

KANADA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GURUBU

Derya TOPAL
Seda KARSAVURAN
Ayőe HAKAN
Nihal ERDOęAN
N. Deniz SÖZBİR

A. ERDAL SARGUTAN

KANADA SAĞLIK SİSTEMİ

ÖZET	1523
I. ÜLKE TANITIMI	1525
I.1. Coğrafi Özellikler	1525
I.2. Tarihçe	1526
I.3. Sosyal Yapı	1528
I.4. İdari Yapı	1529
I.5. Ekonomik Yapı	1529
II. SAĞLIK SİSTEMİ	1531
II.1. Kanada'da Sosyal Politikaların Gelişiminin ve Sağlık Sisteminin Tarihi	1531
II.2. Sosyal Güvenlik Sistemi	1533
II.2.1. Emeklilik Gelir Sistemi	1533
II.2.1.1. Kamu Emeklilik Sistemi	1533
II.2.1.2. Yaşlı Hakları	1534
II.2.1.3. Kanada Emeklilik Planı	1534
II.2.1.4. Özel Emeklilik Tasarımları	1534
II.2.1.5. Bölgesel Ve Yerel Haklar	1534
II.2.2. İşsizlik Sigortası	1535
II.2.3. Sakatlıkları Olan Kişiler İçin Programlar	1535
II.2.4. Çocuk Hak Programları	1535
II.2.5. Sağlık Güvencesi	1535
II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı	1536
II.3.1. Federal Yönetim Düzeyi	1536
II.3.2. Yönetimler Arası Düzey	1539
II.3.3. Eyalet Ve Bölge Yönetimi Düzeyi	1540
II.4. Sağlık Hizmetleri	1541
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	1543
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	1545
II.4.3. Genişletilmiş Sağlık Hizmetleri	1545
II.4.4. Geleneksel Tıp	1546
II.5. Sosyal Yardım Ve Hizmet Programları	1547
II.6. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	1547
II.6.1. Sağlık Sisteminin Finansman Kaynakları	1548
II.6.1.1. Devlet Bütçesi Ve Vergiler	1548
II.6.1.2. Özel Sağlık Harcamaları	1548
II.6.1.2.1. Kişisel Ödemeler	1549
II.6.1.2.2. Özel Sigortalar	1549
II.6.2. Sağlık Harcamaları	1549
II.6.3. Sağlık Hizmet Sunucularına Yapılan Ödemeler	1550
II.7. Eyaletlerdeki Sağlık Yönetimi Ve Sunulan Sağlık Hizmetleri	1551
II.7.1. Newfoundland Ve Labrador	1551
II.7.2. Prens Edward Adası (Prince Edward Island)	1552

II.7.3. Nova Scotia	1552
II.7.4. New Brunswick	1553
II.7.5. Quebec	1554
II.7.6. Ontario	1554
II.7.7. Manitoba	1555
II.7.8. Saskatchewan	1555
II.7.9. Alberta	1556
II.7.10. British Columbia	1556
II.7.11. Yukon Bölgesi	1557
II.7.12. Kuzeybatı Toprakları (Northwest Territories).	1557
II.7.13. Nunavut Bölgesi	1558
II.8. Sağlık İnsangücü	1558
II.9. İlaç Ve Eczacılık Hizmetleri	1559
II.10. Sağlık Teknolojisi	1560
III. KANADA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	1561
KAYNAKLAR	1564

A. ERDAL

SARGUTIMIN

ÖZET

Kanada'da Federal bir hükümet, 10 eyalet ve 3 bölge yönetimi vardır. Sağlık sistemi de bu şekilde yapılanmıştır.

Kanada sağlık hizmetinde Federal Hükümetin rolü, sağlık hizmetleri için ulusal prensiplerin ve standartların belirlenmesi ile düzenlenmesini içerir. Federal Hükümet, eyalet düzeyindeki sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgilenir ve kurumsal olarak sorumlu olduğu işlevleri yerine getirir. Bu işlevlerden bir kısmı gaziler, kendilerine ayrılmış topraklarda yaşayan Kanada yerlileri, askeri personel, federal hapishanelerdeki mahkûmlar, Kanada Kraliyet Dağ Polisleri gibi bazı özel gruplara doğrudan sağlık hizmeti vermektir. Federal hükümetin sağlıkla ilgili diğer görevleri, sağlığın korunması, salgın hastalıklardan koruma ve sağlığın iyileştirilmesidir.

Merkezi düzeyde Federal hükümete bağlı sağlık konuları ile ilgili bir bakanlık Sağlık Kanada'dır. Eyaletler ile bölgelerde, sağlık hizmetlerini büyük özerklikle ancak yasal gerekliliklere uyarak düzenleyen ve kendi sağlık güvence sistemlerini işleten Sağlık Bakanlıkları ve Sağlık Bölümleri vardır.

Federal yönetim ile eyalet ve bölge yönetimlerinin sağlık politikalarının eşgüdümünü sağlamak üzere bir de yönetimler arası düzey vardır. Federal hükümet ve eyalet hükümetleri ile bölge hükümetlerinin sağlık bakanlarının katıldığı bir komitede karar verilen sağlık politikaları ülke çapında uygulamaya koyulmaktadır.

Federal hükümete bağlı kuruluşlar ilaç sektörüne ilişkin düzenlemelerden, sağlık araştırmalarından, sağlık istatistiklerinin toplanmasından sorumludur. Ayrıca federal hükümet Anayasa'da kendisine verilmiş görevler olan Kanada Yerlileri, gazilere, Kanada Silahlı Kuvvetleri ve Kanada Krallık Atlı Polisleri üyelerine, cezaevlerindeki mahkûmlara sağlık hizmeti sunmakla görevlidir. Ancak uygulamada bu hizmetler eyalet ve bölge yönetimleri tarafından sunulmaktadır.

Eyaletlerin ve bölgelerin her birindeki Sağlık Bakanlıkları ve Sağlık Bölümleri Kanada Sağlık Yasası uyarınca bölgesinde yaşayan insanlara sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve verilmesi her eyalet ya da bölgenin kendi sorumluluğundadır. Eyaletler ve bölgeler, hastahane hizmetlerinin, hekimlerin, koruyucu hizmetler ve kamu sağlığı gibi birbirine bağlı sağlık hizmetlerinin planlanmasını, finansmanını ve değerlendirilmesini yönetirler.

Eyalet ve bölge yönetimleri Kanada Sağlık Yasası'na göre belirlenmiş olan hastahane hizmetleri, doktor hizmetleri, cerrahi dış sağlığı hizmetleri gibi sağlık hizmetlerini çoğunlukla doğrudan kendi sağlık altyapısı ile değil, özel hizmet sunucularından sağlamaktadır. Bireysel hizmet sunucularını temsil eden birlikler ya da hastahane yönetimleri ile eyalet ve bölge yönetimleri arasında sunulacak sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin fiyatları konusunda anlaşmalar yapılmaktadır.

Birincil sağlık hizmetleri aile hekimleri ve hemşirelerin oluşturduğu bir ekip tarafından ve halk sağlığı merkezlerince sunulmaktadır. İkincil sağlık hizmetleri ise her eyalette farklı düzeylerde yapılmış hastahanelerce sunulmaktadır. Halk sağlığı hizmetlerinden eyalet ve bölge yönetimleri ile federal yönetim birlikte sorumludur.

Finansman özellikleri incelendiğinde kimi sağlık hizmetleri sosyal sağlık güvenliği kapsamında sunulmakta kimi sağlık hizmetleri ise bu kapsam dışında bırakılmaktadır.

Kanada GSMH'nin %10'unu sağlık harcamalarına ayırmaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin %70lik büyük kısmı genel ve yerel vergiler aracılığıyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Geri kalan %30'luk kısım ise kişilerin doğrudan yaptıkları kişisel ödemeler ve sağlık sigortası şirketlerinin yaptığı ödemeler ile karşılanmaktadır.

Tüm sistem bir "ulusal" sağlık sistemine dâhil olup, eyalet / bölge düzeyinde hastahane ve tıbbi sigorta planları bu ulusal sisteme bağlı olarak çalışır.

Kamu kaynaklarına dayalı ana sistemin yanında ayrıca tüm vatandaşları kapsayan, hizmetin özel sektörde verildiği, primli sigorta sistemi bulunmaktadır. görülür. Sistem 10 eyalet ve üç bölgesel sağlık sigorta planının bir arada işleyişinden oluşmaktadır. Bu yapı, federal düzeyde alınan kararların eyalet hükümetleri tarafından uygulanmasını getirmektedir.

Kişisel ödemeler çoğunlukla reçete edilmiş ilaçlar için ve sosyal güvence sistemiyle anlaşması olmayan doktorların verdiği hizmetler için yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzında ve arzun finansmanında özel sağlık sektörü baskın konumdadır. Bireysel olarak verilen sağlık hizmetleri ve hastahane hizmetleri, doğrudan merkezi hükümet ya da eyalet ve bölge yönetimleri aracılığıyla değil, özel olarak finanse edilmektedir.

Bu özellikleriyle Kanada'da yürürlükte olan sağlık sistemi, içinde sağlık sigortasının da bulunduğu, büyük ağırlıkla Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipindedir.

KANADA SAğLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Kanada
YÜZÖLÇÜMÜ	: 9.984.670 km ²
BAŞKENTİ	: Ottawa
YÖNETİM ŞEKLİ	: Parlamenter demokrasi ve federasyon özellikleri olan anayasal monarşi
NÜFUSU	: 33.390.141
DİLİ	: İngilizce ve Fransızca
DİN	: Çoğunlukla Hristiyan
PARA BİRİMİ	: Kanada Doları (1:2-4).

I.1. Coğrafi Özellikler

9.984.670 km²'lik yüzölçümüyle Rusya Federasyonu'ndan sonra dünyanın ikinci büyük ülkesidir. Kıyı açıklarındaki bir dizi adıyla birlikte, kıtanın yaklaşık beşte ikilik bölümünü kaplar. Kuzeyde Kuzey Buz Denizi, doğuda Atlas Okyanusu, güneyde Amerika Birleşik Devletleri, batıda da Büyük Okyanus ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Alaska eyaletiyle çevrilidir. Kuzeyden güneye yaklaşık 4.600 km, doğudan batıya 5.380 km boyunca uzanır. Amerika Birleşik Devletleri, Rusya Federasyonu ve Kuzey Avrupa arasındaki stratejik konumuyla Atlas Okyanusu'nun kuzeyinden geçen kestirme yollara egemen olmanın yanı sıra Kuzey Amerika'dan Uzakdoęu'ya giden bazı yolların başlangıç noktasını oluşturur.

Kanada genelde bir dizi yükseltiyle kapatılmış geniş bir havza olarak tanımlanabilir.

Kanada, fiziksel coğrafya bakımından sekiz bölgeye ayrılır. Ülkenin orta kesimini kaplayan Kanada Kalkanı'nı başlıca üç kuşak çevreler: Batıda Amerika Birleşik Devletleri sınırından Beaufort Denizi'ne kadar uzanan iç ovalar, doğuda Büyük Göller-St. Lawrence Düzlükleri, kuzeyde Kuzey Kutup ova ve platoları, bu ovalık alanların batısında Kanada Kordillerası'nın yüksek dağ ve platolar, güneydoğusunda Apalaş sistemine bağlı alçak dağlar, kuzeyinde Innuitiyen dağ sistemi yer alır. Hudson Körfezi'ni çevreleyen, bataklıklarla kaplı kıyı düzlükleri de başlı başına bir bölge sayılabilir.

Dünyanın en büyük 40 akarsuyundan beşi Kanada'dadır. Kanada'nın en uzun ırmağı Mackenzie Irmağı'dır. Kanada ırmaklarının hemen hepsinde inviting ve çavlanlar bulunur. Bunların en ünlüsü Niagara Çavlanı'dır (12:496).

Kanada'nın büyük bölümünde uzun ve soğuk kışlar ve yetersiz yağışla belirlenen bir kara iklimi hüküm sürer. Kıyıdan uzak yerlerde kışlar daha soğuk yazlar daha serin geçer.

Yağışlar ülke çapında dengesiz dağılım gösterir. Büyük Okyanus'tan gelen nemli hava kütleleri batı kıyılarındaki dağlara çarparak yoğun yağışa yol açar.

Okyanusların yumuşatıcı etkisi kıyılara az miktarda kar düşmesini sağlar. İç kesimlere doğru artan kar kalınlığı Kayalık Dağlar'da ve ST. Lawrence Körfezi kıyılarında 6 metreye ulaşır.

Yakın dönemde geniş alanların ekime açılmasıyla doğal ormanlar yarı yarıya azalmıştır. Kanada'nın orman dokusundan yoksun olan iç kesimlerinde doğal çayırılar vardır. Kuzey Kutup Bölgesi'ne yakın geniş bir alanı tundralar kaplar (12:497).

1.2. Tarihçe

Bugünkü Kanada topraklarının en eski halkları, yaklaşık 20.000 ile 35.000 yıl önce Bering Boğazı yoluyla Kuzey Asya'dan geldikleri sanılan Amerika Yerlileri ile Kuzey Kutbu çevresinde yaşayan Eskimolardır (12:497).

İngiliz, Fransız, İspanyol ve Portekizli denizciler 1500'lerde balıkçılık amacıyla Newfoundland açıklarına seferler düzenlemeye başladılar. İspanyol iddialarına karşı haklarını güvence altına almak isteyen Fransa 1541'de Quebec çevresinde kalıcı yerleşimler kurmaya yöneldi. Nouvelle France (Yeni Fransa) olarak adlandırılan topraklarda yerleşimi özendirmek için özel kumpanyalara kürk ticareti ayrıcalıkları tanındı.

Nouvelle France'in bir özel mülk kolonisi olmasına karşın 1664'te koloniyi tahta bağlı bir ile dönüştürdü.

1690'larda Hudson Körfezi'ndeki İngiliz ticaret merkezlerini ele geçiren Fransız koloniciler İspanya Veraset Savaşı'na (1701-1714) bağlı olarak Amerika'da patlak veren Kraliçe Anna Savaşı (1702-1713) sırasında bu yerleri ellerinde tutmayı başardılar. Ne varki Avrupa'da savaşın yitilmesi üzerine imzalanan Utrecht Antlaşmasıyla (1713) körfezden çekildikleri gibi Acadia'nın bulunduğu Nova Scotia ile Newfoundland'ı da İngilizlere bırakmak zorunda kaldılar.

Savaş izleyen barış döneminde yeni kaleler ve ticaret merkezleri kuran Fransız koloniciler batıdaki yerlilerin direnişini kırarak daha geniş bölgeleri kürk ticaretine açtılar.

Paris Anlaşması'yla (1763) Mississippi'nin doğusunda kalan bütün Fransız toprakları resmen İngiliz yönetimi altına girdi.

İngilizler Kanada'nın Kuzey bölgelerinden ayrılarak Quebec adıyla bir koloniye dönüştürdükleri Nouvelle France topraklarını, meclis toplama yetkisi bulunan bir vali yönetimine bıraktılar. 1774'te çıkarılan Quebec Yasası'yla koloninin Sınırları Ohio ve Mississippi'nin ötesindeki toprakları kapsayacak şekilde genişletildi. Aynı yasa uyarınca bağlılık bildirme koşuluyla Fransızların da yer alabileceği, üyeleri atamayla belirlenen bir meclis oluşturuldu. İngilizce'nin yanı sıra Fransızca'nın da resmi dil olması ve Fransa medeni hukukunun uygulanması da kabul edildi (12:497)

Amerikan Bağımsızlık Savaşı boyunca Quebec İngiliz yönetimine bağlı kaldı.

İngiliz Parlamentosu'nun 1791'de kabul ettiği Kanada Yasası ile koloni Fransızların çoğunlukta olduğu Aşağı Kanada ve İngilizlerin çoğunlukta olduğu Yukarı Kanada biçiminde iki eyalete ayrıldı.

İngiliz tüccarlar ve askerler Amerika Birleşik Devletleri sınırı tarafından gelen göçmenlerin yerli topraklarına yerleşmesini önlemek için, yerlileri kışkırtma yoluna gitti. Bölgedeki çatışma, deniz ticareti üzerindeki İngiliz kısıtlamalarından dolayı gerginliğin savaşa dönüşmesinde önemli rol oynadı. 1812 Savaşı sonrası 1814'te yapılan anlaşmayla savaş öncesi koşullara dönüldü. Savaşı izleyen dönemlerde yapılan görüşmelerde büyük ölçüde Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri sınırı çizildi.

1841'de çıkan Birlik Yasası'yla Aşağı ve Yukarı Kanada tek bir koloni olarak birleştirildi, birlik çok geçmeden federal bir yapı kazandı. 1848'de İngiliz Kuzey Amerikası'ndaki koloniler özerk bir yapı kazandı.

Kanada iç siyasetindeki kutuplaşma ancak 1860'larda yumuşamaya başladı. Kanada'da Fransızların desteklediği Liberal-Muhafazakar parti ile İngiliz seçmenlere dayan Reform Partisi'nin kurduğu ilk koalisyon hükümetinin önyak olduğu konferanslar, kolonilerin genel bir federal birlik konusunda anlaşmaya varmasını sağladı. Geniş toprakların savunma yükünden kurtulmak isteyen İngiliz Hükümeti bu anlaşmayı hemen onayladı. 1897'de bir araya gelen Nova Scotia, New Brunswick, Doğu Kanada (Quebec) ve Batı Kanada (Ontario) Kanada Dominyonu'nu oluşturdu. Prens Edward Adası 1873'te Dominyon'a katılırken Newfoundland bağımsız bir koloni olmayı seçti ve 1949'a kadar bu konumunu sürdürdü.

Quebec'te Fransız kökenlilere eğitim, hukuk ve dil alanında tanınmış olan haklar korunarak Manitoba adında küçük bir eyalet oluşturuldu (1870). Bölgenin büyük bölümü Kuzeybatı Toprakları adıyla federal yönetime bağlı bir yapı altına alındı. Ertesi yıl ilkenin batısında bulunan İngiliz Kolombiyası kolonisi de yeni bir eyalet olarak Kanada'ya bağlandı.

1898'de Yukon Toprakları ayrı bir birim haline getirildi, 1905'te Kuzeybatı Topraklarının bir bölümü üzerinden Alberta ve Saskatchewan eyaletleri oluşturuldu (12:500).

1911'de muhafazakar hükümet İngiltere'nin dış politikasında Kanada'ya söz hakkı verilmesini sağlamaya yönelik bir politika izledi.

1. Dünya Savaşı sırasında milis kuvvetlerini düzenli orduya dönüştürerek İngiltere'nin yanında etkin bir biçimde yer alan Kanada, 1917'de "İmparatorluk Kabinesi"nde temsil edilme hakkını elde etti. Bu adım dış politikada önemli bir dönüm noktası oldu. Kanada'nın savaş sonrası anlaşmalarına imzacı devlet olarak katılması ve Milletler Cemiyeti'ne üye olması bu gelişmeyi daha da pekiştirdi.

1931'de Kanada Westminster Tüzüğü'yle İngiltere tahtına bağlı egemen bir devlet olarak tanımlandı.

II. Dünya Savaşında Kanada çarpışmalara doğrudan katılmak zorunda kaldı. Savaş sırasında müttefik ülkelere büyük miktarda hammadde, gıda ürünleri ve mamul malları gönderilmesi Kanada sanayisinde önemli bir sıçrama yarattı. Savaşla birlikte Kanada silahlı kuvvetleri ileri ve gelişkin bir kurum durumuna geldi (12:501).

1950'lerin sonunda Yerliler ve Eskimo'lara kendileriyle ilgili konularda söz sahibi olma ve seçime katılma gibi haklar tanındı.

Federalizmin güçlü savunucusu olan Fransız asıllı Pierre Elliot Trudeau 1968 seçimlerinden kesin zaferle çıktı. Trudeau Resmi Diller Yasası (1968) ile iki dil ve iki kültüre dayalı bir sistemin yolunu açtı.

Trudeau yabancı sermaye yatırımlarına sınırlamalar getirdi. Mart 1982'de İngiltere Parlamentosu'ndan geçen Kanada Yasası'yla Kanada'nın resmen bağımsızlık statüsü kazanması sağlandı.

Kanada Hükümeti, Amerika Birleşik Devletleri ile Ocak 1988'de Amerika Serbest Ticaret Anlaşması'nı imzaladı.

Quebec 1982'de federal sistemi yeniden düzenleyen anayasal değişikliklerini onaylamayı reddederek özel statü talebinde bulundu (12:502).

1994'te Meksika'da NAFTA üyeliğine kabul edildi. 1995'te, Quebec'te yapılan referandumu bağımsızlık karşıtları kazandı. 1998'de yapılan eyalet seçimlerini Quebec'te bağımsızlık yanlısı olan Quebec Partisi kazandı. 1998'de Kanada Yüksek Mahkemesi Quebec'in tek yanlı bir kararla bağımsızlık ilan etme hakkının olmadığına karar verdi.

Aralık 1999'da Kuzeybatı Toprakları'nın bir bölümü Nunavut Toprakları adıyla ayrı bir bölge statüsü kazandı (12:503).

1.3. Sosyal Yapı

Liman kentleri dışında Kanada'da yerleşmelerin en yoğun olduğu ve büyük kentlerin geliştiği bölge güneyde Amerika Birleşik Devletleri sınırı boyunca uzanan verimli tarım topraklarından oluşur. Ülke topraklarının ancak onda birini oluşturan bu kesimde nüfusun %90'ı yaşar.

Genel olarak dışarıdan göçlere açık bir ülke olan Kanada'da ulusal ve kültürel topluluklar yaşar. Toplam nüfusun (1991) yaklaşık %23'ünü oluşturan Fransız kökenliler ülkenin en büyük topluluğunu oluşturur. İkinci en büyük topluluk olan Britanya kökenlilerin oranı %21'i bulur. Öteki Avrupalı toplulukların başında Almanlar, İtalyalılar ve Ukraynalılar gelir. Çinliler, Amerika Yerlileri, Eskimolar azınlık düzeyini aşamazlar.

Britanya kökenlilerin oranı Newfoundland'da %80 dolaylarındayken Quebec'te ancak %5'i bulur. Qebec nüfusunun yaklaşık beşte dördünü oluşturan Fransız kökenlilerin oranı öteki eyaletlerde %5'i geçmez.

Kanada toplumunda Amerika Birleşik Devletleri kökenliler önemli yer tutar.

Kanada'da nüfus yoğunluğu (2000) km² başına ancak 3,4 kişidir. Kentlerde oturanların oranı (2001) %78,9 gibi yüksek bir düzeydedir.

Kanada'da en yaygın mezhebi oluşturan Katoliklerin toplam nüfus içindeki oranı (2000) %42 dolaylarındadır. Protestanlar nüfusun yaklaşık %40'ını oluşturur. Küçük dinsel azınlıkların başında Ortodokslar ve Yahudiler gelir.

En çok konuşulan diller resmi diller olan İngilizce ve Fransızcadır. Ana dili İngilizce olanlar Fransızca olanların iki katından fazladır (12:496,497)

1.4. İdari Yapı

Kanada parlamenter sistemle yönetilen federal bir devlettir. Yönetim yapısı ve yetkilerin dağılımı 1867 tarihli İngiliz Kuzey Amerika Yasası'na ve yazılı olmayan hukuk teamüllerine dayanır. 1982'de İngiliz ve Kanada parlamentolarında görüşülerek kabul edilen Kanada Yasası'yla Kanada'nın yönetim işlerinde İngiltere'ye tanınmış bazı sembolik yetkilere de son verilmiştir.

Federal yasama yetkisini iki meclisli Parlamento kullanır.

Sembolik olarak yürütmenin başı sayılan İngiltere Hükümdarı kendisini temsil eden Genel Vali'yi Kanada Başbakanı'nın önerisiyle üzerine atar. Genel Vali Avam Kamarası'nda çoğunluğu elinde tutan partinin liderini hükümeti kurmaya çağırır. Başbakanın belirlediği ve Genel Vali'nin atadığı Kabine Avam Kamarası'na karşı sorumludur.

Kanada siyasi açıdan on eyalet ve Yukon Bölgesi, Nunavut Bölgesi ve Kuzeybatı Bölgesi olarak bilinen üç bölgeye ayrılmıştır.

Eyaletlerin yerel yönetim sistemleri önemli farklılıklar gösterir.

Mahkemeler bağımsız kurumlar olarak çalışır. En üst yargı mercii Kanada Yüksek Mahkemesidir.

Kuzey Atlantik Antlaşma Teşkilatı'na (NATO) üye olan Kanada Birleşmiş Milletler'e bağlı barış kuvvetlerine asker veren ülkeler arasındadır (12:498).

1.5. Ekonomik Yapı

Kanada'da Amerika Birleşik Devletleri ile yakından bağlantılı, ihracata dönük, gelişmiş bir piyasa ekonomisi yürürlüktedir. Kanada ekonomik refah düzeyi bakımından günümüzde İsviçre, İsveç ve Amerika Birleşik Devletleri ile birlikte ilk sıralarda yer almaktadır. 2000 verilerine göre ülkenin gayri safi milli hasılası 649,8 milyar Amerika Birleşik Devletleri Doları'dır.

Kanada dünyanın en büyük maden ve metal üreticilerinden biridir. Uranyum, çinko, nikel, potas, asbest, alçıtaşı, kükürt ve titanyum üretiminde ilk sıralarda yer alır. Ayrıca demir cevheri, molibden, kadmiyum, kobalt, kömür, petrol, doğal gaz, altın, bakır, gümüş ve kurşunda da başlıca üreticiler arasında yer alır. Kanada enerji bakımında dünyanın en zengin ülkesi sayılır, ama bu kaynakların çok geniş bir alana yayılmasından dolayı verimli biçimde işletilmesi bir ölçüde kısıtlanır.

Buğday, yem bitkileri, yağlı tohumlar, elma, patates ve akağaç şurubu başlıca ihraç ürünlerindedir. Kanada'da orman ürünleri sanayisi çok gelişmiştir. Balıkçılık ekonomiye önemli katkıda bulunur.

İhracat ve ithalat hacmi GSMH'nin %50'si dolayındadır. Kanada'nın ithal ettiği malların üçte ikisinden fazlası Amerika Birleşik Devletleri'den gelir ve Amerika Birleşik Devletleri'nin Kanada'nın ihracatı içindeki payı ise dörtte üçü geçer (12:497).

Kanada'nın federal yönetim sistemi nedeniyle vergi toplama yetkisi federal yönetim ile eyalet yönetimleri arasında paylaşılmıştır. Federal yönetimin gelir kaynakları temelde dolaylı vergilere dayanır. Dolaysız vergilerin çoğu eyaletlere bırakılmıştır. Federal yönetimce toplanan gelir vergisi ile kurumlar vergisinin belirli bir bölümü eyaletlere aktarılır (12:498).

A. ERDAL

SARGUTIM

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Kanada'da Sosyal Politikaların Gelişiminin Ve Sağlık Sistemi'nin Tarihçesi

Bazı Kanadalı bilginlere göre refah devleti, sosyal ve işçi hareketleri ile iş toplumunun taleplerini ifade eden politik bir müzakerenin sonucu gelişmiştir. P. Armstrong, refah devleti teriminin "genel zenginliği teşvik etmek ve kişisel refahı veya desteği sağlamak adına gerçekleştirilen müdahaleyi ima etmeyi amaçladığını" açıklamaktadır. Kanada'da refah devleti değerler ve uygulamalar ile ilgidir (9:11).

İki önemli özellik Kanada refah devletinde benzersiz olarak vurgulanmaktadır. Bunlardan birincisi, federal hükümete yıllar içerisinde anayasa değişikliği aracılığıyla refah devletinin gelişiminde anahtar bir rol üstlenmesine, yerel yönetimlere mali transferlere ve harcama yetkisinin kullanımı hükmüne imkan sağlayan Kanada federalizminin esnekliğidir. İkinci özellik ise eski bir anlayıştan kapsayıcı bir refah devletine doğru yavaş yavaş hareket edilmesidir. Kapsayıcılığın anlamı sosyal programların, faydaların ve hizmetlerin Kanada vatandaşlarının bir hakkı olmasıdır (9:14).

Kapsayıcı refah devleti Kanada'da 1940'lerde kurulmuştur ve 1960'larda yerini yeniden dağıtımcı refah devletine bırakmıştır. Kapsayıcı refah devletinin Kanada'da 1940 ile 1965 arasında yaşlılık sigortası, işsizlik sigortası ve sağlık sigortası gibi kapsayıcı programların kurulması ile oluşmuştur. Bu programlarla sanayi toplumunda hızla ve beklenmedik değişikliklerden kaynaklanan ekonomik güvence için oluşan kitlesel dürtüye yanıt vermesi amaçlanmıştır. Ayrıca, bunlar 1930'ların sıkıntılarında kaçınmak üzere düzenlenmişlerdir. Kapsayıcı refah devletinin ikinci amacı sosyal güvenceyi, sosyal ve bölgesel ayrılıkları ılımlılaştırmak için bir araç olarak kullanmak suretiyle sosyal bütünleşme ve bağlılığı kuvvetlendirmektir.

1960'ların ortaları kapsayıcı fikrin yerini alacak olan yeniden dağıtımcı yeni bir refah devleti vizyonunun yükselişine tanık olmuştur. Bu değişim fakirlik karşıtı kampanyaların yeniden ortaya çıkışı ve fakirlerin kapsayıcı programların esas faydalanıcıları olmadığının anlaşılması ile alevlenmiştir (9:15).

Ancak 1980'lerin başında liberal Trudeau yönetimi sırasında temel bir sosyal politika çayı meydana gelmiştir. Kanada Anayasası'nda Kanada Haklar Ve Özgürlükler Şartının kuvvetlendirilmesi 1960'ların geleneksel refah devletinin sosyal haklardan köklerini alan bir anlayış ile değişmesine yol açmıştır (9:15,16).

Sonuç olarak 1982'de federal refah devleti aracılığıyla sağlanan hizmetlerin pek çoğu yetkilendirme veya sosyal haklar olarak düşünülmüştür ve Anayasa açık bir şekilde Kanada Hükümeti'ni ve yerel yönetimleri, tüm Kanadalıların refahı için eşit fırsatlar oluşturulması, daha iyi ekonomik gelişim aracılığıyla fırsattaki eşitsizliğin azaltılması ve tüm Kanadalılara kabul edilebilir kalitede yaşamsal kamu hizmetlerinin sağlanması konulardan sorumlu tutmuştur.

1990'lar Kanada refah devletinin geri çekilmesine veya hücumu uğramasına tanık olmuştur. Bu saldırı yeni güç ilişkilerini ve yeni bir ideolojiyi temsil etmektedir

Genel zenginlik artan bir şekilde özel teşebbüsü teşvik eden kavramlar cinsinden tanımlanırken, devletin uygun rolü bu yatırımları desteklemek ve aşırı koşullar altındaki fakirlere yardımcı olmak olarak tanımlanmıştır. 1990'larda özel teşebbüs ve pazar ekonomisine bir vurgu ile toplumcu karşıtı değerlere ve politikalara doğru kesin bir kayma olmuştur (9:16).

Kanada'da sosyal politikanın evrimi üç temel evreye ayrılabilir. İkinci Dünya Savaşı öncesi dönem temel olarak güçsüz ve dezavantajlı olan aileleri ve özel yardımlarla kendilerine bakılmayan kişilere yardım çabaları ile karakterizedydi. İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1960'ların ortalarına kadar emeklilik, tıbbi bakım ve aile yardımları gibi anahtar evrensel programlar dahil modern refah devletinin tam filizlenmesi görülmüştür. 1970'ler başlangıçta daha kapsamlı sosyal refah ve koruyucu sağlık önlemlerini tanımlama çabaları dönemi olmuştur. Ancak bu çabaların yerini hızla durgunluk, petrol krizleri ve politik hakkın yeniden canlanması almıştır. 1980'ler mali kısıtlamalar ve küreselleşmeye yanıt verme ihtiyacı ile karakterize olmuştur. Aynı zamanda 1980'ler hem göze çarpan zenginliğin hem de evsizlerin sokaklarda yatması ve yemek kuyuklarını doldurması ile göze çarpan ihtiyacın olduğu bir dönemdir.

1994'te sosyal politikanın gözden geçirilmesi ve yenilenmesi süreci, Başbakan tarafından işler ve büyüme için bir gündemin ilan edilmesi ile başlamıştır. Bu gündem sosyal güvencenin iyileştirilmesi, ekonomiyi ve iş büyümesini destekleyecek sağlıklı bir mali iklimin oluşturulması, yönetim programlarının gözden geçirilmesi, yatırım, yenilik ve ticaret açısından Kanada ekonomisinin performansının güçlendirilmesini içermiştir.

5 Ekim 1994'te Kanada İnsan Kaynakları Gelişimi Bakanı sosyal güvence hakkında bir tartışma makalesi yayınlamıştır. Bu tartışma makalesi yenilenmiş bir sosyal programlar dizisi için üç hedefin şeklini çizmiştir. Bu hedefler Kanadalılara iş elde etme ve sürdürme için yardımcı olunması, özellikle çocuklar ve fakirlik içinde yaşayanlar olmak üzere en zayıf olanlara destek olunması ve karşılanabilirliğin teminat altına alınmasıdır (9:39).

1947'de Saskatchewan Kanada'nın ilk kamu finansmanlı kapsayıcı hastahane güvenliği programını başlatmıştır. 1957'de Federal Hükümet Hastahane Sigortası ve Tanışıl Hizmetler Yasası'nı yürürlüğe koymuştur. 1961'de bütün eyalet ve bölgeler hastahane sigortası için maliyet paylaşım programınca kapsamıştır. 1961'de Saskatchewan doktor hizmetleri için hükümet sigortasını öngören Saskatchewan Tıbbi Bakım Sigortası Yasası'nı çıkarmıştır. 1966'da doktorların ayakta tedavi hizmetleri için maliyet paylaşımını öngören Federal Tıbbi Bakım Yasası çıkartılmıştır. 1972'de tüm bölgeler ve eyaletler bu programa katılmışlardır. 1977'de eyaletlerin ve bölgelerin programlarının maliyeti ile doğrudan bağlantılı olmayan bir federal kaynak aktarımı yasası olan Kurulmuş Programların finansmanı yasası çıkartılmıştır. 1984 yılında eyalet ve bölgelerin federal sağlık fonundan kaynak sağlayabilmesi için uymak zorunda olduğu kamusal yönetim, kapsayıcılık, kapsamlılık, taşınabilirlik ve ulaşılabirlik gibi temel prensiplerin altını çizen Kanada Sağlık Yasası yürürlüğe girmiştir. Bu yasa fazladan faturalamaya ve yasa ile kapsanan hizmetlerde kullanıcı ücreti alınmasına cezalar getirmiştir.

1996 ve 1997 yıllarında sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlere sağlanan federal katkı Kanada Sağlık Ve Sosyal Kaynak Aktarım Programı içinde birleştirilmiştir. Bu durum sağlık hizmetleri için federal, eyaletsel ve bölgesel maliyet paylaşımı anlaşmalarında büyük bir değişikliğe sebep olmuştur. 2004 yılında Bakanların Sağlık Hizmetleri'nin Yenilenmesi Anlaşması'na dair tavsiyeler üzerine Kanada Sağlık Ve Sosyal Kaynak Aktarımı kendi içinde Kanada Sağlık Kaynak Aktarımı ve Kanada Sosyal Aktarımı olarak ikiye ayrılmıştır (4:15,16).

II.2. Sosyal Güvenlik Sistemi

Kanada sosyal güvenlik sistemi aşağıdaki unsurları içerir:

II.2.1. Emeklilik Gelir Sistemi

Kanada'da emeklilik gelir sistemi çeşitli programları içeren bir kamu sistemi ve işverenler tarafından karşılanan mesleki emekliliklere dayalı bir özel sistem olmak üzere iki ayrı sistemden oluşur.

II.2.1.1. Kamu Emeklilik Sistemi

Kamu emeklilik sistemi üç ayrı tabakadan oluşur:

Bu tabakalardan birincisi 65 yaş ve üzerindeki herkesin hepsine kapsayıcı bir sabit miktardan emekli maaşı ödeyen program olan Yaşlılık Emekliliği'dir. Sadece Kanada'daki ikamet süresine dayalıdır.

İkinci tabaka Ek Gelir Garantisi ve benzeri bölgesel desteklerden oluşur. Yaşlı Kanada'lılar için garanti edilmiş bir yıllık gelirden oluşur. Ek Gelir Garantisi Yaşlılık Emekliliği'nden başka geliri olmayan veya geliri az olan emekliler ek bir gelir sağlamaktadır. Ayrıca altı eyalet yönetimi en fakir emekliler için Yaşlılık Emekliliği ve Ek Gelir Garantisi'nin birleşiminde oluşan özel programlara sahiptir (9:42).

Üçüncü tabaka plan Kanada Emeklilik Planı ve Quebec Emeklilik Planı'ndan oluşur. Kanada Emeklilik Planı 1966'da kurulan bir federal-bölgesel plandır. Zorunlu katılımı öngören bir sosyal sigorta programıdır. Prim ödeyicilerine emeklilik, maluliyet veya ölüm maddesiyle kazançlarının kaybına karşı temel bir gelirin korunmasını sağlar. Quebec yönetimi'nin yönettiği Quebec Emeklilik Planı'nın işletildiği Quebec hariç Kanada çapında bu sigorta Kanada Emeklilik Planı olarak işler. Kanada Emeklilik Planı ve Quebec Emeklilik Planı ayrıca maluliyet aylığı, sağ kalan eş aylığı, malul bir katılımcının çocuklarının hakları, yetim hakları ve ölüm hakları dahil bazı hakları da sağlar. İki emeklilik planı da işçi ve işverenden bordro üzerinden eşit olarak kesilen vergilerle finanse edilir (9:43).

Emeklilik aylık programları, sosyal politika reformlarının merkezinde yer almıştır. 1997'de Federal ve Bölgesel Yönetimler arasında Kanada Emeklilik Planı, yeni öne sürülmüş bir Yaşlıların Hakları Planı (2001'de yürürlüğe girmiştir) ve emeklilik tasarruflarını iyileştirmek ve vergi indirimini genişletmek üzere değişiklikler getirilmiştir (9:44).

II.2.1.2. Yaşlı Hakları

Son 30 yılda yaşlıların hakları üzerine en belirgin politika inisiyatifi olarak görülen Yaşlı Hakları Programı Yaşlı Emekliliği, Ek Gelir Garantisi, Yaş Kredisi ve Emekli Aylık Kredisi'nin yerini almak üzere uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamayla ortalama ve düşük aile geliri olan yaşlıları hedeflenmesi, hak ve gelir eşliğinin tamamen enflasyona endekslenmesi, vergiden muaf tutulması ve en düşük gelirlili yaşlıların haklarını yılda bir miktar artırmak ve Yaşlı Emekliliği ile Ek Gelir Garantisi birleşiminin üzerinde bir gelir sağlanmasını amaçlamıştır (9:44).

II.2.1.3. Kanada Emeklilik Planı

Şubat 1997'de federal ve bölgesel yönetimler Kanada Emeklilik Planı'nın mali sürdürülebilirliğini sağlamak, daha adil ve gelecek nesiller için daha karşılanabilir hale getirmek için değişiklikler yapmışlardır.

Kanunen saptanan takvime göre, işçiler ve işveren tarafından eşit olarak ödenen Kanada Emeklilik Planı katılım oranlarının 2016'ya kadar %10.1'e yükselmesi öngörülmüştür. Reformu yapılan Kanada Emeklilik Planı anlaşmasının anahtar özellikleri gelecek nesiller için %10'u aşmamasını sağlayacak şekilde katılım oranlarının artışının hızlandırılması, Kanada Emeklilik Planı fonuna yönetimler tarafından dokunulmaması, çeşitlendirilmiş bir güvenceler portföyüne yatırarak gelir oranının iyileştirilmesi ve hakların uygulanmasının yaygınlaştırılması ve yükselen maliyetleri hafifletmek için bazı maliyetlerin hesaplanma şeklinin değiştirilmesidir (9:45).

II.2.1.4. Özel Emeklilik Tasarrufları

Özel emeklilik sektörü Kanada'da İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana hızla büyümüştür (9:44). Özel emeklilik tasarruflarını daha adil ve daha etkin hale getirmeye yardımcı olmak üzere çok sayıda değişiklikler uygulamaya koyulmuştur. İşçilere yıllık Kayıtlı Emeklilik Tasarruf Planı, katılım sınırlarını azaltmaksızın ilave emeklilik haklarını satın almak için ilave katkıları yapma seçeneği sağlayan esnek emeklilik planlarına uymak için kurallar geliştirilmiştir. Bu iyileştirmeler, istihdam durumuna bakmaksızın tüm Kanadalılar için vergi indirimli emeklilik tasarrufu imkânlarına adil ve eşit erişimi sağlamayı amaçlamaktadır. Kanada'da yeniden düzenlenmiş emeklilik gelir sisteminin üç dayanağının, yeterli emeklilik gelirleri inşa etme fırsatını vererek tüm Kanadalılara emeklilik desteğini garanti edeceği öngörülmektedir. Yaşlılık Hakkı ve Kanada Emeklilik Planı ile Quebec Emeklilik Planı düşük gelirlili yaşlılara gelir replasmanının en az %70'ini sağlayacaktır. Mütevazı ve orta gelirlili yaşlılar için, kamu aylıkları ve vergi yardımıyla özel tasarrufların birleşimi %70 gelir sağlanmasını mümkün kılacaktır (9:45).

II. 2.1.5. Bölgesel Ve Yerel Haklar

Bölgesel ve yerel yönetimler, yaşlılara yardım etmek için çeşitli haklar ve programlar sunmaktadır. Bunlar bölgelere göre değişmektedir ve gelir, ulaşım ve barınma yardımı, sağlık programları, vergi yardımı ve bazı durumlarda sosyal yardımı içerebilmektedir (9:45).

II.2.2. İşsizlik Sigortası

İşsizlik sigortası şemaları, arzulanam amaçlara erişmek için ayarlanabilen çok sayıda politika özelliğine sahiptir. Bu özellikler kapsamı belirleyen liyakat kuralları, işsizlik sigortası için kalifiye olmak üzere gerekli belirli bir asgari sigortalı çalışma haftası sayısına ait yeterlilik dönemi, yerine konulacak geçmiş kazançların yüzdesini yansıtan bir hak oranı ve bir alıcının işsizlik sigortası şemasında kalabileceği zamanın uzunluğu veya bir hak süresinin belirlenmesidir (9:46).

Ücretli işgücünün çoğunluğu işsizlik sigortası tarafından kapsamaktadır. Başlıca istisnaları 65 yaş ve üstü olanlar, serbest meslek sahipleri, haftada 15 saatten az çalışanlar ve azami sigortalanabilir haftalık kazancın %20'sinden az kazananlardır. Genel olarak Kanada işgücünün %90'ından fazlası işsizlik sigortası tarafından kapsamaktadır (9:46,47).

Yeterlilik süresi veya işsizlik sigortası için kalifiye olmak üzere gerekli geçmiş sigortalı istihdam haftalarının asgari sayısı 12 ile 20 arasında değişmektedir. Gelir tedariki veya hak oranı %55'tir. Başvuranın geçmiş kazançlarının %55'i işsizlik sigortası tarafından yerine konulmaktadır. Düşük kazançları olanlar için veya bakmakla yükümlü kişileri bulunanlar için bu oran %60'a çıkarılmıştır (9:47).

Kanada'da işsizlik sigortası yaklaşık işçilerin %3 ve işverenlerin %4'lük primleriyle bordro vergilerinden finanse edilmektedir (9:48).

İşsizlik Sigortası halen Kanada'da en büyük gelir güvence programıdır (9:49).

II.2.3. Sakatlıkları Olan Kişiler İçin Programlar

Sakatlık Vergi İndirimi ve Yarı Zamanlı Bakım İçin Vergi İndirimi olmak üzere iki ana federal program sakatlıkları olan Kanadalılara destek sağlamaktadır. Bu programların amacı, günlük faaliyetlerini belirgin şekilde kısıtlayan ciddi bir fiziksel veya zihinsel sakatlığı olan vergi mükelleflerinin federal ve bölgesel vergilerini azaltmaktır. Yarı Zamanlı Bakım İçin Vergi İndirimi'nin amacı, akraba olmayan bir yetişkin tarafından, sakatlıkları olan ve ücretli işgücü içinde olan ve ciddi bir yetmezliği olan kişiye sağlanan yarı zamanlı bakımın maliyetini azaltmaktır (9:50).

II.2.4. Çocuk Hak Programları

Ulusal Çocuk Hakkı, çocuk fakirliğini önlemeye yardımcı olmak ve azaltmak amacıyla 1998'de uygulamaya konulan federal-bölgesel-yerel bir ortak inisiyatifdir. Net gelirleri belirli bir oranın altında olan aileler için federal hakları artırmıştır (9:54).

II.2.5. Sağlık Güvencesi

Kanada, 10 bölgesel ve 3 yerel sağlık güvence planlarının birleşmiş bir hali şeklinde tarif edilen, baskın olarak kamu tarafından finanse edilen ve özel olarak sunulan bir sağlık sistemine sahiptir (9:55).

Ulusal Sağlık güvencesi programının sağladığı hastahane ve hekim hizmetlerine ilave olarak, bölgeler ve eyaletler yaşlılar, çocuklar ve yardıma muhtaç kişiler olmak üzere nüfusun belirli grupları için ulusal sağlık güvencesi çerçevesinin dışında kalan diğer sağlık hizmetleri için kamu hizmeti sağlamaktadırlar.

Bu destek sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerine ilave olarak, sıklıkla reçeteli ilaçları, diş bakımını, göz bakımını, protezler ve tekerlekli sandalye gibi yardımcı donanım ve cihazları içermektedir.

Bölgeler ve eyaletler bazı ilave haklar sağlamakla birlikte, destek sağlık hizmetleri geniş oranda özel olarak finanse edilmektedir ve Kanadalılar bu güvence kapsamında olmayan sağlık hizmetleri için özel ödeme yapmak zorundadırlar (9:57).

II.3. Sağlık Sisteminin Yapısı

Kanada Anayasa'da tanımlanmış yetki ve sorumlulukların paylaşıldığı federal bir devlettir. Anayasa'da merkezi hükümet ve eyalet hükümetlerinin 1860'larda tanımlanmış yetkileri içerisinde özel olarak eyaletlere verilmiş olan hastahanelerin ve psikiyatrik kuruluşların yönetimi dışında sağlık hizmetlerinin yönetim yetkisi açıkça belirtilmemiştir. Sonuç olarak bu yetki sadece Anayasa'daki diğer maddelerden çıkarılabilmektedir. Hem bu şartların hukuki yorumu hem de anayasa üzerindeki daha genel yetkiler eyaletler birincil olarak sağlık hizmetlerinin yönetiminde yetkili oldukları görüşünü desteklemektedir (3:25).

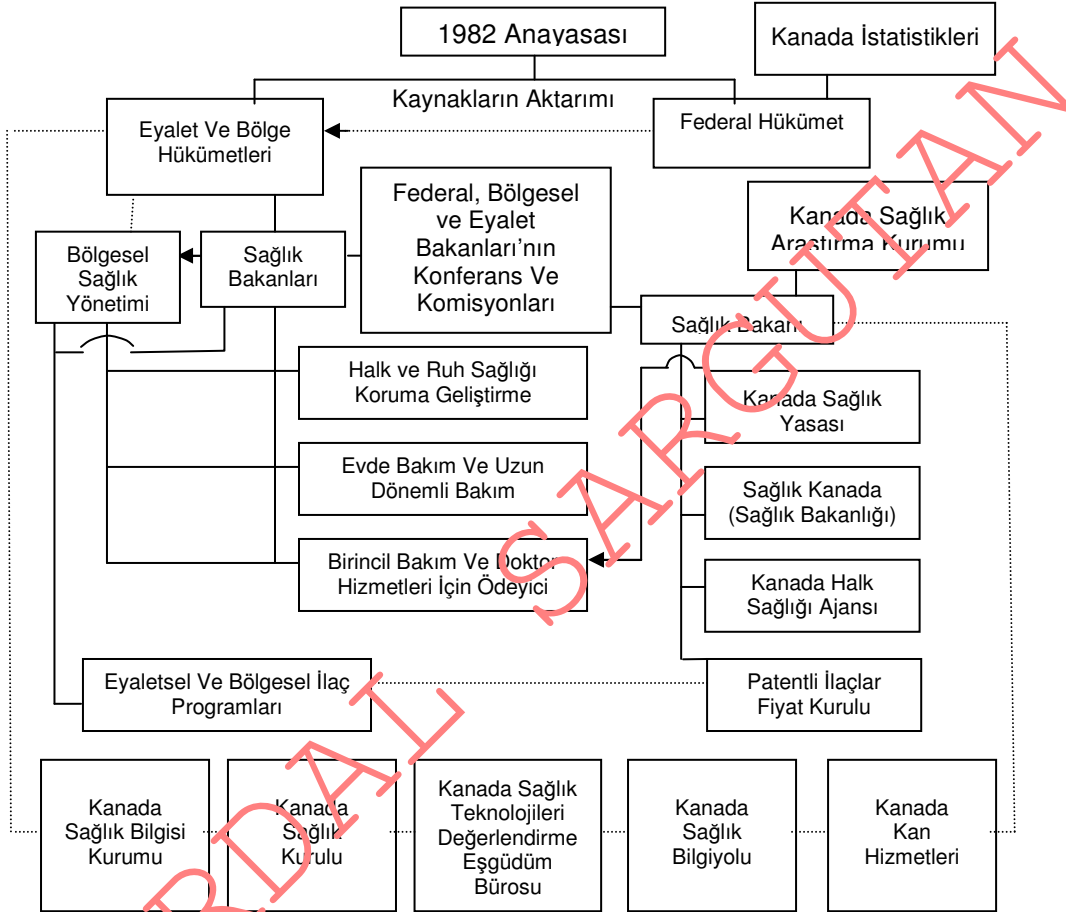
Aynı zamanda federal hükümetin genel işlevleri arasında Kanadalılar'ın güvenliğini sağlamak ve sağlığını korumak sorumluluğu vardır. Bir federal hükümet sorumluluğu olarak tanımlanmış olan ulusal sağlık sistemi için standartların belirlenmesinin yanında sağlık araştırmaları, ilaçların ve gıdaların güvenliği ile ilgili düzenlemeler ve halk sağlığı alanındaki sorumluluklarda federal hükümete verilmiş ve harcama gücü ile desteklenmiştir. Anayasa ayrıca Amerikan yerlileri ve İnuitler ile silahlı kuvvetlerin üyelerinin, gazilerinin, Kanada Krallık Atlı Polislerinin ve federal ceza evlerindeki tutukluların sağlığı alanındaki sorumluluğu da federal hükümete vermiştir (3:26).

Sağlık sisteminin örgüt yapısında Federal Yönetim düzeyi, eyaletsel ve bölgesel düzey ile yönetimler arası düzey olmak üzere üç temel düzey vardır (2:2).

II.3.1. Federal Yönetim Düzeyi

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, yönetiminde ve sunumunda birincil sorumluluk eyaletlere ait olsa da, federal hükümet sağlık araştırmalarında, veri toplamada, halk sağlığı ve sağlığın korunması konusunda önemli bir role sahiptir. Anayasa'nın nedenlerle Kanada Yerlilerine, İnuitler'e, gazilere, Kanada Silahlı Kuvvetleri ve Kanada Krallık Atlı Polisleri mensuplarına ve cezaevindeki mahkûmlara sağlık hizmeti sunumunun, finansmanının ve yönetiminin sorumluluğu doğrudan federal hükümete aittir. Aynı zamanda federal hükümet eyaletlerin ve bölgelerin Kanada Sağlık Yasası'nda yer alan temel şartlara uyarak sundukları kamu sağlık hizmetlerine karşılık, federal kaynak aktarımı yoluyla harcama gücünü kullanmaktadır (3:29).

Şema 1: Kanada Sağlık Sistemi'nin Örgütsel Şeması



Düz çizgiler doğrudan sorumluluk ilişkisini, kesikli çizgiler daha dolaylı ilişkileri ve etkileri göstermektedir.

Kaynak: (3) WHO (2005) Health Care Systems in Transition – Canada, World Health Organization Regional Office for Europe, s:25,26.

Sağlık Kanada (Health Canada) federal düzeyde federal Sağlık Bakanlığı / Bölümü (The Federal Ministry / Department of Health) olarak görev yapar. Ayrıca hem ilaçların ve tıbbi aletlerin fiyat belirleme dışındaki düzenlemelerinden ve güvenliğinden, hem de doğal sağlık ürünleri ve gıdalarla ilgili düzenlemelerden sorumludur. Sağlık Kanada Federal Gıda Ve İlaç Yasası'ndaki etkililik, kalite ve saflığa göre üretilmiş ilaçların piyasaya sunulmasına izin vermektedir. Sağlık Kanada aynı zamanda Kanada Sağlık Kurulu, Kanada Bilgiyolu ve Kanada Hasta Güvenliği Kurumu'ndan oluşan hükümet içi kuruluşların temel finansmanıcısıdır.

Kanada Yerlileri Ve İniut Sağlık Dalı aracılığıyla Sağlık Kanada İniut ve Amerikan yerlilerinin yaşadığı yerlerde sağlığın geliştirilmesi ve halk sağlığı hizmetlerinin yönetimi ve finansmanından ayrıca bu topluluklara sigorta kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin sunulmasının yönetiminden ve toplum sağlığı programlarından sorumludur. Sağlık Kanada aynı zamanda sigara kullanımının kontrol altına alınması gibi çeşitli halk sağlığı programlarından da sorumludur (3:29).

Sağlık Kanada aynı zamanda Kanada Sağlık Araştırmaları Kurumu, Patentli İlaçlar Fiyat Kurulu, Kanada Halk Sağlığı Ajansı'nın yanında potansiyel tehlikesi olan sanayi maddelerinin kullanımı ve kimya sanayisindeki ticari sırların korunması konularında oldukça uzmanlaşmış Tehlikeli Maddeler Bilgi Komisyonu gibi kuruluşların mecliste temsilini üstlenmiştir.

2000 yılında ulusal sağlık araştırmaları finansmanı ajansı olarak Tıbbi Araştırmalar Komisyonunun yerini alan Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsü Kanada Yerlilerinin sağlığı, yaşlanma, kanser araştırmaları, dolaşım ve solunum yolu hastalıkları, cinsiyet ve sağlık, genetik, sağlık hizmetleri ve sağlık politikası araştırmaları, insan gelişimi, çocuk ve gençlerin sağlığı, emriksiyon ve bağışıklama, iskelet kas sistemi hastalıkları, sinir sistemi hastalıkları, ruh sağlığı ve bağımlılık, beslenme, şeker hastalığı ve metabolik hastalıklar, toplum ve toplum sağlığı konuları üzerine çalışan on üç kuruluştan oluşmuştur.

Kanada İstatistikleri tarafından sağlanan sağlık verileri Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüsü'nün araştırma faaliyetlerine destek olmaktadır.

Federal hükümet ayrıca federal hükümetten bağımsız olarak çalışan Genom Kanada ve Kanada Sağlık Hizmetleri Araştırma Kuruluşu gibi araştırma kuruluşlarının fon sağlamaktadır. Genom Kanada ülkedeki başlıca araştırma kuruluşlarından biridir. Kanada Sağlık Hizmetleri Araştırma Kurumu, sağlık örgütünün gelişimini amaçlayan yönetimi ve hizmet sunum gibi konularda çalışmalar yapmaktadır (3:30).

1987'de Kanada Hükümeti ilk kez patentli ilaçların fiyatlarını gözlemlemek ve aynı zamanda patentli ilaçları korumak için Patentli İlaçlar Fiyat Kurulu'nu kurmuştur. Bağımsız ve yarı yargısal bir kurum olan Patentli İlaçlar Fiyat Kurulu ilaçların hastahane, eczane ve toptancılardaki fiyatları hariç, fabrika çıkış fiyatlarını düzenlemektedir. Bu kurum jenerik ilaçların fiyatı üzerinde zorunlu düzenlemeler yapma hakkına sahip değildir.

Halk sağlığı alanında işlevi olan Kanada Halk Sağlığı Ajansı 2004 yılında bölümsel bir kuruluş olarak kurulmuştur. İşlevleri izlemler, acil durumlar, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, ulusal bağışıklama ve aşılarda, sakatlıkların önlenmesi, kronik hastalıklar ve sağlık turizmidir. Aynı zamanda Kanada Halk Sağlığı Ajansı bölgelere dağılmış olan aşağıdaki merkez ve laboratuvarlardan sorumludur:

Sağlıklı İnsan Gelişimi Merkezi

Kronik Hastalıkların Kontrolü Ve Önlenmesi Merkezi

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü Ve Önlenmesi Merkezi

Acil Durumlar Merkezi

İzleme Eşgüdüm Merkezi

Gıda Ve Hayvan Laboratuvarı
Ulusal Mikrobiyoloji Laboratuvarı (3:31).

II.3.2. Yönetimler Arası Düzey

Yerleşmiş bir devlette sağlık politikalarında dayanışmayı sağlamak için federal, eyaletsel ve bölgesel (F/E/B) hükümetler doğrudan ve yönetimler arası araçlar ve program alanlarında eşgüdüm politikalarını yürütmektedir. Doğrudan araçlar F/E/B Sağlık Bakanları Konferansına karşılık F/E/B Sağlık Bakan Yardımcıları Konferansına rapor veren tavsiye komisyonlarıdır. Yönetimler arası araçlar çok yakında kurulmuş olan kâr amaçsız iş birliği örgütlenmiş ve hükümet tarafından tanınan kâr amaçsız ajanslar olan bazı devlet dışı örgütlerden oluşmaktadır (3:31).

F/E/B Sağlık Bakanları Konferansına eyaletsel ve federal sağlık bakanları seçikle başkanlık etmektedir. Bu konferans bakan yardımcılarının konferansına koşut oluşturmaktadır. Zamanla öncelikli alanlardaki çalışmalarını birleştirmek için bakanlar ve bakan yardımcılarını yeniden örgütlenmiş ve çeşitli komisyonlara dağılmışlardır:

Sağlık Hizmetleri Sunumu Ve İnsan Kaynakları Danışma Komisyonu
Halk Sağlığı Ve Sağlık Güvenliği Danışma Komisyonu
Bilgi Ve Gelişmekte Olan Teknolojiler Danışma Komisyonu
Yönetim Ve Sorumluluk Danışma Komisyonu (3:31,32)

Buna ek olarak bildirim F/E/B Sağlık Bakanı Yardımcıları Konferansı aşağıdaki yönetimler arası kuruluşları oluşturmuştur:

Kanada Sağlık Bilgiyolu
Kanada Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Eşgüdüm Bürosu
Kanada Organ Bağışı Ve Organ Nakli Kurulu
Kanada Sağlığı Hizmetleri Araştırma Kurumu
Kanada Sağlık Bilgisi Kuruluşu
Kanada Hasta Güvenliği Kurumu
Kanada Sağlık Kurulu (3:32)

Bu yönetimler arası ajanslar yeni oluşturulmuşlardır. Tamamı kâr amaçsız kuruluşlardır. Federal hükümet çoğu durumda finansmanının büyük bir kısmını ve bazı durumlarda da tamamını sağlamaktadır.

Kanada Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ajansı ilk kez 1989'da kurulmuştur. Sağlık teknolojilerini teşvik etmekte sağlığı etkileyen teknolojilerin maliyet ve etkililik analizlerini yapmakta, bilgi toplamakta ve karar vericileri etkilemektedir (3:32).

Kanada Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Ajansı tıbbi araçların ve ilaçların etkililiğini ve maliyet-etkililiğini test etmektedir. Müşterek İlaç Teftişi'nden sorumludur. Müşterek İlaç Teftişi, yeni ilaçların teftişi sürecinde eyaletlere yayılmış tek ulusal kuruluştur.

Kanada Sağlık Bilgisi Kuruluşu sağlık bilgisi analizi konusunda eyaletsel, bölgesel ve merkezi hükümetlerin isteklerine cevap vermek üzere 1994'te kurulmuştur.

Kanada Sağlık Bilgiyolu 2000 yılında Bakanların Sağlığı Yenileme Anlaşması ve F/B/E bakanlarının elektronik sağlık bilgisinin ve iletişim teknolojilerinin kullanılabilir standartlarda geliştirilmesinin hızlandırılmasına karar vermesiyle kurulmuştur (3:33).

Kanada Sağlık Kurulu özellikle sorumluluk ve şeffaflık üzerine yapılmış olan 2003'teki bakanların sağlık anlaşmalarının uygulanışını gözlemlemek ve bildirmek zorundadır.

Kanada Kan Hizmetleri 1990'ların sonunda Kanada'daki kan ve kan ürünleri hizmetlerinin Kanada Kızılhaç'ının yönetiminden çıkmasıyla kan ve kan ürünleri hakkında eyalet ve bölgelerde kurulmuş olan kâr amaçsız bir örgüttür.

Kanada Hasta Güvenliği Kuruluşu'nun başkanlıkları Edmonton ve Alberta'da olmak üzere 2003 yılında kurulmuştur. Kuruluş en iyi uygulamaları yayarak hasta güvenliğini geliştirmekte ve yöneticilere temel hasta güvenliğinin gelişimini destekleyecek değişiklikler hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır (3:34).

II.3.3. Eyalet Ve Bölge Yönetimi Düzeyi

Her eyalet ve bölge, kapsayıcı hastahane hizmetleri ve tıbbi hizmetler için tek ödeyicili sisteminin yönetimi konusunda yasama yetkisine sahiptir. Eyalet yönetimleri hastahanelerin finansmanından doğrudan ya da bölgesel sağlık yönetimlerinin global bütçesi aracılığıyla, profesyonel birlikler ile anlaşma yaptıktan sonra doktorların ücret oranlarının ayarlanmasından, halk sağlığı hizmetlerinin sunulmasından ve bazı durumlarda sağlık teknolojileri ile sağlık araştırmalarının değerlendirilmesinden bölgesel sağlık yetkilileri yoluyla sorumludur.

Eyaletler ayrıca doğrudan ya da dolaylı olarak evde verilen sağlık hizmetleri ve uzun dönemli sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ile sürekliliğinden sorumludur. Tüm eyaletler kendi ilaç programlarını belirler. Eyaletlerdeki bölgesel sağlık yönetimleri sağlık kaynaklarının tahsisinden ve halk sağlık programlarının planlanmasından sorumludurlar (2:3). Eyalet yönetimleri hem doğrudan hem de bölgesel sağlık yönetimleri ile belediyeler aracılığıyla halk sağlığı hizmetlerini düzenlerler. Çoğu bölgesel yönetim ayrıca, sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar tarafından iletilen klinik bilgileri ülke çapına yaymak için sağlık bilgi ağını oluşturmuştur. Bazı eyalet yönetimleri sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi ve sağlık araştırmalarının finansmanı gibi konularda doğrudan sorumludur (3:29).

Federal Kanada Sağlık Yasası, Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen sağlık güvence sistemini düzenleyen federal yasadır. Yasa, Kanada sağlık politikasının birinci amacını "fiziksel ve zihinsel iyilik halini korumak, geliştirmek ve onarmak için Kanada halkının finansal veya diğer engellere takılmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak" olarak belirlemiştir (6:3).

Kanada Sağlık Yasası uyarınca bölgelerde ve eyaletlerde ikamet edenlere tıbben gerekli hizmetlerin herhangi bir ödeme alınmaksızın sunulmaktadır. Bu durum yerleşik göçmenleri, Kanada Silahlı Kuvvetleri ve Kanada Krallık Atlı Polisleri üyeleriyle cezaevlerindeki tutukluları kapsamamakta, ancak bu sistemle aynı doğrultudaki federal sağlık güvence sisteminde kapsamaktadır.

Uygulamada bu üç gruba eyaletler ve bölgelerin sunduğu hizmetler federal hükümet adına yerine getirilmektedir (3:49).

II.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu her bölge ve eyaletin kendi sorumluluğundadır. Kanada sağlık sistemi yaygın bir şekilde genel pratisyen olarak adlandırılan birincil sağlık hizmeti doktorlarına dayanır. Genel pratisyenler Kanada'daki doktorların %51'ini oluşturmaktadır. Kanada devletin doktorları istihdam ettiği sosyalleşmiş bir sağlık hizmeti arz sistemine sahip değildir. Doktorların çoğunluğu bağımsız veya grup olarak uygulama yapmakta ve yüksek derecede özerk olan özel doktorlardır. Özel doktorlara genellikle hizmet başı ödeme yapılmakta ve sundukları hizmetlerin ücretlerini eyaletsel sağlık sigortası planlarına göre almaktadırlar.

Hastahanelerde sunulan dış cerrahisinin gerektiği yerler hariç dış hekimleri sağlık sisteminden bağımsız olarak çalışmaktadırlar. Hemşireler genellikle hastahane sektöründe istihdam edilmekle birlikte evde hasta bakımı ve kamu sağlık hizmetleri dahil toplum sağlığı hizmetinde de çalışmaktadırlar.

Kanada'da hastahanelerin %95'inden çoğu yönetim kurulları, gönüllü örgütler veya belediyeler tarafından işletilen özel ve kâr amaçsız yapılardır. Hastahaneler öncelikli olarak bölgesel veya eyaletse bürokrasiye değil, birincil olarak hizmet ettikleri topluma karşı sorumludurlar. Kâr amaçlı hastahane sektörü çoğunlukla uzun vadeli bakım hizmetleri veya bağımlılık merkezleri gibi uzmanlaşmış hastahanelerden oluşmaktadır. Kanada'da sağlık hizmetleri eyaletsel ve federal gelir vergisi ve kurumlar vergisiyle finanse edilmektedir. Bazı eyaletler sağlık hizmetlerine ismen belirtilmiş olan satış vergileri, bordro harçları ve piyango hasılatı gibi yardımcı finansman tekniklerini kullanırlar. Alberta ve British Columbia olmak üzere iki eyalette sağlık sigortası primleri kullanılmaktadır. Prim ödemek hizmet almanın ön koşulu değildir (9:56,57-59).

Kanada sağlık sistemi son yıllarda hizmetlerin sunum yollarının değişmesi, mali zorluklar, nüfusun yaşlanması ve yeni teknolojilerin yüksek maliyetleri sebebiyle aksamaya başlamıştır. Bu etkenlerin gelecekte de devam etmesi beklenmektedir.

Kanada'da sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilmeye başlamasından bu yana sağlık hizmetleri ve hizmetlerin sunum şekilleri hastahanelerden ve doktor hizmetlerinden, alternatif sağlık hizmeti sunan kliniklere, birincil sağlık hizmeti merkezlerine, toplum sağlığı merkezlerine ve evde bakım hizmetlerine doğru kaymıştır.

Akut sağlık hizmeti veren hastahanelerin ve akut sağlık hizmeti için ayrılmış hasta yataklarının sayısı 1995 ve 2000 yılları arasında azalmıştır. Tıbbi gelişmeler ayakta tedavi hizmetlerinde teşhis olanaklarını artırmıştır. Hastahanelerdeki akut sağlık hizmetleri için hastahane kalınan gün sayısı %10 oranında azalmıştır. Hastahanelerin birleştirilmesi gibi yenilikler ile hastahane sağlık hizmetlerine alternatif hizmetler olan evde verilen akut bakım sonrası hizmetler artmıştır (11:4).

Kanada Sağlık Yasası'nca belirlenen anahtar kavramlar şöyledir:

Sistem içerisinde **sağlık güvenliği (güvencesi) olan kişiler** bir eyalet ya da bölgede oturmaya hak sahibi olan kişiler olarak tanımlanmıştır. Bir eyaletin sakini Kanada Federal Sağlık Yasası'nda "Kanada'da yasalarca ikamet etmeye hak sahibi olan, eyalette ev kurmuş, her zaman olduğu gibi şimdi de eyalette olan, fakat bir turist, geçici süre orada bulunan veya eyalette bir ziyaretçi olmayan kişiler" olarak tanımlar. Kanada Silahlı Kuvvetleri veya Kanada Kraliyet Polisi mensupları ve federal hapishane mahkumları Kanada Sağlık Yasası kapsamı dışında bırakılmışlardır.

Güvence kapsamındaki **sağlık hizmetleri** hastahane, doktor ve cerrahi dış sağlığı hizmetleridir. Güvence kapsamındaki **hastahane hizmetleri** Federal Kanada Sağlık Yasası'nda ayakta ya da yatan hasta sağlığı hizmetlerinde yatak ücreti, yemek gibi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, diğer gerekli tanımlar ile birlikte radyolojik tanı hizmetleri, hastahanedeki ilaçlar, alet ve destek gereği içeren ameliyatlara, vaka odası, ameliyat odası ve anestezinin kullanımı, tıbbi ve cerrahi araçları, radyoterapi kullanımı, fizyoterapi kullanımı, sağlık hizmeti sağlayan ve bu yüzden de emeğinin karşılığını hastahanedan alan kişilerden alınan hizmetler olarak tanımlanmaktadır.

Güvence kapsamındaki **doktor hizmetleri** Federal Kanada Sağlık Yasası altında tıp doktorları tarafından verilen tıbbi olarak gerekli hizmetler olarak tanımlanmıştır.

Güvence kapsamındaki **cerrahi dış sağlığı hizmetleri** bir dış hekim tarafından bir hastahane de sağlanan hizmetlerdir.

Federal Kanada Sağlık Yasası'nda **genişletilmiş sağlığı hizmetleri** uzun dönemli huzurevi bakım hizmetleri (hemşirelik evlerindeki bakım ve erişkin huzurevi bakım hizmetleri), evde bakım hizmetleri ve gezici bakım hizmetleri olarak tanımlanmıştır.

Federal Kanada Sağlık Yasası, eyalet ve bölgelerin Kanada Sağlık Kaynak Aktarımı'ndan payını kesintisiz olarak alabilmek için yerine getirmek zorunda oldukları dokuz gerekliliği içerir. Bunlar sadece güvence kapsamındaki sağlığı hizmetlerinde uygulanacak beş program ölçütü, güvence kapsamındaki sağlığı hizmetlerinde ve genişletilmiş sağlığı hizmetlerinde uygulanacak iki şart ve sadece güvence kapsamındaki sağlığı hizmetlerinde uygulanacak olan kullanıcı ücretleri ve fazladan tutarlamadır.

Ölçütler:

Kamu yönetimi ölçütü, eyalet ve bölge sağlığı sigortası planlarının yönetiminin ve işletilmesinin kâr amacı gütmeyen kamu yönetimleri otoritesi eliyle sağlanmasıdır.

Yasanın gerektirdiği **kapsamlılık** ölçütü, eyalet veya bölgenin sağlığı güvencesi planının hastahaneler, doktorlar veya dış hekimleri (örneğin bir hastahane nin düzenlemesi gereken cerrahi dış sağlığı hizmetleri) ve bölgenin yasalarının izin verdiği, diğer sağlığı hizmeti veren doktorlarca verilen benzer hizmetleri ya da destek hizmetlerini içeren tüm güvence kapsamındaki sağlığı hizmetlerini kapsaması gereğidir.

Kapsayıcılık ölçütü, eyalet ya da bölgenin güvence sahibi halkın eyalet ya da bölge sağlık güvencesi tarafından sunulan güvence kapsamındaki sağlık hizmetleri için hak sahibi olmasıdır.

Taşınabilirlik ölçütü, bir kimsenin bir eyalet ya da bölgeden bir diğerine gittiğinde güvence kapsamındaki sağlık hizmetlerinin onu kapsamaya devam etmesidir.

Ulaşılabilirlik ölçütü, güvenceli insanların bir eyalet ya da bölgede güvence kapsamındaki hastahane, tıbbi hizmet ve cerrahi diş sağlığı hizmetlerine makul bir şekilde erişimlerinin garanti altına alınmasıdır.

Fazladan faturalama yasada, güvence kapsamındaki bir hizmetin güvence kapsamındaki bir kişiye bir hekim ya da diş hekimi tarafından verilen güvence kapsamındaki sağlık hizmetine ek olarak ödenen miktar veya bu hizmet için eyalet veya bölge sağlık güvencesi planının ödediği miktar için fatura kesmek olarak tanımlanmıştır.

Kullanıcı ücretleri yasada eyalet ya da bölge sağlık güvencesi planları tarafından izin verilenlerden, fazladan faturalamaların dışında ve plan tarafından karşılanmayan miktardır (14:3-5).

II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Kanada'da uygulanan birincil sağlık hizmetleri modelinde, hizmet başı ücretlendirme esasıyla çalışan aile hekimleri hastalarına genel tıbbi hizmetler sunmaktadır. Aile hekimliğinde listeleme karmaşık değildir ve çoğu aile hekiminin sağlık hizmeti sunabilmesi için sabit hasta gruplarına sahip olması gerekmektedir. Aileler hekimlerini seçerken uzun süreli görüşebilecekleri, iletişim kurabilecekleri aile hekimlerini tercih etmektedirler. Aile hekimlerinin beceri derecesi ve hizmete göre ücret sistemi teşhis ve tedaviyi kısıtlayan etkenlerdendir (3:94).

Gün boyu hizmet veren birincil sağlık hizmeti merkezlerinin sayısının artırılması, birincil sağlık hizmeti ekiplerinin oluşturulması, sağlığın geliştirilmesine, hastalık ve sakatlıkların engellenmesine ve kronik hastalıkların yönetimine daha fazla önem verilmesi, kapsamlı sağlık hizmetlerinde eşgüdüm ve birlikteliğin sağlanması ve birincil sağlık hizmeti sunucularının çalışma şartlarının geliştirilmesini içeren düzenlemeler üzerine odaklanılmıştır.

Eşgüdümü sağlanmış birincil sağlık hizmetleri ekipleri genel pratisyen denilen aile hekimleri, hemşireler, hemşire pratisyenler ve genel pratisyen denilen diğer sağlık profesyonellerinden oluşmakta ve geniş çaplı birincil sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu ekiplerin üyeleri hizmet verdikleri eyalet ve bölgelerin önceliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Bu ekip yaklaşımı yanında tıbbi telefon çağrı merkezleriyle danışmanlık hizmeti verilmekte ve acil sağlık hizmetlerinin kullanımı azaltılmaktadır (11:4,5).

Genelde birincil sağlık hizmetlerinin iki işlevi vardır. Bunlardan birincisi sağlık hizmetlerinin ilk temas noktasında verilmesidir. İkincisi ise sağlık hizmetlerinin daha uzman hizmetlere ihtiyaç duyulması halinde hastaların sağlık sistemi içinde hareketinin sağlanmasıdır.

Kandallılar sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında genelde bir sağlık profesyonelleri takımı olan aile hekimi, hemşire, hemşire pratisyen, psikoterapist ve eczacıdan oluşabilen birincil sağlık hizmetleri profesyonelleri ile temas kurmaktadır. Hizmetler sağlık sistemi içinde kurulmuş olan ve birincil sağlık hizmetleri olarak adlandırılan sağlık sisteminde ilk temas noktasınca sağlanmaktadır.

Birincil sağlık hizmetleri genelde hastalıklardan ve sakatlıklardan korunma ve bunların tedavisi, basit acil sağlık hizmetleri, hastahane ve uzman tedavisi için diğer sağlık hizmetleri düzeyine sevk, birincil ruh sağlığı hizmetleri, hafifletici tedavi, çocuk sağlığı ve ana sağlığı hizmetleriyle rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır (11:2).

Eyalet ve bölge sağlık bakanlıkları bağışıklık programlarının planlamalarından sorumludur. Bağışıklık programları bir çok yolla yürütülmesine rağmen çoğunlukla bu hizmetler halk sağlığı merkezleri ve aile hekimleri aracılığı ile yürütülmektedir (3:92).

2003'te Kanadalıların %64'ünün yılda en az bir kere bir dış hekimi ya da çocuk dış hekimine gittiği bildirilmiştir. Kanadalı erişkinlerin %26'sı 2004'te dış sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duymasına rağmen maliyetinden dolayı bu hizmeti alamadıkları bildirilmiştir (4:75).

Kanada'da özel ödemeler, doğrudan kişisel ödemeler ve özel sigortalar, dış sağlığı hizmetlerinin finansmanında baskın rol oynar. 2004'te özel sektör dış sağlığı hizmetlerine 8,8 milyon Kanada Doları ödemiş ve toplam dış sağlığı harcamalarının %95'ini karşılamıştır. Özel sigorta kuruluşları özel sektörün payının yarısından fazlasını karşılamışlardır (4:80).

Halk sağlığı hizmetleri halk sağlığının değerlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi, hastalık ve sakatlıkların kontrolü ve önlenmesi, sağlık korunması ve gözetim olmak üzere altı işleve odaklanacak şekilde gruplandırılmıştır. Federal, bölgesel ve eyaletsel yönetimler ve halk sağlığı idarecileri bu fonksiyonların tamamını veya bazılarını yerine getirirler. Tüm yönetimler halk sağlığı hizmetlerine liderlik edecek bir halk sağlığı yöneticisi atarlar. Kanada Halk Sağlığı Birliği Kanada'daki halk sağlığı düzeyini artırmak için oluşturulmuş gönüllü bir örgüttür (3:89).

SARS hastalığının ortaya çıktığı 2003'ten beri, federal yönetim ulusal bulaşıcı hastalık kontrolü ve önlemlerini artırmıştır. Federal yönetim alkol ve uyuşturucu alışkanlığı, aile içi şiddet, ruh sağlığı, fiziksel işlevler, AIDS'e karşı önlem ve tütün mamullerinin zararları gibi başlıklarla ilgili özel sağlık teşvikleri ve eğitim programları da düzenlemektedir. Eyalet ve bölge sağlık bakanları pek çok bağışıklama ve gözlem programları yürütmekten sorumludur (2:5).

Federal yönetimin Kanada Sağlık aracılığıyla Gıda Ve İlaç Kanunu, Tütün Kanunu, Kanada Çevre Koruma Kanunu, Narkotik Kontrol Kanunu ve Karantina Kanunu gibi kanunlar çerçevesinde şekillenmiş çevre ve toplum sağlığını geliştirme alanında yasal sorumlulukları vardır (11:108).

II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Hemen hemen tüm ikincil, üçüncül ve acil sağlık hizmetleri ve ayrıca özel gezici sağlık hizmetleri ile isteğe bağlı cerrahi işlemlerin büyük bir kısmı hastahanelerde sunulmaktadır.

Son on yılda birincil hizmetlerin aile hekimlerine veya toplum merkezli tesislere bırakılarak akut ile acil sağlık hizmetlerine önem verilen hastahane modellerine doğru bir eğilim gelişmiştir (2:6).

Tarihsel sebeplerden dolayı hastahaneler, eyalet ve bölge yönetimleri tarafından, yöresel esaslara göre örgütlenmiştir (3:96).

Tedavi hizmetleri, uzun vadeli sağlık hizmeti sunan tesisler, tedavisi olanaksız olan hastaların olduğu hastahaneler gibi çeşitli yerlerde sağlanmaktadır. Ölümü yaklaşan hastalar için yapılan hafifletici tedavide hastaya tıbbi ve duygusal destek verilmekte, semptomaya yönelik tedavi yapılmaktadır (11:3).

2002 - 2003 yıllarında dolaşım hastalıkları (%15), gebelik ve doğum (%14) ve solunum yolu hastalıkları (%11) hastahaneye yatmada üç temel neden olarak belirlenmiştir (4:43).

II.4.3. Genişletilmiş Sağlık Hizmetleri

Bir seçenek olarak sağlık hizmetleri evde, toplumda veya kuruluşlarda verilebilmektedir. Bu hizmetlerin büyük bir kısmı Kanada Sağlık Yasası'nca kapsamamaktadır. Ancak tüm eyaletler ve bölgeler evde bakım hizmetleri için ödeme yapmakta ve bu hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetlerin seviyesi değişebilmektedir. Doktorlar, hastahaneler veya toplum sağlığı merkezleri tarafından aileler ve kişiler bu hizmetlere sevk edilmektedir.

Tamamen veya kısmen güçsüz duruma düşmüş kişiler için genelde uzman hemşire hizmetleri, günlük bakım hizmetleri gibi kısa dönemli bakım hizmetleri sunulmaktadır. Uzun dönemli bakım kuruluşlarında sunulan bu hizmetlerin bir çoğu için eyalet ve bölge yönetimleri ödeme yapmakta ancak oda ücretini kişiler ödemektedir. Bazı durumlarda kişisel ödemeler de eyalet ve bölge yönetimlerince desteklenmektedir. Kanada Gazilere Yardım Bölümü gazilere kendi eyaletlerinde veya bölgelerinde elde edemedikleri bir çok hizmeti evde bakım hizmetleri şeklinde sunmaktadır. Aynı zamanda federal hükümet Kanada Yerlilerine yaşadıkları bölgelerde evde bakım hizmetlerini sunmaktadır.

Eyaletler ve bölgeler genelde kamu finansmanı ile kapsamayan destek sağlık hizmetlerini yaşlılara, çocuklara ve sosyal yardıma muhtaç kişilere sunmaktadırlar. Bu destek sağlık hizmetlerini, reçete edilmiş ilaçları, diş sağlığı hizmetlerini, göz sağlığı hizmetlerini, protezler gibi tıbbi araçları, sağlık profesyonellerinden bağımsız olarak kayropraktiklerin¹ uyguladığı hizmetleri içermektedir. Hizmetlerin düzeyi ülke genelinde de değişik olmaktadır.

Destek sağlık hizmetleri için yönetimin planı içinde yer almayan kişiler özel sigorta planları veya kişisel doğrudan (cepten) ödeme şeklinde kişisel ödeme yapmaktadırlar.

¹ Kayropraktikler omurgadaki doğal olmayan eğriliklere müdahale ederek, sinir sistemi aracılığı ile vücudun fonksiyonlarını koordine etme becerisini vücuda geri kazandırmaya çalışan uzmanlardır.

Birçok Kanadalı işverenin sağladığı ya da kendisinin sağladığı özel sağlık sigortasına sahiptir. Sigorta kapsamındaki hizmetler satın alınan plana göre değişmektedir (11:3,4).

2001 ve 2002 döneminin ikinci çeyreği itibariyle 110.000'in üstünde Kanadalı tıbbi hizmet ve hemşirelik hizmeti nezareti sağlayan 24 saat kişisel bakım hizmeti veren 1.343 huzurevinde yaşamaktadır. 2003 yılında 1,2 milyon Kanadalı çocuk ve erişkinin evde bakım hizmeti aldığı belirlenmiştir. Kanada'da huzurevlerinin yarıdan fazlası kamunun sahip olduğu ve işlettiği kuruluşlardan oluşur (4:91,95).

II.4.4. Geleneksel Tıp

Kanada geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp konusunda ulusal politika, yasa veya düzenlemeye sahip değildir. Herhangi bir sağlık dalı tarafından kabul gören ulusal yasa ve düzenlemeler olmadığı gibi eyaletler ve bölgeler için de bu alanda bir güç mevcut değildir. Sağlık Ürünleri Ve Gıda Şubesi'nin Ulusal Sağlık Ürünleri Müdürlüğü adında bir kamu kuruluşu vardır. Bu kurum 1993 yılında kurulmuştur ve Sağlık Kanada tarafından yönetilmektedir.

Bitkisel ilaçların düzenlenmesi 2003'te Kanada'da Gıda Ve İlaçlar Yasası içinde yer almıştır. Normal ilaçlar gibi kişilerin hazırladığı ilaçlar, diyet destekleri ve doğal sağlık ürünleri gibi bitkisel ilaçlar da düzenleme altına alınmışlardır. Halen binin üzerinde bitkisel ilaç kayıtlıdır. Bitkisel ilaçların yıllık pazar satışları Kanada için 1999'da 380 milyon Amerikan Doları, 2000'de 400 milyon Amerikan Doları ve 2001'de 400 milyon Amerikan Doları'dır (10:77,78).

2003'te 12 yaş ve üstü 3,3 milyon Kanadalının tamamlayıcı ve alternatif tıba başvurduğu bildirilmiştir. 2001'de 15 yaş ve üstü Kanadalıların %75'inin bir ya da daha fazla doğal sağlık ürünü kullandığı bildirilmiştir. Toplum sağlığı sigorta planı Manitoba, Saskatchewan ve Alberta'da kısmen geleneksel tıp yöntemlerini kapsamaktadır. British Columbia Toplum Sağlığı Sigortası kısmen doğal terapi doktorlarını kapsamaktadır. Araştırmalar 3,8 milyon Kanada Dolarının 1997'de tamamlayıcı ve diğer seçenek tedaviler için harcadığını ortaya koymuştur. Masaj tedavisi, geleneksel Kanada Yerlilerinin ilaçları ve Çin ilaçları, bir hastalığı benzeri ile tedavi etme yöntemi ve bitkisel ürünler, tamamlayıcı tedavi boyunca kullanılan veya ilaçtan önce tedavileri yerine tercih edilen iyileştirme uygulamaları geleneksel tedaviye örneklerdir (4:113).

II.5. Sosyal Yardım Ve Hizmet Programları

• Sosyal yardım ve hizmet programları, gelir güvence sisteminin kapsamı içinde dahil edilmemiş olan tüm sosyal alanları içermektedir. Bu programlar bölge yönetimi sorumluluğu altındadır. Bu programlar için finansman Kanada Yardım Planı maliyet paylaşımı programı aracılığıyla sağlanmaktadır (9:63).

Ayrıca geniş kapsamlı sosyal hizmetler bölgeler tarafından yürütülmekte ve finanse edilmektedir. Bunlar kişilere temel insan ihtiyaçlarını karşılayan ve iyi olmalarını teşvik eden ürün ve hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler şunlardır:

• Bilgi ve yönlendirme hizmetleri ile kişilere mevcut sosyal yardım ve sosyal hizmetleri elde etme yöntemleri hakkında bilgi sağlanmaktadır.

- Kriz müdahale merkezleri ile acil olaylar, aile şiddeti sonucunda sıkıntı içinde olan kişilere ani ve kısa süreli yardımlar sağlanmaktadır.
- Çocuklar için hizmetler ve topluluklar ile ihmalin potansiyel kurbanları olan, korunma ve barınma hizmetleri gerekli çocuklara yardım edilmektedir.
- Rehabilitasyon hizmetleri ile sakatlıkları olan kişiler için iş olanakları sağlanmakta ve günlük yaşama katılmalarına yardımcı olunmaktadır.
- Ulaşım hizmetleri ile sakatlıkları olan kişilere taşıma yönünden yardımcı olunmaktadır.
- Sosyal entegrasyon hizmetleri ile kişilere toplum faaliyetlerine katılmalarında yardımcı olunmaktadır.
- Gündüz bakımı ile evde yaşayan yetişkinlere yardım sağlanmaktadır.
- Çocuk bakımı ile esas olarak ev dışında çalıştıklarından dolayı aileleri yardıma ihtiyaç duyan okul öncesi ve okul çağı çocuklar için günün tamamında veya bir kısmında bakım sağlanmaktadır.
- İstihdam hizmetleri ile özellikle bir iş bulmakta veya işini korumakta alışılmamış zorluklar yaşayanlar olmak üzere, kişiler istihdam için hazırlanmaktadır.
- Sağlık ve kültür hizmetleri ile kişilerin sağlıklarını iyileştirme ve boş vakitlerinde fiziksel form faaliyetlerini izlemeye imkan sağlanmaktadır.
- Hukuki yardım ile kişilere avukatlar için ödeme yapmayı karşılayamadıklarında yasal konular hakkında yardımcı olunmaktadır.
- Sosyal barınma ile özel piyasada karşılanabilir, uygun ve fiziksel olarak yeterli barınma hizmetlerini elde edemeyen ailelere ve bireylere yardımcı olunmaktadır (9:64,65).

II.6. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %70'i eyalet, bölge ve federal yönetimlerce toplanan vergilerle finanse edilmiştir. Özel harcamalar kişisel ödemeler ve özel sağlık sigortası olarak ikiye ayrılmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %15'i kişisel ödemeler ile %12'si özel sağlık sigortaları aracılığıyla finanse edilmiştir. Geriye kalan toplam sağlık harcamalarının %3'ü işçilerin sağlık hizmetleri için sosyal güvence fonları ve hayırseverlerin araştırmalar, sağlık kuruluşlarının kurulması ve hastahane donanımı satın alınması için bağışladıkları kaynaklarla finanse edilmiştir (3:39).

1934 ve 2004 yılları arasında Kanada'nın kamu ve özel sektör sağlık harcaması %250'nin üzerinde artmış hemen hemen 94 milyon Amerikan Doları'na yükselmiştir (4:16).

II.6.1. Sağlık Sisteminin Finansman Kaynakları

Finansmanın baskın kaynakları bireysel gelir vergisi, tüketim vergisi ve kurumlar vergisi şeklinde toplanan eyalet ve federal yönetimlerin genel vergi fonlarıdır. Buna ilaveten bazı eyaletler belli amaçlar için toplanan ek (yedek) vergiler vasıtasıyla destekleyici sağlık vergileri çıkartmışlardır. Alberta ve British Columbia'da birey ve ailelerin üzerine kullanıma ve gelire bakılmaksızın bir vergi getirilmiştir.

Bununla birlikte gelirleri tanımlanmış seviyenin altında olan veya sosyal destek alanlar bu ödemelerin bir kısmından veya tamamından muaf tutulmuşlardır. Bu prim gelirleri sıradan gelir vergisi sisteminin dışında toplanmaktadır (3:41).

II.6.1.1. Devlet Bütçesi Ve Vergiler

Kanada Sağlık Yasası tıbben gerekli hastahane, doktor ve cerrahi diş sağlığı hizmetleri olarak kamu sosyal güvence hizmetleri oluşturmuştur. Bazı durumlarda diğer genişletilmiş sağlık hizmetleri de kamu kaynaklarınca karşılanabilmektedir. Örneğin hemşirelik evleri, evde bakım hizmetleri ve gezici sağlık hizmetleri gibi (4:19).

2004'te toplam sağlık harcamalarının %70'i olan 91 milyar Kanada Dolarlık harcama çoğu kamu sağlık programları, hastahane hizmetleri, doktor hizmetleri, yerli ve İnuit statüsündekilere sağlık hizmeti için harcanmıştır. Kamu sektörü evde bakım, reçeteli ilaçlar ve ambulans gibi diğer hizmetlerin maliyetlerinin bir kısmını da karşılamaktadır. Eyaletler ve bölgeler kamu sektörünün, nakit ve vergilerinden oluşan federal kaynak aktarımı vasıtasıyla finansmanının sağlandığı sağlık bütçesinin esas kısmını yönetmektedirler. Doğrudan federal programlar, belediye yönetimleri, İşçi Tazminat Yönetim Kurulu ve diğer sosyal güvenlik programları da kamu sektörünün finansmanında rol oynamaktadır (4:18,19).

II.6.1.2. Özel Sağlık Harcamaları

Özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının çoğu kâr amaçlı kliniklerdir. Kâr amaçlı klinikler Kanada'da hastahanelerde verilen birçok tanı ve tedavi hizmetlerini sunmaktadır. Kürtaj, endoskopi, fizyoterapi, yeni teknolojiler ve lazerli göz ameliyatları bunlardan bazılarıdır. Ek olarak bazı eyaletlerde hastahane müşahede altında kalmayı gerektiren daha karmaşık ameliyatlar yapan özel hizmet sunucuları da vardır.

Özel hastahaneler kamu-özel teşebbüsün ortak projeleri ya da P3 modelleri ile kurulmaktadır. P3 modelleri kamusal sektör ve kâr amaçlı şirketler arasındaki hizmet anlaşmalarını içermektedir. Bu özel hastahaneler Kanada'nın tamamında vardır.

Eyalet yönetimleri bekleme listelerini hafifletmek için özel sağlık hizmet sunucularını kullanmaktadırlar. Özel sektör bekleme listelerinin hafifletilmesine yardımcı olsa da, insanların kişisel doğrudan (cepten) ya da özel sağlık sigortaları yoluyla gerekli tıbbi hizmetlere harcama yaparken, yasalar özel sektörlere bu hizmetleri sunarken sınırlamalar getirmiştir.

Tıbbi olarak gerekli hastahane ve hekim hizmetlerine özel bir alternatif veya daha hızlı hizmet sağlamak için tasarlanan özel sağlık sigortası bir dizi eyaletsel düzenlemeyle yasaklanmıştır.

Temmuz 2005'te Kanada Yüksek Mahkemesi tarafından sorgulanmış olmasına rağmen British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario, Quebec ve Prens Edward Adası'nda kamu sağlık güvencesince kapsanan hizmetlerde özel sağlık sigortası alımı yasaklanmıştır (8:42,43).

Özel harcamalar neredeyse toplam sağlık harcamalarının %30'unu bulmaktadır (4:41).

II.6.1.2.1. Kişisel Ödemeler

Kişisel doğrudan ödeme, sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli ikinci kaynaktır. Özel sağlık gereçleri ve hizmetleri için en önemli kaynaktır. Bu kişisel sağlık gereçleri ve hizmetleri, göz sağlığı, reçetesiz ilaçlar, tamamlayıcı ve alternatif ilaç ve terapilerdir. Ayrıca reçetelerin %20'si bu yolla finanse edilmektedir (2:4).

II.6.1.2.2. Özel Sigortalar

Gönüllü sağlık sigortası sağlık hizmetleri finansmanının en büyük üçüncü kaynağıdır. Özel sağlık sigortasının büyük kısmı işveren kaynaklı sigortadır ve kamu sağlık güvence sistemi tarafından kapsamamış hizmetleri ve sağlık malzemelerini sağlamak için düzenlenmiştir (2:4,5).

Kanada hastahane ve doktor hizmetleri için ödemelerinin neredeyse tamamını vergilerle karşılamaktadır. Kanada'da özel sigorta ve özel kişisel ödeme sistemi Sağlık Kanada tarafından kapsamayan hizmetler için daha geçerlidir (4:6).

Kanada'da sigorta şirketi ödemeleri 1998'de 9 milyar Kanada Doları iken bu rakam 2002'de 14 milyar Kanada Dolarına yükselmiştir. Bununla beraber reçeteli ilaçlar ve diş sağlığı ile ilgili hizmetlerin masrafları tüm masrafların %67'sini oluşturmaktadır. 2.3 milyar Kanada Doları özel sağlık sigortası planlarının yönetimi için harcanmıştır (4:8).

II.6.2. Sağlık Harcamaları

2004 yılı tahminlerine göre Kanada'nın kişi başına yaptığı sağlık harcaması 2003 yılına göre %5 oranında artarak 4.078 Kanada Doları olmuştur. Bu artışın temel nedenleri enflasyon, nüfus artışı, yeni hizmetlerin kullanımı gibi nedenlerdir (4:16).

Kanada'da diğer OECD ülkeleri gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını hem özel ödeyiciler hem de kamu ödeyicileri sağlamaktadır. 2004 yılında 91 milyar Kanada Dolarlık kamu harcamaları çoğu kamu sağlık programlarını, hastahane bakımını, doktor hizmetlerini ve Kanada Yerlileri ve İnuit statüsündeki kişilerin bakımını kapsamıştır. Kamu sektörü aynı zamanda evde bakım hizmetleri, reçete edilmiş ilaçlar ve ambulans hizmetlerinin de maliyetlerinin bir kısmını karşılamıştır. Eyalet ve bölge yönetimleri kamu sektörü sağlık bütçesinin büyük bir kısmını yönetmektedir. 2004 yılında 39 milyar Kanada Dolarlık kişisel ödeme, sigorta planları ve diğer kişilerin yaptıkları yatırım harcamaları şeklindeki özel kaynaklardan gelmektedir. İlaçlar, diş sağlığı ve görme bozuklukları en çok özel harcama yapılan hizmetlerdir (4:18,19).

Kanada'nın sağlık harcamaları 1980'lerde ve 1990'larda hızla artmış ve 2002 yılında GSMH'nin %10'una ulaşmıştır (4:33).

1998 ve 2002 yılları arasında özel harcamalar %28'den daha fazla artmıştır. Aynı dönemde özel sağlık sigortası harcamaları %51'oranında artmıştır (4:37).

2004 yılında kamu harcamalarının %57'si hastahane ve doktor hizmetleri için yapılmıştır. Özel harcamaların ise %9'u hastahane ve doktor hizmetleri için yapılmıştır (4:39).

2004 yılında kamu sektörü harcamalarının %9'u reçete edilmiş ilaçlara yapılmıştır. Aynı yılda özel sektörün harcamalarının %34'ü reçete edilmiş ilaçlara yapılmıştır. Hastahane hizmetlerinin %86'sı kamu sektörünce karşılanmıştır. Sağlık harcamalarının %30'u hastahanelere, %13'ü doktor hizmetlerine, %17'si ilaçlara harcanmıştır (4:52).

II.6.3. Sağlık Hizmet Sunucularına Yapılan Ödemeler

En son yerleşme yenilikleri doğrultusunda Kanada'da finansal kaynakların tahsisi için sorumlulukların çoğu eyalet ve bir bölgede sağlık bakanlıklarından bölgesel sağlık yönetimlerine doğru el değiştirmiştir. Her bölgesel sağlık yönetimi sağlık hizmetleri için örgütlenme ve düzenlemeleri değiştirmek ve geniş çaplı bütçeyi belirli bir coğrafik alan içerisindeki nüfusa göre bölüştürmekle sorumludur (3:50).

Bölgesel sağlık yönetimleri ile sağlık hizmeti sağlayan gerçek sağlayıcılar arasındaki ilişkiler sözleşme yapma üzerine kuruludur. Bu anlayışta bölgesel sağlık yönetimleri hem sağlayıcı hem de sunucu gibidir. Maaşlı çalışanları hemşirelerden teknik destek personellerine kadar değişen çoğu akut bakım kuruluşlarında çalışanlar doğrudan bölgesel sağlık yetkilileri tarafından yönetilmektedirler.

Bununla birlikte bazı yerel sağlık yetkilileri özelleştirilmiş gezici sağlık hizmetleri sunmak için özel sektör sağlayıcılarıyla sözleşmeler yapmaktadır. Aynı zamanda geniş kapsamlı hastahaneler ile benzer şekilde anlaşmalar yapmaktadır (3:51).

Doktorların bireysel tedavileri genelde kendilerini temsil eden tıbbi dernekler ile bölgesel veya eyaletse yönetim arasında yapılan anlaşmalara göre hizmet başı ücret şeklinde ücretlendirilmektedir. Kliniklerde, toplum sağlığı merkezlerinde, ücret ve hizmet başı ücretin karışımı gibi değişik ödeme seçenekleri uygulanabilmektedir. Hemşireler ve diğer sağlık profesyoneli genelde kendi dernekleri veya işverenleri ile yaptıkları anlaşmalar uyarınca ücret almaktadır (11:2).

Kanada hastahanelerinin büyük bir kısmı yönetim kurulları, gönüllü kuruluşlar veya belediyeler tarafından yönetilmektedir. Hastahanelere eyalet ve bölge sağlık bakanları ya da yerel sağlık yönetimleri ile yaptıkları anlaşmalara göre yıllık toplu bütçelerle ödeme yapılmaktadır (11:3).

II.7. Eyaletlerde Sağlık Yönetimi Ve Sunulan Sağlık Hizmetleri

II.7.1. New Foundland Ve Labrador

2005-2006'da eyalet düzeyinde yeniden örgütlenme sonucu 4 yerel sağlık yönetimi altında 14 sağlık şubesi oluşturulmuştur.

Eyalet yönetimi gönüllü gibi hizmet veren Yönetim Kurulları'nı atamaktadır. Bu kurullar kendi bölgelerinde sağlık ve toplum sağlığı hizmetleri vermekten sorumludurlar. Bazı durumlarda eyaletin tümünde etkileşime girmektedirler.

Kurullar finansmanını sorumlu oldukları eyalet yönetimlerinden almaktadırlar. Sağlık Ve Toplum Hizmetleri Bölümü kurullarla birlikte politikaların geliştirilmesini ve hizmetlerin denetlenip gözetilmesini sağlamaktadırlar.

New Foundland Ve Labrador'da yaklaşık 19.000 sağlık hizmeti sunucusuyla 510.000 kişiye sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Bölüm tarafından yönetilen sağlık güvencesi Hastahane Sigorta Planı ve Tıbbi Bakım Planı'ndan oluşmaktadır. Her iki plan da kâr amaçsız ve kamu tarafından yönetilmektedir.

Yataklı tedavi gören ve ayakta tedavi gören hastalar için sosyal güvence kapsamındaki hastahane hizmetleri, 36 tesis (14 hastahane ve 22 toplum sağlığı merkezi) ve 14 hemşire bakım evinde verilmektedir. Güvence kapsamında bölge standartlarında kalacak yer ve yemek, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar, radyoloji ve diğer tanı-teşhis hizmetleri, ilaçlar ve biyolojik maddeler, tıbbi ve cerrahi tedarikler, ameliyat odaları, bakım odaları ve anestezi birimleri, rehabilitasyon hizmetleri (örneğin; fizyoterapi, mesleki terapi ve odyoloji), ayakta tedavi ve acil sağlık hizmetleri, günlük cerrahi hizmetler sunulmaktadır.

Lisanslı doktorlar güvence planı altında, güvence kapsamındaki sağlık hizmetlerini vermeye yetkilidirler. Bir doktorun eyalette sağlık hizmeti sunabilmesi için, New Foundland Tıbbi Kurulu tarafından lisans verilmesi gerekmektedir.

Eyalette teşhisle ilgili hizmetlerin çoğunluğu, örneğin, laboratuvar hizmetleri ve radyolojik teşhis işlemleri gibi işlemler kamu kuruluşları içinde gerçekleştirilmektedir (6:15-17).

New Foundland Ve Labrador'da hastahanelerden taburcu olan insanlar, yaşlılar ve sakatlar için uzun dönemli huzurevi bakımı hizmetleri ile topluma yönelik programlar sunulmaktadır. Bu programlar bölgesel sağlık yönetimleri tarafından temin edilmektedir. Programlar evde bakım hizmetleri, özel yardım programları, ilaç programları ve Sağlık Ve Toplum Hizmetleri Bölümü tarafından yönetilen Acil Hava Ve Kara Ambulans Programları'ndan oluşmaktadır (6:24,25)

II.7.2. Prens Edward Adası (Prince Edward Island)

Adadaki Sağlık Bakanlığı, amacı Prens Edward Adası sakinlerinin, sağlık ve refahını korumak, devam ettirmek ve geliştirmek olan büyük ve karmaşık bir hizmet ağına sahiptir. Bakanlığın görevi, yeni ve devam eden gelişmelere uygun, kaliteli ve halkın ihtiyaçları ile uyumlu olan, kullanıcı odaklı sağlık hizmetlerini toplum ihtiyaçlarına uygun şekilde sağlamaktır. Bakanlık adalılarının sağlığının geliştirilmesi ve tedavisi için kamu sağlığı hizmetleri içerisinde birincil tedavi hizmetleri, akut bakım hizmetleri, hastahane hizmetlerini ve uzun dönemli sağlık hizmetlerini içeren çeşitli sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu hizmetler eyalet çapında birçok kuruluş ve program vasıtasıyla 4000'in üzerinde profesyonelden oluşan sağlık insangücü tarafından verilmektedir. Prens Edward Adası toplam 463 yataklı iki adet referans hastahane ve beş genel hastahaneye sahiptir.

Prens Edward Adası kamu yönetimi tarafından yönetilen ve fon sağlanan Federal Kanada Sağlık Yasası'nın gerekleri uyarınca gerekli hastahane ve doktor hizmetlerinden oluşan bir sağlık sistemine sahiptir.

Bakan, Prens Edward Adası'nda Sağlık Bakanlığı sorumluluğunu üstlenmektedir. Bakanlık günlük bölümsel faaliyetleri yürüten sekiz üst yönetici ve Bakandan oluşan Bölümsel Yönetim Komisyonu tarafından yönetilmektedir. Başlıca görevleri akut bakım hizmetleri, hastahane hizmetleri ve sürekli bakım hizmetleri birincil sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleridir.

Kırsal hastahaneler ve kırsal bölgelerde verilen diğer sağlık hizmetlerinde yeni personel yetiştirilmesi, sağlık hizmeti sunucularının sağlanması, hizmette gelişen standartlara ayak uydurulması gibi birçok zorluklarla karşılaşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı yetkisi altındaki Hastahane Hizmetleri Güvencesi Planı Prens Edward Adası'nda Hastahane Hizmetleri Güvencesi altında düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı hastahaneler, sağlık merkezleri, yönetim binası ve ruh sağlığı kuruluşlarındaki hizmetlerden sorumludur. Kamu Hizmet Komisyonu doktor, hemşire ve diğer sağlıkla çalışanlarını işe almaktadır.

Sağlık Bakanı Sağlık Bölümü vasıtası ile tüm eyaletsel sağlık sisteminin verimliliği ve etkililiğinden sorumludur (6:29-33).

II.7.3. Nova Scotia

Sağlık Bölümü sağlık hizmetlerinde kaliteyi hizmet sunumu için standartların belirlenmesinden, verilen hizmetlerin izlenmesinden, değerlendirilmesinden, finansmanından ve stratejik yönetimden sorumludur. Sağlık Bölümü doğrudan doktor ve eczacılık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, sürekli bakım hizmetleri ve sağlık güvenliği kapsamında olan ve kamu sektörü tarafından kaynak sağlanan bir çok sağlık programları ile sağlık hizmetlerinden sorumludur (6:43).

Medavie Mavi Haç Sağlık Hizmeti, Sağlık Bölümü ile yaptığı yeni bir hizmet anlaşması sonucunda doktorlara ödeme yapma ve bu ödemeyi yapmak için kaynakları toplama yetkisine sahiptir. Ödeme ve özel oranlar, Nova Scotia Doktorları ve Sağlık Bölümü arasında yapılmış doktor anlaşmalarına göre belirlenmektedir.

Nova Scotia'da kadın ve çocukların üçüncül sağlık hizmeti aldığı dokuz hastahane dahil toplam 35 tesiste yataklı tedavi ve ayakta tedavi şeklinde güvence kapsamındaki hastahane hizmetleri verilmektedir (6:45).

2005 ve 2006 dönemi itibariyle Nova Scotia'da toplam 2.220 doktor bulunmaktadır. Bu doktorların 948'i genel pratisyen, 1.270'i uzman doktordur.

2005 Kanada Toplum Sağlığı Yoklaması'na göre Nova Scotialıların %95,1'inin düzenli aile doktoru vardır. Kanada genelinde bu oran %86,4'dür. Doktorlar için büyük parçalar haline ödeme yapma ve hizmet sözleşmeleri gibi yenilikçi çözümler istihdamı arttırmıştır.

Nova Scotia Sağlık Bölümü Sürekli Bakım Şubesi evde bakım hizmeti ve uzun dönem bakım hizmeti sunmaktadır.

Federal Kanada Sağlık Yasası'nın gereklerinin dışında Nova Scotia'da yaşlılar için ilaç programı, özel hastalıkların ilaçları için özel kaynak programı, şeker hastalığı destek programı, acil sağlık hizmetleri, çocuklar için ağız ve diş sağlığı programı, özel diş sağlığı planları, ruh sağlığı programı, bağımlılığa yönelik hizmetler, protez hizmetleri, tercümanlık hizmetleri programı ve konuşma bozuklukları programı gibi sağlık hizmetleri ve sağlık programları sunulmaktadır (6:50-55).

II.7.4. New Brunswick

New Brunswick'in sağlık hizmetlerinde kamu yönetimi, kapsamlılık, kapsayıcılık ve ulaşılabilirlik ilkeleri 2005-2006 mali yılında kendi Eyaletsel Sağlık Planı'nı yürüten New Brunswick Yönetimince tekrar teyit edilmiştir. Brunswick Planı sağlık hizmetlerine hastaların ulaşımını arttırmak, ihtiyaç duyulan ilaçlara erişimi sağlamak, sağlık profesyonellerinin desteğini arttırmak ve sağlıklı yaşam halinin devamını sağlamak gibi önceliklerini içermektedir.

New Brunswick'te sağlık hizmetleri güvencesi Tıbbi Hizmetler Planı olarak adlandırılmaktadır. Planın işletilmesi ve yönetiminden Sağlık Bakanlığı sorumludur.

Tıbbi Hizmet Planı'nın denetiminde üç grubun yetkisi vardır:

Genel Müfettişlik Makamı: Genel Müfettişlik Makamı New Brunswick Eyaleti'nin Sağlık Bölümü finansal kayıtlarını içeren hesaplarının dış denetleyicisi olarak hareket etmektedir.

Denetçi Makamı: Denetçi New Brunswick Eyaleti'nin iç denetleyici şefidir ve Finansal Yönetim Kanunu ile düzenlenmiş sorumlulukları ve yetkileri ile hesap tutma, denetim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmektedir.

Sağlık İç Denetim Bölümü: Bölümlerin İç Denetimi yönetimin tüm seviyelerini bir hizmet gibi teftiş etmek ve değerlendirmek için bağımsız olarak kurulmuştur (6:59,60).

Evde hastahane olarak da bilinen New Brunswick Ek Programı, toplum şartlarında sunulan akut, hafifletici, uzun dönemli bakım ve tedavi programıdır. 1996'dan beri New Brunswick'in sekiz yerel sağlık otoritesi tarafından bu program yürütülmektedir. Hizmet verenler hemşireler, sosyal çalışanlar, diyetisyenler, solunum yolu terapistleri, fizyoterapistler, meslek hastalığı terapistleri ve konuşma bozuklukları uzmanlarından oluşmaktadır (6:69).

II.7.5. Quebec

Quebec hastahane sigortası planı Quebec Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bölümü tarafından yönetilmektedir. Quebec'in sağlık güvenliği planı, eyalet yönetimi tarafından kamu bünyesinde kurulan ve Sağlık Ve Sosyal Hizmet Bakanı'na rapor veren Quebec Sağlık Güvencesi Kurulu tarafından yönetilmektedir.

Quebec Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bölümü 65 yaş ve üstü insanlar için ücretsiz ambulans taşıma programını yürütmektedir.

Buna ek olarak Quebec Sağlık Güvencesi Kurulu temel güvence kapsamındaki göz sağlığı hizmetleri, çocuk ve istihdam desteği alanlar için diş sağlığı hizmetleri, akrilik diş protezleri, protezler, ortopedik aletler, fiziksel sakatlıklarda gerekli olan yardımcı ekipman, dış göğüs protezleri, göz protezleri, işitme cihazları, destekleyici dinleme cihazları ve görsel ya da işitsel sakatlığı olanlar için kişisel yardım gibi sağlık hizmetlerini Sağlık Güvencesi Yasası'nda belirtildiği şekilde yürütmektedir: 1 Ocak 1997'den beri özel ilaç sigortasına erişemeyen istihdam desteği alanlar ile 65 yaş üstü şahıslar için ilaç güvencesi planı yürürlüktedir. İlaç güvencesi planı 3,15 milyon sigortalı insanı kapsamaktadır (6:71,72).

II.7.6. Ontario

Ontario büyük, karmaşık ve kamu tarafından finanse edilen bir sağlık sistemine sahiptir. Eyaletin Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı tarafından yönetilen Ontario'nun sağlık sistemi 2005 ve 2006 döneminde 32,5 milyon Kanada Doları sağlık harcaması yapmıştır. Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı Ontario halkına kamu sağlık güvenliği kapsamındaki hizmetleri, ilaçları, destekleyici gereçleri, ruh sağlığı hizmetlerini, evde bakım hizmetlerini ve halk sağlığı hizmetlerini sunmaktan sorumludur. Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı ayrıca hastahane ve uzun dönem bakım evlerini (hemşirelik evleri ve yaşlılar için bakım evleri) düzenlemekte ve yönetmektedir. Ayrıca ruh sağlığı hastahanelerinin ve tıbbi laboratuvarların işletilmesinden, acil sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinden, düzenlenmesinden veya doğrudan işletilmesinden sorumludur.

Ontario Sağlık Güvencesi Planı Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı tarafından kâr amacı olmadan yönetilmektedir. Ontario Sağlık Güvencesi Planı, Sağlık Güvencesi Kanunu'na göre hastahane ve sağlık kuruluşlarında, doktor ya da diğer sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetleri kapsamaktadır.

Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı yılda bir Genel Teftiş Kurulu tarafından denetlenmektedir. Sağlık Ve Uzun Dönemli Bakım Bakanlığı'nın hesapları ve işlemleri Ontario Kamu Hesapları içinde yıllık olarak yayınlanmaktadır.

Yerel Sağlık Sistemi Birleştirme Yasası kapsamında kurulan Yerel Sağlık Birleştirme Ağları kaliteli sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşımın sağlanması, eşgüdümü sağlanmış sağlık hizmetlerinin sunulması ve yerel seviyede etkili ve verimli yönetim amacıyla Ontario halkının sağlığının geliştirilmesi amacıyla 2006'da kurulmuştur (6:77).

2005-2006'da Ontario'da 152 kamu hastahanesi (özel ruh sağlığı hastahanesi, özel hastahaneler, eyaletsel psikiyatrik hastahaneler, federal hastahaneler ve uzun dönem bakım evleri dışında) bulunmaktadır. Bu hastahanelerin 134'ü akut bakım hastahanesi, 14'ü kronik bakım hastahanesi ve dördü genel ve özel rehabilitasyon birimidir. Hastahaneler her ne kadar çoğu sağlık hizmetini sunsa da temel faaliyetlerine göre sınıflandırılmışlardır (6:78).

II.7.7. Manitoba

Manitoba Sağlık Ve Sağlıklı Yaşam Bölümü tüm Manitobalıların sağlıklarını korumak ve ilerletmek için liderlik yapmakta ve destek sağlamaktadır. Bölüm farklı fakat birbiriyle bağlantılı olmak üzere Müşterek Ve Eyaletsel Program Desteği, Sağlıklı Yaşam Ve Sağlık Programları, Sağlık İnsangücü, Bölgesel İşler ve Yönetim, Finans Ve Sorumluluk beş işlevsel alanda yapılanmıştır. Bu yapıların sorumlulukları yerleşmiş düzenleme ve politikalardan sağlık sorunlarına kadar değişmektedir. Manitoba Sağlık Bölümü'nün işlev ve sorumlulukları politika, program ve standartların geliştirilmesini, finansal sorumlulukları ve değerlendirmeyi içermektedir. Manitoba Sağlık Ve Sağlıklı Yaşam Bölümü kapsamlı, kapsayıcı ve ulaşılabilir sağlık sistemini oluşturmaktan sorumludur.

Manitoba Hasta Güvenliği Kurumu 2004'te kurulmuştur ve eşgüdümü sağlamak, araştırma yapmak hasta güvenliği ve kaliteli bakımın teşviki gibi çeşitli faaliyetlerin sorumluluklarını üstlenmiştir.

Manitoba Sağlık Hizmetleri Güvenliği Planı Sağlık Bölümü tarafından Sağlık Hizmetleri Güvencesi Yasası altında yönetilmektedir (6:93,94)

II.7.8. Saskatchewan

Eyalet yönetimi kaynak sağlamak ve sigorta kapsamındaki hastahane, doktor ve cerrahi diş sağlığı hizmetlerinin karşılıklarını tedarik etmekten sorumludur.

Sağlık sistemin içerisinde 26 sağlık işkolunda 37.000'in üstünde sağlık çalışanı bulunmakta ve 256 sağlık kuruluşu işletilmektedir (6:110).

Saskatchewan Sağlık Hizmetleri Faaliyet Planı her hastahane bulunabilecek hizmetleri düzenli bir standarda oturtmuştur. Hastahaneler Toplum Hastahaneleri, Kuzeyli Hastahaneler, Mintika Hastahaneleri, Bölge Hastahaneleri ve Eyalet Hastahaneleri olmak üzere beş guruba ayrılmıştır (6:111).

Eyalette 31 Mart 2006 itibariyle eyalette uygulama ruhsatı olan ve tıbbi hizmet güvence planına katılmaya uygun olan 1.719 doktor bulunmaktadır (6:112).

31 Mart 2006 itibariyle Saskatchewan 3.073 personelin hizmet verdiği 2.537 akut bakım yatağına sahip 66 akut bakım hastahanesine, 218 psikiyatri yatağına ve 325 diğer hastahane yatağına sahiptir. Wascana Rehabilitasyon Merkezi 48 rehabilitasyon yatağına ve 204 uzun dönemli bakım yatağına sahiptir. Rehabilitasyon hizmetleri ayrıca içinde bir akut bakım hastahanesi ve iki özel bakım kuruluşu olan Geriatrik Rehabilitasyon Birimi'nde de verilmektedir (6:116).

II.7.9. Alberta

Alberta sağlık sistemi yasada tanımlandığı şekilde Sağlık Ve İyilik Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Alberta Sağlık Ve İyilik Bakanlığı eyaletsel sağlık sistemine yönetim ve liderlik sağlamaktadır.

Bölgesel Sağlık Yetkilileri akut hastahane hizmetleri, uzun dönemli bakım hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, toplum sağlığını koruma ve geliştirme hizmetleri ile diğer bağlantılı hizmetleri temin etmektedirler.

Alberta Sağlık Ve İyilik Bakanlığı, bölgesel sağlık yönetimleri, Alberta Kanser Şubesi ve Alberta Ruh Sağlığı Şubesi anahtar personelin yeterince sağlanmasını temin etmekteki sağlık işgücü planlama sürecinde etkin olarak rol oynar (6:129).

31 Mart 2006 itibariyle Alberta'da 49.640 sağlık personeli bulunmaktadır (6:136).

Sağlık Güvencesi Planı Kanada Sağlık Yasası'na uygun olarak kâr amaçsız şekilde tasarlanmıştır. 1969'dan beri Alberta Sağlık Güvencesi Planı Alberta Sağlık Güvencesi Yasası'na göre yönetilmekte ve yürütülmektedir. Sağlık Ve İyilik Bakanı Alberta Sağlık Güvencesi Planı tarafından hangi hizmetlerin kapsanacağına karar vermektedir (6:130,131).

Alberta Sağlık Güvencesi Yasası'nda sadece belirli gerekliliklere ulaşan doktorlara Alberta Sağlık Güvencesi Planı altında güvence kapsamındaki sağlık hizmetlerini sunmasına izin verilmektedir. 31 Mart 2006 itibariyle 7.108 doktor Alberta Sağlık Güvencesi Planı'na kayıtlı bulunmaktadır (6:132).

II.7.10. British Columbia

British Columbia'nın, Kanada Sağlık Yasası'nda yer alan güvence kapsamındaki hizmetleri içeren birleşmiş bir sağlık sistemi vardır. Hizmetler tamamen ya da kısmen British Columbia Yönetimi tarafından düzenlenmektedir. British Columbia'daki sağlık sistemi birçok sağlık çalışanı içeren, bölgesel kuruluşlar ve kaliteli hizmet vermek için düzenlenmiş uzmanlıklar yoluyla, tüm British Columbia halkının ulaşılabilirliği şeklinde düzenlenmiştir (6:143).

British Columbia Tıbbi Hizmetler Planı British Columbia Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Bu plan hekimler ve tamamlayıcı sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin, laboratuvar hizmetlerinin ve tanısal hizmetlerin teminini sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı, eyalet çapında hedefler ve standartlar belirlemekte, sağlık hizmetlerini sunma konusunda anlaşmalar yapmakta ve British Columbia halkına kaliteli, yerinde ve zamanında sağlık hizmetleri sunulması için düzenlemeler yapmaktadır (6:146).

2005 ve 2006 yılları itibariyle British Columbia'da 137 tane hastahane bulunmaktadır. Bu hastahanelerin 82'si akut tedavi hizmeti sunan hastahaneler (kamü hastahaneleri ve araştırma hastahaneleri), 19'u kronik hastalıklarla ilgili hizmet veren hastahaneler, 4'ü rehabilitasyon hastahanesi ve 32'si de tanı ve tedavi merkezleri, kürtaç klinikleri, kanser klinikleri gibi hastahanelerdir (6:148).

Sağlık sektörü çalışanlarının en büyük bölümünü hemşireler oluşturmaktadır. British Columbia'da çalışma izni olan kayıtlı hemşire sayısı 2006'nın Aralık ayı itibariyle 30.878'dir (6:153).

II.7.11. Yukon Bölgesi

Yukon Bölgesi Yönetimi tarafından yönetilen sağlık hizmetleri güvence planları Yukon Sağlık Hizmetleri Güvence Planı ve Yukon Hastahane Hizmetleri Güvence Planıdır. Yukon Sağlık Hizmetleri Güvence Planı, İdari Kurul Sorumlusu tarafından atanmış bir yönetici tarafından yönetilmektedir.

Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bakanı güvence kapsamındaki tüm sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumludur. Hizmet sunumları Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bölümü tarafından yönetilmektedir. 2006 Mart ayı itibariyle Yukon Sağlık Hizmetleri Planına kayıtlı 32.226 kişi bulunmaktadır (6:165).

Yukon sakinlerine sağlanan diğer sağlık hizmetleri Tıbbi Tedavi İçin Seyahat Programı, Kronik Hastalıklar Ve Sakat Hakları Programı, Çocuk İlaçları Ve Optik Programı'dır. Güvence dışında sunulan sağlık hizmetleri programları ise toplum hemşireliği, toplum sağlığı ve ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili programlardır (6:165).

2005 ve 2006 yıllarında güvence sahiplerine hastahane de yatmayı gerektiren hizmetler ve ayakta tedavi hizmetleri bölge genelindeki 15 kuruluş tarafından verilmiştir. Bu kuruluşlar 1 genel hastahane, 1 sağlık yurdu ve 12 sağlık merkezinden oluşmaktadır. Ek gezici hasta bakım hizmetleri yardımcı bir sağlık istasyonu tarafından sağlanmaktadır (6:167).

Yukon Sağlık Hizmetleri Güvence Planı Düzenlemeleri bölgedeki hekimlerin hastalara güvence kapsamındaki hizmetler için doğrudan fatura kesmelerine olanak sağlamaktadır. Hekim bunu yaparken hastaya bu seçimini yazılı şekilde bildirmektedir (6:168).

Bölgedeki sağlık merkezleri ayakta tedavi ve 24 saat acil servis hizmeti veren merkezlerdir. Mevcut 12 sağlık merkezinde hizmetler hemşire pratisyenleri ve yardımcı hemşireler tarafından verilmektedir (6:173,174).

II.7.12.Kuzeybatı Toprakları (Northwest Territories)

Kuzeybatı Bölgesi Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bölümü, yedi Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Yetkilisi ve Tliche Toplum Hizmetleri Şubesi sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler için toplum ve kuruluş temelli hizmetlerin planlamasını yapmakta, yönetmekte ve sunmaktadır. Toplum sağlığı programları toplum sağlığı kliniklerini, evde bakım hizmetlerini, okul sağlığı programlarını ve eğitsel programları içermektedir. Hizmetler ayrıca aileler ve çocuklar için erken tanı ve destek ile ruh sağlığı hizmetlerini de içermektedir.

1 Nisan 2006 itibariyle Kuzeybatı Bölgesi'nde yarısı Kanada Yerlisi olan 40.000'den fazla insan yaşamaktadır.

Uygulanan Ebelik Dalı Yasası'nın ebeliği tasdikli bir dal ve güvence kapsamında bir hizmet olarak ortaya çıkarmıştır. Bu yasa altında ebeler hizmeti alanlar tarafından seçilebilen ve annelik bakımı sisteminin ilk noktasını oluşturan özerk birincil sağlık hizmeti sunucularıdır.

2005 ve 2006 yıllarında dört hastahane ve 28 sağlık merkezi güvence kapsamındaki ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerini sunmuştur.

31 Mart 2006 tarihi itibariyle Kuzeybatı Bölgesi'nde güvence kapsamındaki sağlık hizmetlerini sağlayan 232 lisanslı doktor bulunmaktadır (6:183-185).

II.7.13 Nunavut Bölgesi

Nunavut'ta 25 topluluk yerleşmiş bulunmaktadır. Bölge 12 topluluktan meydana gelen Baffin, sekiz topluluktan meydana gelen Kivalliq ve beş topluluktan meydana gelen Kitikmeot olmak üzere üç kesime ayrılmaktadır.

En son istatistiklere göre Nunavut'un nüfusu 30.446'dır. Nüfusun yaklaşık %47'si 25 yaşının altındadır. İnuitler Nunavut nüfusunun yaklaşık %85'ini oluşturmaktadır.

Nunavut'ta sağlık hizmetlerinin sunumu birincil sağlık hizmetlerine dayalıdır. 22 topluluk içinde Nunavut boyunca 22 yerel sağlık merkezi Rankin Inlet ve Cambridge Koyu'nda ayakta ve yataklı tedavi hizmeti veren bölgesel kuruluşlar ve Iqaluit'te bir bölgesel hastahane bulunmaktadır.

Birincil sağlık hizmeti sunucuları aile hekimleri, hemşire pratisyenler, toplum sağlığı hemşireleri ve eczacılardır. Baffin'de 11, Kvalliq Bölgesi'nde 4 ve Kitikmeot Bölgesinde 2 olmak üzere Nunavut'da tam zamanlı çalışan aile hekimi sayısı toplamı 17'dir. Nunavut kendi aile hekimlerini yetiştirmekte veya istindam etmektedir. Ayrıca ihtiyaç duyulduğunda Ottawa, Toronto, Winnipeg, Yellowknife ve Edmonton'daki sağlık merkezlerinden uzman hizmetler alınmaktadır (6:193).

Nunavut'un Telesağlık Ağı topluma sağlıkla ilgili, klinik program ulaşımı (örneğin uzman gözlem hizmetleri), sağlık eğitimi, sürekli sağlık eğitimi, aile ziyaretleri ve yönetsel işlevleri içeren geniş çaplı hizmetlerin verilmesinde destek vazifesi görmektedir (6:199).

Doktor ve hastahane hizmetlerini içeren Nunavut'un sağlık güvenliği planı Sağlık Ve Sosyal Hizmetler Bölümü tarafından, kâr amaçsız bir şekilde yönetilmektedir (6:194).

II.8. Sağlık İnsan Gücü

Kanada Tıp Birliği hekimler için ulusal bir şemsiye örgüttür. Bu birlik üyelerinin lehine lobi faaliyetleri yürütmektedir ve aktif bir politikaya sahiptir. Genel pratisyenler ve uzman doktorlar bu birliğin üyeleri arasındadırlar. Kraliyet Doktor ve Cerrah Koleji doktorların yüksek lisans öğrenimlerini yönetmektedir. Doktorların eğitiminden sorumlu olan eyaletsel ve bölgesel dernekler kendi kendini yöneten ve ulusal bir birlik içinde olan derneklerdir. 1990'ların başına kadar pek çok uzman hekim aile hekimliği hizmeti vermeye başlamıştır. 1990'larda büyük bir gerilemeye uğranmasına rağmen, hemşire oranı konusunda Kanada pek çok ülkeden ileridedir (2:6,7).

Sağlık sisteminin merkezinde hizmet sunan sağlık çalışanları vardır. Sağlık çalışanlarının ücretleri ve hizmet ödenekleri sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Kanada İstatistik Kurumu'nun yaptığı araştırmaya göre 1997 ve 2001 yılları arasında, sağlık sektöründe çalışanların ücretleri ortalama %9 artış göstermiştir. Tüm sektörlerde çalışanların ücretlerine göre %10 daha yüksek bir artış görülmüştür (4:17).

2003'ün sonu itibarıyla ülke çapında çalışan 59.000'den fazla doktor bulunmaktadır. Aile hekimleri ve uzmanların sayısı hemen hemen eşittir.

Bu doktorlar gezici klinikler, hastahaneler, halk sağlığı merkezleri ve acil hizmetlerde çalışmaktadırlar (4:52).

Ülke genelinde sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerde çalışan 1,5 milyondan fazla insan vardır. Bu, yaklaşık çalışan her on kişiden birinin sağlık sektöründe çalıştığını göstermektedir. Hemşirelik ve tıp en geniş iki sağlık dalıdır.

Bir hemşire pratisyeni, sağlık değerlendirmeleri, teşhis, kilo kontrolü ve yaralanma kontrolü gibi konularda eğitim almıştır. Lisans eğitimi almış hemşire pratisyenlerinin yaklaşık yarısı (%45.1'i) halk sağlığı sektöründe çalışmak üzere istihdam edilmiştir. Geriye kalan %22.8'lik kısım hastahanelerde ve %3.8'i evde bakım ya da uzun süreli bakım sektörlerinde ve diğerleri de başka alanlarda çalışmaktadır (7:18).

2004 itibariyle Kanada'da çalışan doktorların %22'si başka yerlerde eğitim görmüş doktorlardır. Her yıl bir çok uzman doktor Kanada'ya göç etmektedir. Hemşirelerde yurt dışında eğitim görme oranı daha düşüktür. 2003 yılında kayıtlı hemşirelerin yaklaşık %7'si ve lisanslı hemşirelerin yaklaşık %2'si yurtdışında eğitim görmüş kişilerden oluşmaktaydı (7:23,24).

2003 yılı sonu itibariyle Kanada'da 59.000'den fazla doktor çalışmaktadır. 2003 yılı verilerine göre 100.000 kişiye düşen doktor sayısı 187'dir.

Doktorluk hizmetlerine ödenen miktar 2004 itibariyle 16,8 milyon Kanada Dolarıdır. Bu rakam toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %13'üdür (13:31).

Kanada'daki çoğu aile hekimi grup faaliyeti şeklinde hizmet vermektedir. Grup faaliyeti çalışma alanını paylaşım, çalışanlara destek, hasta kayıtları ya da hazır görev paylaşımında getirdiği kolaylıklar için yapılmaktadır. 2003 verilerine göre dört aile hekiminden yalnız biri tek başına çalışmaktadır (13:32).

II.9. İlaç Ve Eczacılık Hizmetleri

Hastahane hizmetlerinden sonra ilaç masrafları Kanada'daki sağlık hizmetleri giderlerinin en büyük kısmını oluşturmaktadır.

Federal ve eyalet yönetimleri reçetelerin denetlenmesinden sorumludurlar. Federal bir birim olan Kanada Sağlık Ve Tedavi Edici Ürünler Yönetimi, tüm ilaçların kaydedilmesi ve onaylanması gibi konulardan sorumludur. Eyaletler sağlık giderlerini azaltmak için referans fiyat sistemi gibi farklı stratejiler geliştirmiştir. Kanada Sağlık tüketicisiye doğrudan reklam ve tavsiye uygulamalarını yasaklamış ve doktorlara yönelik pazarlama ve tanıtım çalışmalarına da sınırlamalar getirmiştir. Federal bir birim olan Patentli İlaçlar Fiyat Kurulu patentli ilaçların fiyatlandırılmasını düzenlerken, jenerik ilaçları düzenlememektedir (2:7).

2004 yılında 380 milyondan fazla reçete verilmiştir. Kanada'da kamu ve özel sektörlerin her ikisi de ilaç faturalarının bir kısmını ödemektedir. Yönetimler, İşçi Tazminat Kurulu ve diğer sosyal güvenlik fonları kamusal sektörün finansman sağlayıcılarıdır. Federal yönetim ordu mensupları, Kanada Kraliyet Atlı Polisi, gaziler, federal hapishanedeki tutuklular, Yerli ve Inuitler'in reçete edilmiş ilaçlarını finanse etmektedir.

Eyaletsel ve bölgesel yönetimler ülke çapındaki hastahanelerde yatan hastaların ilaçları için ödeme yapmaktadır. Buna ek olarak faturaların bir kısmını kapsayan sigorta programları da vardır.

Kanadalıların dörtte üçünden fazlası ilaç tutarlarının tamamını ödemek zorunda değildir. Kanada İstatistik Çalışması'na göre 2003 yılı itibariyle 12 yaşın dan büyük Kanadalıların %79'unu özel veya kamu kaynaklı ilaç sigortası kapsamaktadır.

Her eyalet ve bölge kendi kamu kaynaklı ilaç planlarını geliştirmiştir. Bunun sonucunda benzer bütçeye ve sağlık gereksinimlerine sahip aileler yaşadıkları yerlere göre farklı sağlık hizmetleri alabilmektedirler (4:61,64).

II.10. Sağlık Teknolojisi

Sağlık teknolojisi değerlendirme faaliyetleri hem yerel yönetim hem de yönetimler arası kuruluşlarca yürütülmektedir. Yerel faaliyetlerin eşgüdümü, federal düzeyde bir dereceye kadar ortaya çıkan sağlık teknolojileri hakkında kanıta dayalı bilgileri sağlama çabasında olan Kanada Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Eşgüdüm Bürosu tarafından sağlanmaktadır. Kanada her bir milyon kişi için ortalama 4,8 Manyetik Rezonans Ünitesi, 10,6 beyin tomografisi ve 0.5 PET tarayıcısıyla OECD'ye göre daha az görüntüleme teknolojisine sahiptir (2:8).

Kanada Sağlık Ve Tedavi Edici Ürünler Müdürlüğü teknolojilerin sağlığı etkileme gücünü araştırmak ve maliyet-etkililik analizlerini yapmak, yayınlamak, toplamak ve teknolojilerin kullanımını denetlemekten sorumludur (3:32).

A. ERDAL

III. KANADA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo:1 Kanada Ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGELER	KANADA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	31,950	72,220
Nüfus artış hızı (%) (1994-2004)	1,0	1,0
Kişi başına toplam sağlık harcaması (Uluslar Arası ABD \$ kuruna göre) (2003)	2.989	528
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı (%) (2003)	9,9	7,6
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	69,9	71,6
Devletin sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesine oranı (%) (2003)	16,7	13,9
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	2,1	54,6
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	30,1	28,4
Bin kişiye düşen doktor sayısı	2,14	1,35
Bin kişiye düşen hemşire sayısı	9,95	1,70
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	80	71
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	6	32

Kaynak: (5) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s:168, 169, 174, 178, 179, 184, 186, 189, 190, 196

Kanada'da idari yapı bir Federal Hükümet, 10 Eyalet Hükümeti ve 3 Bölge Hükümeti şeklinde örgütlenmiştir. Sağlık Sistemi de bu örgütlenmeye koşut olarak Federal bir bakanlık olan Sağlık Kanada ve eyalet ile bölgelerde de sağlık yönetiminden sorumlu ve çoğunun isminde bakanlık ya da bölüm geçen eyalet ve bölge sağlık yönetimleri vardır.

Türkiye sağlık sistemi merkezi bir şekilde yönetilmektedir. Merkezi hükümetin sorumluluğunda bir Sağlık Bakanlığı ve illerde de Bakanlığın sorumluluğunda olan Sağlık Müdürlükleri bulunmaktadır.

Kanada'da Sağlık Kanada Bakanı ile bölge ve eyaletlerin bakanları bir komitede bir araya gelmekte, komisyonlar oluşturarak öncelikli sağlık sorunlarını değerlendirmekte ve buna göre sağlık politikası belirlemektedirler. Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesinde illerdeki sağlık müdürlerinin etkisi çok azdır. Politikalar doğrudan merkezdeki Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmektedir.

Kanada'da toplam sağlık harcamaları GSMH'nin %10'una yakındır. Sağlık hizmetleri arzının finansmanında özel hizmet sunucuları baskındır. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanın ise %70'i federal yönetim ve yerel yönetimlerce karşılanmaktadır.

Kanada Sağlık Yasası uyarınca eyaletler ve bölgeler kendi bölgesindeki insanlara sağlık hizmeti sağlamakla yükümlüdür. Yasa tarafından öngörülen sağlık hizmetlerini eyaletler ve bölgeler kendi alt yapılarıyla değil özel sektör sunucularından satın alarak sunmaktadır. Satın alınan bu hizmetler ise federal yönetimin genel vergilerden gelen ve eyalet yönetimlerine aktarılan kaynaklarla ve yerel vergilerle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri talebi finansmanının %30'luk kısmının yarısına yakını kişisel ödemeler ile diğer yarısı ise özel sigorta şirketlerince karşılanmaktadır. Kişisel ödemelerin büyük bir kısmı ilaç harcamaları ve sosyal güvence kuruluşları ile anlaşması olmayan doktorların sunduğu sağlık hizmetleri için yapılmaktadır.

Türkiye'de GSMH'dan daha az bir pay sağlığa ayrılmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetleri arzının finansmanında kamu kuruluşları ağırlıktadır. Ancak kamu kuruluşlarının yanında özel sektör de son yıllarda uygulanan sağlık politikaları sonucu sağlık hizmetleri arzının finansmanında özellikle de kentsel alanlarda artan bir öneme sahip olmuştur. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanında göstergelere bakıldığında devletin ağırlığı var gibi görünse de devletin sağlık harcamalarının yarısından çoğunu dolaylı kişisel ödeme olan sosyal güvence (sigorta ve güvenlik) primlerinin oluşturması, talebin finansmanında özel harcamaların daha önemli olduğunu göstermektedir. Kişilerin dolaylı olarak sosyal sigorta primleri ve diğer kişisel doğrudan ödemelerinin sağlık hizmetleri talebinin finansmanındaki payı üçte ikiden daha fazla olmaktadır.

Kanada'da her eyaletin bakanlığı, bölgesindeki topluma Kanada Sağlık Yasası uyarınca yasadaki gerekliliklere göre sunmak zorunda olduğu hizmetlerin yanı sıra kendi belirlediği ve genişletilmiş sağlık hizmetleri olarak adlandırılan sağlık hizmetlerini de sunmaktadır. Eyaletler hizmetleri doğrudan vermeyip özel hizmet sunucuları aracılığıyla satın almaktadırlar. Hizmetlerin finansmanı ise eyalet ve federal vergiler aracılığıyla sağlanmaktadır. Ayrıca iki eyalette sunulan hizmetler için prim toplanmaktadır. Ancak bu primlerin ödenmesi, sağlık hizmetini almak için bir ön şart değildir. Kanada Sağlık Yasası'nca güvence kapsamında sayılmayan hizmetler ise çoğu eyalet tarafından karşılanmaktadır. Karşılanmayan hizmetler için kişiler ya doğrudan kendisi ödeme yapmakta ya da sahip oldukları özel sigortalar aracılığıyla aldıkları hizmetlerin finansmanını sağlamaktadırlar.

Türkiye'de sunulan sağlık hizmetleri kırsal ve kentsel bölgelerdeki farklılıklar hariç genelde aynıdır ve illere göre farklılık göstermemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kuruluşları baskındır ancak özel sektör de önemli role sahiptir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin prim ödeme esasına dayanan sağlık sigortası kuruluşları önemli rol oynamaktadır. Bunun yanında kamu tarafından devlet memurlarına ve yoksul durumdaki insanlara da sağlık güvenceleri sunulmaktadır. Ayrıca halk sağlığı hizmetleri bağışıklama gibi bazı kamu hizmetleri doğrudan ya da dolaylı olarak kişisel bir ödeme yapılmaksızın alınmakta ve devlet tarafından finanse edilmektedir.

Kanada'da sağlık hizmetleri genelde özel sektörde sunulmaktadır. Her eyalet yönetimi kendi işlettiği sağlık güvencesi planı çerçevesinde özel hizmet sunucularının temsilcileriyle anlaşma yapmakta ve bu anlaşma çerçevesinde sunuculara hizmet başı ödeme yapılmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetinin sunumunda kamu sektörü baskındır. Özel sektör özellikle kentsel alanlarda ve çoğu ayakta sağlık hizmeti vererek faaliyet göstermektedir; kamu sektörüne göre sundukları hizmetler sınırlıdır. Hizmet sunuculara hizmet bedelleri kişilerin sahip oldukları sağlık sigortası ya da sağlık güvencesi kuruluşları aracılığıyla veya kişisel doğrudan ödemelerle yapılmaktadır.

Kanada'da birincil sağlık hizmetleri aile hekimi, hemşire ve hemşire pratisyenlerden oluşan birincil sağlık hizmeti ekipleri ve halk sağlığı merkezleri aracılığıyla verilmektedir. Türkiye'de daha çok kamu sağlık kuruluşları olan sağlık ocakları birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli olmakla birlikte hastahaneler ve özel muayenehaneler de bu hizmetleri vermektedir.

İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri Kanada'da her eyaletteki çeşitli düzeylerde yapılmış hastahaneler ile verilmektedir. Hastahane verilen hizmetlerin hemen tamamı güvence kapsamındadır. Türkiye'de ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin büyük bölümü Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastahanelerde sunulmaktadır. Üçüncül sağlık hizmetlerinin çoğunluğu üniversitelerin hastahanelerinde ve Sağlık Bakanlığı'nın özel dal / ihtisas hastahanelerinde verilmektedir. Özel sektör hastahanelerin sayısı ve etkisi artmaktadır.

Kanada'da genişletilmiş sağlık hizmetleri olarak adlandırılan ve sosyal hizmetler ile sağlık hizmetlerinin bir karışımı olan evde bakım hizmetleri, huzur evi bakımı ve uzun dönemli bakım hizmetleri oldukça gelişmiştir. Türkiye'de bu hizmetlerin sağlık hizmetleri içindeki yoğunluğu oldukça düşüktür. Kanada'da insanlar bu hizmetlerin çoğunu eyaletlerin ve bölgelerin sunduğu güvence kapsamında alırlar. Türkiye'de bu hizmetler çoğunlukla kişilerin kendi özel ödemeleriyle, sosyal hizmetlerle, özel sigortalarla finanse edilmektedir. Bu hizmetlerin az bir kısmı güvence kapsamındadır.

Kanada'da sağlık hizmetinin sunumunda önemli role sahip olan doktor ve hemşirelerin sayısı Türkiye'ye göre oldukça yüksektir ve bu sağlık çalışanları sağlık sistemini içinde önemli role sahiptir.

Her iki ülkede de geleneksel tıp uygulamaları sağlık sistemi içinde yer almamakla birlikte sıklıkla görülür. Kanada'da bazı eyaletlerde bu uygulamaların bir kısmı güvence kapsamındadır.

Sağlık sistemlerinin tüm özellikleri göz önüne alındığında, Kanada'da içinde sağlık sigortasının da bulunduğu büyük ağırlıkla Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet tipindedir. Türkiye'de Refah Yönelim / Sigorta Tipi Sağlık Sistemi yürürlüktedir.

KAYNAKLAR

1. CIA (2007) The World Factbook-Canada, Central Intelligence Agency.
<http://www.cia.gov/publications/factbook/geos/ca.html>
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir.)
2. WHO (2005) Health Systems in Transition Hit Summary– Canada, European Observatory on Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/Document/E87954sum.pdf>
3. WHO (2005) Health System in Transition- Canada, European Observatory on Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.
<http://www.euro.who.int/Document/E87954.pdf>
4. CIHI (2005) Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health Care System is Financed, Canadian Institute for Health Information
http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/FundRep_EN.pdf
5. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.
http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
6. HC (2006) Canada Health Act Annual Report 2005-2006, Canada Health.
<http://www.healthcoalition.ca/CHAreport.pdf>
7. CIHI (2006) Health Care in Canada, Canadian Institute for Health Information.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/cspPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=06HCCPDF&cw_ctt=&cw_dform=N
8. The Vancouver Board of Trade (2006) Reforming the Canadian Health Care System, The Vancouver Board of Trade.
http://www.boardoftrade.com/policy/Healthcare_FINAL15may06.pdf
9. UN-ESCAP (2002) Social Policies in Canada: A Model for Development, United Nations- Economic and Social Commission for Western Asia.
<http://www.escwa.org.lb/sp-readings/Social%20Policies%20in%20Canada.pdf>
(indirme tarihi: 24.03.2007)
10. WHO (2005) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines, World Health Organization.
<http://www.who.int/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s7916e/s7916e.pdf>
11. HC (2005) Canada's Healthcare System, Health Canada.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2005-hcs-sss/2005-hcs-sss_e.pdf
12. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi, Kanada Maddesi, Ana Yayıncılık A. Ş., İstanbul, Cilt:16, s:496-503.

13. CIHI (2005) Health Care in Canada, Canadian Institute for Health Information.
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_e&cw_sku=05HCCPDF&cw_ctt=1&cw_dform=N
14. HC (2004) Canada Health Act Annual Report 2003-2004, Health Canada
<http://www.hc-sc.gc.ca/images/common/pdf.gif>

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN