

ROMANYA SAĞLIK SİSTEMİ REFORMU: 1989'DAN GELECEĞE Mİ? İNŞADAN ÖZYIKIMA MI?

A. Öner KURT*

Özet: Romanya'da 1989 sonrası başlayan sağlık reformu ile sağlık örgütlenmesi ve finansmanında değişiklikler yapılmıştır. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu reform çalışmalarını yürütmüştür. Buna ek olarak, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü reform sürecine maddi ve projenin ana hatlarının belirlenmesi boyutu ile destek olmuştur. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunumundan uzaklaşarak düzenleme, yasal çerçeveyi oluşturma, politika belirleme, değerlendirme işlevlerini üstlenmiştir. İl düzeyinde halk sağlığı müdürlükleri ve sigorta fonları yer almıştır. İl Halk Sağlığı Müdürlüğü başkanın hekim olduğu bir de muhasebecinin bulunduğu bir yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Hastanelerin yönetimleri de ekonomik verimliliği artırmak söylemiyle yerleştirilmiştir. Romanya'da da başlayan sağlık reformu; halkın sağlığa erişiminde eşitsizlikler sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği ve ülke dışına sağlık çalışanı göçü ve sağlık göstergelerinin kötü duruma gelmesi ile sonuçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Romanya, Sağlık Bakanlığı, sağlık reformları, yeniden yapılanma

Health System Reform in Romania: Is it from 1989 to the Future or from Construction to Self-destruction?

Abstract: With the efforts of health reform starting after 1989 in Romania, certain changes were made to health organization and financing. Ministry of health and National Health Insurance Fund conducted the efforts of reform on national basis. In addition, World Bank and World Health Organization made financial supports in determining the guidelines of the projects. Ministry of Health drifted apart from the delivery of health services and embraced the roles in creating legal framework, determining policies and evaluating outcomes. Provincial directorates of public health and insurance funds were created on provincial level. Provincial Directorate of Public Health was administered by an administrative board including a physician as chairman and an accountant. Furthermore, hospital administrations were also localized with the motto of increasing economic efficiency. The health reform in Romania has resulted in inequality in access to public health services, dissatisfaction of health workers, migration of health staff to foreign countries and deteriorating health indicators.

Keywords: Romania, ministry of health, health reforms, reorganization

1. Romanya Sağlık Sistemine Tarihsel Bakış

Romanya'da Birinci ve İkinci Dünya Savaşları arasında Bismarck modeline dayalı bir sosyal sigorta sistemi uygulanmıştır. Bu sistemin temelinde, sanayi kuruluşlarının, tüccarların, işverenlerin, çalışanlar ile ailelerinin sigortalı olarak eşit prim ödemesi bulunmaktadır. Bin dokuz yüz kırk dokuz yılında Semashko sağlık sistemine kademeli bir geçiş yapılmıştır. Semashko sağlık sistemi Romanya'da yaklaşık olarak 40 yıl boyunca (1949 - 1989) uygulanmıştır. Bu sistem, bütün toplumu kapsam altına almış ve hizmetler ücretsiz olarak sunulmuştur. Bu sistemin temel özellikleri; finansman kaynağının devlet olması, merkezi planlama yapılması, hiyerarşik bir yönetim olması, sağlık hizmetleri üzerinde devlet tekeli olması, toplumun tamamını kapsayan sağlık hizmet

sunumu sağlaması, kullanıcıya sınırlı bir seçim hakkı tanınması ve mümkün olduğunca sağlıkta eşitliği sağlamaya çalışmasıydı. Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmeti, son derece düzenli, standarde ve merkezi yapıda olmuştur (Vladescu, 2008; Vladescu, 2009).

Romanya'da siyasi sistemde 1989 yılı Aralık ayında sosyalizmden liberal sisteme doğru değişim yaşanmıştır. Bu değişim sonrasında ülke, bir başkan tarafından yönetilen ve dört yıllık bir süre için seçilen Senato ve Temsilciler Meclisi olarak iki yasama meclisi olan bir cumhuriyet olmuştur. Romanya'da sağlık sisteminin yapısı da 1989'dan sonra toplumsal yapıda meydana gelen büyük ve hızlı değişikliklerden çok fazla etkilenmiştir (Vladescu, 2008).

*Doç. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Öğretim Üyesi

Ülkede önemli sağlık reformları 1989 yılında başlamıştır. Ülkede 1989'dan 1998 yılına kadar; merkezi planlamanın yapıldığı, vergiye dayalı sağlık sistemi yerine desantralize ve sağlık sigortası fonları ile kullanıcılar arasındaki sözleşmenin temel alındığı Bismark Sağlık Sigorta Modeli olarak bilinen bir sağlık sigortası sistemi uygulanmıştır. Sağlık sektöründe yapılan bu reform, halkın kendi istekleri yanında uluslararası finans kuruluşlarının etkisi altındaki hükümetler tarafından kabul edilmek zorunda kalmıştır. Yeni sistem, sigorta kurumu ile sağlık hizmet kullanıcıları arasında teminatların belirlendiği yıllık sözleşmelere dayandırılmıştır (Vladescu, 2008).

2. Romanya hakkında genel bilgiler

2a. Demografik ve sosyo ekonomik boyut

Romanya'nın 2009 yılı nüfusu yaklaşık olarak 21 milyon 275 bin kişidir (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012). Önceki yıllarda daima artış eğiliminde olan nüfus 1989 yılından bu yana azalmaya başlamıştır; 1992 yılından bugüne nüfus yaklaşık olarak %5,4 azalmıştır. Bu azalmanın nedeni, genel mortalitede artış, doğum ve fertilitate hızlarındaki düşme ve dış göçler olarak bildirilmiştir. 0-14 yaş arası nüfus son 15 yılda %22,4'den %15,4'e düşerken, 65 yaş üstü nüfus %1,1'den %14,7'ye yükselmiştir. Bin dokuz yüz altmış altı yılında 8,2 olan Kaba ölüm hızı (KÖH), 1992'de 11,6'ya 2006 yılında 12,0'ye çıkmıştır. Bu eğilim muhtemelen yaşam koşullarındaki olumsuzlukların artışı ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin azalması ile açıklanmaktadır (Vladescu, 2008).

Romanya kentsel nüfus son 15 yıldır yaklaşık %55 civarında seyretmektedir (Vladescu, 2008). Yıllık kişi başı 7572 US\$ gelir (2009) ile orta düzey ülkeler arasındadır (Baseline country survey on medical devices 2010, 2010).

Romanya, sekiz idari bölgede Judet olarak da adlandırılan, üst yöneticisinin vali olduğu 41 il ve 2.686 belediyeye (komün) ayrılmıştır. İller, ülkenin temel yönetim birimidir. Kentler ve belediyeler küçük idari birimlerdir. Birleşmiş Milletler, Avrupa Konseyi, Dünya Ticaret Örgütü, NATO üyesi olan Romanya 01 Ocak 2007 tarihinden itibaren AB (Avrupa Birliği) üyesi de olmuştur (Vladescu, 2008).

2b. Sağlık Durumu

Romanya'nın sağlık durumu 1960'ların başında Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeyde iken 1960 – 1990 arasında giderek bu ülkelerin gerisinde kalmıştır. Bin dokuz yüz doksan yılından sonra, yaşam standartlarında düşüş ve yoksulluğun artışı

halk sağlığı alanında olumsuz etkilere yol açmıştır (Vladescu, 2008).

Bebek ölüm hızı (BÖH), 1970 yılında 1000 canlı doğumda 49,4, 1990'da 26,9, 2000'de 18,6 ve 2006'da 13,9 olarak saptanmıştır. Yıllar içerisinde azalma olmasına karşın Romanya halen Avrupa Bölgesi ülkeleri arasında en yüksek bebek ölüm hızına sahiptir. Bebek ölümlerinin yarısı perinatal koşulların yetersizliği ve malformasyonlar nedeniyledir. Ancak %37 oranında solunum sistemi hastalıkları da ölümlerde etkilidir. Beş yaş altı çocuk ölüm hızı 1970 yılında 1000 canlı doğumda 58,3, 1990'da 34,3, 2000'de 22,2 ve 2006'da 16,5 olarak bildirilmiştir (Vladescu, 2008).

Doğumda beklenen yaşam süresinde yıllar içerisinde çok az artış eğilimi vardır. Her iki cinsiyet için doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 1970 yılında 68,0 yıl, 1990'da 71,3, 2000'de 71,3, 2006'da 72,7 ve 2010'da 73,0 yıl olarak bildirilmiştir (Vladescu, 2008; WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012). Bunların yanında, doğumda beklenen yaşam süresinin yıllar içerisinde artmasına karşın bölgedeki en düşük sürelerden birisi olduğu ifade edilmektedir (Vladescu, 2009). Ana sağlığı konusunda yapılan çalışmalar (Perinatal bebek ölüm hızı) (PBÖH)'nin yavaş yavaş azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. PBÖH her 1000 canlı doğumda 1980 yılında 15,1, 1990'da 12,2, 2000'de 12,1 ve 2006'da 10,0 olarak bildirilmiştir (Vladescu, 2008).

Anne ölüm oranı (AÖO), 2010 yılı AB ortalaması 100.000 canlı doğumda 22 iken Romanya'da AÖO'nun 27 ile orta-üst düzeyde olduğu bildirilmiştir (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012).

3. Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi

Romanya'da 1998 yılında sosyal sağlık sigortası sistemi başladıktan sonra sağlık sisteminin en önemli katılımcılarının rolleri değişmiş, farklı kuruluşlar arasındaki ilişkiler daha karmaşık hale gelmiş ve katılımcı sayısı artmıştır. Yeni sağlık sistemi ulusal ve yerel (il) olmak üzere iki ana düzeyde örgütlenmiştir. Ülkede, merkezi düzeydeki kurumlar sağlık için genel amaçlara ulaşılması ve hükümetin temel sağlık politikalarının belirlenmesinden sorumludur. Yerel düzeydeki kurumlar ise merkezi birimler tarafından belirlenen kurallara göre sağlık hizmeti sunumundan sorumludur (Vladescu, 2008).

3a. Merkezi Düzeyde Örgütlenme

Ülkede merkezi düzeyde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan kurum eskiden "Halk Sağlığı ve Aile

Bakanlığı" olarak adlandırılan sonrasında "Halk Sağlığı Bakanlığı" olan ve en son "Sağlık Bakanlığı" olarak adlandırılan bakanlık, Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ve Romanya Hekimler Birliğidir (**Vladescu, 2008**). Halk Sağlığı Bakanlığı'nın adı 2009 Ocak ayından itibaren Sağlık Bakanlığı olarak değişmiştir (**Vladescu, 2009**).

Ulusal düzeyde sağlık politikası, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla Çalışma Bakanlığı, Sosyal Dayanışma ve Aile Bakanlığı, İçişleri ve İdari Reform Bakanlığı, Eğitim ve Araştırma Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Hekimler Birliği, Eczacılar Birliği ve Ulusal Sağlık Sigorta Fonu arasında yapılan işbirliği ile belirlenir (**Vladescu, 2008**).

Sağlık Bakanlığı toplum sağlığını sağlamakla sorumlu tutulmakla birlikte 01 Ocak 1999 tarihinden bu yana sağlık hizmet sunanların finansmanı üzerinde doğrudan söz sahibi değildir. Bakanlığın sorumlulukları: (**Vladescu, 2008**).

- Yönetim rolü; farklı tip sağlık politikaları ve stratejilerinin oluşturulması, uygulanması ve değerlendirilmesi
- Yasal çevrenin tanımlanması ve iyileştirilmesi
- Devlet tarafından sağlık için tahsis edilen bütçenin yönetiminde daha fazla şeffaflığın sağlanması
- Kamu ve özel sağlık sektörleri arasında işbirliğinin sağlanması ve düzenlenmesi
- Reform politikalarının geliştirilmesi ve etkilerinin izlenmesi
- İleri teknoloji tıbbi malzeme ve ekipman için ihtiyaçların saptanması
- Özel sağlık sektörünün artışının izlenmesi
- Sağlık sistemi için yasal ve düzenleyici çerçevenin tanımlanması ve geliştirilmesinin sağlanması (Bu düzenlemeler ilaç sektörünün düzenlenmesi yanı sıra halk sağlığı politikaları ve hizmetleri, sağlık muayene ve çerçeve sözleşmeleri de içermektedir)
- Sağlık sisteminin yönetimi ve politik analizi
- İnsan kaynakları politikası geliştirilmesi

Ulusal Sağlık Sigorta Fonu

Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (USSF), sosyal sağlık sigortası sistemini düzenleyen ve yöneten özerk bir kamu kurumudur. İki bin iki ile 2005 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda görev yaparken, 2005 yılından sonra bağımsız olarak görev

yapmaya başlamıştır. USSF Yönetim Kurulu, Sağlık Reformu Yasası'na (95/2006) göre 17 üyeden oluşmaktadır. Üyelerin dağılımı: Hükümetin beş temsilcisi (Sağlık Bakanı, Çalışma Bakanı, Sosyal Dayanışma ve Aile Bakanı, Kamu Maliyesi Bakanı, Adalet Bakanı tarafından atanan birer temsilci), işçi sendikalarından beş temsilci, işveren sendikalarından beş temsilcisi ve Başbakan tarafından atanan iki üye biçimindedir. USSF başkanı Başbakan tarafından atanmaktadır (**Vladescu, 2008**).

USSF'in sorumlulukları: (Vladescu, 2008)

- Yerel sigorta sistemleri arasındaki eşgüdümü sağlamak için yönetmelikler çıkarılması
- Sağlık sigortası alanında strateji geliştirilmesi-Bölgesel sosyal sağlık sigortası sisteminin koordinasyonu ve faaliyetlerinin denetlenmesi
- Sağlık hizmetlerini sunan kurumların geri ödeme mekanizmasının düzenlenmesi
- Sigorta sisteminin sunacağı hizmetlere ilişkin temel çerçevenin belirlenmesi
- Bölgesel sağlık sigortası için kaynak tahsisinin düzenlenmesi
- Sunulan sağlık hizmetinin türüne göre (birinci basamak, ayaktan tedavi, hastane hizmetleri vb) ayrılacak kaynakların belirlenmesi.

Sigortalı nüfus, sağlık hizmetleri, ilaç ve tıbbi cihazların karşılanmasını içeren bir temel teminat paketi alma hakkına sahiptir. Teminat paketi ve hizmet sunumu için gerekli koşullar hükümet ve USSF tarafından hazırlanmakta, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmaktadır (**Vladescu, 2008**).

Zorunlu sağlık sigortası tüm nüfusu kapsamaktadır. Bazı gruplar sağlık sigortası primlerinden muaf tutulmuştur: İşsizler, askerliğini yapan ya da cezaevlerindeki kişiler, hastalık ya da doğum izninde olanlar, sosyal güvenlik yardımlarına muhtaç kişiler, 18 yaşından küçük çocuklar, herhangi bir eğitim kurumuna kayıtlı 18-26 yaş arası kişiler, sigortalı kişinin aile üyeleri ve savaş gazileri (**Vladescu, 2008**).

Sağlık Reformu Yasası (95/2006) ile özel sigorta şirketleri için iki farklı gönüllü sağlık sigortası alanı açılmıştır: Ek ve tamamlayıcı sigorta (**Vladescu, 2008**).

3b. Yerel Düzeyde Örgütlenme

Yerel düzeyde merkezi otoritelerin temsilcisi olarak İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Sigorta Fonu

Müdürlüğü görev alır. Aynı şekilde il tabip odası gibi diğer meslek örgütleri ve sendikaların temsilcileri de yerel düzeyde görev alır. Hekimler ve hastaneler İl Sağlık Sigorta Fonu ile sözleşme yapmaktadır ve merkezi birimler tarafından belirlenen kurallara göre sağlık hizmeti sunumundan sorumludur. Teorik olarak yerel yönetim ve il meclisleri de sağlık sisteminde önemli bir rol oynamaktadır. İl meclisleri, yerel yönetim sisteminin seçilmiş organlarıdır. Bunlar 2002 yılından sonra sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, il düzeyinde kamu hizmetleri için gerekli olan bütçe ve yerel vergiler konusunda karar alırlar. Romanya'da sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde önemli bir etkileri vardır (**Vladescu, 2008**).

Sağlık sigortası sistemine kadar yerel düzeyde sağlık hizmetleri organizasyonunun temel idari birimi, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'dü. Bin dokuz yüz doksan dokuz yılından sonra bu yapı İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve İl Sağlık Sigorta Fonu'nu içeren bir sisteme dönüştürülmüştür. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 42 (41 bölgeden her biri için bir, ek olarak Bükreş için) İl Halk Sağlığı Müdürlüğü vardır. Her İl Halk Sağlığı Müdürlüğü yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Başkan genellikle bir doktordur ve Vali ile görüşülerek Sağlık Bakanı tarafından atanır. Başkan ve üç müdür yardımcısı (iki doktor ve bir muhasebeci) tarafından ve bir devlet Sağlık Bakanlığı müfettişi ile birlikte görev yapmaktadır (**Vladescu, 2008**).

İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlulukları: (Vladescu, 2008)

- Halk sağlığı programlarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve uygulanması
- Temel çevresel risk faktörleri açısından toplumun sağlık durumunun izlenmesi
- Sağlık personelinin kontrolü, işleyiş ve organizasyonunun değerlendirilmesi
- Sağlığı geliştirici ve koruyucu hekimlik uygulamalarının yapılması
- Çevre sağlığı konularında halk ve yerel makamlarla karşılıklı iletişim içinde olunması ve yerel düzeyde karar alma sürecine toplumun dâhil edilmesi

İl Halk Sağlığı Müdürlüğü gibi bazı yeni kuruluşların sağlık sistemindeki rollerinin önemi ve reformlara uyumları konusunda halen kafaları karışıktır. Sağlık Bakanlığı, yönetim rolünün güçlendirilmesi için mücadele etmektedir (**Vladescu, 2008**).

Romanya'da 2005 yılında 47.388 hekim görev yaparken, 2010 yılında bu sayı 52.204'e çıkmıştır.

Nüfus artışının olmamasına ve hekim sayısının artışına paralel olarak 10.000 kişiye düşen hekim sayısı da 2005 yılında 21,9 iken artarak 2010 yılında 24,4'e çıkmıştır (**Sanatate, 2011**).

Romanya'da 2006 yılında yürürlüğe giren 95 No'lu Sağlık Reformu Kanun'una göre sağlık hizmet sunum düzeyleri:

i) Aile hekimlerinin İl Sağlık Müdürlükleri ile sözleşme yaparak görev yapmaları ve 1500 ve 2500 kişiyi kayıtlarına alabilmeleri sağlanmıştır (**Vladescu, 2008**). Birinci basamak sağlık hizmeti aile hekimleri tarafından sunulmaktadır. İki bin üç yılında, aile hekimliği birimi sayısı 9.000 iken bu sayı 2008 yılında 11.279'a çıkmıştır. 2009 yılında birinci basamak sağlık kurumlarının kamu-özel mülkiyet türüne göre dağılımının %71,8'inin kamu ve %28,2'inin özel sektör olduğu rapor edilmiştir (**Girban, 2012**). Aile hekimleri il sağlık sigorta fonu ile sözleşme yapmaktadır. Sağlık personeline yapılan ödeme, unvan ve kıdeme göre belirlenen sabit maaş yerine farklı kalemlerin birleşimi haline dönüştürülmüştür. Çalışanın aldığı ücretin %60'ını kendisine bağlı nüfus sayısı oluştururken %40'ını özellikle büyük kronik hastalıkların önlenmesi, anne ve çocuk bakımı, erken teşhis ve takip gibi performans ödemeleri oluşturmaktadır (**Vladescu, 2008**).

ii) İkinci basamak sağlık hizmeti; uzman hekimlerce, ayakta tedavi, ayakta tedavi ile entegre hastaneler, klinikler, tanı ve tedavi merkezleri, sivil toplum örgütlerinin tıbbi uzmanlık merkezleri vb. kurumlarda sunulmaktadır (Tablo 1). Tablodan da görüldüğü gibi, ikinci basamak sağlık hizmet sunumunda kamu / özel dağılımı hizmet sunulan kuruma göre oldukça farklılıklar göstermektedir. Ayakta tedavi hizmetlerinde kamunun ağırlığı daha fazla iken dış sağlığı hizmetlerinde özel sektörün ağırlığı çok daha fazladır. Kamu sektörü bütün hastanelerin %90,9'una sahiptir. Tüm pratisyen hekimlerin %71,8'i kamuda çalışmaktadır. Sağlık merkezlerinin %94,4'ü, uzmanlık merkezlerinin %84,1'i, dış kliniklerinin %75,6'i ve eczane veya ilaç depolarının %92,9'u özel sektör mülkiyetindedir (**Vladescu, 2008; Girban, 2012**).

iii) Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, çoğunluğu kamu sektörüne ait olan hastaneler, sanatoryum, göğüs hastalıkları hastanesi, mediko sosyal birimleri tarafından sunulmaktadır. Hastane sayısı 2005 yılında 433 iken, 2008'de 458'e, 2009'da 474'e (431 kamu ve 43 özel) ve 2010 yılında 503'e yükselmiştir (**Girban, 2012; Sanatate, 2011**). Üçüncü basamak

Tablo 1. Romanya'da 2009 yılı ikinci basamak sağlık kurumlarının dağılımı (Girban, 2012)

Sağlık kurumu ve hekim sayısı	Toplam Sayı	Kamu Sayı (%)*	Özel Sayı (%)*
Poliklinikler	268	15 (5,6)	253 (94,4)
Ayaktan tedavi merkezleri	69	62 (89,86)	7 (10,14)
Ayakta tedavi ile entegre hastaneler	392	381 (97,19)	11 (2,81)
Dış hekim	11.683	2.853 (24,42)	8.830 (85,58)
Uzman hekim	9.998	1.587 (15,87)	8.411 (84,13)
Sivil topluma ait dış klinikleri	165	2 (1,82)	163 (98,18)
Sivil topluma ait tıbbi uzmanlık merkezleri	251	13 (5,18)	238 (94,82)
Tanı ve tedavi merkezleri	28	6 (21,43)	22 (78,57)

*Satır yüzdesi

Tablo 2. Romanya'da teknolojik cihazların kamu, özel sektör dağılımı (Baseline country survey on medical devices 2010, 2010)

Cihazın türü	Kamu	Özel	Toplam
Manyetik Rezonans (MR)	18	25	43
Bilgisayarlı Tomografi(BT)	68	50	118
Pozitron emisyon tomografisi (PET)	0	1	1
Nükleer tıp	25	0	25
Mamografi	73	39	112
Lineer akseleratör	11	0	11
Telekobalt ünitesi	14	0	14

sağlık hizmetleri, bu kurumlara ek olarak kalp damar ve diğer cerrahi eğitim hastaneleri tarafından da sunulmaktadır. Hastaneler bölgesel, il ve ilçe düzeyinde coğrafi kriterlere göre düzenlenmektedir (Vladescu, 2008). Hastane sayısındaki artışa karşın hastane yatağı sayısında önemli düzeyde azalma olmuştur (2005 yılında 143.027, 2010'da 132.004) (Sanatate, 2011).

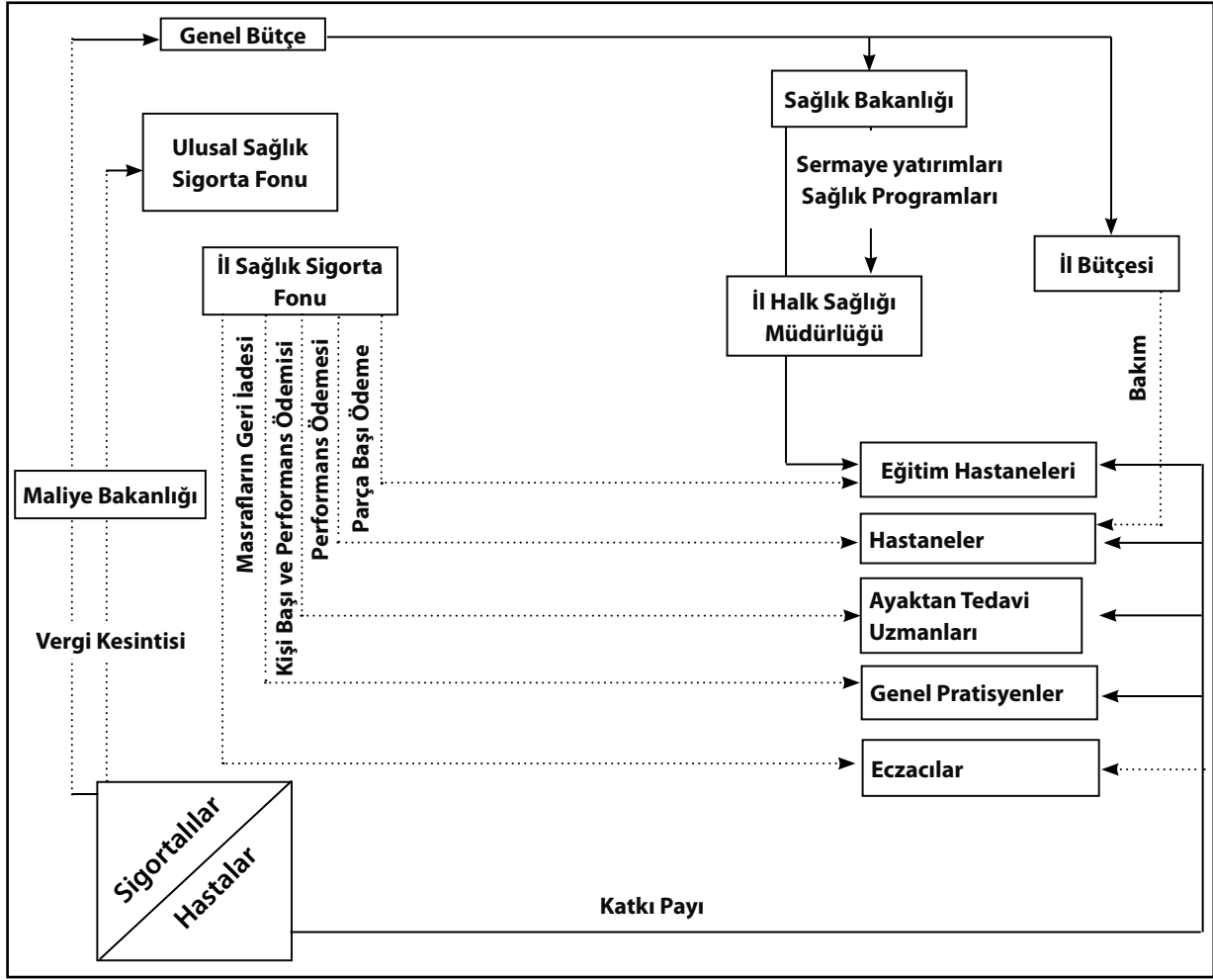
4. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık sisteminin finansmanı, 1998 yılına kadar birçok ülkede olduğu gibi gönüllü ve zorunlu ödemelerin olduğu karma yapıda iken o günden bu yana egemen finansman mekanizması sosyal sigorta olmuştur. Sağlık finansmanında halk, 1998 öncesindeki sosyal sağlık sigorta primleri ve vergi ödemeleri yerine bugün daha fazla katkı payı ve doğrudan ödemeler ile cepten ödemeler yapmaktadır (Vladescu, 2008).

Sosyal sigorta primleri Maliye Bakanlığı tarafından toplanmakta, genel bütçe aracılığı ile Sağlık Bakanlığı'na ya da Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'na aktarılmaktadır. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu'ndan sigortalı bireylere ve toplumsal risklerin durumuna göre Bölgesel Sağlık Sigorta Fonu'na pay ayrılmaktadır. Devlet her sağlık sektörü için (birinci basamak sağlık kurumları, hastaneler, ilaç ve ayakta tedavi hizmetleri) harcama düzeyini ayarlamaktadır. Ülkede sağlık hizmetleri için ödemeler şu şekilde olmaktadır: Birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan ödemelerin

%85'i sağlık sigortası fon bütçesinden ve %15'i de cepten ödemeler ile karşılanmaktadır. Cepten ödemeler; uzmanların sunduğu ayaktan tedavi hizmetleri, dış bakımı hizmetleri (yetişkinler için sadece acil ve yıllık kontroller için) ve evde bakım hizmetleri için yapılmaktadır. Acil bakım hastaneleri için de karışık ödeme sistemi vardır: a) vaka başına ödeme b) cepten ödemeler. Uzun dönemli bakım hastaneleri için ödemelerin çoğunluğu fon bütçesinden yapılmaktadır. Hastaneler de özel konaklama hizmetleri için ayrıca doğrudan ödeme yapmak gerekmektedir. Romanya sağlık sisteminin finansman akış şeması Şekil 1'de izlenmektedir (Vladescu, 2008).

Romanya'da sağlık hizmetleri daha fazla oranda kamu kaynakları tarafından finanse edilmektedir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının payı 2006 – 2010 yılları için sırasıyla yaklaşık olarak; %79,7, 82,1, 82,0, 79,0 ve 78,1 olarak bildirilmiştir. Bugün için sağlık hizmetleri finansmanının kamusal kaynakları: Sağlık sigorta fonu, ulusal bütçe, yerel bütçeler, öz gelirler, bağış ve sponsorluklar olarak bildirilmektedir. Harcamaların çoğu çalışanlar ve işverenler tarafından Sağlık Sigorta Fonu'na zorunlu olarak ödenen sağlık sigortası primleri ile karşılanmaktadır. Romanya'da toplam sağlık harcamalarında özel sektörün payı, AB ülkeleri arasında en düşükler arasında yer almaktadır. Ancak kamu kaynakları sağlık sisteminin finansmanı için yetersizdir. İki bin on yılında, toplam sağlık harcamalarının %21,9'u katkı payı,



Şekil 1. Romanya sağlık sisteminin finansman akış şeması, (Vladescu, 2008)

kayıt dışı hasta ödemeleri ve özel sigorta şirketlerinin ödemeleri gibi özel kaynaklardan sağlanmıştır (Anton, 2013). Özel sağlık kurumlarına yapılan doğrudan ödemeler ve kamu sağlık kurumlarında kayıt dışı ödemeler nedeniyle toplam sağlık harcamalarının ölçümü zorlaşmıştır (Vladescu, 2008).

Romanya'da sağlık sigortası uygulamasında bütün nüfusun kapsanması amaçlanmıştır. Bazı ülkelerde neredeyse bütün toplum sigorta kapsamına alınmasına karşın Romanya'daki azınlığın birçok üyesi sağlık sigortası kapsamı dışında kalmıştır. Sağlık sigortası olmayan insanlar genellikle cepten ödeme yapmak zorunda oldukları için sağlık hizmetlerine erişimleri daha fazla kısıtlanmıştır. Romanya'da 2005 yılında, nüfusun yaklaşık %7'sini oluşturan Romanların bir pratisyen hekime kayıtları olmamıştır ve kayıt dışı kalmışlardır (Rechel, 2009).

Mevcut finansman sistemi; çok düşük katkı payı, sigorta fonuna katkıda bulunan kişi ve gruplara

tanınan yaygın muafiyetler ve fon mükelleflerinin az sayıda olması ile karakterizedir. Romanya'da 2010 yılında sağlık hizmetlerinden 21,5 milyon kişi yararlanırken fona para ödeyen kişi sayısı 6,7 milyon kişidir. İki bin on bir yılından başlayarak bordro vergi mükellefi sayısı 8,7 milyona yükselmiştir ve yine sağlık hizmetlerinden 21,5 milyon kişi yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yararlananların sayısı ile bordro vergi mükellefleri arasındaki fark kamu maliyesi üzerine baskı yapmaktadır (Anton, 2013).

İlaçlar için devlet tarafından belirlenen referans fiyat listesi vardır, ayaktan tedavilerde hastalar ilacın fiyatı ile referans fiyat arasındaki farkı ödemek zorundadır. Hastaların bu iki liste arasındaki farkı ödeyebilmesi için yardımcı bir sigorta yaptırımları gerekmektedir. Verem, şeker hastalığı, AIDS ve madde bağımlılığı gibi halk sağlığı sorunlarında ilaç giderleri sağlık sigorta fonu tarafından karşılanmaktadır (Vladescu, 2008).

Romanya sağlık sistemi için ana finansman kaynağı olan Sağlık Sigorta Fonu'nun son üç yıl içinde kalıcı açıklar nedeniyle mali açıdan sürdürülebilir olmadığı kabul edilmiştir (2010 yılında GSYİH'nin %0,7'si oranında açık meydana gelmiştir). Fon'daki açıklar 2008 yılında ulusal bütçeden sağlık bütçesine yapılan transferlerle kapatılmaya çalışılmıştır. Sonuç olarak Romanya sağlık finansman sisteminin devamı için, sağlık hizmetleri ve özel sağlık sigortası için hastaların doğrudan ödeme yapmaları, özel sağlık harcamalarının artması bir çözüm olarak sunulmuştur. Dünya Bankası 2012 yılında yeni katkı payları ve ek gönüllü sigorta geliştirilmesini tavsiye etmiştir (Anton, 2013).

Avrupa Birliği ülkelerinde kişi başı 2010 yılı GSYİH ortalaması 9.334 US\$ iken, Romanya 7.672 US\$ ile orta-üst gelir düzeyinde bulunmaktadır. İki bin on yılı toplam sağlık harcaması 9.2 milyar US\$, ve kişi başı sağlık harcaması 428 US\$ olarak bildirilmiştir. Bütçeden sağlığa ayrılan pay 2000 yılında %5,2 iken 2009'da %5,6'ya yükselmiştir (Anton, 2013; WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012). Daha sonra 2010 yılında %4'e düşmüş, 2011 yılında %5 olmuştur ve 2012 yılında GSYİH'nin %5,4'ü civarında olacağı tahmin edilmektedir ama AB ortalamasının (%9,4) altında seyretmeye devam etmektedir (Girban, 2012). Yapılan birçok çalışmada Romanya'da sağlık harcamaları ve GSYİH içinde sağlık harcamaları oranının diğer Orta ve Doğu Avrupa ülkelerine göre daha düşük olduğu rapor edilmiştir (Anton, 2013; Vladescu, 2008). Romanya'da sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı genel olarak artma eğilimindedir (Vladescu, 2008).

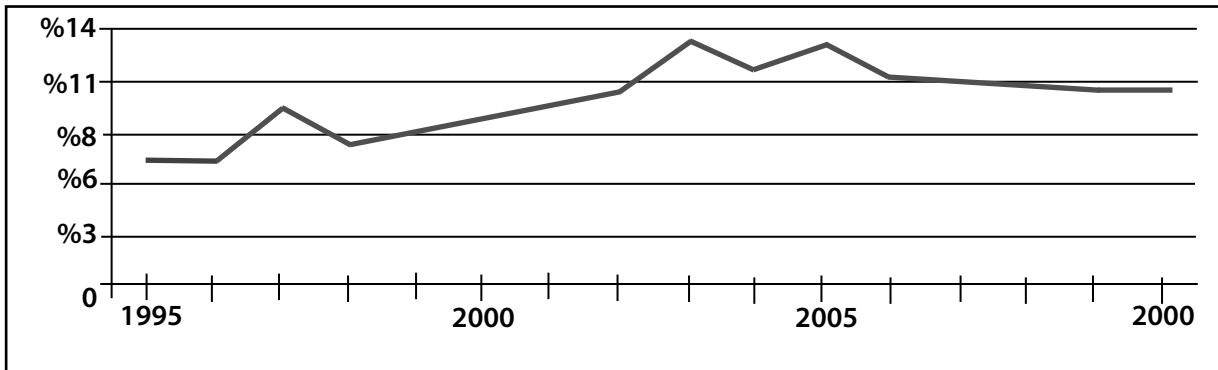
Kişi başı yıllık sağlık harcaması 2006 – 2010 yılları için sırasıyla; 568, 670, 815, 818 ve 811 US\$ olarak bildirilmektedir. Romanya tüm AB ülkeleri içerisinde kişi başına en düşük sağlık harcamasına sahip ülkedir. AB'deki 12 ülkenin kişi başı sağlık

harcaması ortalaması 1.602 \$, AB 27 ülkenin ortalaması 3.230 \$ iken Romanya'da ise 811 \$ olarak en düşük seviyedir (Anton, 2013). Toplam sağlık harcamaları yıllar içerisinde önemli ölçüde artmıştır ve artış eğilimi devam etmektedir. Harcama artışları daha çok, hastane ve ilaç için yapılan ödemelere bağlıdır. Özellikle hastane hizmetlerinde yüksek teknoloji ve ekipman için yapılan harcama bu artışın en büyük nedenidir (Vladescu, 2008).

Romanya'da sağlık alanında kullanılan teknolojik aletlerin kamu, özel dağılımında magnetik rezonans görüntüleme cihazının, pozitron emisyon tomografisinin özel sektörde, diğerlerinin kamu sağlık kurumlarında daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2) (Baseline country survey on medical devices 2010, 2010).

Toplam sağlık harcamalarında devletin payı 2000 yılında %67,7 iken 2009'da %79,0'a yükselmiştir. Sağlık harcamalarının %21'inin cepten ödeme olduğu bildirilmiştir. Yıllar içerisinde kamusal kaynaklardan sağlığa aktarılan payın yıllar içerisinde artmasına rağmen (Şekil 2) 2006 yılından itibaren bir azalma eğiliminde olduğu görülmektedir (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012). Romanya'da gayri resmi ödemelerin sağlık harcamaları içerisinde önemli yeri olduğu ve toplam sağlık harcamaları hesaplanırken resmi ve resmi olmayan harcamaların toplamının alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Rechel, 2009).

Romanya'nın diğer AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamaları içerisinde hastane hizmetleri, ilaçlar ve maaş ödemelerinin diğer hizmetlere göre daha fazla oranda olduğu görülmektedir. Toplam sağlık harcamalarının yarısı etkisiz bir sektör olan hastane bakımına ayrılmaktadır. Buna ek olarak toplam sağlık harcamalarının %33'ü de ilaç harcamalarına ayrılmaktadır (Anton, 2013).



Şekil 2. Kamusal kaynaklardan sağlığa aktarılan payın yıllara göre dağılımı (WHO Global Health Expenditure Atlas, 2012)

Özel hastaneler son yıllarda kayda değer bir gelişme göstermiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan verilere göre, 2009 yılında, 40'dan fazla özel hastane sağlık sigortası için sözleşme yapmışken, 2010 yılında bu sayı toplamda 52'ye yükselmiştir. Mevcut finansman sistemi içerisinde sağlık hizmetleri için özel sektöre kamu sağlık kurumlarından daha fazla ödeme yapılmaktadır. Mevcut finansal krizdeki sağlık sisteminin finansmanı kapsamında, özel hastanelerin yasadışı rekabeti kamu sağlık sigortası sistemine kaynak aktarımını bozmuştur. Özel hastanelerin yüksek komplikasyon riskli hastaları geri çevirmesine karşın kamu sağlık kurumları tüm bu taleplere cevap zorunda kabul ettiği için sistemin dengesi bozulmaktadır. Sistemin dengesinin bozulmasını önlemek için sağlık sektöründe dürüstlük ilkeleri düzenlenmeli ve uygulanmalıdır (**Stanciu, 2013**).

Özetle, Romanya'da sağlık için kamu harcamaları 2000-2010 yılları arasında artmasına karşın nüfusun sağlık durumu sürekli olarak Avrupa ortalamasının gerisinde kalmıştır. Bunun yanında sağlık durumu göstergelerinin düşük olmasının nedeni sadece finansman yetersizliği değildir. Mali kaynakların sağlık sistemi içerisinde dengesiz dağılımı da katkıda bulunan bir faktördür. Hastane hizmetlerine ve yüksek teknolojik cihazlara yüksek oranda kaynak aktarımı yapılmaktadır. Hastaların ilk muayene için hastaneye gitmeleri nedeniyle aile hekimlerinin rolü sadece bürokratik işlemler düzeyine inmektedir (**Stanciu, 2013**).

Romanya sağlık sisteminde düşük sağlık harcamaları ve kötü sağlık göstergeleri birlikte görülmektedir. Romanya sağlık sisteminin verimliliğini sağlamak için ilaçların maliyeti ve hastane bağımlılığı azaltılmalıdır. Ayrıca, sağlık yönetimi ve satın alma faaliyetleri açısından da sağlık harcamalarının etkinliğini artırmak gerektiği bildirilmektedir (**Anton, 2013**). Ulusal sağlık sisteminde 1989'dan sonra hemen başlayan finansman yetersizliğinin günümüze kadar devam eden uzun bir geçmişi vardır (**Stanciu, 2013**).

5. Romanya Sağlık Sistemi Reformu

a. Reform Süreci

Berlin Duvarı'nın çöküşünden bu yana yirmi yıl içinde, Avrupa'daki eski sosyalist ülkelerin sağlık sistemlerinde geniş çaplı değişimler olmuş ve bu değişimler halen devam etmektedir. Bu değişimler üç temel konuda yaşanmıştır. Bunlar, sağlık sigortası sistemlerine geçiş, cep ödemelerin artışı ve aile hekimliği

modeliyle birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme çabalarıdır (**Rechel, 2009**). Romanya'da da sağlık sistemindeki önemli reformlar 1989 yılında başlamıştır. Bin dokuz yüz doksan sekiz yılından itibaren merkezi ve vergi tabanlı sağlık sistemi yerine, desantralize ve sağlık sigortası sistemine geçilmiştir. Bin dokuz yüz doksan yedi yılında yayınlanan Sağlık Sigortası Kanunu sonraki yıllarda ülkenin politik, sosyal ve ekonomik değişimlerine uygunluğunu sağlamak amacıyla birkaç kez değiştirilmiştir. Süreçteki reform uygulamalarında esas olarak, desantralizasyon sürecinin devam ettirilmesi, koruyucu hekimlik, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetlerinin daha etkin olması için temel teminat paketinin geliştirilmesi, özel sektörün geliştirilmesi ile sağlık ve sosyal hizmet kurumları arasında işbirliğinin sağlanması amaçlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının bu ilkelerinin uygulanmasına destek olmak amacıyla 2006 yılında Sağlık Reformu Kanunu çıkarılmıştır (**Vladescu, 2008**).

Süreç içinde Romanya sağlık sektörü reformlarının içinde yer alan ana aktörler: (Vladescu, 2009)

- Sağlık Bakanlığı: Önemli sağlık politikalarının tümü Bakanlık düzeyinde başlatılmıştır.

- Ulusal Sağlık Sigorta Fonu: Sağlık sigortası sisteminin işleyişi için kuralları belirlemiştir.

- Maliye Bakanlığı: Kamu kaynaklarının yönetmeliklere uygun olarak harcanmasını izlemekle sorumlu devlet kuruluşudur.

- Romanya Tabipler Birliği: Reform sürecinin 1995 yılında önemli bir katılımcısı olmuştur. Hekimler, sağlık sigortası sistemini ve 1990'ların başlarında başlatılan özel sağlık uygulamalarının artışı desteklemiştir.

- Romanya Sağlık Birliği ve Pratisyen Hekimler Derneği: Geleneksel meslek birlikleri olarak faaliyet gösteren bu örgütler, Romanya'da sağlık politikasının şekillendirilmesi sürecinde kendi ilgi alanlarına ilişkin katkı sunmuştur.

- Siyasi partiler: Sağlık sektörü ve özellikle "Sağlık Bütçe Kanunu" üzerinde doğrudan etkide bulunmuştur. Sağlık politikasına yön veren Sağlık Bakanlığı ve yerel sağlık yönetim birimleri yapısında da genel olarak iktidar partisi üyeleri yer almıştır.

- Sivil toplum: Sağlık sektörü reformu ile güncel tartışma ya da görüşmeler çok az yapılmıştır.

Romanya'da sağlık reformu için izlenecek yolu belirlemek amacıyla çok sayıda komisyon kurulmuştur. Komisyon üyeleri uzmanlık alanına ve coğrafik

bölgelere göre belirlenmiştir. Bölgelere göre belirleme sürecinde hem ulusal hem de bölgesel düzeyde temsiliyet aranmıştır. Komisyonlara, danışma ve strateji geliştirilmesi olarak iki sorumluluk verilmiştir. Komisyon üyeleri konulara göre dokuz çalışma grubuna ayrılmıştır. Bunlar; finansman, sağlık hizmet sunum sistemleri, ilaç politikası, hastane hizmetleri, birinci basamak, insan kaynakları, toplum sağlığı, kalite ve hasta haklarıdır. Her komisyon 11 aylık sürede kendi alanıyla ilgili bir taslak rapor hazırlamıştır. Taslak rapor içerisinde sağlık alanındaki mevcut mevzuatlar, sektörlerle ilişkin stratejiler ve DSÖ "Herkes için Sağlık" veri tabanında yer alan Romanya Sağlık İstatistikleri Yıllığı da yer almıştır. Bu taslak rapor, Romanya Cumhurbaşkanı tarafından onaylandıktan sonra Cumhurbaşkanlığı web sitesinde yayınlanmıştır. Rapor kamuoyunda tartışılmaya başlamış ve aynı zamanda taslak rapor ülkedeki temel kamu sağlık kuruluşlarına gönderilmiştir (**Vladescu, 2009**).

Romanya'da 1989'dan bugüne kadar sağlık sektöründe, politik, sosyal ve ekonomik içerikli birçok reform yapılmıştır. Bu reformlar, sağlık sisteminin finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve kaynakların geliştirilmesine odaklanmıştır (**Anton, 2013**). Bin dokuz yüz seksen dokuz sonrası sağlık reform politikası; 1989-1996 yılları arası ve 1997 yılı sonrası olarak iki ayrı döneme ayrılabilir. Bu iki dönem sonuçları arasındaki temel fark 1996 seçimlerinden sonra sağlık mevzuatında yapılan büyük değişiklikler ve sağlık sigortası sisteminin uygulanmasıdır. Aşağıda 1990 yılından günümüze sağlık reformları ve politika önlemleri özetlenmektedir (**Vladescu, 2008; Vladescu, 2009**):

- 1992-1994: Dört ilde finansman boyutuyla birinci basamak reformu pilot çalışması
- 1993: Dünya Bankası tarafından finanse edilen uzman ekip tarafından üretilen "Sağlıklı Romanya" çalışmaları-
- 1994: Senato tarafından Sağlık Sigortası'nın onaylanması-
- 1994: Sekiz ilde birinci basamak sağlık reformu için pilot uygulama yapılacağına ilişkin Hükümet Kararı (No. 370/1994) (uygulama 1997'de sona erdi)
- 1995: Hekimler Birliği kurmak için mevzuatın çıkarılması
- 1997: Temsilciler Meclisi (uygulama 1999 yılında başladı) tarafından Sağlık Sigortası'nın onaylanması
- 1998: Halk Sağlığı Kanunu'nun yayımlanması
- 1999: Bakanlar Kurulu Kararı ile eczanelerin yer ve sayısına ilişkin kısıtlamaların başlatılması (2005 yılında değiştirildi)

- 2002: Halk sağlığı hizmet kurumlarının merkezi yönetimden yerele devri
- 2002: Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu'nun değiştirilmesi, ilk değiştirilme
- 2002: Psikiyatrik Engellilerin Koruması ve Ruh Sağlığını Teşvik Kanunu
- 2002: Ulusal Anti-Yoksulluk ve Sosyal Destek Planı, Hükümet Kararı
- 2004: Ulusal Halk Sağlığı Stratejisi
- 2005: Ulusal Sağlık Sigorta Fonu koordinasyon kararının Sağlık Bakanlığı tarafından iptali
- 2006: Sağlık Reformu Kanunu (No.95/2006)
- 2007: Sağlık Bakanlığı 2008-2010 için stratejik plan
- 2008: Desantralizasyon için Sağlık Bakanlığı Stratejisi 2007-2009
- 2008: Ulusal kontrol ve önleme stratejisinin başlatılması

Romanya'da Sağlık Bakanlığı'ndaki uzmanlar, 1992-1993 yılında Romanya'da sağlık sisteminin yeniden düzenlenmesi için yabancı uzmanların desteği ile Dünya Bankasından bir kredi ile finanse edilen "Sağlıklı Romanya" adı verilen bir proje çalışması başlattılar. Yeni bir strateji çerçevesinde sağlık hizmetlerinin reformunu içeren projenin amaçları; sağlık hizmetlerinin finansmanında devlet tekeli ve mülkiyet rolünü azaltmak, sağlık sigortasını tanıtmak ve sistemin finansmanını geliştirmek, sağlık bakanlığının siyasi ve stratejik rollerini artırmak, sistemi desantralize etmek ve hastanelerin yönetiminde özerkliği sağlamak olarak belirlenmişti (**Vladescu, 2008**).

Hükümetin 1994 yılı sonunda aldığı bir kararla, Romanya'nın sekiz ilinde birinci basamak hizmet sunumu ve ödeme sisteminde pilot olarak büyük değişiklikler başlatılmıştır. Pilot uygulama ile aile hekimine bağlı nüfusun sabit kalması yerine hastaların hekimi özgür seçmesi getirilmiştir. Çalışanlara yapılan ödeme sabit maaş yerine, yaşa göre sunulması gerekli sağlık hizmetlerinden başlıca koruyucu hekimlik hizmetleri bedeline karşılık verilen ücret (performans) ve yapılan uygulamalara, unvana, uygulamaların zorluk derecesine göre ödenen ikramiye şekline dönüştürülmüştür (**Vladescu, 2009**). Romanya "Sağlık Sigortası" Yasa Tasarısı 1994 yılında Senato tarafından ve 1997 yılı Temmuz ayında Temsilciler Meclisi tarafından onaylanmıştır. Ağır-likli olarak genel vergilendirmeye dayalı olan sağlık finansman sistemi, çalışanın gelirinin %6,5'ini ve işverenin de %7,0'sini ödediği zorunlu sigorta

primleri dayalı bir sistem ile değiştirilmiştir. Yasa öncesinde, özel sağlık kurumları kamu fonlarından nadiren yararlanıyorken yeni çıkarılan bu sigorta yasası özel sağlık sektörünün gelişmesine önemli ölçüde katkıda bulunmuştur. Ayrıca, daha önce devlete bağlı olarak mesleklerini yürüten pratisyen hekimlerin çoğunluğu bağımsız serbest meslek uygulayıcıları haline gelmiştir (**Vladescu, 2009**).

Romanya halkı ve özellikle de sağlık sistemi açısından Romanya'nın 2007 yılında Bulgaristan ile birlikte Avrupa Birliği'ne (AB) katılması önemli bir tarihtir. Romanya, üyelik süreci nedeniyle sağlık mevzuatını zorunlu olarak Avrupa Birliği şartlarına uyumlu hale getirmiştir. 2007 yılından bu yana, nüfusunun sağlık durumu ve sağlık hizmetlerini diğer AB Üye Devletleri ile karşılaştırma olanağı Romanya sağlık sistemini değerlendirme olanağı sağlamıştır. Ancak, sağlık alanında çıkarılan mevzuat ile güncel uygulamalar arasında halen önemli farklar vardır (**Vladescu, 2009**).

Romanya'da sağlık reform süreci, 2006 yılındaki 95 No'lu Kanun yürürlüğe girdikten sonra yapılan değişiklikler, güncellemeler ve hastanelerin desantralizasyonundan sonra yeni bir yola girmiştir. Devam eden Sağlık Reformu etkisiyle hem kamu hem de özel sağlık kurumlarında altyapı ve personel yapısında değişiklikler yapılmıştır. Hastanelerin yapısı değiştirilmiş, 2011 yılında yeni tip hastaneler kurulmuştur. Kamu sektöründe, yeniden yapılandırma programı çerçevesinde sağlık kurumlarının bazıları kapatılırken, üç il'de birer psikiyatri hastanesi açılması gibi bazı yeni sağlık kurumları açılmıştır. Bükreş'te, öğrencilerin tıbbi ve diş uygulamaları yaptıkları 18 hastane desantralizasyon kapsamında belediyeye devredilmiştir. Bu süreç sonunda özel hastane sayısı 43'e yükselmiştir (**Girban, 2012**).

b. Reform ve Mevzuat

Romanya'da 1995 yılından bugüne sağlık sisteminin yapısı ve organizasyonu ile ilgili birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Bunların en önemlisi Hekimler Birliği'nin kurulmasıyla ilgili (74/1995) Kanun, Sağlık Sigortası Kanunu (145/1997), Halk Sağlığı Kanunu (100/1997), Hastanelerin Organizasyonu Kanunu (146/1999) ve Eczacılık Kanunu (336/2002) hakkında yapılan düzenlemeler olmuştur. Yapılan bu yeni düzenlemeler ile sağlık sisteminin yapısı tamamiyle değişmiştir. Aralık 2001'de sosyal bakım için yeniden yasal çerçeveyi belirleyen Sosyal Hizmetler Kanunu çıkarılmıştır (**Vladescu, 2008**).

Sağlık mevzuatı çok karmaşık ve değişiklikler sık olmaktadır. Sağlık Sigortası Kanunu birkaç kez de-

ğiştirilmiştir. Bunun yanında yönetmelikler daha sık değiştirilmiştir. Mevzuattaki sürekli değişim sistemin makro ve mikro düzeyde tutarlı karar alma sürecini ve yönetimini zorlaştırmaktadır. Örneğin sağlık reformu süreci için bütüncül ve tutarlı bir çerçeve sağlamak için 2006 yılında yürürlüğe giren yeni yasanın bazı yerlerinde daha önce daha önce birkaç kez değişiklik yapılmasına karşın yine de eski mevzuatın yeni versiyonudur (**Vladescu, 2008**). Romanya Meclisi tarafından 14 Nisan 2006'da kabul edilen 95 No'lu Sağlık Reformu Kanunu'nda birincisi 05 Mayıs 2006 tarihinde olmak üzere 01 Nisan 2013 tarihine kadar 78 değişiklik ya da bazı maddelerin iptali işlemi yapılmıştır (**Privind Reforma în Domeniul Sănătății, 2006**).

Sağlık sistemini düzenleyen temel kanunlar 2000 yılından sonra da birkaç defa değiştirilmiştir. Bu değişiklikler sağlığın finansmanında iktidar partisinin yaklaşımını yansıtmaktadır. Liberaller 1997-2000 yılları arasında sosyal sağlık sigortası sistemine geçiş uygulamalarına ağırlık verirken Sosyal Demokratlar 2001'den 2004 yılına kadar sağlık sisteminde devlet kontrolünü artıran önlemlere ağırlık vermiştir. Siyasi partilerin sağlık sektörüne karşı yaklaşımları ne olursa olsun bakanlıkların bütçesinin yetersizliği ve açıkça tanımlanmış hedeflerinin olmaması, stratejilerinin eksikliği nedeniyle reform süreci yavaş ilerlemiş hatta yer yer kesintiye uğramıştır (**Vladescu, 2008**).

Seçilen yeni hükümet 2004 yılı sonunda kapsamlı bir Sağlık Reformu Yasası hazırlamış ve bu Kanun Mayıs 2006'da yürürlüğe girmiştir. Sağlık sisteminin performansını artırmak ve Hükümet'in sağlık politikası hedeflerine ulaşmak için alınması gereken önlemlerin çoğunluğu içeren bu Kanun'un 17 temel bileşeni vardır. Bu bileşenler, özellikle sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, hastaneler, toplumsal hizmetler, temel sağlık hizmetleri, ilaç ve diğer tıbbi ürünler, acil yardım hizmetleri, halk sağlığı, ulusal düzeyde ve Avrupa'da geçerli sağlık kartı (yeşil kart), ulusal sağlık programları, mesleki sorumluluk sigortası ve bir ulusal halk sağlığı okulunun kurulması ve yönetimidir (**Vladescu, 2008**).

c. Sağlık Reformunun Sonuçları

Sağlık sistemi performansı sıralamasında Romanya 99'ncü sıra ile Arnavutluk (55), Slovakya (62), Macaristan (66), Türkiye (70), Estonya (77) gibi ülkelerin gerisinde ve daha kötüdür (**Vladescu, 2009**).

Romanya'da, sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerine erişim diğer Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ve

sanayileşmiş ülkelere göre hala düşüktür. Avrupa Birliği'nin yeni diğer üyeleri ile karşılaştırıldığında reformun sağlık sonuçlarının ülke düzeyinde kötü olduğu bildirilmektedir. Romanya sağlık sistemi bugünkü haliyle, diğer AB ülkelerine göre düşük verimlilik, düşük sağlık sistemi performansı (ölçütler ve sonuçlar açısından) ve yetersiz finansman ile karakterizedir (**Anton, 2013**).

Nüfusun sağlık durumunun analizi sonucunda sadece AB düzeyinde değil DSÖ Avrupa bölgesinde de Romanya'nın sağlık göstergeleri en kötüler arasında yer almaktadır. Morbidite ve mortalite verilerini içeren sağlık göstergesi sonuçları gelişmiş ülkelere benzer şekildeyken (Kalp-damar hastalıkları nedeniyle yüksek mortalite, kanser insidansının artışı) ve bazı özel göstergeler ise (Tüberkülozdan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara kadar bazı bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkması) gelişmekte olan ülke sonuçlarına benzemektedir. Bu durum, karışık bir gelişmişlik düzeyini göstermektedir (**Vladescu, 2009**). Eğilim son yıllarda aşağı doğru olsa bile Romanya, Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde tüberküloz insidans açısından en yüksek değere sahiptir. Romanya'da düşük eğitim düzeyi ve düşük yaşam standartlarının sonucunda frengi, hepatit, kızamıkçık ve kabakulak gibi bulaşıcı hastalık vaka sayıları çok fazladır (**Anton, 2013**).

Sağlık sisteminin performansı ile güçlü bir şekilde korelasyon gösteren, özellikle bebek ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, anne ölüm oranı ve diğer ölüm oranları açısından Romanya'nın AB içerisinde en kötüler arasında olduğu rapor edilmektedir (**Vladescu, 2009; Anton, 2013**). Romanya'da bebek ve anne ölümleri 1990 yılından bu yana düşmesine rağmen bebek ve anne ölüm hızı Avrupa Bölgesi'nde en yüksek ülkeler arasındadır. BÖH 2006 yılında 1000 canlı doğumda 13,91 ve AÖO 100.000 canlı doğumda 15,49 olarak bildirilmiştir (**Vladescu, 2008**). Çocuk ölüm hızı 2009 yılında 2000 yılına göre %50 azalmakla birlikte hala AB ülkeleri arasında en yüksek değerdir (**Anton, 2013**).

Sağlık göstergelerindeki bozulma, nüfusun yaşlanma sürecinde olmasına, biyolojik ya da çevresel ya da yaşam tarzı risk faktörlerinin birlikte etkilemesine, olumsuz sosyoekonomik durumun etkisine ve sağlık hizmet sunumunun niteliğindeki değişime bağlanmaktadır. Birincil ve ikincil koruyucu sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunulması durumunda bu ölümlerin yaklaşık %20'sinin önlenileceği kabul edilmektedir (**Vladescu, 2009**).

Halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirildiğinde yıllar içinde sağlık hizmetinden memnun olmayanların oranının arttığı (2003 yılında %23, 2005 yılında %31) saptanmıştır. Nüfusun memnun olmadığı alanlar: hastane hizmetleri (%37), aile hekimliği hizmetleri (%19), ayakta tedavi hizmetleri (%9) ve acil hizmetleridir (%7). Romanya'da sağlık sisteminin halk arasında toplumun en bozuk parçalarından biri olduğu algısı da toplumda genel hoşnutsuzluk duygusunu artırabilir (**Vladescu, 2008**).

Yapılan çalışmalar sonucunda; az sayıda kişinin doktor değiştirdiği, ama aile hekimlerinin daha fazla "hasta odaklı" haline geldiği belirtilmektedir. Aile hekimlerinin konsültasyonlarının %21, ev ziyaretlerinin %40 arttığı belirtilmektedir. Doktorların gelirlerinin ortalama %15 arttığı belirtilmektedir. Öte yandan kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sağlık hizmetlerine erişim farklılıklarının devam ettiği, sınırlı mali teşviklerin kırsal alanlara daha fazla hekim çekmek için yeterli olmadığı belirtilmektedir (**Vladescu, 2008**).

Romanya sağlık sisteminin bir diğer önemli sorunu, hizmet sürekliliğini sağlamak amacıyla sağlık kurumları arasındaki entegrasyon eksikliği olduğu ve bu kurumlar arası bağlantının yetersizliğinin çeşitli seviyelerde mevcut olduğu görülmüştür. Birinci basamak ile hastaneler arasında, sağlıklı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetler arasında fonksiyonel hiçbir bağlantı yoktur. Uzmanlaşmanın arttığı ve disiplinler arası ekip çalışmasının yetersiz olduğu, tedaviyi temel alan bugünkü model kurumlar arası entegrasyonu engelleyen önemli bir faktördür. Bu koşullar altında, uzun süreli bakım, evde bakım ve sosyal hizmetler çok zayıf kalmıştır (**Vladescu, 2009**).

Romanya'da hastaneye yatış oranı göreceli olarak yüksektir. Bu durum, birinci basamağın ve ayaktan tedavi hizmetlerinin yeterince ve verimli kullanılmamasının yanında sağlık hizmetlerinin farklı seviyelerde, parçalanmış ve yetersiz olarak sunulmasının göstergesidir (**Vladescu, 2008**).

Romanya'nın AB'ne katılım sürecinde Avrupa Birliği şartlarına mevzuat uyumu da sağlanmıştır. Ancak, halen yasal gelişmeler ve güncel uygulamalar arasında bir boşluk, yerel de kötü idari kapasite, yerel düzeyde hesap verme mekanizmalarının eksikliği, yerel düzeyde kamu kurumları yöneticileri ve seçilmiş yetkililer arasında yetersiz iletişim vardır (**Vladescu, 2008**).

Sağlık veri yönetimi, Sağlık Bakanlığı ve ona bağlı birimler, Ulusal Sağlık Sigortası Merkezi, ulusal sağlık programları, hastaneler, özel sağlık merkezleri, araştırma ve eğitim kurumları gibi birbirinden farklı birimler tarafından kontrol ve koordine edilmektedir. Tanımlar, göstergeler, kodlama sistemleri, sınıflandırmalar, vb standartlar konusunda eksiklikler vardır. Bu nedenle sağlık veri yönetimi de kötü ve yetersiz olarak değerlendirilmektedir. Veriye erişilememesi ya da eksik olması, verilerin tutarsızlıkları sağlık sisteminin işleyişi ve karar verme sürecinde oldukça olumsuz etkiye yol açmaktadır (Vladescu, 2009).

1989'dan sonra sağlık sisteminde uygulanan politikalar sonucu yaşanan sorunlar: (Vladescu, 2008).

- GSYİH'dan sağlığa ayrılan payın nispeten düşük oranda kalması
- Kaynakların merkezi düzeyde kalması ve adaletsiz dağılımı
- Doktorlarda genellikle düşük ücret ve istihdam yetersizliği nedeniyle motivasyon eksikliği yaşaması
- Düzenlemeden öte dikey örgütlenmiş sisteme dayalı katı bir hiyerarşik komuta ve kontrol yapısı
- Sonuçtan bağımsız olarak finansal akışın olması
- Yerel ihtiyaçlara sağlık sisteminin yeteri kadar yanıt verememesi
- Düşük kaliteli birinci basamak hizmetleri
- Düşük sevk oranları
- Tedavi hizmetlerinin fazlaca hastane tabanlı olması
- Yatak ve personel sayısına göre ekipman ve ilaçların yetersiz kalması
- Ulusal ve yerel düzeyde ilgili halkın sağlık sorunları karşısında duyarsızlığı, sorunlara yabancılaşması
- Bölgeler ve farklı sosyal gruplar arasında sağlıkta eşitsizliğin artması
- Ruh sağlığı hizmetleri açısından eski, ayrımcı bir sistem

Sağlık insangücüne etkisi: Sağlık iş gücü göçü

Hekim, hemşire ve ebelerin diplomalarının Ocak 2007 sonrasında AB ülkeleri içinde geçerliliği kabul edilmiştir. Sağlık Bakanlığı bu diplomaların geçerliliğini değerlendirip bir sertifika karşılığında onaylama işlemini yürütmüştür. İki bin yedi Ağustos sonu itibarıyla sertifika için başvuran 3500 hekimden (diş hekimi ve eczacılar da dahil), 2800'ünün serifikaları onaylanmıştır. Ayrıca, hemşire ve ebeler için

uygunluk belgesi almak üzere yaklaşık 2600 başvurmuş durumdadır (Vladescu, 2008).

Romanya'da nüfus başına düşen doktor, hemşire, eczacı sayısı ve yıllık başvuru sayısı AB ülkeleri içerisinde en düşüktür. Bu durum, temel sağlık hizmetleri sunumunun yetersizliğini ve temel sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanabileceğini düşündürmektedir. Sağlık personelinin ve özellikle hekim sayısının kırsal alanda kentsel alandan birkaç kat daha düşük olduğu, hatta aynı durumun eczane, hastane veya sağlık merkezleri gibi bütün sağlık kurumları için de geçerli olduğu bildirilmektedir. İki bin dört yılı Romanya sağlık istatistikleri sonuçlarına göre kentsel bölgede aile hekimliği birimlerinde hekim eksikliği yok iken kırsal bölgede 98 birimde hekimin bulunmadığı, kentsel bölgede 100.000 kişiye 51,3, kırsal bölgede 46,2 aile hekimi düştüğü belirtilmektedir. Sağlıkta dönüşüm sürecinde Romanya'da bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişimde farklılığın gelişmesinin nedenleri arasında personel dağılımındaki bozukluğun da etkisinin olduğu düşünülmektedir (Vladescu, 2009).

Romanya'da gençlere sağlık alanında herhangi bir meslek seçmeleri yönünde yeterli desteğin verilmediği ve eğitim süreci ve sonrası uygun yerleştirme yapılmadığı, sağlık personelinin gelirlerinin ortalama gelir ile karşılaştırıldığında oldukça düşük olduğu ve maaşlarının düşük olmasının sağlık sektörü için önemli bir sorun alanı olduğu bildirilmektedir. Çünkü gelir ve verilen hizmetlerin hacim veya kalitesi arasında bir bağlantı vardır (Vladescu, 2008; Vladescu, 2009). Sağlık personelinin ücretleri 2008 tarihine göre %50 artmasına rağmen ücretler halen Batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında çok düşüktür. Hastalar tarafından, daha dikkatle tedavi edilmesi için ya da bir "şükran göstergesi" olarak sağlık çalışanlarına ödenen gayri resmi ödemelere rağmen sağlık çalışanlarının ücretleri halen düşüktür. Bu düşük ücretler, sunulan hizmetlerin miktarı ve kalitesini olumsuz olarak etkilenmekte ve sağlık çalışanlarının Batı Avrupa ülkelerine yönelik göçüne neden olmaktadır (Stanciu, 2013). Bu sorunlar sonrasında doktor, hemşire başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının işgücü olarak ülke dışına göçlerinin endişe verici düzeye ulaştığı bildirilmektedir. AB girişi sonrasında sağlık işgücünde artan hareketlilik Romanya sağlık sisteminde sorun yaratmaya devam edecek gibi görünmektedir (Vladescu, 2008; Vladescu, 2009) AB'de 100.000 nüfus başına ortalama 315 hekim düşerken Romanya'da 192 hekim düştüğü, AB içinde nüfusun sağlık personeline kapsanma seviyesinin

en düşük Romanya olduğu bildirilmektedir. Bu durum Romanya sağlık sektöründe insan kaynakları yönetiminin yetersizliğine bağlanmaktadır (**Vladescu, 2009**).

Sağlık sistemindeki olumsuzluklar ve nüfusun sağlık durumunun yetersizliği nedeniyle sağlık sistemi reformunun öncelikli yönlerini belirlemek için 2008 yılında Cumhurbaşkanlığı Sağlık Komisyonu kurulmuştur. Komisyon, sağlık yetkililerinin etkisi altında olan orta dönem sonuçları saptamaya ve müdahale alanlarına odaklanmaya karar vermiştir. Böylece, sağlık sisteminin işlev bozukluklarını ele almak amacıyla altı büyük sorun alanı ve bu alanlara yönelik çözüm önerileri sunulmuştur (**Vladescu, 2009**):

1. Sağlık Sistemi Finansmanı

- Sağlık sektörünün finansman düzeyinin artırılması
- Şeffaf kriterlere ve tıbbi kanıtlara dayalı bir sağlık kaynak dağıtım sisteminin geliştirilmesi
- Etkili ve kaliteli tıbbi uygulamaların temel alındığı ödeme mekanizmalarının belirlenmesi ve desteklenmesi

2. Sağlık Sistemi Örgütlenmesi

- Örgütlenme ve desantralizasyon kararı ile sistemin yeniden düzenlenmesi
- Sağlık sigortası sisteminin kalitesinin geliştirilmesi
- Sağlık sektörü bilgi/veri sisteminin yeniden düzenlenmesi

3. İlaç Politikası

- Geri ödeme yapılacak ilaç listesinin hazırlama sürecinin iyileştirilmesi
- Kamu kaynaklarının maliyet etkin kullanımını sağlamak için ilaç geri ödeme kuralları ve fiyatlarının belirlenmesi
- Akılcı ilaç kullanımı ve reçete öncesi sürecin izlenmesi için reçete görüntüleme sisteminin oluşturulması

4. Birinci basamak hizmetlerinin yaygınlaştırılması

- Birinci basamakta disiplinlerarası ekip çalışmasının geliştirilmesi
- Kullanım verimliliği ve sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu yükselterek, birinci basamak düzeyinde kaynak tahsisinin iyileştirilmesi
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini insan kaynakları, fiziki altyapı, bilgi ve iletişim sistemleri ve tıbbi malzeme gibi alanlarda geliştirmek

5. Hastane Hizmetlerinin düzenlenmesi

- Hastane hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi
- Hastane yönetiminin desantralizasyonu ve hastane yönetimlerinin il düzeyinde kurulması
- Hastalara hizmet sunumunda kalite ve verime dayalı yeni hastane hizmetleri finansman yöntemlerinin çeşitlendirilmesi ve kullanımının sağlanması
- Tedavi altındaki hasta bakımının sürekliliğini ve ekonomik verimliliğini güvence altına almak amacıyla yeni yönetim metodlarının geliştirilmesi

6. İnsan Kaynakları

- Sağlık insan kaynaklarının eğitimi, geliştirilmesi ve tahsisi için tutarlı bir sektörel politika hazırlanması
- Romanya'da sağlık sektöründe insan kaynaklarının kullanılabilirliğinin artırılması
- Sağlık sektöründe profesyonel kariyer gelişiminin teşvik edilmesi

Romanya Hükümeti'nin 2013– 2016 "Hükümet Programı"nda sağlık alanında belirlediği önümüzdeki sürece ilişkin hedefler, sistemdeki eksiklikleri ve yapılacakları göstermesi açısından önemlidir (**Programul De Guvernare 2013-2016, 2013**). Bu programda aşağıda belirtilenler yer almaktadır:

- Toplumun sağlık düzeyini artırmak için sektörler arası sağlık politikalarının uygulanması
- Sağlık sigortası kanununun gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesi
- Sağlık sistem performansını geliştirmek için aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları ile birinci basamaktaki rolünün artırılması ve çeşitlendirilmesi
- Halk sağlığı politikalarına daha fazla kaynak ayrılması
- Kronik hastalıklar ve kanser gibi hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için tarama programları uygulanması
- Sağlık sistem yönetiminde performans kriterlerinin geliştirilmesi
- Sağlık veri paylaşım sisteminin (sürveyans sistemi) kalitesinin artırılması
- Temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması
- Yerel yönetimler, okullar, sosyal hizmetler vb kurumların sağlık hizmetleri uygulamalarına katılımının artırılması
- Ulusal sağlık programları'nın profesyonel yönetiminin sağlanması

- Yatay bir etkin veri paylaşım sistemi sağlanması ve dikey olarak sağlık sisteminin tüm bileşenlerinin entegrasyonu
- Sigortalı ya da sigortasız bütün topluma temel sağlık hizmetleri paketinin sunulması
- Sağlık çalışanlarının mesleğe ilgilerini artırmak amacıyla maaşlarının düzenlenmesi

Romanya sağlık sistemi, 20 yıldan fazla süredir sunulan hizmetin ve çalışma koşullarının sürekli bozulduğu, sağlıkta reform olarak adlandırılan bir süreç yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerin sunumunda sürekli bir azalma, sağlık çalışanlarının daha iyi çalışma koşulları için başka ülkelere göç etmesi ve toplumun halk sağlığı uygulamaları ile tedavi hizmetlerine erişiminin sınırlandığı bu durum, reform sürecinin uzun dönemdeki finansal etkilerine bağlıdır. Son zamanlarda tıbbi alanda reformlar uygulamış AB'deki bazı ülkelerin sağlık alanındaki durumu ile Romanya arasında çok fazla zıtlıklar vardır. Sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesi açısından, Romanya'da kabul edilen politikalar ve güncel tıbbi uygulamaların her ikisi de AB'deki diğer bütün ülkelerden çok fazla geride bulunmaktadır. Bu nedenle, yirmi yıldır Romanya halk sağlığı sistemi, sürekli olarak sağlık hizmetlerinin performansı ile ilgili sıralamanın sonunda, morbidite ve mortalite oranları açısından da ön sıralarda yer almaktadır (Stanciu, 2013).

6. Romanya ve Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Sürecinin Karşılaştırılması

Romanya ve Türkiye'de sağlıkta reform süreci birlikte ele alındığında "sağlıkta reform" sürecinin hem kendisi hem de sonuçları açısından birçok benzer yanının olduğu izlenmektedir. Romanya ve ülkemizdeki reform uygulamasının benzerlikleri aşağıdaki başlıklarda gruplanabilir: (Akdağ, 2008; Hamzaoğlu, 2009; Kurt, 2011a; Kurt 2011b; Pala, 2007; Sülkü, 2011; 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık, 2011)

a. Reform için amaç söylemi benzerliği:

- Temel sağlık hizmetlerine adil erişim
- Sağlık hizmetlerinin maliyet ve verimliliklerinin kontrolü
- Sağlık Bakanlığının planlayıcı ve denetleyici bir rol için yeniden yapılandırılması
- Sağlık sigortası fonunun kurulması

b. Süreç benzerliği:

- Reformların teorik ve maddi destekçilerinin Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası olması

- Ulusal finansal ve insangücü kaynaklarının yetersizliği
- Reform kadrolarının deneyim yetersizliği
- Siyasal, ekonomik değişikliklerin devam etmesi
- İleri teknoloji harcamalarında artış
- Özel sektörün bütün hastaları kabul etmemesi
- İlaç izlemi, karekod uygulaması
- Sağlık reformlarıyla ilgili birçok kanun çıkartılması
- Sağlık mevzuatının çok sık değişimi
- Özerk ve kapsayıcı bir sosyal sağlık sigortasının hazırlanması (Ek ve tamamlayıcı sigorta)
- Özel sağlık sigortası sisteminin geliştirilmesini teşvik
- Sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında rekabeti teşvik
- Bireylerin muayene, tetkik, ilaç kullanımının teşviki
- Hastane ve tedavi hizmetlerinin ön plana geçmesi
- Sağlık harcamaları içerisinde hastane, tetkik, tedavi ve ilaç harcamalarının oranının artışı
- Performans sonucu alınacak ücretin sunulan sağlık hizmetlerinin önüne geçmesi

c. Sonuç benzerliği:

- Sağlığın piyasalaştırılması
- Finansman sisteminin değişimi
- Sağlık kurumlarının altyapısının özelleştirilmesi
- Sağlık hizmeti sunan ve bu hizmeti satın alan kurumların ayrılması
- Sağlık hizmetlerinin bütün basamaklarıyla yerleştirilmesi
- Sağlık göstergelerinde önemli düzeyde iyileşme olmaması
- Sağlık finansman krizinin artarak devam etmesi
- Sağlık çalışanlarının reform sürecinden memnun olmamaları
- Çalışanların maaş ödeme şeklinin değişimi
- Sağlık hizmet basamakları bütünlüğünün bozulması

Romanya ve Türkiye sağlıkta dönüşüm sürecinin benzer yanlarını ele alırken yukarıda belirtildiği gibi; sağlık hizmetleri bütün basamakları ve kurumlarıyla piyasalaştırılmış ve yerleştirilmiştir. Ülkemiz

boyutu ile değerlendirecek olursak; aile hekimliği modeli ile birinci basamak özelleştirilmiş, Kamu Hastaneleri Kurumu ile de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının özelleştirilmesi için büyük bir adım atılmıştır. Aile hekimlerinin Vali ile sözleşme yapması ve il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri'nin kurulması da yerelleşme açısından önemli bir değişim olmuştur. Romanya örneğinden çıkarak ülkemiz için bir öngörude bulunacak olursak; yakın zamanda sağlık kurumlarının yönetim ve finansmanının valilik ya da belediyeler tarafından kontrol edileceği bir yapı ortaya çıkabilir. Birinci basamak sağlık kurumlarına yapılan ödemeler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılabilir. Hastaneler belediyelere devredilebilir. Buna ek olarak sağlık finansmanın da yerel düzeyde toplanması ve yerel düzeyde ihtiyaca göre dağıtılmasını temel alan değişiklikler yapılabilir. Bütün olarak bakıldığında; sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı azalabilir, sağlıkta eşitsizlikler artabilir. Romanya'da olduğu belirtilen sağlık hizmet sunumunda görülen etik olmayan uygulamalar ülkemizde de görülebilir.

Sonuç

Kapitalizmin krizlerinin sonucusundan çıkış için sihirli bir formül olarak sunulan küreselleşme ve buna bağlı olarak özelleştirme uygulamaları sağlık alanında kendini "reform salgını" olarak göstermiştir. Merkez kapitalist ülkelerin komşularından olan Romanya'da 1989 sonrası başlayan sağlık reform sürecinde, sağlık örgütlenmesi ve finansmanında köklü değişiklikler yapılmıştır. Reform sürecinde merkezi düzeyde Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ve Sağlık Bakanlığı olarak iki ana aktör yer almıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunumundan uzaklaşarak "düzenleme, yasal çerçeveyi oluşturma, politika belirleme, değerlendirme" işlevlerini üstlenmiştir. Reform sürecinde hem merkezi hem de yerel düzeyde hekim birliklerinin destekleyici yönde önemli rolü olmuştur. Sağlık örgütlenmesi yerel düzeyde, merkezi yapının benzeri olarak gelişmiştir. İl düzeyinde halk sağlığı müdürlüklerinin yanında sigorta fonları da yer almıştır. Her ilde bulunan İl Halk Sağlığı Müdürlüğü bir yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Başkanın hekim olduğu yönetim kurulunda bir de muhasebeci yer almaktadır. Reform öncesi merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak hizmet veren hastanelerin yönetimleri de ekonomik verimliliği artırmak söylemiyle yerelleştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 1999 yılından sonra sağlık hizmet finansmanı üzerinde doğrudan söz sahibi olmuştur. Sağlık harcamalarında yerel bütçe ve vergilerin önemli yer tutması ve harcamalara ayrılacak

kaynakların harcama kararlarının yerel birimlerce alınması sağlanarak; sağlık örgütlenmesine ek olarak sağlık finansmanını da bir ölçüde yerelleştirilmiştir.

Sonuç olarak çeyrek yüzyıl önce Orta Avrupa ülkeleri ile birlikte Romanya'da da başlayan sağlık reformu bütün hızıyla devam etmektedir. Toplumun sağlık düzeyini artırmayı, bütün toplumu kapsamayı ve ekonomik olarak sürdürülebilir bir yapıyı hedefleyerek yapılan reform uygulamaları ülkede birçok olumsuzlukla sonuçlanmıştır. Halkın sağlığa erişiminde eşitsizlikler meydana gelmiştir. Sağlık çalışanları da bu süreçten etkilenmiş, ülke dışına sağlık çalışanı göçü başlamıştır. Romanya'da, morbidite ve mortalite eğilimleri son yıllarda olumsuz yönde değişmiştir. Kronik hastalık prevalansı sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler nedeniyle artmıştır. Romanya sağlık göstergeleri açısından DSÖ Avrupa bölgesindeki ülkeler arasında en kötü duruma gelmiştir.

Kaynaklar

- 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık.** (2011) Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Birinci Baskı, Mayıs 2011, Ankara ISBN 978-605-5867-42-3
- Akdağ, R.** (2008) İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749. ISBN 978-975-590-273-9
- Anton, S.G.** (2013) Sustainable financing solutions for the Romanian health system. *Revista De Economie Socială* Vol. III, Nr. 2/2013:113-122.
- Baseline country survey on medical devices 2010.** (2010) Romania. Erişim tarihi: 10 Ağustos 2013, http://www.who.int/medical_devices/countries/rou.pdf.
- Girban, M.** (2012) Privatization of the Romanian Health System - From Theory To Practice. *Management in Health* 16(1): 18-20.
- Hamzaoğlu, O.** (2009) "Kapitalizmde sağlık hizmetleri ve Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Reformu (Almanak 2008)", *Sosyal Araştırmalar Vakfı*, ISBN (Yayın) No: 605897157-8.
- Kurt, A.Ö., Ögenler, O., Yapıcı, G., Ergönül, H., Polat, S., Şaşmaz, T., Görür, K.** (2011a) Mersin İlinde hekimlerin sağlıkta dönüşüm programından etkilenme durumu ve görüşlerinin değerlendirilmesi. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011 Trabzon: 319.
- Kurt, A.,Ö.** (2011b) Türkiye'de sağlık alanındaki mevzuat ve hukuksal düzenlemelerin incelenmesi: 01/01/2010 - 30/06/2011. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011 Trabzon: 353.
- Pala, K.** (2007) Türkiye için nasıl bir sağlık reformu? Erişim tarihi: 01 Eylül 2013. http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf.
- Privind Reforma în Domeniul Sănătății** (2006) (Acte modificatoare). LEGE Nr. 95 din 14 aprilie 2006 Erişim tarihi: 15 Ağustos 2013, http://www.ms.ro/documente/Legea%2095%202006_12548_11878.pdf.

Programul De Guvernare 2013-2016 (2013). Erişim tarihi: 13 Ağustos 2013, <http://www.gov.ro/upload/articles/117011/program-de-guvernare-2013-2016.pdf>.

Rechel, B., McKee, M. (2009) Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet* 374: 1186-95.

Sanatate. (2011). (Romanya 2011 yılı istatistikleri). Erişim tarihi: 07 Ağustos 2013, http://www.insse.ro/cms/files/Anuar%20statistic/07/07%20Sanatate_en%20.pdf.

Stanciu, M., Jawad, A.D. (2013) Public Health Services in Romania in Terms of European Policies. *Journal of Community Positive Practices*, XIII(1):26-44.

Sülkü, S.N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Yayın No: 2011/414.

Vladescu, C., Scintee, G., Olsavszky, V., Allin, S., Mladovsky, P. (2008) Romania: Health system review. *Health systems in transition*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 1-172.

Vladescu, C., Galan, A., Olsavszky, V., Scintee, S.G. (2009) Romanian health system strategic directions for the next decade. *Italian Journal of Public Health* 6(1): 21-9.

WHO (2012) *Global Health Expenditure Atlas W 74*. WHO 2012. ISBN 9789241504447 Erişim tarihi: 10 Ağustos 2013, <http://www.who.int/nha/atlas.pdf>.