

AVUSTRALYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Mehmet YORULMAZ
Abdullah DEğİRMENCİ
Mustafa DEMİRKIRAN
Burhanettin UYSAL
Ali BAKIRCI

A. ERDAL SARGUTAN

AVUSTRALYA SAğLIK SİSTEMİ

ÖZET	310
I. ÜLKE TANITIMI	311
I.1. Coğrafi Yapı	311
I.2. İklim, Bitki Örtüsü Ve Doğal Yaşam	311
I.3. Tarihi Gelişim	312
I.4. Nüfus Ve Etnik Yapı	312
I.5. Hükümet Sistemi	313
I.6. Eğitim	313
I.7. Ekonomi	313
I.8. Doğal Kaynaklar	314
I.9. Ulaşım	314
II. SAğLIK SİSTEMİ	315
II.1. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	316
II.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	317
II.2.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	317
II.2.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri	319
II.2.3. Avustralya Kraliyet Uçan Doktorlar Hizmeti	320
II.2.4. Sağlık İnsangücü	320
II.2.5. Sağlık Eğitimi	320
II.2.6. Eczacılık Sektörü	321
II.3. Sağlık Sigorta Sistemi	322
II.4. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	323
II.4.1. Sağlık Hizmetleri Harcamaları	323
II.4.2. Sağlık Harcamalarının Finansmanı	325
II.5. Dünya İle İşbirliği	326
II.6. Avustralya Sağlık Sistemine Yönelik Sorunlar	326
III. AVUSTRALYA VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARSILAŞTIRILMASI	328
KAYNAKLAR	331
EK: DEğİŞİKLİK İÇİN SEÇENEKLER	332

ÖZET

Avustralya, endüstrileşmiş bir ülke olup, sağlıklı yaşam beklentisi ve kişi başına sağlık harcamaları açısından verimlilik ve etkililik olarak en iyi performansa sahip ülkelerden biridir. Kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye'dekinin yaklaşık 8 katıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi bakımında dünyada en yüksek değerlere sahip dördüncü ülkedir.

Ülkede ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler rahatsızlıklar ve kanser gelmektedir. Ayrıca AIDS, ABD hariç tüm ülkelerden daha hızlı yayılmaktadır.

Avustralya ağırlıklı olarak Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil tipteki sağlık sistemlerinin içerisinde yer alır.

Avustralya'da sağlık hizmetleri sunumu kamu ağırlıklı olup, örgüt yapısının başında Sağlık Ve Yaşlanma Bakanlığı yer alır. Bakanlık, eyalet hükümetleri, bölge hükümetleri ve özel sektör tarafından yürütülen sağlık hizmetlerini destekleme ödemeleri yapar.

Eyalet ve yerel yönetim harcamaları da söz konusudur. Eyalet ve Bölge Hükümetleri, Anayasa'nın getirdiği yükümlülükle, akut hastahaneler ve psikiyatri hastahaneleri dâhil olmak üzere, asıl sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar.

Birincil sağlık hizmetleri istenilen düzeyde uygulanmamaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri hastahaneler de vermektedir.

Toplam harcamaların 2/3'ünü ve hastahane harcamalarının %50'sini devlet, geriye kalanı kişiler karşılar. GSMH'sinin %6'sı sağlığa ayrılmıştır ve ayrıca sağlık vergisi alınır.

Zorunlu bir genel sağlık sigortası sistemi vardır. Bu sigorta sisteminin finansmanı toplanan primlerden sağlanır. Bu sistem Medicare denilen bir kurum tarafından yönetilir. Medicare sistemi kapsamında bütün Avustralya sakinleri kamu hastası olmayı seçtikleri takdirde devlet hastahanelerinden ücretsiz yararlanabilirler.

• Medibank adlı özel bir ek sigorta vardır. İsteyenler buna da katılabilir.

Halkın bütününe sağlık güvenliği altına alan ve iyi işleyen sistemi sebebiyle ülkenin sağlık göstergeleri iyi durumdadır.

AVUSTRALYA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	: 7.686.850 kilometrekare
NÜFUS	: 19.357.594
İDARE ŞEKLİ	: İngiliz Kral ya da Kraliçesini Devlet Başkanı olarak tanıyan Demokratik Federal Eyalet Sistemi
BAŞKENTİ	: Canberra
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Sydney, Melbourne, Brisbane, Perth, Adelaide, Newcastle
DİLİ	: İngilizce
PARA BİRİMİ	: Avustralya Doları (1/1)

I.1. Coğrafi Yapı

Avustralya güney yarımkürede Pasifik ve Hint Okyanusları arasında yer alan dünyanın beşinci kıtası ve bir kıta ülkesidir. 7.682.300 kilometrekare sahası ile takriben Türkiye'nin on misli büyüklükte olup, doğu ve batı uçları arasındaki mesafe Madrid-Moskova arasındaki mesafeye eşittir. Ülkenin %40'ı Oğlak dönencesi ile Ekvator arasında yer alır. Dünyanın en eski kıta parçalarından biri olduğu için ihtiyar dağlarla kaplı güneydoğu bölgesi hariç, genellikle düz bir arazi yapısına sahiptir. Yükseklik ortalaması 300 metreyi geçmez. En yüksek noktası denizden 2230 metre yükseklikteki Kosciusko dağıdır (1/1).

I.2. İklim, Bitki Örneği Ve Doğal Yaşam

Bütünyle ele alındığında Oğlak Dönencesi'nin her iki yanında bulunan Avustralya'nın karasal özellikleri sıcak ve kurak bir iklimi vardır. Bol yağış alan bölgeler doğuda ve güneybatıda en geniş yeri birkaç km'yi geçmeyen bir şerit oluşturur. Ülke bir çok iklim kuşağına rastlanır. En geniş kuşak, iç kesimlerdeki kurak kuşaktır. Sıcaklıklar yüksek, yağışlar çok düşüktür. Hava son derece kuru, sağanak yağışlar ender ve kısa süreli, günlük sıcaklık değişiklikleri arasındaki fark yüksektir. Gündüzün bunaltıcı sıcaklığının ardından, gece don olayı görülebilir. Kuzey ve güneydoğudaki tropikal kuşakta sıcaklıklar yüksektir. Sıcak mevsimdeki çok bol yağışları en soğuk mevsimde uzun bir kuraklık dönemi izler. Güneydoğu'daki ılıman kuşakta sıcaklıklar orta derecededir. Yağışlar bütün yıl sürer. Ama en çok kış mevsiminde görülür. Doğu kıyısı boyunca ilerlendikçe yavaş yavaş ılıman iklimden yarı tropikal, Queensland'da da gerçek tropikal iklime geçilir. Kuzeye doğru sıcaklıklar yükselir ve en çok yağış yoğunluğu kıştan yaza kayar. Güneybatıda ve güneyde Akdeniz tipi iklim egemendir.

Sıcak ve kurak yaz, yumuşak ve yağışlı kış iklim koşulları nedeniyle ülkenin bitki örtüsü genellikle cılızdır. Gerçek ormana yalnız doğuda ve güneybatıdaki bol yağış alan bölgelerde rastlanır. Kuzeyde dalları birbirine geçmiş ağaçlar ve sarmaşıklardan oluşan gerçek tropikal orman, daha güneyde görkemli okaliptüs ormanı görülür. Çoğunlukla orman son derece seyrek ve okaliptüs ile akasya kümelerinden oluşur. Ormandan savana ya da akasya ağaççıklarından ve bodurlaşmış okaliptüslerden oluşan bitki topluluklarına geçilir. Sonunda belirsiz bir geçişle tehlikeli dikenli otların ve yer yer dikenli çalılıkların yer aldığı taş ya da kum çöllerine varılır.

Fauna ülkenin öbür kıtalara uzaklığı sayesinde bozulmadan korunmuş ve zamanla doğal çevre koşullarına uymuş, ilkel türleri ile son derece özgürdür. Bu nedenle Avustralya'ya canlı fosiller ülkesi denilebilir. Dingo, birkaç kemirici ve yarasalar dışında Avustralya'da memelilerin üstün yapılı üyeler içeren sınıflarına rastlanmaz. Yalnızca alt yapılı memeliler, tek delikliler, keseliler, çeşitli kuş türleri, papağan, tepeli devekuşu, yılanlar görülür. Bu fauna günümüzde insanların isteyerek ya da farkına varmadan getirdikleri hayvanlara karşı yaşama savaşı vermektedir ve bazı türler yok olma tehlikesiyle karşı karşıyadır (12/1056,1057).

1.3. Tarihi Gelişim

Avustralya dünyanın en büyük adası ve en küçük kıtasıdır. Avustralya'ya ilk yerleşenler 30.000 yıl önce Asya'dan göç ederek adaya çıkan kısaca "Aborijin" adı verilen yerlilerdir. 1770 yılında İngiliz Donanması subaylarından Captain Cook'un, Cope York bölgesinden karaya çıkarak Avustralya'yı İngiltere'ye bağlamasıyla Anglo-Saksonlar yerleşmeye başlamıştır. 1788'de İngiltere'den yola çıkan 11 gemiyle Avustralya'ya 1030 mahkûm gönderilmiştir. Kıta kürek mahkûmlarının ve İngiltere'de istenmeyen diğer suçluların gönderildiği bir yer iken, daha sonra, 1850 ve 1860 yıllarında altın madenlerinin keşfedilmesiyle İngiltere, ABD ve Çin'den büyük göçler olmuş ve Avustralya'daki ilk koloniler oluşmuştur. Daha sonra İngiltere'den ve İrlanda'dan göçmenlerin gelmesiyle ve 19. yüzyılda New South Wales, Tasmanya, Batı Avustralya, Güney Avustralya, Viktorya ve Queensland'da kurulan kolonilerin birleştirilmesiyle 1901 yılında "Commonwealth of Australia" Avustralya Federasyonu kurulmuştur (1/2).

1.4. Nüfus Ve Etnik Yapı

Toplam nüfus 19.491.825 kişidir (9 Ocak 2002). Nüfusun cinsiyete göre dağılımı erkek: % 49,09, kadın:% 50,91'dir. Nüfusun büyük çoğunluğu İngiliz ve İrlanda asıllılardan oluşmaktadır. Diğer etnik gruplar İtalyan, Yunan, Çinli, Arap, Eski Yugoslavyalı, Vietnamlı, Türk, Yerliler (Aborijin)'dir. Nüfus artış hızı % 1.3'tür.

Ülkenin resmi dili İngilizcedir. Diğer konuşulan diller ise göçmen etnik grupların kullandığı dillerdir (İtalyanca, Çince, Yunanca, Arapça, Türkçe vs.).

Nüfusun dinlere göre dağılımı şu şekildedir: Katolik %26, Anglikan %24, Diğer Hıristiyanlar %23, Müslüman %0,7, Yahudi %0,4 (1/1).

I.5. Hükümet Sistemi

Ülkenin yönetim biçimi Anayasal Monarşi'dir. Eski kolonilerin birleşmesiyle oluşmuş bulunan Avustralya Uluslar Topluluğu federasyon şeklinde teşkilatlanmış bir devlet olup İngiliz ve Amerikan devlet sistemlerinin karışımından ibarettir. 1901'den bu yana yürürlükte olan Anayasaya göre federasyonun başı İngiltere Kralı veya Kraliçesidir ve Genel Vali tarafından temsil edilmektedir. Bir parlamenter monarşi rejimi olan ülkedeki yürütme gücü federasyon düzeyinde Genel Valinin, eyaletlerde ise eyalet valisinin elinde bulunmaktadır.

Ancak uygulamada asıl güç federal Başbakan ile Kabinededir. Yasama yetkisi, üyeleri genel oyla halk tarafından seçilen Temsilciler Meclisi ile Senatodan oluşmuş Parliamentonun elindedir. Eyaletlerde ise mahalli işlere bakan Eyalet Meclisleri bulunmaktadır (1/2).

I.6. Eğitim

Avustralya'da okullar Şubat'ta başlayıp ortalamı iki ser aylık 4 dönem halinde sürmekte ve Aralık ayında sona ermektedir. Arada 2-3 haftalık ara tatilleri ve 1,5 aylık yaz tatili verilmektedir.

Avustralya'da okullarda eğitim dili İngilizcedir. İlkokul altı yıl, ortaokul dört yıl ve lise seviyesi iki yıldır. İlkokul eğitimi beş yaşında hazırlık sınıfıyla başlar. Devlet okullarında eğitim ücretsizdir.

İlkokulda eğitim, rahat bir ortamda ve çocuğun yaratıcı yönünü geliştirme üzerine odaklanmıştır. Çocukları stres altına sokmamayı hedefleyen eğitimde hemen hemen hiç ev ödevi verilmemektedir. Verilen bilgiler Türkiye'deki karşılığı olan sınıfın çok altındadır. Çocuğun yeteneğine göre 4. sınıftan itibaren sınıf içerisinde gruplara ayrılmaktadır. Eğitim genelde oyun ile verilmektedir. Okul saatleri 9:00-15:30 arasındadır.

Ortaokul ve liselelerdeki eğitim de ilkokul gibi Türkiye'deki sınıf karşılıklarına göre daha basittir. Ortaokul 4 yıl, lise 2 yıl olmak üzere orta öğretim toplam 6 yıldır.

Liselerde, öğrenciler 5 ders almak zorundadırlar ve istedikleri dersi seçebilmektedirler. Eğitime devam etmek istemeyen öğrenciler için zorlayıcı hiç bir etken yoktur.

Üniversitelerdeki eğitim daha kaliteli ve ciddidir (1/3).

●7. Ekonomi

Para birimi Avustralya Dolarıdır. Ülkenin GSMH'si 470,5 Milyar ABD Doları'dır. Kişi başına milli gelir 21.000 ABD Doları civarındadır. GSMH artış hızı %3,5'tir. Yıllık enflasyon oranı % 2,8, işsizlik oranı %6,3'tür (2003 yılı verileri).

GSMH'nin sektörlere göre dağılımı şu şekildedir:

- Sanayi %33
- Tarım %4
- Hizmet %63

Yıllık ihracat 79.75 milyar ABD Doları olup, yıllık ithalat ise 78,72 milyar ABD Doları düzeyindedir (2003 yıl verileri). Temel ihraç ürünleri arasında kömür, ham petrol, altın, demir cevheri, et, yün, buğday, alüminyum, petrol ürünleri, şeker, otomobil ve ulaştırma araçları, doğalgaz sayılabilir. Temel ithal malları ise motorlu taşıtlar, bilgisayar, ham petrol, rafine petrol, ürünleri, haberleşme araçları, tekstil, elektrikli aletler, plastik, uçak ve parçaları, motorlu taşıt parçaları, ilaçtır (1/2).

I.8. Doğal Kaynaklar

Maden ve enerji kaynakları bakımından nispeten zengin olan Avustralya'da başlıcalarını kurşun, çinko, uranyum ve kömürün teşkil ettiği çeşitli madenlerle, elmas ve özellikle de dünyada birinci olduğu opal çıkarılır. Dünyanın en büyük elmas ve kömür ihracatçısıdır. Boksit, demir, bakır ve petrol bulunursa da yetersizdir. Doğu, güney ve güney batı bölgelerinde gelişmiş tarım tekniklerinin kullanıldığı yüksek verimli tarım alanları bulunur. Nükleer bilim, uzay, tıp, elektronik, haberleşme alanlarında AR-GE faaliyetleri yürüten, bilimsel ve teknik bakımdan gelişmiş bir ülkedir (1/3).

I.9. Ulaşım

Uluslar arası ve ülke içi seyahatlerde en çok tercih edilen ulaşım şekli havayoludur. Ülke içi ulaşımında trafik yönü sordandır. Yollar muntazam ve trafik rahattır. Sidney, Melburn gibi büyük şehirlerde trafik sıkışıklığı yaşanmaktadır.

Avustralya'da bütün eyalet başkentleri arasında demiryolu ulaşımı mevcuttur. Düzenli tren seferleri ve özel turlar ile de demiryolu, turizmde de kullanılan yollardır. Demiryolu ücretleri daha makuldür (1/4).

II. SAĞLIK SİSTEMİ

Avustralya, dünya çapında ele alındığında, sağlıklı yaşam beklentisi ve kişi başına sağlık harcamaları açısından verimlilik ve etkililik olarak en iyi performansa sahip ülkelerden biridir. Bu başarının arkasında yatan en önemli neden, Avustralyalı bireyler ve aileler ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki işbirliğidir. Halkın yaşam tarzı üzerindeki kararları, kendilerine iyi bakmaları, profesyonel yardım arama ve almaları, kamu politikalarının gelişimine birçok düzeyde katkıda bulunmaları Avustralya sağlık sisteminin biçimlenmesinde önemli rol oynar. Bunun yanı sıra bireyler internet vasıtasıyla çeşitli kaynaklardaki bilgileri kullanarak sağlık hizmeti sunanlar ile sürekli bir işbirliği sağlamışlardır (2/5).

Tablo 1: Avustralya Halkının Ülke Sağlık Sistemlerine Bakışı (%)

Derece	Erkekler		Kadınlar		Her iki cins	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Mükemmel	18,9	17,1	18,6	18,3	18,7	17,7
Çok iyi	35,1	31,8	35,3	33,4	35,2	32,6
İyi	28,9	32,3	28,9	29,6	28,9	30,9
Orta	12,8	13,7	13,2	13,9	13,0	13,8
Kötü	4,3	5,1	4,0	4,8	4,2	5,0

Kaynak: (2 2004, Australian Institute of Health and Welfare (2004), Australian's Health, Canberra, s. 15.

Avustralyalıların yaşam süreleri her geçen gün artmaktadır. Doğumdan sonra beklenen yaşam süresi kadınlar için 82,6 ve erkekler için ise 77,4'tür. Bu rakamlarla Avustralya dünya sıralamasında 4. sırayı almaktadır. Ancak Aborjinler ve Torres Strait adası sakinleri için ortalama yaşam süresi diğer Avustralyalılara göre 20 yıl daha düşüktür.

Çocuk ölüm oranlarına bakıldığında, Avustralya son 25 yılda önemli bir ilerleme göstermiş olmasına rağmen, OECD ülkelerinin yarısından daha kötü değerlere sahiptir.

Avustralya'daki ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler rahatsızlıklar ve kanser gelmektedir. 2001 yılı rakamlarına göre Avustralyalıların beşte birinin kardiyovasküler rahatsızlığı vardır.

Bazı raporlara göre AIDS Avustralya'da Amerika hariç tüm ülkelerden daha hızlı yayılmaktadır. Tahmini 50.000 HIV taşıyıcısı olduğu sanılmaktadır. Vakaların çoğu Sidney ve civarında görülmekte olup, bunda Sidney'deki kalabalık sayıdaki homoseksüel nüfusun etkili olduğu sanılmaktadır (2/6).

II.1. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Avustralya'da sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kapsamı dışındadır ve devlet tarafından karşılanır. Sosyal güvenlik sistemi de Federal Hükümet sorumluluğundadır ve (ek emeklilik hariç) prim toplanmadan, vergilerle karşılanır.

Avustralya'da Federal Hükümet Sağlık Ve Yaşlanma Bakanlığı vasıtasıyla, ulusal sağlık politikalarını belirler ve eyalet hükümetleri, bölge hükümetleri ve özel sektör tarafından yürütülen sağlık hizmetlerine destekleme ödemeleri yapar. Sağlık hizmetlerinin gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı %9,3'tür (3/1).

Avustralya'da sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısının başında Sağlık Ve Yaşlanma Bakanlığı yer alır. Bu bakanlığın başında, başka birkaç ülkede de görüldüğü gibi, bir tek bakanlık olmasına karşın iki bakan bulunur: Bunlar Sağlık Ve Yaşlanma Bakanı ile Yaşlanma Bakanı (4/17).

Sağlık Ve Yaşlanma Bakanı aşağıdaki alanlarda doğrudan yapılan uygulamaların yanı sıra bütçe ayarlamaları ve stratejik uygulamalardan tam anlamıyla sorumludur. Başlıca görev konuları şunlardır:

- Halk Sağlığı,
- Medicare Ve İlaç Kullanım Listeleri,
- Yerli Sağlığı,
- Kırsal Alan Sağlık Hizmetleri,
- Sağlık Sigortası Komisyonu,
- Özel Sağlık Sigortası,
- Liderlik Ve Kaynak Yönetimi.

Yaşlanma Bakanı ise yaşlanan nüfusuna yönelik stratejilerin yanı sıra yaşlı bakım evlerinden, Ulusal Memnuniyet Yönetimi Stratejisi, topluluk hizmetleri ve insan klonlama gibi konulardan sorumludur (4/18).

Sağlık Ve Yaşlanma Bakanlığı'nın alt birimleri şunlardır:

- Akut Bakım Bölümü
- Yaşlanma Ve Yaşlı Bakım Bölümü
- Toplum Sağlığı Bölümü
- Birincil Sağlık Hizmetleri Bölümü
- İlaç Ve Eczacılık Hizmetleri Birimi
- Bilgi Ve İletişim Bölümü
- Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Bölümü
- Aborjinler Ve Torres Strait Adası Sakinleri İçin Sağlık Bürosu
- Portfolyo Stratejileri Bölümü
- Muhasebe Ve Sahtekârlık Denetimi Bölümü
- Satın alma Grubu (5/1)
- Tedavi Malzemeleri İdaresi
- Genel Rehabilitasyon Hizmetleri (4/18)

Federal Hükümet kapsamlı sağlık hizmetlerini ve ilaç kullanımı ile ilgili harcamaları karşılar, kamu hastahanelerine, bakımevlerine ve kamu sağlığına finansal destek verir.

Ayrıca Federal Hükümet sağlık araştırmalarının ana finansman kaynağıdır ve sağlık çalışanları ile yükseköğretim tıp öğrencilerinin eğitimi için de destek sağlar.

Bakanlığın her eyalet ve özel topraklarda şubeleri vardır. Bunların görevi yerel idarecilerle işbirliği yapmak, Bakanlık programları dahilinde sunulan hizmetlerin yerel ihtiyaçlara ve koşullara göre dağıtılmasını sağlamak, eşitlik ilkelerini gözetmek, kalite ve verimliliği standart tutarlılıklar içinde yaşatmaktır.

Bu şubelerin bir başka görevi de sağlık hizmetlerine ait politika ve programlardaki örtüşme ve boşlukları yerel olarak tespit etmektir. Ayrıca bölgelerinde sunulan hizmetler arasında koordinasyonu da sağlamakla görevlidirler.

CRS Avustralya 1 Temmuz 2002 tarihinde Aile Ve Toplum Bakanlığı'ndan Sağlık Ve Yaşlanma Bakanlığı'na devredilmiş bir teşkilattir. Ana görevi özür, sakat kişilerin rehabilitasyonunu sağlamak ve onların işgücü içinde yer alabilmelerini sağlamaktır. CRS Avustralya'nın da eyalet ve özel topraklarda şubeleri vardır. Bu bölümün sunduğu ulusal hizmet ağı kentsel, kırsal ve uzak bölgelerdeki 163 kalıcı şubeden oluşmaktadır (4/20).

Eyalet ve Bölge hükümetleri, Anayasa'nın getirdiği yükümlülükle, akut hastahaneler ve psikiyatri hastahaneleri dahil olmak üzere, asıl sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Eyaletler ve Bölgeler ayrıca okul sağlığı, ağız sağlığı, anne ve çocuk sağlığı, mesleki sağlık, hastalık kontrolü etkinlikleri gibi topluluk ve kamu sağlığı hizmetlerini de geniş ölçüde sağlarlar.

Yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili ana sorumlulukları çöplerin toplanması, temiz su kaynaklar ve sağlık denetimi gibi çevresel konularla ilgilidir. Bunun yanı sıra yerel yönetimler evde bakım hizmetleri ve aşılama gibi kişisel sağlık hizmetleri de sunarlar (3/1).

II.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Avustralya'da sağlık hizmetlerinin sunumu hem kamu hem de özel sektör tarafından gerçekleştirilir (6/1).

II.2.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Avustralya sağlık sistemine yöneltilen en önemli eleştiri, sağlık hizmetlerinin sunumunda hastahanelere çok büyük ağırlık verilirken, birincil (primer) sağlık hizmetleri kapsamında, birinci kademe tedavi hizmetlerinin yetersiz şekilde sunulmasıdır. Hastalar sağlık hizmetlerine ulaşmak için önce hastahanelere başvurmalıdır. Bunun en önemli nedeni de sağlık hizmetlerinde çalışan özel doktorların sağlık sigorta sistemi kapsamı içinde olmayışlarıdır (7/1).

Birincil sağlık hizmetleri çok sayıda hizmet ile varolan durumun korunmasına yönelik önlemleri ve idari işlemleri içermektedir. Birincil sağlık hizmetleri genel hekimlik, topluluk eczahaneleri, hükümet dışı hizmetler ile çeşitli kamu sektörü sağlık hizmetlerinden oluşur. Bu hizmetleri sunan kuruluşlar genellikle birbirlerine bağlı olarak çalışırlar.

Birincil sağlık hizmetlerinin görevleri arasında şunlar bulunmaktadır:

- Sağlığın korunması, sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, birey ve toplum düzeylerinde hastalıkların erken teşhisi
- Değerlendirme, tedavi ve başvuru gibi konularda sağlık sistemine ilk başvuru noktası olması,
- Hastahaneye başvuru öncesi ve hastahane sonrası kronik ve kompleks durumlar için topluluk tabanlı yönetim,
- Özürlü ya da bakıma muhtaç insanlar için topluluk tabanlı sağlık bakım hizmetlerinin sunulması (8/5)

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, gözlemler yoluyla risk faktörlerinin ölçülmesi ve bireysel yaşam tarzlarına ilişkin tavsiyelerden oluşmaktadır. Bu hizmetler genel hekimler, toplum sağlığı klinikleri ve diğer birinci basamak sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı özel tıp kuruluşları, Medicare ve Aile Planlaması Hizmetleri gibi gönüllü kuruluşlarınca karşılanmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri arasında şunları sayabiliriz:

- *Göğüs Kanseri Takibi*: Göğüs kanseri Avustralyalı kadınlar arasında en sık rastlanan ve en çok ölüme neden olan kanser türüdür. Bu konuyla ilgili olarak yürütülen bir programla 50 ila 69 yaş arasındaki kadınlar sürekli takip edilmektedir.
- *Rahim Kanseri Takibi*: Ulusal Rahim Kanseri İzleme Programı ile kadınlar arasında kanserden ölümlerde rahim kanseri sekizincilikten ondördüncülüğe gerilemiştir.
- *Bağırsak Kanseri Takibi*: Bağırsak kanseri hem kadınları hem de erkekleri etkileyen en önemli kanser türü olup, akciğer kanserinden sonra kanserden ölümlerde ikinci sırayı almaktadır. Çeşitli pilot bölge uygulamaları ile çok sayıdaki insan bu program içine almıştır.
- *Aile Planlaması Programı*: Bu program ile Avustralya hükümeti, cinsellik ve üreme ile ilgili hizmetlere erişim seçeneklerini artırmayı amaçlamaktadır. Çeşitli aile planlaması kuruluşları ile birlikte çalışılarak ülke çapında bir veri yapısı oluşturulmaya çalışılmaktadır (4/44,45).

Bazı hastalıkların önlenmesine yönelik olarak tütün, alkol, uyuşturucu kullanımı, obezite, hipertansiyon, yüksek kolesterol seviyesi, fiziksel tembellik, korumasız seks, mesleki rahatsızlıklar ve kazalar, uygun olmayan sebze ve meyvelerle beslenme gibi olgulara karşı da çeşitli önlem programları uygulanmaktadır (4/8).

Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyini yükseltmesinin yanı sıra, getirdiği ekonomik faydalar da mevcuttur. Bunların başında işgücü kaybının önlenmesi gelmektedir. Ayrıca koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine oranla daha az maliyetlidir. HIV/AIDS programlarının 1980-2010 yılları arasında 6.973 yeni vakayı önlediği ve önleyeceği tahmin edilmektedir.

Kızamık hastalığının önlenmesine yönelik olarak yürütülen programlar sayesinde hükümetin yaptığı her 1 Avustralya Doları tutarındaki harcama için 155 Avustralya Doları tutarında net tasarruf sağladığı tahmin edilmektedir. Bunun 30 yıl içindeki toplam mali getirisi 8 milyar ABD Dolarıdır (4/9).

II.2.2. İkincil (Sekonder) Ve Üçüncül (Tersiyer) Sağlık Hizmetleri

Avustralya'da ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) sağlık hizmetlerinin sunumunda 2002 yılında 746 kamu ve 560 özel sektör hastahanesi hizmet vermektedir. Kamuya ait hastahanelerin toplam yatak kapasitesi 51.461 ve özel sektöre ait hastahanelerin ise 27.407'dir (9/7).

2002 yılı rakamlarına göre hastahanelerde sağlık hizmeti alan kişi sayısı 6.398.171'dir. Bu da her 1000 kişiden 327'sinin herhangi bir hastahaneye uğradığını göstermektedir. Bu sayının %62'si (3.948.860) kamuya ait akut hastalık hastahaneleri, %0,3'ü (16.652) kamuya ait psikiyatri hastahaneleri, %38'i (2.432.659) özel sektör hastahaneleri (hem akut hem psikiyatri) olarak dağılmıştır.

Hastahanelerde 2002 dönemi için toplam yataklı tedavi süresi 23.201.186'dır. Bunların %66'sını kamu hastahaneleri, %4'ünü kamuya ait psikiyatri hastahaneleri ve %30'unu özel sektör hastahaneleri karşılamıştır.

Özel hastahaneler Avustralya'daki toplam yatak kapasitesinin dörtte birine sahiptir. Özel sektör uygulamaları çoğunlukla yatakta tedavi gerektirmeyen uygulamaları kapsar ve ücretli çalışan doktorlarla hastahane hizmetlerinin büyük bir kısmını sağlarlar. Diş sağlığı hizmetlerinin çoğu özel hekimlerce sağlanır (2/276).

Tablo 2: Hastahaneler Ve 1000 Kişiye Düşen Yatak Sayıları

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02
Hastahaneler							
Kamu Akut		704	706	736	728	726	724
Kamu Psikiyatrik		34	23	24	21	22	22
Toplam Kamu		738	729	760	749	748	746
Toplam Özel		463	472	492	492	502	509
Toplam		1,201	1,199	1,250	1,241	1,250	1,258
1000 kişiye düşen yatak sayısı							
Kamu Akut		3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,5
Kamu Psikiyatri		0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Kamu Toplam		3,2	3,1	3,0	2,9	2,8	2,6
Toplam Özel		1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Toplam		4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0

Kaynak: (2) Australian Institute of Health And Welfare (2004) Australian's Health, Canberra, s. 287.

II.2.3. Avustralya Kraliyet Uçan Doktorlar Hizmeti

Kraliyet Uçan Doktorlar Hizmeti 1928 yılında John Flynn tarafından kurulmuş Avustralya'ya özgü bir hizmettir. Avustralya'nın ıssız alanlarında yaşayan, çalışan ve seyahat edenler için 24 saat 365 gün havadan ilk yardım hizmeti sağlayan bir kuruluştur. Her yıl 183.000 kişiye hizmet verir ve bunların ortalama 22.000'i başta sağlık hizmetlerine taşınmaktadır, 17 üs ve 38 uçakla hizmet veren bu kuruluş yaklaşık 7.150.000 kilometrekarelik bir alana hizmet ulaştırır ve yıllık olarak 12 milyon kilometre yol yapar. Acil servis görevi dışında birincil sağlık hizmetlerinin kırsal alanlarda yürütülmesi için de çaba göstermektedir. Uçan Doktorlar Hizmeti'nin yıllık mali gideri yaklaşık 43 milyon Avustralya Doları olup, bu bütçe federal, eyalet ve özel toprak yönetimlerince finanse edilir. Ayrıca çeşitli kurumlardan ve halktan da bağışlar gelir (3/3).

II.2.4. Sağlık İnsangücü

2001 yılı verilerine göre Avustralya'da 450.792 kişi sağlık sektöründe çalışmaktadır. Ancak bunların bir kısmı, doğrudan sağlık hizmetleri dışında kalan idari, güvenlik ve diğer görevlerle ilgili personeldir (2/257).

Avustralya'da sağlık sektöründe çalışan hemşire, doktor ve eczacıların 1996 ve 2001 yılına göre sayıları Tablo 3'te verilmiştir:

Tablo 3: Sağlık Sektörü Çalışanları (1996 ve 2001 yılları)

Meslek	1996	2001
Genel hekimler	23.089	24.307
Uzman Hekimler	20.209	23.381
Diş Hekimi	8.000	9.000
Hemşire	197.500	205.000
Eczacı	13.384	14.747 ^a

a 1999 yılı verisi

Kaynak: (2) Australian's Health 2004, Australian Institute of Health And Welfare, Canberra s. 274.

II.2.5. Sağlık Eğitimi

2001 yılında sağlık alanında lisans ve lisansüstü eğitimini tamamlayanlar içinde en yüksek sayı 8.216 ile hemşireler olmuştur. Bu sayı 1996 yılındaki 10.110 sayısına göre %19 daha düşüktür. Bu sayının birkaç yıl içinde artacağı tahmin edilmektedir. Lisans düzeyi eğitime başlayan kişi sayısında küçük de olsa bir artış gözlenmektedir.

Sağlık sektöründe eğitimini tamamlayan ikinci kalabalık grup doktorlardır. 2001 yılında 2,058 öğrenci lisans ve lisansüstü eğitimlerini tamamlamıştır.

Bu sayı 1996 yılına göre %18 artış göstermiştir. Lisans eğitimi sonrasında lisansüstü eğitimlerini de tamamlayan öğrencilerin oranı 1996'da %24 iken 2001'de %32'ye yükselmiştir.

Rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili eğitimlerini tamamlayanları sayısında ise en büyük oranlı artış gözlenmektedir. Konuşma patolojisi ve işitme konusunda 1996-2001 yılları arasında %59 (252'den 401'e), mesleki terapi %51 (440'dan 665'e), ayak sağlığı uzmanları %27 (114'ten 145'e) ve diğerleri ise %116 (299'dan 646'ya) artış olmuştur (2/250).

Tablo 4: Sağlık Hizmetlerinde Çalışanlar (2001)

Meslekler	Sağlık Hizmetleri Sektörü	Diğer Sektörler	Toplam
Sağlık Meslekleri	356.088 kişi örneğin: doktorlar, hemşireler, dişçiler, yardımcı sağlık personeli, acil servis elemanları vs.	94.704 kişi diğer sektörlerde sağlık ile ilgili konularda çalışmaktadır. Örneğin: eczacılar, güvenlik müfettişleri, çevre sağlığı uzmanları vs.	450.972
Diğer meslekler	201.963 kişi sağlık sektöründeki diğer mesleklerde çalışmaktadır. Örneğin: büro çalışanları, sosyal hizmet personeli vs.		
Toplam	557.781		

Kaynak: (2) Australian Institute of Health And Welfare, (2004) Australian's Health, Canberra s. 258.

II.2.6. Eczacılık Sektörü

Avustralya'da ilaçlar konusunda düzenleyici ulusal kuruluş TGA'dır (Therapeutic Goods Administration – Tedavi Malzemeleri İdaresi) (4/5).

Baş ağrısı hapları, öksürük şurubu, ateş düşürücü şurup gibi ilaçlar eczahanelere ilaveten süpermarketlerde de bulunabilir. Antibiyotik türü ve uyuşturucu madde ihtiva eden ilaçlar reçetesiz satılmaz. Eczahaneler genellikle 9:00-17:30 saatleri arasında, büyük merkezlerde 9:00-21.00 arası açıktır. 24 saat açık olanlar da vardır (1/3).

1996 yılında Avustralya'da 13.834 çalışan eczacı vardı, bu da 100.000 kişiye 75,6 eczacı oranıdır. 1996 yılından sonra eczacı sayısı %7 artarak 1999 yılında 14.747'ye ulaşmıştır (100.000 kişiye 77,9 eczacı) (2/267).

Eczacılık sektörü harcamaları 1990'lar boyunca artış göstermiştir. 1991-92 dönemindeki eczacılık harcamaları tüm sağlık harcamalarının %9,9'unu oluştururken, bu oran 2000-01 döneminde %14,1'e çıkmıştır.

Eczacılık sektörüne ait toplam harcama tutarı 2001-02 döneminde 10.304 milyon Avustralya Doları olarak tahmin edilmektedir. Bunun 1.315 milyon Avustralya Dolarlık kısmı hastahanelerde, hastahane hizmetlerinin sunumu sırasında kullanılmıştır (2/237).

1996-2003 yılları arasında eczacılık araştırmaları sonucunda hastaların tedavisi ya da hastalıkların önlenmesine yönelik olarak ve ulusal sağlık öncelikleri göz önünde bulundurularak piyasaya 250 yeni ilaç sürülmüştür. Sadece 2003 yılında eczacılık endüstrisi piyasaya 32 yeni ilaç sunmuştur. Son araştırmalar bir ilacın piyasaya sürülmesinin 1,2 milyar Avustralya Dolarlık bir maliyet ve 12 yıllık bir süreç gerektirdiğini ortaya koymuştur (10/1).

II.3. Sağlık Sigorta Sistemi

Sağlık sigorta sisteminin ana yapısını ulusal sağlık programı olan Medicare oluşturur. Bunun dışında özel sigorta sistemleri de mevcuttur (6/1).

1984 yılında kapsamlı bir sigorta sistemi olan Medicare uygulamaya konulmuştur. Finansmanı kısmen gelirlerin %1,5'i şeklindeki bir vergi ile sağlanır. Medicare'in iki ana işlevi tıbbi uygulamaların ve hastahane bakım hizmetlerinin masraflarının karşılanmasıdır.

Medicare sisteminin kapsamında, bütün Avustralya sakinleri, kamu hastası olmayı seçtikleri takdirde devlet hastahanelerinden ücretsiz yararlanabilirler. Hastahaneler ile sözleşmeleri bulunan doktorlar tarafından tıbbi bakımları yapılır. Eyalet ve Bölge yönetimleri hastahane hizmetlerini sağlarlar ve hizmetlerin kalitesi ile uygun standartların korunması için Federal Hükümet ve mesleki kuruluşlarla yakın ilişki içinde çalışırlar. Avustralyalılar kamu hastahanelerinde ya da özel hastahanelerde özel hasta olmayı da seçebilirler. Özel sektörde, hastalar tıbbi giderler için doğrudan ödeme yapmayı tercih edebilirler ya da özel sigortaları kullanabilirler. Medicare genel pratisyen ya da uzman konsültasyonu gibi hastahane dışı tıbbi hizmetler için de ödemeleri karşılar. Federal Hükümet her tür hizmet için standart fiyatlar belirlemiştir ve Medicare bunların %85'lik kısmı için ödeme yapar. Doktorları çoğu standart ücretlerin üstünde çalışır ve ücret farkını hastalar öder.

● Sağlık Sigortası Komisyonu, federal Sağlık Ve Yaşlı Bakımı kuruluşu içinde yer alan yasal bir kurumdur. Bu kurum onaylanmış hizmetler için Medicare'in payını ödeme görevini üstlenmiştir. Bu komisyon ayrıca, sigorta kapsamı içinde yer alan ilaç ödemelerini de yapar. Reçeteli olarak yazılabilecek ve ödenecek ilaçlar için belirlenmiş bir liste vardır.

Hem tıbbi hem de ilaçla ilgili hizmetlerde, yüksek düzeyde tedavi gerektiren durumlarda hastaların çok fazla doğrudan ödeme yapmalarını engellemek üzere bazı düzenlemeler de yapılmıştır. Medicare normal şartlar altında dış hizmetleri, fizyoterapi ve masajla tedavi uygulamaları için ödeme yapmaz (3/1,2).

Avustralyalıların yaklaşık üçte birinin özel sağlık sigortası vardır. Bu sigortalar, hem kamu hem de devlet hastahanelerinde özel hasta olarak tedavi görmelerine olanak sağlar. Ayrıca özel sigorta sistemi içinde yer almayan fizyoterapi ve diş hizmetleri ile gözlük ödemelerini de yaparlar. Federal Hükümet kamu ve özel sektör arasında insanları özel sigortaya sahip olmaya teşvik ederek daha iyi bir denge yakalamak, bu arada Medicare'i ulusal güvence ağı olarak da tutmak istemektedir (3/2).

II.4. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Diğer ülkelerde olduğu gibi, Avustralya, yaşlanan nüfus, teknolojik değişimler ve artan hasta beklentileri yüzünden gittikçe büyüyen sağlık bütçesinin baskısı altındadır (3/1).

II.4.1. Sağlık Hizmetleri Harcamaları

2001-02 dönemi için Avustralya'nın sağlık harcamalarının toplam tutarı 66.582 milyon Avustralya Dolarıdır ve bu da GSYİH'nin %9,3'üne karşılık gelmektedir. Bu miktar ve oranın 1991 yılından bu yana artışı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5: Toplam Sağlık Harcamaları Ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla

Yıllar	Toplam Sağlık Harcamaları(milyon Avustralya Doları)	GSYİH (milyon Avustralya Doları)	Sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı(%)
1991-92	33.123	406.605	8,1
1992-93	35.098	426.231	8,2
1993-94	36.990	447.024	8,3
1994-95	39.216	471.349	8,3
1995-96	42.082	502.828	8,4
1996-97	45.296	529.885	8,5
1997-98	48.273	561.229	8,6
1998-99	51.629	591.916	8,7
1999-00	55.809	628.620	8,9
2000-01	60.897	669.307	9,1
2001-02	66.582	712.874	9,3

Kaynak: (2) Australian Institute of Health And Welfare (2004), Australian's Health, Canberra s. 230.

Tablo 6: Avustralya Ve Diğer Seçilmiş OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD Doları)

Yıllar	Avustralya	Kanada	Fransa	Japonya	Y.Zellanda	Ukrayna	ABD	Ortalama
1991	1,904	2,483	2,240	1,594	1,355	1,410	4,051	2,847
1996	2,458	2,721	2,583	2,192	1,639	1,872	4,930	3,541
2001	3,397	3,741	3,432	2,856	2,291	2,669	6,548	4,755

Kaynak: (2) Australian Institute of Health And Welfare (2004), Australian's Health , Canberra s. 241.

1991-92 dönemi ile 2001-02 dönemi arasında sağlık harcamaları yılda ortalama %4,6 oranında artmıştır. En hızlı artış gösterilen dönemler olan 1997-98 ve 2001-02'de artış oranı %5,4 olmuştur. Sağlık harcamalarının bu kadar hızlı artıyor olmasının nedeni ekonominin diğer alanlarına göre sağlık sektöründe daha yüksek olan enflasyondur (2/230).

Kişi başına düşen sağlık harcamalarının diğer ülkelere göre kıyaslaması yukarıdaki tabloda belirtilmiştir.

2001-02 döneminde Avustralyalılar sağlık harcamalarına kişi başına 3.397 Avustralya Doları ayırmıştır. 1998-99 dönemi ile 2000-01 dönemi arasında kişi başına düşen sağlık harcaması yılda %8,5 oranında artmıştır.

Avustralya sağlık sistemi için en büyük eleştiri konusu Aborjinler ve Torres Strait Adası halkı için yapılan sağlık harcamalarının yetersiz olmasıdır. Toplam sağlık harcamalarının %2,6'sı bu halklar için yapılmış olup kişi başına düşen sağlık harcaması 3.065 Avustralya Doları'dır. Bu halkların genel nüfusa oranla çok düşük gelir düzeylerine sahip olmasına rağmen, bu halkın kişi başına düşen sağlık harcaması %22 daha yüksektir. Ancak bu yüksekliğe rağmen bu halklar bazı sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetleri açısından alt seviyededirler.

Avustralya sağlık sisteminde harcama yapılan diğer önemli bir grup da savaş gazileri ve bunlarla ilgili kişiler (eşlerini savaşta kaybetmiş kadınlar, yetimler). Bu gruba 2002-03 döneminde 3.631 milyon Avustralya Dolarlık bir bütçe harcaması yapılmıştır (2/232-234).

Doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili yapılan harcamalar toplam sağlık harcamalarının %94,2'sini oluşturur (62.693 milyon Avustralya Dolarıdır). Bu harcamalar arasında en yüksek payı 22.236 milyon Avustralya Doları ile hastahaneler alır. Kamu akut hastahanelerine 16.678 milyon Avustralya Doları, kamu psikiyatri hastahanelerine 409 milyon Avustralya Doları ve özel hastahanelere 5.149 milyon Avustralya Doları harcama yapılmıştır. Tıp hizmetlerine yapılan harcamalar ise 11.187 milyon Avustralya Doları ve ilaçla ilgili harcamalara da 8.989 milyon Avustralya Doları harcama yapılmıştır.

Kamu sağlığı için yapılan sağlık harcamalarının payı 2001-02 dönemi için 987 milyon Avustralya Doları ile %1,7'lik pay almaktadır (2/235).

II.4.2. Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı hem hükümet hem de hükümet dışı kaynaklardan yapılır. Hükümet kaynakları açısından bakıldığında, hükümetin her düzeyde (federal, eyalet, bölge ve yerel) yaptığı katkılar verilen hizmetlere göre değişir. Federal, eyalet, bölge ve yerel hükümetler sağlık hizmetleri finansmanlarının kendi gelir kaynakları içinden yaparlar. Federal hükümet 2001-02 yılı içinde sağlık harcamalarının %46,3'ünü, eyalet, bölge ve yerel hükümetler de %22,3'ünü karşılamıştır. Hükümet dışı kaynaklar ise harcamaların %31,4'lük kısmına karşılık gelir (2/242).

Federal hükümetin sağlık için yaptığı harcamaların en büyük kaynağını ise Medicare primleri oluşturur. Bu primler toplamı 5 milyar Avustralya Doları ile Avustralya hükümeti harcamalarının %16,2'lik kısmına karşılık gelir.

Eyalet ve bölge yönetimleri ağırlıklı olarak hastahanelerde uygulanan hizmetlerin ve hastahane tesislerinin kurulmasının finansmanına kaynak ayırırlar. Yerel yönetimler ise yaşlılar için bakım evleri, kamu sağlığı gibi hizmetler için kaynak kullanır (2/244, 245).

Tablo 7: Devlet Ve Devlet Dışı Sektör Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)

Yıllar	Hükümet			Hükümet Dışı				Toplam
	Avust. Hüküm.	Eyalet/ Bölge ve Yerel	Toplam	Sağlık Sigortası Fonu	Bireyler	Diğer	Toplam	
1991-92	42,8	24,6	67,3	11,5	16,7	4,5	32,7	100,0
1992-93	43,6	23,4	66,9	11,3	16,8	4,9	33,1	100,0
1993-94	45,1	21,3	66,4	11,0	17,0	5,7	33,6	100,0
1994-95	44,8	21,6	66,3	10,7	17,1	5,9	33,7	100,0
1995-96	45,1	22,0	67,1	10,5	16,0	6,3	32,9	100,0
1996-97	43,7	22,9	66,7	10,4	16,7	6,3	33,3	100,0
1997-98	44,7	23,8	68,5	8,8	16,5	6,1	31,5	100,0
1998-99	46,1	22,9	69,0	7,5	17,5	6,0	31,0	100,0
1999-00	46,9	23,0	69,9	6,5	17,4	6,2	30,1	100,0
2000-01	47,1	22,6	69,7	6,8	18,2	5,3	30,3	100,0
2001-02	46,3	22,3	68,6	7,4	18,6	5,4	31,4	100,0

Kaynak: (2) Australian Institute of Health And Welfare (2004), Australian's Health, Canberra s. 242.

Hükümet dışı harcamaların en önemli finansman kaynağı hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ve özel sigorta kurumlarının ödedikleri paralarıdır. 2001-02 döneminde doğrudan yapılan ödemeler tutarı 12,5 milyar Avustralya Doları olup hükümet dışı harcamaların %60'lık kısmını oluşturur. Özel sigorta kurumları ise 4,9 milyarlık katkı ile %23'lük bir paya sahiptir. Kalan kısım ise çeşitli finansman kaynaklarından karşılanır (2/245).

II.5. Dünya İle İşbirliği

Avustralya, Dünya Sağlık Örgütü, OECD, diğer ülkelerin sağlık bakanlıkları ve bağımsız araştırma kuruluşları ile işbirliği yaparak, hastalıkların yayılmasını önlemeye, uluslararası sağlık standartlarını belirlemeye ve sağlıkla ilgili koşulların daha iyi hale getirilmesine çalışmaktadır. Ayrıca Avustralya hükümeti diğer ülkelerin tecrübelerinden faydalanmaya ve uluslar arası sağlık politikasının gelişmesine katkıda bulunmaya çalışmaktadır.

Avustralya özellikle WHO ile işbirliği içinde Asya Pasifik bölgesine ağırlık vererek, bölgedeki diğer uluslar arası kuruluşlar ve bölge ülkesi bakanlıkları ile birlikte hareket ederek Avustralya'yı etkileyen sağlık konuları üzerinde çalışmaktadır.

Avustralya'daki akademik kurumlar ve sağlık ajansları uluslar arası konsültasyon hizmetleri sunmakta, yerinde eğitim programları uygulamakta ve özellikle bölgedeki sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırmaya çalışmaktadır.

Sağlık Sigortası Komisyonu, Dünya Bankası, USAID, ILO ve WHO ile sağlık finansmanı, sağlık sigortası yönetimi, sağlık bilgi sistemleri, bilişim teknolojileri, eğitim ve öğretim kurumlarının geliştirilmesi konularında projeler yürütmektedir.

İngiltere, İrlanda, Finlandiya, İtalya, Malta, Hollanda, Norveç, Yeni Zelanda ve İsveç gibi bazı ülkeler ile Avustralya arasında sağlık hizmetleri konusunda anlaşmalar imzalanmıştır. Bu ülkelerden gelen ziyaretçiler gerekli tedaviler için Medicare kapsamı içinde kabul edilirler. Bu şartlar altında hastahane tedavisi gerektiğinde bu ziyaretçiler özel hasta değil sadece Medicare hastası olarak kapsam içine alınırlar. Diğer ülkelerle yapılan anlaşmalar bazı küçük farklılıklar da gösterir.

Diğer ziyaretçiler Medicare kapsamı içinde değildirler ve ülkeye gelirken kendi sağlık sigortalarını ayarlamaları gerekir (3/3).

II.6. Avustralya Sağlık Sistemine Yönelik Sorunlar

Avustralya'da sağlık hizmetleri konusunda çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır:

- Aborjinler ve Torres Strait Adası sakinlerine yönelik sağlık hizmetleri ülkenin en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir.
- Federal Hükümet ile eyalet ve bölge yönetimleri arasındaki işbirliği daha da artırılmalıdır. İdari kurumlar arasındaki yetki boşlukları biran önce kaldırılmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunun devamlılığında ülke çapında bir denge sağlanmalıdır.

- Birincil sağlık hizmetlerinin acil olarak artırılması, genel pratisyenlik uygulamalarının sistem içinde daha çok yer alması gibi konular sağlık giderlerindeki artışın önüne geçebilmek için gereklidir.

- Müşteri tabanlı bir sağlık sistemi oluşturulmalı, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar arasında daha iyi bir koordinasyon sağlanmalıdır.

- Tıp eğitimi konusu bir an önce ele alınmalı ve tıp eğitiminde araştırma ve geliştirme çalışmalarına yer verilmelidir.

- Sağlık hizmetinde çalışanlar arasındaki eşitsizlikler giderilmeli, görev taksimleri doğru olarak yapılmalı ve bazı alanlardaki personel sıkıntısı giderilmelidir.

- Tüketicilerin haklarını korumak için daha adil bir ücretlendirme politikası uygulanmalı, klinik hizmetler kalite ve güvenlik konusunda iyileştirilmelidir.

- Hastahane hizmetlerinde ölüm ve sakatlanma ile sonuçlanan çeşitli olayların önüne geçilmelidir.

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetler azaltılmalı, kaynakların daha verimli kullanılmasına yönelinmelidir.

- Sağlık kurumlarının ve hükümetin sağlık alanındaki mali araştırmaları artırılmalı, verilerin tutulması ve raporlandırılması geliştirilmelidir.

- Özel sağlık sigortası uygulamaları teşvik edilmeli ve böylece kamu hastahaneleri sisteminin üzerindeki yük hafifletilmelidir.

- Hastaların yaptığı doğrudan ödemeler gün geçtikçe artmaktadır ve bu sağlık hizmetlerine kapsamlı erişim ilkesi ile ters düşmekte, hastaların ödeme güçleri ön plana çıkmaktadır.

- Birçok kişi ruh sağlığı sorunları ile uğraşmakta ve bunların çoğu, gereksinimleri ve ne yapmalarının gerektiği konusunda bilgi sahibi olamamaktadır.

- Ruh sağlığı ile ilgili problemler, çalışmama nedenlerinin başında gelmekte ve bu da ülke ekonomisi için önemli maliyetler doğurmaktadır.

- Çocuk ve ergenlik çağındaki kişilerin gelişimi için uygun yatırım ve çalışmalar yapılmamaktadır.

- Avustralya'da kırsal ve uzak alanlarda yaşayanlara sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda yetersiz kalınmaktadır (11/3,4).

III. AVUSTRALYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 8: Türkiye Ve Avustralya'ya Ait Bazı Sağlık Göstergeleri

Göstergeler	Avustralya	Türkiye
Kişi Başına Düşen GSYİH	25.963 ABD Doları	6.974 ABD Doları
Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	2.213 ABD Doları	323 ABD Doları
GSYİH'nin %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması	8,3	5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması	27,6	28,9
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması.	72,4	71,1
Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	73,3	69,8
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	6	38
100.000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	240	121
Toplam Doğurganlık Hızı	1,8	2,4
Toplam Nüfus	19.338.000	67.632.000
5 Yaş Altı Ölüm Olasılığı (Her 1000 Kişide)	Erkek:7 Kadın:5	Erkek:46 Kadın:40
15-59 Yaş Arası Ölüm Olasılığı (Her 1000 Kişide) (15-59 Yaş Arası)	Erkek:94 Kadın:54	Erkek:206 Kadın:118

Kaynak: (13) Sargutan A. E., (2004): Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara s. 352, 353, 358-365, 372, 373, 384, 385.

Avustralya'da yüksek bir sağlık statüsünün varlığından söz edilebilir. Türkiye, Avustralya ile karşılaştırıldığında daha düşük bir statüye sahiptir. Hem Türkiye'de hem Avustralya'da birincil sağlık hizmetleri gerektiği şekilde uygulanmamaktadır. Her iki ülkede de aile hekimliği sistemi oturmamıştır. Birinci kademe tedavi hizmetleri hem Avustralya'da hem de Türkiye'de ikinci ve üçüncü kademe tedavi hizmetlerinin verilmesi gereken hastahanelerin üzerine yığılmıştır.

Avustralya'da koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerine önem verilmektedir. Yürütülen çeşitli aşılama çalışmaları ve sigara, alkol uyuşturucu kullanımı gibi olgulara karşı yürütülen kampanyalarla, hastalıkların önlenmesine çalışılmaktadır. Avustralya yürütülen bu programlarla sağlık hizmetleri konusunda önemli tasarruflar sağlamaktadır.

Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemekte, bu hizmetlere ilişkin olarak yürütülen programlara yeterli bütçeler ayrılmamakta, tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelinmektedir.

Avustralya'da herkes zorunlu sağlık sigortası kapsamı içindedir. Bu sistem Medicare denilen kurum tarafından yönetilir ve sistemin finansmanı gelir üzerinden alınan %1,5'lik özel vergilerle karşılanır. Ayrıca Avustralya'da faaliyet gösteren özel sigorta şirketleri Medicare'in kapsamadığı sağlık hizmetlerini karşılamak üzere faaliyet gösterirler.

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi sosyal güvenlik kurumları tarafından yönetilirken ve nüfusun yaklaşık dörtte üçlük kısmı sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır.

Her iki ülkede de zorunlu sağlık sigortası uygulaması vardır. Avustralya'da Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil, Türkiye'de Refan Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemleri yürürlükte.

Avustralya'da sağlık hizmetlerinin kentsel ve kırsal alanlar arasında dağılımında çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Ülkenin nüfus yoğunluğunun çok düşük olduğu bölgelere sağlık hizmeti götürülmesinde çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle Aborjinlere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar mevcuttur.

Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda bir eşitsizlik vardır. Sağlık tesislerinin büyük bir çoğunluğu büyük kentlerde yoğunlaşmışken, kırsal alanlarda sağlık tesislerinin ve personelinin dağılımı oldukça zayıftır.

Avustralya gelişmiş bir ekonomiye sahiptir. Ancak bu ekonomiye paralel olarak sağlık araştırmalarına yeterince yatırım yapılmaması ülkenin önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir.

Türkiye'de ise sağlık araştırma ve geliştirme faaliyetlerine, ekonomik alanda da yaşanan krizlere bağlı olarak önem verilememektedir.

Avustralya'da Sağlık hizmetlerinin idari yapısı 3 kademelidir. Federal Hükümet, Eyalet ve Bölge İdareleri ile Yerel Yönetimler bu üç kademeyi oluşturur. Her kademenin kendine ait görevleri vardır. Zaman zaman bu kademeler arasındaki görev ve sorumluluklar birbiriyle örtüşmektedir veya boşluklar oluşmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin başında Sağlık Bakanlığı yer alır. Sağlık Bakanlığı illerde (il sağlık müdürlükleri) şeklinde örgütlenmiştir. İl sağlık müdürlüklerinin altında ise ilçe örgütlenmeleri yer alır.

Avustralya ve Türkiye’de kişi başına düşen hekim ve yatak sayılarına bakıldığında da Avustralya’nın Türkiye’den iki kat daha iyi durumda olduğu görülür.

Avustralya’da sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet bütçesinden, eyalet ve yerel yönetimlerin bütçesinden, sigorta fonlarından ve kişilerin doğrudan yaptıkları ödemelerle karşılanmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak devlet bütçesinden ve sosyal güvenlik fonlarından karşılanır. Diğer finansman kaynakları kişilerin doğrudan yaptığı ödemelerdir.

A. ERDAL

SARGUTİİN

KAYNAKLAR

1. Türkiye Büyükelçiliği (2003) Avustralya Hakkında Genel Bilgiler
<http://www.turkishembassy.org.au/genel/avhkbil.htm> .
2. Australian Institute of Health And Welfare (2004) Australian's Health 2004, Canberra.
<http://www.aihv.gov.au/index.cfm>
3. Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade, Health Care In Australia
http://www.dfat.gov.au/facts/health_care.html
4. Department Of Health And Ageing (2003) Annual Report 2002-03, National Capital Printing.
www.health.gov.au
5. Department of Health and Aging (2005) Divisions, Welcome to the Department of Health and Ageing.
<http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/About+Us+-1>
6. Medibank (2005) Australia's Health System.
<http://www.medibank.com.au/productandservices/overseas/students/aushealth.asp>
7. Australian Nursing Journal (2004) Federal Election 2004 "It's Your Move", Cilt: 12, S: 1.
www.anf.org.au/frame_content.html
8. Queensland Government, Queensland Health (2002) Primary Health in Community Care in Queensland Health 2002-2007, Position Statement.
www.health.qld.gov.au
9. Australian Institute of Health (2003) Australian Hospital Statistics 2001-02, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.
<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/8881>
10. Medicines Australia (2004) Better Health Through Research and Innovation, Medicines & Health.
<http://www.medicinesaustralia.com.au/html/default.asp>
11. Communiqué For Health Reform (2003) Australian Health Care Summit
<http://healthsummit.org.au>
12. Büyük Larousse Sözlük Ve Ansiklopedisi içinden "Avustralya" maddesi, Milliyet Yayınları, İnterpress Basın Ve Yayıncılık A.Ş., İstanbul.
13. Sargutan A. E., (2004): Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara.

EK:

DEĞİŞİKLİK İÇİN SEÇENEKLER

Avustralya'da aranda uzman kişilerin oluşturduğu "Demokratlar" adlı bir grup, Avustralya'nın mevcut sağlık sisteminin işleyişini ele alarak incelemeye tabi tutmuş ve sistemde yapılması gerekliliğine inandıkları bazı reform önerilerini ileri sürmüşlerdir. Bu öneriler, sağlık alanında önemli konuların yeniden düzenlenmesi ve sonuçlarının maksimize edilmesi için, sağlık sisteminin yeniden yönlendirilmesi ihtiyaçlarına dayalı olarak geliştirilmiştir. Bu ihtiyaçların giderilebilmesi için, uygulanmakta olan usullerde temel değişiklikleri gerektirecek bazı yapısal reform seçenekleri ile, bu reformların gerçekleştirilmesi amacıyla sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisinde düzenlenecek yenilikleri içeren tercihler geliştirmişlerdir.

World Hospitals and Health Services adlı dergide yayınlanan bu çalışmaların bütünün ülkemiz sağlık sistemi açısından da önemli noktalar içermesi nedeniyle, Avustralya sağlık sistemi araştırmasına ek olarak verilmesi yararlı bulunmuştur. (Kaynak; IHF; "World Hospitals and Health Services"; The Official Journal of the International Hospital Federation, Volume 34, Number 3, 1998, London.)

DEĞİŞİKLİK İÇİN SEÇENEKLER

I. SAĞLIK ARAŞTIRMASI	335
Sağlık Araştırmasına Olan İhtiyaç	335
Geniş Kapsamlı ve Bağımsız	335
Teklif 1	335
II. SAĞLIK FİNANSMANI	336
II.1. FON TEMİN İLKELERİ	336
Sağlık Harcaması Prodüktivdir	336
Sağlık Bir Kamu Malıdır	336
Rasyon Belirleme İhtiyacı	337
Şeffaflık	337
II.2. MEDİCARE	337
Medicare - Maliyetleri Kapsama Kuvveti	337
Yol Gösterici İlke	337
Medicare'in Genişletilmesi	338
htiyaçların Karşılanması	339
Teklif 3	339
II.3. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI	340
Medibank'ın Tarihi Gelişimi	340
Medibank'ın Yapısı Ve Bugünkü İşleyiş Tarzı	340
Özel Sağlık Sigortası Teşvik Tasarımı	341
Yönetmeliklerin Tekrar İncelenmesi	342
Teklif 4	343
Teklif 5	343
II.4. İNGİLİZ MİLLETLER TOPLULUĞU (COMMONWEALTH) EYALET FON DÜZENLEMELERİ	343
Bütünleşme - Etkililik - Eşitlik	343
Esneklik ve Teşvik	343
Hesap Verme	344
Teklif 6	344
III: KOORDİNELENEN YÖNETİLEN BAKIM	344
Tercihlerin Dikkate Alınması	344
Şeffaflığın Artırılması	345
Veri ve Karar Verme	345
Dikkate Alınması Gerektiği Konusundaki İhtiyaç	345
Tercih ve İmkanlar	346
Toplumda Koordinasyon	346
Başarının Anahtarı	346
Teklif 7	347
Teklif 8	347
IV. HEMŞİRELİK	347
Milli Hemşirelik Stratejisi	347
Yapılandırılmış Kariyer (Meslek) Yolu	347
Teklif 9	348
Teklif 10	348
Teklif 11	348

V. GENEL PRATİSYENLİK	348
Kapıyı Tutanlar ve Koordinatörler	348
Bir Uzmanlık Alanı	349
Genel Pratisyenler (GPs)-Acil Bir İhtiyaç	349
Teklif 12	349
Teklif 13	349
Teklif 14	350
Teklif 15	350
Teklif 16	350
Teklif 17	350
VI. TAŞRA SAĞLIĞI	350
Karmaşık Bir Konu	350
Sosyal Konular	350
Bölgesel Fon Temini	351
Alternatif Modeller	351
Teklif 18	352
Teklif 19	352
Teklif 20	352
Teklif 21	352
VII. YERLİ HALKIN SAĞLIĞI	352
Değişiklik İhtiyacı	352
Saygı Gören Bir Yaklaşım	353
Milli Yaklaşım	353
Teklif 22	353
VIII. EVSİZ İNSANLAR	354
Sabit Bir Adresi Yok	354
Teklif 23	354
Teklif 24	354
Teklif 25	354
Teklif 26	354
IX. RUH HASTALIKLARI OLAN İNSANLAR	354
Önleme ve Erken Tedavi	355
Teklif 27	355
Toplumun Biliçlendirilmesi	355
Teklif 28	356
Gençlerin İntiharı	356
Önemli Faktörler	356
Teklif 29	356
Aileler	356
Teklif 30	356
HİKÂYELER VE GERÇEKLER	357

DEĞİŞİKLİK İÇİN SEÇENEKLER

I. SAĞLIK ARAŞTIRMASI

Sağlık Araştırmasına Olan İhtiyaç: Avustralya'nın sağlık sisteminin, sistem çapında kapsamlı bir şekilde yeniden ele alınması zarureti duyulmaktadır. Avustralya sağlık sisteminin ileride karşılaşılabilecek güçlükler için uyarlanmasını istenmektedir. Değişikliklerin danışma çevresi içinde, açık bir yön belirlemek üzere ve paylaşılan bir reform gündemi içinde yapılmasının gerekli olduğu söylenmektedir. Parça parça, koordine edilmiş uzak değişikliklerin, karmaşıklık ortaya çıkartacağına ve kuvvetli bir halk sağlık altyapısının geliştirilmesinde Avustralya'nın kazançlarını zayıflatacağına inanılmaktadır.

Geniş Kapsamlı Ve Bağımsız: Ülkenin sağlık politikalarının belirleyicileri, reform gündeminin, bağımsız bir sağlık araştırması vasıtasıyla, mevcut sağlık sisteminin incelenmesi ve değişiklik için tercihler, öneriler geliştirilmesi suretiyle ortaya çıkartılmasının gerekli olduğuna inanılmaktadır. Bu sağlık araştırması, Hükümetten bağımsız olarak gerçekleştirilmeli ve hizmetten önemli derecede yararlanacak olan eyalet ve mahalli idareler, hizmet sağlayıcılar ve tüketiciler gibi kişilerle geniş bir danışma yapılması esasını uygulamalıdır.

Sağlık denetiminin üzerinde durması gereken belli başlı konular arasında aşağıdakiler yer almaktadır:

- Mevcut fon temin uygulamasının uygun olup olmadığı (fon temin seviyeleri, hizmet sağlama konusundaki sorumluluklar ve program sınırları dahil)
- Sağlık alanında kamu ve özel sektörün görevleri;
- Sağlık sisteminin bütün seviyelerinde, tüketicinin de girdi sağlama için mekanizmalar geliştirilmesi;
- Çeşitli sağlık hizmetleri için sonuç ölçme düzenlerinin geliştirilmesi,
- Sağlık sistem reformu için tercihler
- Tedavi edici hizmetler ve koruyucu hizmetler arasında gerekli dengenin uygun bir şekilde kurulması,
- Sağlık sisteminde kurumsal ve toplumsal iyileştirmeler.

Hükümetin, sağlık konusunda sistem çapında bir incelemeye kalkışmaması sebebiyle, sağlık sektörünün ileri gelenleri ve etkin bir grup olan Demokratlar, kendi tekliflerini geliştirerek müzakere ve karara bağlamak için hükümete sunmuşlardır.

Ancak, sağlık sistemi için daha kapsamlı bir strateji geliştirmek üzere, daha geniş ve daha formal bir incelemenin gerçekleştirilmesine ihtiyaç olduğuna kimsenin itirazı yoktur.

Teklif 1: Mevcut fon temini ve idari uygulamalar konusunda reform için opsiyonlar geliştirilmesini sağlamak üzere, bağımsız bir sağlık araştırması yapılmalıdır. Bu teklifin kapsamı içerisinde, sağlık finansmanına ilişkin bir araştırma da gerekli görülmektedir.

II. SAĞLIK FİNANSMANI

Avustralya'nın sağlık sistemindeki mevcut fon temin düzenlemeleri son derece karmaşıktır. Birçok durumda, sağlık hizmetleri sonuçlarını optimum hale getirmemektedir. Sağlık sistemi için fon temini bakımından birçok tercihlerin bulunduğunu göz önünde bulundurularak, fon sisteminin, optimum sağlık sonuçlarının gerçekleşmesi bakımından, engel teşkil etmek yerine, katkı yapacak şekilde adapte edilmesinin gerekli olduğuna inanılmaktadır.

Reform tekliflerinde, mevcut sistemin değiştirilmesi için muhtemel seçenekler konusunda ileride yapılacak müzakereleri yönlendireceğine inanılan bir küme ilke geliştirilmiştir. Bu ilkelere geçmeden önce ülkenin mevcut sağlık finansman yapısından bahsedelim Bütün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Avustralya'da da sağlık hizmetlerine ayrılan pay oldukça yüksektir. Avustralya'da bu oran %6'yı aşmaktadır. Ülkenin finansman yapısının değerlendirilmesinde iki bakış açısı vardır:

1-Sağlık harcamalarındaki eğilimin hangi yönde olduğu ve Avustralya'nın diğer gelişmiş ülkelerle nasıl ilişkiler içinde olacağı.

2-Sağlık hizmeti sunmak için yapılan masrafların, talep edilen hizmetleri karşılayabilirliği.

Ülkede sağlık masrafları özellikle son 15 yıl içerisinde büyük artış göstermiştir. Sağlık harcamaları ile ilgili olarak önerilen bir durum, hastahane masraflarını %50'şer olarak hasta ve devletin paylaşmasıdır. Doktorların imkanlarının artırılması ve gelişen teknolojiyle birlikte hizmet kullanımı artmıştır. Bu artış sınırlı kaynaklar dâhilinde ek yük olmaksızın yapılmıştır. AMA, doktorların direkt fiyatlandırma yapmasının maliyeti artırdığını çünkü servislerin hastalara tamamen ücretsiz olduğunu ve ücretleri devletin verdiğini düşünmektedir. Aslında doktorların imkanları arttıkça, hastanın kendi parası ile hizmet kullanması da aynı oranda artmaktadır.

Sağlık harcamalarındaki çok önemli bir pay devlet hastahaneleri tarafından kullanılmaktadır. Bunun nedeni hastahane yataklarının dağılımının düzenli olmaması ve bazı bölgelerde yığılım olmasıdır. Bu imkânların gerçekçi kullanımı politikaların işine gelmediğinden gerçekleştirilememiştir. Hastahane masraflarını azaltmak için atılan en önemli adım; cerrahi hastaları için hastahane yatış gününü azaltma çalışmaları olmuştur.

II.1. Fon Temin İlkeleri

Sağlık Harcaması Prodüktivdir: Sağlık, ekonominin prodüktif bir sektörüdür ve sağlık konusunda yapılan harcamaların, yeteneksizliği azaltma ve refahı artırma bakımından ekonomik yararları bulunmaktadır. Sağlık harcaması iş imkanları yaratması, araştırma ve teknolojik geliştirme için imkanlar sağlaması ve Avustralya'nın işgücü prodüktivitesini yükseltmesi nedeniyle, beşeri sermayeye yapılan bir yatırımdır.

Sağlık Bir Kamu Malıdır: En geniş anlamıyla sağlık, kişisel sağlığın ötesinde, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, sakatlanmaların önlenmesi ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü konularını kapsar.

Bunların hepsinin kişisel ve sosyal bakımından önemli yararları olmakta ve daha güvenli ve sağlıklı toplumların teşkiline katkı yapmaktadır. Bütün Avustralyalılar, artan sağlık hizmetlerinden ve diğer insanların iyi durumda olmasından yararlanır. Fonları iyi şekilde temin edilmiş bir finansman yapısı ile gerektiği gibi görevlerini yapan bir kamu sağlık sisteminde ve personel yapısında herkesin bir payı bulunacağı şüphesizdir.

Rasyon Belirleme İhtiyacı: Sağlık hizmetine ne kadar para harcadığına bakmaksızın, toplumun hizmet konusundaki taleplerinin tamamının karşılanmayacağı belirtilmelidir. Bundan dolayı, sağlığa tahsis edilen kaynakların bir orana bağlanması için, formal ve açık bir prosesin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Bu proses, sağlık alanına olduğu gibi sağlık sektörünün tümü için de kaynakların tahsisi konusu dahil, bu alanda tahsis edilen toplam kaynak miktarı üzerinde durmalıdır. Bir formal prosesin bulunmaması halinde, kaynakların orantılaşması, Hükümet ihtisas komisyonları vasıtasıyla yapılmakta ve hizmet sağlanmasında gerekli fon temin kararları, ekseriya, toplum ve tüketici yönelimleri dikkate alınmadan, verilmektedir. Bu kararlar, toplumun hakiki önceliklerini yansıtmıyor olmayabilmekte ve ekseriya, tüketiciler üzerinde ciddi uzun vadeli etkiler yapabilmektedir.

Şeffaflık: Avustralya'nın cari sağlık finansman sistemi, gereksiz ve haksız olarak karmaşık halde bulunmakta ve düşük fon temin mekanizmaları ile karakterize edilmektedir. Bununla ilgili bilgiler, tüketiciler ve bu iş için ayrılmış parayı yönlendirenlerin tamamınca erişilemeyen durumdadır. Toplum, sağlık konusunda harcanan paranın nereden geldiğini, nasıl harcadığını, bu fon kararlarını kimin aldığını anlamamaktadır. Böylece halkın sorumluluğu azalmakta ve hukuki anlaşmazlıklar kolayca ortaya çıkabilmektedir. Kuvvetli bir şekilde, sağlık fon temin sisteminin, tüketiciler ve parayı elinde tutanlar diğer kişiler tarafından artan girdiler sunulması ile yararlanabilecek bir duruma geleceğine ve fon temin yapılarının, şeffaf ve bütün ilgililerin erişebileceği bir durumda olmasının gerektiğine inanmak gerekmektedir.

II.2. Medicare

Reform çalışmalarını yürütenler, kapsamlı sağlık sigortası sağlayıcısı olarak Medicare'in devam etmesini, kuvvetle desteklemektedir. Demokratlar, Medicare'in erişebilir ve eşit sağlık hizmetlerini sağlamaya devam edecek en iyi imkanı teşkil ettiğine ve en uygun sağlık harcamalarını ihtiva edeceğine inanmaktadır.

● Özel sağlık sigortasının, temel sağlık ve akut bakım hizmetleri bakımından rolünün artırılmasının, sağlık sistemini daha iyi hale getireceğine inanmamaktadırlar. Araştırma ile belirlendiği üzere, özel sigorta ile dominant halde düzenlenen bir sağlık hizmetinin, birçok insan için engel oluşturucu bir pahalılık yaratacağı anlaşılmaktadır.

Medicare - Maliyetleri Kapsama Kuvveti: Medicare, genel sağlık sigortalayıcısı olarak, sağlık hizmeti masraflarını karşılayacak satın alma kuvvetine sahiptir. Özel sağlık sektörüne daha fazla masrafın yapılması, sağlık hizmetlerinin genel olarak maliyetini yükseltmektedir.

Bu sağlık sigorta primlerinin arttırılmasını veya vergilerle yahut cepten ek harcama yaparak ücretlerin ödendiği bir durumu ortaya çıkartmaktadır. Demokratlar, Medicare'in mecburi bir genel sigorta sistemi olarak idame ettirilmesini, kamu sağlık sistemini kuvvetlendirdiğine ve bütün Avustralyalılar için özel sağlık hizmetlerini kullanmayı tercih eden insanlar dahil, sağlık hizmeti maliyetlerini azalttığına inanmaktadır.

Yol Gösterici İlke: Yüksek geliri olan insanların, sağlık hizmeti maliyetlerine ilişkin olarak daha yüksek oranlarda katkı yapmalarının gerektiğine inanılmaktadır. En adil ve maliyet bakımından en etkili olanın, bunun, tedrici bir şekilde gelirin vergilendirilmesi yoluyla sağlanması olduğu belirtilmektedir. Mevcut Medicare düzenlemeleri, kaliteli hizmet için ek ücret ödeme esasına dayalı olan bazı cesaret kırıcı öneriler de dahil olmak üzere, kimi sınırlamalarla kısıtlı bulunduğunu teyit etmektedir. Mevcut fon temin sistemi içinde, Medicare, kapalı açılmış bir fon temin edici olarak, uygun olmayan veya etkili olmayan sağlık hizmeti kararları sonucu artan giderler sebebi ile, diğer alanlarda kesintilere yol açabilir.

Medicare'in Genişletilmesi: Yukarıda sayılan bu problemlere yönelmede en iyi stratejinin, Medicare'in genişletilerek, kapalı hastahane hibeleri ve açık olarak sağlanan tenzilatlar biçiminde halen iki türde gerçekleşen fonlamanın, hükümet tarafından sağlık ve toplum hizmetlerine yapılan diğer harcamalarla birlikte bir tek sağlık fon havuzu içinde birleştirilmesini sağlamak olduğuna inanmak ve uygulamaya koymak olduğu belirtilmektedir. Bu para temel sağlık, hastahane ve toplum bakım hizmetlerinin, herkes tarafından yararlanılması için kullanılabilir. Bu yaklaşımın, federal ve eyalet/mahalli idareler arasında sağlık konusuna işbirliği içinde bir yaklaşım getirmeyi teşvik ettiğine ve sağlık sisteminin sağlığı daha iyi hale getirmek, hastalıkları önleme ve sağlık hizmetlerinin sunulmasını bütünleştirmek bakımından bir yeniden yönlendirmeyi kolaylaştırdığına inanılmaktadır.

Teklif 2: Bütün İngiliz Devletler Topluluğu ve eyalet/mahalli idare tarafından sağlık konusunda yapılan harcamaların, tek bir fon havuzu teşkil edecek şekilde bir araya getirilmesinin gerektiği. Reformistler, bu stratejinin, tedrici safhalar halinde adapte edilmesinin gerekeceğini görmektedir. Bu prosesin bir kısmını teşkil edecek şekilde, Demokratlar, ilave hizmetlerin ve daha esnek bir ödeme yapısının, halen kullanılmakta olan Medicare programı altına dahil edilmesine ilişkin opsiyonları incelemek için Medicare İnceleme Grubu teşkil edilmesini desteklemektedirler.

Bu Medicare İnceleme Grubu, sağlık sisteminde pay sahibi olan belli başlı kısımların tamamının temsilcilerini ihtiva ediyor olmalı, bunlar arasında tüketiciler de bulunmalıdır. Böylece, ilerideki Medicare için çeşitli seçenekler incelenebilecektir. Bu seçenekler aşağıdakileri ihtiva etmektedir:

Mevcut Medicare programının genişletilerek, sağlık ve sosyal yararlar (misal olarak belirtilirse, diş bakımı ve tamamlayıcı ve beraberinde gelen sağlık hizmetleri gibi) bakımından kendini kabul ettirmiş olanların kapsam içine alınması;

✓ İlave Medicare geliri temin etmek için tercihler (aşağıda belirtilenlere bakınız)

✓ Özel hastahane kullanımı için, zorunlu kalınacak yardımların tekrar belirlenmesi.

Özel Medicare İnceleme Grubunun teşkil edilmesinin, Medicare fon düzenlemelerinde tüketici ve toplum görüşlerinin alınmasını temin edeceğine ve Medicare'in Avustralya topluluğunun mevcut ve ilerideki sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde geliştireceğine inanılmaktadır.

İhtiyaçların Karşılanması: Demokratlar, temel sağlık hizmetleri bakımında, halen karşılanmamış bir ihtiyacın bulunduğu, kamu hastahanelerinin bu ihtiyaca cevap verebilmesi için önemli miktarlarda fon teminine gerek gösterebileceğini, Medicare için toplanan gelirlerde bir yükselme yapılmasını ve bütün sağlık harcamalarının Medicare için toplanacak bir vergi içine dahil edilmesinin gerektiğini savunmaktadırlar.

İlave hizmetlerin Medicare içine dahil edilmesinin, büyük mali etkileri olacağı bilindiğinden, bu konularda Hükümetten ve Medicare İnceleme Grubundan tavsiyeler temin edilmesinin gerektiğine inanılmaktadır. Demokratlar, toplum ve bu konuda yetkili olanların işe karışması suretiyle, Medicare hizmetleri için uygun bir fonlama seviyesine ulaşılmasının mümkün olduğuna inanılmaktadır.

Teklif 3: Federal Hükümet, Medicare İnceleme Grubunu toplantıya çağırmak suretiyle, gelirlerin artırılması için tercihler dahil, tüm Medicare reform konuları üzerinde durmayı sağlamalıdır.

Reformistler, Medicare için sağlanacak gelirleri arttırmak için, aşağıdaki seçenekleri önermektedir:

Seçenek 1: Medicare için toplanan gelirlerde, düşük gelir sahipleri için mevcut muafiyetleri yerinde tutarak, yüzde 1'lik genel bir artış sağlanması. Böylece, yılda ilave 2.5 milyar \$ ortaya çıkacaktır.

Seçenek 2: Medicare için toplanan gelirlerde, aşağıdaki ölçeği göre adım artışların sağlanması. Bu seçenek, yaklaşık olarak yılda sağlık geliri şeklinde ilave 2.2 milyar \$ ortaya çıkartacaktır.

Seçenek 3: Medicare için toplanan gelirleri bugünkü seviyelerinde tutmak (yüksek gelir kazananlar için ilave %1 dahil) ve yılda Özel Sağlık Sigorta Teşvik Programı için harcanan (teşvik olarak ödenenler ve Medicare gelirinden vazgeçilenler bakımından) 1.1 milyar \$'ı, tekrar kamu sistemine yönlendirmek.

YILLIK GELİR	TOPLAM MEDİCARE ÜCRETİ
\$15.000 – \$20.700	%1.5
\$20.701- 38.000	%2.0
\$38.001- \$50.000	%2.5
\$50.001 - \$100.000	%3.0
\$100.000 +	%3.5

II.3. Özel Sağlık Sigortası

Medibank'ın Tarihi Gelişimi: 1 Haziran 1975'te yürürlüğe giren Avustralya'nın Medibank programı tümüyle genel gelirlere finans edilmektedir. Kanunun görüşülmesi sırasında Liberal parti hem Medibank'ın oluşturulması için gereken fonların, hem de diğer hükümet girişimleri için gereken fonlara ayrılan genel gelirlerin onaylanmasını önledi. Bu açık krizi çözmek için, Avustralya Devlet Başkanı Avustralya Anayasası'nda verilen ama daha önce hiç kullanılmamış olan bir yetkiyi kullandı. 11 Kasım 1975'te İşçi Partisi hükümetini azletti ve birkaç hafta sonra yeni bir ulusal seçim çağrısı yaptı. Aralık 1975'te Liberal ve Devlet partilerinin oluşturduğu koalisyon seçimi kazandı ve Hükümeti kurdu. Medibank kontrol komitesi iş başına geçirildi. 1976 Mayıs ayında bazı önemli değişiklikler duyuruldu. Sağlık sigorta programlarıyla ilgili olarak ve bu programa son şekli 1976 Ekim ayında verildi.

Yeni hükümetin halkçı olmayan liberal sağlık sektörü düşüncesiyle uyumlu şekilde, 1976 yılında Medibank programında alınan önemli değişiklikler aşağıdaki gibidir:

1-Bireysel ya da aile olarak bu sağlık programından bütün olarak yararlanabileceklerin özel sağlık sigortasını, eşit kararla ayarlıyordu.

2-Özel sağlık sigortası programları, hükümetlerin standartlarını uygulayabilmek için daha çok sınırlamalar getirmeye başladı.

3-Finansman bir kez daha tersine döndü. Vergilendirilebilir geliri 1\$'a kadar tahsis etmek için önceki hükümet % 1.35 vergi öneriyordu. Bunun yerine % 2.5 vergiyi halka ödetti. Bazı kurumlar ve şahıslar bu vergiden muafı.

4-Hükümetin devlet hastahanelerine desteği onaylandı ve % 50.7den daha az bir miktara izin verildi.

5-Ulusal Sağlık Sigortası Komisyonu, Hükümetin Sağlık Servisi Vakfına ek olarak, Medibank özel programına rekabet oluşturması için görevlendirildi.

İki yıldan az bir süre sonra, Haziran 1978'de, sağlık masraflarının artmasıyla Liberal hükümet Medibank'ta daha başka değişiklikler yaptı.

Medibank'ın Yapısı Ve Bugünkü İşleyiş Tarzı: Özel sağlık sigortası, özel hasta olarak masraflarını karşılamak isteyenler içindir. Özel tedavi sağlayacak olan doktor sayesinde sıra bekleme kaygısından kurtulmuş olacaktır. Özel sağlık sigortası hizmeti ayrıca sağlık sigortasının karşılamadığı diş, göz, FTR gibi sağlık hizmetlerinin bir kısmını veya tamamını karşılamaktadır.

Özel sağlık fonu Avustralya hükümeti tarafından belirlenmekle birlikte, halkın maddi durumuna bağlı olarak düzenleme ayarlanma yapılmaktadır. Yani fon tarafından istenen sigorta primleri yaşa, cinsiyete veya kişinin sağlık durumuna göre değişmemektedir. Örneğin; genç, sağlıklı, tek bir kişi, daha yaşlı, daha çok rahatsız başka biri ile aynı hizmet için aynı ücreti ödemektedir.

Aile sigorta primleri, aile fertlerinin sayısına bakılmaksızın tek kişilik sigorta primlerinin iki katına eşittir.

Üyeliği ilgilendiren kurallar fonlar arasında değişiklik gösterir. Tüm fonların ödeme yapılmadan önce belirli "bekleme süreleri" vardır. Bu süre, üyelerin fona katılır katılmaz talepte bulunamayacaklarını belirtmek içindir. Ayrıca bu kişiler ödenek koşullarını bahane ederek üyeliklerini düşüremezler.

"MEDİBANK", Avustralya'daki en önemli özel sağlık sigortalarından biridir. İnsanların %38'i özel sağlık sigortalarına bağlıdır. Bunların içinden %28'i "MEDİBANK PRIVATE" şirketini tercih etmektedir.

Bu şirket, Avustralya'daki birçok özel hastahane ile anlaşma yaparak tedavi masrafları, ikamet masrafları gibi konularda özel sigorta hizmeti sunmaktadır. "MEDİBANK PRIVATE" şirketinin birçok ihtiyaçlara uygun olan çok geniş, kapsamlı sağlık hizmetleri yapısı vardır.

Özel Sağlık Sigortası Teşvik Tasarımı: Avustralya hükümeti tedavi uygularken aynı zamanda hastalarını Özel Sağlık Sigortası Teşvik Programı çerçevesinde özel sağlık sigortası yapmaya yönlendirmektedir.

Yıllık kazancınız, özel sağlık sigortanızın derecesi ve aile statünüz alacağınız teşvikin miktarını belirlemektedir. Eğer özel hastahane sigortanız yok ve de geliriniz yüksek ise, şu anki sağlık vergisine ek olarak fazladan %1 sağlık vergisi (sürşarjı) ödemek zorunda kalınabilir. Sağlık fonunuzda bu düzenlemelerle ilgili detaylar açıkça belirtilecektir.

Reformcular, hayatta kalan ve gerektiği gibi fonu temin edilen bir kamu sağlık sektörünün var olması için (onu zayıflatmak için değil) özel sağlık sigortalarının varlıklarının devam etmesinin gerektiğine inanmaktadır. Demokratlar, Medicare'in temel sağlık ve hastahane hizmetleri ile toplum bakımı için, genel mecburi sigortalayıcı olarak kalmasının gerektiğine inanmaktadır.

Reformcular, özel sağlık sigorta endüstrisine herhangi bir hükümet fonu temin edilmesine karşıdır. Demokratlar, kamu parasının, sağlık sigorta fonlarına tahsis edilmesinin dolaşlı ve etkin olmayan bir sağlık fon temin mekanizması olduğuna, idari masraflar şeklinde para kaybına yol açtığına ve tüketiciler için sorgulamayı gerektiren sağlık sonuçları ortaya çıkartacağına inanmaktadır.

Reformcular, Özel sağlık sigortasının hükümet tarafından fonlarla desteklenmesinin Medicare'ı zayıflattığına ve sonuçta, genel olarak bakıldığında daha yüksek sağlık hizmeti masrafları ortaya çıkarttığına, inanmaktadır. Uluslar arası deneyim, ülkenin sağlık hizmeti giderlerinin daha yüksek oranının, kamu kaynaklarından çıktığını, sağlık hizmeti maliyetinin genel olarak azaltılmasının, ülkeye ait bir kazanç olduğunu göstermiştir.

Özel sağlık sigorta fonları ile dominant halde tutulan bir sistem, hem daha pahalı hal almakta, hem de idari olarak karmaşıklık kazanmak suretiyle, tüketici tercihini azaltmaktadır

Medicare'in düşük idari harcamaları bulunmakta, coğrafik ve nüfus olarak kapsam ve satın alma kapasitelerine göre, sağlık hizmeti masraflarını kontrol imkanı düşük görülmektedir.

Özel sağlık hizmetleri, ilave sağlık hizmetleri şeklinde, tek kişilik oda, doktor seçimi veya daha uygun bir yer konusunda ödemeye istekli insanlar için bir alternatif olarak, özel sağlık sigortası olmadan da var olabilmektedir.

Yönetmeliklerin Tekrar İncelenmesi: Özel sağlık sigorta fonlarının, tüketiciler için cazip ürünler geliştirmek amacıyla bazı çalışmalar yapmalarının gerekli olduğu ve Hükümet tarafından yapılan tahsisatların, bu endüstrinin uzun vadeli hayatta kalması için bir engel teşkil ettiği söylenmektedir.

Bu amaçla, söz konusu endüstrinin düzenlenmesine ilişkin yönetmeliklerin incelenmesi gerekmektedir. Bu stratejilerin, özel sağlık sigortasının besini, iki tüketici grubu için artırma potansiyeli bulunmaktadır.

Bu gruplar, uzun süredir özel sağlık sigortası bulunan insanlar (ekseriya yükseltile primler ve oportünistik görüşler nedeniyle adil olmayan bir şekilde dezavantajlı duruma düşürülmüş bulunmakta olanlar) ve karmaşık ve kronik sağlık hizmeti ihtiyacı olan insanlardır.

Bu stratejilerin kullanıma sokulmasının, sadece gerektiği gibi fon temin edilen ve geniş olarak erişilmesi mümkün olan sağlık sistemleri kapsamı içinde düşünülmesi gerektiğine inanılmaktadır.

Özel sağlık sigortalarını geliştirilirken, kamu sağlık sistemini zayıflatan, daha yükseltilmiş Medicare gelirleri eşliğinin düşürülmesi veya işverenlere sosyal yardımlar için vergi muafiyetleri tanınması gibi uygulamaları, desteklememektedir.

Teklif 4: Federal Hükümet, Özel Sağlık Sigortası Teşvik programını (düşük gelir sahipleri için ikramiye ve yüksek gelir kazananların, özel sağlık sigortası yaptırımları için vergi indirim imtiyazları) kaldırmalıdır. Kamu Sağlık Sistemine asgari ve âdil olan bir fon temini esasını getirilmelidir.

Teklif 5: Federal Hükümet, fon temin edilmeyen ömür boyu toplum değerlendirmesinin, tüketiciler ve özel sağlık sigorta endüstrisi için etkilerini incelemelidir.

II.4. İngiliz Milletler Topluluğu (Commonwealth) Eyalet Fon Düzenlemeleri

Yürürlükte olan İngiliz Devletler Topluluğu Eyalet Fon Temini sisteminin mevcut durumunun ve organizasyon bakımından yapılarının, genel olarak karmaşık olduğuna, az mantiki anlam taşıdıklarına ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanılmasını engellediğine inanılmaktadır. Birçok durumda, mevcut fon temin sistemi, daha az uygun olan bakım için mali teşvikler sağlamakta ve bakım, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hizmetlerin daha büyük ölçüde koordinasyonu için daha az tahsisat yapmaktadır. Beş Yıllık Medicare/ Sağlık hizmeti anlaşmaları, politika değişikliğindeki *de facto* araçlar halini almasına rağmen, bunlar tüketicilerin ve parayı elde tutanların görüşleri alınmadan geliştirilmiştir ve eğer varsa, çok az kamu denetimine tabi tutulmaktadır. Bu düzenlemeler, politik not kazanmak için sınırsız imkanlar sağlamasına rağmen, önemli reformlar yapma yönünde çok az şey gerçekleştirmektedir.

Bütünleşme - Etkililik – Eşitlik: Avustralya'nın mevcut sağlık sistemindeki hizmetlerin bütünleşmesi, bakımından noksanlık, kaynakların etkin olmayan bir şekilde tahsisi, hizmetlere erişimde eşitsizlik gibi belli başlı problemleri mevcut fon temin yapıları elde tutulduğu sürece, tartışma konusu etmenin bir yararının olmadığına inanılmaktadır. Bundan dolayı, bütünleştirilmiş (entegre) bölgesel fon temin sistemine doğru hareket edilmesini destekleyen bir tutum içine girilmesi önerilmektedir. Bu sistem, mevcut fon temin düzenlemelerini yeniden yapılandırılarak, bütün İngiliz Devletler Topluluğu Eyalet Sağlık Fonlarının, bir araya getirilip bir havuz teşkil edilmesini ve bundan sonra, sabit bloklar halinde hibeleri mahalli sağlık bölgelerine tahsis etmeyi gerektirecektir.

“Parayı Elde Tutanlar Grubu”: Hibelerin seviyesi, danışma esasına dayalı bir proses içinde, hükümet ve diğer ilgililerin tümünü temsil eden, bağımsız bir “Parayı Elde Tutanlar Grubu” tarafından nezaret edilen görüşmelerle belirlenmelidir. Bu Grup, sağlık sektöründeki önemli parayı elde tutanları (Genel Pratisyenler, hastahane yöneticileri, hemşireler, yardımcı sağlık personeli dahil), sağlık alanında uzman olanları (sağlık ekonomistleri dahil), hükümeti (eyalet/bölgesel/mahalli idareler) ve tüketicileri ihtiva ediyor olmalıdır.

İngiliz Devletler Topluluğu, yüksek seviyedeki performans gösterilerini ve bölgesel sağlık alanlarında, Medicare inceleme Grubu ve Sağlık Denetimi (gerekiyorsa bunları da aşan geniş danışmalar) esasına dayalı olarak sağlanacak temel hizmetleri belirlemelidir. Bağımsız Parayı Elde Tutanlar Grubu, temel hizmetlerin kapsamı için hibe seviyelerini ve sağlanacak performans göstergelerini belirleyecektir. Bölge sağlık alanı, bundan sonra, nüfusunun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için hizmetlerin satın alınmasından sorumlu olacaktır.

Bölgesel fon temin sisteminde, İngiliz Devletler Topluluğu, milli yaklaşım gerektiren, yerli Avustralyalılar gibi, belirli nüfus gruplarına ilişkin sorumluluğu elde tutacaktır. Eyalet, planlama görevini kendinde tutacak ve bölgesel sağlık alanlarının faaliyetlerine nezaret ederek, sonuç ölçüm ve performans göstergelerinin geliştirilmesi ve izlenmesi üzerinde duracaktır.

Esneklik ve Teşvik: Bölgesel sağlık fonu verilmesinin, esnek planlama ve hizmet sağlanmasını kolaylaştırdığına, önleme ve bakım koordinasyonu için inisiyatifler getirdiğine inanılmaktadır.

Bu uygulama, bölgesel alanların, hizmet teslim modelleri geliştirmelerine ve hizmet karışımları teşkil ederek, kendi sağlık hizmeti ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamalarına imkan vermektedir. Uzaktaki toplum olarak Kuzey Batı Avustralya'daki topluluk için en uygun hizmet karışımı, Melbrun şehirdeki toplumunkinden muhtemelen çok farklı olmaktadır.

Esnek bölgesel fon modeli, bu alanların her birinin, kendi sağlık hizmeti ihtiyaçlarını belirlemesine ve kendilerine ayrılmış sağlık fonlarını, ihtiyaçları karşılanacak şekilde en etkili bir şekilde kullanılmasını temin etmesine imkan vermektedir. Bundan başka, bölgesel fon temini, toplum üyelerinin, fonların tahsis edilmesi ve hizmetlerin planlanmasına doğrudan doğruya ve daha çok katılmalarını da imkan dahiline sokmaktadır.

Demokratlar, toplumun işe karışması ve esnek fon temin yapılarının, Avustralya nüfusunun çeşitli ihtiyaçlarını yansıtan bir sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesini teşvik edeceğine inanmaktadır.

Hesap Verme: Fon temin süreci genel olarak ele alındığında, Bağımsız Parayı Elde Tutanlar Grubu, daha fazla hesap verme durumu ortaya çıkarttığı gibi, şeffaflık getirmekte ve tüketicilerin güvenini kazanmak mecbûriyetinde kalarak, kamu sağlık sisteminin toplumun sahip olduğu bir kurum olduğu hissini doğurmaktadır.

Teklif 6: Federal Hükümet, bütünleştirilmiş fon teminini, parayı elde tutanlarla bağıntılı olarak, bir bölge esasına dayalı hale getirmek üzere hareket ettirip geliştirmelidir.

III: KOORDİNELİ/YÖNETİLEN BAKIM

Daha iyi koordinasyon veya bakımın yönetilmesi seçeneklerinin, daha yüksek kalite sağlanması ve maliyet bakımından daha etkili sağlık hizmetinin temin edilmesi esas alınarak incelenmesi gerektiğine inanılmaktadır. Koordineli veya yönetilen bakım konusunda birçok farklı model vardır. Misal olarak belirtilirse, bakımın yönetimi, sadece hizmet sağlama seviyesinde olabilmekte veya fon temininin koordinasyon veya yönetimini konu alabilmektedir.

Yönetilen bakım, hem kamu hem de özel sağlık sisteminde olabilmekte ve maliyetlerin azaltılması ve/veya daha uygun sağlık karışımının sağlanması amacı ile verilebilmektedir. Koordine haldeki bakım denemeleri halen Avustralya'da gerçekleştirilen şekli ile, Medicare hastalarının karmaşık sağlık ihtiyaçlarının yönetilmesi suretiyle, daha etkili ve ihtiyaçlara cevap veren hizmetler sağlanması üzerinde durulmaktadır.

Yönetilmiş bakım konusunda belirtilecek diğer misaller arasında, Birleşik Devletlerdeki Tercihli Hizmet Sağlayıcı Organizasyonlar ve Sağlık Yönetim Organizasyonları yer almakta ve Birleşik Krallık'ta GSMH'da fon tutucu gruplar belirtilmektedir.

Koordine edilmiş veya yönetilen bakım için tercihlerin incelenmesi ile, halen üzerinde durulan sağlık reformu müzakereleri için bir görev gerçekleştirileceğine inanılmaktadır. Sağlık reformlarının sadece maliyetlerin azaltılması üzerinde odaklaşması değil, kararların alınma şeklinin değiştirilmesi ve kaynakların tahsisi şekilleri üzerinde de durmasının gerektiği önemle vurgulanmaktadır.

Tercihlerin Dikkate Alınması: Demokratlar, yönetilen bakım konusundaki, sağlık sonuçlarının artırılması konusunda esas itibariyle odaklaşan, çeşitli opsiyonların dikkate alınmasını desteklemektedir. Yönetilmiş bakımın bazı modellerinin, Avustralya ortamına adapte edilmiş olanlarının bazılarının, sağlık sistemimizin kalitesini, tüketicilerin optimum hizmet karışımını müzakere etmeye yardımcı olması suretiyle daha iyi hale getirme potansiyeline sahip olduğuna inanmaktayız.

Bu şekilde, yönetilmiş bakım, mevcut dengesizlik ile bağıntılı medikal hizmetlerin tekel (monopolistik) ikmali nedeniyle görülen problemlerinin giderilmesinde bir görev gerçekleştirilebilir. Bakım yöneticileri ve yönetilen bakım organizasyonunun tüketicileri temsil eden grubunun, kendi talep tekellerini kurmak ve hizmet sağlayıcılar ile maliyet etkin tedavileri müzakere etme kapasitesi bulunmaktadır.

Yönetilen bakım, bundan başka, daha açık ve daha rasyonel kaynak tahsis kararlarını kolaylaştırma potansiyeline de sahiptir. Mevcut sağlık fon emir çevresinde, birçok rasyon belirleme kararları, tüketiciler konusunda bilgi veya bilgi olmadan veya bunların sağlık hizmeti getirenlerine ilişkin bilgi bulunmadan alınmaktadır.

Şeffaflığın Artırılması: Demokratlar, sağlık kaynak tahsisinde daha fazla şeffaflık ve sorumluluk sağlanmasına bir ihtiyaç olduğuna inanmaktadır. Bazı şekillerde, yönetilen bakımın, rasyon belirleme kararlarını, hizmet sağlama noktasına daha yakın duruma getirme potansiyeline sahip olduğuna ve böylece bunların daha şeffaf hal almaları ve tüketici ve hizmet sağlayıcılar tarafından bunlara erişilebilmesi imkanının olduğuna inanmaktayız. Böylece, kişiler ve onların bakım sağlayıcılarının, kendilerini etki eden rasyon belirleme kararlarında daha fazla söz hakkı olacaktır.

Veri Ve Karar Verme: Demokratlar bundan başka yönetilmiş bakım organizasyonları veya bakım yöneticilerinin, uygun olmayan tedaviden kaçınmak için daha yükseltilmiş inisiyatif sahibi olabilecekleri ve maliyet etkin bakım sağlayacaklarına da inanmaktadır. Bundan dolayı, sağlık hizmet sağlanmasında, maliyet ve sonuçlar esas alınmak suretiyle bölgeler, sağlayanlar ve tedaviler arasındaki farklılıklar dahil, genel trendleri belirlemek için daha çok inisiyatifle çalışmaları mümkün olacaktır. Halen, bu veriler sistematik bir esasa dayalı olarak toplanmamakta ve rutin bir şekilde tüketicilere sunulmak suretiyle tedavi opsiyonlarının ne olduğu konusundaki kararlarına esas olacak bilgi verilmemektedir.

Demokratlar, değişik tedavilerin ve hizmet sağlayıcıların mukayesesi için bilgi sağlama imkanının artırılması ile, sağlık hizmet sağlanmasının bilgi asimetrisi olarak belirtilen hususun ele alınmasına yardımcı olunabileceğine, inanmaktadır. Bakım yönetim organizasyonlarının, bu bilgiyi toplamak ve böylece, sağlıktaki bilgi asimetrisini tartışabilmek için bir potansiyele sahip olmak yönünde bir girişimi bulunmaktadır. Bu konuda özel sağlık harcamalarında, para tasarrufu potansiyeli de bulunmakta ve böylece daha düşük ve daha istikrarlı sağlık sigorta primleri ortaya çıkabileceği bilinmektedir.

Dikkatli Olunması Gerektiği Konusundaki İhtiyaç: Demokratlar, yönetilmiş bakımın, sağlık hizmeti kalitesi üzerinde ters bir etkisinin olduğunu belirtmektedir. Bu durum, yönetilmiş bakım sisteminin hizmet sağlayıcıların hangi hizmeti arzu ediyorlarsa onu sağlamalarına ilişkin bağımsızlığını, gerekli olmayan bir şekilde sınırlandırması halinde ortaya çıkabilmektedir. Demokratlar, ABD'nde, yönetilmiş bakımın bazı uygulamalarının, gerektiğinden az hizmet sağlanması ve daha düşük bir bakım kalitesi ile sonuçlandığı konusundaki bilgileri aktarmaktadır.

Bu hususun, özellikle, bakım yöneticisi veya hizmet sağlayıcısının, az hizmet sağlanması konusunda bir finansal teşvikinin olması durumlarında karşılaşılanı belirtir.

Tercih ve İmkanlar: Amerika Birleşik Devletlerinde görülen yönetilmiş bakım biçimi, ekseriya, tüketicinin hizmetlere ilişkin tercihini sınırlandırmakta olması ve az hizmet sağlama bakımından doktorlara inisiyatif sağladığı ileri sürülmek suretiyle, yönetilmiş veya koordine edilmiş bakım şekillerine karşı bir argüman olarak sunulmaktadır. Demokratlar, ilgilenilen bu hususları vurgulayarak yönetilmiş bakımın kullanıma sokulmasının açık bir şekilde müzakere edilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmektedirler. Ancak, ilgilenilen bu hususların, çok farklı Avustralya sağlık hizmetleri ortamının hepsine ait olmadığına inanmaktadırlar.

Demokratlar, bundan başka, mevcut fon sağlama sisteminizin, bakım kalitesi ve sağlık sonuçlarını maksimize etmek için çalışmayı her zaman teşvik etmediğini de teyit ederler. Misal olarak belirtilirse, doktorlar haleri, belirli tiplerdeki bakımın sağlanması için mali teşvikler ile karmaşık sağlık bakım ihtiyacı olan insanların tedavi hizmetlerinin koordinasyonunu yönetmek için mali sahip bulunmaktadır.

Toplumda Koordinasyon: Demokratlar, yaptıkları işler sıklıkla görmezlikten gelinen ve bu işler için kendilerine yeterli para ödenmeyen hemşire ve genel pratisyenler tarafından bakımın koordinasyonunun toplumda gerçekleştirildiğini görmektedir. Programların fragmanlara ayırılmasının, ekseriya hizmet sağlama seviyesi yerine bir yönetim seviyesinde sonuçlanacağını anlamaktayız.

Demokratlar, bakımın koordinasyonunun halen nerede gerçekleştirilmekte olduğu ve bu görevleri gerçekleştiren sağlık personelinin eğitilmesi ve ödüllendirilmesi hususlarını belirlemenin önemli olduğuna inanmaktadır. Böylece, değişik çevrelerde koordine edilmiş bakımın araştırılması ve genişletilmesi opsiyonları için bir esas sağlanmış olacaktır.

Koordine edilmiş/yönetilmiş bakımın, yarar sağlama bakımından en çok potansiyele sahip olduğuna inandığımız iki alan, özel sağlık sigortası yoluyla fon temin edilen sağlık hizmetleri (bu muhteva içinde, gerektiği gibi fon temin edilmiş kamu sistemi) ile kamu sisteminde, kronik ve kompleks sağlık hizmeti ihtiyacı olan insanlardır.

Başarının Anahtarı: Demokratlar, yönetilmiş bakım konusunda toplumun üzerinde odaklaştığı kar amacı olmayan bir uygulamayı hükümetin başlatmasının gerektiğine inanmaktadır. Bu hususta, danışma esasına dayalı olarak, konuyla ilgili olanların girdileri alınarak gerçekleştirilecek belirgin bir politika amacı üzerinde anlaşılması gerekmektedir. Kanaatimize göre, Birleşik Devletler sisteminin içinde bulunduğu problemlerden kaçınmada önemli olan husus, gerektiği gibi fon temin edilen bir kamu sağlık sistemini idame ettirmek ve bu şekilde genel bir kapsam içinde çalışarak, tüketicilerin, istediklerinde, bakım yönetimine kavuşturulmasını sağlamaktır.

Bir diğer önemli konu, bakım standartlarını temin eden ve yönetilen bakım sistemlerine dair opsiyonların geliştirilmesinden sorumlu olan mekanizmaların geliştirilmesidir. Demokratlar, yönetilmiş bakımın Avustralya'da sağlık tüketicilerine birçok önemli yarar sağlayacak yönlerinin bulunduğuna inanmaktadır. Bunlardan bir tanesi, çeşitli durumlar için tedavi opsiyonları konusunda artan verilerin kullanıma hazır halde olmasıdır.

Yönetilen bakım yapılarının kullanıma sokulması, genişletilmiş veri toplama sistemlerinin geliştirilmesine ve sınıflandırma araçlarına ihtiyaç duyduğundan, biraz zaman alabilmektedir. Demokratlar, yönetilen bakımın aşamalı bir süreç ve bu konu ile ilgili kişilerle danışmalarda bulunmak suretiyle kullanıma sokulmasını desteklemektedir. Bu arada Hükümet, yönetilen bakım organizasyonlarınca Birleşik Devletlerde toplanan verilerin bazılarında erişmeyi ve bu verileri kullanarak, klinik karar vermeyi daha iyi hale getirmeyi ve bilgilendirilmiş tüketicilerin tercih yapmaları bakımından daha iyi hale gelmeleri konuları üzerinde durmalıdır.

Teklif 7: Federal Hükümet, yönetilen bakımın, karmaşık sağlık hizmeti ihtiyaçları olan hastalar için milli seviyede kullanıma sokulması için opsiyonlar geliştirmelidir.

Teklif 8: Federal Hükümet, Birleşik Devletlerde yönetilen bakım organizasyonlarınca toplanan verilere erişmek, onları kullanmak ve tamamlayıcı Avustralya verilerini toplamak için bir strateji geliştirmelidir.

IV. HEMŞİRELİK

Hemşireler, sağlık sisteminin bütün alanlarında çalışmakta ve sağlık ve medikal işgücünün en büyük kısmını teşkil etmektedir.

Demokratlar, hemşirelerin belli başlı halk sağlık kaynağı olduğuna ve birbiri ardı sıra gelen hükümetlerin bunların fon ve kaynakların tahsisindeki önemini dikkate alınmadığına inanmaktadır.

Demokratlar, bundan başka, hemşirelerin ekseriya sağlık fon kesintilerinin darbesine maruz kaldıklarını görmektedir.

Hemşireler, sağlık sisteminin reformu için stratejilerin geliştirilmesinde hayati bir görev gerçekleştirebilirler.

Demokratlar, geniş bir yelpazede yer alan sağlık hizmeti konularında hemşireler ve hemşire kurumları ile daha fazla danışmalarda bulunulmasını da desteklemektedir.

Milli Hemşirelik Stratejisi: Demokratlar, Hükümetin Avustralya Hemşirelik Federasyonu gibi organizasyonlarla çalışmak suretiyle, hemşirelik için bir vizyon geliştirmesinin önemli bir görev olduğuna inanmaktadır.

Yapılandırılmış Kariyer (Meslek) Yolu: Demokratlar, milli hemşirelik stratejisinin, sağlık hizmeti sisteminde hemşirelerin görevini kuvvetlendirilmesi ve hemşirelerin artan çeşitlilikteki beceri ve yeteneklerini yansıtması için geliştirilmesinin gerektiğine inanmaktadır. Stratejiye dahil edilmesi gereken spesifik konular aşağıdakileri ihtiva etmektedir:

- Pratisyen hemşirenin görevini genişletmek,
- Nitelikli hemşirelik uygulamaları yapanlara, belirli prosedürler için yetkiler vermek ve belirli taşra alanlarında, medikal pratisyenlerin bulunmadığı yerlerde bu uygulamayı gerçekleştirmek,
 - Hemşirelere, belirli ilaçların reçetesini yazmak ve belirli medikal tedavileri nezarete gerek duymadan yapmak yetkisini vermek;
 - Hemşirelere, taşra ve uzaktaki alanlarda çalışmalarını için teşvikler getirmek ve mesleki sağlık ve güvenlik konularını, hemşirelik sektörü esas alarak incelemek.

Birçok hemşire (özellikle toplum ve yaşlıların bakımı sektöründe olanlar) halen bir koordinasyon görevi görmektedir. Sağlık sisteminde koordinasyonun artırılmasının, koordinasyonu yapanların resmen tanınmasını ve finansal olarak kendilerine ödeme yapılmasını gerektirdiğine inanmaktayız.

Demokratlar, yüksek kaliteli ve kendini işine adanmış öğrencilerin hemşirelik alanına çekilmelerini sağlamak için, hükümetin bunların ilerlemeleri, ilerideki terfileri ve eğitim imkanları bakımından yapılandırılmış kariyer (meslek)yolunu genç hemşirelere sağlamasının, gerekli olduğuna inanmaktadır. Bundan başka, araştırma yapmak ve yönetim eğitimine katılmak suretiyle sağlık sektörünün tamamında, değerli hemşirelik deneyimlerinin en yararlı olacak şekilde kullanılmasını temin etmek önemli bir husustur.

Teklif 9: Hükümet, bir çalışma grubu teşkil ederek, görülen noksanlık alanlarını incelemek için bir strateji geliştirmeli ve ilerideki hemşirelik için kapsamlı bir strateji geliştirilmelidir.

Teklif 10: Taşra ve uzaktaki alanlarda, hemşirelerin bu alanlara çekilmesi ve burada tutulması için bir strateji geliştirilmelidir.

Teklif 11: Mesleki ilerleme ve hemşirelik konusunda, hemşirelerin sağlık sistemlerine yaptıkları katkıların en yüksek düzeyde olmasını temin etmek bakımından, eğitimin devamı konusu incelenmelidir.

V. GENEL PRATİSYENLİK

Genel pratisyenler, Avustralya sağlık hizmeti sisteminde, hayati bir koordinasyon ve temel bir görev gerçekleştirmektedir. GP'ler daha fazla sorumluluk almakta, akseriya bu konularda yeterli bir eğitime sahip bulunmamakta ve mali olarak kendilerine bu işler için ödeme yapılmamaktadır.

GP'lerin değişen görevlerine etki eden diğer faktörler aşağıdakilerdir:

- Nüfus yaşlanması,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsallaştırılması,
- Artan tüketici talepleri, teknolojik gelişmeler,
- Devam eden mesleki eğitime olan ihtiyaç,
- Sağlık geliştirme/önleyici sağlık faaliyetlerinde artan görevleri.

Kapıyı Tutanlar ve Koordinatörler: GP'lerin bu güçlükleri karşılamaya devam etmeleri için, bunların desteklenmesi ve bu görevlerinde temel görevliler ve koordinatörler olarak çalışmalarını için gerekli kaynakların kendilerine verilmesi gerekecektir. Halen kullanılan ücret ödeme sistemi, koordine edilmiş ve devamlı bakım sağlanmasını ödüllendirmemektedir. Demokratlar, özellikle uzak toplumlarda ve dezavantajlı şehir bölgelerinde çalışan GP'lerin ekseriya kendilerinden çok şeyler istenen durumlar içinde olduklarını görmektedir. Bir öncelik olarak bu GP'lerin ilave olarak gerçekleştirdikleri bu işler için yeterli bir şekilde ödüllendirilmesinin gerektiğine inanmaktayız.

Demokratlar, işlem sayısı ile bağıntılı olmayan ödeme yapılarının kullanıma sokulmak suretiyle, birden fazla disiplin konusu hastaların ve topluma odaklanmış önleyici ve tedavi edici hizmetlerin sağlanmasını destekler. Bunun, daha fazla verinin kullanıma hazır olmasını ve gerekli sınıflandırma araçlarının geliştirilmesini gerektirdiğini anlamaktayız. Demokratlar, doğru bir şekilde GP'ler tarafından gerçekleştirilen koordinasyon çalışmalarını yansıtan modellerin geliştirilmesi suretiyle, uygun ödeme yapılarının mümkün olduğuna inanmaktadır. Demokratlar, bunun para gerektirdiğini teyit ederek, bu modellerin geliştirilmesi için tahsisatların artırılarak fon temin edilmesine ihtiyaç olduğuna inanmaktadır.

Demokratlar bundan başka, GP'lerin fon tutucular olarak yönetilen bakım çevresindeki görevlerinin incelenmesini sağlanmasını destekler. Bu, mevcut bölüm yapısı kullanılarak yapılabilir.

Bir Uzmanlık Alanı: GP'ler son derece becerili medikal pratisyenlerdir ve Demokratlar, Genel Pratisyenliğin (genel pratik) bir medikal uzmanlık alanı olduğunu destekler. GP'lerin artan bir şekilde geniş bir alanda yer alan görevlerini gerçekleştirmek için ihtiyaç duydukları eğitimi almalarının önemli bir husus olduğuna inanmaktadır. GP hizmetleri için medicare tenzilatının enflasyona ayak uyduramadığına ve bunun GP'ler üzerine daha fazla baskı ortaya çıkarttığına ve birçoğunun toplu faturalama konusunda usandırdığına inanmaktayız. Demokratlar, toplu faturalamanın birçok insan için, özellikle dezavantajlı bölgelerde olanlar için, önemli olduğuna inanmakta olduklarından, GP'lerin ücretlerinde, diğer medikal uzmanlarınkine mukayeseli olarak bir azaltmayı desteklememektedir.

Genel Pratisyenler (GPs)- Acil Bir İhtiyaç: Demokratlar, Hükümetin Avustralya'da mevcut ve hedef alınan GP'lerin sayısına ilişkin değerlendirme yapması gerektiğini ortaya atar. Genel olarak GP sayısında bir noksanlık olduğu ve GP sayısının birçok taşra ve dezavantajlı şehir bölgesinde artırılmasının acil bir ihtiyaç olduğuna inanmaktayız. Bu ihtiyaç, kısmen karşılanmamış sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç seviyesinin devam etmesi yanında, artan sayıda GP'ın uzun süre izinli almak suretiyle ailelerine ilişkin sorumluluklarla meşgul olmaları veya yurt dışında çalışmalarını nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı, Hükümetin GP'ler için eğitim verilen yer sayısını arttırmasının gerektiğine inanmaktayız. Doktorların bariz bir şekilde fazla olduğu yerlerde, Demokratlar, tıp hizmeti sağlayıcı personel sayısına sınırlandırmaların getirilmesini destekler.

Teklif 12: Koordinasyon ve GP'lerin yüz yüze olmayan çalışmalarını ölçmek için, sınıflandırma araçları geliştirilmelidir.

Teklif 13: Bakım kalitesini gözeten ve ödüllendiren bir karışım haline getirilmiş ödeme yapısı geliştirilmelidir.

Teklif 14: GP fon tutma modelleri geliştirilmelidir.

Teklif 15: GP'ler için eğitim yeri sayısı arttırılmalıdır.

Teklif 16: Doktor sayısı gözden geçirilerek, mevcut ve hedef alınan GP'lerin şehir, taşra ve uzak bölgelerdeki sayıları değerlendirilmelidir.

Teklif 17: Aşırı doktor ikmali olan yerlerde, hizmet sağlayanlar sayısının sınırlandırılması için tercihler dikkate alınmalıdır.

VI. TAŞRA SAĞLIĞI

Avustralya'nın taşra ve uzak bölgelerinde yaşayan insanlar daha fazla sağlık problemleri içine düşmekte ve sağlık hizmetlerine, şehirlerde ve belli başlı metropoliten alanlarda yaşayan insanlara göre daha düşük bir seviyede erişebilmektedir. 1995 yılında, taşra bölgelerinde yaşayan kadınların ölüm oranları eyalet başkentlerinde yaşayan kadınlarınkinden % 32 daha yüksek olmuştur ve taşrada yaşayan erkeklerin ölüm oranlarında bu oran %22 daha yüksek olmuştur.

Buna ek olarak taşrada yaşayan Avustralyalılar, şehirde yaşayan insanlara göre, daha yüksek oranlarda böbrek ve idrar yolu hastalıkları, astım ve trafik kazaları göstermektedir.

Karmaşık Bir Konu: Daha yüksek sağlık problemlerinin taşradaki Avustralyalılar tarafından karşılaşmasına ilişkin sebepler karmaşıktır. Bunlar arasında daha yüksek hizmet sağlama maliyetleri, medikal ve yardımcı sağlık çalışanlarının taşra alanlarına çekilmesi ve idame ettirilmelerine ilişkin güçlükler ile artan işsizlik ve fakirlik gibi sosyo ekonomik geniş faktörler yer almaktadır.

Demokratlar, taşra bölgelerinde yeterli sağlık hizmetlerinin olmamasının, kısmen daha geniş bir problem olarak bölgesel Avustralya'ya etki eden sorunların bir parçası olduğunu görmektedir. Birçok taşra toplumu kriz içinde bulunmakta ve birçokları da güç şartlar altında hayatta kalmaya çalışmaktadır.

Bu kriz durumları, aşağıdakiler dahil, çeşitli faktörlerin ortaya çıkması nedeniyle görülmektedir:

- * Endüstride gerilemenin başlaması (bazı bölgelerde tarım dahil)
- * Hem hükümet fonu sağlanan hem de özel olarak işletilen hizmetlerde azalma,
- * Yüksek işsizlik, nüfusun yaşlanması ve genç insanların dışarıya göç etmesi
- * Oyun makineleri ve kanuna aykırı ilaç kullanımı gibi hususların yol açtığı yeni sosyal konular.

Sosyal Konular: Bu faktörler, birçok taşra topluluğunun halen karşılaştığı güçlükleri ortaya çıkartmakta ve daha fazla aile problemleri, daha kötü ruh sağlığı ve daha düşük genel sağlık statüsü ile sonuçlanmaktadır. Birçok taşra alanında zayıflayan sosyal altyapı, istihdam imkanlarının azalması, daha yüksek seviyelerde işsizlik ve bunun bir sonucu olarak şehirlere göç oluşmaktadır.

Demokratlar, hükümetin bu daha geniş konuları esas alarak, taşra sağlık sorunlarını ele almasının gerektiğine ve hayatta kalacak bir taşra kesimi için pratik ve uzun vadeli stratejiler geliştirmesine inanmaktadır. Hükümet önderleri, bütün hükümet politikalarında programlar geliştirilmek suretiyle acil bir şekilde, taşra alanlarında yaşamakta olan 6 milyon Avustralyalının ihtiyaçlarını, ele almalıdır.

Bölgesel Fon Temini: Demokratlar, taşra toplumlarının, aktif bir şekilde sağlık politikalarının geliştirilmelerine ve kendi toplumlarındaki sağlık sistemlerinin yönetimine katılmalarına gerektiğine inanmaktadır. Bölgesel esasa dayalı olarak sağlığa fon temin edilmesinin, mahalli alanların, kendi sağlık hizmet ihtiyaçlarını daha etkili bir şekilde belirleme ve yönetilmesine yardımcı olacağına inanmaktayız. Fon temini taşra alanlarında artan hizmet sağlama maliyetlerinin karşılanmak için gereklidir. GP ve hastahanelere ulaşma imkanı olanlara Haleri, sağlık fon temin yapısı, taşra alanları ile dezavantajlı kesimlere sınırlı bir şekilde hizmet sağlamamaktadır. Taşra alanlarındaki insanlar, şehir bölgelerindeki göre, büyük ölçüde, hizmetlere daha az erişmektedir. İnsanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerden belirli bir uzaklıkta bulunan bedelsiz hizmetleri kullanmak istediğinde ortaya çıkar. Gizli maliyetler nedeniyle, önemli derecede daha düşük seviyelerde MBS/PBS fonlarına erişebilmektedir.

Daha yüksek ihtiyaç seviyesine sahip olmalarına rağmen, taşralı Avustralyalılar, ortalama olarak, büyük şehirlerdeki Avustralyalılara göre, kamu sağlık fonlarından daha az pay almaktadır.

Alternatif Modeller: Demokratlar, temel sağlık konusuna daha fazla odaklanan alternatif hizmet sağlama modellerinin taşra toplumlarının sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için geliştirilmesine ihtiyaç olduğuna inanmaktadır. Karmaşık sağlık problemleri olan küçük taşra toplumlarına katı program yapılandırılmaları getiren mevcut fon temin sistemi ile bunun gerçekleştirilmesi ihtimali yoktur. Taşra toplumlarının, sağlık fon temini çalışmalarına aktif bir şekilde katılımının, maksimum sağlık gerçekleşmesi ve sosyal kazançlar elde edilmesi bakımından hayati önem taşıdığına inanmaktayız.

Demokratlar, İngiliz Devletler Topluluğu'nun kültürel, ekonomik ve coğrafya bakımından olarak farklı çeşitlilikle bulunan taşra topluluklarıyla yaygın danışmalar içine girmek suretiyle, taşra sağlık stratejisinin geliştirmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu strateji, hem kısa hem de uzun vadeli teşvikleri kapsamak suretiyle, taşra sağlık konularındaki eşit olmayan hususlar üzerinde ve aşağıdakileri kapsayacak şekilde durmalıdır:

- Toplum faaliyetlerinin taşra sağlığı alanında işbirliği içinde gerçekleştirilmesini sağlayacak yol gösterici ilkelerin geliştirilmesi,
- Alternatif hizmet sağlama modellerinin taşra ve uzaktaki topluluklar için geliştirilmesi,
- Sektörler arası ve tüm sağlık meslekleri ile yaklaşım içine girerek, sağlığın daha iyi hale getirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve rehabilitasyonun geliştirilmesi,
- Medikal ve yardımcı sağlık çalışanları için, taşra alanında çalışanlara teşvikler verilmesi,

- Taşra alanlarından gelen öğrencilerin, tıp ve yardımcı sağlık derslerine kabul edilmesini artıracak stratejiler;
- Teletıp ve diğer bilgi teknolojisi sistemlerinin taşra tıbbi için geliştirilmesi,
- Hemşire pratisyenler ve asıl Avustralya yerlisi sağlık çalışanları dahil, daha esnek,
- Taşra işgücünün geliştirilmesi.

Teklif 18: Hükümet, taşra alanlarında temel sağlık alt yapısının geliştirilmesi için, sağlık meslek adamlarının noksan olması konusu üzerinde odaklaşan kapsamlı taşra sağlık stratejisi belirlemelidir.

Teklif 19: Hükümet, taşra sağlık stratejisinin uygulanması için yeterli fon sağlamalıdır.

Teklif 20: Hükümet, yardımcı sağlık hizmetlerinin taşra alanlarına akışını teşvik etmek için daha fazla para sağlamalıdır.

Teklif 21: Hükümet, taşra alanlarında bölgesel fon temininin etkilerini incelemelidir.

VII. YERLİ HALKIN SAĞLIĞI

Avustralya Yerlilerinin, Yerli olmayan Avustralyalılarınkine göre, önemli derecede daha düşük sağlık statü ve daha düşük ömür beklentileri bulunmaktadır. Yerliler özellikle daha yüksek oranlarda diyabet, bebek ölümü ve kardiyovasküler hastalıklara maruz kalmaktadır. Demokratlar, sağlık statüsündeki bu farklılıkların kuvvetli bir şekilde ekonomik ve sosyal marjinalizm ile Yerli Avustralyalıların Avustralya'nın koloni tarihinden bu yana dışlanmış olmalarıyla bağlantılı olduğuna inanmaktadır. Bundan dolayı Yerli halkın sağlık durumunu daha iyi hale getirme konusu, ülkenin toprağı üzerine olan hakların tanınması, yeri olmayan Avustralyalıların bütünleştirilmesi, toplum ve ekonomik kalkınma gibi kendi geleceğini belirleme konusundan ayrı bir konu olarak görülemez.

Değişiklik İhtiyacı: Avustralya'nın mevcut sağlık sistemi, Yerli halk için optimum sağlık sonuçlarını geliştirmemektedir. Özellikle, Yerli Avustralyalıların taşra ve uzak olan bölgelerde bulunanlarının, sağlık ve medikal hizmetlere, azaltılmış bir erişim imkânı bulunmaktadır.

Tecrit edilmiş alanlarda Hizmetlerin koordinasyonu da daha güç olmakta, mevcut fon temini ve organizasyon yapıları, kronik ve karmaşık sağlık problemleri olan Yerli halkın ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Yerli Avustralyalılar, Yerli olmayan Avustralyalılara göre İngiliz Milletler Topluluğu sağlık harcamalarının önemli ölçüde daha az bir kısmını kullanmaktadır.

Diğer bir ifade ile Medicare vasıtasıyla Yerli olmayan halk için İngiliz Milletler Topluluğunun harcadığı her 1 \$'a karşılık 27 cent yerlilere harcanmaktadır. Hükümetin uzman hizmetler için yerli olmayan Avustralyalılar için harcadığı her 1 \$'a karşılık Yerli Avustralyalılar için sadece 12 cent harcadığını göstermiştir.

Bu fark, büyük ölçüde, MBS/PBS yapılarının, özellikle uzaktaki toplumlarda yaşayan, asıl Yerli halkın ihtiyaçlarını karşılamamasından dolayı olmaktadır. Bu durum, en eski halkından olan kişilerin hizmetlere erişmesi için engeller ortaya çıkartan, hem yer hem de kültür özellikleri nedeniyle doğmaktadır.

Saygı Gören Bir Yaklaşım: Demokratlar, dünyada kendine özgü bir model olarak "topluluk tarafından kontrol edilen" sağlık hizmeti sağlama modelinin, asıl Yerli halkın kendine gözü ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmetlerini geliştirecek bir kapasiteye sahip olduğuna inanmaktadır. Bu modelin, uluslar arası ortamda saygı görmekte olduğu halde, Avustralya'da hak ettiği gibi kabullenmediğini anlamaktayız.

Demokratlar, fon temininde artan derecede bölgesel odaklaşmanın, toplumun kontrol ettiği modeli kuvvetlendireceğine ve Yerli halkın teşkil ettiği toplumların, daha esnek ve koordineli hizmetler geliştirmesine yardımcı olacağına inanmaktadır. İngiliz Devletler Topluluğunun, Yerli halkın sağlık ve uygun hedef programların geliştirilmesi için bir milli yaklaşım geliştirme sorumluluğunu elinde tutmasının önemli olduğuna inanmaktayız.

Milli Yaklaşım: Demokratlar, Hükümetin, en eski Yerli halktan olanların sağlığı konusunda, en geniş anlamda bütünlüştürülmüş planlama ve hizmet sağlanması esasına dayalı olarak, yeterli fon temini ile desteklenen, kapsamlı bir milli yaklaşıma sahip olunmasının edinilmesinin gerektiğine inanmaktadır.

Teklif 22: Federal Hükümet, aşağıdaki elementleri ihtiva eden bir Milli Asıl Yerli Sağlık Stratejisi geliştirmelidir:

- 1- Yerli ve Yerli olmayan Avustralyalılar arasında, Hükümetin Yerli Avustralyalılar üzerinde kolonileştirmenin olumsuz etkisini de vurgulayan bir rol gerçekleştirerek bütünlüştürülmesinin sağlanması.
- 2- Asıl Yerli halkın arazi haklarının iade edilmesi.
3. Sürdürülebilir nitelikte olan ve toplumun başı çektiği ekonomilerin geliştirilmesi de kapsayan toplum gelişmesi programlarının uygulanması.
4. Asıl Yerli toplumlarda su, atıkların giderilmesi, barınma ve gıda sağlanması dahil, altyapısının geliştirilmesi.
5. En eski halktan olanlara, toplum tarafından belirlenmiş sağlık önceliklerine göre yeterli sağlık ve esnek fon yapıları ile kaynak tahsisinin sağlanması.
6. Temel sağlık altyapısının geliştirilmesi. Bunun, toplumda planlanması ve topluma sağlanması. Toplum esasına dayalı medikal hizmetlerinin, eğitim ve sağlığı geliştirme programlarının, danışma ve ruh sağlığı hizmetlerinin tenini ve geliştirilmesi.
7. Asıl Yerli Avustralyalılar için eğitim stratejisinde, sağlığı geliştirici hayat biçimi tercihlerini teşvik eden ve toplum esasına dayalı sağlık geliştirme ve okul esasına dayalı eğitim.
8. Politika belirleme, kanun uygulama ve en eski halkından olanları tecrit etme uygulamalarında değişiklikler yapılması.
9. Doktorlar, hemşireler, asıl Yerli sağlık çalışanları, yardımcı sağlık personeli, sağlık politikaya belirleyicileri ve sağlık hizmet yöneticileriyle birlikte Yerli halkın, sağlık sisteminin bütün seviyelerinde temsilini arttırmak.

10. Yerlilerin incelenmesi çalışmasını, yerli genç insanların orta ve bölgesel eğitime erişmesini mümkün kılacak önemli bir araç olarak görmek.

11. Değişik Yerli topluluk üyeleri ve tüketicilerin, sağlık hizmetlerinin planlanması, yönetim ve değerlendirilmesine katılmaları.

12. Yerli halkın hükümet harcamaları şeklinde yapılan sağlık hizmetleri konusunda artan sorumluluklarının olması.

VIII. EVSİZ İNSANLAR

Evsiz insanlar, tipik olarak daha yüksek hastalık ve sakatlanma seviyelerine maruz kalmaktadırlar ve nüfusun kalan kısmına göre daha düşük bir sağlık statüsü içindedirler. Evsiz insanlar ekseriya barınma, giyim ve gıda gibi temel hizmetlere daha yüksek seviyede ihtiyaç duymaktadır. Bunlara özgü sağlık ihtiyaçları, temel medikal bakım ihtiyaçları yanında daha yüksek bir sakatlanma, salıvermeye maruz kalma, uyuşturucu kullanımı ve ruh hastalıkları riski içinde olduklarıdır.

Aşırı fakirlik ve evin olmaması, en temel sağlık hizmetlerine erişmede bile güçlükler teşkil edebilmektedir. Son hükümet fon temini kararları uyarınca İngiliz Devletler Topluluğu Dış Programının kaldırılması, evsiz insanların temel dış bakım imkanlarına erişmesini daha da sınırlandırmıştır. Geçici ve uygun olmayan hayat tarzları, evsiz insanların hedef alınmasını güç hale getirmekte ve onlarla sürekli temas ekseriya kurulamamaktadır.

Sabit Bir Adresi Yok: Fonların ihtiyaçlar esas alınmak suretiyle, evsiz insanların sabit bir adresi olmayacağı bilinerek yönlendirilmelidir. Bundan dolayı, bunlar nüfus değerlendirmelerinde görülmeyebilirler. Evsiz insanlar için spesifik fon temini ve bir sağlık stratejisini geliştirilmesi gereklidir. Bu strateji, evsiz insanlar ve üst temsilci kurumlarla danışma esasına dayalı olarak geliştirilmeli ve diğer ilgili konut, sosyal güvenlik ve istihdam politikaları ile bütünleştirilmelidir. Bu strateji, evsiz olan insanlar arasındaki belli başlı sağlık problem belirleyicilerini özet olarak vermeli ve bu problemlerin nasıl ele alınabileceği konusunda tavsiyeleri ihtiva etmelidir.

Teklif 23: Hükümet, evsiz insanlar için bir Sağlık Stratejisi geliştirmelidir.

Teklif 24: Hükümet, hedef sağlık hizmetlerinin evsiz insanlara bölgesel bir esasa göre temini konusunda spesifik fon tahsisi yapmalıdır.

Teklif 25: Veri toplama ve analiz araçları, bu stratejinin sonuçlarını ölçmek için geliştirilmelidir.

Teklif 26: Hükümet, evsiz insanlara temel dış bakımı sağlama hedefi olan bir dış programını hemen belirlemelidir.

IX. RUH HASTALIKLARI OLAN İNSANLAR

Ruh sağlığı, genel sağlık ve iyi olmanın ayrılmaz bir parçası olarak herhangi bir sağlık sisteminde üzerinde odaklanılan ana konulardan birini teşkil etmelidir. Ruh hastalığı, birçok insanın idrak ettiği kadar çok daha yaygındır. Beş Avustralyalıdan biri, ömürlerinde bir noktada, belirli bir şekilde ruh hastalığı içine girmekte ve yaygın olarak depresyon ve heyecan göstermektedir.

Ruh hastalıkları, şiddetli ve takat kesici etkiler ortaya çıkartabilmektedir. Ruh sağlığı ruh hastalıkları olan insanların aileleri, meslekleri, birlikte çalıştıkları meslektaşları ve arkadaşları üzerinde de etki yapmaktadır.

Önleme Ve Erken Tedavi: Ruh sağlığının yaygın olarak ortaya çıkmasına rağmen, ruh hastalığı olan insanlar en dezavantajlı, ihmal edilen ve marjinalleştirilmiş grup Avustralyalılar arasında kalmaktadır. Demokratlar, bu alanda, ruh sağlığı olan insanların ve onların ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla fon teminine acil ihtiyaç olduğuna inanmaktadır. Ruh hastalıklarının önlenmesi ve erken tedavisi konusunda odaklaşmanın artırılması ile, sosyal ve ekonomik olarak ruh hastalıklarının açtığı masraflar azaltılabilir. Bundan başka, ruh hastalığı olan insanların birçoğunun kendine özgü sağlık ihtiyaçları vardır. Bunlar yaralanma, intihar, uyuşturucu kullanım problemleri ve kötü beslenme bakımından daha yüksek risk içinde bulduklarından, bunlar için hedefi belirlenmiş sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Demokratlar, ruh hastalıklarına toplumun sahip çıkması konusu üzerinde durdurulmaması halinde, birçok ruh hastalığı olan insanın, kabul edilemez seviyelerde işsizlik, uzun vadede fakirlik, evsizlik ve sosyal tecrit içinde kalacaklarına inanmaktadır.

Teklif 27: Hükümet, aşağıdaki öncelik alanlarında ruh sağlığı için daha fazla fon tahsil etmelidir:

1. *Barındırma.* Buna, toplum esasına dayalı desteklenen ruh hastalığı olan insanlar için konaklama imkanı sağlamak üzere ilave fon temini dahildir.

2. *Kriz Hizmetleri.* Pilot proje ile koordineli bir şekilde taburcu edilmelerini planlamak için prosedürler belirlenmesi ve hastahaneden taburcu edilen ruh hastası insanların geliştirilmesi.

3. *Tedavi standartları ve opsiyonları.* Önleme programlarının artırılması, Medicare yararlarının danışma hizmetleri için sağlanması, risk içinde olan genç insanlar için erken müdahale programları, taşra ve uzak alanlardaki hizmetlerin artırılması.

4. *Bakım sağlayıcılara destek.* Ruh hastalığı olan insanlara bakım sağlayıcılara verilen desteğin artırılması, bakım için sağlanan paraların ve mesleki yararların artırılması.

5. *Rehabilitasyon ve istihdam.* Ruh hastalığı olan insanların İngiliz Devletler Topluluğu Rehabilitasyon Hizmeti içinde daha çok odak noktası haline getirilmesi.

Ruh hastalıklarının önlenmesi ve tedavisine entegre bir yaklaşımla erişmeye ihtiyaç vardır. Bundan dolayı, yukarıda belirtilen alanların tamamının gerektiği fonların temini suretiyle, birlikte çalışarak, ruh sağlığı geliştirmesi ve ruh hastalıklarının etkilerini asgariye indirmesi gerekir.

Toplumun Bilinçlendirilmesi: Toplumun ruh hastalıklarından haberdar edilmesi düşük bir sevedir ve birçok ruh hastalığı olan insan ön hüküm, lekeleme (stigma) ve marjinalizm ile karşılaşmaktadır.

Bu durum onlar ve aileleri için birçok gereksiz güçlükler ortaya çıkartabilir. Bundan başka ruh hastalıklarına erken müdahaleyi de önleyebilmektedir. Ruh hastalıklarının yaygın olarak ortaya çıktığı konusunu aydınlatan toplum eğitim kaynaklarına, erken ikaz sinyallerine ve tedavi opsiyonlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Eğitimin, okullarda ve daha geniş topluluk içinde olanlar dahil, bütün seviyelerde gerçekleştirilmesi gerekir.

Teklif 28: Hükümet, toplumun ruh hastalıklarından haberdar olması ve ruh sağlığı olan insanların ihtiyaçları konusunda bilinçlendirilmesi için, kapsamlı bir toplum eğitim stratejisi geliştirmelidir.

Gençlerin İntiharı: Avustralya, dünyadaki en yüksek genç intihar oranlarından birine sahiptir. Bu intihar oranı, son 20 yıl içinde artmakta ve toplumumuzun karşılaştığı en ciddi sağlık konularından birini teşkil etmektedir. Genç insanlar arasında intihar sebepleri karmaşık olmasına rağmen, ruh hastalığı önemli bir risk faktörüdür ve buna ekseriya görülmeden geçen orta derecedeki ruh hastalıkları da dahildir.

Önemli Faktörler: Diğer risk faktörleri arasında işsizlik, eğitim noksanlığı, öğrenme özürlerinde destek noksanlığı, düşük gelir, taşrada yaşama, evsiz olma, çocuklukta ihmal ve suiistimal, uyuşturucu, alkolün aşırı kullanımı vardır. Cinsiyet konuları bakımından genç insanlar da intihar riski içinde bulunmakta, özellikle aile ve akran grupları tarafından cinsiyetlerine ilişkin olarak kabul görmediklerini düşünen genç insanlar, bu risk içinde bulunmaktadır. Hapsetmek de genç insan intiharındaki bir diğer belli başlı risktir. İntihar konuları ve ruh sağlığı hizmetlerinden toplumun artan ölçüde haberdar edilmesi, genç intiharını azaltmaya yardımcı olabilecektir.

Ancak, bu risk faktörlerinin bir kısmı diğer sosyal ve ekonomik konular içine girer. İstihdam, eğitim, sosyal güvenlik ve ekonomi konusundaki politikaların, kötülüklerle maruz kalmaya açık olan genç insanlar arasında intihar riskini arttırmaması gözetilmelidir.

Teklif 29: Hükümet, genç ruh sağlığını geliştirmek ve belirlenen risk grupları için spesifik stratejiler üzerinde odaklaşmayı kapsayan, tekrar canlandırmaya bir Gençlik Ruh Sağlık Stratejisi geliştirmelidir.

Aileler. Ruh hastalığı olan insanların aileleri, ailelerindeki ruh hastalığı ile meşgul olmaları bakımından destek ve hedef alınmış hizmetler gerektirmektedir. Özellikle, ruhen hasta ebeveynleri olan çocukların ihtiyaçlarını konu alan bir strateji geliştirilmelidir. Bu çocukların bilgi, tavsiye, destek ve uygun danışmaya olan ihtiyaçları, büyük ölçüde bu güne kadar hükümet tarafından ihmal edilmiştir.

Teklif 30: Hükümet, ebeveynleri ruh hastası olan çocukları hedef olan bilgi ve destek hizmetlerine fon tahsis etmelidir.

HİKÂYELER VE GERÇEKLER:

Hikâye: Özel sağlık sigortası olmadan Medicare'ı gerçekleştirecek imkanımız olmaz.

Gerçek: İnsanlar, hastalanmayı durduramadıkları ve özel sağlık sigortası almış olmaları nedeniyle kaza yapmamak gibi bir şansları olmadığından, Kamuya ait veya özel olup olmadığına bakılmaksızın, sağlık hizmeti için, hala bedeli ödemek durumdadırlar. Değişen husus bu ödemenin nasıl tahsil edileceğidir.

Herkes Medicare'e katkı yapmaktadır. Yine herkes, onun ve herkes onun adil ve maliyet- etkili sağlık hizmetleri için ödeme yapılmasından yararlanır. Medicare, sağlık hizmeti için ödeme yapılmasında, çok etkin bir yoldur.

Çünkü özel sağlık sigorta fonları daha küçüktür ve Medicare'e göre daha yüksek idari masrafları bulunmaktadır. Medicare'in toplam bütçesinin sadece %4'ü idari konularda harcanmaktadır.

Buna karşılık özel sağlık fonlarının ortalama %13'ü, sadece fonun işler halde tutulmasına gitmektedir. Bu husus Özel sağlık sigortasının bu kadar pahalı olmasına ilişkin sebeplerden sadece bir tanesidir.

Özel sağlık sigortası, yüksek gelire sahip olan birinin yaşlılık aylığı olarak yaşayan biri kadar prim ödemesi nedeniyle regresif (geriye doğru) bir fon mekanizmasıdır.

Özel sigorta fonları sağlık sisteminde dominant hal almaya başladığında, idari konulara daha çok para gitmekte ve sağlık sisteminin kalitesinin daha iyi hale getirilmesi değil, yönetici ve muhasebeciler büyük ücretlerinin ödenmesi söz konusu olmaktadır.

Gerçek olan husus, Avustralya'nın Medicare'i kaldırmaya dayanamayacağıdır.

Hikâye: Özel Sağlık Hizmetleri, kamu hizmetlerinden daha etkilidir.

Gerçek: Özel, kar amacı güden uygulayıcılar, genellikle, hizmet ettikleri topluma daha fazla yarar sağlamamaktan ve hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltma konusunda inisiyatifte sahip bulunmamaktadırlar.

Gayet tabii, kar motifleri, bazen prodüktiviteyi arttırmasına rağmen, ekseriya kar esasına dayalı olarak gayret kazanan hizmet sağlayıcıları, etkililiği arttırmadan veya sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeden, maliyetlerde kesintiye gitmektedir. Bunu, kar getirmeyen hizmetleri azaltmak, masrafları kamu hastahaneleri ve sigorta şirketleri gibi diğer gruplara kaydırmak, tedavileri sona erdirmek suretiyle masrafları geciktirmek ve gereksiz hizmetler için talep yaratmak suretiyle yapmaktadırlar.

Demokratlar, bütün sağlık temin edenlerin (kamu ve özel) asgari kalite standartlarını karşılamaları ve kalite, etkililik ve prodüktivitelere göre kendilerine ödeme yapılmasının gerektiğine inanmaktadır.

Kamu sağlık sisteminin gerektirdiği fonunun tahsis edilmesi ve iyi çalıştığı sürece, özel uygulayıcıların maliyetlerini aşağıda tutmaları ve yüksek kalite hizmet sağlamak suretiyle rekabet edebilir durumda kalmalarının gerektiğine inanmaktayız. Özel sektörün dominant hale gelmesine müsaade etmemiz halinde, bunlar artık halk sektörü ile rekabet eder durumda olmayacaklardır. Çünkü (çok yüksek kurma maliyetleri nedeniyle) sağlık hizmeti piyasasına giriş güç olabilmekte, bu da bu hizmetleri sağlayanlar arasındaki rekabeti teşvik edebilmektedir.

Hikâye: Zengin insanlar, kamu hastahane yataklarını değil, özel sağlık hizmetlerini kullanmalıdır.

Gerçek: Sağlık hizmeti vergilendirme üzerinden tahsisat aldığı anda, yüksek geliri insanlar düşük geliri olan insanlardan daha çok ödeme yapmaktadır. Özel sağlık hizmetleri veya özel sağlık sigortasında ise durum böyle değildir ve insanlar gelirlerine bakılmaksızın aynı miktarda ödeme yaparlar.

Kamu sağlık sektöründen yüksek geliri insanların çıkartılması, iki tabakalı bir sağlık sisteminin gelişmesine yol açacaktır. Etkili bir sosyal sağlık sisteminin olmaması kamu sağlık sisteminin fakir insanlar için tükenmesine ve bedelini ödeyecek olanlar için pahalı bir özel sisteminin ortaya çıkmasına yol açacaktır. Bu da düşük geliri insanların daha düşük bakım standartlarına mecbur kalacakları ve ne fakir ne de zengin olmayan durumdaki insanlar, sağlık hizmetleri için büyük miktarlarda para ödemeleri demek olacaktır.

A. ERDAL

A. ERDAL SARGUTAN