



КОНФЕРЕНЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ
ПО ТОРГОВЛЕ И РАЗВИТИЮ

Distr.
GENERAL

TD/B/COM.1/EM.1/2
7 April 1997

RUSSIAN
Original: ENGLISH

СОВЕТ ПО ТОРГОВЛЕ И РАЗВИТИЮ

Комиссия по торговле товарами и услугами и
по сырьевым товарам

Совещание экспертов по проблемам укрепления
потенциала и расширения экспорта развивающихся
стран в секторе услуг: услуги здравоохранения

Женева, 16-18 июня 1997 года

Пункт 3 предварительной повестки дня

**МЕЖДУНАРОДНАЯ ТОРГОВЛЯ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАЗВИВАЮЩИХСЯ СТРАН**

Справочная записка секретариата ЮНКТАД

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Пункты</u>
Сводное резюме	1 - 12
Глава 1	
Новый сценарий развития сектора услуг здравоохранения	13 - 22
Глава 2	
Способы торговли услугами здравоохранения	23 - 80
а) Перемещение физических лиц	23 - 40

СОДЕРЖАНИЕ (продолжение)

	<u>Пункты</u>
b) Перемещение потребителей	41 - 56
c) Иностранное коммерческое присутствие	57 - 72
d) Трансграничная торговля	73 - 80
Глава 3	
Экспортные стратегии в секторе услуг здравоохранения	81 - 93

СВОДНОЕ РЕЗЮМЕ

1. Сектор здравоохранения почти во всех странах, включая наиболее высокоразвитые, переживает процесс структурной перестройки. В странах, где доступ к услугам сферы здравоохранения рассматривался как право всех граждан, которое должно практически обеспечиваться или гарантироваться правительством, уменьшение бюджетных поступлений и увеличение расходов вызвали сокращение масштабов государственного медицинского страхования и открыли более широкие возможности для частного сектора. Это привело к повышению потенциала международной торговли услугами здравоохранения, и ряд развитых стран воспользовался новыми торговыми возможностями в этом секторе.

2. Для развивающихся стран структурная перестройка создает еще более острые проблемы, что иногда объясняется условиями, оговариваемыми в рамках программ МВФ/Всемирного банка, и усугубляется тем, что значительные слои населения практически, а то и вообще не имеют возможности оплачивать лечение или имеют лишь ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию. Некоторые развивающиеся страны рассматривают торговлю услугами здравоохранения в качестве средства увеличения государственных поступлений, а также укрепления и модернизации своей национальной системы здравоохранения. Участвуя в такой торговле, они используют конкурентные преимущества, включающие в себя наличие более низкооплачиваемых квалифицированных кадров, культурные факторы и естественные богатства, а также уникальные формы медицины.

3. Перемещение физических лиц имеет особенно важное значение в качестве "способа поставки" услуг здравоохранения. Перемещение медицинского персонала, стремящегося увеличить свои доходы или улучшить качество жизни и условия труда, может приводить к росту экспортных поступлений в форме переводов заработанных средств в страну происхождения, но в то же время может вызывать "утечку умов" из стран, где аналогичные возможности попросту отсутствуют. Во многих странах перемещение за рубеж граждан компенсируется притоком иностранцев, но беднейшие страны, включая наименее развитые, страдают от этой утечки сильнее всех, поскольку они не в состоянии найти замену уезжающим специалистам. Страны, которые, как представляется, оказываются в наибольшем выигрыше от экспортных операций через этот канал поставки услуг, обычно организуют подобное перемещение своеобразным "бригадным способом", который позволяет обеспечить и получение экспортных поступлений, и возвращение на родину специалистов с более высокой квалификацией. Как это ни парадоксально, вполне можно соответствующим образом скорректировать правила, регулирующие режим иммиграции, для облегчения въезда медицинского персонала, но затем медицинские работники все равно сталкиваются с трудностями в деле трудоустройства и организации собственной практики из-за непризнания их профессиональной квалификации. По всей видимости, для облегчения перемещения медицинских работников в будущем странам потребуется согласовать программы подготовки и взаимоприемлемые профессиональные стандарты.

4. Перемещение людей как потребителей обретает все более широкие масштабы и принимает разные формы, не ограничиваясь более поездками богатых и обеспеченных людей из развивающихся стран в развитые страны для получения специализированных медицинских услуг. Развивающиеся страны вырабатывают стратегии привлечения иностранных пациентов. Хотя главным барьером, по-видимому, является естественная для больных боязнь путешествий, емкость этого рынка ограничивается и таким фактором, как узость сферы международного признания национальных страховых полисов (будь то государственных или частных).

5. Экспорт услуг в сфере медицинского образования, который в свое время был прерогативой небольшой группы развитых стран, в настоящее время превращается в важную позицию торговли для некоторых развивающихся стран. Зачастую студенты становятся врачами-резидентами, предоставляющими услуги в стране своего обучения, превращаясь тем самым из импортеров в экспортеров услуг.

6. Традиционно учреждение иностранных фирм в национальных секторах здравоохранения запрещалось или блокировалось различными ограничениями, включая критерии экономической необходимости. Однако расширение сферы действия частного сектора в сфере здравоохранения сопровождается частичным открытием этого рынка для иностранных фирм во многих странах, нередко в интересах сокращения расходов, облегчения бремени, ложащегося на государственный сектор, и внедрения новых технологий.

7. Проникновение на зарубежные рынки облегчается в связи с появлением новых форм организации дел в этой сфере, таких, как организации по управлению медицинским обслуживанием (ОУМ), деятельность которых оказывает понижающее давление на издержки в сфере здравоохранения.

8. Телемедицина создает возможности для торговли услугами здравоохранения "трансграничным" способом. Телемедицина может использоваться для представления медицинских услуг населению бедных стран и отдаленных регионов внутри стран. Некоторые коммерческие фирмы строят свои экспортные стратегии именно на телемедицине.

9. Усиливающаяся глобализация сектора здравоохранения находит проявление в расширении торговли по всем четырем каналам поставки услуг. В рамках региональных и субрегиональных соглашений идет продвижение к более глубокой либерализации. Режимы регулирования и ограничений, устанавливаемые правительствами и частными профессиональными ассоциациями, разрушаются под воздействием рыночных сил. Вместе с тем многие ограничения в международной торговле в данном секторе пока сохраняются, о чем свидетельствуют сравнительно ограниченные обязательства в этой области, предусмотренные ГАТС.

10. Многие страны, как развитые, так и развивающиеся, принимают на вооружение экспортные стратегии в торговле услугами здравоохранения, а некоторые осуществляют

либерализацию режима доступа к своим собственным рынкам. Однако определенные пределы конкуренции, обусловленные социальными, культурными факторами и аспектами развития и характерные для многих секторов услуг, в сфере здравоохранения являются более жесткими, поскольку здесь на карту ставится жизнь людей и благополучие населения в целом. Чтобы создать возможности для расширения торговли в этом секторе в качестве средства снижения издержек и в то же время обеспечить повышение качества и расширение охвата населения услугами здравоохранения за счет такой торговли, необходимо разработать "новое поколение" правил.

11. Некоторые дополнительные факторы, оказывающие влияние на потенциал развивающихся стран и результативность их торговли услугами здравоохранения, как представляется, имеют не менее актуальное значение и для других секторов услуг; в частности, речь идет о значении перемещения физических лиц в качестве средства не только поставки услуг, но и повышения квалификации кадров и технологического потенциала. Кроме того, новые торговые возможности открываются в связи с новейшими технологиями, которые облегчают трансграничную торговлю, и в связи с новыми формами организации деятельности, которые прекрасно приспособлены для проникновения на иностранные рынки. Вместе с тем при разработке новых правил и составлении перечней обязательств, которые предвидели бы ход событий, возникнут трудности. Кроме того, эти факторы свидетельствуют о необходимости использования потенциально взаимоподкрепляющей роли государственного и частного секторов и о важном значении проводимой по линии ГАТС работы над вопросом взаимного признания профессиональной квалификации.

12. При рассмотрении вопроса о торговле услугами здравоохранения становится очевидным также весьма уязвимое положение более бедных, особенно наименее развитых стран, которые, с одной стороны, страдают от "утечки умов", а с другой – не имеют доступа к передовым технологиям. Со стороны международного сообщества требуются конкретные меры для недопущения дальнейшей эрозии потенциала этих стран в сфере здравоохранения и других секторах услуг.

ГЛАВА 1

НОВЫЙ СЦЕНАРИЙ РАЗВИТИЯ СЕКТОРА УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

13. Правительства сталкиваются со сложным комплексом факторов, которые продолжают все более затруднять предоставление услуг здравоохранения населению их стран. В частности, в странах развитого мира дороговизна медицинских услуг в сочетании с фактором старения населения чрезвычайно взвинтили предельную стоимость многих услуг здравоохранения 1/. Темпы глобализации в сфере торговли, туризма и миграции населения, технологии и связи за последние два десятилетия резко возросли, поставив в выигрышное положение одних и приведя к маргинализации других. Возникли экологические проблемы, породившие дополнительные риски для здоровья.

14. Как сообщает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), несмотря на то что положение в таких вопросах, как состояние здоровья населения, охват населения услугами здравоохранения и доступ к медицинскому обслуживанию в мире в целом явно улучшилось, это коснулось не всех. Более того, количество бедных людей в развивающихся странах возросло, что повышает вероятность все большего расхождения тенденций в состоянии здоровья населения в развивающихся и развитых странах. Прогнозы указывают на то, что опасность утраты в будущем завоеванных к настоящему времени позиций велика.

15. В настоящее время все шире признается, что экономическая политика оказывает значительное влияние на состояние здоровья населения. Новая политика, как правило, нацелена на сокращение государственных расходов на социальные программы, и без принятия определенных нейтрализующих мер такой курс может пагубным образом сказаться на состоянии здоровья населения. В последние годы все чаще выражается серьезное беспокойство по поводу воздействия процесса экономического развития, и в частности структурной перестройки, на состояние окружающей среды и социальный прогресс в целом, особенно в области образования и здравоохранения 2/. Все более широкое признание многообразия факторов, влияющих на состояние здоровья людей, привело к попыткам разработки межсекторальных подходов. Сектор здравоохранения стремится взаимодействовать с другими секторами, такими, как сельское хозяйство, образование, финансы, торговля, экологические программы и другими.

16. Поскольку глобальные финансовые ресурсы становятся все более ограниченными, это порождает настоятельную необходимость определения действенных и эффективных с точки зрения затрат стратегий укрепления систем здравоохранения и медицинского обслуживания населения. Можно ожидать, что конкуренция между секторами обострится. Понимание соответствующих преимуществ межсекторального подхода и задействование других секторов в разработке скоординированных программ являются необходимыми элементами выработки эффективных мер.

17. Условия развития систем и разработки политики в области здравоохранения радикально изменились. В предыдущие десятилетия правительства рассчитывали на длительные периоды поступательной перестройки национальной экономики, экономического роста и все большего процветания. Лейтмотивом развития был тезис: "Перераспределение в условиях роста". Экономическая ортодоксия и концепция развития претерпели изменение. Переосмысление и сужение роли государства в настоящее время характерны для всех континентов. В качестве движущей силы национальной экономики в настоящее время вместо государственного вмешательства все шире используются рыночные механизмы. Не обошли стороной эти перемены и сектор здравоохранения: здесь налицо расширение участия частного сектора в финансировании, производстве и предоставлении самых разных услуг здравоохранения. В некоторых странах идет приватизация государственных учреждений, и новые частные учреждения заменяют или подкрепляют их. Принимаются меры для поощрения планов страхования, общинного финансирования, а также деятельности частных поставщиков услуг. Однако перед правительствами встанет новая задача – задача продолжения руководства работой и регулирования сектора здравоохранения,

включая частных поставщиков услуг в этой сфере, в интересах заботы о здоровье населения.

18. Изменение соотношения позиций государственного и частного секторов порождает беспокойство относительно сохранения справедливости и доступа к услугам, особенно для наиболее нуждающихся в этом групп населения. Большинство правительств непосредственно участвуют в инициативах, направленных на реформу сектора здравоохранения, проводя углубленный анализ аспектов финансирования, организации своих систем и управления ими. Неотъемлемыми элементами этих реформ является поиск новых партнеров и источников доходов.

19. Рассмотренные выше проблемы по-разному затрагивают разные страны, и способность решать их частично зависит от социально-экономических и политических условий в стране.

20. Ключевые проблемы, с которыми сталкивается ряд бедных развивающихся стран, включают в себя нехватку ресурсов – финансовых, материальных и людских. Это усугубляется неблагоприятными общеэкономическими условиями и утечкой квалифицированного персонала в другие страны. Во многих странах остро стоит также проблема нехватки технологии, а в ряде других концентрация использования передовых технологий настолько высока, что они позволяют удовлетворять потребности лишь небольшой части населения. Страны ищут возможности для получения иностранного капитала и укрепления своей способности удовлетворять потребности населения. В число изучаемых возможностей входят и возможности развития торговли услугами здравоохранения. Страны анализируют области, в которых они имеют сравнительные преимущества, и используют их в качестве базы для развития этого сектора услуг для экспорта.

21. Конкурентоспособность услуг здравоохранения зависит от множества факторов: от структуры издержек, наличия и уровня квалификации кадров, дифференциации услуг, наличия технологии и инфраструктуры здравоохранения. Эти сравнительные преимущества подкрепляются другими факторами, такими, как географическая близость, культурные и языковые связи, естественные богатства и способность эффективно использовать имеющиеся преимущества.

22. Взвешивая выгоды, которые может принести развитие торговых возможностей, на другую чашу весов необходимо ставить потенциальные негативные последствия. Например, создание частного учреждения, оснащенного самой современной техникой, для предоставления услуг обеспеченным гражданам или иностранцам повысит уровень технологической оснащенности системы здравоохранения. Вместе с тем это вряд ли поможет расширению доступа к услугам здравоохранения населения страны в целом, если только при этом не будет предусмотрено обязательное выделение определенной части мест или услуг для государственного сектора. С точки зрения конкурентоспособности наличие технологии является важным элементом привлекательности конкретной страны или медицинского учреждения. Вместе с тем с точки зрения государственной системы охраны

здоровья необходима "золотая середина" между вложением средств в технологию с целью гарантировать современный и высокий уровень здравоохранения и недопущением перерасхода средств. Совершенно очевидно, что в процессе поиска странами возможностей для развития торговли услугами здравоохранения должны приниматься не только соответствующие нормы, позволяющие развивать эту торговлю, но и – что еще более важно – законы и положения, подкрепляющие ценностные установки национальной политики в области здравоохранения, в частности принципы справедливости и устойчивости.

ГЛАВА 2

СПОСОБЫ ТОРГОВЛИ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

а) Перемещение физических лиц

23. По смыслу Генерального соглашения по торговле услугами (ГАТС) к услугам здравоохранения относятся: медицинские и зубоврачебные услуги; услуги акушеров, медсестер, физиотерапевтов и фельдшерского персонала; больничные услуги; а также другие услуги по охране здоровья людей.

24. Временное перемещение кадров для предоставления услуг за рубежом занимает довольно значительное место в качестве способа торговли услугами здравоохранения ввиду в основном трудоемкого характера этих услуг, в силу того, что во многих странах ощущается нехватка кадров, а также ввиду того, что услуги здравоохранения в отличие от многих других профессиональных услуг (например, юридических или бухгалтерских) в основном базируются на универсальных научных знаниях.

25. Медицинские работники мигрируют в стремлении улучшить условия своей жизни и труда и найти место, позволяющее получать более высокое вознаграждение, зачастую переориентируясь при этом с государственного на частный сектор. Иногда ими движут и такие соображения, как получение более высокой профессиональной квалификации или освоение новых методик, которые отсутствуют на их родине. Работодатели же стремятся заполучить носителей квалификации, дефицитной в их собственной стране. Благодаря перемещению медицинских специалистов может восполняться нехватка квалифицированных кадров в принимающих странах, а благодаря осуществляемым ими переводам части доходов или заработной платы может повышаться уровень жизни в странах их происхождения. Таким образом, если эмиграция медицинских работников в классическом смысле может приводить к "утечке умов" из развивающихся стран, то их временное перемещение может способствовать общему повышению уровня квалификации в стране при возобновлении функциональной деятельности таких специалистов после их возвращения.

26. Согласно оценкам, развивающиеся страны поставляют на мировой рынок этих услуг 56% всех врачей-мигрантов и в то же время выступают получателями менее 11% таких специалистов 4/. Со временем направление этих миграционных потоков изменилось. Если в 60-х годах основную массу врачей, работающих за рубежом, составляли врачи из

развитых стран, то впоследствии ведущие позиции заняли врачи из развивающихся стран, и прежде всего из стран Азии 5/. Во многих странах наблюдается как отток, так и приток медицинского персонала. Например, Соединенное Королевство выступает экспортером младших медицинских сестер в Соединенные Штаты и, в свою очередь, для восполнения нехватки медицинского персонала принимает медсестер из других стран (например, из Ирландии и Индии); Ямайка выступает экспортером медсестер в Соединенные Штаты и импортером из Нигерии и Мьянмы. Таким образом, именно страны с самыми низкими уровнями доходов в наибольшей мере страдают от "утечки умов", поскольку они не в состоянии привлечь персонал, который заменил бы уезжающих работников. Например, Южная Африка столкнулась с феноменом утечки медицинского персонала в Соединенное Королевство, Канаду и Соединенные Штаты и в то же время с проблемой перемещения персонала из государственного в частный сектор внутри страны. На первых порах образовавшаяся нехватка персонала в государственном секторе восполнялась за счет привлечения кадров из соседних стран; однако, поскольку это приводило к неприемлемой "утечке умов" из более бедных соседних стран, правительство Южной Африки заключило договоры с Кубой о привлечении ее медицинского персонала для работы в отдаленных районах страны. Чтобы прекратить утечку квалифицированных кадров, было заключено соглашение, предусматривающее привлечение для работы в Южной Африке на неполной ставке врачей из Мозамбика (при сохранении постоянного местожительства в Мозамбике) в целях пополнения их доходов. Довольно часто медицинские специалисты из развивающихся стран выполняют значительную часть неквалифицированной работы в секторе здравоохранения в развитом мире, невзирая на уровень квалификации, который они имеют.

27. В некоторых исследованиях, проведенных в последнее время, внимание обращается на насыщенность рынков развитых стран, особенно Соединенных Штатов и Европейского союза, по определенным категориям медицинских специалистов 6/. Тем не менее в отдельных секторах все еще могут открываться новые возможности, например в сфере медицинского ухода за престарелыми и инвалидами или за пациентами, страдающими наркоманией и алкоголизмом, а также в области медицинского обслуживания отдаленных районов. Факторами, облегчающими перемещение медицинских работников за рубеж, служат культурные связи и географическая близость.

Реальные или потенциальные торговые барьеры

28. Факторами, ограничивающими перемещение медицинских работников, могут выступать требования, касающиеся подтверждения экономической необходимости, дискриминационная система лицензирования, аккредитации, признания профессиональной квалификации иностранцев, требования в отношении гражданства и постоянного местожительства, требования, устанавливаемые органами власти штатов и провинций, иммиграционный режим, система переэкзаменовки для подтверждения квалификации, режим валютного контроля, затрагивающий репатриацию доходов, а также дискриминационная система регулирования гонораров и возмещения расходов.

29. Критерий экономической необходимости (КЭН) ставит возможность временного въезда в страну в зависимости от подтверждения факта отсутствия в принимающей стране лица, имеющего здесь постоянное место жительства, т.е. резидента, или гражданина для выполнения тех же самых функций. По ГАТС КЭН, который определяется как один из барьеров на пути доступа к рынку в соответствии со статьей XVI, часто выступает в качестве оговорки к обязательствам, касающимся перемещения физических лиц, включая внутрифирменные переводы и перемещение независимых специалистов, работающих по контрактам. КЭН по сути является квотным ограничением и может носить количественный или качественный характер. В нем учитываются основные демографические характеристики страны и состояние сферы здравоохранения.

30. Положения, регулирующие предоставление лицензий, могут препятствовать получению работы иностранцами в связи с непризнанием их профессиональной квалификации или в связи с применением по отношению к ним дискриминационных, более жестких и более дорогостоящих стандартов. Процедуры лицензирования и признания квалификации являются особенно запутанными в тех случаях, когда в стране отсутствует общенациональный лицензионный орган и предоставление лицензий на медицинскую практику входит в полномочия властей штатов или провинций, которые имеют свои собственные комитеты по предоставлению лицензий на медицинскую практику. Требования, касающиеся регистрации или членства в профессиональных организациях, также могут создавать препятствия для лица, желающего заняться предоставлением медицинских услуг на временной основе.

31. В Соединенных Штатах, например, требования, регулирующие предоставление медицинских лицензий лицам, получившим квалификацию за пределами страны, в разных штатах неодинаковы; некоторые из штатов разрешают выпускникам иностранных медицинских вузов и училищ заниматься практикой после сдачи письменного экзамена. Кандидаты должны также сдать квалификационный экзамен Учебной комиссии по делам выпускников иностранных медицинских учебных заведений, а затем пройти медицинскую стажировку в одной из больниц в Соединенных Штатах. Многие штаты предоставляют лицензии на медицинскую практику в заявительном порядке выпускникам аккредитованных канадских медицинских учебных заведений 7/.

32. В Канаде требования, регулирующие предоставление медицинских лицензий врачам, получившим квалификацию за рубежом, определяются каждой провинцией. Кроме того, иностранцы должны получить от соответствующего провинциального министерства подтверждение относительно наличия потребностей в их профессиональных услугах. Дипломированные медицинские сестры перед получением визы, дающей право на профессиональную деятельность, должны получить лицензию на практику в Канаде от провинциального органа. Разрешение на трудоустройство, выдаваемое при въезде в страну, имеет максимальный срок действия в один год. Срок действия этих разрешений может продлеваться на годовой основе по усмотрению сотрудника иммиграционной службы. В Североамериканском соглашении о свободной торговле (НАФТА) предусмотрено положение, касающееся временного перемещения медицинских специалистов.

33. В Европейском союзе дискриминация граждан других государств-членов по признаку гражданства в вопросах регистрации своей практики и поставок услуг запрещена. Режим поставщиков услуг здравоохранения регулируется рядом директив (директива 77/452/ЕЕС, касающаяся медицинских сестер общего профиля, директива 78/1026/ЕЕС, касающаяся ветеринарных хирургов, директива 80/154/ЕЕС, касающаяся акушеров, директива 85/433/ЕЕС, касающаяся фармацевтов). Директива 93/16/ЕЕС Совета от 5 апреля 1993 года касается упрощения процедур свободного перемещения врачей и взаимного признания их дипломов, свидетельств и других формальных доказательств их квалификации. В ней определяются положения, упрощающие процедуры осуществления права на регистрацию врачей и свободу предоставления их услуг, и предусматриваются механизмы конвергенции и координации. Были выдвинуты предложения, касающиеся изучения проблем граждан стран Сообщества, получивших медицинскую квалификацию в третьих странах 8/. Директивой 89/48/ЕЕС Совета от 21 декабря 1988 года предусматривается общая система обеспечения эквивалентности университетских дипломов для гарантии реальной свободы регистрации практики внутри Сообщества. Ключевым положением этой Директивы является статья 3, закрепляющая общее правило, в соответствии с которым лицо, имеющее право работать по специальности в государстве происхождения, являющемся членом Сообщества, имеет право на признание его диплома для работы по той же специальности в принимающем государстве. Таким образом, в директиве закрепляется право на признание квалификации, соблюдения которого частные лица могут требовать непосредственно через национальные органы власти как административные, так и судебные. Система основана на принципе взаимного доверия и сопоставимости уровней профессиональной подготовки; тем не менее в случае серьезных структурных расхождений между программами профессиональной подготовки принимающее государство-член правомочно требовать определенных компенсационных мер, в частности установления испытательного срока и сдачи квалификационного зачета 9/.

34. Хотя профессиональные ассоциации играют решающую роль в поддержании стандартов и качества обслуживания, они зачастую пытаются приглушить ценовую конкуренцию и ограничить выход на рынок новых конкурентов. Например, Американская медицинская ассоциация в свое время предусматривала нормы контрактной практики, по которым поведение врача считалось неэтичным, если он оказывал услуги пациентам, состоя на окладе у больницы или иного учреждения здравоохранения, контролируемого неврачами. Согласно правилам Ассоциации поведение врача считалось неэтичным и в том случае, если он соглашался на получение вознаграждения, которое являлось неадекватным по сравнению с обычными уровнями гонораров врачей. Профессиональные ассоциации использовали рычаги контроля над медицинскими планами или страховыми фирмами для дискриминации потенциальных конкурентов на внутреннем рынке и за рубежом. Однако ограничения, навязывавшиеся профессиональными ассоциациями, в настоящее время разъедаются под воздействием рыночных сил. Следует отметить, что некоторые совместные действия являются законными и направлены на поддержание стандартов и качества услуг.

35. Отсутствие или неполнота информации могут препятствовать поиску возможностей трудоустройства за рубежом специалистами в области здравоохранения. С учетом этой

проблемы целый ряд специализированных фирм в настоящее время ведет активный поиск медицинского персонала для работы за рубежом.

36. Действующие правила зачастую не допускают рекламирования медицинскими специалистами цен, скидок и услуг. Устранение этого ограничения может сыграть важную роль в поощрении конкуренции; с другой стороны, эти правила были введены в целях поддержания качества услуг, предотвращения обмана потребителей и причинения им вреда.

Обязательства по ГАТС

37. Большинство закрепленных в ГАТС обязательств, касающихся временного въезда и пребывания в стране физических лиц, не конкретизированы по секторам, и в этой связи оценить, каким образом они будут затрагивать медицинский персонал, довольно трудно 10/. Обязательствами, касающимися перемещения физических лиц, обычно охватывается режим въезда трех основных категорий физических лиц – лиц, совершающих деловые поездки, персонала, занимающегося обеспечением коммерческого присутствия, и лиц, перемещающихся по линии внутрифирменных переводов, – а также четвертой категории, а именно специалистов определенного профиля. В рамках четвертой категории может быть предусмотрен определенный ограниченный доступ медицинских специалистов, например в области консалтинга по управленческим вопросам, разработок и исследований, а также медицинского образования. До сих пор обязательства, касающиеся режима въезда специалистов конкретного профиля, взяли на себя лишь несколько стран.

38. Некоторые из торговых барьеров, которые упоминались выше, напрямую связаны с закрепленными в обязательствах по ГАТС ограничениями в отношении доступа на рынок и национального режима. Кроме того, режим временного въезда и пребывания независимого медицинского персонала, как правило, не охватывается обязательствами по ГАТС. Некоторыми обязательствами охватывается режим перемещения физических лиц, оказывающих медицинские и зубоорудные услуги. Например, Европейское сообщество (ЕС) по подсектору профессиональных услуг включило в свои перечни обязательства, касающиеся: i) медицинских, зубоорудных и акушерских услуг (КОП 9312, 93191); ii) ветеринарных услуг (КОП 932); iii) медицинских сестер, физиотерапевтов и фельдшерского персонала (КОП 93191); и iv) фармацевтов. Обязательствами, касающимися категории i), охватываются такие способы поставки услуг, как коммерческое присутствие и перемещение физических лиц. По такому способу поставки услуг, как иностранное коммерческое присутствие, некоторые страны-члены ограничивают доступ на рынок двумя категориями поставщиков: физическими лицами или профессиональными ассоциациями физических лиц. В рамках такого способа поставок, как перемещение физических лиц, действуют требования, касающиеся постоянного местожительства или гражданства, КЭН или ограниченных сроков действия разрешений 11/.

39. Анализ конкретных обязательств, касающихся этого способа поставки услуг, свидетельствует о том, что лишь немногие страны связали свои действующие иммиграционные законы и правила; следовательно, имеются определенные возможности

для улучшения условий уступок без внесения изменений в соответствующее законодательство. В частности, ряд стран включили в свое иммиграционное законодательство положения, облегчающие временный въезд определенных категорий медицинского персонала. В Соединенных Штатах, например, визы категории H1A выдаются иностранным медсестрам, которые не являются иммигрантами и которые занимают штатные должности по временному контракту; при получении этой визы не требуется сертификация со стороны министерства труда Соединенных Штатов. По закону 1994 года департаменту здравоохранения каждого штата разрешается ежегодно в порядке исключения давать разрешения максимум 20 врачам для работы в областях, где ощущается нехватка специалистов 12/.

40. В Австралии из 24 основных классов виз, дающих право на временное проживание, и разрешений на въезд как минимум девять имеют отношение к временному въезду специалистов, включая работников сферы образования, приглашенных научных работников, практикующих медицинских работников и лекторов. В Японии помимо лиц, обеспечивающих коммерческое присутствие и переводимых в Японию по внутрифирменным каналам, разрешение на трудоустройство по временным профессиональным визам может выдаваться 13 категориям лиц, включая академических работников для проведения исследований и преподавательской работы на уровне колледжей, поставщиков медицинских услуг и исследователей. В Соединенном Королевстве предусмотрен специальный регулятивный режим для лиц, не являющихся гражданами стран ЕС, по которому допускается выдача разрешений на работу лицензированным специалистам, административным и управленческим работникам, высококвалифицированным техническим работникам со специализированным опытом, работникам ключевых профилей с экспертным уровнем знаний и вспомогательному персоналу больниц. На эти категории распространяется режим "тестирования" потребностей рынка труда, а в случае вспомогательного персонала больниц – режим квот 13/.

в) Перемещение потребителей

41. Этот способ торговли услугами здравоохранения включает в себя главным образом предоставление медицинских услуг иностранным пациентам; вместе с тем услуги в сфере образования, предоставляемые иностранным студентам, также могут быть отнесены к категории торговли услугами здравоохранения.

42. В случае перемещения пациентов наиболее серьезным барьером является неустойчивое эмоциональное состояние лиц, которые страдают от какого-либо заболевания, не желают находиться вдали от своих семей и особенно остро воспринимают культурные и языковые различия. Для тех, кто готов поехать за рубеж для лечения, дополнительным сдерживающим фактором выступает то обстоятельство, что в большинстве случаев правила государственных систем здравоохранения и условия частных страховых полисов не предусматривают такой услуги, как лечение за рубежом (за исключением некоторых частных планов страхования класса "люкс", которые предусматривают возможность лечения за рубежом, но взимают за это высокие страховые взносы, а также некоторых страховых

полисов, по условиям которых предусматривается возможность получения медицинских услуг за рубежом в чрезвычайных случаях во время деловых поездок или отпуска). Все это ограничивает современный рынок торговли услугами здравоохранения в форме перемещения пациентов довольно узким кругом потребителей. Следовательно, пациенты могут идти на такой шаг, как поездка для лечения за рубеж, в тех случаях, когда условиями их договора медицинского страхования требуемое лечение не предусматривается или не покрывается либо покрывается лишь частично. Поскольку в этом случае им самим придется оплатить медицинские услуги, они могут решиться на поездку в ту страну, где соотношение качества/цены услуг является более благоприятным, чем в стране их проживания. Наличие страхового покрытия может быть менее весомым фактором в тех случаях, когда очередь на получение медицинских услуг нужного профиля является длинной или когда пациент считает, что качество медицинских услуг, предоставляемых иностранными организациями сферы здравоохранения, значительно выше по сравнению с услугами национальных учреждений, и он может и готов оплатить эти услуги вне зависимости от условий страхового покрытия.

43. Пациенты, желающие получить медицинские услуги за рубежом, могут быть разделены на следующие категории: i) лица, совершающие поездки за рубеж ради прохождения специализированного курса лечения или проведения хирургических операций, при которых применяются передовые технологии, недоступные в стране их проживания, либо с целью попасть в престижное медицинское учреждение; ii) лица, направляющиеся за рубеж для прохождения восстановительного курса (санаторного лечения); iii) лица, направляющиеся в конкретные места с благотворными для человека природными условиями – например, на горячие источники и воды – и готовые сочетать курс лечения с другой деятельностью, например, с оздоровительным туризмом; iv) лица, направляющиеся за рубеж для получения стоматологической помощи или медицинского амбулаторного лечения и стремящиеся получить медицинские услуги такого же качества, как и в стране своего проживания, но за меньшую цену или специфические услуги, отсутствующие в стране их происхождения; значительные группы в этой категории клиентов составляют эмигранты и пациенты, живущие в приграничных районах; v) пожилые лица, переезжающие в те страны, где стоимость жизни ниже, а климат лучше, чем в странах их происхождения, а также репатрианты, которые многие годы прожили за рубежом и которые могут, выйдя на пенсию, вернуться в страну своего происхождения. Многие рассматривают пенсионеров как крупнейшую потенциальную группу клиентов для развивающихся стран, и тот уровень здравоохранения, который развивающиеся страны в состоянии обеспечить, будет влиять на их способность привлечь в свои страны пожилых людей. Вместе с тем одним из серьезных препятствий при переезде за рубеж после выхода на пенсию является невозможность перевода медицинской страховки 14/.

44. Такие элементы, как развитая система транспорта, общность или сходство языка и культуры, дружеские отношения между врачами и пациентами, широкая доступность информации о медицинской инфраструктуре за рубежом и устойчивость связей с медицинскими учреждениями в стране проживания, во всех случаях способствуют

повышению привлекательности варианта получения медицинской помощи в зарубежной стране. С другой стороны, от поиска возможностей лечения за рубежом многих пациентов могут отталкивать визовые требования, валютные ограничения или необходимость получения разрешения на медицинские расходы.

45. Традиционно привлекательными для иностранных пациентов являются развитые страны, которые могут предложить услуги медицинского персонала, имеющего высокую международную репутацию, специализированное лечение и самую современную технологию. Вместе с тем развитые страны конкурируют друг с другом на базе взимаемой платы за лечение 15/. Ряд развивающихся стран активно стремятся привлечь иностранную клиентуру, опираясь на возможность предоставления медицинских услуг хорошего качества по ценам, которые значительно ниже, чем в развитых странах. Другие пытаются проникнуть на международный рынок услуг здравоохранения благодаря уникальности методов лечения, которые они предлагают, или благодаря специфике своей природы, географического положения и культуры; тем не менее эти элементы обычно сочетаются с выгодными ценами 16/.

46. Европейский союз принял меры для решения проблемы нетрансфертного характера государственного медицинского страхования через внедрение системы, по которой медицинские услуги предоставляются в соответствии с законодательством страны, в которой гражданин ЕС проживает или пребывает, таким образом, как будто он застрахован в этой стране. Эти услуги могут предоставляться на более или менее выгодных условиях, чем в стране, где гражданин фактически застрахован. После предоставления услуги счет представляется к оплате страховой фирме страны происхождения пациента 17/. В некоторых других странах (например, Египет, Иордания, Коста-Рика) пациентам может предоставляться разрешение на прохождение лечения за рубежом за счет национальной системы здравоохранения (НСЗ) в тех случаях, когда НСЗ не в состоянии обеспечить требуемое лечение. Вместе с тем процедуры получения такого разрешения могут быть длительными и обременительными. Некоторые страны, включая государства – члены ЕС, подписали двусторонние соглашения, обеспечивающие возможность полного или частичного перевода государственных полисов медицинского страхования.

47. До последнего времени ожидалось расширение потоков пациентов исходя из той посылки, что потребность в узкоспециализированных медицинских услугах будет расти, а число медицинских учреждений, способных предоставить такие услуги, будет оставаться ограниченным. Однако тенденции развития других способов поставок услуг, особенно коммерческого присутствия и трансграничной торговли (о чем речь пойдет ниже), по всей вероятности, снижают стимулы к получению медицинских услуг за рубежом или приводят к сокращению сроков пребывания пациентов в зарубежных странах.

48. С другой стороны, глобальная тенденция роста медицинских расходов и снижения государственных расходов на здравоохранение, сопровождающаяся сокращением государственного страхового покрытия услуг здравоохранения, может побудить большее число пациентов к поиску возможностей для прохождения лечения в тех странах, где

соотношение цены и качества является более выгодным, чем в странах их проживания. Стремление удержать расходы на медицинское обслуживание под контролем может вынудить организации по управлению медицинским обслуживанием в развитых странах включить в свои сети медицинские учреждения развивающихся стран, которые могут предоставлять медицинские услуги по выгодным ценам. Сужение сферы охвата государственной системы приводит к расширению масштабов частного страхования, в рамках которого могут предусматриваться условия лечения за рубежом 18/.

49. В связи с наличием свободных мест в больничных стационарах в некоторых странах, прежде всего в Соединенных Штатах, медицинские учреждения развертывают широкую деятельность в области маркетинга в расчете на потенциальных зарубежных пациентов. Аналогичным образом в тех странах, где прежде государственный контроль в сфере медицины был общим правилом, теперь дают о себе знать усилия медицинских учреждений по привлечению обеспеченных иностранных клиентов.

50. В соответствии с обязательствами по ГАТТС, касающимися торговли услугами здравоохранения, потребление за рубежом обычно не оговаривается какими-либо условиями, однако некоторые страны (Болгария, Польша и Соединенные Штаты) заявили о введении ограничений в отношении покрытия государственных схем страхования при лечении за пределами страны.

51. Поскольку студенты предпочитают обучаться в своей собственной стране во избежание возникновения в будущем проблем, связанных с подтверждением дипломов или получением лицензий на работу по профессии, этот тип перемещения потребителей находит распространение главным образом в тех случаях, когда в стране проживания невозможно получить медицинское образование; когда стоимость медицинского или фельдшерского образования значительно варьируется между странами; когда абитуриенты не могут выполнить требований, предъявляемых медицинскими училищами и вузами их страны; или когда они стремятся получить более высокий уровень образования, который может облегчить их доступ на рынок труда в стране их обучения или позволит им повысить свои потенциальные доходы в стране происхождения. В некоторых случаях иностранные студенты становятся "резидентами" (т.е. проходящими последипломную практику врачами-стажерами) и тем самым превращаются из импортеров в экспортеров услуг, оставаясь в том же самом учреждении.

52. Обычно привлекательность развитых стран с точки зрения иностранных студентов обусловлена главным образом высокой международной репутацией их учреждений и/или уникальностью предлагаемой ими подготовки, но в последнее время все более весомую роль в качестве фактора конкурентоспособности играет также стоимость. Некоторые развивающиеся страны также используют в качестве средства для привлечения иностранных студентов хорошую репутацию своих училищ и вузов и/или специфику предлагаемой ими подготовки в сочетании с фактором более низкой стоимости обучения. Связи, устанавливающиеся между иностранными студентами и больницами, в которых они проходят подготовку и стажировку, могут на более позднем этапе становиться важным фактором

привлечения пациентов в такие учреждения из стран постоянного проживания таких студентов.

53. Как представляется, наиболее важными критериями при выборе иностранного учебного заведения являются репутация такого заведения, стоимость обучения и наличие средств для финансирования обучения. Значительную роль играют и другие факторы, такие, как сходство языков, культур и географическая близость. В определенных случаях иностранных студентов привлекает уникальность предлагаемой подготовки; именно так дело обстоит, например, с традиционной китайской медициной. Решения, касающиеся получения образования и/или прохождения курсов подготовки за рубежом, определяются также степенью признания иностранных дипломов в стране происхождения 19/.

54. Проблемы, связанные с признанием дипломов, обычно носят очень деликатный характер. Первая причина заключается в объективных различиях между учебными программами в разных странах/учреждениях, вторая же связана с нежеланием профессиональных медицинских ассоциаций открывать внутренние рынки для студентов, прошедших обучение за рубежом, особенно в тех случаях, когда и так не ощущается нехватки в медицинском персонале, прошедшем подготовку в местных училищах и вузах. Вместе с тем профессиональные ассоциации играют положительную роль в обеспечении соблюдения определенных стандартов качества медицинскими работниками. Учебные заведения, привлекающие иностранных студентов главным образом благодаря низкой стоимости обучения и отсутствию высоких конкурсных требований к иностранным студентам, многим рискуют, если при этом они не в состоянии гарантировать должное качество образования/подготовки или соблюдение высоких стандартов при присвоении степеней и званий.

55. Некоторые страны уже давно славятся традициями предоставления образования и практической подготовки иностранным студентам (например, Соединенное Королевство 20/ или Соединенные Штаты), другие же вышли на этот рынок лишь совсем недавно (например, Австралия) 21/. Ряд стран, например Китай, которые традиционно предоставляли образование и подготовку иностранным студентам по линии программ технического сотрудничества, в настоящее время переводят эту систему на коммерческую основу. Вместе с тем страны, подобные Бразилии, все еще принимают иностранных студентов в основном в рамках соглашений о технической помощи или соглашений аналогичного характера.

56. Как представляется, масштабы потоков студентов из развивающихся стран в другие страны уменьшаются, поскольку некоторые развивающиеся страны создали свои собственные медицинские вузы и училища для удовлетворения национального спроса 22/. Кроме того, фактором, влияющим на перемещение учащихся, выступает использование информационной технологии, и прежде всего телемедицины, поскольку это позволяет им пользоваться услугами интерактивного обучения и повышать уровень своего образования без поездок за рубеж. Вместе с тем, если несколько лет тому назад учащиеся медицинского профиля отдавали предпочтение курсам медицины, стоматологии или медицинского ухода за

больными, то теперь они нередко предпочитают новые курсы, такие, как управление медицинским обслуживанием или организация работы домов престарелых и инвалидов. Поскольку большинство развивающихся стран все еще не в состоянии обеспечить надлежащий уровень образования и подготовки по этим новым дисциплинам, не исключено, что некоторые студенты будут принимать решение о прохождении таких курсов обучения/подготовки за рубежом.

с) Иностранное коммерческое присутствие

57. Этот способ поставки услуг предполагает обеспечение коммерческого присутствия на иностранном рынке для предоставления услуг по профилю здравоохранения клиентам именно на этом рынке. Его можно разбить на следующие категории: i) иностранное коммерческое присутствие в секторе больничного обслуживания/управления больничным хозяйством; ii) присутствие в секторе медицинского страхования; iii) присутствие в секторе образования; и iv) присутствие в рамках специальных программ.

58. В большинстве стран иностранные инвестиции в секторе здравоохранения либо вообще запрещены, либо жестко ограничены. Однако в последнее время многие страны начали открывать свои рынки для иностранного присутствия в различных формах и поощрять конкуренцию в качестве средства повышения качества услуг здравоохранения, снижения ценовой эскалации и смягчения давления на финансы государственного сектора. Кроме того, новые методы организации бизнеса облегчают иностранное участие при минимуме фактических инвестиций.

59. Иностранное коммерческое присутствие в секторе больничного обслуживания/управления больничным хозяйством. Компании, специализирующиеся на управлении больничным хозяйством, обычно стараются обеспечить свое присутствие в странах, которые имеют либеральное инвестиционное законодательство, открыты для инициатив по созданию совместных предприятий и имеют либо высокий доход на душу населения, либо достаточно большую долю населения, которое может себе позволить лечение в частных медицинских учреждениях.

60. Судя по имеющимся данным, большинство поставщиков услуг здравоохранения обеспечивают свое присутствие в зарубежных странах путем создания совместных предприятий с местными партнерами или трехсторонних совместных предприятий с участием местных партнеров и инвесторов из третьих стран. Одним из способов обеспечения коммерческого присутствия является приобретение помещений и соответствующей инфраструктуры, но во многих странах в этой сфере действуют ограничения, и все более предпочтительным методом обеспечения коммерческого присутствия в сфере больничного обслуживания становятся управленческие контракты и лицензионные соглашения. Местные партнеры обычно привлекаются для получения доступа к дипломированным и достаточно квалифицированным местным медицинским работникам. Кроме того, местный партнер помогает обеспечить контакты и поддержку на местном уровне.

61. Примечательной особенностью коммерческого присутствия в сфере больничного обслуживания/управления больничным хозяйством является участие компаний, в традиционный профиль которых не входит собственно медицинское обслуживание, например управленческих и фармацевтических компаний. Эта тенденция свидетельствует о том, что сфера больничного обслуживания/управления больничным хозяйством рассматривается в качестве перспективного сектора, идеально приспособленного для диверсификации. Еще

одной усиливающейся тенденцией является заключение контрактов с компаниями, которые непосредственно не связаны со сферой здравоохранения, на предоставление вспомогательных услуг.

62. Иностранное коммерческое присутствие в секторе медицинского страхования. До последнего времени частные планы медицинского страхования практически не распространяли свою деятельность на зарубежные страны отчасти в связи с ограниченностью рынка, а отчасти в связи с тем, что в некоторых странах действуют положения, ограничивающие или запрещающие частные иностранные инвестиции в секторе медицинского страхования.

63. В Бразилии, например, в мае 1996 года в рамках принятых на себя правительством обязательств повысить качество предлагаемых услуг здравоохранения, снизить цены и обеспечить достаточный уровень рыночной конкуренции рынок медицинского страхования был открыт для иностранного капитала и компаний 23/. Однако ожидавшего снижения цен пока не произошло, главным образом в силу того, что иностранным страховым компаниям не разрешено осуществлять инвестиции в больничное хозяйство, и в этой связи рынок все еще характеризуется очень ограниченной конкуренцией.

64. Еще одним способом проникновения на иностранные рынки является использование системы "регулируемого медицинского обслуживания", которая сочетает в себе управленческие и страховые аспекты. Система регулируемого медицинского обслуживания представляет собой систему, которая в той или иной степени увязывает финансирование и предоставление медицинских услуг в рамках контрактов с определенными врачами и больницами и контактов со страховыми компаниями (большинство "организаций по управлению медицинским обслуживанием" создаются на базе крупных страховых фирм) в целях предоставления широкого комплекса медицинских услуг участникам такой системы за заранее установленную ежемесячную плату-взнос 24/. Таким образом, эта система создает подконтрольный рынок поставщиков и потребителей, но служит снижению общих расходов на медицинское обслуживание, обязывая участвующих врачей предоставлять услуги по более низкой цене. В некоторых странах люди, которые не способны оплатить услуги частного страхования, вполне могут позволить себе участие в планах регулируемого медицинского обслуживания, что позволяет уменьшить давление на государственный сектор здравоохранения. С другой стороны, существование подобных схем может приводить к уходу врачей из государственного в частный сектор. Фирмы, специализирующиеся на регулируемом медицинском обслуживании, вызывают сильное неприятие среди независимых врачей, которые опасаются подрыва своей независимости, снижения доходов и качества медицинского обслуживания, но они сталкиваются с серьезными трудностями в конкурентной борьбе с такими фирмами.

65. Иностранное коммерческое присутствие в секторе образования. Некоторые известные медицинские учебные заведения обеспечивают свое присутствие в зарубежных странах, в том числе в развивающихся, обычно через создание совместных предприятий с местными учебными заведениями. С этим типом иностранного коммерческого присутствия зачастую связано перемещение поставщиков услуг (например, преподавателей) и потребителей

(например, студентов, перемещающихся из штаб-квартиры учебного заведения в филиалы, и наоборот). Заинтересованность принимающей страны обусловлена возможностью дифференциации и модернизации учебных программ для своих студентов/медицинского персонала, а заинтересованность экспортирующего учреждения связана с получением доступа к новым источникам доходов, укреплением своей репутации за рубежом и с решением проблемы переполненности своих головных учебных заведений.

66. Иностранное коммерческое присутствие в рамках специальных программ. Иногда компании обеспечивают свое присутствие за рубежом в целях, например, модернизации инфраструктуры здравоохранения в рамках многосторонних программ финансирования. Коммерческое присутствие этого типа, как правило, имеет ограниченные сроки, поскольку иностранные компании обычно покидают принимающую страну после завершения конкретной работы, для выполнения которой они были приглашены.

Обязательства по ГАТС

67. В соответствии с обязательствами по ГАТС все государства – члены Европейского союза сохраняют в той или иной форме диктуемые экономической необходимостью ограничения в отношении создания новых больничных и клинических заведений 25/. Кроме того, почти каждый член ЕС в вопросах коммерческого присутствия предоставляет местным фирмам более благоприятный режим, чем иностранным фирмам. Применительно к иностранным физическим или юридическим лицам может действовать менее благоприятный режим в таких вопросах, как приобретение недвижимости или инвестирование средств в объекты здравоохранения 26/.

68. В Соединенных Штатах в области создания больниц или иных медицинских учреждений могут применяться количественные квоты, определяемые по критерию экономических потребностей. Канада не включила в свой перечень никаких обязательств относительно услуг в области здравоохранения. Япония ограничивает права владения больницами и клиниками определенным кругом лиц, в который входят граждане/имеющие лицензию врачи или группы лиц, в которых как минимум один из членов является врачом, получившим лицензию в Японии. Помимо этого, запрещено создание находящихся в собственности инвесторов больниц, действующих на основах прибыльности. Менее жестким является режим в секторе специализируемого ухода за пациентами в домах престарелых и инвалидов, где иностранные компании стремятся использовать возможности, обусловленные значительным увеличением японского населения в возрасте старше 65 лет и нехваткой специализированных домов и других заведений, предназначенных для долгосрочного ухода за людьми, в этой стране 27/.

69. В Бразилии по Конституции 1988 года иностранные компании не могут иметь в своем владении больницы и клиники. В Мексике допускается иностранное инвестиционное участие в пределах 49% уставного капитала предприятий. В Индии иностранные компании могут обеспечивать свое присутствие исключительно по процедуре инкорпорирования; при этом иностранная доля в капитале не должна превышать 51%. Малайзия продолжает

применять систему критериев экономических потребностей. Иностранные компании имеют право создавать только совместные предприятия с участием либо малайзийских физических лиц, либо малайзийских корпораций, либо и тех, и других. Совокупная доля иностранного участия в совместных предприятиях не должна превышать 30%. Вместе с тем некоторые страны идут дальше принятых ими обязательств и фактически допускают бóльшую открытость своих рынков.

70. Обязательства по ГАТС, касающиеся "услуг страхования жизни, страхования от несчастных случаев и болезней", наиболее детализированы именно по категории коммерческого присутствия. Меры в области трансграничной торговли во многом остаются несвязанными как в части доступа к рынкам, так и в части предоставления национального режима. Несколько более либеральная система обязательств предусмотрена в области потребления за рубежом в вопросах доступа к рынкам (но не в вопросах национального режима); при этом большинство мер оставлены неконсолидированными. В числе множества требований, предъявляемых к предоставлению услуг страхования жизни, страхования от несчастных случаев и болезней через канал коммерческого присутствия, большинство стран в рамках обязательств по обеспечению доступа к рынкам предусматривают следующие условия: ограничения на иностранное участие в капитале; требования в отношении представления услуг через определенное юридическое лицо; коммерческое присутствие; требования, касающиеся получения разрешений или лицензий; ограничения, касающиеся типа выполняемых операций. Некоторые страны включают также в перечни обязательств такие дискреционные меры, как обязательное подтверждение экономической необходимости. В части предоставления национального режима обязательства являются менее жесткими, и предусматриваемые условия касаются главным образом ограничения доли иностранного участия и требований к государственной принадлежности.

71. Как в развитых, так и в развивающихся странах прослеживается тенденция к открытию рынков для внутренних и иностранных конкурентов в целях снижения расходов и повышения качества в интересах обеспечения доступности частной структуры здравоохранения для части людей, которые не могут позволить себе этого в настоящее время. Переориентация части населения с государственных на частные структуры здравоохранения, сопровождающаяся высвобождением людских и финансовых ресурсов для государственного сектора, будет играть особенно весомую положительную роль в тех странах, которые страдают от нехватки медицинского персонала и медицинских учреждений разного профиля. Таким образом, новая задача, стоящая перед частным и государственным секторами, заключается в определении условий сосуществования на одном рынке и взаимовыгодного использования возможностей, имеющихся у каждого из них. Некоторые страны уже выработали меры для обеспечения использования внутренних и иностранных частных инвестиций в секторе здравоохранения в интересах всего населения 28/.

72. Открытие рынков для иностранных страховых компаний также может принести определенную пользу. Как представляется, отечественные компании, которым приходится

конкурировать с иностранными фирмами, уже принимают меры для улучшения – с точки зрения размеров взносов, гаммы услуг и условий участия в планах страхования – пакета страховых услуг, которые они предлагают своим клиентам. Если большее число пациентов смогут стать участниками частных планов медицинского страхования и этими планами будет охвачен более широкий круг медицинских услуг, то это, скорее всего, приведет к ослаблению давления на государственную инфраструктуру. Вместе с тем для обеспечения полезности иностранного коммерческого присутствия для национальной системы здравоохранения импортирующей страны может потребоваться "новое поколение" нормативных положений.

d) Трансграничная торговля

73. До последнего времени трансграничная торговля медицинскими услугами (за исключением лицензирования и роялти) представлялась неосуществимой, особенно на коммерческой основе. Однако стремительное развитие телекоммуникационных технологий и медицинской информатики радикальным образом изменило картину. Телемедицина, т.е. предоставление медицинских услуг с использованием интерактивных аудиовизуальных средств и средств передачи данных, позволяет оказывать медицинские услуги, организовывать консультации, производить диагностику и лечение, а также организовывать учебный процесс и передачу медицинских данных. В какой-то мере телемедицина выступает субститутутом личных контактов между поставщиком услуг здравоохранения и клиентом, а также консультаций между самими поставщиками медицинских услуг. В числе других новых веяний в трансграничной торговле можно отметить обработку заявлений о выплате страхового возмещения/счетов в развивающихся странах, а также географическую децентрализацию составления медицинских отчетов.

74. Одним из факторов, обусловивших развитие услуг телемедицины в последнее время, является их воздействие на рост издержек. По данным исследований, проведенных в Соединенных Штатах, стоимость услуг телемедицины, как ожидается, будет вдвое меньше стоимости традиционных услуг. Поставщики услуг здравоохранения смогут ежедневно принимать большее число пациентов, особенно в случаях, связанных с посещением больных на дому, и это особенно благотворно скажется на работе недоукомплектованных персоналом медицинских учреждений 29/.

75. Судя по всему, в настоящее время международная торговля услугами телемедицины осуществляется между развитыми странами или имеет форму импорта из развитых стран в развивающиеся 30/. В числе непосредственных выгод, которые приносит развивающимся странам торговля услугами телемедицины, можно отметить расширение доступа к медицинским услугам и выравнивание качества лечения. Между учреждениями Канады, Кении и Уганды была установлена телеконференционная связь, обеспечивающая процесс непрерывного медицинского образования и позволяющая работникам сферы здравоохранения в Африке пользоваться последними достижениями и информацией в сфере медицины. Развитие телемедицины в конечном итоге может повлиять и на другие способы поставки медицинских услуг, поскольку благодаря возможности получения консультаций на

трансграничной основе пациенты будут менее склонны к поездкам за рубеж, а медицинские специалисты и студенты смогут получать платные услуги в сфере медицинского образования из зарубежных стран и, тем самым, будут испытывать меньшую потребность в получении образования за рубежом в традиционном смысле. Телемедицина может также облегчить разработку согласованных учебных программ и взаимоприемлемых для стран профессиональных стандартов.

76. Главным фактором, который будет стимулировать развитие телемедицины на протяжении нескольких следующих лет, будет выступать сохраняющаяся необходимость улучшения условий доступа к услугам здравоохранения и сокращения их стоимости, включая финансовые издержки и затраты времени, связанные с поездками пациентов, врачей и медицинских сестер. В условиях экономического роста, процесса старения населения, повышения уровня образования населения, появления новых болезней, а также повторных вспышек и сохранения уже известных заболеваний можно ожидать значительного роста спроса на медицинские услуги. В наибольшем выигрыше от развития услуг телемедицины окажутся те страны, которые будут иметь соответствующую технологию и квалифицированный медицинский персонал для предоставления и получения такого рода услуг. С другой стороны, отсутствие доступа к сетям услуг телемедицины не только лишит потенциальных возможностей местных потребителей, но и приведет к маргинализации медицинских работников в тех странах, которые не смогут присоединиться к таким сетям.

Реальные или потенциальные торговые барьеры

77. Наличие соответствующей технологии является ключевым элементом в торговле некоторыми из этих услуг, и необходимость осуществления крупных капиталовложений в некоторых случаях может превращать торговлю услугами телемедицины в непозволительно дорогое удовольствие. Однако при общей тенденции снижения стоимости оборудования и подсоединения к сетям некоторые проблемы в ближайшем будущем утратят свою остроту. В области передачи данных и изображений, а также электронного оформления медицинской информации существует несколько стандартов, и в этой связи могут возникнуть проблемы совместимости. Согласование стандартов на международном уровне позволило бы расширить торговлю и повысить уровень совместимости электронных услуг в области здравоохранения.

78. Прежде чем можно будет поставить торговлю услугами телемедицины на широкую основу, понадобится решить множество проблем технического и этического характера. Пока еще не до конца урегулированы вопросы, связанные с сохранением врачебной тайны при предоставлении пациентом информации о состоянии своего здоровья, и в этой связи потребуются принять меры для обеспечения конфиденциальности.

79. Открытой остается также проблема признания квалификации поставщика услуг и связанный с ней вопрос о получении лицензий на предоставление услуг зарубежной клиентуре. С вопросом об этической и юридической ответственности в случае

предоставления медицинских телеуслуг связана проблема "распыления" врачебной ответственности. Для ее решения в данном случае могут быть предложены варианты, аналогичные используемым при предоставлении традиционных медицинских услуг, в частности принцип возложения ответственности на практикующего врача, получающего ту или иную услугу (например, результаты лабораторных анализов). Иными словами, в более общем плане до перехода на полномасштабное использование телемедицины необходимо создать систему регулирования и принять соответствующее законодательство.

80. Несмотря на то, что телемедицина благоприятно сказывается на бюджетах пациентов, в большинстве случаев она пока не охватывается существующими планами страхования. Вместе с тем опасения относительно того, что потребители не согласятся на медицинские телеконсультации и что предпочтение, отдаваемое ими прямым контактам с медицинскими специалистами, ограничит масштабы использования телемедицины, не оправдались, если судить по некоторым предварительным исследованиям, показавшим, что, вопреки ожиданиям, новая технология не вызывает сильного неприятия.

ГЛАВА 3

ЭКСПОРТНЫЕ СТРАТЕГИИ В СЕКТОРЕ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

81. Развитие экспортного потенциала в сфере услуг здравоохранения рассматривается в качестве средства: а) получения ресурсов, требующихся для уменьшения давления бюджетных дефицитов на финансы страны, которое порождается необходимостью всеобщего охвата населения услугами здравоохранения; б) модернизации инфраструктуры (больничного хозяйства и других вспомогательных структур) за счет использования ресурсов, получаемых при удовлетворении зарубежного спроса; и с) повышения технологического потенциала (с прямым воздействием на национальную систему здравоохранения), который может быть сориентирован и/или приспособлен к существующей инфраструктуре людских ресурсов. Одним из ключевых элементов любой успешной экспортной стратегии является определение путей оптимального использования прямых и обратных связей между внутренним производством и внешними рынками услуг здравоохранения.

82. Проводниками экспортных стратегий могут быть различные субъекты: i) правительства; ii) государственный и частный секторы; iii) ассоциации частного сектора; и iv) отдельные компании.

83. Стратегии, осуществляемые правительствами. Основная цель стратегий этого типа заключается в получении иностранной валюты от экспорта услуг здравоохранения для укрепления финансовой базы государственных учреждений здравоохранения и обеспечения вклада сектора здравоохранения в общее развитие страны. Модели таких стратегий можно рассмотреть на трех основных примерах: Кубы, Соединенного Королевства и Иордании.

84. На Кубе одна из целей, поставленных перед собой правительством, заключается в превращении страны в "мировую медицинскую державу". С учетом этой цели с конца 80-х годов в сфере здравоохранения осуществляется многоцелевая экспортная стратегия. Один из основных элементов этой стратегии состоит в направлении медицинского персонала за рубеж, особенно в те страны, которые испытывают серьезную нехватку работников здравоохранения. Еще одним элементом является привлечение иностранных пациентов в специализированные клиники, предоставляющие высококачественные медицинские услуги по выгодным ценам. Большинство специализированных клиник выполняют также функции учебных центров для национальных и иностранных студентов. Еще один аспект кубинской экспортной стратегии – увязка медицинских услуг с туризмом. Учрежденная правительством торговая компания "СЕРВИМЕД" готовит пакеты услуг в сфере здравоохранения/туризма для продажи на определенных рынках во взаимодействии с туроператорами и туристическими агентствами. Помимо этого, Куба делает сильный акцент на дифференциацию услуг в целях обеспечения их конкурентоспособности на мировом рынке. Кубинские врачи с успехом лечат некоторые кожные заболевания, которые считаются неизлечимыми в остальных странах мира. Это лечение связано с разработкой новых процедур и новых лекарств. Ярким свидетельством успеха кубинской стратегии является рост числа пациентов, ежегодно приезжающих в эту страну для лечения. В период 1995-1996 годов Куба приняла более 25 000 пациентов и 1 500 студентов, которые соответственно прошли здесь курс лечения или получили подготовку. В результате этого доходы, полученные за счет продажи услуг здравоохранения иностранцам, превысили 25 млн. долл. США.

85. В 1988 году Соединенное Королевство создало Зарубежную корпорацию национальной системы здравоохранения (ЗКНСЗ) в качестве сбытовой организации системы государственных компаний и учреждений здравоохранения для облегчения экспорта медицинских услуг, оказываемых государственным сектором. Эта стратегия преследует двоякую цель. Во-первых, благодаря экспорту медицинских услуг ЗКНСЗ пытается укрепить финансовую базу государственных учреждений здравоохранения для расширения охвата и повышения уровня здравоохранения в Соединенном Королевстве. Во-вторых, ЗКНСЗ обеспечивает британским специалистам в области здравоохранения возможности для повышения своей квалификации и расширения своей практики за счет участия в зарубежных проектах. Эта стратегия принесла полезные плоды, поскольку она дала возможность государственным учреждениям здравоохранения продавать свои услуги за рубежом и получать дополнительные финансовые ресурсы. Кроме того, благодаря программам подготовки кадров и образования НСЗ удалось частично преодолеть проблему нехватки медицинского персонала в государственном секторе за счет использования услуг иностранных специалистов.

86. Иордания с начала 90-х годов прилагает большие усилия для того, чтобы стать медицинским центром арабского мира. В этой связи она развернула крупные инвестиционные программы в целях улучшения работы и модернизации государственных больниц и медицинских училищ. В то же время она создала стимулы для национальных и иностранных частных инвестиций в секторе здравоохранения. Благодаря этой стратегии

приступили к работе 11 новых частных больниц, большинство из которых оснащены по последнему слову техники и, в частности, имеют компьютерную связь с престижными медицинскими центрами Европы и Северной Америки.

87. Совместные стратегии, осуществляемые государственным и частным секторами.

В 1994 году Австралия создала национальный форум развития индустрии здравоохранения (ФРИЗ) и приступила к осуществлению программы помощи частным фирмам в стремлении объединить различные звенья индустрии здравоохранения и обеспечить выработку единого подхода. Форум создается совместно министерствами промышленности и здравоохранения при поддержке организации "Аустрейд". Экспортная стратегия Австралии сориентирована на два способа поставок услуг, а именно: на трансграничную торговлю и перемещение потребителей 31/.

88. Государственный и частный секторы в Китае совместно разработали стратегию привлечения иностранных потребителей, экспорта поставщиков услуг здравоохранения и обеспечения своего коммерческого присутствия за рубежом, главным образом на основе уникальных характеристик традиционной китайской медицины (ТКМ). Многие иностранные пациенты, прибывающие в Китай для лечения, являются проживающими за рубежом китайцами, но в последнее время интерес к ТКМ проявляют все больше некитайских пациентов. Перемещение поставщиков услуг осуществляется в форме контрактной работы за рубежом групп китайских медицинских специалистов как в рамках программ помощи, так и на сугубо коммерческой основе. Обычно китайские учреждения заключают соглашения с иностранными правительствами или непосредственно с медицинскими учреждениями. Они получают небольшую прибыль, но их главная цель заключается в повышении уровня медицинского обслуживания в Китае за счет освоения медицинским персоналом новых методик и опыта, а также в распространении ТКМ за рубежом в целях стимулирования в долгосрочной перспективе спроса на ТКМ со стороны пациентов в западных странах. Китай создал также ряд совместных предприятий с партнерами, представляющими медицинские ассоциации, а также с местными органами зарубежных стран и открыл несколько десятков медицинских центров, специализирующихся на ТКМ, более чем в 20 странах. Большинство из них было создано благодаря инициативам конкретных медицинских учебных заведений, больниц или врачей, но некоторые действуют под эгидой соответствующих министерств. С 1980 года Китай начал принимать активные меры для открытия своего рынка медицины и здравоохранения для иностранных инвестиций и для содействия созданию совместных предприятий с зарубежными партнерами. К концу 1996 года в секторе больничного хозяйства было создано 60 совместных предприятий с участием иностранных партнеров 32/.

89. Стратегии, осуществляемые ассоциациями частного сектора. Ассоциации частного сектора осуществляют собственные стратегии экспортной ориентации в интересах выгодного использования рыночных возможностей. Показательным примером глобальной стратегии, разработанной ассоциацией частного сектора, является стратегия объединения "Лондонская медицина" 33/, которая преследует две главных цели: стимулирование и развитие деловых возможностей филиалов объединения "Лондонская медицина" в целях увеличения

объемов клинической, учебной и научно-исследовательской работы в лондонских больницах и медицинских учебных заведениях, а также содействие заключению договоров на научно-исследовательские работы и привлечение инвестиций британских и международных компаний.

90. Медицинские кооперативы в странах МЕРКОСУР создали ассоциацию "Гархета МЕРКОСУР", благодаря деятельности которой пациенты, вступившие в медицинский кооператив одной страны, могут получать медицинские услуги в другой стране через ассоциированный кооператив.

91. Стратегии частных компаний. Ряд компаний, действующих в секторе здравоохранения, разрабатывают глобальные стратегии проникновения на зарубежные рынки, используя механизмы содействия со стороны своих правительств. Так действуют, например, группа "Паркуэй" и медицинская группа "Рэффлз" в Сингапуре.

92. Медицинская торгово-промышленная группа "Паркуэй" является крупнейшей инвестиционной группой в сфере здравоохранения в Сингапуре и одной из крупнейших организаций этого профиля в Азии. Группа создала международный филиал под названием "Глениглз интернэшнл". Ключевым элементом стратегии компании является приобретение больниц в Сингапуре для создания собственной базы и последующего выхода на рынки других стран региона через учреждение совместных предприятий. В настоящее время "Глениглз" имеет или создает совместные предприятия в Малайзии, Индонезии, Шри-Ланке, Соединенном Королевстве и Индии. Помимо этого, компания создает специализированный кардиологический центр в Лондоне. Еще одним ключевым элементом стратегии группы является создание высокоинтегрированной сети медицинских компаний в регионе в целях предоставления своим пациентам широкого спектра высококачественных и не очень дорогих медицинских услуг в странах Азии. Эта стратегия уже принесла свои плоды в Сингапуре, где три больницы системы "Глениглз" стали первыми больницами Азии, получившими международные сертификаты качества по стандарту ИСО 9002 34/. Аналогичным образом, медицинская группа "Рэффлз" (РМГ) формирует стратегические альянсы за рубежом, создавая трехсторонние деловые ассоциации с организациями, действующими в сфере здравоохранения в развитых странах, в целях учреждения совместных предприятий в третьих странах в партнерстве с инвесторами принимающих стран.

93. Некоторые частные клиники в Канаде пытаются использовать возможности американского рынка, опираясь на высокое качество предлагаемых ими услуг и на гораздо более низкие цены. Одна из клиник в Торонто ведет переговоры со страховыми компаниями и организациями по управлению медицинским обслуживанием в Соединенных Штатах на предмет медицинского обслуживания их клиентов за намного более низкую плату, чем в Соединенных Штатах. Эта формула может привести к беспрецедентной интеграции канадской и американской систем здравоохранения 35/.

Примечания

1/ В 1995 году в странах ОЭСР на здравоохранение (государственное и частное) в среднем расходовалось 10,4% ВВП. В этом же году их затраты на здравоохранение в расчете на душу населения составляли в среднем 2 071 долл. США. В 1970 году расходы правительства Соединенных Штатов на государственную систему медицинского страхования престарелых и инвалидов "Медикэр" составляли 6 млрд. долл. США; теперь эти затраты равны 200 млрд. долларов. В будущем они станут еще выше: ожидается, что к 2030 году "Медикэр" будет обходиться правительству в 7,5% ВВП против 2,6% в настоящее время. Во Франции суммарные расходы на государственное здравоохранение на протяжении последних 15 лет возрастали среднегодовыми темпами, превышавшими в реальном выражении 5%; "A headache", *The Economist*, 8 March 1997; "An unhealthy silence", *The Economist*, 15 March 1997; и "Will Medicare sink the budget?", *The Economist*, 1 February 1997.

2/ Warford, J.L., "Environment, Health and Sustainable Development: the Role of Economic Instruments and Policies", Discussion Paper: Director-General's Council on the Earth Summit Action Programme for Health and Environment, WHO, 1994:16.

3/ Alastair M. Geray, Victoria L. Philips, "Nursing in the European Labour Market: an Economic Perspective", в: C.E.M. Normand, P. Vaughan Editors, *Europe Without Frontiers*. John Wiley and Sons Ltd., 1993.

4/ *The World Development Report of 1993: Investing in Health*, цит. по: Н. Ashok Chandra Prasad, Rajendar Kapoor, *Trade in Invisibles: An Indian Perspective*, Commonwealth Publishers, New Delhi, 1996.

5/ A. Mejia, H. Pizurki, E. Royston, *Physician and nurse migration*, WHO, Geneva, 1979.

6/ Совет США по вопросам высшего медицинского образования недавно подготовил оценки, согласно которым к 2000 году предложение на национальном рынке медицинских профессий может превысить потребности более чем на 100 000 врачей: цит. по: Shalala Foreign Doctor Letter, 7 February 1997; см. "Интернет": <http://www.telalink.net/~gsiskind/docs/shalala.html>.

7/ *World Directory of Medical Schools*, Sixth Edition, WHO, 1988.

8/ Commission of the European Communities, *Report to the European Parliament and the Council on the state of the general system for the recognition of higher education diplomas*, Brussels, 15 February 1996, COM(96) 46 final.

9/ Некоторые государства-члены приняли законы, регулирующие правила лицензирования и признания квалификации, полученной в странах, не являющихся членами ЕС.

10/ Общий обзор тенденций временного перемещения физических лиц см.: *Information on the temporary migration regime (laws and implementing regulations) in force in selected developed countries*, записка секретариата ЮНКТАД, UNCTAD/SDD/SER/7, 25 сентября 1995 года.

11/ По режиму иностранного коммерческого присутствия доступ на рынок ограничивается только категорией физических лиц в Германии и Испании. В Италии и Португалии доступ на рынок также является ограниченным (только физические лица), но профессиональные ассоциации физических лиц допускаются. В Ирландии доступ открыт только товариществам или физическим лицам. В Соединенном Королевстве доступ на рынок для врачей по правилам национальной службы здравоохранения разрешается при соблюдении условий кадрового планирования. В рамках режима перемещения физических лиц как способа поставки услуг в Дании предусмотрена выдача разрешений ограниченного срока действия (максимум на 18 месяцев) для заполнения конкретной вакантной должности и установлено ограничение по национальному режиму, предполагающее наличие вида на жительство в качестве необходимого условия для получения индивидуального разрешения национального совета здравоохранения. Италия также требует наличия вида на жительство. В Греции, Португалии, Германии и Франции предусмотрены жесткие требования к гражданству. Тем не менее во Франции доступ на рынок для неграждан предусмотрен в рамках ежегодно устанавливаемых квот, а в Германии разрешение может быть предоставлено в порядке исключения, когда это отвечает интересам охраны здоровья населения. Доступ на рынок услуг медицинских сестер, физиотерапевтов и фельдшерского персонала регулируется в основном правилами коммерческого присутствия и перемещения физических лиц. В рамках режима коммерческого присутствия перечнем обязательств ЕС предусматривается, что в Австрии, Италии, Португалии и Испании доступ на рынок медицинских сестер регулируется правилами допуска физических лиц. В рамках режима перемещения физических лиц как способа поставки услуг в Дании предусматривается выдача разрешений ограниченного срока действия (максимум на 18 месяцев) для заполнения конкретной вакантной должности, в Греции и Португалии предъявляются жесткие требования к гражданству, а в Италии необходимо наличие вида на жительство и соблюдение критериев экономической необходимости при наличии вакансий и нехватке персонала в регионах. Вышеупомянутые ограничения распространяются на лиц, не являющихся гражданами стран ЕС.

12/ *Immigration and Nationality Act of the United States*, Washington D.C. Government Printing Office, 9th Edition, April 1992. Обзор имплементирующих правил см. *U.S. Consolidated Federal Regulations*, 8-CFR Chapter 1, Washington D.C., Government Printing Office, 1 January 1994 Edition.

13/ Торговля услугами рабочей силы и временное перемещение людей как поставщиков услуг, записка секретариата ЮНКТАД, TD/B/CN.4/24, 3 сентября 1993 года.

14/ Согласно оценкам, к 2015 году 15% населения в Соединенных Штатах, 24% в Японии и 17% в Европе будут составлять лица в возрасте старше 65 лет. К 2015 году общая численность групп населения Соединенных Штатов, Японии и Западной Европы в возрасте старше 65 лет превысит 100 млн. человек; L. Martin, *The Graying of Japan*, Population Reference Bureau, Washington D.C., 1989.

15/ Некоторые всемирно известные больницы в Канаде, например, начали ориентироваться на американских пациентов. Они предлагают услуги такого же качества, как и в Соединенных Штатах, но за меньшую плату. Это объясняется более низкими административными расходами, гораздо более низкими окладами врачей и низким курсом канадского доллара; "A Special Report with Radical Surgery", *Maclean's*, 2 December 1996.

16/ В случае Мексики, например, наряду с более низкой стоимостью медицинского обслуживания важным сравнительным преимуществом для развития экспорта услуг здравоохранения является географическая близость Соединенных Штатов. Кроме того, в приграничных районах американских пациентов мексиканского происхождения и других испаноязычных пациентов, проживающих в Соединенных Штатах, привлекают и культурные факторы, такие, как общность языка и специфика отношений между врачом и пациентом. Для Ямайки существенным сравнительным преимуществом является общность языка ее населения, и населения стран, выступающих ее основными потенциальными рынками: Соединенных Штатов и ряда соседних стран Карибского бассейна. В случае Индии большинство иностранных пациентов прибывают из стран, имеющих крупную долю населения индийского происхождения.

17/ Другие страны, образовавшие региональные ассоциации, также пытаются создать аналогичные системы. В МЕРКОСУР, например, обсуждается предложение относительно создания системы, при которой граждане одной страны смогут получать медицинские услуги в другой стране на тех же условиях, что и граждане данной страны. Как представляется, главным препятствием на пути внедрения этой системы является разнородность национальных систем здравоохранения; информация, полученная в ходе беседы с руководителем консультативной службы по специальным вопросам здравоохранения (Assessoria de Assuntos Especiais de Saude) министерства здравоохранения Бразилии в январе 1997 года.

18/ В Соединенном Королевстве, например, число людей, охваченных системой медицинского страхования, за последние 25 лет возросло в четыре раза и достигло 7 млн. человек, что составляет 12% населения. Ожидается, что темпы роста рынка частного медицинского обслуживания составят 5% в год, и к 2000 году услугами частной системы будет пользоваться 16,5% населения страны. Источник: "An unhealthy silence", *The Economist*, 15 March 1997.

19/ В Китае, например, в учебных заведениях медицинского профиля, имеющих в своих программах курс традиционной китайской медицины, крупнейшую группу

обучающихся за плату иностранных студентов составляют немцы; это свидетельствует о том, что в некоторых германских университетах студентам даются дополнительные баллы за прохождение курсов в некоторых учебных заведениях Китая. В Азии совместные предприятия, созданные австралийскими университетами, с одной стороны, и индонезийскими и малайзийскими университетами – с другой, позволяют индонезийским и

малайзийским студентам половину времени обучаться/проходить подготовку в Австралии, а половину – в своей родной стране, благодаря чему их дипломы признаются и в Австралии, и дома; информация, полученная в ходе ряда бесед с руководителями университетов штатов Новый Южный Уэльс и Виктория в Австралии в январе 1997 года и с научными работниками Научно-исследовательского института по вопросам международного экономического сотрудничества (МОФТЕК) в Китае в декабре 1996 года.

20/ 11% всего студенческого корпуса британских высших учебных заведений, финансируемых государством, составляют иностранцы. Число иностранных студентов, обучающихся по таким специальностям, как "Медицина и стоматология" и "Дисциплины, связанные с медициной", составляет 13 300 человек; из них 5 600 – из стран ЕС, а остальные – из стран, не входящих в ЕС, главным образом из стран Азии.

21/ Тем не менее иностранные студенты, обучающиеся в Австралии, уже составляют около 11% всего студенческого корпуса; информация, полученная в ходе бесед с руководителями университетов штатов Новый Южный Уэльс и Виктория в январе 1997 года.

22/ *International Trade in Health Services: Main Issues and Opportunities for the Countries of Latin America and the Caribbean*, UNCTAD and Pan American Health Organization, UNCTAD/SDD/Ser/Misc.3, July 1994.

23/ Со времени открытия рынка свое коммерческое присутствие в Бразилии обеспечили четыре многонациональные компании, главным образом через создание совместных предприятий с участием местных фирм. Как представляется, присутствие иностранных страховых компаний на бразильском рынке уже принесло определенные плоды; в частности, компании предлагают пакеты страховых услуг, предусматривающие более выгодные условия покрытия, и уже начинают снижать административные расходы; информация, полученная в ходе беседы с руководителем консалтинговой фирмы, специализирующейся на вопросах страхования, в Бразилии в январе 1997 года.

24/ Система "регулируемого медицинского обслуживания" охватывает организации по управлению медицинским обслуживанием (ОУМ), организации предпочтительных поставщиков услуг (ОПП) и единые системы финансирования и обслуживания. ОУМ представляют собой наиболее жестко структурированный вариант плана регулируемого медицинского обслуживания, при котором пациенты, за исключением экстренных случаев, обязаны обращаться только к участвующим в системе врачам. ОПП – это сети отдельных врачей, медицинских групп и больниц, которые предоставляют страховым компаниям скидки в обмен на их обещание обеспечить значительный приток клиентов. Единые планы финансирования и обслуживания предусматривают более жесткие условия, чем ОПП, но менее жесткие, чем ОУМ с точки зрения возможностей выбора врачей клиентами; J.K. Iglehart, "Health Policy Report. Physicians and the Growth of Managed Care", *The New England Journal of Medicine*, vol. 331, No. 17, October 1994, pp. 1167-1171.

25/ Во Франции, Италии, Люксембурге, Нидерландах и Испании строительство или расширение больниц может производиться только в соответствии со специальным планом охраны здоровья населения, в рамках которого определяются местные потребности. В Швеции действуют обусловленные критериями экономической необходимости ограничения в отношении некоторых видов частной медицинской практики, которые могут субсидироваться по линии плана возмещения медицинских расходов системы социального страхования.

26/ В Австрии, например, в соответствии с принятыми обязательствами по режиму иностранного коммерческого присутствия, которые распространяются на все секторы сферы здравоохранения, власти обязаны произвести оценку местных интересов, прежде чем предоставить разрешение иностранным гражданам или компаниям на приобретение собственности и прежде чем позволить иностранным концернам производить инвестиции в местные корпорации. Во Франции при приобретении капитала новых приватизированных компаний иностранцами могут применяться ограничения, если суммарный объем иностранных инвестиций превышает одну треть общей суммы инвестиций, или 20% стоимости уставного капитала. В Финляндии иностранное коммерческое присутствие допускается только по процедуре инкорпорирования; при этом иностранная доля в капитале не должна превышать 51%.

27/ U.S. International Trade Commission Investigation, *General Agreement on Trade in Services: Examination of Major Trading Partners' Schedule of Commitments* (Investigation 332-358), Washington, 1995.

28/ В Индии, например, правительство может выделять земельные участки для строительства частных больниц в обмен на резервирование определенного числа больничных мест за пациентами государственного сектора; информация, полученная в ходе бесед с руководителями больницы "Аполло" и центра "Скорт Хэрт" в Нью-Дели (Индия) в январе 1997 года.

29/ *Financial Times*, 5 February 1997.

30/ С начала 90-х годов в рамках инициативы медицинского факультета Гарвардского университета, направленной на предоставление услуг телемедицины на национальном и международном уровнях, группа "УэллКэр" приступила к осуществлению международных проектов в области телемедицины. Телемедицинская сеть "УэллКэр" установила связь между Соединенными Штатами, Европой, Австралией и Сингапуром и предлагает телемедицинские услуги в ряде развивающихся стран. Еще одним примером является система "Хелт кэр интернэшнл" (ХКИ), базирующаяся в Шотландии; она первой в мире начала предоставлять полностью электронные услуги пациентам и обеспечивать ведение историй болезни исключительно в электронном формате. ХКИ "принимает" пациентов по направлению врачей Ближнего Востока, Греции, Турции, Египта и Соединенного Королевства; M. Sosa-Iudicissa, J. Levett, S. Mandil, P.F. Beales Editors, *Health, Information Society and Developing Countries*, European Commission DG XIII and the World Health Organization, IOS Press, 2995.

31/ Австралия стремится стать показательным центром телемедицины, поощряя и поддерживая НИОКР в области применения мультимедийных процессов для предоставления медицинских услуг за счет использования таких преимуществ, как чрезвычайно развитая инфраструктура и низкая стоимость телекоммуникаций. В рамках медицинского обслуживания иностранных пациентов осуществляется продажа частных мест в государственных больницах и частных клиниках. Для облегчения приема иностранных пациентов в государственных и частных клиниках Австралия ввела "медицинскую визу". В государственных медицинских учебных заведениях иностранцы проходят подготовку по многим медицинским дисциплинам. Для удовлетворения зарубежного спроса австралийские медицинские учебные заведения создали специализированные международные факультеты, учредили ряд совместных предприятий с иностранными университетами и открыли медицинские учебные заведения в некоторых странах. Благодаря осуществлению вышеописанной стратегии доход, получаемый от обучения иностранцев, составляет до 20% доходной части бюджетов университетов; *The Australian Health Care Industry*, Australian Health Industry development Forum and Department of Foreign Affairs and Trade, June 1996.

32/ Xing Houyuan, *Health Services in China*, Research Institute for International Economic Cooperation, mimeo, March 1997.

33/ Ассоциация "Лондонская медицина" была основана в 1993 году при содействии и поддержке врачей, других медицинских работников и деловых кругов Лондона, а также местных и национальных органов власти; *London Medicine Brochure*, July 1996.

34/ Singapore Trade Development Board, *Singapore Trade News*, March/April, July/August 1996.

35/ "A Special Report with Radical Surgery", *Maclean's*.
