



การสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547
SYMPOSIUM

ครั้งที่ 27

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

1

จัดโดย...คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
วันที่ 17 สิงหาคม 2547 ณ หอศิลปวัฒนธรรม (หอประชุมเล็ก) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 27

เรื่อง

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่ 17 สิงหาคม 2547

ณ หอประชุมเล็ก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

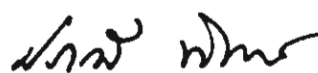
คำนำ

ปัจจุบันนี้ประชาชนค่อนข้างจะมีความตื่นตัวในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจรจาการค้าเสรีที่รัฐบาลไทยเจรจากับประเทศคู่ค้าต่าง ๆ หรือที่รู้จักกันในนาม FTA (Free Trade Area) แต่เราก็ควรตระหนักว่า การเจรจาการค้าเสรีระหว่างประเทศนั้นมีมานานกว่า 50 ปีแล้ว ภายใต้องค์กรที่เดิมเรียกว่า แกดต์ (GATT - General Agreement on Tariff and Trade) ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า องค์กรการค้าโลก หรือ WTO (World Trade Organization)

ในฐานะประเทศสมาชิกของ WTO และจากสภาพที่ระบบเศรษฐกิจไทยมีลักษณะเปิดประเทศสูงมาก (ในปี พ.ศ. 2546 มูลค่าการส่งออกสินค้าและบริการคิดเป็นร้อยละ 66 ของ GDP ในขณะที่มูลค่าการนำเข้าคิดเป็นร้อยละ 59 ของ GDP) ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการเจรจาการค้าระหว่างประเทศทั้งในลักษณะทวิภาคีและในลักษณะพหุภาคี การทบทวนผลได้ผลเสียจากการเจรจาในอดีต และวิเคราะห์วิจัยประเด็นต่าง ๆ ที่เปิดเจรจา เพื่อประเมินสถานภาพของประโยชน์และต้นทุนต่อเศรษฐกิจไทยที่จะเกิดขึ้นจากข้อตกลงการเจรจาการค้าจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ถึงแม้ว่าในช่วงที่ผ่านมารัฐบาลไทยจะหันมาให้ความสนใจต่อการเจรจาการค้าลักษณะทวิภาคี หรือ FTA มากกว่าแบบพหุภาคี แต่เราก็น่าจะต้องให้ความสำคัญกับกรอบกติกาขององค์การการค้าโลก ซึ่งมีประเทศสมาชิกรวม 147 ประเทศ

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตระหนักถึงความสำคัญของภารกิจที่จะจัดให้มีการศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาดังกล่าวต่อสาธารณชน จึงได้จัดหาทุนสนับสนุนการวิจัยให้อาจารย์ของคณะฯ และนักวิชาการจากสถาบันอื่นที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนี้ทำการศึกษาวิจัย เพื่อประเมินผลได้ผลเสียของการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศด้านต่าง ๆ รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และความจำเป็นหรือความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบการเจรจาการค้าระหว่างประเทศเพื่อให้ประเทศไทยได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

ในการจัดสัมมนาวิชาการประจำปีนี้ คณะเศรษฐศาสตร์ ขอขอบคุณหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือดังนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และโครงการ WTO Watch ที่จัดสรรงบประมาณสำหรับการวิจัยและการจัดสัมมนา และขอขอบคุณอาจารย์และนักวิชาการผู้เขียนบทความวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้เกียรติมาวิจารณ์บทความ และร่วมอภิปรายระดมความคิด รวมทั้งคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ธุรการ และนักศึกษาที่มีส่วนร่วมในการจัดเตรียมงานเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้



(ศาสตราจารย์ ดร.ปราณี ทินกร)

คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

17 สิงหาคม 2547

คณะกรรมการจัดการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 27

1. คณะกรรมการอำนวยการ

1.1 ศ.ดร.ปราณี	ทินกร	ประธานกรรมการ
1.2 รศ.สุขุม	อัครวาลุชัย	รองประธานกรรมการ
1.3 รศ.ดร.สมบูรณ์	ศิริประชัย	รองประธานกร
1.4 รศ.ดร.ดาว	มงคลสมัย	กรรมการ
1.5 ผศ.ดร.วัชรียา	โคตงวน	กรรมการ
1.6 รศ.วันรักษ์	มิ่งมณีนาคิน	กรรมการ
1.7 ผศ.สุวรรณี	วัธนจิตต์	กรรมการ
1.8 อ.ดร.อภิชาติ	สถิตนิรามย์	กรรมการ
1.9 อ.ดร.จักรพงษ์	อุชุปาละนันท์	กรรมการ
1.10 นางสุกัญญา	นทีรัชไทวะ	กรรมการ
1.11 นางคาราวรรณ	รักษ์สันติกุล	กรรมการและเลขานุการ

2. คณะอนุกรรมการฝ่ายกำกับเวที(พิธีกร)

2.1 ผศ.ดร.วัชรียา	โคตงวน	ประธานอนุกรรมการ
2.2 อ.ดร.อรรวรรณ	รัตนภากร	กรรมการ
2.3 อ.ศันสนีย์	ลิ้มพงษ์	กรรมการ
2.4 อ.สุกัญ	ศรีสุชาติ	กรรมการ
2.5 นางสาวรัชณี	ทรัพย์สันทัต	กรรมการและเลขานุการ

3. คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดพิมพ์เอกสาร

3.1 รศ.วันรักษ์	มิ่งมณีนาคิน	ประธานอนุกรรมการ
3.2 อ.ธีรวุฒิ	ศรีพิณิจ	กรรมการ
3.3 นายสมชัย	โชติมาโนช	กรรมการ
3.4 นายอารมณ	เอี่ยมประเสริฐ	กรรมการ
3.5 นางวันพร	จาดเจริญ	กรรมการ
3.6 นายปกรณ์	จรัสพนาวิธาน	กรรมการ
3.7 นางสาวอังค์	นิลอนันต์	กรรมการและเลขานุการ

4. คณะอนุกรรมการฝ่ายทะเบียน การเงิน และบัญชี

4.1 ผศ.สุวรรณี	วัธนจิตต์	ประธานอนุกรรมการ
4.2 นางสาวณรต์นัฏ	อังคทาภิณัฐ	กรรมการ
4.3 นางฉัตรทริกา	วรรณประสพ	กรรมการ
4.4 นางกนกวรรณ	เจริญผาสุข	กรรมการ
4.5 นางสาวอังก	นิลอนันต์	กรรมการ
4.6 นางดวงใจ	มาน้อย	กรรมการ
4.7 นางนฤมล	บุญมา	กรรมการ
4.8 นางสาววรรณะ	เวชพราหมณ์	กรรมการ
4.9 นางสาวจันทร์เพ็ญ	ตั้งประสิทธิ์ศรี	กรรมการ
4.10 นางพรรณพิไล	ดิษฐ์คำแรง	กรรมการและเลขานุการ

5. คณะอนุกรรมการฝ่ายสถานที่ อาหารว่างและอาหารกลางวัน

5.1 รศ.ดร.ดาว	มงคลสมัย	ประธานอนุกรรมการ
5.2 อ.ดร.สิทธิศักดิ์	ลีลหามนที	กรรมการ
5.3 อ.นิมา	ทับทิมพรรณ	กรรมการ
5.4 อ.มณฑิรา	สติมานนท์	กรรมการ
5.5 นายบุญสม	สร้อยสิงห์	กรรมการ
5.6 นายบุญเลิศ	เถาแดง	กรรมการ
5.7 นายณรงค์	คุ้มจั่น	กรรมการ
5.8 นายพิชัย	แป้นจำ	กรรมการ
5.9 นายทองดี	สมสุข	กรรมการ
5.10 นายผล	ทิมประเสริฐ	กรรมการ
5.11 นายชัยยุทธ	ศรีสุห	กรรมการ
5.12 นางศิริรัตน์	สุดาวงค์	กรรมการ
5.13 นางอัมพร	พึ้งจันทร์	กรรมการ
5.14 นางคำพันธ์	ศิลปชัย	กรรมการ
5.15 นางประกอบกิจ	บุญสิทธิ	กรรมการ
5.16 นางอรสา	สมบุญ	กรรมการ

5.17 นางสาวบุญช่วย	ทิมประเสริฐ	กรรมการ
5.18 นางเฉลิมศรี	อุ่งเงินโต	กรรมการ
5.19 นางรัชนี	อินทรคง	กรรมการ
5.20 นางสุนทรี	อัมสำราญ	กรรมการและเลขานุการ

6. คณะอนุกรรมการฝ่ายปฏิบัติต้อนรับ และประชาสัมพันธ์

6.1 รศ.สุขุม	อัครววุฒิชัย	ประธานอนุกรรมการ
6.2 ผศ.ดร.นิธินันท์	วิศเวศวร	กรรมการ
6.3 อ.ดร.เอี่ยมพร	ตสาริกา	กรรมการ
6.4 อ.พรเทพ	เบญญาอภิกุล	กรรมการ
6.5 อ.เฉลิมพงษ์	คงเจริญ	กรรมการ
6.6 อ.ภาวิน	ศิริประภาณุกุล	กรรมการ
6.7 นางคาราวรรณ	รักษ์สันติกุล	กรรมการและเลขานุการ

กำหนดการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547 ครั้งที่ 27
เรื่อง “เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี”

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ณ หอประชุมเล็ก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

.....

วันอังคารที่ 17 สิงหาคม 2547

08.00 – 08.30 น. ลงทะเบียน

08.30 – 09.00 น. พิธีเปิด

ศ.ดร.ปราณี ทินกร

คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวรายงาน

รศ.ดร.นริศ ชัยสูตร

อธิการบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวเปิดการสัมมนา

ศ.ดร.ปราณี ทินกร

คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กล่าวแนะนำ

องค์ปาฐก

09.00 – 09.45 น. ปาฐกถาพิเศษ “การเจรจาการค้าพหุภาคีรอบโดฮา : บทเรียนจากการ
เจรจารอบอูรูกวัย”

โดย นายเกริกไกร จิระแพทย์

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ผู้ดำเนินรายการภาคเช้า

โดย รศ.ดร.อารยะ ปรีชาเมตตา

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

09.45 – 10.30 น.

“ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย”

โดย 1. ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. อ.ครรชิต สุขนาถ

คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิจารณ์บทความ

โดย นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ

กระทรวงสาธารณสุข

10.30 - 10.45 น.

พักอาหารว่าง-เครื่องดื่ม

ผู้ดำเนินรายการภาคเช้า

โดย รศ.ดร.เพลินพิศ สัตย์สงวน

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

10.45 – 11.30 น.

“การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO

และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน”

โดย 1. ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล

2. ดร.หญิง รอคประเสริฐ

3. ดร.ดอน นาครทรรพ

ธนาคารแห่งประเทศไทย

วิจารณ์บทความ

โดย ดร.วิโรไท สันติประภพ

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

11.30 - 12.15 น.

**"ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการและการลงทุน
สาขาโทรคมนาคมต่อประเทศไทย"**

โดย 1. ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

2. คุณธราธร รัตนนฤมิตศร

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

วิจารณ์บทความ

โดย รศ.ดร.ชยันต์ ต้นติ้วศดาการ

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

12.15 - 13.30 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

ผู้ดำเนินรายการภาคบ่าย

โดย รศ.ดร.ชนินทร์ มีโกศล

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

13.30 – 14.15 น.

**"กฎเกณฑ์การแข่งขัน : ทางเลือกของไทยในองค์การการค้าโลก และ
การเจรจาทีวาคี"**

โดย รศ.ดร.ศักดา ธนิตกุล

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิจารณ์บทความ

โดย ดร.เดือนเด่น นิคมบริรักษ์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

14.15 – 15.00 น.

**"การเจรจาการค้าพหุภาคีสินค้าเกษตร : ความไม่สมดุล
ความล้มเหลว และอนาคตของรอบการพัฒนา (โดฮา)"**

โดย 1. ผศ.ดร.นิพนธ์ พัวพงศกร

2. รศ.ดร.สิริลักษณ์ คอมันตร์

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วิจารณ์บทความ

โดย รศ.ดร.สุทธิพันธ์ จิราธิวัฒน์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ดำเนินการระดมความคิด

โดย ศ.รังสรรค์ ชนะพรพันธุ์

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

15.00 - 17.00 น.

ระดมความคิดเรื่อง "เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ"

1. ดร.กัณฑ์กร ศุภมงคล

ผู้แทนการค้าไทย สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี

2. สมาชิกวุฒิสภา อ.ไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ

ประธานคณะกรรมการต่างประเทศ

3. รศ.ดร.พรายพล คุ้มทรัพย์

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

4. ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก

นักวิชาการด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา

.....

สารบัญ

ชื่อบทความ	ผู้เขียน	หน้า
ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้าน สุขภาพต่อประเทศไทย	ศ.นพ.สุกสิทธี พรพรรณารุโณทัย อาจารย์ ครรชิต สุขนาค	1-59
การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน	ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล ดร.หฤษฎ์ รอดประเสริฐ ดร.ดอน นาคกรทรรพ	2-49
ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการและการ ลงทุนสาขาโทรคมนาคมต่อประเทศไทย	ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ นายธราธร รัตนนฤมิตสร	3-40
กฎเกณฑ์การแข่งขัน : ทางเลือกของไทยใน องค์การการค้าโลก และการเจรจาวิภาคี	รศ. ดร.ศักดา ธนิตกุล อาจารย์ ดร.สุวัช สุขชาติชัย	4-35
การเจรจาการค้าพหุภาคีสินค้าเกษตร : ความ ไม่สมดุล ความล้มเหลว และอนาคตของ รอบการพัฒนา (โคฮา)	ผศ. ดร.นิพนธ์ พัวพงศกร รศ. ดร.สิริลักษณ์ คอมนันตร์	5-100

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ ต่อประเทศไทย

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

อาจารย์ ครรชิต สุขนาค

คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทความเสนอในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547

เรื่อง

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

17 สิงหาคม 2547

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย¹

Impact of free trade in health services on Thailand

ศุภสิทธิ์ พรรณารุณทัย²
Supasit Pannarunothai

ครรชิต สุขนาค³
Kanchit Suknak

1. บทนำ

บริการด้านสุขภาพ เป็นเป้าหมายหนึ่งของการเจรจาเปิดเสรีทางการค้าระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก (World Trade Organisation) เพราะเห็นว่า บริการด้านสุขภาพเป็นบริการที่สามารถซื้อขายแลกเปลี่ยนกันได้ (tradability) เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ โดยสามารถซื้อขายบริการระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเป็นนิติบุคคลหรือบุคคลธรรมดาที่เป็นคนชาติของประเทศหนึ่งกับบุคคลที่เป็นคนชาติของประเทศหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การเจรจาดังกล่าวยังเป็นประเด็นละเอียดอ่อน เพราะยังมีฝ่ายที่เห็นว่า บริการด้านสุขภาพมิใช่สินค้าสามัญที่ควรแก่การตกลงซื้อขาย จึงควรศึกษาถึงผลกระทบของประเด็นนี้ต่อประเทศไทยอย่างละเอียด

เนื่องจากมีความสลับซับซ้อนในการเจรจาความตกลงการค้า รายงานการศึกษานี้จึงนำเสนอความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ และรายละเอียดที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจไว้ในหัวข้อที่ 1 จากนั้นจึงนำเสนอทฤษฎีและผลวิจัยที่แสดงผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าต่อสุขภาพในหัวข้อที่ 2-4 เพื่อสรุปประเด็นที่สมควรทำการศึกษาในครั้งนี้อีกในหัวข้อที่ 5

¹ เป็นการศึกษาย่อยในโครงการวิจัย “เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี (The Thai Economy and Multilateral Trade Negotiations)” นำเสนอในที่ประชุมสัมมนาทางวิชาการประจำปี คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วันที่ 17 สิงหาคม 2547

² ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ

ในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา การค้าบริการระหว่างประเทศมีการเจริญเติบโตมากขึ้นและขยายตัวสูงขึ้นกว่าการค้าสินค้า ในระหว่างปี 2523-2546 มูลค่าการค้าบริการของโลกขยายตัวประมาณร้อยละ 8 ต่อปี ในขณะที่การค้าสินค้าขยายตัวประมาณร้อยละ 6 โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลาดของประเทศที่พัฒนา ประเทศเหล่านี้จึงพยายามผลักดันให้มีการสร้างกฎเกณฑ์กติกาสำหรับการค้าบริการระหว่างประเทศขึ้น และเป็นผลสำเร็จในการเจรจาการค้าหลายฝ่ายรอบอุรุกวัยภายใต้กรอบของ GATT (General Agreement on Tariffs and Trade) ระหว่างปี 2529-2537 โดยปฎิญญารัฐมนตรี (Ministerial Declaration) ประกาศ ณ เมืองปุนตา เด เลสเต ประเทศอุรุกวัย ได้กำหนดให้เรื่องนี้เป็นหัวข้อหนึ่งที่จะมีการเจรจาเปิดเสรี และได้จัดตั้งกลุ่มเจรจาขึ้น ต่อมาผู้แทนประเทศต่างๆ ที่เข้าร่วมกลุ่มเจรจาได้จัดทำความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services – GATS) ซึ่งถือได้ว่าเป็นความตกลงระดับพหุภาคีว่าด้วยการค้าบริการระหว่างประเทศฉบับแรกที่ได้มีการจัดทำขึ้น

วัตถุประสงค์ของ GATS

เพื่อให้การค้าบริการระหว่างประเทศสมาชิกมีการขยายตัวภายใต้เงื่อนไขของความโปร่งใส (transparency) และการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าเป็นลำดับ (progressive liberalisation) ทั้งนี้ GATS ขอมอบสิทธิของสมาชิกที่จะกำหนดมาตรการกฎระเบียบภายในใดๆ ที่เห็นว่าจำเป็นเพื่อกำกับดูแลธุรกิจบริการในประเทศของตนได้ หรือเรียกว่า right to regulate

ประเภทของบริการ GATS

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

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

(2) บริการด้านสื่อสารคมนาคม (Communication Services) ครอบคลุมบริการไปรษณีย์ พستคุภณท์ โทรคมนาคม และโทรทัศน

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

(4) บริการด้านการจัดจำหน่าย (Distribution Services) ครอบคลุมบริการค้าส่งค้าปลีก ตัวแทนจำหน่าย และธุรกิจแฟรนไชส์

(5) บริการด้านการศึกษา (Education Services) ครอบคลุมตั้งแต่การศึกษาระดับอนุบาล ประถม อาชีวะ มัธยม จนถึงมหาวิทยาลัย การศึกษาผู้ใหญ่ รวมทั้งหลักสูตรระยะสั้น

(6) บริการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Services) ครอบคลุมบริการกำจัดมลภาวะประเภทต่างๆ รวมทั้งด้านสุขาภิบาล

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

(8) บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services) ครอบคลุมโรงพยาบาล และธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์

(9) บริการด้านการท่องเที่ยวและการเดินทางที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการท่องเที่ยว (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) บริการด้านอื่น ๆ (Other Services not Included Elsewhere) เช่น เสริมสวย จัดงานศพ เป็นต้น

สรุปประเภทของบริการที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทที่ 1. บริการด้านธุรกิจ (Business Services) ในหมวด Professional Services (ได้แก่ 1A-H - Medical and dental Services, 1A-I - Veterinary Services และ 1A-J - Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and para-medical personnel) และ ประเภทที่ 8. บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services ได้แก่ Hospital Services และ Other Human Health Services นอกเหนือจาก 1A-J รวมถึงนวดแผนไทย สปา ฯลฯ)

รูปแบบของการค้าบริการระหว่างประเทศ

เนื่องจากลักษณะของการค้าบริการต่างจากการค้าสินค้า ดังนั้นการค้าบริการระหว่างประเทศจึงไม่ใช่เพียงการส่งบริการข้ามพรมแดนไปประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น การค้าบริการโดยผู้ให้บริการต่างชาติอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ GATS จึงกำหนดนิยามการค้าบริการระหว่างประเทศไว้ 4 รูปแบบ (mode of supply) ดังนี้

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

รูปแบบ 2 (Mode 2) Consumption Abroad หมายถึง ผู้รับบริการเคลื่อนย้ายไปยังประเทศผู้ให้บริการ เช่น การเดินทางไปท่องเที่ยว หรือรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เป็นต้น

รูปแบบ 3 (Mode 3) Commercial Presence หมายถึง การจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการในต่างประเทศ เช่น บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดสาขาส่งานในประเทศไทย หรือบริษัทไทยไปเปิดสาขาส่งานในต่างประเทศ เป็นต้น

รูปแบบ 4 (Mode 4) Presence of Natural Person หมายถึง การที่บุคคลธรรมดาของประเทศหนึ่งเดินทางเข้าไปทำงานในอีกประเทศหนึ่ง เช่น วิศวกรต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย คนไทยเดินทางไปประกอบอาชีพแพทย์ในสหรัฐฯ เป็นต้น

ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าบริการทุกประเภทจะเกิดขึ้นใน 4 รูปแบบเสมอไป บริการบางประเภทไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในบางรูปแบบ เช่น บริการด้านการก่อสร้างไม่สามารถให้บริการใน mode 1 ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ต้องข้ามพรมแดน เป็นต้น

หลักการสำคัญของ GATS

GATS บัญญัติหลักการสำคัญ ที่ประเทศสมาชิก WTO จะต้องถือปฏิบัติ เช่น

- หลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (หรือเรียกว่าหลักการ MFN : Most-Favoured Nation Treatment) คือ การปฏิบัติต่อประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข จะเลือกปฏิบัติโดยให้สิทธิแก่ประเทศอื่นเป็นพิเศษไม่ได้ เช่น ไทยมีพันธะต้องให้การปฏิบัติต่อสหรัฐฯ เท่าเทียมคนไทยตามสนธิสัญญาทางไมตรีฯ ไทย-สหรัฐฯ จึงต้องขยายสิทธิดังกล่าวให้ประเทศสมาชิกอื่นๆ โดยเท่าเทียมกันด้วยมิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นการละเมิดหลักการ MFN

อย่างไรก็ตาม ในขณะที่ร่างความตกลง GATS มีสมาชิกจำนวนหนึ่งรวมทั้งไทยยืนยันว่าไม่สามารถปฏิบัติตามหลักการนี้ได้ทันที เนื่องจากมีสัญญาสองฝ่ายกับบางประเทศที่ให้สิทธิพิเศษระหว่างกันอยู่ จึงมีการบัญญัติเพิ่มเติมว่าสมาชิกสามารถยกเว้นไม่ปฏิบัติตามหลักการนี้ได้เป็นเวลา 10 ปี แต่จะต้องยื่นมาตรการที่ชดเชยกันแนบท้ายความตกลงไว้และยื่นได้ครั้งเดียวขณะเข้าเป็นสมาชิกความตกลงฯ เท่านั้น ไม่สามารถยื่นมาตรการอื่น ๆ เพิ่มเติมได้อีก

- หลักความโปร่งใส (Transparency) คือ การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับ หรือกฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งการแก้ไขมาตรการ กฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับและข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคง โดย GATS กำหนดให้

- สมาชิกต้องตีพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวให้สาธารณชนทราบ
- แจ้ง WTO เกี่ยวกับการแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในสาขาบริการที่เสนอผูกพันการเปิดตลาดไว้

- กฎระเบียบภายใน (Domestic Regulation) ความตกลงฯ เปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถกำหนดมาตรการใด ๆ ที่เห็นว่าจำเป็นในการกำกับดูแลธุรกิจบริการในประเทศของตนได้ แต่การใช้มาตรการต่าง ๆ ในสาขาที่เสนอผูกพันเปิดตลาดแล้วจะต้องให้หลักประกันว่า จะต้องดำเนินไปในลักษณะที่มีเหตุผลเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์และไม่ลำเอียงข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพบริการและมาตรฐานทางเทคนิคจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่โปร่งใสและไม่สร้างภาระต่อการค้าบริการโดยไม่จำเป็นตัวอย่างมาตรการที่ถือว่าเป็นกฎระเบียบภายใน

- หลักการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าตามลำดับ (Progressive Liberalization) กำหนดให้มีการเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการในทุก ๆ 5 ปี หลังจากความตกลง WTO มีผลใช้บังคับ โดยการเปิดเสรีต้องคำนึงถึงระดับการพัฒนาของประเทศด้วย และเพื่อปฏิบัติตามหลักการนี้ การเจรจาการค้าบริการรอบใหม่ จึงได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2543

- ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการ ประเทศสมาชิกต้องจัดทำตารางผูกพันการเปิดตลาดในสาขา/กิจกรรม ที่ตนพร้อมและได้เจรจาไว้ หากจะสงวนข้อจำกัด หรือเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ ก็ให้ระบุไว้ด้วย เมื่อผูกพันไว้แล้ว ประเทศสมาชิกจะต้องไม่ออกหรือใช้มาตรการใดนอกเหนือจากหรือเข้มงวดกว่าที่ระบุไว้ในตารางข้อผูกพัน

การเจรจาต่อหลังรอบอุรุกวัย

หลังการเจรจารอบอุรุกวัยปีครบและความตกลง GATS มีผลใช้บังคับ ยังมีการเจรจา ด้านการค้าบริการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2538 ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

การเจรจาสาขาบริการที่ยังตกลงกันไม่ได้ในการเจรจารอบอุรุกวัย

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

ภาพรวมของผลการเจรจาในสาขาต่างๆ ดังกล่าว ไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ตามระยะเวลาที่กำหนด มีเพียงการเจรจาเรื่องการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดาเท่านั้นที่สามารถบรรลุความตกลงได้ตามกำหนดเวลา แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญ ส่วนสาขาโทรคมนาคมขั้นพื้นฐาน ต้องขยายเวลาการเจรจาออกไปจนถึงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2540 จึงสามารถบรรลุข้อตกลง ในขณะที่สาขาการเงินต้องหาทางออกโดยการมีความตกลงชั่วคราวและกำหนดให้ต้องมีการเจรจาอีกครั้งภายใน 2 ปี คือภายในปี 2540 และสาขาการขนส่งทางทะเลต้องหยุดการเจรจาไว้ โดยจะเริ่มการเจรจาใหม่ในรอบหน้า

การเจรจาเรื่องสืบเนื่อง (Built-in Agenda)

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GATS) ได้กำหนดไว้ในบทบัญญัติให้มีการเจรจาในเรื่องสืบเนื่องหลังการจัดตั้งองค์การการค้าโลก (Built-in Agenda) ดังนี้

(1) เจรจাজัดทำกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการค้าบริการ โดยให้มีการเจรจาเรื่องมาตรการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ (Government Procurement) เรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉิน (Emergency Safeguards Measures -- ESMs) และเรื่องมาตรการอุดหนุน (Subsidy) ด้านการค้าบริการ การเจรจาเรื่องดังกล่าว เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี 2538 เป็นต้นมา ส่วนใหญ่เป็นการเจรจาเรื่อง ESMs แต่ก็ยังไม่สามารถหาข้อยุติการเจรจาในเรื่องนี้ได้ มีการขยายกำหนดเส้นตายการ

เจรจา ESMs มาแล้ว 4 ครั้ง ครั้งล่าสุด ได้ต่ออายุการเจรจาออกไปให้สิ้นสุดภายใน 15 มีนาคม 2547 ส่วนการเจรจาเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ และเรื่องการอุดหนุนยังไม่มีความคืบหน้า

(2) เจรจาทเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยกฎระเบียบภายในประเทศ (Multilateral Disciplines on Domestic Regulation) เพื่อประกันว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตของประเทศสมาชิก จะใช้มาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติ การออกใบอนุญาต และมาตรฐานทางเทคนิคอย่างมีวัตถุประสงค์ มีหลักเกณฑ์ โปร่งใส และไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการค้าบริการ โดยเริ่มจากสาขาวิชาชีพบัญชีก่อนการจัดทำวินัยดังกล่าวสำหรับสาขาการบัญชี (Disciplines on Domestic Regulation in the Accountancy Sector) ได้เสร็จสิ้นแล้วตั้งแต่ธันวาคม 2541 แต่ยังไม่มียผลทางกฎหมาย เพราะต้องรวมเป็นส่วนหนึ่งของความตกลง GATS พร้อมกับวินัยสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่กำลังดำเนินการจัดทำควบคู่ไปกับการจัดทำวินัยฯ สำหรับทุกสาขาบริการ โดยสมาชิกตั้งเป้าหมายให้บรรลุผลภายในปีครบการเจรจาการค้าบริการรอบใหม่ (ภายใน 1 มกราคม 2548)

การเจรจาเรื่องอื่นๆ

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

- การทบทวนภาคผนวกว่าด้วยการขนส่งทางอากาศ GATS กำหนดให้ต้องมีการทบทวนถึงพัฒนาการและการดำเนินการในสาขาดังกล่าวทุก 5 ปี โดยเฉพาะมาตรการที่มีผลกระทบต่อบริการซ่อมบำรุง อากาศยาน การขายและการตลาดของการขนส่งทางอากาศ และบริการด้านระบบสำรองที่นั่งด้วยระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งนี้ การทบทวนดังกล่าวได้มีขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2543 เป็นต้นมา

ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการของไทย

ไทยผูกพันการเปิดตลาดบริการ 10 สาขา จำนวนกว่า 100 กิจกรรม โดยมีเงื่อนไขในการเปิดตลาด คือการเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจ (legal entity) เพื่อให้บริการในไทย

- ต้องจดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดในไทย และต้องร่วมหุ้นคนไทย โดยต่างชาติถือหุ้นไม่เกิน 49% จำนวนผู้ถือหุ้นต่างชาติต้องน้อยกว่ากึ่งหนึ่งยกเว้น บางกิจกรรมที่สัดส่วนการถือหุ้นเป็นไปตามกฎหมายเฉพาะการเข้ามาของบุคลากรต่างชาติ

- เข้ามาได้เป็นการชั่วคราว เฉพาะการโอนย้ายพนักงานภายในบริษัท (corporate transferee) ระดับผู้บริหาร ผู้จัดการ และผู้เชี่ยวชาญ เป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี ยกเว้น วิชาชีพสงวน 39 อาชีพที่ไทยยังไม่ผูกพันการเข้ามาให้บริการของต่างชาติ ซึ่งหมายถึง ไทยยังสงวนสิทธิในการออกกฎระเบียบใด ๆ ที่มีเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดเข้มงวดหรือเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบันได้ จะเห็นว่าการเปิดตลาดบริการของไทยภายใต้พันธะของ WTO นั้นไม่ได้เกินกว่าที่กฎหมายในขณะนั้นอนุญาตให้กระทำได้

การเจรจารอบใหม่

GATS กำหนดให้สมาชิก WTO ต้องร่วมเจรจาจัดทำข้อผูกพันเปิดเสรีการค้าบริการให้มากขึ้นทุก ๆ 5 ปี นับตั้งแต่ความตกลงจัดตั้งองค์การการค้าโลก (WTO) มีผลใช้บังคับในปี พ.ศ.2538 เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายการเปิดเสรีอย่างเต็มที่ตามหลักการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าเป็นลำดับ (progressive liberalization) ดังนั้น การเจรจารอบใหม่ของการค้าบริการจะต้องดำเนินการภายในปี 2543 โดยองค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการเจรจาการค้าบริการ คือ คณะมนตรีด้านการค้าบริการ (Council for Trade in Services : CTS) ซึ่งจะใช้การประชุมสมัยพิเศษ (Special Session) เป็นเวทีสำหรับการเจรจาเปิดเสรี และรายงานความคืบหน้าโดยตรงต่อคณะมนตรีทั่วไป (General Council)

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) สำหรับการค้าบริการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเจรจาเปิดตลาดบริการรายสาขา โดยมีสาระสำคัญ ได้แก่

- การเจรจาจะเป็นไปตามหลักการของการเปิดเสรีอย่างก้าวหน้าตามลำดับ (progressive liberalization) โดยลดหรือยกเลิกมาตรการที่มีผลกระทบต่อการเปิดตลาดการค้า

บริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเปิดเสรีเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้ จะยังคงคำนึงถึงสิทธิในการออกกฎระเบียบในประเทศของสมาชิก (right to regulate) ทั้งที่เป็นการออกกฎใหม่หรือการแก้ไขปรับปรุงกฎเดิม

- การเจรจาต้องครอบคลุมทุกสาขาบริการและทุกรูปแบบของการให้บริการ
- การเจรจาจะเพิ่มการเข้าไปมีส่วนร่วมของประเทศกำลังพัฒนาในการค้าบริการมากขึ้น โดยมีความยืดหยุ่นที่เหมาะสมแก่ประเทศกำลังพัฒนา และให้การปฏิบัติเป็นพิเศษ (special priority) แก่ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด
- การเจรจาเรื่องมาตรการปกป้องผูกเงินจะเสร็จสิ้นภายในวันที่ 15 มีนาคม 2547 และการเจรจาเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยการใช้กฎระเบียบภายในประเทศ ควรเสร็จสิ้นก่อนการปิดรอบการเจรจา
- การเจรจาข้อผูกพันเฉพาะจะเริ่มต้นจากรายชื่อผูกพันในปัจจุบันและให้นำเรื่อง MFN Exemption มาเจรจาด้วย
- การเจรจาจะใช้วิธีเจรจาทั้งแบบสองฝ่าย หลายฝ่าย และพหุภาคี โดยวิธีการเจรจาหลักคือ request-offer
- มีความยืดหยุ่นอย่างเหมาะสมสำหรับประเทศกำลังพัฒนาในการเปิดตลาดบริการในบางสาขา และบางกิจกรรมให้สอดคล้องกับระดับการพัฒนา

การเจรจาในช่วงที่สอง (มีนาคม 2544-มีนาคม 2545) เป็นการพิจารณาข้อเสนอแนะในการเจรจารายสาขา (Sectoral Negotiating Proposals) ซึ่งสมาชิกยื่นต่อคณะมนตรีการค้าบริการเพื่อเรียกร้อง หรือโน้มน้าวให้สมาชิกอื่น เห็นชอบตามแนวคิดของตนและนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำข้อเรียกร้อง (request) ให้ประเทศคู่เจรจาเปิดตลาดบริการในสาขาต่างๆ ข้อเสนอแนะบางฉบับเรียกร้องเฉพาะบางรูปแบบของการให้บริการ และบางฉบับเป็นข้อเสนอแนะในภาพรวม จำนวนข้อเสนอแนะดังกล่าวมีประมาณกว่า 160 ฉบับจาก 27 ประเทศ

ข้อสังเกตจากข้อเสนอการเจรจา (negotiating proposals) ในจำนวนข้อเสนอการเจรจามากกว่า 160 ฉบับดังกล่าว ประมาณ 2 ใน 3 เป็นข้อเสนอการเจรจาที่มาจากประเทศพัฒนา ที่สำคัญคือ สหรัฐฯ ประชาคมยุโรป ญี่ปุ่น แคนาดา สวิตเซอร์แลนด์ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่สำคัญที่ยื่นข้อเสนอคือ โคลัมเบีย คิวบา เกาหลีใต้ โดมินีกัน และกลุ่ม MERCOSUR เป็นต้นสาขาบริการที่ประเทศพัฒนาแล้วให้ความสนใจ ได้แก่ บริการด้านธุรกิจ (ไม่รวมวิชาชีพบัญชี กฎหมาย) บริการวิชาชีพ (บัญชี กฎหมาย) โทรคมนาคม การ

ศึกษา การเงิน จัดจำหน่าย สิ่งแวดล้อม และพลังงาน เป็นต้น ส่วนประเทศกำลังพัฒนาให้ความสนใจในสาขาท่องเที่ยว ก่อสร้าง การขนส่งทางทะเล บริการด้านคอมพิวเตอร์ และการเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา เป็นต้นข้อเสนอการเจรจาทุกฉบับเรียกร้องให้มีการเจรจาเปิดตลาดมากขึ้น โดยขจัดอุปสรรคการค้าบริการที่สำคัญ เช่น

- อุปสรรคต่อการเข้าสู่ตลาด (market access) เพื่อประกอบธุรกิจให้บริการ โดยขอให้ยกเลิกเงื่อนไข เช่น citizenship/nationality และ residency สำหรับการออกใบอนุญาตหรือใบรับรองข้อจำกัดด้านรูปแบบของหน่วยธุรกิจ (entity) ที่ต่างชาติจะเข้ามาจัดตั้ง ข้อจำกัดเกี่ยวกับสัดส่วนการถือหุ้นของต่างชาติ และเงื่อนไขการร่วมหุ้น ข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ผู้บริหารและลูกจ้าง ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดตั้งหน่วยธุรกิจ อำนวยความสะดวกต่อการเข้าเมือง เพื่อให้บริการของบุคลากรต่างชาติที่มีทักษะ

- อุปสรรคอันเนื่องจากการใช้กฎระเบียบในประเทศ โดยขอให้สมาชิกแต่ละประเทศคำนึงว่า การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบด้านอสังหาริมทรัพย์ต้องไม่เป็นไปตามอำเภอใจ กฎระเบียบต้องมีความโปร่งใส เงื่อนไขด้านคุณสมบัติ มาตรฐานทางเทคนิค และการออกใบอนุญาตต้องสมเหตุสมผล/ยกเลิกการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (Economic Needs Test : ENTs) ในสาขาและรูปแบบที่ประเทศกำลังพัฒนาสนใจ

นอกจากนี้ ประเด็นที่ประเทศกำลังพัฒนานั้นว่าต้องมีการจัดทำให้เสร็จสิ้นภายในกำหนดเวลา คือ การจัดทำเรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉิน (Emergency Safeguards Measures : ESMs) โดยมีอาเซียนเป็นผู้นำในการผลักดันและจัดทำร่างข้อเสนอความตกลงดังกล่าว แต่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่มีความเห็นแย้งว่าเรื่องนี้ต้องพิจารณาถึงความจำเป็นและความเหมาะสมเสียก่อน (feasibility and desirability) เพราะเกรงว่าจะถูกนำมาใช้เป็นมาตรการกีดกันทางการค้า ทำให้ไม่สามารถหาฉันทามติจากการหารือได้ ต้องขยายเวลาการเจรจาออกไปอีกเป็นครั้งที่ 4 จนถึงวันที่ 15 มีนาคม 2547 โดยจะต้องมีการรายงานความก้าวหน้าในการเจรจา ESMs ต่อที่ประชุมรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 5 ที่แคนาดาในปี 2546 และจะต้องมีการจัดทำแผนดำเนินการ (Work Programme) เพื่อกำหนดช่วงเวลาการทำงานที่ชัดเจน

สถานะปัจจุบันการเจรจา

ในช่วงนี้เป็นช่วงของกระบวนการเจรจาสองฝ่าย โดยสมาชิกแต่ละประเทศจะต้องจัดทำข้อเรียกร้อง (request) ขึ้นต่อสมาชิกผู้เจรจาเปิดตลาดสาขาบริการที่ตนสนใจ และการจัดทำข้อเสนอ (offer) ของตนในการเปิดตลาดบริการอย่างไรก็ตาม การเจรจาระดับพหุภาคีก็ยังคง

ต้องดำเนินควบคู่ไปด้วยเพราะยังมีการเจรจาหลายประเด็นที่ยังหาข้อยุติไม่ได้ เช่น การจัดทำ ESMS การพัฒนากฎเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้กฎระเบียบในประเทศด้านบริการวิชาชีพและทุกสาขาบริการ เป็นต้น ในการประชุมรัฐมนตรีองค์การการค้าโลก (WTO) ครั้งที่ 4 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2544 ณ กรุงโดฮา ประเทศกาตาร์ ที่ประชุมได้มีการประกาศเจรจาการค้าพหุภาคีรอบใหม่ซึ่งกำหนดให้การเจรจาสิ้นสุดภายในวันที่ 1 มกราคม 2548 และจัดตั้งคณะกรรมการเจรจาการค้า (Trade Negotiations Committee: TNC) ขึ้นมากำกับดูแลการเจรจา โดยมีการจัดตั้งกลุ่มเจรจาขึ้นมา 8 กลุ่ม ได้แก่ เกษตร บริการ การเปิดตลาด กฎเกณฑ์ของ WTO สิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินทางปัญญา การยุติข้อพิพาท และการค้าและการพัฒนา

สำหรับในด้านการค้าบริการ ปฏิญญารัฐมนตรีองค์การการค้าโลก ครั้งที่ 4 ได้กำหนดให้สมาชิกยื่นข้อเรียกร้องเบื้องต้น (initial request) ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2545 และข้อเสนอเบื้องต้น (initial offer) ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2546

แนวทางการเตรียมการเจรจาของไทย

ขณะนี้ มีประเทศสมาชิกจำนวน 18 ประเทศที่ยื่น initial request ต่อไทยให้เปิดตลาดบริการสาขาต่างๆ ซึ่งสาขาที่มีสมาชิกเรียกร้องมากที่สุด คือ สาขาบริการธุรกิจ โดยเฉพาะสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ ไทยได้ยื่น request ต่อประเทศดังกล่าว เป็นการแลกเปลี่ยนไปแล้วเมื่อเดือนมกราคม 2546 (ยกเว้น อียิปต์ ซิลี มาเลเซีย ซึ่งยื่น request มาภายหลัง) สาขาบริการที่ไทยเรียกร้องให้สมาชิกทั้ง 15 ประเทศยอมเปิดตลาดให้ไทยมากขึ้น ได้แก่ บริการวิชาชีพ (วิศวกรรม สถาปนิก บัญชี) ก่อสร้าง การสอนทำอาหารไทย-รำไทย การดูแลคนชรา และ ผู้พักฟื้น การดูแลเด็กเล็ก ภัตตาคาร (รวมพ่วงครัว) การกีฬา (มวยไทย) และบริการด้านสุขภาพ (รวมนวดแผนไทย) อย่างไรก็ตาม ไทยสามารถและควรมีการเตรียมการจัดทำข้อเรียกร้องเพิ่มเติมเพื่อยื่นต่อประเทศอื่นๆ ที่ตนสนใจเช่นกัน แม้ศักยภาพในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการของไทยในขณะนี้ จะยังไม่สามารถออกไปแข่งขันในตลาดบริการต่างประเทศได้ แต่ก็ไม่ควรละทิ้งโอกาสที่อาจมีในอนาคต และเพื่อเป็นการต้านแรงรุกของประเทศพัฒนาแล้ว ไม่ให้เป็นผู้ยื่นข้อเรียกร้องแต่เพียงฝ่ายเดียวไทยได้ยื่น initial offer เมื่อเดือนกันยายน 2546 (เอกสาร TN/S/THA) สาระสำคัญของ Initial Offer สรุปได้ดังนี้

Horizontal Section

Mode 3 ข้อผูกพันด้านการจัดตั้งหน่วยธุรกิจยังคงเดิม

Mode 4 ผูกพันเพิ่มเติมเฉพาะ market access ให้เปิดตลาดมากขึ้น ดังนี้

- เพิ่ม categories ของบุคคลธรรมดาที่ยินยอมให้เข้ามาทำงานในไทยได้ คือ contractual service supplier สำหรับ Computer and Related Services, General Management Consulting Services, Engineering Services (ยกเว้น civil engineer), Hotel Lodging Services และ Restaurant Services

- เพิ่มคำจำกัดความของบุคคลธรรมดาแต่ละประเภทที่ยินยอมให้เข้ามาเป็นการชั่วคราว

- ขยายเวลาในการพำนักรในประเทศของนักธุรกิจ และ Intra-corporate transferee

Mode 3 และ Mode 4

- ข้อผูกพันการเปิดตลาดด้านการถือครองที่ดินและอสังหาริมทรัพย์ยังคงเดิม

- ระบุเพิ่มเติมว่าไม่ผูกพัน (unbound) การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติสำหรับการให้การอุดหนุน ยกเว้นข้อผูกพันรายสาขาของไทยที่ได้ผูกพันไว้แล้ว

Specific Commitment ธุรกิจบริการที่จะเสนอใน Initial Offer แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

(1) กิจกรรมที่ผูกพันไว้แล้วในรอบอุรุกวัย ได้เสนอผูกพันเพิ่มเติมใน mode 4 เฉพาะ Market Access ตาม horizontal section ยกเว้นกิจกรรมที่ mode 4 ยังไม่ผูกพัน (unbound) ได้แก่ Professional services (ยกเว้น engineering), packaging services, publishing and printing services, Basic Telecommunication ข้อ a-d และ commission agents ส่วนกิจกรรมที่เดิม mode 4 ยังไม่ผูกพัน (unbound) ได้เสนอปรับปรุงให้ผูกพันตาม horizontal section ได้แก่ บริการที่เกี่ยวข้องด้านเกษตรกรรม – Soil analysis laboratory และปรับปรุงให้ผูกพันโดยมีเงื่อนไขสำหรับโรงเรียนนานาชาติ โรงเรียนด้านเทคนิควิชาชีพ และ Professional and/or Short Courses

(2) กิจกรรมใหม่ที่ผูกพันเพิ่มเติม ได้แก่ การออกแบบโปรแกรม และการบำรุงรักษาโปรแกรม การฝึกอบรมด้านซอฟต์แวร์ การให้คำปรึกษาทางเทคนิคและวิทยาศาสตร์ สำหรับการสำรวจน้ำมันและก๊าซ โดยการได้รับสัมปทาน โรงเรียนสอนภาษาและอุดมศึกษา ภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องการให้บริการระหว่างประเทศ จะต้องมียุทธศาสตร์สำคัญต่อการเสนอข้อเรียกร้อง โดยการพิจารณาสถานภาพปัจจุบันของธุรกิจบริการแต่ละสาขาที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่าผลประโยชน์ในสาขานั้นๆ ได้รับจากกิจกรรมใด สามารถแข่งขัน

กับประเทศใดได้บ้าง อุปสรรคด้านกฎระเบียบที่ได้รับจากการออกไปประกอบธุรกิจบริการ หรือประกอบวิชาชีพในต่างประเทศมีอย่างไร และนำข้อมูลดังกล่าวหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นข้อเรียกร้องต่อไป ซึ่งข้อเรียกร้องที่เกิดจากภาคเอกชนดังกล่าว จึงจะเป็นข้อเรียกร้องที่เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

ภาพรวมของข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ยื่นต่อไทย

ขอบเขตของการเจรจาว่างขวางกว่ารอบอุรุกวัย มีสาขาใหม่เพิ่มขึ้นในการเจรจาหลายสาขา เช่น พลังงาน หรือ multi-modal transportation เป็น กิจกรรมใหม่เพิ่มขึ้นภายใต้สาขาการขนส่ง ทำให้มีความซับซ้อนมากกว่าเดิม

ประเด็นด้านกฎเกณฑ์มีความสำคัญมากขึ้น เช่น ความโปร่งใสของการกำหนดกฎหมายมาตรการทุกสาขา หรือมีความสนใจให้กำหนดกฎเกณฑ์เฉพาะสาขา เช่น สาขาการเงินการประกันภัย การขนส่ง วิชาชีพ เป็นต้น

ประเด็นข้อเรียกร้องหลักของทุกสาขา (Horizontal requests)

Mode 3 : Commercial presence

- ยกเลิกหรือเพิ่มเพดานผู้ถือหุ้นต่างชาติให้สูงกว่า 49%
- ยกเลิกเพดานจำนวนผู้ถือหุ้นต่างชาติ (ปัจจุบันกำหนดให้ไม่ต่ำกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ถือหุ้นทั้งหมด)

Mode 4 : Presence of Natural Persons

- เพิ่ม category ผู้ให้บริการที่เป็นบุคคลธรรมดา เช่น Contractual service suppliers, Business visitors, Installers/services
- ขยายเวลา work permit ของ intra-corporate transferees
- ผ่อนผันสิทธิการถือครองที่ดินของคนต่างชาติ (เฉพาะบางประเทศ)

ข้อเรียกร้องรายสาขา (Sectoral Requests)

ลักษณะที่คล้ายคลึงกันในหลายสาขา :

- พัฒนาการทางเทคโนโลยีทำให้ mode 1 และ 2 มีความสำคัญมากขึ้น
- ข้อเรียกร้องส่วนใหญ่ไม่ซับซ้อน คือ ขอให้ไทยพิจารณาการเปิดตลาดในสาขา กิจกรรม และ mode ที่ประเทศนั้นสนใจ

สาขาที่การเจรจาจะมีความซับซ้อนอย่างมาก คือ สาขาพลังงานและสาขาการขนส่ง

สาขาวิชาชีพ (Professional Services)

- สาขาที่มีข้อเรียกร้อง ได้แก่ กฎหมาย (รวม patent attorney/agent) บัญชี/ตรวจสอบบัญชี/ การทำบัญชี สถาปนิก วิศวกรและ integrated engineering services การวางผังเมือง และภูมิสถาปัตยกรรม การแพทย์และทันตกรรมและ ตัวแพทย์
- เน้นการขอให้มีข้อผูกพันใน mode 1 แบบที่ไม่มีข้อจำกัด (none) และผ่อนผันหรือยกเลิกข้อจำกัดใน mode 3
- มีข้อเรียกร้องให้ยกเลิก nationality requirement ในการยอมรับคุณสมบัติหรือประสบการณ์
- หลายประเทศขอให้พิจารณาให้นักวิชาชีพจากประเทศอื่นเข้ามาให้บริการในไทย ร่วมกับ นักวิชาชีพของไทยที่ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการอย่างถูกต้อง เช่น สถาปนิก

สาขาสุขาภ (Health and Related Services)

- ขอให้พิจารณาเปิดตลาดโรงพยาบาล
- เกี่ยวข้องกับการเจรจาสาขาวิชาชีพแพทย์ และ ทันตแพทย์ ในสาขาวิชาชีพ

สรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในจำนวน 117 ประเทศที่เข้าร่วมการเจรจาเปิดเสรีทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลกมาตั้งแต่แรก จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2546 มีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 146 ประเทศ การเจรจาการค้าบริการมีรายละเอียดของประเภทบริการจำนวนมาก สินค้าบริการเหล่านี้มีหลักคิดที่แตกต่างกัน บางบริการสมควรเป็นสินค้าสามัญที่ใช้ปรัชญาลดตลาดและการแสวงกำไรเป็นแรงจูงใจในการจัดบริการ แต่บางบริการ เช่น บริการด้านสุขภาพถือเป็นบริการสาธารณะที่ไม่ควรแสวงกำไร ข้อตกลงทางการค้าบริการระหว่างประเทศจึงมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างหลากหลาย ส่วนรูปแบบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการมี 4 รูปแบบที่ต่างกัน ขึ้นกับการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกต้องกำหนดระดับของการเปิดเสรีทางการค้าอย่างชัดเจนภายใน 10 ปี ประเทศต่างๆ เรียกร้องให้ประเทศไทยเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพหลายประเภท

2. วิธีวิจัย

บทนี้กำหนดกรอบวิธีวิจัยการคาดการณ์ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทำการประเมินผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพ ทั้ง 4 โหมด ที่จะมีผลต่อระบบสาธารณสุขไทยในประเด็นเรื่องความเท่าเทียมของการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการสุขภาพ และเพื่อเสนอแนะนโยบายและทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยต่อการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทบทวนผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนต่อด้านสาธารณสุขในประเทศต่างๆ
2. เพื่อประเมินผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพของการเปิดเสรีการค้าบริการและการลงทุนด้านสุขภาพในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าในโหมดต่างๆ โดยแบ่งทิศทางย่อยของแต่ละโหมดเป็นการออกหรือเข้าสู่ประเทศไทย

โหมดที่ 1 บริการข้ามแดน (cross border service) โดย 1ก เป็นบริการการแพทย์ทางไกลของไทยให้บริการแก่ชาวต่างประเทศ และ 1ข คือบริการการแพทย์ทางไกลจากต่างประเทศให้บริการแก่คนไทย ผลกระทบคือคนไทยอาจเกิดประโยชน์ โดยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

โหมดที่ 2 ผู้บริโภคข้ามแดน (consumption abroad) โดย 2ก ผู้บริโภคคนไทย ได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพ ตามไปคุ้มครองถึงต่างประเทศ (portability) ทำให้แรงงานไทยไม่เสียประโยชน์ และ 2ข เป็นการเปิดโอกาสให้ประเทศเป็นศูนย์การแพทย์นานาชาติ (medical hub) หรือเป็นสถาบันผลิตบุคลากรสุขภาพให้ชาวต่างประเทศ อาจเกิดผลเสียให้บริการสำหรับผู้ด้อยโอกาสลดลง เนื่องจากมีผู้รับบริการจากต่างประเทศมาใช้บริการมาก

โหมดที่ 3 ธุรกิจข้ามแดน (commercial presence) โดย 3ก ธุรกิจไทยนำเงินออกไปซื้อ ธุรกิจโรงพยาบาลในต่างประเทศ ถ้าเกิดผลกำไร เป็นการนำเงินตราต่างประเทศเข้าประเทศ ไทย และ 3ข ธุรกิจต่างประเทศซื้อโรงพยาบาล คลินิก หรือร้านยาในไทย ประเมินเงินลงทุน จากต่างประเทศ (foreign direct investment) ในการค้าด้านสุขภาพ ผลกระทบคือ เพิ่มการเข้า ถึง และคุณภาพสำหรับคนมีเงิน แต่ผู้ด้อยโอกาสไม่เข้าถึงบริการ

ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

โหมด	ทิศทาง	รูปแบบ ตัวอย่าง	ผลกระทบ
1ก	บริการออก	การแพทย์ทางไกลจากไทยให้แก่ต่าง ประเทศ	เพิ่มโอกาสการแข่งขันธุรกิจค้าปลีกกับ ต่างประเทศ อาจเกิด spill over คนไทยได้ ประโยชน์
1ข	บริการเข้า	การแพทย์ทางไกล ให้คำปรึกษาจาก ต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสการเข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น
2ก	ผู้บริโภคนอก	ผู้บริโภคไทย (มีประกันสุขภาพ) ใช้ บริการในต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสให้คนไทยที่ไปทำงานต่าง ประเทศได้รับสวัสดิการสุขภาพ
2ข	ผู้บริโภคเข้า	ผู้บริโภคนอกชาติใช้บริการสุขภาพ หรือการศึกษาในประเทศไทย	ปรากฏการณ์ crowding out ลดโอกาสการ เข้าถึงของคนไทย โดยเฉพาะคนยากจน
3ก	ธุรกิจออก	ธุรกิจไทยออกไปซื้อธุรกิจโรง พยาบาลในต่างประเทศ	เงินทุนออกนอกประเทศ ได้ผลกำไรนำเงิน เข้าประเทศ
3ข	ธุรกิจเข้า	ธุรกิจต่างชาติซื้อโรงพยาบาลในไทย เครือข่ายร้านยาในไทย	ดัชนีการลงทุนจากต่างชาติ เพิ่มโอกาสการ เข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น
4ก	ผู้ให้บริการออก	บุคลากรสุขภาพไทยออกไปให้ บริการในต่างประเทศ	มีผู้บริการ ไทยลดลง ขาดโอกาสการเข้าถึง
4ข	ผู้ให้บริการเข้า	ผู้ให้บริการต่างชาติเข้ามาให้บริการ ในประเทศไทย	มีผู้ให้บริการมากขึ้น เพิ่มโอกาสเข้าถึงมาก ขึ้น

โหมดที่ 4 ผู้ให้บริการข้ามแดน (presence of natural person) โดย 4ก บุคลากรสุขภาพไทยออกไปให้บริการในต่างประเทศ และ 4ข คือบุคลากรต่างประเทศบริการในประเทศไทย ผลกระทบคือ สุขธิของผู้ให้บริการจะมากขึ้นหรือลดลง ถ้าลดลง โอกาสการเข้าถึงบริการจะลดลง แต่ถ้ามีผู้ให้บริการมากขึ้น จะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงมากขึ้น

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพในโหมด 1-4 ตามความหมายของความตกลงว่าด้านการค้าบริการ (GATS) ขององค์การการค้าโลก โดยไม่ครอบคลุมการเปิดเสรีในส่วนอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อสุขภาพของประชากรทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ประเด็นการเข้าถึงยาและวัคซีน(drugs and vaccines) หรือความปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) และอื่นๆ

แนวทางการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อนำไปเป็นสมมติฐานในการประเมินผลกระทบ

ขนาดของการค้าด้านสุขภาพข้ามพรมแดน เช่น การแพทย์ทางไกล, FDI
ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เพื่อหาตัวแปรที่อธิบายและตัวแปรแทรกซ้อน
กลไก การจัดการในประเทศต่างๆ เพื่อปกป้องสวัสดิภาพด้านสุขภาพของประชาชน

การประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

การสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิภาพครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน

3. ทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้นำเสนอแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งนำไปสู่การก่อ
กำเนิดองค์การการค้าโลก ผลกระทบของข้อตกลงทางการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ
ในโหมดต่างๆ คือสุขภาพของประชาชน บทบาทขององค์การอนามัยโลก พร้อมกับสรุปการ
ทบทวนผลวิจัยผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อนำไป
สู่การกำหนดกรอบการประเมินผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ในหัวข้อที่ 4

ทำไมต้องมีองค์การการค้าโลกและผลกระทบต่อสุขภาพ

กระแสโลกาภิวัตน์ (globalisation) ทำให้คน ความคิด สินค้า และทุนการผลิต ข้าม
พรมแดนประเทศต่างๆ ในโลกอย่างรวดเร็ว ในประวัติศาสตร์การข้ามพรมแดนด้วยการขยาย
อำนาจด้านการเมืองและด้านเศรษฐกิจมีมานานแล้วตั้งแต่สมัยล่าอาณานิคม แต่การปฏิวัติ
สังคมยุคที่สาม คือ ยุคปฏิวัติด้านข้อมูลข่าวสาร ทำให้การข้ามพรมแดนของสิ่งต่างๆ เกิดได้
รวดเร็วมากขึ้น

นักเศรษฐศาสตร์อธิบายว่าแรงจูงใจสำคัญของการเคลื่อนย้ายทรัพยากรข้ามพรมแดน
ประเทศต่างๆ คือ ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (comparative advantage) ในการผลิตสินค้า
หรือบริการ (Stiglitz, 2002, p 59) นักเศรษฐศาสตร์ Ricardo อธิบายเรื่องความได้เปรียบเชิง
เปรียบเทียบไว้ตั้งแต่ปีค.ศ. 1817 ในหนังสือ Principles of Political Economy and Taxation ให้
เห็นประโยชน์ของการค้าระหว่างประเทศที่ช่วยให้ประเทศคู่ค้ามีส่วนได้ทั้งคู่ การเปิดเสรีทาง
การค้า (trade liberalisation) จึงเป็นการลดการแทรกแซงของรัฐต่อกลไกตลาด¹ ผู้ที่สนับสนุน
แนวคิดเปิดเสรีทางการค้าคิดว่า การลดการกีดกันทางการค้าจะทำให้การเคลื่อนย้ายคนและทุน
การผลิตเป็นไปอย่างเสรี และจะเกิดการจ้างงานในที่ที่เหมาะสม แต่ประสบการณ์ตั้งแต่การถด
ถอยทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่ (Great Depression) พิสูจน์ว่า ลำพังการเคลื่อนย้ายเงินทุนไม่ช่วย
ให้เกิดการจ้างงานได้ เพราะการเพิ่มการจ้างงานนอกจากอาศัยเงินทุน ยังต้องอาศัย ความเป็นผู้
ประกอบการ ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนา (Stiglitz, 2002, p 59) การเปรียบเทียบความได้
เปรียบทางการค้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มองถึงระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศจึงอาจนำไป
สู่ผลกระทบด้านลบ

¹ Ricardo ยกตัวอย่างอังกฤษ ได้เปรียบด้านอุตสาหกรรมทอผ้า โปรตุเกส ได้เปรียบด้านการผลิตไวน์ ความ
ได้เปรียบในที่นี้ คือสามารถผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูง และด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าในประเทศที่เทียบกัน ดังนั้น
ประโยชน์การค้าระหว่างประเทศที่ไม่มีกีดกันของรัฐ คือ ประชาชนทั้งสองประเทศได้บริโภคสินค้าที่มี
คุณภาพ ด้วยราคาที่ต่ำ

ดัชนีโลกาภิวัตน์ ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน และดัชนีพัฒนามนุษย์

ดัชนีวัดความเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ที่สำคัญและนำมาเสนอในที่นี้ ได้แก่ ดัชนีโลกาภิวัตน์ เพื่อแสดงพื้นฐานของการได้เปรียบต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน และดัชนีพัฒนามนุษย์ เพื่อแสดงว่าคนเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยในการแข่งขันเท่านั้น

Kearney (2003) เป็นผู้เสนอดัชนีโลกาภิวัตน์ (Globalization index) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายนวัตกรรมที่เป็นผลจากโลกาภิวัตน์ ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การตัดสินใจนโยบาย การค้า การหมุนเวียนของเงิน การเคลื่อนย้ายของคนหรือข้อมูลความรู้ข้ามเขตแดน ดัชนีนี้คำนวณจาก ข้อมูลการค้า การลงทุนทางตรงจากต่างประเทศ (foreign direct investment) การหมุนเวียนของเงินลงทุน เงินค่าจ้างที่จ่ายแก่ลูกจ้างชาวต่างชาติ และเงินรายได้จากสินทรัพย์ที่อยู่ต่างประเทศ นอกจากนั้น ยังคำนวณจากข้อมูลความสัมพันธ์ระดับส่วนบุคคล ได้แก่ การเดินทางท่องเที่ยวต่างประเทศ การใช้โทรศัพท์ระหว่างประเทศ การส่งเงินระหว่างประเทศ และคำนวณจากข้อมูลระดับการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ต จำนวนผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ต รวมทั้งจำนวนเซิร์ฟเวอร์ที่ทำธุรกรรมทางการเงินอย่างปลอดภัย ข้อมูลด้านการเมืองที่ใช้คำนวณดัชนี คือ การมีส่วนร่วมในปฏิบัติการของคณะมนตรีความมั่นคงของสหประชาชาติ จำนวนองค์การระหว่างประเทศ และจำนวนสถานทูตที่ตั้งในประเทศนั้น⁵

ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness rank) ประมวลโดย World Economic Forum มีองค์ประกอบใหญ่ 3 ส่วน คือ ความสามารถในการแข่งขันด้านการเติบโต [แบ่งเป็น ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การคิดค้น

⁵ ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การรวมปริมาณการไหลเข้าและการไหลออกเทียบกับระดับเศรษฐกิจของประเทศนั้น ส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชากร ให้เทียบกับจำนวนประชากรของประเทศนั้นๆ การเข้าร่วมกับปฏิบัติการคณะมนตรีความมั่นคงของสหประชาชาติให้นับจำนวนปฏิบัติการที่เข้าร่วม หากด้วยจำนวนปฏิบัติการทั้งปี จำนวนองค์การระหว่างประเทศและสถานทูตให้เทียบกันด้วยจำนวนจริง ดัชนีรวมมีค่าระหว่าง 0-1 โดย 1 แสดงว่ามีระดับโลกาภิวัตน์สูงที่สุด กาเปรียบเทียบดัชนีโลกาภิวัตน์ระหว่าง 62 ประเทศในปี 2545 และ 2546 ประเทศที่มีดัชนีสูงสุดคือ ไอร์แลนด์ ตามด้วยสวีเดนและนอร์เวย์ ทั้ง 2 ปี สิงคโปร์จากอันดับ 3 ลดลงเหลืออันดับ 4 สหรัฐอเมริกาอยู่อันดับที่ 11 เลื่อนขึ้นจากอันดับที่ 12 มาเลเซีย อันดับดีขึ้น จาก 20 เป็น 18 อิหร่าน อยู่อันดับรั้งท้ายที่ 62 ทั้ง 2 ปี ประเทศไทยปี 2545 อยู่ในอันดับที่ 51 ส่วนปี 2546 เลื่อนขึ้นมาอันดับที่ 47 ถ้าเทียบกับอัฟริกาใต้ เลื่อนจากอันดับ 54 เป็นอันดับที่ 38 (www.foreignpolicy.com)

นวัตกรรม การถ่ายทอดเทคโนโลยี) ด้านสถาบันภาครัฐ (การคอร์ปชั่น การทำสัญญาและกฎหมาย) และด้านเศรษฐกิจมหภาค (เสถียรภาพเศรษฐกิจมหภาค ระดับความน่าเชื่อถือของประเทศ) ความสามารถในการแข่งขันระดับเศรษฐกิจจุลภาค (ยุทธศาสตร์และการปฏิบัติงานของบริษัท คุณภาพของสิ่งแวดล้อมทางธุรกิจระดับชาติ) และความพร้อมในการเชื่อมต่อเป็นเครือข่าย [แบ่งเป็น องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม (สิ่งแวดล้อมของตลาด การเมืองและกฎระเบียบ โครงสร้างพื้นฐาน) องค์ประกอบความพร้อม (ความพร้อมของบุคคล ธุรกิจ และรัฐ) องค์ประกอบการนำไปใช้ (การนำไปใช้ของบุคคล ธุรกิจ และรัฐ)] ระดับความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย ในปี 2546 เมื่อเทียบกับ 80 ประเทศ อยู่อันดับที่ 31 ด้านการเติบโต อันดับ 35 ในด้านเศรษฐกิจจุลภาค และอันดับ 41 ในด้านความพร้อมในการเชื่อมต่อเป็นเครือข่าย (www.weforum.org last update 9 October 2003)⁶

ดัชนีพัฒนามนุษย์ (Human development index) ประมวลโดย UNDP (United Nations Development Programme) เพื่อให้ความสำคัญกับ “คน” ในฐานะเป้าหมายของการพัฒนา คำนวณจากอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราการตาย จำนวนปีที่เรียนหนังสือ และรายได้ต่อคนต่อปี ประเทศไทย มีดัชนีพัฒนามนุษย์อยู่ในอันดับที่ 60? จากทั้งหมดเกือบ 200 ประเทศ ในบางปี ดัชนีพัฒนามนุษย์ของไทยลดระดับลง แสดงถึง “คน” ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ได้รับผลที่ดีจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้น้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ

จากดัชนีที่ยกตัวอย่าง 3 ดัชนี แสดงว่า ความพร้อมของการได้ประโยชน์จากกระแสโลกาภิวัตน์ รวมศูนย์อยู่ในประเทศพัฒนา ข้อตกลงทางการค้าใดๆ ถ้าไม่คำนึงของความเสียเปรียบตั้งแต่เริ่มแรกของประเทศกำลังพัฒนา ก็จะทำให้ช่องว่างระหว่างประเทศพัฒนากับประเทศกำลังพัฒนายิ่งกว้างมากขึ้น

การค้าด้านสุขภาพแต่ละโหมด

ข้อตกลงด้านการค้าบริการขององค์การการค้าโลก พัฒนาไปเร็วกว่าการพัฒนามาตรฐานข้อมูลเพื่อบันทึกขนาดของการค้าระหว่างประเทศในแต่ละโหมด จึงไม่มีข้อมูลจริงของขนาดของการค้าบริการด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ในที่นี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การประเมินขนาดของการค้าแต่ละโหมดมีดังนี้

⁶ อันดับย่อยที่ดีที่สุดของประเทศไทย คือ ดัชนีการถ่ายทอดเทคโนโลยี อันดับ 5 เสถียรภาพของเศรษฐกิจมหภาค อันดับ 8 ส่วนอันดับย่อยรั้งท้าย คือ การนำไปใช้ส่วนบุคคล อันดับ 64 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร อันดับ 52 และ โครงสร้างพื้นฐาน อันดับ 49

โมเดลที่ 1 การให้บริการข้ามแดน

ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารทำให้บริการการแพทย์ทางไกลก้าวหน้าตามไปด้วย เช่น การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยออกเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2544 โดยหุ่นยนต์และคนไข้อยู่ที่เมืองสตราบวกของฝรั่งเศส ขณะที่ศัลยแพทย์อยู่ที่นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา (Yeo, 2002) แต่ความก้าวหน้านี้ยังต้องพบกับปัญหาโครงสร้างด้านกฎหมายการประกอบโรคศิลปะ

องค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป ตระหนักถึงความสำคัญของความก้าวหน้าของการแพทย์ทางไกล เสนอวัตถุประสงค์ของการแพทย์ทางไกลสำหรับศตวรรษที่ 21 ว่า ระบบบริการการแพทย์ทางไกลต้องวางบนพื้นฐานของความจำเป็นทางสุขภาพและมาตรฐานด้านคลินิกและด้านสาธารณสุข ไม่ใช่ขับเคลื่อนบนฐานของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากนี้การพัฒนาบริการการแพทย์ทางไกลต้องคำนึงถึงเป้าหมายความเป็นธรรม ความยั่งยืน การมีส่วนร่วมและการรับผิดชอบ ที่เป็นหลักการสำคัญของสุขภาพดีถ้วนหน้า การทำตามเป้าหมายดังกล่าวได้ต้องอาศัยทักษะใหม่จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ และผู้ใช้ การให้ประเทศสมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยแต่อัตราส่วนราคาต่อความสามารถที่ลดลงอย่างรวดเร็ว 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) การร่วมมือระหว่างประเทศด้านการศึกษการแพทย์ทางไกล มีทั้งชนิดไม่แสวงกำไรและแสวงกำไร องค์การบริหาร (governance) จึงเป็นทั้งเครือข่ายมหาวิทยาลัยทั่วโลก ความริเริ่มของกลุ่มธุรกิจ การลงทุนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษา หรือ การริเริ่มระดับชาติ ตัวอย่างประเทศที่มีความได้เปรียบด้านการศึกษการแพทย์ทางไกล ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย ข้อเสนอแนะคือ uthทางการก่อตั้งมหาวิทยาลัยด้านสารสนเทศระดับโลก โดยเฉพาะระดับที่มีการร่วมมือประสานงานระหว่างประเทศ (Hovenga, 2004)

Chandra (2002) รายงานสถานการณ์การค้าบริการสุขภาพในโหมด 1 ของเขตเอเชีย เป็นประเทศใหญ่ให้บริการประเทศเล็ก ได้แก่อินเดียให้บริการพหุวิทยาทางไกลแก่ โรงพยาบาลในเนปาลและบังกลาเทศ โรงพยาบาลริมฝั่งทะเลของจีน ให้บริการวินิจฉัยโรคทางไกลแก่โรงพยาบาลในมาเก๊า และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ไม่ได้เสนอว่าทำให้เกิด กระแสเงินไหลเวียนเท่าใด ส่วนการประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้วางแผนนโยบายในประเทศ ปากีสถาน พบว่าการลงทุนเพื่อให้เกิดบริการในโหมดนี้ จำเป็นต้องใช้การลงทุนสูง หากลงทุน ต้องดึงเงินมาจากส่วนอื่นที่อาจมีความจำเป็นมากกว่า และทำให้เกิดปัญหาความเป็นธรรมทาง สุขภาพได้ (Akram, 2003, p. 52-3)

Janjaroen and Supakankunti (2002) ทบทวนสถานการณ์การแพทย์ทางไกลใน ประเทศไทย แม้จะมีการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลในภาครัฐกว่า 10 ปีโดยได้รับการ สนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาและแคนาดา แต่ไทยไม่มีแผนการค้าข้ามพรมแดนด้านการแพทย์ ทางไกล การวิจัยนี้เสนอแนะให้พิจารณาประเด็นอุปสรรคของการค้าการแพทย์ทางไกล ได้แก่ กฎหมายและจริยธรรมของการประกอบเวชปฏิบัติ ที่แพทย์และผู้ป่วยต้องพบกันซึ่งหน้า แพทย์ไม่สมควรรักษาโดยไม่เห็นผู้ป่วย ปัญหากฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่ต้อง ให้ข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในสถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล และการ ทำหน้าที่เป็น “ผู้รักษาประตู” (gatekeeper) ในกรณีที่มีความสัมพันธ์ในระบบการแพทย์ทางไกล เป็น many to many ทูรกรรมของผู้เปิดประตูให้เกิดการรักษาทางไกลจึงก่อรายได้

ข้อมูลการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้บริการในปี 2547 ประเมินว่า กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพ ร่วมกับกลุ่มธุรกิจข้ามชาติ ทำ tele-conference, video-conference ผ่าตัดข้ามชาติ โดยผสม ผสานกับโหมดอื่นๆ เช่น นำแพทย์ต่างชาติเข้ามาเป็นช่วงๆ และให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ (พงศธร พัทธระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ตรีวัชรานนท์, 2544, หน้า 64)

โหมดที่ 2 ผู้รับบริการข้ามแดน

Achouri and Achour (2002, p 213-6) เสนอข้อมูลของชาวตูนิเซียที่ไปใช้บริการทาง การแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งเป็นสิทธิตามระบบประกันสังคม หรือสิทธิพนักงานของรัฐ หรือ องค์กรมนุษยธรรม แต่ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยที่เดินทางและจ่ายเงินด้วยตนเองเพราะธนาคาร ชาติไม่ได้แยกแยะข้อมูลการแลกเปลี่ยนเงินเพื่อการรักษา แนวโน้มจากปี 2536-2541 แสดงว่า การใช้บริการในต่างประเทศของชาวตูนิเซียลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพระดับ ชาติโดยเฉพาะเทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง การพัฒนาโครงสร้างที่จำเป็นของประเทศและการ

ฝึกอบรมบุคลากรหลายสาขา นอกจากนี้ ความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศต่างๆ หลายประเทศ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์จากหลายประเทศเข้ามาทำงานในศูนย์เชี่ยวชาญ การอนุญาตให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาในต่างประเทศโดยใช้เงินของรัฐ ต้องได้รับความเห็นชอบเป็นรายๆ จากคณะกรรมการระดับชาติที่ประกอบด้วยแพทย์และผู้บริหาร ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักเสนอมาจากแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 513 รายในปี 2536 เหลือ 260 รายในปี 2541 สัดส่วนผู้ป่วยที่ส่งไปต่างประเทศมากที่สุดคือผู้ป่วยภายใต้ประกันสังคม ขณะที่จำนวนผู้ป่วยส่งไปต่างประเทศของประกันสังคมและของรัฐลดลงในช่วงดังกล่าว การส่งไปภายใต้โครงการมนุษยธรรม เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 32 รายเป็น 40 รายในช่วงเวลาเดียวกัน รายจ่ายด้านสุขภาพจากการส่งผู้ป่วยไปต่างประเทศ (เฉพาะที่เป็นรายจ่ายจากรัฐ ไม่รวมรายจ่ายด้านมนุษยธรรมซึ่งไม่มีตัวเลข) ลดจาก ร้อยละ 0.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2538 เหลือเพียงร้อยละ 0.5 ในปี 2541

องค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก (WHO/WTO 2002, หน้า 112) สรุปสถานการณ์ว่า ประเทศไทยมีนโยบายให้บริการสุขภาพอนามัยในโหมด 2 เป็นศูนย์กลางของภูมิภาค การทำเช่นนี้ ต้องเกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพของประเทศเจ้าของประชาชนที่จะเดินทางมารักษาในประเทศไทยด้วย นั่นคือ ถ้าประกันสุขภาพเอกชนในประเทศเจ้าของประชาชนเปิดโอกาสให้ใช้บริการนอกประเทศได้ (portability) การข้ามพรมแดนเพื่อรับบริการจะมีมาก แต่ถ้าไม่ให้สิทธิใช้บริการนอกประเทศ จะเหลือเฉพาะผู้รับบริการข้ามพรมแดนที่มีฐานะดี หรือมีกำลังซื้อสูงเท่านั้น

Janjaroen and Supakankunti (2002) ประเมินว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีมาก ผู้ให้บริการเอกชนยินดีให้บริการกับผู้รับบริการชาวต่างประเทศ จากผู้ท่องเที่ยวทั้งหมด มีประมาณปีละ 5 ล้านคนที่ใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าราคาไม่แพง ทั้งที่มีคุณภาพทัดเทียม หรือดีกว่าที่มีในประเทศตน ข้อมูลอีกด้านหนึ่งคือประเทศไทยเป็นสถานที่ชั้นนำของโลกในการผ่าตัดแปลงเพศ และโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ ผ่านวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ด้วยการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ จนมีรายได้จำนวนมากมาจากการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

เมื่อรัฐบาลประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในภูมิภาค เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยต่างชาติ เสี่ยงเรียกร้องจากภาคธุรกิจให้รัฐบาลดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายอย่างรวดเร็ว (The Nation, 18 May 2004, p 4B) เฉพาะธุรกิจเครือกรุงเทพ คูสิตาคาการณ์ขนาดของ

เศรษฐกิจว่าจะขยายตัวจากการรักษาผู้ป่วย 630,000 รายเมื่อปีที่ผ่านมา (นำรายได้เข้าประเทศ ถึง 1 หมื่น 9 พันล้านบาท ประมาณส่วนแบ่งร้อยละ 50 ของรายได้เป็นเงินตราต่างประเทศ) เพิ่มขึ้นเป็น 800,000 คนในปีนี้ (นำเงินเข้า 2 หมื่นล้านบาท หรือร้อยละ 55 เป็นรายได้จากเงินตราต่างประเทศ) และปีหน้าคาดว่าจะเพิ่มเป็น 1 ล้านราย (นำรายได้เข้าประเทศ 3 หมื่นล้านบาท) สัดส่วนผู้ป่วยชาวต่างชาติในเครือประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ต้องการให้สัดส่วนผู้ป่วยต่างชาติอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30 นี้ เพื่อลดความผันผวนของรายได้ หากเกิดกรณีโรคระบาดทั่วโลก (เช่น โรค SARS) ที่ทำให้ผู้ป่วยต่างชาติไม่เดินทางระหว่างประเทศ

โหมคที่ 3 ธุรกิจข้ามแดน

ประเทศบราซิลเสนอตัวอย่างของผลกระทบเมื่อประเทศเปิดเสรีให้ธุรกิจประกันภัย โดยเฉพาะการประกันสุขภาพเอกชน ตามรัฐธรรมนูญปี 2521 บราซิลไม่อนุญาตให้บริษัทต่างประเทศทำธุรกิจด้านสุขภาพในบราซิล แต่ตั้งแต่ปี 2539 รัฐบาลเริ่มอนุญาตให้ธุรกิจการเงินเฉพาะประกันชีวิต เข้าสู่ประเทศโดยหวังว่าการเปิดเสรีจะช่วยคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้บริการมีคุณภาพมากขึ้น เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรมและราคาลดลง เมื่อเปิดประเทศ พบว่ามีบริษัทประกันสุขภาพข้ามชาติเข้าไปประมาณ 20 บริษัท โดยการร่วมทุนหรือการควบกิจการ บริษัทที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่มาจากอเมริกาเหนือ ธุรกิจนี้ส่วนใหญ่ครอบคลุมส่วนแบ่งประมาณร้อยละ 11 ซึ่งเป็นบริการสุขภาพภาคเอกชน Zamilli (2002 หน้า 149-150) สรุปว่าการเข้าไปของบริษัทต่างชาติทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริษัทในประเทศดีขึ้นเนื่องจากการแข่งขันกับบริษัทต่างชาติ

เงินลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศในธุรกิจด้านสุขภาพของอินโดนีเซียมีมาก เพราะกฎหมายบังคับไม่ให้ต่างชาติลงทุนในธุรกิจขนาดเล็กเช่นคลินิก ต่างชาติจึงลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระหว่างปี 2536-2542 มีการลงทุนจากต่างชาติในอินโดนีเซียถึง 230 ล้านดอลลาร์สหรัฐ เป็นธุรกิจจากออสเตรเลีย สิงคโปร์ และมาเลเซีย โรงพยาบาลที่ต่างชาติลงทุนตั้งอยู่ในเมืองใหญ่และสถานที่ท่องเที่ยว ได้แก่ จาการ์ตา บาห์ลี มีข้อถกเถียงมากกว่าการลงทุนจากต่างชาติจะเป็นประโยชน์ต่อชาวอินโดนีเซียหรือไม่ แม้รัฐบาลมีกฎว่าทุกโรงพยาบาลต้องมีเตียงรับผู้ป่วยชั้น 3 (สำหรับผู้ป่วยยากจน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 แต่การครองเตียงของเตียงชั้น 3 โรงพยาบาลในโรงพยาบาลเหล่านี้ต่ำมาก แสดงว่าผู้ป่วยยากจนไม่ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลเหล่านี้ เนื่องจากค่าบริการทางการแพทย์หรือค่ายาไม่ได้รับการลดหย่อน

(Widiatmoko and Gani, 2002, p 112) ส่วนในเอเชียใต้ กลุ่มธุรกิจชื่อ Apollo Group ในอินเดีย จะลงทุนสร้างโรงพยาบาลถึง 15 แห่งในมาเลเซีย เนปาล และศรีลังกา ด้วยเงินลงทุนถึง 4 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Chandra 2002).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545, หน้า 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สรุปว่า แม้ในปี 2538 ประเทศไทยจะไม่กำหนดข้อผูกพันใดๆ ในสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม รวมทั้ง ข้อผูกพันในสาขาอื่นๆ ไทยกำหนดไว้ไม่เกินกว่าหรือส่วนใหญ่ต่ำกว่ากรอบกฎหมายปัจจุบัน แต่สถานการณ์จริงของการเข้าสู่ตลาด และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ มักกระทำเกินกว่าที่กำหนดในข้อผูกพัน โดยเล็งกฎหมาย เช่น มีร้านขายยาชื่อเดียวกับบริษัทแม่ในต่างประเทศในหลายจังหวัด โดยมีคนไทยเป็นผู้ถือใบอนุญาตแทน ส่วนธุรกิจโรงพยาบาล มีบริษัทต่างประเทศเข้ามาตาม พ.ร.บ. ประกอบธุรกิจคนต่างด้าว พ.ศ.2543

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

โหมดที่ 4 ผู้ให้บริการข้ามแดน

ประเทศอัฟริกาใต้ได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่บุคลากรด้านสุขภาพมีการเคลื่อนย้ายสูง การศึกษาของ OECD (2003) เรื่องแนวโน้มการเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศ แสดงการศึกษาขนาดและผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรสุขภาพอย่างละเอียด การศึกษาสรุปว่า สถิติทางการด้านประชากรอพยพออกนอกประเทศ มักต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะปัญหาการต้องการกลับประเทศ ภาษี เหตุผลทางจิตวิทยา และเหตุผลทางครอบครัว ประเมินการณ์สำหรับอัฟริกาใต้สรุปว่า สถิติทางการของการออกนอกประเทศช่วงปี 2532-2535 ประเมินต่ำไป 4 เท่า จากนั้นลดลงเป็น 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, p 119-20)

ผลกระทบต่อระบบสุขภาพคือ ระบบสุขภาพของอัฟริกาใต้ มีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศไทย แต่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำกว่า การจัดอันดับขององค์การอนามัยโลก ปี 2543

อยู่ที่ 142 (ไทยอยู่อันดับที่ 57) ทั้งนี้เพราะ ปัญหาเอดส์ และความไม่เป็นธรรมของระบบสุขภาพ ออฟริกาได้ประกาศหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2537 เปลี่ยนเป้าหมายบริการจาก คนผิวขาวและชนชั้นกลาง ไปเน้นที่บริการปฐมภูมิ และบริการในชนบท แต่ยังพบปัญหา ความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน เพราะ ปัญหาการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ (มีแพทย์ 7.1 ต่อ 10,000 และพยาบาล 40 ต่อ 10,000 ซึ่งนับว่าสูง) นอกจากนั้น จำนวนแพทย์ ทั่วไปยังเพิ่มขึ้นมากกว่าการเพิ่มของแพทย์เฉพาะทาง แต่การเพิ่มของพยาบาลอยู่ในอัตราต่ำ มาก ทั้งที่พยาบาลควรเป็นกำลังหลักของบริการปฐมภูมิ แพทย์ส่วนใหญ่ทำงานกับภาคเอกชน มีเพียงร้อยละ 38 ที่ทำงานภาครัฐ ซึ่งบริการประชาชนร้อยละ 80 ของประเทศ อัตราส่วนแพทย์ ต่อประชากรในเขตเมือง เท่ากับ 18.0 ต่อ 10,000 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2-3 เท่า แต่ในเขต ชนบททางเหนือ มีแพทย์ต่อประชากรเพียง 2.1-3.4 ต่อ 10,000 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 4 เท่า สำหรับ พยาบาลร้อยละ 81 อยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีประชากรร้อยละ 54 ของประเทศ (OECD, 2003, p 121-2) รายได้ไม่ใช่เหตุผลเดียวของการย้าย เหตุผลสำคัญอื่นๆ ได้แก่ ภาระงานหนักในภาค รัฐบาล เพราะการให้โอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น การกระจายบุคลากรรัฐ-เอกชน และเมือง-ชนบท ปัญหาโรคเอดส์ การติดสารเสพติด ที่ทำให้การประกอบวิชาชีพไม่ภูมิใจ (OECD, 2003, p 129)

ในความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ โลกาวัดน์เปิดโอกาสให้พวกเขาเคลื่อนย้าย ระยะสั้น คล้ายกับการมีหมอมารแทนในคลินิก ในโรงพยาบาล หรือไปฝึกอบรมและศึกษาต่อ ไปทำงานที่มีรายได้มากขึ้นระยะหนึ่ง ฯลฯ เป็นการดึงดูดโอกาสเป็นครั้งคราว ไม่ได้ต้องการ อพยพเป็นการถาวร ความสูญเสียในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ รวมแล้วเป็นพันล้าน ดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับ หนึ่งในสามของเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศที่ออฟริกาได้ได้รับ ระหว่างปี 2537-2543 (OECD, 2003, p 131) การขาดแคลนแพทย์ในออฟริกาได้ทำให้ประเทศ ต้องเปิดนโยบายรับแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาทำงาน มีแพทย์จากคิวบาประมาณ 500 คน เข้ามาทำงานโดยเฉพาะในเขตชนบท แต่ก็พบปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย

ประเทศออฟริกาได้แก้ปัญหาดูด้วยการบังคับใช้ทุนของแพทย์พยาบาลและบุคลากร ต่างๆ หลังจบการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี การปรับหลักสูตรให้เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพใน ออฟริกาเพื่อลดโอกาสการไปทำงานในต่างประเทศ ซึ่งวิธีนี้ถูกคัดค้านว่าจะลดมาตรฐานของ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ การเพิ่มค่าตอบแทน (แพทย์ทั่วไปเพิ่มร้อยละ 5 แพทย์ เฉพาะทางเพิ่มร้อยละ 12 และพยาบาลเพิ่มร้อยละ 14) แต่รัฐก็ขาดแคลนงบประมาณในการ ดำเนินการตามนโยบาย และความร่วมมือด้านวิชาการกับประเทศรับย้าย โดยมีข้อตกลงทวิ ภาคีทำโครงการแลกเปลี่ยนบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพบุคลากร หรือมีข้อตกลงงคโฆษณาให้ บุคลากรในออฟริกาได้ไปทำงานต่างประเทศ มาตรการเหล่านี้ จะได้รับการประเมินต่อไป

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545, หน้า 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สรุปว่า ด้วยข้อจำกัดในปัจจุบัน แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในไทย โดยผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อสอบภาษาไทยผ่านเพียง 4 รายเท่านั้นในรอบ 10 ปี ส่วนการเกิดสมองไหลออกไปต่างประเทศทุกวันนี้โอกาสเกิดน้อยไม่เท่ากับช่วงปี 2510 ที่มีการเช่าเครื่องบินเหมาลำ เพื่อเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ

การสัมภาษณ์ประชาชนไทย เช่น ประธานหอการค้า ประชาชนชาวบ้าน และชาวต่างชาติในประเทศไทย ซึ่งเป็นผู้มีโอกาสได้รับบริการจากแพทย์ชาวต่างชาติถ้ารัฐเปิดนโยบายนี้อย่างเต็มที่ มีความเห็นว่า การเปิดเสรีให้แพทย์ต่างชาติเข้ามา ถ้าเป็นการทำงานภาคเอกชน อาจได้แพทย์ที่มีคุณภาพสูง เช่น แพทย์จากยุโรปหรืออเมริกา เนื่องจากมีการแข่งขันและผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง จึงให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ แต่ถ้าต้องทำงานในภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์ เกรงว่าแพทย์ที่เข้ามาอยู่ตามอำเภอที่ขาดแคลน จะมีมาตรฐานที่ต่ำกว่าแพทย์ไทย เพราะอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์ปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแพทย์คุณภาพต่ำ แพทยสภา ควรควบคุมมาตรฐานโดยอนุญาตให้เข้าเฉพาะแพทย์ที่ได้คะแนนผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมภาคภาษาไทย เพราะแพทย์เหล่านี้ต้องพูดกับผู้ป่วยชาวไทย นอกจากมีความสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยไทยรู้เรื่องด้วย จึงจะรักษาผู้ป่วยได้ผล (พงศธร พังระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ตริวัชรานนท์, 2544)

บทบาทขององค์การอนามัยโลกต่อการเจรจาการค้าโลก

บทบาทขององค์การอนามัยโลกต่อการเปิดการค้าเสรีการค้าบริการขององค์การการค้าโลก ได้รับคำวิจารณ์ว่าขาดความชัดเจน ในเอกสารขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) สรุปว่า ข้อตกลง TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights and Public Health) เดือนพฤศจิกายน 2544 สะท้อนหลักการสำคัญที่องค์การอนามัยโลกเสนออย่างแข็งขันมา 4 ปีก่อนหน้านี้ว่าประเทศสมาชิกขององค์การการค้าโลกมีสิทธิอย่างเต็มที่ที่จะใช้มาตรการต่างๆ ภายใต้ข้อตกลง TRIPS ในการปกป้องสุขภาพของสาธารณะและส่งเสริมการเข้าถึงยา แต่ Horton (2002) ทำการวิจัยบทบาทขององค์การอนามัยโลกในระยะที่องค์การการค้าโลกเริ่มบทบาทของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าส่วนต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก และวิจัยเอกสาร มีข้อสรุปว่า แม้องค์การอนามัยโลกจะค้ำประกันนโยบาย

การเข้าถึงยา ตามข้อเสนอแนะของ Commission on Macroeconomics and Health (2001) ที่ให้จัดทำบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลกเพื่อประเทศยากจนสามารถเข้าถึงยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพสูงในบัญชีได้ แต่การดำเนินงานนี้กลับเงียบหายไปเพราะแรงกดดันทางการเมืองและการเจรจาจากอุตสาหกรรมยา Horton จึงสรุปว่า องค์การอนามัยโลกในระยะหลังทำหน้าที่เพียงเดินตามหลังการเคลื่อนไหวขององค์กรอิสระ MSF (Medicine Sans Frontiers) ที่ต่อสู้ด้านนโยบาย เพราะองค์การอนามัยโลกไม่อาจต้านแรงกดดันจากการเจรจาทางธุรกิจของฝ่ายการค้าที่มีอิทธิพลมากกว่ากลุ่มผู้ยากไร้

นอกจากธุรกิจด้านยา องค์การอนามัยโลกยังแสดงความอ่อนแอในการปกป้องสุขภาพของประชาชนในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะกรณีกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากการสูบบุหรี่ Beaglehole และ Yach (2003) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก สรุปว่า โลกาภิวัตน์ทำให้บริษัทบุหรี่ใช้วิธีการตลาดต่างๆ นานาส่งเสริมการแพร่ระบาดของบุหรี่ เช่น การค้าบุหรี่ข้ามพรมแดนผ่านทางอินเทอร์เน็ต ถึงขนาดมีบุหรี่ยี่ห้อใหม่ที่เน้นการขายทางอินเทอร์เน็ตเท่านั้น ประเทศยากจนมักตกเป็นเหยื่อ สืบเนื่องจากอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรประเทศเหล่านี้เพิ่มขึ้น และประเทศยากจนมักไม่เข้มแข็งหรือผู้วางนโยบายไม่เต็มใจในการขัดขวางยุทธวิธีของบริษัทบุหรี่ องค์การอนามัยโลกเองแม้จะมีชื่อเสียงในการออกกรอบนโยบายการควบคุมบุหรี่ เมื่อต้องทำงานกับองค์การการค้าโลก ถึงกับยอมลดข้อห้ามโฆษณาบุหรี่ข้ามพรมแดน ในกรอบนโยบายการควบคุมบุหรี่ เพราะไม่ผ่าน “การทดสอบความจำเป็น” (necessity test) ขององค์การการค้าโลก จนเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ว่า องค์การอนามัยโลกมีท่าทีอ่อนแอต่อปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และยอมจำนนต่อผลประโยชน์ทางการค้าของบริษัทบุหรี่ในสหรัฐอเมริกา (Pollock and Price 2003)

ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและท่าทีของประเทศต่างๆ

องค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก (WHO/WTO 2002, หน้า 112) สรุปสถานการณ์ว่า ประเทศกำลังพัฒนาปรับตัวโดยให้บริการสุขภาพอนามัยในโหมด 2 โดยพยายามดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติให้ใช้บริการการแพทย์ทางเลือก หรือพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพของภูมิภาคโดยอาศัยความได้เปรียบทางราคา นอกจากนี้หลายประเทศยังให้ความสำคัญกับโหมด 4 การเคลื่อนย้ายของผู้ให้บริการ เพื่อบรรลุสถานการณ์ที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ (win-win) เช่น คิวบา อินเดีย ฟิลิปปินส์ ส่งออกแพทย์ให้ประเทศพัฒนา โดยประเทศส่งออกได้เงินตราต่างประเทศเข้าประเทศ และประเทศรับเข้าประหยัดเงินลงทุนผลิต แต่ด้านลบก็มีมาก ได้แก่

สมองไหลไปต่างประเทศ ทำให้ขาดแคลนแพทย์ในประเทศยากจน มีปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ ความสูญเสียงบประมาณรัฐในการผลิตแพทย์สูงหลายล้านดอลลาร์ในประเทศแอฟริกาใต้ นอกจากนี้ นโยบายรักษาผู้ป่วยต่างชาติจะทำให้อุปทานที่ต้องตอบสนองอุปสงค์ในประเทศมีไม่เพียงพอ การให้ต่างชาติมาลงทุนธุรกิจ ก็มักทำเฉพาะในเขตที่มีกำลังซื้อ ดึงให้แพทย์ทำงานในเขตเมืองมากขึ้น ปลดปล่อยคนยากจนขาดโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น

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

ส่วนหมวด 2 มีสัดส่วนของการเปิดเสรีเต็มที่มากกว่าหมวดอื่นๆ โดยเฉพาะบริการโรงพยาบาล เพราะกลุ่มประเทศสมาชิกต้องการให้ผู้รับบริการสามารถข้ามพรมแดนมาใช้บริการในประเทศของตนได้ ส่วนหมวด 3 ส่วนใหญ่ผูกพันด้วยการเปิดบางส่วน โดยสูงที่สุดคือเปิดบางส่วนทางธุรกิจประกันสุขภาพ ตามด้วยธุรกิจด้านเวชกรรมและทันตกรรม และบริการโรงพยาบาล สำหรับหมวด 4 ยังไม่มีประเทศใดที่จะเปิดเสรีเต็มที่ให้นुकลากรประเทศอื่นๆ เข้ามา ส่วนใหญ่จะระบุว่าเปิดบางส่วน

ตารางที่ 3.1 ข้อมูลพื้นฐานการเปิดตลาด ตามจำนวนประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลก

ประเภท	ระดับ	เวชกรรม	บริการ	บริการโรง	บริการ	ประกัน
		ทันตกรรม	พยาบาล	พยาบาล	บุคลากรอื่นๆ	สุขภาพ
		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)

ข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3.1 ซึ่งองค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก รวบรวมจากประเทศสมาชิกต่างๆ ยังมีความคลุมเครือ ซ้อนเหลื่อมและขัดแย้งกันเอง เช่นความคลุมเครือของการเปิดตลาดเต็มที่ กับเปิดบางส่วนของแต่ละโหมด ความซ้อนเหลื่อมของบริการเวชกรรม/ทันตกรรม และการประกันสุขภาพ รวมทั้งความขัดแย้งระหว่างข้อมูลที่น่าเสนอในตารางกับความเป็นจริง เช่น รายงานว่าไม่เปิดให้บุคลากรเคลื่อนย้ายอย่างเต็มที่ แต่ในความเป็นจริงมีบุคลากรเคลื่อนย้ายเข้าและออกสูงมากในบางประเทศ เท่ากับสะท้อนความซับซ้อนของระบบรายงาน การตีความ และการวางแผนยุทธศาสตร์จากข้อมูลที่ปรากฏอยู่

สรุปผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข โดยวิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2542 (วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญและคณะ, 2542) สรุปว่า ประเทศไทยไม่มีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพของการผลิตที่เชื่อมโยงต่อการผลิตบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ การส่งออกผลิตภัณฑ์ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับการเปิดเสรีทางการค้าบริการ ประเทศไทยมีโอกาสที่จะนำเงินตราเข้าประเทศได้มาก อาจทำให้การผลิตภายในประเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนปัญหาอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้น คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย ปัญหาด้านคุณภาพของบริการสาธารณสุข การแข่งขันกับนักธุรกิจต่างชาติที่สูงขึ้น การนำเข้าปัจจัยการผลิตบริการสูงขึ้น มีผลต่อดุลการค้าของประเทศ ปัญหาสังคม เนื่องจากความเหลื่อมล้ำในการรับบริการและเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะได้แก่ มาตรการ 10ม. คือ มาตรการด้านกฎหมาย ประกอบธุรกิจ มาตรการการเข้าเมืองของชาวต่างชาติ มาตรการการขึ้นทะเบียนข้อมูลพันธุเฉพาะเกี่ยวกับสาขาบริการด้านสาธารณสุข มาตรการด้านการวางเงื่อนไขหลักปฏิบัติเชิงชาติ มาตรการส่งเสริมศักยภาพเชิงรุกและมาตรการการลดผลกระทบด้านลบจากการคุ้มครองสิทธิบัตรยา มาตรการจัดตั้งคณะทำงานภาครัฐร่วมกับภาคเอกชน มาตรการศึกษาในเชิงลึกของหน่วยบริการสาธารณสุขไทย และมาตรการศึกษาเชิงลึกถึงการเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ มาตรการวางกลยุทธ์การเจรจาเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุข มาตรการด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยี และมาตรการทางการคลัง

ตารางที่ 3.2 ผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพต่อเป้าหมายสุขภาพ

ชนิดการค้า	เป้าหมายสุขภาพ		
	Equity	Quality	Efficiency
ข้ามพรมแดน	ให้บริการถิ่นฐานกันดาร	เพิ่มคุณภาพ	อาจต้องลงทุนมหาศาล
ผู้บริโภคลွှ่นย้าย	“crowding out”	เพิ่มคุณภาพ	
ธุรกิจต่างชาติเข้ามา	เกิดระบบบริการ 2 ระดับ		ทรัพยากรที่มีอาจอิสระมากขึ้น
ผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย	ลดการเข้าถึงบริการ	ลดคุณภาพ	การลงทุนสาธารณะลด เพราะการเคลื่อนย้ายเงิน

Janjaroen and Supakankunti (1998)

การวิจัยนี้คาดการณ์ว่า ประเทศไทยมีโอกาสความริเริ่มทางการค้าดังต่อไปนี้

1. การค้าข้ามพรมแดน- การแพทย์ทางไกล การศึกษาทางไกล
2. ผู้บริโภคเคลื่อนย้าย- บริการการแพทย์ ทันตกรรม ส่งเสริมสุขภาพและท่องเที่ยว
แพทย์แผนไทย บริการไม่ผูกเงิน การดูแลโรคเรื้อรัง เสริมสวย
3. ธุรกิจข้ามชาติเข้ามา- โรงพยาบาลและคลินิก บริการบริหารจัดการสาธารณสุข การ
วิจัยและพัฒนาทางยา
4. ผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย- บุคลากรสุขภาพที่มีทักษะสูง ที่ปรึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้างเพื่อเสริมความพร้อมจากการวิจัย ได้แก่

1. ส่งเสริมความตระหนักในประ โชน์และผลเสียของโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะด้านข้อกีดขวาง
การค้า GATS
2. จัดตั้งหน่วยงานเพื่อดูแล
 - ทางออกของกระบวนการที่เป็นผลกระทบจากการแพทย์ทางไกลและบริการประกัน
 - ผ่อนคลายระเบียบ กฎหมาย บางข้อเพื่อลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ สร้างความ
เชื่อมโยงระหว่างการใช้ธุรกิจข้ามชาติเข้ามา กับ ผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย เพราะมีความ
สัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดต่อระบบสุขภาพ
 - พัฒนาศักยภาพของรัฐในการออกกฎระเบียบในประเทศเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความ
เคลื่อนไหวนานาชาติ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ทำงานด้านนี้ในอนาคต
 - ใช้วิธีทางภาษีอัตราก้าวหน้าต่อระบบการค้าต่างประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมใน
การเข้าถึงบริการของประชาชนไทย
 - กระตุ้นการมีส่วนร่วมของสังคมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อความยอมรับของ
สังคม
3. พัฒนาศักยภาพของสถาบันระดับชาติ โดยการฝึกอบรม และการวิจัยสุขภาพระหว่าง
ประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การเปิดเสรีทางการค้า
4. พัฒนาแผนบูรณาการ ชุติฉันทิประเมินว่า ประเทศไทยสามารถผ่านเข้าสู่ระบบเสรีทางการ
ค้าในปี 2010 โดยทุกฝ่ายเป็นผู้ชนะ
5. รัฐถือเป็นพันธกิจที่จะรับกับภาวะเสรีทางการค้า โดยจัดสรรทรัพยากรเฉพาะเพื่อสร้างกล
ไกระดับชาติและให้กลไกนี้ดำเนินงานได้

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545, หน้า 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเน้นประเด็นผลกระทบต่อบุคลากรด้านสุขภาพ สรุปว่า ข้อตกลงเปิดเสรีการค้าบริการขององค์การการค้าโลก ส่วนที่มีผลต่อระบบสุขภาพมี 5 ประการคือ สาขารัฐกิจที่เกี่ยวกับสุขภาพ (บริการการแพทย์และทันตแพทย์) สาขาบริการการจัดจำหน่าย (ร้านยา) สาขาบริการการศึกษาที่เกี่ยวกับสุขภาพ (การผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข) สาขาบริการการเงิน (การประกันชีวิตและสุขภาพ) และสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม (โรงพยาบาล) แม้ในปี 2538 ประเทศไทยจะไม่กำหนดข้อผูกพันใดๆ ในสาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม รวมทั้ง ข้อผูกพันในสาขาอื่นๆ ไทยกำหนดไว้ไม่เกินกว่าหรือส่วนใหญ่ต่ำกว่ากรอบกฎหมายปัจจุบัน แต่สถานการณ์จริงของการเข้าสู่ตลาด และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ มักกระทำเกินกว่าที่กำหนดในข้อผูกพัน โดยเล็งกฎหมาย เช่น มีร้านขายยาชื่อเดียวกับบริษัทแม่ในต่างประเทศในหลายจังหวัด โดยมีคนไทยเป็นผู้ถือใบอนุญาตแทน ส่วนธุรกิจโรงพยาบาลมีบริษัทต่างประเทศเข้ามาตาม พ.ร.บ.ประกอบธุรกิจคนต่างด้าว พ.ศ.2543

การวิจัยวิเคราะห์ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการตามรูปแบบการค้า 4 รูปแบบ สรุปว่า การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพข้ามพรมแดน น่าจะไม่มีผลกระทบต่อการวางแผนกำลังคน การผลิตและการใช้/จัดการกำลังคนมากนัก การรับบริการสุขภาพในต่างประเทศจะส่งผลกระทบต่อการวางแผนกำลังคน การผลิต พัฒนา และการใช้กำลังคนอย่างมาก การลงทุนธุรกิจบริการสุขภาพ น่าจะมีผลต่อการพัฒนากำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคน ส่วนการเคลื่อนย้ายบุคลากร ไม่น่าทำให้เกิดเหตุการณ์สมองไหลออกนอกประเทศอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามการติดตามเรื่องนี้ยังใกล้ชิดมีความจำเป็นมาก และควรรหาทางป้องกันไว้แต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะการสร้างกลไกปฏิรูปภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าผลสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ในระดับดีมากและความสำเร็จของการขยายการค้าระหว่างประเทศด้านบริการสุขภาพดีมากเช่นกัน จะมีผลต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพมาก ต้องวางแผนกำลังคนด้วยวิธีกาการณ์อุปสงค์ แต่ถ้าการปฏิรูประบบสุขภาพได้ผลต่ำแต่ผลสำเร็จทางการค้าระหว่างประเทศสูงมาก จะทำให้เกิดวิกฤตขาดแคลนกำลังคนในชนบท เช่นที่พบในช่วงปี 2530-2540 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545 หน้า 68-72)

ทางออกของนโยบายเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

Winters (1999, หน้า 62-3) วิเคราะห์ว่า นโยบายการค้าระหว่างประเทศ ก่อผลกระทบต่อความเหลื่อมล้ำของรายได้ เพราะ ชนชั้นกลางจะมีโอกาสได้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มคนจน ผู้หญิงและเด็กจะได้ผลกระทบด้านลบมากที่สุด นโยบายที่ให้ผลดีที่สุดทั้งการเพิ่มระดับรายได้ของประชาชนและการแก้ปัญหาความยากจนคือ การเตรียมความพร้อมว่ากลไกตลาดจะดำเนินการอย่างดี ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุน สถาบันทางการเงิน ตลาดสินเชื่อ และการเปิดธุรกิจใหม่ นโยบายเสริมเหล่านี้เป็นนโยบายที่ต้องทำ ได้แก่ การกระจายสินทรัพย์ที่สร้างผลผลิต การศึกษาและบริการสาธารณสุข การส่งเสริมประชาสังคม การมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มคนจน

สำหรับประเทศขนาดเล็กและประเทศยากจน ความผันผวนของรายได้ประชากรอาจมีผลกระทบต่อประชาชนอย่างมาก Jansen (2004, หน้า 14) พิสูจน์ว่า ความผันผวนของรายได้ประชากรขึ้นกับการกระจุกตัวของสินค้าส่งออก ความผันผวนของการค้า และการเปิดเสรีการค้า นอกจากนี้ ระดับรายได้ประชากรที่ต่ำยังมีผลทำให้รายได้ประชากรผันผวนมากขึ้นด้วยการศึกษาดังกล่าวเสนอการป้องกันปัญหาคือ การสร้างสินค้าส่งออกที่หลากหลาย เพื่อป้องกันความผันผวนของรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากที่จะทำโดยเฉพาะประเทศยากจน ขนาดเล็ก ที่ไม่มีศักยภาพในการสร้างสินค้าที่หลากหลาย

ความได้เปรียบของแต่ละประเทศมีแตกต่างกัน ประเทศที่มีพื้นฐานการพัฒนาสูงย่อมได้เปรียบในการแข่งขัน Berger และคณะ (2004) ประเมินผลกระทบของการลงทุนทางตรงจากต่างประเทศ (foreign direct investment, FDI) ในสถาบันการเงิน เพื่อดูความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ พบว่า สหรัฐอเมริกา มีความได้เปรียบในการลงทุนจากต่างประเทศ จนกระทั่งเกิดการควบกิจการของสถาบันการเงิน ทั้งกรณีที่ส่งเงินออกนอกประเทศ และกรณีที่เงินต่างประเทศไหลเข้า

ข้อเสนอระดับหลักการของการเปิดเสรีการค้า Stiglitz (2002, p 59) วิจารณ์ว่าเหตุผลเชิงทางเศรษฐศาสตร์ของการเปิดเสรีทางการค้าหรือโลกาภิวัตน์ คือ การใช้ประโยชน์จากความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (comparative advantage) ทำให้การผลิตในประเทศต่างๆ สามารถโยกย้ายทรัพยากรข้ามพรมแดนจากที่ที่มีผลิตภาพต่ำไปสู่ประเทศที่มีผลิตภาพสูงกว่า แต่ความสนใจหลักของการประชุมเจรจาการค้าทุกๆ ครั้ง เช่นที่ Doha คือ การปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา Stiglitz (2002, p 245) จี้จุดอ่อนของการเคร่งครัดปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา ว่าเป็นการคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ผลิตมากกว่าประโยชน์ของผู้ใช้ ซึ่งมีผลทำให้การค้นคว้าความรู้

เพิ่มเติมไม่ออกเลย โดยเฉพาะกรณีที่ความรู้จากทรัพย์สินทางปัญญานั้นจะส่งผลต่อการวิจัยให้รู้เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังอาจพบผลกระทบที่เราขอมปล่อยให้ประชาชนในประเทศยากจนตายไปโดยไม่สามารรถเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ เพราะการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญาทำให้ราคาของยาสำหรับช่วยชีวิตแพงเกินไป

เมื่อความเป็นจริงพบว่าปัญหาจากการเปิดเสรีทางการค้ามีมากกว่าประโยชน์ทางทฤษฎีที่ควรได้ ทำให้ Stiglitz (2002, pp. 226-8, 244-6) เสนอการปฏิรูประดับโครงสร้างขององค์การการค้าโลกอย่างครบวงจร เนื่องจากโครงสร้างองค์กรในปัจจุบันประกอบด้วยรัฐมนตรีการค้าที่คำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ค้ามากกว่าผลกระทบต่อประชาชนทั่วไป จึงควรปรับโครงสร้างบริหารองค์กร (governance) ให้ได้ยืนเสียงจากส่วนอื่นนอกเหนือจากรัฐมนตรีการค้า จากนั้นควรให้ประเด็นการเจรจามีความโปร่งใส (transparency) ไม่ใช่ตกลงกันในห้องประชุมลับ เพื่อให้ประชาชนต่างๆ ที่สนใจผลกระทบของนโยบายต่อสิ่งแวดล้อมได้ให้ความคิดเห็น เหนือสิ่งอื่นใด พื้นฐานสำคัญขององค์การระหว่างประเทศต้องให้ความสำคัญที่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา ไม่เอาเปรียบผู้ด้อยกว่า ให้เกิดการค้าที่สมดุลต่อสิ่งแวดล้อม และคำนึงถึงชีวิตประชาชน

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

เมื่อใดที่การแก้ปัญหา นโยบายระดับนานาชาติ หรือระดับชาติไม่ได้ผล ทางแก้ปัญหาในระดับล่างลงไปจึงเป็นทางเลือก ตัวอย่าง กรอบนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่สามารถตกลงกันได้ในระดับสหประชาชาติ คือการลดอุปสงค์ (demand reduction) โดยวิธีการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ซึ่งมีสื่อมวลชนช่วยประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังและสำรวจปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน ที่ 114 ประเทศทั่วโลกร่วมมือกัน จนถึงการสร้างการมีหุ้นส่วน (partnership) เช่น การกีฬาปลอดบุหรี่ การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ (Beaglehole and Yach, 2003) หรือการเรียกร้องให้องค์กรประชาสังคมร่วมมือกับรัฐรณรงค์จนกระทั่งอัตราตายตามกลุ่มอายุลดลงอย่างได้ผลในประเทศพัฒนา (Yach et al, 2004)

ข้อเสนอแนะที่มองโลกในด้านดีของนักวิชาการความช่วยเหลือระหว่างประเทศ (Lee et al, 2004) เห็นว่า การช่วยเหลือระหว่างประเทศเป็นสิ่งที่ดีที่ควรคำนึงเป้าหมายที่เป็นสากล เหมือนที่สหรัฐอเมริกาให้เงินช่วยเหลือฟื้นฟูยุโรปหลังสงครามโลกครั้งที่สองปีละร้อยละ 1 ของรายได้ประเทศเป็นเวลา 4 ปี ตามแผนประธานาธิบดีมาร์แชล ทำให้ยุโรปฟื้นตัว⁷ ถ้าประเทศต่างๆ ให้ความช่วยเหลือประเทศอื่นตามแผนระยะยาวเข้ากองทุน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประเทศยากจนสามารถืมไปใช้ในระยะเวลาและลดการเอาัดเอาเปรียบที่มาจากการให้เงินช่วยเหลือต่างประเทศ เงินกองทุนปีละประมาณ 1 แสนล้านดอลลาร์ที่เสนอ ยังต่ำกว่ารายจ่ายที่รัฐอุดหนุนการเกษตรของประเทศพัฒนาปีละ 3 แสนล้านดอลลาร์ หรืองบประมาณทหารปีละ 1 ล้านล้านดอลลาร์

มาตรฐานข้อมูลการค้าบริการ

เมื่อมีข้อตกลงด้านการค้าบริการของ GATS ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเคลื่อนไหวพัฒนามาตรฐานข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว เพราะมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เปรียบเทียบกันระหว่างการค้าตั้งแต่ในโหมคที่ 1 ถึงโหมคที่ 4 สหประชาชาติ (United Nations, 2003 หน้า 1-2) ร่วมมือกับสหภาพยุโรป กองทุนการเงินระหว่างประเทศ องค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development) การประชุมด้านการค้าและพัฒนาของสหประชาชาติ (United Nations Conference on Trade and Development) และองค์การการค้าโลก จัดพิมพ์คู่มือสถิติการค้าบริการระหว่างประเทศ โดยใช้หลักงบดุลบัญชีของกองทุนการเงินระหว่างประเทศฉบับที่ 5 (Balance of Payments Manual, BPM5) และหลักการของระบบบัญชีประชาชาติ (System of National Account, SNA ฉบับปี ค.ศ. 1993) ตัวอย่างของรายจ่ายการค้าบริการด้านสุขภาพที่ต้องรายงานระหว่างประเทศ ได้แก่

- รายจ่ายหมวดการเดินทาง แยกย่อย การเดินทางส่วนบุคคล รายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ
- รายจ่ายบริการส่วนบุคคล วัฒนธรรมและนันทนาการ แยกย่อยเป็น บริการสุขภาพ

⁷ ความรับรู้ในปัจจุบันของประชาชนสหรัฐคิดว่า ประเทศนำเงินภาษีไปช่วยเหลือต่างประเทศสูงถึงร้อยละ 20 ของงบประมาณประเทศ ทั้งที่ความจริงเป็นเงินเพียงร้อยละ 0.13 ของรายได้ของประเทศ

- รายจ่ายการประกันชีวิต แยกย่อยเป็น บริการประกันชีวิต อุบัติเหตุและสุขภาพ
- รายจ่ายการประกันโดยตรง เช่น ประกันสุขภาพที่ไม่เกี่ยวกับประกันชีวิต การประกันต่อ (Reinsurance) ด้านอุบัติเหตุ และสุขภาพ
- รายจ่ายด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ บริการโรงพยาบาล บริการทางการแพทย์ทั่วไป
- บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง บริการทันตกรรม ผดุงครรภ์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อตกลงเหล่านี้ อ้างอิงตามมาตรฐานที่มีอยู่ หรือเป็นข้อตกลงใหม่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถแยกแยะได้ว่า รายจ่ายนั้น เป็นของประชากรที่อยู่ในประเทศ ใช้บริการที่ต่างประเทศ หรือใช้บริการขณะอยู่ในประเทศ เพื่อสนับสนุนการแบ่งประเภทวิธีการการค่า เป็น 4 โหมด

การเตรียมความพร้อมของแต่ละประเทศ

ในสหรัฐอเมริกา ประเทศที่ก้าวหน้าที่สุดด้านเทคโนโลยี สามารถผ่าตัดผู้ป่วยทางไกลโดยศัลยแพทย์อยู่ที่นิวยอร์กและหุ่นยนต์กับผู้ป่วยอยู่ที่ฝรั่งเศส ในด้านกฎหมายการประกอบโรคศิลปะกรณีนี้อาจไม่เป็นปัญหาเพราะศัลยแพทย์เป็นชาวฝรั่งเศส แต่ Yeo (2002) ยกประเด็นว่า กฎหมายในสหรัฐอเมริกาดังกล่าวที่เป็นอุปสรรค เพราะแต่ละรัฐมีกฎหมายควบคุมการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมของตนเอง จึงเป็นอุปสรรคกีดกันการเข้าถึงตลาดของการแพทย์ทางไกลที่สหรัฐอเมริกายังขาดระบบในการแก้ไข ทั้งที่โดยสุทธิแล้ว การเปิดการค้าเสรีบริการการแพทย์ทางไกลสหรัฐจะได้เปรียบดุล จุดยืนของสหรัฐอเมริกาก็ต้องการให้ประเทศของตนได้รับผลประโยชน์ของการเจรจาทางการค้าเท่าเทียมกันกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ (Ascher, 2002, p. 191)

ประเทศแคนาดา เห็นว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่เป็นระบบ จึงให้ผู้ชำนาญการสาธารณสุขต่างประเทศของ Health Canada เป็นผู้รับผิดชอบการบริหารยุทธศาสตร์ด้านการค้าและจุดประสานงานของนโยบายการค้าของกระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ของการปรับวิธีการนี้ ได้แก่ เพื่อเตรียมนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและการค้าของกระทรวงประสานให้ความเห็นจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่นโยบายการค้า พัฒนายุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อให้ประเด็นสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจในระยะแรก และเป็นตัวแทนของกระทรวงในการถกเถียงเจรจาการค้าซึ่งเกี่ยวเนื่องกับประเด็นที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ (Vellinga, 2002)

สรุป

การเปิดเสรีทางการค้าตั้งบนแนวคิดความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เพราะ การเคลื่อนย้ายแรงงานและปัจจัยการผลิตจากที่ที่มีผลิตภาพต่ำไปที่ที่มีผลิตภาพสูงกว่า จะเกิดผลดีโดยรวม แต่ผลที่ปรากฏมักไม่เป็นเช่นนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดเสรีบริการด้านสุขภาพ มีผลเสียต่อการเข้าถึง บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนไหวเพื่อผลประโยชน์ของภาคการค้ามากกว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ บทบาทสถาบันระหว่างประเทศ ทั้งองค์การการค้าโลก และองค์การอนามัยโลก ยังไม่สามารถทำให้เป้าหมายเชิงทฤษฎีเป็นจริงได้ การวิจัยผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพของประเทศไทยที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับเป้าหมายความเป็นธรรมของการเข้าถึงบริการ ซึ่งควรปรับตัวในเชิงโครงสร้างเพื่อให้ประเทศสามารถสู่กระแสการเปิดเสรีนี้ได้

4. ผลกระทบเชิงปริมาณต่อประเทศไทย

การศึกษานี้ เป็นการคาดการณ์ไปข้างหน้าถึงผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย การคาดการณ์สามารถทำได้อย่างจำกัดเนื่องจากความขาดแคลนข้อมูล การคาดการณ์ขนาดและผลกระทบของการค้าบริการด้านสุขภาพในแต่ละโหมด ในที่นี้เน้นโหมดที่ 2 และ 4 เป็นสำคัญ เนื่องจากเกิดผลกระทบมากต่อระบบบริการสุขภาพและความเป็นธรรม

แนวคิดและสมมติฐาน

จากการทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อที่ 3 สรุปขนาดการค้าบริการด้านสุขภาพที่สำคัญดังนี้

ข้อดกของการค้าในโหมด 2 การไหลออกของประชาชนเพื่อไปรับบริการในต่างประเทศน่าจะน้อย (ไม่มีหลักประกันใดให้ประชาชนใช้สิทธิในต่างประเทศ หรือตัวอย่างคุณิเชียอนุญาตให้ใช้แค่ขนาดไม่ใหญ่นัก อ้างใน Achouri and Achour, 2002) เมื่อเทียบกับ จำนวนการไหลเข้ามารับบริการของผู้ป่วยต่างชาติ เพราะเป็นนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่อโลกาภิวัตน์จากนโยบายรัฐบาลประกาศให้ความสำคัญกับการดึงดูดผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ ทำให้เอกสารต่างประเทศอ้างอิงต่อนานาชาติว่าเป็นทางออกของประเทศไทย และประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องชนะ (WHO and WTO, 2002)

ข้อตกลงการค้าในโหมด 4 การไหลออกนอกประเทศของบุคลากรสุขภาพไม่น่าจะมากนัก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545) ขณะเดียวกัน จำนวนการไหลเข้าของผู้ให้บริการจากต่างประเทศอาจจะไม่มากเนื่องจากปัญหาภาษา แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานการแพทย์สูง จะเข้ามาให้บริการในภาคเอกชน แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานการแพทย์ต่ำกว่า อาจเข้ามาให้บริการในภาครัฐบ้าง (OECD, 2003 ในอัฟริกา และ พงศธร พัชรสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ศรีวิชานนท์, 2547)

ข้อตกลงในโหมด 1 บริการการแพทย์ทางไกลยังมีปัญหาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรมระหว่างประเทศคู่ค้าซึ่งไม่อาจตกลงด้วยระบบพหุภาคี (Yeo, 2002) ตลาดและผลกระทบอาจยังไม่มากนัก ส่วนโหมด 3 เป็นธุรกิจใดๆ ที่อยู่เบื้องหลังหรือเป็นธุรกิจผสมผสานกับโหมดอื่นๆ เป็นการใช้จ่ายเงินเพื่อแสวงกำไร เช่นเดียวกับการนำโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์ ผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงอยู่ที่ระบบการให้บริการแก่ผู้ให้บริการมากกว่า

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนไทย จากการที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามามาก ทำให้เกิดปรากฏการณ์ crowding out แพทย์จะไหลออกไปให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติในภาคเอกชน (เพราะภาครัฐมีผู้รับบริการมาก ไม่สามารถสร้างความพอใจต่อบริการที่สะดวกรวดเร็ว)

ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพต่อประชาชนไทย จากข้อตกลงการเปิดเสรีการค้าในโหมด 2 และ 4 ผลกระทบจะเกิดมากหากประเทศไทยไม่สามารถควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพ แต่การปฏิบัติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลว การเปิดเสรีการค้าสุขภาพในโหมด 2 ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ เกิดผลกระทบด้านลบ แพทย์ไหลออกจากระบบราชการเหมือนช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545) แพทย์ภาครัฐลดลง ประชาชนจะไม่ศรัทธาและไม่ใช้ระบบที่รัฐจัดให้ แต่กลับไปใช้ “เงินจากกระเป๋า” ของแต่ละครัวเรือน “ซื้อ” บริการสุขภาพที่ตนเอง “มั่นใจ” ในคุณภาพจากภาคเอกชน (ซึ่งมีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามาใช้ด้วย) การเปิดเสรีในโหมด 4 ทำให้แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานสูงเข้ามาให้บริการในภาคเอกชน เพื่อตอบสนองอุปสงค์ผู้ป่วยต่างชาติและผู้ป่วยไทยที่ใช้บริการในภาคเอกชน ส่วนโหมด 4 การออกไปทำงานในต่างประเทศของบุคลากรสาธารณสุขของไทยยังไม่ก่อให้เกิดผลกระทบมากนักในระยะ 10 ปีข้างหน้า

ผลกระทบด้านการเกิดตลาดบริการสุขภาพในภาคเอกชนที่มากขึ้น จึงเป็นคำถามวิจัยที่ต้องการการประเมินในเชิงปริมาณในหัวข้อที่ 4 นี้

ฐานข้อมูลการประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

1. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ที่คณะทำงานจากกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมมือกันรวบรวมเป็นอนุกรมระหว่าง พ.ศ. 2537-2544 แหล่งข้อมูลนี้ เพื่อประเมินขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพที่จัดอยู่ในขอบเขตของ “ตลาดการค้าบริการสุขภาพ”

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

3. การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน และการลาออกจากราชการของแพทย์ที่รวบรวมโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความสูญเสียในการผลิตบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่อาจไหลออกไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น

ขนาดของตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทย

ฐานข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไทย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2547) แสดงแนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนไทย ระหว่างปี 2537 ถึง 2544 ว่ารายจ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศไทย เป็นร้อยละ 3.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศในปี 2537 เพิ่มขึ้นถึงจุดสูงสุดคือร้อยละ 4.0 ในปี 2540 ที่ไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจ และลดลงเหลือร้อยละ 3.3 ในปี 2544 โดยสัดส่วนรายจ่ายที่มาจากการจ่ายของประชาชนเมื่อรับบริการลดลงเรื่อยๆ จาก ร้อยละ 44 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดเหลือร้อยละ 33 ทำให้รายจ่ายจากกระเป๋าต่อคนต่อปีไม่ได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เป็นเพราะวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา และเป็นจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลใหม่ในปี 2544

ถ้ายอมรับว่า ในระบบบริการสุขภาพของไทยมีส่วนที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพ” รายจ่ายสุขภาพที่มาจากกระเป๋าประชาชน เป็นแหล่งใหญ่ของการค้าเหล่านี้ ซึ่งใช้จ่ายสำหรับการรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา การแพทย์ทางเลือก และบางส่วนเป็นการจ่ายเมื่อรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ รายจ่ายที่มาจากกระเป๋าประชาชนเมื่อรับบริการในปี 2544 เป็นเงินทั้งสิ้น 56,286 ล้านบาท ใกล้เคียงกับงบประมาณรัฐที่ให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐ 56,845 ล้านบาท (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2547) ถ้ายอมรับว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมกลไกตลาดเต็มที่ เพราะยอมรับให้ประชาชนจ่ายจากกระเป๋า 30 บาทต่อครั้งของการรับบริการเท่านั้น การจ่ายจากกระเป๋าในส่วนที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐคุมเข้ม” จึงไม่น่าจะสูง รายจ่ายจากกระเป๋าของประชาชนประมาณ 5 หมื่นล้านบาท น่าจะเป็นขนาดของ “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมไม่ได้” ทั้งที่เป็นรายจ่ายในตลาดบริการภาคเอกชน และตลาดบริการภาครัฐ

ถ้าคิดเป็นรายจ่ายด้านสุขภาพตามชนิดของหลักประกันสุขภาพ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นรายจ่ายที่ใหญ่ที่สุดและรัฐควบคุมกลไกตลาดมากที่สุด รองลงมาเป็นหลักประกันที่เป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมปานกลาง” คือประกันสังคม มีรายจ่ายในปี 2544 ประมาณ 11,274 ล้านบาท (ร้อยละ 7 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สำหรับประชากรประมาณร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ) เนื่องจากมีการแข่งขันกันให้บริการกับผู้ประกันตนระหว่างรัฐและเอกชน แต่จำนวนเงินที่สถานพยาบาลได้รับส่วนใหญ่เป็นอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่อปี หลักประกันที่สามเป็น “การค้าบริการสุขภาพที่รัฐควบคุมน้อย” คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีรายจ่ายในปี 2544 ประมาณ 21,708 ล้านบาท (ร้อยละ 13 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด สำหรับประชากรประมาณร้อยละ 10) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังอนุญาตให้มีหลักประกันอื่นๆ ซ้ำซ้อนกันได้ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน ที่เป็นภาคสมัครใจ หรือประกันจากพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 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 (เป็นเงินเกือบหมื่น 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^{*} หรืออีกนัยหนึ่ง “ตลาดการค้าบริการสุขภาพ” ซึ่งวัดโดยการจ่ายจากกระเป๋าของประชาชน ยังเกิดในสถานพยาบาลรัฐได้อีกมากด้วย

ตารางที่ 4.1 รายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับ GDP และรายจ่ายย่อยที่สำคัญ ปี 2537-2544

พ.ศ.	รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ			รายจ่ายย่อย (ล้านบาท)			
	ล้านบาท	%GDP	%เพิ่ม	мп.ในรัฐ	мп.ในเอกชน	мп.นอก	ยาเวชภัณฑ์
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

^{*} ตามความเป็นจริง มีการไขว้กันของแหล่งเงินกับประเภทสถานพยาบาล ตามแนวคิดส่วนผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private mix) คือ การคลังภาครัฐไหลไปสู่สถานพยาบาลเอกชนได้ เช่น กรณีประกันสังคมทำสัญญากับโรงพยาบาลเอกชนให้ดูแลผู้ประกันตนตลอดปี และการคลังภาคเอกชนก็ไหลสู่ภาครัฐได้เช่นกัน

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ อุปสงค์สมมูลกับอุปทาน

การจัดการระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย รัฐบาลใช้วิธีการวางแผนด้านอุปทานจากส่วนกลางเป็นหลัก เริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรัฐแห่งแรกในสมัยรัชกาลที่ 5 (โรงพยาบาลเอกชนมีมาตั้งแต่รัชกาลที่ 4) การให้สร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดให้ครบทุกจังหวัดสมัยรัฐบาลหลวงธำรงนาวาสวัสดิ์ การสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอทุกอำเภอสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ และการสร้างสถานอนามัยให้ครบทุกตำบลสมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชนจากที่มีข้อมูลการสำรวจในอดีตเมื่อ 30 ปีก่อนจนถึงปัจจุบัน การซื้อยากินเอง แม้จะลดลงจากส่วนแบ่งร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 20 แต่ยังเป็นฐานที่ใหญ่ที่สุดของประชาชน (ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง) การใช้การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก (รวมสมุนไพร ไสยศาสตร์ ฯลฯ) ลดลงเช่นกัน พฤติกรรมแสวงหาบริการของคนเขตชนบท ใช้บริการที่สถานอนามัยมากขึ้น ส่วนคนในเขตเมือง ใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการกระจายของด้านอุปทาน ที่รัฐจัดสร้างสถานอนามัยให้ครบทุกตำบล ส่วนกลไกตลาดทำให้คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนกระจุกตัวอยู่เฉพาะเขตเมือง ซึ่งประชาชนมีกำลังซื้อมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

ตารางที่ 4.2 การแสวงหาบริการ (%) ของประชาชนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ปี 2513-2544

	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	-	-
สถานอนามัย 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

เมื่อรัฐสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนในปี 2544 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพที่ชัดเจนคือการใช้บริการผู้ป่วยใน โดยในปี 2544 มีอัตราการใช้บริการเพิ่มกว่าปี 2539 ร้อยละ 34 (จาก 0.059 ครั้งต่อคนต่อปี เป็น 0.079 ครั้งต่อคนต่อปี) สัดส่วนของการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ลดจากร้อยละ 20 เหลือร้อยละ 14

ผลกระทบของการค้าโหมค 2 และโหมค 4

การประเมินขนาดผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพในโหมค 2 และโหมค 4 ให้ความสำคัญเฉพาะการไหลเข้าของผู้ป่วยจากต่างประเทศ ที่รัฐต้องการสร้างรายได้ให้กับประเทศ ทำให้อุปทานของระบบบริการไหลไปสู่บริการภาคเอกชน (หรือที่รัฐไม่สามารถควบคุมกลไกตลาด) ส่วนโหมค 4 การไหลออกของแพทย์ไทยไปต่างประเทศไม่มากนัก แต่จะไหลไปภาคเอกชนมากกว่า หากคิดกันไม่ให้แพทย์ไทยไหลออกจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจดีกว่าเพื่อทำงานให้กับภาคเอกชน หรือถ้าแพทย์ในภาครัฐมีน้อย อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจด้อยกว่าเพื่อทำงานให้กับภาครัฐในเขตชนบท ขั้นตอนประเมินผลกระทบ ทำตามลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สมมติให้สมมูลอุปสงค์-อุปทานบริการสุขภาพใน 5 จังหวัดที่มีด้านอุปทานสูง เป็นตัวแทนของสถานการณ์เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ (ได้แก่จังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์เพราะมีแพทย์ที่มีความสามารถสูงจำนวนมากและจังหวัดภูเก็ตซึ่งรัฐให้ความหวังในการเป็นศูนย์ผู้ป่วยต่างชาติ) มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการมารวมทั้งภาคเอกชนเติบโตและมีอุปสงค์ของผู้ป่วยไทยแทรกเข้ามารับบริการด้วย (ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนวางเป้าหมายส่วนแบ่งตลาดให้ผู้ป่วยต่างชาติเป็นประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อลดความผันผวนที่ต้องพึ่งตลาดต่างประเทศมากเกินไป)

ขั้นตอนที่ 2 สมมติให้พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชาชนไทยที่ไม่ตระหนักในสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตนเองใน 5 จังหวัด เป็นพฤติกรรมของประชาชนทั่วไปที่จะมารับบริการ เมื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลว และทำให้บริการภาคเอกชนมีความอยู่รอด อุปสงค์ส่วนนี้ เป็นร้อยละ 70 ของบริการในภาคเอกชน

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินการณ์ว่าแพทย์ในภาครัฐต้องสูญเสียสู่ภาคเอกชนเท่าใด

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินการณ์ว่าแพทย์ต่างประเทศจะเข้าสู่ตลาดบริการสุขภาพในประเทศไทยเท่าใด

การกระจายด้านอุปทานที่ไม่เป็นธรรม

การกระจายแพทย์ที่ไม่เป็นธรรมในประเทศไทยเห็นได้ชัดเจนมานานแล้ว ตารางที่ 4.3 แสดงสถานการณ์ใน 5 จังหวัดที่สมมติให้เป็นตัวแทนของสถานการณ์เปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ มีแพทย์ในจังหวัดเหล่านั้นมาก หากดูเฉพาะด้านอุปทาน พบว่า แพทย์ใน 5 จังหวัดมีสัดส่วนร้อยละ 50 ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานทั่วประเทศ (9,030 คน จาก แพทย์ทั้งหมด 18,025 คน) ขณะที่ประชาชนใน 5 จังหวัดเป็นเพียงร้อยละ 17 ของประชากรทั่วประเทศ เมื่อเทียบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน พบว่า อัตราส่วนนี้ของแพทย์ในภาครัฐของ 5 จังหวัดดีกว่าส่วนที่เหลือ 71 จังหวัดเกือบ 5 เท่า และอัตราส่วนแพทย์ภาคเอกชนใน 5 จังหวัดสูงกว่าส่วนที่เหลือ 71 จังหวัดถึง 5 เท่า เมื่อเทียบสัดส่วนแพทย์เอกชนต่อแพทย์ทั้งหมด พบว่า ภูเก็ตมีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาคเอกชนสูงที่สุด คือร้อยละ 37 สูงกว่ากรุงเทพฯ แต่ จังหวัดขอนแก่นมีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาคเอกชนต่ำที่สุด เพียงร้อยละ 2 เท่านั้น

ตารางที่ 4.3 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คนใน 5 จังหวัดที่มีอุปทานสูงเทียบกับประเทศ

	ประชากร คน	จำนวนแพทย์*			แพทย์ต่อ 10,000 ประชากร		
		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

โดยความเป็นจริง ยังมีจังหวัดอื่นๆ ที่มีการกระจายของแพทย์หนาแน่นมากกว่า ขอนแก่นหรือสงขลาอีกมาก แต่ในที่นี้เลือกเฉพาะจังหวัดที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพราะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา นอกจากนั้นตัวเลขที่รายงาน แพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะแพทย์ภาครัฐอีกจำนวนมากที่ทำงานบางเวลาในภาคเอกชน

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

พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชากรใน 5 จังหวัด

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2546 ครอบคลุมทุกจังหวัด จึงวิเคราะห์พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชากรใน 5 จังหวัดเปรียบเทียบกับของทั้งประเทศ สำหรับประชากร 5 จังหวัดยังแบ่งเป็นประชาชนที่รับรู้สิทธิของตนเองว่าเป็นบัตรทองขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลใด (สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค ทั้งประเภทจ่ายเงิน 30 บาทต่อครั้งการรักษา และประเภทยกเว้นไม่จ่ายค่าธรรมเนียม) และประชาชนกลุ่มอื่นๆ ทั้งหมด (เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ควบคุมกลไกตลาดอย่างเข้ม และกลุ่มที่เหลื่อ) พบว่า การรายงานผู้ป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์และการนอนโรงพยาบาลช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ของ 5 จังหวัด ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ดูตารางที่ 4.4)

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
%สถานีนอนมัย	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
อัตรานอน ร.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

เป็นไปตามที่คาดหมาย ประชาชนใน 5 จังหวัดสิทธิบัตรทองมีรายได้อ่อนด้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การใช้บริการจากภาครัฐของประชาชนบัตรทองใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ประชาชนใน 5 จังหวัดสิทธิอื่นๆ ใช้บริการจากภาคเอกชนสูงมาก ได้แก่ ร้อยละ 33 ของการเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 46 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา เป็นการนอนในโรงพยาบาลเอกชน

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นการสำรวจครัวเรือนคนไทย ไม่นับรวมชาวต่างชาติ และยังไม่มีโอกาสได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวต่างชาติที่เข้าประเทศไทยเพื่อรับการรักษายา ข้อมูลเหล่านี้ต้องได้จากสถานพยาบาล และสถิติของหน่วยงานรัฐก็ไม่ได้รวบรวมไว้

การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ของประชาชนถ้ากลไกตลาดไม่คุ้มเข้ม

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

ตารางที่ 4.5 การใช้บริการของประชาชนนอกบัตรทองเมื่อพฤติกรรมรับบริการเปลี่ยน

	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 และให้เหมือนกับค่าเฉลี่ยของประเทศ

สำรวจจริงคือการใช้บริการที่กลุ่มตัวอย่างตอบในการสัมภาษณ์ครัวเรือน

แต่จากการสำรวจครั้งนั้น กลุ่มประชากร 15 ล้านคนนี้ (วิเคราะห์จากข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าใช้บริการจริง) มีพฤติกรรมใช้บริการที่ร้านขายยาสูงถึง 14.1 ล้านครั้ง ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 18.6 ล้านครั้ง และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน 269,195 ครั้ง (จำนวนการให้บริการจริงของร้านขายยาสูงกว่าภาพสมมติ เพราะอัตราการป่วยรวมสูงกว่า ขณะที่สัดส่วนการใช้ร้านยาเท่ากัน แต่ผู้ป่วยในภาพสมมติใช้บริการมากกว่า เพราะสัดส่วนการให้บริการโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่า)

ถ้าหากกลุ่มประชาชน 15 ล้านคนนี้มีพฤติกรรมแสวงหาบริการเหมือนกับค่าเฉลี่ยของประชาชนทั้งประเทศ จะมีการใช้บริการที่ร้านขายยา 14.6 ล้านครั้ง ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 13.1 ล้านครั้ง แต่จะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนเพียง 143,816 ครั้ง จำนวนการให้บริการแบบผู้ป่วยในของภาพสมมติเพิ่มขึ้นมาก เพราะสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลเอกชนของทั้งประเทศต่ำ จึงสรุปว่า การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ดี (ประชาชนไม่ตระหนักในสถานบริการที่ตนขึ้นทะเบียน) ผสมผสานกับการขยายตัวของอุปทานเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดอุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชน จะทำให้ปริมาณการให้บริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นมาก (ส่วนปริมาณการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกอาจเปลี่ยนแปลงไม่ชัดเจนนัก)

การขยายตัวของอุปทานภาคเอกชนและการลาออกของแพทย์

การใช้บริการผู้ป่วยในภาคเอกชนที่เพิ่ม 2 หมื่นถึง 1.5 แสนครั้งต่อปี (ตารางที่ 4.5) ทำให้เกิดการขยายตัวของเตียงโรงพยาบาลเอกชนระหว่าง 273-1,991 เตียง (ถ้าให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนเฉลี่ยรายละ 3 วัน และเตียงโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราครองเตียงร้อยละ 60) 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 การสูญเสียแพทย์สู่ภาคเอกชนก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ สูงสุดปีละประมาณ ร้อยละ 30 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น (แพทย์จบใหม่ปีละเกือบ 600 คน) หลังวิกฤตเศรษฐกิจ ปี 2542 พบว่าแพทย์จากภาคเอกชนไหลกลับเข้าปฏิบัติงานในภาครัฐเกือบร้อยละ 13 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น แต่ครั้งปี 2545 แพทย์กลับไหลออกสู่ภาคเอกชน ถึงร้อยละ 32 ของแพทย์จบใหม่ในปีนั้น (แพทย์จบใหม่ปีละกว่า 900 คน. เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, 2547, หน้า 75)

อุปสงค์ต่อแพทย์จากการค้าบริการสุขภาพโหมด 2

นอกจากผลกระทบของการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคุณภาพไม่ดี ทำให้อุปสงค์ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นแล้ว การค้าบริการสุขภาพโหมด 2 ที่ให้ผู้ป่วยต่างชาติมารักษาในประเทศไทย ยิ่งทำให้อุปสงค์ของแพทย์มากขึ้น ประมาณว่าใน 1 ปี แพทย์ในชนบททำงานดูแลผู้ป่วยนอก ปีละ 10,000-20,000 ราย ดูแลผู้ป่วยใน ปีละ 500-1,000 ราย ส่วนแพทย์ในเมืองมีการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าแพทย์ในชนบทประมาณครึ่งหนึ่ง ถ้าตั้งเป้าหมายให้ชาวต่างประเทศเข้ามารักษาในประเทศไทยแบบผู้ป่วยในปีละ 100,000 ราย อุปสงค์ต่อแพทย์จะเพิ่มขึ้นประมาณ กว่า 200-400 คน เท่ากับจะขาดแคลนแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในชนบทเพิ่มขึ้นอีก

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

การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลน เพิ่มกำลังการผลิต หรือนำเข้าแพทย์ต่างชาติ ตามโหมด 4

ต้นทุนที่ขอมรับของการผลิตแพทย์ในประเทศไทยที่ใช้เป็นฐานของการจัดสรรงบประมาณผลิตแพทย์คือ 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 ประกาศเป้าหมาย เพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์อีก 10,000 คน โครงการดังกล่าวใช้งบประมาณเกือบ 2 หมื่นล้านบาท (มติคณะรัฐมนตรี, 15 มิถุนายน 2547) แสดงว่าประเทศยังมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ดังนั้น การให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทย ควรคำนึงถึงต้นทุนที่แท้จริงที่รวมทั้งการขาดแคลนแพทย์ และการสูญเสียสวัสดิการของประชาชนในประเทศด้วย

สรุป

การประมาณผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย ให้ความสำคัญต่อการค้า 2 โหมด คือ โหมด 2 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาตินำบริการในประเทศไทย และโหมด 4 การให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาให้บริการในประเทศ การให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ ทำให้สูญเสียกำลังของแพทย์ไทยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อแพทย์ในระบบลดน้อยลง จะทำให้คุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลง และมีผลต่อเนื่องให้อุปสงค์ต่อบริการภาคเอกชน ของประชาชนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้น ผลกระทบสุดท้ายคือแพทย์ลาออกจากระบบเพิ่มมากขึ้น การแก้ปัญหาแพทย์ขาดแคลนได้อย่างรวดเร็ว คือ การนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศ

5. อภิปรายและสรุป

บทสุดท้าย อภิปรายข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม การคาดการณ์ผลกระทบต่อประเทศไทย และความสอดคล้องเชิงทฤษฎีของการค้าบริการด้านสุขภาพ เพื่อเสนอทางออกที่ควรเป็นสำหรับประเทศไทย

เหตุใดจึงมีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ

ขนาดรายจ่ายด้านสุขภาพที่เข้าข่ายการค้าบริการสุขภาพของประเทศไทยปีละประมาณ 4 หมื่นล้านบาท (ผู้ป่วยในภาคเอกชน 2.6 หมื่นล้านบาท ยาและเวชภัณฑ์นอกโรงพยาบาล 1 หมื่นล้านบาท และผู้ป่วยนอกภาคเอกชนอีกส่วนหนึ่ง จากตารางที่ 4.1) เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในตลาด (market mechanism) ในบริการสุขภาพดำเนินการอย่างเข้มข้น ข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ขึ้นต่อประเทศไทย คือ ให้เปิดตลาดโรงพยาบาลและบริการสาขาวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อประเทศไทยปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 1.8 (ปี 2544 จากปี 2543) ต่ำกว่า อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ทำให้ร้อยละของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมลดจาก ร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 3.3 (อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มลดมา ตั้งแต่ปีที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ จากร้อยละ 4.0 ของ GDP) อาจกล่าวได้ว่า กลไกของหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า ช่วยกำกับให้ตลาดการค้าบริการสุขภาพอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมได้

หลักฐานความเป็นธรรมทางสุขภาพ: การคลัง การรับบริการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคน ช่วยปกป้องรายจ่าย สุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะรายจ่ายจากกระเป๋าของครัวเรือนที่ยากจน โดยลดร้อยละ 4.6 ของรายได้ครัวเรือนในกลุ่มที่ยากจนที่สุดในปี 2543 เหลือร้อยละ 2.7 ในปี 2545 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2547ข, หน้า 19)

ผลกระทบต่อการใช้บริการบริการสุขภาพมากที่สุด คือการเข้าถึงบริการแบบผู้ป่วยใน และมีสัดส่วนการใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นมาก จำนวนครั้งการใช้บริการ ผู้ป่วยนอก เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่สัดส่วนการใช้คลินิกเอกชนลดลง เป็นการใช้บริการ โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น

ความแตกต่างของการรับบริการในเขตพื้นที่ต่างกัน เห็นได้ชัดเจนจากการเปรียบเทียบ สภาพใน 5 จังหวัดที่มีอุปทานสูง (ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต ขอนแก่น สงขลา) กับค่าเฉลี่ยของประเทศ หรือการเปรียบเทียบระหว่างหลักประกันที่ต่างกัน ใน 5 จังหวัดนั้น เช่น การใช้บริการร้านยา คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน ของประชาชนทั้งประเทศต่ำกว่าสถานการณ์ใน 5 จังหวัด และกลุ่มประชาชนที่รับรู้ในสิทธิบัตรทองกับกลุ่มอื่นๆ ใน 5 จังหวัด สัดส่วนการใช้บริการคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนต่างกันเกือบ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนชัดเจนว่า การเข้าถึงบริการภาคเอกชนสูงกว่าจะทำให้ผลลัพธ์ทาง สุขภาพดีกว่าหรือไม่ แต่ลักษณะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่เห็นชัดคือ รายได้ กลุ่มที่รับรู้สิทธิบัตรทองของตน มีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ มากกว่า 2 เท่า ซึ่งรายได้อาจเป็น ตัวกวนสำคัญของการเลือกใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเป็นตัวกวนสำคัญของผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพ

การประเมินผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพในที่นี้ให้ความสำคัญเพียงด้านความ เป็นธรรมที่จะเกิดกับการค้าในโหมด 2 ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการในประเทศ และโหมด 4

การเปิดให้แพทย์ต่างชาติเข้าประเทศ ส่วนไหนคนอื่น ๆ อาจมีผลกระทบบ้างแต่ไม่เท่าทั้ง 2 ไหมคดังกล่าว

การประเมินผลกระทบต้งบนสมมติฐานปรากฏการณ์ “crowding out” คือผู้ป่วยต่างชาติทำให้แถวคอยแน่น และการรักษาคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

การที่ระบบใหญ่มีแพทย์ลดลงทำให้คุณภาพของระบบใหญ่สำหรับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าลดลงด้วย จึงอาจมีผลต่อเนื่องให้อุปสงค์ในภาคเอกชน(นอกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)เพิ่มขึ้นด้วย ทำให้เกิดการสูญเสียของแพทย์จากระบบเพิ่มอีก 40-200 คน

ประมาณว่า การสูญเสียแพทย์จากระบบ 240-600 คน เท่ากับการสูญเสียของงบประมาณผลิตแพทย์ 430-1,260 ล้านบาท เป็นเงินไม่น้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณผลิตแพทย์เพิ่มตามแผนล่าสุดในปี 2547 เกือบ 2 หมื่นล้านบาท ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายของการกระจายแพทย์โดยเฉพาะในเขตชนบท

ทางเลือกของการแก้ปัญหาไม่ให้สูญเสียแพทย์ แทนการเร่งผลิตแพทย์ คือการนำเข้าแพทย์ชาวต่างชาติ ซึ่งมีได้ 2 ระดับ คือ นำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจสูงกว่า เพื่อทำงานในภาคเอกชนดูแลผู้ป่วยต่างชาติ เป็นการป้องกันไม่ให้แพทย์จากภาครัฐไหลออกไปภาคเอกชนได้ด้วย เพราะตำแหน่งเต็ม ส่วนอีกระดับคือนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่า เพื่อทำงานในเขตชนบท ทดแทนแพทย์ไทยที่ไหลเข้าสู่เมืองและภาคเอกชน

ความเป็นไปได้ของระบบสุขภาพที่เกื้อกูลระดับสากล

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมีมานานแล้ว ก่อนที่จะมีข้อดกลงทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลก จะเห็นว่าประเทศที่ประชาชนมีทักษะด้านภาษาสากลนอกเหนือจากภาษาแม่ จะมีการไหลออกของทรัพยากรบุคคลออกไปต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เมื่อ 30 ปีที่แล้ว Bhagwati and Hamada (1974) เสนอระบบภาษีทรัพยากรบุคคลออกนอกประเทศ โดยให้ประเทศปลายทางที่รับบุคคลเหล่านั้นเก็บภาษีเป็นเวลา 10 ปี ส่งภาษีเข้ากองทุนของสหประชาชาติ และเงินนี้จะส่งกลับประเทศผู้ผลิตเพื่อชดเชยการไหลออกและนำกลับไปพัฒนาบุคลากรได้อีกครั้ง

ส่วนประเทศที่เป็นผู้ส่งออกบางประเทศอาจมองว่า การส่งออกทรัพยากรบุคคลเป็นการนำรายได้เข้าประเทศ รวมทั้งพัฒนาระบบการศึกษาให้ผลิตได้เกินความต้องการในประเทศ และพอเพียงกับความต้องการของต่างประเทศ การมองสถานการณ์จึงเปลี่ยนจาก “สมองไหล” (brain drain) เป็น คลังสมอง (brain tank) ของโลก

ประเทศอังกฤษ มีปัญหาผลิตแพทย์ไม่เพียงพอกับการใช้ในประเทศ มีทางเลือกส่งผู้ป่วยไปผ่าตัดในประเศยุโรป โดยรัฐตามจ่ายเงินให้ เพราะเป็นทางเลือกที่ลงทุนน้อยกว่า หรือใช้วิธีนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศ เพราะเป็นทางเลือกที่เกือบไม่ต้องลงทุน ปัจจุบันอังกฤษมีข้อตกลงกับประเทศอัฟริกาได้ว่า จะไม่โฆษณาเพื่อดึงดูดให้แพทย์จากอัฟริกาได้ไปทำงานในอังกฤษ (OECD, 2003)

การแข่งขันที่เป็นที่ยอมรับกันในทางทฤษฎีของระบบบริการสุขภาพ คือ การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ เพื่อเป้าหมายสุขภาพของประชาชนที่ตนรับผิดชอบ (Porter and Teisberg, 2004, The Economist, 3 June 2004) ไม่ใช่การแข่งขันเพื่อทำกำไรโดยตรงหรือเพื่อมีผลต่อดัชนีในตลาดหลักทรัพย์ แม้ว่าเมื่อเกิดการแข่งขัน จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีเหลือเงินสำหรับจ่ายเป็นค่าตอบแทน หรือนำไปลงทุนเพิ่มตามกฎเกณฑ์ขององค์กรไม่แสวงกำไร

รัฐบาลควรมีจุดยืนในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศอย่างไร

จุดยืนของไทยในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศมีดังนี้

กระแสโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากองค์การการค้าโลก เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงยาก และจะมีผลกระทบอย่างมากหากไม่หาวิธีป้องกันไว้แต่ต้น

ท่าอย่างไรจึงจะทำให้การตกลงทางการค้าระหว่างกัน เกิดสถานการณ์ ได้ประโยชน์ ทั้ง 2 ฝ่ายที่เป็นคู่ค้า ดังทฤษฎีความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของ Ricardo ข้อสมมติฐานภายใต้ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบควรจะเป็นจริง เช่น การพัฒนาความพร้อมของทรัพยากรมนุษย์ ความพร้อมเชิงโครงสร้างของระบบจัดการ กลไกการควบคุมกลไกตลาดในระบบสุขภาพ ฯลฯ

การพัฒนาแนวคิดภายใต้การแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรม

ควรกำหนดและยึดมั่นว่า บริการสุขภาพ เป็นบริการไม่แสวงกำไร บริการสุขภาพมีการแข่งขันกันได้ระหว่างผู้ให้บริการ แต่มีใช้เพื่อทำกำไร โดยประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับความทุกข์ทรมาน บางประเทศ ออกกฎหมายให้บริการสุขภาพเป็นธุรกิจไม่แสวงกำไร

เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย ออกกฎหมายไม่ให้เอกชนแสวงกำไร ทำธุรกิจการประกันสุขภาพ
ขั้นพื้นฐานที่เข้าช้อนกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบางรัฐในสหรัฐอเมริกา ออก
กฎหมายให้สถานพยาบาลเป็นหน่วยงานไม่แสวงกำไร สำหรับประเทศไทยใน (ร่าง) พระราช
บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...มาตรา 71 กำหนดให้ “บริการสาธารณสุข...ไม่เป็นไปเพื่อการ
แสวงกำไรเชิงธุรกิจ” แม้ข้อความดังกล่าวจะสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้เฉพาะการแสดง
ตัวเลขทางบัญชี แต่เป็นกรอบแนวคิดที่เตือนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้คำนึงถึงจุดหมายสูงสุดของ
ระบบบริการสุขภาพ

ประสบการณ์จากต่างประเทศพบการไหลออกของทรัพยากรบุคคล จากประเทศยาก
จน ไปสู่ประเทศที่ร่ำรวย ปรากฏการณ์นี้อาจพบไม่มากนักในประเทศไทย เพราะจุดอ่อนทาง
ภาษาและวัฒนธรรม แต่อาจเป็นปัญหาในอนาคต หากประเทศไทยต้องการได้แรงงาน
บุคลากรวิชาชีพจากประเทศเพื่อนบ้าน ระบบที่ให้เกื้อภาษีปลายทาง เพื่อส่งเงินกลับประเทศ
ผู้ผลิตบุคลากร แม้จะเป็นข้อเสนอแนะที่มีมานานกว่า 30 ปี แต่ไม่ได้ปฏิบัติ ควรได้รับการ
พัฒนาให้เป็นจริง เหมือนกับกองทุนระดับโลก ที่ใช้ในการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าทางยา
หรือวัคซีน เพื่อประโยชน์ของประเทศยากจนทั้งหลาย

การพัฒนาความพร้อมด้านเพื่อบรรลุเป้าหมายความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ

ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เป็นทฤษฎีประสิทธิภาพที่สามารถบรรลุได้ ถ้าการ
พัฒนาความพร้อมเป็นไปอย่างสอดคล้องกันทั้งสองฝ่าย สิ่งที่ต้องให้ความในส่วนของประเทศ
ไทยได้แก่

พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้พร้อมต่อการแข่งขัน (การแข่งขันเพื่อประชาชนดังได้กล่าว
แล้ว) ดังเช่น ดัชนีโลกาภิวัตน์ ดัชนีพัฒนามนุษย์ สิ่งที่เหมาะสมได้ของการพัฒนาทรัพยากร
มนุษย์คือ มีบุคคลที่เข้าใจประเด็นต่างๆ อย่างถ่องแท้ สามารถรับมือกับข้อมูลข่าวสาร หรือการ
เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ สามารถป้องกันการถูกเอารัดเอาเปรียบ และไม่ทำตนเป็นผู้เอารัดเอา
เปรียบเสียเอง

พัฒนาความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อเข้าใจสภาพของการค้าบริการสุขภาพ
ว่าเกิดขึ้นในขนาดเท่าไร ที่ใด มีผลกระทบอย่างไร เพื่อสามารถวางแผนการดำเนินงาน หรือแก้
ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

การพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

พัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ เสริมความเข้มแข็งของบทบาทรัฐในการแทรกแซงกลไกตลาด เพื่อไม่ทำให้กลไกการค้าบิดเบี้ยว เพื่อให้เป้าหมายของระบบสุขภาพเป็นไปอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ส่งเสริมระบบบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพ ให้ผู้บริการมีแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีความสุข ได้รับค่าตอบแทนที่พอเหมาะพอสม มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดำเนินงาน เพื่อลดแรงขับที่ผลักดันบุคลากรเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศ หรือออกนอกระบบสุขภาพ สำหรับประชาชนส่วนใหญ่

พัฒนานโยบายการค้าในหมวด 2 และ หมวด 4

นโยบายเปิดการค้าในหมวด 2 รัฐไม่ควรเห็นว่า การบริการผู้ป่วยต่างชาติที่มีกำลังจ่ายเป็นการค้ากำไร หรือเป็นการหารายได้เข้าประเทศ ในขณะที่ประเทศยังต้องลงทุนผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมาก เพื่อให้แพทย์กระจายออกไปสู่ภาคต่างๆ ในการบริการประชาชนอย่างทั่วถึง เพราะการเร่งให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามา เป็นการทำให้ประชาชนคนไทยขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลสุขภาพของเขา

หากรัฐต้องการเปิดเสรีการค้าในหมวด 2 ต้องควบคู่กับการเปิดเสรีในหมวด 4 โดยเฉพาะให้บุคลากรทางการแพทย์ต่างชาติปฏิบัติงานในประเทศไทยได้ด้วย โดยมีอัตราส่วนที่เหมาะสมว่า ผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามา จะต้องสมดุลกับจำนวนแพทย์ที่ให้บริการแก่ประชาชนไทย และผู้ป่วยต่างชาติ การให้บุคลากรทางการแพทย์จากต่างชาติเข้ามา องค์กรวิชาชีพต้องมีความพร้อมในการกลั่นกรองคุณภาพ ตลอดจนกลไกควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ประโยชน์ที่แท้จริง ไม่ใช่ก่อให้เกิดปัญหามากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการของชุดโครงการวิจัย ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์กรความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม ที่ประกอบด้วย ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์ ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์ และน.พ.ประดิษฐ์ วงษ์กณารัตนกุล

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, 2547. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. ใน เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: คู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 4 การบริหารระบบ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พงศธร พัชรสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ศรีวัชรานนท์, 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 จันเจริญ จิตร สิริธรรม ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์ กมลสินทร์ พินิจภูวล สติกร พงศ์พานิช รัตนา สำโรงทอง (2542) การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท จิตราภรณ์ เมฆกระจำง โสภณ คติยานันท์พงศ์ กมลทิพย์ แซ่เล่า จุฬารัตน์ ชมภูพันธ์ และคณะ 2547ก. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537-2544. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท ภัณฑนา ดิษยาธิคม วลัยพร พัทธนฤมล ภูษิต ประกองสาย, 2547ข. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: คู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 2 กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ พินทุสร เหมพิสุทธิ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์ (2545) ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- 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., Achour, N., 2002. Health services in Tunisia in the light of World Trade Organization agreements. In Drager, N., (ed.) Trade in Health Services. Washington DC: Pan American Health Organisation.
- Ascher, B., 2002. The case of the United State of America. In Drager, N., (ed.) Trade in Health Services. Washington DC: Pan American Health Organisation.
- Beaglehole, R., Yach, D., 2003. Globalisation and the prevention and control of non-communicable diseases: the neglected chronic disease of adults. Lancet, 362: 903-08.
- Berger, A.N., Buch, C.M., DeLong, G., DeYoung, R., 2004. Exporting financial institutions management via foreign direct investment mergers and acquisitions. Journal of International Money and Finance, 23: 333–366.
- Bhagwati, J., Hamada, K., 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, p 2.
- Chanda, R., 2002. Trade in health services. Bulletin of World Health Organization, 80 (2): 158-63.
- 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: 1605-11.

- Hovenga, E.J.S., 2004. Globalisation of health and medical informatics education – what are the issues? *International Journal of Medical Informatics*, 73, 101-9.
- Janjaroen, W.S., Supakankunti, S., 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., Supakankunti, S., 2002. International trade in health services in the millennium: the case of Thailand. In Drager, N., (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.
- Labonte, R., Schrecker, T., Sanders, D., Meeus, W., 2004. *Fatal Indifference The G8, Africa and Global Health*. Lansdowne: The University of Cape Town Press.
- Lee, K., Walt, G., Haines, A., 2004. The Challenge to Improve Global Health Financing the Millennium Development Goals. *JAMA*, 291(21): 2636-8.
- McClean, S., 2003. Globalization and health. In Orme, J., Powell, J., Taylor, P., Harrison, T., Grey, M. (eds.) *Public Health for the 21st Century New perspectives on policy, participation and practice*. Maidenhead: Open University Press.
- Nation, The, 2004. Medical-hub plan 'needs quick govt action'. 18 May 2004, p 4B.
- Office for Economic and Cooperation Development, 2003. *Trends in International Migration*. Paris: OECD.
- Pollock, A.M. and Price, D., 2003. The public health implications of world trade negotiations on the general agreement on trade in services and public services. *Lancet*, 362: 1072-75.
- Porter, M.E., Teisberg, E.O., 2004. Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, June, 65-76.
- 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.
- Vellinga, J., 2002. An approach to trade and health at Health Canada. In Drager, N., (ed.) Trade in Health Services. Washington DC: Pan American Health Organisation.
- Widiatmoko, D., and Ascobat Gani, A., 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 Ben-David, D., Nordstrom, H. and Winters, L.A., 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, p 5.
- 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., Hawkes, C., Gould, C.L., Hofman, K.J., 2004. The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control. JAMA 291:2616-22.
- Yeo, M.S., 2002. Distance Health Services Under the General Agreement on Trade in Services. Journal of Health Law, vol. 35, no. 1, pp. 83-103.
- Zarrilli, S., 2002. The case of Brazil. In Drager, N., (ed.) Trade in Health Services. Washington DC: Pan American Health Organisation.

การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน

โดย

ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล

ดร.พฤษภูมิ รอดประเสริฐ

ดร.ดอน นาครทรรพ

ธนาคารแห่งประเทศไทย

บทความเสนอในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547

เรื่อง

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

17 สิงหาคม 2547

การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO

และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน

กอบศักดิ์ ภูตระกูล*
พฤษภูมิ รอดประเสริฐ*
ดอน นาครทรรพ*

บทนำ

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศได้เปิดเสรีการค้าบริการทางการเงิน (Financial Services) มากยิ่งขึ้น ทั้งในระดับพหุภาคี ทวิภาคี ตลอดจนภายใต้แผนการเปิดเสรีที่ริเริ่มขึ้นเอง การเปิดเสรีการค้าบริการทางการเงินเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง ด้วยภาคการเงินเป็นหัวใจของระบบเศรษฐกิจ ในฐานะตัวกลางในการระดมและจัดสรรเงินออมจากในและนอกประเทศไปยังการลงทุนด้านต่างๆ ซึ่งสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน มีผู้ทำงานอยู่ในภาคการเงินประมาณ 300,000 คนและมูลค่าเพิ่มของภาคการเงิน (ไม่นับรวมธุรกิจประกันภัย) ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 15,584 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2523 เป็น 285,977 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2539 (หรือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเป็นประมาณร้อยละ 6.3) ก่อนที่จะเกิดวิกฤตในปี พ.ศ. 2540

* สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย

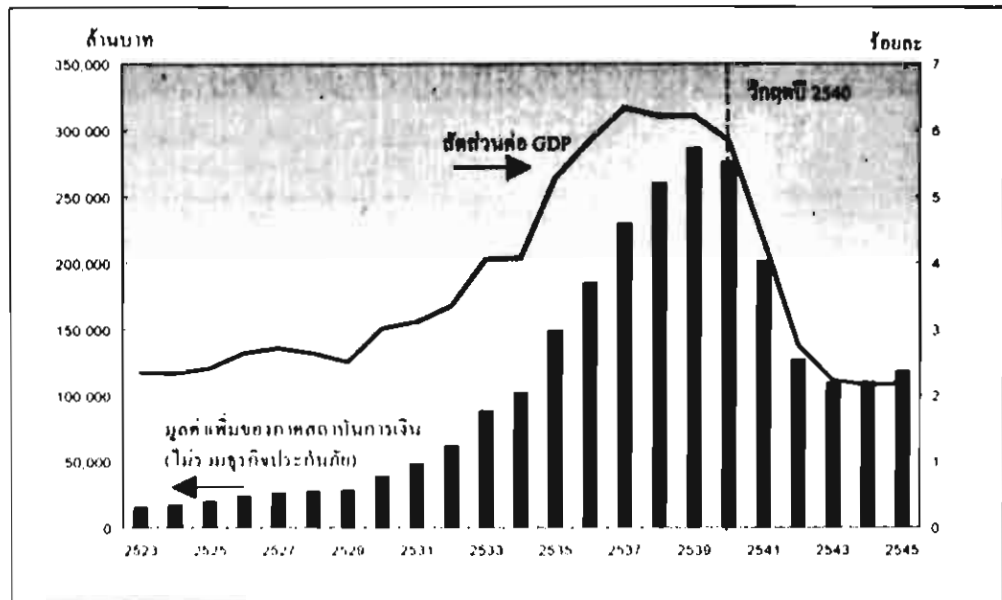
* สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย

* สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย

** ข้อคิดเห็นซึ่งปรากฏอยู่ในบทความนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนซึ่งอาจจะไม่สะท้อนแนวคิดหรือนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย

*** คณะผู้เขียนขอขอบคุณ คุณอังณา ไวกวามดี คุณนิศยา พิบูลย์รัตนกิจ คุณอลิศรา มหาสันทนะ และคุณณัทสุดา ทุกขณะสุด สำหรับคำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนขอขอบคุณนางสาวชญาณี ชวะ โนทย์ นักศึกษาฝึกงานจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เป็นผู้ช่วยวิจัยในการทำรายงานฉบับนี้

แผนภาพที่ 1 : ภาคการเงินในระบบเศรษฐกิจไทย



ที่มา : NESDB

แม้ว่าวิกฤตการเงินในปี พ.ศ. 2540 จะส่งผลให้มูลค่าเพิ่มของภาคการเงินลดลงอย่างเห็นได้ชัดในระยะ 7 ปีที่ผ่านมา (แผนภาพที่ 1) เนื่องจากปัญหานี้เสียในระบบสถาบันการเงินที่ยังคงต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งก่อนจะกลับลดลงไปสู่ระดับเดิมในช่วงก่อนวิกฤต ตลอดจนปัญหาอื่นๆ อันเนื่องมาจากวิกฤต อาทิ การลงทุนภายในประเทศที่ลดลง ฯลฯ แต่เมื่อมองไปในอนาคต ภาคการเงินทั้งด้านสถาบันการเงิน (Banking Services) ธุรกิจประกันภัย ตลาดหลักทรัพย์ ตลาดตราสารหนี้ ยังจะเป็นธุรกิจหลักด้านหนึ่งของประเทศ ซึ่งนับวันจะทวีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ และการเปิดเสรีการค้าบริการด้านการเงินจะเป็นประเด็นเชิงนโยบายหลักของประเทศ

บทความนี้จึงได้ทำการศึกษาแนวโน้มการเข้ามาประกอบธุรกิจของสถาบันการเงินต่างชาติ (Foreign Bank Entry) ในระบบเศรษฐกิจโลกและในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา และแนวโน้มการเปิดเสรีการค้าบริการทางการเงิน ทั้งในเวทีของ WTO และภายใต้แผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน ข้อดีข้อเสีย ประเด็นคำถามเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย โดยการศึกษาจะเน้นในส่วนภาคสถาบันการเงิน (Banking Services)¹ เช่น ในประเด็นที่เกี่ยวกับบทบาทของสถาบันการเงินต่างชาติในประเทศไทย ผล

¹ สำหรับบทความนี้ ภาคสถาบันการเงินหมายถึง ธนาคารพาณิชย์ บริษัทเงินทุน และบริษัทเครดิตฟองซิเอร์ โดยไม่นับรวมถึงธุรกิจประกันภัยหรือธุรกิจหลักทรัพย์ ทั้งนี้เนื่องจากสำหรับประเทศไทยนั้น ภาคสถาบันการเงิน

กระทบที่อาจจะเกิดขึ้นของการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงิน และแนวนโยบายที่เหมาะสมในการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินในระยะต่อไป

ทั้งนี้ การค้าบริการทางการเงิน (Financial Services) ระหว่างประเทศได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งสำหรับกรณีประเทศไทย สถาบันการเงินต่างชาติได้เข้ามามีบทบาทในระบบเศรษฐกิจและระบบการเงินของไทยมากยิ่งขึ้น จากการที่ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจโลก ดังนั้น การเปิดเสรีจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ช้าก็เร็ว ประเด็นสำคัญที่สุดเชิงนโยบายจึงอยู่ที่การกำหนดระยะเวลาในการเปิดเสรีที่เหมาะสมและการเตรียมพร้อมเพื่อให้สามารถรับประโยชน์จากการเปิดเสรีได้อย่างเต็มที่ โดยคำนึงถึงเสถียรภาพของระบบการเงินและประโยชน์ซึ่งผู้ใช้บริการทางการเงินจะได้รับเป็นสำคัญ

1. แนวโน้มการเปิดเสรีการค้าบริการทางการเงินของโลก²

ในการกำหนดนโยบายการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินที่เหมาะสม นั้น ต้องเริ่มจากการเข้าใจถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก

จากการศึกษาของ OECD - Group of Ten Report on Consolidation in the Financial Sector (2001) พบว่า นับแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา กระแสการรวมกลุ่มของสถาบันการเงินภายในประเทศ G-13³ ซึ่งเป็นแกนหลักของระบบเศรษฐกิจและระบบการเงินโลก นั้น ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น Mergers, Acquisitions, Joint Ventures และ Strategic Alliances ทั้งในส่วนที่เกิดขึ้นภายในประเทศและข้ามประเทศ และส่วนที่เป็นการรวมตัวระหว่างสถาบันการเงินประเภทเดียวกัน (เช่น ธนาคารพาณิชย์กับธนาคารพาณิชย์ บริษัท

ประเทศไทย อันเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักของประเทศในการกำกับดูแลธนาคารพาณิชย์ ตลอดจนบริษัทเงินทุน บริษัทเครดิตฟองซิเอร์ (ซึ่งเป็นสถาบันที่รับเงินฝากจากประชาชน) บทความนี้จึงมุ่งศึกษาเฉพาะประเด็นเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงิน (Banking Services) เพื่อที่จะให้สามารถวิเคราะห์ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ในเชิงลึกได้ดียิ่งขึ้น

² ส่วนนี้จะกล่าวถึงงานการศึกษาในอดีต ซึ่งได้มีผู้ทำการศึกษาแล้วอย่างกว้างขวางลึกซึ้ง เกี่ยวกับเรื่อง Internationalization of Financial Services, Foreign Bank Entry, และการเปิดเสรีภาคการเงินในประเทศต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกและนัยต่อนโยบายของไทยได้ดียิ่งขึ้น

³ G-13 ประกอบด้วย ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย เยอรมนี เบลเยียม ฝรั่งเศส อิตาลี สเปน สวีเดน เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และอังกฤษ

ประกันภัยกับบริษัทประกันภัย และบริษัทหลักทรัพย์กับบริษัทหลักทรัพย์) หรือข้ามประเภท ทำให้มีสถาบันการเงินขนาดใหญ่ขึ้นในระบบเศรษฐกิจโลกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อการศึกษาดังกล่าวนำขนาดของสินทรัพย์ของสถาบันการเงินขนาดใหญ่ของโลกจากทุกประเทศทั่วโลก มาเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของกลุ่มประเทศ G-13 (ซึ่งคิดเป็นประมาณกึ่งหนึ่งของ GDP ของโลก) จะเห็นว่าขนาดสินทรัพย์ของสถาบันการเงินที่ใหญ่ที่สุดของโลก 50 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในกลุ่มประเทศดังกล่าว ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากประมาณร้อยละ 35.4 ในปี ค.ศ. 1980 เป็นร้อยละ 71.2 ในปี ค.ศ. 1998 ขณะที่ขนาดสินทรัพย์ของสถาบันการเงินที่ใหญ่ที่สุด 20 แห่งแรกได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.5 เป็นร้อยละ 39.8 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ตารางที่ 1 : ขนาดสินทรัพย์ของสถาบันการเงินขนาดใหญ่เทียบกับ GDP ของกลุ่ม G-13

ร้อยละ	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Top 20	19.5	31.6	35.2	34.2	36.0	36.5	37.5	36.8	38.1	39.8
Top 30	25.5	40.3	44.4	44.1	46.3	47.0	48.5	49.0	51.1	52.7
Top 40	30.8	47.0	51.5	51.5	54.1	55.1	56.8	56.8	61.4	63.2
Top 50	35.4	52.8	57.6	57.6	60.5	61.9	64.0	66.0	69.0	71.2

ที่มา : Group of Ten Report on Consolidation in the Financial Sector (2001, p. 55)

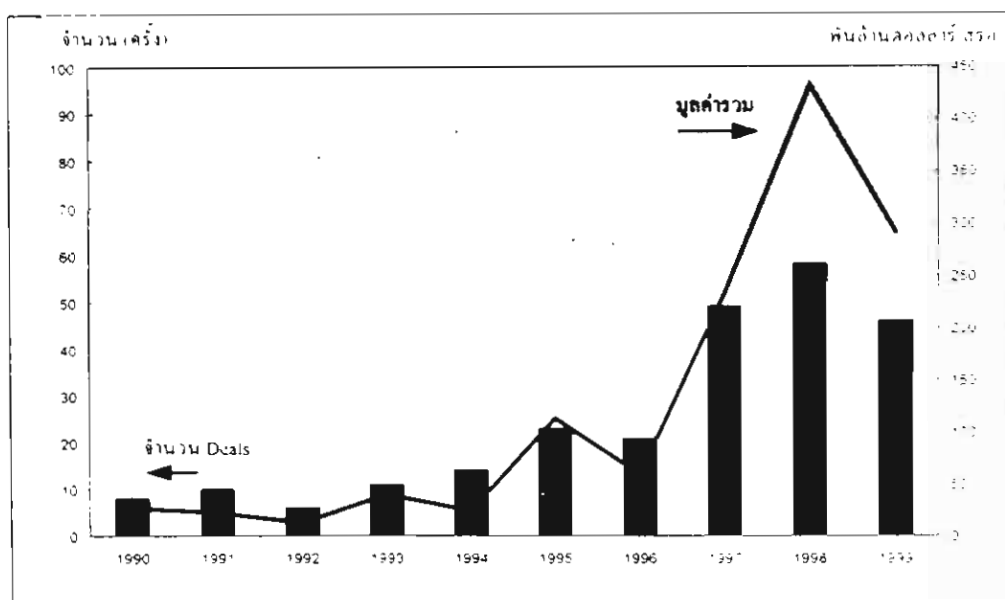
สำหรับด้านการ Underwrite ตราสารหนี้และตราสารทุนในระบบการเงินโลกก็เช่นเดียวกัน แม้จะไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากเท่ากับกรณีของธนาคารพาณิชย์ แต่ในปี ค.ศ. 1999 ประมาณร้อยละ 47 ของธุรกรรมดังกล่าวจะตกอยู่ในมือของสถาบันการเงินหลัก 5 แห่ง และร้อยละ 70 จะอยู่ในมือของสถาบันการเงินหลักเพียง 10 แห่ง เช่น กรณีของการออก International Bonds บริษัทที่มีธุรกรรมใหญ่สุด 10 อันดับแรกของโลก ได้แก่ Merrill Lynch & Co., Morgan Stanley Dean Witter, Deutsche Bank, Salomon Smith Barney Int., Credit Suisse First Boston, Goldman Sachs & Co, Warburg Dillon Read, JP Morgan, Lehman Brothers, ABN AMRO เป็นต้น⁴

กระแสการรวมกลุ่มของสถาบันการเงินในประเทศ G-13 นั้น เกิดขึ้นผ่านธุรกรรม Mergers และ Acquisitions เป็นสำคัญ โดยระหว่างปี ค.ศ. 1990-1999 มีสถาบันการเงินใน

⁴ สำหรับธุรกรรม OTC Derivatives ก็เช่นกัน ในปี ค.ศ. 1999 สถาบันการเงินใหญ่ 10 แห่งแรก มีธุรกรรมคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 60.7 และ 56.2 ของตราสารอนุพันธ์เกี่ยวกับอัตราแลกเปลี่ยนและอัตราดอกเบี้ยตามลำดับ

ประเทศ G-13 ถูกซื้อหรือควบรวมมากกว่า 7,300 ครั้ง โดยในจำนวนนี้ Deals ที่มีมูลค่าสูงกว่า 1 พันล้านดอลลาร์ สรอ. ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (แผนภาพที่ 2) โดยเฉพาะในช่วงปี ค.ศ. 1997-1999 ที่มีการควบรวมระหว่างสถาบันการเงินขนาดใหญ่เฉลี่ยประมาณ 51 ครั้งต่อปี คิดเป็นมูลค่าประมาณ 320 พันล้านดอลลาร์ สรอ. ต่อปีหรือประมาณ 6.2 พันล้านดอลลาร์ สรอ. ต่อครั้ง

แผนภาพที่ 2 : Mergers & Acquisitions ใน G-13
(เฉพาะที่มีมูลค่าสูงกว่า 1 พันล้านดอลลาร์ สรอ.)



ที่มา : Group of Ten Report on Consolidation in the Financial Sector (2001, p. 34)

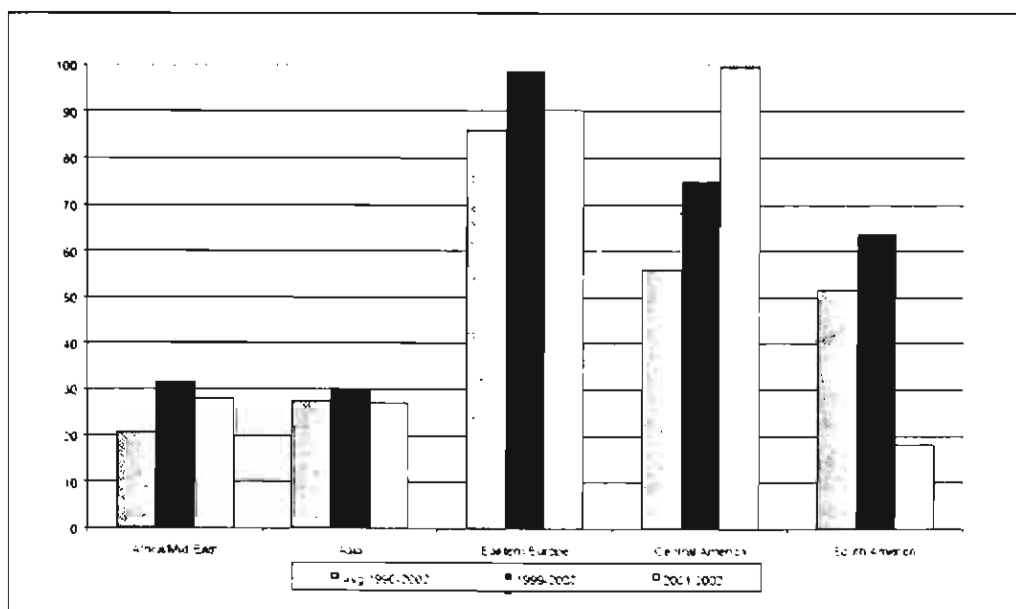
ทั้งนี้ การซื้อ/ควบรวมที่เกิดในกลุ่มประเทศ G-13 นั้น ส่วนมากเกิดจากการซื้อ/ควบรวมภายในประเทศและในประเทศธุรกิจเดียวกันเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในกลุ่มธนาคารพาณิชย์ สำหรับอันดับที่ 2 เป็นการซื้อ/ควบรวมภายในประเทศเดียวกัน แต่ข้ามประเทศธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 15 ของมูลค่าธุรกรรมทั้งหมด อันดับที่ 3 เป็นการซื้อ/ควบรวมข้ามประเทศแต่ในประเทศเดียวกัน ส่วนอันดับสุดท้าย ที่มักจะไม่ค่อยพบและมีเพียงประมาณ 250 Deals (จากกว่า 7,300 Deals ในช่วงระยะเวลา 10 ปี) อันเป็นการซื้อ/ควบรวมในลักษณะข้ามประเทศและข้ามประเภท

สำหรับ Emerging Market Countries การซื้อ/ควบรวมกิจการที่มีสถาบันการเงินในกลุ่มประเทศตลาดเกิดใหม่เป็นเป้าหมายนั้น เริ่มมีความสำคัญมากขึ้นเช่นกัน⁵ โดยระหว่างปี ค.ศ.

⁵ Dario Focarelli (2003), The Pattern of Foreign Entry in the Financial Markets of Emerging Countries, p.3

1990-1996 ธุรกิจดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 18 และร้อยละ 9 ของจำนวน Deals และมูลค่าของ Deals ทั้งหมดทั่วโลก และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 และ ร้อยละ 16 ของจำนวน Deals และมูลค่าของ Deals ทั้งหมดทั่วโลกในช่วงปี ค.ศ. 2001-2002 ซึ่งร้อยละ 33 ของจำนวน Deals และร้อยละ 42 ของมูลค่า Deals ในกลุ่มประเทศตลาดเกิดใหม่เป็นผลจากการซื้อ/ควบรวมโดยมีสถาบันการเงินจากต่างประเทศเป็นแกนนำ (เป็น Foreign Bank Entry) โดยเป็นการซื้อ/ควบรวมกิจการธนาคารพาณิชย์เป็นหลัก

แผนภาพที่ 3 : มูลค่าเฉลี่ยของ Cross-border & Acquisitions ในกลุ่มประเทศเกิดใหม่



ที่มา : Dario Focarelli (2003), The Pattern of Foreign Entry in the Financial Markets of Emerging Countries, p.7

ทั้งนี้ เมื่อแบ่งเป็นกลุ่มประเทศตามภูมิศาสตร์แล้ว พบว่าส่วนใหญ่เป็นการเข้าซื้อ/ควบรวมสถาบันการเงินในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา (เช่น เม็กซิโก บราซิล อาร์เจนตินา) และกลุ่มยุโรปตะวันออก (เช่น โปแลนด์ ฮังการี สาธารณรัฐเชค บัลแกเรีย) เป็นหลัก และเป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่าในกลุ่มลาตินอเมริกา นั้น มีธนาคารจากประเทศสเปน เช่น Banco Bilbao Vizcaya SA และ Banco de Santander SA, Banco Santander Central Hispanic หรือธนาคารพาณิชย์จากสหรัฐอเมริกา เช่น Citigroup Inc. ตลอดจนธนาคารจากอังกฤษ เช่น HSBC Holding PLC เป็นผู้เข้าไปซื้อกิจการในภูมิภาคดังกล่าว ส่วนกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออกนั้น มีธนาคารพาณิชย์จากกลุ่มสหภาพยุโรป เช่น Banca Commerciale Italiana SpA, Investor Group จากประเทศอิตาลี หรือ Erste Bank Der Oesterreichisch จากประเทศออสเตรีย ตลอดจนธนาคาร

พาณิชย์จากสหรัฐอเมริกา เช่น Citigroup Inc., CS First Boston เป็นผู้เข้าไปซื้อกิจการ ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Focarelli (2003) พบว่าในภูมิภาคเอเชียระหว่างปี ค.ศ. 1990-2002 ธนาคารพาณิชย์ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งเป็นผู้ให้กู้รายใหญ่ (Cross-border Lending) แก่ธนาคารและธุรกิจในภูมิภาคเอเชีย มี Deals ที่เกี่ยวกับการเข้าซื้อ/ควมรวมกิจการทางการเงินในประเทศตลาดเกิดใหม่น้อยมาก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะเป็นผลจากปัญหาสถาบันการเงินภายใน ประเทศญี่ปุ่นเอง ที่ยังคงแก้ไขไม่แล้วเสร็จในช่วงเวลาดังกล่าว ในขณะที่สถาบันการเงินในภูมิภาคบางแห่งเช่น DBS Bank ของสิงคโปร์ก็ได้พยายามขยายกิจการขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็น Regional Bank

ทั้งนี้ การที่การศึกษาต่างๆ พบว่าการเข้าซื้อ/ควมรวมในประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา และยุโรปตะวันออกเกิดขึ้นมากเมื่อเทียบกับประเทศในเอเชีย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงนโยบายที่เอื้อต่อการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินในกลุ่มประเทศดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาของ Matheison and Rodos (2001) พบว่าระดับของ Foreign Bank Entry หรือการเข้ามาของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติในประเทศในแต่ละภูมิภาคมีแนวโน้มที่แตกต่างกันมาก โดยเมื่อนำสินทรัพย์ของสถาบันการเงินที่คนต่างชาติถือมากกว่าร้อยละ 50 มาเทียบกับสินทรัพย์รวมของระบบสถาบันการเงินในประเทศนั้นๆ พบว่าระหว่างปี ค.ศ. 1994 และปี ค.ศ. 1999 ในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออก กลุ่มลาตินอเมริกา และกลุ่มเอเชีย⁶ สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.9 13.3 1.7 เป็นร้อยละ 52.3 44.8 6.0 ตามลำดับ⁷ ซึ่งในบางประเทศฮังการี โปแลนด์ ชิลี สัดส่วนดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 56.6 52.8 53.6 ตามลำดับ ขณะที่ในไทยอยู่ที่ร้อยละ 5.6⁸ ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Clarke et. al. (2001) ชี้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวกำหนดระดับการเข้ามาของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ เช่น การติดตามเข้ามาให้บริการบริษัทจากประเทศตน โอกาสเชิงธุรกิจในประเทศนั้นๆ และกฎเกณฑ์ของประเทศเจ้าบ้าน ซึ่งมักจะพบว่า Foreign Bank Entry เกิดในช่วงที่ประเทศเกิดวิกฤต โดยที่กฎเกณฑ์ของประเทศเจ้าบ้านเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดรูปแบบการเข้ามาของสถาบันการเงินต่างชาติว่าจะเข้ามาในรูปแบบใด⁹

⁶ กลุ่มยุโรปตะวันออก ประกอบด้วย ประเทศสาธารณรัฐเช็ก ฮังการี โปแลนด์ กลุ่มลาตินอเมริกาประกอบด้วย ประเทศอาร์เจนตินา ชิลี โคลัมเบีย เปรู เวเนซุเอลา และกลุ่มเอเชียประกอบด้วย ประเทศเกาหลีใต้ มาเลเซีย ไทย

⁷ ถ้านับรวมประเทศบราซิลและเม็กซิโกด้วย สัดส่วนการเข้ามาของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติในลาตินอเมริกาจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.7 เป็น 25.0

⁸ ในบางประเทศ เช่น นิวซีแลนด์ สถาบันการเงินส่วนใหญ่ตกอยู่ในมือต่างชาติ (คือสถาบันการเงินจากประเทศออสเตรเลีย)

⁹ สถาบันการเงินต่างชาติสามารถเข้ามาให้บริการได้ 4 รูปแบบ (1) Merger and Acquisition, (2) การจัดตั้งสถาบันการเงินขึ้นใหม่ (3) การตั้ง Representative office, Agency, Branch หรือ Subsidiary, และ (4) Cross-border Lending

ตารางที่ 2 : Cross Border M&A ที่มีมูลค่าสูงกว่า 300 ล้านดอลลาร์ สหรัฐ.

Year	Bidder	Target	Bnat.	Tnat.	Value	Bsect	Tsect	Type
1990	Deutsche Bank AG	Deutsche Bank Kreditbank	WG	GD	424.8	1	1	Acq. Maj. Int
1992	Franklin Resources Inc	Templeton Galbraith & Hanberger	US	BH	913.0	3	3	Merger
1993	Rovtec Investments	World Trade Center Group	HK	HK	464.1	3	1	Merger
1994	CITIC Pacific (CITIC Hong Kong)	Hong Kong Resort Co (HKR Intl)	HK	HK	439.9	1	1	Acq. Maj. Int
1995	Banco Bilbao Vizcaya SA	Grupo Financiero Probursa	SP	MX	350.0	1	1	Acq. Maj. Int
1996	Banco Osorio y la Union	Banco Santander Chile	CE	CE	880.7	1	1	Merger
1996	Banco de Santander SA	Banco de Venezuela SAJCA	SP	VE	338.4	1	1	Acq. Maj. Int
1996	Banco de Santander SA	InverMexico (Banco de Santander)	SP	MX	378.5	1	3	Acq. Maj. Int
1997	American International Group	Unibanco Seguros SA	US	BR	499.1	2	1	Acq. Maj. Int
1997	Assicurazioni Generali SpA	Leumi Insurance Holdings	IT	IS	375.6	2	2	Acq. Maj. Int
1997	Banca Commerciale Italiana SpA	Central European Int'l Bank	IT	HU	365.8	1	1	Acq. Maj. Int
1997	Banco Industrial Colombiano SA	Banco de Colombia SA	CO	CO	418.1	1	1	Acq. Maj. Int
1997	CorpBanca SA	Banco Union Comercial e Indust	VE	AR	347.5	1	1	Merger
1997	HSBC Holding PLC	Roberts SA de Inversiones	UK	AR	688.0	1	1	Merger
1997	Hongkong & Shanghai Banking	Banco Bamerindus do Brasil	HK	BR	999.8	1	1	Merger
1998	Banco Bilbao Vizcaya SA	Banco Excel Economico SA	SP	BR	878.0	1	1	Merger
1998	Banco Bilbao Vizcaya SA	Banco Hipotecario de Fomento	SP	CE	350.0	1	1	Acq. Maj. Int
1998	CS First Boston	Banco de Inversiones Garant	US	BR	675.0	3	1	Merger
1998	DBS Bank	Kwong On Bank	SG	HK	459.9	1	1	Merger
1998	Genbel South Africa Ltd	SANLAM Asset Management (Pty)	SA	SA	1386.7	3	3	Acq. Maj. Int
1998	Newbridge Capital Ltd	Korea First Bank (South Korea)	US	SK	415.0	3	1	Acq. Maj. Int
1999	AIB European Investment Ltd	Bank Zachodni SA (Poland)	IR	PL	583.1	3	1	Acq. Maj. Int
1999	Allianz AG	First Life Insurance Co Ltd	WG	SK	400.0	2	2	Merger
1999	Banca Commerciale Italiana SpA	Privredna Banka Zagreb	IT	CT	307.5	1	3	Acq. Maj. Int
1999	Erste Bank Der Oesterreichisch	Ceska Sporitelna Savings Bank	AS	CC	517.6	1	1	Acq. Maj. Int
1999	Hongkong & Shanghai Banking	Bangkok Metropolitan Bank PCL	HK	TH	1039.2	1	1	Acq. Maj. Int
1999	Investor Group	Bank Polska Kasa Opieki SA	IT	PL	1082.0	3	1	Acq. Maj. Int
1999	KBC Bancassurance Holding NV	Ceskoslovenska Obchodni Banka	BL	CC	1110.1	1	1	Acq. Maj. Int
1999	Maribel Corp	Terra Nova (Bermuda) Holdings	US	BE	1079.4	2	2	Merger
1999	Nedcor Ltd (Old Mutual PLC)	Stanbic	SA	SA	2389.0	1	1	Merger
1999	Standard Chartered Bank PLC	Nakornthon Bank FCL	UK	TH	319.3	1	1	Acq. Maj. Int
1999	UBS AG	Global Asset Management GAM	SZ	BE	675.0	1	3	Merger
1999	United Overseas Bank Ltd	UOB Radanabin Bank Plc	SG	TH	382.5	3	1	Acq. Maj. Int
2000	Banco Santander Central Hispan	Banco Bozano Simonsen SA	SP	BR	1000.0	1	1	Acq. Maj. Int
2000	Banco Santander Central Hispan	Banco Meridional Do Brasil SA	SP	BR	835.0	1	1	Merger
2000	Banco Santander Central Hispan	Banco do Estado de Sao Paulo	SP	BR	1161.8	1	1	Acq. Maj. Int
2000	Banco Santander Central Hispan	Grupo Financiero Serfin SA de	SP	MX	1542.7	1	1	Merger
2000	Citigroup Inc	Bank Handlowy SA	US	PL	610.9	2	1	Acq. Maj. Int
2000	Erste Bank Der Oesterreichisch	Slovenska Sporitelna (Slovak)	AS	SV	367.3	1	1	Acq. Maj. Int
2000	Investor Group	Bulbank AD	IT	BU	316.2	3	1	Acq. Maj. Int
2000	Prudential Insurance Co	CJ Investment Trust & Sec	US	SK	400.0	2	3	Acq. Maj. Int
2001	Banco Bilbao Viz Argent (BBVA)	Grupo Financiero BBVA Bancomer	SP	MX	1094.4	1	1	Acq. Maj. Int
2001	CITIC Ka Wah Bank Ltd	HKCBICH Resources (Hldgs) Ltd	HK	HK	538.4	1	1	Merger
2001	CNP Assurances	Caixa Seguros SA	FR	BR	536.0	2	2	Acq. Maj. Int
2001	Citigroup Inc	Banaco	US	MX	12821.0	2	1	Merger
2001	DBS Group Holding Ltd	Dao Heng Bank Group (Guoco)	SG	HK	5679.7	3	1	Merger
2001	Euroko BV (Topdanbank & others)	PZU (Poland)	NT	PL	652.3	2	2	Acq. Maj. Int
2001	ING Groep NV	Seguros Comercial America SA	NT	MX	791.0	2	2	Acq. Maj. Int
2001	Investor Group	Zagrebacka Banka	IT	CT	404.7	3	1	Merger
2002	Erste Bank Der Oesterreichisch	Ceska Sporitelna Savings Bank	AS	CC	679.1	1	1	Acq. Maj. Int
2002	HSBC Holding PLC (HSBC)	Grupo Financiero Bital SA	UK	MX	1134.7	1	1	Merger
2002	Lone Star Fund	Hanvit Leasing & Finance Co	US	SK	324.0	3	1	Acq. Maj. Int

Source: Thomson Financial. Sectors: banks=1, insurance=2, others=3

ที่มา : Dario Focarelli (2003), The Pattern of Foreign Entry in the Financial Markets of Emerging Countries, p.9

หมายเหตุ : ธนาคารฮ่องกงและเซี่ยงไฮ้ได้เคยทำความตกลงในเบื้องต้นในการเข้าซื้อธนาคารศรีนคร แต่ได้ยกเลิกไปในภายหลัง ซึ่ง Focarelli ผู้จัดทำตารางนี้ ไม่ได้ update การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว