

COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ

Ahmet Naci Emecen*, Buket Yıldırım Üstüner**

Öz: COVID-19 etkeni SARS-CoV-2, ilk defa saptandığı bölgeyi salgın merkezi yaptıktan sonra, bütün Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bölgelerine yayılmıştır. SARS-CoV-2 bulaşının henüz olmadığı ülkeleri tamamen duyarlı bireylerden oluşan kapalı bir kompartman olarak kabul edersek, alınabilecek ilk ve en basit önlem enfekte ve bulaştırıcı bireylerin girişini engellemektir. Eğer, etken girişi engellenemediyse, enfekte olanları hemen saptayabilmek ve izole etmek; etkene maruz kalanları ve kalmış olabilecekleri de karantina altına almak elzemdir. Ada ülkeleri, coğrafi izolasyon ve kısmen az nüfusları sebebiyle salgın kontrolünde avantajlı durumdadır. DSÖ'nün 25 Nisan 2021'e kadarki verileri içeren haftalık durum raporuna göre, "vaka yok" durumundaki 10 ülkenin (ya da özerk bölgenin) tamamı adadır. Sağlıkta eşitsizlikler sebebiyle, 2000'li yılların başından itibaren, sağlık sisteminde dönüşüm olan Yeni Zelanda, pandemiye hazırlıksız yakalanmıştır. Sağlık kapasitesinin yetersiz olduğu görüldükten sonra, eliminasyon stratejisine geçen Yeni Zelanda, bu strateji ile pandemi mücadelesinde başarılı olmuştur. 1 Mayıs 2021 itibarıyla, ülkede kontrol önlemleri en alt seviyede devam etmektedir. Bilimsel zemini olan kontrol önlemlerinin erken zamanda, kesin ve çabuk karar verilerek uygulanmaya konulması ve halkın da bu duruma uyum göstermesi başarda büyük rol oynamıştır.

Anahtar sözcükler: COVID-19, Yeni Zelanda, eliminasyon, sağlık sistemi

New Zealand Health System in Covid-19 Pandemic

Abstract: Emerging from an epicenter, the causative agent of COVID-19 (SARS-CoV-2) spread rapidly across all World Health Organization (WHO) regions. When we consider a country with fully susceptible individuals where SARS-COV-2 transmission is not yet reported, the initial and simplest measure is to prevent the entry of infectious individuals. If the entry of infectious individuals has not been prevented, detecting and isolating infected individuals and quarantining their close contacts are essential. Island countries are naturally advantageous in epidemic control due to geographic isolation and partially small populations. According to WHO COVID-19 weekly epidemiological update as of April 25th 2021, all 10 countries (or territories) with "no case" classification were islands. New Zealand transformed the health system beginning in the early 2000s to reduce health inequalities between different groups, but the country was caught unprepared for the pandemic. After seeing that the COVID-19 burden might by far exceed the health capacity, New Zealand switched to the elimination strategy and succeeded in the fight against the pandemic. By May 1st 2021, all of New Zealand was at the lowest alert level. Science-led, early and strict measures in response to the COVID-19 pandemic and the public's compliance with governmental actions played an important role in the success.

Key words: COVID-19, New Zealand, elimination, health systems

1. Ülke Hakkında Bilgiler

Pasifik Okyanusu'nun güneybatısında yer alan Yeni Zelanda, iki büyük ana ada ile (Kuzey ve Güney adası) çok sayıda küçük adadan oluşmaktadır. Bölgeye ilk yerleşenler, 13. yy'de Polinezya kökenli Maoriler'dir (McGlone ve Wilmshurst, 1999). 1642'de Yeni Zelanda'ya ulaşan ilk yabancı, Hollandalı Abel J. Tasman olmuştur. James Cook'un, 1746'da bölgeyi haritalandırmasıyla, Yeni Zelanda'daki Avrupalı yerleşimi artmış, ülke 1840 yılında İngiliz kolonisi olmuştur. Maoriler ve koloniciler arasında yaşanan birçok çatışma sonrası Maoriler topraklarının büyük çoğunluğunu kaybettiler. 1854'te ilk defa millet

meclisi açılmıştır. 1907'de Birleşik Krallık'a bağlı devlet statüsünü almış (bağımsız dominyon), 1947'de ise tam bağımsızlığını ilan etmiştir. Yeni Zelanda, İngiliz Milletler Topluluğu üyesidir. Simgesel devlet başkanı, İngiltere Kraliçesi II. Elizabeth'tir ve atadığı genel vali ile temsil edilmektedir. Kadınlara oy kullanma hakkını veren ilk ülkedir. Nüfusu yaklaşık beş milyondur.

2. Sağlık Sistemi

Yeni Zelanda'nın sağlık sistemi; etnik gruplar arasında gelir düzeyi, doğumda beklenen yaşam

*Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, (ORCID No:0000-0003-3995-0591)

**Dr., Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, (ORCID No:0000-0002-9318-0869)

Geliş Tarihi / Received : 02.11.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 03.05.2021

süresi, sağlık hizmetlerine erişim gibi göstergelerdeki belirgin eşitsizlikler nedeniyle, 2000'li yıllarda dönüşüme uğramıştır. Bu süreçte, birinci basamak sağlık ve halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi ve herkesin sağlık hizmetine erişmesi için gerekli finansmanın sağlanması amaçlanmıştır. Ayrıca çeşitli etnik grupların sağlık emek gücüne katılımının artması hedeflenmiştir. Birinci basamakta çalışan doktorlara, muayene ve gerçekleştirilen işlem başına yapılan ücretlendirme yerine, kayıtlı nüfus başına ödemeye geçilmiş; hemşireler de birinci basamak hizmetlerde daha çok görev almaya başlamıştır. Yine Maori ve Pasifik yerlisi topluluklar için sağlık hizmeti sağlayan özel sunucular, birinci basamak sağlık hizmetlerinin içine dahil edilmiştir (King, 2001).

2.1. Sağlık örgütlenmesi

Yeni Zelanda sağlık sisteminin tam adı Yeni Zelanda Sağlık ve Özürlülük Sistemi'dir. Sistemin Şekil 1'de gösterildiği gibi birçok bileşeni bulunmaktadır. Sistemin en tepesinde yasal düzenlemeleri yapan ve her bileşenin politikalarını uygulamakla sorumlu olduğu Yeni Zelanda Hükümeti ve onu temsilen Yeni Zelanda Sağlık Bakanı bulunmaktadır (Ministry of Health NZ, 2017). 2001 yılında, sağlık sistemindeki dönüşümle birlikte ülke, sağlık yönetimi açısından 21 bölgeye bölünmüştür. 2010 yılında ise Otago ve Southland bölgelerinin Southern olarak birleştirilmesiyle bölge sayısı 20'ye inmiştir. Bu bölgelerin sağlık yönetiminden Bölge Sağlık İdareleri (District Health Boards) sorumludur. Bölge Sağlık İdareleri, birer kraliyet kuruluşudur. Kraliyet Kuruluşları (Crown Entities), 2004'teki Kraliyet Kuruluşları Yasası ile kurulmuş olan ve bakanlardan (dolayısıyla hükümetten) bağımsız olan devlet kuruluşlarıdır (New Zealand Legislation web sitesi, 2020). Ayrıca sivil toplum kuruluşları, özel girişimler ve yerel yönetimler de çeşitli sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

2.1.1. Sağlık Bakanlığı

Bakanlık, sağlık sisteminin finansman sağlayıcısı, izleyicisi, satın alıcısı ve düzenleyicisidir (Ministry of Health NZ, 2017). Sağlık Bakanlığının görev ve sorumlulukları şu şekildedir:

1. Yeni Zelanda Sağlık ve Özürlülük Sistemi'ne liderlik etmek (finansman sağlamak, Bölge Sağlık İdareleri ve Kraliyet Kuruluşları'nı desteklemek, sağlık sektörünü yasalara uygun olarak düzenlemek vb.)
2. Sağlık Bakanı'na ve hükümete sağlık sistemi için kanıta dayalı tavsiyelerde bulunmak
3. Sağlık ve özürlülük destek hizmetlerini satın al-

mak (halk sağlığı girişimleri, özürlülük destek hizmetleri, elektif hizmetler, tarama programları, akıl sağlığı hizmetleri, doğum hizmetleri, ambulans hizmetleri vb.)

4. Tüm Yeni Zelandalıların yararı için sağlık sektörü bilgilendirmelerini ve ödeme hizmetlerini sağlamak

Yeni Zelanda Sağlık Bakanı, tüm sağlık sisteminden sorumludur. Bakan, kabineyle birlikte sağlık politikaları geliştirmekle yükümlüdür

2.1.2. Kraliyet kuruluşları (Crown Entities)

Kraliyet Kuruluşları, 2004'teki Kraliyet Kuruluşları Yasası'na göre beş ana başlıkta tanımlanmıştır:

1. Yasal Kuruluşlar (Kraliyet Acenteleri, Özerk Kraliyet Kuruluşları ve Bağımsız Kraliyet Kuruluşları)
2. Kraliyet Kuruluşları İşletmeleri.
3. Kraliyet Kuruluşları'na bağlı iştirakler (Kraliyet Kuruluşları tarafından kontrol edilen iştirakler)
4. Okul mütevelli heyetleri
5. Yüksek öğrenim kurumları

Bir Kraliyet Kuruluşu, işlevlerin bakanlardan "emsal mesafede" yerine getirilmesi için kurulmuştur. Ancak ilgili bakan, kendisine bağlı Kraliyet Kuruluşu'nu denetlemek ve yönetmekle parlamentoya karşı sorumludur (Ministry of Health NZ, 2017). Yeni Zelanda Sağlık ve Özürlülük Sistemi'nde bulunan Kraliyet Kuruluşları şunlardır:

2.1.2.1. Kraliyet acenteleri

Bakan, bu kuruluşlara üye atayabilir veya üyeyi görevinden azledebilir. Kraliyet Acenteleri'nin sağlık sistemindeki en önemli kuruluşu Bölge Sağlık İdareleri'dir. Diğer kuruluşlar ise Sağlığı Geliştirme Kuruluşu, Yeni Zelanda Sağlık Kalitesi ve Güvenliği Kurulu, Yeni Zelanda Sağlık Araştırmaları Konseyi, Kan Servisi ve İlaç Yönetim Kurulu'dur (PHARMAC).

2.1.2.2. Bağımsız kraliyet kuruluşları

Bu kuruluşlar aksi ilgili yasalarda belirtilmedikçe hükümet politikasından sorumlu değildir. Kuruluş üyeleri bakan önerisiyle Genel Vali tarafından atanır ve yine aynı şekilde görevden alınabilir. Sağlık sisteminde bulunan tek bağımsız kraliyet kuruluşu Sağlık ve Özürlülük Komiserliği'dir.

2.1.3. Bölge sağlık idareleri (District Health Boards)

Bölge Sağlık İdareleri, 2000 yılındaki Yeni Zelanda Halk Sağlığı ve Özürlülük Yasası ile, buldukları bölgelerde hükümetin sağlık politikalarını uygulamak, sağlık hizmeti sağlamak ve finanse etmek

beklentilerden farklı olan sonuçlar bakana raporlanır. Sağlık hedefleri de yılda dört kez bakanlığa raporlanır.

2.1.4. Birinci basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, genel pratisyenler ve hemşireler tarafından genel muayenehanelerde verilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi edici hizmetlerinin yanı sıra, sağlık eğitimi, danışmanlık, taramalar gibi sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri de kapsar (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde tüm vatandaşların sağlığını geliştirme ve sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırma amacı yer almaktadır. 2001 yılında başlayan dönüşümle, Temel Sağlık Kuruluşları (Primary Health Organisations) oluşturulmuştur (**King, 2001**). Bu kâr amacı gütmeyen bağımsız kuruluşlar, Bölge Sağlık İdareleri tarafından finanse edilir ve kendilerine bağlı genel muayenehaneler veya anlaşmalı oldukları kurumlar aracılığıyla temel sağlık hizmetlerini sunar. Çeşitli yapılarda ve büyüklükte 30 adet temel sağlık kuruluşu bulunmaktadır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). Bu kuruluşlara kayıtlı olan vatandaşlar, birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanırken daha düşük ücretlerle muayene olma gibi bazı avantajlara sahip olmaktadır. Gönüllülük esasına bağlı olmasına rağmen, Yeni Zelanda halkının %95'inin bir temel sağlık kuruluşuna kayıtlı olduğu tahmin edilmektedir (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu genel muayenehaneler, genellikle ilk başvuru yeridir ve acil durumlar dışında ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuruda genel pratisyenin veya birinci basamak hemşiresinin sevkii gerekmektedir. Genel muayenehanelerde genel pratisyenler, hemşireler, psikologlar, fizyoterapistler ve çeşitli sağlık çalışanları birlikte hizmet verir. Hemşireler; aşılamalar, taramalar, beslenme, diyabet ve astım gibi kronik hastalıklar için sağlık hizmeti sunar.

Genel pratisyenler, genel muayenehanelerde tam ve yarı zamanlı çalışmaktadır. Genel pratisyenlerin %71'i kendilerine ait veya başka bir genel pratisyenle ortak bir muayenehanede çalışmaktayken, %7'si bir temel sağlık kuruluşuna veya bölge sağlık idaresine bağlı olarak çalışmakta, %9'u özel bir işletmede, %7'si bir vakıf, sivil toplum kuruluşu veya kamuya ait (halkın tamamen ücretsiz hizmet aldığı) muayenehanelerde, %1'i ise bir üniversiteye ait muayenehanelerde çalışmaktadır (**The Royal New Zealand Collage of General Practitioners, 2020**).

Yeni Zelanda halkının %46,6'sının hayatının herhangi bir zamanında akıl ve ruh sağlığıyla ilgili bir sorun yaşamış olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle, 2005 yılında Birinci Basamak Akıl Sağlığı Servisleri oluşturulmuştur. Birinci basamak akıl sağlığı hizmetleri; genel pratisyenler, birinci basamak hemşireleri ve halk sağlığı çalışanları tarafından, yönetimi yapılabilecek akıl hastalığı veya bağımlılığı olan hastalara verilir. Uygun bulunan durumlarda hasta, bir uzmana danışılır.

2.1.5. Halk sağlığı hizmetleri

Halk sağlığı hizmetleri, Halk Sağlığı Birimleri (Public Health Units) tarafından sağlanır. Bu özerk birimler çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, tütünle mücadele, kanser taramaları, bağışıklama ve sağlığı geliştirme programlarıyla ilgilenir. Halk sağlığı hizmetleri, yerel yönetimlerin, bakanlığın, ilgili bölge sağlık idaresinin ve sivil toplum kuruluşlarının iş birliği ile gerçekleştirilmektedir.

2.1.6. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Yeni Zelanda'da 156 adet yataklı tedavi kurumu vardır. Bunların %52,6'sı devlet hastanesi, kalanı özel hastanedir. 2020 Ekim itibari ile %84,7'si devlet hastanelerinde olmak üzere, hastanelerde toplam 12.578 yatak bulunmaktadır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). 358 adet yoğun bakım, 334 adet de ventilatörlü yoğun bakım yatağı bulunmaktadır (**Ministry of Health NZ, 2020**). İkinci ve üçüncü basamak devlet hastaneleri, buldukları bölgedeki sağlık idaresine bağlı çalışmaktadır ve giderleri sağlık idareleri tarafından karşılanmaktadır.

2.2. Sağlık finansmanı

Yeni Zelanda sağlık sisteminin ana finansmanı vergilerdir. Vergileri; cepten ödemeler, özel sigortalar ve çeşitli fonlar da destekler (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**).

2.2.1. Vergiler

Sağlık sisteminin temel finansmanı vergilerden oluşan hükümet bütçesidir. Ülkede PAYE (Pay as You Earn) sistemi vardır. Kısaca, her Yeni Zelandalı gelir düzeyine göre vergi öder. 2019 yılı itibari ile hükümetin tüm sağlık harcamalarına (bakanlık bütçesi, kaza sigortası vb.) ayırdığı bütçe 19 milyar Yeni Zelanda dolarıdır. Bu bütçenin yaklaşık %70,4'ü Sağlık Bakanlığı'na verilen Vote Health'tir. 2019 yılında sağlık finansmanının %79,5'i vergilerden oluşmuştur. Vergilerden oluşan bütçenin %70,4'ü sağlık hizmetlerini finanse etmesi için sağlık idarelerine, %16,2'si bakanlığın direkt sunduğu halk sağlığı, akıl

sağlığı, özel tarama programları gibi ulusal hizmetlere, %1,1'i bakanlığın kendisine ve geri kalanı sağlık çalışanlarının eğitimine ayrılmıştır.

2.2.2. Finansmanı tamamlayıcı diğer kaynaklar

Özel sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetleri Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Bu harcamalar özel sigortalar, çeşitli vakıf hizmetleri ve cepten ödemeler ile karşılanır.

2.2.2.1. Cepten ödemeler

2018 yılında toplam sağlık harcamalarının %12,9'u cepten harcamalardır. 2001 yılından itibaren toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların oranının düştüğü gözlemlenmektedir.

2.2.2.2. Özel sigortalar

Yeni Zelanda'da özel sağlık sigortaları tamamlayıcı değil, kapsayıcıdır. Yeni Zelanda nüfusunun yaklaşık %33'ünün özel sigortası olduğu tahmin edilmektedir. 2019 yılı itibarı ile özel sigortaların toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %5,2'dir (**Health Funds Association of New Zealand web sayfası, 2020**).

2.2.2.3. Kaza sigortası

Kaza Tazminat Kurumu (Accident Compensation Corporation) kazaya bağlı yaralanmalarda tedavi, rehabilitasyon, gelir kaybı vb. masraflara mali destek sağlar. Kaza sonrası acil hizmetler, tamamen bu sigorta tarafından karşılanır. Kaza Tazminat Kurumu'nun finansmanı, bireylerin gelir düzeyine ve işyerlerinin gelir ve risk durumuna göre alınan tazminatlardan, motorlu taşıt vergilerinden ve hükümet bütçesinden sağlanır.

2.2.2.4. Gönüllü kuruluşlar

Sağlık harcamalarının geri kalanı (yaklaşık %3,3) gönüllü kuruluşlardan karşılanır. Bu kuruluşlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinden, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine kadar geniş bir çerçevede sağlık hizmeti sunarlar. Ayrıca Maori ve Pasifik toplumuna özel sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar.

2.2.3. Özel ihtiyaçlı gruplara yönelik finansman hizmetleri

Eşitsizlikleri ortadan kaldırmak, her gelir grubundan ve etnik yapıdan bireyin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak için geliştirilmiş fonlardır. Özel gruplara yönelik hizmetler şu şekildedir:

2.2.3.1. Toplum Hizmetleri Kartı (Community Services Card)

16 yaşından büyük olan düşük gelirli bireylerin ve ailelerinin kullanımı için 1992 yılında kullanıma gir-

miştir. Bu kart sahipleri, kayıtlı oldukları sağlık merkezine (genel pratisyenler, devlet hastanesi vb.) ve aldıkları hizmete (acil tedavi, diş tedavisi, gözlük cam masrafı, sevk halinde seyahat ya da konaklama vb.) göre belirlenmiş şartlar altında daha düşük miktarda cepten ödeme yaparlar (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**).

2.2.3.2. Yüksek Kullanımlı Sağlık Kartı (The High Use Health Card)

Gelir düzeyinden bağımsız olarak sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan kişiler için geliştirilmiştir. Kartın verilmesi için tek şart, aynı hastalık veya sağlık probleminde bağılı olarak bir yılda 12 ve daha fazla sayıda doktor ziyaretinde bulunuyor olmaktır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**).

2.2.3.3. Bakım Artı (Care Plus).

Kronik hastalık, mental hastalık ya da terminal dönem hastalığı olan ve bu sebeple devamlı olarak sağlık hizmeti alacak hastaların kullanımı için geliştirilmiştir. Kart sadece birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılır. Care Plus'ın finansmanı temel sağlık kuruluşları tarafından sağlanır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**).

2.2.3.4. 14 Yaş altına ücretsiz sağlık hizmeti

2013 yılında 13 yaş ve altına yönelik başlayan, 2018 yılından itibaren ise 14 yaş ve altı çocukların yararlandığı bu sistemde, çocukların genel muayenehanelerdeki muayenesinden ücret alınmaz. Reçete ücreti de beş dolar olarak belirlenmiştir. Bu hizmet anlaşmalı olan genel pratisyenler ve ilgili sağlık çalışanları tarafından sunulur.

2.2.3.5. Çok düşük maliyetli erişim planı (Very low cost access scheme)

2006 yılında başlayan bu uygulamada ile, kayıtlı nüfusunun %50'sinden fazlasını yüksek sağlık hizmeti gereksinimi olan hastaların oluşturduğu genel muayenehanelerde daha düşük ücretlerde hizmet verilmesi sağlanmıştır.

2.3. Emek gücü

Yeni Zelanda sağlık sisteminin en önemli emek gücü hemşirelere aittir. Hemşireler birinci basamakta temel muayene, aşılama gibi hizmetlerden yönetim aşamasına kadar her aşamada görev alabilir. 2019 yılı itibarı ile bakanlık onaylı 58.206 hemşire çalışmaktadır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). Hemşirelerin %9'u yaşlı bakımı, %5,2'si birinci basamak sağlık hizmetleri, %0,4'ü bağımlılık servisleri ve %7,6'sı akıl sağlığı gibi özel bilgi ve beceriye ihtiyaç duyulan konularda uzmanlaşmıştır (**Ministry of Health NZ, 2015**).

Sağlık sisteminde çoğunluğu oluşturan diğer grup doktorlardır. 2019 yılında bakanlık onaylı 16.262 doktor bulunmaktadır. Yüz bin kişi başına 333,5 doktor düşmektedir. Yeni Zelanda'da mezuniyet sonrası doktorlar house officer, genel pratisyen ya da uzman olarak çalışabilirler. Tıp fakültesinden mezun olan bir doktorun çalışabilmesi için Yeni Zelanda Tıp Konseyi'ne (Medical Council of New Zealand) kaydolması gerekmektedir. Bir hekimin tıp konseyine kaydolabilmesi için mezuniyet sonrası, 12 ay süreyle bir hastanede çalışmış olması gerekmektedir. Bu süreçteki doktorlar, house officer olarak adlandırılmaktadır. Doktorlar, Tıp Konseyi'ne kaydıktan sonra, bir uzmanlık eğitimine başlayabilir veya buldukları hastanede iki yıl daha çalışarak genel pratisyen olabilir. Genel pratisyenler, tüm doktorların %22,6'sını oluşturmaktadır ve her yıl toplam doktorlar arasındaki oranları giderek artmaktadır. Doktorların %41,7'si çeşitli uzmanlık alanlarında çalışmakta veya eğitim görmektedir. Geri kalan grubu house officerlar ve yönetimde görevli doktorlar oluşturmaktadır. Tüm doktorların %51'ini Avrupa kökenli Yeni Zelandalılar, %19,5'ini Yeni Zelanda vatandaşı olmayan Avrupalılar, %3,5'ini Maoriler, %1,8'ini de Pasifik yerlisi doktorlar oluşturmaktadır (**Medical Council of New Zealand, 2018**).

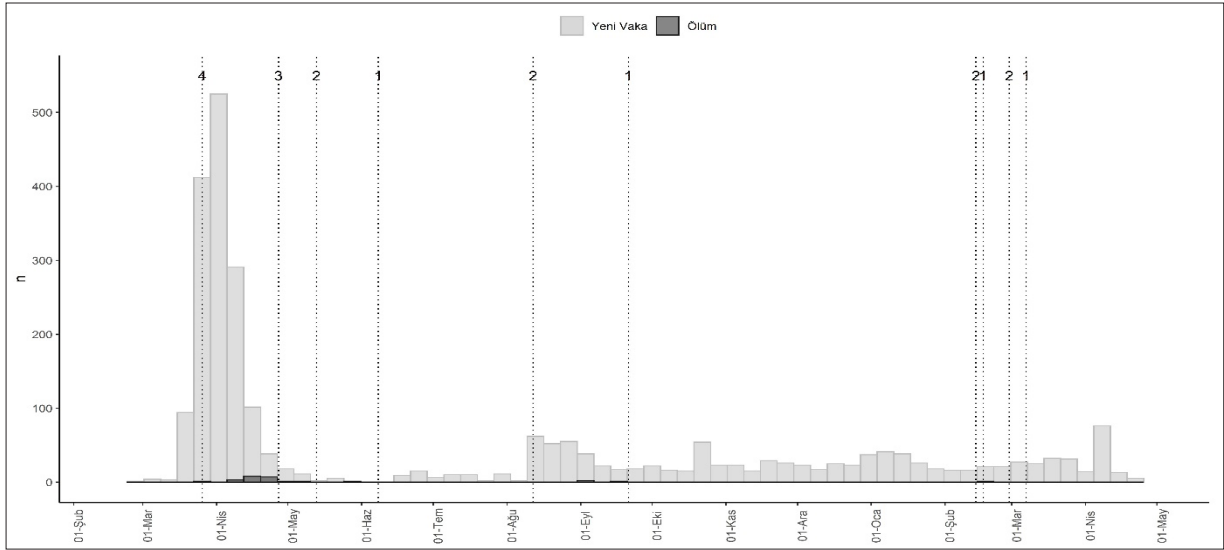
Sağlık sisteminin diğer önemli emek gücünden biri olan ebeler, doğum hizmetleri kapsamında çalışmaktadır. 2015 yılı itibarıyla, bakanlık onaylı 3.068 ebe bulunmaktadır. Ebeler hastanelerde çalışabileceği gibi kendi adlarına gezici olarak da çalışabilmektedir.

3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Pandemiye İlişkin İşlevi

Bölge Sağlık İdareleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı arasında koordinasyonu sağlayarak pandemi mücadelesine öncülük etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel görevi hasta triajı ve temaslı takibidir. COVID-19 semptomları olanlar, kendi genel pratisyenlerini ya da oluşturulan sağlık hattını arayıp danışmanlık alabilmektedir. Arayanların ilk değerlendirmeleri, uzaktan sesli ve/veya videolu olarak yapılmaktadır. Değerlendirme sonucu, vaka tanımına uyan hastalar klinik değerlendirme ve test alınması için COVID-19'a özel oluşturulmuş hasta değerlendirme merkezlerine yönlendirilmektedir. Başvuruların çoğu bu şekilde olmaktadır. Direkt olarak genel pratisyen kliniği ya da acil servis başvurusu nadirdir (**Huston ve ark., 2020**). Sonuçlar, hastalara mesajla bildirilmektedir. Sonuç pozitifse, Sağlık Bakanlığı ve yerel halk sağlığı çalışanlarından oluşan filyasyon ekibi hastanın klinik takibini ve temaslı takibini yapmaktadır. Birinci basamakta, COVID-19 için tanı ve tedavi hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Hasta yönetim algoritmalarının herhangi bir aşamasında, klinik gereklilik halinde hastanın 2. veya 3. basamak hastaneye nakli gerçekleştirilmektedir.

4. Salgın Yönetimi

Yeni Zelanda'nın pandemiye oldukça hazırlıksız yakalandığı aşıkardır. Ülke, Küresel Sağlık Güvenliği İndeksi 2019'a göre 195 ülke arasında 35. sırada



Şekil 2: Yeni Zelanda'nın yeni vaka sayısını ve ölüm sayısını gösteren salgın eğrisi (7 günlük toplam). Kesikli çizgiler ülkede ilgili alarm seviyelerinin başlangıç tarihlerini göstermektedir. Görselleştirmede kullanılan veri <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/new-zealand> web adresinden alınmıştır.

yer alıyordu. Yoğun bakım yatak sayısı son on yıldır azalmaktaydı ve ventilatör sayısı yaklaşık 300 civarındaydı (**Mazey ve Richardson, 2020**). Yoğun bakım ve halk sağlığı alanındaki iş gücü yetersizliğini gidermek için gerekli finansman desteği Bakanlık ve Bölge Sağlık İdareleri tarafından sağlanmamıştı (**Gorman ve Horn, 2020**). Kişisel koruyucu ekipman (KKE) sayısı da yetersizdi.

Ocak ayının sonundan itibaren, Ulusal İnfluenza Pandemi Planı dahilinde hazırlıklara başlandı. Birinci basamak ve halk sağlığı birimlerinin artmış iş yükü, triaj ve hasta takibi için yapılan uzaktan görüşmelerin altyapısının sağlanması, yeterli kişisel koruyucu ekipman sağlanması ve hastane ve yoğun bakım kapasitesinin artırılması için Mart ayında, 500 milyon dolarlık kaynak oluşturuldu. Yeni Zelanda Hemşireler Birliği ve Yeni Zelanda Tabipler Birliği tarafından sahadaki sağlık çalışanlarının yeterli sayıda KKE'ye ulaşamadığı konusunda çağrılar yapıldı (**New Zealand Nurses Organisation web sayfası, 2020; New Zealand Medical Association web sayfası, 2020**). Sonrasında stoklar yenilendi ve dağıtımla ilgili engeller aşıldı.

Pandemiyle mücadelede kontrol önlemlerine karar verilmeden önce Bakanlık, akademisyenler ve diğer ülkelerden bilim insanlarının ortaklaşa hazırladığı modellemeler ile çeşitli senaryolar altında, yatak doluluk oranları ve olası ölümlerin ne kadar olabileceği gibi temel etkiler araştırıldı. Maori ve Pasifik yerlisi gibi etnik grupların daha çok etkilenebileceği ortaya konulmuştu (**Wilson ve ark., 2020**). Yine de pandeminin hemen başında enfeksiyon hastalıkları doktorlarında yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %45'i pandemiye hazırlığın ve yanıtın iyi şekilde koordine edildiğini düşünüyordu (**Foley ve ark., 2020**).

Coğrafi izolasyon altındaki ülkede Avrupa ve Çin'den gelen turistler ve öğrenciler SARS-CoV-2 için tehdit oluşturuyordu. Buna rağmen ülkede, komşu ülkelere göre sınırlar daha geç kapatılmıştı. Çin ile ilgili seyahat engelinin başlaması da 6 Şubat'ı bulmuştu (**Gorman ve Horn, 2020**). 28 Şubat'ta İran'dan gelen bir turistte SARS-CoV-2 izole edilmesiyle ilk vaka saptanmış oldu. 16 Mart'ta yurtdışından girişlere 14 gün karantina uygulaması başladı. 20 Mart'ta ise ülkeye tüm girişler (Yeni Zelanda vatandaşları ve oturma izni olan kişiler hariç) kapatıldı. Bu arada COVID-19'a bağlı ilk ölüm, 29 Mart'ta oldu. Mart'ın sonundaki pik dönemde eliminasyon stratejisine geçildi ve 26 Mart'ta, 4. alarm seviyesi önlemi

olarak ülke çapında eve kapanmaya gidildi (Şekil 2). 5 hafta sonra, 3. seviyeye inilerek önlemler gevşetildi. Mayıs ayında, yeni vaka sayısı sıfırlandıktan sonra, 8 Haziran'da salgının sonlandığı duyuruldu. 8 Haziran'a kadar toplam vaka sayısı 1.504, ölen sayısı 22 idi. 30 Nisan 2021 itibari ile ise bu sayılar sırasıyla 2.613 ve 26'dır.

Yeni Zelanda'da, COVID-19 yönetimi diğer ülkelerden de uzmanları içeren bilimsel danışma kurulunun ortak kararları doğrultusunda oluşturuldu (**Mazey ve Richardson, 2020**). 23 Mart'ta, henüz vaka sayısı 100'ü geçmemiş ve COVID-19'a bağlı ölüm de olmamışken, virüsün toplumda yayılımını azaltarak hasta sayısını sağlık kapasitesinin baş edebileceği düzeye indirmenin amaçlandığı "eğriyi düzleştirme" yaklaşımı yerine; virüsün yayılımını tamamen durdurmaya yönelik yaklaşımları içeren eliminasyon stratejisine karar verildi (**Baker ve ark., 2020a; Baker ve ark., 2020b**). Eliminasyon stratejisi, dört seviyede planlanmış ulusal kontrol önlemlerini içermektedir. Burada amaç virüsü tamamen eradike etmek değil, toplumdaki bulaş zincirini kırarak, en az 28 gün boyunca (kabaca 2 inkübasyon periyodu) vaka görülmesini engellemektir. Sonrasında, impote vaka girişini engellemek için sınır kontrol önlemleri ağırlık kazanmaktadır. Birinci alarm seviyesi önlemlerde; maske takmak yasal olarak zorunlu değildir, ama özellikle kalabalık ve kapalı yerlerde, toplu taşımada maske takılması önerilir. Sınır girişlerinde 14 gün karantina uygulanmaktadır. Dördüncü alarm seviyesi ise insanların evde kaldığı, seyahatin kısıtlandığı, iş yerlerinin ve eğitim kurumlarının kapalı olduğu durumdur. Bu stratejiye karar verilmesinin nedeni servis ve yoğun bakım kapasitesinin, COVID-19 yükünü karşılayamayacağına öngörülmesi ve kişisel koruyucu ekipmanın, filyasyon çalışmalarını yürütecek iş gücünün, test kapasitesinin az olduğunun anlaşılmış olmasıydı. Dördüncü seviye önlemler ve eve kapanma kararı na sağlık çalışanları da imza kampanyaları ile destek verdi. Halk da kapanma sürecine yüksek derecede uyum gösterdi (**Gorman ve Horn, 2020**).

Bilimsel zemini olan kontrol önlemlerini hızlı bir şekilde karara bağlayıp uygulamaya sokan ülkenin Başbakanı Jacinda Ardern, pandemi sürecinde uluslararası arenada oldukça övgü aldı. Ardern'in kriz iletişiminde topluma bilgi verdiği yollar ağırlıklı olarak COVID-19 ile ilgili basın açıklamaları, kabine toplantısı sonrası basın açıklamaları ve sosyal medya üzerinden canlı bağlantılardı. Bu açıklamalarda öne çıkan ana temalar bilimsel temelli kontrol önlemleri,

kararlılık, erken müdahale, koordinasyon ve işbirliği, sosyal dayanışma, eğitim ve bilgilendirmeydi (**McGuire ve ark., 2020**). Ardern, "5 milyon kişilik ekip" olduklarını ve salgınla hep birlikte mücadele ettiklerine vurgu yaptı (**Baker ve ark., 2020b**). Kapanma sürecinde işleri etkilenecek vatandaşlar ya da paralı okumakta olup eğitimi yarıda kalan öğrenciler için finansman desteği sağlanacağını açıkladı. Yine sosyal dayanışmaya vurgu yapmak için başbakan, bakanlar ve kamu yöneticilerinin maaşlarında altı ay boyunca %20 kesinti yapılacağını duyurdu.

Basın açıklamaları ve sosyal medya canlı yayınlarına ek olarak Sağlık Bakanlığı'nın sitesinden halka yönelik çeşitli dillerde eğitim materyalleri sağlandı. Halkın, COVID-19 için tıbbi desteğe nasıl başvuracağına dair yazılı ve görsel bilgilendirmeler sağlandı. Bunun yanında, güncel olarak yeni vaka sayısı, kişi, yer, zaman özellikleri, yurt dışı seyahat öyküsünün olup olmadığı, klinik durumları (karantina/izolasyon altında, iyileşme, aktif vaka, yatış durumu vb.) açık veri halinde paylaşılmaktadır. Yeni Zelanda'nın sürveyans verisinin analiz edildiği ve etkin halk sağlığı müdahaleleri ile başarılı salgın yanıtının nasıl alındığına dair çok sayıda makale de bulunmaktadır (**Baker ve ark., 2020b; Jefferies ve ark., 2020; Varghese ve Xu, 2020**).

Dünyada COVID-19 için bağışıklama girişimlerinin başlamasıyla birlikte Yeni Zelanda, nüfusunun tamamından daha fazlasını aşılayabilecek şekilde planlama yapmıştır. Aşı tedariki için anlaşmaya varılan dört üretici firma Pfizer, AstraZeneca, Novavax ve Jansen Pharmaceutica'dır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). Pfizer-BioNTech (COMIRNATY®- BNT162b2) aşısı için ilk olarak 1,5 milyon doz için anlaşma sağlanmıştır. Yaklaşık 5 milyonluk nüfusun tamamının aşılanmasını sağlayacak 8,5 milyon doz aşının da 2021 yılının ikinci yarısında temin edilmesi beklenmektedir. Diğer üç firma ile aşılarda 2021 yılı sonrasında tedarik edilmesi için ön anlaşmaya varılmıştır. Bu aşılarda miktarı ve bu miktarın karşılayacağı tam aşıları kişi sayıları şu şekildedir: AstraZeneca 7,6 milyon doz (3,8 milyon kişi), Novavax 10,72 milyon doz (5,36 milyon kişi) ve Jansen Pharmaceutica 5 milyon doz (5 milyon kişi).

Yeni Zelanda'da aşılanma dört aşamalı olarak planlanmıştır (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). İlk olarak 18 Şubat 2021'de sınır kapılarında çalışanların (gümrük memurları, hava yolu ve otel çalışanları, liman personelleri, polisler, güvenlik görevlileri gibi) ve izolasyon-karantina

hizmetlerinde çalışan görevlilerinin aşılanması başlamıştır. İkinci aşamada Mart 2021'de sağlık çalışanlarının, bakım evlerinde kalanların ve bakım evlerinde çalışanların, aileleri tarafından bakımı verilen Maori ve Pasifik etnik kökenli yaşlıların ve sınır girişlerinin olduğu; dolayısıyla da karantina-izolasyon faaliyetlerinin yoğun olduğu Counties Manukau Bölgesi'ndeki 65 yaş üstü nüfus ve kronik hastalığı olanların aşılanması başlamıştır. Mayıs 2021'de başlayacak üçüncü aşamada da geriye kalan 65 yaş üzeri nüfusun, kronik hastalığı olanların ve ceza infaz kurumlarındaki tutuklu ve hükümlülerin aşılanması planlanmaktadır. Son olarak geriye kalan nüfustan 16 yaş üzeri olanların aşılanması Temmuz 2021'de başlayacaktır. 28 Nisan 2021 itibarıyla toplam 232.588 doz aşı uygulanmıştır. Bunun 172.564'i ilk doz, 60.024'i ikinci dozdur (**Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası, 2020**). Kabaca toplam nüfusun %3.5'i en az bir doz aşı olmuştur.

Tüm dünyada olduğu gibi Yeni Zelanda'da da salgının bundan sonraki seyri merak konusudur. Salgının zaten kontrol altında olduğu ülkede bu yıl içinde nüfusun tamamının da aşılanması planlanmıştır. Ek olarak Başbakan Ardern, Koronavirüs Aşısı Küresel Girişimi (COVAX) aracılığıyla yoksul ülkelere 800.000 kişiye yetecek dozda (1,6 milyon doz) aşı bağışlanacağını da duyumuştur. 2 Mayıs 2021 tarihi itibarıyla ülkede 1. seviyede önlemler uygulanmaktadır ve hepsi importe vaka olmak üzere sadece 24 aktif vaka vardır. 24 Nisan 2021'de Auckland'da verilen 50.000 kişilik konser, bize pandemi öncesi zamanları bile anımsatabilmiştir. Yeni Zelanda örneği, erken risk değerlendirmesi ve etkin halk sağlığı müdahaleleri ile eliminasyonun sağlanabileceğini göstermiştir. Aşı bağışıklığı ile ilgili umutlar devam ederken, etkin salgın yönetimi için yeterli altyapı, kaynak, siyasi irade ve halkın uyumu gerekmektedir.

Kaynaklar

- Baker, M. G., Kvalsvig, A., Verrall, A. J.** (2020) New Zealand's COVID-19 elimination strategy. *The Medical Journal of Australia*.
- Baker, M. G., Wilson, N., Anglemeyer, A.** (2020) Successful Elimination of Covid-19 Transmission in New Zealand. *New England Journal of Medicine*, 383(8): e56.
- Foley, D. A., Chew, R., Raby, E., Tong, S. Y. C., Davis, J. S., Australasian Society for Infectious Diseases Clinical Research Network** (2020) COVID-19 in the pre-pandemic period: A survey of the time commitment and perceptions of infectious diseases physicians in Australia and New Zealand. *Internal Medicine Journal*, 50(8): 924-930.
- Gorman, D., Horn, M.** (2020) On New Zealand's weak, strong and muddled management of a COVID-19 epidemic. *Internal Medicine Journal*, 50(8): 901-904.

- Health Funds Association of New Zealand web sayfası** (2020) Eri im Tarihi 26 Ekim 2020, <https://www.health-funds.org.nz/>
- Huston, P., Campbell, J., Russell, G., Goodyear-Smith, F., Phillips, R. L., van Weel, C., Hogg, W.** (2020) COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*, 4(4).
- Jefferies, S., French, N., Gilkison, C., Graham, G., Hope, V., Marshall, J., McElnay, C., McNeill, A., Muellner, P., Paine, S., Prasad, N., Scott, J., Sherwood, J., Yang, L., Priest, P.** (2020) COVID-19 in New Zealand and the impact of the national response: A descriptive epidemiological study. *The Lancet Public Health*, 5(11): e612-623.
- King, H.A.** (2001) The primary health care strategy. Eri im Tarihi 23 Ekim 2020, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/phcstrat_0.pdf
- Mazey, S., Richardson, J.** (2020) Lesson-Drawing from New Zealand and Covid-19: The Need for Anticipatory Policy Making. *The Political Quarterly*, 91(3): 561-570.
- McGlone, M. S., Wilmshurst, J. M.** (1999) Dating initial Maori environmental impact in New Zealand, *Quaternary International*, 59(1): 5-16.
- McGuire, D., Cunningham, J. E. A., Reynolds, K., Matthews-Smith, G.** (2020) Beating the virus: An examination of the crisis communication approach taken by New Zealand Prime Minister Jacinda Ardern during the Covid-19 pandemic. *Human Resource Development International*, 23(4): 361-379.
- Medical Council of New Zealand** (2018) The New Zealand Medical Medical Workforce in 2018. Eri im Tarihi 25 Ekim 2020, <https://www.mcnz.org.nz/assets/Publications/Workforce-Survey/434ee633ba/Workforce-Survey-Report-2018.pdf>
- Ministry of Health NZ.** (2015) Health of the Health Workforce. Eri im Tarihi 27 Ekim 2020, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-of-health-workforce-2015-feb16_0.pdf
- Ministry of Health NZ.** (2017) The New Zealand Health and Disability System: Handbook of Organisations and Responsibilities. Eri im Tarihi 12 Ekim 2020, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/bim-handbook-organisations-responsibilities-dec17_0.pdf
- Ministry of Health NZ.** (2020) Ventilators and ICU bed capacity. Eri im Tarihi 28 Ekim 2020, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/ventilators_and_icu_capacity_11_may_2020.pdf
- New Zealand Legislation web sitesi** (2020) Eri im Tarihi 20 Ekim 2020, <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2004/0115/latest/whole.html>
- New Zealand Medical Association web sayfası** (2020) Eri im Tarihi 26 Ekim 2020, <https://www.nzma.org.nz/media-releases/nzma-calls-for-the-government-to-prioritise-support-for-healthcare-workers-in-the-front-line-against-coronavirus>
- New Zealand Nurses Organisation web sayfası** (2020) Eri im Tarihi 26 Ekim 2020, https://www.nzno.org.nz/about_us/media_releases/artmid/4731/articleid/1885/nurses-must-be-given-personal-protective-equipment-now
- The Royal New Zealand Collage of General Practitioners** (2018) 2018 general practice workforce survey: part 1. Eri im Tarihi 25 Ekim 2020, <https://www.rnzcgp.org.nz/gpdocs/New-website/Publications/GP-Workforce/WorkforceSurvey2018Report1-revised-July-20194web.pdf>
- Varghese, C., Xu, W.** (2020) Quantifying what could have been—The impact of the Australian and New Zealand governments' response to COVID-19. *Infection, Disease & Health*, 25(4):242-244.
- Wilson, N., Barnard, L. T., Kvalsvig, A., Baker, M.** (2020) Potential Health Impacts from the COVID-19 Pandemic for New Zealand if Eradication Fails: Report to the NZ Ministry of Health. Eri im Tarihi 23 Ekim 2020, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report_for_moh_-_covid-19_pandemic_nz_final.pdf
- Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı web sayfası** (2020) Eri im Tarihi 12 Ekim 2020, <https://www.health.govt.nz/>