



การสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547

SYMPOSIUM

ครั้งที่

27

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

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

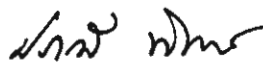
คำนำ

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

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

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตระหนักถึงความสำคัญของการที่จะจัดให้มีการศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นปัญหาดังกล่าวต่อสาธารณชน 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	อัครวฤฒิชัย	รองประธานกรรมการ
1.3 รศ.ดร.สมบูรณ์	ศิริประชัย	รองประธานกร
1.4 รศ.ดร.ดาว	มงคลสมัย	กรรมการ
1.5 ผศ.ดร.วัชรียา	โตสงวน	กรรมการ
1.6 รศ.วันรักษ์	มิ่งมณีนาคิน	กรรมการ
1.7 ผศ.สุวรรณี	วัธนจิตต์	กรรมการ
1.8 อ.ดร.อภิชาติ	สถิตนิรามัย	กรรมการ
1.9 อ.ดร.จักรพงษ์	อุชุปาละนันท์	กรรมการ
1.10 นางสุกัญญา	นทีรย์ไทวะ	กรรมการ
1.11 นางคาราวรรณ	รักษ์สันติกุล	กรรมการและเลขานุการ

2. คณะอนุกรรมการฝ่ายกำกับเวที(พิธีกร)

2.1 ผศ.ดร.วัชรียา	โตสงวน	ประธานอนุกรรมการ
2.2 อ.ดร.อรรวรรณ	รัตนภากร	กรรมการ
2.3 อ.คันสนีย์	ลิ้มพงษ์	กรรมการ
2.4 อ.สุภชัย	ศรีสุชาติ	กรรมการ
2.5 นางสาวรัชนี	ทรัพย์สันทัด	กรรมการและเลขานุการ

3. คณะอนุกรรมการฝ่ายจัดพิมพ์เอกสาร

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

4. คณะอนุกรรมการฝ่ายทะเบียน การเงิน และบัญชี

4.1	ผศ.สุวรรณณี	วิธนจิตต์	ประธานอนุกรรมการ
4.2	นางสาวถนอมรัตน์	อังคทาภิวัฒน์	กรรมการ
4.3	นางฉัตรพรทิกา	วรรณประสพ	กรรมการ
4.4	นางกนกวรรณ	เจริญผาสุข	กรรมการ
4.5	นางสำอางค์	นิลอนันต์	กรรมการ
4.6	นางดวงใจ	มาน้อย	กรรมการ
4.7	นางนฤมล	บุญมา	กรรมการ
4.8	นางสาววรรณะ	เวชพรหมณ์	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	ลีลหามนธ์	กรรมการ
5.3	อ.นิมา	ทับทิมพรรณ	กรรมการ
5.4	อ.มณฑิยา	สติมานนท์	กรรมการ
5.5	นายบุญสม	สร้อยสิงห์	กรรมการ
5.6	นายบุญเลิศ	เถาแดง	กรรมการ
5.7	นายณรงค์	คุ้มจั่น	กรรมการ
5.8	นายพิชัย	แป้นขำ	กรรมการ
5.9	นายทองดี	สมสุข	กรรมการ
5.10	นายพล	ทิมประเสริฐ	กรรมการ
5.11	นายชัยยุทธ	ศรีสุหุ	กรรมการ
5.12	นางศิริรัตน์	สุดาวงค์	กรรมการ
5.13	นางอัมพร	พึงจันทร์	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	ชัยตำราญ	กรรมการและเลขานุการ

6. คณะอนุกรรมการฝ่ายปฏิคม ต้อนรับ และประชาสัมพันธ์

6.1 รศ.สุชุม	อัครวุดิชัย	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 นางดาราวรรณ	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 จีระแพทย์

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

ผู้ดำเนินรายการภาคเช้า

โดย รศ.ดร.อารยะ ปรีชาเมตตา

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

09.45 – 10.30 น.

“ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย”

โดย 1. ศ.นพ.สุภสิทธิ์ พรธรรมรุโณทัย

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. อ.ครรชิต สุขนาถ

คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิจารณ์บทความ

โดย นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนชัยผลประเสริฐ

กระทรวงสาธารณสุข

10.30 - 10.45 น.

พักอาหารว่าง-เครื่องดื่ม

ผู้ดำเนินรายการภาคเช้า

โดย รศ.ดร.เพ็ญพิศ สัตย์สงวน

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

10.45 – 11.30 น.

“การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO

และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน”

โดย 1. ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล

2. ดร.หญิง รอดประเสริฐ

3. ดร.ดอน นาครทรรพ

ธนาคารแห่งประเทศไทย

วิจารณ์บทความ

โดย ดร.วิโรจน์ สันติประภาพ

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

11.30 - 12.15 น.

**"ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการและการลงทุน
สาขาโทรคมนาคมต่อประเทศไทย"**

โดย 1. ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

2. คุณธราธร รัตนนฤมิตร

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

วิจารณ์บทความ

โดย รศ.ดร.ชยันต์ ต้นติวัดการ

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

12.15 - 13.30 น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

ผู้ดำเนินรายการภาคบ่าย

โดย รศ.ดร.ชนินทร์ มีโกศล

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

13.30 - 14.15 น.

**"กฎเกณฑ์การแข่งขัน : ทางเลือกของไทยในองค์การการค้าโลก และ
การเจรจาทวิภาคี"**

โดย รศ.ดร.ศักดา ชนิตกุล

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 ธนะพรพันธุ์

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

15.00 - 17.00 น.

ระดมความคิดเรื่อง "เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ"

1. ดร.กันตธีร์ ศุภมงคล

ผู้แทนการค้าไทย สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี

2. สมาชิกวุฒิสภา อ.ไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ

ประธานคณะกรรมการการค้าต่างประเทศ

3. รศ.ดร.พรายพล คุ้มทรัพย์

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

4. ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก

นักวิชาการด้านกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญา

.....

สารบัญ

ชื่อบทความ	ผู้เขียน	หน้า
ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้าน สุขภาพต่อประเทศไทย	ศ.นพ.สุกสัทธ์ พรรณารุโณทัย อาจารย์ วรรณจิต สุขนาถ	1-59
การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน	ดร.กอบศักดิ์ ภูตระกูล ดร.หญิง รอดประเสริฐ ดร.คอน นฤทรรพ	2-49
ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการและการ ลงทุนสาขาโทรคมนาคมต่อประเทศไทย	ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ นายธราธร รัตนนฤมิตร	3-40
กฎเกณฑ์การแข่งขัน : ทางเลือกของไทยใน องค์การการค้าโลก และการเจรจาทีวีกา	รศ. ดร.ศักดิ์ รัตนกุล อาจารย์ ดร.สุภัช สุขกลางชัย	4-35
การเจรจาการค้าพหุภาคีสินค้าเกษตร : ความ ไม่สมดุล ความล้มเหลว และอนาคตของ รอบการพัฒนา (โดฮา)	ผศ. ดร.นิพนธ์ พัวพงศกร รศ. ดร.ศิริลักษณ์ คอมนันท์	5-100

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ ต่อประเทศไทย

โดย

ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

อาจารย์ ธีรวิชิต สุขนาถ

คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทความเสนอในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547

เรื่อง

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

17 สิงหาคม 2547

ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพต่อประเทศไทย¹

Impact of free trade in health services on Thailand

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย²
Supasit Pannarunothai

कररचित सुखनाक³
Kanchit Suknak

1. บทนำ

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

เนื่องจากมีความสลับซับซ้อนในการเจรจาความตกลงการค้า รายงานการศึกษานี้จึงนำเสนอความเป็นมาของกรอบการเจรจาการค้าบริการ และรายละเอียดที่จำเป็นต่อการทำความเข้าใจไว้ในหัวข้อที่ 1 จากนั้นจึงนำเสนอทฤษฎีและผลวิจัยที่แสดงผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าต่อสุขภาพในหัวข้อที่ 2-4 เพื่อสรุปประเด็นที่สมควรทำการศึกษาในครั้งนี้อยู่ในหัวข้อที่ 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

ความเป็นมาของการเจรจาการค้าบริการ

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

วัตถุประสงค์ของ GATS

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

ประเภทของบริการ GATS

GATS ไม่ได้ระบุประเภทของบริการที่มีการซื้อขายระหว่างประเทศแต่ในความตกลงมีบทบัญญัติให้สมาชิกต้องเจรจาเปิดตลาดบริการสาขาต่างๆ 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 ค่าน้ำวิจัย และอื่น ๆ
- (2) บริการด้านสื่อสารคมนาคม (Communication Services) ครอบคลุมบริการไปรษณีย์ พستคุณท์ โทรคมนาคม และสโตนัทสน์

(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) บริการด้านการท่องเที่ยวและการเดินทางที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว (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 บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดสาขาส่งงานในประเทศไทย หรือบริษัทไทยไปเปิดสาขาส่งงานในต่างประเทศ เป็นต้น

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

ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าบริการทุกประเภทจะเกิดขึ้นใน 4 รูปแบบเสมอไป บริการบางประเภทไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในบางรูปแบบ เช่น บริการด้านการก่อสร้างไม่สามารถให้บริการใน mode 1 ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่ต้องข้ามพรมแดน เป็นต้น

หลักการสำคัญของ GATS

GATS บัญญัติหลักการสำคัญๆ 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 แต่จะต้องยื่นมาตรการที่ชดเชยไว้แนบท้ายความตกลงไว้และยื่นได้ครั้งเดียวขณะเข้าเป็นสมาชิกความตกลงฯ 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 ในสาขาที่เสนอผูกพันเปิดตลาดแล้วจะต้องให้หลักประกันว่าจะต้องดำเนินไปในลักษณะที่มีเหตุผลเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์และไม่ลำเอียงข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพบริการและมาตรฐานทางเทคนิคจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่โปร่งใสและไม่สร้างภาระต่อการค้าบริการโดยไม่จำเป็นตัวอย่างมาตรการที่ถือว่าเป็นกฎระเบียบภายใน

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

- ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการ ประเทศสมาชิกต้องจัดทำตารางผูกพันการเปิดตลาดในสาขา/กิจกรรม ที่ตนพร้อมและได้เจรจาไว้ หากจะสงวนข้อจำกัด หรือเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ ก็ให้ระบุไว้ด้วย เมื่อผูกพันไว้แล้ว ประเทศสมาชิกจะต้องไม่ออกหรือใช้มาตรการใดนอกเหนือจากหรือเข้มงวดกว่าที่ระบุไว้ในตารางข้อผูกพัน

การเจรจาต่อหลังรอบอุรุกวัย

หลังการเจรจารอบอุรุกวัยปิดรอบและความตกลง 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) เจรจาเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยกฎระเบียบภายในประเทศ (Multilateral Disciplines on Domestic Regulation) เพื่อประกันว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการออกใบอนุญาตของประเทศสมาชิก จะใช้มาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกำหนดคุณสมบัติ การออกใบอนุญาต และมาตรฐานทางเทคนิคอย่างมีวัตถุประสงค์ มีหลักเกณฑ์ โปร่งใส และไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการค้าบริการ โดยเริ่มจากสาขาวิชาชีพบัญชีก่อนการจัดทำวินัยดังกล่าวสำหรับสาขาการบัญชี (Disciplines on Domestic Regulation in the Accountancy Sector) ได้เสร็จสิ้นแล้วตั้งแต่ธันวาคม 2541 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ เพราะต้องรวมเป็นส่วนหนึ่งของความตกลง GATS พร้อมกับวินัยสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่กำลังดำเนินการจัดทำควบคู่ไปกับการจัดทำวินัยฯ สำหรับทุกสาขาบริการ โดยสมาชิกตั้งเป้าหมายให้บรรลุผลภายในปีรอบการเจรจาการค้าบริการรอบใหม่ (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 คือการเข้ามาจัดตั้งนิติบุคคล (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
- การเจรจาเรื่องมาตรการปกป้องฉุกเฉินจะเสร็จสิ้นภายในวันที่ 15 มีนาคม 2547 และการเจรจาเพื่อพัฒนากฎเกณฑ์หรือวินัยว่าด้วยการใช้กฎระเบียบภายในประเทศ ควรเสร็จสิ้นก่อนการปิดรอบการเจรจา
- การเจรจาข้อผูกพันเฉพาะจะเริ่มต้นจากตารางข้อผูกพันในปัจจุบันและให้นำเรื่อง 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 การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบด้านอสังหาริมทรัพย์ต้องไม่เกินไปตามอำเภอใจ 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) ยื่นต่อสมาชิกผู้เจรจาเปิดตลาดสาขาบริการที่ตนสนใจ 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 ซิลิ มาเลเซีย ซึ่งยื่น request มาภายหลัง) สาขาบริการที่ไทยเรียกร้องให้สมาชิกทั้ง 15 ประเทศยอมเปิดตลาดให้ไทยมากขึ้น ได้แก่ บริการวิชาชีพ (วิศวกรรม สถาปนิก บัญชี) ก่อสร้าง การสอนทำอาหารไทย-รำไทย การดูแลคนชรา และ ผู้พิการ การดูแลเด็กเล็ก ภัตตาคาร (รวมฟู้ดครัฟ) การกีฬา (มวยไทย) และบริการด้านสุขภาพ (รวมนวดแผนไทย) อย่างไรก็ดี ไทยสามารถและควรมีการเตรียมการจัดทำข้อเรียกร้องเพิ่มเติมเพื่อยื่นต่อประเทศอื่นๆ ที่ตนสนใจเช่นกัน แม้ศักยภาพในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการของไทยในขณะนี้ จะยังไม่สามารถออกไปแข่งขันในตลาดบริการต่างประเทศได้ แต่ก็ไม่ควรละทิ้งโอกาสที่อาจมีในอนาคต และเพื่อเป็นการด้านแรงรุกของประเทศพัฒนาแล้ว 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 บริการที่เกี่ยวข้องเนื่องด้านเกษตรกรรม – Soil analysis-laboratory และปรับปรุงให้ผูกพันโดยมีเงื่อนไขสำหรับโรงเรียนนานาชาติ โรงเรียนด้านเทคนิควิชาชีพ และ Professional and/or Short Courses

(2) กิจกรรมใหม่ที่ผูกพันเพิ่มเติม ได้แก่ การออกแบบโปรแกรม และการบำรุงรักษาโปรแกรม การฝึกอบรมด้านซอฟต์แวร์ การให้คำปรึกษาทางเทคนิคและวิทยาศาสตร์สำหรับการสำรวจน้ำมันและก๊าซ โดยการได้รับสัมปทาน โรงเรียนสอนภาษาและอุดมศึกษา ภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องการให้บริการระหว่างประเทศ จะต้องมีบทบาทสำคัญต่อการเสนอข้อเรียกร้อง โดยการพิจารณาสถานภาพปัจจุบันของธุรกิจบริการแต่ละสาขาที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันว่าผลประโยชน์ในสาขานั้นๆ ได้รับจากกิจกรรมใด สามารถแข่งขัน

กับประเทศใดได้บ้าง อุปสรรคด้านกฎระเบียบที่ได้รับจากการออกไปประกอบธุรกิจบริการ หรือประกอบวิชาชีพในต่างประเทศมีอย่างไร และนำข้อมูลดังกล่าวหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำเป็นข้อเรียกร้องต่อไป ซึ่งข้อเรียกร้องที่เกิดจากภาคเอกชนดังกล่าว จึงจะเป็นข้อเรียกร้องที่เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

ภาพรวมของข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ยื่นต่อไทย

ขอบเขตของการเจรจาว่างขวางกว่ารอบธุรกิจ 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

สาขาที่การเจรจาจะมีความซับซ้อนยุ่งยากมาก คือ สาขาพลังงานและสาขาการขนส่ง

สาขาวิชาชีพ (Professional Services)

- สาขาที่มีชื่อเรียกเรื่อง ได้แก่ กฎหมาย (รวม patent attorney/agent) บัญชี/ตรวจสอบบัญชี/ การทำบัญชี สถาปนิก วิศวกรและ integrated engineering services การวางผังเมือง และภูมิสถาปัตยกรรม การแพทย์และทันตกรรมและ สัตวแพทย์
- เน้นการขอให้มีชื่อผูกพันใน mode 1 แบบที่ไม่มีข้อจำกัด (none) และผ่อนผันหรือยกเลิกข้อจำกัดใน mode 3
- มีชื่อเรียกเรื่องให้ยกเลิก nationality requirement ในการยอมรับคุณสมบัติหรือประสบการณ์
- หลายประเทศขอให้พิจารณาให้นักวิชาชีพจากประเทศอื่นเข้ามาให้บริการในประเทศไทย ร่วมกับ นักวิชาชีพของไทยที่ได้รับใบอนุญาตประกอบกรอย่างถูกต้อง เช่น สถาปนิก

สาขาสุขาภาพ (Health and Related Services)

- ขอให้พิจารณาเปิดตลาดโรงพยาบาล
- เกี่ยวโยงกับการเจรจาสาขาวิชาชีพแพทย์ และ ทันตแพทย์ ในสาขาวิชาชีพ

สรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในจำนวน 117 ประเทศที่เข้าร่วมการเจรจาเปิดเสรีทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลกมาตั้งแต่แรก จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2546 มีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 146 ประเทศ การเจรจาการค้าบริการมีรายละเอียดของประเภทบริการจำนวนมาก สินค้าบริการเหล่านี้มีหลักคิดที่แตกต่างกัน บางบริการสมควรเป็นสินค้าสามัญที่ใช้ปรัชญาตลาดเปิดและการแสวงกำไรเป็นแรงจูงใจในการจัดบริการ แต่บางบริการ เช่น บริการด้านสุขภาพถือเป็นบริการสาธารณะที่ไม่ควรแสวงกำไร ข้อตกลงทางการค้าบริการระหว่างประเทศจึงมีหลักเกณฑ์ที่แตกต่างหลากหลาย ส่วนรูปแบบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการมี 4 รูปแบบที่ต่างกัน ขึ้นกับการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ 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

โมเมนต์ 3 ธุรกิจข้ามแดน (commercial presence) โดย 3ก ธุรกิจไทยนำเงินออกไปซื้อ ธุรกิจโรงพยาบาลในต่างประเทศ ถ้าเกิดผลกำไร เป็นการนำเงินตราต่างประเทศเข้าประเทศไทย และ 3ข ธุรกิจต่างประเทศซื้อโรงพยาบาล คลินิก หรือร้านยาในไทย ประเมินเงินลงทุน จากต่างประเทศ (foreign direct investment) ในการค้าด้านสุขภาพ ผลกระทบคือ เพิ่มการเข้าถึง และคุณภาพสำหรับคนมีเงิน แต่ผู้ด้อยโอกาสไม่เข้าถึงบริการ

ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

โมเมนต์	ทิศทาง	รูปแบบ ตัวอย่าง	ผลกระทบ
1ก	บริการออก	การแพทย์ทางไกลจากไทยให้แก่ต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสการแข่งขันธุรกิจค้าปลีกกับต่างประเทศ อาจเกิด spill over คนไทยได้ประโยชน์
1ข	บริการเข้า	การแพทย์ทางไกล ให้คำปรึกษาจากต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสการเข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น
2ก	ผู้บริโภคมุ่งออก	ผู้บริโภคไทย (มีประกันสุขภาพ) ใช้บริการในต่างประเทศ	เพิ่มโอกาสให้คนไทยที่ไปทำงานต่างประเทศได้รับสวัสดิการสุขภาพ
2ข	ผู้บริโภคเข้า	ผู้บริโภคมุ่งต่างชาติใช้บริการสุขภาพหรือการศึกษาในประเทศไทย	ปรากฏการณ์ crowding out ลดโอกาสการเข้าถึงของคนไทย โดยเฉพาะคนยากจน
3ก	ธุรกิจออก	ธุรกิจไทยออกไปซื้อธุรกิจโรงพยาบาลในต่างประเทศ	เงินทุนออกนอกประเทศ ได้ผลกำไรนำเงินเข้าประเทศ
3ข	ธุรกิจเข้า	ธุรกิจต่างชาติซื้อโรงพยาบาลในไทย เครือข่ายร้านยาในไทย	ดัชนีการลงทุนจากต่างชาติ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงและมีคุณภาพดีขึ้น
4ก	ผู้ให้บริการออก	บุคลากรสุขภาพไทยออกไปให้บริการในต่างประเทศ	มีผู้บริการไทยลดลง ขาดโอกาสการเข้าถึง
4ข	ผู้ให้บริการเข้า	ผู้ให้บริการต่างชาติเข้ามาให้บริการในประเทศไทย	มีผู้ให้บริการมากขึ้น เพิ่มโอกาสเข้าถึงมากขึ้น

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

ขอบเขตการศึกษา

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

แนวทางการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรม

ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อนำไปเป็นสมมติฐานในการประเมินผลกระทบ

ขนาดของการค้าด้านสุขภาพข้ามพรมแดน เช่น การแพทย์ทางไกล, FDI ความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ เพื่อหาตัวแปรที่อธิบายและตัวแปรแทรกซ้อน กลไก การจัดการในประเทศต่างๆ เพื่อปกป้องสวัสดิภาพด้านสุขภาพของประชาชน

การประมาณการผลกระทบในเชิงปริมาณ

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิดังต่อไปนี้

การสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิภาพครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน

3. ทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้นำเสนอแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ได้จากการเปิดเสรีทางการค้าซึ่งนำไปสู่การก่อ
กำเนิดองค์การการค้าโลก ผลกระทบของข้อตกลงทางการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ
ในโหมดต่างๆ ต่อสุขภาพของประชาชน บทบาทขององค์การอนามัยโลก พร้อมกับสรุปการ
ทบทวนผลวิจัยผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อนำไป
สู่การกำหนดกรอบการประเมินผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ในหัวข้อที่ 4

ทำไมต้องมององค์การการค้าโลกและผลกระทบต่อสุขภาพ

กระแสโลกาภิวัตน์ (globalisation) ทำให้คน ความคิด สินค้า และทุนการผลิต ข้าม
พรมแดนประเทศต่างๆ ในโลกอย่างรวดเร็ว ในประวัติศาสตร์การข้ามพรมแดนด้วยการขยาย
อำนาจด้านการเมืองและด้านเศรษฐกิจมีมานานแล้วตั้งแต่สมัยล่าอาณานิคม แต่การปฏิบัติ
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) จึงเป็นการลดการแทรกแซงของรัฐต่อกลไกตลาด⁴ ผู้ที่สนับสนุน
แนวคิดเปิดเสรีทางการค้าคิดว่า การลดการกีดกันทางการค้าจะทำให้การเคลื่อนย้ายคนและทุน
การผลิตเป็นไปอย่างเสรี และจะเกิดการจ้างงานในที่ที่เหมาะสม แต่ประสบการณ์ตั้งแต่การถด
ถอยทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่ (Great Depression) พิสูจน์ว่า ถ้าพึ่งการเคลื่อนย้ายเงินทุนไม่ช่วย
ให้เกิดการจ้างงานได้ เพราะการเพิ่มการจ้างงานนอกจากอาศัยเงินทุน ยังต้องอาศัย ความเป็นผู้
ประกอบการ ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนา (Stiglitz, 2002, p 59) การเปรียบเทียบความได้
เปรียบทางการค้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่มองถึงระดับการพัฒนาของแต่ละประเทศจึงอาจนำไป
สู่ผลกระทบด้านลบ

⁴ Ricardo ยกตัวอย่างอังกฤษ ได้เปรียบด้านอุตสาหกรรมทอผ้า โปรตุเกส ได้เปรียบด้านการผลิตไวน์ ความ
ได้เปรียบในที่นี้ คือสามารถผลิตสินค้าที่มีคุณภาพสูง และด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าในประเทศที่เทียบกัน ดังนั้น
ประโยชน์การค้าระหว่างประเทศที่ไม่มีการกีดกันของรัฐ คือ ประชาชนทั้งสองประเทศได้บริโภคสินค้าที่มี
คุณภาพ ด้วยราคาที่ต่ำ

ดัชนีโลกาภิวัตน์ ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน และดัชนีพัฒนามนุษย์

ดัชนีวัดความเปลี่ยนแปลงในกระแสโลกาภิวัตน์ที่สำคัญและนำมาเสนอในที่นี้ ได้แก่ ดัชนีโลกาภิวัตน์ เพื่อแสดงพื้นฐานของการได้เปรียบต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก ดัชนีความสามารถในการแข่งขัน และดัชนีพัฒนามนุษย์ เพื่อแสดงว่าคนเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ไม่ใช่เพียงแค่ปัจจัยในการแข่งขันเท่านั้น

Keamey (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 การเปรียบเทียบดัชนีโลกาภิวัตน์ระหว่าง 62 ประเทศในปี 2545 และ 2546 ประเทศที่มีดัชนีสูงสุดคือ ไอร์แลนด์ ตามด้วยสวิตเซอร์แลนด์ 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 ถ้าเทียบกับอัฟกานิสถานได้ 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 และรายได้ต่อคน ต่อปี ประเทศไทย มีดัชนีพัฒนามนุษย์อยู่ในอันดับที่ 60? จากทั้งหมดเกือบ 200 ประเทศ ในบางปี ดัชนีพัฒนามนุษย์ของไทยลดระดับลง แสดงถึง “คน” ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนา ได้รับผลที่ดีจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้น้อยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ

จากดัชนีที่ยกตัวอย่าง 3 ดัชนี แสดงว่า ความพร้อมของการได้ประโยชน์จากกระแสโลกาภิวัตน์ รวมศูนย์อยู่ในประเทศพัฒนา ข้อตกลงทางการค้าใดๆ ถ้าไม่คำนึงของความเสียเปรียบตั้งแต่เริ่มแรกของประเทศกำลังพัฒนา ก็จะทำให้ช่องว่างระหว่างประเทศพัฒนา กับประเทศกำลังพัฒนายิ่งกว้างมากขึ้น

การค้าด้านสุขภาพแต่ละโหมด

ข้อตกลงด้านการค้าบริการขององค์การการค้าโลก พัฒนาไปเร็วกว่าการพัฒนามาตรฐานข้อมูลเพื่อบันทึกขนาดของการค้าระหว่างประเทศในแต่ละโหมด จึงไม่มีข้อมูลจริงของขนาดของการค้าบริการด้านสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ในที่นี้จึงทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำไปสู่การประเมินขนาดของการค้าแต่ละโหมดมีดังนี้

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

โมเดลที่ 1 การให้บริการข้ามแดน

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

องค์การอนามัยโลก ภาคพื้นยุโรป ตระหนักถึงความสำคัญของความก้าวหน้าของการแพทย์ทางไกล เสนอวัตถุประสงค์ของการแพทย์ทางไกลสำหรับศตวรรษที่ 21 ว่า ระบบบริการการแพทย์ทางไกลต้องวางบนพื้นฐานของความจำเป็นทางสุขภาพและมาตรฐานด้านคลินิกและด้านสาธารณสุข ไม่ใช่ขับเคลื่อนบนฐานของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากนี้การพัฒนาบริการการแพทย์ทางไกลต้องคำนึงถึงเป้าหมายความเป็นธรรม ความยั่งยืน การมีส่วนร่วมและการรับผิดชอบ ที่เป็นหลักการสำคัญของสุขภาพดีถ้วนหน้า การทำตามเป้าหมายดังกล่าวได้ต้องอาศัยทักษะใหม่จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ และผู้ใช้ การให้ประเทศสมาชิกได้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยแต่อัตราส่วนราคาต่อความสามารถที่ลดอย่างรวดเร็ว 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) จึงเป็นทั้งเครื่องขัดขวางมหาวิทยาลัยทั่วโลก ความริเริ่มของกลุ่มธุรกิจ การลงทุนร่วมระหว่างสถาบันการศึกษา หรือ การริเริ่มระดับชาติ ตัวอย่างประเทศที่มีความได้เปรียบด้านการศึกษการแพทย์ทางไกล ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย ข้อเสนอแนะคือ ภูมูทางการก่อตั้งมหาวิทยาลัยด้านสารสนเทศระดับโลก โดยเฉพาะระดับที่มีการร่วมมือประสานงานระหว่างประเทศ (Hovenga, 2004)

Chandra (2002) รายงานสถานการณ์การค้าบริการสุขภาพในโหมด 1 ของเขตเอเชีย เป็นประเทศใหญ่ให้บริการประเทศเล็ก ได้แก่อินเดียให้บริการพยาบาลทางไกลแก่ โรงพยาบาลในเนปาลและบังคลาเทศ 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 ธุรกิจของผู้เปิดประตูให้เกิดการรักษาทางไกลจึงก่อรายได้

ข้อมูลการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ให้บริการในปี 2547 ประเมินว่า กลุ่มโรงพยาบาลกรุงเทพ ร่วมกับกลุ่มธุรกิจข้ามชาติ ทำ tele-conference, video-conference ผ่านตัดข้ามชาติ โดยผสม ผสานกับโหมดอื่นๆ เช่น นำแพทย์ต่างชาติเข้ามาเป็นช่วงๆ และให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ (พงศธร พัทธระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ตริวัชรานนท์, 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 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์จากหลายประเทศเข้ามาทำงานในศูนย์เชี่ยวชาญให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาในต่างประเทศโดยใช้เงินของรัฐ ต้องได้รับความเห็นชอบเป็นรายๆ จากคณะกรรมการระดับชาติที่ประกอบด้วยแพทย์และผู้บริหาร ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มักเสนอมารักษาจากแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

จำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 513 รายในปี 2536 เหลือ 260 รายในปี 2541 สัดส่วนผู้ป่วยที่ส่งไปต่างประเทศมากที่สุดคือผู้ป่วยภายใต้ประกันสังคม ขณะที่จำนวนผู้ป่วยส่งไปต่างประเทศของประกันสังคมและของรัฐลดลงในช่วงดังกล่าว การส่งไปภายใต้องค์กรมนุษยธรรม 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 เสียงเรียกร้องจากภาคธุรกิจให้รัฐบาลดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายอย่างรวดเร็ว (The Nation, 18 May 2004, p 4B) เฉพาะธุรกิจเครือกรุงเทพ ดุสิตคาดการณ์ขนาดของ

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

โมเมนต์ที่ 3 ธุรกิจข้ามแดน

ประเทศบราซิลเสนอตัวอย่างของผลกระทบเมื่อประเทศเปิดเสรีให้ธุรกิจประกันภัย โดยเฉพาะการประกันสุขภาพเอกชน ตามรัฐธรรมนูญปี 2521 บราซิลไม่อนุญาตให้บริษัทต่างประเทศทำธุรกิจด้านสุขภาพในบราซิล แต่ครั้งปี 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 แม้รัฐบาลมีกฎหมายว่าทุกโรงพยาบาลต้องมีเตียงรับผู้ป่วยชั้น 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 พัน ล้านดอลลาร์สหรัฐ (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

โมเมนต์ที่ 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 อัฟริกาได้ประกาศหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 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 ภาครัฐ เพราะการให้โอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น การกระจายบุคลากรรัฐ-เอกชน และเมือง-ชนบท ปัญหาโรคเอดส์ การคิดสารเสพติด ที่ทำให้การประกอบวิชาชีพไม่จูงใจ (OECD, 2003, p 129)

ในความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ โลกาวัดน์เปิดโอกาสให้พวกเขาเคลื่อนย้าย ระยะสั้น คล้ายกับการมีหมอมาทานในคลินิก ในโรงพยาบาล หรือไปฝึกอบรมและศึกษาต่อ ไปทำงานที่มีรายได้มากขึ้นระยะหนึ่ง ฯลฯ เป็นการดักดวงโอกาสเป็นครั้งคราว ไม่ได้ต้องการ อพยพเป็นการถาวร ความสูญเสียในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ รวมแล้วเป็นพันล้าน ดอลลาร์สหรัฐ หรือเท่ากับ หนึ่งในสามของเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศที่อัฟริกาได้ได้รับ ระหว่างปี 2537-2543 (OECD, 2003, p 131) การขาดแคลนแพทย์ในอัฟริกาได้ทำให้ประเทศ ต้องเปิดนโยบายรับแพทย์จากต่างประเทศเข้ามาทำงาน มีแพทย์จากคิวบาประมาณ 500 คน เข้ามาทำงานโดยเฉพาะในเขตชนบท แต่ก็พบปัญหาด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย

ประเทศอัฟริกาได้แก้ปัญหาด้วยการบังคับใช้ทุนของแพทย์พยาบาลและบุคลากร ต่างๆ หลังจบการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี การปรับหลักสูตรให้เน้นเฉพาะปัญหาสุขภาพใน อัฟริกาเพื่อลดโอกาสการไปทำงานในต่างประเทศ ซึ่งวิธีนี้ถูกคัดค้านว่าจะลดมาตรฐานของ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ การเพิ่มค่าตอบแทน (แพทย์ทั่วไปเพิ่มร้อยละ 5 แพทย์ เฉพาะทางเพิ่มร้อยละ 12 และพยาบาลเพิ่มร้อยละ 14) แต่รัฐก็ขาดแคลนงบประมาณในการ ดำเนินการตามนโยบาย และความร่วมมือด้านวิชาการกับประเทศรับย้าย โดยมีข้อตกลงทวิ ภาติทำโครงการแลกเปลี่ยนบุคลากรเพื่อเพิ่มคุณภาพบุคลากร หรือมีข้อตกลงงดโฆษณาให้ บุคลากรในอัฟริกาได้ไปทำงานต่างประเทศ 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 ซึ่งเป็นผู้มีโอกาสได้รับบริการจากแพทย์ชาวต่างชาติถ้ารัฐบาลเปิดนโยบายนี้ อย่างเต็มที่ มีความเห็นว่า การเปิดเสรีให้แพทย์ต่างชาติเข้ามา ถ้าเป็นการทำงานภาคเอกชน อาจได้แพทย์ที่มีคุณภาพสูง เช่น แพทย์จากยุโรปหรืออเมริกา เนื่องจากมีการแข่งขันและผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง จึงให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ แต่ถ้าต้องทำงานในภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์เกรงว่าแพทย์ที่เข้ามาอยู่ตามอำเภอที่ขาดแคลน จะมีความรู้ที่ต่ำกว่าแพทย์ไทย เพราะอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์ปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแพทย์คุณภาพต่ำ แพทยสภา ควรควบคุมมาตรฐานโดยอนุญาตให้เข้าเฉพาะแพทย์ที่ได้คะแนนผ่านการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมภาคภาษาไทย เพราะแพทย์เหล่านี้ต้องพูดกับผู้ป่วยชาวไทย นอกจากมีความสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยไทยรู้เรื่องด้วย จึงจะรักษาผู้ป่วยได้ผล (พงศธร พิศระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ศรีวัชรานนท์, 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) ทำการวิจัยบทบาทขององค์การอนามัยโลกในระบอบการค้าโลกเริ่มบทบาทของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ โดยการสัมภาษณ์หัวหน้าส่วนต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก และวิจัยเอกสาร มีข้อสรุปว่า แม้้องค์การอนามัยโลกจะดูแข็งขันในนโยบาย

การเข้าถึงยา ตามข้อเสนอแนะของ Commission on Macroeconomics and Health (2001) ที่ให้จัดทำบัญชียาหลักขององค์การอนามัยโลกเพื่อประเทศยากจนสามารถเข้าถึงยาชื่อสามัญที่มีคุณภาพสูงในบัญชีได้ แต่การดำเนินงานนี้กลับเจียบหายไปเพราะแรงกดดันทางการเจรจาจากอุตสาหกรรมยา 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)

ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและเท่าเทียมกันของประเทศต่างๆ

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 ปล่อยให้คนยากจนขาดโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น

ความไม่แน่ใจในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ ทำให้ประเทศต่างๆ มีท่าทีระมัดระวังในการเปิดตลาด เพราะเมื่อเปิดตามข้อตกลงแล้วจะกลับมาปิดอีกไม่ได้ ตารางที่ 3.1 แสดงข้อผูกพันที่ประเทศสมาชิกต่างๆ 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 ยังไม่มีประเทศใดที่จะเปิดเสรีเต็มที่ให้บุคลากรประเทศอื่นๆ เข้ามา ส่วนใหญ่จะระบุว่าจะเปิดบางส่วน

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 รวมทั้งความขัดแย้งระหว่างข้อมูลที่นำเสนอในตารางกับความเป็นจริง 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 การนำเข้าปัจจัยการผลิต บริการสูงขึ้น มีผลต่อดุลการค้าของประเทศ ปัญหาสังคม เนื่องจากความเหลื่อมล้ำในการรับบริการและเข้าถึงบริการสุขภาพ ข้อเสนอแนะได้แก่ มาตรการ 10ม. คือ มาตรการด้านกฎหมาย ประกอบธุรกิจ มาตรการการเข้าเมืองของชาวต่างชาติ มาตรการการขึ้นทะเบียนข้อมูลพันธุเฉพาะเกี่ยวกับสาขาบริการด้านสาธารณสุข มาตรการด้านการวางเงื่อนไขหลักปฏิบัติเยี่ยงชาติ มาตรการส่งเสริมศักยภาพเชิงรุกและมาตรการการลดผลกระทบด้านลบจากการคุ้มครองสิทธิบัตรยา มาตรการจัดตั้งคณะทำงานภาครัฐร่วมกับภาคเอกชน มาตรการศึกษาในเชิงลึกของหน่วยบริการสาธารณสุขไทย และมาตรการศึกษาเชิงลึกถึงการเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ มาตรการวางกลยุทธ์การเจรจาเปิดเสรีภาคบริการสาธารณสุข มาตรการด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยี และมาตรการทางการคลัง

ตารางที่ 3.2 ผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพต่อเป้าหมายสุขภาพ

ชนิดการค้า	เป้าหมายสุขภาพ		
	Equity	Quality	Efficiency
ข้ามพรมแดน	ให้บริการถิ่นทุรกันดาร	เพิ่มคุณภาพ	อาจต้องลงทุนมหาศาล
ผู้บริโภครเคลื่อนย้าย	“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 บริการไม่ฉุกเฉิน การดูแลโรคเรื้อรัง เสริมสวย
3. ธุรกิจต่างชาติเข้ามา- โรงพยาบาลและคลินิก บริการบริหารจัดการสาธารณสุข การ
วิจัยและพัฒนาทางยา
4. ผู้ให้บริการเคลื่อนย้าย- บุคลากรสุขภาพที่มีทักษะสูง ที่ปรึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงโครงสร้างเพื่อเตรียมความพร้อมจากการวิจัย ได้แก่

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

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2545, หน้า 30-41) ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเน้นประเด็นผลกระทบต่อบุคลากรด้านสุขภาพ สรุปว่า ข้อตกลงเปิดเสรีการค้าบริการขององค์การการค้าโลก ส่วนที่มีผลต่อระบบสุขภาพมี 5 ประการคือ สาขาธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (บริการการแพทย์และทันตแพทย์) สาขาบริการการจัดจำหน่าย (ร้านยา) สาขาบริการการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (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 และ การใช้กำลังคนอย่างมาก การลงทุนธุรกิจบริการสุขภาพ น่าจะมีผลต่อการพัฒนากำลังคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายกำลังคน ส่วนการเคลื่อนย้ายบุคลากร ไม่น่าทำให้เกิดเหตุการณ์สมองไหลออกนอกประเทศอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตามการติดตามเรื่องนี้ยังใกล้ชิดมีความจำเป็นมาก และควรหาทางป้องกันไว้แต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะการสร้างกลไกปฏิรูปภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถ้าผลสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ในระดับดีมากและความสำเร็จของการขยายการค้าระหว่างประเทศด้านบริการสุขภาพดีเหมือนกัน จะมีผลต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพมาก ต้องวางแผนกำลังคนด้วยวิสัยทัศน์การอุปสงค์ แต่ถ้าการปฏิรูประบบสุขภาพได้ผลต่ำแต่ผลสำเร็จทางการค้าระหว่างประเทศสูงมาก จะทำให้เกิดวิกฤตขาดแคลนกำลังคนในชนบท เช่นที่พบในช่วงปี 2530-2540 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545 หน้า 68-72)

ทางออกของนโยบายเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

Winters (1999, หน้า 62-3) วิเคราะห์ว่า นโยบายการค้าระหว่างประเทศ ก่อผลกระทบ ต่อความเหลื่อมล้ำของรายได้ เพราะ ชนชั้นกลางจะมีโอกาสได้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มคนจน ผู้หญิงและเด็กจะได้ผลกระทบด้านลบมากที่สุด นโยบายที่ให้ผลดีที่สุดทั้งการเพิ่มระดับรายได้ ของประชาชนและการแก้ปัญหาความยากจนคือ การเตรียมความพร้อมว่ากลไกตลาดจะ ดำเนินการอย่างดี ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ โครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุน สถาบันทางการตลาด ตลาดสินเชื่อ และการเปิดธุรกิจใหม่ นโยบายเสริมเหล่านี้เป็นนโยบายที่ต้องทำ ได้แก่ การ กระจายสินทรัพย์ที่สร้างผลผลิต การศึกษาและบริการสาธารณสุข การส่งเสริมประชาสังคม การมีส่วนร่วม และการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มคนจน

สำหรับประเทศขนาดเล็กและประเทศยากจน ความผันผวนของรายได้ประชากรอาจมี ผลกระทบต่อประชาชนอย่างมาก Jansen (2004, หน้า 14) พิสูจน์ว่า ความผันผวนของรายได้ ประชากรขึ้นกับการกระจุกตัวของสินค้าส่งออก ความผันผวนของการค้า และการเปิดเสรีการค้า นอกจากนี้ ระดับรายได้ประชากรที่ต่ำยังมีผลทำให้รายได้ประชากรผันผวนมากขึ้นด้วย การศึกษาดังกล่าวเสนอการป้องกันปัญหาคือ การสร้างสินค้าส่งออกที่หลากหลาย เพื่อป้องกัน ความผันผวนของรายได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากที่จะทำโดยเฉพาะประเทศยากจน ขนาดเล็ก ที่ไม่มี ศักยภาพในการสร้างสินค้าที่หลากหลาย

ความได้เปรียบของแต่ละประเทศมีแตกต่างกัน ประเทศที่มีพื้นฐานการพัฒนาสูงย่อม ได้เปรียบในการแข่งขัน Berger และคณะ (2004) ประเมินผลกระทบของการลงทุนทางตรง จากต่างประเทศ (foreign direct investment, FDI) ในสถาบันการเงิน เพื่อดูความได้เปรียบเชิง เปรียบเทียบ พบว่า สหรัฐอเมริกา มีความได้เปรียบในการลงทุนจากต่างประเทศ จนกระทั่ง เกิดการควบกิจการของสถาบันการเงิน ทั้งกรณีที่ส่งเงินออกนอกประเทศ และกรณีที่เงินต่าง ประเทศไหลเข้า

ข้อเสนอระดับหลักการของการเปิดเสรีการค้า Stiglitz (2002, p 59) วิจารณ์ว่าเหตุจูง ใจทางเศรษฐศาสตร์ของการเปิดเสรีทางการค้าหรือโลกาภิวัตน์ คือ การใช้ประโยชน์จากความ ได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (comparative advantage) ทำให้การผลิตในประเทศต่างๆ สามารถ โยกย้ายทรัพยากรข้ามพรมแดนจากที่ที่มีผลิตภาพต่ำไปสู่ประเทศที่มีผลิตภาพสูงกว่า แต่ความ สนใจหลักของการประชุมเจรจาการค้าทุกๆ ครั้ง เช่นที่ Doha คือ การปกป้องทรัพย์สินทาง ปัญญา Stiglitz (2002, p 245) ชี้จุดอ่อนของการเคร่งครัดปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา ว่าเป็น การคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ผลิตมากกว่าประโยชน์ของผู้ใช้ ซึ่งมีผลทำให้การค้นคว้าความรู้

เพิ่มเติมไม่ถูกยกยอ โดยเฉพาะกรณีที่ความรู้จากทรัพย์สินทางปัญญานั้นจะส่งผลต่อการวิจัยให้รู้เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังอาจพบผลกระทบที่เรขอมปล่อยให้ประชาชนในประเทศยากจนตายไปโดยไม่สามารถึงเทคโนโลยีใหม่ เพราะการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญาทำให้ราคาของยาสำหรับช่วยชีวิตแพงเกินไป

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

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

เมื่อใดที่การแก้ปัญหานโยบายระดับนานาชาติ หรือระดับชาติไม่ได้ผล ทางแก้ปัญหาระดับล่างลงไปจึงเป็นทางเลือก ตัวอย่าง กรอบนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ที่สามารถตกลงกันได้ในระดับสหประชาชาติ คือการลดอุปสงค์ (demand reduction) โดยวิธีการรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก ซึ่งมีสื่อมวลชนช่วยประชาสัมพันธ์ การเฝ้าระวังและสำรวจปัญหาการสูบบุหรี่ในหมู่บ้าน ที่ 114 ประเทศทั่วโลกร่วมมือกัน จนถึงการสร้างการมีหุ้นส่วน (partnership) เช่น การกักขังปลอดบุหรี่ การรณรงค์เลิกสูบบุหรี่ (Beaglehole and Yach, 2003) หรือการเรียกร้องให้องค์กรประชาสังคมร่วมมือกับรัฐรณรงค์จนกระทั่งอัตราตายตามกลุ่มอายุลดลงอย่างได้ผลในประเทศพัฒนา (Yach et al, 2004)

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

มาตรฐานข้อมูลการค้าบริการ

เมื่อมีข้อตกลงด้านการค้าบริการของ GATS ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเคลื่อนไหวพัฒนามาตรฐานข้อมูลที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างประเทศอย่างรวดเร็ว เพราะมีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้เปรียบเทียบกันระหว่างการค้าตั้งแต่ในโหมดที่ 1 ถึงโหมดที่ 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 โดยใช้หลักบัญชีของกองทุนการเงินระหว่างประเทศฉบับที่ 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 เพื่อสนับสนุนการแบ่งประเภทวิธีการค้าเป็น 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 เพื่อเตรียมนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและการค้าของกระทรวงประสานให้เห็นจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่นโยบายการค้า 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

ข้อตกลงการค้าในโหมด 2 การไหลออกของประชาชนเพื่อไปรับบริการในต่างประเทศ น่าจะน้อย (ไม่มีหลักฐานใดให้ประชาชนใช้สิทธิในต่างประเทศ หรือตัวอย่างดูนี้เชิญอนุญาตให้ใช้แต่ขนาดไม่ใหญ่นัก อ้างใน Achouri and Achour, 2002) เมื่อเทียบกับ จำนวนการไหลเข้ามารับบริการของผู้ป่วยต่างชาติ เพราะเป็นนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ต่อโลกาภิวัตน์จากนโยบายรัฐบาลประกาศให้ความสำคัญกับการดึงดูดผู้ป่วยจากต่างประเทศเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ ทำให้เอกสารต่างประเทศอ้างอิงต่อนานาชาติว่าเป็นทางออกของประเทศไทย และประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องชนะ (WHO and WTO, 2002)