

Distr.
GENERAL

TD/B/COM.1/EM.1/2
7 April 1997
ARABIC
Original: ENGLISH

مؤتمر الأمم المتحدة للتجارة والتنمية



مجلس التجارة والتنمية

لجنة التجارة في السلع والخدمات والسلع الأساسية
اجتماع الخبراء المعني بتعزيز قدرات البلدان النامية وتوسيع
صادراتها في قطاع الخدمات: الخدمات الصحية

جنيف، ١٦-١٨ حزيران/يونيه ١٩٩٧
البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت

التجارة الدولية في الخدمات الصحية: مصاعب وفرص أمام البلدان النامية

مذكرة معلومات أساسية من إعداد أمانة الأونكتاد

المحتوياتالفقرات

١٢ - ١ ملخص تنفيذي
٢٢ - ١٣ الفصل ١ السيناريو الجديد في قطاع الخدمات الصحية
٨٠ - ٢٣ الفصل ٢ طرائق التجارة في الخدمات الصحية
٤٠ - ٢٣ (أ) حركة الأشخاص الطبيعيين
٥٦ - ٤١ (ب) حركة المستهلكين
٧٢ - ٥٧ (ج) الحضور التجاري الأجنبي
٨٠ - ٧٣ (د) التجارة عبر الحدود
٩٣ - ٨١ الفصل ٣ الاستراتيجيات التصديرية في قطاع الخدمات الصحية

ملخص تنفيذي

١- يمر القطاع الصحي في جميع البلدان تقريبا، بما في ذلك أعظم البلدان تقدما بعملية إعادة هيكلة. ففي البلدان التي ينظر فيها إلى الخدمات الصحية على أنها حق للجميع ينبغي للحكومة إعماله أو ضمانه، فإن الميزانيات الآخذة في التناقص والتكاليف الآخذة في التصاعد، فرضت خفضا للتغطية التأمينية الحكومية، وفتحت مجالا أوسع أمام القطاع الخاص. وزاد هذا من الإمكانات المتاحة للتجارة الدولية في الخدمات الصحية، واستفاد عدد من البلدان المتقدمة من الفرص التجارية الجديدة في هذا القطاع.

٢- بل إن البلدان النامية تواجه أيضا مشكلة إعادة هيكلة أكثر حدة، نتيجة في بعض الأحيان للشروط المرتبطة ببرامج صندوق النقد الدولي/البنك الدولي، التي يفاقمها أن أقساما كبيرة من السكان قلما تتوافر لها القدرة، أو لا تتوافر لها القدرة على الإطلاق، على دفع نفقات العلاج الطبي، كما لا تتاح لها سوى إمكانيات محدودة للحصول على الرعاية الطبية. وفي بعض البلدان النامية، ينظر إلى التجارة في الخدمات الصحية على أنها وسيلة لزيادة الحاصلات وتعزيز خدماتها الصحية الوطنية ورفع مستواها. ولدى اضطلاعها بهذه التجارة، تعتمد هذه البلدان على المزايا التنافسية التي تشمل العاملين المهرة الأخفض تكلفة، والعوامل الثقافية، وموارد الثروة الطبيعية، والأنواع الفريدة في نوعها من الأدوية.

٣- وتتسم حركة الأشخاص الطبيعيين بأهمية خاصة كـ"طريقة لتوريد" الخدمات الصحية. ويمكن أن تؤدي حركة العاملين الطبيين الذين يسعون للحصول على دخول أعلى أو ظروف معيشة وعمل ذات نوعية أعلى إلى زيادة حواصل الصادرات في شكل تحويلات مالية، لكنها يمكن أن تؤدي أيضا إلى "هجرة الكفاءات" من البلدان التي لا تتاح فيها نفس الفرص. وفي بلدان كثيرة فإن تدفق المواطنين إلى الخارج يعوضه دخول الأجانب إلى تلك البلدان. لكن أفقر البلدان، بما في ذلك أقل البلدان نموا، تجد نفسها أكثر الدول تعرضا للفرغ لأنها لا تستطيع الحصول على من يحلون محل الخارجيين. والبلدان التي يبدو أنها تحقق أكبر كسب من الصادرات بهذه الطريقة هي البلدان التي تنظم هذه الحركة في شكل أفرقة مما يؤدي، إلى توليد حواصل صادرات، ويضمن في الوقت نفسه أن يعود العاملون إلى بلدانهم الأصلية وقد زادت مهاراتهم. والأمر الذي ينطوي على مفارقة، هو أنه على الرغم من أن قوانين الهجرة ربما تكون صيغت من أجل تسهيل دخول العاملين الطبيين، فإن هؤلاء يواجهون بعد ذلك، صعوبات في ممارسة أعمالهم بسبب عدم الاعتراف بمؤهلاتهم المهنية. وربما يكون وضع مناهج دراسية متسقة ومعايير مهنية مقبولة بشكل متبادل فيما بين البلدان خطوة ضرورية لتسهيل حركة المهنيين في المجال الصحي، في المستقبل.

٤- إن حركة الأشخاص كمستهلكين لا تني تتزايد وتتخذ أشكالا مختلفة، ولم تعد قاصرة على الأثرياء في البلدان النامية الذين يلتمسون علاجًا متخصصًا في البلدان المتقدمة. وتقوم البلدان النامية بوضع استراتيجيات لاجتذاب المرضى الأجانب. ولئن كان العائق الرئيسي يمكن أن يتمثل في شعور الانعدام بالأمن الملازم للأشخاص الذين يعانون من سوء حالتهم الصحية، فإن عدم إمكان الاستفادة من وثائق التأمين (الحكومية والخاصة) دوليا يحد من حجم السوق التجارية.

٥- أما تصدير خدمات التعليم الطبي الذي كان حكرا على بلدان متقدمة قليلة، فقد غدا الآن سلعة تجارية هامة لبعض البلدان النامية. وكثيرا ما ينقلب الطلاب إلى مقيمين طبيين يؤدون خدمات في البلد الذي يدرسون فيه، وبذا يحولون أنفسهم من مستوردين إلى مصدريين.

٦- وجرت العادة على حظر أو إعاقة إنشاء شركات أجنبية في القطاع الصحي بفعل مجموعة من القيود، منها اختبارات الحاجة الاقتصادية. إلا أن توسع القطاع الخاص في المجال الصحي رافقه فتح جزئي للسوق أمام الشركات الأجنبية في بلدان كثيرة غالباً من أجل خفض التكاليف، وتخفيف العبء عن القطاع العام، وإدخال تكنولوجيات جديدة.

٧- وييسر التغلغل في الأسواق الأجنبية، نشوء أشكال جديدة من التنظيم التجاري من مثل مؤسسات إدارة الصحة التي مارست ضغطاً نزولياً على التكاليف الصحية.

٨- ويؤدي التطبيب عن بعد إلى جعل التجارة في الخدمات الصحية ممكنة عن طريق "التجارة عبر الحدود". ويمكن استخدام التطبيب عن بعد لتوريد الخدمات الطبية إلى البلدان الفقيرة والمناطق النائية داخل البلدان. وتؤسس بعض الشركات التجارية استراتيجياتها التصديرية على التطبيب عن بعد.

٩- ويمكن تبين العولمة المتزايدة لقطاع الخدمات الصحية في توسع التجارة من خلال طرائق التوريد الأربع جميعاً. كما حدثت عمليات تحرير أعمق ضمن اتفاقات إقليمية ودون إقليمية. وتتآكل الأنظمة والقيود التي تفرضها الحكومات والرابطات المهنية الخاصة، بفعل قوى السوق. إلا أن قيوداً كثيرة ما فتئت تكتنف التجارة الدولية في هذا القطاع كما يبدو من الالتزامات المحدودة نسبياً في هذا المجال التي تتضمنها الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات.

١٠- وتقوم بلدان كثيرة، متقدمة ونامية على السواء، باعتماد استراتيجيات تصديرية للخدمات الصحية، ويقوم بعضها بتحرير سبل الوصول إلى ذات أسواقها. إلا أن القيود المفروضة على المنافسة التي تملئها اعتبارات اجتماعية وثقافية وإنمائية، تتسم، حسبما لوحظ في قطاعات خدمية كثيرة، بأنها أكثر حدة في قطاع الخدمات الصحية لأنها تتعلق بأرواح أفراد ورفاهة السكان بوجه عام. ومن الضروري وضع "جيل جديد" من اللوائح لإتاحة إمكانية توسيع التجارة في هذا القطاع كوسيلة لخفض التكاليف، مع العمل في الوقت ذاته على أن تعزز هذه التجارة نوعية الرعاية الصحية المقدّمة ونطاق شمولها.

١١- وثمة عدد من العوامل الإضافية التي تؤثر على قدرة البلدان النامية وعلى أدائها التجاري في قطاع الخدمات الصحية، يحقق تأثيراً مماثلاً، فيما يبدو، في قطاعات خدمية أخرى، من مثل أهمية حركة الأشخاص الطبيعيين لا كوسيلة لتوريد الخدمات فقط وإنما أيضاً لرفع مستوى المهارات والقدرة التكنولوجية. وبالإضافة إلى ذلك، تتاح فرص تجارية جديدة بفعل التكنولوجيات الناشئة التي تيسر التجارة عبر الحدود، وبفعل الأشكال الجديدة للتنظيم التجاري التي تتسم بالمهارة في التغلغل في الأسواق الأجنبية. ومع ذلك، فسوف تنشأ صعوبات أيضاً في صياغة لوائح ووضع جداول محددة بالتزامات، تستشرف هذه التطورات. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذه العوامل توضح الحاجة إلى استغلال إمكانيات الدور المتعاقد بين القطاعين العام والخاص، وأهمية العمل الجاري حالياً في إطار الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات بشأن الاعتراف المتبادل بالمؤهلات المهنية.

١٢- وتظهر التجارة في قطاع الخدمات الصحية أيضاً الوضع الضعيف للغاية للبلدان الفقيرة، لا سيما أقل البلدان نمواً، التي تعاني من ناحية من "هجرة الكفاءات"، ولا تتاح لها، من ناحية أخرى، سبل الوصول إلى

التكنولوجيات المتقدمة. ولذا فمن الضروري أن يتخذ المجتمع الدولي إجراءات مباشرة لمنع تزايد تآكل قدرة هذه البلدان في قطاع الخدمات الصحية وغيره من قطاعات الخدمات.

الفصل ١

السيناريو الجديد في قطاع الخدمات الصحية

١٣- تواجه الحكومات مجموعة معقدة من العوامل التي ما فتئت تزيد من صعوبة توريد الخدمات الصحية لسكان بلدانها. ففي العالم المتقدم بصفة خاصة، أدت التكاليف العالية للعمليات الجراحية الطبية، بالإضافة إلى تقدم السكان في السن إلى جعل العائدات الصحية الحدية لكثير من العمليات الجراحية مكلفة للغاية^(١). وتسارعت وتيرة عولمة التجارة والسفر والهجرة والتكنولوجيا والاتصالات بصورة هائلة خلال العقدين الماضيين. وأدى ذلك إلى تحقيق مكاسب للبعض وتهميش البعض الآخر. وظهرت المشاكل الأيكولوجية بما تتضمنه من زيادة المخاطر على الصحة.

١٤- وتفيد تقارير منظمة الصحة العالمية أنه على الرغم من أن التحسينات التي تحققت في الوضع الصحي والتغطية التأمينية الصحية والوصول إلى الرعاية الصحية، واضحة في كافة أنحاء العالم، فإن هذه التحسينات لم تعد بالفائدة على الجميع. فالواقع أن عدد الفقراء في البلدان النامية قد زاد مما يزيد من إمكانية نشوء تفاوتات في الوضع الصحي بين العالم النامي والعالم المتقدم. وتشير الإسقاطات إلى أن هناك خطراً كبيراً في ألا تتوفر مقومات الاستمرار في المستقبل، للمكاسب التي تحققت.

١٥- ومن المسلم به بصورة متزايدة أن السياسات الاقتصادية تؤثر تأثيراً هاماً على الوضع الصحي. وتتجه السياسات الجديدة نحو خفض الإنفاق الحكومي على برامج القطاع الاجتماعي، وإذا لم تجر موازنة هذه السياسات فإنها يمكن أن تؤدي إلى آثار ضارة بالوضع الصحي. وقد أعرب في السنوات الأخيرة عن قلق بالغ بشأن تأثير التنمية الاقتصادية، وبوجه خاص عملية التكيف الهيكلي على كلا البيئة والتقدم الاجتماعي بوجه عام، لا سيما من ناحية التعليم والصحة^(٢). وقد أدى القبول المتزايد لتعددية العوامل التي تسهم في الوضع الصحي إلى محاولات لوضع نهج مشتركة بين القطاعات. ويسعى القطاع الصحي إلى التفاعل مع القطاعات الأخرى من مثل الزراعة والتعليم، والتمويل، والتجارة، والبيئة وغيرها.

١٦- وحيث إن الموارد المالية غدت أكثر محدودة عالمياً، فقد باتت ضرورة العمل من أجل وضع استراتيجيات تتسم بكفاءة التكلفة وفعاليتها من أجل تعزيز النظم الصحية، وعمليات الرعاية الصحية أكثر إلحاحاً. ومن المتوقع أن تزداد حدة المنافسة بين القطاعات. ويعتبر فهم الفوائد ذات الصلة الناجمة عن اتباع نهج مشترك بين القطاعات، وإشراك قطاعات أخرى في وضع برامج منسقة، خطوتين ضروريتين من أجل اتخاذ إجراءات فعالة.

١٧- لقد تغيرت البيئة التي تتبلور فيها النظم الصحية والسياسات الصحية تغيراً هائلاً. ففي عقود سابقة يمتت الحكومات أبصارها نحو فترات طويلة من إعادة البناء الوطني والنمو الاقتصادي ونحو تقاسم أوسع نطاقاً للرخاء الاقتصادي. وكان شعار "إعادة التوزيع مع النمو" هو موضوع التنمية. وتغيرت الأرثوذكسية

الاقتصادية والفكر الإنمائي. فإعادة تحديد دور الدولة والتقليل منه قد أصبح مشهودا الآن في جميع القارات. ويتزايد استخدام آليات السوق بدلا من التدخل العام لدفع الاقتصادات الوطنية. ويشهد القطاع الصحي أيضا هذه التغييرات، وهناك نمو في مشاركة القطاع الخاص في تمويل وإنتاج وتوريد الخدمات الصحية وخدمات الرعاية الصحية. وفي بعض البلدان، تباع المؤسسات العامة إلى القطاع الخاص، وتحل مؤسسات خاصة جديدة محلها أو تزيد عليها عددا. ويجري تشجيع مخططات التأمين وتمويل المجتمع المحلي كما يشجع الموردون الخاصون للخدمات. إلا أن هناك تحديا جديدا يواجه الحكومات، هو أن تواصل توجيه وتنظيم القطاع الصحي، بما في ذلك الموردون الخاصون للخدمات الصحية لصالح الصحة العامة.

١٨- ويشير التوازن الآخذ في التغيير بين القطاعين العام والخاص للقلق بشأن العدالة والوصول إلى الخدمات، لا سيما بالنسبة لأشد فئات السكان عوزا. ويضطلع معظم الحكومات بمبادرات لإصلاح قطاع الصحة تتضمن إجراء عمليات فحص أساسية لتمويل نظمها الصحية وتنظيمها وإدارتها. ويتمثل البحث عن شركات جديدة ومصادر للإيرادات جزءا لا يتجزأ من هذه الإصلاحات.

١٩- وتؤثر المسائل التي نوقشت أعلاه على مختلف البلدان بطرائق مختلفة. وتعتمد القدرة على التصدي لهذه المسائل، جزئيا، على البيئة الاجتماعية - الاقتصادية والسياسية للبلد.

٢٠- وتشمل المسائل الرئيسية التي تواجه عددا من البلدان النامية الفقيرة أوجه النقص في الموارد: المالية والمادية والبشرية. وتفاقم من ذلك الظروف الاقتصادية المعاكسة وفقدان العاملين المدربين لصالح بلدان أخرى. وهناك أيضا نقص في التكنولوجيا في بلدان كثيرة، وهناك في بلدان أخرى، تركيز للتكنولوجيا العالية التي لا تخدم إلا جزءا صغيرا من السكان. وتبحث البلدان عن فرص تتيح الحصول على رأس مال أجنبي وتعزز قدرتها على الوفاء باحتياجات سكانها. ومن بين الفرص التي يجري بحثها الفرص المتاحة للتجارة في القطاع الصحي. وتبحث البلدان عن المجالات التي تتمتع فيها بمزايا نسبية من أجل استخدام هذه المزايا كأساس لتنمية خدمات مخصصة للتصدير.

٢١- إن المركز التنافسي للخدمة الصحية سوف يعتمد على عوامل كثيرة من مثل: هيكل التكلفة، ومدى توفر الموارد البشرية ومستوى مهارتها، والتفاضل بين الخدمات، ومدى توفر التكنولوجيا والمرافق الصحية. وتعزز من هذه المزايا النسبية عوامل أخرى من مثل القرب الجغرافي، والتآلف الثقافي واللغوي، وموارد الثروات الطبيعية، والقدرة على التسويق الفعال للمزايا.

٢٢- وينبغي موازنة الفوائد التي يمكن أن تؤول من تنمية فرص التجارة بالآثار السلبية التي يمكن أن تترتب عليها. فعلى سبيل المثال، من شأن إنشاء مرفق خاص على أساس أحدث ما وصلت إليه التكنولوجيا لتقديم خدمات للميسورين أو للأجانب أن يزيد التكنولوجيا المتاحة في النظام الصحي. ومع ذلك ليس من المرجح أن يسهم ذلك في تحسين فرص استفادة السكان بوجه عام من الخدمات الصحية ما لم توضع ترتيبات تقضي بإتاحة نسبة من الأسرة أو الخدمات للقطاع العام. ومن الناحية التنافسية، يعتبر توفر التكنولوجيا عنصرا هاما في إضفاء الجاذبية على بلد معين أو مؤسسة صحية معينة. ومن ناحية الصحة العامة، ينبغي تحقيق توازن سليم بين ضرورة الاستثمار في التكنولوجيا لضمان مستوى عصري وفعال من الرعاية الصحية، وتفادي الإفراط في الإنفاق. ومن الواضح أنه ينبغي للبلدان، وهي تسعى لاستكشاف فرص التجارة في الخدمات الصحية أن تعمل ليس فقط على توفير النظم المناسبة لإمكان تحقيق ذلك، وإنما أيضا

والأهم، على ضع القوانين واللوائح التي تدعم قيم السياسة الصحية الوطنية من مثل العدالة وتوفير مقومات الاستدامة.

الفصل ٢

طرائق التجارة في الخدمات الصحية

(أ) حركة الأشخاص الطبيعيين

٢٣- بمقتضى الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات، تشمل الخدمات الصحية: الخدمات الطبية والخدمات المتعلقة بطب الأسنان؛ والخدمات التي تقدمها القابلات، والممرضات، وممارسو العلاج الطبيعي، والعاملون شبه الطبيين؛ وخدمات المستشفيات؛ وغيرها من الخدمات المتعلقة بصحة الإنسان.

٢٤- ويعتبر الانتقال المؤقت للعاملين من أجل تقديم الخدمات في الخارج أهم نسبيًا كطريقة للتجارة في الخدمات الصحية بسبب الطبيعة الكثيفة العمالة بصورة أساسية لهذه الخدمات، ونقص العاملين القائم في بلدان كثيرة، ولأن الخدمات الصحية، على خلاف كثير من الخدمات المهنية الأخرى (من مثل الخدمات القانونية أو خدمات المحاسبة) تستند إلى حد كبير إلى المعارف العلمية العالمية.

٢٥- وينتقل المهنيون الصحيون بحثًا عن ظروف معيشة وعمل أفضل ورواتب أجزى، وغالبًا ما ينتقلون من القطاع العام إلى القطاع الخاص. وقد يرغبون أيضًا في الحصول على مؤهلات مهنية أعلى أو في التعرف على التقنيات الجديدة غير المتاحة في أوطانهم. أما أصحاب العمل فيسعون إلى شراء المهارات التي يكون هناك نقص في عرضها محلياً^(٣). ويمكن أن يؤدي انتقال المهنيين الصحيين إلى تعويض أوجه النقص لدى البلدان المتلقية، كما أن التحويلات المالية لهؤلاء المهنيين يمكن أن تحسن مستوى المعيشة في بلدان منشئهم. ولذا فلتن كانت الهجرة الدائمة للعاملين الصحيين يمكن أن تؤدي إلى هجرة الكفاءات من البلدان النامية، فإن الانتقال المؤقت يمكن أن يسهم في الارتقاء عموماً بمستوى المهارات عندما يستأنف الأشخاص العائدون أنشطتهم.

٢٦- وتشير التقديرات إلى أن البلدان النامية تسهم بنسبة ٥٦ في المائة من جميع الأطباء المهاجرين، وتتلقى نسبة تقل عن ١١ في المائة منهم^(٤). وقد تغير اتجاه التدفقات بمضي الوقت، فبينما كان معظم الأطباء الذين يعملون في الخارج في الستينات من البلدان المتقدمة، فإن أغلبهم منذ ذلك التاريخ أصبحوا يأتون من البلدان النامية، ولا سيما من آسيا^(٥). وتشهد بلدان كثيرة خروج عاملين صحيين من هذه البلدان ودخولهم إليها على السواء. فعلى سبيل المثال، تصدر المملكة المتحدة الممرضات الناشئات إلى الولايات المتحدة، وتستورد بدورها الممرضات (من أيرلندا والهند مثلاً) لسد النقص المحلي؛ وتصدر جامايكا الممرضات إلى الولايات المتحدة، وتستوردهن من نيجيريا وميانمار. ومن ثم، فإن أخفض البلدان دخولا هي الأشد تأثراً بـ"هجرة الكفاءات" لأنها لا تستطيع اجتذاب بدلاء. فعلى سبيل المثال، شهدت جنوب أفريقيا رحيلًا جماعيًا للعاملين الطبيين إلى المملكة المتحدة وكندا والولايات المتحدة، وهجرة من القطاع العام إلى القطاع الخاص أيضًا داخل البلد. وجرى سد النقص الناجم عن ذلك في القطاع العام أولاً عن طريق العاملين من بلدان

مجاورة، إلا أنه نظرا لأن هذا أدى إلى هجرة الكفاءات بصورة غير مقبولة من جيرانها الأفقر، فقد أبرمت حكومة جنوب أفريقيا عقودا مع كوبا للحصول على عاملين طبيين للعمل في أنأى المناطق. وبغية وقف هجرة الكفاءات، وُضِع ترتيب للأطباء من موزامبيق للعمل جزءا من وقتهم في جنوب أفريقيا (بينما هم يقيمون في موزامبيق) من أجل زيادة دخولهم. وغالبا ما يشكل المهنيون الصحيون من البلدان النامية جزءا كبيرا من العمالة غير الماهرة في القطاع الصحي في العالم المتقدم على الرغم من المؤهلات التي قد يحوزونها.

٢٧- واسترعت بعض الدراسات التي أجريت مؤخرا الانتباه إلى تشبع أسواق البلدان المتقدمة، لا سيما الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي بالنسبة لفئات معينة من المهنيين الصحيين^(١). ومع ذلك فلا تزال هناك إمكانيات جديدة متاحة في قطاعات محددة من مثل التمريض المتعلق بالمسنين والمعوقين أو المرضى الذين يعانون من إدمان المخدرات أو الكحول، والخدمات الطبية في المناطق النائية. وتيسر أوجه التآلف الثقافية والقرب الجغرافي انتقال العاملين الصحيين إلى الخارج.

الحواجز التجارية الفعلية أو المحتملة

٢٨- يمكن أن تفرض قيود على حركة العاملين الصحيين نتيجة لمتطلبات اختبارات الحاجة الاقتصادية، أو الترخيص التمييزي، أو التصديقات، أو الاعتراف بالمؤهلات المهنية الأجنبية، أو متطلبات المواطنة والإقامة، أو المتطلبات الحكومية أو المتطلبات الإقليمية، أو نظم الهجرة، أو الوصول إلى الامتحانات لاستكمال المؤهلات، أو صنوف الرقابة على الصرف الأجنبي التي تؤثر على تحويل الإيرادات إلى الوطن، أو النظم التمييزية المتعلقة بالرسوم والنفقات.

٢٩- ويعلق اعتبار الحاجة الاقتصادية الدخول المؤقت على شرط يقضي بعدم وجود مقيم/مواطن في البلد المضيف متاح ومؤهل للاضطلاع بنفس العمل. وفي الالتزامات المتعلقة بالاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات فإن اختبارات الحاجة الاقتصادية، التي تعرّف بأنها حاجز يحول دون النفاذ إلى الأسواق بموجب المادة السادسة عشرة، تظهر في كثير من الأحيان باعتبارها تقييدا للالتزامات المتعلقة بحركة الأشخاص الطبيعيين، بما في ذلك الأشخاص المتنقلون داخل شركاتهم، والمهنيون الذين يتم التعاقد معهم بشكل مستقل. فاختبارات الحاجة الاقتصادية تعمل بوصفها قيودا حصصيا، يمكن أن يكون نوعياً أو كمياً. وهي تأخذ في الحسبان السمات الحالية للسكان، والقدرات المتاحة لأداء خدمات الرعاية الصحية.

٣٠- أما الأحكام المتعلقة بمنح التراخيص فيمكن أن تعوق دخول الأجانب عن طريق عدم الاعتراف بمؤهلاتهم المهنية أو عن طريق فرض معايير تمييزية أكثر صرامة وأكثر تكلفة عليهم. ويكون منح التراخيص والاعتراف بالمؤهلات معقدا إلى حد كبير في الحالات التي لا توجد فيها هيئة وطنية لمنح التراخيص، وتقع فيها مسؤولية منح هذه التراخيص لممارسة الطب على عاتق سلطات حكومية أو إقليمية مختلفة يكون لدى كل منها مجلس لمنح التراخيص الطبية. وشرط التسجيل في منظمة مهنية أو العضوية فيها يمكن أن يشكل أيضا عقبة أمام الشخص الذي يرغب في توريد خدمة بصفة مؤقتة.

٣١- وفي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، فإن شروط الحصول على ترخيص ممارسة الطب بالنسبة للذين حصلوا على مؤهلاتهم خارج البلد تختلف من ولاية إلى أخرى، فبعضها يسمح لخريجي مدارس الطب

الأجنبية بممارسة المهنة رهنا بإجراء امتحان تحريري. وينبغي للمرشحين أيضا أن يمتحنوا بامتحان التأهيل الذي تجريه اللجنة التعليمية لخريجي الطب الأجانب، ثم يقضون فترة تعليم طبي للخريجين في مستشفى في الولايات المتحدة. وتمنح ولايات كثيرة ترخيصا بممارسة الطب عن طريق المصادقة على مؤهلات خريجي المعاهد الطبية الكندية المعتمدة^(٧).

٣٢- وفي كندا، تختلف شروط حصول الأطباء ذوي المؤهلات الأجنبية على ترخيص بممارسة الطلب من مقاطعة إلى أخرى. ويتعين على الأجانب أيضا الحصول على موافقة وزارة المقاطعة ذات الصلة على أن هناك حاجة إلى خدماتهم المهنية. وينبغي أن تكون الممرضات المسجلات قد حصلن على ترخيص إقليمي لممارسة مهنتهن في كندا قبل منحهن حق دخول البلد كمهنيات. كذلك فإن تصريح العمل الذي يصدر عند الدخول تكون مدته القصوى سنة واحدة. ويمكن منح تمديدات على أساس سنوي، وفقا لما يقرره موظف الهجرة. وبموجب اتفاق التجارة الحرة لأمريكا الشمالية تقرر السماح بالانتقال المؤقت للمهنيين الصحيين.

٣٣- وداخل الاتحاد الأوروبي، تحظر معاملة مواطني الدول الأعضاء الأخرى معاملة تمييزية على أساس الجنسية فيما يتعلق بالإقامة وتوريد الخدمات. وهناك توجيهات عديدة تشمل موردي الخدمات الصحية (التوجيه 77/452/EEC المتعلق بالممرضات المسؤولات عن الرعاية العامة، والتوجيه 78/1026/EEC بشأن الجراحين البيطريين، والتوجيه 80/154/EEC بشأن القابلات، والتوجيه 85/433/EEC بشأن الصيادلة). ويتعلق توجيه المجلس 93/16/EEC المؤرخ في ٥ نيسان/أبريل ١٩٩٣ بتيسير حرية انتقال الأطباء والاعتراف المتبادل بالدبلومات والشهادات وغيرها من المستندات الدالة على المؤهلات الرسمية التي حصلوا عليها. ويضع هذا التوجيه أحكاما لتيسير الممارسة الفعلية للحق في الإقامة وحرية توريد الخدمات فيما يتعلق بأنشطة الأطباء، كما ينص على آليات للتقارب والتنسيق. وقدمت مقترحات من أجل بحث مشاكل مواطني الجماعة الأوروبية الذين حصلوا على مؤهلات طبية من بلد ثالث^(٨). وينص توجيه المجلس 89/48/EEC المؤرخ في ٢١ كانون الأول/ديسمبر ١٩٨٨ على نظام عام لضمان معادلة الدبلومات الجامعية من أجل وضع الحرية الفعلية للإقامة داخل بلدان الجماعة موضع التنفيذ. والمادة ٣ وهي النص الرئيسي في التوجيه، تضع قاعدة عامة هي أن الشخص المخول بممارسة مهنة في دولة المنشأ العضو، يتمتع أيضا بحق الاعتراف بدبلومه لغرض أداء نفس المهنة في الدولة المضيفة. ولذا فإن التوجيه ينشئ حقا في الاعتراف يمكن أن يستند إليه الأفراد، بشكل مباشر أمام السلطات الوطنية، الإدارية أو القضائية منها على السواء. ويستند هذا النظام إلى مبدأ الثقة المتبادلة وتشابه مستويات التدريب، إلا أنه عندما تكون هناك اختلافات هيكلية كبرى بين المقررات التدريبية يكون من حق الدولة العضو المضيفة اشتراط التعويض عن ذلك، عن طريق فرض فترة تكيف واختبار للصلاحيات^(٩).

٣٤- ولئن كانت الرابطة المهنية أساسية من أجل الحفاظ على مستويات ونوعية الخدمات فإنها كثيرا ما حاولت كبح المنافسة السعرية، وتقييد قدوم وافدين جدد. فعلى سبيل المثال، اعتادت الرابطة الطبية الأمريكية أن تضع بالنسبة للعقود، قواعد ممارسة تجعل من غير الأخلاقي لطبيب أن يعالج مرضاه بموجب عقد بأجر مع مستشفى أو مؤسسة للرعاية الصحية لا يديرها أطباء. كما تعتبر قواعد الرابطة من غير الأخلاقي لطبيب أن يقبل تعويضا عن أتعابه لا تتناسب مع أتعاب الطبيب المعتادة التي تدفع في المجتمع المحلي. واستخدم المهنيون الرقابة على الخطط الطبية وشركات التأمين للتمييز ضد المنافسين المحتملين في السوق المحلية وفي الخارج. إلا أن القيود التي تفرضها الرابطة المهنية تتأكل بفعل قوى السوق. وتجدد الإشارة إلى أن بعض الأعمال المشتركة، مشروعة، وترمي إلى الحفاظ على مستويات الخدمة وجودتها.

٣٥- إن الافتقار إلى المعلومات أو عدم اكتمالها يمكن أن يعوق المحاولات التي يبذلها المهنيون الصحيون للبحث عن فرص عمل في الخارج. وحلا لهذه المشكلة، يبحث عدد من الشركات المتخصصة بنشاط عن العاملين الطبيين من أجل تشغيلهم في بلاد أجنبية.

٣٦- وكثيرا ما تمنع القوانين المهنية في مجال الرعاية الصحية من الإعلان عن الأجور التي يتلقونها أو الخصومات التي يقدمونها، والإعلان عن خدماتهم. وقد يكون لإزالة هذا العائق أهمية في تعزيز المنافسة، وإن تكن هذه الأنظمة قد وضعت بغرض الحفاظ على نوعية الخدمات ومنع مخادعة المستهلكين والإضرار بهم.

التزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات

٣٧- لا تتعلق معظم التزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات بشأن دخول وإقامة الأشخاص الطبيعيين بصفة مؤقتة بقطاع بعينه، لذلك يصعب تقييم الكيفية التي ستؤثر بها على المشتغلين بالرعاية الصحية^(١٠). وعادة ما تتضمن الالتزامات المتعلقة بحركة الأشخاص الطبيعيين اشتراطات دخول لثلاث فئات رئيسية من الأفراد - الزوار من رجال الأعمال، والمشتغلون بتهيئة حضور تجاري لمنشأة ما، والمتنقلون داخل شركاتهم - ولفئة رابعة، هي المشتغلين بمهن تخصصية. ويمكن أن توفر الفئة الأخيرة بعض سبل الدخول المحدودة للمهنيين المشتغلين بالصحة، أي في مجالات استشارات الإدارة، والبحث والتطوير، والخدمات التعليمية الصحية. وحتى الآن، لم يقطع، سوى القليل من البلدان فحسب، أي التزامات في مجال المشتغلين بمهن تخصصية.

٣٨- وتوضح بعض الحواجز التجارية المذكورة آنفا بجلاء مما هو وارد في التزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات من قيود على سبل الوصول إلى الأسواق والمعاملة الوطنية. وعلاوة على ذلك، فإن التزامات هذه الاتفاقية العامة لا تغطي عموما مسألة السماح للمشتغلين بالرعاية الصحية المستقلين بالدخول والبقاء بصفة مؤقتة. وينص القليل من الالتزامات على حركة الأشخاص الطبيعيين في مجال الخدمات الطبية وخدمات طب الأسنان؛ وعلى سبيل المثال، فإن الجماعة الأوروبية قامت، في إطار القطاع الفرعي المتعلق بخدمات المهنيين، بجدولة الالتزامات المتعلقة بما يلي: '١٠' الخدمات الطبية وخدمات طب الأسنان والقابلات (CPC 9312, 93191)؛ '٢٠' والخدمات البيطرية (CPC 932)؛ '٣٠' والممرضون وخصائيو العلاج الطبيعي والمعاونون الطبيون (CPC 93191)؛ '٤٠' والصيدلة. والالتزامات المتعلقة بالبند '١٠' تغطيها طريقتا التوريد المتعلقتان بالحضور التجاري وحركة الأشخاص. وتعتمد بعض البلدان الأعضاء، في إطار طريقة الحضور التجاري الأجنبي، إلى تقييد سبل دخول الأشخاص الطبيعيين أو الاتحادات المهنية القائمة فيما بين الأشخاص الطبيعيين. وتنطبق في إطار طريقة توريد الأشخاص الطبيعيين، اشتراطات الإقامة أو المواطنة، واختبار الحاجة الاقتصادية أو الإذن المحدود المدة^(١١).

٣٩- وتبين الالتزامات المخصصة بهذه الطريقة للتوريد أن بلدانا قليلة هي التي عملت على تقييد قوانين ولوائح الهجرة القائمة بها؛ لذلك فإن هناك هامشا ما لتحسين التسهيلات بدون تعديل التشريعات ذات الصلة فعليا. وفي الحقيقة، قام عدد من البلدان بادخال أحكام في تشريعاتها الخاصة بالهجرة لتيسير الدخول المؤقت لمشتغلين معينين بالطب. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، تمنح تأشيرة دخول من نوع H1A للممرضين الأجانب من غير المهاجرين الذين يشغلون مناصب دائمة بصفة مؤقتة؛ ولا تتطلب هذه

التأشيرة الحصول على تصديق من وزارة العمل بالولايات المتحدة. ويأذن قانون صدر في عام ١٩٩٤ لإدارة الصحة العامة في كل ولاية من الولايات بمنح تصاريح لما يصل إلى ٢٠ طبيباً كل سنة للعمل في المناطق التي تعاني من نقص في المهنيين المشتغلين بالخدمات الصحية^(١٢).

٤٠- وفي استراليا، فمن بين ٢٤ مرتبة رئيسية من تأشيرات الإقامة المؤقتة وتصاريح الدخول، تتعلق تسع منها على الأقل بالدخول المؤقت للمشتغلين بمهن تخصصية، بما في ذلك المشتغلون بالتعليم، والجامعيون الزائرون، والممارسون الطبيون، والمحاضرون العموميون. وفي اليابان، وبالإضافة إلى الأشخاص الذين ينشئون حضوراً تجارياً وللمتنقلين داخل شركاتهم، يمكن إعطاء ١٣ فئة من الأشخاص تصاريح استخدام من أجل الحصول على تأشيرات عمل مؤقتة، بما في ذلك أساتذة الجامعات، لإجراء البحوث والتدريس على المستوى الجامعي، وموردو الخدمات الطبية، والباحثون. ولدى المملكة المتحدة مجموعة قواعد تنظيمية لغير مواطني الجماعة الأوروبية تسمح بإصدار تصاريح عمل للمهنيين المرخصين، والموظفين الإداريين والمسؤولين التنفيذيين، والتقنيين أصحاب المؤهلات العالية ممن لديهم خبرة تخصصية، والعمال الأساسيين ذوي المعارف القائمة على الخبرة، والمهن المساعدة في المستشفيات، وتخضع هذه الفئات لاختبار حاجة سوق العمل، ولنظام الحصص في حالة المهن المساعدة في المستشفيات^(١٣).

(ب) حركة المستهلكين

٤١- تشمل التجارة في الخدمات الصحية في إطار هذه الطريقة الخدمات الصحية الأولية المقدمة إلى المرضى الأجانب؛ بيد أنه يمكن اعتبار الخدمات التعليمية المقدمة إلى الطلاب الأجانب من قبيل التجارة في الخدمات الصحية أيضاً.

٤٢- وأهم الحواجز، في حالة حركة المرضى، هو وجود احساس بعدم الأمان العاطفي لدى الأشخاص المرضى الذين لا يرغبون في الابتعاد عن أسرهم، والذين لديهم حساسية بوجه خاص إزاء الاختلافات الثقافية واللغوية. ومن بين الروادع الإضافية، في حالة الأشخاص المستعدين للسفر من أجل الحصول على رعاية صحية، أن الخدمات الصحية العمومية ووثائق التأمين الخاصة لا تغطي، في معظم الأحوال، العلاج الصحي في الخارج (باستثناء بعض مخططات التأمين الخاص "الفاخرة" التي تشمل العلاج في الخارج، ولكنها تحصل أقساطاً مرتفعة جداً، وبعض وثائق التأمين التي تغطي الرعاية الصحية المتلقاة في الخارج في حالة وقوع طارئ أثناء رحلات العمل أو قضاء العطلات). ومن شأن ذلك أن يقصر السوق الراهنة للتجارة المتخذة لشكل حركة المرضى على فئات معينة من المستهلكين. لذلك فقد يبحث المرضى عن الرعاية الصحية في الخارج في حالة ما إذا كان تأمينهم الصحي لا يغطي العلاج المطلوب أو لا يوفره، أو يغطيه بشكل جزئي فقط. وحيث أنه يتعين عليهم أن يتحملوا بتكاليف هذا العلاج، فقد يفكرون في الذهاب إلى حيث تكون نسبة الجودة إلى السعر أميز منها في الوطن. وقد لا تكون التغطية التأمينية عاملاً له شأنه عندما تكون هناك قوائم انتظار طويلة للحصول على الخدمات الطبية، أو عندما يشعر المريض بأن نوعية الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات الأجنبية أفضل بكثير جداً مما تقدمه المؤسسات الوطنية، وعندما يكون قادراً على الدفع، ومستعداً للدفع، بغض النظر عن التغطية التأمينية.

٤٣- ومن الممكن أن يدخل في المرضى الملتزمين بالرعاية الصحية في الخارج ما يلي: '١' الذين يسافرون إلى الخارج بحثاً عن علاج متخصص أو جراحي يستخدم تكنولوجيا متقدمة قد لا تكون متاحة في الوطن

أو سعيًا إلى المؤسسات الصحية ذات السمعة المتميزة؛^{٢٤} والذين يسافرون التماسًا للرعاية النقاهاية؛^{٢٥} والذين يسافرون إلى أماكن مخصصة للاستفادة من الهبات الطبيعية - مثل الينابيع الحارة والمنتجعات المعدنية - والذين لديهم استعداد للربط بين العلاج الطبي وأنشطة أخرى، مثل السياحة الترفيهيه؛^{٢٦} والذين يسافرون من أجل العلاج الطبي وعلاج الأسنان خارج المستشفيات، باحثين عن علاج بنفس الجودة التي يمكن أن يحصلوا عليها في أوطانهم ولكن بتكلفة أقل، أو عن خدمات متخصصة ليست متاحة في بلدان منشئهم؛ والمهاجرون الذين يعيشون في الخارج والمرضى المقيمون على الحدود من أهم مجموعات الزبائن في هذا السياق؛^{٢٧} والمسنون الذين ينتقلون إلى بلدان تكون التكاليف فيها أقل والمناخ أفضل مما هو متاح في بلدانهم الأصلية، والمواطنون العائدون الذين عاشوا لسنوات طويلة خارج بلادهم ويستطيعون أن يتقاعدوا في بلدان منشئهم. وينظر الكثيرون إلى المتقاعدين على أنهم أكبر سوق محتمل بالنسبة للبلدان النامية، وستؤثر الرعاية الصحية التي تستطيع البلدان النامية أن توفرها على قدرتها على اجتذاب المسنين. بيد أن الحاجز الرئيسي الذي يحول دون التقاعد في الخارج هو عدم إمكانية مدّ الاستفادة من التأمين الصحي إلى الخارج^(٢٨).

٤٤- ومن شأن وجود عناصر مثل وسائل النقل المجودة، واللغة أو الثقافة المشتركة أو المتماثلة، والعلاقات الودية ما بين الطبيب والمريض، وسهولة توافر المعلومات عن المرافق الصحية في الخارج، والصلات الراسخة مع المؤسسات الصحية في البلد الأصلي، أن تساهم في جميع الحالات في جعل خيار البحث عن الرعاية الصحية في البلد الأجنبي أكثر جاذبية. ومن الناحية الأخرى، فإن اشتراطات التأشيرة، أو قيود النقد الأجنبي، أو الحاجة إلى الحصول على إذن بنفقات العلاج الطبي، قد تثبط الكثير من المرضى عن التماس الخدمات في بلدان أجنبية.

٤٥- والبلدان التي اجتذبت المرضى الأجانب بشكل تقليدي هي البلدان المتقدمة التي تستطيع أن تعرض مقدمي خدمات صحية ذوي سمعة دولية، وعلاجاً متخصصاً، وأحدث ما وصلت إليه التكنولوجيا. بيد أن البلدان المتقدمة تتنافس فيما بينها على أساس الرسوم التي تقتضيها^(٢٩). ويسعى عدد من البلدان النامية بنشاط إلى اجتذاب المستهلكين الأجانب، معتمداً في ذلك على قدرته على عرض رعاية صحية جيدة بأسعار تقل بكثير جداً عن أسعارها في البلدان المتقدمة. وتحاول بلدان نامية أخرى أن تنفذ إلى سوق الخدمات الصحية الدولية على أساس تفرد العلاج الذي تستطيع أن تعرضه أو بالاعتماد على خصائصها الطبيعية والجغرافية والثقافية؛ بيد أنه عادة ما تقتزن تلك العناصر بميزات سعرية^(٣٠).

٤٦- وقد عالج الاتحاد الأوروبي مشكلة عدم إمكانية نقل الاستفادة من تأمين الرعاية الصحية العمومية عن طريق نظام توفر بمقتضاه الامتيازات المرضية عيناً وفقاً لتشريعات البلد الذي يقطن أو يقيم فيه مواطن الاتحاد الأوروبي، كما لو كان هذا المواطن مؤمناً عليه في ذلك البلد. وقد تكون هذه الامتيازات أكبر أو أقل من تلك التي يقدمها البلد المؤمن على المواطن فيه فعلياً. وبعد تقديم الخدمة، تقدم الفاتورة إلى التأمين الصحي في البلد الأصلي لتسديدها^(٣١) وفي بعض البلدان (مثل، مصر والأردن وكوستاريكا) يمكن أن يؤذن للمرضى بالحصول على العلاج في الخارج على نفقة النظام الصحي الوطني، عندما لا يكون بوسع هذا النظام أن يقدم العلاج المطلوب. بيد أن اجراءات الإذن قد تكون طويلة ومرهقة. وقد وقعت بعض البلدان، بما فيها الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، اتفاقات ثنائية تسمح بإمكانية نقل الاستفادة من التأمين الصحي العمومي بشكل كامل أو جزئي.

٤٧- وكان من المتوقع، حتى سنوات قليلة مضت، أن تتسع حركة المرضى وفقا لافتراض بأن يتزايد التماس المرضى لرعاية على درجة عالية من التخصص، وأن عدد المؤسسات الصحية القادرة على توفير ذلك سيكون محدودا. بيد أن من الجائز أن تكون الاتجاهات في طرائق التوريد الأخرى، وبخاصة الحضور التجاري والتجارة عبر الحدود، على نحو ما سيناقش أدناه، قد قللت من دوافع المرضى للسفر إلى الخارج، أو قصرت من طول فترة بقائهم في البلدان الأجنبية.

٤٨- ومن الناحية الأخرى، فإن الاتجاه العالمي نحو زيادة التكاليف الطبية وتقليل ميزانيات الرعاية الصحية العمومية، وما يترتب على ذلك من تقليص تغطية الرعاية الصحية، قد تشجع عددا أكبر من المرضى على البحث عن علاج صحي في بلدان تكون نسبة السعر إلى الجودة أميز فيها مما هو موجود في أوطانهم. ومن الجائز أن تعمل الجهود المبذولة للسيطرة على التكاليف الصحية على حث منظمات المحافظة على الصحة في البلدان المتقدمة على أن تدخل في شبكات المؤسسات الصحية في البلدان النامية التي تستطيع أن تقدم علاجا طبيا بأسعار تنافسية. ويفضي تقليص التغطية الصحية العمومية إلى التوسع في التأمين الخاص الذي قد يتضمن توفير العلاج في الخارج^(١٨).

٤٩- وقد دفعت زيادة المعروض من أسرة المستشفيات في بلدان معينة، وبالأخص الولايات المتحدة، إلى القيام بجهود تسويق ضخمة للاتصال بالمرضى الأجانب المحتملين. وبالمثل، ففي البلدان التي كانت سيطرة الدولة فيها على الخدمات الطبية هي القاعدة السائدة فيما سبق، بدأت تظهر آثار الجهود التي تبذلها المؤسسات الطبية لاجتذاب الزبائن الأجانب القادرين على دفع رسوم مرتفعة.

٥٠- ويسمح عادة في التزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات المتعلقة بالتجارة في الخدمات الصحية، بالاستهلاك في الخارج بدون حد، غير أن بعض البلدان (مثل بلغاريا وبولندا والولايات المتحدة)، قد أشارت إلى وجود قيود على تغطية نظم التأمين العام خارج البلاد.

٥١- ولما كان الطلاب يفضلون الدراسة في بلادهم تجنباً للمشاكل المستقبلية المتعلقة بتوثيق الدرجات العلمية التي يحصلون عليها والحصول على تراخيص بممارسة مهنتهم، فإن هذا النوع من حركة المستهلكين يحدث بالدرجة الأولى عندما لا يكون التعليم الطبي متاحا في أوطانهم الأصلية؛ أو عندما تتفاوت تكلفة التدريب الطبي وشبه الطبي بدرجة كبيرة فيما بين البلدان؛ أو عندما لا يستطيع الطلاب الوفاء بالمؤهلات التي تطلبها المدارس الطبية المحلية؛ أو إذا ما كانوا يهدفون إلى تحصيل مستوى أعلى من التعليم يمكن أن ييسر لهم سبل الدخول إلى سوق العمل في البلد الذي درسوا فيه أو يسمح لهم بزيادة مكاسبهم المحتملة في أوطانهم الأصلية. وفي بعض الحالات، يصبح الطلاب الأجانب "أطباء مقيمين" (أطباء الدراسات العليا الذين يقضون مرحلة التدريب ويقومون بتقديم الخدمات)، وبذلك يحولون أنفسهم من مستوردين للخدمات إلى مصدريها، بينما يبقون في نفس المؤسسة.

٥٢- وعادة ما تستند قوة البلاد المتقدمة فيما يتعلق باجتذاب الطلاب الأجانب أساسا إلى ما لمؤسساتها من سمعة دولية و/أو تفرد التدريب الذي يمكن أن تقدمه، غير أن التكلفة أخذت تصبح عاملا تنافسيا بدرجة متزايدة. كما أن بعض البلدان النامية تستخدم ما لمدارسها من سمعة طبية و/أو التدريب الخاص الذي يمكن أن تقدمه، بالافتتان مع عامل التكلفة، كوسيلة لاجتذاب الطلاب الأجانب. ومن الجائز أن تصبح الروابط التي

تنشأ بين الطلاب الأجانب والمستشفيات التي درسوا أو تدربوا فيها عنصرا هاما فيما بعد في إحالة المرضى من البلدان الأصلية للطلاب إلى تلك المؤسسات.

٥٣- ويبدو أن أهم المعايير في اختيار مؤسسة أجنبية هو سمعتها، والتكلفة، وتوافر التمويل. كما تقوم عوامل أخرى، من قبيل اللغة والتآلف الثقافي والقرب الجغرافي بدور هام في هذا الصدد. وفي حالات معينة، يكون تفرد التدريب هو ما يجذب الطلاب الأجانب، وهذا هو واقع الأمر، على سبيل المثال، بالنسبة للطب الصيني التقليدي. كما يتأثر اختيار السفر إلى الخارج للتعليم و/أو التدريب بمدى اعتراف البلد الأصلي بالدرجات العلمية الأجنبية^(٩).

٥٤- وعادة ما تكون القضايا المتصلة بالاعتراف بالدرجات العلمية حساسة جدا. وأحد أسباب ذلك هو الاختلافات الموضوعية في المناهج الدراسية التي تقدمها مختلف البلدان/المؤسسات، في حين أن من بين الأسباب الأخرى مقاومة الاتحادات المهنية الصحية لفتح الأسواق المحلية أمام طلاب تلقوا دراستهم في الخارج، وخاصة عندما لا يكون هناك عجز في المشتغلين بالطب ممن تدربوا في المدارس المحلية. بيد أن الاتحادات المهنية تقوم بدور إيجابي في كفاءة امتثال المهنيين المشتغلين بالطب لمعايير جودة معينة. والمؤسسات القائمة في البلدان التي تجتذب الطلاب الأجانب أساسا بسبب انخفاض مصروفات الدراسة وعدم التدقيق عند تسجيل الطلاب الأجانب تخاطر بأن تجازي إذا لم تستطع أن تقدم في الوقت نفسه ضمانات بشأن نوعية التعليم/التدريب الذي تقدمه والمعايير المطبقة عند منح الدرجات.

٥٥- وبعض البلدان لها تقاليد طويلة في تقديم التعليم والتدريب للطلاب الأجانب (مثل المملكة المتحدة^(١٠) أو الولايات المتحدة)، في حين أن بلدانا أخرى بدأت مؤخرا فقط في دخول هذه السوق (مثل استراليا)^(١١). وهناك بلدان أخرى، مثل الصين، كانت قد درجت على تقديم التعليم والتدريب للطلاب الأجانب في إطار برامج التعاون التقني، تتحول الآن إلى القيام بذلك على أسس تجارية. بيد أن بلدانا مثل البرازيل لا تزال تستقبل الطلاب الأجانب بالدرجة الأولى في إطار المساعدة التقنية أو غير ذلك من أنواع الاتفاقات.

٥٦- ويبدو أن تدفق طلاب البلدان النامية المنتقلين إلى بلدان أخرى للدراسة آخذ في التناقص، حيث أن العديد من البلدان النامية أنشأ مدارس طبية وشبة طبية لتلبية الاحتياجات الوطنية^(١٢). وعلاوة على ذلك، فإن استخدام تكنولوجيا المعلومات، ولا سيما التطبيب عن بعد، يؤثر على حركة الطلاب، حيث يستطيعون استخدام الخدمات التعليمية التفاعلية وأن يرتقوا بتعليمهم بدون الذهاب إلى الخارج. بيد أنه في حين كان الطلاب الذين يدرسون المهن الطبية يركزون قبل عدة سنوات على الطب أو طب الأسنان أو التمريض، فإنهم قد يفكرون اليوم في الالتحاق بتخصصات جديدة، مثل إدارة الخدمات الصحية أو إدارة التمريض. وحيث أن معظم البلدان النامية لا تزال عاجزة عن تقديم تعليم وتدريب وافيين في هذه المجالات الجديدة، فمن المحتمل أن يفكر عدد من الطلاب في الذهاب إلى الخارج من أجل هذا النوع من الدراسة/التدريب.

(ج) الحضور التجاري الأجنبي

٥٧- تشمل هذه الطريقة إقامة حضور تجاري في سوق أجنبية لتقديم الخدمات المتصلة بالصحة إلى زبائن في هذه السوق؛ ويمكن تقسيمها إلى الفئات التالية: '١٤' الحضور التجاري الأجنبي في قطاع

تشغيل/ادارة المستشفيات؛ '٢' وفي قطاع التأمين الصحي؛ '٣' وفي القطاع التعليمي؛ '٤' وعلى أساس مخصص.

٥٨- خضع الاستثمار الأجنبي في قطاع الصحة لقيود بالغة في معظم البلدان، إن لم يكن للحظر. بيد أن الكثير من البلدان بدأ يفتح أسواقه للحضور الأجنبي بأشكال شتى، ويحبذ المنافسة كوسيلة للتوصل إلى خدمات صحية أفضل، وتقليل تصاعد الأسعار، وتخفيف الضغوط عن القطاع العام. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يسرت تقنيات نشاط الأعمال الجديدة من المشاركة الأجنبية بحد أدنى من الاستثمار الفعلي.

٥٩- الحضور التجاري الأجنبي في قطاع تشغيل/ادارة المستشفيات. عادة ما تحاول شركات ادارة المستشفيات أن ترسخ قدمها داخل البلدان التي لديها قوانين استثمار متحررة، والتي تكون مفتوحة أمام مبادرات الاستثمار المشترك، والتي تكون حصة الفرد من الدخل مرتفعة فيها أو لديها حصة كبيرة كافية من السكان القادرين على إطاعة العلاج الطبي الخاص.

٦٠- ويبدو أن معظم موردي الخدمات الصحية قد رسخوا أقدامهم في البلدان الأجنبية من خلال المشاريع المشتركة مع شركاء محليين أو مشاريع ثلاثية الأطراف مع مستثمرين محليين ومستثمرين من بلد ثالث. ويشكل احتياز المرافق إحدى تقنيات الحضور التجاري، غير أن الاحتياز مقيد في كثير من البلدان، وقد أصبحت عقود وتراخيص الادارة وسيلة مفضلة للاستقرار التجاري في مجال خدمات المستشفيات. وعادة ما يلتزم رباط الشراكة المحلية من أجل اكتساب وسيلة للحصول على مشغلين محليين بالطب من أصحاب الشهادات والتدريب الوافي. وعلاوة على ذلك، فإن الشريك المحلي يساعد على كفاءة الاتصالات والالتزامات المحلية.

٦١- ومن السمات الهامة للحضور التجاري في تشغيل/ادارة المستشفيات قدوم الشركات التي يخرج نشاط أعمالها التقليدي عن نطاق خدمات الرعاية الصحية، مثل شركات الإدارة أو الشركات الصيدلانية. ويبين هذا الاتجاه أن تشغيل/ادارة المستشفيات يعتبر قطاعا متناميا ومثاليا للتنوع. وأحد الاتجاهات المتزايدة الأخرى هو التعاقد مع شركات ليس لها صلة بالصحة لتنفيذ خدمات صحية مساعدة.

٦٢- الحضور التجاري الأجنبي في قطاع التأمين الصحي. لم تشهد خطط الصحة الخاصة حتى عهد قريب سوى القليل من النمو في الخارج، ومرد ذلك إلى حد ما أن السوق كان محدودا، ولكنه يرجع أيضا إلى أنه كان يوجد في بعض البلدان لوائح تحد من الاستثمار الأجنبي الخاص في التأمين الصحي أو تحظره.

٦٣- ففي البرازيل، على سبيل المثال، فتحت سوق التأمين الصحي أمام رؤوس الأموال والشركات الأجنبية في أيار/مايو ١٩٩٦ كجزء من التزام الحكومة بزيادة جودة الخدمات الصحية المعروضة، وتخفيض أسعارها وإيجاد مستوى نزيه من التنافس في السوق^(٢٣). بيد أن النقصان المتوقع في الأسعار لم يتحقق بعد، ويرجع السبب الرئيسي في ذلك إلى أنه لا يسمح لشركات التأمين الأجنبية بأن تستثمر في المستشفيات، ولذلك لا يزال السوق يتصف بمنافسة محدودة جدا.

٦٤- وتتمثل إحدى التقنيات الأخرى للنفوذ إلى الأسواق الأجنبية في خدمات "الرعاية المدارة" التي تجمع ما بين الإدارة والتأمين. والرعاية المدارة نظام يدمج بدرجات متفاوتة ما بين التمويل وتوصيل الرعاية الطبية

من خلال التعاقدات مع أطباء مختارين ومستشفيات مختارة وإقامة صلات مع شركات التأمين (معظم "منظمات المحافظة على الصحة" تؤازرها شركات تأمين كبيرة) من أجل تقديم خدمات رعاية صحية شاملة للأعضاء المسجلين مقابل قسط شهري محدد سلفاً^(٢٤). وبذلك تخلق موردين أسرى وسوقاً أسيرة، غير أنها تعمل على تخفيض التكاليف الطبية الشاملة بمطالبة الأطباء المشاركين بتقديم أقل أشكال العلاج تكلفة. وفي بعض البلدان، يستطيع الأشخاص الذين ما كانوا ليقدروا عادة على تحمل تكاليف التأمين الخاص أن يطبقوا خطط الرعاية المدارة، وبذلك يقللون من الضغوط على قطاع الصحة العمومي. ومن ناحية أخرى، قد تفضي تلك المخططات إلى هروب الأطباء العموميين إلى القطاع الخاص. ويشعر الممارسون الطبيون المستقلون بالامتعاض من شركات الرعاية المدارة، خشية من تقلص استقلاليتهم ودخولهم ونوعية العلاج الطبي، غير أنهم يجدون صعوبة في منافسة منشآت الرعاية المدارة.

٦٥- الحضور التجاري الأجنبي في القطاع التعليمي. تقوم بعض المدارس الطبية المعروفة للكافة بترسيخ أقدامها في البلدان الأجنبية، بما فيها البلدان النامية، وعادة ما يكون ذلك من خلال مشاريع مشتركة مع المدارس المحلية. وكثيراً ما يكون هذا النوع من الحضور التجاري الأجنبي مصحوباً بحركة من الموردين (أي أساتذة الجامعات) والمستهلكين (أي الطلاب المنتقلين من المقار الرئيسية إلى الفروع والعكس بالعكس). وتكمن مصلحة البلد المستقبل في إمكانية تنوع مناهجه الدراسية المتاحة للطلاب/المشتغلين بالطب فيه والارتقاء بها، في حين أن مصلحة المؤسسة المصدرة تكمن في الحصول على مصادر جديدة للإيرادات، ونشر سمعتها في الخارج، وتجنب الاكتظاظ في مقرها الرئيسي.

٦٦- الحضور التجاري الأجنبي على أساس مخصص. تمكث الشركات في الخارج أحياناً بغرض الارتقاء بالمرافق الصحية في إطار برامج تمويل متعددة الأطراف، على سبيل المثال. وهذا النوع من الحضور التجاري محدود زمنياً، حيث أن الشركات الأجنبية عادة ما تغادر البلد المضيف بمجرد أن تكتمل الأنشطة المخصصة التي دعيت إلى تنفيذها.

التزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات

٦٧- تستبقي جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، بموجب التزاماتها المنبثقة عن الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات، شكلاً ما من قيود الحاجة الاقتصادية المفروضة على إنشاء مرافق استشفاء جديدة^(٢٥). وعلاوة على ذلك، فإن جميع الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي تقريباً تحابي المصالح المحلية على الأجنبية في إنشاء الحضور التجاري. وقد يقدم إلى الأشخاص الأجانب أو الكيانات الأجنبية معاملة أقل مواتاة بالنسبة لاحتياز العقارات أو الاستثمار في مؤسسات الرعاية الصحية^(٢٦).

٦٨- وفي الولايات المتحدة، قد يخضع إنشاء المستشفيات أو مرافق الرعاية الصحية الأخرى للحدود الكمية المستندة إلى الاحتياجات. ولم تجددول كندا التزاماتها بشأن أي من خدمات الرعاية الصحية. وتقتصر اليابان ملكية المستشفيات والعيادات على المواطنين/الأطباء المرخصين أو جماعات من الأشخاص الذين يكون أحدهم على الأقل طبيباً يابانياً مرخصاً. وعلاوة على ذلك، فإن المستشفيات المملوكة للمستثمرين والتي تدار من أجل الربح محظورة. واللوائح أقل صرامة من ذلك في قطاع دور التمريض، حيث تستفيد الشركات الأجنبية من الزيادة المشهودة في السكان الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ سنة في اليابان ومن نقص دور التمريض ومرافق الرعاية الطويلة الأجل في هذا البلد^(٢٧).

٦٩- وفي البرازيل، لا تستطيع الشركات الأجنبية، وفقا لدستور عام ١٩٨٨، أن تمتلك مستشفيات أو عيادات. وفي المكسيك، يسمح بالاستثمار الأجنبي حتى مستوى يبلغ ٤٩ في المائة من رأس مال المنشآت المسجل. وفي الهند، لا يمكن للشركات الأجنبية أن توجد لنفسها موقعا الا من خلال تكوين شركة مع تحديد سقف لحصة الشريك الأجنبي في رأس المال يبلغ ٥١ في المائة. وتمسك ماليزيا باختبار الحاجة الاقتصادية. ويتعين على الشركات الأجنبية أن تنشئ شركات مساهمة مشتركة مع أفراد ماليزيين أو شركات يسيطر عليها ماليزيون أو مع كليهما. ولا يجب أن يتجاوز اجمالي الملكية الأجنبية للأسهم في الشركات المساهمة المشتركة ٣٠ في المائة. بيد أن بعض البلدان تتجاوز التزاماتها وتسمح فعلا بمزيد من الانفتاح في أسواقها.

٧٠- والتزامات الاتفاقية العامة للتجارة في الخدمات بشأن "خدمات التأمين على الحياة والحوادث والصحة" أكثر تفصيلا في إطار طريقة الحضور التجاري. وقد تركزت التجارة عبر الحدود بدون قيود إلى حد كبير فيما يتعلق بكل من سبل الوصول إلى الأسواق والمعاملة الوطنية. وقد قُطعت التزامات متحررة إلى حد ما بشأن الاستهلاك في الخارج فيما يتعلق بسبل الوصول إلى الأسواق، وليس فيما يتعلق بالمعاملة الوطنية، مع ترك غالبية التدابير بدون قيود. ومن بين الاشتراطات الكثيرة لتوريد خدمات التأمين على الحياة والحوادث والصحة من خلال الحضور التجاري، تشير معظم البلدان إلى الاشتراطات التالية في إطار التزامات سبل الوصول إلى الأسواق: وضع حدود للمشاركة الأجنبية في أسهم رأس المال؛ واشتراط أن يكون تقديم الخدمة بالاشتراك مع كيان قانوني محدد؛ والحضور التجاري؛ واشتراطات الإذن والترخيص؛ ووضع حدود لأنواع العمليات المصطلح بها. وقد أدرج القليل من البلدان تدابير استثنائية من قبيل اختبارات الحاجة الاقتصادية أيضا. والالتزامات في مجال المعاملة الوطنية أقل صرامة، وتتعلق الشروط أساسا بالملكية الأجنبية المحدودة للأسهم وباشتراطات المواطنة.

٧١- والاتجاه السائد في كل من البلدان المتقدمة والنامية هو فتح الأسواق أمام المنافسة المحلية والأجنبية بهدف تخفيض التكاليف وتحسين النوعية من أجل إتاحة إمكانية الوصول إلى الهيكل الصحي الخاص لعدد من الناس الذين لا يتيسر لهم ذلك في الوقت الحاضر. ان تحول جانب من السكان من الهيكل الصحي العام إلى الهيكل الخاص، بما يترتب على ذلك من زيادة في الموارد البشرية والمالية المتاحة للقطاع العام، سيكون ايجابيا بشكل خاص في تلك البلدان التي تعاني من نقص في المشتغلين بالطب وفي المرافق الصحية. ولذلك فإن من التحديات الجديدة للقطاعين الخاص والعام كيفية التعايش في نفس السوق واستفادة كل منهما من وجود الآخر. وقد وضعت بعض البلدان بالفعل ترتيبات للتأكد من أن الاستثمارات الخاصة المحلية والأجنبية في قطاع الصحة ستعود بالنفع على السكان بأكملهم^(٢٨).

٧٢- كما قد يغفل فتح الأسواق أمام شركات التأمين الأجنبية بعض النتائج الإيجابية. فيبدو أن الشركات المحلية التي تعيّن عليها أن تتنافس مع شركات أجنبية قد أخذت تحسن بالفعل - من حيث الأقساط، ونطاق المنافع، وشروط القيد - من الحزمة التأمينية التي تعرضها على زبائنها. فإذا ما استطاع عدد متزايد من المرضى أن ينضم إلى الخطط الصحية الخاصة وإذا ما أدرج في هذه الخطط عدد كبير من أنواع العلاج، فمن المحتمل أن يترتب على ذلك نقص الضغوط على البنية الأساسية العامة. بيد أن الأمر قد يتطلب "جيلا جديدا" من اللوائح لكفالة أن يكون الحضور التجاري الأجنبي مؤازرا للنظام الصحي الوطني في البلد المستورد.

(د) التجارة عبر الحدود

٧٣- حتى وقت قريب، لم تكن التجارة عبر الحدود في الخدمات الطبية، بخلاف الترخيص ورسوم الامتياز، تبدو مجدية، وبخاصة من الناحية التجارية. بيد أن التطور السريع الحديث العهد في تكنولوجيات الاتصالات السلكية واللاسلكية وفي المعلوماتيات الصحية أخذ يغير من الصورة بشكل ملفت للنظر. فالتطبيب عن بعد، أي تقديم الرعاية الطبية باستخدام الاتصالات السمعية والبصرية والبياناتية التفاعلية، يتضمن توصيل الرعاية الطبية والاستشارات والتشخيص والعلاج، علاوة على التعليم ونقل البيانات الطبية. ويعتبر التطبيب عن بعد، إلى حد معين، بديلاً للاتصال وجهاً لوجه فيما بين مقدم الرعاية الصحية والزبون، علاوة على التشاور فيما بين مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم. وتشمل التطورات الجديدة الأخرى في التجارة عبر الحدود تجهيز مطالبات/فواتير التأمين في البلدان النامية، وكذلك تقديم التقارير الطبية خارج الحدود.

٧٤- ومن بين القوى الدافعة إلى توريد وتطبيق خدمات التطبيب عن بعد في الآونة الأخيرة تأثيرها على تضخم التكلفة. فوفقاً للدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة، من الممكن أن يتوقع بأن تبلغ تكلفة خدمات التطبيب عن بعد نصف تكلفة الخدمات التقليدية. وسيكون بإمكان مقدمي الرعاية الصحية أن يناظروا عدداً أكبر من المرضى كل يوم، لا سيما في الحالات المتعلقة بالزيارات المنزلية، وسيعود ذلك بالنفع على وجه الخصوص على مؤسسات الرعاية الصحية التي تعاني من نقص في عدد العاملين بها^(٩٨).

٧٥- وفي الوقت الراهن، يبدو أن التجارة الدولية في خدمات التطبيب عن بعد تجري فيما بين البلدان المتقدمة، أو تنطوي على واردات من البلدان المتقدمة إلى البلدان النامية^(٩٩). ومن بين المنافع المباشرة التي تعود على البلدان النامية من نمو التجارة في خدمات التطبيب عن بعد تحسن سبل الحصول على الرعاية الطبية والارتقاء بالعلاج الصحي من حيث زيادة جودته. وقد أنشئ نظام عقد المؤتمرات عن بعد فيما بين المؤسسات في كندا وكينيا وأوغندا من أجل تقديم التعليم الطبي المستمر والسماح لأخصائيي الرعاية الصحية في إفريقيا بالاستفادة من آخر المعارف والإنجازات الطبية. ومن الممكن أن يؤثر نمو التطبيب عن بعد في نهاية الأمر على الطرائق الأخرى لتوريد الخدمات الطبية، حيث سيقل احتمال سفر المرضى إلى الخارج، نتيجة لحصولهم على استشارات عبر الحدود، وسيستطيع المشتغلون بالمهن الطبية وطلبة الطب أن يشتروا خدمات التعليم الطبي من البلدان الأجنبية، وبذلك يقل احتمال انتقالهم إلى الخارج. كما يجوز أن ييسر التطبيب عن بعد من وضع مناهج دراسية متساوقة ومعايير مهنية مقبولة للجميع عبر البلدان.

٧٦- والعامل الرئيسي الذي سيعزز من نمو التطبيب عن بعد على مدى السنوات القليلة المقبلة هو الحاجة المستمرة إلى تحسين سبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية وتقليل تكاليفها، بما في ذلك التكاليف المالية والزمنية المتكبدة في سفر المرضى والأطباء والممرضين. ومع النمو الاقتصادي، وشيخوخة السكان، وتحسن مستويات التعليم، وبروز أمراض جديدة وعودة بروز أمراض قديمة ودوامها، يمكن التوقع بأن ينمو الطلب على الخدمات الطبية نمواً جماعياً. ولن يتمكن من الاستفادة من خدمات التطبيب عن بعد أكثر الاستفادة، سوى البلدان التي لديها من التكنولوجيا والمشتغلين المدربين بالمهن الطبية ما يعينها على تقديم تلك الخدمات وتلقيها. ومن الناحية الأخرى، فإن نقص سبل الوصول إلى شبكات التطبيب عن بعد لن يحرم المستهلكين المحليين فقط من المنافع المحتملة، وإنما سيعمل أيضاً على تهميش المشتغلين بالصحة في تلك البلدان التي لن تتمكن من أن تصبح جزءاً من الشبكة.

الحواجز التجارية الفعلية أو المحتملة

٧٧- يشكل وجود تكنولوجيا معاونة عنصرا هاما في تقديم بعض هذه الخدمات، ومن شأن الاستثمارات الهائلة المطلوبة أن تجعل التجارة في خدمات التطبيق عن بعد مكلفة بشكل مانع في بعض الحالات. بيد أنه مع الاتجاه العام صوب تخفيض تكاليف المعدات وحلقات الاتصالات، يفترض أن تكون وطأة بعض المشاكل أقل حدة في المستقبل القريب. وتوجد معايير عديدة لنقل البيانات والصور وعمل التسجيلات الطبية الالكترونية، ومن ثم يمكن أن تنشأ مشاكل تتعلق بالتوافق. ومن شأن وضع معايير دولية متفق عليها أن يعزز التجارة وإمكانية المقارنة ما بين أشكال الرعاية.

٧٨- ولا يزال هناك الكثير من المشاكل ذات الطابع التقني والأخلاقي التي يتعين التغلب عليها قبل أن يصبح في الإمكان ممارسة التطبيق عن بعد على نطاق واسع. فلا يزال يوجد انشغال بشأن حرمة المريض عند تقديم معلومات عن الأحوال الطبية، وينبغي اتخاذ خطوات لكفالة حرمة الأسرار.

٧٩- والاعتراف بمؤهلات مقدم الخدمة وما يتصل بذلك من مسألة تراخيص تقديم الخدمة عبر الحدود تعتبر أيضا من بين القضايا المثارة. ومسألة المسؤولية الأخلاقية والقانونية المرتبطة بتقديم خدمات التطبيق عن بعد تنطوي على قضية تشتت المسؤولية الطبية. ويمكن اقتراح حلول مثيلة لتلك التي التجئ إليها في الخدمات الطبية التقليدية، أي بتقرير أن المسؤولية تقع على عاتق الممارس الذي يتلقى خدمة ما (على سبيل المثال، الفحوص المعملية). وعلى الأعم، يتعين وضع إطار تنظيمي واعتماد تشريعات قبل أن يتيسر المضي قدما في تطبيق التطبيق عن بعد على نطاق واسع.

٨٠- وعلى الرغم من التأثير المواتي للتطبيق عن بعد على انفاق المرضى، فإنه لا يحظى في معظم الأحوال بتغطية مخططات التأمين القائمة. بيد أن المخاوف المتعلقة بعدم استعداد المستهلكين لقبول استشارات التطبيق عن بعد وأن تفضيلهم للاتصالات المباشرة وجها لوجه قد يحد من تقديم التطبيق عن بعد لم تؤكد الدراسات الأبرك عهدا والتي أظهرت، على خلاف التوقعات، أن تقبل التكنولوجيا ليس من القضايا الرئيسية.

الفصل ٣

الاستراتيجيات التصديرية في قطاع الخدمات الصحية

٨١- ينظر إلى تنمية الخدمات الصحية القابلة للتصدير على أنها وسيلة من أجل: (أ) توليد الموارد المطلوبة لتقليل الضغوط المالية الناجمة عن العجز المالي والتي خلقتها الحاجة إلى منح التغطية الشاملة بالرعاية الصحية؛ (ب) وتحسين البنية الأساسية (مرافق المستشفيات والهيكل التكميلية الأخرى) بواسطة استغلال الموارد الناجمة عن خدمة الطلب الأجنبي؛ (ج) وترقية الطاقات التكنولوجية ذات التأثير المباشر على النظام الصحي الوطني والتي يمكن استيعابها في البنية الأساسية الحالية للموارد البشرية وأو تكييفها معها. ومن العناصر البالغة الأهمية في أي استراتيجية تصديرية ناجحة التماس الاستفادة من الاستخدام الأمثل للصلاات الأمامية والخلفية ما بين الإنتاج المحلي والأسواق الخارجية لخدمات الرعاية الصحية.

٨٢- من الممكن أن يقوم بتنفيذ استراتيجيات التصدير قطاعات مختلفة: '١' الحكومات؛ '٢' القطاع العام والخاص؛ '٣' ورابطات القطاع الخاص؛ '٤' وفرادى الشركات.

٨٣- الاستراتيجيات التي تنفذها الحكومات. الأساس المنطقي الذي تقوم عليه هذه الاستراتيجية هو الحصول على النقد الأجنبي من صادرات الخدمات الصحية من أجل تدعيم القدرة المالية لمؤسسات الصحة العامة وحتى يساهم قطاع الصحة في التنمية الشاملة للبلد. وتتعلق ثلاثة نماذج رئيسية في هذا الصدد بكوبا والمملكة المتحدة والأردن.

٨٤- وأحد أهداف الحكومة في كوبا هو تحويل البلد إلى "قوة طبية عالمية". وقد نُفذت، من هذا المنظور، استراتيجية تصديرية متعددة الأوجه في قطاع الصحة منذ نهاية الثمانينيات. ومن العناصر الرئيسية في الاستراتيجية إرسال مشتغلين بالطب إلى الخارج، وبخاصة إلى بلدان تعاني من نقص جسيم في الأخصائيين الصحيين. ومن العناصر الأخرى اجتذاب المرضى الأجانب إلى العيادات المتخصصة التي تقدم رعاية صحية عالية الجودة بأسعار تنافسية. كما تعمل معظم العيادات المتخصصة كمراكز لتدريب الطلاب الوطنيين والأجانب. ومن الأوجه الأخرى لاستراتيجية التصدير الكوبية ربط الرعاية الصحية بالسياحة. وتقوم سيرفيميد (SERVIMED)، وهي شركة تجارية أنشأتها الحكومة، بإعداد حزم صحية/سياحية لبيعها في أسواق مستهدفة بالتعاون مع القائمين بتنفيذ الجولات السياحية ووكالات السفر. كما تعتمد كوبا على تمايز الخدمات لجعل خدماتها الصحية قادرة على التنافس في الأسواق العالمية. ويستطيع الأطباء الكوبيون أن يعالجوا بنجاح بعض أمراض الجلد التي تعتبر غير قابلة للعلاج في بقية أنحاء العالم. ويرتبط هذا العلاج باستحداث أساليب جديدة وعقاقير جديدة. ويدل على نجاح الاستراتيجية الكوبية تزايد أعداد المرضى الذين يذهبون إليها كل سنة للعلاج. ففي خلال الفترة ١٩٩٥-١٩٩٦، ذهب إلى كوبا أكثر من ٢٥ ٠٠٠ مريض من أجل العلاج وأكثر من ١ ٥٠٠ طالب من أجل التدريب. ونتيجة لذلك، وصل الدخل المكتسب من بيع الخدمات الصحية إلى الأجانب إلى أكثر من ٢٥ مليون دولار أمريكي.

٨٥- وفي ١٩٨٨، أنشأت المملكة المتحدة المنشأة الوطنية للنظم الصحية وراء البحار (NHSOE) لتكون الذراع التسويقي لشركات ومؤسسات الصحة العامة لتيسير تصدير الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام. والأساس المنطقي الذي تقوم عليه الاستراتيجية له وجهان. أولاً، تحاول المنشأة، من خلال تصدير الخدمات الطبية، أن تدعم القدرة المالية لمؤسسات الصحة العامة من أجل المحافظة على تغطية ومعايير الصحة العامة في المملكة المتحدة وزيادتها. وثانياً، تقدم المنشأة فرصاً للتنمية والرعاية للمشتغلين البريطانيين بالصحة من خلال المشاركة في مشاريع وراء البحار. ولقد كان تأثير هذه الاستراتيجية إيجابياً، حيث استطاعت مؤسسات الصحة العامة أن تبيع الخدمات وراء البحار والحصول على موارد مالية متجددة. وبالإضافة إلى ذلك، فقد تغلبت المنشأة، من خلال البرامج التدريبية والتعليمية، على النقص في المشتغلين بالطب داخل القطاع العام إلى حد ما، عن طريق تيسير بقاء المهنيين الأجانب.

٨٦- خطا الأردن خطوات كبيرة منذ بداية التسعينات كيما يصبح المركز الطبي للعالم العربي. وقد استهل، في هذا السياق، برامج استثمارية هائلة للارتقاء بمستشفياته العامة ومدارسه الطبية وتحديثها. وأوجد، في نفس الوقت، حوافز للاستثمارات الخاصة الوطنية والأجنبية في القطاع الصحي. ونتيجة لهذه الاستراتيجية، شرع ١١ مستشفى خاصة جديدة في ممارسة نشاطها، ويعمل معظمها على الاستفادة من أحدث أشكال التكنولوجيا، بما في ذلك الصلات المحوسبة مع المراكز الصحية المتميزة في أوروبا وأمريكا الشمالية.

٨٧- الاستراتيجيات المشتركة التي ينفذها القطاع العام والخاص. أنشأت استراليا في عام ١٩٩٤ المحفل الوطني لتنمية صناعة الصحة (HIDF) واستهلت برنامجا لمساعدة الشركات الخاصة سعيا وراء التقريب بين شتى أجزاء صناعة الصحة والمعاونة على تبني هدف مشترك. ويُعقد المحفل بناء على دعوة مشتركة من وزارتي الصناعة والصحة وبدعم من البرنامج الأسترالي للمعونة الخارجية. وتركز استراتيجية استراليا التصديرية على طريقتين للتوريد، هما التجارة عبر الحدود وحركة المستهلكين^(٣١).

٨٨- اشترك القطاعان العام والخاص في الصين في وضع استراتيجية لجذب المستهلكين الأجانب، وتصدير المشغلين بتقديم العلاج الصحي وإنشاء حضور تجاري أجنبي، تستند بالأساس على تفرد الطب الصيني التقليدي. وكثير من المرضى الأجانب الذين يذهبون إلى الصين للعلاج من الصينيين "المقيمين في الخارج"، إلا أن أعدادا متزايدة من المرضى من غير الصينيين يبدون اهتماما بالطب الصيني التقليدي. وتتخذ حركة موردي الخدمات شكل فرق صحية تعمل بعقود في الخارج - في إطار برامج المعونة وعلى أساس تجاري صرف على حد سواء. وعادة ما تدخل المؤسسات الصينية في اتفاقات مع الحكومات الأجنبية، أو في اتفاقات مباشرة مع المؤسسات الطبية. وفي حين أنها تحقق أرباحا صغيرة، فإن أهدافها الرئيسية أن ترتقي بمستويات الخدمات الطبية في الصين عن طريق تعريض المشغلين بالطب لخبرات أوسع ولتقنيات جديدة، ونشر استخدام الطب الصيني التقليدي في الخارج من أجل الاستفادة، على المدى الطويل، من زيادة طلب المرضى في البلدان الغربية على الطب الصيني التقليدي. كما دخلت الصين في مشاريع مشتركة مع أطراف في المهنة الطبية، ومع السلطات المحلية كذلك، وافتتحت عشرات من المرافق الطبية الخاصة بالطب الصيني التقليدي في أكثر من ٢٠ بلدا؛ وجاء معظمها نتيجة لمبادرات اتخذتها مدارس طبية مخصصة أو مستشفيات أو أطباء، في حين أن بعضها يعمل تحت رعاية الوزارات المختصة. وبدأت الصين، اعتبارا من عام ١٩٨٠، في اتخاذ تدابير ايجابية لفتح سوقها الطبي والصحي أمام الاستثمار الأجنبي وللسماح بالمشاريع المشتركة مع نظراء أجانب. وبحلول عام ١٩٩٦، كان قد تم إنشاء ٦٠ مشروعا مشتركا مع شركاء أجانب في قطاع المستشفيات^(٣٢).

٨٩- الاستراتيجيات التي تنفذها رابطات القطاع الخاص. تقوم رابطات القطاع الخاص بتنفيذ استراتيجيات ذات توجه تصديري لاغتنام الفرص السوقية. وأحد النماذج التوضيحية لاستراتيجية عالمية قامت بوضعها رابطة للقطاع الخاص هي الاستراتيجية التي تنفذها "لندن للطب" (London Medicine)^(٣٣)، والتي لها هدفان رئيسيان: ترويج وتنمية فرص الأعمال للمنتسبين إلى "لندن للطب" من أجل زيادة تدفقات الأعمال الإكلينيكية والتعليمية والبحثية على مستشفيات لندن ومدارسها الطبية، واجتذاب التعاقدات البحثية والاستثمارات من الشركات البريطانية والدولية.

٩٠- قامت التعاونيات الصحية في البلدان الأعضاء في السوق المشتركة للمخروط الجنوبي بإنشاء "Tarjeta MERCOSURE" والتي تسمح للمرضى المسجلين في تعاونية صحية تابعة لأحد البلدان الأعضاء بتلقي الرعاية الصحية في بلد آخر من خلال الخدمات التي تقدمها التعاونية المنتسبة.

٩١- استراتيجيات الشركات الخاصة. يقوم عدد من الشركات الصحية بوضع استراتيجيات عالمية للنفوذ إلى الأسواق الأجنبية، مستفيدة في ذلك من الآليات الترويجية التي تنفذها حكوماتها. وهذا ما تفعله، على سبيل المثال، مجموعة باركواي Parkway Group ومجموعة رافليز الطبية Raffles Medical Group في سنغافورة.

٩٢- ومجموعة باركواي للرعاية الصحية هي أكبر مجموعة استثمارية في مجال الرعاية الصحية في سنغافورة، وواحدة من أكبر منظمات الرعاية الصحية في آسيا. وقد اتخذت المجموعة لنفسها إسمًا تجاريًا هو "غلينايغلز الدولية" (Gleneagles International). ويتمثل أحد العناصر الرئيسية في استراتيجية المجموعة في احتياز المستشفيات في سنغافورة من أجل بناء قاعدة تخطو بعدها إلى المنطقة من خلال مشاريع مشتركة مع شركاء في البلدان المستضيفة. وقد أنشأت غلينايغلز في الوقت الراهن، أو هي بصدد انشاء، مشاريع مشتركة في ماليزيا واندونيسيا وسري لانكا والمملكة المتحدة والهند. كما تقوم الشركة بانشاء مستشفى تخصصي للقلب في لندن. والعنصر الرئيسي الآخر في الاتجاهات الاستراتيجية للمجموعة هو بناء شبكة من الشركات الصحية على درجة عالية من التكامل في المنطقة تهدف إلى أن تقدم للمرضى نطاقًا عريضًا من خدمات الرعاية الصحية المرتفعة النوعية والمردودة التكلفة في كافة أنحاء آسيا. وقد تحققت نتائج الاستراتيجية في سنغافورة، حيث كانت المستشفيات الثلاثة التابعة لغلينايغلز أول مستشفيات في آسيا تحصل على شهادة الجودة الدولية إيزو ٩٠٠٢ (٢٤). وبالمثل، تقوم مجموعة رافليز الطبية ببناء تحالف استراتيجي في خارج البلاد بواسطة تشكيل رابطات أعمال ثلاثية الأطراف مع منظمات للرعاية الصحية في البلدان المتقدمة من أجل انشاء مشاريع مشتركة في بلدان ثالثة بالشراكة مع مستثمرين من البلد المضيف.

٩٣- وتحاول بعض العيادات الخاصة في كندا أن تستغل السوق الأمريكية معتمدة في ذلك على ارتفاع نوعية خدماتها وعلى أسعارها الأكثر انخفاضًا نسبيًا. وتتفاوض عيادة في تورنتو مع شركات للتأمين في الولايات المتحدة ومع منظمات المحافظة على الصحة لتقديم خدمات طبية إلى زبائنها لقاء جزء من التكاليف في الولايات المتحدة. ومن الممكن أن تؤدي هذه الصيغة إلى تكامل غير مسبوق للرعاية الصحية الكندية والأمريكية (٥٣).

الحواشي

(١) في عام ١٩٩٥، خصصت بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ما متوسطه ١٠,٤ في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي للرعاية الصحية (العامة والخاصة). وفي السنة ذاتها، أنفقت ما متوسطه ٢٠٧١ دولاراً أمريكياً للفرد في مجال الرعاية الصحية. وفي عام ١٩٧٠ فإن هيئة الرعاية الطبية Medicare، وهي برنامج للتأمين على الصحة العامة في الولايات المتحدة مخصص للمسنين والمعوقين، قد كلفت الحكومة الأمريكية ٦ مليارات دولار، وتكلفتها حالياً ٢٠٠ مليار دولار. بل إن تكاليف هذا البرنامج ستزداد في المستقبل: ومن المتوقع أن تستوعب هيئة Medicare في عام ٢٠٣٠ نسبة ٧,٥ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، في حين تبلغ النسبة الحالية ٢,٦ في المائة منه. وفي فرنسا، كان مجموع الإنفاق على الصحة العامة يتزايد بمعدل سنوي حقيقي يبلغ أكثر من ٥ في المائة على مدى الخمس عشرة سنة الماضية.

"A headache", *The Economist*, 8 March 1997; "An unhealthy silence", *The Economist*, 15 March 1997; and "Will Medicare sink the budget?", *The Economist*, 1 February 1997.

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

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

(٤) *The World Development Report of 1993: Investing in Health*, quoted by: H. Ashok Chandra Prasad, Rajendar Kapoor, *Trade in Invisibles: An Indian Perspective*, Commonwealth Publishers, New Delhi, 1996.

(٥) A. Mejia, H. Pizurki, E. Royston, *Physician and nurse migration*, WHO, Geneva, 1979.

(٦) حدد مجلس الولايات المتحدة المعني بخريجي التعليم الطبي مؤخراً أنه بحلول عام ٢٠٠٠ يمكن أن يزيد العرض الوطني عن الاحتياجات بأكثر من ١٠٠ ٠٠٠ طبيب، ذكر ذلك في Shalala Foreign Doctor Letter, 7 February 1997; Internet site: <http://www.telalink.net/~gsiskind/docs/shalala.html>.

(٧) **الدليل العالمي لكليات الطب**، الطبعة السادسة، منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٨.

(٨) لجنة الاتحادات الأوروبية، تقرير إلى البرلمان الأوروبي والمجلس عن حالة النظام العام للاعتراف **بديبلومات التعليم العالي**، بروكسل، ١٥ شباط/فبراير ١٩٩٦، COM(96) 46 final.

الحواشي (تابع)

(٩) نفذ بعض الدول الأعضاء قانونا يضع قواعد بشأن منح التراخيص والاعتراف بالمؤهلات التي تم الحصول عليها في البلدان غير الأعضاء في الاتحاد الأوروبي.

(١٠) للاطلاع على نظرة شاملة على حركة الأشخاص الطبيعيين المؤقتة، انظر: Information on the temporary migration regime (laws and implementing regulations) in force in selected developed countries, note by the UNCTAD secretariat, UNCTAD/SDD/SER/7, 25 September 1995.

(١١) يُنص في ألمانيا وإسبانيا، في إطار الحضور التجاري الأجنبي، على قصر سبل الوصول على الأشخاص الطبيعيين فقط. وفي إيطاليا والبرتغال، تقتصر سبل الوصول على الأشخاص الطبيعيين أيضا، إلا أنه يسمح بها للرباطات المهنية القائمة فيما بين الأشخاص الطبيعيين. وفي أيرلندا، لا يمكن أن تتاح سبل الوصول إلا من خلال الشراكة أو الأشخاص الطبيعيين. وفي المملكة المتحدة، تخضع إقامة الأطباء في إطار قطاع الخدمات الصحية الوطنية لخطط القوى العاملة. وفي الدانمرك، يُنص، في إطار طريقة توريد الأشخاص الطبيعيين، على الحصول على إذن محدود المدة (لمدة ١٨ شهرا كحد أقصى) من أجل إنجاز عمل مخصص ويُفرض قيد على المعاملة الوطنية ينص على اشتراط الإقامة من أجل الحصول على الإذن الشخصي اللازم من المجلس الوطني للصحة. وتشترط إيطاليا أيضا الإقامة في البلاد. وتفرض اليونان والبرتغال وألمانيا وفرنسا شرط المواطنة. بيد أن سبل الوصول لغير المواطنين في فرنسا ممكنة في حدود حصص تعين سنويا، في حين أنه يمكن منح تصريح في ألمانيا في الحالات التي لها أهمية للصحة العامة. وتوفر سبل وصول الخدمات التي يقدمها الممرضون والمشتغلون بالعلاج الطبيعي والمشتغلون بالخدمات الطبية المساعدة من خلال الحضور التجاري وحركة الأشخاص الطبيعيين بالدرجة الأولى. وفي إطار الحضور التجاري، ينص جدول الجماعة الأوروبية على أن سبل وصول الممرضين مقصورة في إسبانيا وإيطاليا والبرتغال والنمسا على الأشخاص الطبيعيين. وفي إطار حركة الأشخاص الطبيعيين كموردين، تنص الدانمرك على الحصول على إذن محدود المدة (١٨ شهرا كحد أقصى) لإنجاز عمل مخصص، وتنص البرتغال واليونان على اشتراط المواطنة، وتنص إيطاليا على شرط الإقامة، وعلى اختبار الحاجة الاقتصادية رهنا بالشواغر والنقص الإقليمية. وتنطبق القيود الآتية الذكر على غير مواطني الجماعة الأوروبية.

(١٢) Immigration and Nationality Act of the United States, Washington D.C. Government Printing

Office, 9th Edition, April 1992. Implementing regulations are summarized in U.S. Consolidated Federal Regulations, 8-CFR Chapter 1, Washington D.C., Government Printing Office, 1 January 1994 Edition.

(١٣) Trade in Labour Services and Temporary Movement of Persons as Services Providers, note by the UNCTAD secretariat, TD/B/CN.4/24, 3 September 1993.

(١٤) يقدر بأنه بحلول عام ٢٠١٥، سيكون ١٥ في المائة من سكان الولايات المتحدة، و٢٤ في المائة من سكان اليابان، و١٧ في المائة من سكان أوروبا قد تجاوزوا سن ٦٥ عاما. وبحلول عام ٢٠١٥، سيكون لدى الولايات المتحدة واليابان وأوروبا الغربية مجتمعة ١٠٠ مليون شخص تجاوز عمرهم ٦٥ سنة؛ L. Martin, The Graying of Japan, Population Reference Bureau, Washington D.C., 1989.

الحواشي (تابع)

(١٥) شرعت بعض المستشفيات ذات الشهرة العالمية في كندا، على سبيل المثال، في استهداف المرضى الأمريكيين. وتستطيع هذه المستشفيات أن تقدم خدمة بنفس جودة الخدمات التي تقدم في الولايات المتحدة لقاء جزء من التكلفة. ومرد ذلك إلى رخص التكاليف الإدارية، وانخفاض رواتب الأطباء إلى حد كبير، وانخفاض قيمة الدولار الكندي؛ "A Special Report With Radical Surgery", Maclean's, 2 December 1996.

(١٦) في حالة المكسيك، على سبيل المثال، يمثل القرب الجغرافي من الولايات المتحدة الميزة المقارنة الرئيسية، فضلا عن التكاليف الأكثر انخفاضا، من أجل تنمية صادرات الخدمات الصحية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العوامل الثقافية في المنطقة الحدودية - مثل اللغة والسماوات الخاصة لعلاقة الطبيب بالمريض - تجتذب المرضى المنحدرين من أصول مكسيكية وغيرهم من المرضى المتكلمين بالاسبانية الذين يقيمون في الولايات المتحدة. وفي حالة جامايكا، فإن أحد مجالات الميزة المقارنة بالنسبة لهذا البلد أنها تشاطر أسواقها الرئيسية المحتملة، الولايات المتحدة والعديد من البلدان الكاريبية المجاورة، لغة مشتركة. وفي حالة الهند، يأتي معظم المرضى الأجانب من بلدان تضم عددا كبيرا من السكان ذوي الأصول الهندية.

(١٧) تحاول بلدان أخرى تنتمي إلى رابطات إقليمية أن تستحدث نظما مماثلة. وفي حالة السوق المشتركة للمخروط الجنوبي، على سبيل المثال، تجري مناقشة اقتراح من شأنه أن يسمح لمواطني أحد البلدان بتلقي الرعاية الصحية في بلد آخر بموجب نفس الشروط التي تنطبق على مواطني هذا البلد. ويبدو أن العقبة الرئيسية التي تعترض تطبيق هذا الاقتراح هو افتقاد التماثل بين نظم الرعاية الصحية الوطنية؛ معلومات جمعت من مقابلة شخصية مع رئيس المصلحة الاستشارية لشؤون مسائل الصحة الخاصة في وزارة الصحة في البرازيل في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧.

(١٨) في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، زاد عدد الناس الذين يغطيهم التأمين الصحي أربع مرات خلال السنوات الخمس والعشرين الماضية ليصل إلى أكثر من سبعة ملايين شخص، بما يعادل ١٢ في المائة من السكان. ومن المتوقع أن يستمر سوق الصحة الخاص في النمو بنسبة ٥ في المائة سنويا وأن يعالج ١٦,٥ في المائة من السكان بحلول عام ٢٠٠٠. "An unhealthy silence", The Economist, 15 March 1997.

(١٩) في حالة المؤسسات القائمة في الصين والتي تقدم تدريباً على الطب الصيني التقليدي، على سبيل المثال، فإن أكبر مجموعة من الطلاب الأجانب الذين يدفعون نفقات تعليمهم هم الألمان، مما يعكس حقيقة أن بعض الجامعات الألمانية تقيد الدورات التي تؤخذ في مؤسسات معينة في الصين في السجل الدراسي للطلاب. وفي حالة آسيا، فإن المشاريع المشتركة المنشأة بين الجامعات الأسترالية، من ناحية، وبين الجامعات الاندونيسية والماليزية، من ناحية أخرى، تسمح للطلاب الاندونيسيين والماليزيين بحضور نصف دوراتهم/تدريبهم في أستراليا والنصف الآخر في بلدانهم الأصلية، وبأن يعترف بشهاداتهم الدراسية في أستراليا وفي أوطانهم؛ معلومات جمعت من العديد من المقابلات الشخصية مع مديري جامعتي نيو ساوث ويلز وفيكوتوريا في أستراليا في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧، ومع باحثين في معهد بحوث التعاون الاقتصادي الدولي الذي يتبع MOFTEC في الصين في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٦.

الحواشي (تابع)

(٢٠) يتألف أحد عشر في المائة من مجموع الطلاب الذين يدرسون في المستوى التعليمي العالي في المؤسسات التعليمية البريطانية الممولة من الميزانية العامة من الطلاب الأجانب. وفي مجالات المواضيع المحددة المتعلقة "بالطب وطب الأسنان" و"المواضيع المتصلة بالطب"، يصل مجموع الطلاب الأجانب إلى ٣٠٠ ١٣، أو ٦٠٠ ٥ من البلدان الأعضاء في الاتحاد الأوروبي والباقي من البلدان غير الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، ومن آسيا بالدرجة الأولى.

(٢١) ومع ذلك، فالطلبة الأجانب الذين يدرسون في استراليا يمثلون بالفعل نحو ١١ في المائة من مجموع الطلاب؛ معلومات جمعت من مقابلات شخصية مع مديري جامعتي نيو ساوث ويلز وفيكتوريا في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧.

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

(٢٣) منذ انفتاح السوق، رسخت أربع شركات متعددة الجنسيات أقدامها في البرازيل، منشئة بالدرجة الأولى مشاريع مشتركة مع شركات محلية. ويبدو أن وجود شركات التأمين الأجنبية قد أثمر بعض التحسينات في السوق البرازيلية، ألا وهي قيام الشركات بتقديم حزم تأمينية توفر تغطية أفضل وشروعها للتو في التوفير من التكاليف الإدارية؛ معلومات جمعت من مقابلة شخصية مع مدير شركة استشارية متخصصة في التأمين في البرازيل في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧.

(٢٤) يشمل مصطلح "الرعاية المدارة" منظمات المحافظة على الصحة، ومنظمات مقدمي الخدمة المفضلين، ونظم تمويل وتوصيل الخدمة الموضوعية. ومنظمات المحافظة على الصحة هي أكثر صور الرعاية المدارة تشدداً من حيث الهيكل، إذ تقتضي من المرضى أن يستعينوا بالأطباء المشتركين فيها من أجل الحصول على الرعاية الطبية إلا في حالات الطوارئ. أما منظمات مقدمي الخدمة المفضلين فهي شبكات من فرادى الأطباء، والمجموعات الطبية، والمستشفيات التي تقبل بالحصول على رسوم مخفضة مقابل ما تبذله الخطط من جهود لتزويدها بأعداد كبيرة من المرضى. وخطط الخدمة الموضوعية أكثر تقييداً من منظمات مقدمي الخدمة المفضلين وإن تكن أقل صرامة من هذه الناحية من منظمات المحافظة على الصحة، من حيث مقدرة المرضى على اختيار الأطباء؛ J.K. Iglehart, "Health Policy Report. Physicians and the Growth of Managed Care", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 331, No 17, October 1994, pp.1167-1171.

(٢٥) في ايطاليا وفرنسا ولكسمبرغ وهولندا، يتقيد بناء مرافق المستشفيات أو توسيعها بخطط الخدمات الصحية التي تحدد الاحتياجات المحلية. وتفرض السويد قيود الحاجة الاقتصادية على عدد ممارسات الخدمة الطبية الخاصة التي يجوز دعمها من خلال نظام تسديد نفقات الرعاية الصحية التابع للضمان الاجتماعي.

الحواشي (تابع)

(٢٦) في استراليا، على سبيل المثال، تشترط التزامات الحضور التجاري الأجنبي التي تمس جميع قطاعات الرعاية الصحية أن تأخذ السلطات في اعتبارها المصالح المحلية قبل الإذن لأشخاص أجنب أو شركات أجنبية باحتياز ممتلكات وقبل السماح للمصالح الأجنبية بالاستثمار في الكيانات المساهمة. وفي فرنسا، يجوز تقييد احتياز الأجنب للأسهم في الشركات المخصصة حديثا إذا ما تجاوز إجمالي الاستثمار الأجنبي ثلث الاستثمار الاجمالي أو ٢٠ في المائة من مجموع أسهم رأس المال. وفي فنلندا، لا يسمح بالحضور التجاري الأجنبي إلا من خلال تأسيس الشركات على ألا تتجاوز الملكية الأجنبية لأسهم رأس المال ٥١ في المائة.

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

(٢٨) في الهند، على سبيل المثال، يجوز للحكومة أن توفر الأرض لبناء المستشفيات الخاصة مقابل تخصيص عدد معين من الأسرة لمرضى القطاع العام؛ معلومات جمعت من مقابلات شخصية مع مديري مستشفى أبولو ومركز سكورت الصحي في نيودلهي، الهند، في كانون الثاني/يناير ١٩٩٧.

(٢٩) Financial Times, 5 February 1997

(٣٠) منذ أوائل التسعينات، وفريق ويلكير WellCare Group يقوم بتنفيذ مشاريع التطبيب عن بعد على صعيد عالمي كجزء من مبادرة من المدرسة الطبية في جامعة هارفارد لتقديم خدمات التطبيب عن بعد على الصعيدين الوطني والدولي. وقد أقامت "شبكة ويلكير للتطبيب عن بعد" صلات ما بين الولايات المتحدة وأوروبا وأستراليا وسنغافورة، وقدمت خدمات التطبيب عن بعد في عدد من البلدان النامية. والنموذج الآخر هو "الرعاية الصحية الدولية" (Health Care International)، التي تقع في سكوتلندا، والتي تقدم أول رعاية الكترونية كاملة للمرضى وأول سجل طبي الكتروني بالكامل في العالم. وتتلقي الشركة إحالات من مقدمي الرعاية الصحية في الشرق الأوسط واليونان وتركيا ومصر والمملكة المتحدة؛ M. Sosa Judicissa, J. Levett, S. Mandiland P.F. Beales Editors, Health, Information Society and Developing Countries, European Commission DG XIII and the World Health Organization, IOS Press, 2995.

(٣١) تهدف استراليا إلى أن تصبح مركزا متفوقا في التطبيب عن بعد عن طريق تعزيز ودعم البحث والتطوير في تطبيق عمليات الوسائط المتعددة على توصيل الرعاية الصحية، مستفيدة في ذلك من بنيتها الأساسية الشديدة التطور وانخفاض تكلفة الاتصالات السلكية واللاسلكية. ويشمل علاج المرضى الأجنب بيع الأسرة الخاصة الموجودة في المستشفيات العامة وكذلك في العيادات الخاصة. وقد استحدثت استراليا نظام "التأشيرة الطبية" لتسهيل تدفق المرضى الأجنب على العيادات العامة والخاصة. وتقوم المدارس الطبية العامة بتدريب الأجنب في مجالات صحية كثيرة. وقد أنشأت المدارس الطبية الأسترالية، تلبية للطلب الأجنبي، أقساما دولية متخصصة، وأنشأت مشاريع مشتركة مع الجامعات الأجنبية، وفتحت مدارسها الطبية أمام أسواق مستهدفة. ونتيجة للاستراتيجية الأنفة الذكر، فإن الدخل المكتسب

الحواشي (تابع)

الحاشية ٣١ (تابع)

من أنشطة التدريب وراء البحار يساهم بما يصل الى ٢٠ في المائة من ميزانيات الجامعات؛
The Australian Health Care Industry, Australian Health Industry development Forum and Department of Foreign
Affairs and Trade, June 1996.

Xing Houyan, Health Services in China, Research Institute for International Economic (٣٢)
Cooperation, mimeo, March 1997.

أنشئت "لندن للطب" في عام ١٩٩٣ برعاية ودعم من الجماعات الطبية وجماعات رجال
الأعمال في لندن، علاوة على السلطات المحلية والوطنية؛ London Medicine Brochure, July 1996.

Singapore Trade Development Board, Singapore Trade News, March/April, July/August 1996. (٣٤)

."A Special Report with Radical Surgery", Maclean's (٣٥)

- - - - -