızca Konuşanlar Topluluğu ve Almanca Konuşanlar Topluluğu yaşamaktadır. Bu topluluklar dil ve kültürle ilgili olan eğitim gibi konulardan sorumludurlar.

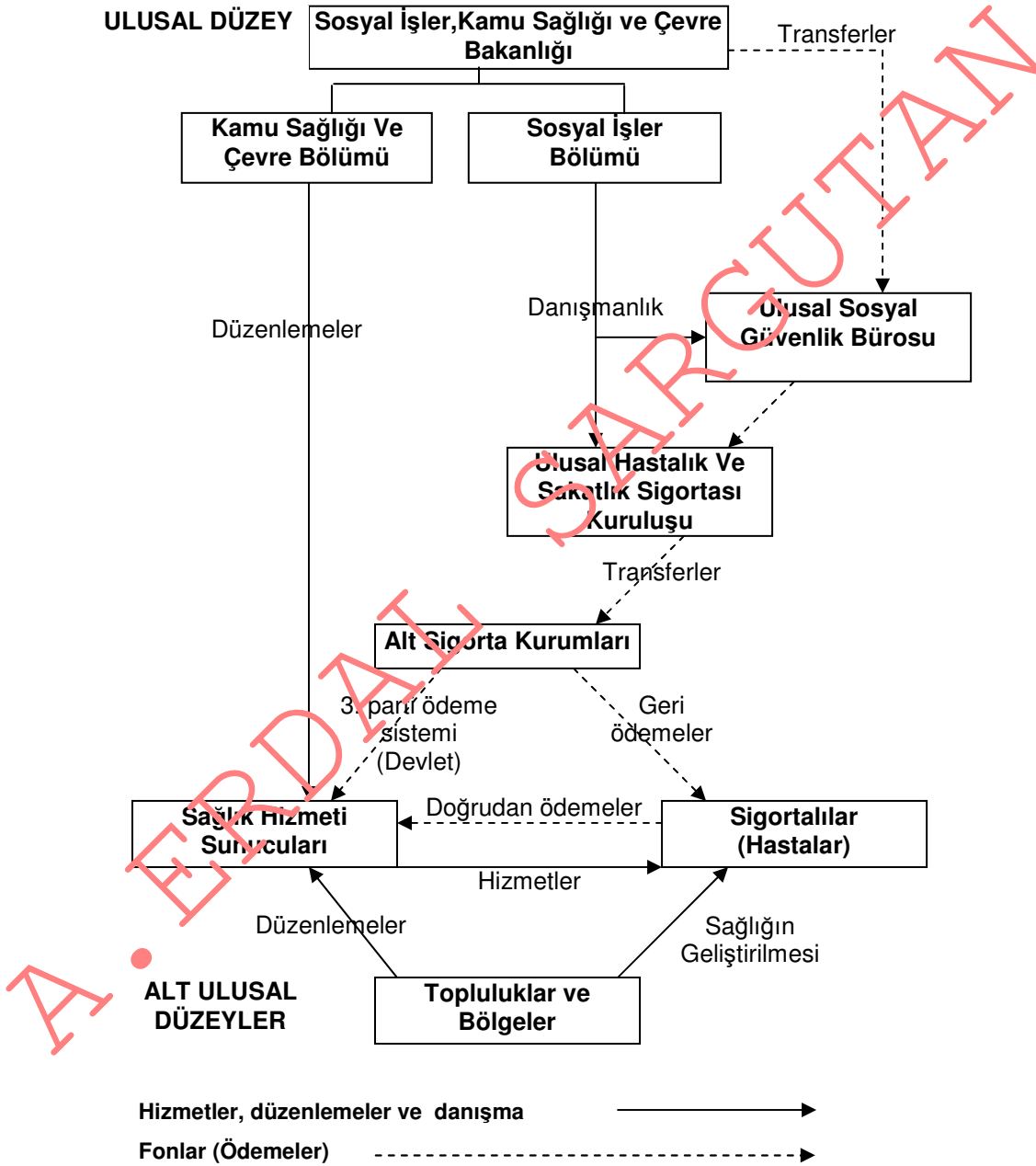
Topluluklar hem sağlık politikalarından (koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, hastahane planlaması, yasal düzenlemelerin uygulanması vs.) hem de bireylere yardım (gençleri koruma, gençlere destek, sosyal yardım, vs.) gibi konulardan sorumludurlar.

Toplulukların kendi sınırları içerisinde bilimsel araştırmalar ve uluslararası ilişkiler gibi konularda da yetkileri vardır.

Bölgeler somut sınırlara göre ayrılmış Flaman, Walloon ve Başkent Brüksel Bölgesidir. Her bölge toprakları üzerindeki konularda (ekonomi, istihdam, tarım, su kaynaklarının yönetimi, barınma, kamu işleri, enerji, çevre, toprak yönetimi, kentsel gelişim, dış ticaret vs.) yetkilidirler. Yine kendi alanlarındaki bilimsel araştırmalar ve dış ilişkiler konusunda da söz sahibidirler (6/6).



Şema 1: Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı



**Kaynak:** (5) European Observatory On Health Care Systems (2000) Health Care Systems In Transition – Belgium, s. 10.

### II.3.1. Federal Hükümet

Federal hükümet düzeyinde sağlık işlerinden sorumlu idari hiyerarşinin en üstünde Sosyal İşler, Kamu Sağlığı Ve Çevre Bakanlığı yer alır. 13 Haziran 1963 tarihli bir kararla Kamu Sağlığı Bakanlığı ile Adalet Bakanlığı ve Aile Bakanlığı içindeki bazı bölümler birleştirilmiştir. 1980 yılındaki bir reformla sağlık hizmetlerinin birçok ögesi Topluluklara devredilmiş ve Kamu Sağlığı Bakanlığı ve Çevre Bakanlığı birleştirilmiştir. Yine 1995 yılında Bakanlık tekrar genişlemiş, Sosyal Koruma Bakanlığı ile birleştirilerek bugünkü halini almıştır. 1995 yılındaki birleşmeye rağmen bu Bakanlığın başında iki bakan (Kamu Sağlığı Bakanı ve Sosyal İşler Bakanı) ve kendilerine ait yöneticileri bulunmaktadır. Bakanlık içinde Sağlık Bölümü sağlık politikalarını belirlerken, Sosyal İşler Bölümü de Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu'na (sosyal güvenlik katkı paylarını toplar) ve Ulusal Hastalık Ve Sakatlık Sigortası Kuruluşu'na (zorunlu sağlık sigortasını yönetir) denetmenlik görevi yapar (5/11).

Federal hükümet düzeyindeki sorumluluklar şunlardır:

- Özel amaçlı yasal düzenlemeler (Hastahane Kanunu gibi),
- Yasal düzenlemelerle belirtilen faaliyetlerin yerine getirilmesinin finansmanı,
- Zorunlu sağlık sigortasının yürütülmesi,
- Temel planlama ile ilgili düzenlemelerin yapılması,
- Yüksek teknolojili tıbbi ekipman alımı gibi konularda iç yapının finansmanına yönelik temel düzenlemelerin tanımlanması,
- Ulusal standartların belirlenmesi,
- Üniversite hastahanelerinin, hastahaneler ile ilgili yasal düzenlemelere uyumlu hale getirilmesi.

Eczacılık, tıbbi aletler ve bazı maddelerin (narkotik ilaçlar, hormonlar) ticareti gibi konular da Federal Hükümetin sorumlulukları arasındadır (6/6).

### II.3.2. Topluluklar Ve Bölgeler

Belçika'da toplulukların ve bölgelerin sorumlulukları arasında kesin sınırlamalar koymak zordur. Bu alt birimlerin sorumlulukları şöyle sayılabilir:

- Hastahane binaları dışında tıbbi hizmetlerin sağlanması,
- Sağlık koşullarını iyileştirilmesi ve Federal Hükümet düzeyi dışında kalan koruyucu sağlık hizmetleri,
- Huzurevleri, sağlık hizmeti koordinasyon merkezleri, evde bakım hizmetleri, tıp merkezleri ve ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili imkanların sağlanması,
- Yukarıdaki maddede sayılan kuruluşları desteklemek, teşvik etmek ve finansmanını sağlamak,
- Genel ve psikiyatri hastahanelerinin federal hükümet kriterlerine uygunluğunu onaylamak,
- Bakımevlerinin ve psikiyatrik bakım evlerinin federal standartlara uygunluğunu sağlamak,
- Hastahaneler, bakımevleri gibi yerler için uygulanabilir temel kuralları belirlemek (6/7).

### II.3.3. Federal Hükümet İle Topluluklar Ve Bölgelerin İşbirliği

Belçika'nın idari yapısından dolayı sağlık hizmeti ile ilgili sorumluluklar çeşitli yetki düzeylerine dağılmış durumdadır. Bu düzeyler arasında özellikle de koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle ilgili politikalarda daha iyi bir işbirliği sağlamak için, her düzeye kendi sorumluluğundaki işler bırakılırken, bazı bölgelerde aşılar, uyuşturucu kullanımı ile mücadele ve göğüs kanseri gibi konularda işbirliğine gidilmiştir (6/7).

### II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Belçika'da sağlık hizmetlerinin sunumu yapan kişi/kuruluşlar şunlardır:

- Ayakta bakım ve tedavi hizmetleri sunan, bağımsız çalışan genel pratisyenler ve uzman hekimler,
- Kamu sağlığı birimleri,
- Hastahaneler,
- Ecza sanayi,
- Yaşlılar ve özel ihtiyaçları olanlar için sosyal bakım evleri (5/33).

#### II.4.1. Birincil (Primer) Sağlık Hizmetleri

Belçika'da sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle özel sektör tarafından yapılır ve bağımsız tıbbi uygulamalar esasına dayanır. Bağımsız sağlık hizmeti sunucuları hizmet başına ücret politikasıyla çalışırlar ve hastanın istediği doktoru seçme hakkı vardır. Belçika'da hastahane sevk sistemi bulunmadığı için, uzman hekimler genellikle hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktalarıdır.

Hastalar Belçika'da genel pratisyenleri ya da uzman hekimleri muayenehanelerinde ziyaret edebilirler. Uzman hekimlere muayene olmak için hastahane ya da polikliniğe de gidilebilir. Genel pratisyene ya da uzman hekime muayene olabilmek için hastaların uzun zaman beklemeleri gerekmez.

Genel pratisyenler hastaları evlerinde de ziyaret ederler. Bu Belçika toplumunun kültürel alışkanlıklarından biridir. 1997 yılında 25.276.297 kez hastalar doktorlara giderken, 21.513.465 kez de doktorlar hastaları evinde ziyaret etmiştir (5/33,34).

2002 yılında kişi başına düşen hasta ziyareti sayısı Belçika için 7,3 iken, Avrupa Birliği ortalaması 6,2'dir (10/2).

● Doktorların çoğu (genel pratisyenler ve uzman hekimler) tek başlarına çalışırlar. Ancak birkaç genel pratisyen, yöneticiler, bir fizyoterapist, bir psikoterapist, hemşireler ve diğer sağlık görevlilerinden meydana gelen tümleşik sağlık hizmeti birimleri de mevcuttur. Bu tip merkezlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır (5/34).

Eczacılık ve diş hekimliği gibi diğer hizmetlerin sunumu da özel sektöre aittir, fakat bazı istisnalar da vardır. Kadınların çoğu evde doğum yapmayı tercih etmez ve ebelerin çoğu hastahanelerde çalışırlar.

En az bir doktor, bir psikiyatrist ya da psikolog, bir avukat ve bir sosyal yardımcıdan oluşan aile planlaması merkezlerinin ekipman, işletim ve personel giderleri devlet tarafından karşılanır. Sağlık hizmeti sunumunda çalışan sağlık personelinin işlevleri ve rolleri tam olarak tanımlanmamıştır. Genel pratisyenlerin ve uzman hekimlerin rollerinin ayrımı konusunda bir boşluk vardır. Hastalar ilk başvuracakları doktoru seçmekte özgürdürler. Doktorlarını istedikleri zaman değiştirebilir ve hatta farklı doktora aynı muayene için başvurabilirler. Doktor seçiminde özgürlük hastaya tanınmış önemli bir haktır. Ancak hastalar alışveriş yapar gibi doktorlara gidebilmekte ve sağlık hizmetinin aşırı tüketimine ve sağlık harcamalarının yükselmesine neden olabilmektedirler. Bu da doktor-hasta temasının Belçika'da neden yüksek olduğunu açıklamaktadır,

Yeni hazırlanan bir plana göre, her hastanın bir genel sağlık dosyası (sicili) bulunacak ve hastaların her türlü başvuru bilgileri bu dosyalarda tutulacaktır. Hastalar dosyalarını hangi doktorun tutacağını seçebileceklerdir. Genel pratisyenlere de geri ödemeler sadece hasta kayıtlı olduğunda ve tıbbi kaydı tutulduğunda yapılacaktır. Bu uygulama, bütçenin kısıtlı olmasından dolayı şu anda sadece 60 yaş üzerindeki için geçerlidir, ancak ilerideki yıllarda tüm nüfus için uygulamaya konulacaktır (5/34).

#### II.4.1.1. Kamu Sağlığı Hizmetleri

Topluluk idareleri sağlık seviyesinin iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludurlar. Ancak, kamu sağlığını doğrudan ilgilendiren çok sayıda karar Federal Hükümet tarafından alınır ve sağlık hizmetlerine ayrılan fonların büyük bir kısmını kontrol eder. Örneğin, sigara ve alkoldeki vergi oranları, tüketimlerinin azaltılması amacıyla federal hükümet tarafından yükseltilebilir. Belçika, diğer Batı Avrupa ülkeleri ile kıyaslandığında kızamığa karşı düşük bir aşılama oranına sahiptir. Kızamığa karşı aşılama Belçika'da zorunlu değildir. Federal yetkililer tarafından zorunlu kılınan tek aşılama çocuk felcine karşıdır. Uygulamada tüm çocuklar sistematik olarak aşılanırlar.

Fransız ve Flaman topluluklarında birbirinden farklı kamu sağlığı politikaları ve hizmetleri sunulmaktadır (5/37).

Flaman topluluğunda kamu sağlığı hizmetleri Sağlık Hizmetleri Bakanlığı'nın bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Yönetimi tarafından verilir. Flaman topluluğundaki Flaman Sağlığının İyileştirilmesi Kuruluşu ise sağlık hizmetlerinin merkeziyetçilikten uzaklaştırılması amacıyla LOGO (Locaal Gezondheidsoverleg - Yerel Sağlık Ağı) adında sağlık ağları kurmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında farklı sektörler işbirliği yapmadığı takdirde zor sonuç alınması sebebiyle kurulan LOGO'lar ile ilçe (250-300 bin kişinin yaşadığı bölgeler) düzeyinde örgütlenmelerin başarılı olabilmesidir. Varolan yerel sağlık idarelerinin yapısı üzerine kurulmuşlar ve bunlara genel hekimler, eczacılar, diyetisyenler, yerel hastahane yöneticileri, tıp okulu yöneticileri, sağlık merkezleri eklenmiştir. LOGO'ların görevleri arasında sigara ve yağlı yiyeceklerin tüketimini azaltmak, kadınlarda göğüs kanseri taramasını daha etkin hale getirmek; evde, işyerinde ve trafikte meydana gelen kazaları düşürmek, bulaşıcı hastalıkları engellemek, çocuk felci, tetanos, difteri ve kızamığa karşı aşılama oranını artırmak gelmektedir.

Fransız topluluğunda ise koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili tüm sorumluluklar birkaç istisna dışında Kültür Ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın bünyesindeki Genel Sağlık Bölümü'nün sorumluluğundan çıkarılmıştır. Bu istisnalarla Doğum Ve Çocuk Kuruluşu, AIDS'in Önlenmesi Ajansı ve Kraliyet Tıp Akademisi ilgilenmektedir (5/38).

Fransız topluluğunda Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tavsiyeleri doğrultusunda "herkes için sağlık" politikası uygulanmaktadır. Özellikle AIDS, tüberküloz ve uyuşturucu kullanımı konusunda çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Sağlığın iyileştirilmesi Yüksek Konseyi adında akademik ve bilimsel temsilcilerden oluşan bir kurum oluşturulmuş, ayrıca eski yerel koordinasyon komisyonlarının yerine 10 yerel sağlık iyileştirme merkezi kurulmuştur. Fransız topluluğundaki öncelikli konular arasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, uyuşturucu ve alkol kullanımının azaltılması, ruh sağlığı problemleri ve kazalar gelmektedir.

Ayrıca uygulanan ana koruyucu sağlık programları şunlardır:

- Yüksek öğrenim dışında her eğitim düzeyinde okullarda düzenli sağlık taramalarının yapılması,
- Doğum sonrası hizmetler ve altı yaşına kadar olan çocukların düzenli muayeneleri,
- Çocukların aşılması,
- Kanseri tarama programları (5/39).

#### II.4.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

2001 yılı verilerine göre Belçika'da 1.000 kişiye 5,8 akut hastahane yatağı düşmektedir. 2003 yılında Belçika'da 149'u genel hastahane ve 69'u psikiyatri hastahanesi olmak üzere kâr amacı gütmeyen 218 hastahane bulunmaktadır. Hastahanelerin çoğunluğu (147) özel sektöre aittir. Hastahaneler ile ilgili kanuni düzenlemeler ve finansman mekanizmaları hem kamu hem de özel sektör hastahaneleri için aynıdır. 1980 ile 2003 yılları arasında hastahane sayısı 521'den 218'e düşerken, hastahane başına ortalama yatak sayısı 177'den 325'e yükselmiştir. 218 hastahanelerin %55'i Flaman bölgesinde, %30'u Walloon bölgesinde ve %15'i Brüksel bölgesindedir (10/2).

Kâr amacı güden hastahanelerin sayısı çok azdır (5/39).

Kamusal hastahaneleri çoğunlukla belediyelerin sosyal refah merkezlerine aittir. Bu merkezlerin finansman ve eğitim alanlarında rehberlik, mali destek, düşük gelirli ailelere yardım gibi çeşitli görevleri vardır. Diğer kamu hastahaneleri ise eyaletlere, hükümete ya da belediyeler arası kuruluşlara aittir. Özel hastahanelerin büyük bir çoğunluğu dini kuruluşlara ait olup, sadece %5'i topluluklarındır.

Hastahaneler iki kategoriye ayrılmıştır: Psikiyatri hastahaneleri ve genel hastahaneler. Genel hastahane kategorisi de kendi içinde üçe ayrılır: Akut bakım hastahaneleri (%80), geriatri hastahaneleri (%4) ve ihtisas (özel dal) hastahaneleri (%16). İhtisas hastahaneleri kalp ve solunum yolları hastalıkları, hareket rahatsızlıkları, nörolojik bozukluklar, palyatif (ağrı ile ilgili) bakım, kronik rahatsızlıklar ve psiko-geriatrik bakım üzerine uzmanlaşmışlardır.

Bazı hastahanelerin psikiyatri bölümleri vardır, ancak kısa süreli kalışlar için hizmet sunarlar. Psikiyatri hastahanelerinde kalış süresi ortalamanın çok üzerindedir.

9 adet üniversite hastahanesi vardır. Bunlar eğitim ve araştırma işlevlerinden dolayı özel statüye sahiptirler. Örneğin bu hastahanelere başvuru ücreti diğerlerinden daha yüksektir. Üniversite etiketi taşımaları hastahanelerin bir üniversiteye ait olmalarını göstermez, ama bazı yataklar üniversitenindir. Her üniversitenin belirli sayıda yatağı vardır ve bunlar farklı hastahaneler arasında dağıtılmıştır. Hastahanelerin üniversite hastahanesi olabilmesi için yatak sayısının %50'den fazlasının üniversiteye ait olması gerekir. Üniversite hastahaneleri diğerlerinden tıbbi araştırmalar yapılması ve doktorların temel uzman eğitimlerini burada yapmaları ile ayrılır.

Belçika'da farklı hizmetler sunan hastahaneler arasında sevk sistemi yoktur. Bunun nedenleri Belçika'nın küçük bir ülke olması ve kullanılan finansal yöntemlerdir.

Özel sektöre ve kamu sektörüne ait hastahanelerde finansman mekanizmaları aynıdır. Tek fark kamu hastahanelerinde iç yönetim kurallarının çok daha sıkı denetlenmesi ve bütçe açıklarının yerel idareler ya da belediyeler arası kuruluşlar tarafından otomatik olarak kapatılmasıdır.

Yeni hastahanelerin açılması hükümet düzenlemeleri ile kısıtlanmıştır. Bir hastahane açmak, işletmek ve verilecek her hizmet için Kamu Sağlığı Bakanlığı'ndan ayrı ayrı olur alınmalıdır.

İnsanlar istedikleri hastahanelere başvurmakta serbesttirler ve hastahaneler de tüm hastaları kabul etmek zorundadırlar. Bu yüzden birincil sağlık hizmetleri ile ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri arasında resmi bir sevk sistemi yoktur. Genel pratisyenler ve uzmanlar bir hastayı hastahaneye sevk edebilirler. Bazı hastalar resmi sevk sisteminin olmamasının yarattığı boşluğu kullanarak, akut hastahanelerde tedavi olabilecek iken daha pahalı bir hastahaneden yararlanabilir. Bir sevk sisteminin yerleştirilmesi için yapılan çalışmalara rağmen henüz bu başarılamamıştır.

Çok sayıda hasta (hastahane yataklarını işgal edenlerin %38'i) hastahaneye acil servis birimlerinden girerler. Acil hizmetler, bir kazadan, ani bir rahatsızlıktan ya da bir rahatsızlığın ciddi boyutlara gelmesi durumunda verilir. Acil tıp birimleri, acil çağrı sistemi, ilk yardım ve ulaşım ile hastahaneye kayıt ünitelerini içerir. 16 yerel birim acil çağrı sistemleri için çalışır. Bu merkezler İçişleri'ne bağlıdır ve acil çağrılarını cevaplayarak uygun yardımı sağlamakla görevlidirler. Bu merkezlerin kurulması ve işletim giderleri hükümetin sorumluluğundadır (5/39-41).

Her hastahanelenin bir klinik laboratuvarına sahip olması gerekir. Diğer laboratuvar tesisleri hastahanelerin dışında yer alır. 1995 yılı rakamlarına göre Belçika'da 637 laboratuvar bulunmaktadır (%53 Flander'de, %32'si Wallonia'da ve %15'i Brüksel'de). Bunların yönetimi, uzman personeli, analiz öncesi ve analiz esnasındaki prosedürleri, kalite kontrolü yasayla belirlenmiştir.

Hastahane laboratuvarları Sosyal İşler, Kamu Sağlığı ve Çevre Bakanlığı'ndan onay almalıdırlar. Bağımsız laboratuvarların onayı ise bağlı buldukları topluluklardan verilir (5/45-47).

## II.5. Sağlık İnsan Kaynakları

Doktorluk, diş hekimliği ve eczacılık sadece tıp doktoru, diş hekimliği ve eczacı lisansına sahip olan kişiler tarafından yapılabilir. Ayrıca doktorların Tabipler Birliği'ne, eczacıların da Eczacılar Odası'na kayıtlı olmaları gerekmektedir. Resmi lisansa sahip olanların büyük bir çoğunluğu bağımsız olarak kendileri için çalışan sağlık personelleridir. Uzman hekimler kurumlarda (çoğunlukla hastahanelerde) ve/veya ayakta tedavi esaslı olarak özel çalışırlar. Genel pratisyenler ise doğum birimleri hariç hastahanelerde çalışan azlar, sadece özel çalışabilirler. Bu iki doktor tipi arasında bir sevk sistemi olmadığından, her Belçika vatandaşı uzman hekimlere ve hastahane hizmetlerine ulaşma konusunda özgürdürler.

Sağlık çalışanlarına ait diğer dört kategori ise şunlardır: I) Ebeler ve üniversite derecesine sahip diğer kişiler (laborantlar gibi), II) Kendilerine ait yerlerde ya da hasta evlerinde çalışan fizyoterapistler, III) İlgili sağlık çalışanları, IV) Hemşireler (5/50).

**Tablo 2: Sağlık Sektörü Çalışanları 1971-1997**

| Personel başına düşen kişi sayısı | 1971 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1992 | 1994 | 1996 | 1997 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Genel Pratisyen                   | -    | -    | 909  | 714  | 667  | 667  | 667  | 667  | 667  |
| Diş Hekimleri                     | 5000 | 3000 | 2500 | 1667 | 1429 | 1429 | 1429 | 1429 | 1429 |
| Eczacılar                         | 1429 | 1250 | 1000 | 909  | 833  | 769  | 714  | 714  | 714  |
| Hemşireler                        | -    | -    | 118  | 130  | -    | -    | 94   | 93   | -    |

**Kaynak:** (5) European Observatory On Health Care Systems (2000) Health Care Systems In Transition – Belgium, s. 50.

Son 30 yıl içerisinde, sağlık sektöründe çalışan birçok personelin sayısı iki hatta üç katına çıkmıştır. Bunun en önemli sebebi de pazarın arz fazlası tarafının dikkate alınmaması ve sağlık sektöründe çalışmak isteyenlerin eğitimi konusunda bir kısıtlanmaya gidilmemesidir.

• Sağlık mesleğine girişteki öğrenci alımının kısıtlanmaması nedeniyle Belçika'da diğer Batı Avrupa ülkelerine kıyasla doktor ve hemşire sayısının nüfusa oranı çok yüksektir.

Sağlık sektöründe çalışmak için eğitim almış olanların sayısının bu kadar yüksek olmasının sonucunda yeni mezun genel pratisyenler, eğitimlerine oranla çok düşük ücretlerle çalışmakta, hatta bazen tıp dışında mesleklerle uğraşmaktadırlar. Bu yüzden Federal Hükümet tıp öğrencisi sayısında indirim gitmeye çalışmaktadır.



Diş hekimleri için de aynı durum söz konusudur. Hükümet bu daldaki öğrenci sayısını yıllık 140 ile sınırlamıştır. Bu da yarı yarıya bir indirim demektir. Fizyoterapist sayısı da yılda 450'yi geçemez.

Ülkedeki eczahane sayısı da 5.269 ile sınırlandırılmış olup, yeni mezun eczacıların çok düşük ücretlerle iş bulabildikleri gözlenir (5/50-53).

Ülkedeki eczahane sayısının 5.269 ile sınırlandırılmış olması sebebiyle eczahaneler bir tekel oluşturmuş durumdadır. Yeni eczahanelerin kurulması 1973 yılından beri kesinlikle yasaktır. Bu yasağın 8 Aralık 1999 tarihinde kaldırılması planlanırken bu süreç uzatılmıştır.

Sadece doktorlar ve diş hekimleri reçete yazabilirler. Yaklaşık 2.500 ilaç pozitif listededir, yani tamamen ya da kısmen geri ödemeleri yapılır. Geri ödeme oranı ilacın tedavi edicilik önemine göre değişir. Hasta, sadece geri ödeme yapılmayan kısmı eczahaneye öder. Sigorta kuruluşlarının ilgili oranları geri ödeme miktarını doğrudan eczahanelere öderler.

Bu sistemin önemli bir karakteristiği, sadece ana sağlık sigorta sistemi içindeki hastalara geri ödeme yapılmasıdır. Sağlık sigortası kapsamındaki kendi işinde çalışanlar (nüfusun %15'ini oluştururlar) eczahane masraflarının tamamını kendileri doğrudan öderler.

Ecza sanayisinin ve ilaçların dağıtımının denetimi ile ilgili kural ve yönetmelikler Federal Hükümetin sorumluluğundadır (9/1).

Tıp eğitimi Belçika'da 7 yıllık bir süreçtir. Eğitim iki aşamadan oluşur: İlk üç yıl teorik eğitimi içerir. Kalan dört yıllık süreçte üç yıl klinik çalışmalarla geçer ve son yıl hastahane eğitimi ile tamamlanır. Bu yedi yıl sonunda öğrenciler doktor diploması alırlar.

Ancak bir doktorun göreve başlayabilmesi için, Sosyal İşler, Kamu Sağlığı Ve Çevre Bakanlığı'ndan onay alması gerekir. Bu onayı almak için daha fazla eğitime gerek vardır. Uzman hekim olmak isteyen öğrenciler seçtikleri dalda göre 4-6 yıllık bir uzmanlık eğitimine tabi tutulurlar. Genel pratisyen olarak görev yapmak isteyenler 2 yıllık ek eğitim görmek zorundadırlar.

Eczacılar ve diş hekimleri beş yıllık bir eğitim sürecinden geçerler. Bu mesleklerde çalışanların Bakanlık onayı almalarına gerek yoktur, diploma çalışmaya başlamak için yeterlidir.

• Hemşirelik için ise değişik seviyelerde eğitim süreçleri vardır. Yüksek düzey hemşireler liseden sonra üç yıllık bir eğitim alırlar. Belgeli hemşireler iki yıllık bir eğitim sonucunda hastahane asistanı olarak göreve başlarlar. Bu grup isterse bir yıllık eğitim sonrasında bir kademe daha yükselebilir. AB yasaları uyarınca bu sistemde bir reforma gidilecek ve tek tip hemşireliğe geçiş yapılacaktır (5/54,55).



## II.6. Sosyal Güvenlik Sistemi

Belçika sosyal güvenlik sisteminde Bismarck ve Beveridge ekollerinin her ikisi de görülebilir. Örneğin emeklilik sistemi, çalışanların ödedikleri primler üzerine kurulmuştur (Bismarck). Ancak herkes hastahane masrafları için geri ödeme alır (Beveridge) (7/8).

Belçika sosyal güvenlik sisteminde üç grup için farklı bir yapıları vardır: 1) Ücretli çalışanlar, 2) Kendi işlerinde çalışanlar, 3) Resmi görevliler

### Ücretli Çalışanlar

Ücretli çalışanlar bu üç grup içinde en büyük kesimi oluşturur. Bu grubun sosyal güvenlik sisteminin merkezi organı Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu'dur. Bu büro hem işverenden hem de işçilerden primleri toplar. Kapsam içindekilerin harcamaları, bu kurumun altında yer alan ödeme kurumları nca yapılır.

Ücretli çalışanlara ait sosyal güvenlik primlerinin yüzdeleri 2000 yılı rakamlarına göre aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 3: Ücretli Çalışanlar İçin Sosyal Güvenlik Primleri Oranları**

| Riskler                       | Çalışanın Ödediği Prim (%) | İşverenin Ödediği Prim (%) | Toplam (%)   |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|
| 1. Hastalık ve işgörememezlik |                            |                            |              |
| – tıbbi bakım                 | 3,55                       | 3,80                       | 7,35         |
| - sakatlık                    | 1,15                       | 2,35                       | 3,50         |
| 2. İşsizlik                   | 0,87                       | 1,46                       | 2,33         |
| 3. Emeklilik                  | 7,50                       | 8,86                       | 16,36        |
| 4. Aile üyeleri               | 0,00                       | 7,00                       | 7,00         |
| 5. İş Kazaları                | 0,00                       | 0,30                       | 0,30         |
| 6. Mesleki hastalık           | 0,00                       | 1,10                       | 1,10         |
| <b>TOPLAM</b>                 | <b>13,07</b>               | <b>24,87</b>               | <b>37,94</b> |

**Kaynak:** (7) Social Security In Belgium (2001) Social Protection System, s. 11.

### Kendi İşlerinde Çalışanlar

Kendi işlerinde çalışan kişiler beş sosyal güvenlik riski için sigortalanırlar: 1) tıbbi bakım, 2) işgörememezlik, 3) aile fertleri, 4) emekli maaşı, 5) iflas. Bu grubun sosyal güvenlik sisteminin merkezinde Kendi İşinde Çalışanlar İçin Ulusal Sosyal Güvenlik Kuruluşu bulunur. Bu kuruluşun görevleri; primleri toplamak ve kapsam içindekilerin ödemelerinin koordinasyonunu sağlamaktır.

Kendi işlerinde çalışanlar sosyal güvenlik primlerini üç ayda bir öderler. Ödenen prim miktarları yıllık net gelir üzerinden hesaplanır ve gelir arttıkça ödenen miktarda da artış olur (7/12).

### Resmi Görevliler

Resmi görevliler iki gruba ayrılır. 1) Yerel ya da taşra teşkilatlarında çalışanlar ve 2) diğer idari kurumlarda çalışanlar. İlk kategoridekilerin sosyal güvenlik sisteminin merkezinde Yerel Ve Taşra Teşkilatlarında Çalışanlar İçin Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu bulunur. Diğer resmi görevliler için ise, çalıştıkları idari kurum, primlerin toplanmasından ve ödenmesinden sorumludur, ancak sağlık sigortası için primler ücretli çalışanlar sistemine bağlıdır.

Yerel ya da taşra teşkilatları dışında çalışan resmi görevlilerin primlerini çalıştıkları kurum toplar ve öder. Bu kategorideki resmi görevliler maaşlarının %7,5'ini emeklilik, %3,55'ini sağlık sigortası için verirler. Sağlık sigortası için verilen miktara çalıştıkları kurum bir parça ekleme yaparak %3,80 şeklinde Ulusal Sosyal Güvenlik Bürosu'na aktarır.

Yerel ya da taşra teşkilatlarında çalışanların ödedikleri prim oranları ise şöyledir:

- sağlık hizmetleri ve işgöremezlik (işveren katkısı: %3,8, işçi katkısı %3,55)
- aile üyeleri (işveren katkısı: %5,25)
- mesleki hastalıklar (işveren katkısı: %0,17)
- emekli maaşı (işveren katkısı: %20 (yıllara göre değişir), işçi katkısı; %7,5 (sabit))
- maaş ayarlamaları (işveren katkısı: %6,19)
- çocuk primi (işveren katkısı: %0,05) (7/13).

### II.7. Sağlık Sisteminin Mali Yapısı

OECD – Sağlık Verileri (2004) raporu incelendiğinde, Belçika'nın sağlık için harcamalarının göreceli yüksek olduğu görülür. 1980 yılında Belçika'nın Yurt İçi Gayri Safi Milli Hasıla'sına oranla sağlık harcamalarının %6,4 civarında olduğu ve bunun Avrupa Birliği ortalamasının altında kaldığı görülür. 2002 yılında ise bu oran %9,1'e çıkmıştır. Bu dönemde sadece Yunanistan ve Portekiz gibi ülkeler bu kadar hızlı bir büyüme gösterebilmişlerdir (8/5).

Belçika'da sağlık harcamalarının finansmanı üç ana grup tarafından karşılanır: Hükümet (yaklaşık %72), hastalar (yaklaşık %23) ve özel sigorta (%5).

Federal hükümet tüm hastahanelerin bütçelerini sabitlemiştir. Bu bütçe genel olarak yatırım maliyetlerini, bina giderlerini ve sağlık hizmeti maliyetlerini kapsar.

Hastahanelerin finansmanının %75'i zorunlu sağlık sigortası fonlarından, %25'i Federal Hükümet bütçesinden karşılanır. Hastahanelerin işletim bütçesi, hastahane gelirlerinin %50'si olarak belirlenir.

1970'li yıllarda hastahane bütçeleri, hastaların hastahane kalış süreleri göz önüne alınarak hesaplanırdı.

Ancak bu sistemde bütçenin doğru olarak kontrolü çok zordu. Yapılan reformlarla hastahanelere belirli bir bütçe ayrıldı ve hastahaneler giderlerini kendi iç yapılarına göre belirleyerek bu bütçeyi kullanmaya başladı. Ayrıca hastahanelere sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için de fonlar ayrıldı (6/14).

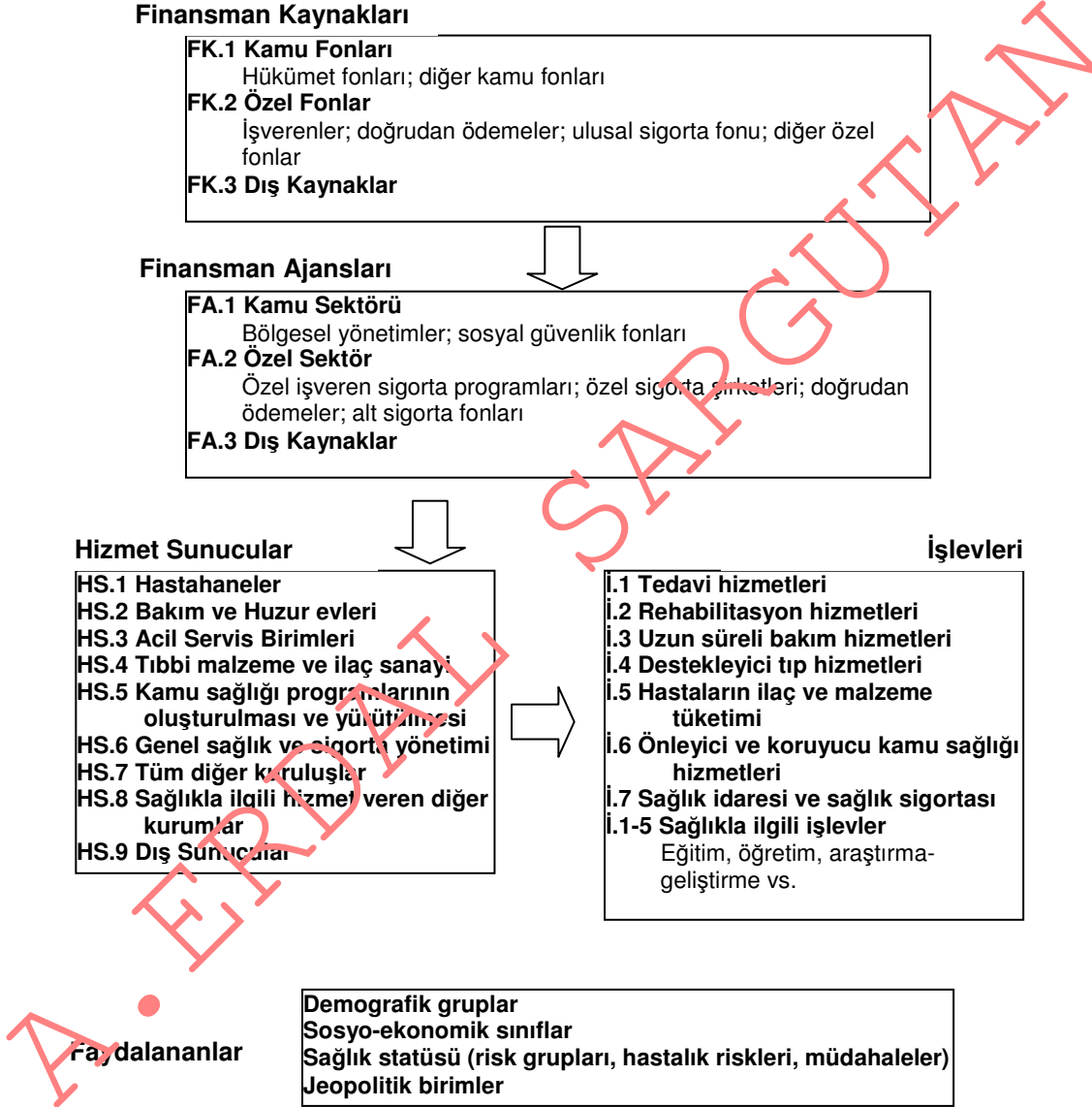
**Tablo 4: Belçika Ulusal Sağlık Harcamaları Ve Bazı Göstergeler**

|                                                                              | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Toplam Nüfus (x1000)                                                         | 10203 | 10226 | 10251 | 10287 | 10333 |
| Kişi başına sağlık harcaması (ABD doları)                                    | 2041  | 2139  | 2288  | 2441  | 2515  |
| Yurt İçi Gayri Safi Milli Hasılanın yüzdesi olarak toplam sağlık harcamaları | 8,6   | 8,7   | 8,8   | 9,0   | 9,1   |
| Toplam sağlık harcamaları içinde hükümet harcamalarının yüzdesi              | 70,2  | 70,6  | 70,5  | 71,4  | 71,2  |
| Toplam sağlık harcamaları içinde özel sektör harcamalarının yüzdesi          | 29,8  | 29,4  | 29,5  | 28,6  | 28,8  |
| Hükümetin sağlık harcamalarının, toplam hükümet harcamaları içindeki yüzdesi | 11,9  | 12,3  | 12,6  | 13,0  | 12,8  |
| Sosyal güvenlik fonlarının hükümetin sağlık harcamaları içindeki yüzdesi     | 89,3  | 86,6  | 82,2  | 77,7  | 77,7  |

**Kaynak:** (12) WHO (2004) National Expenditure On Health – Belgium, s. 1.

Hastalardan geri ödeme esnasında kesilen payları ve sosyal güvenlik kapsamına girmeyen alternatif tıp, estetik cerrahi gibi tedavileri de sağlık sektörünün finansmanında önemli bir yer tutar.

İsteğe bağlı özel sigorta uygulayan kâr amaçlı özel sigorta firmaları da hastaların ödedikleri ücretlere destek olurlar ya da özel hastahane odaları gibi bazı isteğe bağlı masrafları karşılarlar. Bu özel sigorta planları harcamaların küçük bir kısmını karşılasa da gün geçtikçe artmaktadır (6/16).

**Şema 2: Sağlık Sisteminin Mali Akış Şeması**

**Kaynak:** (11) WHO (2003) Financing Flows In Health Systems: NHA Representation (2003), s.1.

Yukarıda belirtilen katkıların dışında, kamu idareleri sağlık hizmetlerinin finansmanına şu amaçlarla fonlar ayırmaktadır:

- Toplulukların görevi olan sağlığın iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için ayrılan fonlar,
- İlaç kullanımı ile ilgili programların yürütülmesi için ayrılan fonlar,
- Toplulukların ya da bölgelerin görevi olan hastahanelerin inşası için gerekli fonlar (6/16).

### II.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Sistemi

Bir doktora gidildiğinde ya da bir tedavi görüldüğünde, önce hasta çıkarılan faturanın tamamı ödenir. Daha sonra aldığı belgeyle bağlı bulunduğu sağlık sigortası fonuna gider ve burada ödediği paranın önemli bir kısmını geri alır.

Sigorta geri ödemeleri genellikle tıbbi tedavinin çeşidine ve sağlık sigortasının türüne göre değişir. Çoğu durumda tam bir geri ödeme yapılmaz. Genellikle hasta ücreti adı altında %25'lik bir oran kesilir.

Sosyal sigorta güvencesi altındaki dul ve özürlüler, emekliler, yetimler gibi düşük gelir seviyesindeki kişiler için geri ödeme de yapılan kesintiler %10 civarındadır.

İlaçlar için ise geri ödeme sisteminde, çeşitli kategorilerdeki ilaçlar için çeşitli oranlarda kesintiler yapılır. Bu oranlar sigortanın hangi gruba girdiğine, ne tür bir rahatsızlığı olduğuna, kullandığı ilacın cinsine göre %25 ile %10 arasında değişiklik gösterir. Bazı gruplar için azami ödeme tutarları vardır. Bunun üzerinde ücret talep edilmez (7/34).

### II.8. Sağlık Sisteminin Geleceği

Son yirmi yıl içerisinde Belçika sağlık sisteminde reform gerçekleştirilememiştir. Bunda en önemli etken olarak sağlık sisteminin temel ilkesi olan eşitlik ve seçme özgürlüğü ilkelerinin çiğnenmemesidir. Bunun yanı sıra, sağlık politikası karmaşık bir idari yapı ağı tarafından yürütülmekte olup, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık sigortası fonlarının çok önemli görevleri vardır. Mikroekonomik dengelere gösterilen hassasiyet her zaman karar alma mekanizmasında frenleyici bir rol oynamaktadır. Ücret tarifelerinin sabitlenmesi ve hastalardan alınan ödemelerin artırılması da 1990'lar boyunca hizmet başına ücret politikası içinde başarılı olamamıştır. Hastahane sektöründeki birkaç örnek dışında, henüz finansman teknikleri ve ölçme konusunda yetersizlikler vardır. Sadece son yıllarda yapılan bazı küçük ama etkili değişiklikler sistemde biraz iyileşmeye yol açmıştır.

Sistemin bu duruma uzun süre dayanabileceği şüpheli görülmektedir. Artan harcamalar konusunda özellikle liberal partilerden ve işveren kuruluşlarından gelen şikayetler artmaktadır. Eğer zorunlu sağlık sigortası sisteminin gün geçtikçe yıpranması istenmiyorsa, sistemin performansını daha verimli hale getirmek gerektiği belirtilmektedir.

Ekonomistler arasında politikaların yeniden ayarlanması gerektiği konusunda fikirbirliği vardır, ancak esas sorun bu değişiklikleri kimin gerçekleştireceğidir. Hem hastaların hem hizmet sunucuların özgürlüklerini kim kısıtlayacaktır (8/14)

Sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik ileriye dönük uygulamaların şunları kapsamaması gerektiği düşünülmektedir:

- Genel pratisyenlerce tutulacak hasta dosyası sisteminin tam olarak uygulamaya sokulması,
- Grup uygulamalarının öneminin artırılması (birincil sağlık hizmetlerinde),
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ve sağlığın geliştirilmesine daha çok önem verilmesi,
- Hastahane hizmetlerinin rasyonelleştirilmesi (bazı uzmanlık hizmetlerinin sadece bazı hastahanelerde bulunmasını sağlama),
- Hastahane bütçelerinin ayarlanmasında daha iyi bir sistemin uygulanması,
- Sağlık sisteminin finansmanında bölgesel farklılıklar göz önüne alınarak, finansman yapısının yeniden ayarlanması,
- Hizmet başına ücret alan hastahane doktorlarının aldıkları ücretlerin hastahane bütçesi içine alınması (5/78).

A. ERDAL

SARGUTIMAN

### III. BELÇİKA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 5: Belçika Ve Türkiye İle İlgili Bazı Göstergeler**

|                                                                            | Belçika*   | Türkiye**  |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| Toplam Nüfus                                                               | 10.318.000 | 71.325.000 |
| Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)                                                | 0,2        | 1,6        |
| Kişi Başına Düşen GSYİH                                                    | 27.652     | 6,448      |
| Yurt İçi Gayri Safi Milli Hasıla İçinde Sağlık Harcamalarının Yüzdesi      | 9,1        | 6,5        |
| Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Hükümet Sağlık Harcamalarının Yüzdesi     | 71,2       | 65,8       |
| Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Yüzdesi | 28,8       | 34,2       |
| Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD Doları)                            | 2.515      | 420        |
| Toplam Doğurganlık Oranı                                                   | 1,7        | 2,4        |
| Ortalama Yaşam Beklentisi                                                  | 71,1       | 62,0       |
| Yatak başına düşen kişi sayısı                                             | 172        | 392        |
| Doktor başına düşen kişi sayısı                                            | 667        | 806        |
| Bebek ölüm hızı                                                            | 4          | 39,02      |

**Kaynak:** \* (13) World Health Organization (2003): Statistics By Country Or Region: Turkey.

\*\* (4) World Health Organization (2003): Statistics By Country Or Region: Belgium.

Belçika'da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi konusunda ana sorumlu organ Sosyal İşler, Kamu Sağlığı Ve Çevre Bakanlığı'dır. Belçika'nın karmaşık idari yapısı, bölgelere ve topluluklara ayrılmış olması ve yönetsel birimlerin birbirine girmiş sorumlulukları, sağlık ile ilgili konuların iç içe girmesine neden olmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinden sorumlu kurum olarak hiyerarşinin en üstünde Sağlık Bakanlığı'nın yer aldığı görülür. Sağlık Bakanlığı'nın iller ve ilçeler düzeyinde örgütlenmesi vardır.

İki ülkedeki kişi başına düşen doktor, hemşire ve hasta yatağı sayıları bakımından Belçika'nın bu konuda çok önde olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda her iki ülkede de farklı türde de olsa çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Belçika'da sağlık sisteminin ana ilkelerinden biri olan istenilen doktoru ve hastahaneyi seçebilme özgürlüğü, sevk sisteminin yerleşmemesine ve hastaların doğrudan ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği hastahanelere yönelmesine neden olmaktadır.

Türkiye'de de, yasal olarak sevk sistemi söz konusu olsa da, işletilmemektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmetleri içinde yer alan koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önem verilmemektedir.

Belçika'da sağlık hizmetlerinin sunumundaki en önemli unsurlardan biri doktorların hastaların evlerinde hizmet vermeleridir. Ev ziyaretlerini genel pratisyenlerin yanı sıra uzman hekimler de gerçekleştirebilirler. Türkiye'de ise doktorların hastaya gelmesi uygulaması çok enderdir.

Belçika'da zorunlu sosyal güvenlik sistemi bes ana kuruluşun bağlı olduğu tek bir kurum tarafından yönetilmekte, farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu gruplar tıpkı Türkiye'de olduğu gibi devlet memurları, kendi işinde çalışanlar ve işçiler olarak ayrılır.

Türkiye'de bu kurumlar birbirinden bağımsız olarak hareket etmektedir. Türkiye'de son yıllarda bu üç sosyal güvenlik kurumunun tek bir statü altında toplanması konusunda reform niteliğinde çalışmalar yürütülmektedir.

Türkiye nüfusunun dörtte üçü sağlık sigortası kapsamı içindeyken bu oran Belçika'da %90'ın üzerindedir. Her iki ülke de sağlık sistemi bakımından Refah Yönelimli ülkeler sınıfına girmektedir.

Belçika'da hastahaneler (birkaç tanesi dışında) kâr amacı gütmeyen özel ve devlet sektörü hastahaneleridir. Bu hastahanelerde çalışan doktorlar hizmet başına ücret alan sözleşmeli doktorlardır. Hastahanelerde birkaç alan haricinde sadece uzman hekimler çalışabilirken, genel pratisyenler bağımsız olarak çalışmaktadır.

Türkiye'de hastahanelerin çoğu kamu sektörüne ait olup, özel sektör hastahaneleri az sayıdadır. Özel sektörün sağlık sistemi içindeki payı gün geçtikçe artmaktadır. Özel sektöre bağlı hastahaneler kâr amaçlı hastahanelerdir.

Belçika'da eczahane sayısı belli bir sayıda sabitlenmiş olup, bu sayının üzerine çıkılmamaktadır. Türkiye'de ise eczahane sayısına herhangi bir kısıtlama getirilmemiştir.

Belçika'da halk sağlık sisteminin işleyişinden memnundur. Hastalara tanınan doktorunu ve hastahanesini seçme özgürlüğü, sistemde çeşitli reformlar yapılabilmesinin önünde duran en büyük engel olarak görülmektedir. Hiçbir hükümet bu hakkı kısıtlamaya yanaşmadığından, sistemde yapılması düşünülen en büyük reform olan sevk zinciri sisteminin kurulması gerçekleştirilememektedir.

Türkiye'de sağlık sisteminin daha iyi konuma getirilebilmesi için reform niteliğinde çalışmalar yapılmaktadır.



**KAYNAKLAR**

1. Allnet-Ülkeler Rehberi-Belçika (2001) Belçika  
<http://www.ulkeler.net/belcika.htm>
2. Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (2002) Belçika Ekonomisi Ve Türkiye-Belçika Ekonomik Ve Ticari İlişkileri, İstanbul.  
[www.deik.org.tr](http://www.deik.org.tr)
3. T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı (2005) Belçika, Siyasi, İdari Ve Coğrafi Durum.  
[www.foreigntrade.gov.tr/DUNYA/RAPOR/Belçika/belçika.htm](http://www.foreigntrade.gov.tr/DUNYA/RAPOR/Belçika/belçika.htm)
4. World Health Organization (2003) Statistics by Country or Region: Belgium  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.c.m?country=bel>
5. European Observatory on Health Care Systems (2000) Health Care Systems in Transition – Belgium  
[www.euro.who.int/observatory/hits/TopPage](http://www.euro.who.int/observatory/hits/TopPage),
6. Belgian Presidency of the European Union (2001) Health Care Structure in Belgium.  
[www.socialsecurity.fgov.be/doc/structuur\\_gezondheidszorg\\_update\\_03\\_2004\\_en.pdf](http://www.socialsecurity.fgov.be/doc/structuur_gezondheidszorg_update_03_2004_en.pdf)
7. Service Public Fédéral Sécurité Sociale (2001) Everything You Have Always Wanted to Know About Social Security.  
[www.socialsecurity.fgov.be/](http://www.socialsecurity.fgov.be/)
8. Schokkaert, E., Van de Voorde, C., (2004) Health Care Reform in Belgium, Departement Economie.  
[www.econ.kuleuven.ac.be/ew/academic/econover/Papers/wphcref.pdf](http://www.econ.kuleuven.ac.be/ew/academic/econover/Papers/wphcref.pdf)
9. World Health Organization (2004) Pharmaceuticals.  
[www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/2002430\\_4](http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overview/2002430_4)
10. WHO (2004) Country Highlights on Health – Belgium 2004  
[www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHH/BEL/20041122\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHH/BEL/20041122_1)
11. National Health Accounts – Belgium – Financing Flowcharts/pdf  
● World Health Organization (2003) Financing Flows in Health Systems: NHA Representation.  
[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
12. [www.who.int/entity/whr/2004/annex/country/bel/en](http://www.who.int/entity/whr/2004/annex/country/bel/en)  
World Health Organization (2004) National Expenditure on Health – Belgium.

13. World Health Organization (2003) Statistics by Country or Region: Turkey  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN