

YENİ ZELANDA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

DOÇ.DR. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Burhan BULUT

Mesut IŞIK

Ramazan ÇAKIROęLU

Ramazan KAYA

A. ERDAL SARGUTAN

YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	2796
I. ÜLKE TANITIMI	2799
I.1. Coğrafya	2799
I.2. Tarih	2800
I.3. Yönetimsel Ve Toplumsal Koşullar	2802
I.4. Nüfus Ve Yerleşim	2802
I.5. Ekonomi	2803
I.6. Eğitim	2804
I.7. Kültürel Yaşam	2805
II. SAĞLIK SİSTEMİ	2806
II.1. Genel Sağlık Verileri	2806
II.2. Yeni Zelanda Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci	2806
II.2.1. Sağlık Hizmetlerinin 1993'ten Önceki Organizasyonu	2806
II.2.2. 1993'de Yapılan Reformlar	2808
II.2.3. 1997-1998 Yıllarında Yapılan Düzenlemeleri	2810
II.2.4. 2000'de Yapılan Reformlar	2810
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı Ve Yönetimi	2810
II.3.1. Sağlık Bakanlığı	2811
II.3.2. Krallık Sağlık Örgütleri	2815
II.3.3. Bölgesel Sağlık Kurulları	2816
II.4. Birincil Sağlık Hizmetleri	2828
II.4.1. Halk Sağlığı Hizmetleri	2819
II.4.2. Kişisel Sağlık Hizmetleri	2821
II.4.3. Annelik/Hamilelik Hizmetleri	2821
II.4.4. Çocuk Sağlığı	2822
II.4.5. Diş Sağlığı	2822
II.5. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	2823
II.5.1. Hastahaneler	2823
II.6. Eczacılık Hizmetleri	2825
II.7. Gönüllü Kuruluşlar	2826
II.8. Sağlık İnsancücu Ve Eğitimi	2826
II.9. Sağlık Sisteminin Finansmanı	2828
II.9.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansman Yapısı	2828
II.9.1.1. Kamu Sağlık Bütçesi	2831
II.9.1.1.1. Kişisel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe	2832
II.9.1.1.2. Engellilere Destek Hizmetleri	2834
II.9.1.2. Diğer Devlet Kurumlarının Sağlık Alanında Harcamaları	2834
II.9.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansman Yapısı	2835
II.9.2.1. Kamu Finansman Kaynakları	2835
II.9.2.2. Kaza Telafi Birliği	2836
II.9.2.3. Özel Sektör Finansman Kaynakları	2837
II.9.2.4. Sağlık Sigortası	2838
II.9.2.5. Gönüllü Ve Kâr Amacı Olmayan Organizasyonlar	2839
II.9.2.6. Kişisel Doğrudan Sağlık Harcamaları	2839
III. YENİ ZELANDA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	2841
KAYNAKLAR	2844

ÖZET

Yeni Zelanda, toplumu esas alan kaliteli ve ücretsiz bir sağlık hizmetleri yapısına sahiptir. Son on beş yılda halk sağlığı sistemi iki kez tümüyle yenide yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmaların ilki 1993'te ikincisi ise 2001 yılında olmuştur. Sağlık hizmetleri kamu ağırlıklı olmak üzere özel sektör desteklidir.

Yeni Zelanda sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığı ve 21 adet Bölge Sağlık Kurulu yapısı üzerine kurulmuş olarak çalışmaktadır.

Yeni Zelanda sağlık sisteminin üst otoritesi Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık ve engelliler sisteminin tüm Yeni Zelanda vatandaşları için çalışmasının sağlanmasından sorumludur.

Bakanlık komisyonlarının politika oluşturma ve karar verme aşamalarında önemli rolleri vardır. Bakana bağımsız uzman görüşleri sunarlar, sektörün temsilcileri ile görüşmelerde bulunarak, sektörün kararlara katkıda bulunmasını sağlarlar ve dengeli kararlar alabilmek için gereken şartları yaratırlar.

Bölge Sağlık Kurulları coğrafi olarak tanımlanmış nüfus gruplarının sağlık ve kendine yeterliliğini korumak, iyileştirmek ve geliştirmekten sorumludur. Böylelikle çok dağlık ve ormanlık olan ülkede her noktaya sağlık hizmeti ulaştırmak mümkün olmaktadır. Bunlar sorumlu oldukları bölgelerdeki insanlar için sağlık, engellilik ve hastahane hizmetleri sunmakta, bunların planlamasını ve finansmanını gerçekleştirmektedir.

Devlet, sağlıkta iyileştirme sağlamak için birincil sağlık hizmetlerine özellikle önem vermektedir. Birincil sağlık örgütleri, sağlığı iyileştirme hizmetlerinden bazıları, ihtiyacı yüksek derecede olduğu bilinen grupların özel olarak hizmetlere daha iyi ulaşmasını sağlamak amacıyla verilen hizmetler, reçetelerin ve kullanılan laboratuvar testlerinin kontrolü zâhil olmak üzere belirli bir nüfusa temel birincil sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Ülkede hastahane yataklarının yaklaşık olarak %80'i kamuya aittir. Çoğu hastahane hizmetleri devletin sahip olduğu hastahanelerde ücretsiz olarak verilmektedir. Kamu hastahaneleri ve bununla bağlantılı toplum hizmetleri genel olarak kamu tarafından finanse edilmesine rağmen Bölgesel Sağlık Kurulları tarafından yönetilirler.

Yeni Zelanda 1938'de çıkarılan sosyal güvenlik yasasıyla, dünyada sosyal güvenlik uygulamasına geçen ilk ülkelerden biridir. Sosyal güvenlik hakları kişisel ve özel sosyal güvenlik katkıları ile değil, genel vergiler ile finanse edilmektedir. Kapsamlı sosyal refah sistemi emekli, dul ve yetim aylığının yanı sıra annelik, hastalık, yaşlılık, işsizlik ve işgöremezlik yardımı gibi hizmetleri sunar.

Gelişmiş bir sosyal refah politikasına sahip olan Yeni Zelanda'da 1938'den beri vergilerle yürütülen bir kamu sağlık güvenliği sistemi vardır.

Kişilerin hastahane ve sağlık hizmetleri masraflarının tamamen devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır. Sağlıkla ilgili tüm harcamaların büyük bir kısmı merkezi yönetimlerce yapılmaktadır. Herhangi bir vatandaş ve geçici olarak bu ülkeyi ziyaret eden herhangi bir insanın tüm tedavi, rehabilitasyon masrafları ve diğer zararları devlet tarafından karşılanmaktadır. Devlete ait sağlık kuruluşlarında tedavi ve ilaçlar parasızdır.

Sağlık alanında ve engellilere hizmet veren alanlarda çalışacak insanlara yüksek öğrenim veren üniversitelerin, teknik okulların ve diğer kurumların bütçesi devlet tarafından Yüksek Öğretim Komisyonu aracılığı ile karşılanmaktadır.

Bakanlık Medsafe Birimi, ilaçların kullanımı ile birlikte ortaya çıkan kaçınılmaz zararlı etkilerin riskini azaltmak amacıyla uygulanmasını sağlar. Medsafe ayrıca Yeni Zelanda'da kullanımda olan ilaçların, uygun şekilde kullanıldıklarında, risklerinden çok yararlı etkilerinin olduğunun sağlanmasından sorumludur.

Kralığa bağlı bir kuruluş olan PHARMAC'ın amacı ilaç kullanması gereken insanların, belirlenen bütçe çerçevesinde en uygun ilaçları alabilmelerini sağlamaktır. PHARMAC'ın görevleri arasında ilaçların doğru kullanılmasının sağlanması da vardır.

Hükümet dışı Örgütler ve gönüllü örgütler, sağlık ve engellilik sektörünün önemli bir parçasıdır. 200'den fazla ulusal örgüt ve yerel hizmet sağlayıcı kâr amacı olmadan hizmet vermektedir.

Kamunun sağladığı mali kaynak, Yeni Zelanda'da verilen sağlık ve engellilik destek hizmetlerinin ana finansman kaynağıdır. Ülkedeki tüm sağlık harcamalarının %78,3'ü kamu tarafından karşılanmaktadır.

Günümüzde devletin sağlık hizmetleri kalitesini korumakta zorlanması sonucunda özel sektör büyük bir hızla gelişme göstermektedir. Özel sağlık sektörü finansman kaynakları arasında ağırlıkta kişisel doğrudan (cepten) harcamalar, sağlık sigortası ve kâr amacı olmayan örgütlerin yaptığı harcamalar da vardır. Belirtilen bu kaynaklar toplam sağlık harcamalarının %20-25'ini karşılamaktadır.

Yeni Zelanda çok büyük ağırlıkla Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil sağlık sistemi grubundadır.

A. ERDAL SARGUTAN

YENİ ZELANDA SAĞLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Yeni Zelanda
YÜZÖLÇÜMÜ	: 270.534 km
NÜFUS	: 4.080.500
İDARE ŞEKLİ	: Meşruti Monarşi
BAŞKENTİ	: Wellington
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Manukau, Auckland Ve Christchurch
DİLİ	: İngilizce Ve Maori
PARA BİRİMİ	: Yeni Zelanda Doları (1).

I.1 Coğrafya

Yeni Zelanda, İngilizce New Zealand, Maori dilinde Aoteroa olarak adlandırılan, Büyük Okyanusun güney kesiminde ada ülkesidir. Avustralya'nın 1.600 km güneydoğusundadır. Yaklaşık 32 km genişliğindeki Cook Boğazıyla birbirinden ayrılan Kuzey ve Güney adlı iki büyük ada ile bir dizi küçük adadan oluşur. Bu adaların çoğu ana gruba uzak olduğundan sınırları içinde kalan alan, kuzeyden güneye yaklaşık 1.600 km. boyunca uzanır. Batıdan doğuya en geniş kesimi ise 450 km'yi bulur. Antarktika'nın bir bölümü üzerinde hak iddia eden Yeni Zelanda'ya, doğrudan yönetilen Tokelau'nun yanı sıra içişlerinde özerk olan Niue ve Cook Adaları da bağlıdır. Yeni Zelanda'nın coğrafi kopukluğu, kendine özgü toplumsal, kültürel ve ekonomik bir yapılanma göstermesinde önemli rol oynamıştır. Başkenti Wellington, yüzölçümü 270.534 km, 2004 tahmini nüfusu 4.080.500'dür

Engibeli bir yapı gösteren iki büyük adadan Güney Adası dağlarla, Kuzey Adası ise tepe sıralarıyla bölünmüştür. Güney Adasının batı kesiminde Westland adlı dar kıyı şerhinin genişinde yaklaşık 480 km. boyunca uzanan Güney Alpleri yükselir. Bu kıvrılmış dağ zincirinde ülkenin en yüksek noktası olan Cook (Aorangi) Dağı (3.764 m.) ile 3.000m'yi geçen 22 doruğun yanı sıra, göllerle bağlantılı geniş bir buzul sistemi yer alır. Güney Alpleri'nin ana bölümünün doğusunda yayvan tepeler uzanır. Çok seyrek olarak 1.800m'yi geçen bu tepelik alan, ırmakların taşıdığı alüvyonlarla oluşmuş Canterbury Ovalarına doğru iner.

Dağın aşınmış bir görünüm taşıyan Kuzey Adasının orta kesimini, ülkenin en büyük doğal gölü Taupo'nun güney kıyılarında birdenbire yükselen Volkanik Plato kaplar. Adanın en yüksek doruğu olan Ruapehu Dağının (2.797m.) yamaçlarında yedi küçük buzul vardır. Buna karşılık düzlüklerin egemen olduğu batıdaki Taranaki bölgesinde tekil ve sönmüş bir yanardağ olarak yükselen Egmont Dağının (2.518m.) yamaçları otlaklarla örtülüdür. Volkanik Platonun kuzey kesiminde başlayan ormanlar, Kuzey Auckland Yarımadasında astropik bir yapıya bürünür.

Yeni Zelanda'da ılıman ve yumuşak bir iklim hüküm sürer. Bu durum özellikle Güney Adasında yüksekliğe bağlı olarak bir ölçüde sertleşir. Deniz düzeyinde yıllık ortalama sıcaklık en kuzeyde 15°C, en güneyde ise 9°C'dir. Mevsimlik ve günlük sıcaklık farkı 10°C dolayındadır.

Yazın ülkenin büyük bölümünde 21°C'nin üzerinde olan gündüz sıcaklığı, kuzeyde zaman zaman 27°C'yi geçer. Kışın gündüz sıcaklığı çok seyrek olarak 10°C'nin altına iner. Birçok yörede yılın en az 2 bin saati açık ve güneşli geçer. Yıllık yağış miktarı ılıman kuşaktaki düzeye uygun olarak genelde 635-1.525 mm. arasında değişir. Dağların rüzgârları kesmesi nedeniyle yarı karasal özellikler gösteren Central Otago bölgesi yılda ancak 300 mm. yağış alır. Buna karşılık Güney Alplerinin bazı kesimlerinde yıllık yağış miktarı 7.900mm'ye kadar ulaşır. Yüksekliğin 600m'yi geçtiği bütün yörelerde kar yağışı görülür.

Geçmişte ülkenin yaklaşık üçte ikisini kaplayan ormanlar, yeniden ağaçlandırma çalışmalarına karşın günümüzde üçte birden aza inmiştir. Yerli bitkilerin yüzde 90'a yakın bölümü yalnızca bu adalara özgü türlerden oluşur. Buna karşılık sürekli yeşil kalan ağaçların ağır bastığı karışık ormanlarda, ülkeye sonradan getirilen ağaç türleri de yaygındır (1/401).

1.2.Tarih

Arkeolojik bulgular, Doğu Polinezya'dan gelen ve Maorilerin atalarını oluşturan ilk toplulukların bugünkü Yeni Zelanda topraklarına 800 dolaylarında ve bir olasılıkla daha önceki bir tarihte yerleşmeye başladığını göstermektedir. Başlangıçta avcılık ve toplayıcılıkla geçinirken, belirlenemeyen bir evrede tarıma geçen bu topluluklar zamanla kabilelere dayalı bir toplumsal ve siyasal örgütlenme yarattılar. 18. Yüzyılda 100 bin ile 200 bin arasında olduğu tahmin edilen Maori nüfusunun büyük bölümü, Polinezya kültürünün özellikle savaş sanatı, kano yapımı, yapı işleri, dokumacılık ve tarım alanlarında en üst düzeye ulaştığı kuzey kesimde yaşıyordu.

Yeni Zelanda adı verilen adalara Avrupalıların yerleşmesi, Avustralya'da yürütülen balina avcılığının ve öteki ticari etkinliklerin bir sonucu olarak başladı.

Bir İngiliz kolonisi haline gelen Yeni Zelanda İngiltere Hükümdarının atadığı bir Vali tarafından yönetilmeye başlandı. Valiliğe atandığı 1845'ten başlayarak düzenin sağlanmasında önemli rol oynayan George Grey, göçmenlerin yönetime katılma yönündeki baskıları karşısında 1852'de Yeni Zelanda Temel Yasası'nın hazırlanmasını sağladı. Buna karşılık, Maorilerle ve arazi sorunlarıyla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmasına değin yasanın uygulanmasını geciktirdi. Grey'in 1855 sonunda bu işleri kendince tamamlayarak görevden ayrılmasından sonra yürürlüğe giren yasa uyarınca koloni altı ile ayrıldı: Auckland, New Plymouth (Taranaki), Wellington, Nelson, Canterbury ve Otago. Yasa her ilde birer yönetici ve il meclisi bulunmasını öngörüyordu. Koloninin merkezi yönetimi ise bir Vali ve iki meclisli bir yasama organından oluşacaktı. Genel Meclis adlı bu organın Yasama Konseyi kanadında tahtın atayacağı üyeler, Temsilciler Meclisi kanadında ise belirli bir mülke sahip koloniciler tarafından beş yıllık bir dönem için seçilecek üyeler yer alacaktı.

Genel Meclis'in 1854'te toplanmasından hemen sonra, Valinin koloniyle ilgili işleri Temsilciler Meclisi'nden güvenoyu almış bakanların görüşleri doğrultusunda yürütmesini sağlamaya yönelik bir mücadele başladı. Yeni Zelanda'nın özerkleşmesinde önemli bir adım olan bu Sorumlu Hükümet sistemi, İngiltere'deki Sömürgeler Bakanlığı'nca 1856'da kabul edildi. Buna karşılık, Kolonideki Maorilerle ilgili konular bütünüyle Valinin yetkisine bırakıldı.

Yeni kurumsal yapının oturtulmaya çalışıldığı 1850'lerde Maorilerden merkezi yönetimce satın alınan toprakların yerleşime açılması, göçlerin düzenlenmesi ve bayındırlık işlerinin yürütülmesi il yönetimlerinin elinde kaldı. İllerin mali gücü büyük ölçüde toprak satışlarından elde edilen gelirlere dayanıyordu. Bu nedenle Maorilerin pek bulunmadığı Canterbury ve Otago illeri hızlı bir gelişme olanağı buldu. Yerleşime uygun toprakların Maorilerin ve spekülâtörlerin elinde olduğu Kuzey Adasındaki illerde ise büyük sıkıntılar ortaya çıktı.

Göçmen nüfusun artışıyla birlikte Maorilerin topraklarını satmaktan kaçınmaya yönelmesi çok geçmeden gerginliklere yol açtı. Taranaki bölgesinde toprak satışlarını önlemek amacıyla Maori şefi Wiremu Kingi (Te Hāngitake) öncülüğünde bir direniş başlarken, Waikato bölgesinde de bazı kabilelerin Te Wherowhero'yu I. Potatau adıyla kral seçmesiyle Maori Kral Hareketi doğdu. Vali Thomas Göre Brovne ve koloni makamlarının göçmenleri açıktan destekler bir tutuma girmesi üzerine, 1860'ta Taranaki bölgesindeki bir anlaşmazlık sonucunda Maori Savaşları olarak bilinen kanlı çatışmalar dönemine girildi.

Durumu düzeltmek için 1861'de yeniden valiliğe atanan Grey'in aldığı askeri önlemler, çatışmaları Waikato bölgesine de sıçramasına neden oldu. Kabilelere dayalı Maori direnişinin kırılmaya yüz tuttuğu 1864'te Pai Marire (İyi Ve Barışçı Din) kültürüne bağlı Ha-uahau savaşçıları sahneye çıktı. Topraklarına zorla el koyulan birçok Maorinin bu gruplara katılmasıyla savaş bütün adaya yayıldı. 1868'den sonra savaşın ağırlığı Te Ko-oti Rikirangi'ye bağlı Ringatu adlı yeni bir kültürün güç kazandığı doğu kıyısına kaydı. Bu dönemde bazı Maori kabilelerinden de destek alan İngiliz birliklerinin belirgin bir üstünlük sağlamasıyla 1872'de çarpışmalar sona erdi. Savaşın sonu 1862 tarihli Yerli Toprakları Yasası'na dayanılarak Maori topraklarının büyük bölümüne el koyuldu. Son direnişçilerin sığındığı, adanın ortabatı kesimindeki King Country (Kral Ülkesi) ise ancak 1881'de denetim altına alınabildi.

19. Yüzyıl sonlarından başlayarak Kanada ve Avustralya'yla birlikte Britanya İmparatorluğu içinde ayrıcalıklı bir konum taşıyan Yeni Zelanda, içişlerinde geniş bir özerklikten yararlanmanın yanı sıra, İmparatorluğun dış politikasında da belirli ölçüde söz sahibi olma mücadelesine girdi. Bölgedeki bazı adaları ele geçirme girişimiyle belirginleşen bu eğilim, Yeni Zelanda birliklerinin katıldığı Güney Afrika Savaşı'ndan (1899-1902) sonra daha da güçlendi. İngiliz hükümeti 1907'de Yeni Zelanda'ya imparatorluk bünyesinde dominyon statüsü verdi. Bu arada koloni nüfusunun göçmen özelliğini büyük ölçüde yitirmesiyle bir tür Yeni Zelandalı kimliği biçimlenmeye başladı.

I. Dünya Savaşı (1914-18) sırasında birçok Yeni Zelandalı askerin Gelibolu ve Fransa cephelelerinde çarpışması, ulusal kimlik duygusunu pekiştirici bir rol oynadı. Bu çarpışmalarda ölen ya da yaralanan Yeni Zelandalıların sayısı, 20-40 yaş arasındaki erkek nüfusun üçte birine kadar ulaştı.

Savaş sonrasında bağımsız bir delegasyonla Paris Barış Konferansı'na (1919) katılan ve Massey'nin Versailles Antlaşmasını imzalayan Yeni Zelanda'ya Milletler Cemiyeti'nin kurucu üyesi olarak egemen bir devlet statüsünü kazandı (1/404,405).

I.3. Yönetmel Ve Toplumsal Koşullar

Uluslar Topluluğu adlı, eski İngiltere İmparatorluğuna dahil ülkelerin üye olduğu uluslararası birliğin üyesi olan Yeni Zelanda, İngiltere Hükümdarının temsil ettiği meşruti monarşiye dayalı bir devlet yapısı içinde parlamenter demokratik sistemle yönetilir. İngiltere'de olduğu gibi anayasanın temelini yazılı yasalar ve teamüller oluşturur. İki kaynak arasında bir çatışma çıktığında teamüller ağır basar. Sembolik olarak devlet başkanı sayılan İngiliz Hükümdarını, beş yıllık bir dönem için atadığı bir Genel Vali temsil eder. Ülke yönetiminde çok sınırlı bir ağırlığı olan Genel Valinin yasaları Hükümdar adına onaylayarak yürürlüğe koymak ve belirli koşullarda yasama organını dağıtmak gibi bazı önemli yetkileri de vardır.

Yasama yetkisini tek meclisli bir organ olan ve üç yılda bir seçilen Temsilciler Meclisi kullanır. Temsilciler Meclisi'ndeki 120 sandalyenin yedisi Maorilere ayrılmıştır. Sandalyelerin çoğunu elinde tutan parti hükümeti oluşturur, Çoğunluk partisi liderinin Başbakan olarak belirlediği kabine, yürütme gücünün odağı olarak hükümet politikalarının oluşturulmasından sorumludur. Temsilciler Meclisi'nde görüşülen yasa tasarılarının çoğu, kabine tarafından alınan kararlar doğrultusunda hazırlanır. Öte yandan kabinenin sınırlı meclis denetimine bağlı olan geniş düzenleyici yetkileri vardır.

Çoğunluğa dayalı dar bölge seçim sistemi uygulandığından, siyasal yaşama iki ana parti egemendir. Bu partiler iş çevrelerinden destek alan Yeni Zelanda Ulusal Partisi ile senükalara ve mavi yakalı işçilere dayanan Yeni Zelanda İşçi Partisi'dir. Seçim bölgeleri her beş yıllık sayımdan sonra yeniden düzenlenir. Seçmen yaşı 18'dir. İdarenin hükümet değişikliklerinden ve partizanlıktan etkilenmemesini sağlamak için memurların atama ve terfi işleri bağımsız bir kuruluşun denetiminde yürütülür. Temsilciler Meclisi'ne bağlı olarak 1962'de oluşturulan ombudsmanlık makamı, idareyle ilgili şikâyetleri soruşturmaya olanak verir. Bu alanda getirilen bir başka önem de, bazı istisnalar dışında, resmi belgelerin halka açık tutulmasıdır.

Yeni Zelanda hukuk sisteminin önemli bir kaynağı İngiliz Parlamentosu'nca 1947'den önce çıkarılmış olan yasalardır. Ayrıca mahkemeler genellikle İngiliz gelenek hukukunun teamüllerini ve emsal kararlarını göz önüne alır (1/403).

I.4. Nüfus Ve Yerleşim

Çok geç bir tarihte yerleşime açılan Yeni Zelanda'nın etnik dokusunda Avrupa kökenli beyazlar ağır basar. Toplam nüfusun yüzde 74'ünü kademeleri oluşturan beyazlar içinde İngiliz göçmenlerin soyundan gelenler çoğunluktadır.

Öteki Avrupalı toplulukların başında İskandinavya, Almanya, Yunanistan, İtalya ve Yugoslavya kökenliler gelir. İki dünya savaşı arasındaki dönemde Orta Avrupa'dan bazı göçler alan ülkede daha sonra gelen önemlice bir Hollandalı topluluk da vardır. Yeni Zelanda'nın yerli halkı olan Maorilerin toplam nüfus içindeki oranı yüzde 13,5 dolayındadır. Avrupalıların getirdiği hastalıklar ve savaşlar nedeniyle hızla azalarak 1896'da 42 bin kişiye kadar inen Maorilerin nüfusu, sonraki yıllarda yüksek doğum oranıyla düzenli biçimde artmıştır. Öteki küçük azınlıklar arasında Pasifik Adalarından gelen Polinezyalılar, Çinliler ve Hintliler sayılabilir.

Nüfus yoğunluğu (2002) ülke genelinde kilometre kare başına ancak 14,4 kişi düzeyindedir. Toplam nüfusun yaklaşık dörtte üçü Kuzey Adasında yaşar. Kentsel alanlarda oturanların toplam nüfus içindeki oranı (2002) yüzde 86'dır. Maorilerin büyük bölümü de kentlere yerleşmiştir. Ülke içindeki göçlerin büyük bölümü küçük kasabalardan metropollere yöneliktir.

Doğal nüfus artış hızı çok düşüktür. Doğum ve ölüm oranları (2002) sırasıyla binde 14,2 ve binde 7,6'dır. Polinezyalılar ve Maoriler yüksek doğum oranı nedeniyle çok daha genç bir nüfusa sahiptir.

Yeni Zelanda'da nüfusun büyük çoğunluğu İngilizce konuşur. İngilizcenin yanı sıra Maori dili de resmi dil olarak benimsenmiştir. Maorilerin hemen hepsi İngilizce bilir. Azınlık dilleri arasında önemli oranda konuşulan tek dil Samoa dilidir. Nüfusun çoğunluğunun Hıristiyan olduğu Yeni Zelanda'da en kalabalık dinsel cemaatler sırasıyla Anglikan, Presbiteryen, Katolik ve Metodist mezhepler oluşturur. Resmi verilere göre nüfusun dörtte birine yakın bölümünün herhangi bir dinle bağı yoktur (1/401).

1.5. Ekonomi

Yeni Zelanda'da büyük ölçüde tarım, küçük ölçekli sanayi dalları ve hizmet sektörüne dayanan, devletin belirli ölçüde müdahaleci bir rol oynadığı, gelişmiş bir pazar ekonomisi yürürlükindedir. Yeni Zelanda'nın benzer bir ekonomik yapıya sahip Avustralya ve Kanada'ya göre düşük bir büyüme hızı göstermesine yol açan başlıca etkenler arasında ithal yakıt ve tüketim mallarına bağımlılık, geçmişte İngiliz ekonomisiyle bütünleşmeden kaynaklanan sınırlamalar ve sanayi ülkelerinin ihracat tarım ürünlerine uyguladığı yüksek gümrük tarifeleri sayılabilir. 2000 verilerine göre ülke gayri Safi Milli Hâsılası (GSMH) yaklaşık 49,8 milyar ABD Doları, kişi başına düşen milli gelir 12.990 ABD Doları'dır.

Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı (2001-02) yüzde 8 olan tarım sektöründe toplam işgücünün (1999) yüzde 8,8'i çalışır. Ülke topraklarının yarısından fazlası çayır ve otlaklarla kaplı olduğundan, hayvancılık tarımın en önemli dalını oluşturur. Besicilik ve bakımın bilimsel yöntemlerle yürütülmesi, otlakları geliştirmek için gübre kullanımı ve ot ekimi gibi tekniklerle geniş çaplı yatırımların yapılması nedeniyle, hayvan yetiştiriciliğinde verimlilik düzeyi son derece yüksektir. Ülkenin çiftlik hayvanı varlığı (2000) 45,8 milyon baş koyun, 9,5 milyon baş sığır ve 344 bin baş domuzu kapsar. Hayvan çiftliklerinde ve mandıralarda üretilen et, yün, yağ ve peynirin büyük bölümü ihracat edilir. Ekime elverişli alanlar çok sınırlı olduğundan (yüzde 2), bitkisel üretimde rekolte genel olarak düşüktür.

Buğday üretimi iç talebi karşılayabilecek düzeydedir. Arpa, mısır, yulaf, patates ve bezelye gibi ürünler de daha çok yerel tüketim amacıyla yetiştirilir. İhracata dönük başlıca ürünler kivi, elma ve armuttur. Hayvancılık ve bitkisel üretimin ihracattaki önemli yeri nedeniyle bazı tarım ürünlerinin pazarlanması çeşitli devlet kurumları aracılığıyla denetlenir. Ormancılık önemli bir gelir kaynağıdır. Balıkçılık alanında da hızlı bir gelişme görülmektedir. Yeni Zelanda denizlerde ekonomik alan sınırını 1978'de açıkladığı bir kararla 200 deniz miline çıkarmıştır.

İhracatı büyük ölçüde tarım ürünlerine dayanan Yeni Zelanda'nın ithal ettiği başlıca kalemler makine, ulaşım araçlar, kimyasal maddeler, yakıt, demir-çelik ve demir dışı metaller ile dokuma ve giyim eşyasıdır. Geçmişte İngiliz ekonomisine olan bağımlılığın azalmasıyla dış ticarete Avustralya, Japonya, ABD ve Onadoğu ülkeleri öne çıkmıştır. Çeşitli dönemlerde Avustralya'yla imzalanan ticaret anlaşmaları 1983'te iki ülke arasında gümrük vergileri ile sınırlayıcı kotaların azaltılmasıyla daha sıkı bütünleşmeye yönelik bir sürece girmiştir (1/401-403).

Madencilik sektörünün GSYİH'ye katkısı çok azdır. Metal ve metal dışı minerallerin çoğu bulunmakla birlikte, bunların pek azı ticari açıdan işletilmeye elverişli düzeydedir. Önemli miktarda çıkarılan yeraltı kaynakları arasında altın, kömür, demir içeren kum ve doğal gaz sayılabilir. Yıllık üretimi yaklaşık 3,5 milyon ton olan kömürün küçük bir bölümü ihraç edilir.

GSYİH içindeki payı yüzde 15,6 olan imalat sektöründe toplam işgücünün yüzde 14,8'i çalışır. Genelde küçük ölçekli olan sanayi kuruluşları daha çok iç pazara dönük üretim yapar. Geçmişte sanayide tarımsal alet ve makine yapımı, gemi yapımı ve onarımı, içki üretimi ve el kereste işlemeciliği ağırlıktayken, son yıllarda gümrük koruması altında otomotiv sanayisi ve elektronik eşya yapımı gibi alanlara da girilmiştir. Üretim maliyetleri genellikle öteki sanayi ülkelerine göre çok yüksektir.

Toplam kamu harcamalarının üçte birini oluşturan yaygın sosyal hizmetler, bankacılık ve sigortacılık alanındaki kurumlar, koruyucu gümrük politikaları ve piyasayı düzenleyici yetkiler aracılığıyla ekonomide önemli bir rol oynayan devlet müdahaleciliği, 1950'lerin başından sonra önemli ölçüde terk edilmiştir. Bu alandaki değişiklikler arasında ihracata dönük tarım ve imalat dallarına uygulanan bazı sübvansiyon ve vergi teşviklerinin kaldırılması, kamu kuruluşlarının daha ticari bir işletme anlayışına kavuşturulması, finans kuruluşları üzerindeki denetimlere son verilmesi ve döviz işlemlerinin serbest bırakılması sayılabilir. Aynı dönemde getirilen önemli bir yenilik de geçmişte kamu gelirlerinin başlıca dayanağını oluşturan kişisel gelir vergisi yerine 1986'da uygulanmaya başlayan katma değer vergisine ağırlık verilmiş olmasıdır. Sendikal hareketin örgütlü ve güçlü olduğu Yeni Zelanda'da, Avustralya'dakine benzer bir zorunlu hakemlik sistemi yürürlüktedir. Bununla birlikte 1960'ların sonlarından bu yana bazı dönemlerde ücret ve fiyatları dondurma politikası uygulanmış, bazı dönemlerde ise serbest toplu pazarlığa izin verilmiştir (1/401-403).

I.6. Eğitim

Nüfusun hemen tamamı okuryazardır. Eğitim 6-15 yaş arasında zorunlu ve parasızdır. Sekiz yıllık temel öğretili bitiren öğrenciler, geniş bir ders programıyla genel bir akademik eğitim veren orta dereceli okullara devam ederler. Bütün ilk ve orta öğretim kuruluşları, üyeleri seçimle belirlenen eğitim kurullarının denetimini altındadır (1/403).

I.7. Kültürel Yaşam

Yeni Zelanda'nın kültürel ortamı ağırlıklı olarak Avrupa kimliğinin damgasını taşır. Maori halkının özgün sanatsal ve kültürel geleneklerini yeniden canlandırma girişimleri yakın dönemde güçlü bir akım olarak ortaya çıkmıştır. Opera ve bale topluluklarıyla senfoni orkestraları devletten geniş çaplı yardım görmektedir.

Yeni Zelanda gazeteleri kapsamlı haberciliğin yanı sıra yüksek nitelikli röportajlarla da tanınır. Televizyon ve radyo yayınları bir devlet kuruluşu olan Broadcasting Corporation of New Zealand'ın denetimindedir. Yeni Zelanda sineması 1980'lerde dış dünyaya da açılmaya başlamıştır. Ülkenin büyük bölümünde boş zamanları değerlendirilmenin başlıca aracı spordur. En yaygın spor dalları ise ragbi, atletizm ve at yarışlarıdır (1/403-404).

A. ERDAL

SARCOFAN

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Genel Sağlık Verileri

Yeni Zelanda geçen yüzyılda nüfusunun ortalama yaşam beklentisini yükseltmekte oldukça başarılı olmuştur. Yeni doğan bir kız çocuk 72.03 yıl ve yeni doğan bir erkek çocuk ise 68.05 yıl yaşamayı bekleyebilir. Ilıman bir iklim, düşük nüfus yoğunluğu, ağır endüstrinin olmaması ve beslenmenin iyi olması caha başlangıçta Yeni Zelanda'ya, sağlık koşulları düşünüldüğünde, bir üstünlük sağlamıştır. Daha önceden ülkede ölümlerin ana sebebi olan emeksiyon hastalıklarındaki (ve solunum hastalıkları) büyük düşüşe paralel olarak bebek ölüm oranları da düzenli bir şekilde düşmüştür.

AIDS Yeni Zelanda'da ilk defa 1983'te teşhis edilmiş ve 1984'te de bildiri zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır. 31 Aralık 2004 itibari ile bildiri yapılan toplam vaka sayısı 843 olmuş ve 2261 insanın HIV testinin pozitif çıktığı rapor edilmiştir.

1997 ile 2001 yılları arasında malin neoplazmlar (kanser), iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklar ölümün başta gelen sebepleri olmuşlardır. 2001'de bu hastalıklar toplam ölümlerin %60'ının sebebiydiler (kanser %27, iskemik kalp hastalığı %22, serebrovasküler hastalık %10).

Kişisel davranışlardan etkilenen sağlık risk faktörleri düşünüldüğünde, tütün ürünlerinin kullanımının 1976 ile 1992 yılları arasında belirgin şekilde düştüğü, 1992-1996 arasında sabit seyrettiği, sonrasında düzenli şekilde düşmeye devam ettiği görülmektedir. Sigara kullanım oranı tüm nüfus grupları içinde aynı değildir, Maori'lerde tahminen %50, Pasifik adası insanlarında ise %33, Avrupalı popülasyonunda %23'tür ki bu oran 1997'den günümüze %30'luk bir düşüşü ifade etmektedir. Erkek ve genç insanlarda aşırı alkol tüketimini, ortalama yağ alımını azaltmak ve yapılan fiziksel egzersizi artırmak konusunda da bazı önlemler alınması planlanmaktadır. 2003 yılında tüm alkol alıcıları için ortalama alkol tüketimi 10.8 litre saf alkoldü. 2003 yılında yaşları 15-64 arasında olan erkeklerin %88.5'i ve kadınların ise %80.3'ü alkol kullanmaktaydı. 2003 yılında alkollü motorlu taşıt kullanımı sebebi ile 141 ölüm, 555 ağır yaralanma ve 1398 yaralanma saptandı, yolda olan tüm ölümlerin %31'i alkole bağlı kazalardı.

Benzer diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında Yeni Zelanda'da hava kirliliği düşük seviyelerde iken, sudan kaynaklanan hastalık insidansı göreceli olarak daha yüksektir. Bu hastalıklar arasında diğer gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında kompilobakteriozis, giardiazis ve kriptosporidiozis vardır. Rekreasyon sularının da kirlenmiş olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Nüfusun %90'ının iyileştirilmiş içme suyu kaynağına sahip olduğu tahmin edilmektedir (3/213).

II.2. Yeni Zelanda Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci

II.2.1. Sağlık Hizmetlerinin 1993'ten Önceki Organizasyonu

1993'ten önce sağlık bakanlığının görevini yürüten Sağlık Bölümü (Department of Health) ve on dört tane Alan Sağlık Kurulu (Area Health Board, AHB) kendi coğrafik alanlarındaki ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini ve halk sağlığı hizmetlerini yürütebilmek için nüfusa bağlı blok bütçeler almaktaydılar. Bu kurullar çoğunluğun seçtiği üyeler tarafından yönetiliyordu ve oldukça otonomdular. Birincil sağlık hizmetleri ve Hükümet Dışı Örgütler (Non-Government Organisations, NGOs) ayrı ayrı Sağlık Departmanı tarafından finanse ediliyordu. Bu finansman birincil sağlık hizmetleri için hizmete bağlı ücret ve özel kuruluşlar için blok şeklinde yapılan ödemeler ile yapılıyordu. Uzun dönemli bakım hizmetleri gibi diğer hizmetlerin bir kısmı hastaya bağlı olarak sosyal güvenlik ödemeleri ile yapılıyordu, kâr amacı güden ve kâr amacı olmayan kuruluşlar için ödeme miktarları aynıydı.

1980'lerin sonu ve 1990'ların başlarında hükümet hızlı ve önemli bazı ekonomik ve sosyal reformlar gerçekleştirdi. Bu reformlarda piyasa mekanizmalarına güvene ve merkeziyetçiliği kaldırmaya yönelik bir eğilim vardı. Endüstri ve ithalata devlet tarafından yapılan yardımlar kaldırıldı. Emek ve kapital piyasalarının denetlenmesi tekrar yapılandırıldı. Kamu sektöründe ticaret yapan departmanlar şirketleştirildi, halen kamuya ait olmasına rağmen kâr odaklı kuruluşlara dönüştürüldü veya özelleştirildi. Diğer devlet bölümlerinin yapıları tekrar oluşturuldu ve yeni maliye sistemleri uygulanmaya başlandı. Kamuda kalmaya devam eden kuruluşlarda reformlar, kuruluşların günlük kararlarda daha bağımsız olmasını sağlarken, baş yöneticilerin performans ve hedeflenen amaçlara göre daha sıkı kontrol edilmesine olanak tanıdı.

Bu kamu reformları ile uyumlu olarak 1989'un sonunda Yeni Zelanda Sağlık Planı uygulamaya konuldu. Bu planda halk sağlığı sistemini yönlendirecek bir dizi prensip kararı alınmıştı. Uygulamalar ile eş zamanlı olarak Yeni Zelanda Sağlık Hedefleri Ve Amaçları yayınlandı. Bu yayında bazı önemli alanlardaki sağlık statüsüne ait amaçlar belirlenmişti. 1990'da her AHB'nin, Bakanlık ile birlikte planladıkları hizmetlerin ve bu hizmetlerdeki performanslarının takip edilebileceği göstergelerin belirtildiği bir sözleşme imzalaması zorunlu kılındı. Bu sözleşmelerin amacı AHB'lerin çalışmalarının belirlenen plan, amaç ve hedefler ile uyumlu olmasını garantilemek ve kurulların genel olarak iyi işlev görebilmelerini sağlamaktı. Bu sözleşmeler harcamaların, kurulun yaptığı iş ile paralel olmasını gerektirmiyordu; her ne kadar sözleşmede bazı özel hizmetler için oldukça kaba ölçümler tarif edilmiş olsa da, çoğu hizmetin sonuçlarının nasıl takip edileceği belirtilmemişti ve izlenimi için özel bir şart koyulmamıştı, ayrıca kalite ölçümleri yoktu. Bunların yerine sözleşmeler, Sağlık Bölümü ile üzerinde fikir birliğine varılan ortak planlara dayanmaktaydı ki bu planlar, kurulların beş yıllık stratejik planları ile de uyumluydu. Bunlardan da anlaşılacağı gibi bu sözleşme işleminin temel amacı belirgin bir plan oluşturmaktı, halbuki hizmetlerin gerçekte ne kadarının verildiğinin takibi ile ilgili bir önlem alınmamıştı. Bir AHB'nin performansı daha sonra ortak olarak kabul edilen plana ne kadar uyduğu ile ölçülüyordu.

Sağlık Bölümü NGO'lar ile daha fazla resmi sözleşme yapmaya başladı. Bu sözleşmelerde şunlar belirtiliyordu (geniş anlamda) taraflar arasındaki ilişki, istenen hizmetlerin geniş bir tanımı, ödenecek ücret ve ödemenin nasıl yapılacağı ve Sağlık Bölümüne rapor edilmesi gereken şeyler. Çoğu sözleşme ödeme düzeylerinin çıktından çok girdi olarak genellikle farklı sağlık çalışanları tarafından verilecek hizmet süresi olarak saptandığı blok sözleşmesiydi.

Böylece satın alan taraf olarak ücretler temelde devlet tarafından belirlenmekteydi. Sözleşmeler bu şartlardan sonra basitçe ücret kayıtlarının incelenmesi ile izlenebilmekteydi.

1980'lerin sonunda Sağlık Bölümü bu sözleşmelerde, harcamaları artıran bir şekilde çıktılar ile ilişkilendirmeye ve daha genel olarak kamu sektörü reformları ile uyumlu hale getirmeye başladı. 1991/92'ye gelindiğinde hizmetleri hem fiyatı hem de miktarı bağımsız hizmet sunucuları ile pazarlık yapılarak alınmaya başlanmıştı. Miktar, Bölümün kaynakları hizmetler arasında aktarmaya çalışmasından çok, genelde, geçmişe bakılarak belirleniyordu. Hizmetin yapısı ve kalitesi ile ayrıntıların önemli bir kısmı hizmeti sağlayanların eline bırakılmıştı. Bölüm, Sözleşme yapılan kuruluşların performansını etkili bir şekilde takip edebileceği sistemlere veya kaynaklara sahip değildi.

Birincil sağlık hizmetlerin finansmanında bazı değişiklikler olmaya başlamıştı. 1941'den beri sosyal güvence kapsamının bir parçası olarak Aile Hekimliği konsültasyonları için hizmet yardımı yapılmaktaydı. 1990'da Sağlık Bölümü aile hekimliği konsültasyonları için enflasyona endeksli gönüllü Aile Hekimliği sözleşmelerini uygulamaya koydu (yaralı hastalar için olanlar hariç çünkü yaralı hastaların giderleri 1971'den itibaren Kaza Telafi Birliği (Accident Compensation Corporation, ACC) tarafından ödenmektedir. Bunun karşılığında Aile Hekimleri hastaların ödedikleri hizmet ücretlerini belirli bir üst sınırın altında tutmayı ve kendi çalıştıkları kurumlardaki hizmet fiyatları ile ilgili olarak devlete özel bilgi vermeyi taahhüt ettiler. Aile Hekimleri Birliği bu tür bir uygulamanın kendi klinik ve ekonomik özgürlüklerini kısıtlayacağını belirterek üyelerinden bu teklifi ret etmelerini istedi. Başlarda çok az Aile Hekimi bu teklifi kabul etmesine rağmen, sayı zaman içinde hızlanarak arttı. Genel seçimin yapıldığı kasım 1990'da Aile Hekimlerinin yaklaşık %10'unun kontrat yaptığı tahmin edilmekteydi. Yapılan seçim ile yeni bir hükümet kuruldu ve yeni Sağlık Bölümü tüm kontratları iptal etti. Aile Hekimleri önceki enflasyona endeksli yardım uygulamasına geri döndüler.

Yeni Sağlık Bölümü aynı zamanda halk sağlığı sistemini gözden geçirecek bir görev grubu oluşturdu. Görev grubunun yaptığı tavsiyeler Temmuz 1991'deki bütçe sürecinde sunulan Bölüm, politika kapsamına dahil edildi ve sonuçta seçimle görev başına gelen AHB'ler uygulamadan kaldırıldı. İki yıllık karmaşık hazırlık döneminden sonra, tekrar yapılandırılan sistem Temmuz 1993'te uygulamaya koyuldu (2/16-19).

II.2.2. 1993'de Yapılan Reformlar

Görev grubunun yaptığı tavsiyeler, daha geniş alanda uygulamaya koyulan, piyasaya öncelik veren ekonomik reformlar ile uyumluydu.

Bu yeni yapılanmanın ana özelliği, satın alan ve hizmet sağlayanların rollerinin ayrılarak “alıcı” ve “satıcıların” belirlenmesi olmuştur. Bu yapılanmanın temel amacı verimliliği ve esnekliği iyileştirmek ve sağlık hizmetleri sunumunu yenileştirmenin yanında, bekleme zamanlarını kısaltmak ve seçim yapılabilecek hastahane ve sağlık hizmetlerinin sayısını artırmaktır.

Sağlık Departmanı, Sağlık Bakanlığı (Ministry of Health, MOH) haline dönüştürülerek, politika geliştiren kurum haline geldi.

Satın alanlar kısmında ise dört tane Yöresel Sağlık Otoritesi (Regional Health Authorities, RHA) kurularak, bunların tüm birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini ve engellilere destek (örneğin sosyal hizmetler) hizmetlerini satın alabilmeleri sağlandı. Sonuçta tüm bunlar kişisel sağlık hizmetleri için ayrılan kamu bütçesinin tek bir elde toplanmasını ve daha önceden birincil sağlık hizmetine karşılık ücret şeklinde olan açık uçlu ödemeler dâhil olmak üzere bu bütçenin sınırlı olmasını sağladı. Halk Sağlığı hizmetlerinin bütçesi eski Alan Sağlık Kurulu bütçelerinden ayrı tutularak, bu hizmetlerin satın alınması için ayrı bir satın alma kurumu olan Halk Sağlığı Komisyonu (The Public Health Commission, PHC) kuruldu. Ama Halk Sağlığı Komisyonu iki yıl görevde kaldıktan sonra kaldırıldı. Bu komisyonun görevleri RHA'lara ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan bir Halk Sağlığı Ünitesine devredildi.

Başlangıçta RHA'ların tüm Kaza Telif Birliği (ACC) hizmetlerini satın alma sorumluluğunu üstlenmesi amaçlanmıştı. Fakat ACC ayrıca kaza sonucu meydana gelen gelir kayıplarını da karşıladığı için, ACC kaza sonrası özellikle cerrahi müdahale başta olmak üzere tedavilerin zamanında yapılabilmesi için bu hizmetleri satın alma sorumluluğunun kendisinde kalmasını istedi. Bu sebeplerden dolayı da ACC yaralanan hastalara sunulacak hizmetleri satın alma yetkisini elinde bulundurmaya devam etti. ACC ek olarak kamu hastahanelerinde tedavi edilen yaralı hastaların acil servis masraflarını da, verilen hizmetlerin tahmini fiyatlarına göre devlete yaptığı yıllık ödemeler ile karşılamaktadır.

Daha önce 14 AHB tarafından sağlanan hizmetler 23 tane Taç Sağlık Girişimleri (Crown Health Enterprises, CHEs) adı altında tekrar yapılandırıldı. CHE'ler özel hastahane ve diğer özel hizmet sunucuların yanında, RHA ve ACC ile kontrat yaparak hizmet sağlamak ile yükümlüydü. CHE'ler kâr amacı olan şirketler olarak yapılandırıldılar ve 1993 Sağlık Ve Engellilik Hizmetleri Kararnamesine göre “Kralığa ait olmayan kurumlar ile karşılaştırılabilir bir verimlilik ve başarı göstermeleri” gerekiyordu. Tüm kontratların, kamu olarak hizmet alan ve kamu olarak hizmet satan (CHE'ler) kurumlar arasında yapılanlar dahil olmak üzere, hukuki olarak yaptırım gücünün olması hedeflendi.

Satın alan ve satan kurumların sorumluluklarının ayrılması Bakanlık düzeyine kadar ilerledi. Kamuya ait satın alan kurumlar Sağlık Bakanlığına bağlı iken, kamu olarak hizmet satan kurumlar (CHE'ler) Taç Sağlık Girişimleri Bakanlığı'na bağlı oldular.

Kamu tarafından finansmanı sağlanan hizmetlerin verilmesi için devlet ile sözleşme yapanlar arasında bireysel veya grup olarak (aile hekimleri, eczacılar, laboratuvarlar, diş hekimleri vb) birincil sağlık hizmeti verenler, Hükümet Dışı Örgütler, yaşlılar için uzun dönemli bakım hizmeti veren kuruluşlar (huzur evleri ve özel geriatri hastahaneleri), bağımsız özel çalışan uzman hekimler ve özel hastahaneler mevcuttur. Bu hizmet veren kişi ve kuruluşlar kamu ile doğrudan veya bir kuruluşun şemsiyesi altında veya diğer hizmet veren kurumların, özellikle de CHE'lerin aracılığı ile dolaylı olarak kontrat yapabilmektedir (2/19-21).

II.2.3. 1997-1998 Yıllarında Yapılan Düzenlemeler

1996 yılında yapılan genel seçim sonucu Ulusal Parti hükümeti iktidara gelmesinden sonra temel yapıda bazı değişiklikler yapıldı. Satın alma ve hizmetin satılması ayırımı devam etti fakat sözleşmelerde rekabete verilen önem kaldırıldı. Dört RHA 1997'de dağıtıldı ve RHA'ların satın alma sorumluluklarının Sağlık Fonlama Otoritesi (Health Funding Authority, HFA) adı tek bir ulusal örgütte toplanmasını kolaylaştırmak amacıyla geçici bir yapı oluşturuldu. Bu uygulamanın amacı hem sözleşmelerin maliyetini düşürmek hem de bölgesel eşitsizlikleri önlemektir. CHE'ler de Hastahane Ve Sağlık Hizmetleri (Hospital and Health Services, HHS) adı altında tekrar yapılandırılarak kâr amacı olmayan örgütler haline getirildi. Buradaki hedef "kamu hizmeti prensibinin ticari kâr amacının yerine" geçmesiydi. Fakat HHS'ler aynı hizmetleri vermeye devam ettiler. HHS'lerin işletilmesi finansal olarak kâr amacı olmayan şirketler ile aynı olmaya devam etti (2/21,22).

II.2.4. 2000'de Yapılan Reformlar

Genel seçimi takiben 1999'un sonunda İşçi Partisinin önderliğinde yeni bir koalisyon hükümeti kuruldu. Koalisyon ortakları felsefi olarak sağlık sektöründe rekabete karşıydılar ve halkın, halk sağlığı sistemine duyduğu güven çok azdı. Bu yüzden İşçi partisi temel politikada bir değişiklik yaparak, hizmet arz ve talep edenler arasında, hizmetlerin alışverişinde var olan rekabetçi sözleşmeleri tamamen kaldırdı ve bunun yerine demokratik olarak seçilen yerel sağlık kurullarına geri döndü.

HHS'ler bu sayede resmi olarak 1 Ocak 2001'de görev başlayan 21 Bölge Sağlık Kurullarını (District Health Boards, DHB) oluşturacak şekilde yeniden yapılandırıldı. HFA Aralık 2000'de kaldırıldı ve sorumlulukları DHB'lere veya Sağlık Bakanlığı'na aktarıldı. DHB'lerin (Temmuz 2003'ten itibaren) finansmanı nüfusa devralı bir şekilde yapıldı. Görevinin ise, coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa, finansmanı kamu tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin sağlanması veya bu hizmetlerin satın alınması olmasına karar verildi. Buradan da anlaşılacağı gibi, kamunun sahip olduğu hizmetler için hizmet satın alan / hizmet satan ayırımı kaldırılmış olsa da, DHB'ler özel sektörün sahip olduğu hizmetleri halen sözleşmeler aracılığı ile satın alabilmektedir. Sağlık Bakanlığı başlangıçta bazı hizmetlerin satın alınmasının sorumluluğunu (halk sağlığı hizmetleri ve engellilik destek hizmetleri gibi) taşımaya devam etmiştir. Ama temel hedef zaman içinde tüm hizmetlerin sorumluluklarının DHB'lere verilmesidir.

Kaza sonucu olmuş yaralanmalarda hastahanelerde verilen sağlık hizmetleri ayrı olarak Kaza Telafi Birliği tarafından karşılanmaya devam etmektedir (2/22).

II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı Ve Yönetimi

Yeni Zelanda sağlık sisteminin üst otoritesi Sağlık Bakanlığıdır. Son on bes yılda halk sağlığı sistemi iki kez tümüyle yenide yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmaların ilki 1993'te ikincisi ise 2001 yılında olmuştur. Bu sekiz yıllık süre içinde kamu ile özel sektör arasında yapılan sözleşmelerin sayısı artmıştır, çünkü kamu kaynakları vatandaşlara sağlık hizmetleri sağlamak için, hizmetin kamu veya özel sektör tarafından sunulmasından bağımsız olarak, antlaşmalar ile hizmet satın almakta kullanılmaya başlanmıştır (2/15,16).

2000/2001 yıllarında uygulamaya koyulan ve günümüzdeki uygulamalarda da temel alınan Yeni Zelanda Sağlık Stratejisi (The New Zealand Health Strategy, NZHS) ve Yeni Zelanda Engellilik Stratejisi (The New Zealand Disability Strategy, NZDS), sağlık sektörünün genel işleyişi için bir iskelet oluşturmaktadır. Bu stratejiler, Yeni Zelanda halkının sağlıklı ve kendine yeter olmasına katkı yapabilecek alanları tespit ederek, yapılacak müdahalelerin bu alanlara yapılması için, nüfusa dayalı bir yaklaşım benimsemiştir. İki strateji birbirini tamamlamakta ve daha ayrıntılı hizmetlerin, sağlık konularının ve nüfus gruplarına özel strateji ve hareket planlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına rehberlik etmektedirler.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Ve Engellilik Destek Sisteminin, Yeni Zelandalıların lehine çalışmasını garantilemeyi amaçlamaktadır. Bu Bakanlık devletin sağlık politikası ve engellilik destek hizmetlerindeki birincil danışmandır.

DHB'ler coğrafi olarak tanımlanmış nüfusun sağlık ve kendine yeterliliğini korumak, iyileştirmek ve geliştirmekten sorumludur. 21 tane DHB vardır ve bunlar sorumlu oldukları bölgelerdeki insanlar için sağlık ve engellilik hizmetlerini (hastahane hizmetleri dahil olmak üzere) sunmakta, bunların planlamasını ve finansmanını gerçekleştirmektedir.

Devlet sağıkta iyileştirme sağlamak için birincil sağlık hizmetlerine özellikle önem vermektedir. DHB'ler Birincil Sağlık Örgütlerinin (Primary Health Organisations, PSOs) kurulmasından, finansmanından ve denetlenmesinden sorumludur. PSO'lar birincil sağlık hizmetlerinin geç kalınmadan ve mali olarak yüksek bütçelere ulaşmadan verilmesini sağlamak ve ilgili popülasyonlarında hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesi konularında çalışmalarını amacıyla kurulmuşlardır. Nisan 2005 itibari ile 3.8 milyon dan fazla Yeni Zelandalı (nüfusun %95'i) bir PSO'ya kayıtlıydı.

Sağlık Ve Engellilik Destek Sisteminin genel sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na aittir. Bakan NZHS'nin içeriğine karar verir, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla DHB ile mali antlaşmalar yapar ve diğer hükümet görevlileri ile ortak bir şekilde kamunun yapacağı sağlık hizmetlerine ne kadar para aktarılacağına karar verir (3/214).

II.3.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı sağlık ve engelliler sisteminin tüm Yeni Zelanda vatandaşları için çalışmasının sağlanmasından sorumludur. Bakanlığın sekiz temel görevi vardır:

-Sağlık hizmetlerinin daha iyi hale gelmesi, eşitsizliklerin azaltılması ve katılımın artması için politik tavsiyelerde bulunmak,

-Bakana yardımcı olmak,

-Bölge Sağlık Kurullarının ve sağlık sektöründe çalışan Krallığa bağlı kurumların performanslarının denetlenmesi: DHB'lerin ve sağlık sektöründe çalışan Krallığa bağlı kurumların hükümet ile vardıkları antlaşmalar sonucunda yerine getirmek zorunda oldukları görevlerin takip edilmesinden sorumludur. Bakanlık ayrıca sektörün performansını uluslararası karşılaştırmalı olarak takip ederek gerekli düzenlemeleri yapar,

-Sağlık alanındaki kurulların oluşturulması, uygulanması ve denetiminin yapılması: Primer olarak hasta güvenliğini ve halk sağlığını korumayı amaçlayan 110'dan fazla sağlıkla ilgili kanun vardır ve Bakanlık bunların uygulanmasını denetler. Bakanlık ayrıca biyolojik güvenlik gibi çevre ve halk sağlığını etkileyen konularda diğer kuruluşlarla ortak çalışır,

-Sağlık alanındaki bilgilerin sağlanması ve sağlanan hizmetlerin mali olarak karşılığının verilmesi: Bakanlık sağlık bilgi sistemlerinin yönetilmesinden ve sağlık ve engelliler sektöründeki standartların sağlanmasından sorumludur. Ayrıca uygun ve pratik olduğu durumlarda vatandaşların sağlık ve engellilere ait bilgilere ulaşabilmesinin sorumluluğu da Sağlık Bakanlığına aittir. Bakanlığın bir birimi olan Sağlık Ödemeleri, Antlaşmalar Ve Antlaşmalara Uyumluluk (Health Payment, Agreements and Compliance, HealthPAC) ünitesi antlaşmaların (sağlık alanında ve engellilere verilen hizmetler için kontratlar) hazırlanmasından ve bunların yerine getirilmesinin takibinden, verilen sağlık hizmetleri ve satılan ilaçlar için yapılan mali taleplerin finansmanından sorumludur,

-Sektör içinde ve sektörler arasında iş birliğini artırmak: Bakanlık sağlık ve engellilerle sektöründe bağlantılar kurar ve bunların devamını sağlar. Sektöre stratejik olarak yön vererek liderlik yapar, ayrıca sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerinin bağımsız bir şekilde verilebilmesine etki eden diğer sektörler ile de ilişkiye girer,

-Hizmetler konusunda yapılan sözleşmelerin ülke çapındaki planlarını yapmak ve korunmasını sağlamak,

-Merkezi olarak kontrol edilen halk sağlığı, engelliler destek hizmetlerinin ve diğer hizmetlerin planlamasını ve finansmanını yapmak: Bakanlık halk sağlığı ve engelliler destek hizmetlerinin planlanmasından ve finansmanından, ayrıca bazı personel ve aile sağlığı hizmetleri için yapılmış ülke çapındaki antlaşmaların mali yönünden sorumludur (4/ 8,9).

Sağlık Bakanlığının bünyesinde sekiz Genel Yöneticilik vardır. Bunlar,

Şirket Ve Bilgi Genel Yöneticiliği: Bu genel yöneticilik ulusal düzeyde bilgi toplanmasının eşgüdümünü, danışmanlığını ve toplanan bilgilerin derlemesini yapar. Ayrıca Bakanlık destek hizmetlerinin verilmesi de bu genel direktörlüğün sorumluluğu altındadır.

Klinik Hizmetler Genel Yöneticiliği: Finansmanı kamu tarafından yapılan klinik hizmetlerin stratejik geliştirilmesi, sektörün daha iyi hale gelmesi amacıyla sistemlerin değerlendirilmesi ve yeni projelerin hazırlanması, sağlık alanında hizmet verecek kuruluşların yetki belgelerinin düzenlenmesinden sorumludur.

Sektör Politikaları Genel Yöneticiliği: Sektör politikası uzun-dönemli sermaye, sağlık iş gücü, düzenleyici çerçeveler, sağlık sistemleri idaresi, yaşlı sağlığı ve uluslararası konulara odaklanarak, sağlık ve engellilik sektörünün bütün yönleri hakkında öneriler sunan stratejik bir politika hazırlamakla ve ortaya çıkan sorunları değerlendirmek, sağlık ve ilgili meslekleri uzun dönem yatırımlarla ilgilenmek, insan dokusu ve oluşturulmuş üretken teknolojik konuları yönetmek, Bakanlık komiteleri için sekreterlik hizmeti, bölgesel ahlak komiteleri için de destek sağlamakla sorumludur (4/10).

Engellilere Verilen Hizmetler Genel Yöneticiliği: Engellilere verilen destek politikası konusunda tavsiyelerde bulunur, hizmetlerin geliştirilmesine katkı yapar ve bunların finansmanını takip eder. Ayrıca bu alandaki harcamaların analizini ve hizmet trendlerinin takibini yapar.

DHB Finansmanı ve Performansı Genel Yöneticiliği: DHB ve Krallığa bağlı diğer kurumların finansmanı, bunların performanslarının takip edilmesi ve denetlenmesi, ülke çapındaki hizmet yapısının planlanması ve devam ettirilmesinin sağlanması, yüksek öğrenime başladıktan sonra öğrencilere verilen klinik eğitimin satın alınması yetki alanına girmektedir.

Maori Sağlığı Genel Yöneticiliği: Maori sağlığı ve sakatlığı ile ilgili olarak sektöre politik tavsiyelerde bulunmak ve stratejik olarak yön vermek, Maorilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerine kolaylaştırmak ve ulaştıkları sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, oluşturulan sağlık politikalarının ve kanunların Waitangi Antlaşması'na etkilerini değerlendirmek, eşitsizlikleri azaltmak sorumluluğundadır.

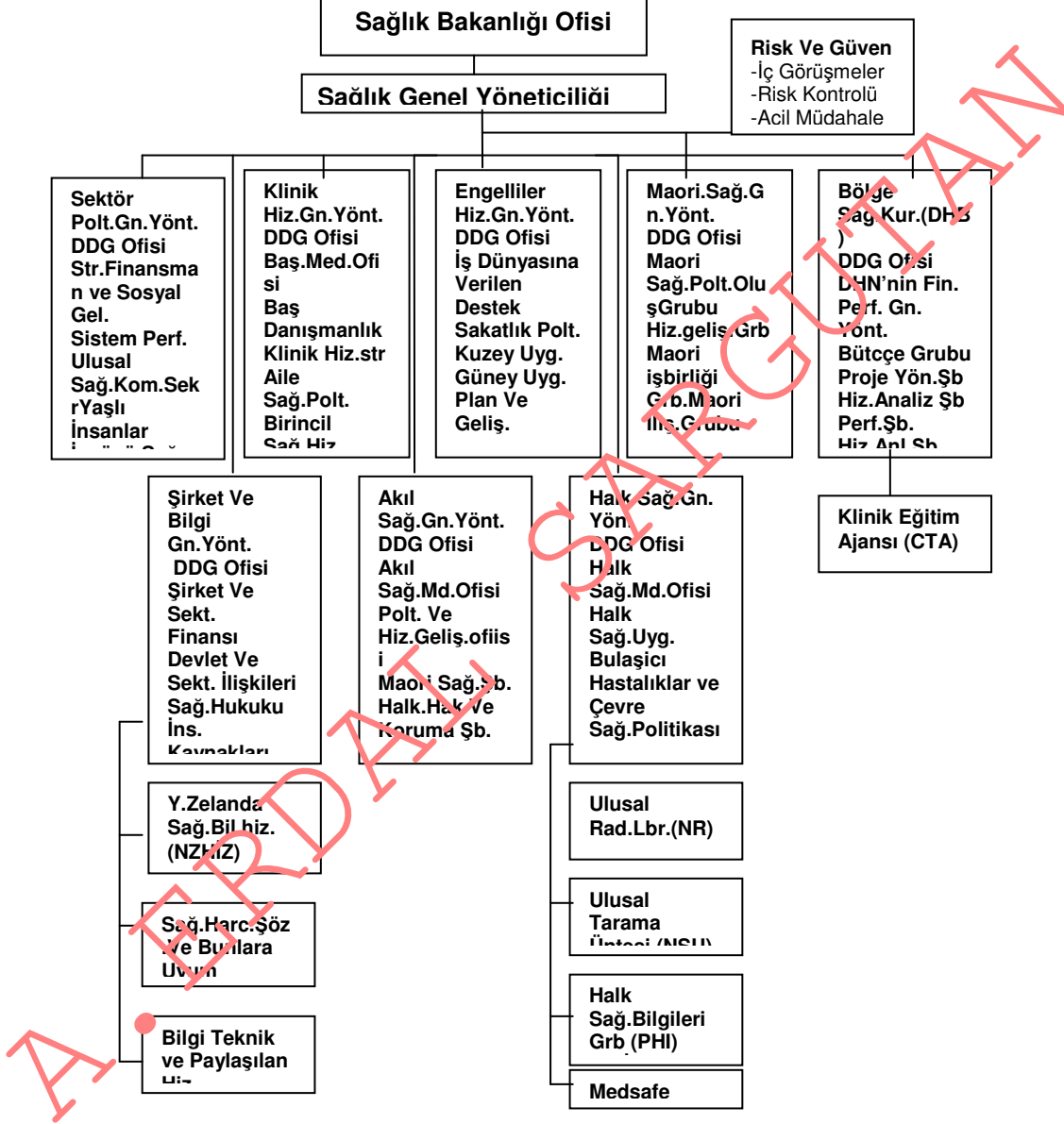
Akıl Sağlığı Genel Yöneticiliği: Akıl sağlığı hizmetleri konusunda oluşturulacak politikalara yönelik olarak tavsiyelerde bulunmak ve Akıl Sağlığı Stratejisinin uygulanmasının denetlenmesi.

Halk Sağlığı Genel Yöneticiliği: Halk sağlığı konuları ve hizmetlerine yönelik oluşturulan politikalar hakkında tavsiyelerde bulunmak ve bunları yönetmek, halk sağlığını takip ederek, verilere göre tavsiyelerde bulunmak, halk sağlığı konusunda vatandaşları bilinçlendirmek, halk sağlığına yönelik kanunların uygulanmasını takip etmek ve denetlemek sorumluluğundadır (4/10,11).

Bakanlık Komiteleri

Sağlık kanunları Bakanın bir dizi komite (zorunlu komiteler) kurmasını gerektirmekte ve diğer bazı komitelerin ise kurulmasına izin vermektedir (isteğe bağlı komiteler). Bakanlık komitelerinin politika oluşturmakta ve karar verme aşamalarında önemli rolleri vardır. Bakana bağımsız uzman görüşleri sunarlar, sektörün temsilcileri ile görüşmelerde bulunarak, kararlara katkıda bulunmasını sağlarlar ve dengeli kararlar alabilmek için gereken şartları yaratırlar.

Şema: 1 Sağlık Bakanlığı Örgüt Şeması



Kaynak: (4) Ministry of Health of New Zealand (2005) The Annual Report 2004/05 Including Health and Independence Report s.13

Sağlık ve engellilik alanında kurulmuş olan büyük bakanlık komiteleri bakanlık komitelerinin danışmanlık komiteleri ve teknik komiteler olmak üzere iki ayrılmaktadır. Danışmanlık komiteleri Bakana belirlenmiş bazı konularda tavsiyelerde bulunur; teknik komiteler ise bireysel vakaların veya dilekçelerin ele alınması üzerine odaklanır.

Komiteler Yeni Zelanda Halk Sağlığı Kanununu, (New Zealand Public Health and Disability Act 2000, NZPHD) İnsan Yardımı ile Yapılan Üreme Teknolojisi Kanunu 2004, (Human Assisted Reproductive Technology Act 2004, HART) İlaçlar Kanunu 1981 ve Sağlık Kanunu 1956'ya göre kurulmuşlardır (10/ 5,6).

Profesyonel Kontrol Mahkemeleri

Bakan Sağlık Çalışanları Yeterliliği Sağlama Kanunu 2003'e göre kurulmuş 15 profesyonel kontrol birimine olan atamaları yapar. Bakan ayrıca tüm kurullar için ortak disiplin mahkemesinden de (Sağlık Çalışanları Disiplin Mahkemesi) sorumludur.

15 profesyonel kontrol biriminin her birisi sağlık mesleği ile ilgili olarak kendilerine has bir dizi fonksiyona sahiptir. Bu fonksiyonlar arasında sağlık alanında çalışabilmek için gereken özelliklerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarına çeşitli izin / yetki verilmesi ve bu yetki / izinlerin devan ettirilmesi, sağlık çalışanları arasında haksız rekabetin önlenmesi ve sağlık çalışanlarının mesleklerinin icraları için gereken fonksiyonları yerine getirip getiremeyeceğine karar verilmesi gereken durumların çözülmesi vardır (10/8).

Bölge Müfettişleri

Bakan iki farklı kanuna göre bölge müfettişlerini atar.

Akıl sağlığı alanında çalışan bölge müfettişleri Akıl Sağlığı (Zorunlu Değerlendirme ve Tedavi) Kanunu 1992'ye göre atanırlar. Bu müfettişler, bu kanuna göre değerlendirilen veya tedavi edilen insanlara bilgi vererek ve haklarının korunmalarını sağlayarak yardımcı olurlar.

Bu bölge müfettişlerinin bazılarının iki görevi vardır, çünkü ayrıca Entelektüel Sakatlık (Zorunlu Bakım ve Rehabilitasyon) Kanunu 2003'e göre de atanabilmektedirler ve bu kanuna göre bakım gören veya rehabilite edilen insanlar için benzer hizmetleri sunarlar (10/9).

II.3.2. Krallık Sağlık Örgütleri

Yeni Zelanda Kan Hizmetleri, PHARMAC ve Krallık Sağlık Finansmanı Ajansı ve diğer kuruluşların oluşturulması için Bakanlık ve DHB'lere ek olarak Krallık Varlıkları Kanunu 2004 ve NZPHD Kanunu 2000 temel teşkil etmektedirler (10/28).

Yeni Zelanda Kan Hizmetleri

Yeni Zelanda Kan Hizmetleri (New Zealand Blood Service, NZBS) 1998'de bir şirket olarak kurulmuştur ve şu anda Krallık Varlıkları Kanunu 2004'e göre Krallığa ait bir mal varlığıdır (kanuna bağlı mal varlığı).

Bu Kanun Bakana, NZBS'lere, kendisini ilgilendiren alanlarda devlet politikaları doğrultusunda hizmet vermesi için yönlendirme yetkisi vermektedir.

NZBS başlangıçta eşgüdümlü ulusal kan transfüzyon hizmetleri kurması için oluşturulmuştur, ki bu hizmet günümüzde de verilmektedir. Halen vericilerden kan alınmasından, toplanmasından, kanın işlenmesinden ve kan ürünlerinin ve bağlantılı hizmetlerin sağlanmasından sorumludur. NZBS'nin temel aktivitesi güvenli, zamanında, yüksek kalitede kan hizmetlerini sunmaktır.

NZBS bir kurul tarafından yönetilmektedir. Bu kurulun, başkan ile beraber, yedi üyesi vardır ve tümü Bakan tarafından atanmaktadır (10 /28).

Yeni Zelanda Sağlık Araştırması Konseyi

Yeni Zelanda Sağlık Araştırması Konseyi Krallık Varlıkları Kanunu 2004'e göre kurulmuş kanuni bir kurumdur ve Sağlık Araştırması Konseyi Kanunu 1990'a göre yönetilmektedir. Sağlık araştırmalarını ve sağlık araştırmasında çalışanların finansmanını sağlamak ve koordine etmekten sorumlu olan temel devlet kurumudur. Araştırma, Bilim ve Teknoloji Bakanlığı tarafından finanse edilmektedir.

Sağlık Araştırması Konseyi bir dizi sağlık araştırması için finansman sağlamaktadır. Bu araştırmalar arasında biyomedikal, klinik, halk sağlığı, sağlık hizmetleri ve Maori ve Pasifik araştırmaları vardır. Ayrıca bazı sağlık araştırmaları kariyer ödülleri de vermektedir ve araştırma teklilerini değerlendiren etik komiteler için kılavuzlar oluşturmaktan da yükümlüdür.

Sağlık araştırması Konseyinin, başkan dahil olmak üzere, 10 üyesi vardır, tümü de Bakan tarafından atanır (10/ 31).

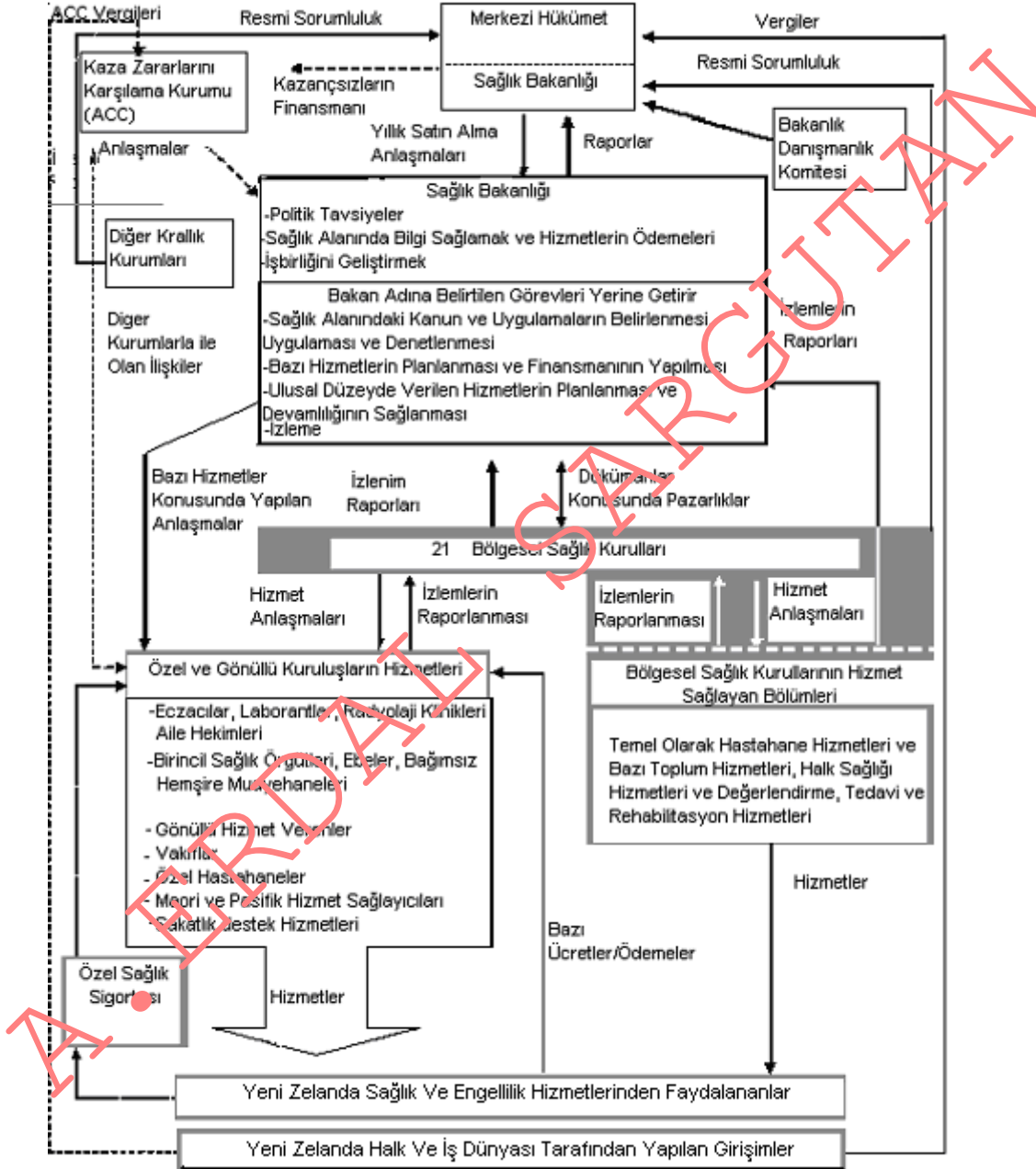
Akıl Sağlığı Komisyonu

Akıl Sağlığı Komisyonu 1996'da kurulmuştur. Özerk bir Krallık varlığıdır. Komisyonun görev süresi 31 Ağustos 2007'de dolmaktadır (10/31).

Komisyon Ulusal Akıl Sağlığı Stratejisinin uygulanması hakkında Sağlık Bakanı'na rapor vermekten sorumludur. Ayrıca Yeni Zelanda Akıl Sağlığı Hizmetleri için oluşturulmuş Blueprint'in uygulanmasını kolaylaştırmakta yükümlülükleri arasındadır. Blueprint Ulusal Akıl Sağlığı stratejisinde belirtilen amaçlara ulaşabilmek için gerçekleştirilmesi gereken nitelik ve niceliksel değişimleri gerçekleştirmek için oluşturulmuş ulusal bir akıl sağlığı hizmetleri geliştirme planıdır. Komisyon ayrıca sektörle ortak olarak akıl hastalıklarının toplum tarafından daha iyi anlaşılması, akıl sağlığı hastalarının dışlanmasının azaltılması ve akıl sağlığı alanında çalışanlarının güçlendirilmesi için çalışmaktadır.

Herhangi bir zamanda en fazla üç tane akıl sağlığı komisyonu üyesi vardır. Bunlara başkan dahildir ve hepsi de Sağlık Bakanı tarafından atanmaktadır (10/32).

Şema 2: Sağlık Bakanlığı, Sağlık Ve Sakatlık Destek Sistemi



Kaynak: (4) Ministry of Health of New Zealand (2005) "The Annual Report 2004/05 Including Health and Independence Report s.14

II.3.3. Bölgesel Sağlık Kurulları

Bölgesel Sağlık Kurulları (District Health Boards, DHB) Krallığa bağlı olarak 2001 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının denetimi altındadırlar ve bu bakanlıkça yönetilirler. Her DHB yönetim kurulunun 11 üyesi vardır, bunların yedi tanesi DHB'nin sorumlu olduğu bölge halkı tarafından seçilirken, dört tanesi bakanlıkça atanır.

Böylece hem Kurulun temsil özelliğinin sorgulanmaması hem de Kurulda DHB'nin yapacağı iş hakkında bilgili insanların olması sağlanır.

DHB'ler coğrafi olarak tanımlanmış bir nüfusa sağlık ve sakatlık hizmetlerinin planlanmasından, bunların finansmanından ve verilmesinin sağlanmasından sorumludur. DHB'lerden kendi bölgelerindeki halkın sağlığının ve bağımsızlığının korunmasına, iyileştirilmesine ve artırılmasına yönelik olarak çaba göstermeleri beklenir. Bu kurumların bölgelerindeki insanların sağlığını ve sakatlık destek ihtiyaçlarını değerlendirmeleri ve bu ihtiyaçların giderilmesi için var olan kaynakları doğru bir şekilde kullanmaları gerekmektedir. DHB'lere aktarılan mali kaynak Nüfus Temelli Fonlama Formülü (Population Based Funding Formula, PBFF) ile hesaplanmaktadır (4/15).

Bölgesel Sağlık Kurulları Ve Maoriler

DHB'lerin rolü Yeni Zelanda Halk Sağlığı Kanunu'na göre (New Zealand Public Health and Disability Act 2000, NZPHD) parlamento tarafından belirlenmiştir. Kanun Maori'lerin alınan kararlarda söz alabilmesi ile sağlık ve sakatlık destek hizmetlerinin sağlanmasında yer alabilmesi için mekanizmalar oluşturmuştur.

NZPHD Kanunu ayrıca Maori sağlığını daha iyi hale getirerek, sağlık alanındaki eşitsizlikleri gidermeyi amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için bir dizi mekanizmalar yürürlüğe girmiştir. Örneğin DHB kurullarında ve danışmanlık komitelerinde Maori temsilcilerinin bulunmasının zorunlu hale getirilmesi bu mekanizmalardan bir tanesidir. Ayrıca başka konulara ek olarak Maori sağlık konuları, Waitangi Antlaşması konuları ve ilgili DHB bölgesi içinde bulunan Maori grupları ve organizasyonları hakkında bilgi sahibi olmayan DHB kurulu üyelerine, NZPHD Kanuna göre bu alanlarda eğitim verilmesi bir zorunluluk haline getirilmiştir (10/11).

- Maori'lerin katılımını sağlamak için alınan ek önlemler arasında şunlar vardır:
- Maori sağlığı alanında iyileştirmelerin yapılmasını amaçlayan faaliyetler oluşturmak ve bu faaliyetlere Maori temsilcilerinin katılımını sağlamak.
 - Maori temsilcilerinin sağlık ve sakatlık sektörüne katılma potansiyellerini geliştirmek ve Maori'lerin ihtiyaçlarını karşılayacak önlemler almak,
 - Yukarıda iki madde için Maori temsilcilerine uygun bilgileri sağlamak.

DHB'ler kendi bölgesel strateji planlarının Yeni Zelanda Sağlık Strateji'si ve Yeni Zelanda Sakatlık Strateji'si ile uyumlu olmasından sorumludurlar. Yeni Zelanda Sağlık Stratejisi Maori ve Krallık arasındaki özel ilişkinin sağlık sektöründe kendini göstermesi için çaba harcamaktadır (10/12)

II.4. Birincil Sağlık Hizmetleri

Şubat 2001'de Sağlık Bakanlığı Birincil Sağlık Hizmetleri Stratejisini yayınladı. Birincil Sağlık Örgütlerinin (Primary Health Organisations, PHOs), bu stratejinin amaçlarını gerçekleştirecek yapılar olması planlandı. İlk PHO'lar Temmuz 2002'de kuruldu. 1 Temmuz 2005 itibari ile Yeni Zelanda'da 79 PHO hizmet vermektedir ve yaklaşık olarak 3.8 milyon Yeni Zelanda'lı bir PHO'ya kayıtlıdır.

PHO'ların kurulmasından, finansmanından ve denetlenmesinden Bölgesel Sağlık Kurulları sorumludur.

PHO'ların sağlığı iyileştirme hizmetlerinden bazıları, ihtiyacı yüksek derecede olduğu bilinen grupların spesifik olarak hizmetlere daha iyi ulaşmasını sağlamak amacıyla verilen hizmetler, reçetelerin ve kullanılan laboratuvar testlerinin kontrolü dahil olmak üzere belirli bir nüfusa temel birincil sağlık hizmetleri sunmaktadır (4/16).

Birincil sağlık hizmetleri, her ne kadar bunların bir kısmının finansmanı kamu tarafından yapılmıyor olsa da, verilen bir dizi hizmeti kapsar. Bunlar arasında:

- Sağlığın daha iyi hale gelmesi için yapılan çalışmalar ve tarama gibi önleyici hizmetler,
- Aile hekimliği, mobil hemşirelik, toplum sağlığı ve ilaç eczaacılık hizmetleri,
- Annelik / hamilelik, aile planlaması ve cinsel sağlık hizmetleri ve fizyoterapi, osteopati ve alternatif tedavi gibi bazı özel terapilere yönelik olarak birincil seviyede verilen hizmetler vardır (4/15).

Birincil sağlık hizmetleri genel pratisyenler (aile hekimleri) tarafından temelde verilen hizmet karşılığı ücrete dayalı yöntemler ile gerçekleştirilmektedir. 6 yaşından küçük çocuklara verilen aile hekimliği hizmetlerinin tamamı, düşük gelirli gruplarının ve aile hekimlerine sık başvurmak zorunda kalan insanların kullandıkları hizmetlerin de bir kısmı kamuca karşılanmaktadır. Aile hekimleri kamu hastahanelerine yapılan sevklerin ve laboratuvar testleri, ilaçlar, fizyoterapi ve diagnostik görüntülemeler gibi diğer hizmetlerin ilk basan ağını oluşturmaktadır. Birincil sağlık hizmetleri ayrıca ebe, bağımsız hemşireler ve halk sağlığı hemşireleri tarafından da yürütülebilmektedir. NGO'lar çocuk bakımı, engellilere destek (sosyal hizmetler) hizmetleri ve bir dizi farklı tüketici destek hizmetleri dahil olmak üzere toplum için bazı hizmetler sağlamaktadır (2/15,16).

II.4.1. Halk Sağlığı Hizmetleri

Kuruldukları andan itibaren Yöresel Sağlık Otoriteleri (Regional Health Authorities, RHA) halk sağlığı hizmetlerini sunmaktan sorumlu olmuşlardır. 1994/95'te RHA'ların kaldırılmasından sonra bazı ulusal hizmetlerin sorumluluğu Sağlık Fonlama Otoritesine (Health Funding Authority,HFA) geçmiştir. Sağlık Bakanlığı ulusal düzeyde gerçekleştirilen bazı halk sağlığı programlarının sorumluluğunu üstlenmeye devam etmiştir. Ocak 2001'den itibaren halk sağlığı hizmetlerinin finansmanının karşılanmasının sorumluluğu Sağlık Bakanlığına geçmiştir (5/23).

Halk sağlığı hizmetleri tüm nüfusu veya nüfus gruplarını hedef alır. Hedef kitlesinin bu kadar geniş olması, bu hizmet türünü kişisel sağlık hizmetlerinden ayırt eder. Halk sağlığı hizmetleri temel olarak nüfus düzeyinde sağlığın korunmasından ve iyileştirilmesinden sorumludur.

Halk sağlığı hizmetlerinin planlanması ve finansmanının sağlanması Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altında olmaya devam etmektedir. Ama DHB'ler sorumlu oldukları nüfusların sağlıklarının daha iyi hale getirilmesi ve korunması ile yükümlüdürler. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı ve DHB'ler nüfusun tümünün sağlığı düşünüldüğünde planlama ve finansmanda beraber çalışırlar (6/89).

Sağlık Bakanlığı tarafından finansmanı sağlanan halk sağlığı hizmetleri DHB'lerin sahip olduğu 12 tane halk sağlığı ünitesi (halk sağlığı hizmetlerinin yarısından fazlasını gerçekleştirir) ve Maori'ye ve Pasifik insanlarına hizmet edenler dahil olmak üzere 200'den fazla kamuya ait olmayan organizasyon tarafından gerçekleştirilir.

Halk sağlığı hizmetleri şu konular üzerine odaklanır:

-Bulaşıcı hastalıkların takip edilmesi, önlenmesi ve kontrol edilmesi, yayılmasının önüne geçilmesi, göçmenlerin ve sığınma hakkı isteyenlerin sağlıkları, iğne / şırınga değişim programları, gıda zehirlenmesinin sağlık yönü ve bağışıklama.

-Alkol ve ilacın zararlarını en aza indirmek için çalışır; bu doğrultuda alkollü içeceklerin izin belgelerinin denetlenmesini yapar. Alkol ve ilaçla ilgili olarak sosyal çevreyi daha iyi hale getirmek için halka bilgi sunar, kanuni düzenlemeleri etkilemeye çalışır (alkollü ürünlerden alınan vergilerin değiştirilmesi, alkol reklamlarına kısıtlamaların getirilmesi, ürünlerin üzerine uyarıların yazılması gibi).

-Biyolojik güvenliğin sağlanması, sivrisineklerin takip edilmesi ve zehirli egzotik organizmalara (örümcekler, yılanlar, karıncalar ve arılar gibi) karşı alınacak tedbirlerin belirlenmesi.

-Fiziksel çevrenin izlenmesi ve korunması, içme suyu kaynaklarının izlenmesi ve değerlendirilmesi, sıhhi tesisatların kurulmasının denetlenmesi, bölgesel ve nahiye düzeyinde yapılan planların ve kaynak kullanımının halk sağlığı yönünden araştırılması, kirli su kaynaklarından kaynaklanan halk sağlığı sorunlarının çözülmesi.

-Aile içi şiddetin önlenmesi, ilgili sağlık çalışanlarına aile içi şiddete maruz kalan insanlara karşı nasıl davranılacağı konusunda eğitim verilmesi ve Aile İçi Şiddeti Önleme Planı'nın geliştirilmesi.

-Akıl sağlığının daha iyi hale getirilmesi, intiharların önlenmesi, akıl sağlığı hastası olan insanların topluma geri kazandırılması.

-Sigara kullanımını azaltmaya çalışan kurumlar aracılığı ile sigara ve tütün kullanımının kontrolü (nikotin replasman terapisi dahil olmak üzere), sigara içmeyenlerin pasif içimden zarar görmelerinin engellenmesi ve tütün kontrol aktivitelerinin izlenmesi ve takibi.

-İyi beslenmeyi, fiziksel aktiviteyi ve sağlıklı vücut ağırlığını daha iyi hale getiren hizmetlerin verilmesi, bu konularda destekleyici çevrelerin yaratılması, sağlığı daha iyi hale getirmek amacıyla oluşan toplumsal hareketlerin güçlendirilmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesi, sağlığı etkileyen faktörlerin daha ön plana alınmasının sağlanması, bu sonuçların takip edilmesi, araştırılması ve değerlendirilmesi.

-Daha sağlıklı şehirler ve toplumlar dahil olmak üzere sosyal çevrenin daha iyi hale getirilmesi, ve Sağlıkın İyileştirilmesi Konusunda Çalışan Okullar / Kura Waiora programları.

-Pasifik sağlığı, Pasifik halkından çocuklar ve gençlere yönelik programlar; sağlıklı hayat stilinin özendirilmesi, birincil sağlık hizmetleri ve önleyici hizmetler, hizmet verenlerin geliştirilmesi ve sakat Pasifik insanların topluma kazandırılması, Pasifik sağlığı ve sakatlığı konusunda bilgi toplanması ve araştırma yapılması (6/90).

-Sağlık sektörünün başka bölümlerin halk sağlığı alanında yaptıkları çalışmalara destek verilmesi dahil olmak üzere halk sağlığın alt yapısı, ihtiyaçların değerlendirilmesi, iş gücünün geliştirilmesi ve eğitilmesi, ilgili konular hakkında kılavuzların hazırlanması.

-Ulusal Tarama Ünitesinin, Ulusal Tarama Programını ve Meme Taraması Aotearoa programının hayata geçirilmesi.

-Cinsel sağlığın daha iyi hale getirilmesi, bu konuda cinsel sağlık ve üreme sağlığı kaynaklarının geliştirilmesi, topluma ve okula dayalı cinsel ve üreme sağlığı programlarının uygulanması, çeşitli topluluklar, organizasyonlar ve okullar ile politika ve uygulamalar konusunda fikir alışverişinin yapılması.

-Sağlıklı Çocuk programının geliştirilmesi; ebeveyn destek ve yeteneklerinin geliştirilmesi, yeni doğan bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin artırılması, duyma kaybının, ani bebek ölümünün, romatoid ateşin ve melanomanın önlenmesi, ağız sağlığının daha iyi hale getirilmesi.

-Politika oluşturulmasını, yerel ve ulusal düzeyde daha güvenli çevrelerin oluşturulması için yapılan çalışmalarını etkileyen programlar dahil olmak üzere, yaralanmanın önlenmesi, WHO'nun güvenli toplum modeline dayalı oluşturulmuş programların desteklenmesi, yaralanmanın önlenmesi konusunda ulusal ve yerel düzeyde bilinci ve bilgiyi artıracak hizmetlerin sunulması, bu konularda eğitim programlarının oluşturulması, işgücünün geliştirilmesi, yaralanma önleme programlarının takibinin yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi, yaralanmaların takibi ve izlenmesi (6/91).

II.4.2. Kişisel Sağlık Hizmetleri

Kişisel sağlık hizmetleri, vatandaşların herhangi bir sağlık durumu için tedavi veya tavsiye alması gerektiği durumlarda verilen hizmetlerdir. Toplumda bölge hemşirelerinin verdiği hizmetlerden, birincil sağlık çalışanlarının verdiği hizmetlere, hastahanedeki yapılan poliklinik muayenelerine veya hastahanedeki hastanın yatırılarak tedavisinin yapılmasına kadar oldukça geniş bir hizmet yelpazesi vardır. Kişisel sağlık hizmetleri sağlıkta yapılan harcamaların en büyük payını oluşturur, 2001/02 döneminde sağlık bütçesinin %77'si kişisel sağlık hizmetlerine ödenmiştir (6/75).

II.4.3. Annelik / Hamilelik Hizmetleri

Hamile kadınların bir Hamilelik Rehberi seçmesi gerekmektedir. Bu görevli, anne adayları ile bir bakım ve takip planı hazırlayarak hamileye verilecek hizmetlerin sağlanması ve bunların eşgüdümü üzerine çalışır ve ayrıca doğumda anne adayının yanında bulunur.

Hamilelik Rehberi anne ve bebek Sağlıklı Çocuk Görevlisine gitmeye hazır hale gelene kadar, ikisinin sağlık hizmetlerinden sorumludur. Normalde bebek 4-6 haftalık olduğunda Sağlıklı Çocuk Görevlisi tarafından takip edilmeye başlanır. Hamilelik Rehberliği yapan kişi ebe (özel olarak çalışan veya hastahanedeki görevli olan), aile hekimi veya bir obstetrik olabilir. Hamilelik sırasında Hamilelik Rehberinin anne adayına antenatal eğitim vermesi ve kadınlara gidebilecekleri antenatal kurslardan bahsetmesi sorumlulukları arasındadır.

Yeni Zelanda'da yaklaşık olarak 52 farklı yerde, kamu tarafından finanse edilen yapılan en azından 100 tane hamilelik ve ebeveynlik eğitim programı veren görevli vardır. Amaç, hamile kadınların yüzde 30'unun (tamamı ilk defa anne olacaklar) bu eğitim programlarına ulaşabilmesini sağlamaktır. Hamile kadınların yüzde 30'undan azının var olan kurslara katılabildiği durumlarda DHB'lerin yardımcı olması teşvik edilmektedir.

Whanau Ora Hamilelik Destek Hizmetleri, hedef alınan kadın grubunun hamilelik ve diğer sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Hedef alınan hamile kadınlar hamilelikleri sırasında çok fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları, halde farklı sebeplerden dolayı, bunlara ulaşmaları için de yardıma gereksinim duyan kadınlardır. Whanau Ora Hamilelik Destek hizmetleri hali hazırda 23 Maori organizasyonu tarafından verilmektedir.

Bu hizmetler kültürel olarak bilgili, bu konuda deneyimli, ispatlanmış ebeveyn yeteneklerine sahip ve sağlıklı hayat stili yönünden rol modeli olabilecek Toplumsal Sağlık Görevlileri tarafından verilmektedir. Bu hizmetin amacı hamilelikleri sırasında, bir Toplumsal Sağlık Görevlisinin o aile ile ilişki kurmasını sağlamak ve doğum sonrası ilk 6 hafta boyunca görevlinin aileyi desteklemesine olanak tanımadır (6/81,82).

II.4.4. Çocuk Sağlığı

Hasta olan çocukların büyük çoğunluğu birincil sağlık hizmeti veren aile hekimleri, mobil hemşirelik hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve eczacılık hizmetleri tarafından tedavi edilmektedir. Devlet 6 yaşından küçük çocukların birincil sağlık hizmeti olarak aldıkları tüm tedavileri karşılamayı, 18 yaşına kadar olan çocukların tedavilerinin ise bir kısmını karşılamayı amaçlamaktadır. Hastahanedeki verilen hizmetler arasında pediatristler gibi farklı uzmanlar, hemşireler, psikologlar, sosyal görevliler, fizyoterapistler, çocuk gelişim terapistleri, odologlar, ve çocuk ve adölesan akıl sağlığı görevlileri tarafından verilen hizmetler vardır (6/81).

II.4.5. Diş Sağlığı

Ağız sağlığı hizmetleri özel olarak çalışan kişi ve kuruluşlarca, ücretleri kişisel doğrudan (cepten) ödemeler ile verilmektedir. Yalnız kamu hastahanelerinde hastanın tedavisinin yatırılarak yapılmasının gerekli görüldüğü durumlarda bir ücret alınmamaktadır. Temel ağız sağlığı uygulamaları çocuklar ve 18 yaşına kadar tam zamanlı öğrenci olanlar için bedavadır. Bazı durumlarda 18'in üzerinde olup kendi geliri olmayan vatandaşlar ücretsiz tedavi alabilirler. Ortodontik tedavilerin ücretleri alınmaktadır.

Toplum Hizmetleri Kartı (Community Services Card, CSC) olan insanlardan akut ağrısı olanlara yönelik olarak kamunun karşıladığı dişçilik hizmetleri verilmektedir (Ağrıdan Kurtulma hizmeti).

6 yaşının altında olan çocuklar için hizmet genelde bedavadır. CSC kartı olan vatandaşlar yardım alabilirler ve genel olarak daha az doğrudan ödeme yaparlar. (High User Health Care, HUHC) çok fazla ilaç alması gereken insanların aldığı karta sahip olan insanlar yardım alabilirler ve genel olarak daha az doğrudan ödeme yaparlar. Hafta sonu verilen hizmetler veya tekrarlanan reçeteler için daha fazla ücret istenebilmektedir (7/7).

2001 yılında Yeni Zelanda'da 1645 diş hekimi vardı. Diş hekimlerinin yanında ağız sağlığı alanında çalışan diğer görevlilerin sayıları şöyledi: 110 diş hijyenisti, 536 diş terapisti ve 322 diş teknisyeni (132 klinik ve 190 klinik olmayan) (Diş Sağlığı Birliği, 2003). Birçok Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkesi ile karşılaştırıldığında Yeni Zelanda'daki diş hekimlerinin nüfusa oranı düşüktür. 100.000 nüfusa düşen diş hekimi sayısı Yeni Zelanda'da 42 iken, bu rakam Avustralya'da 43, Kanada'da 38, ABD'de 61, Japonya'da 63 ve İsviçre'de 101'dir (Uluslararası Diş Sağlığı Federasyonu, 2003).

2002/03 döneminde DHB'ler aracılığı ile Sağlık Bütçesinden ağız sağlığına harcanan para miktarı 90 milyon YZ Dolarından fazla olmuştur. Bu harcamalar arasında şunlar vardır:

500.000 civarında okul öncesi, ilk okul ve orta okulda okuyan çocuğa önleyici, eğitici ve tedavi edici hizmet sunan Yeni Zelanda Ağız Sağlığı Hizmetleri Okulu'nun yaptığı hizmetler. 2001'de ilkokula giden öğrencilerin yüzde 98'i okul diş sağlığı hizmetlerine kayıt edilmiştir. Özel Diş Sağlığı Yardımları, Okul Diş Sağlığı Hizmetlerine kaydı yapılmış çocukların yaklaşık olarak %4'ü ağız sağlığı alanında uzmanlaşmış diş hekimlerine tedavi olmak üzere sevk edilmiştir. Bu çocukların bu alanda yapılan sağlık harcamaları bu yardımlardan karşılanmaktadır. Adölesan diş sağlığı yardımları, adölesanların özel diş hekimlerine muayene olmaları durumunda oluşan harcamaları karşılamaktadır. 2001'de bu hizmetten faydalanabilecek adölesanların yaklaşık olarak yüzde 63'ü bu programa kayıt edilmiştir. Hastahanelerin ağız sağlığı bölümünde verilen ikincil / üçüncül ağız sağlığı hizmetleri. Acil tedaviler için düşük gelirli yetişkinlere yapılan destekler (6/80).

II.5. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

II.5.1. Hastahaneler

Yeni Zelanda'nın 1938'den beri vergilerle yürütülen bir kamu sağlık sistemi vardır. Çoğu hastahane hizmetleri devletin sahip olduğu hastahanelerde ücretsiz olarak verilmektedir. Bir dizi küçük özel hastahane de mevcuttur. Bunlar genelde yaşlılar için uzun dönemli hizmetler vermekte ve insanların masraflarını kendilerinin karşıladıkları elektif cerrahi müdahaleler yapmaktadırlar. Kamu hastahanelerinde çalışan doktorlar ve diğer sağlık çalışanları maaş almaktadırlar. Çoğu uzman ayrıca verdikleri hizmetten ücret almak kaydıyla part time olarak özel konsültanlar olarak da çalışmaktadır.

Tablo 1: Sağlıkla İlgili Dört Hizmet Türünün Temel Açıklayıcı Özellikleri (\$YZ 1 = \$US 0,54 ,1998)

Özellik	Hastahane Ve İlgili Hizmetler	Primer Sağlık Hizmetleri	Özürlü Hizmetleri	Halk Sağlığı Hizmetleri
Yaygınlık	Hastahane ve ilgili hizmetler	Genel uygulama, ilaç ve teşhis ağırlıklı	Değerlendirme, rehabilitasyon ve uzun dönemli hizmetler	Sağlığı koruma ve geliştirme
Mülkiyet	Temel olarak devlete ait fakat ufak çapta özel uzmanlık girişimleri de mevcut	Tamamına yakını özel	Devletin ve diğer kurumların yer aldığı karma bir yapı	Temel olarak devlete ait
Finansman Kaynakları	Esas olarak devlet kaynaklı ve önemsiz boyutta ücret katkıları	Geniş olarak devlet tarafından sübvansede edilmekte	Devlet katkıları ve gönüllü bir kişilerin oluşturduğu karma bir yapı	Esas olarak devlet
Finansman Türü	Coğrafi anlamda nüfus dağılımına göre kişi başına ödeme	Hizmet başına ödeme fakat kişi başına ödeme eğilimi var	Bağımsız sosyal, refah yetkilendirmeleri	Halk Sağlığı Kurulu ile anlaşma yaparak
Yıllık Hükümet Harcaması	\$ 4.0 milyar	\$ 1.0 milyar	\$ 1.0 milyar	\$ 200 milyon
Organizasyon	Hükümete bağlı yönetim kurulları	Bağımsız girişimciler	Hükümete bağlı yönetim kurullarını da kapsayan karma bir yapı	Genel olarak HHS veya DHB'ler tarafından
Hizmetin Odak Noktası	Hizmet edilen nüfus	Birey olarak hastalar	Bağımsız müşteriler	Hizmet edilen nüfus
Verilen Hizmetlerin Özelliği	Akut	Bütümsel	Uzun dönemli	Halk sağlığı
Toplumsal Gelişim	Önemli	Artmakta	Yüksek	Yüksek
Bütçesel Kontrol	Sıkı, son 10 yılda ufak bir büyüme söz konusu	Hizmet başına ödeme yoluyla talepler karşılanmaya devam ediyor, kişi başına ödemeye yönelik bir eğilim var	Bağımsız yetkilendirmelerle alakalı	Sıkı fakat genişliyor
Önemli Yönelim	Tıbbi uzman tedavi hizmetleri	Genel	Bağımsız yapıyı ve otonomiye azami seviyeye çıkarmak	Halk sağlığını geliştirmek
Hizmetlerin Yeri	Merkezi fakat azalmakta	Kullanışlı	Yetersiz	Asgari, en küçük
Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Verilen Önem	Artmakta	Önemli	Esas	Esas
Ulaşılabilirliğinin önündeki en önemli engel	Uzun bekleme süreleri	Finansal engeller	Toplum hizmetlerinin eksikliği	Finansal engeller

Kaynak: (15) Malcolm, L. (2002), A Health System In Radical Transition, The Experience of New Zealand, içinde: Thai K.V. ve diğerleri (ed.) (2002), "Handbook of International Health Care Systems", s: 520-521

II.6. Eczacılık Hizmetleri

Bakanlık Medsafe Birimi, ilaçların kullanımı ile birlikte ortaya çıkan kaçınılmaz zararlı etkilerin riskini azaltmak amacıyla 1981 yılında çıkan İlaç Kararnamesi, 1984'te yürürlüğe giren Yönetmelikler, 1975'te yürürlüğe giren İlaç Suistimali ve 1977'de yürürlüğe giren Yönetmeliklerin uygulanmasını sağlar. Medsafe ayrıca Yeni Zelanda'da kullanımda olan ilaçların, uygun şekilde kullanıldıklarında, risklerinden çok yararlı etkilerinin olduğunun sağlanmasından sorumludur. Piyasaya çıkmadan önce yeni ilaçlar ve değişikliğe uğramış ilaçlar onay almak zorundadır .

Yeni Zelanda ve Avustralya hükümetleri, Avustralya'da Tedavi ile ilgili Therapeutic Ürünler Yönetimi'nin ve Yeni Zelanda'da Medsafe'in yeni alacak bir Trans-Tasman Therapeutic Ürünler Ajansı kurmak üzere anlaşmışlardır. Bu ortak ajans ilaçların, medikal aletlerin, yardımcı ilaçların ve diyet destek ürünlerinin kontrol edilmesinden sorumlu olacaktır. Avustralya ve Yeni Zelanda'dan seçilmiş görevlilerden oluşan bir proje grubu, ajansın nasıl çalışacağı ve her iki ülkedeki tedavi ile ilgili ürünlerin yönetiminin nasıl yapılacağı hakkında çalışmaktadırlar. Bu proje grubunda görevli olan insanlar Sağlık Bakanlığı, Hazine, Kamu Hizmetleri Komisyonu ve Dış İlişkiler Ve Ticaret Bakanlığı'nın çeşitli kademelerinden gelmişlerdir (10 /23).

Kısaca PHARMAC olarak anılan İlaç Kontrol Ajansı 2000 yılında çıkan Yeni Zelanda Halk Sağlığı Ve Sakatlık Hizmetleri Kararnamesi kurulmuş olan Krallığa bağlı bir kuruluştur. Bu kurum doğrudan Sağlık Bakan'ına karşı sorumludur. PHARMAC ilk defa Sağlık Ve Sakatlık Hizmetleri Kararnamesi ile devletin yaptığı ilaç harcamalarının kontrol edilmesi amacıyla 1993'te hizmet vermeye başlamıştır.

1980'lerde kamunun yaptığı ilaç harcamalarındaki artış konusunda endişeler belirlemeye başlamış ve yazılan reçetelerin, doğru sebepler ile yazılıp yazılmadığı konusunda şüpheler oluşmuştur. 1989'da Sağlık Bakan'ına sunulan ilaç stratejisi ile ilgili bir dokümanda, şu konular dile getirilmiştir:

- Rekabetin artırılması,
- Reçete yazan görevlilerin eğitilmesi,
- Tüketiciye daha fazla seçenek sunulması,
- Ürünlerin ilaç vergi / gümrüğe tabii olması.

1989'da tavsiye edilen politikaların birçoğu PHARMAC tarafından hayata geçirilmiştir, 1993'ten 2000 yılında özerk bir kurum olanak kadar, PHARMAC Sağlık Finansmanı Otoritesi ve Bölgesel Sağlık Otoritelerine bağlı olarak görev yapmıştır. 2000'deki kararnamede de belirtildiği gibi PHARMAC'ın amacı ilacı kullanması gereken insanların, belirlenen bütçe çerçevesinde en uygun ilaçları alabilmelerini sağlamaktır. PHARMAC'ın görevleri arasında ilaçların doğru kullanılmasının sağlanması da vardır. Bu bağlamda sağlık çalışanları ve hastalar iletişime girerek Akılcı İlaç Kullanımını teşvik eder ve bilgi kampanyaları yürütür. 2001 Eylül'ünde PHARMAC'a Sağlık Bakan'ı tarafından Bölgesel Sağlık Kurulları adına hastahaneler için ilaç alma yetkisi verilmiştir. Bu yeni görevi Sağlık Bakan'ı tarafından Şubat 2002'de onaylanmış olan Ulusal Hastahane İlaç Stratejisinde de belirtilmiştir.

PHARMAC devlet adına geri ödemesi yapılacak ilaçların belirtildiği bir “İlaç Listesi” hazırlar. İlaç üreticileri kendi ürünlerinin geri ödemesinin yapılması amacıyla İlaç Listesine girmesi için, Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsat aldıktan sonra PHARMAC’a başvurusunu yapar. PHARMAC bir ilacı İlaç Listesine alıp almamaya PHARMAC’ın “Karar Kriterleri’ne” göre karar verir. İlacın listeye alınmasına, ilacın ücretinin ne kadarının kamu tarafından karşılanacağına, reçeteleme kuralları ve kılavuzlarına PHARMAC Kurulu tarafından karar verilir. Kurul bu işlemleri yaparken Farmakoloji Ve Terapatikler Tavsiye Komitesi’ndeki (Pharmacology and Therapeutics Advisory Committee, PTAC) bağımsız tıp uzmanlarından ve bu komitenin çeşitli alanlarda uzmanlaşmış alt komitelerinden, PHARMAC’ta çalışan personelden görüş alır. Hasta ve tüketicilerde görüşlerini Tüketici Tavsiye Komitesi aracılığı ile PHARMAC’a bildirebilmektedir.

PHARMAC Kurulu, Sağlık Bakanı tarafından atanan altı üyeden oluşur. PHARMAC’ın kendi görev alanlarında aldığı tüm kararlar bu Kurul tarafından veya da bu Kurulun otoritesi altında alınmaktadır.

Kurul üyeleri özellikle PHARMAC’ın izleyeceği stratejik yönü belirler ve hangi ilaçların geri ödemesinin, hangi düzeyde ve ne gibi şartlarda yapılacağına karar verebilir.

PHARMAC hastaların sağlık hizmetlerini eşit düzeyde ulaşabilme ihtiyaçlarını, kurum olarak, sonuçta tüm harcamaları karşılayan, vergi ödeyen vatandaşlara karşı olan sorumluluğu ile dengelemeye çalışır (11/1-3).

II.7. Gönüllü Kuruluşlar

Hükümet Dışı Örgütler (Non-Government Organisations, NGOs) ve gönüllü örgütler sağlık ve sakatlık sektörünün önemli bir parçasıdır. 200’den fazla ulusal örgüt ve yerel hizmet sağlayıcı, kâr amacı olmadan hizmet vermektedir. Bu şekilde hizmet verenler arasında, Royal New Zealand Plunket Society (Kraliyet Yeni Zelanda Plunket Topluluğu), Yeni Zelanda Aile Planlaması Derneği ve Yeni Zelanda Ulusal Kalp Vakfı gibi bazı büyük organizasyonlar da vardır.

Vakıflar ve NGO temelli kuruluşlarda sayı ve aktiviteler bu bakımından artmıştır. Özellikle kırsal alanlar başta olmak üzere bazı dernekler kendi bölgelerindeki insanların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmesi için vakıflar kurmuştur ve NGO temelli organizasyonların verdiği sağlık ve sosyal hizmetlerin sayısı artmaktadır (4/16).

II.3. Sağlık İnsangücü Ve Eğitimi

Eğitim sektörü tüm Yeni Zelanda vatandaşlarının eğitiminden sorumludur. Bu sorumluluğunun bir parçası olarak sağlık alanında çalışan veya çalışacak olan insanların eğitimi de bu sektörün sorumluluğu altına girmektedir. Devletin eğitim sektöründeki önceliklerinin başarılmasında temel sorumlu Eğitim Bakanlığı’dır. Ulusal olarak öncelikli ve iş gücünün yetersiz olduğu alanlarda mezun olan insanların sayısının artırılması bu sorumluluğa dâhildir. Sağlık, eğitim sektörünün stratejik önceliklerinden bir tanesi olarak belirlenmiştir.

Sağlık alanında ve engellilere hizmet veren alanlarda çalışacak insanlara yüksek öğrenim eğitimi veren üniversitelerin, teknik okulların ve diğer kuruluşların bütçesi devlet tarafından Yüksek Öğrenim Komisyonu (Tertiary Education Commission, TEC) aracılığı ile karşılanmaktadır. Bazı yardımcı sağlık çalışanlarının eğitimlerinin finansmanı da TEC tarafından Halk Destek Hizmetleri Endüstrisi Eğitim Organizasyonu aracılığı ile karşılanmaktadır.

TEC, 2002'deki Eğitim (Yüksek Öğrenim Reformu) Kararnamesi ile, Yüksek Öğrenim Stratejisinin uygulanmasını kontrol etmesi amacıyla kurulmuştur. TEC, yüksek öğrenim sistemi ile Yeni Zelanda ticaret, dernek ve şirket çevreleri arasında var olan işbirliğine aktif olarak katkıda bulunması beklenmektedir.

Klinik eğitimin finansmanı Bakanlığın Klinik Eğitim Ajansı (Clinical Training Agency, CTA) aracılığı ile kamu tarafından sağlanmaktadır. CTA'nın vizyonunda günümüz ve gelecekte ülkenin ihtiyacı olan sağlık ve engellilere hizmet alanındaki işgücünün yetiştirilmesinin garantilenmesi vardır. CTA yüksek kalitede sağlık hizmeti verilebilmesine katkıda bulunacak iş gücünün yetiştirilmesinin sağlanması için aşağıda belirtilen faktörlere uyulması gerektiğini belirtmektedir.

- Yükseköğrenime başlamadan önce finansmanı Eğitim Bakanlığı tarafından sağlanan programlar ile eğitim vermek,
- Yükseköğrenime başladıktan sonra klinik eğitim vermek (Post-Entry Clinical Training, PECT),
- Çalışırken insanlara eğitim vermek ve devamlı profesyonel gelişim (sürekli eğitim) sağlamak,
- Hatırlamayı kolaylaştırıcı bir hizmet yapısının oluşturulması.

CTA bilgi toplanması ve Maori ile Pasifik insanların katılımının artırılması, özellikle kırsal alanlarda olmak üzere sağlık çalışanlarını işte tutabilmek ve bilgilerini artırabilmek için farklı alanlardaki klinik yeteneklerini geliştirmeleri amacıyla yürütülen bir dizi projede yer almaktadır. CTA yüksek öğrenim sonrası verilen klinik eğitim için 2004/05 döneminde YZ\$91.274 milyon YZ Dolarlık bir bütçe ayırmıştır ve yaklaşık olarak sağlık alanında eğitim gören 3,200 öğrenci CTA'nın yaptığı sözleşmelerle eğitim almaktadır (8/9,10).

Sağlık ve sakatlık alanında verilen hizmetlerin verimliliği büyük oranda bu alanda çalışan işgücünün verimliliğine bağlıdır. Sağlık sisteminde insanların rolü büyüktür. Klinik ve kişisel bakım hizmetleri veren çalışanlar (kayıtlı sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık çalışanları), halk sağlığı görevlileri, teknik ekipmanları çalıştıran ve bu sistemlerin verimli bir şekilde çalışmasından sorumlu olan görevliler hep birlikte başarılı bir şekilde görev yapan bir sistem için önemlidir. Başarının anahtarı, sistemin doğru şekilde dengelenmiş yeterli sayıdaki işgücüne sahip olunmasıdır.

Diğer ülkelerde de olduğu gibi Yeni Zelanda'da personel harcamaları toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturur. Örneğin 2003/04'te DHB'nin temel olarak hastahane hizmetleri için yaptığı ödemelerin yüzde 70'inden fazlası veya yaklaşık olarak 2.6 milyon YZ Doları, çalışan 44.000'den fazla personelin maaşları için harcanmıştır. Ek olarak optometri, dişçilik hizmetleri, fizyoterapi ve alternatif tıp gibi hizmetler büyük çoğunlukla özel olarak çalışan görevliler tarafından verilmektedir. Özel hastahaneler de bir dizi hizmet vermektedir.

Engelli insanların veya 65 yaşının üstündeki insanlara verilen destek ve bakım hizmetleri toplumsal kurumlarda verilmektedir.

Sağlıkta İşgücü Danışmanlık Komitesi 2001'de sağlık sektöründe yaklaşık olarak 67.000 kişinin çalıştığını tahmin etmiştir. Bu çalışanların yanında 45.000 resmi olmayan ve engellilere destek çalışanı ve 10.000 yardımcı ve geleneksel sağlıkçılık yapan insan mevcuttu. Bu işgücünün yüzde 5.4'ünü Maori ve yüzde 1.8'ini Pasifik insanları oluştuyordu.

Engellilere destek hizmetleri bir dizi farklı işgücü kullanmaktadır. Bunlar arasında gönüllülerin ve herhangi bir ücret almayanların sayısı oldukça fazladır. Engelliler sektöründe çalışanların planlama ve satın alma konularında bilgilerini artıracak bir bilgi eksikliği mevcuttur. Diğer sağlık alanlarında çalışan insanlarda olduğu gibi, engellilere destek hizmetlerinde çalışacak insanların bulunması ve bulunan insanların işlerine devam etmelerinin sağlanmasında da zorluk çekilmektedir. Genelde ücretler ve kariyer olanakları dış ülkelerde daha iyidir (6/23).

Uzman tabipler, sağlık alanında çalışanlar arasında en büyük ikinci iş gücünü oluşturmaktadır. Sağlık alanında çalışanların %32.7'si uzmandır. Uzman uygun eğitime, özelliklere ve tecrübeye sahip ve bu alanda çalışan bir görevlidir. Bu doktorların büyük çoğunluğu bir kolej veya profesyonel uzman birliğine üyedir.

2004'te Yeni Zelanda'da 34.660 aktif olarak kayıtlı hemşire ve hemşirelikte ve ebellekte çalışan ebe vardı. Bunlara, ebellek yapma yetkisi almış 196 ebe de dahildir (9/1).

II.9. Sağlık Sisteminin Finansmanı

II.9.1. Sağlık Hizmetleri Arzının Finansman Yapısı

Yeni Zelanda'da Sağlık Harcamaları Gelişmelerine dahil edilmiş olan sağlık hizmetlerinde yapılan harcamalar Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation, WHO) tarafından geliştirilen sağlık hizmetleri tanımlarına uymaktadır. Sağlık hizmetlerini tanımlarken, Abel Smith şöyle demektedir:

“Sağlık hizmetlerinin amacı sağlığı daha iyi hale getirmek, hastalıkların kronik veya akut, fiziksel veya mental kaynaklı olduğuna bakmadan önleyici çalışmalar yapmak, hastaların teşhis ve tedavisini gerçekleştirmek ve hastalık veya yaralanma sebebi ile rehabilitasyona ihtiyaç duyan insanları rehabilite etmektir.”

Bu genel bir ifadedir ve hangi hizmetlerin “sağlık harcaması” olarak adlandırılan finansmana dahil edilip hangilerinin dahil edilmemesi gerektiği konusunda yol gösterici değildir. Yeni Zelanda'da Sağlık Harcamaları Trentleri'ne ait önceki raporlarda belirlenen kararlar uygulanarak, sosyal kurumlardan Sağlık Bütçesine aktarılan (transferler) kaynaklar, doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili olan miktarlar hariç, “sağlık üzerine” yapılmayan harcamalar olarak sınıflandırılmıştır. Aşağıda liste halinde belirtilenler, genel olarak “sağlık üzerine olmayan” harcama alanları olarak tanımlanmıştır:

- Huzur evi yardımları,
- Vatandaşa evde verilen hizmetlere yönelik yapılan yardımlar,

-Toplum finansman kurumlarına yapılan harcamalar,
 -Akıl sağlığı bozulanlara yapılan yardımlar,
 -Salvation Army'e (fakirler için para toplayan bir Protestan grubu) yapılan yardımlar.

Bu alanlarda yapılan harcamalar diğer ülkeler ile karşılaştırma yapabilmek ve önceki raporlar ile uyum içinde olabilmek için, başka türlü belirtilmedikçe rapora dahil edilmemiştir. Sağlık ve sakatlık hizmetlerine yapılan gerçek harcamaya yönelik olarak daha detaylı bir bilgi sunabilmek için, Yeni Zelanda Sağlık Harcamaları Gelişmeleri "sağlığa ait" olmayan alanlarda yapılan harcamalar konusunda da rakamlar vermektedir (5/2).

Tablo 2: Sağlık Bütçesinden Yapılan Harcamaların Sınıflandırılması 2001/02– 2002/03

	2001/02		2002/03	
	000 YZ\$	Toplamın %'si	000 YZ\$	Toplamın %'si
Kamu Sağlığı Kuruluşları				
Kişisel Sağlık	3,134,319	45.4	3,213,998	44.6
Sakatlık Desteği	297,200	4.3	296,500	4.1
Toplam Kamu Sağlığı Kuruluşları	3,431,520	49.7	3,510,498	48.7
Özel Kuruluşlar				
Kişisel Sağlık	300,188	4.3	314,604	4.4
Sakatlık Desteği	402,836	5.8	381,355	5.3
Toplam Özel Kuruluşlar	703,024	10.2	695,959	9.7
Toplam Kurum Hizmetleri	4,134,544	59.9	4,206,457	58.3
Toplumsal Hizmetler				
Kişisel Sağlık	2,310,215	33.5	2,440,525	33.8
Sakatlık Desteği	158,522	2.3	175,004	2.4
Toplam Toplumsal Hizmetleri	2,468,737	35.8	2,615,529	36.3
Halk Sağlığı	138,421	2.0	141,966	2.0
Eğitim ve Araştırma	85,209	1.2	72,624	1.0
Sağlık Bakanlığı Harcamaları	76,647	1.1	173,841	2.4
Toplam Harcamalar	6,903,558	100.0	7,210,417	100.0

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.25

Kamunun sağladığı mali kaynak, Yeni Zelanda'da verilen sağlık ve sakatlık destek hizmetlerinin ana finansman kaynağıdır. Ülkedeki tüm sağlık harcamalarının %78.3'ü (2005/06) kamu tarafından karşılanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarına katkı yapan diğer kaynaklar ise kişisel doğrudan (cepten) ödemeler ve özel sigortaların yaptığı harcamalardır.

Diğer kamu kurumları da doğrudan ve dolaylı olarak sağlıkla ilgili faaliyetler için önemli miktarda finansman kaynağı oluşturmaktadır. Kaza Telafi Birliğinin (Accident Compensation Corporation, ACC) ve diğer devlet kurumlarının ve yerel otoritelerin (örneğin şehir ve nahiye kurullarının) yaptığı sağlık harcamaları da bu harcamalara dahildir.

2004/05 döneminde sağlığa bütçeden ayrılan pay 8.81 milyar YZ Dolardı, bu rakam 2005/06'da 9.7 milyar YZ Dolara yükseldi. 2005/06'da Bölge Sağlık Kurullarına (District Health Boards, DHB) aktarılan toplam kaynak miktarı 7.24 milyar YZ Dolardı. DHB'lere aktarılan mali kaynağın çoğu, nüfusu temel alan bir mali formül (Population Based Funding Formula, PBFF) kullanılarak hesaplandı. PBFF her DHB'ye, kaynak bazında, kendi nüfusunun ihtiyaçlarına cevap verebilmek için aynı fırsatı sunmaktadır.

Kamu sektörünün sağladığı finansmanda, hükümetin Sağlık Bütçesi aracılığı ile doğrudan DHB'lere aktardığı mali kaynak miktarı en büyük oranı oluşturmaktadır (4/17).

Tablo 3: Sağlık Bütçesinin GSMH İçindeki Payı 1996/97-2003/04

	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04
Toplam (nominal milyon YZ\$)	5,263	5,641	5,836	6,114	6,593	6,918	7,407	7,960
Toplam reel (2003/04 milyon YZ\$)	5,992	6,317	6,560	6,737	7,030	7,187	7,583	7,960
Kişi başı –genellikle vatandaş sayısını temel alarak								
Kişi başı (nominal YZ\$)	1,400	1,484	1,525	1,588	1,703	1,769	1,863	1,959
Kişi başı reel (YZ\$ 2003/04)	1,593	1,662	1,714	1,750	1,817	1,838	1,907	1,959
GSMH'nin %'si olarak toplam	5,4	5,6	5,7	5,7	5,8	5,7	5,8	5,7
Hükümet harcamalarının %'si olarak toplam	16,1	16,8	16,9	17,0	17,9	18,1	19,0	18,8

Kaynak: (4) Ministry of Health of New Zealand (2005) The Annual Report 2004/05 Including Health and Independence Report s.19

DHB'lere, kendi alanlarındaki nüfusa sağlık ve sakatlık destek hizmetlerini sağlamalarından emin olunacak kadar kaynak aktarılmaktadır. Bazı hizmetler diğer DHB'lerin bölgelerinde verilmektedir, bu yüzden DHB'ler kendi aralarında bir miktar kaynak aktarımı yapabilmektedir. Bakanlık ve DHB'ler, kendi bölgelerinin dışında sağlık hizmeti alan hastaların oluşturduğu ödeme miktarını tahmin etmek için beraber çalışırlar ve ödemeler merkezi bir sistem ile yapılmaktadır (4/17).

II.9.1.1. Kamu Sağlık Harcamaları

Sağlık Bakanlığı Bütçesi, finansmanını kamunun yaptığı sağlık ve sakatlık hizmetlerine yapılan harcamalara devletin yaptığı ana katkıdır (4/17). Sağlık Bakanlığı'na ayrılan bütçedeki harcamalar, sakatlık hizmetleri ve finansmanın son yıllarda, özellikle Sosyal Gelişim Bakanlığı'ndan (Ministry of Social Development) ve diğer devlet kurumlarından Sağlık Bakanlığına aktarılmasından sonra artmıştır (5/19). Tablo 4'te Haziran 2003 sonunda bütçeden sağlığa ayrılan toplam payın 7,774 milyon YZ\$ olduğunu göstermektedir.

Tablo 4: Sağlık Bütçesinden Yapılan Harcamalar 2001/02– 2002/03

Harcama kategorileri	2001/02		2002/03	
	000 YZ\$	Sağlık Bütçesindeki %'si	000 YZ\$	Sağlık Bütçesindeki %'si
Kişisel Sağlık	5,650,393	76.2	5,969,390	76.8
Engellilere Destek Hizmetleri	1,373,078	18.5	1,416,054	18.2
Satın Alınan Halk Sağlığı Hizmetleri	135,421	1.9	141,966	1.8
Bağımsız Şekilde Hizmet Verenler	77,123	1.0	77,848	1.0
Yapılan Diğer Ödemeler*	85,209	1.1	72,624	0.9
Sağlık Bakanlığı	93,854	1.3	95,993	1.2
Toplam*	7,418,078	100.0	7,773,876	100.0

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.20,21

Sağlık Bütçesi DHB'lerin, Bakanlığın ve diğer sağlık ve sakatlık hizmeti veren kurumların

- Kişisel sağlık hizmetlerini,
- Halk sağlığı hizmetlerini,
- Akıl sağlığı hizmetlerini,
- Engellilere destek hizmetlerini,

-Kişisel sağlık, sakatlık destek hizmetleri ve halk sağlığının dışında bir türü temsil eden ve temel olarak hizmet sunan birimlerin kendi gelişimlerine ve sağlık ve sakatlara yönelik hastalığı engelleyici hizmetlere yaptıkları harcamaları temsil eden bağımsız hizmetleri verebilmeleri için finansman sağlar (4/17).

2002 yılında Yeni Zelanda, GSMH'sının (Gayri Safi Milli Hasıla) %8.5'ini sağlığa harcamıştır. Bu oran OECD'nin dengelenmiş ortalaması olan %8.8'in biraz altındadır.

Yeni Zelanda'nın yaptığı sağlık harcaması, 30 OECD ülkesi içinde 15. sıradadır. İlk sırada %14.6 ile Birleşik Devletler, son sırada ise %5.7 ile Türkiye vardır. Yeni Zelanda'nın yaptığı sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı 1992'de %7.6 iken, bu oran 2002 yılında %8.5'e yükselmiştir. Aynı periyotta OECD'nin dengelenmiş ortalaması %8.1'den %8.8'e yükselmiştir (5/39).

GSMH'nin bir oranı olarak ele alınan sağlık harcamaları uluslar arası karşılaştırmalarda çok sık kullanılmaktadır. Ancak, sağlık harcamaları fiyat ve hacmi de içinde taşıdığından dolayı, GSMH'da yüksek bir oran kaplayan sağlık harcamaları, bazı durumlarda verilen sağlık hizmetlerinin boyutunu değil fiyatların yüksekliğini de yansıtabilir. Bu yüzden bu oran her zaman dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır. Biraz da bu sebepten dolayı sağlığa harcanan GSMH oranının kesin olarak doğru bir rakamı belirlenmemektedir (5/40).

Tablo 5: GSMH'nin Oranı Olarak Sağlık Harcamaları (US\$), 1997-2002

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Amerika	13.0	12.9	12.9	13.0	13.9	14.6
Almanya	10.5	10.3	11.2	11.1	10.7	10.9
Fransa	9.4	9.4	9.4	9.5	9.5	9.7
Kanada	9.0	9.3	9.3	9.1	9.7	9.6
Yunanistan	8.7	8.4	8.5	8.3	9.4	9.5
İtalya	8.3	8.2	8.2	8.1	8.4	8.5
Yeni Zelanda	7.6	8.1	8.1	8.0	8.2	8.5
İngiltere	6.7	6.8	6.9	7.3	7.6	7.7
Türkiye	4.2	4.8	4.5	5.1	5.4	5.7
Genel Ortalama	8.2	8.3	8.3	8.3	8.5	8.8

Kaynak : (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.39_çinden düzenlenmiştir.

II.9.1.1.1. Kişisel Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Bütçe

Bireylerin sağlığını daha iyi halen getirmek veya sağlıklarını korumak amacıyla sağlık hizmetleri için harcanan mali kaynak "kişisel sağlık harcaması" olarak adlandırılmaktadır. Kamu kaynaklarında kişisel sağlık hizmetlerine ayrılan finansman 2001/02 ve 2002/03 dönemlerinde 5.650 milyon YZ dolardan 5.969 milyon YZ dolara çıkmıştır. Bu rakamlar %6.0'lık bir büyümeyi göstermektedir (5/21).

Bu alanda yapılan harcamaların sağlık bütçesindeki payı 2001/02 döneminde %76.2 iken, 2002/03 döneminde %76.8 olmuştur

Tablo 6'da kişisel sağlık alanında 2002/03 döneminde yapılan harcamaların bir dökümü görülmektedir. Anlaşılacağı üzere kişisel sağlık alanında yapılan kamu harcamalarındaki en büyük pay %41.0 ile tıbbi ve cerrahi müdahalelere yapılan harcamalar olmuştur. Bunu %14.8'lik pay ile ilaç harcamaları takip etmektedir (5/21).

Tablo 6: Hizmet Sınıflarına Göre 2002/03 Döneminde Yapılan Kişisel Sağlık Harcamaları

Kurumsal *	YZ\$ milyon	Toplamın %'si	Toplumsal**	YZ\$ milyon	Toplamın %'si
Tıbbi ve cerrahi müdahale	2.446	%41	Aile hekimi	445	%7.5
Akıl sağlığı hizmetleri	377	%6.3	Annelik	170	%2.9
Dişçilik	90	%1.5	Sevker ve uzmanlar	369	%6.2
Annelik	324	%5.4	Dişçilik hizmetleri	30	%0.5
Diğer	291	%4.9	Akıl sağlığı hizmetleri	459	%7.7
			İlaçlar	883	%14.8
			Diğer	85	%1.4
Kurumsal Toplam	3.528,9	%59.1	Toplumsal Toplam	2440.5	%40.9
			Toplam kişisel sağlık	5969.4	%100.0

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.21

*Kurumsal: Kamu ve özel sektör tarafından yönetilen kurumları kapsar. Kamunun sahip olduğu kurumlar temel olarak hastahanelerdir. Özel sektörün sahip olduğu kurumlar arasında hastahaneler, huzur evleri, engellilere hizmet veren kurumlar vardır.

**Toplumsal: Ayaktan tedavi veren kurumları kapsar. Bunlar arasında aile hekimlerinin, uzman doktorların, hemşirelerin, ebelerin, diş hekimlerinin ve sağlık alanında çalışan diğer görevlilerin ayaktan verdikleri hizmetler vardır. Özel veya kamuya ait hastahanelerin verdiği bazı hizmetlerin hastaların evlerinde veriliyor olsa da, bu kategoriye dahil edilmemiştir. Bu hizmetlerin sunulması ile bağlantılı olan taşıma ve yönetim giderleri de, bu kategoriye dahil edilmiştir.

II.9.1.1.2. Engellilere Destek Hizmetleri

En azından altı yıl boyunca devam etmesi muhtemel ve yaşantısında bağımsız olarak faaliyet gösteremeyerek devamlı desteğe ihtiyaç duyan fiziksel, psikiyatrik, mental, algılama veya ileri yaşla bağlantılı bir engeli bulunanlara ve engellilere verilen destek hizmetlerinden faydalanması uygun görülenlere verilen hizmetlerin masraflarını Sağlık Bütçesinden karşılanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Bütçesi ile satın alınarak engellilere verilen hizmetler arasında giyinme, kişisel hijyen ve yemek yeme gibi günlük faaliyetleri ve yemek hazırlama, temizlik, alışveriş yapma gibi ev işlerinde yapılan yardımlar da dahildir. Hizmetler bir huzur evinde veya hastahane, kamuya ait bir evde veya engellinin kendi evinde verilebilir (5/22) .

Tablo 7: Sağlık Bakanlığı Tarafından Yapılan Halk Sağlığı Harcamalarının Sınıflandırılması 2000/01, 2002/03

Harcama Göstergeleri	2001/02		2002/03	
	Milyon YZ\$	Toplamın %'si	Milyon YZ\$	Toplamın %'si
Bilim Hizmetleri	19,3	45,2	8,8	41,4
Sağlık Statüsü ve sonuçları Hakkında Yapılan	6,2	20,9	6,2	29,5
Sağlık ve geliştirilmesi Konusunda Verilen Eğitim	1,4	4,7	0,1	0,3
Diğer Ulusal Programlar	8,6	29,1	6,1	28,8
Toplam	29,5	100,0	21,2	100,0

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) "Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.23,24

1997/98 döneminden 2000/01 dönemine kadar Engellilere Destek Hizmetlerine (Disability support Services, DSS) ayrılan payın Sağlık Bakanlığı bütçesi içindeki parasal tutarı, yıllık ortalama %6.6 oranında artmıştır.

1997/98 döneminde DDS'ye ayrılan bütçe 1.453 milyon YZ Doları iken, 2000/01 döneminde 1.759 milyon YZ Doları düzeyine çıkmıştır. Aynı dönem içinde DSS'nin Sağlık bütçesi içindeki oransal payı %25,1'den %24,7'ye düşmüştür. Düzenli parasal tutar artışının sebebi, verilen DSS hizmetlerinin Sosyal Gelişim Bakanlığından Sağlık Bakanlığı'na aktarılmasıdır (5/22).

II.9.1.2. Diğer Devlet Kurumlarının Sağlık Alanında Yaptığı Harcamalar

Tarım Ve Ormanlık, Savunma, Eğitim, Adalet, Maori Gelişim, İç İşleri, İş ve Gelir, Araştırma, Bilim Ve Teknoloji, Kadın İşleri, Genç İşleri, Pasifik Adası İşleri bakanlıkları ile biyolojik güvenlik ve gıda güvenliğinin finansmanı Sağlık Bütçesinden yapılmadığı halde, sağlık sektöründeki toplam harcamalara katkıları vardır (5/27).

II.9.2. Sağlık Hizmetleri Talebinin Finansman Yapısı

II.9.2.1. Kamu Finansman Kaynakları

Dünyada sosyal sigorta uygulamasına ilk geçen ülkelerden biri olan Yeni Zelanda'nın kapsamlı sosyal refah sistemi emekli, dul ve yetim aylığının yanı sıra annelik, hastalık, yaşlılık, işsizlik ve işgöremezlik yardımı gibi hizmetleri sunar. Devlete ait sağlık kuruluşlarında tedavi ve ilaçlar parasızdır (1/403).

Yeni Zelanda'daki sosyal güvenlik hakları özel sosyal güvenlik katkıları ile değil, genel vergiler ile finanse edilmektedir. Örneğin işsizlik için verilen sosyal güvenlik yardımları özel işveren / işçi katkıları ile karşılanmamaktadır. Sosyal güvenlik yardımlarından faydalanması için bir insanın en az çalışması gereken belirli bir saat sayısı yoktur. İş geçmişinden bağımsız olarak tüm Yeni Zelandalılar Sosyal Güvenlik Kanunu 1964'e göre yardımlardan faydalanabilmektedir. Tüm yardımlar sabit bir süresi olmadan ödenebilmektedir. Her yardım için gereken özel kriterlere ek olarak, yapılan yardımların alınabilmesi için Yeni Zelanda'da ikamet ediyor olmak gerekmektedir ve kişisel gelir de sorgulanmaktadır (evli çiftler için aile geliri).

Sadece temel gelirleri maaş olan, yardım almıyan çocuklu aileler için minimum bir aile geliri garantilenmiştir (aile vergi kredisi). Çocuk vergi kredisi, ebeveyn vergi kredisi ve aile destek vergi kredisinden oluşan bir aile yardımı programı da mevcuttur. Vergi miktarı kişisel gelire bağlıdır ancak aile vergi kredileri için toplam aile gelirine bakılmaktadır (12/1).

İş arayanlar arasında hamileler, sağlık görevlisinden (doktor veya kayıtlı ebe) hamile olduklarına dair bir kanıt getirirlerse meslek testi zorunluluklarından muaf tutulmaktadır (12/3).

İş arayanlardan gebeliklerinin 27'nci haftasına gelenler meslek için test edilmemiş olan gruba transfer edilebilir (12/4).

Hasta, yaralı veya engelli olan kişi Engelli Yardımı veya Hastalık Yardımı almaya hak kazanmıştır. Bu yardımlar meslek (iş) test edilmemiştir (12/4).

İş arayanlar ile daha iyi iletişimde bulunarak, yetenek geliştirmeye yatırım yaparak ve işverenler ile ortak hareket ederek mümkün olduğu kadar çok insana iş bulmayı hedefleyen bir iş bulma programı paketi vardır (12/19).

Sağlığı kötü olan veya sakatlığı bulunan insanların iş hayatına kazandırılmasını amaçlayan Sağlık Çözümlerine Ulaşım Sağlama Programı denenmiştir. (Providing Access to Health Solutions, PATHS) PATHS yerel sağlık ve sosyal hizmet sağlayıcılarını eşgüdümleyerek bu görevlilerinin hastalık ve sakatlık yardımı alanlara, onlara yardımcı dokunacak sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için yardımcı olmalarını sağlamayı amaçlamaktadır (12/19),

2004 bütçesinde hükümet Aileler İçin Çalışma (Working for Families, WfF) paketini duyurmuştur. WfF düşük ve orta gelirli, çocuklu Yeni Zelandalı ailelere iş desteğinin daha iyi hale getirilmesi için yardımcı olmayı hedeflemektedir. WfF 2007'de yıllık olarak 1.1 milyar YZD dağıtacaktır.

WfF'nin üç yıllık süre içinde uygulamaya konulan dört temel parçası vardır:

- Aile gelirlerini artırmak ve iş desteği sağlamak,
- Ev giderlerindeki yardımı artırmak,
- Çocuk bakımı için yapılan harcamalara dönük olarak yapılan yardımları artırmak (12/19).
- Vergi- yardım sistemini daha basit hale getirmek.

Bildirilen diğer değişiklikler arasında sakatlık yardımında (Invalids Benefit, IB) yapılan değişiklikler vardır. Sakatlık yardımında yapılan değişiklikler arasında IB alanların, bu haklarını kaybetmeden belirli bir deneme süresince işte çalışmaları ve yardımların verilmesinden önceki bekleme sürelerinin daha gevşek hale getirilmesi hedefleri mevcuttur (12/20).

II.9.2.2. Kaza Telafi Birliği

Yeni Zelanda'nın kazalar ile ilgili hizmetlerin finansmanı için ayrı bir zorunlu sosyal sigorta sistemi vardır. Kaza Telafi Birliği (Accident Compensation Corporation, ACC) kaza sonucu oluşan yaralanmaların sağlık harcamalarını karşılamaktadır. ACC ayrıca son yıllarda kazalar ile yaralanmalar konusunda sağlık hizmetleri sunan kurumlar ile daha şeffaf ve daha açık sözleşmeler yapmaktadır (2/15,16).

Kaza Telafi Programı günde 24 saat, haftada yedi gün boyunca hizmet vermektedir. Bu program sayesinde Yeni Zelanda'da kaza sonucu yaralanmış herhangi bir Yeni Zelanda vatandaşı, göçmen ve geçici olarak bu ülkeyi ziyaret eden herhangi bir insanın tüm tedavi, rehabilitasyon masrafları ve diğer zararları devlet tarafından karşılanmaktadır. Buna karşılık kaza zararlarını karşılama kanununa tabii olan insanlar, büyük yaralanmalar haricinde, kişisel yaralanma için dava açamazlar.

Kaza Telafi Birliği (ACC) kaza zararlarını karşılayan programı yürütmekten sorumlu Kraliyet kurumudur. Sorumlulukları arasında şunlar vardır:

- Yaralanmaların önlenmesi,
- Kaza aidatlarının toplanması,
- Yapılan başvurularda, oluşan yaralanmanın programca karşılanıp karşılanmadığına karar vermek ve program tarafından karşılanan yaralanmalarda, başvuran kişiye hakkı olan yardımı yapmak,
- Kaza zararlarının karşılanması,
- Yaralanan insanların tedavisi, bakımı ve rehabilitasyonu için sağlık ve sakatlık destek hizmetleri satın almak,
- Hükümete kendi alanında tavsiyelerde bulunmak.

ACC temel olarak işverenlerden, kendi işine sahip olanlardan, çalışanlardan ve motorlu taşıt ruhsat ve vergilerinden toplanan kaynaklar ile finanse edilmektedir. ACC bütçeden sağlığa ayrılan pay ile finanse edilmemekte ancak devletten kaynak aktarımı söz konusu olabilmektedir (4/16).

1999/2000- 2002/03 dönemlerinde ACC'nin sağlıkla ilgili toplam harcamaları, aldığı geri ödemeleri ve sağlık sektöründeki harcamalara yaptığı net katkı tabloda gösterilmektedir (5/27).

Tablo 8: ACC'nin Yaptığı Sağlık Harcamaları (milyon YZ\$), 1999/2000- 2002/03

ACC'nin sağlıkla ilgili harcamaları	2000/01	2001/02	2002/03
Toplam harcama	709.6	801.3	924.3
Düşürülen geri ödeme	272.6	292.5	312.2
Toplam sağlık harcamasına yapılan net katkı	437.0	508.8	612.1

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.27_ içinden düzenlenmiştir.

II.9.2.3. Özel Sektör Finansman Kaynakları

Yeni Zelanda'da sağlık hizmetleri verilmeye başlandıktan sonra, ilk zamanlarda toplam sağlık harcamalarına en büyük katkıyı yapan sektör özel sektördü. Ancak İkinci Dünya Savaşının sonlanmasından sonra kamunun yaptığı ödemeler, özel sektörün katkılarını ikinci sıraya itmiştir.

Tablo 9: Özel Kaynaklardan Yapılan Harcamaların Gelişim Eğilimleri 2000/01-2002/03

	2001/02		2002/03	
	000 YZ\$	Toplam(%)	000 YZ\$	Toplam(%)
Kamu Kurumları				
Kişisel Sağlık	4,269	0.2	4,637	0.2
Sakatlık Desteği	0	0.0	15	0.0
Toplam Kamu Enstitüleri	4,269	0.2	4,652	0.2
Özel Kurumlar				
Kişisel Sağlık	554,564	23.4	589,309	24.4
Sakatlık Desteği	16,011	0.8	17,846	0.7
Toplam Özel Enstitüler	570,575	24.2	607,155	25.1
Toplam Kurum Hizmetleri	574,844	24.4	611,807	25.3
Toplumsal Hizmetler				
Kişisel Sağlık	1,772,517	75.0	1,790,625	74.1
Sakatlık Desteği	6,605	0.3	7,449	0.3
Toplam Toplumsal Hiz.	1,779,122	75.3	1,798,074	74.4
Halk Sağlığı	5,198	0.3	6,384	0.3
Eğitim ve Araştırma	1,349	0.1	1,524	0.1
Sağlık Bakanlığı Harcamaları	Yok	Yok	Yok	Yok
Toplam Harcamalar	2,360,513	100.0	2,417,789	100.0

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.37_ içinden düzenlenmiştir.

Toplumsal hizmetlerden kişisel sağlık için yapılan harcamalar geçen yıla göre 2002/03 döneminde %1.0 artmıştır ve toplam özel sağlık harcamalarındaki payı %74.4'tür. Toplumsal hizmetlerden kişisel sağlık için yapılan harcamalara aile hekimlerine ve ilaçlara yapılan harcamaların dâhildir (5/37).

Özel sektörün finansman kaynakları arasında kişisel doğrudan (cepte) harcamalar, sağlık sigortası ve kâr amacı olmayan örgütlerin yaptığı harcamalar vardır. Belirtilen bu kaynaklar 2001/02 yılında toplam sağlık harcamalarının %22.1'ini karşılamışken, bu oran 2002/03 yılında %21.3'e gerilemiştir. Bu oran yine de 1979/80 döneminde özel sektörün toplam sağlık harcamaları içindeki katkısı olan %12'den daha yüksektir. Vatandaşların kişisel doğrudan yaptıkları kişisel harcamalar, özel (kamu olmayan) kesimin yaptığı katkı içinde en yüksek paya sahiptir. 2002/03 döneminde kişisel doğrudan harcamalar toplam sağlık harcamalarının %15.4'ünü oluştururken, sağlık sigortasının payı %5.7 ve kâr amacı olmayan örgütlerinin payı ise %0.3 olmuştur (5/34).

II.9.2.4. Sağlık Sigortası

Bir önceki dönemde sağlık sigortası yapan kurumların sağlık alanında yaptığı harcamalar %0.3 oranında artmışken, 2002/03 döneminde tahminlere göre sigorta endüstrisinin sağlık alanında yaptığı harcamalarda %4.6 lık bir artış olmuştur.

Tablo 10: Özel Sağlık Sigortası Harcamaları 1999-2003

	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03
Kurumsal Hizmetler				
Kamu	697	238	423	714
Özel	368,520	390,090	393,263	418,270
Toplam	369,217	390,328	393,686	418,984
Toplumsal Hizmetler				
Aile Hekimliği(GP)	74,900	74,457	67,395	63,349
Uzmanlık Hizmetleri	96,543	113,788	108,784	109,367
Diş Hizmetleri	22,965	19,199	16,872	16,389
İlaçlar	44,949	43,218	37,824	32,543
Toplam	239,357	250,663	230,875	221,648
Halk Sağlığı	Yok	Yok	Yok	Yok
Eğitim Ve araştırma				
Toplam	608,574	640,991	624,561	640,632

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.61_ içinden tablolar düzenlenmiştir.

Tablo 11: Yeni Zelanda Nüfusunu Kapsayan Sağlık Sigortasının Yaş Gruplarına Oranları 2001/02–2002/03

	0–4 yaş	5–14 yaş	15–24 yaş	25–39 yaş	40–59 yaş	60+ yaş	Bütün yaşlar
2001/2002	19	31	30	32	47	31	34
2002/2003	21	31	28	31	45	28	33

Kaynak: (5) Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003 s.35'den araştırmacılarca düzenlenmiştir.

2002/03 yılında sağlık sigortalarını sağlık alanında yapılan toplam harcamalar içindeki payı %5.7 olmuştur. Bu oran 1992/93 döneminde %5.2 ve 2001/02 döneminde yine %5.7 olarak hesaplanmıştır

Sağlık alanında sigorta yapan kuruluşların yaptıkları harcamaların tutarı 1992/93 döneminde 301,8 milyon YZ\$ iken, bu miktar 2002/03 döneminde 640,6 milyon YZ\$'a yükselmiştir. Bu artış bu periyot sırasında yıllık olarak %7.1'lik nominal bir artışı ifade etmektedir (yıllık reel artış %5.1'dir) (5/35).

II.9.2.5. Gönüllü Ve Kâr Amacı Olmayan Örgütler

Krallık Yeni Zelanda Plunket Topluluğu, Yeni Zelanda Aile Planlaması Birliği, Barnardos, Yeni Zelanda Kanseri Derneği, Yeni Zelanda Diabetes, Presbyterian Destek Hizmetleri, Arterit Vakfı, Astım Vakfı ve diğerleri dahil olmak üzere, ana amacı kâr olmayan örgütler gönüllü olarak sağlıkla ilgili hizmetler vermektedir. Bu hizmetlerin, finansmanı gerek devlet birimlerinden gerekse bu örgütlerin kendi yaptıkları bağış kampanyalarından gelmektedir. Burada rapor edilen harcamalar devlet kurumlarından gelmeyen kaynakları ifade etmektedir (5/37).

Kâr amacı olmayan sektörün yaptığı sağlık harcamaları 1992/93 döneminde 18,6 milyon YZ Doları iken bu rakam 2002/03 döneminde 36,6 milyon YZ \$ dolarına yükselmiştir. Bu dönemde bu rakamlar yıllık olarak %6.4'lük bir artışı ifade etmektedir (reel olarak yılda %4.4'lük bir artış) (5/36).

II.9.2.6. Kişisel Doğrudan Sağlık Harcamaları

2002/03 döneminde kişisel doğrudan (cepten) harcamalar ile ilgili bilgiler Yeni Zelanda İstatistik Bürosu tarafından her üç yılda bir gerçekleştirilen Hane Halkı Ekonomisi Araştırması'ndan (Household Economic Survey, HES) alınmıştır. Son toplanan bilgiler 2000/01 yılında elde edilmiştir; bu yüzden 2002/03 rakamları Tüketici Fiyat Endeksi (Consumer Price Index, CPI) göz önüne alınarak tahmin edilmiştir.

Rapor edilen ve tahmin edilen gelişim eğilimi analizi için HES'in bazı özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Bu araştırmaya bazı "sağlıklı ilgili olmayan" ürünler ve hizmetler dahil edilmektedir.

Bunlar Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organisation, WHO) sağlıkla ilgili harcamalar tanımına girmediği için, bu ve önceki raporlardan çıkarılmıştır.

Sadece sağlık hizmetine yapılan net ödemeler dikkate alınmaktadır (mükerrer hesaplamayı önlemek için). Böylece sağlık harcamaları hesabında sağlık sigortası harcamalarının bir kısmının vatandaşlara iade edildiği de göz önüne alınmaktadır.

Bu ve önceki raporlara dahil edilmeyen harcamalar arasında otel, hastahane, huzur evi, ordu kampları ve hapisanelerde yaşayan vatandaşların; göz altında olan insanların, iş dünyasının, kulüplerin, vakıfların ve hane halkı dışında bulunan kişilerin; Yeni Zelanda'ya ziyaret amacıyla gelmiş insanların harcamaları vardır. Ayrıca hane halkının evden 4 günden fazla uzak kaldığı zamanlarda ihtiyaç duyulan yiyecek, banyo vb. gibi ev ürünleri ve hizmetlerine harcanan 200 YZ\$'dan daha az olan harcamalar da çıkarılmıştır. Ayrıca, hastalık süresince yaşanan gelir kayıpları da hesaba dâhil edilmemektedir. Tüm bunların sonucu olarak, doğrudan yapılan kişisel harcamalar olduğundan az çıkacaktır fakat gelişim eğilimleri için bundan belirgin bir şekilde etkilenmesi beklenmemektedir (5/34).

Araştırmanın yapıldığı yılda sağlık alanındaki kişisel doğrudan harcamaların büyük kısmı tedavilere yapılmıştır. Yapılan harcamaların %23'ü ilaçlara, %20'si dış sağlığına, %19'u aile hekiminin verdiği hizmetlere ve %10'u cerrahi ve tıbbi müdahalelere yapılmıştır. Satın alınan hizmet ve ürünlerin büyük çoğunluğu özel sektörden alınmıştır.

1991/93 döneminde sağlığa yapılan doğrudan kişisel harcamaların miktarı 1.047 YZ\$ iken, bu meblağ 2002/03 döneminde 1.741 YZ\$a yükselmiştir. Nominal olarak düşünüldüğünde bu artış yıllık olarak %4.7'lik bir artış ifade eder (reel olarak düşünüldüğünde oran %2.7'ye gerilemektedir) (5/35).

A. ERDAL

III. YENİ ZELANDA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 12: Yeni Zelanda Ve Türkiye Sağlık Göstergeleri 2002-2004

	Y. ZELANDA	TÜRKİYE
Toplam Nüfus (2005) milyon**	4,028	73,193
Yıllık Nüfus Artış Hızı (1995-2004) (%)**	0,9	1,4
Kentsel Nüfus Oranı (%) (2005)**	86	67
10000 Kişiye Düşen Yatak Sayısı**	61 (2002)	26 (2003)
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı *	2,37 (2001)	1,35 (2003)
1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı *	8,16 (2001)	1,70 (2003)
Kişi Başına Düşen Milli Gelir (US\$) (2003) **	15,870	2,790
Kişi başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (US\$)**	1,857 (2002)	420 (2002)
Toplam Kamu Sağlık Harcaması Oranı % *	78,3 (2003)	71,6 (2003)
Toplam Özel Sağlık Harcaması Oranı % *	21,7 (2003)	28,4(2003)
Doğuştan Beklenen Ortalama Yaşam Süresi *	80 (2004)	70 (2004)
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (1000'de) (2003)**	6	39
Toplam Doğurganlık Oranı (2000-2004)**	2,0	2,5
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH' ye Oranı*	8,1 (2003)	7,6 (2003)
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Harcamalarına Oranı %*	17,2 (2003)	13,9 (2003)

Kaynak : (13)* WHO (2006) The World Health Report Working Together for Health
(14)** WHO(2005) World Health Statistics

Yeni Zelanda sağlık sisteminin temel özellikleri toplumun tümünü hedef alan sağlık hizmetleri sunumu, özellikle primer sağlık hizmetleri ile ikincil tedavi hizmetleri arasındaki bütünlük ve artan tıbbi sorumluluk olarak belirmektedir.

Yeni Zelanda çok büyük ağırlıkla kapsayıcı / bütüncü / tekçil sağlık sistemini benimsemiş olan bir ülkedir. Türkiye ise Refah Yönelimli / Sigorta sağlık sistemini uygulamaktadır.

Yeni Zelanda yaklaşık olarak 4 milyon insana hizmet sunarken, Türkiye 73 milyon vatandaşına sağlık hizmeti sunmaktadır. Dolayısıyla Türkiye Sağlık Sisteminin yükünün daha fazla olduğu söylenilebilir.

Yeni Zelanda sağlık sisteminin üst otoritesi Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık ve engelliler sisteminin tüm Yeni Zelanda vatandaşları için çalışmasının sağlanmasından sorumludur. Son on beş yılda halk sağlığı sistemi iki kez tümüyle yenide yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmaların ilki 1993'te ikincisi ise 2001 yılında olmuştur. Türkiye'de ülke çapına sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığının görevleridir ve 20 yıldır sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması teşebbüsleri vardır.

Yeni Zelanda sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığı ve 21 adet Bölge Sağlık Kurulu yapısı üzerine kurulmuş olarak çalışmaktadır. Bölgesel Sağlık Kurulları coğrafi olarak tanımlanmış bir nüfusun sağlık ve kendine yeterliliğini korumak, iyileştirmek ve geliştirmekten sorumludur. Türkiye'de Bakanlık merkez ve taşra olarak teşkilatlanmıştır. Ayrıca toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit olarak ve yeterince faydalanması amacıyla 224 Sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" 1961 yılında çıkarılmış ve sağlık hizmetlerini sağlık evleri ve sağlık ocakları aracılığıyla vatandaşın ayağına kadar götürülmesini hedef tutan yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması getirilmiştir. Bu sistemin aile hekimi temelli bir yapıyla değiştirilmesi çalışmaları vardır.

Yeni Zelanda GSMH'sinin %8,5'ini sağlığa arttararak OECD ülkeleri arasında orta sıralarda yer alırken, Türkiye ise %5,7 oranıyla son sırada yer almaktadır. Ortalama yaşam süresi Yeni Zelanda'da 80 iken Türkiye'de 70'tir

Yeni Zelanda'da sağlık hizmetleri talebi ve talebin finansmanı sosyal güvenlik, özel sigorta, kişisel doğrudan (cepten) harcamalar, gönüllü kuruluşlar ve diğer kamu kuruluşları tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de ağırlıklı olarak işçi ve işveren primlerle sağlanan sosyal sigortaları yanında, daha az olmak bazı küçük özel sigorta grupları yanında, kişisel doğrudan ödemelerden ve yine kamu kaynaklarından karşılanmaktadır.

Yeni Zelanda'da kamu hastahaneleri bölgesel olarak gruplandırılır ve her bölge bir Hastahane Kurulu veya Bölge Sağlık Kurulu tarafından yönetilir. Türkiye'de kamu hastahaneleri Sağlık Bakanlığı sahipliği ve denetimi altında başhekimler tarafından yönetilir.

Sağlık alanında ve engellilere hizmet veren alanlarda çalışacak insanlara yüksek öğrenim veren üniversitelerin, teknik okulların ve diğer kurumların bütçesi devlet tarafından Yüksek Öğrenim Komisyonu aracılığı ile karşılanmaktadır. Yeni Zelanda'da tıp fakültelerine ek olarak klinik tıp okulları da bulunmaktadır. Türkiye'de ülkenin ihtiyaç duyduğu sağlık personelinin eğitimi Yükseköğretim Kuruluna bağlı üniversitelerde ve tıpta uzmanlık eğitimi eğitim hastahanelerinde gerçekleştirilmektedir.

Yeni Zelanda'da özel sağlık sigortacılığı gelişmiştir. Özel sağlık sigortası nüfusun %30'ünden fazlasını kapsamaktadır. Türkiye'de nüfusun yaklaşık 1/3 ünün sosyal güvencesi olmadığından, bu kesim sağlık hizmetlerinden kendi imkanlarıyla veya sosyal yardımlarla yararlanabilmektedir.

Yeni Zelanda'da özürli insanlara yönelik olarak verilen hizmetler Türkiye'ye oranla daha geniştir. Yeniden topluma kazandırma çalışmaları geniş kitlelere ulaşmaktadır. Bu alanda hizmet veren kurumların finansman yapısı Türkiye'deki benzer kurumlara oranla daha güçlüdür.

Yeni Zelanda dünyada kamu finansmanı kaynaklı sosyal güvenlik sistemini benimseyen ilk ülkelerden biridir.

Yeni Zelanda'da birincil sağlık hizmetleri kamu kuruluşu olan birincil sağlık örgütleri tarafından sağlanırken, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri, Bölgesel Sağlık Kurulları tarafından bölgelerdeki insanlara sağlık, engellilik ve hastahane hizmetleri sunmakta, bunların planlamasını ve finansmanını gerçekleştirmektedir. Türkiye'de birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri sunumunda kamu ağırlığı büyük olmak üzere, kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetlerini büyük çoğunluğu Bakanlığa bağlı olan genel hastahaneler, özel dal hastahaneleri ve merkezleri, eğitim hastahaneleri, üniversite hastahaneleri sunmaktadır. Hastahanelerinin finansmanında iki temel kaynak, genel vergi gelirleri ve hastahanelerin sahip oldukları döner sermaye gelirleridir.

Yeni Zelanda'da sağlık hizmetlerin arzı ve arzının finansmanı için Kamunun sağladığı mali kaynak, sağlık ve engellilik destek hizmetlerinin ana finansman kaynağıdır. Ülkedeki tüm sağlık harcamalarının %78.3'ü kamu tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca özel sektör ve Hükümet Dışı Örgütler ve gönüllü örgütler de önemli bir paya sahiptir. Türkiye'de hizmet sunumu ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından karşılanmakta bunun yanında özel sektör muayenehane ve klinikleri, hastahaneleri, laboratuvar görüntüleme birimleri, ilaç ve malzeme üreticileri ve satıcıları da büyük bir paya sahiptir.

Yeni Zelanda'da sağlık hizmetlerinin ve talebin finansmanı kamu kaynaklı sosyal güvenlik uygulaması, kişisel doğrudan (cepten) ödemeler, özel sağlık sigortası ve gönüllü örgütlerin yardımları ile karşılanmaktadır. Türkiye'de talep finansmanı kamu kaynakları, ağırlığı büyük olmak üzere işçi ve işveren primleri ile karşılanan sosyal sigortalar yanında, kişisel doğrudan ödemelerle ve bazı küçük özel sektör tarafından karşılanmaktadır.

Her iki ülkede kâr amaçlı yerli ve yabancı sektör yanında kâr amaçsız pek çok vakıf, dini grup ve derneğin kurduğu sağlık hizmeti sunan birimler ve hastahaneler vardır.

Yeni Zelanda'da Bakanlık Medsafe Birimi, ilaçların kullanımı ile birlikte ortaya çıkan kaçınılabılır zararlı etkilerin riskini azaltmak amacıyla önlem uygulanmasını sağlar. İngiltere Krallığı'na bağlı bir kuruluş olan PHARMAC'ın amacı ilacı kullanması gereken insanların, belirlenen bütçe çerçevesinde en uygun ilaçları alabilmelerini sağlamaktır. PHARMAC'ın görevleri arasında ilaçların doğru kullanılmasının sağlanması da vardır. Türkiye'de ilaç sektöründe 196 kuruluş faaliyet göstermektedir. Bunların hemen tamamı özel sektöre aittir.

KAYNAKLAR

1. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi. Ana Yayıncılık. İstanbul Cilt:22, ss.:401-406
2. WHO (2004) Contracting For Health Services, içinden Lesson From New Zealand
http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/B7DB4D58-7E19-4884-BD63-6F90D2DC1C47/0/Contracting_for_health.pdf
3. WHO (2004) Country Health Information Profiles, World Health Organization
<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/B69DE64A-B458-40FD-AF1E-0063C202CD74/0/nez.pdf>
4. Ministry of Health of New Zealand (2005) The Annual Report 2004/05 Including Health and Independence Report
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/78619E42642221A25CC2570A00003CBB6/\\$File/aannualreport-healthindependencereport2005-1.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/78619E42642221A25CC2570A00003CBB6/$File/aannualreport-healthindependencereport2005-1.pdf)
5. Ministry of Health of New Zealand (2005) Health Expenditure Trends in New Zealand 1992-2003
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BB85E5348347A6C2CC2570DE007A81C8/\\$File/healthexpendituretrends-1992-2003.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BB85E5348347A6C2CC2570DE007A81C8/$File/healthexpendituretrends-1992-2003.pdf)
6. Ministry of Health (2003) Health and Independence Report, Director Generals annual report on the state of public health
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BCC2EF21C59DEA6ECC256DFC00795D38/\\$File/HealthandIndependenceReport2003.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/BCC2EF21C59DEA6ECC256DFC00795D38/$File/HealthandIndependenceReport2003.pdf)
7. Waitemata District Health Board (2003) Beginners Guide to NZ Health Care System
www.waitematadhb.govt.nz/waitemata/images/BeginnersGuideNZHealthcare.pdf
8. Ministry of Health (2006) Health Workforce Development an Overview
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/00D7472E7FD12281CC2571460082943E/\\$File/Health-Workforce-Dev.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/00D7472E7FD12281CC2571460082943E/$File/Health-Workforce-Dev.pdf)
9. NZHIS (2003/04) New Zealand Health Information Service
<http://www.nzhis.govt.nz/>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir).
10. Ministry of Health (2005) New Zealand Health and Disability Support Sector: The Organisations Advice to the Incoming Minister of Health
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/938A928C9BF6A09CCC2570BB007F4181/\\$File/aim-theorganisations.doc](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/938A928C9BF6A09CCC2570BB007F4181/$File/aim-theorganisations.doc)

11. MOH (2003) About Pharmacy, MOH Pharmaceutical Management Agency, New Zeland
http://www.pharmac.govt.nz/who_are_pharmac.asp#top
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
12. OECD (2004) Benefits and Wages, New Zealand 2004
(www.oecd.org/els/social/workincentives)
13. WHO (2006) The World Health Report Working Together For Health
http://www.who.int/entity/whr/2006/whr2006_en.pdf
14. WHO (2005) World Health Statistics
http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/whostat2005en_1.pdf
15. Malcolm, L. (2002), A Health System IN Radical Transition., The Experience Of New Zealand, *içinden:* Thai K.V., Wimberley E.T., MacManus, S.M. (2002) "Handbook Of International Health Care Systems", Marcel Bakker Inc, New York, ss505-541

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN