



İSKOÇYA'DA ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ

David H. STONE*, MD, FFPHM, FRCP (Glasg.)

İskoçya, çoğunluğu Glasgow (en büyük kent) ve Edinburgh (başkent) arasındaki sanayileşmiş merkez kuşakta yerleşmiş olan 5 milyon nüfusa sahiptir. Uzun ve onurlu bir ulusal tarihe karşın, İskoçya, Birleşik Krallık (BK)'ın bir parçasıdır ve her beş yılda bir seçilmiş temsilcilerini Westminster'e gönderir. Bir İskoç Parlamentosu, ya da Genel Kurulu yoktur, ancak etkili yerel yönetim yetkilileri vardır.

İskoçya'nın mortalite, morbidite ve toplumsal olumsuzluk göstergeleri BK'nın birçok başka bölgesine göre daha yüksektir. Glasgow'un, popülasyondaki olağandışı risk etmenlerinin yüksekliğine bağlı olduğu düşünülen ve kiskanılmayacak bir ünü vardır, Batı Avrupa'nın "koroner başkenti" olarak anılır. Bu olumsuz sağlık rekoru BK'nın diğer yörelerine oranla daha yüksek kişi başına sağlık ve sosyal hizmet harcamalarına da bir ölçüde yansımıştır. İskoçya sağlık hizmetinin kendine özgü yönlerinden biri, tüm hizmetleri bir ara yetkilinin (Sağlık Kurulu) sağladığı bağımsız yönetsel yapı (İngiltere'de iki ara birim, Bölge ve Yöre vardır ve birincil sağlık hizmetleri ayrı yönetilir), ve gelişmiş rutin veri toplama ve analiz sistemidir.

Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) 1948 de kurulduğundan buyana Birleşik Krallık'ın tüm nüfusuna hizmet vermiştir. Ana ilkesi, ödeme gücüne bakılmaksızın, gereksinmesi olan herkese sağlık hizmeti sunulmasıdır. Örgütlenmedeki değişikliklere karşın, bu ilke neredeyse çöğunluğü bir aile doktoruna (uzman USH nin "kapıcı" sı) kayıtlıdır. ve yalnızca bir azınlık grubu özel sağlık sigortası programlarına abonedir. İskoçya'da özel sağlık hizmeti sektörü her zaman pek küçük olmuştur.

USH'nin finansmanı büyük ölçüde ulusal vergilerden sağlanır. Maliyetlerin artışı, harcamaların tüm sektörlerde yüksek oranda yansımalarına ve özellikle ikincil sağlık hizmetinin finansal sıkıntılarının acısı-

na katlanmasına neden oldu. Resmi hükümet görüşü gelecek yüzyılın başlarına kadar akut hastane yataklarının % 40 dolayında azaltılmasının sağlanmasıyla düzelme olacağı yönünde. Muhalefetteki politikacılar bu yaklaşımın, yatak sayılarının geçen onyılıda üçtebir azaltıldığı ve bekleme listelerinin aynı oranda uzatıldığı dikkate alındığında savunulmayacağını ileri sürüyorlar.

Margaret Thatcher önderliğinde gerçekleştirilen son reformlar, başta "iç pazar"ın sunumu olmak üzere hizmete önemli değişiklikler getirdi. Bu sonuca, hizmetten yararlananlar (satınalıcılar) ve hizmeti sunanlar (sunucular) arasında bir ayırım yaratılarak ulaşıldı. Kuramsal olarak, satınalıcılar hizmet için "dükkanları dolaşabilir" ve vergi ödemeyenlerin parasının karşılığını alabilir. Kuşkusuz, bu politikayla hizmetin kalitesinde etkinlik kazanımları ve gerçek gelişmeler güvenceye alınabildi, ama personelin moral yıkımı ve sağlık hizmeti yöneticilerinin sayı ve maliyetindeki yükselme dahil, önemli (ve potansiyel olarak yıkıcı) yan etkileri oldu.

Tıp fakülteleri de (İskoçya'da dört tane var) bir değişim döneminden geçiyor. Genel Tıp Konseyi - profesyonel standartları gözetken yasal "bekçi köpeği" komite- Dekan'lara mezuniyet öncesi tıp eğitimi programlarının tümüyle gözden geçirilmesini buyurdu. Yeni rehberlerindeki iki anahtar öğe tıp öğrencilerinin üzerine yüklenen bilgi fazlasını azaltmak, ve halk sağlığı ve koruyucu hekimliğe çok daha fazla önem vermek.

Özetle, Biritanya Ulusal Sağlık Hizmeti geçiş sürecindedir ve bu, sistem üzerinde büyük baskılara yol açmaktadır. Genelde, USH, hastaları tarafından yüksek istem üzerinde tutulmaktadır. Politikacılar kamunun ilgisi üzerine, sağlık konularına artan bir dikkat (ama kaynak değil) ayırarak karşılık verdiler. Temelde yatan sorun, hizmet için varolan sınırsız istek ile kamu harcamalarının kontrolünü uzlaştırmaktır. Şimdiye değin BK'nın çözüm bulmada diğer sanayileşmiş ülkelere göre daha başarılı olduğunu gösteren pek az kanıt var.

* Glasgow Üniversitesi, Pediatrik Epidemioloji, Senior Lecturer

** Çev: Gazanfer Aksakoğlu