

Губина М.А.
К.э.н., ассистент кафедры мировой экономики СПбГУ

**Либерализация торговли медицинскими услугами:
проблемы и перспективы развивающихся стран**

Международная торговля услугами регламентируется посредством Генерального соглашения по торговле услугами (ГАТС), вступившем в силу в 1995 г. Данное Соглашение является одним из основополагающих документов Всемирной торговой организации (ВТО), последовательно реализующей идею о либерализации торговли между странами. Определение торговли услугами в ГАТС базируется на четырех типах сделок (в зависимости от способов поставки), которые применяются ко всем типам услуг, в том числе и к медицинским услугам.

Первый способ поставки услуг (трансграничный) предполагает, что поставщик и потребитель медицинских услуг находятся в разных странах, и услуга предоставляется посредством Интернета, телефона, факса или электронной почты (передача лабораторных анализов, проведение медицинских консультаций, диагностика заболеваний). С развитием информационно-коммуникационных технологий спрос на телемедицину резко возрастает, поскольку помимо развитых стран на этот рынок выходят и развивающиеся страны, стоимость услуг которых значительно ниже. Особенно здесь преуспели Индия, Куба и Филиппины. В Индии число занятых в сфере телемедицины выросло с 30,5 тыс. чел. в 2000 г. до 242,5 тыс. в 2005 г., а совокупный заработок за этот же период вырос в 15 раз, увеличившись с 264 млн. до 4 млрд.долл.¹ Частная медицинская компания Apollo, являющаяся лидером в области здравоохранения в Азиатском регионе, предоставляет услуги телемедицины в таких странах, как Бангладеш, Бирма, Бутан, Непал и США.

В рамках второго способа поставки услуг (потребление услуг за рубежом), прежде всего, выделяют медицинский туризм. Мировой рынок медицинского туризма на современном этапе стабильно растет. За период 2004-2008 гг. прирост составил 1,5 раза, и в 2008 г. рынок оценивался в 60 млрд.долл.² Согласно оценкам аналитиков McKinsey & Company в 2012 г. рынок достигнет отметки в 100 млрд.долл., продемонстрировав тем самым рост в 2,5 раза с 2004 г.³

¹ McLean T. Teleradiology: A Case Study Of The Economic And Legal Considerations In International Trade In Telemedicine // Health Affairs, Volume 25, Number 5, 2006

² Herrick D. Medical Tourism: Global Competition in Health Care // NCPA Policy Report No. 304 November 2007

³ Ehrbeck T., Guevara C., Manga P.D. Mapping the Market for Medical Travel // The McKinsey, May 2008

Модернизация экономики: проблемы и перспективы. Материалы международной научной конференции, посвященной 70-летию со дня основания Экономического факультета СПбГУ. 14-15 октября 2010. Секции 1-6. СПб, 2010

Наибольшее число поездок с целью получения медицинской помощи приходится на азиатские страны. Азиатский рынок медицинского туризма составляет более 3 млрд.долл., одна треть из которых приходится на Таиланд, вторую треть примерно поровну делят Индия и Сингапур, а последняя треть распределена между другими азиатскими странами (Малайзия, Филиппины, Индонезия).⁴ Нетрудно заметить, что в стоимостном выражении доля этих стран весьма невелика – всего 5%. Это можно объяснить низкой стоимостью медицинских услуг в азиатских странах, по сравнению с европейскими и американскими клиниками, куда предпочитают ехать клиенты, не стремящиеся сэкономить на здоровье. (см. Табл.1)

Таблица 1

Стоимость отдельных видов операций по странам (долл. США)

	Замена сердечного клапана	Коро- нарное шунтиро- вание	Замена тазобедрен- ного сустава	Транс- плантация костного мозга	Космети- ческая хирургия
США	200 000	23 938	22 000 – 53 000	250 000 – 400 000	20 000
Великобритания	90 000	19 700	-	150 000	10 000
Сингапур	12 500	10 417	12 000	-	-
Таиланд	10 000	7 894	12 000	-	3 500
Индия	8 000	6 000	9 000	30 000	2 000

Источник: составлено автором по Barriers to movement of healthcare professionals: a case study of India. Prepared for the WTO Cell, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India and WHO India Country Office, New Delhi, 2007; Smith R. Chanda R. Tangcharoensathien V. Trade in health-related services//Lancet, Vol 373, February 14, 2009.

Разница в стоимости медицинских услуг очень велика, особенно если сравнивать развитые западные страны с многонаселенным Востоком. Так, например, американские пациенты могут сэкономить около 95% на операции по замене сердечного клапана (без учета транспортных затрат). В среднем, по расчетам Deloitte получение медицинской услуги за пределами США обходится на 30-70% дешевле, в зависимости от местоположения страны и специфики процедуры.⁵ Таким образом, руководствуясь мотивом экономии затрат, потребитель пользуется услугами тех стран, где издержки будут меньше, чем на родине.

Третий способ поставки (коммерческое присутствие за рубежом) предусматривает создание больниц, лечебно-диагностических центров и других форм медицинских организаций иностранными операторами, т.е. речь идет о прямых

⁴ Там же

⁵ Medical tourism: update and implications // Deloitte Center for Health Solutions, 2009

Модернизация экономики: проблемы и перспективы. Материалы международной научной конференции, посвященной 70-летию со дня основания Экономического факультета СПбГУ. 14-15 октября 2010. Секции 1-6. СПб, 2010

иностранных инвестициях (ПИИ). На сегодняшний день многие развивающиеся страны открыли сферу здравоохранения для привлечения иностранных инвестиций. Приток иностранного капитала способствует развитию инфраструктуры в стране, трансферу высоких технологий и получению ценного опыта работы для местного населения. Среди наиболее открытых стран для ПИИ в здравоохранение выделяют, в основном, развивающиеся страны (Индия, Индонезия, Непал, Шри-Ланка и Таиланд).⁶ К примеру, в Индии за период с 2000 по 2006 гг. в 2 раза увеличился объем ПИИ в сферу здравоохранения и было реализовано 90 инвестиционных проектов, среди которых создание 21 госпиталя. География стран, осуществляющих инвестирование в эту страну, весьма широка и охватывает не только азиатский регион (ОАЭ, Малайзия, Сингапур), но и США, и Великобританию.⁷ Помимо этого, в Индии весьма успешно функционируют совместные предприятия. Так, например, в Дели усилиями трех стран (Австралия, Канада и Индия) создан сердечный центр, стоимостью 40 млн. долл. Индийские организации здравоохранения также весьма активны в осуществлении ПИИ. Так, например, крупнейшая в азиатском регионе сеть организаций здравоохранения Apollo уже учредила несколько больниц в странах Азии и Африки. Компания также планирует построить еще около пятнадцати больниц в Малайзии, Непале и Шри-Ланке.⁸

И, наконец, четвертый способ поставки (физическое присутствие отечественных специалистов за рубежом) предполагает временное пребывание медицинского персонала за рубежом. Однако ГАТС не определяет точное значение «временного» пребывания за границей.⁹ Очевидно, что такой способ поставки услуг здравоохранения трудно оценить с точки зрения «временности», ведь иногда медицинское обслуживание достаточно трудоемко и требует различных процедур, растянутых по времени. Нехватка необходимого персонала принимающей страны только удлинит пребывание иностранного специалиста.¹⁰ Так, например,

⁶ Chanda R. Trade in health services // World Health Organization Commission on Macroeconomics and Health, Geneva, 2001

⁷ Smith R., Chanda R., Tangcharoensathien V. Trade in health-related services // Lancet, Vol 373 February 14, 2009

⁸ <http://www.apollohospitals.com/hospitals-in-india/other-locations.html>

⁹ WTO Council for Trade in Services, Presence of Natural Persons (Mode 4), S/C/W/75 (Geneva: WTO, December 1998)

¹⁰ International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries.// UNCTAD, Geneva, 1997.

Модернизация экономики: проблемы и перспективы. Материалы международной научной конференции, посвященной 70-летию со дня основания Экономического факультета СПбГУ. 14-15 октября 2010. Секции 1-6. СПб, 2010

правительство Китая и Кубы отправляет свои медицинские кадры в страны Африки в рамках краткосрочных оплачиваемых контрактов. Такие перемещения также характерны для специалистов Ганы, которые направляются на Ямайку, а индийский медицинский персонал уезжает на краткосрочное пребывание в страны Ближнего Востока. Следует заметить, что Ближний Восток является важным рынком, принимающим врачей, медсестер, дантистов и другой медицинский персонал из многих развивающихся стран.

Стоит заметить, несмотря на то, что многие страны активно участвуют в международной торговле медицинскими услугами, здравоохранение является одним из наиболее закрытых секторов услуг. В рамках классификатора услуг ГАТС торговля медицинскими услугами затрагивает несколько субсекторов. Во-первых, «профессиональные услуги», среди которых выделяют медицинские и стоматологические услуги, а также услуги акушерок, медсестер, физиотерапевтов и парамедиков. Во-вторых, «услуги связанные со здравоохранением и социальные услуги», где отдельной строкой обозначены больничные услуги и другие услуги здравоохранения.

Если посмотреть на объем обязательств по каждому из четырех субсекторов, имеющих отношение к сфере здравоохранения, то меньше всего ограничений касается медицинских и стоматологических услуг (54 страны открыли для иностранцев данный субсектор), далее следуют больничные услуги (44 страны), а затем услуги акушерок, медсестер, физиотерапевтов и парамедиков (29 стран). США и Япония взяли на себя обязательства только по одному субсектору (больничные услуги и другие услуги здравоохранения); при этом остались определенные ограничения по доступу на рынок и национальному режиму в зависимости от способа поставки медицинской услуги.¹¹ Канада и вовсе отказалась от обязательств во всех субсекторах, связанных со здравоохранением. Однако существуют и другие примеры, иллюстрирующие высокую степень открытости данного сектора. В основном, это наименее развитые страны (Бурунди, Гамбия, Замбия, Лесото, Малави, Сьерра-Леоне), где предоставляется свободный доступ на рынок как минимум в трех субсекторах услуг.¹²

¹¹ Services Database WTO (дата обращения : 12.09.10)

¹² Mutchnick I.S., Stern D.T., Moyer C. A. Trading Health Services Across Borders: GATS, Markets, And Caveats // Health Affairs , 25 January 2005

Модернизация экономики: проблемы и перспективы. Материалы международной научной конференции, посвященной 70-летию со дня основания Экономического факультета СПбГУ. 14-15 октября 2010. Секции 1-6. СПб, 2010

Либерализация торговли медицинскими услугами может повлечь за собой как положительные, так и отрицательные последствия для стран-импортеров и экспортеров такого рода услуг. Рассмотрим данный тезис на примере третьего способа поставки услуг (коммерческое присутствие за рубежом).

Безусловно развивающиеся страны получают весомые преимущества, допуская на внутренний рынок иностранных провайдеров. Помимо доступа населения к качественным медицинским услугам, страна-реципиент получает возможность трудоустройства местных специалистов, использования передовых технологий в здравоохранении, развитие инфраструктуры и т.д.

Однако есть и негативное влияние, которому подвергаются развивающиеся страны благодаря организации иностранных госпиталей или иных медицинских центров. Возможно формирование двухуровневой системы здравоохранения с коммерческим и общественным сегментом. В первом из них сосредотачиваются высокоспециализированные технологии и медицинские кадры, что привлекает как население, так и самих медицинских работников. Последнее может привести к «утечке мозгов» из общественного сектора в коммерческий, поскольку помимо профессионального оснащения больниц и клиник в иностранном сегменте, как правило, оплата труда выше, чем в отечественном.

Другой отрицательной чертой, проистекающей из функционирования частного, в том числе иностранного медицинского сектора, является так называемое «кремовое скольжение»¹³, которое можно проиллюстрировать на примере Таиланда. В этой стране наблюдался отток поставщиков медицинских услуг из общественного сектора здравоохранения в частный, где благодаря появлению совместных больниц с иностранными компаниями, этот сегмент стал более перспективным. Это привело к общему ухудшению эффективности системы здравоохранения, поскольку имелась нехватка персонала в общественном секторе, и люди были вынуждены длительное время ожидать нужные операции и даже визит к специалистам.¹⁴ Был нарушен принцип, на котором базируется большинство систем здравоохранения: здоровый

платит за больного, богатый за бедного. Т.е., те, кто нуждается в медицинской помощи в меньшей степени, но могут платить большие деньги, имеют более широкий доступ к организациям здравоохранения, в то время, как особо нуждающиеся пенсионеры и малоимущее население сталкивается с нехваткой необходимых специалистов и очередями на госпитализацию.

Таким образом, либерализация торговли медицинскими услугами может принести развивающимся странам, как дополнительную выгоду, так и новые проблемы. С одной стороны, это является мощным импульсом для дальнейшего развития мирового рынка медицинских услуг и доступа населения к качественным услугам здравоохранения. А с другой стороны, в условиях неразвитости национальных систем здравоохранения большинства развивающихся стран, открытие границ для свободной торговли медицинскими услугами может повлечь за собой стагнацию национальной системы здравоохранения и усиление неравенства в получении медицинских услуг.

¹³ Wolvaardt G. Opportunities and challenges for developing countries in the health sector. In: United Nations Conference on Trade and Development and World Health Organization. International trade in health services: A development perspective. Geneva: UNCTAD-WHO; 1998
International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries// UNCTAD, Geneva, 1997.

¹⁴ The GATS threat to public health // A Joint Submission to the World Health Assembly. May 2003