

تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب عضو آسه آن؛ چالش‌ها و فرصت‌ها*

سوگند تورانی^۱، سید جمال‌الدین طبیبی^۲، شهرام توفیقی^۳، نسرين شعرباغچي زاده^۴

چکیده

مقدمه: دسترسی عادلانه به خدمات پایه‌ی سلامت با حداقل کیفیت و هزینه‌ی قابل پرداخت حق مسلم هر شهروند است و در هر کشور دولت موظف است که این خدمات را به شکلی عادلانه در اختیار شهروندان قرار دهد. تجارت بین‌المللی خدمات سلامت بر موازنه‌ی بین توزیع عادلانه‌ی این خدمات، ایجاد انگیزه برای افزایش کارایی نظام سلامت و مدیریت منابع محدود مالی دولت‌ها تأثیر قابل توجهی می‌گذارد و پیامدهای مثبت یا منفی برای نظام سلامت و جامعه به همراه می‌آورد. در این مقاله ضمن معرفی الگوهای مختلف تجارت خدمات سلامت، به فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از این نوع تجارت در کشورهای منتخب در منطقه‌ی آسه آن به منظور آشنایی سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران صنعت سلامت ایران با این نوع از تجارت و استفاده از آن در تصمیم‌گیری‌ها و مطالعات آینده پرداخته شده است.

روش بررسی: این مقاله حاصل بخشی از یک پژوهش توصیفی- تطبیقی (در مقطع زمانی ۸۹-۱۳۸۷) و کاربردی در زمینه‌ی تجارت بین‌المللی خدمات سلامت است و اطلاعات مورد نیاز در این مقاله از طریق مطالعه‌ی منابع دیجیتال و چاپی گردآوری شده است. جامعه‌ی پژوهش سه کشور عضو «آسه آن» شامل مالزی، سنگاپور و تایلند را در بر گرفته، از داده‌های گردآوری شده به منظور آرایه‌ی تصویری کلی از وضعیت تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در منطقه‌ی فوق و مقایسه‌ی فرصت‌ها و چالش‌های این تجارت استفاده شده است.

یافته‌ها: تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در قالب چهار روش کلی عرضه‌ی برون مرزی خدمات سلامت از راه دور، دریافت خدمات در خارج از کشور (گردشگری سلامت)، حضور تجاری (سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی) و مهاجرت موقت اشخاص حقیقی (متخصصین سلامت) انجام شده در کشورهای مورد مطالعه می‌باشد و فرصتی برای کسب درآمد ارزی و ارتقای سطح کیفیت خدمات موجود و چالش‌هایی در زمینه‌ی رقابت با سایر کشورها و نیز در ارتباط با دسترسی و فراهم بودن خدمات مورد نیاز جامعه‌ی تحت پوشش است، در نتیجه‌ی افزایش تقاضای داخلی و کمبود منابع انسانی در بخش سلامت ایجاد می‌کند.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین چالش‌های توسعه‌ی تجارت خدمات سلامت در منطقه‌ی آسه آن، تسریع در اعتبار بخشی مراکز آرایه‌ی خدمات، قابلیت انتقال بیمه‌ها، حمایت از بخش خصوصی، همکاری بخش دولتی و خصوصی و توسعه‌ی تجارت بر اساس مزیت‌های نسبی هر کشور در راستای توسعه‌ی بخش سلامت است.

واژه‌های کلیدی: تجارت بین‌المللی؛ خدمات سلامت؛ گردشگری پزشکی.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۱۸/۱۰/۲۷ اصلاح نهایی: ۱۹/۷/۵

پذیرش مقاله: ۱۹/۱۰/۲۸

ارجاع: تورانی سوگند، طبیبی سید جمال‌الدین، توفیقی شهرام، شعرباغچي زاده نسرين. تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب عضو آسه آن، چالش‌ها و فرصت‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸(۴): ۴۶۸-۴۵۳.

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری می‌باشد.
۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی هاشمی‌نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.
۳. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
۴. دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: nshaarbafechi@yahoo.com

مقدمه

که بین ارتقای دسترسی به مجموعه‌ای از خدمات سلامت پایه با حداقل کیفیت، فراهم بودن این خدمات، کارایی سیستم سلامت حاکم و مدیریت محدودیت‌های موجود در نظام سلامت وجود دارد و بنابراین تجارت بین‌المللی خدمات سلامت و به ویژه صادرات آن بر این موازنه‌ها تأثیر می‌گذارد. علاوه بر آن که می‌تواند فرصتی برای دسترسی به خدمات با کیفیت بهتر و افزایش درآمد بخش سلامت را فراهم نماید، چالش‌هایی را در برابری دسترسی و در فراهم بودن خدمات سلامت به همراه خواهد داشت (۱).

در گذشته ارائه دهندگان خدمات سلامت برای تکمیل دوره‌های آموزشی و یا فعالیت اغلب به کشورهای توسعه یافته مهاجرت می‌کردند. اما امروزه تغییراتی در این روند حادث شده، آن این که فرصت‌های ایجاد شده در اقتصادهای نوپدید نظیر آسیای جنوب شرقی موجب نقل مکان برخی از این ارائه دهندگان خدمات سلامت به کشورهای این منطقه (که اغلب وطن آن‌ها محسوب می‌شود) شده است.

در منطقه‌ی آسیای جنوب شرقی، بخش سلامت به دلیل پتانسیل‌های موجود برای رشد و توسعه و هدف مهم تقویت ائتلاف کشورهای عضو آسه آن (ASEAN Association of south east asian nations) انجمن کشورهای آسیای جنوب شرقی که کشورهای تایلند، مالزی، سنگاپور، فیلیپین، اندونزی، ویتنام، لائوس، میانمار، برونئی و کامبوج به عضویت آن در آمده‌اند، به عنوان یک اولویت مهم در منطقه و در قالب موافقت‌نامه‌ی اقتصادی آسه آن به شمار می‌رود (۴). بهبود عملکرد اقتصادی کشورها، افزایش امید به زندگی مردم در منطقه و افزایش جمعیت، عوامل مهم اقتصادی و دموگرافیک هستند که موجب افزایش تقاضا برای خدمات سلامت می‌شوند. علاوه بر این موارد، توسعه‌ی مؤسسات خدمات سلامت و گسترش فن‌آوری اطلاعات نیز افزون بر رشد تقاضای داخلی (در منطقه آسه آن) برای خدمات سلامت، بر رشد تجارت جهانی این خدمات تأثیر مشابهی داشته است (۵).

البته دیدگاه‌های متفاوتی در زمینه‌ی این نوع از تجارت و

عملکرد بخش بهداشت و درمان هر کشور در تأمین سلامت جامعه بسیار مهم است. در واقع همگانی بودن و سودمندی از مشخصات سیستم ارایه‌ی خدمات سلامت است و با توجه به محوریت انسان در امر سلامت، مباحث مربوط به رفورها در بخش سلامت، ماهیت حساس و مهمی دارد. قانون اساسی، بسیاری از کشورها را موظف به ارایه‌ی خدمات سلامت به عنوان حقوق اولیه‌ی افراد می‌نماید. از این دیدگاه خدمات سلامت، کالای قابل خرید و فروش نیست که بتواند موضوع نیروهای بازارهای جهانی قرار گیرد (۱). صرف نظر از این حساسیت‌ها، سیاست‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی متأثر از اقتصاد هستند، چرا که محدودیت منابع در بخش سلامت باعث ایجاد یک نگرش اقتصادی و انتخاب برخی از انواع خدمات سلامت برای بخش‌های مختلف جامعه با توجه به محدودیت‌های موجود می‌شود. از این رو تنها تعداد کمی از کشورها قادر به ارایه‌ی خدمات سلامت همه جانبه به شهروندان تحت پوشش هستند.

از سویی نظام‌های سلامت به منظور ارایه‌ی بهتر خدمات به شهروندان همواره در حال تکامل هستند و به طور مداوم بایستی پاسخگوی چالش‌های جدید باشند. در میان چالش‌های بیشماری که امروزه سیستم‌های ملی سلامت با آن‌ها مواجه می‌شوند، جهانی شدن و تجارت بین‌المللی خدمات سلامت (Trade in health services) یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌ها است. خدمات سلامت در طی سال‌های اخیر به دلیل پیشرفت‌های ایجاد شده در تکنولوژی‌های اطلاعات و ارتباطات، افزایش نقل مکان ارائه دهندگان و نیز مصرف کنندگان این خدمات (بیماران) و توسعه‌ی مشارکت بخش خصوصی به صورت روز افزون مورد تجارت قرار گرفته‌اند (۲) و شمار رو به رشدی از کشورها برای تبدیل شدن به صادر کنندگان کلیدی خدمات سلامت به رقابت می‌پردازند (۳).

از سویی دیگر انتخاب نوع خدمات و ارایه‌ی آن توسط بخش‌های دولتی و خصوصی در واقع موازنه‌ی پیچیده‌ای است

یافته‌ها

مروری بر الگوهای تجارت بین‌المللی خدمات سلامت:

بخش سلامت از بخش‌های به سرعت در حال رشد در اقتصاد جهانی است. مخارج جهانی مراقبت سلامت در سال ۲۰۰۵، حدود ۴ تریلیون دلار برآورد شده است؛ به طوری که کشورهای OECD سهم بیشتری از این هزینه را به خود اختصاص داده‌اند (۷). سهم تجارت خدمات سلامت از تجارت جهانی خدمات از ۰/۳۸ درصد در سال ۱۹۹۷ به ۰/۷۳ درصد در سال ۲۰۰۳ رسیده است و در این دوره رشد زیادی داشته است. در این میان سهم کشورهای در حال توسعه از این بازار حدود ۴۰ درصد است (۸). افزایش هزینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی و نیز افزایش تقاضا برای خدمات سلامت به دلیل افزایش متوسط سن جامعه در کشورهای توسعه یافته و افزایش دسترسی به این خدمات با کیفیت مناسب و هزینه‌ی قابل پرداخت و نیز گسترش فن‌آوری‌های نوین پزشکی در کشورهای در حال توسعه به علاوه توسعه‌ی فن‌آوری ارتباطات و اطلاعات در این کشورها بر افزایش تقاضای خدمات سلامت کشورهای در حال توسعه تأثیر قابل توجهی داشته است (۹). علاوه بر آن توسعه‌ی زیرساخت‌های حمل و نقل و سهولت مسافرت موجبات گسترش مسافرت‌های افراد برای دریافت خدمات پزشکی با کیفیت جهان پیشرفته و قیمت جهان سوم را فراهم آورده است (۷). همه‌ی عوامل فوق فرصتی برای حضور در بازارهای جهانی را برای کشورهای در حال توسعه فراهم آورده است.

در اقتصادهای نوپدید نظیر کشورهای آسیای جنوب شرقی، پیشرفت‌هایی نظیر رشد بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمات سلامت به ویژه در قالب خدمات تخصصی، ایجاد شرکت‌های چند ملیتی و شرکت‌های زنجیره‌ای، ارائه‌ی خدمات سلامت در زمره‌ی مهم‌ترین پدیده‌های جهانی شدن خدمات سلامت به شمار می‌رود (۱۰).

از سوی دیگر اقدام برای کسب اعتبار بخشی بین‌المللی توسط بیمارستان‌ها در این کشورها، نشان از تمایل آن‌ها به حضور موفق در عرصه‌ی رقابت جهانی دارد. آمار این سازمان نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۷، ۳۹ بیمارستان در قاره‌ی آسیا و

توسعه وجود دارد. برخی به این تجارت به عنوان یک گام نهایی در تخریب سیستم‌های سلامت ملی می‌نگرند؛ در حالی که گروهی دیگر به آن به عنوان ابزاری برای توسعه و گسترش دامنه و کیفیت خدمات سلامت به جامعه‌ی تحت پوشش نگاه می‌کنند. به هر صورت جهانی شدن و آزاد سازی تجارت در بخش خدمات در سطح جهانی در حال اتفاق افتادن است و این امر دارای پتانسیل ایجاد چالش‌ها و فرصت‌های جدید برای کشورها است. پیوستن به این جریان بایستی با ارزیابی‌های دقیق و کارشناسانه و با مطالعه‌ی تجربیات سایر کشورها و تحلیل موقعیت کشور و به صورت گام به گام در بخش سلامت صورت پذیرد (۶). از این رو در این مقاله به منظور آشنایی بیشتر با مقوله‌ی تجارت بین‌المللی خدمات بخش سلامت در جهت سیاست‌گذاری مناسب‌تر در این بخش با آگاهی از فرصت‌های جهانی و الگوهای موجود، این نوع از تجارت در کشورهای در حال توسعه، به موضوع فوق در کشورهایی از منطقه‌ی آسه آن به دلیل نزدیکی به کشورمان از نظر جغرافیایی و تا حدودی فرهنگی و نیز میزان توسعه یافتگی پرداخته شده است.

روش بررسی

این مقاله حاصل بخشی از یک مطالعه‌ی توصیفی- تطبیقی و کاربردی است، که در مقطع زمانی ۸۹-۱۳۸۷ انجام شده، از طریق مطالعه‌ی منابع دیجیتال و چاپی به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای مورد مطالعه پرداخته است. در این مقاله، جامعه‌ی پژوهش در برگیرنده‌ی سه کشور از کشورهای آسیای جنوب شرقی شامل تایلند، مالزی و سنگاپور بوده است و هدف از آن علاوه بر مطالعه‌ی چالش‌ها و فرصت‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در این کشورها، بررسی و ارائه‌ی الگوی کلی این نوع از تجارت در منطقه جهت آشنایی بیشتر سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران نظام سلامت کشور با مقوله‌ی تجارت در بخش سلامت بوده است.

۱۹ بیمارستان در خاورمیانه اعتبار بخشی شده‌اند (۱۱).
تجارت بین‌المللی خدمات سلامت می‌تواند از طریق انتقال و جابه‌جایی تولید کننده یا مصرف کننده خدمات بین کشورها برای ارایه یا دریافت خدمات صورت پذیرفته، یا به سادگی و بدون انتقال آنان از محل اقامتشان صورت پذیرد (۱۲).
الگوهای کلی تجارت خدمات سلامت که در منطقه‌ی آسه آن نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد، در برگیرنده‌ی چهار روش (Mode) زیر است:

۱. عرضه‌ی برون مرزی (M1: Cross border supply)
در این روش، خدمات از طریق ابزارهای متعددی نظیر پست سنتی یا الکترونیکی و بدون جابه‌جایی ارایه دهنده و دریافت کننده‌ی خدمات، ارایه می‌گردد (۱۳). مثال بارز این روش «پزشکی از راه دور» (Tele Medicine) و «آموزش از راه دور» (Tele education) است. مبادلات برون مرزی خدمات سلامت از طریق انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی، انجام مشاوره‌های تشخیصی و بالینی از کانال‌های پستی سنتی و شیوه‌های متعدد سلامت از راه دور (مانند پاتولوژی، رادیولوژی، مشاوره و ... از راه دور) و نیز انجام فعالیت‌های تکمیلی نظیر مستندسازی مدارک پزشکی بیماران، تنظیم صورت حساب‌های مالی برای مطالبات بیمه‌ای و موارد مشابه انجام می‌شود (۱۴).
به عنوان مثال در کشور فیلیپین به دلیل هزینه‌ی پایین نیروی کار و تسلط آنان بر زبان انگلیسی و برخورداری از سطح مطلوب دانش پزشکی، پتانسیل تجارت در خدمات سلامت از راه دور وجود دارد (۱۵). ارزش صادرات این نوع خدمات به ایالات متحده کمتر از یک درصد از رقم ۱۳ میلیاردی است که ایالات متحده برای برون سپاری خدمات مستندسازی مدارک پزشکی صرف می‌کند (۱). آن‌ها مانند هندوستان گروهی از کارکنان آموزش دیده با زبان انگلیسی را به کار گرفته‌اند، که اغلب فارغ‌التحصیلان پزشکی هستند و به صورت پاره وقت کار می‌کنند و در عین حال برای آزمون بورد فیلیپین آماده می‌شوند. دولت فیلیپین پاداش‌های خاصی را برای سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در این بخش در نظر گرفته است (۱۶).
سرمایه‌گذاری‌های انجام شده در دهه‌ی ۱۹۹۰ در زیر

ساخت‌های ارتباط از راه دور کشور کامبوج که با کمبود پزشکان متخصص مواجه بود، از سوی کشورهایی چون کانادا، استرالیا و سنگاپور (از منطقه آسه آن)، باعث تقویت دسترسی به اینترنت و بهره‌مندی از تکنولوژی «پزشکی از راه دور» گردید. بخش سلامت این کشور در واقع با بهره‌مندی از این تکنولوژی با بیمارستان‌هایی از ایالات متحده (بوستون) برای دریافت خدمات مشاوره و رادیولوژی از راه دور و مانند آن مرتبط شد. پس از اجرای این طرح بسیاری از افراد در مناطق روستایی تحت پوشش قرار گرفته، از خدمات آن بهره‌مند شده‌اند. در سال ۲۰۰۶ تعداد قابل توجهی از بیماران از خدمات پاتولوژی، رادیولوژی و مشاوره از راه دور ارایه شده استفاده نموده‌اند (۱۶).
در این نمونه، واردات خدمات سلامت در قالب روش ۱ (ارایه‌ی خدمات سلامت از راه دور) و روش ۳ (جذب سرمایه‌های خارجی) از طریق ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز خدمات سلامت از راه دور به رفع کمبودهای ناشی از کمبود متخصصین پزشکی کارآمد و بهبود وضعیت سلامت کشور کامبوج کمک کرده است.

۲. دریافت خدمات از خارج (M2: Consumption abroad)
در این الگو، خدمات از طریق جابه‌جایی موقت مصرف کننده‌ی خدمات به محل اقامت ارایه دهنده‌ی آن، ارایه می‌شود. گروه‌های مختلف دریافت کنندگان خدمات پزشکی از خارج از دیدگاه Blouin و همکاران عبارت است از:

الف. این گروه شامل گردشگران پزشکی است که برای دریافت خدمات پزشکی با کیفیت بهتر، هزینه‌ی کمتر، درمان سریع و یا به دلیل غیر قانونی یا غیر قابل دسترس بودن برخی از خدمات پزشکی در کشورشان به کشورهای دیگر مسافرت می‌کنند، یا علاوه بر دلایل فوق به منظور بازدید از وطن خود و درمان در آن جا از کشور محل اقامت خود خارج می‌شوند.

ب. گردشگرانی که به صورت اتفاقی به خدمات پزشکی در کشور مقصد نیاز پیدا می‌کنند.

ج. بازنشستگان خارجی (مقیم کشور مقصد).

د. کارگران مهاجر و یا موقت خارجی.

ه. مسافرن دایمی که می‌توانند از گزینه‌های مختلف

۳. حضور تجاری (M3: Commercial presence)

در این روش اشخاص حقوقی یا شرکت‌های ارایه دهنده خدمات، در کشورهای دریافت کننده آن خدمات سرمایه‌گذاری می‌کنند (سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی: FDI یا Foreign direct investment). این روش مولد منابع بیشتر برای سرمایه‌گذاری در ارتقای زیر ساخت‌ها و تکنولوژی‌ها و کاهش فشار موجود بر منابع دولتی بوده، نیز موجب ایجاد فرصت‌های شغلی و ارتقای استانداردهای مراقبت، مدیریت و فراهم بودن خدمات می‌گردد (۱۷).

حضور تجاری خارجی اغلب از طریق تأسیس برخی از اقسام نهادهای قانونی نظیر شعب یا دفتر نمایندگی، سرمایه‌گذاری مشترک و مشارکت در مالکیت شرکت‌های داخلی یک کشور خارجی و یا تأسیس شرکت‌های چند ملیتی (MNCs یا Multi nation companies) و یا مدیریت مراکز موجود توسط شرکت‌های خارجی بدون مالکیت انجام می‌شود (۱۹، ۱۸). باید توجه داشت که شرکت‌های مراقبت سلامت به طور عمده در کشورهایی که امکان بازگشت سرمایه‌ی آن‌ها وجود داشته باشد و اغلب در مناطق شهری و به منظور ارایه خدمات پزشکی با تکیه بر فن‌آوری‌های نوین و پیشرفته و استفاده از نیروی انسانی کارآمد، با تجربه و به روز و با پرداخت‌های بیشتر به کارکنان به ویژه نیروهای متخصص، سرمایه‌گذاری می‌کنند (۲۰).

کشورهایی از قبیل هند، اندونزی، نپال، سریلانکا و تایلند از جمله کشورهایی هستند که به منظور جذب سرمایه‌های خارجی، مجوز تأسیس مراکز ارایه‌ی خدمات سلامت (شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌های تشخیصی و درمانی، مراکز پرستاری و مراقبت در منزل و ...) را به کشورهای متقاضی اعطا می‌کنند (۲۱). در منطقه‌ی آسه آن گروه مراقبت سلامت Parkway، بزرگ‌ترین گروه بخش خدمات سلامت سنگاپور، با بیمارستان‌هایی در هند، اندونزی، مالزی، سریلانکا و انگلستان به صورت مشترک به ارایه‌ی خدمات پرداخته است. بیمارستان Bangkok از کشور تایلند نیز ۱۲ شعبه در شهرهای توریستی کشورهای آسیای جنوبی و جنوب شرقی ایجاد کرده است. در کامبوج نیز چینی‌ها

پوشش‌های بیمه‌ای چند ملیتی استفاده کنند (۱۳).

در سال ۲۰۰۶ در حدود ۱۳۲۰۰۰۰ نفر برای دریافت خدمات پزشکی از نقاط مختلف جهان به قاره‌ی آسیا مسافرت کرده‌اند (۱۰).

کشور هند در ارایه‌ی طب سنتی هندی، یونانی و هومیوپاتی به جذب توریست از نقاط مختلف جهان حتی از کشورهای توسعه یافته‌ی چون انگلیس، آلمان و آمریکا پرداخته است (۱۲). در منطقه‌ی آسه آن، ویتنام نیز در صادرات برخی از خدمات سلامت به خصوص به کشور همسایه‌اش کامبوج فعالیت دارد. علاوه بر آن بیشتر بیماران کامبوجایی به دنبال دریافت خدمات در سایر کشورهای این منطقه به ویژه تایلند و سنگاپور هستند (۵).

در کشور تایلند که دولت آن سیاست «تایلند، مرکز ممتاز مراقبت بهداشتی درمانی آسیا» را در پیش گرفته است، در سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۱، هر ساله حدود ۶۰۰/۰۰۰ بیمار خارجی به این کشور مسافرت کرده‌اند. این رقم در سال ۲۰۰۴، متعاقب برنامه‌ی سیاست بهداشتی درمانی بین‌المللی تایلند به ۱/۰۰۰/۰۰۰ نفر با درآمدی بالغ بر ۵۰۰ میلیون دلار (۱۶) و در سال ۲۰۰۵، به ۱۲۵۰۰۰۰ نفر (۱۰) رسیده است.

کشورهای پیشرو در عرصه‌ی گردشگری پزشکی در منطقه‌ی آسه آن میزبان بیمارانی از نقاط مختلف جهان هستند. یک مؤسسه از کشور عربستان سعودی برآورد کرده است که در هر سال بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر از منطقه‌ی خاورمیانه برای دریافت خدمات پزشکی مختلف از جراحی قلب باز تا درمان‌های ناباروری و زیبایی به خارج از این منطقه مسافرت می‌کنند. کشورهای مقصد این گروه از بیماران شامل کشورهای همسایه در همان منطقه نظیر اردن، بحرین و عربستان سعودی تا کشورهایی در سایر مناطق جغرافیایی نظیر هندوستان، مالزی، تایلند و ایالات متحده است. در سال ۲۰۰۵ کشور هندوستان میزبان ۷۰۰۰۰ بیمار از منطقه‌ی خاورمیانه بوده است؛ در حالی که در همان سال بیمارستان بامرانگراد تایلند به تنهایی به ۷۰۰۰۰ بیمار این منطقه خدمات پزشکی ارایه نموده است (۱۰).

به عنوان بیشترین سرمایه‌گذاران بیمارستان‌های خارجی این کشور شناخته شده‌اند (۱).

از اوایل دهه‌ی ۱۹۹۰، در کشور اندونزی، بیمارستان‌هایی توسط سرمایه‌گذاران خارجی احداث شده است. سرمایه‌گذاران خارجی بخش سلامت این کشور، در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۳-۱۹۹۹، اغلب از کشورهای استرالیا و سنگاپور بوده‌اند. کشورهای ژاپن و مالزی نیز در مقاطع بعدی به این سرمایه‌گذاران پیوسته‌اند. بخش عمده‌ی این سرمایه‌گذاری‌ها در شهرهای مهم این کشور نظیر جاکارتا، سورابایا، جاوا و بالی بوده است. در سال ۲۰۰۲ حداقل ۵ بیمارستان با مالکیت و یا مدیریت خارجی در جاکارتا، پایتخت اندونزی، وجود داشته است (۱۹).

۴. نقل مکان اشخاص حقیقی (Movement of M4: natural persons)

در این روش انتقال و جابه‌جایی کارکنان و متخصصین سلامت به محل اقامت مصرف‌کنندگان این خدمات به صورت موقت صورت می‌پذیرد. این روش مهاجرت موقت آرایه‌کنندگان خدمات که به صورت مستقل در یک کشور خارجی فعالیت می‌کنند، گردشگران کسب و کار (با اقامت موقت)، کارکنان یک شرکت خارجی که در کشور میزبان تأسیس شده است و کارکنانی که یک شرکت خارجی برای انجام تعهدات خود (در قراردادی که با میزبان امضاء کرده است) به این کشور اعزام کرده است، را در بر می‌گیرد (۱۳).

منطقه‌ی آسه آن جایگاه دو کشور مهم صادرکننده نیروی انسانی بخش سلامت است. فیلیپین و اندونزی کشورهای عرضه‌کننده کارکنان سلامت به خصوص در عرصه‌ی پرستاری و مامایی به کشورهای همسایه و کشورهای پیشرفته‌ای نظیر آمریکا و کانادا می‌باشند. جریان انتقال کوتاه مدت پرسنل بر اساس استراتژی آگاهانه و قراردادهای مشخص و به منظور توسعه‌ی صادرات و افزایش درآمد ارزی انجام می‌شود. تعداد زیادی از این کارکنان به دلیل تفاوت سطح دستمزدها و شرایط کاری و زندگی بهتر از کشور خارج می‌شوند (۱۴).

در سال‌های اخیر جهانی شدن و آزادسازی تجارت خدمات، باعث صعود ناگهانی مهاجرت بین‌المللی متخصصین سلامت به

دنبال یافتن فرصت‌های شغلی مناسب به سایر کشورها شده است. این فرایند با شدت بیشتری در حال توسعه است، چرا که کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD یا Organization for economic cooperation and development) نظیر ایالات متحده و انگلستان که با کمبود تعداد متخصصین سلامت به ویژه پزشکان و پرستاران مواجه هستند، به استخدام این قبیل متخصصین از کشورهای در حال توسعه‌ای مانند فیلیپین و هندوستان متوسل شده‌اند (۲۲).

در حال حاضر مهاجرت پرستاران، ۷۰ درصد از کل مهاجرت متخصصین سلامت را در بر می‌گیرد. عرضه‌ی پرستاران در بسیاری از کشورهای "با درآمد بالا" کاهش یافته است؛ در حالی که میزان تقاضای داخلی این کشورها رو به افزایش است. به عنوان مثال، سهم عرضه‌ی ملی پرستاران ثبت نام شده (Registered nurses یا RNs) در ایالات متحده در سال ۲۰۰۰، در حدود ۱/۸۹ میلیون نفر بوده است؛ در حالی که میزان تقاضای برآورد شده در حدود ۲ میلیون نفر بوده، این کشور با حدود ۱۱۰۰۰۰ نفر کمبود پرستار (۶ درصد) مواجه بوده است و این کمبودها همچنان رو به افزایش است (۲۲).

یافته‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه:

الف. مالزی
بخش سلامت در این کشور، یکی از بخش‌هایی است که سرعت رشد آن در مقایسه با سایر خدمات این کشور بسیار زیاد است و علاوه بر آن، در نتیجه‌ی برنامه‌ی خصوصی‌سازی در این کشور بخش خصوصی سلامت نیز به سرعت در حال توسعه است (۲۳). همچنین دولت مقدماتی را جهت بهبود کیفیت و کارایی برنامه‌های مراقبت سلامت شامل برنامه‌هایی به شرح زیر فراهم نموده است:

- برنامه‌ی ارتقاء و پیش‌گیری
- تجدید ساختار بیمارستان‌های دولتی
- تجهیز مراکز فوق تخصصی از طریق پیش‌بینی طرح
- تأمین مالی بخش سلامت ملی (NHFS) یا (National healthcare financing scheme)

- اجرای برنامه‌های تضمین کیفیت در سطح ملی (۵).

مالزی برای جذب سرمایه‌های خارجی (FDI) در بخش سلامت محدودیتی ندارد. سرمایه‌گذاری‌های انجام شده در مالزی از کشور استرالیا، به بخش سلامت این کشور کمک می‌کند؛ در حالی که یک مؤسسه‌ی سلامت از راه دور استرالیایی به بیمارستان‌های مهم آموزشی مالزی، در زمینه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی کمک می‌کند، تعدادی از مؤسسات سلامت مالزیایی نیز در حال مطالعه برای سرمایه‌گذاری در بنگلادش می‌باشند (۵). به عبارت دیگر این کشور به صورت همزمان از واردات و صادرات خدمات سلامت منتفع می‌گردد.

مالزی در جهت ارتقای صنعت توریسم سلامت در منطقه از طریق افزایش کیفیت و سطح قابل رقابت قیمت‌ها وارد عمل شده است. حدود ۱۰۰/۰۰۰ بیمار خارجی (در یک سال) در جستجوی خدمات درمانی مالزی هستند که بیشتر آن‌ها از اندونزی مراجعه می‌کنند و سالیانه درآمدی در حدود ۴۰ میلیون دلار آمریکا از این طریق وارد کشور می‌شود (۱). این کشور در فاصله‌ی سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳ در حدود ۱۰۳۰۰۰ بیمار خارجی را پذیرش کرده، که ۷۵۰۰۰ نفر از آن‌ها فقط برای دریافت خدمات پزشکی به این کشور مسافرت کرده بودند. بیمارانی از کشورهای اندونزی، هندوستان و حتی انگلستان و از منطقه‌ی خاورمیانه برای دریافت خدمات درمانی در زمینه‌ی جراحی‌های قلب، هماتولوژی، بیماری‌های گوارشی، نورولوژی و جراحی‌های زیبایی به این کشور مسافرت می‌کنند (۲۴). برنامه‌ی هشتم مالزی، ۳۵ بیمارستان خصوصی را برای بازاریابی بیماران خارجی انتخاب کرده است و از بیمارستان‌های دولتی نیز برای ایجاد بخش‌های خصوصی جهت ارائه‌ی خدمات به بیماران خارجی دعوت کرده است (۷).

از سوی دیگر مالزی از نظر اقتصادی یک کشور در حال رشد و خروج از سطح متوسط اقتصادی است و این امر باعث افزایش تقاضای مشتریان خارجی برای خدمات پزشکی با کیفیت مطلوب و هزینه‌ی کمتر این کشور شده است (۲۵). همچنین ارتقای برنامه "خانه‌ی دوم من" در مالزی، مسلمانان منطقه‌ی

خاورمیانه را هدف قرار داده است، که به عنوان فرصتی برای صادرات خدمات سلامت و توسعه‌ی گردشگری سلامت این کشور به شمار می‌رود (۲۴، ۴). مالزی با توجه به مزیت‌های نسبی این کشور بیش از سایر روش‌ها به صنعت گردشگری سلامت و پزشکی پرداخته است و در این راستا برنامه‌ریزی کرده است. واردات نیروی انسانی بخش سلامت و یا جذب سرمایه‌های خارجی در بخش سلامت نیز منوط به انجام نیازسنجی اقتصادی و به منظور توسعه‌ی صنعت گردشگری سلامت است (۴).

ب. سنگاپور

سنگاپور با برخورداری از زیرساخت‌های مناسب فیزیکی و تکنولوژی سلامت و نیز بهره‌مندی از متخصصین سلامت خیره، یکی از کشورهای پیش‌رو در زمینه‌ی صادرات خدمات سلامت در آسیا به شمار می‌رود (۲۵).

مشارکت بخش خصوصی در ارائه‌ی خدمات سلامت این کشور بسیار حایز اهمیت است (۷). بخش خصوصی سنگاپور با در اختیار داشتن تنها ۲۵ درصد از تخت‌های بیمارستانی، در حدود ۵۰ درصد از بیمارستان‌های این کشور را به خود اختصاص داده است. حدود ۴۴ درصد از پزشکان، بیش از ۶۵ درصد از دندان‌پزشکان، ۲۵ درصد از پرستاران و ۵۶ درصد از داروسازان این کشور در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند (۵).

در سال ۲۰۰۴، دولت سنگاپور ۵/۹ درصد از بودجه‌ی کشور را به بخش سلامت اختصاص داده است. علاوه بر آن در همان سال در سنگاپور ۱/۵ پزشک، ۰/۳ دندان‌پزشک، ۴/۶ پرستار و ۰/۳ داروساز به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت وجود داشته است (۵).

سنگاپور تعدادی موافقت‌نامه‌ی تشخیص دوجانبه (MRA یا Mutual recognition agreement) در زمینه‌ی خدمات سلامت با گروه‌های مختلف کشورها تنظیم کرده است (۲۶). در سال‌های اخیر تعداد بیماران خارجی درمان شده در سنگاپور به بیش از ۴۰۰/۰۰۰ نفر رسیده است. انتظار می‌رود که تا سال ۲۰۱۲ این رقم به ۱/۰۰۰/۰۰۰ نفر با درآمدی بالغ بر ۳ میلیارد دلار در هر سال افزایش یابد (۱۸).

گروه‌های بیمارستانی خصوصی در سنگاپور مانند بیمارستان

و مدان (۲۴۳ تخت) احداث کرده است (۱۹).

علاوه بر آن توسعه‌ی فن‌آوری اطلاعات باعث گسترش استفاده از خدمات سلامت از راه دور در این کشور شده، که شرایط دیجیتالی شدن و ارسال تصاویر پزشکی و نتایج سایر آزمایشات تشخیص طبی را به کل دنیا از طریق اینترنت فراهم می‌کند (۵).

با وجود یک جامعه‌ی مسن و پایین بودن نرخ رشد جمعیت، ممکن است که تقاضای داخلی برای خدمات سلامت رشدی سریع‌تر از آن چه که متخصصین سلامت با زیرساخت‌های موجود بتوانند ارائه نمایند، داشته باشد. وجود یک جامعه‌ی مسن قابلیت‌های دولت را برای ارائه‌ی خدمات سلامت (به جامعه‌ی داخلی و جهانی) تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

ج. تایلند

کشور تایلند در حدود ۶ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) را به بخش سلامت اختصاص داده است، هزینه‌ی سرانه‌ی سلامت در حدود ۶۳ دلار آمریکا برآورد شده، که از این نظر تایلند، چهارمین کشور در منطقه آسه آن است (۲۹).

اگر چه بخش دولتی نقش مهمی در ارائه‌ی خدمات سلامت این کشور بر عهده دارد، بیمارستان‌های خصوصی شهرهای بزرگ نیز نقش ارزنده‌ای در تأمین خدمات سلامت دارند و به سرعت در حال رشد هستند (۳۰).

شرکت‌های گردشگری پزشکی بر کیفیت خدمات و مکان‌های لوکس تأکید می‌کنند. تایلند نیز خدمات مدرن پزشکی در بیمارستان‌های مجهز را به گردشگران پزشکی ارائه می‌کند. در واقع پایین بودن نرخ تعرفه‌های گمرکی در واردات تجهیزات پزشکی، بیمارستان‌های تایلند را به تجهیزات پزشکی بسیار جدید و پیشرفته برای ارائه‌ی خدمات مجهز کرده است (۵).

تعداد پزشکان ۰/۰۳ و تعداد پرستاران ۰/۱۶ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت این کشور برآورد شده است. توسعه‌ی بخش خدمات سلامت و تجارت بین‌المللی این خدمات نیازمند تعداد متخصصین سلامت بیشتر است؛ در صورتی که دانشکده‌ها نتوانند در تربیت متخصصین گروه پزشکی اقدام نمایند، دولت تایلند ناگزیر از استخدام و به کارگیری تعداد بیشتری از

رافلز و گروه مراقبت سلامت پارک وی در ارائه‌ی خدمات سلامت به گردشگران پزشکی بسیار موفق عمل کرده‌اند (۲۷). این شرکت‌ها برای توسعه‌ی فعالیت‌های خود در چین، آسیای جنوب شرقی، خاورمیانه و روسیه، دفاتر بازاریابی تأسیس کرده‌اند. گردشگران پزشکی این کشور از آسیا، استرالیا و برخی کشورهای اروپایی نظیر انگلستان و نیز ایالات متحده هستند (۶).

مزیت سنگاپور نسبت به سایر کشورهای فعال در گردشگری پزشکی در منطقه‌ی آسیای جنوب شرقی در کیفیت خدمات ارائه شده است، وگرنه این کشور از نظر قیمت خدمات سلامت نسبت به کشورهای تایلند، مالزی و هندوستان از مزیت رقابتی برخوردار نیست. سنگاپور با استفاده از همکاری بخش خصوصی و دولتی، تقویت هماهنگی بین بخشی در میان عوامل صنعت گردشگری پزشکی و ایجاد کانال‌های ارجاع بیماران در خارج از کشور و بازاریابی مناسب و اجرای یک سیستم اعتباربخشی مناسب برای رقابت در این صنعت خود را مجهز کرده است (۶، ۱). این کشور دارای قابلیت‌های پژوهشی پیشرفته، ۲ مرکز پزشکی و ۹ بیمارستان دارای اعتباربخشی بین‌المللی است. حمایت استثنایی و قوی دولت از گردشگری پزشکی و همکاری بین بخشی قوی بین هیأت توسعه‌ی اقتصادی، هیأت گردشگری سنگاپور و تشکیلات اقتصاد بین‌المللی این کشور و بخش‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات گردشگری پزشکی بسیار حایز اهمیت است. علاوه بر آن برخورداری از نیروی انسانی مسلط به زبان انگلیسی نیز در توسعه‌ی این صنعت تأثیرگذار بوده است (۲۸، ۱۰).

به طور تقریبی ۴۰ درصد از درآمد سالیانه‌ی بخش خدمات سلامت از ناحیه‌ی درمان بیماران خارجی (گردشگری پزشکی) تأمین می‌شود (۵). در حدود ۱۵ درصد از بیماران خارجی برای دریافت خدمات درمانی در زمینه‌ی سرطان و بیماری‌های قلبی به سنگاپور مراجعه می‌کنند، که جزء خدمات درآمدزای بخش سلامت سنگاپور محسوب می‌شوند.

گروه بهداشتی درمانی پارک وی از کشور سنگاپور با بیمارستان‌های زنجیره‌ای گلینگز، نیز بیمارستان‌هایی را در اندونزی در شهرهای جاکارتا (۳۲۸ تخت)، سورابایا (۱۴۸ تخت)

متخصصین خارجی است (۵).

پایین تولید برای تخصص یافتن در صادرات خدمات بیمارستانی منتفع شده‌اند. آن‌ها به طور دقیق در حال تبدیل شدن به یک مقصد ارجاع برای افرادی هستند که تنها برای دریافت مراقبت سلامت سفر می‌کنند (۳۲). همان گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، گردشگری سلامت درآمدهای قابل توجهی را برای صادر کنندگان مهم خدمات سلامت عضو آسه آن به همراه داشته است (۱).

این کشور برای تبدیل شدن به یکی از پایگاه‌های مهم صنعت گردشگری پزشکی در آسیا از مزایای جذب سرمایه‌های خارجی بهره برده است. در این کشور ۲۴ بیمارستان با سرمایه‌گذاری مشترک (مالکیت داخلی و خارجی) در سال ۲۰۰۱ وجود داشته است. این سرمایه‌گذاری‌ها اغلب از سوی ژاپن (۲۵ درصد)، سنگاپور (۱۹ درصد)، چین (۱۱ درصد) و ایالات متحده (۶ درصد) انجام شده است (۳۱).

ارقام سال‌های بعد، افزایش سریعی در گردشگری سلامت منطقه‌ی آسه آن را نشان می‌دهند. به عنوان مثال در سال ۲۰۰۶، سنگاپور بیش از ۵۰۰ هزار بیمار خارجی را پذیرش کرده است (۳۲). بخش گردشگری پزشکی سنگاپور به واسطه‌ی وجود سه مؤسسه‌ی کلیدی هیأت توسعه‌ی اقتصادی، هیأت گردشگری سنگاپور و تشکیلات سرمایه‌گذاری بین‌المللی سنگاپور توسعه و ارتقاء یافته است (۲۷).

سرمایه‌گذاری‌های خارجی انجام شده در بخش بیمارستانی تایلند ۳ درصد از کل سرمایه‌های بیمارستان‌های بخش خصوصی این کشور را شامل می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که کشور تایلند علاوه بر جذب سرمایه‌های خارجی، خود در بخش سلامت کشورهایی از منطقه «آسه آن» نظیر بنگلادش و میانمار سرمایه‌گذاری‌هایی انجام داده است (۳۱).

چالش‌ها و فرصت‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب:

در این قسمت به چالش‌ها و فرصت‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت به تفکیک کشورهای مورد مطالعه پرداخته شده است. در این پژوهش فرصت‌ها در برگیرنده‌ی نقاط قوت و فرصت‌های کشورها و چالش‌ها شامل نقاط ضعف (محدودیت‌ها) و تهدیدات حاصل از این نوع تجارت در کشورها است. مجموعه‌ی چالش‌ها و فرصت‌های ارایه شده در جداول ۲ و ۳ از منابع مورد مطالعه در این مقاله استخراج شده‌اند.

میزان مراجعین خارجی برای دریافت خدمات سلامت این کشور از کشور ژاپن و سایر کشورهای عضو آسه آن بسیار چشمگیرتر است و درآمد قابل توجهی (در حدود ۴۸۲ میلیون دلار آمریکا) برای کشور تایلند به همراه دارد (۱).

کشورهای تایلند و مالزی در مقایسه با سنگاپور از مزیت هزینه‌های رقابتی خدمات پزشکی برخوردار هستند. کشور تایلند در زمینه‌ی اعمال جراحی پیوند عروق کرونر By-pass و هزینه‌ی تخت روز بیمارستانی دارای مزیت رقابتی در منطقه است (۵).

مالزی، سنگاپور و تایلند در دو دهه‌ی گذشته از هزینه‌های

جدول ۱: صادرات خدمات گردشگری سلامت در منطقه‌ی آسه آن (۲۰۰۱-۲۰۰۲)

مبدأ بیماران / درصد	تعداد بیماران (نفر)	درآمد صادرات (دلار آمریکا)
۶۰ درصد از اندونزی، (۱۰ درصد از سایر کشورهای آسه آن)	> ۱۰۰/۰۰۰ (۲۰۰۱)	مالزی ۴۰ میلیون
۴۵ درصد از اندونزی، ۲۰ درصد از مالزی و ۳ درصد از سایر کشورهای آسه آن	۲۱۰/۰۰۰ (۲۰۰۱)	سنگاپور ۴۲۰ میلیون
۴۲ درصد از کشورهای خاور دور (اغلب ژاپن)، ۷ درصد از سایر کشورهای آسه آن	۴۷۰/۰۰۰ (۲۰۰۱) ۶۳۰/۰۰۰ (۲۰۰۲)	تایلند ۴۸۲ میلیون

جدول ۲: فرصت‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب

ردیف	فرصت‌ها (فرصت‌ها + نقاط قوت)	مالزی	سنگاپور	تایلند
۱	توسعه فن‌آوری اطلاعات و تأثیر آن بر مبادلات برون مرزی خدمات سلامت (MI)	*	*	
۲	افزایش تعداد گردشگران پزشکی در منطقه	*	*	*
۳	افزایش درآمد حاصل از تجارت بین‌المللی خدمات سلامت و توسعه اقتصادی	*	*	*
۴	وجود فرصت سرمایه‌گذاری در بخش خدمات سلامت سایر کشورهای آسیایی	*	*	*
۵	توسعه زیر ساخت‌های سلامت کشور	*	*	*
۶	برخورداری از پایگاه‌های اطلاعاتی - آموزشی Online و آموزش متخصصین سلامت سایر کشورهای آسه آن	*		
۷	عدم وجود محدودیت برای جذب سرمایه‌های خارجی در بخش خدمات سلامت	*		
۸	توسعه و تقویت شرکت‌های گردشگری پزشکی و همکاری با آنها	*	*	*
۹	توسعه صنعت گردشگری در کشور	*	*	*
۱۰	انجام اصلاحات در سیاست‌ها و مقررات در سطوح بخشی و فرا بخشی	*	*	*
۱۱	توسعه مشارکت بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت	*	*	*
۱۲	بهره‌مندی از زیر ساخت‌های فیزیکی و تکنولوژی سلامت پیشرفته	*	*	*
۱۳	اجرای برنامه‌های تضمین کیفیت در سطح ملی	*		
۱۴	رعایت استانداردهای بین‌المللی و دارا بودن مزیت رقابتی از این نظر در منطقه آسه آن	*		
۱۵	برخورداری از متخصصین سلامت خبره	*	*	*
۱۶	برخورداری از سطح مناسبی از سلامت	*	*	*
۱۷	اختصاص سهم مناسبی از تولید ناخالص داخلی (GDP) به بخش سلامت	*	*	*
۱۸	تنظیم موافقت‌نامه‌های دو جانبه و چند جانبه در زمینه خدمات بین‌المللی سلامت خارج از منطقه	*	*	*
۱۹	پایین بودن هزینه‌ی نیروی کار در کشور	*		
۲۰	وجود سیاست‌های حذف موانع گمرکی برای واردات زیر ساخت‌های تکنولوژی سلامت	*		
۲۱	اجرای برنامه‌های خدمات اجباری پزشکان فارغ‌التحصیل جدید به همراه سیاست‌های تشویقی برای فعالیت در مناطق روستایی در جهت تضمین سلامت جامعه‌ی تحت پوشش	*		
۲۲	پایین بودن هزینه‌ی عوامل غیر از نیروی کار در کشور	*		
۲۳	پایین بودن هزینه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت از جمله انواع اعمال جراحی و تخت روز در کشور	*		
۲۴	بهره‌مندی از زیر ساخت‌های ارتباطات مناسب	*	*	*
۲۵	بهره‌مندی از زیر ساخت‌های حمل و نقل مناسب	*	*	*

جدول ۳: چالش‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب

ردیف	چالش‌ها (تهدیدات + نقاط ضعف)	مالزی	سنگاپور	تایلند
۱	وجود سایر کشورهای پیشرو در زمینه‌ی تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در آسیا	*	*	*
۲	هزینه‌ی کارا تر بودن خدمات سلامت از راه دور در سایر کشورهای آسیا به دلیل افزایش سرمایه‌گذاری برای توسعه‌ی IT در این کشورها	*	*	*
۳	افزایش تقاضای داخلی خدمات سلامت به دلیل افزایش متوسط سن جامعه و تأثیر آن در محدود نمودن رایجی خدمات سلامت به مصرف کنندگان خارجی	*	*	*
۴	کمبود نیروی انسانی از جمله پزشکان، پرستار و سایر متخصصین سلامت در کشور	*	*	*
۵	هزینه‌های بالای خدمات سلامت	*	*	*
۶	وجود نواقصی در سیستم قانون‌گذاری در زمینه خطاهای پزشکی	*	*	*
۷	وجود نواقصی در سیستم قانون‌گذاری در زمینه رعایت حقوق بیماران	*	*	*
۸	غیر قابل انتقال بودن پوشش‌های بیمه‌ای	*	*	*
۹	وجود محدودیت‌های ارتباطی (زبان) برای استخدام متخصصین سلامت خارجی	*	*	*
۱۰	عدم توانایی مؤسسات آموزشی و دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تأمین نیازهای نیروی انسانی بخش سلامت و استخدام پزشکان و پرستاران خارجی	*	*	*

بحث

تکنولوژیک و قابلیت‌های نیروی انسانی، توسعه‌ی زیرساخت‌های خدمات سلامت و خدمات مرتبط و ایجاد تدابیر قانونی برای تسهیل تجارت بین‌المللی خدمات از جمله راه‌بردهای مؤثر در موفقیت این کشورها در عرصه‌ی تجارت بین‌المللی خدمات سلامت است.

هر سه کشور بر پایه‌ی مزیت‌های نسبی خود به عرصه‌ی تجارت در بخش سلامت وارد شده‌اند، برای مثال در سنگاپور به دلیل برخورداری از پایگاه‌های اطلاعاتی-آموزشی Online و هزینه‌ی پایین خدمات اینترنتی، این کشور آموزش متخصصین سلامت سایر کشورهای منطقه را بر عهده گرفته است و از این نظر با کشورهای توسعه یافته‌ای نظیر استرالیا و کانادا در منطقه رقابت می‌کند. مالزی و تایلند در این زمینه حضور چشمگیری ندارند (۲).

در منطقه‌ی آسه آن، کشورها به دلیل مزیت‌های نسبی در زمینه‌های پزشکی و گردشگری از میان روش‌های مختلف تجارت در خدمات سلامت به صنعت گردشگری پزشکی گرایش بیشتری داشته‌اند. توسعه و تقویت شرکت‌های

بر اساس یافته‌های پژوهش در منطقه‌ی آسه آن و به طور اخص در سه کشور مورد بحث در این مقاله محدودیت‌هایی در زمینه‌ی تجارت سلامت وجود دارد، این محدودیت‌ها اغلب در موارد دسترسی به بازار خدمات سلامت (در قالب چهار روش عرضه‌ی خدمات سلامت)، تدابیر قانونی موجود در کشورها و محدودیت‌های مربوط به نظام سلامت کشورها می‌باشد (۵). اما با وجود این محدودیت‌ها، کشورهای تایلند، مالزی و سنگاپور به سوی جهانی شدن خدمات سلامت و بهره‌مندی از فرصت‌های ناشی از آن برای کشورشان و کاهش یا رفع محدودیت‌های موجود گام برداشته، پیشرفت‌های قابل توجهی داشته‌اند، تا آن جا پیش رفته‌اند که به پیش‌تازان تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در منطقه‌ی آسه آن و در قاره‌ی آسیا تبدیل شده‌اند.

مشارکت بخش خصوصی و دولتی به صورت مجزا و در ارتباط با هم در این کشورها در توسعه و ارتقای ظرفیت‌های

(استخدام متخصصین و دانشمندان)، پیشرفت‌های قابل توجهی داشته است.

صدیقی و همکاران در مطالعه‌ای به ارزیابی تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در ۱۰ کشور از منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی پرداخته‌اند. تجارت خدمات سلامت در این منطقه بسیار محدود است. گردشگری پزشکی و مهاجرت متخصصین سلامت دو روش رایج در این منطقه است. کشور اردن به عنوان یک پایگاه جدید در عرصه‌ی گردشگری پزشکی در منطقه‌ی خاورمیانه است و کشورهای یمن و عمان وارد کنندگان خدمات سلامت در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی هستند (۲).

مطالعه‌ی دیگری نشان می‌دهد که دولت‌ها اغلب تجارت خدمات سلامت در قالب روش‌های (۱) و (۲) را محدود نمی‌کنند و سیاست‌های محدود کننده‌ی دولت در اغلب موارد به ویژه واردات در قالب روش‌های (۳) و (۴) است، به گونه‌ای که در کشورهای ضعیف‌تر (از نظر توسعه یافتگی) در منطقه‌ی آسه آن نظیر کامبوج، اندونزی، لائوس و ویتنام سیاست‌های دولتی محدودیت کمتری در زمینه‌ی جذب سرمایه‌های خارجی ایجاد کرده، برای توسعه‌ی بخش سلامت حتی مالکیت کامل خارجی را مجاز کرده‌اند، اما در کشورهای نظیر مالزی، فیلیپین و تایلند مالکیت خارجی به حداقل کاهش یافته است (۴).

نتیجه‌گیری

بخش سلامت به عنوان یک بخش بسیار قانونمند و بر پایه‌ی قانون اساسی و حقوق انسان‌ها در بسیاری از کشورها پایه‌گذاری شده است و به همین دلیل بسیاری از شهروندان و تعدادی از سیاست‌گذاران سلامت به آن (سلامت) به عنوان یک خدمت غیر قابل تجارت می‌نگرند، که نمی‌تواند تحت تأثیر نیروهای جهانی قرار گیرد. اما به دلیل محدودیت بودجه‌ی دولت‌ها برای بخش سلامت و افزایش تقاضای خدمات این بخش در بسیاری از کشورها، تجارت خدمات سلامت به عنوان یک راه حل مناسب برای دستیابی به کیفیت بهتر خدمات سلامت مطرح می‌شود.

گردشگری پزشکی در تایلند و به ویژه در سنگاپور نقش مهمی در گردشگری سلامت ایفا می‌کند. هزینه‌های سرسام‌آور خدمات سلامت در سنگاپور باعث جذب بیماران کمتری از منطقه می‌شود، اما وجود تفاوت‌های منطقه‌ای در زمینه‌ی کیفیت خدمات سلامت و تفاوت‌های هزینه‌ای با کشورهای توسعه یافته، این کشور را به خاستگاه بیمارانی از اروپا و آمریکا تبدیل کرده است (۲۶). پایین بودن هزینه‌ی ارایه‌ی خدمات سلامت و سایر هزینه‌های گردشگری و اقامت در مالزی و تایلند باعث جذب بیماران بیشتری از منطقه و از سایر کشورهای آسیایی شده است (۱۰).

مالزی برای تقویت بخش خدمات سلامت به جذب سرمایه‌های خارجی از کشورهای توسعه یافته‌ی نظیر استرالیا پرداخته است. در عین حال مؤسسات سلامت مالزیایی در حال مطالعه برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت بنگلادش هستند، به عبارت دیگر مالزی با توجه به شرایط بخش سلامت کشور و تقاضای جامعه هم از مزایای واردات و هم صادرات M3 (جذب سرمایه‌های خارجی و انجام سرمایه‌گذاری خارجی) بهره‌مند گردیده است (۲۶).

بیمارستان Bumrungrad در تایلند نیز قراردادهایی را با بیمارستان‌هایی در میانمار و بنگلادش (برای ارایه‌ی خدمات) امضاء کرده است و پروژه‌های را در ارتباط با فعالیت مشترک با یکی از بیمارستان‌های فیلیپین آغاز کرده است. بیمارستان Bangkok نیز ۱۲ شعبه در آسیای جنوبی و جنوب شرقی تأسیس کرده است، که اغلب در مناطق توریستی جای گرفته‌اند. این سه کشور در زمینه‌ی صادرات نیروی انسانی بخش سلامت نقش چشمگیر و فعال نداشته است، ولی از واردات آن (به کارگیری متخصصین سلامت) با توجه به شرایط کشور منتفع شده است (۳۲).

از میان کشورهای مورد مطالعه، تنها سنگاپور در همه‌ی زمینه‌های تجارت در سلامت، روش ۱ (سلامت از راه دور)، روش ۲ (گردشگری پزشکی)، روش ۳ (ایجاد زنجیره‌ای از بیمارستان‌ها نظیر Gleneagles international) و سرمایه‌گذاری در بخش سلامت کشورهای مختلف و روش ۴

بدون تردید توسعه‌ی تجارت خدمات سلامت در یک منطقه و یا در قالب قراردادهای خاص با چالش‌های متعددی مواجه می‌شود. مهم‌ترین این چالش‌ها در ارتباط با موارد زیر ممکن است پدید آید:

۱. اعتبار بخشی بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی، کلینیک‌ها و ... و رفع محدودیت‌های موجود و تأمین استانداردهای بین‌المللی برای جلب تعداد بیشتری از بیماران از کشورهای توسعه یافته.

۲. تلاش در جهت قابلیت انتقال بیمه‌های سلامت.

۳. حمایت از بخش خصوصی برای توسعه‌ی تجارت در بخش سلامت.

۴. توسعه‌ی تجارت منطقه‌ای بر اساس مزیت‌های نسبی هر کشور.

۵. رفع موانع قانونی مربوط به جابه‌جایی و انتقال افراد (گردشگران و متخصصین) در سطح منطقه، سرمایه‌گذاری خارجی و مشارکت در مالکیت و هدایت بیمارستان‌ها و ...

۶. تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز با توجه به اولویت کشورها در زمینه‌ی تجارت خدمات سلامت شامل: زیرساخت‌های ارتباط از راه دور (M1)، زیرساخت‌های انسانی، فیزیکی و تکنولوژیکی برای جذب گردشگران پزشکی (M2)، زیرساخت‌های آموزشی به منظور تأمین نیروی انسانی داخلی و صادرات نیروی انسانی به خارج از کشور (M4).

به دلیل وجود تفاوت در قوانین داخلی کشورها، این نیاز همواره احساس می‌شود که ساختارهای قانونی داخلی استاندارد شده، تا تجارت بیشتر خدمات سلامت در منطقه را تسهیل کنند.

به منظور توسعه‌ی تجارت در خدمات سلامت در منطقه‌ی آسه آن و در سایر مناطق تحت قراردادهای دو جانبه و چند جانبه، این تجارت بایستی با توجه به مزیت‌های نسبی کشورها در زمینه‌های خاصی از بخش سلامت صورت پذیرد و چنان چه کشوری در هیچ یک از زمینه‌های تجارت در بخش سلامت دارای مزیت نسبی نیست، به این نوع از تجارت مبادرت نرزد. چنان چه از یافته‌ها بر می‌آید در منطقه‌ی آسه آن نیز همه‌ی کشورهای عضو این موافقت‌نامه به این نوع از تجارت روی نیاورده، برخی از این کشورها نظیر میانمار و لائوس وارد کننده‌ی خدمات سلامت بوده، برخی نظیر اندونزی، مالزی و سایر کشورها هم از مزایای واردات و صادرات خدمات سلامت بهره‌مند شده‌اند. نقش مؤسسات و انجمن‌های خصوصی از قبیل آسه آن در این زمینه بسیار مهم به نظر می‌رسد. این گونه مؤسسات خصوصی با هدایت سیاست‌ها به سوی تقویت تجارت خدمات سلامت در حوزه‌ی کشورهای طرف قرارداد (داخل منطقه‌ای)، ایجاد جو مناسب برای تجارت و ارائه‌ی مساعدت‌های تکنیکی به کشورهای عضو نقش مهمی در ارتقای این نوع از تجارت ایفا می‌کنند.

References

1. Arunanondchai J, Fink C. Trade in health services in the ASEAN region. *Health Promot Int* 2006; 21(suppl 1): 59-66.
2. Siddiqi S, Shennawy A, Mirza Z, Drager N, Sabri B. Assessing trade in health services in countries of the Eastern Mediterranean from a public health perspective. *Int J Health Plann Manage* 2010; 25(3): 231-50.
3. Cattaneo O. Trade in Health Services What's in it for Developing Countries? The World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Network, International Trade Department [Online]. 2009; Available from: URL: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/11/05/000158349_20091105153652/Rendered/PDF/WPS5115.pdf
4. Dee P, Dihh H. Barriers to Trade in Health and Financial Services in ASEAN [Online]. 2009; Available from: URL: <http://econpapers.repec.org/paper/erawpaper/d014.htm/>

5. Tullao TS, Cortez MA. Development of a private sector framework for ASEAN trade negotiations: Health care sector [Online]. 2006; Available from: URL: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ692.pdf
6. Smith RD, Chanda PR, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. *The Lancet* 2009; 373(9663): 593-601.
7. Cortez N. Patients without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. *Indiana Law Journal* 2008; 83(24). Available from: URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=982742/
8. Lautier M. Export of health services from developing countries: the case of Tunisia. *Soc Sci Med* 2008; 67(1): 101-10.
9. Bernal R. The Globalization of Health care Industry: Opportunities For the Caribbean. *Cepal Review* 2007; 92: 83-99.
10. ESCAP. Medical Travel in Asia and Pacific; Challenges and Opportunities [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.unescap.org/ESID/hds/lastestadd/MedicalTourismReport09.pdf/>
11. Joint Commission International (JCI). Accredited Organizations [Online]. 2008; Available from: URL: <http://www.jointcommissioninternational.org/23218/iortiz/>
12. Smith R. Trade in Health Services: Current Challenges and Future Prospects of Globalization. In: Jones AM, Editor. *The Elgar companion to health economics*. London: Edward Elgar Publishing; 2006. p. 167.
13. Blouin C, Gobrecht J, Lethbridge J, Singh D, Smith R, Warner D. Trade in Health Services under the Four Modes of Supply: Review of Current Trends and Policy issues. In: Blouin C, Drager N, Smith R, Editors. *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. Washington (DC): World Bank Publications; 2006. p. 203-8.
14. Chanda R. Trade in Health Services. *World Health Organization* 2002; 80(2): 158.
15. Heinzelmann P, Chau R, Liu D, Kvedar J. Cross Cultural Telemedicine Via Email: Experience in Cambodia and the USA. In: Wootton RW, Patil NG, Ho K, Editors. *Telehealth in the Developing World*. London: IDRC; 2009. p. 135-48.
16. Wibulpolprasert S, Pachanee CA, Pitayarangsarit S, Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. *Hum Resour Health* 2004; 2(1): 10.
17. Smith RD. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. *Soc Sci Med* 2004; 59(11): 2313-23.
18. Mortensen J. International Trade in Health Services assessing the Trade and the Trade-Offs. *DIIS Working Paper* 2008; 2008(11): 36.
19. Widiatmoko D, Gani A. International Relations within Indonesia Hospital Sector. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in health services: global, regional, and country perspectives*. Texas: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 108-17.
20. Chanda R. Foreign Investment in Hospitals in India: Status and Implications [Online]; 2007; Available from: URL: http://www.whoindia.org/LinkFiles/Trade_Agreement_FDI-1.pdf/
21. Rahman M. Bangladesh- India Bilateral trade: an Investigation into Trade in Services [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.eldis.org/assets/Docs/28871.html/>
22. Kumar P, Simi TB. Barriers to Movement of Health Professionals: A Case Study of India. *CUST Center for International Trade, Economics and Environment* [Online]. 2007; Available from: URL: http://www.whoindia.org/LinkFiles/Trade_Agreement_Barriers_to_Movement_of_Healthcare_Professionals.pdf/
23. Representative Office in Malaysia. *WHO Country Cooperation Strategy Malaysia 2006-2008* [Online]. 2009; Available from: URL: www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs/
24. Leng CH. Asia Research Institute Working Paper Series No. 83, *Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare* [Online]. 2007; Available from: URL: http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps07_083.pdf/
25. Opportunity in Asian Medical Tourism (2007-2010) [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.ncos.com/Report/IM0102.htm/>
26. Khoo L. Trends in Foreign Patients admission in Singapore. *MOH information Paper* [Online]. 2003; Available from: URL; http://www.moh-uat.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Information_Papers/2003/TRENDS_IN_FOREIGN_PATIENT_ADMISSION_IN_SINGAPORE.pdf/

27. Lethbridge J. Strategies of Multinational Health Care Companies in Europe and Asia. In: Mackintosh M, Koivusalo M, Editors. Commercialization of health care: global and local dynamics and policy responses. Sydney: Palgrave Macmillan; 2005.
28. Herrick D. Medical Tourism: Global Competition in Health Care. NCPA Policy Report [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.ncpa.org/pub/st304/>
29. Sitthi-amorn C, Somrongthong R, Janjaroen WS. Some health implications of globalization in Thailand. Bull World Health Organ 2001; 79(9): 889-90.
30. Janjaroen W. Supakankuntis. International trade in health Services in the Millennium: The Case of Thailand. In: Drager N, Vieira C, Editors. Trade in health services: global, regional, and country perspectives. Washington (DC): Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 87-106.
31. Mikic M. Health-related Services in Multilateral and Preferential Trade Arrangements in Asia and the Pacific [Online]. 2007; Available from: URL: <http://econpapers.repec.org/paper/escwpaper/3007.htm/>
32. Davis L, Erixon F. The health of nations: Conceptualizing approaches to trade in health Care. ECIPE policy Briefs 2008; 4: 1-12.

Archive of SID

International Trade in Health Services in the Selected Countries of ASEAN Region; Challenges and Opportunities*

Sogand Tourani, PhD¹; Sayed Jamaledin Tabibi, PhD²; Shahram Tofighi, PhD³; Nasrin Shaarbafchi zadeh, PhD⁴

Abstract

Introduction: Equitable access to a basic set of health services at minimum quality and affordable price is the right of every citizen and in all countries the governments have the duty to deliver these services to the population. International trade in health services influences the balance between equitable distribution of these services, creating incentives to improve the efficiency of health systems, and managing the limited financial resources of the governments. It also creates opportunities and challenges for health systems and communities. This paper reviewed different modes of trade in health services and investigated the opportunities and challenges resulted from this kind of trade in the selected countries of ASEAN region to make Iranian health policy makers and operators aware of trade in health sector.

Methods: This paper was resulted from a section of an applied descriptive-comparative study about international trade in health services conducted during 2008-2010. Data was collected using digital and printed resources. The research population included 3 countries of ASEAN region, namely Malaysia, Singapore, and Thailand. The extracted information was used to generally picture the status of international trade in health services in the region and to compare the related opportunities and challenges.

Results: International trade in health services in the studied countries involved 4 modes including supply as cross-border supply of the services, consumption abroad (health tourism), commercial presence (foreign direct investment), and temporary immigration of persons (health professionals). The trade provides opportunities for earning revenues and promoting the quality of available health services, but it also raises challenges in competing with other countries (of ASEAN) and in accessibility and affordability of health services for the country population.

Conclusion: The most important challenges the ASEAN countries face in developing trade in health services include accelerating credit provision for service providers, portability of health insurance, developing and protecting the private sector, cooperation between the public and private sectors, and expanding the trade based on relative strengths of each country in order to improve the health sector.

Keywords: International Trade; Health Services; Medical Tourism.

Type of article: Original article

Received: 17 Jan, 2010

Accepted: 18 Jan, 2011

Citation: Tourani S, Tabibi SJ, Tofighi Sh, Shaarbafchi zadeh N. **International Trade in Health Services in the Selected Countries of ASEAN Region; Challenges and Opportunities.** Health Information Management 2011; 8(4): 468.

* This article was resulted from a PhD dissertation.

1. Assistant Professor, Health Services Management, Hashemi Nezhad Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Professor, Health Services Management, Islamic Azad University, Research and Science Branch, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Health Services Management, Baghiat Allah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
Email: nshaarbafchi@yahoo.com