



2020 / Vol:6, Issue:28 / pp.1152-1184

**RESEARCH ARTICLE**

Arrival Date : 20.05.2020

Published Date : 29.07.2020

Doi Number : <http://dx.doi.org/10.31589/JOSHAS.374>

Reference : Özçelik, E. (2020). "İngiltere'de Sağlık Sistemi", Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences, 6(28):1152-1184.

# İNGİLTERE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

## Health System in The UK

**Ercan ÖZÇELİK**

Doktora Öğrencisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/Türkiye

Tıbbi Teknolog, Sağlık Bakanlığı Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul/Türkiye

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-7403>



### ÖZET

Birleşik Krallık (İngiltere), sağlık hizmetlerinin sunumunda ve yönetiminde özel bir konuma sahiptir. Birden fazla devletin krallık yönetiminde kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumu açısından kayda değer bir yapılanmaya gidilmesi gerekmiştir. Temel sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin katkısı, özel-kamu ortaklığında sağlık hizmet sunumu girişimleri incelenmeye değer konulardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ve şehir hastaneleri uygulama modelinde Türkiye ile model ortaklığı veya benzeşmesi yükündür. İngiltere sağlık sisteminin iyi anlaşılması, yerel sağlık sorunlarının çözümü ve alternatif model gelişimi için faydalı olacaktır. Bu derleme makalesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2015 yılında yayınlanan Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Değerlendirme Raporu temel alınarak, aralarında Dünya Bankasının da olduğu ve diğer kaynaklar üzerinden hazırlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İngiltere Sağlık Sistemi, NHS, Ulusal Sağlık Servisi, Sağlık Reformu, Sağlık Finansmanı, Birleşik Krallık, Sağlık Sistem Planları, Sağlıkta Yönetim ve Organizasyon,

### ABSTRACT

The United Kingdom (England) occupies a special position in the delivery and management of health services. Considerable structuring was required in terms of the provision of quality health services in the kingdom administration of more than one state. The contribution of the state in the financing of primary healthcare services, and health-service delivery initiatives in private-public partnership are worth examining. financing and implementation model city hospitals in the model partnership with Turkey or affinity of health services is intense. A good understanding of the UK health system will be beneficial for local health problems and alternative model development. This review article was prepared on the basis of the United Kingdom Health System Review published by the World Health Organization (WHO) in 2015, based on the World Bank and other sources.

**Keywords:** UK Health System, NHS, National Health Service, Health Reform, Health Financing, UK, Health System Plans, Health Management and Organization,

## 1. GİRİŞ

İngiltere adıyla tanıdığımız Birleşik Krallık, 4 ülkenin birleşmesiyle kurulmuştur. Kuzeybatı Avrupa'da bulunan Birleşik Krallık bölgesi, Büyük Britanya adıyla bilinen 3 ülkeden (İngiltere, İskoçya ve Galler) ve Kuzey İrlanda'dan meydana gelmektedir. Yaklaşık 64 milyon olan nüfusunun % 80'i İngiltere'de yaşamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman ve düzenleme sorumluluğu 1997 yılından itibaren bu ülkelere devredilmiştir. Bu devrimden sonra Birleşik Krallık'taki sağlık sistemleri farklı yapılarla sürmekle birlikte, kamunun sağlık finansmanındaki ağırlığı ve ücretsiz hizmetlerin fazlalığı yerini korumuştur. Kamu bütçeleri de halktan toplanan vergilere dayanmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak 2013 yılında İngiltere'deki toplam sağlık harcamalarının % 83,5'i kamu kaynaklarından yapılmıştır. 2000'li yıllardan sonra Avrupa bölgesinde yaşanan ekonomik durgunluk ve gerilemeden İngiltere ekonomisi de kötü etkilenmiştir. GSMH'dan kişi başına düşen geliri düştüğü gibi işsizlik rakamlarında da yükselmeler olmuştur. 2014 yılı işsizlik oranı % 6,1 olarak hesaplanmıştır. İngiltere genelinde yaşam beklentisi istikrarlı bir şekilde artmış, ancak sağlık eşitsizlikleri de sürmeye devam etmiştir. En yoksun ve en imtiyazlılar arasındaki boşluğun açılması sürmüştür. İngiltere'nin baş etmek zorunda kaldığı önemli sağlık sorunları arasında, yaşlanan nüfusun

çoğalmas ve bunların ihtiyaçlarının karşılanma zorluğu, halkın sağlıksız yaşamayla ilgili davranışlarının artması, kronik hastalıkların yaygınlığı ve yönetim güçlüğü gibi konular bulunmaktadır. Ulusal Sağlık Servisi (NHS) kurulmuş olmasına rağmen Birleşik Krallıktaki 4 ülkenin her birinde farklı uygulamalar yapılmıştır. 1997'den itibaren sağlık ve halk sağlığı için yetkilerin “devrim” adı verilen bir süreçte Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'e devredilmesiyle farklılıklar daha da artmıştır. İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda sağlık sisteminde hizmet alıcılar ve sağlayıcılar arasındaki ortaklığı vurgulayan bir yaklaşım izlenirken, serbest piyasa güçleri İngiliz sağlık sisteminde daha etkili olmuştur. Genel duruma bakıldığında, doğumda beklenen yaşam süresinin 1980-2013 yılları arasında 73,7'den 81 yıla (79.9 olan AB ortalamasının biraz üzerinde) artmış ve büyük çoğunluğu kanser ve dolaşım hastalıklarından kaynaklı ölüm oranları düşmüştür. Birleşik Krallık genelinde bu ortalamalar, dikkatli bakılmadığında bölgeler arası sosyal ve ekonomik dengesizlikleri ve yetersizlikleri gizlemektedir. Tütünle ilgili risk faktörleri de önemini korumaya devam etmiştir (Cylus vd., 2015).

### 1.1. Coğrafya ve Demografi



Şekil 1. Harita Bilgisi

Kaynak: <https://www.map-of-uk.com/>

Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı (İngiltere) kuzeybatı Avrupa'da bulunan bir ada ülkesidir. Batıda İrlanda, kuzeydoğuda Kuzey Denizi ve güneydoğuda İngiliz Kanalı ve Fransa ile sınır komşusudur. İngiltere'nin toplam alanı 94.526 mil karedir ve Büyük Britanya adası ile İrlanda adasındaki Kuzey İrlanda birlikte ve bir dizi küçük ada ve ada grubundan oluşur. İngiltere üç bölümden oluşur: İngiltere, Galler ve İskoçya. İngiltere'nin başkenti Londra, İngiltere'nin güneydoğu kesiminde yer almaktadır. Popüler bir turizm merkezi ve uluslararası ulaşım ve finans merkezi olan kozmopolit Londra şehri, İngiltere'nin en büyük şehridir. West Midlands'da bulunan sanayi şehri Birmingham, İngiltere'nin ikinci büyük şehridir. Kuzey İngiltere'de ticari bir şehir olan Manchester, eğitim, medya ve sanat merkezidir. İngiltere'nin güney kıyısında, Brighton canlı, sanatsal, deniz kenarında bir tesistir. Galler'in başkenti olan Cardiff, güneydoğu kıyı şeridinin yakınında bulunan müreffeh bir liman kentidir. İskoçya'nın başkenti olan Edinburgh, eski ve modern zamanların çok kültürlü bir karışımıdır ve turistler arasında popülerdir. İskoçya'nın en büyük şehri olan Glasgow, Clyde Nehri üzerinde bulunur. Kuzey İrlanda'nın başkenti Belfast sahil kenti, büyük kamu binalarına ve gelişen bir ekonomiye sahiptir ("England Maps," 2020).



Şekil 1. İngiltere ve Komşu Devletler

Kaynak: <https://www.britannica.com/place/England/Housing>

19. yüzyılın başlarında İngiltere, dünya çapında bir Sanayi Devrimi'nin ve dünyanın en sanayileşmiş ülkesinin merkez üssü oldu. Dünyanın her yerinden Manchester, Birmingham ve Liverpool gibi şehirlerden kaynak çekerek, toplanan hammaddeleri küresel bir pazar için üretilmiş mallara dönüştürüldü. Başkent Londra, dünyanın önde gelen şehirlerinden biri ve politik, ekonomik bir merkez haline geldi ("England | Britannica.com," 2020).

**Tablo 1.** İngiltere Nüfusunun Seçilen yıllara Göre Demografik Göstergelerdeki Eğilimleri

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Nüfus, toplam	56.3	57.2	58.0	58.9	60.4	62.8	63.3	63.7	64.1	64.5
Nüfus, kadın (% Toplam)	51.4	51.4	51.4	51.3	51.0	50.8	50.8	50.8	50.7	50.7
Nüfus artışı (yıllık%)	0.1	0.3	0.3	0.4	0.7	0.8	0.8	0.7	0.6	0.6
Nüfus yaşı 0-14 (toplaman%'si)	21.0	19.0	19.5	19.0	17.9	17.6	17.5	17.5	17.6	17.6
65 yaş üstü nüfus ve yukarıda (% Toplam)	14.9	15.7	15.8	15.8	16.0	16.6	16.9	17.2	17.5	17.8
Yaş bağımlılığı oranı (çalışma yüzdesi- yaş nüfusu)	56.1	53.2	54.5	53.4	51.3	51.9	52.4	53.1	54.0	54.8
Doğum oranı, ham (1000 kişi başına)	13.4	13.9	12.6	11.5	12.0	12.9	12.8	12.8	12.2	-

**Kaynak:** UK-HiT Report-2015

İngiltere, aslında Birleşik Krallığı oluşturan 4 ülkeden en geniş ve en kalabalık olan ülkenin adıdır. 60 milyon civarındaki Birleşik Krallık'ın %85'i (50 milyon dolayında) İngiltere'de ikamet etmektedir. İngiltere kısmının 57.411.000 nüfusu vardır. Bunların da % 80'lik bölümü kentlerde ikamet eder. Km kare başına düşen 235 kişi sayısı ile dünyada en yoğun nüfus yapısına sahip devletlerden birisidir. Diğer nüfusa bakılınca 3 milyon civarında Galler'de, yaklaşık 5,5 milyonu İskoçya'da, 2 milyon civarı da Kuzey İrlanda'da yaşamaktadır. Geleneklerine bağlı ve Kraliyetten gelen devlet otoritesine saygılı bir halkı vardır. Gelenekler çok önemlidir. Yargıçların bağımsızlığı yüksektir, polisler de genelde sadece tahta bir sopa ile dolaşırlar ("Birleşik Krallık-Vikipedi," 2020).

## 1.2. Ekonomik Bağlam

Ekonominin temeli 18. yüzyıla kadar tarımsal ağırlıklıydı. Sanayi Devrimi sonrasında 18. ve 19. yüzyıllarda kademeli olarak kentleşmiş ve endüstriyel bir cazibe merkezine dönüşmüştür. Özellikle kömür ve demir cevheri yataklarının yakınlığı nedeniyle kuzeydoğu bölgesinde ağır sanayi (demir ve çelik, tekstil ve gemi yapımı) yaygınlaştı. Güneydoğu bölgesi otomotiv, kimya, elektrik ve takım tezgâhı üreticilerinin önde gelen işletmeleriyle kentleşti ve sanayileşti. 20. yüzyılda nüfusun kentlerde yoğunlaşması ile İngiltere'de işletimi devam eden çiftlik alanlarında önemli bir gerileme yaşandı. Ancak Cornwall, Devon, Kent, Lincolnshire, Somerset ve Kuzey Yorkshire'ın coğrafi bölgeleri büyük ölçüde tarıma dayalı kaldı ("England | Britannica.com," 2020).

2014 yılı Cari fiyatlarıyla gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), 2.942 milyar ABD doları olmuştur. GSYİH'den kişi başına düşen miktar ise 45.603 ABD dolarıdır (Cylus vd., 2015).

## 1.3. Siyasi Bağlam

İngiltere'nin resmi bir hükümeti veya anayasası yoktur. Kraliyet rejimi devam etmektedir. Çağdaş devlet yapılanması içerisinde ve siyasette belirli İngiliz rolün resmi anlamda tanımlanması zordur. Çünkü 4 farklı ülkenin birleşimi ve uygulaması bulunmaktadır. Tabii etkili olan kısım merkezdeki (British) İngiliz devletidir. Ortaçağda biçimlenen Parlamento yapısı da Anglo-Sakson elitlerin düzenli toplantı uygulamasıyla ilgili başlamıştır. 1688 Devriminden sonra hukukun üstünlüğü, bireysel özgürlükler ve ifade özgürlüğü gibi olumlu gelişmeler kurumsal hale gelmiştir. 1707 yılında çıkarılan Birlik Yasası'ndan sonra, İngiltere adıyla bilinen Birleşik Kraliyet yapısı kurulmuştur.

İngiltere ve İskoçya dışında kalan Galler ve Kuzey İrlanda'nın kendi meclisleri ve parlamentoları vardır. İngiltere'de bölgesel yönetim yoktur ("England | Britannica.com," 2020).

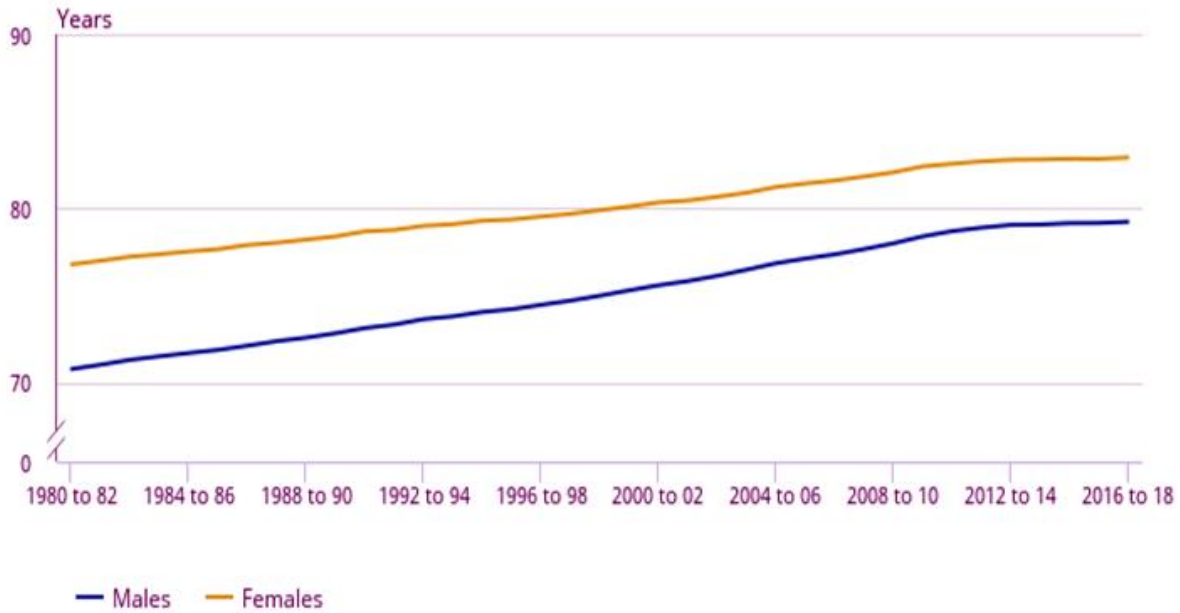
#### 1.4. Sağlık Durumu

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa kaynaklarına göre, İngiltere'nin sağlıkla ilgili temel göstergeler tablosu aşağıda verilmiştir (WHO, 2020).

Gösterge	Değer (geçerli yılı)
Gayri Safi Yurtiçi Hasıladan Kişi Başına Düşen ABD Doları	39.720 (2017)
Toplam Sağlık Harcamasından Kişi Başına Düşen ABD Doları	3.406 (2011)
Sağlık Harcamalarının Kamu Harcamaları İçindeki Yüzdesi	16.5% (2014)
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Olan Yüzdesi	9.7% (2014)
100.000 Kişi Başına Düşen Genel Tıp Doktorları	80 (2014)
100.000 Kişi Başına Düşen Genel Çocuk Doktorları	16 (2014)
100.000 Nüfus Başına Düşen Hemşire Sayısı	823 (2014)

Şekil 2. Dünya Sağlık Örgütüne Göre İngiltere'nin Bazı Sağlık Göstergeleri Tablosu

2011 yılına kadar sağlanan iyileştirmeler önceki 10 yıllık dönemlere göre daha az etkili kalmış olsa da İngiltere'deki yaşam beklentisi genelde düşmemiştir. 2016-2018 yılları arasında İngiltere'nin doğumda beklenen yaşam süresi hem erkekler hem de kadınlar için en yüksek noktaya gelmiştir ("UK - Office for National Statistics," 2020).



Şekil 3. 1980-2018 Yılları Arasında İngiltere'de Doğan Kadın ve Erkeklerin Beklenen Yaşam Süreleri

Kaynak: <https://www.ons.gov.uk/>

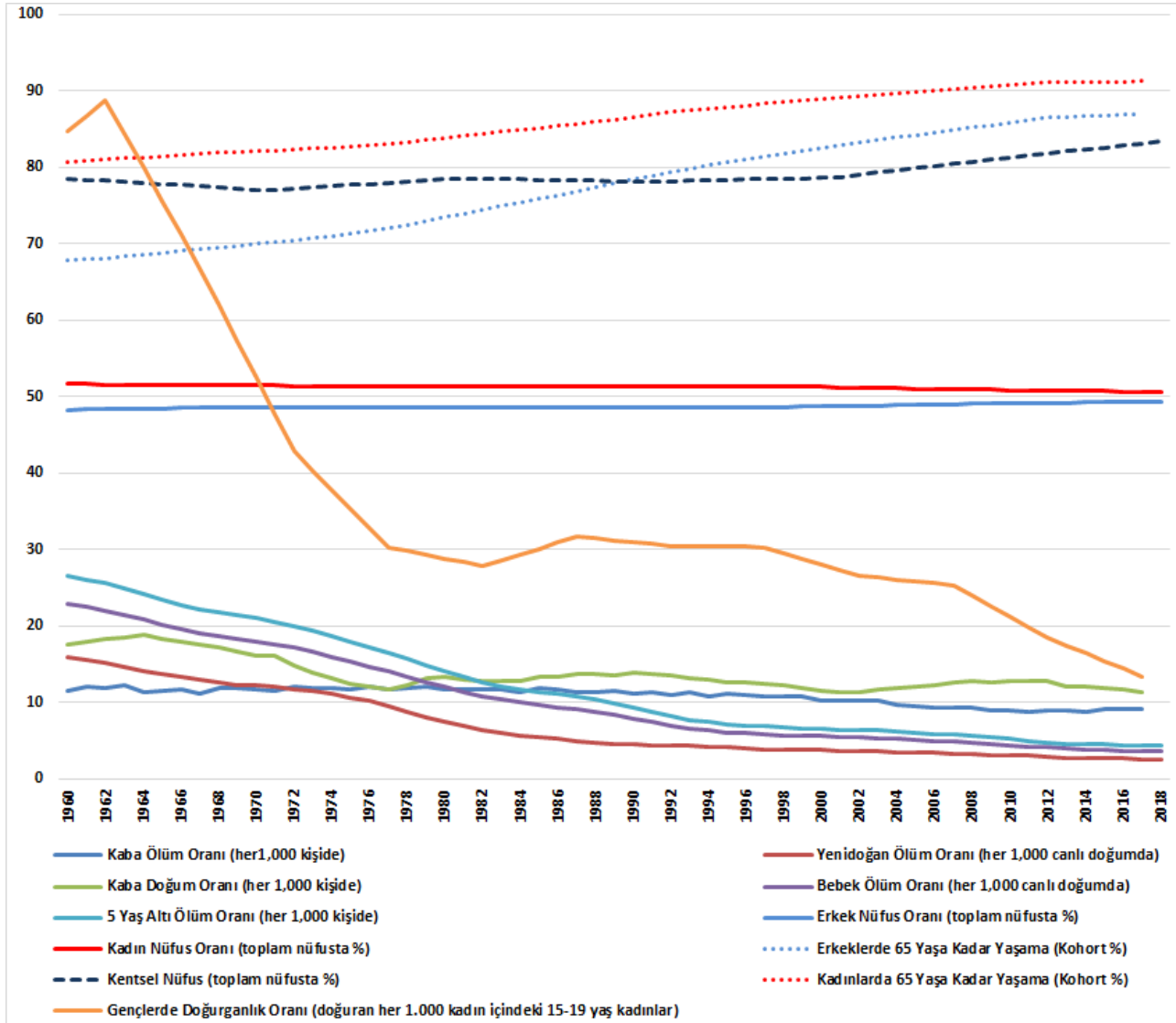
Dünya Sağlık Örgütü'nün ülkeler için hazırlatarak yayınladığı HiT (Health Systems in Transition – Geçişte Sağlık sistemi) raporları arasında bulunan İngiltere çalışmasının en güncel sürümü 2015 yılına aittir. Dünya Bankasının verilerine dayanarak hazırlanan beklenen yaşam süreleri ve ölüm oranlarına ilişkin tabloya göre, kadınlar için doğumdan itibaren beklenen yaş ortalaması 2013 yılında 82,8 olarak hesaplanmıştır. Erkekler için doğumda beklenen ortalama yaş ömrü ise 79,2 şeklinde belirlenmiştir.

**Tablo 2.** İngiltere'de Seçilen Yıllara Göre Ölüm ve Sağlık Göstergeleri

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Doğuşta beklenen yaşam süresi, kadın (yıl)	76.8	78.8	79,5	80.2	81,2	82.4	83	82.8	82.8
Doğuşta beklenen yaşam süresi, erkek (yıl)	70.7	73.1	74.3	75.4	77	78.5	79	79.1	79.2
Doğuşta beklenen yaşam süresi, toplam (yıl)	73.7	75.9	76.8	77.7	79.0	80,4	81.0	80.9	81.0
Ölüm oranı, yetişkin, kadın (1000 kadın yetişkin başına)	96.5	78.1	72.5	67.5	61.6	57.5	55.8	-	-
Ölüm oranı, yetişkin, erkek (1000 erkek yetişkin başına)	161.8	129.3	118.8	108.4	97.5	91.2	87,5	-	-

**Kaynak:** Dünya Bankası, 2015

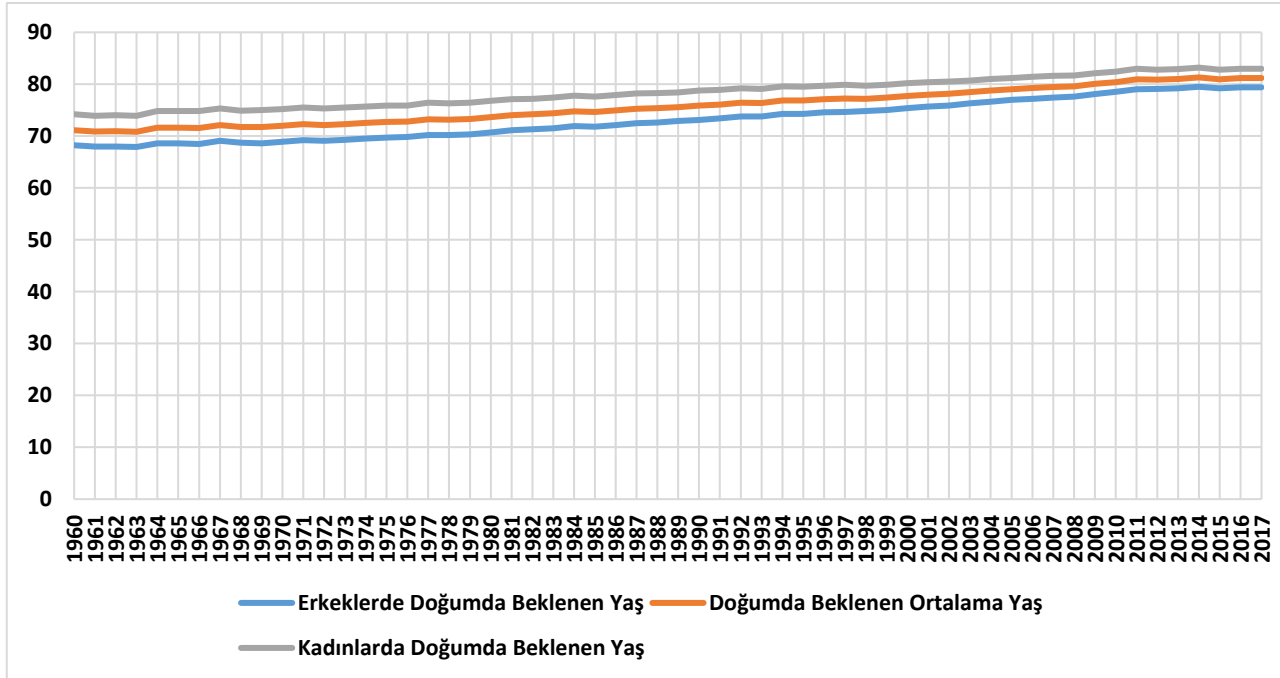
Dünya Bankasına ait veri bankası sayfasına erişim açık olduğundan, ülkeler hakkında daha güncel verilerle işlem yapılabilmektedir. Dünya beslenme ve nüfus istatistikleri veri bankasından sorgulama yapılarak İngiltere için derlenen güncel verilere ulaşılmış ve aşağıda gösterilen farklı grafik çalışmaları hazırlanmıştır (“Health Nutrition and Population Statistics | DataBank,” 2020).



**Şekil 4.** İngiltere'de 1960-2018 Yılları Arasında Gerçekleşen Bazı Yaşam ve Ölüm Oranları Grafiği  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

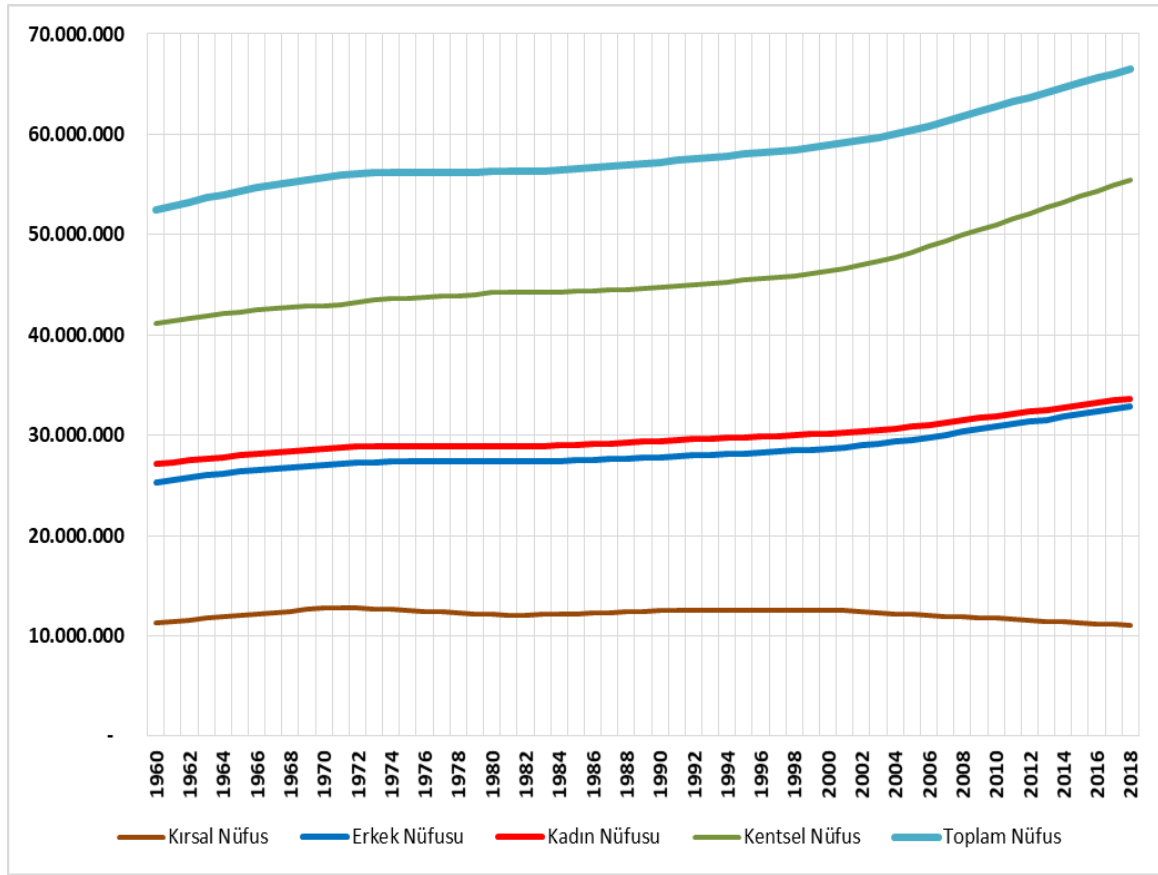
Yukarıdaki grafiğe bakıldığında öne çıkan bulgular şunlardır:

- ✓ Kadınların genç kızlık yaşlarında doğum yapma oranı giderek düşmüştür. Başka bir deyişle; ortalama evlenme yaşının yükselmesi, eğitim ve çalışma şartlarının değişmesi gibi nedenlerle ilk bebek doğurma yaşında önceleri keskin, sonraları düzenli bir ivmeyle yükselme görülmüştür.
- ✓ Dikkate alınan tarihler içinde İngiltere’de büyük bir savaş, afet veya salgın gibi olaylar yaşanmadığı için kaba ölüm oranında istikrarlı bir gidişat görülmüştür.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kadınlarda ilk doğum yaşının da yükselmesinin etkisiyle bebek ölüm hızında anlamlı ve sürekli bir düşüş eğilimi yaşanmıştır.
- ✓ 5 yaş altı çocuklarda ölüm oranları da bebek ölümlerine paralel şekilde gerilemiştir.
- ✓ 60’lı yıllarda erkeklerin aleyhine olarak kadınlarla makas aralığı yüksek seyreden 65 yaşına ulaşma oranları giderek yükselmiş ve kadınlara daha yakın seviyelere gelmiştir.
- ✓ İngiltere sanayileşme sürecini çok erken dönemlerde tamamladığı için diğer ülkelerde görülen nüfusun kentlerde birikme oranı daha düşük seviyelerde devam etmiştir.



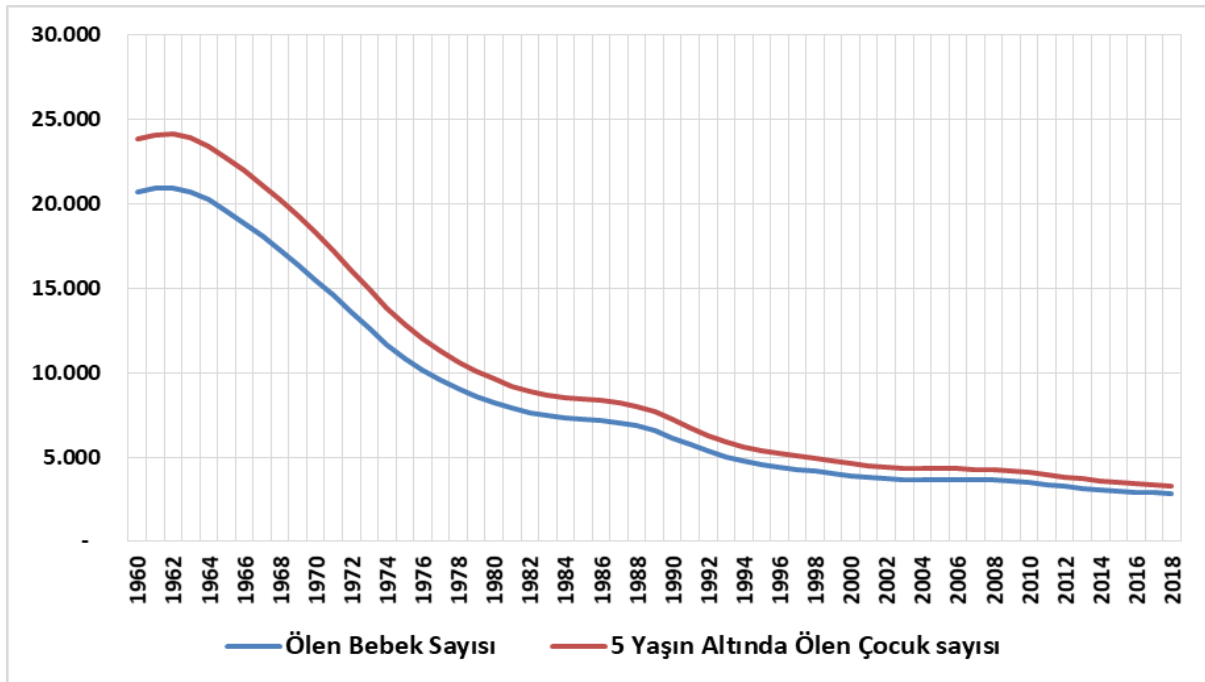
Şekil 5. İngiltere’de 1960-2017 Yılları Arasında Doğumda Beklenen Yaşam Yılı Süreleri  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Yukarıda verilen doğumda beklenen yaşam süresi grafiği incelendiğinde, 1960’lı yıllarda 70 yaş civarında seyreden sürenin günümüzde 80’li yaşlara ulaştığı ve kadınlarla erkekler arasındaki yaşam süresi farkının da giderek azaldığı görülmektedir.



Şekil 6. İngiltere'de 1960-2018 Yılları Arasında Nüfusun Yapısı  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

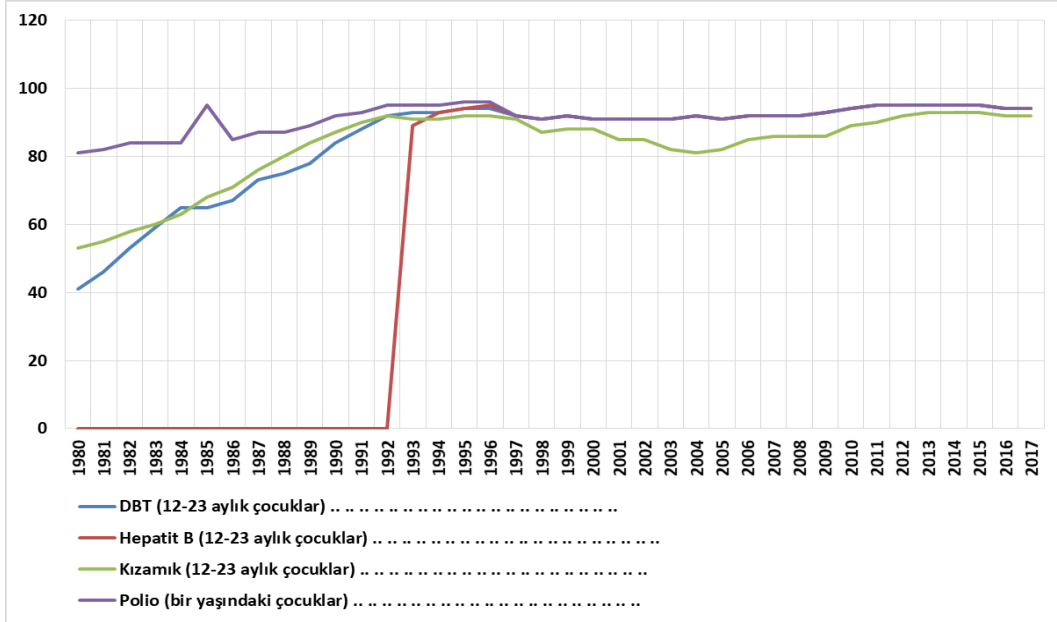
İngiltere'nin nüfus yapısına bakıldığında verilen yıllar içinde kırsal kesimdeki nüfusun artmayarak göç ve ölümler nedeniyle yaklaşık aynı kaldığını, ancak kent merkezlerinde nüfus artışının bariz bir şekilde yaşandığını, kadınların yaşam ömrünün uzunluğu nedeniyle erkeklerden sayıca fazlalığını koruduğunu söyleyebiliriz.



Şekil 7. İngiltere'de 1960-2018 Yılları Arasında Ölen Bebeklerin ve 5 Yaş Altı Çocukların Sayıları  
Veri Kaynağı: dünya Bankası, 2020



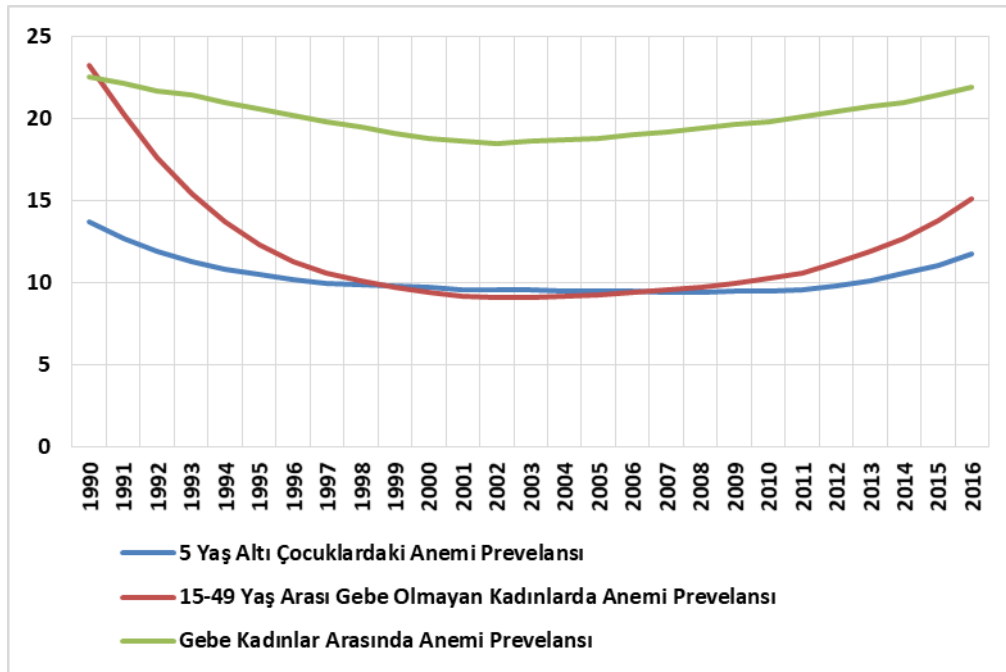
Sağlık hizmetleri ve yaşam şartlarındaki iyileştirmeler sonucu bebek (0-12 ay) ve 5 yaş altı çocukların ölüm sayılarında etkili bir düşüş sağlanmıştır. Önceleri 20-25 bin aralığında bulunan bu sayılar, 2018 yılı sonunda bebeklerde 2.820, 5 yaş altındaki çocuklarda ise 3.316 şeklinde kayıtlara girmiştir.



Şekil 8. 1980-2017 Yılları Arasında İngiltere'deki Çocukların Aşı ile Bağışıklama Oranları  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

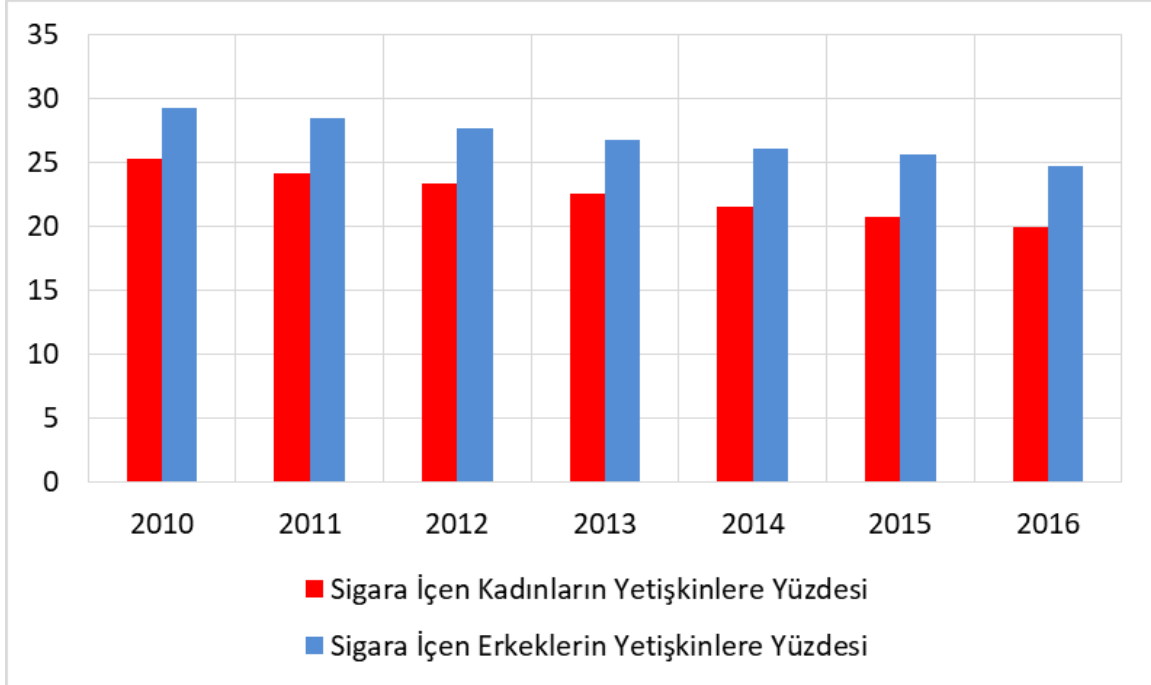
Çocukların aşı ile bağışıklama oranlarına bakıldığında Difteri-Boğmaca-Tatanos (DBT), Hepatit-B ve Polio (Çocuk Felci) aşılama oranlarında yakalanan istikrarın Kızamık aşılama oranlarında sürdürülemediği görülmektedir. Hepatit- B aşısı da ilk defa uygulamaya girdiği 1993 yılından itibaren rutin uygulanan DBT ve Polio aşıları ile birlikte devam etmiştir.

Dünya Bankası sağlık istatistik verilerine göre, İngiltere'de sağlık personeli sayısında kayda değer gerilemeler yaşanmıştır. Örneğin 2010 yılında her 1.000 kişiye düşen Ebe-Hemşire sayısı 9,95 iken, 2017 yılında 8,28'e düşmüştür.



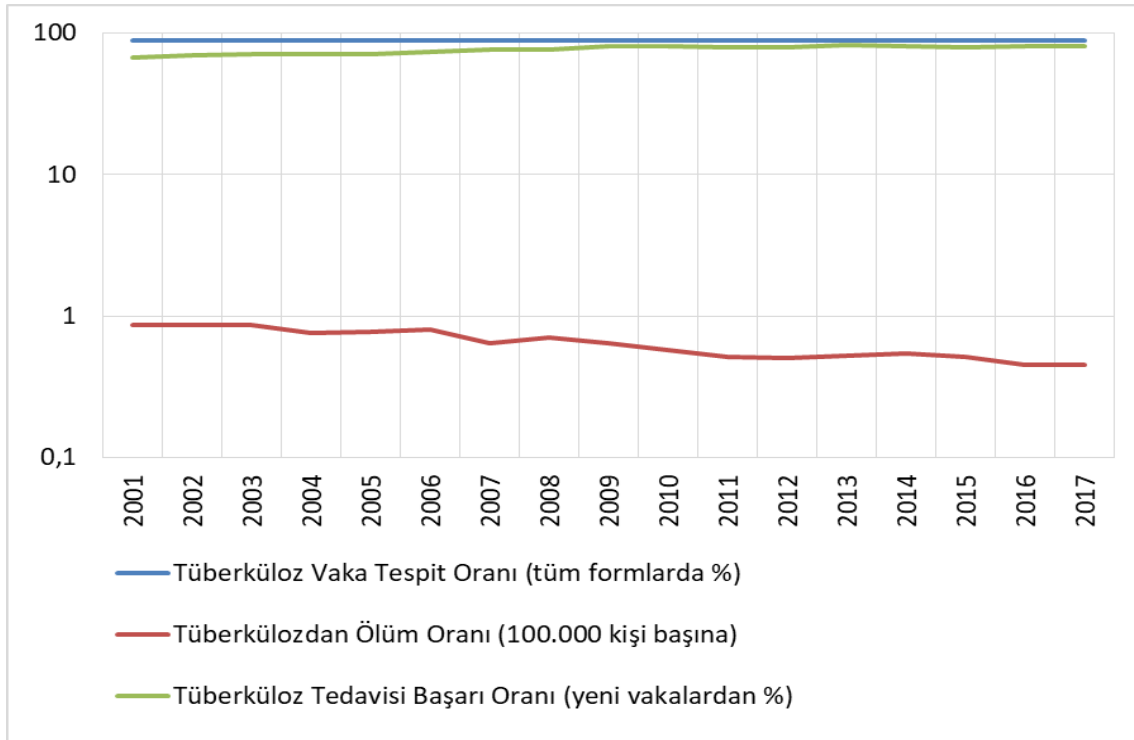
Şekil 9. İngiltere'de Kadınlar Arasında Anemi (Kansızlık) Prevelansı Yüzdeleri  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Kadınlar arasında anemi yani kansızlık rahatsızlığının gebelik dönemlerinde görülme sıklığını her dönemde koruduğunu görüyoruz. Gebe olmayan kadınlarda yakalanan başarının 2010 yılından itibaren tekrar bozulduğu anlaşılıyor. Bu duruma neden olarak sağlıksız beslenme ve hayat şartlarının yaygınlaşması, ekonomik yetersizlikler, ev dışında geçirilen sürelerin ve teknoloji kullanımının artması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.



Şekil 10. İngiltere'de Sigara İçen Erkek ve Kadınların Verilen Yıllar İçin Yetişkinlerdeki Yüzdesi  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Tütün ve tütün mamullerinin sağlığa olan zararları iyice belirginleştiği halde sigara içen kadın ve erkeklerin yetişkinler arasında en az %20 civarındaki yoğunluğu dikkat çekicidir.



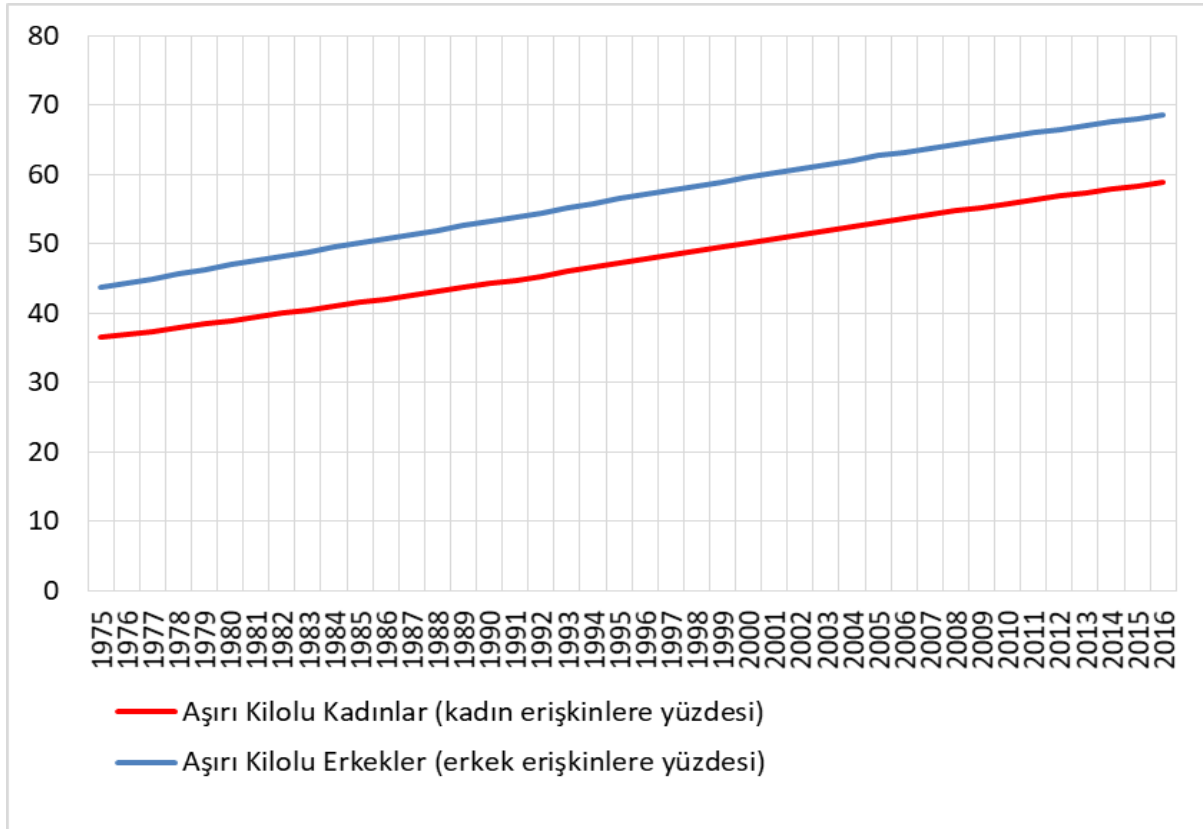
Şekil 11. İngiltere'de 2001-2017 Yıllarında Tüberkülozla İlgili Oranlar (Logaritmik % Eksenidir)  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

**Tablo 3.** İngiltere'de 2001-2017 Yıllarında Tüberkülozla İlgili Oranlar Tablosu

ORAN SERİLERİ	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tüberküloz Vaka Tespit Oranı (tüm formlarda %)	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
Tüberkülozdan Ölüm Oranı (100.000 kişi başına)	0,86	0,87	0,87	0,76	0,77	0,8	0,64	0,71	0,65	0,58	0,52	0,51	0,53	0,55	0,52	0,45	0,45
Tüberküloz Tedavisi Başarı Oranı (yeni vakalardan %)	67	70	71	71	71	74	76	77	81	81	79	80	82	81	79	81	81

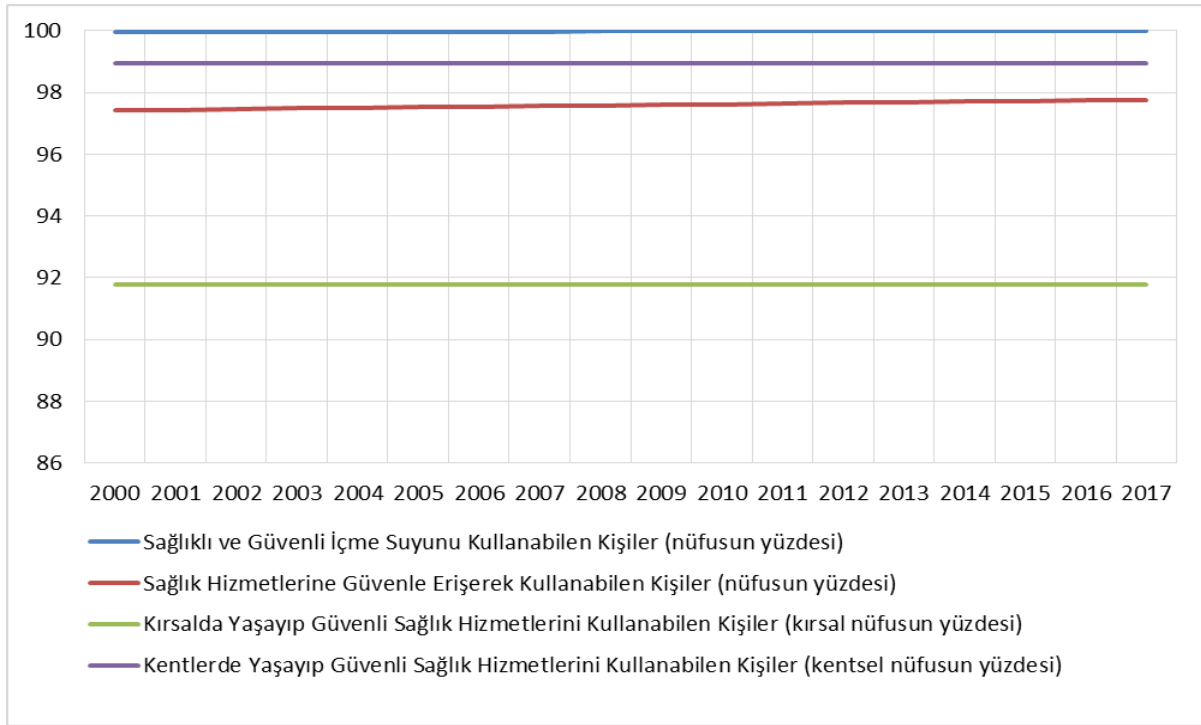
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Tüberküloz vakalarından ölüm oranlarına baktığımızda yıllar içinde bir azalmanın, başka bir deyişle tedavilerde başarı yüksekliğinin yaşandığı görülmektedir.

**Şekil 12.** İngiltere'deki Aşırı Kilolu İnsanların Erişkinlere Oranları

Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Hayat şartlarının nispeten iyileşmesi, yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi ve ulaşım kolaylığı gibi nedenlerin de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen aşırı kilolu olma durumu (obezite) İngiltere'de de düzenli bir ivme şeklinde görülmektedir. Obezliğin artması ile dolaşım ve metabolizma hastalıklarının görülme sıklığının artmasına da neden olmaktadır.



Şekil 13. İngiltere'deki İnsanların 2000-2017 Yılları Arasında Güvenli Su ve Sağlık Hizmetlerini Kullanabilme Oranları  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

Altyapı ile ilgili sorunlarını gidermeyi başaran İngiltere’de, 2000 yılından itibaren sağlıklı ve güvenli suyun bütün insanlara ulaştırılabilindiği görülmektedir. Güvenli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım noktasında kentlerde yaşayan insanların daha şanslı olduğu, kırsal bölgedeki insanların sağlık hizmetlerine erişimde az da olsa zorlandığı anlaşılmaktadır.

## 2. ORGANİZASYON VE YÖNETİM

### 2.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Neredeyse tamamı genel bütçe kaynaklı sağlık finansman sistemini uygulayan ülkelerin önde geleni İngiltere’dir. Sosyal Hizmet Uzmanı William Henry Beveridge tarafından 1943 yılında hazırlanan rapora dayanarak kurulan Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service: NHS) yaygın ve etkili hizmetlerin odağı olmuştur. 'Beveridge Modeli' namıyla tanınmıştır (Sargutan, 2005).

İngiltere'nin sağlık sistemi 1948 yılında tüm vatandaşları kapsayan, vergilendirmeye finanse edilen, kamu hastaneleri ve diğer sağlık birimleri kullanılarak yaygınlaştırılan ücretsiz bir sistem şeklinde kurulmuştur. Birleşik Krallık hükümeti İngiltere'nin tamamı için genel bütçeden sağlık bakımı ve hizmetleri için para ayırır ve İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda ülkelerine blok bütçeler tahsis ederek onların da kendi sağlık hizmetleri politikasını uygulamasını sağlar. Her ülke hastalarına hizmet veren organizasyonlara bu şekilde fon sağlar. İngiltere ve Kuzey İrlanda'da, 1990'da tanıtılan hizmet alıcıları ve sağlayıcıları arasında bir bölünme vardır; bu ayrım İskoçya ve Galler'de kaldırılmıştır. Birleşik Krallık'ta (Kuzey İrlanda hariç), sağlık hizmetleri (Ulusal Sağlık Servisi / NHS tarafından sağlanan) ile sosyal bakım arasında, yerel yönetim tarafından finanse edilen ve çoğunlukla özel olarak sağlanan bir ayrım vardır. Yani sağlık hizmetleri ve sosyal bakım ayrı değerlendirilir. İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'nın her birinin kendi sağlık sistemi için kendi danışma, planlama ve izleme çerçevesi vardır. Diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak, Birleşik Krallık'ta sağlık güçlerinin devredilmesinde ortak bir veri veya izleme sistemi kurulmadığı için Birleşik Krallık'ı oluşturan ülkeler arasında karşılaştırma yapmak kolay değildir. Kilit organ, müdahalelerin maliyet etkinliği konusunda tavsiyede bulunan Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsüdür (NICE), ancak rehberliği otomatik olarak önerilen bir tedavi için finansman sağlanacağı anlamına gelmez. NICE, İngiliz NHS ile çalışan, yönetici olmayan bir kamu kuruluşudur, ancak hizmetleri İskoçya, Galler ve

Kuzey İrlanda'da da çeşitli şekillerde kullanılmaktadır. Sağlık sistemi için de bir dizi düzenleyici vardır; bazı düzenleyiciler Birleşik Krallık'ın tamamını (sağlık meslek grupları gibi) denetlemekte, bazıları ise tek bir sağlık sistemine (bakım sağlayıcıların kalitesi gibi) karşı gelmektedir. İngiltere genelinde NHS tarafından satın alınan jenerik olmayan ilaçların fiyatlandırmasını kontrol eden, şirketler için kar limitleri ve genel harcama sınırı olan, Birleşik Krallık çapında bir “İlaç Fiyat Düzenleme Programı” bulunmaktadır. Hastalara özel haklar da dahil olmak üzere çeşitli hasta güçlendirme stratejileri uygulanmaktadır (Cylus vd., 2015).

NHS, 1948 yılında kurulduğunda, sadece genel vergiler üzerinden sağladığı finansman desteğiyle İngiltere halkına ücretsiz sağlık hizmetlerini hizmet noktalarında sağlamayı amaçlamıştır. Sağlık hizmetini birbirini destekleyen ve bütünleyen 3 yapı halinde sunmayı ve kendi aralarında belirli özerkliği de sağlamayı ilke edinmiştir. Bunlar: 1. Basamak diğer sağlık hizmetlerini de içeren Aile Hekimliği (GP), Hastaneler ve yerel yönetimler tarafından desteklenen Halk Sağlığı birimleridir. 1974 yılında yeniden yapılanma ile ayrıca Bölge Sağlık Otoriteleri şeklinde ek bir aşama getirilmiştir. 90'lı yıllarda yerel yönetim sınırları ile uyumlu olan bu sistem ile toplum sağlığı hizmetleri için planlama ve tedarik sorumluluklarının birlikte yönetilmesi istenmiştir. 1990 yılında, alıcılar ve hizmet sağlayıcılar arasında bir bölünme süreci başlatılmıştır. Mevcut sağlık hizmeti sağlayıcıları bağımsız hizmet satışı yapabilen NHS Vakıfları haline getirildi. Bölgesel sağlık otoriteleri ve Aile Hekimliği birlikleri de bu ticari yapılanma içinde bulundular. Birinci Basamak Vakıfları (PCT) da sağlık hizmetlerini devreye almak için sisteme katılmış oldu (Gore, Hammond, Bailey, Checkland, & Hodgson, 2019).

## 2.2. Tarihsel Arka Plan

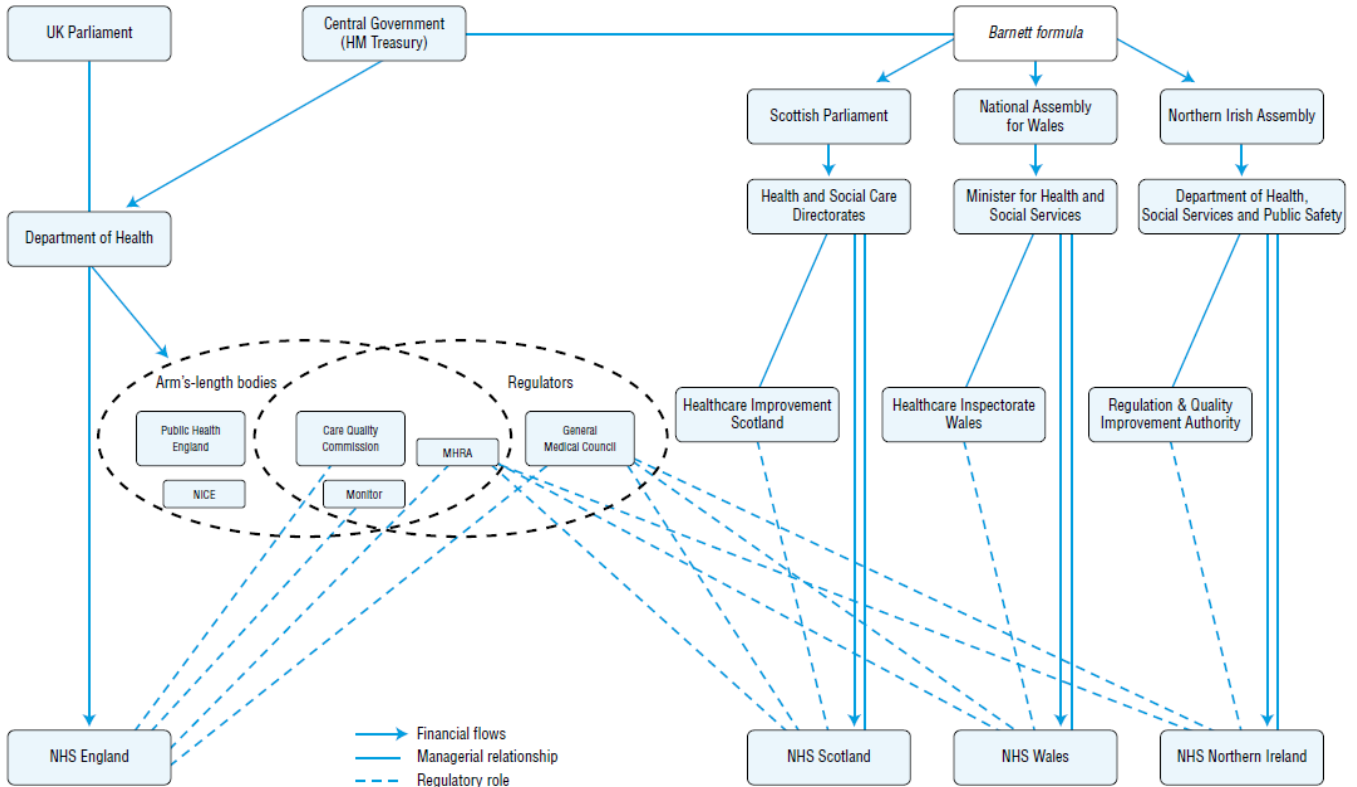
Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi (NHS), halkın yerleşik düzenine uygun şekilde hizmet vermek üzere, 1948 yılında ulusal boyutta kurulmuş olan resmi sağlık organizasyonudur. NHS, İngiltere, İskoçya ve Galler'e aynı yapıda hizmet verirken, Kuzey İrlanda ise yarı bağımsız bir sağlık sistemiyle çalışıyordu. NHS kurulduğu ilk dönemler olan 1950'ler ve 1960'lar sırasında sağlık tesislerinin ve kullanılan teknolojilerin iyileştirilmesine odaklandı. 1972'de Kuzey İrlanda Birleşik Krallık hükümetinin doğrudan yönetimi altına girdi ve NHS genel yetkili sağlık servisi oldu. 1974'te İngiltere ve Galler'deki NHS, 1973 tarihli Ulusal Sağlık Hizmeti Yeniden Düzenleme Yasası'na dayanarak yeniden organize olmuş ve bölgesel sağlık otoriteleri, alan sağlığı otoriteleri ve Aile Hekimliği Komitelerini kurmuştur. Bu yapılan işlemlerin amacı halkı bulunduğu yerde sorumluluk alanlarına göre tanımlamak sağlık hizmetlerindeki 1. ve 2.basamak veya 3.basamaklar arasındaki koordinasyonu sağlamaktır. Zamanla verimlilik sorunları da görüldüğü için 1980'lerde verimlilikte engeller olarak görülmüş ve sağlık otoriteleri 1980'de bölgeden bölge sağlık otoritelerine aktarılmıştır (Cylus vd., 2015).

1990'da yılında yetkili olan Muhafazakar hükümet, Birleşik Krallık içinde sağlık hizmetlerinin satın alınmasını ve hizmet sunumunu ayıran Ulusal Sağlık Hizmeti ve Toplum Bakımı Yasasını kabul etti. Verimlilik, rekabet ve kaliteli hizmet sağlanması amaçlanmıştı. NHS artık hekimlerden ve hastanelerden hastaları adına hizmet satın alan bir kurum haline gelmişti. 1997'de iktidara gelen İşçi Partisi hükümetinin tercihi sonucu Birleşik Krallık tarafından verilen sağlık hizmetleri Parlamento kararı ile İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki ulusal yönetimlere devredilmiştir. Böylece sistem uygulamasında daha fazla çeşitlilik meydana gelmiştir. Pratisyen Doktorların yani Aile Hekimlerinin kendi bütçelerini yönetebildikleri GP (General Practitioner) fonları bu sırada kaldırılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşları (PCT'ler) bölgelerinde yetkili sağlık otoriteleri olmuştur. Stratejik sağlık otoriteleri (SHA) bölgesel sağlık otoritelerinin yerini alarak yerel stratejik sağlık yönetimini üstlenmiştir. Buna ulusal standartlar ve hedeflerin getirilmesi ve Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) gibi yeni oluşturulan ulusal organlar tarafından desteklenecek olan denetim ve düzenlemenin güçlendirilmesi eşlik etti. 2012'den itibaren) ve Sağlığı Geliştirme Komisyonu (2009'dan itibaren Bakım Kalitesi Komisyonu (CQC)). 2002 yılında, seçmeli bakım için uzun bekleme sürelerini ele alma konusundaki

politika çabaları, sağlayıcılar arasındaki rekabeti artırma etkisi de olan özel sektör kapasitesinin geliştirilmesini teşvik etmiştir. İngiltere'deki daha yeni gelişmeler arasında 2012 yılında Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası'nın başlatılması yer almaktadır. Komisyon, NHS fonlarından, özel sektörden veya gönüllü sektörden NHS tarafından finanse edilen hizmetleri sağlamak üzere hizmet satın almalarını kolaylamak için bazı engelleri kaldırmıştır (Cylus vd., 2015).

### 2.3. Organizasyon

Şekil 14. İngiltere Sağlık Sisteminin Organizasyon Şeması



**Kaynak:** HiT Report of UK, 2015

Birleşik Krallık'ta sağlık bakım hizmetleri her yerde aynı yapılmamaktadır. Sağlık politikası kararları krallığı oluşturan ulusal meclislere bırakılmıştır. Sistemde bölünmüşlük ve çeşitlilik olmasına rağmen önemli bir kısmı Avrupa standartlarına uygun olarak yürütülmektedir (Cylus vd., 2015).

İngiltere sağlık sistemini etkileyen temel yapılar ve etkileri kısaca aşağıda verilmiştir:

#### 2.3.1. Birleşik Krallık Hükümeti

Birleşik Krallık Hazinesi (yani maliye bakanlığı) İngiltere'deki sağlık ve diğer sosyal hizmetler bütçesini belirler ve İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda, Barnett formülüne göre dağıtılmasını sağlar. İngiltere Sağlık Bakanlığı merkez ülkenin, dışarıya karşı temsil edilmesinin ve krallığa bağlı ülkelerin bazılarının sağlık sisteminden sorumludur (Cylus vd., 2015).

#### 2.3.2. İngiltere'de NHS

Dışişleri Bakanlığı krallığa bağlı tüm NHS birimlerinin teslimatı ve performansının genel mali kontrolüne ve gözetimini yapar. Sağlık Bakanlığı, temel olarak İngiltere'de sağlık ve sosyal bakım sistemi için politika oluşturmaktan sorumlu merkezi hükümet organıdır. 2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası'nın ardından, Sağlık Bakanlığı NHS yönetiminden ziyade stratejik kararlar ve düzenlemelere odaklanmıştır. Önceki NHS teşkilatı ve sorumlulukları 2013 yılında yeni kurulan NHS İngiltere'ye devredilmiştir (Cylus vd., 2015).

NHS İngiltere, klasik yapılanma dışında bir yürütme organıdır ve çok çeşitli yasal görevleri ile birlikte Dışişleri Bakanı ile kamuoyuna karşı sorumludur. NHS hizmetlerinin sunumunu denetler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sözleşme ve satın alımından ve daha önce Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilen ulusal temelli bazı işlevlerden sorumlu olarak çalışır. NHS İngiltere'nin temel sorumlulukları şunlardır: sonuçları iyileştirmek ve bakım kalitesini artırmak için ulusal liderlik sağlamak; klinik görevlendirme gruplarının (CCG) çalışmasını denetlemek; klinik görevlendirme gruplarına kaynak tahsis etmek; silahlı kuvvetler için birinci sınıf hizmet ve doğrudan hizmet verilen özel hizmetler, mahkum/tutuklu sağlık hizmetleri ve benzer bazı hizmetleri satın almak (Cylus vd., 2015).

2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası'nın ardından birinci basamak sağlık kuruluşlarının yerini pratisyen hekimlerin liderliğinde kurulan 221 klinik görevlendirme grubu almış fakat stratejik sağlık yetkilileri de kaldırılmıştır. Klinik devreye alma grupları, acil ve acil bakım, seçmeli hastane bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, akıl sağlığı hizmetleri, doğum, yenidoğan ve çocukların sağlık hizmetlerini devreye alır. Bu hizmetleri devlet hastaneleri (NHS vakıfları ve vakıf vakıfları gibi yarı özerk) bir dizi sağlayıcıdan temin ederler. Klinik devreye alma grupları satın alma hizmetlerinde destek birimleri, stratejik klinik ağlar ve çok profesyonel danışma grupları ("klinik senatolar") devreye alınarak desteklenmektedir (Cylus vd., 2015).

2013 yılında Sağlık Koruma Ajansı, görevi halk sağlığının korunması olan Halk Sağlığı İngiltere'nin bir parçası oldu. Halk Sağlığı İngiltere, Sağlık Bakanlığı'nın yürütme ajansıdır. Hükümet için önemli bir danışmanlık rolü üstlenir ve ulusal sağlık koruma hizmetini yürütür. Halkı kendi sağlığını geliştirmede destekler, halk sağlığı sorunları üzerine araştırma yapar ve uzmanlığını NHS, yerel yetkililer ve endüstri ile paylaşır, böylece nüfus sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunurlar (Cylus vd., 2015).

**Bakım Kalitesi Komisyonu**, sağlık ve yetişkin sosyal bakım kuruluşlarının bağımsız düzenleyicisidir. 2009 yılında Sağlık Komisyonu, Sosyal Bakım Teftiş Komisyonu ve Ruh Sağlığı Yasası Komisyonu'nun birleşmesi olarak kurulmuştur. Zihinsel hastalığı olanlar da dahil olmak üzere korunmasız kişilerin haklarını korumak gibi özel bir görevi vardır. Bakım Kalitesi Komisyonu sağlık ve sosyal bakım kuruluşlarını lisanslar, izler ve denetler ve kuruluşlar için ulusal yasal gereklilikleri uygular. Bu kuruluşlar arasında hastaneler, bakım evleri, diş hekimleri, ev hizmetleri ve 2014 itibariyle GP'ler bulunmaktadır (Cylus vd., 2015).

**Monitor**, İngiltere'de sağlık sektöründe ekonomik düzenleyicidir. NHS sağlayıcılarını lisanslamanın yanı sıra, sağlayıcılar ve komisyon üyeleri için yasal çerçeveyi belirler ve uygular. İzleme ve Bakım Kalitesi Komisyonu, parlamentoya karşı sorumlu olan daire dışı organlardır. NHS Güven Geliştirme Otoritesi, NHS Güvenlerinin performansını izler ve hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini iyileştirmede onları destekler (Cylus vd., 2015).

**Sağlık İzleme İngiltere**, "sağlık ve bakımda tüketici şampiyonu", İngiltere'nin sağlıkla ilgili başlıca kuruluşlarına sağlık ve sosyal bakımın nasıl iyileştirileceği konusunda tavsiyelerde bulunmak için yasal yetkilere sahiptir. İcra yetkileri olmamasına rağmen, bir grubun neden Sağlık İzlemenin tavsiyesine göre hareket etmediğine dair yazılı, kamuya açık gerekçeler talep edebilir. Sağlık İzleme, İngiltere'deki her bir yerel otoritede, Sağlık ve Esenlik Kurullarında ve Bakım Kalitesi Komisyonu'nda temsilcilere sahiptir (Cylus vd., 2015).

2012 tarihli Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası, **Sağlık ve Refah Kurullarını**, yerel halkın sağlığını iyileştirmeye odaklanan bir forum olarak kurdu. Yerel makamlar, NHS temsilcileri, halk sağlığı, yetişkin sosyal bakımı, çocuk hizmetleri ve Sağlık İzleme de dahil olmak üzere Kurulları oluşturur. Ana fikir şudur ki, sağlıktaki eşitsizliklerin nasıl ele alınacağını ve yerel nüfusun ihtiyaçlarını nasıl karşılayacaklarını en iyi yerel gruplar bilebilirler (Cylus vd., 2015).

### 2.3.3. İskoçya'da NHS

İskoç Parlamentosu İskoçya'daki NHS için yasal çerçeveyi belirler. İskoç hükümeti, NHS'ye tahsis edilecek kaynakların seviyesine karar verir. Sistem, aynı zamanda NHS İskoçya'nın CEO'su olan İskoç Sağlık ve Refah Bakanı tarafından denetlenmektedir. Kabine Sekreteri, halk sağlığı, NHS ve sosyal bakım için stratejik liderlik sağlayan İskoç hükümeti Sağlık ve Sosyal Bakım Müdürlükleri tarafından desteklenmektedir (Cylus vd., 2015).

Planlama ve teslimat fonksiyonları 14 bölgesel NHS Kuruluna devredilmiştir; hastane ve toplum sağlığı hizmetlerini planlar ve devreye alırlar. Ayrıca, yedi ulusal (“özel”) NHS Kurulu ulusal hizmetler sunmaktadır. Kurullar, kalp ve akciğer cerrahisi, nöroşirurji ve adli psikiyatrik bakım gibi uzman sağlık hizmetlerini planlamak ve devreye almak için bölgesel ve ulusal olarak birlikte çalışır. Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi İskoçya sağlık hizmetlerinin incelenmesini ve kamu güvencesini sağlar (Cylus vd., 2015).

Yerel düzeyde, İskoçya'nın tüm bölgelerini kapsayan toplum sağlığı ortaklıkları veya toplum sağlığı ve sosyal bakım ortaklıkları bulunmaktadır. Bunlar NHS Kurullarının komiteleridir ve yerel yetkililerin, hastaların ve halkın yakın katılımını sağlayan resmi yapılara sahiptir (Cylus vd., 2015).

2014 yılında İskoç Parlamentosu, İskoçya'da sağlık ve sosyal bakımını entegre etmek için bir çerçeve oluşturan Kamu Kurumları (Ortak Çalışma) Yasasını kabul etti. Sağlık kurullarının ve yerel makamların entegre ortaklık düzenlemeleri şart oldu. Hem sağlık hem de sosyal bakım için entegre bir bütçeye sahip olan Entegre Ortak Kurullar oluşturulmaktadır. Nisan 2016'dan itibaren bu kurulların tüm entegre sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin planlanması, kaynaklanması ve sunulması konusunda genel sorumluluğu bulunmaktadır (Cylus vd., 2015).

### 2.3.4. Galler'de NHS

Galler hükümeti, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı aracılığıyla Galler'deki NHS'ye fon sağlar. Sağlığı, sosyal bakımı ve halk sağlığını geliştirmek için politika ve strateji geliştirilmesine yol açar. Sağlık Bakanı ve Sosyal Hizmetler sağlık ve sosyal hizmetler için genel sorumluluğa sahiptir ve Galler'deki NHS'nin Galler Ulusal Meclisi'ne gösterdiği performanstan sorumludur. Galler hükümeti içindeki Genel, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Direktörü aynı zamanda Galler'deki NHS'nin CEO'sudur; Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanı'na karşı sorumludur ve bakana politika danışmanlığı sağlamaktan ve NHS'nin stratejik liderliğini ve yönetimini yapmaktan sorumludur. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve verilmesi yedi Yerel Sağlık Kuruluna (LHB) devredilmiştir ve bunların baş yöneticileri doğrudan İcra Kurulu Başkanı'na karşı sorumludur. Buna ek olarak, kanserli bakımda acil servisler ve uzman servisler ile yeni kurulan Halk Sağlığı Galler'i sunan tüm Galler odaklı üç NHS Vakfı vardır. Hastaların ve daha geniş halkın çıkarları, NHS bakımı ve tedavisinin tüm yönlerinde bağımsız bir “bekçi köpeği” işlevi sağlayan yedi yasal Toplum Sağlığı Konseyi tarafından temsil edilmektedir (Cylus vd., 2015).

NHS Wales, 2011 yılında başlatılan ve süreçlerin standartlaştırılması ve düzenlenmesi, teknoloji kullanımı ve tedarik zincirinin geliştirilmesi yoluyla LHB'ler ve NHS Vakıfları gibi yasal kurumları desteklemeye çalışan NHS Galler Paylaşılan Hizmetler Ortaklığı (NWSSP) tarafından desteklenmektedir. Galler Sağlık Müfettişliği (HIW) Galler'deki tüm sağlık hizmetlerinin bağımsız müfettişi ve düzenleyicisidir (Cylus vd., 2015).

### 2.3.5. Kuzey İrlanda'da Sağlık ve Sosyal Bakım

Sağlık Bakanı, politika, kamu sağlığı ve kamu güvenliğinden sorumlu olan Kuzey İrlanda Sağlık, Sosyal Hizmetler ve Kamu Güvenliği Bölümünü (DHSSPS) denetler. Sağlık ve Sosyal Bakım Kurulu (Halk Sağlığı Kurumu'na danıştıktan sonra), yerel devreye alma gruplarının (LCG'ler) yanı sıra bakımı devreye alır, ancak yerel devreye alma gruplarının küçük boyutu Sağlık ve Sosyal Bakım Kurulu ile Sağlık ve Sosyal Bakım güvenlerinin sona erdiği anlamına gelir. Devreye alma ve bakım sağlama sorumluluğu üstlenilmektedir (Cylus vd., 2015).



### 2.3.6. Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE)

NICE, 1999 yılında özel bir sağlık otoritesi olarak kuruldu. 2013 yılında, 2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası'nı takiben, bölüm dışı bir yönetici organı haline geldi. Adı da Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü'nden Sosyal bakımda rehberlik ve kalite standartları geliştirme konusundaki ek sorumluluğunu yansıtan Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü oldu. NICE, hükümetten operasyonel olarak bağımsız olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur. NICE tarafından yayınlanan rehberlikler resmi olarak yalnızca İngiltere içindir. Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'e de belirli ürün ve hizmetleri sağlamak için anlaşmalar mevcuttur ve ilgili idareler NICE rehberliğinin nasıl kullanılması gerektiğine kendileri karar verir. İskoçya, NHS Kurulları İskoçya'ya ilaçlar konusunda tavsiyede bulunan kendi ajansı olan Scottish Medicines Consortium'u kurarken Galler, Galler hükümetinin Sağlık ve Sosyal Bakanı'na ilaç yönetimi ve reçete yazma konusunda tavsiyelerde bulunmak üzere 2002'de Galler İlaç Stratejisi Grubu'nu kurdu. Sorumluluğu, standartları uygulamaktan ziyade belirli alanlardaki tanımlamayı içerdiğinden, NICE'nin herhangi bir düzenleyici standart uygulama yetkisi yoktur. 2009'dan itibaren İngiltere'de kullanılan Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi için kalite standartlarını ve göstergeler NICE belirlemiştir (Cylus vd., 2015).

### 2.3.7. İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Düzenleme Kurumu (MHRA)

MHRA, Birleşik Krallık'taki tüm ilaçların ve tıbbi cihazların çalışmasını ve kabul edilebilir şekilde güvenli olmasını sağlamaktan sorumludur. Ayrıca halk sağlığına fayda sağlayacak yenilikleri ve araştırmaları da desteklemektedir. MHMA ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA), tıbbi ürünleri değerlendirir ve bir bütün olarak AB genelinde hangi pazarlamaya izin verildiğini belirlerken birlikte çalışır (Cylus vd., 2015).

### 2.3.8. Sendikalar

İngiliz Tabipler Birliği (BMA) 1832'de kuruldu ve tıbbın tüm dallarından doktorları temsil eden gönüllü bir kuruluştur. Aktif çalışan doktorların üçte ikisinden fazlası üyedir ve 2014 itibariyle Birleşik Krallık'ta ve deniz aşırı ülkelerde toplam 154.600'den fazla üyeye sahiptir. BMA bağımsız bir sendika olup, bireysel üyeleri ve kolektif çıkarlarını korumayı amaçlamaktadır. Doktorları kaydetmez veya disipline etmez. Bu yetki Genel Tıp Konseyi'nin (GMC) sorumluluğundadır (Cylus vd., 2015).

NHS personelini temsil eden diğer önemli sendikalar arasında UNISON, İngiliz Diş Hekimleri Birliği (BDA), Sendikalar Birliği, GMB, Hastane Danışmanları ve Uzmanlar Derneği, Kraliyet Ebeler Koleji ve Kraliyet Hemşirelik Koleji bulunmaktadır (Cylus vd., 2015).

### 2.3.9. Kraliyet Kolejleri

Birçok tıbbi ve cerrahi uzmanlık alanı ve diğer bazı sağlık meslekleri, bazıları kraliyet kolejleri olarak bilinen, standartların korunmasından, üyelerinin temsilinden ve belirli uzmanlıkla ilgili diğer konulardan sorumlu profesyonel organlara sahiptir. Kraliyet kolejleri arasında Kraliyet Doktor Koleji, Kraliyet Cerrah Kolejleri (Glasgow, Edinburgh ve İngiltere) ve Kraliyet Pratisyen Hekimler Koleji, Kraliyet Ebeler Koleji ve Kraliyet Hemşirelik Koleji (RCN) (ayrıca ticaret meslekleri için sendikalar) ve İngiltere'den ve uluslararası olarak eklenen üyeleri içeren bazı ulusal kraliyet kolejleri bulunmaktadır. Sağlık mesleği ile ilgili profesyonel yönetmeliklerin çoğu Birleşik Krallık düzeyindedir, ancak yeni meslekler için bu sorun çözülmüş bir konudur (Cylus vd., 2015).

### 2.3.10. Özel ve kar amacı gütmeyen sektörler

Hayır kurumları, fonlarının çoğunu NHS'den alsalar da, Birleşik Krallık genelinde palyatif bakım hizmetlerinin ana sağlayıcılarıdır. Özel şirketler yaşlı insanlar için ana hemşirelik bakımı sağlayıcılarıdır, ancak doğrudan ya da özel sağlık sigortası olan hastalar için hizmet sunan bir dizi özel hastane ve klinik de bulunmaktadır. 2012 Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası uyarınca, özel sağlayıcılar da İngiltere'de NHS sözleşmeleri kapsamında geniş bir hizmet yelpazesi sunmak için

sözleşme yapabilirler. İskoçya'da özel sunucular genellikle NHS tarafından bekleme süresi baskılarını kolaylaştırmak için kullanılır. Bazı NHS hastaneleri de, bu hizmetten elde edebilecekleri gelir sınırlansa da, hastalara özel servisler yoluyla ödeme hizmeti vermektedir. Genel diş ve göz hizmetleri de büyük ölçüde özel olarak verilmektedir. Tüm sağlık hizmeti sunucuları (yasal durumları ne olursa olsun) aynı ulusal düzenleyici çerçeveye tabidir ve hem özel hem de kamu sektörlerindeki sağlık çalışanları aynı lisanslama ve kayıt işlemine tabidir (Cylus vd., 2015).

## 2.4. Yerinden Yönetim ve Merkezileşme

Birleşik Krallık sağlık sistemi hiçbir zaman tekil bir bütünlük içinde olmadı. Yetkiler 1997'den itibaren Birleşik Krallık parlamentosundan İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki idarelere devredildiği için, sistemler daha da ayrılmış ve âdemimerkeziyet düzeyi bir ülkeden diğerine değişmektedir. Devrim kanunu sonrasında, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda, kendi harcama planlarını Barnett formülü tarafından belirlenen tahsisler içinde belirleyebilir, ancak gelir toplama mali sorumluluğu merkezi İngiltere hükümetinin alanı olarak kalmıştır (Cylus vd., 2015).

## 2.5. Planlama

İngiltere NHS için resmi bir plan yoktur, çünkü İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'nın kendi planlama mekanizmaları vardır. Bununla birlikte, Birleşik Krallık genelinde planlama, yatak sayıları veya personel seviyeleri gibi girdilere göre sağlık ihtiyaçları karşılanmaktadır (Cylus vd., 2015).

## 2.6. Sektörler Arası İşbirliği

İngiltere'de son dönemlerde farklı sektörler arasındaki işbirliğinde belirgin bir artış olmuştur. Nüfusun daha küçük olduğu Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'de sektörler arası işbirliği, devrimden bu yana önemli bir ilkedir. İngiltere'de Sağlık ve Refah Kurullarının tanıtımı özellikle sağlık ve sosyal bakım arasındaki boşluğu kapatmayı ve ülke genelinde sağlık eşitsizliği konularını ele almayı amaçlamaktadır. Daha İyi Bakım Fonu, NHS İngiltere ve hükümet tarafından klinik komisyon grupları ve yerel makamların sosyal ve toplum bakımına ortak harcama yapmaları için yerel bölgelere tahsis edilen ulusal bir fon olarak kurulmuştur (Cylus vd., 2015).

## 2.7. Sağlık Bilgi Sistemi

İngiltere'deki bakım sağlayıcıları Sağlık Bakanlığı'na geri bildirimde bulunmak için veri toplar. Veriler genellikle İngiltere'deki "Sonuçlara Göre Ödeme ve Birleşik Krallık'ta Kalite ve Sonuçlar Çerçeve Programı" gibi finansal planlama amacıyla kullanılır. Veriler, 2013'te iptal edilmeden önce İngiltere'de Ulusal Bilgi Teknolojisi Programı (NPfIT) sistemi yoluyla toplanmış ve derlenmiştir. İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'nın devredilen yönetimlerindeki BT sistemleri de verileri toplar ve harmanlar. Sağlık ve Sosyal Bakım Bilgi Merkezi (HSCIC) 2013 yılında Connecting for Health'in yerini almıştır. İngiltere'de sağlık ve sosyal bakım alanı için bilgi, veri ve BT sistemleri sunmaktadır; Galler'de bu, NHS Wales Bilişim Hizmeti (NWIS) tarafından sağlanır. Ulusal İstatistik Ofisi (ONS) benzer şekilde İngiltere'deki sağlık ve sağlık sistemi hakkında istatistik ve analizler sağlar. NHS Ulusal Hizmetler İskoçya Bilgi ve İstatistik Bölümü ve Sağlık ve Sosyal Bakım Kurulu, Bilgi Standartları Servisi sırasıyla İskoçya ve Kuzey İrlanda'da benzer bir hizmet sunmaktadır (Cylus vd., 2015).

Sağlık teknolojisi değerlendirmesi, sağlık politikası yapımını bilgilendirmek amacıyla sağlık teknolojisinin etkinliğinin, maliyetlerinin ve etkilerinin sistematik olarak değerlendirilmesidir. Müdahalelerin maliyet etkinliğini değerlendirmede ve mevcut kanıtlara dayanarak kılavuzlar üretmede yer alan kilit organ NICE'dir. Birleşik Krallık genelinde satın alma kararları yerel düzeyde alınır ve alıcılar, yerel olarak fayda paketinde maliyet etkin olduğu gösterilen ilaçları veya diğer müdahaleleri içermekle yükümlü değildir. Benzer şekilde, maliyet etkin olmadığı gösterilen müdahaleleri de kapsamakta serbesttirler (Cylus vd., 2015).

## 2.8. Düzenleyiciler

Düzenleyici kurumlar standartları belirler, bu standartlara uyumu sağlamak için kuruluşları izler ve standartları karşılamayan sağlayıcılar için sonuçları zorlar. 1998'den önce düzenlenen herhangi bir sağlık mesleği, Birleşik Krallık yönetmeliği altında kalır, ancak o zamandan beri gelişen yeni meslekler veya o zamandan bu yana oluşturulan herhangi bir düzenleyici ilgili kuruma devredilir. Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici rolü olan ana organları İngiltere'deki Bakım Kalitesi Komisyonu (CQC) ve Monitörü, Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) ve İlaç ve Sağlık Ürünleri Düzenleme Ajansıdır (Cylus vd., 2015).

Sağlık mesleklerinin çoğunun düzenlenmesi Birleşik Krallık düzeyinde saklıdır. Sağlık profesyonellerinin çoğu profesyonelce yönetilen yasal organlar tarafından düzenlenmektedir. Bu düzenleyiciler, sağlık profesyonellerinin karşılaması gereken davranış, eğitim ve etik standartları belirleyerek ve kötü sağlık, suiistimal veya kötü performans nedeniyle uygulamaya uygun olmayan profesyoneller hakkındaki endişeleri ele alarak halkın güvenliğini korur ve teşvik eder. Düzenleyiciler, Birleşik Krallık'ta çalışmaya uygun sağlık profesyonellerini kaydeder ve profesyonelleri sicilden çıkarabilir ve bunun kamu güvenliğinin yararına olduğunu düşündükleri yerlerde uygulamalarını engelleyebilirler (Cylus vd., 2015).

İlaçların üretimi, ruhsatlandırılması ve düzenlenmesi ve ilaç fiyatlarının kontrolü Birleşik Krallık düzeyinde yapılır. Farmasötik ürünler, İlaçlar ve Sağlık Ürünleri Düzenleme Kurumu (MHRA) tarafından lisanslanmıştır. Lisans, Birleşik Krallık yasalarına uygundur, ancak AB mevzuatına da uygundur. MHRA, Sağlık Bakanlığı'nın yürütme ajansıdır; ilaçların klinik denemelerine izin verir, denemelerin sonuçlarını değerlendirir, ürünlerin güvenliğini ve kalitesini izler ve standartların altında olduklarına dair yeterli kanıt bulursa ürünleri tedarik zincirinden çıkarabilir (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de tıbbi cihaz ve yardımların tedariki, “işbirlikçi satın alma merkezleri” olarak bilinen bölgesel NHS organları aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu merkezler NHS vakıflarından (normalde aynı bölgesel sınırlar dahilinde) oluşur ve çok çeşitli ürünlerin tedarikini ve dağıtımını yöneten merkezi NHS Tedarik Zinciri hizmetiyle çalışır. DHL Logistics (özel bir şirket), NHS Tedarik Zincirini on yıllık bir sözleşme ile NHS İş Hizmetleri Otoritesi adına işletir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Yenilikçi Teknoloji Uyumlandırma Programı (iTAPP), satın alma işleminden sorumludur ve tıbbi malzeme alımları için merkezi hükümet finansmanı yoluyla finansman sağlanmaktadır. İngiltere'de ekipman alımı ile ilgili kararlar yerel olarak NHS güvenleri tarafından alınır ve herhangi bir yatırım kararı ile aynı finansal yönetim çerçevesine uymalıdır. Tıbbi cihaz ve yardımların düzenlenmesi Birleşik Krallık düzeyinde gerçekleşir. Kuzey İrlanda'daki ek olay araştırmaları, DHSSPS'nin bir parçası olan Kuzey İrlanda Ters Olay Merkezi tarafından yürütülmektedir (Cylus vd., 2015).

NHS İngiltere'de artık büyük sermaye planları için resmi bir merkezi önceliklendirme süreci bulunmamaktadır. Bunun yerine, yerel sağlayıcılar, kararları Hazine tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından daha da geliştirilen bir düzenleyici çerçeveye tabi olarak yerel yatırımları başlatmaktan sorumludur. Bu, NHS organlarının ne zaman yüksek makamlara başvurmadan sermaye yatırımı başlatabileceğini gösterir ve iyi iş uygulamaları sağlamak için gerekli kuralları sağlar (Cylus vd., 2015).

## 2.9. Hastaların Güçlendirilmesi

### 2.9.1 Hasta Bilgisi

Hastaların hem kendileriyle hem de genel olarak NHS ile ilgili bilgilere erişmesi her zamankinden daha kolay olmaktadır. NHS Seçenekleri, SHOW İskoçya, NHS Direct Galler ve NI Direct, GP uygulamaları için konum ve iletişim bilgileri, sağlıklı beslenme, sosyal bakım hizmetlerine erişim ve belirti kontrolleri gibi çeşitli bilgiler sağlayan sitelerdir (Cylus vd., 2015).

### 2.9.2 Hasta Seçimi

Birleşik Krallık'taki hastalar kendi seçtikleri bir GP'ye (Aile Hekimi) kayıt yaptırabilir ve genel olarak GP'si istediği sürece herhangi bir NHS hastanesini seçebilirler. Ancak, seçim İngiltere'de kalite ve verimliliğin itici gücü olarak görülse de, İskoçya, Galler veya Kuzey İrlanda'da seçim vurgulanmamaktadır (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası 2012, özellikle hastaların seçmeli prosedürler için nereye gidebileceklerini seçmelerine izin vermeye odaklanarak hasta seçimini bir öncelik haline getirdi. NHS İngiltere ayrıca kişisel sağlık bütçelerini uzun vadeli bakımda hasta seçimi ve bağımsızlık mekanizması olarak kullanmaktadır (Cylus vd., 2015).

### 2.9.3 Hasta Hakları

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi'nin (1994) uygulanması İngiltere düzeyinden kaldırılmıştır. 2009 yılında İngiltere'de yayınlanan ve 2010 yılında güncellenen NHS Anayasası, NHS'nin ilke ve değerlerinin yanı sıra İngiltere'deki hasta ve NHS personelinin hak ve sorumluluklarını da özetlemektedir. İskoç Hasta Hakları ve Sorumlulukları Şartı, mevzuatın zorunlu kılınmasının ardından 2012 yılında yayınlanmıştır. Galler, 2007 yılı başlarında hasta hakları şartı fikrini ortaya attı, ancak bugüne kadar yayınlanmadı. Kuzey İrlanda'da herhangi bir tüzük yoktur (Cylus vd., 2015).

### 2.9.4 Şikâyet Prosedürleri

Birleşik Krallık'ta şikâyetler üç iş günü içinde resmen kabul edilmeli ve derhal soruşturulmalıdır. Hastalar, soruşturmanın ilerlemesinden ve soruşturmanın sonunda yapılan herhangi bir işlemde haberdar edilmelerini isteyebilir. Şikâyet çözülmezse, hasta şikâyeti uygun ombudsmana getirebilir. Tedavi zararlı olduğunda hastalar yasal işlem yapma ve parasal tazminat alma hakkına sahiptir. Şikâyetin kaydedilmesi hastanın gelecekteki tedavisini etkilemez (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de yeni oluşturulan Healthwatch şikâyetlerin nasıl yapılacağına dair yönergeler yayınladı. Hastalar şikâyet konusunda yardım almak için yerel Healthwatch şubelerine başvurabilirler. İngiltere'deki tüm hastanelerde bulunan ve hastaların servis sağlayıcıya şikâyet etmelerine yardımcı olacak benzer bir hizmet sunan bir Hasta Danışma ve İrtibat Servisi (PALS) bulunmaktadır. Rehberlik 2005 yılında İskoç hükümeti tarafından yayınlandı ve Vatandaş Danışma Bürosu'ndan yardım alınması önerildi. Kuzey İrlanda'daki Hasta Müşteri Konseyi, şikâyet sahiplerine tavsiye ve yardım sunar. Galler'deki Toplum Sağlığı Konseyleri destek ve savunuculuk hizmetleri sunmaktadır. Buna ek olarak, 2010 Welsh önlemi, akıl sağlığı sunumunda yasal destek almak için hak sağlar (Cylus vd., 2015).

NHS her yıl çok sayıda şikâyet almaktadır. Örneğin, İngiltere'de NHS 2011-2012'de bir önceki yıla göre %8 artışla 162.129 yazılı şikâyet almıştır. Bu şikâyetlerin birçoğu, NHS personelinin, yapılan hataları kabul etmeyi reddederek veya hasta endişelerini göz ardı ederek önceki şikâyetleri nasıl kötü ele aldıklarıyla ilgiliydi. Hasta şikâyeti NHS veya servis sağlayıcılar tarafından çözülemezse, İngiltere'deki Parlamenter Sağlık Hizmetleri Ombudsmanı'na veya İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki Kamu Hizmetleri Ombudsmanlarına yönlendirilir (Cylus vd., 2015).

### 2.9.5 Halkın Katılımı

Halkın katılımı, NHS'nin duyarlı bir sağlık sistemi olmasının bir yolu olarak Birleşik Krallık genelinde önemli kabul edilmektedir. Katılımı, sağlık ve sosyal bakımı daha da bütünleştirmenin bir yolu olarak kullanmayı vurgulayarak, Birleşik Krallık genelinde halkın katılımını sağlamak için benzer yaklaşımlar çıkmıştır (Cylus vd., 2015).

### 2.9.6 Hastalar ve Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleri

Birleşik Krallık sakinleri İngiltere'nin herhangi bir yerinde tedavi görebilirler. Galler'in kuzeydoğu sınırı boyunca hastalar genellikle sağlık hizmetlerine erişmek için İngiltere'ye geçer. Kuzey İrlanda'da, İrlanda Cumhuriyeti ile sınır ötesi muameleyi kolaylaştırmak için çaba gösterilmesine rağmen, kısmen İrlanda Cumhuriyeti'nin sağlık finansman sisteminin sigortaya dayalı olması nedeniyle tam bir entegrasyon olamaz (Cylus vd., 2015).

## 3. FİNANSMAN

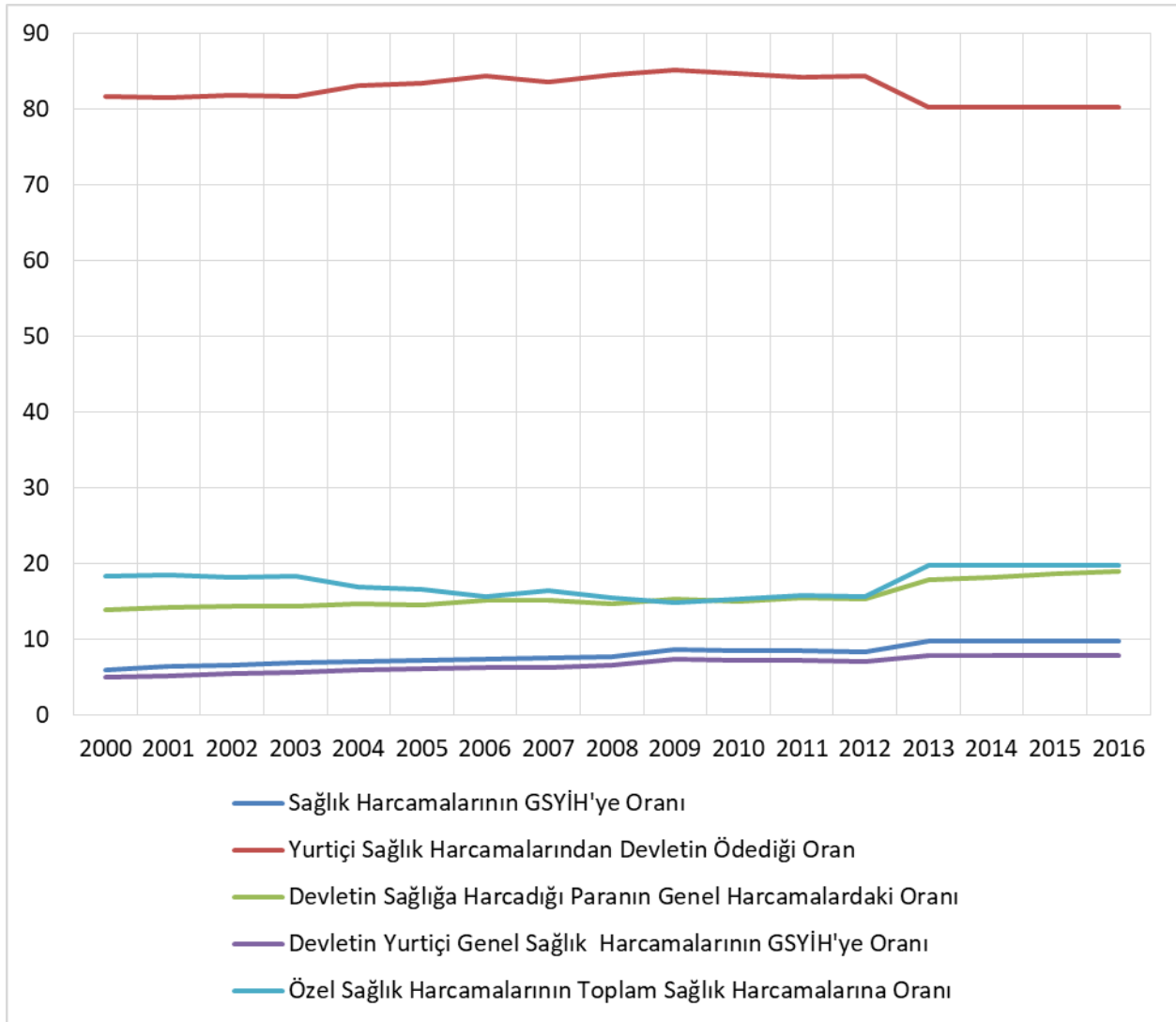
Sağlık hizmetleri genel olarak vergilendirme yoluyla finanse edilmektedir. Özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerde bulunmaktadır. 2000'lerin başında Birleşik Krallık hükümeti GSYİH'nın bir payı olarak sağlık hizmeti harcamalarını artırmaya karar verdi. O sıradaki oranı AB üyelerinin ortalamasına karşılık geliyordu. Sağlık hizmetlerinin GSYİH içindeki payı 2000 yılında % 6,9 iken, 2010 yılında % 9,4'e yükseldi. AB ortalamasına benziyor ama AB-15 grubu ülkelerin ortalamasının altındaydı. Finansal krizi takiben 2010 yılında kemer sıkma önlemlerinin uygulanması ile 2007-2008 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında ve 2010 yılında reel bir düşüş görülmüştür. 2013 yılında sağlık harcamaları GSYİH'nın % 9,1'ini oluşturmuştur (Cylus vd., 2015).

İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda ve Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti tahsisine sahiptir. Komisyoncular (İngiltere ve Kuzey İrlanda'da) veya sağlayıcılar (İskoçya'da) ve Galler) ve kendi formüllerine göre halk sağlığı kuruluşlarına, bunların hepsi bir çeşit ağırlıklı kişi başı içerir. Çoğu hizmet kullanım noktasında ücretsiz olarak sağlanır, ancak maliyet paylaşımını içerebilecek bazıları (dış bakımı ve eczacılık gibi) veya doğrudan ödemeler (çoğu sosyal bakım gibi) içine girer. Sadece İngiltere'de reçete edilen ilaçlar da ücretlidir (Cylus vd., 2015).

Sağlık hizmetlerinin satın alınması İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda arasında değişmektedir. Kuzey İrlanda'da Sağlık ve Sosyal Bakım Kurulu Sağlık ve Sosyal Bakım vakıfları ile sözleşmeleri görüşürler. Galler'de kişi başına finansman yöntemi ve yerel sağlık kurulları, hizmet dağıtımında kullandıkları fonları yönetir. Kurullar ve toplum sağlığı ortaklıkları kendi fonlarını yönetirler. İskoçya'da ve kişi başına tahsisli bir tahsis sistemi kullanılır. NHS İşverenleri 2004 yılında kuruldu ve İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da yapılan bazı değişikliklerle İngiltere genelindeki NHS çalışanları için ücret ve koşulları müzakere etmektedir (Cylus vd., 2015).

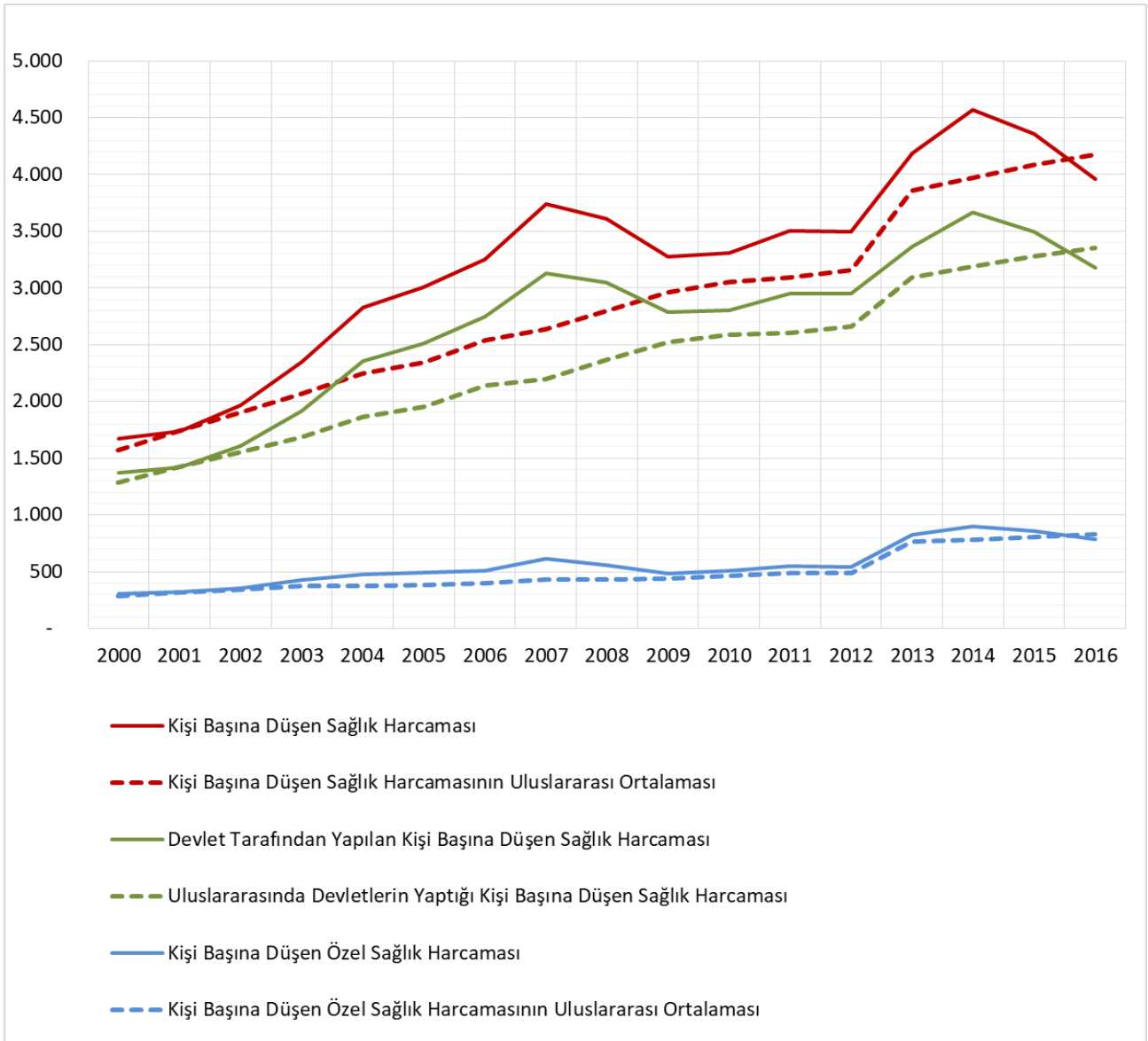
### 3.1. Sağlık Harcamaları

Birleşik Krallık'taki toplam sağlık harcamalarının finansmanı kamu fonlarından gelir. Genel vergilendirme ve Ulusal Sigorta Katkıları asıl kaynaktır. Cepten ödemelere ek olarak özel sağlık sigortasından da küçük bir pay gelir. Mallar ve özel hizmetler için doğrudan ödemeler ve ilaç, dış bakımı ve gözle ilgili bakım için bazı ortak ödemeler de kamu fonları şeklinde Hazine tarafından toplanır. Sağlık Bakanlığı daha sonra İngiltere'de fon tahsis ederken, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda ülkeleri fonlarını Barnett formülüne göre blok hibelerle alırlar (Cylus vd., 2015).



Şekil 15. İngiltere'de 2000-2016 Yıllarında Sağlık Harcamalarının Yüzdelik Oranları  
Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

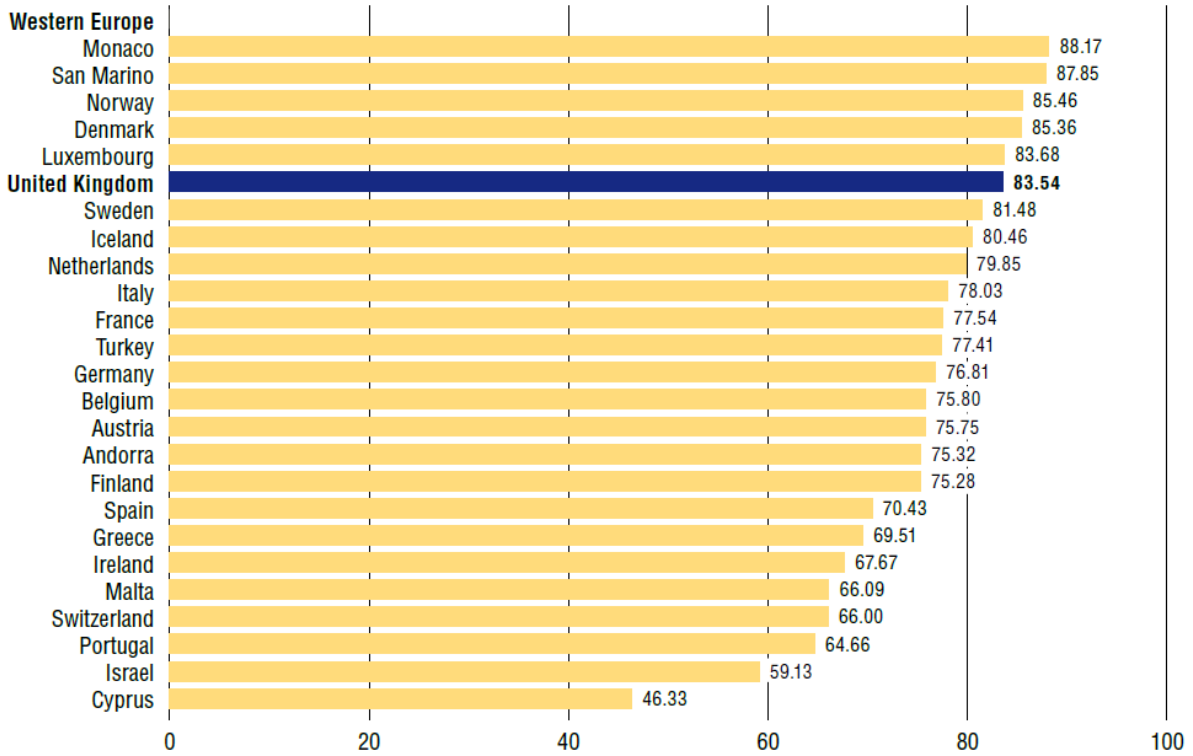
2000-2010 arasında, sağlık harcamalarını gayri safi yurtiçi hasılanın yüzdesi olarak AB ortalamasına daha yakın karşılık gelen bir seviyeye yükseltmesi sağlandı. Gerçek anlamda, Birleşik Krallık'taki toplam sağlık harcaması 2000 ve 2009 yılları arasında yıllık ortalama % 5,7 artmıştır. 2007-2008 ekonomik krizini izleyen kemer sıkma politikasının İngiltere ekonomisi üzerinde yansımaları olmuştur. Sağlık harcamaları 2009-2010 arasında reel olarak % 1,9, 2010-2011 arasında ise % 0,4 oranında azalmıştır. İngiltere ve İskoçya sağlık harcamalarını kesinti olmadan sürdürmeye çalıştı, ancak Galler 2013/2014 yılına kadar sağlık harcamalarında yaklaşık % 11'lik bir azalma planladı. Ancak, bunun mümkün olmadığı kanıtlandı ve 2013'ün sonlarında Galler, personel yetersizliği, hastaneleri kapatma veya kalite veya güvenliği etkileyebilecek diğer önlemlerden kaçınmak için harcamalarda hafif bir artış olduğunu açıkladı (Cylus vd., 2015).



Şekil 16. İngiltere Vatandaşlarının 2000-2010 Yıllarındaki Sağlık Harcamalarının ABD Doları Üzerinden Uluslararası Tutar Karşılaştırması

Veri Kaynağı: Dünya Bankası, 2020

İngiltere’de sağlık hizmetleri için yapılan tüm harcamaların genel olarak uluslararası ortalamasının üzerinde seyrettiği ancak, 2016 yılından itibaren bu seviyenin altına doğru hareketlendiği görülmektedir. Bu düşme eğilimi ise 2014 yılında başlamıştır. Bu gidişin kalıcı olup olmadığı veya İngiltere’nin AB’den ayrılmasının nasıl etkileyeceği konusu şu anda muallak görülmektedir. Birkaç yıllık takip ile zaman serisi yaklaşımı kullanılarak anlaşılacaktır.



Şekil 17. DSÖ'ne Göre Avrupa Bölgesi'ndeki Ülkelerin Toplam Sağlık Harcamalarının, Kamu Kaynaklarından Karşılama Yüzdeleri (Verileri Alınabilen Son Yıllara Göre)

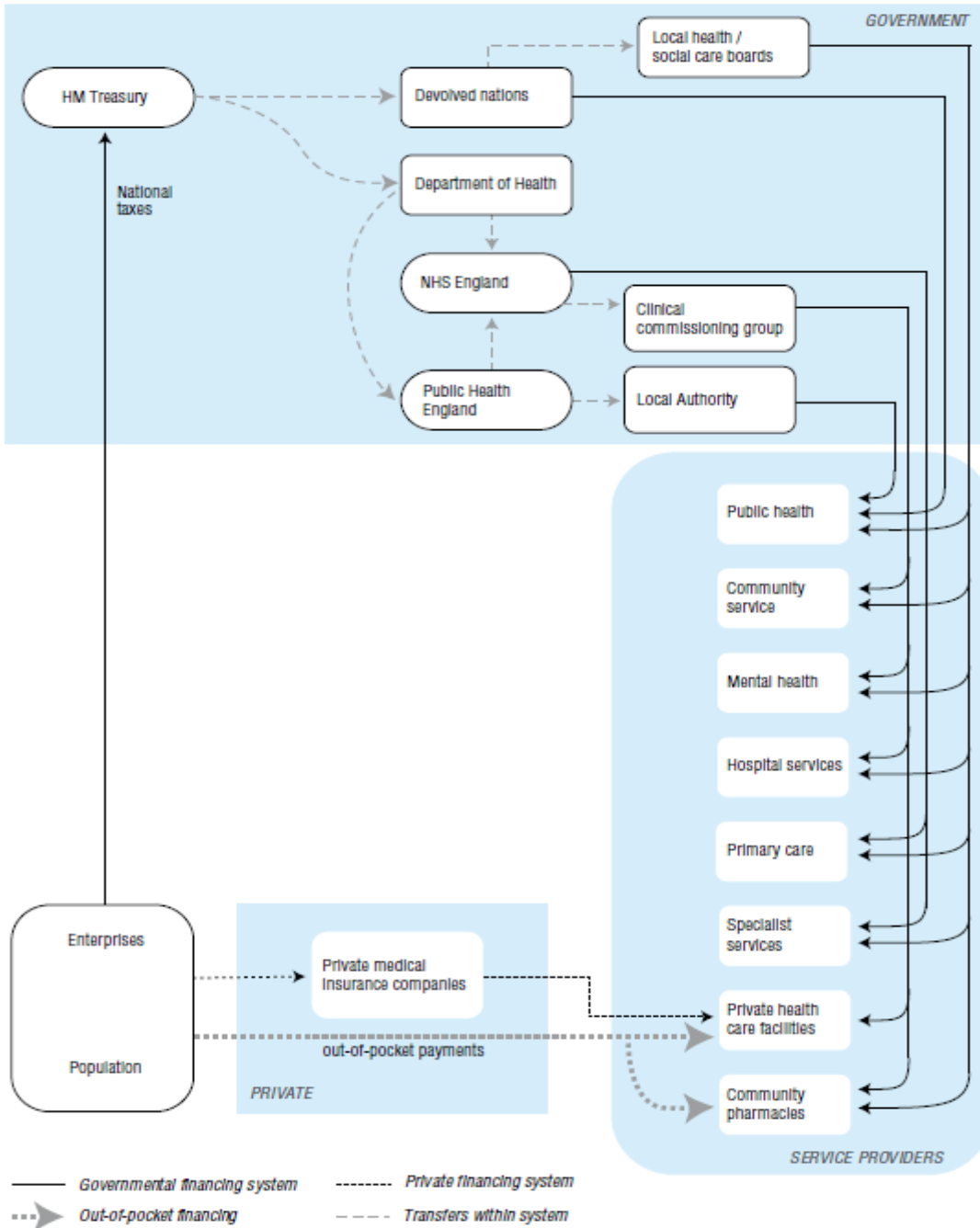
**Kaynak:** UK -HiT, 2015

Birleşik Krallık'ın dört ülkesi arasındaki finansman verilerini karşılaştırmak zordur. Çünkü yıllardır farklı tanımlar ve faktörler kullanılmıştır. Ancak HM Hazine tarafından üretilen Kamu Harcamaları İstatistiksel Analiz verileri faydalı bir başlangıç noktasıdır. Bu, nakit başına kişi başına sağlık harcamasının 2000/2001 ve 2012/2013 yılları arasında İngiltere'de % 115, Kuzey İrlanda'da % 92, İskoçya'da % 99 ve Galler'de % 98 oranında arttığını göstermektedir (Cylus vd., 2015).

### 3.2. Gelir Kaynakları ve Finansal Akışlar

Kamu harcamaları, Birleşik Krallık'ta sağlık için temel fon kaynağıdır. Sağlık hizmetlerine yönelik fonun geri kalanı çoğunlukla özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerin ortak ödemeler ve doğrudan ödemeler şeklinde bir kombinasyonundan gelmektedir. 2013 yılında cepten yapılan ödemeler toplam sağlık harcamalarının % 9,3'ünü, özel sağlık sigortası % 2,8'ini oluştururken, % 5'inden azı diğer özel harcama türlerinden gelmiştir (Cylus vd., 2015).





Şekil 18. İngiltere'de Sağlık Finansal Akışı (UK- HiT, 2015)

Kamu fonları çoğunlukla vergilerden, az miktarda da Ulusal Sigorta Katkılarından (NIC) gelir. Genel vergilendirme yoluyla fon toplamak, tahsilat maliyetinin düşük olduğu anlamına gelir, ancak bireysel ödemelerin bireysel faydalarla nasıl bağlantılı olduğu konusunda şeffaflık derecesi de vardır (Cylus vd., 2015).

Özel sağlık sigortası veya gönüllü sağlık sigortası (VHI), bireyler veya işverenler tarafından çalışanları için satın alınabilir. Özel sağlık sigortası genellikle NHS tarafından sunulmayan hizmetleri finanse etmek veya NHS kapsamındaki hizmetlere daha hızlı erişmek için kullanılır. Eş ödemeler NHS ile paylaşılan maliyetlerdir ve dış bakımı ile İngiltere'de ayakta tedavi reçetesi ücretlerini içerebilir. Doğrudan ödemeler özel tedavi, sosyal bakım, genel göz hizmetleri ve reçetesiz satılan ilaçları içerebilir (Cylus vd., 2015).

### 3.3. Yasal Finansman Sistemine Genel Bakış

NHS'nin esas amacı, ödeme imkânlarına bakılmaksızın, sağlık hizmetlerini tüm İngiltere vatandaşları için erişilebilir hale getirmektir. Bu nedenle, herhangi bir vatandaş sağlık birimlerine genellikle ödeme yapmadan NHS sağlık hizmetlerini kullanabilir. Bazı kural ve tanımlamalarda farklılıklar olsa da Birleşik Krallık'ın her yerinde genel durum böyledir. İkametgâh hakkı olmayan yabancı kökenli sakinler ise acil sağlık hizmetlerini ücretsiz ama diğer hizmetleri ücretle alabilirler. Aile Hekimleri için hastaların ikamet yerleri ve kayıtlı olmaları gereklidir. Geçici olarak ikamet eden kişiler için karşılıklı düzenlemelerin yapıldığı Avrupa Ekonomik Alanı (EEA) üyeleri için bazı istisnalar vardır. AB antlaşmaları, AB üyesi ülkelerin vatandaşlarının diğer AB ülkelerinde tıbbi tedavi alabileceği anlamına gelir. AB veya EEA üyesi bir ülkeden olmayan hastalar Birleşik Krallık'ta sağlık hizmeti alabilir ancak ücretini ödemek zorundadır. Karşılıklı anlaşmalarla ülkelere seyahat eden Birleşik Krallık hastaları ücretsiz tedavi alabilir, ancak özellikle tedavi almak için yurtdışına seyahat eden hastalar nadiren NHS tarafından telafi edilir. Hastalar yurtdışındayken sağlık hizmetlerini karşılamak için özel sigorta ayarlayabilirler (Cylus vd., 2015).

Sağlık Bakanları “kapsamlı” sağlık hizmeti fikrinin ne kadar geniş olduğuna karar verirler. Yetki devri yoluyla İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'daki çeşitli sağlık kurulları, devreye alma (yani satın alma) ve sunma (örn. Servis sağlama) hizmetlerini yürütür. Yerel yönetimler, bütçe kısıtlamaları göz önüne alındığında, nüfuslarına hangi hizmetleri sunacakları konusunda kendileri karar verirler. Sağlık teknolojisi değerlendirmesinde (HTA) uzman olan Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE), İngiltere, Kuzey İrlanda ve Galler'deki NHS kurullarına, neyin nasıl tahsis edileceği konusunda rehberlik edebilecek maliyet etkinlik analizleri sağlar. Kaynakları en verimli şekilde kullanır. İskoçya, bu tür rehberlik için İskoç Üniversitelerarası Kılavuzlar Ağı'na atıfta bulunmaktadır (Cylus vd., 2015).

Vergi gelirinin büyük çoğunluğu, Birleşik Krallık'ın dört bir yanındaki gelir vergisi, KDV, kurumlar vergisi ve tüketim vergileri (yakıt, alkol ve tütün ile ilgili) dahil olmak üzere Kraliyet Gelir ve Gümrükleri (HMRC) tarafından tahsil edilmektedir. Genellikle vergiler belirli bir amaç için tahsis edilmez. Genel vergilemeye ek olarak HMRC, Birleşik Krallık'taki tüm işverenlerden, çalışanlardan ve serbest meslek sahiplerinden elde edilen gelir üzerinden Ulusal Sigorta Katkıları toplar. NHS kapsamındaki muamele Ulusal Sigorta Katkılarına bağlı değildir, ancak Ulusal Sigorta Katkılarının yaklaşık % 10'u NHS fonlamasına yönlendirilmektedir. Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler daha sonra Barnett formülü tarafından belirlenen blok hibelerle Hazine Bakanlığında fon alır. İskoç Parlamentosu, devrimin bir sonucu olarak, kendi içinde bazı vergi artırıcı yetkileri de kazanmış ancak kullanmamayı tercih etmiştir (Cylus vd., 2015).

Fonlar Birleşik Krallık düzeyinde toplanırlar. Sağlık Bakanlığı İngiltere'deki sağlık fonlarını tahsis ederken, devredilen tüm hizmetleri (yani sadece sağlık değil) finanse eden blok hibeler, idarelerinin sağlığa bir kısmını tahsis etmeleri için Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'e verilmektedir (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de Sağlık Bakanlığı, kamu sağlığı programları için yerel makamlara fon dağıtan İngiltere Halk Sağlığı birimine ve klinik görevlendirme gruplarına, uzman ve birinci basamak hizmetlerine verir. Klinik görevlendirme grupları, toplum ve ruh sağlığı hizmetleri ile bölgelerindeki genel hastane hizmetleri için sözleşme yaparlar. Nisan 2015 itibarı ile klinik görevlendirme grupları, eğer tercih ederlerse, temel bakım hizmetlerinin devreye alınmasında daha büyük bir rol oynayabilmektedir. NHS İngiltere, klinik devreye alma gruplarına yönelik fonlama seviyelerini belirlemek için ağırlıklı olarak kişi başı ücret almaktadır. Her bir klinik görevlendirme grubu nüfusun ihtiyaçları, yaş, girdi maliyetleri (personel ve bina giderleri gibi), sosyal faktörler (yoksunluk gibi) ve Kaynak Tahsisi Danışma Komitesi tarafından rafine edilen sağlık durumu ölçümlerine göre ağırlıklandırılır (Cylus vd., 2015).

### 3.4. Cepten Ödemeler

NHS bakımı çoğunlukla erişim noktasında ücretsizdir. Ancak bazı durumlarda hastalar katkı payı ödemeleri veya tamamen karşılama gereken hizmetler için cepten ödeme yapmak zorunda kalırlar. Çocuklar, 65 yaş üstü emekliler ve düşük gelirli olanlar gibi bazı nüfuslar, Birleşik Krallık'ta farklı değerlendirilmekle beraber, bu ödemelerden muafiyet veya geri ödeme gibi taleplerde bulunabilirler (Cylus vd., 2015).

NHS tarafından sağlanan diş bakımı, Birleşik Krallık genelinde belirli bir ücretle sağlanır. Bazı kesimler için ücret muafiyetleri de vardır. Dişle ilgili tedaviler İngiltere ve Galler bölgesinin 3 katmanlı ödeme süreci vardır. İskoçya ve Kuzey İrlanda'da ise hastalar tedavi maliyetinin % 80'ini öderler (Cylus vd., 2015).

Temel göz hizmetleri genellikle NHS kapsamında değildir. İskoçya'daki herkes ve İngiltere, Kuzey İrlanda ve Galler'deki çocuklar ve emekliler gibi uygun gruplar için ücretsiz göz testleri mevcuttur. Uygun hastalar, düzeltici kontakt lens veya gözlük maliyetlerine yardımcı olmak için kupon alabilirler. Reçetesiz satılan ilaçlar, tanım gereği, doğrudan satın alınır ve NHS kapsamında değildir. NHS randevularına gitmek için katlanılan seyahat masrafları, hastanın sevki olduğu ve düşük gelirle ilgili diğer koşulları karşıladığı sürece geri ödenebilir (Cylus vd., 2015).

### 3.5. Gönüllü Sağlık Sigortası

İngiltere nüfusunun yaklaşık % 11'inin bir tür özel sağlık sigortası vardır. Özel sağlık sigortası türleri, kanser gibi spesifik durumların kapsamından, tamamlayıcı tedavileri ve seçmeli ayaktan tanı testlerini kapsayan daha geniş paketlere kadar değişir. 2011 yılında özel sağlık sigortası olan 4 milyon kişiden yaklaşık % 18'i bireysel olarak satın almış, geri kalan % 82'si işveren kaynaklı özel sağlık sigortasına sahiptir. Sigorta şirketleri, sigorta kapsamı, sabit fiyat veya aşırı ödeme politikaları gibi ürün seçenekleri, sigortacının aldığı risk türü ve derecesi ile sigortacının karlarıyla ilgili yükleme ücretine dayalı olarak primler almaktadır (Cylus vd., 2015).

### 3.6. Diğer Finansman

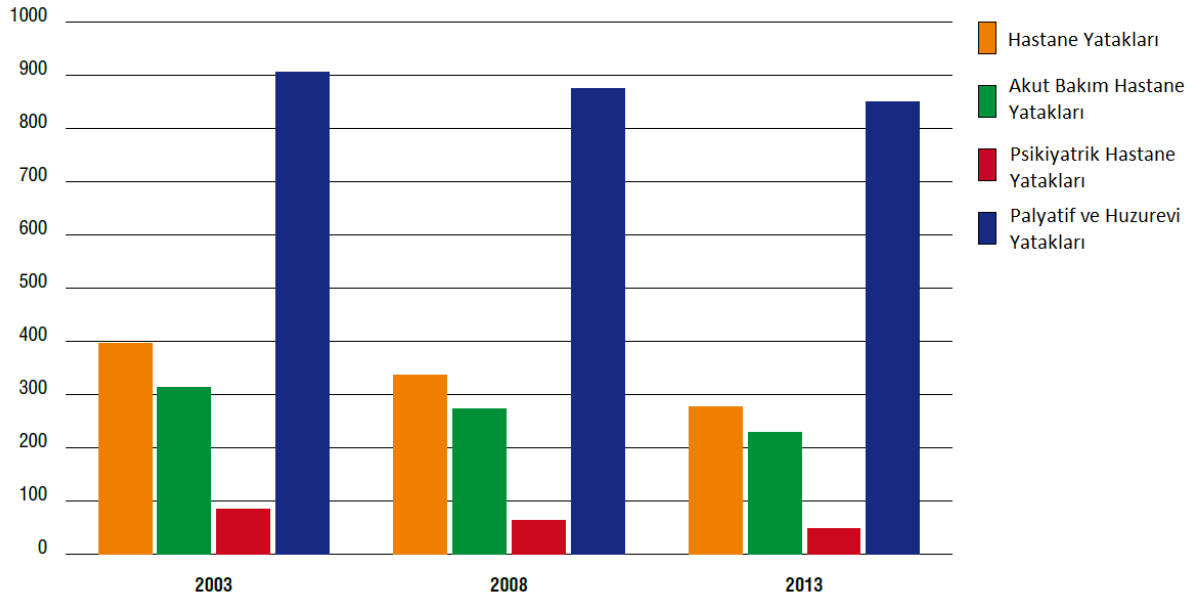
Hayırseverlerin katkıları da Birleşik Krallık'taki sağlık sistemi için ek bir fon kaynağıdır. Örneğin, NHS vakıfları ve kurulları ayrı fonlar düzenleyebilir ve kamu fonlarına ek olarak bağış kabul edebilir. Bu fonlar, hasta tesislerini iyileştirmek için tıbbi ekipman, tıbbi araştırma ve uzmanlık eğitimi gibi masraflar için kullanılabilir. Galler'deki hava ambulansları gibi bazı hizmetler tamamen yardım fonlarına bağlıdır ve diğerleri de bakım hizmetleri gibi büyük ölçüde bağımlıdır (Cylus vd., 2015).

### 3.7. Ödeme Mekanizmaları

Hastanelerden hizmet alımı için ödeme yöntemleri İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da tutarlı kalmıştır. Ancak 2003'ten beri İngiltere'de eşdeğer hizmetlerde önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu arada, sağlık personeli için değişen ödeme sistemleri yeniden düzenlenmiştir. 2003 ve 2004'te ve Aile Hekimleri, uzman doktorlar, asistan doktorlar, diğer NHS personeli, diş hekimleri ve eczacılar için ortaya çıkan sözleşmeler, Birleşik Krallık genelinde, bazı küçük sınır ötesi varyasyonlar olmakla birlikte çoğunlukla tek tiptir (Cylus vd., 2015).

## 4. FİZİKSEL VE İNSAN KAYNAKLARI

NHS, hizmet sunumu amacıyla ve yatırım için yönettiği arazi ve mülklere sahiptir. Birleşik Krallık'taki hastane sayısı, 1948'de NHS'nin başlangıcından bu yana, küçük hastanelerden daha büyük hastanelere kayma ve sağlık hizmetlerini hastanelerden ve topluma kaydırma nedeniyle azalmıştır. Son yıllarda hastane yatağı sayısında düşüş görülmesi ve aynı zamanda ortalama kalış süresinin azalması birlikte ele alındığında, hastane bakımında verimliliğin artması ve bakımın daha fazla topluma kaydırılması için uygun bulunabilir. Ancak yüksek doluluk oranları ve kriz durumlarında talep şoklarıyla başa çıkabilmek için çok az yedek kapasite olduğu görülmektedir (Cylus vd., 2015).



Şekil 19. İngiltere'nin 2003,2008 ve 2013 Yıllarında Her 100.000 Kişi Başına Düşen Hastane Yatak Sayıları  
Kaynak: HiT-UK, 2015

#### 4.1. Fiziksel Kaynaklar

Birleşik Krallık'taki toplam hastane yatağı sayısı 2003-2013 yılları arasında 100.000 kişi başına 395'ten 277 yatağa düşmüştür. Akut hastane yataklarındaki düşüş, çoğunlukla günlük cerrahi ve ayaktan hizmetlerin artmasının yanı sıra, daha iyi rehabilitasyon ve taburculuk süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Birleşik Krallık'taki akut hastane yataklarının sayısı AB ortalamasının altında kalmasına rağmen, bunun Avrupa genelinde genel bir eğilimin parçası olduğunu göstermektedir (Cylus vd., 2015).

Şekil 20. 2012 Yılında İngiltere'deki Görüntüleme Sistemlerinin Yoğunluğu ve Çekim Ortalamaları

Görüntüleme Sistemi	Her 1 Milyon İnsan Başına Düşen Cihaz Sayısı	Her 1.000 Kişi İçin Yapılan Çekim Sayısı
MR	6,8	40,4
BT	8,7	75,5

Kaynak: HiT-UK, 2015

#### 4.2. İnsan Kaynakları

2014 itibariyle 1,57 milyon insan NHS için çalışıyordu. Bu rakam NHS'i Birleşik Krallık'ta ve Avrupa'da en büyük işvereni yapıyor. 2000 ve 2009 yılları arasında NHS işgücü yıllık ortalama % 3,4 oranında artmıştır. Tarihsel olarak Birleşik Krallık, İngiliz Milletler Topluluğu ülkelerinden ve AB'den sağlık çalışanları istihdam etmiştir. Zaman zaman Filipinler'deki hemşireler gibi yoğun uluslararası işe alımları da olmuştur. Göç Danışma Komitesi, İngiltere İçişleri Bakanlığı Sınır Ajansı için ihtiyaç duyulan meslek listelerini hazırlamaktadır. Belirli sayıda tıp uzmanlıkları bu listede yer almaktadır. AB dışındaki denizaşırı çalışanlar yalnızca listelenen bir uzmanlığa sahiplerse istihdam edilirler (Cylus vd., 2015).



Şekil 21. Avrupa'da Her 100 Bin İnsana Karşılık Gelen Doktor ve Hemşirelerin Sayıları

Kaynak: Hit-UK, 2015

## 5. HİZMETLERİN SAĞLANMASI

Halk Sağlığı İngiltere, Sağlık Koruması İskoçya, Halk Sağlığı Galler ve Kuzey İrlanda Halk Sağlığı Kurumu, sağlık korumasını güçlendirmek ve koordine etmek için kendi ülkelerinde bulunmaktadır. Birleşik Krallık'ta halk sağlığının kilit unsurları şunlardır: sağlığı koruma programları, sağlığı geliştirme programları ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması (Cylus vd., 2015).

Birleşik Krallık'ta birinci basamak üç ana role hizmet eder: bir kişinin sağlıkla ilgili bir endişesi olduğunda ilk temas noktasıdır; ortak durumlar ve yaralanmalar için sürekli bakım sağlar; ve genellikle hastanelerde sağlanan daha uzmanlaşmış bakım için bir kapı bekçisi olarak hizmet eder. NHS ikincil bakım hizmetlerinin çoğu, maaşlı uzman doktorlar ve eyalet hastanelerinde çalışan diğerleri tarafından sağlanmaktadır. Üçüncül hizmetler daha özel bakım sunar ve genellikle tıp fakülteleri veya eğitim hastaneleriyle bağlantılıdır. Üçüncü basamak bakım hizmetleri en karmaşık vakalara ve daha nadir görülen hastalıklara ve tedavilere odaklanır. Birleşik Krallık genelinde kaliteyi artırmak için özel bakım hizmetlerini merkezde daha düşük yoğunlaştırma yönünde bir hareket olmuştur. Hasta yolları Birleşik Krallık genelinde oldukça benzerdir ve İngiltere'deki sağlayıcı seçimine nispeten daha fazla önem verilmektedir. Aile Hekimi (GP) genellikle ilk temas noktasıdır. Ancak telefon hizmetleri ve giriş merkezleri de dahil olmak üzere başka temel bakım yolları da vardır. Son politikalar, kamuoyu bilgilendirme kampanyaları ve acil bakım hizmetlerine erişimi genişleterek acil bakım talebini azaltmaya odaklanmıştır. Sağlık ve sosyal bakım entegrasyonunun iyileştirilmesinin, acil bakım hizmetlerine ve gereksiz hastaneye yatışlara olan talebi de azaltması umulmaktadır (Cylus vd., 2015).

Avustralya, İngiltere ve Fransa'da, normal çalışma saatleri dışındaki sağlık hizmetleri ev ziyaretleri şeklinde yapılmaktadır. Bu ülkelerin uygulamasında küçük farklar olmakla beraber benzerlikleri daha fazladır. İngiltere'de, acil sağlık hizmetleri daha Aile Hekimliğinin yer aldığı birinci basamakta başlar. 1990 yılından sonra eklenen hizmet sağlayıcıları ile birinci basamak acil servis ağı önemli

oranda genişlemiştir. Bunun dışında hastanelerde kurulan acil servis birimleri ve yanık gibi özel yara merkezleri de kurulmuştur. Aile Hekimleri kendi bölgelerinde rutin ve acil bakım gerektiren hastaları için düzensiz ev ziyaretleri de yapabilmektedir (Baier vd., 2019).

## 6. TEMEL SAĞLIK REFORMLARI

Devrimden bu yana İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda sağlık hizmetleri için kendi yaklaşımlarını benimsemiştir. İngiltere'de ana yaklaşım, ademi merkezîyet, iç pazarın güçlendirilmesi ve daha yerel karar alma yolunda olmuştur. İskoçya ve Galler, iç pazarı çözümler ve daha fazla gücü merkezileştirerek diğer yöne doğru hareket ettiler. İskoçya İngiltere ile en yakın tezat halindedir ve kendisini sıkı performans standartlarının koruduğu yüksek kaliteli bir ortamda herkes için halka açık bir sağlık hizmeti geleneğini sürdürürken, İngiltere'de politika yapımcılar titizlikle birlikte özel ortaklıkları ve iç rekabeti sağlayacaklarını umuyorlar. Performans standartları ile kaliteli sağlık bakımının daha da ileriye götürülmesi amaçlanmıştır. 1997'de Birleşik Krallık'ta iktidara gelen İşçi Partisi hükümeti, NHS'de ortak fayda ve birlikte çalışmak için, ulusal standartlar ve performans önlemleri belirlemek üzere NICE'ı kurdu. 2000 NHS Planı ile hükümet, gerekli değişiklikleri hızlı bir şekilde yapmak için benzeri görülmemiş miktarda finansman sağladı. İstenen şey İngiltere'nin tamamının güncel AB ortalamasına uyması için harcamaları artırmak olmuştur. Barnett formülü ile İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda finansmanda önemli bir artış elde edebildiler. Ancak devrim nedeniyle performans yönetimi politikaları farklıydı. 1999'daki devrimden bu yana, Birleşik Krallık'taki sağlık reformları her ülke tarafından ayrı ayrı yapılmıştır (Cylus vd., 2015).

1980'li yıllardan günümüze kadar, neoliberal reform yaklaşımları ülkelerdeki kamu ve özel sektörün hizmet sunumlarında sınırları zorlamasına neden olmuştur. İngiltere'de bu sınır, İngiliz Ulusal Sağlık Servisi'nin (NHS) temel klinik aktivitelerini de etkilemiş ve çok sayıda değişikliğe yol açmıştır (Sheaff vd., 2019).

Sağlık hizmet sektörünün tarihsel gelişimini incelediğimizde, “yalın sağlık hizmetleri”nin 2000'li yıllardan itibaren İngiltere ve ABD'de hayata geçirildiğini ve başarılı sonuçlar alındığını görebiliyoruz. Bu düşüncenin Türkiye uygulamasındaki yankıları ise elektronik hasta kayıtları, tam entegre hastane otomasyonları ve e-reçete gibi ulusal sistemlerdir. Ayrıca Şehir Hastaneleri projesinde de İngiltere modeli temel yapı içinde yer almaktadır (İlkım ve Derin, 2016).

Başlangıçta tercih edilen sosyala refah devleti uygulamalarının ardından neoliberal politikaları da uygulamasın kaçınılmaz hale gelen ülkeler arasında İngiltere'de bulunmaktadır. Özelleştirme ve serbest piyasa rekabetine açılmanın bir gereği olarak yaşlı bakım hizmetlerinde de değişim yaşanmıştır. Yaşlanan nüfusun oluşturduğu hizmet talebi ile bütçe yönetim darlıklarının çıkardığı sıkıntılı süreç tartışma konusu olmaya devam etmektedir (Çadır, 2017).

30 Mayıs 2017' de İrlandalı bir parti parlamento komitesi 'Oireachtas'ın Geleceği Sağlık Evleri Sláintecare raporunu' yayınladı. 'Sláintecare' olarak bilinen rapor, siyasi yelpazenin dört bir yanından parlamenterlerin İrlanda'nın sağlık sistemi için uzun vadeli bir politik dönüşümünde fikir birliği geliştirmeleri açısından çok özel bir fırsat olmuştur. Sláintecare, şu amaçlarla on yıllık bir sağlık reformu planı sunmaktadır:

1. Hastaların yalnızca sağlık ihtiyacı temelinde tedavi edildiği evrensel, tek katmanlı bir sağlık hizmeti oluşturulması.
2. Sağlık sisteminin ‘mümkün olduğunca kısa bir zaman dilimi içinde en yüksek hasta güvenliği kalitesiyle tutarlı, entegre birincil ve toplum sağlığına ve bakımına yönelmesi (Burke vd., 2018).

## 7. SAĞLIK SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Birleşik Krallık'ın sağlık sistemleri, ücretsiz sağlık hizmetlerini yerleşik insanlara hizmet noktasında sağlama geleneğine sahip dünyadaki birkaç sistemden birisidir. Son yıllarda İngiltere'yi, İskoçya'yı, Galler'i ve Kuzey İrlanda'yı bakım ve bakım sağlama yaklaşımlarında ayırt eden bazı önemli

değişiklikler yapıldı. Ancak Birleşik Krallık genelinde kapsayıcı hedefler aynı kaldı. Eşitlikçi, güvenli, etkili, uygun maliyetli yüksek kaliteli sağlık hizmetini sağlamak ana hedefler oldu. Hizmet kullanıcıları genellikle NHS'de tedavi alma konusundaki deneyimlerinden memnunlar ve çoğunlukla insanlar sağlık hizmetlerine kolayca erişebilirler. Birleşik Krallık'ın nüfusu her zamankinden daha sağlıklıdır ve güçlü coğrafi değişimlerle birlikte genel yaşam beklentisi yüksektir. Bununla birlikte, bazı ciddi toplum sağlığı sorunları, özellikle bazı bölgelerde yüksek sağlık eşitsizlikleri vardır; bunlara değinmek için yoğun halk sağlığı kampanyaları mevcuttur, ancak ne kadar etkili oldukları izlenmeye devam edilmektedir. Birleşik Krallık'taki NHS sistemleri, insan kaynaklarına ve finansmanlarına tahsislerinde daha etkili ve verimli olmaya çalışırken, aynı zamanda sistemin yanıt verebilirliğini artırmak için çalışma biçimleri hakkında kamuoyu ile etkileşim kurmaya gayret etmektedir (Cylus vd., 2015).

İngiltere'de 4 milyon civarında özel sağlık sigortalısı vardır. Başta gelen sigorta şirketleri arasında BUPA, AXA, Aviva, Vitality Health bulunmakta ve toplam pazarın % 80 civarını kapsamaktadırlar. İngiltere'nin temel hastalık profilinde son dönemlerde anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Kanser hastalıkları %18,3 oranındaki sıklığı ile bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında lider durumdadır. Daha sonra %14,5 pay oranı ile dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir. Bulaşıcı olan hastalıklar içinde Tüberküloz ve diğer solunum sistemi hastalıkları %2,6 oranı ile en sık görülenler arasındadır. En sık görülen sakatlıklar ise % 4,2 oranıyla düşmeler ve diğer kazalardır (Yılmaz, Sarıaydın ve Sönel, 2020).

İngiltere'nin mevcut halk sağlığı stratejileri 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Beyaz Kitap”, “Sağlıklı Yaşamlar, Sağlıklı İnsanlar: İngiltere'de Halk Sağlığı Stratejimiz”e dayanmaktadır. Bu stratejide yerel yönetimler ve toplum sağlığı ile refahı arttırmak merkeze konulmuştur. Halkın önemli sağlık risklerinden korunması, insanların daha uzun, daha sağlıklı yaşaması ve yeterli beslenmesine katkı vermek, en fakirlerin bile en hızlı iyileşebileceği şartları sağlamak gerekli görülmüştür. Bu raporla hükümetin yerel yönetimler ve gönüllü sivil toplum örgütleri ile işbirliğini arttırması, iş dünyasının da katkı vermesine imkân sunulması önemli görülmüştür (Rechel vd., 2018).

## 8. SONUÇLAR

Her ne kadar Birleşik Krallık'taki İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'nın sağlık sistemleri 1997'deki politik devreden bu yana farklılaşsa da, hala çok sayıda ortak noktaları vardır. Ortak birincil hedefleri, hizmet noktasında hakkı olan herkese yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır ve ana hedeflerinden biri de sağlık ve sosyal bakımı daha iyi entegre etmek olmuştur. Gerçekten de, finansman kaynakları ve harcama düzeylerinden, uygulama için gerekli mesleki yeterlilikler gibi sağlayıcı özelliklerine, halkın katılımına verdikleri değere kadar, dört sağlık sistemi birbirine oldukça benzer. Dışarıdan bakıldığında, Birleşik Krallık'taki sağlık sistemleri tek bir bütün olarak işlev görür. Hastaların bakış açısına göre, Birleşik Krallık sağlık sistemlerine temelde aynı şekilde erişilmektedir. Hasta yolları aynıdır ve İngiltere'nin yasal sakinleri NHS'nin hizmetlerini İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da kullanabilirler. Bir hasta yerel olarak bulunmayan özel bir bakıma ihtiyaç duyuyorsa, bunları ülke iç sınırları dışına göndermekte hiçbir sorun yoktur (Cylus vd., 2015).

Modern teknolojilerin kullanılması insan odaklı sorunları tamamen önleyememektedir. Nitekim, İngiltere Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kayıtlarına bakıldığında, ülke genelinde hastane randevusu alan her 10 hastadan 1 tanesi randevusunu kaçırmakta veya geç kalmaktadır. Bu nedenle yaşanan maddi kayıp ve zararların yıllık 200 milyon pound'un üzerinde olduğu hesaplanmıştır (Özdemir, 2019). Geliştirilen sistemlerin insan davranışlarıyla uyumlu ve esnek yapılarda kurulması, alternatif çözüm yolları ile birlikte gelmesi önemlidir.

Theresa May hükümetinin yönetime gelmesi ile birlikte değişen siyasi atmosferden İngiliz sağlık sistemi de etkilenmiştir. 2017 yılında yapılan AB'den ayrılmayla ilgili referandumun %52 sonucuyla kabul edilmesi AB den ayrılış sürecini (Brexit) başlatmıştır. Şüphesiz bu durum İngiliz vatandaşları açısından diğer ülkelerde sağlık hizmeti almalarını veya AB ülkelerinin İngiltere'de alacağı

hizmetleri etkileyecektir. NHS'nin de yeni duruma ilişkin süreçleri dizayn etmesi gerekecektir (Eke ve Kişi, 2019).

## KAYNAKÇA

Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., ... Quentin, W. (2019). Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*, 123(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.001>

Birleşik Krallık-Vikipedi. (2020). Retrieved April 7, 2020, from [https://tr.wikipedia.org/wiki/Birleşik\\_Krallık\\_tarihi](https://tr.wikipedia.org/wiki/Birleşik_Krallık_tarihi)

Burke, S., Barry, S., Siersbaek, R., Johnston, B., Ní Fhallúin, M., & Thomas, S. (2018). Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland. *Health Policy*, 122(12), 1278–1282. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.006>

Çadır, M. (2017). İngiltere’de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetlerin Dönüşümü : Huzurevi Sektörüne Genel Bir Bakış. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 17(39), 9–32.

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O’Neill, C., & Steel, D. (2015). United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5), 1–126.

Eke, E., & Kişi, M. (2019). Geçmişten Günümüze İngiltere Sağlık Politikaları: Ulusal Sağlık Sistemi Odaklı Güncel Bir Perspektif. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. <https://doi.org/10.26466/opus.548218>

England | Britannica.com. (2020). Retrieved April 7, 2020, from <https://www.britannica.com/place/England/Housing>

England Maps. (2020). Retrieved April 7, 2020, from <https://www.map-of-uk.com/>

Gore, O., Hammond, J., Bailey, S., Checkland, K., & Hodgson, D. (2019). Not every public sector is a field: evidence from the recent overhaul of the English NHS. *Public Management Review*, 21(4), 559–580. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1503703>

Health Nutrition and Population Statistics | DataBank. (2020). Retrieved April 8, 2020, from World Bank website: <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics#>

Ilkım, N. Ş., & Derin, N. (2016). Dünyadan ve Türkiye’den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(4), 465–479.

Özdemir, Ş. (2019). Behavioral Intervention Design in Health Communication : United Kingdom Online Patient Appointment System Giriş Oxford Sözlüğü ’ ne göre içgörü , “ Birisi veya bir şey hakkında doğru ve derin bir anlayış bu kararları uygulayabilmesi zaman zaman ve pek çok. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 348–365.

Rechel, B., Maresso, A., Sagan, A., Hernández-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., ... Nolte, E. (2018). Organization and financing of public health services in Europe: Country reports. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 49(10), 133. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/370946/public-health-services.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf?ua=1)

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400–428.

Sheaff, R., Halliday, J., Exworthy, M., Gibson, A., Allen, P. W., Clark, J., ... Mannion, R. (2019). Repositioning the boundaries between public and private healthcare providers in the English NHS. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7–8), 776–790. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2018-0355>



UK - Office for National Statistics. (2020). Retrieved April 7, 2020, from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/bulletins/nationallifetablesunitedkingdom/2016to2018>

WHO. (2020). European Health Information Gateway. Retrieved April 9, 2020, from [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_33-0260-gross-domestic-product-gdp-us-per-capita/visualizations/?country=GBR#id=27549](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_33-0260-gross-domestic-product-gdp-us-per-capita/visualizations/?country=GBR#id=27549)

Yılmaz, S., Sarıaydın, İ., & Sönel, T. D. (2020). İngiltere Özelinde Türkiye'nin Sağlık Turizmi Fırsatları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 74–85.