

İNGİLTERE ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Bülent KILIÇ*, Dr. Çiğdem BUMİN**

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi NHS (National Health Service), kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip olması nedeniyle sağlık sistemleri içerisinde haklı bir öneme ve şöhrete sahiptir. NHS'nin ayrıntılı olarak incelenmesi İngiliz hükümetlerince değiştirilmeye (reform edilmeye !) çalışıldığı şu son yıllarda özellikle ayrı bir önem kazanmıştır. Bunun yanısıra Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı'nca "yeni" bir uygulama olarak Aile Hekimliği gündeme getirilmek istenmektedir. Kanımızca bu nedenle de Aile Hekimliğini uygulayan İngiliz sağlık sisteminin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir. NHS'yi diğer batılı ülkelerden ayıran iki temel özellik vardır:

1 — Hemen hemen tüm batılı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, NHS'de sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır.

2 — İngiltere'de Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'dan sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani NHS'de daha az bir harcama ile daha iyi bir sağlık hizmeti verilmektedir.

Bu yazıda NHS'nin bu iki özelliği, örgütlenme ve finansmanı incelenecek ve yazının son bölümünde İngiltere hükümetlerinin son on yıldır NHS'de yapmaya çalıştıkları değişiklik çabalarına ve bunların eleştirilerine yer verilecektir.

I — GİRİŞ :

NHS, 6 Kasım 1946 yılında kabul edilen bir yasa ile kurulmuş olup, 1948 yılından beri uygulanmaktadır. NHS öncesinde ise İngiltere'de, 1911 yılında Lloyd George tarafından çıkartılan Sağlık Sigorta Yasası yürürlükteydi. Bu yasa sadece düşük gelirli işçilerin işverenleri tarafından sigortalanmasını zorunlu tutmaktaydı¹.

* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

** Gazi Ü. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.B. Dalı Öğretim Üyesi, Doç. Dr.

Günümüzdeyse İngiliz sağlık sektöründe insan gücü, finans ve organizasyona yön veren üç güç vardır^{1,2}:

1 — Sağlık Bakanlığı (The Department of Health and Social Security). Parlamente'ye karşı NHS'nin yürütülmesinden sorumludur. Yani ülkedeki sağlık hizmetlerinin % 90'nını kapsayan bir sorumluluğu vardır.

2 — İngiliz Tabipleri Birliği (The British Medical Association: BMA). Esas işlevi NHS'de ve özel sektörde çalışan Genel Pratisyen ve uzmanların ücretlerini ve çıkarlarını korumaktır. Bu anlamda İngiliz hekimlerinin sendikası olarak işlev gördüğü söylenebilir. 1832 yılında kurulan BMA 1971 yılından itibaren de Sendikalar Yasası kapsamına girmiştir.

3 — Kraliyet Tıp Kolejlere (Royal College of Physicians of London vb.). Mezuniyet sonrası eğitim ve araştırma faaliyetlerinde önemli derecede rolleri vardır. Ayrıca 16. yy.dan beri ülkedeki eğitim hastanelerinin şeflerini belirlemede geleneksel bir güçleri vardır. Bir anlamda ülkedeki elit tıp kesiminin örgütüdür.

Fakat yukarıda saydığımız bu üç yapı arasında çeşitli çekişmeler olduğundan BMA, 1858'de her üç yapıdan da üye alan bir uzlaşma kurulu oluşturulmasını önerdi. Böylece Genel Tıp Konseyi (General Medical Council = GMC) kurulmuş oldu. Bugün de İngiltere sağlık sektöründeki güçlerin uzlaşma kurulu niteliğini sürdüren GMC'nin görevleri şunlardır^{1,2}:

a) Tıp eğitim standartlarının belirlenmesi, bu eğitimi veren kuruluşların denetlenmesi, tıp öğrencisi ve uzman sayılarının belirlenmesi.

b) Yurttaşların sağlık hizmetleri konusundaki haklarını korumak, tıbbi usulsüzlük durumunda yaptırımlarda bulunmak.

II — NHS'NİN TEMEL ÖZELLİKLERİ :

NHS'nin temel felsefesini "Sağlık Bir Haktır" (Health is a right) cümlesi ile özetlemek mümkündür³. Temel özelliklerini ise üç maddede toplayabiliriz^{3,4}:

a) Ödeyebilme gücüne bakmaksızın tüm vatandaşları kapsamayı ve herkese eşit sağlık hizmeti vermeyi amaçlaması.

b) Finansmanın genel vergilerle karşılanması dolayısıyla kişilerin sağlık hizmetini alırken ücret ödememeleri veya aylık prim yatırmamaları.

c) Sağlık hizmetlerini tümelci bir elle vermeyi ilke edinmesi. Yani koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici hizmetleri bir arada vermeye çalışması.

NHS çerçevesinde gerçekleştirilen standardizasyonun en önemli temel noktalarıysa şunlardır⁵:

1 — Sağlık Kurumlarının tamamına yakını kamulaştırılmıştır.

2 — Hizmet nüfusa orantılı olacak şekilde düzenlenmiştir.

3 — En uç noktada **Genel Pratisyen (General Practitioner = GP)** veya Türkiye'deki adıyla Aile Hekimi olmak üzere, sağlık hizmeti en basitten en spesifikine doğru basamaklandırılmış ve basamaklar arası akışın son derece iyi sağlandığı bir sevk zinciri kurulmuştur.

III — ÖRGÜTLENME :

Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı (SB)'nin merkezi sorumluluğu altındadır. SB'na ise iki ana yönetim birimi bağlıdır³:

1 — Bölge Sağlık Yönetimi : Regional Health Authority (RHA)

İngiltere'de her biri 2-5 milyon nüfustan sorumlu olan 14 adet Bölge Sağlık Müdürlüğü vardır ve bunların yöneticileri SB'nca atanırlar. RHA'lar SB'nin hastanelerle ilgili yönetsel görevlerinin dekonsantre edildiği bölgelerdir⁶. Her RHA'nın merkezce belirlenen bir bütçesi vardır. RHA'lar Hastane Yönetim Komiteleri, konsültanlar, uzman hekimler, özel dal hastaneleri ve kan transfüzyon merkezleri gibi bazı özel birimlerle ilgilenir⁴. RHA'ların bir alt basamağında **Alt Bölge Sağlık Yönetimi (District Health Authority, DHA)** vardır^{7,8}. Her RHA'ya ortalama 10-20 arasında değişen sayıda DHA bağlıdır. Tüm İngiltere'de 192 adet olan DHA'lar Bölge Sağlık Yönetimlerine bağlı olarak çalışan ve genellikle bir hastane, yaşlılar bakımevi, ruh sağlığı birimi gibi yapıları içeren küçük idari birimlerdir. Ayrıca her DHA'ya bağlı bir Toplum Sağlık Konseyi bulunur⁴ (bkz:s-1).

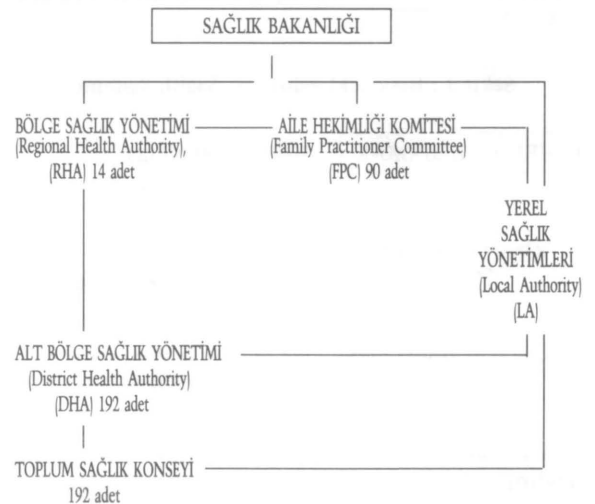
NHS'deki bu örgütlenme eskiden üçlü bir yapı içermekteydi. Bunlar Regional Health Authority, Area Health Authority ve District Health Authority olarak üstten aşağı sıralanıyordu. 1982 yılında bu üçlü yapıdan Area Health Authority'ler (90 adetti) kaldırıldı. Geri kalanlar ise 14 RHA ve 192 DHA olarak yeniden düzenlendi⁹.

2 — Aile Hekimliği Komitesi: Family Practitioner Committee (FPC)

Birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm GP'ler, eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır^{3,4}. FPC'ler İngiltere'de 90 adet olup GP'lerin anlaşma yapmak zorunda oldukları yönetim birimleridir. Dolayısıyla GP'lerin ülkedeki dağılımını ve sayılarını belirlemede rolleri vardır.

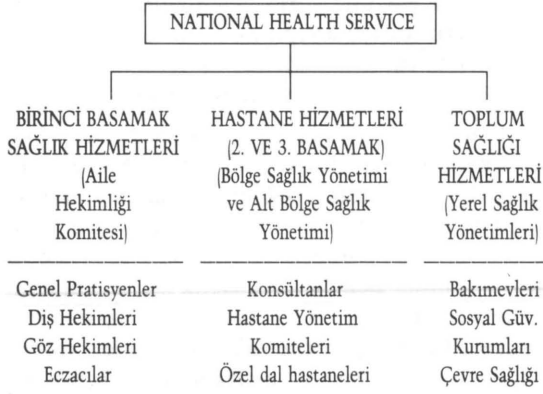
SB'na bağlı bu iki ana birim dışında bir de "**Yerel Sağlık Yönetimleri**" (**Local Authority: LA**) vardır. Bu yönetimler tanımlanmış coğrafik alanları ve yasal statüleri bulunan, yöneticilerinin seçimle iş başına geldiği birimlerdir⁶. Türkçedeki karşılığı yerel yönetim olan bu birimler aslında yerel sağlık idaresi anlamında olduğu için çeviri bu şekilde yapılmıştır. Fakat Türkiye'deki yerel yönetimlerle benzerlikleri yoktur. Bu yönetimler çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermede yerel özellikler taşırken Sağlık Bakanlığı ile de ilişkileri vardır, yani tam olarak ayrı yönetimler değildir ve bizdeki belediyelerle karıştırılmamalıdır. Yerel Sağlık Yönetimleri (LA) ilk olarak fakirler ve yoksullar için geliştirilmiş olup koruyucu hizmetler, bulaşıcı hastalıklar, hamile kadınlar ve çocukların takibi ile ilgileniyordu. NHS kurulduktan sonraysa bu hizmetlerin hastanecilikle ilgili kısımları SB'na bağlanırken toplum sağlığıyla ilgili kısımları, çevre sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri, yaşlıların bakımevleri gibi sosyal hizmetler LA'lara bırakıldı. Fakat hastaneler ve GP'lerle LA'lar arasında tam bir eşgüdüm ve koordinasyon sağlanamadığı için verilen hizmetlerde duplikasyonlar ve organizasyon bozuklukları oluşuyordu⁴. Bu nedenle 1974'te sistemde yeni bir düzenlemeye gidildi. Fakat bu organizasyon bozukluğu tam olarak giderilemedi. Şekil 1'de SB'ı ve alt birimler arasındaki ilişki görülmektedir:

Şekil 1 : İngiltere'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi



NHS'nin verdiği sağlık hizmetlerinin içerikleri-ne göre sınıflandırılması ise Şekil 2'de gösterilmiştir:

Şekil 2 : NHS'nin İçerdiği Sağlık Hizmetleri

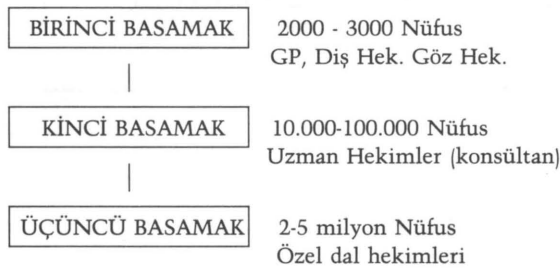


Şekil 1 ve 2'de de görüldüğü üzere aslında NHS içinde ayrı bütçelere ve örgütlere sahip üç ayrı yapı bulunmaktadır. Bu durum aslında sistemin en zayıf noktalarından biri olup; sağlık hizmetlerinde koordinasyon bozukluğuna yol açmakta ve maliyeti artırıcı etkide bulunmaktadır. Çünkü bu üç birim hastaları birbirine sevk ederek harcamaları diğer birim üzerine yikmak istemektedirler^{8,10}.

IV — BASAMAKLANDIRILMIŞ SAĞLIK SİSTEMİ

NHS'de sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta ve- rilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu do- layısıyla GP'leri içerir. İkinci basamakta ise konsül- tan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak GP sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir. Bakınız Şekil 3:

Şekil 3 : Basamaklandırılmış Sağlık Sistemi



Şimdi sistemin organizasyonunu biraz daha açalım:

BİRİNCİ BASAMAK :

NHS'de hizmetin ilk başlangıç noktası ve temel direği GP'lerdir. Birinci basamak sağlık hizmetini ya- ni kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvurma ye- rini GP'lerin muayenehaneleri oluşturur. Bir İngiliz vatandaşı hastalandığı zaman doğrudan uzman dok- tora gitmez. Gidecek olsa bile önce kendi GP'sine da- nır. Zaten kurulu sevk zinciri de bunun dışında bir yol bırakmamaktadır. Tabi bu konuda yerleşmiş bir toplumsal bilinç ve kültür de vardır. Dolayısıyla nü- fusun % 97'sinin GP'si vardır. Geri kalan kesim ken- di sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır. (Fakat bu kesim de NHS için vergisini vermek zorundadır). İngiltere'de günü- müzde yaklaşık 30.000 GP olup bir hekim ortalama 2000 hastaya sahiptir. Listeye kaydedilebilen hasta sayısı 3000'i geçemez. Kişiler kendi bölgelerindeki GP'lerden istedikleri birisinin listesine kaydolabilir- ler (16 yaş altı için anne babaları seçim yapar). Fakat anlaşmalar yıllık olarak yapıldığı için bir yıldan ön- ce kişi GP'sini değiştiremez. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı doktoru seçerler, bu nedenle GP'lere Aile Hekimi de denilmektedir. Acil durumlar ve cin- sel yolla bulaşan hastalıklar hariç kişi önce kendi GP'sine gitmek zorundadır. Hastalar GP sevk etme- den bir üst basamağa (uzmana) başvururlarsa harca- malarını kendileri yapmak zorundadırlar^{4,11,12,13}.

GP'ler devlet memuru değildir. Muayenehane- si olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliği Ko- mitesi (Family Practitioner Committee) ile anlaşmak koşulu ile istediği yerde yerleşebilirler. Diğer sağlık personeli çoğunlukla sözleşmeli personel statüsün- de çalışırlar. GP'lerin statüsü de sözleşmelidir. Fa- kat diğer sağlık personelinin daha bağımsız bir konumda olmalarını sağlayan özel bir sözleşmeye sahiptirler^{7,13}.

GP'lerin de kendilerine her başvuruları listeye al- ma zorunluluğu yoktur^{11,14}. Yani hekim hastayı red- dedebilir. Genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedir. Görüldüğü gibi hastaya hekim seçme hakkının verilmesi hekimlere de hasta- yı seçme hakkını vermektedir. Bu durum sürekli ba- kım ve yakın takip gerektiren hastaların zararına olmaktadır. Bu tip hastaların GP'lerce listeye alın- bilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. GP liste- sine kayıtlı her hastaya günün her saatinde, gerekirse evine giderek bakmak zorundadır (evde muayene ve gece hastaya gitmek gibi ek hizmetler ayrıca ücret- lendirilmektedir ve bunlar hastaya normal ücrete gö- re % 50-100 arası ek yük getirmektedir).

Koruyucu sağlık hizmetleri ise GP tarafından verilmek zorunda değildir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerini Yerel Sağlık Yönetimleri

(Local Authorities) üstlenmiştir. Bu yönetimler çevre sağlığı, su, kanalizasyon, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, ana-çocuk sağlığı, yaşlılar için bakım evleri, kazaların kontrolü, acil yardım ve ambulans hizmetleri gibi halk sağlığı ve sosyal alanlardaki çeşitli hizmetleri üstlenmişlerdir¹¹. Fakat GP'ler de kendi hastalıklarının aşularını yapmak, ser-vikal smear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağlık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermekteler. Fakat bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaya başlanmıştır^{13,15}. Aile planlamasında da ağırlık GP'lerdedir. Aile planlaması hizmetlerinin üçte ikisi GP'lerce, geri kalanı bu konudaki özel kliniklerce yapılmaktadır. İş sağlığı ve çevre sağlığı ile ilgili konularda da GP'ler ayrıca görev alabilmektedir.¹⁵

Bugün artık İngiltere'de GP'ler genellikle "Grup Pratiği" (Group Practice) adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler. Bu yöntemi halk daha fazla benimsemektedir^{3,12}. Bu gibi yerlerde hekimler giderlerini kendileri karşılamak koşulu ile ayrıntılı laboratuvar kurabilmektedirler¹⁵.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli olan konu bir ekip hizmeti verilebilmesidir. Böyle bir hizmette hemşirelerin rolü giderek artmaktadır. Fakat NHS'deki düzen böyle bir ekip çalışması için çok açık sorunlar (şüpheler) taşımaktadır. Birincil sağlık ekibi yüksek seviyede ve komplike bir yapıya sahip olmak zorundadır. Bu ekibin başarılı olması üyelerin kalitesinden çok onların birarada çalışabilmeleriyle gerçekleşir. NHS'de ise hemşireler daha çok gezici hizmetlerin rutin üyeleri olarak çalışmaktadırlar¹⁶.

İngiltere'de hekim başına düşen nüfus 657; birinci basamağa başvuru hızı ise yılda ortalama 4'dür^{7,12}. Bu sayı 75 yaş üstü için 6'ya çıkmaktadır. Birinci basamağa başvuranların ancak % 10'u ikinci basamağa sevk edilirler (uzman doktora konsülte edilirken). Bu hastaların da % 50'si cerrahi vakadır¹². GP'lerin ve konsültanların bir hastaya ayırdıkları ortalama muayene süresi 1986'da 8.2 dakika olarak hesaplanmış. Ev ziyaretlerinde bu süre 13.1 dakikaya çıkmaktadır¹⁷.

İKİNCİ BASAMAK :

İkinci basamak genellikle onbin ila yüzbin nüfusa hitap eden hastanelerdir. Bu hastanelerde dahiliye, genel cerrahi, vb. temel dallarda uzmanlar çalışmakta olup her branşın uzmanı bulunmamaktadır¹².

Uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hasta sayısına göre ücret alırlar. Bu nedenle GP'lerin hastalarını hangi uzmana gönderecekleri önem kazanmıştır. Bu durum GP'lerin uzmanlar karşısında güçlü bir konumda olmalarını sağlamaktadır¹.

Bir konsültanın haftası her biri üçbuçuk saat uzunluğunda 11 kısma bölünmüştür. Konsültanlar hastanelerle haftada belli sayıda birim üzerinden (üçbuçuk saatlik) anlaşma yaparlar³. Geri kalan zamanlarını ise özel muayenelerine ayırabilirler. Özel hastalarını NHS hastanelerinde bakma ve yatırma hakları vardır. Bu durum NHS hastalarının özellikle ameliyat gerektiren ve acil olmayan durumlarda uzun süre beklemelerine yol açmaktadır^{18,19}. Genellikle uzmanlar özel hastalarını sabah kabul etmekte, daha sonra NHS hastalarına bakmaktadırlar³.

Hastaneler iç yönetim bakımından bağımsızdır ve halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" adında bir yönetim kurulu tarafından yönetilir. Tüm ülkedeki Hastane Yönetim Komitesi 200 civarında olup bir yönetim komitesi bir kaç komşu hastaneyi de kapsayabilir⁴.

NHS'de çalışan uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilir ve Sağlık Bakanlığı'nca atanırlar. Uzmanlara baktıkları hasta sayısı ve yaptıkları etkinliğe göre NHS tarafından para ödenir. Hastane personeli ve asistanları hastane yönetimlerince seçilir. Eğitim veren hastane şefleri ise Kraliyet Tıp Kolejlereince belirlenirler^{1,11,20}.

ÜÇÜNCÜ BASAMAK :

Bir bölgeye bazen tüm ülkeye hizmet veren, üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirurji, kalp-damar cerrahisi, mikrocerrahi vb. işlemlerin yapıldığı kademelerdir. Bu basamak aynı zamanda tıp eğitimi veren okulları da içermektedir¹⁵.

Gerek bu basamak ve gerek ikinci basamaktaki uzmanların özel muayenehaneleri de vardır ve muayenehaneye gelen hastalarını kendi hastanelerinde uzmanlar için ayrılmış sınırlı sayıdaki yataklarında yatırma hakkına sahiptirler¹⁰.

V — GENEL PRATİSYEN EĞİTİMİ VE MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMİ :

İngiltere'de tıp eğitimi beş yıl sürmekte ve eğitim mezuniyet sonrasında da devam etmektedir. Bu nedenle İngiliz eğitim sistemi çok dik bir piramite benzetilir. Piramitin tabanında GP'ler tepesinde de konsültanlar yer alır. Eğitim sistemine göre uzman olmak oldukça zordur ve uzman sayısı sınırlandırılmıştır³.

Yeni mezun hekime "Houseman" denilmektedir. Bundan sonra hekim ilk 1-2 yıl pediatri, geriatri, dahiliye, kadın doğum gibi konularda asistan olarak çalışmaktadır. Bu 1-2 yıl içinde "Junior Registrar" denen bir üst basamağa çıkamazsa GP olarak kalmak zorundadır. GP olarak kalacaklar eğitimlerini 4 yıla tamamlarlar ve son bir yıllarını ise eğitimci olarak yetişmiş bir GP'nin yanında geçirirler. Bu esnada haftada en az 3.5 saatlik teorik eğitim almak zorundadırlar^{3,7,12,15}. (Junior Registrar olamayan ve GP'de olmak istemeyenlerse uzman olabilmek için ABD, Kanada, Avusturya gibi ülkelere gitmektedirler³).

Junior Registrar basamağından sonra ise "Senior Registrar" basamağı gelir. Fakat bunların sayısı sınırlandırılmıştır ve her Senior Registrar da "Konsültan" olamaz. 40 yaşına geldiği halde konsültan olamayanlar vardır. Bu hekimler gerekirse başka bir uzmanlık dalına geçebilirler³.

Görüldüğü gibi İngiltere'de uzman olabilmek son derece zor. Bu durum GP'lerin sayısının artmasına yol açmaktadır. Yeni mezunların % 50'sinden fazlası GP olur. Az sayıda uzman olması ise özellikle cerrahi dallarda hastanelerde kuyruklara yol açmaktadır. Uzman sayısının az olmasının yararı ise daha az masraflı bir sağlık sistemine yol açmasıdır³.

VI — FİNANSMAN :

NHS tamamen hükümet tarafından, halktan toplanan vergiler yolu ile finanse edilmektedir. Toplam sağlık harcamalarının ise % 92.3'ü kamu kaynaklarından finanse edilmektedir ve bunun içinde hükümetin payı % 87.3'tür. Özel harcamalar oldukça düşük miktarda olup toplam içersinde % 7'lik bir payı vardır²¹.

1987 yılı OECD verilerine göre İngiltere'de kişi başına yapılan yıllık sağlık harcaması 758 \$ (540 pound; yaklaşık 7 milyon TL) dir²².

Hastalar hiçbir zaman hekime direkt ödeme yapmazlar. Hekim ücretini NHS'den üç şekilde alır:

a — Asıl maaş: Asgari ücret gibi belli bir taban aylık¹³.

b — Listesinde kayıtlı sayıya göre hasta başına yapılan yıllık ödeme. Yani kişi hekime kaç kez gelirse gelsin hekim etkinliğine göre ücret almaz. Bu durumda GP'lerin sık sık muayeneye gelen yaşlı hastaları listelerine almaları için yaşlı hastalara daha fazla ödeme yapılmaktadır. Aynı şekilde mahrumiyet bölgeleri için de özendirici bir ödeme uygulanmaktadır^{13,15,20,23}.

c — Özel ödemeler : Ekstra yapılan işlemler için ödenir. GP'lere yaptıkları gebe takibi, aile planlama-

sı, bağışıklama veya işyeri hekimliği gibi işler için yapılan ödemelerdir. Uzmanlar ise konsültasyonlar için yaptığı etkinliğe göre hasta başına para alırlar^{13,15,20}.

İngiltere'de GP'ler yılda ortalama 60.000 \$, konsültanlarsa 100.000 \$ kazanmaktadır. Fakat hekimlerin kazancının diğer ülkelere göre kıyaslandığında çok iyi olmadığı görülmektedir. OECD tarafından hesaplanan alım gücü indeksine göre Japonya'nın hekimlere en iyi ücret ödeyen ülke olduğu, bunu Almanya ve ABD'nin takip ettiği görülmekte. Buna karşılık İngiliz, Danimarka'lı ve Fransız hekimler en düşük ücreti almaktadır. İngiltere'deki ortalama gelir düzeyi 1 kabul edildiğinde GP'lerin kazancı 2.5 dolaylıdır²⁰.

Hastaların para ödediği durumlar:

- ★ GP sevk etmeden uzman doktora giderlerse.
- ★ Hastanede özel oda gibi ayrıcalıklar isterlerse.
- ★ Diş tedavilerinde ücretin çoğunluğuna katılırlar. NHS bir tedavi için max. 17 pound (223.000 TL) öder, (komplike işlemlerde bu en fazla 115 pound (1.5 milyon TL) olabilir). Hamileler, 0-1 yaş arası bebeği olanlar ve 18 yaş altından hiç para alınmaz.
- ★ Reçetelerde her kalem başına 2.2 pound (30.000 TL) üzerini kendileri tamamlarlar (16 yaş altı, 65 yaş üstü erkek, 60 yaş üstü kadın, gebe, 0-1 yaş arası bebeği olan anneler, kronik hastalığı olanlar ve çok düşük gelirli hane hariç).
- ★ Emekliler hastanede 8 haftadan fazla yatarsa, emekli maaşından kesinti yapılır.
- ★ Gözlük, işitme aleti ve protezlerin bir kısım ücreti hastalarca karşılanır^{13,23}.

NHS dışında kalanlar : Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle, NHS dışında kalır. Bu grup aşağı yukarı toplumun % 3'ünü oluşturur. Fakat bunlar da devlete vergilerini tam olarak öderler. Yani NHS'den yararlınsın veya yararlanmasın katkıda bulunmak zorundadırlar. Bunlar kendi istekleri ile özel sigorta şirketlerine sağlık sigortası yaptırırlar.

Özel hekime giden kişi sayısı 1990 yılı rakamlarına göre toplumun % 8'idir (5.5 milyon kişi)³. Bu sayı 1982'de 4.2 milyon kişi (% 7) idi²⁴. Bu sayının bu kadar yüksek olmasının nedeni bir kısım kişinin hem NHS'yi hem de özel hekime gitmeyi kullanmasından dolayıdır. Hastaneye yatışta sıra beklememe, kendi uzmanını seçebilme, özel odada kalabilme gibi nedenlerle özel sigortalara ve özel hekime olan talep gittikçe artmaktadır. Bazı şirketler ise çalışanları için paket şeklinde grup sigortaları yaptırmaktadır ve primleri de şirketçe ödenmektedir¹⁸.

VII — İNGİLTERE'NİN BAZI ÜLKELERLE KARŞILAŞTIRILMASI :

İngiltere diğer batılı ülkelerle karşılaştırıldığında üç özellik dikkati çekmektedir:

1 — Kişi başına sağlık harcaması ve GSMH'den sağlığa ayırdığı pay diğer ülkelerden daha azdır (bkz. Tablo 1).

2 — Buna karşın sağlık düzeyi göstergeleri bu ülkelerle aynı düzeydedir (bkz. Tablo 2).

3 — Sağlık harcamalarını finanse ederken sadece vatandaşlardan topladığı vergileri kullanmaktadır (bkz. Tablo 3).

Tablo 1 : Bazı OECD Ülkelerinde 1987 Yılı Sağlık Harcamaları*

	GSMH'dan sağlığa ay. pay (%)	Kişi başına sağlık har- caması (\$)	Sağlık har- camalarında kamu payı (%)	Kişi başı GSMH (\$)**
ABD	11.2	2051	41	16548
İSVEÇ	9.0	1387	91	12650
KANADA	8.6	1483	75	15487
FRANSA	8.6	1105	78	11699
B. ALMANYA	8.2	1093	77	12095
İTALYA	6.9	841	78	10924
İNGİLTERE	6.1	758	87	10964
TÜRKİYE	3.0	40	40	3548

* : 25 nolu kaynak

** : 26 nolu kaynak

Tablo 2 : Bazı OECD Ülkelerinde 1990 Yılı Sağlık Düzeyi Göstergeleri*

	Bebek Ölüm Hızı (binde)	5YKÖO** (binde)	Doğumda ya- şam beklen- tisi (yıl)	Bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı***
ABD	9	11	76	5
İSVEÇ	6	7	77	13
KANADA	7	9	77	16
FRANSA	8	9	76	11
B. ALMANYA	7	9	75	11
İTALYA	9	10	76	7
İNGİLTERE	8	9	76	7
TÜRKİYE	69	80	65	2

* : 27 nolu kaynak

** : 25 nolu kaynak (1987) yılı rakamları)

*** : 5 Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranı

Tablo 3 : Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Yüzde Olarak Dağılımı*

	Kamu Harcamaları			Özel Harca- malar	Diğer Harca- malar
	Hükümet Harcamaları	Diğer Kamu Harcamaları	Toplam Kamu Harcamaları		
ABD	31.0	11.7	42.7	52.7	4.6
TÜRKİYE **	34.1	16.9	51.0	49.0	—
KANADA	66.3	9.1	75.4	22.0	2.6
FRANSA	7.0	69.0	76.0	22.6	1.4
B. ALMANYA	14.6	62.5	77.1	17.8	5.1
İTALYA	23.8	67.5	91.3	8.7	—
İSVEÇ	78.5	13.1	91.6	8.4	—
İNGİLTERE	87.3	5.0	92.3	7.0	0.7

* : 28 nolu kaynak

** : 29 nolu kaynak

Not : Toplam kamu harcamaları, özel harcamalar ve diğer harcamalar toplamı % 100'ü bulacaktır.

Finansmanda İngiltere'ye en yakın rakamlar İsveç'e ait. Fakat İsveç'te vergiler daha çok yerel yönetimler aracılığıyla toplanmakta ve sağlık sistemlerinde hükümetin merkezi rolü oldukça az³⁰. Bu nedenle NHS'yi diğer batılı ülkelerden ayrı bir yere koymak doğru bir tutum olacaktır.

NHS'de ortaya çıkan bir gerçek de az harcamayla iyi bir sağlık düzeyinin tutturulabilmesidir. Bunun belli başlı üç nedeni vardır^{3,10}:

1 — Sistemin GP'ler üzerine kurulu olması ve uzman sayısının az olması (uzmanlaşma sağlık harcamalarını arttırmaktadır).

2 — NHS'de idari harcamaların % 5'i geçmemesi (ABD'de % 20-25).

3 — Malpractice davalarının fazla olmaması. Çünkü İngiliz sistemindeki bürokrasi bir çok potansiyel malpractice davasını önüyor (ABD'de durum bunun tam tersi).

VIII — NHS İLE İLGİLİ ELEŞTİRİLER VE SON GELİŞMELER :

NHS uygulanmaya başlandığı ilk yıllardan beri dünyadaki "en iyi sağlık hizmeti" olarak nitelendirilmiştir. Her ne kadar geçen 45 yıl içinde NHS evrenselleşemediyse de bunu gerçekleştirebilecek yeterlilikte olduğu iddiası devam etmektedir. Sisteme karşı zaman zaman yakınmalar olsa da temel de İngiliz halkı ve hekimleri NHS'ye inanmaktalar^{3,9}. NHS sağlık harcamalarını fazla arttırmayan özelliği nedeniyle de ABD'de gündemdedir. Fakat kazançlarını azaltacağı nedeniyle özel hekimler, özel sigorta şirketleri ve Amerikan Tabipler Birliği'nce ABD sağlık sisteminin değiştirilmesi istenmemektedir²⁴.

Bugün NHS'nin yaşadığı sorunlara dünyamızdaki "kriz" yıllarıyla ortaya çıkmaya başlamıştır. Hemen hemen tüm ülkelerin içine girdiği bu ekonomik kriz özellikle sağlık hizmetlerindeki enflasyonla birleşince tüm ileri kapitalist ülkelerin ilk yaptığı sağlık harcamalarında kısıntıya gitmek olmuştur²¹.

İngiltere'de 1975 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 228 \$ iken 1987'de 758 \$ a çıktı (yaklaşık yüzde üçyüzlük bir artış)³¹. GSMH'dan sağlığa ayrılan payı 1950'de % 3.5'ken 1975'te % 6.6, 1980'de % 8.5 oldu ve 1987'de tekrar % 6.1'e düşürüldü^{31,32}. 1978-83 yılları arasında bir ailenin yıllık sağlık harcaması 560 pounddan 1140 pounda NHS'in yıllık harcamaları 7,7 milyar pounddan, 15 milyar pounda, 1990'da ise 26 milyar pounda çıktı^{8,24}. Dolayısıyla bu aşırı artışın sonucu İngiltere'de de sağlığa ayrılan payın azaltılması çalışmalarına başlandı. (Bu konuda son örnek hükümetin

Temmuz 1992'den itibaren yürürlüğe koyduğu dış tedavilerindeki ek % 7'lik bir kesintidir³³). Kıyısından köşesinden başlatılan özelleştirme çalışmaları da sağlık harcamalarının azaltılmasıyla aynı yıllara rastlar. Sonuçta son on yıldır sistemin en çok yakınılan konuları teker teker ortaya çıkmaya başladı. Uzman doktora sevklerde yaşanan sorunlar, uzmanın görübilmesi için sıraya girme, ameliyat için bir iki yıl sonraya gün verme sık rastlanan olaylar oldu¹⁹. Hatta acil durumlarda hiç uzman görmeden asistanlarca ameliyat edilme gibi durumlar yaşanıyordu¹⁸. Zarar nedeniyle kapanan hastaneler artık kanıksanmaya başlandı. Giderek sağlık hizmetlerinden sıra beklemeden yararlanmak parası olanların imtiyazı haline geldi. Çünkü özel hastanelere gitmek ancak varlıklı kesimin harcıydı.

NHS'de harcamaların artışına ise NHS bütçesinin bizzat kendi üçlü yapısının yol açtığı iddia edilmektedir. Bu yapıya göre Bölge Sağlık Yönetimleri, Aile Hekimliği Komiteleri ve Yerel Sağlık Yönetimleri ayrı bütçelere sahiptir. Bölge Sağlık Yönetimleri kendi bölgesindeki hastanelerin bütçelerinden, konsültanların ücretlerinden sorumludur. Aile Hekimliği Komiteleri ise GP'ler, dış hekimleri, göz hekimleri ve eczacıların ücretlerini öder. Yerel Sağlık Yönetimleri de koruyucu sağlık hizmetleri, evde bakım vb. sosyal hizmetlerin ödemelerini gerçekleştirir. Böyle bir yapısal ağ GP'lerden hastane konsültanlarına tüm sınır vakaların gönderilmelerine yol açar. Böylece hastaların konsültasyon ve ileri tetkik ücretlerini Bölge Sağlık Yönetimlerine yüklemiş olurlar. Konsültanlar da hastaları uzun bekleme listelerine alarak onların özel muayenehaneye gidişlerini arttırmakta ve böylece gideri direkt hasta üzerine yılmaktadırlar. Bölge Sağlık Yönetimleri ise yaşlı ve hospitalize hastaları bakımevlerine göndererek harcamaları Yerel Sağlık Yönetimlerinin sosyal harcamaları üzerine yılmaktadırlar. Böylece her üç birim de harcamalarını azalttıklarını zannetmekte halbuki fatura dönüp dolaşıp tüm vergi ödeyenlere gelmektedir¹⁰.

1979'da iktidara gelen Muhafazakar Parti işbaşına geldiğinden beri NHS'ye ayrılan fonlarda muazzam artışlar olduğuna ve bu fonların ekonomik kullanılmadığına dikkat çekmekteydi³⁴. 1983 yılında Thatcher parti kongresinde şöyle diyordu: "**Devlet, insanların kazandığından daha başka bir para kaynağına sahip değildir. İnsanlar parasız hizmetten söz ediyorlar. Hizmet parasız değildir, onun için bir şeyler ödemelisiniz**"⁹. Thatcher tahmin edilebileceği gibi her zaman özelleştirmeyi, devletin sosyal harcamalarının kısılmasını savundu ve refah devletini tırpanlama politikalarını sürdürdü (belediyelerin

ucuz konut üretimini dahi durdurdu). Hemen belirtmek gerekir, J. Major da refah devletinin ayakta kalmaya çalışan son temel direkleri sağlık ve eğitim hizmetlerini özel teşebbüse devretmeyi, tüm yalanlamalarına karşılık gündeme getirmektedir¹⁹. Bütün bunlara karşın gerek halk, gerekse sağlık çalışanları NHS'yi istiyordu^{3,24,35}. Yapılan araştırmalar halkın % 59'unun NHS harcamalarının arttırılmasını istediğini, üstelik % 52'sinin bunun karşılığında vergi artışına bile razı olduğunu gösteriyordu. Halkın % 60-70'i Thatcher'ın sağlık politikalarını onayladığını söylüyordu²⁴.

Muhafazakar hükümet ise özelleştirmede kararlıydı. NHS'yi işadamlarının gözü ile incelemek amacıyla 1983'de E.R. Griffiths başkanlığında 4 işadamına NHS incelettirildi ve bir rapor istendi. Raporunda NHS'nin genel yönetim şeklinin belli olmadığı, NHS'nin kâr amacı ile çalışmadığı ve tüm harcamaları kontrol etmediği belirtilerek her düzeyde yapısal bir değişiklik yapılması öneriliyordu⁹. Raporun hazırlanmasını sağlayan Sosyal Servis Sekreteri Fowler başka öneriler de getirmişti. Mesele 6000-8000 arasında NHS elemanının işten çıkarılması gerekiyordu. Sonuçta rakam 4000'lere kadar indi ancak o kadar tepki aldı ki uygulanamadı²⁴. Yalnız 1984-85 yıllarından sonra hastane çalışanlarının ücret artışları % 3 ile sınırlandırıldı ve ilaç giderlerine katılım % 40 arttırıldı⁸.

Thatcher hükümeti ilk olarak 1987 yılında "White Paper" olarak adlandırılan bir broşürle hükümetin NHS'de yapmayı düşündüğü değişiklikleri açıkladı. Daha sonra bu politik dökümanlar serisi 1989 ve 1992'de olmak üzere iki kez daha tekrarlandı. 1987 yılında yayınlanan ilk "white paper" "Daha İyi Bir Sağlık Geliştirilmesi" (Promoting Better Health) adını taşıyordu ve birincil sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını içeriyordu. 1989 yılında ise "Hastalar İçin Çalışma" (Working for Patients) adıyla ve hastane hizmetlerinde yapılacak değişiklik önerileriyle yayınlandı. Son white paper ise 1992 Temmuz'unda "Ulusun Sağlığı" (The Health of the Nation) adıyla yayınlandı. Bu döküman tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinde iyileştirme önerileri, konut, besin, sigara gibi konuları içeriyordu. Böylece İngiliz hükümetleri NHS'de yapmak istedikleri değişiklikleri kamuoyuna duyurmuş ve değişiklik çabalarından vazgeçmediklerini göstermiş oldular^{36,37}.

Hükümetin esas amacı NHS içinde rekabete dayalı bir iç pazar (internal market) oluşturmaktı. Bu rekabeti hastaneleri özelleştirecek ve hastane yönetimlerine büyük yetkiler vererek yapacaktı (ticari işletme niteliğinde, kâr amacıyla çalışan, kendi

personelini ve maaşları ayarlayabilen hastaneler). GP'lere de ayrılan yıllık bütçe sınırlanacak ve GP'lerin hastalarla pazarlık yapması ve kendi aralarında rekabeti gündeme getirilecekti. Alt Bölge Sağlık Yönetimleri ve Aile Hekimliği Komiteleri'de şirket yönetimi kurulu biçimine dönüştürülecekti^{3,8,10,34}.

Bugün İngiltere'de muhafazakar hükümet NHS üzerindeki devlet payını azaltmaya çalışmakta ve sağlıkta özelleştirmeye gitmek istemektedir. Hükümet yanlıları kendilerini reformist ve yenilikçi, karşı çıkan hekimleriyse tutucu ve yenilikten korkan kişiler olarak nitelendirmektedirler.

Aslında tüm dünyada gerçekleştirilmeye çalışılan özelleştirme politikaları bu ülkelerdeki ekonomik krizin daha doğrusu kapitalist üretim ilişkilerinin bir sonucu. Yani bir ideolojinin yansıması. Fakat sosyal devlet politikalarından sapmaların sonucu fatura İngiltere'de Thatcher'a; ABD'de ise Bush'a (hem de bir dönem içinde) çıkarıldı. İlginçtir bu politikacıların yerlerine gelenlerse (Major ve Clinton) özellikle sağlık alanında sosyal devlet ilkelerini savunmaktaydılar. Özellikle Major'un sadece NHS'yi savunarak seçimi kazandığı ve çok büyük bir sürprizi gerçekleştirdiği bilinmektedir.

Sonuç olarak NHS üzerinde büyük değişiklikler gerçekleştirilemedi ama muhafazakar hükümet hâlâ şu görüşleri öne sürmeye devam etmektedir^{3,8,9,10,18,19,24}:

1 — Sağlık harcamaları aşırı artmaktadır. Bu nedenle hükümetin NHS'ye ayıracağı para yıllık olarak baştan belirlenmeli ve bu bütçe aşılmamalıdır. Bu da her GP ve hastaneye yıllık belli bir bütçenin tahsisatının yapılması ve sorunu hastane ve hekimlerin hastayla kendi aralarında çözmesi ile sağlanacaktır. Yani bütçe aşılsa bile para hükümetin bütçesinden değil kişilerin cebinden çıkacaktır.

2 — Bundan sonra hekimler ve hastaneler rekabet ve özelleştirme ilkeleri içinde çalışacaktır. Bu durum maliyet/yararlılık ve etkinlik gibi ilkelerin işlenmesini sağlayacaktır.

3 — Avrupa artık tek bir pazara doğru gitmektedir. Tüm ülkelerde tek bir ekonomik ve sosyal yönelim olmalıdır. Böylece hekimlerin ileride herhangi bir ülkede çalışabilmeleri de sağlanacaktır.

Hükümetin görüşlerine ise BMA, Kraliyet Kolejlere ve GP'lerden büyük bir tepki geldi. Çünkü hastaların tedavisi GP'lere verilen sınırlı bütçeye göre yürütülecekti (ilaç giderleri dahil). Bu durumda hekim hastanın tedavisini bütçenin durumuna göre kısıtlamak zorunda kalacaktı ve bundan da en çok

hastalar zarar görecek. Özelleştirilmiş hastaneler ise hastaya verilen her hizmeti ayrıntısı ile talep edecek maliyet azalmak bir yana ABD'de olduğu gibi artacaktı. Bağımsız kuruluşlar olarak bir sözleşme temelinde GP'lere ve özel hastalara hizmet satan hastanelerin denetlenmesi de giderek söz konusu olmayacaktı. Kârı hedefleyen hastaneler giderek "hastane tröstleri" haline gelecekti. Ayrıca özelleşen eğitim hastaneleri eğitim ve araştırmaları da olumsuz yönde etkileyecekti^{8,34}.

Gördüğü tepkiye rağmen Sağlık Bakanı Clarke bazı maddeleri yumuşatarak yasayı parlamentoya sunacağını açıkladı³⁴. Bu arada özelleştirme çabaları da meyvalarını vermeye başlamış ve özel sigortalılar % 1-2'lerden % 7'ye ulaşmıştı. Sigortaların yanısıra Amerikan şirketlerinin yönetiminde ki özel hastaneler de arttı. İngiltere'de 1978'de sadece 4 olan çok uluslu hastane şirketi 1985'de 38'e (yaklaşık 10 kat artış) ulaşmıştı⁵. Bu özel hastaneler Londra gibi büyük kentlerde açılıyor ve % 90 oranında elektif cerrahi hizmeti veriyorlardı⁹. Bugün İngiltere'de 200 civarında özel hastane olup büyük kentlerde yerleşmiş büyük hastanelerin dışında çoğu küçük ve ekipmanı zayıf hastanelerdir³.

Peki İngiliz halkı ne düşünüyordu? İngiltere'de denir ki "**İngiliz halkı NHS'ye sadece krallıkla kıyaslandığında ikinciliği verir**"³. Bu nedenle hemen herkes konuşurken NHS'yi savunarak konuşur ve NHS ile ilgili tüm haberler de hemen gazetelerde manşet olurlar. İngilizler NHS ile ilgili sorunları ayrılan fonların yetersiz olmasına bağlıyorlar. Ayrıca İngiliz halkının yaşam standartlarının yüksek olması onların hem NHS hem de özel hekimleri (özel sigortalı değil) kullanmalarını sağlıyor. "**Keman Fenomeni**" adı verilen bu olgu şöyle işlemekte³. İnsanlar NHS'den memnun kalmadıklarında özel hekime gidiyorlar. Ama özel sigorta yaptırıp ayrıca sigorta primi ödemiyorlar. Eğer özel hekime harcayacağı para sigorta primlerine yaklaşırsa özel hekimi bırakıp NHS'ye dönüyor. Örneğin özel hastanede meme kanseri tanısı konulan bir kişi tedavisini NHS hastanelerinde yaptırıyor ve böylece her iki kurumu da kullanmış oluyor.

Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı birinci basamakta Aile Hekimliği uygulamasına geçeceğini, bunun finansmanının Genel Sağlık Sigortası ile sağlanacağını, hastanelerin ise önce özertleştirilip daha sonra özelleştirileceğini söylemektedir³⁸. Bu amaçla hazırlanan yasa tasarısı taslağı da hazır durumdadır³⁹. Bu görüşlere kısaca şu yanıtlar verilebilir^{25,40,41}:

Türkiye'deki Aile Hekimliği uygulaması birbirleriyle rekabet halinde çalışan özel muayenehane hekimliği tarzında olacaktır. Sağlıkta rekabet ve kâr

ilkeleri kabul edilemez. İngiltere'de de bu uygulamaya geçmek istemesi nedeniyle hükümet hekimlerden ve kamuoyundan büyük tepki almış ve geri adım atmıştır.

2 — Aile Hekimliği özel bir eğitim almış hekimlerce, uygun sosyal ve kültürel koşullarda uygulanabilir. Türkiye'de ne yeteri kadar Aile Hekimi ne de eğitimlerinde bir standardizasyon vardır. Bu durum tam bir karmaşa yaratacaktır.

3 — Aile Hekimliği uygulamasının en dezavantajlı tarafı gezici hizmetlere ve ekip hizmetine darbe indirecek olmasıdır. Türkiye'deki uygulamada hekim muayenehanesinin dışına çıkmayan dolayısıyla koruyucu hizmetleri tam olarak uygulayamayan bir hekim konumuna düşecektir. Muayenehaneye gelen kişilere yönelik yapılacak koruyucu sağlık uygulamaları ise İngiltere'de bile maddi teşvikle sağlanabilmektedir.

4 — Uygulamanın en önemli farkı ise finansman modelinden kaynaklanmaktadır. İngiltere'de finansman devlet bütçesinden ve genel vergilerden sağlanmaktadır. Bizdeyse sigorta uygulaması yapılacaktır. Sigortacılık uygulamaları sağlık harcamalarında yüksek enflasyonla sonuçlanan uygulamalardır. En önemli zorluk primlerin tespit edilmesinde ve toplanmasında yatmaktadır. Sağlık Bakanlığı herkesten gelire göre prim toplayacağını iddia etmektedir. Böyle bir iddia herkesten gelire göre vergi toplayabilme iddiası ile eş anlamdadır. Eğer bakanlığın böyle bir yeteneği varsa bu işi vergilerle finanse etmesi daha akıllıca olacaktır. Sonuçta sigorta uygulaması her sene artan primler ve devlet memuruna biraz daha yük ile sonuçlanacak ve kısa zamanda SSK ve Bağ-Kur örnekleri gibi olacaktır.

5 — Sağlıkta özelleştirme politikaları ise kabul edilemez ilkelere. Çünkü hiç bir özel işletme kâr amacını arka plâna alarak çalışmaz. Sağlıkta kâr etmek ise çok kolaydır. Çünkü hastanın başka alternatifleri yoktur ve kolayca kandırılabilir. Sağlıkta satılacak bir mal olarak görülmesi gereksiz tetkikler, ameliyatlardır demektir. Sonuç giderek artan sağlık harcamaları, giderek zenginleşen ilaç firmaları, hastaneler ve hekimler demektir. Sonuç fakir insanların sağlık hizmeti alamaması demektir. Sonuç koruyucu hizmetlerin gerilemesi demektir. Çünkü hiç bir özel sağlık kurumu parası olmayan hastaya bakmaz ve kârı olmayan koruyucu hizmetlere girmez.

Türkiye'de de özelleştirmeler ve sağlık sigortaları gündemdeyken İngiltere'de son 10-15 yıldır yaşanan olaylardan ülkemiz için bir ders çıkartmak zorunluluk haline gelmiştir. Şüphesiz İngiltere'de yaşanan olaylar bunalımdan etkilenen tüm ülkelerde görülmekte. Fakat İngiliz toplumu kendi sorunlarını

çözme yolunun, toplumun tüm kesimleriyle birlikte düşünmekten geçtiğini kavramış durumda⁸. Bizde ise henüz bu olgunluğu her kesimde görememekteyiz. Şu yoruma hak vermemek elde mi?: **"Politikacılar olaylara akılsızca ve yukardan bakabilirler ve doktorlar da politikacıları sevmeyebilirler. Buna karşın her iki kesimin iletişimi olmadan etkili bir sağlık hizmeti sunulamaz"**³⁴.

KAYNAKÇA :

- Gökçay, İ. "Tıpta Profesyonel Örgütlenmenin Tarihi": İngiltere Örneği "Demokratik Kitle Örgütleri ve Tabip Odaları" Ankara Tabip Odası Yayınları, Ankara, 1990, s.88,89,91
- Gökçay, İ. "İngiltere'de Profesyonel Tıp Örgütleri" Sağlık ve Toplum; 1990; 1:50,51
- Vall-spinosa, A. "Lessons from London: The British are reforming their NHS" Am.J.Pub.H; 1991 (81); 12:1506-10
- Robinson, M. "The health care system in the UK: overview and focus decentralization" WHO, Geneva, 1990
- Belek, İ. ve diğ. "Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi" Sorun Yayınları, İstanbul, 1992, s.29,31,33
- Hayran, O. ve diğ. "Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon" Toplum ve Hekim; 1991; 48:48-49
- Türk Tabipleri Birliği "Sürekli Tıp Eğitimi, Perspektifler", Ankara, Haziran 1991, s.17,19,20,23,26,28
- Soyer, A. "Thatcher Hükümetinin Sağlık Reformu ve Tepkiler", Sağlık ve Toplum; 1990; 1:45-49
- Iglehart J.K. "The British National Health Service Under the Conservatives-Part-II" New. Eng. J. Med.; 1984; 310 (1): 63,64,67
- Field, M. "Success and Crisis in National Health Systems" Routledge 1989:276-277
- Fişek, N. "Halk Sağlığına Giriş" HÜTF-DSÖ Hizmet Araştırma yay. No:2, Ankara, 1983, s.195-196
- Gray, D.P. "İngiltere'de Tıp Eğitimi ve Tıp Mesleğinin Uygulanması" çev. Ö.Tarım; Sağlık ve Toplum; 1990; 4:23-26
- TC Sağlık Bakanlığı "Genel Sağlık Sigortası ile İlgili Çalışmalar" Ankara, 1990, s.36
- Dirican, R. "Toplum Hekimliği" Hatiboğlu Yay. Ankara, 1990, s.294
- Gray, D.P. "Pratisyen Hekimlerin Tıp Uygulamasındaki Yeri" TTB Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi; TTB yay. 1991/1, Ankara, 1990 s.4,7,10,11
- Hasler, J. "The primary health care team" Br. Med. J; 1992; 305:232-4
- Soyer, A. "Yargılanan Beyaz Eylem ve Hastaya Yeterli Süre Ayırma" Sağlık ve Toplum; 1990; 2:32
- Lester, J. "Private Medical Practice and The National Health Service", New. Eng. J. Med.; 1984; 311 (16): 1059-60
- Yalman, G. "Refah Devletinden Sınıfsız Topluma", Mülkiyeliler Birliği Dergisi; (XVI); 146:34
- Soyer, A. "Hekimlerin Özlük ve Demokratik Hakları", Tıp Dünyası; 1991; 3
- Belek, İ. ve diğ. "Kapitalizmin ekonomi politiği çerçevesinde sağlıkta finansman sorunu" Toplum ve hekim, 1992; 50:14-15
- Mc Lachlan, G. "What price quality" J. Pub. H. Med.; 1991 (13); 1:23-31
- "Avrupa Topluluğu ülkelerinde Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Sağlık ve Toplum; 1990; 1:24-31
- Iglehart, J.K. "The British National Health Service Under the Conservatives" N. Eng. J. Med.; 1983; 309 (20): 1264-68
- TTB Merkez Konseyi "Sağlıkta gündem: Herkese eşit fırsat mı? Serbest piyasa egemenliği mi?" Ankara, 1992:53-54
- Gerdtham, U.G.; Jönsson, B. "Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure" J.H. Economics; 1991 (10): 227-34
- Grant, JP "Dünya çocuklarını durumu 1992" UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ajans Türk Mat. Ankara, 1992: 72,73,82,83
- Tokat, M. "Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi: Finansman ve Örgütlenme "Friedrich Ebert Vakfı, Ankara, Nisan 1991:25
- TC Sağlık Bakanlığı "Sağlık hizmetlerinde mevcut durum" Ankara, 1992:126
- Dahlgren, H. "Health and Medical service in Sweden" The Swedish Council on technology assessment in health care, 1991
- Tokat, M. ve Kisaer, H. "Hastanelerde maliyet etkinliği ve performans analizi" Milli Produktivite Merkezi yay. 455; Ankara, 1991:12-13
- WHO Regional Office for Europe "Health projections in Europe" Copenhagen, 1986: 263-65,292
- Hancocks, S. "Dentists vote out NHS" Br. Med. J; 1992 (305): 137
- Lister, J. "İngiltere Sağlık Sisteminde Reform" Sağlık ve Toplum, S:3, Mayıs-Haziran 1990, s.74-75
- "İngiltere-Türkiye: Karşılıklı Alınacak Dersler" TTB Haber Bülteni; 1989; 20:17
- Warden, J. "Health Trilogy" Br. Med. J; 1992; 305:140
- Marmor, TR; Plowden, P. "Rhetoric and reality in the intellectual jet stream" J.H. Politics, Policy, Law; 1991; 16 (4) 807-12
- TC Sağlık Bakanlığı "Ulusal sağlık politikası taslak dökümanı" Ankara, Mayıs, 1992
- TC Sağlık Bakanlığı "Sağlık reformu kanunları" Ankara, Şubat, 1993
- Ardıç, F. ve diğ. "Sağlık reform paketi neyin peşinde" Sorun yay., İstanbul, Ekim, 1992
- TTB Halk Sağlığı Kolu "Ulusal sağlık politikası taslak dökümanı hakkındaki görüşlerimiz" Toplum ve Hekim; 1992; 51:17,18