



B: Çoğunlukla Sosyal Yönelimli Kapitalist Ülkeler:

KANADA SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Alp ERGÖR*

ÖZET :

Bu yazıda, OECD ülkelerinden biri olan Kanada'nın sağlık sisteminin finansman ve yönetimi ile ilgili bir derleme sunulmuştur. Ayrıntılara girilmeden, sistemin yalnızca çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kanada, sağlık sigortası, sağlık ekonomisi.

"Sağlık, kapitalist ekonominin alt sektörlerinden biridir. Sağlık hizmeti (ise) bir üretim alanıdır... Dr. İ. BELEK"

Yazıda, Kanada sağlık sistemi ile ilgili tartışma ve yorumlar yer almaktadır. Sağlık sigortasının ekonomi politikası ayrı bir yazının konusu olacaktır düşüncesi ile okuyucuya, referansların altı çizilmek koşulu ile, yalnızca sistemin çerçevesi sunulmaya çalışılmıştır.

GİRİŞ :

Yüksek gelir düzeyine sahip kapitalist ülkelerden biri olan Kanada'da kişisel sağlık hizmetlerinin finansmanına "devletin katılımı" diğer kapitalist ülkelere göre "göreceli bir gecikme" ile ortaya çıkmıştır. 1950'li yılların sonlarına kadar Federal hükümetin sağlık harcamalarına katkısı eyalet hükümetlerinin yanında önemsenmeyecek kadar küçük kalmıştır. Hastane sigortası 1958 yılında (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act), sağlık sigortası (Medicare Act 1966) ise bundan yaklaşık 10 yıl sonra yasalaşmıştır. Sağlık sigortası kavramı, hemen tüm diğer kapitalist ülkelerde olduğu gibi Kanada örneğinde de, endüstri işçilerinin hastalık, sakatlık ve gelirlerini azaltan diğer etmenlerle savaşım çabaları sonucu ortaya çıkmıştır.

Yaklaşık elli yıllık bir mücadele sonunda, içinde buldukları mali durumdan bağımsız olarak, tüm Kanada vatandaşlarının (yaklaşık 25.5 milyona) sağlık hizmetlerinden yararlanabildikleri bir aşamaya gelinmiştir.

FİNANSMAN KAYNAKLARI ve YÖNETİM :

Kanada on eyaletten oluşmaktadır. Bu eyaletler

* Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

kişileri, özel kurumları vergilendirme, bütçelerini gerekli gördükleri gibi harcama ve sağlık programlarını yönlendirme/yürütme konusunda çok geniş anayasal özerkliğe sahiptirler. Kanada sağlık sistemi, 10 değişik eyaletin, ortak özellikleri paylaşan sağlık planlarından oluşmaktadır. Ülke genelinde var olan ve tek elden ödenen (single payer system) sağlık sigortası, tüketiciler tarafından finanse edilmektedir. Söz konusu sigorta, yaş, sağlık ve mali durumu gözetilmeksizin tüm bireyleri kapsar, tıbbi olarak gerekli tüm hastane ve hekim hizmetlerini içinde alır, kişinin çalışma durumundaki değişikliklerden etkilenmez.

Kanada da sağlık sigortası ulusal standartların izlendiği eyalet planları ile yürütülmektedir. Federal hükümet, eyaletlerin sağlık planlarına (toplam kamu sağlık harcamalarının %40-%50'si oranında) mali katkıda bulunur. Federal hükümetten mali destek alabilmek için, eyaletlerin sağlık planları şu beş ana kurala örtüşmek zorundadır:

- tüm (yasal olarak barınma/yerleşme hakkı olan) bireylerin kapsama alınması,
- tüm zorunlu tıbbi hizmetleri kapsaması,
- sigortalı olmuş tüm hizmetlere, hiçbir ek ödeme yapılmaksızın, herkes tarafından eşit biçimde ulaşılabilmemesi,
- yerleşim yerinin ya da işin değişmesi durumunda etkilenmemesi (portability) ve eyaletler arası uyumluluk,
- kâr amacı taşımayan bir kamu yönetimine sahip olması.

Eyalet yönetimleri (hükümetleri), federal kural ve düzenlemeler çerçevesinde, sağlığa ne kadar harcama yapılacağına, ulusal politikaların dışında kalan hizmetlerden hangisi ya da hangilerinin sigorta kapsamına alınacağına, sağlık planı ile ilgili harcamalardaki eyalet payının nasıl finanse edileceğine karar verir.

Doktorların ve hastanelerin tüm ödemeleri tek kaynaktan, eyalet sağlık bakanlığı tarafından yapılır. Sonuçta tüketiciden alınan primler, vergiler federal hükümet ve eyaletlerin yönetimlerinde toplanmaktadır. Bu kaynak, federal hükümetin sağ-

lık planlarını onayladığı eyaletlere aktarılmakta, eyaletin kendi finans kaynakları ile birleştirildikten sonra ödemeler tek elden, eyalet sağlık bakanlığı kanalıyla yapılmaktadır.

Hastanelerin harcamaları ise doktorların da temsil edildiği mütevelli heyetler (board) tarafından planlanmaktadır. bu harcama planları, eyalet yönetimlerinin kabul ettikleri çerçeve bütçeler (global budget) içinde gerçekleştirilir. Hastaneler yeni ya da ek harcamalar için eyalet sağlık bakanlığından onay almak zorundadırlar. Bu basamaklı yapı, sağlık harcamaları ile idari giderlerin artışı kontrol etmeyi hedeflemiştir.

Her hangi bir eyalette oturan tüm Kanada vatandaşları (ve yasal olarak oturma hakkı olan yabancılar) eyaletin sağlık planına katılmakla yükümlüdürler. Bireyler ya doğrudan ödeme yoluyla ya da işveren tarafından alınan vergilerle finansmana katılmaktadırlar. Mali durumları primlerini ödeyemeye elverişli olmayan bireyler ya da aileler tam ya da kısmi yardım olarak sigorta kapsamına girerler. 65 yaş üzerindeki bireyler sağlık hizmetlerinden prim ödemeksizin yararlanırlar.

KAPSAM

Sigorta, hastalık ve yaralanmaların tanı ve teşhisi, prenatal ve postnatal obstetrik bakım, laboratuvar ve radyodiagnostik işlemler, klinik patolojik incelemeler, hastane içi hizmetleri, cerrahi ve anestezi uygulamalarında kullanılan gereçler ile renal diyaliz ve hiperalemtasyon uygulamaları ile ilgili gereçler gibi hizmetlerden yararlanabilmeyi sağlamaktadır. Eyaletlere göre değişimle birlikte, mesleki rehabilitasyon, psikoterapi, odyolojik ve psikolojik servisler ile diş bakımlarını kapsayan uygulamalar da vardır.

KANADA ve BİRLEŞİK DEVLETLERİN KARŞILAŞTIRILMASI :

Kanada sağlık sistemi, özellikle, sistemsizlik sorununu yaşayan güney komşusu ABD kamuoyunda uzun süredir yoğun tartışmaların odağı olmuştur. ABD kaynaklı sağlık politikaları ve sağlık ekonomisi literatürü Kanada sağlık sistemi konusunda yapılmış araştırma ve incelemeler yönünden çok zengindir. Bu ülkelerin kimi verilerinin karşılaştırılması, kapitalist sistemlerde uygulama farklarını görebilmek yönünden ilgi çekicidir.

Gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki sağlık harcamaları payı 1990 yılında Kanada da %9.5, ABD'de 12.2 olarak gerçekleşmiştir. İki ülkenin "sağlık endüstrisine" ayırdığı kaynak miktarları arasındaki farkın yanı sıra, aynı yıl (1990) için kişi başına sağlık harcamaları arasında da büyük fark vardır (Kanada için \$1,989, ABD için \$2,566).

Kanada'da, 1987 yılında doktor sayısı 100,000 ki-

şiye 216 iken aynı yıl ABD'de bu sayı 234 olarak saptanmıştır. Kanada genel pratisyen hekim - uzman hekim oranını kabaca %50 oranında tutmayı başarmış, ancak, ABD'de genel pratisyen ve aile hekimi olarak çalışan doktorların toplama oranı yaklaşık olarak %15 civarında kalmıştır.

Yukarıda gösterilen bu büyük kaynak kullanım farklılığına karşılık sağlık göstergelerinde ABD, Kanada'ya göre çok gerilerde kalmaktadır. Örneğin, Kanada'lı kadın ve erkeklerin beklenen yaşam süresi ABD vatandaşlarına göre daha uzundur (1986 verileri, doğumda beklenen yaşam süresi, Kanada, erkek: 73.1 yıl, kadın: 79.9 yıl, ABD, erkek: 71.3 yıl, kadın: 78.3 yıl). Kanada'nın bebek ölüm hızı (BÖH) da ABD'den düşüktür. 1987 yılında Kanada da BÖH bin canlı doğumda 7.3, ABD'de ise bin canlı doğumda 10.1 olarak bulunmuştur.

Her iki ülkede de otuz yıldan bu yana GSMH'dan sağlığa ayrılan pay sürekli olarak artmış, ancak, Kanada daha yavaş bir "ortalama artış hızı" göstermiştir.

KANADA SAĞLIK SİSTEMİNİN SORUNLARI :

Sistemin yüzeydeki tıkanıklıkları, sağlık personelinin, özellikle hekimlerin dengesiz dağılımı, yüksek teknoloji gerektiren elektif uygulamalarda (acil olmayan kardiyak bypass operasyonları, manyetik rezonans görüntüleme sistemlerinin kullanımı, lens implantasyonları vb.) yığılım oluşması şeklinde sıralanmaktadır.

Eyalet yönetimleri ve federal hükümet bu tıkanıklıkları aşabilmek için, kimi yüksek teknoloji gerektiren uygulamaları Birleşik Devletlerden satın almak; kırsal alanda çalışan hekimlerden daha düşük vergi almak gibi palyatif çözümler üretmektedir.

Kanada sağlık sigortası için oluşturulan yönetim modeliyle harcamaları Birleşik Devletlere göre daha iyi kontrol altında tutabilmişse de sağlık harcamalarının sürekli artışı bir diğer değişle "medikal enflasyon" gerçek sorun olarak sistemin karşısında durmaktadır.

KAYNAKLAR

1. SWARTZ, D. (1993), "The Politics of Reform: Public Health Insurance in Canada", Int. J. Health Serv., V.23, (2), 219-238.
2. IGLEHART, J.K. (1986), "Canada's Health Care System", N. Engl. J. Med., 315:202-208, 778-784, 1623-1628.
3. General Accounting Office, (1991), "Canadian Health Insurance, Lessons for the United States: Report to the Chairman, Committee on Government Operations, House of Representatives." GAO Pub. No. GAO/HRD-91-90, B-244081, U.S. Government Printing Office.
4. BELEK, İ. (1994), Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, İstanbul, Sorun Yayınları.
5. MARMOR, T.R. (1993), "Commentary on Canadian Health Insurance: Lessons for the United States", Int. J. Health Serv., V: 23, 1:45-62.
6. COYTE, P.C. (1993), "More Myths and Misconceptions: A Reply to Comment on an Article", Int. J. Health Serv., V:23, 1:239-248.
7. STARR, P. (1982), The Social Transformation of American Medicine, Basic Books.