

تجارت خدمات سلامت در آسیا؛ مهاجرت متخصصین سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها*

علیرضا جباری^۱، رجاء مردانی^۲

مقاله مروری

چکیده

امروزه تجارت خدمات سلامت به سرعت در حال رشد است و فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات این روند را آسان‌تر می‌سازد. خدمات سلامت طبق موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (GATS یا General agreement on trade in services)، از طریق چهار حالت معامله می‌شوند. مهاجرت متخصصین سلامت یکی از اشکال تجارت خدمات سلامت است که به دلیل تغییرات دموگرافیک، سالمندی جمعیت و افزایش هزینه‌های خدمات سلامت در کشورهای با درآمد بالا به عنوان عوامل افزایش دهنده‌ی تقاضا و توسعه‌ی صادرات، افزایش درآمد ارزی و ارتقای دانش و مهارت‌های کارکنان به عنوان عوامل ترغیب‌کننده‌ی عرضه، روندی رو به رشد داشته است. با این که مهاجرت متخصصین سلامت مزایایی را برای کشورها در بر دارد، اما می‌تواند چالش‌هایی نیز به همراه داشته باشد. هدف این مقاله، شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت در کشورهای آسیایی بود. در این مقاله، تجارت خدمات سلامت به عنوان یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های نظام سلامت، انواع آن و وضعیت کنونی کشورهای آسیایی در رابطه با حالت چهارم معاملات خدمات سلامت، مورد بررسی قرار گرفته و فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت بیان گردیده است. بررسی‌ها نشان داد که کشورهای واردکننده یا صادرکننده‌ی خدمات سلامت، با فرصت‌ها و تهدیدهای یکسانی روبه‌رو نیستند. مهاجرت به کشورهای با درآمد بالاتر، فرصتی برای کار و شرایط بهتر جهت متخصصین سلامت فراهم می‌کند و یک منبع درآمد برای کشور صادرکننده است. اما فقدان سیاست‌های صریح و روشن در این زمینه، منجر به تخلیه‌ی کشور مبدأ از نیروی کار متخصص - که به عنوان «فرار مغزها» از آن یاد می‌شود- کاهش نیروی کار ملی و از دست دادن سرمایه‌های صرف شده در آموزش این کارکنان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آسیا؛ تجارت خدمات سلامت؛ چالش‌ها؛ فرصت‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۸

ارجاع: جباری علیرضا، مردانی رجاء. تجارت خدمات سلامت در آسیا؛ مهاجرت متخصصین سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۱۲-۱۱۰۴.

عادلانه به خدمات سلامت را نیز تشدید کند. از طرفی، تجارت ممکن است با افزایش میزان اصلاحات در نظام سلامت فرصت‌های جدیدی را برای بهبود دسترسی به

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: raja.ibrahim49@yahoo.com

مقدمه

بخش خدمات با احتساب دو سوم تولید، یک سوم اشتغال و در حدود یک پنجم تجارت جهانی در بسیاری از کشورها به بزرگ‌ترین بخش تبدیل شده است (۱). خدمات بهداشتی و درمانی به طور فزاینده‌ای جهانی شده‌اند و از طریق هر چهار حالت معامله‌ی خدمات، طبق موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (General agreement on trade in services یا GATS) مورد تبادل تجاری قرار می‌گیرند (۲). گشودن بازارهای بهداشت و درمان دستاوردهای اقتصادی قابل توجهی دارد؛ اما ممکن است چالش‌های موجود در دسترسی

کارکنان به دلیل تفاوت سطح دستمزدها و شرایط کاری و زندگی بهتر، از کشور خارج می‌شوند (۸). از آن جا که بیشتر افراد متخصص و مجرب مهاجرت می‌کنند، مهاجرت این کارکنان می‌تواند موجب ایجاد چالش‌هایی مانند کمبود نیروی انسانی متخصص در کشور خودشان شود (۹). اگر این نوع مهاجرت بدون یک چارچوب نظارتی مناسب افزایش یابد، عدالت، کیفیت و اثربخشی نظام سلامت آسیب خواهد دید (۱۰). این پژوهش با هدف مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی تجارت خدمات سلامت در آسیا و شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت در کشورهای این قاره صورت گرفت.

روش بررسی

این مقاله یک مقاله‌ی مروری نقلی است. برای جستجوی مقالات در دی ماه سال ۱۳۹۰ شمسی با استفاده از واژه‌های کلیدی "تجارت خدمات سلامت"، "صادرات خدمات سلامت"، "موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات"، "مهاجرت متخصصین سلامت" و "گردشگری پزشکی"، در پایگاه‌های ISI، Web of science، SID، Springer، Google scholar، Science direct، Iranmedex جستجو انجام شد. تعداد ۱۶۰ مدرک بازیابی گردید که تنها ۹۰ مدرک دارای متن کامل بود. برای نگارش مقاله‌ی حاضر از ۲۲ مدرک استفاده شده است.

شرح مقاله

تجارت خدمات سلامت

نظام‌های بهداشتی و درمانی در حال تحول هستند و همواره باید به چالش‌های جدید پاسخ دهند. جهانی شدن و تجارت خدمات سلامت (TiHS یا Trade in health services) یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌ها است. این تجارت همان گونه که چالش‌های جدیدی را مطرح می‌کند، فرصت‌های جدیدی را نیز برای ارائه‌ی خدمات سلامت کارآمد، عادلانه و پایدار - که علت وجودی هر نظام سلامت است - به ویژه برای کشورهای با درآمد کم و متوسط ایجاد

خدمات ایجاد نماید (۳). تجارت خدمات سلامت، سهم اقتصادی بخش بهداشت و درمان در اقتصاد ملی کشورها را افزایش داده است. کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، به دنبال یافتن گزینه‌های مختلف از جمله اجرای راهبردهای صادرات خدمات سلامت و آزادسازی مالکیت تجاری برای به حداکثر رساندن منابع و مزایای رقابتی خود هستند (۴). کشورهای در حال توسعه، قابلیت تبدیل شدن به صادر کنندگان خدمات را دارند و در حال حاضر، چند کشور در حال توسعه در آسیا به سبب پایین‌تر بودن هزینه‌های تولید و ارائه‌ی خدمات منحصر به فرد، در این زمینه فعالند (۵).

مهاجرت متخصصین سلامت طبق GATS، حالت چهارم تجارت خدمات سلامت است که افزایش آن می‌تواند به کاهش شکاف بین عرضه و تقاضای نیروی کار بخش سلامت در کشورهای مقصد کمک نماید و به اقتصاد کشورهای مبدأ از طریق وجوه ارسالی و انتقال دانش یاری رساند (۶). این شکل تجارت با رشد عرضه‌ی افراد حرفه‌ای آموزش دیده در کشورهای صادر کننده و کمبود کارکنان بخش سلامت در کشورهای با درآمد بالا روندی رو به رشد داشته است و به احتمال زیاد، در آینده فشارهای دموگرافیک و افزایش سریع هزینه‌ی مراقبت‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته، منجر به افزایش تقاضای متخصصین سلامت از کشورهای با دستمزد پایین‌تر خواهد شد (۳).

در سال‌های اخیر، آزادسازی تجارت خدمات باعث صعود ناگهانی مهاجرت متخصصین سلامت به سایر کشورها شده است. این فرایند با شدت بیشتری در حال گسترش است؛ چرا که کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD یا Organization for economic co-operation and development) نظیر ایالات متحده‌ی آمریکا و انگلستان که با کمبود متخصصین سلامت، به ویژه پزشک و پرستار مواجه هستند، به استخدام این قبیل متخصصین از کشورهای در حال توسعه‌ای مانند فیلیپین و هندوستان متوسل شده‌اند (۷).

مهاجرت کوتاه مدت متخصصین سلامت بر اساس استراتژی آگاهانه، قراردادهای مشخص و به منظور توسعه‌ی صادرات و افزایش درآمد ارزی انجام می‌شود. اغلب این

تولید کننده و مصرف کننده دریافت می‌کنند. پزشکی از راه دور، به دلیل تحولات در فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات و به دلایل مختلف از جمله کاهش هزینه‌ی نیروی کار و بهبود کیفیت کار گسترش یافته است (۱۴).

۲. مصرف خدمات خارج از کشور (CA) یا (Consumption abroad):

این حالت معروف به گردشگری سلامت (گردشگری پزشکی) است (۱۵). صنعت گردشگری پزشکی به سرعت در حال تبدیل به یک صنعت چند میلیاردی و جهانی است (۱۶). جباری (۱۷) گردشگری پزشکی را این گونه تعریف می‌کند: "مسافرت داوطلبانه به خارج از محل اقامت دایمی (در بعد داخلی خارج از مرزهای استانی و در بعد بین‌المللی خارج از مرزهای ملی) به منظور تشخیص، درمان (نگهدارنده یا قطعی) یا بازتوانی با مراجعه به مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت (پزشکی سنتی، جایگزین و مکمل - پزشکی نوین) در قالب یک گردشگر، مشروط بر آن که گردشگر بنا به دلایل مختلفی به جز عدم اراییه‌ی این خدمات در محل دایمی اقامتش مبادرت به این سفر کرده باشد - تفاوت گردشگری پزشکی با مسافرت پزشکی - و همچنین این سفر توسط اشخاص حقوقی که متولی اراییه و یا فراهم نمودن خدمات سلامت فرد می‌باشند، تدارک و هماهنگ نشده باشد - تفاوت میان گردشگری پزشکی با برون سپاری خدمات پزشکی -".

با این وجود، تعریف یکسانی درباره‌ی گردشگری پزشکی وجود ندارد. از طرفی، دلایل گردشگران پزشکی برای دریافت خدمات سلامت نیز متنوع است (۱۸).

۳. حضور تجاری (CP یا Commercial presence):
حضور تجاری در بخش سلامت شامل تأسیس بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز تشخیصی و درمانی و خانه‌های سالمندان توسط سرمایه‌گذاران خارجی در یک کشور می‌باشد (۱۱). سرمایه‌گذار ممکن است یک شخص حقوقی یا حقیقی باشد. الگوی عمده‌ی مشارکت خارجی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی به صورت سرمایه‌گذاری در امکانات موجود و یا سرمایه‌گذاری مشترک با شرکای محلی است. سهامداران غیر حقوقی اغلب در فعالیت‌های مرتبط با

می‌کند (۱۱). بخش سلامت همواره در تبادلات تجاری دو جانبه و توافق‌های همکاری منطقه‌ای مورد توجه است و خدمات آن از طریق هر چهار حالت معامله، تحت عنوان موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (GATS) مورد معامله قرار می‌گیرد (۲).

GATS یک موافقت‌نامه‌ی چند جانبه است که بر اساس آن کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی (WTO یا World trade organization) متعهد به آزادسازی تجارت خدمات، از جمله خدمات سلامت شده‌اند (۱۲). این موافقت‌نامه به منظور کاهش یا حذف اقدام دولت‌ها در جلوگیری از اراییه‌ی خدمات و یا تبعیض علیه اراییه دهندگان خارجی خدمات در بازار سلامت داخلی کشورها طراحی شده است. GATS یک چارچوب قانونی برای برخورد با موانع تجارت و سرمایه‌گذاری خارجی در خدمات - از جمله تعهدات خاص مورد مذاکره در موافقت‌نامه‌های تجاری - فراهم می‌کند (۱۳). بر اساس GATS، چهار حالت معامله‌ی خدمات به شرح زیر می‌باشند:

۱. عرضه‌ی فرامرزی خدمات (CB یا Cross-border supply of services):

به اراییه‌ی خدمات توسط کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌های پزشکی، پزشکان و تکنسین‌های پزشکی واقع در یک کشور به بیماران واقع در کشور دیگر اشاره دارد (زمینه‌های جدید و به سرعت در حال گسترش پزشکی از راه دور). پیشرفت در فن‌آوری پزشکی از راه دور، امکان اراییه‌ی خدمات از جمله مشاوره‌ی پزشکی، پاتولوژی، رادیولوژی و دیگر خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی و همچنین عملیات پردازش داده‌های پرونده‌های پزشکی و اداری را در خارج از محدوده‌ی مکانی فراهم نموده است. مبادله‌ی برون مرزی خدمات سلامت، که از طریق حمل و نقل نمونه‌های آزمایشگاهی، تشخیصی و مشاوره‌ی بالینی با استفاده از کانال‌های پستی سنتی و یا الکترونیکی انجام می‌شود، مثال‌هایی از این مورد است (۸). در این شکل از معامله‌ی خدمات، مصرف کنندگان، خدمات را از طریق وسایل مختلف انتقال از جمله پست و ابزارهای الکترونیکی بدون تغییر مکان

کشورهای توسعه یافته، به سبب تفاوت دستمزد، شرایط کاری و زندگی بهتر و عدم تعادل در عرضه و تقاضای کارکنان بخش سلامت در کشور مبدأ و مقصد انجام می‌پذیرد. اگر این مهاجرت به صورت دائم باشد، می‌تواند عواقب نامطلوبی برای عدالت، کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت در کشورهای مبدأ داشته باشد (۸). شکل ۱ انواع حالات معامله‌ی خدمات را به تصویر می‌کشد (۱۰).

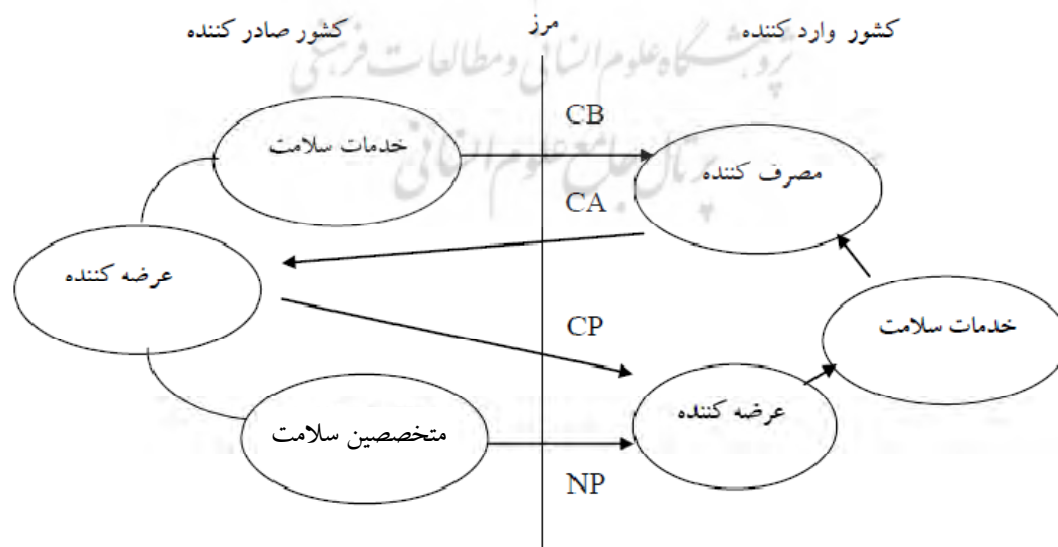
وضعیت مهاجرت متخصصین سلامت در آسیا (NP):

مهاجرت متخصصین سلامت از کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه یافته بیش از سه دهه مورد بحث است، اما بزرگی این مشکل و پیامدهای آن با توجه به روند سریع جهانی شدن، تغییر کرده است (۲۰). بزرگ‌ترین صادر کنندگان متخصصین سلامت در آسیا، فیلیپین و اندونزی هستند. این دو کشور تعداد زیادی پرستار و ماما به کشورهای سراسر جهان اعزام می‌کنند. این شکل تجارت با رشد عرضه‌ی افراد حرفه‌ای آموزش دیده در این دو کشور و کمبود کارکنان حوزه‌ی سلامت در کشورهای با درآمد بالا، روندی رو به رشد داشته است (۳). در فیلیپین، افزایش شدید تعداد مدارس پرستاری که بسیاری از آن‌ها در پاسخ به نیاز بازارهای خارجی تأسیس شده‌اند، نگرانی‌های مربوط به کمبود داخلی

گردشگری پزشکی در زمینه‌ی مدیریت مالی، اراییه‌ی خدمات پزشکی و به منظور توسعه‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان سرمایه‌گذاری می‌کنند. نقش حضور تجاری در کشورهای میزبان نشان می‌دهد که حضور تجاری منبع مهم سرمایه، مکمل سرمایه‌گذاری خصوصی داخلی و موجب کمک به توسعه‌ی اقتصادی و انتقال فن‌آوری است. دسترسی به سرمایه‌ی خصوصی می‌تواند باعث کاهش بار کل منابع دولتی شود (۱۹).

۴. مهاجرت متخصصین سلامت (NP) یا (Natural movement of health professionals):

این حالت به مهاجرت متخصصین سلامت (پزشکان، پرستاران، داروسازان و سایر کارکنان) و نیروی انسانی پشتیبان (امدادگران و تکنسین‌ها) اشاره دارد. طبق موافقت‌نامه‌ی GATS، این مهاجرت موقت است و دائمی نمی‌باشد (۱۵). مهاجرت‌های موقت و دائمی دارای پیامدهای مختلف اقتصادی، اجتماعی و حقوقی برای کشور مبدأ و مقصد است. مهاجرت کوتاه مدت به منظور ارتقای صادرات خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش درآمد ارزی و گسترش همکاری بین دولت‌ها صورت می‌گیرد. مهاجرت متخصصین سلامت به طور عمده از کشورهای در حال توسعه به سوی



شکل ۱. انواع معاملات در تجارت خدمات سلامت

بریتانیا، ایالات متحده‌ی آمریکا و استرالیا می‌باشد. کشورهای جنوب آسیا به مهاجرت خارجی -مهاجرت از کشور مبدأ به کشورهای غربی برای یافتن فرصت بهتر- و همچنین مهاجرت داخلی -مهاجرت از مناطق روستایی و عقب مانده به شهرها- بسیار علاقه‌مندند. مهاجرت پزشکان در این منطقه را می‌توان ناشی از کشش خارجی حاصل از جهانی شدن، اقتصاد بازار آزاد و جریان بین‌المللی پزشکان از کشورهای به نسبت محروم به کشورهای توسعه یافته‌تر دانست. این پدیده، به عنوان «تسمه نقاله جهانی مهاجرت کارکنان سلامت» توصیف شده است که می‌تواند مهاجرت بین‌المللی پزشکان از انگلستان و کانادا به ایالات متحده‌ی آمریکا و از بنگلادش، هند و پاکستان به کشورهای حوزه‌ی خلیج فارس، انگلستان و ایالات متحده را نیز توجیه کند. هند، بزرگ‌ترین صادر کننده‌ی پزشک آسیاست. پزشکان هندی مهاجرت به کشورهای ایالات متحده‌ی آمریکا، انگلستان، کانادا، استرالیا و کشورهای حوزه‌ی خلیج فارس را ترجیح می‌دهند (۲۰).

کشورهای منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی میزبان مهم پزشکان، پرستاران، تکنسین‌های رادیولوژی، آزمایشگاه، بهداشتکاران دهان و دندان و فیزیوتراپیست‌ها از بسیاری از کشورهای در حال توسعه هستند (۸). در برخی از کشورهای منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی از جمله اردن، عمان، پاکستان، سوریه، لبنان و یمن، گردشگری پزشکی (حالت دو معامله‌ی خدمات) و مهاجرت متخصصین سلامت (حالت چهار معامله‌ی خدمات)، مهم‌ترین روش‌های تجارت خدمات سلامت است. بسیاری از این کشورها با همسایگان عرب خود توافق‌نامه‌ی تجارت آزاد و با ایالات متحده‌ی آمریکا موافقت‌نامه‌های تجاری دو جانبه امضا کرده‌اند. تعدادی از این کشورها به شدت به صنعت گردشگری پزشکی و مهاجرت متخصصین سلامت متکی هستند. شایع‌ترین حالت تجارت خدمات سلامت در منطقه، حالت چهار یا مهاجرت متخصصین سلامت است. کشور عمان وارد کننده‌ی خالص متخصصین سلامت در منطقه است و سایر کشورهای با درآمد کم و متوسط، به ویژه پاکستان و اردن، فقط صادر کننده‌ی متخصصین سلامت هستند. با وجود خط مشی‌های دولت

پرستاران -به دلیل صادرات این قشر از نیروی کار بخش سلامت- را کاهش داده است (۱۱). کشور چین با نظارت دولت برای ارسال متخصصین سلامت، قراردادهای کوتاه مدت با برخی کشورهای آفریقایی امضا کرده است (۸).

سیاست‌های مهاجرتی ژاپن نیز اجازه‌ی ورود کارکنان ماهر (طبق فهرست طبقه‌بندی مشاغل و طبقه‌بندی کار) را داده است. اگر چه این مشاغل به طور کامل تفکیک نشده‌اند، اما ورود متخصصین سلامت به ویژه پرستاران و مراقبان طبق توافقی‌نامه‌های متقابل انجام می‌شود. این کشور، مذاکراتی با مقامات فیلیپین برای طرح یک موافقت‌نامه‌ی دو جانبه برای بهره‌مندی از متخصصین سلامت فیلیپینی داشته است (۲۱).

مالزی هم وارد کننده و هم صادر کننده‌ی متخصصین سلامت است؛ در حالی که عمده‌ی پرستاران استخدامی بیمارستان‌های مالزی، هندی و فیلیپینی هستند، پرستاران مالزی کار در عربستان و سنگاپور را به سبب اختلاف درآمد ترجیح می‌دهند (۳). تورانی و همکاران (۲۲) بیان کرده‌اند که تایلند و سنگاپور در زمینه‌ی صادرات متخصصین سلامت چندان فعال نیستند و بیشتر وارد کننده‌اند. سنگاپور تنها کشوری است که در منطقه‌ی آسه‌آن (ASEAN یا Association of South East Asian Nations) در هر ۴ زمینه‌ی تجارت خدمات سلامت، فعال است (۲۲). فیلیپین و هند، در آموزش کارکنان سلامت برای صادرات سرمایه‌گذاری می‌کنند. با توجه به این که حداقل استاندارد توصیه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت، ۲۰ پزشک و ۱۰۰ پرستار شاغل به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت است، هند این استاندارد را برای پزشکان پشت سر گذاشته است؛ اما تحقق آن در مورد پرستاران، دور از دسترس به نظر می‌رسد. در سال ۲۰۰۴، ۶۲ پرستار و ۵۱ پزشک به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت در هند وجود داشته است (۷).

در منطقه‌ی جنوب آسیا، مهاجرت پزشکان از سال ۱۹۵۰ میلادی پس از استعمار مشترک هند، سریلانکا و پاکستان توسط بریتانیا آغاز شد و بعدها به بنگلادش و نپال گسترش یافت. در ابتدا، پرستاران این کشورها به طور عمده به خاور میانه مهاجرت می‌کردند؛ اما در حال حاضر، مقصد آنان

طور تقریبی ۲ میلیارد دلار آمریکا در هر سال برآورد شده است. این وجوه ارسالی یک منبع پایدار ورود ارز خارجی برای این کشور پدید آورده است. بانک مرکزی هند (RBI یا Reserve bank of India) گزارش کرده است که هند در سال مالی ۰۶-۲۰۰۵، بالاترین حواله‌ی دریافتی در جهان را داشته است (۷).

در حالی که توازن منابع انسانی بخش سلامت را می‌توان به عنوان فرصت به دست آمده برای کشور وارد کننده در کوتاه مدت بر شمرد، کاهش نیروی کار ملی در بخش سلامت خطری تهدید کننده برای آن است. همچنین ایجاد درآمد با به کارگیری نیروی انسانی مازاد بر نیروی کار و ارتقای مهارت‌های ارابه دهندگان خدمات پس از بازگشت به کشور مبدأ، فرصتی برای کشورهای صادر کننده محسوب می‌شود. فرار مغزها به دلیل از دست دادن نیروی کار ماهر و متعاقب آن از دست رفتن سرمایه‌گذاری‌های مالی و یارانه‌ای استفاده شده برای آموزش این افراد و از دست دادن دایمی نیروی کار نیز از مشکلات احتمالی ناشی از مهاجرت متخصصین سلامت است (۱۱).

در رابطه با کشورهای جنوب آسیا از جمله پاکستان، بنگلادش، سریلانکا، نپال و هند باید گفت در حالی که آموزش‌های حرفه‌ای، حقوق و مزایای بالاتر و شرایط بهتر زندگی در خارج به عنوان عوامل «کشش»، فرصتی برای کارکنان خدمات سلامت ایجاد می‌کند، تولید مازاد کارکنان سلامت و بی‌کاری حاصل از آن، حقوق و دستمزد نامناسب، رکود و بی‌کاری همراه با فقدان زیرساخت به عنوان عوامل «فشار»، جوانان را به مهاجرت ترغیب می‌نماید. از آن جا که آموزش پزشکی در کشورهای در حال توسعه به شدت یارانه‌ای است، هزینه‌ی دانش‌آموختگان علوم پزشکی در کشورهای غربی به طور قابل توجهی بالاتر از هم‌تایان آنان در کشورهای در حال توسعه است. این امر، کشورهای غربی را به استخدام پزشکان جنوب آسیا ترغیب می‌کند. حقوق و مزایای بهتر، شرایط کاری و آینده‌ی تحصیلی روشن‌تر برای کودکان، عوامل مؤثر در مهاجرت دانش‌آموختگان علوم پزشکی این کشورها به کشورهای غربی می‌باشند. به عنوان

عمان در رابطه با تأمین متخصصین سلامت، این کشور به شدت وابسته به واردات پزشک، دندانپزشک، داروساز و پرستار برای ارایه‌ی خدمات سلامت است (۱۱).

چالش‌ها و فرصت‌های مهاجرت متخصصین سلامت (NP):

تغییرات دموگرافیک و هزینه‌های در حال افزایش مراقبت‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته به احتمال زیاد در آینده منجر به افزایش تقاضا برای متخصصین سلامت از کشورهای با درآمد پایین و متوسط می‌شود. مهاجرت متخصصین سلامت از کشورهای با دستمزد پایین به کشورهای با درآمد بالا، می‌تواند بهره‌وری اقتصادی را بهبود بخشد. به طور معمول، کشور مقصد با رفع کمبود نیروی انسانی بخش سلامت - که یک مشکل رو به رشد در میان بسیاری از کشورهای با درآمد بالا و متوسط است - سود خواهد برد؛ در حالی که منافع آن برای کشورهای صادر کننده به این امر بستگی دارد که کارکنان مهاجر، درآمد خود را کجا صرف کنند. اگر سهم قابل توجهی از درآمد آنان به کشورشان حواله شود، کشور صادر کننده به احتمال زیاد سود خواهد برد؛ در غیر این صورت، متحمل زیان اقتصادی خواهد شد؛ به طور مثال، پرستاران فیلیپینی که در خارج از کشور کار می‌کنند با ارسال سهم قابل توجهی از درآمد خود به فیلیپین، موجب سودآوری برای این کشور شده‌اند (۳).

کشورهایی مانند هند، چین و فیلیپین می‌توانند با تولید بیشتر متخصصین سلامت از تجارت خدمات سلامت بهره ببرند. برای این کشورها، راهبرد صادرات متخصصین سلامت بخشی از برنامه‌ی صادرات نیروی کار است. دستاورد اقتصادی حاصل از قراردادهای مهاجرت کارکنان بخش سلامت - اگر پس‌انداز آنان به کشور ارسال شود - چشمگیر است. در مورد هند، تأثیر مهاجرت متخصصین سلامت بر اقتصاد داخلی می‌تواند از طریق جریان وجوه ارسالی و تمایل مردم به حرفه‌های پزشکی و پرستاری اندازه‌گیری شود. به عنوان مثال، مهاجرت تأثیر سودمندی بر اقتصاد هند داشته است. وجوه ارسالی از خارج از کشور که توسط کارکنان مهاجر بخش سلامت هند برای این کشور ارسال می‌شود، به

نیروهای انسانی متخصص در بخش سلامت کشورها بستگی دارد. در جدول ۱ خلاصه‌ی فرصت‌ها و چالش‌های مهاجرت متخصصین سلامت به تفکیک کشورهای صادرکننده و واردکننده آمده است.

جدول ۱: فرصت‌ها و چالش‌های مهاجرت متخصصین سلامت به تفکیک کشورهای صادرکننده و واردکننده

کشور صادر کشور وارد		گزاره‌های برگرفته از پژوهش‌ها
کننده	کننده	
چالش		کاهش نیروی کار ملی
	چالش	افزایش قیمت خدمات
	چالش	کمبود موقت نیروی کار متخصص داخلی
فرصت		ارتقای مهارت و دانش متخصصین سلامت
	چالش	از دست دادن دایم نیروی متخصص سلامت
	فرصت	به کارگیری نیروی انسانی مازاد بر تقاضای داخلی
	فرصت	افزایش درآمد ارزی
	فرصت	افزایش سهم بخش بهداشت در اقتصاد ملی
فرصت		توازن منابع انسانی بخش سلامت

مثال، یک متخصص در سریلانکا ۴۵/۰۰۰ روپیه و همتای او در استرالیا ۱/۵۰۰/۰۰۰ روپیه دریافت می‌کند (۲۰). آشنا کردن متخصصین سلامت کشورهای در حال توسعه با روش‌های جدید، فراهم نمودن دسترسی به صلاحیت‌ها و مدارک تحصیلی بالاتر و ایجاد منابع مالی اضافی، فرصت ناشی از این تجارت برای کشورهای در حال توسعه است که می‌تواند به بهبود نظام سلامت آن‌ها منجر گردد (۵). طبق نظریه‌ی نئوکلاسیک، افزایش صادرات خدمات سلامت از جمله افزایش مهاجرت متخصصین سلامت موجب افزایش قیمت خدمات سلامت در کشور مبدأ می‌گردد که با بهره‌مندی کشور مبدأ از عواید ارزی حاصل از صادرات خدمات سلامت، قابل جبران است. اما به دلیل تأثیر منفی قیمت‌ها بر توزیع خدمات در بخش‌های فقیرتر جمعیت، در عمل چنین اتفاقی نمی‌افتد مگر این که منابع و منافع حاصل از درآمد صادرات در بخش‌هایی که تحت تأثیر این افزایش قیمت قرار گرفته‌اند، باز توزیع شوند یا در جهت تقویت منابع نظام سلامت به کار گرفته شوند. بنابراین، دولت برای کاهش تأثیر قیمت بر بخش فقیر جمعیت، باید خط مشی سیاسی مناسب داشته باشد (۸).

بحث

تجارت خدمات سلامت و به ویژه مهاجرت متخصصین آن، در حال رشد است. بدیهی است این شکل از تجارت خدمات سلامت با فرصت‌ها و چالش‌هایی توأم است که در کشورهای واردکننده و صادرکننده‌ی متخصصین سلامت یکسان نیست. این فرصت‌ها و چالش‌ها به عوامل مختلفی نظیر میزان حقوق و دستمزد، میزان تجارت و وضعیت عرضه و تقاضای خدمات در نظام سلامت ملی و میزان عرضه‌ی

بنابراین، تصمیم ورود به تجارت خدمات سلامت و صادرات متخصصین سلامت، باید بر اساس راهبردهای آگاهانه و ارزیابی مناسب خط مشی‌های ملی و اهداف سیاسی اتخاذ شود. این راهبردها باید مبتنی بر ارزیابی وضعیت نظام سلامت ملی و استفاده از مزایای رقابتی و همچنین سیاست‌هایی برای کاهش پیامدهای نامطلوب باشد تا با وجود پیچیدگی‌ها و تفاوت‌های ظریف این شکل از تجارت، بتوان مذاکرات موفق در این زمینه انجام داد و از مزایای آن بهره‌مند گردید.

References

1. De P. Trade in Services in South Asia: Opportunities and Risks of Liberalization. *Journal of South Asian Development* 2010; 5(2): 303-5.
2. Chanda R. India-EU relations in health services: prospects and challenges. *Global Health* 2011; 7(1): 1.
3. Arunanondchai J, Fink C. Trade in health services in the ASEAN region. *Health Promot Int* 2006; 21 (Suppl 1): 59-66.
4. Benavides DD. Trade policies and export of health services: a development perspective. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002.

- p. 53-69.
5. Zarrilli S. Identifying a trade-negotiating agenda. In: Drager N, Vieira C, Editors. Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development, 2002. p. 71-8.
 6. Toward a positive multilateral trade agenda for developing countries: Meeting conclusions and recommendations. In: Drager N, Vieira C, Editors. Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2013. p. 223-6.
 7. Kumar P, Simi TB. Barriers to Movement of Healthcare Professionals A Case Study of India CUTS Centre for International Trade, Economics & Environment. New Delhi, India : In collaboration with WTO Cell, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India and WHO India Country office, New Delhi; 2007. p. 1-79.
 8. Chanda R. Trade in health services. Bull World Health Organ 2002; 80(2): 158-63.
 9. Timmermans K. Developing countries and trade in health services: which way is forward? Int J Health Serv 2004; 34(3): 453-66.
 10. Wibulpolprasert S, Pachanee CA, Pitayarangsarit S, Hempisit P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. Hum Resour Health 2004; 2(1): 10.
 11. Siddiqi S, Shennawy A, Mirza Z, Drager N, Sabri B. Assessing trade in health services in countries of the Eastern Mediterranean from a public health perspective. Int J Health Plann Manage 2010; 25(3): 231-50. [In Persian].
 12. Adlung R, Carzaniga A. Health services under the General Agreement on Trade Services. In: Drager N, Vieira C, Editors. Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 13-33.
 13. Ascher B. The case of the United States of America. In: Drager N, Vieira C, Editors. Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 185-91.
 14. Tullao TS, Cortez MA. Development of a private sector framework for ASEAN trade negotiations: Health care sector [Online]. 2006; Available from: URL: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ692.pdf/
 15. Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. Lancet 2009; 373(9663): 593-601.
 16. Jabbari AR, Delgoshaei B, Mardani R, Tabibi SJ. Medical tourism in Iran: Issues and challenges. J Edu Health Promot 2012; 1(1): 39. [In Persian].
 17. Jabbari A. Designing a Model for Iran Medical Tourism [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
 18. Ferdosi M, Jabbari AR, Keyvanara M, Agharahimi Z. Systematic Review of Researches on Medical Tourism. Health Inf Manage 2011; 8(8): 1169-78. [In Persian].
 19. Outreville JF. Foreign direct investment in the health care sector and most-favoured locations in developing countries. Eur J Health Econ 2007; 8(4): 305-12.
 20. Adkoli BV. Migration of Health Workers: Perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka. Regional Health Forum 2006; 10(1): 49-58.
 21. Tullao TS, Cortez MA. Movement of Natural Persons between the Philippines and Japan: Issues and Prospects [Online]. 2004; Available from: URL: http://econpapers.repec.org/paper/phddpaper/dp_5f2004-11.htm/
 22. Tourani S, Tabibi SJ, Tofighi Sh, Shaarbafchi Zadeh. International Trade in Health Services in the Selected Countries of ASEAN Region; Challenges and Opportunities. Health Inf Manage 2011; 8(4): 453-68. [In Persian].

Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities*

Alireza Jabbari, PhD¹; Raja Mardani²

Review Article

Abstract

Information and communication technology have made it easier to trade health services and the business is rapidly growing. Health services under the General Agreement on Trade in Services (GATS) are traded through four modes. Migration of health professionals, the 4th mode of trade in health services, has had a growing trend due to demographic changes, aging populations and rising health care costs in high-income countries as factors that increase demand, and expanding exports, increase foreign exchange incomes, increase knowledge and skills of employees supply as factors encouraging supply. Although migration of health professionals to countries has advantages, it can be a challenge too. This study reviewed the opportunities and challenges of migration of health professionals from the Asian countries. Trade in health services as one of most complex challenges of health system, its various types, and the current situation of Asian countries dealing with the fourth type were studied and opportunities and challenges of migration of health professionals were expressed. Studies showed that countries importing or exporting health services are not faced with identical opportunities and threats. Migration to higher income countries has the opportunity to work and better conditions for health professionals and provides a source of income for the exporting country. However, lack of explicit policies in this area will lead to the depletion of the country of origin from skilled labor which reduces labor and leads to loss of national wealth spent on educating the staff.

Keywords: Asia; Trade in Health Services; Challenges; Opportunities

Received: 28 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

Citation: Jabbari A, Mardani R. **Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities.** Health Information Management 2013; 9(7): 1112.

* This article was an independent research with no financial aid.

1- Assistant Professor, Health Care Management, Health Management and Economic Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Management, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: raja.ibrahim49@yahoo.com