

DOSYA/DERLEME**YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ'NİN ORGANİZASYONU VE FİNANSMANI***Binali ÇATAK*, M.Kaan SÖZMEN***

Yeni Zelanda Okyanusya, Güney Pasifik Okyanusunda adalar bölgesinde, Avustralya'nın güney doğusunda yer alır. Yeni Zelanda'ya ilk kez 1000 yıl önce Polenezyalı *Maoriler* yerleşmiştir. Maoriler, kan bağı ile gelen şefler ve güçlü rahipler tarafından yönetilen bir kabiledir. Adaya ilk ayak basan beyaz adam, 1642 yılında Hollandalı Abel Tasman olmuştur. Ancak Kaptan James Cook'un 1769 ve 1779'daki gezilerine kadar adalar herhangi bir yönetime bağlı kalmamış ve keşfedilmemiştir. İngiliz göçmenler, 1840 yılında İngiliz hakimiyeti kurulunca adaya yerleşmeye başlamışlardır. Ülkenin etnik dağılımı Avrupalılar %74.5, Maori %9.7, diğer Avrupalılar %4.6, Pasifik Adalılar %3.8, Asyalılar ve diğerleri %7.4'ünü oluşturmaktadır. Dinsel açıdan Anglikanlar %24 ile en büyük kısmı oluştururken, ülkenin %33'ünü dini olmayan insanlar oluşturmaktadır. Başkenti Wellington olan ülkenin resmi dili İngilizce, yönetim biçimi ise parlamenter demokrasidir (**Wikipedia, 2007**).

Yeni Zelanda'da 2000 yılı verilerine göre satın alma gücü paritesine göre Gayri Safi Yurtiçi Hasıla 67.6 milyar dolar ve tüketici fiyatlarında enflasyon oranı %2.4'dir. Sektörlere göre işgücü dağılımı; hizmet sektörü %65, endüstri sektörü %25 ve tarım sektörü ise %10'dur (**Wikipedia, 2007**).

Temmuz 2006 verilerine göre toplam nüfus 4.076.140'tır. Nüfusun %22.36'sını 0-14 yaş grubu, %66.11'ini 15-64 yaş grubu ve %11.3'nü 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. Ortalama yaşam süresi kadınlarda 81.1, erkeklerde 75.01 yıldır (2001 verileri). HIV/AIDS hastalığı olan kişi sayısı 1.200 ve bu hastalıktan ölenlerin sayısı 100'den azdır (1999 verileri) (**Wikipedia, 2007**).

*Dr., Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Araştırma Görevlisi

**Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

Tablo 1'de Yeni Zelanda'da Maori ve Maori-olmayan gruplara ait bazı sağlık ve sosyal göstergeler görülmektedir (**Statistics New Zealand, 2004**).

Yeni Zelanda Sağlık Sisteminin Organizasyonu

Sağlık Bakanlığı: Organizasyonun başında Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Bakanlığın yürüttüğü işler ise: (Şekil 1) (**Ministry of Health, 2004**)

- Maoriler ve diğer gruplar arasındaki eşitsizlikleri azaltmak ve sağlık göstergelerinde ilerleme yönünde politikalar geliştirmek
- Yasa ve tüzükleri düzenlemek
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlamak
- Sağlık bilgi hattının geliştirilmesi için destek olmak
- Sektörler arası işbirliğini yürütmek
- Hükümet programlarına uygun hizmet sunumunu takip etmek
- Sağlık hizmeti sunumu hakkında diğer bakanlıklara bilgi vermek
- Yeni Zelanda sağlık hizmetleri ve hastalık kontrol programlarının işleyişini kontrol etmek
- Biyolojik tehlike/silahların sağlığa olası etkileri için korunma programları geliştirmek

Bölge Sağlık İdaresi (District Health Board)

1 Ocak 2001 tarihinden itibaren Yeni Zelanda, sağlık örgütlenmesi açısından 21 bölgeye ayrılmıştır. Her bir bölgeden sağlık hizmetlerinin hizmetin yürütülmesinden sorumlu olan "Bölge Sağlık İdaresi" (District Health Board) vardır. Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu olan Bölge Sağlık İdareleri'nin temel görevleri; bakanlık direktiflerini yerine getirmek, yöneticileri atamak gibi idari işleri yapmak, toplum sağlığını korumak ve geliştirmek, özellikle

Tablo 1. Maori ve maori-olmayan gruplara ait bazı sağlık ve sosyal göstergeler

Göstergeler	Maori			Maori-olmayan		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
İnfant Mortalite Hızı (1000 canlı doğumda, 2000–2002)	10.8	9.4	10.1	5.3	4.2	4.8
0–4 yaş grubunda Meningokokal enfeksiyon (100.000 kişide, 2001–03)	192.8	116.8	155.8	74.8	57.1	66.2
Tüberküloz enfeksiyonu (100.000 kişide, 2001–03)	12.5	10.9	11.6	9.7	9.9	9.8
Romatik Fever (100.000 kişide, 2001–03)	10.6	7.7	9.2	1.9	1.8	1.9
İşsizlik (15+, 2001)	11.3	11.4	11.4	4.2	3.8	4.0
Kendine ait evi olmayan (15+,2001)	64.4	65.2	64.8	40.3	38.1	39.1

Kaynak: Statistics New Zealand, 2004

birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetleri arasında koordinasyonu sağlamak, kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin etkinliğini kontrol etmek, sosyo-ekonomik yönden farklı gruplar arasındaki hizmet farklılıklarını azaltmak ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki grupların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin etik ve kaliteli düzeyde sunumunu sağlamak ve takip etmek, diğer sektörlerle iletişim kurmaktır.

Bölge Sağlık İdareleri sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili yıllık ve 5–10 yıllık planlar hazırlar ve bakanlığın onayına sunar. Bu planların oluşturulmasında toplum katılımı gereklidir. Yapılan tüm faaliyetler aylık ve üç aylık raporlar halinde halka duyurulmaktadır (French, 2001).

Sağlık Hizmetleri 4 grupta toplanmıştır

1. Birinci basamak sağlık hizmetleri
2. Halk sağlığı hizmetleri
3. Tedavi edici sağlık hizmetleri
4. Özürlülere yönelik sağlık hizmetleri

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık sistemine ilk müracaat noktası olup sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetleri, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini Genel pratisyenler (GP) yürütmekle birlikte ebe ve hemşirelerin de katkısı büyüktür.

Tam zamanlı ya da part-time olarak hizmet veren GP'lerin yaklaşık %27'si yalnız, %60'ı gruplar halinde, %6'sı da üniversite vb. gibi diğer kurumlarda çalışmaktadır. Özel GP muayenehaneleri doktor ile birlikte hemşire, ofis görevlisi bazen de psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı gibi kişileri de içermektedir. Birinci basamakta laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri ile ödenen ilaçlar listesine göre ilaç hizmeti de verilmektedir. Diğer birinci basamak hizmetleri psikoterapi, konuşma terapisi, beslenme eğitimleri, yemek ve evde bakım yardımlarıdır. GP ve diğer

birinci basamak çalışanları aşılama gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte grup eğitimlerini de yürütürler.

Vatandaşların "kaza ve acil durumlar" dışında 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için GP'lerin sevk etmesi şarttır. Sadece resmi müracaatların kayıtları tutulduğundan GP'lerin yılda ortalama kaç kişiyi kabul ettiğine dair ulusal bir veri yoktur.

Hastalar GP seçmek ve değiştirmek konusunda özgürdür. Bununla birlikte devlet çocukların ve *imtiyaz kartı* sahiplerinin ödemelerini de yapmaktadır. Devlet politikaları düşük gelirli grupların, çocukların ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyacı olanların GP'lere ulaşmaları konusundaki parasal engelleri azaltmayı amaçlamaktadır.

Yaklaşık olarak 3000 hemşire GP'lerle birlikte çalışmakta, çocuk sağlığı, bölgesel sağlık hizmetleri ve iş sağlığı hemşireliği hizmetlerini yürütmektedir. Bazı küçük ve ücra yerleşim merkezlerinde hemşireler temel sağlık hizmetlerini tek başına yürütmektedirler (French, 2001).

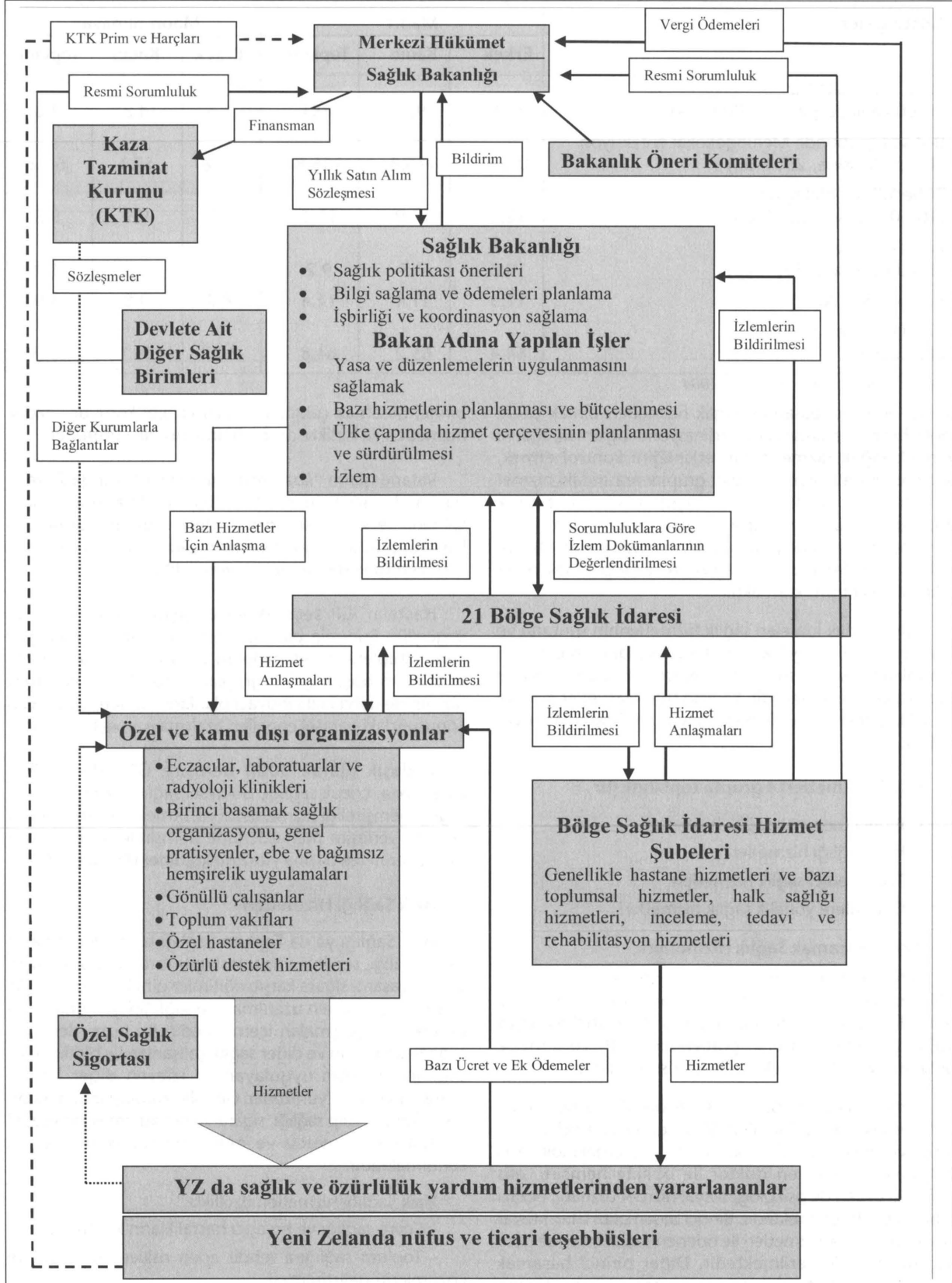
Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk Sağlığı ya da Toplum Sağlığı hizmetleri gıda ve su güvenliği, servikal smear testi gibi tarama programları, sağlıklı yaşam, sigara karşıtı eğitimler gibi koruyucu sağlık hizmetleri, yaşamın uzatılması ve sağlığın geliştirilmesini destekleyici çalışmaları içermektedir. Bu hizmetleri halk sağlığı uzmanları ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte halk sağlığı yasalarını uygulayan ve izleyen diğer kurum çalışanları birlikte yürütürler. Gönüllü kuruluşlar tarafından AIDS, kanser, kalp sağlığı, sigaranın bırakılması gibi çeşitli konularda koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Halk Sağlığı hizmetleri özellikle;

- Çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü,
- Toplum sağlığını tehdit eden risklerinin tespiti ve çözümlerin geliştirilmesi,
- Halk sağlığı sorunlarının incelenmesi,

Şekil 1. Yeni Zelanda'da sağlık hizmeti sunumu ve finansman modeli



Kaynak: Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı

- Sağlık hizmetleri açısından önceliklerin tespit edilmesi konusunda yoğunlaşmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetleri; özellikle çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar arasındaki ilişkilere yoğunlaşmakta ve diğer hizmetler ve kurumlarla işbirliği içinde yürütülmektedir. Aşılama ücretsiz olup; difteri, tetanos, boğmaca, polio, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, Hepatit B, H. İnfluenza Tip B ve yüksek riskli gruplara BCG aşıları yapılmaktadır. Bunun dışında aile planlaması, kadın sağlığı hizmetleri, meme kanseri ve servikal kanser tarama programları, sigara ve alkol karşıtı çalışmalar da yürütülmektedir. Sağlıklı okul ortamı, kazaların önlenmesi, ruh sağlığı, beslenme, egzersiz, cinsel sağlık, sigara/alkol kontrol programları yürütülen başlıca halk eğitimi çalışmalarıdır.

Ulusal Sağlık Komiteleri

Ulusal Sağlık Komiteleri halk sağlığı açısından öncelikleri tespit etmekte, bu doğrultuda özellikle kişisel sağlık hizmetleri olmak üzere sağlıkla ilgili konularda politikalar geliştirerek hükümete öneriler vermektedirler. Bu komiteye bağlı çalışan komisyonlar: Ruh sağlığı komisyonu, Sağlık araştırmaları komisyonu, Sağlık destek komisyonu, Yeni Zelanda kan servisi, hasta haklarını takip eden Hastalık ve sakatlık Komisyonu, Sağlık giderlerini/ödemeleri takip eden komisyon, Sağlık Bilgilendirme Servisi (NZHIS), İlaç ve Eczacılık Servisi (PHARMAC), İlaç ve Tıbbi Teknoloji Bilgi Sistemi (Medsafe), Ulusal radyasyon laboratuvarı (NRL) (French, 2001).

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Genel olarak yataklı tedavi kurumları ve ayaktan tedavi hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Hastaneler özellikle birçok hastanın aynı anda bakıldığı kısa süreli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Uzman hekimlerin çoğu kamu hastanelerinde çalışmakla birlikte özel kliniklerde çalışan hekimler de mevcuttur. Hastanelerin yatarak ya da ayaktan tedavi hizmetleri Bölge Sağlık İdareleri tarafından yönetilmektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasında ciddi bir fark yoktur. Teknolojik gelişmelerle birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri arasındaki fark giderek azalmakta, bölge ve semt hastaneleri de üçüncü basamak sağlık kuruluşu gibi çalışmaktadır. Üçüncü basamakta daha çok yüksek maliyetli teknoloji hizmetleri verilmektedir. Üçüncü basamak acil ya da elektif operasyonlar açısından bekleme listeleri ile akut ve uzun dönem tedaviler açısından ikinci basamak sağlık hizmetlerinden ayrılmaktadır. Hastaneler daha çok, kısa süreli ve yoğun bakım gerektiren tedavileri yapmakta, uzun bakım gerektiren hasta hizmetleri özel sektör ve evde bakım hemşireleri tarafından yürütülmektedir (French, 2001).

Özürülere Yönelik Sağlık Hizmetleri

Bakım, destek, bilgilendirme ve yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan psikiyatrik, entelektüel, duygusal ve fiziksel

sorunlara yönelik destek hizmetlerini içermektedir. Bu hizmetler genellikle uzun soluklu ve kurumlardan ziyade topluma dayalı olarak yürütülmektedir. Dünyanın başka yerlerinde özürülü hizmetleri sağlık veya sosyal dayanışma kurumlarının sorumluluğunda olabilirken Yeni Zelanda'da temel sağlık hizmetleri kapsamındadır (French, 2001).

Sosyal Hizmetler

Özellikle ruh sağlığı, özürülere ve bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara yönelik hizmetler ve ailenin güçlendirilmesi alanındaki sağlık hizmetlerini kapsayan çalışmalardır (French, 2001).

Yeni Zelanda'da Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Sağlık Finansman Kaynakları (Şekil 1)

1- Genel vergiler

2- Finansmanı tamamlayan diğer kaynaklar: cepten ödemeler, özel sağlık sigortası, kar amaçsız yardım dernekleri.

1- Genel vergilerden:

Yeni Zelanda vatandaşlarının sağlık hizmeti gelirin katılımı temelinde; PAYE (Pay as You Earn; Kazandığın Kadar Öde) denen kazanca göre kesilen gelir vergisi ve Goods and Services Tax (değer katılmış bir vergi çeşidi) denen bir çeşit katma değer vergisi ile olmaktadır. Toplanan bu genel vergilerin bir bölümü, yıllık olarak sağlık bütçesine ayrılmaktadır.

Yeni Zelanda'da sağlık harcamalarının yaklaşık %77'si genel vergilerle finanse edilmektedir. 1980'li yıllarda başlayan neoliberal dönüşüm furusu Yeni Zelanda'yı da vurmuş, sağlığı da etkisi altına almıştır. 1980'li yıllarda genel vergilerin sağlık finansmanındaki payı %88 iken, bu oran 1995'lerde %77'ye inmiş ve sonraki yıllarda hemen hemen bu düzeyde seyretmiştir (1999'da bu pay %77.5'tir).

1970'lerde genel bütçenin %5.2'si sağlık hizmetlerine ayrılırken, 1978'de bu oran %7.1'e çıkmıştır. Ancak 1987'de bu oran yeniden %5.2'ye inmiş; 1998'de ise %8.2 olmuştur. 1999'da kişi başı sağlık harcaması 1.705 dolardır (French, 2001).

2- Finansmanın tamamlayıcı diğer kaynaklar:

1998-1999'da ülkenin toplam sağlık giderlerinin %23'ü kamu dışı kaynaklardan finanse edilmektedir. Bu kaynaklar cepten harcamalar, özel sağlık sigortası ve kar amacı gütmeyen hayırsever kuruluşlardır (French, 2001).

Cepten ödemeler:

Sağlık harcamalarının 1980'de %10'unu oluşturan cepten ödemeler 1999'da %16'ya yükselmiştir. İkinci basamak sağlık hizmetlerinin hemen tamamı kamu kaynakları tarafından finanse edilmesinden dolayı, cepten ödemelerin ana bileşenini *birinci basamak sağlık hizmetleri*

oluşturmaktadır. Cepten ödemelerin ana bileşenleri; ilaç (%24,3), diş bakımı (%18,5), genel pratisyenlik hizmetleri (%14,8) ve cerrahi-tıbbi hizmetlerdir (%18,4) (French, 2001).

Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası kapsayıcı olmaktan çok destekleyici niteliğe sahiptir. Özel sigorta şirketlerinin çoğu maliyetin %80'ini veya benzer bir oranını karşılamaktadır; hastalar giderlerin bir kısmını üstlenmek durumundadırlar. 1990'da Özel sağlık sigortası tüm nüfusun %33 ile %37'sini kapsamakta olup sağlık finansmanı içindeki payı %6,2'dir. 1979-80'de 15,8 NZ \$ olan toplam sigorta harcamaları 1999'da 519.6 NZ \$ yükselmiştir; bu yıllık %12,2 artışa eşitir (French, 2001).

Kaza Sigortası

"Kaza Tazmin Kurumu" (Accident Compensation Corporation-ACC) 24 saat kapsamlı bir sigorta sunar. Kazaya bağlı yaralanma ve sakatlıklarda suçluyu aramaksızın tıbbi ve diğer masrafların tamamını karşılar. Kaza ve yaralanmalarda neden araştırması olmadan güvence sunan ilk ve tek ülkedir. Bu nedenle kaza ile ilgili dava hakkını kaldırmıştır. ACC, öncelikle müracaat eden bireyin hastalık/sakatlığının kazaya bağlı olup olmadığını araştırır. Hastalığın ya da sakatlığın kaza sonucu olduğuna karar verirse, hasta naklinden tedavi ve rehabilitasyon hizmetine kadar olan bütün giderleri ACC karşılar.

ACC harcamaları tüm sağlık harcamalarının %4,5'ini oluşturmaktadır. Gelirini 5 kaynaktan sağlamaktadır.

- 1- İşverenin kazancına ve yapılan işin rölatif güvenlik/risk durumuna göre ödediği primler.
- 2- Ücretli çalışanların kazançlarına ve yaptıkları işe göre ödedikleri primler.
- 3- Motorlu araç sahipleri ve motorlu taşıt sürücülerinin ödedikleri yıllık vergileri içine dahil edilen petrol satışlarındaki hizmet kesintiler.
- 4- Devletin işsiz olanlar ve geliri olmayanlar için ödediği yıllık tutar
- 5- Mevduat sahiplerinden alınan yatırım gelirleri (French, 2001).

Gönüllü Kuruluşlar:

Geriye kalan sağlık bütçesi (%4) genel olarak kar amaçsız organizasyonlardan karşılanmaktadır. 1979-1980'de 6,1\$ olan bu rakam yıllık %2,2 artışla 1998-1999 33,1\$'a yükselmiştir (French, 2001).

Yeni Zelanda'da Ayrıcalıklı Gruplar

Yeni Zelanda temel sağlık politikası pronatalist ve yoksulluk karşıtıdır; doğum hizmetleri, çocuklar ve düşük gelirli olan hizmetler ücretsiz veya para yardımlıdır.

Yeni Zelanda'da ikinci basamak sağlık hizmetlerinin aksine birinci basamak sağlık hizmetleri cepten ödemelere dayansa da, düşük gelirli insanların bir kısmı "ayrıcalık (imtiyaz) kartı"na sahiptir. Bu karta sahip olan insanların birinci basamak sağlık giderleri ve ilaç harcamalarının büyük bir kısmı hükümet tarafından, genel bütçeden karşılanmaktadır. Yeni Zelanda 'da toplumun %40'ından fazlasında ayrıcalık kartları vardır. Ancak tahminen asıl ihtiyaç sahiplerinin yaklaşık dörtte birinde kart bulunmamaktadır. Pakeha'ların %43'ü, Maori'lerin %64'ü ve Pasifik insanların %68'inin kart sahibi olduğu tahmin edilmektedir.

16 yaş altı çocuklar için tıbbi yardımlar ve protezler ücretsizdir. 16 yaşın üzerindeki erişkinlerde ise işte çalışma veya eğitim görme gibi durumlarda kullanılacak tıbbi ihtiyaçların tamamı hükümet tarafından karşılanır.

Toplum Hizmetleri Kartı: (Community Services Card) Düşük ve orta gelirli ailelerin sağlık bakımlarını karşılamak için ilk defa Şubat 1992'de çıkarılmıştır. 2001 Temmuz ayı itibarıyla toplam nüfusun 1.127 517 kişisi Toplum Hizmetleri Kartı sahibidir.

Yüksek Kullanımlı Sağlık Kartı: (The High Use Health Card) Temel sağlık hizmetinden daha fazlasına gereksinim duyan hastalar içindir. Bu kart kişinin gelirinden bağımsızdır ve aileye değil bireye verilir. Bu karta sahip olmanın temel kriteri; son 12 ayda, 12'den fazla GP gitme gereksiniminin olmasıdır. 35 280 kişinin Yüksek Kullanımlı Sağlık Kartı vardı ve bunların % 55'i 60 yaş üzeri kişilerdi.

Parasız Çocuk Sağlığı Planı: (The Free Child Health Scheme): Altı yaşın altındaki çocukların birinci basamak sağlık hizmeti ve ilaç giderlerini tümünü karşılar. Ancak 6-18 yaş arası çocukların sağlık harcamaları tamamen devlet tarafından karşılanmaz; belli miktarı desteklenir.

Ek olarak yapılan ultrasonografi hizmeti gibi hizmetlerden ücret alınsa bile Ana sağlığı hizmetleri ücretsizdir. Kadınlar hizmet alacağı sağlık personelini (ebe veya doktor) ve doğum yapacakları yeri (hastane veya ev) seçme hakkına sahiptirler. Hükümet her doğum için ödeme yapar ve kadın kendini gebeliğinde ve gebelik sonrasında izleyecek olan sağlığıya kayıtlı olur (French, 2001).

KAYNAKLAR

http://tr.wikipedia.org/wiki/Yeni_zellanda

Statistics New Zealand, (2004), <http://www.maorihealth.govt.nz/moh.nsf/indexma/socioeconomic-indicators>

Ministry of Health, (2004), <http://www.moh.govt.nz/>

French S., Old A., Healy J. (2001) Health Care Systems in Transition New Zealand.