

DOSYA/DERLEME**BİRLEŞİK KRALLIK'TA ULUSAL SAĞLIK
HİZMETİNİN ÖYKÜSÜ**

Gazanfer AKSAKOĞLU*, Hatice GİRAY**

Birleşik Krallık (BK) (United Kingdom) İngiltere, Galler ve İskoçya'dan oluşan Büyük Britanya (Great Britain) ile Kuzey İrlanda'nın birleşimiyle ortaya çıkan devlete verilen addır. Birçok açıdan olduğu gibi sağlık hizmet sunumunda da İskoçya ve Kuzey İrlanda, İngiltere ve Galler'in ortak davranışlarından farklı, daha kendine özgü -ve iyi- yöntemler izler. Bu yazıda ağırlıklı olarak İngiltere ve ona birçok bakımdan yakın olan Galler konu edilecektir. İskoçya ile Kuzey İrlanda bu iki ülkeye göre önemli farklılıklar göstermediğinden, ayrıca gönderme yapılmayacaktır. Yazı boyunca tam anlaşılabilirliği sağlamak amacıyla -yazarların ilkeleri dışına çıkılarak- gönderme yapılan terimlerin İngilizce özgün karşılıkları da parantez içinde sunulacaktır.

Ulusal Sağlık Hizmeti'nden Önce

Sağlık hizmeti örgütlü olarak ortaya çıkmadan çok önce sağlıkçılar kendilerini toplum içinde gösterdi. Çoğunlukla berberden dönüşerek ortaya çıkan bu meslek grubu günün hekimleri olarak kabul gördü ve önemli bir gereksinmeyi karşıladı. Başlangıçta kırık kol, çürük diş, kesi gibi "hasta" konuyla ilgilenen hekimler yüzyıllar içinde aile bireylerinin gebe, sonra doğum ve giderek de çocuk sağlığı konularında "iyi"leriyle de ilgilenmeye başladı. Oluşan hekim türü bir "aile hekimi" modeliydi ve Avrupa'da en çok gelişerek örgütlendiği alan İngiltere¹ idi. Aynı dönemde yatarak bakım gerektiren ağır ateşli

hasta ve yaralıları kucağını açan bir kurum daha vardı: Kilise ve dinsel okullardaki rahibeler bu bakımı üstlendiler. Kurumları giderek hastaneleşirken, rahibeler de hemşirelere dönüştüler². Ortaya çıkan bir toplumsal gelişmeydi ve sağlık algısının oluşması sürecinde duyulan gereksinmeyi karşılamaya yönelikti.

"Aile hekimi"nden ancak parası olanlar yararlanabilirdi; olmayanlar ya ölür ya da sıkıntı içinde yaşarlardı. Akıl hastalarına ayırım uygulanır ve genellikle zincirlenir ya da bağlanırlardı. Ondokuzuncu yüzyıl başlarında yardımsever dernekleri ve vakıflar geliştikçe hastalara ücretsiz katkı sağlanabilir oldu; ancak bu çok yetersiz kalıyordu.

Genç bir hekim olan William Marsden tarafından Londra'da 1828'de kurulan dispanser yoksullara ücretsiz bakım vermeye başladıktan on beş yıl sonra adı Kraliyet Ücretsiz Hastanesi olmuştu ve yılda 30,000 kişiye karşılıksız bakıyordu; 1920'de iflas noktasına gelip ödeyebilenden ödeyebildiği ücreti istemeye başlayana dek. Aynı dönemde artık yerel yönetimler de hastaneler oluşturuyordu. Korkunç değişim Britanya sanayi devrimi ile başlamıştı. Hızlı kentleşme ve dayanılmaz çalışma koşulları insanlık dışı yaşam ve sağlıksızlık koşullarını da birlikte getiriyordu. Sanayi bölgeleri aynı zamanda en yoksul alanlardı, oralar da ölümlülük hızlarının en yoğun olduğu yerler (Engels, 1987; NHS in England, 2006).

Kraliçe'nin adıyla anılan "Viktorya Britanyası" sürecinde içeriği çok sonra anlaşılabilen- beklenmedik bir gelişme oldu: Erişkin ölümleri hızla azalmaya başlamıştı. İlerleyen yıllarda bunun açıklaması gelir artışına bağlı olarak beslenmenin düzeltilmesi yönünde yapıldı (Doran, 2003). İzleyen ayrıntılı incelemeler bu çelişkili

*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

değişimde asıl etkinin, artan geliri kamu sağlığı hizmetlerine harcamaya başlayan yerel yönetimlerin katkısıyla olduğunu ileri sürdü (Szreter, 1988). İlk kez hasta olanların bakımı dışında bir etkinlik amaçlanıyor, başta ucuz ve sağlıklı konutların seri yapımı "Viktorya evleri" olmak üzere sağlam kişilerin yaşam koşullarını olumlu kılacak girişimler başlatılıyordu. Ancak iş koşullarında ve sanayinin çevrede yarattığı kirlilikte olumlu bir gelişme başlamamıştı. Toplum içinde ve çevredeki çok sayıda değişkenden etkilenen bebek ölümlerinde de düşme beklenemezdi.

Sanayileşme sürecinde işçi sınıfının kazanımları gereği oluşan küçük işçi sigortaları ve dostluk dernekleri (friendly societies) 1911'de Lloyd George döneminde Ulusal Sigorta Yasası (National Insurance Act)'nın doğmasını sağladı (Aksakoğlu, 1994; History of the national health service, 2006). İleriki gelişmeler sigorta kapsamının salt işçileri değil diğer çalışanları da, dahası çalışmayanları da tüm sağlık sorunlarıyla kapsayan bir genel sigortaya dönüşmesine neden olacaktı.

Ulusal Sağlık Hizmeti Doğuyor

İkinci Paylaşım Savaşı'na dek ülkede her şey geleneksel düzenini sürdürdü. 1930'larda Sağlık Bakanlığı (SB) (Department of Health) Çekoslovakya'da uygulanan toplum tabanlı modelle ilgilendi ve yazıştı, ancak yapısal değişiklik girişiminde bulunmadı. Savaş öncesinde İşçi Partisi (Labour Party) tabanına sağlıkta yenilik sunma kaygısıyla arayışlara girdi. Savaş sonuna doğru Sovyetler Birliği (SSCB)'nin Doğu Avrupa'da etkin rol üstleneceğinin anlaşılması ve ardından bu ülkelerde işçi sınıfının kendi siyasal sistemini kurarak başta sağlık ve eğitim olmak üzere her alanda eşitlikçi bir uygulamaya geçmesi, BK'ta çabaların hızlandırmasına yol açtı. Savaş sırasında toplumsal dayanışma duyguları ve çocukların kent dışına topluca taşınma, barındırılma ve eğitilmeleri gibi yardımlaşma örnekleri gelişmişti. Savaş sonrası için sosyal güvenlik, sağlık, eğitim ve konutlaşma alanlarında kamusal girişimlerin oluşturulması planları yapılıyordu. Beveridge'in 1942'de hazırladığı toplumsal içerikli rapora dayanan taslak savaş süresince tartışıldı. Savaşın bitimiyle birlikte yönetime gelen İşçi Partisi, BK işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel stratejisi çerçevesinde temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmetini, yerinde sunmayı kararlaştırdı. 1946'da yasalaştırılan Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) ülkede yaşayan tüm bireylere tam olarak parasız hizmet sağlamak üzere 1948'de devreye girdi (Aksakoğlu, 1994; NHS in England, 2006; Health Care Systems in Transition, 1999). Model bazı güçlüklerle uygulanmaya başlandı. Aslında uygulama öncesinde önemli ve çok sert bir kavga yaşanmış, hekimler oldum olası var olan ayrıcalıklı konumlarını sürdürmeye kararlı olduklarını ve modelle bütünleşmeyeceklerini gerek Britanya Hekimler Birliği (British Medical Association [BMA]) gerekse Kraliyet Hekimler Birliği (Royal College of Physicians [RCP]) olarak açıklamışlardı. Bakan Aneurin Bevan'ın arabulucu çabalarıyla aile hekimlerine merkezsel örgütle sözleşme

imzalama, uzman hekimlere işe alınmaları ve ücretlerine yönelik kontrol hakkı yanında ek özel hekimlik yapma olanağı, ödün olarak tanındı.

Model farklı ve bağımsız çalışmaya alışkın meslek ve kurumları bir arada devinmeye çabalıyordu: Hastaneler, aile hekimleri, eczacılar, gözcüler³, diş hekimleri, bundan böyle sağlık ocağı (health centre) düzeneğinde örgütlenecek hemşire ve sosyal çalışmacı nitelikli diğer görevliler, ortak hizmet üretmeye çabalayacaklardı. Sağlık ocağı gerçekte tüm sağlık çalışanlarının birlikte hizmet sunacakları birim olarak planlanmıştı, ancak hekimlerin ayrı duruşu nedeniyle böyle başlatılmadı. Modelin hizmeti sunan birimlerinin aile hekimi, kamu hastanesi ve sağlık ocağı üçlüsünden oluşacağı, aile hekimlerinin hasta bakıp gerektiğinde hastanelere sevk edeceği, sağlık ocağının apayrı ve salt koruyucu hizmet sunacağı bir yapıya dönüşeceği daha işin başında belli olmuştu. Ülke tarihinde kişilerin nüfus ya da kimlik belgesi hiç olmamıştı. Yenidoğan için verilen çarşaf büyüklüğündeki doğum belgesi aile anısı olarak bir dolapta saklanır, kimlik olarak yalnızca yurtdışına çıkışta pasaport alınırdı. Artık herkes adını bir hekime yazdıracak, yıl boyunca gerek duyduğunda yalnızca o hekime görünecekti. Hekimlere aile hekimi ya da doktoru (family physician/doctor) ya da genel pratisyen (general practitioner, [GP]) deniyor, çoğunlukla evlerinin bir odasından oluşan muayenehanelerinde (surgery) ya da sağlık ocağı içinde kiraladıkları bir odada hastalarına bakıyor, reçete veriyor, gerek gördüklerinde hastaneye sevk ediyorlardı. Hastanelere doğrudan başvuru kesinlikle olanaksızdı; salt acil servise, o da acil ya da gebe oldukları kabul edilirse başvurabiliyorlardı. Hekime kayıt olunmasında aile bağı ya da oturulan yerin sağlık ocağı coğrafyasında olması önemli değildi, hekimle bağlantı bireysel oluyor, ailenin her bireyi farklı bir hekime kayıt olabiliyordu.

Hizmet planlamanın başlangıç aşamasında toplum içinde bilinmeyen genişlikte bir hastalık yığılımından söz ediliyordu. Var olan bu birikim hizmet sunuldukça azalacak, zamanla hizmetten yararlananların sayısı belirli bir düzeyde kalacak ya da azalacaktı. Oysa gelişme böyle olmadı, yıllar ilerledikçe hasta sayısı ve sağlık harcamaları hızla artmaya başladı (Health Care Systems in Transition, 1999). Öte yandan kurumlar arası ayrışma ortaya çıktığı gözlemleniyordu; hastaneler, aile hekimleri ve yerel sağlık yetkilileri birbirinden kopuk çalışıyordu (Fry, 1975). 1962'de Porritt Raporu'nda bu kurumların bütünleştirilmesi gerektiği ortaya konunca Enoch Powell yönetimindeki SB "İngiltere ve Galler için Hastane Planı"nı yayımladı. Planın yüreğini 100,000-150,000 kişiye ayaktan ve yatarak bütüncül hizmet verecek 600-800 yataklı Bölge Genel Hastanesi (District General Hospital [DGH]) oluşturuyordu. Hastanelerde hizmetin temel yetkilileri sorumlu uzman hekimler (consultant) olacak, hastane genel yönetimi ise konuda yüksek öğrenim görmüş bir yönetici tarafından üstlenilecekti. O günden bu yana bölge genel hastanesi USH'nin omurgasını oluşturdu (Ham, 2005; NHS in England, 2006).

Dünyanın sağlam birey ve sağlıklı toplum yönlü örgütlenmeye gidişinden ayrımlaşıyor, hasta bireye sağaltım sunumuna doğru yöneliniyordu.

Finans

Finans merkezsel olarak ve tümüyle genel bütçeden karşılanıyordu. Beveridge bir ekonomist olmasına karşın aynı zamanda toplumsal reformcu (Beveridge Report, 1942). USH kurulduğunda ekonomik ilkeler ve ekonomistler dışlanmış, sağlık gereksinimi dışında hiçbir ölçüt dikkate alınmamıştı; ne üretileceği ya da nasıl ve kimin için üretileceği seçilmemiş, ekonomik sorun da olmadığı varsayılmıştı (Roberts, 1989). Herkes ödeyebileceği ölçüde vergi ödüyor, gereksindiği ölçüde ve eşit olarak hizmet alıyordu. Ancak ülke genel anlamda çok ağır parasal sıkıntı içindeydi. BK savaşta yerkürenin her yöresinde savaşmış, uzun süre ve çok ağır bombalanmış, gençlerinin önemli bölümünü yitirmişti. Yiyecek çok kısıtlıydı, on yılı aşkın süre karneyle dağıtılacaktı ve aile başına haftada 56.7 g (2 ounce) et ve kişi başına ayda 1 yumurta verilecekti (Hanff, 1993). Genel bütçe bu ağırlığa dayanamadı, ilk çatlak 1952'de oluştu; başvuranlardan reçete başına 1 şilin ve her dış sağaltımına 1 sterlin katılım payı alınmaya başlandı (NHS in England, 2006). USH'nin iki temel ilkesinden biri olan parasız sunu bozulmuştu. 1957'de hükümet 'zorunlu katılım tabanlı' ödeme kararı aldı, fakat sağlıkçılardan ve toplumdan gelen tepkiler nedeniyle uygulamayı başlatamadı. Yine de katılım paylarının aşamalı yükseltilmesi ile 1961'de genel sağlık giderlerinin yüzde 20'si halktan alınır oldu (Greener, 2001). İlkelerden ödün vermeye, eşit ve parasız hizmet kavramlarının ikincisinden başlanılmıştı.

Özel sigortacılık yaygınlaşmadı. 1980'den sonra ivme kazanarak ilk kez nüfusun %11'ini aştı, ancak sonra yeniden %10'lara düştü. 1995'te genel harcamanın cepten ödeme %2.7'sini, özel sigorta primi %3.5'ini oluşturuyordu. 1997'de toplam harcamada kamu payı %84.5 olarak gerçekleşti. Sağlık harcamaları artmasına karşın Avrupa'ya göre çok düşük kaldı; 2002'de kamu harcamaları ulusal gelirin %6.4'ü ve özel harcamalar %1.3'ü oldu. Aynı yıl kişi başına sağlık harcamaları toplamı ABD doları cinsinden satın alma gücü olarak 2,160 idi. Şimdiye dek 16 yaş altındakiler, 60 yaş üstündekiler, gebeler, öğrenciler ve işsizlerden reçete bedeli alınmadı (Health Care Systems in Transition, 1999; WHO, 2006).

Temel İlkeler ve Yapılanma

Amaç "elden geldiğince, toplumun gereksinmelerine yönelik ve yerel olarak, sağlık hizmetinin her yönünü sağlayan, tam anlamıyla tümelci bir sağlık sistemi" oluşturmaktır. Eğilim ağırlıklı olarak "kaynakları hastane hizmetleri ve acil hizmetlerden, uzun dönemli sorunlarla ilgili sağlık hizmeti gruplarına yönelmek" idi (Office of Health Economics, 1977). Bazı çevre sağlığı konuları, besin denetimi, hayvan sağlığı, bulaşıcı hastalık kontrolü yerel yönetimlerin denetiminde, Kamu Sağlığı Hizmeti (Public Health Services [PHC]) olarak kaldı. İşçi sağlığı Çalışma Bakanlığı'na, cezaevleri ve silahlı kuvvetler de

kendi sağlık yapılanmasına bırakıldı. USH altında aşağıdaki hizmetler toplandı:

- Hastanecilik ve uzmanlık hizmetleri,
- Diş, göz, eczacılık ve aile hekimliği hizmetleri,
- Kişisel sağlık hizmetleri başlığıyla; cankurtaran, veri toplama ve kayıt, aile planlaması, sağlık ocakları, (hekimin) evde hasta bakısı, evde hemşirelik ve ebelik, anne ve çocuk sağlığı, bağışıklama ve aşılama, diğer koruyucu ve bakım hizmetleri,
- Okul sağlığı hizmetleri.

Birinci temel kaygı tümelci yaklaşım, ikincisi demokratik yönetimdir. Bölge (District) siyasal bölünmeye göre değil, nüfus yapısı ve özelliklerine göre oluşturuldu. Her 250,000 kişiye bir bölge ve 10 sağlık ocağı düşecekti. Hekimler sağlık ocağı yapılanmasına uymak zorunda olmayacak, 2,500 kişiye dek bölge içinde kendilerini seçen bireyleri bir yıllığına kayıtlarına alacak ve sağlık hizmetinden 24 saat sorumlu olacaklardı. Bölge nüfusu hesaplanmasında yaşayan insan sayısından çok var olan bedensel ve akılsal sakatlık ile gelişmesi beklenen hastalanma, hastaneye yatış ve ameliyat olma hızları dikkate alınıyordu. Hizmetin türü ve kapsamını toplumun öngörülen sağlık sorunları ve gereksinimleri belirleyecekti (Aksakoğlu, 1994; Boddy, 2001; Fry, 1980; Office of Health Economics, 1977).

Yönetimin temelini her uygulama düzeyindeki Sağlık Yetkilileri (SY) (Health Authorities, HA) oluşturuyordu. Yaklaşık üçte biri yerel kişilerden seçilmiş, üçte ikisi atanmış, sağlıkçı olan ve olmayan kişilerden oluşan kurumlardı. Buldukları düzeydeki sağlık hizmeti işleyişini düzenliyor, izliyor ve oluşan sorunları gidermeye çalışıyorlardı (Office of Health Economics, 1977). Toplum hekimliği uzmanları (community medicine specialists) başta Bölge olmak üzere her aşamada görev alabilecek, yönetici değil danışman konumunda olacaklardı.

Sağlık Ocağı

Sağlık ocakları özellikle kent merkezlerindeki yoksul ailelere bütüncül hizmet sunmak amacıyla planlanmıştı. Büyük ve çok işlevli binalar oluşturulmuş, laboratuvarlar başta olmak üzere yüksek düzeyde teknik olanaklar sağlanmıştı. Personel çok sayıda ve farklı disiplinlerden oluşmuştu. Kıdemli hemşire (district nursing sister), gezici hemşireler (health visitors), okul hemşireleri (school nurses), okul dış sağlığı görevlileri (school dental services), kıdemli ebe-hemşireler (midwifery sisters), konuşma eğitimcileri (speech therapists), ayak bakımcısı (chiropodist) temel öğrenimleri benzer, ancak ileri öğrenimde uzmanlaşmış elemanlardı ve genel olarak ev gezileriyle hizmet veriyorlardı. Sosyal çalışmacı (social worker) ev gezileriyle sorun araştırıyor, yoksulluk ve eğitimsizliğin getirdiği sıkıntıların çözümüne örgütlü katkı bulmaya çalışıyordu. On altı yaş üzeri kızlar Cuma akşamları yarım bardak birayla çakırkeyif olur, birlikte oldukları gençten oluşan gebelik ürünlerini tek başlarına

büyütmeye çalışır, bir hafta sonu evde yalnız bırakarak başka bir kente gider, bebeğin ölümünü bakkala gidip gelmeleri ile açıklamaya çalışırlardı. Sosyal çalışmacıları en çok ilgilendiren toplum sağlığı sorunu bu çocuk anneler ve onların bebekleriydi. Temel bir işlevleri de yaşlıların yalnızlık nedeniyle yaşadıkları güçlükler ile ilgilenmekti. Sağlık ocağında oda kiraladığı aile hekimleri varsa hastalarını burada görüyor, ayrıca öğle aralarında hasta bakma amacıyla ev gezilerine çıkıyorlardı. Sağlık ocağında kimse bir diğeri üstü ya da başı değildi. Yönetim "profesyonellerin doğrudan yöneticilerinin aynı meslekten olması" temeline dayanıyordu ve her meslek elemanı kendi mesleksi örgütüne denetleniyordu. Yaklaşım demokratik görünmekle birlikte, gerçekte hekimlerin modelle bütünleşmeye direncinin bir uzantısıydı ve ileride hemşirelik ve hastane eczacılığı gibi mesleklerin hiyerarşik dizilimine, uzman ve pratisyen hekimlik hizmetlerinin ise otonomisine yol açacaktı. Hekimler toplumda "kral" konumunu sürdürecekti, modele yabancılaşacaktı. Sağlık ocağını konuğuna gezdiren bir sosyal hizmet uzmanı yarım daire çizerek uzağından geçtiği oda kapısının kimin olduğu sorusuna fısıltıyla "hekim" yanıtı verecekti (Aksakoğlu, 1979; Aksakoğlu, 1994).

Sağlık ocağı çok amaçlı bir yapılanmaydı. Aile hekimleri bu yapılanmadan kendilerini uzak tuttular; kira yoluyla içine girdikleri zaman bile benimsemediler ve iletişim kurmadılar. Zaten kurum ile aile hekiminin bakmakla yükümlü oldukları nüfusun örtüşmemesi, ortak çalışmalarına engeldi. Sağlık ocağı yetmişli yılların sonlarına doğru salt koruyucu hizmete yöneldi. Sağlık hizmet modelinin sağaltım yönelimli olması nedeniyle kendisine karşı oluşan bakış biçimi sonucu ortalıktan silindi. Son derece yoğun ve değerli bir hizmeti tüm gücüyle sürdürmesine karşın bugün yazılı bilgi kaynaklarında bile yerini bulamıyor.

Aile Hekimi

Aile hekimisi (kaynaklardaki yaygın adıyla general practitioner ya da GP) tıp fakültesini bitirdikten sonra Kralliyet Aile Hekimleri Birliği (Royal College of General Practitioners [RCGP]) tarafından açılan giriş sınavına başvuruyor, başarılı olursa uzmanlık eğitimi hakkı elde ediyordu. Bunun için en az 5 yıl kendi başına reçete yazma yetkisi olmaksızın meslekte çalışıyor ve gerek hastane, gerek sağlık ocağında eğitiliyor (General Practitioner, 2006), yetkin ve bağımsız görev alabilmek ve aile hekimisi olabilmek için en az on yıl deneyimli olması gerekiyordu. Yine de aile hekimlerinin üst düzey bilgi ve beceriye sahip olduğu söylenemezdi. On yılı aşkın deneyimi olan bir hekim hastanın göz dibini görebilmek için güneşli pencereye doğru bakmasını istiyor; yeniden bilgilendirme kursundaki aile hekimleri Kolera etkeni sorusuna yanıtlarını Salmonella ve Shigella'ları sıralayarak başlayabiliyordu (Aksakoğlu, kişisel yaşantı, 1979). Böyle de olsa, ülkenin genel gelişimi, hemşirelik eğitiminin gelişmesi, sağlık ocağının düzgün kurumsal hizmeti, hastanelerin teknik donanımının artması ve hasta bakımında bir düzen ve sevk sisteminin varlığının yardımıyla sağlık sorunlarını önemli ölçüde çözmeyi başarıyorlardı.

Bir aile hekimisi listesine 2,500 kişiye dek kayıt edebiliyordu, 2002 yılında bu sayı ortalama 1,800 kişiydi (WHO, 2006). Hasta hekimini, hekim de hastasını seçebiliyordu. Sözleşme bir yıllıktı, iki tarafın onayıyla her yıl yeniden uzatılabiliyordu. Bazı durumlarda hekimler "liste doldu" gerekçesiyle kişinin kaydını yenilemiyor, hekimler arası iletişimle kişi hekimsiz, ortada kalabiliyordu. Bu kişiler genellikle emek ve sabır gerektiren psikiyatri, kanser, kronik böbrek hastalığı gibi sorunları olanlardı. Aile hekimleri hastalarını muayenehanede ya da sağlık ocağındaki kiralık evlerinde görüyorlardı. Kağıt üzerinde 24 saat hizmet verecekleri görünmesine karşın, bu süre genellikle 08.00-18:00 gibi gerçekleşiyor, gece hastaya çağırılma olasılığı çok düşük oluyordu.

Ücretlendirme hizmet başına değil, kişi başıydı. Başışıklama oranının yüksekliği, servikal sürüntü alınma oranı gibi "performansa dayalı" değerlendirmeler geliri artırıyordu. Bir hekimin yılda aldığı toplam ücret -vergi öncesi- 50,000 ile 100,000 sterlin arasında, ortalama 70,000 oluyordu. İskoçya'nın kuzeyinde minik bir adada, tek başına ve geleneksel koşullarda çalışan bir aile hekimisi yılda 300,000 sterlin üzerinde kazanınca gazetelere konu oluyordu (Perks of an island GP, 2006).

Hastane

Hastaneye sevk edilenler için yazışma ile randevu alınıyordu ve hemen her zaman birkaç aylık bir bekleme listesine kayıt olunuyordu. Başvuranlar kapıdan içeri girebilmek için hastaneden kendilerine gönderilen çağrı belgesini görevliye teslim ediyor, karşısına oturdukları hemşireye adlarını, USH numaralarını, adreslerini ve -ölürlerse gerekli işlemin doğru yapılabilmesi için- din ve mezheplerini kaydettiriyorlardı. Her tür uygulama bir ana veri kaynağına yazdırılıyor, yıl sonunda USH hastaneye toplu ve tek bir fatura ödemesi yapıyor, kişiler hiçbir uygulama için para ya da katılım payı ödemediler.

Hastaneler model tarafından kilit unsur olarak seçilmişti. Bu görevi iyi yerine getirdiler, fazlasını bile yaptılar. Sundukları hizmet kalitesi, hemşire ve hekim bakımı düzeyi yüksek seyretti. Nicel olarak da çok yük taşıdılar. Buna acı çekmek demek daha yerinde olabilir. 1980'den buyana sayılamayacak denli çok, on binlerce hasta yatağı, özellikle de uzun süre yatış sağlayan küçük bölge hastanelerinin yatakları kapatılacak, hastaneler arsaları için satılacaktı. Yalnızca 1990-1998 arası bin kişiye yatak sayısı 5.7'den 4.5'e inecekti. Aynı dönemde özel hastanelerin yatak sayısı 10,852'ye dek çıktı, sonra yeniden 10,000'in altına düştü. USH hastanelerinde 3,000'den fazla özel yatak açıldı (Health Care Systems in Transition, 1999). Yine de çoğu başarı içeren çelişkili sayılar yansıtılar: Avrupa ülkelerine göre akut yatışlarda ortalama kalış süresi 5.0 güne çok yüksekti. Yatak başına sağlık personeli çok fazla (3.7), hastane dışındaki hekim dışı sağlık çalışanı oranı çok azdı (yüzde 25) (Wendt, 2004). Son iki sayı hastaneciliğe verilen önceliği gösteriyordu; ancak akut yatışlarda kalış süresinin uzunluğu hizmet kalitesine yansıma konusunda kuşku yaratıyordu.

Bekleme listeleri hastaneler için bir bakıma şaka konusu oldu. 1997'de seçilen İşçi Hükümeti seçim programına bu konuda iki madde koymuştu: Kimse hastaneye başvuruda 18 aydan fazla beklemeyecekti; bir sonraki seçime dek bekleme listesindeki kişi sayısı da 100,000 azaltılacaktı. O tarihte yalnızca yatış için bekleyenlerin sayısı 1.2 milyona yaklaşmıştı (**Health Care Systems in Transition, 1999**).

Oluşturulacak işletmecilik bir yandan özel sektöre tatlı karlar getirecek, bir yandan kamu hizmetinin maliyetini artıracaktı. 1980 sonrası USH içinde hastanelere ayrılan bütçe on yılda %55'ten %65'e yükseldi. Aynı dönemde UHS içinde yönetim giderleri %5'ten %11'e çıktı (**Boddy, 2001**).

Olumlu Gelişmeler

Çocuk bakımevleri, anaokulları ve yaşlı bakımevleri USH'nin dışında kurumlardı; ancak hizmet bütünlüğü içinde önemli toplumsal destek unsurlarını oluşturuyor ve hızla güçleniyorlardı. Sağlık hizmeti yerel yönetimler ve SB işbirliğiyle denetleniyor, sağlık çalışanları hiçbir baskı ya da engelleme olmaksızın tam profesyonelce ve mesleki açıdan meslek kuruluşlarına karşı sorumlu olarak işlevlerini yürütüyordu. Toplum "beşikten mezara" hizmetten çok hoşnuttu; siyasetçiler işleyişin tümüyle dışında olmalarına karşın seçim kazanmalarına bölgelerindeki sağlık hizmetinin önemli etkisi oluyordu.

1973'te yasalaşan ve 1974'te uygulanmaya başlanan yeniden düzenlemelerle USH başından beri ulaşılmak istenen biçimi aldı. En üstte SB bulunuyor, yukarıdan aşağı üst bölge (region), alan (area) ve bölge (district) sıralaması ile akış planlanıyordu (**Office of Health Economics, 1977; Health Care Systems in Transition, 1999**). Modelin temelini Bölge Genel Hastanesi, özünü ise hasta bakımı oluşturacaktı. Hasta bakımı dışındaki temel işlev olan birincil hizmet (primary care⁴) sağlık ocaklarıncı yürütülüyordu ve koruyucu hizmet ağırlıklıydı. Hizmetin temel elemanlarından olan sosyal çalışmacı başta genç kızların istenmeyen gebeliklerinin ve bunun sonucu oluşan düşük ve bebek ölümlerinin önlenmesi olmak üzere evde sosyal hizmet sunuyordu. Diğer önemli eleman olan hemşire özellikle bağışıklama, çocuk ve gebe izlenmesi ve evde medikal uygulamalarda görev alıyordu. USH'de çalışan sayısı 1.5 milyon kişiye ulaştı. Hastaneler yeni teknolojilerle donatıldı, hemşirelik hizmetleri olgunlaştırıldı. Kamu Sağlığı Hizmeti (Public Health Service) sanayi devriminin yarattığı çarpık kentleşme ile gelen hijyen sorunları ile ilgileniyor ve 19. yüzyılın ikinci yarısından buyana yerel yönetimler tarafından, çevre sağlıkçılar ve mühendisler aracılığıyla yürütülüyordu.

İlerleyen yıllarda genel örgütlenme yapılanmasında bazı küçük geliştirmeler yapıldı. 1974'te modele daha toplumsal boyut ve demokratikleşme kazandırmak kaygısıyla Toplum Sağlık Kurulları (Community Health Councils) oluşturuldu. Kurul yarısı yerel yönetim, altıda biri SB'nca atanmış; dördte biri toplumun sıradan bireyleri arasından seçilmiş 16-30 kişiden oluşuyordu. Amaç halkın

yakınmalarını almak ve "dengeleri" kurmaktı; Galler dışında fazla kullanım olanağı bulamadı, 2003'te kapatılmalarına karar verildi (**Department of Health, 2006; Press for Change 2006**).

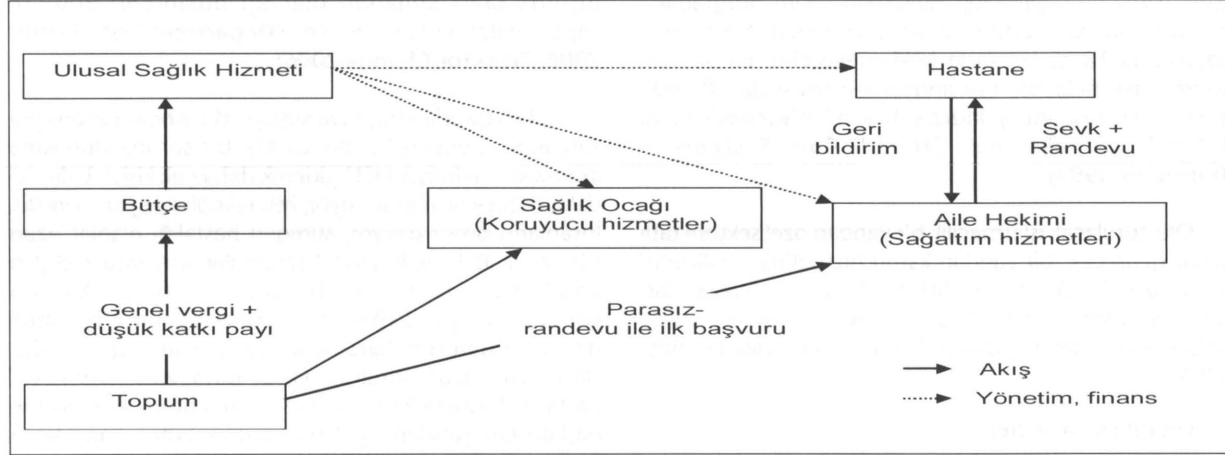
USH başarıdan başarıya koşuyordu. Ancak başarı aynı zamanda modelin başına sardığı bir soruna dönüşme aşamasına gelmişti. USH giderek daha çok kişiye bakıyor, daha düzeyli hizmet sunuyor, ileri teknolojiye yöneliyordu. İnsanların ömrü uzuyor, süregen hastalığı olanlar uzun süre yaşayabiliyor, bireysel harcamalar artıyordu. Gelişkin ameliyatlara yapılmaya başlanmış, organ aktarımı yaygınlaşmıştı. Sağlık olanakları toplumun sağlık gereksinmelerini karşılayamaz duruma giriyordu. Hastaneler uzun süreli ameliyat randevuları vermeye, hastalar -hasta hekimler bile- sıralarını beklerken ölmeye başladı. Öte yandan sağlık harcamaları bütçe olanaklarını zorluyor, hükümetler parasal kaynak bulmakta zorlanıyordu.

Halkın Sosyal Kazanımlarına Saldırı Başlıyor

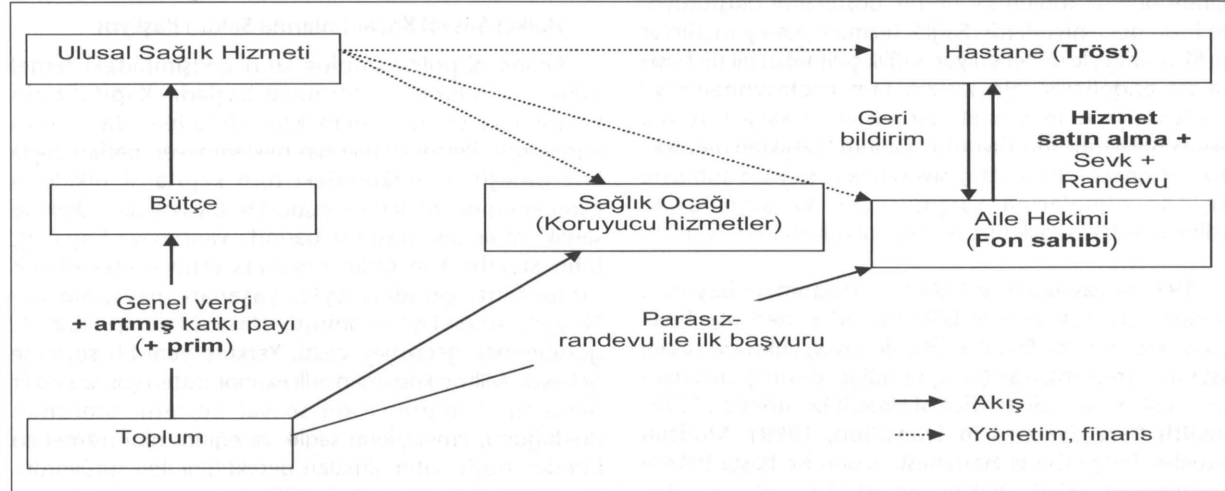
Ekonomi-politik toplumların gelişimindeki temel etkileyici rolünü göstermeye başladı. Kapitalizmin kaçınılmaz çelişkisi olan kriz 1970'lere damgasını vuruyordu. Petrol fiyatlarının beklenmeyen patlamasıyla kriz birleşince yerküredeki tüm kapitalist ülkelerin ekonomisinde gerileme oluştu. 1978 yılına gelindiğinde sağlık alanındaki sorunlar basında yansımaya başlamış, John Steinbeck'in ünlü romanına (The winter of our discontent) göndermeyle, yaşanan mevsimin adı "kaygılarımızın kışı" konmuştu. Hava sislenmişti. Kurt da görünmekte gecikmeyecekti. Yerküre yeni bir söyleme gebeydi. Milton Friedman adlı ekonomistten çok söz edilir olmuştu. Sömüren sınıf sosyal devletin ömrünün dolduğunu, emekçilerin sağlık ve eğitim gibi hizmetleri bundan böyle satın almaları gerektiğini ileri sürüyordu. Yoğun ve sıcak tartışmalarla 1979 yazına, genel seçimlere doğru koşuluyordu.

Margaret Thatcher öncülüğündeki Tutucu Parti (Concervative Party) 1979 seçimlerini kazandı ve tek başına yönetime geçti. Tutucular kamu harcamaları ve devlet girişimini ekonomik sıkıntılarla başlıca sorumlusu olarak görüyor ve çözümün özelleştirme olduğunu düşünüyorlardı. İlk özelleştirmeler yan dallarda, temizlik, çamaşır, yemek sunumlarıyla sınırlı kaldı (**Health Care Systems in Transition, 1999**). Ancak sağlık ve sosyal hizmetlere yönelik saldırı çok geniş kapsamlı ve yoğun olarak yürütüldü. Başta uzun süre yatış gerektiren tüberküloz ve akıl hastalıkları yatakları olmak üzere on binlerce hasta yatağı hemen kapatıldı. Anaokulları, yaşlı bakımevleri ve esenlendirme merkezleri ilk hedefler arasındaydı, hızla yok edilmeye başlandılar. Halkın, ama en çok sağlık çalışanlarının tepkisi korkunç oldu. Başta sağlıkçılar -doğrusu hemşireler- olmak üzere meslek kuruluşları ve sendikalar şiddetle tepki gösterdi. "USH'ye sahip çık" ve "bu demir kadını durdurun" sloganları ülkeyi sardı. Sloganlara duvarları süsleyen bir afiş eşlik ediyordu: Kökleri, gövdesi ve dallarıyla büyük ve yaşlı bir ağaç çizilmişti; tepesini Thatcher'in başı oluşturuyor, dal

Şekil 1. Ulusal sağlık hizmeti (reform öncesi)



Şekil 2. Ulusal sağlık hizmeti (reform sonrası)



uzantılarından oluşan iki sapın ucundaki baltalar ağacın kendi gövdesini kesmeye yöneliyordu. BK'da toplantı ve gösteri yürüyüşü alışımlı tepkiler değildi, 1980'de Hyde Park'ta 1 Mayıs gösterisine yarısı TC yurttaşı 200 kişi katılacaktı. Ocak 1980'de yapılan Londra sokak yürüyüşüne katılanlar ise 200,000'in üzerindeydi ve savaştan buyana böyle büyük ve çok yüksek sesli tepki görülmemişti (Aksakoğlu, kişisel yaşantı, 1980).

Tutucu hükümet tepkilerden hiç etkilenmedi. Hastanelerde azaltılan yatak sayıları artıyor, doluluk oranı yüzde yüzün üzerine çıkıyor, hastane hekimleri günde üç saatten fazla süreyi telefon başında hastalarına yatak arayarak geçiriyorlardı. 1983'te asıl vurucu darbe geldi, süpermarket zinciri yöneticisi Sör Roy Griffiths USH'nin başına geçirildi. Griffiths modelin özel sektör ilkeleri uygulanarak karlılık ilkesine geçeceğini açıkladı ve sağlıkta pazar ekonomisi uygulamalarının kapısını açtı. Bundan sonra sağlıkta uzlaşma yönetimi değil genel yönetim ilkeleri geçerli olacak, her aşamadaki her birim kar amaçlı çalışacaktı. USH'ye saldırılar büyük çaplı ve şiddetliydi, ama 1980'li yıllarda modeli köklerinden sarsamadı. Büyük

olasılıkla birçok hükümet gibi Thatcher da halkın çok sevdiği ve benimsediği USH'yi fazla zorlamanın tutuculara oy kaybettirmesinden çekiniyordu. Yine de Thatcher sonuç almakta kararlıydı, 1987'de modelin kendi başkanlığında yeniden düzenleneceğini açıkladı. 1990'da yasalaşan yeni düzenlemeler 1991'de uygulamaya geçti (Health Care Systems in Transition, 1999; History of the National Health Service, 2006).

Can Pazarı

Yeni yasayla USH tarihinin en büyük ve köklü değişikliği yapılıyor, sağlıkta bir iç pazar (internal market) ya da yarı pazar (quasi-market) yapılanması getiriliyordu. Amaç hastalıktan kazanç sağlamak olduğu için bunu can pazarı olarak adlandırmak yerinde olur.

Önce finans modeli tartışıldı. Uygulanmakta olan genel vergi üzerinden finans iş çevreleri açısından çekici görünmüyordu; milyarlarca sterlin finans-kapitalin elinde tatlı karlar getirebilecekken hazine kasalarında çürüyor, ya da daha kötüsü gerçekte var olmadan kağıt üzerinde

duruyordu. Ancak diğer ülkelerle kıyaslandığında maliyetine kıyasla etkinliği yüksek olan bu modeli, çoğunluğu sendikali emekçilerden oluşan siyasal karşıtları ayağa kaldırmadan değiştirme olanağı yoktu. Bu durumda finans sistemiyle fazla oynamadan hizmetin örgütlenme, yönetim ve sunumuna yöneldi. Hükümet son on yılda hep özel işletmeciliğin yararlarından dem vurmuş, kömür, çelik, elektrik, iletişim gibi birçok alanda kamunun elinde bulunan varlıkları özel sektöre yok değerine devretmişti; aynı siyaset USH'ye de uyarlanabilirdi (Boddy, 2001; Health Care Systems in Transition, 1999).

Sağlık ortamının sağlığı satan ve satın alan olmak üzere ikiye ayrılmasına karar verildi. Hastaneler kar amaçlı birer tröste (Trust) dönüştürüldü; artık hizmet satacaklardı. Aile hekimleri fon sahibi (fundholder) oluyor, kendilerine kayıtlı bireyler bu yetkiye sahip olmadığından, onlar adına USH tröstlerinden, yani hastanelerden hizmet satın alıyordu. İyi hizmet satın alamazlarsa rekabet sistemi devreye girecek ve hoşnut kalmayan kullanıcı, ertesi yıl daha iyi hizmet satın alacağını düşündüğü başka bir aile hekiminin listesine kaydolacaktı. Birçok aile hekimi işletmeci olamayacağını açıkladı ve durumlarını korudu; 1998'de 15,000'inden yalnızca 3,500'ü fon tutucu konumundaydı. Bu durumda hasta adına hizmeti satın alan SY oluyordu. SY'ler hastane yöneten kurumlar olmaktan çıkmış, hastanelerden hizmet satın alma aracılara dönüşmüşlerdi. Tröstler, yani hastaneler, hizmet satmada rekabet ilkelerine uymak ve kar etmek zorundaydılar. Bu noktada USH'nin temel ilkelerinden olan eşitlik zarar görüyordu: Fon sahibi olan aile hekimi daha kısa bekleme listesine sahip tröste daha kolay ulaşabildiğinden, hizmeti "yavaş" aile hekimince satın alınan hastanın eşitsizliği ortaya çıkıyordu. Kar zorunluluğu aile hekimleri için de geçerli olduğundan, kar etmeyen yalnızca hasta oluyordu. Aile hekimlerine kayıtlı birçok birey de bu uygulamaya katılmak istememişlerdi, katılanların ucuz hizmet satın almak için 30-50 kilometre uzaktaki hastanelere gitmek zorunda olmasına tanık oluyorlardı. Aynı dönemde hasta hoşnutsuzluğu 1991'de yüzde 41'den 1996'da yüzde 50'ye yükseliyordu (Calnan, 2001; Powell, 1999).

1992 genel seçimlerinde kamuoyu yoklamaları Tutucu Parti'nin seçimi yitireceğinden kuşkusuz görünüyordu. Hoşnutsuzluğun temel nedeni özelleştirmeler, işsizlik ve sterline uygulanan yüzde beş değer indirimiydi; ayrıca halkın USH'ne ileri derecede inancı ve sağlıkçılar ordusuna bağlılığı, onların korunması gereğine inancı tamdı. Kamuoyu yoklamalarına göre halk USH'nin olduğu gibi kalmasını, ama daha iyi olmasını istiyordu (Boddy, 2001). Thatcher hükümetlerinin sağlığa ve sosyal güvenceye vahşi saldırılarından nefret eden emekçiler artık İşçi Partisi'ni göreve getirecekti. Thatcher'ın ardılı John Major tehlikeyi gördü, seçimin son gününde BBC'de USH'ye kucak dolusu övgüler döktü. Büyük bir sürpriz sonucu yeniden başbakanlığa taşınması dünya basını tarafından USH konusunda verdiği siyasal izlenime bağlandı. Major bir söz ya da güvence vermemişti, ancak USH'ye duyduğu içten saygıyı topluma duygusal biçimde sunması,

başbakanlıktan istifa mektubu cebindeyken yeniden destek toplamasına yaramıştı (Aksakoğlu, 1994). Tutucu Parti yine hız kesmedi, USH'nin iki temel ögesinden eşitlik bir yandan yara alırken, önceden bozulan diğer ilke olan para da yeniden anımsandı. Reçete başına katılım payı 1979'da 20 peni iken 1996'da yüzde 2,500 artışla 5.25 sterline yükseltiliyor, görme ve diş kontrolleri parasız olmaktan çıkarılıyordu (Greener, 2001).

İşçi Partisi'yle Kurtuluş Umudu Boşa Çıkıyor

Başta çalışan sınıflar olmak üzere toplumun çoğunluğu USH'nin çok hizmet ürettiği, ancak birincil amaçlarından uzaklaştığı kanısındaydı. 1997 seçimlerinde İşçi Partisi'nin BK genelinde çoğunluğu sağlamlasının önemli bir nedeni bu oldu (Boddy, 2001). Yeni hükümet sağlık alanında işe hızlı başladı, daha doğrusu geleceğe yönelik büyük sözler verdi; İşçi Partisi Sağlık Bakanı göreve geldikten iki hafta sonra "iç pazar"ı yıkacağını açıkladı. Ama gelişmeler öyle olmayacaktı. Hükümet 1997'de bir belge hazırlayarak meclisten geçirdi ve 1998'de uygulamaya soktu. Sunulan Yeni UHS (The New NHS) idi ve Çağdaş ve Güvenilir (Modern.Dependable) olarak tanımlanıyordu (The New NHS, 1997). Metin yuvarlak, karpak, siyasal bir söylemden oluşuyordu. Modelde değişiklik değil, makyaj yapılıyor, halkın suyunu gidiliyordu. Rekabete dayalı iç pazarın yerini paylaşım ve işbirliğine dayalı bir süreç alacaktı. Modelin özünü iletişim oluşturacak, herkesin sağlık kaydını yaşam boyu taşıyacak ve kurumlar arası paylaşılmasına olanak verecek bir bilgi ağı oluşturulacaktı (Information for health, 1998). Yüreğinde ise hastalar yer bulacak, hastalar için daha çok uzman hekim ve hemşire, daha çok hasta yatağı, vb. sağlanacak, USH hastalar tarafından yönlendirilecekti (Creating a patient-led NHS, 2007; NHS in England, 2006). Fonlar kalkmayacak, satın almayı SY yerine Birincil Bakım Grubu (Primary Care Group) -daha sonra tröstü (Trust)- yürütecekti. İletişim adına "Doğrudan NHS" (NHS Direct Online) oluşturuldu, elektronik ortamda soru ve sorunlara yanıt aranması olanağı sağlandı (NHS Direct Online, 2007). Kolaylık adına kent merkezlerinde "Yürü-gir Merkezleri" (Walk-in Centres) açıldı. Buralara kayıtlı olunmasına ya da randevu alınmasına gerek yoktu, kapının önünden geçerken içeri giriliyor, başağrısından adet düzensizliğine, güneş yanığından kesiye dek her yakınmaya yanıt ve çözüm bulunuyordu (What services does a Walk-in Centre offer? 2007). Sayılan hizmetleri sunanlar da hekim olmayan sağlıkçılardı. 1992'de tabanı oluşturulan ve hemşire ve eczacılara reçete yazma hakkı tanıyan yaklaşım 2006'da yaşama geçirildi (Improving Patient's Access to Medicines, 2006). 2006 Nisan'ından geçerli olmak üzere reçete başına katkı payı yerine yazılan birim uygulamasına geçildi; yazılan her birim ilaç vb. için 6.65 sterlin ödeme yapılacaktı (General Practitioner, 2006). USH harcamalarını denetlemek amacıyla "Klinik Kusursuzluk için Ulusal Enstitü" (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) oluşturuldu; ilk görevlendirilmelerinden birinde Multipl Skleroz hastalarına İnterferon ödemesi yapılmasını maliyet-etkinlik açısından verimli bulmayarak durdurdu!

Umutlar boşa çıkmıştı. USH temel ilkelerinden sapıyor, pazar ekonomisine uyumunu giderek daha duyumsanır biçimde sağlıyordu.

Sonuç

1948 yılı Birleşik Krallık'ta sağlık tarihine damgasını vuran parlak, umut ve kıvanç dolu bir dönüm noktasıydı. Keynes'çi sosyal devlet yaklaşımının bir uzantısı olarak, finansı genel vergiden sağlanan, parasız ve eşitlikçi sağlık hizmeti, herkese uygulanmaya başlanmıştı. İkinci önemli tarih Tutucular'ın (Conservatives, Tories) yönetime geldiği 1979 ile Griffiths'i yetkili kıldığı 1983 arası dilimdi. Uluslararası sermaye Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü üzerinden birçok ülkede olduğu gibi sağlık reformları sürecini başlatmıştı (Aksakoğlu, 2003; Aksakoğlu, 2002; Giray, 2006). İzleyen 1991 yasası ile USH'nin beline korkunç bir darbe indirildi. Finans genel vergiler yanında sigorta katkıları ve cepten ödemelerle sağlanıyor, hizmet satın alınıyor, aile hekimleri ve hastanelerde rekabet ortaya çıkıyor, rekabet sağlıkta tekelci yapılanmaya yol açarak finans ve hizmet sunumunu birbirinden ayırıyordu. Sağlık kavramı yerini hasta kavramına, hizmet yaklaşımı yerini ticarete bırakmıştı. Reformlarla birlikte ortaya çıkan temel dönüşüm sosyal devletin neo-liberal piyasa ekonomisine dönüşmesiydi. 1997'de İşçiler'in (Labour) yönetime geçmesi toplum yararına bir umut doğurmasına karşın, modelde temel kırılma düzeltilmedi. Önce Pazar yapılanmasının kaldırılacağı ve her şeyin eskisi gibi olacağı ileri sürüldü, sonra söylemlerin kağıt üzerinde kalmaya başladığı görüldü. Şimdilerde göz boyamaya yönelik göstermelik ekleme ve uygulamalar yapılıyor.

Birleşik Krallık'ta başta hemşireler olmak üzere sağlık emekçileri piyasalaşma sürecinde anlamlı bir direniş gösterdiler. Genel olarak halktan da, gerek doğrudan gerek sendikalar aracılığıyla destek gördüler. Birleşik Krallık'ın Amerika Birleşik Devletleri ile siyasi ve ekonomik bağlamda eklemlediği süreçte kültürel kimliğini önemli ölçüde koruyan toplum sağlık hakkını -henüz tam anlamıyla başaramasa da- koruma onurunu gösterdi. Bu direnç eski SSCB toplumlarının sağlık haklarını elde tutma çabası ve başarısı ile benzerlik gösteriyordu (Aksakoğlu, 2003). Genel vergi ile finans, herkesin kapsamda tutulması ve toplumun çoğunluğunun istediğinde ücretsiz hizmet alma hakkının sürmesi bugün de modelin artıları olarak korunuyor.

Birleşik Krallık'ta sağlıkta gelişim süreci hem hızlı hem beklenmedik yönlere değişiklikler gösterdi. Konu edilen süreç evrensel sağlık ortamında en çok yayına dönüştürülen alanlardan olmasına karşın, hükümetin ve SB'nin karar ve uygulamalarını mertçe açıklamaktan 1999'dan buyana resmi bir rapor yayımlamaktan kaçınmaları belirsizliğin sürmesine neden oldu. Bu nedenle makalenin yazarları da iki yıla yakın süreyle taranan yüzlerce yayından pek azından yararlandı, büyük çoğunluğunu İşçiler'in sağlık alanında atacağı adımların kesinleşmesinden sonra yeni bir yazı hazırlanması amacıyla arşivledi.

DİPNOT:

1. İngiltere: Ülkeye Orta Avrupa'dan göçen Cermen kökenli Anglais ve Saxon kavimlerinin yerleştiği topraklar anlamında, sonradan aynı topraklarda egemen olan Fransızlar'ın "İngiliz toprağı" karşılığı kullandıkları ve Türkçe'de "angle-ter" olarak okunabilecek "Anglais terre" sözcüğünden (Janson, 2003).
2. Kıdemli rahibe anlamındaki "nun" sözcüğü bugün aynı zamanda kıdemli hemşire karşılığı kullanılır.
3. Opticians: Kıрма kusurlarını ölçme ve gözlükle düzeltme yetkisine sahip, hekim olmayan, bağımsız meslek grubu.
4. Aile hekiminin hasta bakımı karşılığı olarak da kullanılır

Teşekkür: Kaynak gösterimindeki katkısı nedeniyle Reci Meseri'ye teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu G. (1979-80) "St. Helen & Knowsly Health Centre" 25 Ekim 1979 ve "Chester Health Centre" 24 Nisan 1980 izlem notları.

Aksakoğlu G. (1994-5) İngiltere sağlık sistemi. Toplum ve Hekim 9(64-65):96-100. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-ingilteresaglik sistemi.pdf>

Aksakoğlu G. (2002) Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor. Toplum ve Hekim 17:2:91-100. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsodegisiyor.pdf>

Aksakoğlu G. (2003) Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde 'sağlık reformu'. Toplum ve Hekim 18: 68-80. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sovyetler.pdf>

Berger, J. (1967) A Fortunate Man: The Story of a Country Doctor. New York; Holt, Rinehart&Winston.

Beveridge Report (1942) <http://www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html> Erişim tarihi: 03.01.2007

Boddy A. Notes on the U.K. National Health Service-1980-2000. GA için hazırlanmış, yayımlanmamış 8 sayfa el notu. 21 July 2001.

Calnan M, Gabe J. (2001) From consumerism to partnership? Britain's National Health Service at the turn of the century. Int J Health Serv 31(1):119-31.

Creating a patient-led NHS: Delivering the NHS Improvement Plan (2007) http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4106506&chk=ftV6vA Erişim tarihi: 02.01.2007

Department of Health (2006) <http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en> Erişim tarihi: 31.12.2006.

- Doran T, Whitehead M.** (2003) Do social policies and political context matter for health in the United Kingdom? *Int J Health Serv* 33(3):495-522.
- Engels F.** (1987) *The condition of the working class in England.* London; Penguin Classics.
- European Communities and WHO.** (1997) *Highlights on health in the United Kingdom.* Copenhagen.
- Fry J.** (1975) 1974 and after: A general practitioner's views of the reorganization of the British National Health Service. *Int J Health Serv* 5(3):425-7.
- Fry J. Trends** (1980) Update. January 1980:48-56.
- General Practitioner** (2006) http://en.wikipedia.org/wiki/General_practitioner Erişim tarihi: 23.12.2006.
- Giray H, Aksakoğlu G.** (2006) Sosyal devlet hizmetinden piyasa ekonomisine. *TDB Dışhekim.* 15: 47-8. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sosyaldevlet.pdf>
- Greener I.** (2001) "The ghost of health services past" revisited: Comparing british health policy of the 1950s with the 1980s and 1990s. *Int J Health Serv* 31(3):635-46.
- Ham C.** (2005) Does the district general hospital have a future? *BMJ* 331:1331-3.
- Hanff H.** (1993) 84 Charing Cross Road. Warner Books. London.
- Health Systems in Transition : the Northern Ireland Report 2006 <http://www.euro.who.int/Document/OBS/Northern-Ireland.pdf> Erişim tarihi: 05.11.2006.
- Health Systems in Transition : the Welsh Report 2004 http://www.euro.who.int/Document/Obs/wales_hit_rep.pdf Erişim tarihi: 05.11.2006.
- Health Care Systems in Transition : United Kingdom 1999 <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf> Erişim tarihi: 05.11.2006.
- History of the National Health Service (2006) http://en.wikipedia.org/wiki/History_of_the_National_Health_Service Erişim tarihi: 23.12.2006.
- Improving patient's Access to medicines: a guide to implementing nurse and pharmacist independent prescribing within the NHS in England. (2006) Department of Health. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/13/37/47/04133747.pdf> Erişim tarihi: 02.01.2007
- Information for health: an information strategy for the modern NHS (1998) http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/HealthServiceCirculars/HealthServiceCircularsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4005016&chk=ZW8zFD Erişim tarihi: 02.01.2007.
- Janson T.** (2003) *Speak: a short history of languages.* Oxford University Press. Oxford.
- NHS Direct Online <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> Erişim tarihi: 03.01.2007.
- NHS in England** (2006) <http://www.nhs.uk/England/AboutTheNhs/History/Default.cmsx> Erişim tarihi: 31.10.2006.
- North N, Werkö S.** (2002) Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the English and Swedish health services. *Int J Health Serv* 32(4):781-98.
- Office of Health Economics.** (1977) *The Reorganised NHS.* London.
- Powell M.** (1999) New Labour and the third way in the British National Health Service. *Int J Health Serv* 29(2):353-70.
- Perks of an island GP: seals, scenery and £300,000 (2006) http://observer.guardian.co.uk/uk_news/story/0,,1759412,00.html Erişim tarihi: 23.12.2006.
- Press for change** (2006) <http://www.pfc.org.uk/node/620> Erişim tarihi: 31.12.2006.
- Roberts JA.** (1989) The national health services in the UK: from myths to markets. *Health Policy and Planning* 4(1):62-71.
- Szreter S.** (1988) The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914: A re-interpretation of the role of public health. *Soc Hist Med* 1:1-37.
- The New NHS. Department of Health.** (1997) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm> Erişim tarihi: 02.01.2007
- Wendt C, Thompson T.** (2004) Social austerity versus structural reform in European health systems: a four-country comparison of health reforms. *Int J Health Serv* 33(3):415-33.
- What services does a Walk-in Centre offer? Department of Health** (2007) <http://www.nhs.uk/england/noappointmentneeded/walkincentres/walkincentreservices.cmsx> Erişim tarihi: 02.01.2007.
- WHO** (2006) *Highlights on Health in the United Kingdom 2004.* <http://www.euro.who.int/document/e88530.pdf> Erişim tarihi: 03.01.2007.