BELÇİKA'DA HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL İŞLER BAKANLIĞI: SAĞLIK REFORMLARI SÜRECİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Hatice ŞİMŞEK*, Hande BAHADIR**

Özet: Belçika sağlık sistemi hasta egemen, hekim seçme özgürlüğünün ve yüksek katkı paylarının olduğu bir sistemdir. Ülkedeki sağlık sistemini ve Sağlık Bakanlığı'nın yapılanmasını belirleyen başlıca reform yerelleşmedir. Bu çalışmada Belçika'nın yönetimsel yapısı, sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumu, sağlık reformları ve reformlar ile sağlığın örgütlenme yapısı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Belçika, sağlık sistemi, sağlık reformları, yerelleşme

The Ministry of Social Affairs and Public Health in the Belgium: The Changes in the Process of Health Care Reforms

Abstract: *Belgian health care system is a patient-dominant system which has freedom to choose the physician and high contribution rate. The main reform determining the structuring of health system in the country and Ministry of Health is localization. In this study, the administrative structure, health organization and delivery of health care, health care reforms of Belgium, and the relationship between the reforms and the organization structure of health have been studied.*

Keywords: Belgium, health system, health care reforms, decentralization

Belçika'nın Genel Özellikleri ve Yönetimsel Yapısı

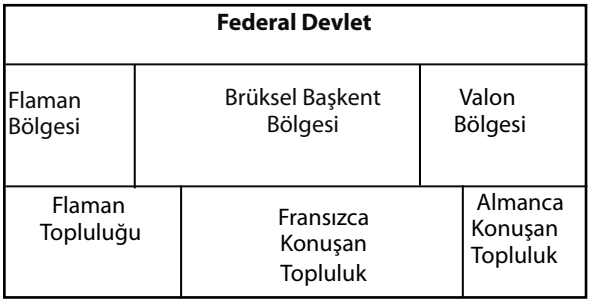
Belçika, 30.250 km²'lik yüzölçümüyle toplam nüfusu yaklaşık 11 milyon olan, yüksek gelirli bir Avrupa ülkesidir. Nüfusun %52'si kentsel bölgede yaşamaktadır. Median yaş 44,4 olan ülkede, beklenen yaşam süresi erkeklerde 78, kadınlarda 83'tür. Toplam nüfus içinde 15 yaş altı nüfusun oranı %16,9'dur. Ülkede 60 yaş ve üzeri nüfus %23,8, 65 yaş ve üzeri nüfus %17,4'tür. Toplam doğurganlık hızı 2,4, beş yaş altı ölüm hızı binde 4, ana ölüm hızı yüz binde 210'dur **(WHO, 2013a; WHO, 2013b; OECD, 2013).**

Belçika 1830 yılında Hollanda'dan ayrılarak bağımsızlığını kazanmış, 1970 yılına dek monarşi ile yönetilmiş, 1970 yılından sonra federal bir yapı kazanmıştır. Ülke 1993 yılından itibaren tekrar monarşi ile yönetilmeye başlanmıştır. Bu tarihten itibaren Belçika'nın idari yapısı, Federal Hükümetin dışında dört farklı düzeyde yönetimsel yapıdan oluşmaktadır. Bunlar topluluklar (communes), bölgeler (regions), eyaletler (provinces) ve belediyelerdir (municipalites). Topluluklar, ülkede bulunan dil grupları bazında tanımlanmıştır ve Flamanca, Fransızca ve Almanca konuşan topluluklardan oluşmaktadır (Şekil 1) **(Baudewyns, 2003).** Her topluluğun ayrı bir parlamentosu bulunmaktadır. Ülkede Flaman, Valon ve Brüksel Başkent Bölgesi olmak üzere 3 bölge vardır. Belçika, Flaman Bölgesi'nde 5, Valon Bölgesi'nde 5 olmak üzere toplam 10 eyalete ayrılmıştır. Eyaletlere bağlı en küçük idareler belediyelerdir ve ülkede 589 belediye bulunmaktadır **(Yılmaz, 2011).**

Belçika Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı ve Hizmet Sunumu

Belçika'nın parçalı yapısı, sağlık sistemine de yansımış ve sağlık hizmetleri, federal hükümet, eyalet yönetimleri ve yerel yönetim düzeyinde birçok kamu kuruluşu tarafından paylaşılmıştır. Belçika'nın karmaşık yönetimsel yapısı, bölgelere ve topluluklara ayrılmış olması ve yönetimsel birimlerin birbirine girmiş sorumlulukları sağlığa ilişkin konuların da iç içe girmesine neden olmaktadır **(Sargutan, 2006).**

*Öğr. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
**Arş. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD



Şekil 1. Belçika'nın yönetimsel yapısı, (Baudewyns, 2003)

Belçika sağlık sisteminin temel özellikleri İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra alınan kararlara dayanmaktadır. Bu dönemden sonra Belçika'da kamusal, Bismarck tipi zorunlu sağlık sigortası kurulmuş ve hizmet başına ödeme sistemi getirilmiştir **(Gerkens, 2010).** Belçika Sağlık Sistemi'nin temel üç özelliği bulunmaktadır. Bağımsız çalışan hekimlerce yapılan tıbbi uygulamalar, sevk sistemi olmadığı için hastaneden ya da birinci basamakta çalışan hekimlerden birini hastanın özgür olarak seçebilmesi ve hizmet alabilmesi ve hizmet alan kişilerin aldıkları hizmetin bedelini hizmet başı ödeyerek, daha sonra yaptıkları bu ödemelerin bir kısmını geri alabilmeleridir **(Gerkens, 2010).** Belçika'da sağlık hizmetleri büyük oranda özel sektör tarafından verilmektedir. Sağlık hizmet sunucuları temelde bağımsız çalışan hekimler (genellikle solo, nadiren grup pratiği), diş hekimleri ve eczacılardır. Sistem içinde ayrıca ebe, hemşire ve laboratuvar çalışanları, diyetisyen ve fizyoterapist gibi hizmet sunucular da bulunmaktadır. Hekim, diş hekimi gibi hizmet sunucuları hizmet başına ücret alırken, ebe, hemşire gibi hekim dışı çalışanların ücretleri maaş olarak ödenmektedir **(Cleempul, 2000).** OECD'nin 2011 verisine göre ülkedeki toplam hekim sayısı 32.182'dir (%36,5'i kadın, %63,5'i erkek). Bin kişi başına düşen ortalama hekim sayısı 2,9'dur ve OECD ortalamasından (3,2) daha düşüktür **(OECD, 2013)**. Dünya Sağlık Örgütü'nün verisine göre 2010 yılında ülke nüfusu 10 milyon 941'ken ülkedeki ebe-hemşire sayısı 5.637'dir ve 1.000 kişi başına düşen ebe-hemşire sayısı 0,5'tir **(WHO, 2013).**

Genel pratisyenler sıklıkla tek başlarına (bir tıbbi sekreter eşliğinde), nadiren de grup pratiği şeklinde çalışmaktadır. Uzman hekimler çoğunlukla hastanelerde hizmet vermektedir. Uzman hekimler muayenehane açarak da genel pratisyen gibi çalışabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda çalışanların işlevleri ve rolleri tam olarak tanımlanmamıştır. Bu nedenle genel pratisyenlerin ve uzman hekimlerin görev ve sorumlulukları açısından tam bir karmaşa vardır. Hastalar herhangi bir zamanda istedikleri hekime başvurabilir, ister muayenehaneye ya da hastaneye başvurarak, ister hekimi evlerine çağırarak hizmet alabilirler. Kişiler hizmet sunucularını "pazardan elma seçer gibi" serbestçe seçebildikleri için hizmet sunanlar arasında rekabet fazladır. Pek çok Avrupa ülkesinden farklı olarak sevk sistemi/ genel pratisyenlerin "kapı tutucu" özelliği olmadığı için hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktaları genellikle uzman hekimler olmaktadır **(Sargutan, 2006; Giray, 2007; Gerkens, 2010).**

Bağımsız hizmet sunucuları dışında, hizmet sunumu kapsamında halk sağlığı hizmetlerini veren yerel yönetimler, hastaneler, geriatrik bakım kurumları ve bağımsız eczacılar da hizmet sunumu kapsamında yer almaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden topluluklar sorumludur ve federal hükümet de toplulukların aldığı kararları yasal olarak desteklemektedir. Belçika'da hastaneler kamu ya da özel olsun, çoğunlukla kâr amacı gütmemektedir. Özel hastanelerin de çok azı kâr amacı gütmektedir **(Gerkens, 2010)**. Hastaneler genel ve psikiyatri hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılırken; genel hastaneler akut, uzmanlaşmış ve geriatri hastaneleri olmak üzere üçe ayrılır. Ülkedeki toplam hastane sayısı 2008 yılında 207'dir. Bunların 139'u genel, 68'i psikiyatri hastaneleridir. Uzmanlaşmış hastaneler bir ya da birkaç özel sağlık sorunu üzerine eğilen kurumlardır. Geriatri hastaneleri özel bakıma gereksinim duyan yaşlılar için kurulmuştur ve 2008 yılı verisine göre bu kurumların sayısı 8'dir. Amacı uzmanlaşmış ve multidisipliner bir bakımla yaşlıların bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir program 2007 yılında geliştirilmiştir. Ülkede hastanelere alternatif olarak yaşlılar ve psikiyatrik sorunu olanlar için özel ya da kamu bakım merkezleri ve huzurevleri de yaygındır. İki bin yılı verisine göre Belçika'da 896 bakımevi, 1.875 huzurevi bulunmaktadır. Ocak 2005 verisine göre Flaman topluluğundaki huzurevlerinin %48'i özel, kâr amacı gütmeyen kurumlarken, Valon Bölgesi'ndeki huzurevlerinin %65'i özel, kâr amaçlı kurumlardır. Ülkede hastaneler içinde geriatri servisinin oluşturulmaya başlandığı yıl 1984, geriatrinin ayrı bir uzmanlık alanı olduğu yıl ise 1986'dır **(Arnaert, 2005; Gerkens, 2010).** OECD'nin 2011 verisine göre Belçika'da 1000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı 6,4'tür **(OECD, 2013).**

Belçika'da yaşayanların sağlık algılarına ilişkin 2008 yılında yapılan çalışmada bireylerin %76,8'i kendisini iyi ya da çok iyi hissettiğini söylemiştir. İyi/ çok iyi olma oranı erkeklerde daha yüksektir.

Sosyoekonomik durumu kötü olanlarda bu oran %57,4'e kadar düşmektedir. Bireylerin %90'ı sağlık kurumlarından memnun olduğunu belirtmiştir **(Cook, 2012).**

Kişi başı ulusal geliri 39.190 $ (PPP) olan ülkenin kişi başı sağlık harcaması 4.119 $ (PPP)'dır. Toplam gelir içinden sağlığa ayrılan pay %10,6'dır **(WHO, 2013).** Sağlık harcamalarının %76'sı kamu kaynakları ile finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının %24'lük bölümünün kaynağını oluşturan özel sağlık harcamalarının da %79,5'i cepten ödemelerle sağlanmaktadır **(OECD, 2013; WHO, 2013)**. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları doğrudan vergiler, katma değer vergileri ve sosyal güvenlik katkı paylarıdır. Zorunlu sağlık sigortası nüfusun %99'unu kapsamaktadır. Hastalar aldıkları sağlık hizmetinin bedelini cepten ödemekte ve daha sonra ödedikleri bedeli özel bir sosyal güvenlik kurumu olan INAMI'den (National Institute for Health Care and Invalidity Insurance) geri alınmaktadır. Geri ödemesi yapılan yaklaşık 8.000 hizmet türü bulunmaktadır ve tüm ödemelerin %80'ini oluşturmaktadır. Bir kısım ilaçların, tıbbi uygulamaların ve cihazların geri ödemeleri yapılmamaktadır **(Gerkens, 2010).**

Belçika Sağlık Sistemini Etkileyen Reformlar Süreci

Belçika'da 1944 yılında kabul edilen Sosyal Güvenlik Kanunu'ndan başlayarak birçok reform yapılmıştır. Hastane Kanunu ve Sağlık Sigortası Kanunu 1963 yılında yürürlüğe girmiş, bu Kanun'larla zorunlu sağlık sigortası özel sağlık sigortası ile tamamlanmış, bireylere hekimini ve sağlık kuruluşunu seçme özgürlüğü tanınmıştır. Ayrıca hizmet başına ödeme sistemi getirilmiş, sigortalı yurttaşlara hastanede verilen tedavi hizmetleri ücretsiz olarak sunulmuş ve hastane bakımlarındaki niteliğin geliştirilmesi sağlanmıştır. Her ne kadar Belçika'da kurulan ilk hastanelerin temeli 12. yüzyılın başlarına dayansa da, 1963 yılına kadar hastane açılımında var olan sınırlamalar, 1963 yılında hazırlanan bu Yasa ile yeniden düzenlenmiştir. Bu Yasa'nın amacı hastanelerin tüm yurttaşların erişimine açık olması, hastane hizmetlerinin niteliğinin artırılması ve akreditasyonu, kamu ve özel hastanelere finansal olarak garanti verilmesi ve hastane hizmetlerinde planlamanın yapılmasıdır **(Gerkens, 2010)**. Belçika için önemli yapısal reformlardan biri, 1980 yılında topluluk ve bölgelere yasama yetkisinin verilmesidir. Belçika sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturan yerelleşme (desantralizasyon) bu reformla gerçekleştirilmiş ve koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve evde bakımın düzenlenmesi yerel yetkililere devredilmiştir **(Schokkaert, 2005; Gerkens, 2010).** Federal yönetim ve federe bölgeler arasında, 1997 yılında yaşlı sağlığına yönelik bir protokol yapılmış ve bu protokolde sağlık sigortasının bölgeler ve topluluklar arasında ne şekilde kullanılacağına karar verilmiştir **(Gerkens, 2010)**. Belçika sağlık sisteminde 2002 yılı reformlar yılı olmuş ve bu yılda ilaçlarla ilgili düzenlemeler, ötenazinin ve palyatif bakımın herkes için bir hak olduğunun yasallaşması, hastanelerde aylık bütçeleme, hasta hakları gibi birçok yenilik getirilmiştir **(Gerkens, 2010)**. Hasta hakları Belçika'da son yıllarda önem kazanmış ve 2002 yılında çıkartılan Yasa ile güvence altına alınmıştır. Ülkedeki tüm sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları hasta haklarına uymak zorundadır. Bu Yasa ile herkesin sağlık durumu hakkında bilgi edinme, aydınlatılmış onam, hastanın kendi dosyasına bakma ve kopyasını alma, özel hayatın korunması ve şikayet hakları güvence altına alınmıştır. Belçika'da 2004 yılı verisine göre ekonomik nedenlerle sağlık bakımını erteleyen hanelerin oranı %10,1'dir. Bu nedenle 2007-2010 yılları arası Belçika'da sağlık sistemine erişimin kolaylaştırılmasına ilişkin reformların yapıldığı yıllar olmuştur. Herkesin nitelikli bir sağlık bakımına erişebilmesi, finansal sürekliliğin sağlanması, Belçika'da yapılan son reformların ortak amacıdır. Diş sağlığı hizmetlerinin geri ödemelerinin, önce 15 yaş ve altında, daha sonra 18 yaş ve altında tümünün ödenmesi, belli bir gelir düzeyinin altındaki kişiler için tercihli geri ödeme sistemlerinin oluşturulması, analjezik ilaçların ve bandajların geri ödeme listesine alınması, hastanede yatmayan kanser hastalarının yol giderlerinin karşılanması, hastanede yatış süresi sınırlamasının ve iki kişilik odada kalanların ek ödemelerinin kaldırılması 2007-2010 döneminde olmuştur. Ayrıca bu dönemde yaşlı sağlığı, kanser ve kronik hastalıklara ilişkin planlar hazırlanmıştır **(Gerkens, 2010).**

Reformlar Sürecinin Sağlık Bakanlığı'nın Yapısına Etkisi

Belçika'da kraliyet emriyle 1936 yılında Adalet ve İçişleri Bakanlıkları'nın var olan bazı görevleri bu yılda kurulan Halk Sağlığı Bakanlığı'na devredilmiştir. Bakanlık 1980 yılına kadar bu isimle anılmış, 1980 yılındaki reform ile görev tanımları arasına çevre de girmiştir. Bakanlığın adı 1980 yılında Halk Sağlığı ve Çevre Bakanlığı olmuştur. Bakanlığın ismi 1995 yılında Sosyal İşler, Halk Sağlığı ve Çevre Bakanlığı olmasına karşın bünyesinde Halk Sağlığı Bakanı ve Sosyal İşler Bakanı olmak üzere iki bakan barındırmıştır. Şu anda sağlık sistemi federal düzeyde Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı'nın kontrolü altındadır ve tek bakan görevlidir **(Gerkens, 2010).** Sağlık

alanında genel yasal çerçeveyi belirleyen Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı zorunlu sağlık sigortasını düzenlemek ve finanse etmek, sağlığa ayrılacak bütçeyi belirlemek, sağlık kuruluşları için akreditasyon ölçütlerini saptamak, hastane bütçelerini finanse etmek, ilaçların fiyat kontrolünü yapmak gibi görevlerden sorumludur **(Gerkens, 2010).** Bakanlık bünyesinde Sağlık, Besin Güvenliği ve Çevre Birimi, Sosyal Güvenlik Birimi, Hastalık Fonlarını Denetleyen Birim, Halk Sağlığı Enstitüsü, Sağlık Bakımı Bilgi Merkezi, Üst Sağlık Meclisi, Federal Nükleer Kontrol Ajansı gibi çeşitli federal şubeleri, danışmanlıkları ve daireleri barındırır **(Gerkens, 2010)** (Şekil 2). Sağlık hizmetlerini düzenlemeden sorumlu iki ana bölüm Sağlık, Besin Güvenliği ve Çevre Birimi ile Sosyal Güvenlik Birimi'dir. Sağlık, Besin Güvenliği ve Çevre Birimi bünyesinde sağlık merkezlerinin organizasyonu; birincil sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi; hayvan, bitki ve gıda ürünleri ile çevreye ilişkin dört farklı bölüm bulunmaktadır. Sosyal Güvenlik Birimi ise halkın sosyal güvenliği ile ilgili yasalarla ilgilenmektedir.

Sağlıkta alınan politik kararları objektif araştırmalarla desteklemek için 2002 yılında çıkartılan yasaya paralel olarak Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı'nın çatısı altında Belçika Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi kurulmuştur **(Gerkens, 2010; Belgian Health Care Knowlegde Centre, 2009)**. Federal İlaç ve Sağlık Ürünleri Merkezi, 2006 yılında, hayvan ve insanlarda kullanılan ürünlerin güvenirliğini, niteliğini ve etkisini artırmak için kurulmuştur. Toplumu ve çevreyi iyonize radyasyonun tehlikeli etkilerinden korumak için 2007 yılından sonra Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı'nın temel federal departmanlarından biri yapılan Federal Nükleer Kontrol Ajansı kurulmuştur. Bakanlığın danışma birimleri ise Halk Sağlığı Enstitüsü, Hastaneler Kurulu, Belçika Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi, Üst Sağlık Kurulu ve en son eklenen Hemşirelik Kuruludur. Hemşirelik Kurulu, 2008 yılında hemşirelerin daha etkin olmasına ilişkin yapılan reformların bir sonucu olarak kurulmuştur ve hemşirelik mesleğine ilişkin her konuda danışmanlık sağlayan ve hemşirelik eğitiminin de yapılanmasına destek veren bir kuruldur **(Gerkens, 2010).** Halk sağlığı alanında hükümet politikaları ile bilimsel topluluk arasındaki ilişkiyi sağlamakla görevli Üst Sağlık Kurulu'nun üniversite ve hükümet temsilcilerinden oluşan yaklaşık 90 üyesi bulunmaktadır. Bu kurul halk sağlığını ilgilendiren tüm konularda yetkili olmakla birlikte özellikle akıl sağlığı, çevre, beslenme, aşı ve enfeksiyon hastalıklarında danışılan ve sorumluluğu olan bir kuruldur **(Gerkens, 2010).**

Federal yönetim dışında kendine ait bir parlamentosu ve sağlıktan sorumlu bir bakanlığı olan federal bölgeler sağlığın geliştirilmesi ve korunması, ana ve çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, toplum sağlığı, temel sağlık hizmetlerinde koordinasyon ve işbirliğini sağlama, akreditasyon standartlarının uygulanması ve ek akreditasyon ölçütlerinin belirlenmesi, hastanelerin finansmanının sağlanmasından sorumludur. Federal bölgelerde sağlıktan sorumlu bakanlıkların adı her toplumda isim değiştirmektedir. Bu bakanlıklar Flaman topluluğunda Sosyal Yardım ve Halk Sağlığı Bakanlığı; Fransız topluluğunda Sağlık ve Aile Bakanlığı; Valon topluluğunda Aile, Sağlık ve Sosyal İlişkiler Bakanlığı isimlerini almaktadır **(Gerkens, 2010).** Federal yönetim ile federal bölgeler arasındaki ilişkiyi sağlamak için düzenli olarak toplantılar yapılmaktadır. Bölge ve eyaletlerin sağlık bakımına ilişkin sorumlulukları kısıtlı olmasına karşın on ayrı eyaletin de kendine ait bir sağlık müdürü vardır ve bu müdür eyalette Halk Sağlığı birimini temsil etmektedir. Yasaların uygulanması ve düzenin sağlanmasından sorumlu olan eyalet yönetimlerinde sağlık müdürünün görevleri arasında hijyeni sağlamak, salgın hastalık durumunda gerekli önlemleri almak ve eyaletin tıbbi komisyonuna başkanlık yapmak vardır **(Gerkens, 2010; Yılmaz, 2011).** Eyaletlerdeki tıbbi komisyonlar hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist gibi sağlık çalışanlarının diplomalarını onaylar, tıp kuruluşlarını denetler, gece ve hafta sonları için nöbetçi hekim sayısını belirler, halka sağlık danışmanlığı yapar ve gerektiği zaman bulaşıcı hastalıklarla ilgilenmektedir **(Gerkens, 2010).** Eyaletlere bağlı en küçük birimler olan ve kendi meclisleri bulunan belediyeler düşük gelir gruplarına sosyal destek sağlanması ve acil bakımın düzenlenmesinden sorumludur **(Gerkens, 2010; Yılmaz,2011).**

Sonuç

Belçika sağlık sistemi hasta egemen, hekim seçme özgürlüğünün ve yüksek katkı paylarının olduğu bir sistemdir. Sistem özel sektörün hakim olduğu, desantralize ve yerele devrin olduğu bir özellik taşımaktadır. Belçika'da Halk Sağlığı ve Sosyal İşler Bakanlığı, hem sosyal güvenlik hem de çevre ile hastalık fonları birimlerini içeren bir yapıdadır. Ülkedeki sağlık sistemini ve Sağlık Bakanlığı'nın yapılanmasını belirleyen başlıca reform yerelleşmedir. Belçika'nın karmaşık yönetimsel yapısı, yönetimsel birimlerin birbirine girmiş sorumlulukları sağlığa ilişkin konularda karmaşaya neden olmasına karşın belirli ulusal koruyucu hizmetler dışında kalan ana-çocuk sağlığı hizmetleri gibi koruyucu

Şekil 2. Sosyal İşler ve Halk Sağlığı Bakanlığı'nın federal düzeydeki yapısı, (Gerkens 2010)

hizmetlerden ve okul sağlığını da içeren sağlık eğitiminden, hastanelerin yenileme ve yapım izinleri ile çalışma onayları için federal düzeyde belirlenen standartların yerine getirilmesinin sağlanmasından, evde bakımın ölçütlerinin belirlenmesi ve evde bakımın planlanmasından yerel yapılar sorumludur. Eyaletler bölgesel olarak çevre sağlığı hizmetleri ile ilaç ücretlerinin denetimi görevlerini üstlenmiştir. Her eyaletteki tıbbi komiteler hekimlerin, diş hekimlerinin, eczacıların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının diplomalarının doğruluğunu kontrol ederler. Düşük gelirli grupların sosyal olarak desteklenmesi ile personel ve ekipman finansmanı dışında acil hizmetlerin örgütlenmesi ise yerel yönetimlerin sorumluluğudur.

Sağlık sisteminin ve Sağlık Bakanlığı'nın yapılanması açısından Belçika ile Türkiye arasında şu an için yakın benzerlikler bulunmamaktadır. Başlıca benzerlik sevk sisteminin olmaması ve Üst Sağlık Kurulu gibi bazı danışma kurullarının yapısı ve işlevleridir. Her ne kadar Türkiye'de de özelleştirme yönelimi yoğunlaşmakta ve hekim seçme özgürlüğünden bahsedilmekte ya da hasta egemen bir yapıya doğru gidilmekte ise de sistem "henüz" Belçika kadar özelleştirmenin ön planda olduğu bir yapılanmada değildir.

Kaynaklar

Arnaert, A., Heuvel, B.V., Windey, T. *(2005) Health and Social Care Policy for the Elderly in Belgium, Geriatric Nursing 26(6):366-71.*

Baudewyns, P., Dandoy, R. *(2003) Federalism and Social Security in Belgium, Erişim Tarihi 29.07.2013, http://dev.ulb.ac.be/sciencespo/dossiers_membres/dandoy-regis/fichiers/dandoy-regis-publication29.pdf*

Belgian Health Care Knowledge Center *(2009) Organization of Palliative Care in Belgium, Erişim Tarihi 15.07.2013, https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027342.pdf*

Cleempul, I., Kesteloot, K*. (2000) Health Technology Assessment in Belgium. International Journal of Technology Assessment in Health Care 16(2):325-46.*

Cook, J.D. *(2012) Performance of the Belgian Health System, Erişim Tarihi 18.07.2013, http://www.riziv.fgov.be/information/all/studies/study48/pdf/performance_health_care_EN.pdf*

Gerkens, S., Merkur, S. *(2010) Health System in Transition, Belgium Health System Review 12(5):1–266.*

Giray, H., Aksakoğlu, G. *(2007) Belçika Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim. TTB Yayını, 22(4):260-5.*

OECD *(2013) Health status, Erişim Tarihi 14.07.2013, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT*

Sargutan, E. *(2006) Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.*

Schokkert, E., Van deVorde, C. (2005) Health care reform in Belgium. Health Economics 14 (s1): S 25-39.

World Health Organization *(2013a) European Region: Belgium Statistics Summary. Erişim Tarihi: 23.07.2013, http://apps.who.int/gho/data/view.country.4500*

World Health Organization *(2013b) Belgium: Health Profile, Erişim Tarihi 19.07.2013, http://www.who.int/gho/countries/bel.pdf*

Yılmaz, B*. (2011) Belçika ülke raporu. Ankara: TC Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı İGEM yayını.*