

УДК 338.23

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В КАНАДЕ НА ПОРОГЕ РЕФОРМ

© 2011 г. **Л.А. Немова***

Институт США и Канады РАН, Москва

В Канаде, как и в большинстве других развитых рыночных стран (за исключением США), действует система обязательного медицинского страхования, охватывающего всё население. В статье рассмотрены особенности, слабые и сильные стороны здравоохранения в этой стране. Канадский опыт ценен для выявления плюсов и минусов медицины, организованной по модели «семейных врачей». Большой интерес представляют дискуссии о возможностях и пределах коммерциализации здравоохранения в результате реформ медицинского страхования.

Ключевые слова: *здравоохранение в Канаде, обязательное медицинское страхование, семейные врачи, коммерциализация здравоохранения.*

Канада относится к числу мировых лидеров по уровню развития экономики и благосостояния населения. По рассчитываемому экспертами ООН индексу человеческого развития Канада вот уже более двух десятилетий опережает другие крупнейшие рыночные страны, включая США, Японию, Великобританию, Германию, Францию, Италию [9]. Существенную роль в этом играет социальная политика государства, в частности, в сфере здравоохранения.

Общественная оценка значимости обязательного медицинского страхования

По ряду причин канадцам свойственно особое отношение к национальной системе здравоохранения. Здесь её воспринимают не только как систему поддержания здоровья граждан, но и как ключевой элемент национальной самобытности, отражающий доминирующие общественные ценности – социальное взаимодействие, солидарную ответственность за благосостояние общества в целом и отдельных граждан. Базовый принцип и цель функционирования всеобщего и обязательного медицинского страхования – обеспечение доступа к качественным медицинским услугам для всех граждан в зависимости от их потребностей, а не доходов. Подобные установки типичны для большинства развитых рыночных стран, но они существенно отличают Канаду от её главного торгово-экономического партнёра – Соединённых Штатов. В различных слоях населения и на разных уровнях власти в Канаде доминирует признание того, что демократичная и доступная система здравоохранения является как воплощением, так и «краеугольным камнем» канадской модели социально-

* НЕМОВА Людмила Алексеевна – кандидат экономических наук, заведующая сектором экономики Канады ИСКРАН. E-mail: nemoval@mail.ru

экономического развития. Сохранение этой самобытной модели канадцы считают принципиально важным, поскольку интенсивная хозяйственная интеграция в Северной Америке происходит в условиях большой разницы в масштабах экономического и научно-технического потенциала соседних стран и в целом высокой степени зависимости канадской экономики от американской.

В децентрализованной канадской федерации (провинции здесь обладают высокой степенью свободы полномочий в экономике и социальной сфере) общенациональная система обязательного медицинского страхования играет роль «социального цемента, скрепляющего нацию» [7, р. 91]. Субъекты федерации сильно отличаются друг от друга – по численности и плотности населения, масштабам экономики и ресурсному потенциалу, уровню бюджетной обеспеченности и прочим характеристикам. В этих условиях сходство стандартов государственного финансирования и качества образования, медицины и социального обеспечения является важнейшим фактором социально-политического единства и стабильности. Общенациональные государственные программы – в области здравоохранения, в первую очередь – в значительной степени выравнивают уровень жизни в стране, положительно влияют на конкурентоспособность регионов, гибкость рынков труда, качество и мобильность рабочей силы.

В структурах государственной власти и предпринимательских кругах Канады весьма чётко осознают взаимосвязь и взаимное влияние экономики и здравоохранения. Несмотря на острые дискуссии по вопросам о совершенствовании механизмов управления и финансирования, о соотношении общественных и частных начал в этой сфере, ассигнования на здравоохранительные программы рассматриваются здесь как инвестиции в человеческий капитал (а не как «отвлечение ресурсов от решения более значимых задач»). Так, доступность и хорошее качество медицинских услуг – важный фактор привлечения в страну высококвалифицированных специалистов, учёных, предпринимателей, тогда как приток иммигрантов в современных условиях обеспечивает более 55% среднегодового прироста численности населения Канады. (При этом приём переселенцев осуществляется с учётом довольно жёстких критериев оценки их здоровья и возраста).

Преимущественно государственная ответственность и в основном бюджетное финансирование медицины и образования играют важную роль в обеспечении конкурентоспособности национальной экономики. Социализация расходов на поддержание здоровья работников, их высокой трудовой отдачи и творческого потенциала приносит прямые выгоды действующим в Канаде компаниям. На сайте Министерства экономического развития и торговли провинции Онтарио в связи с этим указывается следующее. «В целом, с точки зрения издержек предпринимателей на рабочую силу – с учётом их затрат на частные медицинские страховки для работников – Канада весьма успешно конкурирует с другими странами. Благодаря общественной системе здравоохранения, подобные расходы канадских компаний относительно невелики, в особенности, если сравнивать их с уровнем затрат предпринимателей в США – а именно это сравнение является для Канады самым значимым» [10].

Особенности организации и финансирования

Отличительные черты канадской системы обязательного медицинского страхования связаны с историей её формирования в децентрализованной федерации. В Канаде основные социальные программы находятся в сфере преимущественной юрисдикции её субъектов (провинций). Примечательно, что первоначально обязательное больничное страхование было введено в небольшой по численности населения и относительно отсталой по уровню экономического развития провинции – Саскачеване. В 1947 г. такое решение было принято и реализовано там правительством партии социал-демократического толка, пришедшей к власти при активной поддержке фермерских союзов и профсоюзов промышленных рабочих (многие из которых были иммигрантами из Европы). В 1957 г. в провинции было введено обязательное медицинское страхование, обеспечивающее всем жителям базовые медицинские услуги на бесплатной основе. Принципы и практика общественного здравоохранения оказались настолько успешными и привлекательными, что вскоре они получили широкую поддержку избирателей в других регионах страны. Опыт Саскачевана послужил фундаментом для выработки аналогичных законов о здравоохранении в остальных провинциях, а также для федерального законодательства. На его основе с 1961 г. стала действовать *общенациональная система больничного страхования*, а с 1971 г. было введено *всеобщее медицинское страхование*, гарантирующее бесплатность широкого спектра медицинских услуг для всех граждан страны.

Таким образом здесь сложилась своеобразная модель здравоохранения, которая представляет собой совокупность десяти провинциальных систем, каждая из которых имеет некоторые организационные особенности и отличия в механизмах финансирования. Так, в четырёх провинциях ассигнования на эти цели выделяются из общих поступлений в бюджет, а в других дополнительно используются специальные налоги и взносы. При этом все провинции получают от федерального правительства целевые трансферты на нужды здравоохранения. В период становления региональных систем больничного и медицинского страхования (и создания соответствующей инфраструктуры в 1960–1970-е годы) из федерального бюджета покрывалось до 50% средств, расходовемых государством на эти цели. В первом десятилетии нового века федеральный вклад в бюджетное финансирование здравоохранения находился примерно на уровне 25% [12].

С середины 1980-х годов получение целевых федеральных трансфертов на нужды здравоохранения тесно увязано с соблюдением нескольких базовых принципов и условий, закреплённых в рамочном общенациональном законе «О здравоохранении» 1984 г. Действующий и поныне, этот закон был принят на основе соглашения между всеми провинциями и центральным правительством. Он закрепляет следующие обязательства субъектов федерации. Предоставлять услуги из гарантируемого обязательным страхованием перечня всему населению провинции и канадским гражданам, прибывшим из других регионов. Гарантировать достаточно широкий спектр медицинских услуг. Не взимать плату за услуги из этого перечня и не допускать их платное предоставление частными коммерческими учреждениями. Осуществлять регулярный

контроль над качеством медицинского обслуживания со стороны соответствующих провинциальных ведомств [13].

Перечни гарантируемых обязательным медицинским страхованием (ОМС) бесплатных для потребителей услуг чётко определены и до мельчайших деталей изложены в законодательстве каждой провинции. В некоторых частностях такие перечни могут несколько различаться. Однако, согласно общенациональному закону «О здравоохранении», везде должны быть обеспечены следующие гарантии для канадских граждан и легальных иммигрантов (имеющих вид на постоянное жительство, но ещё не получивших гражданства Канады). Бесплатность всех видов лечения в больницах. Бесплатные для потребителей услуги врачей общей практики и большинства специалистов в первичном (амбулаторном) звене медицинского обслуживания. Медобслуживание на дому для инвалидов и для престарелых граждан, проживающих в социальных учреждениях. Больницам разрешено взимать плату только за предоставление дополнительных удобств и услуг, не входящих в перечень обязательных.

К числу платных медицинских услуг, которые для большинства трудоспособных граждан не покрываются обязательным страхованием, относятся: зубоврачебная помощь и протезирование, многие виды услуг окулистов и психотерапевтов, косметология и пластическая хирургия (если помощь не обоснована медицинскими показаниями). Эти виды медицинской помощи для большинства работающих граждан в той или иной мере покрываются частными страховками, предоставляемыми работодателями («бенефиты»). Вместе с тем провинции частично или полностью покрывают за счёт фондов обязательного медицинского страхования расходы на зубоврачебную помощь, протезирование, лекарства и очки определённым категориям населения – гражданам старше 65 лет, инвалидам, детям до 14 лет, малоимущим гражданам.

В целом в Канаде действует достаточно гибкая для федеративного государства система всеобщего медицинского страхования. С одной стороны, в её основе лежат согласованные в общенациональном масштабе и обязательные для исполнения принципы и требования. В случае их нарушения сокращаются объёмы федеральных трансфертов и могут быть приняты судебные решения. С другой стороны, субъекты федерации обладают большой степенью свободы в решении конкретных вопросов организации здравоохранения с учётом региональной специфики.

О соотношении государственных и частных начал в канадском здравоохранении

На первый взгляд может показаться, что действующее в Канаде законодательство оставляет мало возможностей для деятельности в сфере здравоохранения негосударственных структур. Такие представления соответствуют реальности лишь отчасти. На самом деле система обязательного медицинского страхования изначально формировалась и продолжает действовать в Канаде как сложный и своеобразный сплав государственных и частных начал.

До введения обязательного медицинского страхования семейные врачи и специалисты, имея частную практику, регулярно обслуживали только состоятельные слои населения, а малоимущие граждане обращались за платными услугами лишь в самом крайнем случае, иногда получая помощь на благотвори-

рительной основе. В систему государственной страховой медицины «докторский корпус» в Канаде включался в процессе сложных переговоров между региональными властями и медицинскими ассоциациями (в некоторых городах даже проходили организованные забастовки медиков). Среди главных условий, на которых все врачи общей практики (семейные врачи) и большинство специалистов согласились войти в эту систему, – сохранение независимого статуса, решение вопросов об условиях приёма пациентов и тарифах на услуги путём периодических переговоров между медицинскими ассоциациями и государственными ведомствами. Частнопрактикующими врачами остались дантисты, а также большинство офтальмологов и психотерапевтов.

В итоге сложилось так, что абсолютное большинство канадских врачей работают в системе обязательного медицинского страхования по контракту с структурами, не являясь при этом государственными служащими. Медсёстры, состоящие в штате больниц и социальных учреждений, напротив, относятся к числу таковых, и поэтому их профессиональная деятельность регулируется законами о госслужбе.

Условия формирования общественной страховой медицины и специфика взаимоотношений между государством и сообществом «независимых» врачей наложили свой отпечаток на структуру учреждений здравоохранения. В ней отсутствуют привычные для россиян учреждения многопрофильного первичного медобслуживания, такие как детские и взрослые поликлиники, женские консультации и специализированные диспансеры. Врачи системы обязательного медицинского страхования не приезжают к пациентам на дом. Помощь на дому гарантирована только пациентам с тяжёлой степенью инвалидности, и оказывает её средний медицинский персонал. В случае травмы или тяжёлого заболевания, ребенка или взрослого в госпиталь обычно доставляют родственники или друзья. Больничный санитарный транспорт – платный для большинства граждан (за исключением получателей социальных пособий, граждан, имеющих инвалидность, а также проживающих в домах для престарелых). В бригадах нет врачей или медсестёр, но есть сотрудники, имеющие некоторые медицинские знания и навыки. В провинции Онтарио, например, плата за доставку пациента в больницу составляет 45 долл., а в случае необоснованного вызова (что определяет только больничный врач) выставляется счёт в 240 долларов*.

С точки зрения условий работы и организации приёма пациентов, врачи системы обязательного медицинского страхования ничем не отличаются от частнопрактикующих докторов. И те, и другие покупают или арендуют на собственные средства помещения, приобретают медицинское и офисное оборудование, нанимают по собственному усмотрению младший медицинский и прочий вспомогательный персонал. Помещения, в которых работают врачи-терапевты и врачи-специалисты, как правило, располагаются в офисных зданиях, соседствуя с коммерческими структурами разнообразного профиля, не имеющими отношения к медицине. Типичный офис врача – небольшая комната ожидания, включающая место работы медсестры-регистратора, 2–3 кабинета для осмотра пациентов, минимум диагностического оборудования. Медицинские лаборатории для обработки анализов, диагностические кабинеты со сложным

* Здесь и далее, если не указано иное, имеются в виду канадские доллары.

оборудованием и кабинеты физиотерапии (которая в практике амбулаторного лечения в Канаде используется относительно нечасто), как правило, находятся при больницах, но могут быть и самостоятельными учреждениями системы обязательного медицинского страхования. При этом в больших городах они нередко находятся на значительном удалении от места приёма пациентов врачом общей практики.

Главное отличие врачей из системы обязательного медицинского страхования и частнопрактикующих докторов – в источниках оплаты их услуг. Первые получают отчисления из фондов обязательного медицинского страхования. Перевод средств осуществляется автоматически во время приёма пациента, по его индивидуальной карточке (подобной кредитной), с учётом оказанных услуг, по тарифам, установленным для каждого вида помощи. «Частники» же получают оплату из частных страховых фондов и непосредственно от пациента.

Следует ещё раз подчеркнуть главную особенность общественной страховой медицины в Канаде. Она не допускает оплату гарантируемых государственным страхованием услуг «из кармана потребителя» и не позволяет частным коммерческим структурам (главным мотивом деятельности которых является получение прибыли) конкурировать как с врачами, работающими в амбулаторном звене обязательного медицинского страхования, так и со стационарами этой системы. Такой подход отличает Канаду не только от США с их высокой степенью коммерциализации медицины, но и от большинства западноевропейских стран. При всём этом частные *некоммерческие* структуры работают в канадской системе общественной страховой медицины весьма активно, и объём оказываемых ими услуг возрастает. Такие структуры имеют статус некоммерческих организаций и действуют на основе самоокупаемости, получая из бюджетных источников компенсацию за услуги, оказанные по установленным тарифам [2, с. 28–58].

Динамика и структура расходов на медицину

По данным Канадского института информации по здравоохранению, **совокупные – государственные и частные – расходы на здравоохранение** составили в 2010 г. примерно 192 млрд. долл., по сравнению с 98 млрд. долл. в 2000 г., 61 млрд. – в 1990 г. и 12 млрд. в 1975 г. [12]. В расчёте на душу населения расходы в 2010 г. превысили 5600 долл. по сравнению с 3200 долл. в 2000 г. В 2000–2008 гг. реальные (с учётом инфляции) темпы роста совокупных подушевых затрат, как правило, превышали 3,5% в год. При ухудшении экономической ситуации в 2009–2010 г. прирост затрат затормозился до 1,5%.

По уровню расходов на здравоохранение в пропорции к ВВП и в расчёте на душу населения Канада в последние несколько лет находится в группе мировых лидеров. Данные национальной статистики и показатели, рассчитанные на основе специальных методик международных сравнений, несколько расходятся, но различия незначительны. По опубликованным в 2010 г. данным Организации экономического сотрудничества и развития, в предкризисном 2008 г. доля таких расходов в ВВП Канады составляла 10,4%. Канада в этом плане находилась примерно на уровне показателей Германии и Австрии, несколько отставала от уровня Франции (11,2%) и очень существенно – от уровня США (16%) [14]. США лидируют с большим отрывом от всех остальных стран и по показателям затрат

на здравоохранение в расчёте на душу населения – 7538 долл. США. Далее следует Норвегия (5103 долл. США), Швейцария (4627 долл.), Люксембург (4210 долл.). Канада по этому показателю – 4079 долл. США – находится на пятом месте в мире и несколько превосходит уровень подушевых расходов в Нидерландах, Германии, Австрии, Франции, Бельгии.

В период развёртывания обязательного медицинского страхования в Канаде (с начала 1970-х до конца 1980-х годов) доля бюджетов всех уровней власти в общих расходах на здравоохранение превышала 75%. Затем доля государства постепенно снижалась, и в последнем десятилетии она удерживалась возле отметки 70%. В современных условиях Канада **по уровню государственного вклада в финансирование здравоохранения** заметно превосходит США (там он ниже 50%), однако уступает большинству западноевропейских и скандинавских стран, где этот уровень достигает 80–90% [14]. Расходы из частных источников складываются в Канаде в основном из оплаты услуг тех специалистов, которые работают вне системы обязательного страхования, а также затрат населения на лекарства и товары медицинского назначения.

Пропорции распределения совокупных расходов по различным звеньям национальной системы здравоохранения и целевым статьям, вкуче с данными о динамике постатейных затрат позволяют выявить некоторые общие тенденции и «проблемные зоны». Самая крупная статья расходов приходится на стационарные учреждения. Вместе с тем **доля средств, расходуемых на деятельность больниц**, сократилась в Канаде с 45% в середине 1970-х годов до примерно 27% в 2010 г. [12]. Доля прочих государственных, коммерческих и некоммерческих учреждений здравоохранения в течение этого периода колебалась в пределах 9,5–11%.

Следующие после финансирования больниц самые крупные статьи – **затраты на лекарства** (более 31 млрд. долл., или 16,3% совокупных расходов), а также **оплата услуг «семейных врачей» и специалистов амбулаторного звена обязательного медицинского страхования** (26,3 млрд. долл., или 13,7%). С конца 1990-х эти статьи расходов росли ускоренными темпами и их доля в совокупных затратах на здравоохранение повышалась.

Доля затрат на оплату услуг врачей-частников (напомним, что это в основном дантисты, окулисты, психотерапевты, косметологи) оставалась в этот период довольно стабильной. И следует отметить, что эта доля весьма высока – около 11% совокупных затрат на здравоохранение. В том числе 7% приходилось на услуги стоматологов и протезистов. Обращает на себя внимание тот факт, что в целом врачи-частники, предоставляя населению гораздо менее широкий спектр услуг, чем врачи из системы обязательного медицинского страхования, получают от пациентов и за счёт частных страховок такой объём средств, который лишь немного уступает бюджетным затратам во всём первичном звене общественной медицины.

На **капитальные вложения** в истекшем десятилетии выделялось относительно больше средств, чем в 1990-е годы – 4–5% всех затрат по сравнению примерно с 3%. Во-первых, было важно компенсировать временный «сбой» в инвестициях в инфраструктуру здравоохранения. Во-вторых, большое число инфраструктурных объектов, создававшихся в 1970–1980-е годы, требуют модернизации и расширения с учётом современных требований. Примечательно,

что **затраты на управление** занимают в Канаде достаточно скромное место в общей сумме расходов на здравоохранение – от 3,4 до 3,8% в 2000-е годы.

Динамика государственных расходов на медицину – в числе наиболее остро дебатированных вопросов. С начала 1970-х годов был только один период, в течение которого реальный (с учётом инфляции) объём государственных ассигнований на здравоохранение в Канаде не рос, а сокращался. Это было связано с принятием в 1993–1996 гг. на федеральном уровне и в провинциях жёстких мер по ликвидации хронических бюджетных дефицитов и снижению уровня государственной задолженности. Политика жёсткой экономии привела к тяжёлым последствиям. Во всех провинциях была закрыта часть стационаров, в оставшихся больницах осуществлялись увольнения части персонала, а также перевод врачей и медсестёр на сокращённые часы работы. Замедлился рост численности врачей в системе первичного медицинского обслуживания и временно сократился набор студентов-медиков в вузах. В результате всего этого заметно увеличились периоды ожидания приёма у врачей амбулаторного звена и удлинились (нередко до нескольких месяцев) периоды ожидания диагностических процедур и лечения в больницах. Возникла перегрузка и много-часовые очереди в отделениях неотложной помощи, а также иные проблемы.

По мнению многих специалистов, улучшение ситуации потребовало в последствии затрат, превзошедших достигнутую экономию средств. С конца 1990-х годов, после ликвидации бюджетных дефицитов на федеральном уровне и в большинстве провинций государственные ассигнования на медицину стали расти ускоренными темпами. В 2003 г. по соглашению между федеральным правительством и региональными властями был вновь выделен специальный трансферт на нужды здравоохранения и создан новый Фонд реформ [3]. В целом эти меры обеспечили стабильное и предсказуемое финансирование обязательного медицинского страхования в регионах на период до 2014 г., когда должно быть заключено очередное соглашение.

Семейные врачи как главное звено первичного медицинского обслуживания: плюсы и минусы

В России у некоторой части населения, представителей медицинского сообщества и властных структур сложилось несколько упрощённое и идеализированное, на наш взгляд, представление о реальной практике деятельности семейных врачей в условиях обязательного медицинского страхования. Как и о реальных возможностях построить по этой модели более эффективную и менее затратную систему первичного медицинского обслуживания в такой стране, как наша. То есть стране, которая, подобно Канаде, располагает огромной и весьма неравномерно заселённой территорией. В федеративном государстве, субъекты которого очень сильно отличаются друг от друга по самым различным характеристикам. В рекламных проспектах и в информации интернет-сайтов платных поликлиник подчёркивается следующее: «Семейный врач, как правило, ведёт постоянное наблюдение всех членов семьи, является личным врачом». «Семейные врачи знают всю историю болезни своих пациентов... Они всегда направят пациента к узкому специалисту, когда вопрос требует более тщательного и детального изучения».

Опыт Канады, где семейные врачи играют ключевую роль в первичном медицинском обслуживании населения, показывает, что возможности быть «личным доктором для всей семьи» в условиях, когда широкий набор услуг должен быть обеспечен для всех граждан, остались в основном в прошлом. До введения обязательного медицинского страхования семейный врач действительно обслуживал за плату ограниченный круг состоятельных семей, поддерживая с ними личные связи в течение длительного периода. В условиях общедоступной и бесплатной медицины врачи общей практики должны оказывать помощь пациентам из самых различных слоёв населения. И это в цивилизованных государствах считается важнейшим достижением демократии, залогом социально-политической стабильности и фактором, укрепляющим конкурентоспособность национальной экономики. Вообще же в современных условиях действует ряд объективных факторов, в силу которых долгосрочные связи доктора с одними и теми же пациентами, с целыми семьями становятся редкостью даже в тех обществах, где распространена платная «элитная» медицина. Среди таких факторов: резко возросший уровень мобильности – профессиональной, социальной, географической – значительной части населения (в том числе и самих врачей); тенденция к концентрации населения вообще и иммигрантов в частности в больших городах; усложнение этнолингвистического и этноконфессионального состава жителей больших городов.

Кроме того, ситуация, в которой семейный врач-терапевт пытается диагностировать и лечить пациентов разных возрастов и от самых разных болезней, имея в своём офисе очень ограниченный набор специального оборудования, при современных достижениях медицины всё более становится анахронизмом. Между тем, для канадской системы первичного медицинского обслуживания такая ситуация довольно типична. Как отмечалось, здесь отсутствуют поликлиники (т.е. учреждения многопрофильного первичного обслуживания). При этом доступ ко всем специалистам (за исключением некоторых «частников») возможен только по назначению семейного доктора.

Работа всех врачей системы обязательного медицинского страхования оплачивается по принципу «плата за услугу». Подобная схема оплаты, как считают многие эксперты и показывает практика, создаёт неверные стимулы. Для врача становится более выгодным увеличивать число услуг, требующих «быстрых и несложных действий» (включая дополнительные осмотры, назначения лекарств и процедур), и относительно менее важным – само эффективное лечение пациентов [6]. Неслучайно, эксперты ОЭСР, изучив систему организации медицинского обслуживания в Канаде, установили, что уровень вознаграждения врачей системы обязательного медицинского страхования здесь существенно выше, чем в большинстве других западных стран, и рекомендовали изменить схемы оплаты их труда [4].

Со своей стороны, врачи общей практики указывают на то, что их чистые доходы (после вычета издержек на помещения и оборудование, оплаты наёмного персонала и прочих затрат, а также налоговых отчислений) намного меньше регистрируемых объёмов вознаграждений. Кроме того, многие из семейных врачей жалуются на хроническую перегрузку, хотя формально они сами определяют часы своей работы и численность прикреплённых пациентов. По официальным данным, прикреплением к семейным врачам обеспечено примерно 85% населения. Около 5 млн. канадцев не прикреплены к определённому

врачу-терапевту, что создаёт трудности в доступе к первичному медицинскому обслуживанию.

Нехватка врачей общей практики остро ощущается в новых районах массовой жилищной застройки в больших городах (типичный пример – мегаполис Торонто, в котором проживает более 6 млн. человек и «оседает» более 30% прибывающих в страну иммигрантов). Доступ к врачам затруднён также для жителей отдалённых сельских поселений и посёлков на северных территориях, где постоянно живут преимущественно аборигенные народы (индейцы, инуиты). Создать стимулы для добровольного переезда врачей в такие районы, как правило, не удаётся. В качестве альтернативы на северных территориях действуют медпункты, в которых работают медсёстры, но и их привлечь в отдалённые районы сложно даже с помощью относительно высокой зарплаты.

В больших городах в целях обеспечения медицинской помощи гражданам, не имеющим прикрепления к семейным врачам, в последние годы создаются так называемые «клиники для всех» (*walk-in-clinics*). Новые пункты обслуживания обычно располагаются в торговых и офисных центрах, включают несколько кабинетов для приёма пациентов врачами общей практики, медсёстрами-консультантами, а иногда и некоторыми специалистами. Персонал таких клиник комплектуется, как правило, по контрактам с врачами, которые либо получили свои лицензии недавно (молодёжь, переселенцы из других стран), либо по иным причинам не организовали собственную практику. Принято считать, что врачи в таких клиниках не обладают высокой квалификацией, однако преимущество состоит том, что они принимают без предварительной записи и любых пациентов, в том числе и тех, кто «прикреплён» к семейному врачу.

В целом, на примере одной из провинций Канады – Онтарио, где проживает почти 40% населения страны – можно выделить следующие достаточно типичные проблемы функционирования первичного звена медицинской помощи.

1. Большие потери времени работающих граждан. Обычные часы приёма у семейных врачей (врачей общей практики) и специалистов системы обязательного медицинского страхования – с 9 до 17.00. Обычный период ожидания приёма от момента записи – порядка 3–4 недель. Ожидание непосредственно перед приёмом, как правило, длится не менее 1,5–2 часов [11]. Всё это также означает, что работающие граждане вынуждены задолго до визита к врачу спланировать его так, чтобы иметь возможность потратить значительную часть рабочего дня.

2. Затруднения в доступе к услугам врачей-специалистов. Сначала нужно ждать до нескольких недель, чтобы попасть к семейному врачу и получить направление к специалисту амбулаторного или больничного звена системы обязательного медицинского страхования. Потом, как правило, приходится ждать ещё несколько недель до назначенной консультации. В Онтарио средний период ожидания консультации у специалиста составляет более 4 недель (конкретный период ожиданий может быть существенно короче в одних местах и длиннее – в других) [15].

3. Несвоевременное обращение граждан за первичной медицинской помощью. Проблемы с её получением в амбулаторном звене заставляют многих пациентов откладывать обращение к врачам до момента проявления явных и острых признаков нездоровья. Это ограничивает возможности ранней диагностики и предупреждения развития более тяжёлых форм заболеваний.

4. Детей семейный врач обычно принимает в порядке общей очереди. Педиатров в амбулаторном звене мало. Проблемы с посещением специалистов у детей практически те же, что и у взрослых пациентов. В больших городах прикрепление всей семьи к одному семейному доктору зачастую не получается по условиям жизни и работы. Мужчины обычно стремятся найти врача общей практики вблизи места работы. Если дети часто болеют, то женщины стремятся «прикрепить» их к педиатру, кабинет которого далеко не всегда располагается вблизи места жительства семьи. Не удивительно, что, по статистике, женщины трудоспособного возраста обращаются к врачам реже, чем другие группы населения [13].

5. Нехватка семейных врачей и ограниченность доступа к амбулаторным специалистам в некоторых районах по существу означает большие сложности в получении медицинской помощи на «добольничной» стадии. По оценкам международных экспертов, в Канаде «реактивная медицина явно доминирует над превентивной» – иными словами, основной упор делается на лечение уже развившихся заболеваний, однако мало внимания уделяется предупреждению осложнений, выявлению и лечению болезней на ранних стадиях. Неслучайно на лечение хронических заболеваний в Канаде затрачивается два из каждых трёх долларов, расходуемых на здравоохранение [5].

6. Система вознаграждения врачей общего медицинского страхования по принципу «плата за услугу» (каждую в отдельности) создаёт стимулы для «избыточных назначений» диагностических процедур и лекарств. Предложение правительства Онтарио ввести систему окладов вызвало недовольство и сопротивление семейных врачей. Многие из них в ответ на это перешли на режим приёма пациентов по принципу «один визит – одна проблема». Формально сокращение среднего времени приёма пациента должно увеличить «пропускную способность» амбулаторных кабинетов, а следовательно, сократить периоды ожидания приёма от момента записи и непосредственно в комнатах ожидания. На практике возросла необходимость многократных посещений, чего основная масса работающих граждан не может себе позволить.

Важно подчеркнуть – статистика не подтверждает мнения о том, что «бесплатная и общедоступная медицина провоцирует избыточное использование услуг населением». Так, в 2009 г. в Онтарио было зарегистрировано 6,36 млн. посещений врачей общей практики на 13,1 млн. населения. Это означает, что как минимум 50% населения провинции не посетили врача-терапевта в том году ни разу, даже если предположить, что остальные обращались за помощью только один раз [15].

7. Недостатки в работе первичного звена ведут к нерациональному распределению функций и нагрузки между ним и стационарными учреждениями. Часть пациентов с относительно несложными проблемами обращается в отделения неотложной помощи в больницах только потому, что не может получить своевременную помощь иным образом. Другие пациенты по той же причине «пропускают» начальные стадии заболеваний, и для их лечения пребывание в стационаре становится необходимым. В целом же всё это вызывает перегрузки в отделениях неотложной помощи (которые работают и как приёмные отделения, «сортируя» тяжёлых и несложных больных), а также в лечебных корпусах стационаров. В 2009 г. в Онтарио было зарегистрировано 5,25 млн. визитов в неотложные отделения больниц на 13,1 млн. населения. Врач неотложного отделе-

ния осматривает в среднем 5 пациентов в час. Среднее время ожидания осмотра – 4,4 часа [15]. В первую очередь рассматриваются самые тяжёлые и опасные случаи, поэтому пациенты с проблемами «амбулаторного уровня» ждут в очереди намного дольше остальных. Зато появляется возможность получить консультацию врача без предварительной записи, без нескольких недель ожидания и после окончания собственного рабочего дня. Такой выбор может быть вполне рациональным с точки зрения части пациентов, но далеко не оптимален с точки зрения организации системы медицинского обслуживания.

Приведённые выше оценки могут показаться излишне жёсткими. Возникает также вопрос: если в системе медицинского обслуживания столько недостатков, то каким образом Канаде удаётся иметь весьма высокие (на уровне лучших среди стран – членов ОЭСР) показатели здоровья и продолжительности жизни населения? Много становится более ясным при ознакомлении с результатами межстрановых сопоставлений. Примечательно, что «диагнозы» проблем канадского здравоохранения, поставленные внутри страны, в основном совпадают с оценками международных экспертов. Об этом, в частности, свидетельствуют материалы опубликованного в июле 2010 г. исследования, целью которого было сравнить результаты функционирования систем здравоохранения в США, в нескольких странах Содружества – Великобритании, Канаде, Австралии, Новой Зеландии, а также в Германии и Нидерландах [5]. В том, что касается Канады, результаты сравнительного анализа подтвердили наличие проблем в плане своевременности и качества оказания услуг, координации между различными звеньями системы здравоохранения, её эффективности по затратам. В целом, по совокупности оценок доступности качественных медицинских услуг для всего населения первое место среди указанных выше стран заняли Нидерланды, а последнее – США. Канада, к удивлению многих канадских специалистов, в этой группе была поставлена международными экспертами на предпоследнее, шестое место. Позиции стран Северной Америки в подобном рейтинге наверняка оказались бы ещё в большем отдалении от группы лидеров, если бы в «соревновании участвовали» такие страны, как Швеция, Финляндия, Дания, Франция, Испания, Израиль.

По признанию канадских специалистов, пример Канады служит весомым подтверждением того, что высокие показатели здоровья и продолжительности жизни населения страны определяются, прежде всего, экономическими и социальными условиями. В Канаде это высокий уровень доходов, образования и обеспеченности жильём, высокие стандарты защиты окружающей среды и контроля над качеством питьевой воды, продуктов питания и лекарств. Большое значение имеют социальная стабильность и хорошо развитая социальная инфраструктура [13].

Дискуссии по вопросам реформ в здравоохранении

Полемика по проблемам здравоохранения и содержанию необходимых реформ резко активизировалась в последнее время по ряду причин. Прежде всего, экономический кризис, спровоцировавший возврат бюджетных дефицитов на федеральном уровне и в провинциях, вновь сделал остро актуальными вопросы оптимизации расходов на здравоохранение, снижения уровня затратности в различных его звеньях без серьёзных потерь в качестве и доступности

услуг. В 2010 г. ассигнования на здравоохранение составляли в среднем около 42% всех бюджетных расходов в провинциях, а ежегодный прирост таких ассигнований в последние пять лет превышал 6% [12]. Что касается граждан, то в условиях экономических трудностей особую озабоченность вызывает растущая дороговизна платных услуг и лекарств, а следовательно, ограниченность возможностей получить необходимое лечение.

Жёсткая борьба в США вокруг реформ в здравоохранении, повышенное внимание сторонников и противников планов администрации Обамы к слабым и сильным сторонам канадской модели – всё это также повлияло на характер дебатов в Канаде. И примечательно, что в ходе этих дебатов подтвердилось следующее. Несмотря на весьма серьёзный критический настрой по отношению к недостаткам национальной системы здравоохранения, большинство населения, представителей властных структур, а также медицинского сообщества поддерживают сохранение его базовых принципов. Опросы общественного мнения продемонстрировали, что, хотя порядка 80% канадцев считают необходимым проведение реформ в здравоохранении, более 70% продолжают поддерживать эти принципы и выступают против приватизации в сфере медицинского обслуживания. Результаты международных сравнений, с одной стороны, заставили многих в Канаде более трезво оценить проблемы в этой сфере. Но, с другой стороны, они позволили ещё раз убедиться, что при существенно более низком, чем в США, уровне затрат на медицину (в 2010 г. – 11,9% против более 17%) показатели доступности услуг в Канаде заметно лучше. Лучше, чем в соседней стране, и обобщающие показатели здоровья населения: больше продолжительность жизни мужчин и женщин (на 2,5 года), ниже уровень детской смертности, смертности от сердечно-сосудистых и некоторых распространённых раковых заболеваний [5].

Следует отметить, что, вместе с тем, в последние несколько лет в Канаде стали гораздо активнее действовать сторонники коммерциализации здравоохранения. По их мнению, главные причины всех проблем канадской медицины – монопольное положение государства в системе медицинского страхования и запрет на оказание базовых услуг на коммерческой основе в амбулаторном звене и частных больницах. Утверждается, что бюджетные расходы на здравоохранение достигли неприемлемо высокого уровня из-за неэффективности государственного управления, и по той же причине Канада уступает другим странам по уровню оснащённости современной медицинской техникой и использованию высокотехнологичных методик диагностики и лечения. Отсюда и предлагаемая стратегия реформ – ограничение роли государства, либерализация системы медицинского страхования и обслуживания, создание условий для «справедливой конкуренции» со стороны частных страховых компаний и медицинских учреждений [1].

Сторонники либеральных рыночных реформ в сфере здравоохранения пока находятся в явном меньшинстве. И для этого в Канаде имеются особые и весьма веские причины. Многие канадцы опасаются, что допуск коммерческих компаний в сферу гарантированных обязательным страхованием услуг может быстро привести к коммерциализации национального здравоохранения по американскому образцу – более затратному и менее справедливому, сочетающему самую современную и высокоэффективную медицину для состоятельных слоёв населения и отсутствие медицинской страховки у нескольких де-

сятков миллионов граждан. Такого рода опасения получили дополнительный импульс после вступления в силу в 1994 г. Североамериканского соглашения о свободной торговле (НАФТА), ускорившего хозяйственную интеграцию между США, Канадой и Мексикой. По условиям соглашения, иностранные и национальные производители и инвесторы пользуются в странах НАФТА одинаковыми правами. Мощные компании, действующие в сфере частной страховой медицины США, уже давно проявляют интерес к деятельности «на канадском рынке». Однако именно преимущественно нерыночные основы организации здравоохранения в Канаде этому препятствуют. Если же канадским коммерческим структурам будет разрешено оказывать услуги в системе медицинского страхования – даже при условии их оплаты из бюджетных источников, ситуация изменится. Американские страховые компании и частные медицинские учреждения получают основания требовать отмены «дискриминационных барьеров», а, добившись этого, станут самыми активными конкурентами для канадских структур, со всеми вытекающими из этого отрицательными последствиями для общественной системы здравоохранения.

Определение характера предстоящих реформ во многом зависит от соотношения сил в канадском медицинском сообществе между сторонниками и противниками рыночной либерализации. И в этом плане особое значение имеют официальные позиции Канадской медицинской ассоциации, объединяющей практически всех врачей-терапевтов, а также значительную часть врачей иных специальностей, работающих в системе обязательного страхования. На съезде этой ассоциации, который был проведён незадолго до всеобщих парламентских выборов (состоявшихся в Канаде 2 мая 2011 г.), обсуждались основные проблемы здравоохранения и варианты реформ в этой сфере. Позиция большинства представителей медицинского сообщества относительно внедрения рыночной конкуренции была определена весьма чётко. В итоговой декларации съезда было указано, что ограничение финансово-организационной роли государства и допуск коммерческих структур в сферу оказания базовых медицинских услуг не сделают всю систему более устойчивой в финансовом отношении и более эффективной в плане доступности качественных услуг для всего населения. Для устранения критических недостатков в медицинском обслуживании необходимы, в первую очередь, реформы, направленные на более оптимальное распределение функций и нагрузки между первичным звеном медицинской помощи и различными видами медицинских стационаров, а также учреждениями социальной сферы (для престарелых граждан и инвалидов, нуждающихся, главным образом, в услугах по уходу). Авторитетные эксперты считают важным перенять опыт тех стран, где при сравнимом уровне затрат на медицину такая координация налажена лучше, чем в Канаде, где отсутствуют длительные периоды ожидания приёма у врачей и лечения в больницах. Президент Канадской медицинской ассоциации Дж. Тёрнбулл призвал правительство Консервативной партии проявить инициативу в разработке «Плана действий в области здравоохранения» и в ближайшем будущем начать процесс обсуждения и согласования реформ с провинциями [8].

Ещё более чёткую – и негативную – позицию по отношению к коммерциализации здравоохранения занимает действующая в рамках Канадской медицинской ассоциации группа «Врачи в поддержку общественной медицины». По их мнению, именно государственные программы обеспечивают устойчивость

канадской системы здравоохранения, тогда как бремя затрат растёт прежде всего из-за платных услуг и лекарств, не покрываемых обязательным страхованием. Приводятся данные официальной статистики, показывающие, что за последние 35 лет суммарная доля в ВВП расходов первичного и стационарного звеньев обязательного медицинского страхования оставалась стабильной. Общий же уровень расходов на здравоохранение в пропорции к ВВП рос, прежде всего, из-за затрат на платные услуги и лекарства. Значительная часть врачей считает необходимым введение всеобщего лекарственного страхования, подобного программам, действующим в западноевропейских и скандинавских странах, или хотя бы лекарственного страхования для больных с особенно тяжёлыми и хроническими заболеваниями. Такие реформы обсуждаются в Канаде уже давно, но они встречают активное противодействие со стороны крупных фармацевтических компаний и частных аптечных сетей.

В позициях региональных и федеральных властей в отношении реформ в сфере здравоохранения нет единства. Находящаяся у власти в Канаде на федеральном уровне с 2006 г. Консервативная партия в своих базовых идеологических установках близка к сторонникам рыночной либерализации в экономике и социальной сфере. Однако правительства консерваторов не могут не учитывать мнение избирателей относительно главных приоритетов государственной политики. Опросы же общественного мнения подтверждают, что большинство граждан из самых разных регионов и слоёв населения придают первостепенное значение устойчивому финансированию основных социальных программ – и здравоохранения в первую очередь. Поэтому федеральное правительство, даже после уверенной победы Консервативной партии на выборах 2 мая 2011 г., пока не ставит вопрос об изменениях в обязательствах по целевым трансфертам, передаваемым субъектам федерации на социальные программы.

Между тем, переговоры по этим вопросам между федеральным центром и провинциями в любом случае должны начаться в ближайшем будущем, поскольку в конце 2013 г. истекает срок действия 10-летнего соглашения по финансированию здравоохранения. Очевидно, что в существенно изменившихся с 2003 г. экономических условиях требуется выработка и согласование не только новых подходов к расчётам целевых трансфертов, но и реформ в организации самих программ медицинского обслуживания. Между тем, как отмечают многие политические комментаторы, правительство С. Харпера явно избегает постановки и обсуждения «трудных вопросов».

Справедливости ради, следует учитывать, что если на федеральном уровне выборы уже состоялись, то в семи из десяти канадских провинций они будут проводиться в последние месяцы 2011 г. А в результате к власти в регионах в этом году могут прийти другие партии и другие лидеры, и уже им предстоит вести трудные переговоры по вопросам реформ в системе здравоохранения.

Список литературы

1. Жуков Д.С. Здравоохранение в Канаде: критический взгляд / Рец. на книгу: *Skinner B.J. Canadian Health Policy Failure: What's Wrong? Who Gets Hurt? Why Nothing Changes?* // США ❖ Канада. 2011. № 1. С. 123–126.
2. Израелян Е.В. Диалог государства и общественности: опыт Канады. М.: Институт США и Канады РАН, 2006. 145 с.

3. *Немова Л.А.* Канадская модель социальной политики // США ❖ Канада. 2007. № 9. С. 21–34.
4. *Bliss M.* Here's the Right Way to Reform Health Care // The Globe and Mail. 19.04.2011 (<http://www.theglobeandmail.com/news/opinions/opinion/heres-the-right-way-to-reform-health-care/article1990101>).
5. *Davis K., Schoen C., and Stremikis K.* Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update (<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all>).
6. Decisions, Decisions: Family Doctors as Gatekeepers to Prescription Drugs and Diagnostic Imaging in Canada. Health Council of Canada. Report released on 27.09.2010 (<http://www.healthcouncilcanada.ca/en/>).
7. Federalism and the Welfare State. New World and the European Experiences / Ed. by H. Obinger, S. Leibfried and F. Castels. London, 2005. 363 p.
8. *Galloway G., Priest L.* Doctors Urge Health Care Action Plan to Thwart “Looming Crisis” // The Globe and Mail. 16.03.2011 (<http://www.theglobeandmail.com/life/health/new-health/health-policy/doctors-urge-health-care-action-plan-to-thwart-looming-crisis/article1924496>).
9. Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/en>).
10. Investontario.com. Ontario Ministry of Economic Development and Trade (<http://www.investinontario.com>).
11. *Mendelson R.* The Worst-run Industry in Canada: Health care // The Canadian Business Magazine. 25.10.2010 (http://www.canadianbusiness.com/managing/article.jsp?content=20102025_10022_10022&utm_source=business&utm_medium=rss).
12. National Health Expenditure Trends, 1975 to 2010. Canadian Institute for Health Information (<https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?pf=PFC1556&lang=en&media=0>).
13. Public Health: A Canadian History. The Canadian Public Health Association (www.cpha100.ca).
14. OECD Health Data 2010 (June edition). Organization for Economic Cooperation and Development. Paris, 2010.
15. Wait Times – Emergency Rooms – Ministry Programs – Public Information – MOHLTC. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (<http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/waittimes/edrs/faq.aspx>).