

Development of International Trade in Health Services in the Legal System of World Trade Organization

AliReza Shirmohammadi¹, Liela Raeisi², Masuod Raei Dahaghi³

Abstract

The World Trade Organization, as one of the youngest international organizations following its 50th activity of predecessor means the General Agreement on Tariffs and Trade in the Multilateral Trade System, through the establishment of a General Agreement on Trade in Services, regulated the domain of International Trade in services and by designating Integrated legal framework for the advancement and development of international trade in health services sector has emerged as one of the fourteen sections of its international services, which has become increasingly important for both developing and developed countries in the past two decades. The present study, using the analytical-descriptive method of this finding, will determine that the General Agreement on Trade in Services as one of the main Agreements covered by the WTO law will play a significant role in the development of international trade in health services through a variety method of services supply and codification general and special legal obligations.

Keywords

General Agreement on Trade in Services, Health Services, Legal Obligations, Service Delivery Procedures, World Trade Organization

1. Department of International Law, Branch of Najaf Abad, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

2. Department of International Law, Branch of Najaf Abad, Islamic Azad University, NajafAbad, Iran. (Correspondingauthor)

Email: raisi.leila@gmail.com

3. Department of International Law, Branch of Najaf Abad, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

Original Article Received: 21 Febuary 2018 Accepted: 7 January 2019

Please cite this article as: Shirmohammadi AR, Raeisi L, Raei Dahaghi M. Development of International Trade in Health Services in the Legal System of World Trade Organization. Iran J Med Law 2019; 13(49): 123-148.

توسعه تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی درمانی در

نظام حقوقی سازمان تجارت جهانی

علیرضا شیرمحمدی^۱لیلا رئیسی^۲مسعود راعی دهقی^۳

چکیده

سازمان تجارت جهانی به عنوان یکی از جوان‌ترین سازمان‌های بین‌المللی متعاقب فعالیت ۵۰ ساله موافقت‌نامه عمومی تعرفه و تجارت (گات) در نظام تجاری چندجانبه، حوزه تجارت بین‌المللی خدمات را از طریق انعقاد موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات (گاتس) به نظم و قاعده درآورده و با تعیین چارچوب حقوقی منسجم، موجبات پیشرفت و توسعه تجارت بین‌المللی بخش خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یکی از بخش‌های چهارده‌گانه خدمات تحت شمولش را فراهم ساخته، به طوری که این بخش از تجارت خدمات در دو دهه اخیر اهمیت فزاینده‌ای برای هر دو دسته کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته پیدا کرده است. تحقیق حاضر با بررسی مقررات موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات در بخش خدمات بهداشتی درمانی و استفاده از روش توصیفی - تحلیلی این یافته را تبیین کرده که موافقت‌نامه گاتس به عنوان یکی از موافقت‌نامه‌های اصلی تحت شمول حقوق سازمان تجارت جهانی نقش قابل توجهی در توسعه تجارت بین‌المللی بخش خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش‌های متنوع عرضه خدمات و تدوین تعهدات حقوقی کلی و خاص ایفا کرده است.

۱. دانشجوی دکتری حقوق بین‌الملل، گروه حقوق بین‌الملل، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. دانشیار گروه حقوق بین‌الملل، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)
Email: raisi.leila@gmail.com

۳. دانشیار گروه حقوق بین‌الملل، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۷

واژگان کلیدی

تعهدات حقوقی، خدمات بهداشتی درمانی، روش‌های عرضه خدمات، سازمان تجارت جهانی، موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات

مقدمه

سازمان تجارت جهانی یکی از سازمان‌های مهم بین‌الملل است که در دهه آخر قرن بیستم پا به عرصه بین‌المللی گذاشته و با وجود جوان بودن بر پایه‌های گات (General Agreement on Tariffs and Trade) مستقر شده است. در دهه ۱۹۸۰ تلاش‌های ایالات متحده برای آوردن تجارت خدمات به حوزه نظام تجاری چندجانبه (Multilateral Trade System) شروع شد و پیشنهاد این کشور در جلسه وزیران گات در نوامبر ۱۹۸۲ پذیرفته شد (۱).

البته با وجود این که جامعه اروپا آزادسازی تجارت خدمات را در سطح گسترده‌ای به اجرا می‌گذاشت (۲) و این بخش از تجارت بین‌المللی در منطقه نفتا (North American Free Trade Area) نیز به اجرا درمی‌آمد تا قبل از مذاکرات دور اروگوئه، آزادسازی تجارت خدمات حداکثر در سطحی دوجانبه شکل گرفته بود. به دنبال مذاکرات رسمی و مشاوره‌های غیر رسمی بین اعضای متعهد گات، در اعلامیه وزیران دور اروگوئه در پانتا دل آسته (Punta Del Este)، آزادسازی تجارت خدمات به عنوان یکی از اهداف مذاکرات پذیرفته شد (۳).

درک این موضوع از سوی کشورهای توسعه‌یافته که تجارت خدمات بخش قابل توجهی از تولید ناخالص ملی را تشکیل می‌دهد و نقش مؤثری در رشد اقتصادی دارد، به همراه از دست‌رفتن مزیت نسبی در تولید برخی کالاها برای قریب به اتفاق این دسته از کشورها (۴) و همچنین تغییرات تکنولوژیکی و اصلاح مقرراتی که اجازه تجارت‌پذیری شماری از خدمات در سطح بین‌المللی از طریق شبکه‌های ارتباطی راه دور را می‌داد (۵)، عوامل کلیدی در تغییر نگرش اعضای متعهد گات نسبت به پذیرش تجارت خدمات در نظام تجاری چندجانبه هستند.

بدون شک موافقت‌نامه عمومی تجارت خدمات (گاتس) به عنوان یکی از مهم‌ترین دست‌آوردهای مذاکرات دور اروگوئه و اولین موافقت‌نامه تجاری چندجانبه در زمینه تجارت بین‌المللی خدمات (۶) اهمیت مضاعفی در اقتصاد جهانی پیدا کرده، زیرا این موافقت‌نامه به طور هم‌زمان هنجارهای اساسی را برای آزادسازی تجارت خدمات و ساختار موفقی برای مذاکرات آتی بین اعضا تدارک دیده (۷) و از طرفی در این موافقت‌نامه اصول اساسی و کلی گات در خصوص تجارت خدمات به اجرا درمی‌آید (۸) که رقابت بیشتر در دسترسی به بازار و عدم تبعیض بر علیه خدمات خارجی و عرضه‌کنندگان خدمات خارجی را دربر می‌گیرد (۹).

بنابراین این موافقت‌نامه به طور واقعی می‌تواند روند جهانی‌سازی بازارهای خدماتی از جمله خدمات بهداشتی درمانی را توسعه دهد (۱۰) و از طریق به نظم‌درآوردن حقوق و مقررات داخلی دولت‌ها، زمینه آزادسازی بیشتر تجارت خدمات بهداشتی درمانی را از طریق تعهدات این موافقت‌نامه فراهم سازد. قابل ذکر است که آزادسازی تجارت خدمات می‌تواند به روش‌های مختلفی حوزه بهداشتی درمانی دولت‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. برخی اوقات این اثر واضح و مستقیم است، مثل زمانی که تجارت کالاها باعث انتقال بیماری‌ها از مرزها می‌شود، اما در بیشتر اوقات این اثرات به طور غیر مستقیم عمل می‌کند. برای مثال، کاهش تعرفه‌های تجاری می‌تواند هزینه داروهای اساسی، تجهیزات پزشکی و محصولات مربوط به حوزه بهداشتی درمانی را کاهش دهد یا تغییر در مقررات بین‌المللی از جمله حمایت از حق ثبت اختراعات و ابداعات دارویی، دسترسی به این داروها و انتقال فناوری مربوط به آن‌ها را تسهیل نماید.

همچنین می‌دانیم ارتباط معناداری بین افزایش تجارت بین‌المللی و رشد اقتصادی وجود دارد که فی‌نفسه می‌تواند موجبات کاهش فقر و افزایش سطح استانداردهای زندگی از جمله ارتقای خدمات بهداشتی درمانی را به همراه داشته باشد. بنابراین تجارت خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند با تغییر در قوانین آزادسازی تجارت خدمات، قانونگذاری بین‌المللی و کارکرد نهادهای بین‌المللی (مثل سازمان بهداشت جهانی و سازمان جهانی غذا) تحت تأثیر قرار گیرد.

به هر حال، توسعه قانونگذاری بین‌المللی مربوط به تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی در مذاکرات سازمان تجارت جهانی منجر به آزادسازی بیشتر تجارت خدمات در این بخش شده و در مذاکرات دور دوحه نیز تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه اعضا قرار گرفته، به طوری که اعلامیه دوحه در خصوص موافقت‌نامه تریپس و بهداشت عمومی نیز بحث دسترسی به داروهای اساسی را به عنوان یکی از چالش‌های کشورهای در حال توسعه مورد تأکید قرار داده است.

تحقیق حاضر تلاش دارد روش‌های توسعه تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی درمانی را در نظام حقوقی سازمان تجارت جهانی تبیین نماید و با رویکردی توصیفی - تحلیلی روند توسعه این حوزه از تجارت بین‌المللی تحت شمول حقوق سازمان تجارت جهانی را بررسی نماید. به همین منظور ابتدا، برای تبیین فرضیه تحقیق، قلمرو موافقت‌نامه، روش‌های عرضه خدمات بهداشتی درمانی و حقوق و تعهداتی که موافقت‌نامه گاتس مقرر نموده، مورد مذاکره قرار داده و

در ادامه، توسعه تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش چهارم عرضه خدمات و دلایل پایین‌بودن سطح تجارت خدمات بهداشتی درمانی و همچنین موضوع ملاحظات و منافع کشورهای در حال توسعه مورد ملاحظه قرار داده و در پایان و قبل از نتیجه‌گیری موضوع مذاکرات تجاری دور دوحه در خصوص توسعه تجارت خدمات بهداشتی درمانی را تشریح کرده است.

قلمرو اعمال و تعریف موضوعات موافقت‌نامه گاتس

قلمرو اعمال موافقت‌نامه گاتس دامنه وسیعی دارد و همان‌گونه که در بند ۱ ماده ۱ مقرر شده، مقررات گاتس، همه اقدامات اعضا که تجارت خدمات را متأثر می‌سازد، پوشش می‌دهد. واژه اقدامات مؤثر بر تجارت خدمات قلمرو وسیع اعمال موافقت‌نامه را نشان می‌دهد (۱۱) و در واقع این قلمرو می‌تواند مقررات مربوط به کالاهایی که با عرضه خدمات از جمله خدمات بهداشتی درمانی همراه هستند را نیز پوشش دهد.

ماده ۲۸ گاتس به طور دقیقی واژه اقدامات را تعریف کرده و می‌تواند هر اقدام عضو، خواه به شکل قانون، مقررات، آیین رسیدگی، تصمیمات قضایی، اقدامات اداری یا هر شکل دیگری از اقدام را شامل شود (۱۲). به علاوه بر اساس بند ۳ ماده ۱ اقدام هر عضو می‌تواند اقدامات اتخاذ شده به وسیله نهادهای مرکزی، منطقه‌ای یا محلی دولتی و نهادهای غیر دولتی که از جانب دولت عمل می‌کنند را نیز پوشش دهد (۱۲)، البته در ادامه، ماده ۱ مقرر داشته که تقسیم‌بندی خدمات، هر خدمتی در هر بخش به جز خدمات اعمال‌شده در راستای اجرای اختیارات حکومتی را شامل می‌شود.

خدمات تحت شمول موافقت‌نامه گاتس از طریق چهار روش قابل عرضه است که در قسمت بعدی تشریح شده است. قابل ذکر است که ارائه و عرضه خدمات بهداشتی درمانی همیشه از طریق یکی از روش‌های فوق میسر نیست، به طوری که گاهی عرضه خدمات به صورت ترکیبی از روش‌های فوق صورت می‌گیرد و بعضاً هم عرضه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند همراه عرضه دیگر خدمات از جمله خدمات حرفه‌ای، بیمه‌ای، توریسم و... باشد.

روش‌های عرضه خدمات بهداشتی درمانی

تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی درمانی به طور بالقوه‌ای اثرات مهمی بر کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی، موضوع قابلیت دسترسی و نظام عمومی بهداشت و درمان کشورهای صادرکننده و واردکننده دارد (۱۳). همچنین این اثرات به طور قابل ملاحظه‌ای از یک روش عرضه خدمات به روش دیگر متفاوت است. از طرفی، اعضای سازمان تجارت جهانی اغلب بر اساس نیازها و مزیت نسبی که دارند، روش‌های عرضه خدمات را انتخاب کرده و تعهدات خاص را در خصوص همان روش پذیرفته‌اند.

از طرف دیگر، اصولاً ارائه خدمات بهداشتی درمانی کالای مصرفی یا خدمات تجاری صرف نیست، بلکه بخشی از مطالبات عمومی جامعه است که دولت‌ها در تضمین دسترسی به آن تعهدات کاملی دارند. بنابراین اهداف تجاری بخش خدمات بهداشتی درمانی باید با دیگر اهداف اجتماعی مشروع (Legitimate Social Objective) جامعه مقایسه شود. برای مثال در تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی همیشه باید الزامات حقوق بشری رعایت شود.

۱- روش اول: عرضه برون‌مرزی خدمات بهداشتی درمانی

در این روش واردکننده یا صادرکننده خدمات بهداشتی درمانی از مرز عبور نمی‌کند، بلکه این عرضه خدمات بهداشتی درمانی است که از مرز عبور می‌کند.

برای مثال، در این روش بیماری از یک کشور به عنوان واردکننده، درمان را از پزشک مقیم در کشور دیگری به عنوان صادرکننده، دریافت می‌کند یا بیمارستانی از یک کشور به عنوان واردکننده، خدمات تشخیصی را از منبع کشور دیگری به عنوان صادرکننده دریافت می‌کند.

در نظام سازمان تجارت جهانی این روش عرضه خدمات بهداشتی درمانی توسعه چشم‌گیری پیدا نکرده است، هرچند در برخی موارد این روش موجب کاهش هزینه‌های خدمات پزشکی شده و گاهی اوقات نیز انتقال دانش فنی به کشور واردکننده را تسهیل کرده است (۱۳).

۲- روش دوم: عزیمت دریافت‌کننده خدمات از کشور واردکننده به کشور صادرکننده

این روش عموماً همراه با عزیمت دریافت‌کننده خدمت از کشور واردکننده به کشور صادرکننده است. برای مثال کشور واردکننده بیماران را جهت دریافت خدمات درمانی به کشور

صادرکننده می‌فرستد یا تبعه کشور واردکننده به عنوان توریسم در شرایطی خاص خدمات درمانی را در کشور صادرکننده دریافت می‌کند.

این روش به برخی از کشورها که از نظر منابع انسانی و زیرساختی با محدودیت‌های گسترده‌ای رو به رو هستند، کمک می‌کند که بیماران را در خارج از کشور درمان نمایند. نمونه بارز استفاده از این روش عرضه خدمات بهداشتی درمانی، کشور در حال توسعه عمان است. در عمان و شماری از کشورهای دیگر، اگر شرایط درمان بیماری افراد در داخل کشور میسر نباشد، بیماران می‌توانند گزینه درمان در خارج از کشور را انتخاب کنند.

در بیشتر کشورهای پذیرنده بیماران، سیاستگذاران بخش خدمات بهداشتی درمانی اقدامات متنوعی را به کار می‌گیرند تا منافع و عواید حاصله از درمان بیماران خارجی برای ارتقای نظام بهداشتی درمانی ملی به کار گرفته شود (۱۳).

۳- روش سوم: ارائه خدمات در کشور واردکننده از طریق حضور نمایندگی صادرکننده

در این روش کشور واردکننده به کشور صادرکننده اختیار تأسیس نمایندگی یا شعبه بیمارستانی را در سرزمینش اعطا می‌کند، به طوری که این شعبه از جانب کشور صادرکننده عمل می‌کند و مالکیت و مراقبین و عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی عموماً از اتباع کشور صادرکننده هستند. نمونه بارز این روش عرضه خدمات بهداشتی درمانی، تأسیس بیمارستان ایرانیان در شهر دبی امارات متحده عربی است.

قابل ذکر است که سرمایه‌گذاری خارجی نقش حیاتی در برخی بخش‌های اقتصادی کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته بازی می‌کند. بخش بهداشتی درمانی نیز از این امر مستثنا نیست و از آنجایی که در اکثر کشورها نظام بهداشت و درمان تحت نظر حاکمیت قرار دارد، فراهم‌ساختن نیازهای زیرساختی بر عهده دولت‌ها است و بخش خصوصی نقش کم‌تری در ارائه و عرضه خدمات بهداشتی درمانی بازی می‌کند و به همین دلیل سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در بخش بهداشت و درمان کشورها با محدودیت‌های رو به رو است.

البته هندیکی از کشورهای پیشرو در جذب سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی بر مبنای این روش عرضه خدمات بهداشتی درمانی است که در این زمینه به طور موفقی عمل کرده، به طوری که بازار ۱۸/۷ میلیارد دلاری این بخش با چهار میلیون شغل، رشد ۱۴٪ را در سال‌های اخیر تجربه کرده است (۱۳).

خط مشی سرمایه‌گذاری خارجی هند در خصوص تأسیس بیمارستان‌ها آزاد است و سرمایه‌گذاران خارجی با محدودیت‌های مقرراتی زیادی برای ورود به بازار هند مواجه نیستند. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ حدود ۹۰ پروژه سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی در تأسیس بیمارستان‌ها و مراکز تشخیصی از سوی کشورهای مثل استرالیا، کانادا، انگلستان و ایالات متحده در هند به کار گرفته شده است (۱۳).

۴- روش چهارم: عزیمت صادرکننده به کشور واردکننده برای ارائه خدمات

در این روش، واردکننده به اشخاص حقیقی اجازه می‌دهد که در سرزمینش خدمات بهداشتی درمانی را به اتباعش ارائه دهند. نمونه بارز عرضه خدمات بر اساس روش چهارم، عزیمت پزشکان، دندان‌پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه‌یافته است.

شمار زیادی از کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه برای جبران کسری منابع انسانی متخصص در زمینه خدمات بهداشتی درمانی این روش عرضه خدمات را انتخاب کرده‌اند. این روش نقش مهمی در کاهش هزینه‌های آموزشی و یادگیری حرفه‌های پزشکی دارد. همچنین اجازه انعطاف‌پذیری بیشتری را در خصوص مدیریت منابع انسانی و دسترسی آسان‌تر به کیفیت بالاتری از خدمات را ایجاد می‌کند (۱۳).

تعهدات موافقت‌نامه گاتس و خدمات بهداشتی درمانی

در حال حاضر اهمیت تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی، بنا بر دلایلی از جمله، افزایش تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی، پدیده مشتری‌گرایی در بخش خدمات بهداشتی درمانی، کمبود پرسنل بخش خدمات بهداشتی درمانی در برخی کشورهای توسعه‌یافته، پیرشدن جوامع و نیاز به مراقبت بیشتر، پیشرفت تکنولوژی و اطلاعات و افزایش هزینه‌های پزشکی در مقابل کاهش بودجه عمومی بخش بهداشت و درمان در اکثر کشورها، در حال افزایش است.

در سال ۲۰۰۲ سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده که هزینه بخش بهداشت و درمان جهانی چیزی در حدود ۳ تریلیون دلار است (۱۴). بنابراین لازم است که کشورها برای کاهش هزینه‌های بخش خدمات بهداشتی درمانی، نیازهای خود را از طریق تجارت بین‌المللی این

بخش مرتفع سازند. موافقت‌نامه گاتس در خصوص تجارت خدمات به طور عام و تجارت خدمات بهداشتی درمانی به طور خاص تعهداتی مقرر نموده است.

۱- تعهدات کلی گاتس و خدمات بهداشتی درمانی

تعهدات کلی گاتس در خصوص تجارت خدمات از جمله خدمات بهداشتی درمانی شامل تعهد رفتار دولت کامله الوداد و تعهد شفاف‌سازی است که در خصوص همه اعضای سازمان تجارت جهانی و همه بخش‌های تجارت خدمات قابل اعمال است.

۱-۱- تعهد رفتار دولت کامله الوداد: یکی از تعهدات عمده و کلی موافقت‌نامه گاتس،

تعهد رفتار دولت کامله الوداد است که بر اساس آن هر عضو سازمان تجارت جهانی متعهد می‌شود که بلافاصله و به صورت غیر مشروط هر رفتاری که به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات هر عضوی اعطا می‌کند، به خدمات مشابه و عرضه‌کنندگان دیگر اعطا نماید. همچنین چنین رفتاری نباید نامطلوب‌تر از رفتار اعطاشده به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات مشابه هر عضو دیگری باشد (۱۲).

در مذاکرات دور اروگوئه، اعضای متعهد گات توافق کردند که تعهد رفتار دولت کامله الوداد را به صورت مشروط بپذیرند و اختیار اعمال استثنائاتی بر آن را داشته باشند، البته به شرطی که این استثنائات در لیستی که به جدول استثنائات تعهد رفتار دولت کامله الوداد معروف است، درج شود. به عبارت دیگر اعضا می‌توانند شماری از اقدامات متعارض با تعهد رفتار کامله الوداد را به شرط قید در جدول استثنائات تعهد رفتار دولت کامله الوداد اتخاذ نمایند (۱۱).

مطالعات انجام‌شده در خصوص جدول تعهدات اعضا نشان می‌دهد که ۸۸ عضو سازمان تجارت جهانی تعهدات کلی خود را در مورد بخش خدمات بهداشتی درمانی و خدمات اجتماعی پذیرفته‌اند و از این تعداد فقط کشورهای معدودی استثنائاتی بر تعهد رفتار دولت کامله الوداد وارد ساخته‌اند (۱۱).

البته کشورهایی که در بخش تجارت خدمات بهداشتی درمانی بر تعهد رفتار دولت کامله الوداد استثنا وارد کرده‌اند، این استثنائات را در خصوص زیربخش‌های متفاوتی قید کرده‌اند. همچنین مطابق مقررات سازمان تجارت جهانی اعضا متعهدند که علاوه بر تعیین زیربخش‌های خدمات بهداشتی درمانی، موارد ذیل را نیز در جدول استثنائات تعهد رفتار دولت کامله الوداد درج نمایند:

- شرح اقدامات متعارض با تعهد رفتار دولت کامله الوداد.
- کشورهایی که اقدامات فوق بر علیه آنها اعمال می‌شود.
- طول دوره اعمال اقدامات.
- تشریح شرایطی که منجر به اتخاذ استثنا شده است (۱).

۲-۱- **تعهد شفاف‌سازی:** یکی دیگر از تعهد اساسی و کلی موافقت‌نامه گاتس، تعهد شفاف‌سازی است. بر اساس بند ۱ ماده ۳، هر عضو موافقت‌نامه باید سریعاً در زمان لازم‌الاجرا شدن موافقت‌نامه همه اقداماتی که کاربرد عام داشته و مرتبط با تجارت خدمات (بهداشتی درمانی) است یا آن را متأثر می‌سازد، به جزء وضعیت‌های اضطراری، را منتشر نمایند. این بند در ادامه مقرر داشته که موافقت‌های بین‌المللی مربوط به یا مؤثر بر تجارت خدمات که هر عضوی آن را امضا کرده است نیز باید منتشر شود (۱).

هدف اصلی تعهد شفاف‌سازی مندرج در ماده ۳ گاتس، اطلاع و دسترسی دیگر اعضای موافقت‌نامه به حقوق، قواعد، مقررات، موافقت‌نامه‌ها و دیگر اسناد مربوط به یا مؤثر بر تجارت خدمات است. اعتقاد بر این است که دسترسی اعضای موافقت‌نامه به اطلاعات مربوط به تجارت خدمات (بهداشتی درمانی) و انتشار قواعد و مقررات ملی کشورها و تغییرات صورت‌گرفته در آنها، عملکرد مؤثر موافقت‌نامه را افزایش می‌دهد (۸).

همچنین بر اساس بند ۳ ماده ۳، اعضای موافقت‌نامه متعهد هستند که حداقل به طور سالانه، حقوق، مقررات و رهنمودهای اداری جدید یا تغییر در آنها که به طور اساسی مؤثر بر تجارت خدمات و الزامات ویژه این موافقت‌نامه هستند را به شورای تجارت خدمات اطلاع دهند. بند ۴ ماده ۳ نیز، تعهد دیگری را در خصوص شفاف‌سازی بر اعضا تحمیل کرده است و مطابق با آن، هر عضو باید به درخواست دیگر اعضا برای کسب اطلاعات ویژه در مورد اقدامات مربوط به اطلاع و انتشار و تعیین مرجعی برای رسیدگی به این درخواست‌ها، پاسخ مثبت دهد (۱).

قابل ذکر است که شفاف‌سازی به طور کلی نقش محوری در تسهیل تجارت بین‌المللی بازی می‌کند. این نقش نه تنها قابلیت پیش‌بینی قواعد حقوقی مربوط به تجارت بین‌المللی را افزایش می‌دهد، بلکه همچنین قابلیت حساسرسی و مشروعیت مقامات قانونگذاری در همه مراحل

سیاستگذاری را بهبود می‌بخشد. برعکس، در غیاب شفاف‌سازی به عنوان خصوصیت ذاتی تجارت خدمات، پیچیدگی و هزینه‌های عرضه خدمات می‌تواند افزایش یابد (۱۵). بنابراین اعضای که تعهدات دسترسی به بازار و رفتار ملی را در مورد بخش خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته‌اند، باید بر اساس ماده ۳ گاتس تمامی قوانین و مقررات مربوط به این بخش، را منتشر کنند.

۲- تعهدات خاص گاتس و خدمات بهداشتی درمانی

ساختار موافقت‌نامه گاتس به طور واضحی تعهدات و الزامات عمومی که اعضا در هنگام امضای موافقت‌نامه پذیرفته‌اند (تعهدات غیر مشروط رفتار دولت کامله الوداد و شفاف‌سازی) را از تعهدات خاص که موضوع مذاکرات ویژه هستند (تعهد دسترسی به بازار، رفتار ملی و تعهدات اضافی) مجزا ساخته است. تعهدات دسته اخیر، تعهدات مشروطی هستند که در جدول تعهدات مختص به هر عضو درج می‌شود و این موضوع دولت‌ها را قادر می‌سازد تا با تعیین سطح تعهداتشان در زمینه بخش‌های خدمات و روش‌های عرضه، رفتار ملی و دسترسی به بازار را با محدودیت‌ها و تعدیلات مناسب از طریق آزادسازی تدریجی بر مبنای سطح توسعه اقتصادی‌شان تطابق دهند (۱۱). بر همین اساس، در حال حاضر اکثر کشورها، علی‌الخصوص کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی برای تبدیل شدن به صادرکننده عمده خدمات بهداشتی درمانی در حال رقابت با هم هستند (۱۶).

مستند این ادعا، رشد پدیده توریسم درمانی در میان برخی از کشورهای در حال توسعه در دهه گذشته است که اهمیت آزادسازی تجارت خدمات بهداشتی درمانی را از طریق موافقت‌نامه گاتس دوچندان کرده است. بر همین اساس، اکثر کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی به منظور دسترسی به بازارهای دیگر اعضا، جدول تعهدات مربوط به تعهد دسترسی به بازار و تعهد رفتار ملی را در خصوص خدمات بهداشتی درمانی تکمیل کرده و به شورای تجارت خدمات ارائه داده‌اند.

لازم به یادآوری است که تجارت خدمات بهداشتی درمانی از طریق چهار روش عرضه خدمات مندرج در ماده ۱ گاتس قابل اجرا است و مهم‌تر این‌که بر اساس روش دوم عرضه خدمات، عبور بیماران از مرز جهت دریافت خدمات پزشکی در کشور دیگری، از طریق مقررات گاتس محدود نشده و فقط مشمول تعهد رفتار دولت کامله الوداد است، در حالی که ارائه

خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش اول، سوم و چهارم متضمن قبول تعهد دسترسی به بازار و رفتار ملی است و این موضوع باعث می‌شود که همه کشورها به طور مقایسه‌ای منافع یکسانی در تجارت خدمات بهداشتی درمانی نداشته باشند (۱۶).

آمارها نشان می‌دهد که فقط در سال ۲۰۰۷ حدود ۷۵۰/۰۰۰ آمریکایی برای دریافت مراقبت‌های پزشکی به خارج از کشور مراجعه کرده‌اند و تخمین زده شده که در آینده این آمارها با رشد ۱۰۰ درصدی مواجه شود (۱۷).

۱-۲- تعهد دسترسی به بازار و خدمات بهداشتی درمانی: مطابق با بند ۱ ماده ۱۶ گاتس، اعضا در خصوص دسترسی به بازار از طریق چهار روش عرضه خدمات توصیف شده در ماده ۱، متعهدند، رفتاری را در مورد خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات هر عضو دیگر اتخاذ نمایند که از رفتار مقرر شده بر اساس ترتیبات، محدودیت‌ها و شرایط توافق شده در جدول امتیازاتشان، نامطلوب‌تر نباشد (۱).

بر اساس جدول امتیازات اعضا، می‌توان استدلال کرد که گاتس رویکردی انتخابی در خصوص تعهدات خاص هر بخش پذیرفته است، اما در صورت پذیرش تعهد کامل در هر بخشی عضو مذکور ملزم است که از وضع هر گونه محدودیت در زمینه تعداد عرضه‌کنندگان خدمت، خواه به شکل سهمیه‌های عددی، انحصارها، عرضه‌کنندگان انحصاری یا نیازهای اقتصادی، اجتناب نماید. به علاوه مطابق مقررات ماده ۱۶، کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی اختیار صلاح‌دیدگی در خصوص تعهد دسترسی به بازار دارند. آن‌ها می‌توانند تعهد دسترسی به بازار را به طور مشروط بپذیرند که در این صورت می‌توانند محدودیت‌هایی بر شمار عرضه‌کنندگان یا ارزش کل معاملات خدماتی یا دارایی‌ها، وارد نمایند.

بنابراین اگر کشورهای عضو در بخش خدمات بهداشتی درمانی تعهد کامل دسترسی به بازار را نپذیرند، باید محدودیت‌های اعمال شده بر این بخش را در جدول تعهدات ذکر نمایند و به علاوه دلیل اتخاذ چنین محدودیت‌ها و دوره زمانی اجرای آن را نیز قید نمایند.

۲-۲- تعهد رفتار ملی و خدمات بهداشتی درمانی: بر اساس ماده ۱۷ گاتس تعهد رفتار ملی به طور گسترده‌ای اعضا را در خصوص اعطای رفتاری که به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات خارجی اعطا می‌کند، متعهد می‌سازد. این ماده مقرر داشته که چنین رفتاری نباید از رفتار اعطاشده به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی مشابه نامطلوب‌تر باشد (۱).

هرچند که بر اساس مقررات بند ۲ و ۳ ماده ۱۷ گاتس اعضا می‌توانند رفتار رسماً مشابه یا متفاوتی در خصوص خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات دیگر اعضا نسبت به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی اتخاذ نمایند. مشروط بر این‌که رفتار اتخاذ شده شرایط رقابت را به نفع خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی تسهیل ننماید (۱). به عبارتی، رفتار زمانی نامطلوب‌تر تلقی می‌شود که شرایط رقابت را به نفع خدمات و عرضه‌کنندگان داخلی تغییر دهد.

قابل ذکر است که تعهد رفتار ملی موافقت‌نامه گاتس در خصوص بخش خدمات بهداشتی درمانی علاوه بر اهمیتش، دارای پیچیدگی‌های خاصی در مرحله اجرا است، زیرا تعهدات این ماده برای ارزیابی اقدامات اعضا، تست سه لایه‌ای مقرر داشته است که مطابق با آن:

- اقدام مورد بحث باید تجارت خدمات را متأثر نماید.

- خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات خارجی باید مشابه خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی باشد.

- خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات خارجی باید رفتار نامطلوب‌تری دریافت کرده باشند (۱۸).

در واقع می‌توان گفت که موافقت‌نامه گاتس و فرآیند حل و فصل اختلافات سازمان تجارتی جهانی بر این موضوع تأکید داشته‌اند که تعهد رفتار ملی گاتس هر دو وجه اصل عدم تبعیض یعنی تبعیض حقوقی (de Jure non Discrimination) و تبعیض عملی (de Facto non Discrimination) را دربر گیرد (۱۱).

به عبارت دیگر، عضوی که با اعطای رفتار ملی موافقت کرده، باید اقدامات مؤثر بر تجارت خدمات بهداشتی درمانی را در خصوص خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی و خارجی به طور یکسانی اعمال نماید، هرچند در برخی مواقع رفتار اتخاذ شده در خصوص خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی داخلی و خارجی بر اساس مقررات گاتس منع نشده، اما اتخاذ چنین رفتاری به طور عملی تعهد رفتار ملی را متأثر می‌سازد و منجر به رفتار نابرابر با خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی داخلی و خارجی می‌شود.

به عبارت بهتر، به منظور عدم اتخاذ رفتار نامطلوب‌تر با خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات خارجی، لازم است که اقدامات متفاوتی نسبت به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی

درمانی خارجی اتخاذ شود، البته بر اساس روش‌های عرضه خدمات بهداشتی درمانی و وضعیت کشورهای عضو، دامنه اعمال تعهد رفتار ملی در خصوص آن‌ها می‌تواند متفاوت باشد. برای مثال اگر کشوری واردکننده خدمات بهداشتی درمانی باشد، باید بر اساس روش‌های سوم و چهارم عرضه خدمات، رفتار نامطلوب‌تری نسبت به تأسیس شعبه بیمارستانی یا افراد حقیقی که خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌دهند، نسبت به خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات داخلی مشابه، اتخاذ نمایند، در حالی که اگر کشوری پذیرنده بیماران از دیگر کشورهای عضو باشد، باید رفتار نامطلوب‌تر از آنچه در خصوص بیماران تبعه خود و بیماران دیگر کشورها، اتخاذ می‌کند، اعمال ننماید.

گاهی اوقات رفتار اتخاذشده در خصوص خدمات و عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی داخلی و خارجی به طور آشکاری تبعیض‌آمیز است و به اصطلاح تبعیض اعمال‌شده از نظر حقوقی منع شده است.

قابل ذکر است که کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی نه تنها اختیار صلاحیددی دارند که تعهد کاملی در خصوص دسترسی به بازار و رفتار ملی بپذیرند یا نه، بلکه همچنین می‌توانند این تعهدات را فقط در مورد بخش‌های خاصی از تجارت خدمات از جمله خدمات بهداشتی درمانی بپذیرند. به عبارت بهتر کشورها بر اساس شرایط زیرساخت‌های بخش خدمات بهداشتی درمانی و مزیت نسبی که در این زیربخش دارند، تعهد دسترسی به بازار و رفتار ملی را می‌پذیرند.

توسعه تجارت خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش چهارم عرضه خدمات

در مذاکرات دور دوحه و خصوصاً در کنفرانس وزیران هنگ‌کنگ، کشورهای در حال توسعه در خصوص تجارت خدمات، بیشتر تمایل داشتند که مذاکرات را بر اساس رویکرد «درخواست - پیشنهاد» ادامه دهند، زیرا این رویکرد به آن‌ها اجازه می‌داد که در انتخاب بخش‌های خدمات، روش‌های عرضه خدمات و حفظ اقدامات محدودکننده، آزادی عمل بیشتری داشته باشند (۱۹).

استدلال شده که بر اساس این رویکرد، تعهدات خاص اعضای گاتس در خصوص روش چهارم عرضه خدمات غیر متجانس خواهد بود (۲۰)، به این دلیل که همان‌گونه که قبلاً ذکر

شد، اعضا تمایل دارند که در زیربخش‌های خاصی که مزیت نسبی دارند، تعهد دسترسی به بازار و رفتار ملی را تقبل نمایند.

اتخاذ رویکرد اخیر از سوی کشورهای در حال توسعه باعث شده که اشخاص حقیقی که در زمینه خدمات بهداشتی درمانی تخصص دارند، به راحتی در کشورهای عضو گاتس بدون اعمال تبعیض، فرصت برابری برای ارائه خدمات داشته باشند.

در واقع، اعضا می‌تواند با اتخاذ چارچوب حقوقی منسجم و خط مشی سیاسی هماهنگ در سطح ملی و بین‌المللی وضعیت رفاهی برد - بردی (Win-Win Welfare Situation) را برای کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته از طریق روش چهارم عرضه خدمات برای آزادسازی تجارت خدمات بهداشتی درمانی فراهم سازند (۲۰)، هرچند این امر اهمیت بیشتری برای کشورهای در حال توسعه دارد.

مستدل‌ترین دلیلی که در این خصوص می‌توان ارائه داد تثبیت و ادامه جریان وجوهاتی است که از این طریق به کشورهای در حال توسعه وارد می‌شود.

البته همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، این وضعیت می‌تواند بازی برد - بردی را برای کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته رقم بزند، زیرا بر اساس روش چهارم عرضه خدمات، هم کشورهای در حال توسعه می‌توانند با حضور اتباعشان در کشورهای توسعه‌یافته از منافع تجارت خدمات بهداشتی درمانی متمتع شوند و هم کشورهای توسعه‌یافته با سرمایه‌گذاری در بخش‌های زیربنایی خدمات بهداشتی درمانی مثل ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها از تجارت خدمات این بخش در کشورهای در حال توسعه منتفع شوند.

در سال‌های اخیر پدیده جابجایی و عزیمت پرستاران جویای کار از کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه‌یافته اهمیت توجه به تجارت خدمات بهداشتی درمانی از طریق موافقت‌نامه گاتس را دوچندان کرده است.

دو دلیل عمده برای بروز این پدیده مطرح شده که عبارتند از، جستجوی فرصت‌های کاری بهتر از سوی اتباع کشورهای در حال توسعه و کمبود پرستار در اغلب کشورهای توسعه یافته که منجر به انعقاد موافقت‌نامه‌های کاری دوجانبه برای تسهیل عزیمت پرستاران شده است.

همچنین این روش عرضه خدمات مزایایی دیگری هم دارد که عبارتند از:

- کاهش هزینه‌های آموزش و یادگیری حرفه‌های بهداشتی درمانی.

- اجازه انعطاف‌پذیری بیشتر در مدیریت افراد مرتبط با خدمات بهداشتی درمانی.

- اجازه دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی با کیفیتی بهتر.

دلایل پایین‌بودن سطح جاری تجارت در بخش خدمات بهداشتی درمانی

می‌دانیم که مطابق با مقررات ماده ۱۶ و ۱۷ گاتس اعضای سازمان تجارت جهانی در انتخاب بخش‌های خدمات برای آزادسازی تجارت، آزاد هستند. از طرفی می‌دانیم که سطح کلی آزاد سازی تجارت در بخش‌های بهداشتی درمانی و آموزشی نسبت به دیگر بخش‌های خدماتی، از جمله بانکداری، بیمه، سرمایه‌گذاری و ارتباطات، پایین‌تر است. بر همین اساس در چهار زیربخش اصلی مربوط به خدمات بهداشتی درمانی، فقط ۶۲ کشور عضو، در زیربخش‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، ۵۲ کشور عضو در خدمات بیمارستانی و ۳۴ کشور عضو در خدمات پرستاری، تعهداتی را در خصوص دسترسی به بازار و رفتار ملی تقبل کرده‌اند.

به طور کلی مذاکرات و تعهدات پذیرفته‌شده اعضا در بخش خدمات بهداشتی درمانی نسبت به بخش‌های دیگر خدمات کم‌رنگ‌تر است. در این خصوص دلایل عمده‌ای را می‌توان ارائه داد. انحصارطلبی دولت‌ها در بخش خدمات بهداشتی درمانی یکی از این موارد است که مطابق با آن دولت‌ها می‌خواهند خدمات را با پایین‌ترین قیمت به کلیه اتباع خود ارائه دهند، البته در بیشتر کشورها وضعیت انحصاری کاملی در خصوص بخش خدمات بهداشتی درمانی وجود ندارد و اغلب خدمات این بخش به طور هم‌زمان توسط مراکز عمومی و خصوصی ارائه می‌شود؛ ثانیاً بخش خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با خدماتی دیگری مثل خدمات مالی، ارتباطات و توریسم فاقد نظام پیش‌آهنگی برای آزادسازی تجارت بین‌المللی خدمات است. به این معنی که تجارت بین‌المللی خدمات فوق‌الاشاره قبل از تأسیس سازمان تجارت جهانی نیز مرسوم بوده است.

ملاحظات و منافع کشورهای در حال توسعه در تجارت بین‌المللی بخش خدمات

بهداشتی درمانی

۱- ملاحظات

برخی از چالش‌هایی که کشورهای در حال توسعه در تجارت بین‌المللی خدمات از جمله خدمات بهداشتی درمانی با آن مواجه‌اند، موضوع تعیین وجه مشترک مناسب بین اهداف

اجتماعی قابل حصول مقرر شده در الگوی جهانی خدمات بهداشتی درمانی و مشکلات بالقوه وضعیت خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای فقیر و کم‌تر توسعه یافته بر اساس رویکرد بازار محور است (۲۱).

در این خصوص می‌توان به موارد ذیل اشاره داشت:

- چالش‌های ناشی از تأثیر مذاکرات جاری موافقت‌نامه گاتس بر مقررات داخلی کشورها، خصوصاً مقررات مربوط به خدمات عمومی که اهداف بهداشتی درمانی دارند.
- چالش‌های ناشی از فقدان اطلاعات کلی در مورد مفاهیم توسعه و آزادسازی تجارت خدمات بخش بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه.
- چالش‌های ناشی از فقدان مشارکت فعال کشورهای در حال توسعه در مذاکرات جاری سازمان تجارت جهانی.

با این وجود، اثر فرآیندهای توسعه تکنولوژیکی (Development of Technology) و جهانی‌سازی، بخش‌های خدماتی از جمله خدمات بهداشتی درمانی را عمیقاً تحت تأثیر قرار داده، به طوری که توسعه تجارت و سرمایه‌گذاری ویژگی مهم بخش خدمات در دو دهه گذشته بوده است (۱۱).

همچنین برآورد شده که ارزش تجارت خدمات چیزی در حدود ۱/۵۷ تریلیون دلار باشد که بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲، ۶٪ افزایش یافته است. همچنین مشارکت کشورهای در حال توسعه در بخش تجارت خدمات از سال ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۸، ۱۸٪ افزایش یافته و در سال ۲۰۰۲ این میزان به ۲۰٪ رسیده است (۲۱).

از طرفی، مقامات بهداشتی درمانی کشورها با شماری از تفوق‌های رقابتی (Competition Priority) مواجه هستند و باید ارزیابی کنند که تغییرات حوزه اقتصادی چگونه می‌تواند به منظور ارتقای نظام‌های بهداشتی درمانی ملی و منافع کلی جامعه مورد استفاده قرار گیرد.

۲- منافع

از سال ۲۰۰۰ که مذاکرات بخش تجارت خدمات در دور دوحه مطابق با تعهدات ماده ۱۹ گات شروع شده، توسعه به عنوان موضوع کلیدی در مذاکرات تجاری شناخته می‌شود. در واقع اعلامیه دوحه در جستجوی مکانی برای نیازها و منافع کشورهای در حال توسعه در قلب برنامه کاری دوحه به خصوص بر مبنای بند ۱۵ اعلامیه دوحه، بوده است (۲۳).

اعتقاد بر این است که کشورهای در حال توسعه منافع آشکاری در تجارت خدمات بهداشتی درمانی دارند. برای مثال برخی‌ها در تولید بعضی از تجهیزات پزشکی با هزینه پایین‌تر، برخی دیگر در خصوص آموزش بهداشت و درمان، بعضی در مهارت‌های حرفه‌ای بهداشتی، عده‌ای در ارائه خدمات منحصر به فردی مثل پزشکی سنتی و برخی در مراقبت‌های بهداشتی همراه با ارائه خدمات توریستی، مزیت نسبی دارند.

بنابراین رقابت در بخش خدمات بهداشتی درمانی به هزینه‌های ساختاری، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، قابلیت دسترسی به مهارت‌های حرفه‌ای بهداشتی و نیز وابستگی فرهنگی (Cultural Affinity) و مجاورت جغرافیایی (Geographical Proximity) وابسته است (۲۳).

برخی کشورهای در حال توسعه استراتژی‌های صادراتی مؤثری را برای توسعه خدمات بهداشتی درمانی ارائه داده‌اند. کشورهایی مثل هند، کوبا، چین، تایلند، اردن، آفریقای جنوبی و فیلیپین عرضه‌کنندگان مهم خدمات بهداشتی درمانی محسوب می‌شوند. هند و چین بیمارستان‌ها و کلینیک‌های ویژه‌ای برای بازارهای خارجی تأسیس کرده‌اند. همچنین تایلند و اردن بخش‌های را با هدف تأسیس مراکز بهداشتی درمانی سنتی ایجاد کرده‌اند.

کشورهایی مثل فیلیپین، جامائیکا، کوبا و هند درآمدهای زیادی از طریق فرستادن افراد حرفه‌ای در زمینه خدمات بهداشتی کسب کرده‌اند. به طور متوسط سالانه حدود ۵۷۰۰ نفر پرستار از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۱ برای کار به کشورهای دیگر از جمله انگلستان و عربستان سعودی فرستاده شده‌اند، این افراد عموماً تابعیت کشورهای فیلیپین و آفریقای جنوبی را دارند (۲۳).

مذاکرات تجاری دور دوحه در خصوص تجارت خدمات بهداشتی درمانی

بر اساس ماده ۱۹ گاتس، اعضا متعهدند که برای رسیدن به اهداف موافقت‌نامه ادوار مذاکراتی را تدارک ببینند و از طریق آن‌ها تعهدات خاص را بر مبنای مواد ۱۶ و ۱۷ در جدول تعهدات خویش درج نمایند. در واقع می‌توان گفت که بر اساس بند ۱ ماده ۱۹ و اهداف موافقت‌نامه، اعضا برای ورود به ادوار مذاکراتی موفق، الزام حقوقی دارند. به عبارت بهتر الزام ماده ۱۹ در خصوص شروع مذاکرات، تا حد زیادی اصل اختیاری بودن تعهدات مواد ۱۶ و ۱۷ را

محدود می‌نماید، هرچند بند ۲ ماده ۱۹ فرآیند آزادسازی تجارت خدمات را در خصوص تعهدات خاص به اهداف خط مشی ملی و سطح توسعه اعضا مقید کرده است.

در اولین مرحله از مذاکرات دور دوحه، وقتی که اعضا طرح‌های مذاکراتی اولیه‌شان را ارائه دادند، برخی از کشورهای در حال توسعه نیز منافعشان را در خصوص آزادسازی تجارت خدمات بهداشتی درمانی یادآوری کردند. به عبارت بهتر، کشورهای در حال توسعه وضعیت مذاکراتی‌شان را در خصوص تجارت، توسعه و اهداف بخش خدمات بهداشتی درمانی مطرح کردند، اما آن‌ها با پیشنهادهای از سوی شرکای توسعه‌یافته مواجه نشدند (۲۰).

کشورهای مثل ایالات متحده، اعضای اتحادیه اروپا، کانادا و دیگر کشورهای توسعه‌یافته در این دور از مذاکرات بر بخش تجارت خدمات بهداشتی درمانی تمرکز نداشتند و رویکردی مخالف کشورهای در حال توسعه اتخاذ کردند.

به هر حال، گزارش ارائه‌شده جولای ۲۰۰۵ (۲۳) به کمیته مذاکرات تجاری (Trade Negotiations Committee) حاوی ۱۰ پیشنهاد در خصوص بخش خدمات بهداشتی درمانی بود که همه آن‌ها از سوی کشورهای در حال توسعه ارائه شده بود و در این پیشنهادات، آن‌ها منافعشان را در خصوص آزادسازی تجارت خدمات بهداشتی درمانی به خصوص از طریق روش‌های اول و دوم عرضه خدمات ارائه دادند.

نهایتاً برخی از کشورهای در حال توسعه در جریان مذاکرات درخواست‌هایی را به کشورهای توسعه‌یافته و دیگر کشورهای در حال توسعه برای آزادسازی بیشتر تجارت در بخش خدمات بهداشتی درمانی ارائه دادند که شامل اقدامات متنوع ذیل است:

- برداشتن محدودیت‌هایی که بر اساس آن‌ها پزشکان به طور فردی به منظور مطالعه و یادگیری نه به عنوان ارائه‌دهنده خدمات حرفه‌ای اجازه فعالیت در کشورهای دیگر را داشته باشند.

- برداشتن سهمیه‌ها مربوط به محدودیت‌های کمی در خصوص حرفه‌های پزشکی از جمله پزشکی، دندان‌پزشکی، مامایی، پرستاری، فیزیوتراپی و سایر گروه‌های پیراپزشکی.

- برداشتن الزامات اقامت، تابعیت و محدودیت‌های کمی به منظور تواناسازی حرفه‌های پزشکی پیش‌گفته.

- پذیرش تعهدات کامل در بخش خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش چهارم عرضه خدمات (۲۳).

در مذاکرات دور اروگوئه برخی از کشورهای در حال توسعه از جمله بحرین، هنگ کنگ، کره و ترینیداد و توباگو پیشنهادهای در خصوص الزامات مربوط به بخش خدمات بهداشتی درمانی ارائه دادند. برای مثال پیشنهاد اولیه هنگ کنگ حاوی تعهداتی در خصوص پنج زیربخش مربوط به خدمات بهداشتی درمانی بود (۲۴).

پیشنهاد اولیه هند، نیز شامل زیربخش‌های پزشکی و دندان‌پزشکی، خدمات پرستاری و مامایی و پیراپزشکی و ارتقای خدمات بیمارستانی از طریق روش سوم عرضه خدمات است، البته ارائه خدمات بیمارستانی از طریق روش سوم عرضه خدمات حاوی این شرط است که خدمات فقط باید به اتباع هند عرضه شود و در صورت عرضه خدمات به اتباع دیگر کشورها باید هزینه متفاوتی اخذ شود (۲۴).

همچنین ترینیداد و توباگو تعهدات جدیدی در خصوص زیربخش‌های پزشکی و دندان‌پزشکی از طریق روش سوم عرضه خدمات ارائه داد که با پیشنهاد اولیه بحرین که تعهدات کاملی را در خصوص رفتار ملی و دسترسی به بازار از طریق چهار روش عرضه خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته بود، تفاوت چشم‌گیری دارد (۲۴).

برخی‌ها اعتقاد دارند که پیشنهادهای اولیه اعضا در خصوص پذیرش تعهدات برای آزادسازی تجارت خدمات بخش بهداشتی درمانی خیلی محدود است، زیرا اکثر آن‌ها روش سوم و چهارم عرضه خدمات را مستثنا کرده‌اند و بیشتر بر اساس روش دوم عرضه خدمات، تعهدات خاصی را پذیرفته‌اند (۲۰) که تا حدودی حکایت از تشویق پدیده توریسم درمانی دارد.

نتیجه‌گیری

از سال ۱۹۹۵ که سازمان تجارت جهانی توسط اعضای متعهد گات تأسیس شد، حوزه تجارت بین‌المللی خدمات با توسعه چشم‌گیری رو به رو شده است، به طوری که در حال حاضر تجارت خدمات بیش از ۵۰٪ تولید ناخالص ملی کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای در حال توسعه در حال گذار را به خود اختصاص داده است. به طور کلی تجارت خدمات ارزش فزاینده‌ای برای کشورهای توسعه‌یافته‌ای مثل ایالات متحده و اتحادیه اروپا پیدا کرده و همچنین برآورد

شده که تجارت خدماتی نظیر بانکداری، آموزش، ارتباطات راه دور و خدمات بهداشتی درمانی ۲۰٪ از حجم کل تجارت جهانی را تشکیل دهد و از طرفی این بخش‌ها سریع‌ترین رشد را به خود اختصاص داده‌اند. استدلال شده که این افزایش رشد ناشی از تغییرات تکنولوژیکی و توسعه قانونگذاری بین‌المللی مربوط به تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی در مذاکرات سازمان تجارت جهانی است. در سازمان تجارت جهانی مذاکرات مربوط به بخش خدمات بهداشتی درمانی در دور دوحه مورد توجه اعضا قرار گرفت تا جایی که اعلامیه دوحه در خصوص موافقت‌نامه تریپس و بهداشت عمومی نیز بحث دسترسی به داروهای اساسی را برای کشورهای در حال توسعه مورد تأکید قرار داده است. به علاوه تجارت بین‌المللی خدمات بهداشتی درمانی به طور بالقوه‌ای اثرات مهمی بر کیفیت نظام بهداشتی درمانی، موضوع قابلیت دسترسی و نظام عمومی بهداشت درمان کشورهای صادرکننده و واردکننده دارد و به طور قابل ملاحظه‌ای این اثرات از یک روش عرضه خدمات به روش دیگر متفاوت است.

همچنین خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش‌های متنوعی قابل عرضه است و البته ارائه و عرضه خدمات بهداشتی درمانی همیشه از طریق یکی از آن روش‌ها میسر نیست، به طوری که گاهی عرضه خدمات به صورت ترکیبی از روش‌های فوق صورت می‌گیرد و بعضاً هم عرضه خدمات بهداشتی - درمانی همراه عرضه دیگر بخش‌های خدمات از جمله خدمات حرفه‌ای، بیمه‌ای، توریسم و... است.

قابل ذکر است که هم‌اکنون، اهمیت تجارت بخش خدمات بهداشتی درمانی در حال افزایش است و در این خصوص دلایل چندی ارائه شده که عبارتند از: افزایش تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی، پدیده مشتری‌گرایی از جمله در بخش خدمات بهداشتی درمانی، کمبود پرسنل بخش خدمات بهداشتی درمانی در برخی کشورهای توسعه‌یافته، پیرشدن جوامع و نیاز به مراقبت بیشتر، انقلاب تکنولوژی و اطلاعات و افزایش هزینه‌های پزشکی در مقابل کاهش بودجه عمومی بخش بهداشت و درمان در اکثر کشورها، بنابراین لازم است که کشورها برای کاهش هزینه‌های بخش خدمات بهداشتی درمانی، نیازهای خود را از طریق تجارت بین‌المللی این خدمات مرتفع سازند.

به همین منظور موافقت‌نامه گاتس، تعهدات کلی در خصوص تجارت خدمات از جمله خدمات بهداشتی درمانی بر اعضا تحمیل کرده است که شامل تعهد رفتار دولت کامله الوداد و

تعهد شفاف‌سازی است که در خصوص همه اعضای سازمان تجارت جهانی و همه بخش‌های تجارت خدمات قابل اعمال است. علاوه، ارائه خدمات بهداشتی درمانی از طریق روش اول، سوم و چهارم متضمن قبول تعهد دسترسی به بازار و رفتار ملی است و این موضوع باعث می‌شود که همه کشورها به طور مقایسه‌ای منافع یکسانی در تجارت خدمات بهداشتی درمانی نداشته باشند.

به همین منظور ساختار موافقت‌نامه گاتس به طور واضحی تعهدات و الزامات عمومی که اعضا در هنگام امضای موافقت‌نامه پذیرفته‌اند (تعهدات غیر مشروط رفتار دولت کامله الوداد و شفاف‌سازی) را از تعهدات خاص که موضوع مذاکرات ویژه هستند (تعهد دسترسی به بازار، رفتار ملی و تعهدات اضافی) تفکیک کرده است.

References

1. Ministerial Declaration of GATT, Declaration on November, 1982, 13 ISD, The legal Texts of WTO Agreements, the Results of the Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations; 1995.
2. Mousavi Zenouz M. The Transformation of International Trade Law in World Trade Organization. Tehran: Mizan Publishing; 2013. [Persian]
3. Ministerial declaration on the Uruguay round, BISD, 28 (1986), reprinted in 25 I.L.M.1623; 1986.
4. Habibi Mojandeh M. International Economic Law. Tehran: Forest Publishing; 2013. [Persian]
5. Hoekman B, Aaditya M. International trade: Trade in services: In research Handbook in international Economic law. London and Washington: Edvard Elger Publishing; 2006.
6. World Trade Organization, Handbook on the GATS agreement, WTO secretariat publication prepared by the WTO trade in services division. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
7. Arup C. The world trade organization knowledge Agreement. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
8. Footer ME, Carol G. The general agreement on trade in services, in the world trade organization: Legal, Economic and political analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
9. Marchetti JA. Developing countries in the WTO services negotiations: Doing Enough? Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
10. Kelsey J. From GATS to TISA: Pushing the trade in services regime beyond the limits, In European yearbook of international economic law. London: Springer; 2016.
11. Mashayekhi M, Martin J, Elisabeth T. Strategic considerations for Developing countries: The casse of GATS and Health services. In International trade in health services and the GATS. Edit by Blouin C, Drager N, Smith R, Washington: World Bank Publishing; 2006. P.17-82.
12. The legal Texts of WTO Agreements, the Results of the Uruguay Round of Multilateral Trade Negotiations; 1995.

13. Gattaneo O, Engman MI, Saez S, Stern RM. International trade in services: New Trends and Opportunities for developing countries. Washington: World Bank Publishing; 2010.
14. The World Health Organization (WHO) spent \$ 3 trillion in global health expenditure in 2003 and \$ 30 billion in international trade in health services. Report of WHO; 2002.
15. Wolfrum R, Tobias P. WTO trade in service. Max plank commentaries on world trade law. Leiden, Boston: Martinus Nijhoff Publishers; 2008. Vol.6.
16. Saez S. Trade in services negotiations: A Guide for developing countries. Washington: World Bank Publishing; 2010.
17. Deloitte G. Medical Tourism: Consumerism search of value. Washington: Deloitte Center for Health Solution; 2008.
18. Ortino F. The principle of non-discrimination and its exception in GATS: Selected legal issues. London: British Institute of International and Comparative Law; 2006.
19. Mattoo A. Services in a Development Round three goals and three proposal. In Handbook of International Trade in Services. Washington: World Bank Policy Research Working Paper; 2005. No.3718.
20. Blouin C, Drager N, Smith R. International trade in health services and the GATS. Edited by the World Bank Publishing. Washington: World Bank Publishing; 2006.
21. WTO (2003) Ministerial Declaration of November 2001, WT/MIN (01) DEC/1 November 14; 2003.
22. Para 15 of Doha Declaration stipulates that the trade negotiations of the services sector should pay special attention to promoting the economic growth of all partners and the interests of developing and less developed countries.
23. Adam K. A Public health perspective in International Trade in Services: A Development Perspective, ANCTAD/TSB/15,WHO//TFHE/98.1. Geneva: UNCTAD-WHO; 1998.
24. Report by the Chairman to the trade negotiations committee, special session of the council for trade in services, TN/S/20; 2000.