

DOSYA/DERLEME**KANADA SAĞLIK SİSTEMİ**

Ayhan ALPAR*

Kısa Genel Bilgi

Kanada, Kuzey Amerika kıtasının hemen tamamını kaplayan ve Rusya'dan sonra dünyanın ikinci büyük ülkesidir. Komşusu ABD'den daha fazla toprağı olmasına rağmen, 32 milyon nüfusu ile ABD'nin onda biri kadardır.

Kanada'ya kalabalık Avrupalı ziyaretleri, 16. ve 17. yy.larda Fransızların yerleşimi ile başlamıştır. 1763'te Yedi Yıl Savaşı'ndan sonra Kuzey Amerikan kolonisi Yeni Fransa, İngiltere Krallığı'nın egemenliğine geçmiştir. Amerika'nın bağımsızlığını ilan etmesinin ardından İngiltere Krallığı'na bağlı olanlar Kanada'ya yerleşmiştir. 1867'de İngiliz Kuzey Amerika Yasası'nın geçmesiyle yerel yönetim hakkına sahip bir konfederasyon oluşmuştur. 1969'da Kanada federal devletinin tümünde İngilizce ve Fransızca eşit kabul edilmesine ve ülkenin iki resmi dili olmasına karşın, 1980 ve 1995'te yapılan referandumlarda Fransızca konuşulan Quebec'te yaşayanların bir kısmı bağımsızlık kazanmaya çalışmıştır.

Parlamentar demokrasi ve anayasal monarşi ile yönetilen bir federasyon olan Kanada, daha özerk olan on eyalet ve daha az siyasi güce sahip üç bölgeye ayrılmıştır. Eyaletler sosyal programların çoğundan (örneğin, sağlık sistemi ve eğitim) sorumludur. Ceza kanunları federal hükümetin sorumluluğunda olan az sayıdaki alanlardan biridir.

Enerji üretimi bakımından kendine yeterli olan Kanada'nın doğu kıyısında ve batıdaki üç eyaletinde zengin doğalgaz yatakları ve diğer doğal kaynakları bulunmaktadır.

Kanada, Birleşmiş Milletler, İngiliz Milletler Topluluğu, La Francophonie, NATO, G8 ve APEC üyesidir.

1989'da Kanada-ABD Serbest Ticaret Antlaşması (FTA) ve 1994'teki Meksika'yı da içeren Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (NAFTA), ABD ile olan ticari ve ekonomik ilişkilerin artmasına neden olmuştur (**Vikipedi Özgür Ans., 2006**).

Kanada'da yerli nüfusu bir milyon civarındadır.

Sağlık Sistemi

Sanayileşmiş ülkeler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi en yüksek ve bebek ölüm hızı en düşük bir ülke olarak Kanada'nın bu başarısında sağlık sisteminin büyük rolü olduğu ileri sürülmektedir (**Canadian Health Care, 2004**).

"Medicare" olarak adlandırılan ulusal sağlık sigorta programında federal hükümet, on eyalet ve üç bölge sorumluluğu paylaşmaktadır. Sistemin ana hatları federal hükümet tarafından belirlenmekle birlikte, yönetim eyalet ve bölgelere aittir (**Health Canada, 2006**).

Kanada Sağlık Sözleşmesi (Canada Health Act-CHA), geçmişi 1950'lere uzanmakla birlikte, 1984'te kabul edilmiş, genel bütçeden finansmanı öngören federal yasadır (**Madore Odette, 2003**). Evrensellik, ulaşılabilirlik, taşınabilirlik (eyalet ve bölgeler arası), kapsamlılık ve kamu yönetimi gibi bir dizi ilkeye dayanan CHA, bazı istisnalar dışında -turist, ziyaretçi ve geçici yerleşimciler gibi- medikal özgeçmiş, gelir düzeyi veya yaşam standartlarına bakılmaksızın herkesi kapsamaktadır. CHA sağlık hizmeti kapsamında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri

*Dr., Radyoloji Uzmanı

yer almakta olup buna hastane ve hekim hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı cerrahi işlemleri de dahildir (Wilson, 2004; Giacomini, 2004; Canadian Health Care 2004; Health Canada, 2006).

Birinci basamakta çalışan hekimler Kanada sağlık sisteminin önde gelen sağlık çalışanlarıdır. Bu hekimler koruyucu sağlık hizmetlerini ve tıbbi tedavi yükünü omuzlamaktadır (Canadian Health Care, 2004).

Pratisyen hekim hizmetleri genellikle eyalet ve bölge sağlık sigorta planları tarafından belirlenmektedir. Rutin muayene için yalnızca sağlık kartı yeterli olmaktadır. Bu hizmet için doldurulması gerekli bir form veya cepten yapılacak bir ödemeye ihtiyaç yoktur. Hasta, hekim seçiminde özgürdür. Hekimlere hizmet başına ödeme yapılmaktadır (Canadian Health Care, 2004; Laporte, 2003).

Pratisyen hekim, hastasını mevcut olan yaklaşık 28.000 uzmandan birine sevk edebilmektedir. Hastaneler hem acil müdahale birimleri olarak hizmet görmekte hem de pratisyenlerin referans konumunda yer almaktadır (Canadian Health Care, 2004).

Hastane hizmetleri, yataklı tedavi, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar, radyolojik ve diğer tanısal işlemleri, cerrahi, yoğun bakım ve anestezi uygulamalarını, radyoterapi ve fizyoterapi hizmetleri ile ilaç tedavisini kapsamaktadır. Diş cerrahisi hizmetleri hastane bünyesindeki diş hekimleri tarafından yerine getirilmektedir (Health Canada, 2006).

Standart hizmetlere ek olarak eyaletler birbirlerinden farklı olarak başka ek hizmetler de sunabilmektedir (göz muayenesi, reçeteli ilaçlar vb.). Örneğin Alberta'da çocuk ve yaşlılar için yıllık göz muayenesi ücretsizken, 19-64 yaş arasındakiler için 55 dolar ücret talep edilmektedir. Halbuki Ontario'da 20-64 yaş grubu için göz muayenesi her iki yılda bir de olsa ücretsiz yapılmaktadır (Williamson, 2006).

Aşılama hizmetleri de federal, eyalet ve bölgesel düzeyde paylaşılan bir sorumluluk alanıdır. Eyalet ve bölgeler, aşı seçimi ve takvimini Ulusal İmmünizasyon Öneri Komitesi (National Advisory Committee on Immunization-NACI)'ne dayandırır. Uzun zamandır uygulanagelen aşılardan benzer bir takvim mevcut iken, özel bağışıklama programlarında eyalet ve bölgeler arasında önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin, kamu finansmanlı grip ve pnömokok aşı programları uygulanan risk gruplarına göre değişiklik göstermektedir.

Aşıların çoğu (2001/2'de toplam maliyetin %75'ten fazlası) tek tek eyalet ve bölgelerin aşı üreticilerinden doğrudan satın alımı ile sağlanmaktadır. Kalan %25'i de Kamu Çalışmaları ve Kanada Devlet Hizmetleri Bölümü (Public Works ve Government Services Canada) tarafından koordine edilen fonlardan sağlanmaktadır (PHAC, 2003).

Bütün bunların yanı sıra ülke genelinde çeşitli uzmanlık hizmetleri veren birçok özel klinik yer almaktadır (Canadian Health Care, 2004).

Sağlık Sisteminin Finansmanı

Kanada'da sağlık hizmet finansmanı hem federal düzeyde hem de eyalet düzeyinde sunulmaktadır. Finansman, kişi ve kurum düzeyinde alınan gelir vergilerinden sağlanmaktadır. Bazı eyaletlerde katma değer vergisi ve piyango gelirleri gibi ek kaynaklar da kullanılmaktadır.

Federal düzeyde fonlar eyalet ve bölgelere Kanada Sağlık ve Sosyal Transferi (Canadian Health and Social Transfer) eliyle tahsis edilmektedir. Transfer, vergi transferi ve nakit olarak yapılmakta olup 2002-2003 döneminde 35 milyar doları bulmuştur. Eyalet düzeyinde sosyal programlara ayrılan fonların 1/3 - 1/2'sini sağlık harcamaları oluşturmaktadır (Canadian Health Care, 2004).

Kanada GSMH'nin yaklaşık %10'unu sağlık harcamaları oluşturmaktadır. (ABD'de bu oran yaklaşık %14'tür.)

Kanada sağlık harcamaları 2005'te 142 milyar doları bulmuştur. 2005'te bütün sağlık harcamalarının %69.6'sı kamu kaynaklarından, %30.4'ü özel sektörden yapılmıştır.

Kişi başına düşen yıllık sağlık harcama miktarı yaklaşık 4400 dolardır (CIHI, 2006).

Yeni Eğilimler, "Reform" Süreci ve Özelleştirme

Kanada'da sağlık harcaması GSMH'sinin yaklaşık yüzde 10'una denk gelmekte olup, mevcut oran OECD ülkeleri arasında Güney Kore'den ABD'ye uzanan bir yelpazede orta sıralarda bir yer tutmaktadır.

Enflasyona bağlı artış hesaba katıldığında dahi sağlık harcamaları 1975'teki sağlık harcamalarına göre yaklaşık üç kat bir artış göstermiştir ve artma eğilimindedir. Kamu finansmanı ağırlıklı olmakla birlikte özel sektör harcamaları ve cepten ödemeler önemli bir yer tutmaktadır (2005'te %30.4). Sağlık harcamalarının artış nedenleri arasında enflasyon, artan nüfus ve yüksek maliyetli yeni teknolojiler gösterilmektedir. Dikkat çekici bir nokta, son beş yılda daha belirgin olmak üzere son 30 yılda özel sektördeki harcama artışının (%4.4/yıl) kamuya (%3.5/yıl) göre daha yüksek oluşudur. Kanada'nın sağlıkta özel sektöre ait harcama oranı, İspanya ve Avustralya ile benzer; İngiltere, Fransa, Almanya ve İsveç'ten daha yüksektir (CIHI, 2006).

2005 verilerine göre hastane (%30), ilaç (%17) ve hekim hizmetleri (%13) bedeli, toplam sağlık harcamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır. Ancak 1995-2005 arasında hastane ve hekimlik hizmetleri harcamaları sırasıyla yılda %5.2 ve %5.5 artarken halk sağlığı, ilaç, teknoloji harcamaları ve yönetim giderleri %9 veya üzerinde artmıştır. Son on yılda ileri teknoloji ve ilaç harcamaları en büyük iki kalemi oluşturmaktadır. 1990-2005 arasında manyetik rezonans (MR) sayısı 157 (%86) ve bilgisayarlı tomografi (BT) sayısı 163 (%82) artmıştır. Buna karşılık 1975-2005 arasında hastanelerin

toplam sağlık harcamaları içindeki payı %44.7'den %29.9'a gerilemiştir. SARS (akut solunum yetmezliği sendromu) salgını, kuş gribi salgını, su yoluyla bulaşan hastalıklarla ilgili vakalar vb. halk sağlığının önemini hatırlatmış ve halk sağlığına ayrılan payın artmasına neden olmuştur. 1975'te halk sağlığının toplam harcamalar içindeki payı %3.3 ve kamu harcamaları içindeki payı %4.4 iken, oranlar 2005'te %5.5 ve 7.9 olmuştur. Altı çizilmesi gereken bir nokta bu alandaki harcamaların tamamının kamu sektörü tarafından karşılanmakta oluşudur.

İlaç harcamaları içinde reçete edilen ilaç oranı son 30 yılda %72'den %83'e çıkmıştır. Reçeteli ilaçlarda özel sektörün payı yarıdan fazla olup (2003'te % 53), bunun da %36'sını cepten ödemeler oluşturmaktadır (CIHI, 2006).

Federal yasalara göre özel kliniklerin CHA kapsamındaki hizmetleri vermeleri yasak olmasına karşın, uygulamada bu yasak ihlal edilmekte hatta düşük bekleme süreleri özel kliniklerin lehine bir argüman olarak kullanılmaktadır. Özel klinik hizmet maliyetlerinin %80'i özel sigorta poliçeleri tarafından karşılanmaktadır (Canadian Health Care, 2004).

Son 20 yıl boyunca çeşitli düzeylerde sağlıkla ilgili öncelikler ve hedefler giderek daha fazla belirlenmekte ve ifade edilmektedir. Bunlar arasında mevcut sağlık sistemini, sosyal ve ekonomik çevreye atıf, pozitif ve destekleyici yaşam koşulları olumlu değerlendirmeler gibi görünmektedir (Williamson, 2003). Ancak 1990-1999 arasında Kanada "sağlık reformu" üzerine çeşitli dökümanları inceleyen niteliksel bir çalışmada verimlilik, sürdürülebilirlik, vergilendirme ile sosyal programların maliyet paylaşımı, kişisel sorumluluk gibi kavramların sosyal devlete ait değerlerin arasında kendilerine yer buldukları da dikkati çekmektedir (Giacomini, 2004).

1990'lar boyunca federal hükümetin eyaletlere finansal desteğini azaltması ile sağlık sistemi bir dizi değişim geçirmiş ve geçirmektedir. 1991'de Kanada halkının %60'ı sağlık sistemi mükemmel olarak nitelendirirken bu oran 2000'de %26'ya düşmüştür. Sağlık sisteminin ulaşılabilirlik ilkesi giderek daha fazla sorgulanmaktadır. Mendelsohn'un çalışması, ihtiyaç halinde sağlık hizmeti alamadığını ifade edenlerin oranının 1989'da %2'den 2001'de %15'e yükseldiğini göstermektedir (Wilson, 2004). Son yıllarda aşı temininde sorunlar bildirilmektedir (PHAC, 2003)¹.

Sağlık İnsangücü

Ülke genelinde 1.5 milyonun üzerinde kişi sağlık ve sosyal hizmetlerde görev almaktadır. Bu rakam, çalışan nüfusun yaklaşık 1/10'unu ifade etmektedir. Tıp ve hemşirelik sağlık çalışanlarının en büyük iki grubunu oluşturmaktadır.

Uzman ve pratisyen hemşireler sağlık çalışanlarının yarıya yakınına kapsamaktadır (CIHI, 2006).

Halihazırda Kanada'da yaklaşık 30.000 birinci basamak hekimi mevcut olup toplam hekimlerin yarıdan fazlasını oluşturmaktadır. Ayrıca 28.000 uzman hekim bulunmaktadır (Canadian Health Care, 2004).

2004 verilerine göre her 100.000 Kanadalı'ya 800'e yakın uzman hemşire, 200 kadar pratisyen hemşire ve bunun biraz üzerinde hekim hizmet sunmaktadır.

Kanada'ya her yıl çok sayıda sağlık insangücü göç etmektedir. Örneğin, 1970'lerde hekimlerin %30'u Kanada dışında eğitim almıştır. Bu oran 2002'de %22'dir.

Hemşirelerde başka bir ülkede eğitim görenlerin oranı daha azdır. 2003'te uzman hemşirelerin %7'si ve pratisyen hemşirelerin %2'si başka bir ülkede eğitimlerini tamamlamıştır.

Kanada hemşire nüfusu yaşanmaktadır. 1994'te uzman hemşire yaş ortalaması 41.4 iken 2004'te 44.6 olmuştur. Son on yılda yaşları 50-54 olan hemşirelerin oranı %6.5'e çıkmıştır. Bütün sağlık çalışanlarına bakıldığında ise ortalama yaş 1994'tekine göre %6 artışla 2003'te 41.6 olmuştur.

Araştırmalar, 2001 yılında çalışan hemşirelerin iyimser bir tahminle 65 yaşında emekli oldukları varsayıldığında 2006 yılında emeklilik ve ölümlere bağlı olarak hemşire sayısının %13 azalacağını göstermektedir (CIHI, 2006).

2004'te aile hekimlerinin %5'i, uzman hekimlerin %8'i iki yıl içinde emekliye ayrılmak istediklerini ifade etmiştir (CIHI, 2005).

Kanada son yıllarda bir beyin göçü problemi yaşamakta, hekim ve hemşireler mesleki kaygılar ile ABD'ye gitmektedir. Her yıl hekimlerin %1'lik bir oranı yurt dışına çıkmaktadır (CIHI, 2006).

1994-2003 arasında Kanadalıların %5'i kaydolacakları bir aile doktoru bulamadıklarını bildirmiştir (CIHI, 2005).

2004'te aile hekimlerinin %20'si yeni hasta kabul etmediklerini bildirmiştir. Kırsal bölgede görev yapan hekimlerde bu oran %38 iken, kentli hekimlerde %18'dir (CIHI, 2005). Bu da kırsal alanda daha fazla hekim ihtiyacı olduğunu gösteren bir veri olarak kabul edilmelidir.

1990'ların ortalarına doğru tıp fakültelerinden mezun olanların sayısı en düşük seviyeye geriledikten sonra yeniden yükselmeye başlamıştır (CIHI, 2006).

Eşitsizlikler Üzerine

Kapitalizmin eşitsizlikleri farklı düzeylerde sürekli ürettiği bilinmektedir. Aşağıda bahsedilecek sınırlı veriler bütünü ifade etmekten uzak olsa da, onu anlamada ipucu teşkil edecek örnekler olarak ele alınmalıdır.

2000'de Kanada'da ailelerin, en yüksek gelir düzeyine sahip %10'u 117.850 dolara sahipti. Bu rakam tüm

ailelerin toplam gelirinin %28'ini oluşturmaktaydı. 1990'da ise bu oran %26'dır. Aynı dönemde ailelerin en düşük gelir düzeyine sahip %10'u ise toplam gelirin yaklaşık %2'sine sahiptir (Statistics Canada, 2001).

Gelir dağılımındaki eşitsizliğin sağlık göstergelerindeki eşitsizliklere yansımalarının beslenme, barınma olanakları ve ekonomik kaygı, iş güvencesinin olmaması, iş koşullarına müdahale edememe gibi çeşitli stres faktörleri üzerinden gerçekleştirildiği düşünülebilir.

1986'dan beri enfeksiyon hastalıklarında düşük gelir gruplarındakileri daha fazla etkileyen bir artış gözlenmektedir. Yine 1971-1996 arasında düşük ve yüksek gelir grupları arasında var olan eşitsizlikte derinleşme dikkat çekicidir. Düşük gelir grubundakilerde sigara tiryakiliği (%30) yüksek gelir grubundakilere göre (%16) iki kata kadar fazladır (Frohlich, 2006).

1990'ların ortalarından itibaren düşük ve yüksek gelir gruplarının ağız-diş sağlığı hizmetleri almaları arasındaki eşitsizlik artmaktadır. Ayrıca düşük gelir grubundakiler servikal kanser taraması, göz muayenesi, doğum öncesi izlem gibi koruyucu sağlık hizmetlerini de daha az almaktadır (Williamson, 2006).

1990'da yerli halk arasında yapılan bir taramada 15 yaş üstü yerli nüfusun %28'inin yılın en az bir dönemi sosyal yardım aldığı ortaya koymuştur. Bu oran, %8.1 olan Kanada ortalamasının çarpıcı bir şekilde üzerindedir. Dahası yerli nüfusta işsizlik oranı %19.4 ile genel popülasyonun yaklaşık iki katıdır.

Yerli erkek nüfus için doğuştan beklenen yaşam süresi, genel Kanada nüfusunda ortalama 76 yıldır. Aynı rakamlar sırasıyla yerli kadın nüfus için 73.1, 77.7 ve genel ortalama için 81.5 olarak verilmektedir.

Kronik ve enfeksiyon hastalık prevalansında da eşitsizlikler mevcuttur. Yerli nüfusun (off-reserve) %60.1'i en az bir kronik hastalık tanımlarken, yerli olmayan nüfusta bu oran %49.6'dır. Genel popülasyona bakıldığında hane geliri düşük gruplarda kronik hastalık yüksek olanlara göre daha fazladır.

1999'da yerli nüfus arasında intihara bağlı ölüm hızı (27.9/100.000) kalan nüfusun hızının (13.2/100.000) iki katından fazladır.

Uygun olmayan ve yetersiz barınma koşulları Kanada'da ciddi sorun oluşturmaktadır. Birçok yerli grup temel sanitasyon altyapısından mahrumdur. Kalabalık haneler çeşitli enfeksiyon hastalıklarına daha açık olmaktadır. Örneğin, yerli nüfusta tüberküloz insidansı ulusal ortalamanın 10 katı kadardır (Frohlich, 2006).

Kanada'da çok sayıda eğitimli ve yetenekli göçmen, sicilleri devlet, işverenler ve Kanada Medikal Birliği gibi çeşitli profesyonel kurumlarca tanınmadığı için niteliक्स işlerde çalışmaktadır (Vikipedi Özgür Ans, 2006).

Bu eşitsizliklerin altında, kökleri tarihte daha gerilere uzanabilen baskı, ırkçılık ve ayrımcılığın önemli bir rolü olmakla birlikte, bugün bunları da kapitalist-emperyalist sistemin görüngüleri olarak kabul etmek gerekir.

Bir Parantez: Askeri Harcamalar

2. Dünya Savaşı sonunda Kanada dünyanın en büyük 3. donanması ve 4. hava kuvvetlerinin yanı sıra, en büyük gönüllü ordusuna sahipti. Soğuk Savaş'ın ilk yıllarında savunma harcamaları yüksek olmakla birlikte, 1960'ların sonları ve 1970'lerde düşmeye başlamıştır. 1990'lar boyunca bütçe kesintileri askeri personel, üs ve savaş gücünün azalmasına yol açmıştır. Askeri harcamalar 2003'te GSMH'nin %1.1'ine kadar gerilemiştir. Savunma federal hükümetin yetkisinde olup, 2004-2005 döneminde askeri harcamalar 13.9 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. Ancak askeri harcamalar artış eğiliminde olup, 2005'te federal bütçesinde Liberal Hükümet gelecek beş yıldaki birlik ve personel sayısını artırmak üzere ek olarak 12.8 milyar dolar ayırmıştır. 2006'da muhafazakarlar ise liberallerin bu politikasını onaylamakla kalmamış ve fazladan 5.3 milyar dolar ayırmışlardır. Son olarak 2006 Haziranında Savunma Bakanı Gordon O'Connor ordu modernizasyon ve genişletme planları doğrultusunda 17 milyar dolar tahsisatını açıklamıştır (Wikipedia, the free encyclopedia, 2006).

Sona Doğru

Tarihi, kültürel, coğrafi ve ekonomik bağlarla bir anlamda sırtını İngiltere, Fransa ve ABD'ye dayamış olan Kanada, merkezi bir kapitalist ülke olmasına karşın, askeri harcamalarının düşük olmasının da avantajıyla sosyal yönelimli bir ülke konumundadır. Yine de son yıllarda askeri harcamaları artmaktadır.

Halihazırda nispeten düşük askeri harcamalarına karşın, sağlık harcamaları ülkeler sıralamasının üst sıralarında değil ortalarında yer almaktadır. Daha fazla harcama yapan özel yönelimli ülkelere göre sağlık göstergelerinin daha iyi durumda olması kamucu sağlık sektörünün bir kazanımı iken, bu alana daha fazla pay ayırmakta zorlanması kapitalizmin sınırlarına işaret eden bir veri olarak kabul edilmelidir.

Ne kadar sosyal yönelimli olsa da kapitalist Kanada yeterli nitelikte insan gücü temininde güçlük çeken, eşitsizliklerin çeşitli düzeylerde süregeldiği, aşırı sıkıntısı yaşayabilen bir ülke konumundadır.

Kamu finansmanı ağırlıklı sağlık sisteminde özel sektörün payı giderek artmaktadır. Çeşitli sağlık göstergelerinin başarısında büyük pay sahibi olan mevcut sağlık sistemi son dönemlerde tartışılmakta ve özelleştirmeye dönük adımlar atılmaktadır. Aksi yönde bir çıkış yaşanmadıkça bunların olumsuz sonuçlarını orta vadede beklemek gerekir.

DİPNOT

1. Aşı temini sorunu 2000'den itibaren ABD'de de baş göstermiştir. 2001'de difteri, boğmaca, tetanoz, pnömokok, kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve suçiçeği gibi aşılarla eksiklik bildirilmiştir. Dünyanın en büyük askeri harcama miktarına sahip olan ve silah sıkıntısı çekmeyen ABD, aşı sıkıntısı çekmektedir

KAYNAKLAR

Canadian Health Care (2004) " Canadian Health Care", <http://www.canadian-healthcare.org/>

CIHI (2005), Canadian Institute for Health Information 2005, "Health Care in Canada", http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/hcic2005_e.pdf

CIHI (2006), Canadian Institute for Health Information 2006, " Health Care in Canada", http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/hcic2006_e.pdf

Frohlich K.L., Ross N., Richmond C. (2006), " Health disparities in Canada today:Some evidence and theoretical framework", *Health Policy*, 79: 132-143

Giacomini M. Et al. (2004), " The policy analysis of ' values talk': lessons from Canadian health reform", *Health Policy*, 67: 15-24

Health Canada (2006), " Canada's Health Care System: Medicare", http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index_e.html

Laporte A, Ferguson B. S. (2003), "Income inequality and mortality: time series evidence from Canada", *Health Policy*, 66: 107-117

Madore Odette (2003), "The Canada Health Act: Overview and Options", <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-e.htm#btheroletxt>

PHAC (2003), Public Health Agency of Canada 2003, "Final Report: National IMMunization Strategy", http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/nat_immunization_03/introduction.html

Statistics Canada (2001), "Canada-2001 Census", <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/inc/canada.cfm>

Wikipedi Özgür Ans. (2006), Kanada, <http://tr.wikipedia.org/wiki/Kanada>

Wikipedia, the free encyclopedia (2006), " Canadian Forces", http://en.wikipedia.org/wiki/Canadian_Forces

Williamson D. L. Et al. (2003), " Implementation of provincial/territorial health goals in Canada", *Health Policy*, 64: 173-191

Williamson D. L. Et al. (2006), "Low-income Canadians' experiences with healt-related services: Implications for health care reform", *Health Policy*, 76: 106-121

Wilson K., Rosenberg M. W. (2004), "Accessibility and the Canadian health care system: spuring perceptions and realities", *Health Policy*, 67: 137-148