

Sağlık sistemleri - 1: Almanya ve Birleşik Krallık

Dr. Ömer Ataç



1988 yılında Ankara, Beypazarı'nda doğdu. 2005 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden, 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2012-2015 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde görev yaptı. Daha sonra bir firmada tıbbi cihaz direktifi kapsamında denetim ve değerlendirme süreçlerinde klinik uzman olarak yer aldı. Medipol Üniversitesi'nde öğretim görevlisi olarak çalışan Ataç, halk sağlığı doktorasını sürdürmektedir.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin nihai amacı toplumun sağlığının geliştirilmesidir. Toplumun (ve eğer o anda hizmeti alan pozisyonunda birey bulunuyorsa bireyin) fayda sağlama umudu bulunmayan hiçbir faaliyeti sağlık hizmeti olarak kabul etmemek ve hizmet kapsamından çıkarmak gerekmektedir. Bireylerin (sonuçta toplumun) fayda sağlayabileceği hizmet parçalarını bütün haline getiren parçaları birbirini destekler şekilde birbirine bağlayan ve birbirine bağımlı kılan düzeneğin adı da sağlık sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü konuyla ilgili yayınlarının neredeyse tamamında, sağlık sistemlerinin hiçbir durumda vazgeçilmeyecek değerlerini etkililik, verimlilik ve hakkaniyet olarak açıklamaktadır. Bir ülkenin sağlık sisteminin ne gibi özellikler taşıması gerektiği bu şekilde tartışmasız ortaya konulabildiği halde, bunu nasıl gerçekleştirebileceğimizin ayrıntılarına ilişkin açık reçeteler yoktur. Bir ülkede yararlı olan bir uygulama başka bir ülkede aynı yararı göstermeyebilmektedir. Ülkelerin ekonomik, politik ve sosyokültürel dinamikleriyle etkileşim bu ülkelerin uygulamasına yönelik her durumda geçerli olabilecek öneriler geliştirmeyi engellemektedir.

Yirminci yüzyılın son çeyreğinden bugüne ülkelerin sağlık sistemlerinin belirli bir yöntemle incelenmesi, ülkelerin iyi ve kötü deneyimlerinin diğer ülkeler tarafından öğrenilmesi ve deneyimlerin ortak akıl haline getirilmesi çabaları sağlık sistemleri adıyla sağlık yönetimi bilim dalında yeni bir alanın açılmasına yol açmıştır. SD'nin önümüzdeki yıllarında sırasıyla bir veya birkaç ülkenin sağlık sisteminin ele alınarak tanıtılması amaçlanmaktadır. İlk yazımızda ülkelerin sağlık finansmanı konusunda en kaba sınıflamada ikiye ayrıldığı ve bu sınıfların Almanya ve Birleşik Krallık ülkelerinin sistemlerinin öncülüğünde oluştuğu gerçeğinden hareketle Almanya ve Birleşik Krallık'ın sağlık sistemleri ele alınmaktadır.

Almanya

Almanya, 9 Kasım 1989'da Berlin Duvarı'nın yıkılıp Batı ile Doğu Almanya'nın birleşmesinden itibaren 16 eyaletten oluşan bir federal parlamenter cumhuriyettir. Federal yapının varlığı, yazının ilerleyen bölümlerinde daha detaylı değinmeye çalışacağımız gibi, sağlık hizmetlerinin denetim ve uygulama süreçlerinde kendine has durumları

meydana getirmektedir. Ülkenin 2015 nüfusu yaklaşık 81 milyon olup, dünyanın en kalabalık 16. ülkesidir. Nüfusun yaşa göre dağılımına baktığımızda 15 yaş altı nüfus %13, 65 yaş üstü nüfus %21'dir. 2015 verilerine göre Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) kişi başı yıllık 37.000 Dolar olarak hesaplanmıştır. Sağlık göstergeleri açısından ele aldığımızda doğumda beklenen yaşam süresi 81 yıldır. Erkeklerde 79, kadınlarda ise 83 yıldır. Kaba doğum hızı binde 8 iken, kaba ölüm hızı binde 10'dur. Beş yaş altı ölüm hızı binde 4, anne ölüm oranı ise yüz binde 6'dır.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve İşleyişi

Sağlık sisteminin icrasında ulusaldan yerele doğru inen bir yapıdan söz edebiliriz. Federal Bakanlık; yasa ve kuralların hazırlanması, denetim, lisans ve ruhsatlandırma, bilimsel danışmanlık gibi görevlere sahiptir. Bunların uygulanması ise eyaletlerin sorumluluğu altındadır. Ayrıca eyalet sınırları içerisindeki hastane planlama ve yatırımları, halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetleri eyalet yönetiminin görevleri arasındadır. Sağlıkla ilgili tüm paydaşların yer aldığı Ulusal



Ortak Komisyon (Gemeinsamer Bundesausschuss – Federal Joint Committee) ülkenin sağlık sistemine dair her konunun görüşüldüğü yerdir.

Hizmet sunumu açısından ise halk sağlığı hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve hastane hizmetleri işleyiş bakımından birbirinden ayrılmış durumdadır. Halk sağlığı hizmetleri ülke genelinde bulunan 350 kadar halk sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. Ayakta tedavi hizmetleri aile hekimleri ve uzman hekimlerin muayenehane ve klinikleri (bizdeki tıp merkezlerine benzer) üzerinden sunulurken, hastaneler büyük çoğunlukla yataklı tedavi hizmetleri için kullanılmaktadır.

Vatandaşlar sağlık kuruluşu seçme özgürlüğüne sahiptirler. Fakat aile hekiminden başlayan silsile izlenmezse sevk zinciri haricinde yapılan işlemler için kişi cebinden ödemek durumundadır. Eğer önce aile hekimine başvuru yapılmakta ve hekimin sevk ile uzman hekime veya hastaneye başvurulursa sigorta kapsamındaki işlemler için kişinin ödeme yapmasına gerek kalmamaktadır. Sigorta sistemine dâhil ayakta tedavi hizmeti sunan hekimlerin maaşları hizmet başına ödeme şeklinde yapılmaktadır. Hekimler ücretlerini sigortadan almakta, hastane hekimleri ise genelde maaşlı olarak çalışmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireylerin tedavi süreçleri, kayıtlı oldukları aile hekiminin takip ve koordinasyonu ile sürdürülmektedir. Örneğin diyabet hastası olan bir kişi, retinopati açısından rutin göz takipleri için, göz doktoruna aile hekimi vasıtasıyla yönlendirilir ve uygun kontrol zamanları aile hekimi tarafından takip edilir. Bu hizmetler için aile hekimine *hastalık yönetim programı* (Disease Management Program) kapsamında ek ödeme yapılır. Ayrıca çeşitli gönüllü kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin belli alanlarında hizmet verir. Özellikle engelli ve yaşlıların uzun dönem bakımlarında bu kuruluşlar rol oynamaktadır.

Sigorta Sistemi

Alman sağlık sisteminde sigorta yapısı çok önemlidir. Literatürde Bismarck modeli olarak yer alan Alman ekolü sigorta yaklaşımı, İngilizlerin Beveridge modeliyle beraber dünyada en çok kabul gören 2 modelden birisidir. Bismarck'ın ortaya koyduğu sigorta ve sosyal güvenlik sistemi birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına dayanır. Yani sistemin temel kaynağı, gelirlerden kesilen primlerdir. 1883'te kömür işçilerinin iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu doğan sağlık harcamalarını karşılamak için kurulmuş ve giderek ülke genelinde yaygınlaşmıştır. Bugün 132 tane zorunlu sağlık sigortası hastalık fonu mevcuttur.

Bu fonlar genellikle meslek grupları ve coğrafi yerleşimlere göre oluşturulmuş yapılardır. Özel fon sayısı ise 43'tür. Katılımcısı az olan fonlar, son yıllarda birleşme veya büyük fonlar tarafından yutulma eğilimindedir.

Sigorta sistemi 2009 itibarıyla tüm vatandaşlar için zorunlu hale gelmiştir. Sigortalıların yaklaşık %85'i zorunlu sağlık sigortası, %11'i ise özel sağlık sigortasına sahiptir. Geriye kalan %4 ise özel mesleki (mesela askeri personel gibi) sigortalar kapsamında sigortalıdır. Aylık gelirin yaklaşık %15'i sağlık sigortası için kesilmektedir. Aylık 4500 Avro ve üzerinde geliri olanlardan sabit prim alınmaktadır. Ayrıca belirli bir gelir seviyesinin üstündeki kişiler isterlerse özel sağlık sigortası da yaptırabilmektedir. Özel sağlık sigortası temelde 2 çeşittir. Zorunlu sağlık sigortası olanlara destek anlamında tercih edilebilir veya kişi tamamen özel sigorta ile sigortalanabilir. Özel sağlık sigortalarının kapsayıcılığı daha geniş ve daha lüks şartlarda hizmet almaya elverişlidir. Sigorta kapsamı dışında kalanlar, kaçak göçmenler ve kendi adına çalışan küçük işverenlerdir ki toplam oran %0,5'dir.

Son yıllarda sağlık sisteminde yapılan reformlar incelendiğinde sigorta sistemine dair iyileştirme çabaları öne çıkmaktadır. Nüfusun yaşlanması, teknolojinin ilerlemesi ve beklentilerin yükselmesi neticesinde artan maliyetler nedeniyle sigorta prim kesintileri arttırıldığında bu durum toplumun tepkisini çekmektedir. Ülke nüfusu giderek yaşlandığı için, yakın geçmişte getirilen *zorunlu uzun dönem bakım sigortası* ile yaşlılık döneminde bakım hizmetleri için yeni bir havuz oluşturulmuştur. Ayrıca kanser taramaları gibi bazı koruyucu sağlık hizmetleri sigorta kapsamında sürdürülmektedir.

Sağlık Finansmanı

Almanya'nın sağlığa harcadığı para yılda 300 milyar Avroya yakındır ki GSYİH'nin %11,4'üne karşılık gelmektedir. Bu oran AB ülkeleri arasında en yüksek oranlardan biridir. Sağlığa harcanan paranın çok büyük kısmı tahmin edildiği üzere ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerine gitmektedir. Zorunlu sağlık sigortası nüfusun %85'ini kapsamına rağmen, sağlık harcamalarına katkısı %60 civarında kalmaktadır. Kapsayıcılıkta %11 olan özel sağlık sigortaları ise harcamaların %28'ini sağlamaktadır. Geriye kalan %12 ise cepten harcamalardır. Kamunun katkısının 1995 yılından beri yüzde olarak azalma eğiliminde olduğunu da ekleyelim. Hem özel sigortaların hem de cepten harcamaların ağırlığı ise artmaktadır.

Ayakta tedavi hizmetlerine harcanan para

dalgalı bir seyir izlemekte, 1990'larda artan harcamalar, 1996-2005 arasında azalmaktadır. Sonra tekrar artmaya başlıyor ve 2009 yılında tepe noktayı görüyor. Daha sonra hafif bir azalma söz konusudur. Vergilerden sağlığa ayrılan pay ise toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Bu gelirler hastane yatırımları ve halk sağlığı hizmetlerinde kullanılıyor. Bu payın 1996'da ise %10,8 olduğunu belirtmekte fayda var. Hastanelerin finansmanı iki kaynaktan sağlanıyor. Yatırımlar devlet bütçesinden finanse edilirken, cari harcamalar hizmet başına ödemelerle yapılır. Bu ödemelerin miktarı ve sağlık hizmetlerinin fiyatları ise hastalık fonları ile hastaneler arasındaki görüşmelerle tespit edilir.

İlaç harcamaları da artış eğilimindedir. Ayrıca, eczaneden reçeteli ilaç alınırken reçete başına 5-10 Avro katkı payı ödemek gerekiyor. 2010 yılında hastalık fonları tarafından 300 milyon Avro, birincil koruma ve iş sağlığının geliştirilmesine harcanmıştır. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirilmesine ayrılan kaynaklar da artmaktadır.

Sağlık Hizmeti İşgücü ve Kapasitesi

Almanya'da yüz bin nüfusa 382 hekim ve 1.154 hemşire düşmektedir. Aktif çalışan yaklaşık 350 bin hekimin 144 bini ayakta tedavi hizmetlerinde 175 bini ise hastanelerde çalışıyor. Geriye kalan 30 bin kadar hekim ise maaşlı bir şekilde halk sağlığı hizmetlerinde veya idari pozisyonlarda görevlidir. Ayakta tedavi hizmetlerinde çalışan hekimlerin %88'i zorunlu sağlık sigorta sistemine dâhil, geri kalanı ise sadece özel hastalara hizmet veriyor. Ülkede hizmet veren aile hekimi sayısı ise 55 bindir.

Ülke genelinde 2017 hastanede toplam 501.475 yatak mevcuttur. Bin kişiye düşen 6,2 yatak ortalaması AB ülkeleri arasında en yüksek orandır. Bu yatakların %48'i devlet, %34'ü kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve %18'i ise kâr amacı güden özel hastanelere aittir. Hastane yataklarının genel doluluk oranları ise %77 düzeyindedir. Hastanede ortalama yatış süresi ise son 20 yılda azalarak 7,7 güne gerilemiştir. Rehabilitasyon hizmetleri için yatak sayısı ise 168.968 (2.1/1000 kişi) Bu alanda kamunun yatak oranı %18'dir. Doluluk oranı %81 ve ortalama yatış süresi 25,5 gündür.

Hastane yöneticiliğinde özelleşme eğilimi söz konusudur. 1991'de %61,4 olan kamu yatak kapasitesi 2012'de %8'e inmiş durumdadır. Devlet hastanelerinin özel sektöre devri/satışı söz konusudur. Bunun başlıca nedenleri arasında; hastanelere kamu yatırımının



Almanya'nın sağlık sisteminde sigorta yapısı çok önemlidir. Literatürde Bismarck modeli olarak yer alan Alman ekolü sigorta yaklaşımı, İngilizlerin Beveridge modeliyle beraber dünyada en çok kabul gören 2 modelden birisidir. Bismarck'ın ortaya koyduğu sigorta ve sosyal güvenlik sistemi birden çok sigorta üzerinden prim toplanması esasına dayanır. Yani sistemin temel kaynağı, gelirlerden kesilen primlerdir.

sıkı bütçe nedeniyle azalması, işveren ve sendikalar arasındaki anlaşmaların kamuda daha maliyetli olması ve devletin hizmet sunumu yerine denetim ve politika belirleyici rolünü arttırma isteğini sayabiliriz.

2011 yılı itibariyle uzun dönem bakım için ise durum şu şekildedir: Toplam bakıma muhtaç kişi sayısı 2,5 milyon, bunların %47'si evde yakınları tarafından bakılmakta, %30'u bakım evlerinde ve %23'ü ise hastanelerde. Bakım evleri çoğunlukla (kar amacı güden veya gütmeyen) özel sektöre aittir.

Sigorta sistemleri, kişinin özelliklerine göre (yaş, eşlik eden hastalıklar, bakım durumu vb.) bu süreçte masrafların bir kısmını veya tamamını karşılamaktadır. Bu süreç için geliştirilen bir uzun dönem bakım sigortasının varlığını tekrar hatırlatalım. Teknolojik altyapı açısından, Almanya'da 1 milyon kişiye düşen BT cihazı sayısı 18,3, MR cihazı ise 10,8'dir.

2002 yılında Robert Koch Enstitüsü tarafından tamamlanmış ve alternatif tıp uygulamalarına özgü bir rapor yayımlandı. Bu rapora göre naturopati, homeopati ve akupunktur ülke genelinde en yaygın kullanılan tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır. 16 yaş üstü Almanların %73'ü daha önce en az 1 defa bu yöntemlere başvurduğunu ifade etmiştir. Geri ödeme açısından sadece diz ekleminde kronik diz ağrısı olanlar için akupunktur tedavisi geri ödeme kapsamındadır. Akupunktur konusunda lisanslı hekim

sayısı 13.245'dir.

Ülke genelinde 36 tıp fakültesinde yaklaşık 80 bin öğrenci eğitim görmektedir ve yılda 10 bine yakın doktor adayı mezun olmaktadır. Yabancı sağlık çalışanlarına kapılar tam kapalı olmasa da, çeşitli ön koşullara tabidir. 2012 itibariyle ülkede 32.548 yabancı doktor çalışmaktadır. Hekimlerin kazançları branşlara göre değişmekle beraber yıllık 130 bin-400 bin Avro arasındadır.

Sorunlar, Dezavantajlar

Son yıllarda yapılan reformların ağırlıklı olarak sigorta sistemi, uzun dönem bakım hizmetleri ve ilaç ödemeleri hakkındaki düzenlemeler ve hasta hakları ile ilgili olduğunu görüyoruz. Sigorta sisteminin sahip olduğu eksik noktalar kapatılmaya çalışılıyor. Sisteme getirilen en büyük eleştiri, hizmet kalitesindeki eşitsizliklerdir. Özel sigortaya sahip kişilerin aldığı sağlık hizmeti çok daha üst düzeydedir. Ayrıca artan maliyetler ve yaşlı nüfusun artması da yeni çözümler gerektiren konuların başında geliyor. Bu durum, gelecekte sistemden faydalanmanın kısıtlanması ve cepten yapılan harcamaların artmasına yol açabilir. Aile hekimliği sisteminde hizmet başı ödeme kullanıldığı için suistimale açık bir yapı söz konusudur. Aşırı-gereksiz kullanıma veya bazı hasta-hastalıkların önemsiz görülmesine neden olabilir. Düşük gelir gruplarının aldığı sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, gelişmiş ülkelerin sahip olduğu hastalık yelpazesindeki hastalık-

larla mücadele yakın gelecekteki öncelik konuları olarak göze çarpmaktadır.

Birleşik Krallık

Yönetimsel yapısından dolayı değerlendirilmelerde beraber ele alınan Birleşik Krallık; İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'den oluşmaktadır. Birleşik Krallık'ın nüfusu yaklaşık 64,5 milyondur. Krallık içinde en kalabalık ülke olan İngiltere 54,7 milyon nüfusa sahiptir. Tarihi ve siyasi nedenlerle kraliçeye bağlı bir genel bir yönetim olmakla birlikte bazı konularda yerel ülke yönetimlerine de yetki devirleri yapılmıştır. 1997'de yapılan yetki devriyle, her ülke kendi sağlık harcaması planı yapma hakkına sahip oldu ve bu durumu desantralizasyon yolunda bir adım olarak değerlendirebiliriz. Ülkeler arası bazı uygulama farklılıkları olsa da genel hatlarıyla yakın sağlık hizmetleri sunumu benzerdir. Bu yazıda yer verilen çeşitli istatistik veriler, aksi belirtilmedikçe Birleşik Krallık'a aittir.

Demografik özelliklere baktığımızda; 0-14 yaş nüfusun oranı %17,4 ve 65 yaş üstü nüfusun oranı ise %17,5'tir. Birleşik Krallık'ta kişi başı GSYİH 41 bin dolar civarındadır. Sağlık göstergeleri açısından, doğumla beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,1 kadınlarda 82,8 ve ülke ortalaması 80,7 yıldır. Kaba doğum hızı 12 / 1000 iken, kaba ölüm hızı 9,3 / 1000'dir. 5 yaş altı ölüm hızı 4 / 1000 anne ölüm oranı ise 9 / 100.000'dir. (2013)

Almanya'da yaklaşık 350 bin hekim aktif çalışmaktadır. Eczaneden reçeteli ilaç alırken reçete başına 5-10 Avro katkı payı ödemek gerekiyor. Ülke genelinde 2017 hastanede toplam 501.475 yatak mevcuttur. Yatakların %48'i devlet, %34'ü kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ve %18'i ise kâr amacı güden özel hastanelere aittir. Sisteme getirilen en büyük eleştiri, hizmet kalitesindeki eşitsizliklerdir. Özel sigortaya sahip kişilerin aldığı sağlık hizmeti çok daha üst düzeydedir.

Sağlık Sisteminin Genel Yapısı ve İşleyişi

Birleşik Krallık'ın günümüzdeki sağlık sistemi NHS (National Health Services) 1948 yılında kurulmuş ve genel yapısı korunarak bugünlere gelmiştir. Temel yaklaşım, tüm vatandaşların kamu tarafından işletilen hastanelerde ücretsiz olarak sağlık hizmeti almasıdır. Bu hastanelerin finansmanı vergi gelirleri üzerinden sağlanmaktadır. Bu model, genel sağlık harcamalarını gelir üzerinden finanse eden Beveridge modeli olarak adlandırılır ve model burada doğmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrası sosyal politikalar ekseninde, devletin vatandaşından ekstra prim almadan, sağlık hizmetini sunması esasına dayanır. DSÖ'nün sağlık sistemi değerlendirmelerinde üst sıralarda yer alan Krallık, Commonwealth Fund 2015 araştırmasına göre ilk sıradaki sağlık sistemidir.

2012 yılında yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Hizmetler Yasası (The Health and Social Care Act-2012) öncesi Sağlık Bakanlığı sistemin merkezindeydi. Sağlık politikalarının belirlenmesi, hizmete dair kalite standartlarının belirlenmesi, denetimler temel görevleriydi, halen de öyledir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı-tedavi-rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda da ana rolü oynar. Bakanlık sağlığın merkezinde olsa

da yerel anlamda ciddi teşkilatlanmış bir sahada sağlık sistemi mevcuttu. Özellikle, İskoçya gibi nüfusun dağınık olarak yaşadığı bölgelerde sağlık hizmetlerinin toplumun erişebileceği noktalara götürülmesine dikkat edilmiştir. Bu açıdan, iktidar partisi değişimlerinde bazı özellikleri değiştirilse de özünü koruyan yerel sağlık merkezleri faaliyet göstermekteydi.

Bakanlığın taşra teşkilatı olarak adlandırabileceğimiz Stratejik Sağlık Mercileri (Strategic Health Authorities-SSM) ve Birinci Basamak Tröstleri (Primary Care Trusts) vardı. Ülke genelinde 10 tane stratejik sağlık yönetimi mercisi ve 152 birinci basamak tröstleri mevcuttu. Bahsi geçen merciler; sorumlu oldukları bölgedeki ihtiyaçların belirlenmesi, hizmetlerin planlanması ve finansmanın buna göre tahsisinde görev üstlenmekteydi. Ayrıca hizmet sunucularla yapılması gereken çeşitli sözleşmeleri de yapma yetkisine sahipti. Bir SSM bölgesinin nüfusu yaklaşık en az 2,5 milyon en fazla ise 7,4 milyondur. Birinci Basamak Tröstler ise SSM'lerin yerel uzantılarıydı ve ortalama 500 bin nüfustan sorumlu idiler.

2012 yılında Birleşik Krallık'ta yürürlüğe giren Sağlık ve Sosyal Hizmet Yasası (The Health and Social Care Act-2012) yukarıda bahsettiğimiz yapıda önemli değişikliklere neden oldu. Birinci Basamak Tröstleri ve Stratejik Sağlık Mercileri tamamen kaldırıldı ve yerlerine "Clinical Commissioning Groups" kuruldu. (Bu tanımlarımıza doğru bir şekilde çevirmekte zorlandığımız için orijinal haliyle yazıldı ve yazının geri kalanında CCG olarak ifade edildi). Bir CCG, genel pratisyenler tarafından oluşturulan ve yönetimin de hekimlerde olduğu yarı otonomik yapıdır. NHS hizmet sunumundan büyük oranda çekildi, bir bakıma yetki devri yapıldı. Bu değişiklikteki amaç, hekimlerin hastaları hakkında kontrol ve karar noktalarında etki ve güçlerinin artırılması, bir bakıma birinci basamak hekimlerinin sorumlu oldukları yerel bölgelerin sağlık ihtiyaçları ve sağlık hizmeti sunumunda daha fazla sorumluluk almalarını sağlamaktır. Ülke genelinde toplam 221 CCG mevcuttur. Bu yapıları, ülkemizde bir ilçenin aile hekimlerinin bir araya gelip, kendi kendilerini idare ettikleri ilçe bazlı bir Aile Sağlığı Merkezleri Birliği gibi düşünebiliriz. CCG bünyesinde genel pratisyenler haricinde uzman hekimler de görev yapabilmektedir. Birinci basamak hizmetler dışında acil sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, elektif hastane hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri de bu yapıların niteliği ölçüsünde verilebilmektedir. Bir CCG'nin sorumlu olduğu nüfus ise ortalama 250 bin civarındadır. Sunulan hizmetler ve kayıtlı nüfusun özelliklerine göre NHS üzerinden ödeme yapılmak-

tadır. CCG'lerin kendi bütçelerini idare etme yetkileri mevcuttur. NHS'in tüm bütçesinin %60'ı CCG'lere ayrılmış durumdadır. Çalışanlar memur değil, sözleşmeli statüdedirler. NHS ile yerel sağlık otoriteleri üzerinden sözleşme yaparak çalışırlar. BBT'lerin sunduğu halk sağlığı hizmetleri ise, yerel halk sağlığı otoriteleri tarafından sunulmaya devam etmektedir. Yerel sağlık otoriteleri ve CCG'ler toplum sağlığını ilgilendiren konularda beraber çalışmalar da yapmaktadır. Bu amaçla yerel otoritelerce kurulan Sağlık ve Refah Kurulları (Health and Wellbeing Boards) bünyesinde sağlığın tüm paydaşları bir araya gelmektedirler. NHS England, CCG'lerin performansını ölçmek için bir dizi kriter hazırlayarak denetim ve takip görevini sürdürmektedir. Bunun yanında liderlik ve yol göstericisi bir role sahiptir.

Birinci basamak hizmetleri yaygın bir şekilde genel pratisyenler tarafından, ikinci basamak hizmetler maaşlı doktorlar tarafından kamu hastanelerinde ve üçüncü basamak hizmetler ise daha spesifik ve genelde tıp fakültesi veya eğitim hastaneleriyle verilmektedir. Bu merkezler, daha çok nadir görülen veya kompleks vakaların teşhis ve tedavileriyle ilgilidir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri tröstler vasıtasıyla sunulmaktadır. Bu yapılar içinde kuruluş yapısına göre devlet tarafından yönetilenleri de var, yönetilmeyenleri de var. NHS'in sunduğu hizmetler ise, birinci basamakta CCG'ler haricinde kalan alanlardadır. (Toplum ağız diş sağlığı, eczane, NHS 111 çağrı merkezi gibi) Ayrıca, akut tröstler (ikinci basamak hizmeti sunan CCG haricindeki az sayıda yer), ambulans tröstleri, ruh sağlığı tröstleri ve toplum sağlığı hizmetleridir. Askeri personel ve mahkûmlara sağlık hizmeti de NHS tarafından sunulmaktadır.

Kişiler istediği herhangi bir genel pratisyene kayıt yaptırmamakta, yaşadıkları bölgeden sorumlu hekimlerden birine kayıt yaptırabilmektedirler. Sistemde sevk zinciri mevcut, kişiler kayıtlı oldukları pratisyenlere ilk başvuruyu yapıp oradan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gidebilirler. Zincir boyunca hizmet ücretsizdir. Sevk zincirini takip etmeyen hastaların maliyetleri ise devlet tarafından karşılanmamakta, kişi cepten ödeme yapmaktadır. Sevk zincirinde toplumun alışkanlıkları ve kültürel faktörler de önemlidir. Yapılan bir çalışmada birinci basamaktan ikinci basamağa sevk oranı %6 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Finansmanı ve Sigorta Sistemi

Sağlığa harcanan para yılda yaklaşık 260 milyar Avro'dur. Bu meblağ 2013 itibarıyla GSYİH'nin %9,4'üne karşılık gelmektedir. Bu oran 2000 yılında

%6,9 imiş. Sistemin finansmanının büyük çoğunluğunun genel vergilerden olduğunu belirtmiştik. 2013 itibarıyla sağlık harcamalarının %83,5'i kamu kaynaklarından sağlanmıştır. Bu rakam İskandinav ülkelerinde de benzerken, %76 olan AB ortalamasının üstündedir. Geri kalan kısım, ise son yıllarda artmakta olan özel sağlık sigortaları ve cepten harcamalardır. Cepten harcamaların oranının %9,3 olduğunu belirtelim.

Birleşik Krallık nüfusunun yaklaşık %11'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Bunların %18'i sigortayı kendileri yaptırırken, %82'si ise özel sektörde işverenlerin çalışanlarına yaptırdıkları sigortalardır. NHS'in kapsamının en düşük olduğu alan uzun dönem bakım hizmetleridir. Cepten harcama ve özel sağlık sigortaları bu alanda önemli yere sahiptir. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ilaç masrafları ve sosyal bakım hizmetleri de cepten harcamanın yüksek olduğu alanlardır. Ayrıca otelcilik hizmetleri -özel oda vs.- gibi durumlarda da cepten ödeme yapılıyor.

Vergiye dayalı sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinde, kayıtlı ekonominin iyi olması ve vergi toplama sisteminin iyi olması gerekir. Toplanan vergilerin Krallık ülkelerine dağıtımında, İngiltere için para sağlık idaresine (Department of Health) devredilirken, diğer 3 ülke için tüm vergi gelirleri toplu bir şekilde ülke yönetimlerine veriliyor. Her ülke bu para içinden sağlığa ayıracağı meblağı kendi belirlemektedir.

Özellikle geçmişte yıllarda sistemin en çok öne çıkan noktalarından biri de, başarılı sağlık sonuçlarının yanında harcamaların nispeten düşük olmasıdır. Sistem genel pratisyenler üzerine kurulu, iyi çalışan bir sevk zinciri sonucunda muayene yükünün büyük çoğunluğu birinci basamakta hallediliyor. Böylelikle uzmanlaşmanın getirdiği maliyetler azalmıştır. İdari harcamalar %5 civarında ve malpraktis davaları henüz pek yaygın değildir. Özel gruplar (<15 yaş, >60 yaş, gebeler, engelliler vs.) haricinde reçete başına cepten ödemesi yapılmaktadır.

Sağlık Hizmeti İşgücü ve Kapasitesi

Avrupa'nın diğer ülkelerinde olduğu gibi İngiltere'de de hastane sayıları giderek azalmaktadır. Ayrıca küçük hastaneler yerine kapasitesi daha büyük hastaneler oluşturulmaktadır. 100.000 kişiye düşen hastane yatağı 229'dur. On yıl önce bu oran 395/100.000miş. Hastanede ortalama yatış süresi de 2000 yılından 2011 yılına kadar 8,1 günden 6,5 güne düşmüş durumdadır. Doluluk oranı ise %84 civarındadır.

100.000 nüfusa düşen hekim sayısı 278, hemşire sayısı ise 870'dir. Personel sayısının az olması ve maaşların da beklentileri karşılamaması sağlık çalışanlarının en çok şikâyet ettiği noktalardır. Yaklaşık 180 bin hekimin 40 bini genel pratisyen olarak tanımlanan birinci basamak çalışanlarıdır. Hekimlerin yıllık gelirleri 50 bin ile 100 bin Pound arasında değişmektedir. Genel pratisyenler 55 bin Pound civarındayken, uzmanların büyük çoğunluğu 70 bin Pound civarında kazanmaktadır.

AB ülkeleri içerisinde en düşük MR ve BT cihaz sayısına sahiptir. 2000 yılından itibaren sağlık teknolojilerine yapılan yatırımlar arttığı halde, DSÖ verilerine göre 2012 yılında, kamuya ait MR cihazı oranı 1 milyon nüfusta 6,8; BT ise 8,7'dir. Bu durum MR ve BT randevu tarihlerini 12 haftaya kadar uzatmaktadır.

Ülke genelinde 34 tane tıp okulu mevcuttur. ALO 111 ile hattı 7/24 tüm vatandaşlara ücretsiz danışmanlık hizmeti verilmektedir. İlaç endüstrisi güçlüdür. Dünyada önde gelen ilaç şirketleri arasında Birleşik Krallık firmaları da yer almaktadır.

Sorunlar, Dezavantajlar

Yaşlanan nüfus, artış gösteren kronik hastalıklar ve toplumun sahip olduğu kötü sağlık alışkanlıklarıyla mücadele ülke için önem arz ediyor. Sağlık işgücünün bazı noktalarda AB rakamlarının gerisinde veya ortalama civarında seyretmesi de başka bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun yol açtığı önemli bir problem de hem muayene hem de elektif ameliyatlarda bekleme sürelerinin uzun olmasıdır. Halkın sağlık hizmetlerine dair en büyük şikâyetinin bu olduğu, yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Zengin ve fakir nüfus arasındaki ekonomik anlamdaki eşitsizlikler, sağlığa da yansıyor. GINI katsayısı 36,0 olarak hesaplanmış ki bu oran gelişmiş ülkeler arasındaki en yüksek olarak göze çarpmaktadır.

Son haftalarda yaşanan Brexit sürecinde de sağlık önemli bir tartışma konusu olarak ön planda yer aldı. AB'den ayrılmayı savunan kanadın argümanlarından bir tanesi de, "AB'ye haftalık ödenen 350 milyon Pound'un, NHS'in güçlendirilmesine ayrılacağı" oldu. Referandum sonrasında ise bu açıklamaların bir hata olduğu, açıklamanın sahibi Bağımsızlık Partisi lideri Nigel Farage tarafından ifade edilmiştir.

Kaynaklar

Busse, R., Blümel, M., *Germany Health System Review - Health Systems in Transition*, Vol. 16 No. 2, WHO Publications, 2014

Chenot, J.F., *Undergraduate Medical Education*

İngiltere'de 2013 itibarıyla sağlık harcamalarının %83,5'i kamu kaynaklarından sağlanmıştır. Cepten harcamaların oranı %9,3'tür. Yaklaşık 180 bin hekimin 40 bini genel pratisyen olarak tanımlanan birinci basamak çalışanlarıdır. AB ülkeleri içerisinde en düşük MR ve BT cihaz sayısına sahiptir. MR ve BT randevu tarihleri 12 haftaya kadar uzamaktadır.

in Germany, German Medical Sciences, 2009; 7: Doc02.

Cylus, J., Richardson E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D., *United Kingdom Health System Review - Health Systems in Transition*, Vol. 17 No. 5, WHO Publications, 2015

Çetin, R., *İngiltere, Almanya ve Türkiye'de sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık reformları* (06.09.2007) <http://emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sosyal-guvenlik-sistemleri-ve-saglik-reformlari> (Erişim Tarihi: 22.06.2016)

Dinç, G., *Birleşik Krallık Sağlık Sistemi, Celal Bayar Üniversitesi Yayınları, Manisa, Haziran 2009*

Farage, N., "£350 Million Pledge to Fund The NHS Was a Mistake" *The Telegraph*, 24.06.2016, <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/06/24/nigel-farage-350-million-pledge-to-fund-the-nhs-was-a-mistake/> (Erişim tarihi: 11.07.2016)

Göktaş, P., *Almanya ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Nasıl Yararlanılabilir?*, 23.12.2014, <http://www.saglikaktuel.com/yz/germanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasil-yararlanilabilir-6966.htm> (Erişim Tarihi: 21.06.2016)

Kılıç, B., *Sağlık Sistemlerinde Finansman ve Ödeme Biçimleri-ABD ve Almanya Örneği*, 5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 10-11 Mayıs 2007

Kılıç, B. ve Bumin, Ç., *İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim Dergisi*, 8(56) s. 32-41, 1993

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., Samak D., *International Profiles of Health Care Systems-2015, The Commonwealth Fund Press*, January 2016

Obermann, K., Müller, P., Müller, H.H., Schmidt, B., Glazinski, B., *Understanding the German Health Care System*, Mannheim Institute of Public Health, Heidelberg, 2013

Tatar, M., *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi*, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1) s. 103-133, 2011

Understanding The New NHS - A Guide For Everyone Working and Training Within The NHS, NHS England, 26.06.2014