

Реферат обзора

Канада

Основные положения

Введение

Канада – страна, занимающая второе место в мире по площади территории и характеризующаяся высоким уровнем доходов и развитой промышленной экономикой. С 2006 года экономика Канады развивалась относительно стабильно, несмотря на экономический спад, начавшийся в 2008 году. Хотя в стране отмечался динамичный рост доходов, в последние годы федеральное правительство, равно как и правительства провинций, также снизило налоговые ставки. В то же самое время расходы на здравоохранение продолжают расти темпами, превышающими экономический рост и рост государственных доходов, что вызывает опасения в связи с устойчивостью налогово-бюджетной сферы в отношении государственных расходов на здравоохранение.

Канада – конституционная монархия, основанная на Вестминстерской парламентской системе. Канада также является федеративным государством, конституцией которого в равной степени признаны правительства двух уровней. На первом уровне функционирует центральное или «федеральное» правительство, которое несет ответственность за отдельные сферы регулирования в области здравоохранения и обращения лекарственных средств, безопасности, финансирования и администрирования медицинских льгот и услуг для отдельных категорий граждан. На втором уровне, в равной степени признанном конституцией, представлены правительства 10 провинций, в сферу ответственности которых в первую очередь входит обеспечение более широкого спектра социальных программ и услуг, включая основную

массу медицинских услуг, финансируемых и администрируемых государством.

С 1980-х годов в Канаде продолжает расти показатель продолжительности жизни, особенно для мужчин, который остается относительно высоким по сравнению с аналогичным показателем в большинстве стран ОЭСР, даже несмотря на то, что показатели младенческой смертности и материнской смертности оказываются хуже по сравнению с аналогичными показателями в Австралии, Франции и особенно в Швеции. В Канаде к двум основным причинам смерти относят онкологические (злокачественные новообразования) и сердечно-сосудистые заболевания, причем и те и другие с 2000 года занимают первые позиции.

Организационная структура и управление

Система здравоохранения Канады финансируется преимущественно из государственных источников, при этом порядка 70% расходов на здравоохранение приходится на средства общего налогообложения, поступающих в правительство федерального уровня и правительства провинций и территорий. Вместе с тем управление, организация и предоставление медицинских услуг носит в высшей степени децентрализованный характер, по меньшей мере, по трем причинам: во-первых, правительства провинций и территорий несут ответственность за финансирование и предоставление большинства медицинских услуг; во-вторых, врачи обладают статусом независимых поставщиков; и, в-третьих, существование в непосредственной близости от правительств провинций множества

организаций – от региональных управлений здравоохранения до частных больниц.

В 1947 году Саскачеван стал первой провинцией, внедрившей план всеобщей медицинской помощи. Спустя 10 лет федеральное правительство приняло Закон о страховании медицинских учреждений и предоставлении лабораторно-диагностических услуг, в рамках которого был определен общий порядок, которому предписывалось следовать правительствам провинций для получения целевых федеральных трансферт на возмещение расходов. В 1962 году правительство Саскачевана расширило рамки закона и на услуги врачей, а в 1966 году федеральным правительством был принят Закон о национальных стандартах оказания медицинской помощи, устанавливающий для покрытия расходов врачей механизм страхования по возмещению расходов единого плательщика правительствами провинций. К 1971 году все провинции характеризовались всеобщим охватом в отношении стационарных и врачебных (медицинских) услуг. В 1984 году решением федерального правительства два ранее принятых закона были заменены на Закон о здравоохранении в Канаде, устанавливающий общеканадские стандарты оказания стационарных, лабораторно-диагностических и медицинских услуг.

Большая часть планирования системы здравоохранения осуществляется на уровнях провинций и территорий, несмотря на то, что в некоторых областях региональные управления здравоохранения принимают участие в более детальном планировании оказания медицинских услуг прикрепленному населению. Отдельным министерствам здравоохранения провинций и региональным управлениям здравоохранения помощь в планировании оказывают Советы по соблюдению стандартов качества оказываемой медицинской помощи, функционирующие на уровне провинций, и специализированные агентства оценки технологий здравоохранения. В последние годы была отмечена тенденция к большей централизации в отношении сокращения или упразднения региональных управлений здравоохранения. В рамках нормативных правовых актов, утвержденных

правительствами провинций и территорий, большинство медицинских работников обладают саморегулируемым статусом.

Деятельность федерального правительства в области здравоохранения включает широкий спектр мер – от финансирования и оказания содействия при сборе данных и проведении исследований до регулирования рецептурных лекарственных средств и общественного здравоохранения в дополнение к уже проводимым мерам по продвижению национальных стандартов оказания медицинской помощи посредством крупных целевых трансферт провинциям и территориям. Правительства трех уровней (федерального, провинций и территорий) взаимодействуют друг с другом посредством проведения конференций, совещаний и рабочих групп, представленных министрами здравоохранения и их заместителями. В последние годы помимо вышеперечисленных способов взаимодействия, также были созданы специализированные межправительственные органы, в сферу ответственности которых входят: сбор и распространение данных, оценка технологий здравоохранения, безопасность пациентов, информационные и коммуникационные технологии (ИКТ), а также регулирование продуктов крови. Неправительственные организации как на федеральном, так и на уровне провинций оказывают воздействие на формирование направлений политики и механизмов управления в области здравоохранения Канады.

Финансирование

В Канаде порядка 70% общих расходов на здравоохранение приходится на государственный сектор. Период, продлившийся с начала и до середины 1990-х годов, характеризовался ограничением бюджетных расходов, после чего в стране был отмечен быстрый рост государственных расходов, при этом темпы роста превышали только аналогичные показатели частных расходов на здравоохранение. Поскольку темпы роста расходов на здравоохранение превышали таковые в экономике и государственных доходах, данная ситуация привела к возникновению

опасений в отношении устойчивости налогово-бюджетной сферы общественного здравоохранения. Вопреки распространенному мнению старение населения еще не стало основной причиной роста расходов на здравоохранение в Канаде. За последние 20 лет основной причиной данного явления были рецептурные лекарственные средства, а за последние 5 лет рост расходов в данном секторе соответствовал росту расходов в стационарном секторе и был превышен ростом врачебных расходов. В отношении врачей основной причиной роста расходов стало повышение заработной платы, а в отношении стационаров – сочетание таких факторов, как рост медицинских кадров и повышение заработной платы уже работающим сотрудникам.

Государственные расходы на здравоохранение почти полностью покрываются из средств общего налогообложения, поступающих в правительство федерального уровня и правительства провинций и территорий. Значительная часть полученных доходов используется для предоставления всеобщей медицинской помощи, т.е. требуемых стационарных и врачебных (медицинских) услуг, оказываемых бесплатно по месту обращения жителям всех провинций и территорий. Оставшаяся часть полученных доходов идет на финансирование других видов медицинской помощи, включая долговременную и медикаментозную помощь в части рецептурных лекарственных средств. Несмотря на то, что провинции большую часть средств генерируют из собственных источников, они также получают менее четверти всех финансовых средств на здравоохранение в рамках Канадского трансферта на здравоохранение (ежегодного трансферта финансовых средств со стороны федерального правительства). Провинции и территории несут ответственность за администрирование собственных программ всеобщей больничной и медицинской помощи, финансируемой из средств налогообложения. Необходимые стационарные, лабораторно-диагностические и врачебные (медицинские) услуги оказываются жителям провинций

и территорий бесплатно по месту обращения. Исторически так сложилось, что федеральное правительство сыграло важную роль, поддержав внедрение данных программ и выступив против платных услуг, а также обеспечив принцип переводимости в медицинском страховании среди провинций и территорий, сократив размеры дополнительных трансфертов тем провинциям и территориям, которые препятствовали соблюдению данного принципа. Помимо всеобщего пакета стационарных и врачебных (медицинских) услуг, правительства провинций и территорий финансируют или предоставляют другие изделия медицинского назначения и медицинские услуги, такие, например, как охват населения рецептурными лекарственными средствами и долговременной помощью (включая уход на дому). В отличие от стационарных и врачебных (медицинских) услуг программы, разрабатываемые правительствами провинций, в целом направлены на отдельные группы населения в зависимости от возраста или уровня доходов и могут включать платные услуги. Большую часть доходов частного сектора здравоохранения составляют личные платежи граждан и приобретение частного медицинского страхования, которое в подавляющем большинстве представлено страхованием работодателями своих сотрудников в части приобретения ими изделий медицинского назначения и медицинских услуг, не входящих в программу медицинской помощи, таких как рецептурные лекарственные средства, стоматологическая и офтальмологическая помощь. Частное медицинское страхование не вступает в конкурентные отношения с системами «единого плательщика», функционирующими на уровне провинций и территорий, за предоставление услуг в рамках программы медицинской помощи.

Материальные и кадровые ресурсы

Нефинансовые ресурсы Канадской системы здравоохранения включают здания, оборудование, информационные технологии (ИТ)

и кадры. Способность любой системы здравоохранения обеспечивать оперативный доступ к качественным медицинским услугам определяется не только тем, в какой мере система обладает достаточными материальными и кадровыми ресурсами, но и нахождением оптимального баланса использования имеющихся ресурсов. Оба данных фактора нуждаются в постоянном корректировании со стороны правительства федерального уровня и правительств провинций и территорий с тем, чтобы соответствовать постоянно развивающимся технологиям, стандартам оказания медицинской помощи и потребностям канадского населения в медицинской помощи.

В период с середины 1970-х годов до 2000 года капитальные вложения в больничный сектор сократились. Во многих частях Канады небольшие больницы были закрыты, а больницы по оказанию краткосрочной медицинской помощи были объединены. Несмотря на то, что в последнее время правительства провинций и территорий провели реинвестирование в материально-техническую базу сектора здравоохранения, в особенности в медицинское оборудование, технологии диагностической визуализации и ИКТ, число коек в больницах краткосрочного лечения на душу населения продолжает снижаться, что в некоторой степени объясняется ростом услуг амбулаторной хирургии. Несмотря на то, что в большинстве своем показатели обеспеченности передовыми диагностическими технологиями в Канаде примерно сопоставимы с аналогичными показателями по ОЭСР, Канада уступает другим странам с высоким уровнем доходов по эффективности использования ИКТ. Вместе с тем в последние годы в данной области был отмечен ряд достижений.

После длительного периода в 1990-х годах, отмеченного уменьшением числа врачей, медицинских сестер и других медицинских работников в сфере общественного здравоохранения, вызванного сокращениями в государственном секторе, с 2000 года в стране наблюдался рост медицинских кадров. Частный сектор характеризовался еще более

значительным ростом медицинских работников в этот период. С целью увеличения числа выпускников были расширены медицинские факультеты высших учебных заведений по подготовке медицинских работников и специалистов сестринского дела. В то же самое время в стране отмечался рост иммиграции квалифицированных врачей и медицинских сестер, и в меньшем объеме эмиграция местных специалистов в другие страны, такие как США.

Предоставление медицинских услуг

Несмотря на то, что трудно вывести один общий алгоритм в силу децентрализованного характера медицинского обслуживания в Канаде, в частности в отношении администрирования и предоставления медицинских услуг, стандартный маршрут пациента предполагает в первую очередь посещение семейного врача, который назначает схему дальнейшего базового лечения, если таковое необходимо. В большинстве провинций семейные врачи выполняют контролирующую функцию: они определяют, следует ли пациентам пройти лабораторно-диагностические исследования, выписывают рецептурные лекарственные средства и направления к специалистам. Вместе с тем за последние 10 лет министерства здравоохранения провинций возобновили попытки по реформированию сектора ПМСП. Многие из данных попыток реформирования направлены на осуществление перехода от традиционных центров ПМСП к многопрофильным медицинским центрам, оказывающим медицинские услуги круглосуточно и без выходных (хотя развитие в данном направлении происходит медленно). В тех случаях, когда у пациента нет постоянного семейного врача или пациенту требуется помощь в нерабочие часы, в первую очередь необходимо обратиться в клиники, принимающие больных без предварительной записи, или в отделения скорой медицинской помощи в больницах.

Медицинские услуги по профилактике заболеваний, включая медицинский осмотр,

может оказать семейный врач или управление общественного здравоохранения или данные услуги могут быть реализованы в рамках целевой программы медицинских осмотров. Правительства всех провинций и территорий проводят инициативы в области общественного здравоохранения и продвижения здорового образа жизни. Кроме того они также осуществляют надзор в сфере здравоохранения и обеспечивают ответные действия на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера. Агентство общественного здравоохранения Канады разрабатывает и регулирует программы поддержки общественного здравоохранения по всей Канаде, а ответственность за большую часть плановых мероприятий системы общественного здравоохранения и поддержание инфраструктуры возложены на правительства провинций и территорий.

Практически всю краткосрочную помощь оказывают государственные или некоммерческие частные больницы, хотя отдельные специализированные амбулаторные и передовые лабораторно-диагностические услуги могут оказывать частные коммерческие клиники. Отделения скорой медицинской помощи представлены в большинстве больниц и состоят из бригад скорой медицинской помощи, оказывающих неотложную медицинскую помощь пострадавшим во время транспортировки в отделение скорой медицинской помощи.

В отношении рецептурных лекарственных средств наблюдается следующее: правительство каждой провинции и территории действует в соответствии с перечнем рецептурных лекарственных средств, охватывающим рецептурные лекарственные средства для амбулаторного лечения отдельных категорий граждан (например, пожилого населения и льготных категорий граждан), а федеральное правительство обеспечивает охват льготными лекарственными средствами соответствующих категорий граждан, принадлежащих к коренным

народам и инуитам. Деятельность данных государственных страховщиков в значительной степени определяется оценкой технологий здравоохранения, в том числе использованием Общего обзора лекарственных средств (Common Drug Review (CDR)), разрабатываемого Канадским агентством лекарственных средств и медицинских технологий (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)), для распределения лекарственных средств по соответствующим формулярам. Несмотря на создание Национальной стратегии в области лекарственных средств (National Pharmaceuticals Strategy) вслед за Планом действий по укреплению системы здравоохранения на 10 лет (10-Year Plan to Strengthen Health Care), принятым на совещании министров в 2004 году, мало было сделано для развития общеканадской программы охвата населения лекарственными средствами на случай катастрофических медицинских расходов.

Медицинские стандарты и услуги по оказанию реабилитационной и долговременной помощи, включая уход на дому и организацию помощи по месту жительства, паллиативную помощь и поддержку граждан, неформально осуществляющих уход на дому, в значительной степени различаются в зависимости от провинции и территории. До 1960-х годов охрана психического здоровья преимущественно осуществлялась в крупных психиатрических лечебницах, находящихся в ведении провинций. После децентрализации лица, страдающие психическими заболеваниями, проходят диагностику и лечение у психиатра на амбулаторной основе, хотя пациенты могут проводить какое-то время в психиатрических палатах больниц. Семейные врачи оказывают большую часть услуг по охране психического здоровья в рамках ПМСП.

В отличие от долговременной помощи и охраны психического здоровья, большая часть стоматологической помощи в Канаде финансируется частным сектором. Ввиду

того, что критерием доступности данного вида помощи в основном выступает уровень дохода, это приводит к наивысшему неравенству в ее отношении. Дополнительная и альтернативная медицина, за редким исключением (например, мануальные терапевты в отдельных провинциях), также финансируется и предоставляется частным сектором.

Правительство федерального уровня и правительства провинций и территорий разработали ряд целевых программ и служб, направленных на устранение неравенства в отношении показателей состояния здоровья коренных народов и исторически сложившейся проблемы оказания медицинской помощи в самых географически отдаленных сообществах Канады. Несмотря на то, что показатели здоровья коренных народов улучшились в послевоенный период, данные показатели по-прежнему значительно отстают от аналогичных показателей для остального населения Канады.

Основные реформы здравоохранения

С момента опубликования последнего обзора «Система здравоохранения: время перемен» о Канаде в 2005 году значительных реформ, касающихся общеканадской системы здравоохранения, отмечено не было. Вместе с тем отдельные министерства здравоохранения провинций и территорий сосредоточили усилия на проведение двух видов реформ: во-первых, реформы, направленные на реорганизацию и улучшение регулирования региональных систем здравоохранения, и, во-вторых, реформы, направленные на повышение качества, улучшение фактических сроков оказания медицинской помощи и опыта пациента в отношении ПМСП, краткосрочной и долговременной помощи.

Основная задача регионализации (т.е. внедрение региональных управлений здравоохранения, отвечающих за регулирование медицинского обслуживания в качестве покупателей или покупателей-поставщиков) состояла в получении преимуществ вертикальной интеграции

посредством управления организациями и поставщиками в рамках широкого спектра медицинских услуг. Это в особенной степени касается улучшения взаимодействия медицинских учреждений по оказанию лечебных услуг, находящихся «внизу» вертикали, с организациями «вверху», осуществляющими деятельность в таких областях, как общественное здравоохранение и профилактика заболеваний, равно как и с вмешательствами со стороны государства. За последние 10 лет в стране была отмечена тенденция к большей централизации (министерства здравоохранения провинций сократили число региональных управлений здравоохранения), вызванной экономией от масштаба и предоставлением медицинских услуг, равно как и сокращением расходов на инфраструктуру. На сегодня в двух провинциях, Альберте и Острове Принца Эдварда, представлены единые региональные управления здравоохранения, отвечающие за взаимодействие всех служб краткосрочной и долговременной помощи (за исключением ПМСП) в соответствующих областях.

Преимущественно под воздействием инициатив по повышению качества медицинской помощи, предпринятых в США и Соединенном Королевстве, министерства здравоохранения провинций утвердили институты и механизмы по повышению качества и безопасности, а также улучшению сроков оказания плановой медицинской помощи и быстроты реагирования системы. В 6 провинциях были учреждены Советы по соблюдению стандартов качества оказываемой медицинской помощи, деятельность которых направлена на ускорение инициатив по повышению качества. В двух провинциях были введены инициативы по улучшению опыта пациента, как со стороны самого пациента, так и со стороны лица, осуществляющего уход. Большинство министерств здравоохранения и региональных управлений здравоохранения также провели ряд мер, включающих отдельные аспекты оценки деятельности, с целью улучшения результатов и процессов. Неудовлетворенность пациентов в отношении длительного срока ожидания в отделениях

скорой медицинской помощи больниц и отдельных видов плановой хирургии, таких как замена тазобедренного сустава, привела к тому, что во всех провинциях были предприняты усилия по улучшению регулирования и сокращению сроков ожидания плановой медицинской помощи.

Напротив, на межправительственном уровне развитие носило весьма ограниченный характер после принятия министрами в 2004 году Плана действий по укреплению системы здравоохранения на 10 лет (10-Year Plan to Strengthen Health Care). После утверждения данного Плана правительства провинций и территорий воспользовались дополнительными федеральными трансфертами для инвестирования в программы по сокращению сроков ожидания в приоритетных областях, возрождению реформ ПМСП и предоставлению дополнительного охвата службам, оказывающим уход на дому, которые могли бы выступить в качестве альтернативы стационарной помощи. Несмотря на то, что ряд правительств провинций и территорий ввел программы охвата населения лекарственными средствами на случай катастрофических медицинских расходов для отдельных категорий граждан в пределах подведомственной территории, очень мало было достигнуто по вопросу создания общеканадского подхода в отношении охвата рецептурными лекарственными средствами и регулировании данного механизма.

Оценка системы здравоохранения

При оценке деятельности системы здравоохранения необходимо отметить, что система, основанная на национальных стандартах оказания медицинской помощи, показала свою эффективность, обеспечив канадцам защиту от высокочрезвычайно затратной стационарной и врачебной (медицинской) помощи. Вместе с тем узкий спектр общих медицинских услуг, предоставляемых в рамках национальных стандартов оказания медицинской помощи, способствовал

созданию значительных лагун в охвате. В случае рецептурных лекарственных средств и стоматологической помощи, например, в зависимости от места работы и проживания (провинции или территории) данные лагуны заполняют с помощью частного медицинского страхования и, по меньшей мере, в отношении рецептурных лекарственных средств, целевыми программами, утверждаемыми в провинциях и направленными на пожилое население и людей, живущих за чертой бедности. В случае, когда широты государственного охвата недостаточно для заполнения пустот, оставленных частным медицинским страхованием, достижение равного доступа к медицинской помощи становится основной трудностью. В связи с тем, что большая часть финансирования сектора здравоохранения приходится на доходы от общего налогообложения правительства федерального уровня и правительств провинций и территорий, а источники финансирования варьируют от прогрессивных до пропорциональных, системой обеспечивается справедливость в финансировании. Однако в тех случаях, когда финансирование осуществляется за счет личных платежей граждан и льгот от страхования по месту работы, которое предполагает более высокооплачиваемую должность, в целом наблюдается меньшая справедливость в финансировании.

В отношении доступа к медицинской помощи существуют различия, однако за исключением отдельных областей, таких как стоматологическая помощь и охрана психического здоровья, данные различия незначительны. Например, в отношении ПМСП преобладающей является тенденция в сторону бедных слоев населения. Что касается специализированных медицинских услуг, то в данном случае преобладают богатые слои населения, однако разрыв между двумя категориями нельзя считать значительным. В стране также существует экономическое разделение на восточную и западную части, при этом отмечаются различия между менее богатыми провинциями в восточной части Канады и более богатыми провинциями в западной части Канады. Сложившаяся

ситуация разрешается на систематической основе за счет средств, выделяемых на выравнивание из федеральных источников дохода так называемым «неимеющим» провинциям с тем, чтобы обеспечить уровень доходов, необходимый для предоставления должного уровня государственного обслуживания, включая здравоохранение, не прибегая при этом к запредельному завышению налоговых ставок.

Несмотря на то, что канадцы в целом удовлетворены системой финансовой защиты в рамках национальных стандартов оказания медицинской помощи, они в меньшей степени довольны доступом к медицинской помощи. В особенности начиная с 1990-х годов население было недовольно доступом к врачам и переполненными отделениями скорой медицинской помощи в больницах, равно как и увеличением сроков ожидания плановой хирургии. Исходя из результатов исследования пациентов, проведенного в 2010 году Фондом Содружества, Канада уступила таким странам, как Австралия, Франция, Швеция, Соединенное Королевство

и США, например, в отношении опыта пациентов, связанного со сроками ожидания врачебной (медицинской) помощи и плановой хирургии. Однако при использовании более объективных показателей деятельности системы здравоохранения, таких, например, как управляемая смертность, оценка системы здравоохранения Канады носит более положительный характер, при этом отмечено большее улучшение показателей состояния здоровья населения по сравнению с аналогичными показателями в Соединенном Королевстве и США, хотя и уступающим Австралии, Швеции и Франции. Деятельность системы здравоохранения Канады, измеряемая по индексу показателей качества, также улучшилась за последние 10 лет, поскольку правительства провинций при поддержке Советов по соблюдению стандартов качества оказываемой медицинской помощи и других организаций на более систематической основе проводят меры по повышению стандартов качества. Наконец, правительства, медицинские организации и поставщики прилагают больше усилий по целостному улучшению опыта пациента.