

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

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

ที่มา: Chinese Custom Statistics

ตารางที่ 68 : มูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยาและยาสำเร็จรูปของไทยไปจีน และสัดส่วนที่ส่งออกไปจีนต่อการส่งออกทั้งหมด

ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา พิกัดศุลกากร (2936-2942)

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

2. ยาสำเร็จรูปพิกัดศุลกากร (3001-3006)

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

ที่มา :กรมศุลกากร

ตารางที่ 69 : มูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบและยาสำเร็จรูปของไทยจากจีน และสัดส่วนที่นำเข้าจากจีนต่อการนำเข้าทั้งหมด

ในพ.ศ. 2531-2539

1. วัตถุดิบยา พิกัดศุลกากร (2936-2942)

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

หน่วย: พันบาท

2. ยาสำเร็จรูปพิกัดศุลกากร (3001-3006)

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

ที่มา :กรมศุลกากร

ก. มูลค่า

หน่วย : ล้านบาท

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	7.0196	7.9180	0.2755	22.5140	26.2501	35.4458	67.0697	62.0697	148.9907	218.8319
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0.3517	0.4333	0.2755	3.0893	6.6886	6.7075	14.8697	19.2827	90.5298	149.6048
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.1455	0.0235	na	0.1029	1.1549	1.0355	8.0303	5.9316	2.9429	5.9512
1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.2526	na	0.4648	0.7309	1.1677	0.7556	1.3842	3.0039	2.5254
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.2053	na	0.1335	0.0904	0.1735	0.0000	0.3758	4.3552	5.9692
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0264	na	0.0136	0.0645	0.1034	2.1962	0.3959	2.0190	0.6741
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.4252	0.8984	na	6.9909	0.0000	0.3949	2.3176	1.0062	1.5240	0.5316
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	3.6553	1.7894	na	5.6480	8.4454	14.5012	26.7039	14.3191	8.6514	2.7435
1.8 X-ray film	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
1.9 Parts and accessories	2.4186	4.2891	na	6.0710	9.0753	11.3621	12.1964	19.9881	35.9644	50.8320
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	4.9651	8.0606	1.4619	10.7643	8.2769	31.2842	47.4679	50.3284	24.5958	275.7935
2.1 Microscopes	4.3194	6.6768	na	8.3814	5.6119	24.4233	39.8542	38.2472	31.8802	258.5976
2.2 Measuring and detecting instruments	0.6365	0.6006	1.4619	1.4077	2.3082	5.2397	6.6417	10.1118	19.3466	13.9967
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0092	0.7832	na	0.9752	0.3568	1.6212	0.9719	1.9694	3.3689	3.1993
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0.0000	0.0009	0.0000	0.0000	0.0000	3.2126	3.8703	3.4704	3.5629	0.1346
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0009	0.0000	0.0000	0.0000	0.2086	0.1119	0.0000	0.2034	0.1346
3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	na
3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.0040	3.7583	3.4704	3.3595	na
4. Disposables	0.5861	1.1383	0.5161	5.1181	7.6766	4.3549	8.5075	21.4580	36.5009	19.2085
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	0.0000	0.0006	0.0000	0.5234	1.2095	1.6078	0.1188	5.6546	27.9275	1.5887
4.2 Needles and syringes	0.5861	1.0756	na	4.3605	6.4617	2.7470	8.3355	15.7133	8.3527	17.0368
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.3640	0.0645	0.0000	0.0058
4.4 Surgical gloves	0.0000	0.0621	0.5161	0.2314	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
4.5 Sheath contraceptive	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0169	0.0256	0.2207	0.5772
Grand Total	12.5708	17.1178	2.2535	38.3964	42.2036	74.2975	126.9154	137.3265	213.6503	513.9685

ข. อัตราการเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	12.7985	-96.5206	8072.0508	16.5946	35.0311	89.2176	-7.4549	140.0377	46.8762
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	23.2016	-36.4182	1021.3430	116.5086	0.2826	121.6877	29.6778	369.4872	65.2548
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-83.8488	-	-	1022.3518	-10.3386	675.4998	-26.1348	-50.3861	102.2223
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	57.2504	59.7619	-35.2916	83.1922	117.0134	-15.9293
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-32.2846	91.9248	-100.0000	-	1058.9143	37.0591
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	374.2647	60.3101	2023.9845	-81.9734	409.9773	-66.6122
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	111.2888	-	-	-100.0000	-	486.8828	-56.5844	51.4609	-65.1181
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-51.0464	-	-	49.5290	71.7053	84.1496	-46.3782	-39.5814	-68.2884
1.8 X-ray film	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	77.3381	-	-	49.4861	25.1981	7.3428	63.8852	79.9291	41.3398
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	62.3452	-81.8636	636.3226	-23.1079	277.9700	51.7312	6.0262	-51.1294	1021.3032
2.1 Microscopes	54.5770	-	-	-33.0434	335.2055	63.1811	-4.0322	-16.6470	711.1543
2.2 Measuring and detecting instruments	-5.6402	143.4066	-3.7075	63.9696	127.0037	26.7573	52.2472	91.3270	-27.6529
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	8413.0435	-	-	-63.4126	354.3722	-40.0506	102.6340	71.0623	-5.0343
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-100.0000	-	-	-	20.4725	-10.3325	2.6854	-96.2222
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-100.0000	-	-	-	-46.3567	-100.0000	-	-33.8250
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	25.1099	-7.6604	-3.1956	-
4. Disposables	94.2160	-54.6605	891.6877	49.9893	-43.2705	95.3547	152.2245	70.1039	-47.3753
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-	-100.0000	-	131.0852	32.9310	-92.6110	4659.7643	393.8899	-94.3113
4.2 Needles and syringes	83.5182	-	-	48.1871	-57.4880	203.4401	88.5106	-46.8431	103.9676
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-	-82.2802	-100.0000	-
4.4 Surgical gloves	-	731.0789	-55.1637	-100.0000	-	-	-	-	-
4.5 Sheath contraceptive	-	-	-	-	-	-	51.4793	762.1094	161.5315
Grand Total	36.1711	-86.8353	1603.8562	9.9155	76.0454	70.8206	8.2032	55.5783	274.2675

ตารางที่ 71: มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศจีน) ระหว่างปี 2531-2539

ก. มูลค่า

หน่วย : ล้านบาท

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)									
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0.6983	0.4407	0.2852	2.5763	7.4534	6.3210	3.3568	9.8237	49.2360
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.1136	0.0000	0.0000	0.2921	0.0000	0.0000	0.3492	0.2592	21.0952
1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.6561	0.0000
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1540	0.6684	0.9952	0.9777
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.7935	0.0000	0.0000	1.4902
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	0.5847	0.0000	0.0000	0.1509	0.0533	0.0090	0.8078	2.7090	3.9259
1.8 X-ray film	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
1.9 Parts and accessories	0.0000	0.4407	0.2852	2.1333	7.4002	2.3645	1.5314	5.7988	21.6984
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)									
2.1 Microscopes	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	3.1467	0.0246	2.3963
2.2 Measuring and detecting instruments	0.0000	0.0307	0.0456	0.0003	1.2630	0.5740	1.5311	1.2427	2.4982
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages									
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.7482	0.0000	0.0073
3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.7482	0.0000	0.0000
3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0073
4. Disposables									
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	1.5663	0.7711	0.2766	4.8501	16.2002	5.2627	3.4301	16.8377	28.3877
4.2 Needles and syringes	1.5663	0.7711	0.2766	0.0669	0.0660	3.9204	1.0573	0.6228	0.5029
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	4.5780	16.1342	1.3423	1.2094	3.4850	27.0133
4.4 Surgical gloves	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
4.5 Sheath contraceptive	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.4884	11.9808	0.0000
Grand Total	2.2646	1.2425	0.8074	7.4267	24.9166	11.6411	12.2129	27.9287	82.5256

พ. อัตราการเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	-36.8896	-35.2848	803.3310	189.3084	-15.1931	-46.8945	192.6507	401.1961
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-100.0000	-	-	-100.0000	-	-	-25.7732	8,038.5802
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	-	-	-	-	-	-	-100.0000
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	-	-	-	-	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-	-	-	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	-	-	334.0260	48.8929	-1.7584
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-	-	-	-	-	-100.0000	-	-
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-100.0000	-	-	-64.6786	-83.1144	8,875.5556	235.3553	44.9206
1.8 X-ray film	-	-	-	-	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	-	-35.2848	648.0014	246.8898	-68.0482	-35.2337	278.6600	274.1878
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	-	48.5342	-99.3421	420,900.0000	-95.4553	8,049.4774	-72.9082	286.2227
2.1 Microscopes	-	-	-	-	-	-	-99.2182	9,641.0569
2.2 Measuring and detecting instruments	-	48.5342	-99.3421	420,900.0000	-54.5527	166.7422	-18.8361	101.0300
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Disposables	-50.7693	-64.1292	1,653.4707	8.5070	-78.8268	219.9441	390.8807	68.5961
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-50.7693	-64.1292	-75.8315	5,764.4727	1,501.9697	-84.1139	-41.0952	-19.2518
4.2 Needles and syringes	-	-	-	-70.6793	-92.5041	159.6290	188.1594	675.1306
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-	-	-
4.4 Surgical gloves	-	-	-	-	-	-	2,353.0713	-100.0000
4.5 Sheath contraceptive	-	-	-	-100.0000	-	-	10.9778	16.3396
Grand Total	-45.1338	-51.1147	1,122.7033	235.5003	-53.2797	4.9119	128.6820	195.4867

ที่มา : กรมศุลกากร

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

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

ที่มา : Grub et al (1991)

ตาราง 73 : อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายต่อปีสำหรับบริการสุขภาพที่รัฐให้เปล่ากับประชาชน

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

หมายเหตุ : เทียบกับการเพิ่มของ GNP ร้อยละ 15 ในช่วง 1986-1995

ที่มา : Shangquan et al (1996)

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

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

ที่มา : World Bank (1997)

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

วัตถุดิบยา			ยาสำเร็จรูป			เครื่องมือแพทย์		
แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด	แหล่ง	มูลค่า (พันเหรียญ)	ร้อยละ ของทั้งหมด
USA	134,402	18.66	Germany	67,903	18.91	USA	125,948	22.46
Germany	114,172	15.85	UK	63,662	17.73	Germany	120,569	21.50
UK	98,559	13.68	Switz	48,377	13.48	UK	73,709	13.15
Netherlands	53,661	7.45	USA	35,662	9.93	Japan	42,886	7.65
Belgium, Lux	50,173	6.96	France, Mona	30,797	8.58	Netherlands	23,019	4.11
Japan	35,221	4.89	Belgium, Lux	17,314	4.82	Switz	20,926	3.73
France, Mona	32,003	4.44	Italy	16,914	4.71	France, Mona	16,176	2.89
Switz	29,238	4.06	Netherlands	13,380	3.73	Belgium, Lux	13,886	2.48
Italy	22,873	3.17	Singapore	10,990	3.06	Israel	12,204	2.18
Israel	17,479	2.43	Denmark	10,945	3.05	Italy	11,561	2.06
Other	132,632	18.41	Other	43,062	11.99	Other	99,797	17.80
World	720,413	100.00	World	359,006	100.00	World	560,681	100.00

ที่มา : ESCAP

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

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

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

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

ที่มา : ESCAP

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

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

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

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

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

ที่มา :กรมศุลกากร

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

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

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

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

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

ที่มา :กรมศุลกากร

ตารางที่ 79 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศมาเลเซีย) ระหว่างปี 2531-2540

ก. มูลค่า

unit : 1,000 baht

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	12.1204	4.0018	0.0764	10.5587	30.0416	38.1943	24.8727	46.6439	123.6983	134.5177
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	3.6489	0.0056	0.0764	1.1704	11.4501	17.1394	8.2882	8.6360	49.5026	53.0468
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.0000	0.0723	na	0.7291	0.2932	0.3150	0.3891	0.0854	0.0000	0.0000
1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.7236	na	0.7291	0.2932	0.3150	0.3891	0.0854	0.0000	0.0000
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.0000	na	0.0000	0.3391	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.5702
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0000	na	0.0153	0.0019	0.0000	0.0000	0.8649	0.0000	0.0105
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.2560	0.1032	na	0.0000	0.3092	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.2591
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	2.4140	1.3402	na	4.0338	2.9719	8.0621	0.5952	1.0121	4.6151	7.8811
1.8 X-ray film	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0505	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0054
1.9 Parts and accessories	6.0320	1.7567	na	4.6305	14.6258	12.6533	15.3446	36.0455	69.5796	72.7324
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	2.3945	0.2000	0.0119	0.4319	0.8650	1.4733	1.2456	8.3611	3.9266	7.6465
2.1 Microscopes	0.0000	0.0434	na	0.3945	0.0000	0.0914	0.0289	1.8254	1.2080	0.9564
2.2 Measuring and detecting instruments	2.3945	0.1567	0.0119	0.0375	0.8650	1.2987	0.3896	0.9123	2.2425	4.5735
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0000	0.0000	na	0.0000	0.0000	0.0832	0.8271	5.6234	0.4761	2.1166
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1763	0.0000	0.0000
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.1763	0.0000	0.0000
3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	na
3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	na
4. Disposables	25.4074	26.2907	15.9880	54.8858	54.5119	56.7779	88.9421	102.2213	63.7536	91.0984
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	10.0356	11.0889	11.6282	31.0638	22.3223	23.7209	50.3665	62.6818	4.5879	24.6001
4.2 Needles and syringes	3.8990	4.9859	na	8.6380	7.8074	2.7574	1.8240	9.9279	23.6676	26.8053
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0996	1.1954	0.1602
4.4 Surgical gloves	1.7751	0.0152	0.0393	5.9377	6.5399	12.6004	15.4310	16.7748	20.3420	23.0236
4.5 Sheath contraceptive	9.6977	10.2007	4.3205	9.7935	17.8432	17.7090	21.3207	12.7373	13.9607	16.5009
Grand Total	39.9223	30.4925	16.0763	65.8764	85.4185	96.4455	115.0604	157.4026	191.3785	233.2626

ข. อัตราเพิ่ม

unit : percent

Description	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	-66.9829	-98.0909	13720.2880	184.5199	27.1380	-34.8785	87.5305	165.1972	8.7466
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-99.8465	1264.2857	1431.9372	878.3066	49.6678	-51.6424	4.1963	473.2121	7.1596
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	-	-	-100.0000	-	939.1837	-100.0000	-	1110.0000
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	-59.7860	7.4352	23.5238	-78.0519	-100.0000	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	-	-	-87.5817	-100.0000	-	-	-100.0000	-
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-59.6875	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-44.4822	-	-	-26.3251	171.2776	-92.6049	69.7585	355.9925	70.7677
1.8 X-ray film	-	-	-	-	-100.0000	-	-	-	-
1.9 Parts and accessories	-70.8770	-	-	217.7104	-13.4864	21.2696	134.9067	93.0327	4.5312
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	-91.6475	-94.0500	3529.4118	100.2778	70.3237	-15.4551	571.2508	-53.0373	94.7359
2.1 Microscopes	-	-	-	-100.0000	-	-66.3807	6216.2630	-33.8227	-20.8278
2.2 Measuring and detecting instruments	-93.4558	-92.4059	215.1261	2206.6667	50.1387	-70.0008	134.1632	145.8073	103.9465
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	-	-	894.1106	579.8936	-91.5336	344.5705
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	-	-	-	-	-	-100.0000	-
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Disposables	3.4765	-39.1876	243.2937	-0.6812	4.1569	56.6492	14.9302	-37.6318	42.8914
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	10.4956	4.8634	167.1419	-28.1405	6.2655	112.3296	24.4514	-92.6807	436.1952
4.2 Needles and syringes	27.8764	-	-	-9.6157	-64.6822	-33.8507	444.2928	138.3948	13.2574
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-	-	1100.2008	-86.5986
4.4 Surgical gloves	-99.1437	158.5526	15008.6514	10.1420	92.6696	22.4644	8.7084	21.2652	13.1826
4.5 Sheath contraceptive	5.1868	-57.6451	126.6752	82.1943	-0.7521	20.3947	-40.2585	9.6049	18.1954
Grand Total	-23.6204	-47.2779	309.7734	29.6648	12.9094	19.3010	36.8000	21.5853	21.8855

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 80 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศมาเลเซีย) ระหว่างปี 2531-2539

ก. มูลค่า

unit : 1,000 baht

Description	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	2,6496	3,9061	10,3371	14,2689	9,0568	34,1292	41,2398	63,5388	73,8868
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	0.0132	0.0855	0.3794	0.5991	1.1795	5.0998	22.8555	37.3568	46.6549
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.0000	0.0000	0.1879	0.0000	0.0000	0.0000	1.1505	0.0975	2.1798
1.3 Artificial body parts and supports	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0006	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0248	0.0014	0.0000	0.0000	1.5412
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	0.0000	0.0096	0.1807	0.5416	0.8971	1.0870	0.4317	1.9191	0.8490
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	0.0127	0.0000	0.0000	0.1440	0.2377	0.0000	0.0025	0.0087	0.4396
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	0.7402	1.1740	3.4458	2.7202	3.8869	7.8178	3.9013	5.7690	7.2974
1.8 X-ray film	0.0000	0.2349	0.0000	0.2358	0.0000	0.3196	0.0000	0.0000	0.0000
1.9 Parts and accessories	1.8836	2.3991	6.1434	9.9912	2.8302	19.8035	12.8982	18.3876	14.9249
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	0.0065	0.0022	0.0374	0.9706	0.8172	3.3949	3.7451	1.0662	3.3477
2.1 Microscopes	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0572	1.2496	0.0763	0.0952	0.7157
2.2 Measuring and detecting instruments	0.0065	0.0022	0.0374	0.2160	0.7434	1.7814	3.6688	0.9612	2.6319
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.0000	0.0000	0.0000	0.7546	0.0166	0.3639	0.0000	0.0098	0.0000
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	0.0000	0.0000	0.0648	1.1456	1.4427	0.5168	0.5861	1.0562	0.9455
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.0000	0.0000	0.0420	1.1456	1.4228	0.4894	0.5728	1.0122	0.9289
3.2 Ambulance	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
3.3 Invalid carriages	0.0000	0.0000	0.0228	0.0000	0.0199	0.0274	0.0134	0.0440	0.0166
4. Disposables	5.5760	3.6120	4.4864	7.6389	10.1722	9.1332	6.2997	10.6111	8.6031
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	4.4448	3.2436	3.4923	3.8197	6.4205	5.5659	4.2610	7.6308	3.4597
4.2 Needles and syringes	0.0760	0.0258	0.1392	2.0174	1.7015	0.3565	0.5303	1.7188	1.7571
4.3 Plasters	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.2607	0.0974	0.0714	0.1797
4.4 Surgical gloves	0.0000	0.0052	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0958	0.3919	1.2688
4.5 Sheath contraceptive	1.0552	0.3374	0.8549	1.8018	2.0502	2.9501	1.3153	0.7982	1.9379
Grand Total	8,2321	7,5203	14,9257	24,0240	21,4889	47,1741	51,8707	76,2723	86,7831

ข. อัตราเพิ่ม

unit : percent

Description	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	47.4223	164.6399	38.0358	-36.5277	276.8351	20.8344	54.0716	16.2861
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	547.7273	343.7427	57.9072	96.8787	332.3696	348.1646	63.4477	24.8900
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	-	-100.0000	-	-	-	-91.5254	2135.6923
1.3 Artificial body parts and supports	-	-	-	-	-100.0000	-	-	-
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	-	-	-94.3548	-100.0000	-	-
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	-	1782.2917	199.7233	65.6388	21.1682	-60.2852	344.5448	-55.7605
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	-100.0000	-	-	65.0694	-100.0000	-	248.0000	4952.8736
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	58.6058	193.5094	-21.0575	42.8902	101.1320	-50.0972	47.8738	26.4933
1.8 X-ray film	-	-100.0000	-	-100.0000	-	-100.0000	-	-
1.9 Parts and accessories	27.3678	156.0710	62.6331	-71.6731	599.7209	-34.8691	42.5594	-18.8317
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	-66.1538	1600.0000	2495.1872	-15.8047	315.4307	10.3155	-71.5308	213.9842
2.1 Microscopes	-	-	-	-	2084.6154	-93.8940	24.7706	651.7857
2.2 Measuring and detecting instruments	-66.1538	1600.0000	477.5401	244.1667	139.6287	105.9504	-73.8007	173.8140
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	-	-	-97.8002	2092.1687	-100.0000	-	-100.0000
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	-	-	1667.9012	25.9340	-64.1783	13.4094	80.2082	-10.4810
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	-	2627.6190	24.1969	-65.6030	17.0413	76.7109	-8.2296
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	-	-	-100.0000	-	37.6884	-51.0949	228.3582	-62.2727
4. Disposables	-35.2224	24.2082	70.2679	33.1632	-10.2141	-31.0242	68.4382	-18.9236
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	-27.0248	7.6674	9.3749	68.0891	-13.3105	-23.4445	79.0847	-54.6614
4.2 Needles and syringes	-66.0526	439.5349	1349.2816	-15.6588	-79.0479	48.7518	224.1184	2.2283
4.3 Plasters	-	-	-	-	-	-62.6390	-26.6940	151.6807
4.4 Surgical gloves	-	-100.0000	-	-	-	-	309.0814	223.7561
4.5 Sheath contraceptive	-68.0250	153.3788	110.7615	13.7862	43.8933	-55.4151	-39.3142	142.7838
Grand Total	-8.6466	98.4721	60.9573	-10.5524	119.5278	9.9559	47.0431	13.7806

ที่มา : กรมศุลกากร

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

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

ที่มา : Yeats (1991)

ตารางที่ 82 : จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศมาเลเซียระหว่างปี ค.ศ. 1990 –1995

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

ที่มา : Malaysian Medical Council

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

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

ที่มา: ESCAP

ตารางที่ 84 : แหล่งและมูลค่าการส่งออกวัตถุดิบยา ยาสำเร็จรูป 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
Canada	1,924,866	12.51		Canada	940,773	15.44	Canada	2,669,099	14.75
Japan	1,381,941	8.98		Japan	836,031	13.72	Japan	2,422,669	13.39
Mexico	1,287,827	8.37		Germany	470,117	7.72	Germany	1,473,284	8.14
Netherlands	1,010,593	6.57		United Kingdom	408,322	6.70	Mexico	1,344,276	7.43
Belgium-Lux	953,281	6.20		Switz.Liecht	389,292	6.39	United Kingdom	1,099,671	6.08
Korea Rep.	894,833	5.82		France	361,716	5.94	France	970,727	5.37
Brazil	715,692	4.65		Belgium-Lux	331,734	5.44	Korea Rep.	778,596	4.30
United Kingdom	469,644	3.05		Italy	255,940	4.20	Netherlands	642,241	3.55
Germany	423,509	2.75		Netherlands	229,554	3.77	Australia	450,830	2.49
Australia	360,075	2.34		Mexico	183,053	3.00	Italy	443,971	2.45
Other	5,958,429	38.74		Other	1,685,950	27.67	Other	5,797,331	32.04
World	15,380,690	100.00		World	6,092,482	100.00	World	18,092,695	100.00

ที่มา: ESCAP

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

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

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

หน่วย: พันบาท

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

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

ที่มา :กรมศุลกากร

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

1. วัตถุดิบยา (พิกัดศุลกากร 2936-2942)

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

2. ยาสำเร็จรูป (พิกัดศุลกากร 3001-3006)

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

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 87 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (จากประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539

ก. มูลค่า หน่วย : พันบาท

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	315,887.99	403,995.66	831,982.20	967,799.56	1,407,121.88	1,855,808.38	2,557,599.88	1,935,537.19	3,826,652.96
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	62,765.49	7,792.69	18,961.38	17,687.21	37,358.23	79,662.48	410,430.60	150,437.30	379,581.12
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.00	82,337.14	180,772.20	246,504.53	256,842.34	416,634.14	457,752.33	46,940.55	548,611.36
1.3 Artificial body parts and supports	5.03	28,156.13	66,614.00	14,175.99	172,560.71	80,591.96	117,667.28	152,702.85	101,174.55
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.00	3,929.22	14,220.53	19,391.13	17,335.05	42,628.83	57,440.99	94,239.84	73,565.67
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	93.60	31,585.84	14,841.15	128,259.22	53,787.14	166,387.40	191,815.25	199,929.13	226,776.46
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	60.63	35,966.22	124,240.98	115,361.10	112,251.10	62,989.04	155,773.30	165,199.58	326,472.23
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	193,687.76	52,446.72	114,422.74	124,968.86	191,354.19	294,801.29	326,326.60	403,721.12	546,464.57
1.8 X-ray film	22,367.74	12,008.64	27,660.45	32,349.77	53,914.30	49,495.62	64,782.99	69,488.23	71,803.81
1.9 Parts and accessories	36,907.74	149,773.03	270,248.78	269,101.75	511,718.81	662,617.61	775,610.53	670,878.59	1,552,203.20
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	12,193.55	61,789.02	147,985.87	191,462.25	172,238.84	182,407.25	358,843.00	432,439.46	884,426.50
2.1 Microscopes	100.00	9,696.80	13,918.59	36,294.85	17,426.79	13,729.01	95,782.15	40,523.58	60,572.11
2.2 Measuring and detecting instruments	12,093.55	51,136.11	127,250.66	151,607.86	143,351.90	143,922.19	213,958.92	357,203.38	420,930.28
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.00	956.11	6,816.62	3,559.53	11,460.15	24,756.06	49,101.92	34,712.51	402,924.11
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	55.59	2,605.59	20,636.38	15,856.25	15,910.94	38,128.06	63,439.99	76,070.25	142,622.19
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.00	2,547.57	20,492.15	15,026.27	15,883.60	38,004.32	62,777.75	74,484.23	141,182.96
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	55.59	58.03	144.23	829.97	27.35	123.74	662.24	1,586.03	1,439.24
4. Disposables	27,882.31	22,490.31	42,996.29	45,746.42	46,263.41	64,314.24	99,316.64	102,201.20	159,812.68
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	175.30	3,889.10	8,552.50	6,980.32	7,225.99	7,900.17	9,833.49	9,124.11	10,087.77
4.2 Needles and syringes	0.00	13,566.74	24,200.82	30,992.37	33,279.66	45,271.78	62,407.44	83,764.27	141,396.84
4.3 Plasters	6,339.43	1,978.82	3,931.08	5,835.99	4,211.15	5,491.28	6,101.14	6,965.30	8,261.45
4.4 Surgical gloves	81.45	5.90	0.00	0.00	354.42	209.55	16,379.40	135.43	0.00
4.5 Sheath contraceptive	2,186.13	3,049.76	6,311.89	1,937.74	1,192.19	5,441.46	4,594.86	2,212.10	66.62
Grand Total	356,019.45	490,880.59	1,043,600.75	1,220,864.48	1,641,535.08	2,140,657.92	3,079,199.50	2,546,248.11	5,013,514.32

ข. อัตราเพิ่ม

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	27.89	105.94	16.32	45.39	31.89	37.82	-24.32	97.70
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	-87.58	143.32	-6.72	111.22	113.24	415.21	-63.35	152.32
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	-	119.55	36.36	4.19	62.21	9.87	-89.75	1,068.74
1.3 Artificial body parts and supports	559,663.92	136.59	-78.72	1,117.27	-53.30	46.00	29.78	-33.74
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	-	-	36.36	-10.60	145.91	34.75	64.06	-21.94
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	33,645.55	-53.01	764.21	-58.06	209.34	15.28	4.23	13.43
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	59,224.74	245.44	-7.15	-2.70	-43.89	147.30	6.05	97.62
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	-72.92	118.17	9.22	53.12	54.06	10.69	23.72	35.36
1.8 X-ray film	-46.31	130.34	16.95	66.66	-8.20	30.89	7.26	3.33
1.9 Parts and accessories	305.80	80.44	-0.42	90.16	29.49	17.05	-13.50	131.37
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	406.74	139.50	29.38	-10.04	5.90	96.73	20.51	104.52
2.1 Microscopes	9,596.80	43.54	160.77	-51.99	-21.22	597.66	-57.89	49.47
2.2 Measuring and detecting instruments	322.84	148.85	19.14	-5.45	0.40	48.66	66.95	17.84
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	-	612.96	-47.78	221.96	116.02	98.34	-29.31	1,060.75
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	4,586.99	692.00	-23.16	0.34	139.63	66.39	19.91	87.49
3.1 Dentist's chairs and other furniture	-	704.38	-26.67	5.71	139.27	65.19	18.65	89.55
3.2 Ambulance	-	-	-	-	-	-	-	-
3.3 Invalid carriages	4.38	148.56	475.45	-96.71	352.48	435.19	139.50	-9.26
4. Disposables	-19.34	91.18	6.40	1.13	39.02	54.42	2.90	56.37
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	2,118.58	119.91	-18.38	3.52	9.33	24.47	-7.21	10.56
4.2 Needles and syringes	-	78.38	28.06	7.38	36.03	37.85	34.22	68.80
4.3 Plasters	-68.79	98.66	48.46	-27.84	30.40	11.11	14.16	18.61
4.4 Surgical gloves	-92.76	-100.00	-	-	-40.87	7,716.39	-99.17	-100.00
4.5 Sheath contraceptive	39.50	106.96	-69.30	-38.48	356.42	-15.56	-51.86	-96.99
Grand Total	37.88	112.60	16.99	34.46	30.41	43.84	-17.31	96.90

ที่มา : กรมศุลกากร

ตารางที่ 88 : มูลค่าและอัตราการเพิ่มของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย (ไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา) ระหว่างปี 2531-2539

หน่วย : พันบาท

ก. มูลค่า

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
1. Examination and Treatment Equipment (including parts and fittings)	301,854.45	434,909.09	608,300.69	776,670.43	963,657.98	1,855,238.38	1,717,213.20	1,740,593.94	2,262,100.59
1.1 Spectacle lenses, frames and fittings excluding artificial eye	62,765.49	153,097.17	180,868.59	261,921.55	364,521.63	79,662.84	526,445.38	475,453.69	408,521.11
1.2 Electro-diagnostic apparatus including electro-cardiographs	0.00	664.29	814.92	310.45	1,107.26	416,634.14	1,017.68	11,496.60	1,869.77
1.3 Artificial body parts and supports	5.03	0.00	0.00	92.58	0.00	80,591.96	1,651.28	0.00	0.00
1.4 Equipment for dental use excluding artificial teeth	0.00	0.00	0.00	189.33	101.55	42,628.84	6.81	709.81	1,217.04
1.5 Respiration apparatus and therapeutic respiration apparatus	93.60	103.26	3,054.82	6,265.29	12,577.11	166,387.40	19,943.49	3,642.15	10,828.54
1.6 X-ray apparatus and other apparatus using alpha, beta, gamma and infrared rays	790.83	46.46	53.25	1,740.14	4,825.08	61,989.04	4,808.60	7,655.40	1,112.72
1.7 Other instruments and appliances used in medical, surgical, dental or veterinary sciences	193,687.76	230,255.18	375,651.98	413,934.02	484,880.91	295,167.93	1,064,335.87	923,816.24	1,196,951.69
1.8 X-ray film	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1.9 Parts and accessories	0.00	0.00	0.00	4,123.84	0.00	49,495.62	0.00	1.50	768.60
2. Laboratory Test Equipment (including parts and fittings)	44,511.74	50,742.74	47,857.13	88,093.23	95,644.45	662,680.61	99,004.09	317,818.56	640,831.13
2.1 Microscopes	100.00	5,624.61	25,328.50	43,398.85	35,067.82	13,729.01	54,702.98	41,727.29	54,263.72
2.2 Measuring and detecting instruments	12,093.00	12,328.48	15,006.88	17,563.21	26,300.40	143,922.19	8,230.47	3,104.56	6,190.08
2.3 Lasers, liquid crystal devices and other laboratory test equipment	0.00	0.00	151.01	461.15	488.83	24,666.06	9,224.91	43,253.95	62,172.48
3. Dentist's chairs, Ambulance and Invalid Carriages	12,093.00	12,328.48	15,157.89	18,024.36	26,789.23	168,588.24	17,455.38	46,358.51	68,362.56
3.1 Dentist's chairs and other furniture	0.00	20.09	0.00	961.12	646.14	38,004.32	111.71	0.00	387.56
3.2 Ambulance	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3.3 Invalid carriages	55.59	230.57	0.00	0.00	0.00	3,198.43	0.00	0.00	182.05
4. Disposables	12,148.59	12,579.14	15,157.89	18,985.48	27,435.37	209,790.99	17,567.09	46,358.51	68,932.18
4.1 Glass containers for conveyance and packing goods	175.30	2,247.75	3,557.04	4,501.56	5,317.01	7,900.17	5,015.69	2,440.10	1,744.16
4.2 Needles and syringes	0.00	0.00	0.18	19,058.50	20,695.16	45,271.78	50,847.80	74,881.78	46,027.87
4.3 Plasters	0.30	742.61	1,444.02	4,123.84	4,673.64	5,491.82	5,529.97	5,327.20	2,262.08
4.4 Surgical gloves	331,759.93	136,216.51	353,645.70	207,780.81	468,158.33	209.52	601,396.38	333,425.09	470,705.09
4.5 Sheath contraceptive	55,933.84	18,238.29	48,156.11	62,368.94	75,866.43	5,653.35	79,493.41	104,113.33	102,414.75
Grand Total	370,607.79	510,559.45	686,473.60	905,897.34	1,113,527.02	2,945,793.83	1,851,239.75	2,151,131.01	3,040,995.06

ข. อัตราเพิ่ม

หน่วย: ร้อยละ

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

ที่มา : กรมศุลกากร

บทที่ 6

บทบาทของการคุ้มครองผู้บริโภคและการส่งเสริมการค้าและการลงทุนในต่างประเทศ ของไทยในภาคบริการสุขภาพในบริบทของการเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพ

เนื่องจากบริการสุขภาพมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างใหญ่หลวง การคุ้มครองผู้บริโภคจากการรับบริการสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ บทนี้ได้รายงานและวิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานภายในประเทศ ผลของการจัดทำและใช้บัญชียาหลักแห่งชาติ และบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ในส่วนสุดท้ายเป็นการศึกษาบทบาทของหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการลงทุนและส่งออกบริการสุขภาพของไทย

6.1 บทบาทของหน่วยงานที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค

6.1.1 กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

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

แต่อย่างไรก็ตาม ศิริพันธุ์ ดำรงสุนทรเดชา (2539) ได้รายงานว่า จากการดำเนินการตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2532) ที่ผ่านมา กองควบคุมเครื่องมือแพทย์ยังไม่สามารถให้การคุ้มครองผู้บริโภคเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้ามาอย่างเต็มที่ เนื่องจากเครื่องมือแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศส่วนหนึ่งมีลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ 3 ประการที่สำคัญคือ

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

6.1.2 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีโครงการควบคุมคุณภาพยาเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคยาที่มีประสิทธิภาพตามสรรพคุณของยาที่ระบุไว้ โดยดำเนินงานที่อาจสรุปได้ดังนี้คือ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2537)

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

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมคุณภาพยาในส่วนกลาง ได้แก่ กองควบคุมยา กองสารวัตร กองควบคุมวัตถุเสพติด กองเผยแพร่และควบคุมการโฆษณา ส่วนหน่วยงานในภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

6.1.3 แพทยสภา

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

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

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

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

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

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

6.2 บทบาทของบัญชียาหลักแห่งชาติในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

บัญชียาหลักแห่งชาติ คือ รายงานตามชื่อสามัญของยา (Generic Name) ที่มีความสำคัญและจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สถานพยาบาลควรมีไว้บริการผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรไทยและปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2537) ได้สรุปจุดประสงค์ของบัญชียาหลักแห่งชาติ 5 ประการคือ

1. ช่วยให้การใช้ยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ประหยัด ไม่ฟุ่มเฟือย เหมาะกับสถานะเศรษฐกิจของชาติ

2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดหาและการกระจายยาให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

3. ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ อีกทั้งยังช่วยลดการแข่งขันในด้านชนิดและขนาดของยาให้น้อยลง ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้มีการพัฒนาในด้านอุตสาหกรรมของการผลิตยามากขึ้น

4. ช่วยลดภาวะและความสับสนเปลืองในการจัดหา การกระจายยา การเก็บสำรองยา การเก็บรักษา ยา ตลอดจนการวิเคราะห์ควบคุมคุณภาพยา ซึ่งเป็นการประหยัดงบประมาณ และเงินตราในการจัดซื้อยาหรือวัตถุดิบจากต่างประเทศ ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณและเงินตราดังกล่าวไปใช้ในการแก้ไขปัญหหรือพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศในด้านต่างๆ ได้

5. สามารถก่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงระบบการเฝ้าระวังติดตามผลจากการใช้ยาทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์และโทษ รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูลต่างๆ อันเนื่องมาจากการใช้ยาและก่อให้เกิดการพัฒนาการระบบการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพสมเหตุผลทางวิชาการ

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

- บัญชี ก. เป็นรายการยาที่มีความจำเป็นสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ ประกอบด้วยยา 98 รายการ

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

- บัญชี ค. เป็นรายการยาที่ต้องใช้โดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาล ซึ่งยาส่วนใหญ่จะมีอันตรายต่อผู้ป่วยหากใช้ไม่ถูกต้อง ประกอบด้วยยา 141 รายการ

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

- **บัญชี จ.** เป็นรายการยาที่ใช้เฉพาะโครงการพิเศษของกระทรวง ทบวง กรมหรือเทียบเท่า แต่ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ประกอบด้วยยา 6 รายการ

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

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

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยพัสดุ พ.ศ. 2535 ได้นำบัญชียาหลักแห่งชาติและราคากลางของยาที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขมากำหนดการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของส่วนราชการตั้งได้คัตลอกเนื้อหาที่สำคัญมา ณ ที่นี้

" ข้อ 60 การซื้อขายของส่วนราชการ ให้จัดซื้อตามชื่อสามัญ (Generic Name) ในบัญชียาหลัก
แห่งชาติตามที่คณะกรรมการแห่งชาติด้านยากำหนด โดยให้ใช้เงินงบประมาณจัดซื้อยาดังกล่าวไม่น้อย
กว่าร้อยละ 60 เว้นแต่ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้เงินงบประมาณจัดซื้อยาดัง
กล่าวไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ข้อ 61 การซื้อขาย และเวชภัณฑ์ที่มีโทษ เช่น ผ้าก๊อสม่ ลำลี หลอดฉีดยา เข็มฉีดยา เป็อก วิสตุ
ทันตกรรม ฟิล์มเอกซเรย์ และเภสัชเคมีภัณฑ์ ซึ่งองค์การเภสัชกรรมได้ผลิตออกจำหน่ายแล้ว ให้จัดซื้อ
จากองค์การเภสัชกรรม [...] แต่ทั้งนี้ ราคาที่องค์กรเภสัชกรรมจำหน่ายต้องไม่สูงกว่าราคากลางของยา
ชื่อสามัญเดียวกันที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกินร้อยละ 3 "

นอกจากนี้ บัญชียาหลักแห่งชาติได้มีบทบาทในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่กำหนดให้จ่ายภายใต้บัญชียาหลักแห่งชาติ และล่าสุด ในภาวะวิกฤตการณ์

ทางเศรษฐกิจในปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดให้โครงการสวัสดิการรักษายาของข้าราชการที่มีการขยายตัวอย่างมากได้นำบัญชียาหลักแห่งชาติมาควบคุมงบประมาณของโครงการนี้ ซึ่งเดิมที่รัฐเคยจ่ายให้กับยาทุกรายการเมื่อเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ

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

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

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

ในความเป็นจริงแล้ว ประเทศไทยก็ไม่ได้เป็นประเทศเดียวในโลกที่ได้ทำบัญชียาหลักแห่งชาติและการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของส่วนราชการมาควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โครงการ Medicaid ของประเทศสหรัฐก็ได้ใช้วิธีการกำหนดรายการที่เบิกจ่ายได้ (drug formularies) โดยมีคณะกรรมการ

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

Abel Smith (1994) ระบุว่าหลายประเทศในยุโรปได้มีการควบคุมราคาโดยอาศัยต้นทุนของการผลิตยา ได้แก่ สวีเดน อิตาลี สเปน โปรตุเกส แต่การควบคุมราคาได้สร้างปัญหาต่อระบบการกำหนดราคาของทางารเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมียาจำนวนมากที่ออกสู่ตลาด ในทางตรงกันข้ามประเทศที่เป็นผู้ส่งออกยารายใหญ่ เช่นฝรั่งเศส พบว่าการควบคุมราคาภายในประเทศของตนได้สร้างความเสียหายอย่างมากต่อการส่งออกยา จึงได้มีการทบทวนมาตรการควบคุมราคาให้เบาบางลง

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในประเทศสหรัฐที่จะขยายการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ออกไปใช้กับทุกโครงการประกันสุขภาพในระดับประเทศเลยทีเดียว (national drug formulary) แต่ไม่ประสบความสำเร็จจนกระทั่งปัจจุบัน

ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ วิธีการกำหนดรายการยาที่เบิกจ่ายได้ของโครงการ Medicaid ก็คล้ายคลึงกับวิธีการที่รัฐบาลไทยได้ใช้บัญชียาหลักในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และโครงการบัตรประกันสุขภาพ

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

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

6.3 บทบาทขององค์กรระหว่างประเทศในการควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

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

6.3.1 Health Action International (HAI)

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

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

ผลงานที่สำคัญของ HAI คือการผลักดันให้องค์การอนามัยโลกรับหลักการ 4 ประการที่สำคัญเกี่ยวกับยา คือ

1. ต้องตอบสนองความจำเป็นทางการแพทย์ที่แท้จริง
2. มีคุณค่าทางการรักษาอย่างชัดเจน
3. ปลดปล่อยอย่างยอมรับได้
4. คู่มีค่ากับเงินที่จ่ายไป

โดยที่องค์การอนามัยโลกได้บรรจุหลักการนี้ไว้ใน Action Programme on Essential Drugs นอกจากนี้ HAI ยังหวังที่จะผลักดันให้องค์การอนามัยโลกพัฒนา “มาตรฐานระหว่างประเทศที่ยอมรับได้

ในการตลาดและการส่งเสริมการขาย" โดยที่รัฐบาลของแต่ละประเทศควรใช้มาตรฐานเป็นพื้นฐานในการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ HAI ยังมีเครือข่าย NGO ในแต่ละประเทศที่คอยผลักดันประเด็นที่เกี่ยวกับยาให้ถูกล่วงไปได้ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทยกลุ่มศึกษาปัญหาภัยก็เป็นเครือข่ายที่สนับสนุน HAI เป็นต้น

6.3.2 South Centre

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

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

South Centre ได้ติดตามศึกษาผลกระทบของความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลกที่มีต่อประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งด้านบริการสุขภาพด้วย โดยได้มีการตีพิมพ์ผลกระทบต่างๆที่จะเกิดขึ้น และเสนอให้ประเทศกำลังพัฒนารวมตัวกันเจรจาความตกลงระหว่างประเทศเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ส่วนข้อเสียจากความตกลงระหว่างประเทศนั้น South Centre ก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการมาติดตามและตรวจสอบเพื่อสร้างสัญญาณเตือนภัยให้กับประเทศกำลังพัฒนา

6.3.3 องค์การอนามัยโลก

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

ใหญ่ บทบาทขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมผลกระทบที่จะเกิดจากการเปิดเสรีการค้ายาและเวชภัณฑ์จึงมีความจำกัดมาก

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

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

6.3.4 องค์การภายใต้สหประชาชาติ

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

อย่างไรก็ตาม องค์กรเหล่านี้ยังไม่ได้มีบทบาทอย่างเห็นได้ชัดในการเข้าไปเกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก กิจกรรมขององค์กรเหล่านี้เป็นไปเพื่อสนับสนุนความตกลงระหว่างประเทศมากกว่า เช่น การจัดอบรมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศ เป็นต้น

6.3.5 การใช้ประโยชน์จากองค์ระหว่างประเทศเพื่อการค้าระหว่างประเทศของไทย

K. Balasubramaniam (1983) ได้รวบรวมประเด็นต่างๆ ในอุตสาหกรรมยาที่แต่ละประเทศควรให้ความสนใจไว้ดังนี้

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

ผสมและบรรจุยา

นอกจากนั้นประเด็นต่อไปนี้ควรดำเนินการจากการรวมตัวของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเดียวกัน ที่ควรให้ความสนใจและร่วมมือกัน

- 1.) การรวมกันจัดหายา
- 2.) ควบคุมคุณภาพในยาวัตถุดิบ, ยาชั้นกลาง และยาสำเร็จรูป
- 3.) ทำความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายหลักของทรัพย์สินทางอุตสาหกรรม
- 4.) จัดหาข้อมูลสารสนเทศของแหล่งผลิตยาและเทคโนโลยี
- 5.) ช่วยกันในเรื่องเลือกเฟ้นและประเมินยาที่นำเข้า
- 6.) ติดตามความเคลื่อนไหวของราคา ยา การควบคุม transfer pricing และกลไกในการ

นำเข้าเทคโนโลยี

- 7.) ส่งเสริมความร่วมมือทางอุตสาหกรรมระหว่างประเทศสมาชิก
- 8.) ผลิตยาป้อนให้กับประเทศในภูมิภาค
- 9.) จัดเตรียมรายงานความเป็นไปได้ของโครงการพัฒนายา
- 10.) ทำวิจัยในห้องปฏิบัติการ จัดให้มีโรงงานทดลองขบวนการอุตสาหกรรม เพื่อให้ได้ยาใหม่ และปรับปรุงเทคโนโลยีที่นำเข้า

- 11.) จัดการฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้รู้จักการคัดเลือดยาและการผลิตยา

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

- 1.) การแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศของยาระหว่างกัน
- 2.) อบรมและแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตยาและการบริการยา

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

K. Balasubramaniom (1983) ให้คำแนะนำว่า การร่วมมือกันทางด้านยาน่าจะขยายออกไปเป็นระหว่างภูมิภาคที่ต่างกัน ทั้งนี้เพราะว่า ประเทศในภูมิภาคเดียวกันมักจะมีทรัพยากรสำหรับผลิตยาใกล้เคียงกัน ไม่ได้ส่งเสริมต่อกันเท่าที่ควร

การจัดตั้งบริษัทยาระหว่างชาติร่วมกัน (a joint multinational pharmaceutical enterprises) เพื่อผลิตยาลดอุบัติเหตุ และยาชั้นกลางป้อนให้กับความต้องการของประเทศกำลังพัฒนา

เขาได้เสนอรูปแบบของบริษัทยาประเภทนี้ โดยพิจารณาในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

1.) เงินทุนอาจเป็นการกู้ยืมจากธนาคารโลก หรือธนาคารพาณิชย์ในประเทศกำลังพัฒนา

2.) เทคโนโลยีอาจได้จากประเทศสมาชิก หรือได้รับสิทธิจากการเช่า/ซื้อสิทธิจากประเทศพัฒนาแล้ว

3.) บุคลากรควรมาจากประเทศสมาชิกอันดับแรก ถ้าหาไม่ได้/ไม่เพียงพอ ก็อนุโลม ใช้คนจากนอกกลุ่มได้

4.) ตลาดของยาที่ผลิตได้ควรเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาในอันดับแรก

5.) กฎหมายบังคับควรเอื้อต่อการจัดตั้งและดำเนินการผลิตยาและกระจายยาในประเทศสมาชิก

6.) รูปแบบของบริษัทเป็นแบบคณะกรรมการ ผู้ให้เงินกู้ ผู้ถือหุ้น (ทั้งรัฐบาล และเอกชน) และคนงานในบริษัทเข้าข่ายการเป็นกรรมการ

7.) จุดประสงค์ของบริษัทคือ การดำเนินงานตามแบบธุรกิจ โดยแข่งขันกับบริษัทที่มีอยู่เพื่อขายยาที่จำเป็นแก่ประเทศกำลังพัฒนาในราคาและเงื่อนไขที่มีกำไรน้อยที่สุด โดย เฉพาะเป็นราคาที่ต่ำกว่าราคาที่เสนอขายระหว่างประเทศ

8.) หน้าที่และบทบาทของบริษัท ได้แก่

- ก) การผลิตยาลดอุบัติเหตุและยาชั้นกลางสำหรับยาจำเป็นของประเทศกำลังพัฒนา
- ข) การผลิตวัคซีน
- ค) ผลิตยาสมุนไพร

ง) การถ่ายทอดเทคโนโลยีไปยังประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งช่วยจัดตั้งอุตสาหกรรมภายในประเทศด้วย

จ) ทำการวิจัยและพัฒนา

ฉ) ผลิตเครื่องมือในการผลิต

ช) ผลิตวัตถุดิบในการบรรจุ

9.) ประเทศสมาชิก ต้องยินยอมในประเด็นต่อไปนี้แก่บริษัท

ก) ปรับเปลี่ยนกฎหมาย และการควบคุมฯ ให้บริษัทสามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ได้

ข) ยอมให้ลดหย่อนข้อจำกัดในการส่งออกผลิตภัณฑ์ฯ หรือนำเข้าฯ ตามที่บริษัทต้องการเพื่อเป็นไปตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งระเบียบพิธีการทางศุลกากร และภาษีศุลกากร

ค) ผ่อนผันข้อจำกัดทางการแลกเปลี่ยนเงินตราที่บริษัทได้มาจากการดำเนินการของบริษัท

ง) ยอมให้ผู้ถือหุ้นมีสิทธิที่จะโอนกำไรในเงินสกุลที่ต้องการโดยไม่มีข้อจำกัด

จ) อนุญาตให้มีการเข้า-ออก และพำนักของบุคลากรของบริษัท โดยไม่มี ความลำเอียงในด้านใดๆ

6.4 บทบาทของหน่วยงานที่ส่งเสริมการลงทุนและการส่งออกบริการสุขภาพของไทย

6.4.1 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI)

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้เริ่มให้การสนับสนุนการลงทุนอย่างจริงจังแก่สถานพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1. สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่ต่ำกว่า 50 เตียง ส่วนสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอื่นต้องมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนไม่ต่ำกว่า 25 เตียง

2. สถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครต้องมีรพพยาบาลไว้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คัน ส่วนสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดอื่นต้องมีรพพยาบาลไว้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คัน

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

4. สถานพยาบาลต้องมีลิฟท์ขนาดบรรจุเตียงหรือรถเข็นผู้ป่วยได้ ถ้ามีอาคารสูงกว่า 2 ชั้นขึ้นไป
5. สถานพยาบาลต้องมีที่จอดรถได้สะดวกและเพียงพอ

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

เนื่องจากโรงงานยาส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นโรงงานที่นำยาวัตถุดิบมาผสมเป็นยาสำเร็จรูป จึงไม่เข้าข่ายในการรับการส่งเสริมการลงทุน ดังนั้น จึงมีเพียงโรงงานยาจำนวนน้อยที่สามารถผลิตยาวัตถุดิบได้และได้รับการส่งเสริมการลงทุน ตั้งแต่เริ่มการให้สิทธิประโยชน์แก่อุตสาหกรรมยานี้จนถึงปัจจุบัน จำนวนเงินลงทุนของโครงการผลิตยาวัตถุดิบก็น้อยตามไปด้วย (ดูตารางที่ 90)

โรงงานยาวัตถุดิบเป็นการร่วมทุนระหว่างนักลงทุนท้องถิ่นกับบริษัทต่างชาติที่มีเทคโนโลยีในการผลิต แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนการลงทุนก็ตาม ผู้ผลิตเหล่านี้ก็ได้ประสบปัญหาของการเสนอราคาวัตถุดิบที่ต่ำกว่าซึ่งนำเข้ามาจากประเทศจีนและอินเดีย จนทำให้ผู้ผลิตในประเทศไทยต้องประสบกับการขาดทุน

ปัญหานี้อาจสะท้อนให้เห็นว่า การคุ้มครองผลผลิตจากโรงงานยาที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนยังไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการปกป้องอุตสาหกรรมนี้ในประเทศไทยอาจจะน้อยไปจนทำให้ไม่พร้อมที่จะแข่งขันกับอุตสาหกรรมนี้ในประเทศอื่น ผลเสียที่ตามมาคือ การบั่นทอนความตั้งใจในการตั้งโรงงานผลิตยาวัตถุดิบในประเทศไทยอีก

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

สาหรณการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนมีจำนวนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนและการผลิตยา

นอกจากการส่งเสริมการลงทุนแล้ว คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนยังได้ติดต่อกับสมาคมผู้ผลิตอุปกรณ์การแพทย์ของหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมัน ฝรั่งเศส และประเทศอื่นๆ ในยุโรป เพื่อมาร่วมลงทุนในประเทศไทยกับผู้ประกอบการของไทย และยังมีการให้จ้ดนักลงทุนไทยไปดูดูทางการลงทุนกับต่างชาติที่ทวีปยุโรปและอเมริกาด้วย

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

ก. ลดภานีนำเข้า 50% สำหรับเครื่องจักรกลที่ไม่ได้อยู่ในข่ายการลดภานีศุลกากรมาแล้ว และต้องเป็นเครื่องจักรกลที่ต้องเสียภานีนำเข้ามากกว่าหรือเท่ากับ 10%

ข. ยกเว้นภานีนิติบุคคลเป็นระยะเวลา 3 ปี ถ้าโรงงานตั้งอยู่ในนิคมอุตสาหกรรม หรือเขตการส่งเสริมอุตสาหกรรมก็จะขยายการยกเว้นไปถึง 7 ปี

ค. ยกเว้นภานีนำเข้าสำหรับวัตถุดิบหรือวัตถูจำเป็นที่ใช้ในสินค้าส่งออกเป็นเวลา 1 ปี สำหรับโครงการที่มีการส่งออกไม่น้อยกว่า 30% ของมูลค่าการขายทั้งหมด

จังหวัดที่อยู่ในเขต 3 คือจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล และจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในเขต 2 แต่รวมถึงนิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบังด้วย ซึ่งมีสิทธิบัตรดังนี้คือ

ก. ยกเว้นภานีนำเข้าสำหรับเครื่องจักร

ข. ยกเว้นภานีนิติบุคคลเป็นเวลา 8 ปี

ค. ยกเว้นภานีสำหรับวัตถุดิบ หรือวัตถูจำเป็นที่ใช้ในสินค้าส่งออกเป็นเวลา 5 ปี สำหรับโครงการที่มีการส่งออกไม่น้อยกว่า 30% ของมูลค่าการขายทั้งหมด

ง. ลดภานีนำเข้าสำหรับวัตถุดิบ หรือวัตถูจำเป็นในการผลิตสินค้าเพื่อขายในประเทศ 75% เป็นเวลา 5 ปี แต่สามารถขอต่ออายุได้ปีต่อปี โดยมีข้อแม้ว่าวัตถุดิบหรือวัตถูจำเป็นในการนำเข้าต้องมีคุณภาพที่เท่ากับวัตถุดิบหรือวัตถูจำเป็นที่ผลิตได้ไม่เพียงพอกายในประเทศเพื่อขบวนการผลิตนี้

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

อย่างไรก็ตาม นโยบายการกระจายการลงทุนของรัฐกิจโรงพยาบาลเอกชน อุตสาหกรรมผลิตยา และอุตสาหกรรมผลิตเครื่องมือแพทย์ไม่ได้ประสบความสำเร็จนัก ตารางที่ 93 - 95 แสดงให้เห็นการกระจุกตัวของของรัฐกิจและอุตสาหกรรมเหล่านี้ในภาคกลางและภาคตะวันออก

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

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

ตามกฎระเบียบขององค์การการค้าโลก การอุดหนุนและปกป้องอุตสาหกรรมส่งออกต้องยกเลิกภายใน พ.ศ. 2546 ดังนั้น ลักษณะของการอุดหนุนการผลิตการส่งออกสินค้าส่วนใหญ่ของคณะ

กรรมการส่งเสริมการลงทุนอาจขัดต่อข้อตกลงของ GATT มีผู้ให้ความเห็นว่า บทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะต้องเปลี่ยนไปหลังจากปี พ.ศ. 2546

นักวิชาการส่วนหนึ่งหนึ่งพบว่า แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในขณะนี้ขัดแย้งต่อข้อตกลงระหว่างประเทศขององค์การการค้าโลก ซึ่งจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานใหม่ หรืออาจต้องยุบหน่วยงานนี้ กล่าวคือ ยกเลิกการให้สิทธิประโยชน์ทางการลงทุนทั้งหมดและหันมาทำหน้าที่ชักจูงการลงทุนและอำนวยความสะดวกด้านการลงทุน ตลอดจนการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับนักลงทุน

อย่างไรก็ตาม เรายังมีเวลาอีกพอสมควร ที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนสามารถส่งเสริมอุตสาหกรรมของไทยให้เติบโตและเข้มแข็งก่อนที่จะประเทศไทยจะเข้าสู่การแข่งขันระหว่างประเทศ ในช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้ อย่างน้อยที่สุดอุตสาหกรรมจะต้องพยายามพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพที่แข่งขันกับต่างประเทศได้

จากการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในประเด็นของการส่งเสริมการผลิตวัตถุดิบในประเทศ ทำให้พบว่า เจ้าหน้าที่ยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอต่อลักษณะของการผลิตวัตถุดิบใน 2 ประเด็นที่สำคัญ คือ

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

ข. เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ความสำคัญของเทคโนโลยีในการผลิตของผู้ผลิตคนไทยผลิตไม่ได้ หรือการผลิตที่มีสิทธิบัตรคุ้มครองอยู่ รวมทั้งการถ่ายทอดเทคโนโลยีของการผลิตจากต่างประเทศสู่ประเทศไทยด้วย เพื่อเป็นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านนี้

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ 3 ประการ ที่ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนดำเนินการเพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมยาในการเพิ่มความสามารถการผลิตวัตถุดิบในประเทศ และการสนับสนุนการส่งออกยาไปสู่ต่างประเทศ คือ

1) การให้สิทธิประโยชน์กับอุตสาหกรรมยาเช่นเดียวกับอุตสาหกรรมอื่นๆ ไม่อาจดึงดูดให้มีการลงทุนในอุตสาหกรรมยาได้ ทั้งนี้เพราะว่าต้นทุนที่สำคัญของอุตสาหกรรมนี้อยู่ที่การวิจัยและพัฒนาสำหรับผู้ผลิตที่ค้นพบยาเป็นรายแรก ส่วนผู้ผลิตรายต่อมาที่จะมีต้นทุนที่สำคัญในรูปของการเช่า/ซื้อ

สิทธิบัตรยาจากผู้คิดยาใหม่ได้ และการซื้อ/สร้างเทคโนโลยีการผลิตยา เพราะฉะนั้น สิทธิประโยชน์ สำหรับอุตสาหกรรมยาควรครอบคลุมถึงต้นทุนในการซื้อ/เช่าสิทธิบัตรยาและเทคโนโลยีด้วย

2) แม้จะมีการร่วมทุนกับต่างประเทศในการผลิตยาขึ้น แต่ก็พบว่า การถ่ายทอดเทคโนโลยีไม่ได้เกิดขึ้น เมื่อการร่วมทุนสิ้นสุดลง ผู้ร่วมลงทุนชาวไทยก็ไม่สามารถที่มีความรู้และประสบการณ์เพียงพอที่จะดำเนินการด้วยตนเองต่อไป ดังนั้น การให้สิทธิประโยชน์เพื่อเกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยาจากต่างประเทศสู่คนไทย ซึ่งไม่ได้รับการพิจารณาอย่างจริงจังในปัจจุบันควรได้รับการศึกษา และสนับสนุนอย่างเต็มที่ แม้ว่าเรื่องนี้จะเป็นเรื่องใหม่อยู่ แต่ก็จะเป็นประโยชน์อย่างมหาศาล ถ้าคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะริบเร่งคิดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับสนับสนุนประเด็นนี้ เพราะว่าในอนาคตการแข่งขันการผลิตสินค้าอุตสาหกรรมที่สำคัญๆ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีที่มีการคุ้มครองตามกฎหมายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

3) การส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมยาควรรวมถึงกิจกรรมผลิตยาสำเร็จรูปเพื่อส่งออก ทั้งนี้เพื่อเป็นธรรมแก่สินค้าอุตสาหกรรมทุกประเภท แม้ว่าจะมีการผลิตวัตถุดิบในประเทศหรือไม่ก็ตาม เช่น อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น และเพื่อเป็นการสนับสนุนการส่งออกสินค้าทุกประเภทโดยรวม

6.4.2 กรมส่งเสริมการส่งออก

บทบาทส่วนใหญ่ของกรมส่งเสริมการส่งออกสำหรับสินค้ายาเป็นไปในลักษณะของการตลาดระหว่างประเทศ (International marketing) และก่อให้เกิดการพบปะระหว่างผู้ส่งออกยาของไทยกับผู้นำเข้ายาของประเทศคู่ค้า

จุดประสงค์หลักของกรมส่งเสริมการส่งออกในการสนับสนุนการค้าบริการระหว่างประเทศซึ่งรวมถึงการค้าบริการสุขภาพด้วยเพื่อเป็นการนำเงินตราต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย และสร้างศักยภาพในการแข่งขันให้กับอุตสาหกรรมของไทยเพื่อจัดการกับการเปิดการค้าเสรีในอนาคต

ในปี 2538 กรมส่งเสริมการส่งออกได้จัดให้มีกิจกรรมหับที่ 4 ประการเพื่อส่งเสริมการส่งออกยา คือ

1) กิจกรรมประเภท Mission ได้แก่ การเชิญผู้บริหารระดับสูงจากประเทศที่ต้องการซื้อขายสำเร็จรูปจากภาครัฐและเอกชนของไทยมาสัมมนาร่วมกันและเยี่ยมชมโรงงาน และการจัดคณะผู้บริหารระดับสูงของผู้บริหารภาครัฐและเอกชนไทยไปเจรจาซื้อขายกับผู้บริหารของรัฐและเอกชนของประเทศจีบูตี และรัสเซีย

2) กิจกรรมประเภท public relation and advertisement ได้แก่ การเสริมสร้างและเผยแพร่ภาพพจน์ของคุณภาพยาของอุตสาหกรรมยา

3) กิจกรรมประเภท human resource development ได้แก่ การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาฝึกอบรมเทคโนโลยีเภสัชอุตสาหกรรม

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

ส่วนในปี พ.ศ. 2539 การส่งเสริมการส่งออกยังยังคงดำเนินกิจการหลักทั้งสี่ แต่นะเน้นถึงการส่งออกยาในประเทศคู่ค้ามากขึ้น เช่นในประเทศเอเชีย ตะวันออกกลาง และรัสเซีย เป็นต้น ส่วนการร่วมทุนกับต่างประเทศในด้านการผลิตยาที่ต้องใช้เทคโนโลยีสูง และยาสิทธิบัตรจะให้ความสนใจกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น สหรัฐฯ และประเทศในทวีปยุโรป เป็นต้น

เนื่องจากอุตสาหกรรมยาเพิ่งเริ่มได้รับการสนับสนุนเพื่อการส่งออกจากกรมส่งเสริมการส่งออกเพียง 3 ปีที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ของกรมจึงไม่มีประสบการณ์ด้านนี้มากนัก และไม่ให้ความสำคัญต่ออุตสาหกรรมนี้มากเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม การเน้นการส่งออกยาสำเร็จรูปของไทยก็จัดได้ว่าเป็นแนวทางส่งเสริมการส่งออกยาอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพราะผู้ผลิตยาของไทยมีความสามารถในการแข่งขันด้านราคาในตลาดการค้ายาสำเร็จรูประหว่างประเทศระดับหนึ่ง

การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของกรมส่งเสริมการส่งออกที่รับผิดชอบต่อสินค้ายาโดยเฉพาะแสดงให้เห็นว่า กรมส่งเสริมการส่งออกได้พิจารณาว่าการส่งออกยาของไทยมีโอกาสดีที่ดึงดูดให้การสนับสนุนให้มี Central Lab และผลักดันให้เป็น Competent authority ที่ยอมรับโดยประเทศคู่ค้ายาของไทย ซึ่งเสนอโดยสมาคมผู้ผลิตยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น นอกจากนี้นโยบายการส่งเสริมการส่งออกของสินค้ายายังคงไม่เปลี่ยนแปลงในอนาคต

กรมส่งเสริมการส่งออกได้มีแผนการส่งเสริมและพัฒนาการค้าบริการสุขภาพในปี พ.ศ. 2540 ที่สำคัญดังนี้ คือ

1. ประชาสัมพันธ์และผลักดันให้มีการจัดนำเที่ยวประเทศไทยโดยเน้นเรื่องบริการสุขภาพและความงามแก่นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ

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

3. สนับสนุนให้บริษัทท่องเที่ยวของไทยบรรจุรายการเกี่ยวกับธุรกิจสุขภาพแก่นักท่องเที่ยว นอกจากนี้ กรมส่งเสริมการค้าส่งออกได้จัดทำทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน (Medical service directory) เพื่อชักชวนให้ชาวต่างชาติได้ใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลเอกชนของไทย

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ 2 ประการที่ผู้เชี่ยวชาญได้เรียกร้องให้กรมส่งเสริมการค้าส่งออกควรนำไปพิจารณาและปฏิบัติในการสนับสนุนการส่งออกยาของไทย คือ

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

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

6.4.3 ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย

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

ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยได้กำหนดหน้าที่หลัก 5 ประการคือ

1. การให้สินเชื่อ โดยเน้นการให้กู้เพื่อสนับสนุนการส่งออกสินค้าหรือบริการของประเทศในระยะปานกลางและยาว จะเน้นการให้กู้แก่ผู้ส่งออกรายย่อยและรายใหม่ ซึ่งไม่ได้รับการบริการทางด้านสินเชื่อจากธนาคารพาณิชย์ นอกจากนี้ สินเชื่อที่ให้กู้ยังนำไปเพื่อการนำเข้าสินค้าและบริการที่ใช้ผลิตสินค้าส่งออกหรือเพื่อการพัฒนาประเทศด้วย

2. การค้าประกันการส่งออกในรูปแบบต่างๆ เช่น การค้าประกันสินเชื่อที่สถาบันการเงินอื่นปล่อยกู้ การค้าประกันการจ่ายเงินล่วงหน้าให้กับผู้ซื้อในต่างประเทศเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการที่ผู้ส่งออกผิดสัญญา เป็นต้น

3. การรับประกันการส่งออก ผู้ส่งออกอาจต้องเผชิญกับความเสี่ยงทางการพาณิชย์ หรือความเสียหายที่อาจเกิดจากผู้ซื้อสินค้าในต่างประเทศที่ไม่สามารถชำระเงินให้ผู้ส่งออกได้ หรือความเสี่ยงทางการเมืองในประเทศผู้ซื้อที่เกิดจากการปฏิวัติหรือสงคราม การรับประกันภัยการส่งออกเป็นธุรกิจใหม่ที่ยังไม่มีสถาบันใดให้บริการเพราะเป็นธุรกิจที่มีความเสี่ยงสูง การรับประกันภัยการส่งออกของธนาคารจึงทำให้ผู้ส่งออกมั่นใจที่จะส่งออกมาขึ้น

4. การรับซื้อตั๋วแลกเงินจากการส่งออก เพื่อให้ผู้ส่งออกมีเงินทุนหมุนเวียนในการผลิตหรือจัดส่งสินค้าเพื่อการส่งออก

5. การเข้าร่วมทุนในกิจการที่เป็นประโยชน์ ธนาคารอาจเข้าร่วมทุนในกิจการในต่างประเทศ ซึ่งอาจนำไปสู่การนำเข้าสินค้าจากประเทศไทยและการร่วมทุนในกิจการในประเทศ เพื่อสนับสนุนการส่งออกหรือพัฒนาประเทศ

แนวทางการให้การสนับสนุนผู้ส่งออกของธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าของประเทศไทยมี 4 ประการด้วยกันคือ

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

2. แก้ไขปัญหาในการส่งออกและส่งเสริมการส่งออกของผู้ส่งออก

3. เนื่องจากธนาคารมีจุดประสงค์หลักเพียงอย่างเดียวคือ การสนับสนุนการส่งออกจึงทำให้ง่ายต่อการบรรลุวัตถุประสงค์นี้

4. ธนาคารจะร่วมมือกับสถาบันอื่นๆ เช่น ธนาคารแห่งประเทศไทยในการส่งเสริมงานกันเพื่อบรรลุเป้าหมายในการส่งออก

เนื่องจากธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยเพิ่งดำเนินการได้เพียงปีเดียว การสนับสนุนอุตสาหกรรมต่างๆเพื่อการส่งออก (รวมทั้งอุตสาหกรรมยา) จึงไม่อาจกระทำอย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม เมื่อธนาคารสะสมประสบการณ์มากขึ้นก็จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ผู้ผลิตเพื่อส่งออกในอุตสาหกรรมต่างๆก็จะได้รับประโยชน์จากบริการของธนาคาร

ผู้ผลิตเพื่อการส่งออกยาสำเร็จรูปของไทยน่าจะได้รับประโยชน์จากการใช้บริการของธนาคารในการเป็นแหล่งเงินทุน ทั้งนี้เพราะหากอุตสาหกรรมนี้ต้องการผลิตยาวัตถุดิบในประเทศและขยายตลาดใหม่ในต่างประเทศต้องเพิ่มปริมาณการผลิตจะต้องใช้เงินลงทุนที่สูงขึ้น นอกจากนี้เงินลงทุนต้องเป็นสินเชื่อบริษัทปานกลางถึงระยะยาว เนื่องจากเครื่องจักรการผลิตยาที่ใช้ในการผลิตยามีราคาสูงแต่กำลังการใช้ต่ำ ทำให้ต้นทุนค่าเครื่องจักรการผลิตยาต้องใช้ระยะเวลานาน

ตารางที่ 89 : กำลังการผลิตของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 90 : จำนวนเงินลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตาราง 91 : รายการเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ส่งเสริมการลงทุน

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตาราง 92 : โครงการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในช่วง พ.ศ. 2533 – 2535

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

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

ที่มา : คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

**ต้นฉบับงานวิจัย เอกสารมีชุดเดียว
ใช้แล้วโปรดส่งคืน ฝ่าย 1**

ตารางที่ 93 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของโรงพยาบาลแยกตามรายภา

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 94 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของเครื่องมือการแพทย์แยกตามภูมิภาค

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 95 : การได้รับการส่งเสริมการลงทุนของยาแยกตามรายภาค

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

ตารางที่ 96 : สัญชาติผู้ลงทุนของโครงการที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในปีต่างๆ

หน่วย(เปอร์เซ็นต์)

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

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

บทที่ 7

การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพที่เกิดจาก ความตกลงระหว่างประเทศและการควบคุมผลกระทบทางสังคมของประเทศสหรัฐ ที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

บทนี้จะแสดงการพยากรณ์ขนาดและทิศทางการนำเข้าและส่งออกของวัตถุดิบ ยา สำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศไทยกับประเทศมาเลเซีย จีน และ สหรัฐ ภายใต้สภาวะการเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุเพื่อระบุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่กำหนดมูลค่าการนำเข้าและส่งออกสินค้าเหล่านี้ การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของไทยภายใต้สภาวะการเปิดเสรีการค้าและบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย และการเสนอประสบการณ์การควบคุมผลกระทบทางด้านสังคมของประเทศสหรัฐที่เกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

7.1 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย

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

ในส่วนนี้จะเป็นการพยากรณ์การนำเข้าสินค้าประเภทวัตถุดิบ ยา สำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์ของประเทศไทย โดยจะประเมินว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรใดบ้างที่จะเป็นตัวกำหนดการนำเข้าสินค้าเหล่านี้มากขึ้นหรือน้อยลง ด้วยวิธีการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) และได้อาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้จากประเทศกรณีศึกษา (นั่นคือ ประเทศมาเลเซีย จีน และ สหรัฐ) ในการคำนวณ เนื่องจากข้อจำกัดของตัวอย่างของข้อมูลที่มีอยู่น้อย จึงต้องทำการรวมสินค้าทั้งสามประเภท (วัตถุดิบ ยา สำเร็จรูป และเครื่องมือแพทย์) และแหล่งนำเข้าทั้งสามประเทศที่

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

จากการทดสอบการใช้ข้อมูลของตัวแปรต่างๆและ functional forms ของ regression equation หลายๆแบบ ก็ได้พบว่าสมการถดถอยพหุที่อธิบายการนำเข้าสินค้าสามประเภทที่ดีที่สุดเป็นดังนี้คือ

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

โดยที่ IMP = มูลค่าการนำเข้า

$\beta_1 - \beta_7$ = สัมประสิทธิ์ของตัวแปร

D_1 = ตัวแปรหุ่นยาสำเร็จรูป

D_2 = ตัวแปรหุ่นเครื่องมือแพทย์

S_1 = ตัวแปรหุ่นประเทศจีน

S_2 = ตัวแปรหุ่นประเทศสหรัฐ

PERCAP = รายได้ต่อหัว

POPG = อัตราเติบโตของประชากร

POPPHY = ประชากรต่อแพทย์

* = ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

ผลของการคำนวณที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรและค่าสถิติที่สำคัญจัดอยู่ในรูปสมการดังต่อไปนี้

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

$$R^2 = 0.5748$$

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

$$\text{จำนวน observation} = 72$$

ผลของการคำนวณข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ไทยได้นำเข้าเครื่องมือแพทย์จากประเทศสหรัฐเป็นหลัก เมื่อเทียบกับการนำเข้าสินค้าอีก 2 ประเภทและจาก 2 ประเทศที่เหลือ รายได้ต่อหัวของคนไทยแปรผันโดยตรงกับการนำเข้าสินค้าทั้งสามประเภท นั่นคือ เมื่อรายได้ต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้นก็จะนำเข้าเพิ่มขึ้น แต่หากรายได้ต่อหัวของคนไทยลดลงก็จะนำเข้าน้อยลง

7.2 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนของไทยในภาคบริการสุขภาพของต่างประเทศ

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

ด้วยการทดลองใช้ข้อมูลตัวแปรต่างๆและ functional forms ของ regression equation หลายๆแบบ ก็สรุปได้ว่า สมการถดถอยต่อไปนี้สามารถอธิบายการส่งออกได้ดีที่สุด

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

EXP = มูลค่าการส่งออก

$\beta_1 - \beta_6$ = สัมประสิทธิ์ของตัวแปร

D_1 = ยาสำเร็จรูป

D_2 = เครื่องมือแพทย์

S_1 = ประเทศจีน

S_2 = ประเทศสหรัฐ

POPG = อัตราเติบโตของประชากร

PERCAP = รายได้ต่อหัว

* = ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

** = ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ผลของการคำนวณที่แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรและค่าสถิติที่สำคัญจัดอยู่ในสมการต่อไปนี้

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

$$R^2 = 0.343$$

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

จำนวน observation = 75

ผลของการคำนวณข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ไทยสามารถส่งออกเครื่องมือแพทย์ได้มากกว่ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยา ไทยส่งออกไปยังสหรัฐในอัตราส่วนที่ลดลงเมื่อเทียบกับมาเลเซียและจีน การส่งออกของไทยแปรผันโดยตรงกับรายได้ต่อหัวของประชากรของประเทศคู่ค้า (นั่นคือ เมื่อรายได้ของประชากรของประเทศเหล่านี้เพิ่มขึ้น ไทยก็จะส่งออกได้มากขึ้น) แต่การส่งออกของไทยแปรผกผันกับอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้า (นั่นคือ หากอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้าเพิ่มสูงขึ้น ก็จะทำให้ไทยส่งออกได้น้อยลง)

7.3 การพยากรณ์ขนาดและทิศทางการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของไทยในกระแสการปฏิรูประบบบริการสุขภาพภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศ

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

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพในอุดมคติของไทยว่า ควรเป็นการผสมผสานแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยมและแนวคิดระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการสังคมเข้าด้วยกัน โดยต้องดัดแปลงและปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนไทย ซึ่งจะมี 9 ลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้คือ

1. ระบบบริการสุขภาพต้องทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการพื้นฐานในรัฐธรรมนูญไทยฉบับปัจจุบัน ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและจำเป็น (basic essential package) ซึ่งไม่ได้เป็นมาตรฐานที่สูงส่งมากจนทำให้การปฏิบัติเป็นไปได้ไม่ได้

2. ระบบบริการมีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพไม่ควรมีค่าใช้จ่ายมากเกินไปในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและในการพัฒนาระบบให้ในการพัฒนาระบบให้ยั่งยืนและดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

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

4. ระบบบริการสุขภาพสร้างแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ ระบบบริการสุขภาพควรที่จะสามารถปรับทันกับการเปลี่ยนแปลงของบริการทางสังคม ส่งเสริมการแข่งขันและร่วมมือกันของผู้ให้บริการสุขภาพ (ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน)

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

6. ระบบบริการสุขภาพควรทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม ทางเลือกที่เกิดขึ้นควรเป็นทางเลือกที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกภายใต้ขอบเขตที่เหมาะสม ซึ่งคนในสังคมไทยได้ร่วมกันตกลงไว้

7. ระบบบริการสุขภาพต้องมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ประเด็นที่ควรได้รับการตรวจสอบ ได้แก่ คุณภาพของบริการสุขภาพที่ให้กับประชาชน การใช้ทรัพยากร และความคุ้มค่าของบริการสุขภาพ

8. ระบบบริการสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น โดยระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทที่มากขึ้นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

9. ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อเสริมสร้างความริเริ่มใหม่ๆ ตลอดเวลา

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีปัญหาหลายอย่างที่ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่กล่าวมาข้างต้นได้ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้สรุปปัญหาหลักของระบบบริการสุขภาพของไทย 10 ประการดังนี้คือ

1. ความต้องการของประชาชนไทยที่มีต่อบริการสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความต้องการคุณภาพของบริการสุขภาพที่มากขึ้น และรูปแบบของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป

2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีราคาแพง

3. ประชาชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง

4. ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกคน

5. บริการสุขภาพมีคุณภาพต่ำ

6. ระบบบริการสุขภาพการดูแลรักษา "ไข้" มากกว่ารักษา "คน"

7. ระบบบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากการดำเนินงานของโครงการด้านบริการสุขภาพต่างๆ ไม่มีเอกภาพ และการใช้และการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสม

8. ระบบบริการสุขภาพขาดแคลนกำลังคนที่เหมาะสม

9. การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มที่สูงขึ้น

10. ระบบบริการสุขภาพขาดการประสานงานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐกับเอกชน และบริการสุขภาพแผนตะวันตกกับแผนไทย

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ได้เสนอแนะการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยใน 5 ประเด็นหลัก เพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพไทยในปัจจุบันให้เข้าใกล้ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้ คือ

1. การปฏิรูปการจัดการและระบบการเงินการคลัง มีมาตรการที่สำคัญ คือ

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

1.2 การปรับระบบสวัสดิการและการประกันสุขภาพของรัฐทุกระบบให้มีความเป็นเอกภาพ ด้วยการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิรับสวัสดิการด้านบริการสุขภาพอย่างชัดเจนและทั่วถึง การขึ้นทะเบียนจะช่วยลดความซ้ำซ้อนของการให้สิทธิประโยชน์ของระบบต่างๆ

1.3 การปรับระบบการจัดการทางด้านการเงินการคลังให้อยู่ภายใต้ระบบที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (managed care) ซึ่งจะต้องดำเนินไปพร้อมกับการกำกับทางด้านคุณภาพของบริการสุขภาพอย่างเข้มงวด

1.4 การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.5 การปรับปรุงการจัดการด้านความต้องการของประชาชนในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมการใช้บริการสุขภาพอย่างฟุ่มเฟือย จึงต้องมีมาตรการการจ่ายร่วมบริการเมื่อประชาชนได้ใช้สิทธิจากระบบสวัสดิการ และการประกันสุขภาพ

1.6 การเพิ่มการลงทุนของรัฐบาลในด้านสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูลและกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ

1.7 การผ่อนคลายระเบียบและสร้างความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นให้กับผู้ให้บริการ โดยทบทวนระเบียบราชการเพื่อสร้างความคล่องตัว ความเป็นอิสระของสถานพยาบาล การบริหารงบประมาณ และการบริหารบุคคล

2. การปฏิรูประบบกำลังคนด้านบริการสุขภาพ มีมาตรการที่สำคัญคือ

2.1 การเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ให้เพียงพอ

2.2 การพัฒนาบุคลากรประเภทเวชปฏิบัติครอบครัวให้มากขึ้น ตลอดจนกำกับสัดส่วน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม

2.3 การส่งเสริมบุคลากรให้มีแรงจูงใจในการผลักดันการเปลี่ยนแปลง

3. การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้ คือ

3.1 การส่งเสริมสถานพยาบาลประจำครอบครัว

3.2 การปรับระบบบริการให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน

3.3 การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3.4 การพัฒนาแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม

3.5 การส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน

4. การปฏิรูประบบสิทธิของประชาชน และส่งเสริมประชาสังคมในด้านบริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้ คือ

4.1 สิทธิที่ประชาชนจะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ

4.2 สิทธิที่ประชาชนจะได้รับข้อมูลข่าวสาร

4.3 สิทธิที่ประชาชนจะได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเอง

(self-care)

5. การสร้างความยั่งยืนของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีมาตรการดังต่อไปนี้คือ

5.1 การออกกฎหมายเพื่อสร้างความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

5.2 การสร้างความรับรู้ในเรื่องการปฏิรูปให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในสังคม

5.3 การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพให้เป็นระบบที่มีองค์ความรู้อยู่ตลอดเวลา

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยส่งผลกระทบต่อ การเปิดการค้าเสรีสุขภาพได้ในสองลักษณะคือ มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะส่งเสริมการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ จนทำให้มีการขยายตัวการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น และมาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ โดยจะลดขนาดของการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศลง ในส่วนนี้จะได้อธิเคราะห์มาตรการทั้งสองประเภทดังต่อไปนี้

1. มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

1.1 การออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแบบการประกันสุขภาพบังคับ โดยให้ประชาชนทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามฐานะการเงินของตน โดยที่รัฐจะจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสุขภาพให้กับผู้ที่ยากไร้และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (มาตรการ 1.1) จะทำให้เพิ่มอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพมากขึ้น และเป็นสาเหตุที่จะดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานใน

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

1.2 การเพิ่มจำนวนของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ให้เพียงพอ (มาตรการ 2.1) ก็จะสอดคล้องกับการเปิดเสรีการค้าและบริการระหว่างประเทศที่สนับสนุนให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพอื่นๆ ระหว่างประเทศได้อย่างเสรี นอกจากนี้ รัฐอาจประหยัดงบประมาณในการผลิตบุคลากรการแพทย์ด้วยตนเอง และรัฐไม่จำเป็นต้องบรรจุบุคลากรทางการแพทย์เป็นข้าราชการ ซึ่งก็จะสอดคล้องกับแผนการลดกำลังคนของรัฐและการปฏิรูประบบราชการ

1.3 การปรับระบบบริการสุขภาพให้มีการแข่งขันและร่วมมือกันของสถานพยาบาลรัฐและเอกชน (มาตรการ 3.2) จะสอดคล้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้การแข่งขันและร่วมมือกันกว้างขวางขึ้น ทั้งสถานพยาบาลเอกชนของนักลงทุนชาวไทยและสถานพยาบาลเอกชนของนักลงทุนชาวต่างชาติ นอกจากนี้ ระดับของการแข่งขันและร่วมมือกันก็จะเพิ่มมากกว่าเดิม

1.4 จากการที่ประชาชนมีสิทธิที่จะได้เลือกบริการที่ตนเองพอใจ (มาตรการ 4.1) การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศจะทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม โดยสามารถเลือกรับบริการระหว่างแพทย์ไทยกับแพทย์ต่างชาติ และเลือกระหว่างสถานพยาบาลที่ดำเนินงานโดยคนไทย หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินงานโดยชาวต่างประเทศ

2. มาตรการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ปิดกั้นการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ

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

2.2 การปรับระบบการเงินการคลังโดยเน้นนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (มาตรการ 1.4) จะลดรายได้ของบุคลากรชาวต่างชาติและสถานพยาบาลของชาวต่างชาติอย่างชัดเจน เนื่องจากทั้งสองกลุ่มนี้ได้เน้นการรักษายาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น การเข้ามาประกอบอาชีพของทั้งสองกลุ่มนี้ก็อาจมีแนวโน้มลดลง

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

2.4 การพัฒนาวิชาชีพประจำครอบครัวให้มากขึ้น และกำกับสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม (มาตรการ 2.2) จะลดโอกาสการแข่งขันของแพทย์ต่างชาติและสถานพยาบาลของชาวต่างประเทศ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มนั้นส่วนใหญ่มักจะได้เปรียบจากความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเน้นการให้บริการด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและทันสมัย

2.5 การส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน (มาตรการ 3.5) จะส่งผลให้มีการนำเข้ายาแผนปัจจุบันและที่ค้นพบใหม่ เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง และแพทย์แผนตะวันตกลดลง โดยที่จะหันมาใช้ปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพภายในประเทศมากขึ้น

7.4 ประสบการณ์การควบคุมผลกระทบทางสังคมของประเทศสหรัฐที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

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

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

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

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

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

Nothorn (1986) ได้ศึกษาเพื่อหาแรงจูงใจที่แท้จริงของการเข้ามาทำงานของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหรัฐว่า เกิดจากการขยายตัวของอุปสงค์ต่อการบริการสุขภาพของการประกันสุขภาพในภาครัฐและเอกชน หรือเกิดจากการผ่อนผันนโยบายการเข้าเมืองสำหรับแพทย์ต่างชาติ และการผ่อนปรนการออกใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สำหรับแพทย์ต่างชาติในประเทศสหรัฐกันแน่

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

ปัญหาที่กังวลมากที่สุดของแพทย์ต่างชาติคือ คุณภาพของการให้บริการของแพทย์เหล่านี้ แพทย์ต่างประเทศมักจะถูกมองว่ามีคุณภาพด้อยกว่าแพทย์ในประเทศสหรัฐ ซึ่งได้รับสนับสนุนจากการเปรียบเทียบผลการสอบและการประเมินทางด้านบุคคล (credentials and personal attributes)

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

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

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

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

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

เหตุผลของการเพิ่มการควบคุมในระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐในปัจจุบันคือ ผู้บริโภคไม่มีข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจในการบริโภคอย่างเพียงพอ และความไม่สมบูรณ์ของโครงการประกันสุขภาพที่มีอยู่ ซึ่งต่างจากเหตุผลของการควบคุมในอดีตที่เป็นเรื่องของอำนาจผูกขาดของผู้ผลิตบริการสุขภาพโดยเฉพาะต้นทุนและรายรับของโรงพยาบาลที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากจนทำให้เกิดกำไรเกินปกติสูง

1. การควบคุมค่าบริการของโรงพยาบาล

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

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

ขาดแรงจูงใจ (disincentives) และจำกัดปริมาณการบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลเสนอให้คนไข้อย่างเกินความจำเป็นเมื่อใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเดิม

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

การกำหนดอัตราการจ่ายค่าบริการด้วยวิธี PPS ยังคำนึงถึงปัจจัยเช่น ความแตกต่างในอัตราค่าจ้างแพทย์ในเขตเมืองหรือกับเขตชนบท การที่โรงพยาบาลเป็นโรงเรียนแพทย์ด้วย เป็นต้น ในการปรับอัตราการจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาล

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

2. การควบคุมปริมาณของบริการโรงพยาบาล

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

Utilization Review มี 3 ประเภทที่สำคัญ คือ

1) Preadmission Review เป็นการทบทวนความจำเป็นของการรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ก่อนที่จะรับเข้ารักษาเพื่อพิจารณาว่า การรักษาในแผนกคนไข้ในจำเป็นหรือไม่

2) Concurrent Review เป็นการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่า คนไข้ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปอีกหรือไม่ ซึ่งมักจะทบทวนจากประวัติของการรักษาคนไข้รายนั้น

3) Retrospective Review เป็นการทบทวนภายหลังการใช้บริการแล้ว เพื่อกันหาและตรวจสอบการรักษาน่าสงสัยว่าไม่จำเป็น

3. การควบคุมคุณภาพของบริการโรงพยาบาล

มาตรการควบคุมคุณภาพของบริการโรงพยาบาลที่สำคัญ คือ การออกใบอนุญาตดำเนินการของโรงพยาบาล (Licensure) และการทำประกันคุณภาพ (Accreditation)

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

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

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

แต่ข้อเสียของ JCAHO คือ บทบาทของหน่วยงานนี้ที่มากเกินไปที่มีอิทธิพลต่อการจำกัดการแข่งขันของโรงพยาบาล และปกป้องแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ประเภทอื่นด้วยการกีดกันมิให้มาทำงานในโรงพยาบาลอย่างเต็มที่

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

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

4. การควบคุมศักยภาพของโรงพยาบาล

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

ผลเสียของกฎหมาย Certificate-of-Need ได้แก่

- 1) โรงพยาบาลอาจทำการทดแทนปัจจัยการผลิตที่ถูกควบคุมด้วยปัจจัยการผลิตที่ไม่ได้ถูกควบคุม เช่น เมื่อจำนวนเตียงและอาคารไม่ได้รับอนุญาตให้ขยายออกไป ก็จะเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์แทน เป็นต้น

- 2) การควบคุมนี้อาจลดการแข่งขันของโรงพยาบาลในระบบได้ จนทำให้โรงพยาบาลใหญ่ที่มีอยู่เดิมสร้างอำนาจผูกขาดได้ และไม่ได้ช่วยให้โรงพยาบาลลดต้นทุนการผลิต

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

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

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

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

- การยกเลิกอำนาจของโรงพยาบาลที่จะให้หรือยกเลิกสิทธิประโยชน์กับแพทย์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลอย่างไม่เป็นธรรม
- การจำกัดอำนาจของแพทย์ที่ต้องการควบคุมแผนประกันสุขภาพของโครงการ Blue Cross และ Blue Shield
- การให้ใช้ระบบจ่ายค่าตอบแทนแบบ Relative Value Scale
- การผ่อนปรนข้อกำหนดของ The American Medical Association ในการโฆษณา
- การผ่อนปรนข้อกำหนดของ The American Medical Association ในการจำกัดการแข่งขันของแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ประเภทอื่น เช่น Chiropractors

ซึ่งมีการประเมินว่าการป้องกันการผูกขาดจากแพทย์และโรงพยาบาล ทำให้ประโยชน์ตกกับผู้บริโภคมากขึ้น เนื่องจากการแข่งขันจากผู้ให้บริการเพิ่มสูงขึ้น

ผลจากการดำเนินการควบคุมและป้องกันการผูกขาดที่มีอยู่ในประเทศสหรัฐทำให้พฤติกรรมของโรงพยาบาลเปลี่ยนไปในลักษณะที่

- มีการรวมตัวของโรงพยาบาลมากขึ้น
- มีเครือข่ายของโรงพยาบาลที่ประสานงานกันในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศมากขึ้น

- โรงพยาบาลได้ร่วมหุ้นกันซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง และทำการจัดซื้อร่วมกัน

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

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

1. อนุมัติว่ายาประเภทใด สามารถจำหน่ายได้
2. กำหนดประเภทของยาที่ใช้ในการรักษาโรคประเภทต่างๆ
3. กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับยาที่จำหน่าย (เช่น ต้องมีข้อความบ่งบอกถึงสรรพคุณและวิธี
ใช้ยาติดไปกับการบรรจุยา)
4. การประเมินความปลอดภัยของยา (Safety) และความสัมฤทธิ์ผล ของยา (efficacy)

FDA ของประเทศสหรัฐมีความเข้มงวดมากโดยเฉพาะไม่อนุมัติให้ยาบางประเภทที่มีการ
จำหน่ายในประเทศแถบยุโรปวางจำหน่ายในประเทศสหรัฐ ด้วยเหตุผลว่ายาเหล่านั้นไม่ได้รับการ
ทดสอบอย่างสมบูรณ์ แม้จะมีผู้โต้แย้งว่าประเทศที่ยินยอมให้มีการจำหน่ายยาเหล่านั้นได้สะสมประสบ
การณ์และข้อมูลของยาเหล่านั้นเป็นจำนวนมาก พอที่จะมั่นใจว่าผ่านข้อบังคับของ FDA ได้ทั้งหมดแล้ว
ก็ตาม

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

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

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

นักวิชาการได้พบว่าความด้อยประสิทธิภาพเนื่องจากการขาดการแข่งขันในอุตสาหกรรม
โรงพยาบาลนำมาซึ่งปัญหาดังต่อไปนี้ (Folland et al, 1997)

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

3) สร้างแรงกดดันให้มีการส่งคนไข้พักในโรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อเพิ่มอัตราการครองเตียง
Folland et al (1997) ได้กล่าวถึงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐใน
อนาคตว่าจะมีลักษณะที่สำคัญดังนี้ คือ

- 1) จะยังคงมีการควบคุมอย่างเข้มงวดในระบบบริการสุขภาพ
- 2) นโยบายของรัฐบาลกลางจะส่งเสริมการแข่งขันภายในระบบบริการสุขภาพ เพื่อจัดการ
กับปัญหาเรื่องต้นทุนและการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 3) ขยายรูปแบบ Managed Care และสถานบริการสุขภาพประเภท Health Maintenance
Organizations
- 4) บทบาทของรัฐในการให้บริการสุขภาพจะน้อยลง โดยเน้นเฉพาะโครงการ Medicare
และ Medicaid

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า แม้แต่ประเทศสหรัฐที่ถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีการค้าเสรีมากที่สุด
แห่งหนึ่งในทุกสาขารวมทั้งภาคบริการสุขภาพ แต่ก็ยังมีการควบคุมและการแทรกแซงของรัฐใน
ระบบบริการสุขภาพอยู่อย่างชัดเจนในระดับหนึ่ง จึงมีความเป็นไปได้มากกว่า ความตกลงทั่วไปว่าด้วย
การค้าบริการในภาคบริการสุขภาพอาจจะยากที่จะบรรลุเป้าหมายการเปิดเสรีการค้าบริการตามที่คาด
หมายไว้ได้ในอนาคตอันใกล้

ตารางที่ 97 : ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแหล่งของเงินทุนและประเภทกิจกรรมของประเทศสหรัฐในปี 1993 (หน่วยเป็นพันล้านเหรียญ)

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

ตารางที่ 98 : ต้นทุนของโรงพยาบาลของประเทศไทย

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

ตารางที่ 99 : ข้อมูลโรงพยาบาลประเทศสหรัฐอเมริกา

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

บทที่ 8

ข้อเสนอกลยุทธ์เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศ
และข้อเสนอมาตรการเพื่อควบคุมผลกระทบทางสังคมภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศ
ที่จะนำไปสู่การเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพ

บทนี้จะนำเสนอการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทยในการแข่งขันกับต่างประเทศใน
ภาคบริการสุขภาพ การบรรเทาผลเสียที่เกิดขึ้นกับอุตสาหกรรมยา เครื่องมือแพทย์ และ โรงพยาบาล
เอกชน หากประเทศไทยต้องดำเนินการตามข้อผูกพันในความตกลงระหว่างประเทศอย่างเข้มงวด
และการควบคุมผลกระทบทางสังคมของไทยที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

8.1 การนำความตกลงระหว่างประเทศมาเป็นโอกาสของการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศไทย ในการแข่งขันกับต่างประเทศในภาคบริการสุขภาพ

เนื่องจากความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าทำให้ขนาดของอุตสาหกรรม
การผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ภายในประเทศไทยต้องลดลงและถูกแทนด้วยการนำเข้ายา
สำเร็จรูปและเครื่องมือแพทย์จากต่างประเทศ สมควรที่จะนำทรัพยากรที่ถูกปลดปล่อยจากการผลิต
ของอุตสาหกรรมทั้งสองไปใช้ในการพัฒนาระบบยาและเครื่องมือแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ นั่นคือ
บริษัทผลิตยาบางแห่งไม่สามารถยืนหยัดที่จะแข่งขันในการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์อาจหันไป
ทำทางด้านการบริหารจัดการด้านยา การตลาดด้านยา การสร้างข้อมูลสารสนเทศด้านยา ฯลฯ เช่น
การจำหน่ายยาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นส่วนที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควรทั้งภายในและ
ต่างประเทศ ซึ่งอาจทำให้ประเทศไทยมีความสามารถในการแข่งขันในด้านเหล่านี้จนสามารถแข่งขันกับต่าง
ประเทศได้

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

ทุนไทยต้องอาศัยนักลงทุนต่างชาติอยู่มาก แต่เมื่อโครงการสิ้นสุดหรือเมื่อสิทธิบัตรหมดอายุ นักลงทุนไทยก็สามารถทดแทนนักลงทุนต่างชาติได้ทั้งหมด นั่นคือ นักลงทุนไทยก็มีความสามารถในการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ที่ทดแทนจากเดิมที่ผลิตโดยบริษัทร่วมทุน

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

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

8.2 การบรรเทาผลเสียที่เกิดกับอุตสาหกรรมการผลิตยา เครื่องมือแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชนจากความตกลงระหว่างประเทศให้น้อยที่สุด

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

การลดความเสียหายจากการอนุวัติสิทธิบัตรยาและเครื่องมือแพทย์สามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้บริษัทยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีสิทธิบัตรมีการผลิตยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีสิทธิ

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

ในการเจรจาความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการในรอบหน้าปี ค.ศ. 2000 ประเทศไทยน่าจะผ่อนผันกำหนดเวลาของการยกเลิกกฎระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยง่ายขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งนี้เพราะว่าประเทศไทยยังไม่ได้พัฒนาวิธีการรักษามาตรฐานของแพทย์และวิชาชีพทางการแพทย์ที่จะมาทดแทนกฎระเบียบเดิม ในขณะเดียวกันต้องเร่งรัดกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพต่างๆ ให้กำหนดหลักเกณฑ์การตรวจสอบมาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเข้มงวด ซึ่งต้องใช้ได้กับทั้งแพทย์ไทยและแพทย์ต่างชาติ

เนื่องจากในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ประสบกับปัญหาทางการเงินและอุปสงค์ต่อบริการที่ลดลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ จึงทำให้โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้แทบที่จะไม่มีทางแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศเลย หากมีการเปิดเสรีการค้าบริการของโรงพยาบาลเอกชนทันทีในขณะนี้ ดังนั้น การเจรจาความตกลงทางการค้าบริการรอบใหม่ที่จะถึงอาจต้องขอยกเว้นการเปิดเสรีการค้าในสาขาบริการนี้ไว้จนกว่าโรงพยาบาลเอกชนไทยจะมีความพร้อมมากกว่านี้

8.3 การควบคุมผลกระทบทางสังคมของไทยที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพ

ประเทศไทยอาจควบคุมผลกระทบทางสังคมที่เกิดจากการเปิดเสรีบริการสุขภาพได้โดยใช้มาตรการดังต่อไปนี้

1. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยา ได้แก่

1.1 กฎและระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายยา ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นหลัก ซึ่งจะไม่ขัดกับความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิทักษ์อัตราภาษีศุลกากรและการค้า และความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า

1.2 การควบคุมราคาโดยกระทรวงพาณิชย์ ซึ่งมักจะกระทำไปพร้อมๆ กับสินค้าและบริการอื่นๆ ที่ถือว่าจำเป็น โดยมีจุดประสงค์เพื่อมิให้ประชาชนต้องเดือดร้อนจากค่าครองชีพที่สูงขึ้นเกินกว่ารายได้ที่มีอยู่ ตลอดจนการนำบัญชียาหลักมาใช้

1.3 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (Antitrust Laws) แม้ว่าประเทศไทยยังไม่ได้มีกฎหมายป้องกันการผูกขาดชัดเจนอย่างที่ประเทศพัฒนาแล้วใช้กันอยู่ เจ้าหน้าที่ระดับสูงของ

กระทรวงพาณิชย์ท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลในการประชุมระดมสมองครั้งที่ 3 ว่า ในอนาคตกฎหมายป้องกันการผูกขาดจะเป็นส่วนหนึ่งของความตกลงทั่วไประหว่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลไทยจะรอใช้กฎหมายป้องกันการผูกขาดดังกล่าวมากกว่าเร่งขึ้นมาใช้เอง ดังนั้น กฎหมายป้องกันการผูกขาดก็จะไม่ขัดกับความตกลงทั่วไประหว่างประเทศ กฎหมายป้องกันการผูกขาดสามารถป้องกันการรวมหัวหรือ "ฮั้ว" ของบริษัทต่างๆ ได้ ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ของระบบบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบัน

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

2. มาตรการการควบคุมเครื่องมือแพทย์ ได้แก่

2.1 กฎและระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายเครื่องมือแพทย์ ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

2.2 การควบคุมราคา ค่าบริการเครื่องมือแพทย์ หรือการกำหนดค่าบริการเครื่องมือแพทย์ โดยกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุข

2.3 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (เช่นเดียวกับ 1.3 ข้างต้น)

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

3. มาตรการควบคุมการจัดตั้งโรงพยาบาลเอกชนของชาวต่างประเทศ ได้แก่

3.1 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

3.2 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการอยู่

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

3.4 กฎหมายป้องกันการผูกขาด (เช่นเดียวกับ 1.3 ข้างต้น)

4. มาตรการการควบคุมบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติ ได้แก่

4.1 กฎและระเบียบของแพทยสภา ทันตสภา เกษัชสภา และสภาพยาบาล ในการออกใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งอาจเน้นด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก

4.2 กฎระเบียบการเข้าเมืองของกระทรวงการต่างประเทศสามารถแบ่งแยกบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติที่มีความตั้งใจจริงในการทำงานออกจากผู้ที่เข้ามาแสวงหาผลประโยชน์ โดยตรวจสอบหลักฐานการเข้าเมืองและการออกวีซ่าอย่างเข้มงวด

4.3 กฎและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขในการทดสอบคุณสมบัติและบังคับให้มีการเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเป็นระยะๆ เพื่อขอต้อใบประกอบโรคศิลปะ

5. มาตรการควบคุมบริการสุขภาพ ได้แก่

5.1 การควบคุมราคาค่าบริการสุขภาพโดยกระทรวงพาณิชย์ และการเปิดเผยราคาค่าบริการสุขภาพโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำให้ผู้บริโภคเลือกตัดสินใจซื้อบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างมีข้อมูลสมบูรณ์

5.2 การประกันคุณภาพบริการสุขภาพ (Medical Audit) โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การประกันคุณภาพบริการสุขภาพของไทยยังมีความอ่อนแอและล่าช้ามาก

5.3 การทบทวนการให้และการใช้บริการสุขภาพ (Peer Review and Utilization Review) โดยกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา เพื่อป้องกันการให้และการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นและสิ้นเปลือง

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

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

อาจเกิดจากการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพให้มากขึ้นมากกว่าที่จะควบคุมปัจจัยการผลิตบริการสุขภาพ

คำถามที่เกิดขึ้นก็คือ จะใช้มาตรการควบคุมบริการสุขภาพแบบใดจึงเหมาะสม ถ้าตอบก็อยู่ที่จุดประสงค์ของระบบบริการสุขภาพที่ไทยต้องการบรรลุถึง นั่นคือ

- หากจุดประสงค์คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแล้ว จำเป็นต้องควบคุมการนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในด้านยาและเครื่องมือแพทย์เป็นสัดส่วนที่ใหญ่ของค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพทั้งหมดของไทย

- หากจุดประสงค์คือ การควบคุมคุณภาพของบริการสุขภาพแล้ว การควบคุมต้องเน้นที่แพทย์ต่างชาติและโรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศ

- หากจุดประสงค์คือ การกระจายของบริการสุขภาพให้ทั่วถึงประชากรทั้งหมดแล้ว เครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศ และแพทย์ต่างชาติ จะเข้าข่ายที่จะถูกควบคุม

มาตรการควบคุมผลกระทบจากความตกลงระหว่างประเทศในการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพที่ประเทศไทยสามารถนำมาใช้ได้อาจจำแนกตามเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพของไทยที่ต้องการรักษาไว้ได้ดังนี้ คือ

1. มาตรการในการรักษาประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

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

1.2 การบังคับใช้สิทธิกับยาและเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและมีราคาแพง

2. มาตรการในการรักษาความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ ได้แก่

2.1 Certificate-of-Need laws เพื่อกระจายเครื่องมือแพทย์และสถานพยาบาลไปอย่างทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ

2.2 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 สามารถกระจายสถานพยาบาลไปสู่พื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึง

3. มาตรการในการรักษาคุณภาพบริการสุขภาพ ได้แก่

3.1 กฎและระเบียบของสภาวิชาชีพต่างๆ ในการบังคับให้ทดสอบความรู้และเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เป็นเงื่อนไขในการต่อใบวิชาชีพนั้นๆ

3.2 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บังคับให้สถานพยาบาลระดับต่างๆ ต้องมีเครื่องมือแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และอาคารสถานที่เหมาะสมกับการให้บริการที่ได้มาตรฐานตามที่รัฐกำหนด

3.3 การประกันคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) จะกำหนดให้โรงพยาบาลต้องผ่านการทดสอบมาตรฐานการให้บริการตามที่กำหนดไว้โดยองค์กรอิสระและเป็นกลาง

จะเห็นได้ว่ามาตรการที่เสนอมาข้างต้นในการรักษาเป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพของไทย ไม่ได้เลือกปฏิบัติระหว่างปัจจัยการผลิตในประเทศหรือต่างประเทศ และไม่ได้กีดกันระหว่างผู้ให้บริการคนไทยและคนต่างชาติ ฉะนั้น จึงเป็นมาตรการที่ไม่ขัดแย้งกับความตกลงระหว่างประเทศเลย นั่นคือ มาตรการเหล่านี้ไม่ได้ทำลายหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติและการเข้าสู่ตลาดของผู้ให้บริการชาวต่างชาติหรือปัจจัยการผลิตจากนอกประเทศ

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

สถานการณ์การผลิตแพทย์ของประเทศต่างๆในโลกมีแนวโน้มที่จะเกินความต้องการในอนาคต ซึ่งก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายแพทย์ระหว่างประเทศมากขึ้น โดยมีค่าตอบแทนที่สูงขึ้นโดยเปรียบเทียบเป็นแรงจูงใจ สถานการณ์การค้าระหว่างประเทศชี้ให้เห็นว่า อุปสงค์ต่ออายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ขณะที่อุปสงค์ต่ออายุในประเทศพัฒนาแล้วเริ่มคงที่เนื่องจากนโยบายลดค่าใช้จ่ายในด้านบริการสุขภาพ ส่วนการค้าเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศกลับมีขนาดเล็ก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดผู้เชี่ยวชาญในการใช้และบำรุงรักษาและมีศักยภาพในการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายได้

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

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก และเขตการค้าเสรีอาเซียน ซึ่งทำให้ต้องผูกพันกับความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญสำหรับการเปิดเสรีในภาคบริการสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ และความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่

เกี่ยวข้องกับการค้า รัฐบาลไทยได้ปฏิบัติตามความตกลงนี้โดยปรับโครงสร้างภาษีศุลกากรลดลงได้ตามที่ผูกพันก่อนกำหนดและจัดตั้งศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ แต่แทบจะไม่มีส่วนคืบหน้าในการแก้ไขกฎหมายรองรับความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ ซึ่งการเจรจาความตกลงนี้รอบหน้าถูกกำหนดให้มีขึ้นในปี ค.ศ. 2000

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

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

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการลงทุนยาและเครื่องมือแพทย์ระหว่างประเทศของไทยส่งผลกระทบต่อยาที่มีสิทธิบัตรมากกว่าเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีสิทธิบัตร เนื่องจากไทยสามารถผลิตเครื่องมือแพทย์ได้เพียงไม่กี่รายการและเป็นประเภทที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ตามการคำนวณในการศึกษานี้จะพบว่า ราคายาที่มีสิทธิบัตรจะสูงขึ้น และมูลค่ายาที่ประเทศไทยต้องจ่ายเพิ่มขึ้นสูงขึ้นตามไปด้วย แต่ไม่สามารถระบุได้อย่างแน่นอนว่าจะเพิ่มขึ้นเท่าไรขึ้นอยู่กับอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตร กล่าวคือ หากอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตรมีความยืดหยุ่นน้อย (เช่น -0.5) ก็จะทำให้มูลค่ายาเพิ่มขึ้นมาก (เช่น ร้อยละ 99) แต่ถ้าอุปสงค์ต่อยาที่มีสิทธิบัตรมีความยืดหยุ่นมาก (เช่น -2.0) ก็จะทำให้มูลค่ายาเพิ่มขึ้นน้อย (เช่น ร้อยละ 8) นอกจากนี้ปริมาณของยาใหม่ที่มีสิทธิบัตรจะถูกนำเข้ามามากขึ้นด้วย

อัตราผลตอบแทนของการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยที่อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับในประเทศอื่น เป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเอกชนต่างประเทศเข้ามาดำเนินธุรกิจในประเทศไทย หากมีการเปิดเสรีบริการสุขภาพตามความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ

เช่นเดียวกัน อัตราผลตอบแทนของการทำงานของแพทย์ไทยเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ (โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา) จะดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น โดยที่กฎระเบียบเดิมที่จำกัดแพทย์ต่างชาติเหล่านี้จะต้องถูกยกเลิกไปในอนาคตเนื่องจากความตกลงระหว่างประเทศนี้ การเพิ่มขึ้นของอุปทานของโรงพยาบาลเอกชนและแพทย์ในระบบบริการสุขภาพของไทยจะส่งผลให้ราคาบริการสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนต่ำลง หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงในอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน

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

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

การศึกษาการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศมาเลเซียพบว่า มาเลเซียนำเข้ายาสำเร็จรูป วัตถุดิบยา และเครื่องมือแพทย์จากประเทศอุตสาหกรรมเป็นหลัก การค้าสินค้าเหล่านี้ระหว่างไทยกับมาเลเซียมีสัดส่วนที่น้อยมาก มาเลเซียได้เตรียมพร้อมต่อการผูกพันความตกลงทั่วไปด้วยการค้าบริการและความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า โดยได้พิจารณาการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับความตกลงดังกล่าว แต่

อย่างไรก็ตาม มาเลเซียก็ยังได้มีกฎระเบียบอีกหลายประการที่ไม่เอื้อต่อการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ มาเลเซียจะเป็นประเทศที่มีการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศมากประเทศหนึ่ง หากมีการเปิดเสรีการค้าระหว่างประเทศ เนื่องจากประชากรของมาเลเซียมีอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสูงและรวดเร็ว

การค้าในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา มีขนาดมากกว่าการค้าในภาคนี้ของไทยกับจีนและไทยกับมาเลเซีย โดยที่ไทยนำเข้ายาสำเร็จรูปและวัตถุดิบยาจากสหรัฐร้อยละ 11 แต่ไทยไม่สามารถส่งออกสินค้าทั้งสองประเภทไปสหรัฐได้เลย ไทยนำเข้าเครื่องมือแพทย์จากสหรัฐสูงถึงหนึ่งในสามของการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด เช่นเดียวกับ ไทยส่งออกเครื่องมือแพทย์ไปสหรัฐสูงถึงหนึ่งในสามของการส่งออกเครื่องมือแพทย์ทั้งหมด

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

เนื่องจากวิธีการให้แรงจูงใจของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนขัดกับความตกลงระหว่างประเทศ จึงทำให้บทบาทของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนต้องเปลี่ยนไปในอนาคตอันใกล้นี้ ดังนั้น คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนจะมีบทบาทใหม่อันได้แก่ การอำนวยความสะดวกให้กับนักลงทุนทั้งในและต่างประเทศ และการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับนักลงทุน

กรมส่งเสริมการส่งออกที่มีบทบาทในการตลาดระหว่างประเทศผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยที่มีบทบาทในการให้สินเชื่อระยะปานกลางและยาวแก่ผู้ส่งออกของไทยยังไม่ได้ให้การสนับสนุนการค้าบริการสุขภาพอย่างเต็มที่ เนื่องจากว่าหน่วยงานเหล่านี้ยังมีประสิทธิภาพน้อยในสาขาบริการสุขภาพ ประกอบกับความสนใจในสาขาบริการสุขภาพของหน่วยงานทั้งสองก็มีน้อยด้วย

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

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยกองควบคุมเครื่องมือแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่ได้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้ การคุ้มครองผู้บริโภค

ของทั้งสองหน่วยงานก็ไม่ได้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความตกลงระหว่างประเทศที่สำคัญหลายประการ

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

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

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

2. มูลค่าการส่งออกยาสำเร็จรูป วัตถุดิบยา และเครื่องมือแพทย์จากประเทศไทยไปสู่ 3 ประเทศคู่ค้า แปรโดยตรงกับรายได้ต่อหัวของประเทศคู่ค้า แต่จะแปรผกผันกับอัตราการเติบโตของประชากรของประเทศคู่ค้า

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

เพื่อและการจ่ายร่วมค่าบริการเมื่อใช้สิทธิจากการประกันสุขภาพ การพัฒนาเวชปฏิบัติประจำ
ครอบครัวมากขึ้นและกำกับสัดส่วนผู้เชี่ยวชาญให้มีอัตราส่วนที่เหมาะสม และการส่งเสริมการ
บริการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาลแผนปัจจุบัน

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

ความตกลงทั่วไปว่าด้วยพิกัดอัตราภาษีศุลกากรและการค้าได้เปิดโอกาสให้ผู้ผลิตในอุตสาหกรรม
และเครื่องมือแพทย์ของไทยบางรายที่ไม่อาจแข่งขันกับต่างประเทศหันไปทำธุรกรรม
อื่นที่มีความได้เปรียบมากกว่า เช่น การบริหารจัดการ การตลาด ฯลฯ ซึ่งเป็นธุรกิจที่ยังมีการแข่งขัน
น้อย นักลงทุนไทยไม่ควรเพิกเฉยต่อโอกาสที่จะร่วมทุนกับบริษัทต่างประเทศ ซึ่งเป็นผลจากการผูก
พันความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา จะทำให้นักลงทุนไทยได้รับการถ่ายทอด
เทคโนโลยีและพัฒนาเทคโนโลยีร่วมทุนต่างชาติในที่สุด ค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่
ต่ำลงเนื่องจากการเพิ่มของอุปทานแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนน่าจะช่วยให้ธุรกิจนี้ขายบริการสุขภาพ
บางประเภทแก่คนต่างชาติที่เดินทางเข้ามาซื้อบริการเหล่านี้โดยเฉพาะได้

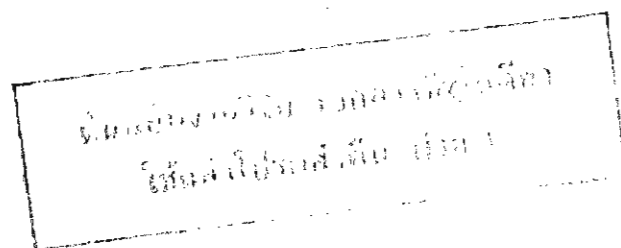
อุตสาหกรรมยาสมควรที่จัดไว้ในกลุ่มสินค้าลดภาษีปกติ ขณะที่อุตสาหกรรมเครื่องมือ
แพทย์น่าจะจัดไว้ในกลุ่มสินค้าเร่งลดภาษี เนื่องจากมูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นของยาสูงกว่าเครื่องมือ
แพทย์ และเนื่องจากจำนวนโรงงานยาที่ได้รับผลกระทบมากกว่าโรงงานผลิตเครื่องมือแพทย์ ผล
เสียจากสิทธิบัตรยาและเครื่องมือแพทย์จะลดลง หากมีการสนับสนุนให้ประเภทของยาและเครื่องมือ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

การศึกษานี้ได้เสนอให้ใช้มาตรการดังต่อไปนี้ในการควบคุมผลกระทบจากความตกลง
ระหว่างประเทศที่นำไปสู่การเปิดการค้าเสรีบริการสุขภาพ ดังนี้

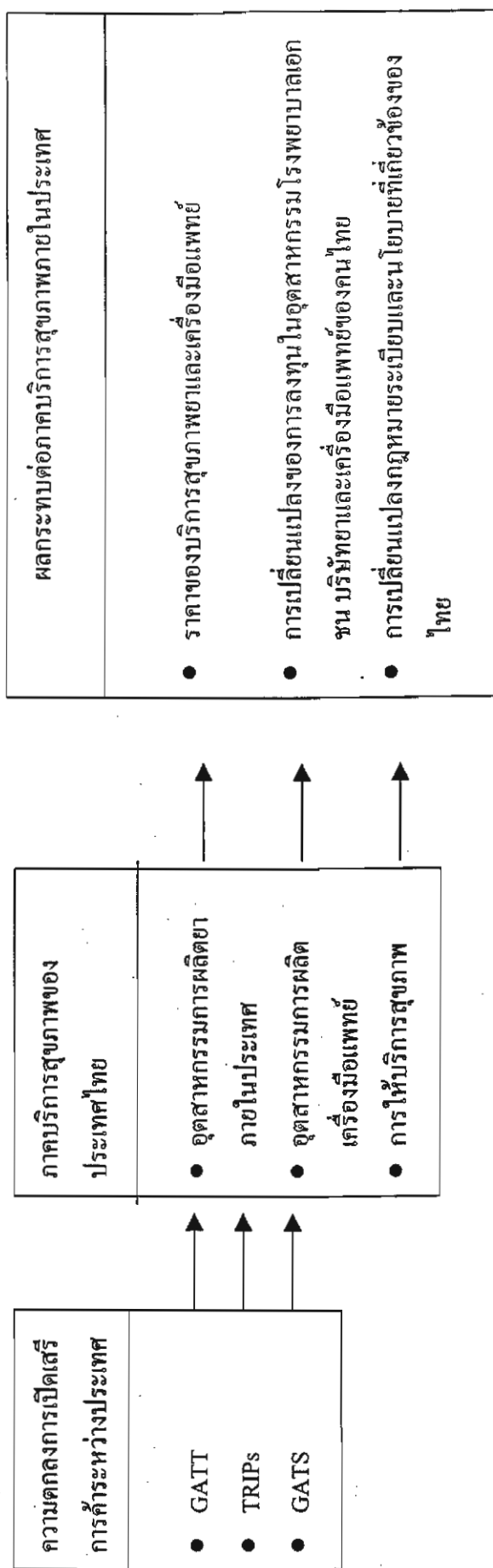
- กฎระเบียบของคณะกรรมการอาหารและยาที่จะอนุมัติหรือไม่อนุมัติการจำหน่ายยาและ
เครื่องมือแพทย์ ด้วยเหตุผลด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

● การควบคุมราคา ยา เครื่องมือแพทย์ และบริการสุขภาพ โดยกระทรวงพาณิชย์ และการ
นำบัญชียาหลักมาใช้

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



รูปที่ 1 : กรอบการศึกษารูปแบบการเปิดเสรีการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศไทย



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

บรรณานุกรม

ก. ภาษาไทย

กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ (2537) คำแปลกรรมสารสุดท้ายรวบรวมผลการเจรจา การค้าพหุภาคีรอบ
อุรุกวัย กระทรวงพาณิชย์.

กองทุนเครื่องมือแพทย์ (2540) ประมวลรายชื่อและรหัสเครื่องมือแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา กรุงเทพฯ.

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

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

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

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

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

ปัญญานาถ วิสูตร (2532) การศึกษาอุปสงค์นำเข้าและผลสะท้อนของการปรับลดภาษีศุลกากรต่อ
มูลค่านำเข้าของไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัทมาวดี ชูชุกิ (2539) สู่ทางและโอกาสการส่งออกและผลกระทบจากการมีเขตการค้าเสรีอาเซียน
(สำหรับอุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์และเภสัชภัณฑ์) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

นุสรณ์ คุณนะวนิชพงศ์ และคณะ(2540) ทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพใน
สองทศวรรษหน้า สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร.

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

ศิริพันธุ์ คำรงสุนทรเดชา (2539) แนวทางการกำกับดูแลเครื่องมือแพทย์ทั่วไป กองควบคุมเครื่องมือ
แพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

- ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ (2540) การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมไทยในเศรษฐกิจโลก เอกสารประกอบการสัมมนา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และคณะ (2538) ราคากลางค่ารักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2539) สู่ทางและโอกาสการส่งออกและผลกระทบจากการมีเขตการค้าเสรีอาเซียน.
- สมพร พรหมพิตร (2538) สิทธิบัตร สำนักพิมพ์วิญญูชนจำกัด.
- สมศักดิ์ แด้มบุญเลิศชัย และคณะ (2541) การศึกษาโครงสร้างปัจจัยการผลิตเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ยางพารา ศูนย์บริการวิชาการเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2537) การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เอกสารการประชุมวันที่ 18-19 สิงหาคม พ.ศ. 2537 ณ โรงแรมรอยัลซิดี กรุงเทพมหานคร.
- สำลี ใจดีและคณะ (2529) "ปัญหาการสูญเสียค่าทางเศรษฐกิจในระบบยา" ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ เศรษฐกิจสาธารณสุขไทย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริลักษณ์ คอมนันต์ (2532) "การเจรจาอุปกรูภัย: สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา".
- สุรชาติ ศิริวัฒน์ (2539) อิทธิพลของบรรษัทข้ามชาติในการกำหนดนโยบายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในประเทศไทย: ศึกษากรณีการแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2537) ระบบยาของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
- อดิศวร์ หลายชูไทย และคณะ (2540) บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรุงเทพฯ.
- อาณัฐชัย รัตตกุล (2532) สิทธิบัตรยากับผลประโยชน์ของชาติ เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

ข. ภาษาอังกฤษ

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

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

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

ต้นฉบับงานวิจัย เอกสารมีชุดเดียว
ใช้แล้วโปรดส่งคืน ฝ่าย 1