



C-Tümüyle Sosyal Yönelimli Kapitalist Ülkeler:

İNGİLTERE* SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU#

"Biz USH**'ne çok bağlıyız. Ben her sağlık sorunumda ona başvururum. İki çocuğum onun nazik kollarında dünyaya geldi. Anne ve babam onun şefkatli ellerinde yaşama veda ettiler." (İngiliz ve Amerikan Basını, Eylül 1993)

Yukarıdaki sözler John Major'un 1993 seçim yattırımı. Kaybedeceğine kesin gözüyle bakılan genel seçimi kazanmasını, basın son anda sosyal haklara sahip çıkıyor görünmesine bağlamış, Newsweek, "Major büyük süprizini USH'ni savunarak yaptı" diye yazmıştı.

ÖYKÜ

Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, NHS), kökleri 19. yüzyılın küçük işçi sigortalalarına ve Dostluk Dernekleri'ne dayalı bir kurumdur. 1911'de Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na dönüştürülmüştür. İkinci savaş öncesi güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engelleyebilecek önlemler arasında, örgütlü bir sağlık hizmeti modeli de düşünülmüştür. 1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen model incelenmeye ve tartışılmaya başlanmış, oluşturulan tasarı 1947'de yasalastırılarak 1948'de uygulanmaya konmuştur. Kısa zamanda benimsenen sistem 1974'te ilk büyük değişikliğe uğramış ve iyice yerleşmiştir. İngiltere'nin ulusal gururu olarak görülen USH, 1979'da Margaret Thatcher'ın işbaşına gelmesiyle Muhafazakarlar'ın boy hedefine dönüşmüştür. Bir yandan büyük bir telaşla huzurevleri, çocuk yuvaları gibi sosyal kurumlar yok edilirken, öte yandan sağlık sisteminin özelleştirilmesi için yoğun çaba harcanmıştır.

* İsim, İngiltere-Galler-İskoçya'dan oluşan Büyük Britanya'yı ve Büyük Britanya-Kuzey İrlanda'dan oluşan Birleşik Krallık'ı değil, salt adanın güneydoğusunda bulunan ülkeyi (England) amaçlamaktadır.

** USH: Ulusal Sağlık Hizmeti

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AB. Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

küçük bir yapısal değişiklik geçiren model halkın şiddetle sahiplenmesi, hekim ve hemşirelerin direnmesi sonucu varlığını ve felsefesini korumuştur. Major'un yukarıdaki sözleri bir teslim bayrağı olarak kabul edilmemelidir, çünkü bugün de, başta hastaneler olmak üzere sağlık sistemi hükümetin inatçı saldırılarıyla erozyona uğramaktadır.

USH

Amaç, "elden geldiğince, halkın gereksinimlerine yönelik ve yerel olarak, sağlık hizmetinin her yönünü sağlayan, tam anlamıyla tümelci bir sağlık sistemi" oluşturmaktadır. "Ağırlıklı eğilim, kaynakları hastane hizmetleri ve acil hizmetlerden, uzun dönemli sorunlarla ilgili sağlık hizmeti gruplarına yönelmektedir." (The Reorganised NHS, 1977) Böyle olunca halkın içinde ve halkla birlikte, birincil sağlık hizmeti modeli kurulması, sağlık ocakları sistemi üzerinde sevk zinciri bağlantısıyla daha gelişkin kurumların iletişim ağının oluşturulması akla gelmelidir. Gerçekte büyük ölçüde amaçlanan da budur, ancak ne denli başarılı olduğu tartışma konusudur.

Bütüncül bir bakış açısı savıyla oluşturulan USH, insan sağlığına ilişkin tüm etkinlikleri bir çatı altında toplamaya çalışmıştır. Çevre sağlığı hizmetlerinin bazıları; gıda sanitasyonu, hayvan sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü sorumluluğu yine yerel yönetimlerin denetimine bırakılmıştır. İşçi sağlığı konuları Çalışma Bakanlığı'nın denetimindedir. Cezaevleri ve silahlı kuvvetler de özel bir sağlık yapısıyla USH'nin dışında tutulmuştur. Böylece USH altında toplandığı bildirilen hizmetler aşağıdaki biçimde sıralanmıştır:

1. Hastane ve uzman hizmetleri,
2. Diş, oftalmik, eczacılık ve aile doktoru hizmetleri,
3. Kişisel sağlık hizmetleri başlığıyla,
 - Ambulans hizmetleri
 - Epidemiyolojik inceleme
 - Aile planlaması

- Sağlık ocakları
- Evde hasta ziyaretleri
- Evde hemşirelik ve ebelik
- Anne ve çocuk sağlığı
- Bağışıklama ve aşılama
- Diğer koruyucu ve bakım hizmetleri

4. Okul sağlığı hizmetleri

Örgütlenme şeması nüfus esasına dayalı görünmektedir; ancak bu yapının işleyiş biçimi daha ileride netleştirilerek açıklanacaktır.

Örgüt yapısı Sosyal Hizmetler Bakanlığı içinde Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü (DHSS) altında oluşur. Temel örgütlenme birimi Bölge (District) dir. Bölge, genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin bütün olarak sunulabileceği en küçük yönetimde etkin temsil yöntemiyle her tür sağlık elemanının yer alacağı en büyük birim olarak tasarlanmıştır. Bu kavramda birinci temel kaygı tümelci yaklaşım, ikincisi demokratik yönetim olarak belirmektedir. Bölge kesinlikle "doğal" biçimde düşünülmüş, idari yapı ya da başka nedenlerle oluşturulan sınırlara uygun düşmesi gerekli sayılmamıştır. Nüfus bazında oluşturulmuş, 250.000 kişi ve on sağlık ocağı bazında yerleştirilmiştir. Nüfus hesaplanırken de yaşayan insan sayısından çok, olası morbiditeler öngörülmüştür. Tablo 1., bir Bölge için öngörülen yıllık olgu beklentilerini sunmaktadır.

Tablo 1 : 250.000 Kişilik Ortalama Bir Bölge'de Sağlık Bakımı Grupları

- 500'ü fiziksel sakatlığı olan ve 200'ü ileri mental sorunu olan 60.000 çocuk,
- 4.500'ü fiziksel sakatlığı olan 35.000 kişilik 65 yaş üstü grup. Her zaman kesitinde bunların 800'ü hastanede yatıyor olacak, aynı sayıda grup yaşlılar evinde, 1000'i de evde bakılıyor olacaktır.
- Çalışma yaşında ve fiziksel sakatlığı olan 2.000 kişi
- Her kesitte yarısından çoğu hastane dışında olacak, ileri derecede mental sorunu olan 700 kişi. Her zaman kesitinde 300 mental retardede kişi hastanede yatıyor olacaktır.
- Mental hastalığı ve hastaneyle bağ bulunan 2.500 kişi. Her zaman kesitinde 600'ü hastanede yatıyor olacaktır.
- 19.000 kişi her yıl akut ya da cerrahi nedenlerle yatacak, her kesitte bunların 550'si hastanede yatıyor olacaktır.

Görüldüğü gibi hizmetin türü ve kapsamı, toplumun öngörülen sağlık sorunları ve gereksinimleri boyutunda planlanmıştır.

Bölge Yönetim Ekibi (DMT) bir hemşirelik ve bir finans sorumlusu, bir idareci ve bir toplum hekimliği uzmanından oluşur. Genellikle başkan ve yardımcısı konumunda iki hekim, uzman ve pratisyenlerin temsilcisi olarak Bölge Tıp Komitesi (DMC) adına ekibe katılır ve bu görev için ek ücret alırlar. Ekip sağlık modeli içinde oldukça kompleks bir yapılanma ile çok sayıda organla iletişimdedir. Bunların en işlevsel olanlarından biri on tıp üyesi (hekim ve diş hekimi)'nden oluşan DMC'dir. Sağlık Hizmeti Planlama Ekibi (HCPT) birden çok sayıda ve kalıcı ya da geçici hastalığı olanlara hizmetin sunulma biçimini planlar. Toplum Sağlığı Konseyi (CHC) bir tür "bekçi köpeği" işlevi görür.

Yukarıda belirtilen ve belirtilmeyen çok sayıda organ, çalışanları ve halkı, çoğu seçilerek temsil ederler. Bu organlar hizmet sunan hertür sağlık kuruluşu üzerinde planlama ve denetleme işlevi görür. Üzerlerinde üst bölge (Region) etkinlik birimleri yer alıyor. Üyelerinin çoğunluğunu Bakanlıkça atanalar, bir kısmını yerel yönetimden seçilenler oluşturur.

Tüm birimlerin üzerinde Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bölümü (DHSS) bulunur. Bölüm, uçtaki sağlık hizmeti için merkezsiz karar verme/değerlendirme/finanse etme işlevi görürken, hükümet için de sağlık hizmetini kontrol eden uzantı niteliğindedir.

Yönetim

Yönetimde temel ilke "Profesyonel* meslek sahibi insanların doğrudan yöneticilerinin aynı meslektenden olması" olarak ifade edilir. Belki de sözcük anlamına özen gösterilmesi sonucu, bu prensip sonuçta hemşirelik ve hastane eczacılığı hizmetlerinin hiyerarşik dizilimine, uzman ve pratisyen hekimlik hizmetlerinin ise otonomisine yol açmıştır.

Yönetim anlayışı üç alanda yoğunlaştırılmıştır:

i. Planlama: Strateji ve operasyon olarak iki ana ögeden oluşur. Strateji 10-15 yıllık amaçlar çerçevesinde ve her kademedeki konsültasyonlar sonrası Üst-bölge düzeyinde gerçekleşir.

ii. Yönetimde doktorlar: Her kademedeki hekimler ve diğer profesyonel görüşlerin yansımaları amaçlar. Görüş ve karar aşamalarından oluşur. Bireysel olarak hekimlere yönetici işlevi vermeyi amaçlar. Toplum Hekimliği uzmanlarına buldukları her birimde yönetici değil, danışman görevler verilmesini önerir.

* İngiltere'de bazı meslekler Profesyonel olarak isimlendirilir: Doktorlar, Mühendisler, Avukatlar, üst düzey yöneticiler gibi. Öğretmen, hemşire gibi meslekler bu gruptan sayılmazlar.

iii. Toplumun Temsili: Doğrudan toplum katılımı amacı gütmeyen. Her düzeyde yakınmaların (şikayet mektubu) toplanması ve CHC'ler tarafından değerlendirilmesiyle yürütülür. Daha çok küçük hastanelerdeki ihmal ve yanlış sağıaltımın incelenmesi ve mahkemeye değin uzanabilecek işlemlerinin yürütülmesiyle gerçekleşir.

USH örgütü dünyanın en kalabalık onuncu gücü, Avrupa'nın Kızılordu'dan sonra en büyük örgütlenmesidir.

Finans

"5 Temmuz 1948 de Ulusal Sağılık Hizmeti (NHS) kurulduğunda ekonomik prensipler ve ekonomistler karar verme gücünden dışlanmışlardı. Hizmetin ideali, tıbbi bakımın kullanım noktasında ücretsiz olması, gereksinme duyulan zaman ve yerde 'başka hiçbir ölçüt olmaksızın, tıbbi gereksinmeye göre, yoksul ve varsıla aynı biçimde' sunulmasıydı. Bilinen bir gereksinme, bunu karşılamak için de üzerinde anlaşmaya varılmış bir yöntem olduğu varsayılmıştı. Bu nedenle ne üretileceği ya da nasıl ve kimin için üretileceğini seçmeyi gerektiren bir neden yoktu; Ekonomik Sorun da." (Roberts, 1989). Oysa artık sağılıkta da pazar ekonomisine geçiliyordu ve şimdi sıra sağılık pazarını ekonomistlerin düzenlenmesine geliyordu. Ama neyse ki, böyle olmadı.

Bugün de İngiltere'de herhangi bir sağılık kuruluşundan hiç ücret ödemeksizin yararlanabilirsiniz. Londra'nın ünlü ve görkemli hastanelerinde randevu dosyası açılırken din ve mezhebinize değin herşey bilgisayara geçirilir, ancak yapılan tetkikleriniz ve onlara karşılık gelen ücret ne ekrana gelir, ne de belleğe yansır. Çünkü NHS'i ilgilendiren o kurumun yıl sonunda bildirdiği bilançodur, tek tek bireyler için harcanan değil. Tüm sağılık harcamaları da genel bütçeden, yani toplanan vergilerle sağılanır. Genel sigorta, yani kâr amacı olmadığından, prim toplanarak insanlar ikinci kez de vergilendirilmezler. Genel Pratisyen (GP) ya da hastanenin belirlediği hertür sağıaltım ücret alınmaksızın gerçekleştirilir. Tetkik, ameliyat, esenlendirme, protez, evde bakım, gibi her uygulama ve madde bu kapsamdadır. Yalnız ilaçta farklı bir uygulama vardır; gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişiler ayakta ilaç kullanımında ağırlıklı katkıda bulunmak zorundadırlar.

1979'dan sonra başlatılan özelleştirme çabaları, halkı özel sigorta şirketlerine yöneltmeyi, kamu sağılık kuruluşlarını kâra yönelik çalıştırmayı ve giderek özelleştirmeyi amaçladı. Daha kaliteli hizmet kılıfı altında sunuluyordu bu sözde özlemler de. Ancak gerek hizmeti alan halk, gerekse sağılık çalışanları neye sahip olduklarının farkındaydılar. Başta

Britanya Tıp Birliği (BMA, hekimlerin birliği) ve diğer sağılık meslek birlikleri olmak üzere tüm sağılık çalışanları ve temsilcileri canla başla uğraştılar. Yaşlı evleri, çocuk yuvaları ve hastaneleri kapatılan halk da mektuplarla, yürüyüşlerle, yerel birimlerdeki oylarıyla destek verdiler onlara. 1983'e gelindiğinde kamudan koparılıp sigorta primi esasına dayalı oluşturulan özel sağılık hizmetinin ülke genelindeki payı yüzde 8'e ancak ulaşabilmişti. İlginçtir, bugün de aynı düzeydedir.

Özel prim ödeyenler USH'den çıkartılmazlar. İster prim ödedikleri yönde özel hekim hastanelerden, ister zaten gelir vergileriyle üyesi buldukları USH'den yararlanırlar.

Ulusal gelirden sağılığa ayrılan pay yüzde 6 dolayındadır. Kişi başına sağılık harcaması 1.100 Amerikan dolarıdır. Her iki rakamın da sanayileşmiş ülkelerle kıyaslandığında alçak gönüllü kalması, hizmetin kapsamı ve sonuçları dikkate alındığında sistem için olumlu göstergelerdir.

Hizmet Sunumu

Genellikle ulusal sistemlerde uniforme, yapılanmada standart beklenir. Model-İskandinavya'da olduğu gibi- periferde özerklik öneriyorsa, sağılık sorunlarının niteliğine göre birinci basamakta var-yasyonlar oluşur. İngiltere'de böyle bir yapılanmadan söz edilemez, çünkü örgütlenme Birincil Sağılık Hizmeti (BSH)'nin temel prensipleri oluşturulmadan yıllar önce kurulmuştur. Ayrıca -öyle ileri sürülse de temel kuruluş kaygısı halkın sağılık gereksinmelerini karşılamak değil, sağılıksızlıktan doğacak hoşnutsuzlukları ve daha çok da hoşnutsuzlukların neden olacağı yeni siyasal yapılanmayı engellemektir. Kurulduğu dönemde şekil açısından da olsa önemli toplumsal kaygılar taşıyan model, yıllar içinde ancak bireysel ve liberal yaptırımlarla değışikliğe uğratılmaya çalışılmıştır.

İngiltere'de sistemin tümelci bakış biçimine karşın BSH egemenliğinden söz edilemez. Bunun en önemli nedeni üç temel oluşumla açıklanabilir:

i. Hizmet nüfus esasına dayalı değildir: Başlangıçta çelişkili gibi görülecek bu kavram sistemin temel yanlışıdır. Sağılık ocakları nüfusa göre, daha doğrusu beklenen morbiditeye göre düşünölmüştür, ancak hedeflenen popölasyon hekiminki ile eşit ya da ortak değildir. Sağılık ocağının sorumlu olduğu sabit alan genellikle 10-15 bin dolayında kişiyi kapsar. Ancak bu alanda sağılık ocağı yalnızca koruyucu ve geliştirici, biraz da esenlendirici hizmetten sorumludur. İyileştirici hizmeti sunan hekim ortalama 2.500 dolayında kişiden sorumludur, bu kişilerin de

hekimin ya da sağlık ocağının bulunduğu bölgeden olması gerekmez. Dileyen istediği hekimin listesine yazılabilir. Hekim yaşadığı ya da çalıştığı bölgeden bireyleri alabileceği gibi, başka sağlık ocakları ya da bölgelerden insanları da kaydedebilir. Hekimin baktığı popülasyon hiçbir sınırı olmayan, dağınık bir nitelik oluşturur. Bu nedenle hekimin sağlık ocağı ile ortak bir paydası yoktur.

ii. Hizmet sunumu tümelci değildir: Hekimin sunduğu iyileştirici hizmet diğer hizmetlerden ayrılmıştır. Hekim iyileştirici hizmet yanında aşılama, sitolojik tetkik, gibi koruyucu hizmetlerde yapabilir, ancak bunları sağlık ocağı ekibiyle yürütmesi beklenemez. Sağlık ocağının diğer elemanları da koruyucu, geliştirici ve esenlendirici hizmetler yönünden hekimle bağlantıda değildirler. Bu kopma, BSH'nin temel iletişim ve etkileşim ilkelerini tümüyle parçalamış, hizmetin integrasyonunu bozmuştur.

iii. Ekip anlayışı yoktur: Yukarıda belirtilen iki temel eksik kaçınılmaz olarak ekip oluşumunu engellemektedir. Ortak bir popülasyonla ilgilenmeme sonucu "taraf" aynı kaygıları taşımaktan ya da aynı amaç ve sevinçleri paylaşmaktan uzak kalmışlardır. İyileştirici hizmet avantajı elinde olduğu için hekim - yaparsa - koruyucu hizmette de önceliği alır. Hekim kendisine kayıtlı bir çocuğun hastalığından sorumludur. Arzu ederse bu çocuğu aşılayabilir de. Çocuk, koruyucu hizmet açısından başka bir sağlık ocağına bağlı olduğu ve bu sağlık ocağının hemşiresi ile sözkonusu hekimin iletişimi olmadığı için bu çocuk bağışıklama yönünden hemşire için kayıp demektir. Benzer sıkıntıların birikimi sonucu hemşire ya da sosyal hizmet uzmanının hekimin kapısı önünden geçmemeye özen gösterdiği bir ortam oluşabilmektedir.

Bu olumsuz gelişimin temel nedeni, hekimin hizmete uydurulması yerine, hizmetin hekime adapte edilmeye çalışılmasıdır. Bölge (District) içindeki her sağlık ocağı nüfus ve morbidite hesaplarıyla, sınırları belirli bir popülasyondan sorumludur. Hekim bu örgütten bağımsız yerleştirilmiştir. Eski bir alışkanlıkla aile doktoru diye de adlandırılan genel pratisyen (GP) en az on yıl kıdemli, çoğunlukla uzman olmayan bir hekimdir. İster özel bir muayenehane (surgery) de - ki bu çoğunlukla evindedir - işlev görür, ister birkaç hekimle birlikte poliklinik (group practice) açar, isterse sağlık ocağında bir oda kiralar. Her koşulda kendine bağlanacak kişiler konusunda bağımsızdır. Kendine kayıtlı kişiler başka semtler ya da bölgelerden olabilir. İsteyen ayrılıp başka hekime yazılabileceği için her yıl, hatta sürekli değişen bir popülasyona sahiptir.

Sınırsız bir hekim ve hasta seçme özgürlüğü vardır. Hekim her yıl başında listesini yeniler, kendisine kaydolmak isteyen ortalama 2.500 kişiyi liste halinde USH'ne bildirir.

Bu kişiler hastalık nedeniyle başvursun ya da başvurmasın, USH den kişibaşına ücret alır. Hastayı beğenmezse gerekçe göstermeksizin listesinden çıkarma hakkına sahiptir. Bu durum genellikle kanser, psikoz, diyabet gibi sorunları olan bireylerin başına gelir. Hekim başka hekimleri de bu birey konusunda bilgilendirir ve uyarırsa, birey ölümüne değin hekimsiz yaşamak zorunda kalabilir. Aile doktoru ismiyle de adlandırılmasına karşın hekimin aile ile ya da sağlığıyla hiçbir bağlantısı yoktur. Çünkü ailenin her bireyi farklı hekimlere kayıtlı olabilir, hekimle temasları da ancak hastalıkları sözkonusu olduğundadır. Böyle olunca hekim kendisine bağlı bireyler olan ve bu bireyleri salt hasta olduklarında değerlendiren sağdıç konumundadır. Listesi değişken olduğu için de bu bireyleri uzun süre tanıma şansı bulunmayabilir.

Sağlık Ocağı

Hekim dışındaki diğer elemanlar sağlık ocağının popülasyona indeksli "sabit" elemanlarıdır. Hekimin sorumlu olduğu nüfus sağlık ocağınınki ile çakışmaz. Başka bir deyişle, sağlık ocağından ebellek ya da konuşma terapisi hizmeti alan bir birey, hastalandığında başka bir sağlık ocağı ya da grupta çalışan bir hekime başvurur.

Sağlık ocağı hemşire yönünden zengindir. Hemşireler genellikle evde hizmet verirler, hizmetlerine göre farklı eğitimlerden geçmişlerdir ve farklı isimler taşırlar. Alan Kıdemli Hemşireleri, Ev Ziyaretçileri (AÇS), Okul Hemşireleri alanda hizmet veren hemşirelerdir. Yine alanda hizmet veren Okul Dış Elemanı, Kıdemli Ebe, Konuşma Terapisti, Kiroplast (ayak bakımı elemanı), Sosyal Çalışmacılar diğer elemanları oluşturur. Önemli sayıda sabit ve gezici (okul) sekreterleri ve kayıt-kabul memurları da vardır.

Hekim sağlık ocağında hasta görüyorsa randevuyla çalışır. İki saatlik öğle arasında ev ziyaretleri yapar. Geceleri ve hafta sonunda kendine kayıtlı kişilerin telefonlarını bekler ve gerektiğinde eve gider.

Hekimin ücretlendirilmesinde kayıtlı kişi sayısı, çalıştığı bölgenin özellikleri, kıdemi, gece ziyareti sayısı, gibi etmenler rol oynar. Mezuniyet sonrası eğitimi alıyorsa ek ücret alır. Belirli hedef gruplarda etkinse, örneğin kadınların yüzde 80'ine servikal smear uyguluyor, çocukların yüzde 90'ını bağışıklıyorsa, yine ücret artar. Bu durumda hekim sağlık

ocağının koruyucu hizmeti vermekle yükümlü ekibinin işine karışmış olmakta ve bir anlamda ekiple rekabete girmiş bulunmaktadır. Sonuçta hekim örneğinin listesinde 1.000 kişi varsa yılda brüt 35.000 pound; 2.500 kişi var ve tüm ek ödemeleri de alıyorsa 60.000 pound kazanabilir. Genç hekimlerin ücretini ve çalışma biçimini GP'ler belirler.

Sağlık ocağında yönetici eleman olmadığı gibi, sağlık meslek sahiplerinden biri diğerinin amiri de değildir. Sonuç olarak sağlık ocağının patronu yoktur. Her meslek grubu, kendi meslek örgütü tarafından denetlenir, eğitilir ve kollanır. Her eleman kendi ilgi alanındaki istatistiksel veriyi Bölge düzeyine bildirmekle yükümlüdür.

Sağlık elemanlarının temel ilgi alanı eviçi sosyal sorunlardır. Konut sağlıksızlığı, yalnız yaşlılar, çocuk dövme sendromu, evli olmayan (çocuk) anneler, ilaç bağımlılıkları, temel sorunları oluşturur. Baş biti gibi enfestasyonlar da evde saptanıp sağaltılır.

Bağışıklama sağlık ocağının görevlerindedir. Anne getirdikçe, çocuklara 12 aya değin Difteri, Tetanos ve Polio Şeması başlanır. Kızamık 12 aydan sonra uygulanır. BCG rutin olarak 12 yaştan sonra, Tuberkülün'le yapılır, kuşkulu temasta yaşamın ilk on gününe kadar çekilebilir.

Aile Planlaması hizmeti daha çok oral kontraseptife dayalıdır. RİA, kişilerin istekleri doğrultusunda, kliniklerde uygulanır. Sağlık ocağı personelinin altı ayda bir yerel yetkililerle ortak toplantı yapma ve çözüm üretme gelenekleri son onbeş yılda hükümet kesintileri nedeniyle büyük darbe almıştır.

Sevk

Birinci basamak üzerinde yeralan genel ve özel hastaneler dizisi genelde örgütlü ve işlevseldir. Hekim kendi gerek görürse hastayı dilediği hastaneye sevkeder. Randevuyu kendisi alırsa daha kısa sürede sağlayabilir. Acil olgular dışında bekleme listeleri birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişir. Genellikle acil olmayan ameliyatlar için -örneğin total kalça protezi- 6 ay kadar beklenir. Normal bir göz hastanesi randevusu da 6 ay sürelidir.

Hastalar acil olmadıkça ve kendi hekimlerince sevk edilmedikçe hiçbir şekilde hastaneye sevksiz kabul edilmezler.

Bugünkü Durum

İngiliz sağlık sistemi, Muhafazakar hükümetlerin şiddetli saldırısına karşı onurla direnmektedir. Özellikle sosyal kurumlar ve büyük hastaneler ağır kayıplar vermektedir. 1981'den buyana hastane yataklarının üçtebiri yokedilmiştir, yıllık hasta yatağı

kayıbı şu anda 10.000 dolayındadır. Birmingham hastanelerinin acil yataklarının 1.500'ü, yani dörttebiri, önümüzdeki beşyılıda kapatılmış olacaktır. Gerekçe, bugünkü sağlık hizmetinin daha iyi teknik olanaklarla ve ayakta verilebileceği savıdır. Oysa bugün hastaneye başvuran acil olgular prensip olarak iki saatten önce hekimle karşılaşamaz. Normal sevki bir hastanın hekimi bekleme süresi 4-12 saattir. Hekimler zamanlarının önemli bölümünü telefon başında, bazen de yalan söylemek zorunda kalarak hasta yatağı aramakla geçirmektedir.

Tüm olumsuzluklarına karşın USH geniş kapsamlı ve etkin olarak işlevini sürdürmekte, özellikle çocuk, kadın ve yaşlıların yaşamını güvencede tutmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Terris M, "The three world systems of medical care: trends and prospects", World Health Forum, I: 78-86 (1980).
2. Roemer MI, "National health systems throughout the world", Annu Rev Publ Health 1993; 14:335-53.
3. Elling RH, "Theory and Method for the cross-national study of health systems", Int Jour Health Serv, 1994; 24:285-309.
4. The World Bank, World Development Report 1993: Investing in Health, Washington DC, 1993.
5. Glennerster H, Matsanagis M, "The English and Swedish health care reform", Int Jour Health Serv, 1994; 24:231-51.
6. Rodwin V G, "New ideas for health policy in France, Canada and Britain", in: ed. Field M G, Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach, Routledge, London, 1989, pp.265-85.
7. Hunter TD, "A service within a service: The national health service in Scotland" in: ed. Field M G, Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach, Routledge, London, 1989, pp.195-229.
8. Townsend P, Davidson N, Whitehead M, Inequalities in Health, Penguin Books, London, 1990.
9. Roberts J A, "The national health service in the UK: from myths to markets", Health Policy and Planning, 1989; 4(1):62-71.
10. Fry J, "Trends 1980", Update, January 1980, 48-56.
11. Fry J, "1974 and after: A general practitioner's view of reorganization of the British national health service", Int Jour Health Serv, 1975; 5:425-7.
12. Kılıç B, Bumin Ç, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, 1993; 56:32-41.
13. Ham C, "Where now for the NHS reforms?", BMJ 1994; 309:351-2.
14. Hart JT, "NHS reforms", BMJ 1994; 309:739.
15. Macara AW, "Reforming the NHS reforms", BMJ 1994; 308:848-9.
16. "Unglamorous business of saving lives", The Observer, 13 February 1994.
17. Medical Audit, The Royal College of Physicians of London, W. Midlands, 1989.
18. General Practice in the National Health Service: A New Contract, Department of Health, 1989.
19. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Haklarınız, Health Education Council, London, 1982.
20. Watt IS, Franks A J, Sheldon T A, "Health and health care of rural populations in the UK: is it better or worse?", Jour Epid Comm Health, 1994; 48:16-21.