

**DOSYA/DERLEME****ROMANYA SAĞLIK SİSTEMİ**

Nilay ETİLER\*

İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında sosyalizmin kurulduğu Doğu Avrupa ülkelerinden biri olan Romanya'da 1989 yılında sistem değişerek serbest piyasa ekonomine geçilmiştir. Yaklaşık 21 milyon nüfusa sahip ülkenin etnik yapısına bakıldığında nüfusun çoğunluğunun (%89) Romenler den, %7'sinin Macarlardan, %1.8'inin çingenelerden oluştuğu görülmektedir. Nüfusun %55'i kentlerde yaşamaktadır.

1980'li yılların sonlarına doğru başlayan halk ayaklanmaları, 1989 yılının Aralık ayında Devlet Başkanı Nicolae Ceausescu'nun önce devrilmesi, sonradan da öldürülmesi ile sonuçlanmıştır. Bu tarihten itibaren Romanya kapitalist düzene uyum sürecine girmiştir. 1990 yılında başlayan yasal düzenlemeler ile ülkede her alanda özelleştirmeler başlamıştır.

Romanya'da sosyalizm döneminin bitişinden sonra yaşanan kapitalist entegrasyon süreci, diğer Doğu Avrupa ülkelerinden farklı özellikler taşımaktadır. "Komünizm sonrası muhafazakar korporatizm" olarak tanımlanan bu olgu, 'sosyalist değerlere bağlı' ancak paradoksal olarak 'sistemin dönüşümü sürecinde hükümet ve büyük işçi sendikaları arasında uzlaşmanın olduğu' bir durumu ifade etmektedir. Bu durumun, ülkedeki sosyalist partilerin geçmişten gelen güçlerinin devam etmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Yine aynı nedenden dolayı aralarında Romanya'nın da bulunduğu bu tür ülkelerde

özelleştirmelerin gecikerek yapılabildiği bildirilmektedir. Ekonomik gelişmenin düşük düzeyde olması, işçi sınıfının hareketliliği, Katolik değerlerin sosyal politikalar üzerinde etkisinin az oluşu, 'otoriter miras'ın güçlü oluşu gibi diğer özellikleri de barındıran süreç, Romanya'nın yanı sıra Bulgaristan, Sırbistan, Polonya ve Rusya için de tanımlanmaktadır (Sotiropoulos et al. 2003).

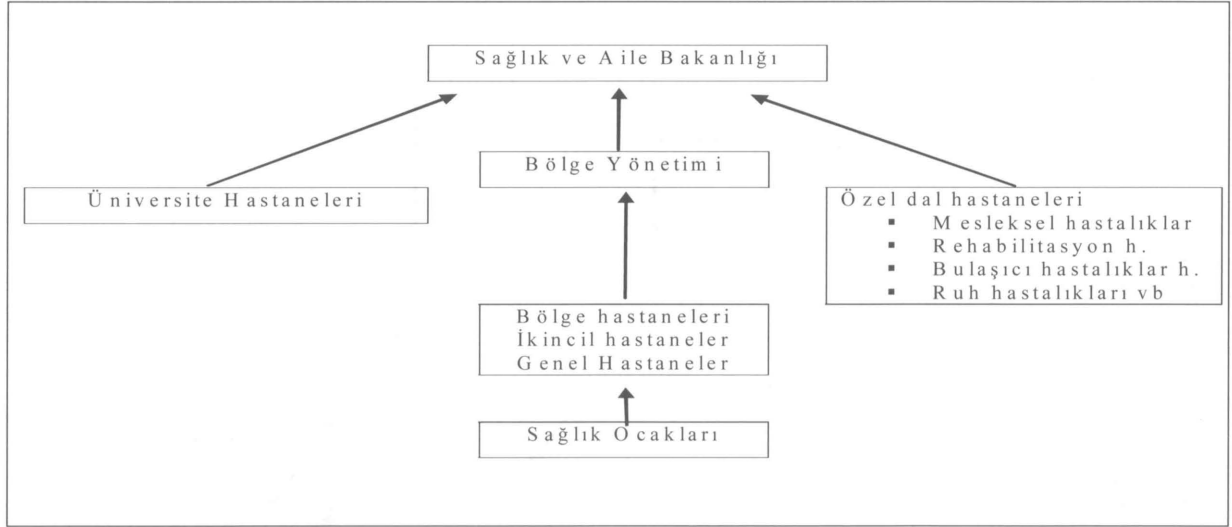
Romanya'da sağlık hizmetlerinin tarihçesine göz attığımızda ise 20. yüzyılın ilk yarısında sağlık hizmetlerinin nüfusun çok az bir kısmını (%10) kapsadığı ve Bismarck modeli hastalık fonları ile finanse edildiği görülmektedir (Scintee, 2006). Bu dönemin savaşlarla geçtiği de göz önüne alındığında gerçekte bir sağlık sisteminden bahsetmek olanaklı değildir. Bundan sonraki süreçte ise Romanya'da sağlık hizmetleri başlıca iki dönemde incelenebilir: sosyalizm dönemi (1949-1989) ve sosyalizm sonrası (1989'dan sonraki dönem).

**Sosyalizm Döneminde Sağlık Hizmetleri**

Sosyalizm döneminde sağlık hizmetlerinin yapılması için yapılan ilk büyük düzenleme 1949 yılında çıkartılan 'Devletin Sağlık Örgütlenmesi Yasası'dır. Bu yasa ile diğer sosyalist ülkelerde olduğu gibi Semashko Modeli sağlık sistemi uygulamaya konmuştur. Bu sistemde sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilmekte, parasız olarak sunulmakta ve herkese ulaşmayı hedeflemektedir. Sağlık ve Aile Bakanlığı, ülkedeki sağlık hizmetlerini merkezi olarak planlamakta idi. Sağlık hizmetlerinin diğer özellikleri ise: koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birinci basamakta entegre edilmesi; topluma dayalı sağlık merkezlerinde (sağlık ocağı) birinci basamağın

\*Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Şekil 1. Romanya'da 1989 öncesi dönemde sağlık örgütlenmesi



Kaynak: Battistella(1983)'den yararlanarak Yazar tarafından hazırlanmıştır.

örgütlenmesi, hastanede yatarak tedavi gerektirmeyen durumlarla başa çıkabilecek personel ve donanımın sağlanması; riskli gruplarda aralıklı taramaların ve izlemlerin yapılması idi (Battistella, 1983).

1999 yılına kadar varlığını sürdüren sağlık ocakları yerel hastanelere bağlı çalışmaktaydı (Şekil 1). Ülke genelinde yaklaşık 6000 sağlık ocağı yanı sıra çalışanlar için işyeri temelinde sağlık birimleri ve tam gün eğitim yapan okulların da sağlık birimleri bulunmakta idi (WHO, 2000). Nüfusa ve bölgeye göre örgütlenmiş klinikler beş yaş altı çocuklar, ev kadınları, emekliler ve işsizler için sağlık hizmeti sunmakta idi. Kişiler bölgelerinde bağlı buldukları sağlık ocağını kullanmak durumunda idi.

Sosyalist Romanya'da sağlık hizmetlerindeki büyük gelişmeler esas olarak 1970'li yıllarda olmuştur. Bu yıllarda yukarıda bahsedilen ilkeler doğrultusunda sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır. Uzak bölgelerde yaşayanlara sağlık hizmetlerinin götürülmesi ya da en uygun ulaşım biçimiyle kişilerin sağlık kuruluşlarına ulaşmaları sağlanmış, ayrıca telefon ve radyo bağlantısı ile acil tıp hizmetlerine ulaşma olanakları geliştirilmiştir (Battistella, 1983).

Acil hizmetler başlığında yapılanlardan ilki halka ilk yardım eğitimi verilmesi, fabrikalarda ilk yardım malzemelerinin bulundurulması ve ilk yardım yapabilen işçi ekiplerinin oluşturulması konusunda yasal düzenlemeler olmuştur. Ayrıca tüm sağlık çalışanları acil hizmetlerde çalışsın ya da çalışmasın ilk yardım eğitimi almak zorunda idi. İkinci olarak; tüm hastanelerde bölgenin özelliklerine göre farklı donanım ve büyüklükte ambulans hizmeti ve nöroşirürji acilleri konusunda eğitim almış en az bir hekimin olduğu acil servis ekibi olması gerekli idi. Örneğin Bükreş'te 500 yataklı bir acil hastanesi iki milyonluk bir bölgeye hizmet etmekte idi. Tüm acil araçlarında radyo donanımı ve bağlantı kurulduğunda karşıda acil sağlık konularında eğitilmiş bir operatörün olduğu özel bir telefon hattı vardı. İzole bölgelerde

ambulanslar daha kısa sürede ulaşabilmek amacıyla stratejik olarak yerleştirilmişlerdi.

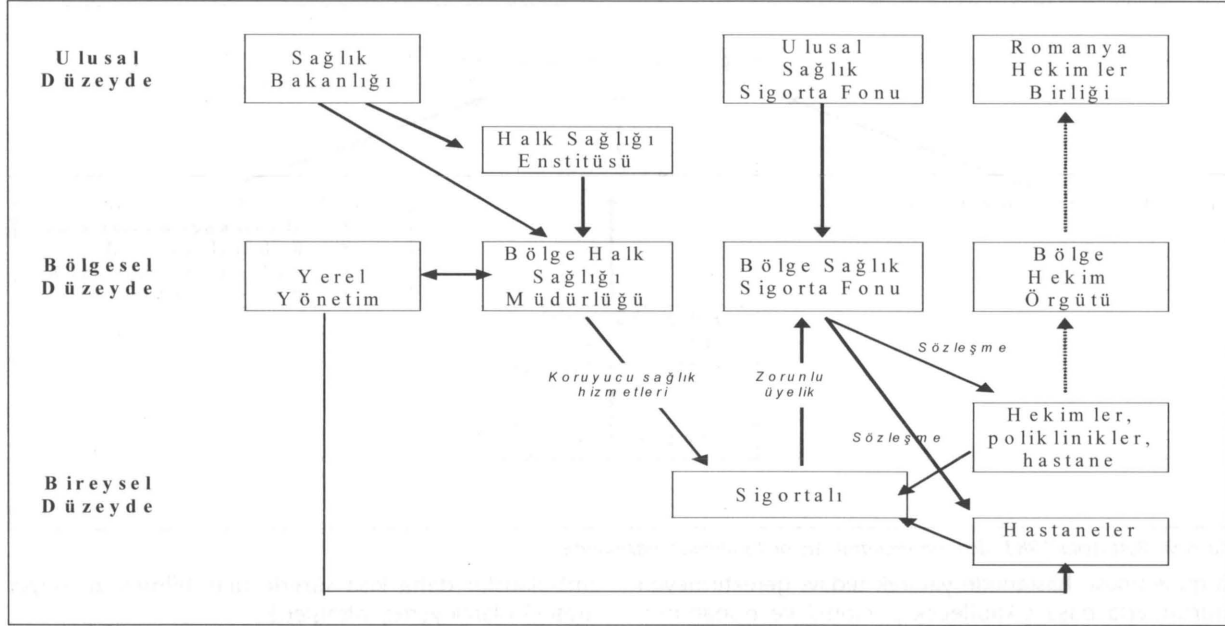
Genel hastane adı verilen hastaneler 230 yataklı olup dahiliye, genel cerrahi, çocuk hastalıkları ve doğum uzmanlarından bir kişi bulunmakta idi. İkincil hastanelerde 400 yatak bulunmakta yukarıda bahsedilen dört uzmanlık alanı yanında kardiyoloji ve travma uzmanları çalışmaktaydı. Bölge hastaneleri olarak kurulan hastaneler ise 700 yataklı olup genel hastanedeki uzmanlık alanlarına ek olarak kardiyoloji, beslenme, otolaringoloji, beyin cerrahisi bulunmaktaydı. Üniversite sağlık merkezleri ise 1500 yataklı olup üst uzmanlıkların olduğu daha karmaşık ve ciddi olguların tedavi edildiği hastaneler olarak hizmet vermekte idi. Bunun yanı sıra ruh hastalıkları, mesleki hastalıklar, rehabilitasyon, bulaşıcı hastalıklar, tüberküloz, pediatri, doğum ve nörocerrahi alanlarında 300-400 yataklı özel dal hastaneleri bulunmaktaydı.

Bununla birlikte sistemde nüfus yoğunluğu az olan yerler için kurulan ve doğum uzmanı, pediatrist ve dahiliye uzmanı bulunan 120 yataklı küçük hastaneler vardı. Ancak bu küçük hastaneler hem ekonomi hem de nitelik açısından uygun bulunamayarak sayıları giderek azaltılmıştır.

Sağlık sistemi, birinci basamakta bir pratisyen hekime 2250 kişi olacak şekilde düzenlenmişti. Ülkede tüm hekimlerin yaklaşık %60'ı pratisyen hekimdi. Uzmanlar dahil tüm doktorlar için bir doktora 700 kişi düşüyordu. Hastanelerdeki personel sayısı hastanenin büyüklüğü ve hizmetlere göre belirlenmişti. Genel hastanelerde her 26 yatağa ortalama bir hekim düşüyorken, her 14-16 yatağa bir pediatrist, diğer uzmanlıklarda 18-20 yatağa bir uzman düşmekte idi.

Tümüyle devlet tarafından toplumsal fondan finanse edilen sağlık hizmetlerinde temel olmayan ilaçlar ve diş hekimliği hizmetlerinde katkı payı alınmaktaydı. Sağlık

Şekil 2. Romanya sağlık sisteminin örgütlenme şeması



Kaynak: WHO, 2000

hizmetlerine ödemelerde gebeler, öğrenciler, 18 yaş altı çocuklar hariç tutulmuştu. Cepten ödemeler kişisel gelire bağlı idi (Battistella, 1983).

1983 yılında getirilen hekim seçme özgürlüğü uygulaması bazı hizmetler için cepten harcamaları arttırmıştır (Bara, 2002).

#### Sosyalizm Sonrası Dönem (1989 sonrası)

Sosyalizm döneminin sona ermesi ile eski rejimden kalan merkezi planlama ve kamusal finansmanın, sağlık hizmetlerinde verimsiz olduğu ileri sürülerek 1991 yılında 'sağlık reformu' başlatılmıştır (WHO, 2000; Bara, 2002).

Romanya Anayasası'na göre; (1) sağlık hakkı devlet tarafından güvence altına alınmıştır; (2) devlet halk sağlığı için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür; (3) kişinin fizik ve ruhsal sağlığını korumak, sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sisteminin örgütlenmesini yapmak, tıbbi uygulamaları ve tıbbi olmayan etkinlikleri kontrol etmekle görevlidir (Anayasa, Md. 33, 1991).

Aynı yıl (1991) Kamu Yönetimi Yasası kabul edilerek bakanlıklar altında örgütlenmiş olan kamu hizmetleri 42 yerel yönetime bölünmüş ve her bölgede sağlık idareleri kurulmuştur. Her sağlık idaresi kendi bölgesindeki sağlık hizmeti sunumu yanında finansmanından sorumlu hale getirilerek sağlık hizmetleri desantralize edilmiştir (WHO, 2000).

1995'te çıkan 'Hekimler Birliği'nin Kuruluşu, Örgütlenmesi ve İşleyişi Yasası' ile ülkede hekim örgütü kurulmasının ardından 1997'de 'Sosyal Güvenlik Yasası', 1998'de 'Halk Sağlığı' ve 1999'da 'Hastanelerin Örgütlenmesi, İşleyişi ve Finansmanı Yasası' ile sağlık

reformunu gerçekleştirmek için hukuksal düzenlemeleri yapılmıştır.

Gerçekleştirilen sağlık reformu incelendiğinde, özünde Dünya Bankası'nın Türkiye de dahil çevre kapitalist ülkelere dayattığı sağlık sistemi olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, 1989 sonrası dönemde Romanya'da sağlık hizmetleri her basamakta farklı biçimlerde özelleştirilmiş ve il düzeyine desantralize edilmiştir.

Sağlık reformu sürecinde Romanya Hükümeti, Dünya Bankası ve Avrupa Birliği'nden kaynak kullanmıştır. 1992 yılında Dünya Bankası'ndan alınan 150 milyon dolar kredi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin 'iyileştirilmesi' ve sağlık reformunun altyapı hazırlığına başlanmıştır (WHO, 2000). 2000 yılında başlatılan ikinci sağlık reformu projesi kapsamında Dünya Bankası'ndan 100 milyon dolar kredi alınmıştır. Bu projesinin kapsamında sağlık hizmet sunumunun planlanması ve düzenlenmesi, bölge hastanelerinin donanımının güncellenmesi, acil servis hizmetleri, halk sağlığı ve hastalık kontrolü ve proje yönetimi bulunmaktadır.

Ayrıca Avrupa Birliği'nden 1991 yılında alınan 25 milyon Avro yardım dispanserlerin laboratuvar donanımı, ilaç sağlanması ve eğitim için kullanılmıştır. Avrupa Birliği'nden 1997 yılında alından 4 milyon Avro ise, yapısal reform adı verilen sağlık sigortasının kurulması, ilaç ve kan ürünlerinin hizmetlerinin yeniden organizasyonunda kullanılmıştır. Ayrıca sağlık sigortası yasal düzenlemeleri için 1998 yılında 155.000 Avro kredi kullanıldığı bildirilmektedir (WHO, 2000).

1991 yılında başlayan değişim sürecinden sonra, 1996-2005 yılları arasında yedi hükümet ve 25 sağlık bakanı değişmiştir (Scintee, 2006).

### Sağlık sisteminin örgütlenmesi

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde Sağlık Bakanlığı ve buna bağlı 42 özerk bölge sağlık idaresi, ulusal ve bölgesel sigorta kurumu, merkezi ve yerel hekim örgütü esas unsurları oluşturmaktadır (Şekil 2). Sağlık Bakanlığı ulusal sağlık politikasının oluşturulması ve yerel sağlık idarelerinin yönetiminden sorumludur.

Sosyalizm döneminde birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocaklarının bir kısmı hastanelerin semt polikliniği bir kısmı da uzman hekimlerin ofisleri haline getirilmiştir.

1994 yılında sekiz ilde başlatılan pilot uygulama, birinci basamakta hizmetin sunumu ve finansman kaynağını değiştirmeyi; pratisyen hekimlerin bölge sağlık idaresi ile sözleşme yapmalarını ve hastanelerin sorumluluklarının bölge sağlık idarelerine kaydırılmasını kapsamaktaydı. USAID (*United States Agency for International Development*)'ten finanse edilen ikinci aşamada hastaneleri de kapsayacak olan pilot uygulama, 1997 yılında sağlık sigortası yasınının çıkarılması ile sona erdirilerek tüm ülkede uygulanmaya başlanmıştır (Scintee, 2006).

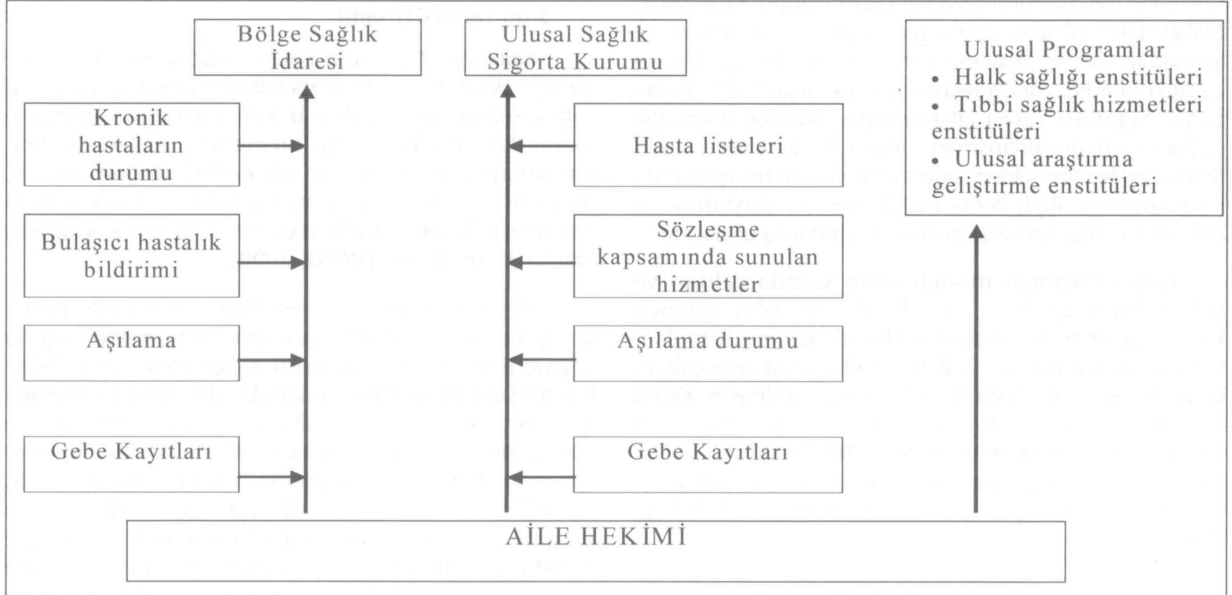
Birinci basamakta yer alan aile doktorlarının tümü kendi özel ofislerinde çalışmaktadır. Uygulamada kişilere hekim seçme özgürlüğü tanınmıştır, kişinin tekrardan hekim değiştirebilmesi için üç ay süre geçmesi gerekmektedir. Aile hekimleri ikinci basamağın önünde 'kapı tutucu' olarak işlev görmektedir. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin tedavilerini yapmanın yanında aşılama, gebe izlemi gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri de vermektedir. Aile hekimi aşı sayısı, gebe izlemi, bulaşıcı

hastalıkların bildirimini, kronik hastaların durumu ile ilgili kayıtları hem bölge halk sağlığı idaresine hem de bölge sağlık sigortası kurumuna bildirmek zorundadır (Şekil 3). Sağlık sigortası kurumuna yaptıkları bildirimler üzerinden performans değerlendirmeleri yapılmaktadır (Csiki, 2004).

Aile planlaması hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın Ana Çocuk Sağlığı Bölümüne bağlı Aile Planlaması ve Cinsel Eğitim Birimi altında dikey olarak örgütlenmiştir. 1990 yılına kadar uyguladığı katı pronatalist nüfus politikası nedeniyle aile planlaması hizmeti verilmeyen Romanya'da, 1992 yılında dokuz üniversitede olmak üzere toplam 11 üreme sağlığı referans merkezi kurulmuştur. Bu merkezlerde aile planlaması eğitimi, teknik yardım, aile planlanması, medikal abortus (küretaj) ve kanser taramaları hizmetleri sunulmaktadır.

Çevre sağlığı hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmasına karşın farklı bir işleyiş ile yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın çevre sağlığı hizmeti sunan örgütü yoktur. Ülkede toplam 31 tane ulusal çevre sağlığı programı yürütülmektedir. Hava kalitesi, su kalitesi, gıda, konut, gürültü, atıklar, radyasyon ve işyeri hijyeni açılarından tehlikelerin ve bunların sağlık etkilerinin izlenmesi hizmeti, bölge sağlık idareleri tarafından yürütülmektedir. Ülkedeki dört Halk Sağlığı Enstitüsü (Bükreş, Iasi, Cluj ve Timisoara) bölge sağlık idarelerinin sunduğu çevre sağlığı hizmetlerini denetlemekte aynı zamanda bölgesel referans merkezi olarak işlev görmektedir. Reform öncesi temel hijyen koşullarını değerlendirilmesi ve geliştirilmesi sağlık ocaklarının sorumluluğunda iken, aile hekimliği sistemi ile verilen hekim seçme özgürlüğü nedeniyle hekimin hijyen koşullarını coğrafi bölge temelinde değerlendirmesi

Şekil 3. Sağlık kayıtlarının toplanmasında aile hekimlerinin işlevi



Kaynak: Csiki, 2004

olanaklı değildir. Sağlık hizmetlerinin yerel düzeye devredilmesi ile de ulusal düzeyde çevre sağlığı verilerini toplama ve değerlendirme olanağı kalmadığı belirtilmektedir (UN, 2001).

Romanya'da hastanelerin hemen hepsi devlet mülkiyetinde olmasına karşın özerk işletmeler olarak varlıklarını sürdürmektedir. Dört farklı büyüklükte hastane bulunmaktadır: (1) dahiliye ve pediatri servislerinin bulunduğu en az 120 yatağa sahip olan kırsal hastaneler; (2) dahiliye, cerrahi, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum servislerinin bulunduğu 250 yataklı kasaba hastanesi; (3) aynı uzmanlık alanlarının olduğu 400 yataklı kent hastanesi; (4) ek olarak ortopedi, göz hastalıkları ve kulak-burun-boğaz servisleri olan bölge hastaneleri. Üçüncü basamakta ise ana-çocuk bakımı enstitüsü, onkoloji enstitüsü, nöroşirurji hastanesi, balneoterapi<sup>1</sup> ve nekahat(iyileşme) enstitüsü, enstitüsü ve eğitim hastaneleri gibi uzmanlaşmış hastaneler bulunmaktadır (WHO, 2000).

Hastane yöneticisi, bölge yönetim kurulu ve sağlık idaresinin konuyla ilgili atadığı bir hekimdir. Hastane yöneticisinin iki yardımcısından biri hekim diğeri ise ekonomisttir. Yönetim kurulunu hastane yöneticisinin belirlediği ve sağlık hizmetleri, hemşirelik, eczacılık, yönetim ve muhasebe bölümlerinin birer temsilcisi olan kişiler oluşturmaktadır (WHO, 2000).

#### Sağlık Sisteminin Finansmanı

Reform sürecinde finansman açısından iki özellik ön plana çıkmıştır. Bunlardan ilki finansman kaynaklarının çeşitlendirilmesi ikincisi ise yetki devridir. İlk olarak 1992 yılında, ayakta tedavilerde reçete edilen ilaçlar için kısmi geri ödeme uygulaması başlatılmıştır. Bunun yanı sıra özel sağlık fonları oluşturulmuş, gelirden %2 oranında sağlık vergisi, sigara, alkol ve reklamlardan da katkı alınarak sağlık için fon oluşturulmaktadır (WHO, 2000; Mossialos, 2002). 1993 yılında sosyal sağlık sigortasına geçme kararı alındıktan sonra, ülkenin ekonomik koşulları nedeniyle uygun olmadığı yönündeki eleştirilere karşın 1997 yılında Sağlık Sigortası Yasası çıkartılmıştır. Böylece Romanya sağlık sisteminin finansman modeli devlet bütçesinden finanse edilen modelden, sigorta temelli sisteme geçmiştir. Finansman ile ilgili ikinci özellik ise fon oluşturma ve harcama yetkisinin yerel düzeye devredilmiş olmasıdır.

Yeni finansman modeli 1998 yılında çalışan ve patrandan maaşın %5'i, emeklilerden ise %4'ü oranında kesinti yapılması ile hayata geçirilmiştir. Bu şekilde toplam %10 oranında yapılan kesinti, 1999 yılında yine çalışan ve patrona eşit paylaştırılarak %14'e çıkartılmıştır. Kendi hesabına çalışanlar, çiftçiler, emekliler ve işsizler için %7 olarak belirlenmiştir (Mossialos, 2002). 2002'de yapılan düzenleme ile çalışanların prim katkısı %6.5'e indirilmiş, emekliler prim kapsamından çıkartılmıştır (Scintee, 2006).

Çocuklar ve gençler (0-18 yaş), 18-26 yaş grubunda olup eğitim alanlar, geliri olmayan özürllüer ve savaş

gazileri, geliri olmayan sigortalılara bağlı kişiler (eş, anne-baba vb) yanında komünist sistemde politik görüşleri nedeniyle zarar görmüş, 1989'daki halk ayaklanmalarında kahramanlık gösterenler de sağlık sigortasından ücretsiz olarak yararlanmaktadırlar. Askerler ve cezaevindeki hükümlüler için sigorta payları Savunma Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı tarafından ödenmektedir. Günümüzde yaklaşık beş milyon kişi (nüfusun %22'si) sağlık sigortası için prim ödemektedir (WHO, 2000; Scintee, 2006).

Sağlık sigortacılığına geçiş yılı olarak belirtilen 1998 yılında Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve bölge sağlık yönetimleri eşgüdüm içinde çalışmışlardır. 1999 yılının Mart ayına kadar süren bu geçiş sürecinde bölge sağlık idareleri, hizmeti sunanların ödemelerini yapmış; Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Sigortası Fonu işlevi görmüş ve Maliye Bakanlığı altındaki yapılar ise gelir toplama işini üstlenmiştir.

Geçiş döneminden sonra bütün fonlar yerel olarak 42 bölge sağlık idaresinde toplanmaktadır. Bölge sağlık sigorta fonu özel ve kamu kuruluşları ile sözleşmeler düzenlemektedir. Para, her bölgede özerk bir sağlık sigorta fonu ve ulusal sağlık fonu tarafından yönetilmektedir. Bölge sağlık sigorta fonları dışında ülke genelinde biri Ulaştırma Bakanlığı'nda diğeri ise ulusal güvenliğe bağlı bakanlıklar ve enstitülerde (İçişleri Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve İstihbarat Servisleri) olmak üzere iki fon daha vardır.

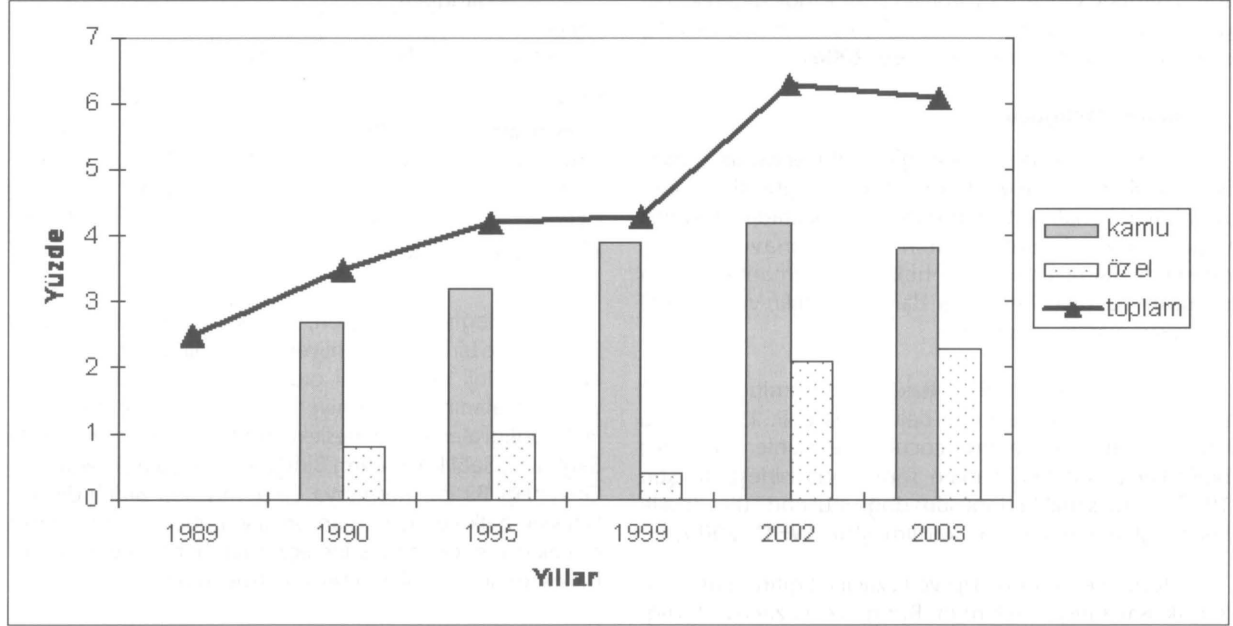
Toplanan gelirden sabit bir oran, belirlenmiş etkinlikler için ayrılmıştır. Yasa'ya göre, fonun %25'inden fazlası bölgeler arasında yeniden dağıtılmaktadır. 1998'deki fonun %20'si ve sonraki yıllarda da %5'i saklanmaktadır. Yasaya göre yönetim giderleri %5 ile sınırlandırılmışken bu 2002 yılında %3'e indirilmiştir (Scintee, 2006).

#### Sigortanın Kapsamı

Sağlık sigortası, tıbbi bakımı, ilaçları ve tıbbi araç-gereçleri kapsamaktadır. Tıbbi bakımın kapsamı; koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta bakım hizmetleri, hastane hizmetleri, dış hekimliği hizmetleri, acil hizmetler, tamamlayıcı rehabilitasyon hizmetleri, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetleri, evde bakım hizmetleri, ilaçlar, sağlık hizmeti malzemeleri ve ortopedik araçları içermektedir (WHO, 2000).

Çocukların fiziksel ve mental gelişimini etkileyebilen koruyucu sağlık hizmetleri ve erken tanı hizmetleri sigorta kapsamındadır. 30 yaş üzeri sigortalılar, belli başlı hastalıkların erken tanısı amacıyla yıllık tıbbi kontrolden geçmek zorundadır. 16 yaş altındaki çocuklar için kısıtlama olmaksızın, 16-20 yaşındakilerde yılda iki kez ve yetişkinler için ise yılda bir kez geri ödeme sistemi ile koruyucu dış hizmeti alma hakkı vardır. 18 yaşın üzerindeki kişiler şu durumlarda harcamalarını kendileri yapmak zorundadır: 1) orta dereceli solunum yolu enfeksiyonu için önerilen ilaçlar (analjezik vb) 2) plastik cerrahi 3) belirli görme ve işitme cihazları (WHO, 2000).

Şekil 4. Romanya'da GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı (1989-2003)



Kaynak: WHO (2000), Mossialos et al. (2002), WHO Regional Office for Europe (2003), UNDP (2006)'den yararlanarak yazar tarafından hazırlanmıştır

Dünya Bankası, 1990'ların başında cepten yapılan harcamaların %25 dolayında olduğunu tahmin etmektedir (Mossialos, 2002). Entegre Hane Halkı Araştırması'nda 1996 yılında cepten yapılan sağlık harcaması -çoğu kamu sağlık çalışanlarına el altından yapılan ödemeler olmak üzere- toplam sağlık harcamasının yaklaşık %29'u olarak bildirilmiştir. Sağlık sisteminin reformunda gerekçe olarak ileri sürülen bu durum (WHO, 2000), toplam sağlık harcamalarının üçte birini kapsayan düzeye ulaşmıştır (Scintee, 2006; WHO, 2000).

#### Sağlık Harcamaları

1990 yılı için %2.7'sini kamudan olmak üzere GSYİH içindeki toplam sağlık harcamaları %3.5 olarak tahmin edilmekteydi (WHO, 2000; Mossialos, 2002). Bu oran, 1995'te %4.2, 1999'da %4.5 olarak bildirilmektedir (Mossialos, 2002; WHO Regional Office for Europe, 2003). 2003 yılına gelindiğinde ise %3.8'i kamu ve kalan %2.3'ü özel olmak üzere GSYİH'nin %6.1'idir. Bu oran kişi başına yılda 540 dolara karşılık gelmektedir (UNDP, 2006) (Şekil 4).

Toplam sağlık harcamalarının yıllar içinde giderek arttığı, kamunun payının ise giderek azaldığı dikkat çekmektedir. Yukarıda verilen sayılar üzerinden, 1990 yılında toplam sağlık harcamalarının %77'si kamudan yapılırken, 2003 yılında %62'si kamudan yapılmaktadır. Şekil 4'te de görüldüğü gibi, 1999 yılında özel harcamalar azalmış, kamu harcamaları ise artmıştır. Sağlık sigortacılığına geçildikten sonraki bu tablo, ilk dönemlerde sistemin kamu tarafından finanse edildiğini düşündürmektedir. 1999 yılında kamu harcamalarının

Tablo 1. Romanya'da sağlık sigortacılığı sistemine geçildikten sonra hastane ve ilaç harcamalarındaki değişim (1999-2005)

Yıllar	Hastane harcamaları (Milyon Dolar)	Farmasötikler (Milyon Dolar)
1999	665	81
2000	652	148
2001	719	181
2002	840	202
2003	1072	264
2004	1187	348
2005	1618	727

Kaynak: Scintee & Vladescu (2006)

%78.4'ü zorunlu sigortadan, %18.7'si genel vergilerden oluşmaktadır (WHO, 2000). Sigortacılık sisteminin 'ön ödeme' temeline dayandığı ve sağlık için genel bütçeden ayrılan payın sağlık vergisi yanında çeşitli tüketim vergilerinden oluştuğu göz önüne alındığında, kamudan yapılan harcama olarak bildirilen bu harcamaların ne derecede kamudan olduğu sorusu akla gelmektedir.

#### Ödeme Biçimleri

Birinci basamak tedavi edici hizmetleri sürdüren aile hekimlerine, listelerinde bulunanlar için yapılan kişi başı ödeme (%75) ve çeşitli koruyucu hizmetler için hizmet başı ödeme (%25) yapılmaktadır (Bara, 2002). Bunun dışında sigorta kurumu, hekimlerin sağlık hizmeti için aldıkları miktarın yaklaşık yarısı kadar yönetim ve personel harcamaları için ödeme yapmaktadır. Hastanelerde çalışanlar ise maaş biçiminde ücretlendirilmektedir (Scintee, 2006).

Sağlık reformunun uygulanmaya başlanmasından sonra hastane ve ilaç harcamaları yıllar içinde giderek artış göstermiştir (Tablo 1). 1999-2005 yılları arasında bu artış sırasıyla 2.4 ve 2.5 kattır (Scintee, 2006).

### Sağlık İnsangücü

Romanya'da tıp fakültesi eğitimi altı, eczacılık eğitimi ise beş yıldır. Tıp fakültesinde altı yıllık eğitimden sonra bir yıl uygulamalı eğitim (intern) yapılmaktadır. Hekimlik yapma hakkı kazanmak için ulusal sınavı geçmek gereklidir. Sınavdan sonra hekimler, uzmanlık eğitim programına (aile hekimliği dahil) girebilir veya genel pratisyen olarak çalışabilirler.

Tıp eğitiminden Eğitim Bakanlığı sorumludur ve her yıl alınacak öğrenci sayısını belirlemektedir. 1990 yılına kadar her tıp fakültesinde çocuk ve erişkinler için farklı bölümler (fakülteler) varken sonrasında birleştirilmiştir. 1997 yılında sağlıkta dönüşüm doğrultusunda ülkede aile hekimliği anabilim dalları kurulmuştur (WHO, 2000).

Mezuniyet Sonrası Tıp ve Eczacılık Eğitimi Enstitüsü Sağlık Bakanlığı, Hekimler Birliği ve Eczacılar Birliği uzmanlık eğitimi, akreditasyon (*competenta*) ve sürekli eğitimden sorumludurlar. Uzmanlık eğitimine giriş sınav ile olmaktadır. 1982-1989 yılları arasında ulusal sınav olmadığı için o yıllarda uzman sayısında düşüş olduğu, 1990'dan sonra bu sayısal yetersizliğin arttığı bildirilmektedir. Uzmanlık eğitimi, alanına göre 3-7 yıl sürebilmektedir. 1990'dan sonra yeni uzmanlık alanları (üç yıllık genel pratisyenlik uzmanlığı, dört yıllık halk sağlığı ve sağlık yönetimi vb) açılmıştır. Akreditasyon (*competenta*), mezuniyet sonrası eğitimde hekimler ve eczacılar için 3-8 ay süren bir alanda beceri kazanmak için yapılan bir eğitimdir. Üst uzmanlık olarak adlandırılan yeni bir mezuniyet sonrası eğitim şekli 1999 yılından sonra başlamıştır (WHO, 2000).

Özel hekimlik uygulamaları 1990'dan sonra yaygınlaşmıştır. Çoğu dış hekim ve eczacı artık özel olarak çalışmaktadır. Hekimler için tamamen özel çalışma çok nadir görülmektedir. Hekimler için rotasyon ile kırsal alanda çalışmak zorunlu olduğu için bazı hekimler ilaç şirketleri gibi başka alanlarda çalışmaktadır. Ancak bu hekimlerin sayısı bilinmemektedir (WHO, 2000).

Liseden sonra üç yıl eğitimi olan hemşirelik eğitiminde 1990'dan sonra hemşirelikte çeşitli eğitim şemaları oluşturulmuştur. Her bölgede hemşirelik okulu vardır ve 1992'den sonra Avrupa Birliği önerileri ve Dünya Sağlık Örgütü politikasına göre müfredat yenilenmiştir. 1992'den sonra özel hemşirelik okulları açıldığı görülmektedir. Sağlık sisteminde ebe, temelde tıbbi yardımcı (aynı şekilde) olarak çalışmaktadır. Çok sayıda doğum uzmanı olduğu için ebelerin doğum yaptırma yetkisi yoktur (WHO, 2000).

1990'da ebeler ve hemşirelik meslek birlikleri kurulmuş, meslek eğitimi ve standartların oluşturulması, mesleğin ulusal sağlık politikasına uyumunu sağlama konusunda çalışmalar yürütmektedirler (WHO, 2000).

Tablo 2 . Romanya'da yıllara göre nüfusa göre sağlık insangücü

Her 1 000 kişiye	1990	1994	1998	2003
Hekim	1.80	1.76	1.84	1.90
Dış hekim	0.29	0.26	0.24	0.22
Hemşire	4.05	4.34	4.09	3.89
Ebe	0.51	0.47	0.40	0.25
Eczacı	0.27	0.12	0.07	0.06

Kaynak: WHO (2006a)

Halk Sağlığı Enstitüleri, Sağlık Hizmetleri Yönetimi Enstitüsü ile birlikte çevre hijyeni, işçi sağlığı ve iş güvenliği, epidemiyoloji, okul hijyeni, gıda hijyeni, sosyal tıp ve sağlık yönetimi alanında mezuniyet sonrası eğitim vermektedir. Halk sağlığı alanındaki mesleki örgütler ise, Romanya Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi Birliği, Romanya İşçi Sağlığı ve Güvenliği Birliği, Romanya Epidemiyoloji Birliği'dir. Bu birlikler, halk sağlığı uzmanı veya yönetici hekimler başta olmak üzere, ekonomistler, eczacılar, hemşireler ve diğer halk sağlığı çalışanlarını temsil etmektedir.

Romanya'da yıllara göre 1000 kişiye düşen sağlık çalışanı Tablo 2'de gösterilmiştir.

### Toplum Sağlığının Durumu

Romanya'da doğurganlığın düşük olmasının bir sonucu olarak nüfus giderek yaşlanmaktadır. Genç nüfus (0-14 yaş) oranı 1990'da %24 iken, 2002 yılına gelindiğinde %17'ye düşmüştür. Aynı yıl 65 yaş üzeri nüfus ise %14 olarak bildirilmiştir (WHO Regional Office for Europe, 2005).

2005'te kaba doğum hızı binde 10, genel doğurganlık hızı binde 34 ve toplam doğurganlık hızı 1.3 olarak bildirilmektedir (UNFPA, 2005; UNICEF, 2006). Romanya'da doğuştan beklenen yaşam yılı, erkekler için 68.0, kadınlar için 76.0 olmak üzere genel olarak 71.4'tür (WHO 2006a).

İkinci Savaş sonrası başlatılan pronatalist politika doğrultusunda yasaklanan düşüklerin 1957'de serbest bırakılmasının ardından aynı yıl binde 23 olan kaba doğum hızı 1966'da binde 14'e düşmüştür. 1965 yılında tekrardan başlatılan katı pronatalist politika ülkede ana ölüm hızının artışı ile sonuçlanmıştır. Sistemin çözüldüğü Aralık 1989 tarihinden hemen sonra 1 Ocak 1990 tarihinde isteyerek düşük serbest bırakılmıştır (Hord, 1991). Ülkede illegal düşüklere bağlı ana ölümleri zaman içinde azalmıştır. 1989 yılında 100.000'de 159 olarak bildirilen ana ölüm hızı özellikle 1990 yılında 83'e düşmüştür, aynı yılda 1000 kadın başına 52 düşük gerçekleştirildiği bildirilmektedir (Hord, 1991; UNFPA, 2005). 1992 yılında başlatılan aile planlaması hizmetlerinin giderek yaygınlaşmasıyla düşük hızı azalmıştır. Doğum kontrolünün tam olarak yaygınlaşmadığı ancak düşüklerin serbest olduğu yıllarda bir canlı doğuma karşı 2.1 düşüğün meydana geldiği bildirilmiştir (UNFPA&WHO, 2000).

2005 yılında bebek ölüm hızı binde 16, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 19 olarak bildirilmektedir (UNICEF, 2006). 1990 yılından sonra BÖH %41, beş yaş altı ölüm hızı %47 oranında azalmıştır. Ülkede postneonatal ölümlerin neonatal ölümlere göre fazla olması dikkat çekicidir. 1998 yılında BÖH binde 20.5 iken, neonatal ölüm hızı binde 9.4, postneonatal ölüm hızı ise binde 11.1 olarak bildirilmektedir (UN, 2001). 2002 yılına gelindiğinde ise postneonatal ölümlerin neonatal ölümlere göre iki kat daha hızlı azalma göstermesine karşın hala görece olarak yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla binde 8.9 ve 8.4) (WHO Regional Office for Europe, 2006). 1998 yılında bebek ölüm hızında bölgeler arasında da üç kata varan fark söz konusudur. Postneonatal ölümler kırsal bölgede kentsel bölgeye göre iki kat daha fazladır (sırasıyla binde 13.0 ve 6.6) (UN, 2001).

Postneonatal ölüm nedenleri göz önüne getirildiğinde (solunum yolu enfeksiyonları, ishalli hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon vb), çevre sağlığı, aşılama, büyüme gelişmenin izlenmesi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması ile bu ölümlerin hızla azaltılabildiği bilinmektedir. Ülkede sağlıklı suya erişimin yeterli olmadığı, 2004 yılında bile nüfusun sadece %57'sinin sağlıklı suya eriştiği, kentte bu oranın %91 kırsal bölgede ise %16 olduğu bildirilmektedir (UNDP, 2006).

Aşılama durumuna baktığımızda, ulusal aşı programı kapsamındaki BCG, DBT, Hepatit B, MMR, OPV gibi aşıların, aşılama oranlarının %97-99 olduğu bildirilmesine karşın, postneonatal ölümlerin neonatal ölümlerin önüne geçmesi, bu verilerin doğruluğuna gölge düşürmektedir (WHO, 2006a; WHO Regional Office for Europe, 2006). Bunun yanı sıra yoksulluğun ülkede önemli boyutta olduğu ve gelir eşitsizliğinin giderek arttığı bildirilmektedir. 2004 yılında kişi başına düşen ulusal gelir 9884 dolardır (WHO, 2006a). 1990-2000 yılları arasında %67 olarak hesaplanan yıllık enflasyon 2003'te %15.3 olarak bildirilmektedir (UN, 2003). Ülkede günümüzde de oldukça yaygın olan yoksulluk özellikle sistemin değişmesinden sonraki yıllarda oldukça artmıştır. 1994 yılında günde bir doların altında geliri olan nüfus %2.5, iki doların altında geliri olan %27.5 olarak bildirilmektedir (WB, 2002). Yoksulluk kırsal bölgede (%38) ve çingeneler arasında (%77) daha yaygındır.

2003 yılında aşırı yoksulluk oranı azalarak %1'e inmiştir. Toplumdaki yoksulluğun, oran olarak azalmasına

karşın giderek derinleştiği dikkat çekmektedir. 1994 yılında en zengin %10 ile en yoksul %10 arasındaki gelir farkı 6.1 iken 2000'de 7.1, 2003 yılında 7.5 olmuştur (UNDP 2003; UNDP, 2006). Gini katsayısı 1994'te 28.2, 2000 yılında 30.3, 2003'te 31.0 olarak bildirilmektedir (UNDP, 2000; WB, 2002; UNDP, 2006).

Sağlık durumu açısından Romanya'da gözlenen diğer bir özellik, Avrupa ülkeleri arasında tüberkülozun en yaygın olduğu ülke olmasıdır. 2001 yılında yüzbinde 128 olan yeni vaka, 2004 yılına gelindiğinde 146'ya çıkmıştır (WHO Regional Office for Europe, 2003; WHO, 2006b).

Sağlık personeli yardımı ile yapılan doğum yüzdesi ülke genelinde 2004 yılında %69 olarak bildirilmektedir. Bu oran, düşük sosyoekonomik durumu olanlarda %54 iken, yüksek olan grupta %90'dır (UNICEF, 2005). Bu sayılar, halkın sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmadığını ifade etmektedir.

Çocuklar arasında malnütrisyon son yıllarda az görülmesine karşın 1990'dan sonraki yıllarda artmıştır. Özellikle düşük sosyoekonomik düzey ve kötü çevresel koşullar ile ilişkili bodurluk sıklığının 1994 yılında her 4-5 çocuktan birine karşılık gelecek düzeye ulaştığı bildirilmektedir (Tablo 3)(Skaofias, 1998).

Romanya servikal kanserden ölümlerin en yüksek olduğu Avrupa ülkesidir (yüzbinde 25-65 yaş kadında 20) (WHO Regional Office for Europe, 2003). 25-56 yaş arası kadınlarda serviks kanseri, 40 yaş üzeri kadınlarda ise meme kanseri tarama programları uygulanmaktadır.

Sağlık düzeyi ile ilgili verilerin ortaya koyduğu tablo yanında, halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyeti Romanya Sağlık Politikaları ve Hizmetleri Merkezi tarafından 1999 yılından itibaren aralıklı olarak araştırılmaktadır. 2005 yılında yapılan son araştırmaya göre halkın %31'i sağlık hizmetlerinin eskisinden daha kötüye gittiğini belirtmiştir (2003 araştırmasına göre bu rakam %23'tür). Araştırmada, aile hekimliği hizmetlerinden %19, acil servis hizmetlerinden %7, hastanecilik hizmetlerinden %37 oranında memnuniyetsizlik saptanmıştır. Hekimlerin ise yaklaşık yarısı (%42) sağlık reformunun yanlış yolda olduğunu ifade ederken, %34'ü olumlu olduğunu ve %23'ü fikrinin olmadığını belirtmiştir (Scintee, 2006).

Tablo 3. Yıllara göre çocuklarda malnütrisyon sıklığı (-2 SD'nun altında) (%)

	1991*		1994*		1996-2005**
	0-23 ay	24-59 ay	0-23 ay	24-59 ay	0-59 ay
Düşük kiloluk	4.9	6.2	7.9	6.2	3.0
Bodurluk	7.3	8.5	26.5	19.1	10.0
Zayıflık	2.8	2.3	5.3	4.5	2.0

\* Skaofias, 1998. \*\* WHO, 2005.



### GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Romanya'da sosyalizmin çözülüşünden sonra her alanda olduğu gibi sağlık alanında da özelleştirme süreci başlatılmıştır. Avrupa Birliği'nin de desteğini alan Romanya'da, Dünya Bankası'nın tüm çevre ülkeler için önerdiği 'standart' sağlık reformu paketinin uygulandığı görülmektedir. Bu reform paketinde özelleştirmenin birinci basamak sağlık hizmetlerinden başladığı görülmüştür. Hastaneler devlet mülkiyetinde görülmekle birlikte, zaman içinde işletme haline gelmiştir. Hem finansman hem de hizmet sunumu açısından hizmetlerin desantralizasyonu da sağlık sisteminde dikkat çeken diğer bir özelliktir.

Kapitalist entegrasyon sürecinde hem sağlık sistemindeki dönüşüm (piyasalaşma) hem de sağlığın toplumsal belirleyicilerindeki durum (yoksulluk ve eşitsizliğin artışı) Romanya'daki toplum sağlığı örüntüsünü belirlemiştir. Sonuç olarak; sağlık hizmeti için daha fazla harcama yapan ama ne sağlık çalışanlarının ne de halkın memnun olduğu, herkesin hizmetten yararlanamadığı bir sağlık sistemi ortaya çıkmıştır.

### DİPNOT

1 Balneoterapi, toprak, su ve iklim kaynaklı şifalı etkenlerin banyo, içme ve soluma şeklinde, seri halde uygulanmaları ile yapılan, ortam değişimi de sağlayarak, bu yörenin iklim ve biyolojik ortamının da etkisi altında ve kür tarzında gerçekleştirilen bir tedavi yöntemidir.

### KAYNAKLAR

**Bara AC, van den Heuvel WJA, Maares JAM** (2002). Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal*. 43(4):446-452.

**Csiki IE, Marcu A, Ungurean C** (2004) Description of the National Health Information System in Romania. WHO Regional Office for Europe Publication. Copenhagen, Denmark.

**Hord C, David HP, Donnay F, Wolf M** (1991) Reproductive Health in Romania: Recersing the Ceausescu Legacy. *Studies in Family Planning*. 22(4):231-240.

**Ministry of Health** (2005) Reproductive Health Survey: Romania 2004. Summary Report. Ministry of Health, World Bank, UNFPA, USAID, UNICEF.

**Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J** (2002). Funding Health Care: Options for Europe. European Observatory on Health Care System Series. WHO Regional Office for Europe. Open University Press. Philadelphia.

**Romanya Anayasası** (1991). Parliament of Romania, Chamber of Deputies. <http://www.cdep.ro> (erişim tarihi: 25/12/2006)

**Scintee SG, Vladescu C** (2006) Recent issues of the Romanian health financing system. *J Public Health*. 14:237-245.

**Skaofias E** (1998) Determinants of child health during the economic transition in Romania. *World Development*. 26(11):2045-56.

**Sotiropoulos DA, Neamtu I, Stayanova L** (2003) The trajectory of post-communist welfare state development: The Cases of Bulgaria and Romania. *Social Policy & Administration*. 37(6):656-673.

**UNDP** (2003) Human Development Report 2003. United Nations Development Programme (UNDP). Oxford University Press.

**UNDP** (2006) Human Development Report 2006. United Nations Development Programme (UNDP). Oxford University Press.

**UNFPA & WHO** (2000) Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States. Third Edition. Copenhagen, Denmark.

**UNFPA** (2005) The Status of World Population 2005: The Promise of Equity. United Nations Population Fund (UNFPA), USA.

**United Nations (UN)** (2001) Environmental Performance Review of Romania. Chapter 14: Human Health and the Environment. United Nations Economic and Social Council. Committee for Environmental Policy. [www.unep.org/env/epr/studies/romania/chapter14.pdf](http://www.unep.org/env/epr/studies/romania/chapter14.pdf) (erişim tarihi: 15/01/2007)

**WHO** (2000) Health Care Systems in Transition: Romania. European Observatory on Health Care System Series. WHO Regional Office for Europe. World Health Organisation. Copenhagen, Denmark.

**WHO** (2006a) Core Health Statistics. [www3.who.int/whosis](http://www3.who.int/whosis) (erişim tarihi: 10/12/2006)

**WHO** (2006b) Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. World Health Organisation, Geneva.

**WHO Regional Office for Europe** (2003). Atlas of Health in Europe. World Health Organisation. Copenhagen, Denmark.

**WHO Regional Office for Europe** (2006) Highlights on Health in Romania 2005. World Health Organisation Publications. Copenhagen, Denmark.

**WB (World Bank)** (2001) World Development Report 2000-2001: Attacking the Poverty. World Bank. Oxford Press.