

## КАНАДСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Здравоохранение — не только самая любимая канадская социальная программа. Она также является центральной для нашей национальной идентичности. "В то время как другие традиционные выражения канадских ценностей явно испытывали стресс, здоровье и здравоохранение выросли в своем значении как общепризнанная ценность", которая делает систему здравоохранения "определяющей национальной характеристикой" [13]. Здравоохранение также сыграло важную роль в поддержании здоровой экономики. Рациональное и эффективное здравоохранение поддерживает здоровье канадских работников и позволяет экономить расходы канадских работодателей.

### 4.1. ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ

С момента своего возникновения канадская государственная система здравоохранения характеризовалась децентрализацией и разделением между теми, кто покупает и предоставляет услуги. Провинции активно отстаивали свое право на руководство здравоохранением; в своем сопротивлении созданию национальной системы они часто получали поддержку частных страховых компаний и медицинских организаций. Но под давлением населения и для того, чтобы устранить соперничество между провинциями из-за разницы в ставках налогов на здравоохранение, федеральное правительство с помощью своей финансовой власти включило провинции в национальную схему. Стратегия федерального правительства была проста. Оно предложило оплачивать половину больничных и врачебных услуг в провинциях, которые будут придерживаться нескольких основных принципов. С 1971 г. ни одна провинция не смогла устоять против такого предложения. В 1984 г. *Канадским актом о здравоохранении* страхование больничных и врачебных услуг было объединено, принципы страхования были сформулированы более четко [11].

## Часть II. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ в КАНАДЕ

В законе определены 5 взаимосвязанных принципов системы здравоохранения:

1. *Универсальность*. В каждой провинции любой гражданин имеет право на медицинское страхование на единообразных условиях. И хотя в законе система называется "страховой", в нем отсутствует оценка рисков и положения отдельных людей или групп, не предусмотрены различия между имеющими право на медицинскую помощь и не имеющими его. Принцип универсальности укрепляет общественную солидарность (все вместе входят в систему) и эффективность системы (нет административных расходов на установление права на страхование).

2. *Доступность*. Услуги предоставляются "на общих основаниях и условиях, на базе, которая не препятствует или не мешает прямо или косвенно, через взимание платы с застрахованных или иным путем, обеспечивать доступ к этим услугам" [11]. Предоставление услуг обусловлено необходимостью. Оно не зависит от возможности оплатить их, от географического или какого-либо иного фактора. Также канадцы могут в каждом конкретном случае обращаться в медицинские учреждения по своему выбору. Они не прикреплены к определенным врачам. Эти правила обеспечивают получение медицинской помощи на ранних стадиях заболевания.

Закон также предусматривает "разумную компенсацию за все подлежащие страхованию услуги практикующих врачей и дантистов" [11] при сохранении принципа доступности этих услуг. Здесь признается, что подобная компенсация необходима для обеспечения качества, стабильности и справедливости, без чего доступность услуг теряет смысл.

3. *Всесторонность*. Как отмечалось выше, закон определяет объем услуг, предоставляемых больницами, врачами и стоматологами. Он предусматривает федеральные трансферты провинциям, которые оплачивают и "другие медицинские услуги" [11]. В условиях стационара страхование включает питание и размещение, уход, диагностику, лекарства, операционное и другое оборудование — фактически все услуги, оказываемые персоналом больницы. Кроме того, страхование включает и другую помощь: длительный уход в больнице или на дому, обеспечение лекарствами при амбулаторном лечении. Однако объем предоставляемых услуг не одинаков в разных провинциях и даже внутри некоторых провинций. Кроме того, провинции могут сделать платными питание и нахождение в больнице для хронических больных, нуждающихся в длительном лечении и постоянном пребывании в больнице или другом медицинском учреждении. Основа канадской системы медицинской помощи, заложенная в законе

#### 4. Канадское здравоохранение

1984 г., — это качественные больничные услуги и "медицински обоснованные" услуги врачей [11].

4. *Портативность.* Каждая провинция должна регистрировать всех жителей в течение трех месяцев с момента их приезда и платить в соответствии с тарифами данной провинции за медицинские услуги, оказанные зарегистрированным гражданам, даже если они временно выехали. Уезжая из провинции, жители остаются застрахованными в ней в течение трех месяцев, пока они не будут включены в страхование на новом месте жительства. Этот принцип исключает препятствия для передвижения из провинции в провинцию, а также для перехода с одной работы на другую. Медицинское страхование в Канаде не привязано к занятости (как, например, в США), тем самым поощряется трудовая мобильность и эффективность.

5. *Государственное управление.* Каждая провинция должна создать подотчетную некоммерческую организацию для осуществления всех платежей по медицинскому страхованию. Эта подотчетная государствену организация является единственным плательщиком за больничные и врачебные услуги в данной провинции. Такой порядок обеспечивает административную эффективность медицинских учреждений, которые должны выставлять счета только на одну организацию, а также эффективность распределения ресурсов. Он оставляет простор для демократических дебатов о приоритетах, масштабе и модели системы здравоохранения.

## **4.2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Со времени своего возникновения система не оставалась статичной. Напротив, она развивалась в нескольких направлениях. Она была предметом общественных дебатов, что не удивительно для программы, которая пользуется такой поддержкой населения и требует крупных государственных расходов (как правило, около трети бюджета в каждой провинции и несколько более 6% от ВВП). Канада занимает среднее положение в ряду стран ОЭСР по государственному расходу на здравоохранение и находится немного выше медианы по частным расходам на здравоохранение. Последние сконцентрированы на обеспечении лекарствами и на амбулаторной стоматологии; на питании и размещении больных, которые находятся в больнице длительное время; помощи на дому; нехирургическом лечении глазных болезней; альтернативной или дополнительной терапии (хиропрактика, массаж, акупунктура, фитотерапия, физиотерапия).

## Часть II. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ в КАНАДЕ

Государственные расходы на здравоохранение находятся под строгим контролем, но, тем не менее, активно обсуждаются и постепенно изменяются. Частные расходы привлекают меньше внимания со стороны общества, но растут с заметным упорством.

В середине 1990-х гг. значительный государственный долг и дефицит вынудили федеральное и провинциальные правительства сократить расходы на здравоохранение, если не в абсолютном выражении, то в процентах от ВВП (Приложение II, табл. 6). Наряду со стимулированием частных расходов, это привело к некоторому сокращению объема услуг, увеличению сроков ожидания, и тем самым уменьшило удовлетворенность населения системой в целом. Под давлением общественности правительства недавно восстановили многое из того, что было урезано. Однако если принимать во внимание экономический рост, в ближайшие годы доля государственных расходов на здравоохранение прогнозируется ниже уровня 1992 г. [20]. Провинциальные и территориальные министерства здравоохранения в докладе, обосновывавшем необходимость увеличения федеральных трансфертов провинциям (2000), вынуждены были признать, что их основные расходы вырастут с 5,7% от ВВП в 1999 г. до 5,9% в 2026 г.

Несмотря на эти данные, "устойчивость" государственных расходов на здравоохранение стала главной политической проблемой. Сенатский комитет заявил, что для поддержания экономической устойчивости системы в конечном счете необходимы новые источники финансирования помимо общих налогов [14]. В докладе премьер-министра Альберты говорится, что нынешние тенденции государственных расходов на здравоохранение в богатейшей провинции Канады неустойчивы, и " вместо того, чтобы полагаться почти исключительно на налоговую базу, Альберте надо переориентировать доходный поток таким образом, чтобы поддержать услуги здравоохранения, которых хотят и ожидают люди" [1].

Обычно те, кто выражает озабоченность устойчивостью системы, упускают из виду: если услуги не будут оплачиваться из налоговых поступлений, то они должны будут оплачиваться частным образом (через прилавок или частное страхование) или не будут покупаться вовсе. Во многих случаях частная система менее эффективна, чем государственная, прежде всего из-за дополнительных расходов, связанных с установлением права на услуги, и работы с разными административными системами. Для тех, кто не может позволить себе оплату частных услуг, нарушается принцип доступности. Эти сообщения, а также тот факт, что система, охватывающая больничные и врачебные услуги, создает разрыв в предоставлении услуг, породили призывы расширить систему медицинского страхования по *Канад-*

#### 4. Канадское здравоохранение

*скому акту о здравоохранении*, включить в нее помощь на дому и обеспечение лекарствами при амбулаторном лечении. Эти предложения прозвучали в 1997 г. на Национальном форуме по вопросам здоровья [12], но с тех пор мало что изменилось в этой области. Тем не менее с 1997 г. увеличились расходы на лекарства и врачебную помощь. Более половины расходов на лекарства, составляющих самый быстрорастущий компонент расходов в здравоохранении, падает на частный сектор, в то время как расходы на оплату труда врачей несет государство. Во всяком случае, именно частные расходы на здравоохранение не поддаются контролю.

Другая проблема — запись на медицинские услуги и ожидание их. Поскольку предоставление услуг строго обусловлено установлением необходимости в них, то те, кто нуждается в срочной помощи, получают ее без промедления. Это означает, что они имеют приоритетное право на услуги перед остальными больными, ожидающими помощи. Последних заставляют ждать даже при сильной боли (например, когда нужна операция на бедре или колене) или в особенно тяжелом состоянии (при ожидании онкологической операции, радио- или химиотерапии). Те, кто поддерживают приватизацию финансирования и предоставления медицинских услуг, т.е. создание "двухурневой" системы, при которой люди со средствами могут получить более оперативно помощь, указывают на увеличение времени ожидания услуг как на свидетельство кризиса системы. Они также ссылаются на опыт США, где богатые могут получить помощь немедленно. Однако нет убедительных свидетельств того, что время ожидания действительно увеличилось. Есть отдельные примеры того, что сокращение времени ожидания достигается путем улучшения организации и координации работы (пример тому — сердечная хирургия в Онтарио или лечение рака в Британской Колумбии), и напротив, создание второго, частного "уровня" увеличивает время ожидания в государственном секторе (лазерная глазная хирургия в Альберте).

Канадская система здравоохранения считается одной из лучших в мире. И канадцы гордятся многими научными достижениями и практическими инновациями в этой области, которые затем были использованы в других странах. Хотя здравоохранение в Канаде получает значительно меньше финансирования, чем в США, у нас результаты гораздо лучше, чем у нашего большого соседа (Приложение II, табл. 6). Разумеется, канадская система несовершенна. Как подчеркивалось выше, ее государственная составляющая включает больничные и врачебные услуги, но финансирование больниц в последнее десятилетие сократилось. Применение более эффективных лекарств, менее инвазивных хирургических методов, новые достижения больших институ-

## Часть II. СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ в КАНАДЕ

тов привели к расширению медицинских услуг, оказываемых вне больниц. Парадоксально, но аналогичные последствия имело увеличение продолжительности жизни в Канаде, которое в свою очередь является фактором старения населения и увеличения потребности в постоянном уходе.

Еще одна область, реформа которой широко обсуждается, — первичная помощь. Эта помощь оказывается врачом или другим медицинским работником при первом обращении в систему. Получить ее довольно легко. Обычно ее оказывает семейный врач ("врач общей практики"). Его работу оплачивает провинция в виде гонорара за оказанные услуги или сдельно. Система оплаты за услугу стимулирует избыточные затраты на обследования и назначения, но не способствует укреплению здоровья и профилактике болезней и травм. Более того, большинство семейных врачей не организованы в группы для оказания услуг круглосуточно и в течение 7 дней в неделю. Это ведет к ненужным визитам в кабинеты экстренной помощи при больницах, расточительным визитам в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. Предполагается провести реформы, направленные на создание групп врачей первичной помощи с удлинённым рабочим днем. В них должны быть специалисты разного профиля (медсестры, врачи-терапевты и специалисты). Формы оплаты могут отличаться (твердый оклад и/или оплата в зависимости от числа пациентов и характера заболеваний, а не количества оказанных услуг).

Если прикрепить людей к группам первичной помощи с оплатой на основе гонорара за услуги, то возникает еще одна проблема — эти группы могут превратиться в коммерческие фирмы. Многие медицинские организации в США действуют на этой основе; и они охотно могли бы распространить свою деятельность на Канаду. Такая организация первичной помощи не только привела бы к расточительной конкуренции и излишним административным расходам (не говоря уже об использовании ресурсов здравоохранения для получения прибыли), но была бы трудно осуществима из-за того, что североамериканское соглашение о свободной торговле защищает существующие государственные службы, но запрещает создание новых [59].

И наконец, все больше ресурсов выделяется на различные информационные системы для оценки эффективности здравоохранения и сокращения расточительного дублирования услуг (повторные тесты, несовместимые лекарства и др.). Расширение информационных медицинских систем имеет свои преимущества, но возникают опасения относительно конфиденциальности медицинской информации, хранящейся в электронных базах данных.

---

## 5. Решение проблем защиты детства и др.

---

Контроль над уровнем государственных расходов — не самая острая проблема, хотя трения из-за частных и государственных расходов (федеральных и провинциальных) весьма значительны. Больше внимания, особенно со стороны тех, кто поддерживает приватизацию предоставления и оплаты медицинских услуг, уделяется времени ожидания. Но оно плохо поддается измерению, и, по-видимому, здесь требуется улучшение организации. Возник разрыв в государственной системе стационарной и амбулаторной медицинской помощи, особенно в обеспечении лекарствами и помощи на дому. На повестке дня стоит реформа первичной помощи, хотя она и вызывает опасения из-за потенциальной приватизации. Идет расширение информационных систем в здравоохранении, и это также вызывает настороженность, особенно относительно конфиденциальности информации.