

DOSYA

İNGİLİZ SAĞLIK SİSTEMİ ve İNGİLTERE'DE GENEL PRATİSYEN HEKİMLİK

Dr. A. W. Macara*

İngiltere, 2. Dünya Savaşı'nı geçirdiği için bir bakıma çok şanslıdır. Savaş bizi ekonomik olarak harap etse de, sosyal bir güvenlik sistemi verdi. Bu nedenle bizim koşullarımız sizinkinden çok farklıdır.

Savaş boyunca politikacılar biraraya gelerek devletin eğitim, sosyal sigorta ve sağlıktaki sorumlulukları hakkında ortak bir düşünceye vardılar. Ve tüm politikacılar, sağlıklı bir toplum için ilk temel göstergenin Ulusal Sağlık Sistemi (USS) olduğu konusunda fikir birliğine ulaştılar. Sonuçta, tüm sağlık hizmetlerini (koruma, tedavi ve rehabilitasyon) ihtiyacı olan herkese, anında bedava olarak sunan bir USS kurulmuş oldu.

USS'nin bedava olduğuna değindim, ancak her şeyin bir bedeli vardır ve bazı ödemeler yapmak gerekir. Nasıl ödeme yapıyoruz? Büyük bir kısmını ödediğimiz vergiler karşılıyor. Gücümüz yettiği kadar öderiz, böylece gereksinim duyduğumuz sağlık hizmetini alırız. Ancak bazı masraflara doğrudan katkıda bulunmakta gerekir. Ama fakir kişiler bunu ödemek zorunda değildir, ben fakir değilim ve bu nedenle gözlüklerim için ödeme yapmam gerekir, fakirler bu ödemeyi geri alabilirler. Ayrıca "Reçete masrafı" adı altında 5 pound ödeme yapılır, fakat 60 yaşın üzerindeki bu parayı ödemezler ben de ilaçlarımı ücretsiz almaktayım.

USS sisteminin nasıl çalıştığını örneklerle açıklayalım. Siz bir İngiliz'siniz ve bir sağlık sorunuz var, nereye başvurmalısınız? Bu sorun eğer acil bir sağlık sorunu ise, ciddi bir yaralanma ise, büyük bir felakete maruz kalmışsanız ya da cinsel yolla bulaşan bir hastalığınız varsa doğ-

rudan hastaneye gidebilirsiniz. Diğer koşullarda önce Genel Pratisyene (GP) gitmek zorundasınız. Bizim GP'lerimiz sizinkiler gibi değildir. Bizimkiler konularında özel eğitim görmüş ve aile hekimliği de yapan uzmanlaşmış kişilerdir. GP'ler çoğunlukla 4 veya 5 hekimin birlikte çalıştığı gruplar halinde çalışırlar. Daha büyük, 10-11 hekimin birlikte çalıştığı gruplar bile vardır. Bu gruplar, "Birincil Sağlık Bakımı Takımı" denen ve hemşirelerin, psikiyatrik bakım eğitimi görmüş hemşirelerin, koruyucu hekimlik ve çocuk bakımı eğitimi görmüş hemşirelerin oluşturduğu bir ekiple çalışırlar. Çoğu GP artık, ayak bakım uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist ve hatta hukuk danışmanıyla çalışmaktadır. Böylece GP'ler % 90 sorunu kendileri çözebilmektedirler.

Hastanelere kalan daha uzmanlık gerektiren işler olmaktadır. Dolayısıyla GP'ler bir anlamda hastaneler için "kapıcı" rolünü üstlenmektedirler; hastalar hastaneye ihtiyaçları olduğunda, GP'ler sevk edince giderler.

Sağlıkta özel sektörün de olduğunu söylemeliyim. Ancak bu kesim sağlık hizmetinin % 5'ini verir. Hastalar, özel sektörü daha iyi olduğu için değil daha rahat olduğu için seçerler. Oralarda hizmet çoğunlukla daha kötüdür.

Özel hastanelerde gece, acil durumlara bakacak eğitimi olan hekimler her zaman bulunmaz, oysa ki USS hastanelerinde bulunur.

Siz bir İngiliz hasta olsanız ve karın ağrısı şikayetiyle GP'ye başvurursanız, o da sizin gastro-enterolojik bir sorunuz olduğuna karar verse ve uzman konsültasyonuna gerek duysa sizi bir gastroenterolog'a sevk eder. Bu uzman çoğunlukla endoskopik muayene yapar ve bunun sonucunda ameliyat gerektiğine karar verirse o zaman cerrah olan meslektaşını hastayı görmek için davet edecektir. Birlikte testler yaparak laboratuvar muayenesi isterler.

İngiliz Hekimler Birliği Başkanı Dr. Macara, Bursa'da düzenlenen bir söyleşide, bizlerle birlikte oldu. Bu söyleşi daha önce Bursa Tabip Odası yaygın organı "Hekimce Bakış" da yayınlanmıştır.

* İngiliz Hekimler Birliği Konsey Başkanı

Bunun bir safra kesesi sorunu olduğunu varsayalım, cerrah safra kesesini çıkarır ve hasta taburcu olur, artık GP'nin bakımı altındadır. Hasta-GP-Hastane-GP zinciri biçiminde çalışır. İyi bir sistem gibi görünmesine karşılık çok önemli sorunları vardır.

Herkesin ihtiyacı olduğunda, mümkün olduğunca çabuk tedavi etmeye yeterli sayıda uzman ve hastane sistemini geliştirmek için yeterli para bulunamamaktadır. Bunun sonucu olarak bekleme listeleri oluşmaktadır, bu da hastaya sunulacak hizmetin kısıtlanması anlamına gelmektedir. İnsanlar beklemek zorunda kalmaktadırlar. İşte burada özel sektöre gireceğimize gireceğimize çünkü hastaya safra kesesinin alınması gerektirir ancak bunun için bir yıl beklemesi söylenirse, imkanı varsa özel hekime gider 2 000 pound veya daha fazla öder ve ertesi gün ameliyat olur. Yani sistem tam olarak adil değildir.

Altı yıl önce, USS'de bazı değişiklikler yaptığımızı biliyor musunuz?

1991'de parlamento sağlık alanında reformlar yaptı ve GP için yeni bir tüzük hazırladı, böylece USS organizasyonu değiştirildi. Düşünülen, sisteme rekabeti sokmaktı. Niye rekabetin gerekli olduğu sorusuna ise; hükümet, sağlık çalışanlarının yeterince sorumluluğu almadıkları, daha iyi ve daha çok çalışmalarını için finansal teşviklere gerek olduğu cevabını veriyordu.

Hazırlanan reformların amaçları, paraya daha fazla değer verilmesi ve paranın hastaların tedavi edildiği yere yönlendirilmesi idi. Hastaların daha çok seçeneği ve tedavileri konusunda daha fazla söz hakkı olacaktır. Hizmeti sunanlar yani hastaneler, daha sorumlu olacaklar ve yönetimlerine karşı kendilerini daha etkili biçimde savunacaklardı. İnsanların korunmasına daha çok önem verilecek ve GP'lerin sorumluluğu arttırılacaktır.

Hükümetin stratejisi, artık kazanan ve kaybedenlerin ortaya çıkacağı pazar (iç pazar) denen bir mekanizmayı kurmaktır, böylece rekabet ortamı doğmuş olacaktır. Sağlık otoriteleri ve kendilerine hastaları için para harcama yetkisi verilen ve bütçeleri olan GP'ler, hastaları için hastanelerden hizmet satın alacaklardı. Politikacılar, USS'ne bakıp, bizim çok rahat ve basit bir sistemimiz olduğunu düşünüyorlardı. Onlara göre hekimler istedikleri gibi davranıyorlardı, bizi birbirimizle rekabete zorlamayı istedikler.

Politikacıların taktiği hastaneleri hayatta kalmak için savaşa zorlamaktır ve üç mekanizmayı kullanmayı düşünüldü.

1- Yıllık sözleşmeler (kontrat): Hizmeti hastaları adına satın alanlar yani sağlık otoriteleri ve bütçe sahibi GP'ler hastanelerle bir yıllık sözleşmeler yapacaklar, bir yıl sonunda gerekirse sözleşme feshedebilecekler.

Bundan amaç hastaneleri hareketlendirerek daha iyi

hizmet vermelerini sağlamaktır. Ancak örneğin, büyük harcamalar yapıp bir endoskopi servisi kurmayı isteseyiz ve bir yıl sonra belki de sözleşmemiz yenilemeyeceği için buna nasıl cesaret edeceksiniz?

2- USS başından beri sistemde yer alan ve benim "Yerel olarak saptanan ücret" diye adlandırdığım bir mekanizma vardı. Buna göre tüm sağlık çalışanları; hekim, hemşire vb. ulusal düzeyde saptanmış bir ücret alırlardı. Ancak GP'lerin uzmanlardan farklı bir sistemleri vardı; bu sistem de ülke çapında tüm GP'lerin yaptıkları işe göre para kazanmalarını sağlıyordu. Uzmanlar, nerede çalıştıklarına ve uzmanlık dallarına bakılmaksızın ülkenin her yerinde aynı parayı alırlardı. Bir kişinin para için orada veya burada, ülkenin kuzeyinde, güneyinde, doğusunda, batısında çalışmasına gerek yoktu. Diğer bir deyişle bu adil bir sistemdi.

Buna karşılık hükümetin düşüncesi, yöneticilerin hastanelerin başarısına göre personele para ödemeleriydi. Yani hastaneler ne kadar çok yıllık sözleşme yaparlarsa o kadar çok para kazanıp, dağıtabileceklerdi. Bunun bizi nereye götüreceği kolayca görülebilir. Ancak hükümet henüz bu sistemi hekimlere dayatmadı. Hemşireler savaştı, bu husus dayatıldı ve sonuç felaket oldu; hemşirelik sistemimiz çökme noktasındadır.

3- Hastanelere durmadan baskı yapılarak "verimli tasarruf"ları arttırmaları istendi. Her sene hastanelere "Masraflarınızı % x oranında azaltabileceğinizi tahmin ediyoruz" deniyor. Böylece hastanelere her yıl azalan oranlarda para verildi, yani hastane tasarruf etmiş varsayılarak yıl başında parası eksik verildi.

Bu sistemin başarılı bir biçimde yürüdüğünü sanıyor musunuz? Size beş sene içindeki sonuçları vereyim:

USS, binlerce hizmet satın alıcısına (sağlık otoriteleri, bütçeli GP'ler) bölündü, bunlara 480 hastane ve özel toplum birimleri (akıl hastaları ve yaşlılar için) ekleyiniz. Bu hizmet sunucuları her yıl birbiriyle mücadele ediyorlar. Bu bölünmenin sonucu, yönetim giderleri, total bütçenin % 4'ünden dört kat artarak ilerleme görülmemiştir. Hastaneler birbiriyle rekabete zorlanıyor. Bristoldeki üç büyük eğitim hastanesini örnek verebiliriz:

Bunlardan biri 1 milyon kişiye hizmet verecek bir onkoloji servisi, diğerinde büyük bir böbrek servisi, ötekinde de ileri bir ortopedik cerrahi servisi kurulabilirdi. Mantıklı, ekonomik ve verimli olanın bu olmasına karşılık böyle gerçekleşemez. Zira birbirlerine karşı güçlü olmak ve ayakta kalmak için çok pahalı olan bu üç servise her üç hastane de sahip olmak zorunluluğundadır. Pekî, bu hastalar için daha iyi midir? Her zaman hastaların daha fazla seçim şanslarının olacağından söz edilirdi, şimdi ise hiç şansları yok, sözleşme neresiyle yapılmışsa oraya gitmek zorundalar. Tabî, eğer zenginlerse özel kuruluşlara gidip daha kötü hizmet alabilirler.

Reformların ana sonuçları bunlar.

Sizi keyiflendirecek bir hükümet raporundan söz edeyim; "Sağlık çalışanları; hekimler, hemşireler, diş hekimler vb.nin moralleri bozulmuştur."

Muhtemelen dünyanın en iyi sağlık sisteminde (!) çalışan bizler iyi para alıyoruz (!) (değerimiz kadar almıyoruz) ancak size göre daha iyi para aldığımız kesin ve sizden daha iyi hekim değiliz öyleyse şikayet etmeyelim.

Bizim esas şikayetimiz hastalarımıza yeni sistemin ne kadar kötü işlediği konusundaki gerçekleri anlatmamıza izin verilmemesiydi.

Özellikle şu konuda şikayetçiydik: Klinik olarak hastaların ihtiyaç ve önceliklerinin çarpıtılması, örneğin; birbirine komşu 2 kadın düşünün. İkisinde de meme kanseri var, ameliyat gerekiyor. Ameliyat gereksinimi acil değil ama acele.

Kadınlardan biri bütçe sahibi olan GP'ye gidiyor. Bu hekimin sözleşme yaptığı hastaneye o hasta için ödeyecek parası var, hekim hastayı hastaneye sevk ediyor, derhal ameliyat ediliyor. Öbür kadın ise sağlık otoritesinin bütçesine bağlı ve bu bütçedeki para bitmiş, bunun anlamı, gelecek bütçe yılına kadar beklemek. Bunun tersi de olabilir, GP'nin parası da bitmiş olabilir. Burada önemli olan, hangi kadının önce tedavi edileceğinin kriterinin nerede para olduğuna bağlı olmasıdır, oysa ki gerçek kriterin klinik hastalık durumu olması gerekir. Hekim ve hemşireler bunu kabul edemezler. İhtiyacı daha az olanı, ihtiyacı daha çok olandan önce tedavi etmeye zorlanıyorlar.

Hekimlerin moralini bozan bir başka nedenin size yabancı olmadığı kanısındayım. Hastalar hekimleri daha sık şikayet etmeye başladılar. Tazminat almak için yargıya başvurular arttı. Hükümetimiz, bunun çok iyi olduğu düşüncesinde ve hastaları şikayette bulunmaları için yöreklendiriyor. Ancak takdir etmeye yönlendirmiyor. Bizim Sağlık Bakanımız; "şikayetler yüksek kaliteli hizmetin bir güvencesidir" dedi. Bu, politikacıların olumsuz davranışlarına bir örnektir. Bu kararlar ve demeçler sonucu genç ve yaşlı hekimler "ayaklarıyla oy veriyorlar". Uzmanlar çocukları büyür büyümeye emekli oluyorlar. Genç hekimlerin % 25'i işi bırakıyor. İngiltere'de tıp fakültesine girmenin Türkiye'deki kadar zor olduğu düşünülürse, bu garip bir sonuç değil mi? Kendi iç sorunlarımızı daha fazla anlatmayacağız.

Politikacıların yaptığı kötü bir şaka vardır: "İngiliz Hekimler Birliği her çözüme bir sorun buluyor ve her soruna da basit, mantıklı ve YANLIŞ olan bir çözüm buluyor". Ama bu bir şaka. Biz sağlık bakımı tanımının ne olduğunu anladığımızı düşünüyoruz. Dolayısıyla politikacılara "Doğruları söylemeliyiz!".

Onlar bizi yanlış anlıyorlar. Bizim ülkemizde reforma

ihtiyacı olan reformlar var. Ancak, pragmatik ve gerçekçi olmak zorunda olduğumuzun da bilincindeyiz. Buna bağlı olarak diyoruz ki: Hizmeti üretenlerle alıcılar, kullanıcılar arasındaki ayrılma; yani bir yanda sağlık otoriteleri ve GP'ler diğer yanda hastaneler; doğrudur. Ancak bu şekilde işleyiş biçimi yanlıştır. Yapılması gereken, işlerin nasıl yürütüleceği konusunda yeni bir uzmanlaşmaya varmaktır. Çünkü varılmak istenen nokta konusunda anlaşıyoruz. Yöntem için uzlaşma arıyoruz.

Yapmak istediğimiz şudur: Sağlık bakımına ulaşabilmek sadece klinik ihtiyaca (hastalığın durumuna) bağlı olmalı, başka hiçbir etken bunu değiştirmemelidir. Böylece meme Ca ameliyatına sağlık açısından öncelikle gereksinimi olan kadın, önce ameliyat olacaktır. Bu, işlemin başlangıç ucudur: Gerçek klinik ihtiyaç. Öbür ucu ise sonuçtur. Para, hastaneler arasında klinik işi en iyi yapana gitmelidir. Başka bir deyişle, bir parayı, insan gücünü, yeni binaları, aletleri, herşeyi ihtiyaca göre dağıtmalıyız, isteğe göre değil, çünkü denemeden gerçek ihtiyacı bilemeyiz. Ayrıca sonucu ölçmemiz gerekir, işi ne kadar iyi yaptığımızı bilmeye ihtiyacımız vardır. Bunu nasıl yapacağız? Büyük bir epidemiyolog olan Archie Cochran şöyle demiştir: "Kazanılması gereken akılcı bir sağlık hizmeti sistemi var." Burada bir kelime oyunu yapmıştır akılcı (rational) kelimesini kullanmıştır, ancak ulusal kelimesini (national) kasetmektedir. Yani sağlık sisteminin ulusal (national) olması gerektiğini belirtmektedir.

İlgi çekecek bir husus da, hükümetin iç pazarda rekabeti yürütmek için geliştirdiği mekanizmanın sistemin işleyiş biçiminde reform yapmak için kullanılabilir olmasıdır, bu olumlu bir politikadır. Biz "klinik denetim" dediğimiz işlem için "ulusal" bir merkez, kurulmasını önerdik. Hizmetin sonuçlarını değerlendirecek ulusal, bir merkez.

Sağlık hizmetinin nasıl yürütülmesi gerektiğine ilişkin kurallar geliştirecek, en iyi uygulama yöntemlerini, en etkili ilaçları, en etkili ameliyat tekniklerini vb. belirleyecek bir merkez.

Bu merkezin İngiliz Tabipler Birliği tarafından ve hükümetin parasıyla yürütüldüğünü duymak sizi şaşırtabilir.

Yani biz, sağlıkta, mümkün olan en iyi sonuçları almak amacını gerçekleştirmeye kararlıyız. Bir diğer nokta şu; sağlık hizmetlerinde kaliteyi kontrol edebilmek için yaptığımız her şey için ulusal ve bölgesel düzeylerde araştırma ve geliştirme stratejilerimiz var. "Klinik sonuçları değerlendirme için ulusal merkez"e destek olan başka gruplarla da çalışıyoruz. Klinik sonuçları değerlendirme ve standartları geliştirmede bizimle çalışan uzmanlar da var. Ulusal veri dağıtığımızı geliştiriyor.

Benim sizi teklif edeceğim iyileştirme ve ölçme yöntemleri tüm sağlık sistemleri için geçerli olacaktır.

Ülke düzeyinde her bölgede (örneğin; Bursa'da)

stratejik planlamaya ihtiyaç vardır, orada sağlık bakımından öncelikler nelerdir, ne yapılması gerekir, bunları bilmiyoruz. Bunun önemli bir ögesi akla uygun davranmaktır. Yukarıda verilen Bristol örneğini hatırlayınız: Bölge ihtiyacına göre bir tane iyi Onkoloji Merkezi bir tane iyi Ortopedi Merkezi, bir tane iyi Böbrek Merkezi akılcı bir davranış olacaktır. Hepsinden üçer tane kurup rekabete girişmek yerine hepsi için iyi olan birer merkez kurulmalıdır.

SORU VE YANITLAR:

Bu bölümde sorulan sorular tam olarak ses cihazına kaydedilememiştir. Ancak yanıtların içeriğinin söyleşiyi daha da zenginleştireceği düşünülerek buraya aktarılmıştır.

SORU: İngiltere'de GP'ler ne kadar ücret alırlar?

YANIT: GP'le bağımsızdır, o nedenle yaptıkları işe göre, kimsenin anlamadığı, karmaşık bir sistem içinde, ücret alırlar. Vergilendirilme sistemleri de farklıdır. Bu sistem, örneğin onların araba satın alırken tamamen vergiden muaf olmalarına izin verir.

Tüm masraflar çıktıktan sonra (araba, ev, alet) vergi öncesi ki bu da % 40 kadar çıkar, GP'lerin kazançları ortalama 40 000 pound'dır. Onlar kötü kazandıklarını düşünüyor ve % 52 artış istiyorlar. Hastane uzmanlarının maaşı 42 000'den başlar 53 000'e kadar çıkar. Ayrıca "farklılık" veya "liyakat" denen ödüller vardır ki buna özellikle iyi olanlar hak kazanır. Liyakat ödüllerinin 4 derecesi vardır en üst derece maaşı 2'ye katlar. Bunu 30 000 uzman için ancak 200'ün biraz üstünde kişi alır ki bunlar da en seçkin, uluslararası ün kazanmış, genellikle akademisyen olan, hekimlerdir.

Hem GP'ler hem de hastane uzmanları Ulusal Sağlık Sistemi dışında para kazanabilirler. GP'ler sigortalar için çalışabilirler (hayat sigortası isteyenlerin raporları) veya polis hekimi olarak çalışabilirler. Hastane hekimleri sınırlar içinde özel çalışabilirler. Eğer siz USS'de çalışan iyi bir cerrahsanız ve haftada yalnızca bir sabah veya öğleden sonra özel hastaneden çalışıyorsanız maaşınızı 2 katına çıkarabilirsiniz. Başka bir deyişle, eğer uzmanlara pazara katkıları oranlarında ödeme yapılıyorsa pek çok daha fazla para kazanırlardı. Bunu Almanya, Fransa, ABD ve Kanada'da yapıyorlardı. İlginç olan, tüm sorunlara rağmen USS'e bağlılıklarından dolayı, pek az hekimin özel iş yapmasıdır.

SORU: Hekim malpractice nedeniyle dava edilirse ceza kim öder?

YANIT: Geri kalanımız öder! "Tıbbi Savunma Dernekleri" vardır. Bunlar tazminat sigortası sağlar. Bu hekime bir şikayet ve ödemelere karşı sigorta olma imkanı verir. Bu sigortayı USS hastaneleri tüm çalışanlarına sağlamak zorundadır. Sorun şudur ki, şikayetçi bir hastayla; mahkeme masraflarını önlemek için; mahkeme dışında anlaşmak

daha ucuza gelir. Mahkeme ortalama 50 000 poundla mal olur, ortalama hasta ise 15 000 poundla mutlu edilebilir. Bu nedenle hastaheler anlaşmayı tercih ederler. Ama hekimin itibarı ne olacak? Bu bir sorundur.

Genel uygulamada GP'ler kendi başlarındırlar. Bu nedenle "Tıbbi Savunma Derneklerine" yılda yaklaşık 2 000 pound prim ödemek zorundadırlar. Ancak bunu muayenehane gideri olarak geri alırlar. Diğer bir deyişle GP'den şikayetçi olan vatandaşa, yine vatandaşlar, vergi yoluyla, masrafını ödemek için para vermektedir. Tabi ki, eğer o GP çok yanlış birşey yapmışsa hekimlik uygulama standartları konusunda yasal sorumluluğu olan "Genel Tıbbi Meclis" tarafından sorgulanır. Bu kurul (meclis) hekimin uygulamalarına kısıtlamalar koyabilir veya kaldırabilir. Böylece hekim adli yargı, işini kaybetme ve GP listesinden silinme riskiyle karşı karşıyadır. Ayrıca, karısını kaybetme riski de vardır ama bu muhtemelen endişe etmediği tek konudur.

SORU: Hekim sayısı ve hasta yatağı sayısı içinde sadece özel nitelikli olanlarının oranı ne kadardır?

YANIT: 230 000 USS yatağı ve 20 000 özel yatak vardır. 60 000 USS asistan ve uzmanı, özel çalışan 2 000 uzman vardır. İstesek de saati geri çeviremeyiz zaten istemiyoruz. Çünkü sağlık sistemimiz, tüm hatalarına rağmen, bildiğim en iyi sistemdir.

SORU: GP'lik eğitimi neleri içermektedir?

YANIT: GP'ler, sizde de olduğu gibi, aynı lisans öğrenimini görürler. Mezun olunca aynı işleri yaparlar. Hastanede 1 yıl çalışma mecburiyetleri vardır. Daha sonra 2-3 yıl kıdemsiz hastane görevlerinde çalışırlar. Ondan sonra uzman (principal) olarak genel pratisyenliğe atanabilirler. Genel pratisyenlik için mesleki eğitim aldıklarını gösteren bir belgeye sahip olmaları gerekir: Onaylanmış görevlerde en az 3 yıl 2'si hastanede, 1'i genel pratisyenlikte. Programlarını kendileri de yapabilirler ancak bu iyi bir fikir değildir, çünkü çok iyi organize edilmiş bir eğitim planı vardır. Bu hastane uzmanlarınıninkine eşdeğer ancak daha kısadır.

SORU: GP'lerin ücretleri nasıl belirlenmektedir? Kayıtlı hasta sayısı mı önemlidir yoksa yapılan iş mi?

YANIT: 1966 öncesi (USS'nin ilk 16 yılı) GP'ler için yapısal bir mesleki eğitim planı yoktu. Dolayısıyla statüleri düşüktü. Ayrıca onlara bir havuzdan ödeme yapılıyordu. Sadece kaç hastaları olduğuna göre para alıyorlardı. Yani 4 000 kayıtlı hastası olan ve minimum iş yapan hekim çok para alıyordu. Daha az hastası olan ancak bunlara birinci sınıf hizmet veren hekim çok daha düşük para alıyordu. Bu saçmaydı. Ve sistem değişti. GP'lerin yaptıkları işe göre para alması şeklinde değişti. Böylece örneğin daha çok bakıma ihtiyacı olan pekçok yaşlı hastaya bakan hekim daha çok para alıyorlar. Hekimleri eğitmek ve gece nöbetleri için daha çok kazanıyor. Böylece tüm sistem değişti.

GP'lere para kullanma yetkisinin verilmesi işleri değiştirdi, bu GP'ler paraya daha hassas duruma geldiler. Hastalarının başı üstünde dolar işareti görüyorlar. Artık pahalı hastalar istemiyorlar çünkü bunlar bütçelerinden çok para götürüyor. GP'nin hastası için hastaneye para ödemesinin genel pratisyenlik felsefesinden çok şey kaybettiğini üzümlürek söylüyorum.

SORU: İngiltere'de sağlık sigortası ne derece etkin ve finansmanda yeri nedir?

YANIT: Tüm çalışanlar gelirlerinin % 6'sını Ulusal Sigortaya (national insurance) öderler ve bunların bir kısmı USS'e gider. Ancak bu pek azdır, çünkü USS bütçesinin sadece % 10'u bu sigortadan gelir. Paranın çoğu sigara ve alkolden alınan vergidir. İşveren de her çalışana için % 9-10 ulusal sigorta payı öder.

SORU: Dr. Macara 1991 öncesi USS'nin çok iyi olduğunu söyledi. Daha sonra reformlar oldu. Şimdi İngiliz Tabipler Birliği reformları reforme etmek istiyor. O zaman niçin 1991 öncesi sisteme dönmüyorsunuz?

YANIT: Özür dilerim, bunu daha önce izah etmedim. Hizmetlerin bedeli her yıl artıyordu. Bu önlenemez çünkü tanı için şimdi daha pahalı yöntemler kullanılıyor. Toplum daha yaşlandı, hastaların talepleri arttı ve bu politik bir mesele ve politikacıların iktidarda kalmak için vergileri düşük tutma zorunlulukları var. Dolayısıyla sağlık harcamalarını düşük tutmaları gerekiyor. Sağlıkta pazar ekonomisi uygulamanın masrafları azaltacağını umdular. Bizi daha verimli yapacağını ve aynı paraya daha fazla değer üreteceğini düşündüler ve buna kesinlikle inandılar

ki bu çok acıktıydı. Sistemi anlayan bizler neler olabileceğini tahmin ettik ancak bunu daha geniş anlatmak benim yapabileceğim basit açıklamadan daha ayrıntılı analiz gerektirir.

SORU: Yani eski sisteme çok pahalı olduğu için mi geri dönemedik, diyorsunuz?

YANIT: Hayır, pahalı olduğu için değil, son 6 yılda öğrendiklerimizden yararlandığımız için. Pragmatik olmamız gerektiğini söylediğimi hatırlarsınız. Hizmeti satın alanlarla hizmeti üretenlerin fonksiyonlarının ayrılmasının iyi bir fikir olduğunu söylemiştim ancak bunun işleyişi değişti. Bunu anlatmak çok zor: Parayı elinde tutanlar; sağlık otoritesi, bütçesi olan GP'nin (fundholder) bölgeğinde ihtiyacı belirleme ve kaynakları hastanelere kısmen bu ihtiyacı karşılayacak şekilde ve kısmen de tedavi hizmeti sonucunun (outcome) ne kadar iyi olduğuna göre dağıtma sorumluluğu var. Ben, paranın nereye gideceğine karar verenlerle, parayı hizmet vermek için kullananların sorumluluklarının ayrılmasının iyi olduğunu düşünüyorum. Dolayısıyla her ikisini yapan birleştirilmiş bir sağlık otoritesinin olduğu sisteme dönmek istemiyorum. Burda çok pozitif ve pragmatistim. Ne biz hekimler ne de hemşireler bu fikrin kötü olduğunu söylemedik. Beğenmediğimiz, hizmetin hastaların göreceli ihtiyacına göre değil, paranın nerede olduğuna/olmadığına göre kararlaştırılmasıydı. Çünkü, biliyoruz ki bazı kişilerin biraz daha uzun beklemesi her zaman gerekecektir. Ancak beklemelerinin nedeni, hastalıklarının göreceli olarak bekleyebilecek durumda olmasından başka şey olmamalıdır. Sistemin onları beklemeye mecbur edip ihtiyacı daha az olana öncelik tanınması doğru değildir. Basitçe/saati geri döndürmek istemememin nedeni budur.