

ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КАНАДІ: УРОКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Історично Канада була орієнтиром для багатьох країн з питання побудови охорони здоров'я. Її демократичність і доступність є запорукою соціально-економічного розвитку країни. Унікальна канадська модель охорони здоров'я охоплює 10 провінційних систем, зі своїми особливостями фінансування і організації. У деяких провінціях джерелом фінансування є податкові надходження до бюджету (тобто не адресні платежі), а інші використовують спеціальні податки та внески. Регіони значно відмінні один від одного за чисельністю та щільністю населення, обсягам регіонального продукту та ресурсного потенціалу. Проте їх об'єднують стандарти освіти та охорони здоров'я, які давно стали чинниками стабільності та людського розвитку. У трикутнику – регіони-обов'язкове медичне страхування-держава – найефективніше працюють загальнонаціональні програми охорони здоров'я, які забезпечують кваліфікацію і мобільність робочої сили, гнучкість ринку праці і, як наслідок, позитивно впливають на конкурентоспроможність регіонів (за рахунок зниження витрат на працю).

Цікаво, що первісно обов'язкове медичне страхування було введено в економічно відсталій провінції Саскачевані, а потім поширилося на інші провінції, бо реформи виявилися дуже вдалим. У 1971 р. було впроваджено універсальну програму загального медичного страхування «Medicare», яка гарантувала безоплатність широкого спектру медичних послуг. У 1984 р. загальнонаціональні стандарти і принципи надання

медичної допомоги для усіх громадян країни та легальних мігрантів закріплені рамковим федеральним законом про охорону здоров'я, відомим як Canada Health Act. До цих стандартів належать лікування у стаціонарах та амбулаторних закладах, медична допомога на дому для інвалідів та літніх громадян у соціальних закладах. Провінційні уряди, як єдині покупці послуг на регіональному рівні, відповідають за їх адміністрування. Окремі з них додатково покривають витрати поза обов'язкового мінімуму програми Medicare, зокрема вартість ліків, лікування хронічних захворювань, нагляд хворих на дому. Список цих послуг, їх обсяги та межі покриття витрат, постійно поширюються. Крім того, у лікарнях не заборонені додаткові платежі від інших акторів медичного ринку. Стоматологічні та офтальмологічні послуги є переважно приватними, їх надають відповідно платоспроможним потребам, тобто попиту. Не зважаючи на те, що Canada Health Act відображає угоду між усіма провінціями і центральним урядом, міжрегіональна рівність підтримується за рахунок перерозподілу податкових надходжень від багатших регіонів до бідніших провінцій, виплату їм урядових цільових трансфертів.

Проте останні дослідження демонструють, що одним зі стійких трендів та водночас ризиків для Канади є ескалація державних витрат на охорону здоров'я. Так, середньорічні темпи їх зростання на душу населення у 2000-2010 рр. перевищують темпи зростання реального ВВП [1, с.32]. Але суспільні ресурси обмежені. Правда, інші країни ОЕСР демонструють у середньому ще більше випередження, проте у Норвегії (яка багатша на ресурси), спостерігається протилежна, більш позитивна тенденція. Тому в Канаді продуктивність податкових надходжень до

держбюджету спадає, небезпека їх нераціонального використання зростає, усталеність податкової системи дещо розхитується. Градація витрат виглядає таким чином: найбільша їх частина припадає на стаціонарні заклади, потім на ліки, на оплату послуг сімейних лікарів і спеціалістів амбулаторної ланки, і насамкінець – на капітальні вкладення та менеджмент [2, с.51-52]. Якщо взяти до уваги, що саме для стаціонарного сегменту характерна найвища асиметрія інформації про якість медичної допомоги, то зростаючі державні витрати не підвищують, а навпаки, зменшують соціально-економічну ефективність охорони здоров'я. У секторі поза Medicare спостерігаються ще вищі адміністративні витрати і складніше проведення політики їх гальмування. І зрештою, за останні три десятиліття обсяги фінансування приватної медицини випереджають обсяги фінансування державної медицини [3, с.33]. Вони не є суспільними витратами, але охоплюють платежі громадян, щоправда утруднюють виконання конституційного права рівного доступу до охорони здоров'я. Тому для дослідників дуже важливим є визначення сумарних результатів функціонування охорони здоров'я, з урахуванням державних та приватних платежів.

Тривалий час Канада посідає друге місце у світі за показником очікуваної тривалості здорового життя (health associated life expectancy – HALE). У 2010 р. вона поступилася п'ятьма позиціями таким країнам, як Іспанія, Італія, Австралія, Швеція, хоча цей показник значно кращий, ніж демонструє Велика Британія (12 місце) та США (17 місце). Крім того, існує показник скорочення смертності у тих гострих випадках, коли пацієнт отримує своєчасну та ефективну медичну допомогу. За цим показником Канада посідає 6 місце після Франції, Японії, Австралії,

Іспанії та Італії та інших розвинених країн ОЕСР. Для порівняння: Велика Британія посідає 16 місце і США – 19 місце. Для оцінювання стану охорони здоров'я важливим є також показник розвитку первинної допомоги, яка має бути стрижнем для багатьох систем охорони здоров'я. У Канаді така допомога не досягає оптимального рівня, про що свідчать оцінки пацієнтів та самих лікарів [3, с.34]. Опитування пацієнтів також відображають, на відміну від Великої Британії, слабку координацію між лікарями загальної практики і спеціалістами (консультантами). Канадські лікарі загальної практики менше за лікарів інших країн використовують можливості Інтернет-економіки для зниження витрат та кращого задоволення потреб своїх пацієнтів. Оплата їх послуг здійснюється за принципом – гонорар-за-послугу, що підбурює збільшення обсягу наданих послуг та їх оплати. Оскільки лікар самостійно отримує відшкодування витрат на лікування, для провінційних міністрів зростає проблема впровадження «командної гри» різних фахівців щодо організації первинної медицини та гальмування непродуктивних витрат.

Які уроки канадська медицина може надати українським медикам? У майбутній децентралізованій системі, де регіони матимуть високу свободу повноважень в економіці та соціальній сфері, охорона здоров'я і медичне страхування мають стати «соціальним цементам, що скріпить націю». Його впровадження могло би створити справді єдині стандарти якості медичних послуг і медичної освіти для регіонів, а інші питання вирішувати на локальному рівні. В Україні є також потреба заміни конфігурації на політичному полі, бо наші політичні партії формуються за регіональною ознакою, а ніша для соціал-демократичної партії залишається вільною. У тій же Канаді саме ця партія очолила

формування медичного страхування (за активну підтримку фермерських союзів і профспілок промислових робітників) у середині ХХ ст. Реструктуризація медицини і зростання ролі первинної ланки дійсно необхідні, але впровадження принципу «гонорар-за послугу» для лікарів неприйнятні. Вони продукують кількість, а не якість медичних послуг. Комерційна практика взагалі несумісна з первинною медициною. Вона потребує часу для оцінки медичної ситуації, вивчення історії хвороби, постановки діагнозу та припису призначень, заохочення пацієнтів до профілактики та здорового способу життя. Впровадження страхової медицини, значне збільшення її фінансування, відчутне зростання зарплати медиків, особливо первинної ланки, є більш прийнятним та ефективним заходом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Marchildon, Gregory P. Health system performance in Canada: the good, the bad and the ugly [текст] / Gregory P. Marchildon // Eurohealth. –2013. – Vol. 19. – №2. – P. 32-35.
2. Немова, Л.А. [текст] / Л.А. Немова. Здравоохранение в Канаде на пороге реформ // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – №5. – С. 45-60.
3. Marchildon, Gregory P. Health system performance in Canada: the good, the bad and the ugly [текст] / Gregory P. Marchildon // Eurohealth. –2013. – Vol. 19. – №2. – P. 32-35.