

## СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАНАДСКИЙ ФЕДЕРАЛИЗМ

*Работа представлена кафедрой всеобщей истории  
Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева.  
Научный руководитель – кандидат исторических наук, доцент А. И. Панкратов*

*В статье сделана попытка рассмотреть развитие системы здравоохранения в Канаде в его связи с федерализмом. Здравоохранение – это один из центральных элементов федерально-провинциальных отношений. Его популярность, важность для экономики, региональная природа канадской политики говорят о том, что здравоохранение делает уникальный вызов системе федерализма.*

***Ключевые слова:** здравоохранение, федерализм, КЗА, ГПФ, КЗСТ, социальные программы, трансферты.*

*I. Ivanova*

## HEALTH CARE SYSTEM AND CANADIAN FEDERALISM

*The article is devoted to the health care system in Canada in its linkage with federalism. It is a crucial element in federal-provincial relations. Its popularity, its importance for the economy and the regionalised nature of Canadian politics mean that health care poses a unique challenge for the federal government. What way will be chosen in the critical moment? Privatisation or/and public health care?*

***Key words:** health care, federalism, CHA, EPF; CHST, social programmes, transfers.*

Здравоохранение – это ключевой элемент во взаимоотношениях между федеральным правительством и провинциями Канады. Оно символизирует огромную роль правительства в жизни своих граждан, и то, что оно несет часть своей ответственности – главным образом финансовую – за обеспечение благосостояния канадцев. С точки зрения многих исследователей, система здравоохранения Канады сейчас находится в кризисе, в частности из-за ощущаемого роста стоимости здравоохранения и сокращения его доли в государственном бюджете. Провинции обвиняют Оттаву в недостаточно адекватной помощи в возмещении затрат стоимости здравоохранения, тогда как федеральные власти говорят о том, что контроль за стоимостью – это дело самих провинций. На сегодняшний день здесь накопилось немало проблем. И, возможно, пришло время обоим уровням власти изменять политику в сфере здравоохранения.

На систему здравоохранения большой отпечаток наложила структура федерализма.

Социальная политика Канады зачастую попадает под провинциальную юрисдикцию, в то время как ответственность за финансирование программ разделена между провинциальными и федеральными уровнями власти.

Сама природа канадского федерализма – децентрализация – позволяет провинциальным правительствам проводить гибкую политику в принятии решений и осуществлении политики здравоохранения. И в то же время особенности федеральных соглашений в этом секторе расширяют возможности Оттавы сокращать свои расходы [1, p. 296].

Конституционное разделение властей, закрепленное Актом о Британской Северной Америке от 1867 г. не предусматривало ответственность государства за здравоохранение. В то время, когда создавался Акт, здравоохранение находилось в достаточно примитивном состоянии [2, p. 33, 34]. Оно было частным делом, и государственная помощь в защите здоровья человека была исключительной и допустимой только в крайних случаях. Согласно Акту вся сфера находилась

под контролем местных муниципальных органов власти, под провинциальной юрисдикцией. К тому же Акт давал провинциям исключительное право законодательства в отношении здравоохранения: строительство, содержание, руководство над больницами, приютами, психиатрическими больницами, благотворительностью. В межвоенный период (1918–1939 гг.) было создано Министерство здравоохранения Доминиона, чтобы взять под контроль центра проблемы, связанные с наркотиками, медикаментами, эпидемическими болезнями, патентованием лекарств [2, р. 32, 33].

Главной вершиной влияния федерализма на развитие системы здравоохранения была финансовая сторона вопроса. Ведь по Акту федеральное правительство получило большие права в области налогообложения и др. Благодаря этому правительство могло вмешиваться в некоторые сферы провинциальной юрисдикции, включая здравоохранение.

В середине 1970-х гг. федеральные трансферты насчитывали почти 40% провинциальных расходов на здравоохранение. При Ж. Кретьене, к середине 1990-х гг. этот процент несколько уменьшился. Этот вопрос остается острым и по сей день, постоянная борьба: провинции – центральное правительство, кто сколько должен вносить. Местные лидеры вообще пытаются показать роль Оттавы как «маргинальную», приписывая Оттаве только 15% от общих затрат.

В свою очередь, федеральное правительство пытается доказать свое широкое участие в разделении затрат, являющихся частью трансфертов. А в восточных провинциях эти выплаты включаются не только в трансферты, но и в так называемые выравнивающие платежи. Но, не смотря на усилия федералов, факт остается фактом, здравоохранение остается *огромной долей* в провинциальном бюджете, и большинство провинций тратят огромные средства на него [7].

Вообще, заметим, что отпечаток федерализма на здравоохранение спорен. С одной стороны, многие исследователи федерализма утверждают, что он может сдерживать развитие социальных программ, используя закрепление за каждым уровнем власти определен-

ных полномочий [5, р. 308]. В соответствии с этим конкретный уровень власти вынужден соглашаться на установление определенных социальных программ или на изменения в уже установленных программах. И усилия одной власти, развивающей социальные программы, могут быть разрушены другой. Конкуренция между двумя уровнями власти мешает сконцентрированным действиям. По этой причине сторонники расширения социальных программ часто критиковали федерализм как форму политического устройства, сдерживающую рост социальных программ. С другой стороны, ряд аналитиков доказывает, что федерализм – преимущественное политическое устройство, если речь идет о расширении социальных программ, потому что именно наличие нескольких уровней власти, разделение полномочий допускает провинции в «лабораторию» экспериментов и инноваций [1, р. 298]. А центральное правительство может служить механизмом рафинирования и способствовать распространению лучших проектов [4, р. 299].

В Канаде, программы здравоохранения пользовались популярностью, что сделало практически невозможной открытую защиту сокращения социальных программ [4, р. 299]. И у всех федеральных правительств было и есть мало видимых способов для сокращения социальных расходов, кроме как делать это вне ведения народа, поэтому она получила название «политика в тихую» [4, р. 299].

Федерализм не только дает возможность расширить социальную политику, он способен создавать препятствия для ее расширения. Это зависит в частности от особенностей установленных соглашений между уровнями правительства. Для нас главный вопрос в том, насколько федерализм содействует или, наоборот, создает препятствия сокращению социальных расходов.

У Оттавы сильные позиции, она имеет возможность навязать сложный выбор провинциям. В здравоохранении она в одностороннем порядке может изменить финансовую формулу трансфертов и таким образом заставить местные власти брать на себя все бремя стоимости здравоохранения. Правительство в Оттаве относительно свободно в

распределении бюджета. По сути именно нестабильные федерально-провинциальные отношения вызвали споры по вопросам здравоохранения. Оба уровня власти претендуют на политическое доверие со стороны населения за вводимые программы, в то же время пытаются переложить друг на друга ответственность за возросшие расходы на программы. Но пока в так называемом «политическом футболе» [4, р. 300] счет идет в пользу федерального правительства, завоевавшего большее доверие – как главный хранитель Канадского Здравоохранительного Акта (КЗА). Провинциальные правительства больше подвержены порицанию со стороны общественности, особенно работниками самой системы здравоохранения.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что отпечаток федерализма на здравоохранении и социальной политике зависит от политического контекста и от исторических условий, в которых эта политика развивается и осуществляется.

В 1957 г. Оттава объявила план о введении медицинского страхования, согласно плану она разделяла все затраты с провинциями. И к 1961 г. все провинции приняли этот план. В 1966 г. либеральное правительство Л. Пизона представило иной механизм разделения финансовой ответственности – Акт о медицинском страховании. К 1971 г. каждая провинция имела такой план в действии. Помимо этого плана, федеральное правительство видело свою роль и в том, чтобы поддерживать одинаковые стандарты здравоохранения на территории всей страны [1, р. 301]: всесторонний охват населения, мобильность, очевидная польза и др.

Таким образом, федеральное правительство пыталось обеспечить сравнительно схожее обслуживание населения на всей территории страны. В очень короткие сроки стало ясно, что федеральное правительство не имеет рычагов контроля над стоимостью здравоохранения. Провинции не устраивало то, что федеральные трансферты искажали суть провинциального здравоохранения тем, что финансировали только две программы: медицинское страхование и содержание больниц. Ничего хорошего из этой программы не вышло [1, р. 302].

В итоге, в 1977 г. была введена новая формула финансирования – Государственная Программа Финансирования (ГПФ), которая включала трансферты в две сферы: здравоохранение и образование.

Новой формулой федеральное правительство намеревалось сдерживать стоимость здравоохранения и уменьшить свою долю. Но оказалось, что темпы инфляции в конце 1970-х гг. росли гораздо быстрее, чем затраты на здравоохранение и образование, поэтому доля Оттавы в провинциальных затратах стала только расти после 1977 г. [6, р. 111–132].

В 1984 г. разработало новый документ, регулирующий отношения властей в сфере здравоохранения – Канадский Здравоохранительный Акт (КЗА); Акт, который вобрал в себя медицинские законы и прояснял условия финансирования здравоохранения. Акт консолидировал существующие критерии управления и добавил пятый принцип «равный доступ в сроках и условиях», к которым были привязаны финансовые санкции («доллар за доллар»), за практикуемыми провинциями потребительские взносы и дополнительную оплату врачам.

Консервативное правительство быстро продемонстрировало, что федеральная власть, благодаря программе ГПФ, намерена в одностороннем порядке сокращать свою долю в затратах провинциального здравоохранения. Бюджет 1990 г. заморозил наличный трансферт по программе ГПФ, которое продлилось до 1995 г. В 1993 г. либеральное правительство Ж. Кретьена пришло к власти. Экономические проблемы, рост дефицита заставили правительство отказаться от программы ГПФ. В итоге появился единый «супер-трансферт», который консолидировал федеральные трансферты на социальные программы, это так называемый Канадский Здравоохранительный и Социальный Трансферт (КЗСТ). Но КЗСТ не исправил ситуацию, как того хотели провинции, а только снизил долю федеральных трансфертов в провинции.

Само появление КЗСТ было процессом односторонних действий, он формировался под влиянием дефицита и в неведении от провинциальных властей. Существовала версия,

что существенные сокращения, предусмотренные КЗСТ, было направлено на разрушение условий КЗА. Если Оттава отказывается участвовать в финансировании здравоохранения, то почему провинции обязаны соблюдать условия Оттавы, выраженные в Акте?

Таким образом, наблюдается кризисная ситуация в сфере здравоохранения. Экономическое напряжение открывает двери частному здравоохранению, и провинции делают первые шаги в этом направлении.

Итак, мы установили, что между канадским федерализмом и системой здравоохранения Канады существует очень тесная связь. Учитывая это, нельзя обойти вниманием институциональные соглашения между двумя уровнями власти. Наблюдаемая нами динамика – расширение программ или сокращение расходов – происходит из-за многообразия институциональных соглашений относительно финансирования программ и попыток

перекладки ответственности с одного уровня власти на другой.

Здравоохранение является, с одной стороны, провинциальной ответственностью, но, с другой стороны, Оттава может в одностороннем порядке устанавливать здесь правила игры. Населению страны сложно определить, кто ответственен за снижение финансирования здравоохранения из-за отсутствия прозрачности и сложности системы федерально-провинциальных трансфертов. Пошатнувшееся доверие к государственной модели здравоохранения, разочарование относительно финансирования программ, расширение прав провинций – открывают двери альтернативным возможностям. Провинции могут стать теми самыми «лабораториями» [8, р. 31], в которых будут разрабатывать новые способы организации здравоохранения, очень отличающиеся от существующей системы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Antonia Maioni and Miriam Smith*. Health Care and Canadian Federalism. New trends in Canadian federalism. Second edition. Toronto: Ontario, 2003. P. 295–312.
2. Canada, Royal Commission on Dominion-Provincial Relations, Final Report, Book II: Recommendations. Ottawa: King's Printer, 1940.
3. *Daniel Cohn*. The Canada Health and social Transfer: Transferring Recourses or Moral Authority Between Levels of Government? Canada: The state of federation. 1995 // Edited by Douglas Brown and Jonathan W. Rose. Ontario. Canada. P. 167–187.
4. *Gwendolyn Gray*. Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia. Toronto: U of Toronto P, 1991.
5. *Keith Banting*. The Welfare State and Canadian Federalism. Montreal and Kingston: McGill-Queen's UP, 1987.
6. *Malcolm C. Brown*. Health Care Financing and the Canada Health Act // Journal of Canadian Studies 1986. № 21, 2. P. 111–132.
7. Ontario, Ministry of Finance, Budget Delivers Greater Investment, Greater Accountability to Health Care, 2001 Ontario Budget News Release, May 9, 2001. URL: [www.gov.on.ca/FIN/budoie/pdf/health\\_nre.pdf](http://www.gov.on.ca/FIN/budoie/pdf/health_nre.pdf)
8. *Samuel laSelva and Richard Vernon*. Equality, fraternity ... and federalism. Challenges to Canadian federalism. Ontario, Canada. 1998. P. 28–40.

#### REFERENCES

1. *Antonia Maioni and Miriam Smith*. Health Care and Canadian Federalism. New trends in Canadian federalism. Second edition. Toronto: Ontario, 2003. P. 295–312.
2. Canada, Royal Commission on Dominion-Provincial Relations, Final Report, Book II: Recommendations. Ottawa: King's Printer, 1940.
3. *Daniel Cohn*. The Canada Health and social Transfer: Transferring Recourses or Moral Authority Between Levels of Government? Canada: The state of federation. 1995 // Edited by Douglas Brown and Jonathan W. Rose. Ontario. Canada. P. 167–187.
4. *Gwendolyn Gray*. Federalism and Health Policy: The Development of Health Systems in Canada and Australia. Toronto: U of Toronto P, 1991.

## ИСТОРИЯ

---

5. *Keith Banting*. The Welfare State and Canadian Federalism. Montreal and Kingston: McGill-Queen's UP, 1987.

6. *Malcolm C. Brown*. Health Care Financing and the Canada Health Act // Journal of Canadian Studies 1986. N 21, 2. P. 111–132.

7. Ontario, Ministry of Finance, Budget Delivers Greater Investment, Greater Accountability to Health Care, 2001 Ontario Budget News Release, May9, 2001. URL: [www.gov.on.ca/FIN/budoie/pdf/health\\_nre.pdf](http://www.gov.on.ca/FIN/budoie/pdf/health_nre.pdf)

8. *Samuel laSelva and Richard Vernon*. Equality, fraternity ... and federalism. Challenges to Canadian federalism. Ontario, Canada. 1998. P. 28–40.