

LÜKSEMBURG SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ümit ÇIRAKLI
Bilal AKSÖZ
Umut BEYLİK
Erol GÜRAN
Mesut NACAR

A. ERDAL SARGUTAN

LÜKSEMBURG SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1816
I. ÜLKE TANITIMI	1817
I.1. Coğrafi Yapı Ve İklim	1817
I.2. Tarihçe	1817
I.3. Nüfus	1818
I.4. Yönetim Ve Toplum	1818
I.5. Ekonomi	1818
I.6. Eğitim	1819
I.7. Kültürel Yaşam	1819
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1820
II.1. Sağlık Yapısı	1820
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi	1820
II.3. Sağlık Sisteminin Yönetimi ve Örgütlenmesi	1821
II.3.1. Sağlık Sisteminin Yönetimi	1821
II.3.2. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi	1822
II.3.2.1. Sağlık Bakanlığı	1822
II.3.2.1.1. Sağlık Yönetimi ve Bölümleri	1822
II.3.2.1.2. Ulusal Sağlık Laboratuvarı (USL)	1825
II.3.2.2. Sosyal Güvenlik Bakanlığı	1825
II.3.2.3. İstatistiki ve Ekonomik Çalışmalar Birimi	1825
II.3.2.4. Diğer Bakanlıklar	1825
II.3.2.5. Yerel Yönetimler (Belediyeler)	1826
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1826
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1826
II.4.2. Halk Sağlığı Hizmetleri	1827
II.4.3. İkincil ve Üçüncü Sağlık Hizmetleri	1828
II.4.4. Sosyal Hizmetler	1829
II.4.5. Özel Sektör	1829
II.5. İlaç Sektörü	1830
II.6. Sağlık İnsangücü	1831
II.7. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı	1832
II.7.1. Zorunlu Sağlık Sigortası	1832
II.7.2. Gönüllü Sağlık Sigortası	1834
II.8. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı	1835
II.9. Sağlık Harcamaları	1836
II.10. Sağlık Reformları	1837
III. LÜKSEMBURG VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1839
KAYNAKLAR	1842

ÖZET

Sağlık örgütünün kamu otoritesi Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını belirler ve uygular, yasal düzenlemeleri hazırlar, genel olarak sağlık hizmeti sunanları, kamu ve özel sağlık kuruluşlarını ve hizmetlerini denetler. Sağlık Bakanlığı dışında Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Aile Refahı Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, İskân Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı'nın da sağlıkla ilgili görevleri ve sorumlulukları vardır.

Lüksemburg kaynak dağılımı kararlarının yerel yönetime devredilmesi için çok küçük bir ülkedir.

Koruyucu hizmetler Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bu hizmetler yerel hizmet birimleri, özel doktorlar ve kâr amaçsız kuruluşlar tarafından, Sağlık Bakanlığı ödenekleriyle verilir. Eczacılık hizmetlerinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında paylaşılmıştır.

Lüksemburg sağlık sisteminin hizmetleri kamu kaynaklı ücretsiz devlet hizmetlerine, özelleştirilmiş hastahane sektörüne, bağımsız çalışan doktorlara, zorunlu ve gönüllü sigorta sistemleri kapsamında yer alan kişilerin prim ödemelerine dayanır. Sağlık çalışanlarının ödemeleri, hizmet başına sabit ücret şeklinde yapılmaktadır.

Hizmet talebinde zorunlu sağlık sigortası nüfusun %99'unu kapsamakta olup, sağlık sisteminde sunulan bütün hizmetleri içermez. Kapsamı dışında kalan hizmetlerin ücretleri hasta tarafından veya ek sigortalarla karşılanır. Finansal kaynakları devletten gelen gelirler, primler ve sigortalıların katılım payları ve kişisel doğrudan ödemelerdir. Devlet zorunlu sağlık sigortasına katkıda bulunur.

Gönüllü sağlık sigortası, ek sigorta niteliğindedir. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmayan hizmetleri kapsar. Sağlık hizmetlerinden faydalananların %75'i bu sigortalara da üyedir. Finansmanı üye ödentileri ile sağlanır.

Sağlık sisteminin temel özelliği hastaların sağlık hizmeti sunucusunu seçmekte özgür olmaları ve özel sağlık çalışanlarının, mesleki örgütleri ve sigorta kuruluşları arasında yapılan anlaşmalara uymak zorunda bulunmalarıdır.

Sağlık sigortası gelirlerinin yaklaşık %60'ı sigortalılardan alınan katkılardan toplanmakta, geriye kalan %40'lık kısmı devlet tarafından bütçeden finanse edilmektedir.

Lüksemburg'da tıp fakültesi bulunmadığı için yurt dışında eğitim yapılır.

Lüksemburg'da tüm ilaç ürünleri ithal edilmektedir ve ilaçların perakende satış fiyatları ithal edildikleri ülkelerdeki fiyatlarına göre belirlenmektedir.

Lüksemburg'da sağlık hizmeti talep sistemi Refah Yönelimli / Sigorta tipi içine girmektedir.

LÜKSEMBURG SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	: 2.586 km ²
NÜFUS	: 457.700
İDARE ŞEKLİ	: Anayasal monarşi
BAŞKENTİ	: Lüksemburg
DİL	: Resmi dil Almanca ve Fransızca
DİNİ	: Katolik, Protestan ve Müslüman
ETNİK GRUPLAR	: Fransız, Alman, Portekiz, İtalyan
PARA BİRİMİ	: EURO (9/53-55)

I.1. Coğrafi Yapı

Lüksemburg fiziksel coğrafya bakımından iki bölgeye ayrılır. Kuzeydeki Ösling (Oesling) ile güneydeki Gutland (Bon Pays). Kuzeyde ülke topraklarının üçte birini kaplayan Ösling, büyük bölümü Belçika'da kalan ormanlık Ardennes Dağlarının bir uzantısıdır. Derin ırmak vadileriyle parçalanmış olan bu düz platonun ortalama yüksekliği 400-490 m arasında değişir. Ösling'in kuzey ucunda ülkenin en yüksek noktası Buurgplaatz (559 m) yer alır. Platoyu örten ince ve verimsiz topraklar, 19. Yüzyıl sonlarında çeliğin yan ürünü olarak elde edilen fosfatlı gübrenin kullanılmaya başlamasıyla tarıma elverişli hale gelmiştir. Bu topraklarda arpa, yulaf, çavdar ve patates yetiştirilmektedir.

Lüksemburg'da deniz ve kara iklimleri arasında bir geçiş kuşağı oluşturan ve son derece yüksek nem oranıyla belirlenen ılıman bir iklim hüküm sürer. Yıllık ortalama sıcaklık 8°C, yıllık ortalama yağış miktarı ise 810 mm'dir (9/53).

I.2. Tarihçe

Roma ordularının fethi (İÖ 57-50) sırasında bugünkü Lüksemburg topraklarında bir Belçika kabilesi olan Treveriler yaşıyordu. İS 400'den sonra German kabilelerinin istilasını uğrayan bölge önce Frank krallıklarından Austrasia'nın ardından Charlemagne'in kurduğu imparatorluğun bir parçası oldu. Verdun Antlaşmasıyla (843) Orta Frank Krallığı içinde kaldıysa da Ardennes kontu Siegfried, 963'te topraklarını Alzette Irmağı kıyısındaki küçük bir Roma kalesi karşılığında değiştiren bağımsız bir kimlik kazandı. Bu kale Lüksemburg kentinin çekirdeğini oluşturdu. Kalenin Lucilinburhuc (küçük kale) olan adı Lüksemburg'un bütününe verildi.

Önceleri Kontluk, sonraları Dukalın olarak yönetilmiştir. Bir ara Almanya'ya sonra Fransa'ya bağlandıktan sonra, 1814-15'te toplanan Viyana Kongresi Lüksemburg'u bir Grandüklük olarak Hollanda Krallığı'na bıraktı. 1831'de Lüksemburg toprakları ikiye ayrılarak Hollanda ve Belçika'ya verildi. Belçika'da kalan kesim Lüksemburg adıyla bir il durumuna gelirken, öteki kesim bir süre daha Grandüklük olarak Hollanda tarafından yönetildi.

1867'de büyük devletlerce tarafsızlığı güvence altına alınan grandüklük, Nassau hanedanının egemenliğine girdi. Bağımsız bir devlet olması 1890 yılında gerçekleşti (9/56).

I.3. Nüfus

Günümüzde Lüksemburg nüfusunun büyük çoğunluğunu Fransız ve Alman kökenliler oluşturmaktadır. Lüksemburglular arasında nüfus artış hızının düşük olmasının yol açtığı işgücü darlığı, Portekiz, İtalya ve başka Güney Avrupa ülkelerinden gelen göçlerle giderilmektedir. Madencilik ve çelik sanayilerinde, başkentteki yabancı bankalarda ve uluslararası şirketlerde çok sayıda göçmen ve yabancı işçi çalışmaktadır. Nüfusun büyük bölümü bir Germen dil olan Letzeburg lehçesini konuşur; daha çok devlet kurumlarında Fransızca ve Almanca da kullanılır. Nüfusun büyük çoğunluğu Katoliktir. Dinsel azınlıkların başında çoğunluğu Lutherci olan Protestanlar ile Yahudiler gelir. Nüfusun büyük bölümü Lüksemburg kentinde ve 19. Yüzyıldan beri Grandüklüğün sarayı merkezi olan güneybatıdaki küçük kentlerde yaşamaktadır (9/53,54).

I.4. Yönetim Ve Toplum

Lüksemburg parlamenter yönetim biçimine dayalı bir meşruti monarşidir. 1868'de kabul edilen ve 1956'da değiştirilen anayasa uyarınca yasama yetkisini Temsilciler Meclisi kullanır. Görev süresi beş yıl olan Temsilciler Meclisi'nin üyeleri tek dereceli genel seçimle belirlenir. Grandükün atadığı üyelerden oluşan Devlet Konseyi temelde bir danışma organı işlevi görür. Bütün yasama işlerinde görüşü alınan konseyin yetkisi yasaların yürürlüğe girmesini ertelemekle sınırlıdır. Grandük Devlet Başkanı olarak yürütme gücünün de başı sayılır fakat, bu yetkiyi Başbakan tarafından oluşturulan ve Temsilciler Meclisi'ne karşı sorumlu olan Bakanlar Kurulu kullanır.

Yargı sisteminin başında üyeleri Grandük tarafından atanan Yüksek Adalet Mahkemesi bulunur. Bayındırlık, sağlık ve eğitim gibi işleri seçilmiş meclisler aracılığıyla yönetilen belediyeler yürütür. Belediye başkanlarını Grandük atar. Kuzey Atlantik Antlaşması Teşkilatı'na (NATO) üye olan Lüksemburg'un küçük ordusu gönüllü askerlerden oluşur ve daha çok kolluk hizmeti görür.

Sosyal derece gelişmiş olan sosyal refah sistemi nüfusun tamamına yakınına kapsar. Sistemle ilgili hizmetler işçilerin ve işverenlerin seçtiği temsilcilerden oluşan yarı kamusal nitelikte organlar aracılığıyla yürütülür. Başlıca sosyal refah programları arasında sağlık sigortası, emekli aylığı, iş kazası tazminatı, aile yardımı ve işsizlik sigortası sayılabilir (9/54).

I.5. Ekonomi

Lüksemburg'da büyük ölçüde ağır sanayi, uluslararası ticaret ve bankacılığa dayanan gelişmiş bir piyasa ekonomisi yürürlükte. Lüksemburg dünyada kişi başına gelir düzeyi en yüksek ülkedir. Lüksemburg Benelüks Ekonomik Birliği üyesidir. İthalat ve ihracatın büyük bölümü sanayi ürünlerine dayanır. 2000 verilerine göre toplam Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 18,4 milyar ABD Doları, kişi başına GSMH ise 42.060 ABD Doları'dır.

İmalat sektörü üretimi ülkenin Gayri Safi Yurt İçi Hâsılasının (GSYİH) yüzde 11'ini oluştururken, toplam işgücünün yaklaşık yüzde 13'ü bu sektörde çalışmaktadır. Başlıca sanayi ürünleri, çelik ürünleri, lastik, kimyasal maddeler, metal eşya, dokuma ipliği ve işlenmiş gıda ürünleridir. Geleneksel olarak sanayinin belkemiğini oluşturan çelik üretimi özel şirketin denetimindedir. Artan dış rekabetle ve dünya çelik talebinde ortaya çıkan düşüşle baş edebilmek için çelik sanayisi 20. Yüzyıl sonlarında devlet desteğiyle yeniden yapılandırılmıştır. 1970'lerde çelik-sanayisinde ortaya çıkan bu gerileme üzerine sanayiye çeşitlendirmek amacıyla uluslararası şirketlerle çeşitli yatırım sözleşmeleri imzalanmıştır. Ülkede etkinlik gösteren çok uluslu şirketler vardır. Elektrik dağıtımını özel bir kuruluş yürütür.

Madencilik, taş ocakçılığı ile kum, çakıl ve alçı çıkarımı ile sınırlıdır. Demir cevheri yatakları büyük ölçüde tükenme noktasına gelmiştir. Güneydeki dökümhaneler günümüzde Fransa'dan alınan demir cevherine bağımlı duruma gelmiştir. Sanayide kullanılan kok kömürü ve petrol de ithal edilir (9/54).

I.6. Eğitim

Lüksemburg'da eğitim 6-15 yaş arası zorunludur. Temel eğitim dili ilkokullarda Almanca, orta ve lise düzeyindeki okullarda Fransızcadır. Bütün eğitim sistemi boyunca dil derslerine büyük önem verilir. Temel eğitim ardından devam edilebilen meslek okulları vardır. Ülkede yükseköğuller ve üniversite bulunmadığı için birçok genç yurt dışında yükseköğrenimi görür (9/53).

I.7. Kültürel Yaşam

Lüksemburg'un birçok Avrupa ülkesinin yanı sıra öteki ülkelerle de imzaladığı kültürel değişim anlaşmaları müzik ve tiyatro gibi alanlarda en yetkin yapıtların halka ulaşmasını sağlar. Ülkenin başlıca kültürel kurumu olan Grandüklük Enstitüsü tarih, dil, bilim, dil, folklor, güzel sanatlar ve edebiyat gibi bölümleriyle çeşitli bilimsel ve kültürel çalışmalara destek verir.

Lüksemburg kişi başına düşen gazete sayısı bakımından dünyada ilk sıralarda yer alır. Avrupa'nın en eski gazetelerinden ikisi (kuruluşları 1848 ve 1880) Lüksemburg'da çıkar. Radyo ve televizyon yayınlarını özel ticari kuruluşlar yürütür (9/54).

-II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Yapısı

Tablo 1: Temel Göstergeler

Toplam Nüfus, 2004	457.700
Nüfusun Yıllık Büyüme Oranı, %, 1990-2004	1,4
Kaba Ölüm Oranı, 2004, %0	8
Kaba Doğum Oranı, %0	13
Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi, 2004	79
Toplam Doğurganlık Oranı, 2004, %0	1,7
Bebek Ölüm Oranı, %0	5
Sağlıklı İçme Suyu Kullanan Nüfus Oranı, %	100

Kaynak: (1) UNICEF (2004) Health at a Glance, Luxembourg, s:1,3,5.

Yaşlanmakta olan bir nüfusa sahip olan Lüksemburg'a ait bazı temel göstergeler Tablo 1'de verilmiştir. 2003 yılı tahminlerine göre 0-49 yaş aralığında HIV prevalansı 500 kişiden azdır. 1990 yılında %10 olan kaba ölüm oranı 2004 yılında %0,8'e gerilemiştir. Yine 1990 yılında 70 olan doğuştan beklenen yaşam süresi, 2004 yılında önemli ölçüde artmış ve 79'a çıkmıştır. (1/1,3,5). 1998 yılında en çok görülen ölüm nedenlerinin başında dolaşım sistemi hastalıkları (kardiyovasküler ve serebro vasküler hastalıklar) gelmekteydi ve bunu sırasıyla kanser, solunum sistemi hastalıkları ve kazalar ve intiharlar gibi dışsal nedenler takip etmekteydi (2/3).

2000 yıllarında Lüksemburg'da her on insandan sekizi bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Bu hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir ve bu hastalıklara bağlı ölümler toplam ölümlerin üçte birini oluşturmaktadır. Bu hastalıkların sonucunda gerçekleşen ölümler son yıllarda düzenli bir şekilde azalmış ve Avrupa ülkelerine oranla daha hızlı artmış olmakla birlikte, Avrupa ortalamasının altındadır.

Yiyecek ve beslenme politikalarının düzenlenmesine ve eşgüdümünün sağlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (5/9).

II.2 Sağlık Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Lüksemburg'daki sağlık hizmetlerine dair, 1732 yılına ait ilk resmi belgelere göre sanssız tıbbi uygulamalar yasaklanmış ve sonraki yüzyıllarda hükümetler, sağlık hizmeti sunumu yapmak isteyenleri kontrol etmiş ve kayıt altına almıştır (2/3). Çeşitli dallardaki tedavi hizmetleriyle ilgili olan her türlü uygulamayı düzenlemek üzere 1818 yılında idari otoriterler olan "Tıbbi Komisyonlar" kurulmuştur. 1841 yılında bir Grandüklük olan Lüksemburg'da, kralın isteğiyle Tıp Koleji kuruldu (2/4).

20. Yüzyılın ilk dönemlerine kadar ülkedeki hastahanelerin çoğunluğu dini organizasyonlar tarafından yönetilmekteydi. Sonraları maliyetlerin artmasına bağlı olarak devletin bu alana müdahale etmesi gereği ortaya çıkmış ve 1976 yılında, devletin hastahane sektörü planlamalarını etkilemesine yönelik ilk girişim olarak hastahane planlamasına dair bir yasa çıkarılmıştır.

1883 yılında Almanya'da Bismark tarafından benzer bir finansman modelinin uygulanmaya başlanması ardından 1901 yılında Lüksemburg'da, üretim ve endüstri işçilerini kapsamına alan zorunlu sağlık sigortası kurulmuştur. 1925 yılında sigorta sektörünün büyümesi ve karmaşıklaşmasına bağlı olarak çıkarılan bir yasayla hastalık, kaza, yaşlılık ve sakatlık sigortaları tek bir çatı altında toplanmıştır (2/5).

1952 yılında zorunlu sigorta devlet memurlarını da içine alacak şekilde genişletilmiş ve 1958 yılında bağımsız bazı meslek mensupları (iş adamları ve zanaatkarlar), 1963 yılında çiftçiler ve 1964 yılında serbest meslek çalışanları (avukat, doktorlar, mimarlar gibi) da sigorta kapsamına alınmıştır.

1973 yılında çalışan nüfus, bunların aileleri ve tüm emekliler zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmiştir.

1974 yılındaki tüm hastalık fonları için üyelerinin katkı oranları standardize edilmiştir.

1978 yılında yapılan reformla farklı hastalık fonlarının yönetimi için bir birlik kurulmuştur (2/6).

1992 yılında yapılan reformla hükümet 9 adet hastalık fonunu ortadan kaldırmaya çalışmış fakat bu meslek gruplarından güçlü bir dirençle karşı karşıya kalmıştır. Her iki tarafın da karşılıklı ödün vererek yaptığı bir anlaşma ile bu fonlar sigortalı vatandaşlarla doğrudan bağlantı kuran acenteler olmaya devam etmesine izin verilmiş, ancak üyelere geri ödeme yapılması konusunda asıl yönetim Hastalık Fonu Birliği'ne aktarılmıştır (2/7).

II.3. Sağlık Sisteminin Yönetimi Ve Örgütlenmesi

Lüksemburg'da kamu sağlığı ve sağlık hizmetleri sistemi, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak örgütlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin halkla sunumundan sorumlu iken, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sosyal güvence sisteminin sağlık sigortası ve bağımlılık sigortası gibi temel alanlarının örgütlenmesinden sorumludur (3/3).

II.3.1. Sağlık Sisteminin Yönetimi

Sağlık sisteminin temel özelliği hastaların sağlık hizmeti sunucusunu seçmekte özgür olmaları ve özel sağlık çalışanlarının, mesleki örgütleri ve sigorta kuruluşları arasında yapılan anlaşmalara uymak zorunda olmalarıdır.

Sağlık hizmeti sunucularının sayısı hakkında yapılmış bir düzenleme bulunmamaktadır. Diğer birçok ülkede görülen sağlık hizmetlerinin yetersizliği sorunu Lüksemburg'da yaşamamaktadır. Ülkedeki sağlık sisteminin zorunlu özelliği sayesinde, risk hemen hemen tüm nüfusa dağıtılabilmiş ve böylece bu küçük ülkede, sigorta kapsamındaki vatandaşlara önemli olanaklar sağlanabilmektedir. Bunlar, sosyal statü, yaş ve gelir ayrımı yapılmaksızın herkese sağlık hizmetlerine adil, tarafsız ve hızlı erişim imkanidir.

Tıbbi hizmetlere yapılan ödemelerin geri ödemesi (reimbursement) yüksek oranlarla yapılmaktadır. 2002 yılında yaklaşık %93,5 oranında geri ödeme yapılmıştır (3/6). Lüksemburg'da kâr amaçlı özel sigorta kuruluşları ikinci planda kalmaktadır. Sağlık hizmetlerinde özel finansman oranı da önemli bir miktardadır, ancak bu miktar sosyal olarak makul limitlerde kalmaktadır.

Çalışan kişiye bağımlı olan fertler için bağımlılık sigortası yine yaşa, gelire ve sosyal statüye bakılmaksızın önemli imkânlar sunmaktadır (3/7).

Bağımlılık sigortası elektrik vergisi gelirlerinden özel bir katkı, sigortalı kişinin gelirinden %1'lik bir katkı ve bütçeden sağlanan katkılarla finanse edilir. 2004 yılında bütçeden gelen katılım payı %45'ten %40'a indirilmiştir (17/5).

Nüfusun yaklaşık %99,6'sı bir sağlık sigortası kapsamındadır ve bunun %96'sı genel rejime bağlıdır. Uluslararası bir kuruluşun sağlık sigortası kapsamına bağlı olanların oranı %3,6'dır (3/9).

II.3.2. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sorumluluk iki bakanlığa aittir: Sağlık bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.

Sağlık sektörü içerisinde yer alan bu iki bakanlık ve sağlık sektörü dışında olup, sağlıkla ilgili fonksiyonları bulunan diğer bakanlıkların sağlık sistemi içindeki yeri Şekil 1'de gösterilmiştir (4/9).

II.3.2.1 Sağlık Bakanlığı

Kamu sağlığı politikalarına ve öncelikli uygulamalarına dair kararların alınması, merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Öncelikli politikaların uygulanmasında Sağlık Bakanı veya Bakanlar Kurulu ve Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerinin önerileri alınır. Sağlık Bakanı, hükümet programı dahilinde sağlık politikalarının tanımlanmasından ve uygulanmasından, sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili yasaların ve kuralların uygulanmasının kontrolünden ve sağlık kuruluşlarının ve hizmetlerinin denetiminden sorumludur (4/9).

II.3.2.1.1 Sağlık Yönetimi Bölümü

Lüksemburg'da kamu sağlığı hizmetlerinin sunumunda üst düzey bir idari birim olarak Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Bakanı'na bağlıdır (4/9).

Sağlık Yönetimi Bölümü'nün görevleri şunlardır:

- Halk sağlığı ile ilgili sorunları çözmek,

- Kamu yönetimlerine halk sağlığı ile ilgili konularda tavsiyelerde bulunmak,
- Kamu sağlığı ile ilgili yasa ve düzenlemeleri izlemek,
- Ülkede hijyen konularının takibi,
- Gerekli durumlarda sağlığın korunması ile ilgili acil önlemler almak,
- Ulusal ve uluslar arası düzeyde yürütülen hijyen ve sağlığın korunması ile ilgili çalışmalara katkıda bulunmak (3/10).

Sağlık Yönetimi Bölümü'ne bağlı birimler ve görevleri kısaca şunlardır:

Sağlık İstatistikleri Birimi: Bakanlık bilgisayar ağının yönetilmesi ve ulusal sağlık verilerin toplanması, kodlanması, kayıt altına alınması ve saklanmasıyla sorumludur.

Sağlık Denetimi Birimi: Fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyal olarak çevresel hijyenin korunması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve beslenme güvenliğinin sağlanmasından sorumludur.

Çevre Sağlığı Birimi: Çevre sağlığının korunması ile ilgilidir (4/10).

Koruyucu Sağlık Birimi: Hastalıklardan korunma ve sağlığın güçlendirilmesinden sorumludur. Toplumun genel sağlık statüsünün değerlendirilmesi için çalışmalar ve araştırmalar yapılması, sosyal felaketlerle mücadele biriminin görevleri arasındadır.

Tedavi Hizmetleri Birimi: Sağlık görevlilerinin uygulamalarının denetlenmesi, hastahane hizmetlerinin planlanması ve kontrolü, enfeksiyonların sürvelansı ve önlenmesi ve tıbbi risklerin kontrolü gibi konular ile görevlidir.

Okul Sağlığı Birimi: İlk ve orta dereceli okullarda öğrencilerin genel sağlığının izlenmesi ve sağlık verileri toplanması bu birimin görevleridir. Bu birime bağlı olarak çalışan Okul Ağız Sağlığı Birimi vardır (4/11).

Meslek Hastalıkları Birimi: 1994'te işyeri güvenliğini ve işçi sağlığını düzenleyen bir kanun çıkarılmıştır. Bu kanunun amacı çalışanlara hastalıklara, iş kazalarına karşı koruma sağlamak ve işyerlerinde sağlık bakım hizmetlerini düzenlemektir. Bu amaç doğrultusunda kurulan Meslek Hastalıkları Birimi, işyeri güvenliği ile işyeri sağlığı hizmetlerinin planlanması, eşgüdümü, kontrolü ve denetiminden sorumludur (3/13).

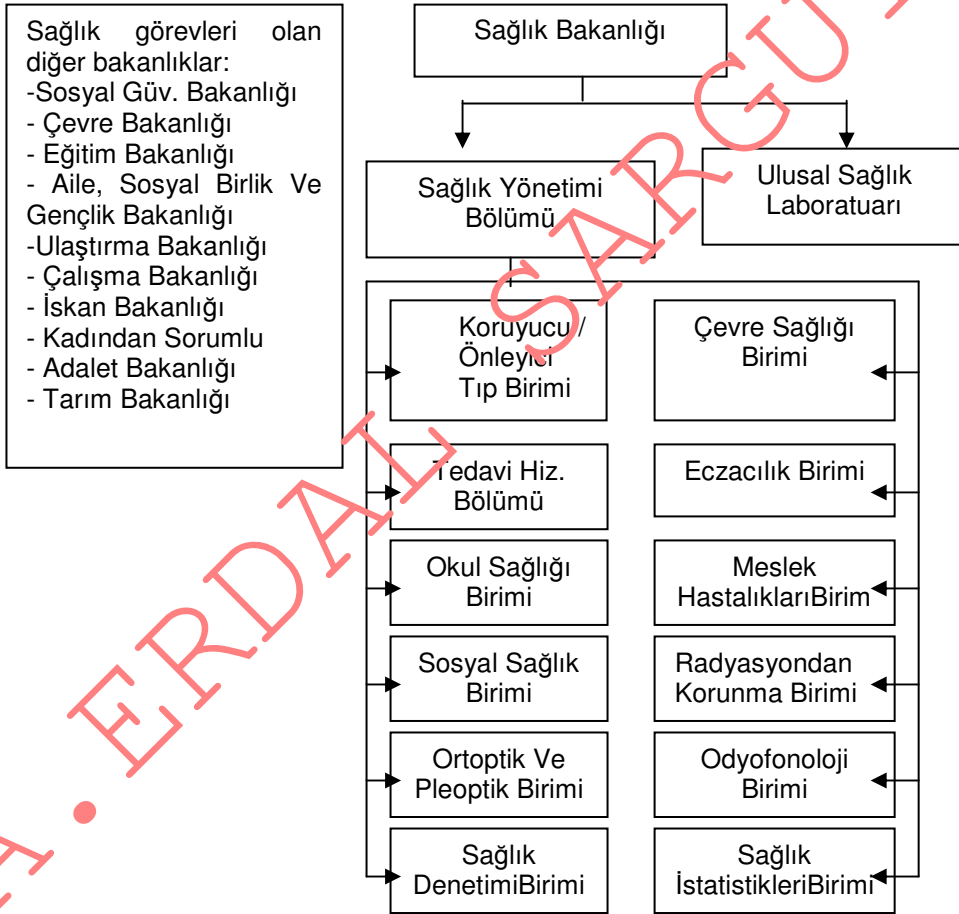
Sosyal Sağlık Birimi: Akıl sağlığı, ilaç bağımlılığı ya da yaşlılıkla ilgili hastalıkları bulunan kişilere yardım amacıyla yapılan kamusal ve özel girişimlerin eşgüdümü, denetimi ve bu girişimlerin geliştirilmesi gibi işlerden sorumlu bir birimdir. Bu alanda, hükümet ile özel kuruluşlar arasında yapılacak anlaşmaların içeriğini hazırlar (3/13). Birim ayrıca, sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve bu hizmetlerin genişletilmesi faaliyetlerine de katkıda bulunur (3/12).

Radyasyona Karşı Korunma Birimi: Ülkeyi iyonlaşmış ya da iyonlaşmamış radyasyona karşı koruma ve nükleer güvenlik ile ilgili tüm konularda yetkili bir birimdir (3/13).

Temel görevi ülkeyi radyasyona karşı korumaktır. Bu amaçla araştırma laboratuvarları, şüpheli işyerleri ve içme suyu kaynakları gibi farklı alanlarda radyolojik olarak riskli bir durumun bulunup bulunmadığını sürekli kontrol eder.

Ortoptik Ve Pleoptik Birimi: Göz defektlerinin erken teşhisi, görme fonksiyonunun yeniden kazandırılması ve uyumlaştırılmasından sorumlu olan bu birim bu konularla ilgili verilerin yönetimi, analizi ve değerlendirilmesinden sorumludur.

Şema 1. Sağlık Sisteminin Örgüt Şeması



Kaynak: (4) European Commission Health onitoring Program, (2001), Ministry of Health Directorate of Health Grund Duchy, içinden: Health Information Systems in Europe, Final Report, Luxembourg, s:33'den araştırmacılarca Geliřtirilmiřtir.

Odyofonoloji Birimi: İşitme sistemi ile ilgili sorunların erken teşhisi, korunması, tedavisi ve takibi konularıyla ilgili birimdir

Eczacılık Birimi: İlaçların lisanslanması ve eczacıların uygulamalarının denetlenmesinden sorumlu birimleridir (4/12). Bu birim, ilaçların üretimi, ithali, pazara dağıtımı, kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren eczacılar ile ilgili tüm sorunların çözümü ve benzeri konularda çalışmalar yapar (3/13).

II.3.2.1.2 Ulusal Sağlık Laboratuvarı

Ulusal Sağlık Laboratuvarı (USL) kamu yönetimleri veya özel kişilerin sağlık ve hijyenle ilgili laboratuvar hizmetlerini yürütür. Bu alanlarda veriler toplanır ve analiz eder, epidemiyolojik çalışmalar ve araştırmalar yapar (bakteriyoloji, parazitoloji, viroloji, sitogenetik, klinik sitoloji, seroloji, yiyecek kontrolü, kimyasal kontrol, immunoloji, toksikoloji,... vb) (4/13).

II.3.2.2 Sosyal Güvenlik Bakanlığı

Sosyal Güvenlik Bakanlığı hastalık sigortası sistemi dahil, topluma sosyal güvence sağlanmasından sorumludur. Sağlık hizmetlerinin merkezi olarak planlanması, denetimi ve kontrolü Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda kalmakla birlikte, tedavi hizmetlerinin finansal olarak desteklenmesi bakımından sağlık sisteminin bu Bakanlığın ortak sorumluluğundadır (4/13).

II.3.2.3 İstatistiksel Ve Ekonomik Çalışmalar Birimi (STATEC-Service Central De La Statistique)

Lüksemburg'un ulusal istatistik kuruluşu olan STATEC Ekonomi Bakanlığına bağlı bulunan ve önemli sosyoekonomik bilgilerin, demografik ve gelişimsel göstergelerin toplanmasından sorumlu temel organdır. Bu kuruluşun görevi sağlık istatistikleri de dahil olmak üzere genel ulusal istatistiksel bilgilerin toplanması, gruplandırılması, analiz edilmesi, yayınlanmasıdır (4/15).

II.3.2.4 Diğer Bakanlıklar

Eğitim Bakanlığı: Üniversite eğitimi hariç olmak üzere sağlık çalışanlarının eğitimi ve okullardaki sağlık eğitimi konuları bakanlığın görevi alanı içindedir.

Çevre Bakanlığı: Ulusal Çevre Yönetimi ve belediyelerle birlikte çevre koruması sorumluluğunu üstlenmiştir. Hava ve gürültü kirliliğinin önlenmesi, su ve hijyen ve atıkların yok edilmesi bu sorumluluk kapsamındadır. Çevre Bakanlığı, Sağlık Yönetim Bölümü'nün Çevre Sağlığı Birimi ve Sağlık Denetleme Birimi ile yakın ilişki içerisindedir.

Aile, Sosyal Dayanışma Ve Gençlik Bakanlığı: Yaşlı bakım evleri ve hemşirelik hizmetleri, ev yardım hizmetleri, rehabilitasyon ve aile planlanması hizmetleri, engelliler için hizmetler ve gençlere yönelik sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bakanlığın görev alanıdır.

Çalışma Bakanlığı: Çalışma yerlerinin güvenliğinin sağlanması ve denetlenmesi ile iş kazaları istatistiklerinin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi bakanlığın sorumluluğundadır (4/15).

İskan Bakanlığı: Devlete ait barınma kuruluşlarının sağlık denetimlerini Sağlık Bakanlığı Sağlık Yönetimi Bölümü ile eşgüdümlü olarak yürütür.

Ulaştırma Bakanlığı: Ulaşım ve trafik güvenliğinin sağlanmasından sorumludur.

Kadının Desteklenmesi Bakanlığı: Kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olması, üreme sağlığı, cinsiyete yönelik şiddet ve kadın-erkek eşitliği gibi konularla ilgilidir.

Adalet Bakanlığı: cezaevlerinde sağlık hizmetleri, ilgili tüm bakanlarla birlikte ilaç ile ilgili konular ve ilaç bağımlılığı sorunlarının çözümüne yönelik çalışmalar yönetir.

Tarım Bakanlığı: Yiyecek güvenliğinin sağlanmasında sorumludur.

Dayanışma Bakanlığı: Küresel sağlık ve gelişmekte olan ülkelerin kalıcı gelişimi konularında programlar ve projeler geliştirir (4/16).

II.3.2.5 Yerel Yönetimler (Belediyeler)

Lüksemburg'da kamu sağlığının korunması konusunda yerel yönetimlerin yasal sorumlulukları vardır. Belediyeler ilkokullarda okul sağlığı hizmetleri yürütürler. Küçük belediyeler bu hizmetleri bölgesel sağlık hizmeti sunucuları ile iş birliği içinde yönetirken, büyük kasabaların kendi okul sağlığı hizmetleri vardır ve sağlık eğitimi hususunda önemli projeler gerçekleştirirler.

Birçok belediyenin temel görevi çevresel sorunlarla uğraşmak, içme suyunun dağıtımı, kanalizasyon, barınma ve trafik alanlarına yöneliktir. Son zamanlarda belediyelerin sağlığın güçlendirilmesi ve hastalıklardan korunmaya yönelik çalışmalarında artış kaydedilmiştir (4/19).

Lüksemburg küçük bir ülke olduğu için hastahane bütçeleri hariç olmak üzere, kaynak tahsis kararlarının çok azı yerel yönetimler tarafından verilir. Hastahane bütçeleri Hastalık Fonu Birliği ve hastahane yönetimleri arasında yapılan görüşmeler sonucu belirlenmektedir (5/5).

II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Lüksemburg'da sağlık hizmeti sunucuları genel olarak sözleşmelere bağlı olarak çalışır. Sigorta kapsamındaki insanlar diledikleri sağlık hizmeti sunucusunu ve diledikleri seviyedeki sağlık hizmeti kuruluşunu (hastahane, klinik) seçmekte özgürdür (5/5).

II.4.1 Birincil Sağlık Hizmetleri

Lüksemburg birincil sağlık hizmetleri genel olarak tek başlarına ve özel teşebbüs olarak çalışan genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Genel pratisyenler ikincil sağlık hizmetleri kullanımında sevk edici görevi yapmakta, dolayısıyla hastaların doğrudan bir uzamana veya pratisyen hekime gidebilmelerine bağlı olarak, uzman hekimlerle rekabet halindedirler.

Birincil sağlık hizmeti sunucuları, bağlı buldukları meslekli örgüt ve Hastalık Fonları Birliği arasında yapılan ön anlaşmaya göre belirlenen ücreti talep edebilirler ve verdikleri hizmet karşılığında bu ücreti talep etmeye yasalarla mecbur tutulmuşlardır. Hastalar genel pratisyenin ücretini, hizmete göre ücret temeline göre kendileri öderler ve daha sonra sigorta kuruluşlarından geri alırlar (reimbursement / geri ödeme). Ancak tıbbi konsültasyonların büyük bölümü geri ödeme kapsamında değildir.

Ağız sağlığı hizmetleri özel diş hekimleri tarafından sunulur ve belli bir tutara kadar %100 oranında geri ödenir. Hatta gerekli olduğu görülen diş protezlerini bile, hastanın önceki iki yıl içinde yıllık diş kontrolüne gitmiş olması şartına bağlı olarak, %100 oranında geri ödenmektedir.

Hemşire hizmetleri, ulusal ve yerel hizmet yöneticileri yaptığı sözleşmeler kapsamında, mediko-sosyal birlikler tarafından ortaklaşa yönetilmektedir (2/31).

II.4.2 Halk Sağlığı Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumundan Sağlık Bakanlığı sorumludur. Kamu hizmeti, özel sağlık hizmetleri ve kâr amacı gütmeyen kuruluşların sunduğu sağlık hizmetleri Bakanlık bütçesinden finanse edilir (5/5).

Lüksemburg'da sosyal güvence sistemi tarafından finanse edilen bazı koruyucu sağlık programları şunlardır:

Mamografi Programı: Program 1992 yılında başlamıştır. Programın amacı 50 ve 69 yaşları arasındaki kadınlarda erken kanser teşhis ve tedavisini sağlamak ve kanser vakaları hakkında istatistiksel ve epidemiyolojik bilgiler elde etmektir. Ayrıca kadınların programa katılımını artırmak ve onları bilgilendirmek için eğitim çalışmaları da program içerisinde gerçekleştirilen hizmetler arasında yer almaktadır.

Hepatit B'ye Karşı Aşılama Programı: 1996 yılında başlayan Hepatit B'ye karşı aşılama programı ile bebeklerin, 12 yaş ve üzerindeki gençlerin korunması hedeflenmiştir.

Tüberküloz Ve Enfeksiyon Hastalıklarına Karşı Koruma Programı: Tüberküloz ve diğer enfeksiyon hastalıkları ile savaş için Sosyal Sağlık Birimi tarafından düzenlenmiş bir programdır.

2001 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus için grip aşılıları sağlık sigortasının geri ödeme kapsamı altına alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı temel koruyucu sağlık programlarının yanında osteoporoz, kardiovasküler hastalıklardan koruma, sigaraya karşı kampanyalar gibi küçük ölçekli programlar da gerçekleştirmektedir (18/15).

Anne ve bebeklerin korunması yasa kapsamındadır ve bu yasaya bağlı olarak hamilelere hamilelik boyunca en az 5 kez tıbbi muayene ve bir kez diş muayenesi ve doğumdan 10 hafta sonrasına kadar bir kez tıbbi muayene hizmeti sunulur.

Özel kadın doğum uzmanları tarafından annelere sunulan antenatal ve postnatal bakım hizmetleri sigorta kapsamındadır ve hastalık sigortaları tarafından %100 oranında geri ödeme yapılır.

Çocuklara doğumda metabolik hastalık taraması, 6 ay-4 yaş arasında görme testleri ve 6-30 ay arasında işitme testleri yapılır. Bu taramalar Sağlık Yönetimi kontrolünde özel sektör tarafından yapılır ve ücretsizdir.

Yasalar 4 yaşından sonra çocuklara koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini zorunlu kılmıştır. Okul çocuklarının sağlık takibinin yapılması ve sağlığın güçlendirilmesi çalışmalarından oluşan okul sağlığı hizmetleri birkaç bölgede yerel yönetimlere, diğer bölgelerde Medikososyal Birlikler ve Kızıl Haç'a bağlı olarak örgütlenmiştir.

Herhangi bir hamile ve doğum yapan kadın yasal olarak Lüksemburg'da ikamet etmeye başladığı andan itibaren analık yardım larından faydalanır. Bu yardım nakdi olarak anne doğum yaptığında itibaren 8 haftadan 16 haftaya kadar ödenir.

Lüksembur'da her canlı doğan bebek için üç bölümde ödenen bir doğum yardımı verilir. Bu ödemelerin ilk bölümünden yararlanabilmek için hamile kadın en az beş defa sağlık kontrolü ve bir defa diş sağlığı kontrolünden geçtiğini bildirmek zorundadır. İkinci olarak annenin sağlık durumunun hamilelik süresince değişip değişmediğine dair doğumdan sonra bir defa kontrol yapılmış olmalıdır. Üçüncü kısım ödemeden yararlanabilmek için de çocuğun bakımından sorumlu aile ya da herhangi biri çocuğun iki yaşına kadar en az dört defa genel sağlık kontrollerinin yapıldığını bildirmelidir (15/57).

Diğer Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi Lüksemburg'da da işverenler mesleki sağlıkla ilgili Avrupa yasalarına uymak zorundadır. 1955 yılından beri yedi adet mesleki sağlık hizmet birimi oluşturulmuş olup, Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Meslek Hastalıkları Bölümü bu yedi birimde çalışan 35 hekimle, işyerlerinin risklerinin değerlendirilmesi, yasayla zorunlu kılınan sağlık muayenelerinin yapılması ve işyerlerinin organizasyonu, sağlık eğitimi ve hijyen gibi konularda görüş bildirilmesi görevlerini yerine getirmektedir (2/34).

Lüksemburg'da 2001 yılında Sağlık Bakanlığı toplam bütçesinin %8'i akıl ve ruh sağlığı hizmetleri için kullanılmıştır. Aynı yılda ülkede 18'i nöropsikiyatrist olmak üzere 52 psikiyatrist, 120 psikolog, 140 psikiyatri hemşiresi ve 151 sosyal çalışmacı bulunmaktadır (6/110).

Akıl sağlığı alanında ulusal otoriteler 1980'lerin sonunda bu alandaki sağlık hizmetlerinin modernize edilmesine ihtiyaç olduğunu farkına varmışlardır ve bu amaçla Akıl Sağlığı Merkezi kurulmuştur (6/110). 1988 yılında çıkarılan özel bir Akıl Sağlığı yasasıyla, zorunlu hasta yatırılması ve gönüllü olmayan tedavi gündeme gelmiştir (6/111). Yapılan akıl sağlığı reformuyla Lüksemburg tek akıl Sağlığı hastahanesi olan Devlet Nöropsikiyatri Hastahanesi özelleştirilmiştir (6/114).

II.4.3. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

1 Ocak 2004 tarihi itibarıyla Lüksemburg'da 14 adet akut bakım hastahanesi bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi kadın doğum alanında özelleşmiştir ve kâr amaçlı olarak çalışmaktadır. Geriye kalan 13 hastahanelerin yarısı yerel yönetimler tarafından, diğer yarısı kâr amacı gütmeyen ve çoğunlukla dini nitelikli olan öğütleri tarafından yönetilmektedir. 1980 yılında 1.000 kişilik nüfusa düşen toplam hastahane yatağı sayısı 7,4 iken, 2003 yılında 5,6 ya düşmüştür (5/5).

Sigorta hizmet paketi kapsamına girmeyen tıbbi ücretler dışında, hastahanelere başvurular ile, hastahanelerdeki ikinci sınıf odalarda verilen yataklı tedavi hizmetleri ve hastahane ziyaretleri ile hastahanelerdeki ayakta tedavi hizmetleri tamamen sigorta kapsamındadır. Hastalardan %8,86 oranında katkı payı alınır (7/8).

Hastahanelerdeki yönetim yapısı her hastahane için değişiklik göstermektedir. Bütün hastahaneler bir yönetim kurulu tarafından yönetilmekte ve yıllık bütçelerini hastalık fonları birliği ile yaptıkları görüşmeler çerçevesinde ayrı ayrı belirlemektedir (2/31).

II.4.4. Sosyal Hizmetler

1998 yılında hükümet ile hükümete bağlı olmayan sosyal hizmet organizasyonları arasındaki ilişkileri düzenleyen yeni bir yasa yürürlüğe girdi. Bu kanun sunulan hizmetlerin finansmanını, akreditasyonunu ve hizmet sunucuları arasındaki işbirliğini kapsamaktadır.

Bu alanda devletin rolü sunucuların akreditasyonu, finansmanı ve sözleşmelerin yapılması ile kısıtlı kalmıştır.

Lüksemburg'daki hemşire bakım evleri, yaşlı bakım evleri, akıl sağlığı bozuk olanlara ve engellilere yönelik bakım evleri ve zeka özürli çocukların özel eğitim okulları Sağlık Bakanlığı, Eğitim Bakanlığı ve Aile Ve Sosyal Refah Bakanlığının sorumluluğundadır (2/42).

Uzun dönemli bakım hizmetleri son dönemlere kadar sağlık sigortası kapsamı dışındaydı. Belirli şartlar altında hastaları, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan izinle, uzun dönemli bakım hizmetlerini ücretsiz olarak alabilmekteydi. 1998 yılında uzun dönemli tedavi hizmetleri sigortası yasası kabul edildi. Bu yasayla devlet, bu tür hizmetlerin giderlerinin %45'ini bütçeden karşılamakta, kalan kısmı sigortalı çalışanlardan alınan prim gelirlerinden ve elektrik üreticilerin özel katkı paylarından karşılamaktadır.

Lüksemburg'da, sosyal güvence sistemi içerisinde sakat ve engelli insanlara özel bir yararlanma ve hak yoktur. Sakat ve engelli insanlar da diğer sigortalı kişilerin yararlandığı tüm haklardan yararlanabilirler ve genel sigorta kapsamında yer alırlar (16/4).

Uzun dönemli bakım hizmetlerinin finansmanında yapılan değişikliklerle ek parasal kaynaklar sağlanmıştır.

Günümüzde yalnızca yaşlıları ve fiziksel engellileri kapsamına alan sigortanın, gelecek yıllarda iyi çalışması durumunda, AIDS hastalarını, ilaç bağımlılarını ve akıl hastalarını da kapsamına alması planlanmaktadır (2/43).

II.4.5. Özel Sektör

Lüksemburg'da özel sektör sağlık hizmeti sunucuları, bağlı buldukları mesleki kuruluş ve sağlık sigortası kuruluşları arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak çalışırlar (3/6).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde başlıca rolü kâr amaçsız gönüllü kuruluşlar ve özel sektör oynamaktadır. Koruyucu-geliştirici sağlık hizmetlerinin ücretleri kâr amaçsız kuruluşlarla yapılan sözleşmelerle, devlet tarafından ayrılan fonlarla ya da bazı durumlarda uzun dönemli bakım sigortalarının karşılanmaktadır.

Koruma Ve Medikososyal Hareketler İçin Lüksemburg Birliği ve Lüksemburg Kızıl Haçı birlikte, Service Medicosocial et Social Polyvalent de Secteur (Medikososyal Hizmet Sağlayıcıları) adı altında bir topluluk ağı oluşturmuşlardır. Bu ağ yerel otoritelerin ulaşamadığı bölgeler için koruyucu sağlık hizmetleri (örneğin okul sağlık hizmetleri) sağlar ve sağlık eğitimi malzemesi dağıtılmasında önemli bir katkı verir.

Bireysel dikkat gerektiren örneğin aşılama, meme kanserinin izlenmesi, aile planlaması önerileri ve doğum öncesi annenin izlenmesi gibi diğer koruyucu hizmetler için halk, özel sektör hekimlerinden hizmet sağlama eğilimindedir. Bunlar hastalık fonu ya da devlet tarafından finanse edilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde ülkedeki tüm hastahanelerin bağımsız olarak hizmet vermesinden ve doktorların neredeyse tümünün serbest çalışmasından beri, devlet dışı hizmet sunucular daha etkili olmuşlardır. Bununla birlikte zorunlu sosyal sigortaya bağlı olarak, özel sektörün rolü küçülmüştür (2/13).

II.5 İlaç Sektörü

Lüksemburg'da tüm ilaç ürünleri ithal edilmektedir ve ilaçların perakende satış fiyatları ithal edildikleri ülkelerdeki fiyatlarına göre belirlenmektedir. İlaçlar çoğunlukla Belçika, Almanya ve Fransa'dan ithal edilmektedir. Etiket bilgilerinin tercüme edilerek yeniden etiketlenmesi ithalat maliyetini arttırmaktadır. Lüksemburg'da kapsamlı bir ilaç listesi, kullanım için Sağlık Yönetimi'nin Eczacılık Bölümü tarafından onaylanmıştır. Bu listenin oluşturulması ulusal formülasyon ve geri ödemelerde rehber olmak amaçlarını taşır. Listede yer alan ilaçlar çeşitli gruplara ayrılmıştır.

Normal oran (ilaçların çoğu bu gruba girer): Bu grupta yer alan ilaçların fiyatlarının %80'i Hastalık Fonları Birliği ödemeleri kapsamına girmektedir.

Tercihsel oran: Çoğunlukla uzun dönemli veya ciddi hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılan bu kategorideki ilaçların fiyatının tamamı Hastalık Fonları Birliği kapsamında yer alır.

Düşük oran : "Rahatlama" amacına hizmet eden küçük ağrı kesiciler, nezle ilaçları ve enerji ilaçları bu sınıfta yer almaktadır ve bu ilaçların fiyatlarının %40'i Hastalık Fonları Birliği kapsamına girer.

Gerisi ödeme yapılmayan ilaçlar: Vitaminler, tonikler ve ticari reklam yapılabilen bazı ilaçlar bu grupta yer alır ve yalnızca kullanımının onaylanmış olduğunun gösterilmesi amacıyla listede bulunur. Bu tür ilaçlar için geri ödeme yapılamaz (8/2). Kullanımı onaylanmamış ilaçlar sadece doktorların acil tedavilerde bu ilaçları kullanmaları halinde geri ödenir (5/7).

Hastalar ilaçlarını alabilmek için eczahanede reçetelerini ve sigorta kartlarını gösterirler ve ilaçların geri ödeme kapsamına girmeyen oranların ödenmesini yaparlar. Eczacılar tıbbi otoritenin sağlanması ve Hastalık Fonları Birliği'nden ödemelerinin yapılabilmesi için reçeteyi alırlar.

Yeni ilaçların ülke piyasasına girebilmesi için Sağlık Bakanlığının kontrolünden geçmesi ve Sağlık Yönetimi Bölümü'ne bağlı Eczacılık Biriminden onay alması gerekir. Birim aynı zamanda uzman eczacıların uygulamalarını da denetlemektedir. 1999 yılında ülkede bulunan 79 eczacının 53'ü kamu (özel olarak çalışmakta, ancak devletle sözleşmeli konumda) ve geri kalanı da özel sektörde çalışmaktaydı. Sonraki yıllarda eczacı sayısında önemli bir değişiklik olmamıştır (8/2).

Sağlık Bakanlığı 2004'te antibiyotiklerin daha kontrollü bir şekilde kullanımını sağlamak için bir kampanya başlatmıştır. Yanlış ilaç kullanımını önlemek için ilaç kullanıcılarının ve ilaç sağlayıcılarının bilgi seviyelerini artıracak eğitim çalışmaları yapılmıştır.

Ayrıca hükümet marka ilaç tüketimi nedeniyle oluşan maliyetleri kontrol altına almak için reçetelerde jenerik ilaçların yazılması için düzenlemeler getirmiştir (18/14).

Tablo 2. Hastahane Sektöründe Çalışanların Geldikleri Ükelere Göre Dağılımı

	Lüksemburg	Fransa	Belçika	Almanya	Toplam
Genel Hastahaneler	3614	903	496	373	5386
Kamu Hastahaneleri	384	145	84	19	632
Özel Dal Hastahaneleri	657	170	146	109	1082
Toplam	4655	1218	726	501	7100

Kaynak: (18) European Commission (2005) Report on the Accessibility, Quality and Financial Viability of Health Care, Luxembourg, s:5

II.6 Sağlık İnsangücü

Lüksemburg'da 1980 ve 1990 yılları boyunca 1000 kişilik nüfusa düşen hekim, uzman hekim ve diş hekimi sayılarında bir artış yaşanmışsa da, bu oran Avrupa ortalamasının altında kalmıştır.

2002 yılında, ülkede 1000 kişilik nüfusa düşen hekim sayısı 2,6 ve hemşire sayısı 7,8'dir. Bu dönemde eczacı sayısı nispeten değişiklik göstermektedir (5/5).

Hastahane sektöründe çalışanlar analiz edildiğinde diğer Avrupa ülkelerinden gelen çok sayıda çalışanın bulunduğu görülmüştür. Lüksemburg'da daha iyi çalışma koşullarının bulunması ve yüksek maaş verilmesi nedeniyle özellikle Fransa, Belçika ve Almanya'dan gelen çalışanlar bulunmaktadır (18/5).

Uygun ve yüksek kaliteli sağlık bakım hizmetinin verilebilmesi için sağlık bakım profesyonellerinin tam bilgiyle donatılmış olmaları ve yaptıkları işe tam olarak hakim olmaları gerekir (18/6).

Yakın gelecekte Lüksemburg'da hekim sayısının artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Çünkü ülkedeki lisanslama sistemi oldukça çekicidir ve Avrupa Birliği yasalarına göre tıbbi uzmanlıklar tüm ülkelerde tanınmaktadır. Ülkede hekimlerin hastaları çekmek için rekabet halinde olmalarına rağmen, tıbbi personelin işsiz kalması söz konusu değildir. Aynı durum, dış hekimleri için de geçerli fakat eczacılar için geçerli değildir. Çünkü ülkedeki toplam eczahane sayısı kontrol altında tutulmaktadır (2/44).

Lüksemburg'da üniversite eğitiminin yalnızca ilk iki yılı yapılmakta, tamamı ülkede yapılmamakta ve bir tıp fakültesi bulunmamaktadır. Her yıl 20 ya da daha fazla öğrenci tıp eğitimlerini almak üzere yurt dışına, çoğunlukla da Belçika, Fransa veya Almanya'ya gider. Dış hekimleri, hemşireler, kısacası gereken tüm sağlık personeli eğitimlerini yurt dışında tamamlar. Hekimlerin eğitimlerini tamamlamalarının ardından diplomalarını, bir Avrupa Birliği ülkesinden almışlarsa Sağlık Bakanlığı'na, başka bir ülkeden almışlarsa Eğitim Bakanlığına onaylatmaları ve çalışabilmek içinde Sağlık Bakanlığı'ndan izin almaları gerekmektedir (2/46).

II.7 Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansmanı

Sınır komşusu ülkeler olan Belçika, Fransa ve Almanya'da olduğu gibi, Lüksemburg sağlık sistemi ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası aracılığıyla talep edilmektedir (10/44).

Uzun dönemli bakım hizmetleri giderlerinin %45'i devlet tarafından bütçeden karşılanmakta, geri kalan kısmı çalışanlardan alınan vergilerle ve elektrik üreticilerinin ödedikleri özel katkı payları ile finanse edilmektedir (2/43).

Sağlık sigortası gelirlerinin yaklaşık %63'ü sigortalılardan alınan katkılardan toplanmakta, geriye kalan %37'lik kısmı devlet tarafından bütçeden finanse edilmektedir (11/15).

II.7.1 Zorunlu Sağlık Sigortası

Lüksemburg'da sağlık hizmetleri talebinin finansmanı, tamamlayıcı ve gönüllü sağlık sigortaları sistemi şeklinde geliştirilmiş bir sosyal sigorta mekanizmasına dayalı, yasal bir yapı üzerine kurulmuştur.

Sigorta sisteminin yasal yapısı, zorunlu sosyal sigorta sistemine göre örgütlenmiştir.

Sosyal sigorta herhangi bir alanda çalışanlar ve işsizlik sigortası yaptırınlar için zorunludur. Sigorta, ailelerine bağlı olarak bir sigorta kapsamına girmeyen öğrencileri de kapsar. Ayrıca reşit olmayan çocuklar ve sakatlar da sigorta kapsamındadır ve sigorta ödemeleri gerekirse devlet tarafından yapılır (11/2).

Sigorta sistemi, serbest meslek mensubu olsun ya da olmasın bir işte düzenli olarak çalışan herkesi kapsamaktadır. Kimsesiz, düşkün ve barınmaya muhtaç durumdaki kişilerde sistemin kapsamı içerisinde yer alırlar. Sigorta sisteminin zorunluluk kuralı gelir düzeyi ya da meslek statüsüne bakılmaksızın herkese eşit olarak uygulanmaktadır.

Zorunlu sağlık sigortası herkese uygulanmakla birlikte bu durumun istisna ve muafiyetleri bulunmaktadır. Aşağıdaki durumlarda kişiler sistemden muaf olabilmektedirler:

- Öğrenciler gibi yılda üç ayı geçmeyecek şekilde sürekli olmayan bir işte çalışanlar,
- Bir yılı aşmayan bir periyotta Lüksemburg'da bir işte çalışan ve yabancı bir güvence sistemi kapsamında olan kişiler,
- Temel ya da ek iş olarak, kendi işlerini yapan kişiler, elde ettikleri gelir yıllık asgari ücretin üçte birini geçmiyorsa sistemden muaf olabilirler (18/2).

Devlet memurları, uluslararası kurumlarda ve diğer Avrupa ülkelerinden gelen çalışanlar kendi sağlık güvence fonlarına sahiptirler. Kamudan emekli aylığı almayanlar ve işsizlik aylığı almayan işsiz kişiler zorunlu sağlık sigortası kapsamı dışındadır (5/9).

Uluslar arası bir kurumda çalışan ve bu kurumun sağladığı sağlık sigortası kapsamında yer alan ya da böyle bir kurumdan emekli aylığı alan kişiler ulusal zorunlu sigorta sistemi içerisinde yer almazlar (18/2).

Lüksemburg sağlık sigortasının bütçeleme sistemi bir yıllık açığı kapatacak şekilde masrafları yayma sistemidir, ve yıllık harcamaların % 10'undan daha az ya da aynı miktarın % 20'sinden daha fazla olamayacak şekilde bir tutar saklanarak işler (17/1).

Lüksemburg'da sağlık sigortasının finansal kaynağı sigortalıların ödediği primler, katkıları ve devletin ödediği katkılardır. Kaynaklar maaşlardan, mesleki gelirlerden ve sosyal güvence sisteminin sağladığı diğer gelirlerden elde edilmektedir. Farklı sağlık fonları bulunmakla birlikte, tüm sigortalılar aynı oranda katkı payı ödemekte ve aynı hizmetlerden yararlanma hakkı elde etmektedir (11/11).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla yapılan anlaşmaya göre belirlenen ücret tarifelerinde bulunan hizmetler için sigortalılara %100 oranında geri ödeme yapılmaktadır (11/12).

Sigortalılar aşağıdaki durumlarda belli oranlarda katkı payı ödemek zorundadırlar:

- Hastaların evinde yapılan muayenelerin ücretlerinin %20'sini

- Diş protezlerinin %20'sini
- Tedavi hizmetlerinin %20'sini ve kısıtlı terapötik endikasyonlarda tedavilerin %6'sını
- Hastahane yatışlarında günlük 8,86 Euro (11/13)

2001 mali yılından önceki altı yılda zorunlu sigorta gelirlerinde %9'luk bir artış gerçekleşmiştir. Bu durum istihdam oranının %4,7 oranında artmasına bağlıdır. Aynı dönemde yaşam maliyeti indeksi yılda ortalama %1,9 oranında artış göstermiştir. Devletin sağlık sigortası finansmanına katılım politikasında yapılan değişiklik, mevcut sigorta geliri düzeyinin artmasının bir başka nedenidir. Bu olumlu finansal durum, %5,2 olan sigorta katkı oranının, 2002 yılı başında %5,1'e düşürülmesini mümkün kılmıştır (11/15).

Yasal şartlara bağlı olarak ve Hastalık Fonu Birliği tarafından oluşturulan bütçedeki öncelikle parasal dengesizlikten kaynaklanan bir açık olduğundan dolayı, parasal kaynakları tekrar dengeye sokma gerekliliği duyulmuştur. Bu yüzden Birlikler ve parlamenterler tarafından oluşturulan Es-güdüm Komitesi maliye yasasına da eklenen bazı önlemleri almıştır.

2004 mali yılı süresince, genel sigorta sistemi emekli sigortasının sağlık sigortasına transferlerindeki azalmadan kaynaklanan vergi gelirlerindeki düşmeyi telafi etmek için sağlık sigortasına ödeme yaptı ve engellileri resmi olarak tanıyan yeni yasanın geçirilmesini takiben 1997'den beri sağlık sigortasından ayrılan engelli maaşları için ek masraflar ödedi. Ayrıca emekli sigortasından sağlık sigortasına yapılan para transferlerinin artmasını sağladı. Bu para transferleri dengeli bir 2004 yılı bütçesinin oluşmasına yardımcı oldu.

Hastalık Fonu Birliği ve Genel Meclis tarafından 9 Kasım 2004'te alınan kararların akabinde, sigortalı insanlardan elde edilen katkı oranları % 5.1'den %5.4'e yükseltilecek ve laboratuvar analizleri için yapılan geri ödemeler kısıtlanarak 2005 yılına tamamen dengelenmiş bir bütçe aktarılması mümkün olmuştur (17/1).

II.7.1.2 Gönüllü Sağlık Sigortası

Lüksemburg'da ikamet eden ve bir sigorta kapsamında olmayan kişiler gönüllü olarak isteğe bağlı sigorta yaptırabilirler. Bu kişiler, sigorta yaptırmaya başlandıktan itibaren 3 aylık bir süre sonrasında sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı elde ederler (11/3).

Ayrıca, yaşı 18'i geçmiş, ailelerine bağımlılığı sona ermiş kişiler sigortanın sağladığı sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam etmek isteyebilirler. Bu durumda, altı ay içerisinde bu isteklerini gönüllü sağlık sigortası kuruluşuna bildirmeleri gerekir (7/2).

Gönüllü sağlık sigortalarında geri ödeme oranı, zorunlu kamu sigortası sistemine kıyasla daha düşüktür ve daha az hizmeti kapsar. Fakat çalışan nüfusun %75'i gönüllü sağlık sigortası içerisinde de yer almaktadır. Gönüllü sağlık sigortaları zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (5/9).

Ülkede, gönüllü sağlık sigortasına, ödenen primlerin vergiden düşürülmesi hakkı verilerek, gönüllü sağlık sigortasının özendirilmesine ve yaygınlaştırılmasına çalışılmaktadır. Önemli görülen 3 adet gönüllü sağlık sigortası şunlardır (2/20).

Ortak Tıbbi-Cerrahi Fon (Caisse Medico-Chirurgicale Mutualiste CMCM): CMCM kapsamında şu hizmetler sunulmaktadır:

- Hastahane yatışlarında ücretlerin, zorunlu sağlık sigortası tarafından geri ödenmeyen kısmı,
- Hastahanelerde özel odalar için yapılan ek ödemeleri,
- Ameliyat öncesi ve sonrası tedavi giderleri,
- Nekahet dönemi ve rehabilitasyon,
- Zorunlu sağlık sigortası kapsamında olmayan diş protezleri,
- Yurt dışında gerçekleştirilen teşhis, tedavi, ameliyat ve hastahane yatış masrafları,
- Yurt dışı seyahatleri sırasında alınan sağlık hizmetleri,
- Anlaşma kapsamında olmayan tedavi maliyetlerinin bir bölümünün geri ödenmesi (11/11).

Bu gönüllü sağlık sigortası çoğunlukla hastahane hizmetlerinde yapılan ödemelerin geri kalanın alınması ortodontal tedaviler ve yurtdışı tedavi giderlerinin karşılanması amacıyla kullanılmaktadır (2/21).

Ortak Yardım Kuruluşları: Ortak yardım kuruluşlarına üyelik mesleki uzmanlığa dayanır ve üyelerine kısıtlı hayat sigortasından biraz daha fazlasını sunar. CMCM'ye üye olmak için bir ortak yardım kuruluşuna üye olmak gereklidir. Bu kuruluşlara üyeliğin özendirilmesi amacıyla önemli gelir ve emlak vergisi muafiyeti uygulanmaktadır (2/21).

Alman Sağlık Sigorta Fonları: Lüksemburg'da faaliyet gösteren çeşitli Alman sağlık sigorta fonları mevcuttur. Bu sigortaların, zorunlu sağlık sigortası ve CMCM'nin ülkede geniş kapsamlı hizmet sunması bakımından, elde edeceği fırsatlar kısıtlıdır, ancak düşünülen bazı özel durumlarda hizmet verirler. Örneğin ülkede, Lüksemburg dışında bir hastahane tedavisi için, Hastalık Fonları Birliği'nden izin alınması gereklidir ve bu izini almak zorunludur. Fakat bir Alman sağlık sigortası üyesi bu fırsatı kolayca elde edebilir (2/21).

1.8. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansmanı

Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olup, kamu sektörü, özel sektör ve kâr amacı olmayan örgütlerce sunulan koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı bütçesinden finanse edilmektedir Sağlık çalışanlarının ödemeleri, hizmet başına sabit ücret şeklinde yapılmaktadır.

Lüksemburg kaynak dağılımı kararlarının yerel yönetime devredilmesi için çok küçük bir ülkedir. Yalnızca hastahane bütçeleri, hastahanelerin Hastalık Sigortası Fonları ile ayrı ayrı yaptıkları görüşmeler sonucunda belirlenmektedir (10/45).

Sağlık çalışanlarının ödemeleri, hizmet başına sabit ücret şeklinde yapılmaktadır(10/45). Lüksemburg'da nöro-psikayatri hastahanesinde çalışan birkaç hekimin ödemeleri ve Lüksemburg Merkez Hastahanesi'nde uygulanan özel maaş sistemi bu uygulamanın istisnalarıdır. Lüksemburg Merkez Hastahanesi'nde gelirler (hizmet başına ödenen normal ücretler) bir havuzda toplanır ve hastahane yönetimi tarafından, çalışanlara maaş olarak dağıtılır (2/54).

Tablo 3. Lüksemburg Ulusal Sağlık Harcamaları (Euro) 2000-2002

Sağlık Harcaması Göstergeleri	2000	2001	2002
Gayri Safi Milli Hasıla	21258	21987	22395
Döviz kuru (Euro/ABD \$')	1,09	1,2	1,06
Uluslar arası Dolar kuru	1,00	1,01	1,02
Toplam nüfus (x 1000)	438	442	446
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı (%)	5,5	5,9	6,2
Kamu sektörü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı (%)	83,7	89,8	85,4
Özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı (%)	10,3	10,2	14,6
Kamu sağlık harcamalarının kamu harcamalarındaki payı (%)	12,9	13,5	12,0
Sosyal Güvence fonlarının devletin sağlık harcamalarındaki payı (%)	94,0	94,4	94,0
Önceden ödeme ve risk-havuzu planlarının özel sektör sağlık harcamalarına oranı (%)	14,0	13,6	9,4
Sağlığa ayrılan dış kaynakların toplam sağlık harcamalarına oranı	0	0	0
ABD \$ olarak kişi başına düşen toplam sağlık harcaması	2459	2614	2951
Uluslar arası Dolar kuruna göre kişi başına düşen toplam sağlık harcaması	2680	2899	3066
Kişi başına sağlığa yapılan devlet harcamaları	2206	2347	2521

Kaynak: (12) UNICEF (2004) Health At a Glance, Luxembourg, s:1

II.9. Sağlık Harcamaları

2000 yılında yapılan toplam sağlık harcamalarının %72,2'si zorunlu sağlık sigortası, %15,1'i vergiler, %7,7'si cepten yapılan doğrudan ödemeler ve %1,6'sı gönüllü sağlık sigortası tarafından finanse edilmiştir (10/44).

Lüksemburg'da sağlık harcamalarının 2002 yılında GSMH'nin %6,2'si olduğu tahmin edilmektedir ve bu 2004 yılı Mayıs öncesinde 15 Avrupa Birliği üyesi içinde, en düşük orandır. Toplam sağlık harcamalarının tahminen %86'sı kamusal kaynaklıdır. 2004 Mayıs öncesinde Lüksemburg'da kamu sağlık harcamalarının GSMH'larına oranı 4,9 iken, özel sağlık harcamalarının GSMH'larına oranı 1,1'dir (10/44).

Aynı yıl Lüksemburg'da kişi başına düşen sağlık harcamasının ABD Doları satın alma gücü paritesi (ABD \$ SGP) cinsinden değeri, bu 15 ülke içerisinde en yüksektir. 2004 verilerine göre kişi başına düşen sağlık harcaması ABD doları satın alma gücü paritesi üzerinden (ABD \$ SGP) 2002'de 3065 /ABD \$'dır (10/45).

II.10 Sağlık Reformları

Lüksemburg'da, sigortalılara kapsamlı sağlık hizmetlerine eşit erişim ve sağlık hizmeti sunucusunu serbestçe seçme hakkı tanıyan bir zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi vardır. Sağlık harcamaları GSMH'ya oranı diğer Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla son yıllarda düşük seyretmektedir (10/45).

1980 ve 1990 yıllarında yapılan reformlar çoğunlukla, hastalık fonlarına finansal denge sağlamaya yönelik olmuştur. Bu dönemde yapılan ana atılımlar sağlık hizmetlerine yapılan katkı ödemelerinin artırılması, bütçe dengesizliğin kontrol altına alabilmek için Hastalık Fonları Birliğinin kurulması ve çeşitli hastalık fonlarının sorumluluklarının birliğe aktarılmasıdır.

1995 yılında hastahane maliyetlerinin yükselmesi dolayısıyla ödeme sisteminde bir değişiklik yapılmış, hastahane bütçeleri Hastalık Fonları Birliği ve hastahaneler arasında yapılan görüşmelerle belirlenmeye başlamıştır (10/46).

1998 yılında çıkarılan bir kanunla hastaların bazı temel haklara sahip olduğu kabul edilmiştir. Kanun'da yer alan bu temel haklar şunlardır:

Bilgi: Tüm hastaların sağlık durumları ve uygun tedavi yöntemleri hakkında bilgi alma hakkı vardır. Fakat hastaların bilgilendirilmeyi istememe hakkı da vardır (18/20).

Bilgilendirilmiş İzin: Hastanın bilgilendirilmiş izni olmadan teşhis ve tedavi yapılamaz. Hastanın önerilen teşhis veya tedaviyi reddetme hakkı vardır.

Tıbbi Kayıtlara Ulaşım Hakkı: Hastaların kendi tıbbi kayıtlarını görme hakkı vardır. Fakat sağlık profesyonellerinin hasta ile ilgili kişisel notlarını görme yetkileri yoktur.

Gizlilik: Sağlık profesyonelleri hasta dosyalarının gizliliğine uymak zorundadır ve bunları başkalarına vermemelidir (18/21).

Lüksemburg alan ve nüfus açısından küçük bir ülkedir ve GSMH'si oldukça yüksektir. Bu ülkede sağlık hizmetleri maliyetlerinin yönetilmesi, sağlık politikasının öncelikle konularından olmasına rağmen, diğer Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu kadar acil bir konu değildir (10/46).

Bilgisayarlı sisteme geçmiş sağlık bilgi sistemleri kurmak ve elektronik hasta dosyaları oluşturmak amacıyla düzenlemeler yapılmaktadır. Bu düzenlemede hedeflenen şey, klinik uygulamalar için gelişimin, yönergelerin ve önerilerin uygulanması sonucu ortaya çıkarılan tecrübe ve sonuçları kullanarak, tıbbi uygulamalara destek vermesidir (17/2).

Sosyal Güvenlik Sağlık Yönetim Kurulu tıbbi alanda sağlık sunucularının yazacağı reçetelere müdahale etme yönünde önemli gelişmeler kaydetti. Özellikle her sağlık görevlisi en yakın zamanda uluslararası standartlara uyan bir çalışan profiline sahip olması amaçlanmaktadır (17/3).

Lüksemburg'da sağlık sigortasında ortaya çıkan bütçe açıklarına uzun vadeli bir çözüm üretmek için, 21 Kasım 2004'te bir yasa getirilmiştir. Yasa çalışanın uzun süreli çalışmama durumunda hizmetlerin yönetimini sağlık sigortası, emekli sigortaları ya da profesyonel eşgüdüm aracılığıyla geliştirmeyi öngörmektedir.

Bu yasa çalışanın işe devam edememe özrünü kötüye kullanmaya karşı önlem almayı hedef almaktadır. Yasaya göre, çalışan kişinin hastalığı nedeniyle işe devam edememe durumu için parasal telafi alması ancak doktor tarafından yazılan detaylı bir tıbbi rapor ile mümkündür ve çalışanın bu raporu en geç 10 hafta içerisinde sigorta kurumuna iletmesi gerekir. Çalışan kişinin bilgi vermesinin zorunlu olması nedeniyle sigortalı, kendisinin çalışmak için yetersiz olduğunu sağlık fonuna bildirmesi gerekir (17/4).

A. ERDALI

III. LÜKSEMBURG VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 4: Lüksemburg ve Türkiye'nin Bazı Göstergeleri

Göstergeler	Birim	Yıl	Lüksemburg	Kaynak	Türkiye	Kaynak
Nüfus	Kişi	2004	457.700	9	72.220.000	13
Kaba Doğum Oranı	%0	2004	13/1000	1	21/1000	13
Kaba Ölüm Oranı	%0	2004	8/1000	1	7/1000	13
Yeni Doğan Ölüm Oranı	%0	2004	5/1000	1	23/1000	13
Toplam doğurganlık oranı	(%)	2004	1,7	1	2,4	13
Ortalama Yaşam Süresi	Yıl	2004	79	1	69	13
Difteri-Boğmaca-Tetanoza karşı Bağışıklama Oranı	%	2004	98	1	86	13
Kızamığa karşı Bağışıklama Oranı	%	2004	91	1	81	13
Hepatit B'ye karşı Bağışıklama Oranı	%	2004	49	1	77	13
Çocuk Felcine karşı Bağışıklama Oranı	%	2004	98	1	85	13
Hekim Sayısı	Kişi	2002	1135	5	99304	14
Hemşire Sayısı	Kişi	2002	3505	5	27512	14
Hekim Başına Düşen kişi sayısı	Kişi	2002	386	5	703	14
Kamu sektörü sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	85,4	12	62,9	14
Özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	(%)	2002	14,6	12	37,1	14

Kaynak: (1) UNİCEF, (2004), Health At a Glance, Luxembourg, (2004), s:1-3-5

(5) European Observatory on Health Care Systems, (2002) Highlights on Health, Luxembourg

(9) Ana Britannica (2004) Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., Cilt 15, İstanbul.

(12) WHO, (2004), National Health Accounts, Luxembourg, s:1.

(13) UNİCEF, (2004), Health At a Glance, Turkey, (2004), s:8-10,13,14

(14) Sağlık Bakanlığı, (2004), Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Ankara.

Lüksemburg ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimi Sağlık Bakanlığı'ndadır. Lüksemburg'da Sağlık Bakanlığı genel olarak politika belirleyici, yasal düzenlemeleri hazırlayıcı ve sağlık hizmeti sunucularını denetleyici görev üstlenmekte iken Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bu görevlere ek olarak sağlık hizmetlerini sunmakla da kanunen görevlidir. Ayrıca her iki ülkede de Sağlık Bakanlığı yanında diğer Bakanlıkların da sağlıkla ilgili görev ve sorumlulukları vardır.

Lüksemburg'da birincil sağlık hizmetlerini genel olarak tek başlarına ve özel teşebbüs olarak çalışan genel pratisyenler tarafından sunulmaktadır. Genel pratisyenler ikincil sağlık hizmetleri kullanımında sevk edici görevi yapmaktadırlar.

Lüksemburg'da koruyucu sağlık hizmetleri yerel hizmet birimleri, özel doktorlar ve kâr amaçsız kuruluşlar tarafından, sağlık merkezlerinde, bölgesel sağlık kuruluşlarından Sağlık Bakanlığı ödenekleriyle verilir. Eczacılık hizmetlerinin sorumluluğu Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı arasında paylaşımıştır.

Türkiye'de birincil ve koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı Sağlık Merkezleri'nde, Sağlık Ocakları'nda, Anne Ve Çocuk Sağlığı Merkezleri'nde sunulmaktadır.

Türkiye'de Tıp Fakülteleri ve üniversite hastahaneleri önemli sağlık hizmeti sunucuları iken Lüksemburg'da Tıp Fakültesi bulunmadığı için böyle bir durum söz konusu değildir.

Türkiye ve Lüksemburg'da ölüm nedenlerinden başlıcaları kalp-damar hastalıkları ve dejeneratif hastalıklar olup, özellikle Türkiye'de yetersiz sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan enfeksiyon hastalıklarından ölümler de önemli bir yer tutmaktadır. Lüksemburg'da koruyucu sağlık hizmetleri uygulamalarının Türkiye'ye göre daha başarılı olduğu görülmektedir.

Lüksemburg'da sağlık hizmetleri arzının yaklaşık %15'i özel sektör ve geriye kalan %85'i kamu tarafından karşılanmaktadır. Ülkedeki hastahanelerin büyük çoğunluğu yerel yönetimlerce yönetilmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetleri arz ve arzının finansmanı ağırlıklı olarak kamu tarafında karşılanmaktadır. Bunun yanında özel muayenehane, poliklinik ve klinikler, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile ilaç ve tıbbi cihaz üreticileri de önemli finansman kaynaklarıdır. Ayrıca Döner Sermayelerden sağlanan gelirler de sağlık hizmeti sunumu finansmanın da önemli bir yer almaktadır.

Her iki ülkede de sağlık hizmeti talebi asıl olarak sosyal sigortaya dayalıdır. Ancak Lüksemburg'da hemen hemen tüm vatandaşları kapsayarak eşit şartlarda sunulmakta iken Türkiye'de tüm vatandaşlar sosyal güvence sistemi içinde değildir ve kişisel doğrudan ödemeler önemli bir yer tutardadır.

Türkiye'de sağlık hizmetleri talebinin finansal kaynakları devletten gelen yardımlar, zorunlu ve gönüllü sigortalıların prim ve katılım payları ile doğrudan kişisel ödemelerden karşılanır. Türkiye'de devlet memurlarının ve onların bakmakla yükümlü yakınlarının sağlık hizmetleri talebi finansmanı hazineden karşılanmaktadır.

Lüksemburg'da halkın %96'sı zorunlu sigorta kapsamındadır. Lüksemburg'da sigortanın finansal kaynağı sigortalıların ödediği primler ve katkılar ile devletin ödediği katkılardır. Bu nedenle, her iki ülke de talepte sağlık sistemi, tipik özelliği zorunlu, primli sağlık ya da hastalık sigortası olan Refah Yönelimli / Sigorta tipindeki sağlık sistemleri içine girmektedir.

Lüksemburg'da sağlık eğitimi veren üniversite bulunmaması nedeniyle bu eğitim komşu ülkelerde alınmaktadır. Türkiye'de sağlık eğitimi veren çok sayıda tıp fakültesi ile üniversite ve kamu hastahanesi bulunmaktadır.

Sağlık kurumlarının ülke geneline dağılımı incelendiğinde Lüksemburg'da sağlık kurumlarının ve sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağıldığı görülmektedir. Türkiye'de ise sağlık kurumları ve özellikle hekimler gelişmiş bölgelerde ve büyük şehirlerde yoğunlaşmaktadır.

Sonuç olarak iki ülkede de benzer bir sağlık sistemi olmakla birlikte, Lüksemburg'da Türkiye'ye göre daha zengin ve düzenli işleyen bir sistem vardır.

A. ERDAL

SARGUTIAN

KAYNAKLAR

1. UNİCEF (2004) At a Glance, Luxembourg, www.unicef.org/infobycountry/luxembourg_statistics.html (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
2. WHO (1999) Health Care Systems in Transition, Luxembourg, European Observatory on Health Care Systems, World Health Organisation <http://www.euro.who.int/document/e67498.pdf>
3. Marconi, A., Louvigny, V. (2005) Programme du Systeme des Soins de Sante au Luxembourg http://ms.etat.lu/MIN_SANT/Publication/Brochure%20avant%20E_T.pdf
4. European Commission Health Monitoring Program (2001) Ministry of Health Directorate of Health Grand Duchy Luxembourg, Health Information Systems in Europe, Final Report Luxembourg, http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_a7frep_en.pdf
5. WHO (2004) Highlights on Health, Luxembourg 2004, European Observatory on Health Care Systems, World Health Organisation, http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/chhlux/system/20050131_1 (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
6. Hans, J. S., Drebing, H., Peitz, M. (2002) Compulsory Admission and Voluntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU – Member States. European Commission – Health & Consumer Protection Directorate General, Research Project, Final Report, Mannheim, Germany, http://www.europa.eu.int/comm/programmes/health/reports/fp_promotion_2000_rep_08_en.pdf
7. European Commission (2002) Health Care in Europe Union, Luxembourg, European Union http://www.europa.eu.int/comm/employment/_social/missoc/2002/03/luxembourg_en.pdf
8. WHO (2002) Medicaments, Luxembourg, World Health Organisation, <http://www.euro.who.int/pharmaceuticals/Topics/Overwiev/20020416?language=French> (sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
9. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Ana Yayıncılık A.Ş., İstanbul, Cilt 15, s:53-55
10. Grosse-Tebbe S. And Figueras, J. (2004) Snophots of Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/document/e85400.pdf>

11. European Commission (2002) Evaluation of the Social Protection of the EU and EEA Member States, Luxembourg, European Union
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/2002/03/luxembourg_en.pdf
12. WHO (2004) National Health Accounts, Luxembourg, World Health Organisation
<http://www.who.int/nha/country/LUX.xls>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
13. UNICEF (2004) Health at a Glance, Turkey
http://www.unicef.org/infobycountry/Turkey_statistics.html
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
14. Sağlık Bakanlığı (2004) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,
<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=istatistik&id=143&kelime=&page=>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
15. European Commission (2002) Family Benefits and Family Policies in Europe, Luxembourg,
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2002/luxembourg_en.pdf
16. European Commission (2003) Social Protection of People with Disabilities,
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2003/012003/lux_en.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
17. European Commission (2005) Evolution of Social protection in the EU, the EEA Member States, İçinden: Financial State of Health Insurance, Luxembourg,
http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/01/2005_01_lu_en.pdf
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
18. European Commission (2005) Report on the Accessibility, Quality And Financial Viability of Health Care, Luxembourg,
http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/health_en.htm

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN