โครงการ WTO Watch (จับกระแสองค์การการค้าโลก)
ห้องเลขที่ 14 ชั้น 4 คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ เขตพระนคร
กรุงเทพฯ 10200
โทรศัพท์ 0 2613 2470 และ 0 2623 5510
โทรสาร 0 2623 5510

2

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

โครงการ WTO Watch

2

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ครรชิต สุขนาค

เอกสารวิจัยหมายเลข 2
โครงการ WTO Watch (จับกระแสองค์การการค้าโลก)
ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ครรชิต สุขนาค

เอกสารวิจัยหมายเลข 2
มีนาคม 2548
โครงการ WTO Watch (จับกระแสองค์การการค้าโลก)
ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

เอกสารวิจัยหมายเลข 2

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

ผู้เขียน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ครรชิต สุขนาค

บรรณาธิการ รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์

จำนวน 124 หน้า

ISBN 974-92988-9-6

พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง มีนาคม 2548

จำนวน 1,000 เล่ม

รูปเล่ม ลลิตา นภาการันต์

เจ้าของ โครงการ WTO Watch (จับกระแสองค์การการค้าโลก)
ห้องเลขที่ 14 ชั้น 4 คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ เขตพระนคร
กรุงเทพฯ 10200
โทรศัพท์ 0 2613 2470 และ 0 2623 5510
โทรสาร 0 2623 5510
E-Mail: Chompoo@thailandwto.org
www.thailandwto.org

ได้รับทุนอุดหนุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
ชั้น 14 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์
เลขที่ 979 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนนอก
เขตพ-าไท กรุงเทพฯ
10400

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ท่าพระจันทร์ โทร. 0 2224 7357-9
ศูนย์รังสิต โทร. 0 2564 3105-11

คณะกรรมการนโยบายโครงการ WTO Watch

ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา	ประธานคณะกรรมการ
คุณกวี จงกิจถาวร	กรรมการ
รศ.ดร.จุลชีพ ชินวรรโณ	กรรมการ
ศ.ดร.ประสิทธิ์ เอกบุตร	กรรมการ
คุณพรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล	กรรมการ
คุณวิฑูรย์ เลี่ยนจำรู-	กรรมการ
รศ.ดร.สุทธิพันธุ์ จิราธิวัฒน์	กรรมการ
ศ.รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์	กรรมการ
รศ.ดร.สมบูรณ์ ศิริประชัย	กรรมการและเลขานุการ
คุณชมภู่ ธงชัย	ผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการโครงการ WTO Watch

ศ.รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์	ประธานกรรมการ
รศ.ดร.จักรกฤษณ์ ควรพจน์	กรรมการ
รศ.ดร.ตีรณ พงศ์มฆพัฒน์	กรรมการ
ผศ.ดร.วิศาล บุปผเวส	กรรมการ
รศ.สมพร อิศวิลานนท์	กรรมการ
รศ.ดร.สมบูรณ์ ศิริประชัย	กรรมการและเลขานุการ
คุณชมภู่ ธงชัย	ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อเอกสารโครงการ WTO Watch
(จับกระแสองค์การการค้าโลก)

เอกสารข้อมูล

หมายเลข 1 ระเบียบการค้าสินค้าเกษตรภายใต้ GATT/WTO
โดย จิตติมา เกรียงมหศักดิ์
มิถุนายน 2547

หมายเลข 2 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อตกลงการค้าเสรี
US-Australia FTA และ Thailand-Australia FTA
โดย ทิวารัตน์ ลาภวิไล
ประภาภรณ์ ซื่อเจริ-กิจ
กรกฎาคม 2547

หมายเลข 3 ข้อมูลเปรียบเทียบข้อตกลงการค้าเสรี
US-Chile FTA
US-Singapore FTA
และ US-Australia FTA
โดย ทิวารัตน์ ลาภวิไล
ประภาภรณ์ ซื่อเจริ-กิจ
เอกพล จงวิลัยวรรณ
ตุลาคม 2547

หมายเลข 4 การเจรจาการค้าพหุภาคีรอบโดฮา
โดย สิทธิพล วิบูลย์ธนากุล
พฤษจิกายน 2547

เอกสารวิชาการ

หมายเลข 1 GMOs ภายใต้ระเบียบเศรษฐกิจระหว่างประเทศ
โดย สิทธิพล วิบูลย์ธนากุล
ตุลาคม 2547

หมายเลข 2 มาตรฐานสิ่งแวดล้อมกับระเบียบการค้าระหว่างประเทศ
โดย นิรมล สุธรรมกิจ
มกราคม 2548

เอกสารเหตุการณ์ปัจจุบัน

หมายเลข 1 การประชุมแคนคูน :
ความผลิบานและโรยราของการค้าเสรี
โดย สิทธิพล วิบูลย์ธนากุล
พฤษภาคม 2547

หมายเลข 2 รายงานการประชุมทางวิชาการ
“รัฐบาลควรมีจุดยืนในการเจรจา
การค้าทวิภาคีกับสหรัฐอเมริกาอย่างไร”
โดย สิทธิกร นิพภยะ (บรรณาธิการ)
กรกฎาคม 2547

หมายเลข 3 รายงานการบรรยายทางวิชาการ
“ระบบทรัพย์สินทางปั--าภายใต้ FTAs”
โดย จักรกฤษณ์ ควรพจน์ (ผู้บรรยาย)
สิทธิกร นิพภยะ (เรียบเรียง)
กุมภาพันธ์ 2548

หมายเลข 4 ข้อตกลงการค้าเสรีสหรัฐอเมริกา
โดย ทิวารัตน์ ลาภวิไล
ประภาภรณ์ ซื่อเจริ-กิจ
เอกพล จงวิลัยวรรณ
สมบูรณ์ ศิริประชัย (บรรณาธิการ)
มีนาคม 2548

เอกสารวิจัย

หมายเลข 1 การเจรจาการค้าพหุภาคีสินค้าเกษตร : ความไม่สมดุล
ความล้มเหลว และอนาคตของรอบการพัฒนา (โดฮา)
โดย นิพนธ์ พัวพงศกร
สิริลักษณา คอมันตร์
กุมภาพันธ์ 2548

หมายเลข 2 ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย
โดย ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย
ครรชิต สุขนาค
มีนาคม 2548

ABSTRACT

Trade agreements of the World Trade Organisation have evaded into trade in health services. Health service is very cautious on employing a free market mechanism. The main features of the agreements are binding and progressive binding principles. This research was to estimate the impact of the trade agreements on service in health, and to recommend on the country position to this move. The research employed review literature and simulations based on secondary data to answer the research questions.

Reviews of literature concluded that mode 1 would have little impact to the Thai health care either the cross border service into the country or exporting. Mode 2 would have considerable impact especially importing foreign patients, but minimal impact on paying for treatment abroad. Mode 3, commercial presence would have impact only through the increase of demand for private health care and significantly for the inflow of foreign patients. Mode 4, presence of natural person would see high inflows rather than outflows of health personnel. Literature reviews indicated that simulations should focus on the impact of inflows of mode 2 and mode 4.

The simulation assumed that there were high inflows of foreign patients. If there were 100,000 patients, this would

draw 200-400 doctors out to private hospitals. The deficiency of doctors in public sector further aggravated poor quality, and induced higher demand for services in private sector. Additional 40 to 300 doctors would join private sector, added up to 240 to 600 losses. The costs of production this amount would be 420-1,260 million baht. This impact did not include the welfare loss among the disadvantage group not accessible to health services.

The government should not actively promote inflows of foreign patients to the country, unless the supply of health personnel is adequate and inequitable distribution is not stark. Furthermore, for the increase of demand because inflows of foreign patients, the balance of demand-supply should be matched by inflows of foreign doctors. However, the sequential inflows of one country by outflows of others should not the mean to exploit the human resource development of another country. Finally, the country should focus on human and infrastructure developments to achieve the relative advantage principle that supports cross-border trade.

บทคัดย่อ

ข้อตกลงทางการค้าขององค์การการค้าโลกขยายขอบเขตการเปิดเสรีการค้าบริการ ลุกลามถึง บริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีข้อถกเถียงว่าสมควรเป็นสินค้าทั่วไปที่ใช้การแข่งขันเพื่อค้ากำไรหรือไม่ ข้อตกลงทางการค้าดังกล่าวมีกฎเกณฑ์ให้ประเทศสมาชิกกำหนดว่าผูกพันหรือไม่ เพียงใด แต่ข้อผูกพันที่ให้ต้องมีความก้าวหน้าตามลำดับ การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย และเสนอแนะท่าทีต่อการเปิดเสรีดังกล่าว ระเบียบวิธีวิจัย ใช้การทบทวนวรรณกรรม และการประเมินผลกระทบเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ

การทบทวนวรรณกรรมประเมินผลกระทบต่อประเทศไทย พบว่า การค้าในโหมดที่ 1 ทั้งการให้บริการข้ามพรมแดนที่ต่างชาติเข้ามา หรือบริการจากไทยออกไป มีผลกระทบไม่มากนัก การค้าในโหมดที่ 2 มีผลกระทบมากในกรณีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศ และมีผลกระทบบ้างกรณีส่งผู้ป่วยจากไทยไปรักษาต่างประเทศ การค้าโหมดที่ 3 ธุรกิจต่างชาติเข้ามา หรือธุรกิจของไทยออกไปต่างประเทศ อาจเกิดผลกระทบได้บ้างแต่โดยหลักแล้วขึ้นกับอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนที่มากขึ้นและขนาดของโหมดที่ 2 กรณีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามามากที่สุด การค้าในโหมดที่ 4 ผู้ให้บริการเข้ามามีแนวโน้มว่าจะมีขนาดมากกว่าผู้ให้บริการของไทยออกไปต่างประเทศ ดังนั้น การประเมินผลกระทบเชิงปริมาณจึงให้ความสำคัญกับการค้าในโหมดที่ 2 และ โหมดที่ 4

การประเมินผลกระทบเชิงปริมาณสร้างเหตุการณ์สมมติว่ามีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับบริการปีละ 1 แสนคน จะส่งผลให้แพทย์สูญเสียไปสู่ภาคเอกชน 200-400 คน นอกจากนี้การสูญเสียแพทย์ยังทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีคุณภาพด้อยลง ทำให้ประชาชนเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนมากขึ้น ทำให้สูญเสียแพทย์สู่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอีก 40-300 คน รวมเป็นการสูญเสียแพทย์ 240-600 คน หรือสูญเปล่าการลงทุนผลิตแพทย์ 420-1,260 ล้านบาท นอกจากนั้นยังมีผลถึงสวัสดิการด้านสุขภาพที่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสไม่ได้รับอีกด้วย

รัฐบาลจึงไม่ควรเร่งเชิญชวนให้ผู้ป่วยต่างชาติเดินทางเข้ามารับบริการสุขภาพในประเทศไทย จนกว่าอุปทานของระบบบริการสุขภาพของไทยจะมีมากเพียงพอ และไม่มีปัญหาการกระจาย เช่น ในปัจจุบัน นอกจากนั้นควรคำนึงถึงนโยบายว่า เมื่อให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของไทยเพิ่ม ต้องคำนึงถึงสมดุลที่เหมาะสม เช่น การนำเข้าบุคลากรสุขภาพจากต่างชาติ แต่ทั้งหมดนี้ควรเป็นไปด้วยการไม่เอารัดเอาเปรียบซึ่งกันและกัน ควรมีระบบพัฒนาคนและโครงสร้างพื้นฐานให้แต่ละประเทศได้รับประโยชน์ตามหลักการความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบให้มากที่สุด

สารบัญ

บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

บทที่ 1 บทนำ.....1

1 ความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ.....2

2 วัตถุประสงค์ของ GATS.....2

3 ประเภทของบริการ GATS.....3

4 รูปแบบของการค้าบริการระหว่างประเทศ.....5

5 หลักการสำคัญของ GATS.....7

6 การเจรจาต่อหลังรอบอุรุกวัย.....9

6.1 การเจรจาสาขาบริการที่ยังตกลงกันไม่ได้ในการเจรจารอบอุรุกวัย.....9

6.2 การเจรจาเรื่องสืบเนื่อง (Built-In Agenda).....10

6.3 การเจรจาเรื่องอื่นๆ.....11

6.4 ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการของไทย.....12

7 การเจรจารอบใหม่.....13

7.1 การดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา.....13

7.2 สถานะปัจจุบันการเจรจา.....17

8 แนวทางการเตรียมการเจรจาของไทย.....18

8.1 ข้อเสนอตามสาขา (Horizontal Section).....19

8.2 ข้อผูกพันพิเศษ (Specific Commitment).....20

9 ภาพรวมของข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆยื่นต่อไทย.....21
9.1 ขอบเขตของการเจรจากว้างขวางกว่ารอบอุรุกวัย....21
9.2 ประเด็นด้านกฎเกณฑ์มีความสำคัญ-มากขึ้น.....21
9.3 ประเด็นข้อเรียกร้องหลักของทุกสาขา.....22
9.4 ข้อเรียกร้องรายสาขา.....22
9.4.1 สาขาวิชาชีพ.....23
9.4.2 สาขาสุขภาพ.....23
10 สรุป.....24

บทที่ 2 วิธีวิจัย.....25
1 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย.....25
1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป.....25
1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ.....25
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....26
3 ขอบเขตการศึกษา.....27
4 แนวทางการศึกษา.....28
4.1 การทบทวนวรรณกรรม.....28
4.2 การประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ.....28

บทที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม.....31
1 ทำไมต้องมีองค์การการค้าโลกและผลกระทบต่อสุขภาพ.....31
2 ดัชนีโลกาภิวัฒน์ ดัชนีความสามารถในการแข่งขันและดัชนีพัฒนามนุษย์.....32
3 การค้าด้านสุขภาพแต่ละโหมด.....35

4 บทบาทขององค์การอนามัยโลกต่อ
การเจรจาการค้าโลก.....48
5 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและ
ท่าทีของประเทศต่างๆ.....50
6 สรุปผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการ
ด้านสุขภาพต่อประเทศไทย.....52
7 ทางออกของนโยบายเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ.....57
8 มาตรฐานข้อมูลการค้าบริการ.....60
9 การเตรียมความพร้อมของแต่ละประเทศ.....62
10 สรุป.....63

บทที่ 4 ผลกระทบเชิงปริมาณต่อประเทศไทย.....67
1 แนวคิดและสมมติฐาน.....67
2 ฐานข้อมูลการประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ.....69
3 ขนาดของตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทย.....70
4 พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ
อุปสงค์สมดุลกับอุปทาน.....73
5 ผลกระทบของการค้าโหมด 2 และโหมด 4.....74
5.1 การกระจายด้านอุปทานที่ไม่เป็นธรรม.....75
5.2 พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชาชน
ใน 5 จังหวัด.....76
5.3 การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ของประชาชน
ถ้ากลไกตลาดทำงานเต็มที่.....78
5.4 การขยายตัวของอุปทานภาคเอกชนและ
การลาออกของแพทย์.....79

5.5 อุปสงค์ต่อแพทย์จากการค้าบริการสุขภาพโหมด 2....80
5.6 การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลน เพิ่มกำลังการผลิต หรือนำเข้าแพทย์ต่างชาติ ตามโหมด 4 81
6 สรุป.....82

บทที่ 5 อภิปรายและสรุป.....89
1 เหตุใดจึงมีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ.....89
2 หลักฐานความเป็นธรรมทางสุขภาพ : การคลังการรับบริการ.....90
3 ผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพ.....91
4 ความเป็นไปได้ของระบบสุขภาพที่เกื้อกูลระดับสากล.....92
5 รัฐบาลควรมีจุดยืนในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศอย่างไร.....94
5.1 การพัฒนาแนวคิดภายใต้การแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรม.....94
5.2 การพัฒนาความพร้อมเพื่อบรรลุเป้าหมายความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ.....95
5.3 การพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ.....96
5.4 พัฒนานโยบายการค้าโหมด 2 และโหมด 4.....96

บรรณานุกรม.....98

กิตติกรรมประกาศ.....107

สารบัญ-ตาราง

ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา.....29
ตารางที่ 3.1 ข้อผูกพันการเปิดตลาด ตามจำนวน
ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลก.....65
ตารางที่ 3.2 ผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการด้าน
สุขภาพต่อเป้านโยบายสุขภาพ.....66
ตารางที่ 4.1 รายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับ GDP
และรายย่อยที่สำคั- ปี 2537-2544.....84
ตารางที่ 4.2 การแสวงหาบริการ (%) ของประชาชน
ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2513-2544.....85
ตารางที่ 4.3 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน
ใน 5 จังหวัดที่มีอุปทานสูงเทียบกับประเทศ.....86
ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการเจ็บป่วยและแสวงหาบริการ
ของประชาชนใน 5 จังหวัด.....87
ตารางที่ 4.5 การใช้บริการของประชาชนนอกบัตรทอง
เมื่อพฤติกรรมรับบริการเปลี่ยน.....88

1. บทนำ

บริการด้านสุขภาพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการเจรจาเปิดเสรีทางการค้าระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก (World Trade Organisation) เพราะเห็นว่าบริการด้านสุขภาพเป็นบริการที่สามารถซื้อขายแลกเปลี่ยนกันได้ (Tradability) เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ โดยสามารถซื้อขายบริการระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเป็นนิติบุคคลหรือบุคคลธรรมดาที่เป็นคนชาติของประเทศหนึ่งกับบุคคลที่เป็นคนชาติของอีกประเทศหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การเจรจาดังกล่าว ยังเป็นประเด็นละเอียดอ่อน เพราะยังมีฝ่ายที่เห็นว่าบริการด้านสุขภาพมิใช่สินค้าสามั-ที่ควรแก่การตกลงซื้อขายจึงควรศึกษาถึงผลกระทบของประเด็นนี้ต่อประเทศไทยอย่างละเอียด

เนื่องจากมีสลับซับซ้อนในการเจรจาความตกลงการค้า รายงานการศึกษาฉบับนี้ จึงนำเสนอความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ และรายละเอียดที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจไว้ในบทที่ 1 จากนั้นจึงนำเสนอขอบเขตและวิธีการวิจัยในบทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมการวิจัยที่แสดงผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าต่อสุขภาพในบทที่ 3 ประเมินผลกระทบในเชิงปริมาณต่อประเทศไทยในบทที่ 4 ทำการอภิปรายและสรุปผลการศึกษาในบทที่ 5

1. ความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ

ในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา การค้าบริการระหว่างประเทศมีการเจริ-เติบโตมากขึ้นและขยายตัวสูงขึ้นกว่าการค้าสินค้า ในระหว่างปี 2523-2546 มูลค่าการค้าบริการของโลกขยายตัวประมาณร้อยละ 8 ต่อปี ในขณะที่การค้าสินค้าขยายตัวประมาณร้อยละ 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลาดของประเทศที่พัฒนา ประเทศเหล่านี้จึงพยายามผลักดันให้มีการสร้างกฎเกณฑ์กติกาสำหรับการค้าบริการระหว่างประเทศขึ้นและเป็นผลสำเร็จในการเจรจาการค้าหลายฝ่ายรอบอุรุกวัยภายใต้กรอบของ GATT(General Agreement on Tariffs and Trade) ระหว่างปี 2529-2537 โดยปฏิ--ารัฐมนตรี (Ministerial Declaration) ประกาศ ณ เมืองปุนตา เด เลสเต้ ประเทศอุรุกวัยได้กำหนดให้เรื่องนี้เป็นหัวข้อหนึ่งที่จะมีการเจรจาเปิดเสรีและได้จัดตั้งกลุ่มเจรจาขึ้น ต่อมาผู้แทนประเทศต่างๆที่เข้าร่วมกลุ่มเจรจาได้จัดทำความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Service - GATS) ซึ่งถือได้ว่าเป็นความตกลงระดับพหุภาคีว่าด้วยการค้าบริการระหว่างประเทศฉบับแรกที่ได้มีการจัดทำขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของ GATS

เพื่อให้การค้าบริการระหว่างประเทศสมาชิกมีการขยายตัวภายใต้เงื่อนไขของความโปร่งใส (Transparency) และการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าเป็นลำดับ (Progressive Liberalisation) ทั้งนี้ GATS ยอมรับสิทธิของสมาชิกที่จะกำหนดมาตรการกฎระเบียบ

ภายในใดๆ ที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อกำกับดูแลธุรกิจบริการในประเทศของตนได้ หรือเรียกว่า Right to Regulate

3. ประเภทของบริการ GATS

GATS ไม่ได้ระบุประเภทของบริการที่มีการซื้อขายระหว่างประเทศ แต่ในความตกลงมีบทบัญญัติให้สมาชิกต้องเจรจาเปิดตลาดบริการสาขาต่างๆ ให้แก่กัน ฝ่ายเลขานุการ WTO จัดทำเอกสาร MTN.GNS/W/120เพื่อใช้เป็นพื้นฐานของการเจรจา จำแนกประเภทของบริการไว้ 12 สาขา โดยอิงจากการจำแนกประเภทของ UN Central Product Classification (CPC) บริการทั้ง 12 สาขาดังกล่าว ได้แก่

(1) บริการด้านธุรกิจ (Business Services) ครอบคลุมบริการวิชาชีพ คอมพิวเตอร์ โฆษณา ค้นคว้าวิจัย และอื่นๆ

(2) บริการด้านสื่อสารคมนาคม (Communication Services) ครอบคลุมบริการไปรษณีย์ พัสดุภัณฑ์ โทรคมนาคม และโสตทัศน์

(3) บริการด้านการก่อสร้างและวิศวกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับการก่อสร้าง (Construction and Related Engineering Services) ครอบคลุมทั้งการก่อสร้างและงานติดตั้ง

(4) บริการด้านการจัดจำหน่าย (Distribution Services) ครอบคลุมบริการค้าส่งค้าปลีก ตัวแทนจำหน่าย และธุรกิจแฟรนไชส์

(5) บริการด้านการศึกษา (Education Services) ครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาระดับอนุบาลประถม อาชีวะ มัธยม จนถึงมหาวิทยาลัย การศึกษาผู้ใหญ่ รวมทั้งหลักสูตรระยะสั้น

(6) บริการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Services) ครอบคลุมบริการกำจัดมลภาวะประเภทต่างๆ รวมทั้งด้านสุขาภิบาล

(7) บริการด้านการเงิน (Financial Services) ครอบคลุมบริการด้านประกันภัย การธนาคาร ธุรกิจหลักทรัพย์ และการเงินอื่นๆ

(8) บริการที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services) ครอบคลุมโรงพยาบาล และธุรกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์

(9) บริการด้านการท่องเที่ยวและการเดินทางที่เกี่ยวเนื่องกับการท่องเที่ยว (Tourism and Travel Related Services) ครอบคลุมโรงแรม ภัตตาคาร บริษัทตัวแทนท่องเที่ยวและมัคคุเทศก์

(10) บริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรมและการกีฬา (Recreational, Cultural and Sporting Services) ครอบคลุมธุรกิจบันเทิง ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์

(11) บริการด้านการขนส่ง (Transport Services) ครอบคลุมด้านการขนส่งทางบก เรือ อากาศ ทางท่อ

(12) บริการด้านอื่นๆ (Other Services not Included Elsewhere) เช่น เสริมสวย จัดงานศพ เป็นต้น

สรุปประเภทของบริการที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทที่ 1 บริการด้านธุรกิจ (Business Services) ในหมวดบริการวิชาชีพ (Professional Services) ได้แก่ 1A-H บริการการแพทย์และทันตแพทย์ (Medical and Dental Services) 1A-I บริการสัตวแพทย์ (Veterinary Services) และ 1A-J บริการผดุงครรภ์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์ (Services Provided by Midwives, Nurses, Physiotherapists and Para-Medical Personnel) และ ประเภทที่ 8 บริการที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services ได้แก่ Hospital Services และ Other Human Health Services นอกเหนือจาก 1A-J รวมถึงนวดแผนไทย สปา ฯลฯ)

4. รูปแบบของการค้าบริการระหว่างประเทศ

เนื่องจากลักษณะของการค้าบริการต่างจากการค้าสินค้า ดังนั้นการค้าบริการระหว่างประเทศจึงไม่ใช่เพียงการส่งบริการข้ามพรมแดนไปประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น การค้าบริการโดยผู้ให้บริการต่างชาติอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ GATS จึงกำหนดนิยามการค้าบริการระหว่างประเทศไว้ 4 รูปแบบ (Mode of Supply) ดังนี้

โหมด 1 (Mode 1) **ส่งบริการข้ามแดน** (Cross Border Supply) หมายถึง การให้บริการข้ามพรมแดนโดยที่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการต่างอยู่ประเทศของตน แต่ตัวบริการเคลื่อนย้ายไปยังผู้รับบริการ โดยอาศัยโทรศัพท์ โทรสารหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสื่อ การส่งข้อมูลออนไลน์ การบริการโทรคมนาคม เป็นต้น

โหมด 2 **ผู้รับบริการข้ามแดน** (Consumption Abroad) หมายถึง ผู้รับบริการเคลื่อนย้ายไปยังประเทศผู้ให้บริการ เช่น การเดินทางไปท่องเที่ยว หรือรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เป็นต้น

โหมด 3 **ธุรกิจข้ามแดน** (Commercial Presence) หมายถึง การจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการในต่างประเทศ เช่น บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดสาขาสำนักงานในประเทศไทย หรือบริษัทไทยไปเปิดสาขาสำนักงานในต่างประเทศ เป็นต้น

โหมด 4 **ผู้ให้บริการข้ามแดน** (Presence of Natural Person) หมายถึง การที่บุคคลธรรมดาของประเทศหนึ่งเดินทางเข้าไปทำงานในอีกประเทศหนึ่ง เช่น วิศวกรต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย คนไทยเดินทางไปประกอบอาชีพแพทย์ในสหรัฐฯ เป็นต้น

ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าบริการทุกประเภทจะเกิดขึ้นใน 4 รูปแบบเสมอไป บริการบางประเภทไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในบางรูปแบบ เช่น บริการด้านการก่อสร้างไม่สามารถให้บริการใน โหมด 1 ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ต้องข้ามพรมแดน เป็นต้น

5. หลักการสำคัญของ GATS

GATS บัญญัติหลักการสำคัญๆ ที่ประเทศสมาชิก WTO จะต้องถือปฏิบัติ เช่น

• หลักการประติบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (หรือเรียกว่าหลักการ MFN: Most-Fovoured Nation Treatment) คือ การปฏิบัติต่อประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข จะเลือกปฏิบัติโดยให้สิทธิแก่ประเทศอื่นเป็นพิเศษไม่ได้ เช่น ไทยมีพันธะต้องให้การปฏิบัติต่อสหรัฐฯ เท่าเทียมคนไทยตามสนธิสัญญาทางไมตรีฯ ไทย-สหรัฐฯ จึงต้องขยายสิทธิดังกล่าวให้ประเทศสมาชิกอื่นๆ โดยเท่าเทียมกันด้วยมิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นการละเมิดหลักการ MFN

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ร่างความตกลง GATS มีสมาชิกจำนวนหนึ่งรวมทั้งไทยยืนยันว่าไม่สามารถปฏิบัติตามหลักการนี้ได้ทันที เนื่องจากมีสัญญาสองฝ่ายกับบางประเทศที่ให้สิทธิพิเศษระหว่างกันอยู่ จึงมีการบัญญัติเพิ่มเติมว่า**สมาชิกสามารถยกเว้นไม่ปฏิบัติตามหลักการนี้ได้เป็นเวลา 10 ปี** แต่จะต้องยื่นมาตรการที่ขอยกเว้นแนบท้ายความตกลงไว้และยื่นได้ครั้งเดียวขณะเข้าเป็นสมาชิกความตกลงฯ เท่านั้น ไม่สามารถยื่นมาตรการอื่นๆ เพิ่มเติมได้อีก

• หลักความโปร่งใส (Transparency) คือ การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับหรือกฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งการแก้ไขมาตรการ กฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับและข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคง โดย GATS กำหนดให้

- สมาชิกต้องตีพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวให้สาธารณชนทราบ
- แจ้ง WTO เกี่ยวกับการแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในสาขาบริการที่เสนอผูกพันการเปิดตลาดไว้

• กฎระเบียบภายใน (Domestic Regulation) ความตกลงฯ เปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถกำหนดมาตรการใดๆ ที่เห็นว่าจำเป็นในการกำกับดูแลธุรกิจบริการในประเทศของตนได้ แต่การใช้มาตรการต่างๆ ในสาขาที่เสนอผูกพันเปิดตลาดแล้วจะต้องให้หลักประกันว่าจะต้องดำเนินไปในลักษณะที่มีเหตุผลเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์ และไม่ลำเอียงข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการออกใบอนุ-าตให้กับผู้ประกอบวิชาชีพบริการและมาตรฐานทางเทคนิคจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่โปร่งใสและไม่สร้างภาระต่อการค้าบริการโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างมาตรการที่ถือว่าเป็นกฎระเบียบภายใน

• หลักการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าตามลำดับ (Progressive Liberalization) กำหนดให้มีการเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการในทุกๆ 5 ปี หลังจากความตกลง WTO มีผลใช้บังคับโดยการเปิดเสรีต้องคำนึงถึงระดับการพัฒนาของประเทศด้วย และเพื่อปฏิบัติตามหลักการนี้ การเจรจาการค้าบริการรอบใหม่จึงได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2543

• ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการ ประเทศสมาชิกต้องจัดทำตารางผูกพันการเปิดตลาด ในสาขา/กิจกรรม ที่ตนพร้อมและได้เจรจาไว้ หากจะสงวนข้อจำกัด หรือเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการประติบัติเยี่ยงคนชาติ ก็ให้ระบุไว้ด้วย เมื่อผูกพันไว้แล้วประเทศสมาชิกจะต้องไม่ออกหรือใช้มาตรการใดนอกเหนือจากหรือเข้มงวดกว่าที่ระบุไว้ในตารางข้อผูกพัน

6. การเจรจาต่อหลังรอบอุรุกวัย

หลังการเจรจารอบอุรุกวัยปิดรอบและความตกลง GATS มีผลใช้บังคับ ยังมีการเจรจาด้านการค้าบริการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2538 ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

6.1 การเจรจาสาขาบริการที่ยังตกลงกันไม่ได้ในการเจรจารอบอุรุกวัย

การเจรจารอบอุรุกวัย (กันยายน 2529 - ธันวาคม 2536) ประเทศสมาชิกไม่สามารถตกลงกันได้ใน 4 เรื่อง คือ การเปิดตลาดสาขาการเงิน โทรคมนาคมขั้นพื้นฐาน การขนส่งทางทะเล และการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา แต่เพื่อให้การเจรจาสามารถยุติได้ภายในเวลาที่กำหนด ที่ประชุมระดับรัฐมนตรีจึงได้มีมติให้จัดตั้งกลุ่มเจรจาขึ้นเพื่อเจรจาเรื่องดังกล่าวต่อ โดยกำหนดให้การเจรจาเปิดตลาดสาขาการเงิน (Financial Services) และการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา (Movement of Natural Persons) สิ้นสุดภายใน มิถุนายน 2538 โทรคมนาคมขั้นพื้นฐาน (Basic Telecommunication Services) สิ้นสุดภายในเมษายน 2539 และการขนส่งทางทะเล (Maritime Transport Services) สิ้นสุดภายในมิถุนายน 2539

ภาพรวมของผลการเจรจาในสาขาต่างๆ ดังกล่าว ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ตามระยะเวลาที่กำหนด มีเพียงการเจรจาเรื่องการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเท่านั้นที่สามารถบรรลุความตกลงได้ตามกำหนดเวลา แต่ก็ไม่มีนัยสำคั- ส่วนสาขาโทรคมนาคมขั้นพื้นฐานต้องขยายเวลาการเจรจาออกไปจนถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2540 จึงสามารถบรรลุข้อตกลง ในขณะที่สาขาการเงินต้องหาทางออกโดย

การมีความตกลงชั่วคราวและกำหนดให้ต้องมีการเจรจาอีกครั้งภายใน 2 ปี คือภายในปี 2540 และสาขาการขนส่งทางทะเลต้องหยุดการเจรจาไว้โดยจะเริ่มการเจรจาใหม่ในรอบหน้า

6.2 การเจรจาเรื่องสืบเนื่อง (Built-In Agenda)

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GATS) ได้กำหนดไว้ในบทบั--ัติให้มีการเจรจาในเรื่องสืบเนื่องหลังการจัดตั้งองค์การการค้าโลก (Built-In Agenda) ดังนี้

(1) เจรจาจัดทำกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการค้าบริการ โดยให้มีการเจรจาเรื่องมาตรการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ (Government Procurement) เรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉิน (Emergency Safeguards Measures - ESMs) และเรื่องมาตรการอุดหนุน (Subsidy) ด้านการค้าบริการ การเจรจาเรื่องดังกล่าว เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี 2538 เป็นต้นมา ส่วนใหญ่เป็นการเจรจาเรื่อง ESMs แต่ก็ยังไม่สามารถหาข้อยุติการเจรจาในเรื่องนี้ได้ มีการขยายกำหนดเส้นตายการเจรจา ESMs มาแล้ว 4 ครั้ง ครั้งล่าสุดได้ต่ออายุการเจรจาออกไปให้สิ้นสุดภายใน 15 มีนาคม 2547 ส่วนการเจรจาเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ และเรื่องการอุดหนุนยังไม่มีความคืบหน้า

(2) เจรจาเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยกฎระเบียบภายในประเทศ (Multilateral Disciplines on Domestic Regulation) เพื่อประกันว่าหน่วยงาน

ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการออกใบอนุ-าตของประเทศสมาชิก จะใช้มาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติ การออกใบอนุ-าต และมาตรฐานทางเทคนิคอย่างมีวัตถุประสงค์ มีหลักเกณฑ์ โปร่งใส และไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการค้าบริการ โดยเริ่มจากสาขาวิชาชีพบั-ชีก่อนการจัดทำวินัยดังกล่าวสำหรับสาขาการบั-ชี (Disciplines on Domestic Regulation in the Accountancy Sector) ได้เสร็จสิ้นแล้วตั้งแต่ธันวาคม 2541 แต่ยังไม่มีผลทางกฎหมาย เพราะต้องรวมเป็นส่วนหนึ่งของความตกลง GATS พร้อมกับวินัยสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่กำลังดำเนินการจัดทำควบคู่ไปกับการจัดทำวินัยฯสำหรับทุกสาขาบริการโดยสมาชิกตั้งเป้าหมายให้บรรลุผลภายในปีดรอบการเจรจาการค้าบริการรอบใหม่นี้ (ภายใน 1 มกราคม 2548)

6.3 การเจรจาเรื่องอื่น ๆ

- การทบทวนภาคผนวกของมาตรา 2 ซึ่งว่าด้วยการขอยกเว้นจากการปฏิบัติตามหลักการMFN (MFN Exemptions) GATS กำหนดให้การขอยกเว้นฯ กระทำได้ไม่เกิน 10 ปี และต้องมีการทบทวน ทุก 5 ปี เพื่อตรวจสอบว่ามาตรการที่ขอยกเว้นไม่ปฏิบัติตามหลักการ MFN นั้นยังมีความจำเป็นต่อไปหรือไม่ ซึ่งการทบทวนดังกล่าวได้ดำเนินการไปแล้วเมื่อกลางปี 2543

- การทบทวนภาคผนวกว่าด้วยการขนส่งทางอากาศ GATS กำหนดให้ต้องมีการทบทวนถึงพัฒนาการและการดำเนินการในสาขาดังกล่าวทุก 5 ปี โดยเฉพาะมาตรการที่มีผลกระทบต่อบริการซ่อมบำรุง อากาศยาน การขายและการตลาดของการขนส่งทางอากาศและบริการด้านระบบสำรองที่นั่งด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้ การทบทวนดังกล่าวได้มีขึ้นตั้งแต่ปลายปี2543เป็นต้นมา

6.4 ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการของไทย

ไทยผูกพันการเปิดตลาดบริการ 10 สาขา จำนวนกว่า 100 กิจกรรม โดยมีเงื่อนไขในการเปิดตลาด คือการเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจ (Legal Entity) เพื่อให้บริการในไทย

- ต้องจดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดในไทยและต้องร่วมหุ้นคนไทย โดยต่างชาติถือหุ้นไม่เกิน 49% จำนวนผู้ถือหุ้นต่างชาติต้องน้อยกว่ากึ่งหนึ่งยกเว้น บางกิจกรรมที่สัดส่วนการถือหุ้นเป็นไปตามกฎหมายเฉพาะการเข้ามาของบุคลากรต่างชาติ

- เข้ามาได้เป็นการชั่วคราวเฉพาะการโอนย้ายพนักงานภายในบริษัท (Corporate Transferee) ระดับผู้บริหาร ผู้จัดการ และผู้เชี่ยวชา- เป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี ยกเว้น วิชาชีพสงวน 39 อาชีพ ที่ไทยยังไม่ผูกพันการเข้ามาให้บริการของต่างชาติ ซึ่งหมายถึง ไทยยังสงวนสิทธิในการออกกฎระเบียบใดๆ ที่มีเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดเข้มงวดหรือเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบันได้ จะเห็นว่าการเปิดตลาดบริการของไทยภายใต้พันธะของ WTO นั้นไม่ได้เกินกว่าที่กฎหมายในขณะนั้นอนุ-าตให้กระทำได้

7. การเจรจารอบใหม่

GATS กำหนดให้สมาชิก WTO ต้องร่วมเจรจาจัดทำข้อผูกพันเปิดเสรีการค้าบริการให้มากขึ้นทุกๆ 5 ปี นับตั้งแต่ความตกลงจัดตั้งองค์การการค้าโลก (WTO) มีผลใช้บังคับในปี พ.ศ.2538 เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการเปิดเสรีอย่างเต็มที่ตามหลักการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าเป็นลำดับ (Progressive Liberalization) ดังนั้น การเจรจารอบใหม่ของการค้าบริการจะต้องดำเนินการภายในปี 2548 โดยองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการเจรจาการค้าบริการ คือ คณะมนตรีด้านการค้าบริการ (Council for Trade in Services : CTS) ซึ่งจะใช้การประชุมสมัยพิเศษ (Special Session) เป็นเวทีสำหรับการเจรจาเปิดเสรี และรายงานความคืบหน้าโดยตรงต่อคณะมนตรีทั่วไป (General Council)

7.1 การดำเนินการในช่วงที่ผ่านมา

คณะมนตรีการค้าบริการได้ประกาศให้การเจรจาการค้าบริการรอบใหม่เริ่มต้นอย่างเป็นทางการเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2543 แต่ไม่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุดของการเจรจา กำหนดแต่เพียง Road-Map ของการดำเนินการเป็นช่วงๆ เท่านั้น โดยการเจรจาในช่วงแรก(กุมภาพันธ์ 2543-มีนาคม 2544) ได้มีการจัดทำแนวทางและวิธีการในการเจรจา (Guidelines and Procedures for the Negotiating on Trade in Services) สำหรับการค้าบริการ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเจรจาเปิดตลาดบริการรายสาขาโดยมีสาระสำคั- ได้แก่

- การเจรจาจะเป็นไปตามหลักการของการเปิดเสรีอย่างก้าวหน้าตามลำดับ (Progressive Liberalization) โดยลดหรือยกเลิกมาตรการที่มีผลกระทบต่อการเปิดตลาดการค้าบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเปิดเสรีเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ยังคงคำนึงถึงสิทธิในการออกกฎระเบียบในประเทศของสมาชิก (Right toRegulate) ทั้งที่เป็นการออกกฎใหม่หรือการแก้ไขปรับปรุงกฎเดิม
- การเจรจาต้องครอบคลุมทุกสาขาบริการและทุกรูปแบบของการให้บริการ
- การเจรจาจะเพิ่มการเข้าไปมีส่วนร่วมของประเทศกำลังพัฒนาในการค้าบริการมากขึ้น โดยมีความ ยืดหยุ่นที่เหมาะสมแก่ประเทศกำลังพัฒนา และให้การปฏิบัติเป็นพิเศษ (Special Priority)แก่ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด
- การเจรจาเรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉินจะเสร็จสิ้นภายในวันที่ 15 มีนาคม 2547 และการเจรจาเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยการใช้กฎระเบียบภายในประเทศ ควรเสร็จสิ้นก่อนการปิดรอบการเจรจา
- การเจรจาข้อผูกพันเฉพาะจะเริ่มต้นจากตารางข้อผูกพันในปัจจุบัน และให้นำเรื่องการขอยกเว้นการประติบัติเยี่ยงชาติ(MFN Exemption) มาเจรจาด้วย
- การเจรจาจะใช้วิธีเจรจาทั้งแบบสองฝ่าย หลายฝ่ายและพหุภาคี โดยวิธีการเจรจาหลักคือ การจัดทำข้อเรียกร้องและการจัดทำข้อเสนอ (Request-Offer)

- มีความยืดหยุ่นอย่างเหมาะสมสำหรับประเทศกำลังพัฒนาในการเปิดตลาดบริการในบางสาขา และบางกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับการพัฒนา

การเจรจาในช่วงที่สอง (มีนาคม 2544-มีนาคม 2545) เป็นการพิจารณาข้อเสนอแนะในการเจรจารายสาขา (Sectoral Negotiating Proposals) ซึ่งสมาชิกยื่นต่อคณะมนตรีการค้าบริการเพื่อเรียกร้องหรือโน้มน้าวให้สมาชิกอื่นเห็นชอบตามแนวคิดของตนและนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเรียกร้อง (Request)ให้ประเทศคู่เจรจาเปิดตลาดบริการในสาขาต่างๆข้อเสนอแนะบางฉบับเรียกร้องเฉพาะบางรูปแบบของการให้บริการและบางฉบับเป็นข้อเสนอแนะในภาพรวม จำนวนข้อเสนอแนะดังกล่าวมีประมาณกว่า 160 ฉบับจาก 27 ประเทศ

ข้อสังเกตจากข้อเสนอการเจรจา(Negotiating Proposals) ในจำนวนข้อเสนอการเจรจากว่า 160 ฉบับดังกล่าว ประมาณ 2 ใน 3 เป็นข้อเสนอการเจรจาที่มาจากประเทศพัฒนา ที่สำคัญ-คือ สหรัฐฯ ประชาคมยุโรป ี่-ปุ่น แคนาดา สวิตเซอร์แลนด์ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่สำคัญ-ที่ยื่นข้อเสนอ คือ โคลัมเบีย คิวบา เกาหลีใต้ โดมินิกัน และกลุ่ม MERCOSUR เป็นต้น สาขาบริการที่ประเทศพัฒนาแล้วให้ความสนใจ ได้แก่ บริการด้านธุรกิจ (ไม่รวมวิชาชีพบัญชี กฎหมาย) บริการวิชาชีพ (บัญชี กฎหมาย) โทรคมนาคม การศึกษา การเงิน จัดจำหน่าย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน เป็นต้น ส่วนประเทศกำลังพัฒนาให้ความสนใจในสาขาท่องเที่ยว ก่อสร้าง การขนส่งทางทะเล บริการด้านคอมพิวเตอร์และการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา เป็นต้น

ข้อเสนอการเจรจาทุกฉบับเรียกร้องให้มีการเจรจาเปิดตลาดมากขึ้น โดยขจัดอุปสรรคการค้าบริการที่สำคั- เช่น

- อุปสรรคต่อการเข้าถึงตลาด (Market Access)เพื่อประกอบธุรกิจให้บริการ โดยขอให้ยกเลิกเงื่อนไข เช่น Citizenship/Nationality และ Residency สำหรับการออกใบอนุ-าตหรือใบรับรองข้อจำกัดด้านรูปแบบของหน่วยธุรกิจ(Entity)ที่ต่างชาติจะเข้ามาจัดตั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับสัดส่วนการถือหุ้นของต่างชาติ และเงื่อนไขการร่วมหุ้น ข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ผู้บริหารและลูกจ้างซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดตั้งหน่วยธุรกิจอำนวยความสะดวกต่อการเข้าเมืองเพื่อให้บริการของบุคลากรต่างชาติที่มีทักษะ
- อุปสรรคอันเนื่องจากการใช้กฎระเบียบในประเทศ โดยขอให้สมาชิกแต่ละประเทศคำนึงว่า การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบด้านอสังหาริมทรัพย์ต้องไม่เป็นไปตามอำเภอใจกฎระเบียบต้องมีความโปร่งใส เงื่อนไขด้านคุณสมบัติมาตรฐานทางเทคนิคและการออกใบอนุ-าตต้องสมเหตุสมผลลด/ยกเลิกการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (Economic Needs Test : ENTs) ในสาขาและรูปแบบที่ประเทศกำลังพัฒนาสนใจ

นอกจากนี้ ประเด็นที่ประเทศกำลังพัฒนาเน้นว่าต้องมีการจัดทำให้เสร็จสิ้นภายในกำหนดเวลาคือ การจัดทำเรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉิน (Emergency Safeguards Measures : ESMs) โดยมี

อาเซียนเป็นผู้นำในการผลักดันและจัดทำร่างข้อเสนอความตกลงดังกล่าว แต่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่มีความเห็นแย้งว่า เรื่องนี้ต้องพิจารณาถึงความจำเป็นและความเหมาะสมเสียก่อน (Feasibility and Desirability) เพราะเกรงว่าจะถูกนำมาใช้เป็นมาตรการกีดกันทางการค้า ทำให้ไม่สามารถหาฉันทามติจากการหารือได้ ต้องขยายเวลาการเจรจาออกไปอีกเป็นครั้งที่ 4 จนถึงวันที่ 15 มีนาคม 2547 โดยมีการรายงานความก้าวหน้าในการเจรจา ESMs ต่อที่ประชุมรัฐมนตรี WTOครั้งที่ 5 ที่แคนคูนในปี 2546 และมีการจัดทำแผนดำเนินการ (Work Programme) เพื่อกำหนดช่วงเวลาการทำงานที่ชัดเจน

7.2 สถานะปัจจุบันการเจรจา

ในช่วงนี้เป็นช่วงของกระบวนการเจรจาสองฝ่าย โดยสมาชิกแต่ละประเทศจะต้องจัดทำข้อเรียกร้อง(Request) ยื่นต่อสมาชิกคู่เจรจาเปิดตลาดสาขาบริการที่ตนสนใจ และการจัดทำข้อเสนอ (Offer) ของตนในการเปิดตลาดบริการอย่างไรก็ตาม การเจรจาระดับพหุภาคีก็ยังคงต้องดำเนินควบคู่ไปด้วยเพราะยังมีการเจรจาหลายประเด็นที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ เช่น การจัดทำ ESMs การพัฒนากฎเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้กฎระเบียบในประเทศด้านบริการวิชาชีพและทุกสาขาบริการเป็นต้น ในการประชุมรัฐมนตรี องค์การการค้าโลก(WTO) ครั้งที่4 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2544 ณ กรุงโดฮา ประเทศกาตาร์ ที่ประชุมได้มีการประกาศเจรจาการค้าพหุภาคีรอบใหม่ ซึ่งกำหนดให้การเจรจาสิ้นสุดภายในวันที่ 1 มกราคม 2548 และจัดตั้งคณะกรรมการเจรจาการค้า (Trade Negotiations Committee: TNC) ขึ้นมากำกับดูแลการเจรจา โดยมีการจัดตั้งกลุ่มเจรจาขึ้นมา 8 กลุ่ม ได้แก่ เกษตร

บริการ การเปิดตลาด กฎเกณฑ์ของWTO สิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินทางป้--า การยุติข้อพิพาท และการค้าและการพัฒนา

สำหรับในด้านการค้าบริการ ปฏิ--ารัฐมนตรีองค์การการค้าโลก ครั้งที่ 4 ได้กำหนดให้สมาชิกยื่นข้อเรียกร้องเบื้องต้น (Initial Request) ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2545 และข้อเสนอเบื้องต้น (Initial Offer) ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2546

8. แนวทางการเตรียมการเจรจาของไทย

ขณะนี้ มีประเทศสมาชิกจำนวน 18 ประเทศที่ยื่นข้อเรียกร้องเบื้องต้น (Initial Request) ต่อไทยให้เปิดตลาดบริการสาขาต่างๆ ซึ่งสาขาที่มีสมาชิกเรียกร้องมากที่สุด คือ สาขาบริการธุรกิจ โดยเฉพาะสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ ไทยได้ยื่น Request ต่อประเทศดังกล่าว เป็นการแลกเปลี่ยนไปแล้วเมื่อเดือนมกราคม 2546 (ยกเว้น อิยิปต์ ชิลี มาเลเซีย ซึ่งยื่น Request มาภายหลัง)สาขาบริการที่ไทยเรียกร้องให้สมาชิกทั้ง 15 ประเทศยอมเปิดตลาดให้ไทยมากขึ้น ได้แก่ บริการวิชาชีพ (วิศวกรรม สถาปนิก บั-ชี) ก่อสร้าง การสอนทำอาหารไทย-รำไทย การดูแลคนชรา และผู้พักฟื้น การดูแลเด็กเล็ก ภัตตาคาร(รวมพ่อครัว) การกีฬา(มวยไทย) และบริการด้านสุขภาพ (รวมนวดแผนไทย) อย่างไรก็ดี ไทยสามารถและควรมีการเตรียมการจัดทำข้อเรียกร้องเพิ่มเติมเพื่อยื่นต่อประเทศอื่นๆ ที่ตนสนใจเช่นกัน แม้ศักยภาพในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการของไทยในขณะนี้ จะยังไม่สามารถออกไปแข่งขันในตลาดบริการต่างประเทศได้ แต่ก็ไม่ควรละทิ้งโอกาสที่อาจมีในอนาคต และเพื่อเป็นการต้านแรงรุกของประเทศพัฒนาแล้ว ไม่ให้เป็นผู้ยื่น

ข้อเรียกร้องแต่เพียงฝ่ายเดียวไทยได้ยื่น Initial Offer เมื่อเดือนกันยายน 2546 (เอกสาร TN/S/THA) สาระสำคั-ของข้อเสนอเบื้องต้น (Initial Offer) สรุปได้ดังนี้

8.1 ข้อเสนอตามสาขา (Horizontal Section)

โหมด 3 ข้อผูกพันด้านการจัดตั้งหน่วยธุรกิจยังคงเดิม

โหมด 4 ผูกพันเพิ่มเติมเฉพาะให้เปิดตลาด (Market Access) มากขึ้น ดังนี้

- เพิ่มประเภท(Categories)ของบุคคลธรรมดาที่ยินยอมให้เข้ามาทำงานในไทยได้ คือ ผู้ให้บริการที่ทำงานภายใต้ส้--า (Contractual Service Supplier) สำหรับบริการคอมพิวเตอร์ (Computer and Related Services) บริการที่ปรึกษาและการจัดการทั่วไป (General Management Consulting Services) บริการวิศวกรรม (Engineering Services ยกเว้น วิศวกรรมโยธา Civil Engineer)บริการที่พักโรงแรม (Hotel Lodging Services) และบริการภัตตาคาร (Restaurant Services)
- เพิ่มคำจำกัดความของบุคคลธรรมดาแต่ละประเภทที่ยินยอมให้เข้ามาเป็นการชั่วคราว
- ขยายเวลาในการพำนักในประเทศของนักธุรกิจและการโอนย้ายพนักงานในบริษัท

โหมด 3 และ โหมด 4

- ข้อผูกพันการเปิดตลาดด้านการถือครองที่ดิน และอสังหาริมทรัพย์ยังคงเดิม
- ระบุเพิ่มเติมว่าไม่ผูกพัน (Unbound) การประติบัติเยี่ยงคนชาติสำหรับการให้การอุดหนุน ยกเว้นข้อผูกพันรายสาขาของไทยที่ได้ผูกพันไว้แล้ว

8.2 ข้อผูกพันพิเศษ (Specific Commitment)

ธุรกิจบริการที่จะเสนอในข้อเสนอเบื้องต้น (Initial Offer) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

(1) กิจกรรมที่ผูกพันไว้แล้วในรอบอุรุกวัย ได้เสนอผูกพันเพิ่มเติมในโหมด 4 เฉพาะ การเข้าสู่ตลาด (Market Access) ตาม Horizontal Section ยกเว้นกิจกรรมที่โหมด 4 ยังไม่ผูกพัน(Unbound) ได้แก่ บริการวิชาชีพ(Professional Services ยกเว้นวิศวกรรมโยธา) บริการบรรจุภัณฑ์ (Packaging Services) บริการสำนักพิมพ์ (Publishing and Printing Services) บริการโทรคมนาคมพื้นฐาน (Basic Telecommunication) ข้อ a-d และหน่วยจัดจ้าง (Commission Agents) ส่วนกิจกรรมที่เดิมโหมด 4 ยังไม่ผูกพัน (Unbound) ได้เสนอปรับปรุงให้ผูกพันตามสาขา (Horizontal Section) ได้แก่ บริการที่เกี่ยวเนื่องด้านเกษตรกรรม ห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ดิน (Soil Analysis Laboratory) และปรับปรุงให้ผูกพันโดยมีเงื่อนไขสำหรับโรงเรียนนานาชาติ โรงเรียนด้านเทคนิควิชาชีพ และการฝึกอบรมวิชาชีพและอบรมระยะสั้น(Professional and/or Short Courses)

(2) กิจกรรมใหม่ที่ผูกพันเพิ่มเติม ได้แก่ การออกแบบโปรแกรม และการบำรุงรักษาโปรแกรม การฝึกอบรมด้านซอฟต์แวร์ การให้คำปรึกษาทางเทคนิคและวิทยาศาสตร์ สำหรับการสำรวจน้ำมันและก๊าซ โดยการได้รับสัมปทานโรงเรียนสอนภาษาและอุดมศึกษาภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องการให้บริการระหว่างประเทศจะต้องมีบทบาทสำคั-ต่อการเสนอข้อเรียกร้องโดยการพิจารณาสถานภาพปัจจุบันของธุรกิจบริการแต่ละสาขาที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่าผลประโยชน์ในสาขานั้นๆ ได้รับจากกิจกรรมใดสามารถแข่งขันกับประเทศใดได้บ้าง อุปสรรคด้านกฎระเบียบที่ได้รับจากการออกไปประกอบธุรกิจบริการ หรือประกอบวิชาชีพในต่างประเทศมีอย่างไร และนำข้อมูลดังกล่าวหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำเป็นข้อเรียกร้องต่อไป ซึ่งข้อเรียกร้องที่เกิดจากภาคเอกชนดังกล่าว จึงจะเป็นข้อเรียกร้องที่เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

9. ภาพรวมของข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ยื่นต่อไทย

สรุปภาพรวมของข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ยื่นต่อไทยมีดังนี้

9.1 ขอบเขตของการเจรจากว้างขวางกว่ารอบอุรุกวัย มีสาขาใหม่เพิ่มขึ้นในการเจรจาหลายสาขา เช่น พลังงาน หรือการขนส่งหลายรูปแบบ (Multi-Modal Transportation)เป็นกิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้นภายใต้สาขาการขนส่ง ทำให้มีความซับซ้อนมากกว่าเดิม

9.2 ประเด็นด้านกฎเกณฑ์มีความสำคั-มากขึ้น เช่น ความโปร่งใสของการกำหนดกฎหมายมาตรการทุกสาขาหรือมีความสนใจ

ให้กำหนดกฎเกณฑ์เฉพาะสาขา เช่น สาขาการเงินการประกันภัย การขนส่งวิชาชีพ เป็นต้น

9.3 ประเด็นข้อเรียกร้องหลักของทุกสาขา (Horizontal Requests)

โหมด 3 : ธุรกิจข้ามแดน (Commercial Presence)

- ยกเลิกหรือเพิ่มเพดานผู้ถือหุ้นต่างชาติให้สูงกว่า 49%
- ยกเลิกเพดานจำนวนผู้ถือหุ้นต่างชาติ(ปัจจุบันกำหนดให้ไม่ต่ำกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ถือหุ้นทั้งหมด)

โหมด 4 :ผู้ให้บริการข้ามแดน(Presence of Natural Persons)

- เพิ่มประเภทผู้ให้บริการที่เป็นบุคคลธรรมดา เช่น ผู้ให้บริการที่ทำงานตามสัญญา (Contractual Service Suppliers) ผู้เดินทางประกอบธุรกิจ(Business Visitors) บริการติดตั้ง (Installers/Services)
- ขยายเวลาการอนุญาตให้ทำงาน (Work Permit) ของการโอนย้ายของพนักงานภายในบริษัท (Intra-Corporate Transferees) ผ่อนผันสิทธิการถือครองที่ดินของคนต่างชาติ(เฉพาะบางประเทศ)

9.4 ข้อเรียกร้องรายสาขา (Sectoral Requests)

ลักษณะที่คล้ายคลึงกันในหลายสาขา :

- พัฒนาการทางเทคโนโลยีทำให้โหมด 1 และ 2 มีความสำคัญมากขึ้น

- ข้อเรียกร้องส่วนให-ไม่ซับซ้อน คือขอให้ไทยพิจารณาการเปิดตลาดในสาขากิจกรรมและโหมดที่ประเทศนั้นสนใจ

สาขาที่การเจรจาจะมีความซับซ้อนยุ่งยากมาก คือ สาขาพลังงานและสาขาการขนส่ง

9.4.1 **สาขาวิชาชีพ** (Professional Services)

- สาขาที่มีข้อเรียกร้อง ได้แก่ กฎหมาย (รวม Patent Attorney/ Agent) บัญชี/ตรวจสอบบัญชี/ การทำบัญชี สถาปนิก วิศวกรและ Integrated Engineering Services การวางผังเมืองและภูมิสถาปัตยกรรม การแพทย์ ทันตกรรมและสัตวแพทย์
- เน้นการขอให้มีข้อผูกพันในโหมด 1 แบบที่ไม่มีข้อจำกัด (None)และผ่อนผันหรือยกเลิกข้อจำกัดในโหมด 3
- มีข้อเรียกร้องให้ยกเลิก Nationality Requirement ในการยอมรับคุณสมบัติหรือประสบการณ์
- หลายประเทศขอให้พิจารณาให้นักวิชาชีพจากประเทศอื่นเข้ามาให้บริการในไทย ร่วมกับนักวิชาชีพของไทยที่ได้รับใบอนุญาตประกอบการอย่างถูกต้อง เช่น สถาปนิก

9.4.2 **สาขาสุขภาพ** (Health and Related Services)

- ขอให้พิจารณาเปิดตลาดโรงพยาบาล
- เกี่ยวโยงกับการเจรจาสาขาวิชาชีพแพทย์ และทันตแพทย์ในสาขาวิชาชีพ

10. สรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในจำนวน 117 ประเทศที่เข้าร่วมการเจรจาเปิดเสรีทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลกมาตั้งแต่แรก จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2546 มีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 146 ประเทศ การเจรจาการค้าบริการมีรายละเอียดของบริการจำนวนมาก สินค้าบริการเหล่านี้มีหลักการคิดที่แตกต่างกันบางบริการสมควรเป็นสินค้าสามัญที่ใช้ปรัชญากลไกตลาดและการแสวงกำไรเป็นแรงจูงใจในการจัดบริการแต่บางบริการ เช่น บริการด้านสุขภาพถือเป็นบริการสาธารณะที่ไม่ควรแสวงกำไร ข้อตกลงทางการค้าบริการระหว่างประเทศจึงมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างหลากหลาย ส่วนรูปแบบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการมี 4 รูปแบบที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกต้องกำหนดระดับของการเปิดเสรีทางการค้าอย่างชัดเจนภายใน 10 ปี ประเทศต่างๆเรียกร้องให้ประเทศไทยเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพหลายประเภท

2. วิธีวิจัย

บทนี้กำหนดกรอบวิธีวิจัยการคาดการณ์ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

1. วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทำการประเมินผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพทั้ง 4 โหมด ที่จะมีผลต่อระบบสาธารณสุขไทยในประเด็นเรื่องความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการสุขภาพ และเพื่อเสนอแนะนโยบายและทางเลือกที่เหมาะสม สำหรับประเทศไทยต่อการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพ

1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทบทวนผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนต่อด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ
2. เพื่อประเมินผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเปิดเสรีการค้าบริการและการลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทย

2. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่2.1แสดงกรอบแนวคิดผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าในโหมดต่างๆโดยแบ่งทิศทางย่อยของแต่ละโหมดเป็นการออกหรือเข้าสู่ประเทศไทย

โหมดที่ 1 ส่งบริการข้ามแดน (Cross Border Service) โดย1กเป็นบริการการแพทย์ทางไกลของไทยให้บริการแก่ชาวต่างประเทศ และ1ข คือบริการการแพทย์ทางไกลจากต่างประเทศให้บริการแก่คนไทย ผลกระทบด้านบวกคือคนไทยอาจเกิดประโยชน์โดยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพผลกระทบด้านลบ คือผู้ให้บริการให้คนไทยลดลงเพราะต้องใช้เวลาให้บริการข้ามแดน

โหมดที่ 2 ผู้รับบริการข้ามแดน (Consumption Abroad) โดย 2ก คนไทยได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ ตามไปคุ้มครองถึงต่างประเทศ (Portability) ทำให้แรงงานไทยในต่างประเทศไม่เสียประโยชน์ แต่ด้านลบคือผู้ได้ใช้สิทธินี้มักเป็นผู้ที่รู้ช่องทางทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมมากขึ้น และ 2ข เป็นการเปิดโอกาสให้ประเทศเป็นศูนย์การแพทย์นานาชาติ (Medical Hub) หรือเป็นสถาบันผลิตบุคลากรสุขภาพให้ชาวต่างประเทศ อาจเกิดผลเสียให้บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาสลดลง เนื่องจากมีผู้รับบริการจากต่างประเทศมาใช้บริการมากผลดีคือเป็นการหารายได้เข้าประเทศ

โหมดที่ 3 ธุรกิจข้ามแดน (Commercial Presence) โดย 3ก ธุรกิจไทยนำเงินออกไปซื้อธุรกิจโรงพยาบาลในต่างประเทศถ้าเกิดผลกำไรเป็นการนำเงินตราต่างประเทศเข้าประเทศไทย

และ 3ข ธุรกิจต่างประเทศซื้อโรงพยาบาลคลินิก หรือร้านยาในไทย ผลกระทบด้านบวกคือเพิ่มการเข้าถึง และคุณภาพ สำหรับคนมีเงิน แต่ผลกระทบด้านลบเกิดกับผู้ด้อยโอกาสไม่เข้าถึงบริการเพราะบริการที่เงินทุนต่างประเทศมาลงทุนนั้นมักเป็นบริการที่ได้ผลกำไรในรูปตัวเงินกลับคืน

โหมดที่ 4 ผู้ให้บริการข้ามแดน (Presence of Natural Person) โดย 4ก บุคลากรสุขภาพไทยออกไปให้บริการในต่างประเทศ ผลกระทบด้านดีคือได้เงินตราเข้าประเทศ และอาจเป็นการพัฒนาคุณภาพผู้ให้บริการถ้าออกไปทำงานเป็นการชั่วคราวและ 4ข คือ บุคลากรต่างประเทศบริการในประเทศไทย ผลกระทบด้านบวกคือมีผู้ให้บริการมากขึ้น เพิ่มโอกาสการเข้าถึงมากขึ้น แต่ผลด้านลบคืออุปสรรคทางภาษาผู้ให้บริการแบ่งชั้นคุณภาพ ถ้ามาจากประเทศร่ำรวยจะให้บริการในภาคเอกชน ถ้ามาจากประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจด้อยกว่าจะให้บริการในชนบท อาจมีปัญหาคุณภาพบริการ

3. ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพในโหมด 1-4 ตามความหมายของความตกลงว่าด้านการค้าบริการ (GATS) ขององค์การการค้าโลก โดยไม่ครอบคลุมการเปิดเสรีในส่วนอื่นๆที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชากรทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ประเด็นการเข้าถึงยาและวัคซีน (Drugs and Vaccines) หรือความปลอดภัยด้านอาหาร (Food Safety)และอื่นๆ

4. แนวทางการศึกษา

แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม และการประมาณผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประเทศไทยในเชิงปริมาณ

4.1 การทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อนำไปเป็นสมมติฐานในการประเมินผลกระทบขนาดของการค้าด้านสุขภาพข้ามพรมแดน เช่น การแพทย์ทางไกล การลงทุนต่างประเทศ ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เพื่อหาตัวแปรที่อธิบายและตัวแปรแทรกซ้อนกลไกการจัดการในประเทศต่างๆ เพื่อปกป้องสวัสดิภาพด้านสุขภาพของประชาชน

4.2 การประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อประมาณว่าการเปิดเสรีการค้าบริการโหมดต่างๆจะทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงการเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ทำให้อุปทานของระบบบริการสุขภาพ ต้องปรับตัวอย่างไร แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ ได้แก่

(1) การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิภาพครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติปี2546

(2) การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน

ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

โหมด	ทิศทาง	รูปแบบ ตัวอย่าง	ผลกระทบด้านบวก	ผลกระทบด้านลบ
1ก	บริการออก	การแพทย์ทางไกลจากไทยให้แก่ต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสการแข่งขันธุรกิจคำปรึกษากับต่างประเทศ อาจเกิด Spill Over คนไทยได้ประโยชน์	ลดจำนวนผู้ให้บริการแก่คนไทย เพราะต้องบริการให้ต่างประเทศ
1ข	บริการเข้า	การแพทย์ทางไกลให้คำปรึกษาจากต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสการเข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น	สูญเสียเงินตราค่าบริการให้ต่างประเทศ
2ก	ผู้รับบริการออก	คนไทย (มีประกันสุขภาพ) ใช้บริการในต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสให้คนไทยที่ทำงานต่างประเทศได้รับสวัสดิการสุขภาพเหมือนคนในประเทศ	สูญเสียเงินตราให้ต่างประเทศ คนที่ได้ใช้บริการนี้มักเป็นคนที่มีโอกาสดีกว่าคนทั่วไป
2ข	ผู้รับบริการเข้า	คนต่างชาติใช้บริการสุขภาพหรือการศึกษาในประเทศไทย	นำเงินตราเข้าประเทศ	ปรากฏการณ์ Crowding Out ลดโอกาสการเข้าถึงของคนไทย โดยเฉพาะคนยากจน
3ก	ธุรกิจออก	ธุรกิจไทยออกไปซื้อธุรกิจโรงพยาบาลในต่างประเทศ	เงินเพื่อลงทุนในประเทศลดลง	เงินทุนออกนอกประเทศ ได้ผลกำไรนำเงินเข้าประเทศ
3ข	ธุรกิจเข้า	ธุรกิจต่างชาติซื้อโรงพยาบาลในไทย เครือข่ายร้านยาในไทย	ธุรกิจต่างชาติทำให้เพิ่มโอกาสการเข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น	ลงทุนเฉพาะบริการที่มีกำไร ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมมากขึ้น
4ก	ผู้ให้บริการออก	บุคลากรสุขภาพไทยออกไปให้บริการในต่างประเทศ	นำเงินตราเข้าประเทศ เพิ่มมาตรฐานคุณภาพ ถ้าไปชั่วคราว	มีผู้บริการไทยลดลง ขาดโอกาสการเข้าถึง
4ข	ผู้ให้บริการเข้า	ผู้ให้บริการต่างชาติเข้ามาให้บริการในประเทศไทย	มีผู้ให้บริการมากขึ้น เพิ่มโอกาสเข้าถึงมากขึ้น	แบ่งชั้นคุณภาพมากขึ้น ปัญหาการสื่อสารกับแพทย์ต่างชาติ

3. ทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้นำเสนอแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งนำไปสู่การก่อกำเนิดองค์การการค้าโลก ผลกระทบของข้อตกลงทางการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศในโหมดต่างๆ ต่อสุขภาพของประชาชน บทบาทขององค์การอนามัยโลก พร้อมกับสรุปการทบทวนผลวิจัยผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบการประเมินผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ในบทที่ 4

1.ทำไมต้องมีองค์การการค้าโลกและผลกระทบต่อสุขภาพ

กระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) ทำให้คน ความคิด สินค้า และทุนการผลิต ข้ามพรมแดนประเทศต่างๆ ในโลกอย่างรวดเร็ว ในประวัติศาสตร์การข้ามพรมแดนด้วยการขยายอำนาจด้านการเมืองและด้านเศรษฐกิจมีมานานแล้วตั้งแต่สมัยล่าอาณานิคมแต่การปฏิวัติสังคมยุคที่สาม คือ ยุคปฏิวัติด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้การข้ามพรมแดนของสิ่งต่างๆ เกิดได้รวดเร็วมากขึ้น

นักเศรษศาสตร์อธิบายว่าแรงจูงใจสำคัญของการเคลื่อนย้ายทรัพยากรข้ามพรมแดนประเทศต่างๆ คือ ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Advantage) ในการผลิตสินค้าหรือบริการ *(Stiglitz 2002 : 59)* นักเศรษฐศาสตร์ Ricardo อธิบายเรื่องความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบไว้ตั้งแต่ปีค.ศ. 1817 ในหนังสือ

Principles of Political Economy and Taxation ให้เห็นประโยชน์ของการค้าระหว่างประเทศที่ช่วยให้ประเทศคู่ค้ามีส่วนได้ทั้งคู่ การเปิดเสรีทางการค้า(Trade Liberalisation) จึงเป็นการลดการแทรกแซงของรัฐต่อกลไกตลาด[1] ผู้ที่สนับสนุนแนวคิดเปิดเสรีทางการค้าคิดว่าการลดการกีดกันทางการค้าจะทำให้การเคลื่อนย้ายคนและทุนการผลิตเป็นไปอย่างเสรีและจะเกิดการจ้างงานในที่ที่เหมาะสม แต่ประสบการณ์ตั้งแต่การถดถอยทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่ (Great Depression) พิสูจน์ว่า ลำพังการเคลื่อนย้ายเงินทุนไม่ช่วยให้เกิดการจ้างงานได้ เพราะการเพิ่มการจ้างงานนอกจากอาศัยเงินทุน ยังต้องอาศัย ความเป็นผู้ประกอบการซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนา *(Stiglitz 2002 : 59)* การเปรียบเทียบความได้เปรียบทางการค้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มองถึงระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศจึงอาจนำไปสู่ผลกระทบด้านลบ

2. ดัชนีโลกาภิวัตน์ ดัชนีความสามารถในการแข่งขันและดัชนีพัฒนามนุษย์

ดัชนีวัดความเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ที่สำคัญและนำมาเสนอในที่นี้ ได้แก่ ดัชนีโลกาภิวัตน์ เพื่อแสดงพื้นฐานของการได้เปรียบต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน และดัชนีพัฒนามนุษย์ เพื่อแสดงว่าคนเป็นเป้าหมายของการพัฒนาไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยในการแข่งขันเท่านั้น

Kearney (2004) เป็นผู้เสนอดัชนีโลกาภิวัตน์ (Globalization Index) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายนวัตกรรมที่เป็นผลจากโลกาภิวัตน์ทั้งความสัมพันธ์

ระหว่างประเทศ การตัดสินเชิงนโยบาย การค้า การหมุนเวียนของเงิน การเคลื่อนย้ายของคนหรือข้อมูลความรู้ข้ามเขตแดน ดัชนีนี้คำนวณจาก ข้อมูลการค้า การลงทุนทางตรงจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment) การหมุนเวียนของเงินลงทุน เงินค่าจ้างที่จ่ายแก่ลูกจ้างชาวต่างชาติ และเงินรายได้จากสินทรัพย์ที่อยู่ต่างประเทศ นอกจากนั้น ยังคำนวณจากข้อมูลความสัมพันธ์ระดับส่วนบุคคล ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยวต่างประเทศ การใช้โทรศัพท์ระหว่างประเทศ การส่งเงินระหว่างประเทศและคำนวณจากข้อมูลระดับการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ จำนวนผู้ใช้อินเตอร์เน็ต จำนวนผู้ให้บริการอินเตอร์เน็ต รวมทั้งจำนวนเซิร์ฟเวอร์ที่ทำธุรกรรมทางการเงินอย่างปลอดภัย ข้อมูลด้านการเมืองที่ใช้คำนวณดัชนี คือ การมีส่วนร่วมในปฏิบัติการของคณะมนตรีความมั่นคงของสหประชาชาติจำนวนองค์กรระหว่างประเทศ และจำนวนสถานทูตที่ตั้งในประเทศนั้น[2]

ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness Rank) ประมวลโดย World Economic Forum มีองค์ประกอบใหญ่ 3 ส่วน คือ ความสามารถในการแข่งขันด้านการเติบโต [แบ่งเป็น ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การคิดค้นนวัตกรรม การถ่ายทอดเทคโนโลยี) ด้านสถาบันภาครัฐ (การคอรัปชั่น การทำสัญญา และกฎหมาย) และด้านเศรษฐกิจมหภาค (เสถียรภาพเศรษฐกิจมหภาค ระดับความน่าเชื่อถือของประเทศ)] ความสามารถในการแข่งขันระดับเศรษฐกิจจุลภาค (ยุทธศาสตร์และการปฏิบัติงานของบริษัท คุณภาพของสิ่งแวดล้อมทางธุรกิจระดับชาติ) และความพร้อมในการเชื่อมต่อเป็นเครือข่าย[แบ่งเป็น

องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมของตลาด การเมือง และกฎระเบียบ โครงสร้างพื้นฐาน) องค์ประกอบความพร้อม (ความพร้อมของบุคคล ธุรกิจ และรัฐ) องค์ประกอบการนำไปใช้ (การนำไปใช้ของบุคคล ธุรกิจ และรัฐ)] ระดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ในปี 2546 เมื่อเทียบกับ 80 ประเทศอยู่อันดับที่ 31 ด้านการเติบโต อันดับที่ 35 ในด้านเศรษฐกิจจุลภาค และอันดับที่ 41 ในด้านความพร้อมในการเชื่อมต่อเป็นเครือข่าย(www.weforum.org last update 9 October 2003)[3]

ดัชนีพัฒนามนุษย์ (Human Development Index) ประมวลโดย UNDP (United Nations Development Programme) เพื่อให้ความสำคัญกับ "คน" ในฐานะเป้าหมายของการพัฒนา คำนวณจากอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราการรู้หนังสือ จำนวนปีที่เรียนหนังสือ และรายได้ต่อคนต่อปีประเทศไทย มีดัชนีพัฒนามนุษย์อยู่ในอันดับที่ 74 จากทั้งหมดเกือบ 200 ประเทศ ในปี 2544 *(UNDP 2003 : 238)* ดัชนีพัฒนามนุษย์ของไทยลดระดับลงถึง 20อันดับจากปี 2537 *(UNDP 1994 : 94)* แสดงถึง "คน" ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนาได้รับผลที่ดีจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมน้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ

จากดัชนีที่ยกตัวอย่าง 3 ดัชนี แสดงว่า ความพร้อมของการได้ประโยชน์จากกระแสโลกาภิวัตน์ รวมศูนย์อยู่ในประเทศพัฒนา ข้อตกลงทางการค้าใดๆ ถ้าไม่คำนึงของความเสียเปรียบตั้งแต่เริ่มแรกของประเทศกำลังพัฒนาก็จะทำให้ช่องว่างระหว่างประเทศพัฒนากับประเทศกำลังพัฒนายิ่งกว้างมากขึ้น

3. การค้าด้านสุขภาพแต่ละโหมด

ข้อตกลงด้านการค้าบริการขององค์การการค้าโลกพัฒนาไปเร็วกว่าการพัฒนามาตรฐานข้อมูลเพื่อบันทึกขนาดของการค้าระหว่างประเทศในแต่ละโหมด จึงไม่มีข้อมูลจริงของขนาดของการค้าบริการด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างประเทศในที่นี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การประเมินขนาดของการค้าแต่ละโหมดมีดังนี้

โหมดที่ 1 การส่งบริการข้ามแดน

ความเจริ-ก้าวหน้าของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารทำให้บริการการแพทย์ทางไกลก้าวหน้าตามไปด้วย เช่น การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยออกเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2544โดยหุ่นยนต์และคนไข้อยู่ที่เมืองสตราบวกของฝรั่งเศส ขณะที่ศัลยแพทย์อยู่ที่นิวยอร์ค สหรัฐอเมริกา *(Yeo 2002)* แต่ความก้าวหน้านี้ยังต้องพบกับป-หาโครงสร้างด้านกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ

องค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป ตระหนักถึงความสำคั-ของความก้าวหน้าของการแพทย์ทางไกล เสนอวัตถุประสงค์ของการแพทย์ทางไกลสำหรับศตวรษที่ 21 ว่า ระบบบริการการแพทย์ทางไกลต้องวางบนพื้นฐานของความจำเป็นทางสุขภาพและมาตรฐานด้านคลินิกและด้านสาธารณสุข ไม่ใช่ขับเคลื่อนบนพื้นฐานของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากนั้นการพัฒนาบริการการแพทย์ทางไกลต้องคำนึงถึงเป้าหมายความเป็นธรรม ความยั่งยืน การมีส่วนร่วม และการรับผิดชอบ ที่เป็นหลักการสำคั-ของสุขภาพดีถ้วนหน้า การทำตามเป้าหมายดังกล่าวได้ต้องอาศัยทักษะใหม่จากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย เจ้าหน้าปฏิบัติการ และผู้ใช้ การให้ประเทศ

สมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีที่ล้าสมัย แต่อัตราส่วนราคาต่อความสามารถที่ลดอย่างรวดเร็ว ควรมีความร่วมมือกันใกล้ชิดมากขึ้น เพื่อพัฒนามาตรฐานด้านเทคโนโลยี ความเข้ากันได้ (Compatibility) การออกแบบชนิดเปิด (Open Architecture) ราคาที่แข่งขันกันและการทดลองนำร่อง *(France 2000)*

สมาคมเวชสารสนเทศนานาชาติ International Medical Informatics Association (IMIA) มีการประชุมกลุ่มทำงานระดับนานาชาติหลายครั้งเพื่อค้นหาประเด็นโลกาภิวัตน์กับการแพทย์และการศึกษาทางไกล สรุปว่า ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศนำไปสู่เป้าหมายการตลาด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการธุรกิจ (การเพิ่มประสิทธิภาพ จะจัดการอย่างไร) ด้านระบบบริการสาธารณสุข (การเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ต้องมีมาตรฐานออกแบบระบบอย่างไร) และด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (การลงทุนผลิต และการนำมาใช้) การร่วมมือระหว่างประเทศด้านการศึกษาการแพทย์ทางไกล มีทั้งชนิดไม่แสวงกำไรและแสวงกำไร องค์กรบริหาร (Governance) จึงเป็นทั้งเครือข่ายมหาวิทยาลัยทั่วโลก ความริเริ่มของกลุ่มธุรกิจ การลงทุนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษาหรือการริเริ่มระดับชาติ ตัวอย่างประเทศที่มีความได้เปรียบด้านการศึกษาการแพทย์ทางไกล ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย ข้อเสนอแนะ คือ ลู่ทางการก่อตั้งมหาวิทยาลัยด้านสารสนเทศระดับโลก โดยเฉพาะระดับที่มีการร่วมมือประสานงานระหว่างประเทศ *(Hovenga2004)*

Chandra(2002) รายงานสถานการณ์การค้าบริการสุขภาพในโหมด 1 ของเขตเอเชีย ประเทศให่-ให้บริการประเทศเล็ก ได้แก่ อินเดียให้บริการพยาธิวิทยาทางไกลแก่โรงพยาบาลในเนปาลและบังคลาเทศ โรงพยาบาลริมฝั่งทะเลของจีน ให้บริการวินิจฉัยโรคทางไกลแก่โรงพยาบาลในมาเก๊า และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ไม่ได้เสนอว่าทำให้เกิดกระแสเงินไหลเวียนเท่าใด ส่วนการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้วางแผนนโยบายในประเทศปากีสถาน พบว่าการลงทุนเพื่อให้เกิดบริการในโหมดนี้ จำเป็นต้องใช้การลงทุนสูง หากลงทุนต้องดึงเงินมาจากส่วนอื่นที่อาจมีความจำเป็นมากกว่า และทำให้เกิดปั-หาความเป็นธรรมทางสุขภาพได้ *(Akram 2003 : 52-53)*

Janjaroen and Supakankunti (2002) ทบทวนสถานการณ์การแพทย์ทางไกลในประเทศไทย แม้จะมีการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลในภาครัฐกว่า 10 ปีโดยได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาและแคนาดา แต่ไทยไม่มีแผนการค้าข้ามพรมแดนด้านการแพทย์ทางไกล การวิจัยนี้เสนอแนะให้พิจารณาประเด็นอุปสรรคของการค้าการแพทย์ทางไกล ได้แก่ กฎหมายและจริยธรรมของการประกอบเวชปฏิบัติที่แพทย์และผู้ป่วยต้องพบกันซึ่งหน้า แพทย์ไม่สมควรรักษาโดยไม่เห็นผู้ป่วย ปั-หากฎหมายพระราชบั--ติสถานพยาบาลที่ต้องให้ข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล และการทำหน้าที่เป็น “ผู้รักษาประตู” (Gatekeeper) ในกรณีที่ความสัมพันธ์ในระบบการแพทย์ทางไกลเป็นหลายฝ่ายต่อหลายฝ่าย (Many to Many) ธุรกรรมของผู้เปิดประตูให้เกิดการรักษาทางไกลจึงก่อรายได้

ข้อมูลการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้บริการในจังหวัดพิษณุโลก ปี 2547 ประเมินผลกระทบของผู้รับบริการและผู้ให้บริการจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ ได้ข้อมูลภายในวงการว่ากลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพร่วมกับกลุ่มธุรกิจข้ามชาติ ทำ Tele-Conference, Video-Conference ผ่าตัดข้ามชาติ โดยผสมผสานกับโหมดอื่นๆ เช่น นำแพทย์ต่างชาติเข้ามาเป็นช่วงๆ และให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ *(พงศธร พัชระสุภา วิมลพรรณ อาจสม และ สุมาพร ตรีวัชรานนท์ 2544 : 64)*

โหมดที่ 2 ผู้รับบริการข้ามแดน

Achouri and Achour (2002 : 213-216) เสนอข้อมูลของชาวตูนีเซียที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งเป็นสิทธิตามระบบประกันสังคม หรือสิทธิพนักงานของรัฐ หรือองค์กรมนุษยธรรม แต่ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยที่เดินทางและจ่ายเงินด้วยตนเองเพราะธนาคารชาติไม่ได้แยกแยะข้อมูลการแลกเปลี่ยนเงินเพื่อการรักษา แนวโน้มจากปี2536-2541 แสดงว่าการใช้บริการในต่างประเทศของชาวตูนีเซียลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพระดับชาติโดยเฉพาะเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง การพัฒนาโครงสร้างที่จำเป็นของประเทศและการฝึกอบรมบุคลากรหลายสาขา นอกจากนี้ ความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศต่างๆ หลายประเทศ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์จากหลายประเทศเข้ามาทำงานในตูนีเซีย การอนุ-าตให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาในต่างประเทศโดยใช้เงินของรัฐ ต้องได้รับความเห็นชอบเป็นรายๆ จากคณะกรรมการระดับชาติที่ประกอบด้วยแพทย์และผู้บริหาร ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักเสนอมาจากแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย

จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 513 รายในปี 2536 เหลือ 260 ราย ในปี 2541 สัดส่วนผู้ป่วยที่ส่งไปต่างประเทศมากที่สุด คือ ผู้ป่วยภายใต้ประกันสังคม ขณะที่จำนวนผู้ป่วยส่งไปต่างประเทศของประกันสังคมและของรัฐลดลงในช่วงดังกล่าว การส่งไปภายใต้องค์กรมนุษยธรรม เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 32 รายเป็น 40 ราย ในช่วงเวลาเดียวกันรายจ่ายด้านสุขภาพจากการส่งผู้ป่วยไปต่างประเทศ (เฉพาะที่เป็นรายจ่ายจากรัฐ ไม่รวมรายจ่ายด้านมนุษยธรรมซึ่งไม่มีตัวเลข) ลดจากร้อยละ 0.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2538 เหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในปี 2541

องค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก *(WHO/WTO 2002: 112)* สรุป สถานการณ์ว่าประเทศไทยมีนโยบายให้บริการสุขภาพอนามัยในโหมด 2 เป็นศูนย์สุขภาพของภูมิภาคการทำเช่นนี้ต้องเกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพของประเทศเจ้าของประชาชนที่จะเดินทางมารักษาในประเทศไทยด้วย นั่นคือ ถ้าประกันสุขภาพเอกชนในประเทศเจ้าของประชาชนเปิดโอกาสให้ใช้บริการนอกประเทศได้ (Portability) การข้ามพรมแดนเพื่อรับบริการจะมากแต่ถ้าไม่ให้สิทธิใช้บริการนอกประเทศจะเหลือเฉพาะผู้รับบริการข้ามพรมแดนที่มีฐานะดีหรือมีกำลังซื้อสูงเท่านั้น

การข้ามแดนของประชาชนในสหภาพยุโรปเป็นประเด็นที่น่าศึกษา เพราะประชากรมีจำนวนมาก แบ่งกันอยู่หลายประเทศ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพมากในหลายประเทศและหลายประเทศก็มีคุณภาพต่ำ ประเทศในสหภาพยุโรปจัดการกับการให้ผู้ป่วยข้ามเขตประเทศไปรับบริการที่ประเทศอื่นแตกต่างกัน ประเทศขนาดเล็ก เช่น ลักเซมเบอร์ก ยินดีส่งผู้ป่วยไปรับบริการ

ขั้นซับซ้อนที่ประเทศใกล้เคียงเนื่องจากไม่สามารถจัดการให้มีโรงพยาบาลที่มีความซับซ้อนสูงในประเทศได้ เพราะความไม่คุ้มค่า (ไม่ประหยัดต่อขนาด)ที่จะทำเช่นนั้น ประเทศอังกฤษใช้งบประมาณของประเทศส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดที่ฝรั่งเศสหรือเยอรมนี เพื่อลดแถวคอยของผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นอย่างรีบด่วน อย่างไรก็ตาม พบว่า การข้ามแดนเพื่อรับการรักษาพยาบาลมีไม่มากนัก เพราะยังมีป-หาอื่นอีกหลายป-หาที่ผู้ป่วยจะต้องพบเมื่อข้ามแดน ได้แก่ ค่าใช้จ่ายอื่นๆที่รัฐไม่ได้ให้ เวลาที่เสียไป ภาษา ความไม่คุ้นเคยกับระบบที่แตกต่างกัน รวมไปถึงความไม่เต็มใจของแพทย์ในการส่งต่อผู้ป่วยไปประเทศอื่น ความแตกต่างเหล่านี้ทำให้ศาลของสหภาพยุโรป (European Court of Justice) ยอมรับว่า แม้การข้ามแดนได้ง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีในประเทศสมาชิกได้ดีขึ้น แต่การออกกฎหมายให้ทุกประเทศเปิดเสรีให้ประชาชนข้ามแดนได้ จะทำให้ระบบสวัสดิการและระบบบริการสาธารณสุขของบางประเทศล้มลงได้ จึงอนุ-าตให้ประเทศสมาชิก สามารถออกกฎหมายควบคุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ โดยยึดหลัก “นโยบายสาธารณะ ความมั่นคง สาธารณะและสาธารณสุข” *(McKee, et al, 2004 : 157-175)*

Janjaroen and Supakankunti (2002) ประเมินว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีมาก ผู้ให้บริการเอกชนยินดีให้บริการกับผู้รับบริการชาวต่างประเทศ จากผู้ท่องเที่ยวทั้งหมดมีประมาณปีละ 5 ล้านคน ที่ใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ส่วนให-ให้ความเห็นว่าราคาไม่แพง ทั้งที่มีคุณภาพทัดเทียมหรือดีกว่าที่มีในประเทศตน ข้อมูลอีกด้านหนึ่ง คือ ประเทศไทยเป็นสถานที่ชั้นนำของโลกในการผ่าตัดแปลงเพศ และโรงพยาบาลเอกชนใน

กรุงเทพฯ ผ่านวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ด้วยการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติจนมีรายได้จำนวนมากจากการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

ชื่นฤทัย กา-จนจิตราและคณะ (2547 : 42-43) นำเสนอข้อมูลจากกระทรวงพาณิชย์ รวบรวมการให้บริการทางการแพทย์แก่คนต่างชาติทั้งลักษณะทัวร์สุขภาพ การดูแลระยะยาวและบริการอื่นๆ มีรายได้ปีละประมาณ 3,000 ล้านบาท และมีคนต่างชาติมารับบริการถึงปีละเกือบ 5 แสนราย ปี 2544 มีคนต่างชาติมารับบริการรวม 4.7 แสนราย เพิ่มจากปี 2543 ร้อยละ 38 นอกจากนี้ กระทรวงพาณิชย์ยังได้สำรวจผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชน 471 รายในปี 2546 ผลตอบกลับ 30 รายแจ้งว่ามีความพร้อมที่จะให้บริการชาวต่างชาติ

เมื่อรัฐบาลประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาค เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ เสียงเรียกร้องจากภาคธุรกิจให้รัฐบาลดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายอย่างรวดเร็ว *(The Nation, 18 May 2004 : 4B)* เฉพาะธุรกิจเครือกรุงเทพดุสิตคาดการณ์ขนาดของเศรษฐกิจว่าจะขยายตัวจากการรักษาผู้ป่วย 630,000 ราย เมื่อปีที่ผ่านมา (นำรายได้เข้าประเทศถึง 1 หมื่น 9 พันล้านบาท ประมาณส่วนแบ่งร้อยละ 50 ของรายได้เป็นเงินตราต่างประเทศ) เพิ่มเป็น 800,000 คนในปีนี้ (นำเงินเข้า 2 หมื่นล้านบาท หรือร้อยละ 55 เป็นรายได้จากเงินตราต่างประเทศ) และปีหน้าคาดว่าจะเป็น 1 ล้านราย (นำรายได้เข้าประเทศ 3 หมื่นล้านบาท) สัดส่วนผู้ป่วยชาวต่างชาติในเครือประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ต้องการให้สัดส่วนผู้ป่วยต่างชาติอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 นี้ เพื่อลดความผันผวน

ของรายได้หากเกิดกรณีโรคระบาดทั่วโลก (เช่น โรค SARS) ที่ทำให้ผู้ป่วยต่างชาติไม่เดินทางระหว่างประเทศ

โหมดที่ 3 ธุรกิจข้ามแดน

ประเทศบราซิลเสนอตัวอย่างของผลกระทบเมื่อประเทศเปิดเสรีให้ธุรกิจประกันภัยโดยเฉพาะการประกันสุขภาพเอกชนตามรัฐธรรมนู-ปี 2521 บราซิลไม่อนุ-าตให้บริษัทต่างประเทศทำธุรกิจด้านสุขภาพในบราซิล แต่ครั้นปี 2539 รัฐบาลเริ่มอนุ-าตให้ธุรกิจการเงินเฉพาะประกันชีวิตเข้าสู่ประเทศโดยหวังว่าการเปิดเสรีจะช่วยคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมและราคาลดลงเมื่อเปิดประเทศพบว่ามีบริษัทประกันสุขภาพข้ามชาติเข้าไปประมาณ 20 บริษัทโดยการร่วมทุนหรือการควบกิจการบริษัทที่ประสบความสำเร็จส่วนให-มาจากอเมริกาเหนือ ธุรกิจนี้ส่วนให-ครอบคลุมส่วนแบ่งประมาณร้อยละ 11 ซึ่งเป็นบริการสุขภาพภาคเอกชน *Zarrilli (2002 : 149-150)* สรุปว่าการเข้าไปของบริษัทต่างชาติทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริษัทในประเทศดีขึ้น เนื่องจากการแข่งขันกับบริษัทต่างชาติ

เงินลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศในธุรกิจด้านสุขภาพของอินโดนีเซียมีมาก เพราะกฎหมายบังคับไม่ให้ต่างชาติลงทุนในธุรกิจขนาดเล็ก เช่น คลินิก ต่างชาติจึงลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลขนาดให-ระหว่างปี 2536-2542 มีการลงทุนจากต่างชาติในอินโดนีเซียถึง 230 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นธุรกิจจากออสเตรเลีย สิงคโปร์และมาเลเซีย โรงพยาบาลที่ต่างชาติลงทุนตั้งอยู่ในเมืองให-และสถานที่ท่องเที่ยว ได้แก่ จาการ์ต้า บาหลี มีข้อถกเถียงมากว่าการลงทุนจากต่างชาติจะเป็น

ประโยชน์ต่อชาวอินโดนีเซียหรือไม่ แม้รัฐบาลมีกฎว่าทุกโรงพยาบาลต้องมีเตียงรับผู้ป่วยชั้น 3 (สำหรับผู้ป่วยยากจน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 แต่การครองเตียงของเตียงชั้น 3 โรงพยาบาลในโรงพยาบาลเหล่านี้ต่ำมาก แสดงว่าผู้ป่วยยากจนไม่ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลเหล่านี้ เนื่องจากค่าบริการทางการแพทย์หรือค่ายาไม่ได้รับการลดหย่อน *(Widiatmoko and Gani 2002 : 112)* ส่วนในเอเชียใต้ กลุ่มธุรกิจชื่อ Apollo Group ในอินเดีย จะลงทุนสร้างโรงพยาบาลถึง 15 แห่ง ในมาเลเซีย เนปาล และศรีลังกา ด้วยเงินลงทุนถึง 4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ *(Chandra 2002)*

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545 : 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สรุปว่า แม้ในปี 2538 ประเทศไทยจะไม่กำหนดข้อผูกพันใดๆ ในสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม รวมทั้ง ข้อผูกพันในสาขาอื่นๆ ไทยกำหนดไว้ไม่เกินกว่าหรือส่วนใหญ่ต่ำกว่ากรอบกฎหมายปัจจุบัน แต่สถานการณ์จริงของการเข้าสู่ตลาด และการประติบัติเยี่ยงคนชาติมักกระทำเกินกว่าที่กำหนดในข้อผูกพัน โดยเลี่ยงกฎหมาย เช่นมีร้านขายยาชื่อเดียวกับบริษัทแม่ในต่างประเทศในหลายจังหวัด โดยมีคนไทยเป็นผู้ถือใบอนุ-าตแทน ส่วนธุรกิจโรงพยาบาล มีบริษัทต่างประเทศเข้ามาตาม พ.ร.บ.ประกอบธุรกิจคนต่างด้าว พ.ศ.2543

Janjaroen and Supakankunti (2002) ประเมินว่าการลงทุนใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่เป็นเงินจากต่างชาติระหว่างปี 2535 - 2541 มีน้อย เพียงร้อยละ 0.5 ของเงินทุนในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด จึงยังมีขนาดไม่มากนักในปี 2545

ชื่นฤทัย กา-จนจิตราและคณะ (2547 : 44) ประเมินว่า โรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 411 แห่ง เป็นสถานพยาบาลจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ 13 แห่งซึ่งสามารถระดมทุนจากต่างชาติได้ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการสุขภาพรูปแบบอื่น เช่น สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุหรือสถานพักฟื้นคนชรา 35 แห่งมีเอกชนต่างชาติร่วมถือหุ้นสาเหตุจูงใจให้ชาวต่างชาติลงทุน เนื่องจากอัตรากำไรจากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทยโดยเปรียบเทียบสูงกว่าที่อื่น รวมมูลค่าการลงทุนของสถานพยาบาลเหล่านี้ 1.8 หมื่นล้านบาท เป็นเงินทุนจากต่างชาติ 3.2 พันล้านบาท หรือประมาณ ร้อยละ 17.5 ของการลงทุน 1.8 หมื่นล้านบาทนี้

โหมดที่ 4 ผู้ให้บริการข้ามแดน

ประเทศอัฟริกาใต้ได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่บุคลากรด้านสุขภาพมีการเคลื่อนย้ายสูง การศึกษาของ *OECD (2003)* เรื่องแนวโน้มการเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศ แสดงการศึกษาขนาดและผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพอย่างละเอียด การศึกษาสรุปว่า สถิติทางการด้านประชากรอพยพออกนอกประเทศ มักต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะป๊-หาการต้องการกลับประเทศ ภาษี เหตุผลทางจิตวิทยา และเหตุผลทางครอบครัว ประมาณการสำหรับอัฟริกาใต้ สรุปว่า สถิติทางการของการออกนอกประเทศช่วงปี 2532-2535 ประเมินต่ำไป 4 เท่าจากนั้นลดลงเป็น 3 เท่าในช่วงปี 2537-2540 และกลับเพิ่มเป็น 4 เท่าในช่วงปี 2541-2544 ทำให้สถิติสุทธิการอพยพ(ไหลออกนอกประเทศลบการไหลเข้า) เปลี่ยนไปอย่างมาก ตัวเลขที่ใช้ปรับนี้มาจากข้อมูลของประเทศรับ ได้แก่ การอพยพเข้าอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา อเมริกา และนิวซีแลนด์ กว่าร้อยละ 40 จนถึงร้อยละ 60 ของผู้อพยพมีการศึกษามากกว่าชั้นมัธยมขึ้นไป *(OECD 2003 :119-120)*

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพคือ ระบบสุขภาพของอัฟริกาใต้มีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศไทยแต่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำกว่า การจัดอันดับขององค์การอนามัยโลก ปี 2543 อยู่ที่ 142 (ไทยอยู่อันดับที่ 57) ทั้งนี้เพราะ ปัญหาเอดส์ และความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพ อัฟริกาใต้ประกาศหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2537 เปลี่ยนเป้าหมายบริการจากคนผิวขาวและชนชั้นกลาง ไปเน้นที่บริการปฐมภูมิ และบริการในชนบท แต่ยังพบปัญหาความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน เพราะ ปัญหาการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ (มีแพทย์ 7.1 ต่อ 10,000 และพยาบาล 40 ต่อ 10,000 ซึ่งนับว่าสูง) นอกจากนั้น จำนวนแพทย์ทั่วไปยังเพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มของแพทย์เฉพาะทาง แต่การเพิ่มของพยาบาลอยู่ในอัตราต่ำมาก ทั้งที่พยาบาลควรเป็นกำลังหลักของบริการปฐมภูมิ แพทย์ส่วนใหญ่ทำงานกับภาคเอกชน มีเพียงร้อยละ 38 ที่ทำงานภาครัฐ ซึ่งบริการประชาชนร้อยละ 80 ของประเทศ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในเขตเมือง เท่ากับ 18.0 ต่อ 10,000 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2-3 เท่า แต่ในเขตชนบททางเหนือมีแพทย์ต่อประชากรเพียง 2.1-3.4 ต่อ 10,000 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 4 เท่า สำหรับพยาบาลร้อยละ 81 อยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีประชากรร้อยละ 54 ของประเทศ *(OECD 2003 : 121-122)* รายได้ไม่ใช่เหตุผลเดียวของการย้าย เหตุผลสำคัญอื่นๆ ได้แก่ ภาระงานหนักในภาครัฐ เพราะการให้โอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น การกระจายบุคลากรรัฐ-เอกชน และเมือง-ชนบท ปัญหาโรคเอดส์ การติดสารเสพติด ที่ทำให้การประกอบวิชาชีพไม่จูงใจ *(OECD 2003 : 129)*

ในความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ โลกาภิวัตน์เปิดโอกาสให้พวกเขาเคลื่อนย้ายระยะสั้น คล้ายกับการมีหมอมาแทน

ในคลินิก ในโรงพยาบาล หรือไปฝึกอบรมและศึกษาต่อไปทำงานที่มีรายได้มากขึ้นระยะหนึ่ง ฯลฯ เป็นการตักตวงโอกาสเป็นครั้งคราวไม่ได้ต้องการอพยพเป็นการถาวร ความสูญเสียในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ รวมแล้วเป็นพันล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับหนึ่งในสามของเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศที่อัฟริกาใต้ได้รับระหว่างปี 2537-2543 *(OECD 2003 : 131)* การขาดแคลนแพทย์ในอัฟริกาใต้ ทำให้ประเทศต้องเปิดนโยบายรับแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาทำงาน มีแพทย์จากคิวบาประมาณ 500 คน เข้ามาทำงานโดยเฉพาะในเขตชนบท แต่ก็พบปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย

ประเทศอัฟริกาใต้แก้ปัญหาด้วยการบังคับใช้ทุนของแพทย์พยาบาลและบุคลากรต่างๆ หลังจบการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี การปรับหลักสูตรให้เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพในอัฟริกาเพื่อลดโอกาสการไปทำงานในต่างประเทศซึ่งวิธีนี้ถูกคัดค้านว่าจะลดมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพของประเทศ การเพิ่มค่าตอบแทน(แพทย์ทั่วไปเพิ่มร้อยละ 5 แพทย์เฉพาะทางเพิ่มร้อยละ 12 และพยาบาลเพิ่มร้อยละ14) แต่รัฐก็ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินการตามนโยบาย และความร่วมมือด้านวิชาการกับประเทศรับย้าย โดยมีข้อตกลงทวิภาคีทำโครงการแลกเปลี่ยนบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพบุคลากรหรือมีข้อตกลงงดโฆษณาให้บุคลากรในอัฟริกาใต้ไปทำงานต่างประเทศ มาตรการเหล่านี้ จะได้รับการประเมินต่อไป

การเคลื่อนย้ายของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศสหภาพยุโรปแสดงปรากฏการณ์น่าศึกษาและเป็นบทเรียนสำหรับประเทศในเขตภูมิภาคอื่น อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรของประเทศเหล่านี้แตกต่างกันมาก อิตาลี มีแพทย์ต่อประชากรมาก

ที่สุด ตามด้วยเนเธอร์แลนด์ เบลเยี่ยม และเยอรมนี แพทย์ในเยอรมนี 335 ต่อแสนประชากร มากกว่าอังกฤษถึง 2 เท่า แม้ว่าอังกฤษจะเป็นผู้นำเข้าแพทย์มากที่สุดในยุโรป *(Nicholas 2004 : 83-108)* แต่อังกฤษกำลังพบปัญหาขาดแคลนแพทย์เพราะแพทย์ที่นำเข้าจากอินเดียเมื่อ 20 ปีก่อนกำลังถึงวัยเกษียณ อังกฤษพบปัญหาการโฆษณาดึงดูดแพทย์จากอัฟริกาใต้ ซึ่งประกาศโฆษณาทั่วไปจนได้รับเสียงวิพากษ์วิจารณ์ในสื่อมวลชนจากประเทศสมาชิก เช่น ออสเตรีย เยอรมนี กรีซ อิตาลี สเปน บัลแกเรีย เชค โปแลนด์ และอื่นๆ อีกหลายประเทศ จำนวนแพทย์ต่างชาติในอังกฤษจึงลดลงร้อยละ 45 ในปี 2543 จากปี 2539 เช่นแพทย์ชาวเยอรมันลดจาก 950 คนในปี 2539 เหลือ 340 คนในปี 2543 การโฆษณาหาแพทย์จากต่างประเทศยังพบได้ในสวีเดน ในปี 2545 สวีเดนได้แพทย์จากโปแลนด์ 30 คนจากการโฆษณาข้ามแดน *(Jakubowski and Hess 2004 : 130-142)*

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545 : 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สรุปว่า ด้วยข้อจำกัดในปัจจุบัน แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในไทย โดยผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อสอบภาษาไทย ผ่านเพียง 4 รายเท่านั้นในรอบ 10 ปี ส่วนการเกิดสมองไหลออกไปต่างประเทศทุกวันนี้โอกาสเกิดน้อยไม่เท่ากับช่วงปี 2510 ที่มีการเช่าเครื่องบินเหมาลำ เพื่อเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ

การสัมภาษณ์ประชาชนไทย เช่น ประธานหอการค้า ปราชญ์ชาวบ้านและชาวต่างชาติในประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้มีโอกาสได้รับบริการ

จากแพทย์ชาวต่างชาติถ้ารัฐเปิดนโยบายนี้อย่างเต็มที่ มีความเห็นว่าการเปิดเสรีให้แพทย์ต่างชาติเข้ามา ถ้าเป็นการทำงานภาคเอกชน อาจได้แพทย์ที่มีคุณภาพสูง เช่นแพทย์จากยุโรปหรืออเมริกา เนื่องจากมีการแข่งขันและผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง จึงให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ แต่ถ้าต้องทำงานในภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ เกรงว่าแพทย์ที่เข้ามาอยู่ตามอำเภอที่ขาดแคลน จะมีมาตรฐานที่ต่ำกว่าแพทย์ไทย เพราะอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์ปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแพทย์คุณภาพต่ำ แพทยสภา ควรควบคุมมาตรฐานโดยอนุญาตให้เข้าเฉพาะแพทย์ที่ได้คะแนนผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมภาคภาษาไทย เพราะแพทย์เหล่านี้ต้องพูดกับผู้ป่วยชาวไทย นอกจากมีความสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยไทยรู้เรื่องด้วย จึงจะรักษาผู้ป่วยได้ผล *(พงศธร พัชระสุภา วิมลพรรณ อาจสม และ สุมาพร ตรีวัชรานนท์ 2547)*

4.บทบาทขององค์การอนามัยโลกต่อการเจรจาการค้าโลก

บทบาทขององค์การอนามัยโลกต่อการเปิดการค้าเสรีการค้าบริการขององค์การการค้าโลก ได้รับคำวิจารณ์ว่าขาดความชัดเจนในเอกสารขององค์การอนามัยโลก *(WHO 2001)* สรุปว่า ข้อตกลง TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights and Public Health) เดือนพฤศจิกายน 2544 สะท้อนหลักการสำคัญที่องค์การอนามัยโลกเสนออย่างแข็งขันมา 4 ปีก่อนหน้านี้ว่าประเทศ

สมาชิกขององค์การการค้าโลกมีสิทธิอย่างเต็มที่ที่จะใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้ข้อตกลง TRIPS ในการปกป้องสุขภาพของสาธารณะและส่งเสริมการเข้าถึงยา แต่ *Horton (2002)* ทำการวิจัยบทบาทขององค์การอนามัยโลกในระยะที่องค์การการค้าโลกเริ่มบทบาทของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าส่วนต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก และวิจัยเอกสาร มีข้อสรุปว่า แม้องค์การอนามัยโลกจะดูขึงขังในนโยบายการเข้าถึงยา ตามข้อเสนอแนะของ *Commission on Macroeconomics and Health (2001)* ที่ให้จัดทำบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลกเพื่อประเทศยากจนสามารถเข้าถึงยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพสูงในบัญชีได้ แต่การดำเนินงานนี้กลับเงียบหายไปเพราะแรงกดดันทางการเจรจาจากอุตสาหกรรมยา Horton จึงสรุปว่า องค์การอนามัยโลกในระยะหลังทำหน้าที่เพียงเดินตามหลังการเคลื่อนไหวขององค์กรอิสระ MSF (Medicine San Frontier) ที่ต่อสู้ด้านนโยบายเพราะองค์การอนามัยโลกไม่อาจต้านแรงกดดันจากการเจรจาทางธุรกิจของฝ่ายการค้าที่มีอิทธิพลมากกว่ากลุ่มผู้ยากไร้

นอกจากธุรกิจด้านยาองค์การอนามัยโลกยังแสดงความอ่อนแอในการปกป้องสุขภาพของประชาชนในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกรณีกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากการสูบบุหรี่ *Beaglehole and Yach (2003)* ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก สรุปว่า โลกาภิวัตน์ ทำให้บริษัทบุหรี่ใช้วิธีทางการตลาดต่างๆนานาส่งเสริมการแพร่ระบาดของบุหรี่ เช่น การค้าบุหรี่ข้ามพรมแดนผ่านทางอินเตอร์เน็ตถึงขนาดมีบุหรี่ยี่ห้อใหม่ที่เน้นการขายทางอินเตอร์เน็ตเท่านั้นประเทศยากจนมักตกเป็นเหยื่อ สังเกตจากอัตราการสูบบุหรี่ของประชากร

ประเทศเหล่านี้เพิ่มขึ้น และประเทศยากจนมักไม่เข้มแข็งหรือผู้วางนโยบายไม่เต็มใจในการขัดขวางยุทธวิธีของบริษัทบุหรี่ องค์การอนามัยโลกเองแม้จะมีชื่อเสียงในการออกกรอบนโยบายการควบคุมบุหรี่ เมื่อต้องทำงานกับองค์การการค้าโลก ถึงกับยอมลบข้อความเป้าหมายอนาคตห้ามโฆษณาบุหรี่ข้ามพรมแดน ในกรอบนโยบายการควบคุมบุหรี่ เพราะไม่ผ่าน “การทดสอบความจำเป็น” (Necessity Test) ขององค์การการค้าโลก จนเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ว่าองค์การอนามัยโลกมีท่าทีอ่อนแอต่อปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และยอมจำนนต่อผลประโยชน์ทางการค้าของบริษัทบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา *(Pollock and Price 2003)*

5. ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและท่าทีของประเทศต่าง ๆ

องค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก *(WHO / WTO 2002 : 112)* สรุปสถานการณ์ว่า ประเทศกำลังพัฒนาปรับตัวโดยให้บริการสุขภาพอนามัยในโหมด 2 โดยพยายามดึงผู้ป่วยต่างชาติให้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก หรือพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพของภูมิภาค โดยอาศัยความได้เปรียบทางราคา นอกจากนี้หลายประเทศยังให้ความสำคัญกับโหมด 4 การเคลื่อนย้ายของผู้ให้บริการ เพื่อบรรลุสถานการณ์ที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ (Win-Win) เช่น คิวบา อินเดีย ฟิลิปปินส์ ส่งออกแพทย์ให้ประเทศพัฒนา โดยประเทศส่งออกได้เงินตราต่างประเทศเข้าประเทศ และประเทศรับเข้าประหยัดเงินลงทุนผลิต แต่ด้านลบก็มีมาก ได้แก่ สมองไหลไปต่างประเทศ ทำให้ขาดแคลนแพทย์ในประเทศยากจน มีปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้

ความสู-เสียงบประมาณรัฐในการผลิตแพทย์สูงหลายล้านดอลล่าร์ ในประเทศแอฟริกาใต้ นอกจากนี้ นโยบายรักษาผู้ป่วยต่างชาติจะทำให้อุปทานที่ต้องตอบสนองอุปสงค์ในประเทศมีไม่เพียงพอ การให้ต่างชาติมาลงทุนธุรกิจก็มักทำเฉพาะในเขตที่มีกำลังซื้อ ดึงให้แพทย์ทำงานในเขตเมืองมากขึ้น ปล่อยให้คนยากจนขาดโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น

ความไม่แน่ใจในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ ทำให้ประเทศต่างๆ มีท่าทีระมัดระวังในการเปิดตลาด เพราะเมื่อเปิดตามข้อตกลงแล้วจะกลับมาปิดอีกไม่ได้ ตารางที่ 3.1 แสดงข้อผูกพันที่ประเทศสมาชิกต่างๆ ให้ไว้กับองค์การการค้าโลกระบุระดับการเปิดเสรี ว่าเปิดเต็มที่ เปิดบางส่วน หรือไม่เปิดเลย สถานการณ์เมื่อปี 2545 ประเทศส่วนใหญ่ไม่เปิดเสรีในโหมด 1 อาจเป็นเพราะยังไม่คุ้นเคยกับระบบการแพทย์ทางไกล บริการที่เปิดมากกว่าอย่างอื่น คือ การปรึกษากับแพทย์เวชกรรมและทันตกรรม รองลงมาเป็นการให้บริการโรงพยาบาล

ส่วนโหมด 2 มีสัดส่วนของการเปิดเสรีเต็มที่มากกว่าโหมดอื่นๆ โดยเฉพาะบริการโรงพยาบาล เพราะกลุ่มประเทศสมาชิกต้องการให้ผู้รับบริการสามารถข้ามพรมแดนมาใช้บริการในประเทศของตนได้ ส่วนโหมด 3 ส่วนใหญ่ผูกพันด้วยการเปิดบางส่วน โดยสูงที่สุด คือเปิดบางส่วนทางธุรกิจประกันสุขภาพ ตามด้วยธุรกิจด้านเวชกรรมและทันตกรรมและบริการโรงพยาบาล สำหรับโหมด 4 ยังไม่มีประเทศใดที่จะเปิดเสรีเต็มที่ให้บุคลากรประเทศอื่นๆเข้ามา ส่วนใหญ่จะระบุว่าเปิดบางส่วน

ข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.1 ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์

การการค้าโลก รวบรวมจากประเทศสมาชิกต่างๆ ยังมีความคลุมเครือซ้อนเหลื่อมและขัดแย้งกันเอง เช่นความคลุมเครือของการเปิดตลาดเต็มที่ กับเปิดบางส่วนของแต่ละโหมด ความซ้อนเหลื่อมของบริการเวชกรรม/ทันตกรรม และการประกันสุขภาพ รวมทั้งความขัดแย้งระหว่างข้อมูลที่นำเสนอในตารางกับความเป็นจริง เช่น รายงานว่าไม่เปิดให้บุคลากรเคลื่อนย้ายอย่างเต็มที่ แต่ในความเป็นจริงมีบุคลากรเคลื่อนย้ายเข้าและออกสูงมากในบางประเทศ เท่ากับสะท้อนความซับซ้อนของระบบรายงาน การตีความ และการวางแผนยุทธศาสตร์จากข้อมูลที่ปรากฏอยู่

6. สรุปผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข โดยวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2542 *(วัฒนา สุวรรณแสง จั่นเจริ-และคณะ 2542)* สรุปว่าประเทศไทยไม่มีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพของการผลิตที่เชื่อมโยงต่อการผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การส่งออกผลิตภัณฑ์ยา เวชภัณฑ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับการเปิดเสรีทางการค้าบริการประเทศไทยมีโอกาสที่จะนำเงินตราเข้าประเทศได้มากอาจทำให้การผลิตภายในประเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปั-หาอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้น คือการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย ปั-หาด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข การแข่งขันกับนักธุรกิจต่างชาติที่

สูงขึ้น การนำเข้าปัจจัยการผลิตบริการสูงขึ้นมีผลต่อดุลการค้าของประเทศ ป๊-หาสังคมเนื่องจากความเหลื่อมล้ำในการรับบริการและเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะได้แก่ มาตรการ 10 ม. คือ มาตรการด้านกฎหมายประกอบธุรกิจ มาตรการการเข้าเมืองของชาวต่างชาติ มาตรการการขึ้นทะเบียนข้อผูกพันเฉพาะเกี่ยวกับสาขาบริการด้านสาธารณสุข มาตรการด้านการวางเงื่อนไขหลักประติบัติเยี่ยงชาติ มาตรการส่งเสริมศักยภาพเชิงรุกและมาตรการการลดผลกระทบด้านลบจากการคุ้มครองสิทธิบัตรยา มาตรการจัดตั้งคณะทำงานภาครัฐร่วมกับภาคเอกชน มาตรการศึกษาในเชิงลึกของหน่วยบริการสาธารณสุขไทย และมาตรการศึกษาเชิงลึกถึงการเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ มาตรการวางกลยุทธ์การเจรจาเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุข มาตรการด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยีและมาตรการทางการคลัง

การวิจัยนี้คาดการณ์ว่าประเทศไทยมีโอกาสความริเริ่มทางการค้าดังต่อไปนี้

1. การค้าข้ามพรมแดน - การแพทย์ทางไกล การศึกษาทางไกล
2. ผู้บริโภคเคลื่อนย้าย - บริการการแพทย์ ทันตกรรม ส่งเสริมสุขภาพและท่องเที่ยว แพทย์แผนไทย บริการไม่ฉุกเฉิน การดูแลโรคเรื้อรัง เสริมสวย
3. ธุรกิจต่างชาติเข้ามา - โรงพยาบาลและคลินิก บริการบริหารจัดการสาธารณสุข การวิจัยและพัฒนาทางยา
4. ผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย - บุคลากรสุขภาพที่มีทักษะสูง ที่ปรึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้างเพื่อเตรียมความพร้อมจากการวิจัย ได้แก่

1. ส่งเสริมความตระหนักในประโยชน์และผลเสียของโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะด้านข้อตกลงทางการค้า GATS
2. จัดตั้งหน่วยงานเพื่อดูแล
    - ทางออกของกระบวนการที่เป็นผลกระทบจากการแพทย์ทางไกลและบริการประกัน
    - ผ่อนคลายระเบียบ กฎหมายบางข้อเพื่อลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ สร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้ธุรกิจต่างชาติเข้ามากับผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย เพราะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดต่อระบบสุขภาพ
    - พัฒนาศักยภาพของรัฐในการออกกฎระเบียบในประเทศ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเคลื่อนไหวนานาชาติ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ทำงานด้านนี้ในอนาคต
    - ใช้วิธีทางภาษีอัตราก้าวหน้าต่อระบบการค้าต่างประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชนไทย
    - กระตุ้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อดูความยอมรับของสังคม

3. พัฒนาศักยภาพของสถาบันระดับชาติ โดยการฝึกอบรมและการวิจัยสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีทางการค้า

4. พัฒนาแผนบูรณาการ ชุดดัชนีประเมินว่า ประเทศไทยสามารถผ่านเข้าสู่ระบบเสรีทางการค้าในปี 2010 โดยทุกฝ่ายเป็นผู้ชนะ

5. รัฐถือเป็นพันธกิจที่จะรับกับภาวะเสรีทางการค้า โดยจัดสรรทรัพยากรเฉพาะเพื่อสร้างกลไกระดับชาติและให้กลไกนี้ดำเนินงานได้

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545 : 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเน้นประเด็นผลกระทบต่อบุคลากรด้านสุขภาพ สรุปว่า ข้อตกลงเปิดเสรีการค้าบริการขององค์การการค้าโลก ส่วนที่มีผลต่อระบบสุขภาพมี 5 ประการคือ สาขาธุรกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพ (บริการการแพทย์และทันตแพทย์) สาขาบริการการจัดจำหน่าย (ร้านยา) สาขาบริการการศึกษาที่เกี่ยวกับสุขภาพ (การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข) สาขาบริการการเงิน (การประกันชีวิตและสุขภาพ) และสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม (โรงพยาบาล) แม้ในปี 2538 ประเทศไทยจะไม่กำหนดข้อผูกพันใดๆ ในสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม รวมทั้งข้อผูกพันในสาขาอื่นๆ ไทยกำหนดไว้ไม่เกินกว่าหรือส่วนใหญ่ต่ำกว่ากรอบกฎหมายปัจจุบัน แต่สถานการณ์จริงของ

การเข้าสู่ตลาดและการประติบัติเยี่ยงคนชาติ มักกระทำเกินกว่าที่กำหนดในข้อผูกพันโดยเลี่ยงกฎหมาย เช่น มีร้านขายยาชื่อเดียวกับบริษัทแม่ในต่างประเทศในหลายจังหวัด โดยมีคนไทยเป็นผู้ถือใบอนุ-าตแทน ส่วนธุรกิจโรงพยาบาล มีบริษัทต่างประเทศเข้ามาตาม พ.ร.บ.ประกอบธุรกิจคนต่างด้าว พ.ศ.2543

การวิจัยวิเคราะห์ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการตามรูปแบบการค้า 4 รูปแบบ สรุปว่า การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพข้ามพรมแดน น่าจะไม่มีผลกระทบต่อการวางแผนกำลังคน การผลิตและการใช้/จัดการกำลังคนมากนัก การรับบริการสุขภาพในต่างประเทศจะส่งผลกระทบต่อการวางแผนกำลังคน การผลิต พัฒนา และการใช้กำลังคนอย่างมาก การลงทุนธุรกิจบริการสุขภาพ น่าจะมีผลต่อการพัฒนากำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคน ส่วนการเคลื่อนย้ายบุคลากร ไม่น่าทำให้เกิดเหตุการณ์สมองไหลออกนอกประเทศอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามการติดตามเรื่องนี้อย่างใกล้ชิดมีความจำเป็นมาก และควรหาทางป้องกันไว้แต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะการสร้างกลไกปฏิรูปภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าผลสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ในระดับดีมากและความสำเร็จของการขยายการค้าระหว่างประเทศด้านบริการสุขภาพดีมากเช่นกัน จะมีผลต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพมาก ต้องวางแผนกำลังคนด้วยวิธีคาดการณ์อุปสงค์ แต่ถ้าการปฏิรูประบบสุขภาพได้ผลต่ำแต่ผลสำเร็จทางการค้าระหว่างประเทศสูงมาก จะทำให้เกิดวิกฤตขาดแคลนกำลังคนในชนบท เช่นที่พบในช่วงปี 2530-2540 *(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ 2545 : 68-72)*

7. ทางออกของนโยบายเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

Winters (1999 : 62-63) วิเคราะห์ว่า นโยบายการค้าระหว่างประเทศ ก่อผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำของรายได้ เพราะชนชั้นกลางจะมีโอกาสได้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มคนจน ผู้หิ-งและเด็กจะได้ผลกระทบด้านลบมากที่สุด นโยบายที่ให้ผลดีที่สุดทั้งการเพิ่มระดับรายได้ของประชาชนและการแก้ปั-หาความยากจนคือ การเตรียมความพร้อมว่ากลไกตลาดจะดำเนินการอย่างดี ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุน สถาบันทางการตลาด ตลาดสินเชื่อ และการเปิดธุรกิจใหม่ นโยบายเสริมเหล่านี้เป็นนโยบายที่ต้องทำ ได้แก่ การกระจายสินทรัพย์ที่สร้างผลผลิต การศึกษาและบริการสาธารณสุข การส่งเสริมประชาสังคม การมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มคนจน

สำหรับประเทศขนาดเล็กและประเทศยากจน ความผันผวนของรายได้ประชากรอาจมีผลกระทบต่อประชาชนอย่างมาก *Jansen (2004 : 14)* พิสูจน์ว่า ความผันผวนของรายได้ประชากรขึ้นกับการกระจุกตัวของสินค้าส่งออก ความผันผวนของการค้า และการเปิดเสรีการค้า นอกจากนี้ ระดับรายได้ประชากรที่ต่ำยังมีผลทำให้รายได้ประชากรผันผวนมากขึ้นด้วย การศึกษาดังกล่าวเสนอการป้องกันปั-หาคือ การสร้างสินค้าส่งออกที่หลากหลาย เพื่อป้องกันความผันผวนของรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากที่จะทำโดยเฉพาะประเทศยากจนขนาดเล็กที่ไม่มีศักยภาพในการสร้างสินค้าที่หลากหลาย

ความได้เปรียบของแต่ละประเทศมีแตกต่างกัน ประเทศที่มีพื้นฐานการพัฒนาสูงย่อมได้เปรียบในการแข่งขัน *Berger (2004)*

ประเมินผลกระทบของการลงทุนทางตรงจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment ; FDI) ในสถาบันการเงิน เพื่อดูความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ พบว่า สหรัฐอเมริกา มีความได้เปรียบในการลงทุนจากต่างประเทศ จนกระทั่งเกิดการควบกิจการของสถาบันการเงิน ทั้งกรณีที่ส่งเงินออกนอกประเทศ และกรณีที่เงินต่างประเทศไหลเข้า

ข้อเสนอระดับหลักการของการเปิดเสรีการค้า *Stiglitz (2002 : 59)* วิจารณ์ว่าเหตุจูงใจทางเศรษฐศาสตร์ของการเปิดเสรีทางการค้าหรือโลกาภิวัฒน์ คือ การใช้ประโยชน์จากความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Advantage) ทำให้การผลิตในประเทศต่างๆ สามารถโยกย้ายทรัพยากรข้ามพรมแดนจากที่ที่มีผลิตภาพต่ำไปสู่ประเทศที่มีผลิตภาพสูงกว่า แต่ความสนใจหลักของการประชุมเจรจาการค้าทุกๆ ครั้ง เช่นที่ Doha คือ การปกป้องทรัพย์สินทางป--า *Stiglitz (2002 : 245)* ชี้จุดอ่อนของการเคร่งครัดปกป้องทรัพย์สินทางป--า ว่าเป็นการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ผลิตมากกว่าประโยชน์ของผู้ใช้ ซึ่งมีผลทำให้การค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมไม่งอกเงยโดยเฉพาะกรณีที่ความรู้จากทรัพย์สินทางป--านั้นจะส่งผลต่อการวิจัยให้รู้เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังอาจพบผลกระทบที่เรายอมปล่อยให้ประชาชนในประเทศยากจนตายไปโดยไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ เพราะการปกป้องทรัพย์สินทางป--าทำให้ราคาของยาสำหรับช่วยชีวิตแพงเกินไป

เมื่อความเป็นจริงพบว่าป--หาจากการเปิดเสรีทางการค้ามีมากกว่าประโยชน์ทางทฤษฎีที่ควรได้ ทำให้ *Stiglitz (2002 : 226-228, 244-246)* เสนอการปฏิรูประดับโครงสร้างขององค์การการค้าโลกอย่างครบวงจร เนื่องจากโครงสร้างองค์กรในปัจจุบันประกอบด้วยรัฐมนตรีการค้าที่คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ค้ามากกว่าผลกระทบต่อ

ประชาชนทั่วไป จึงควรปรับโครงสร้างบริหารองค์กร (Governance) ให้ได้ยินเสียงจากส่วนอื่นนอกเหนือจากรัฐมนตรีการค้า จากนั้นควรให้ประเด็นการเจรจามีความโปร่งใส (Transparency) ไม่ใช่ตกลงกันในห้องประชุมลับ เพื่อให้ประชาคมต่างๆ ที่สนใจผลกระทบของนโยบายต่อสิ่งแวดล้อมได้ให้ความคิดเห็น เหนือสิ่งอื่นใด พื้นฐานสำคัญขององค์การระหว่างประเทศต้องให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ไม่เอาเปรียบผู้ด้อยกว่า ให้เกิดการค้าที่สมดุลต่อสิ่งแวดล้อม และคำนึงถึงชีวิตประชาชน

องค์การอนามัยโลก ที่ตกเป็นเบี้ยล่างเมื่อทำงานกับฝ่ายการค้า *Pollock and Price (2003)* เสนอแนะว่า องค์การอนามัยโลกควรทบทวนบทบาทที่สำคัญที่สุดของตนในการเป็นผู้กำหนดมาตรฐานด้านสุขภาพที่เกือบทุกประเทศทั่วโลกอยู่ในโครงสร้างของการตัดสินใจ องค์การอนามัยโลก ควรชูประเด็นที่ท้าทายผู้วางนโยบายทั่วโลก โดยให้ทุกประเทศแสดงข้อมูลหลักฐานเพื่อประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายเปิดเสรีทางการค้าและการให้เอกชนจัดบริการที่จำเป็นแทนรัฐ โดยเฉพาะในประเด็นความเป็นธรรมทางสุขภาพและสิทธิมนุษยชน นอกจากนั้นองค์การอนามัยโลกควรเพิ่มบทบาทของตนในการถ่วงดุลผลกระทบด้านสุขภาพระหว่างประเทศ กับองค์การการค้าโลกที่คำนึงถึงประโยชน์ทางการค้าระหว่างประเทศ

เมื่อใดที่การแก้ปัญหานโยบายระดับนานาชาติ หรือระดับชาติไม่ได้ผล ทางแก้ปัญหาระดับล่างลงไปจึงเป็นทางเลือก ตัวอย่าง กรอบนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่สามารถตกลงกันได้ในระดับสหประชาชาติ คือการลดอุปสงค์ (Demand Reduction) โดยวิธีการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ซึ่งมีสื่อมวลชนช่วยประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังและสำรวจ

ป้-หาการสูบหรี่ในหมู่วัยรุ่น ที่ 114 ประเทศทั่วโลกร่วมมือกัน จนถึงการสร้างการมีหุ้นส่วน (Partnership) เช่น การกีฬาปลอดบุหรี่ การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ *(Beaglehole and Yach 2003)* หรือการเรียกร้องให้องค์กรประชาสังคมร่วมมือกับรัฐรณรงค์จนกระทั่งอัตราตายตามกลุ่มอายุลดลงอย่างได้ผลในประเทศพัฒนา *(Yach et al 2004)*

ข้อเสนอแนะที่มองโลกในด้านดีของนักวิชาการความช่วยเหลือระหว่างประเทศ *(Lee et al 2004)* เห็นว่า การช่วยเหลือระหว่างประเทศเป็นสิ่งดีที่ควรคำนึงเป้าหมายที่เป็นสากล เหมือนที่สหรัฐอเมริกาให้เงินช่วยเหลือฟื้นฟูยุโรปหลังสงครามโลกครั้งที่สองปีละร้อยละ 1 ของรายได้ประเทศเป็นเวลา 4 ปี ตามแผนประธานาธิบดีมาร์แชลทำให้ยุโรปฟื้นตัว[4] ถ้าประเทศต่างๆ ให้ความช่วยเหลือประเทศอื่นตามแผนระยะยาวเข้ากองทุน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศยากจนสามารถยืมไปใช้ในระยะยาวและลดการเอารัดเอาเปรียบที่มากับการให้เงินช่วยเหลือต่างประเทศ เงินกองทุนปีละประมาณ 1 แสนล้านดอลลาร์ที่เสนอยังต่ำกว่ารายจ่ายที่รัฐอุดหนุนการเกษตรของประเทศพัฒนาปีละ 3 แสนล้านดอลลาร์ หรืองบประมาณทหารปีละ 1 ล้านล้านดอลลาร์

8. มาตรฐานข้อมูลการค้าบริการ

เมื่อมีข้อตกลงด้านการค้าบริการของ GATS ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเคลื่อนไหวพัฒนามาตรฐานข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว เพราะมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เปรียบเทียบกันระหว่างการค้าตั้งแต่ในโหมดที่ 1 ถึงโหมดที่ 4 สหประชาชาติ *(United Nations 2003 : 1-2)* ร่วมมือกับสหภาพยุโรป กองทุนการเงินระหว่างประเทศ องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและ

การพัฒนา (Organisation for Economic Co-Operation and Development) การประชุมด้านการค้าและพัฒนาของสหประชาชาติ (United Nations Conference on Trade and Development) และองค์การการค้าโลก จัดพิมพ์คู่มือสถิติการค้าบริการระหว่างประเทศ โดยใช้หลักงบดุลบั-ชีของกองทุนการเงินระหว่างประเทศฉบับที่ 5 (Balance of Payments Manual : BPM5) และหลักการของระบบบั-ชีประชาชาติ (System of National Account : SNA ฉบับปี ค.ศ. 1993) ตัวอย่างของรายจ่ายการค้าบริการด้านสุขภาพที่ต้องรายงานระหว่างประเทศ ได้แก่

- รายจ่ายหมวดการเดินทาง แยกย่อย การเดินทางส่วนบุคคล รายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ
- รายจ่ายบริการส่วนบุคคล วัฒนธรรมและนันทนาการ แยกย่อยเป็น บริการสุขภาพ
- รายจ่ายการประกันชีวิต แยกย่อยเป็น บริการประกันชีวิต อุบัติเหตุและสุขภาพ
- รายจ่ายการประกันโดยตรง เช่น ประกันสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับประกันชีวิต การประกันต่อ (Reinsurance) ด้านอุบัติเหตุ และสุขภาพ
- รายจ่ายด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ บริการโรงพยาบาล บริการทางการแพทย์ทั่วไป
- บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง บริการทันตกรรม ผดุงครรภ์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อตกลงเหล่านี้ อ้างอิงตามมาตรฐานที่มีอยู่ หรือเป็นข้อตกลงใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถแยกแยะได้ว่า รายจ่ายนั้นเป็นของประชากรที่อยู่ในประเทศ ใช้บริการที่ต่างประเทศ หรือใช้บริการขณะอยู่ในประเทศ เพื่อสนับสนุนการแบ่งประเภทวิธีทางการค้าเป็น 4 โหมด

9. การเตรียมความพร้อมของแต่ละประเทศ

ในสหรัฐอเมริกาประเทศที่ก้าวหน้าที่สุดด้านเทคโนโลยีสามารถผ่าตัดผู้ป่วยทางไกลโดยศัลยแพทย์อยู่ที่นิวยอร์คและหุ่นยนต์กับผู้ป่วยอยู่ที่ฝรั่งเศส ในด้านกฎหมายการประกอบโรคศิลปะกรณีนี้อาจไม่เป็นปัญหาเพราะศัลยแพทย์เป็นชาวฝรั่งเศส แต่ *Yeo (2002)* ยกประเด็นว่ากฎหมายในสหรัฐอเมริกาต่างหากที่เป็นอุปสรรค เพราะแต่ละรัฐมีกฎหมายควบคุมการขึ้นทะเบียบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนเอง จึงเป็นอุปสรรคกีดกันการเข้าถึงตลาดของการแพทย์ทางไกล ที่สหรัฐอเมริกายังขาดระบบในการแก้ไข ทั้งที่โดยสุทธิแล้ว การเปิดการค้าเสรีบริการการแพทย์ทางไกลสหรัฐจะได้เปรียบดุล จุดยืนของสหรัฐอเมริกาก็ต้องการให้ประเทศของตนได้รับผลประโยชน์ของการเจรจาทางการค้าเท่าเทียมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ *(Ascher 2002 : 191)*

ประเทศแคนาดา เห็นว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เป็นระบบ จึงให้ผู้อำนวยการสาธารณสุขต่างประเทศของ Health Canada เป็นผู้รับผิดชอบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านการค้าและจุดประสานงานของนโยบายการค้าของกระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ของการปรับวิธีการนี้ ได้แก่ เพื่อเตรียมนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและการค้าของกระทรวง ประสานให้ความเห็นจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่

นโยบายการค้า พัฒนายุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อให้ประเด็นสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจในระยะแรก และเป็นตัวแทนของกระทรวงในการถกเถียงเจราจาการค้าซึ่งเกี่ยวเนื่องกับประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ *(Vellinga 2002)*

10. **สรุป**

การเปิดเสรีทางการค้าตั้งบนแนวคิดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เพราะการเคลื่อนย้ายแรงงานและปัจจัยการผลิตจากที่ที่มีผลิตภาพต่ำไปที่ที่มีผลิตภาพสูงกว่าจะเกิดผลดีโดยรวม แต่ผลที่ปรากฏมักไม่เป็นเช่นนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพมีผลเสียต่อการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์ของภาคการค้ามากกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ บทบาทสถาบันระหว่างประเทศ ทั้งองค์การการค้าโลก และองค์การอนามัยโลก ยังไม่สามารถทำให้เป้าหมายเชิงทฤษฎีเป็นจริงได้ การวิจัยผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับเป้าหมายความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการซึ่งควรปรับตัวในเชิงโครงสร้าง เพื่อให้ประเทศสามารถสู้กระแสการเปิดเสรีนี้ได้

เชิงอรรถ

[1] *Ricardo (1817)* ยกตัวอย่างอังกฤษได้เปรียบด้านอุตสาหกรรมทอผ้า โปรตุเกสได้เปรียบด้านการผลิตไวน์ ความได้เปรียบในที่นี้ คือสามารถผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูง และด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าในประเทศที่เทียบกัน ดังนั้น ประโยชน์การค้าระหว่างประเทศที่ไม่มีการกีดกันของรัฐ คือ ประชาชนทั้งสองประเทศได้บริโภคสินค้าที่มีคุณภาพ ด้วยราคาที่ต่ำ

[2] ข้อมูลส่วนให-ใช้การรวมปริมาณการไหลเข้าและการไหลออกเทียบกับระดับเศรษฐกิจของประเทศนั้น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชากร ให้เทียบกับจำนวนประชากรของประเทศนั้นๆ การเข้าร่วมกับปฏิบัติการคณะมนตรีความมั่นคงของสหประชาชาติให้นับจำนวนปฏิบัติการที่เข้าร่วมหารด้วยจำนวนปฏิบัติการทั้งปี จำนวนองค์การระหว่างประเทศและสถานทูตให้เทียบกันด้วยจำนวนจริง ดัชนีรวมมีค่าระหว่าง 0-1 โดย 1 แสดงว่ามีระดับโลกาภิวัตน์สูงที่สุด การเปรียบเทียบดัชนีโลกาภิวัตน์ระหว่าง 62 ประเทศในปี 2545 และ 2546 ประเทศที่มีดัชนีสูงสุดคือ ไอร์แลนด์ ตามด้วยสวิตเซอร์แลนด์ทั้ง 2 ปี สิงคโปร์จากอันดับ 3 ลดลงเหลืออันดับ 4 สหรัฐอเมริกาอยู่อันดับที่ 11 เลื่อนขึ้นจากอันดับที่ 12 มาเลเซีย อันดับดีขึ้น จาก 20 เป็น 18 อิหร่านอยู่อันดับรั้งท้ายที่ 62 ทั้ง 2 ปี ประเทศไทยปี 2545 อยู่ในอันดับที่ 51 ส่วนปี 2546 เลื่อนขึ้นมาอันดับที่ 47 ถ้าเทียบกับอัฟริกาใต้ เลื่อนจากอันดับ 54 เป็นอันดับที่ 38 (www.foreignpolicy.com)

[3] อันดับย่อยที่ดีที่สุดของประเทศไทย คือ ดัชนีการถ่ายทอดเทคโนโลยี อันดับที่ 5 เสถียรภาพของเศรษฐกิจมหภาค อันดับที่ 8 ส่วนอันดับย่อยรั้งท้าย คือ การนำไปใช้ส่วนบุคคลอันดับที่ 64 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอันดับที่ 52 และโครงสร้างพื้นฐาน อันดับที่ 49

[4] ความรับรู้ในปัจจุบันของประชาชนสหรัฐคิดว่า ประเทศนำเงินภาษีไปช่วยเหลือต่างประเทศสูงถึงร้อยละ 20 ของงบประมาณประเทศ ทั้งที่ความจริงเป็นเงินเพียงร้อยละ 0.13 ของรายได้ของประเทศ

ตารางที่ 3.1 ข้อผูกพันการเปิดตลาด ตามจำนวนประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลก

		เวชกรรมทันตกรรม	**บริการพยาบาล**	**บริการโรงพยาบาล**	**บริการบุคลากรอื่นๆ**	**ประกันสุขภาพ**
ประเภท	ระดับ	**52**	**28**	**42**	**15**	**100**
โหมด 1	เปิดเต็ม	16	7	13	7	10
	บางส่วน	10	4	0	1	59
	ไม่เปิด	*26*	*17*	*29*	*7*	*31*
โหมด 2	เปิดเต็ม	28	9	36	9	22
	บางส่วน	22	19	4	5	52
	ไม่เปิด	*2*	*0*	*2*	*1*	*26*
โหมด 3	เปิดเต็ม	15	5	15	9	9
	บางส่วน	31	22	25	6	88
	ไม่เปิด	*6*	*1*	*2*	*0*	*3*
โหมด 4	เปิดเต็ม	0	0	0	0	0
	บางส่วน	47	27	39	15	92
	ไม่เปิด	*5*	*1*	*3*	*0*	*8*

ที่มา: *WHO/WTO (2002)*

ตารางที่ 3.2 ผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพต่อเป้านโยบายสุขภาพ

รูปแบบการค้า	**เป้านโยบายสุขภาพ**		
	ความเป็นธรรม	**คุณภาพ**	**ประสิทธิภาพ**
บริการข้ามแดน	ให้บริการถิ่น ธุรกันดาร	เพิ่มคุณภาพ	อาจต้องลงทุน มหาศาล
ผู้รับบริการข้าม แดน	“Crowding Out”	เพิ่มคุณภาพ	
ธุรกิจข้ามแดน	เกิดระบบบริการ 2 ระดับ		ทรัพยากรที่มีอาจ อิสระมากขึ้น
ผู้ให้บริการข้ามแดน	ลดการเข้าถึงบริการ	ลดคุณภาพ	การลงทุนสาธารณะ ลด เพราะการ เคลื่อนย้ายเงิน

ที่มา : *Janjaroen and Supakankunti (1998)*

4. ผลกระทบเชิงปริมาณต่อประเทศไทย

การศึกษานี้ เป็นการคาดการณ์ไปข้างหน้าถึงผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย การคาดการณ์สามารถทำได้อย่างจำกัดเนื่องจากความขาดแคลนข้อมูล การคาดการณ์ขนาดและผลกระทบของการค้าบริการด้านสุขภาพในแต่ละโหมดในที่นี้เน้นโหมดที่ 2 และ 4 เป็นสำคั- เนื่องจากเกิดผลกระทบมากต่อระบบบริการสุขภาพและความเป็นธรรม

1. แนวคิดและสมมติฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมในบทที่ 3 สรุปขนาดการค้าบริการด้านสุขภาพที่สำคั-ดังนี้

ข้อตกลงการค้าในโหมด 2 การไหลออกของประชาชนเพื่อไปรับบริการในต่างประเทศ น่าจะน้อย (ไม่มีหลักประกันใดให้ประชาชนใช้สิทธิในต่างประเทศ หรือตัวอย่างตูนีเซีย อนุ-าตให้ใช้แต่ขนาดไม่ให-นัก อ้างใน *Achouri and Achour 2002*) เมื่อเทียบกับ จำนวนการไหลเข้ามารับบริการของผู้ป่วยต่างชาติ เพราะเป็นนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่อโลกาภิวัตน์ จากนโยบายรัฐบาลประกาศให้ความสำคั-กับการดึงดูดผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ ทำให้เอกสารต่างประเทศอ้างอิงต่อนานาชาติว่าเป็นทางออกของประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องชนะ *(WHO and WTO 2002)*

ข้อตกลงการค้าในโหมด 4 การไหลออกนอกประเทศของบุคลากรสุขภาพไม่น่าจะมากนัก *(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ 2545)* ขณะเดียวกัน จำนวนการไหลเข้าของผู้ให้บริการจากต่างประเทศอาจจะไม่มากเนื่องจากปัญหาภาษา แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานการแพทย์สูง จะเข้ามาให้บริการในภาคเอกชน แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานการแพทย์ต่ำกว่า อาจเข้ามาให้บริการในภาครัฐบ้าง *(OECD 2003 ในอัฟริกา ; พงศธร พัชระสุภา วิมลพรรณ อาจสม และ สุมาพร ตรีวัชรานนท์ 2547)*

ข้อตกลงในโหมด 1 บริการการแพทย์ทางไกลยังมีปัญหาในอนุวัตประกอบวิชาชีพเวชกรรมระหว่างประเทศคู่ค้าซึ่งไม่อาจตกลงด้วยระบบพหุภาคี *(Yeo 2002)* ตลาดและผลกระทบอาจยังไม่มากนัก ส่วนโหมด 3 เป็นธุรกิจโดดๆ ที่อยู่เบื้องหลังหรือเป็นธุรกิจผสมผสานกับโหมดอื่นๆ เป็นการใช้เงินทุนเพื่อแสวงกำไร เช่นเดียวกับการนำโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์ ผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงอยู่ที่ระบบการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการมากกว่า

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนไทย จากการที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามามาก ทำให้เกิดปรากฏการณ์ Crowding Out แพทย์จะไหลออกไปให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติในภาคเอกชน (เพราะภาครัฐมีผู้รับบริการมาก ไม่สามารถสร้างความพอใจต่อบริการที่สะดวกรวดเร็ว)

ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพต่อประชาชนไทย จากข้อตกลงการเปิดเสรีการค้าในโหมด 2 และ 4 ผลกระทบจะเกิดมากหากประเทศไทยไม่สามารถควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ นโยบาย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพ แต่การปฏิบัติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลว การเปิดเสรีการค้าสุขภาพในโหมด 2 ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ เกิดผลกระทบด้านลบ แพทย์ไหลออกจากระบบราชการเหมือนช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ *(สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ 2545)* แพทย์ภาครัฐลดลง ประชาชนจะไม่ศรัทธาและไม่ใช้ระบบที่รัฐจัดให้ แต่กลับไปใช้ "เงินจากกระเป๋า" ของแต่ละครัวเรือน "ซื้อ"บริการสุขภาพที่ตนเอง "มั่นใจ"ในคุณภาพจากภาคเอกชน (ซึ่งมีผู้ป่วยชาวต่างเข้ามาใช้ด้วย) การเปิดเสรีในโหมด 4 ทำให้แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานสูงเข้ามาให้บริการในภาคเอกชน เพื่อตอบสนองอุปสงค์ผู้ป่วยต่างชาติและผู้ป่วยไทยที่ใช้บริการในภาคเอกชน ส่วนโหมด 4 การออกไปทำงานในต่างประเทศของบุคลากรสาธารณสุขของไทยยังไม่น่าเกิดผลกระทบมากนักในระยะ 10 ปีข้างหน้า

ผลกระทบด้านการเกิดตลาดบริการสุขภาพในภาคเอกชนที่มากขึ้น จึงเป็นคำถามวิจัย ที่ต้องการการประเมินในเชิงประมาณในบทที่ 4 นี้

2. ฐานข้อมูลการประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

1. บั-ชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะทำงานจากกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมมือกันรวบรวมเป็นอนุกรมระหว่าง พ.ศ. 2537-2544 แหล่งข้อมูลนี้ ใช้เพื่อประเมินขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพที่อยู่ในขอบเขตของ "ตลาดการค้าบริการสุขภาพ"

2. การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิภาพครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546 เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ทั้งระดับประเทศ เขตเมืองเขตชนบท และในเขตจังหวัดที่มีอุปทานของบริการทางการแพทย์สูง เพื่อสร้างเหตุการณ์สมมติว่าเมื่อเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ จะมีการไหลออกของบุคลากร ตลอดจนเกิดอุปสงค์ของบริการภาคเอกชนที่มากขึ้น

3. การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน และการลาออกจากราชการของแพทย์ที่รวบรวมโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความสู-เสียในการผลิตบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่อาจไหลออกไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น

3. ขนาดของตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทย

ฐานข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไทย *(วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียรและคณะ 2547)* แสดงแนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไทย ระหว่างปี 2537 ถึง 2544 ว่า รายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศไทย เป็นร้อยละ 3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศในปี 2537 เพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดคือร้อยละ 4.0 ในปี 2540 ที่ไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจ และลดลงเหลือร้อยละ 3.3 ในปี 2544 โดยสัดส่วนรายจ่ายที่มาจากการจ่ายของประชาชนเมื่อรับบริการลดลงเรื่อยๆ จากร้อยละ 44 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดเหลือร้อยละ 33 ทำให้รายจ่ายจากกระเป๋าต่อคนต่อปีไม่ได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เป็นเพราะวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา และเป็นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลใหม่ในปี 2544

ถ้ายอมรับว่า ในระบบบริการสุขภาพของไทยมีส่วนที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพ” รายจ่ายสุขภาพที่มาจากกระเป๋าประชาชนเป็นแหล่งให้ของการค้าเหล่านี้ ซึ่งใช้จ่ายสำหรับการรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา การแพทย์ทางเลือกและบางส่วนเป็นการจ่ายเมื่อรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ รายจ่ายที่มาจากกระเป๋าประชาชนเมื่อรับบริการในปี 2544 เป็นเงินทั้งสิ้น 56,286 ล้านบาท ใกล้เคียงกับงบประมาณรัฐที่ให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ 56,845 ล้านบาท *(วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียร และคณะ 2547)* ถ้ายอมรับว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมกลไกตลาดเต็มที่ เพราะยอมรับให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋า 30 บาทต่อครั้งของการรับบริการเท่านั้น การจ่ายจากกระเป๋าในส่วนที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐคุมเข้ม” จึงไม่น่าจะสูง รายจ่ายจากกระเป๋าของประชาชนประมาณ 5 หมื่นล้านบาท น่าจะเป็นขนาดของ“การค้าบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมไม่ได้” ทั้งที่เป็นรายจ่ายในตลาดบริการภาคเอกชน และตลาดบริการภาครัฐ

ถ้าคิดเป็นรายจ่ายด้านสุขภาพตามชนิดของหลักประกันสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นรายจ่ายที่ให้ที่สุดและรัฐควบคุมกลไกตลาดมากที่สุด รองลงมาเป็นหลักประกันที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมปานกลาง” คือประกันสังคม มีรายจ่ายในปี 2544 ประมาณ 11,274 ล้านบาท (ร้อยละ 7 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำหรับประชากรประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ) เนื่องจากมีการแข่งขันกันให้บริการกับผู้ประกันตนระหว่างรัฐและเอกชน แต่จำนวนเงินที่สถานพยาบาลได้รับส่วนใหญ่เป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อปี หลักประกันที่สามเป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐ

ควบคุมน้อย" คือ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ มีรายจ่ายในปี 2544 ประมาณ 21,708 ล้านบาท (ร้อยละ 13 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด สำหรับประชากรประมาณร้อยละ 10) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังอนุ-าตให้มีหลักประกันอื่นๆ ซ้ำซ้อนกันได้ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน ที่เป็นภาคสมัครใจ หรือประกันจากพระราชบั--ติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ที่เป็นภาคบังคับ ทั้ง 2 ส่วนนี้มีรายจ่ายต่อปีรวมกันไม่เกินกว่า 1 หมื่นล้านบาท นอกจากนี้ ผู้มีหลักประกันต่างๆ อาจไม่ใช้สิทธิของตนเองหรือเลือกใช้สิทธิชนิดที่ตนคิดว่าให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดได้ หรือใช้การจ่ายเงินสด ณ จุดรับบริการโดยไม่ใช้สิทธิใดๆ ซึ่งเท่ากับการยอมรับว่า "สินค้าสุขภาพ" ที่ตนใช้เงินสดซื้อจะมีคุณภาพดีกว่า "บริการสาธารณะ" ที่รัฐจัดหาให้อย่างมีการควบคุม

เมื่อแยกย่อยรายจ่ายด้านสุขภาพปี 2544 ตามประเภทสถานพยาบาลที่ใช้ รายจ่ายที่สูงที่สุดอยู่ในโรงพยาบาลของภาครัฐ ร้อยละ 49 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด หรือเป็นเงินเกือบ 8 หมื่น 4 พันล้านบาท (ดูตารางที่ 4.1) ต่อมาคือ รายจ่ายในโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 15 (เป็นเงิน เกือบ 2 หมื่น 6 พันล้านบาท) รายจ่ายกิจกรรมสาธารณสุข (ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ)ในภาครัฐ ร้อยละ 8 (เป็นเงินเกือบ 1 หมื่น 4 พันล้านบาท) รายจ่ายร้านยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 6 รายจ่ายผู้ป่วยนอกกับแพทย์ร้อยละ 6 (ประมาณหมื่นล้านบาท) รวมแล้วเป็นรายจ่ายในสถานพยาบาลภาคเอกชน ร้อยละ 28 (หรือ ประมาณ 4 หมื่น 8 พันล้านบาท) เมื่อเทียบกับขนาดการคลังที่มาจากภาคเอกชนในปีเดียวกันร้อยละ 33 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด สูงกว่าร้อยละ 28 ที่จ่ายไปยังสถานบริการเอกชน แสดงว่า การจ่ายเงิน ณ จุดรับบริการยังมีขนาดมากอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ[1] หรืออีก

นัยหนึ่ง “ตลาดการค้าบริการสุขภาพ” ซึ่งวัดโดยการจ่ายจากกระเป๋าของประชาชน ยังเกิดในสถานพยาบาลรัฐได้อีกมากด้วย

4. พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ อุปสงค์สมดุลกับอุปทาน

การจัดการระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย รัฐบาลใช้วิธีการวางแผนด้านอุปทานจากส่วนกลางเป็นหลัก เริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งแรกในสมัยรัชกาลที่ 5 (โรงพยาบาลเอกชนมีมาตั้งแต่รัชกาลที่ 4) การให้สร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดให้ครบทุกจังหวัดสมัยรัฐบาลหลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ การสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอสมัยรัฐบาลพลเอกเปรมติณสูลานนท์ และการสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบลสมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชนจากที่มีข้อมูลการสำรวจในอดีตเมื่อ 30 ปีก่อนจนถึงปัจจุบัน การซื้อยากินเองแม้จะลดลงจากส่วนแบ่งร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 20 แต่ยังเป็นฐานที่ใหญ่ที่สุดของประชาชน (ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง) การใช้การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก (รวมสมุนไพร ไสยศาสตร์ ฯลฯ) ลดลงเช่นกัน พฤติกรรมแสวงหาบริการของคนเขตชนบทใช้บริการที่สถานีอนามัยมากขึ้น ส่วนคนในเขตเมืองใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการกระจายของด้านอุปทาน ที่รัฐจัดสร้างสถานีอนามัยให้ครบทุกตำบล ส่วนกลไกตลาดทำให้คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนกระจุกตัวอยู่เฉพาะเขตเมืองซึ่งประชาชนมีกำลังซื้อมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

เมื่อรัฐสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนในปี 2544 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่ชัดเจน คือ การใช้บริการผู้ป่วยใน โดยในปี 2544 มีอัตราการใช้บริการเพิ่มกว่าปี 2539 ร้อยละ 34 (จาก 0.059 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.079 ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนของการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนลดจากร้อยละ 20 เหลือร้อยละ 14

5. ผลกระทบของการค้าโหมด 2 และโหมด 4

การประเมินขนาดผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพในโหมด 2 และโหมด 4 ให้ความสำคัญ-เฉพาะการไหลเข้าของผู้ป่วยจากต่างประเทศ ที่รัฐต้องการสร้างรายได้ให้กับประเทศ ทำให้อุปทานของระบบบริการไหลไปสู่บริการภาคเอกชน (หรือที่รัฐไม่สามารถควบคุมกลไกตลาด) ส่วนโหมด 4 การไหลออกของแพทย์ไทยไปต่างประเทศไม่มากนัก แต่จะไหลไปภาคเอกชนมากกว่า หากกีดกันไม่ให้แพทย์ไทยไหลออกจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจดีกว่าเพื่อทำงานให้กับภาคเอกชน หรือถ้าแพทย์ในภาครัฐมีน้อย อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจด้อยกว่าเพื่อทำงานให้กับภาครัฐในเขตชนบท ขั้นตอนประเมินผลกระทบทำตามลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สมมติให้สมดุลอุปสงค์-อุปทานบริการสุขภาพใน 5 จังหวัดที่มีด้านอุปทานสูง เป็นตัวแทนของสถานการณ์เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ (ได้แก่จังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์เพราะมีแพทย์ที่มีความสามารถสูงจำนวนมากและ

จังหวัดภูเก็ตซึ่งรัฐให้ความหวังในการเป็นศูนย์ผู้ป่วยต่างชาติ) มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการมากรวมทั้งภาคเอกชนเติบโตและมีอุปสงค์ของผู้ป่วยไทยแทรกเข้ารับบริการด้วย (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนวางเป้าหมายส่วนแบ่งตลาดให้ผู้ป่วยต่างชาติเป็นประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อลดความผันผวนที่ต้องพึ่งตลาดต่างประเทศมากเกินไป)

ขั้นตอนที่ 2 สมมติให้พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชาชนไทย ที่ไม่ตระหนักในสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตนเองใน 5 จังหวัด เป็นพฤติกรรมของประชาชนทั่วไปที่จะรับบริการเมื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลว และทำให้บริการภาคเอกชนมีความอยู่รอด อุปสงค์ส่วนนี้เป็นร้อยละ 70 ของบริการในภาคเอกชน

ขั้นตอนที่ 3 ประมาณการว่าแพทย์ในภาครัฐต้องสู-เสียสู่ภาคเอกชนเท่าใด

ขั้นตอนที่ 4 ประมาณการว่าแพทย์ต่างประเทศจะเข้าสู่ตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทยเท่าใด

5.1การกระจายด้านอุปทานที่ไม่เป็นธรรม

การกระจายแพทย์ที่ไม่เป็นธรรมในประเทศไทยเห็นได้ชัดเจนมานานแล้ว ตารางที่ 4.3 แสดงสถานการณ์ใน 5 จังหวัดที่สมมติให้เป็นตัวแทนของสถานการณ์เปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพมีแพทย์ในจังหวัดเหล่านั้นมาก หากดูเฉพาะด้านอุปทาน พบว่า แพทย์ใน 5 จังหวัด มีสัดส่วนร้อยละ 50 ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั้งประเทศ

(9,030 คน จาก แพทย์ทั้งหมด 18,025 คน) ขณะที่ประชาชนใน 5 จังหวัดเป็นเพียงร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน พบว่าอัตราส่วนนี้ของแพทย์ในภาครัฐของ 5 จังหวัดดีกว่าส่วนที่เหลือ 71 จังหวัดเกือบ 5 เท่าและอัตราส่วนแพทย์ภาคเอกชนใน 5 จังหวัดสูงกว่าส่วนที่เหลือ 71 จังหวัดถึง 5 เท่า เมื่อเทียบสัดส่วนแพทย์เอกชนต่อแพทย์ทั้งหมด พบว่าภูเก็ตมีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาคเอกชนสูงที่สุด คือร้อยละ 37 สูงกว่ากรุงเทพฯ แต่จังหวัดขอนแก่นมีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาคเอกชนต่ำที่สุดเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น

โดยความเป็นจริง ยังมีจังหวัดอื่นๆ ที่มีการกระจายของแพทย์หนาแน่นมากกว่าขอนแก่นหรือสงขลาอีกมาก แต่ในที่นี้เลือกเฉพาะจังหวัดที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพราะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชา-หลายสาขา นอกจากนั้นตัวเลขที่รายงาน แพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะแพทย์ภาครัฐอีกจำนวนมากที่ทำงานบางเวลาในภาคเอกชน

ถ้ากล่าวว่า การมีแพทย์ 3-5 คนต่อ 10,000 ประชากรใน 4 จังหวัดนี้ (ยกเว้น กรุงเทพฯ มีแพทย์สูงที่สุด 12 คนต่อ 10,000) เป็นสิ่งที่พึงประสงค์ ทั้งประเทศไทยจึงขาดแคลนแพทย์อีกมากกว่าเท่าตัวของที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และเมื่อได้มาต้องกระจายในจังหวัดที่ขาดแคลนมากจึงจะเกิดความเป็นธรรมของปัจจัยนำเข้า

5.2 พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชากรใน 5 จังหวัด

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546 ครอบคลุมทุกจังหวัดจึงวิเคราะห์พฤติกรรมแสวง

หาบริการของประชากรใน 5 จังหวัดเปรียบเทียบกับของทั้งประเทศ สำหรับประชากร 5 จังหวัดยังแบ่งเป็นประชาชนที่รับรู้สิทธิของตนเองว่าเป็นบัตรทองขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลใด (สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ทั้งประเภทจ่ายเงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษาและประเภทยกเว้นไม่จ่ายค่าธรรมเนียม)และประชาชนกลุ่มอื่นๆทั้งหมด (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ควบคุมกลไกตลาดอย่างเข้มและกลุ่มที่เหลือ) พบว่าการรายงานว่าป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์และการนอนโรงพยาบาลช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของ 5 จังหวัด ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ดูตารางที่ 4.4)

เป็นไปตามที่คาดหมาย ประชาชนใน 5 จังหวัดสิทธิบัตรทองมีรายได้ต่อคนต่อเดือนต่ำที่สุดประชาชนส่วนที่เหลือใน 5 จังหวัดมีรายได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การใช้บริการจากภาครัฐของประชาชนบัตรทองใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ประชาชนใน 5 จังหวัดสิทธิอื่นๆ ใช้บริการจากภาคเอกชนสูงมาก ได้แก่ ร้อยละ 33 ของการเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 46 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาเป็นการนอนในโรงพยาบาลเอกชน

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นการสำรวจครัวเรือนคนไทยไม่นับรวมชาวต่างชาติ และยิ่งไม่มีโอกาสได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวต่างชาติที่เข้าประเทศไทยเพื่อรับการรักษาพยาบาลข้อมูลเหล่านี้ต้องได้จากสถานพยาบาลและสถิติของหน่วยงานรัฐก็ไม่ได้รวบรวมไว้

5.3 การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ของประชาชนถ้ากลไกตลาดทำงานเต็มที่

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546 ประมาณว่าผู้ที่อยู่ในหลักประกันอื่นๆ และไม่มีสถานพยาบาลด่านแรกมีทั้งสิ้น 15 ล้านคน ถ้าให้ประชากรส่วนนี้มีพฤติกรรมแสวงหาบริการเหมือนกับประชาชนกลุ่มเดียวกับใน 5 จังหวัด (ซึ่งมีอุปทานสูง) จะมีจำนวนการใช้บริการที่ร้านขายยา 12.8 ล้านครั้ง ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 18.6 ล้านครั้ง และนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน 289,154 ครั้ง(ดูตารางที่ 4.5)

แต่จากการสำรวจครั้งนั้นกลุ่มประชากร 15 ล้านคนนี้ (วิเคราะห์จากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าใช้บริการจริง) มีพฤติกรรมใช้บริการที่ร้านขายยาสูงถึง 14.1 ล้านครั้ง ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 18.6 ล้านครั้ง และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน 269,195 ครั้ง (จำนวนการใช้บริการจริงของร้านยาสูงกว่าภาพสมมติเพราะอัตราการป่วยรวมสูงกว่า ขณะที่สัดส่วนการใช้ร้านยาเท่ากันแต่ผู้ป่วยในภาพสมมติใช้บริการมากกว่า เพราะสัดส่วนการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่า)

ถ้าหากกลุ่มประชาชน 15 ล้านคนนี้มีพฤติกรรมแสวงหาบริการเหมือนกับค่าเฉลี่ยของประชาชนทั้งประเทศ จะมีการใช้บริการที่ร้านขายยา 14.6 ล้านครั้งใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 13.1 ล้านครั้ง แต่จะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนเพียง 143,816 ครั้ง จำนวนการใช้บริการแบบผู้ป่วยในของภาพสมมติเพิ่มขึ้นมาก เพราะสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลเอกชนของทั้งประเทศ

ต่ำ จึงสรุปว่า การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ดี (ประชาชนไม่ตระหนักในสถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียน) ผสมผสานกับการขยายตัวของอุปทานเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนจะทำให้ปริมาณการใช้บริการโดยเฉพาะผู้ป่วยในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นมาก (ส่วนปริมาณการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกอาจเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจนนัก)

5.4 การขยายตัวของอุปทานภาคเอกชนและการลาออกของแพทย์

การใช้บริการผู้ป่วยในภาคเอกชนที่เพิ่ม 2 หมื่นถึง 1.5 แสนครั้งต่อปี (ตารางที่ 4.5) ทำให้เกิดการขยายตัวของเตียงโรงพยาบาลเอกชนระหว่าง 273-1,991 เตียง (ถ้าให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนเฉลี่ยรายละ 3 วัน และเตียงโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราครองเตียงร้อยละ60) หรือเกิดการขยายตัวระหว่าง 410-2,986 เตียง (ถ้าให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนเฉลี่ยรายละ 3 วัน และเตียงโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราครองเตียงร้อยละ 40)

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ต้องการแพทย์ทำงานเต็มเวลาเพิ่มขึ้น จะเกิดเหตุการณ์แพทย์ลาออกจากราชการอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 40-300 คน (คิดอัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อ 10 เตียง) เพื่อทำงานในภาคเอกชนเช่นเดียวกับระยะที่เศรษฐกิจประเทศไทยอยู่ในช่วงเติบโต ปรากฏการณ์ในระยะเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา การสูญเสียแพทย์สู่ภาคเอกชนก่อนวิกฤตเศรษฐกิจสูงสุดปีละประมาณร้อยละ 30 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น (แพทย์จบใหม่ปีละเกือบ 600 คน) หลังวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2542 พบว่าแพทย์

จากภาคเอกชนไหลกลับเข้าปฏิบัติงานในภาครัฐเกือบร้อยละ 13 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น แต่ครั้นปี 2545 แพทย์กลับไหลออกสู่ภาคเอกชนถึงร้อยละ 32 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น (แพทย์จบใหม่ปีละกว่า 900 คน *เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ 2547 : 75*)

5.5 อุปสงค์ต่อแพทย์จากการค้าบริการสุขภาพโหมด 2

นอกจากผลกระทบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุณภาพไม่ดี ทำให้อุปสงค์ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นแล้ว การค้าบริการสุขภาพโหมด 2 ที่ให้ผู้ป่วยต่างชาติมารักษาในประเทศไทย ยิ่งทำให้อุปสงค์ของแพทย์มากขึ้น ประมาณว่าใน 1 ปีแพทย์ในชนบททำงานดูแลผู้ป่วยนอกปีละ 10,000-20,000 ราย ดูแลผู้ป่วยในปีละ 500-1,000 ราย ส่วนแพทย์ในเมืองมีภาระดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์ในชนบทประมาณครึ่งหนึ่ง ถ้าตั้งเป้าหมายให้ชาวต่างประเทศเข้ามารักษาในประเทศไทยแบบผู้ป่วยในปีละ 100,000 ราย อุปสงค์ต่อแพทย์จะเพิ่มขึ้นประมาณกว่า 200-400 คน เท่ากับจะขาดแคลนแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในชนบทเพิ่มขึ้นอีก

อาจกล่าวโดยอนุโลมว่า การส่งเสริมการค้าบริการสุขภาพโหมด 2 ให้ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศ(ในภาคเอกชน) ปีละ 100,000 ราย ทำให้แพทย์ของประชาชนทั่วไป ต้องไปรักษาผู้ป่วยต่างชาติ (ในภาคเอกชน) ประมาณ 200-400 คน นอกจากนี้การขาดแคลนแพทย์สำหรับประชาชนไทยทั่วไปอาจส่งผลต่อเนื่องให้ประชาชนไม่มั่นใจในคุณภาพของระบบที่มีอยู่ ทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพต่อภาครัฐย้ายไปเป็นอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพในภาคเอกชน อาจทำให้แพทย์ไหลออกสู่ภาคเอกชนอีก 40-300 คน (เพราะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุณภาพไม่ดี)

5.6 การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลน เพิ่มกำลังการผลิตหรือนำเข้าแพทย์ต่างชาติ ตามโหมด 4

ต้นทุนที่ยอมรับของการผลิตแพทย์ในประเทศไทยที่ใช้เป็นฐานของการจัดสรรงบประมาณผลิตแพทย์คือ 300,000 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นการผลิตแพทย์ 1 คน ใช้งบประมาณของรัฐ 1.8 ล้านบาท การสูญเสียแพทย์ภายในประเทศ (จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน) ประมาณ 240-700 คน เท่ากับสูญเสียต้นทุนการผลิตแพทย์ 430-1,260 ล้านบาท นอกจากนั้นยังสูญเสียสวัสดิการที่ผู้ป่วยควรได้รับหากแพทย์เหล่านี้ยังปฏิบัติงานในชนบทหรือในที่ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพของประเทศ

ถ้าไม่ต้องการให้เกิดการสูญเสียแพทย์ภายในประเทศ อาจทดแทนด้วยการนำเข้าแพทย์ต่างชาติตามการค้าบริการสุขภาพโหมด 4 เช่น

- กรณีที่ 1 นำเข้าแพทย์ต่างชาติเพื่อรักษาผู้ป่วยต่างชาติ กรณีนี้อาจได้แพทย์จากประเทศที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมดีกว่าประเทศ
- กรณีที่ 2 นำเข้าแพทย์ต่างชาติเพื่อทดแทนแพทย์ไทยที่สูญเสียให้ไปรักษาผู้ป่วยต่างชาติ กรณีนี้อาจได้แพทย์จากประเทศที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่าไทย

เป้าหมายของการนำเข้าแพทย์ทั้ง 2 กรณีเพื่อให้คงอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรที่เหมาะสมต่อการให้บริการกับประชาชน เช่น เป้าหมาย 4 คนต่อประชากร 10,000 คน ในเดือนกรกฎาคม 2547 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศเป้าหมายเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อีก 10,000 คน โครงการดังกล่าวใช้งบประมาณเกือบ 2 หมื่นล้านบาท (มติคณะรัฐมนตรี 15 มิถุนายน 2547) แสดงว่าประเทศยังมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ดังนั้นการให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทย ควรคำนึงถึงต้นทุนที่แท้จริงที่รวมทั้งการขาดแคลนแพทย์ และการสูญเสียสวัสดิการของประชาชนในประเทศด้วย

6. **สรุป**

การประมาณผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย ให้ความสำคัญต่อการค้า 2 โหมด คือ โหมด 2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทย และโหมด 4 การให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาให้บริการในประเทศ การให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ ทำให้สูญเสียกำลังของแพทย์ไทยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อแพทย์ในระบบลดน้อยลง จะทำให้คุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง และมีผลต่อเนื่องให้อุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชนของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้น ผลกระทบสุดท้ายคือแพทย์ลาออกจากระบบเพิ่มมากขึ้น การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนได้อย่างรวดเร็วคือ การนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศ

เชิงอรรถ

[1] ตามความเป็นจริง มีการไขว้กันของแหล่งเงินกับประเภทสถานพยาบาล ตามแนวคิดส่วนผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public Private Mix) คือ การคลังภาครัฐไหลไปสู่สถานพยาบาลเอกชนได้ เช่น กรณีประกันสังคมทำส้--ากับโรงพยาบาลเอกชนให้ดูแลผู้ประกันตนตลอดปี และการคลังภาคเอกชนก็ไหลสู่ภาครัฐได้เช่นกัน

ตารางที่ 4.1 รายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับ GDP และรายจ่ายย่อยที่สำคัญ ปี 2537-2544

	รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ			รายจ่ายย่อย (ล้านบาท)			
พ.ศ.	ล้านบ.	%GDP	%เพิ่ม	ผป.ในรัฐ	ผป.ในเอกชน	ผป.นอก	ยา เวชภัณฑ์
2537	127,655	3.5	-	50,357	25,518	12,007	8,254
2538	147,837	3.5	15.8%	57,967	28,398	13,702	9,421
2539	177,103	3.8	19.8%	72,844	33,041	15,606	8,678
2540	189,143	4.0	6.8%	75,306	31,070	14,763	8,362
2541	172,811	3.7	-8.6%	70,021	25,108	14,521	10,245
2542	162,124	3.5	-6.2%	78,031	24,527	15,648	9,353
2543	167,147	3.4	3.1%	80,669	24,278	14,690	10,794
2544	170,203	3.3	1.8%	83,804	25,994	14,356	10,732

ที่มา: *วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2547*

ตารางที่ 4.2 การแสวงหาบริการ (%) ของประชาชนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2513-2544

การแสวงหาบริการ	ผู้ป่วยนอก				ผู้ป่วยใน	
	2513	2522	2539	2544	2539	2544
ไม่ได้รักษา	2.7	4.2	3.2	6.6	-	-
แผนโบราณ สมุนไพร หมอพื้นบ้าน	7.7	6.3	2.3	0.6	-	-
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	27.7	22.6	-	-
สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข	4.4	16.8	18.6	19.9	-	-
โรงพยาบาลชุมชน	-	-	12.2	13.4	35.6	26.6
โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ	11.1	10.0	13.3	20.0	44.1	58.2
โรงพยาบาลเอกชน	-	-	3.5	3.9	20.3	13.9
คลินิกเอกชน	22.7	20.4	18.0	12.4		
อื่นๆ	-	-	1.1	0.6	0.0	0.0
รวม ครั้งต่อคนต่อปี	**-**	**-**	**3.979**	**3.939**	**0.059**	**0.079**

ที่มา: ข้อมูลปี 2513, 2522 การประชุมสมัชชาสาธารณสุขไทย ครั้งที่ 1 ปี 2531 หน้า 214

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2539, 2544

ตารางที่ 4.3 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คนใน 5 จังหวัดที่มีอุปทานสูงเทียบกับประเทศ

จังหวัด	ประชากร	จำนวนแพทย์*			แพทย์ต่อ 10,000 ประชากร		
	คน	รัฐ	เอกชน**	ทั้งหมด	รัฐ	เอกชน	ทั้งหมด
กรุงเทพมหานคร	5,782,159	5,406	1,749	7,155	9.35	3.02	12.37
เชียงใหม่	1,595,855	634	129	763	3.97	0.81	4.78
ภูเก็ต	270,438	74	43	117	2.74	1.59	4.33
ขอนแก่น	1,767,643	587	10	597	3.32	0.06	3.38
สงขลา	1,271,067	335	63	398	2.64	0.50	3.13
รวม 5 จังหวัด	10,687,162	7,036	1,994	9,030	6.58	1.87	8.45
รวม 71 จังหวัด	52,112,710	6,987	2,008	8,995	1.34	0.39	1.73
ทั้งประเทศ	62,799,872	14,023	4,002	18,025	2.23	0.64	2.87

หมายเหตุ :ข้อมูลประชากรและแพทย์ปี 2543

* จำนวนแพทย์ เฉพาะที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

** แพทย์เอกชนนับเฉพาะผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลา แต่ยังมีแพทย์ภาครัฐที่ทำงานในภาคเอกชนอีก

ตารางที่ 4.4 พฤติกรรมการเจ็บป่วยและแสวงหาบริการของประชาชนใน 5 จังหวัด

5 จังหวัด	**บัตรทอง**	**บัตรอื่นๆ**	**รวม 5 จังหวัด**	**ประเทศ**
ประชากร	8,204,652	5,192,594	13,397,247	63,884,553
รายได้ต่อคน/เดือน	5,843	13,041	9,003	6,797
ป่วย ครั้ง/คน/ปี	**4.7**	**3.8**	**4.4**	**4.9**
%ร้านยา	24.7	22.3	23.9	19.8
%สถานีอนามัย	18.1	4.8	13.6	22.7
%ร.พ.รัฐ	28.9	27.1	28.3	30.4
%คลินิก ร.พ.เอกชน	19.6	32.5	23.9	17.9
อัตรานอนร.พ./100	**5.8**	**4.2**	**5.2**	**6.3**
%ร.พ.รัฐ	77.7	53.2	70.0	84.6
%ร.พ.เอกชน	21.8	45.8	29.4	15.2

ที่มา : วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546
ร้อยละของการรับบริการ รวมกันไม่ครบ 100% เพราะยังมีการใช้บริการประเภทอื่นที่ไม่ได้นำเสนอ

ตารางที่ 4.5 การใช้บริการของประชาชนนอกบัตรทองเมื่อพฤติกรรมรับบริการเปลี่ยน

การใช้บริการ	**พฤติกรรมประชากร 15,020,940 คนเท่ากับ**			**ส่วนต่าง (ครั้ง)**	
	5 จังหวัด	**สำรวจจริง**	**ของประเทศ**	**5 จว.-สำรวจ**	**5 จว.-ประเทศ**
ป่วย ครั้ง/คน/ปี	**3.8**	**4.2**	**4.9**		
%ร้านยา	22.3	22.3	19.8		
ใช้ร้านขายยา	12,774,383	14,082,978	14,552,059	-1,308,595	-1,777,675
%คลินิก ร.พ.เอกชน	32.5	29.5	17.9		
ใช้คลินิก ร.พ.เอกชน	18,585,315	18,625,802	13,149,699	-40,487	5,435,616
อัตรานอนร.พ./100	**4.2**	**5.9**	**6.3**		
%นอนร.พ.เอกชน	45.8	29.4	15.2		
จำนวนนอนร.พ.เอกชน	289,154	269,195	143,816	19,959	145,338

หมายเหตุ : ประมาณการจากฐานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546 สมมติพฤติกรรมใช้บริการของประชาชนนอกบัตรทองเหมือนกับประชากรนอกบัตรทองใน 5 จังหวัด และให้เหมือนกับค่าเฉลี่ยของประเทศสำรวจจริงคือการใช้บริการที่กลุ่มตัวอย่างตอบในการสัมภาษณ์ครัวเรือน

5. อภิปรายและสรุป

บทสุดท้าย อภิปรายข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม การคาดการณ์ผลกระทบต่อประเทศไทย และความสอดคล้องเชิงทฤษฎีของการค้าบริการด้านสุขภาพ เพื่อเสนอทางออกที่ควรเป็นสำหรับประเทศไทย

1. เหตุใดจึงมีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ

ขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพที่เข้าข่ายการค้าบริการสุขภาพของประเทศไทยปีละประมาณ 4 หมื่นล้านบาท (ผู้ป่วยในภาคเอกชน 2.6 หมื่นล้านบาท ยาและเวชภัณฑ์นอกโรงพยาบาล 1 หมื่นล้านบาท และผู้ป่วยนอกภาคเอกชนอีกส่วนหนึ่ง จากตารางที่ 4.1) เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่เชื่อกลไกตลาด (Market Mechanism) ในบริการสุขภาพดำเนินการอย่างแข็งขัน ข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆยื่นต่อประเทศไทย คือให้เปิดตลาดโรงพยาบาลและบริการสาขาวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อประเทศไทยปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2544 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 1.8 (ในปี 2544 จากปี 2543) ต่ำกว่าอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ทำให้ร้อยละของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมลดจากร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ3.3 (อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มลดมาตั้งแต่ปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจจากร้อยละ 4.0 ของ GDP) อาจกล่าวได้ว่า กลไกของหลัก

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยกำกับให้ตลาดการค้าบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้

2. หลักฐานความเป็นธรรมทางสุขภาพ : การคลัง การรับบริการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคน ช่วยปกป้องรายจ่ายสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะรายจ่ายจากกระเป๋าของครัวเรือนที่ยากจน โดยลดร้อยละ 4.6 ของรายได้ครัวเรือนในกลุ่มที่ยากจนที่สุดในปี 2543 เหลือร้อยละ 2.7 ในปี 2545 *(วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียรและคณะ 2547ข : 19)*

ผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพมากที่สุด คือ การเข้าถึงบริการแบบผู้ป่วยใน และมีสัดส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นมากจำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยนอกเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่สัดส่วนการใช้คลินิกเอกชนลดลง เป็นการใช้บริการโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น

ความแตกต่างของการรับบริการในเขตพื้นที่ต่างกัน เห็นได้ชัดเจนจากการเปรียบเทียบสภาพใน 5 จังหวัดที่มีอุปทานสูง (ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต ขอนแก่น สงขลา) กับค่าเฉลี่ยของประเทศ หรือการเปรียบเทียบระหว่างหลักประกันที่ต่างกันใน 5 จังหวัดนั้น เช่น การใช้บริการร้านยา คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนของประชาชนทั้งประเทศต่ำกว่าสถานการณ์ใน 5 จังหวัด และกลุ่มประชาชนที่รับรู้ในสิทธิบัตรทองกับกลุ่มอื่นๆ ใน 5 จังหวัด สัดส่วนการใช้บริการคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนต่างกันเกือบ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม

ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่า การเข้าถึงบริการภาคเอกชนสูงกว่าจะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่าหรือไม่ แต่ลักษณะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่เห็นชัดคือ รายได้ กลุ่มที่รับรู้สิทธิบัตรทองของตนมีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ มากกว่า 2 เท่า ซึ่งรายได้อาจเป็นตัวกวนสำคัญของการเลือกใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเป็นตัวกวนสำคัญของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3. ผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพ

การประเมินผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพในที่นี้ให้ความสำคัญเพียงด้านความเป็นธรรมที่จะเกิดกับการค้าในโหมด 2 ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการในประเทศ และโหมด 4 การเปิดให้แพทย์ต่างชาติเข้าประเทศ ส่วนโหมดอื่นๆ อาจมีผลกระทบบ้างแต่ไม่เท่าทั้ง 2 โหมดดังกล่าว

การประเมินผลกระทบตั้งบนสมมติฐานปรากฏการณ์ “Crowding Out” คือผู้ป่วยต่างชาติทำให้แถวคอยแน่นและการรักษาคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาทำให้ทรัพยากรแพทย์ที่มีจำกัดสนใจให้บริการเฉพาะผู้ป่วยต่างชาติที่มีเงิน “ซื้อ”บริการ จนไม่สามารถให้บริการกับประชาชนส่วนใหญ่ ผลกระทบคือ ผู้ป่วยต่างชาติ 100,000 รายต่อปี (ผู้ป่วยใน) ทำให้ประเทศสูญเสียแพทย์สำหรับคนไทยจำนวน 200-400 คนต่อปี ซึ่งมีผลต่อเนื่องให้ระบบใหญ่เหลือแพทย์ลดลง

การที่ระบบใหญ่มีแพทย์ลดลงทำให้คุณภาพของระบบใหญ่สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงด้วย จึงอาจมีผลต่อเนื่องให้

อุปสงค์ในภาคเอกชน (นอกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้เกิดการสูญเสียของแพทย์จากระบบเพิ่มอีก 40-200 คน

ประมาณว่า การสูญเสียแพทย์จากระบบ 240-600 คน เท่ากับการสูญเปล่าของงบประมาณผลิตแพทย์ 430-1,260 ล้านบาทเป็นเงินไม่น้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นตามแผนล่าสุดในปี 2547 เกือบ 2 หมื่นล้านบาท ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของการกระจายแพทย์โดยเฉพาะในเขตชนบท

ทางเลือกของการแก้ปัญหาไม่ให้สูญเสียแพทย์แทนการเร่งผลิตแพทย์ คือการนำเข้าแพทย์ชาวต่างชาติ ซึ่งมีได้ 2 ระดับ คือ นำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจสูงกว่า เพื่อทำงานในภาคเอกชนดูแลผู้ป่วยต่างชาติ เป็นการป้องกันไม่ให้แพทย์จากภาครัฐไหลออกไปภาคเอกชนได้ด้วย เพราะตำแหน่งเต็ม ส่วนอีกระดับคือนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่า เพื่อทำงานในเขตชนบททดแทนแพทย์ไทยที่ไหลเข้าสู่เมืองและภาคเอกชน

4. ความเป็นไปได้ของระบบสุขภาพที่เกื้อกูลระดับสากล

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมีมานานแล้ว ก่อนที่จะมีข้อตกลงทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลก จะเห็นว่าประเทศที่ประชาชนมีทักษะด้านภาษาสากลนอกเหนือจากภาษาแม่ จะมีการไหลออกของทรัพยากรบุคคลออกไปต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เมื่อ 30 ปีที่แล้ว *Bhagwati and Hamada (1974)* เสนอระบบภาษีทรัพยากรบุคคลออกนอกประเทศ โดยให้ประเทศปลายทางที่รับบุคคลเหล่านั้นเก็บภาษีเป็นเวลา 10 ปี ส่งภาษีเข้ากองทุนของสหประชาชาติและเงินนี้

จะส่งกลับประเทศผู้ผลิตเพื่อชดเชยการไหลออกและนำกลับไปพัฒนาบุคลากรได้อีกครั้ง

ส่วนประเทศที่เป็นผู้ส่งออกบางประเทศอาจมองว่า การส่งออกทรัพยากรบุคคลเป็นการนำรายได้เข้าประเทศ รวมทั้งพัฒนาระบบการศึกษาให้ผลิตได้เกินความต้องการในประเทศ และพอเพียงกับความต้องการของต่างประเทศ การมองสถานการณ์จึงเปลี่ยนจาก“สมองไหล”(Brain Drain) เป็นคลังสมอง (Brain Tank) ของโลก

ประเทศอังกฤษ มีปัญหาผลิตแพทย์ไม่เพียงพอกับการใช้ในประเทศ มีทางเลือกส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดในประเทศยุโรปโดยรัฐตามจ่ายเงินให้ เพราะเป็นทางเลือกที่ลงทุนน้อยกว่าหรือใช้วิธีนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศ เพราะเป็นทางเลือกที่เกือบไม่ต้องลงทุน ปัจจุบันอังกฤษมีข้อตกลงกับประเทศอัฟริกาใต้ว่าจะไม่โฆษณาเพื่อดึงดูดให้แพทย์จากอัฟริกาใต้ไปทำงานในอังกฤษ*(OECD 2003)*

การแข่งขันที่เป็นที่ยอมรับกันในทางทฤษฎีของระบบบริการสุขภาพ คือ การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ เพื่อเป้าหมายสุขภาพของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ*(Porter and Teisberg 2004,The Economist, 3 June 2004)* ไม่ใช่การแข่งขันเพื่อทำกำไรโดยตรงหรือเพื่อมีผลต่อดัชนีในตลาดหลักทรัพย์ แม้ว่าเมื่อเกิดการแข่งขันจะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีเหลือเงินสำหรับจ่ายเป็นค่าตอบแทนหรือนำไปลงทุนเพิ่มตามกฎเกณฑ์ขององค์กรไม่แสวงกำไร

5. รัฐบาลควรมีจุดยืนในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศอย่างไร

จุดยืนของไทยในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศมีดังนี้

กระแสโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากองค์การการค้าโลกเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงยาก และจะมีผลกระทบอย่างมากหากไม่หาวิธีป้องกันไว้แต่ต้น

ทำอย่างไรจึงจะทำให้การตกลงทางการค้าระหว่างกัน เกิดสถานการณ์ ได้ประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่ายที่เป็นคู่ค้าดังทฤษฎีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของ Ricardo ข้อสมมติฐานภายใต้ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบควรจะเป็นจริง เช่น การพัฒนาความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ ความพร้อมเชิงโครงสร้างของระบบจัดการกลไกการควบคุมกลไกตลาดในระบบสุขภาพ ฯลฯ

5.1 การพัฒนาแนวคิดภายใต้การแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรม

ควรกำหนดและยึดมั่นว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่แสวงกำไร บริการสุขภาพมีการแข่งขันกันได้ระหว่างผู้ให้บริการ แต่มิใช่เพื่อทำกำไร โดยประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับความทุกข์ทรมาน บางประเทศออกกฎหมายให้บริการสุขภาพเป็นธุรกิจไม่แสวงกำไรเช่น แคนาดา ออสเตรเลีย ออกกฎหมายไม่ให้เอกชนแสวงกำไรทำธุรกิจการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ซ้ำซ้อนกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐ บางรัฐในสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายให้สถานพยาบาลเป็นหน่วยงานไม่แสวงกำไร สำหรับประเทศไทยใน (ร่าง) พระราชบั--ัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .. มาตรา 71 กำหนดให้“บริการสาธารณสุข...ไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไรเชิง

ธุรกิจ" แม้ข้อความดังกล่าวจะสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้ เฉพาะการแสดงตัวเลขทางบั-ชี แต่เป็นกรอบแนวคิดที่เตือนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้คำนึงถึงจุดหมายสูงสุดของระบบบริการสุขภาพ

ประสบการณ์จากต่างประเทศพบการไหลออกของทรัพยากรบุคคลจากประเทศยากจนไปสู่ประเทศที่ร่ำรวย ปรากฏการณ์นี้อาจพบไม่มากนักในประเทศไทย เพราะจุดอ่อนทางภาษาและวัฒนธรรม แต่อาจเป็นป้-หาในอนาคต หากประเทศไทยต้องการได้แรงงานบุคลากรวิชาชีพจากประเทศเพื่อนบ้าน ระบบที่ให้เก็บภาษีปลายทางเพื่อส่งเงินกลับประเทศผู้ผลิตบุคลากรแม้จะเป็นข้อเสนอแนะที่มีมานานกว่า 30 ปี แต่ไม่ได้ปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาให้เป็นจริงเหมือนกับกองทุนระดับโลกที่ใช้ในการพัฒนาความเจริ-ก้าวหน้าทางยาหรือวัคซีน เพื่อประโยชน์ของประเทศยากจนทั้งหลาย

5.2 การพัฒนาความพร้อมเพื่อบรรลุเป้าหมายความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ

ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เป็นทฤษฎีประสิทธิภาพที่สามารถบรรลุได้ ถ้าการพัฒนาความพร้อมเป็นไปอย่างสอดคล้องกันทั้งสองฝ่าย สิ่งที่ควรให้ความสำคั-ในส่วนของประเทศไทยได้แก่

พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้พร้อมต่อการแข่งขัน (การแข่งขันเพื่อประชาชนดังได้กล่าวแล้ว) เช่น ดัชนีโลกาภิวัตน์ ดัชนีพัฒนามนุษย์ สิ่งที่ประเมินได้ของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คือ มีบุคคลที่เข้าใจประเด็นต่างๆอย่างถ่องแท้ สามารถรับมือกับข้อมูลข่าวสาร หรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆได้ สามารถป้องกันการถูกเอารัดเอาเปรียบและไม่ทำตนเป็นผู้เอารัดเอาเปรียบเสียเอง

พัฒนาความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อเข้าใจสภาพของการค้าบริการสุขภาพว่าเกิดขึ้นในขนาดเท่าไร ที่ใด มีผลกระทบอย่างไร เพื่อสามารถวางแผนการดำเนินงานหรือแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

5.3 การพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

พัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ เสริมความเข้มแข็งของบทบาทรัฐในการแทรกแซงกลไกตลาด เพื่อไม่ทำให้กลไกการค้าบิดเบี้ยวเพื่อให้เป้าหมายของระบบสุขภาพเป็นไปอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ส่งเสริมระบบบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพให้ผู้บริการมีแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีความสุข ได้รับค่าตอบแทนที่พอเหมาะพอสม มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน เพื่อลดแรงขับที่ผลักให้บุคลากรเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศหรือออกนอกระบบสุขภาพสำหรับประชาชนส่วนใหญ่

5.4 พัฒนานโยบายการค้าโหมด 2 และ โหมด 4

นโยบายเปิดการค้าในโหมด 2 รัฐไม่ควรเห็นว่า การบริการผู้ป่วยต่างชาติที่มีกำลังจ่าย เป็นการค้ากำไรหรือเป็นการหารายได้เข้าประเทศ ในขณะที่ประเทศยังต้องลงทุนผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมาก เพื่อให้แพทย์กระจายออกไปสู่ภาคต่างๆในการบริการประชาชนอย่างทั่วถึง เพราะการเร่งให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาเป็นการทำให้ประชาชนคนยากจนขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลสุขภาพของเขา

หากรัฐต้องการเปิดเสรีการค้าในโหมด 2 ต้องควบคู่กับการเปิดเสรีในโหมด 4 โดยเฉพาะให้บุคลากรทางการแพทย์ต่างชาติปฏิบัติงานในประเทศไทยได้ด้วย โดยมีอัตราส่วนที่เหมาะสมว่าผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามาจะต้องสมดุลกับจำนวนแพทย์ที่ให้บริการแก่ประชาชนไทยและผู้ป่วยต่างชาติ การให้บุคลากรทางการแพทย์จากต่างชาติเข้ามาองค์กรวิชาชีพต้องมีความพร้อมในการกลั่นกรองคุณภาพ ตลอดจนกลไกควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ประโยชน์ที่แท้จริง ไม่ใช่ก่อให้เกิดป-หามากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

ก. ภาษาไทย

เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ (2547). “การบริหารทรัพยากรมนุษย์.” ในเอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “*พลังป๊--า: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*” นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชื่นฤทัย กา-จนะจิตรา วรั--า เตียวกุล วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียร ชะเอม พัชนี (2547). “การทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการค้าบริการที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ.” รายงานวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

พงศธร พัชระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ตรีวัชรานนท์ (2544). “ผลกระทบต่อแพทย์และผู้รับบริการในเขตจังหวัดพิษณุโลก กรณีสนับสนุนให้แพทย์ชาวต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามนโยบายเปิดเสรีการค้าด้านบริการสุขภาพในมุมมองผู้ทรงคุณวุฒิในเขตจังหวัดพิษณุโลก.” รายงานวิจัยนิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก.

มติคณะรัฐมนตรี, 15 มิถุนายน 2547. “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข.” จาก http://203.113.86.230/SLK/Showlist3.asp เข้าถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2547.

วัฒนา สุวรรณแสง จั่นเจริ- และคณะ (2542). “การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและ

การเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข." กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียร และคณะ (2547 ก.) "บั-ชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544." กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

วิโรจน์ ตั้งเจริ-เสถียร และคณะ (2547 ข.) "การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต." ในเอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ "พลังปั--า: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ์ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ (2545). *ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ.* กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์.

ข. ภาษาอังกฤษ

Akram, N. (2003). "GATS and Equity in Health Services in Pakistan: Opportunities, Concerns and Limitations."

Unpublished Thesis Master of Science in Health Policy and Management. Aga Khan University,Pakistan.

Achouri, H. and N. Achour (2002). "Health Services in Tunisia in the Light of World Trade Organization Agreements." In N. Drager (ed.), *Trade in Health Services*. Washington,DC: Pan American Health Organisation.

Ascher, B. (2002). "The Case of the United State of America." In N. Drager (ed.), *Trade in Health Services*. Washington, DC: Pan American Health Organisation.

Beaglehole, R. and D. Yach (2003). "Globalisation and the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: The Neglected Chronic Disease of Adults," *Lancet*, 362: 903-908.

Berger, A.N., C.M. Buch, G. DeLong, and R. DeYoung (2004). "Exporting Financial Institutions Management Via Foreign Direct Investment Mergers and Acquisitions," *Journal of International Money and Finance*, 23:333-366.

Bhagwati, J. , and K. Hamada (1974). "The Brain Drain, International Integration of Markets for Professionals and Unemployment: A Theoretical Analysis," *Journal of Developmental Economics*, 1(1): 19-42.

Chanda, R. (2001). "Trade in Health Services." Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series WG 4:5

Chanda, R. (2002). "Trade in Health Services," *Bulletin of World Health Organization*, 80(2): 158-163.

Economist, The, 2004. "Fistfuls of Health Dollars." 3 June 2004.

France, F.H.R. (2000). "WHO Views on Perspectives in Health Informatics," *International Journal of Medical Informatics*, 58-59: 11-19.

Horton, R. (2002). "WHO: The Casualties and Compromises of Renewal," *Lancet*, 359: 1605-1611.

Hovenga, E.J.S. (2004). "Globalisation of Health and Medical Informatics Education -What are the Issues?", *International Journal of Medical Informatics* , 73, 101-109.

Jakubowski, E.,and R. Hess (2004). "The Market for Physician." In M. McKee, L. MacLehose, and E. Nolte (eds.), *Health Policy and European Union Enlargement.* Maidenhead: Open University Press.

Janjaroen, W.S., and S. Supakankunti (1998). "Health Services Systems and the Consequences from the General

Agreement on Trade in Services (GATS)." Paper Presented at the Conference on *"A Macroeconomic Core of Open Economy for Progressive Industrialization and Development in Asia in the New Millennium"*, 16-18 December 1998.

Janjaroen, W.S., and S. Supakankunti (2002). "International Trade in Health Services in the Millennium: the Case of Thailand." In N. Drager (ed.), *Trade in Health Services*. Washington, DC : Pan American Health Organisation.

Jansen, M. (2004). "Income Volatility in Small and Developing Economies : Export Concentration Matters." WTO Discussion Paper, Geneva: WTO.

Kearney, A.T. (2004). "Globalization Index." Accessed from www.foreignpolicy.com at 6 June 2004.

Labonte, R., T. Schrecker, D. Sanders, and W. Meeus (2004). *Fatal Indifference The G8, Africa and Global Health.* Lansdowne: The University of Cape Town Press.

Lee, K., G. Walt, and A. Haines (2004). "The Challenge to Improve Global Health Financing the Millennium Development Goals," *JAMA*, 291(21): 2636-2638.

McClean, S. (2003). "Globalization and Health." In J. Orme, J. Powell, P. Taylor, T. Harrison, and M. Grey (eds.), *Public Health for the 21st Century New perspectives on Policy, Participation and Practice.* Maidenhead: Open University Press.

McKee, M., L. MacLehose, and T. Albreht (2004). "Free Movement of Patients." In M. McKee, L. MacLehose, and E. Nolte (eds.), *Health Policy and European Union Enlargement.* Maidenhead: Open University Press.

Nicholas, S. (2004)."The Challenges of the Free Movement of Health Professionals." In M. McKee, L. MacLehose, and E. Nolte (eds.), *Health Policy and European Union Enlargement.* Maidenhead: Open University Press.

Nation, The, 2004. " Medical - Hub Plan 'Needs Quick Govt Action'." 18 May 2004 : 4B.

Organization for Economic and Cooperation Development (2003). *Trends in International Migration.* Paris: OECD.

Pollock, A.M., and D. Price (2003). "The Public Health Implications of World Trade Negotiations on the General Agreement on Trade in Services and Public Services," *Lancet*, 362: 1072-1075.

Porter, M.E. and E.O. Teisberg (2004). "Redefining Competition in Health Care," *Harvard Business Review* (June) 65-76.

Ricardo, D. (1817). *Principles of Political Economy and Taxation.* London: Penguin.

Stiglitz, J. (2002). *Globalization and Its Discontents.*London: Penguin Allen Lane.

United Nations (2003). *Manual on Statistics of international Trade in Services.* United Nations, European Commission, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, United Nations Conference on Trade and Development, World Trade Organization.

United Nations Development Programme (1994). *Human Development Report 1994.* New York: Oxford University Press.

United Nations Development Programme (2003). *Human Development Report 2003.* New York: Oxford University Press.

Vellinga, J. (2002). "An Approach to Trade and Health at Health Canada." In N. Drager (ed.), *Trade in Health Services.* Washington, DC : Pan American Health Organisation.

Widiatmoko, D., and A. Ascobat Gani (2002). "International Relations Within Indonesia's Hospital Sector." In WHO. *Trade in Health Service*. Geneva: WHO.

Winters, L.A. (1999). " Trade and Poverty : Is there a Connection." In D. Ben-David, H. Nordstrom and L.A. Winters (1999). *Trade, Income Disparity and Poverty*. Geneva : WTO.

World Bank (2003). *World Development Report 2004.*

World Health Organisation (2002). *Annual Report 2001 Essential Drugs and Medicines Policy: Extending the Evidence Base.* Geneva: WHO.

World Health Organisation and World Trade Organisation (2002). *WTO Agreements and Public Health. A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat.* Geneva: WHO.

Yach, D., C. Hawkes, C.L. Gould, and K.J. Hofman (2004). "The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control," *JAMA* 291: 2616-2622.

Yeo, M.S. (2002). "Distance Health Services Under the General Agreement on Trade in Services," *Journal of Health Law*, vol. 35, no. 1 : 83-103.

Zarrilli, S. (2002). "The Case of Brazil." In N. Drager (ed.), *Trade in Health Services.* Washington, DC : Pan American Health Organisation.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการของชุดโครงการวิจัย ความเป็นธรรมทางสุขภาพ : องค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม ที่ประกอบด้วย ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ศ.ดร.อมรา พงศาพิช- ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย ดร.อานันท์ กา-จนพันธ์ และ น.พ.ประดิษฐ์ วงษ์คณารัตนกูล

ประวัติผู้เขียน

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย สำเร็จการศึกษาระดับปริ--าตรีสาขาแพทยศาสตร์ จากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระดับปริ--าโทสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จาก National University of Singapore และปริ--าเอกสาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จาก London School of Hygiene & Tropical Medicine

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

ครรชิต สุขนาค สำเร็จการศึกษาระดับปริ--าตรีจากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และระดับปริ--าโทจากคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาธรรมศาสตร์

ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำสาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก