

TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY KANADA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL



GYEMSZI

Gyógyszerészeti és Egészségügyi
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. július

Tartalom

Gazdasági-politikai környezet.....	2
Demográfia.....	2
Az egészségügyi rendszer jellemzői.....	2
Finanszírozás.....	3
Egészségügyi kiadások.....	3
Forrásgyűjtés.....	4
Forrásallokáció.....	4
Egészségügyi szolgáltatások.....	5
Alapellátás, járóbeteg-szakellátás.....	5
Fekvőbeteg-ellátás.....	5
Rehabilitáció és hosszú távú ellátás.....	6
Népegészségügy.....	6
Gyógyszerek.....	7
Minőségügy.....	7
e-egészségügy.....	8
Egészségügyi dolgozók.....	9
Egészségügyi reformok.....	9
Forrás.....	10

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság
Rendszerelemzési Főosztály

2014. július

Gazdasági-politikai környezet

Kanada a világ legfejlettebb országai közé tartozik, gazdasága természeti kincsekre, kereskedelemre és korszerű technológiára épül. A gazdaság legfontosabb területei a feldolgozóipar, a bányászat, a szolgáltatóipar, a fakitermelés és a kőolajipar. Legnagyobb kereskedelmi partnerei az Egyesült Államok, az Egyesült Királyság és Japán. Kanada gazdasága erősen kapcsolódik az Egyesült Államok gazdaságához, ezt két szabadkereskedelmi egyezmény is elősegítette (az 1989-es US-Canada Free Trade Agreement és az 1994-es North American Free Trade Agreement). A gazdasági válság kedvezőtlen hatással volt az országra – míg 2008-ban 46,9 milliárd kanadai dollár külkereskedelmi többlete volt, 2009-ben 4,8 milliárd dollár volt a hiánya, amely 2011-re 0,2 milliárd dollárra csökkent. 2009-ben a válság hatására a GDP 2,7 százalékkal csökkent, ezt követően újra növekedésnek indult (2010: 3,4 százalék, 2011: 2,5 százalék, 2012: 1,7 százalék) (World Bank, Database). 2013-ban a GDP növekedése 2 százalék volt. az egy főre jutó GDP 41 559 amerikai dollár volt PPP-ben kifejezve, a munkanélküliség 7,2 százalék, az éves inflációs ráta 1,5 százalék (OECD Statistics).

Kanada szövetségi állam, amely 10 tartományból és 3 területből áll (provinces and territories). Oroszország után területileg a világ második legnagyobb országa. Kanada államformája Westminster jellegű parlamentáris demokrácia az alkotmányos monarchia keretén belül, ahol az államfő személye a brit Erzsébet királynő. A királyi család közvetlenül nem vesz részt a kormányzásban, a hatalmat a kétkamarás parlament gyakorolja, élén a miniszterelnökkel. A képviselőház 308 tagból, a szenátus 105 tagból áll, akiket területi alapon választanak meg négyévenként. Jelenleg a miniszterelnök Stephen Harper, aki 2011-es újraválasztása után a Konzervatív Párttal kormányoz 166 fős parlamenti többséggel.

Demográfia

Kanada lakossága 2012-ben 34,83 millió volt, a népesség folyamatosan növekszik (WHO HFA). A termékenységi ráta 1,7 (2012), így a bevándorlás jelenti a népesség növekedésének fő forrását. A kanadai lakosság egészségi állapota kedvező. A születéskor várható élettartam 2012-ben 82 év volt – a nőknél 84, a férfiaknál 80 –, ami a legmagasabbak közé tartozik az iparosodott országokban. A halálozási ráta 2012-ben 1000 lakosra 52 volt. Az egészségi állapot másik fontos indikátora, a csecsemőhalandóság is kedvezően alakul – 2012-ben 5 halálozás volt ezer élveszületésre, ami az egyik legalacsonyabb a világon. A kanadai emberek jó egészségéhez hozzájárulnak a kedvező szociális, gazdasági és környezeti tényezők.

Az egészségügyi rendszer jellemzői

Kanada adóalapú, államilag finanszírozott egészségügyi rendszerének szervezése szövetségi, 10 tartományi és 3 területi szinten történik. Az 1966-ban létrehozott, Medicare néven ismert rendszer teljes fedezetet nyújt a lakosság számára. Az egészségügy irányítását országos szinten a *Health Canada* nevű szövetségi minisztérium végzi, tartományi és a területi szinten pedig az egészségügyi minisztériumok (Ministry of Health). A szolgáltatásokat a tartományi és a területi hatóságok térítésmentesen biztosítják, a hatóságok finanszírozó szerepet is betöltenek a szövetségi kormány pénzügyi támogatása mellett. A szövetségi pénzalapok elnyeréséhez a tartományoknak és a

területeknek meg kell felelniük a Kanadai Egészségügyi Törvényben (*Canada Health Act*) lefektetett kritériumoknak:

- állami irányítás
- átfogó jelleg
- egyetemesség
- mobilitás
- hozzáférhetőség.

Az irányítás és finanszírozás mellett a szövetségi kormány közvetlen egészségügyi szolgáltatásokban is részt vesz, pl. a rezervátumokban élő indián őslakosok, az eszkimó lakosság vagy a veteránok számára.

Az egészségügyi szolgáltatásainak nyújtása a tartományok és területek hatáskörébe tartozik. A tartományok és területek által nyújtott egészségügyi ellátásnak országos standardoknak kell megfelelnie és mindenfajta járulékos költségek nélkül kell tartalmaznia az orvosi és kórházi szolgáltatásokat. A tartományi és területi egészségügyi minisztériumok szerepe az egészségügyi ellátás tervezése, finanszírozása és értékelése, az egészségügyi szakemberek díjazásának megállapítása.

A tartományok és területek fedezetet nyújtanak bizonyos csoportok számára (idősek, gyermekek, szociális támogatásban részesülők) olyan egészségügyi szolgáltatások terén, amelyek nem finanszírozottak a közfinanszírozású egészségügyi rendszerben. Ezek a kiegészítő juttatások tartalmazhatnak vényköteles gyógyszereket, fogászati ellátást, gyógyászati segédeszközöket és más egészségügyi szolgáltatásokat, mint lábápolás és kiropraktika. A térítés szintje országszerte változó. A kiegészítő juttatásokra nem jogosultak maguk fizetnek ezekért a szolgáltatásokért, vagy magánbiztosítás révén fedezik a költségeket.

Kanada egészségügyi rendszere számos politikai vita tárgya. Többen megkérdőjelezik a jelenlegi rendszer hatékonyságát, és inkább az Egyesült Államokéhoz hasonló magánbiztosítási rendszer mellett állnának ki. Mások szerint viszont a privatizáció egyenlőtlenségekhez vezetne az egészségügyben, ahol csak a jobb módú emberek tudnának megfizetni bizonyos kezeléseket. Emellett az Egyesült Államokban a többfizetős rendszerből adódóan jóval magasabbak az adminisztratív költségek is, számos biztosítási termékkel, szabállyal és adminisztratív standarddal, amely nem jelenik meg egy egyfizetős rendszerben. A politikai vitáktól függetlenül a kanadai emberek általában nagy becsben tartják az egészségügyi rendszerüket. Az ország szociálpolitikai vívmányai közül a Medicare-t értékelik leginkább, és az egészségügyet a jó életminőség központi tényezőjének tekintik. Az állami egészségügyi rendszer előnyei közé sorolják az ellátás térítésmentességét, a kockázat megosztását a szélesebb lakosság körében, a teljes lefedettséget és az egészségügyi kiadások jobb ellenőrzését. A munkaerő produktivitásához a kanadai lakosság kiváló egészségi állapota is hozzájárul.

Finanszírozás

Egészségügyi kiadások

Kanadában az egészségügyre fordított kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2012-ben 10,9 százalékot tett ki (WHO Statistics - Health financing). Az egy főre jutó egészségügyi kiadások nagysága 2012-ben vásárlóerő paritáson 4021,6 amerikai dollár volt.

Az egészségügyi kiadások változatosságot mutatnak a tartományok és területek között. Ez részben olyan demográfiai tényezőknek tudható be, mint a lakosság kora, részben pedig az adott tartomány és terület által meghatározott orvosilag szükséges szolgáltatásokban fennálló különbségek miatt van. Az egészségügyi kiadásokra befolyást gyakorolhatnak egyéb tényezők is, pl. az, hogy mennyire alacsony számú vagy szétszórta a lakosság egy területen.

Forrásgyűjtés

Az összes kiadáson belül az állami kiadások aránya 2012-ben 71,3 százalék, a magánkiadások aránya 29,7 százalék. A magánkiadások 43,4 százaléka önkéntes magánbiztosítás, 53,7 százaléka out-of-pocket kifizetés. Néhány tartományban a munkavállalóknak egészségbiztosítási járulékot is kell fizetniük, ennek mértéke a jövedelem 0,2-2,0 százaléka között mozog, míg a munkáltatók részéről fizetendő járulék a bér maximum 4,5 százaléka lehet (WHO Statistics - Health financing).

Az állami egészségügyet általános adózásból finanszírozzák, melyet szövetségi, tartományi és területi adókból gyűjtenek be. Az államilag finanszírozott egészségügy a szolgáltatások költségeit egyenlően osztja meg az ország területén és a hátrányosabb régiókba pénzalapokat helyeznek át (Canada Health Transfer).

Forrásallokáció

Az elmúlt három évtizedben a kórházak és orvosok számára történő kifizetések csökkentek, míg a vényköteles gyógyszerek kiadásai nagyban növekedtek. Ennek ellenére a kórházi és orvosi kiadások még mindig az egészségügyi kiadások 43 százalékát képezik.

Az orvosok többsége vállalkozóként dolgozik, és szolgáltatás szerinti díjazásban (fee-for-részesül, bár a tartományok alkalmazhatnak alternatív fizetési módszereket is, mint fejkvóta vagy vegyes térítés (pl. fix fizetés és fee-for-service). Az utóbbi években elterjedtek az ösztönző bónusz fizetések.

Az alapellátás reformja tartalmazza a fizetési rendszer megváltoztatását is. A tartományi minisztériumok vizsgálják a fee-for-service, a fejkvóta és a vegyes finanszírozási rendszer előnyeit és hátrányait, és próbálnak teljesítmény ösztönzőket bevezetni. Pl. Ontario államban kísérletek folynak a teljesítmény szerinti finanszírozás terén, ahol az orvosok pénzügyi ösztönzésben részesülnek, hogy un. Family Health Teams csoportokban dolgozzanak. Az ilyen csoportmunka lehetővé teszi a házi orvosok számára, hogy egy praxis keretén belül együttműködjenek más szakterületek orvosával a krónikus betegségek kezelésében. Ebben a rendszerben az orvosokat vegyes finanszírozási modell szerint fizetik, amely tartalmaz fejkvótát, szolgáltatás szerinti díjazást, a megelőzésre irányuló célkitűzések teljesítéséért járó jutalmat és a szolgáltatások kibővítéséért nyújtott fizetéseket. Az Egészségügyi Minisztérium téríti az interdiszciplináris csoporttagok fizetését és pénzalapokat nyújt az elektronikus betegnyilvántartás fejlesztéséért.

Mivel Kanadában a kórházak a regionális egészségügyi hatóságokba integráltak, a szolgáltatás-vásárló és az ellátó nem különül el. A kórházak finanszírozása többnyire az előző év allokációján alapul az inflációhoz és a költségvetési növekedéshez igazítva. Néhány regionális egészségügyi hatóság azonban kísérletezik más finanszírozási formákkal, mint tevékenység vagy ösztönzés alapú modellek. A Case-mix-groupers (CMG) nevű esetátalányt többnyire igénybevételek menedzsmentre és az országos egészségügyi adatok összehasonlítására használják és nem a kórházi ellátás térítésére. A CMG hasonlít az amerikai DRG rendszerre, azzal a különbséggel, hogy míg a DRG-ben az esetek csoportosítása a kórházi felvételkor megállapított fő diagnózis szerint történik (principal diagnosis), addig a CMG-ben a csoportosítás a leginkább meghatározó diagnózis szerint történik (responsible

diagnosis). Vagyis a CMG azt a diagnózist képviseli, amelyik a hospitalizáció legnagyobb hányadáért felelős, és nem a kórházi felvétel diagnózisát.

Az orvosok kivételével az egészségügyi dolgozók fix fizetésben részesülnek. A legnagyobb csoportot az ápolók képezik, akiknek a bérét kollektív megállapodások alapján határozzák meg (szakszervezetek, tartomány szintű szervezetek).

Egészségügyi szolgáltatások

Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az egészségügyi ellátás igényének felmerülésekor a kanadai lakosok elsőként egy, az alapellátásban dolgozó szakembert keresnek fel, aki lehet háziorvos, ápoló, fizioterapeuta vagy gyógyszerész (gyakran egy csoportban praktizálók). Az első kapcsolódási pont lehet egy telefonos segélyvonal is. Az alapellátás az egészségügyi rendszer alapját képezi, egyrészt közvetlen ellátást nyújt a betegek számára, másrészt koordinálja az egészségügyi szolgáltatásokat, hogy biztosítva legyen az ellátás folyamatossága és könnyebb legyen a szakellátás igénybevétele. Az alapellátás a következőkre terjed ki: megelőzés, gyakori betegségek és sérülések kezelése, alapvető sürgősségi ellátás, beutalás és koordináció az ellátás más szintjeivel, alapvető mentális egészségügyi ellátás, palliatív és terminális ellátás, egészségfejlesztés, anyasági szolgáltatások és rehabilitáció.

Az alapellátás hagyományos modellje az egyéni családorvosok által nyújtott szolgáltatásokon alapul. A 70-es évektől kezdődően több kezdeményezés történt az alapellátás javítására, köztük a közösség alapú háziorvosi rendelők létrehozása Ontario és Quebec tartományokban. Az elmúlt évtizedben a tartományok újabb erőfeszítéseket tettek az alapellátás erősítésére. Pl. Ontarióban több alapellátási praxismodell teljesítményét is tesztelik. A modellek között található a közösségi egészségügyi központok, a családegészségügyi csoportok, a családegészségügyi hálózatok és a családegészségügyi szervezetek.

A szakellátást általában a kórházak járóbeteg osztályain nyújtják. Bár megfigyelhető a szakellátás specializált rendelőkben és orvospraxisokban történő nyújtására, még nem vált az ellátás uralkodó formájává, részben azért, mert a lakosság vonakodva fogadta a non-profit kórházaktól a for-profit rendelők irányába történő váltást.

Fekvőbeteg-ellátás

A kórházi ellátás nyújtása a tartományi és területi kormányok hatáskörébe tartozik. A szövetségi kormány a Kanadai Egészségügyi Törvényen keresztül határozza meg a kórházi ellátás országos irányelveit és standardjait.

Kanadában kórházakban történik majdnem minden másodlagos, terciális és sürgősségi ellátás, valamint a járóbeteg szakellátás nagy része. Megfigyelhető, hogy a terciális ellátást egyre inkább kisebb számú specializált kórházakban nyújtják, és az elektív sebészet és a magas szintű diagnosztika specializált klinikák felé terelődik.

Hagyományosan a kanadai kórházak szervezése és irányítása helyi szinten történik. A regionális egységbe tömörült tartományokban a kórházakat az ellátás szélesebb spektrumába integrálták a Regionális Egészségügyi Hatóság (RHA) közvetlen tulajdonjoga révén, vagy a vele való szerződéses kapcsolaton keresztül. Az RHA tulajdonú kórházak felső vezetői az RHA alkalmazottai. A non-profit egyházi vagy civil tulajdonú kórházak vezetése független az RHA-tól.

Kanadában csaknem minden aktív ellátást állami vagy non-profit magán kórházakban nyújtanak, bár néhány specializált szakellátás és magas szintű diagnosztika for-profit magánklinikákban is történhet.

A kórházi ágyak száma az 1960-as évek végétől kezdődően csökken. A kórházi felvételek száma is erősen csökkent az 1990-es évek közepétől. A kórházi ágyszám és a kórház felvételek csökkenése több tényezőnek tudható be, köztük a klinikai praxisban végbemenő változások, mint pl. az egynapos műtétek növekedése és új sebészeti technikák bevezetése. Mindezt költségvetési és kapacitásbeli nyomások is elősegítették.

Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

A kórházakban és specializált rehabilitációs intézményekben nyújtott fekvőbeteg rehabilitációs szolgáltatásokat orvosilag indokolt (térítésmentes) szolgáltatásoknak tekintik. Ezek a következőkre összpontosítanak: ortopédia, stroke, agyi diszfunkció, végtag amputáció és gerincsérülés. A szolgáltatások közel kétharmada (63 százalék) ortopédiai és stroke-ot követő rehabilitációból áll. A járóbeteg ellátásban a rehabilitáció rendelőkben vagy munkahelyeken érhető el fizioterapeuta vagy foglalkozásterapeuta közreműködésével.

Hosszú távú ellátást intézményekben vagy otthoni ellátás keretein belül nyújtanak, többnyire idős emberek számára. Az intézményekben nyújtott hosszú távú ellátás a csak támogató szolgáltatásokat tartalmazó bentlakásos ellátástól a 24 órás ápolói felügyelettel járó krónikus ellátó intézményekig terjed.

Mivel a hosszú távú ellátás az egészségügyi törvény értelmében nem tekinthető biztosítással járó szolgáltatásnak, a rá vonatkozó szabályok, támogatások és programok tartományonként és területenként változnak. A legtöbb csak bentlakást nyújtó ellátás magánfinanszírozással vehető igénybe, míg a krónikus ellátás többségét a tartományok és a területek fedezik.

A hosszú távú ellátó intézmények tartományonként különböző engedélyezési, minőségellenőrzési és akkreditációs rendszerrel működnek. Az intézmények tulajdonformáiban is nagy változatosság mutatkozik. Néhány tartományban a közfinanszírozással fenntartott hosszú távú ellátási ágyak főként for-profit intézményekben találhatóak (pl. Ontarióban 60 százalék). Más tartományokban az ilyen ágyak non-profit intézményekben működnek, vagy a tartományi kormány/regionális egészségügyi hatóság tulajdonában, vagy közösségi-felekezeti szervezetek tulajdonában vannak (pl. British Columbia 70 százalék).

A non-profit intézmények általában nagyobbak és több alkalmazottat foglalkoztatnak, az ápoltak komplexebb szükségletei és magasabb ellátási szintje miatt. Az intézményben nyújtott ellátás költséghatékony alternatíváját képezi az otthoni ellátás. Az államilag finanszírozott otthoni ellátás növekedése kimutathatóan csökkentette a kórházi szolgáltatások igénybevételét és növelte az egészségi állapot szubjektív megítélését.

Népegészségügy

Kanadában hat különálló népegészségügyi funkciót azonosítanak: a lakosság egészségének értékelése, egészségfejlesztés, a betegség/sérülés megelőzése és kontrollja, egészségvédelem, felügyelet, sürgősségi készenlét és járványügyi válaszadás. Ezeket a funkciókat a szövetségi és a tartományi kormányok látják el, melyek egy népegészségügyi vagy tiszti orvost jelölnek ki az adott körzet népegészségügyi feladatainak vezetésére. A tartományi egészségügyi minisztériumok népegészségügyi osztályokkal rendelkeznek a hat funkció ellátására. A legtöbbjük a legfontosabb területeken népegészségügyi programokat (egészségfejlesztés és betegségmegelőzés) működtet.

A szövetségi kormány is nyújt számos népegészségügyi szolgáltatást, többnyire a Kanadai Népegészségügyi Hivatalon (PHAC) keresztül, amely részben koordinálja a hat népegészségügyi funkciót. A PHAC felelős a betegség felügyeletért, benne a WHO és más nemzetközi szervezet felé történő jelentéssel. Szintén a PHAC felelős számos népegészségügyi program finanszírozásáért és irányításáért.

A Kanadai Népegészségügyi Szövetség (CPHA) önkéntes szervezetként a népegészségügy helyzetét hivatott javítani. Tartományi és területi hivatalaival a népegészségügy hatásainak nagyobb tudatosságát kívánja előmozdítani, és ösztönzi a népegészségügyi kutatást és oktatást.

A fertőző betegségek ellenőrzése többnyire a tartományi egészségügyi minisztériumok hatáskörébe tartozik, azonban az ilyen betegségek földrajzi hatókörzetének és gyors terjedésének következtében a szövetségi kormány is egyre nagyobb szerepet játszik. A védőoltás program szintén a tartományi egészségügyi minisztériumok felelőssége, amelyet a háziorvosok vagy a regionális népegészségügyi hivatalok végeznek. A rákszűrési programok finanszírozásáért és irányításáért szintén a tartományok felelősek.

Gyógyszerek

A *Canada Health Act* értelmében a kórházakban nyújtott mindenfajta gyógyszeres kezelés állami finanszírozásban részesül. A kórházon kívüli ellátás esetén a tartományi és területi kormányok felelősek gyógyszerjuttatási programjaik finanszírozásáért és igazgatásáért. A legtöbb kanadai lakos állami finanszírozáson és/vagy magánbiztosításon keresztül rendelkezik vényköteles gyógyszerfedezettel. A szövetségi, tartományi és területi kormányok különböző szintű fedezetet nyújtanak különböző jogosultsági követelményekkel, díjakkal és önköltségekkel. Az államilag térített gyógyszerjuttatási programok többnyire a rászorultakat fedik le kor, jövedelem és betegség alapján. 2004-ben a *10-Year Plan to Strengthen Health Care* nevű 10 éves tervet részeként megállapodtak az Országos Gyógyszer Stratégiában, miszerint a megfizethető gyógyszereknek minden állampolgár számára elérhetőnek kell lenni.

Az elmúlt években a gyógyszerköltségek az egészségügyi összkiadások egyre nagyobb hányadát teszik ki és nagyobb arányban növekednek, mint az egészségügyi kiadások bármelyik más része. 2011-ben az összes gyógyszerkiadás az egészségügyi összkiadás 16,6 százalékát tette ki (751,5 USD/fő) (OECD Statistics).

Minőségügy

A Kanadai Egészségügyi Információs Intézet (CIHI) gyűjti és dolgozza fel azokat az adatokat, amelyekből az egészségügyi szolgáltatások minőségmutatóit készítik.

A várakozási idők jelentik a minőség fő mutatóját mind a lakosság, mind az egészségügyi döntéshozók számára. A 2004-2014-es tízéves tervben a tartományi egészségügyi miniszterek a várakozási idők javításának öt prioritási területét határozták meg: rákbetegségek, szívbetegségek, ízületi protézisek, látás-helyreállítás és diagnosztikai képalkotás.

A miniszterek 2005-ben hat országos szinten alkalmazandó várakozási idő benchmarkot hoztak létre az öt prioritási területből négy specifikus tevékenységeire:

- Sugárterápia a rákbetegségek kezelésére négy héten belül
- Szív bypass műtét 2-26 héten belül sürgősségtől függően

- Szürkehályog műtét 16 héten belül
- Csípőprotézis 26 héten belül
- Csípőtörés műtétje 48 órán belül

A legtöbb tartomány teljesítette vagy megközelítette a sugárterápia és a szív bypass műtét benchmarkjait, azonban még messze vannak a csípőprotézis és a látás-helyreállítás várakozási idő benchmarkjainak teljesítésétől.

e-egészségügy

A rendszer szintű tervezés támogatása érdekében a tartományi kormányok egészségügyi informatikai infrastrukturális fejlesztéseket végeztek, hogy minden lakosról elektronikus betegnyilvántartást hozzanak létre. A tartományok és a területek felelősek az elektronikus információs rendszereik kialakításáért, melyet a Canada Health Infoway, a szövetségi kormány által finanszírozott non-profit szervezet támogat. Az egészségügyi információs technológia alkalmazása lassan terjedt az elmúlt években. Egy 2012-es nemzetközi felmérés szerint a háziorvosok 57 százaléka használt csak számítógépes beteglapokat (a tartományonkénti szórás 26 és 74 százalék között volt) (Commonwealth Fund, 2012).

Az elektronikus betegrekordok hat kötelező adatcsoportot tartalmaznak: ügyfél demográfia, szolgáltató demográfia, diagnosztikai képek, kiadott gyógyszerek, labor vizsgálati eredmények, védőoltás jelentései. A betegnyilvántartási rendszerek a kanadai lakosság 55 százalékáról érhetőek el.

A szövetségi jellegnek megfelelően Kanada több információs rendszerrel rendelkezik az egészségügyi adatok gyűjtésére, jelentésére és elemzésére. Tartományi szinten a kormányok részletes adatokat gyűjtenek. Szövetségi szinten a kanadai statisztikai hivatal (Statistics Canada) népesség szintű egészségügyi adatokat gyűjt az ötévenként végzett népszámlálás során és a nagy mintákkal dolgozó egészség-felmérések útján (pl. Canadian Community Health Survey, Canadian Health Measures Survey).

Kormányközi szinten a CIHI koordinálja az egészségügyi adatok gyűjtését és terjesztését, melyek nagy része a tartományok és területek által nyújtott adminisztratív adatokból áll. A CIHI szövetségi, tartományi és területi kormányokkal működik együtt az adatdefiníciók és minőségi standardok létrehozásában és fenntartásában, az ellátó szervezetekkel pedig az adatbázisok karbantartásában (beleértve az orvosi és kórházi elbocsátási adatbázisokat is).

A titoktartást szövetségi szinten négy törvény szabályozza. A személyes információ védelem és elektronikus dokumentumok törvénye (PIPEDA) azon személyes adatokra vonatkozik, amelyeket kereskedelmi tevékenység során gyűjtenek, használnak vagy tesznek közzé. A titoktartási törvény, a statisztikai törvény és az információhoz való hozzáférés törvénye az egészségügyi vagy más adatok gyűjtését és terjesztését is szabályozza. Tartományi és területi szinten általános törvények léteznek a titoktartás védelmére, bár néhány helyen található specifikus jogszabályok az egészségügyi információk védelmére, főképpen az elektronikus betegnyilvántartások megvalósítása kapcsán.

Kanada legsűrűbben lakott államában, Ontarióban van a világ egyik legnagyobb telemedicina hálózata, amelyhez minden kórház hozzáférhet számos más egészségügyi intézménnyel együtt. A telemedicina hálózat egészségügyi ellátást nyújt a távoli területeken élő emberek számára, és távoktatást végez.

Egészségügyi dolgozók

Kanadában az egészségügy a harmadik legnagyobb munkaadó a feldolgozóipar és a kiskereskedelem után. Az orvosok száma 2010-ben 69 648 volt, ennek több mint fele házi orvos (WHO HFA). Az orvosok többnyire egyéni vagy csoportpraxisban dolgoznak (nem állnak alkalmazásban). Az ápolókat elsősorban aktív ellátó intézményekben alkalmazzák, de nyújthatnak közösségi vagy otthoni egészségügyi ellátást és dolgozhatnak a népegészségügy területén is. Számuk 2011-ban 319 026 volt. A legtöbb fogorvos magánpraxisban dolgozik. A fogászat nem tartozik az államilag finanszírozott szolgáltatások közé, kivéve a kórházi szájsebészetet.

Egészségügyi reformok

Fennállása óta Kanada egészségügyi rendszere módosításokon és alapvető reformokon ment keresztül. A változások azonban nem befolyásolták az igazságosság és egyenlőség alapelveit.

Az utóbbi években a kanadai egészségügyi rendszert több probléma terheli: költségvetési korlátok, a lakosság öregedése, az új technológiák magas költsége stb. A közfinanszírozású egészségügyi ellátás indulása óta az egészségügyi szolgáltatások változtak, és elmozdultak a kórházaktól az alapellátás és közösségi egészségügyi ellátás irányába. Az aktív kórházi ágyak száma 1995-től csökkent. Egyre több eljárást ambulánsan végeznek és egyre több az egynapos műtétek száma. Ezzel együtt megnövekedtek az aktív kórházi ellátás utáni otthoni vagy közösségi környezetben nyújtott szolgáltatások.

Más reformok az alapellátás javítására összpontosítottak. Ezek közé tartozik a nap 24 órájában elérhető közösségi házi orvosi rendelők létesítése, az alapellátó csoportok létrehozása, nagyobb hangsúly az egészség fejlesztésére, a betegség megelőzésére és a krónikus betegségek menedzselésére, az átfogó egészségügyi szolgáltatások koordinációjának és integrációjának növelése, az alapellátást nyújtó személyzet munkakörülményeinek javítása.

A XXI. század első egészségügyi reformtörekvése részeként 2001-ben Kanada miniszterelnöke egy bizottságot hozott létre Roy J. Romanow vezetésével (*Commission on the Future of the Health Care in Canada*), azzal a feladattal, hogy megvizsgálja Kanada egészségügyének jövőjét. A 2002-ben kiadott "Romanow jelentés" a vizsgálat eredményeit tartalmazza és 47 ajánlásban foglalja össze a jövőbeli teendőket. A jelentés javaslatai a következőkben foglalhatók össze:

- egészségügyi tanács megbízása a tartományi, területi főhatóságok és a szövetségi kormány együttműködésének irányítására, koordinálására,
- a legfontosabb feladatokra kijelölt alapok elkülönítése (távoli területek integrálása, az alapellátás, a diagnosztikai szolgáltatások, az otthoni ápolás, gyógyszerellátás fejlesztése, a várólisták megszüntetése),
- jól működő információs rendszer létrehozása – biztonságos működésű, személyes elektronikus egészségügyi adatok rendszerének kiépítése és sokirányú felhasználása az egészségügyi ellátórendszer, a technológiák hatékonyságának, eredményességének folyamatos elemzésére.

A jelentést követően 2003-ban született miniszteri megállapodás (*Accord on Health Care Renewal*), amely szerkezeti változásokat kívánt végrehajtani az egészségügyi rendszerben a hozzáférés, a minőség és a hosszú távú fenntarthatóság támogatására. A reformok a következőkre terjedtek ki:

- az alapellátás gyorsított megújítása
- a rövid idejű otthoni ellátás fedezete
- a magas költségű vényköteles gyógyszerek fedezete
- a diagnosztikai és orvosi műszerek jobb elérhetősége
- a kormányzatok megfelelőbb elszámoltathatósága.

2003-ban létrehozták a Health Council of Canada-t, amely feladata a szövetségi, tartományi és területi kormányokkal, valamint az egészségügyi szakemberekkel, vezetőkkel és érdekeltekkel való együttműködés volt az egészségügyi reform elősegítésére és a kormányok közötti megállapodások monitorozására.

Az egészségügyi ellátás fejlesztésének tízéves tervzetét 2004-ben jelentették be (*A 10-Year Plan to Strengthen Health Care, 2004-2014*). A tízéves terv garantálta, hogy a szövetségi kormány 2014-ig évi 6 százalékkal növeli a tartományok egészségügyi finanszírozását (Canada Health Transfer). A hátrányosabb helyzetű régiók kiegyenlítő pénzügyi támogatásokban is részesültek. A bőkezű támogatás ellentételezésére a tartományi és területi kormányok elfogadták a terv főbb szakpolitikai prioritásait a várakozási idők, alapellátás, otthoni ellátás és gyógyszerpolitika területein.

A prioritások teljesítésében vegyes eredmények születtek. A várakozási idők célkitűzéseit lehetővé tevő reformok nem váltak teljesen valóra. Az alapellátás terén észlelhető javulás, a korábban egyéni házi orvosok háromnegyede már multidiszciplináris csoportpraxisokban működik. Az otthoni ellátásban a tartományi kormányok három szolgáltatási területen nyújtanak fedezetet: két hét aktív otthoni ellátás a kórházi elbocsátás után, két hét akut otthoni mentális egészségügyi ellátás és életvégi otthoni ellátás. A gyógyszerpolitika területén az Országos Gyógyszer Stratégia érdeklődés hiányában nem jött létre – ezt tekintik a tízéves terv egyik látványos kudarcának. Bár néhány tartományban bevezettek katasztrófa gyógyszerfedezetet, gyakran ez az idős lakosok fedezetének rovására történt, és összességében nem történt javulás a pénzügyi védelemben. A tízéves terv 2014-es befejeztével a Health Council of Canada megbízása is megszűnt.

A tízéves terv utáni időszakban az egészségügy finanszírozásában megszűnik a szövetségi kormány által nyújtott regionális kiegyenlítő komponens, amely a hátrányosabb tartományokat részesíti nagyobb pénzügyi támogatásban. 2014-től a szövetségi pénzügyi utalások csak lakosságszám alapján történnek a tartományok számára. Ezek éves növekedésében 2017-ig még tartják a 6 százalékos ütemet, 2017 után viszont a nominális GDP növekedés 3 éves mozgó átlagához igazítják a pénzügyi támogatások emelkedését, a kiadások minimum 3 százalékos éves növekedésének garanciájával. A pénzügyi allokációk egy főre jutó azonos arányával minden kanadai egyenlő kezelését akarják megvalósítani, bárhol éljen is az országban.

Forrás

- Acute Care Grouping Methodologies: From Diagnosis Related Groups: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Acute_Care_Grouping_Methodologies2004_e.pdf
- Canada Health Act Annual Report 2012-2013: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2013-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php>
- Canada's Health Care System: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-eng.php>
- Canadian Health Care: <http://www.canadian-healthcare.org>

-
- Canada Health Transfer: <http://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-eng.asp>
 - Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2012
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Nov/1717_Thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf
 - Hernández-Quevedo, Cristina et al.: Paying For Integrated Care: An Overview. Eurohealth Vol. 19, No. 2, 2013: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf
 - OECD Statistics: <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics>
 - Pan American Health Organization, Canada: <http://new.paho.org/can>
 - Prescription Drug Coverage in Canada: <http://www.drugcoverage.ca>
 - Romanow, R.J.: Building on Values: The Future of Health Care in Canada: <http://publications.gc.ca/pub?id=237274&sl=0>
 - WHO Canada: <http://www.who.int/countries/can/en>
 - WHO Health Systems in Transition, Canada 2013: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf
 - WHO Statistics: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1?lang=en>