

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 : จำนวนแพทย์จำแนกตามความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและสังกัดทั้งประเทศ ประจำปี 2535

ประเภทวิชาชีพ	รัฐบาล	รัฐวิสาหกิจ	เอกชน	รวม
1. เวชปฏิบัติทั่วไป	2,133	52	866	3,051
2. พยาธิวิทยาทั่วไป	60		10	70
3. พยาธิวิทยาภายใน	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						
			FDI/WHO		พลวัต				
			อนุรักษ์	ก้าวหน้า	อนุรักษ์	ก้าวหน้า			
			ทันตแพทย์	9,297	3,218	17,551			19,386
ผู้เชี่ยวชาญ	472	9,799	2,469	2,469	16,290	23,760	-	ขาด	
ทันตภิบาล	4,105	-	17,498	-	29,630	-	-	ขาด	
ทันตอนามัย	-	901	-	8,741	-	3,644	-	ขาด	
นักส่งเสริมสุขภาพ	-	17,400	-	8,383	-	-	-	ขาด	
การพยาบาล การพยาบาลวิชาชีพ	138,158		-		137,997		142,366	พอเพียงหรือขาดเล็กน้อย	
เภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภค			ใช้สองวิธีร่วมกัน						
เภสัชกร	-		-		27,455			พอเพียง	
จพง.เภสัชกรรม					12,944			-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	
บริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เวชกรรมฉุกเฉิน	196,403 – 294,604				-		-		} ขาดมาก
	41,257 – 64,798				-		-		
	20,509 – 27,345		การกระจายตามการปกครอง		การกระจายตามสถานบริการ				
			14,352 – 19,136						
บริการสาธารณสุขระดับต้น ในชุมชน แพทย์ชุมชน นักสาธารณสุขชุมชน	13,584 39,438		- -		17,143 39,504		12,601 47,265	} ขาดพอควร	

ที่มา : นุสรณ์ คูธนะวนิชพงษ์ และคณะ (2540)

บทที่ 3

ความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับ การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ

บทนี้จะบรรยายถึงความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ โดยกล่าวถึงความเป็นมาโดยย่อขององค์การการค้าโลก กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก และเขตการค้าเสรีอาเซียน ซึ่งเป็นองค์การระหว่างประเทศ 3 แห่งที่ไทยเข้าเป็นสมาชิกในขณะนี้ จากนั้นได้สรุปหลักการความตกลงทั่วไปว่าด้วยอัตราพิกัดศุลกากรและการค้า ความตกลงว่าด้วยการค้าบริการ ความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า ซึ่งเป็นความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญ 3 ประการที่มีบทบาทในภาคบริการสุขภาพ สุดท้ายเป็นการรายงานงานปฏิบัติที่สำคัญตามความตกลงทั้งสามของไทย ตั้งแต่ที่ไทยได้เข้าเป็นสมาชิกขององค์การระหว่างประเทศทั้งสามแห่ง

อนึ่ง รายละเอียดของความตกลงต่างๆที่อ้างถึงในบทนี้สามารถค้นพบได้ใน “คำแปลกรรมสารสุดท้าย รวบรวมผลการเจรจาการค้าพหุภาคีรอบอุรุกวัย” จัดทำโดยกรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์

3.1 ความเป็นมาขององค์การการค้าโลก (WTO)

กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก (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) ปฏิบัติงานแทน หน้าที่สองประการที่คณะมนตรีทั่วไปได้ปฏิบัติเป็นประจำคือ การแก้ไขความขัดแย้งทางการค้าและการตรวจสอบนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก คณะมนตรีทั่วไปยังจำแนกออกเป็นกลุ่มตามลักษณะของสินค้าและบริการที่มีการค้า

1. คณะมนตรีสำหรับการค้าสินค้า
2. คณะมนตรีสำหรับการค้าบริการ
3. คณะมนตรีสำหรับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งคณะกรรมการเฉพาะด้านอื่นๆ ขึ้นมาเป็นครั้งคราวไป เช่น คณะกรรมการการค้าและสิ่งแวดลอม 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 ประเทศที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลกก็สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกได้โดยการเจรจาเพื่อขอเข้าเป็นสมาชิก แต่ประเทศนั้นต้องปฏิบัติตามความตกลงต่างๆและให้คำมั่นที่จะดำเนินตามความตกลงต่างๆจนเป็นที่พอใจของประเทศสมาชิกเดิม

3.1.2 กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก

กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก ได้จัดตั้งขึ้นใน ค.ศ. 1989 ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 21 ประเทศในปัจจุบัน ได้แก่ ออสเตรเลีย บรูไน แคนาดา ชิลี จีน ฮ่องกง 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 เพื่อให้แต่ละประเทศสมาชิกรวบรวมไปปรับปรุงในเดือนพฤษภาคม 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 การสื่อสาร โทรคมนาคม 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 ยื่อกระดาษ สิ่งทอ อัญมณีและเครื่องประดับ เครื่องใช้ไฟฟ้า เฟอร์นิเจอร์ไม้และหวาย น้ำมันพืช เคมีภัณฑ์ พลาสติก ผลิตภัณฑ์ยาง ผลิตภัณฑ์เซรามิก ผลิตภัณฑ์แร่ แลโตนที่ทำจากทองแดง และ เกษตรภัณฑ์

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

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

นอกจากนี้ เขตการค้าเสรีอาเซียนยังได้บัญญัติกฎว่าด้วยแหล่งกำเนิดสินค้า ซึ่งกำหนดว่าสินค้าที่จะได้รับสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรนี้ต้องใช้ปัจจัยการผลิตจากประเทศในอาเซียนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ของมูลค่าการผลิตรวม ดังนั้น ในกรณีของเกอซีกันซ์ จำนวนเวชภัณฑ์ที่ได้รับสิทธิพิเศษทางศุลกากรอาจมีจำนวนจำกัด ทั้งนี้เพราะวัตถุดิบส่วนใหญ่จะต้องนำเข้าจากประเทศนอกกลุ่มอาเซียน ตัวอย่างเช่น อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย มีต้นทุนวัตถุดิบสูงกว่า 60% ขณะที่มาเลเซียมีประมาณ 57% ดังนั้น ผู้ผลิตยาในมาเลเซียอาจได้รับสิทธิพิเศษภาษีศุลกากร ขณะที่ประเทศสมาชิกอื่นไม่ได้รับ เพราะฉะนั้น เพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษภาษีศุลกากรผู้ผลิตยาในหลายประเทศจึงได้พัฒนาการผลิตโดยลดปัจจัยการผลิตที่นำมาจากนอกกลุ่มประเทศอาเซียนให้ต่ำกว่า 60% ของมูลค่าเพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษทางศุลกากรนี้

เมื่อเปรียบเทียบแนวทางการเปิดเสรีการค้าของทั้งสามกลุ่มหลักที่ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิก จะพบได้ว่าการเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลกจะเอื้อประโยชน์แก่การค้าระหว่างประเทศกับไทยมากกว่าอีกสองกลุ่มที่เหลือ เพราะว่างค์การการค้าโลกมีประเทศสมาชิกมากกว่า และความตกลงที่ครอบคลุมด้านต่างๆมากกว่า 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) ระบบการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการค้า การลงทุน การผลิต และการจ้างงานระหว่างประเทศมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ก็จะก่อให้เกิดการพัฒนาทางเศรษฐกิจของทุกประเทศในโลก

ในปัจจุบัน ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้ามีหลักเกณฑ์ใหญ่อยู่ 4 ประการ คือ

1. ห้ามการจำกัดปริมาณการนำเข้าสินค้าของกลุ่มประเทศต่างๆ ยกเว้นในกรณีที่ระบุไว้เท่านั้น และยกเว้นในบางกรณี เช่น ประเทศที่เผชิญปัญหาการขาดดุลการชำระเงินสามารถจำกัดการนำเข้าสินค้าได้ เป็นต้น

2. แต่ละประเทศต้องให้ข้อมูลพื้นที่จะลดภาษีศุลกากรตามตารางการลดภาษีศุลกากรและจะไม่เพิ่มภาษีศุลกากรตามที่ได้ระบุไว้ในข้อมูลพื้นที่นั้นแล้ว

3. ปฏิบัติตามหลักการประติบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความนิยมเคราะห์ยิ่ง (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 มาจากความจริงที่ว่าอุตสาหกรรมด้านบริการภายในประเทศมักจะได้รับการคุ้มครองด้วยการออกกฎหมายควบคุมการลงทุนในอุตสาหกรรมนี้จากต่างชาติ 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 ส่วนบริการที่องค์กรหรือหน่วยงานของรัฐผลิตเพื่อไว้ใช้เองจะไม่อยู่ภายใต้ความตกลงนี้

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 และข้อผูกพันเฉพาะของแต่ละรายสาขาย่อย (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 การปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง 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 การออกแบบแพทเทิร์นการพิมพ์ การคุ้มครองข้อมูลที่ไม่เปิดเผยและความลับทางการค้า 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

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

กระทรวงการคลังได้ปฏิรูปโครงสร้างพิศกัฒนการภาษีศุลกากรเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2537 เพื่อตอบสนองต่อข้อผูกพันดังกล่าว ซึ่งจะทำได้ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538 อัตราภาษี

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

การปรับโครงสร้างภาษีศุลกากรดังกล่าวทำให้การนำเข้าสินค้าอุปโภคบริโภคเข้ามายังประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 22 ต่อปี โดยมีการนำเข้าจากประเทศญี่ปุ่นมากที่สุด ตามด้วยกลุ่มสหภาพยุโรป อาเซียน และสหรัฐอเมริกา อาหารกับเครื่องคั้นและเครื่องใช้ไฟฟ้าเป็นสินค้า 2 กลุ่มที่ถูกนำเข้ามามีมูลค่าสูงสุด นอกจากนี้ การลดภาษีศุลกากรยังทำให้คนไทยส่วนหนึ่งที่เดิมที่ไม่อาจจะซื้อสินค้าบางประเภทที่มีราคาสูงในอดีตแต่กลับสามารถซื้อสินค้าเหล่านี้ได้ เช่น รถยนต์ ประกอบในต่างประเทศ 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)

หากประเทศต่างๆต้องนำวัตถุดิบเข้าเช่นเดียวกันหมด ยาสำเร็จรูปที่ผลิตในประเทศไทยมีต้นทุนสูงกว่า เนื่องจากภาษีนำเข้าวัตถุดิบยาที่สูงกว่า ซึ่งเป็นการเสียเปรียบต่อประเทศอื่นๆ ราคายาที่ส่งออกจากประเทศไทยก็มีราคาสูงกว่าประเทศอื่น ซึ่งทำให้การแข่งขันการส่งออกของผู้ผลิตของไทยเป็นรองต่อประเทศอื่น อย่างไรก็ตาม ตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ประเทศไทยในที่สุดก็ต้องลดภาษีนำเข้าทั้งยาวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปให้ใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆภายในเวลา 10 ปี หลังจาก พ.ศ. 2536

3.3.2 การปฏิบัติตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

เนื่องจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทย เช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆอีกมากมาย ดังนั้น การดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนกฎระเบียบและกฎหมายภายในประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงนี้จึงเป็นไปอย่างเชื่องช้ามาก

คณะผู้แทนถาวรไทยประจำองค์การการค้าโลก (2540) ได้ระบุว่าประเทศไทยยังไม่ได้เข้าใจถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับและผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ จึงทำให้ขาดความพร้อมในการเจรจาความตกลงนี้ และรวมไปถึงการกำหนดท่าทีและนโยบายที่ไม่ชัดเจนต่อความตกลงนี้ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเป็นฝ่ายตั้งรับมากกว่าขึ้นาเพื่อผลประโยชน์ของประเทศไทย

ดังนั้น คณะผู้แทนถาวรไทยประจำองค์การการค้าโลก (2540) จึงได้เสนอแนะให้มีการดำเนินการ 7 ประการ เพื่อสามารถกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ในการเจรจาความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในรอบต่อไปดังนี้

1. ประเมินผลการเจรจาที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของการปฏิบัติตามข้อผูกพันในความตกลงนี้

2. พัฒนาระบบข้อมูลสถิติด้านการค้าบริการให้เพียงพอต่อการวิเคราะห์ ประเมินและคาดการณ์ผลประโยชน์และผลเสียของความตกลงนี้

3. เร่งแก้ไขข้อจำกัดที่สำคัญด้านการค้าบริการ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เสริมสร้างบรรยากาศในการแข่งขันภายในประเทศและเป็นกลไกในการติดต่อกับต่างประเทศ

4. เสริมสร้างประสิทธิภาพในการแข่งขันสาขาบริการต่างๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ

5. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการกำกับดูแลหน่วยงานของรัฐในด้านการสร้างความเป็นธรรมในการแข่งขันการค้าบริการ และพัฒนากฎเกณฑ์ ระเบียบ วิธีการในการกำกับดูแลให้รองรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีใหม่ๆและที่เป็นมาตรฐานสากล

6. พัฒนานวัตกรรมที่ขาดแคลนในสาขาบริการต่างๆ

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 เพราะว่าคนไทยยังไม่สามารถสร้างสรรค์ทรัพย์สินทางปัญญาได้มากและแข่งขันในเชิงพาณิชย์หรือเชิงเทคโนโลยีได้เหมือนกับประเทศพัฒนาแล้ว 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. การออกแบบแพทเทิร์นรวม	10 ปี หลังจากการจดทะเบียน หรือ 10 ปี ของการใช้งาน (หากไม่บังคับให้ต้องจดทะเบียน)

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

พิกัด	สินค้า	อัตราภาษีศุลกากร							
		สหรัฐอเมริกา	กลุ่มประชาคมยุโรป	ญี่ปุ่น	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย
29.05-29.06	แอลกอฮอล์ และอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ด ซัลไฟเนเต็ด ไนเตรเต็ด หรือชนิดใน ไตรเซเต็ด 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	ฟินอล ฟีนอล-แอลกอฮอล์ และอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ด ซัลไฟเนเต็ด ไนเตรเต็ด หรือใน ไตรเซเต็ด ของดังกล่าว	6.0-8.54	2.0-7.0	4.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0	5.0
29.09-29.11	อีเทอร์ แอลกอฮอล์เพอร์ออกไซด์ อีเทอร์เพอร์ออกไซด์ อีพอกไซด์ที่มีโครงสร้างเป็นทรี-เมมเบอร์ริง อะซิทัล และเอมิอะซิทัล และอนุพันธ์ชนิดของดังกล่าว	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	สารประกอบแอลคิลไฮด์-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 และสารประกอบคิวโนนฟังก์ชัน	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	กรดคาร์บอกซิลิก และแอนไฮไดรด์ ฮาไลด์เพอร์ออกไซด์ และเพอร์ออกซิเอซิดของกรดบอกลิก รวมทั้งอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเต็ด ซัลไฟเนเต็ด หรือ ชนิดใน ไตรเซเต็ด ของดังกล่าว	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	กลุ่มประเทศ คมยุโรป	ญี่ปุ่น	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	ฟิลิปปินส์
29.19-29.20	เอสเทอร์ของกรดอินทรีย์ และเกลือของเอสเทอร์ของกรดอินทรีย์ รวมทั้งอนุพันธ์ชนิดฮาโลเจนเนเตด ซัลโฟเนเตด หรือ ชนิดไนโตรเซตต์ของของดังกล่าว	3.7-7.0	6.0-9.0	4.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0
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
29.30-29.35	สารประกอบออร์แกนโน-อินทรีย์แกมมิก สารประกอบเฮตเทอโรไซคลิก กรดนิวคลีอิก และเกลือของของดังกล่าว รวมทั้งซัลโฟนาไมด์	3.7-13.5	4.0-7.0	3.2-5.6	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0
29.36-29.37	โพรวไดามีน ไวตามีน และซอร์โมน	1.8-8.7 (วิตามิน B12 16.2%)	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0	2.0-5.0	ยกเว้น	10.0
29.38-29.39	กลีโคไซด์ และแอลคาลอยด์จากพืชที่ได้จากธรรมชาติ หรือจากการสังเคราะห์ รวมทั้งเกลืออีเทอร์ เอสเทอร์ และอนุพันธ์อื่นๆของของดังกล่าว	3.7-7.6	ยกเว้น	ยกเว้น	10.0	2.0	ยกเว้น	10.0
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 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้ายาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย และผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรทางการแพทย์ของไทย สุดท้ายจะเป็นการประเมินผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความตกลงเหล่านี้ในประเทศไทย

4.1 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากร

และการค้าต่อการค้ายาและการลงทุนระหว่างประเทศของไทย

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

การศึกษาได้คำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริง (Effective Rate of Protection หรือ ERP) ของอุตสาหกรรมยา โดยใช้อัตราภาษีการนำเข้ายาสำเร็จรูปที่ถ่วงน้ำหนักด้วยมูลค่าการนำเข้ายาสำเร็จรูป และอัตราภาษีการนำเข้าวัตถุดิบยาที่ถ่วงน้ำหนักด้วยการนำเข้าวัตถุดิบยา และใช้สัดส่วนของการลงทุนวัตถุดิบยาค่อดัชนีทั้งหมด 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 ซึ่งจะส่งผลกระทบให้ยาสำเร็จรูปที่ผลิตในประเทศไทยสูงกว่ายาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศ โดยที่จะทำให้ยาสำเร็จรูปถูกนำเข้ามากขึ้นและผู้ผลิตจาก

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

การที่ปรับเปลี่ยนอัตราภาษีการนำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปสามารถนำมาคำนวณมูลค่าการนำเข้าที่เปลี่ยนไปสืบเนื่องมาจากอัตราภาษีนำเข้าที่เปลี่ยนไป หรือก็คือความยืดหยุ่นต่อภาษีนำเข้านั่นเอง ตารางที่ 42 และ 43 แสดงผลการคำนวณความยืดหยุ่นของมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูป ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535 และ พ.ศ. 2537 จะเห็นได้ว่าความยืดหยุ่นใน พ.ศ. 2535 มีค่าต่ำ (0.97 และ 0.42 ในค่าสัมบูรณ์) กล่าวคือ การลดภาษีนำเข้าไม่ได้เป็นสิ่งจูงใจให้มีการนำเข้าในมูลค่าเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับอัตราภาษีที่ลดลงไป 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

ประโยชน์ของการใช้ค่าความยืดหยุ่นประการหนึ่งที่สำคัญคือการพยากรณ์มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบหรือยาสำเร็จรูปหากมีการลดภาษีลงไปอีก กล่าวคือ ถ้ามีการเปิดการค้าระหว่างประเทศที่เสรีอย่างสมบูรณ์ โดยเฉลี่ยแล้วภาษีนำเข้าวัตถุดิบจะต้องลดลงไปอีก 6.456% และภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูปต้องลดลงไปอีก 2.79% การเพิ่มขึ้นของมูลค่าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปที่นำเข้าสามารถดูได้จากค่าความยืดหยุ่นที่คำนวณไว้

หากภาษีนำเข้าวัตถุดิบลดลงจาก 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% แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าข้อมูลมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตยาสำเร็จรูปไม่มีอยู่และไม่สามารถแยกออกมาจากวัตถุดิบในพิภคอุตสาหกรรมเดียวกันที่สามารถผลิตสินค้าอื่นได้ 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 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิภคอัตราภาษีศุลกากรและการค้าต่อการค้าและการลงทุน เครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทย

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างภาษีศุลกากรของประเทศไทยเพื่อให้เป็นไปตามพันธกรณีความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิภคอัตราภาษีศุลกากรและการค้า(GATT) ทำให้อัตราภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปลดลงใกล้เคียงกับอัตราภาษีการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ ซึ่งส่งผลให้การนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปไม่ได้เปรียบหรือเสียเปรียบการผลิตเครื่องมือแพทย์ภายใน

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

เนื่องจากไม่มีข้อมูลโครงสร้างต้นทุนการผลิตเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยจึงทำให้ไม่สามารถคำนวณอัตราภาษีที่แท้จริงของอุตสาหกรรมนี้ได้ หากพิจารณาอัตราภาษีในตาราง ที่ 11 ก็น่าจะประมาณการได้ว่าอัตราภาษีที่แท้จริงมีขนาดเล็กลงตามกาลเวลา จนเข้าใกล้ เคียงกับการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศของอุตสาหกรรมนี้ในพ.ศ. 2539

ความยืดหยุ่นต่อภาษีนำเข้าของเครื่องมือแพทย์และชิ้นส่วนและส่วนประกอบสะท้อนถึง การตอบสนองของการเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงในอัตราภาษีนำเข้า ตารางที่ 45 และ 46 แสดงผลการคำนวณความยืดหยุ่นของมูลค่านำเข้าเครื่องมือแพทย์และชิ้นส่วน และส่วนประกอบต่อการลดลงของภาษีนำเข้าใน พ.ศ. 2535-2539 จะพบได้ว่า ความยืดหยุ่นมีค่าต่ำ สำหรับทั้งเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูป (0.8-1.1 ในค่าสัมบูรณ์) และ ชิ้นส่วนและส่วนประกอบ (0.8- 0.9 ในค่าสัมบูรณ์) นั้นหมายความว่า การลดลงของอัตราภาษีนำเข้าทำให้มูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นใน สัดส่วนเดียวกันไม่ว่าจะพิจารณาในระยะสั้นหรือระยะยาว ซึ่งแตกต่างจากอุตสาหกรรมยาที่ได้ วิเคราะห์ไว้ข้างต้น เหตุผลที่ทำให้ความยืดหยุ่นมีค่าต่ำและคงที่ตลอดเวลาก็เนื่องมาจากความจริงที่ ว่ามูลค่าของตลาดเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทยมีขนาดเล็กและเครื่องมือแพทย์ยังมีบทบาทที่น้อย มากในกระบวนการให้บริการสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ของไทย

หากภาษีนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ลดลงจาก 6.70% เป็นศูนย์ มูลค่าการนำเข้าที่เพิ่มขึ้นจะคำนวณได้จากสูตร

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

แทนค่าความยืดหยุ่นด้วย -1.1 (ซึ่งเป็นค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 ที่มีการลดอัตราภาษีนำเข้า ชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์สูงถึง 21 รายการ ขณะที่ในปี 2539 มีการปรับลด อัตราภาษีนำเข้าเพียง 2 รายการ ดังนั้นการใช้ค่าความยืดหยุ่นของปี 2537 น่าจะสะท้อนความครอบคลุม ชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ได้ดีกว่า) และ%การเปลี่ยนแปลงอัตราภาษีนำเข้าด้วย -6.78% จะได้% การเปลี่ยนแปลงในมูลค่าการนำเข้าเป็น $-1.1 \times -6.78\% = 7.458\%$

ถ้าใช้มูลค่าการนำเข้าชิ้นส่วนและส่วนประกอบของเครื่องมือแพทย์ในปีพ.ศ. 2539 เป็น ฐานในการพยากรณ์ก็จะพบว่า ในการลดภาษีลงจนเป็นศูนย์ (หรือมีการเปิดเสรีทางการค้าระหว่าง ประเทศ ชิ้นส่วนและส่วนประกอบอย่างสมบูรณ์) ก็จะมีมูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก $5,913.99 \text{ ล้านบาท} \times 7.458\% = 441.07 \text{ ล้านบาท}$

หากภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์สำเร็จรูปลดลงจาก 3.6% เป็นศูนย์ ด้วยการให้บุตรข้างต้น 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 ถุงมือยางและถุงยางอนามัยเป็นอุตสาหกรรมยางที่มีบทบาทกับเครื่องมือแพทย์ ฉะนั้น ในที่นี้จะนำเสนอผลการวิจัยอุตสาหกรรมถุงมือยางและถุงยางอนามัยของไทย จากการศึกษาของธนาวรรณ กิจประไพอำพล (2539) และสมศักดิ์ เต็มบุญเลิศชัย และคณะ (2541)

อุตสาหกรรมถุงมือยางได้เติบโตตั้งแต่ พ.ศ. 2529 เมื่อมีการค้นคว้าเรื่องโรคเอดส์ ถุงมือยางที่ผลิตในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นถุงมือประเภท examination glove ชนิดใช้แป้ง ในพ.ศ. 2532 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเติบโตในอุตสาหกรรมนี้มาก มีโรงงานผลิตถุงมือยางที่ได้รับสิทธิบัตรส่งเสริมการลงทุนเกือบ 90 ราย โดยที่ร้อยละ 47 เป็นของคนไทย ร้อยละ 44 เป็นการร่วมทุนกับต่างชาติและร้อยละ 9 เป็นของชาวต่างชาติ แต่ในพ.ศ. 2540 ผู้ผลิตถุงมือยางในประเทศไทยเหลือเพียง 28 ราย โดยเป็นบริษัทที่ร่วมทุนกับต่างชาติร้อยละ 48 บริษัทที่ดำเนินงานโดยต่างชาติทั้งหมดร้อยละ 42 และบริษัทที่ดำเนินงานโดยคนไทยร้อยละ 10 สินค้าที่ผลิตได้ส่วนใหญ่เน้นการส่งออกไปต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐและประเทศในยุโรปในช่วงพ.ศ. 2530-2536 อัตราการส่งออกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 22.6 ต่อปี ปริมาณและมูลค่านำเข้าและส่งออกถุงมือยางของไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันแสดงในตารางที่ 47 อัตราการเติบโตของการส่งออกถุงมือยางผ่าตัดเป็นร้อยละ 13 ต่อปีโดยเฉลี่ยประเทศที่เป็นตลาดส่งออกหลักได้แก่ สหรัฐ อังกฤษ ญี่ปุ่น และเยอรมัน(ดูตารางที่ 48) ส่วนประเทศที่นำเข้าถุงมือยางทางการแพทย์ คือ มาเลเซีย (ร้อยละ 60 ของการนำเข้าทั้งหมด)

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

ขนาดเล็กมีการประหยัดขนาดในด้านค่าใช้จ่ายสำนักงาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งที่ผลิตถุงมือยางในประเทศอื่นๆ เช่น มาเลเซีย จีน ไต้หวัน และอินโดนีเซียแล้ว จะพบได้ว่าประเทศไทยได้เปรียบที่มีปัจจัยการผลิตบางชนิดที่มีต้นทุนต่ำ 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 ฮังการี 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 ผลของความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าต่อการค้ายา 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 ประเทศไทยอาจต้องแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรที่ใช้อยู่ให้ครอบคลุมตามที่บ่งชี้ในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นสหรัฐได้พยายามผลักดันให้ไทยแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรให้ครอบคลุมดังที่กล่าวมา (น.ส.พ. กรุงเทพรุกิจ ฉบับวันที่ 21 มิถุนายน 2541 ได้รายงานว่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังสหรัฐมาเยือนประเทศไทยในช่วงปลายเดือนมิถุนายน เพื่อผลักดันให้ไทยแก้กฎหมายสิทธิบัตรตามความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า(TRIPs)) หากประเทศไทยไม่อาจหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตาม TRIPs แล้วจึงจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ผลกระทบของสิทธิบัตรยา เช่น ราคาและการลงทุนในอุตสาหกรรมยาในประเทศไทย เป็นต้น รวมทั้งการนำพระราชบัญญัติสิทธิบัตรมาใช้ในการควบคุมผลกระทบดังกล่าว

อาณัฐชัย รัตกุล (2532) ได้รายงานว่า ระหว่างกันยายน 2522 ถึงธันวาคม 2528 มีการขอรับสิทธิบัตรกรรมวิธีผลิตยาในประเทศไทยเป็นจำนวน 268 ราย คิดเป็นประมาณ 45 รายต่อปี โดยที่ร้อยละ 98.8 ของการขอสิทธิบัตรเหล่านี้เป็นกรรมวิธีที่ได้ยื่นขอสิทธิบัตรในประเทศพัฒนาแล้วมาก่อน ชนิดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ได้แก่ 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

สิริลักษณ์ คอมนันต์ แสดงวิธีการประเมินผลกระทบของสิทธิบัตรยาที่แตกต่างไปจากการคำนวณของ อาณัฐชัย รัตตกุล โดยกล่าวว่า “ผลกระทบของสิทธิบัตรยาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับโครงสร้างของอุตสาหกรรมผลิตยาและพฤติกรรมการสั่งยาและบริโภคนยาในตลาดก่อนและหลังการมีสิทธิบัตร รวมถึงแนวโน้มการพัฒนาใหม่ซึ่งจะมีสิทธิบัตรในอนาคตว่าครอบคลุมการรักษาโรคอะไรใครเป็นผู้บริโภค และภาวะทดแทนของยาใหม่ต่อยานเก่าเป็นอย่างไร กล่าวอีกนัยหนึ่งคือในการวิเคราะห์ผลกระทบของการมีสิทธิบัตรต่อการเปลี่ยนแปลงราคาขายต้องดูทั้งปัจจัยทางด้านการผลิตและด้านการบริโภคควบคู่กันไปเพราะลักษณะทั้งสองตัวนี้เป็นตัวกำหนดร่วมกันว่าเมื่อมีสิทธิบัตรยาแล้วราคาขายจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด และในขนาดเท่าใด”

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

ผลกระทบของสิทธิบัตรยาที่ทำให้ราคาสูงขึ้นพบได้ในหลายๆประเทศ ตารางที่ 56 ที่คัดลอกมาจากรายงานของ สิริลักษณ์ คอมนตร์ (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 หรือมีการขายผลิตภัณฑ์ยาดังกล่าวในราคาสูงเกินสมควรหรือขึ้นราคาผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสูงกว่าอัตราเพิ่มของดัชนีราคาผู้บริโภคโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร 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 (Tatipapiboon, 1995) แต่สำหรับยาที่ตลาดอิ่มตัวแล้วอย่างเช่นยาปฏิชีวนะแล้ว งานวิจัยมักจะน้อยลงและการค้นพบยาใหม่ก็ช้าลงๆ ดังนั้น การแข่งขันจริงไม่ได้อยู่ระหว่างยาที่มีสิทธิบัตร แต่กลับเป็นยาที่มีชื่อทางการค้ากับยาที่มีชื่อสามัญ (ซึ่งยาทั้งสองกลุ่มไม่ได้

มีสิทธิบัตรยาคุ้มครองอีกต่อไปแล้ว) ดังนั้น ความไว้วางใจในชื่อทางการค้า (brand name loyalty) จึงมีความสำคัญ

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

South Centre (1997) กล่าวว่า สิทธิบัตรยาจะมีผลต่อราคา และผลเสียในรูปของต้นทุนทางสังคม และผลกระทบต่อการคลังสาธารณะด้วย สิทธิบัตรยามีผลต่อเนื่องไปหลังจากที่สิทธิบัตรยาหมดอายุไป เนื่องจากยาที่มีสิทธิบัตรสามารถสร้าง brand loyalty ได้แม้จะมียาชื่อสามัญมาแข่งขันด้วยก็ตาม ซึ่งก็จะทำให้ยาเหล่านั้นคงราคาขายที่สูงต่อไปได้

ผลของความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (TRIPS) จะทำให้ประเทศกำลังพัฒนาต้องเพิ่มมาตรฐานในการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในรูปของสิทธิบัตรยามากขึ้นกว่าเดิมที่เป็นอยู่ และแนวโน้มของมาตรฐานการบังคับใช้กฎหมายจะใกล้เคียงกับในประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว

นอกจากนี้ ยังได้มีข้อใจความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าว่า 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

อนุหมัทธิสิทธิทางการตลาดแต่ผู้เดียว (exclusive marketing rights) กับผู้ทรงสิทธิเป็นระยะเวลา 5 ปี หรือจนกระทั่งมีการให้หรือปฏิเสธสิทธิบัตรนั้น

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

4.4 ผลความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการต่อโรงพยาบาลเอกชนและบุคลากรการแพทย์ของไทย

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

จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีกฎเกณฑ์ควบคุมในสาขาค้าบริการสุขภาพค่อนข้างมาก ซึ่งไม่ได้เป็นเรื่องแปลกเลย ประเทศอื่นๆก็มักมีกฎเกณฑ์ควบคุมในสาขาค้าบริการสุขภาพมากพอกัน ดังที่ Phelps (1997) ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ประเทศสหรัฐซึ่งเป็นประเทศที่มีการเลิกการควบคุม(deregulation) มากมายในสาขาต่างๆ แต่การควบคุมสาขาค้าบริการสุขภาพกลับมีเป็นจำนวนมาก

ดังนั้น หากมีการเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพแล้ว เรื่องทั้งสองที่ประเทศไทยไม่ผูกพันจะถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณา โดยที่ประเทศอื่นต้องการให้ไทยแก้กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริษัทต่างชาติและชาวต่างชาติสามารถเข้าสู่ตลาดบริการสุขภาพของไทยมากขึ้น รวมทั้งประติบัติต่อบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างประเทศใกล้เคียงกับบุคลากรทางการแพทย์ไทยมากขึ้น

นอกจากนี้เนื้อหาของ GATS ยังครอบคลุมถึงประเด็นอื่นๆที่อาจส่งผลกระทบต่อสาขาค้าบริการสุขภาพของไทย ซึ่งได้นำเสนอดังต่อไปนี้

1. “ข้อ V ทวิ ความตกลงการรวมตัวของตลาดแรงงาน ความตกลงนี้ไม่ห้ามสมาชิกใดจากการเป็นภาคีความตกลงจัดตั้งการรวมตัวเต็มรูปแบบ (โดยทั่วไป การรวมกลุ่มดังกล่าวกำหนดให้พลเมืองของภาคีที่เกี่ยวข้องมีสิทธิในการเข้าตลาดแรงงานของภาคีได้อย่างเสรี และรวมถึงมาตรการที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขการจ่ายค่าจ้าง เงื่อนไขอื่นๆของการจ้างงานและสวัสดิการสังคม) ของตลาดแรงงานระหว่างภาคีของความตกลงดังกล่าว หากว่าความตกลงเช่นนั้น (เอ) ยกเว้นพลเมืองของภาคีความตกลงจากข้อกำหนดเกี่ยวกับการมีถิ่นที่อยู่และใบอนุญาตทำงาน(บี) 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 ซึ่งจะกำหนดให้โรงพยาบาลที่ต้องการจัดตั้งมีจำนวนเตียงสัมพันธ์กับประชากรในพื้นที่ (International Trade Centre UNCTAD/WTO and Common Wealth Secretariat, 1995) ประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศยอมให้ชาวต่างชาติมาตั้งโรงพยาบาลได้ก็ต่อเมื่อได้ร่วมทุน (joint venture) ในโรงพยาบาลกับผู้ร่วมทุนท้องถิ่นซึ่งตัวอย่างเหล่านี้แสดงถึงเงื่อนไขและข้อจำกัดของการเข้าสู่ตลาดในสาขาบริการสุขภาพ

ส่วนการปฏิบัติเยี่ยงคนชาตินั้น ประเทศส่วนใหญ่จะไม่ยอมผูกพันเลยในเรื่อง presence of natural persons กล่าวคือ ประเทศเหล่านี้ยังคงกฎเกณฑ์ที่สร้างความแตกต่างในกาปฏิบัติระหว่างคนในชาติกับคนต่างชาติ 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 (อติสวร หลายชูไทย และคณะ, 2540) ได้คำนวณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยไว้เป็น 129,480.65 ล้านบาทใน พ.ศ. 2537)

ถ้าเราเปรียบเทียบระหว่างการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยและโรงพยาบาลเอกชนในประเทศอื่นจะเป็นตัวตัดสินใจให้นักลงทุนชาวต่างชาติจะลงทุนในไทยหรือที่อื่น หากกำไรจากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทยสูงกว่าที่อื่นก็จะเป็นแรงจูงใจให้ชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทย 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 ในที่นี้จะขอกล่าวถึงโรงพยาบาลเอกชนของประเทศสหรัฐเพียงประเทศเดียว Phelps (1997) รายงานว่าโรง

พยาบาลแบบต่างๆของประเทศสหรัฐมีอัตรากำไรร้อยละ 4.8 ถึง 5.6 ดังนั้นอัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนไทยสูงกว่าอัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนอเมริกัน 3.4 ถึง 4 เท่า การลงทุนของชาวอเมริกันในโรงพยาบาลเอกชนของไทยจึงมีแนวโน้มที่สูง หากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนของประเทศอื่นให้อัตราผลตอบแทนที่ต่ำคล้ายๆกับที่ประเทศสหรัฐ 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 นอกจากนี้การตอบแทนบุคลากรซึ่งเป็นแหล่งรายจ่ายที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนก็อาจลดลงไปได้อีก หากมีการแข่งขันของบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากการเปิดเสรีของการเข้ามาทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศ ทั้งหมดนี้ก็จะทำให้อัตรากำไรของโรงพยาบาลเอกชนในสายตาชาวต่างชาติสูงขึ้น แต่หากมีการแข่งขันกันมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนก็อาจเลือกที่จะนำค่าใช้จ่ายที่ลดลงไปลดค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้ป่วย 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 แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ห้ากลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน

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

เมื่อเปรียบเทียบอัตราผลตอบแทนของบุคลากรแพทย์ไทยกับบุคลากรการแพทย์อเมริกันแล้ว 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 ในช่วงคริสต์ทศวรรษแรกของ 1970 โดยปรับความแตกต่างในคุณภาพ ผลผลิตภาพ และการฝึกอบรมของแพทย์ในประเทศเหล่านี้ ถ้าสมมติให้รายได้ของแพทย์ในประเทศสหรัฐเป็น 100 หน่วย PPP แล้ว แพทย์ในประเทศอินเดียมีรายได้เพียง 5 หน่วย PPP 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 จะทำให้แพทย์จากประเทศอื่นๆ เข้ามาทำงานไทยมากขึ้น 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 แต่หากเงื่อนไขถูกยกเลิกก็อาจทำให้การประกันคุณภาพการบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ต้องลงไปได้ ดังนั้น ประเทศไทยอาจต้องมีวิธีการอื่นในการประกันคุณภาพการบริการสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างเช่นมาตรการที่ประเทศสหรัฐได้นำมาใช้ซึ่งอาจนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยได้คือการบังคับให้มีการสอบใบประกอบโรคศิลปะเป็นระยะๆ โดยองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ต่างๆ และการบังคับให้ผู้ถือใบอนุญาตประกอบวิชาชีพต่างๆ มาศึกษาเพิ่มเติมในโครงการ Continuing Medical Education (CME) รัฐหลายแห่งในประเทศสหรัฐได้บังคับใช้ CME ในการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพโรคศิลปะแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น

บางรัฐระบุว่าแพทย์ต้องมีการศึกษาในโครงการ CME 100 ชั่วโมงในระยะเวลาทุกๆ 3 ปี (Phelps, 1997)

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

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลที่จำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงยังไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการให้บริการสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานตามที่สัญญาหรือประกาศไว้ ซึ่งจะนำมาสู่การฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายและค่าชดเชย ตลอดจนกระบวนการการชำระเงินทั้งจากบุคคลที่ 3 และกองทุนประกันสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ที่มีอยู่กระจัดกระจายทั่วโลก โดยที่จะทำให้การจัดสรรการบริหารจัดการบริการสุขภาพในภาคเอกชนมีความสลับซับซ้อน รวมทั้งการได้เปรียบและเสียเปรียบของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

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

4.5 ผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพของไทย

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

1. ผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของไทย

การเปิดเสรีบริการสุขภาพส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของไทยทั้งในด้านที่เพิ่มประสิทธิภาพและในด้านที่ลดประสิทธิภาพ โดยที่ปัจจัยที่ทำให้ประสิทธิภาพลดลงได้แก่

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

ส่วนปัจจัยที่ทำให้ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นได้แก่

- ยาและเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีสิทธิบัตรจะมีราคาลดลง เนื่องจากภานำเข้าลดลง
- 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 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทไม่มีความสามารถจ่ายได้เหมือนกับคนในเมืองหลวง ประกอบกับผู้ให้บริการมุ่งหวังทำกำไรเชิงพาณิชย์ จึงทำให้ไม่มีแรงจูงใจที่จะนำผู้ให้บริการเหล่านี้ไปประกอบกิจการในพื้นที่ดังกล่าว

2. การกระจายแพทย์และสถานพยาบาล(ซึ่งทั้งหมดเป็นคนไทยและของคนไทย)ในประเทศไทยเป็นปัญหาเรื้อรังมานานมากจนยังไม่สามารถแก้ไขได้ในปัจจุบัน พฤติกรรมของแพทย์ต่างชาติ และโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศที่ไม่น่าจะแตกต่างไปจากแพทย์ไทยและโรงพยาบาลเอกชนของไทย ก็คงไม่ทำให้การกระจายแพทย์และสถานพยาบาลในประเทศไทยคลี่คลายไปได้

ฉะนั้น การเปิดเสรีบริการสุขภาพ จะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างประชากรของไทย

3. ผลกระทบของการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่มีต่อคุณภาพของบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของไทย

การเปิดเสรีบริการสุขภาพอาจทำให้คุณภาพของบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพของไทยเพิ่มขึ้นและลดลง คุณภาพของบริการสุขภาพลดลงเนื่องจากมีความยุ่งยากเพิ่มมากขึ้นในการควบคุมคุณภาพแพทย์ เพราะว่ากฎระเบียบบางประการที่เคยมีไว้กั้นกรองแพทย์ต่างชาติต้องถูกยกเลิกไป 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 : ผลการคำนวณอัตราการคุ้มครองที่แท้จริงของการนำเข้าและการผลิตสำเร็จรูป
ของประเทศไทย

อัตราภาษีที่ถ่วง น้ำหนักด้วยมูล ค่าการนำเข้า ก)	พ.ศ.			
	2534	2536 ข)	2538 ค)	2539 ง)
วัตถุดิบขา	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%)
อัตราการคุ้ม 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 - ต้นทุนวัตถุดิบขา

VA' = (ราคาขาย + ภาษีนำเข้ายาสำเร็จรูป) - (ต้นทุนวัตถุดิบขา + ภาษีนำเข้าวัตถุดิบขา)

ฉ) ต้นทุนวัตถุดิบขาเป็น 43.45% ของราคาขาย ซึ่งคำนวณจากข้อมูลสำคัญ 2 แหล่งคือ

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
- ช) ต้นทุนวัตถุดิบยาเป็น 57.13% ของราคาขาย ซึ่งคำนวณจากข้อมูลที่สำคัญ 2 แหล่งคือ
 1. คณะทำงานเพื่อศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย(2537)รายงานว่า 70.53% ของราคาขายที่ขายเป็นต้นทุนของผู้ผลิต
 2. Rattanojsakul (1986) ระบุว่าการผลิตยาสำเร็จรูปในประเทศไทยใช้วัตถุดิบยาเป็น 81% ของต้นทุนทั้งหมด ดังนั้น ต้นทุนวัตถุดิบยาจึงเป็น $(70.53\% \times 81\%)$ ของราคาขาย หรือ 57.13% ของราคาขาย

ตารางที่ 42 : ความยืดหยุ่นของการนำเข้าวัตถุดิบฯ(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

* เนื่องจากวัตถุดิบนำเข้าตามพิกัดเหล่านี้สามารถนำไปเป็นปัจจัยการผลิตของสินค้าอื่นที่ไม่ใช่ฯ ซึ่งไม่สามารถแยกออกเป็นมูลค่าที่นำไปผลิตฯและมูลค่าที่ผลิตสินค้าอื่นได้ จึงต้องใช้มูลค่าทั้งหมดมาคำนวณ โดยที่จะไม่สร้างปัญหาแต่อย่างไร 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)	อัตรากาสิโนนำเข้า(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 ÷ % การเปลี่ยนแปลงอัตรากาสิโนนำเข้า

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

** ปรับลดอัตรากาสิโนนำเข้าใน 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) ต่อภาณินำเข้า

พ.ศ.	มูลค่านำเข้า (ล้านบาท) (1)	ส่วนเปลี่ยนแปลง (ล้านบาท) (2)	(1)/(2)	อัตราภาณินำ เข้า (ร้อยละ) (3)	ส่วนเปลี่ยนแปลง (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 : มูลค่าการนำเข้าและส่งออกถั่วมีอย่างของไทย 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 แต้มนบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 48 : มูลค่าการส่งออกถั่วเขียวอย่างผัดตัด 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. น้ำยางขึ้น	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 แด่มบุญเลิศชัยและคณะ (2541)

ตารางที่ 50 : มูลค่าการส่งออกและนำเข้าถั่วยางอนามัของไทย 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 : แหล่งนำเข้าถั่วฝักยาวของไทยปี 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: สมศักดิ์ แต่มบุญเลิศชัยและคณะ (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
ค่าไถ่หุ้ย	38	50*	47.6
ค่าพลังงาน	12	5	10.5
รวม	100	100	100

หมายเหตุ : *บริษัทนี้ยังไม่ได้เดินเครื่องผลิตเต็มที่ จึงอาจทำให้ต้นทุนค่าไถ่หุ้ยสูง

ที่มา: สมศักดิ์ แต้มนบุญเลิศชัยและคณะ (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 : อาณัฐชัย 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/5ml	Syr.	Mucosolvan	0.15	0.51	240%
6. Amikacin sulph	250mg/2ml	Injection	Amikin	62.5	99.00	584%
7. Amikacin sulph.	500mg/2ml	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	Vaginal tablet	Canesten	4.00	10.5	162%
20. Clotrimazole	500mg	Vaginal tablet	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. Flunarizine	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 : ฐานข้อมูล รัตนกุล (2532)

ตารางที่ 56 : การเปรียบเทียบราคาขาย (ดัชนีราคาขายปี 2518) ของประเทศที่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยากับประเทศที่ไม่ให้การคุ้มครองสิทธิบัตรยา

ประเทศ	ดัชนีราคาขาย	ประเทศ	ดัชนีราคาขาย
มาลาวี	60.83+	โปแลนด์	53.98
เคนยา	50.63+	อังการี	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
จาเมกา	46.13+	บราซิล	63.83
ไอร์แลนด์	73.58+	เม็กซิโก	69.68
ลักเซมเบิร์ก	100.27+	ยูโกสลาเวีย	48.24
อังกฤษ	71.19+	มาเลเซีย	70.74
เดนมาร์ก	157.56+	ปากีสถาน	38.76
เยอรมนี	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 : ข้อจำกัดและเงื่อนไขของการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเชิงชาติของการค้าบริการ
 สุขภาพที่สำคัญ 4 รูปแบบของประเทศไทยในปัจจุบัน

รูปแบบของการค้าบริการ สุขภาพ	ข้อจำกัดและเงื่อนไขของ การเข้าสู่ตลาด	ข้อจำกัดและเงื่อนไขของกพรปฏิบัติ เชิงชาติ
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. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยวิธีพิเศษ พ.ศ. 2535 ข้อ 1

ตารางที่ 58 : โครงสร้างรายรับของโรงพยาบาลเอกชนปี 2534

รายการ	ร้อยละ
ค่ายา	31.6
ค่ารักษาพยาบาล	20.3
ค่าห้อง	13.3
ค่ารถพยาบาล ค่าสลายนิ่วค่าล้างไต หัตถกรรม	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
แพทย์บางส่วนเวลา	7,680
ทันตแพทย์เต็มเวลา	640
ทันตแพทย์บางส่วนเวลา	2,240
เภสัชกรเต็มเวลา	640
เภสัชกรบางส่วนเวลา	1,280
พยาบาลวิชาชีพเต็มเวลา	5,760
พยาบาลวิชาชีพบางส่วนเวลา	8,960
พยาบาลเทคนิคเต็มเวลา	1,280
พยาบาลเทคนิคบางส่วนเวลา	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	ด้อยลง
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 เป็นปีแรกที่ประเทศไทยได้เริ่มการปฏิรูประบบเศรษฐกิจ ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ 3 ประการ คือ การลดหย่อนการควบคุมและวางแผนจากส่วนกลาง การกระจายอำนาจในการตัดสินใจในองค์กรของรัฐ (state-owned enterprises) และการเติบโตของภาคเอกชน

ข. ใน ค.ศ. 1984 การปฏิรูประบบเศรษฐกิจหันไปเน้นในส่วนของการของรัฐมากขึ้น 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 แสดงมูลค่าผลผลิตทั้งหมดและมูลค่าส่วนเพิ่มของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาและเครื่องมือแพทย์ของประเศจีนในช่วง 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 เมื่อไรก็ตามที่การปฏิรูประบบเศรษฐกิจได้ย่อคลายการควบคุมอุปสงค์นี้ ก็จะเห็นการเพิ่มขึ้นของการนำเข้าสินค้า

ในปี ค.ศ. 1997 ประเศจีนได้นำเข้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 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 ประเศจีนได้นำเข้าผลิตภัณฑ์ยา (ในหมวด SITC 541) เป็นมูลค่า 106.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในขณะที่ส่งออกในหมวดนี้เป็น 312.8 ล้านดอลลาร์

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

เซีย เช่น ฮังกง อินโดนีเซีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไต้หวัน และไทย โดยวิเคราะห์ด้วยดัชนี Revealed Comparative Advantage (RCA) ผลการศึกษานี้ชี้ว่า 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) (ผลิตภัณฑ์ยาที่รวมอยู่ในกลุ่มนี้) 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) ชี้ให้เห็นว่า 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 โดยมีประเทศญี่ปุ่นเป็นแหล่งที่นำเข้ามากที่สุด (27%) การนำเข้ายาสำเร็จรูปของจีนเป็นเพียง 402 ล้านดอลลาร์ โดยมีประเทศอิตาลีเป็นแหล่งนำเข้ามากที่สุด (21%) ส่วนมูลค่าการนำเข้าเครื่องมือแพทย์เป็น 1.8 พันล้านเหรียญ โดยมีประเทศสหรัฐเป็นแหล่งนำเข้ามากที่สุด (33%)

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

นำเข้ายาสำเร็จรูป) แต่กลับส่งออกเครื่องมือแพทย์ได้น้อยด้วยมูลค่า 391 ล้านบาท (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) ได้คำนวณค่าความยืดหยุ่นของสินค้านำเข้าที่สำคัญๆ หลายประเภท โดยใช้ข้อมูลของกรมศุลกากรของจีนระหว่างปี ค.ศ. 1981 ถึง 1990 และใช้ข้อมูลของการนำเข้าและส่งออกในหนึ่งไตรมาสเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ ค่าความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาต่อราคาเป็น -0.95 และไม่พบถึงความแตกต่างของค่าความยืดหยุ่นนี้เลยตลอดช่วงปี ค.ศ. 1981-1990

หากจีนได้เข้าเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลกแล้ว จะต้องปฏิบัติตามความตกลงว่าด้วยพิกัดอัตราศุลกากรและการค้า (GATT) ก็จะทำให้จีนต้องลดภาษ้นำเข้าสินค้าส่วนใหญ่ (รวมทั้งเวชภัณฑ์) จนเข้าใกล้ศูนย์ นั่นย่อมหมายถึง ยาสำเร็จรูปที่จีนนำเข้าจากต่างประเทศจะมีราคาดึงลงถึง 15 - 30% (ซึ่งเป็นระดับของภาษ้นำเข้าในปัจจุบัน) จากค่าความยืดหยุ่นของการนำเข้ายาต่อราคาที่เป็น -0.95 จะมีการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14.25 (นั่นคือ $-0.95 \times -15\% = 14.25\%$ ในกรณีการลดภาษี 15 %) ดังนั้นหากใช้มูลค่าการนำเข้ายา 402 ล้านบาทในพ.ศ. 2537 เป็นฐานในการคำนวณแล้ว จีนจะนำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มขึ้นอีก 57.3 ล้านบาท (แต่หากสมมติให้ภาษ้นำเข้าลดลง 30 % มูลค่านำเข้ายาสำเร็จรูปเพิ่มอีก 114.6 ล้านบาท)

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

ประเทศจีนได้ให้แรงจูงใจกับบริษัทร่วมทุนต่างประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อม แรงจูงใจทางตรง ได้แก่ การลดหย่อนภาษี การอุดหนุนทางการเงินในการลงทุน และการสนับสนุนฝึกอบรมทักษะให้กับแรงงานท้องถิ่นของบริษัท เป็นต้น ส่วนแรงจูงใจทางอ้อม ได้แก่ การอำนวยความสะดวกในการขึ้นขอสิทธิประโยชน์ในการลงทุน 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 (โดยที่ขา 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
- ต้องจำกัดหนี้สินในฐานนิติบุคคล
- ต้องมีสหภาพแรงงาน
- ต้องทำให้คู่การลงทุนชำระเงินตราต่างประเทศสมดุล 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
- ภาษีนิติบุคคลขั้นสูงไม่เกินร้อยละ 50

- ต้องมีการประกันภัยของบริษัทประกันภัยของจีน
- ให้ลำดับความสำคัญกับแหล่งวัตถุดิบของจีนก่อน
- ต้องทำให้คู่การค้าระหว่างประเทศสมดุล
- ต้องมีสภาพแรงงาน
- ต้องมีการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่ที่อนุมัติกิจการ

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 จีนไม่อาจรักษา SEZs ไว้ได้ และตามเปลี่ยนนโยบายการลงทุนจากต่างประเทศให้สอดคล้องกับความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกในที่สุด

โรงพยาบาลในประเทศจีนมีความหลากหลายมาก โรงพยาบาลในเขตเศรษฐกิจพิเศษมักจะมีมาตรฐานสูง แต่ขณะที่โรงพยาบาลในชนบทไม่อาจจะสนองตอบความจำเป็นของชาวชนบทได้ ดังนั้น การพัฒนาโรงพยาบาลในประเทศจีน จึงเป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งในอนาคต

ประเทศจีนมีคนไข้นอก 2.5 พันล้านรายต่อปี โดยที่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการรักษาคนไข้นอก 1 คนเป็น 13.7 หยวน อัตราค่าบริการในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น 7 หยวนต่อวันโดยเฉลี่ย

Shangquan et al (1996) ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศจีนสูงถึง 38.5 พันล้านหยวน (1.925 แสนล้านบาท) ต่อปี แต่กลับได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพียง 4 พันล้านหยวน วิธีการนี้รัฐบาลจีนชดเชยการอุดหนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลคือการยินยอมให้โรงพยาบาลขึ้นค่ายาได้ถึงร้อยละ 15

Shangquan et al (1996) ประมาณการว่า รายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ของจีนยังต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประชากรทั้งประเทศ แม้ว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของรายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันก็ตาม

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

รัฐบาลจีนจะเอาระบบเครือข่ายสัญญาโรงพยาบาล (Contracted Hospitals) มาใช้กับการให้บริการสุขภาพกับผู้ประกันตนกับโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้มีการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาล โดยให้ผู้ประกันสุขภาพเลือกโดยอิสระบนพื้นฐานของตัวแปรเช่น รายการของบริการสุขภาพที่มีอยู่ คุณภาพ ค่าบริการ ฯลฯ

Shangquan et al (1996) กล่าวว่า ในอนาคต กิจการโรงพยาบาลในประเทศจีนต้องดำเนินไปอย่างเชิงพาณิชย์มากขึ้น โดยเฉพาะคำนึงถึงต้นทุนและกำไร แม้ว่าในปัจจุบันค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจะอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ ซึ่งเป็นบริการประเภทสุดท้ายที่จะถูกควบคุมราคาโดยรัฐ

Shangquan et al (1996) ได้เสนอแนะว่า หากโรงพยาบาลต้องการพัฒนาไปในทิศทางของกลไกตลาดแล้ว การปฏิรูปของกิจการโรงพยาบาลของจีนต้องเป็นไปในเรื่องการจัดทำบัญชีและการลงบัญชี ของการเก็บค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลเลี้ยงตัวเองได้

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

นิยามของการประดิษฐ์ขึ้นใหม่คือ ไม่พบในสิ่งตีพิมพ์หรือองค์ความรู้ใดมาก่อนทั่วโลก ความเป็นครั้งแรกคือ มีลักษณะที่แตกต่างอย่างมากจากเดิมจนมีการปรับปรุงอย่างเห็นได้ชัด การนำไปใช้ได้หมายถึง 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) ในเรื่องที่จะปกป้องทรัพย์สินทางปัญญา 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 จีนได้ผ่านกฎหมายชั่วคราวในการสับข้อร้องเรียนของบริษัทอเมริกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตอบโต้ของสหรัฐในการขึ้นภาษีนำเข้าสินค้าอย่างสูงจากจีนสู่สหรัฐ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 เป็นต้นมา ประเทศจีนได้ให้ความคุ้มครองอย่างเข้มงวดกับสิทธิบัตรและลิขสิทธิ์เวชภัณฑ์ สารเคมี และคอมพิวเตอร์โปรแกรมของบริษัทอเมริกัน

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

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพของประเทศจีนอาจจำแนกออกได้เป็น 4 ประการใหญ่ๆคือ

ก. ค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพไม่ได้มีกลไกการระดมเงิน เพื่อชำระค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม

ข. ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการสุขภาพไม่รับผิดชอบทางการเงินในการให้และรับบริการสุขภาพ

ค. ระบบบริการสุขภาพการบริหารจัดการที่เป็นไปตามหลักวิชาการและสมเหตุสมผล

ง. ประชากรบางกลุ่มไม่ได้รับการสุขภาพเพียงพอ ขณะที่มีความสูญเสียในบริการสุขภาพ

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. การพัฒนายาตำรับใหม่ๆ 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 ขณะที่โรงพยาบาลก็ลดคุณภาพของยาลงหรือบรรจุหีบห่อให้น้ำดู 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) จะเริ่มเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในรูปของเงินที่ละเล็กละน้อย ซึ่งจะไปผนวกรวมกับค่าจ้างแรงงาน แล้วในที่สุดก็จะทำให้ค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างมากและรวดเร็ว รัฐบาลจีนจึงทำการควบคุมทั้งกิจการโรงพยาบาลและอุตสาหกรรมยา Shangquan et al (1996) ระบุว่า สัดส่วนของมูลค่าการบริโภคยาของคนจีนมากกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพทั้งหมด ดังนั้น รัฐบาลจีนจึงให้ความสำคัญในการควบคุมการบริโภคยามากกว่าด้านอื่นด้วยการ 1) ควบคุมอย่างเข้มงวดในด้านการผลิตและราคา ยา 2) ควบคุมการนำเข้าจากต่างประเทศ 3) กำหนดรายการยาที่สามารถเบิกจ่ายจากโครงการประกันสุขภาพ

ในการควบคุมการเอาเปรียบของโรงพยาบาลและแพทย์บางกลุ่ม รัฐบาลจีนได้ส่งตรวจการดำเนินงานของโรงพยาบาลและแพทย์ ซึ่งบทลงโทษของผู้กระทำผิดคือ การตัดงบประมาณจากรัฐและลดการจ่ายเงินจากกองทุนประกันสุขภาพ นอกเหนือจากกฎหมายที่มีอยู่

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

5.2 การค้าสินค้าและบริการสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซียและเนเธอร์แลนด์

เปิดเสรีในภาคบริการสุขภาพของมาเลเซีย

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

ตารางที่ 76 รายงานแหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศมาเลเซียใน พ.ศ. 2537 ซึ่งจะพบว่ามาเลเซียได้ส่งออกวัตถุดิบยาเป็นมูลค่า 306 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยมีประเทศญี่ปุ่นเป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ (26%) การส่งออกยาสำเร็จรูปมีมูลค่า 50 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยที่ประเทศสิงคโปร์เป็นตลาดส่งออกรายใหญ่ที่สุด (32.5%) ส่วนมูลค่าการส่งออกเครื่องมือแพทย์เป็น 262 ล้านดอลลาร์สหรัฐ 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 ผู้ประกอบการไทยได้ตั้งส่วนประกอบและอะไหล่จากประเทศอื่นแต่ส่งผ่านเข้ามาทางมาเลเซียมากกว่าที่จะซื้อส่วนประกอบและอะไหล่ที่ผลิตในมาเลเซีย 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) ทรัพย์สินทางปัญญา (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 การเปิดเสรีการค้าบริการย่อมส่งผลเสียหายต่อดุลการชำระเงินของประเทศมาเลเซีย 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 เช่นการจำกัดการควบไอนกิจการโดยชาวต่างชาติ แต่อาจได้รับอนุมัติเป็นรายๆไป กิจการของชาวมาเลเซียอาจได้รับความช่วยเหลือจากรัฐเป็นกรณีพิเศษ รัฐบาลท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้อนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ชาวต่างชาติถือครองที่ดิน เป็นต้น ในด้านบริการสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติต้องขึ้นทะเบียนกับองค์กรที่อนุมัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม

เพื่อให้สอดคล้องกับความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ มาเลเซียต้องแก้ไขกฎหมายภายในประเทศให้มีความสอดคล้องและยุติธรรมกับความตกลงนี้ นอกจากนี้ รัฐบาลยังต้องกำหนด (และอาจตั้งใหม่) หน่วยงานที่รับผิดชอบในการพัฒนาภาคบริการให้เหมาะสมกับความตกลงนี้

ในภาคบริการสุขภาพ กฎหมายที่ควบคุมการให้บริการสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนเพื่อสร้างมาตรฐานให้เป็นสากล โดยเฉพาะการประกันคุณภาพของปัจจัยการผลิต (inputs) และผลผลิต (outputs) Ariff et al (1996) ได้ชี้ให้เห็นว่า รัฐบาลมาเลเซียคงต้องเจรจาและปรึกษารื้อกับประเทศต่างๆ ในการกำหนดมาตรฐานที่ยอมรับได้ร่วมกัน แม้ว่าการกระทำเช่นนี้จะต้องใช้เวลานาน และต้องไปเกี่ยวข้องกับการแก้ไขกฎระเบียบมากมายจนทำให้เป็นปัญหาของทางการ (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 พันล้านเหรียญ โดยมีประเทศอังกฤษเป็นแหล่งนำเข้ายาสำเร็จรูปเข้ามาใหญ่ที่สุด (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 พรหมแดนที่ติดต่อกันจนทำให้มีต้นทุนในการขนส่งต่ำ 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 (%)	
	จากแหล่งที่เป็นประเทศที่มีความตกลงแบบมีความอนุเคราะห์ยิ่ง (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 พันล้านหยวนในมูลค่าปัจจุบัน)

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			ยาสำเร็จรูป			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