

ต้นฉบับงานวิจัย เอกสารมีชุดเดียว
ใช้แล้วโปรดส่งคืน ฝ่าย 1

RDG 01/005/2541

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสังคมและ
การเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีการค้าและบริการ
ด้านสาธารณสุข

โดย

ผ.ศ.ดร.สมชาย สุขสิริเสรีกุล
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เสนอต่อ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ตุลาคม 2542



ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์
Economic Research and Training Center (ERTC)

คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสังคมและการเตรียม
ความพร้อมจากการเปิดเสรีการค้าและการบริการด้านสาธารณสุข

โดย

ผศ.ดร. สมชาย สุขสิริเสรีกุล

คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เสนอต่อ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)

ตุลาคม 2542

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
ชั้น 14 อาคาร เอส เอ็ม ทาวเวอร์
เลขที่ 979/1 ซอยคลองจั่น 31 แขวง รัชดาภิเษก เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 298-0455 โทรสาร 298-0476
Home page : <http://www.trf.or.th>
E-mail : trf-info@trf.or.th



คำนำ

ประเทศไทยได้เข้าไปมีส่วนในการค้าของโลกมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านสินค้าและบริการ และในสาขาต่างๆ รวมทั้งสาขาบริการสุขภาพด้วย ในขณะเดียวกัน ประชาคมโลกได้มีความพยายามที่จะเปิดเสรีการค้าของโลกให้มากขึ้นและเต็มที่ในที่สุด ซึ่งได้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งในการขยายการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศและนำมาสู่การเติบโตทางเศรษฐกิจและสวัสดิการของมวลมนุษย

ด้วยเล็งเห็นความสำคัญของการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพของไทยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จึงได้มอบหมายให้คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสังคมและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีการค้าและบริการด้านสาธารณสุข โดยมีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ช่วยกำกับดูแลทิศทางและเนื้อหาของการศึกษาตลอดจนนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพของไทยต่อไป นอกจากนี้ ผลของการศึกษาจะช่วยให้ผู้แทนการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศได้มีข้อมูลและแนวทางในการเจรจาต่อรองในเวทีการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของไทย หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษามาคำหนดมาตรการในการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพไว้ และภาคเอกชนจะได้ประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้ในลักษณะของการสร้างความพร้อมในการแข่งขันกับต่างประเทศต่อไป

จุดประสงค์หลักของการศึกษานี้คือการวิเคราะห์ผลของความตกลงระหว่างประเทศที่ไทยได้เข้าไปผูกพันที่มีต่ออุตสาหกรรมยา อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และบุคลากรทางการแพทย์ของไทย ซึ่งเป็นพื้นฐานในการประเมินผลกระทบทางสังคมที่จะเกิดขึ้นต่อมารวมทั้งเสนอแนะมาตรการในการควบคุมผลกระทบทางสังคมเหล่านั้นด้วย

รายงานผลการวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วย 9 บท บทแรกจะเป็นการให้ภาพของสถานการณ์การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพของโลก บทที่สองกล่าวถึงสถานการณ์การค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย บทที่สามได้บรรยายถึงความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ ผลของการวิเคราะห์การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยแสดงไว้ในบทที่ 4 ผลของการวิเคราะห์การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพต่อการค้าและการลงทุนของประเทศไทยในประเทศจีน มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา ได้รายงานไว้ในบทที่ห้า บทที่หกรวบรวมบท

บาทของการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการค้าและการลงทุนในต่างประเทศของไทยในภาคบริการสุขภาพภายใต้บริบทของการเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพ บทที่เจ็ดพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพที่เกิดจากความตกลงระหว่างประเทศ บทที่แปดเสนอแนะกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างชาติภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศที่จะนำไปสู่การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ และบทสุดท้ายสรุปการศึกษาทั้งหมดโดยย่อ

การศึกษานี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และความร่วมมือเป็นอย่างดีของผู้ร่วมประชุมระดมสมองจำนวน 5 ครั้งที่คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	(1-2)
สารบัญตาราง	(4-11)
สารบัญรูป	(12)
บทที่ 1 สถานการณ์การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาค บริการสุขภาพของโลก	1
บทที่ 2 .สถานการณ์การค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของ ไทย	42
บทที่ 3 ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้า และการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ	84
บทที่ 4 ผลของการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพ ของไทย	100
บทที่ 5 ผลของการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพต่อการค้าและ การลงทุนของประเทศไทยในอนาคต	146
บทที่ 6 บทบาทของการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการค้าและ การลงทุนในต่างประเทศของไทยในภาคบริการสุขภาพในบริบทของ การเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพ	195
บทที่ 7 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาค บริการสุขภาพที่เกิดจากความตกลงระหว่างประเทศและการควบคุมผล กระทบทางสังคมของประเทศสหรัฐที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ	226
บทที่ 8 ข้อเสนอกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยใน การแข่งขันกับต่างประเทศและข้อเสนอมาตรการเพื่อควบคุมผลกระทบ ทางสังคมภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศที่จะนำไปสู่การเปิดเสรีการ ค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพ	246
บทที่ 9 สรุป	253
บรรณานุกรม	261
ภาคผนวก	

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. การประมาณการจำนวนแพทย์ที่เกินความต้องการของประเทศ ต่างๆ	13
2. จำนวนโรงเรียนแพทย์ทั่วโลกและในประเทศกำลังพัฒนา	14
3. การจำแนกตามลักษณะของอุตสาหกรรมยา โดย UNIDO ในปี พ.ศ. 2533	15
4. การผลิตยา การบริโภทยา การนำเข้ายา และการส่งออกยาของ ประเทศต่างๆ	18
5. สัดส่วนของการผลิตยา การส่งออกยาและการบริโภคของกลุ่ม	29
6. สัดส่วนของการนำเข้ายาเทียบกับการบริโภทยาในปี พ.ศ. 2518 และ 2532	30
7. การประมาณการมูลค่ายาทั้งหมด และมูลค่ายาต่อหัวของประเทศ	31
8. สัดส่วนของการส่งออกยาของประเทศกำลังพัฒนา	32
9. มูลค่าการส่งออกยา และสัดส่วนของการส่งออกของยา	33
10. ความแตกต่างของราคาของยานิคเดียวกันที่เสนอจากบริษัทต่างๆ และราคาที่บริษัทหนึ่งเสนอให้กับประเทศต่างๆ	34
11. การเปรียบเทียบราคายา 8 ชนิดใน 4 ประเทศ*	35
12. ดัชนีราคาของยา ดัชนีขนาดของการบริโภทยา และดัชนีขนาดของ	36
13. ราคาต้นทุนและค่าขนส่ง (Cost and freight charges) ของยาวัตรูดิบ ชนิด oxytetracycline ของบริษัทยาข้ามชาติ และบริษัทยาท้องถิ่น ของ ประเทศบังกลาเทศปี พ.ศ. 2522	38
14. โครงสร้างต้นทุนของอุตสาหกรรมในประเทศกำลังพัฒนาระหว่างปี พ.ศ. 2518 และปีล่าสุด (2529, 2530 หรือ 2531)	39
15. การมีสิทธิบัตรยาคุ้มครอง การควบคุมราคาทางอ้อมและการควบคุม	40

ตารางที่	หน้า
16. การเปรียบเทียบราคาของยาบางชนิดที่ขายโดยที่ปรึกษาฯข้ามชาติ และบริษัทยาภายในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2536	59
17. ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยี่ห้อยาที่จำหน่ายในตลาดกับความ หลากหลายของราคา ในปี พ.ศ. 2527	61
18. การผลิตยาสำเร็จรูป การนำเข้า การส่งออก ความต้องการ รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของรายการเหล่านี้ของประเทศไทย	62
19. มูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูป(พิกัดศุลกากร 3001-3006) ของประเทศ ไทย (ล้านบาท)	63
20. มูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูป พิกัดศุลกากร (3001 –3006)ของ ประเทศไทย(ล้านบาท)	64
21. มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA) ของผลิตภัณฑ์ยาของประเทศ ไทยในช่วง ค.ศ. 1970 – 1987	65
22. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศ ไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2540	66
23. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศ ไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2531-2540	68
24. รายการอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุที่ผลิตได้ในประเทศไทย	70
25. จำนวนโรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไปของรัฐและเอกชนและ จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเหล่านี้ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2537	71
26. จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ปิดกิจการและเปิดกิจการใหม่และ จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2531 - 2537	72
27. กำไรสุทธิของโรงพยาบาลเอกชน	73
28. โครงสร้างรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ฯ	74
29. จำนวนผู้มารับบริการ โรงพยาบาลเอกชนในช่วง พ.ศ. 2531-2537	75

ตารางที่	หน้า
30. การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งแก่ชาวต่างประเทศ	76
31. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2529 – 2537	77
32. สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2529 – 2537	78
33. จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประจำปี การศึกษา 2537	79
34. จำนวนนิสิตนักศึกษาใหม่ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขประจำ ปีการศึกษา 2538	80
35. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2527 – 2537	81
36. จำนวนแพทย์จำแนกตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและสังกัดทั้ง ประเทศ ประจำปี 2535	82
37. การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษ หน้า (พ.ศ. 2558)	83
38. อายุของการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาประเภทที่สำคัญ	96
39. อัตราภาษีศุลกากรของหมวดเภสัชภัณฑ์ของประเทศต่างๆภายใต้ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า	97
40. การปรับลดภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาในช่วง พ.ศ. 2535-2539	119
41. ผลการคำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงของการนำเข้าและการ ผลิตยาสำเร็จรูป ของประเทศไทย	120
42. ความยืดหยุ่นของการนำเข้าวัตถุดิบยา(พิกัด 2901-2942) * ต่อการ ภาษีนำเข้า	122
43. ความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาสำเร็จรูป (พิกัด 3003-3004) ต่อการ ภาษีนำเข้า	123
44. การปรับลดภาษีการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปและชิ้นส่วน ประกอบในช่วงพ.ศ. 2535-2539	124

ตารางที่	หน้า
45. ความยืดหยุ่นของการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบ (Parts and Accessories) ของเครื่องมือแพทย์ต่อภานำเข้า	125
46. ความยืดหยุ่นของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป (Final Products) ต่อภานำเข้า	126
47. มูลค่าการนำเข้าและส่งออกถุงมือยางของไทย ในปี 2514-2540	127
48. มูลค่าการส่งออกถุงมือยางผ่าตัด จำแนกตามแหล่งส่งออกของไทยปี 2535-2539	128
49. โครงสร้างต้นทุนการผลิตถุงมือยาง ประเภทที่ใช้เพื่อตรวจโรค (examination glove)	129
50. มูลค่าการส่งออกและนำเข้าถุงยางอนามัยของไทย ในปี 2520-2540 (ล้านบาท)	130
51. ตลาดส่งออกถุงยางอนามัยที่สำคัญของไทย ในปี 2531-2540	131
52. แหล่งนำเข้าถุงยางอนามัยของไทยปี 2531-2540	132
53. โครงสร้างต้นทุนการผลิตถุงยางอนามัย	133
54. เปรียบเทียบราคาขายที่ยังคงสิทธิบัตรที่ผลิตโดยโรงงานที่คนไทยได้ GMP และราคาที่เสนอโดยเจ้าของสิทธิบัตรในปี พ.ศ. 2531	134
55. เปรียบเทียบราคาขายที่ยังคงสิทธิบัตรในปี 2531 ระหว่างราคาสูงสุดของโรงงานไทยที่ได้ GMP และราคาของเจ้าของสิทธิบัตร	135
56. การเปรียบเทียบราคาขาย (ดัชนีราคาปี 2518) ของประเทศที่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยากับประเทศที่ไม่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยา	137
57. ข้อจำกัดและเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการประดิษฐ์เชิงชาติของการค้าบริการสุขภาพที่สำคัญ 4 รูปแบบของประเทศไทยในปัจจุบัน	138
58. โครงสร้างรายรับของโรงพยาบาลเอกชนปี 2534	141
59. โครงสร้างค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2534	142
60. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนใน พ.ศ.2535	143

ตารางที่	หน้า
61. การเปรียบเทียบรายได้ของแพทย์ใน 6 ประเทศ ตามหลัก Purchasing Power Parity (PPP)	144
62. ผลกระทบของ GATS ต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรการแพทย์ของไทย	145
63. อัตราภานำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาของประเทศจีนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนถึงปัจจุบัน	163
64. มูลค่าผลผลิตทั้งหมด (gross value of output) และมูลค่าส่วนเพิ่มสุทธิ (net value added) ของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาและเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีน ในช่วง ค.ศ. 1980-1992 (หน่วย 1 พันล้านหยวนในมูลค่าปัจจุบัน)	164
65. มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนี Revealed comparative Advantage (RCA) ของผลิตภัณฑ์ยาประเทศจีน ในช่วง ค.ศ. 1970-1987	165
66. แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีน(10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	166
67. แหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีน (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	167
68. มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปจีน และสัดส่วนที่ส่งออกไปจีนต่อการส่งออกทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	168
69. มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยจากจีน และสัดส่วนที่นำเข้าจากจีนต่อการนำเข้าทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	169
70. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศจีน) ระหว่างปี 2531-2539	170
71. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศจีน) ระหว่างปี 2531-2539	172
72. ประเทศและขนาดของการร่วมทุนแบบ Equity Joint Venture ภาคบริการสุขภาพในประเทศจีน ค.ศ. 1990	174

ตารางที่	หน้า
73. อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับบริการสุขภาพที่รัฐให้เปล่ากับประชาชน	175
74. การเปลี่ยนแปลงของดัชนีราคาสินค้าทั่วไป (Consumer Price Index) และดัชนีราคาสินค้าในหมวดการรักษาพยาบาลและยา (Chinese and Western Medicines) ในช่วง ค.ศ. 1992-1996	176
75. แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	177
76. แหล่งที่มาและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	178
77. มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยจากมาเลเซีย และสัดส่วนที่นำเข้าจากมาเลเซียต่อการส่งออกทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	179
78. มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปมาเลเซีย และสัดส่วนที่ส่งออกไปมาเลเซียต่อการส่งออกทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	180
79. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศไทย) ระหว่างปี 2531-2540	181
80. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศไทย) ระหว่างปี 2531-2539	183
81. มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนีRevealed Comparative Advantage (RCA) ของผลิตภัณฑ์ยาของประเทศไทย ในช่วง ค.ศ. 1970 – 1987	185
82. จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1980 –1995	186
83. แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	187

ตารางที่	หน้า
84. แหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศสหรัฐ (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537	188
85. มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปสหรัฐ และสัดส่วนที่ส่งออกไปสหรัฐต่อการส่งออกทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	189
86. มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยจากสหรัฐ และสัดส่วนที่นำเข้าจากสหรัฐต่อการส่งออกทั้งหมด ในพ.ศ. 2531-2539	190
87. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศ ไทย (จากประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539	191
88. มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศ ไทย (ไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539	193
89. กำลังการผลิตของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ	217
90. จำนวนเงินลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปี ต่างๆ	218
91. รายการเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ส่งเสริมการลงทุน	219
92. โครงการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในช่วง พ.ศ. 2533 – 2535	220
93. การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของโรงพยาบาลแยกตามรายภาค	222
94. การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของเครื่องมือการแพทย์แยกตามราย ภาค	223
95. การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของยาแยกตามรายภาค	224
96. สัญชาติผู้ลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปี ต่างๆ	225
97. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแหล่งของเงินทุนและประเภทกิจกรรม ของประเทศสหรัฐในปี 1993	243

ตารางที่	หน้า
98. ต้นทุนของโรงพยาบาลของประเทศไทย	244
99. ข้อมูลโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา	245

สารบัญรูป

รูปที่

หน้า

รูปที่ 1 : การศึกษาผลของการเปิดเสรีการค้าและการลงทุน
ในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย

260

บทที่ 1

สถานการณ์การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ ในภาคบริการสุขภาพของโลก

บริการสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมใหญ่ประเภทหนึ่งของโลก โดยคิดเป็นร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของโลก (gross world product) แต่กลับมีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศในสัดส่วนที่น้อยมาก (Getzen, 1997) ข้อจำกัดในการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ เช่น การอนุมัติใบประกอบโรคศิลปะและการควบคุมมาตรฐานของบริการสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้การค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศเป็นไปได้ยากและอาจเป็นไปได้ในหลายกรณี ดังนั้นการค้าบริการสุขภาพจึงจำกัดอยู่ในรูปของการค้าข้ามพรมแดน (cross-border trade) ในบทนี้จะกล่าวถึงการเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศ การค้ายาระหว่างประเทศ และการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศ

1.1 การเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศ

Abel-Smith (1994) ได้กล่าวไว้ว่า ทั้งโลกมีการผลิตแพทย์เกินความต้องการ ตารางที่ 1 แสดงการประมาณการจำนวนแพทย์ที่เกินความต้องการใน ค.ศ. 1987 และ 2000 แม้วินิจฉัยของจำนวนแพทย์ที่เกินความต้องการจะต่างกันในแต่ละประเทศ แต่ประเทศส่วนใหญ่ในโลกก็พยากรณ์ว่า ประเทศตนมีจำนวนแพทย์จำนวนหนึ่งเกินความต้องการ

เหตุผลประการสำคัญที่ทำให้เกิดมีแพทย์เกินความต้องการคือ การผลักดันจากองค์การอนามัยโลกให้ในทศวรรษ 1950 และ 1960 ที่เน้นย้ำให้ประเทศต่างๆผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศถึงกับตั้งเป้าหมายที่จะให้มีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรเป็น 1 ต่อ 1,000 ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจที่จะเห็นการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 2 ว่า โรงเรียนแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนามีการขยายตัวสูงกว่าโรงเรียนแพทย์ในประเทศพัฒนาแล้ว

แพทย์ที่เกินความต้องการในประเทศต่างๆเหล่านี้มักจะอพยพไปทำงานในต่างประเทศด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจเป็นหลัก เหตุผลรองลงมาคือการที่ไม่สามารถหางานที่ตนถนัดทำได้ (เช่น เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และนักวิจัย เป็นต้น) Abel-Smith (1994) บันทึกไว้ว่า ในทศวรรษที่ 1950 และ 1960 ได้มีการอพยพแพทย์อย่างขนานใหญ่จากประเทศอินเดียและไคล่เคียงสู่ประเทศอังกฤษ ขณะที่แพทย์อังกฤษที่ล้มเหลวกับการเป็นแพทย์เฉพาะทางก็อพยพไปประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา

ในทศวรรษ 1960-1970 ประเทศสหรัฐได้รับแพทย์ที่อพยพไปอยู่จากทั่วโลก โดยมีเพียงข้อแม้ว่าแพทย์เหล่านั้นต้องผ่านहारอบรม ECFMG ซึ่งจัดขึ้นเพื่อทดสอบแพทย์ต่างชาติโดยเฉพาะ ใน

ปี ค.ศ. 1972 กึ่งหนึ่งของแพทย์ที่เข้าสอบใบประกอบโรคศิลปะของรัฐต่างๆในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นแพทย์ต่างชาติ การเข้าไปทำงานในประเทศสหรัฐเป็นที่นิยมกันมากถึงขั้นที่โรงเรียนแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนามาบางแห่ง (เช่นในประเทศฟิลิปปินส์) ได้ใช้หลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อให้แพทย์ที่จบไปสามารถสอบผ่าน ECFMG เป็นหลัก World Bank (1993) ได้รายงานว่า ร้อยละ 56 ของแพทย์ที่อพยพไปทำงานต่างประเทศเป็นแพทย์ที่มาจากประเทศกำลังพัฒนา

ทิศทางของการเคลื่อนย้ายของแพทย์ส่วนใหญ่แล้วเป็นการเคลื่อนย้ายของแพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศพัฒนาแล้ว หากพิจารณาจากความจริงที่ว่าแพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาได้รับการอุดหนุนทางการเงินสำหรับการเรียนเป็นแพทย์แล้ว ก็จะพบว่าประเทศกำลังพัฒนาได้อุดหนุนทางการเงินให้แก่ประเทศพัฒนาแล้วในการผลิตแพทย์ เพราะประเทศกำลังพัฒนาไม่ได้รับผลประโยชน์ในรูปของบริการจากแพทย์ที่ผลิตได้ ซึ่งอพยพไปประเทศพัฒนาแล้ว นอกจากนี้ก็ยังทำให้ประเทศกำลังพัฒนาต้องขาดแคลนแพทย์ต่อไปอีก

หลังจากการขึ้นราคาน้ำมันโลกในปี ค.ศ. 1973 ประเทศอาหรับที่ส่งออกน้ำมันก็ได้ร่ำรวยขึ้นและเริ่มนำเข้าแพทย์จำนวนมาก ซึ่งได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการเคลื่อนย้ายแพทย์ระหว่างประเทศ แต่ในทศวรรษ 1980 ประเทศต่างๆเริ่มเข้มงวดกับการรับแพทย์ต่างชาติด้วยเหตุผลสำคัญสองประการ คือ จำนวนแพทย์ภายในประเทศที่เพิ่มมากขึ้น และแรงกดดันทางการเมืองที่กดดันการรับผู้อพยพทุกประเภท ประเทศอังกฤษได้ขยายจำนวนโรงเรียนแพทย์และวางแผนที่จะทดแทนแพทย์ต่างชาติที่เกษียณอายุด้วยแพทย์ภายในประเทศ ประเทศสหรัฐก็เข้มงวดเช่นกัน ประเทศอาหรับที่ส่งออกน้ำมันก็ขยายโรงเรียนแพทย์จนทำให้การผลิตแพทย์ภายในประเทศทดแทนแพทย์ต่างชาติได้ในที่สุด ดังนั้น การอพยพของแพทย์จึงได้ลดลงจนถึงปัจจุบัน

การเคลื่อนย้ายของพยาบาลระหว่างประเทศเกิดตามมาหลังการอพยพของแพทย์ระหว่างประเทศ แต่ข้อมูลของการเคลื่อนย้ายของพยาบาลระหว่างประเทศกลับไม่มีความชัดเจนเท่ากับการอพยพของแพทย์ระหว่างประเทศ ประเทศอาหรับที่ส่งออกน้ำมันได้เพิ่มการนำเข้าพยาบาลถึงร้อยละ 110 ระหว่าง ค.ศ. 1965-1980 พยาบาลส่วนใหญ่มาจากประเทศอินเดีย ปากีสถาน ฟิลิปปินส์ และเกาหลีใต้ พยาบาลจำนวนมากก็ได้อพยพมาจากประเทศแถบแคริบเบียนไปสู่ประเทศสหรัฐจนทำให้พยาบาลของประเทศเหล่านี้ขาดแคลน ในทศวรรษ 1980 ประเทศสหรัฐก็แก้ไขปัญหขาดแคลนพยาบาลโดยการผ่อนปรนการอนุมัติวีซ่าเข้าเมืองกับพยาบาลเหล่านี้ การอพยพของพยาบาลทำให้ประเทศจามาอิกต้องมีตำแหน่งพยาบาลว่างถึงร้อยละ 50 และจำเป็นต้องปิดอาคารผู้ป่วยหลายแห่ง World Bank (1993) ได้ระบุว่า พยาบาลที่อพยพระหว่างประเทศร้อยละ 90 ไปประเทศสหรัฐ แคนาดา ยุโรปตะวันตก และประเทศแถบแปซิฟิกตะวันตก

Abel-Smith (1994) ได้กล่าวถึงการอพยพของแพทย์ในกลุ่มสหภาพยุโรป (the European Community) ที่มีการรวมตัวกันอย่างใกล้ชิดมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก แพทย์จากประเทศสมาชิกในกลุ่มสหภาพยุโรปสามารถไปทำงานแห่งใดก็ได้ในกลุ่มสหภาพยุโรป การอพยพอย่างเสรีนี้ทำให้

ประเทศสมาชิกพบกับความยุ่งยากในการวางแผนผลิตแพทย์ตามที่ต้องการ ดังนั้น ประเทศสมาชิกทั้งหมด (ยกเว้น 2 ประเทศ) ได้ตั้งข้อจำกัดในการเข้าโรงเรียนแพทย์หรือเพิ่มมาตรฐานของการสอบนักศึกษาแพทย์ปีหนึ่ง ข้อจำกัดและมาตรฐานของการศึกษาทางการแพทย์มากกว่าที่เป็นการจำกัดจำนวนแพทย์ในระยะยาวให้สอดคล้องกับจำนวนแพทย์ที่แต่ละประเทศสามารถจ่ายได้ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายของแพทย์ในกลุ่มสหภาพยุโรปยังคงถูกจำกัดด้วยความแตกต่างด้านภาษา วัฒนธรรม การฝึกอบรมหลังการศึกษา และการจำกัดการประกันสุขภาพ แต่ข้อจำกัดเหล่านี้จะลดลงอย่างมากในระยะยาว

Getzen (1997) ได้วิเคราะห์ไว้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะเคลื่อนย้ายไปทำงานในที่ที่ให้ค่าตอบแทนสูงสุด อย่างไรก็ตาม การอพยพของบุคลากรทางการแพทย์ก็ยังคงเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากยังมีลักษณะงานบางประเภทที่บุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศไม่ค่อยได้ให้ความสนใจที่จะทำ เช่น จิตเวช และการดูแลคนชราในสถานพักฟื้น เป็นต้น ซึ่งงานเหล่านี้มักต้องการความอดทน ความเข้มแข็ง และความตั้งใจมากกว่าความเป็นเลิศทางวิชาการหรือมีภาษาเป็นอุปสรรค ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติมีช่องทางในการหางานทำในต่างประเทศได้

นอกจากนี้ การค้าบริการสุขภาพในรูปของความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งได้มีการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศมากที่สุด (เช่น การศึกษาและการฝึกอบรมในต่างประเทศของบุคลากรทางการแพทย์) กลับไม่ได้บันทึกอยู่ในบัญชีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ แต่ความรู้และทักษะเหล่านั้นได้สร้างประโยชน์แก่ประเทศต่างๆ อย่างประมาณค่ามิได้ (เช่น การลดการตายและการเจ็บป่วยลงอย่างมาก เป็นต้น)

1.2 การค้าระหว่างประเทศ

การผลิตยาของโลกได้เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว ระหว่างปี พ.ศ. 2518 และ 2533 มูลค่าของยาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2533 เป็น 1.5 แสนล้านเหรียญสหรัฐ (ณ ราคาคงที่ของปี พ.ศ. 2533) ขณะเดียวกัน การบริโภคของประชากรโลกก็ได้เพิ่มตามไปด้วยในช่วงระยะเวลานี้ โดยเฉลี่ยจากคนละ 17 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2518 เป็น 29 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2533 (Ballance et al. 1992)

UNIDO (United Nations Industrialization Development Organization) ได้จำแนกประเทศต่างๆ ทั่วโลกตามขีดความสามารถในการผลิตยาออกเป็น 4 กลุ่ม ด้วยกัน คือ

- 1.) กลุ่มประเทศที่มีอุตสาหกรรมยาที่ก้าวหน้ามาก ประกอบกับมีฐานของการวิจัยที่สำคัญ
- 2.) กลุ่มประเทศที่มีอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพในการผลิตสูงถึงขั้นผลิตยาวัตถุذبตัวใหม่ๆ ได้ (new molecular entity)
- 3.) กลุ่มประเทศที่มีอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพในการผลิตยาสามัญและยาวัตถุذبบางชนิด

4.) กลุ่มประเทศที่ไม่มีอุตสาหกรรมภายในประเทศ

ตารางที่ 3 แสดงรายชื่อของประเทศในแต่ละกลุ่มของปี พ.ศ. 2533 การผลิตยา การบริโภคนยา การนำเข้ายา และการส่งออกยาของประเทศต่างๆ แสดงไว้ในตารางที่ 4

อุตสาหกรรมยาในกลุ่มประเทศแรก สามารถผลิตยาที่ค้นพบใหม่และพัฒนาขึ้นมาใหม่มากกว่าร้อยละ 90 ของยาใหม่ที่จำหน่ายทั่วโลก การวิจัยและพัฒนาใหม่ของประเทศเหล่านี้ซึ่งอยู่ในระดับสูงมากโดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศในลักษณะต่างๆ ในปี พ.ศ. 2533 สัดส่วนการผลิตยาของอุตสาหกรรมยาในกลุ่มประเทศนี้มีขนาดสูงถึง 69% โดยที่การบริโภคนยาต่อประชากรหนึ่งคนในกลุ่มประเทศนี้ที่สูงเช่นกัน (150.5 เหรียญสหรัฐ) การผลิตยาของกลุ่มประเทศนี้ เป็นไปเพื่อการส่งออกถึง 68% ของการส่งออกยาทั่วโลก (ดูตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงในช่วง พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2533 พบได้ว่า การผลิตยาในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 9% ขณะที่การบริโภคนยาต่อประชากรหนึ่งคนเพิ่มถึง 84.7 เหรียญสหรัฐ (128.7%) แต่การส่งออกยาลดลงถึง 10%

อุตสาหกรรมยาในกลุ่มประเทศที่สอง มีความสามารถที่ผลิตยาวัตถุดิบที่ค้นพบในประเทศกลุ่มแรกได้ รวมทั้งยาสำเร็จรูปด้วย แม้ว่าการวิจัยยา การผลิตยา และการจำหน่ายยาของประเทศเหล่านี้ยังน้อยกว่ากลุ่มประเทศแรกอย่างมาก ในปี พ.ศ. 2533 การผลิตยาของอุตสาหกรรมยาของกลุ่มประเทศนี้เป็น 22% ของการผลิตยาทั่วโลก การบริโภคนยาต่อหัวของประชากรในประเทศกลุ่มนี้เป็น 12.2 เหรียญสหรัฐ และการส่งออกมีสัดส่วนคือ 27% ของการส่งออกทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงในช่วงปี พ.ศ. 2518 ถึง 2533 แสดงให้เห็นว่าการผลิตยาในประเทศลดลง 6% การบริโภคนยาต่อหัวเพิ่มแค่ 2.6 เหรียญสหรัฐ (27%) การส่งออกเพิ่มถึง 8% ของการส่งออกทั่วโลก

ผู้ผลิตยาในกลุ่มประเทศที่สามประกอบด้วย ผู้ผลิตยาท้องถิ่น บริษัทยาข้ามชาติจากกลุ่มประเทศแรก และบริษัทที่ร่วมทุนระหว่างผู้ผลิตยาท้องถิ่นกับบริษัทยาข้ามชาติ บางประเทศมีจำนวนผู้ผลิตยาท้องถิ่นเป็นสัดส่วนที่สูง (เช่น ผลิตยาได้มากกว่า 80% ของมูลค่ายาทั้งหมด) แต่บางประเทศมีจำนวนบริษัทยาข้ามชาติเป็นสัดส่วนที่ใหญ่ การผลิตยาของประเทศเหล่านี้มีจำนวนน้อยเพียง 9% ของการผลิตยาทั่วโลกในปี พ.ศ. 2533 การบริโภคนยาต่อหัวของประชากรในกลุ่มนี้เป็นแค่ 9.4 เหรียญสหรัฐ การส่งออกยาเป็นเพียง 5% ของการส่งออกทั่วโลก การเปลี่ยนแปลงในการผลิตยาระหว่างปี พ.ศ. 2518 - 2533 ลดลง 3% การบริโภคนยาเพิ่มขึ้น 27% และการส่งออกเพิ่ม 1%

กลุ่มประเทศสุดท้ายที่ไม่มีอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศต้องนำเข้ายาจากต่างประเทศเพื่อการบริโภคทั้งสิ้น การบริโภคโดยเฉลี่ยของประชากร 1 คน ของประเทศเหล่านี้มีขนาดใกล้เคียงกับประชากรในกลุ่มประเทศที่สาม นั่นคือ 8.2 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2533 เพิ่มจากปี พ.ศ. 2518 ถึง 52%

แม้ว่าการผลิตยาบางประเภทภายในประเทศเพียงพอ หรือมากกว่าความต้องการภายในประเทศ การผลิตยาประเภทอื่นอาจมีน้อยกว่าความต้องการซึ่งนำไปสู่การนำเข้ายาเหล่านั้น เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับทุกประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ การผลิตยาภายในประเทศสูงกว่าการบริโภคถึง 2.7 เท่า โดยที่ 80% ของการผลิตเป็นการส่งออก ขณะที่ 50% ของยาบริโภคในประเทศต้องนำเข้าจากต่างประเทศ

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2518 - 2532 ประเทศต่างๆ (ยกเว้น ญี่ปุ่นและประเทศในเอเชียใต้ และตะวันออก) มีการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นจากต่างประเทศ ดังนั้นโอกาสของการค้าระหว่างประเทศจึงมีสูงขึ้นในอนาคต หากแนวโน้มการนำเข้ายาไม่เปลี่ยนแปลงจากนี้ เนื่องจากญี่ปุ่นและประเทศในเอเชียใต้ และตะวันออกมีการผลิตยาภายในประเทศเพิ่มขึ้น จึงทำให้มีการลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศลง ประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ มีการนำเข้ายาจากนอกประเทศสูงที่สุดในช่วง 15 ปีนี้ (เพิ่มขึ้น 24.4%) รองลงมาคือ ประเทศในทวีปแอฟริกาเหนือ (10%) ดังนั้นตลาดในสองภูมิภาคนี้จึงน่าที่จะเป็นตลาดการส่งออกยาของประเทศต่างๆ รวมทั้งของประเทศไทยด้วย

Ballance et al. (1992) ได้ให้ความเห็นว่า แนวโน้มของตลาดยาของโลกคือ อุปสงค์ต่อยาจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สัดส่วนของอุปสงค์ต่อยา ในประเทศกำลังพัฒนาในตลาดโลกจะมีมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ในขณะที่ตลาดในประเทศพัฒนาแล้วเริ่มอิ่มตัว เป็นผลมาจากนโยบายลดค่าใช้จ่ายในด้านบริการสุขภาพ แม้ว่าประเทศเหล่านี้มีประชากรวัยชราเพิ่มขึ้นมาก (ageing population) และประชากรมีรายได้เพิ่มสูงขึ้นก็ตาม ดังนั้นเราจำเป็นต้องมาศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการขยายตัว และปัจจัยที่มีผลต่อการจำกัดของตลาดการค้าระหว่างประเทศ ต่อไปนี้ ปัจจัยที่กำหนดอุปสงค์ต่อยาในประเทศหนึ่งๆ แบ่งได้เป็นส่วนกลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ รูปแบบความเจ็บป่วย และโครงสร้างประชากรในขณะหนึ่งๆ ซึ่งเป็นตัวกำหนดประเภทยาตามฤทธิ์ของยาที่จำเป็นในการรักษา (therapeutical requirement)

2.) ปัจจัยภายใน ได้แก่ ราคา ยา รายได้ของประชากร การโฆษณา ความรู้ทางการแพทย์ และความนิยม

ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรส่วนใหญ่อายุุน้อย โรคที่เป็นกันบ่อยและสำคัญ คือ โรคติดเชื้อ และโรคที่เป็นฉับพลัน ดังนั้น ยาที่ขายได้ดีและได้มากจึงเป็นประเภท systemic antibiotics, systemic antirheumatics, vitamins และยาแก้ไอ และยาแก้หวัด ยาเหล่านี้มีราคาไม่แพง

แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า ข้อมูลทางด้านโรคของประเทศกำลังพัฒนามีความขาดแคลนเป็นอย่างยิ่ง โดยส่วนใหญ่แล้วทางการมักจะเน้นการรายงานโรคติดเชื้อ และโรคที่รุนแรงถึงขั้นตาย

ดังนั้น ข้อมูลของโรคอื่นๆ จึงไม่ค่อยน่าเชื่อถือ ยิ่งไปกว่านั้น การบันทึกที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมักเกิดขึ้นเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมักจะไม่ได้รับการบริการสุขภาพแต่จะรักษาตนเอง การประมาณการความต้องการยาของประเทศกำลังพัฒนา โดยอาศัยข้อมูลของโรคที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอ และผิดพลาดได้

Patel (1983) ได้ประมาณการมูลค่ายาของประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคต่างๆ ในปี พ.ศ. 2543 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 7 การขยายตัวของตลาดยาสูงสุดในกลุ่มประเทศนี้อยู่ที่เอเชียใต้และตะวันออกรวมทั้งจีนด้วย โดยมีการเพิ่มของมูลค่ายาเกือบ 300% ระหว่างปี พ.ศ. 2524 - 2543 คิดเป็นประชากร 1 คน จะบริโภคยาที่มีมูลค่าสูงขึ้นถึง 155% ตลาดยาในแถบนี้จัดเป็นขนาดใหญ่ อันดับ 4 ของโลกในปี พ.ศ. 2524 แต่จะเป็นอันดับ 2 รองจากทวีปอเมริกาเหนือ โดยที่ขนาดของความแตกต่างในมูลค่าของสองอันดับแรกเป็นเพียง 5%

การเพิ่มขนาดของตลาดยาประเภทนี้ย่อมแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการนำเข้ายาที่มีเพิ่มขึ้น (หรือโอกาสการส่งออกไปสู่ภูมิภาคนี้ที่สูงขึ้น) แต่เนื่องจากประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้มีการผลิตได้ค่อนข้างสูง ยาที่มีโอกาสที่จะส่งออกไปสู่ภูมิภาคนี้ได้อย่างประสบความสำเร็จ ต้องเป็นยาที่ผลิตไม่ได้ในท้องถิ่น เช่น ยาที่มีสิทธิบัตรยาหรือยาใหม่ เป็นต้น หรือผู้ส่งออกต้องเสนอเงื่อนไขที่ทำให้ยาที่ส่งออกแข่งขันกับยาที่ผลิตในท้องถิ่นได้ เช่น ด้านราคา ด้านคุณภาพ ฯลฯ

Schut et al (1986) คำนวณว่า การเพิ่มขึ้นของความสามารถในการซื้อของประชาชน (ซึ่งแทนด้วยการเพิ่มของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศต่อหัวของประชากร หรือ per capital Gross Domestic Product) นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของราคายา โดยที่ per capital GDP. เป็น 10% ทำให้ราคายาเพิ่มขึ้น 8% โดยเฉลี่ย

ประเทศกำลังพัฒนาส่งออกยาได้เพียง 6.7% ของกำลังการผลิตทั่วโลกในปี พ.ศ. 2532 เพิ่มขึ้นจาก 2.6% ในปี พ.ศ. 2518 (ดูตารางที่ 8) มูลค่าการส่งออก และสัดส่วนของการส่งออกของยาสำเร็จรูปเทียบกับวัตถุดิบของประเทศกำลังพัฒนาแสดงในตารางที่ 9

Ballance et al. (1992) ได้อธิบายถึงปัจจัยหลัก 4 ประการที่ทำให้การส่งออกยาจากประเทศเหล่านี้เป็นไปได้ดังนี้

- 1.) ผู้กำหนดนโยบายยาต้องการให้ผู้ผลิตท้องถิ่นให้ความสำคัญแก่ผู้บริโภครายในประเทศก่อน โดยผลิตยาเพื่อตอบสนองรูปแบบการเจ็บป่วยของประเทศ ดังนั้น จึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการส่งออกยาเท่าที่ควร
- 2.) จุดประสงค์หลักของบริษัทยาข้ามชาติในประเทศกำลังพัฒนา คือ การรักษาหรือขยายตลาดยาภายในประเทศมากกว่าการตั้งฐานการผลิตเพื่อส่งออก นอกจากนี้ยังพบว่า บริษัทยาข้ามชาติในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มีปริมาณการส่งออกยาน้อยกว่าผู้ผลิตท้องถิ่น

3.) การตลาดยาระหว่างประเทศเป็นเรื่องยากกว่าการตลาดระหว่างประเทศของสินค้าอุปโภคบริโภคอื่นๆ เนื่องจากต้องประสบกับการแทรกแซงและความคุ้มครองของรัฐบาลของประเทศนำเข้ายา และมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ยาที่สูง

4.) การผลิตยาไม่ได้ขึ้นกับค่าแรงที่ถูก หรือทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นปัจจัยการผลิตที่มากมาย ดังนั้น ประเทศกำลังพัฒนาที่มีความได้เปรียบทั้งสองประการจึงไม่ได้มีความได้เปรียบในการผลิตยา (ต้นทุนการผลิตที่ต่ำ) ในเวทีการค้าระหว่างประเทศประเด็นที่ว่า บริษัทยาข้ามชาติมีบทบาทอย่างมากต่อการเติบโตของการส่งออกยาจากประเทศกำลังพัฒนาหรือไม่ถูกศึกษาโดย Kirim (1986) เขาใช้ข้อมูลอุตสาหกรรมยาของประเทศตุรกี และพบว่า บริษัทยาท้องถิ่นมีการส่งออกยามากกว่าบริษัทยาข้ามชาติในปี พ.ศ. 2525 (81% ของมูลค่าการส่งออก) แม้ว่าการส่งออกในขณะนั้นยังมีขนาดต่ำมาก เขาให้เหตุผลของปรากฏการณ์นี้ว่า ผู้ผลิตยาท้องถิ่นจำเป็นต้องส่งออกยา เพราะตลาดภายในประเทศมีขนาดเล็กเกินไปที่จะทำให้การผลิตยาคุ้มค่า และยาสำเร็จรูป เป็นไปอย่างมีความเหมาะสมทางเศรษฐกิจ แม้ว่าจะมีเทคโนโลยีในการผลิตอยู่ก็ตาม

Balasubramaniam (1983) ชี้ให้เห็นว่า เทคโนโลยีสำหรับการผลิตยาวัตถุดิบและยาเภสัชเคมีภัณฑ์เป็นเรื่องสลับซับซ้อนมาก เงินทุนที่ใช้ก็สูง และการขยายขนาดการผลิตก็เป็นประเด็นสำคัญ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2526 จึงมีเพียง 6 ประเทศในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (อาเจนตินา บราซิล อินเดีย อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ และเม็กซิโก) ที่สามารถมีอุตสาหกรรมยาแบบครบวงจร (vertically integrated pharmaceutical industry) นั่นคือ ตั้งแต่ผลิตยาวัตถุดิบจนถึงเป็นยาสำเร็จรูป

ในระยะแรกของการตั้งอุตสาหกรรมยาแบบครบวงจรเป็นเรื่องยากมาก เพราะตลาดในประเทศมีขนาดเล็ก หนทางในการแก้ปัญหานี้คือการตกลงร่วมมือกันระหว่างประเทศในการผลิตยาและตั้งศูนย์เทคโนโลยีทางการผลิตยาขึ้น

ประเทศจีนเป็นผู้ผลิตยารายใหญ่ที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา โดยผลิตได้ประมาณ 40% ของกำลังการผลิตของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหมดในปี พ.ศ. 2531 อุตสาหกรรมยาของจีนเริ่มมาจากการมีอุตสาหกรรมเคมีพื้นฐานที่เข้มแข็งแล้วก็พัฒนาไปเป็นอุตสาหกรรมเภสัชเคมีภัณฑ์ (pharmaceutical - chemical industry) โดยก้าวไปสู่กิจกรรมปลายทาง (down stream activities) ได้แก่ อุตสาหกรรมสำหรับกรรมวิธีการผลิตและเปลี่ยนรูปแบบเป็นยาสำเร็จรูป (processing and dosage - form industry) หลังจากที่มีประเทศมีการผลิตยาวัตถุดิบเพียงพอแล้ว โดยที่อุตสาหกรรมขั้นสุดท้ายต้องพึ่งพาการร่วมลงทุนกับบริษัทต่างชาติ (foreign multinationals) จนทำให้ในปัจจุบันประเทศจีนมีทั้งอุตสาหกรรมการผลิตยาวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป

แม้ว่าผู้ผลิตยาในประเทศพัฒนาแล้วยังคงโดดเด่นในตลาดยาระหว่างประเทศ แต่ก็มีเหตุผลหลายประการต่อไปนี้จะสนับสนุนการเพิ่มบทบาทที่สำคัญของผู้ผลิตยาในประเทศกำลังพัฒนาในอนาคต

- 1) อุปสงค์ของประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยที่ผู้ผลิตท้องถิ่นจะได้รับผลประโยชน์โดยตรงและล่าช้าแรกๆ
 - 2) รัฐบาลมักจะส่งเสริมการผลิตยาจากหลายๆ แหล่ง โดยแบ่งให้บริษัทข้ามชาติเป็นผู้ผลิตยาใหม่ หรือยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ซึ่งผู้ผลิตยาในประเทศกำลังพัฒนาจะได้ผลประโยชน์จากการเรียนรู้การผลิตยานั้นๆ ในที่สุดเมื่อสิทธิบัตรหมดอายุ
 - 3) การแข่งขันของบริษัทข้ามชาติที่เข้มข้นขึ้นในเวทีการค้ายาระหว่างประเทศทำให้รัฐสามารถเลือกบริษัทข้ามชาติที่เสนอผลประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะผลต่อการพัฒนาและปรับปรุงอุตสาหกรรมยาท้องถิ่น
 - 4) ประเทศที่กำลังพัฒนาหลายประเทศได้ผลักดันการส่งออกเพิ่มสินค้าต่างๆ ขึ้นด้วยประสบการณ์ที่ได้รับจากตลาดภายในประเทศ รวมทั้งผลิตภัณฑ์ยาด้วย
- โอกาสการส่งออกยาของผู้ผลิตในประเทศกำลังพัฒนาขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัยหลัก คือ

- 1) อุปสงค์ต่อยาสามัญของโลกที่เพิ่มขึ้น
- 2) จิตความสามารถในการแข่งขันด้านราคาในตลาดการค้ายาระหว่างประเทศ
- 3) นโยบายทางด้านสุขภาพ และรูปแบบของมาตรการควบคุมการให้บริการสุขภาพ และเวชภัณฑ์ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา
- 4) การวิจัย และพัฒนาของผู้ส่งออกยา (ส่วนใหญ่เป็นยาสามัญที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครองแล้ว) จากประเทศกำลังพัฒนาเป็นไปเพื่อการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูป และกรรมวิธีการผลิตเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพและความนิยมของผู้บริโภคยาท้องถิ่นของประเทศคู่ค้า

Schut et al. (1986) ศึกษาถึงความแตกต่างของราคาระหว่างประเทศ โดยพบว่า บริษัทยามักจะทำการแยกราคาขาย (price discrimination) นั่นคือ ไม่เพียงแต่ราคาของยาชนิดเดียวกันจะถูกเสนอขายในราคาที่ต่างกันระหว่างบริษัทผู้ส่งออกยา แต่บริษัทยาหนึ่งๆ อาจเสนอราคาของยาชนิดหนึ่งในประเทศหนึ่งสูงกว่าอีกประเทศหนึ่งอย่างมาก (ดูตารางที่ 10)

Furosemide เป็นยาที่มีความแตกต่างราคาสูงสุดภายในประเทศ แต่ Chlorpropomide เป็นยาที่มีความแตกต่างราคาสูงสุดระหว่างประเทศ การแกว่งตัวของราคาระหว่างประเทศมีน้อยกว่าการแกว่งตัวของราคาภายในประเทศซึ่งแสดงให้เห็นว่า การค้ายาระหว่างประเทศมีการแข่งขันกันในด้านราคามากกว่าการแข่งขันภายในประเทศ การตั้งราคาที่สูงในการค้ายาระหว่างประเทศจึงไม่ใช่มกฤษฎะที่คึกในการส่งออกยาเพื่อการแข่งขันกับประเทศอื่น (ในด้านตรงกันข้าม ราคาที่ต่ำน่าจะเป็นผลดีต่อการส่งออกยา)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ราคาขั้นต่ำของยาระหว่างประเทศสูงกว่าราคาขายขั้นต่ำของยาที่ขายภายในประเทศอาจเป็นเพราะค่าขนส่งและการจัดการ แต่ราคาขั้นสูงสุดของยาที่ขายระหว่างประเทศกลับไม่แตกต่างไปจากราคาขั้นสูงสุดของยาที่ขายภายในประเทศเท่าไรนัก

Ballance et al.(1992) พบความแตกต่างของราคายา 8 ชนิดที่ค้าใน 4 ประเทศอย่างชัดเจน ดังแสดงไว้ในตารางที่ 11 Ferrous sulphate มีความแตกต่างในราคาน้อยที่สุด (98%) และ Metromidazole มีราคาที่ต่างกันมากที่สุด (1,500%) ยาส่วนใหญ่ที่ขายในประเทศปากีสถาน มีราคาถูกที่สุดขณะที่ ประเทศอินโดนีเซีย มีราคาแพงที่สุดในหมู่ 4 ประเทศนี้

Patel (1983) พบว่าความแตกต่างของราคาชนิดเดียวกันก็อาจเกิดขึ้นได้ทุกที่ แม้ในตลาดที่มีกลไกทำงานอย่างสมบูรณ์ ราคาสูงสุดและต่ำสุดของ Chloroquin และ Tolbutamide อาจแตกต่างกันถึง 7 เท่า ขณะที่ Tetracycline และ Penicillin มีความแตกต่างกันถึง 10 และ 14 เท่า

จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่า ราคาภายในประเทศไทยโดยเฉลี่ยถูกกว่าประเทศอื่นๆ โดยส่วนใหญ่ ประเทศที่มีดัชนีราคาขายที่ต่ำกว่าของไทยคือ ประเทศอินเดีย ปากีสถาน ศรีลังกา จาไมก้า (ซึ่งมีการควบคุมราคาทางตรง หรือ / และทางอ้อม) และเกาหลีใต้ Kirim (1986) ให้เหตุผลหนึ่งของราคาขายที่แตกต่างกันระหว่างผู้ผลิตยาท้องถิ่นและบริษัทยาข้ามชาติเกิดจากการทำ transfer pricing ของบริษัทยาข้ามชาติ โดยใช้ตัวอย่างของประเทศตุรกี บริษัทยาข้ามชาติตั้งราคาขายสูงเกินไป (Overpricing) ประมาณ 559% ขณะที่ผู้ผลิตท้องถิ่นตั้งราคาสูงเกินไปประมาณ 372% ผู้ผลิตท้องถิ่นฉวยโอกาสที่บริษัทยาข้ามชาติตั้งราคาวัตถุดิบสูง ขยับตัวเลขต้นทุนการผลิตของตนเองสูงตามไปด้วย เพื่อเป็นเหตุผลสนับสนุนการตั้งราคาที่แพงขึ้นของยาที่ตนเองผลิต

ตารางที่ 13 แสดงให้เห็นถึงราคาวัตถุดิบของบริษัทยาข้ามชาติที่สูงกว่าบริษัทยาท้องถิ่นของประเทศบังกลาเทศ เนื่องด้วยการทำ transfer pricing ของบริษัทยาข้ามชาติ ดังนั้น ยาตัวเดียวกันที่ผลิตภายในประเทศจึงมีความแตกต่างกันอย่างมากถึง 5 เท่าตัวด้วยกัน ด้วยเหตุนี้ รัฐบาลบังกลาเทศในช่วงปี พ.ศ. 2517 จึงได้พยายามที่หันไปซื้อยาวัตถุดิบจากแหล่งผลิตที่ถูกกว่า เช่น จากกลุ่มประเทศโซเวียตรัสเซีย และ จีน เป็นต้น แต่นโยบายนี้ก็ได้ออกต่อต้านอย่างรุนแรงจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดยว่าจะตัดเงินช่วยเหลือทางด้านอาหารแก่บังกลาเทศหากนโยบายนี้ได้นำมาปฏิบัติ จนในที่สุดนโยบายดังกล่าวก็ต้องตกไป ประเทศศรีลังกาและปากีสถานซึ่งเป็นประเทศที่มีแนวโน้มนโยบายเช่นเดียวกันก็ต้องจำยอมยกเลิกนโยบายประเภทนี้ไปด้วย (Chetley, 1990)

เพราะฉะนั้น ตัวอย่างที่ได้กล่าวมาเป็นข้อสรุปได้ว่า หากการค้ายาระหว่างประเทศเป็นไปได้โดยปราศจากเงื่อนไขอื่นที่แอบแฝงแล้วยาวัตถุดิบที่มีราคาถูกก็เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดการค้ายาระหว่างประเทศ

โครงสร้างของต้นทุนการผลิตยาในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉลี่ยแบ่งแยกออกเป็น 55% สำหรับการซื้อยาวัตถุดิบ 13% สำหรับค่าแรง และ 32% สำหรับค่าบริการ ส่งเสริมการขาย และกำไร อย่างไรก็ตามโครงสร้างต้นทุนการผลิตยาในแต่ละประเทศแตกต่างกันไปตามระดับของการ

พัฒนาประเทศและขนาดของตลาดภายในประเทศ โดยที่ประเทศเล็กและมีการพัฒนาในระดับต่ำก็จะมีต้นทุนการผลิตที่สูง

ตารางที่ 14 แสดงถึงโครงสร้างต้นทุนการผลิตยาที่เปลี่ยนแปลงของประเทศกำลังพัฒนาที่มีการส่งออกยาในช่วง 10 ปีหลังจาก ปี พ.ศ. 2518 บางประเทศมีสัดส่วนของต้นทุนยาวัตถุดิบที่ลดลง แต่บางประเทศก็มีต้นทุนประเภทนี้สูงขึ้น

เนื่องจากนโยบายของประเทศที่พัฒนาแล้วส่งเสริมให้มีการใช้ยาสามัญ (generics) เพิ่มขึ้น โดยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้ยาสามัญทดแทนยาที่มีชื่อทางการค้า (generic substitution) เป็นต้น เพื่อลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐฯ ผลักดันให้มีการใช้ยาสามัญเพิ่มขึ้น โดยใน ปี พ.ศ. 2531 มีการใช้ยาสามัญเป็น 29% ของมูลค่ายาทั้งหมดในประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 35% ในปี พ.ศ. 2536 ดังนั้นตลาดของยาสามัญในประเทศที่พัฒนาแล้วขยายตัวมากขึ้น ก็เป็นช่องทางให้การส่งออกยาสามัญจากประเทศต่างๆ เพิ่มขึ้นด้วย

เนื่องจากนโยบายการใช้ยาสามัญมีจุดมุ่งหมายในการลดต้นทุนค่ายา ราคาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแข่งขันในตลาดยาสามัญของประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม นโยบายการใช้ยาสามัญก็ได้รับการต่อต้านอย่างมาก

Patel (1983) กล่าวว่า การลดค่าใช้จ่ายด้านยาโดยไม่ไปลดการบริการอื่นๆ เป็นจุดประสงค์หลักที่สำคัญของประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้น จึงไม่เป็นที่น่าสงสัยเมื่อพบว่าประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่มีการควบคุมราคา (price control) ในภาครัฐโดยมีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ยาที่สำคัญๆ ส่วนใหญ่มีพอเพียงแก่ความต้องการของประชาชนและมีราคาไม่สูงเกินไป ขณะที่ยอมให้มีการเคลื่อนไหวของราคาในภาคเอกชนอย่างน้อยเพื่อเป็นการชดเชยให้กับบริษัทเอกชนที่ต้องสูญเสียกำไรไปจากการควบคุมในการค้าขายกับภาครัฐ

ราคาเป็นตัวกำหนดการบริโภคยาที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากอำนาจการซื้อของประชาชนมีจำกัด (limited purchasing power) และการซื้อยาไม่ได้รับการจ่ายเงินให้ (non-reimbursable) เนื่องจากประเทศเหล่านี้ไม่มีโครงการสวัสดิการหรือการประกันสุขภาพที่จะจ่ายค่ายาแทนผู้บริโภค

Patel (1983) กล่าวว่า มี 5 แนวทางด้วยกันสำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาในการพยายามลดค่าใช้จ่ายด้านยา คือ

- 1) เลือกรักษาอย่างสมเหตุสมผล
- 2) ใช้ระบบการกระจายยาสาธารณะ
- 3) จัดซื้อยาโดยนำเข้าจำนวนมาก
- 4) ซื้อยาสามัญ
- 5) ผลิตยาเพื่อใช้ในประเทศ

การจัดซื้อยาโดยนำเข้าจำนวนมากอาจลดต้นทุนค่ายาได้ 10 เท่า ในบางกรณีอาจทำให้เกิดการประหยัดถึง 33% ของค่าใช้จ่ายด้านยาทั้งหมด ดังนั้นการส่งออกยาโดยการเสนอราคาขายที่ต่ำด้วยปริมาณการขายที่สูงย่อมเป็นกลยุทธ์ที่อาจจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จของการส่งออกยาได้โดยสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นคู่ค้าประเทศเหล่านี้อาจเลือกวิธีการนี้มาเป็นแนวทางในการลดค่าใช้จ่ายด้านยา เพราะได้รับผลประโยชน์สูงกว่าการใช้วิธีอื่นในบางครั้ง

มาตรการเสริมการควบคุมยาในประเทศกำลังพัฒนาอาจมีหลายวิธีการได้แก่ การถอนทะเบียนตำรับยาที่มีราคาแพง การควบคุมการดำเนินงานของบริษัทยาข้ามชาติอย่างเข้มงวด และการปฏิเสธการยอมรับสิทธิบัตรยา เป็นต้น ผลของการถอนทะเบียนตำรับยาในประเทศอาจก่อให้เกิดตลาดมืดของยาบางประเภทที่ผู้บริโภคมีความเชื่อถือว่าใช้ได้ผลดี ตัวอย่างเช่น ในประเทศบังคลาเทศ มีการลักลอบค้ายาบางชนิดที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนเข้าจากประเทศอินเดียและปากีสถาน เป็นต้น

Schut et al. (1986) เชื่อว่าการมีนโยบายยาแห่งชาติ เช่นการควบคุมราคาขายทางตรงและทางอ้อม เป็นต้น จะมีผลอย่างมากต่อราคาขายที่ต่ำลง โดยพวกเขาได้ประมาณการว่า การดำเนินการควบคุมราคาขายโดยรัฐบาล โดยเฉลี่ยทำให้ราคาลดลง 20% ตารางที่ 15 แสดงให้เห็นถึงการยอมรับสิทธิบัตรยา การควบคุมราคาขายทางอ้อม และการควบคุมราคาขายทางตรงที่มีอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ ในปี พ.ศ. 2518

1.3 การค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศ

ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ เครื่องมือมีบทบาทเพิ่มขึ้นทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ แม้ว่าทุกประเทศในโลกมีความต้องการเครื่องมือแพทย์ก็ตาม แต่ทุกประเทศไม่อาจผลิตเครื่องมือแพทย์ได้ทุกประเภทในขนาดที่ตนเองต้องการได้ ดังนั้น จึงต้องมีการส่งออกและนำเข้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศ ประเทศอุตสาหกรรมจะเป็นแหล่งใหญ่ทั้งการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศ เนื่องจากประเทศเหล่านี้มีศักยภาพในการสร้างและผลิตเครื่องมือแพทย์ดีกว่า แต่ในขณะเดียวกัน ความต้องการเครื่องมือแพทย์บางประเภทของประชากรในประเทศเหล่านี้ทำให้การผลิตไม่เพียงพอกับความต้องการ ฉะนั้น จึงเห็นได้ว่า การค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศส่วนใหญ่จึงเกิดขึ้นในประเทศอุตสาหกรรม การค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของประเทศกำลังพัฒนามีสัดส่วนน้อยมาก ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศและการศึกษาในเรื่องนี้มีอยู่อย่างจำกัดมาก

แม้ว่าการสร้างและผลิตเครื่องมือแพทย์จะมีแนวโน้มขยายตัวสูงเนื่องจากความก้าวหน้าด้านวิทยาการและเทคโนโลยีที่รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว จนทำให้เครื่องมือแพทย์ที่ผลิตขึ้นมาใหม่มี

ประสิทธิภาพและคุณภาพสูงกว่าเดิม ซึ่งน่าจะเป็นส่วนที่ทำให้มีการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศมากขึ้น แต่การพัฒนาดังกล่าวกลับไม่ได้ช่วยให้มีการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศมากขึ้น โดยเหตุผลหลัก 2 ประการดังที่ Getzen(1997) ได้อธิบายไว้

1. เครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการผู้เชี่ยวชาญในการใช้และบำรุงรักษา การขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้นทุนแรงงานที่เกิดจากการฝึกอบรมและจ้างผู้เชี่ยวชาญสูงมากจนผู้ที่คิดจะซื้อไม่ได้ประโยชน์จากการซื้อเครื่องมือแพทย์เลย

2. เมื่อเครื่องมือแพทย์ถูกสร้างขึ้นมาครั้งแรกในประเทศอุตสาหกรรมแล้ว เครื่องมือแพทย์เหล่านี้สามารถผลิตได้โดยบริษัทลูกหรือบริษัทอื่นในประเทศกำลังพัฒนาในเวลาไม่นานนัก ดังนั้นจึงอาจไม่มีความจำเป็นในการค้าเครื่องมือแพทย์นั้นระหว่างประเทศอีก

เนื่องจากเครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่และเป็นส่วนที่มีมูลค่าสูงมักจะมีอายุการใช้งานนาน เครื่องมือแพทย์เหล่านี้ก็จัดไว้เป็นการลงทุนมากกว่าการบริโภค ซึ่งก็จะทำให้มีความยุ่งยากในการบันทึกและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมูลค่า และข้อมูลมูลค่าที่รวบรวมได้ก็อาจบิดเบือนไปจากความเป็นจริง Roemer (1991) ยังได้เสริมว่า เครื่องมือแพทย์ในประเทศส่วนใหญ่มีการกระจายอย่างไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ เครื่องมือแพทย์ที่มีความทันสมัยและเทคโนโลยีขั้นสูงมากมักจะกระจุกตัวในโรงพยาบาล ขณะที่เครื่องมือแพทย์ขั้นต้นมักพบในสถานีนามัย

ตารางที่ 1 : การประมาณการจำนวนแพทย์ที่เกินความต้องการของประเทศต่างๆ

ประเทศ	จำนวนแพทย์ที่เกินความต้องการ	
	ในปี ค.ศ. 1987	ในปี ค.ศ. 2000
Canada	800	5,000+
USA	?	150,000
Sweden	-	7,000
Norway	-	3,200
Denmark	-	2,300
Finland	-	3,400
Germany	23,399	เพิ่มขึ้น
Netherland	2,500	เพิ่มขึ้น
Spain	23,000	เพิ่มขึ้น
France	20,000	เพิ่มขึ้น
Italy	45,000	เพิ่มขึ้น
Japan	-	16,000-64,000
Pakistan	6,000	21,000
Bangladesh	5,000	เพิ่มขึ้น
Egypt	4,000	เพิ่มขึ้น
Korea	-	26,500
Mexico	39,193	เพิ่มขึ้น
India	12,000	20,736

ที่มา : Abel – Smith (1994)

ตารางที่ 2 : จำนวนโรงเรียนแพทย์ทั่วโลกและในประเทศกำลังพัฒนา

ปี	จำนวนโรงเรียนแพทย์ ทั้งหมดทั่วโลก	จำนวนโรงเรียนแพทย์ ในประเทศกำลัง พัฒนา	ร้อยละของโรงเรียน แพทย์ในประเทศกำลัง พัฒนา (%)
1955	646	241	37
1960	756	336	45
1970	1,004	493	49
1975	1,151	591	51
1983	1,344	739	55

ที่มา : Abel – Smith (1994)

ตารางที่ 3 : การจำแนกตามลักษณะของอุตสาหกรรมยา โดย UNIDO ในปี พ.ศ. 2533

ก. กลุ่มประเทศที่มีอุตสาหกรรมยาที่ก้าวหน้าและมีฐานการวิจัยที่สำคัญ

Belgium	Netherlands
France	Sweden
Germany	Switzerland
Italy	United Kingdom
Japan	United States

ข. กลุ่มประเทศที่มีศักยภาพในการผลิตยาวัตถุดิบและยาวัตถุดิบตัวใหม่

Argentina	Ireland
Australia	Israel
Austria	Mexico
Canada	Portugal
China	Republic of Korea
Denmark	Spain
Finland	USSR
Hungary	Yugoslavia
India	

ค. กลุ่มประเทศที่มีศักยภาพในการผลิตยาสำคัญและยาวัตถุดิบบางชนิด

Bahamas	El Salvador	Niger
Bolivia	Ethiopia	Nigeria
Brazil	Fiji	Pakistan
Bulgaria	Gambia	Panama
Cuba	Ghana	Papua New Guinea

Czechoslovakia	Greece	Paraguay
Egypt	Guatemala	Peru
Indonesia	Guyana	Philippines
Macau	Haiti	Saudi Arabia
Norway	Honduras	Seychelles
Poland	Hong Kong	Sierra Leone
Puerto Rico	Iran (Islamic Republic of)	Singapore
Romania	Iraq	Solomon Islands
Turkey	Jamaica	Somalia
Afghanistan	Jordan	South Africa
Albania	Kenya	Sri Lanka
Algeria	Kiribati	Sudan
Angola	Kuwait	Syrian Arab Republic
Bangladesh	Lebanon	Taiwan Province
Barbados	Lesotho	Thailand
Belize	Liberia	Tonga
Benin	Madagascar	Trinidad and Tobago
Brunei	Malawi	Tunisia
Cambodia	Malaysia	Uganda
Cameroon	Mali	United Arab Emirates
Cape Verde	Malta	United Republic of
Chile	Mauritius	Tanzania
Colombia	Mongolia	Uruguay
Costa Rica	Morocco	Venezuela
Cote d'Ivoire	Mozambique	Viet Nam
Cyprus	Myanmar	Yemen
Democratic People's	Namibia	Zaire
Republic of Korea	Nepal	Zambia

Dominican Republic	New Zealand	Zanzibar
Ecuador	Nicaragua	Zimbabwe

ง. กลุ่มประเทศที่ไม่มีอุตสาหกรรมภายในประเทศ

Andorra	French Guyana	New Caledonia
Antigua and Barbuda	French Polynesia	Niue
Aruba	Gabon	Oman
Bahrain	Greenland	Qatar
Bermuda	Grenada	Reunion
Bhutan	Guadeloupe	Rwanda
Botswana	Guam	St Kitus and Nevis
British Virgin Islands	Guinea	St Lucia
	Guinea-Bissau	St Vincent - Grenadines
Burkina Faso	Iceland	
Burundi	Laos	Samoa
Central African Republic	Libyan Arab Jamah	San Marino
	Liechtenstein	Sao Tome and Principe
Chad	Luxembourg	Senegal
Comoros	Maldives	Suriname
Congo	Martinique	Swaziland
Cook Islands	Mauretania	Togo
Djibuti	Mayotte	Tuvalu
Dominica	Micronesia	US Virgin Island
Equatorial Guinea	Nauru	Vanuatu
Faeroe Islands	Netherland Antilles	Western Samoa

ที่มา : Ballance at al., 1992.

ตารางที่

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก				การบริโภคยา		การบริโภคยา		ร้อยละของสัดส่วนของ					
	การผลิตยา		การบริโภคยา		ต่อหัว		เป็นสัดส่วน		การนำเข้ายา		การส่งออกยา			
	1975	1990	1975	1990	(ณ ราคาปี 1980, US\$)	(ร้อยละ)	1975	1990	1975	1989	1975	1989		
United King	4.24	3.14	2.97	2.52	36.00	65.50	0.40	0.40	146.50	126.30	10.60	26.70	39.00	42.00
Other Europe														
Austria	0.29	0.26	0.47	0.41	42.50	81.90	0.50	0.50	62.80	64.40	55.50	56.20	29.20	32.00
Finland	0.16	0.16	0.31	0.24	45.00	70.60	0.50	0.40	54.20	67.10	48.10	48.00	4.30	22.50
Iceland	-	-	0.01	0.01	37.80	75.50	0.40	0.30	-	-	100.00	100.00	...	...
Norway	0.07	0.07	0.21	0.17	35.10	60.00	0.30	0.30	33.80	43.50	71.00	66.40	14.30	22.80
Sweden	0.48	0.75	0.62	0.51	51.50	90.80	0.40	0.40	80.50	149.80	57.70	55.20	47.40	70.10
Switzerland	1.68	1.34	0.73	0.49	77.50	111.90	0.50	0.40	237.90	276.90	36.10	51.30	73.10	82.40
Japan	14.19	22.30	15.02	23.03	92.00	276.60	1.10	1.60	97.00	98.10	3.60	2.10	0.60	0.30
Others														
Australia	0.68	0.51	0.80	0.67	40.40	58.90	0.40	0.40	86.80	78.30	20.80	29.30	8.70	9.80
Israel	0.13	0.08	0.16	0.11	31.80	35.50	0.60	0.40	81.60	74.90	23.60	43.30	6.40	24.30
New Zealand	0.02	0.05	0.12	0.13	27.50	55.70	0.40	0.50	18.10	43.10	84.10	60.60	12.40	8.60
South Africa	0.45	0.44	0.54	0.54	14.50	22.70	0.60	0.80	85.60	83.70	18.60	17.30	4.90	1.20

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก				การบริโภค		การบริโภค		ร้อยละของสัดส่วนของ					
	การผลิต		การบริโภค		ต่อหัว (ณ ราคาปี 1980, US\$)	การบริโภค เป็นสัดส่วน ของ GDP (ร้อยละ)	การผลิต		การนำเข้า		การส่งออก			
	1975	1990	1975	1990			1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990
Developing countries														
Latin America and Caribbean														
Antigua-Bar	-	-	-	-	8.60	13.50	0.80	0.40	-	-	100.00	100.00	...	...
Argentina	1.50	1.68	1.55	1.74	40.60	79.70	1.40	0.70	99.20	98.10	1.80	2.90	1.00	1.10
Bahamas	-	-	-	-	12.50	31.20	0.30	0.40	-	-	100.00	100.00	...	...
Barbados	-	-	0.01	0.01	26.20	41.00	1.00	1.00	0.20	22.20	108.50	80.00	4350.00	10.00
Belize	-	-	-	-	8.80	11.30	0.80	0.90	71.90	58.80	30.20	43.20	2.90	3.30
Bermuda	-	-	0.01	0.01	156.50	162.70	...	...	-	-	100.00	100.00	...	...
Bolivia	0.02	0.01	0.05	0.02	7.50	4.00	0.90	0.60	38.70	57.70	61.30	42.30	-	-
Brazil	1.91	1.05	1.97	1.07	12.50	10.50	0.90	0.70	99.70	99.80	0.60	1.80	0.30	1.60
Br. Virgin Isl	-	-	-	-	4.20	10.20	0.20	0.20	-	-	100.00	100.00	...	...
Chile	0.21	0.14	0.23	0.18	14.90	20.40	1.20	0.70	95.80	80.60	4.50	20.30	0.30	1.10
Colombia	0.41	0.41	0.42	0.42	12.50	19.60	1.10	1.10	99.90	97.80	5.30	4.40	5.20	2.30
Costa Rica	0.05	0.04	0.06	0.05	22.20	24.60	1.50	1.40	72.90	81.30	60.40	62.50	45.70	53.80
Dominica	-	-	-	-	10.70	12.60	1.70	1.00	-	-	100.00	100.00	...	...
Dominican R	0.01	0.03	0.06	0.05	7.60	10.90	0.70	2.00	18.10	51.10	82.40	50.00	2.60	2.10
Ecuador	0.09	0.03	0.16	0.10	15.70	13.50	1.50	1.20	58.30	34.90	43.90	66.40	3.70	3.80

Country / area	สัดส่วนหนี้กับทั่วโลก				การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภค				ร้อยละของสัดส่วนของ				
	การผลิต		การบริโภค		ต่อหัว		เป็นสัดส่วน		การผลิต		การนำเข้า		การส่งออก		
	1975	1990	1975	1990	(ณ ราคาปี 1980, US\$)	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990
El Salvador	0.05	0.01	0.09	0.03	15.20	8.00	1.90	1.50	59.10	54.90	59.30	62.20	31.30	31.10	
French Guia	-	-	-	-	5.90	50.20	...	...	-	-	100.00	100.00	...	...	
Grenada	-	-	-	-	8.10	12.60	1.10	1.10	-	-	100.00	100.00	...	...	
Guadeloupe	-	-	0.01	0.02	27.60	79.30	0.80	2.20	-	-	100.00	100.00	...	...	
Guatemala	0.09	0.07	0.10	0.07	11.30	11.60	1.10	1.10	96.30	105.10	48.10	41.20	46.10	44.10	
Guyana	0.01	-	0.01	-	10.70	6.60	1.00	1.10	49.80	80.00	74.10	40.00	48.00	25.00	
Hiati	-	-	0.01	0.01	1.40	2.00	0.70	0.70	19.40	61.80	82.70	40.80	10.60	4.10	
Honduras	0.02	0.01	0.05	0.01	11.20	4.00	1.90	0.70	33.90	58.60	66.10	42.10	0.10	1.20	
Jamaica	-	-	0.02	0.02	6.10	10.00	0.30	0.70	11.10	27.90	92.90	80.10	35.60	28.70	
Martinique	-	-	0.02	0.02	36.80	105.40	0.90	2.20	-	-	100.00	100.00	...	...	
Mexico	1.52	1.09	1.54	1.11	17.00	18.60	0.80	0.70	101.40	98.80	0.40	2.30	1.80	1.00	
Montserrat	-	-	-	-	25.60	27.60	1.70	1.30	-	-	100.00	100.00	...	...	
Neth. Antille	-	-	0.01	0.01	23.40	50.40	0.40	0.50	-	-	100.00	100.00	...	...	
Nicaragua	0.01	0.02	0.07	0.08	19.10	30.00	...	...	18.10	28.60	81.90	71.40	-	-	
Panama	0.01	0.01	0.04	0.03	16.20	19.70	1.10	0.80	20.80	37.00	79.30	73.10	0.50	27.30	
Paraguay	0.05	0.05	0.06	0.05	14.20	18.80	1.30	0.40	84.40	88.10	15.60	12.10	-	0.30	
Peru	0.26	0.22	0.27	0.25	12.30	16.30	1.10	0.50	96.20	92.80	4.40	7.70	0.70	0.50	

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก				การบริโภคยา		การบริโภคยา		การบริโภคยา		ร้อยละของสัดส่วนของ			
	การผลิตยา		การบริโภคยา		ต่อหัว		เป็นสัดส่วน		การผลิตยา		การนำเข้ายา		การส่งออกยา	
	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1989	1975	1989
			(ร้อยละ)		(คน ราคาปี 1980, US\$)		ของ GDP (ร้อยละ)		ต่อหัว		ต่อหัว		ต่อหัว	
Puerto Rico	3.19	2.65	0.13	0.21	30.30	85.00	0.80	1.40	...	...	...	...	...	...
St Kitts-Nevis	-	-	-	-	9.50	17.80	1.10	1.00	-	-	100.00	100.00	...	...
St Lucia	-	-	-	-	5.50	7.90	0.80	0.70	-	-	100.00	100.00	...	...
St Vincent	-	-	-	-	0.70	3.40	0.10	0.40	-	-	100.00	100.00	...	...
Suriname	-	-	-	-	10.20	6.00	0.40	1.10	-	-	100.00	100.00	...	...
Trinidad-Tob	0.01	-	0.03	0.02	17.90	18.20	0.40	0.90	23.50	22.90	78.50	84.30	8.70	31.50
US Virgin Isl	-	-	-	-	1.20	1.30	...	...	-	-	100.00	100.00	...	...
Uruguay	0.04	0.07	0.05	0.08	12.70	40.00	0.40	1.20	77.40	85.00	23.00	17.20	0.60	2.70
Venezuela	0.59	0.29	0.63	0.31	34.20	23.20	0.80	0.40	95.60	93.50	4.50	6.70	0.20	0.20
North Africa														
Algeria	0.05	0.06	0.35	0.29	14.80	16.80	0.80	1.20	15.30	19.70	84.70	80.40	0.10	0.40
Egypt	0.14	0.06	0.17	0.13	3.20	3.70	0.90	0.30	86.30	43.90	16.20	64.10	2.90	18.20
Libyan Arab	-	-	0.06	0.06	16.80	19.30	0.20	0.50	-	-	100.00	100.00	...	...
Morocco	0.13	0.17	0.17	0.19	6.80	11.20	0.80	0.80	76.80	90.30	24.40	13.70	1.70	4.40
Sudan	0.15	0.06	0.21	0.09	9.10	5.00	2.10	...	71.30	70.40	28.70	29.60	-	0.10
Tunisia	-	0.03	0.06	0.11	7.00	20.00	0.60	1.30	8.60	30.30	93.20	69.90	20.80	0.90
Other Africa														
Angola	0.01	0.03	0.03	0.03	3.40	5.00	0.70	0.70	43.40	84.60	56.80	15.40	0.50	-

สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก

Country / area

ร้อยละของสัดส่วนของ

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

การนำเข้ายา

Country / area	การนำเข้ายา				การนำเข้ายา				การนำเข้ายา				การนำเข้ายา				การนำเข้ายา			
	1975	1990	1990	1990	1975	1990	1990	1990	1975	1990	1990	1990	1975	1990	1990	1990	1975	1990	1990	1990
Benin	-	-	0.01	0.01	2.40	2.60	0.80	0.70	-	29.10	100.00	70.90	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	0.01	4.50	13.50	0.70	0.70	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina-Fas	-	-	0.01	0.01	1.20	2.00	0.70	0.70	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	-	-	-	-	0.70	0.90	0.40	0.50	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroon	0.02	0.01	0.05	0.06	4.50	7.80	0.70	1.00	42.90	10.00	57.10	90.40	-	-	-	-	-	-	-	4.00
Cape Verde	-	-	-	-	2.10	5.20	0.70	0.70	28.20	57.30	71.80	43.20	-	-	-	-	-	-	-	0.80
C. African R	-	-	-	-	1.50	2.50	0.40	0.60	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	-	-	-	-	0.70	1.10	0.30	0.40	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Comoros	-	-	-	-	1.40	3.70	0.50	0.60	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	0.01	0.02	4.70	13.10	0.50	1.50	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Cote d' Ivoir	0.03	0.01	0.09	0.08	9.00	9.50	0.70	1.30	30.50	14.60	69.60	86.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	0.30	6.30
Equatorial G	-	-	-	-	0.50	0.40	...	...	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Ethiopia	0.02	0.01	0.05	0.02	1.00	0.70	0.60	0.90	43.80	38.80	56.20	61.20	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	-	-	0.01	0.01	8.80	15.20	0.10	0.60	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	-	-	-	-	3.40	2.60	0.90	0.50	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	0.05	0.06	0.10	0.07	6.80	6.70	0.80	1.30	48.80	83.20	52.20	17.30	2.10	2.10	2.10	2.10	2.10	2.10	2.10	0.60
Guinea-Biss	-	-	-	-	0.50	1.40	0.20	1.20	-	-	100.00	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	0.03	0.03	0.07	0.05	3.40	3.20	0.80	0.50	52.10	58.00	52.50	42.50	8.80	8.80	8.80	8.80	8.80	8.80	8.80	0.90

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก						การบริโภคภายในประเทศ				ร้อยละของสัดส่วนของ			
	การผลิตภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ		การบริโภคภายในประเทศ	
	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990
	...	...	-	-	1.50	2.10	0.70	0.70	0.70	0.70	...	...	...	...
Lesotho	...	...	-	-	1.50	2.10	0.70	0.70	0.70	0.70	...	...	...	...
Liberia	-	-	0.01	-	3.90	2.40	0.60	0.60	0.60	0.60	12.30	27.30	87.90	72.80
Madagascar	-	0.01	0.02	0.03	2.20	3.20	0.60	1.80	1.80	1.80	-	52.70	100.00	47.40
Malawi	0.01	0.01	0.02	0.01	2.20	2.10	1.10	2.00	2.00	2.00	74.80	83.40	30.90	21.60
Mali	-	-	0.01	0.01	1.50	1.70	0.70	0.70	0.70	0.70	-	30.20	100.00	69.80
Mauritania	-	-	-	0.01	2.40	4.30	0.40	1.40	1.40	1.40	-	-	100.00	100.00
Mauritius	-	-	0.01	0.01	6.50	10.40	0.50	0.50	0.50	0.50	-	8.70	100.00	91.30
Mozambique	-	-	0.10	0.01	6.20	1.50	0.40	1.50	1.50	1.50	-	-	100.00	100.00
Niger	0.02	0.01	0.02	0.02	3.10	3.80	0.70	0.70	0.70	0.70	85.9	54.80	14.10	45.20
Nigeria	0.38	0.13	0.84	0.20	8.50	2.70	0.60	0.20	0.20	0.20	46.00	62.40	54.00	37.60
Reunion	-	-	0.03	0.04	48.30	88.70	1.40	2.20	2.20	2.20	-	-	100.00	100.00
Rwanda	-	-	-	-	0.40	0.50	0.20	0.20	0.20	0.20	-	-	100.00	100.00
Senegal	0.01	0.01	0.03	0.02	3.90	5.10	0.70	0.70	0.70	0.70	41.60	24.50	62.00	93.80
Seychelles	-	-	-	-	10.00	24.70	0.70	0.60	0.60	0.60	76.60	69.90	23.40	30.10
Sierra Leone	0.01	0.01	0.02	0.01	4.40	2.40	1.30	1.90	1.90	1.90	61.40	90.00	38.60	9.90
Somalia	0.01	-	0.02	0.01	3.10	2.50	0.70	0.70	0.70	0.70	45.30	43.10	54.70	56.80
Swaziland	-	-	-	-	7.40	9.50	0.70	1.00	1.00	1.00	-	-	100.00	100.00

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก						การบริโภคภายในประเทศ						ร้อยละของสัดส่วนของ					
	การผลิต			การบริโภค			การบริโภค			การบริโภค			การผลิต			การนำเข้า		
	1975	1990	1990	1975	1990	1990	1975	1990	1990	1975	1990	1990	1975	1990	1990	1975	1990	1990
			(ร้อยละ)															
Togo	-	-	0.01	0.01	0.01	0.01	3.00	4.50	0.60	0.80	...	...	100.00	100.00	100.00	...	...	...
Uganda	-	...	0.04	0.04	0.03	0.03	2.70	2.70	...	...	...	...	100.00	...	...	...	...	...
U.R. of Tanz	0.03	0.03	0.08	0.08	0.05	0.05	3.70	2.70	1.30	1.60	...	...	60.90	68.10	39.10	-	-	-
Zaire	0.11	0.04	0.19	0.19	0.08	0.08	5.80	3.30	0.70	0.70	...	...	45.30	39.70	55.30	-	1.30	1.30
Zambia	0.01	0.01	0.04	0.04	0.02	0.02	5.80	3.00	0.70	0.20	...	...	33.30	70.60	66.70	-	-	-
Zimbabwe	0.03	0.02	0.04	0.04	0.03	0.03	4.20	4.30	0.50	0.50	...	...	84.30	6.50	25.70	3.50	11.90	11.90
South & East Asia and Oceania																		
Afghanistan	0.01	-	0.03	0.03	0.01	0.01	1.20	0.80	...	...	...	...	54.60	57.30	45.50	-	-	-
Bangladesh	0.10	0.07	0.11	0.11	0.08	0.08	1.00	1.10	0.60	0.70	...	...	83.80	10.40	16.30	0.30	0.20	0.20
Bhutan	-	-	-	-	-	-	0.60	1.60	0.60	0.70	...	...	-	100.00	100.00	...	...	...
Brunei	0.01	-	0.01	0.01	0.01	0.01	67.20	36.70	0.60	0.60	...	...	85.90	14.10	34.30	-	0.10	0.10
Fiji	-	-	-	-	0.01	0.01	5.30	12.60	0.30	1.10	...	...	-	100.00	39.90	...	0.30	0.30
Fr. Polynesia	-	-	-	-	0.01	0.01	25.80	48.90	0.40	0.70	...	...	-	100.00	100.00	...	...	...
Hong Kong	0.04	0.04	0.16	0.16	0.18	0.18	24.20	45.60	0.80	0.40	...	...	23.60	89.50	87.30	55.30	42.70	42.70
India	0.93	1.29	0.98	0.98	1.25	1.25	1.10	2.20	0.60	0.50	...	...	96.90	104.30	5.40	3.50	9.40	9.40
Indonesia	0.36	0.46	0.39	0.39	0.47	0.47	2.00	3.90	0.60	0.50	...	...	94.60	98.80	2.00	0.40	0.90	0.90

)

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก						การบริโภคภายในประเทศ						ร้อยละของสัดส่วนของ					
	การผลิต			การบริโภค			ต่อหัว			เป็นสัดส่วน			การผลิต			การนำเข้า		
	1975	1990	1975	1975	1990	1975	1975	1990	1975	1975	1990	1975	1975	1990	1975	1975	1989	1989
				(ร้อยละ)			(ดอลลาร์ปี 1980, US\$)			ของ GDP (ร้อยละ)								
Iran (Islamic	0.25	0.81	0.82	0.96		16.70	25.00	0.30	69.00	14.80	1.00	0.20						
Macau	-	-	0.01	0.01		15.60	21.20	...	62.80	98.40	8.30	94.70						
Malaysia	0.02	0.04	0.07	0.09		4.00	7.80	0.30	87.50	62.50	54.40	24.20						
Maldives	-	-	-	-		0.70	2.00	0.50	100.00	100.00	...	...						
Myanmar	0.02	0.01	0.03	0.01		0.60	0.30	...	77.00	60.50	23.00	39.70						
Nepal	-	-	0.01	0.01		0.50	1.10	0.60	-	-	...	...						
New Caledo	-	-	-	0.01		22.90	84.20	0.30	100.00	100.00	...	...						
Pakistan	0.14	0.33	0.18	0.42		1.70	5.10	1.10	80.90	79.10	20.50	21.60						
Papua N. Gu	0.01	0.01	0.02	0.02		5.70	6.30	0.70	70.40	79.50	29.60	20.50						
Philippines	0.39	0.29	0.41	0.32		6.60	7.70	1.00	98.50	89.70	1.60	11.30						
Rep. of Kore	0.87	0.97	0.89	1.00		17.30	33.90	0.90	100.30	98.30	1.20	2.50						
Samoa	-	-	-	-		0.80	2.30	0.30	-	-	...	...						
Singapore	0.01	0.03	0.02	0.04		7.60	20.10	0.20	58.20	83.50	314.30	205.00						
Solomon Isla	-	-	-	-		2.60	5.70	0.70	72.30	82.40	27.90	17.60						
Sri Lanka	-	-	0.01	0.02		0.60	1.80	0.50	25.80	16.70	74.40	84.10						
Taiwan Provi	0.22	0.34	0.27	0.39		11.30	28.30	...	86.80	89.40	16.70	12.60						

Country / area	สัดส่วนเทียบกับทั่วโลก						ร้อยละของสัดส่วนของ					
	การผลิตยา		การบริโภคยา		การบริโภคยาต่อหัว (ณ ราคาปี 1980, US\$)		การบริโภคยาเป็นส่วนหนึ่งของ GDP (ร้อยละ)		การผลิตยา		การนำเข้ายา	
	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1990	1975	1989	1975	1989
Thailand	0.24	0.21	0.34	0.25	5.60	6.60	1.00	0.50	71.70	87.60	29.00	14.30
Tonga	-	-	-	-	2.30	2.10	0.40	0.30	-	-	100.00	100.00
Vanuatu	-	-	-	-	5.20	6.60	0.30	0.50	-	-	100.00	100.00
China	5.57	3.55	5.70	3.58	4.30	4.80	1.70	0.60	100.40	100.50	0.70	3.70
											1.10	4.20
Others												
Bahrain	-	-	0.01	-	24.50	15.50	0.30	0.30	-	-	100.00	100.00
Cyprus	0.01	0.01	0.02	0.02	17.90	46.30	1.00	0.70	39.90	49.20	60.60	95.90
Dem. Yeme	-	-	-	-	1.70	3.30	0.70	1.00	16.40	9.90	83.70	90.50
Iraq	0.16	0.15	0.22	0.28	13.70	21.60	0.70	0.60	74.90	54.90	25.20	45.20
Jordan	-	0.05	0.02	0.04	5.00	13.50	0.70	1.10	2.10	122.70	153.90	90.90
Kuwait	-	0.01	0.06	0.03	39.60	24.90	0.20	0.30	-	25.00	100.00	98.60
Lebanon	-	-	0.03	0.03	8.20	15.40	0.70	1.10	-	-	100.00	100.00
Malta	-	-	0.01	0.01	17.30	35.40	0.80	0.60	-	14.80	100.00	129.00
Oman	-	-	0.01	0.01	10.90	13.70	0.20	0.30	-	-	100.00	100.00
Qatar	-	-	0.01	-	31.80	20.10	0.10	0.20	-	-	100.00	100.00
Saudi Arabi	-	0.03	0.15	0.45	13.90	47.00	0.20	0.80	-	7.30	100.00	92.90
											...	2.90

ตารางที่ 5 : สัดส่วนของการผลิตยา การส่งออกยาและการบริโภคของกลุ่ม
ประเทศต่างๆ ในปี พ.ศ. 2518 และ 2533

กลุ่มประเทศ	ร้อยละของการผลิตในโลก		มูลค่าของการบริโภคต่อหัว (มูลค่าคงที่ในปี พ.ศ. 2523 US\$)		ร้อยละของการส่งออก	
	2518	2533	2518	2533	2518	2533
1 ที่มีอุตสาหกรรมยาที่ก้าวหน้าและมีฐานการวิจัย	60	69	65.8	150.5	78	68
2 ที่มีศักยภาพในการผลิตยาสามัญแลยาลดอุบัติเหตุใหม่	28	22	9.6	12.2	19	27
3 ที่มีศักยภาพในการผลิตยาสามัญแลยาลดอุบัติเหตุบางชนิด	12	9	7.4	9.4	4	5
4 ที่ไม่มีอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ	0	0	5.4	8.2	0	0

ที่มา : Ballance et al (1992)

ตารางที่ 6 : สัดส่วนของการนำเข้ายาเทียบกับการบริโภคยาในปี พ.ศ. 2518 และ 2532

กลุ่มประเทศ	สัดส่วนของการนำเข้ายาเทียบกับการบริโภคยา		
	2518	2532	ความแตกต่าง
1 อเมริกาเหนือ	0.9	2.7	1.8
2 กลุ่ม EC	11.1	17.5	6.4
3 กลุ่มยุโรปอื่น	51.1	54.8	3.7
4 ญี่ปุ่น	3.6	2.1	-1.5
5 ประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ	25.0	30.5	5.5
6 ลาตินอเมริกาและคาริบเบียน	8.3	10.6	2.3
7 แอฟริกาเหนือ	48.5	58.5	10.0
8 แอฟริกาอื่น	58.9	61.2	3.1
9 เอเชียใต้และตะวันออก	23.8	15.1	-8.7
10 จีน	0.7	3.7	3.0
11 ประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ	23.8	48.2	24.4

ที่มา : Ballance et al (1992)

ตารางที่ 7 : การประมาณการมูลค่ายาทั้งหมด และมูลค่ายาต่อหัวของประเทศ
กำลังพัฒนาในปี พ.ศ. 2524 และ 2543 (คาดการณ์) (ราคา ณ ปี 2524)

กลุ่มประเทศ	มูลค่ายาทั้งหมด (พันล้านเหรียญสหรัฐฯ)			มูลค่ายาต่อหัว (เหรียญสหรัฐฯ)		
	2524	2543	เพิ่มขึ้น(%)	2524	2543	เพิ่มขึ้น(%)
อเมริกาใต้	4.9	17.6	259	15.2	30	97
แอฟริกา	2.5	7.9	216	6.5	12	85
เอเชียตะวันตก	1.6	5.5	244	13.4	25	87
เอเชียใต้และตะวันออก(รวมจีนด้วย	10.2	40.2	294	4.7	12	155
ทั้งหมด	19.2	71.2	271	6.4	15	134

ที่มา : Patel (1983)

ตารางที่ 8 : สัดส่วนของการส่งออกยาของประเทศกำลังพัฒนา
ของ พ.ศ. 2518 และ 2532

กลุ่มประเทศ	ร้อยละของปริมาณการส่งออก เทียบกับการผลิตทั้งหมด	
	2518	2532
1 ลาตินอเมริกาและคาริบเบียน	2.2	2.8
2 แอฟริกาเหนือ	1.8	6.7
3 แอฟริกาอื่นๆ	1.2	3.0
4 เอเชียใต้และตะวันออก	4.8	5.5
5 จีน	1.1	4.2
6 อื่นๆ	5.2	32.3
รวม :	2.6	6.7

ที่มา : Ballance, 1992

ตารางที่ 9 : มูลค่าการส่งออกยา และสัดส่วนของการส่งออกของยา
สำเร็จรูปเทียบกับยาวัตถุดิบของประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศ	มูลค่าการส่งออกยา (ล้านเหรียญสหรัฐฯ)			สัดส่วนของการส่งออก ปี พ.ศ. 2531	
	2518	2523	2532	ยาสำเร็จรูป	ยาวัตถุดิบ
1 อินเดีย	25	105	253	25.8	74.2
2 บราซิล	26	27	236	86.7	13.3
3 ยูโกสลาเวีย	69	177	230	78.1	21.9
4 สิงคโปร์	72	148	164	67.2	32.8
5 บราซิล	12	38	84	32.7	67.3
6 ใต้หวัน	12	22	69	64.2	35.8
7 เกาหลีใต้	8	20	68	52.5	47.5
8 เม็กซิโก	48	53	60	26.2	73.8
9 จอร์แดน	4	9	50	100.0	0.0
10 ตุรกี	2	3	48	50.6	49.4
11 อียิปต์	3	5	32	99.8	0.2
12 ฮองกง	9	22	31	100.0	0.0
13 อาเจนติน่า	24	37	23	45.9	54.1
14 มาเลเซีย	5	9	18	97.2	2.8
15 อินโดนีเซีย	12	12	17	54.4	45.6
16 ไทย	5	13	11	61.4	38.6
17 โคลัมเบีย	8	12	10	98.3	1.7

ที่มา : Ballance, 1992

ตารางที่ 10 : ความแตกต่างของราคาของยาชนิดเดียวกันที่เสนอจากบริษัทต่างๆ
และราคาที่บริษัทหนึ่งเสนอให้กับประเทศต่างๆ

ชนิดของยา	ราคา (US\$)					
	ทุกบริษัทที่			บริษัทเดียวกันที่		
	เสนอต่อประเทศหนึ่ง			เสนอต่อประเทศต่างๆ		
	สูงสุด	ต่ำสุด	ร้อยละของ ราคาสูงสุด ต่อราคาต่ำสุด	สูงสุด	ต่ำสุด	ร้อยละของ ราคาสูงสุด ต่อราคาต่ำสุด
Tetracycline (1,000 250 mg caps)	44.28	9.32	4.75 : 1	37.68	17.77	2.12 : 1
Chlorpropomide (1,000 250 mg caps)	69.90	7.33	9.54 : 1	54.28	13.00	4.18 : 1
Furosemide (1,000 40 mg tabs)	150.76	8.07	18.7 : 1	150.76	36.60	4.12:1
Diazepam (1,000 5 mg tabs)	48.66	2.74	17.8 : 1	48.66	15.02	3.24:1

ที่มา : Schut et al. (1986)

ตารางที่ 11 : การเปรียบเทียบราคา ยา 8 ชนิดใน 4 ประเทศ*

ยา	ปากีสถาน	อินเดีย	ศรีลังกา	อินโดนีเซีย	ร้อยละของค่า
					สูงสุดเทียบกับ ค่าต่ำสุด
1 Chloramphenicol 250 mg, 12 caps	5.50	9.33	25.66	25.03	367
2 Metronidazole 200 mg, 10 tabs	3.70	3.75	5.08	59.12	1500
3 Ferrous sulphate 200 mg, 15 caps	9.00	11.49	17.86	n.a.**	98
4 Ibuprofen 200 mg, 10 tabs	4.83	8.33	14.05	17.39	260
5 Propranolol HCl 10 mg, 250 tabs	62.70	66.26	152.71	n.a.**	144
6 Salbutamol 2 mg, 10 tabs	3.00	1.51	4.03	13.91	821
7 Nifedipine 10 mg, 10 caps	6.34	8.15	7.46	27.84	339
8 Cinetidine 200 mg, 10 tabs	27.59	10.81	23.83	67.81	527

หมายเหตุ : *วัดในมูลค่าของ รูปี ปากีสถาน

**n.a. = ไม่มีข้อมูล

ที่มา : Ballance et al (1992)

ตารางที่ 12 : ดัชนีราคาของยา ดัชนีขนาดของการบริโภคยา และดัชนีขนาดของการบริโภคยาต่อหัว

ประเทศ	ดัชนีราคา*	ดัชนีขนาดขอ การบริโภค*	ดัชนีขนาดของการ ของการบริโภคต่อหัว*
Malawai	60.83	0.01	0.60
Kenya	50.63	0.07	1.10
India	31.71	18.66	6.60
Parkistan	38.76	3.42	10.40
Sri Lanka	15.22	0.42	6.70
Zambia	96.58	0.05	2.20
Thailand	48.01	2.21	11.30
Philippines	51.14	0.77	3.90
South Korea	35.10	2.20	13.30
Malaysia	70.74	0.50	8.90
Colombia	48.07	1.56	14.10
Jamica	46.13	0.21	22.0
Brasil	63.83	10.48	21.60
Mexico	69.68	7.77	27.60
Yugoslavia	48.24	3.83	40.60
Iran	70.42	3.27	21.30
Uruguay	65.95	0.44	33.80
Ireland	73.58	0.57	38.0
Hungary	57.25	2.36	47.80
Poland	53.98	8.08	50.70
Italy	69.01	12.02	45.90
Spain	69.68	9.01	54.20
ประเทศ	ดัชนีราคา*	ดัชนีขนาดยา	ดัชนีขนาดของการ

	การบริโภค* ของการบริโภคต่อหัว*		
United Kingdom	71.19	9.96	38.0
Japan	81.88	28.58	54.70
Austria	139.53	1.24	35.20
Netherlands	137.29	1.54	24.10
Belgium	101.73	3.49	76.00
France	91.56	25.14	101.80
Luxembourg	100.27	0.10	60.50
Denmark	157.56	0.70	29.50
Germany	152.52	24.29	83.90
United States	100.00	100.00	100.00

หมายเหตุ : * = เทียบกับ United States ซึ่งให้มีค่า 100

ที่มา : Schut et al. (1986)

ตารางที่ 13 : ราคาต้นทุนและค่าขนส่ง (Cost and freight charges) ของยาวัตรูติบชนิด
oxytetracycline ของบริษัทข้ามชาติ และบริษัทท้องถิ่นของ
ประเทศบังกลาเทศปี พ.ศ. 2522

บริษัท	ผู้จำหน่ายยาวัตรูติบ	ราคา (US\$/Kg)
ICI (บ.ข้ามชาติ)	ICI, London	164.17
Pfizer (บ. ข้ามชาติ)	Pfizer, Hong Kong	80.36
Gloxo (บ. ข้ามชาติ)	Gloxo, Yugoslavia	54.55
Pharmadesh (บ. ท้องถิ่น)	Yugoslavia	42.00
KDH Lab (บ. ท้องถิ่น)	Yugoslavia	33.00

ที่มา : A Chetley (1990)

ตารางที่ 14 : โครงสร้างต้นทุนของอุตสาหกรรมในประเทศกำลังพัฒนาระหว่าง
ปี พ.ศ. 2518 และปีล่าสุด (2529, 2530 หรือ 2531)

ประเทศ	ต้นทุนในปี พ.ศ. 2518			ต้นทุนในปีล่าสุด		
	(ร้อยละ)			(ร้อยละ)		
	วัตถุดิบ	แรงงาน	อื่นๆ	วัตถุดิบ	แรงงาน	อื่นๆ
1 อาเจนติน่า	39.2	17.5	43.3	30.2	8.3	61.5
2 บังกลาเทศ	56.2	10.9	32.9	48.8	12.1	39.1
3 โบลิเวีย	65.2	16.8	18.0	56.8	11.7	31.5
4 ชิลี	27.6	14.6	57.8	46.9	15.6	37.5
5 โคลัมเบีย	48.5	12.6	38.9	56.0	8.6	35.4
6 คอสตาริกา	71.9	12.9	15.2	66.9	9.3	23.8
7 เอกวาดอร์	40.5	15.9	43.6	78.1	18.0	3.9
8 อียิปต์	69.1	12.5	18.4	73.7	13.9	12.4
9 เอล ซาลวาดอร์	50.9	11.8	37.3	32.0	12.2	55.8
10 กัวเตมาลา	44.4	11.9	43.7	46.9	9.4	43.7
11 ฮอนดูรัส	74.1	15.4	10.5	67.3	16.6	16.1
12 ฮังการี	53.8	19.4	26.8	59.9	16.4	23.7
13 อินเดีย	68.3	10.9	20.8	75.1	11.0	13.9
14 อินโดนีเซีย	60.5	15.0	24.5	65.6	12.9	21.5
15 อิหร่าน	20.6	12.4	67.0	36.4	19.3	44.3
16 เคนยา	70.2	13.7	16.1	54.7	21.1	24.2
17 มาเลเซีย	52.0	17.4	30.6	56.9	13.1	30.0
18 เม็กซิโก	48.8	19.4	31.8	49.3	18.2	32.5
19 ปากีสถาน	57.4	10.4	32.2	55.0	10.7	34.3
20 ปานามา	51.3	13.7	35.0	52.9	17.7	29.4
21 ฟิลิปปินส์	61.9	11.6	26.5	64.7	11.6	23.7
22 เกาหลีใต้	50.4	10.7	38.9	43.3	9.5	47.2
23 ไทย	62.2	7.8	30.0	61.6	10.0	28.4
24 ตุรกี	65.2	15.2	19.6	58.6	7.5	33.9
25 เวเนซุเอลา	37.9	23.3	38.8	47.4	15.8	36.8
26 ยูโกสลาเวีย	67.7	9.4	22.9	56.5	5.9	37.6

ที่มา : Ballance et al. (1992)

ตารางที่ 15 : การมีสิทธิบัตรยาคุ้มครอง การควบคุมราคาทางอ้อมและการควบคุม
ราคาโดยตรงของประเทศต่างๆ ในปี พ.ศ. 2518

ประเทศ	การสิทธิบัตรยา คุ้มครอง*	การควบคุม ราคาทางอ้อม*	การควบคุม ราคาทางตรง*
Malawai	1	0	0
Kenya	1	0	0
India	0	0	1
Parkistan	0	1	1
Sri Lanka	1	1	1
Zambia	1	0	0
Thailand	0	0	0
Philippines	1	0	0
South Korea	0	0	0
Malaysia	1	0	0
Colombia	0	1	0
Jamica	1	0	0
Brasil	0	1	0
Mexico	0	0	0
Yugoslavia	0	1	1
Iran	0	0	0
Uruguay	0	0	0
Ireland	1	0	0
Hungary	0	1	1
Poland	0	1	1
Italy	0	0	1
Spain	0	0	0

ประเทศ	การสิทธิบัตรยา คุ้มครอง*	การควบคุม ราคาทางอ้อม*	การควบคุม ราคาทางตรง*
United Kingdom	1	1	1
Japan	0	0	1
Austria	0	0	0
Netherlands	1	0	0
Belgium	1	0	1
France	1	0	1
Luxembourg	1	0	1
Denmark	1	0	0
Germany	1	0	0
United States	1	1	0

หมายเหตุ : * = ถ้า 1 คือ มี 0 คือไม่มี

ที่มา : Schut et al. (1986)

บทที่ 2

สถานการณ์การค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย

เพื่อให้เห็นภาพของสถานการณ์การค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของไทยในขณะนี้ กล่าวคือ ในสถานการณ์ก่อนที่จะมีการปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญหลายประการซึ่งทำให้ประเทศไทยเปิดการค้าเสรีมากขึ้นในภาคบริการสุขภาพ บทนี้จึงได้ทบทวนการค้าและการลงทุนในอุตสาหกรรมยา สิทธิบัตรยา การค้าและการลงทุนในอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ และการค้าและการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชน และกำลังคนด้านบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย

ในปัจจุบัน แม้ว่าประเทศไทยได้มีการค้าระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพระดับหนึ่งแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่ถึงขั้นของการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพอย่างเต็มที่ ดังนั้นประเทศไทยสามารถที่จะขยายการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้นในอนาคต หากสังคมไทยปรารถนาให้เป็นไปตามนั้น

2.1 การค้าและการลงทุนในอุตสาหกรรมยาของประเทศไทย

อุตสาหกรรมยาของประเทศไทยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ประเภทหลักได้แก่

1. การผลิตวัตถุดิบยา (medicinal chemicals หรือ raw materials) เนื่องจากการผลิตวัตถุดิบยาต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง การลงทุนมาก และบุคลากรที่มีประสบการณ์การผลิตวัตถุดิบยาในประเทศไทยจึงมีความจำกัดมาก ในปี พ.ศ. 2536 วัตถุดิบยา 25 ชนิดสามารถผลิตได้ในประเทศไทย โรงงานที่ผลิตวัตถุดิบยาส่วนใหญ่เป็นการลงทุนร่วมกันระหว่างคนไทยกับชาวต่างชาติ

2. การผลิตยาสำเร็จรูปภายในประเทศโดยใช้วัตถุดิบตัวยานำเข้าจากต่างประเทศ จากโรงงานที่มีอยู่ 181 แห่งในปี พ.ศ. 2536 มีโรงงาน 174 แห่ง (96%) ที่ทำการผลิตในลักษณะนี้ จากข้อมูลกรมศุลกากร วัตถุดิบที่นำเข้าจากต่างประเทศมีอยู่ไม่ต่ำกว่า 300 พิกัดศุลกากร ซึ่งอยู่ในพิกัดศุลกากร 2901-2942 สาเหตุที่วัตถุดิบยานำเข้ามีหลายรายการเนื่องจากการผลิตยาสำเร็จรูปของไทยต้องพึ่งพิงวัตถุดิบที่นำเข้าอยู่สูงถึงร้อยละ 95

3. การนำเข้ายาสำเร็จรูป ยาสำเร็จรูปที่นำเข้ามาจะถูกนำมาบรรจุใหม่และติดฉลากข้อความตามระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาก่อนที่จะนำออกจำหน่าย ในปี พ.ศ. 2537 ผู้นำเข้ายาสำเร็จรูปมีจำนวนสูงถึง 463 ราย ยาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศส่วนใหญ่จะอยู่พิกัดศุลกากร 3003-3004 ซึ่งครอบคลุม 14 พิกัดศุลกากร ประเทศไทยนำเข้ายาสำเร็จรูปมากที่สุด ได้แก่ เยอรมัน สวิตเซอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และฝรั่งเศส

ระดับการผลิตของโรงงานยาดังกล่าวศักยภาพที่มี เนื่องจากขนาดของตลาดและสัดส่วนของตลาด (market share) ของโรงงานเมื่อเทียบกับจำนวนโรงงานที่มีอยู่ Rattanarojsakul (1986) ได้

พบว่าระดับการผลิตของโรงงานยาโดยเฉลี่ยเป็นเพียงร้อยละ 65 ของกำลังการผลิตทั้งหมด นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังระบุว่า ขนาดของการผลิตของโรงงานยารับขึ้นอยู่กับการปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ต้นทุนการผลิต และจำนวนยาใหม่ที่จะออกมาจำหน่ายในท้องตลาด นั่นคือ โรงงานยาจะขยายการผลิตก็ต่อเมื่อเห็นว่า สถานการณ์ทางเศรษฐกิจดี ต้นทุนการผลิตต่ำ และมีจำนวนยาใหม่ที่จะออกมาจำหน่ายในท้องตลาดไม่มากนัก

ยาที่ผลิตภายในประเทศมีคุณภาพดีขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการบังคับใช้ GMP (Good Manufacturing Practice) รายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาระบุว่าจากการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2538 โรงงานยาร้อยละ 30 ยังไม่ได้รับประกาศนียบัตร GMP (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ขณะที่ยาที่ผลิตโดยโรงงานยาที่ได้รับประกาศนียบัตร GMP ร้อยละ 8 ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนยาจากโรงงานที่ไม่ได้ GMP ไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 25 (ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) โรงงานยาหลายแห่งที่ยังไม่ได้รับประกาศนียบัตร GMP อาจต้องปิดกิจการไปในอนาคต เนื่องจากการปรับปรุงการผลิตให้อยู่ในขั้น GMP จะทำให้โรงงานเหล่านี้มีต้นทุนการผลิตที่สูง

องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิตยารายใหญ่ที่สุดของรัฐ(ในรูปรัฐวิสาหกิจ) สามารถผลิตได้ทั้งวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปและจัดจำหน่ายในเชิงพาณิชย์ โดยผลิตยาเองได้ประมาณ 470 ขนาน ใน พ.ศ. 2536 และมีมูลค่าของการขายยาที่ผลิตเองได้และที่สั่งมาจำหน่ายต่อสูงกว่า 2 พันล้านบาท และมีกำไรสุทธิมากกว่า 300 ล้านบาท องค์การเภสัชกรรมยังได้ร่วมลงทุนกับบริษัทเอกชน 3 แห่ง คือ General Hospital Products, United Pharma Antibiotics Industries และ Thai Wattana Pharmaceutical Dextrose.

ในปี พ.ศ. 2536 มีบริษัทที่นำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศจำนวน 496 ราย โดยที่ร้อยละ 2.5 ของบริษัทเหล่านี้เป็นตัวแทนของบริษัทข้ามชาติ โครงสร้างของตลาดยาสำเร็จรูปมีลักษณะผู้ขายน้อยราย (oligopoly) ซึ่งตัวแทนของบริษัทข้ามชาติสัญชาติเยอรมันและสวิสเซอร์แลนด์เป็นผู้นำตลาด

ยาปฏิชีวนะ ยาสำหรับระบบกล้ามเนื้อและประสาท และยารักษาโรคผิวหนัง เป็นยาที่มีมูลค่าการตลาดสูงสุดที่ 3 อันดับแรก ยาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศที่มีมูลค่าสูงสุดได้แก่ ยาแก้แพ้ ยารักษาโรคหัวใจ และยาปฏิชีวนะ

มูลค่าการบริโภคยาในประเทศไทยเป็น 2.7 หมื่นล้านบาท (ราคาขายส่ง) หรือ 5 หมื่นล้านบาท (ราคาขายปลีก) ใน พ.ศ. 2536 ซึ่งเท่ากับการบริโภคยามูลค่า 450 บาทต่อคน(ราคาขายส่ง) หรือ 840 บาทต่อคน(ราคาขายปลีก) มูลค่าการบริโภคยาคิดเป็นร้อยละ 35 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าสัดส่วนนี้ของประเทศพัฒนาแล้ว(อยู่ในช่วงร้อยละ 10-20) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2537)

ก่อนปี พ.ศ. 2539 มูลค่าการบริโภคยาขยายตัวปีละ 23% ซึ่งสูงกว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ(13%) และการเติบโตของผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (8%) สาเหตุที่สำคัญของการเพิ่มขึ้นของการบริโภคยา คืออุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากรายได้ของประชากรเพิ่มสูงขึ้น

Ballance et al (1992) ได้วิเคราะห์ไว้ว่าโครงสร้างต้นทุนของการผลิตยาในประเทศไทย ประกอบด้วยต้นทุนวัตถุดิบยาร้อยละ 61.6 ต้นทุนค่าแรงงานร้อยละ 10 และต้นทุนอื่นๆร้อยละ 28.4 ซึ่งค่อนข้างแตกต่างไปจากโครงสร้างต้นทุนของการผลิตยาในประเทศไทยที่สำรวจโดย Rattanarojsakul (1986) ที่ประกอบด้วยต้นทุนวัตถุดิบยาร้อยละ 81 ต้นทุนการบรรจุหีบห่อร้อยละ 7 ต้นทุนค่าแรงงานร้อยละ 6 ต้นทุนค่าเสื่อมและบำรุงรักษาร้อยละ 5 และค่าสาธารณูปโภคร้อยละ 1

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2537) ได้ศึกษาโครงสร้างของราคาขายของประเทศไทยไว้ดังนี้

- ร้อยละ 70.53 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ผลิต
- ร้อยละ 4.23 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ขายส่ง
- ร้อยละ 18.69 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ขายปลีก
- ร้อยละ 6.55 ของราคาขายเป็นส่วนของภาษีมูลค่าเพิ่ม

ราคาของยาที่ขายโดยบริษัทข้ามชาติจะสูงกว่าราคาขายชนิดเดียวกันที่ขายโดยบริษัทภายในประเทศ ตารางที่ 16 แสดงตัวอย่างของราคาที่แตกต่างกันจากสองแหล่ง ราคาโอน(transfer pricing) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ราคาของยาที่ขายโดยบริษัทข้ามชาติสูงกว่า นอกจากนี้ จำนวนของยี่ห้อยา (drug brandnames) ก็เป็นปัจจัยในการกำหนดราคาด้วย กล่าวคือ หากยาชนิดใดมีจำนวนยี่ห้อยามากที่แข่งขันในตลาด ก็จะทำให้มีการตั้งราคาหลากหลายมากกว่ายาชนิดที่มีจำนวนยี่ห้อยาน้อยในตลาด ตารางที่ 17 แสดงตัวอย่างของยาบางประเภทที่มีจำนวนยี่ห้อยา และความแตกต่างของราคา

Rattanarojsakul (1986) พบว่าการแข่งขันในตลาดยามีหลายวิธีการแข่งขันด้านคุณภาพพบมากที่สุด (ร้อยละ 43) ซึ่งมักเกิดขึ้นในยาที่มียี่ห้อ (tradename drugs) รองลงมาเป็นการแข่งขันด้านการเงิน(ร้อยละ 23) โดยเป็นการให้ผ่อนชำระเงินระยะยาว (long-term credit) การแข่งขันด้านราคาคิดเป็นร้อยละ 14 ซึ่งมักเกิดกับยาที่ไม่ค่อยรู้จักกัน นอกจากนี้ การแข่งขันด้านการบรรจุหีบห่อและบริการมีเพียงประเภทละร้อยละ 10 เท่านั้น

วิกฤตการณ์เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นภายหลังการปล่อยให้ค่าเงินบาทลอยตัวตั้งแต่ 2 กรกฎาคม 2540 ทำให้ต้นทุนการผลิตยาภายในประเทศสูงขึ้น ถ้าโรงงานซื้อวัตถุดิบยาในรูปของดอลลาร์สหรัฐ จะทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้นร้อยละ 52 ตามค่าเงินบาทที่อ่อนลงไป ซึ่งจะส่งผลให้ยาสำเร็จรูปมีราคาเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 40.28 แต่อย่างไรก็ตาม โรงงานยาในประเทศไทยได้นำเข้าวัตถุดิบยาหลายแหล่ง ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีค่าเงินที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นเท่ากับดอลลาร์สหรัฐ ดังนั้น เมื่อถ่วงน้ำหนักค่า

เงินจากแหล่งที่นำเข้าวัตถุดิบยากับสัดส่วนที่นำเข้าก็จะพบว่า ต้นทุนวัตถุดิบยาสูงขึ้นเพียงร้อยละ 21.33 ซึ่งส่งผลให้ราคาขายเพิ่มสูงขึ้นอีกร้อยละ 18 โครงสร้างต้นทุนการผลิตยาจึงเปลี่ยนไปเป็น

- ร้อยละ 72.10 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ผลิต
- ร้อยละ 3.60 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ขายส่ง
- ร้อยละ 15.80 ของราคาขายเป็นส่วนของผู้ขายปลีก
- ร้อยละ 8.50 ของราคาขายเป็นส่วนของภาษีมูลค่าเพิ่ม

เนื่องจากอุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศมีการนำเข้าวัตถุดิบยาร้อยละ 43-57 ของราคาขายทั้งหมดในประเทศ (5 หมื่นล้านบาท) อุตสาหกรรมผลิตยาภายในประเทศต้องใช้เงินเพิ่มขึ้น 4-5 พันล้านบาท ในการซื้อวัตถุดิบยาในจำนวนเท่าเดิมเนื่องจากค่าเงินบาทที่อ่อนตัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมผลิตยาในประเทศในแง่ที่ขาดสภาพคล่องทางการเงินอย่างเฉียบพลัน นอกจากนี้ในระยะยาว ราคาขายที่สูงขึ้นอาจทำให้อุปสงค์ต่อยาลดลง จนทำให้กำไรลดลงหรือแม้กระทั่งขาดทุนได้ ซึ่งในที่สุดจะทำให้โรงงานยาภายในประเทศหลายแห่งต้องปิดกิจการ

ตารางที่ 18 สรุปการผลิตยาสำเร็จรูป การนำเข้า การส่งออก ความต้องการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของรายการเหล่านี้ของประเทศไทย มูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 5,141.2 ล้านบาทในปี พ.ศ.2536 เป็น 11,345.1 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 121 ในช่วง 4 ปีนี้หรือเป็นอัตราการเพิ่มเฉลี่ยแบบเส้นตรงร้อยละ 30.2 ต่อปี ประเทศไทยได้นำเข้ายาสำเร็จรูปจากประเทศอาเซียนในสัดส่วนที่น้อยมาก(ไม่เกินร้อยละ 20) ประเทศสิงคโปร์เป็นแหล่งที่ประเทศไทยนำเข้ายาสำเร็จรูปจากประเทศอาเซียนมากที่สุด อย่างไรก็ตามการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากประเทศอาเซียนอาจมีแนวโน้มที่ลดลง นั่นหมายความว่า ประเทศไทยนำเข้ายาสำเร็จรูปจากประเทศนอกอาเซียนมากขึ้น (ดูตารางที่ 19)

มูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูปของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1,536.3 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2537 เป็น 2,320.9 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2540 คิดเป็นร้อยละ 51.1 ในช่วง 3 ปีนี้ หรือเป็นอัตราการเพิ่มร้อยละ 17 ต่อปีโดยเฉลี่ย ประเทศไทยได้ส่งออกยาสำเร็จรูปไปสู่ประเทศอาเซียนร้อยละ 27 ของมูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูปทั้งหมดในปี พ.ศ. 2540 โดยที่ประเทศมาเลเซียเป็นประเทศที่นำเข้ายาสำเร็จรูปจากประเทศไทยมากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในอาเซียน มูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปของประเทศไทยอาเซียนทุกๆประเทศ(ยกเว้นประเทศอินโดนีเซีย)จากประเทศไทยมีแนวโน้มมากขึ้น (ดูตารางที่ 20)

เหตุผลสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยสามารถส่งออกยาสำเร็จรูปไปยังประเทศอื่นๆ รวมทั้งประเทศในแถบอาเซียนมากขึ้นคือ กำลังการผลิตของผู้ผลิตไทยที่มากกว่าและมาตรฐานการผลิตที่ก้าวหน้าขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาไปสู่มาตรฐาน Good Manufacturing Practice ของโรงงานผลิตยาของไทย (ปัทมวดี ชูชุกิ, 2539)

Yeats (1991) ได้ศึกษาการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาของประเทศไทยและคำนวณดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA)¹ ในช่วง ค.ศ. 1970-1987 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยได้ส่งออกยาสำเร็จรูปจนมีมูลค่าปัจจุบันสูงเป็น 10 เท่าในช่วง 30 ปีนี้ แต่กลับไม่ได้มีความได้เปรียบเทียบในการส่งออกเลย (ดูตารางที่ 21)

นอกจากนี้ ยาสำเร็จรูปของประเทศไทยสามารถส่งออกในรูปของการเข้ามาซื้อของคนต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน นั่นคือ ร้านขายยาที่อยู่ใกล้บริเวณชายแดนไทย (เช่น รอยต่อระหว่างไทยกับพม่า ไทยกับลาว ไทยกับเขมร และไทยกับมาเลเซีย เป็นต้น) ได้จำหน่ายยาสำเร็จรูปให้กับคนต่างชาติที่เข้าออกประเทศไทยเป็นประจำ แต่ก็เป็นที่น่าเสียดายที่ไม่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการขายประเภทนี้ไว้ เนื่องจากความยุ่งยากในการจดจำของผู้ขาย จากการสอบถามเจ้าของและพนักงานขายยาในร้านขายยารายใหญ่จำนวนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ก็พบว่าได้มีคนจากประเทศเพื่อนบ้านได้เข้ามาซื้อยาจากร้านขายยารายใหญ่เป็นครั้งคราว แต่ก็ไม่สามารถระบุได้ว่ามีมูลค่าเท่าไรบ้าง

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามขององค์กรหลายแห่งที่จะพัฒนาศักยภาพในการผลิตยาภายในประเทศนอกเหนือจากบริษัทที่มุ่งหวังผลกำไรเป็นหลักเพื่อทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ เช่น สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งโรงงานผลิตเวชภัณฑ์ในประเทศไทย โดยอาศัยงานวิจัยที่มีอยู่ในประเทศไทยเป็นหลัก ซึ่งได้รับการพัฒนาให้เป็นอุตสาหกรรมภายในประเทศ ผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นคือ การลดการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ทำให้ยามีราคาลดลง และสอดคล้องกับแนวทางการพึ่งพาตนเอง เวชภัณฑ์ที่คาดว่าจะผลิตได้อยู่ใน 3 รูปแบบคือ

1. ยาที่สกัดจากสารออกฤทธิ์ในสมุนไพรไทย
2. ยาบางชนิดที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศที่หมดอายุสิทธิบัตรแล้ว (ซึ่งเป็นการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า)
3. ชุดตรวจวินิจฉัยโรคสำเร็จรูปต่างๆ

ในเบื้องต้นนี้ ผลิตภัณฑ์ที่จะผลิตออกมาได้แก่ ยารักษาโรคเขตร้อน (เช่น โรคมาเลเรีย อหิวาต์ เป็นต้น) ชุดตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและวัณโรค

2.2 สิทธิบัตรยาในประเทศไทย

¹ RCA คำนวณจากสัดส่วนของมูลค่าส่งออกของสินค้าประเภทหนึ่งเทียบกับมูลค่าการส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมรวมของประเทศหนึ่งหารด้วยสัดส่วนของมูลค่าส่งออกของสินค้านั้นเทียบกับมูลค่าการส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมของโลก

สิทธิบัตรยาเป็นทรัพย์สินทางปัญญา (intellectual property) ประเภทหนึ่งที่เป็นทรัพย์สินที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์ การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาได้เกิดขึ้นครั้งแรกในศตวรรษที่ 17 ในประเทศอุตสาหกรรมชั้นนำในทวีปยุโรป แต่ก็เป็น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของคนในชาติตนเอง การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาระหว่างประเทศเริ่มต้นในปลายทศวรรษที่ 19 โดยมีอนุสัญญากรุงปารีส (Paris Convention) เพื่อพิทักษ์ทรัพย์สินทางอุตสาหกรรมใน ค.ศ. 1883 และอนุสัญญาเบิร์น (Bern Convention) เพื่อพิทักษ์ทรัพย์สินทางวรรณกรรมและศิลปกรรมใน ค.ศ. 1886 และก็ได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

ประเทศไทยยอมรับสิทธิบัตรกรรมวิธีการผลิตยา (process patent) เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2522 โดยได้ผ่านพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ซึ่งได้กำหนดไว้ว่า สิทธิบัตรหมายถึง "หนังสือสำคัญที่ออกให้เพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์หรือการออกแบบผลิตภัณฑ์" ตามที่กำหนดโดยบทแห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ยามีสิทธิบัตรทั้งในกรรมวิธีและแบบผลิตภัณฑ์ โดยที่ "กรรมวิธี" หมายถึง "กรรมวิธี กระบวนการ หรือวิธีการในการผลิต หรือการเก็บรักษาให้คงสภาพ หรือให้มีคุณภาพดีขึ้นซึ่งผลิตภัณฑ์ และรวมถึงการใช้กรรมวิธีนั้นๆด้วย" ส่วน "แบบผลิตภัณฑ์" หมายถึง รูปร่างของผลิตภัณฑ์ หรือองค์ประกอบของผลผลิตหรือสีของผลิตภัณฑ์อันมีลักษณะพิเศษสำหรับผลิตภัณฑ์ซึ่งสามารถใช้เป็นแบบสำหรับผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมรวมทั้งหัตถกรรมได้ โดยมีกรรมทรัพย์สินทางปัญญา(เดิมขึ้นอยู่กับกรมทะเบียนการค้า) กระทรวงพาณิชย์ ในการรับผิดชอบการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการขอรับสิทธิบัตรยา

ต่อมาได้มีการเรียกร้องให้ประเทศไทยแก้ไขเปลี่ยนแปลงพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 โดยมีการถกเถียงถึงผลกระทบของสิทธิบัตรยาต่ออุตสาหกรรมการผลิตยาของไทย เพื่อสนับสนุนและคัดค้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 เป็นไปในแนวทางที่หยิบยกข้อดีและข้อเสียมาเสนอ (อาณัฐชัย รัตตกุล, 2532)

ตัวอย่างของผลดีของการมีสิทธิบัตรยาได้แก่

- การแพร่หลายและพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตยา
- การลงทุนเพิ่มมากขึ้น
- มีการจ้างงานสูงขึ้น

ตัวอย่างของผลเสีย ได้แก่

- ขัดขวางความก้าวหน้าทางวิชาการที่เหมาะสมของต่างประเทศ
- ประชาชนเดือดร้อนมากเพราะยาราคาแพงขึ้น
- การผูกขาดของบริษัทยาต่างชาติจะปิดโอกาสความเจริญก้าวหน้าของบริษัทยาของคนไทย

อาณัติรัชย์ รัตตกุล(2532) ได้กล่าวถึงผลกระทบของสิทธิบัตรยาต่อการลงทุนของอุตสาหกรรมยาของไทยดังนี้คือ

ก. สิทธิบัตรยาจะจำกัดจำนวนผู้ผลิตให้น้อยลง ซึ่งทำให้โครงสร้างของอุตสาหกรรมการผลิตยาเปลี่ยนจากตลาดผู้ขายน้อยรายเป็นตลาดผูกขาด ฉะนั้น ราคาขายก็จะสูงขึ้นเนื่องจากอำนาจผูกขาดของบริษัทยาต่างชาติ

ข. การผลิตยาโดยคนไทยก็จะลดลง เพราะมีต้นทุนเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องจ่ายค่าตอบแทน (royalty) แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรยา

ค. เพื่อให้บริษัทยาของคนไทยอยู่รอดได้ บริษัทยาของคนไทยต้องไปร่วมทุนกับบริษัทต่างชาติ

ง. ในระยะยาว ศักยภาพในการพัฒนาอุตสาหกรรมการผลิตยาของไทยจะป็นทอนลงไป จนอาจถึงขั้นที่หยุดชะงักและมีแต่เทคโนโลยีระดับต่ำ เนื่องจากผู้ทรงสิทธิบัตรยาอาจจะเลือกการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศมากกว่าที่จะลงทุนผลิตยาภายในประเทศไทย ซึ่งอาจมีต้นทุนที่สูงและเผชิญกับความขาดแคลนบุคลากรและติดขัดกับระเบียบกฎเกณฑ์ของระบบราชการไทย

พระราชบัญญัติสิทธิบัตรพ.ศ. 2522 ได้มีมาตรการที่สำคัญใน 3 มาตราเพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์ในสิทธิบัตรยาภายในประเทศโดยเร็วและเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติและประชาชน

1. มาตรการบังคับใช้สิทธิ (มาตรา 46) กำหนดให้อธิบดีกรมทะเบียนการค้ามีอำนาจให้บุคคลอื่นใช้ประโยชน์จากการประดิษฐ์ที่ได้รับสิทธิบัตรได้ หากไม่มีการใช้ผลิตภัณฑ์ให้เกิดประโยชน์ในราชอาณาจักรเป็นเวลา 3 ปี

2. มาตรการเพิกถอนสิทธิบัตร (มาตรา 55) กำหนดให้คณะกรรมการสิทธิบัตรอาจสั่งเพิกถอนสิทธิบัตรนั้นได้ หากผู้ทรงสิทธิบัตรไม่ใช้การประดิษฐ์ให้เกิดประโยชน์ภายในประเทศภายในเวลา 6 ปี

3. มาตรการนำเข้าในราชอาณาจักร (มาตรา 77) กำหนดให้บุคคลทั่วไปสามารถนำผลิตภัณฑ์ที่มีสิทธิบัตรเข้ามาในราชอาณาจักรได้ หากยังไม่มีการใช้การประดิษฐ์ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนในประเทศ

รัฐบาลสหรัฐได้เรียกร้องให้ประเทศไทยคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของบริษัทสัญชาติอเมริกันในช่วง พ.ศ. 2528 – 2535 ซึ่งรัฐบาลสหรัฐได้ประเมินว่า บริษัทสัญชาติอเมริกันต้องสูญเสียรายได้ไม่ต่ำกว่าปีละ 6 – 8 พันล้านดอลลาร์ เนื่องจากการลอกเลียนแบบหรือปลอมแปลงสินค้าของบริษัทอเมริกัน (สุชาติ ศิริวัฒน์ , 2539) รัฐบาลสหรัฐได้นำประเด็นการรับสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากร (Generalized System of Preference หรือ GSP) และการตอบโต้ทางการค้าตามกฎหมายการค้ามาตรา 301 (Section 301) มาต่อรองกับการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 โดยมีสมาคมผลิตภัณฑ์เภสัชกรรม (PPA) ซึ่งเป็นสมาคมที่มีบริษัทนำเข้ายาจากต่างประเทศและตัวแทน

ของบริษัทฯ ข้ามชาติเป็นสมาชิกทำการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องให้คุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา (Product Patent)

แม้ว่าจะมีการคัดค้านจากหลายกลุ่ม สมาคม และฝ่ายในการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ก็ตาม รัฐบาลไทยก็ต้องยอมจำนนต่อแรงกดดันของรัฐบาลสหรัฐ โดยได้ผ่านพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 และบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2535 ซึ่งมีสาระเพิ่มเติมที่สำคัญ คือ

1. คุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา
2. ขยายเวลาการคุ้มครองไปเป็น 20 ปี
3. มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการบังคับใช้สิทธิมากกว่าเดิม
4. ภาระการพิสูจน์การละเมิดเป็นของศาลไทย

สุชาติ ศิริวัฒน์ (2539) ได้ศึกษาการแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยาไว้อย่างละเอียด ผู้ที่สนใจในรายละเอียดของการเคลื่อนไหวการสนับสนุนและคัดค้านการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 สามารถอ่านได้ในวิทยานิพนธ์เล่มนี้ นอกจากนี้ สุชาติ ศิริวัฒน์ ยังได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวโน้มของการดำเนินการเรียกร้องการคุ้มครองสิทธิบัตรยาหลังการใช้พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. 2535 ไว้อย่างน่าสนใจดังคัดลอกมานี้

“อย่างไรก็ตามแม้ว่าการดำเนินการแก้ไข พ.ร.บ.สิทธิบัตร พ.ศ. 2522 ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นลงไปในปี พ.ศ. 2535 ท่ามกลางการคัดค้านจากกลุ่มพลังทางสังคมต่างๆ แต่อำนาจทางด้านการเศรษฐกิจและอิทธิพลทางด้านการเมืองของบริษัทข้ามชาติหรือบริษัทยาข้ามชาติ ยังมีได้จะจำกัดบทบาทของตนเองลงแต่อย่างไร การเคลื่อนไหวที่พร้อมจะกดดันให้เกิดการแก้ไขเพื่อเพิ่มหรือลดข้อกำหนดให้นโยบายต่างๆ เช่น นโยบายด้านยา ยังคงปรากฏอยู่เสมอ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อให้แนวนโยบายนั้นเสริมการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดเท่าที่จะแสวงหาได้ของกลุ่มบริษัทข้ามชาติซึ่งรวมถึงกลุ่มบริษัทยาข้ามชาติด้วย”

2.3 การค้าและการลงทุนในอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย

การกำหนดและจำแนกเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยรวมทั้งประเทศไทยไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัว อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้การกำหนดและจำแนกเครื่องมือแพทย์มี 4 ระบบๆใหญ่ในประเทศไทย

1. การกำหนดและจำแนกเครื่องมือแพทย์ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531 ซึ่งได้แบ่งเครื่องมือแพทย์ตามระดับการควบคุมออกเป็น 3 ประเภทคือ

- 1.1 เครื่องมือแพทย์ที่ต้องได้รับใบอนุญาต ได้แก่เครื่องมือแพทย์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศกำหนดให้เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ขายต้องได้

รับใบอนุญาต ผู้มีความประสงค์จะผลิต นำเข้า หรือขายเครื่องมือแพทย์ประเภทนี้ ต้องยื่นขอรับใบอนุญาต เมื่อได้รับใบอนุญาตแล้ว จึงจะผลิต นำเข้า หรือขายได้

1.2 เครื่องมือแพทย์ที่ต้องแจ้งรายละเอียด ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศกำหนดให้เป็นเครื่องมือแพทย์ที่ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้ขายต้องแจ้งรายละเอียดของเครื่องมือแพทย์ที่ผลิต นำเข้า หรือขาย การแจ้งรายละเอียดเครื่องมือแพทย์ที่ผลิต หรือนำเข้า ผู้ประกอบการต้องยื่นแบบแจ้งรายละเอียดเครื่องมือแพทย์ พร้อมด้วยรายละเอียดของเครื่องมือแพทย์ ได้แก่ ชื่อ ประเภท ชนิด ลักษณะเครื่องมือแพทย์ การบรรจุ ชนิดและปริมาณของส่วนประกอบ ข้อบ่งใช้และประโยชน์ วิธีการใช้ การเก็บรักษา คุณภาพมาตรฐาน วิธีการตรวจสอบ หรือวิเคราะห์ชื่อและที่อยู่ของผู้ผลิต หรือผู้นำเข้า พร้อมทั้งแนบฉลาก เอกสารกำกับเครื่องมือแพทย์ (ถ้ามี) และตัวอย่างหรือภาพแสดงลักษณะโดยละเอียดของเครื่องมือแพทย์ นอกจากนี้ในกรณีการแจ้งรายการละเอียดสำหรับการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ผู้ประกอบการต้องแนบหนังสือรับรองการขายเครื่องมือแพทย์ในประเทศผู้ผลิต ตามประกาศฉบับที่ 6(พ.ศ. 2532) เพื่อประกอบการพิจารณารับแจ้งรายละเอียดเครื่องมือแพทย์ด้วย

1.3 เครื่องมือแพทย์ทั่วไป ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ในมาตรา 3 ที่นอกเหนือจากเครื่องมือแพทย์ที่ต้องได้รับใบอนุญาต และต้องแจ้งรายละเอียด เครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภทนี้ การนำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั่วไปต้องมีหนังสือรับรองการขายเครื่องมือแพทย์ในประเทศผู้ผลิต (CERTIFICATE OF FREE SALE) แสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ ด่านศุลกากร (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2532))

2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดการแบ่งกลุ่มผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศออกเป็น 4 กลุ่มคือ

2.1 กลุ่มอุปกรณ์ผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์ประกอบด้วยอุปกรณ์ผ่าตัดและอุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์ผ่าตัดเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดอาจทำด้วยโลหะหรือเหล็กกล้า เช่น forceps กรรไกรผ่าตัด เขียงผ่าตัด เป็นต้น หรืออาจทำด้วยวัสดุอื่นๆ เช่น โคมไฟผ่าตัด อุปกรณ์ดมยา resuscitator, surgical gown เป็นต้น ส่วนอุปกรณ์การแพทย์เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการแพทย์ทั้งหมดที่ไม่เข้าข่ายบริภัณฑ์การแพทย์ เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ได้ครั้งเดียว หรือวัสดุฝังในทางศัลยกรรม และเครื่องมือแพทย์เฉพาะทาง เช่น เครื่องให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ผ้าห่มไฟฟ้า เครื่องนวด เครื่องแกว่งขา ไม้มัดลิ้น เครื่องพ่นยา ขามรูปไต รถเข็นผู้ป่วย walker, endoscope, elastic bandage, lumbar support, crutch, cane, bed pan, breast pump, collar เป็นต้น

2.2 กลุ่มบริภัณฑ์การแพทย์ หมายถึง บริภัณฑ์ที่มีองค์ประกอบหลายองค์ประกอบ ประกอบกันอยู่และก่อให้เกิดหน้าที่ในการทำงานที่แน่นอนตามที่ออกแบบไว้ เช่น เครื่อง X-ray เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่อง Laser เครื่อง Ultrasound เครื่อง Autoclave เป็นต้น

2.3 กลุ่มวัสดุการแพทย์และวัสดุฝังในทางศัลยกรรม

วัสดุการแพทย์เป็นวัสดุที่ใช้ในทางการแพทย์ที่เมื่อใช้แล้วจะสิ้นสภาพ เช่น endotracheal tubes, blood administration sets, disposable syringes, lens care products, urine bag, catheter, suture, eye pad, glove, condom, bone cement, electrode gel น้ำยาฆ่าเชื้อเครื่องมือแพทย์ เป็นต้น

วัสดุฝังในทางศัลยกรรมเป็นวัสดุที่ใช้ฝังในร่างกายด้วยวิธีทางศัลยกรรม เช่น pacemaker, skin grafts, bone grafts, silicone เสริมทรวงอก, intraocular lens, bone plates, bone pins, bone screws เป็นต้น

2.4 กลุ่มเครื่องมือแพทย์เฉพาะทาง ประกอบด้วย

ก. เครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุที่ใช้ทางด้านทันตกรรมทั้งหมด เช่น dental patient chair, ceramic denture teeth, dental explorers, dental air-motors, dental handpieces, dental operator's stool, dental X-ray unit เป็นต้น

ข. เครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุที่ใช้ทางด้านสัตวกรรมทั้งหมด เช่น Veterinary instruments ได้แก่ forceps กรรไกรผ่าตัด เขียงผ่าตัด มีดผ่าตัด อุปกรณ์คลุมยา surgical gown ที่ใช้สำหรับสัตว์ เป็นต้น

ค. เครื่องมือ อุปกรณ์ และวัสดุที่ใช้ในการประกอบการวินิจฉัยโรค (Diagnostic) เช่น ชุดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ชุดตรวจการตั้งครรภ์ เครื่องหาปริมาณสารเคมีในเลือด น้ำเหลือง และปัสสาวะ เครื่องตรวจระดับหรือปริมาณแอลกอฮอล์ทางลมหายใจ blood gas analyzer เป็นต้น

3. กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ได้ดำเนินการใช้ชื่อและรหัสเครื่องมือแพทย์ตามระบบ Universal Medical Device Nomenclature System (UMDNS) มาในการจำแนกและระบุผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์เป็นครั้งแรกในเดือนมกราคม 2540

4. ข้อมูลของกรมศุลกากรสามารถจำแนกเครื่องมือแพทย์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆคือ

4.1 อุปกรณ์การตรวจและรักษา (examination and treatment equipment) ได้แก่ CT Scanner, EKG machine, MRI เป็นต้น

4.2 อุปกรณ์การทดสอบขั้นสูงในห้องปฏิบัติการ (laboratory test equipment) ได้แก่ เครื่องตรวจและนับเม็ดโลหิต เป็นต้น

4.3 อุปกรณ์ทางการแพทย์ (medical hardware) ได้แก่ เข็มคนไข้ อุปกรณ์ผ่าตัด รัดเข็ม เป็นต้น

4.4 วัสดุการแพทย์ (medical disposables) ได้แก่ หลอดฉีดยา เข็มฉีดยา ถุงมือยาง และถุงยางอนามัย เป็นต้น

มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 1.9 หมื่นล้านบาทด้วยอัตราภาษีขาเข้าร้อยละ 20 ต่อปี ขณะที่มูลค่าการส่งออกก็มากถึง 1 หมื่นล้านบาทด้วยอัตราภาษีขาออกร้อยละ 20 ต่อปีในปี พ.ศ. 2539 (ข้อมูลจากกรมศุลกากร ปี พ.ศ.2531-2540) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการค้าระหว่าง

ประเทศของเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยมีขนาดใหญ่ขึ้นๆ(ดูตารางที่ 22 และ 23) โดยมีประเทศสหรัฐและญี่ปุ่นเป็นแหล่งที่สำคัญทั้งการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือแพทย์

การเติบโตของตลาดเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศมีสาเหตุหลักมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีความต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งทางด้านปริมาณและด้านคุณภาพ และความกังวลต่อปัญหาโรคเอดส์ที่ระบาดหนักอยู่ในขณะนี้ก็นำมาสู่ความต้องการวัสดุทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เช่น ถุงมือยา เข็มฉีดยา และถุงยางอนามัย เป็นต้น ส่วนการเติบโตของการส่งออกของอุปกรณ์และวัสดุการแพทย์จากประเทศไทยส่วนใหญ่ก็มาจากปัญหาโรคเอดส์ที่ระบาดไปทั่วโลก

ถ้ากร กาญจนวดี (2537) ได้ให้เหตุผลหลัก 4 ประการที่ประเทศไทยมีการนำเข้าเครื่องมือการแพทย์เพิ่มขึ้นคือ

- ก. เครื่องมือแพทย์ใหม่ที่มีการใช้เทคโนโลยีแบบใหม่หรือเทคนิคการใช้ใหม่ ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลรักษาคนไข้ได้มากขึ้นโดยไม่ต้องลงทุนขยายโรงพยาบาล ได้แก่ ชุดผ่าตัดอวัยวะภายในด้วยการส่องกล้อง เครื่องสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียง เครื่องสลายนิ่วด้วยคลื่นช็อคหรือเลเซอร์ เป็นต้น
- ข. การเพิ่มขึ้นของการรับการรักษาพยาบาลของคนไทย
- ค. การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในโรคบางประเภทที่ต้องการรักษาด้วยอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุ เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจเนื่องจากมลภาวะ เป็นต้น
- ง. วิธีการรักษาพยาบาลแบบใหม่ที่ต้องอาศัยอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุ

อย่างไรก็ตาม การกำหนดจำแนกเครื่องมือแพทย์ในทุกระบบต้องมีการแก้ไขปรับปรุงบางรายการตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น ใน พ.ศ. 2535 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อ.ย.)ได้กำหนดให้ถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือแพทย์ครั้งแรก และต้องผ่านการควบคุมคุณภาพโดยอ.ย. ทุกระบบที่กล่าวมาข้างต้นก็จะครอบคลุมเครื่องมือแพทย์โดยส่วนใหญ่ ดังนั้น ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ซึ่งอาศัยระบบการกำหนดและจำแนกเครื่องมือแพทย์แบบใดก็ตามก็ถือได้ว่ามีความสมบูรณ์เพียงพอแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ จะใช้การจำแนกเครื่องมือแพทย์ของกรมศุลกากรเนื่องจากเป็นระบบที่ให้ข้อมูลการค้าระหว่างประเทศสมบูรณ์กว่าระบบอื่นๆในประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2537) ได้สรุปไว้ว่า อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการลงทุนร่วมกัน (joint venture) ระหว่างคนไทยกับชาวต่างชาติ อุตสาหกรรมประเภทนี้จะเป็นการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า

ถ้ากร กาญจนวดี (2537) อ้างถึงการสำรวจของสมาคมผู้จัดจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ที่มีสมาชิกมากกว่า 40 บริษัท ซึ่งครอบคลุมการผลิตและจำหน่ายอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุกว่าร้อยละ 70 ที่ใช้ในประเทศไทยว่า มีการผลิตอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุ ชิ้นส่วน และส่วนประกอบใน

ประเทศไทยน้อยกว่าร้อยละ 10 รายการอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุที่ผลิตได้ในประเทศไทยแสดงอยู่ในตารางที่ 24

นอกจากนี้แล้วเขายังกล่าวด้วยว่าชิ้นส่วนและวัตถุดิบนำเข้าเพื่อการผลิตภายในประเทศมีอัตราภาษีศุลกากรที่สูง(ร้อยละ 20-60) ขณะที่อุปกรณ์การแพทย์สำเร็จรูปมีอัตราภาษี(เพียงร้อยละ 0-5) ซึ่งทำให้ผู้ผลิตภายในประเทศมีต้นทุนการผลิตที่สูง จนทำให้ผู้ซื้อหันไปนำเข้าจากต่างประเทศ

The Medical Products Supply Association (MPSA) ซึ่งเป็นสมาคมระหว่างประเทศที่มีบริษัทผู้ผลิตและนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็นสมาชิกได้ประมาณการมูลค่าตลาดของเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยเป็น 5 พันล้านบาทใน พ.ศ. 2535 และขยายตัวร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2536 การขยายตัวของตลาดเครื่องมือแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2535 – 2539 มาจากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มขึ้นและการแพร่ของโรคเอดส์ จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) มีบริษัทที่ทำการค้าเครื่องมือแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับ อ.ย.มากกว่า 500 บริษัทในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2538 แม้ว่าจะมีบริษัทใหญ่ 30 – 40 แห่งที่ครอบครองสัดส่วนตลาดไว้มากกว่าร้อยละ 70

ประเทศไทยนำเข้าเครื่องมือแพทย์ประเภทที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีขั้นสูงและการวิจัยและพัฒนาที่เข้มข้น ซึ่งประเทศไทยยังไม่สามารถผลิตได้ภายในประเทศได้แก่ เครื่องมือตรวจ (เช่น CT Scanner และ MRI) ขณะที่ไทยสามารถส่งออกเครื่องมือแพทย์ประเภทที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและมีวัตถุดิบภายในประเทศ เช่น ถุงยาง และถุงมือยาง เป็นต้น จากการสอบถามเจ้าของและพนักงานร้านขายยาขนาดใหญ่ส่วนหนึ่งในกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการจำหน่ายเครื่องมือแพทย์แก่ชาวต่างชาติที่มาซื้อเครื่องมือแพทย์ด้วยตนเอง ก็ปรากฏว่าแทบจะไม่มีชาวต่างชาติ แม้แต่จากประเทศใกล้เคียงมาซื้อเครื่องมือแพทย์เลย นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสำรวจทางโทรศัพท์ไปยังบริษัทท่องเที่ยวที่นำนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศเข้ามาเพื่อสอบถามถึงจำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาและได้ใช้บริการด้านเครื่องมือแพทย์ของไทย (เช่น การตรวจร่างกายด้วยอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย เป็นต้น) ก็พบว่า ไม่มีบริษัทท่องเที่ยวใดที่ได้ให้บริการดังกล่าวเลย อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่า นักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการด้านเครื่องมือแพทย์ของไทยได้เดินทางมาที่บริษัทท่องเที่ยวในต่างประเทศ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ไม่อาจที่จะครอบคลุมถึงได้

2.4 การค้าและการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

โรงพยาบาลในประเทศไทยถูกจำแนกตามลักษณะของความเป็นเจ้าของได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ๆคือ

1. โรงพยาบาลรัฐ ซึ่งมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 76-81 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 79 – 88 ของจำนวนเตียงทั้งหมด
2. โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งดำเนินกิจการเชิงพาณิชย์ (นั่นคือ ทำกำไรให้กับผู้ประกอบการหรือ ผู้ถือหุ้น)

3. โรงพยาบาลที่ไม่หวังกำไร ซึ่งดำเนินงานภายใต้องค์กรที่ไม่ได้หวังผลกำไร

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนโรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไปของรัฐและเอกชน (รวมทั้งโรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรด้วย ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 5 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด) และจำนวนเตียงโรงพยาบาลเหล่านี้ในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2537 เมื่อพิจารณาถึงการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในช่วงเวลาดังกล่าว จะพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราขยายตัวถึงร้อยละ 7.8 ต่อปี (เทียบกับอัตราการขยายตัวของโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 2.6 ต่อปี) และอัตราการเติบโตของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนสูงถึงร้อยละ 8.1 ต่อปี (เทียบกับอัตราการเติบโตของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลรัฐร้อยละ 1.4 ต่อปี)

ปัจจัยที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวสูงมากในช่วงเวลาดังกล่าวคือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของรายได้ของคนไทย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความกังวลในเรื่องสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้สร้างอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนก็ได้ให้สิทธิประโยชน์แก่ธุรกิจโรงพยาบาลอย่างจริงจัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา ซึ่งเท่ากับการขยายอุปทานของบริการโรงพยาบาลเพื่อรองรับอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนก็เช่นเดียวกับธุรกิจอื่นๆ ที่ต้องมีการปิดกิจการของผู้ประกอบเดิม บางรายและการเปิดกิจการของผู้ประกอบการรายใหม่ ตารางที่ 26 แสดงจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ปิดกิจการและเปิดกิจการใหม่ในช่วง พ.ศ. 2531 – 2537 ซึ่งจะเห็นได้ว่าในช่วงเวลาดังกล่าว จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดใหม่มีมากกว่าจำนวนโรงพยาบาลที่ปิดตัวลง กรุงเทพมหานครยังคงมีจำนวนโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ดำเนินงานมากกว่าภาคอื่นๆ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่ดึงดูดโรงพยาบาลเอกชนไปดำเนินการได้น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับภาคอื่น

จากข้อมูลของกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2538 โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดอาจแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ตามจำนวนแห่งและจำนวนเตียง ได้ดังนี้

1. โรงพยาบาลที่เป็นบริษัทจำกัดมีสัดส่วนร้อยละ 44 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด โดยมีเตียงไว้บริการคิดเป็นร้อยละ 54 ของจำนวนเตียงทั้งหมด
2. โรงพยาบาลที่เป็นโพลีคลินิกมีสัดส่วนร้อยละ 42 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด แต่มีเตียงไว้บริการคิดเป็นร้อยละ 8 ของจำนวนเตียงทั้งหมด
3. โรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรมีสัดส่วนร้อยละ 9 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด แต่มีเตียงไว้บริการคิดเป็นร้อยละ 23 ของจำนวนเตียงทั้งหมด
4. โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด แต่มีเตียงไว้บริการคิดเป็นร้อยละ 15 ของจำนวนเตียงทั้งหมด

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2537) ได้รายงานว่าโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่กระจุกตัวในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 37 ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในประเทศไทย โดยมีจำนวนเตียงสูงถึงร้อยละ 51 ไว้คอยบริการชาวกรุงเทพมหานคร นอก

จากนี้ คณะวิจัยกลุ่มนี้ได้พบว่า อัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนต่ำมาก (เพียงร้อยละ 58 ของจำนวนเตียงทั้งหมด) ซึ่งอัตราการครองเตียงที่ต่ำเช่นนี้ทำให้สงสัยว่า โรงพยาบาลเหล่านี้อาจสร้างอุปสงค์เทียมต่อบริการโรงพยาบาล เพื่อที่จะทำให้โรงพยาบาลเหล่านี้ดำเนินกิจการต่อไปได้

จากการคำนวณของ ศุภชัย ฤฒรัตน์พุกษ์ และคณะ (2538) ที่ได้ศึกษาอัตราค่าไรของการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยภายใต้ พรบ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณี พบว่า โรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไรมีอัตราค่าไรประมาณร้อยละ 7 โรงพยาบาลเอกชนประเภทบริษัทจำกัดและโพลีคลินิกมีอัตราค่าไรประมาณร้อยละ 15 และโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ฯมีอัตราค่าไรประมาณร้อยละ 25 เป็นที่น่าสังเกตว่าหากเป็นบริการสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนอาจสร้างอัตราค่าไรได้สูงกว่านี้

ตารางที่ 27 แสดงกำไรสุทธิของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ฯในช่วง พ.ศ. 2536 ถึงไตรมาสที่ 3 ของ พ.ศ. 2539 ซึ่งจะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีกำไรสุทธิลดลง จากการศึกษาผลประกอบการของโรงพยาบาลเหล่านี้จะพบว่ารายรับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62-67 ของรายรับทั้งหมด) มาจากการให้บริการในแผนกคนไข้ใน ตารางที่ 28 รายงานโครงสร้างรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลเหล่านี้ในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งจะบ่งบอกว่าค่ายาเป็นรายรับหลัก (ร้อยละ 37.3) ส่วนต้นทุนหลักคือค่าธรรมเนียมแพทย์ (ร้อยละ 40.5)

การสำรวจสุขภาพและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2534 ระบุว่า ผู้ที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนมักเป็นผู้ที่มีอาชีพที่ทำรายได้สูง เช่น นักบริหาร เป็นต้น ตารางที่ 14 แสดงจำนวนคนและจำนวนครั้งของการรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนในช่วง พ.ศ. 2531-2537 เมื่อเปรียบเทียบกับบริการจากโรงพยาบาลทั้งหมด (รัฐและเอกชน) ก็พบได้ว่าจำนวนผู้มารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชนในแผนกคนไข้ในนอกและคนไข้ในเป็นร้อยละ 17 และ 15 ของบริการแผนกคนไข้ในนอกและคนไข้ในทั้งหมดตามลำดับ

ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจัดอยู่ในประเภทตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ (imperfectly competitive market) เนื่องจากลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. การใช้บริการถูกจำกัดด้วยระยะทาง แม้จะมีโรงพยาบาลเอกชนให้เลือกมากในพื้นที่ แต่ความจำเป็นต่อบริการสุขภาพของคนไข้ไม่เอื้อต่อการเลือกโรงพยาบาลได้เหมือนสินค้าและบริการอื่นๆ
2. โรงพยาบาลเอกชนมีความแตกต่างและหลากหลายในด้านคุณภาพ จนทำให้โรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งแข่งขันในด้านคุณภาพของบริการ เช่น ความรวดเร็วในการให้บริการ ความพร้อมของการบริการที่มีเทคโนโลยีสูง และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชื่อเสียง เป็นต้น
3. มีการกีดกันการเข้าสู่ธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนไม่ในพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลอยู่ก่อนแล้ว เนื่องจากกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่ต้องการให้มีการกระจุกตัวของสถาน

พยาบาล และเพราะว่าการลงทุนสร้างและดำเนินการโรงพยาบาลมีต้นทุนสูงในปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากข้อบังคับของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานการบริการที่เหมาะสม

โรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนมากในกรุงเทพมหานครที่ก่อให้เกิดความไม่เสมอภาคในการกระจายสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทยทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครไม่อาจขยายตัวได้อีกต่อไป หากพิจารณาจากสัดส่วนประชากรต่อเตียงที่เหมาะสมที่สากลยอมรับกัน (ประชากร 250 คนต่อ 1 เตียง) แล้ว จะพบว่ากรุงเทพมหานครปัจจุบันได้ถึงสัดส่วนดังกล่าวแล้ว ดังนั้น โอกาสการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นไปได้สูงจึงอยู่ที่ภูมิภาค ดังที่เห็นได้ว่า โรงพยาบาลใหญ่ๆ ได้ขยายสาขาและเครือข่ายออกไปต่างจังหวัดมากขึ้น โดยใช้ชื่อโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครเป็นฐาน

ธุรกิจโรงพยาบาล เอกชนในปัจจุบันต้องเผชิญกับปัญหามากมาย ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

1. การแข่งขันจากโรงพยาบาลรัฐที่ทำการเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ จนทำให้ดึงดูดลูกค้าไปจากโรงพยาบาลเอกชน

2. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านและแพทย์ที่มีชื่อเสียง เนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลที่ต้องการบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้มีมากกว่าจำนวนแพทย์ประเภทนี้ที่มีอยู่ การเปิดคลินิกนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลรัฐก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนขาดแคลนแพทย์ดังกล่าว

3. ต้นทุนการดำเนินการโรงพยาบาลเอกชนสูง เนื่องจากกฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่บังคับให้โรงพยาบาลต้องมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ประจำ เครื่องมือแพทย์พื้นฐาน อาคาร ที่ดิน ฯลฯ ให้ได้มาตรฐาน ขณะที่รายรับหลังจากเปิดกิจการไม่แน่นอนและคาดการณ์ได้ยาก

4. หลังจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชนในส่วนของยาสำเร็จรูปและเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศสูงขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ประกอบกับการลดลงอย่างฉับพลันของอุปสงค์ต่อบริการโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากรายได้ของประชากรลดลงทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาขาดทุน โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องลดขนาดการให้บริการและปิดกิจการ

โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งได้ให้บริการแก่ลูกค้าต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอุดรธานีและหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยชาวลาวและมาเลเซีย ตามลำดับ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครหลายแห่งได้ร่วมมือกับบริษัทท่องเที่ยวต่างประเทศนำนักท่องเที่ยวจากประเทศญี่ปุ่น สหรัฐ และยุโรปมารับบริการสุขภาพ เช่น การดูแลผู้สูงอายุ บริการสถานพักผ่อน การตรวจสุขภาพ ศัลยกรรมตกแต่ง เป็นต้น ทั้งนี้บริการเหล่านั้นมีราคาถูกกว่าโดยเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในต่างประเทศ ขณะที่คุณภาพของบริการก็ได้มาตรฐาน ตัวอย่างของการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนแก่ชาวต่างประเทศได้แสดงไว้ในตารางที่ 30

2.5 กำลังคนด้านบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2529 – 2537 แสดงไว้ในตารางที่ 31 อัตราการขยายตัวของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเป็นร้อยละ 5.4, 12.6, 9.4 และ 10.8 ต่อปีในช่วงดังกล่าว ตามลำดับ เมื่อเทียบกับการเติบโตของจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นซ้ำแล้ว ก็ทำให้สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสี่ประเภทลดลง (ดูตารางที่ 32) นั้นย่อมหมายถึง ความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ลดน้อยลง แม้ว่าสัดส่วนเหล่านี้ยังห่างไกลจากสัดส่วนที่เป็นมาตรฐานในประเทศพัฒนาแล้วก็ตาม

อย่างไรก็ตาม การนับจำนวนบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ได้สะท้อนถึงจำนวนที่ทำอย่างแท้จริง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งได้ทำงานหลายแห่งนอกเวลาราชการ การนับจำนวนชั่วโมงการทำงานจะสะท้อนถึงความเป็นจริงที่ดีกว่า แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเวลาทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ของไทยอย่างจริงจังและเป็นระบบ

ตารางที่ 33 แสดงจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปีการศึกษา 2537 ขณะที่ตารางที่ 34 แสดงจำนวนนิสิตนักศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่รับเข้าใหม่ในปีการศึกษา 2538 การเปรียบเทียบจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาและนักศึกษาใหม่ในวิชาชีพเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า มีการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน โดยที่มีการผลิตเทคนิคการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 125 การผลิตเภสัชกรเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 การผลิตแพทย์มากขึ้นร้อยละ 48 การผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 31 ขณะที่อัตราการเพิ่มขึ้นของพยาบาลเป็นเพียงร้อยละ 18

การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจนและเป็นมานานแล้ว ตารางที่ 35 แสดงอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2527-2537 จะเห็นได้ว่า กรุงเทพมหานครได้ประโยชน์จากการมีแพทย์มากกว่าภาคอื่นๆ ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับประโยชน์น้อยที่สุด แม้ว่าอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรในทุกพื้นที่มีแนวโน้มลดลงก็ตาม

การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐและเอกชนก็มีความไม่สมดุลกัน ตัวอย่างเช่น ภาคเอกชนมีการเพิ่มของแพทย์ร้อยละ 186 ระหว่าง พ.ศ. 2526 – 2536 ขณะที่อัตราการเพิ่มของแพทย์ในภาครัฐเป็นเพียงร้อยละ 54 เป็นต้น

ใน พ.ศ. 2535 แพทย์ 3,051 คนจาก 13,398 คน (ร้อยละ 23) เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 อันดับแรกที่มีจำนวนแพทย์ชำนาญเฉพาะด้านมากที่สุด ได้แก่ สูติศาสตร์รีเวช อายุรศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ ตามลำดับ (ดูตารางที่ 36) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข บ่งชี้ว่า ร้อยละ 30 ของแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 24 ของแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางอยู่ในภาคเอกชน

นุสรณ์ ภูวนิชพงษ์ และคณะ (2540) ได้พยากรณ์ความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ประเภทต่างๆใน 2 ทศวรรษหน้า (ตารางที่ 37) ด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งก็ได้ให้ข้อสรุปว่า จะมีการขาดแคลนแพทย์เพียงเล็กน้อย ขณะที่การขาดแคลนเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักรังสีเทคนิคจะมีสูง ซึ่งต้องมีการผลิตเพิ่มขึ้นในอนาคต

เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างอายุของประชากรของประเทศไทยในอนาคตที่มีแนวโน้มว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะมากขึ้นถึงร้อยละ 5.2 ของประชากรไทยในปัจจุบันและเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563 (ปรารธนา นานาลักษณ์, 2542) และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของการเจ็บป่วยทางจิตและประสาททั้งในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว (Cowley et al, 1993) ก็จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในสองสาขานี้เพิ่มโอกาสมากขึ้นในการทำงานเมื่อเทียบกับเดิมที่มีความจำกัดภายในประเทศเท่านั้น

2.6 ชัดความสามารถในการแข่งขันกับนานาชาติของประเทศไทย

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจโดยรวม ชัดความสามารถของอุตสาหกรรมในระบบบริการสุขภาพในการแข่งขันกับนานาชาติก็อาจประเมินได้ด้วยชัดความสามารถในการแข่งขันกับนานาชาติของประเทศไทยโดยรวม International Institute for Management Development (IMD) ได้จัดทำ The World Competitiveness Yearbook เมื่อเปรียบเทียบและจัดอันดับความสามารถในการแข่งขันของ 46 ประเทศทุกปี โดยพิจารณาจาก 8 ด้านหลัก ได้แก่ เศรษฐกิจภายในประเทศ ความเป็นนานาชาติ รัฐบาล การเงินการคลัง โครงสร้างพื้นฐาน การจัดการ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และประชากร เมื่อเปรียบเทียบชัดความสามารถด้านต่างๆ เหล่านี้ของประเทศไทยกับประเทศอื่นในปี 2540 และ 2541 ก็ปรากฏว่า ชัดความสามารถของไทยเกือบทุกด้านในปี 2541 ได้ตกมาจากการปี 2540 อย่างมากในเกือบทุกด้าน ด้านการเงินการคลัง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน และการจัดการ อยู่ในอันดับท้ายๆ กล่าวคือ อันดับที่มีมากกว่า 40 จาก 46 อันดับ ด้วยเหตุผลที่ว่า องค์ประกอบของชัดความสามารถในการแข่งขันทั้ง 4 ด้านเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอุตสาหกรรมสินค้าและบริการสุขภาพของไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศ จึงเป็นไปได้มากที่ว่า ชัดความสามารถของอุตสาหกรรมสินค้าและบริการสุขภาพของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างชาติด้อยลงอย่างมาก ในปี 2541 หากต้องการพัฒนาชัดความสามารถของไทยในการแข่งขันอุตสาหกรรมสินค้าและบริการสุขภาพกับต่างประเทศ อาจจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนาในด้านการเงินการคลัง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โครงสร้างพื้นฐาน และการจัดการเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 16 : การเปรียบเทียบราคาของยาบางชนิดที่ขายโดยที่บริษัทข้ามชาติและบริษัทภายในประเทศ
ไทย ในปี พ.ศ. 2536

ยาชื่อสามัญ	ราคาที่เสนอขาย โดยบริษัทข้าม ชาติ (บาท)	ราคาที่เสนอขายโดย บริษัทภายใน ประเทศ	ร้อยละของ ความแตกต่าง
1. Amikacin Sulfate Injection	180	90	100
2. Terbutaline Sulfate Tablet 5 mg	1.1	0.23	387.3
3. Ketoconazole Tablets 200 mg./tab.	12	4	200
4. Flunarizine HCl 5 mg./tab.	5.5	0.9	511.1
5. Cimetidine 200 mg.	6	0.58	939.5
6. Cimetidine 100 mg.	11	1.2	816.7
7. Praziquatel 600 mg./tab.	75	25	200
8. Nofloxacin 100, 200 mg./tab.	6.88	1.7	304.7
9. Ratmeidine 150, 300 mg as Hydrochloride	18	7.5	140
10. Acyclovir Cream 5%	74	22	236.4
11. Acyclovir 200 mg./tab.	31	-	-
12. Cephazoline Sodium 1 gm./vial	85	50	41.2
13. Chlorpheniramine Maleate 2, 4 mg	0.5	0.06	783.3
14. Brompheniramine Maleate 2 , 4 mg.	1	0.1	900
15. Salbutamol Sulphate 2, 4 mg	1.05	0.2	425
16. Miconazole Nitrate Cream 2%w/w	28	10	180
17. Piroxicam 10 , 20 mg.	6	0.4	1,400
18. Diclofenac Sodium 25 mg.	2.7	0.3	800
19. Hydroxyzine HCl 10 mg.	0.7	0.13	438.5
20. Aspartame 19 mg./tab.	54.5	27	101.9
21. Loperamide 2mg./tab.	2.5	0.5	400
22. Cinnarizine 15 mg./tab.	1.6	0.25	540
23. Allopurinol Tablets 100, 300 mg./tab.	2.98	0.6	396.7
24. Bromhexine Hydrochloride 8 mg./tab	1.8	0.8	1.25
25. Thimerosal Tincture 0.09-0.11% w/v	37	4	825

26. Tinidazole 500 mg./tab.	7.7	2.2	250
27. Mebendazole 100 mg./ 5 ml.	29.5	10	195
28. Mebendazole 100 mg./ tab.	22	10	120
29. Doxycyclin Capsules contain in each, the eq. of 50 and 100 mg. of Doxycycline	12	1.6	650
30. Bromhexine HCl 4 mg./ 5ml.	36	12	200
31. Rifampicin Capsules 150, 300 mg./cap.	10	4	150
32. Bisacodyl Tablets 5 mg./tab.	1	0.1	900
33. Co-trimoxazole Tablets 5 mg./tab.	2	0.4	400
34. Paracetamol 120 mg./ 5 ml.	22	7	14.3
35. Giberclamide Tablets 5 mg./tab	1.8	0.3	500
36. Astemizole 10 mg./tab.	3.8	0.6	533.3
37. Amozycilline Oral Suspension	39	13	200

ที่มา :สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน

ตารางที่ 17 : ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนยี่ห้อยาที่จำหน่ายในตลาดกับความหลากหลายของราคา ในปี พ.ศ.
2527

ยาชื่อสามัญ	จำนวนยี่ห้อยาที่ จำหน่ายในตลาด	ช่วงของราคา (บาท)	สัดส่วนของราคาสูง สุดต่อราคาต่ำสุด
1. Paracetamol	88	0.13 - 8.75	66.67 : 1
2. Ampicilin	35	0.88 - 15.32	17.41 : 1
3. Aspirin	21	0.044 - 0.22	5 : 1
4. Penicilin V.K.	9	0.350 - 3.5	10 : 1
5. Streptomycin	9	2.188 - 5.25	2.4 : 1
6. Isoniacid(INH)	7	0.044 - 0.109	2.48 : 1
7. Quinine	5	1.53 - 3.94	2.58 : 1

ที่มา : Rattanaojsakul (1986)

ตารางที่ 18 : การผลิตยาสำเร็จรูป การนำเข้า การส่งออก ความต้องการ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของราย
การเหล่านี้ของประเทศไทย

หน่วย: ล้านบาท

พ.ศ.	การผลิต	+/- (%)	การนำเข้า	+/- (%)	การส่งออก	+/- (%)	ความต้องการ	+/- (%)
2532	8737.74	-	2855.00	-	480.80	-	11171.94	-
2533	91765.52	4.31	3266.10	14.40	604.1	25.64	11838.52	5.97
2534	10052.24	9.54	3727.5	14.13	784.80	29.91	12994.94	9.77
2535	11081.60	10.24	4858.1	30.33	1266.7	61.40	14673.00	12.91
2536	12106.69	9.25	5141.30	5.83	2855.36	125.42	14392.63	-1.91
2537	13254.03	9.48	6118.78	19.01	1536.26	-46.20	17836.55	23.93
2538	14600.00	10.16	7484.63	22.32	2388.05	55.45	19695.58	10.43
2539	16200.00	10.96	8701.72	16.26	1784.96	-25.25	23116.76	17.36
2540	17820.00	10.00	11345.13	30.4	2320.85	30.02	26844.28	17.28

ที่มา: สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันและกรมศุลกากร(พิกัดศุลกากร 3001-3006)

ตารางที่ 19 : มูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูป(พิกัดศุลกากร 3001-3006) ของประเทศไทย
(ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	มาเลเซีย	อินโดนีเซีย	รวมทุกประเทศ
2536	101.7	32.8	4.6	23.8	5,141.2
2537	149.9	21.9	5.6	20.2	6,118.8
2538	159.2	26.1	10.1	42.2	7,484.6
2539	202.2	49.7	7.5	70.4	8,701.7
2540	132.0	26.4	13.0	105.9	11,345.1

ที่มา: กรมศุลกากร

ตารางที่ 20 : มูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูป พิกัดศุลกากร (3001 –3006)ของประเทศไทย
(ล้านบาท)

ปี พ.ศ.	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	มาเลเซีย	อินโดนีเซีย	รวมทุกประเทศ
2536	335.6	49.1	139.8	1.3	2,855.0
2537	168.9	85.3	180.0	35.2	1,536.3
2538	606.9	105.2	189.4	28.7	2,398.5
2539	153.1	92.6	210.9	34.4	1,784.9
2540	214.5	128.2	259.5	24.0	2,320.9

ที่มา: กรมศุลกากร

ตารางที่ 21 : มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA)*
ของผลิตภัณฑ์ยาของประเทศไทยในช่วง ค.ศ. 1970 – 1987

ปี ค.ศ.	มูลค่าการส่งออก (ล้านดอลลาร์)	สัดส่วนของการส่ง ออก	ดัชนี RCA
1970 – 1972	0.8	0.3%	0.24
1975 – 1977	6.1	0.5%	0.41
1983 – 1985	10.0	0.3%	0.24
1986 – 1987	10.4	0.2%	0.13

หมายเหตุ : * สูตรการคำนวณ RCA คือ

$$RCA_{ij} = \frac{\frac{x_{ij}}{x_{ij}}}{\frac{x_{tw}}{x_{tw}}}$$

โดยที่ RCA_{ij} คือ RCA ของประเทศ i ที่ส่งออกสินค้า j
 x_{ij} คือ มูลค่าการส่งออกของประเทศ i ที่ได้จากการส่งออกสินค้า j
 x_{ij} คือ มูลค่าการส่งออกของทุกประเทศในโลก (i) ที่ส่งออกสินค้า j
 x_{iw} คือ มูลค่าการส่งออกของประเทศ i ที่ส่งออกสินค้าทุกประเภท (w)
 x_{tw} คือ มูลค่าการส่งออกของทุกประเทศในโลก (i) ที่ส่งออกสินค้าทุกประเภท (w)

ที่มา : Yeats (1991)

ก. มูลค่า

หน่วย : ล้านบาท

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	1479.1	3382.5	2179.8	2590.2	5798.5	7833.5	9836.2	10954.6	12321.9	15514.3
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	221.2	308.1	370.4	482.9	740.6	1010.2	1287.1	1095.8	1340.1	1552.0
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	415.8	318.5	456.7	542.4	608.4	963.0	1091.9	1212.3	1310.4	1581.9
1.3 Artificial body parts and supports	160.7	184.0	242.3	260.6	287.6	335.6	449.9	302.2	336.8	361.4
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	71.8	86.6	75.6	88.4	95.7	161.8	250.7	311.0	310.2	323.4
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	67.9	94.7	124.8	177.9	193.6	245.4	303.5	376.7	407.8	553.2
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	210.1	252.1	410.3	505.6	500.6	721.5	986.2	1163.4	1343.7	1406.6
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	331.6	447.5	499.7	532.4	807.0	1029.6	1312.7	1152.2	1434.9	1641.2
1.8 X-ray film	na	103.7	na	na	169.7	136.0	147.9	175.3	226.4	234.9
1.9 Parts and accessories	na	1587.3	na	na	2395.3	3230.4	4006.3	5165.7	5611.6	7859.7
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	668.2	547.3	754.0	739.9	708.4	985.9	1421.0	2237.1	2065.4	2138.6
2.1 Microscopes	158.2	155.9	149.1	210.5	182.1	263.5	414.3	476.1	473.7	716.2
2.2 Measuring and detecting instruments	299.1	381.2	493.0	443.7	480.1	662.7	904.1	1601.5	1427.2	1246.9
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	210.9	10.2	111.9	85.7	46.2	59.7	102.6	159.5	164.5	175.4
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	33.4	72.4	53.5	67.3	102.7	150.9	224.5	239.8	367.0	276.3
3.1 Dentist's chairs and other furniture	33.4	42.3	53.5	67.3	77.1	139.1	195.9	229.5	294.3	276.3
3.2 Ambulance	na	29.8	na	na	24.5	7.5	14.5	1.6	56.7	na
3.3 Invalid carriages	na	0.3	na	na	1.1	4.3	14.1	8.7	16.0	na
4. Disposables	338.3	440.8	427.6	518.0	699.0	814.9	1107.8	1324.6	1194.0	1216.8
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	124.9	179.1	176.8	178.6	208.2	252.5	368.7	644.6	382.4	347.9
4.2 Needles and syringes	213.4	214.3	250.8	339.4	428.9	490.3	621.8	606.4	727.0	787.1
4.3 Plasters	na	13.3	na	na	19.3	23.0	26.6	25.2	32.8	25.2
4.4 Surgical gloves	na	3.0	na	na	7.7	13.5	32.1	16.9	20.4	23.6
4.5 Sheath contraceptive	na	31.1	na	na	34.9	35.6	58.6	31.5	31.4	33.0
Grand Total	2519.0	4443.0	3414.9	3915.4	7308.6	9785.2	12589.5	14756.1	15948.3	19146.1

ข. อัตราเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	128.69	-35.56	18.83	123.86	35.10	25.57	11.37	12.48	25.91
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	39.29	20.22	30.37	53.37	36.40	27.41	-14.86	22.29	15.81
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-23.40	43.39	18.77	12.17	58.28	13.39	11.03	8.09	20.72
1.3 Artificial body parts and supports	14.50	31.68	7.55	10.36	16.69	34.06	-32.83	11.45	7.30
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	20.61	-12.70	16.93	8.26	69.07	54.94	24.05	-0.26	4.26
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	39.47	31.78	42.55	8.83	26.76	23.68	24.12	8.26	35.65
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	19.99	62.75	23.23	-0.99	44.13	36.69	17.97	15.50	4.68
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	34.95	11.66	6.54	51.58	27.58	27.50	-12.23	24.54	14.38
1.8 X-ray film	na	na	na	na	-19.86	8.75	18.53	29.15	3.75
1.9 Parts and accessories	na	na	na	na	34.86	24.02	28.94	8.63	40.06
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	-18.09	37.77	-1.87	-4.26	39.17	44.13	57.43	-7.68	3.59
2.1 Microscopes	-1.45	-4.36	41.18	-13.49	44.70	57.23	14.92	-0.50	51.21
2.2 Measuring and detecting instruments	27.45	29.33	-10.00	8.20	38.03	36.43	77.14	-10.88	-12.57
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	997.06	-23.41	-46.09	29.22	71.86	55.46	3.13	6.66
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	116.77	-26.10	25.79	52.60	46.93	48.77	6.82	53.04	-24.71
3.1 Dentist's chairs and other furniture	26.65	26.48	25.79	14.56	80.42	40.83	17.15	28.24	-6.13
3.2 Ambulance	na	na	na	na	-69.39	93.33	-88.97	3,443.75	na
3.3 Invalid carriages	na	na	na	na	290.91	227.91	-38.30	83.91	na
4. Disposables	30.30	-2.99	21.14	34.94	16.58	35.94	19.57	-9.87	1.91
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	43.39	-1.28	1.02	16.57	21.28	46.02	74.83	-40.68	-9.01
4.2 Needles and syringes	0.42	17.03	35.33	26.37	14.32	26.82	-2.48	19.89	8.27
4.3 Plasters	na	na	na	na	18.90	15.93	-5.14	29.87	-23.18
4.4 Surgical gloves	na	na	na	na	74.67	138.85	-47.31	20.29	16.01
4.5 Sheath contraceptive	na	na	na	na	2.10	64.61	-46.27	-0.24	4.97
Grand Total	76.38	-23.14	14.66	86.66	33.89	28.66	17.21	8.08	20.06

ก. มูลค่า

หน่วย : ล้านบาท

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	844.80	1,665.10	1,452.70	2,064.90	4,172.10	5,291.90	6,891.00	7,570.00	9,429.10
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	543.20	744.30	867.00	1,173.80	1,593.10	1,752.10	2,299.70	2,646.60	3,265.90
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	4.50	1.50	2.20	5.60	13.30	13.10	10.40	27.10	41.20
1.3 Artificial body parts and supports	11.50	10.90	21.70	29.60	56.80	28.60	14.20	7.20	8.10
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.20	0.70	1.00	0.60	5.10	7.50	236.00	24.40	29.30
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	3.60	4.60	14.00	33.60	34.70	44.70	53.60	29.30	40.10
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	3.80	5.60	4.50	3.00	8.10	22.00	9.90	38.80	22.80
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	278.00	349.50	542.30	818.70	1,304.70	2,175.70	2,656.30	2,622.00	3,014.30
1.8 X-ray film	na	3.50	na	na	286.30	7.00	1.60	0.00	1.60
1.9 Parts and accessories	na	544.60	na	na	870.20	1,240.80	1,609.30	2,174.50	3,005.90
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	1.60	10.00	68.10	203.50	251.60	314.90	390.50	382.50	472.20
2.1 Microscopes	0.80	6.50	31.20	68.00	70.00	60.80	82.70	72.20	95.90
2.2 Measuring and detecting instruments	0.70	3.30	35.60	110.70	175.80	246.50	268.80	260.70	308.00
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.10	0.20	1.30	24.80	5.80	7.60	39.00	49.60	68.30
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	2.30	1.80	6.20	13.20	102.70	25.00	77.20	29.50	25.80
3.1 Dentist's chairs and other furniture	2.30	1.30	6.20	13.20	77.10	23.40	29.50	23.90	22.40
3.2 Ambulance	na	0.00	na	na	24.50	0.00	32.90	0.00	0.00
3.3 Invalid carriages	na	0.50	na	na	1.10	1.60	14.80	5.60	3.50
4. Disposables	204.00	553.70	314.70	588.40	1,745.50	2,187.00	1,988.90	780.80	641.00
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	203.60	172.20	233.10	236.10	308.50	246.10	124.10	66.30	80.50
4.2 Needles and syringes	0.40	2.60	81.60	352.30	431.10	437.90	487.90	640.80	475.90
4.3 Plasters	na	3.90	na	na	12.30	20.60	19.30	25.20	32.80
4.4 Surgical gloves	na	276.00	na	na	780.40	1,226.10	1,042.20	16.90	20.40
4.5 Sheath contraceptive	na	99.00	na	na	213.10	256.30	315.40	31.50	31.40
Grand Total	1,053.00	2,230.60	1,841.70	2,870.00	6,194.00	7,871.00	9,300.00	8,760.00	10,568.00

ข. อัตราเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	97.10	-12.76	42.14	102.05	26.84	30.22	9.85	24.56
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	37.02	16.48	35.39	35.72	9.98	31.25	15.08	23.40
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-66.62	46.67	154.55	137.50	-1.50	-20.11	180.58	52.08
1.3 Artificial body parts and supports	-5.22	99.08	36.41	91.89	-49.65	-50.35	-49.13	11.63
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	250.00	42.86	-40.00	750.00	47.06	3,046.67	-89.67	19.97
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	27.78	204.35	140.00	3.27	28.82	19.91	45.25	36.57
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	47.37	-19.64	-33.33	170.00	171.60	-55.00	291.77	-41.31
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	25.70	55.18	50.97	59.36	66.76	22.09	-1.29	14.96
1.8 X-ray film	na	na	na	na	-97.55	-76.65	-100.00	na
1.9 Parts and accessories	na	na	na	na	42.59	29.70	35.13	38.23
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	525.94	579.98	198.83	23.64	25.18	24.00	-2.04	23.44
2.1 Microscopes	712.50	380.00	117.95	2.94	-13.14	36.02	-12.69	32.84
2.2 Measuring and detecting instruments	371.43	978.79	210.96	58.81	40.22	9.05	-3.01	18.14
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	115.00	504.65	1,807.69	-76.80	32.10	412.66	27.26	37.67
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-21.74	244.44	112.90	89.67	208.34	-61.85	-8.07	-4.61
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-43.48	376.92	112.90	77.27	26.07	-18.98	-15.30	10.44
3.2 Ambulance	na	na	na	na	na	-100.00	na	-100.00
3.3 Invalid carriages	na	na	na	na	803.30	-62.45	-20.32	-21.59
4. Disposables	171.42	-43.16	86.97	196.65	25.29	-9.06	-60.74	-17.91
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-15.42	35.37	1.29	30.66	-20.23	-49.57	-46.60	21.53
4.2 Needles and syringes	550.00	3,038.46	331.74	22.37	1.58	11.42	31.35	-25.74
4.3 Plasters	na	na	na	na	67.23	-6.53	31.11	29.87
4.4 Surgical gloves	na	na	na	na	57.10	-15.00	-98.38	20.29
4.5 Sheath contraceptive	na	na	na	na	20.23	23.09	-90.02	-0.24
Grand Total	111.89	-17.43	55.83	115.83	27.07	18.15	-5.80	20.64

ตารางที่ 24 : รายการอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุที่ผลิตได้ในประเทศไทย

1. เติ่งผ่าตัดแบบบังคับด้วยมือ
2. เติ่งตรวจคนไข้
3. เติ่งคลอด
4. เติ่งคนไข้
5. เติ่งเคลื่อนย้ายคนไข้
6. รถเข็นคนไข้
7. รถพยาบาล
8. ตู้โตะ โต๊ะเมโปรทำแผล
9. เครื่องดูดเสมหะ
10. เครื่องทำคลอดด้วยสุญญากาศ
11. โคมไฟส่องสำรวจ
12. โคมไฟผ่าตัดเล็ก
13. เครื่องมือเครื่องใช้ทำด้วยเหล็กปลอดสนิม
14. เครื่องฆ่าเชื้อโรคด้วยไอน้ำ
15. ระบบกรองอากาศในห้องผ่าตัด ไอ ซี ยู
16. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป
17. สาลี่ ผ้าก๊อซ ผ้าพันแผล
18. สายดูดเสมหะ
19. ถุงเก็บปัสสาวะ
20. กระบอกและเข็มฉีดยา
21. ชุดให้น้ำเกลือ
22. ปลาสเตอร์ปิดแผล
23. ถุงมือยางตรวจโรคและผ่าตัด
24. ถุงยางอนามัย

ที่มา: คำรณ กาญจนวดี (2537)

ตารางที่ 25 : จำนวนโรงพยาบาลประเภทบริการทั่วไปของรัฐและเอกชนและจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
เหล่านี้ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2537

ปี พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาล(แห่ง)			จำนวนเตียง(เตียง)		
	รัฐ	เอกชน	รวม	รัฐ	เอกชน	รวม
2531	728	174	902	66,444	8,515	74,959
2532	741	185	926	67,499	8,962	76,461
2533	755	204	959	66,378	9,892	76,270
2534	774	209	983	67,802	11,354	79,156
2535	796	223	1,019	69,965	13,051	83,016
2536	809	219	1,028	72,170	14,919	87,089
2537	859	270	1,127	73,712	19,828	93,540

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 26 : จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่ปิดกิจการและเปิดกิจการใหม่และจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นในประเทศ
ไทยระหว่าง พ.ศ. 2531 - 2537

	ปี พ.ศ.						
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537
1. ทั้งประเทศ							
1.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	4	11	0	7	18	20	15
1.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	10	27	20	40	54	44	47
1.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	351	1,273	1,554	3,118	3,762	3,940	4,804
2. กรุงเทพฯ							
2.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	3	0	0	2	5	1	1
2.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	4	5	6	6	19	11	16
2.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	202	457	593	1,104	1,160	1,576	1,906
3. ภาคกลาง							
3.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	1	6	0	2	7	10	7
3.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	1	14	9	14	20	11	5
3.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	26	400	630	1,033	1,551	1,108	852
4. ภาคเหนือ							
4.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	0	2	0	0	0	4	2
4.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	3	4	3	6	4	9	10
4.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	70	256	310	359	470	603	1,091
5. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ							
5.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	0	1	0	1	0	3	2
5.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	0	1	2	5	6	9	4
5.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	0	10	121	200	343	437	323
6. ภาคใต้							
6.1 จำนวนโรงพยาบาลที่ปิดกิจการ	0	2	0	2	6	2	3
6.2 จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดกิจการใหม่	2	3	0	7	5	4	11
6.3 จำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น	53	150	0	422	238	216	632

ที่มา : กองประกอบโรคศิลปะ

ตารางที่ 27 : กำไรสุทธิของโรงพยาบาลเอกชน (หน่วย : ล้านบาท)

โรงพยาบาล	2536	2537	2538	2539 (ม.ค. – ก.ย.)
กรุงเทพ	41.65	27.68	18.90	11
เอกชน	20.92	13.98	6.78	13
บำรุงราษฎร์	183.80	141.09	110.36	72
กรุงเทพ	118.27	128.41	114.37	89
นนทเวช	47.54	62.47	70.13	64
พญาไท	271.80	260.29	288.11	215
รามคำแหง	51.11	77.68	60.25	69
สมิติเวช	135.40	88.62	108.2	41
วิภาวดี	19.88	20.09	9.10	29

ที่มา : กระทรวงพาณิชย์

ตารางที่ 28 : โครงสร้างรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ฯ

ก. โครงสร้างรายรับของกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ฯ

รายการ	ร้อยละ
ค่ายา	37.3
ค่าตรวจและผ่าตัด	28.79
ค่าห้องพัก	10.14
ค่าห้องปฏิบัติการ	5.98
ค่าเอ็กซเรย์	3.00
ค่าห้องและอุปกรณ์ผ่าตัด	2.10
ค่าอาหาร	1.70
อื่นๆ	10.99
รวม	100

ข. โครงสร้างต้นทุนของกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ฯ

รายการ	ร้อยละ
เงินเดือนและค่าจ้าง	14.23
ค่าธรรมเนียมแพทย์จ่าย	40.53
ค่ายาและเวชภัณฑ์	30.28
ค่าเสื่อมราคา	4.43
ค่าไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์	3.07
ค่าอาหาร	2.14
ค่าใช้บริการทางการแพทย์	1.10
อื่นๆ	4.22
รวม	100

ที่มา : ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

ตารางที่ 29 : จำนวนผู้มารับบริการโรงพยาบาลเอกชนในช่วง พ.ศ. 2531-2537

ปี	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	ผู้รับบริการ อื่นๆ	จำนวนวันอยู่ ของผู้ป่วยใน	อัตราครองเตียง (วัน/เตียง)
2531	2,166,596	272,971	371,355	1,554,520	183
2532	1,749,779	366,890	630,305	2,000,435	223
2533	1,921,879	397,433	750,890	1,893,321	191
2534	2,214,052	499,091	952,563	1,988,241	175
2535	2,504,241	635,459	1,068,713	2,135,655	163
2536	2,797,696	669,843	879,937	2,054,895	138
2537	3,722,300	844,200	979,667	2,807,732	142

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 30 :การให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งแก่ชาวต่างประเทศ

โรงพยาบาล	กิจกรรมและบริการ
พญาไท 1	เจรจา 2-3 บริษัททัวร์เพื่อเพิ่มจำนวนชาวต่างชาติมาใช้บริการโรงพยาบาล
บำรุงราษฎร์	จับมือไทยสินเธิ์กซ์เพรสจัดโครงการอะเมซิง เฮลท์แคร์
วิภาวดี-อิกเคะ	ให้บริการด้านสุขภาพชาวญี่ปุ่น
สิรินธร	เจรจากับบริษัททัวร์จัดโปรแกรมตรวจสุขภาพนักท่องเที่ยว
เกษมราษฎร์	เจาะกลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติและกายภาพบำบัด
กรุงเทพ	เสนอจุดขายศูนย์โรคหัวใจ
ปิยะเวท	สร้างศูนย์กายภาพบำบัดรองรับชาวต่างชาติ

ที่มา : กรุงเทพธุรกิจ , 7 สิงหาคม 2541

ตารางที่ 31 : จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2529 – 2537 (หน่วย : คน)

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	ผู้ช่วยพยาบาล
2529	9,464	1,395	3,356	40,952	20,579
2530	9,580	1,468	3,622	30,752	19,889
2531	11,260	1,670	3,681	51,091	18,144
2532	12,713	2,107	3,825	57,607	16,560
2533	12,519	2,285	4,168	60,672	16,514
2534	12,783	2,408	4,333	63,974	14,266
2535	13,398	2,669	4,609	69,280	13,790
2536	13,634	2,786	4,721	73,684	13,344
2537	14,098	2,984	5,575	80,938	13,165

ที่มา : สมุดสถิติรายปีแห่งประเทศไทย 2529 จนถึง 2538

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 32 : สัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย พ.ศ. 2529 – 2537
(หน่วย:คน)

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล
2529	5,564	37,745	15,690	1,286
2530	5,595	36,515	14,799	1,190
2531	4,881	32,911	14,931	1,076
2532	4,396	26,525	14,611	970
2533	4,497	24,640	13,508	928
2534	4,456	23,655	13,146	890
2535	4,313	21,652	12,538	834
2536	4,279	20,939	12,357	792
2537	4,192	19,804	10,600	730

ที่มา : สมุดสถิติรายปีแห่งประเทศไทย 2529 จนถึง 2538
สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 33 : จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา 2537
(หน่วย : คน)

คณะ	ประกาศนียบัตร บัณฑิต	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	ปริญญาโท หรือเทียบเท่า	ปริญญาเอก หรือเทียบเท่า
แพทยศาสตร์	1,102	599	157	7
ทันตแพทยศาสตร์	291	73	3	-
เภสัชศาสตร์	567	-	61	2
พยาบาลศาสตร์	1,389	-	11	-
เทคนิคการแพทย์	262	-	5	-
สาธารณสุขศาสตร์	290	27	169	4
เวชศาสตร์เขตร้อน	-	42	30	2
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	2,333	-	-	-
อื่นๆ	34	24	-	-

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย

ตารางที่ 34 : จำนวนนิสิตนักศึกษาใหม่ทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำปีการศึกษา 2538
(หน่วย : คน)

คณะ	ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	ประกาศนียบัตร บัณฑิต	ปริญญาโท หรือเทียบเท่า	ปริญญาเอก หรือเทียบเท่า
แพทยศาสตร์	1,634	181	241	13
ทันตแพทยศาสตร์	382	91	22	1
เภสัชศาสตร์	877	-	89	6
พยาบาลศาสตร์	1,634	-	198	-
เทคนิคการแพทย์	589	-	3	-
สาธารณสุขศาสตร์	585	23	315	9
เวชศาสตร์เขตร้อน	-	30	9	1
วิทยาศาสตร์สุขภาพ	6,620	-	-	-
อื่นๆ	74	-	-	-

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 : อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในภาคต่างๆของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2527 – 2537

ภาค	2527	2532	2537
กทม.	1 : 1,512	1 : 1,063	1 : 940
กลาง(ไม่รวม ก.ท.ม)	1 : 7,010	1 : 5,920	1 : 1,830
เหนือ	1 : 13,269	1 : 5,331	1 : 6,090
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 15,709	1 : 11,762	1 : 10,811
ใต้	1 : 7,922	1 : 6,306	1 : 5,875
รวม	1 : 6,254	1 : 4,361	1 : 4,165

ที่มา : สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 36 : จำนวนแพทย์จำแนกตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและสังกัดทั่วประเทศ ประจำปี 2535

ประเภทวิชาชีพ	รัฐบาล	รัฐวิสาหกิจ	เอกชน	รวม
1. เวชปฏิบัติทั่วไป	2,133	52	866	3,051
2. พยาธิวิทยาทั่วไป	60		10	70
3. พยาธิวิทยากายภาพ	95		22	117
4. พยาธิวิทยาคลินิก	26		10	36
5. อายุรศาสตร์	720	9	330	1,059
6. จิตเวชศาสตร์	211	3	39	253
7. ศัลยศาสตร์	724	4	243	971
8. สูติศาสตร์นรีเวช	776	10	306	1,092
9. กุมารเวชศาสตร์	713	11	279	1,003
10. รังสีวิทยา	194	3	97	294
11. วิสัญญีวิทยา	212	3	76	291
12. ประสาทวิทยา	48		20	68
13. ดังวิทยา	103	3	57	163
14. จักษุวิทยา	252	2	82	336
15. โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา	239		69	309
16. นิติเวชศาสตร์	44		16	60
17. ศัลยศาสตร์ออร์โทปิดิกส์	340	2	123	465
18. ประสาทศัลยศาสตร์	85		32	117
19. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	79		22	101
20. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	67		32	99
21. กุมารศัลยศาสตร์	45	1	15	61
22. ศัลยศาสตร์ทวารหนัก	9	2	18	29
23. ศัลยศาสตร์ทรวงอก	41		10	51
24. รังสีวิทยาวินิจฉัย	87		24	111
25. รังสีรักษา	36		1	37
26. เวชศาสตร์นิวเคลียร์	23		4	27
27. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	71		9	80
28. เวชศาสตร์ป้องกัน	103		15	118
29. โลหิตวิทยา	29		10	39
30. อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	17		20	37
31. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	28	1	30	59
32. อายุรศาสตร์โรคทรวงอก	36		14	50
33. อื่นๆ	2,590	25	129	2,744
รวม	10,236	132	3,030	13,398

ที่มา : รายงานข้อมูลสาธารณสุข ประจำปี 2535

ตารางที่ 37 : การคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2558)

กลุ่มบริการ	วิธีการคาดประมาณความต้องการ						จำนวนที่ ขาด(-) / เกิน(+)		
	อัตราส่วนต่อประชากร		ความจำเป็นด้านสุขภาพ		ความต้องการใช้บริการ			การพัฒนา บริการ	
เวชกรรม แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ	63,010 -		- -		54,467 -		56,342 -	ขาดเล็กน้อย ให้บุคลากรผลิต	
ทันตกรรม	อนุรักษ์	ก้าวหน้า	ใช้สองวิธีร่วมกัน				-	พอเพียง ขาด ขาด ขาด ขาด	
			FDI/WHO		พลวัต				
			อนุรักษ์	ก้าวหน้า	อนุรักษ์	ก้าวหน้า			
	ทันตแพทย์	9,297	3,218	17,551	19,386	26,610			42,200
	ผู้เชี่ยวชาญ	472	9,799	2,469	2,469	16,290			23,760
ทันตภิบาล	4,105	-	17,498	-	29,630	-			
ทันตอนามัย	-	901	-	8,741	-	3,644			
นักส่งเสริมสุขภาพ	-	17,400	-	8,383	-	-			
การพยาบาล การพยาบาลวิชาชีพ	138,158		-		137,997		142,366	พอเพียงหรือขาดเล็กน้อย	
เภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค เภสัชกร จพง.เภสัชกรรม	-		-		ใช้สองวิธีร่วมกัน 27,455 12,944			พอเพียง -6,645	
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นักเทคนิคแพทย์	9,868		42,005		-		7,014	-2,989 ถึง -5,843	
เทคนิคในการตรวจวิเคราะห์ และรักษาด้วยเครื่องมือทางรังสี นักรังสีเทคนิค	34,538		-		24,165		35,077	-22,789 ถึง -33,701	
บริการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด/ นักอาชีวบำบัด นักโสตสัมผัสและ นักแก้ไขการพูด	7,036-14,073 3,558 1,173		- - 367		- -		12,552-17,150 1,839-3,558	} ขาดมาก	
บริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เวชกรรมฉุกเฉิน	196,403 – 294,604 41,257 – 64,798		-		-		- -		} ขาดมาก
	20,509 – 27,345		การกระจายตามการปกครอง 14,352 – 19,136		การกระจายตามสถานบริการ				
บริการสาธารณสุขระดับต้น ในชุมชน แพทย์ชุมชน นักสาธารณสุขชุมชน	13,584 39,438		- -		17,143 39,504		12,601 47,265	} ขาดพอควร	

ที่มา : นุสรณ์ คุนนะวณิชพงษ์ และคณะ (2540)

บทที่ 3

ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ

การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ

บทนี้จะบรรยายถึงความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ โดยกล่าวถึงความเป็นมาโดยย่อขององค์การการค้าโลก กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก และเขตการค้าเสรีอาเซียน ซึ่งเป็นองค์การระหว่างประเทศ 3 แห่งที่ไทยเข้าเป็นสมาชิกในขณะนี้ จากนั้นได้สรุปหลักการความตกลงทั่วไปว่าด้วยอัตราพิกัดภาษีสศุลกากรและการค้า ความตกลงว่าด้วยการค้าบริการความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า ซึ่งเป็นความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ 3 ประการที่มีบทบาทในภาคบริการสุขภาพ สุดท้ายเป็นการรายการงานปฏิบัติที่สำคัญตามความตกลงทั้งสามของไทย ตั้งแต่ที่ไทยได้เข้าเป็นสมาชิกขององค์การระหว่างประเทศทั้งสามแห่ง

อนึ่ง รายละเอียดของความตกลงต่างๆที่อ้างถึงในบทนี้สามารถค้นพบได้ใน “คำแปลกรรมสารสุดท้าย รวบรวมผลการเจรจาการค้าพหุภาคีรอบอุรุกวัย” จัดทำโดยกรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์

3.1 ความเป็นมาขององค์การการค้าโลก (WTO)

กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชียแปซิฟิก (APEC)

และเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA)

3.1.1 องค์การการค้าโลก

องค์การการค้าโลกก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1995 ซึ่งเกิดจากข้อตกลงร่วมมือกันของสมาชิก General Agreement on Tariffs and Trade (GATT) ในการเจรจารอบอุรุกวัย (รอบที่ 8) องค์การการค้าโลกมีหน้าที่ในการดูแลการปฏิบัติของประเทศสมาชิกให้เป็นไปตามข้อตกลงพหุภาคี (multilateral agreements) และข้อตกลงหลายฝ่าย (plurilateral agreements) ซึ่งเป็นข้อตกลงที่รับรองแล้วและเป็นข้อตกลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย โดยมีจุดประสงค์หลักคือ การส่งเสริมพัฒนาเศรษฐกิจของโลกด้วยการขยายการค้าระหว่างประเทศ ตลอดจนการปกป้องและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

แนวทางที่องค์การการค้าโลกนำมาใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายของหน้าที่หลักคือ การตรวจสอบนโยบายการค้าของประเทศสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ การแก้ไขความขัดแย้งทางการค้าระหว่างประเทศ การจัดการเวทีการเจรจาทางการค้าระหว่างประเทศ และการประสานงานกับ

สถาบันระหว่างประเทศอื่นๆ เช่น ธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ United Nations Development Program เป็นต้น ในด้านเกี่ยวข้องกับการค้าและเศรษฐกิจระหว่างประเทศ

ที่ประชุมระดับรัฐมนตรี (Ministerial Conference) เป็นส่วนที่มีอำนาจตัดสินใจสูงสุดในองค์การการค้าโลก การประชุมระดับรัฐมนตรีจะมีขึ้นในทุกๆ 2 ปี ระหว่างที่ไม่มีการประชุมระดับรัฐมนตรีจะมีคณะมนตรีทั่วไป (General Council) ปฏิบัติงานแทนหน้าที่สองประการที่คณะมนตรีทั่วไปได้ปฏิบัติเป็นประจำคือ การแก้ไขความขัดแย้งทางการค้าและการตรวจสอบนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก คณะมนตรีทั่วไปยังจำแนกออกเป็นกลุ่มตามลักษณะของสินค้าและบริการที่มีการค้า

1. คณะมนตรีสำหรับการค้าสินค้า
2. คณะมนตรีสำหรับการค้าบริการ
3. คณะมนตรีสำหรับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งคณะกรรมการเฉพาะด้านอื่นๆ ขึ้นมาเป็นครั้งคราวไป เช่น คณะกรรมการการค้าและสิ่งแวดล้อม โดยทำหน้าที่ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการทางการค้ากับมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การพัฒนาประเทศเป็นไปอย่างยั่งยืน เป็นต้น

องค์การการค้าโลกต้องดูแลความตกลงระหว่างประเทศจำนวน 19 เรื่อง ตามที่ปรากฏอยู่ในกรมสารสุดท้าย (Final Act) ดังนี้

1. ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า
2. ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ
3. ความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า
4. ความตกลงว่าด้วยการเกษตร
5. ความตกลงว่าด้วยการใช้บังคับมาตรการสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช
6. ความตกลงว่าด้วยสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม
7. ความตกลงว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า
8. ความตกลงว่าด้วยมาตรการการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับการค้า
9. ความตกลงว่าด้วยการตอบโต้การทุ่มตลาด
10. ความตกลงว่าด้วยการประเมินราคาของศุลกากร
11. ความตกลงว่าด้วยการตรวจสอบก่อนส่งออก
12. ความตกลงว่าด้วยกฎเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดสินค้า
13. ความตกลงว่าด้วยวิธีดำเนินการออกใบอนุญาตนำเข้า
14. ความตกลงว่าด้วยการอุดหนุนและมาตรการตอบโต้
15. ความตกลงว่าด้วยมาตรการปกป้อง

16. ความตกลงว่าด้วยการค้าอากาศยานพลเรือน
17. ความตกลงว่าด้วยการจัดซื้อโดยรัฐ
18. ความตกลงว่าด้วยนมและผลิตภัณฑ์นมระหว่างประเทศ
19. ความตกลงว่าด้วยเนื้อไก่ระหว่างประเทศ

สำนักงานใหญ่ขององค์การการค้าโลกตั้งอยู่ที่เจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การการค้าโลกเป็นผู้บริหารงานสำนักงานนี้ ซึ่งได้รับเลือกจากเสียงส่วนใหญ่ของประเทศสมาชิกและอยู่ในตำแหน่งเป็นเวลา 4 ปี ผู้อำนวยการใหญ่ต้องมีความเป็นกลางและไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใดหรือเข้าข้างรัฐหรือองค์กรหนึ่งองค์กรใดนอกเหนือจากองค์การการค้าโลกในการบริหารงาน ผู้อำนวยการองค์การการค้าโลกมีรองผู้อำนวยการ 4 คน โดยการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการใหญ่และเห็นชอบจากประเทศสมาชิก สำนักงานนี้มีเจ้าหน้าที่ชาติต่างๆอยู่ประมาณ 450 คน ในปัจจุบันองค์การการค้าโลกมีประเทศสมาชิก 110 ประเทศ ประเทศที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกก็สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกได้โดยการเจรจาเพื่อขอเข้าเป็นสมาชิก แต่ประเทศนั้นต้องปฏิบัติตามความตกลงต่างๆและให้คำมั่นที่จะดำเนินตามความตกลงต่างๆจนเป็นที่พอใจของประเทศสมาชิกเดิม

3.1.2 กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก

กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก ได้จัดตั้งขึ้นใน ค.ศ. 1989 ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 21 ประเทศในปัจจุบัน ได้แก่ ออสเตรเลีย บรูไน แคนาดา ชิลี จีน ฮ่องกง อินเดีย อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย เม็กซิโก นิวซีแลนด์ ปาปัวนิวกินี ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไต้หวัน ไทย สหรัฐอเมริกา รัสเซีย เปรู และเวียดนาม

กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก มีประชากรรวมกันมากกว่าร้อยละ 40 ของประชากรโลก มีผลผลิตมวลรวมมากกว่าร้อยละ 50 ของผลผลิตมวลรวมโลก และมีการค้าระหว่างประเทศสูงกว่าร้อยละ 40 ของการค้าโลก

เป้าหมายของกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิกคือ เป็นเวทีเจรจาในการสนับสนุนความร่วมมือทางการค้า การลงทุน และการถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างประเทศสมาชิก ตลอดจนลดอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศสมาชิกและส่งเสริมความร่วมมือด้านอื่น เช่น การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาอุตสาหกรรมขนาดกลาง เป็นต้น) เพื่อให้ภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกรักษาความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้สูงที่สุดในโลก ด้วยการสนับสนุนการค้าพหุภาคีที่เปิดเสรีซึ่งสอดคล้องกับองค์การการค้าโลก และจะไม่ใช้นโยบายแบบเลือกปฏิบัติที่จะเป็นผลเสียต่อประเทศนอกกลุ่ม

ผลของการประชุมผู้นำด้านเศรษฐกิจของกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิกที่สำคัญ ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อทิศทางของการร่วมมือของกลุ่มนี้ได้แก่

1. การประชุมเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1994 ที่เมือง โบกอร์ ประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งประเทศสมาชิกได้ร่วมกันประกาศปฏิญญาโบกอร์ ซึ่งเป็นการประกาศเจตนารมณ์ของกลุ่มที่จะให้มีการค้าและการลงทุนอย่างเสรีในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกภายใน ค.ศ. 2020 โดยให้ประเทศพัฒนาแล้วเปิดเสรีใน ค.ศ. 2010 และประเทศกำลังพัฒนาเปิดเสรีให้เสร็จสิ้นใน ค.ศ. 2020

2. การประชุมเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1995 ที่เมืองโอซากา ประเทศญี่ปุ่น ที่ประชุมได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมายการค้าเสรี โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น (ค.ศ. 1997 – 2000) ระยะกลาง (ค.ศ. 2001 – 2010) และระยะยาว (ค.ศ. 2011 – 2020) และได้มีการแลกเปลี่ยนแผนปฏิบัติการส่วนแรก เพื่อให้แต่ละประเทศสมาชิกลำดับไปปรับปรุงในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 1996

3. การประชุมเมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1998 ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ที่ประชุมได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกเสนอแผนการและแจ้งข้อผูกพันในการเปิดเสรีการค้าอย่างสมัครใจที่เร็วขึ้น (early voluntary liberalization) โดยมุ่งไปที่การลดภาษีศุลกากรให้เหลือ 0 – 5 % ใน 9 สาขาหลักอันได้แก่ ป่าไม้ ประมง เคมีภัณฑ์ พลังงาน สินค้าและบริการที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม อัญมณี ของเล่นเด็ก การสื่อสารโทรคมนาคม และเครื่องมือแพทย์

จุดเด่นของกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก คือ การประนีประนอมกันในการเจรจาเปิดเสรีการค้าและมีความยืดหยุ่นในการเปิดเสรีการค้าให้กับประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งค่อนข้างจะเหมาะสมกับลักษณะของประเทศสมาชิกที่มีความหลากหลายทางเศรษฐกิจมาก

3.1.3 เขตการค้าเสรีอาเซียน

เขตการค้าเสรีอาเซียนได้จัดตั้งขึ้นหลังการประชุมสุดยอดของผู้นำอาเซียนที่ประเทศสิงคโปร์ ใน ค.ศ. 1992 ในปัจจุบันมี 10 ประเทศสมาชิกคือ ไทย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย บรูไน เวียดนาม ลาว พม่า และกัมพูชา เขตการค้าเสรีอาเซียนจะเป็นเฉพาะการลดภาษีศุลกากรระหว่างประเทศสมาชิกให้เหลือเพียงร้อยละ 0 – 5 ภายใน ค.ศ. 2003 โดยแบ่งสินค้าที่ต้องลดภาษีศุลกากรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1 กลุ่มสินค้าเร่งลดภาษี (Fast track) เป็นกลุ่มสินค้าที่ต้องลดภาษีศุลกากรให้เหลือร้อยละ 0 – 5 ภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 สินค้าหลักในกลุ่มนี้ได้แก่ ซีเมนต์ ปูน ผลิตภัณฑ์หนัง ย่อกระดาษ สิ่งทอ อัญมณีและเครื่องประดับ เครื่องใช้ไฟฟ้า เฟอร์นิเจอร์ไม้และหวาย น้ำมัน พืช เคมีภัณฑ์ พลาสติก ผลิตภัณฑ์ยาง ผลิตภัณฑ์เซรามิก ผลิตภัณฑ์แร่ แลโตนที่ทำจากทองแดง และ เกษภัณฑ์

2 กลุ่มสินค้าลดภาษีปกติ (Normal track) เป็นกลุ่มสินค้าที่ต้องลดภาษีศุลกากรให้เหลือร้อยละ 0 – 5 ภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2003 สินค้าในกลุ่มนี้ คือสินค้าทุกประเภทยกเว้นสินค้าในกลุ่มสินค้าเร่งลดภาษีและกลุ่มสินค้ายกเว้นชั่วคราว

3 กลุ่มสินค้ายกเว้นชั่วคราว (Temporary Exclusion list) เป็นกลุ่มสินค้าที่แต่ละประเทศสงวนสิทธิไม่ลดภาษีชั่วคราว แต่สินค้ากลุ่มนี้จะเข้ามารวมในรายการที่จะลดภาษีศุลกากรภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000

นอกจากนี้ เขตการค้าเสรีอาเซียนยังได้บัญญัติกฎว่าด้วยแหล่งกำเนิดสินค้า ซึ่งกำหนดว่าสินค้าที่จะได้รับสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรนี้ต้องใช้อย่างน้อย 40% ของมูลค่าการผลิตรวม ดังนั้น ในกรณีของเกาหลีใต้ จำนวนเวชภัณฑ์ที่ได้รับสิทธิพิเศษทางศุลกากรอาจมีจำนวนจำกัด ทั้งนี้เพราะชาวเกาหลีส่วนใหญ่จะต้องนำเข้าจากประเทศนอกกลุ่มอาเซียน ตัวอย่างเช่น อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย มีต้นทุนวัตถุดิบสูงกว่า 60% ขณะที่มาเลเซียมีประมาณ 57% ดังนั้น ผู้ผลิตยาในมาเลเซียอาจได้รับสิทธิพิเศษภาษีศุลกากร ขณะที่ประเทศสมาชิกอื่นไม่ได้รับ เพราะฉะนั้น เพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษภาษีศุลกากรผู้ผลิตยาในหลายประเทศจึงได้พัฒนาการผลิตโดยลดปัจจัยการผลิตที่นำมาจากนอกกลุ่มประเทศอาเซียนให้ต่ำกว่า 60% ของมูลค่าเพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษทางศุลกากรนี้

เมื่อเปรียบเทียบแนวทางการเปิดเสรีการค้าของทั้งสามกลุ่มหลักที่ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิก จะพบได้ว่าการเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลกจะเอื้อประโยชน์แก่การค้าระหว่างประเทศกับไทยมากกว่าอีกสองกลุ่มที่เหลือ เพราะว่าการค้าโลกมีประเทศสมาชิกมากกว่า และความตกลงก็ครอบคลุมด้านต่างๆ มากกว่า ขณะที่กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิกและเขตการค้าเสรีอาเซียนก็มักจะดำเนินนโยบายตามและสอดคล้องกับนโยบายขององค์การการค้าโลก ฉะนั้น การศึกษาความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกจึงมีความสำคัญต่อการค้าระหว่างประเทศของไทย ซึ่งจะได้นำเสนอในส่วนต่อไป

3.2 หลักการของความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ และความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

3.2.1 หลักการของความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้าเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1948 จุดประสงค์หลักของความตกลงนี้คือ การทำให้การค้าระหว่างประเทศมีการแข่งขันที่ยุติธรรม (fair) และเสมอภาค (equitable) โดยการเปิด (open) และทำให้เสรี (liberal) ระบบการค้าระหว่างประเทศซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการค้า การลงทุน การผลิต และการจ้างงานระหว่างประเทศมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจของทุกประเทศในโลก

ในปัจจุบัน ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้ามีหลักเกณฑ์ใหญ่อยู่ 4 ประการ คือ

1. ห้ามการจำกัดปริมาณการนำเข้าสินค้าของกลุ่มประเทศต่างๆ ยกเว้นในกรณีที่ระบุไว้เท่านั้น และยกเว้นในบางกรณี เช่น ประเทศที่เผชิญปัญหาการขาดดุลการชำระเงินสามารถจำกัดการนำเข้าสินค้าได้ เป็นต้น

2. แต่ละประเทศต้องให้ข้อมูลพื้นที่จะลดภาษีศุลกากรตามตารางการลดภาษีศุลกากรและจะไม่เพิ่มภาษีศุลกากรตามที่ได้ระบุไว้ในข้อมูลพื้นที่นั้นแล้ว

3. ปฏิบัติตามหลักการประติบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับอนุเคราะห์ยิ่ง (most-favoured-nation principle) คือการดำเนินการค้าระหว่างประเทศอย่างไม่กีดกันประเทศใดประเทศหนึ่งในการนำเข้าและส่งออกสินค้า แต่จะมีข้อยกเว้นให้กับเขตการค้าสิทธิพิเศษ (regional preferential arrangements)

4. ปฏิบัติตามหลักการประติบัติเยี่ยงคนชาติ (national treatment rule) คือประเทศต่างๆจะต้องไม่เก็บภาษีภายในประเทศ (เช่น ภาษีมูลค่าเพิ่ม เป็นต้น) กับสินค้าที่นำเข้าจากต่างประเทศแตกต่างไปจากสินค้าที่ผลิตได้ภายในประเทศ

3.2.2 หลักการของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการเกิดจากการเจรจาการค้าระหว่างประเทศรอบอุรุกวัย (ระหว่างปี พ.ศ. 2529 – 2536) ความตกลงนี้มีจุดประสงค์เพื่อเป็นกรอบหลักเกณฑ์กำหนดระเบียบการค้าบริการระหว่างประเทศ โดยยึดถือหลักความโปร่งใส (transparency) และการเปิดเสรีเป็นลำดับ (progressive liberalization) ตลอดจนคำนึงถึงกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องภายในประเทศด้วย

เหตุผลสำคัญที่ต้องมีความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ มาจากความจริงที่ว่าอุตสาหกรรมด้านบริการภายในประเทศมักจะได้รับการคุ้มครองด้วยการออกกฎหมายที่ควบคุมการลงทุนในอุตสาหกรรมนี้จากต่างชาติ และการยินยอมให้ผู้ขายบริการชาวต่างชาติได้มีส่วนร่วมในอุตสาหกรรมนี้ภายในประเทศ ตัวอย่างของการควบคุมได้แก่ การห้ามผู้ขายบริการชาวต่างชาติลงทุนหรือตั้งหน่วยงานสาขาของตนเพื่อขายบริการในประเทศ นอกจากนี้ การควบคุมยังอาจอยู่ในรูปที่ประติบัติคนท้องถิ่นต่างไปจากคนต่างชาติ กล่าวคือ กฎเกณฑ์บางประการสร้างขึ้นเพื่อให้ประโยชน์แก่คนในชาติมากกว่าคนต่างชาติ

ดังนั้นมีความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ มุ่งหวังที่จะส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศคู่ค้า โดยขยายการค้าบริการให้มากขึ้น ในที่นี้ “บริการ” จะครอบคลุมถึงสาขาบริการ 12 สาขา คือ สาขาบริการด้านธุรกิจ สาขาบริการด้านสื่อสารคมนาคม สาขาบริการด้านการก่อสร้างและวิศวกรรมที่เกี่ยวข้อง สาขาบริการด้านการจัดจำหน่าย สาขาบริการด้านการศึกษา สาขาบริการด้านสิ่งแวดล้อม สาขาบริการด้านการเงิน สาขาบริการด้านสุขภาพและสังคม สาขาบริการด้านการท่องเที่ยวและการเดินทาง สาขาบริการด้านสันตินาการ วัฒนธรรมและกีฬา สาขา

บริการด้านการขนส่ง และสาขาบริการด้านอื่นๆที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น โดยที่จะรวมทั้งการผลิต การกระจายจัดจำหน่าย การตลาด การขาย การขนส่งให้ถึงมือผู้ซื้อ ขอบเขตของ ความตกลงนี้จะใช้กับ มาตรการของรัฐ (หรือกฎเกณฑ์ /ระเบียบ/กฎกระทรวงของรัฐ) ที่มีผลต่อบริการที่ผลิตและขายเชิง พาณิชย์ ฉะนั้น ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการครอบคลุมทั้งภาคเอกชนและองค์กรที่รัฐเป็น เจ้าของหรือมีอำนาจควบคุมซึ่งผลิตและขายบริการเชิงพาณิชย์ ส่วนบริการที่องค์กรหรือหน่วยงาน ของรัฐผลิตเพื่อไว้ใช้เองจะไม่อยู่ภายใต้ความตกลงนี้

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการได้จำแนกรูปแบบของการค้าบริการ (modes of supply of services) ออกเป็น 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. Cross-border supply of service products (CB) คือรูปแบบการค้าบริการที่ผู้ให้บริการของต่างชาติส่งมอบบริการจากประเทศตนข้ามแดนเข้าไปยังประเทศของผู้บริโภค เช่น การให้บริการทาง tele-medicine เป็นต้น

2. Consumption abroad (CA) คือรูปแบบการค้าบริการที่ผู้รับบริการต้องเดินทาง ออกจากนอกอาณาเขตประเทศตนไปใช้บริการในอาณาเขตประเทศของผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยจาก ประเทศไทยเดินทางไปรับการผ่าตัดหัวใจในต่างประเทศ เป็นต้น

3. Commercial presence (CP) คือ รูปแบบการค้าบริการที่ชาวต่างชาติที่ขาย บริการตั้งหน่วยบริการในประเทศของผู้ซื้อบริการเพื่อขายบริการแก่ผู้ซื้อบริการในประเทศนั้น เช่น การตั้งโรงพยาบาลของชาวต่างชาติเพื่อขายบริการสุขภาพแก่คนไทย เป็นต้น

4. Presence of natural persons (PN) คือรูปแบบการค้าที่ชาวต่างชาติที่ขายบริการ ต้องเดินทางเข้ามาในประเทศของผู้ที่ซื้อบริการเพื่อขายบริการแก่ผู้ซื้อบริการในประเทศนั้น โดยที่ผู้ ขายบริการชาวต่างชาติเข้ามาในฐานะบุคคลธรรมดาไมใช่นิติบุคคล เช่น แพทย์ชาวต่างชาติเข้ามา รักษาผู้ป่วยคนไทย เป็นต้น

ในการที่จะบรรลุถึงการเปิดเสรีการค้าด้านบริการได้ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้า บริการกำหนดให้มีการปรับปรุงใน 2 ประเด็น คือ การเข้าสู่ตลาด (market access หรือ MA) กับการ ประติบัติเยี่ยงคนชาติ (national treatment หรือ NT)

การเข้าสู่ตลาดคือ ระดับของความยินยอมของประเทศหนึ่งที่จะให้ชาวต่างชาติมี สิทธิเข้าถึงตลาดของประเทศตนมากน้อยเท่าใด ดังนั้น ความตกลงนี้กำหนดข้อผูกพัน (commitment) ที่ประเทศจะแก้ไขเงื่อนไขและข้อจำกัดภายในประเทศเพื่อเพิ่มระดับของการเข้าสู่ ตลาด เพิ่มขึ้นทั้งบริการจากต่างประเทศและผู้ขายบริการชาวต่างชาติ ในรูปแบบทั้งสี่ประเภทที่ได้ กล่าวถึงข้างต้น

การประติบัติเยี่ยงคนชาติคือ การที่ประเทศหนึ่งให้การประติบัติ (การควบคุมและ ปฏิบัติตามกฎหมาย) แต่บริการจากต่างประเทศหรือผู้ขายบริการชาวต่างชาติ ไม่แตกต่างไปจาก บริการจากในประเทศหรือผู้ขายบริการที่เป็นคนท้องถิ่น

ข้อผูกพันใน 2 ประเด็นนี้อาจจำแนกออกเป็น 2 ประเภทคือ ข้อผูกพันทั่วไป (horizontal commitments) ซึ่งเป็นการผูกพันทุกสาขาบริการ และข้อผูกพันเฉพาะของแต่ละสาขาย่อย (Specific commitment) ซึ่งเป็นการผูกพันเฉพาะสาขาบริการหนึ่งๆ ข้อผูกพันในแต่ละประเด็นจะมีความหลากหลายมาก ตั้งแต่ไม่ผูกพัน (unbound) ซึ่งหมายถึงไม่ยินยอมแก้ไขใดๆทั้งสิ้นและคงกฎเกณฑ์การควบคุมไว้เหมือนเดิม จนถึงไม่มีข้อจำกัด (none) ซึ่งหมายถึงการเปิดเสรีที่จะให้มีการเข้าสู่ตลาดอย่างเต็มที่และประติบัติเหมือนกันระหว่างคนต่างชาติและคนในชาติ

International Trade Centre UNCTAD/WTO and Commonwealth Secretariat (1995) ได้ระบุว่า การบริการที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพที่จะอยู่ภายใต้ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการมีอยู่ 2 สาขาบริการ ดังที่ได้คัดลอกมาต่อไปนี้

Sector 1 : Business Services

Subsector a : Professional services

h. Medical and dental services (CPC 9312)

i. Veterinary services (CPC 932)

j. Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and paramedical personal (CPC93191)

Sector 8: Health-related and services (other than those listed under Sector 1 and Subsectors a, h, I and j)

SubSector a : Hospital services (CPC 9311)

Subsector b : Other human health services (CPC 9319)

Subsector c : Social services (CPC 933)

Subsector d : Other

3.2.3 หลักการของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้ามีจุดประสงค์ที่จะคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างเพียงพอ และลดการบิดเบือนและอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศที่เกิดจากการปลอมแปลงสินค้าและการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา นอกจากนี้ การคุ้มครองและการบังคับใช้สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาจะเกื้อหนุนต่อการส่งเสริมนวัตกรรมทางเทคโนโลยี และการถ่ายทอดเทคโนโลยีต่อประโยชน์ร่วมกันของผู้ผลิตและผู้ใช้เทคโนโลยี ซึ่งจะส่งผลดีต่อสวัสดิการทางสังคมและเศรษฐกิจของทุกประเทศ ความจริงแล้วความตกลงนี้ไม่ได้เกิดจากการเจรจาระหว่างประเทศเหมือนความตกลงส่วนใหญ่ แต่เนื้อหาสาระส่วนใหญ่ของความตกลงได้นำมาจากอนุสัญญาะหว่างประเทศในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอยู่ก่อนแล้ว ซึ่งมีองค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization) เป็นผู้ดูแลอยู่

ความตกลงนี้จะบังคับให้ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างน้อยตามความตกลงนี้ แต่สามารถที่จะให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญามากกว่าในความตกลงนี้ได้ โดยยึดหลัก 2 ประการ คือ การปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ซึ่ง และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ ความตกลงนี้จะบังคับให้ประเทศพัฒนาแล้วทุกประเทศปฏิบัติตาม โดยแก้ไขกฎหมายในประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงนี้ ภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 1997 ประเทศกำลังพัฒนาทุกประเทศปฏิบัติตามภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2000 และประเทศด้อยพัฒนาทุกประเทศปฏิบัติตามภายในวันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2006

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าจะครอบคลุม 7 ประเภทด้วยกัน คือ สิทธิบัตร ลิขสิทธิ์ และสิทธิที่เกี่ยวข้อง เครื่องหมายการค้า การออกแบบผลิตภัณฑ์ การออกแบบแผงวงจรรวม การคุ้มครองข้อสนเทศที่ไม่เปิดเผยและความลับทางการค้า และสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ โดยที่ความตกลงนี้จะนิยามความหมาย สิทธิของผู้ทรงสิทธิ และมาตรการการใช้บังคับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาแต่ละประเภท ระยะเวลาของการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาประเภทที่สำคัญแสดงในตารางที่ 38

3.3 การปฏิบัติตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ และความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าของประเทศไทย

3.3.1 การปฏิบัติตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า

ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เข้าไปเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจโลกมากขึ้นเรื่อยๆ โดยดูได้จากสัดส่วนของมูลค่าการค้าระหว่างประเทศกับผลผลิตมวลรวมภายในประเทศที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2539 นอกจากนี้ การค้าระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้นยังส่งผลให้มีการบริโภคของประชาชนที่สูงขึ้นและประชาชนมีทางเลือกในการซื้อสินค้ามากขึ้นกว่าเดิม

ภายหลังการที่ประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกตามกรอบพันธกรณีของพิธีสารมารากอส 1994 แล้ว ประเทศไทยได้จัดทำตารางข้อตกลงผ่อนและข้อผูกพันทางการลดภาษีศุลกากรของสินค้าโดยที่ไทยต้องปรับลดและผูกพันอัตราภาษีศุลกากรของสินค้าอุตสาหกรรมไม่ให้เกินกว่าอัตราที่ผูกพันไว้จำนวน 3,089 รายการและให้อัตราที่ผูกพันไว้แล้วลดลงอย่างน้อยร้อยละ 33 โดยเฉลี่ย ภายในเวลา 5 ปี นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538 แต่ยกเว้นสิ่งของที่ขอมให้ปรับลดได้ภายใน 10 ปี และลดภาษีสินค้าเกษตร 997 รายการร้อยละ 24 ภายใน 10 ปีเช่นกัน

กระทรวงการคลังได้ปฏิรูปโครงสร้างพิภคอัตราภาษีศุลกากรเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2537 เพื่อตอบสนองต่อข้อผูกพันดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538 อัตราภาษี

นำเข้าสินค้าลดลงจากร้อยละ 30.24 เหลือร้อยละ 21.16 ใน พ.ศ. 2539 และเหลือร้อยละ 17.01 ใน พ.ศ. 2540 ดังนั้น ประเทศไทยถือได้ว่าลดภาษีศุลกากรได้เร็วกว่าที่ผูกพันไว้

การปรับโครงสร้างภาษีศุลกากรดังกล่าวทำให้การนำเข้าสินค้าอุปโภคบริโภคเข้ามายังประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 22 ต่อปี โดยมีการนำเข้าจากประเทศญี่ปุ่นมากที่สุด ตามด้วยกลุ่มสหภาพยุโรป อาเซียน และสหรัฐอเมริกา อาหารกับเครื่องคั้นและเครื่องใช้ไฟฟ้าเป็นสินค้า 2 กลุ่มที่ถูกนำเข้ามาที่มีมูลค่าสูงสุด นอกจากนี้ การลดภาษีศุลกากรยังทำให้คนไทยส่วนหนึ่งที่เดิมที่ไม่อาจจะซื้อสินค้าบางประเภทที่มีราคาสูงในอดีตแต่กลับสามารถซื้อสินค้าเหล่านี้ได้ เช่น รถยนต์ประกอบในต่างประเทศ ไวน์ และน้ำหอม เป็นต้น

สำหรับด้านเวชภัณฑ์ เมื่อเปรียบเทียบภาษีศุลกากรของการนำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น และประเทศอาเซียน พบว่าในปัจจุบัน ภาษีนำเข้าวัตถุดิบของไทยอยู่ในระดับ 10 – 20% ขณะที่ภาษีของสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ 3–10 % สหภาพยุโรป 3 – 10 % ญี่ปุ่น 3 – 6 % และประเทศในกลุ่มอาเซียนส่วนใหญ่มีภาษีศุลกากรต่ำกว่าไทย ยกเว้นฟิลิปปินส์ที่มีระดับภาษีนำเข้าใกล้เคียงกับประเทศไทย (ดูตารางที่ 39)

หากประเทศต่างๆต้องนำวัตถุดิบยาเข้าเช่นเดียวกันหมด ยาสำเร็จรูปที่ผลิตในประเทศไทยมีต้นทุนสูงกว่า เนื่องจากภาษีนำเข้าวัตถุดิบยาที่สูงกว่า ซึ่งเป็นการเสียเปรียบต่อประเทศอื่นๆ ราคาขายที่ส่งออกจากประเทศไทยก็มีราคาสูงกว่าประเทศอื่น ซึ่งทำให้การแข่งขันการส่งออกของผู้ผลิตของไทยเป็นรองต่อประเทศอื่น อย่างไรก็ตาม ตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ประเทศไทยในที่สุดก็ต้องลดภาษีนำเข้าทั้งยาวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปให้ใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆภายในเวลา 10 ปี หลังจาก พ.ศ. 2536

3.3.2 การปฏิบัติตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

เนื่องจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย เช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆอีกมากมาย ดังนั้น การดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนกฎระเบียบและกฎหมายภายในประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงนี้จึงเป็นไปอย่างเชื่องช้ามาก

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำองค์การการค้าโลก (2540) ได้ระบุว่าประเทศไทยยังไม่ได้เข้าใจถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับและผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ จึงทำให้ขาดความพร้อมในการเจรจาความตกลงนี้ และรวมไปถึงการกำหนดท่าทีและนโยบายที่ไม่ชัดเจนต่อความตกลงนี้ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นฝ่ายตั้งรับมากกว่าขึ้นำเพื่อผลประโยชน์ของประเทศไทย

ดังนั้น คณะผู้แทนถาวรไทยประจำองค์การการค้าโลก (2540) จึงได้เสนอแนะให้มีการดำเนินการ 7 ประการ เพื่อสามารถกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ในการเจรจาความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในรอบต่อไปดังนี้

1. ประเมินผลการเจรจาที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของการปฏิบัติตามข้อผูกพันในความตกลงนี้

2. พัฒนาระบบข้อมูลสถิติด้านการค้าบริการให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ ประเมินและคาดการณ์ผลประโยชน์และผลเสียของความตกลงนี้

3. เร่งแก้ไขข้อจำกัดที่สำคัญด้านการค้าบริการ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เสริมสร้างบรรยากาศในการแข่งขันภายในประเทศและเป็นกลไกในการติดต่อการค้ากับต่างประเทศ

4. เสริมสร้างประสิทธิภาพในการแข่งขันสาขาบริการต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ

5. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการกำกับดูแลหน่วยงานของรัฐในด้านการสร้างความเป็นธรรมในการแข่งขันการค้าบริการ และพัฒนากฎเกณฑ์ ระเบียบ วิธีการในการกำกับดูแลให้รองรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีใหม่ๆและที่เป็นมาตรฐานสากล

6. พัฒนาบุคลากรที่ขาดแคลนในสาขาบริการต่างๆ

7. พัฒนาความร่วมมือด้านการค้าบริการระหว่างประเทศ เพื่อเสริมสร้างอำนาจการต่อรองกับประเทศอื่นๆ

จากสาขาบริการ 12 ประเภทที่ไทยได้ผูกพันให้มีการเปิดเสรี สาขาบริการสื่อสารและโทรคมนาคมเป็นสาขาที่มีระดับของการเปิดเสรีสูงสุดในประเทศไทย โดยพิจารณาได้จากการที่มีจำนวนบริษัทโทรศัพท์เคลื่อนที่มือถือรายและผู้ให้บริการเพียง 1,300 รายและมีราคาค่าบริการที่แพงมาก ใน พ.ศ. 2529 แต่ในปี พ.ศ. 2540 มีบริษัทโทรศัพท์เคลื่อนที่มากกว่า 30 ราย ผู้ให้บริการสูงถึง 1.7 ล้านรายและราคาค่าบริการลดลงถึง 10 เท่า

ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการได้ถูกนำมาเจรจาเป็นครั้งแรกในการเจรจาพหุภาคีรอบอุรุกวัย ฉะนั้น องค์การการค้าโลกจึงได้ให้ทุกประเทศได้ทดลองดำเนินการตามความตกลงนี้ไป แล้วจะได้จัดให้มีการเจรจาในความตกลงนี้อีกครั้งในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นโอกาสที่ดีที่หลายๆประเทศจะได้นำประสบการณ์ของตนมาแลกเปลี่ยน และประเทศไทยก็จะได้มีเวลาในการพิจารณาข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลได้(ผลเสีย) สุทธิจากการผูกพันตามความตกลงนี้เพื่อนำไปต่อรองการผ่อนปรนการผูกพันตามความตกลงนี้ในอนาคต

3.3.3 การปฏิบัติตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า

ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าได้ทำให้ประเทศไทยต้องแก้ไขพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2521 เป็นพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537 และออกพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศและวิธีการพิจารณาคดี

ทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ พ.ศ. 2539 กฎหมายฉบับหลังได้นำไปสู่การเริ่มดำเนินงานของศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2540

นอกจากนี้ รัฐบาลไทยได้เร่งปราบปรามสินค้าปลอมแปลง การละเมิดเครื่องหมายการค้าตามพระราชบัญญัติเครื่องหมายการค้า พ.ศ. 2534 และให้การคุ้มครองสิทธิบัตรตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535

แม้ว่าความตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าดูเหมือนว่ายุติธรรมและเสมอภาคกับประเทศต่างๆ แต่พิธีชั่งน้ำหนัก (2540) ได้วิเคราะห์ไว้ว่า สำหรับประเทศไทย (เช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ) การคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเป็นการคุ้มครองข้างเดียว เพราะคนไทยยังไม่สามารถสร้างสรรค์ทรัพย์สินทางปัญญาได้มากและแข่งขันในเชิงพาณิชย์หรือเชิงเทคโนโลยีได้เหมือนกับประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งการคุ้มครองดังกล่าวจะทำให้ไทยต้องซื้อและพึ่งพาทรัพย์สินทางปัญญาของประเทศพัฒนาแล้วไปตลอด

ตารางที่ 38 : อายุของการคุ้มครองสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาประเภทที่สำคัญ

ประเภทของทรัพย์สินทางปัญญา	ระยะเวลาที่คุ้มครอง
1. สิทธิบัตร	20 ปี หลังจากยื่นขอรับสิทธิบัตร
2. ลิขสิทธิ์	- 50 ปี หลังจากผลิตออกมาหรืออายุของผู้เขียนบวก 50 ปี สำหรับงานทุกประเภท ยกเว้นภาพยนตร์และภาพถ่าย - 50 ปีหลังจากแสดงต่อสาธารณะหรือหลังจากผลิตหากไม่แสดงต่อสาธารณะ สำหรับภาพยนตร์ - 25 ปี หลังจากการแสดงผลงานสำหรับภาพถ่าย
3. เครื่องหมายการค้า	7 ปี หลังจากการจดเครื่องหมายการค้า หรือหลังจากต่อการจดเครื่องหมายการค้าแต่ละครั้ง (โดยการต่อการจดเครื่องหมายการค้าได้ไม่จำกัด)
4. การออกแบบผลิตภัณฑ์	10 ปี
5. การออกแบบแพทเทิร์นจรรวม	10 ปี หลังจากการจดทะเบียน หรือ 10 ปี ของการใช้งาน (หากไม่บังคับให้ต้องจดทะเบียน)

ที่มา : International Trade Centre UNCTAD/WTO and Commonwealth Secretariat (1995)

ตารางที่ 39 : อัตราภาษีศุลกากรของหมวดผลิตภัณฑ์ของประเทศต่างๆภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า

พิกัด	สินค้า	อัตราภาษีศุลกากร							
		สหรัฐอเมริกา	กลุ่มประชาคมยุโรป	ญี่ปุ่น	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
30.03	ยารักษาโรคหรือป้องกันโรค (ไม่รวมถึงของตามประเภท 30.02 30.05 30.06) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปผสมเข้าด้วยกัน สำหรับใช้รักษาหรือป้องกันโรคที่ไม่ได้ทำเพื่อใช้ตามขนาดที่กำหนดหรือบรรจุภาชนะเพื่อขายปลีก	3.4-6.9	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0-25.0	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0-20.0	5.0
30.04	ยารักษาโรคหรือป้องกันโรค (ไม่รวมถึงของตามประเภท 30.02 30.05 30.06) ที่ประกอบด้วยผลิตภัณฑ์ผสมหรือผลิตภัณฑ์ไม่ผสมสำหรับใช้รักษาหรือป้องกันโรคที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ตามขนาดที่กำหนดหรือการบรรจุภาชนะเพื่อขายปลีก	3.1-7.9 (วิตามิน B12 16.2%)	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0-25.0	ยกเว้น	ยกเว้น	20.0	20.0
29.01-29.04	ไฮโดรคาร์บอนและอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ด ซัลโฟเนเต็ด ไนโตรเต็ด หรือ ไนโตรเนเต็ด ของไฮโดรคาร์บอน	3.7-13.5	7.0-11.0	2.3-6.4	15.0-20.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0

พิกัด	สินค้า	อัตราภาษีศุลกากร							
		สหรัฐอเมริกา	กลุ่มประชาคมยุโรป	ญี่ปุ่น	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
29.05-29.06	แอลกอฮอล์ และอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ต ซัลโฟเนเต็ต ไนเตรเต็ต หรือชนิดไน ไตรเซเต็ต ของแอลกอฮอล์	3.0-12.0	3.0-12.0	4.6-8.8	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.07-29.08	ฟีนอล ฟีนอล-แอลกอฮอล์ และอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ต ซัลโฟเนเต็ต ไนเตรเต็ต หรือไน ไตรเซเต็ต ของของดังกล่าว	6.0-8.54	2.0-7.0	4.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.09-29.11	อีเทอร์ แอลกอฮอล์เพอร์ออกไซด์อีเทอร์เพอร์ออกไซด์ อีพอกไซด์ที่มีโครงสร้างเป็นพรี-เมมเบอร์ริง อะซิทิล และเอมิอะซิทิล และอนุพันธ์ชนิดของของดังกล่าว	3.7-13.5	4.0-7.0	4.6-5.8	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.12-29.13	สารประกอบแอลคไซด์-ฟังก์ชัน	3.7-8.5	5.0-8.0	3.9-5.3	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.14	สารประกอบคีโตน-ฟังก์ชัน และสารประกอบควิโนนฟังก์ชัน	4.0-11.0	4.0-7.0	4.6-6.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.15-19.18	กรดคาร์บอซิลิก และแอนไฮไดรด์ ฮาโลด์ เพอร์ออกไซด์ และเพอร์ออกซิแอซิดของกรดบอซิลิก รวมทั้งอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ต ซัลโฟเนเต็ต หรือ ชนิดไน ไตรเซเต็ต ของของดังกล่าว	3.7-13.5	3.0-12.0	3-6.4	10.0-20.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0

พิกัด	สินค้า	อัตราภาษีศุลกากร							
		สหรัฐอเมริกา	กลุ่มประชาคมยุโรป	ญี่ปุ่น	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
29.19-29.20	เอสเทอร์ของกรดอินทรีย์ และเกลือของเอสเทอร์ของกรดอินทรีย์ รวมทั้งอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเนเตด ซัลโฟเนเตด หรือ ชนิดไนโตรเซเตดของดังกล่าว	3.7-7.0	6.0-9.0	4.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.21-29.29	สารประกอบไนโตรเจน-ฟังก์ชัน	3.7-13.5	3.0-9.0	4.6-6.6	10.0-15.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.30-29.35	สารประกอบออร์แกนโน-อินทรีย์แกมมิก สารประกอบเฮตเทอโรไซคลิก กรดนิวคลีอิก และเกลือของดังกล่าว รวมทั้งซัลโฟนาไมด์	3.7-13.5	4.0-7.0	3.2-5.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.36-29.37	โพพร ไวตามีน ไวตามีน และซอร์โรมิน	1.8-8.7 (วิตามิน B12 16.2%)	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0	2.0-5.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.38-29.39	กลีโคไซด์ และแอลคาลอยด์จากพืชที่ได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ รวมทั้งเกลืออีเทอร์ เอสเทอร์ และอนุพันธ์อื่นๆของดังกล่าว	3.7-7.6	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.40-29.42	สารประกอบอินทรีย์อื่นๆ	3.5-6.9	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0-20.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0

ที่มา : ESCAP

บทที่ 4

ผลของการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย

บทนี้จะเสนอการวิเคราะห์ผลของความตกลงทั่วไปที่นำมาสู่การค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศที่สำคัญๆ ซึ่งได้แก่ ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าต่อการค้าระหว่างประเทศของไทย ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าต่อการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าและเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย และผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรทางการแพทย์ของไทย สุดท้ายจะเป็นการประเมินผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความตกลงเหล่านี้ในประเทศไทย

4.1 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากร

และการค้าต่อการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศของไทย

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างภาษีของประเทศไทยเพื่อให้เป็นไปตามพันธกรณีความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดศุลกากรและการค้า (General Agreement on Tariff and Trade หรือ GATT) ทำให้อัตราภาษีการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยา(ยาสำเร็จรูป) ลดลงเร็วกว่าอัตราภาษีการนำเข้าวัตถุดิบยา ซึ่งเท่ากับว่าโครงสร้างภาษีศุลกากรที่เปลี่ยนไปเอื้อต่อการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศมากกว่าที่จะสนับสนุนให้มีการลงทุนผลิตยาสำเร็จรูปในประเทศ ตารางที่ 40 สรุปการปรับลดภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาในช่วง พ.ศ. 2535-2539

การศึกษาได้คำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริง (Effective Rate of Protection หรือ ERP) ของอุตสาหกรรมยา โดยใช้อัตราภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปที่ถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูป และอัตราภาษีการนำเข้าวัตถุดิบยาที่ถ่วงน้ำหนักด้วยการนำเข้าวัตถุดิบยา และใช้สัดส่วนของการลงทุนวัตถุดิบยาต่อต้นทุนทั้งหมด 2 ค่าด้วยกัน (43.45% และ 57.13%) ผลของการคำนวณแสดงในตารางที่ 41 ซึ่งจะเห็นได้ว่าใน พ.ศ. 2534 อัตราการคุ้มครองที่เป็นตัวเลข (Nominal Rate of Protection) ใกล้เคียงกับอัตราการคุ้มครองที่แท้จริง แต่การปรับลดภาษีการนำเข้าใน พ.ศ.2535 และ พ.ศ. 2537 ทำให้อัตราการคุ้มครองที่แท้จริงลดลงอย่างมาก ค่าของอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงจากการปรับลดภาษีนำเข้าในพ.ศ. 2539 ที่มีค่าเข้าใกล้ศูนย์แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีความเป็นกลางเกือบสมบูรณ์ในการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ หรือการผลิตยาสำเร็จรูปในประเทศ นั่นคือเปิดให้มีการแข่งขันเกือบสมบูรณ์ในการค้ายาสำเร็จรูประหว่างประเทศ

ปีทมาวดี (2539) ได้รายงานว่ โครงสร้างภาษีศุลกากรของไทยทำให้อัตราภาษีนำเข้าวัตถุดิบยาสูงกว่าอัตราภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อให้ยาสำเร็จรูปที่ผลิตในประเทศไทยสูงกว่ายาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศ โดยที่จะทำให้ยาสำเร็จรูปถูกนำเข้ามากขึ้นและผู้ผลิตจาก

ต่างประเทศสามารถแข่งขันกับผู้ผลิตไทยมากขึ้น รวมทั้งได้ยกตัวอย่างของ Aspirin ซึ่งนำเข้ามาจากประเทศอาเซอร์ไบจานที่มีวัตถุดิบจากน้ำมันดิบที่มีต้นทุนต่ำกว่าของไทย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อว่ามาตรฐานและเทคโนโลยีการผลิตยาของไทยที่สูงกว่าบางประเทศทำให้ไทยสามารถส่งออกยาสำเร็จรูปได้หากลดอุปสรรคด้านภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูปได้ อุปสรรคที่ไม่ใช่ภาษีศุลกากรอาจพบในประเทศอินโดนีเซีย (เช่น ต้องตั้งโรงงานผลิตในประเทศอินโดนีเซียก่อนที่จะนำเข้ายาสำเร็จรูปได้) และประเทศฟิลิปปินส์ (เช่น มีการ surcharge ร้อยละ 22 จากราคา C.I.F)

การที่ปรับเปลี่ยนอัตราภาษีการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปสามารถนำมาคำนวณมูลค่าการนำเข้าที่เปลี่ยนไปสืบเนื่องมาจากอัตราภาษีนำเข้าที่เปลี่ยนไป หรือก็คือความยืดหยุ่นต่อภาษีนำเข้านั่นเอง ตารางที่ 42 และ 43 แสดงผลการคำนวณความยืดหยุ่นของมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูป ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2537 จะเห็นได้ว่าความยืดหยุ่นใน พ.ศ. 2535 มีค่าต่ำ (0.97 และ 0.42 ในค่าสัมบูรณ์) กล่าวคือ การลดภาษีนำเข้าไม่ได้เป็นสิ่งที่จูงใจให้มีการนำเข้าในมูลค่าเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับอัตราภาษีที่ลดลงไป แต่การปรับลดภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2537 ก่อให้เกิดสัดส่วนมูลค่าการนำเข้าสูงกว่าอัตราภาษีที่ลดลงไป (5.1 และ 4.1 ในค่าสัมบูรณ์) แม้ว่าจำนวนรายการที่ลดภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535 สูงกว่าจำนวนรายการที่ลดภาษีนำเข้าในปี 2537 เกือบ 4 เท่าตัว

คำอธิบายที่เป็นไปได้มากที่สุดในความแตกต่างของความยืดหยุ่นใน 2 ช่วงเวลานี้คือ การลดภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535 เป็นปีแรกที่มีการลดภาษีนำเข้า ซึ่งในปีถัดมาผลของการลดภาษีนำเข้าที่มีต่อมูลค่าการนำเข้ายังไม่ได้เกิดขึ้นเต็มที่ อาจเป็นเพราะผู้นำเข้ายังมีสินค้าคงคลัง (Stock) อยู่ก่อนมากแล้ว ส่วนการลดภาษีนำเข้าในปี 2537 ก็จะเกิดจากทั้งการปรับตัวจากผู้นำเข้าที่มีสินค้าเดิมลดลงและภาษีนำเข้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ในเรื่องความยืดหยุ่นว่า ความยืดหยุ่นในระยะสั้นมีค่าน้อยกว่า (ในค่าสัมบูรณ์) ความยืดหยุ่นในระยะยาว เพราะการปรับตัวเนื่องจากราคาเปลี่ยนแปลงในระยะสั้นจะน้อยกว่าในระยะยาว

ประโยชน์ของการใช้ค่าความยืดหยุ่นประการหนึ่งที่สำคัญคือการพยากรณ์มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาหรือยาสำเร็จรูปหากมีการลดภาษีลงไปอีก กล่าวคือ ถ้ามีการเปิดการค้าระหว่างประเทศที่เสรีอย่างสมบูรณ์ โดยเฉลี่ยแล้วภาษีนำเข้าวัตถุดิบยาต้องลดลงไปอีก 6.456% และภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูปต้องลดลงไปอีก 2.79% การเพิ่มขึ้นของมูลค่าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปที่นำเข้าสามารถดูได้จากค่าความยืดหยุ่นที่คำนวณไว้

หากภาษีนำเข้าวัตถุดิบยาลดลงจาก 6.456% เป็นศูนย์ มูลค่าการนำเข้าที่เพิ่มขึ้นจะคำนวณได้จากสูตร

$$\text{ความยืดหยุ่น} = \frac{\% \text{ การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้า}}{\% \text{ การเปลี่ยนแปลงในอัตราภาษีนำเข้า}}$$

แทนค่าความยืดหยุ่นด้วย -5.1 และ % การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้าด้วย -6.456% จะได้ % ของการเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าเป็น $-5.1\% \times -6.456\%$ ซึ่งเท่ากับ 32.93% แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตยาสำเร็จรูปไม่มีอยู่และไม่สามารถแยกออกมาจากวัตถุดิบในพิกัดศุลกากรเดียวกันที่สามารถผลิตสินค้าอื่นได้ จึงไม่สามารถพยากรณ์มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากเปิดเสรีการค้าวัตถุดิบ

หากภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูปลดลงจาก 2.79% เป็นศูนย์ ด้วยการใช้สูตรข้างต้น แต่แทนค่าความยืดหยุ่นด้วย -4.14 และ % การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้าด้วย -2.79% จะได้ % ของการเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าเป็น $-4.14\% \times -2.79\%$ ซึ่งเท่ากับ 11.55%

ถ้าใช้มูลค่านำเข้ายาสำเร็จรูปปี 2540 เป็นฐานในการพยากรณ์ก็จะพบว่า ในการลดภาษียลงจนเป็นศูนย์ (หรือมีภาวะการเปิดเสรีการค้ายาสำเร็จรูประหว่างประเทศอย่างสมบูรณ์) ก็จะมีมูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มจากเดิมอีก $11,345.13 \text{ ล้านบาท} \times 11.55\% = 1,310.4 \text{ ล้านบาท}$

(ขอเน้นย้ำอีกทีว่า มูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากการลดลงของภาษีนำเข้าเพียงอย่างเดียว ซึ่งการนำเข้ายาสำเร็จรูปที่เพิ่มขึ้นอาจมาจากสาเหตุอื่นๆเช่น การเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นที่ต้องการยาสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น ยาที่ค้นพบใหม่ที่ต้องการมาทดลองตลาด ฯลฯ)

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่สามารถรวมมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบกับมูลค่ายาสำเร็จรูปเข้าด้วยกันเพื่อแสดงขนาดของผลกระทบที่เกิดจากพันธกรณี GATT ในรูปของมูลค่าการนำเข้าที่เพิ่มขึ้นได้ แต่หากเปรียบเทียบสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงมูลค่าของการนำเข้ายาสำเร็จรูป(11.55%) กับสัดส่วนการของการเปลี่ยนแปลงมูลค่าของการนำเข้าวัตถุดิบ (32.93%) ก็จะพบว่า การเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศมีผลต่อการนำเข้าวัตถุดิบมากกว่าการนำเข้ายาสำเร็จรูป (มากกว่าเกือบ 3 เท่า) นั่นหมายความว่า การผลิตยาสำเร็จรูปภายในประเทศที่ใช้วัตถุดิบนำเข้าก็จะได้รับผลกระทบสูงกว่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศ ตัวอย่างของผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการผลิตยาสำเร็จรูปที่ใช้วัตถุดิบนำเข้าในประเทศไทยที่เริ่มจะเห็นได้คือกรณีของบริษัทเฮิร์ก เมเรียน รุชาเซล(ประเทศไทย) หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 25 มิถุนายน 2541 รายงานว่า บริษัทเฮิร์ก เมเรียน รุชาเซล (ประเทศไทย) จะปิดโรงงานปลายปี พ.ศ.2541 โดยที่จะหยุดผลิตยาทั้งหมดที่มีมากกว่า 20 ประเภท และจะเปลี่ยนไปสู่การนำเข้ามากขึ้นรวมเป็นยาสำเร็จรูปประมาณ 40 ประเภท

4.2 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าต่อการค้าและการลงทุน

เครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างภาษีศุลกากรของประเทศไทยเพื่อให้เป็นไปตามพันธกรณีความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดศุลกากรและการค้า(GATT) ทำให้อัตราภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปลดลงใกล้เคียงกับอัตราภาษีการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ ซึ่งส่งผลให้การนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปไม่ได้เปรียบหรือเสียเปรียบการผลิตเครื่องมือแพทย์ภายใน

ประเทศที่ใช้ชิ้นส่วนและส่วนประกอบจากต่างประเทศ ตารางที่ 44 สรุปการปรับลดภาษีการนำเข้า เครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปและชิ้นส่วนและส่วนประกอบในช่วง พ.ศ. 2535 – 2539

เนื่องจากไม่มีข้อมูลโครงสร้างต้นทุนการผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยจึงทำให้ไม่สามารถคำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงของอุตสาหกรรมนี้ได้ หากพิจารณาอัตราภาษีในตารางที่ 11 ก็น่าจะประมาณการได้ว่าอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงมีขนาดเล็กลงตามกาลเวลา จนเข้าใกล้เคียงกับการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศของอุตสาหกรรมนี้ในพ.ศ. 2539

ความยืดหยุ่นต่อภาษีนำเข้าของเครื่องมือแพทย์และชิ้นส่วนและส่วนประกอบสะท้อนถึงการตอบสนองของการเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในอัตราภาษีนำเข้า ตารางที่ 45 และ 46 แสดงผลการคำนวณความยืดหยุ่นของมูลค่านำเข้าเครื่องมือแพทย์และชิ้นส่วนและส่วนประกอบต่อการลดลงของภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535-2539 จะพบได้ว่า ความยืดหยุ่นมีค่าต่ำสำหรับทั้งเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป (0.8-1.1 ในค่าสัมบูรณ์) และ ชิ้นส่วนและส่วนประกอบ (0.8-0.9 ในค่าสัมบูรณ์) นั้นหมายความว่า การลดลงของอัตราภาษีนำเข้าทำให้มูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกันไม่ว่าจะพิจารณาในระยะสั้นหรือระยะยาว ซึ่งแตกต่างจากอุตสาหกรรมยาที่ได้วิเคราะห์ไว้ข้างต้น เหตุผลที่ทำให้ความยืดหยุ่นมีค่าต่ำและคงที่ตลอดเวลาก็น่าจะเนื่องจากความจริงที่ว่ามูลค่าของตลาดเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยมีขนาดเล็กและเครื่องมือแพทย์ยังมีบทบาทที่น้อยมากในกระบวนการให้บริการสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ของไทย

หากภาษีนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ลดลงจาก 6.70% เป็นศูนย์ มูลค่าการนำเข้าที่เพิ่มขึ้นจะคำนวณได้จากสูตร

$$\text{ความยืดหยุ่น} = \frac{\% \text{การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้า}}{\% \text{การเปลี่ยนแปลงในอัตราภาษีนำเข้า}}$$

แทนค่าความยืดหยุ่นด้วย -1.1 (ซึ่งเป็นค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 ที่มีการลดอัตราภาษีนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์สูงถึง 21 รายการ ขณะที่ในปี 2539 มีการปรับลดอัตราภาษีนำเข้าเพียง 2 รายการ ดังนั้นการใช้ค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 น่าจะสะท้อนความครอบคลุมชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ได้ดีกว่า) และ%การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้าด้วย -6.78% จะได้% การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าเป็น $-1.1 \times -6.78\% = 7.458\%$

ถ้าใช้มูลค่าการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ในปีพ.ศ. 2539 เป็นฐานในการพยากรณ์ก็จะพบว่า ในการลดภาษีลงจนเป็นศูนย์ (หรือมีการเปิดเสรีทางการค้าระหว่างประเทศ ชิ้นส่วนและส่วนประกอบอย่างสมบูรณ์) ก็จะมีมูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก $5,913.99 \text{ ล้านบาท} \times 7.458\% = 441.07 \text{ ล้านบาท}$

หากภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปลดลงจาก 3.6% เป็นศูนย์ ด้วยการใช้อัตราข้างต้น แต่แทนค่าความยืดหยุ่นด้วย -0.887 (ซึ่งเป็นค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 ที่มีการลดอัตราภาษีนำเข้า

เครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปสูงถึง 36 รายการ และที่ในปี 2539 มีการปรับลดเพียง 5 รายการ ค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 จึงครอบคลุมเครื่องมือแพทย์ได้มากกว่าปี 2539) และ%การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้าด้วย -3.6% จะได้%การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าเป็น $-0.887 \times -3.6\% = 3.19\%$

ถ้าใช้มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปปี พ.ศ.2539 เป็นฐานในการพยากรณ์ ก็จะมีพบว่า ในการลดภาษีลงจนเป็นศูนย์จะมีมูลค่าการนำเข้าเพิ่มจากเดิมอีก 10,232.98 ล้านบาท เป็น $3.19\% = 326.76$ ล้านบาท

มูลค่าการนำเข้าทั้งในรูปของเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปและในรูปของชิ้นส่วนและส่วนประกอบที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศของอุตสาหกรรมนี้เป็น 772.62 ล้านบาท มูลค่าและสัดส่วนของการนำเข้าชิ้นส่วนส่วนประกอบจะสูงกว่ามูลค่าและสัดส่วนของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป นั่นคือ การเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศในอุตสาหกรรมนี้ จะมีผลต่อการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบมากกว่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป แม้ว่าผลกระทบจะแตกต่างกันน้อยมาก

เนื่องจากเครื่องมือแพทย์มีความหลากหลายมากและอาจเข้าไปเกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมอื่นด้วย ดังนั้น จึงอาจพบงานวิจัยในอุตสาหกรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์บางประเภท ดึงมียางและถุงยางอนามัยเป็นอุตสาหกรรมยางที่มีบทบาทกับเครื่องมือแพทย์ ฉะนั้น ในที่นี้จะนำเสนอผลการวิจัยอุตสาหกรรมถุงมียางและถุงยางอนามัยของไทย จากการศึกษาของธนาวรรณ กิจประไพอำพล (2539) และสมศักดิ์ แต่มบุญเลิศชัย และคณะ (2541)

อุตสาหกรรมถุงมียางได้เติบโตตั้งแต่ พ.ศ. 2529 เมื่อมีการค้นคว้าเรื่องโรคเอดส์ ถุงมียางที่ผลิตในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นถุงมือประเภท examination glove ชนิดใช้แบ่ง ในพ.ศ. 2532 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเติบโตในอุตสาหกรรมนี้มาก มีโรงงานผลิตถุงมียางที่ได้รับสิทธิบัตรส่งเสริมการลงทุนเกือบ 90 ราย โดยที่ร้อยละ 47 เป็นของคนไทย ร้อยละ 44 เป็นการร่วมทุนกับต่างชาติและร้อยละ 9 เป็นของชาวต่างชาติ แต่ในพ.ศ. 2540 ผู้ผลิตถุงมียางในประเทศไทยเหลือเพียง 28 ราย โดยเป็นบริษัทที่ร่วมทุนกับต่างชาติร้อยละ 48 บริษัทที่ดำเนินงานโดยต่างชาติทั้งหมดร้อยละ 42 และบริษัทที่ดำเนินงานโดยคนไทยร้อยละ 10 สินค้าที่ผลิตได้ส่วนใหญ่เน้นการส่งออกไปต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐและประเทศในยุโรปในช่วงพ.ศ. 2530-2536 อัตราการส่งออกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 22.6 ต่อปี ปริมาณและมูลค่านำเข้าและส่งออกถุงมียางของไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันแสดงในตารางที่ 47 อัตราการเติบโตของการส่งออกถุงมียางผ่าตัดเป็นร้อยละ 13 ต่อปีโดยเฉลี่ยประเทศที่เป็นตลาดส่งออกหลักได้แก่ สหรัฐ อังกฤษ ญี่ปุ่น และเยอรมัน(ดูตารางที่ 48) ส่วนประเทศที่นำเข้าถุงมียางทางการแพทย์ คือ มาเลเซีย (ร้อยละ 60 ของการนำเข้าทั้งหมด)

ตารางที่ 49 แสดงโครงสร้างต้นทุนของการผลิตถุงมียางประเภท examination glove จะเห็นได้ว่าบริษัทขนาดใหญ่มีต้นทุนต่อหน่วยต่ำกว่า เนื่องจากมีความประหยัดต่อขนาด (economy of scale) ของปัจจัยการผลิตแบบแปรผัน (เช่น แก๊ส ไฟฟ้า และแรงงาน เป็นต้น) ขณะที่บริษัท

ขนาดเล็กมีการประหยัดขนาดในด้านค่าใช้จ่ายสำนักงาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งที่ผลิตถุงมือยางในประเทศอื่นๆ เช่น มาเลเซีย จีน ไต้หวัน และอินโดนีเซียแล้ว จะพบว่าประเทศไทยได้เปรียบที่มีปัจจัยการผลิตบางชนิดที่มีต้นทุนต่ำ เช่น น้ำยางข้น และค่าแรงที่ต่ำ เป็นต้น แต่ก็เสียเปรียบที่มีต้นทุนแก๊สและไฟฟ้า และค่าใช้จ่ายสำนักงานที่สูงกว่า อย่างไรก็ตามโดยรวมๆแล้ว ต้นทุนการผลิตถุงมือยางของไทยยังมีต้นทุนที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศผู้ส่งออกถุงมือยางทั้งหมด

เนื่องจากประเทศมาเลเซียซึ่งเป็นประเทศที่ผลิตถุงมือยางทุกประเภทมากเป็นอันดับหนึ่งของโลกประสบกับปัญหาขาดแคลนแรงงานและวัตถุดิบน้ำยางข้น จึงทำให้บริษัทในมาเลเซียเริ่มย้ายและขยายฐานการผลิตเข้าสู่ประเทศไทยมากขึ้น

แม้ว่าในขณะนี้ อัตราการคุ้มครองที่เป็นตัวเลข (nominal rate of protection) ของไทยจะเป็นศูนย์ แต่อัตราการคุ้มครองที่แท้จริง (effective rate of protection) เป็นร้อยละ 6 ซึ่งเท่ากับว่าไทยยังคงคุ้มครองอุตสาหกรรมภายในประเทศระดับที่ค่อนข้างต่ำ

อุตสาหกรรมถุงยางอนามัยได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2529 ที่ได้มีความกังวลเกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยได้นำเข้าถุงยางเกือบทั้งหมด ขณะนี้มีโรงงานผลิตถุงยางอนามัยที่ขอรับสิทธิประโยชน์ของการส่งเสริมการลงทุนในประเทศไทยประมาณ 11 ราย ซึ่งเป็นการลงทุนร่วมกับต่างชาติเกือบทั้งหมด แต่มีเพียง 3 รายเท่านั้นที่เปิดดำเนินการจริง

ถุงยางอนามัยที่ผลิตได้ร้อยละ 80 ถูกส่งออกไปจำหน่ายในต่างประเทศ มูลค่าและปริมาณการนำเข้าและส่งออกถุงยางอนามัยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันแสดงไว้ในตารางที่ 50 จะเห็นได้ว่าการนำเข้าและส่งออกได้เพิ่มขึ้นอย่างมากใน พ.ศ. 2531 ทั้งนี้เป็นผลของการลดอัตราภาษีนำเข้าและส่งออกถุงยางอนามัยจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 30 ในช่วงพ.ศ. 2535-2539 การส่งออกมีการขยายตัวถึงร้อยละ 67 ต่อปี ใน พ.ศ. 2539 เพียงปีเดียวมีการส่งออกถุงยางอนามัยสูงถึง 349 ล้านบาท ขณะที่การนำเข้าเป็นเพียงร้อยละ 8 ล้านบาท ประเทศที่เป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ของไทยได้เปลี่ยนไปจาก สหรัฐ แอฟริกาใต้ และตุรกี ใน พ.ศ. 2536 เป็นประเทศบังกลาเทศ ชองกง แอฟริกา บราซิล ตุรกี และญี่ปุ่น ในพ.ศ. 2537-2539 (ดูตารางที่ 51) ส่วนประเทศที่ไทยนำเข้าถุงยางอนามัยคือ มาเลเซีย สหรัฐ และญี่ปุ่น (ดูตารางที่ 52)

ตารางที่ 53 แสดงโครงสร้างต้นทุนการผลิตถุงยางอนามัยในประเทศไทยของบริษัทขนาดกลางและบริษัทข้ามชาติ ซึ่งจะพบได้ว่าบริษัทข้ามชาติได้เปรียบในด้านต้นทุนน้ำยางข้นและสารเคมี ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนด้านพลังงาน ขณะที่บริษัทขนาดกลางได้เปรียบในต้นทุนด้านการบรรจุหีบห่อ และ overhead cost

อุตสาหกรรมถุงยางอนามัยได้รับการคุ้มครองจากรัฐเมื่อพิจารณาจากอัตราภาษีมูลค่าการนำเข้าถุงยางอนามัยที่สูงถึงร้อยละ 22.5 ขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ในอาเซียนเป็นเพียงร้อยละ 10-15 อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยต้องลดภาษีศุลกากรการนำเข้าถุงยางให้เหลือเพียงร้อยละ 5 ภายใน พ.ศ. 2540 ตามข้อตกลงของเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA)

4.3 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าต่อการค้า และเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย

ทรัพย์สินทางปัญญาเป็นประเด็นหนึ่งที่มีการเจรจาทางการค้าระหว่างประเทศพหุภาคีให้ความสำคัญเพราะเชื่อว่าจะสามารถ “ลดการบิดเบือนและอุปสรรคที่มีต่อการค้าระหว่างประเทศ” โดยที่จะ “ส่งเสริมให้มีการคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอสำหรับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา” (กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์, 2537) ดังนั้น จึงได้มีการทำความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Trade-Related Intellectual Property Rights หรือ TRIPs) ที่เกี่ยวกับการค้าขึ้น และบรรจุไว้ในกรมสารสุดท้าย(Final Acts) ของการเจรจาการค้าพหุภาคีรอบอุรุกวัย

การผลิตยาเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินทางปัญญา เนื่องจากยาถือได้ว่าเป็นทรัพย์สินที่เกิดจากความคิดสร้างสรรค์ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งสมควรได้ถือกรรมสิทธิในทรัพย์สินประเภทนี้ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยสามารถหาประโยชน์จากการครอบครองกรรมสิทธิ์นี้เพื่อชดเชยกับการลงทุนไปเพื่อคิดค้นยาใหม่ๆ ดังนั้น ประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆจึงได้กำหนดให้สิทธิบัตร (patent) แก่ผลิตภัณฑ์ยา

แม้ว่าประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 เพื่อคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาแล้วก็ตาม แต่ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPs) มีการคุ้มครองที่กว้างขวางกว่าที่พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 ได้กำหนดไว้ ดังนั้น ประเทศไทยอาจต้องแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรที่ใช้เพื่อให้ครอบคลุมตามที่บ่งชี้ในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นสหรัฐ ได้พยายามผลักดันให้ไทยแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรให้ครอบคลุมดังที่กล่าวมา (น.ส.พ. กรุงเทพมหานคร ฉบับวันที่ 21 มิถุนายน 2541 ได้รายงานว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังสหรัฐมาเยือนประเทศไทยในช่วงปลายเดือนมิถุนายน เพื่อผลักดันให้ไทยแก้กฎหมายสิทธิบัตรตามความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า(TRIPs)) หากประเทศไทยไม่อาจหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตาม TRIPs แล้วจึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ผลกระทบของสิทธิบัตรยา เช่น ราคาและการลงทุนในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย เป็นต้น รวมทั้งการนำพระราชบัญญัติสิทธิบัตรมาใช้ในการควบคุมผลกระทบดังกล่าว

อาณัฐชัย รัตตกุล (2532) ได้รายงานว่า ระหว่างกันยายน 2522 ถึงธันวาคม 2528 มีการขอรับสิทธิบัตรกรรมวิธีผลิตยาในประเทศไทยเป็นจำนวน 268 ราย คิดเป็นประมาณ 45 รายต่อปี โดยที่ร้อยละ 98.8 ของการขอสิทธิบัตรเหล่านี้เป็นกรรมวิธีที่ได้ยื่นขอสิทธิบัตรในประเทศพัฒนาแล้วมาก่อน ชนิดที่ขอจดสิทธิบัตรเหล่านี้ได้แก่ สหรัฐ (32.2%) อังกฤษ (31.1%) สวิตเซอร์แลนด์ (17.2%) ญี่ปุ่น (10.8%) และ สวีเดน (7.5%) อย่างไรก็ตาม จาก 268 รายนี้ มีเพียง 7 รายที่ได้รับการอนุมัติให้จดสิทธิบัตรในประเทศไทยได้ใน พ.ศ. 2530

จากการศึกษาของ อาณัฐชัย รัตตกุล (2532) ดำรับยาที่ยังคงสิทธิบัตรจำนวน 140 ดำรับได้มีการขึ้นทะเบียนผลิต ทะเบียนแบ่งบรรจุ และทะเบียนนำเข้าหรือส่งเข้ารวมกันเป็น 2,043 ทะเบียน โดยร้อยละ 59 เป็นทะเบียนที่บริษัทคนไทยเป็นเจ้าของ บริษัทต่างชาติจดทะเบียนนำเข้าเป็นร้อยละ 58 ของทะเบียนที่ครอบครองโดยบริษัทต่างชาติ ส่วนบริษัทคนไทยได้จดทะเบียนผลิตเป็นร้อยละ 84 มูลค่ายาที่มีสิทธิบัตร 140 ดำรับในปี พ.ศ. 2531 มีสัดส่วนเป็นร้อยละ 11.6 ของมูลค่ายาทั้งหมดในประเทศ โดยที่บริษัทต่างชาติมีสัดส่วนตามในสี่ของมูลค่ายาที่มีสิทธิบัตรเหล่านี้

อาณัฐชัย รัตตกุล(2532) ได้เปรียบเทียบราคาของยาที่ยังคงสิทธิบัตรจำนวน 29 รายการที่แบ่งออกเป็น 42 ดำรับ เมื่อกับราคาสูงสุดของยาเหล่านี้ที่มีการผลิตโดยโรงงานของคนไทยที่มีมาตรฐาน GMP กับราคาที่เสนอขายโดยเจ้าของสิทธิบัตร จะพบว่า ความแตกต่างของราคามีตั้งแต่ร้อยละ 7 จนถึง ร้อยละ 918 โดยที่ส่วนใหญ่จะมีความแตกต่างร้อยละ 100-200 (ดูตารางที่ 54 และ 55)

อาณัฐชัย รัตตกุล (2532) ได้คำนวณผลของการยินยอมให้มีสิทธิบัตรยาต่อราคาขายโดยใช้ข้อมูลในปี พ.ศ.2531 เมื่อใช้ราคาในประเทศไทยที่เสนอโดยเจ้าของสิทธิบัตรพบว่ามูลค่าของยาที่มีสิทธิบัตรจะสูงกว่ามูลค่าของยาที่ไม่มีสิทธิบัตรประเภทเดียวกันที่ผลิตโดยโรงงานคนไทยถึงร้อยละ 94 มูลค่าของยาทั้งระบบ(ทั้งที่มีสิทธิบัตรและไม่มีสิทธิบัตร)จะสูงขึ้นเนื่องจากสิทธิบัตรยาเป็นร้อยละ 11 แต่ถ้าคำนวณโดยใช้ราคาขายในประเทศสหรัฐอเมริกา จะพบว่ามูลค่ายาที่มีสิทธิบัตรจะสูงกว่ามูลค่ายาที่ไม่มีสิทธิบัตรประเภทเดียวกันที่ผลิตโดยโรงงานคนไทยถึงร้อยละ 507 ซึ่งจะทำให้มูลค่าของยาทั้งระบบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59

ศิริลักษณ์ คอมนันท์ แสดงวิธีการประเมินผลกระทบของสิทธิบัตรยาที่แตกต่างไปจากการคำนวณของ อาณัฐชัย รัตตกุล โดยกล่าวว่า “ผลกระทบของสิทธิบัตรยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับโครงสร้างของอุตสาหกรรมผลิตยาและพฤติกรรมกรรมการตั้งยาและบริโภคนยาในตลาดก่อนและหลังการมีสิทธิบัตร รวมถึงแนวโน้มการพัฒนาใหม่ซึ่งจะมีสิทธิบัตรในอนาคตว่าครอบคลุมการรักษาโรคอะไรใครเป็นผู้บริโภค และภาวะทดแทนของยาใหม่ต่อยาเก่าเป็นอย่างไร กล่าวอีกนัยหนึ่งคือในการวิเคราะห์ผลกระทบของการมีสิทธิบัตรต่อการเปลี่ยนแปลงราคาต้องดูทั้งปัจจัยทางด้านการผลิตและด้านการบริโภคควบคู่กันไปเพราะลักษณะทั้งสองตัวนี้เป็นตัวกำหนดร่วมกันว่าเมื่อมีสิทธิบัตรยาแล้วราคาขายจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด และในขนาดเท่าใด”

นอกจากนี้ การคำนวณของอาณัฐชัย รัตตกุล (2532) อาจมาเกินจริง (overestimation) เนื่องจากตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์แล้ว ผู้ผูกขาดไม่อาจที่จะกำหนดทั้งราคาขายและปริมาณขายได้ในขณะเดียวกัน ราคาขายที่สูงขึ้นย่อมทำให้ปริมาณขายลดลง(ยกเว้นว่าจะเป็นสิ่งจำเป็นจนไม่สามารถละเว้นการบริโภคได้หรือไม่มีสิ่งอื่นใดมาทดแทนได้) ดังนั้น มูลค่าจริงที่เพิ่มขึ้นก็จะต่ำกว่าที่คำนวณโดยอาณัฐชัย รัตตกุล

ผลกระทบของสิทธิบัตรยาที่ทำให้ราคาสูงขึ้นพบได้ในหลายๆประเทศ ตารางที่ 56 ที่คัดลอกมาจากรายงานของ สิริลักษณ์ ลอมันตร์ (2532) ก็ชี้ให้เห็นว่าดัชนียาได้เพิ่มสูงขึ้นมากในประเทศที่ยอมรับสิทธิบัตรยาเมื่อเทียบกับประเทศที่ไม่ยอมรับสิทธิบัตรยา

สมพร พรหมพิตร (2538) ได้กล่าวว่า พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 ได้ควบคุมผลกระทบต่อราคาจากการให้ความคุ้มครองสิทธิบัตรตามมาตรา 55 จัตวา ข้อ ข. และเบญจ ดังคัดลอกมาดังนี้

1) มาตรา 55 จัตวา ข้อ ข.

“ดำเนินการตามมาตรา 55 เบญจ ในกรณีที่ไม่มีการขายผลิตภัณฑ์ยาที่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิบัตรดังกล่าว หรือมีการขายผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวในราคาสูงเกินสมควรหรือขึ้นราคาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสูงกว่าอัตราการเพิ่มของดัชนีราคาผู้บริโภคโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร หรือผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนภายในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร”

2) มาตรา 55 เบญจ

“ในกรณีที่คณะกรรมการสิทธิบัตรยาเห็นว่า ไม่มีการขายผลิตภัณฑ์ยาที่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิบัตรหรือมีการขายผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวในราคาสูงเกินสมควร หรือขึ้นราคาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสูงกว่าอัตราเพิ่มของดัชนีราคาผู้บริโภคโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร หรือผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวไม่ตอบสนองความต้องการของประชาชนภายในราชอาณาจักรโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร ให้คณะกรรมการสิทธิบัตรยามีอำนาจดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (1) แจ้งให้คณะกรรมการกลางกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาดพิจารณา ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการกำหนดราคาสินค้าและป้องกันการผูกขาด
- (2) แจ้งให้อธิบดีพิจารณาดำเนินตามหลักเกณฑ์ในมาตรา 46 ทวิ คือให้คณะกรรมการสิทธิบัตรยาสอบสวนข้อเท็จจริงและประกาศให้บุคคลอื่นใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยานั้นต่อไป”

แม้ว่าพระราชบัญญัติจะให้อำนาจคณะกรรมการสิทธิบัตรยาควบคุมราคายาให้สูงจนประชาชนเดือดร้อนก็จริง แต่คณะกรรมการสิทธิบัตรยาไม่ได้มีการปฏิบัติงานอย่างจริงจัง จากการสอบถามของคณะวิจัยเพื่อศึกษาการทำงานของคณะกรรมการสิทธิบัตรยา ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง(ของกรมทรัพย์สินทางปัญญา) ยังไม่ทราบว่ามีความคณะกรรมการสิทธิบัตรอยู่เลย

อย่างไรก็ตาม อำนาจการผูกขาดเนื่องจากสิทธิบัตรยาอาจไม่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ทั้งนี้เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาที่มีอยู่ก่อนอาจถูกทดแทนด้วยยาใหม่ที่ดีกว่าและมีการวิจัยเพิ่มเติมสนับสนุน ซึ่งเป็นจริงในตลาดที่โตเร็ว (Tatipapaiboon, 1995) แต่สำหรับยาที่ตลาดอิ่มตัวแล้วอย่างเช่นยาปฏิชีวนะแล้ว งานวิจัยมักจะน้อยลงและการค้นพบยาใหม่ก็ช้าลงๆ ดังนั้น การแข่งขันจริงไม่ได้อยู่ระหว่างยาที่มีสิทธิบัตร แต่กลับเป็นยาที่มีชื่อทางการค้ากับยาที่มีชื่อสามัญ (ซึ่งยาทั้งสองกลุ่มไม่ได้

มีสิทธิบัตรยาคุ้มครองอีกต่อไปแล้ว) ดังนั้น ความไว้วางใจในชื่อทางการค้า (brand name loyalty) จึงมีความสำคัญ

Tatiyapaiboon (1995) พบว่า มีการทดแทนระหว่างยาปฏิชีวนะที่มีชื่อทางการค้า (brand name) และชื่อสามัญ (generic) ค่อนข้างสูง (โดยที่ทั้งหมดเป็นยาที่ไม่มีสิทธิบัตรยาแล้ว) โดยมีขนาดของความยืดหยุ่นของการทดแทน (elasticity of substitution) อยู่ระหว่าง 5-6 นั่นคือ หากราคาของยาที่กำลังพิจารณาตกลงร้อยละ 1 การบริโภคจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 5-6 โดยที่การบริโภคยาที่ทดแทนกันได้จะลดลงไปและหันมาบริโภคยานี้แทน

South Centre (1997) กล่าวว่า สิทธิบัตรยาจะมีผลต่อราคา และผลเสียในรูปของต้นทุนทางสังคม และผลกระทบต่อการศึกษาด้วย สิทธิบัตรยาที่มีผลต่อเนื่องไปหลังจากที่สิทธิบัตรยาหมดอายุไป เนื่องจากยาที่มีสิทธิบัตรสามารถสร้าง brand loyalty ได้แม้จะมียาชื่อสามัญมาแข่งขันด้วยก็ตาม ซึ่งก็จะทำให้ยาเหล่านั้นคงราคาขายที่สูงต่อไปได้

ผลของความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPs) จะทำให้ประเทศกำลังพัฒนาต้องเพิ่มมาตรฐานในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในรูปของสิทธิบัตรยามากขึ้นกว่าเดิมที่เป็นอยู่ และแนวโน้มของมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายจะใกล้เคียงกับในประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว

นอกจากนี้ ยังได้มีข้อโจมตีความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าว่า ยังมีความไม่ชัดเจนอยู่อีกมากมาย และบรรณนิยามที่หละหลวมต่อการตีความที่แตกต่างกันในบริบททางกฎหมายของประเทศชาติต่างๆ นอกจากนี้ องค์การนี้ยังไม่เห็นด้วยว่าความตกลงนี้จะเป็นหนทางในการส่งเสริมศักยภาพของการค้นพบสิ่งประดิษฐ์ใหม่และเทคโนโลยีใหม่ในประเทศกำลังพัฒนาเลย ส่วนเรื่องที่สิทธิบัตรจะนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของการลงทุนโดยตรง (foreign direct investment) จากประเทศพัฒนาแล้วก็น่าจะสงสัยว่าจะเป็นจริงได้อย่างไรกัน

South Centre (1997) วิเคราะห์ไว้ว่า เดิมทีประเทศต่างๆ มีอิสระที่จะกำหนดชนิดของสินค้าที่จะให้สิทธิบัตรหรือไม่ให้สิทธิบัตรก็ได้ ระยะเวลาของสิทธิบัตรและขอบเขตของสิทธิที่ผู้ทรงสิทธิบัตรพึงได้ ซึ่งการกำหนดสิ่งเหล่านี้จะตราไว้ในกฎหมายสิทธิบัตรของประเทศต่างๆ โดยสอดคล้องกับจุดประสงค์และผลประโยชน์ของตนเอง รวมทั้งระดับการพัฒนา แต่อิสระภาพในการกำหนดสิ่งเหล่านี้จะหมดไป เนื่องจากความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า สิทธิบัตรจะต้องอนุมัติให้โดยไม่แบ่งแยกหรือกีดกันในเรื่องของสถานที่ที่มีการค้นพบ ประเภทของเทคโนโลยี หรือแม้แต่ว่าสินค้านั้นจะผลิตขึ้นภายในประเทศหรือนำเข้าจากต่างประเทศ

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองยาที่มีอยู่แล้วหรือที่รู้จักกันในศัพท์ pipeline protection นั้น South Centre (1997) ได้ชี้ให้เห็นว่า มาตรา 70 ข้อ 1 และข้อ 2 ไม่ได้ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรย้อนหลังสำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่มีมาก่อนการเซ็นสัญญาความตกลงนี้สำหรับผลิตภัณฑ์ยา มาตรา 70 ข้อ 9 ยังบังคับให้ประเทศสมาชิกความตกลงนี้ที่มีได้ให้สิทธิบัตรคุ้มครองผลิตภัณฑ์ยา

อนุสิทธิบัตรทางการตลาดแต่ผู้เดียว (exclusive marketing rights) กับผู้ทรงสิทธิเป็นระยะเวลา 5 ปี หรือจนกระทั่งมีการให้หรือปฏิเสธสิทธิบัตรนั้น

South Centre (1997) แนะนำว่า หนทางที่จะหลีกเลี่ยงการผูกขาดที่เกิดจากสิทธิบัตรยา คือการบังคับใช้สิทธิ (compulsory license) เพื่อปกป้องความเสียหายที่เกิดจากการจำกัดการแข่งขัน และอุปสรรคในการถ่ายทอดหรือแพร่ขยายเทคโนโลยี (มาตราที่ 40) ซึ่งจะให้ผู้ทรงสิทธิขาย สิทธิต่อในเงื่อนไขที่สมเหตุสมผลทางการค้ามากขึ้น

4.4 ผลความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรการแพทย์ของไทย

ข้อจำกัดและเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและประติบัติเยี่ยงชาติของการค้าบริการสุขภาพใน 4 รูปแบบหลักของประเทศไทยในปัจจุบันสรุปไว้ในตารางที่ 37 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในเรื่อง cross-border supply of services และ consumption abroad ประเทศไทยไม่มีข้อจำกัดและเงื่อนไขใดทั้งสิ้น แต่ประเทศไทยไม่ผูกพันในเรื่อง commercial presence และ presence of natural persons ทั้งในรูปของการเข้าสู่ตลาดและการประติบัติเยี่ยงคนชาติ

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีกฎเกณฑ์ควบคุมในสาขารักษาสุขภาพค่อนข้างมาก ซึ่งไม่ได้เป็นเรื่องแปลกเลย ประเทศอื่นๆก็มักมีกฎเกณฑ์ควบคุมในสาขารักษาสุขภาพมากพอกัน ดังที่ Phelps (1997) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ประเทศสหรัฐซึ่งเป็นประเทศที่มีการเลิกการควบคุม(deregulation) มากมายในสาขาต่างๆ แต่การควบคุมสาขารักษาสุขภาพกลับมีเป็นจำนวนมาก

ดังนั้น หากมีการเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพแล้ว เรื่องทั้งสองที่ประเทศไทยไม่ผูกพันจะถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณา โดยที่ประเทศอื่นต้องการให้ไทยแก้กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริษัทต่างชาติและชาวต่างชาติสามารถเข้าสู่ตลาดบริการสุขภาพของไทยมากขึ้น รวมทั้งประติบัติต่อบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างประเทศใกล้เคียงกับบุคลากรทางการแพทย์ไทยมากขึ้น

นอกจากนี้เนื้อหาของ GATS ยังครอบคลุมถึงประเด็นอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อสาขาบริการสุขภาพของไทย ซึ่งได้นำเสนอดังต่อไปนี้

1. “ข้อ V ทวิ ความตกลงการรวมตัวของตลาดแรงงาน ความตกลงนี้ไม่ห้ามสมาชิกใดจากการเป็นภาคีความตกลงจัดตั้งการรวมตัวเต็มรูปแบบ (โดยทั่วไป การรวมกลุ่มดังกล่าวกำหนดให้พลเมืองของภาคีที่เกี่ยวข้องมีสิทธิในการเข้าตลาดแรงงานของภาคีได้อย่างเสรี และรวมถึงมาตรการที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขการจ่ายค่าจ้าง เงื่อนไขอื่นๆของการจ้างงานและสวัสดิการสังคม) ของตลาดแรงงานระหว่างภาคีของความตกลงดังกล่าว หากว่าความตกลงเช่นนั้น (เอ) ยกเว้นพลเมืองของภาคีความตกลงจากข้อกำหนดเกี่ยวกับการมีถิ่นที่อยู่และใบอนุญาตทำงาน(ปี)ได้มีการแจ้งต่อคณะมนตรีสำหรับการค้าบริการ”

ความตกลงข้อนี้จะทำให้ตลาดแรงงานบุคลากรการแพทย์ของไทยต้องเปิดโอกาสให้บุคลากรการแพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานได้โดยลดข้อจำกัดเกี่ยวกับสัญชาติ และการขอใบอนุญาต

การทำงาน(ดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน) รวมทั้งเงื่อนไขของการว่าจ้างและสวัสดิการแรงงานอื่นๆก็ต้องให้ทัดเทียมกับบุคลากรการแพทย์ชาวไทย

2. “ข้อ VII การยอมรับ (...) สมาชิกจะไม่ให้การยอมรับในลักษณะ ซึ่งก่อให้เกิดช่องทางในการเลือกปฏิบัติระหว่างประเทศต่างๆในการใช้มาตรฐาน หรือหลักเกณฑ์ในการอนุมัติ การออกใบอนุญาต หรือใบรับรองของผู้ให้บริการ หรือข้อจำกัดที่แอบแฝงต่อการค้าบริการ”

ความตกลงข้อนี้จะทำให้ประเทศไทยต้องแก้ไขพระราชบัญญัติและข้อบังคับองค์วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมายเพื่อทำให้การปฏิบัติต่อบุคลากรการแพทย์ชาวต่างชาติและการปฏิบัติต่อบุคลากรการแพทย์ชาวไทยไม่แตกต่างกัน การออกใบอนุญาต ต้องเป็นมาตรฐานที่ยอมรับได้ และหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจ ต้องเป็นรูปธรรมและโปร่งใส เพื่อให้มั่นใจและตรวจสอบได้ว่า ไม่ได้สร้างข้อจำกัดหรือเงื่อนไขต่อการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

หลังจากที่ประเทศสมาชิก WTO ต่างๆในโลกให้ข้อผูกพันในสาขาบริการใดก็ตามแล้ว อาจจะทำการแก้ไขหรือระงับข้อผูกพันเหล่านั้นได้ เมื่อใดก็ตามหลังจากที่ปฏิบัติข้อผูกพันเหล่านั้นเป็นเวลา 3 ปีแล้ว แต่ประเทศที่แก้ไขหรือระงับข้อผูกพันจะต้องจ่ายเงินชดเชยที่เหมาะสมกับผู้ถูกผลกระทบจากการกระทำดังกล่าว มิฉะนั้นประเทศอื่นมีสิทธิในการตอบโต้(retaliation) ประเทศนั้น

มีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกที่ยินยอมทำการผูกพันในสาขาบริการสุขภาพ เหตุผลที่สำคัญในการอธิบายเรื่องนี้เนื่องจากบริการสุขภาพมักจะผลิตโดยภาครัฐ ดังนั้น การให้บริการสุขภาพโดยภาคเอกชนที่ดำเนินการเชิงพาณิชย์ที่เป็นสัดส่วนน้อยก็ทำให้ GATS มีอิทธิพลต่อสาขานี้น้อยตามไปด้วย

ประเทศในกลุ่ม European Union และประเทศสหรัฐได้อนุญาตให้ชาวต่างชาติสามารถจัดตั้งโรงพยาบาลภายในประเทศได้ แต่ต้องมีเงื่อนไขสำคัญคือ need-based quantitative limits ซึ่งจะกำหนดให้โรงพยาบาลที่ต้องการจัดตั้งมีจำนวนเตียงสัมพันธ์กันประชากรในพื้นที่ (International Trade Centre UNCTAD/WTO and Common Wealth Secretariat, 1995) ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศยอมให้ชาวต่างชาติมาตั้งโรงพยาบาลได้ก็ต่อเมื่อได้ร่วมทุน (joint venture) ในโรงพยาบาลกับผู้ร่วมทุนท้องถิ่นซึ่งตัวอย่างเหล่านี้แสดงถึงเงื่อนไขและข้อจำกัดของการเข้าสู่ตลาดในสาขาบริการสุขภาพ

ส่วนการปฏิบัติเยี่ยงคนชาตินั้น ประเทศส่วนใหญ่จะไม่ยอมผูกพันเลยในเรื่อง presence of natural persons กล่าวคือ ประเทศเหล่านี้ยังคงกฎเกณฑ์ที่สร้างความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างคนในชาติกับคนต่างชาติ ตัวอย่างเช่น ประเทศเหล่านี้ไม่ยอมรับวุฒิการศึกษาและใบประกอบวิชาชีพจากประเทศอื่นรวมทั้งยังไม่อนุญาตให้ชาวต่างชาติที่มีวุฒิการศึกษาและใบประกอบอาชีพจากประเทศอื่นมาทำงานในโรงพยาบาลของประเทศตนในฐานะแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์

International Trade Centre UNCTAD/WTO and Commonwealth Secretariat (1995) กล่าวว่า การประเมินผลของการเปิดเสรีการค้าด้านบริการมีความยุ่งยากมากและอาจไม่สามารถทราบถึงขนาดของผลนี้ได้ เนื่องจากสองประเด็นที่สำคัญ คือ

1. การคุ้มครองการค้าบริการซึ่งมักจะกระทำโดย การกำหนดกฎเกณฑ์ควบคุมเพื่อแบ่งแยกผู้ขายบริการในประเทศกับผู้ขายบริการจากต่างประเทศ การยกเลิกกฎเกณฑ์ควบคุมจะต่างจากการยกเลิกภาษีศุลกากร (GATT) การประเมินผลของการยกเลิกภาษีศุลกากรมีการศึกษาไว้มากมาย ขณะที่การประเมินผลของการยกเลิกกฎเกณฑ์ควบคุมแทบจะมิมีการศึกษาไว้น้อยมาก
2. แม้ว่าจะมีวิธีการประเมินผลของการยกเลิกกฎเกณฑ์ควบคุมในสาขาบริการแล้วก็ตาม ข้อมูลสำหรับการประเมินผลก็ไม่เพียงพอที่จะคำนวณผลของการเปิดเสรีการค้าในสาขาบริการได้

ผลดีของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อประเทศที่กำลังพัฒนาตามที่ International Trade Centre UNCTAD/WTO and Commonwealth Secretariat (1995) ได้เสนอไว้คือ ประเทศกำลังพัฒนาได้มีโอกาสที่ร่วมมือกับอุตสาหกรรมบริการของต่างประเทศและได้ประโยชน์จากเทคโนโลยีของต่างประเทศ นอกจากนี้ ยังได้เสนอให้ประเทศกำลังพัฒนาต่อรองกับผู้ลงทุนต่างชาติ โดยผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการมากขึ้น เพื่อแลกกับการนำเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาร่วมลงทุนในประเทศและอบรมแรงงานภายในประเทศเพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีนั้นได้

GATS จะส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนของไทยที่มีเป็นจำนวน 335 แห่ง ในปี พ.ศ. 2535 (ข้อมูลจากแพทยสภา) และมีผลกระทบต่อรายรับของโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ซึ่งเป็น 11,769.5 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2534 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540) และคิดเป็นร้อยละ 9 โดยประมาณของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทย (อดิศวร์ หลายชูไทย และคณะ, 2540) ได้คำนวณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยไว้เป็น 129,480.65 ล้านบาทใน พ.ศ. 2537)

ถ้าเราเปรียบเทียบระหว่างการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยและโรงพยาบาลเอกชนในประเทศอื่นจะเป็นตัวตัดสินใจให้นักลงทุนชาวต่างชาติจะลงทุนในไทยหรือที่อื่น หากถ้าเราจากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทยสูงกว่าที่อื่นก็จะเป็นแรงจูงใจให้ชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทย ดังนั้น จึงต้องเปรียบเทียบอัตรากำไรที่ทำได้ของโรงพยาบาลเอกชนไทยกับที่อื่น

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540) ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลเอกชนใน พ.ศ. 2534 ว่าเป็น 9,902.7 ล้านบาท ซึ่งหากนำไปหักรายรับที่อ้างถึงข้างต้นแล้ว จะพบว่าโรงพยาบาล เอกชนของไทยมีกำไรเป็น 1,866.8 ล้านบาท หรือคิดเป็นกำไรร้อยละ 19 ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากข้อมูลอัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนของประเทศอื่นมีน้อยมาก ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงโรงพยาบาลเอกชนของประเทศสหรัฐเพียงประเทศเดียว Phelps (1997) รายงานว่าโรง

พยาบาลแบบต่างๆของประเทศสหรัฐมีอัตรากำไรร้อยละ 4.8 ถึง 5.6 ดังนั้นอัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนไทยสูงกว่าอัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนอเมริกัน 3.4 ถึง 4 เท่า การลงทุนของชาวอเมริกันในโรงพยาบาลเอกชนของไทยจึงมีแนวโน้มที่สูง หากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศอื่นให้อัตรากำไรผลตอบแทนที่ต่ำคล้ายๆกับที่ประเทศสหรัฐ นักลงทุนชาติอื่นก็อยากที่จะมาลงทุนในไทยด้วยเช่นกัน

หากพิจารณาถึงโครงสร้างของรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนใน พ.ศ. 2534 ที่ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540) ได้รวบรวมไว้และคัดลอกมาไว้ในตารางที่ 58 และ 59 จะพบว่า การจำหน่ายยา ค่ารักษาพยาบาล ค่าห้อง และการให้บริการที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูง (เช่น การสลายนิ่วและการล้างไต) ซึ่งเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนไทยก็เป็นรายการที่นักลงทุนชาวต่างชาติมีความชำนาญกว่า เช่น การเข้าถึงยาที่พัฒนาขึ้นมาใหม่เร็วกว่านักลงทุนชาวไทย และมีข้อมูลประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ขั้นสูงมากกว่านักลงทุนชาวไทย เป็นต้น ซึ่งข้อได้เปรียบเหล่านี้ทำให้นักลงทุนชาวต่างชาติมีรายรับจากรายการเหล่านี้มากกว่านักลงทุนชาวไทย นอกจากนี้การตอบแทนบุคลากรซึ่งเป็นแหล่งรายจ่ายที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนก็อาจลดลงไปอีก หากมีการแข่งขันของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากการเปิดเสรีของการเข้ามาทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศ ทั้งหมดนี้ก็จะทำให้อัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนในสาขานี้สูงขึ้น แต่หากมีการแข่งขันกันมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนก็อาจเลือกที่จะนำค่าใช้จ่ายที่ลดลงไปลดราคาบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ การใช้การแข่งขันด้านราคา (price competition) เข้ามาแข่งขันกัน

GATS จะส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์เต็มเวลาทุกประเภทในโรงพยาบาลเอกชนถึง 10,240 คน และบุคลากรทางการแพทย์บางเวลาทุกประเภทในโรงพยาบาลเอกชนถึง 24,640 คน ใน พ.ศ. 2535 ตามการคำนวณของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ (2540) ตารางที่ 60 แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน

หากพิจารณาเฉพาะแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีเป็นจำนวน 1,920 คน และคิดเป็นประมาณร้อยละ 14.3 (แพทย์สกรายงานว่าใน พ.ศ. 2535 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ทำงานในระบบบริการสุขภาพ 13,398 คน) ก็บ่งชี้ได้ว่า แพทย์ร้อยละ 14.3 ของประเทศไทยจะได้รับผลกระทบจาก GATS

เมื่อเปรียบเทียบอัตราผลตอบแทนของบุคลากรแพทย์ไทยกับบุคลากรการแพทย์อเมริกัน แล้ว พบว่าอัตราผลตอบแทนภายในส่วนบุคคล (private internal rate of return) ของนักศึกษาแพทย์ไทยที่เป็นร้อยละ 23 (ข้อมูลจากทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐปี พ.ศ. 2530) ซึ่งสูงกว่าอัตราผลตอบแทนของนักศึกษาแพทย์อเมริกันที่เป็นร้อยละ 12 (Phelps, 1997) ฉะนั้น การที่ได้ค่าตอบแทนที่สูงของการทำงานเป็นแพทย์ในประเทศไทย อาจเป็นแรงจูงใจทางเศรษฐกิจที่สำคัญที่ทำให้ชาวต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น หากมีการเปิดเสรีตลาดแรงงานแพทย์

การเปรียบเทียบรายได้ของแพทย์ที่ปรับอำนาจการซื้อของค่าเงินในประเทศต่างๆ (Purchasing Power Parity หรือ PPP ก็เป็นวิธีหลักประเภทหนึ่งที่ใช้ในการปรับอำนาจการซื้อของค่าเงินระหว่างประเทศ) สามารถชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของรายได้ของแพทย์ระหว่างประเทศต่างๆ และเป็นสิ่งจูงใจสำหรับแพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย Phelps (1997) ได้รายงานว่าใน ค.ศ.1994 รายได้เฉลี่ยของแพทย์ในประเทศสหรัฐ เป็น 177,400 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี Chunharas(1995) รายงานว่า ใน ค.ศ. 1990 รายได้เฉลี่ยของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเป็น 51,853 บาทต่อเดือนต่อคน (หรือ 622,236 บาทต่อคนต่อปี) และรายได้เฉลี่ยของแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชนในประเทศไทยเป็น 84,749 บาทต่อเดือนต่อคน (หรือ 1,016,988 บาทต่อคนต่อปี)

การปรับรายได้ของแพทย์ที่ทำงานภาคเอกชนในประเทศไทยทำได้โดยใช้อัตราแลกเปลี่ยนระหว่างบาทกับดอลลาร์สหรัฐที่ปรับตามหลัก PPP ซึ่ง Department for Economic and Social Information and Policy Analysis Statistical Division (1993) ได้คำนวณไว้ว่า ในช่วง ค.ศ. 1980-1989 เป็นจำนวน 1 ดอลลาร์สหรัฐแลกได้ 8.991 บาท (ปรับตามหลัก PPP) ก็จะได้ว่า แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนของไทยมีรายได้ 69,200 ดอลลาร์ต่อคนต่อปี ส่วนแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชนของไทยมีรายได้ 113,112 ดอลลาร์ต่อปี ซึ่งคิดได้เป็นร้อยละ 39 และ 64 ของรายได้เฉลี่ยของแพทย์ในประเทศสหรัฐ

นอกจากนี้ Kravis et al (1975) ได้เปรียบเทียบรายได้ของแพทย์ที่ทำงาน 5 ประเทศด้วยหลัก PPP ในช่วงทศวรรษแรกของ1970 โดยปรับความแตกต่างในคุณภาพ ผลผลิตภาพ และการฝึกอบรมของแพทย์ในประเทศเหล่านี้ ถ้าสมมติให้รายได้ของแพทย์ในประเทศสหรัฐเป็น 100 หน่วย PPP แล้ว แพทย์ในประเทศอินเดียมีรายได้เพียง 5 หน่วยPPP แพทย์ในประเทศโคลัมเบียมีรายได้ 12 หน่วย PPP แพทย์ในประเทศญี่ปุ่นมีรายได้ 16 หน่วย PPP และแพทย์ในประเทศอังกฤษมีรายได้ 34 หน่วย PPP หากนำการเปรียบเทียบรายได้ของแพทย์ในภาคเอกชนของประเทศไทยกับรายได้ของแพทย์ในประเทศสหรัฐเข้ามาเปรียบเทียบกับประเทศทั้งห้านี้ โดยที่ยังคงให้รายได้ของแพทย์ในประเทศสหรัฐยังคงเป็น 100 หน่วย PPP ก็พบว่า รายได้ของแพทย์เอกชนในประเทศไทยสูงขึ้นเป็นที่สองในการเปรียบเทียบทั้งหกประเทศ(รองจากประเทศสหรัฐ) และสูงกว่ารายได้ของแพทย์ในประเทศอังกฤษเล็กน้อย (ดูตารางที่ 61)

ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าหากมีการเปิดเสรีของตลาดแรงงานแพทย์ระหว่างประเทศ จะทำให้แพทย์จากประเทศอื่นๆเข้ามาทำงานไทยมากขึ้น เช่นจากประเทศอินเดียและโคลัมเบีย เป็นต้น แต่แพทย์จากประเทศสหรัฐจะไม่เข้ามาทำงานในประเทศไทย เพราะรายได้โดยเปรียบเทียบในประเทศไทยต่ำกว่า

เนื่องจากข้อจำกัดด้านราคา วัฒนธรรม และความคุ้นเคยของคนไข้ (ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจถือได้ว่าเป็นข้อด้อยของคุณภาพบริการที่ผู้ซื้อบริการจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้) แพทย์จาก

บางประเทศไม่สามารถจะเรียกร้องค่าจ้างได้ใกล้เคียงกับรายได้ของแพทย์ไทย ดังนั้น แพทย์เหล่านี้ก็จะต้องรับค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าแพทย์ไทย ซึ่งจะทำให้เป็นแรงจูงใจให้มีการจ้างแพทย์เหล่านี้มากขึ้นและสามารถนำไปสู่การลดลงของค่าบริการจากแพทย์ได้ในที่สุด การจ้างงานแพทย์ต่างชาติย่อมทำให้ปริมาณบริการจากแพทย์มากขึ้นตามไปด้วยกฎของอุปสงค์

การเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน อาจนำไปสู่การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน และก่อให้เกิดการแข่งขันที่รุนแรงมากขึ้น จากประสบการณ์ในอดีตของประเทศไทยพบว่า การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนได้ทำให้มีการแข่งขันในการลงทุนในเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ (high technology) เพื่อดึงดูดให้ผู้ป่วยเข้ามารับการบริการมากขึ้น และผู้ป่วยก็ถูกกระตุ้นให้ใช้บริการมากเกินไป (overuse) เพื่อที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถขายบริการมากพอที่จะชดเชยต้นทุนที่เกิดขึ้นได้ (Nittayaramphong et al, 1996) ในประเทศสหรัฐ Nguyen et al (1994) รายงานว่า การแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลก่อให้เกิดการสะสมเทคโนโลยีที่มีราคาแพงมาก “costly technology arms-race”

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากอัตราการครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนที่ต่ำ ซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 49-53 ใน พ.ศ.2535 (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2540) แล้ว การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพอาจทำให้โรงพยาบาลเอกชนแข่งขันกันในการเพิ่มอัตราการครองเตียงมากกว่าการสร้างโรงพยาบาลใหม่และเพิ่มจำนวนเตียงในการให้บริการ ทั้งนี้และทั้งนั้นขึ้นอยู่กับว่า กฎเกณฑ์ของการลงทุนของชาวต่างชาติเป็นอย่างไร การยอมให้นักลงทุนชาวต่างชาติร่วมทุน (joint venture) มากกว่าการลงทุนอย่างอิสระจะทำให้การแข่งขันไปแนวทางสูญเสียทรัพยากรด้านสาธารณสุขน้อยกว่า ไม่ว่าวิธีการลงทุนแบบไหนก็ตามก็จะทำให้ปริมาณบริการของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างไม่ต้องสงสัย

ตามความตกลง GATS สาขาบริการสุขภาพของประเทศไทยจะต้องประคับคองกับบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเหมือนกับบุคลากรทางการแพทย์ชาวไทย เหตุผลที่สำคัญที่ประเทศไทยให้ชาวต่างชาติต้องมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะและใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมอื่นๆ ในต่างประเทศประกอบการพิจารณาอนุญาตการประกอบโรคศิลปะและประกอบวิชาชีพเวชกรรมอื่นๆ ก็เพื่อที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าบุคคลเหล่านั้นสามารถให้บริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ แต่หากเงื่อนไขนี้ถูกยกเลิกก็อาจทำให้การประกันคุณภาพการบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ต้องลงไปได้ ดังนั้น ประเทศไทยอาจต้องมีวิธีการอื่นในการประกันคุณภาพบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่นมาตรการที่ประเทศสหรัฐได้นำมาใช้ซึ่งอาจนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้คือการบังคับให้มีการสอบใบประกอบโรคศิลปะเป็นระยะๆ โดยองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ต่างๆ และการบังคับให้ผู้ถือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพต่างๆ มาศึกษาเพิ่มเติมในโครงการ Continuing Medical Education (CME) รัฐบาลแห่งในประเทศสหรัฐได้บังคับใช้ CME ในการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น

บางรัฐระบุว่าแพทย์ต้องมีการศึกษาในโครงการ CME 100 ชั่วโมงในระยะเวลาทุกๆ 3 ปี (Phelps, 1997)

ความตกลง GATS จะเพิ่มระดับการเข้าสู่ตลาดของโรงพยาบาลเอกชนต่างชาติในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จนอาจทำให้ภาวะการแข่งขันในตลาดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของทรัพยากรสาธารณสุขได้ ดังนั้น อาจจำเป็นที่ต้องมีการควบคุมเพื่อมิให้มีการสูญเสียเปล่าเหล่านี้เกิดขึ้น ตัวอย่างของประเทศสหรัฐในการควบคุมตลาดโรงพยาบาลเอกชนมาเป็นเวลากว่า 1 ทศวรรษที่ประเทศไทยอาจนำมาใช้ได้คือ การใช้กฎเกณฑ์ Certificate of need (CON) ซึ่งจะกำหนดให้โรงพยาบาลที่จะสร้างเพิ่มเติมมีจำนวนเต็มไม่เกินความจำเป็น (need) ต่อการใช้เตียง โรงพยาบาลของประชากรในพื้นที่หนึ่งๆ ตารางที่ 62 สรุปผลกระทบของ GATS ต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรทางการแพทย์ของไทย

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลที่จำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงยังไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานตามที่สัญญาหรือประกาศไว้ ซึ่งจะนำมาสู่การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายและค่าชดเชย ตลอดจนกระบวนการการชำระเงินทั้งจากบุคคลที่ 3 และกองทุนประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่ กระจัดกระจายทั่วโลก โดยที่จะทำให้การจัดสรรการบริหารจัดการบริการสุขภาพในภาคเอกชนมีความสลับซับซ้อน รวมทั้งการได้เปรียบและเสียเปรียบของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

อนึ่ง โรงพยาบาลรัฐซึ่งได้ให้บริการสุขภาพแต่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของการแสวงหากำไรจึงไม่อยู่ภายใต้ GATS แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าหากโรงพยาบาลรัฐออกนอกระบบราชการ (autonomous hospitals) แล้ว อาจถูกจัดไว้ว่าเป็นการดำเนินการเชิงพาณิชย์ก็ได้ และอาจต้องอยู่ภายใต้อิทธิพลของ GATS ดังนั้น การที่จะนำโรงพยาบาลรัฐออกจากระบบราชการอาจต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วนถี่ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ GATS

4.5 ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพของไทย

ในทางอุดมคติแล้ว ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ตาม (รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ) ควรถูกประเมินในรูปของผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดกับประชากร ซึ่งโดยทั่วไปมักจะนำระดับสุขภาพของประชากรมาเป็นตัวแทนหรือเครื่องวัดชี้วัดผลลัพธ์ แต่เป็นการยากมาก (แม้ว่าจะเป็นไปได้) ที่จะทำการประเมินดังกล่าว ดังนั้นการศึกษานี้จะประเมินผลกระทบทางสังคมในลักษณะที่ว่า ความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพจะมีผลกระทบอย่างไรต่อเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพ โดยนำเอาผลการวิเคราะห์จากส่วนต่างๆ ในบทนี้มาเป็นข้อมูลประกอบการประเมินนี้

1. ผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของไทย

การเปิดเสรีบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของไทยทั้งในด้านที่เพิ่มประสิทธิภาพและในด้านที่ลดประสิทธิภาพ โดยที่ปัจจัยที่ทำให้ประสิทธิภาพลดลงได้แก่

- ยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีสิทธิบัตรจะมีราคาสูงขึ้น
- การพัฒนาสมุนไพรไทยเพื่อทดแทนการนำเข้ายาสำเร็จรูปจะมีต้นทุนสูงขึ้น เนื่องจากต้องมีกระบวนการในการจดสิทธิบัตรเพื่อมิให้บริษัทยานำสิทธิบัตรนั้นมาคัดค้านการค้นคว้าสมุนไพรนั้น
- จำนวนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มมากขึ้นอาจเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสุขภาพสร้างอุปสงค์เทียม (supplier-induced demand) เพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและอยู่รอดในทางธุรกิจได้

ส่วนปัจจัยที่ทำให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้แก่

- ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีสิทธิบัตรจะมีราคาลดลง เนื่องจากภยานำเข้าลดลง
- ผู้บริโภคมีทางเลือกในการเลือกซื้อยาและเครื่องมือแพทย์มากขึ้น ผู้ป่วยมีแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนให้เลือกมากกว่าเดิม ซึ่งในทางทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าทางเลือกที่มากขึ้นนำมาสู่สวัสดิการ (welfare) ที่มากขึ้นด้วย

2. ผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพของไทย

การเปิดเสรีบริการสุขภาพส่งผลให้ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพของไทยลดลงเนื่องจากแพทย์ต่างชาติและโรงพยาบาลเอกชนมีจุดหมายในการทำกำไรเป็นหลัก บริการสุขภาพที่เสนอขายคดยทั้งสองกลุ่มนี้จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้ที่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ นั่นคือ กลุ่มประชากรที่มีรายได้ระดับกลางและสูง แม้ว่าจะมีผู้เสนอว่าการเพิ่มขึ้นของแพทย์ต่างชาติและโรงพยาบาลเอกชนจะเพิ่มอุปทานของบริการสุขภาพมากขึ้น จนทำให้ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งไม่สามารถแข่งขันในบางพื้นที่ (เช่นกรุงเทพมหานคร เป็นต้น) และต้องย้ายไปให้บริการในพื้นที่อื่นที่มีการแข่งขันเบาบางกว่า (เช่น ในต่างจังหวัดและพื้นที่ชนบท เป็นต้น) แต่ข้อสรุปเช่นนี้อาจเป็นไปได้ยากด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ

1. ประชาชนในต่างจังหวัดบางแห่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทไม่มีความสามารถจ่ายได้ เหมือนกับคนในเมืองหลวง ประกอบกับผู้ให้บริการมุ่งหวังทำกำไรเชิงพาณิชย์ จึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่จะนำผู้ให้บริการเหล่านี้ไปประกอบกิจการในพื้นที่ดังกล่าว

2. การกระจายแพทย์และสถานพยาบาล(ซึ่งทั้งหมดเป็นคนไทยและของคนไทย)ในประเทศไทยเป็นปัญหาเรื้อรังมานานมากจนยังไม่สามารถแก้ไขได้ในปัจจุบัน พฤติกรรมของแพทย์ต่างชาติ และโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศที่ไม่น่าจะแตกต่างไปจากแพทย์ไทยและโรงพยาบาลเอกชนของไทย ก็คงไม่ทำให้การกระจายแพทย์และสถานพยาบาลในประเทศไทยคลี่คลายไปได้

ฉะนั้น การเปิดเสรีบริการสุขภาพ จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างประชากรของไทย

3. ผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อคุณภาพของบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของไทย

การเปิดเสรีบริการสุขภาพอาจทำให้คุณภาพของบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของไทยเพิ่มขึ้นและลดลง คุณภาพของบริการสุขภาพลดลงเนื่องจากมีความยุ่งยากเพิ่มมากขึ้นในการควบคุมคุณภาพแพทย์ เพราะว่ากฎระเบียบบางประการที่เคยมีไว้กลั่นกรองแพทย์ต่างชาติต้องถูกยกเลิกไป และยากที่จะนำกฎระเบียบอื่นมาทดแทนในการควบคุมคุณภาพของแพทย์ต่างชาติในอนาคตอันใกล้

คุณภาพของบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศจะทำให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการสุขภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพที่สูงกว่าที่โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งในประเทศได้มีไว้บริการ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพมาแข่งขันกันมากขึ้นด้วย

การวิเคราะห์ที่กล่าวมาทั้งหมดในส่วนนี้สามารถให้เพียงทิศทางของผลกระทบทางบวกและทางลบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพของไทย โดยที่ไม่อาจประเมินออกมาในรูปปริมาณได้ ดังนั้น จึงไม่อาจแสดงให้เห็นว่า การเปิดเสรีบริการสุขภาพให้ผลลัพธ์สุทธิเป็นบวกหรือเป็นลบ และเป็นเท่าไรได้ เนื่องจากไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำได้

ตารางที่ 40 : การปรับลดภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาในช่วง พ.ศ. 2535-2539

ก. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3003 --33004)

ปีพ.ศ.ที่ปรับลดภาษี	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตราภาษีที่ปรับลดถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้าเมื่อเทียบกับที่เป็นอยู่มาก่อน
2535	14	26.99%
2537	-	0.33% *
2539	-	(เพิ่มขึ้น 0.12%) *
รวม	14	

ข. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2901-2942)

ปีพ.ศ.ที่ปรับลดภาษี	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตราภาษีที่ปรับลดถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้าเมื่อเทียบกับที่เป็นอยู่มาก่อน
2535	211	7.87%
2537	55	3.85%
2539	32	12.11%
รวม	298	

หมายเหตุ : * แม้ว่าจะไม่มีการปรับลดภาษี แต่เนื่องจากมูลค่าการนำเข้าเปลี่ยนไปก็ทำให้อัตราภาษีที่ถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้าเปลี่ยนไปด้วยได้ แต่ก็เล็กน้อยมากใกล้เคียงศูนย์

ตารางที่ 41 : ผลการคำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงของการนำเข้าและการผลิตยาสำเร็จรูป
ของประเทศไทย

อัตราภาษีที่ถ่วง น้ำหนักด้วยมูล ค่าการนำเข้า ก)	พ.ศ.			
	2534	2536 ข)	2538 ค)	2539 ง)
วัตถุดิบยา	30.2967%	22.4236% (ลดลง 7.87%)	18.5666% (ลดลง 3.85%)	6.45% (ลดลง 12.11%)
ยาสำเร็จรูป	30%	3% (ลดลง 27%)	2.67% (ลดลง 0.33%)	2.79% (เพิ่มขึ้น 0.11%)
อัตรา การ คุ้ม ครองที่แท้จริง (ERP) จ)	29.77% ฉ) 29.60% ช)	-11.92% ฉ) -22.88% ช)	-9.54% ฉ) -18.51% ช)	-0.027% ฉ) -2.09% ช)

หมายเหตุ : ก) ได้จากตารางที่ 4

ข) ใช้ปีหลังจากที่มีการปรับลดภาษีตามประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2535 เพื่อให้ได้ เห็นผลของการปรับลดภาษีอย่างพอเพียง

ค) ใช้ปีหลังจากที่มีการปรับลดภาษีตามประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2537 เพื่อให้ได้ เห็นผลของการปรับลดภาษีอย่างพอเพียง

ง) ใช้ปีเดียวกับที่มีการปรับลดภาษีตามประกาศกระทรวงการคลัง พ.ศ. 2539 เนื่องจากข้อมูลการนำเข้าปี 2540 ยังไม่เสร็จสมบูรณ์

จ) อัตราการคุ้มครองที่แท้จริงมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$ERP = \frac{VA' - VA}{VA}$$

โดยที่ VA = ราคาขาย - ต้นทุนวัตถุดิบยา

VA' = (ราคาขาย + ภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูป) - (ต้นทุนวัตถุดิบยา + ภาษีนำเข้า
วัตถุดิบยา)

ฉ) ต้นทุนวัตถุดิบยาเป็น 43.45% ของราคาขาย ซึ่งคำนวณจากข้อมูลสำคัญ 2 แหล่ง
คือ

1. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย(2537)รายงานว่า 70.53% ของราคาขายที่ขายเป็นต้นทุนของผู้ผลิต

2. Balance et al (1992) ระบุว่าการผลิตยาสำเร็จรูปในประเทศไทยใช้วัตถุดิบยาเป็น 61.6% ของต้นทุนทั้งหมด ดังนั้นต้นทุนวัตถุดิบยาจึงเป็น $(70.53\% \times 61.6\%)$ ของราคาขายหรือ 43.45% ของราคาขาย
- ข) ต้นทุนวัตถุดิบยาเป็น 57.13% ของราคาขาย ซึ่งคำนวณจากข้อมูลที่สำคัญ 2 แหล่งคือ
 1. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย(2537)รายงานว่ 70.53% ของราคาขายที่ขายเป็นต้นทุนของผู้ผลิต
 2. Rattanarojsakul (1986) ระบุว่าการผลิตยาสำเร็จรูปในประเทศไทยใช้วัตถุดิบยาเป็น 81% ของต้นทุนทั้งหมด ดังนั้น ต้นทุนวัตถุดิบยาจึงเป็น $(70.53\% \times 81\%)$ ของราคาขาย หรือ 57.13% ของราคาขาย

ตารางที่ 42 : ความยืดหยุ่นของการนำเข้าวัตถุดิบยา(พิกัด 2901-2942) * ต่อการภาณินำเข้า

หน่วย: ล้านบาท

พ.ศ.	มูลค่าการนำเข้า(1)	ส่วนเปลี่ยนแปลง(2)	(1)/(2)	อัตรภาณินำเข้า(3)	ส่วนเปลี่ยนแปลง(4)	(3)/(4)	ความยืดหยุ่น
2534	27,895.14			30.30%			
2535**	34,950.01	7,054.86	25.29%	22.42%	-7.87%	-25.99%	-0.97
2536***	65,598.69	30,648.68	87.69%	18.57%	-3.86%	-17.20%	-5.10

หมายเหตุ : ความยืดหยุ่น=% การเปลี่ยนแปลงมูลค่าการนำเข้า ÷ % การเปลี่ยนแปลงอัตรภาณินำเข้า

* เนื่องจากวัตถุดิบนำเข้าตามพิกัดเหล่านี้สามารถนำไปเป็นปัจจัยการผลิตของสินค้าอื่นที่ไม่ใช่ยา ซึ่งไม่สามารถแยกออกเป็นมูลค่าที่นำไปผลิตยาและมูลค่าที่ผลิตสินค้าอื่นได้ จึงต้องใช้มูลค่าทั้งหมดมาคำนวณ โดยที่จะไม่สร้างปัญหาแต่อย่างใด เพราะจะนำมาคำนวณความยืดหยุ่นเพียงอย่างเดียว

** ปรับลดอัตรภาณินำเข้าใน พ.ศ. 2535 (ใช้มูลค่าการนำเข้า พ.ศ. 2536 เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก)

*** ปรับลดอัตรภาณินำเข้าใน พ.ศ. 2537 (ใช้มูลค่าการนำเข้าปี พ.ศ. 2538 เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก)

ตารางที่ 43 : ความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาสำเร็จรูป (พิกัด 3003-3004) ต่อการภาษีนำเข้า

หน่วย: ล้านบาท

พ.ศ.	มูลค่าการนำเข้า(1)	ส่วนเปลี่ยนแปลง(2)	(1)/(2)	อัตราภาษีนำเข้า(3)	ส่วนเปลี่ยนแปลง(4)	(3)/(4)	ความยืดหยุ่น
2534	3,727.5			30.00%			
2536*	5,141.3	1,413.8	37.9%	3.01%	-26.99%	-89.98%	-0.42
2538**	7,484.6	2,343.3	45.6%	2.67%	-0.33%	-11.01%	-4.14

หมายเหตุ : ความยืดหยุ่น=% การเปลี่ยนแปลงมูลค่าการนำเข้า ÷ % การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้า

* ปรับลดอัตราภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535 (ใช้มูลค่าการนำเข้า พ.ศ. 2536 เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก)

** ปรับลดอัตราภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2537 (ใช้มูลค่าการนำเข้าปี พ.ศ. 2538 เป็นตัวถ่วงน้ำหนัก)

ตารางที่ 44 : การปรับลดภาษีการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปและชิ้นส่วนประกอบในช่วงพ.ศ.
2535-2539

ก. เครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป

ปี พ.ศ. ที่ปรับ	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตราภาษีที่ปรับลดถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้าเมื่อเทียบกับที่เป็นอยู่มาก่อน
2535	6	0.65 %
2537	36	21.27 %
2539	5	2.95 %
รวม	47	

ข. ชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์

ปี พ.ศ. ที่ปรับ	จำนวนรายการที่ปรับลด	อัตราภาษีที่ปรับลดถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้าเมื่อเทียบกับที่เป็นอยู่มาก่อน
2535	2	1.31 %
2537	21	20.54 %
2539	2	0.16 %
รวม	25	

ตารางที่ 45 : ความยืดหยุ่นของการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบ (Parts and Accessories) ของ
เครื่องมือแพทย์ต่อภาษีนำเข้า

พ.ศ.	มูลค่านำเข้า (ล้านบาท) (1)	ส่วนเปลี่ยนแปลง (ล้านบาท) (2)	(1)/(2)	อัตราภาษีนำเข้า (ร้อยละ) (3)	ส่วนเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ) (ร้อยละ)	(3)/(4)	ความยืดหยุ่น
2535	2,502.68			34.52			
2537	4,193.59	1,690.9	67.56%	13.98	-20.54	-59.50%	-1.135
2539	5,913.99	1,720.4	41.02%	6.78	-7.2	51.50%	-0.797

หมายเหตุ :

$$\text{ความยืดหยุ่น} = \frac{\% \text{การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้า}}{\% \text{การเปลี่ยนแปลงในอัตราภาษีนำเข้า}}$$

ตารางที่ 46 : ความยืดหยุ่นของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป (Final Products) ต่อภานีนำเข้า

พ.ศ.	มูลค่านำเข้า (ล้านบาท) (1)	ส่วนเปลี่ยน แปลง (ล้านบาท) (2)	(1)/(2)	อัตราภานีนำเข้า เข้า (ร้อยละ) (3)	ส่วนเปลี่ยน แปลง (ร้อยละ)	(3)/(4)	ความยืด หยุ่น
2535	4,467.79			27.83			
2537	7,495.39	3,030.6	67.83%	6.55	-21.28	-76.46%	-0.887
2539	10,232.98	2,734.6	36.47%	3.60	-2.95	-45.03	-0.809

ตารางที่ 47 : มูลค่าการนำเข้าและส่งออกถุงมือยางของไทย ในปี 2514-2540

หน่วย: ล้านบาท

ปี	การส่งออก	การนำเข้า
2514	-	2.9
2516	-	3.5
2518	-	6.0
2520	0.02	9.1
2522	0.1	12.9
2524	0.5	12.5
2526	0.9	19.5
2528	0.3	17.8
2529	202.9	16.2
2530	785	14.7
2531	1,778	26.8
2532	1,950	29.9
2533	2,162	31.7
2534	2,002	47.6
2535	2,786	83
2536	3,715	83
2537	3,521	110
2538	5,075	223
2539	6,626	20
2540(ม.ค.-ก.ย.)	5,831	363

ที่มา: สมศักดิ์ แต่มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 48 : มูลค่าการส่งออกถุงมือยางผ่าตัด จำแนกตามแหล่งส่งออกของไทยปี 2535-2539

ประเทศ	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	468	861	601	333	471
อังกฤษ	101	100	103	132	140
ญี่ปุ่น	42	37	42	51	64
เยอรมัน	32	37	48	34	45
อิสราเอล	20	43	37	25	41
สเปน	30	16	23	33	22
อิตาลี	24.8	26	41	15	19
ประเทศอื่นๆ	40	99	108	199	217
รวม	780	1,226	1,042	822	1,019
อัตราการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี	-	57%	-15%	-21.1%	24%

ที่มา: สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 49 : โครงสร้างต้นทุนการผลิตถุงมือยาง ประเภทที่ใช้เพื่อตรวจโรค (examination glove)
(ร้อยละของมูลค่าการผลิต)

รายการ	บริษัทขนาดเล็ก	บริษัทขนาดใหญ่	โดยทั่วไป
1. น้ำยางชั้น	29.8	30	26.7
2. เคมีภัณฑ์	21.3	15**	3.0
3. แก๊สและไฟฟ้า	19.1	15	11.1
4.แรงงาน	17.0	12	11.7
5. ค่าใช้จ่ายสำนักงาน	12.8	20	13.3
6.อื่นๆ เช่น distribution, allowances, rejects เป็นต้น		8	34.2
รวม	100	100	100

ที่มา: สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 50 : มูลค่าการส่งออกและนำเข้าดูยางอนามัของไทย ในปี 2520-2540 (ล้านบาท)

ปี	การส่งออก	การนำเข้า
2520	3.36	5.96
2522	1.77	3.74
2524	2.59	11.13
2526	0.09	0.94
2528	0.24	0.91
2530	0.16	0.82
2531	14.3	38.3
2532	12.7	21.7
2533	9.8	12.0
2534	26.9	11.6
2535	46	17
2536	65	18
2537	106	32.5
2538	182	6
2539	349	8
2540(ม.ค.-ก.ย.)	366	7.8

ที่มา: สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 51 : ตลาดส่งออกยางอนามัยที่สำคัญของไทย ในปี 2531-2540

2531		2533		2535		2536		2537		2538		2539		2540(ม.ค.-ก.ย.)	
ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก	ประเทศ	ร้อยละของการส่งออก
เยอรมนี	37.8	อินโดนีเซีย	25.5	เยอรมนี	15.3	อเมริกา	31.4	แอฟริกาใต้	18.7	บังกลาเทศ	15.1	ฮ่องกง	15.7	อังกฤษ	23.7
อเมริกา	14.7	เยอรมนี	21.4	อเมริกา	14.6	แอฟริกาใต้	14.5	บังกลาเทศ	18.3	ฮ่องกง	12.4	สเปน	15.5	ฮ่องกง	13.7
ออสเตรเลีย	10.5	ฮ่องกง	15.3	อิตาลี	13.1	ตุรกี	12.5	ญี่ปุ่น	8.3	แอฟริกาใต้	10.1	อังกฤษ	8.3	แอฟริกาใต้	7.9
อินโดนีเซีย	10.5	อเมริกา	13.3	ตุรกี	12.2	รัสเซีย	5.7	รัสเซีย	7.7	เนเธอร์แลนด์	7.7	แอฟริกาใต้	7.3	ปากีสถาน	6.4
โปแลนด์	5.6	เนเธอร์แลนด์	7.1	บราซิล	6.1	บราซิล	5.5	ฝรั่งเศส	6.5	ฝรั่งเศส	7.2	ปากีสถาน	6.2	ญี่ปุ่น	5.3
อื่นๆ	21.0	อื่นๆ	17.3	อื่นๆ	38.8	อื่นๆ	30.4	อื่นๆ	40.5	อื่นๆ	47.5	อื่นๆ	46.9	อื่นๆ	43.0

ที่มา: สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 52 : แหล่งนำเข้าถั่วเหลืองมายังของไทยปี 2531-2540

2531		2533		2535		2536		2537		2538		2539		2540(ม.ค.-ก.ย.)	
ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า	ประเทศ	ร้อยละของการนำเข้า
อเมริกา	54.8	อเมริกา	42.9	มาเลเซีย	73.8	มาเลเซีย	63.9	มาเลเซีย	41.5	มาเลเซีย	37.1	มาเลเซีย	88.2	มาเลเซีย	76.8
มาเลเซีย	24.5	อังกฤษ	26.9	อังกฤษ	20.9	อเมริกา	27.8	ญี่ปุ่น	39.0	ญี่ปุ่น	35.6	ญี่ปุ่น	11.8	อเมริกา	10.2
เกาหลี	6.5	มาเลเซีย	22.7	ญี่ปุ่น	4.7	ญี่ปุ่น	7.8	อเมริกา	13.7	อเมริกา	27.2	สเปน	0.1	ญี่ปุ่น	9.7
ญี่ปุ่น	5.2	ญี่ปุ่น	5.0					อังกฤษ	3.7						
อินเดีย	3.4														
อื่นๆ	3.5	อื่นๆ	2.5	อื่นๆ	0.6	อื่นๆ	0.6	อื่นๆ	2.1	อื่นๆ	0.1	อื่นๆ		อื่นๆ	3.2

ที่มา: สัมภาษณ์ได้แบบเบ็ดเสร็จและคณะ (2541)

ตารางที่ 53 : โครงสร้างต้นทุนการผลิตยางอนามัย (ร้อยละของมูลค่าการผลิต)

รายการ	บริษัทขนาดกลาง (Unbranded Product)	บริษัทข้ามชาติ (Branded Product)	โดยทั่วไป
น้ำยางข้นและสารเคมี	25	16	30.2
วัสดุในการบรรจุหีบห่อ	10	18	-
แรงงาน	15	8	11.7
ค่าโสหุ้ย	38	50*	47.6
ค่าพลังงาน	12	5	10.5
รวม	100	100	100

หมายเหตุ : *บริษัทนี้ยังไม่ได้เดินเครื่องผลิตเต็มที่ จึงอาจทำให้ต้นทุนค่าโสหุ้ยสูง

ที่มา: สมศักดิ์ แด้มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 54 : เปรียบเทียบราคาขายที่ยังคงสิทธิบัตรที่ผลิตโดยโรงงานที่คนไทยได้ GMP และราคาที่เสนอโดยเจ้าของสิทธิบัตรในปี พ.ศ. 2531

ร้อยละของความแตกต่างในราคา	จำนวนตำรับยา
0-50	10
51-100	7
101-200	13
201-300	4
301-400	1
401-500	3
มากกว่า 500	4
รวม	42

ที่มา : อาณัติชัย รัตตกุล (2532)

ตารางที่ 55 : เปรียบเทียบราคาขายที่ยังคงสิทธิบัตรในปี 2531 ระหว่างราคาสูงสุดของโรงงานไทยที่ได้ GMP และราคาของเจ้าของสิทธิบัตร

ชื่อตัวยาสามัญ (Generic name)	ความแรง (Strength)	รูปแบบยา (Dosage Form)	ชื่อทางการค้า ของเจ้าของ สิทธิบัตร	ราคาสูงสุด ของโรง งานคนไทย ที่ได้ GMP	ราคาของ เจ้าของ สิทธิ บัตร	% ส่วน ต่าง
1. Acyclovir	200mg	Tablet	Zovirax	10.00	35.2	252%
2. Acyclovir	5%	Cream	Zovirax	12.42	77.92	527%
3. Albendazole	200mg	Tablet	Zentel	1.37	13.95	918%
4. Ambroxol HCL	30mg	Tablet	Mucosolvan	0.56	1.53	173%
5. Ambroxol HCL	30mg/5nl	Syr.	Mucosolvan	0.15	0.51	240%
6. Amikacin sulph	250mg/2nl	Injection	Amikin	62.5	99.00	584%
7. Amikacin sulph.	500mg/2nl	Injection	Amikin	80.00	192.00	140%
8. Aspartame	20mg	Tablet	Equal	0.30	1.0	233%
9. Astemizole	10mg	Tablet	Hismanl	1.50	404	169%
10. Atenolol	50mg	Tablet	Tenormin	3.50	5.0	43%
11. Atenolol	100mg	Tablet	Tenormin	5.5	8.0	45%
12. Cefazolin sod.	1gm	Tablet	Cefacidal	80.00	134.39	68%
13. Cefotaxime	1gm	Tablet	Claforan	75.86	106.14	40%
14. Cimetidine	200mg	Tablet	Tammet	4.00	8.94	124%
15. Cimetidine	400mg	Tablet	Tammet	7.00	16.08	130%
16. Cimetidine	800mg	Tablet	Tammet	4.80	27.17	466%
17. Cimetidine	200mg	Tablet	Tammet	7.00	36.75	425%
18. Clotrimazole	1%	Cream	Canesten	1.61	3.50	117%
19. Clotrimazole	100mg	Vrginaltablet	Canesten	4.00	10.5	162%
20. Clotrimazole	500mg	Vrginaltablet	Canesten	7.00	60.00	757%
21. Domperidone	10mg	Tablet	Motilium	1.60	2.10	31%
22. Fenbufen	300mg	Capsule	Cinopal	1.16	5.53	376%
23. Fluenarizine	5mg	Capsule	Sibelium	1.00	5.75	475%
24. Ketoconazole	200mg	Tablet	Nizoral	7.00	11.78	68%

25.Ketotifen	1mg	Tablet	Zaditen	3.00	2.25	33%
26. Ketotifen	1mh,5mal	Syrup	Zaditen	0.57	0.70	23%
27.Loperamide	2mg	Capsule	Imodium	1.69	3.06	81%
28.Mebendazole	100mg	Tablet	Fugacar	1.88	4.24	126%
29.Mebendazole	500mg	Tablet	Fugacar	7.00	18.00	157%
30.Mebendazole	600mg/30 ml	Suspension	Fugacar	0.12	1.10	817%
31.Metoprolol	100mg	Tablet	Betaloc	2.40	5.79	141%
32.Miconazol nit	2%	Cream	Daktarin	4.03	4.41	9%
33.Naproxen	250mg	Cream	Naprosyn	2.80	5.60	100%
34.Norfloxacin	100mg	Cream	Lexinor	5.00	6.88	38%
35.Piroxicam	10mg	Capsule	Feldene	1.02	2.67	162%
36.Piroxicam	20mg	Capsule	Feldend	1.42	4.40	210%
37.Praziquatel	600mg	Tablet	Bitricide	20	24	20%
38.Rantidine	150mg	Tablet	Zantaex	8.50	18.43	117%
39.Salbutamol	2mg	Tablet	Ventolin	0.75	1.28	71%
40.Terbutaline su	2.5mg	Tablet	Bricanyl	1.00	1.57	57%
41.Terfenadene	60mg	Tablet	Teldane	2.01	3.02	50%
42.Tinidazole	500mg	Tablet	Fasigyn	4.80	4.80	7%

ที่มา : อาณัฐชัย รัตตกุล (2532)

ตารางที่ 56 : การเปรียบเทียบราคาขาย (ดัชนีราคาขายปี 2518) ของประเทศที่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยากับประเทศที่ไม่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยา

ประเทศ	ดัชนีราคาขาย	ประเทศ	ดัชนีราคาขาย
มาลาวี	60.83+	โปแลนด์	53.98
เคนยา	50.63+	ฮังการี	57.25
ศรีลังกา	15.22+	สเปน	69.68
แซมเบีย	96.58+	อินเดีย	31.71
ฟิลิปปินส์	51.14+	ออสเตรเลีย	139.53
เกาหลีใต้	35.10+	เนเธอร์แลนด์	137.29
จามีก้า	46.13+	บราซิล	63.83
ไอร์แลนด์	73.58+	เม็กซิโก	69.68
ลักเซมเบิร์ก	100.27+	ยูโกสลาเวีย	48.24
อังกฤษ	71.19+	มาเลเซีย	70.74
เคนมาร์ก	157.56+	ปากีสถาน	38.76
เยอรมันนี	152.52+	ไทย	48.01
สหรัฐอเมริกา	100.00+	โคลัมเบีย	48.07
เบลเยียม	101.73+	อิหร่าน	70.42
		อิตาลี	69.01
		ญี่ปุ่น	81.88
		ฝรั่งเศส	91.56
		อูรุกวัย	65.95

หมายเหตุ : +ประเทศที่มีสิทธิบัตรยา ณ ปี ค.ศ. 1986

ที่มา: สิริลักษณ์ คอมนตร์(2532)

ตารางที่ 57 : ข้อจำกัดและเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงชาติของการค้าบริการ
 สุขภาพที่สำคัญ 4 รูปแบบของประเทศไทยในปัจจุบัน

รูปแบบของการค้าบริการ สุขภาพ	ข้อจำกัดและเงื่อนไขของ การเข้าสู่ตลาด	ข้อจำกัดและเงื่อนไขของกรปฏิบัติ เยี่ยงชาติ
1. Cross-border supply of service products	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่มีข้อจำกัด
2. Consumption abroad	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่มีข้อจำกัด
3. Commercial presence	ไม่ผูกพันข้อจำกัดและเงื่อนไข ได้แก่ • จำกัดสัดส่วนหุ้นต่างชาติไม่เกิน 49 %¹ • จำกัดจำนวนผู้ถือหุ้นไม่เกินกึ่งหนึ่ง¹ • จำกัดจำนวนสถานพยาบาลที่จะอนุญาตให้ตั้งหรือมีบริการทางการแพทย์บางประเภทในสถานพยาบาลในท้องถิ่นใดท้องถิ่นหนึ่ง³	ไม่ผูกพันข้อจำกัดและเงื่อนไข ได้แก่ • ห้ามคนต่างชาติและบริษัทต่างชาติซื้อหรือเป็นเจ้าของที่ดิน • ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลต้องมีถิ่นอยู่ในประเทศไทย²
4. Presence of natural persons	ไม่ผูกพันข้อจำกัดและเงื่อนไข ได้แก่ • ยอมให้ผู้มาเยือนเพื่อการติดต่อธุรกิจอยู่ได้ 90 วัน • ผู้ที่มีได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะอาจเป็นบุคคลซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของต่าง	ไม่ผูกพันข้อจำกัดและเงื่อนไข ได้แก่ • ผู้ประกอบโรคศิลปะจะต้องมีปริญญาหรือประกาศนียบัตรสำหรับสาขานั้นๆจากสถานศึกษาในต่างประเทศ และได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในประเทศที่ตนได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตร และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้สอบความรู้เป็นที่พอใจแล้ว แต่ถ้าเป็นคนไทยไม่จำเป็นต้อง

	ประเทศที่มาประกอบโรคศิลปะในฐานะเป็นผู้รับปรึกษาชั่วคราวของทางราชการ โดยอนุมัติของรัฐมนตรี⁴	ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะในประเทศที่ผู้นั้นได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตร⁵ • ผู้ที่มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจเป็นผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศที่แพทยสภารับรองและได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศซึ่งแพทยสภารับรองใบอนุญาตนั้น ในกรณีที่เป็นผู้มีสัญชาติไทยไม่จำเป็นต้องมีใบอนุญาตดังกล่าว แต่ต้องได้ปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัดหรือเทียบเท่า เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปีในสถาบันทางการแพทย์ในต่างประเทศหรือในประเทศไทยที่แพทยสภารับรองและเป็นที่พอใจของคณะกรรมการแพทยสภา⁶ (วิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆก็มีข้อจำกัดที่คล้ายคลึงกัน) • ผู้มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยวิธีพิเศษต้องมีสัญชาติไทย⁷
--	--	--

หมายเหตุ:

1. ประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 281 ข้อ 9
2. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 17
1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 18
2. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 มาตรา 11
3. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 มาตรา 15
4. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ข้อ 2
5. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยวิธีพิเศษ พ.ศ. 2535 ข้อ 1

ตารางที่ 58 : โครงสร้างรายรับของโรงพยาบาลเอกชนปี 2534

รายการ	ร้อยละ
ค่ายา	31.6
ค่ารักษาพยาบาล	20.3
ค่าห้อง	13.3
ค่ารถพยาบาล ค่าสลายนิ่วค่าล้างไต ทันตกรรม	10.6
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	5.4
ค่าอุปกรณ์และเครื่องใช้ในการรักษาโรค	3.8
ค่าห้องผ่าตัดและอุปกรณ์การผ่าตัด	3.5
ค่าอาหารผู้ป่วย ค่ากายภาพบำบัด บริบาลทารก และค่าเอ็กซเรย์	7.3
ดอกเบี้ย กำไรจากการจำหน่ายทรัพย์สิน กำไรจากการเปลี่ยนแปลง เงินตราต่างประเทศ	3.4
เงินอุดหนุนและเงินบริจาค	0.8
รวม	100

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ(2540)

ตารางที่ 59 : โครงสร้างค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเอกชนในปี 2534

รายการ	ร้อยละ
บุคลากร	24.4
ค่ายาและเวชภัณฑ์	22.9
ค่าแพทย์พิเศษ	9.6
ค่าประกอบโรคศิลป์	9.5
ค่าเสื่อมราคาอาคาร	5.7
ค่าสาธารณูปโภค	3.9
ค่าภาษีอากร ค่าซ่อมแซม ค่าเครื่องมือ เครื่องใช้เบ็ดเตล็ด และค่าใช้จ่ายอื่นๆ	24.0
รวม	100

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540)

ตารางที่ 60 : จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ห้ากลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน ใน พ.ศ.2535

ประเภทของบุคลากร	จำนวน(คน)
แพทย์เต็มเวลา	1,920
แพทย์บางเวลา	7,680
ทันตแพทย์เต็มเวลา	640
ทันตแพทย์บางเวลา	2,240
เภสัชกรเต็มเวลา	640
เภสัชกรบางเวลา	1,280
พยาบาลวิชาชีพเต็มเวลา	5,760
พยาบาลวิชาชีพบางเวลา	8,960
พยาบาลเทคนิคเต็มเวลา	1,280
พยาบาลเทคนิคบางเวลา	4,480

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540)

ตารางที่ 61 : การเปรียบเทียบรายได้ของแพทย์ใน 6 ประเทศ ตามหลัก Purchasing Power Parity (PPP)

ประเทศ	รายได้(หน่วย PPP)
อินเดีย	5
โคลัมเบีย	12
ญี่ปุ่น	16
อังกฤษ	34
ไทย	39
สหรัฐ	100

- ที่มา: 1. Department for Economic and Social Information and Policy Analysis Statistical Division (1993)
 2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540)

ตารางที่ 62 : ผลกระทบของ GATS ต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรการแพทย์ของไทย

ประเด็น	ราคาและค่าตอบแทนของบริการ	ปริมาณของบริการ	การเข้ามาแข่งขันในตลาด	คุณภาพของบริการ
โรงพยาบาลเอกชน	ลดลง	มากขึ้น	รุนแรงมากขึ้นและใช้ทรัพยากรอย่างสูญเปล่ามากขึ้น	● เน้น high technology มากขึ้น ● การผ่าตัดมากขึ้น
บุคลากรทางการแพทย์	ลดลง	มากขึ้น	รุนแรงมากขึ้น	ค้อยลง
ข้อดีหรือข้อเสียปัญหา	● คนไทยสามารถซื้อบริการได้มากขึ้น ● รัฐอาจประหยัดงบประมาณในการสร้างโรงพยาบาลและผลิตบุคลากร	● ต้องมี medical audit ป้องกัน supplier-induced demand	● ใช้ระบบ certificate of need (CON) ● บริการสุขภาพอาจกระจายไปสู่ภูมิภาคมากขึ้น	● CON ● การบังคับให้สอบต่อใบอนุญาตใบประกอบโรคศิลป์เป็นระบบ ● CME

บทที่ 5

ผลของการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพ ต่อการค้าและการลงทุนของประเทศไทยในต่างประเทศ

บทนี้ได้ศึกษาผลของการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพต่อการค้าและการลงทุนของประเทศไทยใน 3 ประเทศที่เป็นกรณีศึกษา นั่นคือ ประเทศจีน มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา โดยที่ได้ประมาณการมูลค่าของการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยเหล่านี้ในภาพรวมและในระดับที่มีการค้าและลงทุนกับไทย เพื่อประเมินศักยภาพและโอกาสของการขยายการค้าและการลงทุนจากประเทศไทยไปสู่ประเทศเหล่านี้ ตลอดจนประเมินท่าทีของประเทศเหล่านี้ต่อการผูกพันตามความตกลงที่สำคัญๆที่จะนำไปสู่การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพด้วย

5.1 การค้าระหว่างประเทศของไทยในภาคบริการสุขภาพของประเทศจีน

และแนวโน้มหลังการเปิดเสรีบริการสุขภาพของจีน

ธนาคารโลกได้ประมาณการรายได้ต่อหัวของชาวจีนไว้เป็น 310 ดอลลาร์สหรัฐใน ค.ศ. 1986 แต่ Szirmai et al (1995) พบว่าหากใช้หลักการ Purchasing Power Parities มาคำนวณแล้ว รายได้ต่อหัวเป็น 1,044 ดอลลาร์สหรัฐ หรือสูงกว่าที่ธนาคารโลกคำนวณไว้ถึง 3.4 เท่า

การเติบโตของเศรษฐกิจและการผ่อนคลายจากอัตราเงินเฟ้อทำให้รายได้ต่อหัวที่แท้จริงของประชากรจีนในเขตเมืองเพิ่มขึ้นเป็น 4,380 หยวนต่อปีในปี 1996 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 จากปี 1995) ส่วนประชากรจีนในเขตชนบทได้มีรายได้ต่อหัวที่แท้จริงเพิ่มขึ้นเป็น 1,900 หยวนต่อปี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 8) (World Bank 1997)

เนื่องจากระบบบัญชีรายได้ประชาชาติของจีน (Chinese national account) อาศัยแนวคิดในเรื่องสินค้าเป็นหลัก (Material Product Concept) จึงไม่ได้รวมผลผลิตด้านบริการไว้ (ได้แก่ บริการสุขภาพ การศึกษา การขนส่ง การเคหะ การบริหารรัฐกิจ ฯลฯ) จึงทำให้การรายงานรายได้ประชาชาติต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากนี้ข้อมูลรายได้ประชาชาติของจีนยังขาดความเชื่อถือ เนื่องจากรัฐได้แทรกแซงราคาสินค้าและบริการให้ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดยมีการให้เงินอุดหนุน (subsidy) แม้ว่าจะมีการปฏิรูประบบเศรษฐกิจมาสู่ระบบกลไกตลาดมากขึ้นแล้วก็ตาม Szirmai et al (1995) ประมาณการไว้ว่า ผลผลิตมวลรวมของชาติ (Gross National Product) ของจีนในปี ค.ศ. 1987 สูงกว่าที่ทางการรายงานไว้ถึงร้อยละ 55

นอกจากนี้ บริษัทเอกชนของจีนได้ให้สวัสดิการแก่ลูกจ้างหลายประเภท อาทิเช่น บริการสุขภาพ ดูแลเด็ก การศึกษา สถานที่พักผ่อน การอาหาร และที่พัก ซึ่งมูลค่าของสวัสดิการเหล่านี้ไม่

ได้รวมไว้ในมูลค่าผลผลิตทั้งหมด (gross value of output) หรือมูลค่าส่วนเพิ่มทั้งหมด (gross value added) ซึ่งทำให้มูลค่าทั้งสองประเภทต่ำกว่าที่แท้จริง

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศจีนอาจสรุปได้ดังนี้คือ (Brender, 1992)

ก. ใน ค.ศ. 1978 เป็นปีที่ประเทศไทยได้เริ่มการปฏิรูประบบเศรษฐกิจ ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ 3 ประการ คือ การลดหย่อนการควบคุมและวางแผนจากส่วนกลาง การกระจายอำนาจในการตัดสินใจในองค์กรของรัฐ (state-owned enterprises) และการเติบโตของภาคเอกชน

ข. ใน ค.ศ. 1984 การปฏิรูประบบเศรษฐกิจหันไปเน้นในส่วนขององค์กรของรัฐมากขึ้น โดยให้ผู้จัดการองค์กรมีความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินงานขององค์กร และยินยอมให้องค์กรเก็บกำไรเหนือระดับที่ตกลงกันได้ แต่อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ของผลงานของผู้จัดการกับผลตอบแทนที่ผู้จัดการจะได้รับก็ไม่สอดคล้องกัน เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการมาแทรกแซง เช่น ภาษีกำไรที่เก็บไว้ในองค์กร และการจำกัดขนาดของผลตอบแทน เป็นต้น เจ้าหน้าที่ของรัฐมักจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจสุดท้าย นอกจากนี้ รัฐยังควบคุมปัจจัยการผลิตที่สำคัญบางชนิดไว้ ควบคุมราคาของผลผลิตและปัจจัยการผลิต และมีอิทธิพลในการจัดสรรสินเชื่อแก่องค์กรด้วย ในที่สุดผู้จัดการองค์กรไม่อาจตัดสินใจเพื่อที่จะทำกำไรสูงสุดได้

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในด้านการค้าระหว่างประเทศของจีน ตั้งแต่มีการปฏิรูประบบเศรษฐกิจ อาจสรุปได้ดังต่อไปนี้ (Brender, 1992)

ก. ก่อน ค.ศ. 1978 การค้าของประเทศไทยกับต่างประเทศกระทำโดยผ่านบริษัทการค้าระหว่างประเทศ 12 แห่ง (Foreign Trade Corporation หรือ FTC) ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงความสัมพันธ์และการค้าระหว่างประเทศ (The Ministry of Foreign Economic Relations and Trade (MOFERT)) บริษัทเหล่านี้จะเป็นตัวแทนของประเทศไทยในการค้ากับประเทศอื่น ซึ่งอาศัยการวางแผนจากส่วนกลาง และกำไรหรือขาดทุนจะเก็บไว้หรือชดเชยโดยรัฐ องค์กรผู้ค้าปลีกและรัฐบาลท้องถิ่นไม่มีโอกาสที่จะเข้าถึงกับตลาดต่างประเทศและผู้ค้าของประเทศอื่นได้เลย

ข. ใน ค.ศ. 1984 การจำกัดจำนวน FTC ได้ถูกยกเลิกไป องค์กรจำนวนมากได้รับสิทธิในการค้าระหว่างประเทศโดยตรง (นั่นคือเป็น FTC)

ค. ใน ค.ศ. 1988 มีองค์กรภายในประเทศจีนจำนวนเพิ่มขึ้นที่ได้ให้อำนาจในการนำเข้าและส่งออกปัจจัยการผลิต สาขาท้องถิ่นของ FTC ส่วนใหญ่สามารถเก็บกำไรได้ภายใต้ระบบการจัดการที่เป็นคู่สัญญา (the management contract system) แต่หน่วยงานเหล่านี้ยังคงต้องขึ้นตรงต่อรัฐบาลท้องถิ่น ในช่วงเวลานี้ประเทศจีนมี FTC สูงที่สุดเป็น 5,000 แห่ง

ง. ในช่วง ค.ศ. 1989-1990 การควบคุมกิจกรรมที่ FTC ดำเนินการอยู่เริ่มเข้มงวดมากขึ้น จนส่งผลให้จำนวน FTC ลดลงเหลือเพียง 4,000 แห่ง

ตั้งแต่ ค.ศ. 1949 ประเทศจีนได้จัดเก็บภาษีศุลกากรไปในทางที่จะปกป้องอุตสาหกรรมภายในประเทศ จากการนำเข้าและส่งออกสินค้าที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนาต่ออุตสาหกรรม

กรรมภายในประเทศ สินค้าส่งออกและนำเข้าที่เข้าข่ายการเก็บภาษีศุลกากรในปี ค.ศ. 1951 จำแนกออกเป็น 17 ประเภท ซึ่งประกอบด้วยสินค้า 89 กลุ่มๆละ 936 ชนิดตามลักษณะส่วนประกอบและการนำไปใช้ ในช่วงปฏิวัติวัฒนธรรม (Cultural Revolution) การนำเข้าและส่งออกของบริษัทของรัฐบาลปลอดจากการเก็บภาษีศุลกากร การเก็บภาษีศุลกากรกับสินค้าทุกชนิดและทุกหน่วยงานได้กลับมาบังคับใช้ในปี ค.ศ. 1980 และได้มีการปรับปรุงแก้ไขมาเป็นระยะๆ

อัตราการเก็บภาษีส่งออกที่สำคัญของประเทศจีนอาจสรุปได้ดังนี้คือ

- สินค้าส่วนใหญ่ได้รับการยกเว้นภาษีส่งออก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ส่งออกสินค้าเพิ่มขึ้น

- ในเดือนมิถุนายน 1982 สินค้า 34 รายการได้ถูกจัดเก็บภาษีนำเข้าในอัตราตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึง 60

- ในเดือนมิถุนายน 1987 จำนวนสินค้าที่ถูกจัดเก็บภาษีนำเข้าลดลงเหลือเพียง 8 รายการ อัตราการเก็บภาษีนำเข้าที่สำคัญของประเทศจีน อาจสรุปได้ดังนี้คือ

- สินค้าฟุ่มเฟือยถูกจัดเก็บภาษีในอัตราที่สูง

- เครื่องมือและวัตถุดิบที่จีนไม่สามารถผลิตได้จะถูกเก็บภาษีในอัตราที่ต่ำ หรือแม้กระทั่งยกเว้นไปเลย

- สินค้านำเข้า 3 ประเภทที่ถูกจัดเก็บภาษีในอัตราที่ต่ำมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- ก. สินค้าวัตถุดิบธรรมชาติ (natural raw materials) สำหรับอุตสาหกรรม ซึ่งมีอุปทานน้อยในประเทศจีน

- ข. สินค้าที่มีอุปทานต่ำเป็นครั้งคราว

- ค. ชิ้นส่วนและส่วนประกอบสำหรับเครื่องจักรและเครื่องมือ

- ภาษีนำเข้าสินค้าได้จำแนกเป็น 2 กลุ่มตามความตกลงระหว่างประเทศ คือ

- 1) กลุ่มที่มีอัตราภาษีนำเข้าแบบขั้นต่ำ (minimum tariff rates) ซึ่งเป็นอัตราภาษีนำเข้าที่เก็บสินค้าจากประเทศที่มีความตกลงทางการค้า (ในการที่จะตอบแทนกันอย่างอนุเคราะห์หรือ reciprocal favourable tariff clauses)

- 2) กลุ่มที่มีอัตราภาษีนำเข้าแบบทั่วไป (general tariff rates) ซึ่งเป็นอัตราภาษีนำเข้าที่เก็บสินค้าจากประเทศที่ไม่มีความตกลงทางการค้า

อัตราภาษีนำเข้าแบบทั่วไปสูงกว่าอัตราภาษีนำเข้าแบบขั้นต่ำ ในปี ค.ศ. 1990 ประเทศจีนได้ทำความตกลงทางการค้ากับประเทศอื่นประมาณ 100 ประเทศ (ดูตาราง 63)

World Bank (1997) ได้กล่าวว่า ระบบการนำเข้าสินค้าของประเทศจีนได้จัดทำไปลักษณะที่ส่งเสริมการส่งออกสินค้า และขณะเดียวกันก็ได้ปกป้องผู้ผลิตภายในประเทศจากการแข่งขันจากต่างประเทศ กล่าวคือ สินค้านำเข้ากึ่งหนึ่งของทั้งหมดได้ถูกนำมาเป็นปัจจัยการผลิตและผ่าน

ขบวนการเพื่อเป็นสินค้าส่งออก โดยได้รับการยกเว้นภาษีอากร การลดหย่อนภาษีอากรดังกล่าวทำให้มีสินค้านำเข้าเพียงร้อยละ 15 ของสินค้านำเข้าทั้งหมดต้องเผชิญกับภาษีนำเข้า และ non-tariff barriers (เช่น สิทธิในการนำเข้า การขอใบอนุญาตนำเข้า และการจำกัดการนำเข้า)

ความพยายามของประเศจีนในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลกทำให้ประเทศจีนยึดถือการเปิดเสรีอย่างต่อเนื่อง ด้วยการลดภาษีศุลกากร (unweighted average tariff rate) ลงจากร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 1996 มาเป็น 15 ในปี ค.ศ. 1997 และการลด non-tariff barriers (NTB) ลงจากเดิมที่ปี ค.ศ. 1992 มีการกีดกันสินค้านำเข้าแบบ NTB 1,530 รายการ ในปี ค.ศ. 1996 สินค้านำเข้าเหล่านี้จำนวน 1,026 รายการได้ปลอดจาก NTB

ตาราง 64 แสดงมูลค่าผลผลิตทั้งหมดและมูลค่าส่วนเพิ่มของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยา และเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีนในช่วง ค.ศ. 1980-1992 ที่คำนวณโดย Szirmai et al (1995) โดยที่จะเห็นได้ว่า มูลค่าส่วนเพิ่มสุทธิเป็นร้อยละ 26-34 ของมูลค่าผลผลิตทั้งหมด

การค้าระหว่างประเทศของจีนได้เติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 1980 มูลค่าของการค้าทั้งหมดในรูปของเงินสกุลดอลลาร์สหรัฐระหว่าง ค.ศ. 1980-1990 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12 ต่อปี ขณะที่มูลค่าของการค้าทั้งหมดของโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อปี สัดส่วนของการส่งออกสินค้าของจีนเพิ่มจากน้อยกว่าร้อยละ 1 ใน ค.ศ. 1980 ไปเป็นร้อยละ 1.9 ใน ค.ศ. 1990

อย่างไรก็ตาม ในช่วง ค.ศ. 1980-1990 นโยบายของรัฐที่ออกมาใหม่ได้ทำให้การนำเข้าสินค้าของจีนเจริญเติบโตช้าลง นั่นคือ การนำเข้าสินค้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ต่อปีในช่วง ค.ศ. 1980-1983 มาเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี ในช่วง ค.ศ. 1985-1987 และลดลงอีกในช่วง ค.ศ. 1988-1990 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการควบคุมอุปสงค์ต่อการนำเข้าสินค้าของจีน ดังนั้น Brender (1992) เชื่อว่า เมื่อไรก็ตามที่การปฏิรูประบบเศรษฐกิจได้ยอมคลายการควบคุมอุปสงค์นี้ ก็จะเห็นการเพิ่มขึ้นของการนำเข้าสินค้า

ในปี ค.ศ. 1997 ประเทศจีนได้นำเข้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 23 จากปีก่อน เนื่องจากการลดภาษีศุลกากรและขจัด NTB โดยที่การนำเข้าส่วนใหญ่เป็นสินค้าทุน (capital goods) World Bank (1997) ได้พยากรณ์ว่า การเพิ่มขึ้นของการนำเข้าสินค้าจะลดลงเป็นร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 1998 และ 1999

การส่งออกของผลิตภัณฑ์ยา (Medicinal Products) ซึ่งอยู่ในรหัส 541 ของระบบ SITC ของจีนเพิ่มขึ้นจาก 5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ใน ค.ศ. 1965 เป็น 44, 170, 203, 236 และ 345 ล้านดอลลาร์สหรัฐใน ค.ศ. 1975, 1980, 1983, 1985 และ 1987 ตามลำดับ ใน ค.ศ. 1986-1987 ประเทศจีนได้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยา (ในหมวด SITC 541) เป็นมูลค่า 106.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในขณะที่ส่งออกในหมวดนี้เป็น 312.8 ล้านดอลลาร์

Yeats (1991) ได้ศึกษาแนวโน้มการส่งออกระยะยาว (long-term trends) ของประเทศจีนในช่วง ค.ศ. 1965-1987 และเปรียบเทียบกับแนวโน้มระยะยาวของประเทศที่มีเศรษฐกิจสำคัญในเอ

เซีย เช่น ฮองกง อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไต้หวัน และไทย โดยวิเคราะห์ด้วยดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA) ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า ความได้เปรียบของการส่งออกของประเทศจีนและประเทศอื่นในเอเชียมีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่าง ประเทศจีนมีความได้เปรียบของการส่งออกเหมือนประเทศไทยและอินโดนีเซียในอุตสาหกรรมอาหาร ผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม แต่ประเทศจีนมีความได้เปรียบของการส่งออกนี้ไม่เหมือนประเทศอื่นในสินค้าที่ใช้ทรัพยากรธรรมชาติเป็นหลัก

จากตาราง 65 เมื่อพิจารณาดัชนี RCA ของประเทศจีนแล้วจะพบว่า ประเทศจีนมีความได้เปรียบในการส่งออกผลิตภัณฑ์ยา นอกจากนี้ประเด็นที่สำคัญที่พบในตารางนี้คือ ความได้เปรียบในการส่งออกของจีนในการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาลดลงจาก 1.33 ใน ค.ศ. 1975-1977 มาเป็น 0.89 ใน ค.ศ. 1986-1987 ทั้งนี้ Yeats (1991) ได้ให้คำอธิบายต่อเหตุการณ์นี้ว่า เมื่อเศรษฐกิจของจีนมีการเติบโตขึ้น (maturity) ก็จะทำให้ขยายฐานการผลิตสินค้าต่างๆ ที่หลากหลายขึ้น ซึ่งก็จะส่งผลให้การส่งออกสินค้าแบบเฉพาะกลุ่มลง (less concentration of exports) (ผลิตภัณฑ์ยาก็รวมอยู่ในกลุ่มนี้) และนำทรัพยากรหันไปผลิตสินค้าอื่นๆ เพื่อส่งออกเพิ่มขึ้น

Brender (1991) ได้คำนวณค่าความยืดหยุ่นของการนำเข้าสินค้าต่อราคา (price elasticity of imports) โดยมีค่าประมาณ -1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรักษางบประมาณที่คงที่ (fixed budget) ของผู้นำเข้าสินค้าของจีน นั่นคือ ผู้นำเข้าสินค้าจะปรับขนาดของการซื้อสินค้าจากต่างประเทศไปในสัดส่วนที่ตรงข้ามกับการเปลี่ยนแปลงของราคา ซึ่งอธิบายได้ด้วยระบบการค้าระหว่างประเทศของจีนที่รัฐบาลใช้ การกำหนดโควตา (quota) ในการจัดสรรสินค้านำเข้าให้กับรัฐบาลท้องถิ่นและองค์กรต่างๆ

การคำนวณความยืดหยุ่นของการนำเข้าสินค้าทั้งหมดต่อรายได้ (the income elasticity for total imports) ซึ่งให้เห็นว่า สัดส่วนของการนำเข้าสินค้าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายภายในประเทศของประชากร (domestic expenditure) แปรผันไปตามระดับรายได้ Brender (1991) ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า รัฐบาลได้ควบคุมการนำเข้าสินค้าเพื่อการบริโภค (consumer goods) โดยอิงกับฐานะดุลบัญชีเดินสะพัด (Balance of Payment)

จากตารางที่ 66 ซึ่งแสดงแหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีนใน พ.ศ. 2537 จะพบว่า จีนได้นำเข้าวัตถุดิบยาสูงถึง 2.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยมีประเทศญี่ปุ่นเป็นแหล่งที่นำเข้ามาใหญ่ที่สุด (27%) การนำเข้ายาสำเร็จรูปของจีนเป็นเพียง 402 ล้านดอลลาร์ โดยมีประเทศอิตาลีเป็นแหล่งนำเข้ามาใหญ่ที่สุด (21%) ส่วนมูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็น 1.8 พันล้านเหรียญ โดยมีประเทศสหรัฐเป็นแหล่งนำเข้ามาใหญ่ที่สุด (33%)

ตารางที่ 67 รายงานแหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศจีนใน พ.ศ. 2537 จะเห็นได้ว่า จีนได้ส่งออกวัตถุดิบยาสูงถึง 2.66 พันล้านเหรียญ (สูงกว่ามูลค่าที่นำเข้าวัตถุดิบยา) และส่งออกยาสำเร็จรูปเป็น 1.18 พันล้านเหรียญ (สูงกว่ามูลค่าที่

นำเข้ายาสำเร็จรูป) แต่กลับส่งออกเครื่องมือแพทย์ได้น้อยด้วยมูลค่า 391 ล้านดอลลาร์ (ต่ำกว่ามูลค่าที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์) แหล่งส่งออกที่สำคัญของสินค้าทั้งสามชนิดคือ ประเทศญี่ปุ่น (16%) ฮองกง (20%) และสหรัฐ (26%)

ในช่วง พ.ศ. 2531 - 2539 ประเทศไทยสามารถส่งออกวัตถุดิบยา (ในรูปของวิตามิน) ไปประเทศจีนได้เพิ่มขึ้นจากเดิมในอดีต ขณะที่การส่งออกยาสำเร็จรูปมีสัดส่วนที่น้อยมาก (ดูตารางที่ 68) เช่นเดียวกัน ประเทศไทยนำเข้าวัตถุดิบยาจากจีนประมาณร้อยละ 12 ของการนำเข้าวัตถุดิบยาทั้งหมด แต่แทบที่จะไม่นำเข้ายาสำเร็จรูปจากจีนเลย (น้อยกว่าร้อยละ 1) (ดูตารางที่ 69)

ตารางที่ 70 และ 71 แสดงมูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากและไปประเทศจีน) ในช่วงปี พ.ศ. 2531-2540 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ไทยได้นำเข้าเครื่องมือแพทย์จากจีนมากกว่าที่จะส่งออกไปสู่จีน

Brender (1991) ได้คำนวณค่าความยืดหยุ่นของสินค้านำเข้าที่สำคัญๆหลายประเภท โดยใช้ข้อมูลของกรมศุลกากรของจีนระหว่างปี ค.ศ. 1981 ถึง 1990 และใช้ข้อมูลของการนำเข้าและส่งออกในหนึ่งไตรมาสเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ ค่าความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาต่อราคาเป็น -0.95 และไม่พบถึงความแตกต่างของค่าความยืดหยุ่นนี้เลยตลอดช่วงปี ค.ศ. 1981-1990

หากจีนได้เข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกแล้ว จะต้องปฏิบัติตามความตกลงว่าด้วยพิกัดอัตราศุลกากรและการค้า (GATT) ก็จะทำให้จีนต้องลดภาษีนำเข้าสินค้าส่วนใหญ่ (รวมทั้งเวชภัณฑ์) จนเข้าใกล้ศูนย์ นั่นย่อมหมายถึง ยาสำเร็จรูปที่จีนนำเข้าจากต่างประเทศจะมีราคาถูกลงถึง 15 - 30% (ซึ่งเป็นระดับของภาษีนำเข้าในปัจจุบัน) จากค่าความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาต่อราคาที่เป็น -0.95 จะมีการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14.25 (นั่นคือ $-0.95 \times -15\% = 14.25\%$ ในกรณีการลดภาษี 15 %) ดังนั้นหากใช้มูลค่าการนำเข้ายา 402 ล้านดอลลาร์ในพ.ศ. 2537 เป็นฐานในการคำนวณแล้ว จีนจะนำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นอีก 57.3 ล้านดอลลาร์ (แต่หากสมมุติให้ภาษีนำเข้าลดลง 30 % มูลค่านำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มอีก 114.6 ล้านดอลลาร์)

เนื่องจากสัดส่วนของการนำเข้ายาสำเร็จรูปของจีนจากไทยเป็นเพียง 0.264% ของการนำเข้ายาสำเร็จรูปของจีนทั้งหมด ก็จะได้พบว่าไทยจะส่งออกยาสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นได้เพียง 0.15-0.303 ล้านดอลลาร์ หรือ 6-12 ล้านบาท ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความตกลงว่าด้วยพิกัดอัตราศุลกากรและการค้าแทบที่จะไม่มีผลต่อการส่งออกยาสำเร็จรูปจากประเทศไทยไปสู่ประเทศจีนเลย

ประเทศจีนได้ให้แรงจูงใจกับบริษัทร่วมทุนต่างประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม แรงจูงใจทางตรง ได้แก่ การลดหย่อนภาษี การอุดหนุนทางการเงินในการลงทุน และการสนับสนุนฝึกอบรมทักษะให้กับแรงงานท้องถิ่นของบริษัท เป็นต้น ส่วนแรงจูงใจทางอ้อม ได้แก่ การอำนวยความสะดวกในการยื่นขอสิทธิประโยชน์ในการลงทุน การประกันการโอนย้ายเงินทุนและกำไรระหว่างประเทศ การคุ้มครองทางกฎหมายต่อสิทธิในอุตสาหกรรม (เช่น สิทธิบัตร เป็นต้น) และโครงการการประกันความเสี่ยงทางการเมืองและการค้า เป็นต้น

การลงทุนจากต่างประเทศในจีนต้องได้รับการอนุมัติจาก Ministry of Foreign Economic Relations & Trade (MOFERT) จากส่วนกลางหรือส่วนท้องถิ่นซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดของการร่วมลงทุน ลูกจ้างต่างชาติของบริษัทร่วมลงทุนจะได้รับค่าตอบแทนในรูปของเงินตราต่างประเทศและเงินหยวนจีน เพื่อใช้จ่ายในเรื่องประจำวัน (เช่น ค่าเช่าบ้าน และการเดินทาง)

Grub et al (1991) กล่าวว่า บริษัทร่วมทุนต่างประเทศของจีนอาจไม่สามารถตั้งราคาสินค้าที่รัฐบาลจีนถือว่าสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของจีนและขายภายในประเทศได้อย่างอิสระ (โดยที่หา เวชภัณฑ์ และบริการสุขภาพ ก็จัดอยู่ในสินค้ากลุ่มนี้) นอกจากนี้ รัฐบาลจีนอาจแทรกแซงการตลาดของสินค้าเหล่านั้นด้วย

Folsom et al (1992) สรุปว่า ประเทศจีนได้ให้การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศใน 3 รูปแบบ คือ equity joint ventures, contractual joint venture และ wholly foreign-owned subsidiaries

Equity Joint Venture (EJV) เป็นการร่วมทุนระหว่างบริษัทต่างชาติดกับชาวจีน Ministry of Foreign Economic Relations and Trade (MOFERT) เป็นหน่วยงานที่จะอนุมัติการร่วมลงทุนประเภทนี้ กฎข้อบังคับที่สำคัญในการร่วมทุนประเภทนี้ได้แก่

- การร่วมลงทุนต้องเป็นระยะเวลา 10 - 30 ปี
 - ทั้งสองฝ่ายที่ร่วมทุนจะรับกำไรและความเสี่ยงเป็นสัดส่วนของทุนที่ลงไป
 - จำกัดการขายสินค้าที่ผลิตได้ในตลาดของจีน
 - มีขบวนการในการยุติความขัดแย้งด้านแรงงาน
 - การถือครองหุ้นที่ไม่มีอำนาจต่อรองได้
 - มีการจำกัดสัดส่วนหนี้ต่อหุ้น
 - หุ้นส่วนต่างชาติต้องลงทุนด้านทุน (หรือเทคโนโลยี) ขั้นต่ำร้อยละ 25 แต่ไม่จำกัดขนาดการลงทุนขั้นสูง (อาจสูงกว่าร้อยละ 50)
 - ให้อันดับความสำคัญ (priority) แก่วัตถุคิป์ในประเทศจีนก่อน
 - ต้องทำให้การชำระเงินตราต่างประเทศสมดุล
 - ชาวต่างชาติสามารถเป็นประธานกรรมการบริษัทได้
 - หุ้นส่วนต่างประเทศมักจะลงทุนด้านเครื่องจักร เครื่องมือ เทคโนโลยี เงินตราต่างประเทศ ทรัพย์สินทางปัญญา และความชำนาญด้านการจัดการ ส่วนหุ้นส่วนชาวจีนจะลงทุนด้านที่ดิน โรงงาน วัตถุดิบ และเงินตราท้องถิ่น
- อย่างไรก็ตาม การร่วมลงทุนประเภทนี้มีอุปสรรคและข้อด้อยดังนี้
- รัฐบาลมักจะเข้าแทรกแซงการร่วมทุน โดยที่ทางการอาจส่งคนจากพรรคคอมมิวนิสต์เข้าไปร่วมในกลุ่มผู้บริหารฝ่ายจีน

- จีนยังขาดแคลนสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการจัดการ แรงงานที่มีทักษะ และเงินตราต่างประเทศ
- การลงทุนกำไรกลับประเทศอาจเป็นไปได้ด้วยความยุ่งยากลำบาก

Grub et al (1991) รายงานว่า การร่วมทุนแบบ EJV ในภาคบริการสุขภาพของจีน คิดเป็นร้อยละ 3.13 ของการลงทุนทุกประเภท ตาราง 72 แสดงประเทศและขนาดของการร่วมทุนแบบ EJV ในภาคการบริการสุขภาพของจีนใน ค.ศ. 1990

Contractual Joint Ventures (CJV) เป็นการร่วมลงทุนที่ยืดหยุ่นมากโดยที่ไม่จำเป็นต้องระบุสัดส่วนของการร่วมทุน และอาจเป็นเพียงความตกลงระหว่างหุ้นส่วนก็ได้ ลักษณะที่สำคัญของการร่วมลงทุนประเภทนี้คือ

- จะแบ่งกำไรหรือขาดทุนกันอย่างไรก็ได้
- ต้องจำกัดหนี้สินในฐานะนิติบุคคล
- ต้องมีสหภาพแรงงาน
- ต้องทำให้คู่การชำระเงินตราต่างประเทศสมดุล โดยรัฐอาจให้ความช่วยเหลือด้วย
- ไม่บังคับให้มีการลงทุนขั้นต่ำจากหุ้นส่วนต่างประเทศ
- ชาวต่างชาติสามารถเป็นประธานกรรมการบริหารบริษัทได้
- ไม่มีเงื่อนไขด้านเวลาของการร่วมลงทุน
- กฎหมายจีนไม่ปกป้องการร่วมลงทุนประเภทนี้เหมือนอย่างการลงทุนแบบ EJV ดังนั้น หากมีความขัดแย้งระหว่างหุ้นส่วนก็ไม่อาจฟ้องศาลได้

การร่วมลงทุนแบบ CJV เป็นที่นิยมของการลงทุนในธุรกิจขนาดเล็ก โดยเฉพาะชาวจีนโพ้นทะเล จำนวนของการลงทุนประเภทนี้มีมากกว่า EJV

Wholly Foreign-Owned Subsidiaries (WFOS) เป็นการให้ต่างประเทศลงทุนเป็นเจ้าของได้ทั้งหมด ซึ่งเดิมอนุญาตให้ดำเนินการได้เฉพาะในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zones) ในปี ค.ศ. 1986 รัฐบาลจีนอนุมัติให้ทุกแห่งในประเทศจีนมี WFOS ได้ ใน ค.ศ. 1990 มีบริษัทต่างประเทศที่เป็น WFOS ถึง 1,500 แห่ง ลักษณะสำคัญของการเป็นเจ้าของกิจการทั้งหมดของชาวต่างชาติคือ

- ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการผลิตสินค้าและเครื่องมือซึ่งจะต้องทำการส่งออกไปทั้งหมด
- การคุ้มครองการลงทุน กำไร และสิทธิอื่นๆอยู่ภายใต้กฎหมายจีน
- การยึดเป็นของรัฐ (expropriation) ในกรณีพิเศษจะได้รับค่าชดเชยที่เหมาะสม
- รัฐจะไม่แทรกแซงแผนการผลิตและดำเนินงาน
- ภาคนิติบุคคลขั้นสูงไม่เกินร้อยละ 50

- ต้องมีการประกันภัยของบริษัทประกันภัยของจีน
- ให้ลำดับความสำคัญกับแหล่งวัตถุดิบของจีนก่อน
- ต้องทำให้ดุลการชำระเงินตราต่างประเทศสมดุล
- ต้องมีสหภาพแรงงาน
- ต้องมีการนิเทศกิจการจากเจ้าหน้าที่ที่อนุมัติกิจการ

เนื่องจากความเข้มงวดของกฎระเบียบข้างต้น จำนวน WFOS จึงมีค่อนข้างน้อยและไม่เป็นที่นิยมกันนัก อย่างไรก็ตาม Grub et al (1991) ได้ชี้ข้อดี 2 ประการของการลงทุนประเภทนี้ คือ ความยืดหยุ่นและความเป็นอิสระของการผลิต การระดมเงินทุน และการตลาด ตลอดจนการปกป้องความลับเทคโนโลยีและความลับทางการค้าของบริษัทต่างประเทศด้วย

การถ่ายทอดเทคโนโลยีของบริษัทร่วมลงทุนต่างประเทศก่อให้เกิดความเสี่ยงในการสร้างคู่แข่งทางการค้าในอนาคตได้ Grub et al (1991) ยกตัวอย่างว่า บริษัทร่วมลงทุนด้านยาและเวชภัณฑ์ที่หุ้นส่วนต่างชาติได้นำเครื่องมือและเทคโนโลยีแบบทันสมัยมาใช้ แต่หุ้นส่วนชาวจีนกลับเลียนแบบเครื่องมือและเทคโนโลยีมาผลิตเอง จนทำให้หุ้นส่วนต่างชาติขาดทุนอย่างมโหฬาร

ประเทศจีนได้ดำเนินมาตรการเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zones หรือ SEZs) มาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1970 และในขณะนี้จีนได้มี SEZs กระจายไปทั่วประเทศเป็นจำนวนมาก SEZs จะให้สิทธิประโยชน์แก่นักลงทุนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการลงทุนในพื้นที่ต่างๆ ตามที่รัฐบาลจีนต้องการและกำหนดไว้

สิทธิประโยชน์จากการลงทุนใน SEZs ที่สำคัญๆ ได้แก่

- การเก็บภาษีรายได้นิติบุคคลเพียงร้อยละ 15 แต่หากเป็นการลงทุนเพื่อผลิตสินค้าส่งออกทั้งหมด ก็จะได้รับยกเว้นภาษีรายได้นิติบุคคลทั้งหมด
- ยกเว้นภาษีนำเข้าวัตถุดิบและภาษีมูลค่าเพิ่ม หากเป็นการลงทุนที่ผลิตสินค้าส่งออก
- ผู้ลงทุนชาวต่างชาติ เจ้าหน้าที่ชาวต่างชาติและครอบครัวได้รับความสะดวกในการออกวีซ่าเข้าประเทศ

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ตระหนักกันดีว่า การให้สิทธิประโยชน์แก่นักลงทุนเช่นนี้ขัดต่อความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก ฉะนั้น ถ้าจีนได้เข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกเมื่อใดก็ตาม จีนไม่อาจรักษากฎ SEZs ไว้ได้ และตามเปลี่ยนนโยบายการลงทุนจากต่างประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกในที่สุด

โรงพยาบาลในประเทศจีนมีความหลากหลายมาก โรงพยาบาลในเขตเศรษฐกิจพิเศษมักจะมีมาตรฐานสูง แต่ขณะที่โรงพยาบาลในชนบทไม่อาจจะสนองตอบความจำเป็นของชาวชนบทได้ ดังนั้น การพัฒนาโรงพยาบาลในประเทศจีน จึงเป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งในอนาคต

ประเทศจีนมีคนไข้นอก 2.5 พันล้านรายต่อปี โดยที่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการรักษาคนไข้นอก 1 คนเป็น 13.7 หยวน อัตราค่าบริการในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 7 หยวนต่อวัน โดยเฉลี่ย

Shangquan et al (1996) ประเมินการว่า ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศจีน สูงถึง 38.5 พันล้านหยวน (1.925 แสนล้านบาท) ต่อปี แต่กลับได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพียง 4 พันล้านหยวน วิธีการนี้รัฐบาลจีนชดเชยการอุดหนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลโดยการยินยอมให้โรงพยาบาลขึ้นค่ายาได้ถึงร้อยละ 15

Shangquan et al (1996) ประเมินการว่า รายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ของจีนยังต่ำกว่า รายได้เฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศ แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของรายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ ในปัจจุบันก็ตาม

บริการสุขภาพที่ถือว่าไม่เป็นการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (non-basic medical care) จะไม่สามารถรับบริการได้อย่างให้เปล่า ซึ่งได้แก่ การผ่าตัดศัลยกรรมพลาสติก เสริมสวย ลดความอ้วน อาหารเสริม และการพักในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานสูง เป็นต้น ดังนั้น บริการเหล่านี้ก็จะเป็ นบริการสุขภาพที่ภาคเอกชนสามารถให้บริการเชิงพาณิชย์ได้

รัฐบาลจีนจะเอาระบบเครือข่ายสัญญาโรงพยาบาล (Contracted Hospitals) มาใช้กับการให้ บริการสุขภาพกับผู้ประกันตนกับโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้มีการแข่งขัน ระหว่างโรงพยาบาล โดยให้ผู้ประกันสุขภาพเลือกโดยอิสระบนพื้นฐานของตัวแปรเช่น รายการ ของบริการสุขภาพที่มีอยู่ คุณภาพ ค่าบริการ ฯลฯ

Shangquan et al (1996) กล่าวว่า ในอนาคต กิจการโรงพยาบาลในประเทศจีนต้องดำเนิน ไปอย่างเชิงพาณิชย์มากขึ้น โดยเฉพาะคำนึงถึงต้นทุนและกำไร แม้ว่าในปัจจุบันค่ารักษาพยาบาล ของโรงพยาบาลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ ซึ่งเป็นบริการประเภทสุดท้ายที่จะถูกควบคุมราคา โดยรัฐ

Shangquan et al (1996) ได้เสนอแนะว่า หากโรงพยาบาลต้องการพัฒนาไปในทิศทางของ กลไกตลาดแล้ว การปฏิรูปของกิจการโรงพยาบาลของจีนต้องเป็นไปในเรื่องการจัดทำบัญชีและ การลงบัญชี ของการเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลเลี้ยงตัวเองได้

Folsom et al (1992) เชื่อว่า รัฐบาลจีนผ่านกฎหมายสิทธิบัตรใน ค.ศ. 1984 ก็เพื่อที่จะส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีภายในประเทศ โดย Chinese Patent Bureau เป็นผู้อนุมัติสิทธิบัตร การ ออกสิทธิบัตรในจีนเป็นไปอย่างล่าช้ามาก กฎหมายสิทธิบัตรของจีนคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ใหม่ (inventions) model และ exterior design โดยมีเงื่อนไขว่า ต้องเป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ (new) เป็นครั้ง แรก (original) และนำไปใช้ได้ (practical)

นิยามของการประดิษฐ์ขึ้นใหม่คือ ไม่พบในสิ่งตีพิมพ์หรือองค์ความรู้ใดมาก่อนทั่วโลก ความเป็นครั้งแรกคือ มีลักษณะที่แตกต่างอย่างมากจากเดิมจนมีการปรับปรุงอย่างเห็นได้ชัด การนำ ไปใช้ได้หมายถึง การผลิตหรือการนำไปใช้แล้วก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ระยะเวลาในการคุ้มครองสิทธิ

บัตรคือ 15 ปี กฎหมายฉบับนี้ยังได้ยอมให้มีการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) หากสิทธิบัตรนั้นไม่ได้นำมาใช้หลังจากที่ได้รับการคุ้มครองเป็นเวลา 3 ปีแล้ว หรือเป็นไปเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวมของประเทศชาติ โดยจะมีการชดเชยค่าเสียหายที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตาม ยาและเวชภัณฑ์สำเร็จรูปไม่อยู่ในข่ายที่จะขอรับสิทธิบัตรได้ แต่ขบวนการผลิตยาและผลิตภัณฑ์ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายสิทธิบัตร(Process Patent) โดยรัฐบาลจีนได้ให้เหตุผลว่า สุขภาพของประชาชนไม่ควรที่จะต้องอยู่ภายใต้การผูกขาดจากกฎหมาย

ใน ค.ศ. 1991 ประเทศจีนได้เพิ่มการเจรจาทวิภาคี (bilateral negotiations) ในเรื่องที่ดินจะปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา ประเทศสหรัฐได้ยื่นข้อเสนอว่า ถ้าประเทศจีนให้ความคุ้มครองลิขสิทธิ์และสิทธิบัตรที่เป็นมาตรฐานสากลกับบริษัทของสหรัฐแล้ว บริษัทของสหรัฐก็จะยินดีที่จะขายโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สารเคมี และยา ซึ่งก็จะทำให้สหรัฐลดการขาดดุลการค้ากับจีน เหตุการณ์สำคัญที่ทำให้สหรัฐได้กดดันจีนในประเด็นนี้อาจสรุปได้ดังนี้ คือ

- การเจรจาระหว่างประเทศทั้งสองเกิดขึ้น 2 รอบในกรุงปักกิ่ง เดือนมิถุนายน 1991 และกรุงวอชิงตัน เดือนสิงหาคม 1991
- ในเดือนตุลาคม 1991 สหรัฐได้สั่งให้ทำการสอบสวนการค้าของจีนว่าขัดแย้งกับมาตรา 30 ของพระราชบัญญัติการค้าของสหรัฐปี 1974 หรือไม่
- ในเดือนตุลาคม 1992 จีนได้ผ่านกฎหมายชั่วคราวในการสับซื้อเครื่องเรียนของบริษัทอเมริกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตอบโต้ของสหรัฐในการขึ้นภาษีนำเข้าสินค้าอย่างสูงจากจีนสู่สหรัฐ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา ประเทศจีนได้ให้ความคุ้มครองอย่างเข้มงวดกับสิทธิบัตรและลิขสิทธิ์เวชภัณฑ์ สารเคมี และคอมพิวเตอร์โปรแกรมของบริษัทอเมริกัน

Moser et al (1987) กล่าวว่า การที่รัฐบาลจีนไม่ให้สิทธิบัตรยาสำเร็จรูป (product patent) ก็เพราะต้องการที่จะปกป้องอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ นอกจากนี้ พวกเขายังได้อ้างถึงเจ้าหน้าที่ระดับสูงของจีนใน Patent Bureau ที่กล่าวว่า การไม่ให้สิทธิบัตรยาก็เนื่องจากระดับการพัฒนาอุตสาหกรรมนี้ของจีนยังล้าหลังเมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรม แต่กฎหมายสิทธิบัตรก็น่าจะทบทวนได้ในภายหลัง ถ้าอุตสาหกรรมยาของจีนก้าวหน้าขึ้น

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพของประเทศจีนอาจจำแนกออกได้เป็น 4 ประการใหญ่ๆคือ

ก. ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพไม่ได้มีกลไกการระดมเงิน เพื่อชำระค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

ข. ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพไม่รับผิดชอบทางการเงินในการให้และรับบริการสุขภาพ

ค. ระบบบริการสุขภาพการบริหารจัดการที่เป็นไปตามหลักวิชาการและสมเหตุสมผล

ง. ประชากรบางกลุ่มไม่ได้รับการสุขภาพเพียงพอ ขณะที่มีความสูญเสียไปค่าบริการสุขภาพ

รัฐบาลจีนได้ให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยมีมาตรการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) นำการจ่ายร่วมมาใช้ โดยเริ่มจากคนงานในโรงงานและบริษัท
- 2) ทดลองการเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงินสำหรับการรักษาพยาบาลระหว่างแรงงานที่เกษียณและเจ็บป่วยหนักจำนวน 1 ล้านคนใน 80 เมือง
- 3) ในบางเมืองของ 25 จังหวัด ยินยอมให้โรงพยาบาลจัดการกับค่าบริการสุขภาพของลูกค้าจ้างในโรงงานและบริษัทได้
- 4) จังหวัด Hainan และ Shenghen ได้เริ่มทดลองการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ

Shangquan et al (1996) ได้รายงานในเบื้องต้นว่า กองทุนประกันสุขภาพของลูกค้าจ้างสามารถระดมเงินทุนได้สูงถึงร้อยละ 9 ของค่าแรงคนงานทั้งหมด โดยที่กองทุนถูกดูแลโดยองค์การที่ไม่หวังผลกำไร แต่ก็จะถูกควบคุมจากรัฐบาลกลางทางอ้อม กองทุนประกันสุขภาพนี้ครอบคลุมคนงานประมาณ 10 ล้านคน

Shangquan et al (1996) สรุปสาเหตุของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของจีนอย่างมากและรวดเร็วดังนี้ (ดูตารางที่ 73) คือ

ก. การเพิ่มขึ้นของผู้ที่ได้รับหลักประกันสุขภาพในตลาดแรงงาน ซึ่งพบว่าใน ค.ศ. 1980 มีผู้ที่ได้รับหลักประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนและหน่วยงานราชการของจีนเป็น 78.19 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 100 ล้านคน ใน ค.ศ. 1992 หรือเพิ่มขึ้น 1.9 ล้านคนต่อปีโดยเฉลี่ย

ข. อายุขัยที่เพิ่มขึ้นทำให้ประชากรที่ต้องการบริการสุขภาพมากขึ้น ใน ค.ศ. 1990 ร้อยละ 8.6 ของประชากรมีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.8 ใน ค.ศ. 1982 รูปแบบของการเจ็บป่วยของคนจีนทำให้ต้องพึ่งพาการแพทย์สมัยใหม่จากเดิมที่แพทย์แผนโบราณของจีนสามารถรับมือได้ โดยที่โรคติดเชื้อเคยเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ แต่ปัจจุบันโรคไม่ติดเชื้อและโรคเรื้อรังเช่น มะเร็ง เส้นโลหิตในสมองแตก และโรคหัวใจ ได้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุด การศึกษาวิจัยเรื่องหนึ่งในนครเซี่ยงไฮ้พบว่า ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาตัวของคนไข้อายุมากกว่า 65 ปีเป็น 1.6 เท่าของค่าใช้จ่ายของคนไข้ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี

ค. การพัฒนายาตำรับใหม่ ๆ รวดเร็วขึ้นและราคาเพิ่มสูงขึ้นก็เร็วขึ้นด้วย หากกำหนดให้ดัชนีราคายาเป็น 100 ใน ค.ศ. 1980 ดัชนีราคายาเพิ่มขึ้นเป็น 185.3 ใน ค.ศ. 1989 จำนวนตำรับยาที่ขายในร้านขายยาเพิ่มขึ้น 3.6 เท่าตัว ในช่วง ค.ศ. 1980-1987

ง. การใช้เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยมากขึ้นและมีราคาแพง เช่น CT scanner และ MRI ค่าตรวจด้วยเครื่อง MRI เป็น 1,000 หยวนต่อครั้ง และค่าตรวจด้วยเครื่อง CT Scanner เป็น 300-400 หยวนต่อครั้ง Shangquan et al (1996) รายงานว่า ประเทศจีนได้มีเครื่อง CT Scanner ที่นำเข้าจากต่างประเทศเป็นจำนวน 1,000 เครื่อง โดยที่ 600 เครื่องเป็นการนำเข้าอย่างปกติ ขณะที่อีก 400

เครื่องนำเข้าอย่างผิดกฎหมาย ดังนั้นโดยเฉลี่ยแล้ว ประเทศจีนมี CT scanner 1 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน แต่ปัญหาอยู่ที่การกระจายที่ไม่เป็นธรรมของเครื่องมือนี้ เมืองที่ประชากรมีฐานะร่ำรวยเช่น Taianjin, Beijing, Shanghai, Liaoning, Jiangsu และ Zhejiang มีเครื่องมือนี้มากกว่าที่อื่น

จ. โรงพยาบาลบางแห่งและแพทย์บางคนพยายามหาผลประโยชน์มิชอบด้วยการสั่งยาที่แพงโดยไม่จำเป็น ขณะที่โรงพยาบาลก็ลดคุณภาพของยาลงหรือบดขยี้บดให้หยาบ แต่เพิ่มราคาเพื่อหากำไร

นอกจากนี้ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว ยังถูกซ้ำเติมด้วยการที่โรงพยาบาลบางแห่งหันมาใช้กลไกการจัดการที่มีจุดประสงค์ทำกำไรเพียงอย่างเดียว และแพทย์บางคนได้สั่งจ่ายยาที่แพงโดยไม่จำเป็น เพื่อหวังผลประโยชน์จากยาที่ขายได้

จากตาราง 35 ดัชนีราคาสินค้าในหมวดการรักษาพยาบาลและยาเพิ่มขึ้นน้อยกว่าดัชนีราคาสินค้าทั่วไป บ่งบอกถึงอุปสงค์ต่อการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในอัตราที่ต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบกับอุปสงค์ต่อราคาสินค้าและบริการหมวดอื่นๆ หรืออุปทานของการรักษาพยาบาลได้ตอบสนองอุปสงค์ได้ดีกว่าในกรณีของสินค้าและบริการทั่วไป

Shangquan et al (1996) ระบุว่า ทางเลือกที่เป็นไปได้ของระบบบริการสุขภาพของจีนก็คือระบบผสม กล่าวคือ จะมีทั้งภาครัฐบาลและเอกชนในระบบ

World Bank (1997) เชื่อว่า สวัสดิการที่รัฐบาลจีนให้กับประชาชน (เช่นการศึกษา และสาธารณสุข) จะเริ่มเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในรูปของเงินที่เล็กลงๆ ซึ่งจะไปผนวกรวมกับค่าจ้างแรงงาน แล้วในที่สุดก็จะทำให้ค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว รัฐบาลจีนจึงทำการควบคุมทั้งกิจการโรงพยาบาลและอุตสาหกรรมยา Shangquan et al (1996) ระบุว่า สัดส่วนของมูลค่าการบริโภคยาของคนจีนมากกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งหมด ดังนั้น รัฐบาลจีนจึงให้ความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยามากกว่าด้านอื่นด้วยการ 1) ควบคุมอย่างเข้มงวดในด้านการผลิตและราคา ยา 2) ควบคุมการนำเข้าจากต่างประเทศ 3) กำหนดรายการยาที่สามารถเบิกจ่ายจากโครงการประกันสุขภาพ

ในการควบคุมการเอาเปรียบของโรงพยาบาลและแพทย์บางกลุ่ม รัฐบาลจีนได้ส่งตรวจการดำเนินงานของโรงพยาบาลและแพทย์ ซึ่งบทลงโทษของผู้กระทำผิดคือ การตัดงบประมาณจากรัฐ และลดการจ่ายเงินจากกองทุนประกันสุขภาพ นอกเหนือจากกฎหมายที่มีอยู่

ในส่วนของการอุตสาหกรรมยา Shangquan et al (1996) ได้เสนอแนะว่า ควรปฏิรูปในเรื่องการควบคุม การผลิต การจำหน่าย และเน้นหลักการธุรกิจมากขึ้น รวมทั้งเรื่องปริมาณและคุณภาพ เนื่องจากในปัจจุบันได้มีการปล่อยปละละเลยในการควบคุมอุตสาหกรรมนี้ จนทำให้มียาปลอมระบาดมากมาย

5.2 การค้าสินค้าและบริการสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซียและเนเธอร์แลนด์

เปิดเสรีในภาคบริการสุขภาพของมาเลเซีย

ตารางที่ 75 แสดงแหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยใน พ.ศ. 2537 จะเห็นได้ว่า มาเลเซียได้นำเข้าวัตถุดิบยาเป็นมูลค่า 720 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยนำเข้าจากประเทศสหรัฐมากที่สุด (18.7%) การนำเข้ายาสำเร็จรูปของมาเลเซียมีมูลค่า 359 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยนำเข้าจากประเทศเยอรมัน (18.9%) และอังกฤษ (17.7%) เป็นหลัก ส่วนการนำเข้าเครื่องมือแพทย์มีมูลค่า 560 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยนำเข้าจากประเทศสหรัฐ (22.5%) และเยอรมัน (21.5%) เป็นหลัก

ตารางที่ 76 รายงานแหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยใน พ.ศ. 2537 ซึ่งจะพบว่ามาเลเซียได้ส่งออกวัตถุดิบยาเป็นมูลค่า 306 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยมีประเทศญี่ปุ่นเป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ (26%) การส่งออกยาสำเร็จรูปมีมูลค่า 50 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยที่ประเทศสิงคโปร์เป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ที่สุด (32.5%) ส่วนมูลค่าการส่งออกเครื่องมือแพทย์เป็น 262 ล้านบาท เหรียญสหรัฐ โดยที่ประเทศเยอรมันเป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ที่สุด (31%)

ระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2539 ประเทศไทยแทบที่จะไม่ได้นำเข้าวัตถุดิบยาจากประเทศมาเลเซียเลย ขณะที่การนำเข้ายาสำเร็จรูปก็น้อยมาก (ไม่เกิน 10 ล้านบาทหรือเป็นเพียง 0.1% ของการนำเข้ายาสำเร็จรูปทั้งหมด) (ดูตารางที่ 77) แต่ในทางตรงกันข้าม ประเทศไทยสามารถส่งออกวัตถุดิบยาไปประเทศมาเลเซีย (ส่วนใหญ่เป็นวิตามิน) มากขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 (ประมาณ 15% ของการส่งออกวัตถุดิบยาทั้งหมด) การส่งออกยาสำเร็จรูปของไทยไปมาเลเซียก็สูงกว่า 10 % ของการส่งออกยาสำเร็จรูปทั้งหมด (ดูตารางที่ 78)

ตารางที่ 79 และที่ 80 แสดงมูลค่าและอัตราเพิ่มของการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากและไปประเทศมาเลเซีย) ระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2540 ประเทศไทยนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากประเทศมาเลเซียมีมูลค่าสูงกว่าที่ประเทศมาเลเซียนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากประเทศไทย (ประมาณ 2 เท่าตัว) หากพิจารณาในรายละเอียดแล้วจะพบว่า ไทยได้นำเข้าส่วนประกอบและอะไหล่จากมาเลเซียสูงถึง 72 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2541 (31% ของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด) นั่นอาจหมายถึง ผู้ประกอบการไทยได้สั่งส่วนประกอบและอะไหล่จากประเทศอื่น แต่ส่งผ่านเข้ามาทางมาเลเซียมากกว่าที่จะซื้อส่วนประกอบและอะไหล่ที่ผลิตในมาเลเซีย แต่อย่างไรก็ตาม มูลค่าการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศทั้งสองค่อนข้างต่ำ (ประมาณ 200 ล้านบาท) เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มูลค่าการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศทั้งสองต่ำก็คือ ทั้งสองประเทศมีการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่คล้ายคลึงกัน (เช่น ถุงมือยางและถุงยาง) นอกจากนี้ ระดับเทคโนโลยีในการผลิตเครื่องมือแพทย์ของทั้งสองประเทศก็ไม่แตกต่างกันมากนัก

Yeats (1991) ได้ศึกษามูลค่าการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาของประเทศมาเลเซียในช่วง ค.ศ. 1970 – 1987 และคำนวณดัชนี RCA ของประเทศมาเลเซียในช่วงดังกล่าวด้วย ซึ่งให้ข้อสรุปว่า มาเลเซียไม่ได้เปรียบในการส่งออกผลิตภัณฑ์ยาเลย (RCA มีค่าไม่เกิน 0.2) นอกจากนี้ อุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่มาเลเซียไม่ได้ต้องการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออกเลยในช่วง 30 ปีนี้ แม้ว่าการส่งออกในรูปแบบของมูลค่าปัจจุบันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยมา (30 เท่าในช่วงเวลาดังกล่าว) (ดูตารางที่ 81)

Ariff et al (1996) รายงานว่า ในการเจรจา GATT รอบอุรุกวัยนั้น ประเทศมาเลเซียได้เสนอให้มีการลดภาษีศุลกากรลงถึง 5,900 รายการ โดยมีเวชภัณฑ์จำนวน 53 รายการ คิดเป็นเพียง 0.90 % ของรายการที่ลดภาษีศุลกากรทั้งหมด ซึ่งจะมีอัตราภาษีนำเข้าเพียง 5 – 10 %

Ariff et al (1996) กล่าวว่าความตกลงระหว่างประเทศในเรื่องพิกัดศุลกากรและการค้า (GATT) ทริพส์ทางปัญญา (TRIPs) และการค้าบริการ (GATS) ก่อให้เกิดผลดีแก่ประเทศมาเลเซียในด้านที่จะสร้างโอกาสการเข้าสู่ตลาดมากขึ้น การเพิ่มโอกาสให้อุตสาหกรรมภายในประเทศแข่งขันกับอุตสาหกรรมของต่างประเทศได้ ซึ่งในที่สุดจะก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นและผลิตภาพของแรงงานก็จะเพิ่มขึ้นด้วย

ดังนั้นในปี ค.ศ. 1996 รัฐบาลมาเลเซียจึงได้ยืนยันว่า จะเปิดเสรีการค้าและบริการจำนวน 64 สาขา (sectors) และสาขาย่อย (subsectors) แก่ชาวต่างประเทศ ข้อเสนอของมาเลเซียสำหรับความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ ในด้านบริการสุขภาพนั้น ครอบคลุมการทางการแพทย์ (ใน Subsection : Professional Services ของ section a : Business Services) การเภสัชกรรม (ใน Subsection : Other Business services ของ section a : Business Services) และโรงพยาบาลเอกชน (ใน Section d : Health-Related Social Services)

มาเลเซียพร้อมที่จะยอมรับความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าโดยจะแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่ส่งผลกระทบเสียหายแต่อย่างใด โดยที่ Ariff et al (1996) ได้สรุปในเรื่องสิทธิบัตรไว้ว่า กฎหมายสิทธิบัตรปี ค.ศ. 1983 ของมาเลเซีย (The Malaysian Patent Act 1983) ครอบคลุมเงื่อนไขและประเด็นของ TRIPs ไว้เกือบทั้งหมด จะต้องมีการแก้ไขในกฎหมายเพียง 3 ประการดังนี้ คือ

1. การคุ้มครองสิทธิบัตรในความหลากหลายของพันธุ์พืช
2. ขยายเวลาการคุ้มครองสิทธิบัตรออกไปเป็นเวลา 20 ปี
3. ปรับปรุงมาตรการการใช้สิทธิ (compulsory licensing) ให้ง่ายขึ้น

Ariff et al (1996) ได้วิเคราะห์ไว้ว่า ในระยะสั้น การเปิดเสรีการค้าบริการย่อมส่งผลเสียหายต่ออุตสาหกรรมยาของประเทศมาเลเซีย เพราะว่าศักยภาพการผลิตบริการภายในประเทศมีความจำกัดอยู่มาก ซึ่งทำให้ต้องนำเข้าบริการมากกว่าส่งออก แต่ในระยะยาวแล้ว อุตสาหกรรมบางประเภทสามารถเพิ่มศักยภาพในการส่งออกได้ จนทำให้ดุลการค้าบริการดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ของ Ariff et al (1996) ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าที่มีต่อประเทศมาเลเซียว่า จะทำให้ปัจจัยการผลิตและเทคโนโลยีที่นำเข้าจากต่างประเทศมีราคาสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความจำกัดของข้อมูลและความไม่ชัดเจนของโครงสร้างและความสัมพันธ์ระหว่างสาขาบริการต่างๆ ผลกระทบของ GATS ต่อประเทศมาเลเซียจึงไม่อาจประเมินได้อย่างจริงจังและแน่นอน

แม้ว่ามาเลเซียจะยอมรับ GATS แต่ก็ยังมีเงื่อนไขจำกัดการเข้าสู่ตลาด (market access) และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (national treatment) ในรูปแบบการค้าของ commercial presence และ movement of natural persons ของชาวต่างประเทศ เช่นการจำกัดการควบกิจการโดยชาวต่างชาติ แต่อาจได้รับอนุมัติเป็นรายๆไป กิจกรรมของชาวมาเลเซียอาจได้รับความช่วยเหลือจากรัฐเป็นกรณีพิเศษ รัฐบาลท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้อนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ชาวต่างชาติถือครองที่ดินเป็นต้น ในด้านบริการสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติต้องขึ้นทะเบียนกับองค์กรที่อนุมัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เพื่อให้สอดคล้องกับความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ มาเลเซียต้องแก้ไขกฎหมายภายในประเทศให้มีความสอดคล้องและยุติธรรมกับความตกลงนี้ นอกจากนี้ รัฐบาลยังต้องกำหนด (และอาจตั้งใหม่) หน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาภาคบริการให้เหมาะสมกับความตกลงนี้

ในภาคบริการสุขภาพ กฎหมายที่ควบคุมการให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนเพื่อสร้างมาตรฐานให้เป็นสากล โดยเฉพาะการประกันคุณภาพของปัจจัยการผลิต (inputs) และผลผลิต (outputs) Ariff et al (1996) ได้ชี้ให้เห็นว่า รัฐบาลมาเลเซียคงต้องเจรจาและปรึกษารื้อกับประเทศต่างๆ ในการกำหนดมาตรฐานที่ยอมรับได้ร่วมกัน แม้ว่าการกระทำเช่นนี้จะต้องใช้เวลาและต้องไปเกี่ยวข้องกับการแก้ไขกฎระเบียบมากมายจนทำให้เป็นปัญหาของทางการ (bureaucratic problems) ที่จะก่อให้เกิดความสับสนและความไม่แน่นอนขึ้นมา ซึ่งแนวทางดังกล่าวอาจขัดกับเป้าหมายของความโปร่งใสที่สนับสนุนโดยองค์การการค้าโลกมาโดยตลอด ข้อมูลสำคัญที่บ่งชี้ว่ามาเลเซียจะมีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศมากขึ้นหลังจากการเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพคือ อุปสงค์ต่อบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา (ดูตารางที่ 82) ดังนั้น มาเลเซียก็จะเป็นเป้าหมายของการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศแห่งหนึ่งของโลกด้วย

5.3 การค้าสินค้าและบริการสุขภาพระหว่างประเทศของไทย กับของประเทศสหรัฐ

และแนวโน้มการเปิดเสรีบริการสุขภาพของสหรัฐ

ตารางที่ 83 แสดงแหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบ ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศสหรัฐ (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537 จะเห็นได้ว่าสหรัฐเป็นประเทศที่นำเข้าสินค้าทั้งสามประเภทมากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก สหรัฐได้นำเข้าวัตถุดิบมากถึง 1.4 หมื่นล้านเหรียญ โดยมี

ประเทศแคนาดาเป็นแหล่งที่นำเข้าวัตถุดิบยาเข้ามาใหญ่ที่สุด (13.95 %) การนำเข้ายาสำเร็จรูปของสหรัฐมีมูลค่า 4.7 พันล้านเหรียญโดยมีประเทศอังกฤษเป็นแหล่งนำเข้ายาสำเร็จรูปเข้ามาใหญ่ที่สุด (16.87%) ส่วนมูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของสหรัฐเป็น 1 หมื่นล้านเหรียญ โดยมีประเทศญี่ปุ่นเป็นแหล่งที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์เข้ามามากที่สุด (25%)

ตารางที่ 84 รายงานแหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศสหรัฐ (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537 จะพบว่าสหรัฐได้ส่งออกวัตถุดิบยาสูงถึง 1.5 หมื่นล้านเหรียญ (ใกล้เคียงกับมูลค่าที่นำเข้าวัตถุดิบยา) การส่งออกยาสำเร็จรูปมีมูลค่า 6 พันล้านเหรียญ ส่วนการส่งออกเครื่องมือแพทย์สูงถึง 1.8 หมื่นล้านเหรียญ (สูงกว่าที่นำเข้า) แคนาดาเป็นประเทศที่มีการนำเข้าสินค้าทั้งสามประเภทจากสหรัฐมากที่สุด (12.51 % สำหรับวัตถุดิบยา 15.44 % สำหรับยาสำเร็จรูป และ 14.75 % สำหรับเครื่องมือแพทย์) เหตุผลที่สำคัญของการค้าระหว่างประเทศในสินค้าทั้งสามประเภทของทั้งสองประเทศที่มีมูลค่าสูงก็คือ พรมแดนที่ติดต่อกันจนทำให้มีต้นทุนในการขนส่งต่ำ การที่สหรัฐสามารถส่งออกเครื่องมือแพทย์ได้สูงมากก็เพราะสหรัฐเป็นผู้นำทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ ดังนั้น เครื่องมือแพทย์ที่ส่งออกได้จึงเป็นเครื่องมือที่มีความทันสมัยและราคาสูง อย่างไรก็ตาม สหรัฐก็นำเข้าเครื่องมือแพทย์จากประเทศพัฒนาบางแห่ง เช่น เม็กซิโก สิงคโปร์ และจีน เป็นต้น เครื่องมือแพทย์เหล่านี้มักจะเป็นเครื่องมือแพทย์ที่ต้องใช้แรงงานเข้มข้นและวัตถุดิบธรรมชาติเป็นส่วนประกอบหลัก

ในช่วง พ.ศ. 2531-2539 ประเทศไทยแทบที่จะไม่ได้ส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปไปสู่ประเทศสหรัฐเลย (ดูตารางที่ 85) ขณะที่ประเทศไทยได้นำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปจากสหรัฐเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 11 ของการนำเข้าทั้งหมดของสินค้าทั้งสองประเภท ใน พ.ศ. 2539 (ดูตารางที่ 86)

ตารางที่ 87 และ 88 แสดงมูลค่าและอัตราเพิ่มของการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากและไปประเทศสหรัฐ) ในช่วงปี พ.ศ. 2531-2539 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามูลค่าของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์มากกว่ามูลค่าการส่งออก มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของไทยจากสหรัฐคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด ขณะที่มูลค่าการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของไทยไปสหรัฐคิดเป็นร้อยละ 28.8 ของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด ซึ่งถือได้ว่าประเทศสหรัฐเป็นตลาดส่งออกเครื่องมือแพทย์ที่สำคัญแห่งหนึ่งของไทย และสมควรที่จะรักษาตลาดแห่งนี้ไว้ โดยไม่ควรได้รับผลกระทบจากการเจรจาเปิดเสรีการค้าในสินค้าประเภทนี้

ตาราง 63 : อัตราภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาของประเทศจีนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนถึงปัจจุบัน

รายการ	อัตราภาษีนำเข้าโดยเฉลี่ย (%)	
	จากแหล่งที่เป็นประเทศที่มีความตกลงแบบมีความอนุเคราะห์ซึ่ง (MFN)	จากแหล่งประเทศที่มีความตกลงแบบทั่วไป (GEN)
1. ยาสำเร็จรูป	15-30	30-40
2. วัตถุดิบยา	6-30	11-50

ตาราง 64 : มูลค่าผลผลิตทั้งหมด (gross value of output) และมูลค่าส่วนเพิ่มสุทธิ (net value added) ของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาและเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย ในช่วง ค.ศ. 1980-1992 (หน่วย 1 พันล้านบาทในมูลค่าปัจจุบัน)

ปี ค.ศ.	มูลค่าผลผลิตทั้งหมด	มูลค่าส่วนเพิ่มสุทธิ	มูลค่าส่วนเพิ่มเทียบกับ มูลค่าผลผลิตทั้งหมด
1980	6.98	2.22	32
1984	11.37	3.35	29
1985	12.73	3.65	29
1986	15.44	5.25	34
1987	20.76	5.79	28
1988	28.91	8.02	28
1989	32.31	8.31	26
1990	35.61	9.38	26
1991	45.36	13.13	29
1992	56.90	16.03	28

ที่มา : Szirmai et al (1995)

ตาราง 65 : มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนี Revealed comparative Advantage (RCA) ของผลิตภัณฑ์ยาประเทศจีน ในช่วง ค.ศ. 1970-1987

ปี ค.ศ.	มูลค่าการส่งออก (ล้านดอลลาร์)	สัดส่วนของการส่งออก	ดัชนี RCA
1970-72	17.2	1.18 %	1.02
1975-77	45.9	1.47 %	1.33
1983-85	214.0	1.4 %	1.23
1986-87	312.8	1.17 %	0.89

ที่มา : Yeats (1991)

ตารางที่ 66 : แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย(10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา			ยาดำเร็จรูป			เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Japan	594,410	27	Italy	84,303	21	USA	596,501	33
Korea Rep.	401,239	18	Spain	41,641	10	Japan	458,994	25
USA	343,506	18	Japan	38,944	10	Germany	212,242	12
Germany	154,490	15	Hong Kong	33,904	8	Hong Kong	88,342	5
Hong Kong	73,844	3	Switz	29,375	7	UK	47,609	3
France, Mona	61,963	3	Austria	25,422	6	France, Mona	40,814	2
Russian Fed	58,090	3	Germany	24,668	6	Italy	40,681	2
UK	53,218	2	USA	23,501	6	Switz	29,340	2
Belgium, Lux	43,190	2	UK	20,866	5	Korea Rep.	24,473	1
Italy	40,036	2	Belgium, Lux	19,906	5	Sweden	24,051	1
Other	401,099	18	Other	59,896	15	Other	260,718	14
World	2,225,085	100	World	402,426	100	World	1,823,765	100

ที่มา: Chinese Custom Statistics

ตารางที่ 67 : แหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา			ยาสำเร็จรูป			เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Japan	423,934	16	Hong Kong	233,068	20	USA	101,933	26
Hong Kong	283,674	11	Germany	201,879	17	Hong Kong	69,440	18
India	259,687	10	USA	170,194	14	Japan	38,891	10
USA	235,495	9	Japan	84,556	7	Germany	37,700	10
Korea Rep.	216,440	8	Netherlands	51,439	4	Pakistan	12,698	3
Netherlands	197,066	7	Korea Rep.	39,210	3	Korea Rep.	12,394	3
Germany	158,781	6	Italy	30,460	3	Netherlands	8,509	2
Thailand	86,594	3	Belgium, Lux	30,085	3	Singapore	8,391	2
UK	77,269	3	India	27,357	2	Italy	5,538	1
Indonesia	71,089	3	Spain	22,719	2	Russian Fed	4,819	1
Other	654,901	25	Other	294,330	25	Other	90,807	23
World	2,664,930	100	World	1,185,297	100	World	391,120	100

ที่มา: Chinese Custom Statistics

ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา พิกัดศุลกากร (2936-2942)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
จีน	210,794.00	251,243.00	279,350.00	322,156.00	443,587.00	405,297.00	425,792.00	597,956.00	480,176.00
โลก	1,432,050	1,834,248	2,122,719	2,432,191	3,121,014	3,137,806	3,545,787	4,223,740	4,113,427
สัดส่วน(%)	14.72	13.70	13.22	13.25	14.21	12.92	12.01	14.16	11.67

หน่วย: พันบาท

2. ยาสำเร็จรูปพิกัดศุลกากร (3001-3006)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
จีน	21,836	26,304	17714						
โลก	2,533,784	2,854,979	3,266,075	3,664,783	4,838,037	5,141,298	6,118,778	7,484,634	8,701,723
สัดส่วน(%)	0.86	0.92	0.54	0.86	0.75	1.09	0.80	0.73	1.00

ที่มา :กรมศุลกากร

ตารางที่ 69 : มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยจากจีน และสัดส่วนที่นำเข้าจากจีนต่อการนำเข้าทั้งหมด

ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา พิกัดศุลกากร (2936-2942)

ประเทศ	หน่วย: พันบาท								
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
จีน	52	0	0	0	746	65,731	71,006	57,509	127,801
โลก	40,161	51,862	78,806	89,717	193,368	349,516	644,979	734,122	878,159
สัดส่วน(%)	0.13	0.00	0.00	0.00	0.39	18.81	11.01	7.83	14.55

2. ยาสำเร็จรูปพิกัดศุลกากร (3001-3006)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
จีน	15,611	44,322	13,065	38,763	50,291	11,837	26,577	99,002	44,934
โลก	545,088	481,268	604,077	787,804	1266730	2,822,364	1,536,258	2,398,510	1,784,963
สัดส่วน(%)	2.86	9.21	2.16	4.94	3.97	0.42	1.73	4.13	2.52

ที่มา :กรมศุลกากร

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	7,0196	7,9180	0,2755	22,5140	26,2501	35,4458	67,0697	62,0697	148,9907	218,8319
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0,3517	0,4333	0,2755	3,0893	6,6886	6,7075	14,8697	19,2827	90,5298	149,6048
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0,1455	0,0235	na	0,1029	1,1549	1,0355	8,0303	5,9316	2,9429	5,9512
1.3 Artificial body parts and supports	0,0000	0,2526	na	0,4648	0,7309	1,1677	0,7556	1,3842	3,0039	2,5254
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0,0000	0,2053	na	0,1335	0,0904	0,1735	0,0000	0,3758	4,3552	5,9692
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0,0000	0,0264	na	0,0136	0,0645	0,1034	2,1962	0,3959	2,0190	0,6741
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0,4252	0,8984	na	6,9909	0,0000	0,3949	2,3176	1,0062	1,5240	0,5316
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	3,6553	1,7894	na	5,6480	8,4454	14,5012	26,7039	14,3191	8,6514	2,7435
1.8 X-ray film	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.9 Parts and accessories	2,4186	4,2891	na	6,0710	9,0753	11,3621	12,1964	19,9881	35,9644	50,8320
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	4,9651	8,0606	1,4619	10,7643	8,2769	31,2842	47,4679	50,3284	24,5958	275,7935
2.1 Microscopes	4,3194	6,6768	na	8,3814	5,6119	24,4233	39,8542	38,2472	31,8802	258,5976
2.2 Measuring and detecting instruments	0,6365	0,6006	1,4619	1,4077	2,3082	5,2397	6,6417	10,1118	19,3466	13,9967
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0,0092	0,7832	na	0,9752	0,3568	1,6212	0,9719	1,9694	3,3689	3,1993
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0,0000	0,0009	0,0000	0,0000	0,0000	3,2126	3,8703	3,4704	3,5629	0,1346
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0,0000	0,0009	0,0000	0,0000	0,0000	0,2086	0,1119	0,0000	0,2034	0,1346
3.2 Ambulance	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	na
3.3 Invalid carriages	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	3,0040	3,7583	3,4704	3,3595	na
4. Disposables	0,5861	1,1383	0,5161	5,1181	7,6766	4,3549	8,5075	21,4580	36,5009	19,2085
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	0,0000	0,0006	0,0000	0,5234	1,2095	1,6078	0,1188	5,6546	27,9275	1,5887
4.2 Needles and syringes	0,5861	1,0756	na	4,3605	6,4617	2,7470	8,3355	15,7133	8,3527	17,0368
4.3 Plasters	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,3640	0,0645	0,0000	0,0058
4.4 Surgical gloves	0,0000	0,0621	0,5161	0,2314	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
4.5 Sheath contraceptive	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0169	0,0256	0,2207	0,5772
Grand Total	12,5708	17,1178	2,2535	38,3964	42,2036	74,2975	126,9154	137,3265	213,6503	513,9685

ข. อัตราการเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	12.7985	-96.5206	6072.0508	16.5946	35.0311	89.2176	-7.4549	140.0377	46.8762
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	23.2016	-36.4182	1021.3430	116.5086	0.2826	121.6877	29.6778	369.4872	65.2548
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-83.8488	-	-	1022.3518	-10.3386	675.4998	-26.1348	-50.3861	102.2223
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	57.2504	59.7619	-35.2916	83.1922	117.0134	-15.9293
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-32.2846	91.9248	-100.0000	-	1058.9143	37.0591
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	374.2647	60.3101	2023.9845	-81.9734	409.9773	-66.6122
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	111.2888	-	-	-100.0000	-	486.8828	-56.5844	51.4609	-65.1181
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-51.0464	-	-	49.5290	71.7053	84.1496	-46.3782	-39.5814	-68.2884
1.8 X-ray film	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	77.3381	-	-	49.4861	25.1981	7.3428	63.8852	79.9291	41.3398
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	62.3452	-81.8636	636.3226	-23.1079	277.9700	51.7312	6.0282	-51.1294	1021.3032
2.1 Microscopes	54.5770	-	-	-33.0434	335.2055	63.1811	-4.0322	-16.6470	711.1543
2.2 Measuring and detecting instruments	-5.6402	143.4066	-3.7075	63.9696	127.0037	26.7573	52.2472	91.3270	-27.6529
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	8413.0435	-	-	-63.4126	354.3722	-40.0506	102.6340	71.0623	-5.0343
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-100.0000	-	-	-	20.4725	-10.3325	2.6654	-96.2222
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-100.0000	-	-	-	-46.3567	-100.0000	-	-33.8250
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	25.1099	-7.6604	-3.1956	-
4. Disposables	94.2160	-54.6605	591.6877	49.9893	-43.2705	95.3547	152.2245	70.1039	-47.3753
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-	-100.0000	-	131.0852	32.9310	-92.6110	4659.7643	393.8899	-94.3113
4.2 Needles and syringes	83.5182	-	-	48.1871	-57.4880	203.4401	88.5106	-46.8431	103.9676
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-	-82.2802	-100.0000	-
4.4 Surgical gloves	-	731.0789	-55.1637	-100.0000	-	-	-	-	-
4.5 Sheath contraceptive	-	-	-	-	-	-	51.4793	762.1094	161.5315
Grand Total	36.1711	-86.8353	1603.8562	9.9155	76.0454	70.8206	8.2032	55.5783	274.2675

ตารางที่ 71: มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปต่างประเทศจีน) ระหว่างปี 2531-2539

ก. มูลค่า	รายการ	หน่วย : ล้านบาท									
		2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0.6983	0.4407	0.2852	2.5763	7.4534	6.3210	3.3568	9.8237	49.2360	
	1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.1136	0.0000	0.0000	0.2921	0.0000	0.0000	0.3492	0.2592	21.0952	
	1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.6561	0.0000	
	1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.6684	0.9952	0.9777	
	1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.7935	0.0000	0.0000	1.4902	
	1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	0.5847	0.0000	0.0000	0.1509	0.0533	0.0090	0.8078	2.7090	3.9259	
	1.8 X-ray film	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	1.9 Parts and accessories	0.0000	0.4407	0.2852	2.1333	7.4002	2.3645	1.5314	5.7988	21.6984	
	2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	0.0000	0.0307	0.0456	0.0003	1.2630	0.0574	4.6778	1.2673	4.8946	
	2.1 Microscopes	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.1467	0.0246	2.3963	
	2.2 Measuring and detecting instruments	0.0000	0.0307	0.0456	0.0003	1.2630	0.5740	1.5311	1.2427	2.4982	
	2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.7482	0.0000	0.0073	
	3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.7482	0.0000	0.0000	
	3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	
	3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0073	
	4. Disposables	1.5663	0.7711	0.2766	4.8501	16.2002	5.2627	3.4301	16.8377	28.3877	
	4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	1.5663	0.7711	0.2766	0.0669	0.0660	3.9204	1.0573	0.6228	0.5029	
4.2 Needles and syringes	0.0000	0.0000	0.0000	4.5780	16.1342	1.3423	1.2094	3.4850	27.0133		
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		
4.4 Surgical gloves	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.4684	11.9808	0.0000		
4.5 Sheath contraceptive	0.0000	0.0000	0.0000	0.2037	0.0000	0.0000	0.6750	0.7491	0.8715		
Grand Total		2.2646	1.2425	0.8074	7.4267	24.9166	11.6411	12.2129	27.9287	82.5256	

ข. อัตราการเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	-36.8896	-35.2848	803.3310	189.3064	-15.1931	-46.8945	192.6507	401.1961
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-100.0000	-	-	-100.0000	-	-	-25.7732	8,038.5802
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	-	-	-	-	-	-	-100.0000
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	-	-	-	-	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-	-	-	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	-	-	334.0260	48.8929	-1.7584
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-	-	-	-	-	-100.0000	-	-
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-100.0000	-	-	-64.6786	-83.1144	8,875.5556	235.3553	44.9206
1.8 X-ray film	-	-	-	-	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	-	-35.2848	648.0014	246.8898	-68.0482	-35.2337	278.6600	274.1878
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	-	48.5342	-99.3421	420,900.0000	-95.4553	8,049.4774	-72.9082	286.2227
2.1 Microscopes	-	-	-	-	-	-	-99.2182	9,641.0569
2.2 Measuring and detecting instruments	-	48.5342	-99.3421	420,900.0000	-54.5527	166.7422	-18.8361	101.0300
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Disposables	-50.7693	-64.1292	1,653.4707	8.5070	-78.8268	219.9441	390.8807	68.5961
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-50.7693	-64.1292	-75.8315	5,764.4727	1,501.9697	-84.1139	-41.0952	-19.2518
4.2 Needles and syringes	-	-	-	-70.6793	-92.5041	159.6290	188.1594	675.1306
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-	-	-
4.4 Surgical gloves	-	-	-	-	-	-	2,353.0713	-100.0000
4.5 Sheath contraceptive	-	-	-	-100.0000	-	-	10.9778	16.3396
Grand Total	-45.1338	-51.1147	1,122.7033	235.5003	-53.2797	4.9119	128.6820	195.4867

ที่มา : กรมศุลกากร

ตาราง 72 : ประเทศและขนาดของการร่วมทุนแบบ Equity Joint Venture ในภาคบริการสุขภาพใน
ประเทศจีน ค.ศ. 1990

ประเทศ	จำนวน (ล้านเหรียญสหรัฐ)	ร้อยละ
ฮ่องกงและมาเก๊า	28	36
ญี่ปุ่น	16	21
สหรัฐ	14	18
ยุโรป	12	15
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	6	8
ออสเตรเลีย, แคนาดา และนิวซีแลนด์	1	1
อื่นๆ	1	1
ทั้งหมด	78	100

ที่มา : Grub et al (1991)

ตาราง 73 : อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับบริการสุขภาพที่รัฐให้เปล่ากับประชาชน

ปี ค.ศ.	อัตราการเพิ่มต่อปี(%)
1988	10
1991	14
1995	20

หมายเหตุ : เทียบกับการเพิ่มของ GNP ร้อยละ 15 ในช่วง 1986-1995

ที่มา : Shangquan et al (1996)

ตาราง 74 : การเปลี่ยนแปลงของดัชนีราคาสินค้าทั่วไป (Consumer Price Index) และดัชนีราคาสินค้าในหมวดการรักษาพยาบาลและยา (Chinese and Western Medicines) ในช่วง ค.ศ. 1992-1996

รายการ	ปี ค.ศ.				
	1992	1993	1994	1995	1996
การเปลี่ยนแปลงของดัชนีราคา สินค้าทั่วไป	6.4	14.7	24.1	17.1	8.3
การเปลี่ยนแปลงของราคาสิน ค้าในหมวดการรักษาพยาบาล และยา	9.1	9.2	11.8	11.3	9.3

ที่มา : World Bank (1997)

ตารางที่ 75 : แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาลำไส้รูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศมาเลเซีย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
USA	134,402	18.66
Germany	114,172	15.85
UK	98,559	13.68
Netherlands	53,661	7.45
Belgium, Lux	50,173	6.96
Japan	35,221	4.89
France, Mona	32,003	4.44
Switz	29,238	4.06
Italy	22,873	3.17
Israel	17,479	2.43
Other	132,632	18.41
World	720,413	100.00

ยาลำไส้รูป		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Germany	67,903	18.91
UK	63,662	17.73
Switz	48,377	13.48
USA	35,662	9.93
France, Mona	30,797	8.58
Belgium, Lux	17,314	4.82
Italy	16,914	4.71
Netherlands	13,380	3.73
Singapore	10,990	3.06
Denmark	10,945	3.05
Other	43,062	11.99
World	359,006	100.00

เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
USA	125,948	22.46
Germany	120,569	21.50
UK	73,709	13.15
Japan	42,886	7.65
Netherlands	23,019	4.11
Switz	20,926	3.73
France, Mona	16,176	2.89
Belgium, Lux	13,886	2.48
Israel	12,204	2.18
Italy	11,561	2.06
Other	99,797	17.80
World	560,681	100.00

ตารางที่ 76 : แหล่งที่มาและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศมาเลเซีย (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Japan	79,880	26.07
Singapore	48,528	15.84
USA	38,840	12.68
Korea Rep.	16,689	5.45
Thailand	16,339	5.33
Indonesia	14,526	4.74
Philippines	11,320	3.69
Netherlands	10,136	3.31
UK	9,899	3.23
China	7,392	2.41
Other	52,845	17.25
World	306,394	100.00

ยาสำเร็จรูป		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Singapore	16,520	32.52
Hong Kong	4,481	8.82
Brunai	4,429	8.72
Germany	4,170	8.21
Australia	2,451	4.83
Japan	1,545	3.04
Philippines	1,473	2.90
Thailand	1,339	2.64
Korea Rep.	1,150	2.26
UK	1,030	2.03
Other	12,206	24.03
World	50,794	100.00

เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Germany	81,099	30.86
USA	45,075	17.15
Singapore	28,660	10.90
Japan	20,242	7.70
UK	14,060	5.35
Hong Kong	9,331	3.55
France, Mona	8,567	3.26
Italy	7,123	2.71
Australia	5,255	2.00
Thailand	4,097	1.56
Other	39,316	14.96
World	262,825	100.00

ที่มา : ESCAP

ตารางที่ 77 : มูลค่านำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปของไทยจากมาเลเซีย และสัดส่วนที่นำเข้าจากมาเลเซียต่อการส่งออกทั้งหมด
 ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

ประเทศ	หน่วย: พันบาท								
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
มาเลเซีย	0	0	0	0	0	0	0	341	856
โลก	1,432,050	1,834,248	2,112,719	2,432,191	3,121,014	3,137,806	3,545,787	4,223,740	4,113,427
สัดส่วน(%)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.02

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

หน่วย: พันบาท									
ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
มาเลเซีย	3,898	5,164	4,382	6,024	9,564	4,593	5,630	10,121	7,473
โลก	2,533,784	2,857,979	3,266,075	3,664,783	4,383,037	5,141,298	6,118,778	7,484,634	8,701,723
สัดส่วน(%)	0.15	0.18	0.13	0.16	0.22	0.09	0.09	0.14	0.09

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 78 : มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปมาเลเซีย และสัดส่วนที่ส่งออกไปมาเลเซียต่อการส่งออกทั้งหมด
 ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

ประเทศ	หน่วย: พันบาท								
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	16	3	142	5,224	8,450	54,133	83,285	110,663	107,849
โลก	40,161	51,862	78,806	89,717	193,368	349,516	644,979	734,122	878,159
สัดส่วน(%)	0.04	0.01	0.18	5.82	4.37	15.49	12.91	15.07	12.28

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	46,157	68,608	81,714	100,508	114,862	140,016	17,992	189,360	210,926
โลก	545,088	481,268	604,077	787,804	1,266,730	2,822,364	1,536,258	2,398,510	1,781,963
สัดส่วน(%)	8.47	14.26	13.53	12.81	9.07	4.96	11.72	7.89	11.82

ที่มา :กรมศุลกากร

ตารางที่ 79 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศมาเลเซีย) ระหว่างปี 2531-2540
ก. มูลค่า

unit : 1,000 baht

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	12.1204	4.0018	0.0764	10.5587	30.0416	38.1943	24.8727	46.6439	123.6983	134.5177
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	3.6489	0.0056	0.0764	1.1704	11.4501	17.1394	8.2882	8.6360	49.5026	53.0468
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.0000	0.0723	na	0.7291	0.2932	0.3150	0.3891	0.0854	0.0000	0.0000
1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.7236	na	0.7291	0.2932	0.3150	0.3891	0.0854	0.0000	0.0000
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.0000	na	0.0000	0.3391	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.5702
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0000	na	0.0153	0.0019	0.0000	0.0000	0.8649	0.0000	0.0105
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.2560	0.1032	na	0.0000	0.3092	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.2591
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	2.4140	1.3402	na	4.0338	2.9719	8.0621	0.5962	1.0121	4.6151	7.8811
1.8 X-ray film	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0505	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0054
1.9 Parts and accessories	6.0320	1.7567	na	4.6305	14.6258	12.6533	15.3446	36.0455	69.5796	72.7324
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	2.3945	0.2000	0.0119	0.4319	0.8650	1.4733	1.2456	8.3611	3.9266	7.6465
2.1 Microscopes	0.0000	0.0434	na	0.3945	0.0000	0.0914	0.0289	1.8254	1.2080	0.9564
2.2 Measuring and detecting instruments	2.3945	0.1567	0.0119	0.0375	0.8650	1.2987	0.3896	0.9123	2.2425	4.5735
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0000	0.0000	na	0.0000	0.0000	0.0832	0.8271	5.6234	0.4761	2.1166
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1763	0.0000	0.0000
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1763	0.0000	0.0000
3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	na
3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	na
4. Disposables	25.4074	26.2907	15.9880	54.8658	54.5119	56.7779	88.9421	102.2213	63.7536	91.0984
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	10.0356	11.0889	11.6282	31.0638	22.3223	23.7209	50.3665	62.6818	4.5879	24.6001
4.2 Needles and syringes	3.8990	4.9859	na	8.6380	7.8074	2.7574	1.8240	9.9279	23.6676	26.8053
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0996	1.1954	0.1602
4.4 Surgical gloves	1.7751	0.0152	0.0393	5.9377	6.5399	12.6004	15.4310	16.7748	20.3420	23.0236
4.5 Sheath contraceptive	9.6977	10.2007	4.3205	9.7935	17.8432	17.7090	21.3207	12.7373	13.9607	16.5009
Grand Total	39.9223	30.4925	16.0763	65.8764	85.4185	96.4455	115.0604	157.4026	191.3785	233.2626

ข. อัตราเพิ่ม

Description	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment									
(including parts and fittings)	-66.9829	-98.0909	13720.2880	184.5199	27.1380	-34.8785	87.5305	165.1972	8.7466
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-99.8465	1264.2857	1431.9372	878.3066	49.6878	-51.6424	4.1963	473.2121	7.1596
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	-	-	-100.0000	-	939.1837	-100.0000	-	1110.0000
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	-59.7860	7.4352	23.5238	-78.0519	-100.0000	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	-87.5817	-100.0000	-	-	-100.0000	-
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-59.6875	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-44.4822	-	-	-26.3251	171.2776	-92.6049	69.7585	355.9925	70.7677
1.8 X-ray film	-	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	-70.8770	-	-	217.7104	-13.4864	21.2696	134.9067	93.0327	4.5312
2. Laboratory Test Equipment									
(including parts and fittings)	-91.6475	-94.0500	3529.4118	100.2778	70.3237	-15.4551	571.2508	-53.0373	94.7359
2.1 Microscopes	-	-	-	-100.0000	-	-68.3807	6216.2630	-33.8227	-20.8278
2.2 Measuring and detecting instruments	-93.4558	-92.4059	215.1261	2206.6667	50.1387	-70.0008	134.1632	145.8073	103.9465
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	-	-	894.1106	579.8936	-91.5336	344.5705
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages									
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Disposables									
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	3.4765	-39.1876	243.2937	-0.6812	4.1569	56.6492	14.9302	-37.6318	42.8914
4.2 Needles and syringes	10.4956	4.8634	167.1419	-28.1405	6.2655	112.3296	24.4514	-92.6807	436.1952
4.3 Plasters	27.8764	-	-	-9.6157	-64.6822	-33.8507	444.2928	138.3948	13.2574
4.4 Surgical gloves	-	-	-	-	-	-	-	1100.2008	-86.5986
4.5 Sheath contraceptive	-99.1437	158.5526	15008.6514	10.1420	92.6696	22.4644	8.7084	21.2652	13.1826
Grand Total	5.1868	-57.6451	126.6752	82.1943	-0.7521	20.3947	-40.2585	9.6049	18.1954
	-23.6204	-47.2779	309.7734	29.6648	12.9094	19.3010	36.8000	21.5853	21.8855

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 80 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศมาเลเซีย) ระหว่างปี 2531-2539

ก. มูลค่า

unit : 1,000 baht

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	2,6496	3,9061	10,3371	14,2689	9,0568	34,1292	41,2398	63,5388	73,8868
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0,0132	0,0855	0,3794	0,5991	1,1795	5,0998	22,8555	37,3568	46,6549
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0,0000	0,0000	0,1879	0,0000	0,0000	0,0000	1,1505	0,0975	2,1798
1.3 Artificial body parts and supports	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0006	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0248	0,0014	0,0000	0,0000	1,5412
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0,0000	0,0096	0,1807	0,5416	0,8971	1,0870	0,4317	1,9191	0,8490
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0,0127	0,0000	0,0000	0,1440	0,2377	0,0000	0,0025	0,0087	0,4396
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	0,7402	1,1740	3,4458	2,7202	3,8869	7,8178	3,9013	5,7690	7,2974
1.8 X-ray film	0,0000	0,2349	0,0000	0,2358	0,0000	0,3196	0,0000	0,0000	0,0000
1.9 Parts and accessories	1,8836	2,3991	6,1434	9,9912	2,8302	19,8035	12,8982	18,3876	14,9249
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	0,0065	0,0022	0,0374	0,9706	0,8172	3,3949	3,7451	1,0662	3,3477
2.1 Microscopes	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0572	1,2496	0,0763	0,0952	0,7157
2.2 Measuring and detecting instruments	0,0065	0,0022	0,0374	0,2160	0,7434	1,7814	3,6688	0,9612	2,6319
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0,0000	0,0000	0,0000	0,7546	0,0166	0,3639	0,0000	0,0098	0,0000
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0,0000	0,0000	0,0648	1,1456	1,4427	0,5168	0,5861	1,0562	0,9455
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0,0000	0,0000	0,0420	1,1456	1,4228	0,4894	0,5728	1,0122	0,9289
3.2 Ambulance	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
3.3 Invalid carriages	0,0000	0,0000	0,0228	0,0000	0,0199	0,0274	0,0134	0,0440	0,0166
4. Disposables	5,5760	3,6120	4,4864	7,6389	10,1722	9,1332	6,2997	10,6111	8,6031
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	4,4448	3,2436	3,4923	3,8197	6,4205	5,5659	4,2610	7,6308	3,4597
4.2 Needles and syringes	0,0760	0,0258	0,1392	2,0174	1,7015	0,3565	0,5303	1,7188	1,7571
4.3 Plasters	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,2607	0,0974	0,0714	0,1797
4.4 Surgical gloves	0,0000	0,0052	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0958	0,3919	1,2688
4.5 Sheath contraceptive	1,0552	0,3374	0,8549	1,8018	2,0502	2,9501	1,3153	0,7982	1,9379
Grand Total	8,2321	7,5203	14,9257	24,0240	21,4899	47,1741	51,8707	76,2723	86,7831

ข. อัตราเพิ่ม

Description		2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)		47,4223	164,6399	38,0358	-36,5277	276,8351	20,8344	54,0716	16,2861
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye		547,7273	343,7427	57,9072	96,8787	332,3696	348,1646	63,4477	24,8900
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs		-	-	-100.0000	-	-	-	-91.5254	2135.6923
1.3 Artificial body parts and supports		-	-	-	-	-100.0000	-	-	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth		-	-	-	-	-94.3548	-100.0000	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus		-	1782.2917	199.7233	65.6388	21.1682	-60.2852	344.5448	-55.7605
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays		-100.0000	-	-	65.0694	-100.0000	-	248.0000	4952.8736
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences		58.6058	193.5094	-21.0575	42.8902	101.1320	-50.0972	47.8738	26.4933
1.8 X-ray film		-	-100.0000	-	-100.0000	-	-100.0000	-	-
1.9 Parts and accessories		27.3678	156.0710	62.6331	-71.6731	599.7209	-34.8691	42.5594	-18.8317
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)		-66.1538	1600.0000	2495.1872	-15.8047	315.4307	10.3155	-71.5308	213.9842
2.1 Microscopes		-	-	-	-	2084.6154	-93.8940	24.7706	651.7857
2.2 Measuring and detecting instruments		-66.1538	1600.0000	477.5401	244.1667	139.6287	105.9504	-73.8007	173.8140
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment		-	-	-	-97.8002	2092.1687	-100.0000	-	-100.0000
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages		-	-	1667.9012	25.9340	-64.1783	13.4094	80.2082	-10.4810
3.1 Dentist's chairs and other furniture		-	-	2627.6190	24.1969	-65.6030	17.0413	76.7109	-8.2296
3.2 Ambulance		-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages		-	-	-100.0000	-	37.6884	-51.0949	228.3582	-62.2727
4. Disposables		-35.2224	24.2082	70.2679	33.1632	-10.2141	-31.0242	68.4382	-18.9236
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods		-27.0248	7.6674	9.3749	68.0891	-13.3105	-23.4445	79.0847	-54.6614
4.2 Needles and syringes		-66.0526	439.5349	1349.2816	-15.6588	-79.0479	48.7518	224.1184	2.2283
4.3 Plasters		-	-	-	-	-	-62.6390	-26.6940	151.6807
4.4 Surgical gloves		-	-100.0000	-	-	-	-	309.0814	223.7561
4.5 Sheath contraceptive		-68.0250	153.3788	110.7615	13.7862	43.8933	-55.4151	-39.3142	142.7838
Grand Total		-8.6466	98.4721	60.9573	-10.5524	119.5278	9.9559	47.0431	13.7806

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 81 : มูลค่าการส่งออก สัดส่วนของการส่งออก และดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA) ของผลิตภัณฑ์ของประเทศมาเลเซีย ในช่วง ค.ศ. 1970 – 1987

ปี ค.ศ.	มูลค่าการส่งออก(ล้านดอลลาร์)	สัดส่วนของการส่งออก	ดัชนี RCA
1970 -1972	0.7	0.1 %	0.13
1975 -1977	4.8	0.2 %	0.19
1983 -1985	13.8	0.2 %	0.15
1986 -1987	20.3	0.2 %	0.17

ที่มา : Yeats (1991)

ตารางที่ 82 : จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศมาเลเซียระหว่างปี ค.ศ. 1990 –1995

ปี ค.ศ.	จำนวนเตียง	ร้อยละของการเพิ่ม
1990	4,675	-
1991	4,718	0.92
1992	5,401	14.48
1993	5,799	7.37
1994	6,492	11.95
1995	7,195	10.83

ที่มา : Malaysian Medical Council

ตารางที่ 83 : แหล่งและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศสหรัฐ (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา			ยาสำเร็จรูป			เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Canada	1,964,574	13.95	United Kingdom	802,310	16.87	Japan	2,594,297	25.03
Japan	1,767,289	12.55	Switz.Liecht	609,565	12.82	Germany	1,646,421	15.89
United Kingdom	1,660,673	11.79	Germany	516,903	10.87	Mexico	1,079,016	10.41
Germany	1,540,029	10.93	Japan	463,721	9.75	United Kingdom	834,952	8.06
France	669,409	4.75	Canada	310,262	6.52	Canada	766,093	7.39
Switz.Liecht	588,755	4.18	Italy	299,996	6.31	France	442,419	4.27
Singapore	517,575	3.67	France	278,741	5.86	Switz.Liecht	307,541	2.97
Italy	507,144	3.60	Ireland	267,959	5.64	Singapore	273,438	2.64
Netherlands	365,191	2.59	Belgium-Lux	262,860	5.53	Netherlands	257,024	2.48
Ireland	360,639	2.56	China	147,897	3.11	China	225,038	2.17
Other	4,143,971	29.42	Other	794,843	16.72	Other	1,936,883	18.69
World	14,085,249	100.00	World	4,755,057	100.00	World	10,363,122	100.00

ที่มา: ESCAP

ตารางที่ 84 : แหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศสหรัฐ (10 อันดับแรก) ใน พ.ศ. 2537

วัตถุดิบยา		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Canada	1,924,866	12.51
Japan	1,381,941	8.98
Mexico	1,287,827	8.37
Netherlands	1,010,593	6.57
Belgium-Lux	953,281	6.20
Korea Rep.	894,833	5.82
Brazil	715,692	4.65
United Kingdom	469,644	3.05
Germany	423,509	2.75
Australia	360,075	2.34
Other	5,958,429	38.74
World	15,380,690	100.00

ยาสำเร็จรูป		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Canada	940,773	15.44
Japan	836,031	13.72
Germany	470,117	7.72
United Kingdom	408,322	6.70
Switz.Liecht	389,292	6.39
France	361,716	5.94
Belgium-Lux	331,734	5.44
Italy	255,940	4.20
Netherlands	229,554	3.77
Mexico	183,053	3.00
Other	1,685,950	27.67
World	6,092,482	100.00

เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
Canada	2,669,099	14.75
Japan	2,422,669	13.39
Germany	1,473,284	8.14
Mexico	1,344,276	7.43
United Kingdom	1,099,671	6.08
France	970,727	5.37
Korea Rep.	778,596	4.30
Netherlands	642,241	3.55
Australia	450,830	2.49
Italy	443,971	2.45
Other	5,797,331	32.04
World	18,092,695	100.00

ที่มา: ESCAP

ตารางที่ 85 : มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปสหรัฐ และสัดส่วนที่ส่งออกไปสหรัฐต่อการส่งออกทั้งหมด
 ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

ประเทศ	หน่วย: พันบาท								
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	14	-	-	-	-	289	4,520	-	-
โลก	40,161	51,862	78,806	89,717	193,368	349,516	644,979	734,122	878,159
สัดส่วน(%)	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.70	-	-

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	894	6,950	8,793	29,805	45,920	9,534	11,905	12,015	13,029
โลก	545,088	481,268	604,077	787,804	1,266,730	2,822,364	1,536,258	2,398,510	1,781,963
สัดส่วน(%)	0.16	1.44	1.46	3.80	3.63	0.34	0.77	0.50	0.73

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 86 : มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปของไทยจากสหรัฐ และสัดส่วนที่นำเข้าจากสหรัฐต่อการส่งออกทั้งหมด
 ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

ประเทศ	หน่วย: พันบาท								
	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	103,299	103,081	122,610	182,561	250,042	232,228	377,574	426,480	478,378
โลก	1,432,050	1,834,248	2,112,719	2,432,191	3,121,014	3,137,806	3,545,787	4,223,740	4,113,427
สัดส่วน(%)	7.21	5.62	5.80	7.51	8.01	7.40	10.65	10.10	11.63

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

ประเทศ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
สหรัฐอเมริกา	419,075	406,429	354,051	544,311	657,371	717,598	2,132,714	1,050,094	988,371
โลก	2,533,784	2,857,979	3,266,075	3,664,783	4383037	5,141,298	6,118,778	7,484,634	8,701,723
สัดส่วน(%)	16.54	14.24	10.84	14.85	15.00	13.96	34.86	14.03	11.36

ที่มา :กรมศุลกากร

ตารางที่ 87 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539

หน่วย : พันบาท

ก. มูลค่า

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	315,887.99	403,995.66	831,982.20	967,799.56	1,407,121.88	1,855,808.38	2,557,599.88	1,935,537.19	3,826,652.96
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	62,765.49	7,792.69	18,961.38	17,687.21	37,358.23	79,662.48	410,430.60	150,437.30	379,581.12
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.00	82,337.14	180,772.20	246,504.53	256,842.34	416,634.14	457,752.33	46,940.55	548,611.36
1.3 Artificial body parts and supports	5.03	28,156.13	66,614.00	14,175.99	172,560.71	80,591.96	117,667.28	152,702.85	101,174.55
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.00	3,929.22	14,220.53	19,391.13	17,335.05	42,628.63	57,440.99	94,239.84	73,565.67
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	93.60	31,585.84	14,841.15	128,259.22	53,787.14	166,387.40	191,815.25	199,929.13	226,776.46
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	60.63	35,966.22	124,240.98	115,361.10	112,251.10	62,989.04	155,773.30	165,199.58	326,472.23
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	193,687.76	52,446.72	114,422.74	124,968.86	191,354.19	294,801.29	326,326.60	403,721.12	546,464.57
1.8 X-ray film	22,367.74	12,008.64	27,660.45	32,349.77	53,914.30	49,495.62	64,782.99	69,488.23	71,803.81
1.9 Parts and accessories	36,907.74	149,773.03	270,248.78	269,101.75	511,718.81	662,617.61	775,610.53	670,878.59	1,552,203.20
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	12,193.55	61,789.02	147,985.87	191,462.25	172,238.84	182,407.25	358,843.00	432,439.46	884,426.50
2.1 Microscopes	100.00	9,696.80	13,918.59	36,294.85	17,426.79	13,729.01	95,782.15	40,523.58	60,572.11
2.2 Measuring and detecting instruments	12,093.55	51,136.11	127,250.66	151,607.86	143,351.90	143,922.19	213,958.92	357,203.38	420,930.28
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.00	956.11	6,816.62	3,559.53	11,460.15	24,756.06	49,101.92	34,712.51	402,924.11
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	55.59	2,605.59	20,636.38	15,856.25	15,910.94	38,128.06	63,439.99	76,070.25	142,622.19
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.00	2,547.57	20,492.15	15,026.27	15,883.60	38,004.32	62,777.75	74,484.23	141,182.96
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	55.59	58.03	144.23	829.97	27.35	123.74	662.24	1,586.03	1,439.24
4. Disposables	27,882.31	22,490.31	42,996.29	45,746.42	46,263.41	64,314.24	99,316.64	102,201.20	159,812.68
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	175.30	3,889.10	8,552.50	6,980.32	7,225.99	7,900.17	9,833.49	9,124.11	10,087.77
4.2 Needles and syringes	0.00	13,566.74	24,200.82	30,992.37	33,279.66	45,271.78	62,407.44	83,764.27	141,396.84
4.3 Plasters	6,339.43	1,978.82	3,931.08	5,835.99	4,211.15	5,491.28	6,101.14	6,965.30	8,261.45
4.4 Surgical gloves	81.45	5.90	0.00	0.00	354.42	209.55	16,379.40	135.43	0.00
4.5 Sheath contraceptive	2,186.13	3,049.76	6,311.89	1,937.74	1,192.19	5,441.46	4,594.86	2,212.10	66.62
Grand Total	356,019.45	490,880.59	1,043,600.75	1,220,864.48	1,641,535.08	2,140,657.92	3,079,199.50	2,546,248.11	5,013,514.32

ข. อัตราเพิ่ม

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	27.89	105.94	16.32	45.39	31.89	37.82	-24.32	97.70
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-87.58	143.32	-6.72	111.22	113.24	415.21	-63.35	152.32
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	119.55	36.36	4.19	62.21	9.87	-89.75	1,068.74
1.3 Artificial body parts and supports	559,663.92	136.59	-78.72	1,117.27	-53.30	46.00	29.78	-33.74
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	36.36	-10.60	145.91	34.75	64.06	-21.94
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	33,645.55	-53.01	764.21	-58.06	209.34	15.28	4.23	13.43
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	59,224.74	245.44	-7.15	-2.70	-43.89	147.30	6.05	97.62
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-72.92	118.17	9.22	53.12	54.06	10.69	23.72	35.36
1.8 X-ray film	-46.31	130.34	16.95	66.66	-8.20	30.89	7.26	3.33
1.9 Parts and accessories	305.80	80.44	-0.42	90.16	29.49	17.05	-13.50	131.37
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	406.74	139.50	29.38	-10.04	5.90	96.73	20.51	104.52
2.1 Microscopes	9,596.80	43.54	160.77	-51.99	-21.22	597.66	-57.69	49.47
2.2 Measuring and detecting instruments	322.84	148.85	19.14	-5.45	0.40	48.66	66.95	17.84
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	612.96	-47.78	221.96	116.02	98.34	-29.31	1,060.75
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	4,586.99	692.00	-23.16	0.34	139.63	66.39	19.91	87.49
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	704.38	-26.67	5.71	139.27	65.19	18.65	89.55
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	4.38	148.56	475.45	-96.71	352.48	435.19	139.50	-9.26
4. Disposables	-19.34	91.18	6.40	1.13	39.02	54.42	2.90	56.37
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	2,118.58	119.91	-18.38	3.52	9.33	24.47	-7.21	10.56
4.2 Needles and syringes	-	78.38	28.06	7.38	36.03	37.85	34.22	68.80
4.3 Plasters	-68.79	98.66	48.46	-27.84	30.40	11.11	14.16	18.61
4.4 Surgical gloves	-92.78	-100.00	-	-	-40.87	7,716.39	-99.17	-100.00
4.5 Sheath contraceptive	39.50	106.96	-69.30	-38.48	356.42	-15.56	-51.86	-96.99
Grand Total	37.88	112.60	16.99	34.46	30.41	43.84	-17.31	96.90

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 88 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539

หน่วย : พันบาท

ก. มูลค่า	รายการ										2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)											301,854.45	434,909.09	608,300.69	776,670.43	963,657.98	1,856,238.38	1,717,213.20	1,740,593.94	2,262,100.59
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye											62,765.49	153,097.17	180,868.59	261,921.55	364,521.63	79,662.84	526,445.38	475,453.69	408,521.11
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs											0.00	664.29	814.92	310.45	1,107.26	416,634.14	1,017.68	11,496.60	1,869.77
1.3 Artificial body parts and supports											5.03	0.00	0.00	92.58	0.00	80,591.96	1,651.28	0.00	0.00
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth											0.00	0.00	0.00	189.33	101.55	42,628.84	6.81	709.81	1,217.04
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus											93.60	103.26	3,054.82	6,265.29	12,577.11	166,387.40	19,943.49	3,642.15	10,828.54
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays											790.83	46.46	53.25	1,740.14	4,825.08	61,989.04	4,808.60	7,655.40	1,112.72
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences											193,687.76	230,255.18	375,651.98	413,934.02	484,880.91	295,167.93	1,064,335.87	923,816.24	1,196,951.69
1.8 X-ray film											0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.9 Parts and accessories											0.00	0.00	0.00	4,123.84	0.00	49,495.62	0.00	1.50	768.60
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)											44,511.74	50,742.74	47,857.13	88,093.23	95,644.45	662,680.61	99,004.09	317,818.56	640,831.13
2.1 Microscopes											100.00	5,624.61	25,328.50	43,398.85	35,067.82	13,729.01	54,702.98	41,727.29	54,263.72
2.2 Measuring and detecting instruments											12,093.00	12,328.48	15,006.88	17,563.21	26,300.40	143,922.19	8,230.47	3,104.56	6,190.08
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment											0.00	0.00	151.01	461.15	488.83	24,666.06	9,224.91	43,253.95	62,172.48
3. Dentist's chairs, Ambulance and invalid Carriages											12,093.00	12,328.48	15,157.89	18,024.36	26,789.23	168,588.24	17,455.38	46,358.51	68,362.56
3.1 Dentist's chairs and other furniture											0.00	20.09	0.00	961.12	646.14	38,004.32	111.71	0.00	387.56
3.2 Ambulance											0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3.3 Invalid carriages											55.59	230.57	0.00	0.00	0.00	3,198.43	0.00	0.00	182.05
4. Disposables											12,148.59	12,579.14	15,157.89	18,985.48	27,435.37	209,790.99	17,567.09	46,358.51	68,932.18
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods											175.30	2,247.75	3,557.04	4,501.56	5,317.01	7,900.17	5,015.69	2,440.10	1,744.16
4.2 Needles and syringes											0.00	0.00	0.18	19,058.50	20,695.16	45,271.78	50,847.80	74,881.78	46,027.87
4.3 Plasters											0.30	742.61	1,444.02	4,123.84	4,673.64	5,491.82	5,529.97	5,327.20	2,262.08
4.4 Surgical gloves											331,759.93	136,216.51	353,645.70	207,780.81	468,158.33	209.52	601,396.38	333,425.09	470,705.09
4.5 Sheath contraceptive											55,933.84	18,238.29	48,156.11	62,388.94	75,866.43	5,653.35	79,493.41	104,113.33	102,414.75
Grand Total											370,607.79	510,559.45	686,473.60	905,897.34	1,113,527.02	2,945,793.83	1,851,239.75	2,151,131.01	3,040,995.06

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	44.08	39.87	27.68	24.08	92.52	-7.44	1.36	29.96
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	143.92	18.14	44.81	39.17	-78.15	560.84	-9.69	-14.08
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	22.67	-61.90	256.66	37,527.46	-99.76	1,029.69	-83.74
1.3 Artificial body parts and supports	-100.00	-	-	-100.00	-	-97.95	-100.00	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	189.33	101.55	42,628.84	6.81	709.81	1,217.04
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	10.32	2,858.26	105.10	100.74	1,222.94	-88.01	-81.74	197.31
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-94.13	14.61	3,167.92	177.28	1,184.73	-92.24	59.20	-85.46
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	18.88	63.15	10.19	17.14	-39.13	260.59	-13.20	29.57
1.8 X-ray film	-	-	-	-100.00	-	-100.00	-	51,140.00
1.9 Parts and accessories	14.00	-5.69	84.08	8.57	592.86	-85.06	221.02	101.63
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	14.00	-5.69	92.69	3.72	644.61	-86.10	221.02	101.88
2.1 Microscopes	5,524.61	350.32	71.34	-19.20	-60.85	298.45	-23.72	30.04
2.2 Measuring and detecting instruments	1.95	21.73	17.03	49.75	447.22	-94.28	-62.28	99.39
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	6.00	4,945.98	-62.60	368.88	43.74
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	1.95	22.95	18.91	48.63	529.31	-89.65	165.58	47.46
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	-	-32.77	5,781.71	-99.71	-100.00	-
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	314.75	-100.00	-	-	-	-100.00	-	-
4. Disposables	3.54	20.50	25.25	44.51	664.67	-91.63	163.89	48.69
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	1,182.25	58.25	26.55	18.11	48.58	-36.51	-51.35	-28.52
4.2 Needles and syringes	-	-	10,828,592.05	8.59	118.76	12.32	47.27	-38.53
4.3 Plasters	246,612.96	94.45	185.58	13.33	17.51	0.69	-3.67	-57.54
4.4 Surgical gloves	-58.94	159.62	-41.25	125.31	-99.96	286,932.57	-44.56	41.17
4.5 Sheath contraceptive	-67.39	164.04	29.56	21.60	-92.55	1,306.13	30.97	-1.63
Grand Total	37.76	34.46	31.96	22.92	164.55	-37.16	16.20	41.37

ที่มา : กรมศุลกากร

บทที่ 6

บทบาทของการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการค้าและการลงทุนในต่างประเทศ ของไทยในภาคบริการสุขภาพในบริบทของการเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพ

เนื่องจากบริการสุขภาพมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างใหญ่หลวง การคุ้มครองผู้บริโภคจากการรับบริการสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ บทนี้ได้รายงานและวิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานภายในประเทศ ผลของการจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ในส่วนสุดท้ายเป็นการศึกษาบทบาทของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการลงทุนและส่งออกบริการสุขภาพของไทย

6.1 บทบาทของหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค

6.1.1 กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2532) เรื่องกำหนดเครื่องมือแพทย์ที่ห้ามนำเข้า ได้กำหนดให้เครื่องมือแพทย์ทุกผลิตภัณฑ์ที่นำเข้ามาจำหน่ายในประเทศไทยต้องมีหนังสือรับรองการขายเครื่องมือแพทย์ในประเทศผู้ผลิตเพื่อแสดงต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ ณ ด่านศุลกากร โดยบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2533 เป็นต้นมา การดำเนินการดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคภายในประเทศไทยให้ได้ใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีมาตรฐาน ปลอดภัย และคุ้มค่าในระดับเดียวกับผู้บริโภคในประเทศผู้ผลิต

แต่อย่างไรก็ตาม ศิริพันธุ์ ดำรงสุนทรเดชา (2539) ได้รายงานว่าการดำเนินการตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2532) ที่ผ่านมา กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ยังไม่สามารถให้การคุ้มครองผู้บริโภคเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้ามาอย่างเต็มที่ เนื่องจากเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้ามาจากต่างประเทศส่วนหนึ่งมีลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ 3 ประการที่สำคัญคือ

- ก. มีการอวดอ้างสรรพคุณของเครื่องมือแพทย์เป็นเท็จ เกินความจริง หรือแม้กระทั่งจงใจที่จะหลอกลวงผู้บริโภค
- ข. ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการใช้เครื่องมือแพทย์ไม่คุ้มค่ากับเงินที่จ่ายไปกับเครื่องมือแพทย์
- ค. ผู้บริโภคอาจได้รับอันตรายจากเครื่องมือแพทย์ โดยที่ผู้ผลิตไม่ได้แจ้งไว้

6.1.2 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีโครงการควบคุมคุณภาพยาเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคยาที่มีประสิทธิภาพตามสรรพคุณของยาที่ระบุไว้ โดยดำเนินงานที่อาจสรุปได้ดังนี้คือ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2537)

- ก. กำหนดมาตรฐานการจดทะเบียนตำรายาให้รัดกุมและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น
- ข. ดำเนินการตรวจสอบสถานที่ประกอบการเกี่ยวกับยาทั้งก่อนและหลังอนุญาตให้ประกอบธุรกิจได้ รวมทั้งตรวจสอบการนำเข้าและส่งออกยา ณ ด่านศุลกากร
- ค. การเฝ้าระวังการเกิดอันตรายจากการใช้ยา
- ง. พัฒนาระบบการควบคุมติดตามและส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ทั้งในด้านมาตรฐานของยาและการขจัดโฆษณาชวนเชื่อเกินจริง ตลอดจนเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับยา เพื่อให้ประชาชนรู้จักป้องกันและพิทักษ์ผลประโยชน์ของตนเอง

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพยาในส่วนกลาง ได้แก่ กองควบคุมยา กองสารวัตร กองควบคุมวัตถุเสพติด กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา ส่วนหน่วยงานในภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

6.1.3 แพทยสภา

หน้าที่หลักของแพทยสภาคือการควบคุมการประพฤติของแพทย์ โดยที่ตามมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2535 แพทยสภามีอำนาจที่สำคัญ 6 ประการดังนี้คือ

- (1) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (2) พักใช้ใบอนุญาตหรือเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (3) รับรองปริญญา ประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์หรือวุฒิปัตรในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันต่างๆ
- (4) รับรองหลักสูตรต่างๆสำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันทางการแพทย์
- (5) รับรองวิทยฐานะของสถาบันทางการแพทย์ที่ทำการฝึกอบรมใน (4)
- (6) ออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิปัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆและออกหนังสือวุฒิอื่นๆในวิชาชีพเวชกรรม

แพทยสภาได้มีแนวคิดที่จะให้มีการต่ออายุใบประกอบโรคศิลปะโดยการสอบ แทนที่การให้ใบประกอบโรคศิลปะตลอดชีพดังที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะสามารถควบคุมคุณภาพของบริการจากแพทย์ได้เลขาธิการแพทยสภาได้ให้สัมภาษณ์ว่า "แพทยสภาจะทำการปรับปรุง พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม

พ.ศ. 2525 ในระดับต่างๆเช่น การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมรวมทั่วประเทศ เนื่องจากแนวโน้มในอนาคตคาดว่าจะเกิดสถาบันแพทยศาสตร์เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมาก คุณภาพของแพทย์ที่ผลิตออกมาขึ้นอาจจะมีหลากหลาย ทั้งจะต้องพิจารณาพิจารณาด้วยว่า ควรกำหนดอายุของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและใบอนุญาตแสดงความเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือไม่ ซึ่งอาจจะกำหนดอายุไว้ 3 ปีหรือ 5 ปีต่อใบอนุญาตครั้งหนึ่ง โดยกำหนดให้แพทย์แต่ละคนนำหลักฐานการผ่านการฝึกอบรมการประชุมสัมมนาด้านวิชาการใหม่ หรือผลงานการให้บริการแก่ประชาชนมาแสดงเพื่อขอต่ออายุใบอนุญาต เป็นต้น ทั้งนี้เพราะอาชีพแพทย์จะต้องแสวงหาความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ" (นสพ.ไทยรัฐ, วันที่ 2 กันยายน 2541)

แต่อย่างไรก็ตาม นักวิชาการหลายท่านได้เสนอให้ใช้มาตรการแตกต่างกันไประหว่างแพทย์อาวุโสกับแพทย์จบใหม่ โดยที่การสอบอาจจะเหมาะกับแพทย์จบใหม่ แต่สำหรับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วควรเป็นการเพิ่มพูนความรู้ด้วยการรับการอบรมสัมมนาทางการแพทย์ (นสพ.กรุงเทพธุรกิจ, วันที่ 1 ตุลาคม 2541)

ในปัจจุบัน ได้มีองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (Non-government organization หรือ NGOs) เช่น กลุ่มศึกษาปัญหา ชุมชนแพทย์ชนบท ฯลฯ มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการสอดส่องดูแลผลประโยชน์ของผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ตลอดจนเป็นแกนนำในการเรียกร้องสิทธิของผู้บริโภคในบางครั้ง ผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ความคิดเห็นในการระดมสมองในการวิจัยครั้งนี้ว่า องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เหล่านี้ในบางครั้งอาจทดแทนการดำเนินการโดยรัฐในการคุ้มครองผู้บริโภคจากการปฏิบัติที่ไม่ชอบธรรมจากต่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลไทยไม่สามารถดำเนินการเองโดยเปิดเผย เนื่องจากเป็นประเด็นที่เข้าข่ายต่อการกล่าวหาว่ารัฐบาลไทยเลือกปฏิบัติและไม่เคารพกติกาการค้าเสรีของโลก นอกจากนี้ กระบวนการติดตามดูแลและประเมินการคุ้มครองผู้บริโภคของรัฐอาจก้าวไม่ทันวิธีการการค้าของบริษัทข้ามชาติที่แบบหลอกลวงในการเอารัดเอาเปรียบผู้บริโภคไทย ฉะนั้น องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์อาจมีเครือข่ายที่เข้าถึงข้อมูลสารสนเทศในเรื่องเหล่านี้ได้ดีกว่ารัฐ

6.2 บทบาทของบัญชียาหลักแห่งชาติในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

บัญชียาหลักแห่งชาติ คือ รายงานตามชื่อสามัญของยา (Generic Name) ที่มีความสำคัญและจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สถานพยาบาลควรมีไว้บริการผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรไทยและปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2537) ได้สรุปจุดประสงค์ของบัญชียาหลักแห่งชาติ 5 ประการคือ

1. ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย เหมาะกับสถานะเศรษฐกิจของชาติ

2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดหายาและการกระจายยาให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3. ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ อีกทั้งยังช่วยลดการแข่งขันในด้านชนิดและขนาดของยาให้น้อยลง ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาในด้านอุตสาหกรรมของการผลิตยามากขึ้น

4. ช่วยลดภาวะและความสิ้นเปลืองในการจัดหายา การกระจายยา การเก็บสำรองยา การเก็บรักษายา ตลอดจนการวิเคราะห์ควบคุมคุณภาพยา ซึ่งเป็นการประหยัดงบประมาณ และเงินตราในการจัดซื้อยาหรือวัตถุดิบจากต่างประเทศ ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณและเงินตราดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศในด้านต่างๆ ได้

5. สามารถก่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังติดตามผลจากการใช้ยาทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์และโทษ รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูลต่างๆ อันเนื่องมาจากการใช้ยาและก่อให้เกิดการพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุผลทางวิชาการ

บัญชียาหลักแห่งชาติได้ถูกจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2524 ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก บัญชียาหลักแห่งชาติได้รับการแก้ไขปรับปรุงรวม 6 ครั้ง ซึ่งบัญชียาหลักแห่งชาติที่ใช้ในปัจจุบันประกาศใช้ใน พ.ศ. 2542 มีรายการยาทั้งหมด 489 รายการ แบ่งเป็น 5 บัญชี

- บัญชี ก. เป็นรายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ ประกอบด้วยยา 98 รายการ

- บัญชี ข. เป็นรายการยาที่อาจจำเป็นต้องใช้ในสถานพยาบาลบางระดับ หรือในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ยาบัญชี ก. ไม่ได้หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ให้แทนยาในบัญชี ก.ชั่วคราวในกรณีที่หายาในบัญชี ก. ไม่ได้ ประกอบด้วยยา 81 รายการ

- บัญชี ค. เป็นรายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาล ซึ่งยาส่วนใหญ่จะมีอันตรายต่อผู้ป่วยหากใช้ไม่ถูกต้อง ประกอบด้วยยา 141 รายการ

- บัญชี ง. เป็นรายการยาที่อาจมีความจำเป็นต้องใช้สำหรับช่วยชีวิตผู้ป่วยบางราย แต่อาจทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาที่ร้ายแรงหรือมีราคาแพงมาก การสั่งใช้ยาในบัญชีนี้อาจต้องมีเหตุผลที่รองรับจากการตรวจวินิจฉัยและดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาที่แพทย์สภารับรอง นอกจากนี้ ยาในบัญชียังต้องมีการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยาอย่างเข้มงวด ประกอบด้วยยา 163 รายการ

- บัญชี จ. เป็นรายการยาที่ใช้เฉพาะโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรมหรือเทียบเท่า แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วย 6 รายการ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อให้ส่วนราชการใช้เป็นระเบียบในการจัดซื้อยา ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขราคากลางเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดมา การกำหนดราคากลางจำเป็นต้องใช้ข้อมูลต้นทุนการผลิตและนำเข้ายา เนื่องจากข้อมูลต้นทุนการผลิตและนำเข้ายาคือเป็นความลับของบริษัทฯ จึงไม่สามารถกำหนดราคากลางด้วยวิธีนี้ ดังนั้น การกำหนดราคากลางของยา จึงใช้ข้อมูลแหล่งประกอบกันคือ ราคายาที่โรงพยาบาลและหน่วยงานรัฐซื้อ ราคายาของบริษัทฯ โครงสร้างต้นทุนยา และราคายาขององค์การเภสัชกรรม

Rattanaojasakul (1986) ได้รายงานถึงผลของบัญชียาหลักแห่งชาติต่อมูลค่าการขายยาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2528 การปฏิบัติตามแนวทางบัญชียาหลักแห่งชาติได้ทำให้มูลค่าการขายยาลดลงร้อยละ 4 การผลิตยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก็ได้ลดลงด้วย เนื่องจากบริษัทยาบางแห่งไม่ต้องการผลิตยาเหล่านี้เข้ามาแข่งขันกัน โดยเฉพาะกับแข่งขันองค์การเภสัชกรรม นั่นย่อมหมายความว่าราคากลางของยาที่ถือได้ว่าเป็นมาตรการการควบคุมราคายาประเภทหนึ่งที่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้อย่างชัดเจน

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ. 2535 ได้นำบัญชียาหลักแห่งชาติและราคากลางของยาที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขมากำหนดการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของส่วนราชการดังได้คัดลอกเนื้อหาที่สำคัญมา ณ ที่นี้

" ข้อ 60 การซื้อยาของส่วนราชการ ให้จัดซื้อตามชื่อสามัญ (Generic Name) ในบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด โดยให้ใช้เงินงบประมาณจัดซื้อยาดังกล่าวไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 เว้นแต่ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้เงินงบประมาณจัดซื้อยาดังกล่าวไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ข้อ 61 การซื้อยา และเวชภัณฑ์ที่มีไซยา เช่น ผ้าก๊อสม ลำลิ หลอดฉีดยา เข็มฉีดยา ฝือก วัสดุทันตกรรม ฟิล์มเอกซเรย์ และเภสัชเคมีภัณฑ์ ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตออกจำหน่ายแล้ว ให้จัดซื้อจากองค์การเภสัชกรรม [...] แต่ทั้งนี้ ราคาที่องค์การเภสัชกรรมจำหน่ายต้องไม่สูงกว่าราคากลางของยาชื่อสามัญเดียวกันที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกินร้อยละ 3 "

นอกจากนี้ บัญชียาหลักแห่งชาติก็ได้มีบทบาทในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่กำหนดให้จ่ายยาภายใต้บัญชียาหลักแห่งชาติ และล่าสุด ในภาวะวิกฤตการณ์

ทางเศรษฐกิจในปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้โครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการที่มีการขยายตัวอย่างมากได้นำบัญชียาหลักแห่งชาติมาควบคุมงบประมาณของโครงการนี้ ซึ่งเดิมที่รัฐเคยจ่ายให้กับยาทุกรายการเมื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ

อย่างไรก็ตาม การนำบัญชียาหลักแห่งชาติและระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ. 2535 ได้ถูกโจมตีว่า ปิดกั้นการแข่งขันในธุรกิจยาและเวชภัณฑ์จากผู้ผลิตและนำเข้ายาและเวชภัณฑ์ภายในประเทศมาเป็นเวลานานแล้ว ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ผลิตยาและเวชภัณฑ์ต่างประเทศก็ได้นำประเด็นนี้มากล่าวหาว่า ขัดต่อการค้าเสรีและความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดการค้าเสรี ตัวอย่างที่สำคัญ คือ การที่สถานทูตอังกฤษในประเทศไทยได้ทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ทบทุนมาตรการที่ให้โรงพยาบาลรัฐซื้อยาที่มีชื่อสามัญทางยาและการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากมาตรการนี้จะส่งผลเสียต่อการนำเข้ายาจากต่างประเทศของบริษัทต่างชาติ แต่อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ยืนยันว่ามาตรการดังกล่าวไม่ได้ปิดกั้นบริษัทยาต่างประเทศ เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐมีสิทธิสั่งซื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และไม่ได้ห้ามให้ซื้อจากบริษัทต่างชาติ (นสพ. กรุงเทพธุรกิจ, วันที่ 10 มีนาคม 2541)

หากย้อนประวัติศาสตร์แล้ว จะพบได้ว่าการคัดค้านดังกล่าวได้เกิดขึ้นพร้อมกับการจัดทำบัญชียาหลักของโลกเป็นครั้งแรก Abel-Smith (1994) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาของบริษัทยาข้ามชาติของประเทศอุตสาหกรรมที่มีต่อการจัดทำบัญชียาหลักของประเทศต่างๆ ที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1978 บริษัทยาข้ามชาติได้ดำเนินการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติว่าเป็นนโยบายที่ผิดทาง (misguided policies) ซึ่งจะทำให้การลงทุนในอุตสาหกรรมยาลดลง

นอกจากนี้ ยังมีแรงกดดันมาจากประเทศที่เป็นเจ้าของบริษัทยาข้ามชาติรายใหญ่หลายแห่ง โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาต้องการอนามัยโลกในการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยให้เหตุผลว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการแทรกแซงตลาดเสรี รวมทั้งยังได้เตือนองค์การอนามัยโลกว่าไม่ควรมายุ่งเกี่ยวกับการควบคุมหรือจำกัดการดำเนินกิจการด้านธุรกิจของภาคเอกชน แม้ว่าสินค้าที่ผลิตและขายจะเกี่ยวข้องกับ ความกังวลด้านสุขภาพก็ตาม ความกดดันนี้ได้ถูกตอบโต้โดยที่สหรัฐได้งดส่งเงินสนับสนุนองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 1986 ซึ่งคิดเป็นรายได้ขององค์กรนี้ถึงร้อยละ 25 ดังนั้น ในที่สุด องค์การอนามัยโลกต้องแก้ไขนโยบายบัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อหลีกเลี่ยงให้กับภาคเอกชน โดยระบุว่าบัญชียาหลักใช้กับภาครัฐของประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น (ไม่ครอบคลุมถึงภาคเอกชน)

ในความเป็นจริงแล้ว ประเทศไทยก็ไม่ได้เป็นประเทศเดียวในโลกที่ได้ทำบัญชียาหลักแห่งชาติและการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของส่วนราชการมาควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โครงการ Medicaid ของประเทศสหรัฐก็ได้ใช้วิธีการกำหนดรายการที่เบิกจ่ายได้ (drug formularies) โดยมีคณะกรรมการ

ของรัฐที่มีชื่อว่า Pharmacy and Therapeutics (P&T) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และเภสัชกร ในบางรัฐไม่มีการจำกัดรายการยาที่เบิกได้ (open formulary) แต่บางรัฐจำกัดรายการยาที่เบิกได้ (restricted formulary) จุดประสงค์ของวิธีการนี้คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพของโครงการมิให้สูงเกินไป Moore et al (1997) ได้กล่าวว่า นอกจากประเทศสหรัฐที่ได้ใช้วิธีการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้แล้ว ประเทศเยอรมันและเนเธอร์แลนด์ก็ยังได้ใช้วิธีการนี้ด้วย

Abel Smith (1994) ระบุว่าหลายประเทศในยุโรปได้มีการควบคุมราคาขายโดยอาศัยต้นทุนของการผลิตยา ได้แก่ สวีเดน อิตาลี สเปน โปรตุเกส แต่การควบคุมราคาขายได้สร้างปัญหาต่อระบบการกำหนดราคาของทางการเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมียาจำนวนมากที่ออกสู่ตลาด ในทางตรงกันข้ามประเทศที่เป็นผู้ส่งออกยาใหญ่ เช่น ฝรั่งเศส พบว่าการควบคุมราคาขายภายในประเทศของตนได้สร้างความเสียหายอย่างมากต่อการส่งออกยา จึงได้มีการทบทวนมาตรการควบคุมราคาขายให้เบาบางลง

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในประเทศสหรัฐที่จะขยายการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ออกไปใช้กับทุกโครงการประกันสุขภาพในระดับประเทศเลยทีเดียว (national drug formulary) แต่ไม่ประสบความสำเร็จจนกระทั่งปัจจุบัน

ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ วิธีการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ของโครงการ Medicaid ก็คล้ายคลึงกับวิธีการที่รัฐบาลไทยได้ใช้บัญชียาหลักในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและโครงการบัตรประกันสุขภาพ

Moore et al (1993) ได้วิเคราะห์ผลของการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ของโครงการ Medicaid ในช่วงปี ค.ศ. 1985-1989 จาก 47 รัฐ พวกเขาพบว่า จากการที่ได้ควบคุมลักษณะของประชากรและโครงสร้างการบริการสุขภาพที่แตกต่างกันแล้ว รัฐที่มีการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในหมวดยาได้ แต่โครงการนี้ไม่ได้ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งหมดเลย เนื่องจากผู้ให้บริการได้ทดแทนยาที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ด้วยปัจจัยการผลิตชนิดอื่น (nonpharmaceutical services) ซึ่งอาจมีราคาแพงกว่ายาที่ไม่ยอมให้เบิกจ่ายได้

เนื่องจากหลายประเทศได้นำบัญชียาหลักแห่งชาติหรือแนวคิดที่คล้ายคลึงกันมาควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพดังที่กล่าวมาแล้ว จึงทำให้มีความเป็นไปได้สูงต่อการที่ประเทศเหล่านั้นจะรักษามาตรการนี้ไว้ แม้ว่ามาตรการนี้จะขัดแย้งต่อการเปิดเสรีการค้าในภาคบริการสุขภาพ ดังนั้นประเทศไทยก็สามารถที่จะนำบัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ในโครงการบัตรประกันสุขภาพและโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสด พ.ศ. 2535 ตราบใดที่โครงการ Medicaid ของสหรัฐยังคงให้วิธีการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ และประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆ มีการควบคุมการเบิกจ่ายค่ายาด้วยวิธีการทางอ้อมและแอบแฝงต่างๆ

6.3 บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

เนื่องจากความตกลงระหว่างประเทศทำให้บทบาทขององค์กรภายในประเทศโดยเฉพาะองค์กรของรัฐถูกจำกัดลงและต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศที่รับมาปฏิบัติ ดังนั้น การควบคุมผลกระทบทางสังคมจากการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพอาจต้องพึ่งพาองค์กรระหว่างประเทศและองค์กรประเภท Non-government organizations (NGOs) เพื่อให้เป็นการถ่วงดุลย์กับการเจรจาของภาคีสมาชิกในการยอมรับความตกลงระหว่างประเทศ ส่วนนี้จะกล่าวถึงองค์กรระหว่างประเทศและบทบาทในการผลักดันการควบคุมผลกระทบทางสังคมจากการเปิดเสรีด้านบริการสุขภาพระหว่างประเทศ

6.3.1 Health Action International (HAI)

HAI เป็น NGO ระหว่างประเทศที่แรกเริ่มจัดตั้งโดยสมาชิก 50 ท่าน จาก 27 ประเทศ ใน ค.ศ. 1981 โดยมีจุดประสงค์หลักในการเป็นกลุ่มที่สนับสนุน (advocacy group) เพื่อนำประเด็นสำคัญๆเกี่ยวกับยามาตีแพร่ให้สาธารณชนรับรู้และวิพากษ์วิจารณ์ และช่วยกระตุ้นในกระบวนการค้นหาคำตอบให้กับปัญหาเหล่านั้น กิจกรรมหลักที่สำคัญที่ HAI ได้กระทำ ได้แก่

- การเรียกร้องให้ยุติการแข่งขันเชิงพาณิชย์ของยาที่สั่งโดยแพทย์
- การเรียกร้องให้ยกเลิกการให้สิทธิบัตรกับยาที่จำเป็นมาก
- การสนับสนุนให้ทดแทนยาที่มีชื่อทางการค้าด้วยยาที่มีชื่อสามัญ
- การพัฒนาการผลิตยาระดับประเทศหรือภูมิภาค และการซื้อยารวม (bulk-buying arrangements)

ผลงานที่สำคัญของ HAI คือการผลักดันให้องค์การอนามัยโลกรับหลักการ 4 ประการที่สำคัญเกี่ยวกับยา คือ

1. ต้องตอบสนองความจำเป็นทางการแพทย์ที่แท้จริง
2. มีคุณค่าทางการรักษาอย่างชัดเจน
3. ปลอกภัยอย่างยอมรับได้
4. คุ่มค่ากับเงินที่จ่ายไป

โดยที่องค์การอนามัยโลกได้บรรจุหลักการนี้ไว้ใน Action Programme on Essential Drugs นอกจากนี้ HAI ยังหวังที่จะผลักดันให้องค์การอนามัยโลกพัฒนา "มาตรฐานระหว่างประเทศที่ยอมรับได้"

ในการตลาดและการส่งเสริมการขาย" โดยที่รัฐบาลของแต่ละประเทศควรใช้มาตรฐานเป็นพื้นฐานในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ HAI ยังมีเครือข่าย NGO ในแต่ละประเทศที่คอยผลักดันประเด็นที่เกี่ยวกับยาให้ถูกล่วงไปได้ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทยกลุ่มศึกษาปัญหาภัยก็เป็นเครือข่ายที่สนับสนุน HAI เป็นต้น

6.3.2 South Centre

South Centre เป็นองค์กรระหว่างรัฐบาล (intergovernmental organization) ของประเทศกำลังพัฒนาที่ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1995 เป้าหมายของ South Centre คือ การส่งเสริมความเป็นปึกแผ่น ความร่วมมือ และการประสานงานของประเทศกำลังพัฒนาในเวทีระหว่างประเทศโดยมีความเป็นอิสระของตนเอง กิจกรรมของ South Centre ได้แก่ การจัดเตรียม เผยแพร่ และกระจายข้อมูลสารสนเทศ การวิเคราะห์ และการเสนอแนะในประเด็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับประเทศกำลังพัฒนา

South Centre ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือจากรัฐบาลของประเทศกำลังพัฒนา และยังได้ร่วมงานอย่างสม่ำเสมอกับ Non-Aligned Movement และ Group of 77 โดยจะมีผู้เชี่ยวชาญจากประเทศกำลังพัฒนาเป็นหลัก ความรู้และประสบการณ์ที่ได้ก็จะนำมาเสนอในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

South Centre ได้ติดตามศึกษาผลกระทบของความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกที่มีต่อประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งด้านบริการสุขภาพด้วย โดยได้มีการตีพิมพ์ผลกระทบต่างๆที่จะเกิดขึ้น และเสนอให้ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวกันเจรจาความตกลงระหว่างประเทศเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ส่วนข้อเสียจากความตกลงระหว่างประเทศนั้น South Centre ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการมาติดตามและตรวจสอบเพื่อสร้างสัญญาณเตือนภัยให้กับประเทศกำลังพัฒนา

6.3.3 องค์การอนามัยโลก

Abel-Smith (1994) ได้แนะนำว่า เนื่องจากบริษัทยาเป็นบริษัทข้ามชาติที่มีอิทธิพลสูง การควบคุมพฤติกรรมของบริษัทเหล่านี้ควรมาจากระดับประเทศ โดยอาจให้องค์การอนามัยโลกเป็นตัวหลักที่จะดำเนินการเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของประเทศสมาชิก Abel-Smith ได้ยกตัวอย่างของการควบคุมการโฆษณาชวนเชื่อเรื่องยาในวารสารการแพทย์ระหว่างประเทศที่มีลักษณะที่ไร้จริยธรรมในทางการตลาดสำหรับยาอันตรายหรือยาที่คล้ายประสิทธิภาพ การดำเนินการของประเทศใดประเทศหนึ่งย่อมทำให้เกิดต้นทุนสูงและไม่มีพลังเพียงพอ อย่างไรก็ตาม ตามที่ Abel-Smith ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ เนื่องจากองค์การอนามัยโลกต้องพึ่งพาเงินสนับสนุนจากประเทศอุตสาหกรรมที่เป็นเจ้าของบริษัทยาข้ามชาติส่วน

ใหญ่ บทบาทขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมผลกระทบที่จะเกิดจากการเปิดเสรีการค้ายาและเวชภัณฑ์จึงมีความจำกัดมาก

Chetley (1990) ได้รายงานว่ามี ผู้เชี่ยวชาญหลายท่านที่เรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกเป็น "a supranational manipulator of governments" แต่ผู้บริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลกกลับไม่เห็นด้วยและขอเป็นเพียงผู้สนับสนุนรัฐบาลประเทศต่างๆ ให้ปฏิบัติตามนโยบายที่ได้วางไว้ ซึ่งอุตสาหกรรมยา ก็เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่ง

องค์การอนามัยโลกได้สังเกตเห็นผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการที่มีต่อสุขภาพ จึงได้ทำการศึกษาผลของการดำเนินการตามความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญๆ โดยได้นำเสนอรายงานการศึกษามาเป็นระยะๆ นอกจากนี้ ที่ประชุมอนามัยโลก (World Health Assembly) ได้เรียกร้องให้เลขาธิการองค์การอนามัยโลกทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างรายงานทางด้านเทคนิคกับแนวทางการดำเนินงานต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก และความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก โดยเฉพาะผลกระทบของความตกลงระหว่างประเทศที่มีต่อนโยบายยาแห่งชาติและนโยบายบัญชียาหลัก ตลอดจนข้อเสนอแนะในการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกและองค์การการค้าโลก

6.3.4 องค์การภายใต้สหประชาชาติ

Chetley (1990) กล่าวถึงบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศ เช่น the United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), the United Nations Industrial Development Organization (UNIDO) และ the United Nations Development Program (UNDP) ในการช่วยเหลือด้านการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยาจากประเทศอุตสาหกรรมมาประเทศกำลังพัฒนา โครงการความร่วมมือทางวิชาการด้านเภสัชกรรมของกลุ่มประเทศอาเซียน การพัฒนานโยบายด้านยา การควบคุมคุณภาพยา และการปรับปรุงระบบสารสนเทศด้านยา แต่ บทบาทขององค์การภายใต้สหประชาชาติเหล่านี้ก็มีความจำกัดมากและไม่ค่อยยืดหยุ่นเมื่อเทียบกับความต้องการ

อย่างไรก็ตาม องค์การเหล่านี้ยังไม่ได้มีบทบาทอย่างเห็นได้ชัดในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก กิจกรรมขององค์การเหล่านี้เป็นไปเพื่อสนับสนุนความตกลงระหว่างประเทศมากกว่า เช่น การจัดอบรมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศ เป็นต้น

6.3.5 การใช้ประโยชน์จากองค์กรระหว่างประเทศเพื่อการค้าระหว่างประเทศของไทย

K. Balasubramaniam (1983) ได้รวบรวมประเด็นต่างๆ ในอุตสาหกรรมยาที่แต่ละประเทศควรให้ความสนใจไว้ดังนี้

- 1.) เตรียมบัญชียาที่มีความจำเป็นต่อประชากร
- 2.) เลิกใช้ชื่อทางการค้าของยา และใช้ชื่อสามัญทางยาแทน
- 3.) จัดหาข้อมูลสารสนเทศของยาและสารออกฤทธิ์
- 4.) จัดตั้งองค์กรกลางของประเทศในการซื้อ และกระจายยา
- 5.) ยกเลิกสิทธิบัตรยา หรือลดช่วงเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรยา
- 6.) จัดตั้งอุตสาหกรรมยาภายในประเทศของตนเองตามความเหมาะสม โดยเพิ่มจากการ

ผสมและบรรจุกา

นอกจากนั้นประเด็นต่อไปนี้ควรดำเนินการจากการรวมตัวของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ที่ควรให้ความสนใจและร่วมมือกัน

- 1.) การรวมกันจัดหายา
- 2.) ควบคุมคุณภาพในยาวัตถุดิบ, ยาชั้นกลาง และยาสำเร็จรูป
- 3.) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายหลักของทรัพย์สินทางอุตสาหกรรม
- 4.) จัดหาข้อมูลสารสนเทศของแหล่งผลิตยาและเทคโนโลยี
- 5.) ช่วยกันในเรื่องเลือกเฟ้นและประเมินยาที่นำเข้า
- 6.) ติดตามความเคลื่อนไหวของราคารายา การควบคุม transfer pricing และกลไกในการนำเข้าเทคโนโลยี
- 7.) ส่งเสริมความร่วมมือทางอุตสาหกรรมระหว่างประเทศสมาชิก
- 8.) ผลิตยาป้อนให้กับประเทศในภูมิภาค
- 9.) จัดเตรียมรายงานความเป็นไปได้ของโครงการการพัฒนา
- 10.) ทำวิจัยในห้องปฏิบัติการ จัดให้มีโรงงานทดลองขบวนการอุตสาหกรรม เพื่อให้ได้ยาใหม่ และปรับปรุงเทคโนโลยีที่นำเข้า

- 11.) จัดการฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้รู้จักการคัดเลือดยาและการผลิตยา

ในบทความของ K. Balasubramaniam (1983) ASEAN ได้ให้สัญญาจะร่วมมือกันใน 7 สาขาของการพัฒนาอุตสาหกรรมยาในภูมิภาคนี้ คือ

- 1.) การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศของยาระหว่างกัน
- 2.) อบรมและแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตยาและการบริการยา

- 3.) พัฒนา ผลิตภัณฑ์ และใช้มาตรฐานของภูมิภาคนี้
- 4.) แลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศของยาในบัญชียาหลัก
- 5.) พัฒนาแนวทางข้อปฏิบัติ ในการดำเนินการ Good Manufacturing Practice
- 6.) ประเมิน และควบคุมยา
- 7.) พัฒนาห้องปฏิบัติการที่ได้รับการควบคุมอย่างพอเพียง

K. Balasubramaniom (1983) ให้คำแนะนำว่า การร่วมมือกันทางด้านยานาจะขยายออกไปเป็นระหว่างภูมิภาคที่ต่างกัน ทั้งนี้เพราะว่า ประเทศในภูมิภาคเดียวกันมักจะมีทรัพยากรสำหรับผลิตยาใกล้เคียงกัน ไม่ได้ส่งเสริมต่อกันเท่าที่ควร

การจัดตั้งบริษัทระหว่างชาติร่วมกัน (a joint multinational pharmaceutical enterprises) เพื่อผลิตยาวัตถุพิบ และยาชั้นกลางป้อนให้กับความต้องการของประเทศกำลังพัฒนา

เขาได้เสนอรูปแบบของบริษัทาประเภทนี้ โดยพิจารณาในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

1.) เงินทุนอาจเป็นการกู้ยืมจากธนาคารโลก หรือธนาคารพาณิชย์ในประเทศกำลังพัฒนา

2.) เทคโนโลยีอาจได้จากประเทศสมาชิก หรือได้รับสิทธิจากการเช่า/ซื้อสิทธิจากประเทศพัฒนาแล้ว

3.) บุคลากรควรมาจากประเทศสมาชิกอันดับแรก ถ้าหาไม่ได้/ไม่เพียงพอ ก็อนุโลม ใช้คนจากนอกกลุ่มได้

4.) ตลาดของยาที่ผลิตได้ควรเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาในอันดับแรก

5.) กฎหมายบังคับควรเอื้อต่อการจัดตั้งและดำเนินการผลิตยาและกระจายยาในประเทศสมาชิก

6.) รูปแบบของบริษัทเป็นแบบคณะกรรมการ ผู้ให้เงินกู้ ผู้ถือหุ้น (ทั้งรัฐบาล และเอกชน) และคนงานในบริษัทเข้าช่วยการเป็นกรรมการ

7.) จุดประสงค์ของบริษัทคือ การดำเนินงานตามแบบธุรกิจ โดยแข่งขันกับบริษัทที่มีอยู่เพื่อขยายที่จำเป็นแก่ประเทศกำลังพัฒนาในราคาและเงื่อนไขที่มีกำไรน้อยที่สุด โดย เฉพาะเป็นราคาที่ต่ำกว่าราคาที่เสนอขายระหว่างประเทศ

8.) หน้าที่และบทบาทของบริษัท ได้แก่

- ก) การผลิตยาวัตถุพิบและยาชั้นกลางสำหรับยาจำเป็นของประเทศกำลังพัฒนา
- ข) การผลิตวัคซีน
- ค) ผลิตยาสมุนไพร

ง) การถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งช่วยจัดตั้งอุตสาหกรรมภายในประเทศด้วย

จ) ทำการวิจัยและพัฒนา

ฉ) ผลิตเครื่องมือในการผลิต

ช) ผลิตวัตถุดิบในการบรรจุ

9.) ประเทศสมาชิก ต้องยินยอมในประเด็นต่อไปนี้แก่บริษัท

ก) ปรับเปลี่ยนกฎหมาย และการควบคุมให้บริษัทสามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ได้

ข) ยอมให้ลดหย่อนข้อจำกัดในการส่งออกผลิตภัณฑ์ หรือนำเข้า ตามที่บริษัทต้องการเพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งระเบียบพิธีการทางศุลกากร และภาษีศุลกากร

ค) ผ่อนผันข้อจำกัดทางการแลกเปลี่ยนเงินตราที่บริษัทได้มาจากการดำเนินการของบริษัท

ง) ยอมให้ผู้ถือหุ้นมีสิทธิที่จะโอนกำไรในเงินสกุลที่ต้องการ โดยไม่มีข้อจำกัด

จ) อนุญาตให้มีการเข้า-ออก และพำนักของบุคลากรของบริษัท โดยไม่มี ความลำเอียงในด้านใดๆ

6.4 บทบาทของหน่วยงานที่ส่งเสริมการลงทุนและการส่งออกบริการสุขภาพของไทย

6.4.1 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI)

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้เริ่มให้การสนับสนุนการลงทุนอย่างจริงจังแก่สถานพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่ต่ำกว่า 50 เตียง ส่วนสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอื่นต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่ต่ำกว่า 25 เตียง

2. สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครต้องมีรพพยาบาลไว้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คัน ส่วนสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอื่นต้องมีรพพยาบาลไว้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คัน

3. สถานพยาบาลต้องมีห้องตรวจโรคภายนอก ห้องเภสัชกรรม ห้องเอ็กซเรย์ ห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการชันสูตร ห้องเก็บรักษารายงานและทะเบียน ห้องฉุกเฉิน ห้องดับจิต โรงครัว โรงซักฟอก ที่พักพยาบาล และที่พักคนงาน

4. สถานพยาบาลต้องมีลิฟท์ขนาดบรรจุเตียงหรือรถเข็นผู้ป่วยได้ ถ้ามีอาคารสูงกว่า 2 ชั้นขึ้นไป
5. สถานพยาบาลต้องมีที่จอดรถได้สะดวกและเพียงพอ

สิทธิประโยชน์ของสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครคือ การยกเว้นภาษีเครื่องจักรครึ่งหนึ่ง สิทธิประโยชน์ของสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นเขตส่งเสริมการลงทุนที่ 1 และ 2 จะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล 5 ปี และยกเว้นภาษีเครื่องจักรครึ่งหนึ่ง สิทธิประโยชน์ของสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่เป็นเขตส่งเสริมการลงทุนที่ 3 จะได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคล 5 ปี และยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องจักรทั้งหมด ตารางที่ 89 แสดงจำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน ซึ่งจะพบได้ว่าการลงทุนที่ขอรับการส่งเสริมเพิ่มขึ้นอย่างมากใน 2 ช่วง คือ พ.ศ. 2533-34 และ พ.ศ. 2537 ตารางที่ 90 แสดงจำนวนเงินที่มีการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุน โดยที่ในปี พ.ศ. 2538 ซึ่งเป็นปีที่มีการอนุมัติการส่งเสริมการลงทุนที่สูงสุด เป็นประวัติการณ์ถึง 1.8 หมื่นล้านบาท

เนื่องจากโรงงานยาส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นโรงงานที่นำยาวัตถุดิบมาผสมเป็นยาสำเร็จรูป จึงไม่เข้าข่ายในการรับการส่งเสริมการลงทุน ดังนั้น จึงมีเพียงโรงงานยาจำนวนน้อยที่สามารถผลิตยาวัตถุดิบได้และได้รับการส่งเสริมการลงทุน ตั้งแต่เริ่มการให้สิทธิประโยชน์แก่อุตสาหกรรมยานี้จนถึงปัจจุบัน จำนวนเงินลงทุนของโครงการผลิตยาวัตถุดิบก็น้อยตามไปด้วย (ดูตารางที่ 90)

โรงงานยาวัตถุดิบเป็นการร่วมทุนระหว่างนักลงทุนท้องถิ่นกับบริษัทต่างชาติที่มีเทคโนโลยีในการผลิต แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนการลงทุนก็ตาม ผู้ผลิตเหล่านี้ก็ได้ประสบปัญหาของการเสนอราคาวัตถุดิบที่ต่ำกว่าซึ่งนำเข้ามาจากประเทศจีนและอินเดีย จนทำให้ผู้ผลิตในประเทศไทยต้องประสบกับการขาดทุน

ปัญหานี้อาจสะท้อนให้เห็นว่า การคุ้มครองผลผลิตจากโรงงานยาที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนยังไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการปกป้องอุตสาหกรรมนี้ในประเทศไทยอาจจะน้อยไปจนทำให้ไม่พร้อมที่จะแข่งขันกับอุตสาหกรรมนี้ในประเทศอื่น ผลเสียที่ตามมาคือ การบั่นทอนความตั้งใจในการตั้งโรงงานผลิตยาวัตถุดิบในประเทศไทยอีก

ในปัจจุบัน คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้สนับสนุนการผลิตเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศ 16 รายการด้วยกันดังที่แสดงในตาราง 91 ตามรายงานของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ใน พ.ศ. 2535 โรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์จำนวน 85 แห่งได้รับสิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมการลงทุน โรงงาน 30 แห่งเป็นของคนไทย 7 แห่งเป็นของชาวต่างชาติ และที่เหลือ 48 แห่งเป็นการร่วมทุนกันระหว่างคนไทยกับคนต่างชาติ โดยมีรายละเอียดแสดงในตาราง 92 ตารางที่ 90 แสดงให้เห็นว่า การลงทุนในอุตสาหกรรม

สาหรณรมผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนมีจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนและการผลิตยา

นอกจากการส่งเสริมการลงทุนแล้ว คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนยังได้ติดต่อกับสมาคมผู้ผลิตอุปกรณ์การแพทย์ของหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมัน ฝรั่งเศส และประเทศอื่นๆใน ยุโรป เพื่อมาร่วมลงทุนในประเทศไทยกับผู้ประกอบการของไทย และยังมีการให้จ้ฉนักลงทุนไทยไปดูฉู่ทางการลงทุนกับต่างชาติที่ทวีปยุโรปและอเมริกาด้วย

ในปัจจุบัน สำนักคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน กำหนดให้ธุรกิจนัโรงพยาบาลเอกชน อุตสาหกรรมผลิตยา และอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์อยู่ในข่ายของการส่งเสริมการลงทุน โดยที่เงื่อนไขของสิทธิบัตรการส่งเสริมการลงทุนใหม่ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา คือ โรงพยาบาล โรงงานผลิตยา และเครื่องมือแพทย์ตั้งอยู่ในเขต 2 หรือเขต 3 เพื่อให้มีการสอดคล้องกับนโยบายของการกระจายการลงทุนไปสู่ภูมิภาค จังหวัดที่อยู่ในเขต 2 ได้แก่ สมุทรสงคราม ราชบุรี กาญจนบุรี สุพรรณบุรี อ่างทอง อุดรยา สระบุรี นครนายก ฉะเชิงเทรา และชลบุรี โดยมีสิทธิประโยชน์ 3 ประการคือ

ก. ลดภณณ้นำเข้า 50% สำหรับเครื่องจักรกลที่ไม่ได้อยู่ในข่ายการลดภณณีสกุลการมาแล้ว และต้องเป็นเครื่องจักรกลที่ต้องเสียภณณ้นำเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ 10%

ข. ยกเว้นภณณินิฉินบุคคลเป็นระยะเวลา 3 ปี ถ้าโรงงานตั้งอยู่ในนิคมอุตสาหกรรม หรือเขตการส่งเสริมอุตสาหกรรมก็จะขยายการยกเว้นไปถึง 7 ปี

ค. ยกเว้นภณณ้นำเข้าสำหรับวัตถุดิบหรือวัตถุฉจำเป็นที่ใช้ในสินค้าส่งออกเป็นเวลา 1 ปี สำหรับโครงการที่มีการส่งออกไม่น้อยกว่า 30% ของมูลค่าการขายทั้งหมด

จังหวัดที่อยู่ในเขต 3 คือจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล และจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในเขต 2 แต่รวมถึงนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบังด้วย ซึ่งมีสิทธิบัตรดังนี้คือ

ก. ยกเว้นภณณ้นำเข้าสำหรับเครื่องจักร

ข. ยกเว้นภณณินิฉินบุคคลเป็นเวลา 8 ปี

ค. ยกเว้นภณณีสําหรับวัตถุดิบ หรือวัตถุฉจำเป็นที่ใช้ในสินค้าส่งออกเป็นเวลา 5 ปี สำหรับโครงการที่มีการส่งออกไม่น้อยกว่า 30% ของมูลค่าการขายทั้งหมด

ง. ลดภณณ้นำเข้าสำหรับวัตถุดิบ หรือวัตถุฉจำเป็นในการผลิตสินค้าเพื่อขายในประเทศ 75% เป็นเวลา 5 ปี แต่สามารถขอต่ออายุได้ปีต่อปี โดยมีข้อแม้ว่าวัตถุดิบหรือวัตถุฉจำเป็นในการนำเข้าต้องมีคุณภาพที่เท่ากับวัตถุดิบหรือวัตถุฉจำเป็นที่ผลิตได้ไม่เพียงพอภายในประเทศเพื่อขบวนการผลิตนี้

จ. สิทธิประโยชน์อื่นๆ ได้แก่ การลดภาษีนิติบุคคล 50% เป็นระยะเวลา 5 ปี หลังจากหมดช่วงของการยกเว้นภาษีนิติบุคคล การลดหย่อนภาษีรายได้ด้วยต้นทุนค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า และค่าขนส่งเป็น 2 เท่า เป็นเวลา 10 ปี หลังจากวันแรกของการขายสินค้าที่ผลิตได้ และการลดหย่อนต้นทุนการติดตั้งและก่อสร้างของสาธารณูปโภคพื้นฐานของโครงการ 25% จากกำไรสุทธิ

อย่างไรก็ตาม นโยบายการกระจายการลงทุนของรัฐกิจโรงพยาบาลเอกชน อุตสาหกรรมผลิตยา และอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์ไม่ได้ประสบความสำเร็จนัก ตารางที่ 93 - 95 แสดงให้เห็นการกระจุกตัวของของรัฐกิจและอุตสาหกรรมเหล่านี้ในภาคกลางและภาคตะวันออก

แม้ว่ารัฐบาลไทยได้แก้ไขพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 อย่างจริงจัง แต่ก็ยังมีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 21 มกราคม 2540 อนุมัติให้สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน สำนักตรวจคนเข้าเมืองและกรมการจัดหางานร่วมกันจัดตั้งศูนย์บริการวีซ่าและใบอนุญาตทำงานภายใน 3 ชั่วโมง เพื่อบริการนักลงทุน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2540 อย่างไรก็ตาม เงื่อนไขของการรับบริการดังกล่าวยังมีความเข้มงวด เช่น นักลงทุนจะต้องนำเงินเข้ามาลงทุนไม่ต่ำกว่า 2 ล้านบาทสำหรับระยะเวลาการอยู่ในประเทศไทย 1 ปี และไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาทสำหรับระยะเวลา 2 ปี เป็นต้น ส่วนผู้มีอาชีพรับจ้างเป็นผู้บริหารหรือผู้ชำนาญการที่มาทำงานให้กับสำนักงานผู้แทนการค้าระหว่างประเทศหรือสำนักงานภูมิภาคของบริษัทข้ามชาติที่ได้รับสิทธิพิเศษตามกฎหมายแห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520 พระราชบัญญัติปีโตรเลียม พ.ศ. 2514 พระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2522 และคนต่างด้าวที่เข้ามาทำงานกับบริษัทที่มีเงินทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 30 ล้านบาท และผู้ถือข่าวต่างประเทศ

วิกฤตเศรษฐกิจที่ประเทศไทยเผชิญอยู่ทำให้มีการลงทุนลดลงอย่างมาก ซึ่งพบว่าใน 9 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2541 จำนวนโครงการที่ได้รับอนุมัติการลงทุนลดลงร้อยละ 20 คิดเป็นเงินที่ลดลงร้อยละ 40 จากปีก่อน ดังนั้น คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจึงได้ปรับเปลี่ยนเงื่อนไขให้มีการดึงดูดการลงทุนเพิ่มขึ้นในเขตส่งเสริมการลงทุนที่ 1 และ 2 โดยไม่จำกัดเรื่องสัดส่วนของนักลงทุนชาวต่างชาติในกิจการทุกประเภท และสามารถจำหน่ายสินค้าที่ผลิตในประเทศได้ แต่มาตรการนี้จะเป็มาตรการระยะสั้น กล่าวคือ จะนำมาใช้จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2542 เท่านั้น (น.ส.พ. มติชน, วันที่ 24 พฤศจิกายน 2541) ซึ่งมาตรการนี้อาจประสบความสำเร็จได้เมื่อพิจารณาจากความจริงที่ว่า นักลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อุตสาหกรรมผลิตยา และอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนส่วนใหญ่เป็นชาวไทย (ดูตารางที่ 96)

ตามกฎระเบียบขององค์การการค้าโลก การอุดหนุนและปกป้องอุตสาหกรรมส่งออกต้องยกเลิกภายใน พ.ศ. 2546 ดังนั้น ลักษณะของการอุดหนุนการผลิตการส่งออกสินค้าส่วนใหญ่ของคณะ

กรรมการส่งเสริมการลงทุนอาจขัดต่อข้อตกลงของ GATT มีผู้ให้ความเห็นว่า บทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะต้องเปลี่ยนไปหลังจากปี พ.ศ. 2546

นักวิชาการส่วนหนึ่งเห็นว่า แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในขณะนี้ขัดแย้งต่อข้อตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานใหม่ หรืออาจต้องยุบหน่วยงานนี้ กล่าวคือ ยกเลิกการให้สิทธิประโยชน์ทางการลงทุนทั้งหมดและหันมาทำหน้าที่ชักจูงการลงทุนและอำนวยความสะดวกด้านการลงทุน ตลอดจนการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับนักลงทุน

อย่างไรก็ตาม เรายังมีเวลาอีกพอสมควร ที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนสามารถส่งเสริมอุตสาหกรรมของไทยให้เติบโตและเข้มแข็งก่อนที่ประเทศไทยจะเข้าสู่การแข่งขันระหว่างประเทศ ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้ อย่างน้อยที่สุดอุตสาหกรรมจะต้องพยายามพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพที่แข่งขันกับต่างประเทศได้

จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในประเด็นของการส่งเสริมการผลิตวัตถุดิบในประเทศ ทำให้พบว่า เจ้าหน้าที่ยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอต่อลักษณะของการผลิตวัตถุดิบใน 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ

ก. เจ้าหน้าที่ที่มีความเชื่อว่า อุตสาหกรรมวัตถุดิบมีความใกล้เคียงกับอุตสาหกรรมเคมีอุตสาหกรรม (ในประเภท 6.2) และอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์อื่นๆ (ในประเภท 6.11) นั่นคือ อุตสาหกรรมทั้งสองอาจถืออำนาจต่ออุตสาหกรรมวัตถุดิบในแง่ของการเป็นแหล่งวัตถุดิบได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงลักษณะของอุตสาหกรรมผลิตวัตถุดิบต้องอาศัยเทคโนโลยีที่สลับซับซ้อนอุปกรณ์ที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง มาตรฐานของปัจจัยการผลิตที่สูงกว่าทั้งนี้เพื่อลดการปนเปื้อน รวมทั้งการกำจัดของเสียจากการผลิตก็แตกต่างไปจากการบำบัดของเสียจากอุตสาหกรรมอื่น

ข. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ความสำคัญของเทคโนโลยีในการผลิตที่ผู้ผลิตคนไทยผลิตไม่ได้ หรือการผลิตที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองอยู่ รวมทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีของการผลิตจากต่างประเทศสู่ประเทศไทยด้วย เพื่อเป็นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านนี้

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ 3 ประการ ที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนดำเนินการเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาในการเพิ่มความสามารถการผลิตวัตถุดิบในประเทศ และการสนับสนุนการส่งออกไปสู่ต่างประเทศ คือ

1) การให้สิทธิประโยชน์กับอุตสาหกรรมยาเช่นเดียวกับอุตสาหกรรมอื่นๆ ไม่อาจดึงดูดให้มีการลงทุนในอุตสาหกรรมยาได้ ทั้งนี้เพราะว่าต้นทุนที่สำคัญของอุตสาหกรรมนี้อยู่ที่การวิจัยและพัฒนาสำหรับผู้ผลิตที่ค้นพบยาเป็นรายแรก ส่วนผู้ผลิตรายต่อมาก็จะมีต้นทุนที่สำคัญในรูปของการเช่าซื้อ

สิทธิบัตรจากผู้คิดหาใหม่ได้ และการซื้อ/สร้างเทคโนโลยีการผลิต เพราะฉะนั้น สิทธิประโยชน์ สำหรับอุตสาหกรรมยาควรครอบคลุมถึงต้นทุนในการซื้อ/เช่าสิทธิบัตรและเทคโนโลยีด้วย

2) แม้ว่าจะมีการร่วมทุนกับต่างประเทศในการผลิตยาขึ้น แต่ก็พบว่า การถ่ายทอดเทคโนโลยีไม่ได้เกิดขึ้น เมื่อการร่วมทุนสิ้นสุดลง ผู้ร่วมลงทุนชาวไทยก็ไม่สามารถที่มีความรู้และประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการด้วยตนเองต่อไป ดังนั้น การให้สิทธิประโยชน์เพื่อเกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตจากต่างประเทศสู่คนไทย ซึ่งไม่ได้รับการพิจารณาอย่างจริงจังในปัจจุบันควรได้รับการศึกษา และสนับสนุนอย่างเต็มที่ แม้ว่าเรื่องนี้จะเป็นเรื่องใหม่อยู่ แต่ก็จะเป็นประโยชน์อย่างมหาศาล ถ้าคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะริบเร่งคิดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับสนับสนุนประเด็นนี้ เพราะว่าในอนาคตการแข่งขันการผลิตสินค้าอุตสาหกรรมที่สำคัญส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีที่มีการคุ้มครองตามกฎหมายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

3) การส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมยาควรรวมถึงกิจกรรมผลิตยาสำเร็จรูปเพื่อส่งออก ทั้งนี้เพื่อเป็นธรรมแก่สินค้าอุตสาหกรรมทุกประเภท แม้ว่าจะมีการผลิตวัตถุดิบในประเทศหรือไม่ก็ตาม เช่น อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น และเพื่อเป็นการสนับสนุนการส่งออกสินค้าทุกประเภทโดยรวม

6.4.2 กรมส่งเสริมการส่งออก

บทบาทส่วนใหญ่ของกรมส่งเสริมการส่งออกสำหรับสินค้ายาเป็นไปในลักษณะของการตลาดระหว่างประเทศ (International marketing) และก่อให้เกิดการพบปะระหว่างผู้ส่งออกยาของไทยกับผู้นำเข้ายาของประเทศคู่ค้า

จุดประสงค์หลักของกรมส่งเสริมการส่งออกในการสนับสนุนการค้าบริการระหว่างประเทศซึ่งรวมถึงการค้าบริการสุขภาพด้วยเพื่อเป็นการนำเงินตราต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย และสร้างศักยภาพในการแข่งขันให้กับอุตสาหกรรมของไทยเพื่อจัดการกับการเปิดการค้าเสรีในอนาคต

ในปี 2538 กรมส่งเสริมการส่งออกได้จัดให้มีกิจกรรมหับที่ 4 ประการเพื่อส่งเสริมการส่งออกยา คือ

1) กิจกรรมประเภท Mission ได้แก่ การเชิญผู้บริหารระดับสูงจากประเทศที่ต้องการซื้อขายสำเร็จรูปจากภาครัฐและเอกชนของไทยมาสัมมนาร่วมกันและเยี่ยมชมโรงงาน และการจัดคณะผู้บริหารระดับสูงของผู้บริหารภาครัฐและเอกชนไทยไปเจรจาการซื้อขายกับผู้บริหารของรัฐและเอกชนของประเทศญี่ปุ่น และรัสเซีย

2) กิจกรรมประเภท public relation and advertisement ได้แก่ การเสริมสร้างและเผยแพร่ภาพพจน์ของคุณภาพยาของอุตสาหกรรมยา

3) กิจกรรมประเภท human resource development ได้แก่ การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาฝึกอบรมเทคโนโลยีเภสัชอุตสาหกรรม

4) กิจกรรมประเภท institutional development ได้แก่ โครงการปรับปรุงห้องปฏิบัติการกลาง (Central Lab) สินค้ายา เพื่อให้การทดสอบคุณสมบัติยาของผู้ส่งออกยาของคนไทยใช้เวลาสั้นลง และพยายามผลักดันให้ห้องปฏิบัติการกลางเป็นหน่วยงานทดสอบคุณสมบัติยาที่ผู้นำเข้ายาจากประเทศไทยยอมรับได้

ส่วนในปี พ.ศ. 2539 การส่งเสริมการส่งออกยังยังคงดำเนินกิจการหลักทั้งสิ้น แต่เน้นถึงการส่งออกยาในประเทศคู่ค้ามากขึ้น เช่น ในประเทศเอเชีย ตะวันออกกลาง และรัสเซีย เป็นต้น ส่วนการร่วมทุนกับต่างประเทศในด้านการผลิตยาที่ต้องใช้เทคโนโลยีสูง และยาสิทธิบัตรจะให้ความสนใจกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น สหรัฐฯ และประเทศในทวีปยุโรป เป็นต้น

เนื่องจากอุตสาหกรรมยาเพิ่งเริ่มได้รับการสนับสนุนเพื่อการส่งออกจากกรมส่งเสริมการส่งออกเพียง 3 ปีที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ของกรมจึงไม่มีประสบการณ์ด้านนี้มากนัก และไม่ให้ความสำคัญต่ออุตสาหกรรมนี้มากเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม การเน้นการส่งออกยาสำเร็จรูปของไทยก็จัดได้ว่าเป็นแนวทางส่งเสริมการส่งออกยาอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพราะผู้ผลิตยาของไทยมีความสามารถในการแข่งขันด้านราคาในตลาดการค้ายาสำเร็จรูประหว่างประเทศระดับหนึ่ง

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกรมส่งเสริมการส่งออกที่รับผิดชอบต่อสินค้ายาโดยเฉพาะแสดงให้เห็นว่า กรมส่งเสริมการส่งออกได้พิจารณาว่าการส่งออกยาของไทยมีโอกาสดีจึงให้การสนับสนุนให้มี Central Lab และผลักดันให้เป็น Competent authority ที่ยอมรับโดยประเทศคู่ค้ายาของไทย ซึ่งเสนอโดยสมาคมผู้ผลิตยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น นอกจากนี้นโยบายการส่งเสริมการส่งออกของสินค้ายายังคงไม่เปลี่ยนแปลงในอนาคต

กรมส่งเสริมการส่งออกได้มีแผนการส่งเสริมและพัฒนาการค้าบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 ที่สำคัญดังนี้ คือ

1. ประชาสัมพันธ์และผลักดันให้มีการจูงใจเที่ยวประเทศไทยโดยเน้นเรื่องบริการสุขภาพและความงามแก่นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ

2. การเข้าร่วมงานแสดงสินค้าด้านบริการสุขภาพที่มีชื่อว่า THERMALIES ณ International Spa, Thalasso Therapy and Health ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส และ HOSPEX JAPAN ณ International Health and Care Exhibition ที่กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น

3. สนับสนุนให้บริษัทท่องเที่ยวของไทยบรรจุรายการเกี่ยวกับธุรกิจสุขภาพแก่นักท่องเที่ยว

นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการค้าส่งออกได้จัดทำทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน (Medical service directory) เพื่อชักชวนให้ชาวต่างชาติได้ใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลเอกชนของไทย

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ 2 ประการที่ผู้เชี่ยวชาญได้เรียกร้องให้กรมส่งเสริมการค้าส่งออกควรนำไปพิจารณาและปฏิบัติในการสนับสนุนการส่งออกยาของไทย คือ

1. กรมส่งเสริมการค้าส่งออกควรเพิ่มการส่งเสริม (promotion) และโฆษณา (advertise) สินค้ายาสำเร็จรูปของผู้ผลิตของไทยในประเทศที่ไม่มีอุตสาหกรรมยา เพราะเป็นตลาดใหม่และมีศักยภาพที่เป็นตลาดส่งออกของไทยมากกว่าที่จะเป็นการส่งออกไปยังประเทศที่มีอุตสาหกรรมยา โดยเฉพาะเน้นราคาที่ถูกของสินค้ายาของประเทศไทย

2. กรมส่งเสริมการค้าส่งออกน่าจะได้มีการศึกษาและรวบรวมนโยบายที่สำคัญๆ ของประเทศคู่ค้าหรือประเทศที่มีแนวโน้มเป็นตลาดของไทย เช่น การควบคุมราคา ยา การส่งเสริมผู้ผลิตท้องถิ่น การมีนโยบายหลักแห่งชาติในยาประเภทไหนบ้าง ราคาและคุณภาพของยาในประเทศนั้นๆ โดยทั่วไป เป็นต้น

6.4.3 ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย

ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยได้มีการจัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 2537 ด้วยเหตุผลที่ว่า มาตรการสนับสนุนการส่งออกของไทยที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการขยายตัวของขนาดการส่งออก ตลาดการแข่งขันและการกีดกันทางการค้าในตลาดโลกเพิ่มความรุนแรงขึ้นทุกที และมาตรการสนับสนุนการส่งออกที่มีอยู่อาจขัดกับกติกาใหม่ของการค้าระหว่างประเทศ รวมทั้งการขาดแคลนสินเชื่อระยะปานกลางและระยะยาวสำหรับการส่งออก การค้าประกันและรับประกันการส่งออก ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย จึงเป็นเครื่องมือของรัฐบาลไทยในการรักษาการขยายตัวของการส่งออก

ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยได้กำหนดหน้าที่หลัก 5 ประการคือ

1. การให้สินเชื่อ โดยเน้นการให้กู้เพื่อสนับสนุนการส่งออกสินค้าหรือบริการของประเทศในระยะปานกลางและยาว จะเน้นการให้กู้แก่ผู้ส่งออกรายย่อยและรายใหม่ ซึ่งไม่ได้รับการบริการทางด้านสินเชื่อจากธนาคารพาณิชย์ นอกจากนี้ สินเชื่อที่ให้อย่างเป็นไปเพื่อการนำเข้าสินค้าและบริการที่ใช้ผลิตสินค้าส่งออกหรือเพื่อการพัฒนาประเทศด้วย

2. การค้าประกันการส่งออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การค้าประกันสินเชื่อที่สถาบันการเงินอื่นปล่อยกู้ การค้าประกันการจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับผู้ซื้อในต่างประเทศเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการที่ผู้ส่งออกผิดสัญญา เป็นต้น

3. การรับประกันการส่งออก ผู้ส่งออกอาจต้องเผชิญกับความเสี่ยงทางการพาณิชย์ หรือความเสียหายที่อาจเกิดจากผู้ซื้อสินค้าในต่างประเทศที่ไม่สามารถชำระเงินให้ผู้ส่งออกได้ หรือความเสี่ยงทางการเมืองในประเทศผู้ซื้อที่เกิดจากการปฏิวัติหรือสงคราม การรับประกันภัยการส่งออกเป็นธุรกิจใหม่ที่ยังไม่มีสถาบันใดให้บริการเพราะเป็นธุรกิจที่มีความเสี่ยงสูง การรับประกันภัยการส่งออกของธนาคารจึงทำให้ผู้ส่งออกมั่นใจที่จะส่งออกรมากขึ้น

4. การรับซื้อตั๋วแลกเงินจากการส่งออก เพื่อให้ผู้ส่งออกมีเงินทุนหมุนเวียนในการผลิตหรือจัดตั้งสินค้าเพื่อการส่งออก

5. การเข้าร่วมทุนในกิจการที่เป็นประโยชน์ ธนาคารอาจเข้าร่วมทุนในกิจการในต่างประเทศ ซึ่งอาจนำไปสู่การนำเข้าสินค้าจากประเทศไทยและการร่วมทุนในกิจการในประเทศ เพื่อสนับสนุนการส่งออกหรือพัฒนาประเทศ

แนวทางการให้การสนับสนุนผู้ส่งออกของธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าของประเทศไทยมี 4 ประการด้วยกันคือ

1. เป็นแหล่งเงินทุน ธนาคารมีทุนประเดิมถึง 2,500 ล้านบาท และหากต้องการเพิ่มก็สามารถกู้ยืมจากธนาคารแห่งประเทศไทยได้อีก และสถาบันอื่นๆ โดยการระดมทุนในลักษณะต่างๆ จึงทำให้ธนาคารเสมือนมีปริมาณเงินทุนให้สินเชื่อจำนวนมาก เมื่อเทียบกับธนาคารแห่งประเทศไทยและธนาคารพาณิชย์ทั่วไป

2. แก้ไขปัญหาในการส่งออกและส่งเสริมการส่งออกของผู้ส่งออก

3. เนื่องจากธนาคารมีจุดประสงค์หลักเพียงอย่างเดียวคือ การสนับสนุนการส่งออกจึงทำให้ง่ายต่อการบรรลุดูวัตถุประสงค์นี้

4. ธนาคารจะร่วมมือกับสถาบันอื่นๆ เช่น ธนาคารแห่งประเทศไทยในการส่งเสริมงานกันเพื่อบรรลุเป้าหมายในการส่งออก

เนื่องจากธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยเพิ่งดำเนินการได้เพียงปีเดียว การสนับสนุนอุตสาหกรรมต่างๆเพื่อการส่งออก (รวมทั้งอุตสาหกรรมยา) จึงไม่อาจกระทำอย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม เมื่อธนาคารสะสมประสบการณ์มากขึ้นก็จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้ผลิตเพื่อส่งออกในอุตสาหกรรมต่างๆก็จะได้รับประโยชน์จากบริการของธนาคาร

ผู้ผลิตเพื่อการส่งออกขายสำเร็จรูปของไทยน่าจะได้รับประโยชน์จากการใช้บริการของธนาคารในการเป็นแหล่งเงินทุน ทั้งนี้เพราะหากอุตสาหกรรมนี้ต้องการผลิตยาวัตถุอันตรายในประเทศและขยายตลาดใหม่ในต่างประเทศต้องเพิ่มปริมาณการผลิตจะต้องใช้เงินลงทุนที่สูงขึ้น นอกจากนี้เงินลงทุนต้องเป็นสินเชื่อบริษัทปานกลางถึงระยะยาว เนื่องจากเครื่องจักรการผลิตยาที่ใช้ในการผลิตยามีราคาสูงแต่กำลังการใช้ต่ำ ทำให้ต้นทุนค่าเครื่องจักรการผลิตยาต้องใช้ระยะเวลานาน

ตารางที่ 89 : กำลังการผลิตของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

พ.ศ.	โรงพยาบาล	
	กำลังการผลิต(เตียง)	เพิ่มขึ้น/ลดลง (%)
2523	110	-
2524	207	88.18
2525	281	35.75
2526	53	-81.14
2527	424	700.00
2528	470	10.85
2529	640	36.17
2530	526	-17.81
2531	1,152	119.01
2532	696	-39.58
2533	2,327	234.34
2534	6,658	186.12
2535	4,822	-27.58
2536	4,955	2.76
2537	8,292	67.35
2538	8,861	6.86
2539	3,666	-58.63
2540	2,495	-31.94

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 90 : จำนวนเงินลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

พ.ศ.	โรงพยาบาล		ยา		เครื่องมือแพทย์	
	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น/(ลดลง) (%)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น/(ลดลง)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น/(ลดลง) (%)
2523	77.00	-	69.00	-	60.00	-
2524	86.91	12.87	107.70	56.09	10.00	-83.33
2525	93.00	7.01	175.74	63.18	90.00	800.00
2526	27.00	-70.97	0.00	-100.00	63.00	-30.00
2527	285.80	958.52	244.63	na	0.00	-100.00
2528	325.50	13.89	13.86	-94.33	165.00	na
2529	704.74	116.51	0.00	-100.00	140.00	-15.15
2530	813.22	15.39	273.57	na	151.00	7.86
2531	1,911.20	135.02	217.48	-20.50	1,509.00	899.34
2532	1,719.63	-10.02	2,792.50	1184.03	590.00	-60.90
2533	5,026.87	192.32	1,991.65	-28.68	510.00	-13.56
2534	14,345.15	185.37	416.34	-79.10	345.00	-32.35
2535	7,588.95	-47.10	240.00	-42.35	122.00	-64.64
2536	8,774.50	15.62	801.73	234.05	232.00	90.16
2537	16,719.00	90.54	4,825.67	501.91	923.00	297.84
2538	18,524.00	10.80	3,828.25	-20.67	230.00	-75.08
2539	7,099.00	-61.68	1,408.86	-63.20	358.00	55.65
2540	6,070.00	-14.49	0.00	-100.00	22.00	-93.85

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตาราง 91 : รายการเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ส่งเสริมการลงทุน

1. Ultrasound units
2. Haemonetic sets
3. Medical gas Equipment
4. X-ray generators
5. Steriliser
6. Dental & wheel chairs
7. Ophthalmic lenses
8. Microscopes
9. Forceps, etc.
10. Blood tubing sets
11. Syringes
12. Infusion sets
13. Surgical gloves
14. Bandages and other disposable items
15. Rubber gloves, condoms, etc.
16. HIV test kit

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตาราง 92 : โครงการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในช่วง พ.ศ. 2533 – 2535

ชื่อบริษัท	วันที่ได้รับอนุมัติการ ส่งเสริมการลงทุน	ผลิตภัณฑ์และปริมาณ	ขนาดของการลงทุน (ล้านบาท)
Unigloves Ltd	1 เม.ย. 2535	Rubber Gloves	6.5
Suretex Ltd	8 เม.ย. 2535	Condom 120 ล้านชิ้น	4.2
London Royal Consumer	8 เม.ย. 2535	Condom 600,000 ชิ้น	3.5
Carton Optical Siam Co.	28 ม.ค. 2535	Microscope 20,000 หน่วย Microscope Parts 100,000 ชิ้น	90
Thai Australian	16 ก.ค., 2535	Ultrasound 2,000 หน่วย Wheelchair 24,000 หน่วย	0.2
Thai Kawasumi Co. , Ltd.	13 ม.ก. , 2535	Haemonetic Set 2.4 ล้านชุด	2.0
Siam Sampermed Corp. Ltd.	1 ก.ค. 2535	Rubber gloves 152.5 ล้านชิ้น	3.0
Thai Kawasumi Co. , Ltd.	12 ก.พ. 2534	Blood tubing 7 ล้านชุด	12
Siam Sampermed Consumer	31 ต.ค. 2534	Rubber (for examination) 57.6 ล้านชิ้น	1
Thai Kawasumi Co. , Ltd.	11 มี.ค. 2534	Aterial Venous 25 ล้านชุด	4
Essilor Manufacturing (Thailand) Co. Ltd.	11 ต.ค. 2534	Ophthalmic Lenses 9 ล้านชิ้น	11

Thai Cotton Manufacturing Co., Ltd.	4 ก.พ. 2534	Cotton Bud 28.28 พันล้านหน่วย Cotton Sheet 148 ตัน	1.2
Thai Klinipro Co., Ltd.	25 พ.ย. 2534	Surgical Gown 2.9 ล้านชุด	4.0
Thai Australian Manufacturing Enterprise Ltd.	14 พ.ย. 2534	Ultrasound 2,000 หน่วย Wheelchair 24,000 units	0.2
Euro-Thai Medical Equipment Co. , Ltd.	25 ก.ย. 2534	Syringes (Disposable) 114 ล้านชิ้น	8.0

ที่มา : คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ต้นฉบับงานวิจัย เอกสารมีชุดเดียว
ใช้แล้วโปรดส่งคืน ฝ้าย 1

ตารางที่ 93 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของโรงพยาบาลแยกตามรายภา

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

ปี	กรุงเทพฯ	กลาง	ใต้	ตะวันออก	เหนือ
2523	22.08	77.92	0.00	0.00	0.00
2524	22.78	0.00	17.26	47.30	12.66
2525	0.00	0.00	12.90	87.10	0.00
2526	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2527	36.21	0.00	4.20	41.74	17.84
2528	63.42	4.61	0.00	10.57	21.40
2529	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2530	92.09	2.32	0.00	5.60	0.00
2531	0.00	21.68	3.91	3.65	11.51
2532	52.08	30.63	2.12	0.00	15.17
2533	66.91	7.44	8.43	13.24	3.98
2534	52.86	15.33	5.24	16.39	10.18
2535	59.74	20.80	5.27	11.20	2.98
2536	25.24	19.64	13.45	28.45	13.22
2537	55.13	11.43	12.05	10.34	11.06
2538	51.12	7.05	8.92	22.12	10.79
2539	32.29	14.28	27.89	1.87	23.67
2540	43.08	10.54	6.59	34.60	5.19

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 94 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของเครื่องมือการแพทย์แยกตามรายภาค

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

ปี	กรุงเทพฯ	กลาง	ใต้	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ
2523	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2524	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2525	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2526	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2527	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2528	0.00	95.76	0.00	0.00	4.24
2529	67.14	32.86	0.00	0.00	0.00
2530	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2531	4.77	95.23	0.00	0.00	0.00
2532	8.47	91.53	0.00	0.00	0.00
2533	3.33	96.67	0.00	0.00	0.00
2534	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2535	31.15	68.85	0.00	0.00	0.00
2536	37.93	20.69	0.00	39.22	2.16
2537	0.00	99.78	0.00	0.00	0.22
2538	29.57	45.65	0.00	0.00	24.78
2539	0.00	85.20	0.00	0.00	14.80
2540	0.00	27.27	0.00	72.73	0.00

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 95 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของยาแยกตามรายภาค

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

ปี	กรุงเทพฯ	กลาง	ใต้	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ
2523	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2524	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2525	93.02	6.98	0.00	0.00	0.00
2526	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2527	50.28	49.72	0.00	0.00	0.00
2528	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2529	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2530	13.79	86.21	0.00	0.00	0.00
2531	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2532	45.98	54.02	0.00	0.00	0.00
2533	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2534	32.19	67.81	0.00	0.00	0.00
2535	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
2536	0.00	90.66	3.73	5.61	0.00
2537	0.00	91.11	1.22	7.67	0.00
2538	19.98	70.06	8.92	1.04	0.00
2539	3.34	95.24	0.00	1.42	0.00
2540	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 96 : สัญชาติผู้ลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

พ.ศ.	โรงพยาบาล		ยา		เครื่องมือแพทย์	
	ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ	ไทย	ต่างชาติ
2523	na	na	na	na	75	25
2524	na	na	na	na	76	25
2525	na	na	na	na	20	80
2526	na	na	na	na	93	7
2527	na	na	na	na	0	0
2528	na	na	na	na	67	33
2529	na	na	na	na	99	1
2530	na	na	na	na	99	1
2531	na	na	na	na	5	95
2532	na	na	na	na	23	77
2533	na	na	na	na	19	81
2534	na	na	na	na	95	5
2535	na	na	na	na	3	97
2536	na	na	na	na	71	29
2537	97	3	na	na	23	77
2538	99	1	na	na	59	41
2539	100	0	na	na	1	99
2540	100	0	na	na	4	96

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

บทที่ 7

การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพที่เกิดจาก ความตกลงระหว่างประเทศและการควบคุมผลกระทบทางสังคมของประเทศสหรัฐ ที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

บทนี้จะแสดงการพยากรณ์ขนาดและทิศทางการนำเข้าและส่งออกของวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย จีน และ สหรัฐ ภายใต้สภาวะการเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุเพื่อระบุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่กำหนดมูลค่าการนำเข้าและส่งออกสินค้าเหล่านี้ การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้า และการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของไทยภายใต้สภาวะการเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย และการเสนอประสบการณ์การควบคุมผลกระทบทางด้านสังคมของประเทศสหรัฐที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

7.1 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย

โดยทั่วไป เป็นที่เห็นประจักษ์เป็นอย่างดีว่า ความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก และองค์กรอื่นๆที่คล้ายคลึงกันจะนำประเทศต่างๆที่เดิมเคยมีระบบเศรษฐกิจแบบปิด(close economy) ไปสู่ระบบเศรษฐกิจแบบเปิด (open economy) ในที่สุด นั่นคือ ระบบเศรษฐกิจของประเทศจะต้องเผชิญกับราคาสินค้าในตลาดโลก (world price) ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ระหว่างประเทศได้พิสูจน์ไว้ว่า ราคาสินค้าภายในประเทศไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนไปตามราคาสินค้าในตลาดโลก หรือมี market clearing price แต่ความแตกต่างนี้จะนำมาสู่การเคลื่อนย้ายสินค้าระหว่างประเทศ เมื่อความแตกต่างของราคาทำให้การบริโภคสูงกว่าการผลิตภายในประเทศก็จะมีการนำเข้าสินค้า(import) ในทางตรงกันข้าม หากการบริโภคน้อยกว่าการผลิตก็จะมีการส่งออกสินค้า(export) จนในที่สุดจะเกิดดุลยภาพของการค้าระหว่างประเทศ (trade balance)

ในส่วนนี้จะเป็นการพยากรณ์การนำเข้าสินค้าประเภทวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย โดยจะประเมินว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรใดบ้างที่จะเป็นตัวกำหนดการนำเข้าสินค้าเหล่านี้มากขึ้นหรือน้อยลง ด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) และได้อาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้จากประเทศกรณีศึกษา (นั่นคือ ประเทศมาเลเซีย จีน และ สหรัฐ) ในการคำนวณ เนื่องจากข้อจำกัดของตัวอย่างของข้อมูลที่มีอยู่น้อย จึงต้องทำการรวมสินค้าทั้งสามประเภท (วัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์) และแหล่งนำเข้าทั้งสามประเทศที่

เป็นกรณีศึกษาเข้าด้วยกันในรูปของตัวแปรหุ่น (dummy variable) เข้ากับข้อมูลอนุกรมเวลาในช่วง พ.ศ. 2531 - 2539 นั่นคือเป็นข้อมูลแบบ pooled cross-section time-series data

จากการทดสอบการใช้ข้อมูลของตัวแปรต่างๆและ functional forms ของ regression equation หลายๆแบบ ก็ได้พบว่าสมการถดถอยพหุที่อธิบายการนำเข้าสินค้าสามประเภทที่ดีที่สุดเป็นดังนี้คือ

$$IMP = \beta_1 D_1 + \beta_2 D_2^* + \beta_3 S_1 + \beta_4 S_2^* + \beta_5 PEPCAP^* + \beta_6 POPG + \beta_7 POPPHY$$

โดยที่ IMP	=	มูลค่าการนำเข้า
$\beta_1 - \beta_7$	=	สัมประสิทธิ์ของตัวแปร
D_1	=	ตัวแปรหุ่นยาสำเร็จรูป
D_2	=	ตัวแปรหุ่นเครื่องมือแพทย์
S_1	=	ตัวแปรหุ่นประเทศจีน
S_2	=	ตัวแปรหุ่นประเทศสหรัฐ
PERCAP	=	รายได้ต่อหัว
POPG	=	อัตราเติบโตของประชากร
POPPHY	=	ประชากรต่อแพทย์
*	=	ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

ผลของการคำนวณที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรและค่าสถิติที่สำคัญจัดอยู่ในรูปสมการดังต่อไปนี้

$$IMP = 180,158 D_1 + 476,599 D_2^* + 3,068 S_1 + 834,136 S_2^* + 251 PEPCAP^* + 31,625 POPG - 157 POPPHY$$

$$R^2 = 0.5748$$

$$F\text{-statistics} = 14.646$$

$$\text{จำนวน observation} = 72$$

ผลของการคำนวณข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ไทยได้นำเข้าเครื่องมือแพทย์จากประเทศสหรัฐเป็นหลัก เมื่อเทียบกับการนำเข้าสินค้าอีก 2 ประเภทและจาก 2 ประเทศที่เหลือ รายได้ต่อหัวของคนไทยแปรผันโดยตรงกับการนำเข้าสินค้าทั้งสามประเภท นั่นคือ เมื่อรายได้ต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้นก็จะนำเข้าเพิ่มขึ้น แต่หากรายได้ต่อหัวของคนไทยลดลงก็จะนำเข้าน้อยลง

7.2 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนของไทยในภาคบริการสุขภาพของต่างประเทศ

ในส่วนนี้จะเป็นการพยากรณ์การส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์จากประเทศไทยไปสู่สามประเทศที่เป็นกรณีศึกษาโดยจะประเมินว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรใดบ้างที่จะมากำหนดการส่งออกสินค้าเหล่านี้มากขึ้นหรือน้อยลง เช่นเดียวกัน การศึกษานี้จะใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุ และข้อมูลแบบ pooled cross-section time-series data ของสินค้า 3 ประเภท แห่่งที่ส่งออก 3 ประเทศ ในช่วงเวลา พ.ศ. 2531-2539

ด้วยการทดลองใช้ข้อมูลตัวแปรต่างๆและ functional forms ของ regression equation หลายๆแบบ ก็สรุปได้ว่า สมการถดถอยต่อไปนี้สามารถอธิบายการส่งออกได้ดีที่สุด

$$EXP = \beta_1 D_1 + \beta_2 D_2^* + \beta_3 S_1 + \beta_4 S_2^* + \beta_5 POPG^{**} + \beta_6 PERCAP^*$$

EXP = มูลค่าการส่งออก

$\beta_1 - \beta_6$ = สัมประสิทธิ์ของตัวแปร

D_1 = ยาสำเร็จรูป

D_2 = เครื่องมือแพทย์

S_1 = ประเทศจีน

S_2 = ประเทศสหรัฐ

POPG = อัตราเติบโตของประชากร

PERCAP = รายได้ต่อหัว

* = ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

** = ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ผลของการคำนวณที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรและค่าสถิติที่สำคัญจัดอยู่ในสมการต่อไปนี้

$$EXP = -84,734 D_1 + 420,996 D_2^* + 112,988 S_1 - 1,852,870 S_2^* - 105,868 POPG^{**} + 97 PERCAP^*$$

$$R^2 = 0.343$$

$$F\text{-statistics} = 7.214$$

จำนวน observation = 75

ผลของการคำนวณข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ไทยสามารถส่งออกเครื่องมือแพทย์ได้มากกว่า ยาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยา ไทยส่งออกไปยังสหรัฐในอัตราส่วนที่ลดลงเมื่อเทียบกับมาเลเซียและจีน การส่งออกของไทยแปรผันโดยตรงกับรายได้ต่อหัวของประชากรของประเทศคู่ค้า (นั่นคือ เมื่อรายได้ของประชากรของประเทศเหล่านี้เพิ่มขึ้น ไทยก็จะส่งออกได้มากขึ้น) แต่การส่งออกของไทยแปรผกผันกับอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้า (นั่นคือ หากอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้าเพิ่มสูงขึ้น ก็จะทำให้ไทยส่งออกได้น้อยลง)

7.3 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของไทยในกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้ให้คำจำกัดความของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ว่าเป็น “การเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ดีกว่าเดิมให้ดีขึ้นกว่าเดิมโดยมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและนโยบาย ไม่ใช่เพียงการปรับปรุงเพียงเล็กน้อยๆ” จุดมุ่งหมายของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน คือ การสร้างระบบบริการสุขภาพในอุดมคติขึ้นมา

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพในอุดมคติของไทยว่า ควรเป็นการผสมผสานแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยมและแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการสังคมเข้าด้วยกัน โดยต้องดัดแปลงและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนไทย ซึ่งจะมี 9 ลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

1. ระบบบริการสุขภาพต้องทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานในรัฐธรรมนูญไทยฉบับปัจจุบัน ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและจำเป็น (basic essential package) ซึ่งไม่ได้เป็นมาตรฐานที่สูงส่งมากจนทำให้การปฏิบัติเป็นไปได้ไม่ได้

2. ระบบบริการมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพไม่ควรมีค่าใช้จ่ายมากเกินไปในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและในการพัฒนาระบบให้ในการพัฒนาระบบให้ยั่งยืนและดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

3. ระบบบริการสุขภาพควรดูแล “คน” ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล “ไข้” การดูแลคนให้มีสุขภาพดีโดยรวม (holistic) อย่างต่อเนื่อง มิใช่เป็นเพียงการดูแลภาวะเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวไป จนทำให้ไม่ได้สนใจสุขภาพโดยรวมของประชาชนอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

4. ระบบบริการสุขภาพสร้างแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ ระบบบริการสุขภาพควรที่จะสามารถปรับทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริการทางสังคม ส่งเสริมการแข่งขันและร่วมมือกันของผู้ให้บริการสุขภาพ (ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน)

5. ระบบบริการสุขภาพควรมีความหลากหลาย ความหลากหลายในด้านลักษณะของบริการสุขภาพ (เช่น สถานพยาบาลเอกชนกับสถานพยาบาลรัฐ) และประเภทของบริการสุขภาพ (บริการสุขภาพแผนตะวันตกและแผนไทย) ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการมากขึ้น

6. ระบบบริการสุขภาพควรทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม ทางเลือกที่เกิดขึ้นควรเป็นทางเลือกที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกภายใต้ขอบเขตที่เหมาะสม ซึ่งคนในสังคมไทยได้ร่วมกันตกลงไว้

7. ระบบบริการสุขภาพต้องมีความรับผิดชอบต่อที่สามารถตรวจสอบได้ ประเด็นที่ควรได้รับการตรวจสอบ ได้แก่ คุณภาพของบริการสุขภาพที่ให้กับประชาชน การใช้ทรัพยากร และความคุ้มค่าของบริการสุขภาพ

8. ระบบบริการสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น โดยระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทที่มากขึ้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

9. ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาบคลากรความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อเสริมสร้างความริเริ่มใหม่ๆตลอดเวลา

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีปัญหาหลายอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่กล่าวมาข้างต้นได้ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้สรุปปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพของไทย 10 ประการดังนี้คือ

1. ความต้องการของประชาชนไทยที่มีต่อบริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพที่มากขึ้น และรูปแบบของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป
2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีราคาแพง
3. ประชาชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง
4. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน
5. บริการสุขภาพมีคุณภาพต่ำ
6. ระบบบริการสุขภาพการดูแลรักษา "ไข้" มากกว่ารักษา "คน"
7. ระบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานของโครงการด้านบริการสุขภาพต่างๆ ไม่มีเอกภาพ และการใช้และการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม
8. ระบบบริการสุขภาพขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม

9. การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

10. ระบบบริการสุขภาพขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐกับเอกชน และบริการสุขภาพแผ่นดินตกกับแผนไทย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้เสนอแนะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยใน 5 ประเด็นหลัก เพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพไทยในปัจจุบันให้เข้าใกล้ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้ คือ

1. การปฏิรูปการจัดการและระบบการเงินการคลัง มีมาตรการที่สำคัญ คือ

1.1 การจัดระบบการเงินการคลังสุขภาพรวมหมู่ (Collective financing) ด้วยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแบบการประกันสุขภาพบังคับ (compulsory insurance) โดยให้ประชาชนทุกคนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนตามสถานะการเงินของตนเอง ส่วนรัฐจะช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับผู้ยากไร้และผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

1.2 การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มีความเป็นเอกภาพ ด้วยการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิรับสวัสดิการด้านบริการสุขภาพอย่างชัดเจนและทั่วถึง การขึ้นทะเบียนจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการให้สิทธิประโยชน์ของระบบต่างๆ

1.3 การปรับระบบการจัดการทางด้านการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) ซึ่งจะต้องดำเนินไปพร้อมกับการกำกับทางด้านคุณภาพของบริการสุขภาพอย่างเข้มงวด

1.4 การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.5 การปรับปรุงการจัดการด้านความต้องการของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมการให้บริการสุขภาพอย่างฟุ่มเฟือย จึงต้องมีมาตรการการจ่ายร่วมบริการเมื่อประชาชนได้ใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการ และการประกันสุขภาพ

1.6 การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

1.7 การผ่อนคลายระเบียบและสร้างความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ โดยทบทวนระเบียบราชการเพื่อสร้างความคล่องตัว ความเป็นอิสระของสถานพยาบาล การบริหารงบประมาณ และการบริหารบุคคล

2. การปฏิรูประบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพ มีมาตรการที่สำคัญคือ

2.1 การเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆให้เพียงพอ

2.2 การพัฒนาบุคลากรประเภทเวชปฏิบัติครอบครัวให้มากขึ้น ตลอดจนกำกับสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม

2.3 การส่งเสริมบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการผลักดันการเปลี่ยนแปลง

3. การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้ คือ

3.1 การส่งเสริมสถานพยาบาลประจำครอบครัว

3.2 การปรับระบบบริการให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

3.3 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 การพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม

3.5 การส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน

4. การปฏิรูประบบสิทธิของประชาชน และส่งเสริมประชาสังคมในด้านบริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้ คือ

4.1 สิทธิที่ประชาชนจะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ

4.2 สิทธิที่ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร

4.3 สิทธิที่ประชาชนจะได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง (self-care)

5. การสร้างความยั่งยืนของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้คือ

5.1 การออกกฎหมายเพื่อสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

5.2 การสร้างความรับรู้ในเรื่องการปฏิรูปให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในสังคม

5.3 การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพให้เป็นระบบที่มีองค์ความรู้อยู่ตลอดเวลา

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยส่งผลกระทบต่อเปิดการค้าเสรีสุขภาพได้ในสองลักษณะคือ มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะส่งเสริมการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพจนทำให้มีการขยายตัวการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น และมาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ โดยจะลดขนาดของการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศลง ในส่วนนี้จะได้อธิบายมาตรการทั้งสองประเภทดังต่อไปนี้

1. มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

1.1 การออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแบบการประกันสุขภาพบังคับ โดยให้ประชาชนทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามฐานะการเงินของตน โดยที่รัฐจะจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสุขภาพให้กับผู้ที่ยากไร้และผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (มาตรการ 1.1) จะทำให้เพิ่มอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพมากขึ้น และเป็นสาเหตุที่จะดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานใน

ประเทศไทยมากขึ้น ขณะเดียวกัน สถานพยาบาลเอกชนต่างประเทศก็สามารถเข้ามาดำเนินการเพื่อตอบสนองอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนี้ได้ ซึ่งเหตุการณ์เช่นนี้ได้เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐ โดยที่การศึกษาของ Noether (1986) ในประเทศสหรัฐได้บ่งชี้ว่า การขยายตัวของอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินโครงการประกันสุขภาพของรัฐ (Medicaid และ Medicare) เป็นแรงดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในสหรัฐเพิ่มขึ้นอย่างมากมายและรวดเร็ว

1.2 การเพิ่มจำนวนของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆให้เพียงพอ (มาตรการ 2.1) ก็จะสอดคล้องกับการเปิดเสรีการค้าและบริการระหว่างประเทศที่สนับสนุนให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพอื่นๆระหว่างประเทศได้อย่างเสรี นอกจากนี้ รัฐอาจประหยัดงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ด้วยตนเอง และรัฐไม่จำเป็นต้องบรรจุบุคลากรทางการแพทย์เป็นข้าราชการ ซึ่งก็จะสอดคล้องกับแผนการลดกำลังคนของรัฐและการปฏิรูประบบราชการ

1.3 การปรับระบบบริการสุขภาพให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน (มาตรการ 3.2) จะสอดคล้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้การแข่งขันและร่วมมือกันกว้างขวางขึ้น ทั้งสถานพยาบาลเอกชนของนักลงทุนชาวไทยและสถานพยาบาลเอกชนของนักลงทุนต่างชาติ นอกจากนี้ ระดับของการแข่งขันและร่วมมือกันก็จะเพิ่มมากกว่าเดิม

1.4 จากการที่ประชาชนมีสิทธิที่จะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ (มาตรการ 4.1) การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศจะทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม โดยสามารถเลือกรับบริการระหว่างแพทย์ไทยกับแพทย์ต่างชาติ และเลือกระหว่างสถานพยาบาลที่ดำเนินงานโดยคนไทย หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินงานโดยชาวต่างประเทศ

2. มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

2.1 การปรับระบบการจัดการทางการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) พร้อมกับการกำกับคุณภาพของการบริการสุขภาพอย่างเข้มงวด (มาตรการ 1.3) จะเพิ่มเงื่อนไขและอุปสรรคให้กับบุคลากรทางการแพทย์ต่างชาติ และผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนต่างประเทศ จนทำให้ลดแรงจูงใจที่จะเข้ามาประกอบอาชีพและดำเนินกิจการในประเทศไทย

2.2 การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (มาตรการ 1.4) จะลดรายได้ของบุคลากรชาวต่างชาติและสถานพยาบาลของชาวต่างชาติอย่างชัดเจน เนื่องจากทั้งสองกลุ่มนี้ได้เน้นการรักษายาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น การเข้ามาประกอบอาชีพของทั้งสองกลุ่มนี้ก็อาจมีแนวโน้มลดลง

2.3 การปรับปรุงการจัดการด้านความต้องการของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมการใช้บริการสุขภาพอย่างพรั้งเพรื่อ และมีมาตรการการจ่ายร่วมค่าบริการเมื่อประชาชนได้ใช้สิทธิจากการประกันสุขภาพ (มาตรการ 1.5) จะทำให้อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพลดลง ฉะนั้น อุปสงค์ที่น้อยก็อาจไม่เป็นแรงจูงใจให้มีการนำเข้าปัจจัยการผลิต บริการสุขภาพต่างๆจากต่างประเทศ (ได้แก่ ยา เครื่องมือแพทย์ แพทย์)

2.4 การพัฒนาเวชปฏิบัติประจำครอบครัวให้มากขึ้น และกำกับสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม (มาตรการ 2.2) จะลดโอกาสการแข่งขันของแพทย์ต่างชาติและสถานพยาบาลของชาวต่างประเทศ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มนั้นส่วนใหญ่มักจะได้เปรียบจากความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเน้นการให้บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและทันสมัย

2.5 การส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน (มาตรการ 3.5) จะส่งผลให้มีการนำเข้ายาแผนปัจจุบันและที่ค้นพบใหม่ เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง และแพทย์แผนตะวันตกลดลง โดยที่จะหันมาใช้ปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพภายในประเทศมากขึ้น

7.4 ประสพการณ์การควบคุมผลกระทบทางสังคมของประเทศสหรัฐที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

หลักสูตรของการสอนแพทย์ในสหรัฐใช้เวลาค่อนข้างมาก โดยเริ่มต้นด้วย การศึกษาในโรงเรียนแพทย์เป็นเวลา 4 ปี ฝึกเป็นแพทย์ประจำบ้าน (residency training) อีก 3-4 ปี ฝึกเป็นแพทย์เฉพาะทางอีกระยะหนึ่ง ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ที่จบออกมามีอายุมากกว่า 30 ปี หลักสูตรที่ใช้เวลานานขนาดนี้ มักจะจำกัดมิให้อุปทานของแพทย์ตอบสนองต่อกลไกของตลาดแรงงานแพทย์ ดังนั้น อุปทานของแพทย์ในประเทศสหรัฐต้องพึ่งพาแพทย์ต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ซึ่งสัดส่วนของแพทย์ต่างชาติสูงถึงร้อยละ 23 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในปี ค.ศ. 1992 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 ในปี ค.ศ. 1963 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายตัวของแพทย์ต่างชาติในอัตราที่เร็วมาก (Folland et al, 1997)

ประเทศสหรัฐได้เปลี่ยนแปลงนโยบายการเข้าเมือง (immigration policy) ของแพทย์ต่างชาติเพื่อแก้ไขปัญหาคาดแคลนแพทย์และการเพิ่มสูงขึ้นของค่าบริการทางการแพทย์ เช่น ในปี ทศวรรษ 1960 ซึ่งมีการขาดแคลนแพทย์ในประเทศสหรัฐมาก จึงได้มีการผ่อนปรนนโยบายการย้ายถิ่นของแพทย์ต่างชาติมาก ขณะที่มีการเข้มงวดในนโยบายนี้ในปี 1976 เมื่อมีแพทย์เกินความต้องการ

สภา Congress ของประเทศสหรัฐได้ยอมรับการขาดแคลนแพทย์และยินยอมให้แพทย์ต่างชาติอยู่ในข่ายที่ให้อพยพเข้ามาได้ จึงทำให้ในช่วง ค.ศ. 1965-1971 มีแพทย์ต่างชาติเข้าเมืองเพิ่มมากกว่า 3

เท่า นอกจากนี้ ในปี ค.ศ. 1970 ประเทศสหรัฐอเมริกาให้นักศึกษาแพทย์ในโครงการแลกเปลี่ยน (The Exchange Visitor Program) สามารถเปลี่ยนวีซ่านักศึกษาที่ให้อยู่มาเป็นวีซ่าผู้ย้ายถิ่นมาทำงานได้

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 ศาลสูงของสหรัฐ (The Supreme Court) ได้ตัดสินว่า การบังคับให้แพทย์ต่างชาติมีฐานะเป็นพลเมืองเพื่อรับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย นั่นหมายความว่ารัฐบาลสหรัฐไม่สามารถกีดกันแพทย์ต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในสหรัฐด้วยนโยบายเข้าเมืองได้อีกต่อไป อย่างไรก็ตาม รัฐต่างๆมักจะเข้มงวดกับแพทย์ต่างชาติในการบังคับให้เข้ารับการฝึกอบรมแบบ internship และ residency มากกว่าแพทย์อเมริกันเอง

Nothorn (1986) ได้ศึกษาเพื่อหาแรงจูงใจที่แท้จริงของการเข้ามาทำงานของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหรัฐว่า เกิดจากการขยายตัวของอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพของการประกันสุขภาพในภาครัฐและเอกชน หรือเกิดจากการผ่อนผันนโยบายการเข้าเมืองสำหรับแพทย์ต่างชาติ และการผ่อนปรนการออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สำหรับแพทย์ต่างชาติในประเทศสหรัฐกันแน่

ในช่วง ค.ศ. 1963 - 1972 รายได้ที่แท้จริงของแพทย์อเมริกันเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เนื่องจากการขยายตัวของอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งเป็นแรงดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศสหรัฐ

ปัญหาที่กังวลมากที่สุดของแพทย์ต่างชาติคือ คุณภาพของการให้บริการของแพทย์เหล่านี้ แพทย์ต่างประเทศมักจะถูกมองว่ามีคุณภาพด้อยกว่าแพทย์ในประเทศสหรัฐ ซึ่งได้รับสนับสนุนจากการเปรียบเทียบผลการสอบและการประเมินทางด้านบุคคล (credentials and personal attributes)

นอกเหนือจากนโยบายการเข้าเมืองแล้ว ประเทศสหรัฐได้นำมาตรการควบคุมแพทย์ต่างชาติในช่วงที่มีแพทย์ล้นตลาดในรูปของการทดสอบคุณสมบัติและการออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ซึ่งทำให้แพทย์ต่างชาติทุกคนต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (certification examination) เพื่อสามารถเข้าโครงการการศึกษาทางการแพทย์เพิ่มพูนการศึกษา (graduate medical education program)

The American Medical Association (AMA) ซึ่งได้จัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1847 ได้มีบทบาทการควบคุมจำนวนแพทย์โดยเป็นผู้เดียวที่ออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะในรัฐต่างๆเพียงผู้เดียว ต่อมาในปี ค.ศ. 1906 ก็ได้เพิ่มบทบาทมากขึ้นในการควบคุมจำนวนโรงเรียนแพทย์ ดังนั้น AMA สามารถควบคุมอุปทานของแพทย์ในประเทศสหรัฐไว้ทั้งหมด

องค์กรนี้ได้บังคับให้มีการทดสอบความรู้ความชำนาญของแพทย์อเมริกันและแพทย์ต่างชาติเป็นระยะๆ (periodically repeat examination) และบังคับให้ผู้ที่สอบผ่านต้องเข้ารับการอบรมทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (continuing medical education) เช่นในทุกๆ 3 ปี จะต้องมีการเข้ารับการอบรมทางการแพทย์เป็นเวลา 100 ชั่วโมง เป็นต้น

Folland et al (1997) ให้นิยามของการควบคุม (regulation) ว่าเป็นการใช้วิธีการที่มีใช้กลไกตลาด (nonmarket means) ในการจัดการกับปริมาณ ราคา หรือคุณภาพของบริการสุขภาพที่ซื้อขายกันในตลาด ดังนั้น จึงได้มีการควบคุมปริมาณของการใช้บริการสุขภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพ และค่าบริการสุขภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว เป้าหมายคือการลดค่าใช้จ่ายที่ด้อยประสิทธิภาพ แต่ยังรักษาระดับคุณภาพขั้นต่ำของบริการสุขภาพไว้ โดยพิจารณาสาเหตุหลักของความด้อยประสิทธิภาพ อาทิเช่น ความด้อยประสิทธิภาพทางเทคนิค ความด้อยประสิทธิภาพในการจัดสรร ความด้อยประสิทธิภาพจากขนาดและประเภทของบริการสุขภาพ เป็นต้น

จุดประสงค์หลักของการควบคุมในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐ คือ การควบคุมราคาและต้นทุนบริการสุขภาพที่สูงเกินความคาดหมาย และนำมาสู่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงอย่างมาก และรวดเร็ว ตาราง 97 และ 98 แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นทั้งในรูปของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งหมด โดยที่รัฐบาลแบกรับภาระนี้มากขึ้นและมากกว่าครั้งหนึ่ง

เหตุผลของการเพิ่มการควบคุมในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐในปัจจุบันคือ ผู้บริโภคไม่มีข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจในการบริโภคอย่างเพียงพอ และความไม่สมบูรณ์ของโครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งต่างจากเหตุผลของการควบคุมในอดีตที่เป็นเรื่องของอำนาจผูกขาดของผู้ผลิตบริการสุขภาพโดยเฉพาะต้นทุนและรายรับของโรงพยาบาลที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากจนทำให้เกิดกำไรเกินปกติสูง

1. การควบคุมค่าบริการของโรงพยาบาล

การควบคุมราคาในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐที่ถือว่าชัดเจนมากที่สุดได้เริ่มต้นใน ค.ศ. 1971 ในรัฐบาล Nixon ภายใต้ชื่อ The Economic Stabilization Program (ESP) ซึ่งเป็นโครงการที่ควบคุมราคาของสินค้าและบริการต่างๆมากมาย แม้ว่าสินค้าและบริการอื่นๆก็ได้เลิกการควบคุมราคา (deregulation) ไปในรัฐบาล Reagan ใน ค.ศ. 1981 แต่บริการสุขภาพยังคงถูกควบคุมราคาไว้จนถึงปัจจุบันโดยผ่านโครงการ Medicaid และ Medicare การควบคุมราคาของรัฐผ่านสองโครงการนี้ส่งผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลและค่าบริการของแพทย์เป็นอย่างมาก เนื่องจากโครงการทั้งสองได้สร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลทั้งหมดถึงกึ่งหนึ่งของรายได้ทั้งหมด และได้สร้างรายได้ให้กับแพทย์ทั้งหมดถึงหนึ่งในสี่ของรายได้ทั้งหมด

เดิมทีค่าบริการของโรงพยาบาลจ่ายด้วยวิธี fee-for-service reimbursement แต่หลังจากทศวรรษ 1970 หลายรัฐได้เริ่มการจ่ายโรงพยาบาลแบบ prospective basis ซึ่งจะสามารถจัดพฤติกรรมที่

ขาดแรงจูงใจ (disincentives) และจำกัดปริมาณการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเสนอให้คนไข้อย่างเกินความจำเป็นเมื่อใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเดิม

การจ่ายโรงพยาบาลแบบ prospective basis ซึ่งโครงการ Medicare ได้เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1983 โดยใช้ชื่อว่า Prospective Payment System (PPS) เป็นการจ่ายโรงพยาบาลที่สำคัญ ซึ่งจำกัดรายรับของโรงพยาบาลต่อคนไข้หนึ่งรายก่อนที่จะทำการรักษา โดยมีหลักเกณฑ์ที่สำคัญว่า ในลักษณะของอาการคนไข้แบบหนึ่งๆ โรงพยาบาลจะได้รับการชำระเงินค่าบริการคงที่จำนวนหนึ่งต่อการเข้ารับการรักษาหนึ่งครั้ง (ซึ่งอาจใช้ระบบ Diagnosis-related groups ก็ได้) ซึ่งจะไม่เกี่ยวข้องกับต้นทุนของโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงเลย หากโรงพยาบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้ค่าใช้จ่ายต่ำกว่ารายรับแล้ว โรงพยาบาลก็จะมีกำไร ในทางตรงกันข้าม โรงพยาบาลก็ต้องรับการขาดทุนเมื่อต้นทุนสูงกว่ารายรับ ดังนั้นโรงพยาบาลก็จะไม่ยืดเวลาการนอนในโรงพยาบาลของคนไข้และจะไม่ขัดเย็บบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นให้กับคนไข้

การกำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการด้วยวิธี PPS ยังคำนึงถึงปัจจัยเช่น ความแตกต่างในอัตราค่าจ้างแพทย์ในเขตเมืองหรือกับเขตชนบท การที่โรงพยาบาลเป็นโรงเรียนแพทย์ด้วย เป็นต้น ในการปรับอัตราการจ่ายค่าบริการให้กับ โรงพยาบาล

Phelps (1997) ได้สรุปการศึกษาการประเมินผลของการควบคุมราคาของโครงการ Economic Stabilization Program และพบว่า โครงการนี้สามารถควบคุมราคาบริการสุขภาพของโรงพยาบาลได้ การศึกษาวิจัยเรื่องหนึ่งรายงานว่ โรงพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมมีการขยายตัวของราคาร้อยละ 5.5 ขณะที่โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การควบคุมมีการขยายตัวของราคาร้อยละ 1.9

2. การควบคุมปริมาณของบริการโรงพยาบาล

การควบคุมปริมาณของบริการโรงพยาบาลเป็นไปแบบทางอ้อมมากกว่าการควบคุมโดยตรง ซึ่งกระทำโดยที่ผู้จ่ายเงินบุคคลที่สาม (เช่น โครงการ Medicare และ Medicaid และบริษัทประกันสุขภาพ) ทำการประเมินอัตราการใช้บริการโรงพยาบาล (Utilization Review หรือ UR) ซึ่งเชื่อกันว่าจะเป็นปัจจัยในการป้องกันมิให้โรงพยาบาลให้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น PROs มักจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่อง UR

Utilization Review มี 3 ประเภทที่สำคัญ คือ

1) Preadmission Review เป็นการทบทวนความจำเป็นของการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่จะรับเข้ารักษาเพื่อพิจารณาว่า การรักษาในแผนกคนไข้ในจำเป็นหรือไม่

2) Concurrent Review เป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่า คนไข้ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปอีกหรือไม่ ซึ่งมักจะทบทวนจากประวัติของการรักษาคนไข้รายนั้น

3) Retrospective Review เป็นการทบทวนภายหลังการใช้บริการแล้ว เพื่อค้นหาและตรวจสอบการรักษาที่น่าสงสัยว่าไม่จำเป็น

3. การควบคุมคุณภาพของบริการโรงพยาบาล

มาตรการควบคุมคุณภาพของบริการโรงพยาบาลที่สำคัญ คือ การออกใบอนุญาตดำเนินการของโรงพยาบาล (Licensure) และการทำประกันคุณภาพ (Accreditation)

แม้ว่าโรงพยาบาลมักจะมีโครงการประกันคุณภาพของตนเองอยู่ แต่หน่วยงานของรัฐบาลกลางที่ทำการประกันคุณภาพมีบทบาทมากกว่า โดยที่หน่วยงานประเภทนี้เริ่มตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1971 ในรูปของ Professional Standard Review Organizations (PSROs) แต่กลับไม่มีประสิทธิภาพพอเพียง จึงได้ถูกแทนที่ด้วย Peer Review Organizations (PROs) ในปี ค.ศ. 1984 โดยที่หน่วยงาน Health Care Financing Administration (HCFA) ได้ว่าจ้าง PROs ทำการ peer review โรงพยาบาลเป็นรายๆ ไป เพื่อตรวจสอบการใช้บริการของโรงพยาบาลภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐ (เช่น Medicare) เนื่องจากบุคลากรของ PROs ได้รับการเสนอชื่อจากแพทย์และโรงพยาบาล การทำงานของ PROs จึงน่าเชื่อถือแคลงใจจาก HCFA ได้ประเมินในกลางทศวรรษ 1990 ว่า การ peer review เป็นรายๆ ของ PROs ได้ช่วยให้คุณภาพของบริการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น การให้เงินอุดหนุนว่าจ้างและภาระหน้าที่ของ PROs จึงลดอย่างมากมาย

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ได้เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรที่สร้างขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1952 เป็นหน่วยงานที่ได้รับความนิยมให้ทำการประเมินคุณภาพ (Hospital Accreditation) ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐ โดยมีคณะกรรมการบริหาร ซึ่งได้รับการเสนอชื่อจากแพทย์และสมาคมโรงพยาบาล จุดประสงค์หลักคือการกำหนดมาตรฐานในด้านคุณภาพบริการและความปลอดภัยของคนไข้

การประกันกระทำโดยการไปตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการของ JCAHO โดยจะทำการประเมินทุกๆ 3 ปี Folland et al (1997) ได้กล่าวถึงการศึกษาชิ้นหนึ่งที่ทำการศึกษาสำรวจผู้บริหารในโรงพยาบาล 300 แห่ง พบว่าร้อยละ 59 ต้องการให้ JCAHO ได้ประกันคุณภาพบริการและความปลอดภัยของคนไข้ตามที่รัฐกำหนดไว้ ขณะที่ร้อยละ 25 ต้องการประกันคุณภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการ

แต่ข้อเสียของ JCAHO คือ บทบาทของหน่วยงานนี้ที่มากเกินไปที่มีอิทธิพลต่อการจำกัดการแข่งขันของโรงพยาบาล และปกป้องแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ประเภทอื่นด้วยการกีดกันมิให้มาทำงานในโรงพยาบาลอย่างเต็มที่

JCAHO ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจาก The American Hospital Association และ The American Medical Association การประเมินของ JCAHO จะเน้นที่โครงสร้างองค์กรและกระบวนการในการดำเนินงานของโรงพยาบาล โดยไม่ได้ให้ความสนใจในการที่จะประเมินผลลัพธ์ (เช่น อัตราการรอดของคนไข้ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการเข้ารับการรักษาค่า เป็นต้น)

Phelps (1997) ได้ยกตัวอย่างรายงานฉบับหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรู้ประสิทธิภาพของ PSROs ว่า ใน ค.ศ. 1978 PSRO ได้ประหยัดต้นทุนของโรงพยาบาลได้ถึง 50 ล้านดอลลาร์ แต่โครงการ PSROs มีต้นทุนถึง 46 ล้านดอลลาร์

4. การควบคุมศักยภาพของโรงพยาบาล

มาตรการที่สำคัญในการควบคุมศักยภาพของโรงพยาบาล คือ กฎหมาย Certificate of Need (CON) ซึ่งบังคับให้โรงพยาบาลต้องขอการอนุมัติจากหน่วยงานการวางแผนของรัฐ (Planning Agencies) ในการลงทุนหากเกินกว่าที่กำหนดไว้ ซึ่งครอบคลุมทั้งจำนวนเตียงและเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง มาตรการนี้ช่วยให้หลีกเลี่ยงการลงทุนที่ซ้ำซ้อนและไม่จำเป็นของโรงพยาบาลในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งเป็นที่มาของการเพิ่มสูงขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพอย่างมากและรวดเร็ว

ผลเสียของกฎหมาย Certificate-of-Need ได้แก่

1) โรงพยาบาลอาจทำการทดแทนปัจจัยการผลิตที่ถูกควบคุมด้วยปัจจัยการผลิตที่ไม่ได้ถูกควบคุม เช่น เมื่อจำนวนเตียงและอาคารไม่ได้รับอนุญาตให้ขยายออกไป ก็จะเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์แทน เป็นต้น

2) การควบคุมนี้อาจลดการแข่งขันของโรงพยาบาลในระบบได้ จนทำให้โรงพยาบาลใหญ่ที่มีอยู่เดิมสร้างอำนาจผูกขาดได้ และไม่ได้ช่วยให้โรงพยาบาลลดต้นทุนการผลิต

Phelps (1997) ได้สรุปถึงการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่า Certificate of Need Laws สามารถลดการขยายตัวของจำนวนเตียงโรงพยาบาลได้ แต่โรงพยาบาลได้ปรับตัวโดยเพิ่มปัจจัยการผลิตอื่นแทน (เช่น จำนวนพยาบาล เป็นต้น) นอกจากนี้ กฎหมายนี้ยังได้ให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อเทียบกับกรณีที่ไม่มีกฎหมายนี้ ด้วยเหตุนี้ในปัจจุบันรัฐบาลบางแห่งของประเทศสหรัฐได้ยกเลิกกฎหมาย Certificate of Need ไปแล้ว แต่ก็ยังมีรัฐจำนวนมากที่คงใช้กฎหมายนี้ต่อไป

กฎหมายป้องกันการผูกขาด (Antitrust Laws) ในประเทศสหรัฐมีจุดประสงค์เพื่อสนับสนุนการแข่งขันภายในอุตสาหกรรม The Sherman Act เป็นกฎหมายป้องกันการผูกขาดฉบับแรกของประเทศที่เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1890 ซึ่งต่อมาได้มีกฎหมายป้องกันการผูกขาดมากมายหลายฉบับ กฎหมายเหล่านี้ได้พยายามกำหนดการดำเนินงานที่มีพฤติกรรมขัดแย้งกับการแข่งขัน

(anticompetitive behavior) โดยมีหน่วยงาน 2 แห่งเป็นผู้ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งนี้คือ Department of Justice และ Federal Trade Commission

กฎหมายป้องกันการผูกขาดเพิ่งได้เข้ามามีบทบาทในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐใน 20 กว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งเดิมที่พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์มักจะได้รับยกเว้นจากกฎหมายฉบับนี้ Folland et al (1997) ได้ยกตัวอย่างหลายกรณีด้วยกันที่กฎหมายป้องกันการผูกขาดได้ช่วยจัดการผูกขาดและส่งเสริมการแข่งขันภายในระบบบริการสุขภาพ เช่น

- การยกเลิกอำนาจของโรงพยาบาลที่จะให้หรือยกเลิกสิทธิประโยชน์กับแพทย์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลอย่างไม่เป็นธรรม

- การจำกัดอำนาจของแพทย์ที่ต้องการควบคุมแผนประกันสุขภาพของโครงการ Blue Cross และ Blue Shield

- การให้ใช้ระบบจ่ายค่าตอบแทนแบบ Relative Value Scale

- การผ่อนปรนข้อกำหนดของ The American Medical Association ในการโฆษณา

- การผ่อนปรนข้อกำหนดของ The American Medical Association ในการจำกัดการแข่งขันของแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ประเภทอื่น เช่น Chiropractors

ซึ่งมีการประเมินว่าการป้องกันการผูกขาดจากแพทย์และโรงพยาบาล ทำให้ประโยชน์ตกกับผู้บริโภคมมากขึ้น เนื่องจากการแข่งขันจากผู้ให้บริการเพิ่มสูงขึ้น

ผลจากการดำเนินการมาตรการควบคุมและป้องกันการผูกขาดที่มีอยู่ในประเทศสหรัฐทำให้พฤติกรรมของโรงพยาบาลเปลี่ยนไปในลักษณะที่

- มีการรวมตัวของโรงพยาบาลมากขึ้น

- มีเครือข่ายของโรงพยาบาลที่ประสานงานกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศมากขึ้น

- โรงพยาบาลได้รวมหุ้นกันซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง และทำการจัดซื้อร่วมกัน

ซึ่ง Folland et al (1997) ได้วิเคราะห์ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะนำมาสู่การสร้างอำนาจผูกขาดของโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นผลเสียต่อผู้บริโภคในที่สุด ดังนั้น จึงได้มีความพยายามที่จะผ่อนคลายข้อบังคับบางประการเพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา โดยที่ใน ค.ศ. 1994 Department of Justice และ Federal Trade Commission ได้มีนโยบาย Antitrust Safety Zone เพื่อยินยอมให้พฤติกรรมรวมกลุ่มดำเนินการบางประเภท (Certain Collaborative Activities) ของโรงพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ไม่ถือว่าเป็นการผูกขาด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (Food and Drug Administration หรือ FDA) ของ
ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1938 โดยมีจุดประสงค์หลัก 4 ประการคือ

1. อนุมัติว่ายาประเภทใด สามารถจำหน่ายได้
2. จำแนกประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาโรคประเภทต่างๆ
3. กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับยาที่จำหน่าย (เช่น ต้องมีข้อความบ่งบอกถึงสรรพคุณและวิธี
ใช้ยาติดไปกับการบรรจุยา)

4. การประเมินความปลอดภัยของยา (Safety) และความสัมฤทธิ์ผล ของยา (efficacy)

FDA ของประเทศสหรัฐมีความเข้มงวดมากโดยเฉพาะไม่อนุมัติให้ยาบางประเภทที่มีการ
จำหน่ายในประเทศแถบยุโรปวางจำหน่ายในประเทศสหรัฐ ด้วยเหตุผลว่ายาเหล่านั้น ไม่ได้รับการ
ทดสอบอย่างสมบูรณ์ แม้จะมีผู้โต้แย้งว่าประเทศที่ยินยอมให้มีการจำหน่ายยาเหล่านั้น ได้ประสบประสพ
การณ์และข้อมูลของยาเหล่านั้นเป็นจำนวนมาก พอที่จะมั่นใจว่าผ่านข้อบังคับของ FDA ได้ทั้งหมดแล้ว
ก็ตาม

ในปี ค.ศ. 1984 รัฐบาลสหรัฐได้ผ่านกฎหมายของ FDA ฉบับหนึ่งที่มีชื่อว่า The Drug
Price Competition and Patent Term Restoration Act ซึ่งมีสาระสำคัญประการหนึ่งคือการที่ยินยอมให้
ผลิตภัณฑ์มี market exclusivity เป็นระยะเวลานานสูงสุดถึง 5 ปี สำหรับยาที่ไม่มีสิทธิบัตรยาคุ้มครอง
Phelps (1997) ได้ประเมินว่าด้วยกฎหมายดังกล่าวจะทำให้ยาจากประเทศแถบยุโรปและอื่นๆทะลักเข้า
มาจำหน่ายในประเทศสหรัฐมากขึ้น แม้ว่ายาเหล่านี้จะไม่ได้สิทธิบัตรยา ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเสรีการค้า
ด้านยาระหว่างประเทศครั้งใหญ่ที่ไม่เคยมีมาก่อน

Folland et al (1997) ได้กล่าวว่า อุตสาหกรรมโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐได้มีการ
เปลี่ยนแปลงอย่างมากที่เกิดจากการลดลงของการใช้บริการในแผนกคนไข้ใน ซึ่งทำให้โรงพยาบาล
ขนาดเล็กต้องปิดกิจการและโรงพยาบาลขนาดอื่นๆต้องรวมตัวกันหรือจัดองค์กรใหม่ (ดูตารางที่ 99)

ผลของการดำเนินนโยบายแบบ managed care ทำให้โรงพยาบาลต้องรวมตัวกันอย่างเครือ
ข่าย (network) และหันไปเน้นทางด้าน primary care และเพิ่มบทบาทในการขายบริการ โดยตรงกับกลุ่ม
ลูกค้า เช่น Medicare ได้โดยไม่ต้องผ่านบริษัทประกันสุขภาพ

นักวิชาการได้พบว่าความด้อยประสิทธิภาพเนื่องจากการขาดการแข่งขันในอุตสาหกรรม
โรงพยาบาลนำมาซึ่งปัญหาดังต่อไปนี้ (Folland et al, 1997)

- 1) การแข่งขันสะสมเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีผลิตภาพและมีราคาแพง (Unproductive and
costly medical arms race)
- 2) การแย่งชิงบุคลากรทางการแพทย์และคนไข้

3) สร้างแรงกดดันให้มีการส่งคนไข้พักในโรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อเพิ่มอัตราการครองเตียง

Folland et al (1997) ได้กล่าวถึงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในอนาคตว่าจะมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ คือ

1) จะยังคงมีการควบคุมอย่างเข้มงวดในระบบบริการสุขภาพ

2) นโยบายของรัฐบาลกลางจะส่งเสริมการแข่งขันภายในระบบบริการสุขภาพ เพื่อจัดการกับปัญหาเรื่องต้นทุนและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3) ขยายรูปแบบ Managed Care และสถานบริการสุขภาพประเภท Health Maintenance Organizations

4) บทบาทของรัฐในการให้บริการสุขภาพจะน้อยลง โดยเน้นเฉพาะโครงการ Medicare และ Medicaid

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า แม้แต่ประเทศสหรัฐที่ถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีการค้าเสรีมากที่สุดแห่งหนึ่งในทุกสาขารวมทั้งภาคบริการสุขภาพ แต่ก็ยังมีการควบคุมและการแทรกแซงของรัฐในระบบบริการสุขภาพอยู่อย่างชัดเจนในระดับหนึ่ง จึงมีความเป็นไปได้มากกว่า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในภาคบริการสุขภาพอาจจะยากที่จะบรรลุเป้าหมายการเปิดเสรีการค้าบริการตามที่คาดหมายไว้ได้ในอนาคตอันใกล้

ตารางที่ 97 : ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแหล่งของเงินทุนและประเภทกิจกรรมของประเทศสหรัฐในปี 1993 (หน่วยเป็นพันล้านเหรียญ)

Type of Expenditure	Private						Government		
	Total	All Private Funds	Consumer			Other	Total	Federal	State and Local
			Total	Out of Pocket	Private Insurance				
National health expenditure	884.2	496.4	453.6	157.5	296.1	42.8	387.8	280.6	107.3
Health Service and supplies	855.2	484.3	453.6	157.5	296.1	30.7	370.9	268.6	102.4
Personal Health Care	782.5	445.5	415.5	157.5	258	30	337	259	78.1
Hospital care	326.6	143.7	126.9	9.1	117.8	16.8	182.9	149.2	33.7
Physician services	171.2	113.1	110.3	26.2	84.1	2.7	58.1	45	13.1
Dental services	37.4	35.6	35.5	18.7	16.8	0.2	1.7	1	0.8
Other professional services	51.2	40.6	37	21.2	15.8	3.6	10.6	7.3	3.3
Home health care	20.8	9.4	6.9	4.3	2.5	2.5	11.4	9.8	1.5
Drugs and other medical nondurable	75	65.8	65.8	47.4	18.4	-	9.2	4.7	4.4
Vision products and other medical durables	12.6	8.5	8.5	7.6	0.9	-	4.2	4	0.2
Nursing home care	96.6	26	24.7	23	1.7	1.3	43.6	48.3	15.3
Other personal health care	18.2	2.8	-	-	-	2.8	15.3	9.5	5.8
Program administration and net cost of private health insurance	48	38.8	38.1	-	38.1	0.7	9.2	6.3	2.8
Government public health activities	24.7	-	-	-	-	-	24.7	3.3	21.4
Research and construction	29	12.1	-	-	-	12.1	16.9	12	4.9
Research	14.4	1.2	-	-	-	1.2	13.1	11.1	2.1
Construction	14.6	10.9	-	-	-	0.9	3.8	0.9	2.8

ตารางที่ 98 : ต้นทุนของโรงพยาบาลของประเทศไทย

	1960	1970	1980	1993
ค่าใช้จ่าย (พันล้านบาท)	27.1	74.3	251.1	884.2
ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล (พันล้านบาท)	9.3	28.0	102.7	326.6
(% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด)	(34.3)	(37.7)	(40.9)	(36.9)
แหล่งของค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล(%)				
จ่ายเอง	20.7	9.0	5.2	2.8
จ่ายโดยภาคเอกชน	36.8	37.5	42.6	41.3
จ่ายโดยรัฐ	42.5	53.5	52.3	56.0
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย				
ต่อวัน	-	74	245	881
ต่อการพัก 1 ครั้ง	-	605	1,851	6,132

ตารางที่ 99 : ข้อมูลโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา

	1970	1980	1992
จำนวนโรงพยาบาล	7,030	6,787	6,066
(จำนวนเตียง)	(1,599,299)	(1,346,228)	(1,135,350)
โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยระยะสั้น	6,193	6,229	5,619
(จำนวนเตียง)	(935,724)	(1,080,164)	(996,112)
ของรัฐบาลกลาง	334(87,492)	325(88,144)	298(73,370)
อื่นๆ	5,859(848,232)	5,904(992,020)	5,321(922,742)
องค์กรไม่หวังผลกำไร	3,386(591,937)	3,339(692,292)	3,182(656,355)
องค์กรหวังผลกำไร	769(52,739)	730(87,033)	723(98,760)
รัฐบาลท้องถิ่น	1,704(203,556)	1,835(212,058)	1,416(167,627)
โรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยระยะสั้น			
ขนาด 6-199 เตียง	-	4,389(358,282)	3,861(325,317)
200-499 เตียง	-	1,466(456,248)	1,421(434,734)
500 หรือมากกว่า	-	374(265,634)	337(236,061)
อัตราการครองเตียง(%)	77.9	75.6	66.2
จำนวนที่เข้าพักรักษา(พันราย)	30,706	38,140	32,640
ระยะเวลาอนเฉลี่ย(วัน)	8.7	7.8	7.4
จำนวนแพทย์แบบ OPD (พันราย)	173,058	255,320	408,507
โรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยระยะยาว	837	558	447
(จำนวนเตียง)	(663,505)	(266,064)	(139,235)
ของรัฐบาลกลาง	72(73,260)	33(28,433)	26(17,220)
อื่นๆ	662(570,308)	515(236,131)	418(121,713)
องค์กรไม่หวังผลกำไร	166(21,530)	113(16,683)	78(9,545)
องค์กรหวังผลกำไร	41(3,500)	68(7,223)	67(5,442)
รัฐบาลท้องถิ่น	418(534,112)	326(211,167)	257(104,562)
อัตราการครองเตียง(%)	81.2	85.5	87.0

บทที่ 8

ข้อเสนอกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศ
และข้อเสนอมาตรการเพื่อควบคุมผลกระทบทางสังคมภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศ
ที่จะนำไปสู่การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพ

บทนี้จะนำเสนอการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศใน
ภาคบริการสุขภาพ การบรรเทาผลเสียที่เกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมยา เครื่องมือแพทย์ และ โรงพยาบาล
เอกชน หากประเทศไทยต้องดำเนินการตามข้อผูกพันในความตกลงระหว่างประเทศอย่างเข้มงวด
และการควบคุมผลกระทบทางสังคมของไทยที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

8.1 การนำความตกลงระหว่างประเทศมาเป็นโอกาสของการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทย ในการแข่งขันกับต่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ

เนื่องจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าทำให้ขนาดของอุตสาหกรรม
การผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศไทยต้องลดลงและถูกแทนที่ด้วยการนำเข้ายา
สำเร็จรูปและเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศ สมควรที่จะนำทรัพยากรที่ถูกปลดปล่อยจากการผลิต
ของอุตสาหกรรมทั้งสองไปใช้ในการพัฒนาระบบยาและเครื่องมือแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ นั่นคือ
บริษัทผลิตยาบางแห่งไม่สามารถยืนหยัดที่จะแข่งขันในการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์อาจหันไป
ทำทางด้านการบริหารจัดการด้านยา การตลาดด้านยา การสร้างข้อมูลสารสนเทศด้านยา ฯลฯ เช่น
การจำหน่ายยาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควรทั้งภายในและ
ต่างประเทศ ซึ่งอาจทำให้ประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันด้านเหล่านี้จนสามารถแข่งขันกับต่าง
ประเทศได้

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าเอื้อประโยชน์ต่อ
ประเทศไทยในลักษณะที่เปิดโอกาสให้นักลงทุนไทยในภาคบริการสุขภาพได้ร่วมทุนกับชาวต่าง
ประเทศ นักลงทุนไทยได้เรียนรู้และรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากต่างประเทศ และระบบบริการ
สุขภาพจะมีการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ประโยชน์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้
ก็ต่อเมื่อประเทศไทยสร้างเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ตัวอย่างเช่น นักลงทุนไทยที่จะร่วม
ลงทุนกับชาวต่างชาติต้องสามารถประเมินได้ว่าบุคลากรของไทยจะเรียนรู้การถ่ายทอดเทคโนโลยี
ที่ตกลงกันได้ไว้อย่างไร หรือเมื่อสิ้นสุดโครงการร่วมลงทุนแล้ว นักลงทุนไทยสามารถดำเนินกิจ
การด้วยตนเองได้หรือไม่ โดยที่อาจมีหน่วยงานของรัฐช่วยพิจารณาเงื่อนไขดังกล่าวเพื่อมิให้นักลง
ทุนไทยเสียเปรียบ เป็นต้น ทรัพยากรที่นักลงทุนไทยเสนอที่จะนำมาร่วมทุนกับนักลงทุนต่างชาติ
ควรเป็นทรัพยากรที่ไทยมีอย่างเหลือเฟือ เช่น แรงงาน ที่ดิน โดยที่นักลงทุนต่างชาติอาจนำเงินจาก
ต่างประเทศและเครื่องมือทันสมัยเข้ามาร่วมทุน เป็นต้น ด้วยการกระทำดังนี้ แม้ว่าในเริ่มแรกนักลง

ทุนไทยต้องอาศัยนักลงทุนต่างชาติอยู่มาก แต่เมื่อโครงการสิ้นสุดหรือเมื่อสิทธิบัตรหมดอายุ นักลงทุนไทยก็สามารถทดแทนนักลงทุนต่างชาติได้ทั้งหมด นั่นคือ นักลงทุนไทยก็มีความสามารถในการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ที่ทดแทนจากเดิมที่ผลิตโดยบริษัทร่วมทุน

ความตกลงทั่วไปด้วยการค้าบริการจะเพิ่มอุปทานของโรงพยาบาลเอกชนและแพทย์มากขึ้น ซึ่งทำให้ค่าบริการ โรงพยาบาลเอกชนต่ำลง ซึ่งน่าจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ซื้อบริการสุขภาพในต่างประเทศเข้ามาซื้อบริการนี้จากประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงความจริงที่ว่าบริการสุขภาพต่างจากสินค้าและบริการอื่นๆ ที่ผู้ที่ไม่ป่วยมักไม่ซื้อและบริโภค แต่เมื่อใดที่เจ็บป่วย ผู้ป่วยมักจะไม่เลือกสถานบริการและไม่เกี่ยงค่าบริการ ดังนั้น บริการสุขภาพบางประเภทเท่านั้นที่จะสามารถซื้อข้ามประเทศได้ จึงสมควรที่จะส่งเสริมบริการสุขภาพเหล่านี้ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การรักษาโรคเรื้อรัง การผ่าตัดเสริมสวย ฯลฯ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น นโยบายการเข้าเมืองต้องส่งเสริมให้ชาวต่างชาติได้เข้ามาซื้อบริการดังกล่าวในประเทศไทยได้ง่าย เช่น การออกวีซ่าระยะยาว การขอวีซ่าที่ง่าย ขั้นตอนการเข้าเมืองที่ไม่ยุ่งยาก เป็นต้น ซึ่งก็สอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลเอกชนของไทยหลายแห่งกระทำอยู่ในขณะนี้ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 3 แล้ว

รัฐมีบทบาทที่จะสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนความตกลงระหว่างประเทศให้เป็นโอกาสของการสร้างขีดความสามารถของอุตสาหกรรมในภาคบริการสุขภาพของไทย ดังที่นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีได้ให้สัมภาษณ์ว่า "รัฐพร้อมสนับสนุนเพื่อความเข้มแข็งในปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ (เพื่อการแข่งขันทางการค้าและลงทุนระหว่างประเทศของไทย) คือ 1. พัฒนาคมนาคม 2. สนับสนุนเทคโนโลยี ทั้งการนำเข้าหรือลงทุนพร้อมกระตุ้นให้มีการวิจัยและพัฒนาเพิ่มขึ้น 3. รัฐต้องพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารทางด้านการตลาดและพัฒนาเชิงธุรกิจ โดยเฉพาะข้อตกลงระหว่างประเทศ" (น.ส.พ. กรุงเทพธุรกิจ, วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2541)

8.2 การบรรเทาผลเสียที่เกิดกับอุตสาหกรรมการผลิตยา เครื่องมือแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนจากความตกลงระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด

หากนำผลการวิเคราะห์ในบทที่ 4 มาพิจารณาจะพบว่า การเปิดเสรีการค้าเครื่องมือแพทย์อย่างเต็มที่แล้วจะทำให้มูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นน้อยกว่าการเปิดเสรีการค้ายาอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ โรงงานผลิตยาก็มีจำนวนมากกว่าโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์ ดังนั้น หากประเทศไทยสามารถยืดเวลาการเปิดเสรีการค้าได้แล้ว โดยนำเวลาที่มีค่าดังกล่าวมาเตรียมความพร้อมและปรับเปลี่ยนธุรกรรมของผู้ผลิตแล้ว อุตสาหกรรมยาน่าจะได้รับลำดับความสำคัญ (priority) สูงกว่าอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ หรืออีกนัยหนึ่งคือ อุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์อาจอยู่ในกลุ่มสินค้าแรงกดดันได้ แต่อุตสาหกรรมยาควรอยู่ในกลุ่มสินค้าลดภาษีปกติ

การลดความเสียหายจากการอนุวัติสิทธิบัตรยาและเครื่องมือแพทย์สามารถกระทำได้โดยการส่งเสริมให้บริษัทยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีสิทธิบัตรมีการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีสิทธิ

บัตรคุ้มครองออกมาหลายๆ และรวดเร็ว โดยการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานให้รวดเร็วกว่าเดิม ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ให้ผู้บริโภคเลือกมากขึ้น ยาและเครื่องมือแพทย์ยี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่งก็ไม่อาจทำการผูกขาดได้ กล่าวคือ อุปสงค์ต่อยาและเครื่องมือแพทย์ก็จะมีคามยืดหยุ่นมากขึ้นและทดแทนกันได้สูงขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ (ในบทที่ 4) พบว่าความยืดหยุ่นที่สูงขึ้นของยาและเครื่องมือแพทย์จะทำให้มูลค่าการนำเข้ายาที่เพิ่มขึ้นมีอัตราต่ำลง

ในการเจรจาความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในรอบหน้าปี ค.ศ. 2000 ประเทศไทยน่าจะผ่อนผันกำหนดเวลาของการยกเลิกกฎระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยง่ายขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งนี้เพราะว่าประเทศไทยยังไม่ได้พัฒนาวิธีการรักษามาตรฐานของแพทย์และวิชาชีพทางการแพทย์ที่จะมาทดแทนกฎระเบียบเดิม ในขณะเดียวกันต้องเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพต่างๆ ให้กำหนดหลักเกณฑ์การตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเข้มงวด ซึ่งต้องใช้ได้กับทั้งแพทย์ไทยและแพทย์ต่างชาติ

เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาทางการเงินและอุปสงค์ต่อบริการที่ลดลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ จึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้แทบที่จะไม่มีทางแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศเลย หากมีการเปิดเสรีการค้าบริการของโรงพยาบาลเอกชนทันทีในขณะนี้ ดังนั้น การเจรจาความตกลงทางการค้าบริการรอบใหม่ที่จะถึงอาจต้องขอยกเว้นการเปิดเสรีการค้าในสาขาบริการนี้ไว้จนกว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยจะมีความพร้อมมากกว่านี้

8.3 การควบคุมผลกระทบทางสังคมของไทยที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

ประเทศไทยอาจควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพได้โดยใช้มาตรการดังต่อไปนี้

1. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยา ได้แก่

1.1 กฎและระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายยา ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหลัก ซึ่งจะไม่ขัดกับความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้า และความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า

1.2 การควบคุมราคาขายโดยกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งมักจะกระทำไปพร้อมๆ กับสินค้าและบริการอื่นๆ ที่ถือว่าจำเป็น โดยมีจุดประสงค์เพื่อมิให้ประชาชนต้องเดือดร้อนจากค่าครองชีพที่สูงขึ้นเกินกว่ารายได้ที่มีอยู่ ตลอดจนการนำบัญชียาหลักมาใช้

1.3 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (Antitrust Laws) แม้ว่าประเทศไทยยังไม่ได้มีกฎหมายป้องกันการผูกขาดชัดเจนอย่างที่ประเทศพัฒนาแล้วใช้กันอยู่ เจ้าหน้าที่ระดับสูงของ

กระทรวงพาณิชย์ท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลในการประชุมระดมสมองครั้งที่ 3 ว่า ในอนาคตกฎหมายป้องกันการผูกขาดจะเป็นส่วนหนึ่งของความตกลงทั่วไประหว่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลไทยจะรอใช้กฎหมายป้องกันการผูกขาดดังกล่าวมากกว่าร่างขึ้นมาใช้เอง ดังนั้น กฎหมายป้องกันการผูกขาดก็จะไม่ขัดกับความตกลงทั่วไประหว่างประเทศ กฎหมายป้องกันการผูกขาดสามารถป้องกันการรวมหัวหรือ "ฮั้ว" ของบริษัทฯ ต่างๆ ได้ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของระบบบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบัน

1.4 การบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing) ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2535 ทำให้สามารถผลิตยาให้มีราคาถูกและมีใช้อย่างเพียงพอได้ หากบริษัทฯ ใดจงใจที่จะกำหนดราคาไว้สูงเกินไป

2. มาตรการการควบคุมเครื่องมือแพทย์ ได้แก่

2.1 กฎและระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

2.2 การควบคุมราคา ค่าบริการเครื่องมือแพทย์ หรือการกำหนดค่าบริการเครื่องมือแพทย์ โดยกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุข

2.3 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (เช่นเดียวกับ 1.3 ข้างต้น)

2.4 Certificate-of-Need Laws แม้ว่าผู้เข้าร่วมประชุมระดมสมองในครั้งที่ 3 ท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลว่า พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้ครอบคลุมการอนุญาตสถานพยาบาลที่จะใช้เครื่องมือแพทย์ประเภทใดก็ตาม แต่พระราชบัญญัตินี้ไม่ได้ครอบคลุมการใช้เครื่องมือแพทย์นอกสถานพยาบาล เช่น ห้องปฏิบัติการชันสูตร (laboratory) อิสระ เป็นต้น ดังนั้น จึงน่าที่จะมีกฎหมายประเภท Certificate-of-Need ขึ้นมาเพื่อให้มีการควบคุมการใช้เครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงนอกสถานพยาบาลด้วย

3. มาตรการควบคุมการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชนของชาวต่างประเทศ ได้แก่

3.1 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

3.2 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการอยู่

3.3 Certificate-of-Need laws แม้ว่าพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 จะควบคุมจำนวน การกระจาย และโครงสร้างของโรงพยาบาลเอกชนอย่างชัดเจน แต่รัฐบาลและประชาชนในท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมการกำหนดประเภทและขนาดของโรงพยาบาลตามความจำเป็นที่มีอยู่ นอกจากนี้ วิธีการดังกล่าวยังสอดคล้องกับการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นอีกด้วย

3.4 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (เช่นเดียวกับ 1.3 ข้างต้น)

4. มาตรการการควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติ ได้แก่

4.1 กฎและระเบียบของแพทยสภา ทันตสภา เกษีษสภา และสภาพยาบาล ในการออกใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งอาจเน้นด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก

4.2 กฎระเบียบการเข้าเมืองของกระทรวงการต่างประเทศสามารถแบ่งแยกบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติที่มีความตั้งใจจริงในการทำงานออกจากผู้ที่เข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ โดยตรวจสอบหลักฐานการเข้าเมืองและการออกวีซ่าอย่างเข้มงวด

4.3 กฎและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขในการทดสอบคุณสมบัติและบังคับให้มีการเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเป็นระยะๆ เพื่อขอต่อใบประกอบโรคศิลป์

5. มาตรการควบคุมบริการสุขภาพ ได้แก่

5.1 การควบคุมราคาค่าบริการสุขภาพโดยกระทรวงพาณิชย์ และการเปิดเผยราคาค่าบริการสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้ผู้บริโภคเลือกตัดสินใจซื้อบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างมีข้อมูลสมบูรณ์

5.2 การประกันคุณภาพบริการสุขภาพ (Medical Audit) โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การประกันคุณภาพบริการสุขภาพของไทยยังมีความอ่อนแอและล่าช้ามาก

5.3 การทบทวนการให้และการใช้บริการสุขภาพ (Peer Review and Utilization Review) โดยกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา เพื่อป้องกันการให้และใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นและสิ้นเปลือง

จะเห็นได้ว่ามาตรการ 1-4 เป็นการควบคุมปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพ ซึ่งอาจจะขัดแย้งกับหลักการของความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก ที่จะส่งเสริมให้มีการเปิดเสรีการค้าในปัจจัยการผลิตด้วย ขณะที่มาตรการที่ 5 เป็นการควบคุมบริการสุขภาพโดยตรง ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่จะเกิดกับหลักการของความตกลงระหว่างประเทศได้ หากกระทำไปโดยมีเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกได้เปิดช่องทางที่ประเทศสมาชิกกระทำอย่างแตกต่างกันได้

หากพิจารณาจากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐแล้ว จะพบว่าสหรัฐได้ผ่อนปรนมาตรการที่ควบคุมปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพมานานแล้ว แต่ได้เน้นถึงมาตรการที่ควบคุมบริการสุขภาพแทน โดยมีเป้าหมายที่แน่ชัด เช่น การควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพไม่ให้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นต้น ดังนั้น แนวโน้มของการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพก็อาจเป็นไปแนวทางที่ลดการควบคุมการค้าปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพระหว่างประเทศ แต่ยังยินยอมให้มีการควบคุมบริการสุขภาพภายในแต่ละประเทศ ฉะนั้น ประเทศไทยจึงควรมุ่งเน้นการควบคุมบริการสุขภาพภายในประเทศที่

อาจเกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพให้มากขึ้นมากกว่าที่จะควบคุมปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพ

คำถามที่เกิดขึ้นก็คือ จะใช้มาตรการควบคุมบริการสุขภาพแบบใดจึงเหมาะสม คำตอบก็อยู่ที่จุดประสงค์ของระบบบริการสุขภาพที่ไทยต้องการบรรลุถึง นั่นคือ

- หากจุดประสงค์คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแล้ว จำเป็นต้องควบคุมการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในด้านยาและเครื่องมือแพทย์เป็นสัดส่วนที่ใหญ่ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพทั้งหมดของไทย

- หากจุดประสงค์คือ การควบคุมคุณภาพของบริการสุขภาพแล้ว การควบคุมท้องถิ่นที่แพทย์ต่างชาติและโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศ

- หากจุดประสงค์คือ การกระจายของบริการสุขภาพให้ทั่วถึงประชากรทั้งหมดแล้ว เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศ และแพทย์ต่างชาติ จะเข้าข่ายที่จะถูกควบคุม

มาตรการควบคุมผลกระทบจากความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพที่ประเทศไทยสามารถนำมาใช้ได้อาจจำแนกตามเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพของไทยที่ต้องการรักษาไว้ได้ดังนี้ คือ

1. มาตรการในการรักษาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

1.1 การควบคุมราคาบริการสุขภาพ (price control) โดยกระทำได้ด้วยวิธีการตามระเบียบวิธีการของรัฐ เช่น การคลังแบบรวมกลุ่ม (collection financing) การนำราคากลางและบัญชียาหลักมาเป็นเกณฑ์ในการจัดสรรบริการสุขภาพ การบังคับจ่ายรวมค่าประกันสุขภาพ (co-insurance) เพื่อการควบคุมอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น ฯลฯ

1.2 การบังคับใช้สิทธิกับยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและมีราคาแพง

2. มาตรการในการรักษาความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

2.1 Certificate-of-Need laws เพื่อกระจายเครื่องมือแพทย์และสถานพยาบาลไปอย่างทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ

2.2 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 สามารถกระจายสถานพยาบาลไปสู่พื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึง

3. มาตรการในการรักษาคุณภาพบริการสุขภาพ ได้แก่

3.1 กฎและระเบียบของสภาวิชาชีพต่างๆ ในการบังคับให้ทดสอบความรู้และเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เป็นเงื่อนไขในการต่อใบวิชาชีพนั้นๆ

3.2 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บังคับให้สถานพยาบาลระดับต่างๆ ต้องมีเครื่องมือแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และอาคารสถานที่เหมาะสมกับการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามที่รัฐกำหนด

3.3 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) จะกำหนดให้โรงพยาบาลต้องผ่านการทดสอบมาตรฐานการให้บริการตามที่กำหนดไว้โดยองค์กรอิสระและเป็นกลาง

จะเห็นได้ว่ามาตรการที่เสนอมาข้างต้นในการรักษาเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพของไทย ไม่ได้เลือกปฏิบัติระหว่างปัจจัยการผลิตในประเทศหรือต่างประเทศ และไม่ได้กีดกันระหว่างผู้ให้บริการคนไทยและคนต่างชาติ ฉะนั้น จึงเป็นมาตรการที่ไม่ขัดแย้งกับความตกลงระหว่างประเทศเลย นั่นคือ มาตรการเหล่านี้ไม่ได้ทำลายหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติและการเข้าสู่ตลาดของผู้ให้บริการชาวต่างชาติหรือปัจจัยการผลิตจากนอกประเทศ

จะเห็นได้ว่ามาตรการส่วนใหญ่เน้นไปที่ผลผลิตและคุณภาพของบริการสุขภาพ แต่ก็ได้มีผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้คำนึงถึงผลเสียจากขบวนการผลิตสินค้าและบริการสุขภาพด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้เข้าร่วมระดมสมองท่านหนึ่งได้อภิปรายไว้ว่า โรงงานผลิตยาร่วมทุนของไทยกับต่างประเทศได้สร้างของเสียทางเคมี (Chemical waste) จากกระบวนการผลิตโดยไม่ได้จัดการและบำบัดให้ถูกต้อง อีกส่วนหนึ่งก็เกิดจากการที่ประเทศไทยไม่พร้อมทางด้านวิชาการที่จะประเมินความเสียหายจากของเสียเหล่านั้น ตลอดจนการบังคับใช้กฎหมายและการกำกับดูแลก็ยังไม่เข้มงวดพอ ฉะนั้น ผลเสียของการผลิตยาบางชนิดจึงส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของคนไทยอย่างแน่นอน

สถานการณ์การผลิตแพทย์ของประเทศต่างๆในโลกมีแนวโน้มที่จะเกินความต้องการในอนาคต ซึ่งก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแพทย์ระหว่างประเทศมากขึ้น โดยมีค่าตอบแทนที่สูงขึ้นโดยเปรียบเทียบเป็นแรงจูงใจ สถานการณ์การค้าระหว่างประเทศชี้ให้เห็นว่า อุปสงค์ต่อยาจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ขณะที่อุปสงค์ต่อยาในประเทศพัฒนาแล้วเริ่มคงที่เนื่องจากนโยบายลดค่าใช้จ่ายในด้านบริการสุขภาพ ส่วนการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศกลับมีขนาดเล็ก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดผู้เชี่ยวชาญในการใช้และบำรุงรักษาและมีศักยภาพในการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายได้

ในขณะนี้ ประเทศไทยได้มีการค้าระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพระดับหนึ่ง โดยที่ยังไม่ถึงขั้นของการเปิดเสรีการค้าในภาคนี้เต็มที่ การผลิตยาในประเทศไทยต้องอาศัยการนำเข้าทั้งวัตถุดิบและยาลำเร็จรูปเพื่อตอบสนองตลาดภายในประเทศที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในขณะที่การส่งออกยามีสัดส่วนน้อยมาก ประเทศไทยได้ให้สิทธิบัตรกรรมวิธีการผลิตยาครั้งแรกใน พ.ศ. 2522 และสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา ใน พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ บริษัทฯ ข้ามชาติก็ได้กดดันในการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรต่อไปอีกในหลายประเด็น แม้ว่าจะไม่ชัดเจนและเข้มข้นเหมือนในอดีตก็ตาม การเติบโตของตลาดเครื่องมือแพทย์ของไทยมาจากการเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนและความกังวลต่อโรคเอดส์ที่แพร่ระบาด ซึ่งอธิบายการขยายตัวของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ขณะเดียวกัน การส่งออกเครื่องมือแพทย์ของไทยที่เพิ่มสูงขึ้นก็มีสาเหตุมาจากความกังวลต่อโรคเอดส์ที่ระบาดไปทั่วโลก การขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในอดีตที่มีปัจจัยที่สำคัญมาจากรายได้ของคนไทยที่เพิ่มขึ้นและการส่งเสริมการลงทุนของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนเป็นหลัก จนทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครไม่อาจขยายตัวได้อีก แม้ว่าจะมีความไม่เสมอภาคในการกระจายโรงพยาบาลเอกชนไปสู่พื้นที่อื่นๆก็ตาม อัตราค่าไของโรงพยาบาลเอกชนประเภทต่างๆอยู่ในช่วงร้อยละ 7 – 25 ขณะที่ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนต้องเผชิญปัญหาทั้งนี้มาจากการแข่งขันจากโรงพยาบาลรัฐ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ และวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจภาครัฐได้เร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วงเวลาไม่นานนัก เพื่อขจัดความขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ก็ยังพบความเหลื่อมล้ำในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างภาคต่างๆของประเทศและระหว่างรัฐและเอกชน

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก และเขตการค้าเสรีอาเซียน ซึ่งทำให้ต้องผูกพันกับความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญสำหรับการเปิดเสรีในภาคบริการสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ และความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่

เกี่ยวข้องกับการค้า รัฐบาลไทยได้ปฏิบัติตามความตกลงนี้โดยปรับโครงสร้างภาษีศุลกากรลดลงได้ตามที่ผูกพันก่อนกำหนดและจัดตั้งศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ แต่แทบจะไม่มีควมคืบหน้าในการแก้ไขกฎหมายรองรับความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ ซึ่งการเจรจาความตกลงนี้รอบหน้าถูกกำหนดให้มขึ้นในปี ค.ศ. 2000

การวิเคราะห์ผลของการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยสามารถสรุปได้ตามกรอบของการวิเคราะห์ในรูปที่ 1 ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้ามีผลต่อการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศของไทยโดยที่ให้อัตราการคุ้มครองที่แท้จริงและการผลิตยาสำเร็จรูปของประเทศไทยลดลง เมื่อนำความยืดหยุ่นต่อภานำเข้าในช่วง พ.ศ. 2534 – 2539 มาพิจารณา จะพบว่ามูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบยาเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 32.93 และมูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 11.55 คิดเป็น 1,310.4 ล้านบาท) หากมีการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศอย่างเต็มที่ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าจะทำให้ราคายาสำเร็จรูปต่ำลง ปริมาณการนำเข้ายาสำเร็จรูปจะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มูลค่าการนำเข้ายาจากต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน อุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศไทยจะลดน้อยลง

ผลกระทบต่อการค้าและการลงทุนเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทยที่เกิดจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าที่สำคัญคือ การเปิดเสรีการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศทำให้ไทยนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบเครื่องมือแพทย์มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.458 (คิดเป็น 441.07 ล้านบาท) และนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปมีมูลค่าเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.19 (คิดเป็น 326.76 ล้านบาท) ผลกระทบในเรื่องของราคา ปริมาณและมูลค่าการนำเข้า และขนาดของอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกับอุตสาหกรรมยา

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการลงทุนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทยส่งผลกระทบต่อยาที่มีสิทธิบัตรมากกว่าเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีสิทธิบัตร เนื่องจากไทยสามารถผลิตเครื่องมือแพทย์ได้เพียงไม่กี่รายการและเป็นประเภทที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ตามการคำนวณในการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า ราคายาที่มีสิทธิบัตรจะสูงขึ้น และมูลค่ายาที่ประเทศไทยต้องจ่ายเพิ่มขึ้นสูงขึ้นตามไปด้วย แต่ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่นอนว่าจะเพิ่มขึ้นเท่าไรขึ้นอยู่กับอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตร กล่าวคือ หากอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตรมีความยืดหยุ่นน้อย (เช่น -0.5) ก็จะทำให้มูลค่ายาเพิ่มขึ้นมาก (เช่น ร้อยละ 99) แต่ถ้าอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตรมีความยืดหยุ่นมาก (เช่น -2.0) ก็จะทำให้มูลค่ายาเพิ่มขึ้นน้อย (เช่น ร้อยละ 8) นอกจากนี้ ปริมาณของยาใหม่ที่มีสิทธิบัตรจะถูกนำเข้ามามากขึ้นด้วย

อัตราผลตอบแทนของการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับในประเทศอื่น เป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศเข้ามาดำเนินธุรกิจนี้ในประเทศไทย หากมีการเปิดเสรีบริการสุขภาพตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

เช่นเดียวกัน อัตราผลตอบแทนของการทำงานของแพทย์ไทยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ (โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา) จะดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น โดยที่กฎระเบียบเดิมที่จำกัดแพทย์ต่างชาติเหล่านี้จะต้องถูกยกเลิกไปในอนาคตเนื่องจากความคล่องระหว่างประเทศนี้ การเพิ่มขึ้นของอุปทานของโรงพยาบาลเอกชนและแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของไทยจะส่งผลให้ราคาบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนต่ำลง หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน

ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความคล่องระหว่างประเทศข้างต้นนำมาสู่การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพมีต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพทั้งในด้านบวกและลบ กล่าวคือ ยา เครื่องมือแพทย์ การพัฒนาสมุนไพร และการแข่งขันที่รุนแรงในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนจะทำให้การใช้ทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพของไทยมีประสิทธิภาพด้อยลง แต่ในขณะเดียวกัน ภาษีศุลกากรที่ลดลงทำให้ยาและเครื่องมือแพทย์บางประเภทถูกลง และผู้บริโภคมีทางเลือกในการซื้อยา เครื่องมือแพทย์ และบริการสุขภาพมากขึ้น ซึ่งทำให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรมากขึ้น การควบคุมคุณภาพของแพทย์ต่างชาติทำได้ยากขึ้น แต่การแข่งขันของโรงพยาบาลเอกชนอาจทำให้มาตรฐานและบริการดีขึ้น การเปิดเสรีบริการสุขภาพจะไปสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจนมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศและแพทย์ต่างชาติมุ่งที่จะทำกำไรมากกว่าการกระจายบริการไปสู่ภูมิภาคและชนบทที่ประชากรมีกำลังซื้อบริการสุขภาพน้อย

การศึกษาการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศจีนพบว่า ประเทศไทยขาดดุลการค้าในภาคนี้แก่จีน นั่นคือ ไทยนำเข้ายาสำเร็จรูป วัตถุดิบยา และเครื่องมือแพทย์จากจีนมากกว่าจีนนำเข้าจากไทย เนื่องจากจีนไม่ได้เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก อัตราพิกัดภาษีศุลกากรของจีนจึงยังสูงมาก แต่อย่างไรก็ตาม การลดอัตราพิกัดภาษีศุลกากรของจีนจะไม่มีผลต่อการส่งออกในภาคนี้ของไทยเลย ในขณะนี้ จีนได้ให้สิทธิบัตรกรรมวิธีการผลิตอย่างเดียว แต่ในอนาคตเมื่อจีนมีเทคโนโลยีใกล้เคียงกับประเทศอุตสาหกรรมหรือเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกแล้ว จีนจึงจะให้สิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ จีนได้ใช้เขตเศรษฐกิจพิเศษดึงดูดนักลงทุนต่างชาติ ซึ่งวิธีการนี้ขัดกับหลักการขององค์การการค้าโลก มาตรการควบคุมผลกระทบทางสังคมเนื่องจาก การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพที่สำคัญของจีนคือ การควบคุมราคายา เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นสัดส่วนที่ใหญ่ในค่าบริการสุขภาพที่มีแนวโน้มเติบโตสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

การศึกษาการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศมาเลเซียพบว่า มาเลเซียนำเข้ายาสำเร็จรูป วัตถุดิบยา และเครื่องมือแพทย์จากประเทศอุตสาหกรรมเป็นหลัก การค้าสินค้าเหล่านี้ระหว่างไทยกับมาเลเซียมีสัดส่วนที่น้อยมาก มาเลเซียได้เตรียมพร้อมต่อการผูกพันความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการและความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า โดยได้พิจารณาการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับความตกลงดังกล่าว แต่

อย่างไรก็ตาม มาเลเซียก็ยังได้มีกฎระเบียบอีกหลายประการที่ไม่เอื้อต่อการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ มาเลเซียจะเป็นประเทศที่มีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศมากประเทศหนึ่ง หากมีการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศ เนื่องจากประชากรของมาเลเซียมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสูงและรวดเร็ว

การค้าในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา มีขนาดมากกว่าการค้าในภาคนี้ของไทยกับจีนและไทยกับมาเลเซีย โดยที่ไทยนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาจากสหรัฐร้อยละ 11 แต่ไทยไม่สามารถส่งออกสินค้าทั้งสองประเภทไปสหรัฐได้เลย ไทยนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากสหรัฐสูงถึงหนึ่งในสามของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด เช่นเดียวกับ ไทยส่งออกเครื่องมือแพทย์ไปสหรัฐสูงถึงหนึ่งในสามของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด

คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้ให้การส่งเสริมการลงทุนแก่สถานพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงงานผลิตวัตถุดิบยาและโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์ การกระจายธุรกิจสถานพยาบาล โรงงานผลิตวัตถุดิบยา และโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์ไปสู่ภูมิภาคด้วยการ ให้สิทธิประโยชน์เฉพาะในเขต 2 และ 3 ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เป็นต้นมาไม่ได้เป็นผลสำเร็จเลย

เนื่องจากวิธีการให้แรงจูงใจของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนขัดกับความตกลงระหว่างประเทศ จึงทำให้บทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนต้องเปลี่ยนไปในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้น คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะมีบทบาทใหม่อันได้แก่ การอำนวยความสะดวกให้กับนักลงทุนทั้งในและต่างประเทศ และการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับนักลงทุน

กรมส่งเสริมการส่งออกที่มีบทบาทในการตลาดระหว่างประเทศผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยที่มีบทบาทในการให้สินเชื่อระยะปานกลางและยาวแก่ผู้ส่งออกของไทยยังไม่ได้ให้การสนับสนุนการค้าบริการสุขภาพอย่างเต็มที่ เนื่องจากว่าหน่วยงานเหล่านี้ยังมีประสบการณ์น้อยในสาขาบริการสุขภาพ ประกอบกับความสนใจในสาขาบริการสุขภาพของหน่วยงานทั้งสองก็มีน้อยด้วย

บัญชียาหลักแห่งชาติได้ถูกนำมาเพื่อควบคุมราคาบริการสุขภาพในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ. 2535 โครงการบัตรประกันสุขภาพ และโครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ แม้จะมีกระแสคัดค้านจากบริษัทยาในอดีต แต่ในปัจจุบัน ต่างประเทศได้นำความตกลงระหว่างประเทศมาคัดค้านว่าขัดต่อหลักการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่ประเทศไทยได้ผูกพันไว้ แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศอุตสาหกรรมส่วนใหญ่ก็มีการควบคุมราคาบริการสุขภาพอย่างแอบแฝง ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมแล้ว หากต้องการให้ประเทศไทยยกเลิกการควบคุมราคาบริการสุขภาพโดยวิธีนี้ ประเทศอื่นๆก็ควรที่จะระงับการควบคุมราคาบริการสุขภาพอย่างไม่เปิดเผยด้วยเหมือนกัน

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยกองควบคุมเครื่องมือแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่ได้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้ การคุ้มครองผู้บริโภค

ของทั้งสองหน่วยงานก็ไม่ได้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญหลายประการ

องค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ ได้แก่ Health Action International, South Centre, องค์กรอนามัยโลก และองค์กรภายใต้สหประชาชาติ (เช่น United Nations Development Program เป็นต้น) แต่บทบาทขององค์กรเหล่านี้จะถูกจำกัดมากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับว่าประเทศใดเป็นผู้สนับสนุน Health Action International และ South Centre ซึ่งเป็นองค์กรประเภท Non-government organization และ inter-government organization ตามลำดับ มีอิสระมากในการเรียกร้องการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ ขณะที่องค์กรอนามัยโลกและองค์กรภายใต้สหประชาชาติมักจะถูกกดดันให้เคลื่อนย้ายตามความตกลงระหว่างประเทศมากกว่าที่จะขึ้นการจำกัดผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความตกลงเหล่านั้น

การพยากรณ์ผลของความตกลงระหว่างประเทศที่มีต่อขนาดการขยายการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพในประเทศไทยกับประเทศจีน มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา โดยใช้การวิเคราะห์สมการพหุคูณด้วยข้อมูลแบบ pooled cross-section time-series ของยาสำเร็จรูป วัตถุุดิบยา และเครื่องมือแพทย์ ในช่วง พ.ศ. 2531 – 2539 ให้ข้อสรุปว่า

1. มูลค่าของการนำเข้ายาสำเร็จรูป วัตถุุดิบยา และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทยขึ้นอยู่กับรายได้ต่อหัวของคนไทย กล่าวคือ เมื่อรายได้ต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้น (ลดลง) ก็จะทำให้มูลค่าการนำเข้าสินค้าทั้งสามประเภทมากขึ้น (น้อยลง) ส่วนการนำเข้าเครื่องมือแพทย์นั้น ประเทศสหรัฐเป็นแหล่งนำเข้าที่สำคัญของไทย

2. มูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูป วัตถุุดิบยา และเครื่องมือแพทย์จากประเทศไทยไปสู่ 3 ประเทศคู่ค้า แปรโดยตรงกับรายได้ต่อหัวของประเทศคู่ค้า แต่จะแปรผกผันกับอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้า

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยมีผลทั้งด้านส่งเสริมและปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ ได้แก่ การออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแบบบังคับ การเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้เพียงพอ การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน และการให้ประชาชนมีสิทธิเลือกบริการที่ตนเองพอใจ ส่วนมาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ ได้แก่ การปรับระบบการจัดการด้านการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ พร้อมกับ การกำกับคุณภาพของการบริการสุขภาพอย่างเข้มงวด การปรับปรุงระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การปรับปรุงการจัดการด้านความต้องการของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อควบคุมการใช้บริการสุขภาพอย่างพริ้ว

เพื่อและการเข้าร่วมค่าบริการเมื่อใช้สิทธิจากการประกันสุขภาพ การพัฒนามาตรปฏิบัติประจำ
ครอบครัวมากขึ้นและกำกับสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม และการส่งเสริมการ
บริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน

จากการทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐซึ่งถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีการค้าเสรีใน
ทุกภาค (รวมทั้งภาคบริการสุขภาพ) มายาวนานพบว่า สหรัฐได้ควบคุมผลกระทบจากการเปิดเสรี
บริการสุขภาพโดยควบคุมปริมาณแพทย์ต่างชาติด้วยการปรับเปลี่ยนนโยบายคนเข้าเมืองและบังคับ
ให้ทดสอบคุณสมบัติและการศึกษาเพิ่มพูนความรู้ทักษะ ควบคุมศักยภาพของโรงพยาบาลด้วย
Certificate-of-Need laws ควบคุมคุณภาพบริการด้วย Professional Standard Reviews Organization
ควบคุมปริมาณบริการด้วย Utilization Review และควบคุมค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการเบิกจ่ายค่า
รักษาพยาบาลในโครงการ Medicaid และ Medicare

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าได้เปิดโอกาสให้ผู้ผลิตในอุตสาหกรรม
ยาและเครื่องมือแพทย์ของไทยบางรายที่ไม่อาจแข่งขันกับต่างประเทศหันไปทำธุรกรรม
อื่นที่มีความได้เปรียบมากกว่า เช่น การบริหารจัดการ การตลาด ฯลฯ ซึ่งเป็นธุรกิจที่ยังมีการแข่งขัน
น้อย นักลงทุนไทยไม่ควรเพิกเฉยต่อโอกาสที่จะร่วมทุนกับบริษัทต่างประเทศ ซึ่งเป็นผลจากการผูก
พันความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา จะทำให้นักลงทุนไทยได้รับการถ่ายทอด
เทคโนโลยีและพัฒนามาแทนผู้ร่วมทุนต่างชาติในที่สุด ค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่
ต่ำลงเนื่องจากการเพิ่มของอุปทานแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนน่าจะช่วยให้ธุรกิจนี้ขายบริการสุขภาพ
บางประเภทแก่คนต่างชาติที่เดินทางเข้ามาซื้อบริการเหล่านี้โดยเฉพาะได้

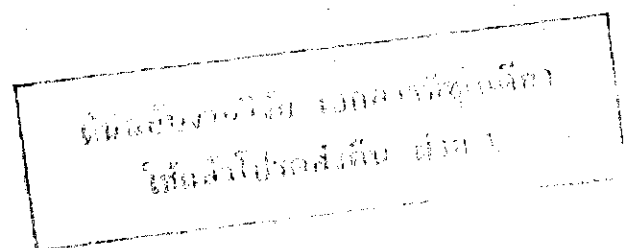
อุตสาหกรรมยาสมควรที่จัดไว้ในกลุ่มสินค้าลดภาษีปกติ ขณะที่อุตสาหกรรมเครื่องมือ
แพทย์น่าจะจัดไว้ในกลุ่มสินค้าแรงลดภาษี เนื่องจากมูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นของยาสูงกว่าเครื่องมือ
แพทย์ และเนื่องจากจำนวนโรงงานยาที่ได้รับผลกระทบมากกว่าโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์ ผล
เสียจากสิทธิบัตรยาและเครื่องมือแพทย์จะลดลง หากมีการสนับสนุนให้ประเภทของยาและเครื่องมือ
แพทย์ที่จำหน่ายในท้องตลาดมีมากขึ้น เพื่อทำให้อุปสงค์ต่อยาและเครื่องมือแพทย์มีความยืด
หยุ่นมาก ซึ่งนำไปสู่มูลค่าการนำเข้าในอัตราที่ต่ำลง เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีหลัก
เกณฑ์ในการตรวจสอบมาตรฐานแพทย์ต่างชาติและโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เผชิญกับปัญหา
ทางการเงิน ในการเจรจาความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในปี ค.ศ. 2000 ประเทศไทยน่าจะ
ขอผ่อนผันการเปิดเสรีในสาขาบริการนี้ไประยะหนึ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมให้มากกว่านี้

การศึกษานี้ได้เสนอให้ใช้มาตรการดังต่อไปนี้ในการควบคุมผลกระทบจากความตกลง
ระหว่างประเทศที่นำไปสู่การเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพ ดังนี้

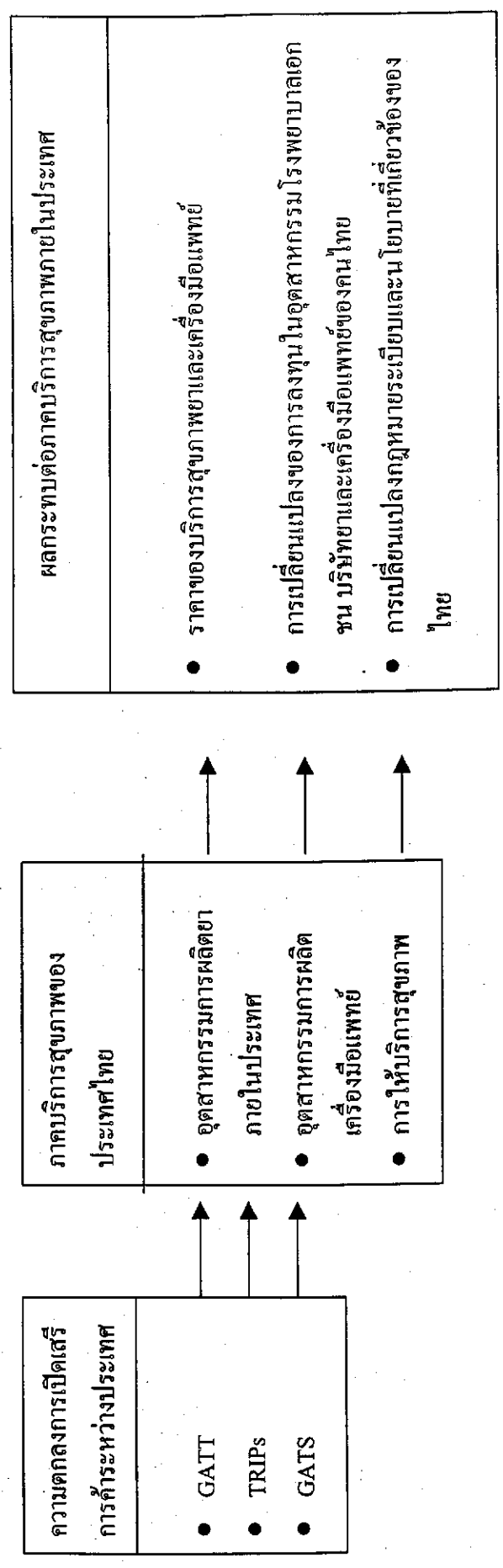
- กฎระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายยาและ
เครื่องมือแพทย์ ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

● การควบคุมราคา ยา เครื่องมือแพทย์ และบริการสุขภาพ โดยกระทรวงพาณิชย์ และการ
นำบัญชียาหลักมาใช้

- กฎหมายป้องกันการผูกขาด
- การบังคับใช้สิทธิสำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีสิทธิบัตร
- Certificate-of-Need laws
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
- การประกันคุณภาพโรงพยาบาล
- กฎและระเบียบสภาวิชาชีพทางการแพทย์
- กฎระเบียบการเข้าเมืองของกระทรวงต่างประเทศ
- กฎระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขในการขอต่อใบประกอบโรคศิลปะ
- การประกันคุณภาพบริการ โดยกระทรวงสาธารณสุข
- การทบทวนการให้และการใช้บริการสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข



รูปที่ 1: กรอบการศึกษารูปแบบการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย



หมายเหตุ: GATT คือ General Agreement on Tariffs and Trade (ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าสินค้า)
 TRIPs คือ Trade – Related Aspects of International Property Rights (ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า)
 GATS คือ General Agreement on Trade in Services (ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ)

ก. ภาษาไทย

กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ (2537) คำแปลกรรมสารสุดท้ายรวบรวมผลการเจรจา การค้าพหุภาคีรอบ
อุรุกวัย กระทรวงพาณิชย์.

กองทุนเครื่องมือแพทย์ (2540) ประมวลรายชื่อและรหัสเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา กรุงเทพฯ.

กักร กาญจนวดี (2537) “ศักยภาพและแนวทางการพัฒนาอุตสาหกรรมเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย” ใน การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย รวบรวมโดย
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เอกสารการประชุมวันที่ 18-19 สิงหาคม 2537
ณ โรงแรมรอยัลซิดี กรุงเทพมหานคร.

คณะผู้แทนไทยประจำองค์การการค้าโลก(2540) “ไทยกับการเตรียมการเจรจาการค้าบริการภายใต้
WTO ปี ค.ศ. 2000 วารสารเศรษฐศาสตร์ธรรมศาสตร์, ปีที่ 15, ฉบับที่ 2, หน้า 21-28.

ธนาวรรณ กิจประไพอำพล (2539) ช่องทางและโอกาสการส่งออกและผลกระทบจากการมีเขตการค้า
เสรีอาเซียน(สำหรับอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยา) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ปรารถนา นานาลักษณ์ (2542) “ผู้สูงอายุ 5 ล้านคนพบอัตราเพิ่ม 200% เมื่อโครงสร้างอายุประชากร
เปลี่ยนไปอะไรที่ต้องเปลี่ยนตาม” จับกระแส ปีที่ 4 ฉบับที่ 8 หน้า 1-3 .

ประสิทธิ์ เอกบุตร (2540) “แนวโน้มและผลกระทบในเชิงกฎหมายและความสัมพันธ์ระหว่าง
ประเทศ” การจัดระเบียบเศรษฐกิจโลกใหม่: ผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทย คณะเศรษฐ
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัญญานาถ วิสูตร (2532) การศึกษาอุปสงค์นำเข้าและผลสะท้อนของการปรับลดภาษีศุลกากรต่อ
มูลค่านำเข้าของไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปีทมาวดี ชูชุกิ (2539) ช่องทางและโอกาสการส่งออกและผลกระทบจากการมีเขตการค้าเสรีอาเซียน
(สำหรับอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์และเภสัชภัณฑ์) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

นุสรณ์ คุณะวนิชพงศ์ และคณะ(2540) ทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพใน
สองทศวรรษหน้า สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร.

วิโรจน์ ต้องเจริญเสถียร และคณะ (2540) การสำมะโนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ปี พ.ศ.
2535 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ คำรุ่งสุนทรเดชา (2539) แนวทางการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ทั่วไป กองควบคุมเครื่องมือ
แพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ (2540) การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมไทยในเศรษฐกิจโลก เอกสารประกอบการสัมมนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภชัย คุณารัตนพุกภัย และคณะ (2538) ราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ปฏิรูประบบการบริการสุขภาพไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2539) เส้นทางและโอกาสการส่งออกและผลกระทบจากการมีเขตการค้าเสรีอาเซียน.

สมพร พรหมหิตาธร (2538) สิทธิบัตร สำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด.

สมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัย และคณะ (2541) การศึกษาโครงสร้างปัจจัยการผลิตเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยางพารา ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2537) การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เอกสารการประชุมวันที่ 18-19 สิงหาคม พ.ศ. 2537 ณ โรงแรมรอยัลซิดี กรุงเทพมหานคร.

สำลี ใจดีและคณะ (2529) “ปัญหาการสูญเสียค่าทางเศรษฐกิจในระบบยา” ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริลักษณ์ คอมนันต์ (2532) “การเจรจาอุปกรูภัย: สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา”.

สุรชาติ ศิริวัฒน์ (2539) อิทธิพลของบรรษัทข้ามชาติในการกำหนดนโยบายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในประเทศไทย: ศึกษากรณีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา วิทยานิพนธ์ปริญญาโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2537) ระบบยาของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

อดิสรณ์ หลายชูไทย และคณะ (2540) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ.

อานัฐชัย รัตกุล (2532) สิทธิบัตรยากับผลประโยชน์ของชาติ เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

ข. ภาษาอังกฤษ

- Abel-smith, B (1994) An Introduction to Health : Policy, Planning and Financing Longman Group Limited, London.
- Arif, M. et al (1996) "Effect of the emerging multilateral trading management on the Malaysian economy" Asian Development Review vol.4 no.2 pp. 44-72.
- Balasubramaniam, K. (1983) "The main lines of cooperation among developing countries in phamaceuticals" World Development, vol.11, No.3 pp281-287.
- Ballance, R. et al (1992) The World's Pharmaceutical Industries United Nations Industrials Development Organization, Edward Elgar Publishing Limited.
- Brender, A. (1992) Chaina's Foreign Trade Behavior in this 1980s : An Empirical Analysis IMF Working Paper, International Monetary Fund.
- Chen, D. et al (1966) "Empirical Regulations in Consumption Pattern in Emerging Economies" The Deloping Economies XXXIV, No.3 pp. 219-246.
- Chet, A. (1990) A Health Business? World Health and the Pharmaceutical Industry Zed Books Lth. London.
- Chetley, A. (1990) A Healthy Business? World Health and the Pharmaceutical Industry. Zed Book Ltd. London.
- Chunharas, S. (1995) " Impacts of the growing private sector on the development of human resources for health in Thailand" in Health System in Transition Health System Research Institute, Ministry of Public Health, Bangkok
- Correa, C.M. (1997) The Uruguay Round and Drugs WHO Task Forum on Health Economics
- Cowley, P. et al (1993) "Schizophrenia and Manic-Depression Illness." in Joanison, D.T. Disease Control Priorities in Developing Countries. Oxford University Press, pp. 661-670.
- Dennin, S.F. et al (1997) Law & Practice of the World Trade Organization Ocean Publication Inc. Dobb Ferry, New York.
- Department of Economic and Social Information and Policy Analysis Statistical Division (1993) Trends in International Distribution of Gross World Product United Nations, New York.
- Folland, S. et al (1997) The Economics of Health and Health Care Prentice Hall, New Jersey.
- Folsona R.H. et al (1992) Law and Politics in the People's Republic of China West Co., Minnesota.

- Grub P.D. et al (1991) Foreign Direct Investment in China Quorum Books, New York.
- Grabowski, H.G. et al (1992) " Brand loyalty entry and price competition in pharmaceuticals often the 1984 drug act" Journal of Law & Economics vol. XXXIV, pp. 331-350.
- Getzen, T.E. (1997) Health Economics : Fundamentals and Flow of Fund John Wiley & Sons Inc., New York.
- International Trade Centre UNCTAD/WTO and Commonwealth Secretariat(1995) Business Guide to the Uruguay Round, ITC, Palais des Nations, Geneva, Switzerland.
- Kirim, A.S. (1986) "Transnational corporations and local capital : comparative conduct and performance in the Turkish pharmaceutical industry" World Development. Vol.14, pp. 503-521.
- Kravis. I. et al (1975) A System of International Comparisons of Gross Product and Purchasing Power The Johns Hopkins University Press Baltimore
- Kwonjai Rattanarojsakul(1986) The Pharmaceuticals Industry in Thailand M.A. Thesis, Thammasat University.
- Markusen, J.R. et al (1994) International Trade Theory and Evidence McGraw-Hill, Inc., New York.
- Moore, W.J. et al (1993) "Drug formulary restrictions as a cost-containment policy in Medicaid program" Journal of Law & Economics vol XXXVI, pp. 71-97.
- Moser et al (1987) Foreign Trade, Investment and the Law in the People's Republic of China. Oxford University Press.
- Nasaraporn Tatiyapaiboon (1995) Market Structure and Pricing Policy of Antibiotic Drugs in Thailand Master's Degree thesis, Chulalongkorn University, Bangkok.
- Nguyen N.X et al (1994) "Hospital Markets and Competitions: Implication for antitrust policy" Health Care Management Review, vol.19, no.1 , pp.34-43.
- Nittayaramphong, S. et al (1994) "Thailand : Private Health Care out of Control ?" Health Policy and Planning, vol. 9, no. 1, pp. 31-40.
- Noether, M. (1986) "The effect of government policy changes on the supply of physicians: expansion of a competitive fringe" The Journal of Law & Economics vol. 29, pp. 231-262.
- Nogues, J.J. (1991) "Social Costs and benefits of introducing patent protection for pharmaceutical drugs in developing countries" The Developing Economics vol. XXXI-1 ; pp. 24-53.

- Patel, M.S. (1983) "Drug costs in developing countries and policies to reduce them". World Development. Vol. 11, No. 3 pp. 195-204.
- Phelps C.E. (1997) Health Economics (2nd Edition) Addison-Wesley Educational Publications Inc. Massachusetts.
- Rattanaojasakul, K. (1986) The Pharmaceutical Industry in Thailand. M.A. Thesis, Thammasat University, Bangkok.
- Roeman, M.I. (1991) National Health System of the World Oxford University Press, New York.
- Schut, F.T. et al (1986) "International price discrimination : The pharmaceutical industry" World Development. Vol.14, No.9, pp. 1141-1150.
- Shangquan, G. et al (1996) China's Social Security System Foreign Languages Press, Beijing.
- South Centre (1997) The TRIPS Agreement. A Guide for the South Genera.
- Szirmai, A. et al (1995) China's Manufacturing Performance in Competitive Perspective, 1980-1992 Research Memorandum 581 , University of Groninger, The Netherlands.
- World Health Organization (1998) International Trade Agreements and Their Implications on Health, Regional Office for South-East Asia, (Monograph)?
- Worldbank(1993) World Development Report 1993: Investing in Health Oxford University Press, New York.
- World Bank (1997) Country Economic Review, People's Republic of China Washington .D.C.
- Yeats, A.J. (1991) China's Foreign Trade and Comparative Advantage. Prospects, Problems and Policy Implications World Bank Discussion Papers No.141, The World Bank, Washington, D.C.

ต้นฉบับงานวิจัย เอกสารมีชุดเดียว
ใช้แล้วโปรดส่งคืน ฝ่าย 1