

Влияние вступления России в ВТО на доступ к медицинским услугам — гендерный аспект

Задачи исследования: гендер и влияние вступления России в ВТО на доступность медицинских услуг.

В течение достаточно длительного периода времени Россия ведет активные переговоры по вступлению во Всемирную торговую Организацию (ВТО). Как следствие — повышенный интерес к тому, какие последствия это может иметь для развития национальной экономики и общества в целом. Один из важных аспектов, которые обсуждается в этой связи, касается либерализации сферы услуг, в частности медицинских. Возникает вопрос о том, как она повлияет на развитие системы здравоохранения и обеспечение доступа населения к медицинским услугам.

Необходимость учета гендерного фактора при анализе данных вопросов определяется тем, что как показывают последние исследования, в России существуют серьезные гендерные проблемы, обусловленные тем, что принимаемые решения оказывают различное влияние на положение в обществе и экономике мужчин и женщин и состояние их здоровья. Либерализация внешней торговли и взаимосвязанные с ней социальные реформы, в том числе приватизация, развитие частного сектора и введение платы за услуги, падение уровня жизни и усиление неравенства, сокращение социальной поддержки затрагивают, прежде всего, женщин. В условиях современной реформы здравоохранения можно ставить вопрос об ухудшении положения женщин в сфере охраны здоровья, что в свою очередь препятствует решению стратегической задачи обеспечения здоровья населения страны.

В настоящей работе сделана попытка проанализировать один из гендерных аспектов последствий либерализации внешней торговли для системы здравоохранения, а именно доступность медицинских услуг. Мы ставили перед собой две взаимосвязанные задачи. Во-первых, выявить и проанализировать гендерный аспект влияния вступления России в ВТО на доступ к медицинским услугам, прежде всего женщин как одной из наиболее социально уязвимой категории населения. Во-вторых, оценить на примере системы здравоохранения как в настоящее время в России обеспечивается учет гендерной составляющей в ходе формирования торговой и экономической политики и предложить меры, которые бы позволили и реализовать преимущества торговли, и обеспечить доступ женщин к медицинским услугам.

Несмотря на то, что в последнее время гендерные исследования получили достаточно широкое развитие в России, гендерные проблемы либерализации внешней торговли страны пока еще должным образом не изучены, отсутствует устойчивая традиция учета гендерных факторов при формировании и реализации торговой и экономической политики. Таким образом, наша задача состояла и в том, чтобы привлечь внимание к исследуемому вопросу, в том числе на основании усиления доказательной базы необходимости гендерного подхода. Проведенное исследование будет способствовать усилению внимания к гендерным вопросам в процессе приспособления политической и административной системы России к влиянию глобализации на общество и экономику страны.

Как показывает практика, решение гендерных проблем требует специального вмешательства государства и общественных организаций. В то же время для принятия адекватных политических решений и разработки действенных мер по их реализации необходимо проведение соответствующих исследований. Учет гендерного аспекта влияния вступления России в ВТО на состояние такой важной социально-экономической проблемы как доступ к медицинским услугам должен стать основой для разработки стратегии, направленной на обеспечение равного участия и получения равной выгоды как мужчинами, так и женщинами в процессе социально-экономического развития общества и создание для этого соответствующих институциональных механизмов.

Сложности исследования.

Основная сложность проводимого исследования заключалась в том, что при постановке и решении проблемы предоставления медицинских услуг в связи с вступлением России в ВТО гендерные факторы практически не выделяются и не исследуются. Причем, к сожалению, это относится и к гендерному сообществу, которое уделяет явно недостаточное внимание вопросам последствий вступления в ВТО на положение женщин как в обществе в целом, так и в системе здравоохранения в частности. Таким образом, исследователи, специалисты, политики и администраторы, все те, кто занимается и интересуется различными аспектами вступления России в ВТО, не используют возможности гендерного анализа ситуации.

Более того, исследователи отмечают в целом невнимание государственных структур России к гендерным проблемам (ПРООН, 2005). Это отражается в статистике — ее явно недостаточно в гендерном разрезе. Кроме того, при обсуждении вопросов здравоохранения в контексте вступления в России в ВТО речь идет практически только о торговле медицинским оборудованием и лекарствами. Задача же нашего исследования

состояла в том, чтобы проанализировать последствия вступления России в ВТО именно в сфере доступности медицинских услуг, области, где реальную ситуацию сложно описать только с точки зрения статистики и средних величин. Это обусловило выбор методов исследования, а именно экспертного опроса как основного способа сбора информации.

Охрана здоровья, торговля и гендерные вопросы: постановка проблемы

Активная интеграция России в мировую экономику наряду с развитием процессов глобализации ставит вопрос о том, каковы могут быть гендерные последствия либерализации торговли на фоне проводимой реформы системы здравоохранения в стране.

Присоединение к ВТО является одной из важных составляющих стратегического курса торгово-экономической политики России.¹ Главная задача России на переговорах – получение условий членства в ВТО, которые бы исключали ущемление ее прав в сфере международной торговли и обеспечили реальное улучшение доступа на мировые рынки товаров и услуг. Как отметил в одном из своих выступлений Президент России В.В. Путин,

«Было бы просто, если бы мы сдали все позиции и приняли все условия, но мы хотим вступить в достойных условиях, отвечающих интересам нашей экономики. Китай вел переговоры о вступлении в ВТО около 15 лет, а мы реально этим занимается только в течение четырех лет...Мы искренне хотим вступить в эту организацию, но на достойных, стандартных условиях. Мы за это боремся, и мне кажется, что наша позиция правильно воспринимается нашими партнерами»

Источник: дни.ру., www.dni.ru/news/russia/2004/12/6/54120.html

Требования потенциальных партнеров России по ВТО можно свести к следующему: привести законодательство в соответствие с нормами ВТО; отказаться от практики субсидирования отечественных производителей (например, поставлять им газ ниже себестоимости); снять таможенные барьеры на пути импортных товаров; открыть рынки услуг. В этой связи важно определить, как скажется открытие российских рынков на системе экономической безопасности России (Путь России в ВТО, 2003).

Следует отметить, что вопрос о перспективах и последствиях вступления в ВТО малознаком населению. Так, результаты опроса населения в 100 населенных пунктах 44 областей РФ в мае 2004 г. показали низкую осведомленность граждан о том, что такое ВТО, более 50% ответили, что слышат об этой организации впервые, однако около 47%

¹ Статус наблюдателя Россия получила в 1992 г., унаследовав его от СССР, в свою очередь получившего его в 1990 г.. В 1994 г. Россия направила в штаб-квартиру ВТО официальную заявку о намерении присоединиться к ВТО. Координацию процесса присоединения России к ВТО осуществляет специально созданная в августе 1997 г. Комиссия Правительства Российской Федерации по вопросам ВТО.

опрошенных считают, что России следует вступить в ВТО. На открытый вопрос о положительных последствиях ответили 39% опрошенных, об отрицательных – 28%.

Мнение специалистов по вопросу о последствиях вступления в ВТО для России разделились, причем есть прямо противоположные точки зрения, от активной защиты необходимости скорейшего вступления в ВТО, до призывов ввести государственную монополию для защиты отечественных производителей. Так, некоторые эксперты считают, что после вступления России в ВТО могут произойти следующие негативные процессы: в страну хлынет поток дешевых импортных товаров, усилится процесс иммиграции, и возрастет безработица, вызванная модернизацией отечественной промышленности, выравнивание цен на энергоносители до мирового уровня существенно ослабит российскую экономику (Путь России в ВТО, 2003)

Однако большинство экспертов, признавая неизбежность вступления России в ВТО, пытается анализировать плюсы и минусы этого процесса. Высказываются мнения, что это не приведет к принципиальным негативным экономическим последствиям, но возникнет возможность реализовать определенные преимущества как следствие более полной интеграции страны в мировое хозяйство (НИС, 2003; Оценка социальных последствий, 2003; ЦЭФИР,).

Несмотря на то, что экономика в целом выиграет, отдельные отрасли могут проиграть от вступления в ВТО. Поэтому при обсуждении вопроса необходимо различать национальный и отраслевой интересы. Отраслевой интерес заключается в том, чтобы иметь доступ на внешний рынок и к импортным комплектующим и сырью, но при этом защищать внутренний рынок от импортеров конкурирующей продукции». Отрасли, которые могут пострадать от вступления в ВТО ориентированы на внутренний рынок. Лишившись защиты в виде высоких импортных пошлин, они могут быть вытеснены иностранными конкурентами.

Из доклада Центра экономических и финансовых исследований и разработок (ЦЭФИР) «Россия в ВТО: мифы и реальность»

Как отметил один из респондентов, представитель исполнительной власти,

«Обвальных последствий вступления России в ВТО скорее всего не будет, а частные мы решим».

Среди социальных последствий вступления в ВТО в основном обсуждается возможность роста безработицы. Один из респондентов, член Государственной Думы, так выразил свои опасения по этому поводу :

«Поспешное вступление во Всемирную торговую организацию может обернуться тем, что ситуация в сфере занятости населения может выйти из-под контроля... Опыт западных стран, где рабочие разорившихся предприятий переезжали в другие регионы и находили там себе работу, на российской почве по объективным причинам совершенно неприменим. Приток рабочей силы, учитывая неразвитость жилищной инфраструктуры, огромных (в десятки и сотни раз больших) расстояний нашей страны – это абсолютно нереальный вариант. В Сибири особенно тяжелая ситуация в случае

вступления в ВТО сложится, в частности, в фармацевтической промышленности и производстве медицинских изделий. Эти отрасли будут попросту ликвидированы. При этом нам говорят, что будет развиваться сфера обслуживания. .. В Сибири, где я живу, крупных городов почти нет, покупательная способность низка, а, следовательно, принять в сфере обслуживания высвобожденных работников не удастся.

Хотя и в социальной сфере предлагаются весьма оптимистичные прогнозы. Так, по мнению экспертов Мирового Банка, российские граждане в долгосрочной перспективе получают выгоду от вступления в ВТО, что приведет к повышению уровня жизни, хотя будут и проигравшие в краткосрочной перспективе, например, неквалифицированные работники (Мировой банк, 2003).

Здравоохранение практически выпадает из обсуждения положительных и отрицательных сторон вступления России в ВТО, между тем развитие международной торговли медицинскими услугами в рамках ГАТС имеет существенное значение для страны. Это связано, прежде всего, с изменениями, происходящими в ходе реформы системы здравоохранения. В советское время в России была сформирована так называемая модель Семашко, когда государство оказывало бесплатно медицинские услуги через государственные медицинские учреждения в соответствии с потребностями населения. Современные реформы здравоохранения направлены на снижение роли государства в оказании медицинских услуг населению и развитие коммерческого, или точнее платного сектора. Поэтому очень важно оценить, какое влияние на доступность медицинских услуг для населения окажет ее вступление в ВТО, цель деятельности которой состоит в либерализации международной торговли, снятии барьеров для конкуренции, развитии коммерческого сектора. В частности, каким образом допущение свободы конкуренции в оказании медицинских услуг скажется на состоянии государственной системы и развитии процессов приватизации и коммерциализации в современном российском здравоохранении.

Как отметил один из респондентов, представитель научного сообщества,

«Вступление в ВТО объективно накладывает ограничения на реализацию государством социальных программ».

Это важно учитывать при формировании как здравоохранительной, так и торговой политики, так как вовлечение медицинских услуг в мировую торговлю происходит в России в условиях углубления социального неравенства, одним из важнейших проявлений которого становится гендерное неравенство. Следует отметить, что в целом гендерные проблемы вступления России в ВТО освещены слабо. Можно только отметить уже упомянутый доклад ПРООН, но хотя он содержит достаточно развернутый раздел о гендерных вопросах, в нем практически рассматривается только рынок труда. Вместе с

тем гендерный аспект влияния торговых соглашений на здравоохранение в России практически не исследуется. Хотя эта тема привлекает внимание мировой научной общественности и подготовлено достаточно много работ и по гендерной проблематике вообще, и конкретно по здравоохранению.² При этом многие исследователи признают, что либерализация мировой торговли оказывает различное влияние на мужчин и женщин и поэтому необходимо более активно привлекать женщин к обсуждению и принятию соответствующих решений (Blacklock, 2000).

Поэтому мы поставили себе задачу рассмотреть либерализацию внешней торговли как фактор, влияющий на гендерную ситуацию в области доступа к медицинским услугам в России. Основной вопрос, на наш взгляд, состоит в том, насколько вступление России в ВТО может привести к различным последствиям в области доступа к медицинским услугам для мужчин и женщин.

Методы исследования

Выбор методов исследования был обусловлен темой работы, сроком ее исполнения и имеющимися ресурсами. В ходе подготовки и проведения исследования мы обращались к статистическим данным, в том числе данным гендерной статистики; материалам научных исследований, которые касаются вопросов доступности медицинских услуг, бедности, гендерных аспектов здоровья и здравоохранения. В основном эти исследования касаются выявления гендерной асимметрии в показателях здоровья мужчин и женщин и сфере здравоохранения вообще.

Мы также обратились к научной литературе, как российской, так и зарубежной, по проблемам внешнеторговой политики и ее последствий для развития здравоохранения и оказания медицинских услуг, прежде всего в гендерном аспекте.

В рамках исследования был проведен формализованный анализ документа, так называемый *контент-анализ*. В классическом варианте, он предполагает структурно-лингвистическое исследование текста, которое предполагает определение в тексте некоторых смысловых единиц с последующим определением каким образом они выражены в тексте, как часто упоминаются и т.д. Мы подсчитали, как часто данная смысловая единица упоминается в тексте, определили объем и частоту обращений к проблеме, которую мы определили в качестве предмета своего исследования.

Процедура контент-анализа состоит из нескольких этапов: на первом в тексте выделяются определенные, элементы содержания, интересующие исследователей, на втором – определяется как эти смысловые единицы выражены в тексте и, наконец, как

² Достаточно большое внимание уделяется гендерным проблемам либерализации торговли и здравоохранения такими международными организациями как ВОЗ, ЮНКТАД, ПРООН.

часто эта смысловая единица упоминается (Ядов, 1998; Тавокин, 2001). В качестве таких смысловых единиц были определены следующие: различия в доступе к медицинским услугам мужчин и женщин, гендерный подход в области здравоохранения, гендерный подход, гендерный анализ. Нас интересовала, прежде всего, связь в исследуемых текстах трех составляющих: вступление России в ВТО – доступность медицинских услуг— гендерные проблемы.

Для контент-анализа были привлечены материалы периодической печати, поскольку в них более оперативно отражается дискуссия по поводу последствий вступления России в ВТО и различных аспектах этого процесса. Это авторские статьи и экспертные оценки, высказывания политических деятелей, представителей различных партий, опубликованные в период с января по сентябрь 2005 г. Мы выбрали издания, где за рассматриваемый период тема вступления России в ВТО обсуждалась не менее, чем в трех материалах. В результате в наш список были включены: журналы «Эксперт», «Итоги»; газеты «Независимая газета», «Труд», «Известия», «Российская газета», «Парламентская газета», «Новая газета», «Комсомольская правда»; материалы Национальной службы информации (вестники), информационный вестники Международной торговой палаты, Вестник института государственных закупок им. А.Б. Соловьева, материалы агентства «Бизнес-Пресс», интернет-журнал «Новая политика», еженедельник «Аптека», всего 19 единиц, приблизительно 27 печатных листов.

Значительная часть нашей работы была связана с подготовкой, проведением и обработкой результатов *социологического исследования*. Проведение социологического исследования было вызвано необходимостью в получении дополнительной информации, которую в дальнейшем можно было бы применить к изучаемому процессу.

В данной работе мы обратились к разведывательному виду социологического исследования. С одной стороны это наиболее простой вид социологического анализа, который может охватывать небольшие исследуемые совокупности, проходить по упрощенной программе и сжато по объему методическом инструментарии. Это важно в ситуации, когда предмет исследования относится к числу малоизученных (или вообще неизученных) проблем.

С другой стороны, разведывательное исследование дает возможность получить оперативные социологические данные. Выявляется отношение людей к актуальной проблеме или событию, в данном случае исследуемая проблема – *влияние вступления России в ВТО на доступность медицинских услуг для населения: гендерный аспект*.

В качестве основного метода сбора информации мы выбрали *экспертный опрос*, как наиболее отвечающий задачам исследования. Во-первых, по данной проблеме очень

мало официальных данных и почти нет научных исследований, во-вторых, поскольку Россия еще не вступила в ВТО, можно говорить только о прогнозе и возможных последствиях, оценить реальную ситуацию можно будет только после определенного периода членства в этой организации. В такой ситуации мы остановились на специализированном опросе, когда источник информации – компетентные лица, чья профессиональная деятельность тесно связана с предметом нашего исследования.

Опрос экспертов был проведен методом *интервью*, который предполагает определенную степень доверия между участниками и требует значительного времени. По числу участников мы определили интервью, как индивидуальное, по способу общения – личное, по степени формализованности – свободное. При проведении свободного интервью отсутствует заранее подготовленный план и обозначена только тема в самом общем виде (Андреева, 1972, Рабочая книга социолога, 2003;).

При этом следует помнить, что получение информации о мнениях всегда сопряжено со значительными трудностями по сравнению, например с исследованием фактов и знаний. Здесь важным является соответствие содержания задаваемых вопросов и степени информированности респондента.

Особая сложность была связана с регистрацией ответов опрашиваемых. Мы отказались от механической записи интервью по обоюдному желанию. Поэтому основным способом регистрации была запись по памяти. При проведении свободного интервью обработка (или кодировка) полученных материалов представляет значительную сложность.

В экспертном опросе участвовали десять человек. Мы считали необходимым включить в эту группу представителей законодательной и исполнительной власти, специалистов в области экономики, политики и гендерного анализа. В результате, в группу экспертов вошли: 2 депутата Государственной Думы ФС РФ; 2 представителя Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 1 представитель Министерства экономики и внешнеэкономических связей; 2 представителя научно-исследовательских и учебных институтов (Институт экономики РАН, МГИМО МИД РФ); 2 представителя гендерного научного сообщества (Московский центр гендерных исследований, Институт социальной и гендерной политики), 1 представитель НКО (МЖЦ Будущее женщины).

По своему научному потенциалу, семь человек имеют научные степени и звания, в том числе, 1 – действительный член РАН; 1- доктор медицинских наук, профессор; 1- доктор политических наук, профессор; 1- доктор философских наук, ведущий научный сотрудник; 1- кандидат экономических наук, доцент, 1- кандидат политических наук.

Современное социальное знание исходит из того, что методологически неверно рассматривать социальные процессы без учета гендерного фактора. Общество и его институты (государство, экономика, культура, система, образования, система здравоохранения, семья и др.) создает различные социальные модели для мужчин и женщин, конструируя тем самым гендерные различия и определенный гендерный порядок. Поэтому гендерный анализ является необходимой компонентой исследования общества. Гендерный анализ – это и методология, позволяющая определить пути влияния гендерных ролей и распределения ресурсов на жизнь и здоровье мужчин и женщин и найти способы преодоления возникающего при этом неравенства и оценка различного воздействия реализации политического курса (положений политических программ или законодательства) на мужчин и женщин. Он является своеобразным инструментом для понимания социальных процессов (в том числе и в области здравоохранения) для поиска ответов на вопросы о справедливых вариантах проведения политики в области охраны здоровья мужчин и женщин. Гендерный анализ позволяет увидеть, сравнить и оценить как решения, принимаемые на политическом уровне влияют на мужчин и женщин (Григорьева, Чубарова, 2001). При этом он сконцентрирован не только на результатах, но и на понятиях, аргументах и языке, используемых для выравнивания политики. Способы обсуждения и интерпретация интересов – существенный элемент в разработке политики (Кариер, 2000).

Первоначально мы хотели провести формальный гендерный анализ текстов документов по вступлению России в ВТО.³ Однако в Министерстве экономики и торговли, куда мы обратились за помощью, нам сообщили, что такие документы недоступны для исследователей до момента подписания. Поэтому нам пришлось отказаться от своей идеи. Тем не менее, беседы с экспертами были выстроены таким образом, чтобы получить максимально открытые ответы на следующие блоки вопросов:

1. Каковы гендерные аспекты ВТО и ГАТС? Включена (или предполагается) гендерная составляющая в решения о вступлении России в ВТО?
2. Как влияет развитие рынка медицинских услуг в России на доступ мужчин и женщин к этому виду услуг? Имеет ли эта проблема гендерную составляющую и как она проявляется?
3. Повлияет ли вступление России в ВТО на доступ мужчин и женщин к медицинским услугам?

³ При подходе к гендерному анализу, мы в значительной степени руководствовались материалами, которые были разработаны CIDA и которые мы считаем наиболее удачными и удобными для использования (более подробно смотрите на сайте www.acdi-cida.gc.ca).

4. Учитываются ли гендерные проблемы при решении вопросов торгово-экономической политики?
5. Принимаются ли специальные меры с целью обеспечения гендерного равенства доступа к услугам здравоохранения?

ВТО и ГАТС: сфера медицинских услуг.

Всемирная торговая организация (ВТО) начала свою деятельность с 1 января 1995 г.. Она является преемницей Генерального соглашения по тарифам и торговле (ГАТТ), действовавшего с 1947 г., Главной задачей ВТО является либерализация мировой торговли путем ее регулирования преимущественно тарифными методами при последовательном сокращении уровня импортных пошлин, а также устранении различных нетарифных барьеров, количественных ограничений и других торговыми Полноправными участниками ВТО являются 149 государств, Россия имеет статус наблюдателя.

Переговоры по услугам ведутся в рамках Генерального соглашения по торговле услугами (ГАТС). Это важная сфера экономики, основа инфраструктуры любой страны, при этом общий объем мировой торговли услугами составляет примерно четверть мировой торговли. ГАТС — это многостороннее соглашение, создающее основу для развития международной торговли услугами, его основная задача состоит в ее либерализации. Следует отметить ряд особенностей этого соглашения.

1. ГАТС достаточно широко толкует понятие «услуга». Под ней понимаются все возможные пути оказания услуг в любой сфере деятельности. По существу, прилагается список услуг, который в настоящее время включает около 160 позиций. При этом под действие соглашения не попадают те услуги, которые оказываются государством, т.е. «услуга, которая поставляется на некоммерческой основе и не на условиях конкуренции с одним или несколькими поставщиками услуг» (ГАТС, часть 1, ст 3(с)).

2. ГАТС накладывает на страны-участницы общие обязательства (режим наибольшего благоприятствования, прозрачность) и специфические обязательства, вокруг последних, собственно, и возникают основные вопросы.

Специфические обязательства включают специальные положения по доступу на рынок и предоставлению национального режима в тех сферах услуг, которые страна готова открыть для иностранной конкуренции. Положения по доступу на рынок снимают барьеры по доступу иностранных услуг на территорию страны, а национальный режим означает равное отношение к национальным и иностранным производителям услуг. Таким образом, в отличие от других договоров ГАТС дает участникам достаточно большую

свободу выбора по каким видам услуг какие обязательства принимать, какие сектора открывать для иностранной конкуренции и какие ограничения выставлять по доступу на рынок. Так, последние включают 4 количественных ограничения в форме квот, ограничения на участие иностранного капитала в форме доли иностранного участия в акционерном капитале и ограничения на юридических лиц.

3. Отличие услуги от товара подразумевает, что помимо физического перемещения через границу (как в случае товара), торговля услугами имеет еще и другие формы. Согласно ГАТС, под торговлей услугами подразумевается поставка услуг

- с территории одного члена на территорию любого другого члена;
- на территории одного члена потребителю услуг любого другого члена;
- поставщиком услуг одного члена путем коммерческого присутствия на территории любого другого члена;
- поставщиком услуг одного члена путем присутствия физических лиц члена на территории любого другого члена.

4. Каждая страна решает сама, что она хочет получить в рамках ГАТС и ведет переговоры с другими заинтересованными странами. При этом переговоры ведутся на многосторонней основе последовательными раундами, то есть периодически возобновляются, и направлены на постепенное достижение более высокого уровня либерализации.

Следует отметить, что в настоящее время большинство стран-участниц ВТО либерализовали достаточно ограниченный объем услуг. Большинство обязательств взято в сфере туризма, гостиничного бизнеса и ресторанов, компьютерных услуг, гораздо меньше в сфере образования, рекреации и культуры, основных телекоммуникаций.

Необходимо отметить, что в вопрос регулирования мировой торговли медицинскими услугами в рамках ГАТС занимает, как представляется, особое положение в силу того, что охрана здоровья является важной сферой жизнедеятельности любого общества.

Следует отметить, что вопрос влияния вступления в ВТО на систему здравоохранения является дискуссионным. Круги, приближенные к ВТО утверждают, что большой опасности для систем здравоохранения нет в присоединении той или иной страны к ГАТС, поскольку механизм этого соглашения позволяет государствам закрыть для переговоров те статьи, которые они считают нужными в интересах развития систем здравоохранения своих стран. Часто ссылаются на прямое указание на возможность

изъятия вопросов охраны здоровья из переговоров в рамках ГАТС. .(Achraya, Daly, 2004, материалы на сайте ВТО: www.wto.org)

Вместе с тем, следует отметить, что систематизированной информации по торговле медицинскими услугами в рамках ГАТС не много. Последние данные, которые нам удалось найти в открытом доступе, относятся к 2000 г., но за прошедшие годы в ВТО уже вступил ряд новых стран. В целом можно отметить, что страны принимают мало обязательств по сектору здравоохранения, он пока достаточно закрыт. Так, по данным ежегодного отчета ВТО, около 40 развитых и около 20 развивающихся стран приняли обязательства в сфере здравоохранения. (WTO, 2005, стр.125).

Однако есть и другая позиция, которая выражает серьезные опасения по поводу того негативного, на взгляд ряда экспертов, влияния, которое может оказать на систему здравоохранения вступление в ВТО. Сторонники такой точки зрения считают, что вступление в ГАТС заставит страны открыть для иностранной конкуренции государственные службы, или что переговоры приведут к приватизации государственных служб или аутсорсингу государственных услуг, а это в результате приведет к осложнению доступа, снижению равенства, ухудшению состояния здоровья. (Price et al, 1999, Corner House, 2001; Shaffer, Brenner, 2004).

Эти опасения, как представляется, не беспочвенны. Медицинские услуги это не просто как рыночный товар, продажа которого имеет основной целью извлечение прибыли, а своего рода социальный товар, так как их оказание индивидам также приносит выгоду всему обществу. Важность здравоохранения определяется и теми социальными задачами, которые многие государства ставят в этой области, а именно обеспечение доступа населения к медицинским услугам. Кроме того, системы здравоохранения ряда стран основаны на принципе социальной солидарности, который подразумевает, что граждане являются частью общества, к ним должно быть равное отношение, что в результате укрепляет и все общество. Социальная солидарность подразумевает перераспределение от здоровых к больным, от более состоятельных к менее состоятельным, от молодых к престарелым.

Вместе с тем, в рамках ГАТС продвигается идея конкуренции, а участие государства и общества в различных формах, вплоть до государственной системы здравоохранения и оказания услуг государственными учреждениями, выступает в этом контексте как ограничитель развития конкуренции в здравоохранении. Поэтому можно ожидать, что эта линия на либерализацию будет последовательно проводится, а поскольку переговоры идут как раунды, всегда есть возможность вернуться к отложенному вопросу и его «продать». Многие исследователи обеспокоены тем, что переговоры идут за

закрытыми дверями, не всегда общественность знает, какие вопросы на них обсуждаются (Shaffer, Brenner, 2004).

В этих условиях важно, чтобы иностранная конкуренция в сфере оказания медицинских слуг не ухудшала доступ населения к медицинским услугам, не снижала справедливости финансирования, не приводила к разложению государственного сектора в здравоохранении. Причем следует иметь в виду, что на развитие торговли медицинскими услугами окажут влияние и другие статьи ВТО. Например, медицинское страхование попадает в сектор финансовых услуг. Кроме того, если будут приняты какие либо общие правила по услугам, они будут распространяться и на медицинские услуги.

Плюсы и минусы либерализации торговли в сфере здравоохранения хорошо сформулированы в приводимой ниже таблице 1.

Таблица 1

Способы торговли услугами в рамках ГАТС: возможности и риски для здравоохранения.

	Возможности	Риски
<i>Способ 1.</i> Поставки через границу (телемедицина, e-health)	Увеличение объема услуг для отдаленных и недостаточно хорошо обслуживаемых районов	Отвлечение ресурсов от других медицинских услуг
<i>Способ 2.</i> Потребление услуг за границей (пациенты едут за границу для лечения в больнице)	Перевод средств в медучреждения импортирующей страны.	Вытеснение местного населения и отвлечение ресурсов для обслуживания иностранцев
<i>Способ 3.</i> Коммерческое присутствие (организация учреждений здравоохранения в других странах)	Новая занятость и доступ к новым технологиям.	Развитие двухступенчатой системы здравоохранения, с внутренней «утечкой мозгов»
<i>Способ 4.</i> Присутствие физических лиц (врачи и медсестры практикуют в других странах)	Экономическая выгода от денежных переводов медиков, работающих за рубежом	Постоянный отток медицинских кадров, с потерей вложения их в обучение и подготовку

Источник: Drager N., D.P.Fidler. Managing liberalisation of trade in services from health policy perspective. Trade and Health notes, WHO, February 2000, p.3

Таким образом, общество имеет основания для беспокойства о том, насколько вступление в ГАТС окажет влияние на возможность странам проводить национальную здравоохранительную политику в интересах населения и, соответственно, к каким последствиям это приведет в плане доступа населения к медицинской помощи. (UNCTAD, 2002; WTO, 2002, РАНО, 2002). Это важно еще и потому, что,

альтернативы мировому торгово-экономическому порядку, формируемому в рамках ГАТС, пока нет. Поэтому если страна хочет получить выгоды от присоединения к нему, то нужно приспособливаться, но при этом хорошо знать правила игры, свои

права и возможности, на основе оценки возможных не только плюсов, но и рисков (мнение эксперта).

Доступ населения к медицинским услугам в России: гендерный аспект.

Обеспечение доступа населения к медицинским услугам — задача любой системы здравоохранения. В России эта проблема в последнее время стоит очень остро.

Реформы в здравоохранении России, начавшиеся в 90-е гг. прошлого века, связаны с введением обязательного медицинского страхования (ОМС) и децентрализацией финансирования и управления здравоохранением, повышением роли субъектов федерации и местных органов власти в решении проблем в области охраны здоровья населения.

Таблица 2

Здравоохранение России, отдельные показатели

	1990	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общие расходы бюджета на здравоохранение и физическую культуру процент ВВП	-	3,1	2,5	2,3	2,2	2,0	2,3	2,2	2,2
федеральный бюджет	-	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
региональные бюджеты	-	2,7	2,2	2,1	2,0	1,7	2,0	1,9	1,9
Федеральный Фонд ОМС	-	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,05	0,04	
Территориальные фонды ОМС	-	1,3	1,2	0,9	1,0	1,0	1,2	1,1	
Больницы, 000	12,8	11,5	11,1	10,9	10,7	10,6	10,3	10,1	9,9
Число коек на 10000 населения	137,5	120,6	117,8	115,5	115,9	115,4	113,7	111,6	112,5
Амбулаторно-поликлинические учреждения, 000	21,5	21,7	21,1	21,1	21,3	21,3	21,4	21,5	22,0
Число посещений на 10000 населения	217,4	238,1	239,3	241,4	245,0	247,6	250,2	248,7	251,3
Врачи, 000	667,3	673,4	679,8	682,5	680,2	677,8	682,4	686,0	688,2
Число врачей на 10000 населения	45,0	46,1	46,7	47,1	47,2	47,3	47,9	48,0	48,4
Средний медицинский персонал, 000	1844,0	1626,3	1620,9	1611,7	1563,6	1544,4	1557,0	1551,5	1545,5
на 10000 населения	124,5	111,4	111,4	111,3	108,4	107,8	109,3	108,5	108,6

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России за соответствующие годы.

К сожалению, как отмечают многие исследователи, реформы привели к малоутешительным результатам (Чубарова, Шестакова, 1999; Григорьева, 2003; Чубарова, 2003). Одна из серьезных проблем в системе здравоохранения России, которая только обострилась в ходе реформ, это доступность медицинских услуг для населения. Это касается как физического/территориального (наличие условий для оказания медицинской

помощи, оборудования, кадров), так и финансового доступа (отсутствие финансовых ограничений для получения такой помощи). В России, к сожалению, существуют серьезные проблемы в обеих областях.

Физический/территориальный доступ подразумевает саму возможность получения медицинской помощи. Между тем, материально техническая база учреждений здравоохранения в России нуждается в обновлении. Так, например, около 30 процентов больничных учреждений и 24 процента поликлиник требуют капитального ремонта, в 30 процентах больниц и 42 процентах поликлиник нет горячего водоснабжения. (Здравоохранение в России, 2005). Последние исследования показывают, что существовавшие ранее различия в качестве и объеме медицинской помощи, наличии медицинских кадров как между регионами, так и между городской и сельской местностью стали еще более заметными. (Стародубов et al, 2002). Данные статистики позволяют говорить о снижении числа государственных лечебно-профилактических учреждений, особенно на селе (Здравоохранение России, 2005, стр. 201). Как отметил один из экспертов,

Наша система здравоохранения разваливается на глазах, особенно это видно в сельской местности. Закрываются фельдшерско-акушерские пункты, люди не имеют средств, чтобы доехать до ближайшей больницы. Да и в городах есть проблемы, особенно в небольших. Так что крупные перспективные столичные центры—это скорее исключение. Поэтому в них и тянутся пациенты со всей страны.

Финансовый доступ подразумевает отсутствие финансовых ограничений при получении медицинской помощи. Проблема состоит в том, что происходит снижение объемов бесплатной (у источника) медицинской помощи и активно развивается тенденция введения платы за услуги населением в условиях высокого уровня бедности.

Прежде всего, все эксперты единодушно отметили низкие расходы на здравоохранение в России. Расходы на здравоохранение складываются из общественных, к которым относят расходы из государственного бюджета и системы обязательного социального страхования, и частных, непосредственно потребителей услуг. Общественные расходы на здравоохранение в России в 2003 г. составили 3,55 процента ВВП (2,3 процента—консолидированный бюджет и 1, 5 процента система ОМС) (см. таблицу 1). Однако по данным ВОЗ, если учесть личные расходы, то показатель этот будет значительно выше -- 5,4 процента ВВП в 1997 г. Причем доля общественных расходов в общих расходах на здравоохранение оценивается в 76,8 процента, а частные — в 23, 2 процента. По данным коллегии Минздравсоцразвития общие расходы на здравоохранение в 2003 г. составили 4,4 процента ВВП.

Частные расходы обычно включают добровольное страхование, официальную оплату услуг (со-платежи) и так называемые платежи «из под полы» или «в конверте». Оценка масштабов частных расходов варьируется в достаточно широком диапазоне-- от 25 до 60 процентов общих расходов на здравоохранение. Так, в одном из своих последних выступлений заместитель министра здравоохранения и социального развития В.Стародубов отметил, что доля личных средств граждан на оплату медицинских услуг увеличилась за последние пять лет с 20 процентов до 38,7 процентов общих расходов на здравоохранение⁴. Некоторые независимые эксперты считают, что в 2003 г. средства населения—платные медицинские услуги, лекарства и нелегитимные платежи составили около половины общественных расходов.

Таким образом, в России политика направлена на расширение прямого участия населения в финансировании здравоохранения при сужении сферы гарантированных государством бесплатных (у источника) услуг. В этом контексте возникает проблема справедливости по отношению к финансированию здравоохранения. По расчетам ВОЗ, по справедливости финансовых взносов населения в систему здравоохранения Россия оказалась на 185 месте из 191 (WHO, 2000).

Способ финансирования здравоохранения может рассматриваться как справедливый, если отношение затрат на здравоохранение к непроизводственным затратам домохозяйства одинаково для всех домохозяйств независимо от дохода, состояния здоровья и использования медицинских услуг. В этой связи интересные данные по неравенству в оплате медицинских услуг приводит Суворов. Согласно проведенным им расчетам, расходы на медицинские товары и предметы гигиены составляют у населения низшей децильной группы 32 процента от расходов на непроизводственные товары, а высшей – всего около 4 процентов.(Суворов,2004)

Таблица 3

Оценка населением необходимости и возможности приобретения медицинских услуг

	2001				2002				2003			
	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв	1 кв	2 кв	3 кв	4 кв
Всего респондентов	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Собираются приобрести в ближайшее время	6,1	6,5	5,8	5,9	6,4	6,0	5,4	5,9	5,9	6,2	5,8	5.1
Хотят приобрести, но не могут -- всего	53,6	52,8	50,5	51,1	49,7	51,4	48,3	46,9	47,6	47,7	47,5	50,6
в том числе												

⁴ См. : [http:// www.mercana.ru/lenta/2005/3/3/29/34060.html](http://www.mercana.ru/lenta/2005/3/3/29/34060.html)

из-за недостатка финансовых средств	52,2	51,5	49,5	49,6	48,7	50,2	46,9	45,8	46,3	46,7	46,1	50,6
по другим (нефинансовым) причинам	1,4	1,3	1,0	1,5	1,0	1,2	1,4	1,1	1,3	1,0	1,4	1,3
Не испытывают потребность в приобретении	38,8	39,0	41,9	41,2	42,2	41,1	44,0	45,5	45,1	44,4	45,3	42,9
Отказались отвечать	1,5	1,7	1,8	1,8	1,7	1,5	2,3	1,7	1,4	1,7	1,4	1,4

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004. Стат. сб., Росстат, 2004, стр. 362

Как показывают данные таблицы 3, доля респондентов, которые хотят приобрести медицинскую услугу, но не могут приблизиться к 50 процентам, при этом 50 процентов в качестве причины называют недостаток финансовых средств, в то время как на все другие причины приходится не более 1,4 процента.

Проблема доступа в России в условиях введения платы за медицинские услуги возникает в связи с низким уровнем доходов большинства населения при сильной дифференциации. Согласно официальным данным, численность населения с доходами ниже прожиточного минимума в 2003 г. составила около 30 млн человек или 20 процентов населения страны. В настоящее время коэффициент Джини в России составляет 0,400 по общим доходам, а по заработной плате достигает 0,483. В этих условиях, значительная часть населения испытывает трудности в получении медицинских услуг. Причем следует отметить тенденцию роста тарифов на медицинские услуги -- в своих оценках и прогнозах развития рынка медицинских услуг эксперты были практически единодушны во мнении, что

эти услуги будут дорожать, по темпам прироста они уступают только расходам на жилищно-коммунальные услуги.

Последние исследования в данной области были обобщены в докладе Мирового банка о бедности в России, который содержит специальную главу по здравоохранению (Мировой банк, 2003). В частности, в нем отмечено, что растет частный сектор и вместе с ним личные расходы граждан на здравоохранение; размер оплаты медицинских услуг из собственного кармана постоянно увеличивается и оказывает существенное влияние на бедных и наиболее уязвимых с медицинской точки зрения граждан; группы населения с низкими доходами тратят большую долю своего потребления на медицинские услуги; медицинское обслуживание доступно не всем нуждающимся или из-за нехватки специалистов, или из-за невозможности платить.

Таблица 4

Средние потребительские цены на отдельные виды медицинских услуг, рублей

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Первичный прием к врачу специалисту, за один прием	41,90	52,67	62,97	76,60	99,77	116,43
Общий анализ крови, за один анализ	24,40	31,22	37,99	46,89	59,21	66,94
Удаление зуба под местным обезболиванием	52,93	77,52	97,19	118,02	152,71	176,65

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004. Стат. сб., Росстат, 2004, стр. 361

Результаты исследований последних лет показывают, что на здоровье населения страны, равно как и отдельного человека, все в большей степени оказывают размеры и глубина социального неравенства, существующего в России (Крохова, Римашевская, 2001; ПРООН, 2002/2003, Величковский, 2001), а также состояние медицинского обслуживания, инфраструктура отрасли в целом и ее отдельных секторов. В финансировании системы здравоохранения нарушен основной принцип социальных систем: богатый платит за бедного, здоровый за больного. Основное бремя платежей за лечение приходится на малообеспеченные слои населения. Один из экспертов, депутат Государственной Думы отметил, что

Я получаю огромное количество писем от граждан о нарушениях их прав как пациентов. Основной лейтмотив – зарплата или пенсия небольшие, как из них заплатить за лечение и лекарства? Люди спрашивают, что делать, если нет денег, а нужно платить? Кстати, если люди и могут заплатить за отдельные процедуры, например анализы или лекарства, то длительное лечение в стационаре большинству не по карману.

В ходе обсуждения с экспертами проблемы доступности медицинской помощи, возникли еще две темы.

Современная российская система здравоохранения унаследовала от СССР бесплатную медицинскую помощь, что законодательно закреплено в Конституции РФ (статья 41). Однако, на самом деле, большая часть из этих гарантий, по сути, только декларируется и каждый гражданин России стоит перед выбором: лечиться бесплатно или платно. При этом нет надежных гарантий качественного обслуживания и обеспечения прав пациента, даже если услуга оплачена непосредственно из кармана.

В настоящее время в России платные услуги могут оказывать как государственные, так и чисто коммерческие учреждения; некоммерческие организации в России пока не получили развития. Как отметил эксперт,

государственные медицинские учреждения имеют право оказывать платные услуги. При этом, с одной стороны, получается, что персонал использует

государственные фонды-- здания и медицинскую технику, а с другой, гораздо меньше внимания обращают на свою непосредственную задачу, то есть бесплатное обслуживание, качество которого в такой ситуации явно страдает. Часто пациентов просто пытаются «загнать» в платное обслуживание. Люди, особенно в регионах, до сих пор не понимают, почему они сегодня должны платить за то, что еще вчера было бесплатно, поскольку в самом обслуживании ничего не изменилось: та же поликлиника, та же лаборатория, тот же врач

Другой эксперт обратил также внимание на тот факт, что регулирование цен на платные услуги позволяет лечебным учреждениям их варьировать, поэтому

они могут значительно отличаться как по отдельным учреждениям, так и между регионами.

Таким образом, в условиях поощрения платности происходит постепенное формирование двухступенчатой системы здравоохранения, где складывается сектор более качественных платных услуг для состоятельных людей и низкокачественных бесплатных услуг для тех, кто не может платить.

Программа ОМС покрывает только базовые услуги, они пациенту оказываются бесплатно. За остальные ему предлагается заплатить — или не получать их вовсе. Это могут себе позволить только те, у кого есть средства. А лечебные учреждения, соответственно, заинтересованы в платных пациентах, проявляют к ним больше внимания и заботы. Кстати, становится практикой, когда прописывают лишние платные процедуры, чтобы получить с человека больше денег. (мнение эксперта).

Важную роль играет идеологический фактор, когда официальная пропаганда внушает людям, что хорошие медицинские услуги можно получить только за деньги. За прошедшие годы в обществе сформировался устойчивый стереотип, что бесплатное (государственное) лечение всегда некачественное, и, как удачно сформулировал один из наших экспертов, «*бесплатно лечатся только нищие*». При этом два мифа усиленно пропагандируются в России как непререкаемые и распространяются на здравоохранение, а именно что частное платное всегда лучше государственного бесплатного, а частные организации более эффективны чем государственные; состоятельные граждане всегда предпочитают платить за услуги в том числе и медицинские. Как заметил один из опрошенных,

Получается, что состоятельные люди в определенном смысле тоже становятся жертвами идеи платности. Им тоже внушают, что чем больше заплатил, тем лучше, а ведь в медицине это не всегда так.... Люди часто путают собственно качество лечения и удобство и комфорт. А это далеко не одно и то же

В такой ситуации объективно происходит нарушение принципа социальной солидарности и ухудшение параметров медицинской помощи, оказываемой бесплатно, в том числе потому, что уход из системы оказания бесплатной медицинской помощи

состоятельных людей, которые обычно более социально активны, ослабляет давление общества на государства в интересах улучшения бесплатной системы. В результате люди теряют доверие к государственному и бесплатному, и стремятся не всегда оправдано получить платную помощь.

последние исследования, равно как и предыдущие, продолжают показывать, то 33% россиян не могут позволить себе пользоваться платными видами медицинского обслуживания по причине низкой кредитоспособности. Причем это показатель может возрасти до 41-43% в зависимости от места проживания (мнение эксперта)

В последнее время при обсуждении проблемы доступности медицинских услуг в России все активнее звучит гендерная тема, а именно каковы возможности мужчин и женщин в получении медицинских услуг, если между ними различия. Приходит постепенное осознание важности учета гендерных различий в здравоохранении при формировании соответствующей политики. Равный доступ мужчин и женщин к медицинской помощи рассматривается как одна из важнейших составляющих гендерного равенства.(Whitehead, 2000). Но при анализе гендерного разреза доступности медицинских услуг в России необходимо учитывать следующее.

Во-первых, эксперты отметили, что формально гендерных ограничений доступа в России нет, да и не было раньше, можно сказать, что политика в этой области гендерно-нейтральная. Более того, женщина была в более привилегированном положении, так как существовала развитая система охраны материнства и детства. Во-вторых, сейчас в здравоохранении больше обсуждают проблемы мужчин. В обществе более обеспокоены состоянием их здоровья в связи с высокой смертностью мужчин в трудоспособных возрастах. Как отметила недавно Председатель комитета по охране здоровья государственной Думы РФ Т.В.Яковлева,

«Все смеются над гендерной политикой. Считают, что гендерная политика это преобладание женщин, защита прав женщин. Нет, гендерная политика это и защита прав мужчин и женщин, чтобы они равноценно были защищены»

В-третьих, гендерные проблемы в здравоохранении объективно сложнее выделить, так как в этой сфере достаточно существенную роль играют собственно биологические различия женщин и мужчин. Поэтому показатели состояния здоровья, хотя и важны для понимания общей ситуации, не дают полной гендерной картины при рассмотрении проблемы доступа к медицинским услугам.

Например, на протяжении всех лет реформ приходится отмечать ухудшение ряда показателей, характеризующих здоровье женщин, но это происходит на фоне общей картины ухудшения состояния здоровья населения России. Более того,

продолжительность жизни мужчин 59,1 года у мужчин (134 место в мире), а у женщин составила в 2004 году 72,5 лет (100 место в мире). Огромная разница в средней продолжительности жизни женщин и мужчин – более 13 лет- является уникальной для мировой демографической ситуации (по разным оценкам биологический потенциал объясняет различия в продолжительности жизни от 2 до 7 лет). Однако в последние годы проявилась тенденция роста смертности не только мужчин в трудоспособных возрастах, как традиционно отмечается, но и женщин. На высоком уровне находится в России материнская смертность, которая в 2,5 раза выше, чем в среднем по Европе (см. Таблицу 5).

Таблица 5.

Заболеваемость отдельными болезнями
зарегистрировано больных с впервые в жизни установленным диагнозом
(на 100000 женщин)

	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2003
злокачественные новообразования	228,0	237,2	246,9	262,9	302,4	306,5	311,6
в том числе молочной железы	30,8	36,4	39,6	48,0	58,3	59,1	60,3
Шейки и тела матки, плаценты	23,6	19,5	30,9	31,8	35,8	36,2	37,3
Яичника	...	...	12,9	13,7	15,3	15,4	15,6
активный туберкулез	...	23,8	...	28,5	40,7	42,1	42,9
алкоголизм и алкогольные психозы	...	64,2	37,1	50,0	48,1	51,9	61,2
Эрозия и эктропион шейки матки	...	806,9	711,3	646,3	645,8	633,2	621,8
расстройства менструаций	104,3	2,9	126,1	306,1	520,4	540,1	581,6
бесплодие	...	...	53,2	52,1	64,9	63,0	69,3
беременность, роды и послеродовой период (на 100000 женщин 15-49 лет)	...	...	3653,4	3792,0	5364,5	5604,3	6318,8

Источник: Российский статистический ежегодник, 2004, Стат. сб. Росстат, стр.277.

Если провести анализ причин смертности мужчин и женщин по основным классам причин: болезней системы кровообращения, новообразований, несчастных случаев, отравлений, травм, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения, некоторых инфекционных заболеваний, - то показатели смертности у мужчин выше, чем у женщин. Что касается заболеваемости, то здесь распространённость отдельных заболеваний

(например, ишемической болезни сердца, гипертонии, остеохондроза, заболевания почек) у женщин выше, чем у мужчин (Здравоохранение в России, 2004). Обращает на себя внимание и прирост абсолютного числа заболевших новообразованиями: у женщин он выше, чем у мужчин (в 2002 г. у мужчин убыль 0,3%, а у женщин прирост 1,1%).

Однако следует отметить, что во-первых, долголетие женщин является само по себе одной из причин более высокого уровня заболеваемости; во-вторых, женщины чаще, чем мужчины испытывают проблемы с репродуктивной системой; в третьих, женщины склонны больше, чем мужчины обращаться за медицинской помощью (Чубарова, Григорьева, 2001).

Нас интересовало, как гендерные проблемы проявляются прежде всего в распределении и возможности пользоваться ресурсами системы здравоохранения. В условиях расширения платности медицинских услуг в России доступ к медицинской помощи во все большей степени определяет возможностью платить за медицинские услуги. Так как женщины как группа населения беднее, чем мужчины, то у них чаще возникают проблемы с финансовым доступом.

Тот факт, что бедность среди женщин распространена больше, чем среди мужчин достаточно хорошо известен, существует даже такое понятие как феминизация бедности, которое уже многократно использовано в различных исследованиях (Феминизация бедности, 2000; Овчарова, Прокофьева, 2002). Как отметил один из экспертов:

Рассматривая гендерные аспекты бедности, мы должны прежде всего обращать внимание на три принципиальных момента: мужчины и женщины оказываются бедными в силу разных причин; поведение мужчин и женщин отличается в ситуации бедности; мужчины и женщины по-разному выходят из бедности.

Распределение численности малоимущего населения по половозрастным группам по данным выборочного исследования Госкомстата показывает, что женщин больше среди малоимущего и крайнего бедного населения, особенно в пенсионном возрасте. (см. Таблицу 5). По данным за 2003 г. доля женщин среди лиц с доходами ниже прожиточного уровня составила 44,4 процента, а мужчин—34,0 процента. (Женщины и мужчины, 2004, стр.149)

Таблица 5

Распределение численности малоимущего населения по половозрастным группам

(по данным выборочного исследования Госкомстата)

	Малоимущее население				Крайне бедное население				Справочно: все обследованное население в 2003 г.
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	

Трудоспособное население									
Мужчины 31-59	18,2	18,3	18,4	18,5	17,6	17,6	17,5	17,4	19,3
Женщины 31-54	21,3	21,6	21,6	21,5	20,4	20,6	20,2	20,0	22,7
Старше трудоспособного									
Мужчины в возрасте 60 и более лет			3,5	3,4			2,2	2,3	4,5
Женщины в возрасте 55 и более лет			8,6	8,7			5,8	5,6	12,2

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. 2004. Стат. сб., Росстат, 2004, стр. 180

Исследователи отмечают, что феминизация бедности связана с двумя обстоятельствами, которые формируются как на рынке труда, так и за его пределами.

Во-первых, основная гендерная проблема на российском рынке труда—различия в заработной плате мужчин и женщин (более подробно см. Гендерное равенство, 2005). Так, например, в 2003 г. в России заработная плата женщин в среднем составила только 64 процента от заработной платы мужчин (Женщины и мужчины России,2004).

Во-вторых, женщины составляют большинство среди пенсионеров и они обычно возглавляют неполные семьи. Проблема бедности среди пенсионеров хорошо изучена и связана прежде всего с низким уровнем пенсий. Кроме того, традиционно, женщины несут бремя ухода за детьми и другими членами семьи, что ограничивает их возможности в получении дохода.

Следует отметить, что если эксперты единодушно признали бедность как фактор ограничения доступа к медицинским услугам, то их мнения по поводу гендерного аспекта этой проблемы разделились. Несколько экспертов выразили уверенность в том, что

нет никаких гендерных различий в доступе к медицинским услугам, пострадают все бедные, и мужчины, и женщины. Да и если говорить о доступе, посмотрите, женщины больше пользуются медицинскими услугами, особенно в возрасте.(мнение эксперта)

Эксперты в этой группе не склонны делать акцент на феминизации бедности, не видят принципиальных различий в причинах и последствиях женской бедности, а следовательно, в необходимости принимать специальные меры в этой области. Однако была высказана и другая точка зрения.

В условиях, когда государство сокращает свое присутствие в здравоохранении и делает ставку на развитие платной медицины, женщины будут первыми, кто пострадает от такого решения. Конечно, у женщин тоже бывают разные финансовые возможности, но нужно иметь ввиду, что в среднем в российском обществе женщины более ограничены в доступе к материальным ресурсам, а отсюда, и проблемы с оплатой медицинских, да и других услуг.(мнение эксперта)

Эксперты, поддержавшие эту точку зрения, отметили, что женщины в большей степени чем мужчины не в состоянии оплачивать медицинские услуги. Один из них сослался на исследования ROMIR, показавшее, что женщины чаще, чем мужчины говорят о том, что платные услуги им не по карману (36% опрошенных женщин против 29% мужчин)

Недостаток средств, бедность мужчины и женщины переживают по разному, это практически не учитывается в политике, а следовательно и в различных отраслях социальной сферы. Но ведь в ситуации недостатка средств, женщина скорее ограничит свой личный доступ к медицинским услуга в пользу другого члена семьи. В этом случае важно, что невозможность заплатить за медицинскую услугу – это разовая ситуация или хроническая? Как показывают опросы, для большинства населения – это процесс, имеющий уже более чем 15-летнюю историю, а в этой ситуации, результаты этого процесса зачастую различны для мужчин и женщин (мнение эксперта)

Рынок медицинских услуг в РФ и доступ для женщин: пример акушерства и гинекологии.

Акушерство и гинекология были выбраны не случайно в стремлении глубже проанализировать те проблемы, с которыми могут столкнуться женщины в системе здравоохранения.

Во-первых, акушерство и гинекология – особая область системы здравоохранения, поскольку напрямую связана с состоянием здоровья женщины. И если общее число женщин в 2004 г. составляло 77560.0 тысяч, то численность женщин в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет) -- 39973.6 тысяч человек. Это и есть потенциальные активные пользователи услуг в области акушерства и гинекологии.

Во-вторых, государство декларирует важность защиты материнства и детства. На протяжении последних 15 лет происходило ухудшение ряда показателей, характеризующих состояние здоровья матери и ребенка: высокий уровень материнской и младенческой смертности; ухудшение здоровья беременных, рожениц и новорожденных; высокий уровень заболеваемости женщин; высокий уровень аборт; проблемы со здоровьем у детей, включая рост заболеваемости.

Материнская смертность в 2003 г. составила 31,3 и находится на достаточно высоком уровне по сравнению с другими странами (в 2,5 раза выше, чем в среднем по Европе), хотя она и имеет общую тенденцию к снижению (54 в 1985г. и 32 в 2003 г.).⁵ При этом структура причин материнской смертности по РФ за последние годы практически не изменилась: три четверти всех потерь определяются тремя ведущими факторами: абортами, кровотечениями при беременности, в родах и послеродовом периоде,

⁵ Что касается материнской смертности в сельской местности, то здесь она значительно выше и продолжает расти (1,1 в 1985 г. и 1,7 в 2003 г.)

токсикозами беременности. Суммарный коэффициент рождаемости - 1,32. Коэффициент Нетто (коэффициент воспроизводства населения, характеризующий степень замещения поколения женщин их дочерями) – 0,62. То есть современный уровень рождаемости с учетом смертности обеспечивает замещение поколения нынешних матерей в России только на 62%. Рождаемость в 2003 г. – 1477 тысяч, что составляет на 1000 населения – 10,2.

Младенческая смертность последние годы также имеет тенденцию к снижению, но все еще очень высока в сравнении с развитыми странами – 18,1 тысяч, на 1000 родившихся живыми 12,4. Структура младенческой смертности так же практически не изменились за последние пять лет, ведущими причинами остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде и врожденные аномалии. Эти причины во многом связаны с состоянием здоровья матери и наблюдением за ее здоровьем в период беременности и родов. Поэтому женщины в детородном возрасте, и в первую очередь беременные и кормящие матери, нуждаются в особом контроле за состоянием их здоровья.

Что же происходит с акушерством и гинекологией в условиях современной реформы и формированием рынка медицинских услуг в России, в частности в области акушерства и гинекологии?

Таблица 7.

Каких врачей Вы посетили за последние 3 месяца (1-й квартал 2002 г.)?

	Посещали		Платно (доля в %)		Бесплатно (доля в %)	
	Россия	Москва	Россия	Москва	Россия	Москва
Терапевта	24,1	29,2	30,0	32,1	70,0	67,9
Стоматолога	11,4	15,3	63,6	55,2	36,4	44,8
Гинеколога	8,1	8,4	37,9	44,9	62,1	55,1
Кардиолога	5,4	6,9	32,8	37,5	67,2	62,2
Педиатра	5,3	5,9	32,1	36,7	67,9	63,3
Невропатолога	4,9	5,4	35,3	29,3	64,7	70,7
Хирурга	4,4	5,4	39,6	40,4	60,4	59,6
Эндокринолога	3,4	4,6	38,9	44,9	61,1	55,1
Офтальмолога	3,2	4,1	37,1	23,3	62,9	76,7
Отоларинголога	3,1	4,1	32,4	26,8	67,6	73,2
Гастроэнтеролога	2,9	3,3	29,0	38,2	71,0	61,8
Дерматолога	2,0	2,8	38,1	48,4	61,9	51,6
Уролога	1,8	2,7	44,4	28,6	55,6	71,4
Врача ЛФК (массажиста)	1,7	2,5	61,1	34,6	38,9	65,4
Психотерапевта	1,2	1,5	50,0	50,0	50,0	50,0
Аллерголога	1,0	1,4	50,0	53,3	50,0	46,7
Врача нетрад. медицины	0,9	0,9	77,8	88,9	22,2	11,1
Пульмонолога	0,8	0,8	50,0	37,5	50,0	62,5
Сексолога	0,6	0,6	50,0	50,0	50,0	50,0

Источник: материалы исследования R-TGI

Рынок медицинских услуг в экономико-статистическом отношении, в основном, закрыт. Поэтому выводы можно делать с известной долей погрешности. Имеющиеся статистические данные не позволяют проследить число мужчин и женщин, пользующихся этими услугами, но косвенно можно предположить с известной долей погрешности, по первым трем позициям, что если услугами терапевта и стоматолога мужчины и женщины воспользуются в равных пропорциях, то услугами гинеколога воспользуются только женщины.

Как видно и из таблицы 7, по России эти услуги гинеколога оплачивают 37,9 % пользователей, что превышает треть, в Москве это показатель значительно выше – почти 45%, что фактически свидетельствует о том, что почти 50% женщин Москвы, воспользовавшихся услугами гинеколога, должны были оплатить эти услуги (добровольно или принудительно). Таким образом, анализ трех, наиболее активных в пользовании, позиций (примерно 50% от списка) показывает, что женщины чаще, чем мужчины оплачивают медицинские услуги и тратят на это большие суммы. Их можно сравнить с более поздними исследованиями, которые провела Snegiri Group в январе 2006 г.. Они касались потребителей платных услуг в Москве на предмет составления рейтинга запроса на платные медицинские услуги и установления причин и мотивом выбора потребителями коммерческой медицины. В опросе приняло участие 500 респондентов – пользователей платных медицинских услуг. Услуги гинеколога оказались на 5 месте – 22% клиентов платных медицинских учреждений пользуются этими услугами. Если же рассматривать средний уровень расходов, то услуги гинеколога уже окажутся на 3 месте, уступив только по «платности» услугам массажиста и стоматолога. В исследованиях, содержащих вопрос: Какими именно платными услугами вы пользовались? – ответ – «гинекологическая помощь и акушерство» входят в пятерку первых по списку (напр. Материалы Фонда «Общественное мнение, 2002, 1500 респондентов, материалы Корпорации семейной медицины, 2002 и других).

Эксперты практически были единодушны в том, что

в секторе акушерства и гинекологии без оплаты хоть какой-то части услуг не обойтись, поэтому при объявленной бесплатности граждане обречены на плату за медицинское обслуживание, только объемы выплат будут разными. Причем, эта плата уже официально подразумевается, исходя из базового пакета медицинских услуг по ОМС

Женщины-эксперты при этом подчеркивали, что

фактически у женщин нет выбора при решении вопроса платить или не платить, доля платности медицинских услуг здесь уже достаточно высока

По случайному совпадению, у всех женщин экспертов – дочери, у которых есть маленькие дети. Поэтому мы попросили сравнить свои расходы 25-30 летней давности, с

расходами их детей. Все признали как факт, что услуги в период наблюдения беременности, непосредственно при родах и в послеродовой период (пребывание в стационаре) были для них бесплатны (в воспоминаниях – коробка конфет, букеты цветов и традиционные три рубля нянечке «за девочку» при выписке). Сейчас же расходы за аналогичные услуги составили от 500 до 1.500 долларов (плюс традиционные конфеты, торты, шампанское при выписке). Если перевести это на язык цифр, то удорожание в рублевом эквиваленте будет в 35тысяч раз. Как отметила одна из экспертов:

при самых грубых подсчетах, получение профессиональной помощи в период моей беременности не стоило мне ничего, все расходы были связаны с моим добровольным желанием как – то отблагодарить врача и сестер, но это обошлось примерно в 20 рублей, но моя дочь потратила только на официальные выплаты в кассу медицинского учреждения около 30 тысяч рублей.

Объявления о стоимости услуг родовспоможения открыто публикуются на сайтах ведущих медицинских учреждений в г. Москве, она колеблется от 500 до 5000 долларов, все зависит от престижности лечебного учреждения. Это в равной степени касается и государственных организаций и частных клиник. В ходе данного исследования мы проанализировали цены на услуги родовспоможения более чем 15 медицинских учреждений г. Москвы (сюда вошли Научный Центр акушерства ...Центр репродукции человека, Родильный дом № 2, 7,15, 18, клиника «Евро-Мед», Американский медицинский центр и другие). Как правило, в перечень услуг программы ведения беременности включены все возможные услуги стандартного набора или чуть больше. Буквально в каждом популярном издании есть объявления о коммерческих услугах в области акушерства и гинекологии. Вот пример типичного объявления (Еженедельник «7 дней» тираж –1.103.100 экз.), причем таких объявлений только в одном номере – шесть:

Ведение беременности. Включает: комплексное первичное обследование, УЗИ-диагностика, лабораторные анализы, доплерография и КТГ плода, регулярные осмотры акушера-гинеколога, консультации терапевта, стоматолога, офтальмолога, отоларинголога), консультации флеболога, диетолога, специалиста по эстетике тела. Все эти услуги определены в сумму от 35000 рублей.

Эксперты обращали особое внимание на то, что

объективно происходит удорожание услуг в области акушерства и гинекологии на рынке медицинских услуг России. А стандарты определения стоимости услуг детально не отработаны, что приводит в разбросе стоимости услуг в различных медицинских учреждениях

И все это на фоне того, что

область акушерства и гинекологии является в здравоохранении тем сектором, услугами которого женщина, если она решила стать матерью, должна будет воспользоваться обязательно. По традиции большинство (больше 90%) российских женщин предпочитают получать услуги родовспоможения в специализированных

учреждениях. Качество получаемой услуги во многом будет зависеть от возможности ее оплатить.

В заключении эксперты согласились с тем, что

при прочих равных условиях, женщина должна будет тратить на «здоровье» больше по показателю наиболее значимых услуг. В таком случае, женщины из малообеспеченных групп населения становятся ограничены в доступе к высококачественным услугам акушерства и гинекологии и фактически лишены права выбора учреждения и врача.

ВТО и гендерные проблемы доступа населения к медицинским услугам в России

Выше было показано, что в России существует серьезная проблема доступа населения к медицинским услугам и ее гендерная составляющая ухудшается. Как повлияет на развитие ситуации предстоящее вступление страны в ВТО?

Результаты проведенного нами небольшого контент анализа показали, что связь «вступление в ВТО - доступ к медицинским услугам – гендерный аспект» не прослеживается ни в одном из анализируемых текстов. Такая однозначность вынуждает признать, что заявленная в исследовании тема не отслеживается в медиа-сообществе и не является предметом внимания со стороны журналистов и экспертного журналистского сообщества.

Другие смысловые единицы также практически не встречаются в проанализированных текстах по проблемам предполагаемых последствий вступления России в ВТО. Если из комбинации «ВТО - доступ к медицинским услугам – гендерные аспекты» убрать словосочетание – «гендерный аспект», то комбинация «ВТО—доступ к медицинским услугам» тоже нам не встретилась. Более популярной для обсуждения является тема влияния ВТО на рынок медикаментов (6 источников из 19 в той или иной мере рассматривали данный вопрос в контексте импортных пошлин и таможенных платежей; внедрение правил GMP на российских фармацевтических предприятиях; проблема дженериков; соглашения по интеллектуальной собственности – TRIPS и соглашение по техническим барьерам в торговле – ТВТ).

Наиболее обсуждаемой темой являются переговоры по доступу на рынок услуг вообще (12 источников из 19). Но здесь речь идет о финансовых, энергетических услугах и услугах в области телекоммуникаций, которые представляют особый коммерческий интерес для ведущих членов ВТО. Медицинское страхование в контексте финансовых услуг не обсуждается.

Таким образом, в материалах периодической печати не обсуждается связь между вступлением России в ВТО и проблемами равенства/неравенства мужчин и женщин в доступе к медицинским услугам. Это позволяет сделать следующие выводы:

- Недооценка возможного влияния вступления в ВТО на развитие системы здравоохранения и целом и доступ к медицинским услугам в частности.
- Слабая информированность общественности о возможности негативных последствий для российского здравоохранения в целом, и для отдельных слоев населения, которые могут пострадать в большей степени, особенно женщин.
- Отсутствие самой постановки и обсуждения тех мер, которые можно принять, чтобы сгладить такие негативные последствия.

Именно на эти проблемы обратили внимание наши эксперты. Как заметил один из опрошенных

данных о ходе переговоров по поводу вступления России в ВТО практически нет в открытом доступе, их можно получить только на основе личных связей. Практически они широко не обсуждаются, может быть больше в научном сообществе... Сейчас это джин в бутылке и мы узнаем, какой он — добрый или злой — только после того, как выпустим его на свободу!

Несомненно, состояние российской медицины может измениться после вступления России в ВТО, так как рынок медицинских услуг в России представляет интерес для ряда стран – участниц ВТО, особенно США, Китая и Индии и поэтому российской медицине, возможно, придется столкнуться с новыми реалиями. Хотя в настоящее время если и ставится вопрос о влиянии вступления в ВТО на здравоохранение, то речь идет скорее о медикаментах, а не собственно оказании медицинских услуг, и позиция экспертов здесь достаточно пессимистичная. Например, один из опрошенных уверен, что

России в переговорах с ВТО придется в части здравоохранения скорее уступить, чем требовать, например, речь может идти о снижении импортной пошлины на лекарства и медицинское оборудование, замене обязательной сертификации ввозимых лекарств на добровольную и т.д.. В результате, доля рынка, контролируемая российскими производителями фармацевтической продукции будет последовательно уменьшаться.

Собственно об оказании медицинских услуг говорится очень мало. Интересно отметить, что мнения экспертов разделились. Так, одна из экспертов, представитель исполнительной власти, отметила, что

Вступление России в ВТО не окажет никакого серьезного влияния на систему здравоохранения, потому, что рамках переговорного процесса Россия принимает на себя ограниченные обязательства по доступу на рынок услуг в области медицины и стоматологии, услуг по уходу за больными, физиотерапии, гомеопатии,

иглоукалыванию, а также в отношении потребления российскими гражданами медицинских услуг в иностранных больницах при выезде за рубеж.

Это мнение в определенной мере поддержали и другие эксперты, хотя и по другим причинам. Так, один из опрошенных указал, что

поляризация доходов населения в России настолько высока, что для большей части населения этот процесс будет незаметен – они уже сейчас ограничены в доступе.

Эксперты—представители научного сообщества отметили связь внутренней и внешнеторговой политики. По их мнению, вступление России в ВТО не окажет немедленного отрицательного влияния на доступ к медицинским услугам, он больше будет определяться внутренней политикой либерализации социальной сферы и здравоохранения. В этом смысле

После вступления России в ВТО какие-то изменения в доступности медицинских услуг скажутся, скорее всего, для тех, кто и сегодня готов заплатить значительные суммы за качественное обслуживание. И это, как правило, большие деньги. Для этой категории граждан повышение цены услуги даже в разы не станет препятствием для получения самой услуги. Если же рассмотреть в этой социальной группе с высокими доходами отдельно женщин и мужчин, то женщины скорее будут тратить на медицинские услуги больше, хотя бы потому, что они чаще мужчин пользуются дорогостоящими услугами пластической хирургии, нетрадиционной медицины, стоматологии. Они же чаще посещают лечебно-оздоровительные центры

Однако проблема может возникнуть, если принять обязательства, которые в дальнейшем могут ограничить формирование внутренней политики. На момент проведения исследования по данным наших экспертов, за период с начала переговоров по вступлению России в ВТО, интерес к доступу на российский рынок услуг проявили в общей сложности около 30 стран – членов Рабочей группы (всего в Рабочей группе по присоединению России к ВТО на март 2005 г. входило 58 членов (ЕС – 25 как один). На март 2005 г. переговоры по доступу на рынок медицинских услуг завершены с 19 странами-членами ВТО, которые согласились с аргументами России в отношении чувствительности указанного сектора и невозможности принятия ею обязательств, выходящих за рамки стандартных требований, Китай и Индия в том числе.

По замечанию одного из респондентов

абсолютно непрозрачны условия выступления России в ВТО. Я, например, не знаю позиции России на переговорах по доступу медицинских услуг....Какие мы могли бы выдвинуть условия? Как показывает опыт других стран, это может быть, обязательное пятидесяти процентное привлечение иностранной клиникой российских специалистов, процентные соотношения долевого участия капиталов и так далее. Может быть, это все и есть, но получить информацию очень сложно.

Мы попросили экспертов проанализировать возможное влияние вступления России в ВТО на доступность медицинских услуг для женщин и мужчин по 4 способам торговли, пытаясь оценить плюсы и минусы. Однако для наших экспертов оказалось сложным выделить гендерную составляющую, скорее их оценки относятся к общей ситуации.

Способ 1. Пересечение услуг через границу.

Это в основном относится к телемедицине. Сейчас этому виду оказания медицинских услуг уделяется все больше внимания, но он пока еще развит недостаточно. В основном услуги телемедицины предлагают крупные клиники, а также внутри крупных корпораций, например нефтяных или транспортных, где сотрудники территориально разбросаны. Однако сегмент телемедицины входит в платный сектор. Так, например, консультация профессора Института педиатрии в Москве может стоить до 2000 рублей. Кроме того, как отметил один из экспертов,

Для развития телемедицины необходимо соответствующее оборудование и инфраструктура. А его в глубинке, где она может быть особенно нужна, нет, ... там просто нет на это средств

Способ 2. Потребление услуг за границей

Оказание медицинских услуг российским гражданам за рубежом осуществляется в основном за счет граждан но проблема здесь в отсутствии статистического учета. Что касается государственного участия то, по официальным данным, которые имеются с июня 2004 г. до марта 2005 г. за государственный счет выехало на лечение 43 пациента—11 взрослых и 32 ребенка (!). Поэтому практически эта возможность лечения только за свой счет, а стоимость услуг зарубежных клиник в развитых странах, например, европейских значительно превышает стоимость российских платных медицинских услуг. При этом граждане при получении визы покупают за свой счет (или организации) страховые полисы компаний по добровольному медицинскому страхованию.

Причины обращения по поводу получения медицинской услуги за границу—высокий сервис, включая высокопрофессиональный медицинский уход, особые возможности реабилитации и доступа к наиболее современным методикам диагностики и лечения различных заболеваний, а также лечение высококачественными европейскими препаратами, не запатентованными в России. Обычно пациенты или обращаются или в специализированную компанию, или напрямую в зарубежную клинику. На сайтах многих туристических фирм можно встретить

объявления: «Лечение за границей», но это в основном услуги типа физиотерапии. Таким образом,

вступление в ВТО повлияет на доступ в том смысле, что состоятельным людям будет легче уезжать за границу и оставлять свои деньги там.

Способ 3. Коммерческое присутствие (организация учреждений здравоохранения в других странах)

Первоначально, открывающиеся в Москве (России) иностранные клиники предназначались в основном для обслуживания в России иностранцев, в частности работников международных корпораций. Возрастающее число иностранцев, приезжающих в Россию было заинтересовано в получении медицинских услуг у своих соотечественников. Впоследствии контингент корпоративных пациентов становился все более русским и сегодня доля русских клиентов иностранных клиник составляет порядка 40 процентов. Однако иностранные клиники рассчитаны на богатых российских клиентов, и в основном представлены в Москве и Санкт-Петербурге. При этом эксперты отмечают, что иностранные компании вряд ли смогут широко развернуться за пределами этих городов, поскольку их цены для региональных рынков медицинских услуг «неподъемны». Практически все эксперты согласились, что иностранные компании придут, скорее всего, в сегмент дорогостоящих услуг, оплатить их могут позволить только состоятельные люди.

Способ 4. Присутствие физических лиц (врачи и медсестры практикуют в других странах)

Достоверной статистики, которая бы позволяла с точностью говорить о том, какое число медицинских работников разных специальностей покинуло страну за эти годы, не существует. Равно как и нет информации, как они трудоустроились - работают по специальности или нет. Есть примеры отдельных людей, которые не позволяют, к сожалению, представить картину в целом. Эксперты отметили две проблемы. С одной стороны, небольшие зарплаты, плохие условия работы приводят к тому, что люди хотят уехать просто в поисках лучшей жизни. С другой стороны, для того, чтобы получить работу по специальности за рубежом, нужно подтверждение квалификации. Эксперты согласились, что эмиграция людей, имеющих медицинское образование, имеет самые негативные последствия для страны. Как отметил один из экспертов,

Получается растрата общественных средств. Ведь обучить врача дорого стоит, да и требует много времени. Да и в стране есть где работать по специальности, во многих регионах не хватает врачей, а выпускники медицинских ВУЗов не идут работать по специальности.

Таким образом, ответы наших экспертов показали, что гендерный фактор выделяется достаточно сложно. При этом эксперты скорее высказывали опасения и обсуждали негативные последствия, чем возможные выгоды. И связано это с финансовым доступом. Доминировала тема платности услуг как важного ограничителя доступа, а поскольку ВТО связывается с либерализацией экономики, то эксперты подчеркивали, что вступление в ВТО приведет к повышению уровня общей либерализации всех сфер жизни, включая здравоохранение. Тем более, что такая задача в общем отвечает основной стратегической линии российского правительства и тем реформам, которые проводятся в здравоохранении.

Особая статья – медицинское страхование, которое обсуждает в рамках финансового сектора. Этот вопрос подняли несколько экспертов, говоря о возможности введения ограничений в рамках переговоров. Было отмечено, что в настоящее время к организациям, осуществляющим добровольное медицинское страхование не применяется ограничение на долю иностранного участия в капитале. По данным Единого государственного реестра страховых организаций на 15.07.2005 лицензии на осуществление добровольного медицинского страхования имели 864 компании, из них по различным официальным данным 25 компаний с прямым участием иностранного капитала в уставном капитале организации, 57 компаний с прямым участием иностранного капитала в уставном капитале организации.

Эксперты обратили внимание на такой интересный факт – российские игроки рынка медицинских услуг проявляют пассивность и не пытаются лоббировать свои интересы. Очевидно, что они не видят пока угрозы со стороны своих иностранных конкурентов. По словам нашего эксперта, попытка создать специальную секцию по медицинским услугам в РСПП⁶ не увенчалась успехом.

Заключение

В работе сделана попытка оценить один из малоизученных вопросов, а именно гендерный аспект возможного влияния вступления России в ВТО на доступность медицинских услуг для населения. В частности, мы попытались понять, какие изменения для женщин могут произойти ввиду вступления России в ВТО, связанные, прежде всего, с необходимостью платить за оказанные услуги. Данные, полученные в ходе бесед с экспертами, а так же анализ имеющейся литературы позволяют сделать следующие выводы.

Уже сейчас в ходе реформы российского здравоохранения назревают серьезные проблемы с доступностью медицинских услуг. Особенно это касается населения

⁶ РСПП—Российский Союз промышленников и предпринимателей.

группы риска бедности, прежде всего женщин. Существует риск, что вступление в ВТО усилит эту тенденцию. Хотя, возможно, конкуренция обострится на рынке дорогих медицинских услуг, которые уже недоступны для широкого круга граждан. Но эксперты опасаются, что при расширении сферы платных услуг, качество бесплатных будет снижаться, в том числе и потому, что многие платные услуги оказываются в рамках государственных бюджетных учреждений. Вступление в ВТО может привести к более четкому разделению системы здравоохранения ввиду поощрения развития чисто коммерческого сектора, где услуги будут оказываться только за деньги. Это, в свою очередь, приведет к размыванию бесплатной государственной системы и ухудшению качества предоставляемых ею услуг.

Поэтому в условиях коммерциализации здравоохранения женщины будут вынуждены платить, а их социальное и экономическое положение как группы населения ухудшилось.

На сегодняшний день вопрос о вступлении в ВТО рассматривается скорее не с точки зрения необходимости—оно в принципе неизбежно—а скорее условий и сроков вступления. Пока российское государство подходит к проблеме доступа на рынок медицинских услуг достаточно осторожно. Однако реформы здравоохранения, планируемые на данном этапе в России, связаны с формированием рынка медицинских услуг, приватизацией учреждений здравоохранения, введением платы за услуги в той или иной форме. Основная их идеологическая направленность—подход к медицинской услуге как товару. В связи с этим возникает реальная возможность того, что вступление в ВТО может – хотя и опосредовано-- только усилить данный процесс, оправдать его, стать его катализатором. Наверное, можно даже сказать, что оно льет воду на мельницу реформаторов здравоохранения. Есть опасность, что возникнет ситуация, когда будут ссылаться на ВТО, оправдывая непопулярные решения тем, что выполняют ее требования.

Гендерный фактор очень сложно выделить и в политике, в реальной практике: он практически не обсуждается, гендерная статистика есть далеко не по всем показателям. Очевидно, что гендерный подход не учитывается при разработке торгово-экономической политики страны. Однако, предварительный анализ показывает, что совпадение векторов реформы здравоохранения в России и политики либерализации в рамках вступления в ВТО может привести к серьезным отрицательным последствиям для доступа женщин к медицинским услугам, и соответственно, их здоровья. В этих условиях, необходимо, чтобы гендерный аргумент приобрел дополнительный вес в дискуссиях о проблеме развития здравоохранения России и обеспечения здоровья нации.

Список литературы

- Андреева Г.М. Лекции по методике конкретных социальных исследований. М., 1972
- Величковский Б.Г. Реформы и здоровье населения. М., 2001
- Гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин в контексте целей развития тысячелетия. М., ПРООН, 2005.
- Гречихин В.Г. Лекции по методике и технике социологических исследований. М., 1998
- Григорьева Н.С. Некоторые размышления по поводу реформы здравоохранения российской Федерации. Управление здравоохранением, 2003, 1.
- Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Гендерный подход в здравоохранении. М., Альфа Принт, 2001.
- Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Социальная политика: гендерный аспект. М., Олита, 2004.
- Женщины и мужчины в России. 2004. Стат.сб/Росстат. М.,2005.
- Здравоохранение в России, 2005. Стат. Сб/Росстат, 2006
- Кариер Э. Понимать – значит поверить: образование через гендерное видение. Азбука демократии: гендерное просвещение. Информационный вестник № 1.,2000.
- Крохова И., Римашевская Н. Бедность и здоровье. «Народонаселение», 2001, №4.
- Методы сбора информации в социологических исследованиях. Кн. 1,2. М., 1990
- НИС, 2002. Народнохозяйственные последствия присоединения России к ВТО. М., Национальный инвестиционный совет.
- Овчарова Л.Н., Прокофьева Л.М. Социально-экономические факторы феминизации бедности в России. В кн.: Экономика и социальная политика: гендерное измерение, под ред. М.Малышевой. М.,2002.
- Охрана материнства и детства в России и Великобритании—междисциплинарный подход. Под ред Н.С.Григорьевой. М.: Медицина, 2001.
- Оценки социальных и экономических последствий вступления России в ВТО. М., 2003. (www.wto.ru/ru/content/documents/docs/StudyD.doc)
- Практикум по социологии. М., 1992
- ПРООН, 2003. Доклад о развитии человеческого потенциала. 2002/2003, глава 5
- Государственная политика в области здравоохранения и гендерный подход. 2003 г. М., ПРООН
- ПРООН, 2005. Россия в 2015 году: цели и приоритеты развития. Доклад о развитии человеческого потенциала в РФ 2005. М.,ПРООН, 2005..
- Путь России в ВТО. Сб. обзоров/ИНИОН РАН. Отв. Ред. Зубченко Л.А. М., 2003.
- Рабочая книга социолога. М., 2003
- Российский статистический ежегодник, 2004, Стат. сб. Росстат
- Семья – здоровье – общество. М., Мысль, 1986,
- Социология. Под. ред. Д.С. Клементьева. Серия «Высшее образование». М., 2004
- Стародубов В.И., Рогожников В.А., Орлова Г.Г. О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению. Здравоохранение, 5, 2002, стр. 19-24.
- Суворов А.В. Структура денежных доходов и расходов населения в современной России. Проблемы прогнозирования 2004, 5.
- Феминизация бедности в России. М., 2000
- ЦЭФИР, Россия в ВТО: мифы и реальность. Доклад Центра экономических и финансовых исследований и разработок
- Чубарова Т.В. Страховая или бюджетная медицина. Управление здравоохранением, 2003, 3 (13)
- Чубарова Т.В, Шестакова Е.Е. Реформы здравоохранения в России и зарубежных странах: направления и перспективы. М.: Эпикон, 1999.

- Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. М., 1998
- Тавокин Е.П. Социологическая информация. Роль, методы получения и обработки. М., 2001
- Achrya R, M.Daly. Selected issues concerning the multilateral trading system. WTO Discussion paper n 7. WTO, Geneva, 2004.
- Blacklock, Cathy Women and trade in Canada: An overview of key issues. Status of Women Canada, August 2000.
- Chanda R. Trade in health services. Geneva: WHO Commission on macroeconomics and health, 2001. Paper N WG 4
- Drager N., D.P.Fidler. Managing liberalisation of trade in services from health policy perspective. Trade and Health notes, WHO, February 2000
- Hankivsky, Olena and Marina Morrow, "Trade Argeements, Home care and Women's Health", Status of Women Canada, March 2004.
- Kelly Lee, Meri Koivusalo, Trade and Health: Is the Health Community Ready for Action? PloS Medicine, January 2005 vol 2 issue 1
- Lipton D., 2004. Access to Health Care and International Trade in Health Services: What's the Connection? Trade on the Development gateway : www.developmentgateway.org/trade
- ПАХО, 2002. Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives. Washington DC: ПАХО.
- Price D., Pollock A., Shaoul J. How the World trade Organisation is shaping domestic policies in health care. The LANCET, Vol 534, November 27,1999:1889-1891
- Shaffer E., Brenner J., 2004. International trade Agreements: Hazadrs to health? International Journal of health Services, Volume 34, Number 3: 467-481
- Shaffer E., Waitzkin H., Brenner J., Jasso-Aguilar R., 2005. Global Trade and Public Health. American Journal of Public health, January 2005, Vol95, No 1:23-34
- The World Trade Organization Agenda, editorials. BMJ 2001;323:1139-1140
- Trading health Care Away? GATS, Public Services and Privatisation. The Corner House, July 2001
- Vellinga J. International Trade, Health Systems and Services: A Health Policy Perspective, Health Canada.
- UNCTAD, 2002. Trade in health services and development implications.
- WHO, 2000. The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.
- WTO Agreements and Public Health. A joint study by WHO and WTO secreteriat., 2002.
- WTO, 2005. Annual report 2005. 10th anniversary 1995-2005. WTO: Geneva