

DOSYA/DERLEME**BULGARİSTAN SAĞLIK SİSTEMİ'NDE DEĞİŞİM**

Cavit Işık YAVUZ*

Hem ortak tarihi hem de ortak sınır çizgisini paylaştığımız bir ülke Bulgaristan. Tarihçesini çok gerilere gitmeden incelersek beş yüzyıla yakın devam eden Osmanlı İmparatorluğu döneminin ülke üzerinde derin izler bıraktığını görürüz. Her ne kadar bağımsızlık günü olarak 3 Mart 1878 tarihe not düşülmüş olsa da Osmanlı İmparatorluğu'ndan tam kopuş tarihi olarak 1908 yılı aynı notlarda öne çıkıyor (Koulaksazov, 2003)

Yirminci yüzyıl, Bulgaristan için oldukça farklı bir yüzyıl olmuş görünüyor; Balkan savaşları, ardından iki büyük paylaşım savaşı ve kırk yılı aşan bir sosyalist deneyim bu farklılığın ana başlıkları olarak sıralanabilir. Bu süre içinde sosyalist yapının, bütünüyle ülkeyi şekillendirdiği, dolayısıyla sağlık sisteminin de ana karakterini oluşturduğu izleniyor. Doksanların başında yaşanan "değişim" ile de bugün bambaşka bir yapıya kavuşmuş durumda.

Bu arada geçen zamanın ülke için bir diğer önemini de demografik değişim ve kentleşme sürecinin getirdikleri olduğu söylenebilir. Doksanlı yılların başından ikibinlere, 18 yaş altı nüfus dörtte birlerden beşte bir oranına gerilemiş, 65 yaş üstü nüfus ise artış eğiliminde görünüyor. Coğrafi olarak yakınındaki ülkelerle karşılaştırıldığında 60 yaş üstü nüfusun en yüksek olduğu (%22.6) ve kentte yaşayan nüfus yüzdesi açısından da önde gelen (%69.8, hatta 2005 yılı verisine göre %70.2; yirminci yüzyılın başlarında nüfusun %81'i köylerde yaşamakta idi) bir ülke

olarak dikkati çekiyor (Tablo 1). Bu demografik görünüm, elbette ölümlülük profilini de kronik hastalıkların (iskemik ve serebrovasküler hastalıklar gibi) ve kazaların bu profildeki yerinin artışı beraberinde getiriyor. Örnek olarak; inme ölüm hızlarının AB ortalamasından altı kat daha fazla olması gösterilebilir (Koulaksazov, 2003; Özkan, 2003). Hastalık verileri açısından ise solunum yolu hastalıkları dikkat çekiyor. Hasta başvurularının %39'u solunum yolu hastalıkları, ikinci sırada kardiyovasküler hastalıklar (%12.1) ve nörolojik hastalıklar (%9.8) geliyor (Hayes, 2002). DSÖ verilerine göre 5 yaş altı ölümlerin yarıya yakını neonatal nedenler, %16'sı ise pnömoni (WHO, 2006).

Ülkeye ilişkin genel özellikleri (Tablo 1) incelediğimizde farklı kaynaklarda farklı verilerle karşılaşıyoruz. Burada dikkati çeken nokta Bulgaristan Ulusal İstatistik Enstitüsü (BUIE) verilerine bakıldığında yıllar içerisinde nüfusta dikkati çeken azalma. Bindokuzyüz doksan yılında yaklaşık 8.6 milyon olan nüfus on beş yıllık sürede 7.7 milyona gerilemiş durumda (Tablo 2). Bu azalma eğiliminde 2000-2001 yılları arasındaki bir yıllık sürede nüfus ortalama - her iki cinsiyette de aynı olarak- %3.2'lik bir azalma göstermiş ki beş yıllık döneme eşdeğer bir oran bu. Nüfusa ilişkin bu değişimde 1989-1996 döneminin "göç" karakteristiğini unutmamak gerekiyor. Yapılan tahminlere göre, bu dönemde toplam 600-650 bin kişi ülke dışına göç etmiş. Yine, ülkenin Avrupa Birliği üyeliğine aday olduğu 1995 yılından bu yana çoğunluğu gençlerden oluşan yılda 30 bin kişinin daha iyi eğitim ve iş olanakları peşinde ülkeyi terk ettiği tahmin ediliyor (Koulaksazov, 2003; Benli, 2006).

*Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Bulgaristan'daki sağlık sisteminin tarihsel arka planını ve bugününü incelerken üç dönemden söz etmek olanaklı:

Tablo 1. Bulgaristan'ın genel özellikleri, 2002.

	(Özelliğin birimi)
Yüzölçümü	110 993.6 (km ²)
Tarımsal alan	52.0 (%)
Yıl Ortası Nüfus	7 823 (bin kişi)
Nüfus yoğunluğu	70,3 (km ² 'ye düşen kişi sayısı)
Kentsel nüfus	69.8 (%)
Kadın nüfus	51.4 (%)
Kişi Başı GSYİH (2001)	6 080 (EURO)
Ekonomik yönden aktif nüfus	48.1 (%)
Nüfusun yaş gruplarına dağılımı	(%)
0-14 yaş	14.2
15 – 24 yaş	13.8
25 – 59 yaş	49.4
60 ve üstü (%)	22.6
Kaba Doğum Hızı	8.6 (Binde)
Kaba ölüm hızı	14.3 (Binde)
Bebek ölüm hızı	12.3 (Binde)
Doğumda beklenen yaşam süresi	
Erkek	68.5 (yıl)
Kadın	75.4 (yıl)

Kaynaklar: Canstat Statistical Bulletin 2003/4

Sosyalizm öncesi, sırası ve sonrası. Bu üç dönem de kendine özgü dinamiklerle şekillendirmiş görünüyor sistemi.

Sağlık sistemini incelerken bu üç döneme kısaca göz atmak gerekecek (Koulaksazov, 2003; Özkan, 2003)

Yirminci yüzyıl başlarında ülke bağımsızlığını kazandığında, yasal düzenleme, sağlık tesisleri kurulması gibi çalışmalar yanında özel statüde çalışan hekimlerin dört bin kişiden fazla bir topluluktan oluşan her yerleşim birimi için bir belediye ya da bölge hekimi atamasının yapıldığını görüyoruz. Feldsher olarak adlandırılan, ağırlıklı olarak köylerde ve kırsal alanda bulunan ve kısmi özel statü temelli "hekim yardımcıları" sağlık sisteminin bir parçası olması, yoksullar için ücretsiz hizmet veren devlet hastaneleri kurulması, Rus-Osmanlı Savaşı sırasında askeri hastane olarak hizmet veren hastanelerin bölge hastanelerine dönüştürülmesi bu dönemde yapılan değişiklikler olarak sıralanıyor. Bu haliyle sağlık sisteminin

Tablo 2. Yıllara göre nüfus verileri.

Yıl	Toplam nüfus	Nüfus artış hızı (%)	Erkek	Nüfus artış hızı (%)	Kadın	Nüfus artış hızı (%)
1990	8 669 269	-	4 269 998	-	4 399 271	-
1995	8 384 715	-3,3	4 103 368	-3,9	4 281 347	-2,7
2000	8 149 468	-2,8	3 967 423	-3,3	4 182 045	-2,3
2005	7 718 750	-5,3	3 743 327	-5,6	3 975 423	-4,9

Kaynak: National Statistical Institute, 2006

özel hastane-senatoryum ve poliklinikleri de içerdiği görülüyor. Sosyal güvenlik uygulamalarının 1903 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlaması, 1923 yılında tüm çalışanlara iş kazası, hastalık, analık ve emeklilik sigortalarının zorunlu hale getirilmesi ve 1929 yılında sağlık kurumları yönetiminin belediyelere devredilmesi de bu dönemin karakteristiklerinden. Sosyalist değişimin gerçekleştiği 1948 yılına kadar bu dönemde hekimler daha çok aile tabanlı uygulamalarla hizmet yürütüyorlar ve kırsal alanda sağlık hizmetine ulaşmakla ilgili bir sorun tanımlanmıyor. Bu arada 1944 yılında Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğunu, 1948 yılına kadar yaygınlaşan sağlık sigortasının bu yılda nüfusun %70'ini kapsar hale geldiğini bilgilere eklemek gerek (Koulaksazov, 2003).

1. SOSYALİST DÖNEM

1948 yılında toplumsal yapının sosyalist yönde değişim geçirmeye başlaması ile birlikte sağlık sisteminin de bu yönde önemli farklılıklara uğradığı izleniyor. Sağlık sistemi, örnek olarak Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSBC) deneyimi ve "Semashko Modeli" olarak adlandırılan model esas alınarak yeniden yapılandırılmış ve değişim bu yönde gerçekleştirilmiş. Özel sağlık kurumlarının (hastanelerden eczanelere) devletleştirilmesi, sağlık yönetiminde merkezi yönetim ve planlamanın esas alınması, sağlık sigorta sisteminin devre dışı bırakılarak sağlık harcamalarının ve sağlık hizmet sunumunun tümüyle devlet tarafından üstlenilmesi bu dönemin önemli başlıkları. Ayrıca, köylere kurulan ana çocuk sağlığı merkezleri ile sağlık hizmet ağı genişletilmiş, hekimlerin aile tabanlı uygulamaları hastanelerin polikliniklerine kaydırılarak "rayon" adı verilen bölge tabanlı uygulamalara yönelmiştir. 1901 yılında kurulan Bulgaristan Hekimler Birliği ve diğer tıp meslek birlikleri tüm sağlık çalışanlarının üye olduğu tek bir sendika çatısı altında toplanmıştır. Sosyalist deneyimin bu başlangıç döneminde "bulaşıcı hastalıklarla savaş"ın öncelikli olduğunu söyleyebiliriz. 1950'li yıllardan itibaren sanitasyon istasyonları olarak adlandırılan birimler yaygınlaştırılmış; tüberküloz, sıtma, tifo ve paraziter hastalıklar önceliklenerek hizmet yürütülmüştür. Geniş bir aşılama programı, ağız-diş sağlığı ve eczane yapılanmaları da bu dönemde öne çıkan başlıklardır. Bu dönem ve sonrası bebek ölüm hızının düşüşü ve beklenen yaşam süresinin uzaması dikkati çekmektedir. 60 ve 70'li yıllar yeni kurulan hastaneler ve açılan beş yeni tıp fakültesi ile sağlık kurumu ve doktor sayısının artışına işaret etmektedir. Böylece, sosyalist

toplumsal yapı, vergi tabanlı, ücretsiz, ulaşılabilir ve tümüyle ve gerçek anlamıyla kamusal nitelikte bir sağlık sistemi yapısı gerçekleştirmiştir (Koulaksazov, 2003).

2. SOSYALİZM SONRASI DÖNEM

Bin dokuz yüz seksenlerin sonu dünyada Doğu Avrupa ve Sovyetler Birliği'nde hayata geçen sosyalist deneyimin değişimine ve çözümlüğüne sahne oldu. Sosyalist toplumsal yapı ardı ardına gelen değişimlerle farklılaşmaya başladı. Sağlık sistemi de bu dönemde 1990 yılından başlayarak değişim geçirmiştir. Aşağıda genel çerçevesi çizilmeye çalışılan bu değişimin en erken aşaması, sağlık alanında özel sektöre kapı açan yasal düzenlemeler olmuştur. Ardından bir çok sağlık hizmeti yürütümünün sorumluluğu belediyelere devredilmiş, Bulgaristan Hekimler Birliği yeniden kurulmuş ve doksanlı yılların sonuna dek önemli "reformlar" gerçekleştirilmiştir. Bu r(d)eform süreci de radikal değişikliklerle sağlık sistemi kurgusunu bütünüyle değiştirmiştir. R(d)eform süreci çıkarılan üç yasa ile 1999 yılında başlamıştır: Sağlık Sigortası Yasası (1998), Hekimler ve Dişhekimleri Meslek Birlikleri Yasası (1998) ve Sağlık Hizmetleri Kuruluşu Yasası (1999). Reform sürecinin başlangıcında Dünya Bankası tarafından sağlıkta yeniden yapılanma için 63. 3 milyon dolarlık bir kredi verilmiştir (Exadakylos, 2005; Datzova, 2003).

Günümüzde Bulgaristan'da 240 parlamenterden oluşan ve dört yıl görev süreli bir Meclis ve halk tarafından seçilen (beş yıllığına ve en çok iki kez) bir başkan bulunmaktadır. Ülke Oblasti adı verilen 28 bölgeye ayrılmıştır ve bazı bakanlıkların (Ekonomi Bakanlığı ve

Sağlık Bakanlığı gibi) yönetsel sorumlulukları 28 bölgesel büroya "dekontantre" edilmiş durumdadır¹. Ülke çapında 262 belediye vardır ve bu belediyeler 1992 yılından bu yana sağlık hizmetleri, yerel hizmetler, eğitim ve sosyal hizmetler açısından bazı sorumlulukların "delege" edildiği birimler olarak karşımıza çıkıyor². Böylece 90'lı yılların başından itibaren sağlık alanında yönetsel idari sorumlulukların 28 bölgede kurulmuş bürolara, sağlık alanında karar uygulama ve planlama yetkilerinin de doğrudan belediyelere devredildiğini görüyoruz.

Ekonomideki çalkantılar ve serbest pazara doğru ülkeyi sürükleyen rüzgar bugün Bulgaristan'ı Orta Avrupa'nın en yoksul ülkelerinden biri yapmış durumda. Doksanlı yılların ortalarında ücretlerdeki erime (1990 öncesine göre yarı yarıya bir azalma) geçirilen değişimin "hayra alamet" olmadığını gösterdi. "Yeni hayat" bekleyen halk eskisini arar oldu.

Doksanlı yılların ortalarında ekonomik çöküş olarak adlandırabileceğimiz gelişmelerle üç haneli enflasyon rakamlarını gören ülkede, milli gelir de dibe vurmuş ve 1997 yılında kurtarıcı olarak IMF devreye girmiştir. Bin dokuz yüz doksan dokuz yılında Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH), 1989'un ancak %65'ini yakalayabilmiş, GSYİH içindeki hükümet harcamaları oranı da 1990'daki %65.9 düzeyinden %34.9 (1997) ve %44.5'e (2000) inmiştir. Sağlığa ayrılan bütçe de bu dönemde etkilenerek 1997'de 90'daki düzeyinin yarısına gerilemiştir (Balabanova, 2002). Doksanların sonunda işsizlik %17.6'ya yükselmiş, ülkenin kuzeyi güneyinden daha fazla olmak üzere yoksulluk bu ekonomik dönüşüme damgasını vurmuş, 2005 yılında bu oran %11.5 olarak gerçekleşmiştir ve

Tablo 3. Bulgaristan'da yıllara göre bazı sağlık göstergeleri

Hızlar	1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2004 ^a
Bebek ölüm hızı (Bin canlı doğumda)	14.4	14.8	15.6	17.5	14.4	14.6	13.3	12.0
Beş yaş altı ölüm hızı (Bin canlı doğumda)	18.3	19.0	19.8	18.1	15.3	15.1	15.0	15.0
Ana ölüm hızı (Yüzbin canlı doğumda)	18.7	19.5	19.4	18.7	15.2	23.0	17.6***	Veri yok
Kaba ölüm hızı (Bin kişide)	12.5 (1990)	13.6	14.0	14.7	14.3	13.6	14.1	Veri yok

Kaynaklar: Koulaksazov, 2003.

^a DSÖ 2006 raporu.

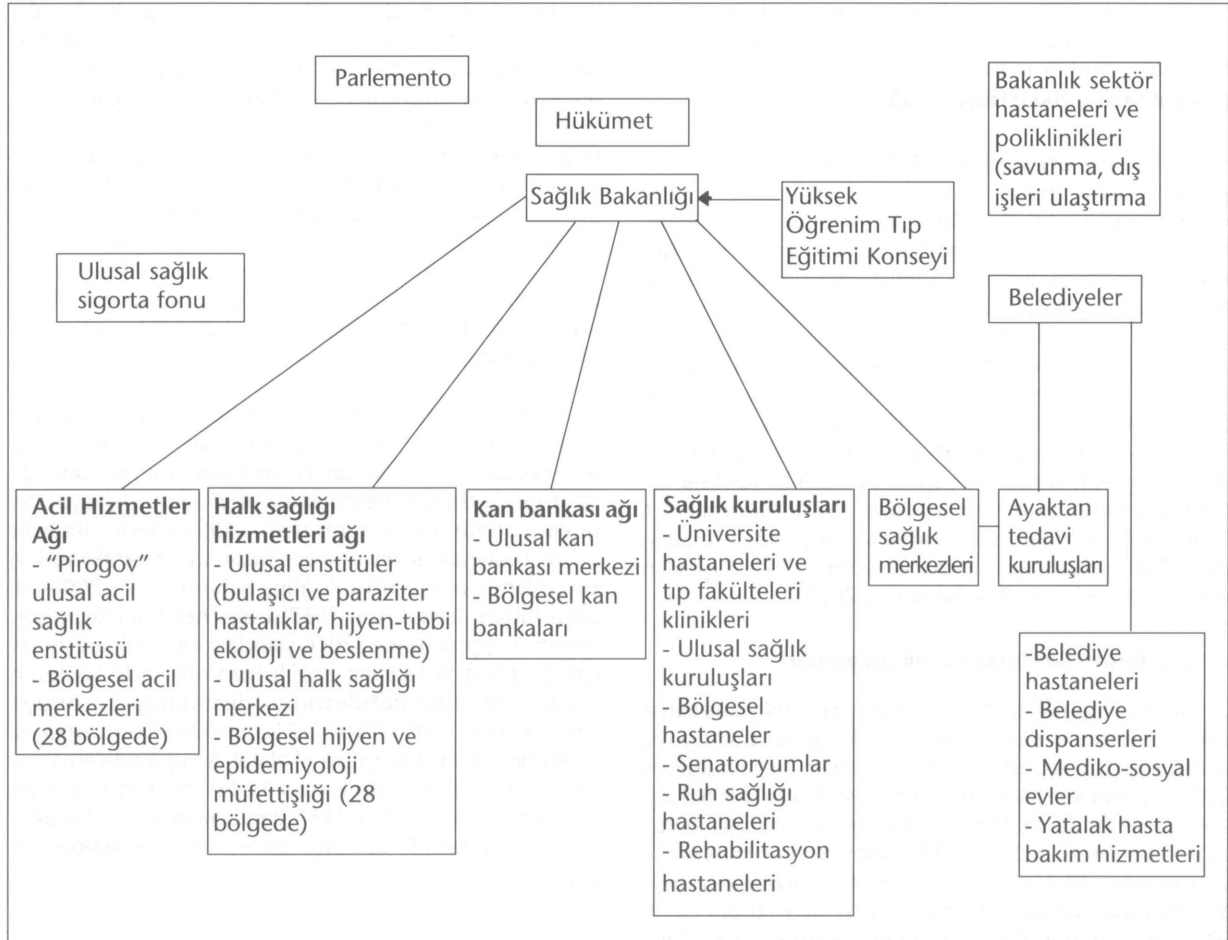
*** DSÖ 2006 raporunda 2000 yılı ana ölüm hızı yüzbinde 32 olarak verilmekte.

Tablo 4. Yıllara göre beklenen yaşam süresi, Bulgaristan.

Cins	1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2004
Kadın	75.1	74.9	74.6	74.4	74.4	74.6	74.6	76
Erkek	68.6	67.1	67.1	67.2	67.2	67.3	67.6	69

Kaynak: WHO 2006, Koulaksazov S. ve ark., 2003

Şekil. Bulgaristan sağlık sistemi örgütlenmesi



Kaynak: Koulaksazov, 2003

GSYİH miktarı hala 1989 düzeyine ulaşamamıştır. Ülkede 2004 yılı verilerine göre GSYİH içinde en yüksek payı sırasıyla %59.1 ile hizmet sektörü, %30 ile sanayi ve %10.9 ile tarım ve ormancılık sektörü almaktadır (Benli, 2006). Yoksulluk sınırı altında yaşayan nüfus %35'e ulaşmıştır (1999 verilerine göre tarımla geçinen nüfusta bu oran %80) ve ekonomik dönüşüm öncesinde kontrol altına alınan bulaşıcı hastalıkların (tüberküloz gibi) "geri geldiği" izlenmektedir (Koulaksazov, 2003).

Bulgaristan sosyalizme veda edişinden bu yana beklenen yaşam süresi, sonraki on yıllık dönemde uzamayı bırakın 1989 yılını yakalamış değil. Yani sosyalizminden vazgeçtikten sonra Bulgaristan'da yaşayan insanların ömürleri on yıllarca yıl boyunca uzamamış, hatta aynı kalmış bile değil. Bin dokuz yüz seksen dokuzda 71.5 olan doğuşta beklenen yaşam süresi, 1998 yılında 70.9 yıla ancak ulaşabilmiş (Tablo 4). Bindokuzyüz kırklı yılların tam ortalarında sosyalizmi tercih eden ülke yaklaşık kırkbeş yıllık bir deneyim sonrasında 1991 yılında tamamlanan değişim süreciyle birlikte 6-7 yıllık bir çalkantılı dönem sonrası, "özelleştirme, desantralizasyon ve en yoksulları koruma" prensibini esas alan düzenlemelerle IMF'ye kendini "kavuşturmuştur". Bu dönemin çarpıcı

göstergelerinden biri 1989-1998 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde neonatal ölümlerin ön planda olduğu Bebek Ölüm Hızı'ndaki artıştır (Tablo 3) (Zhekova, 2000; Balabanova, 2002)

Sosyalizm sonrası süreç sağlık sistemini sosyalizm öncesine döndürmektedir diyebiliriz. Bu durumun en önemli belirteçlerinden biri, sosyal sağlık sigortasına dolayısıyla sağlıkta sigortacılığa geçiş olmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Genel Pratisyen ağırlıklı bir yapı oluşturulmuştur. Bulgaristan Sağlık Bakanlığı (BSB) temel resmi otorite konumunu sürdürmekle birlikte 1995 yılından itibaren bölgesel yönetsel yapılar sisteme dahil edilmiştir. BSB'nin yönetsel birimi işlevini gören "Bölgesel Sağlık Merkezi" olarak adlandırılan merkezler, bölge düzeyinde (28 bölgede) politikaların yürütülmesinden sorumludur. Bölgesel birimlerin ulusal düzeyde merkezler ve enstitüler ile birleşiminden oluşan halk sağlığı ve acil hizmetler ağı ülke çapında örgütlenmiştir. Acil hizmetler, bölgesel düzeyde hastanelerden bağımsız olarak örgütlenmiş acil merkezler ve ambulans servisleri aracılığı ile yürütülmektedir. Halk sağlığı hizmetleri ağı, bir çok ulusal

merkez ve 28 bölgenin genel yönetim yapısı içinde örgütlenmiş "Hijyen ve Epidemiyoloji Müfettişliği" birimlerinin oluşturduğu "Devlet Sanitasyon ve Salgın Kontrol" mekanizmasını içermektedir (Şekil 1). (Koulaksazov, 2003; Hayes, 2002).

BSB temel olarak, Sema 1'de değinilen çerçeve ve yapılanmada, bağlı kurumların yönetimi, sağlık kuruluşlarının aktivitelerini içeren yasal düzenleme, rehberler geliştirme, özel sağlık kurumlarının tescili, sağlık kurumlarının akreditasyonu, sağlıkla ilgili şirketlerin ve ilaç sektörünün özelleştirilmesi sürecini tamamlamak, merkezi düzeyde sarf malzemesi ve bazı ilaçların ihalelerinin organizasyonu, koordinasyonu, sevkiyat ve dağılımının kontrolü, ilaç üreticileri, dağıtıcı ve eczanelerin tescili, Bakanlık tarafından finanse edilen sağlık kurumlarının hizmet ve yenilenme kontrolleri, sağlık kurumlarının finansmanı için kontratlar yapmak ve BSB içinde finansal denetim, kendi kontrolü altındaki sağlık kurumlarının finansmanı ve ödemeleri, sağlık sektöründe süregelen yapısal reformların planlama ve yönetimi gibi işlevleri yerine getirmektedir (Koulaksazov, 2003).

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık örgütlenmesi 1999 yılına kadar eski dönemin devamı olarak poliklinikler aracılığı ile yürütülmüştür ve 1995 yılına ait veriler incelendiğinde 203'ü hastanelere bağlı olmak üzere 403 poliklinik olduğu izlenmektedir. Bu polikliniklerde uzman hekimler bölge tabanlı çalışmaktaydılar. Poliklinikler, hizmet kapsamı ve sorumlu oldukları nüfusa göre beş farklı kategoriye ayrılmaktaydı ve bunlardan en büyük üçü 10 bin ile 40 bin kişilik bir popülasyona hizmet vermektedir. Daha küçük olan poliklinikler ise uzman hekim içermemekte ve 6-10 bin kişilik nüfusları kapsıyordu. Beşinci kategori kırsal alana yönelik birimler idi. Reform süreci 1998 ve 1999 yıllarındaki yasal düzenlemeler ile bu yapıyı bütünüyle değiştirdi. Böylece birinci basamak örgütlenmesinde yeni yapılar oluştu: Hem birinci basamak hem de uzman gerektiren hizmetler ve ağız dış sağlığı hizmetlerinde tek ve grup pratikleri³, tıp ve/veya ağız dış sağlığı merkezleri, tıbbi teşhis ve tıbbi teknik laboratuvarlar (Koulaksazov, 2003).

İki bin yılına dair veriler incelendiğinde, toplam 4 950 tek ve grup pratiği karşımıza çıkıyor (ağız dış sağlığı dışında). Uzmanlaşmış hizmetlerde ise bu sayı toplamda 3 860. Bunlardan birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir kısmının Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (USSF) ile hizmet anlaşması yaptığı, uzmanlaşmış hizmetlerde ise bu oranın çok daha düşük olduğu izleniyor. Sistem içerisine girmek isteyen hekimler, ya USSF ile sözleşme imzalayıp tek ya da grup halinde çalışmak ya da en az 10 hekimin çalışmak zorunda olduğu merkezlerde iş bulmak durumundalar. Sistem içine girmeyen hekimler ise özelden çalışıyor. Bu durum özellikle uzmanlık gerektiren hizmetlerdeki USSF ile anlaşma oranlarının düşüklüğünü açıklar nitelikte (Koulaksazov, 2003).

Bu yeni yapılar, belediyelere devredilen eski poliklinik binalarını kullanmaktalar. Tek ya da grup olarak çalışanlar binaların ya da tıbbi ekipmanın sahibi olabilece ya da eski kamu binaları içindeki odalar için belediyelere düşük düzeyde kira ödeyebilme hakkına sahip. Binalara yeni ekipman sağlanması için Dünya Bankası kredisi sağlanmakta. Ayrıca binaların özel olarak sahipliği ya da özel binaların kiralanabilmesi de söz konusu. Var olan çoğu poliklinik tanı ve konsültasyon merkezlerine ya da tıp merkezlerine dönüşmüş durumda ve "ticari şirket" olarak kayıt altına alınmış. Böylece reform, ayakta hasta bakımının gerçekleştirildiği sağlık kurumlarında hem yapısal hem de yasal statüde büyük değişiklikler getirmiştir (Koulaksazov, 2003).

Sağlık hizmetleri, USSF tarafından bedeli ödenen "hizmet paketi" olarak tanımlanan bir kapsamda sigortalılara sunulmaktadır. Hizmet paketinin kapsamı da USSF tarafından belirlenmekte ve ilgili kamu ve/veya özel sağlık kuruluşları ile kontratlar yapılmaktadır. Bireyler birinci basamak düzeyinde aile hekimini ve yataklı tedavi kurumlarını seçme özgürlüğüne sahiptirler ve 2000 yılı sonu itibarıyla nüfusun %87'si aile hekimini seçmiştir. Sistem değişimi sonrası 2000 yılında yapılan bir araştırma katılımcıların %46'sının sağlık hizmetlerinde kalitenin "yeni" sistemde kötüleştiğini düşündüğünü ortaya koymakta idi. 1999 yılı için kişi başı hekime başvuru sayısı ortalama 5.4 idi. Bu sayı genel olarak Avrupa ortalamasına yakın olmakla beraber bazı Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinden düşük idi ve 1989'dan beri de bu ortalamanın istikrarlı bir şekilde azaldığı izleniyordu (Koulaksazov, 2003).

2.2. Halk Sağlığı Hizmetleri

Bölgelere kurulu "Hijyen ve Epidemiyoloji Müfettişlikleri" halk sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde kilit bir öneme sahiptir. Bu birimlerde her biri ayrı bir birim olarak kurgulanmış Toplum, Çocuk ve Adolesan, Radyasyon Hijyeni bölümleri ile Bulaşıcı Hastalıklar Epidemiyolojisi, Beslenme Hijyeni, Parazitoloji, İşçi Güvenliği (labour safety), Enformasyon bölümleri yer almaktadır. Temeli 1950'li yıllarda bulaşıcı hastalıklarla savaş stratejisi ile kurulan bu yapı, 1992 yılından itibaren de bölge tabanlı müfettişlikler ve onların bağlı olduğu merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı'na bağlı (idari ve finansal olarak) birimlerce yönetilmektedir (Koulaksazov, 2003).

2.3. Yataklı Tedavi Hizmetleri

Bulgaristan, çoğu Avrupa ülkesine göre bin kişi başına düşen yatak sayısı açısından yüksek oranlara sahip. Özellikle doksanlı yılların ortalarına doğru 1000 kişi başına 10.5'i bulan yatak sayısı, ikibinli yıllara doğru azalma göstermiş ve 7.5'e düşmüştür. Hastane ve yatak sayıları incelendiğinde, ikibinli yılların başından itibaren toplam hastane sayısının arttığı, yatak sayılarının ise azaldığı izlenebilmekte. Bulgaristan Ulusal İstatistik Enstitüsü verilerine göre (Tablo 5) genel hastane sayısı bu yıllar içinde aynı düzeyde kalmış durumda ve toplam hastane

Tablo 5. İki bin yılı sonrası bazı sağlık kuruluşlarının tür, dağılım ve yatak sayıları, Bulgaristan

	2001	2002	2003	2004	2005
Toplam Hastane Sayısı	244	251	249	257	262
Genel hastaneler	140	140	135	140	141
Toplam Yatak Sayısı	52 712	46 929	45 070	43 597	45 537
Genel hastane yatak sayısı	38 279	33 512	32 404	31 337	32 517
Dispanserler (Solunum yolu hastalıkları, Dermatolojik ve CYBH, Onkoloji, Psikiyatrik)	49 (4 272)*	49 (4 101)*	49 (4 101)*	46 (4 112)*	46 (4 089)*
Ayaktan Tedavi Kuruluşları**	1 190 (367)*	1 423 (381)*	1 455 (523)*	1 489 (669)*	1 554 (819)*
Senatoryum	3 (510)*	2 (410)*	3 (910)*	2 (740)*	2 (740)*
Diğer sağlık kuruluşları***	159 (4 720)*	165 (4 206)*	163 (4 250)*	165 (4 345)*	160 (4 332)*

*Parantez içindeki rakamlar toplam yatak sayısını göstermektedir.

**Bu başlık altında, tanı ve konsültasyon merkezleri, tıbbi merkezler, tıbbi dış merkezleri, diş merkezleri, tıbbi tanı ve tıbbi teknik laboratuvarlar, diğer sıralanmıştır, yatak sayıları ilk üç ve diğer kategorisine aittir.

***Bu başlıkta acil tıbbi yardım merkezleri (28 merkez), hijyen ve epidemiyoloji müfettişlikleri (28), çocuklar için tıbbi ve sosyal bakım evleri, ulusal sağlık merkezleri (6), bölgesel sağlık merkezleri (28) ve yatalak-terminal dönem hastalara hizmet veren yataklı kurumlar yer almaktadır.

Kaynak: National Statistical Institute, 2006

Tablo 6. Bulgaristan'da yıllara göre bin kişi başına düşen sağlık personeli sayısı

Personel	1980	1990	2000
Hekim	2.46	3.29	3.38
Hemşire	6.85	7.67	3,86
Ebe	0.89	0.84	0.51
Dış hekim	0.54	0.70	0.83
Eczacı	0.41	0.49	0.13

Kaynak: Koulaksazov S. 2003

sayısının 2001 yılında %57'sini oluşturuyorken 2005 yılında %54'ünü oluşturmuştur. Yatak sayısı oranı ise neredeyse değişmemiş ve %72 düzeyinde kalmıştır. Dikkat çekici olan bu verilerde ayaktan tedavi kuruluşları başlığında geçen kurumların sayısal olarak %30'luk artışıdır. Bu kurumların yatak sayıları ise iki kattan daha fazla artış göstermiş durumdadır⁴. Dal hastanesi olarak adlandırabileceğimiz özelleşmiş hastane sayısı ise 80 ve 10 167 yatağa sahip (Koulaksazov, 2003). Hastanelerden 125'inin çeşitli kapsamlarda acil üniteler ve departmanlar içerdiği belirtiliyor (Hayes, 2002). Bulgaristan'da çoğu hasta yatağının "akut bakım yatağı değil, sosyal yatak" olarak kategorize edilebileceği göz önüne alındığında yatak dağılımını bu açıdan değerlendirmek gerektiği ortaya çıkıyor (Pavlova, 2000). Hastane sayıları açısından komşusu Yunanistan ile nüfusları göz önüne alınarak karşılaştırıldığında daha az nüfusuna karşın daha fazla sayıda hastaneye sahip olduğunun dikkat çekici olduğu belirtiliyor (Exadakylos, 2005).

İki binli yıllarla ve reform süreci ile birlikte hastaneler, yapısal değişimler geçirmeye başlayarak "ticari şirket" diğer bir deyişle işletme haline getirilmişler. Bu şekilde dönüştürülen 32 bölge hastanesinin sahipliği, %51'i Sağlık

Bakanlığı'na gerisi ise belediyelere ait olmak üzere paylaştırılmıştır⁵ (Datzova, 2003; Koulaksazov, 2003). Bu hastaneler 2000 yılından itibaren belediyeler tarafından finanse ediliyor ve Sağlık Bakanlığı Bölgesel Sağlık Merkezi ve belediyelerin ortak yönetiminde. Sağlık sigortacılığına geçiş ile birlikte de 2001 yılı ortalarından itibaren USSF ile anlaşmalar yaparak "ek gelir" elde edebilmekteler.

Ayrıca Eğitim ve Bilim Bakanlığı'na bağlı 21 hastane, çeşitli bakanlıklara bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kalp damar hastalıkları, onkoloji, rehabilitasyon, bulaşıcı hastalıklar, hematoloji, ilaç ve radyoloji enstitüleri ve ileri merkezler, bölgesel düzeyde dal dispanserleri de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer alan diğer yapılar⁶.

2.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil hizmetler, bir ulusal acil sağlık enstitüsü ve bölgesel acil merkezleri aracılığı ile yürütülmektedir⁷. Hastane öncesi acil müdahale ve gerektiğinde nakil işlevlerini yetine getiren bir ambulans servisi bulunmaktadır. Bu servis, hastane ve diğer acil müdahale birimlerinden (itfaiye, polis vb) ayrı örgütlenmiştir. Ambulans ekiplerinde hekim de bulunmaktadır ve son yıllarda hekim temelli ve bağımsız bu merkezlerin hekimsiz sağlık ekipleriyle ve hastanelere bağlı olarak çalışması yönünde değişimler gerçekleşmektedir. Ambulans servislerinin varlığına karşın başkent Sofya'daki ulusal enstitü aciline yapılan başvuruların yarısı özel araçla olmuştur (Hayes, 2002).

2.5. Sağlık İnsan Gücü

Sağlık insan gücü açısından incelendiğinde en dikkat çekici nokta önceki on yıllık dönemlere göre bin kişi başına düşen hekim ve dış hekimisi sayısında artışa karşın hemşire, ebe ve eczacı sayısındaki düşüş (Tablo 6). Nüfusun 90'lı

yıllarla birlikte azalma eğilimi de göz önünde bulundurulduğunda, özellikle hemşire sayısındaki bin kişi başına yaklaşık 7.7 hemşireden 3.9'a gerileme sağlık personelinin dışı göçünü düşündüren bir başlık olarak akla geliyor. Hekim yetiştiren beş üniversite, hekim dışı sağlık personeli yetiştiren 14 yüksekokul bulunmaktadır⁸. Reform süreci ile birlikte hem tıp fakültelerinin hem de yüksekokulların programları reformun gereklilikleri doğrultusunda güncellenmiştir. Üniversitelere genel pratisyenlik bölümleri yapılandırılmış, müfredat gözden geçirilmiştir. Tıp meslek birlikleri 1990 yılından sonra tekrar kurulmuştur⁹ (Koulaksazov, 2003).

2.6. Özel Sektör

Bin dokuz yüz yetmiş iki yılında sistemden çıkarılan özel sektör 1991 yılında tekrar sağlık sisteminin gündemine geldi ve hızla yaygınlaştı. Bugün esas olarak, cerrahi ve konsültasyon merkezleri, eczaneler, laboratuvarlar ve ayakta tedavi klinik ve poliklinikleri, ağız diş sağlığı ofisleri özel sağlık kuruluşu türlerindedir. Ek olarak 18 özel yataklı tedavi kurumu bulunmakta ve tüm hastanelerin yaklaşık %6'sini oluşturmaktadır. Bu hastanelerin hiçbiri USSF ile anlaşmalı değil. İki bin yılında özellikle ayakta tedavi alanında yürürlüğe konmaya başlayan reform çalışmalarından sonra, bir çok özel kurum özel girişimciler tarafından kurularak fon ile anlaşmalar yapmaya başladılar (birinci basamakta tek veya grup pratiği, özelleşmiş ayakta bakım uygulamaları, tanı ve tedavi merkezleri, diş cerrahisi merkezleri, laboratuvarlar vb). Bu türden özel sektör sağlık kurumlarının hemen tamamı, USSF ile anlaşmalıdır (Koulaksazov, 2003).

Reform öncesi özel doktorlar belediyelere kaydolmak zorunda idi ama kamu sektöründe hükümet olanaklarını

kullanarak özel hekimlik şeklinde çalışmaktaydılar. Reform sonrası ayakta tedavi hizmeti sunan tüm kişi/kurumların, BSB'nin bölgesel merkezlerine kaydedilmesi zorunluluğu getirilmiştir. Hastanelerde çalışan uzmanlar, kısıtlı düzeyde özel hekimlik uygulaması yapma hakkına sahiptirler. Gerek genel pratisyenlerin sistemdeki kapı tutucu etkisi gerekse de USSF ödemelerinin özel hasta ödemelerinin yerini tut (a)maması nedeniyle uzman hekimlerin gelirleri azalmaya yüz tutmuş durumda. Ayaktan tedavi hizmetlerindeki doktorların yaklaşık %4-5'inin USSF ile anlaşma yapmadığı tahmin ediliyor. Ayaktan tedavi kurumları için finansmanın kamudan, hizmetin özelden sağlandığı modelin oluştuğunu söylemek olanaklı. Henüz çok azı lisanslı 10 özel sigorta fonu bulunmakta ve bu özel sigortalar gerektiğinde tüm paket hizmet kapsamını da içerebilmekteler. Özel sağlık sektörünün kullanımına ilişkin bazı araştırmalar çarpıcı bulgular ortaya koymaktadırlar. 1996-1997 yıllarında herhangi bir hastalığı olan bireylerden kadınlar %7, erkekler %6 oranında özele başvurmuştur ve bu oran ağız diş sağlığı için yaklaşık üç-dört katı bulmaktadır (kadınlar için %28, erkekler için %23) (Koulaksazov, 2003; Balabanova, 2002).

2.7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Harcamalar^{10,11,12}

Esas olarak finansman kaynaklarını beş başlıkta sıralamak olanaklı: Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (zorunlu sağlık sigortası), devlet ve belediye bütçeleri, özel/gönüllü sigorta fonları, belirlenmiş yasal bireysel ödemeler, ek ödemeler (Datzova, 2003). İki bin yılına kadar temel finansman olarak iki kaynaktan beslenen (ülke geneli ve belediyeler yoluyla) vergilerin esas kaynak olduğu, bunun yanında özel harcamalar, cepten ödemeler ve masa altı ödemelerin (under-the-table payments) de söz konusu

Tablo 7. Yıllara göre sağlık harcamalarına ilişkin bazı göstergeler, Bulgaristan, 1998-2004.

Gösterge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki yeri (%)	5,1	6,0	6,2	7,2	7,9	7,5	7,7
Sağlık harcamaları içerisinde hükümet harcamalarının payı (%)	67,9	65,4	59,2	56,1	56,6	54,5	55,8
Özel harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	32,1	34,6	40,8	43,9	43,4	45,5	44,2
Sağlık harcamalarının genel hükümet harcamaları içindeki oranı (%)	9,1	9,8	8,6	9,6	11,3	10,1	10,7
Sosyal güvenlik harcamalarının içindeki hükümet sağlık harcamaları oranı (%)	0,0	9,9	13,0	35,8	40,6	51,6	53,9
Kişi başı toplam sağlık harcaması (Dolar)	80	97	97	123	155	191	238
Kişi başı hükümet sağlık harcaması (Dolar)	54	63	58	69	88	104	133

Kaynak: <http://www.who.int/nha/country/BGR.xls>

olduğu izleniyor. Reform ile birlikte, 1998 yılında sosyal sigorta finansmanda yer buluyor. Halk sağlığı harcamalarının 2000 yılında ancak %13'ünün sigorta kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Sağlık harcamalarının hükümet bütçesi içindeki oranı 1998 yılı kaynaklı bir veriye göre %7.3 düzeyinde gerçekleşmiştir. İki bin bir yılında toplam sağlık harcamalarının kurumsal olarak %46'sı Sağlık Bakanlığı, %36'sı USSF, %15'i de belediyeler tarafından yapılmıştır. Sağlık sigortası kesinti oranı gelirin %6'sı ve patron-işçi 5:1 oranında bu kesintiyi paylaşıyorlar. Yıllar içerisinde patron payında azalma söz konusu ve 2007 yılı için oran 1:1 olması bekleniyor. Kendi hesabına çalışanlar oranının tamamını karşılamaktalar ve ailenin çalışan üyeleri, çalışmayanları sigortalatabilmek için bu bireyler adına fazladan ödeme yapmak durumunda. Yoksullar, emekliler, öğrenciler, askerler vb. grupların primleri, merkezi ve yerel bütçelerle karşılanıyor. Finansmanda çarpıcı bir diğer durum da belediyelerin bu gruplar için USSF'ye aktarmaları gereken zorunlu sigorta ödemelerini aktarmamaları nedeniyle fonun finansal olarak zor durumda kalması. Yapılan bazı tahminler, ülkede 1 milyona yakın Bulgaristan vatandaşının prim taksitlerini ödemediğini göstermekte. Bin dokuz yüz doksandirekiz yılındaki yasal düzenleme sağlık kurumlarına direkt başvurularda ödenecek katılım paylarını da asgari ücretin %1'ini, hastane yatışlarında da günlük %2'sini geçmeyecek ve yılda yirmi günden fazla olmayacak biçimde sınırlandırmıştır (Koulaksazov, 2003; Datzova, 2003; Pavlova, 2000; Hayes, 2002). İki bin-iki bin bir yılları arasında kapsam altındaki nüfusun %10 oranında azaldığı, 2001 yılındaki toplum tabanlı bir araştırma ile ortaya konmuş ve 2001 yılındaki bu araştırmaya katılanların %76'sı sigortalı, %18'i sigortasız %6'sı da bilinmiyor olarak belirlenmiştir. USSF ayaktan tedavi hizmetlerini Temmuz 2000'den itibaren kapsamına aldı, tam bir yıl sonra da yataklı tedavi hizmetlerini. Halen sigorta, ayaktan tedavi hizmetleri (ilaçlarının da bir kısmı) ve yataklı tedavi hizmetleri harcamalarının %20'sini karşılıyor. Yapılan plana göre USSF'nin finansmanı iyileştirilerek 5 yıl içinde yataklı tedavi hizmetlerinin tümü kapsama alınacak. Finansmanın koordinasyonundan sorumlu Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı ve USSF. Sağlık kuruluşlarının çoğunu yöneten belediyeler bütçelerini Ekonomi Bakanlığı aracılığı ile kullanıyorlar, Sağlık Bakanlığı da kendine bağlı kurumların ve üniversite hastanelerinin finansmanını sağlıyor. Ek olarak tüm sağlık kurumları anlaşma yapmaları halinde USSF'den de finansman elde edebiliyorlar. Sağlık sigortacılığına geçisi takiben katılım oranı 2000 yılı için %94'e ulaşmış. Gerek kapsamın gerekse hizmet sağlayıcıların genişletilmesi planı Bulgaristan'da yerli ve yabancı uzmanları mevcut %6'lık prim oranının yetersiz kalacağı konusunda hemfikir yapmış durumda. Bu planların gerçekleştirilebilmesi için gereken harcamaların ancak prim oranının gelirin %12'si olması durumunda karşılanabileceği tahmin ediliyor. Bu şaşırtıcı değil çünkü ülkedeki yüksek işsizlik, düşük gelir seviyeleri ve kayıtdışı çalışmanın yaygınlığı nedeniyle sağlık hizmetleri finansmanını sigortacılığa dayandırarak düzenlenmesini beklememek gerekiyor (Koulaksazov, 2003; Pavlova, 2003).

Hastane bütçelerindeki durum finansmandaki karmaşayı gözler önüne sermektedir. İki bin iki yılında 530 milyon Leva (265 milyon dolar) olarak belirlenmiştir (bunun 175 milyon doları Sağlık Bakanlığı'ndan, 50 milyon doları Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'ndan, 40 milyon doları de belediyelerden). Bu miktar hastanelerin beklentilerini karşılamamış, yıl sonunda 60 milyon USD'ye varan bir ihtiyaç tanımlanmış ve başta elektrik, su ve ilaç şirketlerine borçlar birikmiştir. Özellikle üniversite ve bölge hastaneleri bu durumdan en çok etkilenen hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı yaptığı açıklamada hastanelerin sadece maaşlar ve sosyal sigorta primleri için paraları olduğunu belirtmiştir. Buna karşılık hastanelerin Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ile yaptıkları anlaşma gereği almaları gereken hizmet bedelinin sadece %10'unu alabildikleri izlenmektedir (Datzova, 2003).

Sağlık harcamalarına ilişkin bazı veriler incelendiğinde (Tablo 7), sağlık sigortacılığına geçişle birlikte hem toplamda hem de özel sağlık harcamalarının bu toplam içindeki oranında artış izlenmekte. Yedi yıllık süreçte kişi başı sağlık harcaması üç kata yakın artış göstermiş durumda. Yapılan bazı tahminlere göre 2000 yılında cepten harcamaların %30'u ayaktan tedaviye, %50'si ilaca %50'si de yataklı tedaviye yapılmıştır (Datzova, 2003).

Bu harcama artışı ile birlikte vergi tabanlı finansmandan sigorta ve fon temelli finansmana geçişin getireceği yönetsel maliyetleri de göz önünde bulundurmak gereklidir. Bunun nedeni, fon yönetimi, vergi tabanlı sistemden 2 ile 4 kat daha fazla finansal kaynak gerektiriyor oluşudur. Ayrıca, finansmanda sigortacılığın tercihi Bulgaristan gibi, işsizliğin ve informal çalışmanın yoğun olduğu ve mali sistemin sağlam bir yapı göstermediği ve seyretilmediği bir ülkede yeterli ve uzun süreli bir finansmana olanak sağlamayacaktır (Pavlova, 2000).

2.8. Sağlık harcamalarında "İnformal ödeme"nin yeri

Bulgaristan, "informal ödeme" olarak adlandırılan ödeme biçimi konusunda kendinden sıkça söz ettiren bir örnek ülke olarak anılmaktadır. "İnformal ödeme", bireylerin zorunlu olmadıkları halde devlete ait sağlık kurumlarına ya da burada çalışan sağlık personeline çeşitli beklentiler ile yaptıkları ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Thompson, 2000; Datzova, 2003). Bu beklentiler arasında daha iyi hizmet alabilme, bazı hizmetlere ulaşabilme, hizmete erişimi ve kullanımı kolaylaştırabilme vb. başlıklar yer almaktadır. "İnformal ödeme"ler arasında, hediyeler, bahşişler, rüşvet vb. ödeme türleri belirtilmektedir. Bu tür ödemeleri etkileyen ana faktörler arasında, geleneksel olarak hastalar tarafından verilen hediyeler, özellikle hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının düşük maaşları, ilaç ve diğer malzemelerin kıtlığı ve hastaların hizmet kalitesinin düşüklüğü algısı. Buna ek olarak sağlık çalışanlarının rolü (özellikle ehliyet alma, gıda ile ilgili işler vb. işlerde gereken sağlık raporlarını düzenleme konusundaki kilit roller) ve yasal düzenlemeler de önemli başlıklardır. Bu ödeme türlerinin nedensel faktörleri 13 başlıkta toplanmış ve üç ana kategoriye ayrılmıştır: Sosyo-kültürel, yasal-etik ve ekonomik (Gaal,

2004; Thompson, 2000). Informal ödemeler, gerek özel sağlık harcamalarının önemli bir komponentini oluşturması gerekse de nadiren ulusal sağlık istatistiklerinde yer bulması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken ödeme türleridir. Bu amaçla 1997'de Bulgaristan'da yapılan bir araştırma, katılımcı erkeklerin %18.6 (nakit oranı %7.6), kadınların ise %22 (nakit oranı %8.0) oranında sağlık hizmeti kullanımı sırasında "hediye" verdiklerini ortaya koymaktadır. Nakit ödemeler araştırma döneminin ortalama aylık ücretinin %4.4'ünü oluşturuyorken asgari aylık ücretin %21'ine denk gelmektedir (Balabanova, 2002).

Bu ödemelerin parasal ya da parasal olmayan türleri ağırlıklı olarak Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde üzerinde durulan bir başlıktır. Her iki türde de özellikle hekimlerin aylık gelirlerinin hatırı sayılır bir kısmını oluşturabilmektedir. Estonya örneği bu açıdan çarpıcıdır. Estonya'da, 1996 yılında yayımlanmış bir çalışmaya göre, hekimlerin %60'ı haftada bir parasal nitelikli olmayan bir hediye aldıklarını belirtmişlerdir. Parasal nitelikteki hediye alanlar da, bu hediyelerin aylık gelirlerinin yaklaşık %18.5'ini oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bulgaristan'da ise bu oran %3-14 arasında değişmektedir (Thompson, 2000). "Masa altı" ya da "tezgah altı ödeme" (under-the-table, under-the-counter) olarak da adlandırılan bu ödeme biçimi geleneksel bir hediye sunma biçimi olmakla beraber özellikle dönüşüm sonrası giderek yaygınlaşmış durumda. Bu tip "tezgah altı ödeme" biçimlerinin daha çok hastanelerdeki otelcilik hizmetleri, isteğe bağlı cerrahi işlemlere çabuk ulaşım, ayaktan tedavi hizmetlerinin bir çok başlığında yaygın olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Yapılan bazı araştırmalar her Bulgaristan vatandaşından birinin hastane yatışlarında yaklaşık 100 dolarlık masa-altı ödeme yaptığını göstermiştir (17 günlük bir hastane tedavisi için) (Pavlova, 2000; Datzova, 2003).

Bulgaristan'da yapılan bazı çalışmalar, kamu sağlık hizmetlerine hizmete çabuk erişim ve kaliteli hizmet beklentileri ile katılımcıların büyük oranda (%43) ücret ödeme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bazı başlıklarda %80'e ulaşan bu durum daha çok ve özellikle acil olmayan tıbbi gereksinimler için ortaya çıkmaktadır (Thompson, 2000; Pavlova, 2002). Bin dokuz yüz doksan iki tarihli bir çalışmada katılımcıların %34'ünün sağlık bakımı elde edebilmek için "bağlantı" mekanizması olarak bu yolu kullanmakta olduklarını ortaya koymuştur. Bin dokuz yüz doksan dört tarihli bir çalışmada ise katılımcıların sağlık hizmetinin çeşitli başlıklarına ödedikleri para aylık gelirlerinin ayaktan tedavide hekime %6, hemşirelere %3, dış hekime %8, yataklı tedavide operasyon için %83, hemşirelere ve yardımcı sağlık personeline %3, hekime %14'ü olarak belirlenmiştir (Delcheva, 1997).

Yukarıda genel hatlarıyla çizilmeye çalışılan Bulgaristan sağlık sisteminin çerçevesi ve değişimi ülkemizin de sağlık alanında izlediği rotaya oldukça benzemektedir. Bu rota sağlık hizmetlerinin kamusal yapısını bozarak finansmanda sigortayı ve prim toplamayı, hizmet sunumunda ise

"ticarileşmiş" sağlık kurumlarının tercih edildiği bir yol izlemektedir. Bu açıdan Bulgaristan ülkemiz için yaşanacakları işaret etmesi açısından dikkatle izlenmesi gereken bir ülke örneği oluşturmaktadır.

DİPNOTLAR

1 Dekansantrasyon, politik olmayan, salt idari yetkinin alt kademelere devredilmesi olarak tanımlanabilir (DSÖ, 1998).

2 Delegasyon, kararların uygulama ve planlamada yetkinin daha üst bir merciinin doğrudan denetimi olmadan devredilmesi olarak tanımlanabilir (DSÖ, 1998).

3 Hekim ya da dış hekimlerinin tek başlarına ya da birleşerek bir grup halinde hizmet vermeleri.

4 Enstitü verilerinde bu başlık altında acil tıbbi yardım merkezleri, hijyen ve epidemiyoloji müfettişlikleri, çocuklar için tıbbi ve sosyal bakım evleri, ulusal sağlık merkezleri, bölgesel sağlık merkezleri ve yataklı-terminal dönem hastalara hizmet veren yataklı kurumların yer aldığı belirtiliyor.

5 Belediyelerin sağlık sistemi içindeki yeri: Belediye seçimleri 1991 yılında yapılan yasal düzenleme ile gerçekleştirildi. Yine aynı yıl, finansmanda kısmi bir sorumluluk da belediyelere transfer edildi. Bunu takiben 1992'de bir çok sağlık kuruluşunun sahipliği belediyelere devredildi. 1997 yılında Sağlık Yasası ile düzenleme tamamlandı ve belediyeler çok sayıda tanı, tedavi merkezleri, hastaneler, poliklinikler vb sağlık kuruluşlarının yeni sahipleri oldu ve her biri kendi belediyelerinin ihtiyaçlarına ağırlıklı olarak hizmet verdi. Ek olarak belediyeler, bazı özelleşmiş hastaneler (çocuk ve kadın-doğum hastaneleri) ile bazı dispanserlerin de (solunum hastalıkları, onkoloji, veneral hastalıklar, psikiyatri ve spor hekimliği gibi) sorumluluğunu aldılar.

6 Sağlık sisteminde yeri olan diğer bakanlıklar ve yapılar
Ekonomi Bakanlığı: Sağlık sistemi finansmanında rol alır. Sağlık reformunun desteklenmesi amacıyla alınan dış kredileri sağlıyor. Çevre ve Su Bakanlığı, Eğitim ve Bilim Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, İletişim ve Ulaştırma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Politika Bakanlığı*, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu*.

*BSB ile birlikte yeni sigorta sistemine geçiş sürecinden sorumlu kurumlar. Bazı bakanlıklar kendilerine bağlı sağlık kuruluşlarını hem idare hem de finanse etmekte. Bunlar arasında savunma (14 hastane), Dış İşleri, Ulaştırma B. (8 hastane) sayılabilir. Bu yapılar da yeni bir reorganizasyon sürecindedir, Savunma B. hastaneleri sayıca anlamlı düzeyde azaltılıyor. Bu kurumlarda da süreç sağlık reform sürecine paralel yaşanmakta. Tüm sağlık kurumları için yatak sayısının azaltılması ve ticari şirketlere dönüşme söz konusu. Halen bu kurumlar bağlı buldukları

bakanlıkların bütçeleri ile finanse edilmekteler. Bazı hastaneler (Savunma Bakanlığı Tıp Akademisi gibi) sadece özel hastalara ya da sağlık sigortalı hastalara hizmet vermek üzere halka açık.

7 Bölge düzeyinde örgütlenmiş merkezi düzeyde BSB ile doğrudan bağlantısı olan birimler: Bölge sağlık merkezi (28 bölgede), Acil bakım merkezi -ki bu bölgesel merkezin küçük kasabalar da da alt birimleri bulunmakta- (28 bölgede), Hijyen ve Epidemiyoloji Müfettişliği (28 bölgede), Toplam altı araştırma merkezi bulunmakta (Bulaşıcı ve Paraziter Hastalıklar Araş. M. Hijyen Araş. M., Tıbbi Ekoloji ve Beslenme Araş. M., Halk Sağlığı Araş. M., Sağlık İnfeksiyon Araş. M., Radyobiyoji Araş. M.

Üçüncü basamak kurumları arasında, 12 uzmanlaşmış Üniversite Hastanesi, 5 Tıp Okulu Hastanesi, 7 Ulusal Merkez (Onkoloji, Kardiyoloji-Vasküler Hastalıklar, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Spor Hekimliği, Acil Bakım, Protez ve Plastik Cerrahi, "Lozencec" Klinik Hastanesi) önde gelenler olarak anılabilir. Ek olarak; bölgesel düzeyde hizmet veren 32 çok yönlü hastane, özelleşmiş hastaneler (11 psikiyatrik hastane, 12 solunum yolu hastalıkları hastanesi, 18 rehabilitasyon hastanesi) de yer almakta.

8 Yüksek Tıp Konseyi: 24 üyeli bir konsey (8'i bakanlık temsilcileri, 8'i hekim ve dış hekimli birliğinden, 8'i de tıp fakültelerinden). Konseyin fonksiyonu, sağlık politikaları, tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitim vb konularda danışmanlık. Bu konseyin ayrıca özel ayaktan ve yataklı kuruluşlarının tescilinde de yeri var. Konsey, ülkenin sağlık önceliklerini, düzenlemeleri tartışarak öneriler oluşturmaktadır.

Üniversitelerin sağlık sistemindeki yeri Sofya, Varna ve Plovdiv'de Tıp Üniversiteleri, Pleven ve Stara Zagora'da ise Tıp Okulları mevcut ve oldukça özerk, BSB ve Bulgaristan Eğitim ve Bilim Bakanlığı tarafından ortak olarak koordine ediliyor. 1991 yılına kadar, Sofya'daki 12 üniversite hastanesi yine Sofya'daki Tıp Üniversitesi tarafından yönetilirken sonrasında Ekonomi Bakanlığı'nın direk finanse ettiği hastanelerde olduğu gibi sadece bir süpervizör rolü kalmıştır.

1999 yılından bu yana, üniversite hastanelerindeki tedavi hizmetleri finansmanı ve yönetimi BSB tarafından, bu hastanelerdeki eğitim aktivitelerinin finansmanı da Eğitim ve Bilim Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. 1999 yılındaki "Sağlık Bakım Kuruluşları Yasası"nın kabulüne kadar üniversite hastaneleri kendi kliniklerini BSB ve BEBB tarafından tahsis edilen fonlarla gerçekleştirdi. Hem eğitim hem de tedavi hizmetleri için yaygın fonlar vardı. 2000-2001 yıllarında 1999 yasaının yürürlüğe girişi ile tıp okullarının hastaneleri, ticari işletmelerin kliniklerinin yasal statüsü ile akut bakım için hastaneler olarak kayıt altına alındı.

9 Tıp Meslek Birlikleri: 1990 yılında yeniden kuruldu ve 1998'de yasal düzenlemeleri yapıldı. Esas olarak iki

meslek birliği (Hekimler ve Dış hekimli Birlikleri) yasal statü kazandı. Bu iki meslek birliği, SSF ile görüşmelerde üyelerini temsil hakkına sahip. Yapılan yasal düzenlemeler, bu birlikleri, ödeme yöntemleri (kişi başı ödeme, paket fiyat vb) ve provizyon işlemlerinin belirlenme sürecine dahil ediyor.

10 Yeni sağlık sigorta sistemine geçiş süreci: 2000 yılında sağlık sigortası sadece ayaktan tedaviyi kapsama aldı, 2001'den itibaren hastane bakımının bir kısmına genişletildi, yıllar içinde sağlık sigortasının finanse ettiği hastane harcamaları oranı arttı, devlet ve belediye bütçeleri azaldı.

11 Sağlık Sigorta Fonu (SSF): SSF, zorunlu sağlık sigortası sağlamak üzere kurulmuş otonom bir kurum. 1998 yılında Bulgaristan Parlamentosu'nda kabul edilen "Sağlık Sigorta Kanunu" ile Bismarck tipi (tek bir sağlık sigorta kurumu, gelir üzerinden zorunlu sigorta ödemeleri) sağlık sigortacılığına başladı. Parlamento her yıl sigorta ödemelerini ve SSF'nin bütçesini belirliyor. SSF de sağlık hizmeti satın alacak anlaşmalar imzalayan en büyük alıcı konumunda. SSF, Bölgesel Sağlık Sigorta Fonları (BSSF) aracılığı ile ayaktan tedavi hizmetlerini finanse etmekte ve 1 Ocak 2001 yılından itibaren de fon ile kontrat yapan hastanelerin de finansmanını sağlıyor.

12 Bulgaristan'da desantralizasyon kronolojisi: İlk olarak çoğu sağlık kurumu belediyelere devredilmeye başlandı (1992). Sağlık Bakanlığı yönetsel bazı yetkileri bölgesel sağlık merkezlerine devretti (1995) Sosyalist dönemdeki devlete bağlı ilaç endüstrisi 28 bölgeye parçalandı ve %70'i özelleştirildi. Sağlık Bakanlığı'nda sadece ulusal enstitüler ve bölge hastanelerinin yönetimi kaldı. Bazı standartların (etik, iyi hekimlik uygulamaları, sürekli eğitim vb) izlem sorumluluğu meslek birliklerine devredildi.

KAYNAKLAR

Balabanova D, McKee M. (2002), Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria, *Int J Health Plann Mgmt*; 17: 377-395.

Balabanova D., McKee. (2002). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria, *Health Policy*, 62: 243-273

Balabanova D. C., McKee M. (2002), Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants, *Scand J Public Health*, 30: 306-312

Benli O. (2006), Bulgaristan ülke profili, T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi, www.igeme.gov.tr/tur/rapor/ulke/bulgaristan.pdf, Aralık 2006. Bulgaristan Ulusal İstatistik Enstitüsü, <http://www.nsi.bg>, Aralık 2006.

Canstat Statistical Bulletin 2003/2004, www.nsi.bg/public_e/ResumeCanstat.htm

Datzova B. (2003), Health Care Reform and Inequality of Access to Health Care in Bulgaria, <http://www.unrisd.org/publications>, Aralık 2006

Delcheva E., Balabanova D., McKee M. (1997), Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria, *Health Policy* 42:89-100

DSÖ (1998). Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi, SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Aralık 1998.

Exadaktylos N.M. (2005). Organisation and financing of the health care systems of Bulgaria and Greece – what are the parallels? *BMC Health Services Research* 2005, 5:41 <http://www.who.int/nha/country/BGR.xls>, Aralık 2006.

Gaal P., McKee M. (2004), Informal payment for health care and the theory of 'INXIT', *Int J Health Plann Mgmt*, 19: 163–178.

Hayes O.W., Novkov H. (2002), Emergency Health Services in Bulgaria, *American Journal of Emergency Medicine*, 20:122-125.

Koulaksazov, S. ve ark. (2003). In Tragakes, E. (ed.) *Health care systems in transition: Bulgaria*. Copenhagen,

European Observatory on Health Care Systems, 5 (2), <http://www.euro.who.int/document/e81760.pdf>

Özkan Ö (2003), Sosyalizmin Sağlık alanındaki Bir Başka zaferi: Bulgaristan Halk Cumhuriyeti, *Toplum ve Hekim Dergisi*, TTB Yayını, 18 (1):51-8

Pavlova M, Groot W, Merode F., (2000). Appraising the financial reform in Bulgarian public health care sector: the health insurance act of 1998 *Health Policy* 53 (2000) 185–199

Pavlova M, Groot W., Merode G., (2002). Public attitudes towards patient payments in Bulgarian public health care sector: results of a household survey *Health Policy* 59 (2002) 1–24.

Pavlova M., Groot W., Merode G.v., (2003) The importance of quality, access and price to health care consumers in Bulgaria: a self-explicated approach, *Int J Health Plann Mgmt*, 18: 343–361.

Thompson R., Witter S. (2000), Informal Payments in Transitional Economies: Implications For Health Sector Reform, *International Journal Of Health Planning And Management* 15: 169-187 **WHO** (2006), *World Health Report*, www.who.int, Aralık 2006.

Zhekova N, Kalaikov D. (2000), The dynamics and structure of neonatal mortality in Bulgaria in the period of 1989-1998. *Akush Ginekol (Sofia)*. 39 (2):12-5