

Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады: общественное недовольство системой и панегирик по официальной статистике

В.А. Алексеев, д.м.н., профессор, заслуженный преподаватель высшей школы России, кафедра международного здравоохранения РМАПО

К.Н. Борисов, к.м.н., главный врач поликлиники №151 ДЗ СЗАО г. Москвы, доцент кафедры международного здравоохранения (РМАПО)

Резюме. В статье анализируются проблемы реформирования здравоохранения Канады, социальная политика которой была и остается преимущественной прерогативой государства. Авторы отмечают неоднозначные оценки системы здравоохранения Канады. С одной стороны имеется общественное недовольство, с другой - в прессе канадскую систему часто характеризуют как образцовую, называя «общенациональной».

Парадоксы в оценке здравоохранения Канады заключаются в том, что система здравоохранения перестала соответствовать нарастающим потребностям населения.

Ключевые слова: здравоохранение Канады, система здравоохранения, здоровье населения, семейные врачи, потребности населения, Акт о здравоохранении.

Paradoxes in an estimation of system of public health services of Canada: public discontent with system and the panegyric on official statistics

KN Borisov, VA Alekseev.

Summary. In article problems of reforming of public health services of Canada are analyzed. Social policy was and remains a primary prerogative of the state. Authors mark not unequivocal estimations of system of public health services of Canada. On the one hand is available public discontent with system of public health services. On the other hand, in press the Canadian system often characterize as exemplary, naming "national".

Paradoxes consist in an estimation of system of public health services of Canada that the system of public health services has ceased to correspond to increasing requirements of the population.

Keywords: public health services of Canada, system of public health services, health of the population, general practitioner, requirements of the population, Canada Health Act.

В соответствии с ежегодной статистикой ООН, Канада с 1993 г. по 2003г. признавалась лучшей страной в мире для проживания. Она занимала лидирующее положение в списке стран, считающихся лучшими по совокупности важнейших критериев (общий уровень жизни, экология, культура и искусство, образование, уровень преступности и т.д.). На втором месте – Норвегия, далее США, Австралия, Исландия, Швеция, Бельгия, Нидерланды, Япония, Великобритания, Финляндия, Франция, Швейцария, Германия, Дания, Австрия, Ирландия, Италия. Канада превосходит Соединенные Штаты по продолжительности жизни, а Японию - по уровню образования, что и послужило дополнительной причиной провозглашения Канады лучшей страной в мире для проживания человека на протяжении стольких лет. Более 65% канадцев живут в собственных домах. Более двух третей семей имеют новейшие марки таких

потребительских товаров, как автомобили, телевизоры, холодильники, компьютеры, стиральные машины, телефоны и аудио системы и т.п. Телефонная связь в стране установлена практически повсеместно. Ещё в 1995 году около 30% канадских семей имели персональные компьютеры. В Канаде - бесплатное школьное образование, условно-бесплатное среднее и высшее образование для детей и взрослых, бесплатная медицина. Канадское здравоохранение - одна из многих сфер, которой по праву гордится государство.

По уровню доходов населения Канада занимает 6 место в мире: ее превосходят лишь США, Швейцария, Люксембург, Германия и Япония. Канада - одна из немногих стран мира, которая в соответствии со своей иммиграционной политикой позволяет достаточно легко и легально получить вид на жительство людям, которые не имеют близких родственников в Канаде, однако являются квалифицированными специалистами или удачливыми бизнесменами. Канада - одна из самых экологически чистых стран мира. Благодаря бережному отношению самих граждан к природе, а также заботе, проявляемой государством, среда обитания канадцев может служить образцом для других стран. Треть всех доходов канадцев приносит деятельность, связанная с защитой окружающей среды.

Население Канады, по оценке на январь 2010 года, составило 34 млн. человек. Из них 19% моложе 15 лет, 69% в возрасте между 15 и 64 годами и 13% – от 65 лет и старше. Большая часть населения Канады сосредоточена на территории расположенной вдоль границы с США. На этом пространстве, составляющем около 2% всей территории страны проживает около 50% населения.

В Канаде благополучно сосуществуют две основные культуры и два языка – результат соперничества между Англией и Францией, происходившего на ранних этапах колонизации той части Северной Америки, которой впоследствии было суждено стать Канадой. В настоящее время 28% жителей имеют британское, 23% – французское, 15% – иное европейское происхождение, предки остальных 6% прибыли из различных азиатских, африканских и арабских стран. 2% населения составляют индейцы и инуиты (эскимосы). 26% жителей имеют смешанное происхождение. Официальные языки Канады – английский и французский. Первый является родным для 59% жителей страны, второй – для 23%. Часть населения говорит на итальянском, немецком, украинском, португальском языках, а также на различных языках индейских и инуитских народов.

Наглядным индикатором успеха действующей системы здравоохранения является состояние здоровья граждан. Продолжительность жизни канадцев в среднем 78,6 лет (81,4 года для женщин и 75,8 лет для мужчин). Показатель рождаемости составил 10,91‰, показатель смертности – 7,67 ‰. Младенческая смертность - 4,82 на 1000 новорожденных - один из самых низких показателей в мире.

Как известно, эксперты ВОЗ ранжируют качество национальных систем здравоохранения по совокупности пяти параметров, в числе которых показатели продолжительности жизни и смертности, доступности и равенства в получении медицинской помощи, обеспеченности больничными койками и медперсоналом, доли расходов на здравоохранение в ВВП страны.

По совокупности этих параметров Канада занимает 30-е место. Мало кто из специалистов, отстаивающих государственную систему здравоохранения, считает ее в этом отношении эталоном. Однако, в прессе канадскую систему часто характеризуют как образцовую, называя «общенациональной». На практике она носит децентрализованный характер: широкие полномочия в сфере здравоохранения делегированы регионам — 10 провинциям и трем административным территориям. На этом уровне осуществляется

непосредственный контроль за предоставлением медицинских услуг общественными и частными организациями.

По оценке специалистов (Esmail, Walker 2007) несмотря на высокие расходы, канадская система показывает худшие результаты, чем системы здравоохранения в странах с аналогичным уровнем доходов. Дефицит медицинских ресурсов и отсутствие мотивации приводит к формированию длинных очередей. В Канаде они длиннее, чем в любой другой аналогичной стране. В условиях дефицита правительство отреагировало ограничением доступа к государственной медицинской системе. Например, из списка услуг, которые раньше покрывались страховкой, были исключены отдельные виды. Также был введен запрет на включение в страховку новых лекарств, а также использование новых технологий. Недофинансирование в основном капитал (здания, оборудование) привело к тому, что пациентов переводили на укороченные сроки госпитализации.

Б. Скиннер так описывает недостатки системы здравоохранения Канады:

- В 2007 г. около 1,7млн. канадцев не могли найти постоянного семейного доктора;
- В 1993 г. канадский пациент ждал в среднем 9,3 недели от времени, когда он был обследован и получил консультацию семейного врача и до времени, когда он получил специализированное лечение. К 2007г. срок ожидания почти удвоился, до 18,3 недель.
- Среднее время ожидания на лечение в Канаде в два раза больше времени, которое считают врачи клинически разумным;
- В 2005 г. канадские стат. органы показали, что среди пациентов, которые дождались своей очереди, 11% ждали более 3 месяцев для получения консультации специалиста, 17% ждали более трех месяцев для получения несрочного хирургического лечения. 12% ждали более трех месяцев для получения диагностических анализов.
- Государственная программа лекарств часто отказывается регистрировать новые лекарства. Когда новое лекарство все-таки включается в госпрограмму, пациенты должны ждать на год больше, чем пациенты, которые получают лекарства по частной страховке.
- С 1997/98 по 2006/07 гг. фискальные годы во всех десяти канадских провинциях расходы на систему здравоохранения увеличивались в среднем за год на 7,3%, а темпы роста доходов провинций составляли 5,6%, равно как и темпы роста ВВП провинций (5,6%). Это значит, что расходы на здравоохранения увеличивались быстрее, чем способность государства покрывать эти расходы.
- Без учета растущего бремени стареющего населения прогнозируется, что к 2035 г. в шести из десяти провинций государственные расходы на здравоохранение превысят более половины общих доходов бюджета из всех источников.

Основные принципы организации медицинской помощи в Канаде сформулированы в Акте о здравоохранении, принятом как закон (Canada Health Act) в 1984 г.

В Канаде правительство финансирует около 70% всех расходов на здравоохранение. Правительство финансирует 100% медицинских услуг, которые считаются «необходимыми с медицинской точки зрения» (“medically necessary”). В эту категорию попадают все больницы и услуги врачей. Государство также покрывает 48% расходов на лекарства по рецепту.

Таблица 1

Расходы на здравоохранение, монополизированные государством, как следствие признания принципа всеобщей доступности медицинского страхования

	Расходы на здравоохранение, монополизированные государством, как следствие признания принципа всеобщей доступности медицинского страхования ²					
	Больницы	Другие учреждения	Расходы в основной капитал	Врачи	Администрация	Всего
Млн. \$ канадских	40097	10036	4905	19160	2834	77032
% от общих расходов	27,1	6,8	3,3	12,9	1,9	52,5

²Источник: Healthcare: state failure. Journal of The Institute of Economic Affairs Volume 28 No 4 December 2008

Канадскую систему здравоохранения часто называют бесплатной. На самом деле согласно канадскому закону о здравоохранении гарантии бесплатного медицинского обслуживания распространяются только на застрахованные виды услуг, при этом многие услуги государственной страховкой не охвачены или охвачены частично.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение и ВВП на душу населения

Страна ³	Общие расходы на здравоохранение, % ВВП	ВВП на душу населения, в \$ по ппс
Норвегия	8,7	51947
США	15,3	43864
Швейцария	11,3	38119
Канада	10,0	36814
Австрия	10,1	35695
Швеция	9,2	34870
Британия	8,4	32961
Финляндия	8,2	32728
Германия	10,6	31949
Франция	11,1	31048
Испания	8,4	29383
Италия	9,0	29168

³Источник: ОЭСР 2008

Чтобы получить доступ к средствам из федерального бюджета, медицинские программы провинций должны соответствовать пяти критериям. Их характер должен быть: 1) универсальным, т.е. распространяться на всех жителей провинции на равных условиях; 2) всеобъемлющим, т.е. предусматривать все необходимые по медицинским показаниям услуги; 3) мобильным, т.е. сохранять за гражданами страховое покрытие при переезде в другую провинцию; 4) доступным, т.е. исключать любые финансовые барьеры для получения медицинской помощи, вроде вычетов или долевого участия; и 5)

государственным, т.е. управляться некоммерческим органом, подведомственным правительству провинции. Страна расходует на здравоохранение около 10% ВВП.

Система здравоохранения составляет один из значимых элементов канадского «социального государства». На региональном уровне на ее долю приходится от трети до половины всех расходов на социальные нужды.

Еще одна завидная канадская специфика состоит в том, что многочисленные общественные организации активно участвуют в реализации политики здравоохранения на местном уровне, обеспечивая медицинское обслуживание, оказывая социальную поддержку, занимаясь пропагандой здорового образа жизни и решением проблем охраны окружающей среды.

Канадская система здравоохранения финансируется государством и обеспечивает практически бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам Канады. Бюджет здравоохранения формируется из средств собираемых, как местными, так и государственными подоходными налогами и налогами на прибыль с предприятий. Правительство предоставляет каждой провинции единый грант, составляющий примерно 16% от ее расходов на здравоохранение. Основную часть финансирования составляют поступления от региональных налогов, главным образом на доходы физических и юридических лиц. Некоторые провинции также используют для финансирования здравоохранения средства налогов с продаж и доходы от лотереи. Чтобы укрепить систему здравоохранения, правительство за период с 1999 до 2004 года выделило провинциям и территориям 11,5 миллиардов долларов на дополнительные нужды системы.

Провинции обязаны обеспечивать гражданам определенные виды медицинской помощи, в том числе услуги терапевтов, специалистов, лечение в стационаре и стоматологическое хирургическое вмешательство. Другие услуги, например, текущее лечение зубов, физиотерапия и лекарства, отпускаемые по рецептам, оплачиваются на добровольной основе. В некоторых провинциях за них предоставляется значительное страховое покрытие. За исключением экстренных случаев для приема у специалиста или госпитализации пациенту необходимо направление от терапевта.

Провинции обеспечивают специальный медицинский уход ветеранам, коренным жителям Канады, живущим в резервациях, военным и служащим Королевской Канадской Конной Полиции. На провинции возложена ответственность за профилактику и охрану здоровья населения и проведение пропаганды здорового образа жизни.

Канадскую систему здравоохранения часто называют бесплатной. На самом деле, согласно канадскому закону о здравоохранении гарантии бесплатного медицинского обслуживания распространяются только на застрахованные виды услуг, при этом многие медицинские услуги государственной страховкой не охвачены или охвачены частично. Например, некоторые провинции не включают в страхование услуги физиотерапии и оплату некоторых лекарств. В среднем личный ежегодный вклад канадца в систему здравоохранения составляет около 2,5 тыс. долларов

Основой системы здравоохранения Канады являются терапевты первичного звена - семейные врачи, которые составляют почти половину всех практикующих врачей страны. Они работают в медицинских офисах (подобие наших поликлиник). Семейные врачи контролируют доступ к большинству специалистов узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам. Большинство врачей имеют частную практику и пользуются высокой степенью автономии. Некоторые специалисты работают в больницах или местных оздоровительных центрах на контрактной основе. Частнопрактикующим медикам государство оплачивает услуги в зависимости от

оказанной помощи, причем плату такие врачи получают непосредственно из бюджета провинции или территории. Терапевты, не имеющие частной практики, получают либо установленный оклад, либо плату в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг.

Пациент при посещении врача предъявляет карточку медицинского страхования (Health Card), которая выдается всем легальным гражданам и жителям страны. Выбор семейного врача осуществляется пациентом самостоятельно. Врача можно менять, однако, при большой загруженности врач может регулировать количество обслуживаемых семей и отказаться от ведения новых пациентов. Семейные врачи являются связующим звеном между пациентом и формальной системой здравоохранения и контролируют доступ к большинству специалистов узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам.

В стране действует широкая сеть медицинских центров, сочетающих лечебную и профилактическую деятельность с обучением населения основам здорового образа жизни. Эти учреждения имеют бюджетное финансирование в рамках различных программ.

Канадский закон о здоровье запрещает предоставление платных медицинских услуг за исключением тех, которые не предусмотрены в провинциальных планах здравоохранения. Врача, который за деньги оказал пациенту медицинскую услугу из списка, предусмотренного планом здравоохранения, могут осудить и подвергнуть тюремному заключению. Это возможно даже в том случае, если больной сам предложил оплатить услугу, чтобы ускорить её получение. Частнопрактикующим врачам государство оплачивает услуги в зависимости от оказанной помощи непосредственно из бюджета провинции или территории.

В стране намечается проведение реформы, направленной на создание объединений врачей первичной медицинской помощи с удлинённым рабочим днем. В них должен быть собран необходимый медицинский персонал и специалисты разного профиля. Формы оплаты труда варьируют – от фиксированного оклада до оплаты в зависимости от числа пациентов.

В Канаде существует развитая и хорошо организованная система больниц – как многопрофильных, так и специализированных. Обеспеченность койками составляет 34 на 10000 населения. Более 95% всех канадских больниц работают по принципу некоммерческих частных организаций, управляемых местным советом директоров, организациями добровольцев или муниципалитетами. Содержание больниц и закупка медикаментов являются самыми крупными статьями расходов в бюджете здравоохранения. Около 70% всех расходов финансируется за счет государства, из них почти 30% – за счет поступлений от налогов, выплачиваемых частными лицами. Дополнительная страховка, приобретаемая гражданами по желанию, покрывает стоимость пребывания в отдельной палате, дорогостоящих лекарств, стоматологические услуги и ряд других расходов. Наряду с этими организациями, финансируемыми государством, в Канаде существуют и частнопрактикующие врачи и частные клиники. Больницам выплачиваются заранее установленные суммы: они обеспечивают покрытие всех расходов, кроме затрат на основные фонды.

Большинство стационаров и врачей в Канаде являются частными, врачи оплачиваются на основе гонорара за услугу. Однако, тарифы на медицинские услуги строго контролируются и регулируются правительством и ежегодно пересматриваются. Государство не заинтересовано в увеличении тарифов на медицинские услуги, так как рост стоимости лечения потребует увеличения размеров государственного финансирования, а, следовательно, повышения налогов, что является непопулярной

мерой. Предусмотрено финансовое наказание для провинций, лояльно относящихся к врачам, взимающим со своих пациентов дополнительные сборы сверх установленных тарифов. Строгий контроль над медицинскими расходами несколько замедляет темпы внедрения новейших медицинских технологий, но не порождает стагнацию в этом деле.

Очереди на получение плановой медицинской помощи и соответственно «листы ожидания» — одна из серьезнейших проблем канадского здравоохранения. Точные официальные данные в отношении очередности отсутствуют. По данным опроса канадских врачей, проведенного Институтом Фрейзера, можно предположить, что в любой конкретный момент времени своей очереди на получение медицинских услуг ожидают несколько десятков тысяч канадцев. Согласно результатам этого исследования, длительность всего процесса лечения: получение направления от терапевта, прием у специалиста, сами лечебные процедуры по всем специализациям и всем видам помощи (срочной, несрочной, плановой) составляла в 2005 году в среднем 17,7 недель. Причем в этот срок не входит ожидание первого приема у терапевта.

Сторонники государственной медицины пытаются представить эти «листы ожидания» как второстепенную проблему, утверждая, что на деле указанные сроки короче, чем их изображают, или что большинство людей, оказавшихся в очередях, составляют те, кто записался на плановые операции. Однако анализ ситуации в тех видах медицинской помощи, где листы ожидания особенно велики, показывает, что дольше всего пациентам приходится ждать операций по замене коленного и тазобедренного сустава, удалению катаракты, которые, условно, можно назвать плановыми. По результатам одного исследования, опубликованного в *Canadian Medical Association Journal*, выяснилось, что лишь в провинции Онтарио не менее 50 больных умерли, находясь на «листе ожидания» на коронарографию.

Обеспеченность врачами в Канаде 21 на 10000 жителей (в Великобритании-23, Франции-34, США-26, России-43). Медицинские кадры в стране стареют: возросла доля врачей старшего и пенсионного возраста. Ввиду продолжительности университетского обучения и необходимого приобретения практического опыта люди этой профессии выходят на пенсию позднее, чем работники других сфер. С 1978 по 2008 год средний возраст канадских врачей общей практики возрос на 5 лет и составил 49 лет, а возраст врачей узких медицинских специальностей вырос до 50 с половиной лет. Многие канадские врачи не оставляют работу по достижении пенсионного возраста 65 лет. Две трети 70-74-летних врачей и почти каждый пятый доктор 75-79 лет продолжают работать. По половому признаку среди медицинских работников около 50% составляют женщины. Ожидается, что "феминизация" медицинской профессии продолжится.

Обеспеченность медсестрами в стране составляет 101 на 10000 населения (в США - 94, Великобритании -128, Франции -80, России -85) Медсестры в Канаде работают в составе мультидисциплинарных команд, оказывая помощь пациентам в соответствии с планом сестринского ухода и назначениями врача. Сестринские услуги предоставляются в лечебных учреждениях разных типов: больницах, домах сестринского ухода, офисах семейной практики и т.д. 65% медсестер работают в стационарах. Наиболее распространенная модель медицинской помощи — первичная медико-санитарная помощь. Сестринская практика включает ряд взаимосвязанных видов деятельности: непосредственную помощь пациентам, работу в области образования, администрирование, разработку сестринской политики и научные сестринские исследования.

Независимо от вида деятельности все медсестры руководствуются утвержденными стандартами сестринской практики. Особенно важно отметить, что медицинские сестры

помогают пациентам разных возрастов достигнуть наилучшего качества жизни. В частности, они оказывают необходимые медицинские услуги лицам, недавно покинувшим стены лечебного учреждения и еще продолжающим нуждаться в медицинской поддержке. Они оказывают помощь людям с ограниченными умственными возможностями, которые могут самостоятельно жить дома, а также лицам с заболеваниями в терминальной стадии, которые хотят оставаться дома как можно дольше. Всё это опыт, несомненно, заслуживающий внимания отечественного здравоохранения.

Стоматологическая служба работает независимо от всей системы здравоохранения кроме тех случаев, когда необходима неотложная помощь хирурга-стоматолога.

Обязательная иммунизация, как один из самых эффективных способов профилактики инфекционных заболеваний, осуществляется строго в рамках принятого графика иммунизации населения.

Аптеки являются независимыми от государства организациями. В канадских аптеках продаются лекарства, изготовленные в Канаде, почти каждое из которых имеет более дешевый эквивалент. Фармацевтические компании часто снабжают докторов бесплатными образцами лекарств в качестве рекламы своего товара. Для пожилых людей существуют скидки при приобретении лекарств в аптеках.

Канада является мировым лидером в области борьбы с табакокурением. В стране успешно реализуется федеральная стратегия по борьбе с потреблением табака. Запрещено продавать все ароматизированные сигареты, сигары и прочие изделия из табака (со сладким вкусом, с ароматом ванили, шоколада и т.д.). Министерство здравоохранения Канады тщательно контролирует соблюдение антитабачного законодательства на всех уровнях - производителей, дистрибьюторов, импортеров и розничных торговцев. Успешность стратегии подтверждается объективными данными. Курение и смертность от табака сократились, а продажи сигарет упали на 30%, и впервые за последнее десятилетие произошло снижение темпов роста курения среди молодежи. В Канаде курит только 18 % населения, и главной целью стратегии было поставлено снижение общей распространенности этой вредной привычки ещё на 7% до конца 2011 года.

В Канаде работает справедливая система социального обеспечения, согласно которой все жители, легально проживающие на территории страны, включая беженцев, пользуются бесплатным медицинским обслуживанием, бесплатным средним образованием и получают пособия по безработице. Кроме того, разнообразные правительственные программы дотаций позволяют многим жителям Канады бесплатно пользоваться спортивными комплексами, посещать различные секции и кружки, культурные мероприятия.

Канада обеспечивает высокие пенсии и льготы пенсионерам. Пенсионный возраст в Канаде установлен для мужчин - 65, для женщин — 60 лет. На фоне имеющего место долголетия в стране это вполне разумные сроки. Государственные пенсии небольшие, и для их получения надо в течение всей трудовой жизни отчислять долю от своей зарплаты. Более популярный способ материального обеспечения в старости для канадцев заключается в покупке пенсионной накопительной страховки. Деньги, потраченные на оплату такой страховки, не облагаются налогами.

В Канаде существует эффективно работающая система выдачи государственных пособий людям, которые временно оказались без средств к существованию. Семьям, имеющим месячный доход ниже прожиточного минимума, выплачиваются пособия. Наиболее распространённое из них — welfare, его выдают тем, кто хочет найти работу, но временно не может. Через эту систему проходят многие из новоприбывших иммигрантов. В каждой провинции размер его несколько разный. Например, в Онтарио, на семью из 4

человек welfare составляет порядка 1400 канадских долларов. Лекарства оплачиваются дополнительно. К группе так называемых семейных пособий (family benefits) относятся пособия на детей до 18 лет и для матерей-одиночек. Размер первых может составлять от 135 до 489 канадских долларов, вторые значительно выше. Матерям-одиночкам может быть предоставлено жильё, оплачиваемое на 80% государством. Пособия по безработице выплачиваются только тем, кто уже имел постоянную работу и вносил средства в соответствующий фонд или тем, кто работает менее 15 часов в неделю и зарабатывает менее 113 канадских долларов в неделю. Максимальный размер пособия по безработице - 339 канадских долларов в неделю. Если у человека нет работы, но он ее настойчиво ищите, то может получать пособие в течение 50 недель.

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается людям, которые получили травму на рабочем месте или страдают профессиональными заболеваниями. Пособие выдается на протяжении всего курса лечения. После этого таким гражданам полагается пенсия или большая разовая выплата. Пожилые люди могут получать разнообразные пособия, предназначенные для поддержания обеспеченной старости.

Однако недовольство канадцев проблемами, существующими в их здравоохранении, нарастает уже не первый год. Как показал социологический опрос, примерно 59% граждан страны считают, что эта система требует «фундаментальных изменений», а еще 18% выступают за ее упразднение и полную перестройку. Тем не менее, канадцы не поддерживают медицинскую реформу на рыночной основе, ассоциируемой с американской системой здравоохранения — эту модель они однозначно отвергают.

Одной из основных проблем канадской системы здравоохранения являются большие очереди и длительное время в ожидании получения медицинской помощи. Это особо актуально в ситуациях, когда пациенты вынуждены ждать, несмотря на наличие острой боли (например, в случае необходимости операции на бедре или колене) или в особо тяжелом состоянии (при ожидании онкологической операции, радио- или химиотерапии). Поскольку семейные врачи работают, как правило, автономно, не существует организации, в которую можно было бы обращаться 24 часа в сутки и 7 дней в неделю за консультацией к нужному врачу. Как следствие — чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. Все большее число опрошенных делают акцент на длинные очереди к врачам и специалистам. Население Канады быстро растет, в основном, за счет иммиграции и одновременно стареет, что определяет распространение некоторых видов опасных заболеваний.

Самым тревожным фактором в глазах общественности становится массовый отъезд врачей, специалистов и медсестер в США из-за разницы в оплате труда. Это сегодня волнует 13% канадцев, тогда как год назад — только 5%. Как следствие — чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. В результате, 18% канадцев испытывают проблемы с поиском врачей, особенно серьезен кризис в сельских районах, где существует хронический дефицит рентгенологов, психиатров, анестезиологов, онкологов, офтальмологов.

Попытки сократить количество оказываемых пациентам услуг привели к тому, что доходы врачей стали фиксированными. Запись на прием превратилась в норму жизни. Более того, начались сокращения врачей в больницах, а новый персонал набирается плохо. Таким образом, доступные в системе здравоохранения финансовые средства не удовлетворяют спрос на большее количество оказываемых услуг и выполнение

дорогостоящих видов обследований. Бюджет больниц стал уменьшаться. За медицинские услуги из разряда «необходимых» ни пациент, ни власти провинции платить не должны. Система обеспечивает оказание медицинской помощи каждому жителю страны только в базовом объеме. Отрицательная сторона кроме того заключается в налагаемом властями ограничении на количество поступающих в медицинские ВУЗы с целью как-то сократить расходы. Только в последние годы власти, осознав что населению с высокой долей пожилых лиц, требующим медицинскую помощь в большем объеме, предоставляется слишком мало врачей (налицо кризис рабочей силы в медицинской сфере), разрешили принимать в медицинские ВУЗы больше абитуриентов.

Парадоксально, но факт: всплеск общественного недовольства происходит в то время, когда официальная статистика публикует цифры, свидетельствующие о хорошем, если не о превосходном состоянии здоровья населения. Даже в самых бедных регионах Канады показатели детской смертности сегодня ниже, чем в целом по США. Не менее важно и то, что канадцы, находящиеся в зрелом (45—64) и пожилом возрасте (старше 64 лет), чувствуют себя лучше, чем их предшественники младше на 15 или 20 лет. Так чем же недовольны канадцы? Тем, что за их (общественные) деньги им недодают медицинскую помощь. Современная дискуссия в обществе касается не только и не столько объемов ассигнований и их распределения по источникам финансирования, сколько поиском путей, необходимых для повышения эффективности работы системы здравоохранения в целом.

По словам многих аналитиков, утопия универсального здравоохранения в Канаде разбилась о камни увеличивающихся затрат. Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады заключаются в том, что система здравоохранения перестала соответствовать нарастающим потребностям населения.

Список литературы:

1. Вартанян Ф.Е., Алексеев В.А., Борисов К.Н., Миллиорини Л. и др. Международное здравоохранение, - М., - 2012, с. 8-240
2. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Опыт профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в городской поликлинике, - М., - 2007, - с. 8-217
3. Вартанян Ф.Е., Алексеев В.А., Шурандина И.С. Особенности непрерывного профессионального образования организаторов здравоохранения.// Непрерывное профессиональное образование в здравоохранении. М., 2005. С. 74—283
4. В.А. Алексеев, К.Н. Борисов, С.В. Рожецкая Проблемы здравоохранения США и предпринимаемая реформа. [http://rosmedportal.com/ Международное здравоохранение/2011](http://rosmedportal.com/Международное_здравоохранение/2011)
5. Алексеев В.А. Борисов К.Н. Шурандина И.С. Всемирная Организация Здравоохранения о действующих системах национального здравоохранения/[http://rosmedportal.com/Международное здравоохранение/2011](http://rosmedportal.com/Международное_здравоохранение/2011)
6. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Обзор систем здравоохранения в странах мира. [http://rosmedportal.com/ Международное здравоохранение/2011](http://rosmedportal.com/Международное_здравоохранение/2011)
7. <http://health-ua.com/articles/1668.html> 2011.
8. Healthcare: state failure. Journal of The Institute of Economic Affairs Volume 28 No 4 December 2008

Ссылки:

- ¹Skinner, B. J. M. Rovere and M. Warrington (2008) he Hidden Costs of Single-payer Health Insurance: A Comparison of the United States and Canada, Vancouver: Frazer Institute
- ²Источник: Healthcare: state failure. Journal of The Institute of Economic Affairs Volume 28 No 4 December 2008
- ³Источник: ОЭСР 2008
- Статья поступила: 14 апреля 2012 Опубликована: 05 мая 2012**