International Journal of Current Social Science

| cusos.cumhuriyet.edu.tr | Founded: 2022 Available online Publisher: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

An Evaluation of the United Kingdom's National Health Service

Kenan Yurtsal[1,a,*]

[1] *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi*
**Corresponding author*

Research Article

History

Received: 14/11/2025
Accepted: 02/12/2025

ABSTRACT

The UK National Health Service (NHS) is one of the world's most comprehensive public healthcare systems. Its core principle is based on the principle of "services based on need, not ability to pay." In line with this principle, the NHS is primarily funded through general taxation, thus removing financial barriers to individual healthcare use. This study aims to assess the UK National Health System from a governance perspective using up-to-date data. The total NHS healthcare budget in England continues to be set by the UK Parliament and controlled by the Treasury. In Scotland, Wales, and Northern Ireland, the total NHS healthcare budget is set by elected bodies and controlled by the devolved governments. This budget is primarily funded by UK general taxation and National Insurance contributions. While the NHS remains an enduring model of equitable public healthcare, it faces critical sustainability challenges. Future resilience will depend on aligning policy objectives with resource allocation, strengthening the workforce pool, and leveraging technology to optimize efficiency.

Keywords: UK, National Health System, NHS

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi

Süreç

Geliş: 14/11/2025
Kabul: 02/12/2025

ÖZ

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service – NHS), dünyanın en kapsamlı kamu sağlık sistemlerinden biridir. Sistemin temel ilkesi, "ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre değil" anlayışına dayanır. Bu ilke doğrultusunda, NHS'nin finansmanı esas olarak genel vergilendirme yoluyla sağlanır. Böylece bireylerin sağlık hizmeti kullanımında mali engeller ortadan kaldırılır. Bu çalışmada amaç Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemini güncel veriler ile yönetim bakış açısıyla değerlendirmektir. İngiltere'deki toplam NHS sağlık hizmetleri bütçesi, Birleşik Krallık Parlamentosu tarafından belirlenmeye ve hazine tarafından kontrol edilmeye devam etmektedir. İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da toplam NHS sağlık hizmetleri bütçesi, seçilmiş organlar tarafından belirlenmekte ve devredilmiş hükümetler tarafından kontrol edilmektedir. Bu bütçe, ağırlıklı olarak Birleşik Krallık genel vergilendirme ve Ulusal Sigorta katkılarıyla finanse edilmektedir. NHS, eşitlikçi kamu sağlık hizmetlerinin kalıcı bir modeli olmaya devam etse de kritik sürdürülebilirlik zorluklarıyla karşı karşıyadır. Gelecekteki dayanıklılık, politika hedeflerinin kaynak tahsisiyle uyumlu hale getirilmesine, iş gücü havuzunun güçlendirilmesine ve verimliliği optimize etmek için teknolojiden yararlanılmasına bağlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birleşik Krallık, Ulusal Sağlık Sistemi, NHS

Copyright

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License

[a] *kenanyurtsal@hotmail.com* *https://orcid.org/0000-0002-9330-258X*

How to Cite: Yurtsal K (2025) An evaluation of the United Kingdom's National Health Service, International Journal of Current Social Science, 4(2): 61-66

Giriş

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service – NHS), dünyanın en kapsamlı kamu sağlık sistemlerinden biridir. Sistemin temel ilkesi, "ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre değil" anlayışına dayanır. Bu ilke doğrultusunda, NHS'nin finansmanı esas olarak genel vergilendirme yoluyla sağlanır. Böylece bireylerin sağlık hizmeti kullanımında mali engeller ortadan kaldırılır (Klein, 2013; Greer, 2016).

NHS bütçesinin yaklaşık %80–85'i genel vergilerden karşılanmaktadır (Office for National Statistics [ONS], 2024). Bu vergiler arasında gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi (VAT) ve diğer dolaylı vergiler yer alır. Merkezi hükümet, yıllık bütçe tahsisleri aracılığıyla NHS'ye kaynak aktarır. Bu mekanizma, sistemin evrensellik ve gelire dayalı adalet ilkelerini destekler (Greer, 2016).

Bu çalışmada amaç Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemini güncel veriler ile yönetim bakış açısıyla değerlendirmektir.

NHS Öncesi Sağlık Hizmetleri

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra neden tek bir kamu finansmanlı sağlık hizmetinin kurulduğunu anlamak için, bu olaydan önceki sağlık tesislerinin durumunu incelemek önemlidir. NHS'den önce, Britanya'nın sağlık sistemi, özel ve kamu hizmetlerinin dağınık ve karmaşık bir karışımıydı. 1911 Ulusal Sigorta Yasası'nın ardından, çalışan yoksulların yaklaşık %40'ı, bir pratisyen hekimden (GP) ücretsiz birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahipti; ancak bu program, hastane bakımlarını veya ailelerinin herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamıyordu. İki ana hastane türü vardı: gönüllü hastane (hayırseverlik veya kamu aboneliğiyle kurulan) ve yerel yönetim veya belediye hastaneleri (Yoksulluk Yasası hastanelerinden türemiştir). Her iki hastane türü de genellikle yoksullara ücretsiz tedavi sağlıyordu, ancak kabul koşulları seçiciydi ve her ikisi de yeterli hizmetleri finanse etmekte zorlanıyordu.

İkinci Dünya Savaşı'nın sonunda, ülkenin sağlık hizmetlerinin durumuyla ilgili çeşitli endişeler ortaya çıktı. Bunlar arasında en önemlisi, nüfusun yarısından fazlasının ulusal sigorta kapsamında olmaması ve temel birinci basamak sağlık hizmetlerine bile yetersiz erişime sahip olmasıydı. O dönemde hazırlanan önemli raporlar, Britanya'daki genel sağlık standartlarının düşüklüğüne, hastane olanaklarının yetersizliğine ve ülke genelindeki hizmet sunumunun eşitsizliğine dikkat çekiyordu. Savaştan kaynaklanan yüksek sivil ve asker kayıpları, sistemin zayıflıklarını daha da belirgin hale getirdi (Ovseiko, 2014).

Ulusal Sağlık Hizmetinin Kuruluşu

1946'da Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası kabul edildi ve bunu iki yıl sonra Ulusal Sağlık Hizmeti izledi. Hükümet ile ilgili taraflar, özellikle de tıp mesleği ve yerel yönetimler arasında bu hizmetin nasıl olması gerektiği konusundaki müzakereler zorlu ve uzun sürdü. Bu anlaşmazlıkların ardındaki meseleler önemlidir çünkü NHS'nin kuruluşundan bu yana süregelen birçok özelliğini ve sorununu açıklamaktadır. Hükümet ve tıp mesleği arasındaki anlaşmazlıklar nedeniyle varılan bir uzlaşma, esasen üç sektöre ayrılmış bir NHS ile sonuçlandı: hastane tıbbı (harcama payı açısından en önemlisi), birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimleri tarafından sağlanır) ve yerel yönetim sağlık hizmetleri (halk sağlığı, okul ve doğum hizmetleri gibi). Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı bünyesinde resmen bir araya getirilmiş olmasına rağmen, NHS, zayıf bir şekilde entegre edilmiş, koordine edilmiş ve planlanmış, parçalı, üç taraflı bir sistem olarak hayata başladı. Çeşitli sektörler arasındaki tekrarlar, çakışmalar ve koordinasyon eksikliği, sistemi giderek artan bir baskı altına soktu. Bu durum, hükümetin NHS'ye sağladığı paranın artan talepleri karşılamaya artık yeterli olmadığının ortaya çıktığı bir finansman kriziyle birlikte, 1970'ler ve 1980'lerde bir dizi organizasyonel ve yönetimsel reforma yol açtı (Surender ve ark., 2015).

Birleşik Krallık'taki sağlık ve bakım sistemi, tarihindeki en önemli zorluklardan bazılarıyla karşı karşıya. Hizmetler, hem COVID-19 salgınının hem de önemli ölçüde yetersiz yatırım döneminin bir sonucu olarak büyük bir baskı altında. Aynı zamanda, gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını daha iyi karşılamak için bakımı yeniden şekillendirme ihtiyacı daha da acil hale geliyor. Hizmetlerin toparlanmasını ve bu zorlukların üstesinden gelmek için NHS'nin mevcut tüm araçları kullanmasını gerektirecektir (Hardie ve ark., 2022).

Sağlık hizmetleri, 1945'ten beri Britanya'nın diğer Batılı sanayileşmiş toplumlara kıyasla oldukça farklı bir düzenleme deneyimlediği alanlardan biridir. 1948'de, kapsamlı ve evrensel olarak erişilebilir sağlık hizmeti sunma hedefiyle genel vergilendirmeyle finanse edilen tek bir sağlık hizmeti kuruldu. Herkesin kullanımına açık olması ve hizmetin sunulduğu anda ödeme gücüne dayanmaması gereken bu Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), o zamandan beri İngiliz sağlık sistemine hakim olmaya devam etti. Karşılaştırıldığında, çoğu Avrupa ülkesi benzer şekilde kapsamlı sağlık sistemleri geliştirmiş, ancak finansman biçimi olarak çoğunlukla sosyal sigortaya güvenmiştir ve Amerika Birleşik Devletleri, sağlık hizmetlerinin kamu finansmanını büyük ölçüde yaşlılar ve yoksullar olmak üzere iki grupla sınırlamıştır. Bu makale, bu benzersiz sağlık hizmeti biçiminin ortaya çıkışını ve gelişimini incelemekte ve karşılaştığı birçok baskı ve değişimi ele almaktadır. Ayrıca, bu dönemde İngiliz toplumunun sağlık eğilimleri de değerlendirilmektedir (Surender ve ark., 2015).

NHS Bugün

Finansmanı

İngiltere'deki toplam NHS sağlık hizmetleri bütçesi, Birleşik Krallık Parlamentosu tarafından belirlenir ve Hazine tarafından kontrol edilir.

İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da toplam NHS sağlık hizmetleri bütçesi, seçilmiş organlar tarafından belirlenmekte ve devredilmiş hükümetler tarafından kontrol edilmektedir. Bu bütçe, ağırlıklı olarak Birleşik Krallık genel vergilendirme ve Ulusal Sigorta katkılarıyla finanse edilmektedir. Devlet, Birleşik Krallık sağlık hizmetleri finansmanında merkezi bir rol oynadığı ve küresel kaynak tahsisi büyük ölçüde piyasa mekanizmaları yerine idari kararlar aracılığıyla gerçekleştirildiği için, Birleşik Krallık NHS'si bir "komuta ve kontrol" sistemi olarak nitelendirilmiştir (Harrison ve Moran, 2000).

Büyük ölçüde bu devlet müdahalesi sayesinde, NHS tarihsel olarak kişi başına sağlık hizmetleri maliyetlerini diğer birçok Batılı sanayileşmiş ülkeden daha düşük tutabilmiştir. Örneğin, Birleşik Krallık 2011 yılında sağlığa kişi başına 3405 dolar harcarken, ABD iki katından fazla olan 8508 dolar harcamıştır; Birleşik Krallık'ın sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı OECD ortalaması olan %9,3'e yakın olduğundan (OECD, 2013). Birleşik Krallık'ın toplam sağlık harcamaları, 1997'de GSYİH'nin %6,5'inden 2009'da %9,7'ye istikrarlı bir şekilde artmış, ardından ekonomik durgunluğun ardından 2010'da %9,4'e, 2011'de ise %9,2'ye gerilemiş ve 2012'de bu seviyede kalmıştır (Ulusal İstatistik Ofisi, 2014). Ekonomik durgunluk nedeniyle sağlık hizmetlerindeki büyümenin yavaşlaması yalnızca Birleşik Krallık'a özgü değildir; OECD üye ülkelerinde de görülmektedir (OECD, 2013).

Gelir vergisine ek olarak, çalışanlar ve işverenler Ulusal Sigorta (National Insurance) primleri öder. Bu katkılar hem NHS finansmanına hem de emeklilik ve işsizlik sigortası gibi diğer sosyal güvenlik programlarına kaynak sağlar. Ancak Ulusal Sigorta gelirleri NHS bütçesinin yalnızca yaklaşık %15'ini oluşturur (Department of Health and Social Care [DHSC], 2023).

NHS genel olarak ücretsiz hizmet sunmasına karşın, belirli alanlarda sınırlı düzeyde hasta katkı payı (co-payment) uygulanmaktadır. Bunlar genellikle:

- Reçete ücretleri (prescription charges) – İngiltere'de yetişkinler için sabit bir ücret alınır; İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da ücretsizdir.
- Diş hizmetleri (dental care) – Üç kademeli ücretlendirme sistemi uygulanır.
- Gözlük ve optik hizmetler – Kısmen sübvanse edilir.

Bu katkı paylarının toplamı, NHS gelirlerinin yalnızca %1–2'sini oluşturur (The King's Fund, 2023). Bu oran, sistemin "kullanım noktasında ücretsiz sağlık hizmeti" ilkesinin güçlü biçimde korunduğunu göstermektedir.

NHS bütçesi, dört ülkeye (İngiltere, İskoçya, Galler, Kuzey İrlanda) Barnett formülü aracılığıyla dağıtılır. İngiltere, nüfusun %84'ünü oluşturduğu için toplam kaynakların büyük kısmını alır (NHS England, 2023).

Bütçe kullanımında ana harcama kalemleri şu şekildedir:

- Hastane ve ikincil bakım hizmetleri: %47
- Birinci basamak ve aile hekimliği hizmetleri: %23
- İlaç ve tıbbi malzeme giderleri: %12
- Kamu sağlığı programları ve önleyici hizmetler: %6
- Yönetim ve idari giderler: %4
- Araştırma, sermaye yatırımları ve eğitim: %8 (ONS, 2024; NHS England, 2023)

Birleşik Krallık'ın sağlık harcamaları, 2024 itibarıyla gayri safi yurt içi hasılanın (GSYİH) yaklaşık %10'una denk gelmektedir (ONS, 2024). Bu oran, OECD ortalamasına yakın olmakla birlikte Almanya (%12.7) ve Fransa (%12.1) gibi ülkelerin altındadır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2023).

Institute for Fiscal Studies (IFS, 2023), mevcut hizmet kalitesini koruyabilmek için NHS harcamalarının reel olarak yılda en az %3.8 oranında artırılması gerektiğini öngörmektedir. Ancak kamu borcunun artışı ve pandemi sonrası mali baskılar, bu artışın sürdürülebilirliğini sınırlamaktadır (IFS, 2023; DHSC, 2023).

NHS finansman modeli, evrensellik ve eşit erişim ilkelerini başarıyla korumakta, ancak uzun vadeli mali sürdürülebilirlik açısından belirli riskler barındırmaktadır (Klein, 2013; Greer, 2016).

Başlıca sorun alanları şunlardır:

1. Gelir Esnekliği: Vergi gelirleri ekonomik büyümeye bağımlı olduğundan, durgunluk dönemlerinde finansal daralma yaşanmaktadır (ONS, 2024).
2. Talep Artışı: Yaşlanan nüfus ve kronik hastalıkların artışı maliyetleri yükseltmektedir (The King's Fund, 2023).
3. İşgücü Maliyeti: Sağlık çalışanı açığı, ücret artışlarını kaçınılmaz hale getirmektedir (NHS England, 2023).
4. Yatırım Gereksinimleri: Dijitalleşme ve altyapı yenilemeleri yüksek sermaye yatırımı gerektirmektedir (OECD, 2023).

Buna rağmen, NHS finansman sistemi, bireysel katkı oranlarının düşüklüğü ve maliyet kontrol mekanizmalarının güçlü yapısı sayesinde, dünyanın en adil sağlık sistemlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (World Health Organization [WHO], 2021).

Birleşik Krallık NHS finansman modeli, vergilendirme temelli, kamusal ve eşitlikçi bir yapıya sahiptir. Bu model, bireylerin gelir düzeyine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını mümkün kılarak toplumsal dayanışmayı güçlendirmektedir. Bununla birlikte, uzun vadeli sürdürülebilirlik için finansal kaynakların çeşitlendirilmesi, mali verimliliğin artırılması ve dijital dönüşüm yatırımlarının hızlandırılması gerekmektedir (IFS, 2023; WHO, 2021).

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Sistemi (NHS), 1948'den bu yana evrensel erişim ve gelir bağımsızlığı ilkeleriyle yapılandırılmış, dünya çapında bir kamu sağlık modeli olarak öne çıkmıştır. Genel vergilendirme ve sınırlı hasta katkı payları üzerine kurulu finansman sistemi, sosyal adalet ve dayanışmayı merkezine almıştır (Klein, 2013; Greer, 2016).

Ancak mevcut finansman modeli, günümüz koşullarında giderek daha kırılgan bir hale gelmiştir. Demografik değişimler, yaşlı nüfusun artışı ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, mali yükü sürekli büyütmektedir (ONS, 2024; OECD, 2023). Pandemi döneminde yapılan ek harcamalar, kısa vadeli bir çözüm sağlamakla birlikte, NHS'nin bütçe yapısında kalıcı bir yük yaratmış ve mali sürdürülebilirlik açısından yeni bir sınav oluşturmuştur (DHSC, 2023; IFS, 2023).

Hizmet Sektörüne Göre Kapasite ve Kullanım

İngiltere'deki NHS, yaklaşık 1,4 milyon hastane ve toplum sağlığı hizmeti ve pratisyen hekim istihdam etmektedir.

Birleşik Krallık'ta 1000 kişi başına düşen pratisyen hekim sayısı son on yılda hızla artmıştır. Ancak, 2011 yılında 1000 kişi başına 2,8 pratisyen hekim düşerek, aynı yılki 3,2 OECD ortalamasının altında kalmıştır (OECD, 2013).

Benzer şekilde, 2011 yılında kişi başına yaklaşık 5 doktor muayenesi ile Birleşik Krallık ortalaması, kişi başına yıllık 6-7 muayene olan OECD ortalamasının altında kalmıştır (OECD, 2013).

2013 yılında hastane yataklarının mevcudiyeti, 1000 kişi başına yaklaşık 3 yatak olan OECD ortalamasının

altında kalmıştır (OECD, 2013). Birleşik Krallık'ta 1000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısının son on yılda azaldığını belirtmek önemlidir. Bu durum, çoğu OECD ülkesinde günübirlik cerrahi ve diğer tıbbi teknolojilerin hastaneye yatış ihtiyacını azaltma eğilimini yansıtmaktadır. Hastane yataklarındaki azalmaya, hastane taburculuklarında da bir azalma eşlik etmiştir. Bu azalma, 1000 kişi başına 136 taburculuk oranıyla, OECD ortalaması olan 1000 kişi başına 156 taburculuk oranının altındadır (OECD, 2013). Bazı tıbbi teknolojilerin ve tedavilerin bulunabilirliği de OECD ortalamasından daha düşük olma eğilimindedir. Örneğin, 2011 yılında NHS'de (milyon kişi başına) 5,9 manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ünitesi bulunurken, OECD ortalaması 13,3'tür. Ancak, Birleşik Krallık'ta MR ve BT incelemelerinin uygunluğunun, Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü'nün (OECD, 2013) kanıta dayalı yönergelerine uygun olarak düzenlendiğini belirtmek önemlidir.

Özel Sağlık Hizmetleri

Özel harcamalar, Birleşik Krallık'taki toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %16'sını oluşturmaktadır. Özel sağlık hizmetleri harcamaları; reçetesiz satılan ilaçlar, diş hekimliği hizmetleri, özel hastane hizmetleri, özel sağlık sigortası, hayır kurumları ve diğer kâr amacı gütmeyen kuruluşların harcamaları ve özel sektör sermayesini içermektedir (Ulusal İstatistik Ofisi, 2014). Özel sağlık hizmetleri harcamaları, 1997 ile 2008 yılları arasındaki ekonomik büyüme döneminde iki katından fazla artmış ve 1997'deki 10,7 milyar sterlinden 2008'de 23,8 milyar sterline ulaşmıştır. Ancak, 2008'deki ekonomik durgunluğun ardından özel harcamalar 2012'de 23,2 milyar sterline düşmüştür (Şekil 1). Geleneksel sağlık hizmetlerine ek olarak, Birleşik Krallık nüfusunun yaklaşık %20'si, yaklaşık 1,6 milyar sterlin tutarında tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmeti kullanmıştır. Güney Batı Londra'daki ortalama sağlık hizmeti sağlayıcı ücretleri, konsültasyon süresi gibi faktörlere bağlı olarak 16,50 sterlin ile 40 sterlin arasında değişmektedir (Ernst ve White, 2000). Birleşik Krallık nüfusunun yaklaşık %11'inin özel sigortası vardır ve bu sigorta, özellikle acil olmayan ameliyatlar için bekleme listelerini atlatmak amacıyla sıklıkla kullanılır. Bu nedenle, özel sigorta bazen iki kademeli bir sistem oluşturmakla eleştirilmiştir çünkü daha varlıklı hastaların etkili bir şekilde "sırayı atlamalarına" ve daha hızlı tedavi almalarına olanak tanır (Surender ve ark., 2015).

NHS Finansman Akışları

Sağlık hizmetleri için finansman, Sağlık ve Sosyal Bakım Bakanlığı'nın (DHSC) toplam bütçesinden sağlanmaktadır. 2022/23 döneminde, İngiltere için tahsis edilen toplam DHSC kaynak bütçesi 169,9 milyar sterlindi (Treasury, 2022). Bu bütçenin büyük bir kısmı (153 milyar sterlin) NHS İngiltere'ye aktarılırken, geri kalanı Bakım Kalite Komisyonu (CQC) ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) gibi bağımsız kuruluşlara sağlanan finansman da dahil olmak üzere DHSC'nin diğer kurumları ve programları arasında paylaştırılmıştır.

NHS İngiltere'nin bütçesi, DHSC'den aldığı görevi yerine getirmek, sağlık hizmetlerinin devreye alınmasını desteklemek ve denetlemek için kullanılır. Bu bütçeyi NHS'nin farklı birimlerine tahsis eder. Devretme kaynaklarının çoğu entegre bakım kurullarına gider (2022/23 döneminde 107,8 milyar sterlin). Kalan kaynakların (2022/23'te 41,1 milyar £) NHS İngiltere, ulusal düzeyde belirli hizmetleri doğrudan sipariş etmekte ve 29,8 milyar £'unu uzmanlaşmış hizmetler, genel pratisyenlik ve diğer doğrudan sipariş edilen hizmetler (cezaevi sağlık hizmetleri ve suçlu hizmetleri gibi) için harcamaktadır.

NHS İngiltere bütçesinin geri kalanı, ulusal aşılama ve tarama programları gibi halk sağlığı sorumlulukları da dahil olmak üzere merkezi olarak yönetilen proje ve hizmetlere harcanmaktadır (Treasury, 2022).

NHS Performans zorlukları

NHS, yaşlanan ve artan nüfus, yeni ilaç ve tedavilerin artan maliyetleri ve güvenli personel sayısını ve bakıma erişimi sürdürme ihtiyacı nedeniyle önemli finansal ve talep kaynaklı zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Bu tür baskılar, aşağıda gösterilenler gibi çeşitli alanlarda performansın düşmesine neden olmuştur.

Koronavirüs pandemisi, NHS performansında daha da belirgin bir düşüşe yol açmıştır. Son zamanlarda bazı iyileşmeler gözlemlenmiş olsa da, pandemi öncesi performansa dönüş henüz belirgin değildir.

İngiltere'de plansız veya acil bakıma erişimi inceleyen Ulusal Denetim Ofisi'nin (NAO) Haziran 2023 tarihli raporunda, NHS'nin giderek artan miktarda kamu parası harcamasına ve rekor sayıda personel istihdam etmesine rağmen, hastaların memnuniyetinin ve hizmetlere erişimin kötüleştiği belirtilmektedir (Treasury, 2022).

King's Fund tarafından Haziran 2023'te yayınlanan bir başka raporda, Birleşik Krallık sağlık sistemi diğer ülkelerle karşılaştırılmıştır. Raporda, Birleşik Krallık sağlık sisteminin emsallerine göre daha az temel kaynağa sahip olduğu tespit edilmiştir. Bazı verimlilik ölçütlerinde ve insanları hastalık kaynaklı bazı maliyetlerden korumada nispeten iyi bir performans sergilemektedir. Ancak rapor, Birleşik Krallık'ın performansının bir dizi sağlık durumu ve sağlık hizmeti sonuçları ölçütünde emsallerinden önemli ölçüde daha kötü olduğu sonucuna varmıştır. Bu, bir sağlık sisteminin eylemlerinden (kanserden sağ kalma oranları gibi) büyük ölçüde etkilenebilecek sağlık sonuçlarını ve sağlık sisteminin doğrudan kontrolü dışındaki faktörlerden etkilenen yaşam beklentisi gibi sonuçları içermektedir (King's Fund, 2023).

NHS verimlilik önlemleri

Maliye Bakanı Jeremy Hunt, 17 Kasım 2022 tarihli Sonbahar Açıklaması'nda, NHS'nin "Singapur verimliliğinin yanı sıra İskandinav kalitesine de sahip olmasını" istediğini belirtti (Hansard, 2022).

NAO'nun Entegre Bakım Sistemlerinin Tanıtımı: Sağlık Sonuçlarını İyileştirmek İçin Yerel Hizmetlerin Birleştirilmesi (14 Ekim 2022) başlıklı raporu, NHS İngiltere'nin Entegre Bakım Sistemleri (ICS) için tasarruf beklentileri ve genel olarak hükümetin NHS tasarruf hedefleri hakkında bilgi sunmaktadır (National Audit Office, 2023).

NHS İngiltere'nin 27 Ocak 2023'te yayınlanan 2023/24 öncelikleri ve operasyonel planlama kılavuzunda (PDF), Hükümet ile mutabık kalınan %2,2 verimlilik hedefine ulaşmak için entegre bakım kurullarının "belirli verimlilik tasarrufları sağlayan sağlam planlar" geliştirmeleri gerektiği belirtilmiştir. Kılavuzda, planların şu eylemleri içermesi gerektiği belirtildi:

- Kurum personeli harcamalarını azaltmak
- Kurumsal işletme maliyetlerini düşürmek
- Tedarik ve tedarik zinciri maliyetlerini düşürmek
- Envanter yönetimini iyileştirmek
- İlaçları en uygun fiyat noktasından satın almak (NHS England, 2023).

Hükümet Enstitüsü düşünce kuruluşu ve diğerleri, NHS verimliliğindeki son eğilimlerle ilgili endişeleri de dile getirdi (Institute for Government, 2023).

NHS önceki 'verimlilik zorlukları'

İngiltere'deki NHS için daha önce bir dizi 'verimlilik zorluğu' belirlenmişti. NHS Uzun Vadeli Planı; iş gücü, teknoloji, inovasyon ve verimlilik konularında eylemler ortaya koymuş ve İngiltere'deki NHS'nin yılda en az %1,1 verimlilik artışı sağlayacağına dair bir taahhüt içermiştir (King’s Fund, 2022).

Ayrıca, NHS verimliliğini artırmanın olası yollarını inceleyen, Hükümet destekli birkaç inceleme de yapılmıştır. Bunlar arasında şunlar yer almaktadır:

- Verimlilikteki haksız değişiklikleri ele alan ve NHS hastanelerinin daha iyi tedarik ve paylaşılan arka ofis desteği gibi önlemlerle 2020/21'e kadar her yıl 5 milyar sterlin tasarruf edebileceği sonucuna varan Carter incelemesi (Şubat 2016).
- Dijital teknolojinin verimliliği artırma potansiyelini ve sağlık hizmetlerinde yeni BT sistemlerinin uygulanmasının zorluklarını ele alan Wachter incelemesi (Eylül 2016). Hükümet ayrıca, Haziran 2022 tarihli Dijital Sağlık ve Sosyal Bakım Planında dijital teknolojinin verimlilik potansiyelini de ortaya koymuştur.
- Messenger incelemesi (Haziran 2022), İngiltere'de sağlık ve yetişkin sosyal bakımında liderlik ve yönetimi güçlendirmenin en iyi yollarını ele almıştır (King’s Fund, 2022).

Birleşik Krallık Siyasi Yetki Devri ve Sağlık Politikası Ayrışması

1999'daki siyasi yetki devrinden bu yana, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere birçok politika alanında öz-yönetimli hale gelmiştir. İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda'da artık sağlık politikalarını görüşen ve uygulayan seçilmiş organlar ve yetki devri yapılmış hükümetler bulunmaktadır. İngiltere'de bu işlevler Birleşik Krallık Parlamentosu ve hükümeti tarafından yerine getirilmeye devam etmektedir. Fiilen, Birleşik Krallık'ta şu anda dört ayrı Ulusal Sağlık Hizmeti bulunmaktadır.

Birleşik Krallık'ın kurucu ülkelerindeki sağlık hizmetleri ortak bir kökene ve hâlâ birçok ortak noktaya sahip olsa da, siyasi yetki devri, İngiltere, İskoçya, Galler ve Kuzey İrlanda arasındaki sağlık politikalarında ayrışmaya yol açmıştır. Örneğin, alıcı-sağlayıcı ayrımı İskoçya ve Galler hükümetleri tarafından kaldırılmış, ancak Kuzey İrlanda'da olduğu gibi kalmış ve hatta İngiltere'de güçlendirilmiştir (Ulusal Denetim Ofisi, 2012). Reçete ücretleri, İngiltere hariç Birleşik Krallık'ın tüm kurucu ülkelerinde kaldırılmış ve İskoçya'da yaşlılar için ücretsiz kişisel bakım hizmeti başlatılmıştır (Connoly, Bevan ve Mays, 2011). Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin performansında veya sağlık sonuçlarında, yetki devrinden bu yana sağlık politikalarındaki farklılaşmaya atfedilebilecek çok az kanıt bulunmaktadır (Bevan vd., 2014). Tarihsel olarak, İngiltere'deki NHS, biraz daha iyi sağlık sistemi etkinliği ve sağlık sonuçları ile karakterize edilmiştir ve bu eğilim yetki devrinden sonra da devam etmektedir. İngiltere'deki NHS, Birleşik Krallık NHS'sinin en büyük bölümünü oluşturur ve kaynaklarının ve iş gücünün yaklaşık %85'ini oluşturur ve Birleşik Krallık'ın 63 milyonluk nüfusunun 53 milyonuna hizmet verir (Surender ve ark., 2015).

Sonuç

NHS, eşitlikçi kamu sağlık hizmetlerinin kalıcı bir modeli olmaya devam etse de, kritik sürdürülebilirlik zorluklarıyla karşı karşıyadır. Gelecekteki dayanıklılık, politika hedeflerinin kaynak tahsisiyle uyumlu hale getirilmesine, iş gücü havuzunun güçlendirilmesine ve verimliliği optimize etmek için teknolojiden yararlanılmasına bağlı olacaktır.

NHS'nin temel ilkelerini (evrensel erişim ve ihtiyaca dayalı hizmet) yeniden teyit etmek ve modernizasyonu benimsemek, İngiliz sosyal refahının temel taşı rolünü korumak için elzemdir.

NHS finansmanı halen toplumsal dayanışmanın ve kamu hizmeti idealinin güçlü bir örneğidir**.** Ancak uzun vadeli sürdürülebilirlik, yalnızca mali büyüklüğe bağlı değildir; stratejik planlama, verimlilik, dijitalleşme ve iş gücü yönetimi gibi yapısal reformlar ile desteklenmelidir.

NHS’nin güçlü yönü kurumsal dayanıklılığı ve kamu meşruiyetidir; halk sistemi desteklemekte ve maliyetlerin paylaşımında toplumsal bir bağ oluşturulmaktadır. Öte yandan, sistemin tek kanallı finansman yapısı ve artan hizmet talebi, uzun vadede sürdürülebilirliği risk altına sokmaktadır. Buradan hareketle, NHS’nin yalnızca ek kaynak sağlamakla değil, kaynak kullanımını daha stratejik ve verimli hale getirmekle ayakta kalabileceği anlaşılmaktadır.

Kaynakça

Bevan G, Karanikolos M, Exley J, Nolte E, Connolly S, and Mays N. (2014). The four health systems of the United Kingdom: How do they compare? London, UK: The Nuffield Trust.

Connolly S, Bevan G, and Mays N. (2011). Funding and performance of healthcare systems in the four countries of the UK before and after devolution. London, UK: The Nuffield Trust.

Department of Health and Social Care. (2023). *NHS Recovery Plan: Building Back Better*. London: DHSC.

Ernst E., White, A. (2000). The BBC survey of complementary medicine use in the UK. Complementary Therapies in Medicine 8: 32–36.

Greer S. L. (2016). *Devolution and Health in the UK: Policy and Practice*. Manchester University Press.

Hansard, Autumn Statement. (2022). 17 November, https://hansard.parliament.uk/commons/2022-11-17/debates/97DB3122-0068-46CD-B026-F757C8DF39AF/AutumnStatement [Erişim Tarihi: 15 Ekim 2025].

Hardie T, Horton T, Thornton-Lee N, Home J, Pereira P. (2022). Developing learning health systems in the UK: priorities for action is published by the Health Foundation, 8 Salisbury Square, London EC4Y 8AP ISBN: 978-1-911615-77-4. https://doi.org/10.37829/HF-2022-I06

Harrison S, Moran M. (2000). Resources and rationing: Managing supply and demand in health care. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, and Scrimshaw SC (eds.) Handbook of social studies in health and medicine. London, UK: Sage.

HM Treasury: Public Expenditure Statistical Analyses 2022,

Institute for Fiscal Studies. (2023). *Health Spending and Productivity in the UK*. London: IFS.

Institute for Government, The NHS productivity puzzle (13 June 2023)

King's Fund, The Pritchard challenge: the next NHS efficiency drive (16 November 2022)

Klein R. (2013). *The New Politics of the NHS* (7th ed.). Radcliffe Publishing.

National Audit Office (2022). Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes.

NHS England. (2023). 2023/24 priorities and operational planning guidance (PDF)

NHS England. (2023). *Annual Report and Accounts 2022/23*. London: NHS England.

OECD. (2013). Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD.

Office for National Statistics. (2024). *UK Health Accounts 2024*. London: ONS.

Office National Audit. (2012). Healthcare across the UK: A comparison of the NHS in England, Scotland, Wales and Northern Ireland. London, UK: National Audit Office.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a Glance: Europe 2023*. OECD Publishing.

Ovseiko PV. (2014). Change History: October 2014. PV Ovseiko introduced small edits in the text of the article; updated the sections "1997: The New NHS?," "The NHS Today,"and "Health Promotion," "UK Political Devolution and Health Policy Divergence" and "2010: Liberating the NHS".

Surender R, Matsuoka KY, Ovseiko PV. (2015). Health System of United KingdomReference Module in Biomedical Research http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.02976-7

The King's Fund. (2023). How does the NHS compare to the health care systems of other countries.

The King's Fund. (2023). *The NHS Budget: Facts and Figures*. London: The King's Fund.

World Health Organization. (2021). *Health Systems Financing Review: Equity and Sustainability*. Geneva: WHO.