

BULGARİSTAN SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ REFORMLAR NE SONUÇ VERDİ?

İlker KAYI*

Özet: Bulgaristan sağlık sistemi 1989'dan başlayarak bir reform süreci geçirmektedir. Örgütlenmeden hizmet sunumuna kadar reform kapsamına giren tüm alanlarda Türkiye'de yürütülen sürece benzer bir uygulamalar göze çarpmaktadır. Reform süreci içinde temel olarak sağlık hizmet sunumunun özelleştirilmesi, sağlık hizmet yönetiminin desantralizasyonu, sağlık sisteminin piyasa odaklı olarak yeniden yapılandırılması, finansman yapısının değiştirilerek genel vergilerden sağlanan kaynak yerine sağlık sigortasına geçiş ve oluşan yeni yapıda sigorta kurumunun sözleşme temelli hizmet satın alması yürürlüğe girmiştir. Sağlık hizmet sunumu da değiştirilerek birinci basamakta genel pratisyenlik sistemine geçilmiştir. Hastanelerde yönetim merkezi değil, özerk idareler olarak planlanmış ve belediyelerin hastane hizmetlerine katılımı sağlanmıştır. Finansmanda ana kurum Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'dur. Zorunlu sağlık sigortası olmasına karşın kapsam dışında kalan gruplar bulunmaktadır. Diğer yandan sağlık harcamaları içinde kamunun payı giderek azalırken, özel harcamaların payı artmıştır. Cepten ve informal ödemeler sağlık hizmetine erişim açısından güçlükler yaratmaktadır. Bu durum özellikle Romanlar başta olmak üzere dezavantajlı gruplar için eşitsizliklere yol açmaktadır. Sağlık göstergeleri değerlendirildiğinde reformların beklenen sonucu vermediği söylenebilir. Reformların ilerletilmesinde Bulgaristan Sağlık Bakanlığı'nın yavaş ve tereddütlü tutumu eleştirilen noktalardandır. Diğer yandan karar alma sürecine vatandaşların ve sağlık çalışanlarının katılımının sağlanmadığı belirtilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bulgaristan, Sağlık Bakanlığı, sağlık reformu

What is The Result of Health System Reforms in Bulgaria?

Abstract: Since 1989 there has been a reform process in Bulgarian Health System. From organization to service provision the implementations resemble the process that has been carried out in Turkey. The reforms included privatization of health care provision, decentralization, market based restructuring of the health system, changing the financial source for the health system from taxation to health insurance; and purchasing of health services from providers by the insurance fund based on contractual relationship. Provision of health services has been reformed and General Practitioners become the main actor in primary health care. Municipalities are allowed to provide in-patient care and hospital administrations changed to be autonomous rather than central. The main institution in financing of the health system is National Insurance Fund. Although it is a mandatory insurance body there are several groups not covered by the insurance fund. On the other hand while public expenditure on health decreases gradually, private expenditure increases. Out-of-pocket payments, as well as informal payments creates difficulties in access to health care. It is evident among disadvantaged populations especially Roma People which creates inequalities. Evaluation of the health indicators show that the reform process does not meet the expected outcomes. Bulgarian Ministry of Health is criticized for acting slow and hesitant in implementing the reform process. Besides health workers and citizens were not involved in decision making processes.

Keywords: Bulgaria, Ministry of Health, health reform

Giriş

Balkan yarımadasının doğusunda, Karadeniz kıyısında yaklaşık 111.000 kilometrekarelik bir coğrafi alana kurulu olan Bulgaristan uzun süreli bağlarımız olan ve barındırdığı Türkiye asıllı vatandaşlarının yanı sıra kuzey-batı sınır komşumuzdur. Ülkenin resmi adı Bulgaristan Cumhuriyeti'dir. Ayrıca dünyadaki sağlık reformları salgınının Türkiye'nin de dâhil olduğu birçokları için benzer şekilde yönetildiği bir ülke olması da yakınlığımızı arttıran etmenlerdendir. Oblasti adı verilen 28 idari birime ayrılan Bulgaristan'da 2008 yılında çıkarılan Bölgesel

Kalkınma Yasası ile 6 bölge oluşturulmuştur (**Dimova, 2012a**).

Tablo 1'de ülke nüfusunun genel özellikleri izlenmektedir. İki bin on iki ülke nüfusunu %51,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır ve 2011 yılı ile karşılaştırıldığında binde 0,6 oranında bir azalma (45.183 kişi) olmuştur. İki bin bir ile 2011 yılları arasında nüfusta 564.331 kişilik bir azalma yaşanmış olup, yıllık azalma hızı binde 7 olarak belirlenmiştir. Nüfustaki bu düşüşte önemli payı doğal azalma (ölümlerin doğumlardan

*Halk Sağlığı Uzmanı, Adıyaman İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

fazla olması) ve dış göç (ekonomik sıkıntılar, işsizlik gibi nedenlerle) almış gibi görünmektedir (**National Statistical Institute, 2011; Dimova, 2012a**).

Komünizm sonrasında Bulgaristan liberal ekonomiye geçiş için hızlı adımlar atmıştır. Dış ticaretin serbestleştirilmesi, ücretlerde liberalizasyon ve serbest piyasa ekonomisine doğru atılan adımlar diğer balkan ülkeleriyle karşılaştırıldığında düzensiz bir şekilde yürütülmüştür (**Dobrinsky, 2000**). Bunu izleyen süreçte Bulgaristan ağır bir krizle karşı karşıya kalmış ve ciddi makroekonomik sorunlar yaşamıştır. Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla (GSYİH) 1996-1997 yıllarında %18 oranında azalmış, %1058 gibi bir hiper-enflasyon yaşanmıştır. Böyle bir ekonomik çöküş beraberinde politik bir krizi de getirmiştir. Ülke hızla özelleştirme, istikrar politikaları, bankacılık rehabilitasyonu ve ticaretin yeniden yapılandırılması politikalarına başvurmuştur. Ekonomik göstergelerde 2004-2008 yılları arasında bazı iyileşmeler olmuş, GSYİH yıllık %6 artmıştır. Yakın zaman önce görülen küresel kriz Bulgaristan'da da etkisini göstermiş, istihdam edilmiş 15-64 yaş arası nüfusta %3,1 oranında bir azalma gözlenmiştir. Avrupa Birliği üyeliği sonrasında yapılan eleştirilerden bazıları Bulgaristan'ın yaşam koşullarını iyileştirmede geride kaldığı, genç ve yaşlı yoksulluğu için risk altındakilerin oranlarının AB'ye kıyasla yüksek olduğu ve maddi yoksunluk açısından AB içinde son sırada yer almasıdır. Bu durumla başa çıkabilmek adına Bulgaristan'ın belirlediği çözüm adımları eğitim, emeklilik ve sağlıkta reformlar yapılması olmuştur (**Dimova, 2012a**).

Bu derlemede Bulgaristan sağlık sisteminde meydana gelen değişikliklerin sonuçlarına dair bir değerlendirme sunulması amaçlanmıştır. Yazının

akışında Bulgaristan'daki reform sürecinin tarihsel arka planı ve reform süreci ile sağlık göstergelerinde ve sağlık sisteminde ve yönetiminde meydana gelen değişimler ve yorumları aktarılacaktır.

Sağlık reformunun tarihsel arka planı: Bin dokuz yüz seksen dokuz öncesi bağımsızlığını kazandıktan sonra (19. yy sonu) Bulgaristan'da sağlık yasaları çıkarılmaya ve yeni sağlık merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Dört bin kişilik yerleşimlere bir belediye ya da bölge hekimi atanmasına çalışılmıştır. Köylerde ise "feldsher" olarak adlandırılan "doktor yardımcıları" görev yapmıştır. Savaş yıllarına denk gelmesi nedeniyle öncelikle askeri hastane olarak kurulan, daha sonra devlet hastanesi olarak hizmet veren büyük hastaneler kurulmuş, 20. yüzyıla gelindiğinde ise bazı özel sağlık tesisleri de hizmet vermeye başlamıştır. İşçiler için 1918, tüm çalışanlar için ise 1924 yılında zorunlu sigorta yasası çıkarılmıştır. Halk sağlığı yasası 1929'da çıkarılarak sanitasyon, anti-epidemik standartlar, toplumsal kökenli hastalıklar ve sağlık eğitimi faaliyetleri ortaya konmuştur. Sosyo-ekonomik gelişmelerden sağlık sigortası da payını almış ve 1947 yılında %70 gibi bir kapsayıcılığa ulaşmıştır. Komünizme geçiş 1949 yılında gerçekleşmiş, merkezileşme yönünde adımlar atılarak Bismarck tipi sigortaya dayalı sağlık sisteminin yerini Semasko olarak anılan Sovyet sağlık modeli almış ve 1951 yılında ülke genelinde ücretsiz sağlık hizmeti sunumu başlatılmıştır. İlerleyen dönemlerde özel hastane ve eczaneler kamulaştırılmış, 1972'de özel hekimlik yasaklanmıştır. Devlet özellikle ana çocuk sağlığını izleyecek bir sistem kurmuştur. Sağlık hizmetleri genişletilmiş, sağlık ocakları ve anne sağlığı klinikleri kurulmuştur. Birinci basamakta "rayon" adı verilen bölge temelli anlayışla hizmet sunulmaktadır. Buna göre hastalar ikamet ettikleri

Tablo 1. Yıllara göre Bulgaristan'ın genel demografik özellikleri

	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Yıl ortası nüfus	8.861.500	8.990.800	8.406.100	8.170.172	7.739.900	7.534.289
0-14 yaş arası nüfus oranı (%)	22,1	20,4	17,9	15,7	13,7	13,7
65 yaş üstü nüfus oranı (%)	11,9	12,9	15,0	16,2	17,2	17,6
Kaba doğum hızı (binde)	14,5	11,7	8,6	9,0	9,2	10,0
Kaba ölüm hızı (binde)	11,1	12,1	13,6	14,1	14,7	14,6
Toplam doğurganlık hızı	2	1,7	1,2	1,3	1,3	1,5
Kentsel nüfus oranı	62,1	66,4	67,8	68,9	70,9	71,5
İşsizlik oranı (%)	...	1,7	11,1	17,9	10,1	10,2
Nüfus içinde işgücü oranı (%)	51,8	50,9	50,5	40,1	40,2	...
Kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) (\$)	...	2260	1360	1620	3640	6320
Kamu harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	45,4	41,3	37,3	38,1

Kaynak: WHO Regional Office for Europe, 2013

yere yakın birinci basamak hekimine yönlendirilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla, özellikle tüberküloz, sıtma, tifo ve paraziter hastalıklarla mücadele için 1950'lerde dikey bir yapılanmaya gidilerek hijyen merkezleri kurulmuş, geniş bir bağışıklama ve diş hekimliği hizmeti sunulmuştur. Altmışlı ve yetmişli yıllar boyunca hastanelerin yaygınlaşması ve güçlendirilmesi çalışmaları sürmüştür ve 1973 yılında çıkarılan Halk Sağlığı Yasası ile erişilebilirliği yüksek ve ücretsiz sağlık sistemi örgütlenmesinin çerçevesi çizilmiştir (**Koulaksazov, 2003; Georgieva, 2007; Dimova, 2012a**).

1989 sonrası reform süreci

Doğu Bloku'nun çökmesinin de etkisiyle 10 Kasım 1989 yılında Komünist Parti'nin başındaki Todor Zhivkov istifa etmiş ve Bulgaristan'da parlamenter düzene geçiş başlamıştır. Bin dokuz yüz doksan yılında seçimler yapılmış ve 1991 yılında Bulgaristan Cumhuriyeti'nin yeni Anayasa'sı hazırlanmış ve ekonomik reformlara hız verilmiştir. Merkezi bir ekonomiden piyasa ekonomisine geçişte sağlık sisteminde de reform yapılması "zaruri" hale gelmiştir (**Dimova, 2012a**).

Sağlıktaki reform sürecini bölerek incelersek; 1989-96 yılları arasında Bulgaristan'daki politik yapı belirsiz olduğundan bu koşullar altında kısmi değişiklikler yapılabilmektedir. Bunlardan üçü özellikle önemlidir (**Dimova, 2012b**):

1. Özel sağlık sektörünün (özel hekimlik ve eczacılık) ve sağlık meslek birliklerinin yeniden canlandırılması;
 2. Desantralizasyon yönünde atılan adımlar ile 28 bölgede idari ve koordine edici sağlık merkezlerinin oluşturulması ve belediyelere sağlık yönetiminde sorumluluk verilmesine ek olarak hastanelerin otonom idari yapılar haline getirilmesi;
 3. Yeni ekonomik ilişkilere dayalı, yani piyasa odaklı bir sistemin temellerinin atılması.
- Son maddede belirtilen piyasa odaklı değişikliklerin ürünü olan sigorta sistemi bu sürecin ardından gelecektir.

Bin dokuzyüz doksan yedi - İki bin bir yılları arasında gerçekleştirilen reform adımları arasında belki de en önemli olanı sağlık sigortasına geri dönüş olmuştur. Yugoslavya dışında Doğu Bloku ülkelerinde sağlığın finansmanı genel vergilerden sağlanmakta iken (Yugoslavya'da bu dönemde işveren ve işçilere dayalı bir prim ödeme sistemi hâkimdi) serbest piyasa ekonomisine geçiş ile birlikte sağlık

alanında neredeyse tüm ülkelerde -28 ülkenin 22'sinde- benzer olarak finansman için eski Bismarck modeli yeniden gündeme oturmuştur. Bu geri dönüşün nedenlerine bakıldığında komünist dönemde bütçeden pay dağıtılmasında sağlık genellikle geride bırakılmış ve bu kaynak sıkıntısı yarattığından yönetime karşı bir güvensizlik doğurmuştur. Ayrıca bir yandan eskinin -komünizmin- "kötü hatıralarını" silmeye çalışan ve bir yandan da "Batı"ya öykünerek komünizmden uzaklaşmaya çalışılan bir ortamda bu doğrultuda alınan kararlar oldukça hoş karşılanmıştır (**Rechel, 2009; Atanasova, 2011**).

Diğer nedenler arasında Almanya ve Avusturya'nın başarılı görülen modellerini örnek alma isteği, ek kaynak yaratma beklentisi, şeffaflık ve politikacıların kaynak aktarımında yetkilerinin sınırlandırılması talebi olduğu kadar piyasa mekanizmalarının hayata geçirilmesine ön ayak olmak ve böylece özel sağlık hizmeti sunumuna geçiş hazırlamak ve son olarak başta Dünya Bankası (DB) olmak üzere uluslararası kurumların rolü de azımsanamayacak faktörler arasındadır (**Rechel, 2009**). Bu dönemde bir yandan desantralizasyon yönünde başlayan adımlar ilerletilip hastane yönetimleri kurumlarını yönetme konusunda ileri yetkilerle donatılırken, diğer yandan kalite yönetimi prensipleri hastanelere zorunlu kılınmaya başlanmış ve akreditasyon önemli bir başlık halinde önce hastanelerin, daha sonra tüm sağlık hizmeti sunucularının başarması gereken bir hedef haline getirilmiştir (**Dimova, 2012b**).

Hastanelerde reform bu şekilde ilerlerken birinci basamak sağlık hizmetlerinde de dönüşüm yaşanmaktadır. Reform sonucunda ayaktan ve yatan hasta ayrımı yapılmıştır. Birinci basamakta verilen hizmetler ayaktan hasta bakımı olarak sınıflandırılmıştır ve Genel Pratisyenler (Aile Hekimleri) eliyle yürütülmektedir. Genel Pratisyenler (GP) bağımsız, daha doğru bir ifadeyle "özel" çalışan hekimlerdir ve bireysel veya grup halinde Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (USSF) ile sözleşme yaparak hizmet sunmaktadırlar. GP'ler kapı-tutucu görevi görmektedir ve hastalar bu basamaktan geçmeden hastanelere ulaştıkları takdirde ek ödeme yapmaktadır. GP'ler için her ay bir sevk sınırı bulunmaktadır ve başvuruların %70 kadarı bu basamakta çözümlenmektedir. Ayaktan sağlık hizmeti sunumunda bir diğer alan özelleşmiş hizmettir. Bu hizmet içine uzman hekimlik ve tanı, tanısal laboratuvar ve tedavi merkezleri dâhil edilmiştir. Eski dispanserlerden dönüştürülen ruh sağlığı merkezleri, kapsamlı kanser merkezleri ve dermato-venerel hastalıklar merkezleri olarak

Tablo 2. Bulgaristan için bazı sağlık göstergeleri

Gösterge (Birim)	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Doğumda yaşam beklentisi (Yıl)	71,1	71,5	70,9	71,7	77,6	73,8
Bebek ölüm hızı (Binde)	20,2	14,8	14,8	13,3	10,4	9,4
5 yaş altı ölüm hızı (Binde)	24,6	18,3	18,2	15,9	12,6	11,1
Neonatal ölüm hızı (Binde)	10,4	7,7	7,8	7,6	6,3	5,2
Anne ölüm hızı (Yüz bin canlı doğumda)	21,1	20,9	13,9	17,6	11,3	7,9
Kalp-damar sistemi hastalıklarına bağlı mortalite (Yüz binde)	637,9	691,4	725,6	737,1	677,4	621,7
Tüm yaşlarda malign neoplazilere bağlı mortalite (Yüz binde)	136,9	152,4	161,6	150,1	171,0	156,4
Tüm yaşlarda solunum yolu hastalıklarına bağlı mortalite (Yüz binde)	107,8	68,4	56,1	46,8	43,7	38,2
Tüm yaşlarda tüberküloza bağlı mortalite (Yüz binde)	3,9	2,1	3,4	3,4	2,9	2,1
Sigara ilişkili mortalite (Yüz binde)	544,4	514,7	507,5	450,2	421,3	345,3

Kaynak: WHO Regional Office for Europe, 2013

hizmete sunulan birimler de özelleşmiş ayaktan hizmet kapsamındadır (**Dimitrov, 2010; Dimova, 2012a**).

USSF'nin kurulması (1998) ile birlikte artık yeni ekonomik ilişkiler kurulmaya başlanmıştır. USSF ile birlikte henüz amaçlanan seviyeye gelemese de özel sağlık sigortaları da serbest bırakılmıştır ve bunlar "gönüllü sağlık sigortası" olarak adlandırılmaktadır; aslında tamamlayıcı sağlık sigortalarıdır (TSS), çünkü USSF kapsamı zaten genişletir ve bu sigortalar pek rağbet görmemiştir. Sağlık sigorta kurumları olan USSF veya TSS şirketleri ile kamu ya da özel fark etmeksizin sağlık hizmet üreticileri arasında sözleşmeye dayalı bir yeni ödeme mekanizmaları oluşturulmuştur. Her yıl zorunlu sigorta kapsamında olacak paket için Ulusal Sözleşme Çerçevesi (USÇ) adı altında bir anlaşmaya varılmakta ve hizmet bedelleri belirlenmektedir. USÇ'nin görüşmelerine aynı zamanda tıp ve diş hekimlerinin meslek örgütleri de taraf olarak katılmaktadır (**Dimova, 2012a; Dimova, 2012b**).

İki binli yıllarda meydana gelen önemli değişikliklerden biri de Bulgaristan'ın Avrupa Birliği'ne alınması olmuştur. Bu şekilde özellikle tıp diplomalarının tüm AB ülkelerinde kabul görmesi ile birlikte Bulgar hekimler ülkeden ayrılma yoluna girmiş ve bu durum ülkede hekim ihtiyacı doğurmuştur (**Dimova, 2012a**).

Özetlenecek olursa gerçekleşen değişiklik sonucunda hastaların tüketici unsurlar, sağlık hizmet sunumunun özerk ve çoğunlukla özel ayaktan ve yatan hasta hizmetleri olarak ayrıştığı ve son olarak da kamu veya özel sigortacılık yoluyla finansmanın sağlandığı piyasa odaklı bir sistem ortaya çıkmıştır. Reform süreci ile ilgili ayrıntılı bir okuma için Yavuz (2006) tarafından kaleme alınan "Bulgaristan Sağlık Sisteminde Değişim" başlıklı makaleye başvurulabilir.

Reformun Güncel Durumu Sağlık Göstergeleri:

Sağlık söz konusu olduğunda temel hedefi hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Ancak biliyoruz ki bu hedefi gerçekleştirmek için sağlık sistemi tek araç değildir. Yine de 25 yıla yaklaşan reform sürecinin Bulgaristan'da çok da başarılı olduğu söylenemez. Bulgaristan'ın bazı sağlık göstergeleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Doğumda yaşam beklentisi reform öncesi döneme göre fazla bir artış göstermemiş ve 1995 yılındaki yaşam beklentisi 71,2 yıl iken 2011 yılında 74,2 yıl olmuştur. Erkek ve kadınlar arasında önemli bir fark olduğu gözlenmektedir. Erkeklerdeki yaşam beklentisi 2011 yılında 70,7 iken kadınlarda 77,8 yıldır (**World Bank, 2013**). Yaşam beklentisinin geride kalmasının temel nedenlerinden biri 40-59 yaş grubundakilerin prematür mortalite hızlarının yüksek olmasıdır. Bulgaristan'da ölüme yol açan nedenler arasında ilk sırada gelen neden kalp-damar hastalıklarıdır. Dolayısıyla Bulgaristan sağlık sisteminde öncelik verilmesi gereken konuların başında yaşam tarzı değişiklikleri olduğu yönünde bir bilgi sağlanmaktadır. Yine de reform süresince bulaşıcı olmayan hastalıklar morbiditesi fazla değişime uğramamıştır. Hatta tüberküloz gibi reform öncesinde önemli bir sorun olan hastalığın insidansı bir dönem yükselişe geçmiştir (**Dimova, 2012a; Dimova, 2012b**).

Önemli sorunlardan biri de sağlık göstergelerindeki eşitsizliklerdir. Özellikle Romanlar ve kırsal alanlarda yaşayanların sağlık göstergeleri daha kötü durumdadır. Ülkede 2009'da baş gösteren kızamık salgını Bulgaristan koruyucu hizmetlerinde nitelik tartışmasını beraberinde getirirken, hastalıktan etkilenen grupların başında Romanlar gelmiştir. Hastalıklara açık olmanın dışında bu durum koruyucu hizmetlere erişim açısından Romanların konumunu da göstermektedir (**Atanasova, 2011; Dimova, 2012b**). Bebek ölüm hızı değerlerinde

Tablo 3. Kapsam dâhilinde olan sigortalıların katkı biçimleri

Sigortalı türü	Katkı	Prime esas kazanç
Çalışanlar	%8; işveren/işçi oranı=60:40	Hakediş meblağından belirlenen en yüksek sınır değere kadar
Kendi hesabına çalışanlar, çiftçiler ve tütün üreticileri	%8; sigorta sahibinin kendince	Belirlenen asgari ve azami ücretler arasında beyan edilen kazanç üzerinden
Emekliler	%8; devlet bütçesinden	Emekli maaşı
<18 yaş çocuklar ve <26 yaş tam zamanlı öğrenciler	%8; devlet bütçesinden	Belirlenen asgari ücret
İşsizlik maaşı alan işsizler	%8; devlet bütçesinden	Belirlenen asgari ve azami ücretler arasında alınan işsizlik maaşı üzerinden
Engelli bireyler	%8; devlet bütçesinden	Belirlenen asgari ücret
Emekli subaylar, uluslararası görevlere katılan askerlerin eşleri, görevleri sırasında yaralanan İç İşleri Bakanlığı personeli, daimi bakıma gereksinim duyan engelli bireylerin aileleri veya eşleri, mülteciler, tutuklu ve yükümlüler	%8; devlet bütçesinden	Belirlenen asgari ücret
İşsizlik maaşı ya da sosyal destek almayan işsizler	%8; sigorta sahibinin kendince	Asgari ücretin yarısından az olmamak kaydıyla seçilen gelir seviyesinden

Kaynak: Dimova, 2012a

sistemindeki ana finansör yapısıdır. Her yıl belirlenen UÇS ile sağlık hizmet sunucularıyla sözleşme imzalayarak hizmet satın alır. Bu şekilde temel hizmet paketinde belirlenen hizmetlere sigortalıların erişimini sağlar. Gönüllü sağlık sigortası olarak adlandırılan ancak tamamlayıcı sigorta olarak da dillendirilen özel sigorta kurumları da vardır. Bunlar koruyucu, ayakta ve yataklı tedavi paketleri sağlamaktadır.

Bölge Sağlık Denetim Birimi (BSDB) 28 bölgenin her birinde yer alan ve Sağlık Bakanlığı'nın yerel temsilcisi olan yapılarıdır. Görevleri sağlık verilerini toplamak ve analiz etmek; sağlık hizmet sunucularının kalitesini denetlemek; bilgi-işlem teknolojilerinin kullanımını yaygınlaştırmak; doğal felaketlerde eylem planlarını uygulamak; ulusal ve bölgesel sağlık programlarını yürütmek ve sağlık insan gücü hakkında araştırmalar yapmaktır. Belediyeler de desantralizasyon ile hastanelerin önemli bir bölümünün sahibi haline gelmiştir. Sağlık hizmet sunumu veren yerel idareler Belediye Meclis'lerinde görev yapan Daimi Komiteler barındırır. Komiteler insanların sağlık ihtiyaçlarını araştırıp çözüm önerileri üretirken belediyelerin sağlık daireleri BSDB gözetiminde sağlık organizasyonundan sorumludur. Bulgar sağlık sisteminde aktif olarak çalışan 100'den fazla STK bulunmaktadır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler kadar çevresel faktörler, hasta hakları ve ulusal sağlık politikası üzerinde de çalışmaktadırlar. HIV/AIDS'den Korunma ve Kontrol Programı içinde

görev alan sekiz STK vardır. Ayrıca ulusal gıda ve beslenme planının hazırlanmasında da görüş vermek üzere bulunan STK'lar olduğu görülmektedir (**Georgieva, 2007; Dimova, 2012a**).

Finansman: Komünizmden çıkış (1989) sonrasında gerçekleşen değişim ile başlayan desantralizasyon ile devlet sağlıktan çekilmeye başlamıştır. Çekilmenin en önemli iki adımından biri piyasaya açılan sağlık hizmeti ve özelleştirmeler iken diğeri de sağlık finansmanı için kurulan USSF'dir. Çünkü hizmet sunumunun özelleşmiş yönetsel niteliğine uygun olması açısından sağlığın finansman ayağı da özel ya da piyasa mantığı ile yönetilmeliydi. Yani başka bir ifadeyle finansmanın desantralizasyonu sağlanmış oldu.

Bulgaristan Sağlık Sistemi'nin finansmanı kamu-özel karışık bir kaynakla sağlanmaktadır. Zorunlu sosyal sigorta kesintileri, vergiler, cepten harcamalar, özel sigortalar, kurumsal ödemeler, bağışlar ve dış kaynaklar sağlık sisteminin finansman kaynaklarını oluşturmaktadır (**Georgieva, 2007; Dimova, 2012a**). Hizmet sunucular –özerk ya da özel– “satılabilir” sağlık bakımı ürettiklerinden sistemin işleminde ana temayül “satın almak”tır. Bulgaristan'daki ana finansör USSF'dir ve bu yapı zorunlu sağlık sigortası kesintileri ile eline geçen bütçesinden yaptığı harcamalar ile sağlık hizmet sunucularından sigortalı bireyler için hizmet satın alır. Zorunlu kesinti çalışanların aylık ücretlerinden %8

oranında yapılmaktadır (2008 yılına kadar %6 oranında kalmıştır) ve 2000 yılından bugüne işveren/işçi oranı giderek birbirine yaklaşmıştır: 2000 yılı için bu oran 80:20 iken 2009 yılı itibarıyla 60:40 olarak belirlenmiştir (**Atanasova, 2011**). Dolayısıyla artık çalışanların üzerine daha fazla yük binmektedir. Tablo 3'te sigorta kapsamına giren veya girmek isteyenlerin katkı biçimleri gösterilmiştir.

USSF kapsamına aldığı hizmetler için aynı zamanda maliyet paylaşımı adı altında kullanıcı ücretleri de tahsil etmektedir. Çocuklar, gebeler, işsizler ve sınırlı gelir seviyesinin altında ücret alanlar bu uygulama dışında bırakılmıştır. Kullanıcı ücreti ayaktan tedavi hizmetleri için aylık asgari gelirin %1'ine, yataklı tedavi kurumlarında yılda 10 güne kadar asgari ücretin %2'sine karşılık gelmektedir. Doğrudan ödemeler USSF'nin sunduğu temel paket içinde olmayan örneğin çoğu dış hekimliği hizmetleri, bazı laboratuvar testleri vs gibi gereksinimler, GP tarafından sevk edilmeden laboratuvar veya uzmana başvuru ve sigortasız bireylerin –acile gidecek bir durumları olması dışında– sağlık sisteminden yararlanmak istedikleri durumlarda gerçekleşmektedir (**Dimova, 2012a**).

USSF ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişki sözleşme temeline dayanmaktadır. Her yıl düzenlenen Ulusal Çerçeve Sözleşme temeline göre hizmet sunucular Bölgesel Sağlık Sigorta Fonu ile sözleşme imzalar. Hizmet sunucularına yapılan ödemede genel uygulama kişi başına ve hizmet başına ödemedir. Halk sağlığı hizmetleri, acil ve psikiyatri hizmetleri ile çocukların bakımı için kurulan sosyal ve sağlık evleri Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilir (**Dimova, 2012a**). Sağlık hizmet sunucularına ödeme biçimleri Tablo 4'de gösterilmiştir. Hastanelerde yapılan bir araştırmada doktorlar bu ödeme biçimlerinin klinik uygulamaları zorlaştırdığını, gerekli laboratuvar testlerinin yapılması adına doktorları yanlış tanı girmeye zorladığını ve bu ödemelere tabi bazı tedavilerin hastalar için uygun olmadığını bildirmiştir (**Rechel, 2010**).

Sağlık harcamalarına bakıldığında (Tablo 5) cepten ödemelerin giderek artarak sağlığa kaynak sağladığına tanık olunmaktadır (**WHO Regional Office for Europe, 2013**). Bu durum bir yandan da kamu kaynaklarının yetersizliğinin göstergesi olarak değerlendirilebilir (**Dimova, 2012b**). Toplam sağlık harcamalarında kamu payının giderek azaldığı gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2008 yılı verilerine göre toplam sağlık harcamalarındaki kamu payı %13,6, belediyelerin %9,4 ve USSF'nin ise %34,8'dir

(**Dimova, 2012a**). Kişi başı toplam sağlık harcamalarında 2000-2010 yılları arasında yaklaşık üç katı kadar bir artış olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde cepten ödemeler de aynı süre içinde %39,1'den %44,2'ye yükselmiştir. Bulgaristan'daki bu eğilimlere bakıldığında sistemin Bulgar vatandaşlar üzerine giderek daha fazla "maliyet paylaşımı" önerdiği söylenebilir.

Çalışanlardan zorunlu sağlık sigortası primi toplamak belirli bir ekonomik istikrarı, düzenli ve yüksek ücret politikasını, informal sektörlerin asgari olmasını ve bir de yolsuzluğun engellenmesini gerektirmektedir, ancak Bulgaristan gibi eski Doğu Bloku ülkelerinde bu durum tam olarak sağlanamamışken zorunlu sigorta bir geri gidiş olmuştur. Zira Bulgaristan, Hırvatistan ve Macaristan gibi ülkeler fon yaratmakta yetersiz kalmıştır ve açıkların kapatılmasında devlet kaynaklarını kullanmak halen en fazla başvurulan yoldur (**Rechel, 2009; Rechel, 2011**). Primerin ödenmemesinin çeşitli nedenleri olabilmekle birlikte sonuçta 2010 yılı için yaklaşık 1,2 milyon kişi sigortalı değildir (**Dimova, 2012b**). Bunların birçoğu zaten düşük gelirli kişilerdir ve Romanların daha fazla olduğu görülmektedir. Sigortalı olmayanların yaklaşık dörtte üçü sağlık hizmetlerinden yararlanmak için maddi engeller yaşamaktadır (**Atanasova, 2011**). Aynı bir sorun olan informal ödemeler 1989 öncesinde hediye verme şeklinde iken reform sürecinde maddi ödemeler haline dönüşmüştür (**Dimova, 2012a**). Başta hastanede çalışanlar olmak üzere doktorlar informal ödemelerden en fazla kazanç sağlayan kesimdir. Bu durumun sürmesinde ana nedenlerden biri sağlık personeli ücretlerinin düşüklüğüdür. Öte yandan daha çok düşük gelirli kesimlerin bu ödemeleri yapması dikkat çekicidir (**Rechel, 2009**).

Halk Sağlığı Hizmetleri

Bulgaristan'da halk sağlığı hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur ve hizmet devlet tarafından genel bütçeden pay ayrılarak sunulmaktadır. Belediyeler yerel programların finanse edebilir ve sunabilir. Ayrıca GP'ler bağışıklama hizmetleri gibi hizmetleri USSF tarafından finanse edilen bir şekilde sunarlar. Bölge düzeyinde desantralize yapılar olarak kurulmuş olan Bölgesel Sağlık Merkezleri (BSDB'ler) uluslararası, ulusal ve yerel sağlık programlarının koordinasyonundan sorumludur. BSDB'lerin görevleri arasında şunlar vardır: İnsan sağlığına zarar verebilecek ürünlerin ve eylemlerin kontrolü, yanı sıra çevresel faktörlerin sanitasyonu; bulaşıcı hastalıkların kontrolü, salgınların önlenmesi ve enfeksiyon ve parazitler

Tablo 4. Hizmet sunucularına ödeme biçimleri

Hizmetler ve hizmet sunucuları	Sağlık Bakanlığı	USSF	TSS	Maliyet Paylaşımı	Doğrudan Ödeme
Halk Sağlığı Hizmetleri	GB				HBÖ
Sosyal Bakım	GB				
GP		K, HBÖ	HBÖ	KÜ	HBÖ
Birinci Basamak Uzmanları		HBÖ	HBÖ	KÜ	HBÖ
Hastaneler	Günlük	VBÖ	HBÖ	KÜ	HBÖ
Dış Hekimleri		HBÖ	HBÖ	HBÖ	HBÖ
Laboratuvar		HBÖ	HBÖ	HBÖ	HBÖ

Kaynak: Dimova, 2012a

GB: Genel Bütçe; K: Kapıtasyon; HBÖ: Hizmet Başı Ödeme; VB: Vaka Başı Ödeme; KÜ: Kullanıcı Ücreti; Günlük: Dispanserler ve psikiyatrik hastanelerde

Tablo 5. Sağlık harcamalarına dair göstergeler

Göstergeler	1995	2000	2005	2010
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	5,2	6,2	7,3	6,9
Satın alma gücü paritesine göre kişi başı toplam sağlık harcaması (\$)	290,7	384,9	719,4	947,4
Kamunun satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcaması (\$)	214,9	234,6	438,3	516,3
Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı (%)	73,9	60,9	60,9	54,5
Toplam devlet harcamaları içinde sağlığa kamudan ayrılan pay (%)	8,5	9,1	11,9	9,8
Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	3,8	3,8	4,5	3,7
Hanehalkının cepten ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	26,0	39,1	37,9	44,2
Toplam sağlık harcamaları içinde özel harcamaların payı (%)	26,1	39,1	39,1	45,5
Hanehalkı cepten sağlık harcamalarının özel sağlık harcamaları içindeki payı (%)	100	100	96,9	97,1
Özel sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	1,4	2,4	2,9	3,1

Kaynak: WHO Regional Office for Europe, 2013

hastalıkların sürveyansı; sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi; çevresel faktörlerin laboratuvar incelemeleri ve sağlığa etkilerinin değerlendirilmesi; kentsel alanlarda gürültü analizi, gıda ve su kirliliğinin denetlenmesi; halk sağlığı alanında danışmanlık; halk sağlığı program ve projelerinin değerlendirilmesi ve uygulanması; son olarak da mezuniyet sonrası halk sağlığı eğitimi (**Dimova, 2012a**). Halk Sağlığı örgütlenmesi Şekil 2'de gösterilmiştir.

İş sağlığı hizmetleri de AB üyeliği bünyesinde yeniden ele alınmıştır. Bin dokuz yüz doksan yedi yılında çıkarılmış olan İşyerinde Sağlık ve Güvenlik Yasası halen yürürlükte ancak Avrupa uygulamalarına göre yeniden düzenlenmiştir. İş sağlığı hizmetleri işveren sorumluluğundadır ve bağımsız yasal bir oluşum ya da yasal bir iktisadi girişimin veya sağlık merkezlerinin parçası olarak sunulabilmektedir. Hizmet sunumu için işyeri hekimi ve işyeri sağlık ve güvenliğinde üç yıl deneyimi olan teknik bir eğitimden gelen bir uzman tarafından sağlanır (**Dimova, 2012a**).

Üreme sağlığı hizmetleri devlet tarafından sunulmakla birlikte kamu veya özel merkezler tarafından da hizmet üretilmektedir. Hizmet kapsamında sağlığın geliştirilmesi bağlamında başta okullarda olmak üzere eğitimler düzenlenmesi, GP'lerin mezuniyet sonrası danışmanlık eğitimleri ve yeni danışmanlık merkezleri kurulması gibi faaliyetlerin yanı sıra özelleşmiş tıbbi bakım, infertilitenin önlenmesi ve tedavisi (in vitro fertilizasyon dâhil) gibi işlemler yer almaktadır (**Dimova, 2012a**).

Ana çocuk sağlığı Sağlık Bakanlığı tarafından öncelik verilen bir konu olmayı sürdürmektedir. Her kadının hamileliğinin başlangıcından lohusalığın sonuna kadar sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanma hakkı bulunmaktadır. Ayrıca hamilelik boyunca ücretsiz ayaktan bakım ve doğum için hastane seçme hakları da vardır. İki bin on yılında kabul edilen Ulusal Çerçeve Sözleşmesi bünyesinde tüm çocuklar sınırsız pedyatrik bakım alabilir ve gençlerin de 18 yaşına kadar GP'ler tarafından düzenli sağlık izlemleri yapılmaktadır (**Dimova, 2009a**).

Sağlığın geliştirilmesi bağlamında 2008-2013 Ulusal Sağlık Stratejisi hazırlanmıştır. Tüm dünyada olduğu gibi özellikli amaç davranış değişikliği yaratmaktır. Bu amaçla sigara içiciliğinin kısıtlanması, alkol aşırı tüketiminin sınırlandırılması, madde bağımlılığı ile mücadele, gıda ve beslenme, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ile tüberkülozun önlenmesi ve kontrolü gibi ulusal programlar oluşturulmuştur. Ancak çabalar yetersiz kalmaktadır. Gençler arasında alkol kullanımı artmaktadır ve alkole başlama yaşı yaklaşık olarak 12,5'e kadar düşmüştür. Buna ek olarak Bulgaristan sigara ile ilişkili hastalıklara bağlı mortalite açısından Avrupa içinde oldukça üst sıralarda yer almaktadır (Dimova, 2012a). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi sağlık politikalarında hep ihmal edile gelmiştir. Tedavi odaklı hizmet planı nedeniyle önleme ve koruyucu hizmetler geri planda kalmış, kaynak ayırmada ve sağlığı etkileyen diğer alanlarla politik entegrasyon yetersiz seyretmiştir (Dimova, 2012b).

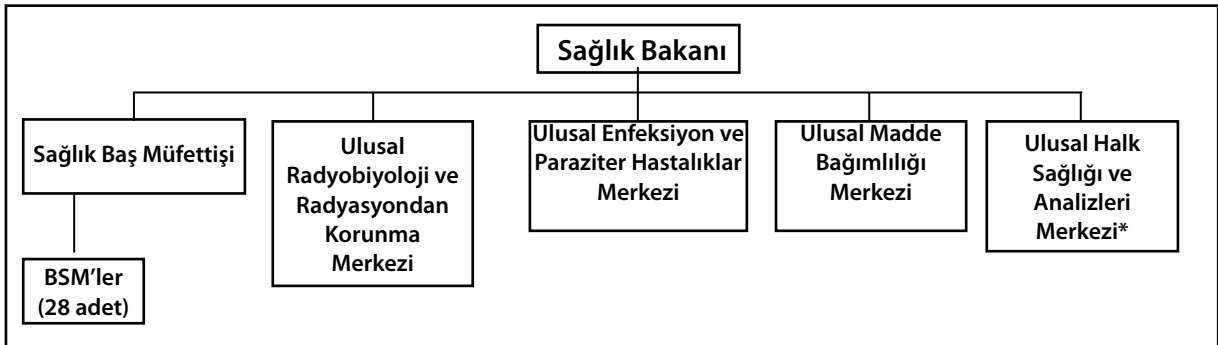
Ayaktan Tedavi Hizmetleri: Sağlık hizmet sunumunun mülkiyetinin değişmesi Bulgaristan'da en önemli reform adımlarından biri olmuştur. Birinci basamak hizmetleri de diğerleri gibi kamu hizmet olmaktan çıkarılarak özelleştirilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi birinci basamak sağlık hizmetleri tekil veya grup hizmeti olarak GP'ler tarafından sunulmaktadır. Tüm Bulgaristan vatandaşlarının özgür GP seçim hakkı vardır (Georgieva, 2007). Bir hekim GP olarak çalışmak istiyorsa yasal başvuru yaparak tekil ya da özel merkezlere bağlı olarak birinci basamak veya özelleşmiş ayaktan bakım hizmetlerinde çalışma talebinde bulunur ve USSF ile sözleşme imzalar (Dimitrov, 2010). GP'ler kapı tutuculuk görevi gördüklerinden hastaların sevkinde bir sınırlama bulunmaktadır. Bu sınırlama BSDB'ler tarafından GP'lerin hasta listesi ve bir önceki ayın performansı değerlendirilerek belirlenmektedir. Dimova ve arka-

daşlarının Vekov'dan alıntılarını belirledikleri üzere GP'lere başvuruların %30 kadarı sevk edilmektedir (Dimova, 2012a).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamını Sağlık Bakanlığı ve USSF temel sağlık paketi adı altında belirlerler ve bu hizmetler Ulusal Çerçeve Sözleşme uyarınca sunulur. Buna göre GP'lerin sorumluluğu içinde temel tanı ve tedavi uygulamaları, aile planlaması, bağımlılık, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi faaliyetleri bulunmaktadır. GP'lere başvuruların üçte ikisi tanı ve tedavi amaçlı gerçekleşmektedir (Dimova, 2012a).

İki bin bir yılından bugüne GP sayısında bir azalma eğilimi gözlenmektedir. Bu yılda GP sayısı 5.143 iken 2012 sonu itibarıyla sayı 4.900'dür. Ayrıca tekil hizmet sunanlar azalırken grup hizmeti sunanların sayısı (her ne kadar 2007 yılından itibaren düşmüş olsa bile) artmıştır. Ancak son 10 yılda en önemli değişim tıbbi tanı ve teknik laboratuvar sayılarında 2001 yılında 592'den 2012 yılında 1.096'ya, yani yaklaşık iki katı kadar olan artıştır (Dimova, 2012a; National Statistical Institute, 2012b). GP'lerin ülke içindeki dağılımı da eşit değildir. Bu dağılım Ulusal Sağlık Haritası uyarınca yapılmakla birlikte kırsal alanlarda hekim açığı olduğu bildirilmektedir. Bu durum doğal olarak hekime erişimde eşitsizlik yaratmaktadır. Diğer yandan GP başına düşen kişi sayıları da bölgelere göre farklılık göstermektedir. Sofya'da bir GP'ye 1.425 sigortalı kişi düşerken bu sayı Kardzhali'de 2.417'dir (Dimova, 2012a).

Birinci basamak hizmetlere USSF bütçesinde ayrılan pay %8'dir ki bu oran Batı Avrupa ortalamasının neredeyse yarısıdır. Hizmet kullanımının değerlendirildiği bir araştırmada aile hekimlerine güven duymama, koruyucu testleri yaptırmada yetersizlik ve uzmana ulaşmak için birinci basamağın sıklıkla atlanması birinci basamak hizmet sunumunun karşısındaki güçlükler olarak görülmektedir



Şekil 2. Bulgaristan halk sağlığı örgütlenmesi

*2011 yılında Ulusal Halk Sağlığı ve Korunma Merkezi ile Ulusal Halk Sağlığı Bilgi-İşlem Merkezi birleştirilmiştir.

(World Bank, 2009). BSDB'ler tarafından yapılan denetimlerde hekimlerin çalışma saatlerine uymadığı, koruyucu hizmetlerin sunumunda eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Hastalar ise daha çok ikinci basamağa sevk edilmediklerinden ve hekim seçme özgürlüklerinin kısıtlandığından şikayet etmektedir (Dimova, 2012a).

Yataklı Tedavi Hizmetleri: Bin dokuz yüz doksan dokuz yılında çıkarılan Sağlık Hizmet Kurumları Yasası gereği hastaneler ya dal hastaneleri ya da çoklu dal hastaneleri –bunlarda en az iki tıp dalında hizmet sunulur– olarak hizmet vermektedir. Bundan başka hastaneler kısa dönem tedavi, uzun dönem ve devamlı tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmalarına göre de sınıflandırılabilir. Yerleşim yerine göre de bir sınıflandırma yapmak mümkündür. Buna göre ulusal hastaneler üçüncü basamak hizmet veren üniversite hastaneleri veya ulusal merkezlerdir. Bunların tamamı devlet hastanesidir. Bölgesel hastaneler bölge merkezlerinde yer alır ve neredeyse tüm uzmanlık dallarını barındırır. Bölgesel hastanelerin %51'i devlet, %49'u ise belediyelere aittir. Yerel (tümüyle belediyeye ait) hastaneler tek dal veya çoklu dal hastaneleri olabilir ve burada çözülemeyen vakalar bölgesel hastanelere sevk edilir. Bunlara ek olarak sayıları giderek artan özel hastaneler de bulunmaktadır. İki bin yılındaki sayıları 18 iken 2009 yılı verisine göre 93'tür ve tüm hastaneler içindeki payları %30,4'e ulaşmıştır. Bulgaristan sağlık dünyasında güncel olarak en önemli tartışmalardan biri hastane reformudur, zira kısa dönemli tedavi (akut bakım) hastaneleri yeterli iken, uzun dönem ve devamlı tedavi hastaneleri yetersizdir. Bazı hastanelerde binaların fiziksel durumu iyi değildir, konaklama koşulları yetersizdir ve kullanılan malzemeler eskidir. Ayrıca son yıllarda hastaneler mali açıdan büyük borç sahibi olmuşlardır (Dimova, 2012a). Bulgaristan'da 2012 yılı itibarıyla 312 hastane ve 45.726 yatak kapasitesi (Tablo 6) bulunmaktadır (National Statistical Institute, 2012b). Hastanelerdeki yatak oranları 2010 yılı için

100.000 kişi başına 649,5'dir (WHO Regional Office for Europe, 2013).

Hastalar ülke içinde istedikleri hastaneye başvurma hakkına sahiptir. İki bin sekiz yılında gerçekleşen hastaneye yatışların %8,4'ü ayaktan bakım hizmetlerince önlenemez durumlar olarak tespit edilmiştir (Dimova, 2012a). Yatan hasta cerrahi işlem oranı 2000-2010 yılları arasında yaklaşık olarak iki kat; taburcu oranları ise yaklaşık olarak bir buçuk kat artmış, ortalama yatış süresi ise yarıya inmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2013). Buna göre sağlığa erişimin arttığı söylenebileceği gibi vaka ve işlem başına ödeme alan ve borç yükü olan hastaneler söz konusu olduğunda işlem hızının bu derece artması da dikkat çekicidir. Erişime dahi sosyal endikasyonlarla yatışların yaygın olması (Dimova, 2012b) nedeniyle kuşkuyla bakılabilir.

Sağlık Bakanlığı 2010'da hastanelerin tümünü Türkiye'dekine benzer şekilde belirli yeterlilik kriterlerine göre gruplandırmıştır. Bu kriterler arasında uzmanların ve kullanılan malzemelerin sayısal ve nitelik olarak değerlendirilmesi ve bunun sonucunda hastanenin klinik uygulama rehberlerine uyum sağlama kapasitesinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Böylece hastaneler sınıflandırılmış ve verebilecekleri hizmet türleri belirlenmiştir (Dimova, 2012a). Tüm hastaneler 2001 yılında çıkarılan ticaret yasasıyla kâr amacı güden bir ticaret kurumu –"ticarethane"– olarak kabul edilmiştir. Yasa ile hastane yöneticilerinin sağlık yönetimi konusunda deneyimli olması şartı da getirilmiştir. Hastaneler ulusal strateji ile uyumlu bir kurumsal strateji belirlemekle yükümlü kılınmıştır. Böylece hastanelerin verimi ve performansının artırılması amaçlanmıştır. Daha sonraki düzenlemeler ile hastaneler gösterdikleri performansa göre USSF'den ödeme almaya başlamıştır. Son olarak da hastane çalışanlarının özellikle de hekimlerin gösterdikleri klinik performans ölçüsünde maaş almaları da düzenlenmiştir (Georgieva, 2012).

Tablo 6. Bulgaristan'daki sağlık kuruluşları sayısı, yatak sayıları ve oranları

	1980	1990	1995	2000/2001	2005	2010	2012
Toplam hastane sayısı	-	-	-	244*	262	312	312
Yüz bin kişi başına hastane oranı	2,79	2,85	3,44	3,66	3,98	4,59	4,28
Toplam yatak sayısı	-	-	-	52.712*	45.537	45.832	45.726
Yüz bin kişi başına yatak oranı	885,06	979,08	1036,72	741,13	641,17	649,48	627,93
Dal Hastaneleri sayısı	-	-	-	49*	46	31	27
Özel hastane yataklarının tüm yataklar içindeki payı (%)	-	-	-	-	3,5	11,9	

Kaynaklar: WHO Regional Office for Europe, 2013;

* 2001 yılı verisi: National Statistical Institute, 2012b

Acil Bakım Hizmetleri: Bulgaristan'daki acil bakım hizmetleri acil bakım merkezleri veya hastane acil servisleri tarafından sunulmaktadır. Dünya Bankası finansmanı ile 1996-2001 yılları arasında yeniden bir yapılanma gerçekleşmiş ve acil bakım hizmetleri ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinden ayrılmıştır. Tüm bölgelerde 2001'den bu yana birer tane Bölge Acil Bakım Merkezi (BABM) bulunmaktadır. Buna ek olarak belediyeler de 192 dalda acil bakım hizmeti vermektedir. Önceden BABM'lere ait olan acil hizmetlerin mülkiyeti 2007 yılında gerçekleştirilen yeni bir yapılandırma ile bölge hastanelerine devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı acil hizmetlerin organizasyonu, planlanması ve finansmanından sorumludur. Bulgaristan'daki tüm sağlık kuruluşları vatandaşlık, adres ya da sosyal sigorta varlığı gözetmeksizin ücretsiz olarak acil bakım hizmeti vermekle yükümlüdür (**Dimova, 2012a**).

Acile başvurularda hastaların akut bir durum olmadığı takdirde öncelikli olarak GP'leri ile görüşmeleri gerekmektedir. GP gerekli gördüğü hallerde hastayı acile sevk edebilir. Öte yandan hastalar aciliyet durumuna göre ambulans çağırabilir veya acile kendi imkânlarıyla da başvurabilir. Pratikte yaşananlar ise bu son seçenektir. Dolayısıyla hastane acilleri arasında GP'lerce çözümlenebilecek acil olmayan hastalarla aşırı kalabalık mekânlar haline gelmiştir (**Dimova, 2012**). Tüm reform çabalarına rağmen acil hizmetler yetersiz personel, hekimlerin aşırı uzmanlaşması ve paramediklerin eğitimsizliği ile boğuşmaktadır (**Georgieva, 2007**). Kötü çalışma koşulları, yetersiz ücretler ve sınırlı kariyer imkânları nedeniyle acil çalışanları memnun değildir. Ayrıca insanlar acil hizmetleri uzmanlara doğrudan erişimin bir aracı olarak kullanmaktadır ve sosyal güvencesi olmayanlar için de bu durum sağlık bakımını alabilmenin bir yolu olmuştur. Yetersiz malzeme ve ambulans sayıları, özellikle kırsal alanlarda ulaşım altyapısındaki bozukluklar, dağlık araziler ve hava taşımacılığının eksikliği acil hizmetlerin sunumunu kolaylaştırmak adına çözüm bekleyen konular arasındadır (**Georgieva, 2007; Dimova, 2012a**).

Tıbbi İlaç ve Eczacılık Hizmetleri: Bulgaristan'da tüm ilaç üretimi, temini ve satışı özel sektöre devredilmiştir. İnsan Tıbbi ve Tıbbi Ürünleri Hakkında Yasası (2007) ile birlikte AB'ye uyum sağlanmıştır. Buna göre iki danışmanlık kurumu vardır: Eczacı Komitesi (Pharmacopoeia Committee) ve Yüksek Eczacılık Konseyi (Supreme Pharmaceutical Council). Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan bir de Bulgar İlaç Ajansı (BIA) bulunmaktadır ve görevi tıbbi ürünlerin kalitesi, güvenliği ve etkinliği hakkında değerlendirme ve

danışmanlık yapmaktır (**Dimova, 2012a**). Bulgar ilaç piyasası 2004-2009 arasında %24'lük bir büyüme ile 800 milyon dolar değere ulaşmıştır. Hastane tüketiminin piyasa içindeki payı %18,4; özel tüketimin %63,4 ve USSF ve Sağlık Bakanlığı'nın ise %18,2'dir. Bulgaristan'da 28 firma tarafından gerçekleştirilen yerli ilaç üretiminin 2009 yılında tüm ilaç piyasasındaki payı %30-40 civarındadır ve 680 yabancı firmanın tıbbi ürünleri BIA tarafından lisanslandırılmıştır. Tıbbi ürün toptancılarının sayısı 160 iken yalnızca hastanelerdeki de dâhil olmak üzere perakende satış yapan eczanelerin sayısı 4.226'dır. Ayrıca 939 ilaç marketi bulunmaktadır. Reçeteye tabi ilaçlar yalnızca eczanelerde satılmaktadır, ancak ilaç marketlerinde reçetesiz ilaçlar da satılabilmektedir. Sigortalı bireyler ilaç temini için kısmi veya tam güvence sahibidir. İlaç fiyatları uluslararası ve AB içi fiyat karşılaştırmalarına dayanan bir sisteme bağlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Fiyatlar 2002 yılından bu yana düşmesine karşın hastalar reçete edilen ilaçların ücretlerini güçlüklerle karşılayabilmektedir (**Dimova, 2012a**).

Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruh sağlığı hizmetlerine USSF, devlet ve belediye bütçelerinden kaynak ayrılmaktadır. Bunlara ek olarak bazı sivil toplum kuruluşlarının (STK) da faaliyetleri bulunmaktadır. Bulgaristan'da ruh sağlığı alanında en önde gelen sorunların başında uzman sayısının yetersiz olması gelmektedir (**Georgieva, 2007**). USSF 2010 yılı itibarıyla 388 ayaktan bakım merkezi ile sözleşme imzalamış durumdadır. Ancak bunların ülke içindeki dağılımında eşitsizlik hat safhadadır –yalnızca Varna, Plovdiv ve Sofya'da bulunmaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri genel hastaneler ve ruh sağlığı merkezlerince sunulmaktadır. Ülke çapında 12 psikiyatri hastanesi bulunmaktadır ve 2001 yılından beri yatak sayıları %11,3 oranında düşmüştür. Ruh sağlığı merkezleri evde bakım olarak adlandırılabilir bir hizmetle hastalara danışmanlık yapıp takip edilmelerinin sağladıkları toplumsal birimleri de bünyelerinde barındırmaktadırlar (**Dimova, 2012a**).

Sağlık İnsan Gücü

Bulgaristan'da toplam işgücü içinde 2009 yılı verilerine göre sağlık çalışanlarının payı %4,9'dur. Tıp ve diş hekimleri oranı AB ortalaması ile karşılaştırıldığında yüksektir, ancak hemşire sayıları bakımından ülke çok geriden gelmektedir. İki bin on yılı itibarıyla ülke genelinde hekim yetiştiren dört tıp üniversitesi ve iki tıp fakültesi, hekim-dışı personel yetiştiren 10 yükseköğretim kuruluşu bulunmaktadır. GP'lerin oranı uzmanlara kıyasla düşüktür. Bunun düzeltilmesi için çocuk ve iç hastalıkları uzmanlarına 2000 yılında

GP olarak çalışabilme fırsatı da sunulmuştur. Ancak beklenen sonuç elde edilememiştir. GP'lerin dağılımına bakıldığında özellikle dezavantajlı bölgelerdeki pozisyonların 2009 yılında yaklaşık %18'inin boş olduğu gözlenmektedir (**World Bank, 2009; Dimova, 2012a**). Ülkede hizmet sunan hekimlerin %17,1'i GP'dir ve ilerleyen dönemde GP sayısında daha da azalma olacağı tahmin edilmektedir, zira 2000-2008 yılları arasında %8'lik bir azalma olmuştur ve önemli bir sorun olarak emeklilik –GP'lerin ortalama yaşı 50'nin üzerindedir– birinci basamağı beklemektedir (**National Statistical Institute, 2012b; Dimova, 2012a**).

Hemşire sayılarına bakıldığında Bulgaristan AB içinde en arkadan gelen ülkelerdendir. Bin kişi başına düşen hemşire sayısında 1990-2002 arasında neredeyse yarı yarıya bir azalma gerçekleşmiştir. Emeklerinin karşılığını alamamak ve saygı görmemek, yetişmiş hemşirelerin birçoğunu iş aramak için ülkeyi terk etmeye yöneltmektedir (**Dimova, 2012a**). Bulgar hemşirelerin en fazla tercih ettikleri ülkeler ise Birleşik Krallık, İtalya, İspanya ve Yunanistan'dır (**Ognyanova, 2012**).

Yetmişli ve seksenli yıllar boyunca dış hekimleri için eğitim imkânlarının artması yanı sıra dış hekimlerinin kazançlarının yükselmesi ve 1990'lar boyunca bile ücret düzenlemelerinin olmaması nedeniyle Bulgaristan Avrupa'daki en yüksek dış hekim yoğunluğuna sahip ülke olmayı sürdürmektedir (**Georgieva, 2007**). Ayrıca Varna Üniversitesi'nde açılan yeni Dış Hekimliği Fakültesi sayesinde gelecekte bu sayının daha da artması beklenmektedir, ancak dış teknisyenleri sayısında azalma ve bunların coğrafi dağılımına bakıldığında eşitsizlikler olduğu görülmektedir (**Dimova, 2012a**).

Bin dokuz yüz doksan yılına kadar Bulgaristan'daki eczacı sayısı artmakta iken özellikle 2000'lerden sonra azalma eğilimine girerek AB içinde eczacı yoğunluğu bakımından ülkeyi son sıralara yerleştirmiştir. Bu düşüşte en önemli payın yabancı ilaç şirketlerinin eczacılara yüksek ücret ve esnek çalışma saatleri önermesi önemli rol oynamaktadır. Yeni açılan Varna ve Pleven fakülteleri ile eczacı sayısında artış olması beklenmektedir (**Georgieva, 2007; Dimova, 2012a**). Tablo 7'de Bulgaristan'daki sağlık çalışanlarının yıllara göre değişimi gösterilmiştir.

Güneydoğu Avrupa ülkeleri için sağlık çalışanlarının ülke dışına göçü önemli bir sorun olmaktadır. Özellikle AB üyeliği ile gelen avantajlar –göç veren ülke vatandaşları için kariyer, çalışma ve yaşama koşulları açısından iyilik algısı– bu süreci daha da hızlandırmış gibi görünmektedir. Bulgaristan'dan diploma alan hekimlerin %6,2'si Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinde çalışmaktadır. Göç edenlerin sayısı her yıl artış göstermektedir. Ülkeyi terk edenlerin hekimlerin sayısı 2003-2007 arasında neredeyse ikiye katlanmıştır (**Onyanova, 2012**). Hekimlerin en fazla tercih ettikleri ülke en iyi çalışma koşullarını sunması nedeniyle başta Almanya'dır ve diğerleri ise Fransa, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'dir. Ayrıca Norveç, İsveç ve Avustralya'nın da Bulgar uzman hekimleri için cazip fırsatlar sunduğunu söylemek de mümkündür (**Dimova, 2012a**). Birçok Güneydoğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi sağlık emek göçünün önüne geçmek için kapsamlı bir strateji henüz geliştirilememiştir. Ülke içinde hekimleri ülkede tutmaya yönelik ücret düzenlemeleri, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, geri dönüş fırsatları ve mezuniyet sonrası mecburi hizmet gibi politikalar AB uyumu bağlamında özellikle de üye ülkelerin diplomalarının her

Tablo 7. Bulgaristan'da 1000 kişi başına düşen sağlık çalışanlarının yıllara göre değişimi

Sağlık çalışanı	1980*	1990	1995	2000	2005	2010**
Toplam hekim	2,46	3,17	3,46	3,37	3,64	3,73
GP				0,67	0,68	0,63
Hemşire		6,21	5,75	3,85	4,04	4,24
Ebe	0,89	0,84	0,79	0,51	0,45	0,43
Dış Hekimi	0,55	0,68	0,65	0,83	0,84	0,85
Eczacı	0,41	0,49	0,22	0,12	0,05	
Lab. Teknisyeni		0,88	0,84	0,73	0,75	0,77
Dış Teknisyeni		0,33	0,29	0,16	0,18	0,17
Eczacılık Asistanı		0,47	0,18	0,08	0,03	0,03

Kaynak: Dimova, 2012a;

* National Statistical Institute, 2012b, ** WHO Regional Office for Europe, 2013

ülke tarafında tanınması bağlamında yetersiz kalmaktadır. Hemşirelerin ülkede kalmasını sağlamak adına Bulgaristan ikili anlaşmalar yaparak Birleşik Krallık ve Almanya'da hemşire yetiştirmeye çabalamıştır, ancak anlaşmalar artık faal değildir. Yine de misafir çalışan anlaşmaları ile Bulgaristan'dan 18-40 yaş arası sağlık profesyonelleri geçici süreyle Almanya'da çalışabilmektedir (**Onyanova, 2012**).

Bulgaristan'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı danışmanlık kurumu olarak görev yapan ve sağlık insan gücü planlamasından sorumlu Yüksek Tıp Konseyi, bir yandan da lisans ve uzmanlık eğitimi için Eğitim Bakanlığı ile işbirliği halinde olmasına karşın, sağlık çalışanlarının eğitimi için herhangi bir kıstas bulunmamaktadır (**Onyanova, 2012**). Bunun sonucunda ise fazla sayıda hekim ve aşırı uzmanlaşma ile sağlık sistemi olumsuz etkilenmektedir. İki bin dört yılda çıkarılan Sağlık Yasası ve 2007 yılında AB üyeliğine geçişle birlikte bu mezuniyet öncesi ve sonrası sürekli eğitimin standartlarının oluşturulması için bir çalışma başlatılmıştır (**Gergieva, 2007**).

Genel olarak değerlendirildiğinde Bulgaristan'ın insan gücü yönetiminin başarısız olduğu söylenebilir. Özellikle hekim sayısındaki yetersizlikler ve hekim hemşire oranlarında neredeyse tersine dönmüş bir yapı bunun göstergesidir. Anestezi, yoğun bakım, yenidoğan, nefroloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının sayıları özellikle yetersizdir. Durumun ciddiyetine gösterge olması açısından 2009 yılında bazı hastanelerin kapatılmasına dair Sağlık Bakanlığı teklifinin de gerekçesi sağlık personeli yetersizliğidir (**Dimova, 2012a**).

Hekimlerin kariyerlerine daha çok uzman olarak devam etmeleri yaygın bir eğilimdir. Öte yandan Bulgaristan'da yurtdışında uzmanlaşma da yaygınlaşmaktadır. Bir çalışmada 2000/2001 öğretim yılında hemşire ve ebeler öğrencileri gelecek için halk sağlığı eğitimini bilgi açıklarını kapamak, rekabet yeteneği kazanmak ve yatırım olarak değerlendirirken, 2005/2006 yılında tekrarlanan çalışmada kariyer, prestij, yüksek ücretler ve sosyal bağımsızlık öne çıkan motif olmuştur. Diğer bir değişim ise kariyer sahasının özelden kamuya kaymasıdır (**Petrova, 2009**).

Sonuç

Bulgaristan'da da yaşanan süreç sonucunda devlet sağlık hizmetinde köklü değişiklikler yapmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu özelleştirilmiş, finansman modeli değiştirilerek sigorta sistemine geçilmiş, örgütsel ve yapısal değişiklikler yapılmış, sözleşmeye

dayalı hizmet alımı ve yeni ödeme mekanizmaları yürürlüğe konmuş ve sağlık hizmeti sunan kurumların yönetim anlayışı değiştirilerek desantralize edilmiştir. Süreç bu şekilde gelişirken devlet sağlık hizmeti üzerindeki sorumluluğunu piyasa mekanizmalarına emanet etmeye başlamıştır.

Bulgaristan sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişiklikler ülkemizde yaşanan dönüşüme oldukça benzemektedir. Türkiye'de yürütülen reformların Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan hedeflerini hatırlatmak gerekirse: (1) Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı; (2) Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası; (3)Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi (Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri, Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri, İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri); (4) Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü; (5) Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları; (6) Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon; (7) Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma; (8) Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi (**Sağlık Bakanlığı, 2003**). Görüldüğü üzere sağlık alanında yaşanan değişiklikler büyük oranda benzemektedir.

Bulgaristan Sağlık Bakanlığı'nın neredeyse tüm kaynaklarda vurgulanan düzenleyici ve koordine edici yapısı ülkemizin Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sekiz bileşeninin ilk maddesidir. Sağlık Bakanı Recep Akdağ 2009 yılındaki bir söyleşide on yıl sonraki sağlık sisteminde bakanlığın rolünü "düzenleyici, rehberlik edici ve denetleyici" olarak tanımlamıştır (**Newsweek Türkiye, 2009**). Elbek ve Adaş (2009) tarafından alıntılanan bir başka söyleşide ise Akdağ "Kürek çeken değil, dümen tutan Bakanlık" tabirini kullanarak hizmet sunumunda ne amaçladıklarını belirtmiştir. Bir ilerleme raporunda geçtiği üzere 2009-2013 stratejik eylem planınının 4.1 numaralı hedefinde yeniden yapılandırma kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın rolü liderlik etme, düzenleme, planlama ve denetleme olarak belirtilmektedir (**Akdağ, 2008**). Neo-liberal dönüşümün temelinde genel olarak etkililik ve verimliliği arttırmak hedefiyle devletin hizmet sunumunu kısıtlaması ve bu hizmetleri rekabete dayalı piyasaya koşullarında yürütmek adına özel sektörü teşvik etmesi yatmaktadır. Ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası ile Kamu Hastane Birlikleri (KHB) yapılanması Bulgaristan deneyimiyle neredeyse tamamıyla benzerlik göstermektedir. Hizmet satın almaya

yetkili SGK prim ödeyenlerden elde ettiği kaynağı bireyler için açıkladığı Temel Teminat Paketi'ndeki hizmetler için harcamakta ve anlaşma yaptığı kurumlara ödeme yapmaktadır. Paket dışında kalan hizmetler için tamamlayıcı veya gönüllü sigorta yaptırılması Bulgaristan'da teşvik edilmesine karşın henüz Türkiye'de bu yönde adımlar atılmıştır. Ancak sigorta şirketleri bu alanda varlık göstermeye ve reklamlarla piyasada yer elde etme yarışını başlatmışlardır. Rekabetin verimliliği arttırması beklendiğinden hastaneler ise tam olarak özelleştirilmese de özerkleştirilerek, hatta Bulgaristan'da da 2010 yılında gerçekleştirildiği gibi harfli bir sınıflamaya tabi tutularak 663 sayılı Kanun Hükmündeki Kararname'de söz edildiği gibi "gelir getirici işler" için çalışan piyasa aktörleri haline dönüştürülmüştür (**Resmi Gazete, 2011**). "Kâr amacı gütmeyen" kurumlar olduklarından KHB'ler gelir getirici işleri hesap dönemi sonunda gelir fazlası elde etmek hedefiyle gerçekleştirmektedir, ama bu durum kârdan başka bir anlama gelmemektedir (**Elbek 2009; Türkkkan, 2011**). Görüldüğü üzere artık hizmet sunumu için Sağlık Bakanlığı'na değil piyasanın temel aktörleri olan sigorta kurumları ve hastanelere odaklanmak gerekmektedir. Sağlık Bakanlıkları "dümenci" olmuş ve kürekleri çekenlerle kendini ayırmıştır.

Bulgaristan'da Sağlık Bakanlığı'na sağlık politikaları, sağlık insangücü planlaması, sağlık meslekleri eğitimi ve etik konularda tavsiyelerde bulunan Yüksek Tıp Konseyi'ne benzeyen ancak Türkiye'de farklı dört kurul ile temsil edilen kurumlar bulunmaktadır. Sağlık Politikaları Kurulu sağlık yönetimi ve politika belirlemede tavsiyelerde bulunurken Bulgaristan'daki yapıdan farklı olarak üyeleri Bakan tarafından ve en az sekiz yıl iş tecrübesi olan lisans mezunları arasından seçilmektedir. Kurula üniversite, sendika, meslek kuruluşları veya STK mensuplarının katılımı davet üzerine gerçekleşmektedir. Geriye kalan diğer üç yapının ise Yüksek Sağlık Şurası (sağlık meslek mensuplarının görevlerini icraları sırasında ortaya çıkan adli konularda bilirkişilik yapar), Tıpta Uzmanlık Kurulu (uzmanlık eğitimi için yetkilendirme yapar, uzmanlık dalındaki rotasyonları belirler, uzmanlık eğitimi ve uzman insangücü hakkında görüş bildirir) ve Sağlık Meslekleri Kurulu (sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, meslek alan ve dal belirlemesi gibi meslekî düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirir, meslekî yeterlilik değerlendirmesi yapar, yaptırım uygular ve etik ilkeleri belirler) olduğu görülmektedir (**Resmi Gazete, 2011**).

Bulgaristan'da piyasa mekanizmalarına cevap verecek ve devletin müdahil olmadığı bir yönetim anlayışını hâkim kılmak amaçlanmışken aslında bu tam olarak gerçekleşmemiştir. Başta USSF olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar özerk yapılar olmaktan ziyade Bakanlığın etkisinde kalan kurumlar olmuştur. Desantralizasyon sürecinde özellikle planlama ve düzenleme yetkileri devredilmesine karşın ne yazık ki kurumlar Bakanlık'ın gölgesinden kurtulamamıştır ve bu işlevler halen daha merkezi yönetim tarafından yapılmaya devam etmektedir. Bu yapıyla periferdeki kurumlar Bakanlık'ın programını uygulamakla yükümlü bürokratik yapılar halinde kalmıştır (**Dimova, 2012a; Dimova, 2012b**). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı ile hastane birlikleri arasındaki ilişkide nasıl bir yol çizilmek istendiğini yine Recep Akdağ'dan aktaracak olursak: "Hastane birliklerinin yönetimi doğrudan Bakanlık'a bağlı olmayacak ama düzenleyici ve rehberlik edici ve denetleyici rolümüz onların üstünde devam edecek. Hastane birlikleri yerel yönetimi daha güçlü hale gelmiş, kamuya ait birlikler olacak. Yöneticiler işlerini yapamıyorsa onları değiştiren kurum olacağız, ama tamamen objektif ölçüler içinde" (**Newsweek Türkiye, 2009**). Bulgaristan'daki dönüşüm göz önüne alındığında ülkemizde de planlanan desantralizasyon sürecinde yerel yönetimlerin veya idarelerin kendi plan ve programlarını üretme ve uygulama kapasitelerinin geliştirilmesinin üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Mevcut yasal düzenlemeler başta Halk Sağlığı Müdürlükleri olmak üzere illerdeki yapılara kendi önceliklerini belirleme, plan yapma ve program geliştirerek uygulama yetkisi vermesine karşın pratikte Halk Sağlığı Müdürlükleri'nin bu amaca yönelik yetişmiş insan gücü başta olmak üzere çeşitli eksiklikleri olduğu düşünülmektedir.

Bulgaristan özelinde sağlık sisteminin finansmanı açısından değerlendirildiğinde USSF'nin kaynak yaratma mekanizmaları yetersizdir. Sağlık hizmet sunumunda ve ilaçların karşılanmasında sorunlu yanları bulunmaktadır. Ayrıca sigorta primlerini ödeyemeyenler düşünüldüğünde hakkaniyet sorusuna verilen yanıt olumlu değildir; özellikle Romanlar olmak üzere dezavantajlı gruplar için. Bu durum cepten harcamaların artması ile birlikte düşünüldüğünde tablo daha da ağırlaşmaktadır.

Sağlık göstergelerine göre bakıldığında da ana çocuk sağlığı hizmetleri dışında büyük iyileşmeler gözlenmemektedir. Yaklaşık 20 yıldır süren reform sürecinin sağlık göstergelerinde geride kalması düşündürücüdür. Bu noktada Sağlık Bakanlığı'nın

reformları yürütmede yavaş, tereddütlü olması eleştirilmektedir, ayrıca reformun başlangıcının kapsamlı bir şekilde planlanmadığı ve sürece katılımları ve süreç hakkında bilgilendirilmeleri bakımından vatandaşların ve özellikle sağlık çalışanlarının ihmal edildiği görülmektedir (**Dimova, 2012a**). Sağlık sisteminde yaşanan değişim hakkında doktorların görüşlerini değerlendiren bir çalışmada sağlık reformunu destekleyenlerin oranı %13 iken, reformlardan memnun olmayanların oranı %33 ve kısmen memnun olanların oranı ise %27'dir. Çok memnun olan doktor ise yoktur (**Vekov, 2008**).

Son olarak yazının kısıtlılığına dair kaynak olarak büyük çoğunlukla İngilizce kaynaklardan yararlanılabildiği, Bulgarca yayınlanan bazı makalelere dil kısıtlılığı nedeniyle erişimin mümkün olmadığı belirtilebilir. Diğer yandan yararlanılan kaynaklarda dikkat çekici bir diğer konu ise reform sürecinin aktarılış biçimine dairdir. Reformun genel olarak bir demokratikleşme sürecinin parçası olarak tanımlanması yaygın bir ifadedir. Ancak reform sürecine uluslararası aktörlerin ne derecede ve nasıl müdahil olduklarına dair çok az anlatım bulunmaktadır. Var olan da yalnızca bu kurumları kaynak aktaran yapılar olarak belirtmektedir. Oysa sağlıkta reform süreci dünya genelinde özellikle neo-liberal bir politikanın ürünü olarak devam ede gelmektedir. Dikkat çekmesi açısından bu makalelerin neredeyse hiç birinde "neo-liberal" ifadesi geçmemektedir.

Kaynaklar

- Akdağ, R.** (2008) İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749
- Atanasova, E., Pavlova, M., Velickovski, R., Nikov, B., Moutafova, E., Groot, W.** (2011). What have 10 years of health insurance reforms brought about in Bulgaria? Re-appraising the Health Insurance Act of 1998. *Health Policy*, 102:263-69.
- Dimitrov, D.V.** (2010) Current healthcare in Bulgaria: time for predictive diagnostics and preventive medicine. *EPMA Journal*, 1:607-10.
- Dimova, A., Rohova, M., Moutafova, E., Atanasova, E., Koeva, S., Panteli, D., van Ginneken, E.** (2012a) Bulgaria Health System Review. *Health System in Transition* Vol.14 No.3
- Dimova, A., Rohova, M., Popov, M., Rechel, B.** (2012b) Health Reform in Bulgaria. In Barlett W., Bozikov J., Rechel B. (Eds.) *Health Reforms in South-East Europe*, Hampshire: Palgrave Macmillan Publishing.
- Dobrinisky, R.** (2000) *The transition crisis in Bulgaria*. Cambridge Journal of Economics, 24:581-602.
- Elbek, O., Adaş, E.B.** (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1):33-43.
- Georgieva, L., Moutafova, E.** (2012) Hospital Performance Measurement in Bulgaria. In Barlett W., Bozikov J., Rechel B. (Eds.) *Health Reforms in South-East Europe*, Hampshire: Palgrave Macmillan

Publishing.

- Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, S., Dimova, A., Avdeeva, O.** (2007) Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1): 1-156.
- Koulaksazov, S., Todorova, S., Tragakes, E.(Ed), Hristova, S.** (2003) *Health Care Systems in Transition: Bulgaria*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2).
- National Statistical Institute.** (2011) Population Census - main results, Erişim tarihi 16 Temmuz 2013 <http://www.nsi.bg/census2011/pageen2.php?p2=179&sp2=209>.
- National Statistical Institute.** (2012a) Demographic Process in Bulgaria in 2012, Erişim Tarihi: 16 Temmuz 2013 http://www.nsi.bg/EPDOCS/Population2012_en_IZXIDOM.pdf.
- National Statistical Institute.** (2012b) In-Patient, Out-Patient and Other Health Care Establishments as of 31.12.2012. Erişim Tarihi 15 Temmuz 2013 <http://www.nsi.bg/eventen.php?n=1870>.
- Newsweek Türkiye** (2009) Soru&Cevap: Doktor Ülkenin Sağlığı Nasıl? Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile Söyleşi. *Newsweek Türkiye Şubat Sayısı*.
- Ognyanova, D., Busse, R.** (2012) Health Workforce Mobility and Policy Resposes in South East Europe. In Barlett W., Bozikov J., Rechel B. (Eds.) *Health Reforms in South-East Europe*, Hampshire: Palgrave Macmillan Publishing.
- Petrova, G.G., Popov, T.N.** (2009) Characteristics and Tendencies in development of the higher education in the sphere of public health. *Folia Medica*, 51(2): 68-73.
- Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N.C., Rechel, B.** (2011) Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. *BMC Health Services Research*, 11:219 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/219>.
- Rechel, B., McKee, M.** (2009) Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*, 374: 1186-95.
- Rechel, B., Spencer, N., Blackburn, C., Holland, R., Rechel, B.** (2009) Impact of health reforms on child health services in Europe: the case of Bulgaria. *European Journal of Public Health*, 19(3): 326-30.
- Rechel, B., Spencer, N., Blackburn, C., Rechel, B.** (2010) Policy Challenges to Quality of Child Health Services in Bulgaria. *International Journal of Health Planning and Management*, 25: 350-67.
- Resmi Gazete** (2011) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (Erişim Tarihi: 30.08.2013 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/201111102M1-3.htm>)
- Sağlık Bakanlığı.** (2003) Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara.
- Türkkan A.** (2011) Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*; 9(1)
- Yavuz, C.I.** (2006) Bulgaristan Sağlık Sisteminde Değişim. *Toplum ve Hekim*. 21(5-6): 426-36.
- Vekov, T.Y.** (2008) Medical doctors' opinion of the healthcare reforms in Bulgaria. *World Hospitals and Health Services*, 45(1): 9-14.
- WHO Regional Office for Europe.** (2013) Europe Health for All Data Base (HFA-DB) [online data base] WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Erişim Tarihi: 15 Temmuz 2013 <http://www.euro.who.int/hfad>.
- World Bank.** (2009) Bulgaria – Mapping Bulgaria's Future: Inclusive Growth and Productive Jobs [Policy Notes]. Report No. 55597-BG. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- World Bank.** (2013) Online Database. Erişim Tarihi: 17 Temmuz 2013 <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview>.