



Health
Canada Santé
Canada



加拿大医疗保健制度

Canada



我们的职责是维护
和促进加拿大人民的健康。

加拿大卫生部

卫生部长授权发行。

本手册也有法文版本：
Également disponible en français sous le titre :
Le système des soins de santé du Canada

这本小册子可根据用户要求制成磁盘、
大字印刷材料、录音盒带和盲文。

©加拿大联邦政府版权所有,2005年

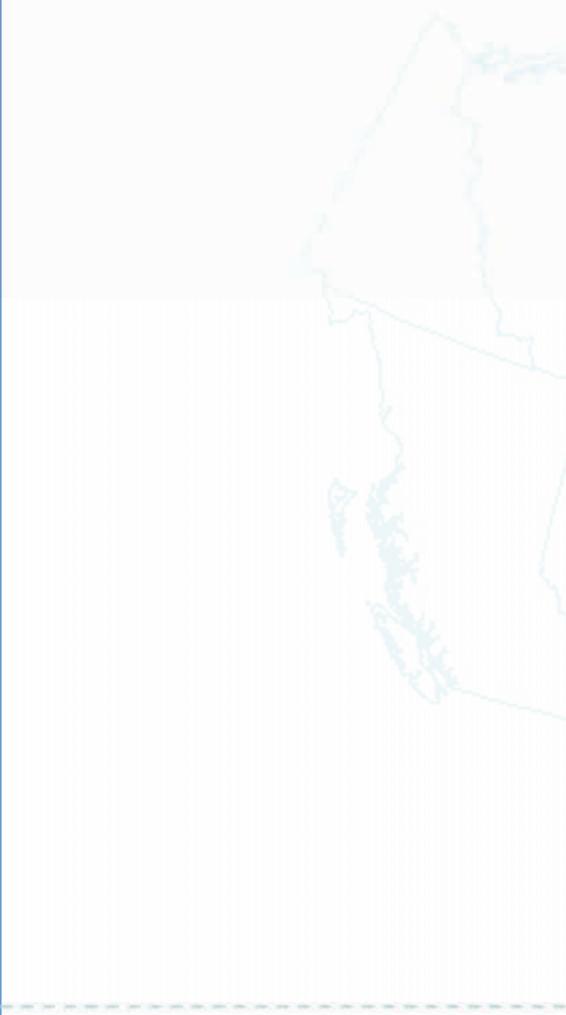
HC Pub.: 5912
Cat.: H21-261/2005Ch
ISBN: 0-662-02904-6

目录

医疗保健服务是如何提供的.....	1
初期阶段(初级医疗保健服务).....	2
第二阶段(二级服务).....	3
其它(补充)服务	4
医疗保健的趋势、变化.....	4
 政府的角色	5
联邦政府.....	6
省和特区政府.....	7
 医疗支出	8
加拿大人的健康状况	9
 背景	10
政治、经济和社会体制	10
加拿大医疗保健制度的演变.....	10
 关于我们制度的评论	12
年表.....	I
参考文献.....	VII
在线资料.....	IX

简介

加拿大的公费医疗保健制度处于不断的变化中,在过去四十年历经多次修改,以后将会随着医药和社会发展的需要,将持续给予修改。但是它的基本原则并没有变化,就是为全体国民提供必要的医疗保健服务,这种服务基于国民的需要,而不是支付的能力。



医疗保健服务是如何提供的

加拿大的公费医疗保健制度可以称为全国十个省和三个特区医疗保险计划的完整体系。这种制度,加拿大人称它为「国家医疗保险计划」,为所有人提供各种必要的住院和门诊服务。各省或各特区政府免费管理和提供这些服务,并且在联邦政府的资助下,负担医疗服务的费用支出。

为得到联邦政府的全额医疗拨款,各省、各特区医疗保险计划必须符合「加拿大卫生法」规定的五项原则—全面性、普及性、便利性、容易接近性和公共管理性。除了制订和执行「加拿大卫生法」提供经费外,联邦政府还提供特殊群体(如:生活在保留地区的原住民和因纽特人;加拿大军队和加拿大皇家骑警的现役人员,以及符合条件的退伍军人)直接的医疗服务。许多其它组织和群体,包括医疗行业协会和鉴定机构、教育、研究以及

自愿组织,也为加拿大的医疗保健事业做出了贡献。

原住居民的医疗服务由联邦、省和特区政府、以及原住民组织共同负责,也共同分担公共卫生的责任。联邦政府的加拿大公共卫生部主要负责疾病的预防控制和传染病的紧急应变;但是,公共卫生服务则由省、特区和地方政府提供。



如果问一个加拿大人,加拿大独具特色的特征是什么。无论这个人来自哪里,他/她总会提及加拿大全民普及的公费医疗保健制度。医疗保障常常被看成是我们社会的一个核心价值。

克莱特:“了解加拿大医疗保障制度”

2000, 第2页



初期阶段(初级医疗保健服务)

当加拿大人需要医疗保健服务时,通常跟基层的专业医护人员联系,可能是家庭医生、护士、护理医生、理疗师或药剂师等,他们往往在一个由专业的医护人员组成的团队里工作。在跟医疗保健机构取得联系后,立即得到的服务称为初级医疗保健服务,它是整个医疗保健体系的基本服务。

总的来说,初级医疗保健服务有两个作用。首先,它提供直接需要的医疗保健服务。其次,它协调病人所需要的医疗保健服务,在病人需要更专业服务的时候(如专家治疗或住院治疗),确保病人可以继续得到治疗,保证医疗保健体系的畅通。

初级医疗服务通常是对普通疾病和伤情的预防治疗;基本急救服务;把病人转到其它医疗机构或跟其

它医疗机构的协调,如医院或专家护理、初级精神健康护理、缓痛护理和临终护理、健康促进、儿童健康成长、孕妇的基本护理,以及康复治疗服务。

私人医生的报酬一般根据服务价格表上标明的费用来计算。价格表是由每个省、特区政府和当地的医疗协会协商达成。其它情况下的医护人员,如在诊所和社区医疗中心工作或群体就业,则采用另外一种薪酬制度,如工资制,或混合报酬制。护士和其它医护人员一般采用工资制,其工资标准决定于工会和雇主的协商。

病人如有必要,将会被转诊给专科医生继续服务(医学专家、专职医疗服务、住院、诊断检验、处方药治疗等)

卫生保健的人力资源

在加拿大约有160万人从事医疗保健和社会服务。他们当中除了医生、护士,还包括其它相关的专业人员。卫生保健事业是加拿大第三大产业,它提供的工作机会仅次于制造业和零售业。

提供医疗保健服务的人可能受专业学会或其它团体的管理,也可能不受任何机构管理;可能加入工会,也可能不加入工会;可能受雇于人,也可能属于自雇或自愿人员。

* 这一行业统计资料包括卫生行业的所有雇员,包括办公室文员和清洁工人等在卫生行业从事辅助性工作的人,而不仅仅指专业医护人员。该资料来自加拿大统计局的《就业、工资和工时调查》,调查把卫生行业的自雇者(自己拥有、自己开业的人)排除在外。卫生产业可以用“北美产业划分系统”的几种方式来定义;但无论使用哪一种定义,卫生业在加拿大都是第三大雇主,仅次于制造业和零售业。来自加拿大统计局《劳动调查》的资料把自雇者包括在内,但调查结果仍然相同。



第二阶段(二级服务)

病人可能被转诊到医院、长期护理机构或社区接受专门护理。加拿大的大多数医院由社区理事会、自愿者组织或市政府等运作。付给医院的费用,采取跟省、特区卫生厅,特区卫生医疗单位或理事会协商达成的年度总预算方式。

医疗保健服务也可以在家中或在社区里提供短期护理,或者由医疗机构提供长期或慢性病护理。大多数情况下,这些服务没有包括在「加拿大卫生法」内。但是,所有省、特区都会提供,支付某些家庭护理服务。有关这类计划的法规,因为服务范围不同而有区别。

医生、医院、社区机构、家庭和住院医生都可以转荐病人。有关机构将对病人的需要进行评估,协调,并提供连续或全面的护理服务。护理服务可分为正式、非正式(通常为家庭护理)或由自愿护理人员提供。

短期护理,通常指特殊护理、家务助理服务和成人日托,是提供给那些失去部分或全部生活自理能力的人。大多数情况下,在长期医疗机构里,医疗保健服务费用由省、特区政府支付,食宿费用由个人负担;在某些情况下,省、特区政府会为这些费用提供补贴。

如果退伍军人所在的省、特区没有提供他们家庭护理服务,联邦政府的加拿大退伍军人部则会为这些退伍军人提供这类服务。同样,联邦政府也为居住在保留地的原住民和某些社区的因纽特人提供家庭护理服务。

缓痛护理在不同的环境里提供服务,如医院、长期护理机构、临终关怀院、社区或家里。对临终病人的缓痛护理服务包括药物、情感安抚、疼痛跟症状处理、社区协助和计划、丧亲慰问等。

大多数医生独立执业或综合执业,但都不受政府雇用。一些在社区医疗中心工作,或在综合医院执业,或组成初级医疗保健团队,或跟医院的门诊部建立业务关系。

护士主要受雇于医院。但他们也提供社区医疗保健服务,包括家庭护理和公共卫生服务。

大多数牙医独立执业。一般来说,他们的服务不包括在公费医疗中,除非是住院病人需做牙科手术。

其它的医疗专业人员包括:验光师;实验室和医疗技术人员;治疗师;语言病理学家和听力学家;心理学家;药剂师;公共卫生检查员,等等。



其它(补充)服务

各省、特区还提供某些群体(例如老人、儿童、社会救济对象)公费医疗保健制度通常无法概括的医疗服务。这些补充的医疗福利,包括处方药剂、牙齿护理、眼睛护理、医疗设备和器材(义肢、轮椅等)、帮助独立生活,以及其它医护人员(如足科医生、脊椎推拿医师)等提供的服务,各种服务的范围因各地而不同。

如果病人的资格不符合政府的补充服务,则需要自己支付费用,或另外购买健康保险给付。许多加拿大人都购买健康保险,保险费有的由雇主提供,也有个人自己购买,健康保险给付额度,决定于所购买的保险计划。

医疗保健的趋势、变化

近年来,加拿大医疗保健制度已面临着压力。主要的原因是,服务方式产生了变化、政府财政拨款缩紧、婴儿潮已经进入老年期、

新技术成本增高等,这些因素将会继续影响加拿大的医疗保健制度。

自从加拿大开始公费医疗制度以来,医疗服务和服务方式已经从依赖医院和医生的方式,转向诊所、初级医疗中心或社区医疗中心的护理和家庭护理方式;使用医疗设备和药物的治疗并介入推广公共卫生的方式。

1995到2000年间,急诊医院和急诊医院床位的数目都有降低的现象。由于医学的进步,门诊的范围扩大,日间手术量增加,又如医院合并的改革、住院时间减少等因素,家里和社区提供的急诊后续治疗或医院替代服务增加,在这段时间,加拿大人入住急诊医院的天数下降了10%。

当我们在40年前开始医疗保险争论时,医疗保健中的「需要治疗」可以用两个词概括:医院和医生。今天,医院和医生服务在整个医疗保险制度总费用中的额度不足50%。换言之,实现医疗保健的发展进步了。

加拿大医疗保健委员会,
“开拓未来”,2002,第2页

其它的改革则集中在提供初级医疗保健服务方面,包括设立更多的社区初级医疗中心,提供二十四小时服务;成立初级医疗团队;更加重视促进健康、预防疾病和事故伤害、慢性病治疗;更好的协调和整合综合医疗服务;提供初级医疗者完善的工作环境等。



初级医疗团队包括家庭医生、护士、护理医生和其它的医护专业人员,他们提供并协调各种的初级医疗保健服务。在这些医疗团队中,专业人员的组织会因为所服务的社区需要,或各省、特区优先考虑的事项不同而有所区别。这种团队的方法,加上设立医疗电话呼叫中心,让人们可以随时,尤其在下班时间后,获得初级医疗保健服务,减少急救单位的使用。

许多省、特区通过医疗服务决策权给地方委员会而达到控制成本、改善服务的目的。这些地方机构的管理人员经由选举或指定产生,他们监督当地的医院、私人疗养院、家庭护理和公共卫生服务。

政府的角色

加拿大医疗保健制度的组织绝大部分是依据加拿大宪法制定的,宪法明确了联邦政府和省、特区政府之间的角色和责任。关于提供卫生和其它社会服

务,省、特区政府承担大部分责任。联邦政府也负责为某些群体提供一些直接的服务。

公费医疗的资金来自联邦、省和特区的税收,比如个人所得税、公司税、销售税、薪金税收及其它收入。在卑诗省、亚博达省和安大略省,人们需要交纳医疗保险费,但不支付保险费,这并不意味着被排斥在必要的医疗服务之外。

公费医疗大大增强了加拿大企业的竞争。公费医疗由全国公平地分摊医疗服务的成本。此外,通过税收体系来为筹资,医疗保险节省了成本,因为这样就不再需要另一套单独的收费标准。

医疗保健制度只是公共卫生的一部分。公共卫生还包括环境卫生、传染病和有关的教育。这方面的责任由三级政府,即联邦、省、特区和地方或市政府,共同承担。当然,如前所述,这些服务都由省、特区和地方政府提供。

毫无疑问,1965年皇家委员会最为重要的结论就是:加拿大人民实现目标的最佳途径是通过公共部门实施的普及性计划,用联邦一般收入充实十二个省、特区的医疗保险经费;而不是通过对数以百万计的加拿大个人和家庭户主进行经济情况调查后再对其购买自愿保险或商业保险进行补贴。

加拿大。加拿大代国家-省级医疗卫生计划,1980,第5页



联邦政府

联邦政府有关国民卫生医疗保健制度依据「加拿大卫生法」来制定、适于全国通用的原则并为各省、特区提供财力支持。另外,它还有几个其它作用,包括直接向某些群体提供初级和补充服务;制定公共卫生计划预防疾病、促进健康、教育公众在做选择决定时要考虑对健康的影响;保护公众健康(食品安全和营养,有关药品、医疗器材、消费品和病虫害控制产品的规定);资助有关的研究和信息活动。

「加拿大卫生法」为各类医疗保险计划制定了准则。各省、特区只有符合这些原则和标准,才能获得联邦政府对医疗的全额拨款。「加拿大卫生法」列出了五个基本原则,规定医疗计划必须适用于所有加拿大的合法居民;涵盖全面;无经费困难和其它任何障碍;在国内或国外旅行期间皆有效;由公共部门执行。

联邦政府通过「加拿大医疗拨款」向各省、特区拨出用于医疗保健的现金和税收。为解决公费服务的成本,包括医疗保健的成本,联邦政府也帮助财务欠缺的省份填补资金,向各特区提供财力支援。

大约有一百万人直接从联邦政府获得初级和补充医疗服务。相关的群体包括,居住在保留地的原住民和因纽特人;加拿大军队和加拿大皇家骑警现役人员;符合条件的退伍军人;联邦教养所里的犯人;申请难民保护的人。

给原住民和因纽特人提供的直接服务,包括在偏远的保留地提供初级医疗服务和急救服务,因为那些地方很难有省、特区级的服务;给保留地和因纽特人社区提供以社区为单位的医疗计划;给原住民和因纽

「加拿大卫生法」

规定的五大原则:

公共管理:省、特区计划必须由一个公共部门以非赢利的形式管理,运作,该公共部门对省或特区政府负责。

全面性:省、特区计划必须对所有必要的医疗服务进行保险,这些服务由医院、医护人员和在医院里工作的牙医提供。

普及性:省、特区计划必须让所有被保险的人在统一的条件下享受医疗保险。

容易接近性:省、特区计划必须向所有被保险的人提供合理的管道接受必要的医院和医生服务,无经费困难或其它任何障碍。

便利性:省、特区计划必须涵盖所有被保险的人,即使他们搬到加拿大境内的其它省或特区,或当他们到国外旅行时。各省、特区对在加拿大境外提供的服务内容,涵盖有些限制,因此可能要求对它们所辖区域之外提供的非急救服务取得事先同意。



特人提供非保险的医疗福利计划(药品、牙医和辅助性的医疗服务),无论他们住在加拿大的什么地方。一般的社区保健护士和护理站、保健中心、住院治疗中心、医院和原住民儿童的保留地都提供这些服务。联邦和省政府

正加紧配合把这些服务纳入省、特区级的体系内。

联邦政府也负责健康保护和管理(例如关于药品、食物和医疗器材的管理)、消费者安全以及疾病的控制和预防,并且为促进健康和健康研究提供支持。另外,联邦政府还提供和医疗有关的税收措施,如医疗、残废、护理和病患家庭成员(除户主外)的费用等,可享有一定的减税额;公立医疗机构享有退税;自雇者私人医疗保险费可扣减。

省和特区政府

加拿大大部分的医疗保健服务都是由省、特区实际执行和提供的。当然,所有的省、特区级医疗保险计划都必须符合「加拿大卫生法」规定的全国适用的原则。每一个省、特区医疗保险计划都包括医疗上认为必要的医院和医生服务,这些服务免费提供,没有可扣除的额度、共同付费或金额上的限制。省、特区政府资助这些服务,同时也获得联邦现金和税收的拨款。

省、特区政府在医疗保健制度的功能,包括实施医疗保险计划;规划、支付和评估医院治疗、医师治疗、综合医疗保健、以及医院和公共卫生中的处方药剂治疗;协商专业医务人员的收费标准。大多数省、特区政府向某些群体(例如:低收入居民和老人)提供补充福利,如持处方购药

购买药剂的费用、救护车费用和听力、视力及牙齿护理,这些都不包含在「加拿大卫生法」当中。虽然各省、特区向某些群体提供这些附加福利,补充的医疗服务大体上是个人付费。个人和家庭如果不符台这些福利的条件,可能就得自己付费,或加入工作单位的群体保险计划,或者购买商业保险。根据大多数省、特区的法律,商业保险公司不得提供与公费医疗计划重复的保险业务,但是它们可以在补充医疗保险市场上竞争。

另外,每个省、特区还有专门处理个人职工补偿的机构,由雇主们出资设立,为受伤的工人提供服务。



医疗支出

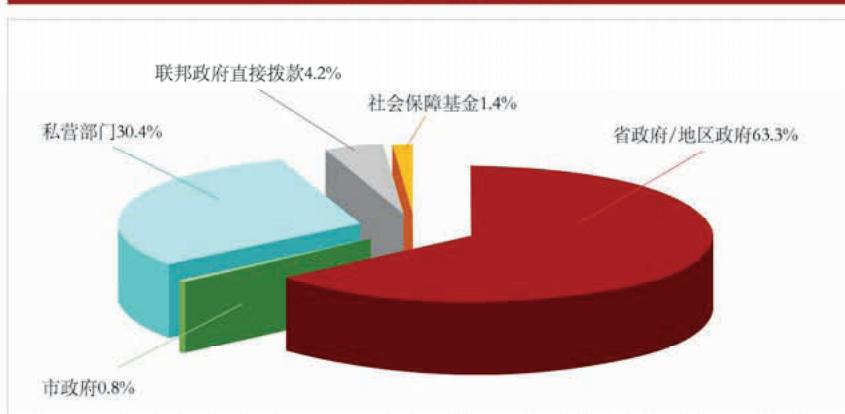
在公费医疗体制下,每个省、特区的医疗费用开支都不相同。部分的原因是每个省、特区对「需要治疗」这一概念的定义不同。另外,各种人口因素,如年龄,也是一个原因。其它的因素,如有些地区人烟稀少,也会影响医疗保健的开支。

在1975年,加拿大在医疗保健方面的总开支占国内生产总值(GDP)的7%。这一比例在2005年估计上升到10.4%(每个人达4411加币)。¹ 据加拿大健康信息学会表示,2005年医疗保健平均每10块钱的花费中,就有7块钱用于公共卫生支出。剩下的3块钱为个人支出,花在补充医疗如药品、牙科和眼科疗。²

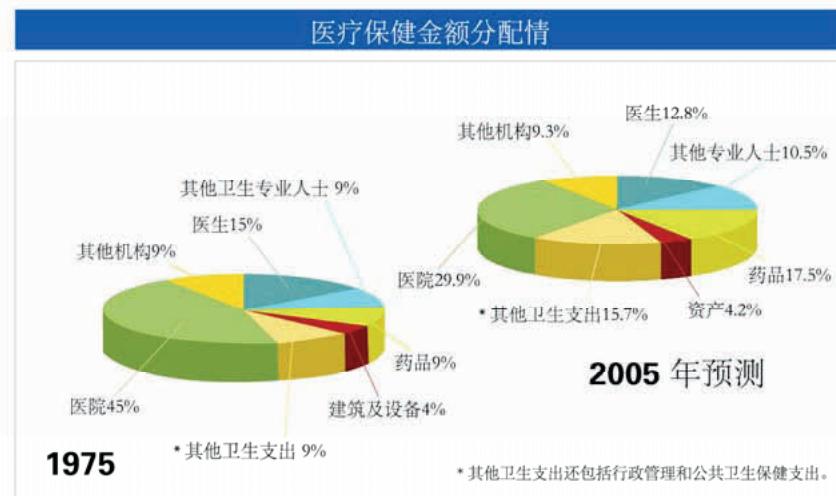
过去30年,医疗保健方面的花费变化很大。平均来讲,医疗总费用中支付给医院和医生的金额减少,而处方药的花费却明显增加。即使这样,付给医院和医生的费用仍然占医疗保健总额的43%。³

1975年,花在医院的额度(45%)比2005年(30%)高出许多。1975年付给医生的报酬(15%)占总支出的第二位。该比例在2005年降到第三(13%)。⁴ 相较而言,药物治疗,尤其是处方药剂,在1975年占医疗总费用支出的9%。到2005年,这一个比例几乎涨了一倍,达到18%,成为医疗开支中的第二大支出。⁵

医疗保健总支出的69.6%由政府支付
医疗开支按行业资助划分,2005年预测



资料来源:加拿大健康信息学会,1975-2005国家医疗支出趋势,



来源:加拿大健康信息学会,1975-2005 国家医疗支出趋势

加拿大人的健康状况

一个人的健康受到诸多因素的影响。从全球来看,经济状况对疾病、残废和死亡率影响很大。人们居住的地方,城市或村,会影响医疗服务的提供和成本。年龄也是一个因素—年轻人和老年人对健康关注的重点截然不同。性别也必须考虑在内,因为女性通常比男性长寿,但是要面临更多慢性疾病的困扰,健康欠佳。工作性质和工作场所也会影响人的健康,人们可能会面临化学物品、噪音、放射性、传染性病原和心理压力等危险。

加拿大的健康状况令人欣慰。在联合国人类发展指数的排名中,加拿大名列前茅,这一点得利于加拿大的医疗保健制度。⁶ 个人寿命的估计,往往用来表示其健康状况。2002年加拿大女性出生者的平均寿命估计达82.1岁,男性77.2岁,在所有工业国中位居榜首。⁷ 另一个健康状况的指针是一岁以下儿童的死亡人数(婴儿死亡率),2002年加拿大的婴儿死亡率为千分之5.4,是世界上婴儿死亡率最低的国家之一。⁸

加拿大的健康状况良好,医疗健康服务只是一个原因。现今,健康已成为一个完整的综合性概念,指身体健康、精神健康和拥有良好的人际关系,而不仅仅是无疾病而已。这种衡量健康的方法包括社会、经济和自然环境等跟健康有关的因素。重视医疗保健、公共卫生、人口健康和预防疾病,目的在改善全体人口的健康状况,减少各群体之间不平等的健康医疗保健。

我们的主要思考原则是,在基本医疗保健上花钱是物有所值。它是对人力资源的一项投资,最终会带来丰厚的回报,不仅是经济意义上的回报,而且是人的健康幸福。

加拿大。医疗服务皇家委员会报告:

Vol. II , 1965, 第18页



背景

加拿大医疗保健制度从设立以来,经历了大大小小的修订。针对每一次医疗保健制度的检视,都表明制度的基本价值,就是公平跟公正,保持不变。这两个价值观念表现出加拿大人愿意分享资源、共同分担责任。然而,随着国家人口和条件的变化,以及医疗保健本身的性质发生变化,制度的涵盖面也一直在改变,相信以后还将会继续改变。

政治、经济和社会体制

加拿大医疗保健制度的基础是把政治、社会和经济结为一体。总之,加拿大的宪法订定了联邦政府和省、特区政府有各自的权力。各省、特区在联邦宪法体制内形成政治和经济结体。根据「社会结体组织协议」明确规定,两级政府在制定社会政策和计划方面应采取共同行动。

加拿大医疗保健制度的演变

根据「1867年组织法案」,各省负责建立、维护和管理医院、精神病院、各种慈善事业和慈善机构,而联邦政府则被授权管理入境港口医院和检疫隔离传染病患。在不侵犯省政府权力的情况下,联邦政府也被授权征税、借贷及使用这类经费。

从1867年起,联邦政府的卫生责任由联邦政府的农业部承担。这种情况持续到1919年卫生部正式成立。这些年来,如上所述,两级政府的责任经历了一些变化。

在实行「国家医疗保险计划」之前,加拿大的医疗保健大部分属于私营。1947年,沙士卡其湾省政府实施全省普及医院治疗计划。1949年,卑诗省和亚伯达省实施了类似的计划。1957年,联邦政府通过了「医院保险和诊断服

加拿大人如果不是已经了解“国家医疗保险计划”之前生活的状况,将会很快变为少数人口。当然,以前的生活状况正是实施国家医疗保险计划的根本原因 ...

汤姆·肯特在加拿大议会提出的医疗保
健中期报告, Vol.1, 2001, 第7页

务法案」,提出支付或分摊省、特区在专科医院和诊断服务业务的一半费用。该法案规定由国家统一推行一系列具体的服务。四年以后,所有的省、特区都同意提供公费的住院和诊断服务。

1962年,沙士卡其湾省实施了一个全省普及性的医疗保险计划,为所有居民提供医生服务。1966年,联邦政府通过了「医疗保健法案」,提出支付或分摊省、特区医院以外医生服务的一半费用。该法案制定了四个标准,即是普及性、全面性、公共管理和便利



性。这四个标准受制于五个基本要素,除了这四个标准之外加上可用性。六年内,所有的省、特区全都普及了医生服务保险计划。

在最初的20年,联邦政府对医疗保健的资金支持只是支付省、特区在具体保险的医院和医生服务花费的一半。1977年,根据「联邦、省财政协议和既定计划财政补助法案」(EPF),费用分摊被专项拨款所取代,具体地说,就是结合现金支付和税收。通常,一笔专项拨款由一级政府拨付到另一级政府。新的财政补助办法意味着省、特区政府可以依据自己的需要和重点投资医疗保健。除了给医疗和医疗服务的拨款外,联邦政府对高等教育的拨款也包括在联邦、省财政协议和既定计划财政补助法案拨款中。

1984年联邦通过「加拿大卫生法」。这项新的立法包括了联邦医院和医疗保险法案中已制定的原则,此外,它还禁止对已保险的服

务另外收费。1995年通过的联邦立法,把对医疗保健和高等教育的联邦现金和税收拨款,以及对社会服务和社会救助的联邦拨款,两项合并起来,形成单一的专项拨款机制,即是加拿大医疗和社会拨款(CHST),于1996-1997财政年度开始实行。

2000年联邦政府和省、特区政府的高层就医疗保健问题达成了协议,开始进行多方面大力的改革,包括初级医疗保健、药品管理、健康信息和技术交流、保健设备和基础设施等。同时,联邦政府增加了对医疗保健的现金拨款。

2003年省长们达成「医疗保健革新协议」,同意对医疗保健制度进行调整,从此更容易获得、服务质量更高、更具有长期持续性的服务。改革的内容包括加快初级医疗保健革新;涵盖范围延伸到短期急性家庭护理、高额或达到灾难额度的处方药费用;普及诊断和医疗设备的使用;强化政府责任。

根据「医疗保健革新协议」,联邦政府增加了对医疗保健事业的现金拨款,加拿大医疗和社会拨款分为针对医疗的「加拿大医疗拨款」和针对大专教育、社会服务和社会救助的「加拿大社会拨款」。这些措施都在2004年4月起生效。

2004年省长们共同发布了「加强医疗保健的10年计划」,提出进一步的改革。计划集中在提供高品质的医疗服务和缩短等候时间。其它主要改革措施有医疗的人力资源、原住民的医疗、家庭护理、初级医疗保健、处方药剂范围和全国药品策略的其它要素、北方地区的医疗保健服务、医疗设备、疾病预防、健康促进和公共卫生,以及加强对这些改革进度的报告。为支持这项计划,联邦政府增加了对医疗保健的现金拨款,并从2006-2007年度开始采用递增的方式来预测联邦经费的增长。



如果想更多了解加拿大的医疗保健制度,请参考本小册子末尾提供的资料,年表,参考文献和资料。

关于我们制度的评论

首先,加拿大人都支持加国的医疗保健制度。正如加拿大会议局所指出,在加拿大所有社会政策中,医疗保健制度是最受重视的,加拿大人认为它是高品质生活的支柱。

研究显示,公费医疗保健制度产生许多经济效益。公共资金为全民医疗保健服务支付费用。「欧洲医疗保健制度观察体系」指出公费医疗保健的系列优点,包括免费使用、更多人共担风险、涵盖全体国民、更好的成本控制。⁹

加拿大的劳动力成本相对较低,因为雇主不用全额支付员工的医疗福利。这加强了加拿大企业的竞争力。每年一度的毕马威竞争力报告说,比较几个工业国家的企业成本,结果持续显示,加拿大的企业成本低于美国的企业成本,而且在所有参与比较的国家中,加拿大整个劳动力成本最低。¹⁰反过来,加拿大人良好的健康状况更增进了劳动生产率。

讨论中,加拿大人明白表示仍大力支持我们的医疗保健制度的核心价值观,即公平、公正、团结。这些价值观和他们对公民的理解密切相关。

加拿大医疗保健委员会:“不断弘扬价值观”,2002,第xvi页

批注

¹ 加拿大健康信息学会。《1975-2005国家医疗支出趋势》。渥太华:学会,2005,第3-7页,第99页。

² 加拿大健康信息学会。《1975-2005国家医疗支出趋势》,第iii页,第7页。

³ 加拿大健康信息学会。《1975-2005国家医疗支出趋势》,第108页。

⁴ 加拿大健康信息学会。《1975-2005国家医疗支出趋势》,第108页。

⁵ 加拿大健康信息学会。《1975-2005国家医疗支出趋势》,第109页。

⁶ 联合国人类发展指数测量175个国家的人类发展状况,涉及三大指标:出生时的人均预期寿命;教育水平;生活水平。详情可查看www.undp.org。

⁷ 经济合作与发展组织。《健康资料》。巴黎:经济合作与发展组织,2004。

⁸ 经济合作与发展组织,《健康资料》,2004。

⁹ 欧洲医疗保健制度观察体系。《资助医疗保健:欧洲的选择》。政策简介No. 4。哥本哈根:The Observatory,2002,14页。

¹⁰ 毕马威:《可选择的竞争方式:首席执行官跨国经营成本指南》。七国集团,2004年版。加拿大:毕马威公司,2004,52页。

年表
参考文献
在线资料

年表

1867

英国通过「北美法案」;联邦政府负责入境港口医院和检疫隔离传染病患;省政府、地区政府负责医院、精神病院、慈善活动和慈善机构。

1897 至 1919

在1919年9月1日联邦卫生部设立之前,联邦农业部负责医疗卫生事务。

1920s

计划在缅尼托巴省、沙士卡其湾省和亚伯达省开设市立医院。

1921

卑诗省皇家医疗保险委员会设立。

1947

自1月1日起,沙士卡其湾省开始实施全省统一的公立医院保险计划。

1948

联邦政府完成全国卫生资助计划,资助各省和地区与卫生相关的项目,包括修建医院、公共卫生、专业培训、各省的调查和公共卫生研究。

1949

卑诗省实施省立医院有限保险计划。纽芬兰加入加拿大,实施诊疗所保险计划。

1950

亚博达省从7月1日开始实施省立医院有限保险计划。

1960

西北特区从4月1日开始实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

育空特区从7月1日开始实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

1961

魁北克省从1月1日开始实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

联邦政府设立皇家医疗卫生服务委员会,研究医疗保险和医疗服务方面的需求,任命艾米特·赫尔为委员会主席。

1962

沙士卡其湾省从7月1日开始实施医生服务医疗保险计划;该省医生罢工23天。

1964

皇家医疗卫生服务委员会报告;建议推行全国医疗保障计划。

1936

卑诗省和亚伯达省通过医疗保险立法,但没有具体的实施计划。

1940

联邦卫生自治会建立。

1942

联邦部门间医疗保险咨询委员会设立。

1957

5月1日联邦政府公布「医院保险和诊断服务法案」(英王允准),分摊省政府和特区政府医院保险计划中50%的费用,并从1958年7月1日开始实施。

1958

缅尼托巴省,纽芬兰省,亚博达省和卑诗省从7月1日起实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

沙士卡其湾省从7月1日起实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

1959

安大略省,纽布朗斯维克省和诺瓦斯科西亚省从1月1日起实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

爱德华王子岛省从10月1日起实施医院保险计划,与联邦政府分摊费用。

1965

卑诗省推行省医疗计划。

1966

联邦政府推行「国家补助计划」(CAP)(英王允准),联邦政府按比例分摊社会服务的经费开支,包括为需要资助的群体提供医疗保险计划之外的经费支持,4月1日开始实施。

12月19日,联邦政府公布「医疗保健法案」(英王允准),联邦政府按50:50比例分摊各省和特区医疗保险计划的费用开支。法案从1968年7月1日起生效。

1968

沙士卡其湾省和卑诗省从7月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

1969

纽芬兰省、诺瓦斯科西亚省和缅尼托巴省从4月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

亚博达省从7月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

安大略省从10月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

1970

魁北克省从11月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

爱德华王子岛省从12月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

1981

签订有关在外省、特区入院治疗的省、特区收费互惠协议。

1982

修改「联邦一省财政安排与既定计划财政补助法案」,删除收入担保内容,修改资金方案。

1987

省长卫生策略委员会在安大略省开始工作,1991年结束。

8月25日,皇家医疗保障委员会在诺瓦斯科西亚省开始工作,1989年12月提出报告。

亚博达省,医疗服务使用咨询委员会9月开始工作,1989年9月提出报告。

4月1日,各省和特区全部实施「加拿大卫生法」。

1988

各省和特区政府签订有关在外省、特区医生服务的省、特区收费互惠协议(除魁北克省外)。

7月1日,医疗保障指导委员会在沙士卡其湾省工作,1990年3月提出报告。

12月,亚博达省省长未来医疗保健委员会在亚博达省开始工作,1989年12月提出报告。

医疗保健项目委员会11月在纽布朗斯维克省工作,1989年6月提出报告。

1971

纽布朗斯维克省从1月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

西北特区从4月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

1972

育空特区从4月1日开始推行医疗保险计划,联邦政府按50:50比例分摊医疗保险计划的费用开支。

...

6月,关于医疗保健资源分配的联邦工作小组开始工作,1984年提出报告。

1983

皇家医院和护理院费用委员会4月开始在纽芬兰省工作,1984年2月提出报告。

Comité d' étude sur la promotion de la santé,魁北克省,开始,截止于1984年。

La Commission d' enquête sur les services de santé et les services sociaux,魁北克省,1月开始,1987年12月提出报告。

1990

卑诗省皇家医疗保障和费用委员会开始工作,1991年提出报告。

1977

「联邦、省财政安排与既定计划财政补助法案」设立,联邦政府按比例分摊医疗保险计划费用的做法开始转变为专项拨款的方式。

1979

联邦政府开始实行医疗卫生服务审议制度,艾米特·赫尔担任特别专员,负责对加拿大公费医疗保障制度重新进行评估。

1980

8月29日,医疗卫生服务审议委员会发表报告,建议收取寿终用户费用、额外费用,设定全国标准。

1984

联邦政府通过「加拿大卫生法」(4月17日皇室允准),包含医院法和医疗法,对便利性、可近性、普及性、全面性和公共管理等设立了条件和标准。禁止向用户收取费用和额外帐单。

签订有关在外省、特区门诊治疗的省、特区收费互惠协议。

1985

医疗卫生服务审议委员会在缅尼托巴省开始工作,11月份提出报告。

1986

联邦转移支付增加率降低。
11月医疗卫生审议小组在安大略省开始工作,1987年6月提出报告。

1991

联邦健康信息全国工作小组提出报告;創设加拿大健康信息学会。
爱德华王子岛省卫生工作小组开始工作,1992年3月提出报告。

1994

10月,联邦政府创设全国卫生论坛,讨论加拿大医疗保障制度并提出改革建议,1997年提出报告。

1995

在加拿大卫生和社会拨款计划(CHST)下,联邦既定计划财政补助与国家补助计划合并成为专项拨款项目,支持医疗保障,中学后续教育和社会服务。

1996

4月1日开始,联邦卫生和社会拨款项目开始拨款。

1998

医疗服务审议工作在纽布朗斯维克省开始,1999年2月提出报告。

1999

「社会结体组织协议」(SUFA)生效;联邦、省和特区政府(除魁北克省外)同意共同实施社会政策和项目开发,包括医疗项目。

2000

9月11日,省长发表「卫生公告」。

6月15日,魁北克省创设卫生与社会服务研究委员会(克莱尔委员会),2000年12月18日提出报告。

6月14日,沙士卡其湾医疗保险保障委员会(费克委员会)在沙士卡其湾省开始工作,2001年4月11日提出报告。

1月31日在亚博达建立亚博达省省长卫生咨询委员会(马赞科斯基委员会),2002年1月8日提出报告。1月建立纽布朗斯维克省省长卫生质量委员会,2002年1月22日提出报告。

2001

3月1日,联邦参议院社会事务和科技审议常设委员会开始工作,2002年10月发表建议报告。

4月4日,联邦政府加拿大未来医疗保健委员会(罗曼诺夫委员会)成立,2002年11月提出报告。

8月,卑诗卫生选择常设委员会(罗笛克委员会)设立,2001年12月10日提出报告。
11月创设西北特区行动计划,2002年1月提出报告。

安大略省7月实施卫生咨询过程,2002年1月21日发布结果。

缅尼托巴省1月开始实施医疗选择—关于缅尼托巴省未来的公共卫生服务公开讨论,12月提出报告。

2003

2月5日公布省长「医疗保健革新协议」。
12月9日,设立加拿大卫生委员会,监督和报告该协议改革的进展情况。

2004

2004 4月1日,联邦政府的加拿大卫生和社会拨款计划分成两个部分:加拿大卫生拨款计划(CHT)和加拿大社会拨款计划(CST)。

9月16日,制订省长「加强医疗保健十年计划」。

参考文献

参考文献

加拿大,加拿大未来医疗保健未来委员会。《建立在价值观上:加拿大医疗保障的未来》。沙士卡其湾省,沙士卡通。委员会,2002年。

——.规划医疗保健的未来:加拿大未来医疗保健委员会中期报告。沙士卡其湾省,沙士卡通。委员会,2002年。

加拿大,加拿大卫生部,加拿大卫生法:年度报告。(渥太华):加拿大卫生部,2002年

——.截止2003年3月31日的业绩报告。渥太华:财政委员会秘书处,2003年。

——.省长医疗保健革新协议,2003年。(渥太华:加拿大卫生部,2003年)

加拿大,医疗服务审议。加拿大20世纪80年代全国—省级医疗项目:革新承诺。(渥太华:加拿大卫生福利部),1980年。

加拿大,议会,参议院,社会事务和科技常设委员会。加拿大人的医疗:联邦的角色:参议院社会事务和科技常设委员会中期报告。(渥太华):参议院,2001年。

——.加拿大的医疗:联邦的角色:加拿大医疗保健体系最终报告。(渥太华):参议院,2001年。

加拿大,皇家医疗服务委员会。皇家医疗服务委员会。两卷。渥太华:女王出版社,1964-1965年。

加拿大,财政委员会。加拿大的业绩:给议会的年度报告,2003年。(渥太华):财政委员会秘书处,2003年。

加拿大医疗服务管理人员学院。医疗制度演示文稿,2001-2002。第九版。渥太华:学院,(2002年)。

加拿大健康信息学会。加拿大的医疗保健。渥太华:学会和加拿大统计局,2003年。

——.1975-2004年全国医疗费用趋势。渥太华:学会,2004年。

加拿大会议局。2002-2003年业绩与潜力:2010年的加拿大在国内外面临的挑战和抉择。渥太华:联合会,2003。

保罗·德马思等着,《加拿大:有关问题》。华盛顿:国际金融公司,2003年。

米瑞尔·杜芒-拉马松,卡洛·多诺文,麦琪·威列。《各省和特区的家庭护理计划:加拿大综合症》,1999年5月。渥太华:加拿大卫生部,1999年。

欧洲医疗保障体系观察。医疗保健的资金来源:欧洲的选择。政策演示文稿第四期。哥本哈根:瞭望台,2002年。

罗伯特·伊文思,莫里斯·巴若,西奥多·马莫。《为什么有些人健康有些人不健康:人口健康的决定因素》。纽约:阿尔丁格鲁特出版社,1994年。

迈克尔·海耶斯,詹姆斯·顿。加拿大人口健康:系统评论。加拿大政策研究网络 《研究》 第H01期。渥太华:网络,1998年。
国际货币基金组织。加拿大:有关问题。国际货币基金组织国别报告,03年/34期。华盛顿特区:国际货币基金组织,2003年2月。

艾热尼·克莱特,理解加拿大医疗保健体系。金融服务专家美国杂志,2000年9月。
www.cfp-ca.org/pdf/understanding_canadian_healthcare.pdf (2004年2月12日获得)

毕马威。《竞争选择:首席执行官跨国业务成本指南》。2004年版。加拿大:毕马威公司,2004年。

丹尼尔·克冉克:《加拿大医疗:新规则》。明尼苏达州,明尼安那波尼斯。地方自我依赖研究院,2001年春。
<http://www.inmotionmagazine.com/hcare/canadahc.html> (2004年2月13日获得)。

沃迪特·马多尔:《加拿大卫生法:概要和选择》。修订版。渥太华:议会图书馆议会研究部,2001年。
www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-e.htm ((2004年2月12日获得)).

经济合作与发展组织。《健康资料》。巴黎,经济合作与发展组织,2004年。

- . “经济合作与发展组织卫生一瞥—加拿大如何比较”,经济合作与发展组织观察家政策简讯。巴黎:经济合作与发展组织,2001年10月。
- . 《2003年卫生一瞥:经济合作与发展组织指针》。巴黎:经济合作与发展组织,2003年。

马尔科姆·泰勒,《医疗保险与加拿大公共政策—创建加拿大医疗保险体系的七项决定及其后果》。
加拿大公共管理系列图书,第二版;蒙特利尔,麦吉尔-女王大学出版社,1987年。

Khi V Thai, 爱德华·温伯雷和沙龙·麦克曼努斯编辑,《国际医疗保健体系手册》。纽约:马舍尔·德克尔出版社,2002年。

世界卫生组织,《转折中的医疗保健体系:加拿大—初版》。哥本哈根:世界卫生组织欧洲区域办公室,1996年

在线资料

在线资料

在线资料: www.aboriginalcanada.gc.ca

加拿大议会: www.parl.gc.ca

加拿大健康网(CHN): www.canadian-health-network.ca

加拿大医疗服务研究基金会(CHSRF): www.chsrf.ca

加拿大医疗保健协会(CHC): www.cha.ca/

加拿大临终关怀协会: www.chpca.net

加拿大健康信息学会(CIHI): www.cihi.ca

加拿大卫生研究学会(CIHR): www.cihr-irsc.gc.ca

加拿大医疗协会(CMA): www.cma.ca

加拿大护士协会(CNA): www.cna-aiic.ca

加拿大未来医疗保健委员会: www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html

加拿大卫生部: www.hc-sc.gc.ca

卫生信息(普通),参见加拿大卫生网

国际货币基金组织 (IMF) : www.imf.org

经济合作与发展组织(OECD): www.oecd.org

人口健康: www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/index.html

参议院社会事务及科技常设委员会: www.parl.gc.ca (委员会事务链接)

社会联盟框架协议: www.socialunion.gc.ca

美国疾病控制预防中心(CDC): www.cdc.gov

美国国家卫生统计中心: www.cdc.gov/nchs

世界卫生组织(WHO): www.who.int

