

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

ข้อตกลงในหมวด 1 บริการการแพทย์ทางไกลยังมีปัญหาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมระหว่างประเทศคู่ค้าซึ่งไม่อาจตกลงด้วยระบบพหุภาคี (Yeo, 2002) ตลาดและผลกระทบอาจยังไม่มากนัก ส่วนหมวด 3 เป็นธุรกิจใดๆ ที่อยู่เบื้องหลังหรือเป็นธุรกิจผสมผสานกับหมวดอื่นๆ เป็นการใช้จ่ายเงินเพื่อแสวงกำไร เช่นเดียวกับการนำโรงพยาบาลเข้าตลาดหลักทรัพย์ ผลกระทบด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ จึงอยู่ที่ระบบการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการมากกว่า

การประเมินผลกระทบต่อประชาชนไทย จากการที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามามาก ทำให้เกิดปรากฏการณ์ crowding out แพทย์จะไหลออกไปให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติในภาคเอกชน (เพราะภาครัฐมีผู้รับบริการมาก ไม่สามารถสร้างความพอใจต่อการบริการที่สะดวกรวดเร็ว)

ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพต่อประชาชนไทย จากข้อตกลงการเปิดเสรีการค้าในหมวด 2 และ 4 ผลกระทบจะเกิดมากหากประเทศไทยไม่สามารถควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพและคุณภาพ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการควบคุมกลไกตลาดด้านสุขภาพ แต่การปฏิบัติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้มเหลว การเปิดเสรีการค้าสุขภาพในหมวด 2 ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ เกิดผลกระทบด้านลบ แพทย์ไหลออกจากระบบราชการเหมือนช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2545) แพทย์ภาครัฐลดลง ประชาชนจะไม่ศรัทธาและไม่ใช้ระบบที่รัฐจัดให้ แต่กลับไปใช้ “เงินจากกระเป๋า” ของแต่ละครัวเรือน “ซื้อ” บริการสุขภาพที่ตนเอง “มั่นใจ” ในคุณภาพจากภาคเอกชน (ซึ่งมีผู้ป่วยชาวต่างชาติเข้ามาใช้ด้วย) การเปิดเสรีในหมวด 4 ทำให้แพทย์จากประเทศที่มีมาตรฐานสูงเข้ามาให้บริการในภาคเอกชน เพื่อตอบสนองอุปสงค์ผู้ป่วยต่างชาติและผู้ป่วยไทยที่ใช้บริการในภาคเอกชน ส่วนหมวด 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. การสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิภาพครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2546 เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ทั้งระดับประเทศ เขตเมืองเขตชนบท และในเขตจังหวัดที่มีอุปทานของบริการทางการแพทย์สูง เพื่อสร้างเหตุการณ์สมมติว่าเมื่อเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ จะมีการไหลออกของบุคลากร ตลอดจนเกิดอุปสงค์ของบริการภาคเอกชนที่มากขึ้น

3. การกระจายของบุคลากรสาธารณสุข รัฐ-เอกชน และการลาออกจากราชการของแพทย์ที่รวบรวมโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินความเสี่ยงในการผลิตบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่อาจไหลออกไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น

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 อาจไม่ใช่สิทธิของตนเองหรือเลือกใช้สิทธิชนิดที่ตนคิดว่าให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดได้ หรือใช้การจ่ายเงินสด ณ จุดรับบริการโดยไม่ใช้สิทธิใดๆ ซึ่งเท่ากับการยอมรับว่า “สินค้าสุขภาพ” ที่ตนจ่ายเงินสดซื้อจะมีคุณภาพดีกว่า “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 จุดรับบริการยังมีขนาดมากอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ⁸ หรืออีกนัยหนึ่ง “ตลาดการค้าบริการสุขภาพ” ซึ่งวัดโดยการจ่ายจากกระเป๋าของประชาชน ยังเกิดในสถานพยาบาลรัฐได้อีกมากด้วย

ตารางที่ 4.1 รายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับ GDP และรายจ่ายย่อยที่สำคัญ ปี 2537-2544

พ.ศ.	รายจ่ายรวมด้านสุขภาพ			รายจ่ายย่อย (ล้านบาท)			
	ล้านบาท	%GDP	%เพิ่ม	ผป.ในรัฐ	ผป.ในเอกชน	ผป.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

⁸ ตามความเป็นจริง มีการไขว้กันของแหล่งเงินกับประเภทสถานพยาบาล ตามแนวคิดส่วนผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน (public private mix) คือ การคลังภาครัฐไหลไปสู่สถานพยาบาลเอกชนได้ เช่น กรณีประกันสังคมทำสัญญากับโรงพยาบาลเอกชนให้ดูแลผู้ประกันตนตลอดปี และการคลังภาคเอกชนก็ไหลสู่ภาครัฐได้เช่นกัน

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ อุปสงค์สมมูลกับอุปทาน

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

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของประชาชนจากที่มีข้อมูลการสำรวจในอดีตเมื่อ 30 ปีก่อนจนถึงปัจจุบัน การซื้อยากินเอง แม้จะลดลงจากส่วนแบ่งร้อยละ 50 เหลือร้อยละ 20 แต่ยังเป็นฐานที่ใหญ่ที่สุดของประชาชน (ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง) การใช้การแพทย์พื้นบ้านหรือการแพทย์ทางเลือก (รวมสมุนไพร โยคะศาสตร์ ฯลฯ) ลดลงเช่นกัน พฤติกรรมแสวงหาบริการของคนเขตชนบท ใช้บริการที่สถานีนอนมัยมากขึ้น ส่วนคนในเขตเมือง ใช้บริการที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามการกระจายของด้านอุปทาน ที่รัฐจัดสร้างสถานีนอนมัยให้ครบทุกตำบล 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	-	-
สถานีนอนมัย 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

การสำรวจนอนมัยและสวัสดิการครัวเรือน 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

ผลกระทบของการค้าโหมด 2 และโหมด 4

การประเมินขนาดผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพในโหมด 2 และโหมด 4 ให้มีความสำคัญเฉพาะการไหลเข้าของผู้ป่วยจากต่างประเทศ ที่รัฐต้องการสร้างรายได้ให้กับประเทศ ทำให้อุปทานของระบบบริการไหลไปสู่บริการภาคเอกชน (หรือที่รัฐไม่สามารถควบคุมกลไกตลาด) ส่วนโหมด 4 การไหลออกของแพทย์ไทยไปต่างประเทศไม่มากนัก แต่จะไหลไปภาคเอกชนมากกว่า หากคิดกันไม่ให้แพทย์ไทยไหลออกจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจดีกว่าเพื่อทำงานให้กับภาคเอกชน หรือถ้าแพทย์ในภาครัฐมีน้อย อาจนำเข้าแพทย์จากประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจด้อยกว่าเพื่อทำงานให้กับภาครัฐในเขตชนบท ขั้นตอนประเมินผลกระทบ ทำตามลำดับดังนี้

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

ขั้นตอนที่ 2 สมมติให้พฤติกรรมแสวงหาบริการของประชาชนไทยที่ไม่ตระหนักในสิทธิตามหลักประกันสุขภาพของตนเองใน 5 จังหวัด เป็นพฤติกรรมของประชาชนทั่วไปที่จะรับบริการ 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 ของประชากรทั้งประเทศ 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 แต่จังหวัดขอนแก่นมีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาคเอกชนต่ำที่สุด 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 ที่มีการกระจายของแพทย์หนาแน่นมากกว่าขอนแก่นหรือสงขลาอีกมาก แต่ในที่นี้เลือกเฉพาะจังหวัดที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เพราะมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา นอกจากนั้นตัวเลขที่รายงาน แพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนอาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เพราะแพทย์ภาครัฐอีกจำนวนมากที่ทำงานบางเวลาในภาคเอกชน

ถ้ากล่าวว่าการมีแพทย์ 3-5 คนต่อ 10,000 ประชากรใน 4 จังหวัดนี้ (ยกเว้นกรุงเทพฯ มีแพทย์สูงสุด 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 และกลุ่มที่เหลือ) 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
%สถานอนามัย	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 จังหวัดสิทธิบัตรทองมีรายได้ต่อคนต่อเดือนต่ำที่สุด ประชาชนส่วนที่เหลือใน 5 จังหวัดมีรายได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การใช้บริการจากภาครัฐของประชาชนบัตรทองใน 5 จังหวัดใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่ประชาชนใน 5 จังหวัดสิทธิอื่นๆ ใช้บริการจากภาคเอกชนสูงมาก ได้แก่ ร้อยละ 33 ของการเจ็บป่วยในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละ 46 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา เป็นการนอนในโรงพยาบาลเอกชน

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นการสำรวจครัวเรือนคนไทย ไม่นับรวมชาวต่างชาติ และยังไม่มีโอกาสได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวต่างชาติที่เข้าประเทศไทยเพื่อรับการรักษาพยาบาล 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 ประมาณการณ้จากฐานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2546 สมมติพฤติกรรมใช้บริการของประชาชนนอกบัตรทองเหมือนกับประชากรนอกบัตรทองใน 5 จังหวัด และให้เหมือนกับค่าเฉลี่ยของประเทศ

สำรวจจริงคือการใช้บริการที่กลุ่มตัวอย่างตอบในการสัมภาษณ์ครัวเรือน

แต่จากการสำรวจครั้งนั้น กลุ่มประชากร 15 ล้านคนนี้ (วิเคราะห์จากข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตอบว่าใช้บริการจริง) มีพฤติกรรมใช้บริการที่ร้านขายยาสูงถึง 14.1 ล้านครั้ง ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 18.6 ล้านครั้ง และนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน 269,195 ครั้ง (จำนวนการให้บริการจริงของร้านยาสูงกว่าภาพสมมติ เพราะอัตราการป่วยรวมสูงกว่า ขณะที่สัดส่วนการใช้ร้านยาเท่ากัน แต่ผู้ป่วยในภาพสมมติใช้บริการมากกว่า เพราะสัดส่วนการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่า)

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

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

ถ้าไม่ต้องการให้เกิดการสูญเสียแพทย์ภายในประเทศ อาจทดแทนด้วยการนำเข้าแพทย์ต่างชาติตามการค้าบริการสุขภาพโหมด 4 เช่น

- กรณีที่ 1 นำเข้าแพทย์ต่างชาติเพื่อรักษาผู้ป่วยต่างชาติ กรณีนี้อาจได้แพทย์จากประเทศที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมดีกว่าประเทศ
- กรณีที่ 2 นำเข้าแพทย์ต่างชาติเพื่อทดแทนแพทย์ไทยที่สูญเสียให้ไปรักษาผู้ป่วยต่างชาติ กรณีนี้อาจได้แพทย์จากประเทศที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่าไทย

เป้าหมายของการนำเข้าแพทย์ทั้ง 2 กรณีเพื่อให้กองอัตราร่วมแพทย์ต่อประชากรที่เหมาะสมต่อการให้บริการกับประชาชน 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 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทย และโหมด 4 การให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาให้บริการในประเทศไทย การให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้าประเทศ ทำให้สูญเสียกำลังของแพทย์ไทยคู่กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ 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) ในบริการสุขภาพดำเนินการอย่างแข็งขัน ข้อเรียกร้องที่ประเทศต่างๆ ขึ้นต่อประเทศไทย คือ ให้เปิดตลาดโรงพยาบาลและบริการสาขาวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม เมื่อประเทศไทยปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2544 รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย มีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 1.8 (ปี 2544 จากปี 2543) ต่ำกว่า อัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ทำให้ร้อยละของรายจ่ายรวมด้านสุขภาพ ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมลดลงจาก 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 2547ฯ, 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 ของประชาชนทั่วประเทศต่ำกว่าสถานการณ์ใน 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 ส่วนโหมคอื่นๆ อาจมีผลกระทบบ้างแต่ไม่เท่าทั้ง 2 โหมคดังกล่าว

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 เท่ากับการสูญเสียไปของงบประมาณผลิตแพทย์ 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 ก่อนที่จะมีข้อตกลงทางการค้าบริการขององค์การการค้าโลก จะเห็นว่าประเทศที่ประชาชนมีทักษะด้านภาษาสากลนอกเหนือจากภาษาแม่ จะมีการไหลออกของทรัพยากรบุคคลออกไปต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เมื่อ 30 ปีที่แล้ว Bhagwati and Hamada (1974) เสนอระบบภาษีทรัพยากรบุคคลออกนอกประเทศโดยให้ประเทศปลายทางที่รับบุคคลเหล่านั้นเก็บภาษีเป็นเวลา 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

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

การพัฒนาแนวคิดภายใต้การแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรม

ควรกำหนดและยึดมั่นว่า บริการสุขภาพ เป็นบริการไม่แสวงกำไร บริการสุขภาพมีการแข่งขันกันได้ระหว่างผู้ให้บริการ แต่มิใช่เพื่อทำกำไร โดยประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้รับความทุกข์ทรมาน บางประเทศ ออกกฎหมายให้บริการสุขภาพเป็นธุรกิจไม่แสวงกำไร

เช่น แคนาดา ออสเตรเลีย ออกกฎหมายไม่ให้เอกชนแสวงกำไร ทำธุรกิจการประกันสุขภาพ
ขั้นพื้นฐานที่เข้าซ้อนกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบางรัฐในสหรัฐอเมริกา 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 สิ่งที่ควรให้ความในส่วนของประเทศ
ไทยได้แก่

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

พัฒนาความพร้อมด้านระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อเข้าใจสภาพของการค้าบริการสุขภาพ
ที่เกิดขึ้นในขนาดเท่าไร ที่ใด มีผลกระทบอย่างไร เพื่อสามารถวางแผนการดำเนินงาน หรือแก้
ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

การพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

พัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ เสริมความเข้มแข็งของบทบาทรัฐในการแทรกแซงกลไกตลาด เพื่อไม่ทำให้กลไกการค้าบิดเบี้ยว เพื่อให้เป้าหมายของระบบสุขภาพเป็นไปอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ส่งเสริมระบบบริหารจัดการของระบบบริการสุขภาพ ให้ผู้บริการมีแรงจูงใจในการทำงานอย่างมีความสุข ได้รับค่าตอบแทนที่พอเหมาะพอสม มีสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการทำงาน เพื่อลดแรงขับที่ผลักดันให้บุคลากรเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศ หรือออกนอกระบบสุขภาพสำหรับประชาชนส่วนใหญ่

พัฒนานโยบายการค้าในหมวด 2 และ หมวด 4

นโยบายเปิดการค้าในหมวด 2 รัฐไม่ควรเห็นว่า การบริการผู้ป่วยต่างชาติที่มีกำลังจ่ายเป็นการค้ากำไร หรือเป็นการหารายได้เข้าประเทศ ในขณะที่ประเทศยังต้องลงทุนผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมาก เพื่อให้แพทย์กระจายออกไปสู่ภาคต่างๆ ในการบริการประชาชนอย่างทั่วถึง เพราะการเร่งให้ผู้ป่วยต่างชาติเข้ามา เป็นการทำให้ประชาชนคนไทยจนขาดแคลนแพทย์ที่จะดูแลสุขภาพของเขา

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

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการของชุดโครงการวิจัย ความเป็นธรรมทางสุขภาพ: องค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายติดตาม ที่ประกอบด้วย ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา ศ.ดร.อมรา พงศาพิชญ์ ศ.ดร.ศิริวัฒน์ รศ.ดร.ดาว มงคลสมัย ดร.อานันท์ กาญจนพันธ์ และน.พ.ประดิษฐ์ วงษ์คุณารัตนกุล

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ, 2547. การบริหารทรัพยากรมนุษย์. ใน เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 4 การบริหารระบบ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พงศธร พืชระสุภา วิมลพรรณ อาจสม สุมาพร ตริวัชรานนท์, 2544. ผลกระทบต่อแพทย์และผู้รับบริการในเขตจังหวัดพิษณุโลก กรณีสนับสนุนให้แพทย์ชาวต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามนโยบายเปิดเสรีการค้าด้านบริการสุขภาพในมุมมองผู้ทรงคุณวุฒิในเขตจังหวัดพิษณุโลก. รายงานวิจัยนิตยภัตแพทย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก.
- มติคณะรัฐมนตรี, 15 มิถุนายน 2547. โครงการผลิตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข. จาก <http://203.113.86.230/SLK/Showlist3.asp> เข้าถึงวันที่ 15 กรกฎาคม 2547.
- วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ จิตร สิริเพ็ญ สุภกาญจน์กันติ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรา ศิลป์ กมลทินทร์ พินิจภูวดล สติกร พงศ์พานิช รัตนา สำโรงทอง (2542) การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท จิตราภรณ์ เมฆกระจ่าง โสภณ คติยานันท์พงศ์ กมลทิพย์ แซ่เล่า จุฑารัตน์ ชมภูพันธ์ และคณะ 2547ก. บัญชีรายชื่อสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537-2544. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท กัญญา ดิษยาธิคม วลัยพร พชรนฤมล ภูษิต ประครองสาย, 2547ข. การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. ใน เอกสารวิชาการ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการประชุมวิชาการ “พลังปัญญา: สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 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.หญิง รอดประเสริฐ

ดร.ดอน นาครทรรพ

ธนาคารแห่งประเทศไทย

บทความเสนอในการสัมมนาทางวิชาการประจำปี 2547

เรื่อง

เศรษฐกิจไทยกับการเจรจาการค้าพหุภาคี

จัดโดย

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

17 สิงหาคม 2547

การเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินไทยภายใต้กรอบ WTO

และแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน

กอบศักดิ์ ภูตระกูล*

หฤษฎ์ 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

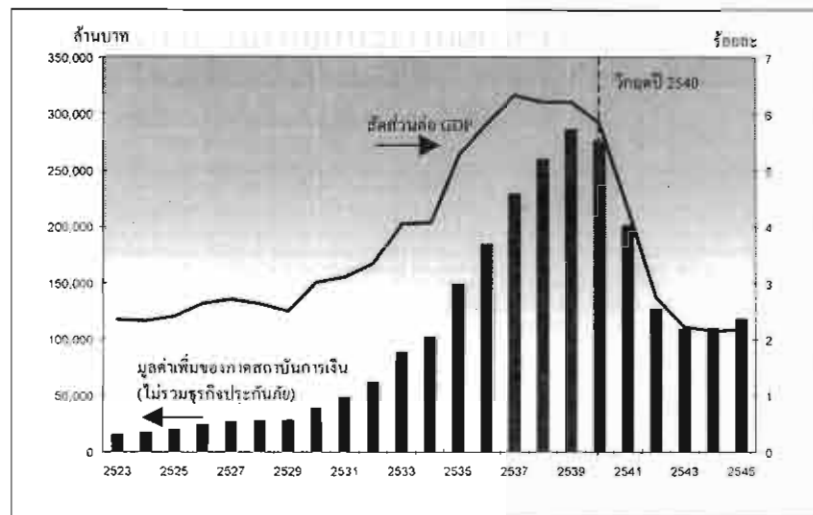
* สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย

** ข้อคิดเห็นซึ่งปรากฏอยู่ในบทความนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนซึ่งอาจจะไม่สะท้อนแนวคิดหรือนโยบายของธนาคารแห่งประเทศไทย

*** คณะผู้เขียนขอขอบคุณ คุณอังณา ไวความดี คุณนิศยา พิบุลย์รัตนกิจ คุณอลิศรา มหาสันตนะ และคุณณัฏฐา พุกกะณะสุต สำหรับคำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนขอขอบคุณนางสาวชญาณี ชวะโนทย์ นักศึกษาฝึกงานจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่เป็นผู้ช่วยวิจัยในการทำการศึกษาฉบับนี้



แผนภาพที่ 1 : ภาวการณ์เงินในระบบเศรษฐกิจไทย



ที่มา : NESDB

แม้ว่าวิกฤตการณ์การเงินในปี พ.ศ. 2540 จะส่งผลให้มูลค่าเพิ่มของภาวการณ์เงินลดลงอย่างเห็นได้ชัดในระยะ 7 ปีที่ผ่านมา (แผนภาพที่ 1) เนื่องจากปัญหานี้เสียในระบบสถาบันการเงินที่ยังคงต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งก่อนจะกลับลดลงไปสู่ระดับเดิมในช่วงก่อนวิกฤต ตลอดจนปัญหาอื่นๆ อันเนื่องมาจากวิกฤต อาทิ การลงทุนภายในประเทศที่ลดลง ฯลฯ แต่เมื่อมองไปในอนาคต ภาวการณ์เงินทั้งด้านสถาบันการเงิน (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

กระทบที่อาจเกิดขึ้นของการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงิน และแนวนโยบายที่เหมาะสมในการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินในระยะต่อไป

ทั้งนี้ การค้าบริการทางการเงิน (Financial Services) ระหว่างประเทศได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งสำหรับกรณีประเทศไทย สถาบันการเงินต่างชาติได้เข้ามามีบทบาทในระบบเศรษฐกิจและระบบการเงินของไทยมากยิ่งขึ้น จากการที่ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจโลก ดังนั้น การเปิดเสรีจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ช้าก็เร็ว 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 ในเชิงลึกได้ยิ่งขึ้น

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)

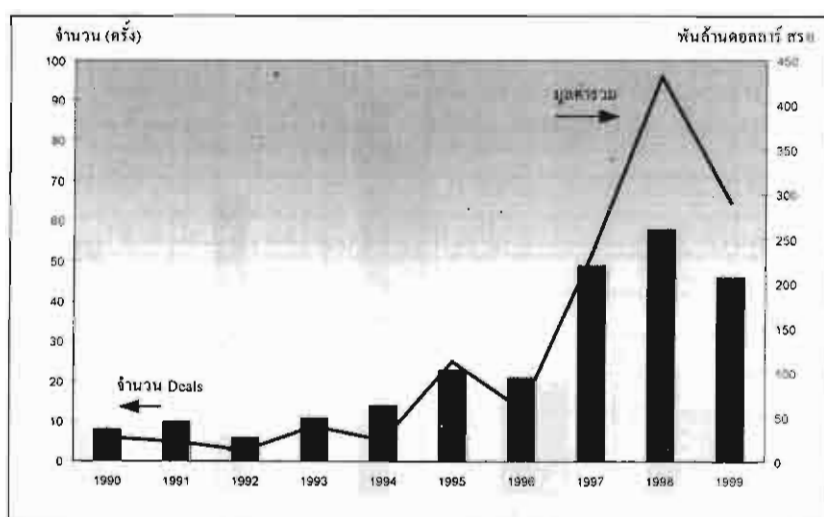
สำหรับด้านการ Underwrite ตราสารหนี้และตราสารทุนในระบบการเงินโลกก็เช่นเดียวกัน แม้จะไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากเท่ากับกรณีของธนาคารพาณิชย์ แต่ในปี ค.ศ. 1999 ประมาณร้อยละ 47 ของธุรกรรมดังกล่าวจะตกอยู่ในมือของสถาบันการเงินหลัก 5 แห่ง และร้อยละ 70 จะอยู่ในมือของสถาบันการเงินหลักเพียง 10 แห่ง เช่น กรณีของการออก 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 สหรัฐ. ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (แผนภาพที่ 2) โดยเฉพาะในช่วงปี ค.ศ. 1997-1999 ที่มีการควบรวมระหว่างสถาบันการเงินขนาดใหญ่เฉลี่ยประมาณ 51 ครั้งต่อปี คิดเป็นมูลค่าประมาณ 320 พันล้านดอลลาร์ สหรัฐ. ต่อปีหรือประมาณ 6.2 พันล้านดอลลาร์ สหรัฐ. ต่อครั้ง

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



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

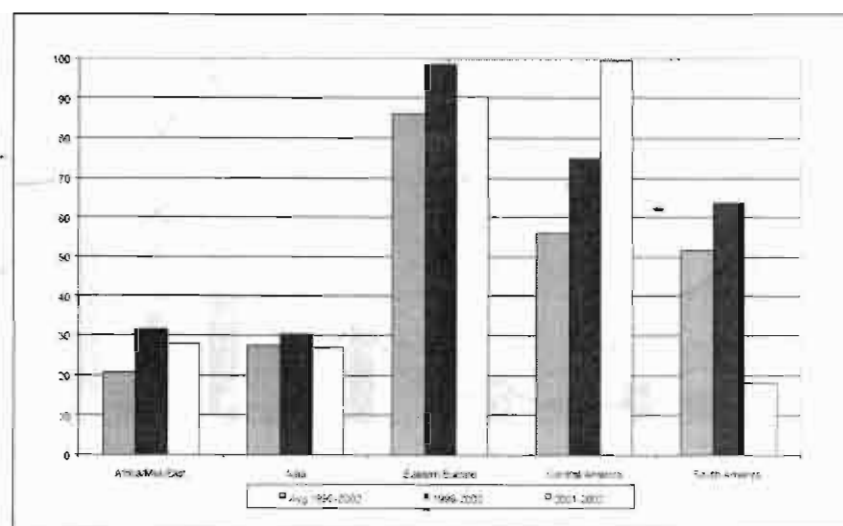
ทั้งนี้ การซื้อ/ควบรวมที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศ G-13 นั้น ส่วนมากเกิดจากการซื้อ/ควบรวมภายในประเทศและในประเภทธุรกิจเดียวกันเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในกลุ่มธนาคารพาณิชย์ สำหรับอันดับที่ 2 เป็นการซื้อ/ควบรวมภายในประเทศเดียวกัน แต่ข้ามประเภทธุรกิจ คิดเป็นร้อยละ 15 ของมูลค่าธุรกรรมทั้งหมด อันดับที่ 3 เป็นการซื้อ/ควบรวมข้ามประเทศแต่ในประเภทเดียวกัน 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 รุกรกรรมดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 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 ของมูลค่าDeals 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 พบว่าส่วนใหญ่เป็นการเข้าซื้อควบรวมสถาบันการเงินในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา (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 Oesterrreichisch จากประเทศออสเตรีย ตลอดจนธนาคาร

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

ทั้งนี้ การที่การศึกษาต่างๆ พบว่าการเข้าซื้อ/ควบรวมในประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา และยุโรปตะวันออกเกิดขึ้นมากเมื่อเทียบกับประเทศในเอเชีย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงนโยบายที่เอื้อต่อการเปิดเสรีภาคสถาบันการเงินในกลุ่มประเทศดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาของ Mathieson 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 ซึ่งในบางประเทศยังการี 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 สถาบันการเงินต่างชาติสามารถเข้ามาให้บริการได้ใน 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 & Hanberge	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 Osorno y la Union	Banco Santander Chile	CE	CE	880.7	1	1	Merger
1996	Banco de Santander SA	Banco de Venezuela SAICA	SP	VE	338.4	1	1	Acq. Maj. Int
1996	Banco de Santander SA	InverMexico(Banco de Santande)	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 Intl 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 Holdings PLC	Roberts SA de Inversiones	UK	AR	688.0	1	1	Merger
1997	Hongkong & Shanghai Banking	Banco Banerudus 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	2	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	Markel 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 PCL	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 Radamasin 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	HKCB(CH 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	Bananco	US	MX	12821.0	2	1	Merger
2001	DBS Group Holdings Ltd	Dao Heng Bank Group(Guoco)	SG	HK	5679.7	3	1	Merger
2001	Enako BV(Topdanmark,6 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 Holdings 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

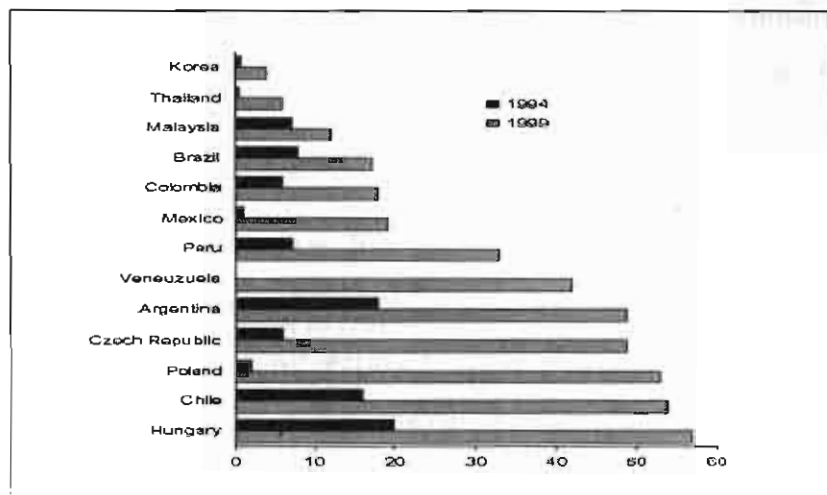
Source: Thomson Financial. Sectors: banks=1, insurance=2, others=3

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

หมายเหตุ : ธนาคารฮ่องกงและเซี่ยงไฮ้ได้เคยทำความตกลงในเบื้องต้นในการเข้าซื้อธนาคารศรีนคร แต่ได้

ยกเลิกไปในภายหลัง ซึ่ง Focarelli ผู้จัดทำตารางนี้ ไม่ได้ update การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

แผนภาพที่ 4 : สัดส่วนสินทรัพย์ของ Foreign Banks ในระบบสถาบันการเงินของประเทศต่างๆ



ที่มา : Clarke et. al. (2001), Foreign Bank Entry: Experience, Implication for Developing Countries and Agenda for further Research, p. 2

หากจะสรุปแล้ว แนวโน้มโลกในช่วงที่ผ่านมาคือการเกิดขึ้นของสถาบันการเงินขนาดใหญ่ไม่กี่แห่ง ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่กลุ่มประเทศ G-13 ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรเงินทุนในระบบการเงินโลก การเกิดขึ้นของ Regional Banks การเข้าซื้อ/ควบรวมกิจการสถาบันการเงินจากประเทศตลาดเกิดใหม่ โดยมีสถาบันการเงินต่างชาติในประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นแกนนำ ซึ่งบางประเทศก็ได้เลือกที่จะเปิดรับสถาบันการเงินต่างชาติดังกล่าวมากกว่าประเทศอื่นๆ โดยมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่ เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการทำธุรกิจสถาบันการเงินขนาดใหญ่ข้ามพรมแดน

2. ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติในประเทศไทย

สำหรับกรณีประเทศไทย นั้น ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติได้มีบทบาทสำคัญในระบบการเงินไทยนับแต่ช่วงแรกๆ ที่ได้จัดตั้งธนาคารพาณิชย์ขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2431 ธนาคารฮ่องกงและเซี่ยงไฮ้ ได้รับพระบรมราชานุญาตให้เปิดดำเนินการกิจการสาขาในประเทศไทย และต่อมาธนาคารชาร์เตอร์แห่งอินเดีย ออสเตรเลียและจีน ก็ได้ขอเปิดสาขาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2437 และธนาคารอินโดจีนของฝรั่งเศส ได้เปิดเป็นแห่งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2440 ส่วนธนาคารพาณิชย์ของคนไทยแห่งแรก นั้น คือบริษัทเบงกัลสยามกัมมาจล ทุนจำกัด เปิดดำเนินการในปี พ.ศ. 2449 หลังจากนั้น ก็ได้มีธนาคารพาณิชย์ไทย และธนาคารพาณิชย์ต่างชาติขอเปิดดำเนิน

กิจการอีกหลายแห่ง เช่น ธนาคารกวางตุ้ง และธนาคารจีนเส็ง จากฮ่องกง ธนาคารเมอร์แคนไทล์ จากอังกฤษ ธนาคารโอเวอร์ซีส์ไชนีส จากสิงคโปร์ ธนาคารโยโกฮามาสเปซี จากญี่ปุ่น¹⁰ ซึ่งธนาคารพาณิชย์ต่างชาติที่ได้เปิดดำเนินการแล้วบางแห่ง เช่น ธนาคารชาร์เตอร์ได้ขอไปเปิดสาขาที่ต่างจังหวัดคือที่ภูเก็ตอีกด้วย

เป็นที่น่าสนใจว่า ธนาคารพาณิชย์ต่างชาตินั้นมีบทบาทสำคัญในระบบการเงินไทยในระยะแรกๆ แต่ครั้งเมื่อมีสงครามจีน-ญี่ปุ่นในปี พ.ศ. 2480 ธนาคารพาณิชย์ของจีนที่จดทะเบียนที่ฮ่องกงเริ่มขาดความมั่นคงและได้ถูกถอนใบอนุญาตต่อมาหลังสงครามมหาเอเชียบูรพาเริ่มขึ้น ธนาคารฮ่องกงและเซี่ยงไฮ้ ธนาคารชาร์เตอร์ ธนาคารเมอร์แคนไทล์ ธนาคารชิไฮทง และธนาคารกวางตุ้ง ซึ่งเป็นของฝ่ายคู่สงครามกับญี่ปุ่น (ซึ่งไทยเป็นพันธมิตรด้วย) จึงได้ถูกปิดกิจการลง และสาขาธนาคารในประเทศทั้งหมดของอังกฤษและเครือจักรภพจึงถูกเข้าควบคุม โดยผู้จัดการและพนักงานที่เป็นชาวอังกฤษและชาวอเมริกันก็ได้ถูกนำตัวไปควบคุมไว้ที่ท่าพระจันทร์ และเจ้าพนักงานสำนักงานธนาคารชาติไทยก็ได้รวบรวมทรัพย์สินและทยอยคืนเงินผู้ฝากเงินไป จึงนับได้ว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ช่วยลดบทบาทของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติในประเทศไทยลงไป

ในปัจจุบัน ธนาคารแห่งประเทศไทยได้อนุญาตให้ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติเข้ามามีบทบาทในระบบการเงินไทย โดยจัดตั้งกิจการได้ใน 3 รูปแบบ กล่าวคือ

1. **สำนักงานผู้แทน (Representative Office)** ทำหน้าที่เป็นตัวแทนติดต่อและแนะนำลูกค้าเพื่อธนาคารแม่ ตลอดจนรวบรวมข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งให้กับธนาคารแม่ ปัจจุบันมีอยู่ 40 แห่ง

2. **สาขาธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ (Full Branch)** ได้รับอนุญาตให้เปิดดำเนินการนับแต่ปี พ.ศ. 2431 ซึ่งปัจจุบันมีอยู่ 21 แห่ง สามารถทำการรับเงินฝากและปล่อยสินเชื่อได้ โดยมีขอบเขตการทำธุรกรรมเท่าเทียมกับธนาคารพาณิชย์ไทย เว้นแต่มีสาขาได้เพียงสาขาเดียวและไม่สามารถที่จะเปิด ATM ของตนนอกสถานที่ได้ เนื่องจากการเปิดตู้ ATM นับว่าเป็นเสมือนการเปิดสาขาอีกแห่งหนึ่ง

3. **กิจการวิเทศธนกิจ (BIBF)** ซึ่งเริ่มจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2536 เพื่อทำธุรกิจการเงินระหว่างประเทศ ตามแผนพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการเงินในภูมิภาค รวมทั้งช่วย

¹⁰ 50 ปี ธนาคารแห่งประเทศไทย 2485-2535, หน้า 29-31

อำนวยความสะดวกและลดค่าใช้จ่ายของนักธุรกิจไทยที่จะกู้ยืมเงินจากต่างประเทศ โดยกิจการวิเทศธนกิจสามารถให้บริการรับฝากเงินหรือกู้ยืมเงินจากต่างประเทศเป็นเงินตราต่างประเทศ การให้กู้ยืมเงินเป็นเงินตราต่างประเทศในประเทศไทยและต่างประเทศ การซื้อขายปริวรรตเงินตราต่างประเทศที่มีใช้เงินบาท การอาวัลรับรอง หรือค้ำประกันหนี้ที่เป็นเงินตราต่างประเทศกับบุคคลที่มีถิ่นที่อยู่นอกประเทศ การทำธุรกรรมทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น

กิจการวิเทศธนกิจต่างจังหวัด (PIBF) ในปี พ.ศ. 2537 ธนาคารต่างชาติที่ประกอบกิจการวิเทศธนกิจในประเทศไทย ได้รับอนุญาตให้สามารถประกอบธุรกิจวิเทศธนกิจสาขาต่างจังหวัด และให้สินเชื่อเป็นเงินบาทได้ไม่เกินสาขาละ 1 พันล้านบาทเป็นการเพิ่มเติม ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ตลาดการเงินในภูมิภาคเกิดการแข่งขันระหว่างสถาบันการเงินมากขึ้น รวมทั้งมีการเสนอบริการทางการเงินรูปแบบใหม่ ๆ และพัฒนาคุณภาพของบริการให้เป็นมาตรฐานของระบบสากล เพื่อรองรับและสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจในภูมิภาค

ตารางที่ 3 : จำนวนธนาคารพาณิชย์ต่างชาติในไทยในรูปแบบต่างๆ ก่อนเกิดวิกฤต

(จำนวน : แห่ง)	สำนักงานตัวแทน	Full Branch	BIBFs	PIBFs
2536	41	14	23	-
2537	37	14	29	-
2538	- 44	14	30	26
2539	45	14	30	30
2540	40	20	36	30

ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย

เนื่องจากธนาคารพาณิชย์ต่างชาติถูกจำกัดด้านการเปิดสาขา และการเข้าซื้อกิจการธนาคารพาณิชย์ในไทย จึงทำให้ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติมีข้อจำกัดในการทำ Retail Banking ในช่วงที่ผ่านมาและไม่สามารถให้บริการแก่ประชาชนโดยทั่วไปได้ จนกระทั่งเมื่อเกิดวิกฤตในปี พ.ศ. 2540 ทางกรจึงได้อนุญาตให้ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติที่สนใจ เข้ามาซื้อและถือครองกิจการสถาบันการเงินไทยได้มากกว่าข้อกำหนดเดิม (ร้อยละ 25) เป็นเวลาไม่เกิน 10 ปี ซึ่งมาตรการดังกล่าวก็ได้ช่วยรัฐในการแก้ไขปัญหาความอ่อนแอของสถาบันการเงินอีกทางหนึ่ง และได้มีธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ 4 ราย เข้ามาซื้อกิจการของธนาคารพาณิชย์ไทยโดยถือครองหุ้นข้างมาก กล่าวคือ

- (1) ธนาคาร ABN Amro จากเนเธอร์แลนด์ ซื้อธนาคารเอเชีย เมื่อเดือนมิถุนายน 2541¹¹
- (2) ธนาคาร DBS จากสิงคโปร์ ซื้อธนาคารไทยธนุ เมื่อเดือนมกราคม 2541
- (3) ธนาคาร Standard Chartered จากอังกฤษ ซื้อธนาคารนครธน เมื่อเดือนกันยายน 2542
- (4) ธนาคาร UOB จากสิงคโปร์ซื้อธนาคารรัตนสิน เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2542

ธนาคารพาณิชย์ทั้ง 4 แห่งนี้ ซึ่งเรียกกันบางครั้งว่า Hybrid Banks มีสินทรัพย์ร่วมกัน ณ สิ้นปี พ.ศ. 2546 คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของสินทรัพย์ของธนาคารพาณิชย์ไทยทั้งระบบ และมีจำนวนสาขาคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 12 และร้อยละ 7 ของจำนวนสาขาของธนาคารพาณิชย์ไทยทั้งระบบในกรุงเทพฯ และหัวราชอาณาจักร ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 : ยอดสินทรัพย์และจำนวนสาขาของ Hybrid Banks (ณ สิ้นปี 2546)

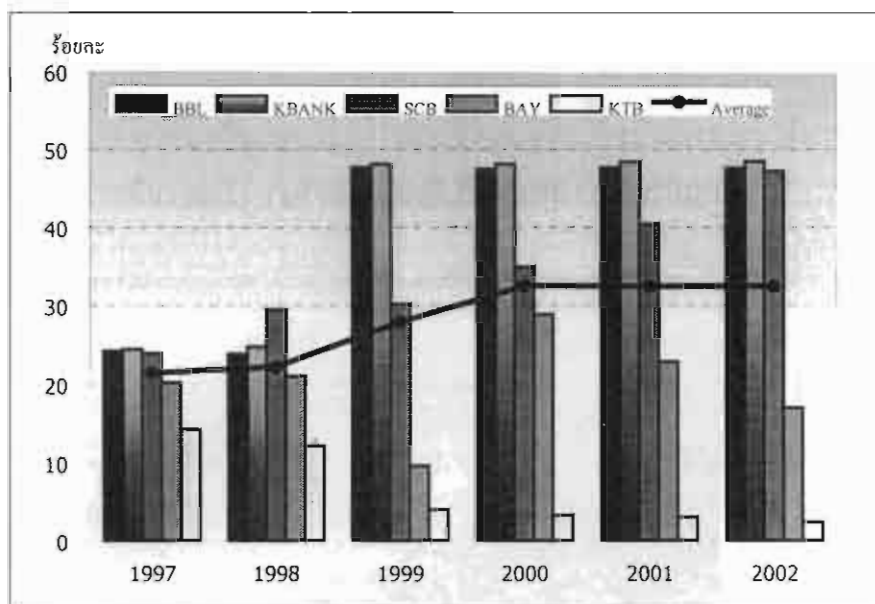
ธนาคารพาณิชย์	สินทรัพย์ (พันล้านบาท)	สาขา (แห่ง)
1. ธนาคารเอเชีย (ABN Amro)	169	127
2. ธนาคาร DBS ไทยธนุ	101	61
3. ธนาคารสแตนดาร์ดชาร์เตอร์ดนครธน	62	41
4. ธนาคาร UOB รัตนสิน	56	36

ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย

สำหรับธนาคารพาณิชย์ของไทยแห่งอื่นๆ เช่น ธ. กรุงเทพ ธ. กสิกรไทย ธ. ไทยพาณิชย์ ธ. กรุงศรีอยุธยา แม้จะไม่ได้มีธนาคารพาณิชย์ต่างชาติเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่ในช่วงที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย พบว่าหลังจากปี พ.ศ. 2542 ได้มีนักลงทุนจากต่างประเทศเข้ามาซื้อ/ลงทุนในหลักทรัพย์ของธนาคารเหล่านี้ เพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนวิกฤตอย่างเห็นได้ชัด โดยปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 50 เล็กน้อย (ยกเว้นในกรณีธนาคารกรุงไทยซึ่งเป็นของรัฐ) โดยในกรณีของธนาคารไทยพาณิชย์มีสถาบันการเงินจากญี่ปุ่น คือ ธนาคาร UFJ Bank Limited ถือหุ้นอยู่ประมาณร้อยละ 8.4 และได้มีผู้แทนเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารของธนาคารไทยพาณิชย์ด้วย

¹¹ ธนาคาร ABN Amro ได้ตัดสินใจขายธนาคารเอเชียให้กับธนาคาร UOB รัตนสิน ในปี พ.ศ. 2547

แผนภาพที่ 5 : สัดส่วนการถือหุ้นของนักลงทุนต่างชาติในธนาคารพาณิชย์หลักของไทย



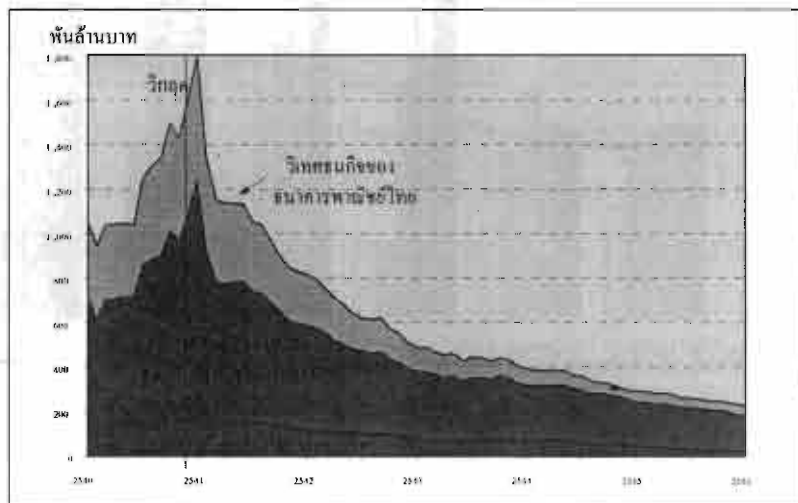
ที่มา : ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย – SETSMART

สถาบันการเงินต่างชาดยังได้เข้าซื้อกิจการบริษัทเงินทุนของไทย หลังจากวิกฤตปี พ.ศ. 2540 บริษัทเงินทุนเป็นจำนวนมากได้ถูกควบรวมกิจการหรือถูกปิดกิจการลง ทำให้จำนวนบริษัทลดลงจากเดิมที่มีอยู่ถึง 91 บริษัทในช่วงก่อนวิกฤต เหลืออยู่เพียง 18 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้ มีบางแห่งที่ได้รับอนุญาตให้สถาบันการเงินต่างชาติเข้ามาถือหุ้นเพิ่มเติม เพื่อเป็นการแก้ไขฐานะ ได้แก่ บริษัทเงินทุน จีอี เอเชียไฟแนนซ์ (มหาชน) บริษัทเงินทุนซีทีคอร์ป (ประเทศไทย) บริษัทเงินทุนเอไอจีไฟแนนซ์ (ประเทศไทย) (มหาชน) บริษัทเงินทุนสินเอเชีย (มหาชน) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีบริษัทต่างชาติอื่นๆ ที่เข้ามาให้บริการทางการเงินในประเทศไทยในภาค Non-bank โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริษัทธนสินทรัพย์ (AEON) บริษัท GE Capital บริษัท Cetelem ในกลุ่มธุรกิจเช่าซื้อ สินเชื่อรายย่อย เป็นต้น ซึ่งมีการเข้ามาตั้งและขยายกิจการอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมา เนื่องจากไม่มีข้อจำกัดเช่นเดียวกับกลุ่มสถาบันการเงิน

สำหรับกลุ่มกิจการวิเทศธุรกิจที่ขยายกิจการขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงก่อนเกิดวิกฤตนั้น ในช่วงที่ผ่านมา ได้มีสำนักงานวิเทศธุรกิจหลายแห่งที่ได้ปิดกิจการลง เช่น Credit Lyonnais จากประเทศฝรั่งเศส ING Bank N.V. จากประเทศเนเธอร์แลนด์ FORTIS Bank (BANGKOK) จากเบลจิกซ์, Tokai Bank จากญี่ปุ่น ในขณะที่ Overseas Union Bank รวมกับ UOB และ Fuji Bank รวมกับได-อิจิ คังเงียว โดยยอดการปล่อยสินเชื่อรวมของกิจการวิเทศธุรกิจ ทั้งในส่วนที่เป็นของสำนักงานวิเทศธุรกิจต่างประเทศ วิเทศธุรกิจของสาขานาคาร

พาณิชย์ต่างประเทศ และวิเทศธนกิจของธนาคารพาณิชย์ไทยได้ทยอยลดลงอย่างต่อเนื่อง ด้วยภาวะเศรษฐกิจภายในประเทศและ สภาพคล่องในระบบสถาบันการเงินที่มีอยู่มาก ซึ่งทำให้ดอกเบี้ยภายในประเทศลดต่ำลง และลูกหนี้ทยอยคืนหนี้ต่างประเทศอย่างต่อเนื่องนับแต่ปี พ.ศ. 2540

แผนภาพที่ 6 : ยอดคงค้างสินเชื่อของกิจการวิเทศธนกิจ



ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย

3. การเปิดเสรีการค้าบริการ Banking Services ภายใต้ WTO

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจแนวทางการเปิดเสรีในระดับพหุภาคี ในช่วงที่ผ่านมา สะจะเป็นกรอบที่รัฐจะต้องพิจารณาประกอบในการกำหนดนโยบายในอนาคต คือข้อผูกพันของประเทศไทย ในการเปิดเสรีการค้าบริการด้าน Banking Services ภายใต้ WTO

3.1 กรอบการเจรจา Banking Services ใน WTO ภายใต้ GATS

การเจรจาเกี่ยวกับ Banking Services ใน WTO เป็นส่วนหนึ่งของการเจรจา Financial Services ภายใต้กรอบของ General Agreement on Trade in Services (GATS) ซึ่งในระหว่าง การเจรจาการค้าพหุภาคีรอบอุรุกวัย ประเทศสมาชิก GATT ได้จัดทำความตกลง GATS ขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบกติกาในการเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการระหว่างกัน ในลักษณะเดียวกับความ ตกลง GATT ที่ใช้เป็นกรอบกติกาสำหรับการเจรจาเปิดเสรีการค้าสินค้า

GATS มีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ส่วน คือ กฎระเบียบต่างๆ (Rules) ซึ่งประเทศสมาชิกจะต้องปฏิบัติตาม ทั้ง Articles of the Agreement ซึ่งเป็นมาตราหลัก และ Annexes สำหรับแต่ละสาขาบริการ และตารางข้อผูกพัน (Schedules of Specific Commitments) ซึ่งประเทศสมาชิกต้องจัดทำขึ้น เพื่อแสดงว่าจะสามารถเปิดตลาดการค้าบริการของตนได้มากน้อยเพียงใดในแต่ละสาขาบริการ

GATS ไม่เพียงแต่แบ่งสาขาบริการออกเป็น 12 สาขาหลัก แต่ก็ยังจำแนกรูปแบบในการให้บริการ (Modes of Supply) ในแต่ละสาขา ออกเป็น 4 รูปแบบ กล่าวคือ

- Mode 1 : Cross-border Supply เป็นการขายบริการจากดินแดนของประเทศหนึ่ง เข้าไปยังดินแดนของอีกประเทศหนึ่ง โดยที่ผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการต่างก็อยู่ในประเทศของตน ซึ่งไม่ใช่ประเทศเดียวกัน (เช่น ผ่านทางโทรศัพท์ E-Mail หรือ Internet)
- Mode 2 : Consumption Abroad เป็นการขายบริการในดินแดนของประเทศหนึ่ง ให้แก่ผู้ซื้อบริการของประเทศอื่น โดยที่ผู้ซื้อบริการเป็นผู้เดินทางเข้าไปใช้บริการในดินแดนของประเทศของผู้ให้บริการ
- Mode 3 : Commercial Presence เป็นการขายบริการโดยผู้ให้บริการของประเทศหนึ่งเข้าไปจัดตั้งกิจการให้บริการ (ผ่านสถานประกอบการ) ในดินแดนของประเทศอื่น
- Mode 4 : Presence of Natural Persons เป็นการขายบริการโดยบุคคลธรรมดาของประเทศหนึ่ง เข้าไปให้บริการในดินแดนของประเทศอื่น

ทั้งนี้ โดยปกติแล้วข้อมูลการให้บริการทางการเงินผ่าน Mode ต่างๆ นั้น เป็นข้อมูลที่ยาก จากข้อมูลการให้บริการทางการเงินของประเทศสหรัฐอเมริกา (ซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่เก็บข้อมูลนี้) พบว่าการให้บริการผ่าน Mode 1 : Cross-border Supply นั้น คิดเป็นสัดส่วนน้อย เมื่อเทียบกับการให้บริการผ่าน Mode 3 : Commercial Presence หรือการเข้าไปตั้ง/ซื้อกิจการในประเทศต่างๆ และให้บริการในประเทศนั้นๆ โดยในปี ค.ศ. 1995 สหรัฐอเมริกาให้บริการการเงินผ่าน Mode 1 ในธุรกิจประกันภัยและในธุรกิจธนาคารและหลักทรัพย์เพียง 1.4 พันล้านดอลลาร์ สรอ. และ 6.1 พันล้านดอลลาร์ สรอ. ตามลำดับ ขณะที่การให้บริการการเงินของสหรัฐผ่าน Mode 3 ในธุรกิจทั้งสองสูงถึง 30.9 พันล้านดอลลาร์ สรอ. และ 14.0 พันล้านดอลลาร์ สรอ. ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 : การให้บริการทางการเงินของสหรัฐอเมริกาผ่าน Mode ต่างๆ ในปี ค.ศ. 1995

(พันล้านดอลลาร์ สหรัฐ.)	Mode 1 : Cross-border Supply		Mode 3 : Commercial Presence	
	นำเข้า	ส่งออก	นำเข้า	ส่งออก
ธุรกิจประกันภัย	1.4	4.5	30.9	48.7
ธุรกิจธนาคารและหลักทรัพย์	6.1	1.7	14.0	5.9

ที่มา : USITC (1997), WTO (1997) Opening Markets in Financial Services and the Role of the GATS, p.14

GATS ครอบคลุมถึงมาตรการต่างๆ ซึ่งจะมีผลกระทบโดยตรง หรือเป็นอุปสรรคกีดขวางต่อการค้าบริการระหว่างประเทศ โดยจำแนกมาตรการเหล่านี้ออกเป็น 2 ประเภทหลักๆ กล่าวคือ มาตรการที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าสู่ตลาด (Limitation to Market Access) ในเรื่องของจำนวนผู้ขายบริการ ปริมาณและมูลค่าของการบริการ สัดส่วนความเป็นเจ้าของและอำนาจจัดการ ตลอดจนรูปแบบของการจัดตั้งทางกฎหมายเพื่อขายบริการ และข้อจำกัดในการให้การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (Limitation to National Treatment) ซึ่งได้แก่ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขที่ใช้กับผู้ขายบริการของประเทศอื่นที่แตกต่างจากที่ใช้กับผู้ขายบริการของตน ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศจะต้องแจ้งข้อจำกัดและเงื่อนไขเหล่านี้ในแต่ละสาขาบริการไว้ในตารางข้อผูกพันเพื่อแสดงว่าจะรับประกันการเปิดตลาดของตนในระดับหนึ่ง และทุกครั้งที่มีการเจรจาเปิดเสรีก็จะนำไปสู่การปรับลดข้อจำกัดและเงื่อนไขเหล่านี้ โดยยึดหลักการสำคัญซึ่งปรากฏอยู่ในกฎระเบียบของ GATS ดังนี้

1. Most-favored-nation (MFN) Treatment กล่าวคือ ประเทศสมาชิกจะต้องให้การปฏิบัติกับการบริการหรือผู้ให้บริการของอีกประเทศหนึ่ง ไม่ด้อยไปกว่าที่ให้การปฏิบัติกับการบริการหรือผู้ให้บริการของประเทศอื่น อย่างไรก็ตาม GATS ได้อนุญาตให้ประเทศสมาชิกได้รับการยกเว้นจากหลักการ MFN นี้ได้ชั่วคราว ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในช่วงก่อนที่จะมีความตกลง GATS นั้น ประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่งได้ทำความตกลงเปิดเสรีการค้าบริการระหว่างกันในระดับทวิภาคีหรือในระดับภูมิภาค ตามปกติ GATS อนุญาตให้ประเทศสมาชิกนำเสนอรายการข้อยกเว้น MFN ได้เพียงครั้งเดียว แต่ถ้าหากจำเป็นต้องเพิ่มเติมข้อยกเว้น MFN อีก จะต้องกระทำเป็นกรณีพิเศษผ่านกระบวนการ Waiver ภายใต้ Article 9 ของ WTO และโดยปกติ ข้อยกเว้น MFN จะมีผลใช้ได้ไม่เกิน 10 ปี

2. การเปิดเสรีแบบก้าวหน้าโดยลำดับ (Progressive Liberalization) กล่าวคือ โดยทั่วไปแล้ว จะต้องไม่ปรับเพิ่มข้อจำกัดและเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคต่อการค้าบริการ จากที่ได้

ผูกพันไว้เพราะหากกระทำเช่นนั้น จะถือว่าสวนทางกับทิศทางการเปิดเสรี แต่หากประเทศใดตัดสินใจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงข้อผูกพันในลักษณะที่สวนทางกับการเปิดเสรี จะกระทำได้อีกต่อเมื่อเวลาได้ผ่านไปอย่างน้อย 3 ปีนับจากวันที่ข้อผูกพันเดิมเริ่มมีผลบังคับใช้ และประเทศอื่นซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกข้อผูกพันดังกล่าวสามารถขอให้มีการเจรจาหรือเพื่อตกลงเกี่ยวกับการชดเชยผลกระทบดังกล่าว ซึ่งหากการเจรจาหรือไม่สามารถหาข้อยุติได้ ประเทศซึ่งจะได้รับผลกระทบมีสิทธิที่จะยื่นคำร้องขอให้นำเรื่องดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการอนุญาโตตุลาการเพื่อตัดสินต่อไป

3. ความโปร่งใส (Transparency) กล่าวคือ รัฐบาลของแต่ละประเทศจะต้องเผยแพร่กฎระเบียบและข้อบังคับต่างๆ ในแต่ละสาขาบริการ ให้สาธารณชนทราบ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์ข้อมูล (Enquiry Points) เพื่อให้ชาวต่างชาติมีโอกาสได้ทราบถึงกฎระเบียบเหล่านี้ และจะต้องแจ้งให้ WTO ทราบหากมีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับสาขาบริการที่ตนได้ผูกพันไว้

นอกจากนี้ GATS ยังยอมรับสิทธิของประเทศสมาชิกที่จะออกกฎระเบียบใหม่ในการควบคุม (Regulate) การค้าบริการในดินแดนของตนเพื่อให้เป็นไปตามแนวนโยบายของประเทศ (อาทิ เพื่อรักษาความสงบสุข ความมั่นคง ตลอดจนสุขอนามัยของสาธารณชน) ตราบใดที่การออกกฎระเบียบควบคุมดังกล่าว กระทำตามความจำเป็น มีหลักการที่มีเหตุผล ไม่เลือกปฏิบัติ และมีได้กระทำเพื่อหลีกเลี่ยงภาระผูกพันการเปิดตลาดของตนภายใต้ GATS ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้าน Financial Services นั้น บทบัญญัติของ GATS อนุญาตให้ประเทศสมาชิกสามารถออกมาตรการเพื่อแก้ไข หรือป้องกันปัญหาดุลการชำระเงิน กล่าวคือ Article 12 ของ GATS อนุญาตให้ประเทศสมาชิกที่ประสบหรือมีความเสี่ยงที่จะประสบปัญหาดุลการชำระเงิน สามารถออกมาตรการจำกัดหรือกีดกันการค้าบริการระหว่างประเทศได้ชั่วคราว นอกจากนี้ Annex on Financial Services ยังอนุญาตให้ประเทศสมาชิกสามารถดำเนินมาตรการในลักษณะที่เป็น Prudential เพื่อรักษาความมั่นคงของระบบการเงิน รวมทั้งปกป้องสิทธิทางการเงินของนักลงทุน ผู้ใช้บริการทางการเงิน และเจ้าหน้าที่ของสถาบันการเงิน

ทั้งนี้ แม้ว่า GATS จะมีขอบเขตครอบคลุมบริการอย่างกว้างขวางในหลายสาขาบริการ แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมถึงการให้บริการภายใต้อำนาจของภาครัฐบาล (Services supplied in the exercise of governmental authority) ซึ่งในบริบทของ Financial Services นั้น การให้บริการภายใต้อำนาจของภาครัฐบาลหมายถึง

- กิจกรรมของธนาคารกลาง หรือขององค์กรอื่นในภาครัฐ ซึ่งกระทำเพื่อการดำเนินนโยบายการเงินหรือนโยบายอัตราแลกเปลี่ยน
- กิจกรรมบริการที่เกี่ยวกับระบบการประกันสังคมหรือการเกษียณอายุราชการ
- กิจกรรมบริการขององค์กรภาครัฐ ซึ่งใช้ทรัพยากรทางการเงินของรัฐบาล หรือที่เกี่ยวกับการค้าประกัน โดยรัฐบาล

3.2 ความเป็นมาเกี่ยวกับการเจรจาเรื่อง Financial Services ภายใต้ WTO

เมื่อการเจรจาการค้ารอบอุรุกวัยจบลงในปี ค.ศ. 1993 นั้น การเจรจาเรื่อง Financial Services ยังไม่เสร็จเรียบร้อย แม้ว่ามีประเทศสมาชิกจำนวนหนึ่งได้ยื่นขอมที่จะผูกพันตนเอง (Commitments) ในการเปิดให้ประเทศอื่นเข้าสู่ตลาดของตน (Market Access) มากขึ้น และให้การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) มากขึ้นในระดับหนึ่ง แต่ประเทศสมาชิกต่างก็เห็นว่าการผูกพันเปิดตลาดดังกล่าว ยังไม่เพียงพอที่จะปิดการเจรจา อีกทั้งยังมีการเลือกปฏิบัติ โดยมี Broad MFN Exemptions Based on Reciprocity ก่อนที่การเจรจารอบอุรุกวัยจะจบลง ประเทศสมาชิกได้ร่วมกันยกร่างบทบัญญัติเกี่ยวกับ Financial Services โดยตรงรวมทั้งสิ้น 3 บทบัญญัติ ได้แก่ Annex on Financial Services, Second Annex on Financial Services และ Decision on Financial Services สำหรับบทบัญญัติแรก กล่าวคือ Annex on Financial Services ระบุถึงกรอบความตกลงเบื้องต้น โดยเฉพาะในเรื่องขอบเขตและนิยามของ Financial Services ตลอดจนสิทธิของประเทศสมาชิกในการออกมาตรการเพื่อรักษาเสถียรภาพของระบบการเงิน ส่วนอีก 2 บทบัญญัติ กล่าวคือ Second Annex on Financial Services และ Decision on Financial Services ระบุให้มีการเจรจาเพิ่มเติมภายหลังรอบอุรุกวัย ซึ่งมีกำหนดจัดในช่วง 6 เดือนหลังจากที่ GATS ได้เริ่มมีผลบังคับใช้ (กล่าวคือเจรจาดำเนินถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1995)

การเจรจาเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1995 จบลงเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม ค.ศ. 1995 ซ้ำกว่ากำหนดการเดิม ประเทศสมาชิกตัดสินใจเรียกความตกลงที่ได้จากการเจรจาดังนี้ว่า Interim Agreement เนื่องจากเห็นว่าผลการเจรยายังไม่เป็นที่น่าพอใจมากนัก จึงมีมติให้เจรจาเพิ่มเติมอีก โดยครั้งต่อไปจะเริ่มขึ้น 2 ปีหลังจาก Interim Agreement กล่าวคือในปี ค.ศ. 1997 แต่การเจรจาในปี ค.ศ. 1995 ก็ได้ทำให้มีประเทศสมาชิกยอมผูกพันตนเองในการเปิดตลาด Financial Services มากขึ้น ตลอดจนเลือกปฏิบัติน้อยลงโดยปรับลด MFN Exemptions Based on Reciprocity ระดับการผูกพัน (Commitments) ที่เพิ่มขึ้นของประเทศสมาชิกปรากฏอยู่ใน Annex ของ Second Protocol to the GATS

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1997 มีการเปิดการเจรจาอีกครั้ง ตามมติจากครั้งก่อน ในการเจรจาครั้งนี้ ประเทศสมาชิกโดยรวมยินยอมผูกพันเปิดตลาด Financial Services มากขึ้นกว่าครั้งก่อน โดยข้อผูกพันใหม่นี้ ตกลงกันได้ในวันที่ 12 ธันวาคม ค.ศ. 1997 และถูกบันทึกไว้ใน Annex ของ Fifth Protocol to the GATS ซึ่งประเทศสมาชิกเหล่านี้มีเวลาจนถึง 29 มกราคม ค.ศ. 1999 ในการตัดสินใจว่าจะยอมรับให้ Protocol ดังกล่าวมีผลบังคับใช้ทางกฎหมายหรือไม่ แต่เนื่องจากมีประเทศสมาชิกบางประเทศซึ่งรัฐสภาไม่สามารถลงมติยอมรับ Fifth Protocol นี้ได้ภายในกำหนดเวลา คณะมนตรีว่าด้วยการค้าบริการ (Council for Trade in Services) จึงมีมติยินยอมขยายเวลาให้กับประเทศสมาชิกที่ยังไม่ได้ยอมรับ Protocol ดังกล่าว ไปจนถึง 15 มิถุนายน ค.ศ. 1999 ทั้งนี้ สำหรับประเทศซึ่งยอมรับ Protocol ดังกล่าวภายหลัง 1 มีนาคม ค.ศ. 1999 นั้น Protocol จะเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ประเทศนั้นยอมรับ Protocol

การเจรจา Financial Services ภายใต้ WTO ซึ่งกำลังดำเนินอยู่ในปี ค.ศ. 2004 นี้ อยู่ในกระบวนการเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการรอบใหญ่ ซึ่งได้เริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงต้นปี ค.ศ. 2000 โดยมีระยะเวลาในการเจรจาในรอบใหญ่นี้รวม 5 ปี กล่าวคือจนถึงต้นปี ค.ศ. 2005 วิธีการเจรจาได้ถูกกำหนดให้เป็นแบบ “Requests and Offers” กล่าวคือมีการยื่นคำขอให้เปิดตลาดและข้อเสนอเปิดตลาดระหว่างประเทศสมาชิก การเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการในรอบนี้ เป็นที่รู้จักกันในนามของ “การเจรจารอบโดฮา” เนื่องจากการประชุมรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 4 ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2001 ณ กรุงโดฮา ประเทศการ์ตา ที่ประชุมได้รับรอง (Endorse) การเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการในรอบนี้ และได้กำหนดตารางเวลาสำหรับประเทศสมาชิกในการยื่นคำขอเบื้องต้น (Initial Requests) และในการยื่นข้อเสนอเบื้องต้น (Initial Offers) สำหรับการเปิดตลาดการค้าบริการในสาขาต่างๆ ตลอดจนยืนยันกำหนดเวลาที่จะเจรจารอบนี้ให้เสร็จภายในต้นปี ค.ศ. 2005

3.3 ข้อผูกพันการเปิดตลาดการค้าบริการ Banking Services ของไทย ภายใต้ WTO

สำหรับข้อผูกพันการเปิดตลาดของไทยภายใต้ WTO ที่จะกล่าวถึงในลำดับต่อไป คือ รายละเอียดตารางข้อผูกพัน (Schedule of Specific Commitments) ในการเปิดตลาดการค้าบริการทางการเงิน ในส่วนที่อยู่ภายใต้การดูแลของธนาคารแห่งประเทศไทย กล่าวคือในส่วนของการบริการในภาคสถาบันการเงิน (Banking Services) ซึ่งไม่รวมถึงธุรกิจประกันภัย ธุรกิจค้าหลักทรัพย์ ธุรกิจหลักทรัพย์จัดการกองทุน Financial Leasing และ Factoring

ระดับของการผูกพันเปิดตลาด Banking Services ของไทย ภายใต้ WTO ณ เวลานั้นจะขึ้นอยู่กับผลของการเจรจาที่ได้เสร็จสิ้นไปครั้งล่าสุดก่อนหน้านั้น ในปัจจุบัน การเจรจารอบโดฮายังไม่สิ้นสุด (ตามกำหนดจะสิ้นสุดในช่วงต้นปี ค.ศ. 2005) ขณะนี้จึงยังไม่มีข้อผูกพันใหม่จากรอบโดฮา ส่วนข้อผูกพันการเปิดตลาดของไทยล่าสุดซึ่งบังคับใช้ใน WTO ในปัจจุบัน เป็นผลจากการเจรจาในปี ค.ศ. 1997 และออกประกาศเพื่อบังคับใช้อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1998 โดยข้อผูกพันดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลักๆ กล่าวคือ **ข้อผูกพันทั่วไป (Horizontal Commitments)** ซึ่งมีผลบังคับใช้โดยรวมทุกสาขาบริการ และอีกส่วนหนึ่งคือ **ข้อผูกพันในแต่ละสาขาบริการ** โดยหลักการแล้วนั้น หากข้อผูกพันในสาขาบริการมีการระบุข้อจำกัดหรือเงื่อนไขที่แตกต่างจากข้อผูกพันทั่วไป ก็จะถือให้เป็นไปตามข้อผูกพันในสาขาบริการ นอกจากนี้ ในแต่ละส่วน ก็มีการจำแนกข้อผูกพันตามรูปแบบการให้บริการ (Mode of Supply) กล่าวคือ แบ่งออกเป็นข้อผูกพันภายใต้ Mode 1-4 ซึ่งรูปแบบการให้บริการ 4 รูปแบบนี้เป็นไปตามนิยามของ GATS ดังที่ได้อธิบายก่อนหน้านี้

3.3.1 ข้อผูกพันทั่วไป (Horizontal Commitments)

สำหรับการเปิดเสรีการค้าบริการใน Mode 1 และ Mode 2 ไทยไม่ได้ระบุข้อผูกพันทั่วไป แต่สำหรับ Mode 3 และ Mode 4 ไทยระบุข้อผูกพันทั่วไปไว้ดังต่อไปนี้

ข้อผูกพันทั่วไปภายใต้ Mode 3

เว้นแต่จะระบุเป็นอื่นในแต่ละสาขาบริการ ข้อผูกพันทั่วไปนี้จะอนุญาตให้บุคคลต่างชาติเข้ามาดำเนินธุรกิจบริการ (ผ่านสถานประกอบการ) ภายใต้ Mode 3 นี้ได้ในรูปของบริษัทจำกัด ซึ่งจดทะเบียนในประเทศไทย และมีเงื่อนไขว่า ในแต่ละกิจการ จะมีบุคคลต่างชาติถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 49 ของเงินทุนจดทะเบียน และมีจำนวนบุคคลต่างชาติถือหุ้นได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ถือหุ้นทั้งหมดในกิจการนั้น

ไทยไม่มีข้อผูกพันทั่วไปเกี่ยวกับการให้การประดิษฐ์เชิงคนชาติ เว้นแต่จะระบุเป็นอื่นในแต่ละสาขาบริการ

ตามที่กำหนดใน Land Code of Thailand บริษัทต่างชาติหรือบริษัทในประเทศไทยซึ่งเป็นของต่างชาติ จะไม่ได้รับอนุญาตให้ซื้อหรือถือครองที่ดินในประเทศไทย แต่จะสามารถเช่า (lease) ที่ดิน ถือครองอาคาร หรือถือครองบางส่วนของคอนโดมิเนียมภายใต้กฎหมายควบคุมการถือครองคอนโดมิเนียมของไทย

ข้อผูกพันทั่วไปภายใต้ Mode 4

เว้นแต่จะระบุเป็นอื่นในแต่ละสาขาบริการ ไทยมิได้ระบุข้อผูกพันทั่วไปสำหรับการอนุญาตให้บุคคลธรรมดาที่เป็นชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาให้บริการในประเทศไทยภายใต้ Mode 4 ยกเว้นในกรณีดังต่อไปนี้

- บุคคลธรรมดา ซึ่งเข้ามาพำนักอยู่ในประเทศไทยไม่เกิน 90 วัน เพื่อเข้าร่วมประชุมหรือติดต่อธุรกิจ หรือทำสัญญาซื้อขายบริการ หรือเยี่ยมชมกิจการ (Visiting of Business Establishments) หรือเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน
- ผู้ซึ่งถูกย้ายเข้ามาในประเทศไทย ให้มาดำรงตำแหน่งผู้จัดการ ผู้บริหาร หรือผู้อำนวยการเฉพาะด้าน ภายใต้เงื่อนไขว่า ผู้ซึ่งถูกย้ายเข้ามานั้น จะต้องเป็นพนักงานของบริษัทดังกล่าวนอกประเทศไทยเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีก่อนหน้าวันยื่นคำร้องขอสิทธิเข้าประเทศไทย และจะต้องเป็นผู้ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่แสดงถึงความจำเป็นในการจ้างผู้บริหารซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวถูกกำหนดโดยกระทรวงแรงงานของไทย ทั้งนี้ ระยะเวลาการเข้ามาดำรงตำแหน่ง จะถูกจำกัดให้อยู่ในวาระไม่เกิน 1 ปี แต่อาจจะต่ออายุออกไปได้อีก 2 วาระ วาระละไม่เกิน 1 ปี

ส่วนในประเด็นเรื่องการถือครองอสังหาริมทรัพย์และที่ดินในประเทศไทยนั้น บุคคลธรรมดาที่เป็นชาวต่างชาติ จะต้องเผชิญข้อจำกัดเช่นเดียวกับที่ได้ระบุไว้สำหรับนิติบุคคลต่างชาติภายใต้ Mode 3 ในข้างต้น กล่าวคือ จะไม่ได้รับอนุญาตให้ซื้อหรือถือครองที่ดินในประเทศไทย แต่จะสามารถเช่า (lease) ที่ดิน ถือครองอาคาร หรือถือครองบางส่วนของคอนโดมิเนียมภายใต้กฎหมายควบคุมการถือครองคอนโดมิเนียมของไทย

3.3.2 ข้อผูกพันในสาขาบริการ Banking Services

ข้อผูกพันในสาขาบริการ Banking Services ภายใต้ Mode 1 และ Mode 2

ไทยระบุข้อจำกัดและเงื่อนไขในการผูกพันเปิดตลาดบริการ Banking Services ภายใต้ Mode 1 และ Mode 2 ด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขชุดเดียวกัน กล่าวคือ ไทยผูกพันเปิดตลาดแต่เฉพาะการบริการให้คำปรึกษาทางการเงิน (Financial Advisory) และการบริการประมวลผลข้อมูลทางการเงิน (Financial Data Processing) ซึ่งไทยเปิดให้ต่างชาติสามารถให้บริการ 2

ประเภทนี้แก่นักคนไทยภายใต้ Mode 1 และ Mode 2 ได้โดยไม่มีข้อจำกัด แต่สำหรับการบริการประเภทอื่นๆ (ในภาคสถาบันการเงิน) นอกเหนือไปจาก 2 ประเภทนี้ ไทยจะยังไม่ผูกพันเปิดตลาดภายใต้ Mode 1 และ Mode 2

ข้อผูกพันในสาขาบริการ Banking Services ภายใต้ Mode 3

ภายใต้ Mode 3 ไทยระบุข้อจำกัดและเงื่อนไขเกี่ยวกับการอนุญาตให้บุคคลต่างชาติเข้ามาดำเนินธุรกิจบริการ Banking Services (ผ่านสถานประกอบการ) โดยแยกตามลักษณะของกิจการกล่าวคือ

สำนักงานผู้แทนธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ

ไม่มีข้อจำกัดแต่อย่างใด

สาขาธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ

ไม่มีข้อจำกัดในกรณีของสาขาธนาคารพาณิชย์ต่างชาติซึ่งเปิดทำการอยู่แล้วในประเทศไทยภายใต้โครงสร้างการร่วมทุนในปัจจุบัน (Present Shareholding Structure) แต่การเข้ามาจัดตั้งสาขาของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติรายใหม่ จะต้องขอใบอนุญาตและได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี

อนุญาตให้สาขาธนาคารพาณิชย์เปิดบริการ ATM ได้ โดยร่วมให้บริการ ATM (ATM Pool) กับธนาคารพาณิชย์ไทย หรือให้บริการ ATM เฉพาะในสถานที่ตั้งของตน หรือใช้ที่ร่วมกับธนาคารพาณิชย์แห่งอื่นในประเทศไทย

ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติซึ่งมีสาขาแรกในประเทศไทยตั้งแต่ก่อนกรกฎาคม ค.ศ. 1995 จะได้รับอนุญาตให้เปิดสาขาเพิ่มได้อีกไม่เกิน 2 สาขา

สาขาธนาคารพาณิชย์ต่างชาติสามารถเข้าร่วมในระบบการหักบัญชีเช็ค และการชำระเช็ค (Cheque Clearing and Settlement System) ได้โดยไม่มีข้อจำกัด

ธนาคารพาณิชย์ซึ่งจดทะเบียนในประเทศไทย (Locally Incorporated Banks)

บุคคลต่างชาติจะเข้ามาดำเนินธุรกิจบริการ Banking Services ในรูปของธนาคารพาณิชย์ซึ่งจดทะเบียนในประเทศไทยได้ โดยการเข้ามาถือหุ้นร่วมในกิจการธนาคารพาณิชย์ไทยเท่านั้น (ไม่อนุญาตให้บุคคลต่างชาติเข้ามาจดทะเบียนจัดตั้งธนาคารพาณิชย์ในประเทศไทย)

ในแต่ละกิจการ จะมีบุคคลต่างชาติถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินทุนจดทะเบียน โดยที่บุคคลต่างชาติแต่ละรายและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Related Persons) กับบุคคลนั้น สามารถถือหุ้นได้รวมกันไม่เกินร้อยละ 5 ของเงินทุนจดทะเบียน อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังภายใต้การเสนอแนะของธนาคารแห่งประเทศไทย อาจพิจารณาผ่อนคลายข้อจำกัดเกี่ยวกับการถือครองหุ้นนี้ได้ โดยที่การผ่อนคลายข้อจำกัดดังกล่าว จะต้องกระทำภายใต้เงื่อนไขซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้ประกาศ รวมทั้งเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- จะผ่อนคลายข้อจำกัดดังกล่าวเมื่อเห็นว่าจำเป็น เพื่อเสริมสร้างสถานะและความสามารถในการดำเนินธุรกิจของธนาคารพาณิชย์
- การผ่อนคลายเป็นต้นไป- จะอนุญาตให้บุคคลต่างชาติถือครองหุ้นได้เกินกว่าข้อจำกัดเดิม เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี โดยที่บุคคลต่างชาติซึ่งเข้าถือครองหุ้น (ใน ส่วนที่เกินกว่าข้อจำกัดเดิม) ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว จะได้รับการยกเว้นไม่ต้อง ปรับลดการถือครองหุ้น (ในแง่ของจำนวนหุ้น) ภายหลังจากที่ระยะเวลาการผ่อน คลายสิ้นสุดลง

ผู้อำนวยการ (Directors) จะต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยไม่น้อยไปกว่า 3 ใน 4 ของจำนวน ผู้อำนวยการทั้งหมด อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังภายใต้การเสนอแนะของ ธนาคารแห่งประเทศไทย อาจพิจารณาผ่อนคลายข้อจำกัดดังกล่าวได้ ภายใต้เงื่อนไขเดียวกัน กับที่ใช้สำหรับการผ่อนคลายข้อจำกัดเกี่ยวกับการถือครองหุ้นในย่อหน้าก่อน

กิจการวิเทศธนกิจ (International Banking Facility: IBF)

การเข้ามาจัดตั้งกิจการวิเทศธนกิจของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติรายใหม่ จะต้องขอใบ อนุญาตและได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

บริษัทเงินทุนและบริษัทเครดิตฟองซิเอร์

ไม่มีข้อจำกัดสำหรับสำนักงานผู้แทน

มีข้อจำกัดในการเข้าสู่ตลาด โดยจะต้องเป็นการเข้ามาถือหุ้นร่วมในกิจการที่ประกอบ การอยู่แล้วเท่านั้น

ในแต่ละกิจการ จะมีบุคคลต่างชาติถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของเงินทุนจดทะเบียน โดยที่บุคคลต่างชาติแต่ละรายและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Related Persons) กับบุคคลนั้น สามารถถือหุ้น

ได้รวมกันไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินทุนจดทะเบียน อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังภายใต้การเสนอแนะของธนาคารแห่งประเทศไทย อาจพิจารณาผ่อนคลायข้อจำกัดเกี่ยวกับการถือครองหุ้นนี้ได้ โดยที่การผ่อนคลायข้อจำกัดดังกล่าว จะต้องกระทำภายใต้เงื่อนไขซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้ประกาศ รวมทั้งเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- จะผ่อนคลायข้อจำกัดดังกล่าวเมื่อเห็นว่าจำเป็น เพื่อเสริมสร้างสถานะและความสามารถในการดำเนินธุรกิจของบริษัทเงินทุนและบริษัทเครดิตฟองซิเอร์
- การผ่อนคลायดังกล่าว จะอนุญาตให้บุคคลต่างชาติถือครองหุ้นได้เกินกว่าข้อจำกัดเดิม เป็นระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี โดยที่บุคคลต่างชาติซึ่งเข้าถือครองหุ้น (ในส่วนที่เกินกว่าข้อจำกัดเดิม) ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องปรับลดการถือครองหุ้น (ในแง่ของจำนวนหุ้น) ภายหลังจากที่ระยะเวลาการผ่อนคลायสิ้นสุดลง

ผู้أำนวยการ (Directors) จะต้องเป็นผู้มีสัญชาติไทยไม่น้อยไปกว่า 3 ใน 4 ของจำนวนผู้أำนวยการทั้งหมด อย่างไรก็ตาม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังภายใต้การเสนอแนะของธนาคารแห่งประเทศไทย อาจพิจารณาผ่อนคลायข้อจำกัดดังกล่าวได้ ภายใต้เงื่อนไขเดียวกันกับที่ใช้สำหรับการผ่อนคลायข้อจำกัดเกี่ยวกับการถือครองหุ้นในย่อหน้าก่อน

การให้บริการ Credit, Charge and Debit Cards

องค์กรที่จะให้บริการ Credit, Charge and Debit Cards ในประเทศไทยได้นั้น จะต้องเป็นบริษัท (ซึ่งบุคคลต่างชาติถือหุ้นได้ไม่เกินร้อยละ 49) หรือธนาคารพาณิชย์ซึ่งจดทะเบียนในประเทศไทย (Locally Incorporated Banks) หรือสาขานาการพาณิชย์ต่างชาติ ทั้งนี้ การให้บริการ Credit, Charge and Debit Cards จะต้องขอใบอนุญาตและอยู่ภายใต้กฎระเบียบซึ่งทางการไทยจะเป็นผู้ออกประกาศ

ข้อผูกพันในสาขบริการ Banking Services ภายใต้ Mode 4

ภายใต้ Mode 4 ไทยระบุข้อจำกัดและเงื่อนไขสำหรับการอนุญาตให้บุคคลธรรมดาที่เป็นชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาให้บริการ Banking Services ในประเทศไทย โดยแยกตามลักษณะของกิจการซึ่งบุคคลธรรมดาเข้ามาปฏิบัติงาน กล่าวคือ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรต่างชาติ ในสำนักงานของธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ แต่ละแห่ง

ไม่เกิน 2 คน ในแต่ละสำนักงานผู้แทนธนาคารพาณิชย์ต่างชาติ

ไม่เกิน 6 คน ในแต่ละสาขานาการพาณิชย์ต่างชาติ (สาขาเต็มรูปแบบ : Full-licensed)

ไม่เกิน 4 คน ในแต่ละสาขากิจการวิเทศธนกิจในกรุงเทพฯ (BIBF)

ไม่เกิน 2 คน ในแต่ละสาขากิจการวิเทศธนกิจในต่างจังหวัด (PIBF)

ไม่เกิน 8 คน สำหรับธนาคารพาณิชย์ต่างชาติซึ่งมีทั้งสาขานาการพาณิชย์เต็มรูปแบบ
และสาขากิจการวิเทศธนกิจในกรุงเทพฯ

ข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรต่างชาติ ในบริษัทเงินทุน แต่ละแห่ง

ไม่เกิน 2 คน ในแต่ละสำนักงานผู้แทน

จะมีผู้อำนวยการ (Directors) ซึ่งเป็นชาวต่างชาติได้ไม่เกิน 4 คน ในบริษัทเงินทุนแต่ละ
แห่ง

4. นัยของข้อผูกพันการเปิดเสรี Banking Services ของไทยภายใต้ WTO

ข้อผูกพันการเปิดตลาด Banking Services ของไทยภายใต้ WTO ซึ่งมีผลบังคับใช้ในปัจจุบันเป็นข้อผูกพันที่กำหนดไว้เมื่อปี ค.ศ. 1998 ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นใน Mode 3 (Commercial Presence) และ Mode 4 (Presence of Natural Persons) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้บริการซึ่งผู้ให้บริการต่างชาติจะต้องเข้ามาให้บริการในประเทศไทย มากกว่าใน Mode 1 (Cross-border Supply) และ Mode 2 (Consumption Aboard) ซึ่งผู้ให้บริการต่างชาติให้บริการกับลูกค้าในประเทศไทยได้โดยไม่ต้องเข้ามาในประเทศไทย

สำหรับใน Mode 1 และ Mode 2 นั้น ไทยไม่ผูกพันเปิดตลาดนอกเหนือไปจากการบริการให้คำปรึกษาทางการเงิน (Financial Advisory) และการบริการประมวลผลข้อมูลทางการเงิน (Financial Data Processing) เนื่องจากการให้บริการ Banking Services ประเภทอื่นนอกเหนือ ไปจาก 2 ประเภทย่อยนี้ เป็นการทำธุรกรรมทางการเงิน ไม่ใช่เพียงให้ข้อมูลหรือคำปรึกษา ซึ่งหากอนุญาตให้ผู้ให้บริการต่างชาติทำธุรกรรมทางการเงินดังกล่าวกับลูกค้าในประเทศไทยภายใต้ Mode 1 หรือ Mode 2 โดยไม่ต้องเดินทางเข้ามาในประเทศไทยนั้น อาจทำให้เกิดอุปสรรคหรือปัญหาในการตรวจสอบ กำกับ และติดตามธุรกรรมเหล่านี้ โดยเฉพาะเมื่อไทยยังไม่มีความพร้อมในเรื่องนี้

สำหรับ Mode 4 นั้น ไทยอนุญาตให้กิจการ Banking Services ของต่างชาติในประเทศไทย สามารถนำบุคลากรต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้ เพื่อเป็นช่องทางในการนำเอาความรู้ความชำนาญและประสบการณ์มาสู่ระบบสถาบันการเงินในประเทศ อันเป็นการช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพ และในขณะเดียวกันก็ได้กำหนดข้อจำกัดในเรื่องจำนวนบุคลากรต่างชาติในกิจการ Banking Services ของต่างชาติแยกตามประเภทของกิจการ เพื่อสร้างโอกาสสำหรับบุคลากรไทยในด้านการจ้างงานและการเข้าไปเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในกิจการของต่างชาติเหล่านี้

สำหรับใน Mode 3 ซึ่งไทยมุ่งเน้นกำหนดข้อผูกพันมากที่สุดเมื่อเทียบกับ Mode อื่นๆ นั้น เป็นการเปิดตลาดแบบค่อยเป็นค่อยไป กล่าวคือยังไม่อนุญาตให้บุคคลต่างชาติเข้ามาจดทะเบียนจัดตั้งสถาบันการเงินในประเทศไทยอย่างเต็มรูปแบบ นอกเหนือไปจากการจัดตั้งสำนักงานผู้แทน สาขารณการพาณิชย์ และสาขากิจการวิเทศธนกิจ แต่จะอนุญาตให้บุคคลต่างชาติเข้ามาถือหุ้นในกิจการธนาคารพาณิชย์ บริษัทเงินทุน และบริษัทเครดิตฟองซิเอร์ ในประเทศไทย ได้ไม่เกินร้อยละ 25 ของกิจการ โดยที่บุคคลต่างชาติแต่ละรายและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Related Persons) กับบุคคลนั้น สามารถถือหุ้นได้รวมกันไม่เกินร้อยละ 5 ในแต่ละกิจการธนาคารพาณิชย์ไทย และไม่เกินร้อยละ 10 ในแต่ละกิจการบริษัทเงินทุนหรือบริษัทเครดิตฟองซิเอร์ไทย ทั้งนี้ การจำกัดการถือหุ้นของบุคคลต่างชาติแต่ละราย จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการถือครองในส่วนของบริษัทต่างชาติกระจุกตัวอยู่ที่รายใดรายหนึ่ง มิฉะนั้น หากผู้ถือหุ้นต่างชาติรายใดรายหนึ่งเกิดประสบปัญหาหรือต้องการถอนทุน ก็อาจส่งผลกระทบต่อกิจการได้มาก ข้อกำหนดดังกล่าวจึงมีส่วนช่วยกระจายความเสี่ยงจากปัจจัยภายนอก

นอกจากนี้ แม้จะมีข้อกำหนดให้บุคคลต่างชาติถือครองกิจการได้ไม่เกินร้อยละ 25 แต่การระบุข้อยกเว้นให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (ภายใต้การเสนอแนะของธนาคารแห่งประเทศไทย) สามารถผ่อนคลายนข้อจำกัดเกี่ยวกับการถือครองหุ้นนี้ได้ชั่วคราว (ไม่เกิน 10 ปี) นั้น ทำให้ไทยมีความยืดหยุ่นในการดำเนินนโยบาย ซึ่งก่อให้เกิดผลดีโดยเฉพาะในช่วงวิกฤตการเงินในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งระบบสถาบันการเงินประสบปัญหาและต้องการเงินทุน ไทยได้อาศัยข้อยกเว้นดังกล่าวในการดึงดูดให้บุคคลต่างชาติเข้ามาถือหุ้นเพื่อเพิ่มทุนและฟื้นฟูระบบสถาบันการเงินไทย โดยที่สัดส่วนการถือหุ้นที่เพิ่มขึ้นของบุคคลต่างชาติในกรณีดังกล่าว เป็นผลจากการใช้ข้อยกเว้น ไม่ใช่เป็นเพราะทางการไทยเพิ่มข้อผูกพันการเปิดตลาด Banking Services ภายใต้ WTO แต่อย่างใด ทั้งนี้ เมื่อช่วงเวลาการอนุญาตให้บุคคลต่างชาติ

ถือหุ้นได้เกินร้อยละ 25 เป็นการชั่วคราวสิ้นสุดลง บุคคลต่างชาติซึ่งได้ถือหุ้นในส่วนที่เกินร้อยละ 25 จะได้รับการคุ้มครองให้ถือครองจำนวนหุ้นได้ตามเดิมต่อไปโดยไม่มีการบังคับให้ต้องขายหุ้นส่วนที่เกินให้กับบุคคลไทยแต่อย่างใด บทคุ้มครองดังกล่าวช่วยสร้างความมั่นใจให้กับนักลงทุนต่างชาติ และมีส่วนช่วยให้ไทยสามารถดึงดูดนักลงทุนต่างชาติให้เข้ามาช่วยเพิ่มทุนให้กับสถาบันการเงินในประเทศในช่วงวิกฤตที่ผ่านมา ทั้งนี้ เมื่อมีการเพิ่มทุนในสถาบันการเงินใดในประเทศภายหลังจากที่ช่วงเวลาการอนุญาตให้บุคคลต่างชาติถือหุ้นเกินในข้างต้นสิ้นสุดลง ก็จะอนุญาตให้เฉพาะบุคคลไทยเข้ามาเพิ่มทุนในกิจการสถาบันการเงินนั้นจนกว่าสัดส่วนการถือหุ้นของบุคคลต่างชาติในส่วนที่เกินมาจะหมดไป

ดังนั้น ภายใต้ Mode 3 ไทยระบุข้อผูกพันให้บุคคลต่างชาติเข้ามาจัดตั้งกิจการ Banking Services ได้แต่เฉพาะในรูปของ สำนักงานผู้แทน สาขานาการพาณิชย์ และสาขากิจการวิเทศธุรกิจ เท่านั้น และข้อผูกพันดังกล่าวได้กำหนดอีกว่า การที่ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติรายใหม่จะเข้ามาจัดตั้งสาขานาการพาณิชย์หรือกิจการวิเทศธุรกิจในประเทศไทย ก็จะต้องขอใบอนุญาตและได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง โดยที่ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติซึ่งมีสาขาแรกในประเทศไทยตั้งแต่ก่อนเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1995 จะได้รับอนุญาตให้เปิดสาขาเพิ่มได้อีกไม่เกิน 2 สาขา จะเห็นได้ว่า ข้อผูกพันดังกล่าว เป็นการเปิดตลาดแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่รับแรงที่จะให้ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติรายใหม่เข้ามาแข่งขันในตลาด Banking Services ของไทยมากเกินไป ทั้งนี้ เพื่อให้เวลากับสถาบันการเงินไทยในการเตรียมพร้อมเพื่อแข่งขันกับกิจการของต่างชาติมากขึ้นในอนาคต ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งของกระบวนการเตรียมพร้อม จะได้กล่าวถึงหลังจากนี้ในส่วนต่อไปเกี่ยวกับแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงินของไทย (Master Plan) อย่างไรก็ตาม ข้อผูกพันของไทยเรื่องการอนุญาตให้ธนาคารพาณิชย์ต่างชาติซึ่งมีสาขาแรกในประเทศไทยตั้งแต่ก่อนเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1995 สามารถเปิดสาขาเพิ่มได้อีกไม่เกิน 2 สาขา นั้น เป็นข้อผูกพันซึ่งคาดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในการกำหนดข้อผูกพันชุดใหม่ภายหลังจากการเจรจารอบโดฮา นี้ เพราะ Master Plan ของไทย (ซึ่งออกบังคับใช้หลังจากข้อผูกพันของไทยใน WTO ในปัจจุบัน) ได้ระบุข้อกำหนดเรื่องการขยายกิจการของต่างชาติในประเทศไทยในรูปของ Subsidiary มากกว่าในรูปของสาขา (ซึ่งเป็นรูปแบบที่ระบุไว้ใน WTO ในปัจจุบันก่อนที่การเจรจารอบโดฮาจะสิ้นสุดลง) ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับข้อกำหนดเรื่องการขยายกิจการของต่างชาติในประเทศไทยในรูปของ Subsidiary นั้น จะกล่าวถึงหลังจากนี้ในบทซึ่งวิเคราะห์เรื่อง Master Plan ของไทย

ทั้งนี้ การเจรจารอบโดฮาจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขข้อผูกพันการเปิดตลาด Banking Services ของไทยภายใต้ WTO มากน้อยเพียงใด จะต้องขึ้นอยู่กับผลของการเจรจาในท้ายที่สุด ซึ่งคาดว่าจะการเจรจาจะยังไม่เสร็จสิ้นก่อนต้นปี ค.ศ. 2005

5. แผนพัฒนาระบบสถาบันการเงินไทย¹²

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่งที่เป็นกรอบสำคัญในการกำหนดนโยบายในอนาคต คือการเปิดเสรีการค้าบริการภาคสถาบันการเงิน (Banking Services) ในส่วนของประเทศไทยเอง (Unilateral liberalization) ซึ่งไม่ได้เป็นการเจรจาแลกเปลี่ยนเรื่องการเปิดเสรีกับประเทศใดๆ แต่เป็นการเปิดเสรีตามที่ทางการเห็นว่าเหมาะสมต่อการพัฒนาระบบสถาบันการเงินไทยให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสถาบันการเงินไทย ซึ่งในช่วงที่ผ่านมา ธนาคารแห่งประเทศไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาระบบสถาบันการเงินเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการ -

แผนพัฒนาระบบสถาบันการเงินฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ กล่าวคือ

- **ส่งเสริมการให้บริการทางการเงินอย่างทั่วถึง** ปัจจุบันจากการสำรวจล่าสุดพบว่า ร้อยละ 58 ของผู้มีรายได้น้อย และร้อยละ 23 ของ SME (โดยเฉพาะผู้ประกอบการรายย่อย) ยังไม่ได้รับบริการจากภาคสถาบันการเงินหลัก โดยสำหรับผู้มีรายได้น้อย จะเน้นการส่งเสริมให้สถาบันการเงินให้บริการทางการเงินแก่ผู้มีรายได้น้อยมากขึ้น และสำหรับผู้อยู่ในชนบท นั้น การยกบทบาทของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรขึ้นเป็นสถาบันการเงินเพื่อการพัฒนาชนบท โดยขยายกลุ่มลูกค้าเพิ่มจากเดิมที่เป็นเฉพาะกลุ่มเกษตรกรเป็นผู้อยู่ในชนบท รวมทั้งการที่กระทรวงการคลังจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมบริการทางการเงินในระดับรากหญ้า จะมีส่วนช่วยให้ประชาชนได้รับบริการทางการเงินอย่างทั่วถึงมากขึ้น
- **ส่งเสริมประสิทธิภาพระบบสถาบันการเงิน** เพื่อให้ระบบสถาบันการเงินสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนจากการมีสถาบันการเงินหลากหลายประเภทที่ให้บริการแบบเดียว

¹² เนื้อหาในส่วนนี้อ้างอิงจากแผนพัฒนาระบบสถาบันการเงิน ของ ธปท. ที่ประกาศใช้เมื่อเดือนมกราคม 2547