



联合国
贸易和发展会议

Distr.
GENERAL

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

贸易和发展理事会

商品和服务贸易及初级商品委员会

加强发展中国家服务部门的能力并

扩大其出口：保健服务

1997年6月16日-18日,日内瓦

临时议程项目 3

国际保健服务贸易：
发展中国家的困难和机会

贸发会议秘书处的背景说明

目 录

<u>章 次</u>	<u>段 次</u>
内容摘要.....	1 - 12
一、保健服务部门的新的前景.....	13 - 22
二、保健服务贸易的模式.....	23 - 80
(a) 自然人的流动.....	23 - 40
(b) 消费者的流动.....	41 - 56
(c) 外国商业机构.....	57 - 72
(d) 跨界贸易.....	73 - 80
三、保健服务部门的出口战略.....	81 - 93

内容摘要

1. 包括极其高度发达国家在内的几乎所有国家的保健部门正处于改革过程中。在有些国家里，保健服务被视为所有人的一项权利因此应该由政府提供或保障，由于预算下降和费用上升，政府的保险范围被迫缩小，因此为私营部门开创了更大的余地。这种情况增加了国际保健服务贸易的潜力，因此一些发达国家已经利用这一部门的新的贸易机会。

2. 发展中国家面临着更尖锐的改革问题，有时是因为货币基金组织/世界银行的方案附带条件，更有甚者，许多居民很少有能力和根本无力支付医疗，因此取得医疗护理的机会有限。对有些发展中国家来说，保健服务贸易被视为增加收入和加强并提高其国民保健服务的一种手段。这些国家在从事这种贸易时利用竞争优势，包括低成本技能人员、文化因素和天赋资源以及独特的医学。

3. 自然人的流动作为保健服务的“供应模式”特别重要。医务工作人员为了寻求较高的收入或质量较高的生活和工作条件而流动，这可以提高汇款形式的出口收入，但也会导致产生缺乏同样机会的国家里的“人才外流”。在许多国家里，国民的外流由于外国人的流入而受到抵消，但最贫穷国家，包括最不发达国家，往往处于最不利的地位，因为它们无法争取替代人员。有些国家以团体的形式组织这种人员流动，即创造了出口收入，又确保这些人带着提高的技能返回本国，因此似乎利用这种模式取得了最大的出口收益。一种相互矛盾的现象是，为了便利医疗人员入境而制订了移民规章，但他们随后又由于专业资格得不到承认而在开业方面遇到困难。各国之间制订一致的课程和相互承认的专业标准可能是一个必要的步骤，今后可以推动保健专业人员的流动。

4. 作为消费者的人员流动正在增长，而且采取不同的形式，不再限于发展中国家的富人在发达国家寻求专门医疗。发展中国家正在改变战略以吸引外国病人。尽管主要障碍可能是健康状况差的人本身缺乏安全感，但(政府和私营的)保险政策在国际上无法流动这一点限制了可交易市场的规模。

5. 医学教育服务出口曾经是少数发达国家的专有领域，现在正在成为某些发展中国家的一个重要贸易项目。学生们往往成为医生居民，在他们就学的国家里提供服务，因此他们本人从进口者转变成出口者。

6. 在保健部门建立外国企业历来由于包括经济需要检测在内的各种限制因素而受到禁止或受到阻碍。然而许多国家在扩大私营保健部门的同时向外国企业部分开放市场，目的往往是降低成本、减轻公共部门的负担并采用新的技术。

7. 保健管理组织等一些新形式的企业组织正在便利外国市场的渗透，因为这些组织施加降低保健费用的压力。

8. 远程医学使得有可能通过“跨界”模式进行保健服务贸易。远程医学可以用来向贫穷国家和国内边远地区提供医疗服务。有些商业企业将其出口战略建立在远程医学的基础上。

9. 从通过所有四种供应模式扩大贸易中可以看到保健服务部门日益全球化，区域和分区域协定正在出现更深刻的自由化。政府和私营专业协会实行的规章和限制正在被市场力量抵消。但正如这一方面的服贸总协定的承诺比较有限这一事实所表明，对于这一部门的国际贸易仍然存在许多限制。

10. 许多发达国家和发展中国家正在采取保健服务出口战略，有些国家正在放宽其本国市场的准入机会。然而正如在许多服务部门里可以看到的那样，社会、文化和发展考虑因素对竞争的限制在与个人的生命和大众的健康利害悠关的保健服务部门更为严重。必须制定“新一代”规章，以便增加这一部门的贸易作为降低成本的一种手段，同时确保这种贸易提高保健护理的质量和扩大其范围。

11. 影响到发展中国家能力及其保健服务部门贸易绩效的一些其它因素似乎在其它服务部门具有类似的关联性，例如人员流动的重要性不仅在于提供服务，而且还可以提高技能和技术能力。此外，促进跨界贸易的新兴技术和善于渗透外国市场的新形式的企业组织提供了新的贸易机会。然而在制订规章和安排可预见到这种发展动态的承诺方面也会产生困难。此外这些因素说明有必要利用公共部门和私营部门可能相互支持的作用以及根据服贸总协定就相互承认专业资格目前所进行的工作的重要性。

12. 保健服务部门贸易还表明，较贫穷国家，特别是最不发达国家的地位极为脆弱，它们一方面由于“人才外流”而受害非浅，另一方面无法取得先进的技术，为了防止这些国家保健和其它服务部门的能力的进一步消退，国际社会应该采取直接行动。

第一章

保健服务部门的新的前景

13. 各国政府面临着一系列复杂的因素，仍然使得它们越来越难以向其人口提供保健服务。特别是在发达国家里，由于治疗费用高，加上人口老龄化，许多治疗活动的保健边际收益极为昂贵。¹ 过去 20 年里，贸易、旅行和迁徙、技术和通讯的全球化急剧加速，使有些国家得到收益，而其它国家受到排斥。生态问题已经出现，对健康越来越构成威胁。

14. 世界卫生组织(卫生组织)报告说，尽管世界各国显然改进了健康状况，保健范围和取得健康护理的机会，但这些改进并非使所有人都受益。实际上发展中国家的穷人人数已经上升，从而有可能扩大发展中国家和发达国家之间健康状况的差距。预测表明，已经取得的收益今后极有可能无法持续下去。

15. 越来越多的国家承认，经济政策对于健康状况具有重大的影响。新的政策往往减少社会部门方案的政府开支，如果得不到平衡，这些政策就会对保健状况产生有害的影响。最近几年里，人们相当关注经济发展，特别是结构调整过程对一般环境和社会进步产生的影响，特别是对教育和保健产生的影响。² 促成健康状况的各种因素的多重性越来越受到认可，因此促使人们试图制订部门间办法。保健部门正在寻求与农业、教育、金融、贸易、环境和其它部门相辅相成。

16. 由于全球资金比较有限，更加迫切需要寻求成本效率高和成本效益高的战略来加强保健系统和保健护理活动。可以预见，部门之间的竞争将更加激烈。了解部门间办法的有关好处并促使其它部门参与制定协调方案是制订有效行动的必要步骤。

17. 保健制度和保健政策正在形成的所在环境发生了巨大的变化。在过去几十年里，各国政府期待长期的国家重建、经济增长和较广泛的共同繁荣。“随着增长重新分配”是发展的主题。正统的经济观念和发展思维已经改变。所有各大洲现都正在重新确定和削弱国家的作用。各国越来越多地利用市场机制而不是政府干预来推动国民经济。保健部门也正在经历这些变化，私营部门更多地参与资助、生产和提供保健和保健护理服务。有些国家正在向私营部门出售公共机构，新的私营机构正

在取代或加强这些机构。正如鼓励私营提供者一样，各国正在鼓励保险计划和社区资助。然而对于各国政府的新的挑战是继续指导和调节包括私营提供者在内的保健部门，为公众健康服务。

18. 公共和私营部门之间的平衡正在发生变化，特别是对于最贫困人口来说，引起了对于公平和取得服务的机会的关注。多数政府展开保健部门改革的主动行动，包括彻底审查其体制的资助、组织和管理问题。寻求新的伙伴关系和收入来源是这些改革的有机组成部分。

19. 以上讨论的问题以不同的方式影响到各国，解决这些问题的能力部分取决于该国的社会经济和政治环境。

20. 一些贫穷的发展中国家面临的关键问题包括财政、物资和人力资源短缺。不利的经济条件和专门人才流向他国加剧了这种短缺。许多国家还缺乏技术，而在其他国家里，由于高技术的集中，仅仅为少数人口服务。各国正在寻求机会，以便提供外国资本并加强其满足人口需要的能力。目前正在审查的机会包括保健部门内部贸易机会。各国正在寻求它们具有相对优势的领域，并以此作为发展出口贸易的基础。

21. 保健服务的竞争性地位将取决于许多因素：成本结构、人力资源的供应情况和技能水平、服务差别、技术和保健设施的提供情况。地理临近、文化和语言相仿、天赋资源和有效销售优势的能力等其他因素加强了这些相对优势。

22. 贸易机会的发展可能产生的利益必须同潜在的不利影响权衡起来考虑。例如发展拥有最新技术的私营设施向富人或向外国人提供服务将可以提高保健系统可以提供的技术。然而如果不做出安排向公共部门提供一部分床位或服务，就不可能改进一般人口取得保健服务的机会。从竞争的角度来看，技术的提供是使特定国家或保健机构具有吸引力的一个重要因素。从公共保健的角度来看，在必须在技术方面进行投资以保障保健护理达到现代和有效的水平和避免超支这两者之间必须恰当地平衡起来。由于各国探讨保健服务贸易的机会，显然不仅必须制定相应的规章来实现这种机会，而且更重要的是必须有立法和规章来支持公平和可持续性等国保政策的价值。

第二章

保健服务贸易的模式

(a) 自然人的流动

23. 《服务贸易总协定》(服贸总协定)规定,保健服务包括:医疗和牙科服务;助产士、护士、理疗医生和医务助理人员提供的服务;住院服务;和其他人体保健服务。

24. 人员临时流动向国外提供服务作为保健服务贸易的一种模式是比较重要的,因为这些服务具有基本上劳力密集型的性质,许多国家人员短缺,与许多专业服务(例如法律或会计服务)不同,保健服务基本上是靠普遍科学知识的。

25. 保健专业人员流动是为了寻求改进生活和工作条件和较高的报酬,往往从公共部门转移到私营部门。他们还希望取得较高的专业资格或接触本国没有的新的技术。雇主寻求购买国内短缺的技能。³ 保健专业人员的流动可以抵消接收国的人员短缺,而汇款可以改进其原籍国的生活标准。因此尽管保健专业人员的永久移徙可能会导致发展中国家的人才外流,但在返回人员恢复其活动以后,临时流动可以推动普遍提高技能。

26. 据估计,发展中国家提供所有移徙医生的 56%, 而接收的医生不到 11%,⁴ 随着时间的推移,流动的方向已经改变。1960 年代,在国外工作的医生多数来自发达国家,但此后他们绝大多数来自发展中国家,特别是来自亚洲。⁵ 多数国家既有保健人员的外流,也有人员流入。例如,联合王国向美国输出初级护士并反过来输入护士(例如从爱尔兰和印度)以弥补国内短缺;牙买加向美国输出护士,而从尼日利亚和缅甸输入护士。因此最低收入国家受到“人才外流”的影响最深,因为它们无法吸引替补人员。例如,南非的医务人员流到联合王国、加拿大和美国,也有人从国内的公共部门转向私营部门。公共部门随之产生的人员短缺首先由来自邻国的人员弥补;然而由于这导致其较贫穷的邻国无法容忍的人才外流,南非政府与古巴签订合同,争取医务人员到比较边缘的地区工作。为了制止人才外流,已经达成了一项安排,让莫桑比克的医生在南非兼职(同时住在莫桑比克,以此补充

人。尽管来自发展中国家的保健专业人员可能具有资格，但他们往往在发达国家的保健部门提供大量无技能的劳动。

27. 一些最近的研究提请人们注意某些类别的保健专业人员在发达国家市场上，特别是美国和欧洲联盟的市场上已经饱和。⁶ 但一些特定部门仍然有新的机会，例如对老年人和残疾人或吸毒或酗酒的病人的护理，以及边远地区的医疗服务。文化相仿和地理临近便利保健人员向国外流动。

实际或潜在的贸易壁垒

28. 对保健人员流动的限制可能来自经济需要测试要求、歧视性许可证发放、授权、承认外国专业资格、国籍和居住地要求、州和省要求、移民规章、为达到资格参加考试的机会、对收入返回的外汇控制和歧视性收费和开支规章。

29. 经济需求测试规定临时入境的条件是确定东道国没有合格的居民/国民可进行同样的工作。在服贸总协定承诺中，第16条规定经济需求测试是妨碍市场进入的一种壁垒，但这种测试往往以关于自然人流动，包括公司内被调动人和独立订约专业人员的流动的承诺的一种资格出现。经济需求测试作为一种配额限制，可以是质量限制，也可以是数量限制。它考虑到现有的人口特点和保健护理服务能力。

30. 许可证规定不承认外国人的专业资格或对他们实行歧视性、比较严格和比较昂贵的标准，因此可能阻碍他们入境。如果没有国家许可证发放机构，而由各州或各省当局负责发放行医执照，各个当局设有医疗许可证委员会，发放许可证和承认资格就特别复杂。关于向专业组织登记或参加这些组织的要求也可能对希望临时提供服务的人员构成障碍。

31. 例如在美国，在国外取得资格的人取得行医执照的要求依各州而异，有些州允许外国医学院的毕业生在通过书面考试的条件下行医。候选人还必须通过外国医科毕业生教育委员会的资格考试，然后在美国的一家医院接受一段时间的毕业生医学教育。许多州承认立案的加拿大医学院毕业生，因此向他们发放行医执照。⁷

32. 在加拿大，具有外国资格的医生取得行医执照的要求因各省而异。外国人还必须取得需要他们专业服务的有关省的部委的同意。注册的护士在他们作为专业人员获准入境之前必须得到各省发放的在加拿大行医的执照。入境时发放的就业批

准最高时限为一年。移民官员可以酌情决定每年延长一次。根据《北美自由贸易协定》，对保健专业人员的临时流动作出了规定。

33. 在欧洲联盟内，禁止由于国籍而在建立和提供服务方面歧视对待其他成员国的国民。有几项指示涉及保健服务提供者(关于一般护理护士的第 77/452/EEC 号指示、关于外科兽医的第 78/1026/EEC 号指示、关于助产士的第 80/154/EEC 号指示、关于药剂师的第 85/433/EEC 号指示)。委员会 1993 年 4 月 5 日第 93/16/EEC 号指示规定促进医生自由流动和相互承认其文凭、证书和正式资格的其他证明。它规定在医生的活动方面促进有效行使开业权利和提供服务的自由，并规定建立统一协调的机制。有些国家建议规定审查具有第三国医学资格的共同体国民的问题。⁸ 委员会 1988 年 12 月 21 日第 89/48/EEC 号指示规定设立一种普遍的体系来确保大学文凭的相等性，以便实现共同体内开业的有效自由。第 3 条是指向指示的主要规定，它制定了一项普遍规则，即有资格在原籍成员国从事一种职业的人，对于在东道国从事同样职业，其有资格取得对其文凭的承认。因此它创造了一种取得承认的权利，个人在各国行政和司法当局面前可直接作为依据。这一体系的基础是相互信任和训练水平可比性的原则；但如果训练课程之间存在严重的结构性差别，东道成员国有资格要求补偿，即规定一个适应期和参加能力倾向测试。⁹

34. 尽管专业协会在维持服务的标准和质量方面发挥了关键的作用，但它们往往试图压制价格竞争并限制新进入者。例如美国医学协会制定了契约惯例规则，规定与非医生掌管的医院或保健组织签定工资合同的医生治疗病人是不符合职业道德的。协会条例还认为医生接收相对社区通常费用而言不足的补偿是不符合职业道德的。专业人员利用对医疗计划或保险公司的控制来歧视这一带国内外市场上潜在的竞争者。然而专业协会实行的限制正在被市场力量所削弱。应该指出，有些联合行动是正当的，目的是保持标准和质量。

35. 缺乏资料或资料不足可能会妨碍保健专业人员寻求国外的工作机会。为了解决这一问题，一些专门公司积极征聘派往外国的医疗人员。

36. 规章条例往往阻碍保健护理专业人员登广告公布价格、折扣和服务。消除这种限制对于促进竞争可能很重要；另一方面，实行这些规章是为了保持质量，防止欺骗和损害消费者。

服贸总协定承诺

37. 服贸总协定关于自然人临时入境和逗留的多数承诺不是专门针对部门的，因此难以评估这些承诺将如何影响到保健护理人员。¹⁰ 对于自然人流动的承诺通常包括对以下人员的人境要求：三种主要人员——企业访问人员、从事建立企业的人员和公司内部被调动人员，第四种是从事特殊职业的人员。第四种可以为保健专业人员提供某些有限的机会，例如在管理咨询、研究和发展保健教育服务等领域里。至今为止只有少数国家在专门职业人员方面作出承诺。

38. 服贸总协定承诺中所载列的市场准入和国民待遇的限制显然表明上述一些贸易壁垒。此外，服贸总协定承诺中通常不包括单独的保健护理人员的临时入境和逗留问题。一些承诺对于医疗和牙科服务方面的自然人的流动确实作了规定；例如，欧洲共同体(欧共体)在有关专业服务的分部门中安排了有关以下方面的承诺：(一) 医疗、牙科和助产士服务(CPC 9312,93191)；(二) 兽医服务(CPC 932)；(三) 护士、理疗医生和医务助理人员(CPC 93191)；和(四) 药剂师。与商业存在和人员流动有关的供应模式包括与(一)有关的承诺。根据外国商业机构法，有些成员国将进入机会限于自然人或自然人中间的专业协会。在自然人的供应模式方面，居住或国籍要求、经济需求测试或有限的授权适用。¹¹

39. 对于这种供应模式的具体承诺表明，很少国家将其现有的移民法和规章结合起来；因此有一些余地可以改进这些特许，而实际上不必修改有关立法。实际上一些国家已经在其移民立法中作出规定，便利某些医疗人员临时入境。例如美国将H1A签证发给不是移民但临时占据长期职位的外国护士；这种签证不需要美国劳动部的证明。1994年的一项法令授权各州公共卫生局每年对最多20位医生豁免规定，允许他们在保健护理专业人员短缺的地区工作。¹²

40. 在澳大利亚，24种主要类别的临时居住签证和入境许可证中，至少有9类是与专门人员临时入境有关的，包括教育人员、访问学者、开业医生和公共演讲者。在日本，除了建立商业机构的人员和公司内部被调动人员以外，临时工作签证的就业许可可以发给13类人员，包括大学一级从事研究和教学的教授、医疗服务提供者和研究人员。联合王国有一个非欧共体国民的规章体制，允许将工作许可证发放给取得许可的专业人员、行政和管理人员、具有专门经验的高度合格的技术人员、

具有专家知识的关键工人和医院辅助职业人员。这些类别必须经过劳力市场需求测试，而医院辅助职业必须受到配额的限制。¹³

(b) 消费者的流动

41. 这种方式的保健服务贸易首先包括向外国病人提供的保健服务；但向外国学生提供的教育服务也可以作为保健服务贸易。

42. 就病人的流动而言，最严重的障碍在于病者在感情上缺乏安全感，不希望远离其亲属，而且对文化和语言差别特别敏感。对于愿意前往国外接受治疗的人来说，另外一个阻碍因素是，在多数情况下，公共保健制度和私人保险单不包括国外治疗(例外情况是，一些“上等”私人保险方案包括国外治疗，但收取很高的保险费，有些保险单包括公差旅行或渡假期间在国外的急诊治疗)。这种情况将病人流动形式的现有贸易市场限于某些类别的消费者。因此如果病人的健康保险不包括或不提供或仅仅部分包括所需要的治疗，他们就可能寻求国外治疗。由于他们必须自己付钱，他们就可能考虑到质量和价格比率比国内有利的地方去。如果候诊名单很长，或者如果病人认为国外机构提供的保健服务的质量远远超过国内机构提供的质量，而且他有能力并愿意支付，而不管是否属于保险范围，保险范围就可能是一个较小的因素。

43. 在外国寻求保健护理的病人可以包括：(一) 前往国外寻求采用国内可能没有的先进技术的专门或外科治疗或寻求著名的医疗机构的人；(二) 前往寻求康复护理者；(三) 前往特定地点享受温泉和矿泉等天赋资源并愿意将医疗同娱乐旅游等其他活动结合起来者；(四) 前往接受医疗和牙科门诊治疗者，他们寻求质量与国内治疗类似但价格较低的治疗或寻求原籍国没有的特定服务；住在国外的移民和边境病人是这一方面一大批客户；(五) 搬迁到费用低于本国而且气候较好的国家里的老年人和在国外多年侨居而现在能够在其原籍国退休的返回国民。许多人认为退休者是发展中国家最大的潜在市场，因此发展中国家能够提供的保健护理将影响到其吸引老年人的能力。然而妨碍人们在国外退休的一个重要障碍是健康保险不可转移。¹⁴

44. 充分发达的运输、共同或类似的语言和文化、医生和病人之间友好的关系、随时可以提供关于国外保健设施的资料以及与母国保健机构的既定联系等因素

在所有情况下使得在国外寻求保健护理的办法更具吸引力。另一方面，签证要求、外汇限制或医疗开支必须取得批准等因素可能阻碍许多病人在外国寻求服务。

45. 历来吸引外国病人的国家是可以提供国际上著名的保健服务、专门治疗和最新技术的发达国家。然而发达国家是在它们收取的费用的基础上相互竞争的。¹⁵ 一些发展中国家积极凭借它们以比发达国家低得多的价格提供良好的保健服务的能力争取吸引外国消费者。其他国家正在努力通过它们可以提供的独特的治疗或依靠其自然、地理和文化特性来渗透到国际保健服务市场中去；然而这些因素通常是与价格优势结合起来的。¹⁶

46. 欧洲联盟解决公共健康保险不可转移的问题的方法是，建立一种制度，按照欧盟居民居住或逗留所在国的法律以实物方式提供疾病津贴，就如其本人在该国保险一样。这些津贴可能超过或低于该公民实际受保所在国提供的津贴。提供服务以后，一份帐单寄给母国保险公司付款，¹⁷ 在一些其他国家里(例如埃及、约旦、哥斯达黎加)，如果国家保健系统无力提供所需要的治疗，病人可以获准在国外取得治疗，而由国家保健系统支付费用。然而申请批准的程序可能冗长而烦琐。包括欧盟成员国在内的一些国家已经签署了双边协定，允许全部或部分转移公共健康保险。

47. 直到几年以前，由于假定，病人将越来越多地要求高度专门的护理，而能够提供这种护理的保健机构的数量有限，因此，病人的流动可望扩大。然而，正如以下所讨论的那样，其他供应模式的趋势，特别是商业存在和跨界贸易可能会削弱病人前往国外的动机，或者缩短他们在外国的逗留时间。

48. 另一方面，全球趋势是提高医疗费用而降低公共保健护理预算，从而缩小保健护理保险范围，这可能会鼓励一大批病人在价格质量比优于本国的国家里寻求保健治疗。努力保持对保健费用的控制可能会促使发达国家保健组织把以竞争价格提供治疗的发展中国家的保健机构纳入其网络。公共健康保险范围的缩小正在导致私营保险的扩大，因为这种私营保险可以包括提供国外治疗。¹⁸

49. 某些国家里，特别是美国的医院病床过剩，促使它们展开重大的推销工作，争取潜在的外国病人。同样在医药过去历来受到国家控制的国家里，医疗机构吸引支付能力强的外国客户的努力正在开始奏效。

50. 在服贸总协定关于保健服务贸易的承诺中，国外消费通常是不受限制的，但一些国家(即保加利亚、波兰和美国)表明限制国外公共保险计划的覆盖范围。

51. 由于学生选择在其本国学习，以避免今后遇到确认文凭和取得开业执照方面的问题，此类消费者主要在以下情况下流动：母国不提供保健教育；各国之间医疗或医护训练的费用差别很大；学生无法达到国内医科学学校的资格；或者如果他们为了取得更高层次的教育，从而便利他们进入他们学习所在国的劳力市场或者使他们的可以提高在其母国的收入潜力。在有些情况下，外国学生成为“居民”(提供服务的大学毕业后医科训练生)，因此，留在同一机构里工作，而其本身从服务的进口者转变成出口者。

52. 通常来说，发达国家吸引外国学生的实力的基础基本上是其机构具有国际声望以及/或者它们可以提供独特的训练，但费用越来越成为一种竞争的因素。有些发展中国家也正在利用其学校和/或它们可以提供的特殊训练的良好声誉加上成本因素作为吸引外国学生的一种手段。外国学生及其进行学习或训练所在的医院之间建立的纽带以后可能成为学生母国的病人转到这些机构的一个重要的因素。

53. 看来选择外国机构的最重要的标准是其声望、费用和资金提供的情况。语言、文化类似和地理邻近等其他因素也发挥重要作用。在某些情况下，训练的独特性吸引外国学生，例如传统中医就是如此。外国文凭在何种程度上受到母国的承认，这也影响到前往国外接受教育和/或训练的选择。¹⁹

54. 有关承认文凭的问题通常是非常敏感的。一个原因是各国/各机构提供的课程的目标各异，而另一个原因是保健专业协会对于向在国外学习的学生开放国内市场持抵制态度，特别是如果当地学校训练的医务人员并未短缺。然而，专业协会在确保保健专业人员达到某些质量标准方面发挥了积极的作用。主要由于学费低和对外国学生入学不加筛选而吸引外国学生的国家里的机构如果同时无法保证所提供教育/训练的质量以及在给予学位方面所执行标准的质量，它们就有可能处于不利的地位。

55. 有些国家向外国学生提供教育和训练的历史悠久(例如联合王国²⁰或美国)，而其他国家是最近进入这一市场的(例如澳大利亚)。²¹ 中国等其他国家历来在技术合作方案的范围内向外国学生提供教育和训练，而现在正在开始商业性提供这

种教育和训练。而巴西等国仍然主要在技术援助或其他类协定的范围内接收外国学生。

56. 前往其他国家学习的发展中国家的学生的人数似乎在减少，因为几个发展中国家已经设立了医科和医护学校来满足国内需求。²² 此外，信息技术，特别是远程医学的使用正在影响到学生的流动，因为他们可以利用交互式教育服务来更新其教育，而无需前往国外。然而几年以前，保健专业的学生集中于医学、牙科或保育，现在他们可以考虑学习新的学科，例如，保健服务管理或保育管理。由于多数发展中国家仍然无法在这些新的领域里提供适当的教育和训练，一些学生可能考虑前往国外接受这种学习/训练。

(c) 外国商业机构

57. 这种模式包括在外国市场上建立一种商业机构向这一市场上的客户提供与保健有关的服务。这种模式可以分为以下几种：(一) 医院经营/管理部门中的外国商业机构；(二) 健康保险部门的外国商业机构；(三) 教育部门的外国商业机构；以及(四) 特别的外国商业机构。

58. 在多数国家里，对保健部门的外国投资受到相当大的限制，甚至受到禁止。然而许多国家已经开始向各种形式的外国机构开放其市场，并支持利用竞争作为一种手段来改善保健服务，减少价格上升并消除对公共部门的压力。此外，新的企业技术推动外国机构以最低限度的实际投资参与。

59. 医院经营/管理部门中的外国商业机构。医院管理公司通常试图立足于以下国家：制定了自由投资法律、容易接收合资企业倡议而且人均收入很高或者足够多的人口能够支付私营治疗服务。

60. 看来多数保健服务提供者已经通过与地方伙伴的合资企业或通过与地方和第三国投资者建立的三方企业立足于外国。购置设施是商业机构的一种技术，但在许多国家受到限制，管理合同和许可证发放正在成为建立商业性医院服务的一种优先手段。人们通常争取当地伙伴参与，以便取得已经获得证书和受到适当训练的当地医疗人员。此外，当地伙伴有助于确保当地合同和承诺。

61. 医院经营/管理方面商业机构的一个重要特点是其传统业务不属于保健服务范围的公司的参与，例如管理或医药公司。这种趋势表明，医院经营/管理已经被

视为一个正在扩大的部门，因此适合于多样化。另一个增长的趋势是与非保健有关公司订的，让其提供辅助性保健服务。

62. 健康保险部门的外国商业机构。直到最近为止，私人保健计划在国外很少取得发展，其部分原因是市场有限，但也因为有些国家的规章限制或禁止健康保险方面的私人外国投资。

63. 例如在巴西，按照该国政府关于提高所提供的保健服务的质量、降低价格和在市场上建立适当竞争水平的承诺，健康保险市场于1996年5月向外国资本和公司开放。²³ 然而预期的价格下降并没有实现，主要原因是外国保险公司不得投资于医院，因此市场的特点仍然是竞争非常有限。

64. 渗透外国市场的另一个技巧是通过“管理护理”服务，即将管理和保险结合起来。管理护理这种制度通过与选定的医生和医院订立的合同和与保险公司的联系（大型保险公司提供多数“保健组织”）在不同的程度上把筹资和提供医疗服务结合起来，在预定的每月保险费的基础上向吸收的成员提供全面的保健护理服务。²⁴ 因此它既产生了垄断的供应商，又建立了垄断市场，但要求参加的医生提供最低费用的治疗，因而有助于降低总的医疗费用。在有些国家里，有些人通常无力支付私营保险，但有能力支付管理护理计划，因而消除了对公共保健部门的压力。另一方面，这种办法可能会使公共医生转向私营部门。独立的开业医生对管理护理公司表示不满，因为他们担心其自主性、其收入和医疗质量会降低，但他们认为难以同管理护理企业竞争。

65. 教育部门的外国商业机构。有些著名的医科学校通常通过与当地学校合资在外国，包括发展中国家里开设学校。这种外国商业机构往往伴之于提供者（例如教授）和消费者（例如从总校迁移到分校和从分校迁移到总校的学生）的流动。接收国的兴趣在于是否有可能区分和提高向其学生/医务人员提供的课程，而输出机构的兴趣在于取得新的收入来源，向国外扩大声誉并避免其总校过分拥挤。

66. 特别的外国商业机构。有些公司有时在国外立足的目的是为了在多边资金计划范围内更新保健设施。这种商业机构的期限是有限的，因为外国公司通常一旦完成要求它们所展开的具体活动以后就离开东道国。

服贸总协定承诺

67. 根据其服贸总协定的承诺，欧洲联盟的所有成员国都对建立新的医院设施保持一定形式的经济需要限制。²⁵ 此外，几乎每一个欧盟成员国都支持在建立外国机构方面的地方利益，而不是外国利益。外国个人或实体在取得不动产或投资于保健护理方面可能会得到不太有利的待遇。²⁶

68. 在美国，建立医院或其他保健护理设施可能受到基于需求的数量限制。加拿大没有对任何保健护理服务的承诺作出安排。日本将医院和诊所的拥有权限于国民/取得执照的医生或至少有一位成员是取得日本执照的医生的人员团体。此外，禁止为了利润经营投资者拥有的医院。私人疗养院部门的规章不太严格，因此外国公司利用日本 65 岁以上人口急剧增加和该国私人疗养院和其他长期护理设施短缺的情况。²⁷

69. 在巴西，根据 1988 年宪法，外国公司不得拥有医院或诊所。在墨西哥，外国投资最高不得超过企业注册资本的 49%。在印度，外国公司只能通过合并来创建企业，外国股本最高额为 51%。马来西亚保持经济需求测试。外国公司必须与马来西亚个人或马来西亚控制的公司或两者建立合资公司。合资公司中的外国股份总额不得超过 30%。然而有些国家超越其承诺，实际上允许其市场更加开放。

70. 服贸总协定关于“人寿、事故和健康保险服务”的承诺在商业机构模式下是极为详细的。在市场进入和国民待遇方面，跨界贸易基本上是不受拘束的。在市场进入方面，而不是在国民待遇方面，对于国外消费已经作出了在一定程度上比较自由的承诺，多数措施不受拘束。在关于通过商业机构提供人寿、事故和健康保险服务的许多要求中，多数国家根据市场进入承诺援引以下要求：对于外国股本参与的限制；关于特定法律实体提供服务的要求；商业机构；批准和发放许可证的要求；对于经营活动类型的限制。少数国家还提出了经济需求测试等酌情决定措施。在国民待遇方面，承诺不太严格，条件主要涉及到受限制的外国股份和国籍要求。

71. 发达国家和发展中国家的趋势都是开放市场允许国内外竞争，目的是降低成本和提高质量，从而使目前无力支付的一些人能够利用私营保健结构。一部分人口从公共保健结构转向私营保健结构，从而增加公共部门得到的人力财力，这对于医务人员和保健设施短缺的国家来说是特别积极的措施。因此对于私营和公共部门

的新的挑战是如何在同一市场上共存并相互利用对方的存在。有些国家已经作出安排，确保对保健部门的国内和外国私营投资为全体人口造福。²⁸

72. 向外国保险公司开放市场还可能产生一些积极的效果。不得不同外国公司竞争的国内公司似乎已经在保险费、受益范围和投保条件等方面改进它们向其客户提供的一套保险办法。如果越来越多的病人可以加入私人保健计划，而且这些计划包括许多种治疗，对公共基础设施的压力就有可能减轻。然而可能需要“新一代”规章，来确保外国商业机构支持进口国的国民保健系统。

(d) 跨界贸易

73. 直到最近为止，除了许可证贸易和特许使用以外，特别是商业性医疗服务跨界贸易似乎是不可行的。然而，通讯技术和健康信息学最近的迅猛发展正在极大地改变这种情况。远程医学，即利用交互的视听和数据传递来提供保健护理，包括医疗护理提供、咨询、诊断和治疗以及教育和医疗数据的转让。在一定程度上来说，远程医学替代了保健护理提供者和客户之间的面对面的接触，并替代了保健护理提供者本身之间的磋商。跨界贸易方面的其他新的发展动态包括发展中国家处理保险索赔/票据以及海外医疗报告。

74. 最近提供和实行远程医学服务的一个驱动力是其对成本膨胀的影响。根据美国的研究，远程医学服务的成本可望低至传统服务的一半。特别是在需要上门诊断的情况下，保健护理提供者将能够每天接待更多的病人，因此将特别有利于人手不足的保健护理机构。²⁹

75. 目前远程医学服务国际贸易似乎在发达国家之间进行，或者涉及到发展中国家向发达国家的进口。³⁰ 发展中国家从远程医学服务贸易的发展中取得的直接利益包括改进取得保健护理的机会和在比较统一的质量方面提高保健治疗。加拿大、肯尼亚和乌干达各机构之间已经建立了远程会议，提供连续的医学教育，因而使得非洲的保健工作者能够利用最新的医学知识和进展。远程医学的发展最终还可能对医疗服务的其他供应模式产生影响，因为通过接受跨界会诊，病人将不大可能前往国外，医务专业人员和学生将能够从外国购买医学教育服务，因此也不大可能前往国外。远程医学还可能推动制定各国间一致的课程和相互接受的专业标准。

76. 今后几年里将进一步推动远程医学发展的主要因素是仍然有必要改进取得保健护理服务的机会和降低其成本，包括病人、医生和护士旅行所涉及到的经费和时间成本。随着经济的增长、人口的老龄化、教育水平的提高、新的疾病的出现和原有疾病的重新出现和持续存在，对医疗服务的需求可望大幅度增长。今后能够从远程医学服务受益最大的国家将是那些具有创造性技术和提供和接受这种技术的训练有素的医学专业人员的国家。另一方面，如果没有机会进入远程医学网络，不仅会剥夺当地消费者可能取得的好处，而且还会排斥无法参加网络的那些国家里的保健专业人员。

实际或潜在的贸易壁垒

77. 创造性技术的存在是提供集中一些服务的关键因素，远程医学服务贸易需要大量投资，有时昂贵得无人敢问津。然而随着设备和通讯联系的成本下降的普遍趋势，有些问题在近期内应该变得不太严重。传递数据和图像以及进行电子医疗记载方面存在几种标准，因此可能会产生一致性问题。国际商定标准可以促进贸易和提高护理的一致性。

78. 在广泛地实行远程医学之前，许多技术和伦理性质的问题仍然有待于解决。人们仍然关注在提供医疗情况时如何对待病人的隐私问题，因此应该采取步骤来确保保密。

79. 另外还有承认服务提供者的资格和与此有关的跨界提供贸易的执照问题。与提供医疗远程服务有关的道德和法律责任问题涉及到医疗责任扩散的问题。可以提出与传统医疗服务中采用的办法类似的解决办法，即确定责任属于接受一种服务(例如实验室试验)的开业医生。比较广泛地说，只有制定一种规章框架并通过立法以后，才能够全面实行远程医学。

80. 尽管远程医学对病人的开支产生有利的影响，但基本上尚未被现有的保险办法所包括。有人担心消费者不愿意接受远程医学会诊，而他们对直接的面对面的接触的偏爱可能会限制远程医学的提供，但这一点并未被以前的研究所证实，与此相反，这些研究表明，接受技术不是一个主要问题。

第三章

保健服务部门的出口战略

81. 可出口保健服务的发展被视为一种手段，可用来：(a) 产生资源，用于降低必须普遍覆盖保健护理所造成的财政赤字的经费压力；(b) 通过利用满足外国需求所带来的资源来改进基础设施(医院设施和其他补充结构)；以及(c) 提高技术能力，对国家保健制度产生直接影响，使之融合到现有的人力资源基础设施中去并/或适应这种基础设施。任何成功的出口战略的一个关键因素是努力最佳利用国内生产和外国保健护理服务市场之间的前向性和后向性联系。

82. 出口战略可以由各部门加以执行：(一) 政府；(二) 公共和私营部门；(三) 私营部门协会；以及(四) 各公司。

83. 政府执行的战略。这项战略的原则是利用保健服务出口取得外汇，用于加强公共保健机构的经济能力并使保健部门成为国家全面发展的推动者。三个关键的事例是古巴、联合王国和约旦。

84. 在古巴，政府的一项目标是将该国转变成为“一个世界医疗大国”。根据这项目标，自1980年代底开始，保健部门执行了一项多层次出口战略。这项战略的一个主要内容是向国外派遣医疗人员，特别是派往保健工作人员严重短缺的国家。另一项内容是把外国病人吸引到以竞争价格提供高质量保健护理的专门诊所。多数专门诊所还作为国内和外国学生的训练中心。古巴出口战略的另一个方面是将保健护理与旅游结合起来。政府设立的一家贸易公司——SERVIMED制定了保健/旅游一揽子方案，与旅游经营者和旅行社合作在目标市场上销售。古巴还依靠变异服务使其保健服务在世界市场上具有竞争力。古巴医生能够成功地治疗世界其他地方认为无法治疗的一些皮肤病。这种治疗与新的疗法和新的药物的开发有关。每年前往古巴治疗的病人的人数越来越多，这表明古巴的战略取得了成功。1995—1996年期间，25,000名病人和1,500名学生来往古巴分别治疗和训练。结果通过向外国人销售保健服务取得的收入相当于2,500多万美元。

85. 1988年，联合王国建立了国家保健系统海外企业(海外企业)，作为公共保健公司和机构的销售分支机构，目的是促进公共部门提供的保健服务的出口。这项战略的基本原理是双重性的。首先通过出口医疗服务，海外企业努力加强公共保

健机构的经济能力，从而保持和增强联合王国公共保健的范围和标准。第二，海外企业通过英国保健专业人员参加海外项目向他们提供发展和护理机会。这项战略产生了积极的影响，因为公共保健机构向海外出售了服务并取得了新的资金。此外，国家保健系统利用训练和教育方案并通过便利外国专业人员居留而部分克服了公共部门医务人员的短缺问题。

86. 自从 1990 年代初以来，约旦在成为阿拉伯世界医疗中心方面进展迅速。在这一方面，它发起了大规模投资方案，更新公共医院和医科学校并使之实现现代化。与此同时它对于在保健部门的国内外私营投资制定了鼓励措施。由于执行了这项战略，11 个新的私人医院已经开始投入使用，其中多数利用最新技术，包括与欧洲和北美的著名保健中心的计算机联系。

87. 公共和私营部门执行的共同战略。1994 年，澳大利亚建立了国家保健行业发展论坛并发起了援助私营企业的方案，目的是把保健行业各部门组合起来并推动形成一个共同的中心。该论坛由工业部和卫生部在 Austrade 的支持下共同举办。澳大利亚的出口战略着眼于两种供应模式，即跨界贸易和消费者流动。³¹

88. 中国的公共和私营部门主要在独特的传统中医的基础上制定了一项战略，吸引外国消费者、输出保健服务提供者和建立国外商业机构。许多前往中国治疗的外国病人是“华侨”，但越来越多的非华裔病人对传统中医表示感兴趣。服务提供者流动的形式是医疗队根据合同——按照援助计划和在严格的商业基础上前往国外工作。中国机构通常与外国政府或直接与医疗机构签订协议。尽管它们盈利较少，但它们主要目标是通过医疗人员接触比较广泛的经验和新的技术来提高中国医疗服务标准，并在国外传播传统中医，以便在长期内争取西方国家的病人增加对传统中医的需求。中国还同医疗界的伙伴以及地方当局建立合资企业，并在 20 多个国家里开设了几十个传统中医医疗设施。其中多数设施是在特定的医科学校、医院或医生的倡议下建立的，而一些设施是在主管部委的主持下开设的。自 1980 年起，中国开始采取积极措施，向外国投资开放其医疗和保健市场，并允许与外国相应部门建立合资企业。到 1996 年底为止，医院部门与外国伙伴建立了 60 个合资企业。³²

89. 私营部门协会执行的战略。私营部门协会正在执行面向出口的战略，以便利用市场机会。一个可以说明私营部门协会制定的全球战略的事例是伦敦医学会执行的战略³³，该学会具有两个主要目标：促进和发展伦敦医学会会员的企业机会，

以便推动伦敦医院和医科学学校里临床、教育和研究工作的交流，并吸引英国和国际公司的研究合同和投资。

90. 南锥共市国家里的保健合作社设立了“南锥共市卡”，允许参加一国保健合作社的病人通过同业合作社的服务在另一国得到保健护理。

91. 私营公司战略。一些保健公司正在制订全球战略，利用其政府实施的推广机制来渗透到外国市场中去。例如新加坡的 Parkway 集团和 Raffles 医疗集团就是如此。

92. Parkway 保健集团是新加坡保健方面最大的投资集团，也是亚洲最大的保健组织之一。该集团创建了 Gleneagles International 作为一家国际公司。这个公司战略的一个关键内容是在新加坡购置医院，建立基地，然后跨出国界进入该区域，与东道国的伙伴建立合资企业。目前 Gleneagles 公司已经或正在马来西亚、印度尼西亚、斯里兰卡、联合王国和印度建立合资企业。该公司还正在伦敦创建一家心脏病专科医院。该集团战略方向的另一个关键内容是在该区域形成一个高度一体化的保健公司网络，目的是在整个亚洲地区向其病人提供范围广泛的高质量和成本效益高的保健护理服务。这项战略已经在新加坡取得成果，因为 Gleneagles 的 3 家医院是取得标准组织 9002 国际质量证书的首批亚洲医院。³⁴ 同样 Raffles 医疗集团与发达国家保健护理组织形成三角企业协会，从而建立海外战略联盟，目的是与东道国投资者合作打入第三国市场。

93. 加拿大的一些私营诊所凭借其高质量服务和相对低得多的价格正在试图开拓美国市场。多伦多一家诊所正在与美国保险公司和保健组织谈判，以便向其客户提供医疗服务，而费用只有美国的几分之一。这种办法可能会导致加拿大和美国保健护理实现前所未有的一体化。³⁵

注

¹ 1995 年，经合组织国家平均拨出国内生产总值的 10.4% 用于保健护理（公共和私营）。同一年，它们用于保健护理的人均费用为 2,071 美元。1970 年，美国政府老年人和残疾人公共健康保险计划—国家医疗照顾耗资 60 亿美元；现在耗资 2000 亿美元。今后将耗资更多：到 2030 年，预计国家医疗照顾值将从目前的国内生产总值的 2.6% 上升到 7.5%。在过去 15 年里，法国公共保健的全部开支以每年 5% 以上的实际速度上升；“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.

² 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

³ 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, *Europ Without Frontiers*. John Wiley and Sons Ltd., 1993.

⁴ 《1993年世界发展报告：健康方面的投资》，援引者：H. Ashok Chandra Prasad, Rajendar Kapoor, *Trade in Invisibles: An Indian Perspective*, Commonwealth Publishers, New Delhi, 1996.

⁵ A. Mejia, H. Pizurki, E. Royston, *Physician and nurse migration*, WHO, Geneva, 1979.

⁶ 美国研究生医学教育委员会最近确定，到2000年，全国医生供应量正超过需求10万多人；quoted by Shalala Foreign Doctor Letter, 7 February 1997; Internet site: <http://www.telalink.net/~gsiskind/docs/shalala.html>

⁷ *World Directory of Medical Schools*, Sixth Edition, WHO, 1988.

⁸ Commission of the European Communities, Report to the European Parliament and the Council on the state of the general system for the recognition of higher education diplomas, Brussels, 15 February 1996, COM(96) 46 final.

⁹ 有些成员国实行的立法制订了关于执照发放和承认在非欧盟国家取得的资格的规则。

¹⁰ 关于自然人临时流动的回顾，见：关于某些发达国家生效的临时迁移机制（法律和生效规章）的资料，贸发会议秘书处的说明，UNCTAD/SDD/SER/7，1995年9月25日。

¹¹ 关于外国商业机构，按规定，市场进入仅仅限于德国和西班牙的自然人。在意大利和葡萄牙，市场进入也限于自然人，但允许自然人之间的专业协会。在爱尔兰，只能通过伙伴关系或自然人取得市场进入。在联合王国，国家保健服务下属医生的开业必须受到人力规划的限制。关于自然人的供应模式，丹麦对于填补特定职位规定了有限的批准（最高期限18个月）并实行了国民待遇限制，规定达到居住要求才能取得国家保健委员会的各项批准。意大利也要求居住在国内。希腊、葡萄牙、德国和法国实行国籍要求。但在法国根据每年确定的配额有可能取得非国民医务人员，而在德国，为了公众健康，可以放弃法律要求。主要通过商业机构和自然人的流动来提供护士、理疗医生和医疗助理人员的服务。关于商业机构，欧共体的计划规定，在奥地利、意大利、葡萄牙和西班牙，取得护士限于自然人范围。关于自然人流动供应模式，丹麦对于填补特定职位规定了有限批准（最高为18个月），希腊和葡萄牙规定了国籍条件，而意大利规定了居住要求和按照区域内职位空缺和短缺的情况进行经济需求测试。以上限制适用于非欧共体公民。

¹² 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.

¹³ 《劳力服务贸易和作为服务提供者的人员的临时流动》，贸发会议秘书处的说明，TD/CN.4/24，1993年9月3日。

¹⁴ 据估计到2015年，美国人口的15%，日本人口的24%和欧洲人口的17%将超过65岁。到2015年，美国、日本和西欧65岁以上的综合人口将超过1亿；L. Martin, *The Graying of Japan*, Population Reference Bureau, Washington D.C., 1989.

¹⁵ 例如，一些世界著名的加拿大医院已经开始瞄准美国病人。它们提供的服务与美国的的服务质量一样高，但费用只有其几分之一。这是因为管理费用较低，医生工资较低，而且加元比价较低；"A special Report with Radical Surgery", *Maclean's* 2 December 1996.

¹⁶ 例如就墨西哥而言，其地理上临近美国加上成本较低，这对于发展保健服务出口是主要的相对优势。此外，由于边界地区的各种文化因素，例如语言和医生与病人之间关系的特点，因此吸引了居住在美国的墨西哥后裔病人和其他操西班牙语病人。就牙买加而言，该国的一个相对优势方面是其语言与其主要潜在市场--美国和几个加勒比邻国的语言相同。就印度而言，多数外国病人来自拥有大量印度后裔人口的国家。

¹⁷ 属于区域学会的其他国家正在试图发展类似的系统。例如南锥共市正在讨论一项提议，目的是允许一国的公民按照适用于另一国国民的同样的条件在该国接受医疗护理。对于执行这项提议的主要障碍看来是各国保健制度之间缺乏类似性，1997年1月在巴西卫生部与特殊保健问题咨询处处长(Assessoria de Assuntos Especiais de Saude)会见时收集到的资料。

¹⁸ 例如在联合王国，健康保险覆盖的人数在过去25年里增加了3倍，超过700万人，相当于人口的12%。预计到2000年，私营保健市场继续以每年5%的速度增长，涉及到人口的16.5。"An unhealthy silence", *The Economist*, 15 March 1997.

¹⁹ 例如就中国提供传统中医训练的机构而言，大批付现款的外国学生是德国人，这反映了这样的事实，即有些德国大学对于在中国特定机构上的课程计学分。就亚洲而言，以澳大利亚大学为一方和印度尼西亚与马来西亚大学为另一方之间建立的合资机构允许印度尼西亚和马来西亚学生一半在澳大利亚上学/参加训练，一半在其母国上学和参加训练，而其文凭在澳大利亚和本国得到承认；1997年1月在澳大利亚新南威尔士大学和维多利亚大学与管理人士的几次会谈以及1996年12月在中国与MOFTEC国际经济合作研究所的研究人员的几次交谈中收集到的资料。

²⁰ 在英国公共高等教育机构中学习的高年级的全部学生中有11%是外国人。"医学和牙科"和"与医学有关的学科"具体学科领域里，外国学生总共有13,300人，即5600人来自欧盟国家，其余人来自非欧盟国家，主要来自亚洲。

²¹ 然而在澳大利亚学习的外国学生已经大约占学生总数的 11%；1997 年 1 月与新南威尔士大学和维多利亚大学管理人员会谈时收集的资料。

²² 《国际保健服务贸易：拉丁美洲及加勒比国家的主要问题和机会》，贸发会议和泛美卫生组织，UNCTAD/SDD/Ser/Misc.3, 1994 年 7 月。

²³ 自从市场开放以来，4 家多国公司在巴西建立企业，主要与当地公司开设合资企业。看来外国保险公司的存在在一定程度上改善了巴西市场，即各公司正在提出改进保险范围的一揽子保险计划，并正在开始节约管理费用；1997 年 1 月在巴西与保险专业咨询公司管理人员会谈时收集到的资料。

²⁴ “管理护理”一词包含保健组织、优先提供者组织和服务点资助与供应系统。保健组织是结构极其严密的一种管理护理，除了急诊以外，要求病人到参加系统的医生就诊。优先提供者组织是个别医生，医疗团体和医院的网络，接收折扣付款，以便使该计划争取大量的病人。就病人是否能够选择医生而言，服务点计划的限制性大于优先提供者组织，但小于保健组织；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.

²⁵ 在法国、意大利、卢森堡、荷兰和西班牙，医院设施的建造或扩大受到确定当地需求的保健服务计划的限制。瑞典保持对可以通过其社会保险保健护理偿还制度取得补贴的私人保健服务开业者的人数的经济需求限制。

²⁶ 例如在奥地利，根据关于所有保健护理部门的外国商业机构承诺，当局在批准外国人或外国公司购置财产并在允许外国公司投资于法人实体之前必须考虑当地的利益。在法国。如果全部外国投资超过全部投资的 3 分之 1 或全部资产的 20%，外国人购置最近私营化的公司的股份就会受到限制。在芬兰，只有在公司合并而且外国资产最高为 51%的情况下才允许建立外国商业机构。

²⁷ 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.

²⁸ 例如印度政府可以为建造私人医院提供土地，以换取一些床位为公共部门的病人服务；1997 年 1 月在印度新德里 Apollo 医院和 Scort 保健中心管理人员会谈时收集的资料。

²⁹ Financial Times, 5 February 1997.

³⁰ 自 1990 年代初以来，按照哈佛医学院关于提供国内和国际远程医学服务的倡议，WellCare 集团在全世界各地执行远程医学项目。WellCare 远程医学网在美国、欧洲、澳大利亚和新加坡之间建立了联系，并在一些发展中国家中提供远程医学服务。另一个实例是设在苏格兰的保健护理国际，它提供世界上首创的完全电子化病人护理和全部电子化医疗记录。保健护理国际接收中东、希腊、土耳其、埃及和联合王国保健护理提供者的转

诊; M. Sosa-Iudicissa, J. Levett, S. Mandil and P.F. Beales Editors, Health, Information Society and Developing Countries, European Commission DG XIII and the World Health Organization, IOS Press, 1995.

³¹ 澳大利亚的目标是利用其非常发达的基础设施和低成本通讯促进和支持提供保健护理多媒体方法运用方面的研究和发展,从而成为卓越的远程医学中心。外国病人的治疗包括销售公共医院以及私人诊所中的私人床位。为了便利外国病人前往公共和私营诊所就诊,澳大利亚规定了一种医疗签证。公共医科学校在许多保健领域里训练外国人。为了满足国外需要,澳大利亚医学院开设了专门的国际系,与外国大学建立合资机构并在目标市场上开设医科学校。由于采用了上述战略,海外训练活动赚取的收入提供了高达20%的大学预算; The Australian Health Care Industry, Australian Health Industry development Forum and Department of Foreign Affairs and Trade, June 1996.

³² Xing Houyuan, Health Services in China, Research Institute for International Economic Cooperation, mimeo, March 1997.

³³ 伦敦医学会于1993年在伦敦医学界和企业界以及当地和国家当局的赞助和支持下建立; London Medicine Brochure, July 1996.

³⁴ Singapore Trade Development Board, Singapore Trade News, March/April, July/August 1996.

³⁵ A special Report with Radical Surgery, Maclean's.

-- -- -- -- --