



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

**โครงการ “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการ
สุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ”**

โดย ศาสตราจารย์ ดร.พัชรพล วังศ์บุญสิน และคณะ

มีนาคม 2557

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ
เพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ”

คณะผู้วิจัย	สังกัด
1. ศาสตราจารย์ ดร.พัชรพล วังศ์บุญสิน	วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ นพ.ดร.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ ดำรงพลาสีทธิ	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ดร.พิรส์ ประดิษฐวณิช	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ดร.กฤษฎา แสงวงศ์	สภาการพยาบาล

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

Abstract

Project Code : RDG5510014

Project Title : Human Resource Development and Production in Health Services Towards Liberalization under AFAS

Director of the project : Professor Dr. Patcharawalai Wongboonsin

Email Address : patcharawalai.w@chula.ac.th

Project Duration : 15 months

The objectives of the project entitled “Human Resource Development and Production in Health Services towards Liberalization under AFAS,” are fivefold. They are: to review basic approach and framework of the liberalization of education services and cross-border movement of healthcare personnel, including medical practitioners and nurses, under ASEAN Framework of Agreement on Services (AFAS); to compare the production of Thai medical practitioners and nurses with that in other regional competitors, i.e. Singapore and the Philippines; to analyze pull factors affecting the in-flows of foreign medical practitioners and nurses into Thailand, as well as, identify push factors affecting the emigration of Thai medical practitioners and nurses to other ASEAN countries; to examine the preparations and curriculum of training institutions for the liberalization of education and healthcare services; and to give policy recommendations for such training institutions to deal with changes in healthcare labor market especially in the context of the liberalization of education and health services under ASEAN Economic Community (AEC).

The study finds liberalization of trade in education and health services and cross-border movement of healthcare personnel between Thailand and other ASEAN member countries remain limited in scope. Besides restrictive measures, major barriers in host countries include language and work contract problems, while those in the country of origin (Thailand) are mainly individual desire to respond to domestic demand, preference to stay with one’s family, limited competences to work abroad and an age factor. Employers recommend medical practitioners and nurses to be equipped with updated skills and knowledge in treatment, services, foreign languages, and communication, a better understanding of relevant laws and regulations, better service practices, especially in ethical terms. Suppliers of health personnel expect an international standard in curriculum improvement and promotion towards Thailand Nursing Education Hub, while medical and nursing students look for advices to access international opportunities and to upgrade their language proficiency.

บทคัดย่อ

รหัสโครงการ : RDG5510014

ชื่อโครงการ : “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรี
อาเซียนภาคการค้าบริการ”

ชื่อผู้ดำเนินการ : ศาสตราจารย์ ดร. พัชรวัลย์ วงศ์บุญสิน

E-mail Address : patcharawalai.w@chula.ac.th

ระยะเวลาโครงการ : 15 เดือน

โครงการ “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ” มีวัตถุประสงค์หลัก 5 ประการคือ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านแนวทางและกรอบกติกาการเปิดเสรีทางการศึกษาและการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล ของสิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขัน เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยดึงดูดในประเทศไทยที่มีผลต่อการเข้ามาให้บริการทางวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลต่างชาติ รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยผลักดันในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการออกไปแข่งขันให้บริการทางวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นของแพทย์ และพยาบาลไทย เพื่อศึกษาแนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับทางการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ และเพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับตลาดแรงงานทางวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในบริบทการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียน

งานวิจัยนี้พบว่า การเปิดเสรีทางการศึกษาและบริการสุขภาพและการย้ายถิ่นให้บริการทางวิชาชีพระหว่างไทยกับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นยังจำกัด มีการกีดกันภายในประเทศ นอกเหนือจากอุปสรรคในประเทศปลายทางด้านภาษาและปัญหาเกี่ยวกับข้อตกลงในสัญญาว่าจ้าง ส่วนในประเทศต้นทาง (ไทย) คือ ความต้องการงานเพื่อรับใช้คนในชาติ ไม่ต้องการแยกจากครอบครัว ข้อจำกัดด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานนอกประเทศ และอายุ ทั้งนี้ หลักสูตรและเงื่อนไขหลังจบการศึกษาของไทย ยังไม่เอื้อต่อการแข่งขันเชิงธุรกิจการศึกษาระดับภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ ในการเตรียมความพร้อมนั้น กลุ่มผู้จ้างงานต้องการให้มีทักษะและองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการรักษาและบริการ มีทักษะด้านภาษาและการสื่อสารที่ดี เข้าใจกฎหมาย มีพฤติกรรมในการให้บริการที่ดี และมีจรรยาบรรณ กลุ่มผู้ผลิต เน้นการปรับปรุงหลักสูตรตามมาตรฐานสากล และการเป็น Thailand Nursing Education Hub และกลุ่มนักศึกษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ต้องการผู้รู้มาชี้แนะช่องทางให้เห็นโอกาสที่ดีกว่าของความเป็นนานาชาติ และการพัฒนาภาษาอังกฤษของผู้ให้บริการวิชาชีพนี้

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการ “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ” ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 5 ประการคือ เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านแนวทางและกรอบกติกาการเปิดเสรีทางการศึกษาและการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล ของสิงคโปร์และฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขัน เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยดึงดูดในประเทศไทยที่มีผลต่อการเข้ามาให้บริการทางวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลต่างชาติรวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยผลักดันในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการออกไปแข่งขันให้บริการทางวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นของแพทย์ และพยาบาลไทย เพื่อศึกษาแนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับทางการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับตลาดแรงงานทางวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในบริบทการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียน

งานวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพได้ใช้ข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ประกอบด้วยการวิจัยเอกสารและการวิจัยภาคสนาม รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมระดมสมอง

ผลการวิจัยที่ได้มีประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นการเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ ประเด็นแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศของแพทย์และพยาบาลหลังการเปิดเสรีอาเซียน ประเด็นการศึกษาการผลิตแพทย์และพยาบาลไทยกับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC ประเด็นแนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทยเพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ และข้อเสนอแนะ

ประเด็นการเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ : พบว่า แม้ว่าประเทศสมาชิกอาเซียนจะได้แสดงข้อตกลง

เพื่อลดอุปสรรคของการบริการด้านสุขภาพในรูปแบบการค้าบริการแบบที่ 1 – 3 ได้แก่ การให้บริการข้ามพรมแดน (Cross-border supply) การบริโภคบริการในต่างประเทศ (Consumption abroad) และ การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (Commercial presence) แล้วนั้น อย่างไรก็ตาม การให้บริการในรูปแบบที่ 4 การให้บริการโดยบุคคลธรรมดา (Presence of natural persons) ยังไม่มีประเทศสมาชิกอาเซียนใดลงนามแสดงข้อผูกพัน โดยเพียงแต่ได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRA) ด้านคุณสมบัติในบริการด้านวิชาชีพแพทย์ (2551) และพยาบาล (2549) เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายในอนาคต นั่นคือ ในปัจจุบัน การกีดกันทางวิชาชีพ/ พยาบาลวิชาชีพ ภายในประเทศของสมาชิกอาเซียนยังคงอยู่ อาทิ การถูกจำกัดบทบาทหน้าที่ของแพทย์ต่างชาติ การต้องถือสัญชาติของประเทศปลายทาง และความยากในการสอบใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งผู้ที่สอบได้นั้นจะต้องมีทั้งความรู้ความสามารถทางการแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ และความสามารถในการใช้ภาษาของประเทศนั้นๆ ได้ดี ซึ่งเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายของแพทย์/ พยาบาลวิชาชีพในอาเซียน นอกจากนี้ ในส่วนของการเปิดเสรีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลตามกรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS) นั้น ปัจจุบันพบว่าประเทศสมาชิกอาเซียน ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม ได้แสดงข้อผูกพันในการเปิดเสรีการค้าบริการทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นระดับที่มีความเกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพแพทย์และพยาบาล

ประเด็นแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศของแพทย์และพยาบาลหลังการเปิดเสรีอาเซียน : ในการวิเคราะห์แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานครั้งนี้ได้อ้างอิงทฤษฎีกฎการย้ายถิ่นของราเวนสไตน์ และแบบจำลองการดึงดูดซึ่งพบว่า แนวโน้มของการย้ายถิ่นระหว่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ โดยพิจารณาในกรณีที่แพทย์/พยาบาลต่างชาติอาเซียนเข้ามาทำงานในประเทศไทยและกรณีแพทย์/พยาบาลไทยออกไปทำงานยังประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆนั้น มีแนวโน้มของปริมาณการย้ายถิ่นในทั้งสองกรณีน้อยมาก โดยในปัจจุบัน พบว่าสัดส่วนจำนวนแพทย์ต่างชาติทั้งหมดที่สอบได้ใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยนั้นมีอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ขณะเดียวกันพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีแพทย์ไทยที่กำลังทำงานอยู่ในต่างประเทศเพียง 483 คน ประมาณร้อยละ 1.07 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย อนึ่ง จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศนั้นมีอยู่น้อยมาก ในขณะที่ผู้ที่ต้องการไปทำงานต่างประเทศนั้น ต้องการย้ายไปทำงานเพียงชั่วคราวเท่านั้น นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าตอบแทน และสวัสดิการ

และปัจจัยด้านการทำงาน เช่น ภาระงานที่หนักและล้นเกิน ความเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีหากเกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล ความจำกัดของโอกาสที่จะได้ฝึกทักษะระดับสูง/เข้าศึกษาต่อในประเทศไทย รวมทั้ง บทบาททางวิชาชีพที่มักจะถูกสังคมมองข้าม โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพพยาบาล เป็นปัจจัยหลักในประเทศไทยที่สำคัญ ในขณะที่เดียวกันก็มีปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศที่สำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทนที่สูงกว่า มีโอกาสในการศึกษาต่อมากกว่า และปัจจัยด้านการทำงาน เช่น ระบบการแบ่งหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงวัฒนธรรมการทำงาน อีกทั้งความต้องการได้รับประสบการณ์การทำงานใหม่ในต่างแดน ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความต้องการย้ายถิ่นของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย

นอกจากปัจจัยหลักและปัจจัยดึงดูดให้ผู้ทำงานวิชาชีพในการให้บริการสุขภาพไปทำงานในต่างประเทศแล้ว ยังพบว่าปัจจัยอุปสรรคที่ทำให้แนวโน้มการย้ายถิ่นระหว่างประเทศปลายทาง (ทั้งในและนอกอาเซียน) ของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับต่ำนั้น ได้แก่ ภาษา ปัญหาเกี่ยวกับข้อตกลงในสัญญาว่าจ้าง และการปรับตัวในการทำงานให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และระบบการทำงานของประเทศปลายทาง อีกทั้งปัจจัยอุปสรรคที่สำคัญในถิ่นต้นทาง (ไทย) เช่น ความรักชาติ ต้องการงานเพื่อรับใช้คนในชาติและไม่ต้องการแยกจากครอบครัว ความเคยชินและความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงานในประเทศไทย รวมถึงการต้องขาดเงินทุนโดยการทำงานในประเทศ รวมถึงปัจจัยอุปสรรคส่วนบุคคล เช่น ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไม่เพียงพอ และอายุที่มากขึ้น

แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ (ระหว่างภาครัฐและเอกชน) นั้นเป็นสิ่งที่ได้เกิดขึ้นมานานแล้วในประเทศไทย ซึ่งในอนาคตคาดว่าจะปริมาณการย้ายถิ่นภายในประเทศจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะหลังการเปิดเสรีอาเซียน เนื่องจากคาดว่าจะการลงทุนด้านบริการสุขภาพที่จะเข้ามาในประเทศไทยจะมีมากขึ้นจากประเทศต่างๆ ในอาเซียน รวมถึงนโยบายของไทยที่ต้องการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ (Medical Hub) ย่อมจะส่งผลต่อการเพิ่มของอุปสงค์ (Demand) ของบุคลากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย และท้ายที่สุด จะทำให้เกิดการดึงแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐเข้ามาทำงานในภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชน ได้ข้อสรุปว่า แม้การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ AEC จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยชาวต่างชาติเพียงเล็กน้อยเมื่อมองจากภาพรวมทั้งประเทศ แต่เมื่อพิจารณาในบางพื้นที่ของประเทศไทย เช่น ชลบุรี และจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออกของไทย พบว่า AEC จะมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยต่างชาติอาเซียน และความต้องการ

แรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพของทั้งภาครัฐและเอกชนนั้นจะเพิ่มมากขึ้น ส่วนในเรื่องของการไหลออกของแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนนั้น คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลและกลุ่มแพทย์เฉพาะทางต่อยอด (sub-specialist) อย่างไรก็ตาม ภาคเอกชนมองว่าการที่แพทย์สามารถทำงานแบบล่องเวลาในโรงพยาบาลเอกชนได้ จะเป็นส่วนช่วยให้แพทย์ไม่ต้องลาออกจากโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าหลายเท่า นอกจากนี้ คาดว่าแรงงานระดับล่างซึ่งเป็นชาวต่างชาติอาเซียนนั้นจะเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มมากขึ้น

ประเด็นการศึกษาการผลิตแพทย์และพยาบาลไทยกับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC :
พบว่า หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของไทยโดยภาพรวม ยังไม่มีโครงสร้างและเนื้อหาที่ช่วยสร้างหรือเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากการจากที่ประเทศเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) โดยการผลิตแพทย์ในประเทศไทยยังคงมีแนวทางหลักเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศ ดังนั้น จึงสรุปว่า หลักสูตรและเงื่อนไขหลังจบการศึกษาของไทย ยังไม่เอื้อต่อการมุ่งแข่งขันในเชิงธุรกิจการศึกษาในระดับภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ ส่วนการศึกษาของพยาบาล พบว่าลักษณะการจัดการศึกษาพยาบาลของทั้งสามประเทศ ยังคงให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี โดยในประเทศไทย หลักสูตรทั้งหมดจะเป็นหลักสูตรปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่การจัดหลักสูตรในประเทศฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ มีการสนับสนุนการเรียนในระดับประกาศนียบัตร ซึ่งเน้นการพยาบาลระดับพื้นฐาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม พบว่าประเทศไทยมีจุดแข็งทางด้านการสนับสนุนการศึกษาขั้นสูงของพยาบาล ได้แก่ การจัดการศึกษาหลังระดับปริญญาตรี ทั้งการฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อพัฒนาพยาบาลเฉพาะทาง และการจัดการศึกษาในระดับปริญญาโทและเอก

ประเด็นแนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทยเพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ : จากการกลั่นกรองข้อเสนอแนะที่ได้รับจาก 3 ภาคส่วน อาทิ กลุ่มผู้จ้างงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการและผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน กลุ่มผู้ผลิตแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ สถาบันการศึกษาที่ทำการผลิตแพทย์และพยาบาล และกลุ่มนักศึกษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ สามารถสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มผู้จ้างงาน ต้องการให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพมีทักษะและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการรักษาและบริการ มีทักษะด้านภาษาและการสื่อสารที่ดี เข้าใจกฎหมายและ

ข้อบังคับของระบบบริการ มีพฤติกรรมในการให้บริการที่ดี และที่สำคัญจะต้องมีจรรยาบรรณ ดังนั้น การเตรียมหลักสูตรการเรียนการสอน ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคในเขตร้อน เน้นการสอน ภาษาและทักษะในการสื่อสารกับผู้มารับบริการ และต้องมีการเน้นย้ำในเรื่องของจรรยาบรรณ ฝึกรการทำงานเป็นทีม และให้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่น JCI, ISO และ HA นอกจากนี้แล้วควรเพิ่มหลักสูตร Joint Program และ/หรือส่งนักศึกษาแพทย์/พยาบาลไปฝึกงาน ยังต่างประเทศ

ส่วนกลุ่มผู้ผลิต ในกลุ่มของวิชาชีพแพทย์ ได้มีการเตรียมความพร้อมในการปรับ หลักสูตรเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียน เช่น มีการเตรียมความพร้อมต่อการปรับปรุงหลักสูตร การศึกษาให้สอดคล้องกับโรงเรียนแพทย์ทั่วโลก ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการ เปลี่ยนแปลงที่มากกว่าบริบทของ AEC ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนการสอนใน หลักสูตรการศึกษาทั้งระบบ การส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์จัดสัมมนาทางวิชาการกับนักศึกษา แพทย์ในกลุ่มประเทศอาเซียน หรือแม้กระทั่งการส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าร่วม exchange program โดยมีระบบสนับสนุนที่ค่อนข้างชัดเจนทั้งในแง่ของการให้ข้อมูล การคัดเลือก และจำนวนทุนที่มีให้ เพียงพอ ในกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีแนวทางในการดำเนินงาน เช่น การสนับสนุน Thailand Nursing Education Hub ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง สามารถรับพยาบาลจากประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน และประเทศเพื่อนบ้านอื่นที่ยังมีความ ขาดแคลนอาจารย์พยาบาลเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพิ่มการผลิตพยาบาลเฉพาะทาง เร่งผลิตและเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลที่มีคุณภาพและจัดสรรทุนพัฒนาอาจารย์ใหม่ ในระดับ ปริญญาโท-เอก แลกเปลี่ยนอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลกับประเทศสมาชิก ปรับปรุงโครงสร้าง ค่าตอบแทนของพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน ส่งเสริมกิจกรรมประชาสัมพันธ์ และการ พัฒนาสร้างเสริมจุดเด่นและภาพลักษณ์พยาบาลไทย “Thai Nurse Brand” ให้โดดเด่นใน ประชาคมอาเซียน

กลุ่มนักศึกษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ มีแนวคิดและแนวทางในการเตรียม ความพร้อม เรื่อง AEC สำหรับนิสิตแพทย์ หรือทำให้เห็นโอกาสจาก AEC ได้มากขึ้น ได้แก่ ให้มี นิสิตชาวต่างชาติมาเรียนมากขึ้นซึ่งอาจเป็นในรูปแบบนิสิตปกติ หรือนิสิตแลกเปลี่ยน หาผู้รู้มาแนะนำ ชี้แนะช่องทางให้นิสิตแพทย์เกิดความสนใจ เห็นโอกาสที่ดีกว่าของความเป็น International เห็น ช่องทางในการแข่งขัน ซึ่งต้องอาศัยมุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์ ส่งเสริมแนวคิดเรื่องสร้างความ พิเศษหรือความแตกต่างให้กับตัวนิสิตเอง เช่น การเรียน/สอนภาษาเพิ่มเติม ควรพัฒนา ภาษาอังกฤษของแพทย์ให้ดีขึ้น เช่น เปลี่ยนข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษ เป็นต้น

Executive Summary

The project entitled “Human Resource Development and Production in Health Services Towards Liberalization under AFAS,” which was funded by Thailand Research Fund (TRF), identifies its five objectives. They are: to review basic approach and framework of the liberalization of education services and cross-border movement of healthcare personnel, including medical practitioners and nurses, under the ASEAN Framework of Agreements on Services (AFAS); to compare the production of Thai medical practitioners and nurses with other regional competitive countries, such as Singapore and the Philippines; to analyze the pull factors in Thailand that may induce the immigration of foreign medical practitioners and nurses, as well as, identify the push factors in the country that may affect the emigration of Thai medical practitioners and nurses to other ASEAN countries; to examine the preparations and curriculum of training institutions for the liberalization of education and healthcare services; and to give policy recommendations for medical/nursing training institutions to deal with such changing situations of healthcare labor markets especially after the liberalization of education and health services under ASEAN Economic Community (AEC).

This study employs mixed research methods along qualitative and quantitative approaches. It relies upon archival and field investigation besides in-depth interviews, and brainstorming sessions.

These important issues are raised: liberalization of trade in services under AFAS and its effects on the production of healthcare personnel; future trends of the international and internal migration of medical practitioners and nurses after the establishment of the AEC; productions of Thai medical practitioners and nurses in response to the AEC; recommendations to training institutions on their preparations and curriculums for the upcoming liberalization of education and healthcare services.

Free trade in services under the AFAS and its effects on the production of healthcare personnel:

Although ASEAN Member States agreed to reduce the barriers of trade in services under mode 1-3, including cross-border supply, consumption abroad, and commercial presence, none of them has committed to abolish the barriers in mode 4 (presence of natural persons) at the moment. Nonetheless, the Mutual Recognition Arrangements (MRA) on nursing services

and medical practitioners were signed in 2006 and 2008, consecutively, in order to facilitate the free movement of such highly skilled labors in the future. Hence, it must be noted that domestic barriers against foreign medical practitioners and nurses still exist. They are, for example, restrictive of roles and duty of foreign practitioners in host countries; compulsory citizenship requirement; and the difficulty of licensing exams, which require not only the technical competencies and knowledge in medical/nursing fields but also the capability of using native language at destinations. Only Cambodia, Laos, Malaysia, Myanmar, Thailand and Vietnam have filed schedules of commitment to liberalize education at university level to produce nurses and physicians.

Future trends of the international migration, as well as, the internal migration of medical practitioners and nurses after the establishment of the AEC:

The analysis of future trends of nurse/physician migrations in this study is based on Ravenstein's *Laws of Migration* and the push-pull model. The study finds the magnitude of cross-border mobility to provide medical and nursing services between Thailand and other ASEAN member countries remains very limited. The number of foreign medical practitioners passing Thai licensing exam was below 0.5 per cent of the total number of medical practitioners in Thailand, while only 483 Thai medical practitioners or approximately 1.07 per cent of the total supply of Thai medical practitioners in 2012 were working abroad. Furthermore, it is revealed that most of medical practitioners and professional nurses participating in this research have never performed their duties abroad before. In addition, the proportion of respondents who are interested to work abroad is very low; however, for those interested to work in other countries, they prefer to do part-time jobs. With regard to the push factors in Thailand, economic factors, such as income and welfare are predominating. Meanwhile, other push factors associated in the work-life are also compelling reasons. They are, for example, excessive workload, litigations as a result of medical malpractice, lack of opportunities to attain advanced training or higher education in Thailand, and the low social recognition for health professions, especially nurses. On the other hand, the pull factors from other countries are higher income and more opportunity to attain higher education, and the reasons associated in the work-life, including effective division of labor, work culture, and offshore experiences.

Besides the push and pull factors, there are intervening obstacles (as embedded in the host countries and the country of origin) and personal factors. Those factors are strongly

associated with the low volume of international migration of Thai medical practitioners and professional nurses to other countries (both ASEAN and non-ASEAN countries). First, the intervening obstacles at host countries include language, working contract problems, and working adaptability to new environment and working system. Second, the intervening obstacles at the country of origin (Thailand) are: nationalism or the strong will to serve people in the country and the preference to stay with one's family; the familiarity and satisfactions for the wellbeing and working conditions in Thailand; and the domestic working commitments under the scholarship contracts. Third, the personal factors are, for example, older age and insufficient knowledge and skills.

With regard to the trend of the internal migration (between public and private sectors) of medical practitioners and professional nurses, it is obvious that this phenomenon had occurred for quite some time. However, the study expects the magnitude of internal migration by Thai healthcare professionals to be greater especially after the establishment of the AEC, due to the Thai policy to promote its Medical Hub and more investment in healthcare services from other ASEAN countries. An increasing demand for Thai medical practitioners and qualified nurses would be a result, which would eventually cause more internal migration of physicians and nurses from public to private sectors.

According to a series of in-depth interviews with several administrators from both public and private hospitals, it could be concluded that the establishment of the AEC would hardly affect the number of foreign patients in Thailand as a whole; however, it is expected that Thailand would witness a great number of foreign patients in particular areas, such as Chonburi and other Eastern provinces. In those areas, the number of ASEAN foreign patients, together with, the demand for medical practitioners and professional nurses would be higher in both public and private sectors. Additionally, it is predicted that public healthcare personnel, particularly nurses and medical specialists, would transfer themselves to the private sector. Nonetheless, private hospital executives insist that part-time job opportunities in private hospital being offered to physicians in the public sector would rather help reduce their resignation from public hospitals, where income was several times less favorable. In addition, it is forecasted that public hospitals would be subject to more workload, given more low skill labors from other ASEAN countries would come to receive medical treatments in Thailand.

Productions of Thai medical practitioners and nurses as preparations for the AEC

Based on an overview of medical education in Thailand, it could be stated that there are currently no structures and/or contents that help build or prepare for the changes that may occur after the establishment of the AEC, as the production of medical practitioners in Thailand is still focusing on domestic demand. Hence, the study concludes that Thailand's medical curriculum and conditions after graduation at present still cannot support Thailand's competitiveness in the region, when compared with that of Singapore or the Philippines. With regard to nursing education, it is found that all the three countries (Singapore, Thailand, and the Philippines) are concerned on providing nursing education at diploma and/or undergraduate level. However, while nursing educations in Thailand are normally offered at bachelor's degree level or equivalent, Singapore and the Philippines are mainly focusing on the provision of nursing education at diploma level in order to produce nurses with fundamental skills in health promotion and disease prevention. In addition, it is found that Thailand's strength in nursing education is its several higher education opportunities, including post-undergraduate educations, short course specialist training, and master's and Ph.D. programs in nursing.

Recommendations to training institutions on their preparations and curriculums for the upcoming liberalization of education and healthcare services

Below discusses recommendations collected from three sectors of relevant stakeholders, including employers (i.e. hospital directors and administrators in both public and private sectors), educators (i.e. medical/nursing schools), and students (i.e. medical students and nursing students).

The employers are demanding more skills and knowledge in developing new treatments and services, along with, good language and communication skills, profound understanding of laws and regulations in services, good services providing practices, and most importantly, professional ethics from Thai medical practitioners and professional nurses. Hence, regarding the preparations of education sector, training institutions are required to offer additional courses on tropical disease, language and communication, professional ethics, teamwork training, and hospital standards, such as JCI, ISO and HA. In addition, there should be more joint programs and internship opportunities to help medical/nursing students to gain professional experience abroad.

Meanwhile, medical educators under investigation insist that they are currently in an adjustment process of Thai medical curriculum to comply with that of international standards, which beyond the AEC contexts. The learning methods would be changed for the whole system, and the opportunities, such as the organizing of academic seminars or even the exchange programs among ASEAN medical students would be enhanced through a clear announcement of such programs, along with, the details on selection process and the allocations of sufficient scholarships. On the other hand, with regard to professional nursing education, Thailand would continue to support its “Nursing Education Hub” policy by encouraging the training institutions accredited by Thailand Nursing and Midwifery Council to recruit Non-Thai undergraduate students from ASEAN countries and other countries with problems of insufficient supply of nurses. Master-PhD bridge programs scholarships are also available for them while exchange programs are encouraged to sustain the exchange of knowledge and practices among nursing educators and nursing students of ASEAN countries. Furthermore, the income system of Thai nurses would also be adjusted in response with exact individual workload. In addition, PR activities and the development of strengths and identity of “Thai Nurse Brand” would be implemented to make Thai nurse image stand out in ASEAN Community.

Medical students suggest that in order to capitalize on AEC opportunities, medical training institutions should recruit more foreign students in regular medical programs or exchange programs in Thailand. More advices should be given to medical students in terms of career path, prospects and opportunities open in the regional and international markets, as well as how to compete with others. Furthermore, the concept of identity creations should be cultivated among Thai medical students besides promotion of competences in English proficiency through additional courses and medical exams in English.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
Executive Summary	a
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ	11
บทที่ 3 แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ และ การเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศของแพทย์และพยาบาล หลังการเปิดเสรีอาเซียน	41
บทที่ 4 การศึกษาการผลิตแพทย์ไทยกับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC ...	117
บทที่ 5 การศึกษาการผลิตพยาบาลไทยกับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC	143
บทที่ 6 แนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและ หลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย เพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ.....	171
บทที่ 7 สังเคราะห์สรุปและข้อเสนอแนะ	193
ภาคผนวก	215

สารบัญตาราง

		หน้า
บทที่ 2		
ตารางที่ 2.1	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment) ของประเทศสมาชิกอาเซียน ตามข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8	19
ตารางที่ 2.2	ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์และการพยาบาลของอาเซียน	29
ตารางที่ 2.3	นิยามและขอบเขตของวิชาชีพแพทย์และพยาบาลตามข้อตกลงยอมรับร่วมฯ	31
ตารางที่ 2.4	เงื่อนไขด้านคุณสมบัติของการเป็นแพทย์ต่างชาติ และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ	34
บทที่ 3		
ตารางที่ 3.1	ข้อกำหนดในการทำงานสำหรับชาวต่างชาติของประเทศสหภาพยุโรปเดิม	48
ตารางที่ 3.2	จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด จำนวนเป้าหมายที่ต้องการและจำนวนที่เก็บได้จริง	63
ตารางที่ 3.3	ลักษณะของพยาบาล(เจ้าหน้าที่ติดต่อสื่อสาร) ชาวต่างประเทศที่ทำงานในประเทศไทย	68
ตารางที่ 3.4	ปัจจัยที่ส่งผลให้พยาบาลชาวต่างประเทศเข้ามาทำงานในประเทศไทย	69
ตารางที่ 3.5	ลักษณะของแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานต่างประเทศ	71
ตารางที่ 3.6	ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	72
ตารางที่ 3.7	จำนวนของแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศแต่มีความต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ	73
ตารางที่ 3.8	จำนวนของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศแต่มีความต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ	73
ตารางที่ 3.9	ปัจจัยที่ส่งผลให้อยากจะไปทำงานในต่างประเทศสำหรับแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)	77
ตารางที่ 3.10	ปัจจัยที่ส่งผลให้อยากที่จะไปทำงานในต่างประเทศสำหรับพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)	79
ตารางที่ 3.11	ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อความต้องการไปทำงานในต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ	81
ตารางที่ 3.12	ปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศของแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)	82

	หน้า
ตารางที่ 3.13	ปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่ต้องการไปทำงานในต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)
83	
ตารางที่ 3.14	ปัจจัยที่อื่นๆส่งผลต่อการไม่ตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ
84	
ตารางที่ 3.15	ลักษณะของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ
86	
ตารางที่ 3.16	ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ
87	
ตารางที่ 3.17	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)
88	
ตารางที่ 3.18	ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศและการกลับมาทำงานยังประเทศไทยของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ
89	
ตารางที่ 3.19	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ)
90	
ตารางที่ 3.20	ปัญหาการทำงานในต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)
90	
ตารางที่ 3.21	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลในภาครัฐและภาคเอกชนต่อแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
92	
ตารางที่ 3.22	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่ออุปสงค์ของการรับบริการทางสุขภาพโดยรวมหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
96	
ตารางที่ 3.23	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่ออุปสงค์ของการรับบริการทางสุขภาพจากคนไข้ต่างชาติหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
96	
ตารางที่ 3.24	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อการเปลี่ยนแปลงของรายได้ของโรงพยาบาลหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
97	
ตารางที่ 3.25	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อความต้องการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
98	
ตารางที่ 3.26	ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานจากรัฐไปยังภาคเอกชนหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558
99	

		หน้า
ตารางที่ 3.27	คุณลักษณะของแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศโดยแบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลที่แพทย์เคยทำงานมา	100
ตารางที่ 3.28	ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ โดยแบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพเคยทำงานมา	102
ตารางที่ 3.29	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนของแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)	106
ตารางที่ 3.30	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ	108
บทที่ 4		
ตารางที่ 4.1	การวิเคราะห์ตัวอย่างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใน 10 สถาบันของไทย จากการศึกษาคำบรรยายลักษณะวิชา	119
ตารางที่ 4.2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรแพทยศาสตรของประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์	124
บทที่ 5		
ตารางที่ 5.1	วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	146
ตารางที่ 5.2	การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรพยาบาลศาสตรของประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์	149
บทที่ 6		
ตารางที่ 6.1	คุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการในอนาคตหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558	172
ตารางที่ 6.2	ความสอดคล้องของหลักสูตรการศึกษาและคุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการ	173
ตารางที่ 6.3	การเพิ่มหลักสูตร Joint Program และ/หรือ ส่งนักศึกษาแพทย์/พยาบาลไปฝึกงานยังต่างประเทศ	174
บทที่ 7		
ตารางที่ 7.1	เป้าหมายในการลดอุปสรรคทางการค้าบริการด้านสุขภาพตามแผนประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน	194
ตารางที่ 7.2	ประเทศสมาชิกอาเซียนที่แสดงข้อผูกพันภายใต้กรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS) จำแนกตามบริการด้านการแพทย์ทั่วไป ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และด้านพยาบาล	195

		หน้า
ตารางที่ 7.3	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ ต้องการย้ายถิ่นไปทำงาน ที่ต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน)	197
ตารางที่ 7.4	ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ที่ส่งผลให้แพทย์/ พยาบาล วิชาชีพไทย ต้องการย้ายถิ่นไปทำงาน	199
ตารางที่ 7.5	ปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ	200

บทที่ 1

บทนำ

1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศไทยประกอบกับการเปิดเสรีการค้าด้านบริการนั้นมีประเด็นปัญหาด้านบุคลากรเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านการแข่งขันในตลาดแรงงาน และการทำธุรกิจการลงทุนในด้านต่างๆ ประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านนี้เป็นอย่างยิ่ง การลงทุนในมนุษย์เป็นการลงทุนด้านทรัพยากรที่สำคัญ โดยเฉพาะด้านการบริการทางการแพทย์ ทางทันตกรรม ทางกายภาพบำบัดเนื่องจากมีการลงทุนที่สูงและมีการอบรมขั้นสูงต่อเนื่องโดยต้องอาศัยร่างกายมนุษย์ประกอบการศึกษาและอบรม การพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และยา ต่างก็มีต้นทุนที่สูงทั้งการลงทุนในภาคเอกชนและรัฐ อัตราค่าตอบแทนในภาครัฐที่ไม่สมดุล ไม่สะท้อนต่อตลาดแรงงาน จึงเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดความขัดแย้งในสังคมในปัจจุบัน นอกจากนี้ แม้ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอันดับต้นๆ ของเอเชีย มีผู้ป่วยชาวต่างชาติมารับบริการรักษาพยาบาลไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน มีส่วนสร้างรายได้ และสร้างชื่อเสียงให้ประเทศก็ตาม แต่รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดการบริการสาธารณสุขและต้องสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศมีอยู่อย่างจำกัด และปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล มีความขาดแคลนในภาพรวม และการกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ที่ไม่เหมาะสม และการผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเกือบทั้งหมดอยู่ในภาครัฐ ซึ่งได้รับงบประมาณจากเงินภาษีของแผ่นดิน บุคลากรแพทย์และสาธารณสุข จึงมีพันธกิจหลักในการให้บริการสุขภาพเพื่อประชาชนคนไทยเป็นสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ แม้อาจมีส่วนทำให้แพทย์ไทยที่ทำงานต่างประเทศจำนวนหนึ่งกลับมาทำงานในประเทศไทย ขณะเดียวกันนโยบายนี้และระบบที่เป็นอยู่ทำให้เกิดการดึงแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ไปสู่ภาคเอกชน ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล การเรียนการสอน และภาระงานในภาครัฐ การเปิดเสรีการค้าบริการ มีผลต่อการแข่งขันของประเทศ การลงทุนและการทำงานของคนไทยในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงการเข้ามาทำงาน มาลงทุนของคนต่างประเทศ การศึกษาความพร้อมของสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสาขาบริการทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะประเด็นด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้จากการให้แพทย์ต่างประเทศเข้ามา

ทำงานในประเทศไทย โดย ศ. นพ. สมศักดิ์ โล่เลขา พบว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนดังนี้ แพทย์ที่อยู่ตามโรงพยาบาลชั้นนำเอกชนในไทย ใช้แพทย์ไทยที่จบการฝึกอบรมมาจากต่างประเทศถึงร้อยละแปดสิบ แพทย์ชาวอินเดียน้อยอยู่ในต่างประเทศประมาณ หกหมื่นคน แพทย์ชาวฟิลิปปินส์ทำงานอยู่ในต่างประเทศประมาณหนึ่งหมื่นแปดพันคน แพทย์ไทยอยู่ทำงานในต่างประเทศเพียงหนึ่งพันห้าร้อยคนเท่านั้น ส่วนใหญ่กลับประเทศไทยเพราะมี Medical hub แพทย์เหล่านี้รักษาคนไทยด้วยไม่ต่ำกว่าครึ่ง ถ้าเราไม่มี medical hub อาจเกิดปัญหาสมองไหลจากการที่บุคลากรที่ไทยผลิตมาเคลื่อนย้ายตัวเองไปอยู่ต่างประเทศเพื่อให้บริการรักษาแก่ชาวต่างประเทศกันได้ การขาดแพทย์คือแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบังคับแพทย์ไปทำงานแล้วกว่าสามหมื่นคน แต่ลาออกหลังจากพ้นการถูกบังคับ กระทรวงสาธารณสุขไม่สามารถเก็บแพทย์ให้ทำงานต่อได้ ส่วนการขาดแคลนแพทย์ในที่ห่างไกลต้องแก้ด้วยการจัดระบบใหม่และมีระบบการส่งต่อที่ดี ไม่ใช่ระบบที่ใช้ในปัจจุบัน ขณะนี้แก้ปัญหาไม่ถูกจุด ดังนั้นการศึกษาด้านอุปสงค์อุปทานของแรงงานวิชาชีพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านแนวทางและกรอบกติกาการเปิดเสรีทางการศึกษาและการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS)
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล ของสิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขัน
3. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยดึงดูดในประเทศไทยที่มีผลต่อการเข้ามาให้บริการทางวิชาชีพของแพทย์และพยาบาลต่างชาติในประเทศไทย ภายใต้สภาพการแข่งขันในตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบริการสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยผลักดันในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการออกไปแข่งขันให้บริการทางวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นของแพทย์ และพยาบาลไทย
4. เพื่อศึกษาแนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับทางการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ

5. เพื่อเสนอแนวทางเชิงนโยบายต่อการปรับตัวของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับตลาดแรงงานทางวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในบริบทการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียน

3 แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน

รายละเอียดเกี่ยวกับสมมุติฐานการวิจัย พื้นที่ที่ศึกษา และวิธีการวางแผนการดำเนินงาน รวมทั้งวิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) วิธีการเก็บข้อมูล ฯลฯ มีดังนี้

กรอบการวิจัย

การวิจัยอาศัยกรอบการวิจัยดังนี้

ก) ตลาดแรงงานที่มีการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น สำหรับแพทย์และพยาบาล

ข) การวิเคราะห์ความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบของประเทศ อาทิ เช่น

- อำนาจการต่อรองของผู้ซื้อแรงงาน
- อำนาจการต่อรองของผู้ขายแรงงาน
- เงื่อนไขการเข้ามาทำงานในตลาดแรงงาน
- ภาวะคุกคามของการทดแทนแรงงาน หรือบริการ (สภาวะการณ์แข่งขัน)
- โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ตลาดแรงงาน ระบบประกันสุขภาพ ของ

ไทยและของกลุ่มแข่งขัน

ค) ระบบของการเข้ามาทำงานของคนต่างชาติ

ง) องค์ประกอบของกระบวนการแข่งขันระหว่างประเทศ

จ) โอกาสและอุปสรรคต่อการบริการข้ามพรมแดนของผู้ให้บริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาลที่เป็นบุคคลธรรมดา (Mode 4) ของแพทย์และพยาบาลไทยในตลาดวิชาชีพบริการสุขภาพอาเซียน และของและแพทย์และพยาบาลต่างชาติในประเทศไทย

ฉ) ลักษณะด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติแพทย์ และพยาบาลที่มีอยู่ภายในประเทศไทย และของประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นที่มีศักยภาพในการส่งแพทย์ พยาบาล เข้ามาแข่งขันในประเทศไทย

ช) ความต้องการทำงาน และปริมาณแรงงานระดับวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการแข่งขันในตลาดแรงงาน เปรียบเทียบกับของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมุ่งตอบคำถามการวิจัย 6 ประการต่อไปนี้ คือ

ก) ประเทศไทยมีแพทย์ พยาบาลชาวต่างชาติใดบ้างที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันหรือมีแนวโน้มที่จะเข้ามาทำงานในประเทศ และ/หรือระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อการจัดการศึกษา และอบรมแพทย์ พยาบาลด้านใดบ้าง

ข) ปริมาณการผลิตแพทย์ และพยาบาลจากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ นั้นมีเพียงพอหรือไม่ และจะทำให้ปริมาณมีความมั่นคงได้อย่างไร ปัจจัยของระบบบริการสุขภาพในประเทศมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในจำนวนการผลิตแพทย์ พยาบาล หรือไม่และการยอมรับแพทย์ พยาบาลจากประเทศอื่นๆ โดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย

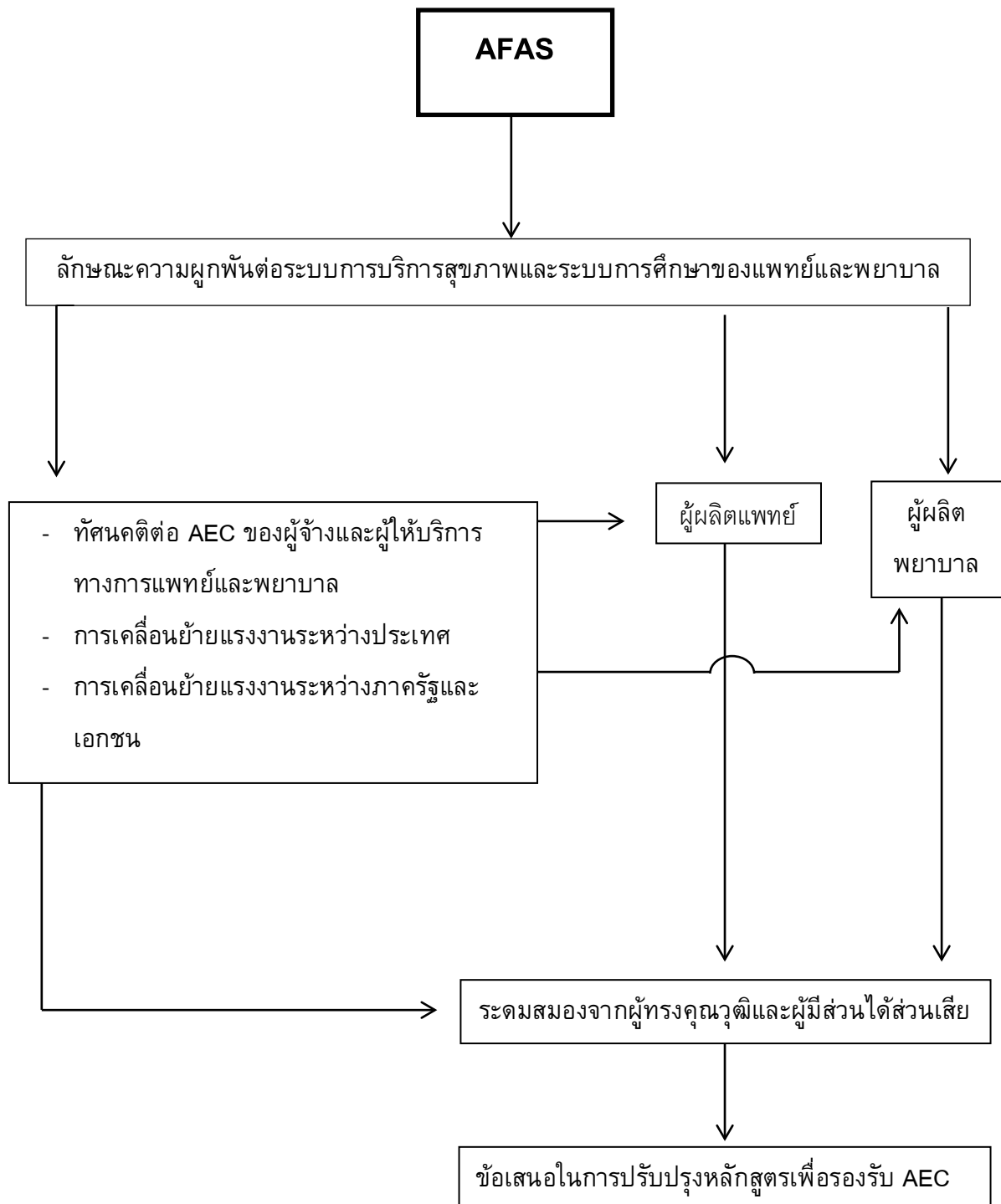
ค) ด้านอุปทานของแพทย์ พยาบาล ชาวต่างประเทศในประเทศไทยมีลักษณะอย่างไร เช่น โครงสร้างอายุ เพศ ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาที่ทำงานในประเทศไทย เป็นต้น

ง) ปัจจัยอะไรที่ส่งผลด้านบวกหรือด้านลบ ต่อการเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแพทย์ พยาบาล ชาวต่างชาติ การเปิดเสรีการศึกษา และการเข้ามาลงทุนของสถาบัน การศึกษา ต่างประเทศจะส่งผลต่อจำนวนชาวต่างชาติที่ต้องการเข้ามาทำงานและ/หรือ ชาวไทยที่ต้องการทำงานต่างประเทศ

จ) สภาพการจ้างงานของแพทย์ และพยาบาลชาวต่างประเทศในประเทศไทย รวมถึงแนวโน้มในอนาคต อาทิเช่น การจัดสภาพการทำงานให้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคล การจัดการด้านข้อมูลข่าวสาร และการพัฒนาโปรแกรมการแลกเปลี่ยน แพทย์ พยาบาลระหว่างประเทศ

ฉ) ประเทศไทยควรมีการปรับปรุงกรอบระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่มีผลต่อการเข้ามาทำงาน หรือการออกไปแข่งขันทำงานในต่างประเทศ รวมถึงการเข้ามาลงทุนของสถาบัน การศึกษาของต่างประเทศในประเทศไทย อย่างไร เช่น กฎการเคลื่อนย้ายแรงงาน/การเข้ามาทำงาน คุณภาพที่เป็นที่ยอมรับ เป็นต้น ที่มีผลต่ออุปทาน หรือปริมาณในประเทศในด้านใด และจะส่งผลกระทบต่อภาระการกระจายแพทย์ และพยาบาลในประเทศทั้งการทำงานในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างไร

กรอบการศึกษา



ที่มา: จัดทำโดยคณะผู้วิจัย

กรอบการศึกษาของงานวิจัยนี้ มีลำดับขั้นดังนี้

1) ศึกษาวิจัยตามกรอบของ AFAS เพื่อทราบถึงข้อกำหนดต่างๆ ที่มีผลต่อการให้บริการสุขภาพ การรับบริการสุขภาพ และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล

2) จากนั้น นำข้อกำหนดต่างๆ ภายใต้ AFAS มาวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นสามประการ ได้แก่ หนึ่ง ผลกระทบต่อทัศนคติในการจ้างและการให้บริการทางการแพทย์และพยาบาลของผู้บริหารโรงพยาบาล สอง ผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างภาครัฐและเอกชนภายในประเทศของผู้ให้บริการทางสุขภาพ และสาม ผลกระทบต่อการผลิตแพทย์และพยาบาลในประเทศไทย

3) นอกจากนี้ มีการทัศนคติในการจ้างและการให้บริการทางการแพทย์และพยาบาล รวมถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งระหว่างและในประเทศที่จะเกิดขึ้นจาก AFAS ไปวิเคราะห์การผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่มเติมด้วย

4) จากนั้น เป็นการสรุปผลการศึกษาที่ได้ และนำไปประชุมระดมสมองกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้เสียเพื่อขอความเห็นในการปรับปรุงผลการศึกษาและข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาของแพทย์และพยาบาลเพื่อรองรับการมาถึงของ AEC

4 วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยอาศัยข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งวิธีการวิจัยประกอบด้วยการวิจัยเอกสารและการวิจัยภาคสนามในลักษณะการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมระดมสมอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ที่เกี่ยวข้องกับกำลังแรงงานด้านแพทย์ พยาบาล ในประเทศสิงคโปร์ และฟิลิปปินส์และวิเคราะห์การเคลื่อนย้ายแรงงานของแพทย์ พยาบาลและตลาดแรงงาน โดยศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น MED LINE แพทยสภา สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น รวมทั้งแหล่งข้อมูลในประเทศคู่แข่ง จากสมาคมวิชาชีพต่างๆ รวมถึงสถาบันการศึกษา และการติดต่อส่วนบุคคลของทีมวิจัย อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลทุติยภูมิ สามารถทำให้ศึกษาวิเคราะห์ถึงสภาพการแข่งขันของประเทศ เปรียบเทียบกับประเทศคู่แข่งโดยไม่ได้เป็นการทบทวนเพื่อเปรียบเทียบถึงจำนวน (ปริมาณ) ที่แท้จริง เนื่องจากแหล่งข้อมูลมีจำกัดและไม่สมบูรณ์ การทบทวนนี้เพื่อให้อธิบายคำถามวิจัยและทำให้วิจัยตามกรอบการวิจัย เกี่ยวกับการแข่งขันในตลาดแรงงานเท่านั้น

2) การวิเคราะห์ข้อมูลด้านกำลังแรงงาน (อุปทาน) ของแพทย์ และพยาบาลในรอบ 10 ปี (2543-2553) ซึ่งเป็นปีที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ โดยขอข้อมูลจากแพทยสภา

และสภาการพยาบาล เพื่อวิเคราะห์ถึงลักษณะการจ้างงาน การปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลเอกชน ถึงจำนวนแพทย์ พยาบาลต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศ มีแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

3) การจัดทำกรอบการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (stakeholders) ที่สำคัญในประเทศ เช่น สถาบันการศึกษาในแต่ละภาค เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมีข้อถามถึงบทบาทของผู้ถูกสัมภาษณ์ บทบาทขององค์กรต่อระบบบริการสุขภาพ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล (กำลังแรงงาน) ต่อระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่ทำให้ประเทศไทยเป็นที่สนใจในการเข้ามาทำงานหรือลงทุนรวมถึงพัฒนาปรับปรุงกฎระเบียบข้อบังคับ โปรแกรมการศึกษา การอบรม ประเทศใดบ้างที่มีศักยภาพในการส่งแพทย์ พยาบาล เข้ามาทำงานในประเทศและสภาพการแข่งขันของคนไทยในต่างประเทศ คุณสมบัติที่ต้องการ ปัจจัยผลักดัน ปัจจัยดึงดูดของประเทศต่างๆ และของประเทศไทย และประเทศไทยจะเรียนรู้อะไรจากประสบการณ์ การจ้างคนต่างชาติในประเทศ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์

4) การจัดทำกรอบการสัมภาษณ์ลักษณะเดียวกับข้อ 3 โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย ในระดับปฏิบัติงาน เช่น โรงพยาบาลรัฐ และเอกชน แพทย์สภา สภาการพยาบาล และสมาคมวิชาชีพอื่นๆ เช่น สมาคมแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งการสัมภาษณ์ได้มีการบันทึกคำสัมภาษณ์ โดยต้องได้รับการอนุมัติจากผู้ถูกสัมภาษณ์ มีการวิเคราะห์ การสัมภาษณ์และจัดทำรอบและรหัสต่างๆ โดยทีมวิจัย มีการตรวจสอบข้อมูล และหากจำเป็นก็จะทำการสัมภาษณ์ซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการศึกษา

5) การวิเคราะห์ระบบเศรษฐกิจ ระบบบริการสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล กรอบระเบียบ ข้อบังคับ ปริมาณบุคลากรในตลาดแรงงานปัจจุบันมีมากเกินไปหรือขาดแคลน รวมถึงการฉายภาพในอนาคตเมื่อมีการเปิดเสรีการค้าบริการ และการเปิดเสรีทางการศึกษา ซึ่งจะจัดทำกรณีศึกษา 3 ประเทศ คือ ประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศฟิลิปปินส์ การวิจัยไม่ได้มุ่งเน้นในการจัดทำข้อมูลในระดับประเทศ หรือตัวเลขในตลาดแรงงาน แต่เป็นการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ถึงศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ในตลาดแรงงานระหว่างประเทศ การเตรียมพร้อมของสถาบันการศึกษา โปรแกรมหลักสูตรการศึกษา การอบรมต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์

5.1) เพื่อทราบข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับการเข้ามาทำงานของแพทย์และพยาบาล ต่างประเทศ รวมถึงความสามารถในการแข่งขันของบุคลากรแพทย์และพยาบาลไทย

5.2) เพื่อใช้ข้อมูลที่ได้ในการทำความเข้าใจและวิจัยถึงความซับซ้อนของปัจจัยและ สภาพแวดล้อม ที่มีผลต่อแพทย์ และพยาบาล ที่ประสงค์จะทำงานในตลาดแรงงาน

5.3) เพื่อชี้ให้เห็นถึงวิถีทางที่ประเทศไทย จะมีบทบาทต่อทางเลือกในตลาดแรงงาน ของกลุ่มวิชาชีพในขอบเขตของการศึกษาวิจัยนี้ การเข้าใจถึงโอกาสและข้อจำกัดของปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวางแผนกำลังคน และการรับคนเข้าทำงานของระบบ บริการสุขภาพ ตลอดจนประเด็นด้านการให้บริการทางวิชาชีพของคนต่างชาติในประเทศที่จะ ชี้ให้เห็นถึงความไม่สมดุลหรือขาดแคลนด้านกำลังแรงงานระดับวิชาชีพด้านบริการสุขภาพใน ขอบเขตของการศึกษาวิจัยนี้ในประเทศ รวมถึงการลงทุนด้านการศึกษาในการผลิตบุคลากร วิชาชีพด้านบริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาล

5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จของ โครงการ

1) ข้อมูลพื้นฐานด้านแนวทางและกรอบกติกาการเปิดเสรีทางการศึกษาและการเคลื่อน ย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลง การค้าบริการของอาเซียน (AFAS)

2) แนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล ของสิงคโปร์ และ ฟิลิปปินส์ซึ่งเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการแข่งขัน

3) ปัจจัยดึงดูดในประเทศไทยที่มีผลต่อการเข้ามาให้บริการทางวิชาชีพของแพทย์และ พยาบาลต่างชาติในประเทศไทย ภายใต้สภาพการแข่งขันในตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบริการ สุขภาพในประเทศไทยและปัจจัยหลักในประเทศไทยที่ส่งผลต่อการออกไปแข่งขันให้บริการทาง วิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นของแพทย์ และพยาบาลไทย

4) แนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการ สอนด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับทางการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการ สุขภาพ

5) การปรับตัวของสถาบันการศึกษาด้านการแพทย์และพยาบาลของไทย รองรับตลาด
แรงงานทางวิชาชีพด้านบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในบริบทการเปิดเสรีทางการศึกษาและ
การบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียน

บทที่ 2

การเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS)

ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ¹

1 คำนำ

บทนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเอกสารทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเกี่ยวกับการเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นสำคัญๆ ต่อไปนี้ คือ ข้อมูลพื้นฐานการเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ การเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยได้แก่ ข้อผูกพันการเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล และการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ จากนั้นเป็นการนำเสนอผลการศึกษาเกี่ยวกับการเปิดเสรีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน ซึ่งครอบคลุมถึงการเปิดเสรีทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษา และส่วนสุดท้ายเป็นการอภิปรายสรุปเกี่ยวกับแนวทางการเปิดเสรีของประเทศสมาชิกอาเซียนในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน

2 ข้อมูลพื้นฐานการเปิดเสรีในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ที่ส่งผลต่อการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ

ในปัจจุบัน สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations: ASEAN) หรืออาเซียน ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2510 นั้น ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 10 ประเทศ คือ ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ บรูไน ลาว พม่า กัมพูชา และเวียดนาม โดยกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนายกระดับความร่วมมือสู่การเป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community: AC) ภายในปี พ.ศ. 2558 ประกอบด้วยประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Social and Cultural Community: ASCC) และประชาคมความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Security Community: ASC) ตามแถลงการณ์ผู้นำอาเซียน Bali Concord II เมื่อปี 2546 และวิสัยทัศน์อาเซียน 2020 (พ.ศ. 2563)

¹ โดย ศาสตราจารย์ ดร. พัทธราวัลย์ วงศ์บุญสิน

ในการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศได้ตกลงร่วมกันในการกำหนดให้มีการเปิดเสรีการค้าในลักษณะตลาดร่วม (Single Market) ภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจ และเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในเวทีการค้าโลกนั้น การผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพในขอบเขตของการวิจัยนี้ เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีด้านการค้าบริการในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement in Trade and Services: AFAS)² ซึ่งเป็นกรอบกติการั่วๆ ในการขยายความร่วมมือด้านการค้าบริการบางสาขาที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศสมาชิก ลดอุปสรรคด้านการค้าบริการระหว่างประเทศสมาชิก และเปิดตลาดการค้าบริการระหว่างกลุ่มเศรษฐกิจให้มากขึ้น โดยครอบคลุม 4 รูปแบบของการค้าบริการ (Mode of supply) ตามแนวทางของความตกลงการค้าบริการ (GATS) ของ WTO ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 (Mode 1): การให้บริการข้ามพรมแดน เป็นการให้บริการจากพรมแดนของประเทศผู้ให้บริการหรือประเทศแหล่งกำเนิดไปยังพรมแดนของประเทศผู้รับบริการ หรือประเทศที่เป็นลูกค้า โดยผู้ให้บริการยังคงอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิดของตน
- รูปแบบที่ 2 (Mode 2): การบริโภคบริการในต่างประเทศ เป็นลักษณะของการที่ผู้บริโภคจากประเทศหนึ่งเดินทางเข้าไปรับบริการของในพรมแดนของประเทศผู้ให้บริการ
- รูปแบบที่ 3 (Mode 3): การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ เป็นการที่ผู้ให้บริการประเภทนิติบุคคลเข้าไปลงทุนหรือร่วมลงทุนจัดตั้งธุรกิจ เพื่อให้บริการในประเทศผู้รับบริการ หรือประเทศที่เป็นลูกค้า การจัดตั้งธุรกิจอาจทำในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดตั้งบริษัท การจัดตั้งสาขา การจัดตั้งสำนักงานตัวแทน เป็นต้น
- รูปแบบที่ 4 (Mode 4): การให้บริการโดยบุคคล เป็นลักษณะของการที่ผู้ให้บริการประเภทบุคคลธรรมดาเดินทางเข้าไปให้บริการ ในประเทศผู้รับบริการ หรือประเทศที่เป็นลูกค้าลูกค้า

ในปัจจุบัน ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ลงนามพิธีสารอนุวัติข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8 (8th Package)³ เป็นที่เรียบร้อยแล้วไปแล้ว เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2553 ตามแผน

² ASEAN (1995). *ASEAN Framework Agreement on Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

³ ASEAN (2010). *Annex to the Protocol to Implement the Eighth Package of Commitments under ASEAN Framework Agreement on Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

ดำเนินการเพื่อนำไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Blueprint) เป้าหมายสุดท้ายสำหรับการที่ประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งหมดจะต้องดำเนินการคือ⁴

- การให้บริการรูปแบบที่ 1 (Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน) และรูปแบบที่ 2 (Mode 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ) มีการยกเลิกข้อจำกัดทั้งหมด อย่างไรก็ตาม หากมีเหตุผลจำเป็นที่จะต้องคงเงื่อนไขบางประการสำหรับสาขานั้นๆ ก็อาจทำได้
- การให้บริการรูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) หรือการให้นักลงทุนอาเซียนเข้ามาจัดตั้งธุรกิจนั้น ประเทศสมาชิกต้องเปิดให้นักลงทุนอาเซียนเข้ามาจัดตั้งธุรกิจโดยถือหุ้นได้มากขึ้นจนถึงร้อยละ 70% ซึ่งจะเปิดอย่างเป็นขั้นๆ ดังนี้
 - สาขาแร่รัตน (ทองคำ เพชร พลอย หินมีค่า หินอัญมณี หินกึ่งอัญมณี และหินประดับ) : ร้อยละ 49 (พ.ศ. 2549 / ค.ศ. 2006) ร้อยละ 51 (พ.ศ. 2551 / ค.ศ. 2008) และร้อยละ 70 (พ.ศ. 2553 / ค.ศ. 2010)
 - โลจิสติกส์ : ร้อยละ 49 (พ.ศ. 2551 / ค.ศ. 2008) ร้อยละ 51 (พ.ศ. 2553 / ค.ศ. 2010) และร้อยละ 70 (พ.ศ. 2556 / ค.ศ. 2013)
 - สาขาอื่นๆ ที่เหลือ : ร้อยละ 49 (พ.ศ. 2551 / ค.ศ. 2008) ร้อยละ 51 (พ.ศ. 2553 / ค.ศ. 2010) และ ร้อยละ 70 (พ.ศ. 2558 / ค.ศ. 2015)
- การยกเลิกข้อจำกัดการค้าบริการแบบข้ามพรมแดน และเงื่อนไขอื่นๆ ในการจัดตั้งธุรกิจ
- เป้าหมายในการเปิดเสรีดังกล่าวจะมีความยืดหยุ่น (Flexibility) ตามที่สมาชิกตกลงกัน

ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกได้จัดทำตารางข้อผูกพันแล้ว โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้ให้ความยืดหยุ่นกับการปฏิบัติตามเป้าหมายดังกล่าว และเป็นการเปิดตลาดไม่เกินกว่าที่กฎหมายภายในประเทศของแต่ละประเทศสมาชิกกำหนดไว้

อนึ่ง ในการเตรียมการด้านการผลิตบุคลากรในการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลสาขาสุขาพนั้น เกี่ยวข้องทั้งการเปิดเสรีในสาขาแร่รัตน คือ สาขาสุขาพ และสาขาอื่นๆ

⁴ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2555). ข้อเสนอผูกพันการเปิดตลาดการค้าบริการของไทยชุดที่ 8 ภายใต้กรอบความตกลงว่าด้วยการค้าบริการของอาเซียน อ.พ. 8/2555 การประชุมร่วมกันของรัฐสภา สมัยสามัญนิติบัญญัติ. กลุ่มงานบริการวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

คือ สาขาบริการด้านการศึกษา เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับการผลิตบุคลากรเข้าสู่ตลาดแรงงานในวิชาชีพนี้

3 การเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS)

3.1 ข้อผูกพันการเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล

บริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล เป็นเรื่องที่มีการเจรจาภายใต้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาขาบริการเร่งรัดตาม AEC Blueprint ซึ่งมีเป้าหมายที่จะลด/เลิกข้อจำกัดต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการค้าบริการ และให้นักลงทุนจากในภูมิภาคอาเซียนด้วยกันเองมีสัดส่วนการถือหุ้นได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 51 และร้อยละ 70 ภายในปี 2551 และ 2554 ตามลำดับ อีกทั้งต้องมีการยกเลิกข้อจำกัดการเข้าสู่ตลาดประเภทอื่นๆ ทั้งหมด⁵

ทั้งนี้ ประเทศสมาชิกอาเซียน อาศัยการจำแนกสาขาย่อยของบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล ในลักษณะที่สอดคล้องกับแนวทาง Provisional Central Product Classification (CPC) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: U.N.) โดยบริการวิชาชีพด้านการแพทย์จัดอยู่ในส่วนหนึ่งของ CPC 9312 ซึ่งครอบคลุมบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และทันตแพทย์ (Medical & Dental Services) อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้ จำกัดขอบเขตของการนำเสนอการศึกษาเพียงในส่วนของแพทย์เท่านั้น ทั้งนี้ในส่วนของการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ (Medical Services) นั้นจำแนกออกได้อีกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ CPC 93121 ซึ่งครอบคลุมถึงบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (General Medical Services) และ CPC 93122 ซึ่งครอบคลุมถึงบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (Specialized Medical Services)⁶ ส่วนบริการวิชาชีพด้านพยาบาล จัดอยู่ในส่วนหนึ่งของ CPC 93191 ซึ่งหมายถึงบริการวิชาชีพพยาบาล ผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ (Services provided by midwives, nurses, physiotherapists, and para-medical personnel)

บริการสาขาสุขาภาพมีการค้าใน 4 รูปแบบ ได้แก่

⁵ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (2554). *ธุรกิจบริการ: วิชาชีพสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์) Business Services: Health Services (Doctor, Nurse, Dentist)*. ตุลาคม. หน้า 8.

⁶ บริการด้านทันตแพทย์ (Dental Services) จัดอยู่ใน CPC 93123

- รูปแบบที่ 1 (Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน) ได้แก่ การให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ on-line เป็นต้น
- รูปแบบที่ 2 (Mode 2: การบริโภครบริการในต่างประเทศ) ได้แก่ ผู้ป่วยจากประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนเข้ารับบริการในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนได้ เช่น คนไทยไปรักษาที่ประเทศสมาชิกอาเซียนอื่น
- รูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) ได้แก่ การเปิดให้ผู้ให้บริการประเภทนิติบุคคลจากประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนเข้าไปลงทุนหรือร่วมลงทุนจัดตั้งธุรกิจในการบริการทางการแพทย์ในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนได้
- รูปแบบที่ 4 (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล) ได้แก่ การเปิดให้ผู้ให้บริการประเภทบุคคลธรรมดาที่เป็นบุคลากรระดับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้จัดการโรงพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จากประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนเข้ามาให้บริการในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนได้

ตารางที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่า ในข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8 ซึ่งเป็นชุดล่าสุดที่เผยแพร่ต่อสาธารณชนนั้น ประเทศสมาชิกอาเซียนแสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment) แตกต่างกันไปทั้งในส่วนของการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล โดยในส่วนของการบริการด้านแพทย์ ซึ่งจำแนกออกเป็นบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) และบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) นั้น พบว่าบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) มีจำนวนประเทศสมาชิกที่แสดงข้อผูกพัน มากกว่าบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) กล่าวคือ บริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) มี 6 จาก 10 ประเทศสมาชิกที่แสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา ได้แก่ บรูไน ลาว เมียนมาร์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ในขณะที่บริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) มี 7 จาก 10 ประเทศสมาชิกที่แสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา ได้แก่ กัมพูชา อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม ส่วนบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) มี 6 จาก 10 ประเทศสมาชิกที่แสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา ได้แก่ บรูไน อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า ฟิลิปปินส์ เป็นประเทศสมาชิกอาเซียนประเทศเดียวที่ไม่ได้แสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขาสำหรับวิชาชีพที่อยู่ในขอบเขตของการวิจัยนี้เลย กล่าวคือ ไม่ได้แสดงข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขาทั้งบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป

(CPC 93121) บริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) และบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191)⁷

มีข้อสังเกตว่า การเปิดตลาดของประเทศสมาชิกอาเซียนส่วนใหญ่ เป็นการเปิดตลาดภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ที่ประเทศเหล่านั้นกำหนดไว้เป็นการเฉพาะ เช่น ในส่วนของบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) นั้น ข้อผูกพันของอินโดนีเซียจำกัดเฉพาะคลินิกบริการแพทย์เฉพาะทางที่จดทะเบียนสถานพยาบาลโดยมีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะ 3 ทางย่อย/ใหญ่ และสำหรับบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) ข้อผูกพันของอินโดนีเซียจำกัดเฉพาะบริการวิชาชีพด้านพยาบาลเฉพาะทาง ในทำนองเดียวกัน มาเลเซียจำกัดข้อผูกพันสำหรับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) ไว้ 12 ด้าน คือ forensic medicine, nuclear medicine, geriatrics, micro vascular surgery, neurosurgery, cardiothoracic surgery, plastic surgery, clinical immunology & oncology, traumatology, anaesthesiology, intensive care specialist, child psychiatry and physical medicine และสำหรับ บริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) จำกัดเฉพาะบริการวิชาชีพด้านพยาบาลเฉพาะทาง 11 ด้าน คือ intensive care nursing, coronary care nursing, peri-operative nursing, neonatal nursing, pediatric nursing, emergency and trauma care, oncology nursing, gerontology, renal nursing, orthopedic nursing, ophthalmology nursing⁸

ทั้งนี้ จากตารางที่ 2.1 พบว่า ประเทศสมาชิกอาเซียนส่วนใหญ่ รวมทั้งไทย อนุญาตให้คนในชาติเดินทางไปใช้บริการในประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นได้ เห็นได้จากการที่ประเทศสมาชิกอาเซียนส่วนใหญ่ระบุถึงการไม่มีข้อจำกัด (None) ในรูปแบบที่ 2 (Mode 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ) ซึ่งการเปิดตลาดในรูปแบบที่ 2 นี้พบได้มากที่สุดในข้อผูกพัน ตามด้วยรูปแบบที่ 1 (Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน) หรือการที่ผู้ให้บริการสุขภาพจากประเทศแหล่งกำเนิดสามารถให้บริการข้ามพรมแดนเข้ามาในประเทศผู้รับ โดยที่ผู้ให้บริการสุขภาพนั้นยังคงอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิด เช่น การให้บริการผ่านสื่อ อาทิ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ เป็นต้น ในขณะที่ประเทศสมาชิกอาเซียนยังคงกำหนดเงื่อนไขบางประการสำหรับรูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) โดยมีประเทศสมาชิกอาเซียนบางประเทศปรับเงื่อนไขในลักษณะผ่อนปรนมากขึ้น ส่งผลให้ข้อผูกพันสำหรับการจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการในภูมิภาคอาเซียนเป็นในลักษณะของการบริการผ่านธุรกิจร่วมลงทุนกับนิติบุคคลของประเทศผู้รับ

⁷ ASEAN (2010). *Ibid.*

⁸ ASEAN (2010). *Op Cit.*

ด้วยสัดส่วนการลงทุนของต่างชาติที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ไม่เกินร้อยละ 49 ถึงไม่เกินร้อยละ 70 โดยประเทศไทยกำหนดเงื่อนไข ว่าการเข้ามาให้บริการในไทยต้องเป็นนิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศไทยในรูปแบบของบริษัทจำกัด โดยสัดส่วนหุ้นต่างชาติต้องไม่เกิน 70% และดำเนินธุรกิจได้เฉพาะในลักษณะของการร่วมทุนกับนิติบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น คณะกรรมการบริหารนิติบุคคล ซึ่งรวมถึงตำแหน่งด้านการบริหาร หรือตำแหน่งอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน ต้องมีสัญชาติไทย และมีถิ่นที่อยู่ถาวรในไทย รวมทั้งบุคคลหรือผู้แทนของนิติบุคคลที่ทำเรื่องขอใบอนุญาตต้องมีสัญชาติไทย โดยไทยไม่ผูกพันสำหรับมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการอุดหนุน และสิทธิพิเศษเงินลงทุนขั้นต่ำ การได้สิทธิครอบครองและการใช้ที่ดิน มาตรการที่เกี่ยวกับภาษี และข้อจำกัดเรื่องสัญชาติ นอกจากนี้ การบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) และบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) ต้องจัดตั้งในรูปแบบ Out Patient (OP) Clinic ในโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) ต้องจัดตั้งในรูปแบบ Department ในโรงพยาบาลเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน ประเทศสมาชิกอาเซียนมีการระบุในรูปแบบที่ 4 (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล) 3 ลักษณะคือ การระบุไม่ผูกพัน (Unbound) ไม่ผูกพัน ยกเว้นที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป และการระบุเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งสำหรับประเทศไทย นอกจากยังไม่ผูกพันทั้งในการเข้าถึงตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติสำหรับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) แล้ว ยังระบุเงื่อนไขเพิ่มเติมว่าผู้ที่รับผิดชอบในการดำเนินการ ต้องมีใบอนุญาตดำเนินการ (ไม่เกิน 1 แห่ง) และต้องเป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศไทย ส่วนการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) และบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) เป็นไปตามข้อผูกพันทั่วไป โดยมีเงื่อนไขเพิ่มเติมสำหรับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121) ในทำนองเดียวกับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122) ว่า ผู้ที่รับผิดชอบในการดำเนินการต้องมีใบอนุญาตดำเนินการ (ไม่เกิน 1 แห่ง) และสำหรับบริการวิชาชีพด้านพยาบาลวิชาชีพ (CPC 93191) ผู้ยื่นขอใบอนุญาตดำเนินการต้องพำนักในประเทศไทย ถึงแม้ว่า มีเพียงประเทศมาเลเซีย ซึ่งระบุถึงการไม่มีข้อจำกัดไว้ในส่วนของการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ แต่มาเลเซียได้ระบุเงื่อนไขเพิ่มไว้ด้วย ในขณะที่อินโดนีเซีย ระบุสำหรับบริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191) ว่า พยาบาลวิชาชีพต่างชาตินั้น อนุญาตให้เฉพาะผู้ฝึกสอน (Trainer)/ ที่ปรึกษา (Consultant) และไม่สามารถให้บริการด้านการพยาบาลโดยตรงต่อคนไข้ โดยพยาบาลวิชาชีพต่างชาติต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลที่ยังมีผลบังคับใช้ได้ ซึ่งออกโดยกระทรวงสาธารณสุขของอินโดนีเซียและองค์กรวิชาชีพ อีกทั้งกำหนดเงื่อนไขว่าต้องเป็นผู้ที่สามารถพูดและเขียนภาษาอินโดนีเซียในการทำงานได้คล่องแคล่ว ต้องถ่ายทอดความรู้และความสามารถทาง

วิชาชีพแก่พยาบาลอินโดนีเซีย ต้องมีชาวอินโดนีเซียอย่างน้อย 2 คนเป็นผู้รับการถ่ายทอดความรู้ ในช่วงที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนได้หลังจากนั้น ซึ่งถึงแม้ว่า การอนุญาตให้ปฏิบัติหน้าที่นั้นทำได้เพียง 2 ปี แต่สามารถต่ออายุการทำงานได้ นอกจากนี้การบริการวิชาชีพพยาบาล ต้องเป็นส่วนหนึ่งของบริการโรงพยาบาล สำหรับการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านภายหลังเข้ารับการรักษากับโรงพยาบาลต้องได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขของอินโดนีเซีย รวมถึงการได้รับคำรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขของอินโดนีเซียว่าเป็นผู้ฝึกสอน การได้รับใบรับรองจากองค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุขของอินโดนีเซีย (ตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment) ของประเทศสมาชิกอาเซียน ตามข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
บรูไน	1	ไม่มีข้อจำกัด		-		ไม่มีข้อจำกัด	
	2	ไม่มีข้อจำกัด		-		ไม่มีข้อจำกัด	
	3	ไม่มีข้อจำกัด		-		ไม่มีข้อจำกัด	
	4	ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป		-		ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป	
กัมพูชา	1	-		ไม่มีข้อจำกัด		-	
	2	-		ไม่มีข้อจำกัด		-	
	3	-		การบริการอนุญาตผ่านรูปแบบธุรกิจร่วมลงทุนกับนิติบุคคลกัมพูชา	ไม่มีข้อจำกัด	-	
	4	-		ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป		-	
อินโดนีเซีย				เฉพาะคลินิกบริการแพทย์เฉพาะทางที่จดทะเบียนสถานพยาบาลโดยมีบริการแพทย์เฉพาะ 3 ทางย่อย/ใหญ่		เฉพาะบริการวิชาชีพเฉพาะทาง	

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
	1	-		ไม่มีข้อจำกัด			
	2	-		ไม่มีข้อจำกัด			
	3	-		การลงทุนร่วมกับ หุ้นต่างชาติไม่เกิน 70% ยกเว้นใน Makasar และ Manado ไม่เกิน 51%	ตามที่ระบุในข้อผูกพัน ทั่วไป และในเงื่อนไข ทั่วไป (General Condition)	ในพื้นที่ทางตะวันออก ของอินโดนีเซีย (ยกเว้นใน Makasar และ Manado) การ ลงทุนร่วมกับหุ้น ต่างชาติไม่เกิน 49%	ตามที่ระบุในข้อผูกพัน ทั่วไป และในเงื่อนไข ทั่วไป (General Condition)
		-			ผู้ให้บริการวิชาชีพต้อง เป็นชาวอินโดนีเซีย	ใน Medan และ Surabaya ไม่เกิน 51%	ผู้ให้บริการวิชาชีพต้อง เป็นชาวอินโดนีเซีย
					การจัดตั้ง จำกัด เฉพาะที่เมืองหลวงของ จังหวัดต่างๆ ใน อินโดนีเซียตะวันออก		
	4	-		ไม่ผูกพัน		บริการวิชาชีพพยาบาล - ให้บริการโดยผู้ที่มี	พยาบาลวิชาชีพ ต่างชาติ

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
						ใบอนุญาตวิชาชีพซึ่ง ออกโดยกระทรวง สาธารณสุขของ อินโดนีเซีย และ องค์กร/สภาวิชาชีพ - ต้องเป็นส่วนหนึ่ง ของบริการ โรงพยาบาล - สำหรับการพยาบาล ต่อเนื่องที่บ้าน ภายหลังเข้ารับการ รักษากับโรงพยาบาล - รับการตรวจสอบ คุณภาพโดยกระทรวง สาธารณสุขของ อินโดนีเซีย - พยาบาลต้องได้รับ คำรับรอง	- อนุญาตให้เฉพาะผู้ ฝึกสอน (Trainer)/ ที่ ปรึกษา (Consultant) และไม่สามารถ ให้บริการด้านการ พยาบาลโดยตรงต่อ คนไข้ - ต้องมีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพ พยาบาลที่ยังมีผล บังคับใช้ได้ ซึ่งออก โดยกระทรวง สาธารณสุขของ อินโดนีเซียและองค์กร วิชาชีพ - ต้องถ่ายทอดความรู้ และความสามารถทาง วิชาชีพแก่พยาบาล

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
						(Recommendation) ว่าเป็นผู้ฝึกสอน (Trainer) จาก กระทรวงสาธารณสุข ของอินโดนีเซีย ได้รับ ใบรับรอง (Certification) จาก องค์การวิชาชีพและ กระทรวงสาธารณสุข ของอินโดนีเซีย	อินโดนีเซีย - ต้องมีชาว อินโดนีเซียอย่างน้อย 2 คนเป็นผู้รับการ ถ่ายทอดความรู้ในช่วง ที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อ สามารถปฏิบัติหน้าที่ แทนได้หลังจากนั้น - อนุญาตให้ปฏิบัติ หน้าที่ได้เพียง 2 ปี และสามารถต่ออายุ การทำงานได้ - เป็นผู้ที่สามารถพูด และเขียนภาษา อินโดนีเซียในการ ทำงานได้คล่องแคล่ว
มาเลเซีย	1	-		ครอบคลุม forensic medicine, nuclear medicine, geriatrics, micro vascular		เฉพาะบริการวิชาชีพพยาบาลเฉพาะทาง - intensive care nursing, coronary care	

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
				surgery, neurosurgery, cardiothoracic surgery, plastic surgery, clinical immunology & oncology, traumatology, anaesthesiology, intensive care specialist, child psychiatry and physical medicine		nursing, peri-operative nursing, neonatal nursing, pediatric nursing, emergency and trauma care, oncology nursing, gerontology, renal nursing, orthopedic nursing, ophthalmology nursing	
	2	-		ไม่มีข้อจำกัด			
	3	-		ไม่มีข้อจำกัด			
	4	-		การให้บริการ การแพทย์เฉพาะ ทางทำได้โดย บุคคลธรรมดา เท่านั้น	ไม่มีข้อจำกัด	การบริการทำได้โดย บุคคลธรรมดาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้จัดตั้ง กลุ่มปฏิบัติงานร่วม หรือรายปัจเจก	ไม่ผูกพัน
				ไม่ผูกพัน ยกเว้น ตามที่ระบุในข้อ 2a) ของข้อผูกพัน ทั่วไป	- ปฏิบัติงานได้เฉพาะ ในโรงพยาบาลเอกชน ที่มีอย่างน้อย 50 เตียง - ปฏิบัติงานได้เฉพาะ ณ สถานที่ซึ่งระบุไว้	ไม่ผูกพัน ยกเว้นตามที่ ระบุในข้อ 2a) ของข้อ ผูกพันทั่วไป	ปฏิบัติงานได้เฉพาะ ณ สถานที่ซึ่งระบุไว้ การ เปลี่ยนสถานที่ ปฏิบัติงานต้องได้รับ การอนุมัติ

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
					การเปลี่ยนสถานที่ ปฏิบัติงานต้องได้รับ อนุมัติ และ - ไม่อนุญาตให้จัดตั้ง กลุ่มปฏิบัติงานร่วม หรือรายปัจเจก		
ลาว	1	ไม่มีข้อจำกัด				-	
	2	ไม่มีข้อจำกัด				-	
	3	- ต้องร่วมทุนกับผู้ ให้บริการของลาว และสัดส่วนหุ้นที่ถือ โดยต่างชาติต้องไม่ เกิน 49% - ต้องเป็นไปตาม กฎหมายและ กฎระเบียบ ภายในประเทศ	ไม่ผูกพัน	- ต้องร่วมทุนกับผู้ ให้บริการของลาว และสัดส่วนหุ้นที่ ถือโดยต่างชาติ ต้องไม่เกิน 49% - ต้องเป็นไปตาม กฎหมายและ กฎระเบียบ ภายในประเทศ	ไม่ผูกพัน	-	

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
	4	ไม่ผูกพัน				-	
พม่า	1	ไม่มีข้อจำกัด				-	
	2	ไม่มีข้อจำกัด				-	
	3	การลงทุน/จัดตั้งธุรกิจของผู้ให้บริการชาวต่างชาติ อนุญาตให้ทำได้ตาม Union of Myanmar Foreign Investment Law 1988 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ Private Health Care Service 2007 ทั้งนี้ ภายใต้ Union of Myanmar Foreign Investment Law 1988 อนุญาตให้ร่วมทุนกับคนพม่า/วิสาหกิจพม่า โดยมีสัดส่วนหุ้นที่ถือโดยต่างชาติได้ 51% ไม่อนุญาตให้องค์กรและบุคคลต่างชาติเป็นเจ้าของที่ดินในพม่า อย่างไรก็ตาม อาจขอเช่าที่ดินในระยะยาวจากรัฐบาลได้				-	
	4	ไม่ผูกพัน				-	
ฟิลิปปินส์	1	-		-		-	
	2						
	3						
	4						
สิงคโปร์	1	ไม่ผูกพัน	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่ผูกพัน	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่ผูกพัน	ไม่มีข้อจำกัด
	2	ไม่มีข้อจำกัด					

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
	3	ไม่มีข้อจำกัด เว้นแต่ จำกัดจำนวนแพทย์ต่างชาติรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในแต่ละปี โดยขึ้นกับอุปทานของแพทย์ทั้งหมด	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่มีข้อจำกัด เว้นแต่ จำกัดจำนวนแพทย์ต่างชาติรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนในแต่ละปี โดยขึ้นกับอุปทานของแพทย์ทั้งหมด	ไม่มีข้อจำกัด	ไม่มีข้อจำกัด	
	4	ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป	ไม่ผูกพัน	ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป	ไม่ผูกพัน	ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป	ไม่ผูกพัน
ไทย	1	ไม่มีข้อจำกัด					
	2	ไม่มีข้อจำกัด					
	3	ตามที่ระบุใน 3.3. ของข้อผูกพันทั่วไป และต้องจัดตั้งในรูปแบบ Out-patient (OP) Clinic ใน	ผู้ยื่นขอใบอนุญาตดำเนินการ ต้องที่พำนักในประเทศไทย	ตามที่ระบุใน 3.1. ของข้อผูกพันทั่วไป	ไม่มีข้อจำกัด	จะต้องจัดตั้งในรูปแบบ nursing department ในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยสามารถดำเนินการได้หนึ่งแห่งเท่านั้น	ผู้ยื่นขอใบอนุญาตดำเนินการ ต้องที่พำนักในประเทศไทย

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
		โรงพยาบาลเท่านั้น โดยสามารถ ดำเนินการได้หนึ่ง แห่งเท่านั้น					
	4	ตามที่ระบุในข้อ ผูกพันทั่วไป	ตามที่ระบุในข้อผูกพัน ทั่วไป	ไม่ผูกพัน		ตามที่ระบุในข้อผูกพัน ทั่วไป	ตามที่ระบุในข้อผูกพัน ทั่วไป
		เงื่อนไขเพิ่มเติม: ผู้ที่ รับผิดชอบในการ ดำเนินการ ต้องมี ใบอนุญาต ดำเนินการ (ไม่เกิน 1 แห่ง) และต้องเป็นผู้ มีใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพในประเทศไทย	ผู้ยื่นขอใบอนุญาต ดำเนินการ ต้องที่ พำนักในประเทศไทย		เงื่อนไขเพิ่มเติม: ผู้ที่ รับผิดชอบในการ ดำเนินการ ต้องมี ใบอนุญาตดำเนินการ (ไม่เกิน 1 แห่ง) และ ต้องเป็นผู้มีใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพใน ประเทศไทย	ผู้ยื่นขอใบอนุญาต ดำเนินการ ต้องที่ พำนักในประเทศไทย	
เวียดนาม	1	ไม่มีข้อจำกัด					
	2	ไม่มีข้อจำกัด					

ประเทศ	รูปแบบ	ข้อผูกพันเฉพาะในรายสาขา (Sector Specific Commitment)					
	(Mode)	แพทย์				พยาบาล	
		CPC 93121		CPC 93122		CPC 93191	
		Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment	Market Access	National Treatment
	3	ไม่มีข้อจำกัด					
	4	ไม่ผูกพัน ยกเว้น ที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป					

ที่มา: เรียบเรียงจาก ASEAN (2010). *Annex to the Protocol to Implement the Eighth Package of Commitments under ASEAN Framework Agreement on Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

3.2 การจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ

แถลงการณ์บาห์ลีได้รับการรับรองในการประชุมสุดยอดอาเซียน เมื่อ พ.ศ. 2546 โดยครอบคลุมถึงข้อเรียกร้องให้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRA) ด้านคุณสมบัติในบริการด้านวิชาชีพหลักภายในปี 2551 (ค.ศ. 2008) เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีสำหรับ นักวิชาชีพ/แรงงานชำนาญการ/ผู้มีความสามารถพิเศษในอาเซียน

ประเทศสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศได้ร่วมกันลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2549 และข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียน เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2551 ตามลำดับ โดยข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน ได้ระบุถึงความปรารถนาให้ MRA สาขาวิชาชีพพยาบาลที่เป็นรูปแบบสามัญเพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่ความสามารถด้านวิชาชีพโดยส่งเสริมการเคลื่อนย้ายของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนความชำนาญ ประสบการณ์ และ แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของประเทศสมาชิกอาเซียน ในทำนองเดียวกันข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียนระบุถึงความปรารถนาให้ MRA สาขาวิชาชีพแพทย์สร้างความเข้มแข็งแก่ความสามารถด้านวิชาชีพโดยส่งเสริมการเคลื่อนย้ายของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และแลกเปลี่ยนความชำนาญ ประสบการณ์ และ แนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของประเทศสมาชิกอาเซียน;จึงได้ตกลง ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียน ทั้งนี้ในการศึกษาเปรียบเทียบข้อตกลงยอมรับร่วมทั้งสองฉบับ พบว่า ข้อตกลงยอมรับร่วมทั้งสองมีวัตถุประสงค์ทำนองเดียวกัน กล่าวคือ ประกอบด้วย 4 วัตถุประสงค์หลัก โดยมีสาระสำคัญได้แก่ การเป็นข้อตกลงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่การเคลื่อนย้ายผู้ประกอบการวิชาชีพนั้นภายในประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความชำนาญเรื่องมาตรฐานและคุณสมบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการให้บริการวิชาชีพนั้นที่ดีที่สุด และเพื่อเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาและการฝึกฝนของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์และการพยาบาลของอาเซียน

		แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ
วัน เดือน ปี ในข้อตกลงฯ		25 กรกฎาคม 2551	8 ธันวาคม 2549
วัตถุประสงค์		เพื่ออำนวยความสะดวกแก่การเคลื่อนย้ายผู้ประกอบการวิชาชีพนั้นภายในประเทศสมาชิกอาเซียน	

		แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ
		เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความชำนาญเรื่องมาตรฐานและคุณสมบัติ	
		เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการให้บริการวิชาชีพนั้นที่ดีที่สุด	
		เพื่อเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาและการฝึกฝนของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น	
หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพ	หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิก ให้มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพนั้นซึ่งมีรายชื่อที่ระบุต่อไปนี้		
		PMRA	NRA
	บรูไน ดารุสซาราม	คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์	คณะกรรมการกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพ
	กัมพูชา	แพทยสภา	-
		กระทรวงสาธารณสุข	
	อินโดนีเซีย	แพทยสภา	-
		กระทรวงสาธารณสุข	
	ลาว	กระทรวงสาธารณสุข	
	มาเลเซีย	แพทยสภา	คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์
	พม่า	แพทยสภา	สภาพยาบาลและผดุงครรภ์
		กระทรวงสาธารณสุข	
	ฟิลิปปินส์	คณะกรรมการการดำนกฏระเบียบวิชาชีพ	
		คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์	
	สิงคโปร์	แพทยสภา	คณะกรรมการกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล
		คณะกรรมการกำกับดูแลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	-
	ไทย	แพทยสภา	สภาการพยาบาล
		กระทรวงสาธารณสุข	-

		แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ
	เวียดนาม	กระทรวงสาธารณสุข	

ที่มา: เรียบเรียงจาก ASEAN (2007). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services* และ ASEAN (2008). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners*.

ทั้งนี้ ตามข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียนนั้น ครอบคลุมเพียงแพทย์ (Medical Practitioner) และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialist) โดยได้ให้คำนิยามสำหรับแพทย์ไว้ว่า หมายถึง บุคคลธรรมดาที่ผ่านการทดสอบเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และได้รับการประเมินโดยหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ และขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตสำหรับการประกอบวิชาชีพดังกล่าวจากหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ของประเทศแหล่งกำเนิดนั้น เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติทางด้านเทคนิค จริยธรรม และกฎหมาย ที่จะประกอบวิชาชีพแพทย์ ส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง หมายถึง แพทย์ที่ผ่านการทดสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและได้รับการประเมินโดยหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ และขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ของประเทศแหล่งกำเนิด ในขณะเดียวกัน ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน ครอบคลุมเพียงพยาบาลวิชาชีพ (Nurse) ซึ่งตามคำนิยามที่ระบุไว้ในข้อตกลงดังกล่าว นั้น พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง บุคคลธรรมดาที่ผ่านการทดสอบเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและได้รับการประเมินโดยหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาลของประเทศแหล่งกำเนิดเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติทางด้านเทคนิค จริยธรรม และกฎหมาย ที่จะประกอบวิชาชีพพยาบาล และขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตสำหรับการประกอบวิชาชีพดังกล่าวจากหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาลของประเทศแหล่งกำเนิดนั้น ทั้งนี้ คำว่าพยาบาลวิชาชีพไม่รวมถึงพยาบาลเทคนิค (ตารางที่ 2.3)

ตารางที่ 2.3 นิยามและขอบเขตของวิชาชีพแพทย์และพยาบาลตามข้อตกลงยอมรับร่วมฯ

	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	พยาบาลวิชาชีพ
บุคคลธรรมดา	✓	แพทย์	✓
ผ่านการทดสอบเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพนั้น		ผ่านการทดสอบเพื่อ	

	แพทย์ ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	พยาบาล วิชาชีพ
		เป็นผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทาง	
ได้รับการประเมินโดยหน่วยงานผู้มีอำนาจกำกับดูแล ด้านวิชาชีพนั้น	✓	✓	✓
ขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตสำหรับการ ประกอบวิชาชีพดังกล่าวจากหน่วยงานผู้มีอำนาจ กำกับดูแลด้านวิชาชีพนั้นของประเทศแหล่งกำเนิด (Country of Origin)	✓	ขึ้นทะเบียนและ/ หรือได้รับใบอนุญาต ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะทางจาก หน่วยงานผู้มีอำนาจ กำกับดูแลด้าน วิชาชีพแพทย์ของ ประเทศ แหล่งกำเนิด	✓
ว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติทางด้านเทคนิค จรรยาบรรณ และกฎหมาย ที่จะประกอบวิชาชีพนั้น	✓	-	✓

ที่มา: เรียบเรียงจาก ASEAN (2007). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services* และ ASEAN (2008). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners*.

ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียนอำนวยความสะดวกให้แพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีสัญชาติของประเทศสมาชิกอาเซียนหนึ่งและได้ขึ้นทะเบียน (Registration) และ/หรือได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพแพทย์ซึ่งยังมีผลในปัจจุบันในประเทศแหล่งกำเนิดในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน⁹ สามารถสมัครขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในอีกประเทศสมาชิกหนึ่งของอาเซียนในฐานะประเทศผู้รับได้¹⁰ โดยมีสถานภาพเป็นแพทย์

⁹ ประเทศแหล่งกำเนิด (Country of Origin) หมายถึง ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมที่แพทย์มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ ซึ่งยังมีผลในปัจจุบัน

¹⁰ ประเทศผู้รับ (Host Country) หมายถึง ประเทศสมาชิกที่เข้าร่วมที่แพทย์ต่างชาติมาขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพแพทย์

ต่างชาติ (Foreign Medical Practitioner)¹¹ ในประเทศผู้รับนั้น ทั้งนี้ การขึ้นทะเบียน หมายถึง การขอขึ้นทะเบียนและ/หรือการขอใบรับรองและ/หรือการขอรับใบอนุญาตของแพทย์ภายในขอบเขตการดูแล หรือหมายถึงการออกใบรับรองหรือใบอนุญาตให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้สำหรับการประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศแหล่งกำเนิดและ/หรือประเทศผู้รับ

ทั้งนี้ แพทย์ต่างชาติ และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียนและข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน เป็นไปในทำนองเดียวกันเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ครอบคลุมถึงคุณสมบัติด้านคุณวุฒิทางการศึกษา ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพ ก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง หลักปฏิบัติวิชาชีพและความรับผิดชอบ ซึ่งครอบคลุมถึงได้รับใบรับรองว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้าน เทคนิคมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งจากตารางที่ 2.3 เห็นได้ว่า คุณสมบัติด้านประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มีความเข้มงวดมากกว่ากรณีของพยาบาลวิชาชีพ ในส่วนของคุณวุฒิทางการศึกษา ประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพ และหลักปฏิบัติวิชาชีพและความรับผิดชอบ กล่าวคือ กรณีของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้นต้องสำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศผู้รับ การมีประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพไม่น้อยกว่า 5 ปี ต่อเนื่องในประเทศแหล่งกำเนิด และการได้รับการรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ของประเทศแหล่งกำเนิดแพทย์ทั้งในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่นๆ เท่าที่ผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์รับทราบว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้าน เทคนิคมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพ ส่วนพยาบาลวิชาชีพกำหนดไว้เพียงการสำเร็จการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล การมีประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพไม่น้อยกว่า 3 ปีต่อเนื่อง โดยไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นประสบการณ์ในประเทศแหล่งกำเนิดเท่านั้น และการได้รับการรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล (NRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้าน เทคนิคมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศในการประกอบวิชาชีพ

¹¹ แพทย์ต่างชาติ (Foreign Medical Practitioner) หมายถึง แพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีสัญชาติของประเทศสมาชิกอาเซียนและได้ขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศแหล่งกำเนิดและมาสมัครขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ

ทั้งแพทย์ต่างชาติ และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ มีสิทธิ์ที่จะเข้าไปประกอบวิชาชีพนั้นในประเทศผู้รับตามกฎหมายระเบียบภายในของประเทศผู้รับ โดยต้องปฏิบัติตามข้อตกลงตามกฎหมายระเบียบภายใน และเงื่อนไขต่างๆ โดยในกรณีของแพทย์ต่างชาติต้องปฏิบัติตามหลักปฏิบัติวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ที่มีและใช้บังคับโดยผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ของประเทศแหล่งกำเนิดด้วยนอกเหนือจากกฎหมายระเบียบ หรือข้อบังคับใดๆ ภายในของประเทศผู้รับ ข้อกำหนดใดๆ สำหรับโครงการประกันความเสียหายในประเทศผู้รับ และวัฒนธรรมและประเพณีนิยมในประเทศผู้รับ (ตารางที่ 2.4)

ตารางที่ 2.4 เงื่อนไขด้านคุณสมบัติของการเป็นแพทย์ต่างชาติ และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ

		แพทย์ต่างชาติ	พยาบาลวิชาชีพต่างชาติ
นิยามและขอบเขต		แพทย์และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีสัญชาติของประเทศสมาชิกอาเซียน และได้ขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศแหล่งกำเนิด และมาสมัครขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ	พยาบาลวิชาชีพที่มีสัญชาติของประเทศสมาชิกอาเซียนและได้ขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในประเทศแหล่งกำเนิด และมาสมัครขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลในประเทศผู้รับ โดยต้องเป็นไปตามกฎหมายระเบียบในประเทศผู้รับ
เงื่อนไขด้านคุณสมบัติ	คุณวุฒิทางการศึกษา	สำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิด และประเทศผู้รับ	สำเร็จการศึกษาวิชาการพยาบาล
	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังมีผลในปัจจุบัน	
	ประสบการณ์ภาคปฏิบัติวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 5 ปี ต่อเนื่องในประเทศแหล่งกำเนิด	ไม่น้อยกว่า 3 ปีต่อเนื่อง

		แพทย์ต่างชาติ	พยาบาลวิชาชีพต่างชาติ
	ก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต		
	การพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง	ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (CPD) ของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ	
	หลักปฏิบัติวิชาชีพและความรับผิดชอบ: ได้รับใบรับรองว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้านเทคนิคมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพ	จากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดแพทย์ทั้งในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่นๆ เท่าที่ผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) รับทราบ	จากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล (NRA) ของประเทศแหล่งกำเนิด
	เงื่อนไขเพิ่มเติม	ไม่อยู่ในระหว่างการสอบสวนหรือมีคดีความทางกฎหมายที่ยังค้างอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่น และ	ตามที่กำหนด เช่น ต้องแสดงผลตรวจร่างกายหรือผ่านการทดสอบสมรรถภาพ หรือ
	คุณสมบัติ/ข้อกำหนดด้านอื่น ๆ	ตามที่หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพนั้น หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเทศผู้รับเห็นสมควรในการกำหนดคุณสมบัติ ของการขอขึ้นทะเบียน และ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	
สิทธิ์		ขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ ตามกฎระเบียบภายในของประเทศผู้รับ	-
		เข้าไปประกอบวิชาชีพนั้นในประเทศผู้รับตามกฎหมายภายในของประเทศผู้รับ	
หน้าที่	ปฏิบัติสอดคล้องตามกฎระเบียบภายใน และ	หลักปฏิบัติวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ที่มีและ	หลักประเพณีปฏิบัติทางวิชาชีพของท้องถิ่น

		แพทย์ต่างชาติ	พยาบาลวิชาชีพ ต่างชาติ
	เงื่อนไขต่างๆ	ใช้บังคับโดยผู้มีอำนาจ กำกับดูแลด้านวิชาชีพ แพทย์ (PMRA) ของ ประเทศแหล่งกำเนิด	สอดคล้องกับนโยบาย ด้านจรรยาบรรณ และ ความประพฤติที่มีและใช้ บังคับโดยประเทศผู้รับ
		กฎระเบียบ หรือข้อบังคับใดๆ ภายในของประเทศผู้รับ	
		ข้อกำหนดใด ๆ สำหรับโครงการประกันความเสียหายใน ประเทศผู้รับ	
		วัฒนธรรมและประเพณีนิยมในประเทศผู้รับ	

ที่มา: เรียบเรียงจาก ASEAN (2007). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services* และ ASEAN (2008). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners*.

4 การเปิดเสรีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล ในกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS)

งานศึกษาของพัชรวลัย วงศ์บุญสินและคณะ (2556) พบว่า การบริการทางการศึกษาในระดับภูมิภาคอาเซียน อาศัยการจำแนกสาขาย่อยในลักษณะที่สอดคล้องกับแนวทาง Provisional Central Product Classification (CPC) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: U.N.) ซึ่งครอบคลุมสถาบันการศึกษาทุกระดับและทุกระดับ ดังต่อไปนี้¹²

- ระดับประถมศึกษา (Primary Education Services) แบ่งได้เป็น 1) การศึกษาก่อนวัยเรียน แต่ไม่รวมถึงบริการรับเลี้ยงเด็กซึ่งจัดอยู่ในบริการสังคม และ 2) การศึกษาระดับประถมอื่นๆ แต่ไม่รวมถึงบริการหลักสูตรสอนอ่านหนังสือสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งเป็นสาขาย่อยภายใต้บริการการศึกษาผู้ใหญ่
- ระดับมัธยมศึกษา (Secondary Education Services) แบ่งได้เป็น 1) มัธยมศึกษาตอนต้น 2) มัธยมศึกษาตอนปลาย 3) เทคนิคและอาชีวศึกษา และ 4) เทคนิคและอาชีวศึกษาสำหรับคนพิการ

¹² พัชรวลัย วงศ์บุญสินและคณะ (2556). *การพัฒนาบุคลากรและผลิตภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียน ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม*. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ระดับอุดมศึกษา (Higher Education Services) ประกอบด้วย 1) เทคนิคและอาชีวศึกษา ขั้นสูง ซึ่งหมายถึงการศึกษาในระดับอนุปริญญา และ 2) อุดมศึกษาอื่นๆ ซึ่งหมายถึงการศึกษา ในระดับ ปริญญา หรือเทียบเท่า
- การศึกษาผู้ใหญ่ (Adult Education Services) ซึ่งหมายถึงการศึกษาผู้ใหญ่เฉพาะที่อยู่นอกกระบวนการศึกษาปกติรวมถึงการเรียนการสอนผ่านวิทยุและโทรทัศน์
- การศึกษาอื่นๆ (Other Education Services) ซึ่งครอบคลุมบริการด้านการศึกษาอื่นๆ ทั้งหมด แต่ไม่รวมถึงบริการการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสนั่นทางการ เช่น การศึกษาที่สอนโดยโรงเรียนสอนการกีฬา หรือครูสอนพิเศษตามบ้าน

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์และการพยาบาลของอาเซียน กล่าวได้ว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านการแพทย์ และพยาบาล นั้น จัดอยู่ในส่วนของระดับอุดมศึกษาในระดับปริญญา หรือเทียบเท่า เป็นสำคัญ โดยมี 6 จาก 10 ประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีข้อมูลกีดกันการเปิดเสรีการค้าบริการระดับอุดมศึกษา ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม

ทั้งนี้ ในรูปแบบที่ 1 (Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน) และรูปแบบที่ 2 (Mode 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ) นั้น 5 ใน 6 ประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีข้อมูลกีดกันในระดับอุดมศึกษา คือ กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม ได้กำหนดข้อมูลกีดกันการเปิดตลาด และการประติบัติเยี่ยงคนชาติในลักษณะไม่มีข้อจำกัด ในขณะที่มาเลเซีย ระบุมิข้อมูลกีดกันในการเปิดตลาดในรูปแบบที่ 1 ยกเว้น กรณีเป็นข้อบังคับ (requirement) สำหรับการจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ และระบุมิข้อมูลกีดกันโดยไม่มีเงื่อนไข ในการเปิดตลาดรูปแบบที่ 2 ส่วนการประติบัติเยี่ยงคนชาตินั้น มาเลเซีย มิข้อมูลกีดกันทั้งในรูปแบบที่ 1 และรูปแบบที่ 2¹³

สำหรับข้อมูลกีดกันการเปิดตลาดของรูปแบบการค้าบริการรูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) ประเทศสมาชิกอาเซียนส่วนใหญ่ที่มีข้อมูลกีดกันในระดับอุดมศึกษา มีการระบุมิเงื่อนไขเพิ่มเติม โดยมีเพียงประเทศกัมพูชาและเวียดนามที่ระบุมิข้อมูลกีดกันโดยไม่มีเงื่อนไข มาเลเซียมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการร่วมทุน โดยระบุว่า การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการต้องเป็นการร่วมทุนในลักษณะ joint venture เท่านั้น ทั้งนี้ มาเลเซียมีการเพิ่มสัดส่วนเงินทุนต่างชาติเป็นไม่เกิน 51% ในเอกสารชุดที่ 8 จากไม่เกิน 49% ก่อนหน้านั้น ลาวและเมียนมาร์ระบุว่าให้เป็นไปตามข้อมูลกีดกันทั่วไป ส่วนไทยมีการเพิ่มข้อมูลกีดกันจากเอกสารชุดที่ 7 ในประเภทย่อยของการศึกษาระดับอุดมศึกษาในเอกสารชุดที่ 8 ได้แก่ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยอนุญาตให้มี

¹³ พัชรารัตน์ วงศ์บุญสินและคณะ (2556). เพิ่งอ้าง.

สัดส่วนเงินทุนต่างชาติได้ไม่เกิน 70% นอกเหนือจากที่เคยระบุเงื่อนไขเกี่ยวกับสัญชาติของผู้บริหาร กล่าวคือ การกำหนดสัญชาติไทยสำหรับผู้บริหาร (Managing Director) (หากมี) และอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของกรรมการ (Directors) สำหรับการศึกษาเทคนิคและอาชีวศึกษาขั้นสูง และอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของกรรมการมหาวิทยาลัยสำหรับระดับอุดมศึกษาอื่นๆ ส่วนข้อผูกพันการประติบัติเยี่ยงคนชาติของระดับอุดมศึกษารูปแบบที่ 3 นั้น พบการระบุ 3 ลักษณะในประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีข้อผูกพันในระดับอุดมศึกษา คือ ไม่ผูกพัน ไม่ผูกพันยกเว้นตามที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป และผูกพันโดยมีเงื่อนไข ซึ่งในส่วนของไทยเป็นเงื่อนไขเกี่ยวกับสัญชาติของผู้บริหาร กัมพูชากำหนดเงื่อนไขเกี่ยวกับประสบการณ์และวุฒิทางการศึกษาของอาจารย์ชาวต่างชาติ¹⁴

สำหรับรูปแบบการให้บริการรูปแบบที่ 4 (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล) นั้น ประเทศสมาชิกอาเซียนส่วนใหญ่ที่มีข้อผูกพันในระดับอุดมศึกษาเน้นการระบุไม่ผูกพันหรือไม่ผูกพันยกเว้นตามที่ระบุในข้อผูกพันทั่วไป¹⁵

5 อภิปรายสรุปการเปิดเสรีของประเทศสมาชิกอาเซียน

กล่าวโดยรวมได้ว่า แนวทางการแสดงข้อผูกพันการเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล และการเปิดเสรีบริการด้านการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรระดับวิชาชีพนั้น มีจำนวนประเทศที่แสดงข้อผูกพันใกล้เคียงกัน โดยในส่วนของ การเปิดเสรีบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลมี 7 ประเทศ และการเปิดเสรีบริการด้านการศึกษาในระดับอุดมศึกษามี 6 ประเทศ จากประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งหมด 10 ประเทศ ในขณะที่บริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลมีทั้งประเทศสมาชิกที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วที่แสดงข้อผูกพันการเปิดเสรีบริการ การเปิดเสรีบริการด้านการศึกษาในระดับอุดมศึกษานั้นมีเพียงประเทศสมาชิกอาเซียนที่เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่แสดงข้อผูกพันมี อย่างไรก็ตาม การแสดงข้อผูกพันการเปิดเสรีการให้บริการทั้งสำหรับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลและบริการด้านการศึกษาในระดับอุดมศึกษานั้น พบในทิศทางเดียวกัน คือเน้นการเปิดเสรีในรูปแบบที่ 1 (Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน) และรูปแบบที่ 2 (Mode 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ) มากกว่าสำหรับรูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) เห็นได้จากการที่หลายประเทศมีการระบุข้อจำกัดสำหรับรูปแบบที่ 3 และประเทศสมาชิกอาเซียนแทบจะไม่มี การเปิดเสรีในส่วนรูปแบบที่ 4 (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล)

¹⁴ เพิ่งอ้าง.

¹⁵ อ้างแล้ว.

รายการอ้างอิง

ASEAN (1995). *ASEAN Framework Agreement on Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

ASEAN (2007). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

ASEAN (2008). *ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

ASEAN (2010). *Annex to the Protocol to Implement the Eighth Package of Commitments under ASEAN Framework Agreement on Services*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (2554). *ธุรกิจบริการ: วิชาชีพสุขภาพ (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์) Business Services: Health Services (Doctor, Nurse, Dentist)*. ตุลาคม.

พัชรารัตน์ วงศ์บุญสินและคณะ (2556). *การพัฒนาบุคลากรและผลิตภาพบุคลากรเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียน ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม*. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร (2555). *ข้อเสนอผูกพันการเปิดตลาดการค้าบริการของไทยชุดที่ 8 ภายใต้กรอบความตกลงว่าด้วยการค้าบริการของอาเซียน อ.พ. 8/2555 การประชุมร่วมกันของรัฐสภา สมัยสามัญนิติบัญญัติ*. กลุ่มงานบริการวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

บทที่ 3

แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ และการเคลื่อนย้ายแรงงาน ภายในประเทศของแพทย์และพยาบาล หลังการเปิดเสรีอาเซียน¹

1. คำนำ

บทนี้จะการศึกษาถึงแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงปัญหาที่น่าจะเกิดขึ้นทั้งในบริบทระหว่างประเทศ และภายในประเทศ (ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน) หลังจากที่ประเทศไทยจะเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ AEC ในปี พ.ศ.2558 โดยที่เนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อใหญ่ คือ หนึ่ง การเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศ สอง การเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ และ สาม บทสรุปของการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่น่าจะเกิดขึ้น โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาจะนำมาจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย²

2. ทฤษฎีการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงาน นั้นมีอยู่อย่างมากมายในช่วงที่ผ่านมา กล่าวได้ว่า มีวิวัฒนาการอย่างเป็นพลวัตร มีการขยายมุมมองครอบคลุมหลากหลายศาสตร์ เป็นวิวัฒนาการที่เริ่มจากการทำความเข้าใจในภาพรวมในลักษณะกฎสู่การสร้างทฤษฎี และตัวแบบซึ่งมีสูตรการคำนวณเป็นสมการต่างๆ จากมุมมองในเชิงโครงสร้างในระดับมหภาค (Macro) สู่มุมมองเชิงพฤติกรรมระดับจุลภาค (Micro) และความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างกับพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาสู่มุมมองในระดับเมโส (Meso) ในการทำความเข้าใจถึงเหตุปัจจัยที่ส่งผลให้การย้ายถิ่นมีความต่อเนื่อง ซึ่งทฤษฎีเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีอยู่อย่างมากมายนั้น ส่วนใหญ่พัฒนามาจากฐานความคิดที่ว่า การย้ายถิ่นของมนุษย์เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่อาจแยกออกจากการพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แนวคิดที่ว่าด้วยปัจจัยหลักและปัจจัยดึงดูดนั้น ได้แก่ กฎแห่งการย้ายถิ่น (Laws of Migration) ของ Ernst George Ravenstein (1885, 1889) ตัวแบบว่าด้วยแรงโน้มถ่วง (Gravity Model) (พัชรพล วังศัญญสิน 2553)

¹ โดย รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กนดิ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ดำรงพลาสีศรี

² ดูหลักเกณฑ์การจัดทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ในส่วนวิธีการวิจัย

ทฤษฎีพื้นฐานในการตั้งสมมติฐานและวิเคราะห์การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ใช้อ้างอิงในการศึกษานี้มีทั้งสิ้น 2 ทฤษฎี ประกอบไปด้วย หนึ่ง กฎการย้ายถิ่นของราเวนสไตน์ (Ravenstein's Law of Migration) และสอง แบบจำลองดึงดูด (Gravity model)

กฎการย้ายถิ่นของราเวนสไตน์

พัชราวลัย วงศ์บุญสิน (2553) กล่าวว่า “กฎการย้ายถิ่น” เป็นจุดเริ่มต้นของการทำความเข้าใจการย้ายถิ่นอย่างเป็นระบบในลักษณะที่ชี้ให้เห็นถึงแบบแผนและปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการย้ายถิ่น โดยพัชราวลัย วงศ์บุญสิน (2553) ได้ถอดเป็นคำแปลและเรียบเรียงจากงานของ Ravenstein ทั้งสองฉบับ (1885, 1889) ข้างต้น เป็นกฎ 7 ประการโดยไม่เรียงตามลำดับในต้นฉบับเดิม แต่เป็นการเรียงลำดับตามเหตุปัจจัยอันนำไปสู่ทิศทางของกระแสการย้ายถิ่น หรือแบบแผนการย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นในช่วงที่ Ravenstein ทำการศึกษาวิจัย ดังนี้

1) ในบรรดาเหตุปัจจัย ที่ก่อให้เกิดการย้ายถิ่นนั้น แรงจูงใจทางเศรษฐกิจ (economic motive) มีความโดดเด่นมากที่สุด (Dominance): กระแสการย้ายถิ่นนั้นเกิดขึ้นจากปัจจัยหลายประการ เช่น การมีกฎหมายที่ไม่เหมาะสมหรือมีลักษณะบีบบังคับ การเก็บภาษีมาก สภาพอากาศไม่ดึงดูดใจ สภาพแวดล้อมทางสังคมไม่เป็นที่น่าพอใจ และแม้แต่มีสภาพบีบบังคับ (การค้าทาส การข่มขืน) ทว่าขนาดของกระแสการย้ายถิ่นที่เกิดจากเหตุปัจจัยเหล่านั้นไม่อาจเทียบได้กับขนาดของกระแสการย้ายถิ่นที่เกิดจากความปรารถนาที่ซ่อนอยู่ในตัวคนเพื่อให้มีชีวิตที่ดีขึ้นจากมุมมองด้านวัตถุนิยม³

2) ความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบท ทำให้มีการย้ายถิ่นจากเขตชนบทสู่เมือง: ชาวเมืองย้ายถิ่นน้อยกว่าชาวชนบท⁴

3) การพัฒนาอุตสาหกรรมการค้าและเทคโนโลยีทำให้มีการย้ายถิ่นเพิ่มมากขึ้น: การมีวิธีต่างๆ ในการเดินทางไปไหนมาไหนเพิ่มมากขึ้นและการพัฒนาอุตสาหกรรมการค้าทำให้มีการย้ายถิ่นเพิ่มมากขึ้น⁵

³ “Bad or oppressive laws, heavy taxation, an unattractive climate, uncongenial social surroundings, and even compulsion (slave trade, transportation), all have produced and are still producing currents of migration, but none of these currents can compare in volume with that which arises from the desire inherent in most men to “better” themselves in material respects” ตูราเยลเยียดใน Ravenstein (1889). *Ibid.*: 286.

⁴ “The natives of towns are less migratory than those of the rural parts of the country” ตูราเยลเยียดใน Ravenstein. (1885). *Ibid.*: 199.

4) การย้ายถิ่นมักเป็นระยะทางสั้นๆ: ผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ย้ายถิ่นเพียงในระยะทางสั้นๆ⁶ ยิ่งระยะทางเพิ่มมากขึ้น ปริมาณของกระแสการย้ายถิ่นยิ่งน้อยลง⁷ ผู้ย้ายถิ่นในศูนย์กลางแห่งการดูดซับผู้ย้ายถิ่นจะมีจำนวนลดน้อยลงเป็นสัดส่วนกับระยะทางที่เพิ่มขึ้น⁸ ผู้ย้ายถิ่นระยะทางยาวมักนิยมไปยังศูนย์กลางใหญ่ทางพาณิชยกรรมและอุตสาหกรรมแห่งใดแห่งหนึ่ง⁹

5) การย้ายถิ่นมีลำดับขั้นตอน (Step by step): พื้นที่ขนาดใหญ่ ซึ่งมีพรมแดนยาวไกล เอื้อต่อการย้ายถิ่นเข้ามามากกว่าพื้นที่ซึ่งมีขนาดจำกัด¹⁰ การมีประชากรโยกย้ายออกจากพื้นที่หนึ่งๆ เป็นจำนวนมากก่อให้เกิดเป็น “กระแสการย้ายถิ่น” โดยกระแสที่เกิดขึ้นนั้นมุ่งสู่ศูนย์กลางขนาดใหญ่ทางการพาณิชยกรรมและอุตสาหกรรมซึ่งเป็นแหล่งดูดซับผู้ย้ายถิ่นจากแหล่งต่างๆ¹¹ ในการคาดประมาณการย้ายถิ่นนั้น ต้องคำนึงถึง จำนวนประชากรท้องถิ่นของแต่ละประเทศ ที่ส่งป้อนผู้ย้ายถิ่นและจำนวนประชากรในพื้นที่ซึ่งดูดซับผู้ย้ายถิ่นเข้าไปอยู่ด้วย¹² เมื่อผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทรอบๆ พื้นที่เขตเมืองซึ่งมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วโยกย้ายเข้าสู่เมืองนั้นเป็นจำนวนมาก ย่อมมีช่องว่างทางประชากรเกิดขึ้นในชนบทนั้น จากนั้นจึงมีผู้ย้ายถิ่นเข้าไปในชนบทนั้นจากพื้นที่ซึ่งอยู่

⁵ ทั้งนี้ Ravenstein กล่าวไว้ในหน้า 288 ของบทความที่ตีพิมพ์ใน Journal of the Statistical Society ฉบับเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2432 (ค.ศ. 1889) กฎข้อนี้มาจากคำถามที่ว่า การย้ายถิ่นนั้นมีเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ ซึ่งข้าพเจ้า (Ravenstein) เชื่อว่ามีเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากพื้นที่ต่างๆ ที่ข้าพเจ้าทำการศึกษาเปรียบเทียบ ([Does migration increase? I believe so! ... Wherever I was able to make a comparison I found that] an increase in the means of locomotion and a development of manufactures and commerce have led to an increase of migration) ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1889). *Ibid.*: 288.

⁶ “We have proved that] the great body of our migrants only proceed a short distance” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 198.

⁷ “The more distance from the fountainhead which feeds them, the less swiftly do these currents flow” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 191.

⁸ “Migrants enumerated in a ... center of absorption will ... grow less as distance from the center increases” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 199.

⁹ “Migrants proceeding long distances generally go by preference to one of the great centers of commerce and industry” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 199.

¹⁰ “Counties having an extended boundary in proportion to their area, naturally offer greater facilities for an inflow ... than others with a restricted boundary” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 175.

¹¹ “There takes place consequently a universal shifting or displacement of the population, which produces “current of migration,” setting in the direction of the great centers of commerce and industry which absorb the migrants” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 198.

¹² “In forming an estimate of displacements we must take into account the number of natives of each county which furnishes the migrants, as also the population of the ... districts which absorb them” ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 198.

ไกลออกไปเป็นขั้นตอนต่อไป เมื่อเมืองเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็นที่ดึงดูดใจแก่ผู้คนในที่ต่าง ๆ การย้ายถิ่นย่อมเกิดขึ้นได้แม้จากพื้นที่ซึ่งอยู่ไกลสุดของอาณาจักร โดยเป็นการย้ายถิ่นอย่างมีขั้นตอนดังกล่าวกว่าข้างต้น¹³ แม้พื้นที่ซึ่งส่งกระจายผู้ย้ายถิ่นเป็นพื้นที่ ซึ่งมีประชากรจำนวนมากอยู่แล้ว ก็ยังมีการย้ายถิ่นข้ามพรมแดนเข้ามาจากพื้นที่ซึ่งอยู่ไกลโพ้นห่างสุดจากศูนย์ดูดซับผู้ย้ายถิ่นแหล่งใหญ่ ๆ ได้เช่นกัน¹⁴ นอกจากนี้ กระบวนการส่งกระจายผู้ย้ายถิ่นออกไปจากพื้นที่ต้นทาง กับกระบวนการดูดซับผู้ย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในพื้นที่ปลายทาง เป็นกระบวนการที่มีลักษณะทำนองเดียวกัน หากแต่ดำเนินไปในทิศทางที่กลับกัน¹⁵

6) กระแสการย้ายถิ่นก่อให้เกิดกระแสย้อนกลับ: การย้ายถิ่นแต่ละกระแสที่เป็นกระแสหลักย่อมก่อให้เกิดกระแสทวนย้ายถิ่นย้อนเข้ามาทดแทน¹⁶

7) ผู้ย้ายถิ่นระยะสั้นส่วนใหญ่เป็นสตรี¹⁷

¹³ "The inhabitants of the country immediately surrounding a town of rapid growth flock into it; the gaps thus left in the rural population are filled up by migrants from more remote districts, until the attractive force of one of our rapidly growing cities makes its influences felt, step by step, to the most remote corner of the kingdom" ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 199. พัชราวลัย วงศ์บุญสิน (2553) กล่าวว่า หากพิจารณาประกอบกับข้อย่อยถัดไป เห็นได้ว่า ตามแนวคิดของ Ravenstein นั้น การย้ายถิ่นสู่ช่องว่างที่เกิดขึ้นเป็นลำดับขั้นตอนในแต่ละพื้นที่ซึ่งไกลออกไปนั้น รวมถึงพื้นที่ซึ่งอยู่ไกลโพ้นสุดของดินแดนด้วย

¹⁴ "(...even in the case of counties of dispersion, which have a population to spare for other countries, there takes place an inflow of migrants across that border which lies furthest away from the great centers of absorption" ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 191. ทั้งนี้ พัชราวลัย วงศ์บุญสิน (2553) กล่าวว่า คำว่า sending ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันในปัจจุบันนั้น Ravenstein ใช้คำว่า dispersion และคำว่า receiving ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันในปัจจุบันนั้น Ravenstein ใช้คำว่า absorbtion กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ คำว่า dispersion และ absorbtion ไม่เป็นที่นิยมในยุคหลังจากนั้นจนถึงปัจจุบัน นอกจากคำว่า sending และ receiving แล้ว คำว่า origin (ต้นทาง) และ destination (ปลายทาง) ก็เป็นที่นิยมด้วย แต่ไม่อาจแทนกันคำว่า sending และ receiving ได้ในทุกกรณีไป

¹⁵ "The process of dispersion is the inverse of that of absorption, and exhibits similar features" ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 199.

¹⁶ "Each main current of migration produces a compensating counter-current" ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1885). *Ibid.*: 199. พัชราวลัย วงศ์บุญสิน (2553) กล่าวว่า คำว่า Current ซึ่ง Ravenstein ใช้กันในปัจจุบันนิยมใช้คำว่า Stream มากกว่า ในทำนองเดียวกัน คำว่า Counter-current ซึ่ง Ravenstein ใช้กันในปัจจุบันนิยมใช้คำว่า Counterstream มากกว่า

¹⁷ "Females appear to predominate among short-journey migrants" ดูรายละเอียดใน Ravenstein (1889). *Ibid.*: 288.

กฎการย้ายถิ่นนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้อธิบาย การย้ายถิ่นภายในประเทศเป็นสำคัญ ทว่าการที่กฎดังกล่าว สร้างมาจากการศึกษาข้อมูลอย่างเป็นระบบ กฎการย้ายถิ่นนี้จึงถือเป็นประโยชน์ในการเป็นฐานส่วนหนึ่งในการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการย้ายถิ่นข้ามชาติ ทั้งภายในประเทศและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศในเวลาต่อมา รวมถึงการพัฒนาเป็นทฤษฎีและตัวแบบต่างๆ (พัชรราวลัย วงศ์บุญสิน 2553)

แบบจำลองแรงดึงดูด (Gravity model)

แบบจำลองแรงดึงดูดมีสมมติฐานสำคัญว่า การย้ายถิ่นของแรงงานระหว่างภูมิภาคมักจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของระยะทาง ขนาดของภูมิภาคและความแตกต่างในรายได้หรือการเจริญเติบโตระหว่างภูมิภาคในฐานะที่เป็นตัวกำหนดขนาดของการย้ายถิ่น ซึ่ง ฮูเวอร์ (Edgar M. Hoover) ได้สร้างแบบจำลองภายใต้สมมติฐานดังกล่าวตามที่ปรากฏในสมการ (1)

$$M_{AB} = \frac{g P_A P_B (W_B - W_A)}{D_{AB}^2} \quad (1)$$

โดยที่ M_{AB} คือจำนวนการอพยพจากภูมิภาค A ไปยัง B

P คือจำนวนประชากรในภูมิภาค A และ B

W คืออัตราค่าจ้างแรงงานในภูมิภาค A และ B

D_{AB} คือระยะทางระหว่างภูมิภาค A และ B

g เป็นตัวเลขที่มีค่าคงที่ซึ่งขึ้นอยู่กับหน่วยวัดของตัวแปรที่ใช้

แบบจำลองของฮูเวอร์ในสมการ (1) ได้แสดงให้เห็นว่าการย้ายถิ่นจากภูมิภาคหนึ่งไปยังภูมิภาคอื่นๆ (M_{AB}) จะขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญทั้งสามประการ กล่าวคือความแตกต่างในรายได้ (W) และขนาดของประชากร (P) ระหว่างภูมิภาค จะเป็นสัดส่วนโดยตรงต่อการย้ายถิ่นของแรงงานจากภูมิภาคที่มีรายได้ต่ำไปสู่ภูมิภาคที่มีรายได้สูง แต่ระยะทาง (D_{AB}) จะมีสัดส่วนผกผันต่อการย้ายถิ่น เมื่อระยะทางไกลขึ้นจะทำให้ปริมาณการย้ายถิ่นลดลง

แบบจำลองนี้ได้สามารถพัฒนาให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้นได้โดยอาจนำปัจจัยเรื่องอัตราการว่างงาน อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา หรือรายได้เฉลี่ยของประชากรเข้ามาศึกษาแทนอัตราค่าจ้างระหว่างภูมิภาค (วรวิทย์, ม.ป.ป.)

3. วรรณกรรมปริทัศน์

วรรณกรรมปริทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็นสองส่วนใหญ่ ประกอบด้วย หนึ่ง การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างประเทศ และ สอง การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้นำเนื้อหาที่ได้จากการทำวรรณกรรมปริทัศน์นี้ไปใช้ในการสร้างแบบสอบถามและ บทสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลปฐมภูมิเพื่อใช้ในการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยที่ เนื้อหาของวรรณกรรมปริทัศน์มีดังต่อไปนี้

3.1 การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศ

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศนั้น มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อทราบถึงภาพรวมของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป รวมไปถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นทั้งในภาพรวม และในส่วนที่เป็นของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการวิเคราะห์การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านสุขภาพภายในประเทศกลุ่มอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 โดยการศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) ภาพรวมของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศ 2) ลักษณะการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลภายในสหภาพยุโรป และ 3) ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไปทำงานที่ต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทย

3.1.1 ภาพรวมของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลในบริบทโลก

จากงานศึกษาของ Rutten (2009) พบว่า สภาพการเคลื่อนย้ายของแรงงานแพทย์และพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดนั้นจะเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศกำลังพัฒนาไปยังประเทศพัฒนาแล้ว หรือประเทศที่เจริญน้อยกว่าไปยังประเทศที่เจริญมากกว่า โดยกลุ่มประเทศที่มีแรงงานแพทย์และพยาบาลไหลเข้าเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ออสเตรเลีย ไอร์แลนด์ นอร์เวย์ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ส่วนกลุ่มประเทศที่มีแรงงานแพทย์และพยาบาลไหลออกเป็นจำนวนมากได้แก่ ประเทศคิวบา, อินเดีย, อียิปต์, ฟิลิปปินส์รวมถึงประเทศแถบแอฟริกาและแคริบเบียนบางประเทศ สำหรับประเทศที่มีแรงงานแพทย์และพยาบาลไหลเข้าเป็นจำนวนมากนั้น จะมีผลได้ทางเศรษฐกิจ

ในเรื่องของ การได้แรงงานแพทย์และพยาบาลเพิ่มโดยไม่จำเป็นต้องลงทุนด้านการศึกษา แต่จะมีผลเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ แรงงานในประเทศอาจจะถูกแย่งตำแหน่งงานและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาทักษะและรักษาแรงงานจากต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้ว ประเทศที่มีแรงงานไหลเข้าจำนวนมากจะมีผลได้มากกว่าผลเสีย สำหรับผลได้ทางเศรษฐกิจของประเทศที่มีการส่งออกแรงงานแพทย์และพยาบาลคือ เงินที่ส่งกลับประเทศ (Remittance) ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การลดภาระของรัฐบาลในการสร้างตำแหน่งงานสำหรับแรงงานแพทย์และพยาบาลภายในประเทศ เครือข่ายทางวิชาชีพในระยะยาว แรงงานที่มีผลิตภาพดีขึ้น ส่วนผลเสียทางเศรษฐกิจคือ การเข้าถึงและคุณภาพของบริการทางสุขภาพของประชาชนในประเทศที่ลดลง แพทย์และพยาบาลสำหรับใช้ฝึกสอนหรือผลิตแพทย์และพยาบาลรุ่นถัดไปมีน้อยลง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดสำหรับประเทศที่มีแรงงานไหลออกเป็นจำนวนมากแล้ว สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ประเทศที่มีผลได้ทางเศรษฐกิจมากกว่าผลเสียทางเศรษฐกิจคือ ฟิลิปปินส์และอินเดีย เนื่องจากการผลิตแพทย์ได้เกินตำแหน่งงานภายในประเทศเป็นจำนวนมาก มีโรงเรียนแพทย์เป็นจำนวนมากสำหรับรองรับการศึกษาระดับสูงของแพทย์ในประเทศได้ อีกทั้งการเคลื่อนย้ายออกยังเป็นการเคลื่อนย้ายออกแบบชั่วคราว (Temporary Migration) 2) ประเทศที่มีผลเสียทางเศรษฐกิจมากกว่าผลได้ทางเศรษฐกิจคือประเทศแถบแอฟริกา เนื่องจากมีจำนวนโรงเรียนแพทย์ไม่เพียงพอต่อการศึกษาระดับสูงของแพทย์ นอกจากนี้สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ทางการเมืองไม่เอื้ออำนวยให้แรงงานอยู่ภายในประเทศ

3.1.2 ภาพรวมของเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลภายในสหภาพยุโรป

หนึ่งในข้อตกลงของการรวมตัวเป็นกลุ่มสหภาพยุโรปคือ การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานในหลายด้านๆ ซึ่งก่อนปี พ.ศ. 2547 นั้น กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปมีข้อกำหนดให้แรงงานด้านบริการสุขภาพของสมาชิกเดิม 15 ประเทศได้แก่ ออสเตรีย เบลเยียม เดนมาร์ก เยอรมนี กรีซ ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ไอร์แลนด์ อิตาลี ลักเซมเบิร์ก โปรตุเกส สเปน สวีเดน เนเธอร์แลนด์และอังกฤษสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีตามระเบียบที่ชื่อว่า Doctor Directives และ Nurse Directives การเคลื่อนย้ายที่เกิดขึ้นนั้นไม่มีทิศทางที่แน่นอนว่าประเทศใดเป็นประเทศส่งออกแรงงานหรือนำเข้าแรงงานด้านสุขภาพ แต่การเคลื่อนย้ายของแรงงานที่เกิดขึ้นมักจะเป็นการเคลื่อนย้ายไปยังประเทศที่มีภาษาใกล้เคียงกัน เช่น การเคลื่อนย้ายระหว่างเดนมาร์กและนอร์เวย์ หรือ ระหว่างเยอรมนี ออสเตรีย และสวิสเซอร์แลนด์ เป็นต้น (Wiskow, 2006)

อย่างไรก็ตามเมื่อมี 10 ประเทศใหม่ ได้แก่ ไชปรัส สาธารณรัฐเช็ก เอสโตเนีย ฮังการี ลัตเวีย ลิทัวเนีย มอลตา โปแลนด์ สโลวาเกียและสโลวีเนีย เข้าร่วมสหภาพยุโรปเมื่อปี พ.ศ. 2547 กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปเดิม 7 ประเทศ¹⁸ ต่างกำหนดกฎระเบียบในการจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงานบริการสุขภาพของประเทศเหล่านี้มากมาย (ดูได้จากตารางที่ 3.1) เนื่องจากประเทศที่เข้าใหม่เหล่านี้เป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาน้อยกว่า ซึ่งทำให้กลุ่มประเทศสหภาพยุโรปเดิมกังวลถึงคุณภาพของแรงงานเหล่านี้ (Rutten, 2009)

กฎระเบียบเหล่านี้ มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านบริการสุขภาพ เนื่องจากช่วงเวลา ที่สหภาพยุโรปมีการรับประเทศเข้าสหภาพยุโรปเพิ่มเติมเมื่อปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 นั้น Rutten (2009) ได้วิเคราะห์ว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านบริการสุขภาพของประเทศสมาชิกใหม่ เข้าสู่ประเทศสมาชิกเดิมนั้นไม่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่าใดนัก นอกจากนี้ Garcia-Perez, Amaya, & Otero (2007) ยังพบว่าประเทศฝรั่งเศสและเยอรมันไม่ได้มีการเพิ่มขึ้นของแรงงานด้านบริการสุขภาพอย่างชัดเจนหลังจากที่มีการรับประเทศใหม่เข้าสหภาพยุโรป อย่างไรก็ตามประเทศ อังกฤษ สวีเดนและไอร์แลนด์ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่ม 7 ประเทศ ไม่ได้สร้างกฎระเบียบในการจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงานดังเช่นประเทศอื่น เนื่องจากทั้งสามประเทศคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากแรงงานที่จะเคลื่อนย้ายเข้าของสหภาพยุโรปใหม่ (Traser, Byrska, & Napieralski, 2005)

ตารางที่ 3.1 ข้อกำหนดในการทำงานสำหรับชาวต่างชาติของประเทศสหภาพยุโรปเดิม

ประเภทของข้อกำหนด	รายละเอียดของข้อกำหนด
ข้อกำหนดกีดกันแรงงานต่างชาติ (Restrictive Immigration Regime) (เป็นระเบียบของประเทศเบลเยียม ฟินแลนด์ เยอรมนี กรีซ ฝรั่งเศส ลักเซมเบิร์กและสเปน)	แรงงานจากประเทศสมาชิกใหม่จะได้รับอนุญาตให้เข้าทำงานในประเทศได้ก็ต่อเมื่อมีตำแหน่งงานว่างเท่านั้น
ข้อกำหนดกีดกันแรงงานต่างชาติด้วยโควตา (Restrictive Immigration Regime with Quota) (เป็นระเบียบของประเทศออสเตรีย อิตาลี เนเธอร์แลนด์ และโปรตุเกส)	แรงงานจากประเทศสมาชิกใหม่จะได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศด้วยโควตาจำนวนหนึ่ง
ข้อกำหนดการเคลื่อนย้ายทำงานได้โดยทั่วไป (General Access to the Labour Market) (เป็นระเบียบของประเทศไอร์แลนด์และอังกฤษ)	ไม่มีข้อกำหนดกีดกัน แต่จะจำกัดผลประโยชน์ด้านสวัสดิการบางอย่าง และการได้รับอนุญาตให้เข้าทำงานจะขึ้นตรงต่อเงื่อนไขบางประการ

¹⁸ ประเทศประกอบไปด้วย ออสเตรีย, เบลเยียม, เดนมาร์ก, เยอรมนี, กรีซ, ฟินแลนด์, ฝรั่งเศส, อิตาลี, ลักเซมเบิร์ก, โปรตุเกส, สเปนและเนเธอร์แลนด์

ประเภทของข้อกำหนด	รายละเอียดของข้อกำหนด
การเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรี (Free Movement) (เป็นระเบียบของประเทศสวีเดน)	ไม่กำหนดเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น การเคลื่อนย้ายของแรงงานเป็นไปอย่างเสรี

ที่มา: Wiskow (2006)

ในช่วงเวลาที่มีการรับประเทศเข้าสหภาพยุโรปเพิ่มเติม นั้น Traser, Byrska, & Napieralski (2005) ได้ให้รายละเอียดสถานการณ์สำหรับ 3 ประเทศที่ไม่ได้ตั้งเงื่อนไขกีดกันแรงงานต่างชาติไว้ว่า สำหรับไอร์แลนด์นั้น ก่อนหน้าที่สหภาพยุโรปจะเปิดรับสมาชิกใหม่เมื่อปี พ.ศ. 2547 นั้นก็มีแรงงานจากประเทศสมาชิกใหม่ทำงานในประเทศ (โดยเฉพาะ โปแลนด์และ ลิทัวเนีย) เป็นจำนวนมากอยู่แล้ว นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2548 ไอร์แลนด์ยังเป็นประเทศที่แรงงานจากประเทศแถบยุโรปกลางเดินทางไปทำงานมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นภาคการก่อสร้าง ท่องเที่ยว เกษตรกรรม หรือบริการสุขภาพ แม้ว่าแรงงานจากต่างประเทศเหล่านั้นจะติดขัดเรื่องภาษาบ้างก็ตาม ส่วนในประเทศสวีเดนนั้น หลังเดือนพฤษภาคมปี พ.ศ. 2547 ได้มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนคนต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้อาศัยในประเทศถึงร้อยละ 70 โดยเกือบทั้งหมดเป็นประชากรจากประเทศสมาชิกใหม่และสำหรับประเทศอังกฤษนั้นขาดแคลนแรงงานเป็นจำนวนมาก จึงเปิดรับแรงงานประเทศสหภาพยุโรปใหม่จากประเทศฮังการีและโปแลนด์ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นภาคการเกษตร การก่อสร้างหรือแรงงานด้านสุขภาพ ซึ่งสำหรับแรงงานแพทย์นั้น ประเทศอังกฤษมีจำนวนแพทย์จากประเทศสหภาพยุโรปใหม่ย้ายเข้าไปทำงานเป็นจำนวนมาก โดย Wiskow (2006) ได้รายงานไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2547 เพียงปีเดียวนั้น แพทย์จากประเทศโปแลนด์ได้ย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอังกฤษสูงถึง 500 คน ซึ่งมากกว่าปีก่อนหน้าเป็นจำนวนสูงถึง 30 เท่า นอกจากนี้จำนวนแพทย์จากต่างประเทศที่ได้จดทะเบียนกับแพทยสภาของประเทศอังกฤษได้เพิ่มขึ้นรวมเป็นจำนวน 1,000 คนภายในปีเดียวกันนั้นเอง ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนมาจากประเทศยุโรปกลางและตะวันออกซึ่งเป็นประเทศที่เพิ่งเข้าร่วมสหภาพยุโรป

โดยรวมแล้ว รูปแบบการเคลื่อนย้ายแรงงานด้านบริการสุขภาพของสหภาพยุโรปหลังมีการรับประเทศเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2547 นั้น มักจะเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศยุโรปตะวันออกไปยังยุโรปตะวันตกซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้สูงกว่าแพทย์จากประเทศแถบยุโรปตะวันออกไม่ว่าจะเป็นโปแลนด์ สาธารณรัฐเช็ก ลิทัวเนีย หรือฮังการีจำนวนมากต้องการย้ายไปทำงานที่ประเทศแถบยุโรปตะวันตกตัวอย่างเช่น เงินเดือนของแพทย์ในสาธารณรัฐเช็ก น้อยกว่า

ประเทศแถบยุโรปตะวันตกประมาณ 4-8 เท่า (อย่างไรก็ตามยังไม่ได้นำอัตราค่าครองชีพมาร่วมคำนวณด้วย) นอกจากนี้ การว่างงานภายในประเทศสมาชิกใหม่ก็นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้แพทย์ย้ายออกไปทำงานที่ต่างประเทศ แต่การเคลื่อนย้ายอาจไม่ได้มีมากเนื่องจากกฎระเบียบการจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงานและปัจจัยอื่นๆ เช่น ครอบครัว ภาษาและวัฒนธรรม ฯลฯ เป็นต้น (Wiskow, 2006)

3.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศนั้นจะอาศัยผลการศึกษาของ Rutten (2009) เป็นหลัก เนื่องจากเป็นงานศึกษาที่ได้รวบรวมและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลระหว่างประเทศจากงานศึกษาก่อนหน้าเป็นจำนวนมากในบริบททั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นในระดับทวิภาคี และพหุภาคี (สหภาพยุโรป) จึงนับได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานในงานศึกษานี้สามารถเป็นพื้นฐานหลักในการอ้างอิงปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ “โดยทั่วไป” สำหรับแพทย์และพยาบาลได้

ข้อสรุปจากงานศึกษา สามารถแยกแยะออกเป็นปัจจัยสองกลุ่ม นั่นคือกลุ่มปัจจัยผลักดันจากภายในประเทศบ้านเกิด และ กลุ่มปัจจัยดึงดูดจากประเทศเป้าหมายของการไปทำงาน

ปัจจัยผลักดัน- ปัจจัยจากภายในประเทศบ้านเกิด

1. การไม่มีตำแหน่งงานและโอกาสก้าวหน้าทางการทำงาน
2. การขาดโอกาสในการได้รับการฝึกฝนทักษะในระดับสูง
3. การขาดแคลนแหล่งเงินทุนสำหรับงานบริการทางสุขภาพและการทำวิจัย
สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การขาดแคลนสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานสำหรับการให้บริการทางการแพทย์ และส่งผลต่อความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน
4. ค่าตอบแทนต่ำและสิทธิประโยชน์หลังการเกษียณที่ไม่ดี
5. ธรรมชาติของการบริหารจัดการทางสุขภาพขององค์กรที่ไม่ดี
6. ความวุ่นวายทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ไม่ว่าจะเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน ความขัดแย้งในเรื่องชาติพันธุ์ ศาสนาและการเมือง สงครามหรือความล้มเหลวของเศรษฐกิจในประเทศกลุ่มแอฟริกา
7. นโยบายส่งเสริมการส่งออกแพทย์ของรัฐบาลเช่น ประเทศฟิลิปปินส์และอินเดีย
ได้ทำข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศอังกฤษในการว่าจ้างแพทย์และพยาบาล

ปัจจัยดึงดูด – ปัจจัยจากประเทศเป้าหมาย

1. โอกาสในการก้าวหน้าทางการทำงานและการศึกษา
2. แรงจูงใจทางการเงินที่เหมาะสม เงื่อนไขการทำงานที่ปลอดภัยและเงื่อนไขการส่งเงินกลับประเทศที่ดี
3. มีตำแหน่งงานรองรับแรงงานจากต่างประเทศได้
4. ความมีเสถียรภาพทางการเมืองและเศรษฐกิจ
5. มีการช่วยเหลือในการหาโอกาสทางการทำงานและท่องเที่ยว
6. มีภาษา วัฒนธรรมคล้ายคลึงกัน หรือประวัติศาสตร์ในการก่อตั้งหลักสูตรและสถาบันทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างชาติที่เคยมีความสัมพันธ์เชิงอาณานิคม เช่น การเคลื่อนย้ายของแพทย์จากประเทศอินเดียไปยังประเทศอังกฤษ หรือแพทย์จากประเทศแถบแอฟริกาเหนือและแถบตะวันออกกลางไปยังประเทศฝรั่งเศส
7. กรณีที่เป็นการเคลื่อนย้ายออกจากประเทศแบบถาวร (permanent migration) นั้น โอกาสในการเข้าถึงการศึกษา การเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการงานสำหรับเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวของแพทย์และพยาบาลคนนั้นถือว่าเป็นปัจจัยดึงดูดสำคัญอย่างหนึ่ง
8. การผ่อนคลายในเรื่องกฎระเบียบและเงื่อนไขในการเข้าเป็นแพทย์/พยาบาลของประเทศเป้าหมาย เนื่องจากความต้องการแพทย์และพยาบาลจำนวนมากของประเทศเป้าหมาย เช่น การออกวีซ่าพิเศษเข้าสหรัฐเป็นกรณีพิเศษสำหรับแพทย์และพยาบาลชาวฟิลิปปินส์ หรือการเปิดรับแพทย์และพยาบาลจากประเทศยุโรปตะวันออกและยุโรปกลางของประเทศอังกฤษ เป็นต้น

3.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจไปทำงานที่ต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทย

งานศึกษาของ นันทพันธ์, นันทกา, สุภาพร และพิริยลักษณ์ (2555) เป็นการศึกษา ประสพการณ์และกระบวนการ ไปทำงานในต่างประเทศของพยาบาลไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับวิธีเชิงปริมาณจะเป็นการใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Online Questionnaire) จากพยาบาลวิชาชีพไทยที่กำลังทำงานในสถานพยาบาลต่างประเทศ จำนวน 63 คน เพื่อวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลและรายละเอียดของการไปทำงานในสถานพยาบาลต่างประเทศ ส่วนวิธีเชิงคุณภาพ จะเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มพยาบาลที่เคยไปทำงานต่างประเทศ 14 คน และกลุ่มพยาบาลที่มีความสนใจจะเดินทางไปต่างประเทศ 14 คน และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลกลุ่มนี้ 2 คน

ผลลัพธ์ทางสถิติจากแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ได้ให้ข้อสรุปว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลไทยที่กำลังทำงานในต่างประเทศเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-60 ปี อายุขณะเริ่มทำงานพยาบาลวิชาชีพที่ต่างประเทศอยู่ระหว่าง 26-30 ปี จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท โดยส่วนใหญ่ ในระดับปริญญาตรีนั้นจะสำเร็จพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาครัฐเป็นส่วนมาก ก่อนการไปทำงานต่างประเทศเคยทำงานในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สภากาชาดไทย ภาคเอกชน ซึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ จำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ทำงานในประเทศก่อนจะเดินทางไปทำงานต่างประเทศจำนวน 1-5 ปี มีความเชี่ยวชาญสาขา การพยาบาล อายุกรรมและผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน (นันทพันธ์ และคณะ, 2555)

กลุ่มตัวอย่างนี้ใช้ระยะเวลาในการเตรียมตัวไปทำงานต่างประเทศเฉลี่ย 22.3 เดือน ส่วนใหญ่จะสมัครงานด้วยตนเอง และเดินทางเข้าประเทศด้วยวีซ่าจ้างงาน วีซ่าท่องเที่ยว และวีซ่านักเรียน ตามลำดับ โดยประเทศที่พยาบาลไปทำงานมากที่สุดคือ สหรัฐอเมริกา ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพของสถานพยาบาลภาคเอกชนซึ่งเหตุผลที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ตัดสินใจไปทำงานต่างประเทศ 3 อันดับแรก คือ ต้องการประสบการณ์ ค่าตอบแทนที่มากขึ้น การพัฒนาทักษะของตนเอง และการศึกษาต่อ นอกจากนี้กลุ่มพยาบาลที่เคยไปทำงานต่างประเทศและพยาบาลที่มีความสนใจจะเดินทางไปต่างประเทศ ก็นับว่ามีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มพยาบาลที่กำลังทำงานในต่างประเทศ กล่าวคือ มีช่วงอายุที่เดินทางไปทำงานในต่างประเทศอยู่ระหว่าง 26-35 ปี และมีประสบการณ์การทำงานในประเทศไทย ระหว่าง 1-5 ปี ส่วนใหญ่สนใจไปทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา รองลงมาคือกลุ่มประเทศ แอปปูโรป ส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ในภาคเอกชน และในหอผู้ป่วยอายุกรรมและผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน (นันทพันธ์ และคณะ, 2555)

ปัจจัยดึงดูดจากประเทศเป้าหมายหรือแรงจูงใจของกลุ่มพยาบาลในภาพรวม ได้แก่ ค่าตอบแทนหรือรายได้ที่สูงขึ้น ต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ การพัฒนาทักษะของตนเอง และต้องการความก้าวหน้าทางงาน และโอกาสในการศึกษาต่อ และสำหรับปัจจัยที่ผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในภาพรวมไม่ต้องการทำงานต่อในประเทศไทย คือ ระบบการทำงานที่ไม่ดีของสถานพยาบาลไทย กล่าวคือ พยาบาลขาดแคลนความยืดหยุ่นในการจัดสรรเวลาและการจัดเวร ระบบการแบ่งหน้าที่ขาดความชัดเจน มีความรู้สึกถึงความด้อยศักดิ์ศรีในวิชาชีพพยาบาล และความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพอื่นๆโดยที่

ปัจจัยดึงดูดและผลักดันต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานพยาบาลวิชาชีพที่ค้นพบของประเทศไทยนั้น มีความคล้ายคลึงกับกรณีของประเทศอื่นๆ ได้แก่ฟิลิปปินส์ อินเดียและซิมบับเว

อย่างไรก็ตาม การไปประกอบวิชาชีพของพยาบาลไทยที่ต่างประเทศจำเป็นต้องมีเงื่อนไขหลายประการที่ประเทศเป้าหมายกำหนดไว้ หากจะไปประกอบวิชาชีพในประเทศสหรัฐอเมริกา จำเป็นต้องผ่านการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล (National Council Licensure Examination for Registered Nurses – NCLEX-RN) และต้องสอบผ่านการทดสอบทักษะทางภาษา เพื่อให้ได้ใบอนุญาตการทำงาน (Work Permit) สำหรับทำงานชั่วคราว 1-2 ปี แต่หากต้องการทำงานในระยะยาวต้องได้รับวีซ่าถาวร (Green Card) เท่านั้น ส่งผลให้เกิดการจำกัดปริมาณพยาบาลชาวต่างชาติไปโดยปริยาย เงื่อนไขที่เข้มงวดในการไปทำงานของประเทศสหรัฐอเมริกาเกิดจากนโยบายการจ้างงานและภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำของประเทศ (นันทพันธ์ และคณะ, 2555) สำหรับการไปประกอบวิชาชีพในประเทศยุโรปอื่นๆ อาจมีโอกาสดำเนินการวีซ่าสำหรับการทำงานได้ง่ายกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา รวมถึงมีการผ่อนปรนให้ทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาลได้ในกรณีที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ แต่เงื่อนไขของการได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจำเป็นต้องสมัครเรียนหลักสูตรที่สภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของแต่ละประเทศกำหนด รวมถึงการต้องพูดภาษาถิ่นให้ได้ด้วยในกรณีที่ประเทศที่ไปทำงานไม่ใช่ประเทศอังกฤษกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งการทำงานพยาบาลที่ต่างประเทศไม่ว่าจะในประเทศสหรัฐอเมริกาหรือแถบยุโรปส่วนใหญ่จำเป็นต้องอาศัยการเรียนภาษา, การติดต่อเพื่อขอวีซ่า ฯลฯ กระบวนการเหล่านี้ต้องใช้เวลาในการเตรียมตัวและค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่สูงมาก หากไปประเทศสหรัฐอเมริกาอาจจะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 200,000 บาท แต่ถ้าไปประเทศแถบยุโรป เช่น อังกฤษอาจเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า ซึ่งบางรายต้องจ่ายประมาณ 1,000,000 บาท เป็นต้น (นันทพันธ์ และคณะ, 2555)

3.2 การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศนั้นจะมุ่งเน้นไปที่การเคลื่อนย้ายระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยงานศึกษาที่มีจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเลือกและคงอยู่ในสถานพยาบาลของทั้งภาครัฐและเอกชน โดยกลุ่มของงานศึกษาจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ แพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ

3.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานของแพทย์

งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานของแพทย์นั้นแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกจากสถานพยาบาลภาครัฐ และกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกสถานปฏิบัติงาน และการทำงานในเขตชนบท

3.2.1.1 กลุ่มงานศึกษาเรื่องการเลือกสถานปฏิบัติงาน และปัจจัยของการทำงานในเขตชนบทของแพทย์

งานศึกษาของ นงลักษณ์ และคณะ (2555) เกี่ยวกับทัศนคติต่อการเลือกสถานปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานในชนบทของแพทย์จบใหม่งานชิ้นนี้ได้ทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามจากแพทย์จบใหม่ที่ได้จากการสุ่มจำนวน 1,219 คน ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งข้อมูลทางสถิติพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกสถานปฏิบัติงานของแพทย์จบใหม่นั้น ได้แก่สถานปฏิบัติงานต้องไม่ไกลจากภูมิลำเนา สามารถเป็นแหล่งเพิ่มพูนความรู้และทักษะ พร้อมกับการดูแลจากแพทย์พี่เลี้ยง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติงานในชนบทคือ มีภูมิลำเนาในชนบท และจบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค สำหรับแพทย์ที่จบจากโครงการปกติและโครงการชนบทนั้นไม่ได้ส่งผลต่อการเลือกทำงานในชนบทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาผลของการเพิ่มค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ด้วยการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในปี พ.ศ. 2552 ต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท โดยศึกษาข้อมูลของแพทย์ที่ลาออกจากราชการ และแพทย์ที่ย้ายออกจากโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข ประมาณปลายปีของ พ.ศ. 2544 - พ.ศ.2554 ซึ่งผลของการศึกษาข้อมูลสถิติด้วยวิธี Survival Analysis ให้ผลลัพธ์ว่า การเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถเพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ของแพทย์ในชนบทได้ เนื่องจากยังคงพบอัตราการคงอยู่ของแพทย์ในเขตชนบทที่ลดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะมีการเพิ่มค่าตอบแทนแล้ว (นงลักษณ์ และคณะ, 2555)

การศึกษาปัจจัยที่จะดึงดูดแพทย์ให้ทำงานในเขตชนบท โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการทำงานในเขตเมืองและเขตชนบท ด้วยการใช้แบบสอบถามเพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเลือกทำงานในเขตเมืองหรือชนบท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ที่ได้จากการสุ่มจาก 9 จังหวัดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันจำนวน 211 คน แพทย์ทั้งหมดมีประสบการณ์การทำงานไม่เกิน 3 ปี และโดยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง ซึ่งผลการศึกษาที่พบนั้น คือ หากจะให้แพทย์กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกทำงานในเขตชนบทนั้น แพทย์จะต้องได้รับค่าตอบแทนสูงขึ้น,

สถานที่ทำงานต้องอยู่ใกล้ภูมิลำเนาและต้องมีโอกาสศึกษาต่อเฉพาะทาง (นงลักษณ์ และคณะ, 2555)

3.2.1.2 กลุ่มงานศึกษาเรื่องปัจจัยการลาออกจากสถานพยาบาลภาครัฐของแพทย์ ใน พ.ศ.2545-2546

จากงานศึกษาของ ทักษพล (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2544 - 2546 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 วิธี วิธีแรกเป็นการสอบถามแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ. 2544-2545 ด้วยการใช้แบบสอบถามจำนวน 288 คน นั้น ผลการศึกษาได้ค้นพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลาออก คือ ภาระงานที่หนัก นอกจากนี้ ยังค้นพบสาเหตุอื่นๆของการลาออกที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง โดยแพทย์ทั่วไปซึ่งมักเป็นแพทย์อายุน้อยและส่วนใหญ่จะทำงานในโรงพยาบาลชุมชน นั้น มีสาเหตุของการลาออกเนื่องจากต้องการไปศึกษาต่อเฉพาะทาง ส่วนแพทย์เฉพาะทางซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปและส่วนใหญ่อยู่ตามโรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไปจะมีสาเหตุของการลาออกเนื่องจากค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอ และไม่พอใจต่อระบบการบริหารงานของโรงพยาบาล วิธีที่สอง เป็นการสอบถามแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2545-2546 ด้วยวิธีการสอบถามทางโทรศัพท์จำนวน 100 คน ซึ่งได้ผลการศึกษาว่า สาเหตุอันดับหนึ่งสำหรับการลาออกคือการไปเรียนต่อเฉพาะทาง อันดับสองคือความไม่พอใจต่อระบบบริหารงานของภาครัฐ และอันดับสามคือการมีภาระงานที่หนักเกินไป

ทักษพล (2547) ศึกษาสาเหตุของลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2544-2545 โดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานของแพทย์ที่ลาออกจากแพทย์สภาและกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 743 คน ด้วยวิธีการศึกษาจากการพรรณนาและการใช้การทดสอบค่าที (t-test) จากตัวเลขสถิติจากข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาได้บ่งบอกว่า ร้อยละ 50 ของแพทย์ที่ลาออกในช่วงเวลาดังกล่าวมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครและร้อยละ 70 ได้รับการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ส่วนกลาง โดยประเภทของโรงพยาบาลที่แพทย์กลุ่มตัวอย่างลาออกมากที่สุดคือโรงพยาบาลชุมชน และ ร้อยละ 50 ของแพทย์ทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างยังลาออกก่อนเงื่อนไขสัญญาใช้ทุน 3 ปี โดยแพทย์ทั่วไปที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราการปฏิบัติงานครบตามสัญญาใช้ทุนต่ำที่สุด นอกจากนี้ ยังค้นพบว่ากลุ่มแพทย์ที่ปฏิบัติงานราชการเป็นเวลานานก่อนที่จะลาออกนั้นเป็นกลุ่มแพทย์ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ส่วนภูมิภาค และมีภูมิลำเนานอกเขตกรุงเทพมหานคร

3.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานของพยาบาลวิชาชีพ

งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานของพยาบาลวิชาชีพนั้นแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการลาออกและคงอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ และกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในสถานพยาบาลเอกชน

3.2.2.1 กลุ่มงานศึกษาเรื่องปัจจัยในการลาออกและคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลภาครัฐ

ปริศนา, ประสิทธิ์ และปิยธิดา (2554) ได้ศึกษาสัดส่วนและสาเหตุการลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาจากเอกสารย้อนหลัง (Retrospective Study) โดยทบทวนข้อมูลจากฐานบุคลากรและเอกสารใบลาออกของพยาบาลทั้งหมดระหว่างปีงบประมาณ 2544-2553 จากหน่วยการเจ้าหน้าที่คณะแพทยศาสตร์ระยะเวลา 10 ปีจำนวน 351 รายการการศึกษาค้นพบว่า พยาบาลที่ลาออกเป็นพยาบาลที่มีอายุราชการระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งมีสัดส่วนของการลาออกมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้ที่ลาออกทั้งหมดทุกปีที่พบข้อมูล และเหตุผลหลักที่ลาออกคือ การต้องกลับไปดูแลครอบครัว

งานศึกษาของ บงกชพร, บุญทิพย์, สุพิมพ์ และวิไลพร (2554) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 376 คนและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตัวแปรทางสถิติต่างๆ ได้แก่ ความถี่ร้อยละและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมถึงวิธีการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าปัจจัยในการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพมี 3 ประการคือ 1) คือปัจจัยทางด้านรายได้ ซึ่งหมายถึงว่ารายได้ที่ให้แก่ตนเองนั้นสูงเพียงพอต่อการดำรงชีวิต 2) ปัจจัยด้านองค์กร หมายถึงองค์กรที่ทำงานอยู่ด้วยนั้น มีการพัฒนาตนเองตลอดเวลา มีบรรยากาศการทำงานแบบร่วมมือ ทำให้ตนเองรู้สึกมีความสำคัญในองค์กร และที่สำคัญระบบองค์กรแบบราชการช่วยสร้างความมั่นใจต่อการได้รับการจ้างงานเป็นระยะเวลานาน และ 3) ปัจจัยด้านลักษณะงาน หมายถึง งานที่ทำอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์นั้นเปิดโอกาสให้จัดสรรเวลาในการเข้าเวรทำงานที่เหมาะสมกับตนได้และมีการจัดกำลังคนเข้าสู่ตำแหน่งได้เหมาะสมกับความสามารถ

3.2.2.2 กลุ่มงานศึกษาเรื่องปัจจัยในการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลภาคเอกชน

สุรีย์และพนิดา (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่มีขนาดเตียงรับผู้ป่วยตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานครได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จำนวน 293 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือการหาความสัมพันธ์ทางสถิติจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยดึงดูดให้พยาบาลวิชาชีพอยู่โรงพยาบาลเอกชนมีอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะงาน การมีปฏิสัมพันธ์ในหน่วยงาน ค่าตอบแทน และอายุ โดยที่รายละเอียดของแต่ละปัจจัย มีดังต่อไปนี้

ปัจจัยลักษณะงานหมายถึง พยาบาลไม่ลำบากต่อภาระงานที่เป็นอยู่ และพอใจกับนโยบายการพัฒนาของหน่วยงานและ ผู้นำขององค์กรที่เปิดโอกาสให้ตนเองมีอำนาจในการตัดสินใจบางอย่างเกี่ยวกับงานโดยไม่ต้องรอคำสั่งแต่เพียงอย่างเดียว สอง การมีปฏิสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน หมายถึงการที่พยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานแล้วทำให้เกิดความผูกพันและความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานอยู่กับองค์กรต่อไป สาม ค่าตอบแทนที่เหมาะสมเนื่องจากการให้ค่าตอบแทนของโรงพยาบาลเอกชนให้ตามระบบการประเมินความสามารถซึ่งจูงใจให้ทำงานและอยากอยู่ในองค์กรต่อไปและ ปัจจัยเรื่องอายุ นั้นหมายถึง การที่พยาบาลมีอายุมากแล้ว ย่อมมีโอกาสในการเลือกทำงานอื่นน้อยลง อีกทั้งพยาบาลที่มีอายุมากมักจะมีตำแหน่งและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับการคงอยู่ในองค์กร

3.2.2.3 กลุ่มงานศึกษาเรื่องปัจจัยในการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพทั้งใน

สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน

นิชนันท์ (2548) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน จากกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ในงาน โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 150 คนและโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 150 จากนั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Discriminant Analysis) ด้วยวิธีขั้นตอน (Stepwise Method) ซึ่งผลการศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยที่สามารถส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพคงทำงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่ 1) อายุที่มากขึ้น ซึ่งหมายถึง ยิ่งพยาบาลวิชาชีพในระบบราชการมีอายุมากเท่าใด จะยิ่งมีตำแหน่งและค่าตอบแทนสูงขึ้น และมีโอกาสในการออกไปทำงานอื่นได้น้อยลง 2) สวัสดิการที่ให้แก่ข้าราชการ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน และปัจจัยที่สามารถส่งผลให้กลุ่มพยาบาลวิชาชีพคงทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน มีอยู่ 4 ประการ ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมที่ดีและความปลอดภัยในการ

ทำงาน 2) ความสะดวกในการเดินทางไปยังที่ทำงาน 3) ค่าตอบแทนที่สูง และ 4) โอกาสในการก้าวหน้าทางการทำงาน

4. วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยในบทนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed method) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับวิธีเชิงปริมาณจะเป็นการใช้แบบสอบถามจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพลักษณะต่างๆตามที่ต้องการ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศ และระหว่างประเทศ ส่วนวิธีเชิงคุณภาพจะใช้การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งทางคณะผู้วิจัยได้จัดทำหลักเกณฑ์การเก็บข้อมูลทั้งสองรูปแบบเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการตามข้อเท็จจริงมากที่สุด โดยหลักเกณฑ์ในการจัดทำแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์นั้นมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

4.1 หลักเกณฑ์ในการจัดทำแบบสอบถาม

4.1.1 จุดประสงค์ของการจัดทำแบบสอบถาม

งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพทั้งในบริบทระหว่างประเทศและภายในประเทศไทยหลังการมาถึงของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พ.ศ.2558

สำหรับการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ งานวิจัยนี้กำหนดขอบเขตการศึกษาทั้งในมุมมองของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายไปให้บริการทางวิชาชีพในต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย และในมุมมองของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายเข้ามาให้บริการทางวิชาชีพในประเทศไทยของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ ทั้งนี้ แบบสอบถามครอบคลุมปัจจัยหลัก 3 กลุ่ม คือ หนึ่ง กลุ่มปัจจัยภายในประเทศที่ผลักดันให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพย้ายไปประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลต่างประเทศ, สอง กลุ่มปัจจัยจากต่างประเทศที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยไปประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลต่างประเทศนั้นๆ และ สาม กลุ่มปัจจัยที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยยังคงประกอบวิชาชีพอยู่ในสถานพยาบาลภายในประเทศไทย

สำหรับการเคลื่อนย้ายภายในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ หนึ่ง กลุ่มปัจจัยที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานพยาบาลภาครัฐ สอง กลุ่มปัจจัยผลักดันให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เคยทำงานให้กับสถานพยาบาลภาครัฐย้ายไปทำงานใน

สถานพยาบาลภาคเอกชน และ สาม กลุ่มปัจจัยดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานพยาบาลเอกชน สำหรับปัจจัยการเคลื่อนย้ายภายในประเทศในกลุ่มย่อยที่หนึ่ง ครอบคลุมเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาครัฐ ในกลุ่มย่อยที่สองครอบคลุมเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาคเอกชนและเคยมีประสบการณ์ทำงานในภาครัฐ กลุ่มย่อยที่สาม ครอบคลุมเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาคเอกชน

4.1.2 รูปแบบการวิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross section) จากกลุ่มตัวอย่างของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีหลักเกณฑ์เฉพาะในการเลือก ไม่สามารถสุ่มได้ เนื่องจากเห็นได้ว่ากลุ่มปัจจัยย่อยต่างๆที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในหัวข้อข้างต้นนั้นต้องการข้อมูลจากประเภทของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกันออกไป และแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ต้องมีศักยภาพที่จะไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศได้ด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพแบบเจาะจง (Purposive sampling)¹⁹ เฉพาะที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเท่านั้น โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างทั้งสี่ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประการแรก การเลือกกลุ่มตัวอย่างกระจายให้ครบทุกภูมิภาค โดยเก็บตัวอย่างจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนอย่างน้อยภูมิภาคละ 1 แห่ง ประกอบไปด้วย ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้การกระจายตัวอย่างสามารถครอบคลุมประชากรทุกภูมิภาคได้

ประการที่สอง หากเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ ควรเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University hospital network - UHOSNET) และหากเป็นโรงพยาบาลเอกชนควรเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานระดับสากลเช่น JCI (Joint Commission International) หรืออยู่ในระหว่างการทำเรื่องขอ เนื่องจากงานวิจัยนี้พิจารณาเห็นว่า โรงพยาบาลเหล่านี้น่าจะมีบุคลากรที่มีศักยภาพสูงเพียงพอที่จะไปทำงานที่ต่างประเทศได้หลายราย

¹⁹ การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆของผู้วิจัย

ประการที่สาม มีการแยกแยะกลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยและต่างชาติ

ประการที่สี่ ภายใต้กลุ่มตัวอย่างชาวไทยนั้น มีการแยกแยะกลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพออกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้อาจให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศแตกต่างกัน นอกจากนี้ มีการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศในจำนวนที่มากกว่า เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นตัวแทนของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่งานศึกษานี้ตั้งไว้มากกว่า อีกทั้งยังเป็นตัวแทนของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ใหญ่กว่าด้วย

ประการที่ห้า ในกรณีที่ไม่สามารถกระจายแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลที่ผ่านเงื่อนไขในประการที่สองได้ ทางคณะผู้วิจัยพยายามเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกับเงื่อนไขดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้เงื่อนไขการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ต้องการแล้ว ในส่วนของการเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพนั้นมีการกำหนดเป็นจำนวนคงที่โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการได้มาของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ ซึ่งจากข้อมูลใน พ.ศ. 2552 ที่แพทย์ในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 35,789 ราย และพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 120,948 ราย จะทำให้มีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพมากกว่าแพทย์ และเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่โรงพยาบาลที่มีขนาดเพียงมากกว่าจะส่งผลให้มีบุคลากรมากกว่า ทำให้มีข้อสรุปสำหรับการเก็บตัวอย่างดังต่อไปนี้

ประการแรก สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาด 1,000 เตียงขึ้นไปเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 75 ราย และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 100 ราย

ประการที่สอง สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาดเพียงน้อยกว่า 1,000 เตียง มีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 30 ราย และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 50 ราย

ประการที่สาม มีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศอย่างละ 1 ราย จากแต่ละโรงพยาบาลที่มีการเก็บแบบสอบถาม²⁰ สาเหตุที่มีการเลือกเก็บกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 ราย เนื่องจากคณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่าสัดส่วนของแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศน่าจะมีน้อยมาก จากข้อมูลของแพทยสภา ในปี พ.ศ.2555 ได้ระบุว่าจำนวนแพทย์ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 1.1 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ทางแพทยสภาจัดเก็บข้อมูลได้เท่านั้น ดังนั้น หากเปรียบเทียบกับจำนวนการเก็บตัวอย่างแพทย์ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศในแต่ละโรงพยาบาลที่อาจเท่ากับ 30 รายหรือ 75 ราย ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงแล้ว ก็นับได้ว่าการเก็บตัวอย่างแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศเพียง 1 รายเป็นการเก็บจำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างสอดคล้องกับความเป็นจริง

ประการที่สี่ มีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติอย่างละ 1 ราย จากแต่ละโรงพยาบาลที่มีการเก็บแบบสอบถาม เนื่องจากคาดการณ์ว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติทำงานในประเทศไทยน้อยมาก นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ครอบคลุมตัวอย่างแรงงานต่างชาติจากโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น เนื่องจากพิจารณาว่า โรงพยาบาลรัฐไม่น่าจะจ้างแรงงานต่างชาติเหล่านี้

ประการที่ห้า หากแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไม่ถึงเกณฑ์ที่คณะผู้วิจัยกำหนดไว้ข้างต้น งานวิจัยนี้ยึดหลักจำนวนสูงสุดที่โรงพยาบาลนั้นมีไว้เป็นเกณฑ์แทน

การเก็บตัวอย่างที่เกิดขึ้น คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าการตอบรับกลับคืน (Responsive number) จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ข้างต้นร้อยละ 40 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

เครื่องมือที่ใช้สำรวจ คือ แบบสอบถามข้อคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 มาตรา จำนวน 5 แบบสอบถามซึ่งใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ได้แก่ (1) แบบสอบถามแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (2) แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (3) แบบสอบถามแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (4) แบบสอบถามแพทย์

²⁰ คณะผู้วิจัยไม่เลือกเก็บตัวอย่างจากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ เนื่องจากสามารถหากกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ยาก และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาเคยศึกษาปัจจัยการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศจากกลุ่มตัวอย่งนี้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องศึกษากลุ่มตัวอย่างนี้เพิ่มเติม

ชาวต่างชาติ และ (5) แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติ โดยที่คำถามในชุดแบบสอบถามทั้งหมดได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและสอบถามความคิดเห็นจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ

แบบสอบถามที่ (1) และ (2) มีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพยังทำงานในภาครัฐ ส่วนที่สาม ปัจจัยผลักดันให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพย้ายจากภาครัฐไปภาคเอกชน ส่วนที่สี่ ปัจจัยดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพทำงานในภาคเอกชน ส่วนที่ห้า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลักดันแพทย์/พยาบาลวิชาชีพออกจากการทำงานในประเทศ เพื่อไปทำงานยังต่างประเทศ และ ส่วนที่หก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพยังทำงานในประเทศไทย

แบบสอบถามที่ (3) มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแพทย์ระหว่างประเทศ และ ส่วนที่สาม ผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพด้านสุขภาพของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ในปีพ.ศ.2558

แบบสอบถามที่ (4) และ (5) มีทั้งหมดสี่ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายมาทำงานยังประเทศไทย ส่วนที่สาม ผลกระทบของ AEC ในภาพรวม และส่วนที่สี่ ผลกระทบต่อการตัดสินใจเคลื่อนย้ายแรงงานหลังมีการเปิดเสรีเคลื่อนย้ายแรงงานด้านบริการสุขภาพภายใต้ AEC ใน พ.ศ.2558

คำถามในส่วนของข้อคำถามปลายปิด ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศ²¹ โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 ในแต่ละปัจจัย (หากคิดว่าส่งผลน้อยก็ให้คะแนนน้อย และหากส่งผลมากก็ให้คะแนนมาก) หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นแล้ว มีการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาหาค่ากลางชนิดต่างๆของแต่ละปัจจัย เช่น ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน ซึ่งหลักของการวิเคราะห์ค่ากลางที่ได้ คือ หากค่ากลางยังมีค่าสูงแสดงว่าปัจจัยนี้ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานมาก และหากค่ากลางมีค่าต่ำ แสดงว่าปัจจัยส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานน้อย และในส่วนของข้อคำถามปลายเปิดเป็นคำถามเชิงขอทราบความเห็น ซึ่งมีการทำเป็นข้อสรุปแยกไว้จากข้อคำถามปลายปิด

²¹ คำถามเหล่านี้ได้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจทานจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในคณะวิจัยเรียบร้อยแล้ว

4.1.4 สรุปปริมาณแบบสอบถามที่ได้รับ

มีการกระจายแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลภาครัฐและกรุงเทพฯ ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขการเลือกกลุ่มตัวอย่างในทุกภูมิภาค ประกอบไปด้วย กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด จำนวนเป้าหมายที่ต้องการและจำนวนที่เก็บได้จริง

	จำนวน แบบสอบถาม ทั้งหมดที่มีการ แจก (ชุด)	จำนวน แบบสอบถาม เป้าหมายที่คาดว่าจะ ได้รับคืน (ชุด)	จำนวน แบบสอบถาม ที่ได้รับคืน จริง (ชุด)	จำนวน แบบสอบถามที่ ใช้ในการศึกษา (ชุด)
แพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ ทำงานต่างประเทศ	445	178	132	116
พยาบาลวิชาชีพไทยไม่มี ประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	800	320	445	415
แพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ ทำงานต่างประเทศ	15	6	9	9
แพทย์ต่างชาติ	7	3	0	-
พยาบาลวิชาชีพต่างชาติ	7	3	1	1

จากตารางที่ 3.2 เห็นได้ว่าการกระจายแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 กลุ่ม ซึ่งทางคณะผู้วิจัยได้รับจำนวนแบบสอบถามที่สามารถนำไปประมวลผลได้ครบตามเป้าหมาย 2 กลุ่ม และไม่ครบตามเป้าหมาย 2 กลุ่ม กล่าวคือ มีการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศทั้งหมด 445 ชุด มีจำนวนเป้าหมายขั้นต่ำอย่างน้อยคือ ร้อยละ 40 จากจำนวนทั้งหมดซึ่งเท่ากับ 178 ชุด แต่ได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเพียง 116 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 132 ชุด) ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศได้ส่งไปทั้งหมดจำนวน 800 ชุด มีจำนวนเป้าหมายขั้นต่ำคือ 320 ชุด และได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 415 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 445 ชุด) สำหรับแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศนั้นส่งไปทั้งหมด 15 ชุด มีจำนวนขั้นต่ำที่ต้องการเท่ากับ 6 ชุด และได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 9 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 9 ชุด) และมีการส่งแบบสอบถามสำหรับแพทย์และพยาบาล

ชาวต่างชาติไปอย่างละ 7 ชุด ต้องการจำนวนชิ้นต่ำกลับคืน 3 ชุด แต่ไม่ได้รับกลับคืนจากแพทย์ต่างชาติ และได้รับจำนวนตอบกลับจากพยาบาลต่างชาติที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 1 ชุดเท่านั้น (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 1 ชุด) ซึ่งหลังจากการรวบรวมแบบสอบถามที่ใช้ประมวลผลได้จริงทั้งหมดและคำนวณค่าการตอบรับกลับคืน (Responsive number) พบว่ามีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 42.5 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งออกไป

จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนดังกล่าวถูกนำไปประมวลผลและนำไปวิเคราะห์แนวโน้มของระบบบริการสุขภาพและตลาดแรงงานวิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งการตีความข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในจำนวนที่จำกัด เป็นการดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง

4.1.5 วิธีการทดสอบความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์จากแบบสอบถาม

แบบสอบถามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดึงดูดและผลักดัน ทั้งส่วนที่เป็นในประเทศและต่างประเทศนั้นมีการให้กลุ่มตัวอย่างเลือกระดับการส่งผลในแต่ละปัจจัย ซึ่งเป็นตัวเลขจำนวนเต็มตั้งแต่ 0-4 และหลังจากที่ได้แบบสอบถามกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการแล้วทางคณะผู้วิจัยทำการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยจากตัวเลขที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ตอบลงในแบบสอบถาม ซึ่งค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใช้เป็นตัวแทนที่แสดงถึงระดับการส่งผลของปัจจัยนั้นๆของประชากรกลุ่มที่ต้องการศึกษา หากตัวเลขค่าเฉลี่ยของปัจจัยใดมีค่าเข้าใกล้ 0 หมายถึงปัจจัยนั้นมียกระดับการส่งผลที่น้อย และหากตัวเลขมีค่าเข้าใกล้ 4 มากขึ้น ปัจจัยนั้นยังมีระดับการส่งผลที่มาก

อย่างไรก็ตาม ก่อนการนำค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้จากแต่ละปัจจัยไปวิเคราะห์นั้น ได้ทำการทดสอบทางสถิติว่าค่าเฉลี่ยนี้มีความแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ โดยการใช้การทดสอบแบบ t-test หากค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยซึ่งเมื่อคำนวณเป็นค่า t statistics แล้วมีค่าสูงกว่าค่า critical t statistics ที่ระดับนัยสำคัญ 5 เปอร์เซ็นต์ ถือว่าค่าเฉลี่ยของปัจจัยนั้นมีความน่าเชื่อถือทางสถิติ และสามารถยืนยันได้ในระดับหนึ่งว่าเป็นตัวเลขที่สะท้อนถึงระดับการส่งผลของปัจจัยนั้นๆของประชากรได้

4.2 หลักเกณฑ์ในการเลือกโรงพยาบาลสำหรับสัมภาษณ์

4.2.1 จุดประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยในส่วนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวโน้ม ตลอดจนผลกระทบและปัญหาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในบริบทภายในและระหว่างประเทศ ภายหลังจากการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ใน พ.ศ.2558 รวมถึงวิธีการแก้ไข

ปัญหาในแง่ของวิธีการผลิตและปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้สอดคล้องกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพในอนาคตในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในฐานะผู้จ้างแรงงาน

4.2.2 หลักการในการเลือกโรงพยาบาลสำหรับสัมภาษณ์

คณะผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์กับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งผู้บริหารของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากต้องการความเห็นจากผู้จ้างแรงงานจากองค์กรที่มีเป้าหมายแตกต่างกัน โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกสัมภาษณ์ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อย่างน้อยอย่างละหนึ่งแห่งจากจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งในแต่ละภูมิภาคที่น่าจะได้รับผลกระทบจากการเกิดขึ้นของ AEC ทั้งในแง่อุปสงค์ (คนใช้ต่างชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวอาเซียนมาใช้บริการได้สะดวก) และอุปทาน (แรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเดินทางไปทำงานยังประเทศเพื่อนบ้านได้สะดวก) ดังนั้น โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่ทำการสัมภาษณ์ นั้น คณะผู้วิจัยเห็นสมควรกำหนดให้เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการรองรับคนใช้ต่างชาติได้สูง หรือเป็นโรงพยาบาลที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้าน เพราะคนใช้จากประเทศเพื่อนบ้านสามารถเดินทางเข้ามารักษาได้โดยง่าย

ด้วยหลักเกณฑ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเลือกสัมภาษณ์โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ซึ่งในส่วนของภาคกลาง คณะผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยมากที่สุด มีความหนาแน่นของจำนวนโรงพยาบาลต่อประชากรมากที่สุด มีคนใช้ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และแพทย์และพยาบาลวิชาชีพน่าจะมีศักยภาพเพียงพอในการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ สำหรับภาคตะวันออกคณะผู้วิจัยเลือกจังหวัดชลบุรี เนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่เป็นเขตการลงทุนและเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้มีชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากอาศัยอยู่ในบริเวณนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะผู้วิจัยเลือกจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพในแถบอีสานเหนือ มีถิ่นที่ตั้งอยู่ใกล้กับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งทำให้มีคนใช้จากประเทศลาวจำนวนมากเดินทางเข้ามาใช้บริการทางสุขภาพที่จังหวัดนี้ สำหรับภาคเหนือคณะผู้วิจัยเลือกที่จะสัมภาษณ์โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจาก เชียงใหม่เป็นศูนย์กลางทั้งทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพในแถบภาคเหนือของประเทศไทยและมีพรมแดนติดกับประเทศพม่าซึ่งทำให้มีคนใช้ชาวพม่าเข้ามารักษาค่อนข้างมาก

ทางคณะผู้วิจัยไม่เลือกสัมภาษณ์กับผู้บริหารของโรงพยาบาลในภาคใต้ ถึงแม้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศมาเลเซียก็ตาม เนื่องจาก เล็งเห็นว่าประเทศเพื่อนบ้านทางตอนใต้ของไทยอย่างเช่นมาเลเซียและสิงคโปร์มีระบบบริการสุขภาพที่ดี และกำลังดำเนินนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติแข่งขันกับประเทศไทยอยู่แล้ว นอกจากนี้ ความแตกต่างในแง่ของภาษาและวัฒนธรรมน่าจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้คนไข้จากมาเลเซีย สิงคโปร์ หรืออินโดนีเซียที่เข้ามาใช้บริการทางสุขภาพในเมืองไทยไม่น่าเพิ่มขึ้นมากนักหลังการเปิด AEC ยิ่งไปกว่านั้นภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยยังประสบปัญหาความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลในภาคใต้จึงไม่น่าจะได้รับผลกระทบมากนักจาก AEC

4.2.3 สรุปจำนวนโรงพยาบาลที่ทำการสัมภาษณ์

โดยสรุปแล้ว คณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง จังหวัดชลบุรี 1 แห่ง จังหวัดเชียงใหม่ 1 แห่ง และจังหวัดอุดรธานี 1 แห่ง และได้สัมภาษณ์โรงพยาบาลเอกชน ในกรุงเทพฯ 4 แห่ง จังหวัดชลบุรี 1 แห่ง จังหวัดเชียงใหม่ 1 แห่ง และจังหวัดอุดรธานี 1 แห่ง

5. ผลการศึกษา

5.1 การเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศ

แนวโน้มที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจะเคลื่อนย้ายการทำงานระหว่างประเทศหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการของ AEC มีพิจารณาทั้งในแง่ของแรงงานต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย และแรงงานไทยที่จะไปทำงานยังระบบบริการสุขภาพในต่างประเทศ ซึ่งจากการศึกษาทั้งจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

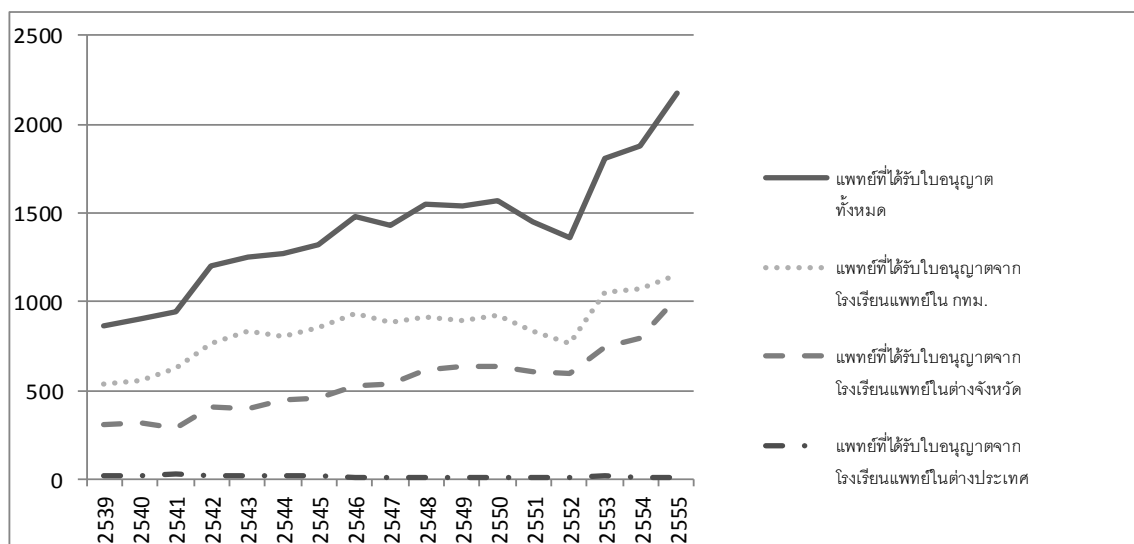
5.1.1 แนวโน้มของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในระบบบริการสุขภาพประเทศไทย

จากแบบสอบถามที่ส่งไปเพื่อเก็บข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติทั้งหมด ทางคณะผู้วิจัยไม่ได้รับการตอบรับแบบสอบถามจากแพทย์ต่างชาติที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยเลย และได้รับแบบสอบถามจากพยาบาลต่างชาติกลับคืนเพียงแค่ 1 ชุด ทั้งนี้ เนื่องจากมีชาวต่างชาติทำงานอยู่ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นจำนวนที่น้อยมาก สังเกตได้จากข้อมูลล่าสุดของแพทยสภาในรูปที่ 1 ที่แสดงให้เห็นได้ว่า จำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาจาก

โรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศนั้นมีสัดส่วนที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับจำนวนทั้งหมด หรือเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตจากโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดก็ตาม

ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2555 กลุ่มแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตจากโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศคิดเป็นเพียงร้อยละ 0.5 ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตทั้งหมด ซึ่งในบรรดาแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศเหล่านี้ย่อมมีทั้งแพทย์ชาวต่างชาติและแพทย์ชาวไทยรวมอยู่ในนั้น ดังนั้น แพทย์ชาวต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยย่อมมีสัดส่วนที่น้อยยิ่งกว่า ร้อยละ 0.5 ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยทั้งหมด ในส่วนของพยาบาลนั้นไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกันกับแพทย์แต่คาดว่าจะมีจำนวนพยาบาลชาวต่างชาติที่ทำงานในไทยน้อยมากเช่นกัน เนื่องจากทั้งแพทยสภาและสภาการพยาบาลมีการตั้งกฎระเบียบที่เข้มงวดในการที่จะออกใบอนุญาตแก่แรงงานชาวต่างชาติในการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในประเทศไทย ทำให้เกิดปัญหาในการเก็บข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลชาวต่างชาติที่กำลังทำงานอยู่ภายในประเทศไทยในขณะนี้

รูปที่ 1 จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ.2539-2555



ที่มา: แพทยสภา

ในส่วนของแบบสอบถามที่เก็บจากพยาบาลชาวต่างชาติได้ 1 รายนั้น สามารถนำไปสู่การสรุปข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลต่างชาติผู้นี้ได้ดังที่แสดงในตารางที่ 3.3 ผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นพยาบาลเพศหญิง อายุ 25 ปี จบการศึกษาทั้งระดับปริญญาตรีและเฉพาะทางจากประเทศ

ฟิลิปปินส์ ปัจจุบันมีตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่บริการลูกค้าต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น²² และทำงานในประเทศไทยมา 1 ปี 6 เดือน โดยก่อนหน้านี้มีประสบการณ์การทำงานที่ประเทศฟิลิปปินส์เป็นระยะเวลา 3 ปี

ตารางที่ 3.3 ลักษณะของพยาบาล(เจ้าหน้าที่ติดต่อสื่อสาร) ชาวต่างประเทศที่ทำงานในประเทศไทย

อายุ	25 ปี
เพศ	หญิง
ประเทศบ้านเกิด	ฟิลิปปินส์
สถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรี	University of ST-LA Salle, Balcolod
ประเทศที่ตั้งของสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรี	ฟิลิปปินส์
สถาบันการศึกษาระดับปริญญาโท	N.A.
สถาบันการศึกษาเฉพาะทาง	Corazon Locsina Memorial Regional Hospital
ประเทศที่ตั้งของสถาบันการศึกษาเฉพาะทาง	ฟิลิปปินส์
สาขาเฉพาะทาง	Medical & Special Core
ตำแหน่ง	พนักงานต้อนรับลูกค้านานาชาติ
แผนก	ลูกค้านานาชาติ
จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล	ขอนแก่น
ประสบการณ์ทำงานทั้งหมด	4 ปี 6 เดือน
ประสบการณ์ทำงานในประเทศบ้านเกิด	3 ปี
ประสบการณ์ทำงานในประเทศไทย	1 ปี 6 เดือน
สถานะการอยู่อาศัยในประเทศไทย	ชั่วคราว เนื่องจากต้องทำการต่อวีซ่าทุกปี

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้พยาบาลต่างชาติผู้นี้เดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย ดังแสดงใน ตารางที่ 3.4 พบว่าค่าตอบแทนที่ค่อนข้างต่ำและสภาพการแข่งขันที่สูงของตลาดพยาบาลวิชาชีพในประเทศฟิลิปปินส์เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ส่งผลในการผลักดันพยาบาลผู้นี้ให้

²² จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนหลายโรงพยาบาล พบว่าพยาบาลที่มาจากต่างประเทศโดยส่วนใหญ่มักจะมาปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ในการแบ่งเบาภาระงานบางส่วนของพยาบาลวิชาชีพไทยเท่านั้น เนื่องจากพยาบาลต่างประเทศเหล่านี้ไม่สามารถสอบผ่านเงื่อนไขการได้ใบประกอบวิชาชีพพยาบาลไทยได้ ตัวอย่างเช่นการมาทำหน้าที่ในแผนกลูกค้าสัมพันธ์เพื่อต้อนรับและอำนวยความสะดวกแก่ลูกค้าชาวต่างชาติ มาทำหน้าที่ในการสื่อสารภาษาอังกฤษไม่ใช่เฉพาะกับลูกค้าเท่านั้นแต่กับบริษัทประกันในต่างประเทศเพื่อประสานงานในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับลูกค้าชาวต่างชาติ

ออกมาทำงานนอกประเทศ และจะพบว่าปัจจัยในเรื่องของสภาพแวดล้อมในการทำงานและการสนับสนุนการทำวิจัยของประเทศไทยคือปัจจัยหลักที่ส่งผลให้พยาบาลผู้นี้ตัดสินใจเข้ามาทำงานในประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หนึ่ง ในประเทศฟิลิปปินส์มีตำแหน่งงานรองรับที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนพยาบาลที่ผลิตออกมาและทางโรงพยาบาลในประเทศฟิลิปปินส์ยังมีการเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่ายบางส่วนจากพยาบาลสำหรับการใช้สถานที่ในการสร้างประสบการณ์การทำงาน และ สอง ประเทศไทยมีค่าครองชีพที่ค่อนข้างต่ำ และเป็นพื้นที่ที่สามารถเดินทางไปท่องเที่ยวยังประเทศเพื่อนบ้านได้อย่างสะดวก

ตารางที่ 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลให้พยาบาลชาวต่างประเทศเข้ามาทำงานในประเทศไทย

	ปัจจัยผลักดันจากฟิลิปปินส์ที่ทำให้ตัดสินใจมาทำงานในไทย	ปัจจัยดึงดูดจากไทยที่ทำให้ตัดสินใจมาทำงานในไทย
ค่าตอบแทน	4	2
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	0	4
ได้ฝึกทักษะระดับสูง	2	2
การสนับสนุนการทำวิจัย	2	4
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	0	2
สภาพการแข่งขันในวิชาชีพที่รุนแรง	4	0
ความวุ่นวายทางการเมือง	2	N.A.
กฎระเบียบจากองค์กรวิชาชีพและรัฐบาล	0	2
ความชื่นชอบประเพณี, วัฒนธรรม และแหล่งท่องเที่ยวไทย	N.A.	2
นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของไทย	N.A.	2
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล		

แม้ว่าประเทศไทยมีปัจจัยนำดึงดูดสำหรับพยาบาลชาวต่างชาติในแง่ของสภาพแวดล้อมการทำงานและการสนับสนุนในด้านการวิจัย แต่ข้อมูลที่ได้นั้นมาจากความเห็นของบุคคลเพียงรายเดียว ซึ่งยังไม่สามารถสะท้อนว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ามาทำงานของชาวต่างชาติได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้อุปสรรคสำคัญที่สุดสำหรับชาวต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในวิชาชีพบริการสุขภาพในไทยที่เห็นได้ชัด แม้จะมี AEC เกิดขึ้นแล้วก็ตาม คือการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย ดังนั้นด้วยอุปสรรคทางด้านภาษาจึงทำให้แนวโน้มของแรงงานชาวต่างชาติทั้งแพทย์และพยาบาลที่จะเข้ามาทำงานยังประเทศไทยในอนาคตก็ยังคงมีอยู่อย่างจำกัดเช่นเดิม ซึ่งจากการทบทวนกรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) ในด้านการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล ได้ค้นพบว่าประเทศสมาชิกอาเซียนรวมไปถึงประเทศไทยแทบจะไม่มีเปิดเสรีในรูปแบบที่ 4 เลย (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล) ดังนั้นการเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแรงงานจากประเทศภายในกลุ่มอาเซียนในด้านการบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลดูเหมือนว่าจะยังไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญที่สุดในบริบทของประเทศไทย

5.1.2 แนวโน้มของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่จะออกไปทำงานในระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในประเด็นนี้ ได้นำมาจากความเห็นของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ, แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ และจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนตามลำดับ

5.1.2.1 แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

ตารางที่ 3.5 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศจากแบบสอบถามทั้งหมด 116 ราย โดยรวมแล้วเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 37 ปี เพศหญิงร้อยละ 55 และเพศชายร้อยละ 45 เกินกว่าครึ่งมีภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัด ในส่วนของสถานที่ทำงานประมาณร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉลี่ยมีประสบการณ์การทำงานประมาณ 13 ปี และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐที่มีชื่อเสียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ร้อยละ 28 ของกลุ่มตัวอย่างมีเงินเดือนอยู่ในช่วง 50,000-100,000 บาท และร้อยละ 47 มีเงินเดือนประมาณ 100,000-250,000 บาท

ตารางที่ 3.5 ลักษณะของแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานต่างประเทศ

	สถิติเชิงพรรณนา
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	37 ปี
เพศ (ร้อยละ)	หญิง 55% ชาย 45%
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)	กทม. 34% อื่นๆ 66%
ที่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)	กทม. 26% อื่นๆ 74%
ประเภทสถานพยาบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)	รัฐ 34% เอกชน 66%
ประสบการณ์ทำงาน (ค่าเฉลี่ย)	13 ปี ^ก
ประเภทของโรงเรียนแพทย์ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ)	จุฬาฯ, ศิริราชและ รามาธิบดี รวม 48% เชียงใหม่, ขอนแก่น และสงขลานครินทร์ รวม 36% อื่นๆ รวม 16%
เงินเดือน	
- น้อยกว่า 50,000 บาท	13%
- 50,000 – 100,000 บาท	28%
- 100,000 - 250,000 บาท	47%
- 250,000 – 500,000 บาท	10%
- 500,000 บาท ขึ้นไป	1%
- ไม่ตอบ	1%
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	116 ราย
หมายเหตุ: 1) ก แสดงว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 111 ราย	

ตารางที่ 3.6 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศจากแบบสอบถามทั้งหมด 415 ราย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ย 38 ปี เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันอยู่ในต่างจังหวัด ร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างนี้มีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ยประมาณ 15 ปี พบว่าร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจากโรงเรียนพยาบาลภาครัฐ และมีเงินเดือนเฉลี่ยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71) อยู่ที่ประมาณ 20,000-40,000 บาท

ตารางที่ 3.6 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

	สถิติเชิงพรรณนา
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	38 ปี
เพศ(ร้อยละ)	หญิง 98% ชาย 2%
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)	กทม. 6% อื่นๆ 94%
ที่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)	กทม. 22% อื่นๆ 78%
ประเภทสถานพยาบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)	15 ปี ^ก
ประสบการณ์ทำงานในภาครัฐ (ค่าเฉลี่ย)	รัฐ 29% เอกชน 71%
ประเภทของโรงเรียนพยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ)	โรงเรียนพยาบาลภาครัฐ 80% โรงเรียนพยาบาลภาคเอกชน 18% ไม่ตอบ 2%
การมีวุฒิการศึกษาปริญญาโท (ร้อยละ)	มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 19% ไม่มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 78% ไม่ตอบ 3%
การมีวุฒิการศึกษาเฉพาะทาง (ร้อยละ)	มีวุฒิการศึกษาเฉพาะทาง 20% ไม่มีวุฒิการศึกษาเฉพาะทาง 78% ไม่ตอบ 2%
เงินเดือน - น้อยกว่า 20,000 บาท - 20,000 – 40,000 บาท - 40,000 - 60,000 บาท - 60,000 – 100,000 บาท - 100,000 บาท ขึ้นไป - ไม่ตอบ	8% 71% 16.5% 3.5% 0.25% 0.75%
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	415 ราย
หมายเหตุ: 1) ก แสดงว่ามีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 392 ราย	

ในส่วนของการคิดเห็นต่อการเดินทางไปทำงานต่างประเทศของกลุ่มตัวอย่างข้างต้นนั้นจะพบว่า มีเพียงแพทย์และพยาบาลวิชาชีพส่วนน้อยเท่านั้นที่มีความต้องการจะไปทำงานยังต่างประเทศ กล่าวคือ มีเพียงแพทย์ไทยร้อยละ 15.5 (ตารางที่ 3.7) และพยาบาลวิชาชีพไทยร้อยละ 22 (ตารางที่ 3.8) ที่มีความคิดหรือความต้องการที่จะเดินทางไปทำงานยังต่างประเทศ

นอกจากนี้กลุ่มพยาบาลที่ต้องการเดินทางไปทำงานต่างประเทศโดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.4) ก็ต้องการไปทำงานเพียงชั่วคราวเท่านั้น

เมื่อพิจารณาประเทศที่อยากไปทำงานมากที่สุดของกลุ่มผู้ที่มีความประสงค์จะไปทำงานในต่างประเทศจะพบว่า แพทย์ไทยเลือกที่จะไปทำงานในกลุ่มประเทศอาเซียน และกลุ่มประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดามากที่สุดหลังจากการเปิดเสรีอาเซียน แต่ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพไทยประเทศที่มีความประสงค์จะไปทำงานมากที่สุดคือกลุ่มประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และกลุ่มประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์

ตารางที่ 3.7 จำนวนของแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศแต่มีความต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ

ประเทศที่อยากไปทำงาน	จำนวน (คน)
สหรัฐอเมริกา และแคนาดา	5
ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์	1
สหภาพยุโรป	2
ประเทศกลุ่มอาเซียน	6
อื่นๆ	3
ทั้งสหภาพยุโรป ประเทศกลุ่มอาเซียนและอื่นๆ	1
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	18
ร้อยละ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	15.5% (จากทั้งหมด 116 ราย)

ตารางที่ 3.8 จำนวนของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศแต่มีความต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ

ประเทศที่อยากไปทำงาน	จำนวน (ราย)
สหรัฐอเมริกา และแคนาดา	31
ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์	34
สหภาพยุโรป	6
ประเทศกลุ่มอาเซียน	13
ทั้งสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และ ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์	3

ประเทศที่อยากจะไปทำงาน	จำนวน (ราย)
ทั้งสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และ สหภาพยุโรป	1
ทั้งสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ และ ประเทศกลุ่มอาเซียน	1
อื่นๆ	3
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	92
ร้อยละ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	22% (จากทั้งหมด 415 ราย)
หมายเหตุ: 1) ร้อยละ 80.4 ของพยาบาลที่ต้องการไปทำงานต่างประเทศทั้งหมดนั้นต้องการไปทำงานแบบชั่วคราว 2) ร้อยละ 9.8 ของพยาบาลที่ต้องการไปทำงานต่างประเทศทั้งหมดนั้นต้องการไปทำงานแบบถาวร 3) ร้อยละ 9.8 ของพยาบาลไม่ตอบว่าต้องการไปทำงานแบบไหน	

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการไปทำงานยังต่างประเทศทั้งที่เป็นประเทศภายในกลุ่มอาเซียนและประเทศอื่นๆของทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยกลุ่มนี้ จะพบว่าประกอบไปด้วยหลายปัจจัย ซึ่งในตารางที่ 3.9 ถึงตารางที่ 3.11 ได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยผลักดันและปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลต่อการเลือกไปทำงานยังต่างประเทศของทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยตามลำดับ ซึ่งในขั้นต้นได้ทำการอธิบายวิธีการแปลความหมายจากตาราง จากนั้นจึงทำการอภิปรายถึงรายละเอียดของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานในลำดับต่อไป

ปัจจัยต่างๆทั้ง 9 ประเภสำหรับแพทย์ไทย และ 10 ประเภสำหรับพยาบาลวิชาชีพไทย ดังแสดงในตารางที่ 3.9 และ 3.10 คือปัจจัยผลักดันและดึงดูดการเคลื่อนย้ายการทำงานระหว่างประเทศ ซึ่งจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มปัจจัยประเภทใดประเภทหนึ่ง ซึ่งมีทั้งหมด 4 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ หนึ่ง กลุ่มปัจจัยผลักดันจากประเทศไทยที่ทำให้อยากจะไปทำงานในต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) สอง กลุ่มปัจจัยผลักดันจากประเทศไทยที่ทำให้อยากจะไปทำงานในประเทศภายในกลุ่มอาเซียน สาม กลุ่มปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศที่ทำให้อยากจะไปทำงานในประเทศนั้นๆ (ทั้งในและนอกอาเซียน) และ สี่ กลุ่มปัจจัยดึงดูดจากประเทศภายในกลุ่มอาเซียนที่ทำให้อยากจะไปทำงานในประเทศกลุ่มนี้ โดยปัจจัยหลายชนิดนั้นจะอยู่ในทุกกลุ่มปัจจัย (มีตัวเลขในทุกคอลัมน์) และการแปลความหมายก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มปัจจัย เช่น คำตอบแทน เมื่ออยู่ในกลุ่มปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้อยากจะไปทำงานในต่างประเทศ (หรือ ประเทศภายในกลุ่มอาเซียน) จะหมายถึงคำตอบแทนของประเทศไทยที่ต่ำจนทำให้ต้องการไปต่างประเทศ (หรือประเทศภายใน

กลุ่มอาเซียน) แต่เมื่อคำตอบแทนอยู่ในกลุ่มปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศที่อยากจะทำงาน หรือประเทศภายในกลุ่มอาเซียนที่ต้องการไปทำงานจะหมายถึง คำตอบแทนของประเทศที่ต้องการจะไปทำงานมีค่าที่สูงจนสามารถสร้างแรงจูงใจให้อยากที่จะเข้าไปทำงานในประเทศนั้นๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัจจัยบางชนิดถูกจัดอยู่ในบางกลุ่มเท่านั้น (ไม่มีตัวเลขทุกคอลัมน์ และมีตัว N.A. บางคอลัมน์) เช่น ความ ก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่เป็นไปได้ช้า และ ความวุ่นวายทางสังคมและการเมืองของประเทศไทยจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยผลักดันจากไทยเท่านั้น ส่วนวัฒนธรรมการทำงานในต่างประเทศที่มีความเหมาะสมกับแพทย์มากกว่าที่ประเทศไทย จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศเท่านั้น

ปัจจัยแต่ละชนิดจะมีระดับการส่งผลอยู่ระหว่าง 0-4 โดยตัวเลขที่ปรากฏในตารางนั้นมาจากค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม หากตัวเลขค่าเฉลี่ยของปัจจัยใดมีค่าเข้าใกล้ 0 หมายถึงปัจจัยนั้นจะมีระดับการส่งผลที่น้อย และหากตัวเลขมีค่าเข้าใกล้ 4 มากขึ้น ปัจจัยนั้นจะยังมีระดับการส่งผลที่มาก โดยที่ตัวเลขค่าเฉลี่ยของแต่ละปัจจัยไม่ว่าจะเป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพนั้นได้ผ่านการทดสอบความมีนัยสำคัญด้วยค่า t (t-test) แล้ว และได้พบว่าตัวเลขเฉลี่ยของทุกปัจจัยมีค่าที่แตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญที่ร้อยละ 5 ซึ่งช่วยยืนยันได้ในระดับหนึ่งว่าตัวเลขที่ปรากฏในตารางคือระดับการส่งผลต่อการตัดสินใจไปหรือไม่ไปทำงานที่ต่างประเทศที่แท้จริงของทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัยของแพทย์แล้วพบว่า คำตอบแทนที่ต่ำกว่าสวัสดิการหลังเกษียณอายุที่ไม่ดี และการขาดโอกาสฝึกทักษะทางการแพทย์ระดับสูง ในประเทศไทย คือ ปัจจัยผลักดันสำคัญที่ส่งผลให้แพทย์มีความประสงค์ที่จะไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศ และคำตอบแทนที่สูงและสวัสดิการหลังเกษียณอายุที่ดีในต่างประเทศ คือปัจจัยดึงดูดสำคัญที่ทำให้อยากเดินทางไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศ

ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพไทยนั้นมีผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกับแพทย์ไทย กล่าวคือ คำตอบแทนและสวัสดิการหลังการเกษียณอายุที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทย และคำตอบแทนและสวัสดิการหลังเกษียณอายุที่สูงในต่างประเทศถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพไทยมีความคิดในการไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยสำคัญอีกสองประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพ กล่าวคือ หนึ่ง การสนับสนุนการทำวิจัยทางสาธารณสุขทั้งในด้านเงินทุนและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสอง ระบบการแบ่งหน้าที่ที่ดีกว่าในต่างประเทศ คือปัจจัยที่ดึงดูดให้พยาบาลวิชาชีพไทยอยากไปประกอบวิชาชีพยังต่างประเทศ ประเด็นหลังนี้ค่อนข้างจะตรงกับผลของการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยนั้นมีการงานที่ค่อนข้างหนักเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ

ที่พัฒนาแล้วทั้งในเรื่องของจำนวนคนไข้ที่ต้องดูแลและจำนวนชั่วโมงของการทำงาน ยิ่งไปกว่านั้น พยาบาลไทยยังประสบปัญหาความไม่ยืดหยุ่นของการจัดตารางเข้าเวรด้วย

ข้อค้นพบสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ในบรรดาผู้ที่ต้องการเดินทางไปประกอบวิชาชีพยังประเทศสมาชิกอาเซียน (ร้อยละ 33 จากแพทย์ไทยที่ต้องการไปทำงานในต่างประเทศทั้งหมด และ ร้อยละ 14 จากพยาบาลวิชาชีพไทยที่ต้องการไปประกอบวิชาชีพในต่างประเทศทั้งหมด) มีความคิดเห็นไปในแนวเดียวกันว่า ค่าตอบแทนที่สูงกว่าถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยอยากเดินทางไปประกอบวิชาชีพยังในประเทศกลุ่มอาเซียน อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ กล่าวคือ แพทย์มีความคิดเห็นว่า วัฒนธรรมการทำงานที่เหมาะสมของประเทศกลุ่มอาเซียนเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญที่ทำให้เขาอยากย้ายไปประกอบวิชาชีพยังในประเทศเพื่อนบ้าน ส่วนพยาบาลจะถือว่าระบบการแบ่งหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพและการสนับสนุนการทำวิจัยทั้งในเรื่องทุนและอุปกรณ์เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้พยาบาลเหล่านี้ต้องการย้ายไปประกอบวิชาชีพยังในประเทศกลุ่มอาเซียน

นอกจากนี้แล้วในแต่ละสาขาวิชาชีพต่างก็มีความไม่พอใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบการทำงานของตนเองซึ่งอาจจะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งส่งผลต่อการมีความคิดที่อยากจะไปทำงานยังต่างประเทศได้ เช่น พยาบาลวิชาชีพไทยรู้สึกว่าจะไม่ได้รับเกียรติทั้งจากผู้ร่วมงานวิชาชีพอื่นๆ ทางการแพทย์หรือแม้กระทั่งจากคนไข้ หรือ แพทย์ที่รู้สึกว่ามีแนวโน้มการถูกฟ้องร้องในประเทศไทยมีสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนที่ได้รับ เป็นต้น ตารางที่ 3.11 แสดงปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลไทยที่รวบรวมได้จากคำตอบของคำถามปลายเปิด

ความคิดเห็นที่รวบรวมข้างต้นนั้นได้จากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศแต่มีความต้องการที่จะไปทำงานในต่างแดนซึ่งนับได้ว่าเป็นส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 15.5 และร้อยละ 22 จากกลุ่มตัวอย่างของแพทย์และพยาบาลทั้งหมด ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยส่วนใหญ่ล้วนไม่ต้องการเดินทางไปประกอบวิชาชีพในต่างประเทศ ซึ่งจากการสำรวจทำให้ได้พบปัจจัยที่ทำให้คนกลุ่มนี้ไม่มีความประสงค์ที่จะย้ายไปประกอบวิชาชีพในต่างประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 3.12 ถึง 3.15

ตารางที่ 3.9 ปัจจัยที่ส่งผลให้อยากจะไปทำงานในต่างประเทศสำหรับแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

	ปัจจัยผลักดันจากไทย ที่ทำให้อยากจะไปทำงาน ในต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ อยากจะไปทำงาน ในประเทศภายในกลุ่ม อาเซียน	ปัจจัยดึงดูดจาก ต่างประเทศที่ทำให้อยากจะ ไปทำงานในประเทศนั้น ๆ	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศ ภายในกลุ่มอาเซียน ที่ทำให้อยากจะไปทำงาน ในประเทศกลุ่มนี้
ค่าตอบแทน	2.5	2.71	2.63	2.71
สวัสดิการหลังการเกษียณ	2.39	2.57	2.64 ^ก	2.29
โอกาสในการฝึกทักษะทางการแพทย์ ระดับสูง	2.39	2	2.56	2.57
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	1.67	1.57	N.A.	N.A.
การสนับสนุนการทำวิจัยทั้งในเรือนทุน และอุปกรณ์	2.33	2.29	2.33 ^ง	2.29
ความวุ่นวายทางสังคมและการเมืองไทย	2.28	2.43	N.A.	N.A.
หลักสูตรที่เรียนจากโรงเรียนแพทย์ในการ สนับสนุนการไปทำงานในต่างประเทศ	1.54 ^ก	1.5 ^ข	1.25 ^ง	1.14
กฎระเบียบ/เงื่อนไข/นโยบาย แพทยสภา ในการสนับสนุนการไปทำงานใน ต่างประเทศ	1.38 ^ก	1.67 ^ข	1.73 ^ง	1.83 ^ข

	ปัจจัยผลักดันจากไทย ที่ทำให้ยากจะไปทำงาน ในต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ยากจะไปทำงาน ในประเทศภายในกลุ่ม อาเซียน	ปัจจัยดึงดูดจาก ต่างประเทศที่ทำให้ยากจะ ไปทำงานในประเทศนั้น ๆ	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศ ภายในกลุ่มอาเซียน ที่ทำให้ยากจะไปทำงาน ในประเทศกลุ่มนี้
วัฒนธรรมการทำงาน	N.A.	N.A	2.44	2.86
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	18 คน	7 คน	16 คน	7 คน
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 3) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 13 คน 4) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 6 คน 5) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน 6) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คน 7) จ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คน 8) ฉ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 11 คน				

ตารางที่ 3.10 ปัจจัยที่ส่งผลให้อยากที่จะไปทำงานในต่างประเทศสำหรับพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ

(ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ให้อยากจะไปทำงานใน ต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ให้อยากจะไปทำงานใน ประเทศภายในกลุ่ม อาเซียน	ปัจจัยดึงดูดจาก ต่างประเทศที่ทำให้ อยากจะไปทำงานใน ประเทศนั้น ๆ	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศ ภายในกลุ่มอาเซียนที่ทำให้ อยากจะไปทำงานใน ประเทศกลุ่มนี้
ค่าตอบแทน	3.82 ^ก	3.5	3.27 ^ก	3.36 ^ข
สวัสดิการหลังการเกษียณ	3.06 ^ข	3.15 ^ฉ	3 ^ข	2.92 ^ข
ระบบการแบ่งหน้าที่	2.91 ^ก	3.14	3 ^ฉ	3 ^ฉ
โอกาสในการได้ศึกษาต่อ	2	2.21	N.A.	N.A.
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	2.15 ^ง	2.31 ^ฉ	N.A.	N.A.
การสนับสนุนการทำวิจัยทั้งในเรื่องทุนและ อุปกรณ์	N.A.	N.A.	2.99 ^ญ	3 ^ข
ความวุ่นวายทางสังคมและการเมืองไทย	2.34	2.71	N.A.	N.A.
หลักสูตรที่เรียนจากโรงเรียนพยาบาลใน การสนับสนุนการไปทำงานในต่างประเทศ	1.78 ^จ	2.25 ^ข	1.72 ^ฉ	2.09
กฎระเบียบ/เงื่อนไข/นโยบาย สภาการพยาบาลในการสนับสนุนการไป ทำงานในต่างประเทศ	1.56 ^จ	1.92 ^ข	2.32 ^ฉ	2.45

	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ให้อยากจะไปทำงานใน ต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ให้อยากจะไปทำงานใน ประเทศภายในกลุ่ม อาเซียน	ปัจจัยดึงดูดจาก ต่างประเทศที่ทำให้ อยากจะไปทำงานใน ประเทศนั้น ๆ	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศ ภายในกลุ่มอาเซียนที่ทำให้ อยากจะไปทำงานใน ประเทศกลุ่มนี้
วัฒนธรรมการทำงาน	N.A.	N.A.	2.12	2.45
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	88 คน	14 คน	82 คน	11 คน
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 4) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน 6) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 86 คน 8) ฉ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 13 คน 10) ช มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77 คน 12) ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 81 คน 14) ฎ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 78 คน 3) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน 5) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คน 7) จ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 68 คน 9) ซ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 12 คน 11) ฅ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 87 คน 13) ฏ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน 15) ฐ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 คน				

ตารางที่ 3.11 ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อความต้องการไปทำงานในต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ

แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ
1. แนวโน้มการมาฟ้องร้องแพทย์ที่สูงขึ้นในประเทศไทยเมื่อเทียบกับรายได้ที่ได้รับแล้ว ไม่คุ้มกับการเสี่ยง 2. ต้องการประสบการณ์ใหม่ๆในการทำงาน 3. นโยบายภาครัฐในระบบสาธารณสุขที่ไม่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ชั่วโมงการทำงานของแพทย์ที่มากเกินไป และจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปซึ่งทำให้ไม่สามารถตรวจคนไข้ได้อย่างมีคุณภาพ 4. มีญาติหรือบ้านอยู่ในต่างประเทศ	1. นโยบายภาครัฐในระบบสาธารณสุขที่ไม่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น ชั่วโมงการทำงานของพยาบาลที่มากเกินไป และจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปซึ่งทำให้ไม่สามารถตรวจคนไข้ได้อย่างมีคุณภาพ 2. ไม่ได้รับการเคารพและให้เกียรติในทางวิชาชีพทั้งจากเครือวิชาชีพการแพทย์ด้วยกันเองและคนไข้ 3. ต้องการความท้าทายและประสบการณ์ใหม่ๆ 4. ต้องการงานในระบบบริการที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากกว่านี้ 5. ไม่ชอบระบบอาวุโสในการทำงาน

จากตารางที่ 3.12 และ 3.13 พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยยังคงอยากที่จะทำงานอยู่ภายในประเทศไทย คือ ความไม่อยากที่จะอยู่ห่างไกลจากครอบครัว และ ความรู้สึกที่ว่าวัฒนธรรมการทำงานในประเทศไทยมีความเหมาะสมกับตนเองมากกว่าการไปทำงานในที่อื่นๆ อย่างไรก็ตาม สำหรับพยาบาลวิชาชีพไทยนั้นถ้าดูจากค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัยในตารางที่ 3.13 พบว่า อุปสรรคเรื่องการใช้ภาษาต่างประเทศก็ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้พยาบาลไม่อยากไปทำงานยังต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเรื่องภาษาไม่ใช่อุปสรรคที่สำคัญสำหรับแพทย์ในการย้ายไปทำงานต่างประเทศเมื่อดูจากค่าเฉลี่ยในตารางที่ 3.12

นอกจากนั้นแล้วปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้ไม่อยากที่จะไปทำงานในต่างประเทศก็ยังมีอยู่อีกหลายปัจจัยซึ่งรวบรวมได้จากคำถามปลายเปิดจากแบบสอบถามตามที่แสดงในตารางที่ 3.14 แต่โดยภาพรวมก็คือเงื่อนไขในการทำงานและการใช้ชีวิตในประเทศไทยที่มีข้อดีมากกว่า และยังพบ

ข้อจำกัดต่อการเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ อาทิเช่น หลายๆประเทศยังไม่ยอมรับแพทย์ที่จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาในประเทศไทย เป็นต้น

ตารางที่ 3.12 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความไม่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศของแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศไทยที่ทำให้ไม่ อยากที่จะไปทำงานในต่างประเทศ
ต้องห่างไกลจากครอบครัว	3.47
มีอุปสรรคเรื่องภาษา	2.28
ความรู้และความสามารถที่ได้รับจากการเรียนและ ประสบการณ์ทำงานไม่เหมาะสมกับการไปทำงานใน ต่างประเทศ	1.81 ^ก
การปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่ไม่คุ้นเคยใน ต่างประเทศ	2.45
ค่าตอบแทนในประเทศไทยที่เหมาะสมอยู่แล้ว	2.18
สวัสดิการหลังการเกษียณในประเทศไทยที่เหมาะสมอยู่แล้ว	1.59 ^ข
ความท้าทายในการทำงาน	2.04
การสนับสนุนการทำวิจัย	1.47 ^ค
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	2.11 ^ค
วัฒนธรรมการทำงานของไทย	2.81
กฎระเบียบจากรัฐบาลและแพทยสภา	1.39 ^ง
นโยบาย Medical Hub ของประเทศไทย	1.73 ^จ
ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบจากต่างประเทศ	2.11 ^ง
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	96 คน
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 3) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 95 คน 4) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 93 คน 5) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 94 คน 6) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน 7) จ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 83 คน	

ตารางที่ 3.13 ปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่ต้องการไปทำงานในต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

	ปัจจัยดึงดูดจากประเทศไทยที่ทำให้ไม่ อยากที่จะไปทำงานในต่างประเทศ
ต้องห่างไกลจากครอบครัว	3.49
มีอุปสรรคเรื่องภาษา	2.82 ^ก
ความรู้และความสามารถที่ได้รับจากการเรียนและ ประสบการณ์ทำงานไม่เหมาะสมกับการไปทำงานใน ต่างประเทศ	1.97
การปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่ไม่คุ้นเคยใน ต่างประเทศ	2.57 ^ข
ค่าตอบแทนในประเทศไทยที่เหมาะสมอยู่แล้ว	2.03 ^ค
สวัสดิการหลังการเกษียณในประเทศไทยที่เหมาะสมอยู่แล้ว	2.11 ^ง
ระบบการแบ่งหน้าที่ในประเทศไทยมีความเหมาะสมอยู่แล้ว	2.03 ^จ
ความท้าทายในการทำงาน	2.41 ^ฉ
การสนับสนุนการทำวิจัย	2.08 ^ช
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	2.4 ^ฉ
วัฒนธรรมการทำงานของไทย	2.94 ^ช
กฎระเบียบจากรัฐบาลและสภาการพยาบาล	2.03 ^ช
นโยบาย Medical Hub ของประเทศไทย	1.99 ^ฌ
ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบจากต่างประเทศ	2.2 ^ญ
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	311 คน
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 3) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 313 คน 4) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 312 คน 5) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 310 คน 6) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 306 คน 7) จ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 305 คน 8) ฉ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 308 คน 9) ช มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 307 คน 10) ฌ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 263 คน 11) ฌ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 285 คน 12) ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 269 คน	

ตารางที่ 3.14 ปัจจัยที่อื่นๆส่งผลต่อการไม่ตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ
1. มีโอกาสดูแลคนไทย 2. ได้อยู่ในสังคมที่มีเพื่อนฝูงที่เป็นคนไทย 3. รักในหลวง 4. จำเป็นต้องใช้ทุนให้ครบตามเกณฑ์ 5. ประเทศไทยยังขาดแคลนแพทย์ที่เสียสละเพื่อคนไข้มาก 6. สามารถปรึกษาผู้มีความเชี่ยวชาญกว่าได้ง่าย 7. ขณะนี้สภาพการทำงานและรายได้เป็นที่พอใจแล้ว ไม่จำเป็นต้องดิ้นรนไปทำงานต่างประเทศ 8. หลายประเทศยังไม่พร้อมรับ Certificate ของไทย 9. อยากจะให้คนไทยมีความรู้ในการดูแลตัวเองโดยศาสตร์แพทย์แผนจีน และนำไปใช้ดูแลตนเองเพื่อลดอาการเจ็บป่วย	1. ไม่ทราบข้อมูลและเงื่อนไขการเข้าทำงานในต่างประเทศเท่าใดนัก 2. มีพยาบาลรุ่นพี่และเพื่อนที่คอยให้คำปรึกษาเรื่องการทำงานได้ดีอยู่แล้ว 3. ได้ใช้ความรู้ที่มีในการรักษาคนไทยด้วยกันเอง 4. ความมั่นคงในอาชีพและชีวิต 5. ความมีอิสระในการดำรงชีวิต 6. อายุมากแล้ว ไม่ต้องการย้ายไปทำงานที่อื่นอีก 7. องค์กรที่ทำงานอยู่ให้ความสบายใจในการทำงานดีอยู่แล้ว

โดยสรุปแล้ว แม้จะมีการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ. 2558 แล้ว แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศส่วนใหญ่ยังคงไม่มีความประสงค์ที่จะเดินทางไปทำงานยังต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศในกลุ่มอาเซียนหรือประเทศอื่นๆก็ตาม เนื่องจากมีความเป็นห่วงครอบครัว คู่แข่งกับวัฒนธรรมการทำงานและภาษาของประเทศตนเองมากกว่าที่จะต้องไปปรับตัวใหม่ในต่างประเทศ แต่สำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพส่วนน้อยที่มีความประสงค์ที่จะไปทำงานในต่างประเทศนั้น มีปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการหลังการเกษียณอายุเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้อยากที่จะย้ายถิ่นฐาน โดยที่พยาบาลวิชาชีพไทยจะมีปัจจัยเรื่องระบบการแบ่งหน้าที่ที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทยเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งด้วย

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ภาพรวมของการตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น จำเป็นต้องพิจารณากลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศด้วย

5.1.2.2 แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้ใช้ข้อมูลในส่วนของแพทย์ที่ได้มาจากแบบสอบถามจำนวน 9 ท่าน โดยแบบสอบถามกลับคืนจากแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศมีจำนวนน้อย เนื่องจากสาเหตุที่คล้ายคลึงกับกรณีของแพทย์และพยาบาลต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทย กล่าวคือ สัดส่วนของแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศมีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแพทย์ทั้งหมด ซึ่งจากฐานข้อมูลของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2555 พบว่าจำนวนแพทย์ไทยที่ทำงานอยู่ในต่างประเทศมีเพียง 483 คนจากแพทย์ทั้งหมด 43,408 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.07 เนื่องจากแพทย์กลุ่มนี้มีจำนวนน้อยเป็นทุนเดิมอยู่แล้วทำให้การค้นหาและการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปได้ยากจำกัด สำหรับพยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศนั้นไม่ได้มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิแต่ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและสรุปข้อมูลมาจากการวิจัยเรื่องการศึกษาประสบการณ์และกระบวนการไปทำงานต่างประเทศของพยาบาลไทย²³ ซึ่งจัดทำโดย นันทกา สวัสดิพานิช, สุภาพร วรรณสันทัด, พริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์ และ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ

ตารางที่ 3.15 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศจากแบบสอบถามทั้งหมด 9 คน โดยรวมแล้วจะเป็นแพทย์ที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 67 และเพศชายร้อยละ 33 ปัจจุบันทำงานอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลภาครัฐ มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 8-50 ปี และประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศอยู่ในช่วง 1-20 ปี โดยมีประสบการณ์ทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกามากที่สุด รองลงมาคือประเทศแคนาดา และปัจจุบันมีเงินเดือนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20,000-200,000 บาท

²³ สาเหตุที่เลือกใช้ผลการศึกษาของงานวิจัยชิ้นดังกล่าว เนื่องจากมีข้อมูลที่ของกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศที่ต้องการ และเป็นข้อมูลที่ใหม่ (งานตีพิมพ์เมื่อปี พ.ศ.2555)

ตารางที่ 3.15 ลักษณะของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

	สถิติพรรณนา
อายุ (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	30-69 ปี
เพศ (สัดส่วน)	ชาย 33% หญิง 67%
ประเภทของสถานพยาบาล (สัดส่วน)	ภาครัฐ 22% ภาคเอกชน 78%
ประสบการณ์ทำงาน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	8 - 50 ปี
ประสบการณ์ทำงานในประเทศไทย (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	8 - 40 ปี
ประสบการณ์ทำงานในภาครัฐ (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	1 - 25 ปี
ประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	1 - 20 ปี
ประเทศที่เคยไปทำงาน (สัดส่วน)	สหรัฐอเมริกา 4 คน แคนาดา 2 คน สหราชอาณาจักร 1 คน ฮ่องกง 1 คน กัมพูชา 1 คน
สถาบันการศึกษา (สัดส่วน)	จุฬาลงกรณ์ 3 คน รามธิบดี 2 คน ศิริราช 1 คน ธรรมศาสตร์ 1 คน ขอนแก่น 2 คน
เงินเดือน (ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด)	20,000 – 200,000 บาท
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	9 คน

ตารางที่ 3.16 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยมีประสบการณ์และกำลังทำงานในต่างประเทศจากการทบทวนผลการศึกษาของ นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และ นันทพันธ์ (2555) โดยพบว่ากลุ่มที่เคยทำงานต่างประเทศทั้งหมดจะเป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิง จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาภาครัฐเกือบทั้งหมด ปัจจุบันมีอายุ 30-40 ปี กว่าครึ่งหนึ่งไปทำงานในช่วงอายุ 26-30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทำงานในภาคเอกชนและมีประสบการณ์ทำงานในประเทศไทยก่อนเดินทางไปยังต่างประเทศน้อยกว่า 5 ปี ในขณะที่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ 4 เดือน – 35 ปี ส่วนใหญ่จะเลือกไปทำงานยังประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา

ส่วนกลุ่มที่ปัจจุบันกำลังทำงานในต่างประเทศนั้น โดยส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพศหญิง และจบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาภาครัฐเกือบทั้งหมด ปัจจุบันมีอายุ 41-60 ปี กว่าครึ่งหนึ่งไปทำงานตอนช่วงอายุ 26-35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทำงานในภาคเอกชนและมีประสบการณ์ทำงานในประเทศไทยก่อนเดินทางไปยังต่างประเทศน้อยกว่า 5 ปี ในขณะที่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ 16 ปี ส่วนใหญ่จะเลือกไปทำงานยังประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา

ตารางที่ 3.16 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

	พยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยไปทำงานยังต่างประเทศ	พยาบาลวิชาชีพไทยที่ปัจจุบันกำลังทำงานในต่างประเทศ
อายุ (ร้อยละ)	50% ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 30-40 ปี	50% ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 41-60 ปี
อายุขณะที่ไปทำงานยังต่างประเทศ (ร้อยละ)	50% ของกลุ่มตัวอย่างไปทำงานในช่วงอายุ 26-30 ปี	53.9% ของกลุ่มตัวอย่างไปทำงานในช่วงอายุ 26-35 ปี
เพศ (ร้อยละ)	ชาย 0% หญิง 100%	ชาย 4.8% หญิง 95.2%
สถานภาพ (ร้อยละ)	สมรส 67%	สมรส 61.1%
ประสบการณ์ทำงานในประเทศไทยก่อนที่จะไปทำงานยังต่างประเทศ (ร้อยละ)	57% ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี	50.8% ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี
ประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ย)	4 เดือน – 35 ปี	16.08 ปี
ประเภทของสถานพยาบาลต่างประเทศที่เข้าทำงาน (ร้อยละ)	ภาคเอกชน 57%	ภาคเอกชน 55.6%
ประเทศที่เลือกไปทำงาน	สหรัฐอเมริกาและแคนาดา 50% อื่นๆ 50%	สหรัฐอเมริกาและแคนาดา 83.6% อื่นๆ 16.4%
ประเภทของสถาบันการศึกษาที่จบมา (ร้อยละ)	โรงเรียนพยาบาลภาครัฐ 93% โรงเรียนพยาบาลภาคเอกชน 7%	โรงเรียนพยาบาลภาครัฐ 92% โรงเรียนพยาบาลภาคเอกชน 8%
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	14 คน	63 คน

ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และ นันทพันธ์ (2555)

ตารางที่ 3.17 แสดงให้เห็นในส่วนของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศที่บ่งบอกว่าปัจจัยที่มีผลมากที่สุดต่อการตัดสินใจไปทำงานต่างประเทศคือ การที่

ค่าตอบแทนและสวัสดิการหลังเกษียณอายุในประเทศไทยที่ต่ำกว่าในต่างประเทศ ในขณะที่ปัจจัยจากต่างประเทศซึ่งผลักดันให้แพทย์กลุ่มนี้ในที่สุดย้ายกลับเข้ามาทำงานยังประเทศไทยคือ มีความรู้สึกรู้ว่าวัฒนธรรมการทำงานในประเทศไทยเหมาะสมกับตนเองมากกว่าและการทำงานในต่างประเทศไม่ค่อยมีความก้าวหน้าเท่าที่ควร ถ้าดูจากตารางที่ 3.17 พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัยมีค่าน้อยกว่า 3 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับตารางอื่นๆที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยอื่นๆจากตารางที่ 3.18 ประกอบการวิเคราะห์แล้ว จะพบว่า การไปต่างประเทศนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาต่อและหาประสบการณ์เป็นหลัก ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่าแพทย์กลุ่มนี้อาจไปต่างประเทศเพียงชั่วคราวเพื่อศึกษาหรือหาประสบการณ์มากกว่าการไปทำงานและไปใช้ชีวิตในต่างประเทศอย่างถาวร

สำหรับพยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยมีประสบการณ์หรือที่กำลังทำงานในต่างประเทศ คณะผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศมีความคล้ายคลึงกับในกรณีของพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ กล่าวคือ ความต้องการค่าตอบแทนและสวัสดิการหลังเกษียณอายุที่ดีขึ้น และ การทำงานในระบบการบริหารจัดการที่ดีกว่าในต่างประเทศ เป็นต้น (ตารางที่ 3.19) นอกจากนี้ พยาบาลกลุ่มนี้ยังให้ความเห็นถึงปัญหาการทำงานในต่างประเทศ ซึ่งอาจจะมองว่าเป็นปัจจัยที่มีส่วนผลักดันให้คนกลุ่มนี้อยากจะกลับมาทำงานในประเทศไทยได้ในระดับหนึ่ง จากตารางที่ 3.20 เห็นได้ว่าปัญหาที่มีความสำคัญมากที่สุดที่พยาบาลไทยในต่างประเทศประสบคือปัญหาเรื่องของการสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการเนื่องมาจากอุปสรรคทางด้านภาษา ปัญหารองลงมาคือความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในการทำงานรวมถึงการใช้เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในต่างแดน อีกปัจจัยที่ถือว่าเป็นปัญหาหลักคือการปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมการดำรงชีวิต ใหม่ๆในต่างประเทศ นับได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ค่อนข้างจะสอดคล้องกันกับความเห็นของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศและไม่มีความประสงค์ที่จะไปทำงานในต่างประเทศด้วยเหตุผลเรื่องภาษาและวัฒนธรรมการทำงานที่ไม่คุ้นเคยเช่นกัน

ตารางที่ 3.17 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ตัดสินใจไปต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากต่างประเทศที่ทำให้ตัดสินใจกลับมาทำงานยังประเทศไทย
ค่าตอบแทน	2.11	N.A.
สวัสดิการหลังเกษียณอายุ	1.89	0.78
ความท้าทาย	1.78	1.22

	ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ ให้ตัดสินใจไปต่างประเทศ	ปัจจัยผลักดันจากต่างประเทศที่ทำให้ ตัดสินใจกลับมาทำงานยังประเทศไทย
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	0.89	2.33
การสนับสนุนการทำวิจัย	1.67	1
ความวุ่นวายทางการเมือง	1.44	N.A.
มีอุปสรรคเรื่องภาษา	N.A.	1
ความรู้ไม่เหมาะสมจะไปทำงาน ยังต่างประเทศ	N.A.	1.11
ไม่ยากปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรม การใช้ชีวิตที่ไม่คุ้นเคย	N.A.	1.89
วัฒนธรรมการทำงานในประเทศ ไทยเหมาะสมกับท่านมากกว่า	N.A.	2.56
นโยบาย Medical Hub ของไทย	N.A.	1.56
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	9 คน	
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล		

ตารางที่ 3.18 ปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศและการกลับมาทำงานยังประเทศไทยของแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ

ไปทำงานยังต่างประเทศ	กลับมาทำงานในประเทศไทย
1. หาประสบการณ์เพิ่มเติม 2. ต้องการไปเที่ยวต่างประเทศ 3. เพื่อไปศึกษาต่อ 4. ความทันสมัยของเทคโนโลยีทางการแพทย์	1. อยากกลับมาพัฒนาวิชาที่ได้ไปเรียนมา เพื่อเด็กไทยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2. ความคุ้นเคยกับลักษณะความเจ็บป่วยของคนไทย 3. มีความตั้งใจแค่ไปศึกษาต่อ 4. ต้องการอยู่ใกล้ครอบครัว

ตารางที่ 3.19 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการไปทำงานยังต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ)

1. ค่าตอบแทนมากขึ้น	2. สวัสดิการที่ดีกว่า
3. ต้องการมีประสบการณ์	4. ต้องการพัฒนาตนเอง/ศึกษาต่อ
5. บทบาทหน้าที่มีพยาบาลมีความชัดเจนดีกว่า	6. ระบบงานและการบริหารจัดการ
7. มีการจัดตารางเวรที่เหมาะสมและยืดหยุ่น	8. ใฝ่หาความก้าวหน้า
9. คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	

ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และ นันทพันธ์ (2555)

ตารางที่ 3.20 ปัญหาการทำงานในต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

ปัญหาการทำงานในต่างประเทศของพยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	ค่าเฉลี่ย
การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน	3.41
การสื่อสารกับผู้รับบริการ	3.31
สัญญากับนายจ้างไม่เป็นไปตามข้อตกลง	3.07
ความยากลำบากกับการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน	2.75
ความยากลำบากในการทำงานเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม	2.72
ประสบปัญหาในการทำงานเนื่องจากระบบที่แตกต่าง	2.69
ความยากลำบากในการปรับตัวกับเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า	2.46
ความยากลำบากในการปรับตัวกับสภาพภูมิอากาศที่แตกต่าง	2.44
ไม่ได้รับค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมจากนายจ้าง	2.23
ความยากลำบากในการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือกรณีประสบปัญหาการทำงาน	2.21
ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิตเพราะวัฒนธรรมที่แตกต่าง	2.16
ประสบปัญหาการใช้ความรุนแรงทางวาจาจากนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการ	2.11
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของความเห็นต่อระดับความรุนแรงของปัญหาโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 เห็นด้วยมาก 3 เห็นด้วยปานกลาง 2 ไม่เห็นด้วย และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)	

ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และ นันทพันธ์ (2555)

5.1.3 สรุปสาระสำคัญของแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ

หากไม่นับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ไปทำงานยังต่างประเทศเพราะต้องการไปศึกษาต่ออยู่แล้วนั้น จะพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าตอบแทนและสวัสดิการหลังเกษียณอายุคือปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย แต่ในทางกลับกัน ความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับภาษาและวัฒนธรรมทั้งในแง่ของสภาพแวดล้อมในการทำงาน และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้คนกลุ่มนี้เดินทางย้ายกลับเข้ามาทำงานที่ประเทศไทย ซึ่งนับได้ว่าผลการศึกษาในแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศนั้นค่อนข้างจะสอดคล้องกันกับผลการศึกษาในแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศมาก่อน กล่าวคือปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการหลังเกษียณอายุเป็นปัจจัยสำคัญหลักที่ทำให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในต่างประเทศนอกใจจะออกไปทำงานนอกประเทศ ในขณะที่ความเป็นห่วงครอบครัวและความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมการทำงานในประเทศไทยเป็นปัจจัยสำคัญหลักที่ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยส่วนใหญ่อยากที่จะทำงานต่อไปในประเทศไทยมากกว่าที่จะตัดสินใจไปต่างประเทศ (ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง) และสังเกตว่าในกลุ่มของผู้ที่มีความประสงค์จะไปทำงานในต่างประเทศส่วนใหญ่ก็อยากจะไปแบบชั่วคราวเท่านั้น ซึ่งทำให้คาดการณ์ได้ว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยส่วนใหญ่น่าจะยังคงเลือกทำงานภายในประเทศไทยต่อไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ถึงแม้ว่าในอนาคตอันใกล้จะมีการเปิดเสรีการค้าบริการ AEC ขึ้นในปี พ.ศ. 2558 แต่ก็ไม่น่าจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยเดินทางออกไปทำงานในประเทศกลุ่มอาเซียนเท่าใดนัก ถ้าไม่นับรวมความเห็นส่วนใหญ่ของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่ต้องการจะไปทำงานยังต่างประเทศแม้จะมีการเปิดเสรีอาเซียนแล้วก็ตาม จะสังเกตได้ว่ากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพไทยที่อยากจะไปทำงานในต่างประเทศประเทศต้องการเดินทางไปทำงานยังประเทศในแถบสหรัฐอเมริกาและแคนาดาไม่ใช่ประเทศในกลุ่มอาเซียน²⁴ ซึ่งข้อสรุปที่ได้จากมุมมองของผู้ให้บริการจากแบบสอบถาม (แพทย์และพยาบาล) ค่อนข้างสอดคล้องกับมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนจากการสัมภาษณ์ที่ปรากฏใน ตารางที่ 3.21 โดยผู้บริหารโรงพยาบาลได้ชี้ให้เห็นว่า AEC จะส่งผลน้อยมากต่อการที่จะมีแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยเดินทางออกไปทำงานยังต่างประเทศ และที่สำคัญประเทศที่มีศักยภาพใน

²⁴ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 50 ของแพทย์ที่ต้องการไปทำงานต่างประเทศนั้นต้องการไปประเทศในกลุ่มอาเซียน

การจ้างงาน เช่น ประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์ก็ไม่ได้ต้องการที่จะจ้างแรงงานจากประเทศไทยเท่าใดนัก

นอกจากนี้แรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติก็ไม่สามารถเข้ามาทำงานในระบบบริการสุขภาพไทยได้โดยง่าย แม้ทางผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านจะเล็งเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนอาจจ้างพยาบาลชาวลาว, เวียดนาม, พม่า, เขมร หรือฟิลิปปินส์เข้ามาทำหน้าที่แบ่งเบาภาระพยาบาลวิชาชีพไทยเพิ่มขึ้นบ้าง แต่คงจ้างได้ในฐานะเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีสิทธิในการดูแลคนไข้เทียบเท่าพยาบาลไทย เนื่องจากเงื่อนไขในการเข้ามาประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในประเทศไทยจำเป็นต้องสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เป็นภาษาไทยให้ได้ซึ่งนับเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ามาทำงานของคนต่างชาติในไทย นอกเหนือจากนั้นแล้วสำหรับพยาบาลต่างชาติที่อยากจะประกอบวิชาชีพพยาบาลในเมืองไทยจำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 3 ปีในประเทศไทยจึงจะมีสิทธิปฏิบัติงานเป็นพยาบาลได้อย่างเต็มตัว และที่สำคัญผู้บริหารของทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชนต่างชื่นชมทักษะการทำงานและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวไทยมากกว่าของประเทศอื่นๆ ภายในกลุ่มอาเซียน ดังนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่าแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในประเทศไทยไม่น่าจะเพิ่มขึ้นมากจากเดิมเท่าใดในอนาคต

เพราะฉะนั้นการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศทั้งจากต่างประเทศในกลุ่มอาเซียนเข้ามาในไทยและจากไทยไปยังกลุ่มประเทศในอาเซียนจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558 ไม่น่าจะเป็นประเด็นที่น่าวิตกกังวลเท่าใดนักสำหรับบริบทของประเทศไทย แต่ในทางกลับกันคณะผู้วิจัยได้ค้นพบในช่วงการศึกษาโครงการนี้ว่าประเด็นที่น่าสนใจมากกว่าหลังการเกิด AEC ในปี พ.ศ.2558 คือการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนภายในประเทศไทย ซึ่งจะทำให้การกล่าวถึงในหัวข้อถัดไป

ตารางที่ 3.21 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลในภาครัฐและภาคเอกชนต่อแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- มีการเคลื่อนย้ายแรงงานน้อยมาก เพราะการจะทำให้แพทย์และพยาบาลไทยย้ายไปได้ ต้องมีเงื่อนไขที่สูง	- มีการเคลื่อนย้ายแรงงานน้อยมาก - แรงงานที่ต้องการไปก็คงไปด้วยเหตุผลของรายได้

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
ใจสูงมาก นอกจากนี้คนไทยมีลักษณะนิสัยติดครอบครัว ย่อมไม่อยากเดินทางไปอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน - ในทางกลับกัน AEC น่าจะดึงดูดให้แรงงานจาก สปป.ลาวและกัมพูชามาเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากกว่า - อย่างไรก็ตาม ความต้องการด้านการรับบริการสุขภาพของอาเซียนไม่ได้มากเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการย้ายแรงงานระหว่างประเทศเท่าใดนัก	และจะไปแค่ชั่วคราว - แรงงานไทยไม่เชี่ยวชาญการใช้ภาษาอังกฤษ และประเทศในอาเซียนที่มีระบบบริการสุขภาพและให้ค่าตอบแทนที่น่าสนใจ เช่น สิงคโปร์นั้น ก็มีค่าครองชีพที่สูง และยังมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่น่าดึงดูดเท่าใดนัก - ประเทศในกลุ่มอาเซียนที่มีศักยภาพในการจ้างแรงงานที่มีทักษะสูง เช่น สิงคโปร์และมาเลเซีย ไม่ได้มีความต้องการจ้างแรงงานไทยเท่าใดนัก - หากมีการผ่อนคลายการสอบใบอนุญาตกับแรงงานชาวต่างประเทศมากกว่านี้ ภาคเอกชนอาจจะมีการจ้างพยาบาลฟิลิปปินส์และเวียดนามเข้ามาทดแทนส่วนที่ขาดแคลนมากขึ้น

5.2 การเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ (ระหว่างภาครัฐและเอกชน)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ได้พบว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับระบบบริการสุขภาพของไทยประเด็นหลักไม่น่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศเนื่องจากประเทศสมาชิกแทบจะทั้งหมดยังไม่ได้มีนโยบายในการเปิดเสรีในรูปแบบที่ 4 เลย (Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล)

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและคาดว่าจะดำเนินต่อไปมากยิ่งขึ้นในอนาคต คือการค้าและการลงทุนจากต่างประเทศทั้งในและนอกอาเซียนที่จะเข้ามาสู่ประเทศไทยเนื่องจากการเปิดเสรีด้านการค้าและการบริการจาก AEC ยิ่งไปกว่านั้นประเทศไทยมีนโยบายที่จะพัฒนาตนเองให้เป็นศูนย์กลาง (Hub) ของ AEC ในด้านต่างๆ เช่นในด้านโลจิสติกส์ ด้านอาคารสำนักงานส่วนภูมิภาค และด้านสุขภาพ เป็นต้น เนื่องจากมีที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ที่เป็นจุดศูนย์กลางของประเทศในกลุ่มอาเซียน ผลลัพธ์ของการค้าการลงทุนที่มากขึ้นและการเป็นศูนย์กลางของ AEC น่าจะทำให้คนไทยมีรายได้ที่สูงขึ้น และจะมีคนต่างชาติที่เข้ามาทำงานและพำนักอยู่ในประเทศไทยมากขึ้นทั้งในส่วนของนักธุรกิจ หรือพนักงานบริษัทที่มีรายได้สูงและ แรงงานต่างชาติระดับล่างที่มีรายได้ต่ำก็จะมีมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งจะส่งผลโดยตรงกับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย กล่าวคือจะมี

แนวโน้มสูงที่ผู้เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลภายในประเทศไทยจะเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลในภาคเอกชนซึ่งเป็นจุดให้บริการทางสุขภาพหลักแก่ชาวต่างชาติที่เข้ามาทำธุรกิจหรือมาทำงานเป็นพนักงานบริษัทในประเทศไทยและให้บริการแก่คนไทยที่มีรายได้สูงขึ้น ซึ่งภายใต้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ตั้งสมมติฐานได้ว่าการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ในการเข้ารับบริการทางสุขภาพนี้อาจส่งผลให้โรงพยาบาลในภาคเอกชนมีการดึงแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น กล่าวคือ ผลกระทบของ AEC ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นคือการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนภายในประเทศไทย มากกว่าการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ สมมติฐานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและเอกชนหลายแห่ง ซึ่งมีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

5.2.1 อุปสงค์ต่อการบริการทางสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลหลาย ๆ โรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน สามารถสรุปการคาดการณ์ในแง่ของอุปสงค์ของการเข้ามารับบริการทางสุขภาพหลังจากการเปิดเสรีอาเซียนไว้ในตารางที่ 3.22 และ 3.23 โดยที่จำนวนคนไข้โดยรวมจะมีการเพิ่มขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปทั้งในภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่จะเป็นคนไทยมากกว่าคนต่างชาติ ซึ่งจำนวนคนไข้ไทยทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนจะมีสัดส่วนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในส่วนของคนไข้ต่างชาติ ถึงแม้ว่าจะคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับคนไข้ทั้งหมด แต่ก็ถือว่าเป็นกลุ่มคนไข้ที่มีการเติบโตค่อนข้างดีในโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ในภาครัฐถือเป็นคนไข้ที่มีสัดส่วนที่น้อยมาก การเติบโตของคนไข้ต่างชาติในโรงพยาบาลเอกชนในปัจจุบันมีอยู่หลากหลายกลุ่ม ทั้งคนไข้ที่มาจากนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ, คนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยอยู่แล้ว หรือ คนไข้ต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านที่เดินทางมารักษาเองโดยตรง สำหรับคนไข้ชาวอาเซียนถือว่าเป็นคนไข้ที่ยังมีเป็นจำนวนน้อยทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน แต่คาดว่าคนไข้ชาวอาเซียนน่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นในเขตที่มีการลงทุนทางธุรกิจเช่นในแถบนิคมอุตสาหกรรมต่างๆ และในบริเวณจังหวัดที่อยู่ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้าน

ตารางที่ 3.24 แสดงให้เห็นว่าในอนาคตอันใกล้การเติบโตของคนไข้ต่างชาติและรายได้ที่มาจากคนไข้ต่างชาติจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างเช่น คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ หลายโรงพยาบาลและที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้านได้ให้ข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและการ

ดำเนินการตามแผนการตลาดของโรงพยาบาลจะช่วยเพิ่มจำนวนคนไข้ต่างชาติให้มากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น คณะผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานีได้ให้สัมภาษณ์ว่ามีคนไข้ลาวที่มีรายได้สูงเดินทางเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นประจำ โดยการเพิ่มขึ้นของจำนวนคนไข้ชาวลาวนั้นมาจากการทำการตลาดของโรงพยาบาล ซึ่งทางคณะผู้บริหารคาดหวังว่า จะมีคนไข้จากประเทศลาวเข้ามาใช้บริการมากขึ้นจากเดิมที่มีสัดส่วนคนไข้ไทย:คนไข้ลาว คือ 70:30 ให้กลายเป็น 50:50 ในอนาคต นอกจากนี้ในบางจังหวัดที่เป็นเขตการลงทุน เช่น จังหวัดชลบุรี ที่นั่นจะมีคนต่างชาติทั้งในและนอกอาเซียนเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเนื่องจากการค้าการลงทุนที่มากขึ้นอันเนื่องมาจาก AEC ทางคณะผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีได้ให้ข้อมูลว่าจำนวนคนไข้ต่างชาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 20-30 ต่อปี และในอนาคตเมื่อการค้าและการลงทุนในจังหวัดมีมากขึ้นจะส่งผลให้มีแรงงานทั้งชาวไทยและต่างชาติเข้ามาทำงานในจังหวัดเพิ่มขึ้น ดังนั้นจำนวนคนไข้ไทยและต่างชาติจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลก็จะมีเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อเนื่องให้รายได้ของโรงพยาบาลในปัจจุบันที่มีอัตราการเติบโตเท่ากับร้อยละ 30 ต่อปีจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 ต่อปีในอนาคตอันใกล้ แต่ในทางกลับกันคนไข้ชาวต่างชาติที่เป็นแรงงานระดับล่างผู้ซึ่งส่วนมากเข้ามารับบริการทางสุขภาพจากสถานพยาบาลภาครัฐจะสร้างภาระที่สูงมากขึ้นแก่โรงพยาบาลรัฐ เพราะคนไข้เหล่านี้มักจะมาขอใช้บริการแบบสงเคราะห์ ซึ่งในส่วนของคนไข้ต่างชาติที่มาใช้บริการแบบสงเคราะห์นับได้กำลังเพิ่มสูงขึ้นและเริ่มสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้แก่โรงพยาบาลรัฐแล้ว ตัวอย่างเช่น ผู้บริหารของโรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ได้ให้ข้อมูลว่าค่ารักษาพยาบาลที่คนไข้ต่างชาติที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยในแล้วไม่ยอมจ่ายนั้นมีอัตราการเติบโตเพิ่มขึ้นสูงถึง 2 เท่าในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

ดังนั้น สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มว่าคนไข้ชาวไทยและชาวต่างชาติผู้มีรายได้ปานกลางถึงสูงน่าจะใช้บริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชน และคนไข้ชาวไทยและชาวต่างชาติผู้มีรายได้น้อยจะไปรับบริการจากโรงพยาบาลรัฐในลักษณะที่เพิ่มขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ยกเว้นในบางพื้นที่ที่เป็นเขตดึงดูดการลงทุนอันเป็นผลพวงมาจากการเปิดเสรี, การผ่อนคลายนโยบาย หรือการส่งเสริมการลงทุนจาก AEC เช่น ในจังหวัดชลบุรี ที่จะทำให้คนไข้ไทยและคนไข้ต่างชาติเพิ่มขึ้นมากกว่าพื้นที่อื่นๆ จึงอาจจะกล่าวได้ว่า AEC ไม่ได้ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ของการบริการทางสุขภาพแบบฉับพลัน เพราะอุปสงค์ในประเทศมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่ AEC จะไปช่วยเร่งให้อุปสงค์ของการใช้บริการทางสุขภาพในบางพื้นที่มีการเพิ่มในอัตราที่เร็วขึ้นมากกว่าปกติ

ตารางที่ 3.22 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่ออุปสงค์ของการรับบริการทางสุขภาพโดยรวมหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
จำนวนคนไข้เพิ่มขึ้นตามปกติ จากสัดส่วนของคนไทยเกินร้อยละ 95 และคนต่างชาติไม่เกินร้อยละ 5 ยกเว้นบางพื้นที่ที่เป็นทำเลทองของการลงทุนทางธุรกิจ เช่น จังหวัดชลบุรี ก็จะมีคนไทยและต่างชาติเพิ่มขึ้นมากกว่าพื้นที่อื่นๆ	จำนวนคนไข้จะเพิ่มขึ้นทั้งจากคนไทยและคนต่างชาติ แต่โดยส่วนใหญ่มาจากคนไทยซึ่งประมาณได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ยกเว้นโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ที่เน้นการรับบริการลูกค้าต่างชาติโดยมีสัดส่วนคนไทยร้อยละ 55 และคนต่างชาติร้อยละ 45 หรือบางโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดที่อยู่ใกล้กับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานีมีสัดส่วนคนไทยร้อยละ 70 และ คนต่างชาติ (ซึ่งเป็นชาวลาว) ร้อยละ 30

ตารางที่ 3.23 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่ออุปสงค์ของการรับบริการทางสุขภาพจากคนไข้ต่างชาติหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- โดยภาพรวมแล้ว จำนวนคนไข้ต่างชาติอาจเพิ่มขึ้นน้อยเพราะโรงพยาบาลรัฐเน้นดูแลคนไทยเกือบทั้งหมดอยู่แล้วยกเว้นบางพื้นที่ที่ดึงดูดให้แรงงานต่างชาติรายได้น้อยเข้าไปทำงานที่จะทำให้เกิดคนไข้ต่างชาติประเภทนี้เข้าไปใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐมากขึ้น - คนไข้ต่างชาติที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่เป็นแรงงานผู้มีรายได้ต่ำจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งจะมาขอใช้บริการแบบสงเคราะห์ - โดยภาพรวม AEC มีผลบ้างเล็กน้อยต่อการเพิ่มขึ้นของคนไข้ต่างชาติชาวอาเซียน ยกเว้นบางพื้นที่ที่เป็นทำเลทองของการลงทุนทางธุรกิจ เช่น จังหวัดชลบุรี ก็จะมีคนไข้ต่างชาติทั้งในและนอกอาเซียนที่บริษัทเอกชนทำประกันสุขภาพให้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งนับได้ว่า AEC ส่งผลมากในพื้นที่เหล่านี้	- ในอนาคตจำนวนคนไข้ต่างชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคงที่และมีหลายเชื้อชาติ - ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นคนไข้ที่มาจากนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ และชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศอยู่แล้ว ส่วนใหญ่จะมีฐานะดีหรือมีประกันสุขภาพที่บริษัททำไว้ให้ - คนไข้ชาวอาเซียนมีสัดส่วนน้อย โดยมีทั้งประเภทเดินทางเข้ามารักษาเอง และทำงานในประเทศไทยอยู่แล้ว - คนไข้ชาวอาเซียนที่เดินทางเข้ามาเองจะมีฐานะดี ถ้าไม่เลือกเดินทางมายังกรุงเทพ ก็จะไปยังภาคอื่นๆที่ตั้งอยู่ใกล้ประเทศของตน เช่น ชาวพม่าไปเชียงใหม่ และชาวลาวไปอุดรธานี เป็นต้น - ในภาพรวม AEC มีผลบ้างต่อการเพิ่มขึ้นของคนไข้ต่างชาติชาวอาเซียน ยกเว้นบางภูมิภาค เช่น ภาคตะวันออกที่จะมีการเปิดรับการลงทุนจาก AEC โดยตรงซึ่งจะทำให้มีคนไข้ต่างชาติเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 3.24 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อการเปลี่ยนแปลงของรายได้ของโรงพยาบาลหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- บางโรงพยาบาลจะมีรายจ่ายมากขึ้นเนื่องจากต้องรักษาคนไข้ต่างชาติผู้มีรายได้แบบสงเคราะห์ - บางโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่การลงทุน จะมีรายได้เพิ่มขึ้น และจะเติบโตได้จากสามทาง คือ หนึ่ง ส่วนที่เปิดบริการแบบแสวงหากำไร สอง จากกลุ่มคนไข้ในระบบประกันสังคมและ สาม กลุ่มคนไข้ที่จ่ายค่าบริการเอง	- รายได้เพิ่มขึ้นตามปกติ แม้ไม่มี AEC ยกเว้นบางโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีการลงทุนสูง เช่น จังหวัดชลบุรี รายได้จะเติบโตสูงมาก เป็นต้น

5.2.2 อุปทานต่อการบริการทางสุขภาพ

จากแนวโน้มที่อุปสงค์ต่อการรับบริการทางสุขภาพทั้งจากคนไทยและคนต่างชาติที่น่าจะเพิ่มมากขึ้นเนื่องมาจากการค้าและการลงทุนที่ไหลเข้ามาในไทยมากขึ้นหลังจากการเปิดเสรีอาเซียน จะทำให้โรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในภาคเอกชนที่จะให้บริการคนไข้ที่มีรายได้สูงและคนไข้ต่างชาติที่มีฐานะดีในจำนวนที่มากขึ้น จำเป็นต้องจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งตอนนี้ถือว่าเป็นที่ขาดแคลนอย่างหนักทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน ยิ่งไปกว่านั้นจากการทบทวนข้อผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการในรูปแบบที่ 3 (Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ) พบว่า มีการเพิ่มข้อผูกพันโดยอนุญาตให้มีสัดส่วนเงินทุนต่างชาติของประเทศภายในอาเซียนที่เข้ามาลงทุนในประเทศไทยได้ไม่เกิน 70% ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่นักลงทุนในอาเซียนจะเข้ามาลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในไทยมากขึ้นหลังจากการเปิดเสรีอาเซียน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลในภาคเอกชนหลายท่านก็มีความเห็นสอดคล้องกัน กล่าวคือนักลงทุนชาวต่างชาติน่าจะเข้ามาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของประเทศที่มีผลประกอบการดีอยู่แล้วในรูปแบบของการร่วมทุนหรือเพิ่มทุน อีกรูปแบบหนึ่งที่มีการกล่าวถึงกันคือการที่นักลงทุนต่างชาติอาจจะเข้ามาซื้อโรงพยาบาลขนาดกลางหรือขนาดเล็กที่ปัจจุบันมีผลประกอบการที่ไม่ดีนักแล้วนำมาปรับปรุงเพื่อสร้างแบรนด์ (Brand) โรงพยาบาลใหม่ขึ้นมา ไม่ว่าการลงทุนที่เพิ่มขึ้นจะเป็นในรูปแบบใดก็ตาม สิ่งที่จะเกิดขึ้นก็คือการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยซึ่งจะยิ่งทำให้ความต้องการในการจ้างแพทย์และพยาบาลในภาคเอกชนมีเพิ่มมากขึ้น

จากตารางที่ 3.25 ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวไทยมากกว่าชาวต่างชาติ เนื่องจากมีทักษะการรักษาและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เก่งกว่าชาติอื่นๆ ในแถบอาเซียนหรือแม้แต่ในแถบเอเชียตะวันออก นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนไม่ต้องการแพทย์จบใหม่และแพทย์ทั่วไปเท่าใดนักแต่ต้องการแพทย์เฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เป็น “sub-specialist” ที่มีชื่อเสียงเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพื่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลในการดึงดูดลูกค้า

ตารางที่ 3.25 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อความต้องการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- ขาดแคลนทั้งแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล และอาจารย์พยาบาล	- ต้องการแพทย์และพยาบาลชาวไทยเพิ่มขึ้น แต่มีความต้องการพยาบาลมากกว่าแพทย์ เนื่องจากขาดแคลนมากกว่า - ต้องการพยาบาลไทยที่มีทักษะดังที่มีในปัจจุบัน ไม่จำเป็นต้องจบเฉพาะทางหรือเป็นอาจารย์พยาบาล - ต้องการแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เป็น “sub-specialist” และจะดียิ่งขึ้นถ้ามีชื่อเสียงหรือเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ และไม่ต้องการแพทย์ทั่วไปและแพทย์จบใหม่เท่าใดนัก - ไม่มีความต้องการแรงงานชาวต่างชาติเท่าใดนักทั้งแพทย์และพยาบาลชาวต่างชาติ เนื่องจากทักษะการรักษาและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ต่ำกว่าแรงงานไทย

ความต้องการแรงงานทั้งแพทย์และพยาบาลที่มากขึ้นทั้งจากโรงพยาบาลในภาครัฐและภาคเอกชน ในขณะที่กำลังการผลิตแพทย์และพยาบาลไม่ได้เพิ่มขึ้นเท่าใดนักย่อมทำให้เกิดภาวะที่โรงพยาบาลเอกชนดึงแรงงานแพทย์และพยาบาลไปจากภาครัฐมากขึ้น อย่างไรก็ตามในประเด็นนี้ ผู้บริหารของโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนมีมุมมองที่แตกต่างกัน ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 3.26 กล่าวคือ แม้ว่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้คาดการณ์ค่อนข้างเหมือนกันว่าจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนมากขึ้น แต่ผู้บริหาร

โรงพยาบาลภาครัฐมองว่าภาวะที่แพทย์ไปทำงานในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นจะเป็นการซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในภาครัฐ ในขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนกลับมองว่าการที่แพทย์ย้ายจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนมากขึ้นนั้นเป็นเรื่องปกติ เพราะภาครัฐสร้างตำแหน่งทางราชการมารองรับคนได้ไม่เพียงพอ และภาครัฐให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์และพยาบาลที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงาน นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลเอกชนเองก็มีการจ้างแพทย์จากภาครัฐในรูปแบบ Part-Time ไว้เป็นจำนวนมากอยู่แล้ว ดังนั้นไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการดึงแรงงานแพทย์จากภาครัฐเข้ามามากนักหลังจากการเปิดเสรีอาเซียน และน่าจะถือเป็นเรื่องดีที่แพทย์จากภาครัฐจะมีรายได้เสริมจากการทำงานในโรงพยาบาลเอกชนนอกเหนือเวลาราชการเพื่อที่จะมีรายได้เพียงพอที่จะทำงานให้แก่โรงพยาบาลภาครัฐต่อไปได้

ตารางที่ 3.26 ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- คาดว่าจะมีมากขึ้น เนื่องจากความต้องการของแพทย์ จากภาคเอกชนสูงมาก และรายได้ของแพทย์ทั้งสอง โรงพยาบาลก็ต่างกันมาก และจะยิ่งมากขึ้นในบาง พื้นที่ที่เป็นทำเลทองของการลงทุนทางธุรกิจ เช่น จังหวัดชลบุรี ซึ่งจะเป็นการซ้ำเติมปัญหาการขาด แคลนแรงงานในภาครัฐ	- คาดว่ามีมากขึ้น เนื่องจาก ภาครัฐสร้างตำแหน่งราชการรองรับแรงงานได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล - คิดว่าเป็นผลดีต่อแพทย์ในภาครัฐที่จะทำงาน part-time ในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากทำให้แพทย์มีรายได้เพียงพอและยังสามารถอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐต่อไปได้ - อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายจะไม่ก่อให้เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของแพทย์ เนื่องจาก โรงพยาบาลเอกชนมีการจ้างแพทย์จากภาครัฐแบบ part-time เป็นจำนวนมากไว้อยู่แล้ว และ สอง โรงพยาบาลเอกชนมีการจ้างบุคลากรไว้สำรองระดับหนึ่งแล้ว

นอกจากมุมมองเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนจะมาจากผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลแล้ว ทางคณะผู้วิจัยยังได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน จากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศอีกด้วย เพื่อสะท้อนมุมมองของการเลือกทำงานในโรงพยาบาลประเภทต่างๆที่เกิดขึ้นจริงจากมุมมองของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ข้อมูลในส่วนของแพทย์นั้นได้มาจากแบบสอบถามทั้งหมด 116 ชุด จากตารางที่ 3.27 สามารถแบ่งแพทย์ทั้งหมดออกเป็น 3 ประเภท ประเภทแรก แพทย์ที่ทำงานในภาครัฐมาตลอด (แพทย์ภาครัฐ) ประเภทที่สอง แพทย์ที่เคยทำงานในภาครัฐในอดีต แต่ปัจจุบันได้ย้ายมาสู่เอกชน (แพทย์ภาคเอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐ) และ ประเภทที่สาม แพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนมาตลอด (แพทย์ภาคเอกชน)

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแพทย์ภาครัฐ โดยรวมแล้วจะเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 33 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ และปัจจุบันอาศัยอยู่ในต่างจังหวัดทั้งหมด มีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี สัดส่วนกว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์กลุ่มนี้จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐที่มีชื่อเสียงในต่างจังหวัด และมีเงินเดือนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50,000-100,000 บาท สำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ภาคเอกชนที่เคยทำงานอยู่ในภาครัฐมาก่อน โดยรวมแล้วจะเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 40 ปี มีสัดส่วนเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิงร้อยละ 59 มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดและปัจจุบันอาศัยอยู่ในต่างจังหวัด กลุ่มตัวอย่างนี้มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยประมาณ 15 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐที่มีชื่อเสียงในพื้นที่กรุงเทพฯ และมีเงินเดือนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 100,000-250,000 บาท และสำหรับกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ทำงานในภาคเอกชนมาตลอด โดยรวมแล้วจะเป็นแพทย์ที่มีอายุเฉลี่ย 34 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัดและจบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐที่มีชื่อเสียงในพื้นที่กรุงเทพฯ มีประสบการณ์การทำงานโดยเฉลี่ย 8 ปี เงินเดือนเฉลี่ยส่วนใหญ่ของแพทย์กลุ่มนี้อยู่ในช่วง 100,000-250,000 บาท

จากข้อมูลคุณลักษณะของแพทย์ทั้ง 3 ประเภท จะพบว่าแพทย์เอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐจะมีอายุและมีสัดส่วนของเพศชายสูงกว่า, มีประสบการณ์การทำงานที่มากกว่า และมีสัดส่วนที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ภาครัฐที่มีชื่อเสียงในพื้นที่กรุงเทพฯ มากกว่าแพทย์อีกสองกลุ่มซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 3.27 คุณลักษณะของแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศโดยแบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลที่แพทย์เคยทำงานมา

	ภาครัฐ	ภาคเอกชน ที่เคยอยู่ภาครัฐ	ภาคเอกชน
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	33 ปี	40 ปี	34 ปี
เพศ (ร้อยละ)	ชาย 37%	ชาย 51%	ชาย 29%

ลักษณะโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพภาครัฐ โดยรวมแล้วจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ย 41.5 ปี เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดเกือบทั้งหมด และมีที่อยู่ปัจจุบันในต่างจังหวัดทั้งหมด มีประสบการณ์ทำงานโดยเฉลี่ยประมาณ 18 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีโรงเรียนพยาบาลภาครัฐเกือบทั้งหมด ร้อยละ 63 มีเงินเดือนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,000-40,000 บาท และส่วนใหญ่มีสถานะเป็นข้าราชการ สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพภาคเอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐ โดยรวมแล้วจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 90 มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัด ปัจจุบันมีที่อยู่อยู่ในกรุงเทพฯ ประมาณ ร้อยละ 32 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยประมาณ 12 ปี ร้อยละ 85 จบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลภาครัฐ และร้อยละ 82 ของพยาบาลในกลุ่มนี้มีเงินเดือนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,000-40,000 บาท ซึ่งระหว่างที่ทำงานในภาครัฐเคยมีสถานะเป็นข้าราชการ, พนักงานของรัฐและลูกจ้างทั่วไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และสำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาคเอกชนมาโดยตลอด โดยรวมแล้วจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ย 33 ปี เป็นเพศหญิงและมีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดเกือบทั้งหมด แต่ครึ่งหนึ่งจะมีที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพฯ ประสบการณ์ทำงานโดยเฉลี่ยของพยาบาลกลุ่มนี้อยู่ที่ประมาณ 11 ปี จบการศึกษาจากโรงเรียนพยาบาลภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนเล็กน้อย และร้อยละ 79 มีเงินเดือนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20,000-40,000 บาท

จากข้อมูลคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 ประเภท จะพบว่าพยาบาลวิชาชีพภาครัฐมีอายุเฉลี่ยมากที่สุด และจบจากโรงเรียนพยาบาลภาครัฐในสัดส่วนที่สูงที่สุด และจบการศึกษาในระดับปริญญาโทและเฉพาะทางมากกว่าอีก 2 กลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลภาครัฐมีสถานะเป็นข้าราชการในสัดส่วนที่สูงกว่าพยาบาลเอกชนที่เคยทำงานอยู่ในภาครัฐมาก่อนอีกด้วย

ตารางที่ 3.28 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ โดยแบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพเคยทำงานมา

	ภาครัฐ	ภาคเอกชน ที่เคยอยู่ภาครัฐ	ภาคเอกชน
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	41.5 ปี	35 ปี	33 ปี
เพศ(ร้อยละ)	ชาย 3% หญิง 97%	ชาย 0% หญิง 100%	ชาย 2% หญิง 98%
ภูมิลำเนา (ร้อยละ)	กทม. 3% อื่นๆ 97%	กทม. 8.5% อื่นๆ 91.5%	กทม. 8% อื่นๆ 92%
ที่อยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)	กทม. 0%	กทม. 32%	กทม. 55%

	ภาครัฐ	ภาคเอกชน ที่เคยอยู่ภาครัฐ	ภาคเอกชน
	อื่นๆ 100%	อื่นๆ 68%	อื่นๆ 45%
ประสบการณ์ทำงาน (ค่าเฉลี่ย)	18 ปี ^ก	12 ปี ^ข	11 ปี ^ง
ประเภทของโรงเรียนแพทย์ ที่จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรี (ร้อยละ)	โรงพยาบาลภาครัฐ 95 % โรงพยาบาล ภาคเอกชน 4% ไม่ตอบ 1%	โรงพยาบาลภาครัฐ 85 % โรงพยาบาล ภาคเอกชน 11% ไม่ตอบ 4%	โรงพยาบาลภาครัฐ 53 % โรงพยาบาล ภาคเอกชน 45% ไม่ตอบ 2%
การมีวุฒิการศึกษาปริญญาโท (ร้อยละ)	มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 32% ไม่มีวุฒิการศึกษา ปริญญาโท 64% ไม่ตอบ 4%	มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 3% ไม่มีวุฒิการศึกษา ปริญญาโท 97%	มีวุฒิการศึกษาปริญญาโท 5.5% ไม่มีวุฒิการศึกษาปริญญา โท 93% ไม่ตอบ 1.5%
การมีวุฒิการศึกษาเฉพาะทาง (ร้อยละ)	มีวุฒิการศึกษา เฉพาะทาง 27% ไม่มีวุฒิการศึกษา เฉพาะทาง 70% ไม่ตอบ 3%	มีวุฒิการศึกษา เฉพาะทาง 17% ไม่มีวุฒิการศึกษา เฉพาะทาง 83%	มีวุฒิการศึกษา เฉพาะทาง 9% ไม่มีวุฒิการศึกษาเฉพาะ ทาง 90% ไม่ตอบ 1%
เงินเดือน (ร้อยละ) - น้อยกว่า 20,000 บาท - 20,000-40,000 บาท - 40,001-60,000 บาท - 60,001-100,000 บาท - 100,001 บาทขึ้นไป - ไม่ตอบ	10.5% 63% 20% 6% 0.5% 0%	6% 82% 8% 1% 0% 3%	5.5% 79% 15% 0% 0% 0.5%
สถานะในขณะที่ทำงานใน ภาครัฐ (สัดส่วน)	ข้าราชการ 60.5% พนักงานของรัฐ 26% ลูกจ้างชั่วคราว 12.5% ไม่ตอบ 1%	ข้าราชการ 26% พนักงานของรัฐ 34% ^ก ลูกจ้างชั่วคราว 38% ^ก ไม่ตอบ 2% ^ก	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	217 คน	71 คน	127 คน
หมายเหตุ: 1) ภาครัฐ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐมาโดยตลอด, ภาคเอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐในอดีตแต่ปัจจุบันได้ย้ายมาสู่ภาคเอกชน, ภาคเอกชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาคเอกชนมาโดยตลอด 2) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 คน 3) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 คน 4) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 65 คน 5) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน			

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยบางคนเลือกที่จะทำงานอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐ บางคนเลือกที่จะออกจากภาครัฐมาอยู่ภาคเอกชน หรือบางคนเลือกที่จะอยู่ในภาคเอกชนมาตลอด จะพบว่าประกอบไปด้วยหลายปัจจัย ซึ่งในตารางที่ 3.29 และ 3.30 ได้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยผลักดันและดึงดูดชนิดต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเลือกทำงานในภาครัฐหรือภาคเอกชนสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยตามลำดับ และก่อนการวิเคราะห์ถึงรายละเอียดของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานนั้น จะทำการอธิบายวิธีการแปลความหมายจากตารางเสียก่อน

ปัจจัยต่างๆ ทั้ง 18 ประเภทสำหรับแพทย์ไทย และ พยาบาลวิชาชีพไทยในตารางที่ 3.29 และ 3.30 ข้างต้นนั้น คือปัจจัยผลักดันและปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายการทำงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งจะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มปัจจัยประเภทใดประเภทหนึ่ง ซึ่งมีทั้งหมด 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ หนึ่ง ปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลให้ทำงานอยู่ในภาครัฐต่อไป สอง ปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปทำงานยังภาคเอกชน และ สาม ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน โดยปัจจัยหลายๆ ประเภทนั้นจะถูกจัดให้อยู่ในทุกกลุ่มปัจจัย (มีตัวเลขในทุกคอลัมน์) และการแปลความหมายก็จะแตกต่างกันออกไปในแต่ละกลุ่มปัจจัย ตัวอย่างเช่น ค่าตอบแทน เมื่ออยู่ในกลุ่มปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐก็จะหมายถึง ค่าตอบแทนในภาครัฐที่มีความเหมาะสมอยู่แล้วจนทำให้ตัดสินใจที่จะทำงานอยู่ในภาครัฐต่อไป แต่ถ้าอยู่ในกลุ่มปัจจัยผลักดันจากภาครัฐที่ส่งผลให้ย้ายไปยังภาคเอกชน จะหมายถึง ค่าตอบแทนของภาครัฐที่ไม่เพียงพอจนทำให้ต้องย้ายไปสู่ภาคเอกชน แต่เมื่อค่าตอบแทนอยู่ในกลุ่มปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชนก็ จะหมายถึง ค่าตอบแทนของภาคเอกชนที่สูงจนทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำงานอยู่ในภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม ปัจจัยบางประเภทถูกจัดให้อยู่ในบางกลุ่มเท่านั้น (ไม่มีตัวเลขทุกคอลัมน์ และมีตัว N.A. บางคอลัมน์) เช่น สถานะที่มีเกียรติและ ความท้าทายในการทำงาน ได้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐเท่านั้น หรือ ความเสี่ยงในการติดเชื้อจากคนไข้ ถือว่าอยู่ในกลุ่มปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปยังภาคเอกชน เท่านั้น

ในส่วนของแพทย์ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลให้แพทย์บางคนตัดสินใจที่จะทำงานอยู่ในภาครัฐจะพบว่า ปัจจัยเรื่องระยะทางมีผลต่อการตัดสินใจทำงานในภาครัฐสูงมาก ทุกปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ทำงานอยู่ใกล้ครอบครัว, สถานที่ทำงานอยู่ใกล้ภูมิลำเนา และ สถานที่ทำงานอยู่ใกล้โรงเรียนแพทย์ที่เคยศึกษา/ฝึกงานนั้นล้วนแล้วแต่มีผลต่อการทำงานในภาครัฐทั้งสิ้น นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องความท้าทายในการรักษาโรคที่ซับซ้อน, ความมั่นคงในการทำงานและการได้รับโอกาสในการศึกษาต่อด้านเฉพาะทางก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แพทย์ยังคงทำงานในภาครัฐ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้แพทย์บางคนตัดสินใจลาออกจากภาครัฐ

มาทำในภาคเอกชน พบว่าปัจจัยในเรื่อง ค่าตอบแทนที่น้อยในภาครัฐ และค่าตอบแทนที่สูงในภาคเอกชน รวมถึง ภาระงานที่หนักในภาครัฐและภาระงานที่เบาในภาคเอกชน คือสาเหตุสำคัญต่อการลาออกจากภาครัฐไปยังภาคเอกชน และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้แพทย์บางคนตัดสินใจทำงานในภาคเอกชนตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน จะพบว่าปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนที่สูง การจัดสรรเวลาได้อย่างอิสระ และระบบการทำงานที่รวดเร็วและเปิดโอกาสให้รักษาคนไข้ได้อย่างเต็มที่คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์เลือกที่จะทำงานอยู่ในภาคเอกชน

ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพผลที่ได้ค่อนข้างจะคล้ายคลึงกับในกรณีของแพทย์ กล่าวคือ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพบางคนตัดสินใจทำงานอยู่ในภาครัฐจะพบว่า ปัจจัยเรื่องระยะทางก็มีผลต่อการตัดสินใจทำงานในภาครัฐที่สูงเช่นกัน กล่าวคือ การที่สถานที่ทำงานอยู่ใกล้ครอบครัว และสถานที่ทำงานอยู่ใกล้ภูมิลำเนาจะมีผลต่อการทำงานในภาครัฐค่อนข้างสูง นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องความมั่นคงในการงานและการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพยังคงทำงานในภาครัฐ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพบางคนตัดสินใจลาออกจากภาครัฐเพื่อมาทำงานในภาคเอกชนจะพบว่าปัจจัยเรื่อง ค่าตอบแทนที่น้อยในภาครัฐ และค่าตอบแทนที่สูงในภาคเอกชน รวมไปถึง ภาระงานที่หนักกว่าในภาครัฐและภาระงานที่เบาในภาคเอกชน คือสาเหตุหลักที่ส่งผลให้พยาบาลลาออกจากภาครัฐไปยังภาคเอกชน และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพบางคนตัดสินใจที่จะทำงานในภาคเอกชนตั้งแต่แรก จะพบว่าปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนที่สูง, การจัดสรรเวลาได้อย่างมีอิสระ และระบบการทำงานของภาคเอกชนที่คล่องตัวกว่า คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาบาลย้ายมาทำงานในภาคเอกชน

ตารางที่ 3.29 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนของแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ (ค่าเฉลี่ยของระดับการส่งผลของแต่ละปัจจัย)

ประเภทของแพทย์	ภาครัฐ	ภาคเอกชนที่เคยทำงานในภาครัฐ		ภาคเอกชน
ประเภทของปัจจัย	ปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐ	ปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปยังภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับที่อยู่ของครอบครัว	50% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับครอบครัว	57% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำในอดีตอยู่ไกลจากครอบครัว	N.A.	N.A.
ผลของของระยะทางจากครอบครัวต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	3.19 ^ก	2.18 ^ข		
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับภูมิลำเนา	35% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับภูมิลำเนา	51% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำในอดีตอยู่ไกลจากภูมิลำเนา	N.A.	N.A.
ผลของของระยะทางจากภูมิลำเนาต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	3.18 ^ข	1.85 ^ข		
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับโรงเรียนแพทย์ที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงาน	50% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับโรงเรียนแพทย์ที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงาน	N.A.	N.A.	N.A.
ผลของของระยะทางจากโรงเรียนแพทย์ที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงานต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	3.23 ^ก	N.A.		
ค่าตอบแทน	2.47	2.88 ^ค	3.14	2.83
ความท้าทายในการทำงาน	2.97 ^จ	N.A.	N.A.	N.A.
การสนับสนุนการทำวิจัย	1.94 ^จ	N.A.	N.A.	N.A.

ประเภทของแพทย์	ภาครัฐ	ภาคเอกชนที่เคยทำงานในภาครัฐ		ภาคเอกชน
ประเภทของปัจจัย	ปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐ	ปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปยังภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน
ความมั่นคงในการทำงาน	2.91	N.A.	N.A.	N.A.
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	2.38	1.91	1.36	2.6 ^ก
สถานะที่มีเกียรติ	2.74	N.A.	N.A.	N.A.
มีการจัดที่พักอาศัยให้	2.19 ^ข	N.A.	N.A.	N.A.
สวัสดิการการรักษาพยาบาล	2.55 ^ค	N.A.	N.A.	N.A.
เงินบำนาญวัยเกษียณ	2.15	N.A.	N.A.	N.A.
มีโอกาสดำเนินการศึกษาต่อ	2.88 ^ง	N.A.	N.A.	N.A.
ภาระงาน	N.A.	2.79	2.76 ^จ	2.67
อิสระในการจัดสรรเวลา	N.A.	2.19	2.41	3
ระบบการทำงาน	N.A.	2.33 ^ฉ	2.32	2.83
เงินค่าปรับแทนการใช้ทุนไม่สูงเท่าใดนัก	N.A.	1.16 ^ช	N.A.	N.A.
รายได้เสริมจากการทำงานพิเศษนอกช่วงเวลาการทำงานปกติ	211. ^ฉ	N.A.	N.A.	N.A.
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	34 คน	68 คน	69 คน	6 คน
หมายเหตุ: 1) ภาครัฐ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐมาโดยตลอด, ภาคเอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐหมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐในอดีตแต่ปัจจุบันได้ย้ายมาสู่ภาคเอกชน, ภาคเอกชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาคเอกชนมาโดยตลอด 2) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 3) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 4) ก, ข, ค, ง, จ, ฉ, ช, ฌ, ฐ, ฑ และ ฒ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 16, 11, 13, 33, 32, 18, 37, 27, 67, 64, 68 และ 4 คนตามลำดับ				

ตารางที่ 3.30 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนของพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานในต่างประเทศ

ประเภทของพยาบาลวิชาชีพ	ภาครัฐ	ภาคเอกชนที่เคยทำงานในภาครัฐ		ภาคเอกชน
ประเภทของปัจจัย	ปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐ	ปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปยังภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับที่อยู่ของครอบครัว	67% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับครอบครัว	65% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำในอดีตอยู่ไกลจากครอบครัว	N.A.	N.A.
ผลของของระยะทางจากครอบครัวต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	3.22 ^ก	1.82 ^ข		
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับภูมิลำเนา	48% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับภูมิลำเนา	65% ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำในอดีตอยู่ไกลจากภูมิลำเนา	N.A.	N.A.
ผลของของระยะทางจากภูมิลำเนาต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	3.32 ^ข	1.51 ^ข		
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐที่เคยทำหรือกำลังทำกับโรงเรียนพยาบาลที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงาน	66 % ตอบว่าโรงพยาบาลภาครัฐที่ทำอยู่ในปัจจุบันอยู่ใกล้กับโรงเรียนพยาบาลที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงาน			
ผลของของระยะทางจากโรงเรียนพยาบาลที่เคยศึกษา/สถานที่ฝึกงานต่อการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐ	2.93 ^ก	N.A.	N.A.	N.A.
ค่าตอบแทน	2.43	2.98	3.17 ^ค	3.03
ความท้าทายในการทำงาน	2.87	N.A.	N.A.	N.A.
การสนับสนุนการทำวิจัย	2.57	N.A.	N.A.	N.A.
ความมั่นคงในงาน	3.18	N.A.	N.A.	N.A.
ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	2.43	2.06	1.93	2 ^ง
สถานะที่มีเกียรติ	2.93	N.A.	N.A.	N.A.

ประเภทของพยาบาลวิชาชีพ	ภาครัฐ	ภาคเอกชนที่เคยทำงานในภาครัฐ		ภาคเอกชน
ประเภทของปัจจัย	ปัจจัยดึงดูดให้ทำงานอยู่ในภาครัฐ	ปัจจัยจากภาครัฐที่ผลักดันให้ไปยังภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน	ปัจจัยดึงดูดจากภาคเอกชน
มีการจัดที่พักอาศัยให้	2.44 ^จ	N.A.	N.A.	N.A.
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	3.02 ^จ	N.A.	N.A.	N.A.
เงินบำนาญวัยเกษียณ	2.95 ^จ	N.A.	N.A.	N.A.
มีโอกาสนักการศึกษาต่อ	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
ภาระงาน	N.A.	2.84 ^ข	2.51 ^ข	2.18
อิสระในการจัดสรรเวลา	N.A.	2.14	2.37	2.27 ^ง
ความเสี่ยงในการติดเชื้อจากคนไข้	N.A.	1.83 ^ข	1.99 ^ข	2.01
ระบบการทำงาน	N.A.	2.08 ^ข	2.16	2.27
รายได้เสริมจากการทำงานพิเศษนอกช่วงเวลาการทำงานปกติ	1.74 ^ฉ	N.A.	N.A.	N.A.
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	214 คน	65 คน	68 คน	123 คน
หมายเหตุ: 1) ภาครัฐ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐมาโดยตลอด, ภาคเอกชนที่เคยอยู่ภาครัฐหมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาครัฐในอดีตแต่ปัจจุบันได้ย้ายมาสู่ภาคเอกชน, ภาคเอกชน หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในภาคเอกชนมาโดยตลอด 2) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 สำหรับการส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 3) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล 4) ก มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 137 คน 5) ข มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 97 คน 6) ค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 136 คน 7) ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 213 คน 8) จ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 206 คน 9) ฉ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 คน 10) ช มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 39 คน 11) ซ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 คน 12) ฌ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 69 คน 13) ญ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 67 คน 14) ภ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 124 คน 15) ฎ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 121 คน				

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยตัดสินใจที่จะทำงานในภาครัฐจะพบว่าแรงจูงใจหลักคือ การที่สถานที่ทำงานหรือโรงพยาบาลมีทำเลที่ตั้งอยู่ใกล้กับครอบครัว, ภูมิลำเนาหรือสถานศึกษาของแพทย์และพยาบาลนั้นๆ และการที่รัฐบาลสามารถสร้างความมั่นคงในหน้าที่การทำงานให้ เช่น การบรรจุเป็นข้าราชการประจำ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานในภาครัฐมีสัดส่วนของข้าราชการประจำสูงมาก และกลุ่มตัวอย่างของภาคเอกชนที่เคยทำงานในภาครัฐมีสัดส่วนของข้าราชการประจำที่ค่อนข้างจะต่ำ) รวมถึงการจัดสรรสวัสดิการในด้านค่ารักษาพยาบาลให้เพียงพอ ถ้ารัฐบาลสามารถส่งเสริมปัจจัยเหล่านี้ได้ก็จะสามารถสร้างแรงจูงใจให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพบางส่วนทำงานต่อไปในภาครัฐ แต่ในทางกลับกัน ระบบบริการสุขภาพในภาครัฐของประเทศไทยในปัจจุบันเป็นระบบที่ให้ภาระงานแก่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ค่อนข้างหนัก ในขณะที่เดียวกันค่าตอบแทนที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพได้รับก็ไม่เพียงพอเท่าใดนัก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพบางส่วนตัดสินใจลาออกจากภาครัฐเพื่อย้ายไปทำงานในภาคเอกชนหรือบางท่านอาจจะเลือกทำงานในภาคเอกชนตั้งแต่เรียนจบ เพราะโรงพยาบาลเอกชนให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า ภาระการทำงานเบากว่าและสามารถจัดสรรเวลาการทำงานและการใช้ชีวิตของตนเองได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับภาครัฐ

5.2.3 สรุปสาระสำคัญของการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะต้องให้บริการแก่คนไทยและต่างชาติที่เพิ่มสูงขึ้นจากการค้า, การลงทุนและการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างชาติที่มีมากขึ้นในประเทศไทย รวมไปถึงแผนการตลาดในการดึงดูดลูกค้าต่างชาติจากโรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตามการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC จะยิ่งส่งเสริมการค้าการลงทุนในประเทศไทยให้เพิ่มสูงขึ้นอีก ซึ่งจะส่งผลให้คนไทยมีรายได้โดยรวมสูงขึ้นและทำให้มีชาวต่างชาติทั้งในและนอกอาเซียนเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการใช้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมากขึ้นอีกทอดหนึ่งโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบางพื้นที่ที่เป็นเขตการลงทุน เช่น จังหวัดชลบุรี เป็นต้น โดยความต้องการที่มีมากขึ้นเป็นโอกาสทางธุรกิจที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนที่จะทำการขยายโรงพยาบาลของตนเองเพื่อรองรับความต้องการเหล่านั้น เช่น เครือโรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งเป็นกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทยมีเป้าหมายในการขยายจำนวนโรงพยาบาลของ

ตนเองจาก 32 แห่งในปัจจุบันให้กลายเป็น 50 แห่งภายในปี พ.ศ.2558²⁵ ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องให้เกิดความต้องการแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีฝีมือจากภาครัฐเพิ่มขึ้น

ระดับความรุนแรงของปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศขึ้นอยู่กับทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ กล่าวคือ หากกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเอกชนคือต้องการจ้างแรงงานแบบเต็มเวลาก็จะทำให้ปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานรุนแรงมากขึ้น แต่ถ้าเป็นการจ้างแบบชั่วคราวหรือ Part-Time ก็จะทำให้การเคลื่อนย้ายไม่รุนแรงมากนัก อย่างไรก็ตามปัญหาการที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพลาออกจากภาครัฐจำเป็นต้องพิจารณาโครงสร้างแรงจูงใจของภาครัฐประกอบไปด้วย กล่าวคือ หากระบบบริการสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยยังเป็นระบบที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพต้องไปทำงานในโรงพยาบาลที่ห่างไกลจากครอบครัวหรือบ้านเกิดของตนเองเป็นเวลานาน มีภาระงานที่หนัก ได้ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า และไม่มีตำแหน่งข้าราชการและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ดีให้เพียงพอ โอกาสที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจะลาออกไปทำงานยังภาคเอกชนก็จะมีมากขึ้น

ประเด็นหลักที่น่าจะเกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานบริการวิชาชีพด้านสุขภาพ หลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ. 2558 ไม่น่าจะเป็นเรื่องของการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสามประการ ประการแรก กฎระเบียบในการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในเมืองไทยยังมีข้อจำกัดอยู่สูงมากและทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาลเกือบจะทั้งหมดก็ไม่ได้ต้องการที่จะจ้างแรงงานต่างชาติเท่าใดนัก ประการที่สอง ตลาดบริการสุขภาพในอาเซียนด้วยกันเองไม่ได้มีขนาดใหญ่พอหรือมีความต้องการที่จะรับแรงงานจากต่างชาติมากเท่าใดนัก และ ประการที่สาม ทัศนคติของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีความประสงค์ที่จะไปทำงานยังต่างประเทศ เพราะมีความเป็นห่วงครอบครัวและผูกพันกับการใช้ชีวิตในประเทศไทย บางกลุ่มที่ต้องการไปทำงานยังต่างประเทศด้วยแรงจูงใจเรื่องค่าตอบแทนนั้นก็ต้องการไปแค่เพียงชั่วคราวเท่านั้น และประเทศเป้าหมายที่อยากจะไปทำงานก็ไม่ใช่แต่เพียงประเทศในกลุ่มอาเซียนแต่เพียงอย่างเดียว

ประเด็นสำคัญที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตคือความต้องการในการใช้บริการสุขภาพภายในประเทศที่สูงขึ้นทั้งจากคนไทยและคนต่างชาติที่จะมีมากขึ้นหลังจากการเปิดเสรี

²⁵ โรงพยาบาลกรุงเทพ ตั้งเป้าหมายโรงพยาบาล 50 แห่ง รุกซื้อกิจการ รับเออีซี 23 ธันวาคม 2555

http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1356244462&grpid=03&catid=03

ภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558 ในขณะเดียวกันการที่ข้อผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการในรูปแบบที่ 3 อนุญาตให้นักลงทุนชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนได้ถึง 70% ในธุรกิจบริการซึ่งก็รวมไปถึงธุรกิจโรงพยาบาลด้วย ทั้งหมดนี้จะส่งผลให้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยขยายตัวมากขึ้นและจะนำมาซึ่งการดึงแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชนมากขึ้น ซึ่งระดับของปัญหาจะรุนแรงหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับระดับความต้องการแรงงานของภาคเอกชน และโครงสร้างแรงจูงใจของการทำงานที่จัดสรรโดยภาครัฐ

นับได้ว่าผลการศึกษาในเรื่องของการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลไทยทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับบทสรุปของงานศึกษาหลายชิ้น กล่าวคือ การเคลื่อนย้ายของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในกลุ่มประเทศอาเซียนจะมีไม่มากนักเนื่องจากกฎระเบียบในการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานในเมืองไทยยังมีข้อจำกัดอยู่สูงมากทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานเป็นไปอย่างลำบากนับได้ว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wiskow (2006) ที่ได้สรุปว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในกลุ่มสหภาพยุโรปจะมีมากหรือน้อยนั้นย่อมขึ้นอยู่กับกฎระเบียบของแต่ละประเทศว่าจะมีการเปิดรับชาวต่างชาติมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ปัจจัยการตัดสินใจไปทำงานยังต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยบางส่วนนั้นก็นับว่าตรงกับผลการศึกษาของ Rutten (2009) ที่ได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องค่าตอบแทนคือปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจไปต่างประเทศ

ในส่วนของผลการศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานภายในประเทศก็ถือว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อสรุปของงานศึกษาหลายชิ้น กล่าวคือการทำแพทย์มองว่าค่าตอบแทนที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ตัดสินใจลาออกจากภาครัฐนั้นตรงกับข้อสรุปส่วนหนึ่งจากงานของ ทักษพล (2546) และปัจจัยระยะทางระหว่างสถานที่ทำงานและครอบครัว/ภูมิสำเนาสามารถทำให้แพทย์ยังคงทำงานในภาครัฐนั้นก็นับว่าสอดคล้องกับข้อสรุปของ นงลักษณ์และคณะ (2555) ที่ระบุว่าแพทย์ตัดสินใจทำงานในชนบทต่อไปได้หากสถานพยาบาลอยู่ในภูมิสำเนาของตน นอกจากนี้ผลการศึกษาในส่วน of พยาบาลก็มีความสอดคล้องกับงานศึกษาบางส่วน กล่าวคือ ค่าตอบแทนคือปัจจัยสำคัญในการทำงานในภาคเอกชนซึ่งตรงกับข้อสรุปของ สุรีย์และพนิดา (2550) และ นิชนันท์ (2548)

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์และการคาดการณ์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นแก่ระบบบริการสุขภาพและตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยหลังจากการเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในบพนี้มีพื้นฐานมาจากข้อมูลจากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐและเอกชนเป็นสำคัญ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความจำกัดในการได้มาเป็นอย่างดี

ยิ่ง ดังนั้นการนำการวิเคราะห์และการคาดการณ์ในบทนี้ไปใช้ประโยชน์ในแง่ใดก็ตามจำเป็นต้องประยุกต์ใช้ด้วยความระมัดระวัง

เอกสารอ้างอิง

- Forcier, M. B., Simoens, S., & Antonio, G. (2004). Impact, Regulation and Health Policy Implications of Physician Migration in OECD countries. *Human Resources for Health* 2004, 2:12 , 1-11.
- Garcia-Perez, M. A., Amaya, C., & Otero, A. (2007). Physicians' Migration in Europe: an Overview of the Current Situation. *BMC Health Services Research* 2007, 7:201 , 1-8.
- Hoover, E. M. (1975). *An introduction to regional economics 2nd ed.*, New York: Alfred A. Knopf. Inc.
- Isard, W. (1975). *Introduction to regional science*. Englewood Cliffs: Prentice- Hall Inc.
- Naicker, S., Plange-Rhule, J., & Tutt, R. C. (2009). Shortage of Healthcare Workers in Developing Countries-Africa. *Ethnicity & Disease*, Volume 19, Spring 2009 , 60-64.
- Rutten, M. (2009). The Economic Impact of Medical Migration: An Overview of the Literature. *The World Economy* , 291-325.
- Team, A.-A. M. (2005). Movement of Workers in ASEAN: Health Care and IT Sectors. REPSF Project , International Labour Organization.
- Traser, J., Byrska, M., & Napieralski, B. (2005). Who's Afraid of EU Enlargement? Brussels: European Citizen Action Service..
- Wiskow, C. (2006). Health worker migration flows in Europe:Overview and Case Studies in Selected CEE countries-Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia. Geneva: International Labour Office.
- ทักษพล ธรรมรังสี (2546). การลาออกของแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 6, 1044-1047.

ทักษพล ธรรมรังสี (2547). แพทย์ลาออก: เขาเป็นใคร. วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 13 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน-ธันวาคม, 970-982.

นางลักษณ์ พะไกองะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทินกร โนรี, สัญญา ศรีรัตนและอภิชาติ จันทนิสร (2555). จะดึงดูดแพทย์จบใหม่ไปทำงานที่ชนบทได้อย่างไร: การใช้เครื่องมือทดลองการตัดสินใจเลือกงาน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 40-47

นางลักษณ์ พะไกองะ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วิรัช เกษมทรัพย์, อภิชาติ จันทนิสร, สัญญา ศรีรัตนและกฤษฎา ว่องวิญญู(2555). ทศนคติและการเลือกงานในชนบทของแพทย์จบใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 30-39.

นางลักษณ์ พะไกองะ, สัญญา ศรีรัตน, กฤษฎา ว่องวิญญู,จิราภรณ์ หลาบคำ และวรางคณา วรรณ (2555). การคงอยู่ของแพทย์ในชนบทและในราชการของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่ชนบท. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 2, 228-235.

นันทกา สวัสดิพานิช, สุภาพร วรรณสันทัด, พิริยลักษณ์ ศิริศุลลักษณ์ นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. (2555). การศึกษาประสบการณ์และกระบวนการไปทำงานต่างประเทศของพยาบาลไทย. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.

นิชนันท์ พงษ์ลัดดา (2548). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่คงอยู่ในงานโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตพยาบาลศาสตร์ (การบริหารการพยาบาล) .

บงกชพร ตั้งฉัตรชัย, บุญทิพย์ สิริรังศรี, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล และวิไลพร รังควัต (2554) ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาลปีที่ 26 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2554 , 43-54.

ปริศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนางาม และ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2554). สัดส่วนและสาเหตุการลาออกของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(3), 233-238.

พัชรวัลย์ วงศ์บุญสิน (2553). การย้ายถิ่น: ทฤษฎีและความเป็นไปในเอเชีย พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กรุงเทพฯ: โครงการพัฒนาเอกสารวิชาการและตำรา วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรีย์ ท้าวคำลือ และพนิดา ตามาพงศ์ (2550). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงาน
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing
Science Naresuan University Vol. 1 No.1 January-June 2007*, 92-105.

วรวิมล หิรัญรักษ์. (ม.ป.ป.). เอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐศาสตร์ภูมิภาคและเมือง หน่วยที่ 3
ทรัพยากรภูมิภาค. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บทที่ 4

การศึกษาการผลิตแพทย์ไทย กับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC¹

1 คำนำ

บทนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ของไทย จากมุมมองด้านการเตรียมความพร้อมต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยแบ่งการนำเสนอ ออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำนำ ส่วนที่ 2 เป็นการทบทวนหลักสูตรการผลิตแพทย์ในประเทศไทย และเปรียบเทียบในภาพรวมกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ของประเทศที่มีบทบาทสำคัญหรือเป็นคู่แข่งของไทยในภูมิภาคอาเซียน ทั้งนี้ เป็นการอาศัยการวิจัยเอกสาร และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะของตารางเปรียบเทียบหลักสูตรแพทยศาสตร์ของประเทศ ไทย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศฟิลิปปินส์ ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยชื่อปริญญา ระบบ การศึกษา โครงสร้างหลักสูตร ข้อกำหนดสำหรับการสมัครเข้าศึกษา การใช้ภาษาในการเรียน การสอน การประกอบวิชาชีพ การรับนักศึกษาต่างชาติ และWebsites ของคณะแพทยศาสตร์ พร้อมนำเสนอตัวอย่างคำแนะนำสำหรับการสมัครเข้าเรียนแพทย์ และการเรียนในหลักสูตร แพทยศาสตร์ Doctor of Medicine ของคณะแพทยศาสตร์ในประเทศฟิลิปปินส์ และ ส่วนที่ 3 เป็นบทสรุป

2 การทบทวนหลักสูตรการผลิตแพทย์ในประเทศไทย และการเปรียบเทียบภาพรวม การผลิตแพทย์กับประเทศในกลุ่มอาเซียน (สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์)

การผลิตแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาดำเนินการอยู่ จำนวน 20 สถาบัน เป็นของรัฐ 18 สถาบัน และเป็นของเอกชน 2 สถาบัน โดยรัฐบาลยังมี นโยบายสนับสนุนการผลิตแพทย์เพื่อตอบสนองกับความต้องการภายในประเทศเป็นหลัก สถาบันต่างๆ เหล่านี้ผลิตแพทย์ได้รวมกันปีละประมาณ 2,300 คน โดยตัวเลขแพทย์ใหม่ที่ได้รับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในปี 2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,868 คน (แพทยสภา 2555) การ วิเคราะห์หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของตัวอย่างสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษา 10 สถาบัน เกี่ยวกับป้อนุมัติหลักสูตร จำนวนนักศึกษา จำนวนปี /หน่วยกิต (รวมถึงหน่วยกิตของ วิชาเลือก) รายวิชาที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวกับประเทศ ASEAN รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหาที่

¹ โดย รองศาสตราจารย์ นพ. ดร. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

เกี่ยวกับ ASEAN ได้และรายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิดโอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN สามารถแสดงได้ดังตารางที่ 4.1

การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรแพทยศาสตร์ของประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศฟิลิปปินส์ ในด้านต่างๆ ประกอบด้วยข้อปริญญญา ระบบการศึกษา โครงสร้างหลักสูตร ข้อกำหนดสำหรับการสมัครเข้าศึกษา การใช้ภาษาในการเรียนการสอน การประกอบวิชาชีพ การรับนักศึกษาต่างชาติ และWebsites ของคณะแพทยศาสตร์ แสดงดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 การวิเคราะห์ตัวอย่างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใน 10 สถาบันของไทย จากการศึกษาคำบรรยายลักษณะวิชา

สถาบัน	ปีอนุมัติหลักสูตร	จำนวนนักศึกษา	จำนวนปี / หน่วยกิต (เลือก)	รายวิชาที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวกับประเทศ ASEAN	รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับ ASEAN ได้	รายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิดโอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	2545	120 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 250 (E22)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ / C6E4 กลุ่มวิชาภาษา / C6 เวชศาสตร์ชุมชน / C5 เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 1 / C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 2 / C4 เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 3 / C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน 4 / C4 สุขภาพ วัฒนธรรมและชุมชน / E4	การพัฒนาดตนเอง 1 /E2 การพัฒนาดตนเอง 2 /E2 การพัฒนาดตนเอง 3 /E2 (เปิดกว้างให้มีอาจารย์ที่ปรึกษา และ เห็นชอบโดยคณะกรรมการบริหาร หลักสูตร)
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี	2547	96 คนต่อ ชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 255 (E19)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์มนุษยศาสตร์และพลศึกษา / C10 กลุ่มวิชาภาษา / C9 ประสบการณ์วิชาชีพแพทย์ /C0 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 /C4 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2 /C4 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 /C3	เสริมประสบการณ์วิชาชีพแพทย์ด้าน ต่างๆ / E3 (เปิดกว้างภายใต้การดูแลของ อาจารย์ที่ปรึกษา) ประสบการณ์ทางคลินิก /E4 (ระบุให้เลือกเรียนในต่างประเทศได้)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2548	120 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 255 (E19)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ / C6 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชาภาษาและการสื่อสาร / C12 สุขภาพชุมชน /C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 /C5	ไม่ปรากฏชัดเจน

สถาบัน	ปีอนุมัติ หลักสูตร	จำนวน นักศึกษา	จำนวนปี / หน่วยกิต (เลือก)	รายวิชาที่ระบุ เนื้อหาเกี่ยวกับ ประเทศ ASEAN	รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหา ที่เกี่ยวกับ ASEAN ได้	รายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิด โอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN
					เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2 /C4 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 /C4	
สำนักวิชา แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สุรนารี	2548	30 คนต่อ ชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 296 (E8) [ปี1-3 เป็น ระบบ Trimester]	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ / C19 (วิชา ประชาคมโลก / C3) กลุ่มวิชาภาษา / C30 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 /C1 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 4 /C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 5 /C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 6 /C4 วิชาเลือกเสรี 8 หน่วยกิต	ไม่ปรากฏวิชาเลือกในกลุ่มวิชาชีพ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม	2549	96 คนต่อ ชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 250 (E36)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ / C2 E2 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ / C2 E2 กลุ่มวิชาภาษา / C6 E4 กลุ่มสหศาสตร์ / E2 สุขภาพชุมชน 1 / C1 สุขภาพชุมชน 2 / C1 สุขภาพชุมชน 3 / C2 เวชปฏิบัติเวชศาสตร์เขตร้อน /E3 วิชาเลือกเสรี / E6	ไม่ปรากฏวิชาเลือกในกลุ่มวิชาชีพ

สถาบัน	ปีอนุมัติ หลักสูตร	จำนวน นักศึกษา	จำนวนปี / หน่วยกิต (เลือก)	รายวิชาที่ระบุ เนื้อหาเกี่ยวกับ ประเทศ ASEAN	รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหา ที่เกี่ยวกับ ASEAN ได้	รายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิด โอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต	2549	100 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 251 (E18)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ / C6 กลุ่มวิชาภาษา / C15 เวชศาสตร์ชุมชน 1 / C1 เวชศาสตร์ชุมชน 2 / C4 เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม 1 /C1 เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม 2 /C2 เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม 3 /C3 เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม 4 /C1 วิชาเลือกเสรี / E6	ไม่ปรากฏวิชาเลือกในกลุ่มวิชาชีพ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า สถาบันสมทบ มหาวิทยาลัยมหิดล	2550	100 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 256 (E10)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ / C7 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชาภาษา / C12 เวชศาสตร์ชุมชน 1 / C4 เวชศาสตร์ชุมชน 2 / C4 เวชศาสตร์ชุมชน 3 / C4	ไม่ปรากฏชัดเจน
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชชนคนรินทร์	2550	60 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 275 (E16)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ / C12 (วิชา ประชาคมโลก / C3) กลุ่มวิชาภาษา / C15 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 /C2	ประสบการณ์ทางคลินิก / E4

สถาบัน	ปีอนุมัติ หลักสูตร	จำนวน นักศึกษา	จำนวนปี / หน่วยกิต (เลือก)	รายวิชาที่ระบุ เนื้อหาเกี่ยวกับ ประเทศ ASEAN	รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหา ที่เกี่ยวกับ ASEAN ได้	รายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิด โอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN
					เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 4 /C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 5 /C3 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 6 /C4 วิชาเลือกเสรี /E8	
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**	2554	48 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 257 (E15)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชาภาษา / C12 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 1 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 2 /C1 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 3 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 4 /C2 เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน 5 /C3 เวชศาสตร์ป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ / C2 เวชศาสตร์ทางทะเลและการเดินทางท่องเที่ยว / C2 วิชาเลือกเสรี / E6	ไม่ปรากฏชัดเจน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	2555	313 คน ต่อชั้นปี	6 ปี (1-2-3) 242 (E20)	ไม่ปรากฏชัดเจน	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชามนุษยศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชาสหศาสตร์ / C3 กลุ่มวิชาภาษา / C12 แพทย์กับสังคม / C2 ปัญหาโรคติดต่อเขตร้อนในประเทศไทย / E4	ประสบการณ์ทางคลินิก 1 / E4 ประสบการณ์ทางคลินิก 2 / E4 ประสบการณ์การวิจัย 1 / E4 ประสบการณ์การวิจัย 2 / E4 ประสบการณ์ทางคลินิก 4 / E2 ประสบการณ์ทางคลินิก 5 / E2

สถาบัน	ปีอนุมัติ หลักสูตร	จำนวน นักศึกษา	จำนวนปี / หน่วยกิต (เลือก)	รายวิชาที่ระบุ เนื้อหาเกี่ยวกับ ประเทศ ASEAN	รายวิชาที่มีศักยภาพเพิ่มเติมเนื้อหา ที่เกี่ยวกับ ASEAN ได้	รายวิชาเลือกทางวิชาชีพที่เปิด โอกาสเรียนรู้ในประเทศ ASEAN
					ประสบการณ์การวิจัยทางการแพทย์ / E4 ประสบการณ์การวิจัยโรคเขตร้อน / E4 ทฤษฎีเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน /C3 เวชปฏิบัติเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน /C3 โรคระบบทางเดินอาหารในเด็กในเขตร้อน/ E2 ระบบบริการสุขภาพ / E4 การแพทย์องค์รวมและการแพทย์แผนตะวันออก/E2 การแพทย์แผนตะวันออกและการแพทย์ทางเลือก /E2	(ระบุให้เลือกรเรียนในต่างประเทศได้)

หมายเหตุ * การวิเคราะห์ไม่ครอบคลุมถึงรายวิชาทางคลินิกที่สอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือการรักษาตามกลุ่มสาขาวิชา ที่สามารถบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่พบในกลุ่มประเทศ ASEAN เข้าไว้ในกระบวนการเรียนการสอนโดยตรง ซึ่งไม่ระบุไว้ในคำบรรยายลักษณะวิชา

** วิเคราะห์บนพื้นฐานของรายชื่อวิชา ไม่มีคำบรรยายลักษณะวิชา

ตารางที่ 4.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรแพทยศาสตร์ของประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
ชื่อปริญญา (ภาษาอังกฤษ)	Doctor of Medicine (มีจำนวน 20 สถาบัน เป็น ภาครัฐ 18 สถาบัน เอกชน 2 สถาบัน)	Doctor of Medicine (มีประมาณ 30 หลักสูตร)	2 รูปแบบ คือ Undergraduate level: Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery (M.B., B.S.) โดย Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore (NUS) และ Graduate level: Doctor of Medicine (M.D.) โดย DukeNUS program
ระบบการศึกษา	ระดับปริญญาตรี สอนเป็นภาษาไทย หลักสูตรปกติ 6 ปี (5 ปี เฉพาะบางหลักสูตรที่ เปิดรับผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี) ยกเว้น Joint Medical Program ของมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒร่วมกับ University of Nottingham ที่จะเรียน Biomedical science 3 ปีแรกที่ University of Nottingham และได้รับ B.Med.Sci. (Nottingham) ก่อนเรียนด้านคลินิกต่อ 3 ปีที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับ M.D. ไม่บังคับ Post graduate internship	ระดับปริญญาบัณฑิต: ต่อยอดจากปริญญาตรี เวลา 4 ปี Post graduate internship 1ปี ก่อนได้ใบประกอบ วิชาชีพ (ผ่าน Gynecology, Surgery, Intensive Care Unit, Emergency Room, Obstetrics, Pediatrics และ Internal Medicine +/- community medicine)	ระดับปริญญาตรี: M.B.,B.S. ระยะเวลา 5 ปี; ระดับปริญญาบัณฑิต: Doctor of Medicine เป็น หลักสูตรต่อยอดจากปริญญาตรี ระยะเวลา 4 ปี (Joint program ร่วมกับ Duke University) Post-graduate internship 1ปีก่อนได้ใบประกอบ วิชาชีพ
โครงสร้าง หลักสูตร	หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต: ปีที่1 วิชาพื้นฐานและการศึกษาทั่วไป ปีที่2-3 Basic preclinical sciences ปีที่4-5 Clinical sciencesผ่านสาขาวิชาหลักทาง	หลักสูตร 4ปี: Basic preclinical sciences ใน 2 ปีแรก ปลายปีที่2และปีที่3 เรียน Clinical sciences ปีที่4 เป็น Clinical rotation ผ่านสาขาวิชา	ตัวอย่างหลักสูตร 5 ปี: ปีที่1 Normal structure and function ปีที่2 Abnormal structure and function ปีที่3 Core clinical practice

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	การแพทย์และสาขาเฉพาะทางเกือบทั้งหมด ปีที่6 Student internship (Extern) กรณีจบการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้ว (บางครั้งเรียกว่า หลักสูตร New track) หลักสูตรนานาชาติ พบ 1 หลักสูตร ได้แก่ Joint program มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กับ University of Nottingham ประเทศสหราชอาณาจักร ที่เรียน Biomedical science 3 ปีที่ University of Nottingham ได้รับ B.Med.Sci. (Nottingham) ก่อนเรียนด้านคลินิกต่อ 3ปีที่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับแพทยศาสตรบัณฑิต (M.D.)	gynecology, internal medicine, surgery, obstetrics และ pediatrics บัณฑิตต้องผ่าน Post graduate internship อีก 1ปี จึงจะมีสิทธิสอบ National License	ปีที่4 Acute and specialty clinical practice ปีที่5 Student internship program <u>Longitudinal tracks:</u> Health ethics เป็นต้น ตัวอย่างหลักสูตร 4 ปี: เป็น Joint program กับ Duke University ประเทศสหรัฐอเมริกา ปีที่ 1 Basic sciences and clinical skills ปีที่ 2 Clinical rotations and Professionalism ปีที่ 3 Independent research and Scholarship (+ Family medicine clerkship) ปีที่ 4 Advanced clinical skills and career planning
ข้อกำหนดสำหรับการสมัครเข้าศึกษา	-จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6) -ผ่านการสอบคัดเลือกจัดโดยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) หรือวิธีการรับรองโดยสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง (สอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายและสุขภาพจิต) -โดยทั่วไป ไม่ได้มีข้อกำหนดว่าต้องเป็นสัญชาติไทย	-จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (Bachelor degree) ที่มีการเรียนรายวิชาพื้นฐานที่จำเป็น เช่น Math, Physics, Chemistry และ Biology; หลักฐานการจบการศึกษา ได้แก่ Transcript of records and diploma with school seal and special order -สอบผ่าน National Medical Admission Test (NMAT) ในประเทศฟิลิปปินส์ เพื่อสมัครกับมหาวิทยาลัยโดยตรง -Recommendation from 2 reliable references	หลักสูตร M.B.,B.S.: - GCE 'A' Levels, H2 pass in Chemistry and H2 pass in either Biology or Physics; - International Baccalaureate: Pass in HL Chemistry and either HL Biology or HL Physics - NUS High School Diploma: Major CAP of at least 2.0 in Chemistry and either Biology or Physics and CAP of at least 1.0 in one other

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	- หลักสูตร Joint Medical program ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รับนักเรียนสัญชาติไทยที่จบหลักสูตรมัธยมศึกษาภาคปกติ หรือหลักสูตรนานาชาติ ในประเทศไทยหรือจากต่างประเทศก็ได้ มีผลสอบ IELTS ไม่น้อยกว่า 7.0	- ผ่านการสัมภาษณ์โดยสถาบันที่จะรับ - หลักฐานบุคคล: Good moral character, Certified true copy of birth certificate, Certificate of naturalization for naturalized Filipinos	major and in English Program and Research Project - Admission based on a University Score and a Faculty Score. - Health Requirements - Virus Screening and Immunization หลักสูตร Doctor of Medicine: - At least a Bachelor's degree - Medical College Admission Test (MCAT) - TOEFL or IELTS only if English was not the language of instruction - Submission of the online application - 3 to 5 recommendation letters - Attend two or more interviews and complete the on-the-spot essay during the interview process - Proof that health requirements
การใช้ภาษาในการเรียนการสอน	- ภาษาไทยเป็นหลัก อาจมีบางรายวิชาที่สอนเป็นภาษาอังกฤษในบางสถาบัน - เอกสารประกอบการสอน ตำราอ้างอิง อาจเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ - ปัจจุบันเริ่มมีการอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดหลักสูตรภาษาอังกฤษได้ แต่ยังมีข้อกำหนดเรื่อง	- ภาษาอังกฤษ	- ทุกหลักสูตร สอนเป็นภาษาอังกฤษ

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	การให้รับเฉพาะคนไทย และให้มีการปฏิบัติงาน ชดใช้ทุน 3 ปี		
การประกอบ วิชาชีพ	บัณฑิตต้องผ่านการทดสอบกลาง (National License Examination) จำแนกเป็น 3 ส่วน - ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน - ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก - การประเมินสมรรถนะทางคลินิก (OSCE) การจัดสอบยังคงใช้ภาษาไทยเป็นหลัก แต่ สำหรับข้อสอบข้อเขียนกำลังพัฒนาไปสู่การเพิ่ม สัดส่วนข้อสอบภาษาอังกฤษ ผู้เข้าเรียนแพทย์ต้องทำสัญญา และแพทย์ผู้จบ การศึกษาต้องทำงานชดใช้ทุนกับรัฐบาลไทย เป็น เวลา 3 ปี	- จบการศึกษา Doctor of Medicine - ผ่าน Post graduate Internship 1 ปี - สอบผ่าน Physician's Licensure examination จัด สอบโดย Board of Medicine ในการกำกับดูแลของ Philippine Regulatory Commission (PRC) - ผู้สมัครเข้าเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ เช่น UPCM ต้องทำสัญญา Return Service Agreement (RSA) ที่ระบุให้ต้องทำงานในฟิลิปปินส์ 3 ปี ภายใน 5 ปีหลังจบการศึกษา	- จบการศึกษา M.B.,B.S. หรือ Doctor of Medicine จากสถาบันในสิงคโปร์ - ผ่าน Post graduate Internship 1 ปี - ผู้เข้าเรียนแพทย์ต้องทำสัญญา และแพทย์ผู้จบ การศึกษา ทั้งกรณี M.B.,B.S. และ M.D.ต้อง ทำงานชดใช้ทุนกับรัฐบาลสิงคโปร์ (M.B.,B.S.: Singaporeans 5 ปี Singapore permanent residents และ International student 6 ปี ทั้งนี้ไม่ นับ Housemanship และ First year residency training)
นักศึกษา ต่างชาติ	- ส่วนใหญ่รับนักศึกษาต่างชาติระดับปริญญาตรีใน รูปของนักศึกษาแลกเปลี่ยน - สถาบันบางแห่ง เช่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รับนักศึกษา ต่างชาติในระดับปริญญาตรีจากสถาบันหรือ ประเทศที่ทำความตกลงไว้เท่านั้น (G-to-G agreement) แต่ยังคงสอนเป็นหลักสูตร ภาษาไทย	- คณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ เปิดรับนักศึกษาต่างชาติ เข้าเรียนได้ - เงื่อนไขเทียบเคียงกับนักศึกษาในประเทศ - มี Test center สำหรับ NMAT ในสหรัฐอเมริกาที่ สถานกงสุลในเมือง New York และ Los Angeles - ได้ Student VISA	- เปิดรับนักศึกษาต่างชาติเข้าเรียนได้ - เงื่อนไขการเข้าศึกษาเช่นเดียวกับคนสิงคโปร์ แต่ กรณีไม่ได้เรียนในระดับ Undergrad เป็น ภาษาอังกฤษ เพิ่มคะแนน TOEFL, IELTS - ได้ Student VISA - บัณฑิตแพทย์ต่างชาติต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนกับ รัฐบาลสิงคโปร์เช่นเดียวกับคนสิงคโปร์ (ใช้ เวลานานกว่าคนสิงคโปร์อีก 1 ปี)

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	- ระดับบัณฑิตศึกษาหรือการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สามารถรับชาวต่างชาติได้ ซึ่งสถาบันหลายแห่งกำลังส่งเสริมให้เกิดขึ้นในระบะปัจจุบัน - ปัจจุบันหลายมหาวิทยาลัยแสดงความสนใจจะเปิดหลักสูตรแพทยนานาชาติหรือหลักสูตรสองภาษามากขึ้น		
Websites ของคณะแพทยศาสตร์	- คณะแพทยศาสตร์ส่วนใหญ่จะมีหน้า Websites ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ แต่เนื้อหาอาจไม่เหมือนกัน - บางแห่งยังไม่มี Websites ภาษาอังกฤษ - Website ที่เนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษมักมีเนื้อหาที่จำกัดมากกว่าภาษาไทย และมักเป็นไปเพื่อแนะนำสถาบัน มากกว่าการเปิดรับนักศึกษาต่างชาติในระดับ พ.บ. - มีเพียงบางแห่ง เช่น มหาวิทยาลัยนเรศวร กับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีข้อมูลการรับนักศึกษาเป็นภาษาอังกฤษ	- Websites ของสถาบันหรือคณะแพทยศาสตร์จะเป็นภาษาอังกฤษเป็นหลัก - มี Section ที่แนะนำสถาบันและหลักสูตรที่มีการจัดการศึกษาในเบื้องต้น - ส่วนใหญ่จะมี Section ที่ให้คำแนะนำสำหรับ Applicant outside the Philippines หรือ International students ที่ให้ข้อมูลขั้นตอนหรือเอกสารที่จำเป็นสำหรับการสมัครเข้าศึกษา สามารถ Download Application form และบางสถาบันสามารถ Submit ทาง Internet ได้	- Websites ของสถาบันหรือคณะแพทยศาสตร์จะเป็นภาษาอังกฤษเป็นหลัก - มีข้อมูลหลักสูตร และคำแนะนำการสมัครที่สามารถ Download ได้ - สามารถทำ Online application ได้

2.1 ตัวอย่างคำแนะนำสำหรับการสมัครเข้าเรียนแพทย์ และการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตร **Doctor of Medicine** ของคณะแพทยศาสตร์ในประเทศฟิลิปปินส์

การศึกษาแพทยศาสตร์ในประเทศฟิลิปปินส์ มีกว้างขวางและเปิดรับนักศึกษาต่างชาติดังตัวอย่างต่อไปนี้

I. **University of Philippines College of Medicine**²

International Students: Guidelines for Application for an Elective Rotation at the UP
College of Medicine

Rationale and Background

Through the years, the UP College of Medicine has endeavored to fulfill its vision/ mission statement to be a leader and to excel in Community-Oriented Medical Education. At the same time, the College is also called upon by the Commission on Higher Education (CHED) "to encourage and promote a borderless education for Filipino

Students to attain knowledge skills and desirable attitudes that will make them globally competitive in medical education." Changes in higher education have encouraged participation in the development of a spirit of solidarity, based on networking, twinning programs and other forms of linkages. This is in keeping with a new vision of a Global University or a University for the world welcoming International Scholars and Students.

International exchanges, cooperative programs with community training and a wide array of administrative services are being laid out for the development of a distinct commitment, attitude and global awareness which transcend the entire higher education institute. Former CHED Commissioner Ester Garcia, has said " internationalization is no longer a choice but a setting stage for ensuring quality in higher education in the

² UPCM website\additional files from old site\new files june 2011\ International Students Guidelines For Application Elective Rotation MNV&RDA rev 1-7-11.doc. Created by APSL

Philippines." On this note, the UP College of Medicine will encourage the crossing of educational and cultural barriers towards the development of a globally competitive curriculum and high quality students.

Objective

To establish and promote international linkages, cooperation and networking among our medical students towards the development of globally competitive and socially conscious medical graduates.

Procedures

1. Application

1.1 International students are encouraged to apply for elective, clinical, community or research rotation to one or 2 departments offering an elective for a specific period of time, usually 4 to 8 weeks per department.

1.2 Application will be done through a written application form (IS-1) obtained from the Dean's office stating among others the 1) applicant's short bio-data, 2) learning objectives and methods for achieving the objectives, 3) the Clinical Department to rotate in 4) the period covered by such rotation 5) waiver and 6) scanned passport (See attached form) All International Undergraduate Students application pass through the Associate Dean for Academics Development (ADAD)

1.3 The application is forwarded to the Department/s concerned. During this time, modifications and arrangements with the applicant will be done by the Department Coordinator (LU 6) to come up with a final learning contract including duration and date of rotation. This will be signed by the applicant and agreed upon by his 2 supervisors: one from the Department LU6 coordinator or Department Chair of the UP College of Medicine and the other from a person of equal rank from his home institution.

1.4 An official letter of acceptance will then be sent to the applicant with instructions to report to the ADAD office upon arrival for a formal registration and orientation.

1.5. The following are the Documents to be completed by the applicant prior to official acceptance.

- Application Form with Conforme (IS-1)
- Biodata or Curriculum Vitae
- Learning Contract duly approved by YL 6 Coordinator
- Recommendation Letter from Home Institution (Dean's or Registrar's)
- Immunization Certification (include antibody Hepa A & B vaccine, Varicella, Tetanus toxoid, and MMR)
- A copy of a Health and Accident Insurance Certificate (coverage applicable in the Philippines)
- Waiver form
- A copy of scanned Passport

2. Upon Arrival

2.1 The Student will report to the Associate Dean for Academics Development (ADAD) office for Orientation. Student Records office will give his/her the Form 5 for his/her official registration and enrollment.

2.2 He/She will undergo a physical examination with the Health Service of PGH

2.3 He/She proceeds to the Office of Student Affairs-International Students Relations at the 3rd Floor Student Center Bldg. for processing of his/her temporary or provisional study permit. He/She should bring along his/her travel papers, passport, visa permit and other pertinent documents. A maximum of one semester (5 months) can be allowed for issuance of a temporary or provisional study permit.

2.4 He/She proceeds to the Registrar's Office for the assessment and payment of fees which will go to the Educational Development Fund. A \$ 300 (summer elective) or \$ 450 (semestral elective) fee is collectible. In

Addition a tuition fee equivalent to the duration of a clinical rotation will be assessed and added accordingly. Approximately \$ 110 per month (\$ 50 tuition fee + \$ 60 hospital fee) will be included. (Tuition and Hospital fees are subject to change)

2.5 The student is then officially registered and enrolled upon completion of the above procedures

3. At the End of the Elective Rotation

3.1 Department Chair thru Learning Unit 6 Coordinator will submit to the Dean's Office the grade or evaluation of the student.

3.2 The Dean through the College Secretary officially endorses and submits the grade to the student's institution and provides the certification for the clinical rotation.

3.3 The International Student should inform the PGH Director of the completion of his rotation.

Housing and Accommodation

The College of Medicine does not have a student dormitory and the student will have to look for his own accommodations. However, there are private inns, hostels, apartelle and condominium units available around the campus with rates ranging from \$150 to \$ 400 per month. A list will be available upon request.

General Policy for Elective Rotation of International Students

1. All International Undergraduate Students rotating in all Departments must be registered and duly approved by the Dean's Office. No certification will be issued unless this is accomplished.

2. Tuition fee, registration fees and other miscellaneous fees should be assessed and paid by the students at the Registrar's Office.
3. The certificate of completion of Elective Rotation will be signed by the Dean, College Secretary, the PGH Director, and the Department Chair.
4. International Undergraduate Students are subject to the rules of Conduct and Discipline provided by the University Code and the Student Handbook.

II. Cebu Institute of Medicine³

Medical Courses

YEAR LEVEL I

BASIC BIOMEDICAL SCIENCE

1st & 2nd Semesters 1104 Hours

(1) Molecular Cell Biology; (2) Organization of the Human Body & Development; (3) Derma-Musculoskeletal System; (4) Respiratory System; (5) Renal, Body Fluids and Electrolytes; (6) Gastrointestinal System and Nutrition; (7) Neuroscience; (8) Hematology and Immunology; (9) Cardiovascular System; (10) Endocrinology & Reproductive System.
[Each division lasts from 2-5 weeks. Thirty-two hours per week]

FOUNDATIONS OF MEDICAL PRACTICE

1st & 2nd Semesters 102 Hours

Role as a practitioner in Filipino society, basic principles of human life, the art of history taking and physical examination, knowledge, skills, attitudes and behaviors in obtaining bio-psychosocial assessment, interview and performing a normal physical examination, various social science topics relevant to the practice of Medicine, including history of medicine. [Three hours per week]

³ www.cim.edu.ph/index.php/admission/courses

BIOMEDICAL RESEARCH I/HEALTH RESEARCH METHODOLOGY

1st Semester

34 Hours

Basic lectures/ seminar workshops on protocol development

YEAR LEVEL II

INTEGRATED CLINICAL SCIENCE I

1st & 2nd Semesters 1088 Hours

Common diseases encountered in the community that they are expected to manage with competence as primary care physicians. [Thirty-two Hours per week]

CLINICAL MEDICINE I

1st & 2nd Semesters 102 Hours

(1) acquisition of clinical reasoning skills; (2) development of effective physician – patient relationship; (3) awareness of various ethical principles and legal issues that relate to the practice of medicine; (4) encouraging life-long learning. Special skills required for history taking and physical examination for medicine, surgery, pediatrics, obstetrics and gynecology. [3 clinic hours per week.]

BIOMEDICAL RESEARCH W/ BASIC HEALTH RESEARCH PROJECT

1st & 2nd

Semesters 68 Hours

Various steps of undertaking health and health related researches. [Two hours per week]

YEAR LEVEL III

INTEGRATED CLINICAL SCIENCE II

1st & 2nd Semesters 1140 Hours

Clinical presentations of patients in the primary care setting. [Thirty-three hours per week]

BIOMEDICAL RESEARCH W/ APPLIED HEALTH RESEARCH PROJECT

1st & 2nd

Semesters 68 Hours

Health and health related investigations using human subjects. [Two hours per week]

LEGAL MEDICINE & MEDICAL JURISPRUDENCE First Semester 51 Hours

Legal medicine, the medico-legal aspects of identification of person, medico-legal aspects of disturbance of mentality and poisoning, discussion on Medical Ethics and liabilities of the physician, autopsies of violent death performed by medico-legal officers of the City Health Department. [Three hours per week]

BIOETHICS Second Semester 51 Hours

Principles on biomedical ethics as well as the professional-patient, colleague and para-medical professional relationships and the virtues and ideals of a physician. [Three hours per week]

JUNIOR CLERKSHIP 1st & 2nd Semesters 612 Hours

Five major clinical departments of the hospital, taking of clinical histories, making progress notes, participating in patient rounds, conferences and the like, perform certain ward procedures with supervision. [18 hours per week.]

Department of Medicine 8 weeks; Department of Surgery 8 weeks;

Department of Pediatrics 8 weeks; Department of OB & GYN 4 weeks;

Department of Ophthalmology 4 weeks

YEAR LEVEL IV

SENIOR CLERKSHIP 1st & 2nd Semesters 12 Months

Full clinical clerkship rotation over a total period of twelve (12) months through the departments of medicine, surgery, preventive and social medicine, family medicine, pediatrics, obstetrics & gynecology and EENT.

2.2 ตัวอย่างการเรียนในหลักสูตรแพทยศาสตร Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery และหลักสูตรแพทยศาสตร Doctor of Medicine ของคณะแพทยศาสตร์ในประเทศสิงคโปร์

การเรียนแพทยศาสตรในระดับปริญญา มีการจัดการศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งเดียว คือ National University of Singapore (NUS) แต่ประกอบด้วย 2 สถาบัน และ 2 หลักสูตร ได้แก่ Yong Loo Lin School of Medicine (หลักสูตร 5 ปี ได้รับ M.B.,B.S.) และ Duke-NUS Graduate Medical School Singapore (หลักสูตร 4 ปี ได้รับ M.D.)

รายวิชาในหลักสูตร M.B., B.S.

Phase I (Year 1): Introduction to Health & Disease, Musculoskeletal System, Blood, Respiratory & Cardiovascular Systems, Renal, Fluid & Electrolyte Systems, Gastrointestinal, Nutrition & Metabolism Systems, Endocrine & Reproduction Systems, Neuroscience with Head & Neck

Phase II (Year 2): Genetics and Genomics, Cancer Biology, Immunology, Clinical Microbiology & Infection, Principles of Pharmacology and Systemic, Pharmacology, Principles of Pathology and Systemic Pathology, Neuroscience & Musculoskeletal Foundations in Geriatric Medicine, Clinical Skills Foundation Course

Phase III (Year 3): Family Medicine, Medicine, Orthopaedic Surgery, Paediatrics, Surgery, Electives

Phase IV (Year 4): Acute Care comprising Anaesthesia and Emergency Medicine, Obstetrics and Gynaecology, Psychological Medicine, Forensic Medicine, Ophthalmology, Otolaryngology, Community Health Project, Electives

Phase V (Year 5): Medicine Student Internship Programme, Surgery Student Internship Programme, Paediatrics Student Internship Programme, Geriatric Medicine Student Internship Programme, Orthopaedic Surgery Student Internship Programme, Dermatology, Infectious Diseases, Simulation, Electives, Revision and Clinical Workshops

Longitudinal Tracks: Health Ethics, Law & Professionalism, Medicine & Society, Information Literacy, Patient-based Programme, Clinical Skills Foundation Programme

รายวิชาในหลักสูตร M.D.

Year 1: Foundations Course, Molecules & Cells, Normal Body, Brain & Behaviour, Body & Disease, Practice Course 1, Investigative Methods & Tools

Year 2: Orientation to Clinical Year, Medicine Clerkship, Surgery, Obstetrics & Gynaecology Clerkship, Paediatrics Clerkship, Psychiatry, Neurology, Clinical Core 1, Clinical Core 2 1 Pass, Fail

Clinical Core 2, Clinical Core 3, Clinical Core 4, Clinical Core 5, Practice Course 2, Electives#

Year 3: Orientation to Research Year, IRB Modules, Research Experience (Part 1), Research Experience (Part 2), Research Thesis, Family Medicine Clerkship

Year 4: Practice Course 4, Medicine Sub--Internship, Surgery Sub--Internship, Critical Care Rotation, Emergency Medicine, Musculoskeletal rotation, Electives#, Capstone Course

2.3 การอภิปรายและสรุปผลการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย และการเปรียบเทียบกับประเทศฟิลิปปินส์และประเทศสิงคโปร์

การอภิปรายในส่วนนี้ ผู้วิจัยจำแนกการนำเสนอออกเป็น 9 ประเด็นย่อย ประกอบด้วย การอภิปรายเกี่ยวกับด้าน 1ปริญญา การจัดการศึกษา ภาษา เนื้อหารายวิชา โอกาสปรับเปลี่ยนเนื้อหาการเรียน ประสบการณ์วิชาชีพ การรับนักศึกษาแพทย์ เงื่อนไขภายหลังจบการศึกษา และการประชาสัมพันธ์ ดังนี้

- 1) ปริญญา: หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย ทั้งที่มีสอนอยู่ในมหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยเอกชน ทั้งหมดเป็นการสอนในระดับปริญญาตรี (Undergraduate study) แม้ว่าจะใช้ชื่อปริญญาในภาษาอังกฤษว่า Doctor of Medicine (M.D.) เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ชื่อปริญญาในประเทศอาเซียน (ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์) ซึ่งจะเป็นการศึกษาในระดับปริญญาบัณฑิต Graduate study (ต่อยอดจากปริญญาตรี) อย่างไรก็ตาม ด้วยระยะเวลาการศึกษาในหลักสูตรของไทยปกติที่ใช้เวลา 6 ปี จะยาวกว่าหลักสูตร M.D. ในต่างประเทศ 4

ปี เพื่อให้ประเมินได้ว่ามีความเทียบเท่ากัน ส่วนหลักสูตร M.B.,B.S. ของสิงคโปร์ใช้เวลา 5 ปี เป็นระบบแบบอังกฤษ เป็นระดับปริญญาตรีเช่นกัน

- 2) การจัดการศึกษา: การจัดโครงสร้างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของไทย จะรวมการฝึกปฏิบัติงาน (Internship) ไว้ในปีสุดท้ายของหลักสูตร ดังนั้นเมื่อจบการศึกษา จะสามารถสอบ National examination และได้ใบประกอบวิชาชีพเลย ในขณะที่หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ผู้จบการศึกษาต้องปฏิบัติงาน Internship อีก 1 ปี จึงมีสิทธิเข้าสอบหรือได้รับใบประกอบวิชาชีพ
- 3) ภาษา: การเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และมุ่งรับเฉพาะคนไทย แม้ว่าอาจไม่มีข้อกำหนดไว้ชัดเจนว่าจะรับเฉพาะบุคคลสัญชาติไทย ไม่พบหลักสูตรนานาชาติหรือหลักสูตรที่สอนเป็นภาษาอังกฤษ ยกเว้น Joint medical program ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่ง 3 ปีแรก ไปศึกษาที่ University of Nottingham แต่ยังคงกำหนดรับเฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น แตกต่างจากหลักสูตรของฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ที่สอนเป็นภาษาอังกฤษและเปิดกว้างรับนักเรียนนานาชาติได้ อย่างไรก็ตาม เริ่มมีบางมหาวิทยาลัยที่รับนักศึกษาในโครงการแลกเปลี่ยนกับต่างประเทศ หรือรับนักศึกษาเต็มเวลาในโครงการพิเศษที่เป็นข้อตกลงแบบรัฐต่อรัฐเพื่อผลิตแพทย์ให้กับประเทศเพื่อนบ้าน แต่จำนวนไม่มากนัก และไม่ได้ดำเนินการเชิงธุรกิจ
- 4) เนื้อหารายวิชา: เมื่อประเมินเนื้อหาวิชาในประมวลหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในสถาบันการศึกษาของไทยที่ได้รับเลือกมาเป็นตัวอย่าง พบว่าทั้งหมด (รัฐและเอกชน) ยังไม่มีการกำหนดประเด็นการเรียนรู้เกี่ยวกับประเทศอื่นในอาเซียนที่ชัดเจน ทั้งรายวิชาด้านการแพทย์ ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มรายวิชาพื้นฐานหรือรายวิชาศึกษาทั่วไป ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาษา สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อของประชาชนในประเทศเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ รายวิชาทางคลินิกที่มีการฝึกปฏิบัติหรือประสบการณ์วิชาชีพในการศึกษาปีที่ 4-6 เกือบทั้งหมดมักกำหนดให้มีการศึกษาในโรงพยาบาลของไทย ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาวิชากับตัวอย่างหลักสูตรแพทยศาสตร์ของประเทศเพื่อนบ้าน หลักสูตรเหล่านั้นก็ยังมิได้ปรากฏรายวิชาที่มุ่งสอนเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพในประเทศอาเซียนเช่นกัน รายวิชาส่วนใหญ่ยังคงเป็นรายวิชาด้านการแพทย์ ซึ่งอาจมี

บางส่วนเป็นการเรียนเกี่ยวกับการคิดเชิงวิเคราะห์ หรือการวิจัย เช่นเดียวกับบางหลักสูตรของสถาบันในประเทศไทย

- 5) โอกาสปรับเปลี่ยนเนื้อหาการเรียน: อย่างไรก็ตาม หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของทุกสถาบันที่นำมาเป็นตัวอย่าง มีกลุ่มวิชาหรือรายวิชาที่มีศักยภาพที่จะปรับเปลี่ยน หรือปรับปรุงให้สามารถบรรจุเนื้อหาของวิชาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อหรือภาษาของประเทศในกลุ่มอาเซียนได้ เช่น รายวิชาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ป้องกัน วิชาเกี่ยวกับโรคเขตร้อน กลุ่มวิชาทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ตลอดจนกลุ่มวิชาทางภาษา หรืออาจเพิ่มเป็นวิชาเลือกบังคับหรือเลือกเสรีในหลักสูตรส่วนใหญ่เปิดโอกาสไว้แล้ว ทั้งนี้เพื่อให้บัณฑิตผู้จบการศึกษามีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวกับการแพทย์ในประเทศอื่นในกลุ่มอาเซียนนอกจากประเทศไทยได้
- 6) ประสบการณ์วิชาชีพ: สถาบันผลิตแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่มีโครงสร้างหลักสูตรที่เอื้อหรือมีจุดมุ่งหมายที่เปิดโอกาสสำหรับการไปฝึกปฏิบัติงานทางวิชาชีพในต่างประเทศ โครงสร้างหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของบางมหาวิทยาลัยเท่านั้นที่มีรายวิชาเชิงปฏิบัติ เช่น รายวิชาประสบการณ์วิชาชีพ ที่เปิดโอกาสไว้อย่างชัดเจนให้นิสิตนักศึกษาที่ลงทะเบียนแล้ว สามารถเลือกไปฝึกปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ประสบการณ์วิชาชีพในต่างประเทศได้ ซึ่งอาจเป็นโอกาสให้นิสิตนักศึกษาไปศึกษาหรือฝึกปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ ในประเทศกลุ่มอาเซียนได้ กระนั้น อาจยังไม่มากพอหากผู้เรียนจากประเทศในกลุ่มอาเซียนที่ต้องการไปศึกษารายวิชาทางคลินิกหรือฝึกปฏิบัติงานทั้งหมดในประเทศของตนเป็นหลัก
- 7) การรับนักศึกษาแพทย์: สถาบันการแพทย์ในประเทศไทย ยังเน้นรับนักศึกษาไทยที่จบมัธยมศึกษาในประเทศและสมัครด้วยตนเองผ่านช่องทางที่กำหนดร่วมกันของสถาบันแพทย์ใช้ข้อสอบกลาง แม้ว่าจะมีส่วนหนึ่งที่สถาบันบางแห่งอาจกำหนดเป็นส่วนของการรับตรง และจัดสอบเอง ในขณะที่การสมัครเรียนแพทย์ในสิงคโปร์และฟิลิปปินส์ใช้ผลการสอบ National test แต่กระบวนการสมัครเป็นของแต่ละสถาบันดำเนินการเอง ไม่ปรากฏเงื่อนไขปิดกั้นนักศึกษาต่างชาติ โดยเฉพาะฟิลิปปินส์ ที่มีข้อมูลเปิดรับนักศึกษาต่างชาติอย่างชัดเจน สามารถศึกษาและดำเนินการยื่นใบสมัครผ่านทาง Internet ได้

- 8) เงื่อนไขภายหลังจบการศึกษา: ทุกประเทศมีเงื่อนไขการทำงานชดใช้ทุนของรัฐบาลหากในการจัดการศึกษามีส่วนที่ใช้ทรัพยากรของรัฐสนับสนุน ซึ่งปรากฏชัดในมหาวิทยาลัยของรัฐ แม้ว่าเงื่อนไข เช่น ระยะเวลาปฏิบัติงานในภาครัฐ อาจต่างกันไปในแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตามที่แตกต่างกันชัดเจนสำหรับกรณีศึกษาในสถาบันของเอกชนในประเทศไทย และฟิลิปปินส์ คือ การศึกษาในประเทศยังคงบังคับผู้จบการศึกษาปฏิบัติงานชดใช้ทุนกับสถานพยาบาลของรัฐในทุกกรณี ในขณะที่เงื่อนไขดังกล่าวไม่ปรากฏในมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ของฟิลิปปินส์
- 9) การสื่อสารประชาสัมพันธ์: การประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านทาง Website ของคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ ของไทย แม้ว่าจะมีการทำเป็นภาษาอังกฤษร่วมกับภาษาไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อประชาสัมพันธ์ตัวสถาบัน ไม่ใช่เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครเข้าศึกษา ซึ่งต่างจาก Website ของคณะแพทยศาสตร์ในสิงคโปร์และฟิลิปปินส์ที่ทำเป็นภาษาอังกฤษ มีข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตร คำแนะนำในการรับสมัคร รวมถึงอาจสามารถให้ยื่นใบสมัครทาง Website ได้ ซึ่งสะท้อนการเปิดกว้างในการรับนักศึกษาต่างชาติเป็นอย่างสูง

อย่างไรก็ตาม มี Website ของคณะแพทยศาสตร์ของไทยบางสถาบันเช่นกันที่มีเนื้อหาเชิญชวนนักศึกษาต่างชาติให้สมัครเข้าศึกษา เช่น คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แต่มักเป็นหลักสูตรการศึกษาในระดับหลังปริญญา เช่น หลักสูตรปริญญาเอก หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางหรือเป็นหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น เป็นต้น

3. สรุป

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การผลิตแพทย์ในประเทศไทยยังคงมีแนวทางหลักเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศ การจัดการศึกษา หลักสูตรและเงื่อนไขหลังจบการศึกษา ยังไม่เอื้อต่อการมุ่งแข่งขันในเชิงธุรกิจการศึกษาในระดับภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าคุณภาพของบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาภายในประเทศจะไม่สามารถแข่งขันกับผู้จบในต่างประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นหลักสูตรของสถาบันต่างๆ จำนวนหนึ่ง มีศักยภาพที่เปิดกว้างให้บัณฑิตนักศึกษา สามารถแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในวงกว้าง รวมถึงในต่างประเทศได้ ซึ่งอาจเป็นจุดแข็งหากสามารถนำโอกาสดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

รายการอ้างอิง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. แพทยศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง 2555).

แพทยสภา. แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2539-2554.

<http://www.tmc.or.th/pdf/sta002.pdf>. Accessed 1 ตุลาคม 2555.

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. แพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2548.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. แพทยศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ หลักสูตรปรับปรุง 2548.

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. แพทยศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ หลักสูตรใหม่ 2550.

มหาวิทยาลัยบูรพา. แพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2554.

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ.2549.

มหาวิทยาลัยมหิดล. แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลักสูตรปรับปรุง 2545.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง ปีการศึกษา 2549.

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า สถาบันสภามหาวิทยาลัยมหิดล. แพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2550.

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. แพทยศาสตรบัณฑิต หลักสูตร พ.ศ.2547.

Cebu Institute of Medicine. Course offered.

<http://www.cim.edu.ph/index.php/admission/courses>. Accessed 1 October 2012.

Cebu Institute of Medicine. Enrollment Guidelines & Information.

<http://www.cim.edu.ph/index.php/admission>. Accessed 1 October 2012.

College of Medicine, University of the Philippines Manila. Entrance requirements, guidelines and policies on admission leading to the Degree of Doctor of Medicine.

<http://www.upcm.edu.ph>. Accessed 1 October 2012.

Duke-NUS Graduate Medical School Singapore, National University of Singapore. (2012) Graduate Education.

<http://www.nus.edu.sg/registrar/nusbulletin/DukeNUS/GD/gradedu.html>. Accessed 25 September 2012.

FindUniversity.ph, Philippines Universities & Colleges Guide. Doctor of Medicine in the Philippines. <http://www.finduniversity.ph/majors/doctor-of-medicine-philippines/>. Accessed 1 October 2012.

Medical education in Singapore. <http://www.focussingapore.com/education-singapore/courses/medical-education-in-singapore.html>. Accessed 20 November 2012.

Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore. (2012) Undergraduate education. <http://www.nus.edu.sg/registrar/nusbulletin/YLLSoM/UG/UGedu.html>. Accessed 25 September 2012.

บทที่ 5

การศึกษาการผลิตพยาบาลไทย กับการเตรียมความพร้อมต่อ AEC¹

1 คำนำ

บทนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการพยาบาลของไทยจากมุมมองด้านการเตรียมความพร้อมต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำนำ ส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์หลักสูตรการผลิตพยาบาลในประเทศไทย และเปรียบเทียบในภาพรวมกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการพยาบาลของประเทศที่มีบทบาทสำคัญหรือเป็นคู่แข่งของไทยในภูมิภาคอาเซียน จากมุมมองด้านจุดอ่อน จุดแข็งและโอกาสของไทยในการผลิต และการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียน ภาคการค้าบริการ ทั้งนี้ เป็นการอาศัยการวิจัยเอกสารร่วมกับการสอบถาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในลักษณะของตารางเปรียบเทียบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศฟิลิปปินส์ ในด้านต่างๆ โดยมีการอภิปรายสรุปผลการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศฟิลิปปินส์และประเทศสิงคโปร์ โดยส่วนที่ 3 เป็นการอภิปรายสรุปผลศึกษา

2 การผลิตพยาบาลในประเทศไทย และการเปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการพยาบาล ระหว่างประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการพยาบาลระหว่าง ประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ที่สำคัญคือ มุ่งอธิบายว่าการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทยในปัจจุบัน มี จุดอ่อน จุดแข็งและโอกาส มากน้อยเพียงใดในการผลิต และการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ

วิธีการศึกษาดำเนินการโดย การทบทวนเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ร่วมกับการสอบถามโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 10 คน และใช้วิธีการสืบค้นเอกสารทางอินเทอร์เน็ต เพื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

¹ โดย ดร. กฤษดา แสงดี RN.,Ph.D และดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม RN.,Ph.D

ปัจจุบัน การศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีทั้ง หลักสูตรปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก รวมทั้งหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นเพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทาง โดยหลักสูตรทุกระดับต้องผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาลก่อนเปิดการเรียนการสอน

การศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐานในประเทศไทยมีเพียงหลักสูตรเดียวคือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผู้สำเร็จการศึกษาจะได้รับปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูงเทียบเท่าปริญญาตรี สำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากกระทรวงฯ ไม่สามารถประสาทปริญญาได้ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรดังกล่าวมีเป้าหมายที่สำคัญคือ มุ่งผลิตพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถทั่วไปในการดูแล และให้บริการพยาบาลทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชน เป็นหลักสูตรมาตรฐานที่รวมทั้งการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ด้วยกัน ไม่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาวิชา โดยคาดหวังให้บัณฑิตสามารถปฏิบัติงาน ได้ในสถานบริการทุกระดับ ซึ่งภายหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว ผู้ที่ประสงค์จะประกอบวิชาชีพ จะต้องสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล

ในปีการศึกษา 2555 มีสถาบันที่จัดการศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี จำนวน 82 แห่ง สังกัดภาครัฐ 61 แห่ง และภาคเอกชน 21 แห่ง ทั้งนี้เป็นสถาบันที่มีผู้สำเร็จการศึกษาแล้ว 74 แห่ง และยังไม่มีผู้สำเร็จการศึกษา จำนวน 8 แห่ง ซึ่งในระหว่างปีการศึกษา 2551-2554 มีการรับนักศึกษาใหม่เฉลี่ยประมาณ ปีละ 8,000 คน และในปีการศึกษา 2555-2560 มีแผนจะผลิตพยาบาลปีละ 9,000-10,000 คน ซึ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีสภาการพยาบาลในฐานะองค์กรกำกับคุณภาพการผลิตพยาบาล ได้เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อจัดทำแผนการผลิต และสถาบันการศึกษาต่างๆ ค่อยๆ เพิ่มการผลิตเพื่อตอบสนองต่อความขาดแคลนพยาบาลภายในประเทศเป็นหลัก (คณะอนุกรรมการวางแผนกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์, 2554)

2.1 การวิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ปัจจุบันหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้มีการพัฒนาและปรับปรุง เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thailand Qualification Framework หรือ มคอ.) ที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด เพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ของสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งให้มีมาตรฐานเทียบเคียงกันได้ทั้งในระดับชาติและ

ระดับสากล และสภาการพยาบาลได้ให้ความเห็นชอบหลักสูตร และได้ออกข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2554 ซึ่ง ใช้เวลาเรียน 4 ปี โดยมีจำนวนหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 140 หน่วยกิต และไม่เกิน 150 หน่วยกิต

คำถามของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ หลักสูตรดังกล่าว มีรายวิชาใดบ้างที่สนับสนุน หรือเปิดโอกาสให้นักศึกษาเรียนรู้ประเทศอาเซียนและ มีรายวิชาใดบ้างที่มีโอกาสที่จะเพิ่มเติมเนื้อหา เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษา ให้สามารถพัฒนาศักยภาพในการให้บริการสุขภาพ

ตารางที่ 5.1 วิเคราะห์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

หมวด/กลุ่มวิชา	หน่วยกิต	รายวิชาที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวกับประเทศอาเซียนและอื่น ๆ	จุดมุ่งหมายของรายวิชา	รายวิชาที่มีโอกาสเพิ่มเติมเนื้อหาเพื่อพัฒนาศักยภาพรองรับการเปิดเสรีอาเซียน
การศึกษาทั่วไป	ไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต	กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ภาษาศาสตร์ และ กลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์กับ คณิตศาสตร์	มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีความรอบรู้ อย่างกว้างขวางมีโลกทัศน์ที่ กว้างไกล มีความเข้าใจธรรมชาติ ตนเอง ผู้อื่นและสังคม เป็นผู้ใฝ่รู้ สามารถคิดอย่างมีเหตุผล สามารถ ใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารได้ดี เป็นคนที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและ จิตใจ มีคุณธรรม ตระหนักใน คุณค่าของศิลปวัฒนธรรมทั้งของ ไทย และของประชาคมนานาชาติ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการ ดำเนินชีวิต และดำรงตนอยู่ใน สังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข	● สังคมศาสตร์ ซึ่งควรเพิ่มเติมเนื้อหาเรื่อง ประชาคมโลก การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของโลก, การเปิดเสรีการค้าบริการ, Global Health, International migration , WHO Code of practice of international recruitment of health personnel ● มนุษยศาสตร์ ควรเพิ่มเรื่อง ความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม ● ภาษาศาสตร์ ควรเพิ่มทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษทางคลินิก โดยสนับสนุนให้มีโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาระหว่างประเทศ

หมวด/กลุ่มวิชา	หน่วยกิต	รายวิชาที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวกับประเทศอาเซียนและอื่นๆ	จุดมุ่งหมายของรายวิชา	รายวิชาที่มีโอกาสเพิ่มเติมเนื้อหาเพื่อพัฒนาศักยภาพรองรับการเปิดเสรีอาเซียน
กลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 28 หน่วยกิต	ไม่มี	มุ่งหมายให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในรายวิชาบังคับพื้นฐาน เฉพาะรายวิชาที่สัมพันธ์กับวิชาชีพ และรายวิชาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ	• ระบาดวิทยา ควรเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับ Social determinant of health โรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และการควบคุมป้องกันโรคติดต่อระหว่างประเทศ
กลุ่มวิชาชีพ	ไม่น้อยกว่า 76 หน่วยกิตโดยเป็น วิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต และกำหนดให้การสอนภาคทฤษฎี และการเรียนในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 51 หน่วยกิต และการเรียนภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง ไม่น้อยกว่า 25 หน่วยกิต หรือ 1500 ชั่วโมง	ไม่มี	มุ่งหมายให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในวิชาชีพ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีคุณธรรม จริยธรรม	• ควรเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลบุคคลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของแต่ละชาติในประเทศอาเซียน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการจากประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่เข้ามาใช้บริการในประเทศและการให้บริการเชิงรุกในประเทศสมาชิก
วิชาเลือกเสรี	ไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต	ไม่มี	มุ่งหมายให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเอง	ควรจัดให้มีรายวิชา ที่พัฒนาภาวะ

หมวด/กลุ่มวิชา	หน่วยกิต	รายวิชาที่ระบุเนื้อหาเกี่ยวกับประเทศอาเซียนและอื่นๆ	จุดมุ่งหมายของรายวิชา	รายวิชาที่มีโอกาสเพิ่มเติมเนื้อหาเพื่อพัฒนาศักยภาพรองรับการเปิดเสรีอาเซียน
		มหาวิทยาลัยรังสิต ให้ความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางที่มาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยจึงเพิ่มวิชาภาษาอารบิก เป็นวิชาเลือก	อย่างรอบด้านมีทักษะที่หลากหลายในการดำเนินชีวิตในสังคม	ผู้นำ และทักษะในศตวรรษที่ 21

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ การจัดการเรียนการสอนหลักสูตร พยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

ในส่วนนี้ นำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ และประเทศฟิลิปปินส์ ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ชื่อปริญญา ระบบการศึกษา โครงสร้างหลักสูตร จำนวนสถาบันการศึกษา โครงสร้างหลักสูตร ความคาดหวังต่อบัณฑิต ข้อกำหนดสำหรับการสมัครเข้าศึกษา ภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน การประกอบวิชาชีพ การรับนักศึกษาต่างชาติ และการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลระดับอาเซียนหรือนานาชาติผ่าน Websites (ตารางที่ 5.2)

ตารางที่ 5.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
ชื่อปริญญา (ภาษาอังกฤษ)	1. Bachelor of Science in Nursing	1. Bachelor of Science in Nursing 2. Diploma in Nursing	1. Bachelor of Science in Nursing 2. Diploma in Nursing 3. Bachelor of Nursing (Post-Registration) Program
ระบบการศึกษา	- หลักสูตรปริญญาตรี เวลาเรียน 4 ปี (ยกเว้นเฉพาะบางหลักสูตรที่เปิดรับผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเช่น สาขาสาธารณสุขศาสตร์) - มีทั้งหลักสูตรภาษาไทยซึ่งเป็นหลักสูตรหลัก และหลักสูตรนานาชาติ(ภาษาอังกฤษ)	- หลักสูตรปริญญาตรี เวลาเรียน 4 ปี (ยกเว้นหลักสูตร RN to BSN และ LPN to RN Bridge Option) เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา 2 ปีแรก จะได้รับประกาศนียบัตรแสดงว่าเป็นผู้มีความรู้ในการให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพได้ (The Associate in Health Science Education: AHSE) ซึ่งสามารถให้การดูแลขั้นพื้นฐานแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ สามารถใช้กระบวนการดูแลสุขภาพในการส่งเสริม ดูแล และป้องกันโรคได้ - มีทั้งหลักสูตรสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาในประเทศและหลักสูตรสำหรับนักศึกษา นานาชาติ (ในบางสถาบันจะกำหนดระดับความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษด้วย สำหรับนักศึกษาต่างชาติต้องแสดงหลักฐาน	1. Diploma in Nursing เวลาเรียน 3 ปี - มีประกาศนียบัตรรับรองของ The Singapore-Cambridge ระดับ O - สำเร็จการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ (English Language: ELI) เกเรต 1-7 คณิตศาสตร์ระดับปฐมนศึกษาเกเรต 1-7 และวิชาใดวิชาหนึ่งต่อไปนี้ ชีววิทยา เคมี วิทยาศาสตร์รวม วิศวกรรมศาสตร์ อาหารและโภชนาการ วิทยาศาสตร์ทั่วไป มานุษยวิทยาและสังคมวิทยา กายวิภาคศาสตร์ ฟิสิกส์ ฟิสิกส์ชีวภาพ ชีวะเคมี ฟิสิกส์/เคมี - เนื่องจากเป็นการศึกษาในวิชาชีพของผู้ดูแลสุขภาพดังนั้นผู้เข้าเรียนต้องผ่านการตรวจร่างกาย 2. หลักสูตร Bachelor of Science in Nursing ใช้เวลาเรียน 3 ปี สำหรับนักศึกษาที่ผ่านการเรียนวิชา Pre-requisites มาแล้ว จากการศึกษาในระดับ

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
		การผ่าน Test of English as a Foreign Language (TOEFL) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือ ต้องเข้าเรียนภาษาอังกฤษที่สถาบันจัดให้ อย่างน้อย 1 ภาคการศึกษาตามความสามารถของ ผู้เรียน)	ปริญญาตรีในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นหรือ ได้รับประกาศนียบัตรจาก วิทยาลัย โดยตรงมีผล การเรียนที่ระดับ H2 ในสองวิชาต่อไปนี้ ชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ ที่มี ประกาศนียบัตรรับรองของ The Singapore-Cambridge ระดับ A3. หลักสูตร Bachelor of Nursing (Post-Registration program) ใช้เวลาใน การเรียน 1 ปี (หลักสูตรพิเศษเรียนนอกเวลาใช้ เวลา 2 ปี)
จำนวน สถาบันการศึกษา	1. หลักสูตรภาษาไทย มี จำนวน 81สถาบัน (ยกเว้นมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ) 2. หลักสูตรนานาชาติ(ภาษาอังกฤษ) มีจำนวน 4 สถาบัน (เอกชน 2 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญและ มหาวิทยาลัย คริสเตียน ภาครัฐ 2 แห่งคือมหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่)	จำนวนสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน ในประเทศทั้งหมดมีประมาณ 450 สถาบัน	- มีทั้งสถาบันการศึกษาของภาครัฐและเอกชน และ มีการผลิตร่วมกับสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ - ลักษณะของสถาบันการศึกษามีตั้งแต่เป็นลักษณะ วิทยาลัยอาชีวะ มหาวิทยาลัย และวิทยาลัย พยาบาล ที่ปรากฏในฐานข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 12 แห่ง และยังมีโปรแกรมที่เป็นความร่วมมือกับ มหาวิทยาลัยในประเทศอื่นๆอีกในการจัด การศึกษาพยาบาลขั้นสูง เช่น ประเทศออสเตรเลีย ประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา
โครงสร้างหลักสูตร	- ปีที่1 วิชาพื้นฐานและการศึกษาทั่วไป - ปีที่2 กลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพ คือรายวิชาที่	<u>ปีที่ 1</u> -Communication Skills I, II -General Chemistry (Organic & Inorganic)	<u>หลักสูตร Diploma in Nursing</u> <u>ปีที่ 1</u>

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	สัมพันธ์กับวิชาชีพ และรายวิชาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระ ดังนี้ ชีวเคมี ชีววิทยา กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ประสาทวิทยา จุลชีววิทยา พยาธิวิทยา เภสัชวิทยา ชีวสถิติ จิตวิทยาพัฒนาการตามวัย โภชนศาสตร์ และระบาดวิทยา - ปีที่ 3-4 รายวิชาเฉพาะสาขาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ปฏิบัติต่อมนุษย์ ทุกวัยทั้งภาวะสุขภาพปกติและเจ็บป่วย ได้แก่ - การประเมินภาวะสุขภาพ - มโนคติและทฤษฎีทางการพยาบาล สารสนเทศทางการพยาบาล - หลักการและกระบวนการวิจัยทางการพยาบาล - การบริหารการพยาบาลและการบริหารองค์กรสุขภาพ - การพยาบาลผู้ใหญ่ทั้งในภาวะวิกฤติและเรื้อรัง (รวมอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์และนรีเวชวิทยา)	- Theoretical Foundations in Nursing - College Algebra - General Psychology - Physical Education I, 2 - Euthenics I (Personality Development) - Anatomy and Physiology I, II - Fundamentals of Nursing Practice - Logic and Critical Thinking - Euthenics II (Career Orientation) - Physics - Philosophy of Man - Health Assessment <u>ปีที่ 2</u> - Care of Mother, Child and Family - Community Health Nursing - Biochemistry - Speech and Oral - Bioethics - Physical Education 3, 4 - Care of Mother, Child, Family and Population Group at-risk or with Problem - Microbiology & Parasitology	Family and Community Health Safety in Healthcare Critical Thinking Nursing of Childbearing Family and Children Communication and Customer Service Nursing Laboratory 1A Nursing Laboratory 1B and Health Assessment Human BioScience IA Human BioScience IB Pharmacology 1 Introduction to Psychology Introduction to Sociology Nursing Practice 1 <u>ปีที่ 2</u> - Adult Nursing 1 (Cardiovascular, respiratory, blood and endocrine disorders) - Mental Health Nursing

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น - การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต - การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น - การพยาบาลมารดาและทารก การผดุงครรภ์ การวางแผนครอบครัว - การพยาบาลผู้สูงอายุ - กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ	- Pharmacology - Sociology & Anthropology - Health Education - Informatics - Nutrition & Dietetics <u>ปีที่ 3</u> - Care of Clients with Problems in Oxygenation, Fluid and Electrolyte Balance, Metabolism and Endocrine - Biostatistics - Economic with Taxation & Land Reform - Humanities (World Civilization & Literature) - Rizal (Life, Works and Writings) - Care of Clients with Problems in Inflammatory and Immunologic Response, Perception and Coordination - Care of Clients with Maladaptive Patterns of behavior - Philippine History, Government & Constitution - Nursing Research I, 2	- Adult Nursing 2 (Gastrointestinal, reproductive, renal, and urological disorders, communicable diseases and environmental health) - Professional Nursing Practice, Evidence-Based Practice and Patient Education - Management - Laboratory 2A - Nursing Laboratory 2B - Human Bioscience 2A - Human Bioscience 2B - Pharmacology 2 - Psychosocial Perspectives in Nursing - Research Methods and Statistics - Nursing Practice 2A - Nursing Practice 2B <u>ปีที่ 3</u> - Adult Nursing 3 (Care of older adults,

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
		- Elective Course I - Enhancement Skills for Quality Nursing Skills Practice <u>ปีที่ 4</u> - Care of Client with problems in Cellular Aberrations, Acute Biologic Crisis including emergency and Disaster Nursing - Competency Appraisal I, 2 - Nursing Leadership & Management - Elective Course 2 - Intensive Nursing Practicum - Nursing Leadership & Management	neurological, oncology, dermatological, and sensory disorders). - Adult Nursing 4 (Peri-operative nursing and care of the acutely ill, and musculoskeletal disorders). - Care Transition - Nursing Project - Nursing Laboratory 3 - Nursing Practice 3A - Nursing Practice 3B - Nursing Practice 3C <u>หลักสูตร Bachelor in Nursing</u> <u>ปีที่ 1</u> - Professional Issues and Practice - Effective Communication for Health Professional - Active Aging in Singapore - Fundamentals of Nursing - Anatomy & Physiology

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
			- Clinical Practicum - Healthcare Ethics and Law - Maternal and Child Health Nursing - Psychology for Health Professionals - Anatomy & Physiology I, II - Infection & Immunity Clinical Practicum <u>ปีที่ 2</u> - Mental Health Nursing - Medical/Surgical Nursing I,II - Comprehensive Health Assessment - Pathophysiology & Pharmacology I,II - Clinical Practicum - Medical Sociology - Clinical Practicum <u>ปีที่ 3</u> - Primary healthcare - Clinical Decision Making - Introduction to Research and Evidence Based Practice

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
			- Medical/Surgical Nursing III - Clinical Practicum - Leadership and Management - Issue for Contemporary Nursing Practice - Transition-to-Practice <u>หลักสูตร Bachelor of Science (Nursing) (Honours)</u> - Evidence-based Health Care Practice (8MC for Semester 1 and 2) - Consolidated Clinical Practice (8MC for Semester 1 and 2) - Applied Research Methods (4MC) - Honors Project in Nursing (16MC for Semester 1 and 2)
ความคาดหวังต่อบัณฑิต	มุ่งผลิตพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถทั่วไปในการดูแล และให้บริการพยาบาลทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และในชุมชน เป็นหลักสูตร	บัณฑิตต้องมีความรู้ความสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการทำวิจัยขั้นพื้นฐาน เป็นผู้นำและบริหารจัดการทางการพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้	<u>หลักสูตร Diploma in Nursing</u> บัณฑิตต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ สะท้อนคิดในการให้การดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ และมีทักษะในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพหลากหลายสาขา <u>หลักสูตร Bachelor in</u>

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	มาตรฐานที่รวมทั้งการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ด้วยกัน ไม่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาวิชา โดยคาดหวังให้บัณฑิตสามารถปฏิบัติงาน ได้ในสถานบริการทุกระดับ		<u>Nursing</u> มีความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลและสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม มีความเข้าใจในกระบวนการวิจัยและสามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหาโดยใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ มีภาวะผู้นำทางการพยาบาลและสามารถบริหารจัดการอัตราค่าจ้างได้ <u>หลักสูตร Bachelor of Science (Nursing)(Honors)</u> มีความพร้อมที่จะเป็นนักวิจัยและศึกษาต่อในระดับปริญญาเอก
ข้อกำหนดสำหรับการสมัครเข้าศึกษา	คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเรียน - จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) สายสามัญแผนการเรียนวิทย์-คณิต - ผ่านการสอบคัดเลือกด้วยวิธีการรับตรงโดยสถาบันการศึกษาแต่ละแห่ง (สอบข้อเขียน สอบสัมภาษณ์ และการตรวจร่างกายและสุขภาพจิต) หรือ - ผ่านการสอบคัดเลือก ด้วยวิธี National Admission	คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเรียน - จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม. 6) สายสามัญ หรือระดับประกาศนียบัตรในสาขาอื่น ด้วยคะแนนวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์และภาษาอังกฤษตามเกณฑ์ที่กำหนดของสถาบัน - คะแนนสอบเข้ามหาวิทยาลัย - จดหมายรับรองจากโรงเรียนมัธยมตอบปลายหรือสถาบันที่เรียนอยู่ก่อนหน้าหรือขณะกำลังสมัครอยู่	<u>หลักสูตร Diploma in Nursing</u> - มีประกาศนียบัตรผ่าน Singapore-Cambridge GEC ระดับ O และผ่านการเรียนภาษาอังกฤษเกรด 1-7 การเรียนคณิตศาสตร์ระดับปฐมนศึกษาหรือเกรด 1-6 และผ่านการเรียนวิชา Pre-requisites ในระดับ H2 ซึ่งได้แก่ ชีววิทยา เคมี วิทยาศาสตร์ผสม วิศวกรรมศาสตร์ อาหารและโภชนาการ วิทยาศาสตร์ทั่วไป มานุษยวิทยาและสังคมวิทยา ฟิสิกส์ กายวิภาคศาสตร์ อย่างน้อย 1 วิชา

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
	4. ไม่ได้มีข้อกำหนดว่าต้องเป็นสัญชาติไทย 5. หลักสูตร นานาชาติ รับนักเรียนสัญชาติไทยที่จบหลักสูตรมัธยมศึกษาภาคปกติ หรือหลักสูตรนานาชาติ ในประเทศไทยหรือจากต่างประเทศก็ได้ มีผลสอบ IELTS ไม่น้อยกว่า 6.0	4. มีน้ำหนักและส่วนสูงผ่านตามเกณฑ์ 5. สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ 6. คะแนนการสอบเทียบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ (English Placement Test) สำหรับนักศึกษาชาวฟิลิปปินส์ และประกาศนียบัตรหรือผลคะแนน TOEFL สำหรับนักศึกษาต่างประเทศ	หลักสูตร Bachelor in Nursing - มีประกาศนียบัตรผ่าน Singapore-Cambridge GEC ระดับ A และผ่านการเรียนวิชา Pre-requisites ในระดับ H2 ซึ่งได้แก่ ชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ อย่างน้อย 2 วิชา - ได้รับประกาศนียบัตร Diploma in Nursing จากวิทยาลัยอาชีวศึกษาในประเทศสิงคโปร์หรือจากสถานศึกษาที่เทียบเท่ากันในต่างประเทศ หรือผ่านการเรียนในระดับปริญาตรีในสาขาอื่นที่มีการเรียนวิชาชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ อย่างน้อย 2 วิชา หรือประกาศนียบัตรระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Major CAP) โดยมีผลการเรียนไม่ต่ำกว่า 2.0 ใน 2 วิชาจากวิชาต่อไปนี้ ชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ - นักศึกษาที่ได้เกรดจากการสอบทั่วไป (General paper) ของการสอบ Singapore-Cambridge GCE ระดับ A หรือ Cambridge HSC ซึ่งข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ต่ำกว่า C5 หรือนักศึกษาที่สอบทั่วไป (GP) โดยไม่ได้ใช้ข้อสอบภาษาอังกฤษ หรือไม่ได้ผ่านการสอบทั่วไปเลย (GP) จะต้อง

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
			ได้รับการทดสอบ University Administered Qualifying English (QET) เมื่อได้รับการตอบรับเข้าศึกษาในสถาบัน และต้องผ่านก่อนการสำเร็จการศึกษาจึงจะสามารถรับปริญญาได้ - ผู้สมัครต้องมีสุขภาพแข็งแรง ผล HBS Ag ให้ผล Negative และมีหลักฐานการได้รับวัคซีน Chickenpox ใน 2 สัปดาห์ภายหลังการรับเข้าไว้ในโปรแกรม
ภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน	- ภาษาไทยเป็นหลัก อาจมีบางรายวิชาที่สอนเป็นภาษาอังกฤษในบางสถาบัน - เอกสารประกอบการสอนตำราอ้างอิง อาจเป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ - ปัจจุบันมีการอนุมัติจากสภาการพยาบาล ให้เปิดหลักสูตรนานาชาติซึ่งใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก	ใช้ภาษาฟิลิปปินส์และภาษาอังกฤษเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอน	ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอน
เงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ	- บัณฑิตต้องผ่านการทดสอบกลาง (National License Examination) ซึ่งใช้ภาษาไทยเป็นหลัก	1. ผู้ที่จะสอบใบประกอบวิชาชีพต้องถือสัญชาติฟิลิปปินส์หรือถือชาติที่ยอมรับให้พยาบาลฟิลิปปินส์สามารถปฏิบัติงานได้เช่นเดียวกับพยาบาลของประเทศตนเอง. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ถึงแม้ว่าจะสอบผ่านก็ยังไม่สามารถ	- สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรีจากสถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรองในประเทศสิงคโปร์หรือจากประเทศอื่นที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการต่อใบประกอบวิชาชีพ

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
		ปฏิบัติงานได้จนกระทั่งอายุถึงเกณฑ์ 3. มีสุขภาพดีและมีคุณธรรมจริยธรรม 4. จบการศึกษายพบาลจากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากรัฐบาล	
การรับนักศึกษาต่างชาติ	- หลักสูตรภาษาไทย ส่วนใหญ่รับนักศึกษาต่างชาติในรูปแบบของนักศึกษาแลกเปลี่ยน สถาบันบางแห่ง รับนักศึกษาต่างชาติจากสถาบันหรือประเทศที่ทำความตกลงไว้ เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่รับนักศึกษาจากประเทศจีน มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับนักศึกษาจากประเทศ สปป.ลาว มหาวิทยาลัยมหิดลรับนักศึกษาจากภูฏาน เป็นต้น - หลักสูตรนานาชาติ ยังคงมีนักศึกษาคนไทยเรียนเป็นส่วนใหญ่	นอกเหนือจากหลักฐานทั่วไปเช่นเดียวกับนักศึกษาฟิลิปปินส์ นักศึกษาต่างชาติต้องแสดง - ประวัติการศึกษาเดิมของตนเอง - Certificate of Eligibility for Admission (CEA) ที่ออกให้โดยคณะกรรมการการศึกษาระดับสูง (Commission on Higher Education: CHED) - ใบอนุญาตคนต่างด้าว (Alien Certificate of Admission: ACR) - ใบอนุญาตผ่านเข้าประเทศ (Immigration Certificate of Resident: ICR) ออกโดย Commission on Immigration and Deportation (CID)	นอกเหนือจากหลักฐานทั่วไปเช่นเดียวกับนักศึกษาสิงคโปร์นักศึกษาต่างชาติต้องแสดง - ผู้เข้าศึกษาที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศต้องได้รับการตรวจสอบเนื้อหาของหลักสูตรที่สำเร็จมาก่อนว่าเทียบเท่าการจัดการศึกษาในประเทศสิงคโปร์หรือไม่ - ผู้สมัครที่ไม่ได้สำเร็จการศึกษาจากประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาทางการต้องแสดงผลการสอบเทียบความรู้ภาษาอังกฤษ (International English Language Testing System: IELTS) ไม่ต่ำกว่า 7
Availability ของการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ข้อมูลระดับอาชีวศึกษาหรือ	- คณะพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่จะมีหน้า Websites ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ แต่เนื้อหาอาจไม่เหมือนกันและมักเป็นไปเพื่อแนะนำสถาบัน มากกว่าการเปิดรับนักศึกษา	- การประชาสัมพันธ์เป็นภาษาอังกฤษทางเว็บไซต์ของมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย และมีเบอร์โทรศัพท์ให้สอบถามข้อมูลได้	- การประชาสัมพันธ์เป็นภาษาอังกฤษทางเว็บไซต์ของมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัย และมีเบอร์โทรศัพท์ให้สอบถามข้อมูลได้ - การส่งใบสมัครสามารถทำได้ทั้งการส่งเอกสาร

	ประเทศไทย	ประเทศฟิลิปปินส์	ประเทศสิงคโปร์
นานาชาติผ่าน Websites	ต่างชาติ - มีเฉพาะมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนหลักสูตร นานาชาติ ที่ประชาสัมพันธ์เพื่อรับนักศึกษา จากต่างประเทศ ผ่านWebsite	- การส่งใบสมัครสามารถทำได้ทั้งการส่ง เอกสารการสมัครทางไปรษณีย์หรือไปที่ สถาบันการศึกษา หรือกรอกใบสมัครทางเว็บ ไซต์ขึ้นอยู่กับแต่ละสถาบัน	การสมัครทางไปรษณีย์หรือไปที่สถาบันการศึกษา หรือกรอกใบสมัครทางเว็บไซต์ขึ้นอยู่กับแต่ละ สถาบัน

2.3 อภิปรายสรุปผลการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเปรียบเทียบกับประเทศฟิลิปปินส์และประเทศสิงคโปร์

การอภิปรายในส่วนนี้ ผู้วิจัยจำแนกการนำเสนอออกเป็น 8 ประเด็นย่อย ประกอบด้วย การอภิปรายเกี่ยวกับด้านปริญญา ภาษา เนื้อหารายวิชา โอกาสในการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร ประสบการณ์วิชาชีพ การรับนักศึกษาเข้าเรียน เงื่อนไขภายหลังจบการศึกษา และการสื่อสารข้อมูลหลักสูตรและสถาบัน ดังนี้

- 1) ปริญญา: หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในประเทศไทย เป็นหลักสูตร ระดับระดับปริญญาตรี (Undergraduate study) ที่ต้องได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล โดยมีชื่อปริญญา ในภาษาอังกฤษว่า Bachelor of Nursing Science (BNS) ใช้เวลาเรียน 4 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน หลักสูตรเดียว เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ชื่อปริญญาในประเทศอาเซียน (ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์) ซึ่งในฟิลิปปินส์จะเป็นการศึกษาทั้งในระดับปริญญาตรี เวลาเรียน 4 ปี และเป็นการศึกษาต่อเนื่องอีก 2 ปี จากการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่มีเวลาเรียน 2 ปี ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกันกับการจัดการศึกษาพยาบาลระดับต้น และ ต่อเนื่องสำหรับการผลิตพยาบาลเทคนิคของประเทศไทย ในระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศสิงคโปร์ มี 2 หลักสูตรเช่นกัน คือเป็นปริญญาตรี หลักสูตร Bachelor of Science in Nursing ใช้เวลาเรียน 3 ปี สำหรับนักศึกษาที่ผ่านการเรียนวิชา Pre-requisites มาแล้ว และผู้สำเร็จปริญญาตรีในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น และยังมี หลักสูตร Bachelor of Nursing สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็น Post-Registration program ใช้เวลาในการเรียน 1 ปี กรณีการเรียนเต็มเวลา และ หลักสูตรพิเศษเรียนนอกเวลาใช้เวลา 2 ปี
- 2) ภาษา: การเรียนการสอนพยาบาลศาสตรในประเทศไทยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และมุ่งรับเฉพาะคนไทย แต่ไม่มีข้อกำหนดไว้ชัดเจนว่าจะรับเฉพาะบุคคลสัญชาติไทย มีหลักสูตรนานาชาติหรือหลักสูตรที่สอนเป็นภาษาอังกฤษเพียง 2 สถาบัน ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตรของฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ที่สอนเป็นภาษาอังกฤษและเปิดกว้างรับนักศึกษานานาชาติได้ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน เริ่มมีบางสถาบัน ทั้งในสังกัดมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข ที่มีโครงการโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษา กับต่างประเทศ หรือรับนักศึกษาเต็มเวลาในโครงการพิเศษที่เป็นข้อตกลงแบบรัฐต่อรัฐ เพื่อผลิตพยาบาลให้กับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน

ลาว และ กัมพูชา แต่จำนวนมีจำนวน ไม่มากนัก สำหรับสถาบันการศึกษาภาคเอกชน ที่เปิดการสอนหลักสูตรนานาชาติ ไม่มีข้อจำกัดในการรับนักศึกษาต่างชาติเข้าเรียน

- 3) เนื้อหารายวิชา : พบว่าเนื้อหารายวิชาในประมวลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ยังไม่มีการกำหนดวิชาเรียนที่เกี่ยวกับประเทศอื่นในอาเซียนที่ชัดเจน ทั้งรายวิชาด้านการพยาบาล ปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มรายวิชาพื้นฐานหรือรายวิชาศึกษาทั่วไป ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาษา สังคม วัฒนธรรม ของประชาชนในประเทศเพื่อนบ้าน มีเพียงการกำหนดให้มีการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมนอกหลักสูตร นอกจากนั้น รายวิชาที่มีการฝึกปฏิบัติหรือประสบการณ์วิชาชีพ ทุกสถาบันจัดการฝึกประสบการณ์ในโรงพยาบาลของไทย ซึ่งหากเป็นโรงพยาบาลที่มีประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการ นักศึกษาก็อาจจะมีประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมบ้าง แต่ไม่มีการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบ

เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาวิชากับตัวอย่างหลักสูตรของประเทศเพื่อนบ้าน หลักสูตรเหล่านั้นก็ยังไม่มียารวิชาที่มุ่งสอนเกี่ยวกับระบบสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพในประเทศอาเซียนเช่นกัน รายวิชาส่วนใหญ่ยังคงเป็นรายวิชาที่เน้นการพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีบางส่วนเป็นการเรียนเกี่ยวกับการคิดเชิงวิเคราะห์ หรือการวิจัย เช่นเดียวกับหลักสูตรในประเทศไทย

- 4) โอกาสในการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตร : พบว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของไทย มีโอกาสที่จะมีการพัฒนา หรือปรับปรุง ให้สามารถบรรจุเนื้อหาของวิชาที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อหรือภาษาของประเทศในกลุ่มอาเซียนได้ ทั้งในกลุ่มวิชาการศึกษาทั่วไป วิชาพื้นฐาน และ วิชาชีพ โดยอาจจัดเป็นวิชาเลือกบังคับ หรือเลือกเสรี ก็ได้

- 5) ประสบการณ์วิชาชีพ : สถาบันการศึกษาพยาบาล ยังไม่มีโครงสร้างหลักสูตรที่เอื้อต่อการไปศึกษา หรือฝึกทักษะวิชาชีพในต่างประเทศ การส่งนักศึกษาแลกเปลี่ยน เป็นการจัดการเรียนการสอนในลักษณะกิจกรรมนอกหลักสูตร ไม่มีหน่วยกิต ในขณะที่หลายสถาบันมีการรับนักศึกษาแลกเปลี่ยนจากต่างประเทศนอกอาเซียน นักศึกษาเหล่านั้น มีหน่วยกิต และถือว่าเป็นหนึ่งในวิชาเรียนภาคปฏิบัติ

- 6) การรับผู้เข้าเรียน : สถาบันการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย เน้นการรับนักเรียนไทย ที่สำเร็จมัธยม 6 ในประเทศ โดยสมัครด้วยตนเองผ่านช่องทางที่กำหนด ประมาณ ร้อยละ 60 ผ่านช่องทางการสอบตรงกับสถาบัน และอีกร้อยละ 40 ผ่านระบบ

Admission ในขณะที่การสมัครเรียนพยาบาลในฟิลิปปินส์ กำหนดคุณสมบัติของผู้สมัครเข้าเรียน นอกจากจะรับผู้เรียนจากผู้สำเร็จมัธยมปลาย แล้วยังมีการกำหนดเกณฑ์คะแนนวิชาวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์และภาษาอังกฤษสำหรับผู้เรียนที่สำเร็จประกาศนียบัตรสาขาอื่น และต้องมีน้ำหนักและส่วนสูงผ่านตามเกณฑ์ และสำหรับนักศึกษาต่างชาติต้องมีคะแนนการสอบเทียบวัดความรู้ภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาชาวฟิลิปปินส์ (English Placement Test) หรือผลคะแนน TOEFL

สำหรับประเทศสิงคโปร์ หลักสูตร Bachelor in Nursing กำหนดให้ผู้เข้าเรียนต้อง Singapore-Cambridge GEC ระดับ A และผ่านการเรียนวิชา Pre-requisites ในระดับ H2 ซึ่งได้แก่ ชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ อย่างน้อย 2 วิชา หรือรับจากผู้ที่ได้รับประกาศนียบัตร Diploma in Nursing จากวิทยาลัยอาชีวศึกษาในประเทศสิงคโปร์ หรือจากสถานศึกษาที่เทียบเท่ากันในประเทศ หรือรับจากผู้ผ่านการศึกษาในระดับปริญญาตรีในสาขาอื่นที่มีการเรียนวิชาชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ อย่างน้อย 2 วิชา หรือประกาศนียบัตรระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Major CAP) โดยมีผลการเรียนไม่ต่ำกว่า 2.0 ใน 2 วิชาจากวิชาต่อไปนี้ ชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ คอมพิวเตอร์และคณิตศาสตร์ และยังกำหนดคุณสมบัติเพิ่มเติม คือ ผู้สมัครต้องมีสุขภาพแข็งแรง ผล HBS Ag ให้ผล Negative และมีหลักฐานการได้รับวัคซีน Chickenpox ใน 2 สัปดาห์ภายหลังการรับเข้าไว้ในโปรแกรมการเรียน

อย่างไรก็ตาม ทั้ง สองประเทศมีการให้ข้อมูลชัดเจนที่นักศึกษาจากต่างชาติ จะสามารถสมัครเข้าเรียนได้โดยง่าย สามารถศึกษาและดำเนินการยื่นใบสมัครผ่านทาง Internet ได้

- 7) เงื่อนไขภายหลังจบการศึกษา : ปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีทุนผูกพันให้เข้ารับราชการเนื่องจากการขาดแคลนอัตราข้าราชการบรรจุ แต่เป็นการผูกพันแบบสมัครใจรับทุนจากหน่วยงาน ที่ผูกพันการทำงานชดใช้ทุนหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนก็สามารถให้ทุนแก่นักศึกษาในลักษณะนี้ ได้เช่นกัน แต่ไม่พบการผูกพันการใช้ทุนหลังจบการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ และฟิลิปปินส์
- 8) การสื่อสารข้อมูลหลักสูตรและสถาบัน : การประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านทาง Website ของสถาบันการศึกษาพยาบาล ของไทย มีการจัดทำเป็น 2 คือ ภาษาอังกฤษและภาษาไทย โดยเนื้อหาส่วนใหญ่เน้นการประชาสัมพันธ์ตัวสถาบัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครเข้าศึกษาจะเป็นช่วงเวลาที่ใกล้การรับสมัคร ซึ่งต่างจาก Website ของ

สถาบันในสิงคโปร์และฟิลิปปินส์ที่ทำเป็นภาษาอังกฤษ มีข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตร คำแนะนำในการรับสมัคร รวมถึงอาจสามารถให้ยื่นใบสมัครทาง Website ได้ ตลอดเวลา ซึ่งเป็นความพร้อมที่จะรองรับนักศึกษาต่างชาติได้เป็นอย่างดี

ปัจจุบันจึงสรุปได้ว่า การผลิตพยาบาลในประเทศไทย ยังคงมุ่งเน้นการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศที่ยังมีการควบคุมคุณภาพการศึกษาอย่างเข้มข้น เพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ สามารถทำงานได้ในหน่วยบริการทุกระดับ แต่การจัดการศึกษา , หลักสูตร และการบริหารจัดการ ยังไม่เอื้อต่อการแข่งขันในเชิงธุรกิจในภูมิภาคได้ เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ ที่มีประสบการณ์การดำเนินการจัดการศึกษาในเชิงธุรกิจ มาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ต้องเร่งทำการศึกษาค้นคว้าหาข้อสรุปเพื่อกำหนดทิศทางการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประเทศได้ โดยไม่เสียโอกาสการพัฒนาระบบการจัดการศึกษา เพื่อบัณฑิตให้มีทักษะสูง และพร้อมที่จะแข่งขัน

3. สรุปอภิปรายผลการศึกษา

ประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศหนึ่งที่ผลิตพยาบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก และพยาบาลเหล่านี้ได้กระจายออกไปทำงานในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศแถบยุโรปและสหรัฐอเมริกา ในประเทศฟิลิปปินส์วิชาชีพพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพหนึ่งที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองโดยเฉพาะในครอบครัวที่เศรษฐกิจในครอบครัวไม่ดี ต้องการให้ลูกหลานของตนเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษาที่ผลิตพยาบาล เพราะถูกมองว่าเป็นอาชีพที่มีงานรองรับแน่นอนและยังสามารถทำเงินได้เป็นจำนวนมากถ้ามีโอกาสไปทำงานในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งให้ค่าตอบแทนที่สูงขึ้น พยาบาลชาวฟิลิปปินส์ส่วนใหญ่จึงมีเป้าหมายที่จะได้ไปทำงานในต่างประเทศแล้วส่งเงินกลับมาให้ครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ในฟิลิปปินส์ซึ่งถือเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับประเทศได้อย่างดี

แต่ในปัจจุบัน สหรัฐอเมริกา และหลายประเทศในยุโรป ประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้การจ้างพยาบาลจากประเทศฟิลิปปินส์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนของพยาบาลจากประเทศฟิลิปปินส์ไปทำงานในประเทศเหล่านั้น ลดน้อยลง จำนวนพยาบาลที่ไม่มียานทำเพิ่มมากขึ้น หรือได้รับค่าตอบแทนที่น้อยลงเนื่องจากมีจำนวนของพยาบาลมากกว่าความต้องการของตลาด ในขณะที่การผลิตบัณฑิตพยาบาลในประเทศยังคงดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง ในปี 2555 พบว่ามีพยาบาลที่ไม่มียานทำถึง 200,000 คนและในปลายปีได้มีพยาบาลจบใหม่เพิ่มมากขึ้นอีกถึง 80,000 คน (McGeown, 2012) ดังนั้นปัญหาการว่างงานของ

พยาบาลในฟิลิปปินส์กำลังจะเป็นปัญหาที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพราะถึงแม้ว่าพยาบาลฟิลิปปินส์จะมีความสามารถในการสื่อสารภาษาอังกฤษได้ดีมีโอกาสสูงในการทำงานในประเทศที่ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร ก็ตาม แต่เมื่อทั่วโลก รวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้นำทางการพยาบาลและนักจัดการศึกษาพยาบาลต้องปรับกลยุทธ์ในการผลิตและแก้ไขปัญหาการว่างงานของพยาบาลในประเทศ ผลกระทบจากการว่างงานที่พบในปัจจุบันคือการเติบโตของธุรกิจจัดหางานสำหรับพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวกลางระหว่างพยาบาลและสถานบริการในการต่อรองและจัดหาพยาบาล พยาบาลที่ใช้บริการเหล่านี้แม้จะมีงานทำแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งให้กับบริษัทและค่าตอบแทนก็ลดลงจากที่เคยได้รับ การที่จำนวนของพยาบาลมากกว่าความต้องการของตลาดนี้ทำให้สถานบริการมีโอกาสนในการเลือกและเสนอค่าตอบแทนที่ต้องการได้ ดังนั้นการเปิดเสรีวิชาชีพพยาบาลในภูมิภาคอาเซียนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของพยาบาลฟิลิปปินส์ ที่จะเบนเข็มจากการเดินทางไปทำงานในประเทศแถบยุโรปหรืออเมริกา หันมามองตลาดอาเซียน แต่ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับข้อตกลง และค่าตอบแทนที่พยาบาลเหล่านี้จะได้รับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานในประเทศที่ไม่ไกลเกินไปจากประเทศของตน นักถึงแม้ค่าตอบแทนจะไม่มากเท่ากับที่ได้รับจากประเทศแถบตะวันตก ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลหันมาสนใจการทำงานในประเทศอาเซียน

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบความสำเร็จในการจัดการศึกษาสำหรับพยาบาล โดยมีการผลิตพยาบาลใหม่ ประมาณ 1,500 -1,600 คนต่อปี แนวทางการศึกษาทางด้านการพยาบาลในสิงคโปร์ค่อนข้างชัดเจน และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดและสมรรถนะที่ต้องการในแต่ละลักษณะงาน นอกจากการจัดการศึกษาพยาบาลในระดับประกาศนียบัตรและปริญญาตรีแล้ว สิงคโปร์ยังให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หรือการพยาบาลขั้นสูง และการเตรียมพร้อมไปสู่การศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก นอกจากนั้นการจัดการศึกษาพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ยังเน้นการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลร่วมกับสถาบันการศึกษาในต่างประเทศและการศึกษาทางไกล ทำให้การศึกษายาบาลในประเทศสิงคโปร์ มีทั้งหลักสูตรทั่วไปและหลักสูตรนานาชาติ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาพยาบาลของประเทศสิงคโปร์ จึงแบ่งออกเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่ทำงานอยู่ในประเทศสิงคโปร์และส่วนที่ทำงานในประเทศภูมิลาเนาของตนเอง จากสถิติพยาบาลที่ทำงานในประเทศสิงคโปร์พบว่า พยาบาลที่ทำงานในระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 80 อยู่ในภาคเอกชน และผู้ทำงานในบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เช่นกัน ทำงานในภาครัฐ กล่าวคือเป็นไปตามสังกัดของสถานบริการสุขภาพนั่นเอง พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่มีงานทำแน่นอน ปัจจุบันมีพยาบาลอยู่ 34,507 คน

หรือ อัตราส่วน 1 ต่อ 150 ประชากร ซึ่งมากกว่าประเทศไทยกว่า 4 เท่า (Ministry of Health, Singapore, 2012)

จากข้อมูลการจัดการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ทำให้พบว่า ลักษณะการจัดการศึกษาพยาบาลของทั้งสามประเทศ ยังคงให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี โดยในประเทศไทยหลักสูตรทั้งหมดจะเป็นหลักสูตรปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่การจัดหลักสูตรในประเทศฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ยังมีระดับประกาศนียบัตรซึ่งเน้นให้พยาบาลระดับพื้นฐาน มีสมรรถนะในการทำงานระดับหนึ่ง ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าหากพยาบาลเหล่านี้ต้องการที่จะเติบโตหรือมีความก้าวหน้าในสายงาน จำเป็นที่จะต้องศึกษาต่อให้ได้ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ปัจจุบันประเทศไทย มีการจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เช่นกัน โดยเป็นการจัดการศึกษาหลังระดับปริญญาตรี ทั้งการฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อพัฒนาพยาบาลเฉพาะทาง และการจัดการศึกษาในระดับปริญญาโทและเอก ซึ่งเป็นจุดแข็งด้านหนึ่งของการศึกษาพยาบาลไทย ดังนั้น การจัดการศึกษาในประเทศไทย อาจต้องวางแผนทาง เพื่อตอบสนองความต้องการการศึกษาหลังปริญญา โดยจัดการศึกษาต่อเนื่องแก่พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในประเทศสมาชิกอาเซียน หรือ ประเทศอื่นๆ ที่ยังขาดศักยภาพด้านนี้

นอกจากนั้น ต้องมีการพัฒนากระบวนการ หรือกลไก ที่จะเปิดโอกาสและอำนวยความสะดวก ให้พยาบาลจากประเทศสมาชิก สามารถเข้ามารับการศึกษาต่อหลังปริญญา หรือ การฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง ในประเทศไทยได้ หลักสูตรต้องมีความเป็นนานาชาติมากขึ้น ทั้งภาษาที่ใช้ในการเรียนการสอน เนื้อหาวิชาที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพที่ไม่จำกัดแต่เฉพาะสุขภาพของคนไทย หรือโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย แต่จะต้องมีการขยายไปถึงประเทศสมาชิก และปัญหาสุขภาพที่จะเกิดตามมาภายหลังการรวมประชาคมอาเซียน แต่ก็ต้องระมัดระวัง ไม่ให้เกิดผลกระทบที่จะทำให้พยาบาลไทยเสียโอกาส จากการแย่งชิงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะ อาจารย์พยาบาล ประเทศสิงคโปร์ เป็นตัวอย่าง ที่มีความชัดเจนในการจัดระบบการศึกษาพยาบาลในระดับหลังปริญญา ที่เอื้อต่อนักศึกษาต่างชาติ มีการเทียบเคียงการจัดการเรียนการสอนเพื่อใช้ในการถ่ายโอนหน่วยกิต การผลิตร่วมกับสถาบันการศึกษาในต่างประเทศ ทำให้ไม่จำกัดว่านักศึกษาต้องพักอาศัยอยู่ในประเทศสิงคโปร์ ถือเป็นการจัดการศึกษาเชิงรุกที่ได้ผล แต่อย่างไรก็ตามในเชิงเนื้อหาและสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลยังจำกัดอยู่เพียงการให้การพยาบาลทั่วไปที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของการเปิดเสรีทางการค้าและวิชาชีพ

แม้ว่าการจัดการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ของประเทศไทย ฟิลิปปินส์ และสิงคโปร์ จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ จัดให้มีการเรียนวิชาพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ในปีต้นๆ และเรียนวิชาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพในชั้นปีที่สูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดของเนื้อหาวิชา พบว่า ลักษณะเนื้อหาวิชายังมีความแตกต่างกันและลำดับการเรียนแต่ละวิชาไม่เหมือนกัน จึงอาจเป็นอุปสรรคในการถ่ายโอนการศึกษาระหว่างกำลังศึกษาต่อหรือการศึกษาต่อเนื่องระหว่างประเทศได้ ดังนั้นแต่ละประเทศสมาชิกอาจต้องมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดคุณสมบัติของผู้เรียน เนื้อหาของหลักสูตรและสมรรถนะของผู้เรียนในแต่ละชั้นปี จำนวนหน่วยกิต หรือ ระดับการศึกษาที่สอดคล้องกันและมีคุณภาพการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน

โดยสรุป มุมมองและแนวทางการผลิตบุคลากรทางวิชาชีพการพยาบาลเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่อาจจะเป็นตัวผลักดัน หรืออุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายของพยาบาลระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน เพราะการจัดการศึกษาที่เปิดโอกาสให้พยาบาล หรือผู้สนใจศึกษาพยาบาลจากประเทศสมาชิกสามารถเข้าถึงได้ย่อมเป็นประโยชน์ต่อประเทศเจ้าบ้าน เพราะทำให้เกิดการกระตุ้นทางเศรษฐกิจและมีการพัฒนาทางการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันการจัดการศึกษาที่ได้มาตรฐานและตอบสนองต่อความต้องการของประเทศสมาชิก ก็จะส่งผลให้พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศไทย สามารถแข่งขันกับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากประเทศอื่นได้ เป็นการเพิ่มโอกาสในการทำงานและความก้าวหน้าในสายอาชีพอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ยังทำให้การทำงานร่วมกันภายหลังการเปิดเสรีทางการค้าเป็นไปได้เป็นอย่างดี ประเทศสมาชิกต้องการเข้ามาให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและตรงความต้องการของผู้รับบริการมากขึ้น มีการลงทุนด้านบริการสุขภาพในประเทศมากขึ้น รวมไปถึงเพิ่มศักยภาพในการเปิดตลาดการค้าด้านบริการเชิงรุกในประเทศสมาชิกด้วย ดังนั้นวางแผนแนวทางการผลิตบุคลากรทางการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมเพื่อการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการวางแผนกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์(2554).รายงานการวางแผนกำลังคนสาขาพยาบาลศาสตร์. สภาการพยาบาล.(เอกสารอัดสำเนา)

McGeown, K. (2012). Nursing dream turns sour in the Philippines. BBC News ASIA. (5 July 2012)

retrieved from <http://www.bbc.co.uk/news/world-asia-18575810> on December 15, 2012

Ministry of Health, Singapore. (2012). Nursing Training and Education. Retrieved from http://www.moph.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/nurses/nursing_traingandeducation.html on December 1, 2012

Ministry of Health, Singapore. (2012). Health Manpower. Retrieved from http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/health_facts_Singapore/Health_Manpower.html. on November 30, 2012

บทที่ 6

แนวทางทางการเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอน ด้านการแพทย์และพยาบาลของไทยเพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการศึกษาและ การบริการสุขภาพ¹

1. คำนำ

เนื้อหาในบทนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาถึงความสอดคล้องกันระหว่างคุณสมบัติของแรงงานในระบบบริการสุขภาพไทยต้องการหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558 กับความพร้อมของทั้งทางสถาบันการศึกษาและนักศึกษาที่กำลังจะก้าวไปเป็นแรงงานในตลาดบริการสุขภาพในอนาคต โดยการศึกษาในบทนี้จะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน หนึ่ง เริ่มต้นจากการศึกษามุมมองของผู้จ้างงานในระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการในอนาคตหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC รวมถึงนำเสนอวิธีการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการ สอง ศึกษามุมมองของผู้ผลิตหรือสถาบันการศึกษาต่อการเตรียมความพร้อมหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC สาม ศึกษาทัศนคติของนักศึกษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต หลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC และ สี่ บทสรุป

2. มุมมองจากผู้จ้างงาน

จากการสัมภาษณ์ผู้จ้างงานในตลาดแรงงานบริการสุขภาพ ซึ่งก็คือผู้อำนวยการและผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน พบว่าคุณสมบัติของทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ผู้จ้างงานทั้งในภาครัฐและเอกชนต้องการในอนาคตหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558 นั้นค่อนข้างมีความคล้ายคลึงกัน คุณสมบัติเหล่านี้ได้แก่ ทักษะด้านภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการสื่อสารกับคนไข้ชาวต่างชาติที่จะเข้ามารับการรักษาพยาบาลมากขึ้นในประเทศไทย นอกจากนั้นแล้วแพทย์และพยาบาลที่มีความสามารถทางภาษาก็จะสามารถค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมจากงานวิจัยในต่างประเทศเพื่อที่จะต่อยอดองค์ความรู้ต่อไป, ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคใหม่ๆ ตัวอย่างเช่นโรคเขตร้อนที่ได้สูญหายไปจากประเทศไทยแต่มีการแพร่กลับเข้ามาใหม่เนื่องจากการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ, การใช้เทคโนโลยี

¹ โดย ศาสตราจารย์ ดร. พชรพล วังศ์บุญสิน รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ รองศาสตราจารย์ นพ. ดร. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ นพ. พิรศ ประดิษฐ์วณิช ดร. กฤษดา แสงดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ดำรงพลสิทธิ์ ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

สารสนเทศได้ดี, รู้ข้อบังคับและกฎระเบียบต่างๆเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ, มีความเข้าใจถึงวัฒนธรรมของคนไข้ต่างชาติ รวมถึงการมีจริยธรรมในวิชาชีพและมีมุมมองต่อการเห็นใจคนไข้มากขึ้นเป็นต้น เนื่องจากผู้จ้างงานต่างตระหนักดีว่าระบบบริการสุขภาพในอนาคตต้องรองรับคนไข้หรือโรคระบาดที่มาจากต่างประเทศมากขึ้น อันเป็นผลต่อเนื่องมาจากการขยายตัวของการค้าและการลงทุนที่เกิดจาก AEC ตารางที่ 6.1 ได้สรุปคุณสมบัติของแพทย์และพยาบาลที่ต้องการจากมุมมองของผู้จ้างทั้งในภาครัฐและเอกชน

ตารางที่ 6.1 คุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการในอนาคตหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาใหม่ๆ - มีทักษะด้านภาษาอังกฤษ - เทคโนโลยีสารสนเทศด้านการบริการสุขภาพสมัยใหม่ - สามารถเรียนรู้วัฒนธรรมของคนไข้กลุ่มต่างๆได้ดี - มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและข้อบังคับของระบบบริการและประกันสุขภาพระหว่างประเทศ - ต้องการแพทย์ที่มีจริยธรรมในวิชาชีพและการเห็นใจเพื่อนมนุษย์	- มีมาตรฐานทางความรู้และทักษะการรักษาคคนไข้สูง - ถ้าเป็นแพทย์ต้องจบเฉพาะทางและมีประสบการณ์ทำงานสูง - มีทักษะด้านภาษาอังกฤษ - พฤติกรรมการบริการที่ดี - ความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาษาและวัฒนธรรมของชาวต่างประเทศ (ไม่ใช่แค่ในอาเซียน) - มีทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการบันทึกเวชระเบียน - มีจรรยาบรรณวิชาชีพสูง

ผู้จ้างงานได้เสนอแนะวิธีการสำหรับการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาดังที่ปรากฏในตารางที่ 6.2 เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการ โดยที่ผู้จ้างงานทั้งในภาครัฐและเอกชนต่างก็มีความเห็นคล้ายคลึงกันอีกเช่นกัน กล่าวคือ มีความเห็นว่าความรู้และเทคนิคทางด้านการรักษาของแพทย์และพยาบาลไทยนั้นเป็นสิ่งที่ดีอยู่แล้ว ผู้อำนวยการและผู้บริหารหลายๆโรงพยาบาลได้กล่าวว่าในแง่ของความชำนาญทางการแพทย์ แพทย์และพยาบาลไทยไม่เป็นรองของชาติไหนและอาจจะกล่าวได้ว่ามีทักษะความสามารถในการรักษาดีกว่าหลายๆประเทศในแถบเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วยซ้ำ แต่สิ่งที่หลักสูตรควรเพิ่มคือการสอนภาษาให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษาอังกฤษ ควรเพิ่มการสอนเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการในโรงพยาบาล และวิธีการสื่อสารและบริการที่ดีแก่คนไข้ นอกจากนี้ยังอยากเห็นนักศึกษา

แพทย์ได้รับการเรียนแบบสหวิทยาการ หรือฝึกการรักษาร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ มากขึ้นเพื่อความสะดวกในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ในระบบบริการสุขภาพที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ว่าจ้างจากภาคเอกชนมีข้อเสนอเพิ่มเติมว่านักศึกษาแพทย์ควรได้รับการสอนเรื่องมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลในแบบต่างๆ เช่น HA, JCI, และ ISO และการเขียนเวชระเบียนที่ดีเพื่อทำการเบิกจ่ายประกันสุขภาพเอกชนทั้งภายในและภายนอกประเทศได้ง่ายขึ้นด้วย สำหรับผู้จ้างงานในภาครัฐมีการเสนอว่าหลักสูตรและการเรียนการสอนควรเน้นความสำคัญในแง่ของจริยธรรมและจรรยาบรรณของแพทย์และพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ให้มากๆ ทั้งนี้เนื่องจากว่าในตลาดของการบริการสุขภาพนั้นคนไข้หรือผู้บริโภคมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาน้อยกว่าแพทย์ซึ่งทำให้เกิดตลาดที่มีความไม่สมมาตรของสารสนเทศ (asymmetric information) ดังนั้นแพทย์จึงสามารถใช้การได้เปรียบทางข้อมูลนี้ในการแนะนำการรักษาพยาบาลที่อาจจะมากเกินไปจนความจำเป็นต่อโรคที่คนไข้เป็น หรือที่เรียกว่าอุปทานสร้างอุปสงค์ (supply induced demand) ได้ เมื่อมีการเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC มาถึงในปี พ.ศ.2558 การรักษาพยาบาลในภาคเอกชนจะมีการขยายตัวมากขึ้น ดังนั้นถ้าแพทย์ขาดจริยธรรมหรือจรรยาบรรณของความเป็นแพทย์ก็สามารถที่จะแสวงหาผลกำไรได้โดยง่ายจากผู้ป่วยที่มารักษาตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นหลักสูตรและการเรียนการสอนจำเป็นต้องสอดแทรกและทำให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมและจรรยาบรรณในวิชาชีพของตน

ตารางที่ 6.2 ความสอดคล้องของหลักสูตรการศึกษาและคุณสมบัติของแรงงานที่ต้องการ

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- ความรู้ทางการแพทย์ในประเทศอาเซียน เช่น โรคในเขตร้อนต่างๆ - การสอนภาษาที่สาม เช่น ภาษาในประเทศอาเซียนอื่นๆ - การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ - เน้นการฝึกให้ทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น - วิธีการรักษาด้วยการสื่อสารกับคนไข้มากขึ้น - เน้นการสอนเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพและมีจิตสำนึกในการมองคนไข้เป็นตัวตั้งมากกว่าตัวเงิน	- วิชาการเหมาะสมอยู่แล้ว - ให้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลักในการเรียนการสอนสำหรับบางรายวิชาและควรเพิ่มการสอนภาษาท้องถิ่นอาเซียนมากขึ้น - ควรเพิ่มการใช้โปรแกรมสำหรับการให้บริการโรงพยาบาล - ควรเพิ่มหลักการบริการที่ดีแก่คนไข้ - ควรเพิ่มความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่น JCI, ISO และ HA เป็นต้น - ควรสอนวิธีการเขียนเวชระเบียนของแพทย์ที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน - ควรสอนวิธีการทำงานวิจัยทางการแพทย์เพิ่มขึ้น

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
	- เพิ่มการสอนเกี่ยวกับจรรยาบรรณทางวิชาชีพ - การเพิ่มรูปแบบการสอนแบบสหวิทยาการ เพื่อให้แพทย์ฝึกทำงานร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น พัฒนา EQ

นอกจากนี้ผู้จ้างงานทั้งในภาครัฐและเอกชนส่วนใหญ่ยังมองว่าแรงงานในระบบบริการสุขภาพไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาชีพแพทย์จำเป็นต้องได้รับการศึกษาหรือประสบการณ์นอกห้องเรียนเพื่อให้มีความรู้และมุมมองที่หลากหลายจากระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ ให้มากขึ้น จึงมีความเห็นว่าการส่งเสริมโครงการแลกเปลี่ยนนักเรียนแพทย์ระหว่างประเทศ หรือ Joint program เพื่อให้แพทย์มีความรู้และประสบการณ์ที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็น ความรู้และเทคโนโลยีการรักษาแบบใหม่จากประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือ การศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของผู้คนในระบบบริการสุขภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาอื่นๆ นอกจากนี้การทำโครงการแลกเปลี่ยนยังอาจเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างประเทศที่ดีได้อีกด้วย ซึ่งการทำ Joint program นี้ต้องระบุเงื่อนไขและรายละเอียดให้ชัดเจนเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการเพิ่มพูนความรู้อย่างแท้จริง มิเช่นนั้นจะเป็นเพียงช่องทางการไปทำงานยังต่างประเทศส่วนบุคคลเท่านั้น และควรเลือกเวลาการจัดทำโครงการที่สอดคล้องกับการศึกษาและการทำงานของนักศึกษาแพทย์ด้วย สำหรับการเลือกประเทศในแลกเปลี่ยนนักศึกษาไม่จำเป็นต้องจำกัดขอบเขตแค่ในบริบทของประเทศในอาเซียน อย่างไรก็ตามก็จำเป็นต้องคำนึงถึงงบประมาณที่จะสนับสนุนโครงการไปพร้อมกันด้วย

ตารางที่ 6.3 การเพิ่มหลักสูตร Joint Program และ/หรือ ส่งนักศึกษาแพทย์/พยาบาลไปฝึกงานยังต่างประเทศ

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
- จะทำให้ได้ประสบการณ์หลายอย่างจากต่างประเทศ เช่น การใช้ชีวิตของชาวลาวภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่ยังไม่มีคุณภาพ หรือ เทคโนโลยีทางการแพทย์ของสิงคโปร์ที่ก้าวหน้า - ต้องระบุให้ชัดเจนก่อนว่าต้องการส่งนักศึกษาแพทย์ไปเพื่อให้มีทักษะมารักษาคอนไชน์กลุ่มใด และต้องระมัดระวังการไม่ให้เป็นช่องทางที่เปิด	- จะทำให้แพทย์ได้นำประสบการณ์จากประเทศอื่นๆ มาพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย - ความร่วมมือทางการศึกษาไม่จำเป็นต้องจำกัดแค่ในบริบทของอาเซียน แต่การส่งนักศึกษาไปยังประเทศที่อยู่นอกอาเซียนอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก

ภาครัฐ	ภาคเอกชน
ให้แพทย์ไปทำงานยังต่างประเทศ - ควรเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น อาจแทรก Joint Program อยู่ในวิชาเลือกเพื่อให้นักศึกษาไปต่างประเทศได้โดยไม่เสียการเรียน หรือ ในช่วงใช้ทุน หรือ ตอนที่แพทย์เฉพาะทางเป็นต้น - ไม่ควรจำกัดแค่ในบริบทอาเซียน แต่เห็นว่าควรเริ่มต้นจากประเทศในอาเซียน เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ - นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์จากประเทศด้อยพัฒนามาเรียนและฝึกทักษะในประเทศไทย เพื่อกระชับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ	- ต้องระบุให้ชัดว่าจะส่งแพทย์เหล่านี้ไปฝึกอะไร และต้องตั้งเงื่อนไขให้กลับมาทำงานที่ประเทศไทย - ควรส่งเสริมในระดับนักศึกษาปริญญาตรี, แพทย์ที่อยู่ในช่วงใช้ทุนและแพทย์เฉพาะทาง

3. มุมมองจากผู้ผลิต

ในส่วนของผู้ผลิตหรือสถาบันการศึกษาที่ทำการผลิตแพทย์และพยาบาลจะทำการแยกวิเคราะห์ระหว่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 แพทย์

ข้อมูลและการวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้มาจากการสัมภาษณ์ของผู้บริหารระดับสูงในคณะแพทยศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ จำนวน 2 แห่ง

ในโรงเรียนแพทย์แห่งแรก ทางผู้บริหารได้ให้สัมภาษณ์ว่าความรู้และทักษะการรักษานักศึกษาแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องปรับปรุงอะไรมากเพราะอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว แต่สิ่งที่มีความท้าทายสำหรับโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบันก็คือจะอย่างไรให้ นักศึกษาแพทย์มีจริยธรรมหรือมีความเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์มากขึ้น วัตถุประสงค์ดังกล่าวไม่สามารถสร้างขึ้นได้ผ่านหลักสูตรการเรียนปกติเพียงอย่างเดียว แต่ควรสร้างขึ้นจากกิจกรรมนอกหลักสูตรที่ให้ประสบการณ์ในด้านการเห็นใจเพื่อนมนุษย์แก่นักศึกษาแพทย์ เช่น ให้นักเรียนแพทย์ไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ ดูแลคนไข้ยากจน เนื่องจากจริยธรรมไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการบังคับ แต่จะเกิดจากการถูกกล่อมเกลา ได้ซึมซับและสั่งสมประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงเรียนแพทย์ไม่ควรออกแบบกิจกรรมนอกหลักสูตรเหล่านี้ในลักษณะของการบังคับ

แต่ควรจัดเป็นกิจกรรมสมัครใจและสอดคล้องกับพฤติกรรมของนักศึกษา นอกจากนี้ควรสร้างโอกาสและสภาพแวดล้อมที่จูงใจให้นักศึกษาได้ทำกิจกรรมเหล่านี้มากกว่า เช่น การอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีของนักศึกษารุ่นพี่รุ่นน้องเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างกิจกรรมดังกล่าว เป็นต้น

ในส่วนของ Exchange Program นั้นโรงเรียนแพทย์ได้เห็นความสำคัญของการเปิดโลกทัศน์ให้แก่นักเรียนโดยปัจจุบันได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ หนึ่ง คณะแพทยศาสตร์ได้เปิดช่องการไปหาประสบการณ์ที่ต่างประเทศผ่านวิชาเลือกบางวิชา สอง มีการสนับสนุนทุนการศึกษาสำหรับผู้ที่สนใจทำงานวิจัยและนำเสนอผลงานของตนเองในเวทีต่างประเทศ เพื่อให้ นักศึกษามีมุมมองในด้านวิชาชีพที่มากขึ้น โดยประเทศที่จัดทำโครงการคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่นหรือสหภาพยุโรป ซึ่งขึ้นอยู่กับความตกลงร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตามกระบวนการเปิดโลกทัศน์เท่าที่มีอยู่นั้นยังมีลักษณะที่นักศึกษาแพทย์ต้องชวนช่วยด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่และทุนสนับสนุนการไปยังต่างประเทศของทางคณะก็ยังมีอยู่อย่างจำกัด

สำหรับโรงเรียนแพทย์แห่งที่สองที่ทำการสัมภาษณ์นั้นได้มีการเตรียมความพร้อมในเชิงหลักสูตรการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ไว้สูงอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ มีการตั้งวัตถุประสงค์ที่จะเปลี่ยนหลักสูตรการสอนทั้งระบบภายในปีพ.ศ. 2557 โดยระหว่างนี้อยู่ในช่วงรอรากอนุมัติจากสภาของมหาวิทยาลัย โดยหลักสูตรใหม่นี้ถูกออกแบบให้สอดคล้องกับทิศทางการศึกษาสำหรับผู้คนในศตวรรษที่ 21 ทักษะและความรู้ที่นักศึกษาจะได้จากหลักสูตรใหม่นั้น (21st Century Skills) จะถูกปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของอาเซียนและของโลก เนื่องจากยุคสมัยปัจจุบันและอนาคตเป็นยุคสมัยที่แพทย์จำเป็นต้องเผชิญกับความรู้ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว, จำเป็นต้องทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ และรักษาคนไข้จากต่างประเทศมากขึ้น นอกจากนี้แพทย์ต้องมีวิธีการรักษาคนไข้แบบใหม่ คือการรักษาการเจ็บป่วยแบบทั้งระบบ (system-based learning)² ดังนั้น หลังจากการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการสอบถามความเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายแล้ว คณะแพทยศาสตร์แห่งนี้จึงสรุปคุณสมบัติของแพทย์ที่หลักสูตรการศึกษาควรจะตอบสนองให้ได้ดังต่อไปนี้ หนึ่ง มีความคิดสร้างสรรค์ และคิดนอกกรอบ สอง มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่นที่ดี สาม มีทักษะการใช้ชีวิตและทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ สี่ มีทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อรับข้อมูลและความรู้ใหม่ๆ ได้อย่างทันท่วงที

² การรักษาการเจ็บป่วยทั้งระบบ คือ การรักษาให้ครบองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การแก้ไขอาการของโรค และ การฟื้นฟูภายหลังจากการแก้ไขอาการของโรค ซึ่งเป็นการพัฒนามาจากการรักษาการเจ็บป่วยจากอาการ (Problem-based learning)

ห้า ต้องมีคุณภาพระดับสากล สามารถรักษาทั้งคนไทยและต่างชาติ และรักษาโรคติดต่อใหม่ๆ จากต่างประเทศได้ และ หก ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม

การได้มาซึ่งคุณสมบัติของแพทย์ที่ต้องการนั้นจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการสอนในโรงเรียนแพทย์แบบที่ผ่านมา เนื่องจากโลกที่เปลี่ยนไปทำให้พฤติกรรมของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนตามไปด้วย ดังนั้นกระบวนการเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่จำเป็นต้องปรับปรุงให้เหมาะสมด้วย ซึ่งทางคณะแพทยศาสตร์แห่งนี้ได้เตรียมแผนการปรับปรุงกระบวนการสอนไว้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

หนึ่ง ต้องมีการปรับทัศนคติและเตรียมความพร้อมให้อาจารย์ในคณะมีความพร้อมต่อการสอนในหลักสูตรใหม่ ไม่ว่าจะเป็นอาจารย์ผู้สอน, อาจารย์ที่ปรึกษา หรืออาจารย์ผู้ควบคุมการจัดกิจกรรมของนักศึกษา สอง ต้องมีการสร้างการเรียนรู้แบบใหม่ ได้แก่ การลดชั่วโมงการสอนแบบบรรยายในห้องเรียนให้น้อยลง แต่ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ตามความสนใจมากขึ้น, การให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงมากขึ้น, มีบรรยากาศในการเรียนรู้ที่สนุกสนานและนักศึกษามีส่วนร่วมตลอดเวลา และมีการทำกิจกรรมนอกห้องเรียนมากขึ้น สาม ต้องมีการจัดให้บางส่วนของกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด สี่ จำเป็นต้องมีสื่อการสอนที่ทำให้การเรียนรู้ใกล้เคียงกับของจริงมากที่สุด ตัวอย่างเช่น การใช้ห้องทดลอง (simulation lab) และ หุ่นจำลองคนไข้ ให้นักศึกษาได้ฝึกรักษาคนไข้ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด สี่ ต้องมีการสร้างสภาพแวดล้อมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ตลอดเวลา เช่น การติดตั้งอินเทอร์เน็ตไร้สาย (wi-fi Internet) ทั่วโรงเรียนแพทย์ เพื่อให้ศึกษาค้นหาข้อมูลได้ตลอดเวลา ห้า การสอนวิธีการทำวิจัยและสร้างแรงบันดาลใจให้นักศึกษาอยากที่จะทำวิจัยมากขึ้น รวมถึงวิธีการเรียนรู้การรักษาโรคแบบใหม่ๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากโรงเรียนแพทย์ไม่สามารถที่จะครอบคลุมเนื้อหาโรคทุกโรคในหลักสูตรได้และในปัจจุบันมีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นหลักสูตรจำเป็นต้องสอนนักศึกษาให้เรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่านการค้นคว้าและวิจัย และ หก ส่งเสริมให้นักศึกษาจัดกิจกรรมการสัมมนาระดับนานาชาติเพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกับผู้อื่น, การใช้ภาษา และการสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติให้แก่นักศึกษาแพทย์

ในส่วนของ exchange program นั้น ทางคณะได้มีการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ไปหาประสบการณ์ยังต่างประเทศเป็นเวลา 4 สัปดาห์ผ่านวิชาเลือก โดยมีการทำข้อตกลงร่วมกับโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศ, จัดสรรทุนสนับสนุนให้จำนวน 40-60 ทุนต่อปี และ ทำการสอบสัมภาษณ์นักศึกษาที่ต้องการรับทุนไปยังต่างประเทศ โดยได้รับการตอบรับจากนักศึกษาเป็นอย่างดี และหลังจากนักศึกษากลับมาจากต่างประเทศก็ให้มานำเสนอประสบการณ์ที่ได้รับแก่คณาจารย์และนักศึกษาคนอื่นๆ ในคณะด้วย นอกจากนี้ก็มีการเปิดรับนักศึกษาแพทย์แลกเปลี่ยนจากโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศให้มาหาประสบการณ์ในโรงเรียนแพทย์ของตนได้เช่นกัน

รวมถึงการส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ในสถาบันการศึกษาของตนได้จัดการการสัมมนาทางวิชาการร่วมกับนักศึกษาแพทย์ภายในประเทศกลุ่มอาเซียนอื่นแล้วด้วย

โดยสรุปแล้ว ทั้งสองโรงเรียนแพทย์ที่ทำการสัมภาษณ์นั้นได้มีการเตรียมความพร้อมในการปรับหลักสูตรต่อ AEC ทั้งคู่แต่ในระดับที่ต่างกันกล่าวคือ ในโรงเรียนแพทย์แห่งแรกมีการเปิดวิชาเลือกที่เปิดกว้างต่อการไปหาประสบการณ์ยังต่างประเทศ, มีการรับนักศึกษาจากต่างประเทศเข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักศึกษาในคณะ และมีการจัดทำโครงการแลกเปลี่ยนส่งนักศึกษาในคณะไปยังต่างประเทศแต่นักศึกษายังคงต้องขวนขวายหาข้อมูลเองค่อนข้างเยอะและจำนวนทุนที่ให้ก็ค่อนข้างจะจำกัด สำหรับโรงเรียนแพทย์แห่งที่สองนั้น มีการตื่นตัวและเตรียมความพร้อมต่อการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้สอดคล้องกับโรงเรียนแพทย์ทั่วโลก ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่มากกว่าบริบทของ AEC ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาทั้งระบบ การส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์จัดสัมมนาทางวิชาการกับนักศึกษาแพทย์ในกลุ่มประเทศอาเซียน หรือแม้กระทั่งการส่งเสริมให้นักศึกษาเข้าร่วม exchange program โดยมีระบบสนับสนุนที่ค่อนข้างชัดเจนทั้งในแง่ของการให้ข้อมูล, การคัดเลือก, และจำนวนทุนที่มีค่อนข้างมาก

3.2 พยาบาล

การศึกษา การเตรียมความพร้อมของสถาบันการศึกษาและหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการพยาบาลของไทย เพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการศึกษาและการบริการสุขภาพ ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยนายกสภาการพยาบาล ในฐานะผู้แทนองค์กรวิชาชีพที่มีอำนาจควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในประเทศไทย และผู้บริหารการศึกษาพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 40 ท่าน โดยมีแนวคำถามที่สำคัญ คือ สถานการณ์และเป้าหมายการผลิตพยาบาลในประเทศไทย ผลกระทบจากการรวมประชาคมอาเซียน และ การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปิดเสรีการศึกษาข้อสรุปที่สำคัญ เพื่อเป็นทิศทางในการพัฒนาและเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ดังนี้

3.2.1 การผลิตพยาบาลในประเทศไทยยังมีเป้าหมายเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศ

ในภาพรวมผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นตรงกันว่าความต้องการพยาบาลภายในประเทศจะยังคงเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการศึกษาของสภาการพยาบาลคาดว่า ประเทศไทยยังคงมีความขาดแคลน

พยาบาล อยู่กว่า 40,000 คน ที่จะรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชาชนไทยทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร แบบแผนความเจ็บป่วย และการตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในด้าน การขยายบริการสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการตอบสนองการใช้ บริการสุขภาพภายในประเทศ ที่จะเพิ่มขึ้นจาก คนต่างชาติที่จะเข้ามาใช้บริการจากการส่งเสริม การดำเนินนโยบาย Medical Hub และการใช้บริการสุขภาพของประชากรที่เคลื่อนย้ายระหว่าง ประเทศของประชากรอาเซียนที่คาดว่าจะมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น และเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว สภาการพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐ ได้เสนอโครงการผลิตพยาบาลเพิ่ม และ มีการดำเนินการเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพใหม่เพื่อเข้าสู่ระบบสุขภาพ มาอย่างต่อเนื่องทำให้ การผลิตพยาบาลในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 6,500 คน/ปีในปี 2540 เป็น 8,000 คน/ปี ในระหว่างปี 2549-2555 และมีแผนจะเพิ่มเป็น 10,000 คน/ปี ในระหว่างปี 2556-2560 แต่มี ปัญหาสำคัญคือ ยังคงมีความขาดแคลนอาจารย์พยาบาล อยู่ถึง 1,000 อัตรา โดยปัจจุบันสถาบัน การศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 78 แห่ง ต่างประสบปัญหาในการขาดแคลน อาจารย์พยาบาล เนื่องจากอาจารย์ที่มีอยู่ทยอยเกษียณอายุราชการประมาณปีละ 80-100 คน ในขณะที่การสรรหาอาจารย์ใหม่ทดแทน และเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มการผลิตดังกล่าว มีความยากลำบาก เนื่องจากขาดแคลนตำแหน่งราชการบรรจุในภาครัฐ และการขาดแคลนสิ่งจูงใจให้พยาบาลที่มี คุณสมบัติเหมาะสมสมัครเข้าเป็นอาจารย์ ซึ่งการขาดแคลนอาจารย์ ในปัจจุบัน เป็นจุดอ่อนของ การขยายกำลังการผลิต แต่อย่างไรก็ตามนโยบายการผลิตยังคงเน้นการผลิตใช้ภายในประเทศ

3.2.2 ระบบบริการสุขภาพไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง ยังคงมีความ ต้องการพยาบาลไทยในภาคเอกชน และมีความกังวลกับการสูญเสีย พยาบาลออกจากภาครัฐ แต่ไม่เห็นด้วยกับการนำเข้าพยาบาลจาก ต่างประเทศ เพื่อชดเชยการขาดแคลน

ผู้บริหารการพยาบาลภาคเอกชน คาดประมาณว่าความต้องการบริการของ ชาวต่างชาติจะเพิ่มขึ้นทั้งจากการที่ชาวต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย และการ บินตรงเข้ามาใช้บริการสุขภาพที่ไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ในภูมิภาค โรงพยาบาลเอกชนจึงมีความต้องการพยาบาลที่มีทักษะสูง โดยเฉพาะต้องการ พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ซึ่งจุดแข็งสำคัญที่แข่งขันได้ คือพยาบาล ไทยมี Hospitality สูง และในฐานะผู้ให้บริการ เห็นว่าเรามีศักยภาพในการผลิตพยาบาลที่มีทักษะ ทางวิชาชีพตามต้องการ ซึ่งส่งผลให้การรักษามาตรฐานการพยาบาลทำได้ง่าย ในขณะที่พยาบาล จากประเทศเพื่อนบ้าน แม้มีข้อได้เปรียบด้านภาษา แต่มีข้อจำกัดด้านทักษะวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม

คาดประมาณว่าการเคลื่อนย้ายประชากร และกำลังงานระหว่างประเทศจะทำให้ภาระงานของหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ตามแนวชายแดน ที่มีประชากรเดินทางข้ามพรมแดน และในหลายจังหวัดที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติ ทำงานอยู่จำนวนมาก ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุข กลับมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งเป็นผลกระทบจากนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ กล่าวคือ ขาดอัตราข้าราชการบรรจุพยาบาลเป็นข้าราชการ และพยาบาลที่ทำงานอยู่ขาดความก้าวหน้าในราชการ จะเป็นจุดอ่อนที่จะทำให้พยาบาลทั้งผู้ที่สำเร็จการศึกษาใหม่ และผู้ที่มีทักษะสูง ไหลออกจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน รวมทั้งการไหลออกจากชนบทห่างไกล เข้าสู่เมือง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบริการระดับปฐมภูมิและบริการประชาชนไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการผลิตเพิ่มเพียงอย่างเดียวอาจไม่ใช่คำตอบในการแก้ปัญหาการขาดแคลน จะต้องมีการสร้างรักษาพยาบาลด้วย แต่ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่ ก็ไม่เห็นด้วยที่จะนำเข้าพยาบาลจากต่างประเทศ เพื่อชดเชยการขาดแคลน เหมือนที่หลายประเทศในแถบตะวันตก มีการแก้ปัญหาการขาดแคลนด้วยการนำเข้า แต่เห็นด้วยว่าควรอำนวยความสะดวก ในการนำเข้าผู้เชี่ยวชาญเพื่อเป็น Trainer ในสาขาที่ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในประเทศอาจมีความจำเป็นในขณะเดียวกันต้องเร่งการพัฒนาทักษะด้านภาษาและความชำนาญเฉพาะทางแก่พยาบาล

3.2.3 การเคลื่อนย้ายพยาบาลระหว่างประเทศ อาจจะไม่รุนแรง ประเทศไทยมีโอกาสช่วยผลิตครูพยาบาลให้ประเทศเพื่อนบ้าน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของสภาการพยาบาล พบว่าแม้ว่าประเทศฟิลิปปินส์จะมีการผลิตพยาบาลจำนวนมากกว่า 60,000 คนต่อปี และมีนโยบายประเทศสนับสนุนการส่งออกพยาบาลไปทำงานต่างประเทศ แต่ปัจจุบันแม้สหรัฐอเมริกา ซึ่งเคยเป็นตลาดใหญ่ของพยาบาลฟิลิปปินส์ ลดการนำเข้าพยาบาล และส่งผลให้พยาบาลเหล่านี้หันมาหาตลาดในเอเชียมากขึ้นก็ตาม แต่เนื่องจากการขาดแคลนพยาบาลอย่างมากในออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ซึ่งมีการจ้างงานดีกว่าและมีสิทธิประโยชน์ในฐานะพลเมืองดีกว่าประเทศไทย จึงเป็นที่ดึงดูดพยาบาลฟิลิปปินส์มากกว่า ประเทศไทย ส่วนพยาบาลจากประเทศ CLMV ซึ่งมีการจ้างงานและมาตรฐานการทำงานวิชาชีพไม่ดีเท่าประเทศไทยกลับประสงค์จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากกว่าประเทศอื่น ๆ แต่ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ให้ความเห็นว่า เป็นไปได้ยากที่จะมีการจ้างพยาบาลจากประเทศดังกล่าว เพราะมาตรฐานการศึกษาของพยาบาล อาจไม่สอดคล้องกับความต้องการจ้างงานในประเทศไทย อย่างไรก็ตามประเทศเหล่านี้ยังมีความขาดแคลนพยาบาลอยู่มาก และประเทศไทยยอมรับมติสมัชชาอนามัยโลกว่าด้วยเรื่อง Code of

practice on International recruitment of health personnel (WHO,2010) ที่จะไม่นำเข้าพยาบาลจากประเทศขาดแคลนที่อาจทำให้ระบบสุขภาพของประเทศนั้นๆ เสี่ยงหาย ดังนั้นประเทศไทยที่มีมาตรฐานการศึกษาในระดับสากล และมีความพร้อมในการจัดการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ควรให้การสนับสนุนเพื่อผลิตครูพยาบาล ให้กับประเทศเพื่อนบ้านเหล่านี้ให้สามารถเพิ่มการผลิตกำลังคนของเขาได้อย่างมีคุณภาพ

3.2.4 ประเทศไทยมีศักยภาพเพียงพอในการพัฒนาเป็น *Nursing Education Hub* เพื่อพัฒนาพยาบาลในระดับ *Post basic* และบัณฑิตศึกษา

สภาการพยาบาลได้มีการสัมมนาเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาพยาบาลไทย โดยผู้เข้าประชุมเป็นผู้บริหารการศึกษา และการบริการพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน และมีการนำเสนอเพื่อบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ประเทศ ในประเด็นเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน และการลดความเหลื่อมล้ำ สรุปได้ดังนี้

1) เป้าหมายการพัฒนาและการเตรียมความพร้อมด้านการพยาบาลในประเทศไทย

- ประชาชนไทยมีสุขภาพดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ
- ประเทศไทยมีบทบาทนำในการผลิตและการพัฒนากำลังคนสาขาการพยาบาลในภูมิภาค
- พยาบาลไทยมีความพร้อมในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประเทศและประชาคมอาเซียน

2) ศักยภาพที่มีในปัจจุบัน

ปัจจุบัน การศึกษาพยาบาลไทยอยู่ในระดับแนวหน้าของอาเซียน ที่มีการจัดการศึกษาพยาบาลขั้นพื้นฐานในระดับปริญญาตรี โดยทั้งหลักสูตรและสถาบันการศึกษาทุกแห่งต้องได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และมีการจัดการศึกษาต่อยอดหลังปริญญาตรีในระดับปริญญาโท และเอก และมีหลักสูตรการฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หลังปริญญาพยาบาลทั้งระยะสั้น (4 เดือน) และระยะยาว 1 ปี อีกกว่า 50 หลักสูตร รวมทั้งหลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในศูนย์กลางการศึกษาระดับบัณฑิตในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีหลักสูตรนานาชาติหลายหลักสูตร ซึ่งทุกสถาบันการศึกษา ได้มีการวางแผน และดำเนินการเตรียมความพร้อมในหลายด้าน เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ได้แก

- การสร้างความพร้อมให้บุคลากร และนักเรียน โดยการให้เรียน ภาษา และ การเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอาเซียนผ่านกิจกรรมต่างๆ
- สำหรับการเรียนการสอน ได้มีการทำ MOU กับ หลายประเทศในอาเซียน เช่น อินโดนีเซีย บรูไน ฟิลิปปินส์ ในการแลกเปลี่ยนครู และนักเรียน แต่ ยังมีอุปสรรค คือนักเรียนไทย ไม่สามารถเก็บหน่วยกิตในโครงการ แลกเปลี่ยนนักเรียนระหว่างประเทศได้ ถือเป็นข้อจำกัดของกิจกรรมนอก หลักสูตร ในขณะที่นักเรียนต่างชาติเข้ามาเรียนในโครงการฯ สามารถเก็บ หน่วยกิตได้ โดยจัดเป็น หนึ่งในวิชาเรียนในหลักสูตร ซึ่งถ้าจะปรับให้เป็น วิชาเรียน ก็อาจมีโอกาสดำเนินการได้
- สถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาอาจารย์ โดยจะมีการแลกเปลี่ยนอาจารย์ ในกลุ่มประเทศ อาเซียน
- สำหรับเนื้อหาเรียนในหลักสูตร ทุกสถาบันการศึกษา ได้เพิ่มวิชาอาเซียน เข้าไปในหลักสูตร หมวดวิชา General Education
- การพัฒนากิจกรรมนอกหลักสูตร ที่ฝ่ายกิจการนักศึกษา ดำเนินการร่วมกับ นักศึกษามีชมรมภาษาอาเซียน และ ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ทำโครงการ ภาษาอังกฤษ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

3) แนวทางการดำเนินงาน และข้อเสนอของสภาการพยาบาลต่อรัฐบาล

- สนับสนุน Thailand Nursing Education Hub ให้สถาบันการศึกษา พยาบาลที่สภาการพยาบาลรับรอง สามารถรับพยาบาลจากประเทศ สมาชิกประชาคมอาเซียน และประเทศเพื่อนบ้านอื่นที่ยังมีความขาดแคลน อาจารย์พยาบาลเข้าศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา โดยขอให้รัฐบาลจัดสรร ทุนการศึกษา แก่ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากประเทศเหล่านั้น อย่างน้อยปีละ ประมาณ 10 ทุน
- สนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีศักยภาพสูง และ ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ให้เป็น ASEAN Advanced Nursing Training Center เพื่อเพิ่มการผลิตพยาบาลเฉพาะทาง

- ขอให้รัฐบาล อนุมัติการเพิ่มอัตราข้าราชการเพื่อบรรจุอาจารย์พยาบาล และพยาบาลใหม่ ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับ การเพิ่มการผลิตและการธำรงรักษากำลังคนพยาบาลไว้ในระบบบริการ สุขภาพภาครัฐ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพใน ชนบททางไกล
- เร่งผลิตและเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลที่มีคุณภาพจำนวน 1,000 คน ในระยะเวลา 2 ปี เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตพยาบาลอีกปีละ 2,000 คน ตั้งแต่ ปี 2556 -2560 ด้วยการเพิ่มแรงจูงใจให้พยาบาลที่สำเร็จปริญญาโท เข้ามา เป็นอาจารย์ โดยกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม และจัดสรรทุนพัฒนา อาจารย์ใหม่ ในระดับปริญญาโท-เอก
- สนับสนุนทุนเพื่อการแลกเปลี่ยนอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลกับประเทศ สมาชิก
- สนับสนุนการแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลของหน่วยบริการ สุขภาพกับประเทศสมาชิก
- สนับสนุนให้มีการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการผลิต พยาบาลเพิ่ม
- ปรับปรุงโครงสร้างค่าตอบแทนของพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน และ ปรับปรุงระบบการจ้างงานที่มั่นคงสำหรับพยาบาลไทย เพื่อสร้างแรงจูงใจ ให้อยู่ในประเทศ
- ปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้เป็นทำงาน น้อย มีความปลอดภัยในการทำงาน และเร่งรัดปรับปรุงสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการให้บริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เพื่อดึงดูดให้กำลังคนคงอยู่ ในองค์กรและพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านสุขภาพ และการ ให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน
- เร่งรัดการสร้างเสริมความเข้มแข็งของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการ สร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพคนไทย และผู้นำและ เป็นแบบอย่างในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนา ASEAN MDGs (Joint

Declaration on the Attainment of the Millennium Development Goals in ASEAN, 2009) 14th ASEAN Summit on 1 March 2009 in Cha-am Hua Hin, Thailand)

- ส่งเสริมกิจกรรมประชาสัมพันธ์ และการพัฒนาสร้างเสริมจุดเด่นและภาพลักษณ์พยาบาลไทย “Thai Nurse Brand” ให้โดดเด่นในประชาคมอาเซียน

ปัจจุบัน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การผลิตเพื่อการลดความเหลื่อมล้ำ สภาการพยาบาล ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำแผนผลิตพยาบาลเพิ่ม และแผนพัฒนาอาจารย์ เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี และมีมติอนุมัติการผลิตพยาบาลเพิ่มตามแผนดังกล่าว เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2556 ซึ่งมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำแผนความต้องการของส่วนราชการในอนาคตทั้งระบบ และเตรียมแผนการบรรจุอัตรากำลังพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาในอนาคต เพื่อให้สามารถให้บริการสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนได้อย่างเพียงพอและครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาค

3.3 มุมมองจากนิสิต/นักศึกษา

ในส่วนมุมมองจากนิสิต/นักศึกษาจะทำการแยกวิเคราะห์ระหว่างนักศึกษาแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 การศึกษาความคิดเห็นนิสิตแพทย์ต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

การศึกษาคำความคิดเห็น นิสิตแพทย์ต่อการเกิดขึ้นของ ASEAN Economic Community (AEC) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เกี่ยวกับความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของนิสิตนักศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ เกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนการสอน กิจกรรมนอกหลักสูตร ความตื่นตัวและความสนใจในกลุ่มนิสิตนักศึกษาแพทย์ ที่มีต่อ ASEAN Economic Community (AEC) ที่จะเกิดขึ้นภายในปี 2558

ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษา เป็นการอาศัยการสนทนากลุ่มของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีข้อกำหนดในการคัดเลือกตัวแทนนิสิตแพทย์ที่เป็นนิสิตที่มีประสบการณ์ทำกิจกรรมนอกหลักสูตรของคณะแพทยศาสตร์ ที่เป็นงานวิชาการหรือกึ่งวิชาการในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำเสนอผลงานในที่ประชุมระดับ

นานาชาติของเครือข่ายของนักศึกษาแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้สร้างความมั่นใจว่าผู้ร่วมสนทนาจะมีมุมมองในมุมมองกว้างพอสมควร และสมัครใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม โดยได้รับคำชี้แจงจุดมุ่งหมายของการสนทนา และการเปิดใจแสดงความคิดเห็นโดยเสรี ไม่มีผลกระทบต่อการเรียน การประเมินผลของนิสิต และการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

- ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม:

นิสิตเข้าร่วมกลุ่มสนทนาประกอบด้วยนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 6 รวมจำนวน 5 คน ประกอบด้วยนิสิตแพทย์ปีที่ 3 จำนวน 4 คน และนิสิตแพทย์ปีที่ 6 จำนวน 1 คน นิสิตทุกคนอยู่ในโครงการนิสิตและนักศึกษาแพทย์เพื่อระบบและบริการสุขภาพ (The Medical Students for Health Systems and Services: MS-HSS) โดยมี ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุพห์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ และนิสิตมีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมในการดำเนินการโครงการ 2 โครงการ ดังนี้

1) โครงการ AEC กับ Medical Qualification ศึกษาเกี่ยวกับ Medical Education เพื่อที่จะดูว่าประเทศใน Asian มีระบบการเรียนการสอนของแต่ละประเทศเป็นอย่างไร เพื่อเตรียมแผนรองรับต่อไปในอนาคตในเรื่องของการสอบ license ร่วมกัน หรือเหมือนกัน แต่ก็พบว่ายังมีความหลากหลายของระบบอยู่ค่อนข้างมาก เช่น ในเรื่องของภาษา แต่ละประเทศก็ยังใช้ภาษาของตัวเอง และบางประเทศก็ยังไม่มีการใช้ภาษาอังกฤษในการสอบ (ข้อสอบ)

2) โครงการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ภาษา ใช้คำ ที่เกี่ยวข้องกับ AEC อย่างง่าย เช่น รู้จัก AEC ไหม, AEC ย่อมาจากอะไร สืบถามโดยการสุ่มนิสิตแพทย์ทุกชั้นปี พบว่านิสิตแพทย์รู้จักคำว่า AEC อยู่ในระดับกลาง ส่วนใหญ่บอกว่าเคยได้ยินแต่ไม่แน่ใจว่าแปลว่าอะไร ผลการสำรวจเกี่ยวกับการสะกดของคำว่า AEC พบว่านิสิตแพทย์สะกดถูกต้องได้ประมาณ 30% ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่ามันเกิดอะไรขึ้นที่นิสิตแพทย์ทุกชั้นปีตอบค่าง่ายๆ เช่น คำว่า AEC ซึ่งมีความยากอยู่ในระดับเดียวกับคำว่า USA/UK ได้แค่เพียง 30% อาจจะสรุปได้ว่านิสิตแพทย์ไม่ค่อยสนใจเรื่อง AEC อาจเนื่องมาจากรู้สึกว่าเป็นเรื่องไกลตัว ยังมาไม่ถึง

- ประเด็นสำคัญของข้อมูลการสนทนากลุ่ม:

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยสรุป สามารถเรียบเรียงและนำเสนอออกเป็น 6 ประเด็น คือ มุมมองของนิสิตแพทย์โดยทั่วไปและความสนใจต่อเรื่อง AEC คิดว่าจะไป

ทำงานในประเทศเพื่อนบ้านในอนาคตของนิสิตแพทย์ โอกาสในอนาคตของ AEC ในมุมมองของนิสิตแพทย์ตามที่เข้าใจ ประสบการณ์สิ่งที่นิสิตได้เรียนรู้เกี่ยวกับเรื่อง Globalization, Internationalization หรือ AEC จากการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมนอกหลักสูตร หรือการสนับสนุนส่งเสริมอื่นๆ จากคณะแพทยศาสตร์ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการรับรู้ของความเป็นนานาชาติ และการเตรียมความพร้อมเรื่อง AEC สำหรับนิสิตแพทย์ หรือทำให้เห็นโอกาสจาก AEC ได้มากขึ้นดังนี้

มุมมองของนิสิตแพทย์โดยทั่วไปและความสนใจต่อเรื่อง AEC

นิสิตแพทย์ ไม่ค่อยสนใจเรื่อง AEC ทั้งนี้อาจเนื่องจากรู้สึกว่ายังเป็นเรื่องไกลตัว และด้วยเนื้อหาในการเรียนและการเรียนตามแต่ละชั้นปี ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการติดตามข่าวสารเท่าที่ควร และอาจมีเหตุจากการยังไม่มีความคิดที่จะไปทำงานในต่างประเทศ แต่ถ้าบางคนจะมีประเด็นที่สนใจบ้าง จะประเด็นผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนในอนาคต ยกตัวอย่างเช่น กลัวการเข้ามาแย่งงานจากแพทย์ต่างชาติ ดังนี้

- เมื่อเข้าสู่ AEC แล้ว แพทย์ต่างชาติจะเข้ามาแย่งงาน เพราะกลัวตงานกลัวรายได้ลดลง และในประเด็นของการจะไปเป็นแพทย์โรงพยาบาลเอกชนนั้น จะมี Qualification หรือทักษะบางอย่างที่จะเป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลเอกชนจะถูกเปลี่ยนไปหรือไม่
- ผู้หญิงอาจสนใจน้อยกว่าผู้ชาย อาจเพราะเนื่องจากไม่รู้ และคิดว่า AEC เป็นเรื่องในเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งอาชีพแพทย์เป็นหนึ่งในอาชีพที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ และเมื่อเรียนจบไปก็มีงานรองรับอยู่แล้ว ในขณะที่นิสิตบางส่วนไม่คิดว่าจะไปทำงานต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศกลุ่ม ASEAN จากการทำการสำรวจความเห็นนิสิตแพทย์โดยนิสิตกลุ่มนี้ พบว่านิสิตนักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านโดยรอบ คือ ทำงานสบายกว่า คุณภาพดีกว่า ก้าวหน้ากว่าเพื่อนบ้านโดยรอบ แต่ถ้าจะให้ไปทำงานต่างประเทศจริงๆ ประเทศที่สนใจจะไปทำงานคือสหรัฐอเมริกา

ความคิดว่าจะไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้านในอนาคตของนิสิตแพทย์

ความคิดเห็นของกลุ่มนิสิตแพทย์ต่อแนวคิดที่ว่าในอีก 30-35 ปี ข้างหน้า มีโอกาสเพียงใดที่จะไปทำงานอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น เวียดนาม กัมพูชา พม่า บรูไน สิงคโปร์ ฯลฯ

- O ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ไม่คิดว่าจะไปทำงานในประเทศเหล่านั้น ยกเว้นแต่ว่าระบบต่างๆ ของประเทศเหล่านั้นจะเจริญขึ้นก็อาจจะสนใจแต่ก็เป็นเรื่องในอนาคต แต่ ณ ขณะนี้ยังไม่สนใจ
- O หรือถ้ามองในอีกมุมหนึ่ง ก็อาจจะเป็นการไปทำงานชั่วคราว โดยเข้าไปช่วยพัฒนา ให้ความช่วยเหลือ ความร่วมมือทางด้านวิชาการ งานวิจัย ของแต่ละประเทศโดยรวม

โอกาสในอนาคตของ AEC ในมุมมองของนิสิตแพทย์ตามที่เข้าใจ

- O นิสิตแพทย์มองว่า AEC มีประเด็นหลักเป็นเรื่องของเศรษฐกิจ คือ ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายเงินทุน ส่วนในทางด้านสุขภาพ เห็นว่าประเทศจะเน้นไปในเรื่องของ Medical hub ส่งเสริมให้เป็นศูนย์กลางทางสุขภาพโดยการเคลื่อนไหวจะเป็นไปในด้านเอกชนมากกว่า เช่น เริ่มเห็นได้จากมีการควมรวมกิจการมากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งมองดูว่าการตื่นตัวในภาครัฐบาลยังไม่ค่อยมีความเคลื่อนไหวเท่ากับในภาคเอกชน จึงทำให้นิสิตแพทย์ยังไม่ค่อยตื่นตัวเกี่ยวกับ AEC เท่าที่ควร

ประสบการณ์ สิ่ง ที่ นิสิต ได้ เรียน รู้ เกี่ยว กับ เรื่อง Globalization, Internationalization หรือ AEC จากการจัดการเรียนการสอน กิจกรรมนอกหลักสูตร หรือการสนับสนุนส่งเสริมอื่นๆ จากคณะแพทยศาสตร์

- O นิสิตมีโอกาสได้เรียนรู้เรื่องความเป็นนานาชาติ จากกิจกรรม Elective และการติดต่อผ่าน AMSA กิจกรรมแลกเปลี่ยนต่างๆ ซึ่งเปิดโอกาสให้นิสิตจำนวนหนึ่ง ได้ไปดูงานโรงพยาบาลในต่างประเทศ แต่ก็ถือว่ายังไม่เป็นแบบให้โดยตรง แต่เปิดโอกาสให้ไปได้ ต้องเฝ้าหา ไขว่คว้าเอง และการจัดการดำเนินการดังกล่าวเป็นแบบทางเลือก (elective) ทำให้ยังขาดกิจกรรมส่งเสริม เตรียมความพร้อม Coaching จนถึงระดับที่เรียกว่า empowerment ที่เป็นทางการ

O มุมมองที่ทำให้นิสิตแพทย์จำนวนมากไม่เห็นโอกาส อาจจะเนื่องมาจากการถูกฝึกมาให้มองในเชิง pessimistic ไว้ก่อน เช่น มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว จะมีคนมาแย่งงาน มองว่าไทยดีกว่าประเทศอื่นใน Asian มองว่าประเทศอื่นด้อยกว่า (อาจจะยกเว้นสิงคโปร์) ดังนั้นอยู่เมืองไทยก็ดีอยู่แล้วทั้งในเรื่องของคุณภาพชีวิต ความก้าวหน้าไปอยู่ประเทศอื่นอาจมีความเสี่ยงมากขึ้น ความไม่แน่นอน เพราะไม่ใช่บ้านตัวเอง (ประเด็นไกลบ้านหรือต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น นิสิตแพทย์ได้ยกงานวิจัยของ นสพ. เจตน์ ชั้นปีที่ 6 มาอ้างอิงว่ามีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ

- งานวิจัย (นสพ. เจตน์) เก็บตัวอย่างจากแพทย์ใช้ทุนเมื่อปี 2555 ว่ามีประเด็นปัจจัยอะไรในการเลือกไปใช้ทุนที่ไหน พบว่ามีปัจจัยอยู่หลายกลุ่ม เช่น 1) อยู่ใกล้ครอบครัว 2) มีการสนับสนุนส่งเสริมต่อ 3) อยู่ในเมืองมีความเจริญเดินทางสะดวก 4) อาหารการกินสมบูรณ์ 5) ค่าตอบแทนดี ซึ่งพบว่าปัจจัยที่แพทย์เลือกใช้ทุนไม่ใช่เรื่องเงิน หรือ ค่าตอบแทนเป็นหลัก แต่เป็นเรื่องคุณภาพชีวิต และพบว่านโยบายรัฐบาลส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยใช้เรื่องเงินและการบีบบังคับ ผลการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าเงินและกฎระเบียบไม่สามารถบังคับแพทย์ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา 40 กว่าปี

- นิสิตแพทย์ให้ความเห็นว่า หลักสูตรแพทย์เน้นความเหมือน (มาตรฐาน) มากกว่าสร้างความพิเศษ หรือส่งเสริมความสามารถเฉพาะของนิสิต

- ในความเห็นของนิสิต คือสิ่งที่คณะมอบให้ยังรู้สึกว่ายังห่างอยู่มาก การเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องต่างประเทศ (exposure) อย่างเป็นทางการจากคณะในประเภทที่เป็นแบบบังคับหรือจัดไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนหรือกิจกรรมภาคบังคับให้ยังไม่ค่อยมี แต่จะจัดไว้เป็นประเภทเปิดโอกาสให้ ถ้านิสิตสนใจก็ต้องไขว่คว้าเอง แต่ก็มีอุปสรรคข้อจำกัดในส่วนของนิสิตอยู่บ้างสำหรับในประเด็นเรื่องภาษาเกี่ยวกับทักษะในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งหากเปรียบเทียบคณะแพทย์ จุฬาฯ กับที่อื่นๆ ต้องถือว่าที่นี่เปิดโอกาสในเรื่องนี้มาก

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการรับรู้ของความเป็นนานาชาติ และการเตรียมความพร้อมเรื่อง AEC สำหรับนิสิตแพทย์ หรือทำให้เห็นโอกาสจาก AEC ได้มากขึ้น

O ให้นิสิตชาวต่างชาติมาเรียนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นในรูปแบบนิสิตปกติ หรือนิสิตแลกเปลี่ยนก็ได้

- วิธีการ คือการหาคนมาแนะนำ ชี้แนะช่องทางให้นิสิตแพทย์เกิดความสนใจ เห็นโอกาสที่ดีกว่าของความเป็น International เห็นช่องทางในการแข่งขัน ซึ่งต้องอาศัยมุมมองทางด้านเศรษฐศาสตร์
- จัดโปรแกรมแลกเปลี่ยนกับสถาบันเพื่อนบ้านมากขึ้น แต่มีคำถามก็คือว่า แล้วนิสิตแพทย์หรือแพทย์เองจะเลือกไปหรือไม่ ยังไม่มีความมั่นใจ
- ส่งเสริมแนวคิดเรื่องสร้างความพิเศษหรือความแตกต่างให้กับตัวนิสิตเอง เช่น อยากรเรียนภาษาเพิ่ม ตัวอย่างเช่น ภาษาญี่ปุ่น
- ระบบการเรียนแพทย์ ควรพัฒนาภาษาอังกฤษของแพทย์ให้ดีขึ้น เช่น เปลี่ยนข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งนิสิตในระดับปริญญาตรีของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกคนมีการกำหนดให้สอบใน 3 อย่าง คือ CU-TEP, ทักษะการใช้ภาษาไทย และทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทั้งในตอนแรก เข้าและตอนเรียนจบออกไป ซึ่งนิสิตไม่แน่ใจว่าจะแนบเป็นอย่างไร หรือมี แนวโน้มอย่างไร เทียบปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมา

3.3.2 การศึกษาความคิดเห็นนักศึกษาพยาบาลต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

การศึกษาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจ และความสนใจเกี่ยวกับ ASEAN Economic Community (AEC) ของนักศึกษาพยาบาล โดยการสนทนากลุ่มในกลุ่ม นักศึกษาชั้นปีสุดท้ายของสถาบันการศึกษาภาครัฐ 1 แห่ง และภาคเอกชน 1 แห่ง รวม 15 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาทุกคนรับทราบว่ ปี 2558 ประเทศไทยจะเข้าสู่ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยรับทราบจากสารคดีโทรทัศน์ และอาจารย์เล่าให้ฟัง ไม่เข้าใจมากนัก แต่ไม่ได้หา ข้อมูลเพิ่มเติม เพราะไม่มีเวลา ไม่ได้มีวิชาเรียนเรื่องประชาคมอาเซียน บางส่วนกังวลเรื่อง ความสามารถด้านภาษาของตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยที่หลักสูตรต้องเพิ่มเรื่องภาษาอังกฤษให้ เข้มข้นขึ้น แต่นักศึกษาส่วนใหญ่เรียนประถม มัธยมในต่างจังหวัด ยอมรับว่าพื้นฐานภาษาอังกฤษ ไม่ดี แต่ก็อยากพัฒนาให้ดีขึ้น ทุกคนทราบว่า พยาบาล เป็นวิชาชีพขาดแคลน อาจมีพยาบาล ต่างประเทศมาทำงาน และทราบว่าปัจจุบัน สภาการพยาบาลกำหนดให้พยาบาลต่างชาติต้องสอบ ใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทยเช่นเดียวกับพยาบาลไทย ไม่อยากให้เปลี่ยนไปสอบ ภาษาอังกฤษ เพราะกลัวถูกแย่งงาน มีนักศึกษา 3 ใน 15 คน ที่คิดว่าอยากไปทำงานต่างประเทศ เพราะมีรุ่นพี่ไป ประเทศที่อยากไปคือออสเตรเลีย ไม่สนใจประเทศอาเซียน เพราะคิดว่าประเทศ ไทยน่าอยู่มากกว่าประเทศอื่นในอาเซียน สำหรับความชอบงาน หลังจบการศึกษา นักศึกษาส่วน

ใหญ่ต้องการกลับไปทำงานในโรงพยาบาลใกล้บ้านที่ต่างจังหวัด อยากทำงานในภาครัฐเพราะคิดว่ามั่นคง มีสวัสดิการสำหรับพ่อแม่และครอบครัว และไม่คิดว่าจะถูกแย่งงานถ้าไปทำงานต่างจังหวัด เพราะ ไม่น่าจะมีพยาบาลต่างชาติไปทำงานต่างจังหวัด การแย่งงานจากพยาบาลต่างชาติน่าจะเกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครมากกว่า

4. บทสรุป

จากการศึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 ฝ่ายแล้วได้พบว่า ผู้บริหารในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนซึ่งมีฐานะเป็นผู้จ้างแรงงานสำหรับให้บริการในตลาดบริการสุขภาพ เล็งเห็นตรงกันว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพเพื่อให้บริการคนไข้ต่างชาติที่จะมีมากขึ้น ดังนั้น คุณสมบัติที่แรงงานเหล่านี้สมควรได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นคือความเป็นนานาชาติ ไม่ว่าจะเป็นทักษะการใช้ภาษาอังกฤษที่ดีขึ้น รวมไปถึงการเข้าใจภาษาที่สามและวัฒนธรรมของชาติต่างๆ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญถึงการฝึกหัดให้แรงงานดูแลรักษาคนไข้ด้วยความใส่ใจมากขึ้น และความมีจรรยาบรรณในวิชาชีพแพทย์และพยาบาลซึ่งควรจะต้องคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นหลัก แต่สำหรับผู้บริหารจากภาคเอกชนอยากให้นักศึกษาแพทย์มีความรู้เรื่องการเขียนเวชระเบียนและการเข้าใจมาตรฐานชนิดต่างๆ ของโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย

หากใช้ความต้องการของผู้ว่าจ้างเป็นพื้นฐานในการบ่งบอกถึงการปรับปรุงหลักสูตรที่สถาบันการศึกษาควรกระทำแล้วนั้น จะพบว่าทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงเรียนพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องของความเป็นนานาชาติให้แก่นักศึกษาของตนค่อนข้างน้อย ในส่วนของแพทย์นั้นคณะแพทยศาสตร์บางสถาบันได้มีการสร้างรายวิชาใหม่ๆ ที่เปิดกว้างมากขึ้น และมีโครงการแลกเปลี่ยนที่ส่งนักศึกษาไปหาประสบการณ์ในวิชาชีพที่ต่างประเทศ แต่ก็ยังมีลักษณะที่เป็นการเปิดโอกาสให้เท่านั้น นักศึกษาที่ต้องการไปจำเป็นต้องขวนขวายเองและแบกภาระของค่าใช้จ่ายเองเป็นส่วนใหญ่ นอกจากการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษายังมีการกล่าวถึงการสนับสนุนกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างจริยธรรมแก่นักศึกษาแพทย์ด้วย ซึ่งนับได้ว่าการปรับปรุงเรื่องจริยธรรมนั้นเป็นการช่วยเหลือคนไข้โดยรวม ไม่เจาะจงว่าเป็นการรองรับคนไข้ชาวต่างชาติอย่างเดียว งานวิจัยนี้พบว่ามีโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งที่ได้มีการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในบริบท AEC และโลกไว้อ่อนข้างสูงและขณะนี้กำลังดำเนินงานเพื่อปรับปรุงหลักสูตรเพื่อให้ได้มาซึ่งแพทย์พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21

เมื่อพิจารณาในส่วนของพยาบาลก็จะพบว่าโรงเรียนพยาบาลในภาพรวมยังไม่มีเตรียมพร้อมให้นักศึกษามีความเป็นนานาชาติเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามประเทศไทยน่าจะมี

ศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาตนเป็น Nursing Education Hub เพื่อพัฒนาพยาบาลในระดับ Post basic และบัณฑิตศึกษาและน่าจะสามารถช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านเพื่อผลิตครูพยาบาลได้อีกด้วย นอกจากนั้นแล้วผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลิตพยาบาลยังให้ความสำคัญต่อการผลิตและการกระจายแรงงานภายในประเทศซึ่งเป็นปัญหาสำคัญมากกว่า จึงอาจกล่าวได้ว่าสถาบันการศึกษาสำหรับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ยังคงรักษาทิศทางการผลิตและหลักสูตรการศึกษาเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศเป็นหลักดังที่เคยเป็นมา

จากการที่แนวทางการผลิตและหลักสูตรการศึกษาปัจจุบันค่อนข้างจะตอบสนองต่อความต้องการภายในประเทศเป็นหลักส่งผลให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลมีมุมมองต่อ AEC ที่ตรงกัน กล่าวคือไม่มีความรู้และไม่ตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ AEC มาถึงเท่าใดนัก นอกจากนี้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลยังมีมุมมองว่าการทำงานในประเทศไทยดีกว่าการไปทำงานยังประเทศอาเซียนอื่นๆ เนื่องจากต้องการทำงานใกล้ครอบครัว และรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตในประเทศไทยดีกว่าในประเทศอาเซียนอื่นๆ

โดยสรุปแล้ว การเปิดเสรีภาคการค้าบริการ AEC ในปี พ.ศ.2558 อาจนำมาซึ่งคนใช้ต่างชาติที่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้จ้างทั้งทางภาครัฐและภาคเอกชนมีความต้องการคุณสมบัติในเรื่องความเป็นนานาชาติ และความละเอียดอ่อนในการรักษาคนไข้ที่เพิ่มขึ้น แต่สถาบันการศึกษาส่วนใหญ่อาจมีความเห็นต่างออกไปจากผู้จ้างในเรื่องการปรับปรุงคุณสมบัติแรงงาน ทำให้ยังไม่ได้มีการปรับปรุงส่วนต่างๆ ของหลักสูตรมากนัก และมีส่วนส่งผลให้นักศึกษาไม่ตื่นตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจาก AEC เท่าใด

บทที่ 7

สังเคราะห์สรุปและข้อเสนอแนะ¹

1. คำนำ

การเปิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ถือได้ว่าเป็นความท้าทายสำหรับรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของไทย ในการที่จะร่วมกันเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอุปสงค์อุปทานของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในอนาคต ดังนั้น (1) การศึกษาด้านสภาวะของกติกากการเคลื่อนย้ายภายใต้กรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) (2) การศึกษาเรื่องปัจจัยดึงดูด ปัจจัยผลัก และปัจจัยอุปสรรคของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย และ (3) การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาลในประเทศที่มีศักยภาพในอาเซียน อาทิ ไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ จึงล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเสนอแนวทางเชิงนโยบายต่อการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนด้านแพทย์และพยาบาลของไทย เพื่อให้พร้อมสำหรับการเข้าสู่การแข่งขันในตลาดวิชาชีพกับประเทศสมาชิกอื่นๆ ในอาเซียน

2. สรุปผลข้อค้นพบของการวิจัย

2.1 แนวทางการเปิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล) ในกรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS)

จากการลงนามในพิธีสารอนุวัติข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8 (8th Package) เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2553 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Blueprint) นั้น ประเทศสมาชิกอาเซียนได้กำหนดเป้าหมายในการที่จะลดอุปสรรคทางการค้าบริการในสาขาต่างๆ ทั้งนี้ สามารถสรุปเป้าหมายในส่วน of สาขาบริการด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพแพทย์และพยาบาลได้ดังตาราง 7.1

¹ โดย ศาสตราจารย์ ดร. พิชราวลัย วงศ์บุญสิน รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ รองศาสตราจารย์ นพ. ดร. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ นพ. พิรัส ประดิษฐ์วณิช ดร. กฤษดา แสงวงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ ดำรงพลสิทธิ์ ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

ตาราง 7.1 เป้าหมายในการลดอุปสรรคทางการค้าบริการด้านสุขภาพตามแผนประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

รูปแบบการค้าบริการ (Mode of Supply) ด้านสุขภาพ	เป้าหมาย	หมายเหตุ
รูปแบบที่ 1: การให้บริการข้ามพรมแดน Mode 1: Cross-border supply	ยกเลิกข้อจำกัดทั้งหมด	สามารถกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมได้หากมีเหตุผลสมควร
รูปแบบที่ 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ Mode 2: Consumption abroad	ยกเลิกข้อจำกัดทั้งหมด	สามารถกำหนดเงื่อนไขเพิ่มเติมได้หากมีเหตุผลสมควร
รูปแบบที่ 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ Mode 3: Commercial presence	อนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนเข้ามาจัดตั้งธุรกิจโดยถือหุ้นได้ถึงร้อยละ 70 นับตั้งแต่ พ.ศ. 2553 / ค.ศ. 2010 เป็นต้นไป	อาจมีข้อจำกัดเพิ่มเติม เช่น - ในประเทศไทย การให้บริการแพทย์เฉพาะทาง และบริการด้านพยาบาลจะต้องจัดตั้งในรูปแบบ Out Patient (OP) Clinic และ Department ตามลำดับ ในโรงพยาบาลเท่านั้น
รูปแบบที่ 4: การให้บริการโดยบุคคล Mode 4: Presence of natural persons	ระบุไม่ผูกพัน (Unbound)	ตัวอย่างข้อจำกัด: - จะต้องมิใช่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศปลายทาง - สามารถใช้ภาษาประจำชาติของประเทศปลายทางได้ดี - จะต้องถือสัญชาติของประเทศปลายทาง - ไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้โดยตรงโดยถูกจำกัดหน้าที่ให้เป็นเพียงผู้ฝึกสอน/ ที่ปรึกษา

อย่างไรก็ตาม ประเทศสมาชิกนั้นสามารถยืดหยุ่นข้อภาระผูกพันข้างต้นได้ โดยสามารถคงไว้ซึ่งกฎหมายการเปิดตลาดภายในประเทศของแต่ละประเทศสมาชิก ดังนั้น ประเทศสมาชิกจึงมีสิทธิ์ที่จะไม่แสดงข้อผูกพันในสาขาบริการที่ประเทศของตนไม่พร้อม จากตาราง 7.2 จะเห็นได้ว่า

ไทยนั้นได้แสดงข้อผูกพันในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับบริการของวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ในขณะที่ฟิลิปปินส์ไม่แสดงข้อผูกพันในสาขาใดๆ เลย อนึ่ง ประเทศสมาชิกอาเซียนบางประเทศ อาทิ อินโดนีเซียและมาเลเซีย ได้กำหนดเงื่อนไขปลีกย่อยเพิ่มเติมในส่วนของสาขาของแพทย์เฉพาะทางและสาขาของพยาบาลเฉพาะทางที่ประเทศของตนประสงค์ที่จะแสดงข้อผูกพันด้วย

ตาราง 7.2 ประเทศสมาชิกอาเซียนที่แสดงข้อผูกพันภายใต้กรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS) จำแนกตามบริการด้านการแพทย์ทั่วไป ด้านการแพทย์เฉพาะทาง และด้านพยาบาล

บริการวิชาชีพแพทย์และพยาบาล	ประเทศสมาชิกอาเซียนที่แสดงข้อผูกพัน
บริการวิชาชีพด้านการแพทย์ทั่วไป (CPC 93121)	6 ประเทศ: บรูไน ลาว เมียนมาร์ สิงคโปร์ <u>ไทย</u> และเวียดนาม
บริการวิชาชีพด้านการแพทย์เฉพาะทาง (CPC 93122)	7 ประเทศ: กัมพูชา อินโดนีเซีย มาเลเซีย เมียนมาร์ <u>ไทย</u> และเวียดนาม
บริการวิชาชีพด้านพยาบาล (CPC 93191)	6 ประเทศ: บรูไน อินโดนีเซีย มาเลเซีย สิงคโปร์ <u>ไทย</u> และเวียดนาม

นอกจากนี้ ในส่วนของบริการรูปแบบที่ 4 (การให้บริการโดยบุคคล) นั้น แม้ว่าหน่วยงานที่มีอำนาจในการกำกับดูแลแรงงานวิชาชีพแพทย์ (Professional Medical Regulatory Authority: PMRA) และพยาบาล (Nursing Regulatory Authority: NRA) ของแต่ละประเทศสมาชิกยังไม่แสดงข้อผูกพันต่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีในอาเซียน แต่ก็ได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRA) ด้านคุณสมบัติในบริการด้านวิชาชีพแพทย์ (2551) และพยาบาล (2549) เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายในอนาคต ของผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ (แพทย์และแพทย์เฉพาะทาง) และพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ในอาเซียน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทางวิชาชีพแพทย์และพยาบาลอาเซียน โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านวิทยาการต่างๆ และการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการให้บริการทางวิชาชีพดังกล่าว

2.2 แนวทางการเปิดเสรีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาลในกรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS)

ประเทศสมาชิกอาเซียน ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ไทย และเวียดนาม ได้แสดงข้อผูกพันในการเปิดเสรีการค้าบริการทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นระดับที่มีความเกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ไว้แล้ว

2.3 แนวโน้มตลาดวิชาชีพแพทย์และพยาบาล หลังการเปิดเสรีอาเซียน

การศึกษาเรื่องการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่จะเกิดขึ้นหลังจากที่ไทยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของ AEC ในปี พ.ศ.2558 นั้น จะต้องพิจารณาร่วมกันระหว่างบริบทระหว่างประเทศ และ บริบทภายในประเทศควบคู่กันไป โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.3.1 แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพระหว่างประเทศ

จากการศึกษา พบว่า แนวโน้มของการที่แพทย์พยาบาลชาวต่างชาติจะเข้ามาทำงานในประเทศไทยหลังการเกิด AEC นั้นมีน้อยมาก โดยปัจจุบันสัดส่วนจำนวนแพทย์ชาวต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยนั้นมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 0.5 ของจำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยทั้งหมด อีกทั้ง จากตัวอย่างที่เก็บข้อมูลได้ ทำให้ทราบว่าพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่เข้ามาทำงานในไทยนั้น มีหน้าที่เพียงติดต่อประสานงานเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแผนกลูกค้าสัมพันธ์เท่านั้น โดยไม่ได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากไม่สามารถสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลของไทยได้

อย่างไรก็ตาม แม้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องแนวโน้มการเข้ามาทำงานในไทยของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติจะมีขนาดเล็ก แต่จากข้อมูลที่มีอยู่ พบว่า ปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลต่อแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติให้เข้ามาทำงานในประเทศไทย ได้แก่ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีกว่า การสนับสนุนการทำวิจัยที่มีมากกว่า ค่าตอบแทนที่สูงกว่า สภาพการแข่งขันของตลาดแรงงานพยาบาลที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ ปัจจัยดึงดูดที่รองลงมาได้แก่ ค่าครองชีพที่ค่อนข้างต่ำ และสถานที่ตั้งของประเทศไทยที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศทำให้สามารถเดินทางไปท่องเที่ยวได้อย่างสะดวก

อย่างไรก็ดี ประเด็นหลักในการที่จะศึกษาในบริบทการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ ได้แก่ ประเด็นเรื่องแนวโน้มของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่จะไหลออกไปทำงานในต่างประเทศ โดยจากการสืบค้นข้อมูลจากแพทยสภาพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีแพทย์ไทยที่ทำงานอยู่ในต่างประเทศเพียง 483 คนจากแพทย์ทั้งหมด 43,408 คน ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 1.07 ของแพทย์ทั้งหมด และจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์

การทำงานในต่างประเทศนั้น พบว่าสัดส่วนของผู้ที่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศนั้นมีน้อยมาก และเมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ พบว่า โดยส่วนใหญ่ต้องการไปทำงานเพียงชั่วคราวเท่านั้น นอกจากนี้ พบว่าแพทย์มีความสนใจที่จะย้ายไปทำงานในประเทศในกลุ่มอาเซียน ในขณะที่พยาบาลมีความสนใจที่จะไปทำงานในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์

ทั้งนี้ จากตาราง 7.3 จะเห็นว่าปัจจัยผลักดันจากไทยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ และแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ มี/เคยมี ความต้องการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าตอบแทนที่น้อยกว่า และสวัสดิการที่ให้ประโยชน์น้อยกว่า

อนึ่ง เมื่อพิจารณาปัจจัยผลักดันด้านการทำงาน พบว่า กลุ่มแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศได้ตระหนักถึงความจำกัดของโอกาสในการฝึกทักษะระดับสูงจึงทำให้ต้องออกไปแสวงหาโอกาสในการศึกษาต่อในต่างประเทศแทน นอกจากนี้ยังพบว่าพบว่ามีปัจจัยในเรื่องการเพิ่มขึ้นของการฟ้องร้องแพทย์ ซึ่งบั่นทอนกำลังใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังลดความมั่นคงทางอาชีพของแพทย์ลงไปด้วย และหากพิจารณาปัจจัยผลักดันทางการทำงานที่นำสนใจของพยาบาลวิชาชีพจะพบว่า ระบบการแบ่งหน้าที่ซึ่งขาดประสิทธิภาพ และการที่พยาบาลวิชาชีพรู้สึกวุ่นวายของพยาบาลในสังคมไทยถูกมองข้ามนั้นก็อาจเป็นสาเหตุสำคัญในการย้ายไปทำงานยังต่างประเทศได้

ตาราง 7.3 ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพ ต้องการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน)

ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ต้องการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ ทั้งนอกและในอาเซียน (a) และในอาเซียนเท่านั้น (b)	ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ				มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ			
	แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ		แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ*	
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ								
ค่าตอบแทน	2.5	2.71	3.82	3.5	2.11	-	✓	
สวัสดิการหลังการเกษียณ	2.39	2.57	3.06	3.15	1.89	-	✓	
ปัจจัยทางด้านสังคม การเมือง และวัฒนธรรม								
ความวุ่นวายทางสังคมและการเมืองไทย	2.28	2.43	2.34	2.71	1.44	-	N.A.	

ปัจจัยผลักดันจากไทยที่ทำให้ต้องการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ ทั้งนอกและในอาเซียน (a) และในอาเซียนเท่านั้น (b)	ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ				มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ			
	แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ		แพทย์		พยาบาลวิชาชีพ*	
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ปัจจัยทางด้านการทำงาน								
โอกาสในการฝึกทักษะระดับสูง/โอกาสศึกษาต่อ	2.39	2	2	2.21	✓		✓	
ความก้าวหน้าทางการงาน	1.67	1.57	2.15	2.31	0.89	-	✓	
การสนับสนุนการทำวิจัย	2.33	2.29	N.A.		1.67	-	N.A.	
การสนับสนุนจากหลักสูตรที่เรียนมา	1.54	1.5	1.78	2.25	N.A.		N.A.	
การสนับสนุนของกฎระเบียบ/เงื่อนไข/นโยบาย ในการไปทำงานต่างประเทศ	1.38	1.67	1.56	1.92	N.A.		N.A.	
ระบบการแบ่งหน้าที่/งาน	N.A.		2.91	3.14	N.A.		✓	
ความท้าทายทางวิชาชีพในไทย	N.A.		N.A.		1.78	-	N.A.	
การฟ้องร้อง	✓		N.A.		N.A.		N.A.	
ภาระงาน	✓		✓		N.A.		N.A.	
ศักดิ์ศรีทางวิชาชีพ	N.A.		✓		N.A.		✓	
เทคโนโลยีการแพทย์ในไทย	N.A.		✓		✓		N.A.	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	18	7	88	14	9	-	77	-
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 ส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล (Not Available) 3) ✓ หมายถึง มีข้อมูล แต่ไม่ได้แปลผลออกมาเป็นตัวเลข 4) * ข้อมูลทุติยภูมิ (ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และนันทพันธ์ (2555))								

จากตาราง 7.4 ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ที่ส่งผลให้แพทย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพไทยต้องการย้ายถิ่นไปทำงาน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีกว่า รวมถึงความต้องการได้รับประสบการณ์การทำงานใหม่ในต่างแดนก็นับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความต้องการย้ายไปยังต่างประเทศของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ในขณะที่ปัจจัยดึงดูดอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจย้ายถิ่นของแพทย์ ได้แก่ ความชื่นชอบวัฒนธรรมการทำงานของต่างประเทศ สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้น ได้แก่ ระบบการแบ่งหน้าที่และการสนับสนุนการทำวิจัยที่ดีในต่างประเทศ

ตาราง 7.4 ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ที่ส่งผลให้แพทย์/ พยาบาล วิชาชีพไทย ต้องการย้ายถิ่นไปทำงาน

ปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ ทั้งนอกและในอาเซียน (a) และในอาเซียนเท่านั้น (b)	ไม่มีประสบการณ์ ทำงานต่างประเทศ				มีประสบการณ์ ทำงานต่างประเทศ			
	แพทย์		พยาบาล วิชาชีพ		แพทย์		พยาบาล วิชาชีพ*	
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ								
ค่าตอบแทน	2.63	2.71	3.27	3.36	N.A.		✓	
สวัสดิการหลังการเกษียณ	2.64	2.29	3	2.92	N.A.		✓	
ปัจจัยทางด้านสังคม การเมือง และวัฒนธรรม								
การท่องเที่ยว	N.A		N.A		✓		N.A	
ปัจจัยทางด้านการทำงาน								
โอกาสในการฝึกทักษะระดับสูง/ โอกาสศึกษาต่อ	2.56	2.57	N.A		✓		✓	
ความก้าวหน้าทางการงาน	N.A.		N.A.		N.A.		✓	
การสนับสนุนการทำวิจัย	2.33	2.29	2.99	3	N.A.		N.A.	
การสนับสนุนจากหลักสูตร ที่เรียนมา	1.25	1.14	1.72	2.09	N.A.		N.A.	
การสนับสนุนของกฎระเบียบ/ เงื่อนไข/นโยบาย ในการไปทำงาน ต่างประเทศ	1.73	1.83	2.32	2.45	N.A.		N.A.	
วัฒนธรรมการทำงาน	2.44	2.86	2.12	2.45	N.A.		N.A.	
ระบบการแบ่งหน้าที่/ระบบงาน	N.A.		3	3	N.A.		✓	
ความท้าทาย/ประสบการณ์ใหม่	✓		✓		✓		✓	
ภาระงาน	N.A.		N.A.		N.A.		✓	
ศักดิ์ศรีทางวิชาชีพ	N.A.		N.A.		N.A.		✓	
เทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัย	N.A.		✓		✓		N.A.	
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	16	7	82	11	9	-	77	-
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 ส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล (Not Available) 3) ✓ หมายถึง มีข้อมูล แต่ไม่ได้แปลผลออกมาเป็นตัวเลข 4) * ข้อมูลทุติยภูมิ (ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พิริยลักษณ์ และนันทพันธ์ (2555))								

อย่างไรก็ตามจากตาราง 7.5 พบว่า การย้ายถิ่นไปทำงานของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากมีปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ทั้งที่เกิดในประเทศต้นทาง (ไทย) และในประเทศปลายทาง รวมถึงปัจจัยอุปสรรคที่เกิดจากลักษณะของตัวผู้ย้ายถิ่นเอง

โดยเมื่อพิจารณาถึงอุปสรรคในประเทศต้นทาง พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ส่งผลกระทบที่สุดในการชะลอ/ ล้มเลิกการย้ายไปทำงานยังต่างประเทศของทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย ได้แก่ ความไม่ต้องการที่ต้องจากครอบครัวไปไกล และความชื่นชอบต่อวัฒนธรรมการทำงานของไทย

เมื่อพิจารณาถึงอุปสรรคในประเทศปลายทาง พบว่า ภาษาเป็นอุปสรรคที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และยิ่งไปกว่านั้น พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานต่างประเทศ ต่างลงความเห็นว่า การไม่สามารถสื่อสารกับผู้ร่วมงาน หรือ ผู้รับบริการด้วยภาษาของประเทศปลายทางได้นั้น เป็นปัจจัยผลจากประเทศปลายทางและทำให้ต้องกลับเข้ามาทำงานในประเทศไทยเหมือนอย่างเดิม (return migration) นอกจากนี้ ปัญหาในประเทศปลายทางที่พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศได้ประสบมา ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับข้อตกลงและค่าตอบแทนที่ไม่เป็นไปตามสัญญาซึ่งได้ตกลงกันไว้กับนายจ้าง รวมถึงปัญหาการปรับตัวทางการทำงานให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และระบบการทำงานของประเทศปลายทาง

ในขณะเดียวกัน กลุ่มแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์การทำงานต่างประเทศ มองว่าปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมการทำงานของประเทศปลายทางนั้นมีอิทธิพลสูงกว่าอุปสรรคทางด้านภาษา นอกจากนี้ อุปสรรคในการหาความก้าวหน้าทางหน้าที่การงานในต่างประเทศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อการทำให้แพทย์ไทยในต่างประเทศต้องการกลับมาทำงานในประเทศไทย

ตาราง 7.5 ปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ

ปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ	ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ		มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ*
อุปสรรคในประเทศต้นทาง				
ความไม่ต้องการจากครอบครัว	3.47	3.49	N.A.	N.A.
ความพอใจในค่าตอบแทน	2.18	2.03	N.A.	N.A.

ปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ	ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ		มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ*
ความพอใจในสวัสดิการหลังเกษียณ	1.59	2.11	N.A.	N.A.
ความพอใจในความท้าทายในการทำงาน	2.04	2.41	N.A.	N.A.
ความพอใจในการสนับสนุนการทำวิจัย	1.47	2.08	N.A.	N.A.
ความพอใจในความก้าวหน้าทางการงาน	2.11	2.4	N.A.	N.A.
ความพอใจในวัฒนธรรมการทำงาน	2.81	2.94	N.A.	N.A.
กฎระเบียบจากแพทยสภา/ สภาการพยาบาล	1.39	2.03	N.A.	N.A.
นโยบาย Medical Hub	1.73	1.99	N.A.	N.A.
ความรักชาติ	✓	✓	✓	N.A.
การที่ต้องชดใช้ทุนตามระยะเวลาที่กำหนด	✓	N.A.	N.A.	N.A.
ความพึงพอใจในสภาพการทำงาน	✓	✓	N.A.	N.A.
ความพอใจในเครือข่ายทางสังคม	✓	✓	✓	N.A.
ความพอใจในระบบการแบ่งหน้าที่	N.A.	2.03	N.A.	N.A.
ความพอใจในความมั่นคงในอาชีพและชีวิต	N.A.	✓	N.A.	N.A.
อุปสรรคในประเทศปลายทาง				
ภาษา (การสื่อสารกับผู้ร่วมงาน/ ผู้รับบริการ)	2.28	2.82	1	3.36 (3.41, 3.31)
วัฒนธรรมการดำรงชีวิต	2.45	2.57	1.89	2.16
ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบจากต่างประเทศ	2.11	2.2	N.A.	N.A.
ความไม่รู้ข้อมูลและเงื่อนไขการเข้าทำงาน	N.A.	✓	N.A.	N.A.
การไม่ยอมรับ Certificate ของไทย	✓	N.A.	N.A.	N.A.
เงินบำนาญ	N.A.	N.A.	0.78	N.A.
ความท้าทายในการทำงาน	N.A.	N.A.	1.22	N.A.
ความก้าวหน้าทางการงาน	N.A.	N.A.	2.33	N.A.
การสนับสนุนการทำวิจัย	N.A.	N.A.	1	N.A.
ข้อตกลง/ ค่าตอบแทนไม่เป็นไปตามสัญญา	N.A.	N.A.	N.A.	2.65 (3.07, 2.23)
ความแตกต่างทางการทำงาน (สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมการทำงาน และระบบการทำงาน)	N.A.	N.A.	N.A.	2.72 (2.75, 2.72, 2.69)
เทคโนโลยีที่ก้าวหน้า	N.A.	N.A.	N.A.	2.46
สภาพภูมิอากาศ	N.A.	N.A.	N.A.	2.44
การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา	N.A.	N.A.	N.A.	2.21

ปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างประเทศ	ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ		มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ*
ความขัดแย้งกับนายจ้าง/ ผู้ร่วมงาน/ ผู้รับบริการ	N.A.	N.A.	N.A.	2.11
อุปสรรคจากลักษณะของตัวผู้ย้ายถิ่น				
ความรู้/ ประสบการณ์ ที่มีอยู่	1.81	1.97	1.11	N.A.
อายุมาก	N.A.	✓	N.A.	N.A.
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	96	311	9	77
หมายเหตุ: 1) ตัวเลขในตารางคือค่าเฉลี่ยของการส่งผลของแต่ละปัจจัยโดยเรียงลำดับคะแนนจาก 4 ส่งผลมากที่สุด 3 การส่งผลมาก 2 การส่งผลปานกลาง 1 การส่งผลน้อย และ 0 การไม่ส่งผล 2) N.A. หมายถึง ไม่มีข้อมูล (Not Available) 3) ✓ หมายถึง มีข้อมูล แต่ไม่ได้แปลผลออกมาเป็นตัวเลข 4) * ข้อมูลทุติยภูมิ (ที่มา: นันทกา, สุภาพร, พริยลักษณ์ และนันทพันธ์ (2555))				

2.3.2 แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศ

เนื่องจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสุขภาพของอาเซียนนั้น ประเทศสมาชิกยังมิได้แสดงข้อผูกพันต่อการเปิดเสรีการค้าบริการในรูปแบบที่ 4 (การให้บริการโดยบุคคล) จึงเป็นการยากที่จะมองเห็นภาพกระแสการย้ายถิ่นระหว่างประเทศของแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย ในขณะที่การย้ายถิ่นภายในประเทศ (ระหว่างภาครัฐและเอกชน) นั้นเป็นสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้วและคาดว่าจะดำเนินต่อไปมากยิ่งขึ้นในอนาคต ด้วยอิทธิพลจากการลงทุนด้านบริการสุขภาพที่คาดว่าจะเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้นจากประเทศต่างๆในอาเซียน รวมถึงนโยบายที่ไทยต้องการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพ หรือ Medical Hub จะส่งผลต่อการเพิ่มของอุปสงค์ (Demand) ของบุคลากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย และท้ายที่สุดอาจทำให้เกิดการดึงแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐเข้ามาทำงานในภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น การศึกษานี้ได้ตั้งสมมติฐานว่า AEC นั้นจะส่งผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนในประเทศ มากกว่าการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ ดังนั้น เพื่อทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชน เพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ ความต้องการแพทย์และ

พยาบาลวิชาชีพในภาครัฐและเอกชน รวมถึงแนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนหลังการเกิด AEC

จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนมีแนวโน้มว่าจะมีการเพิ่มขึ้นที่ละน้อย โดยจากภาพรวมทั้งประเทศ ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ทั้งในภาครัฐและเอกชนยังคงเป็นผู้ป่วยชาวไทย (เกินร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในบางจังหวัดหรือบางพื้นที่ซึ่งคาดว่าจะมีการลงทุนสูงจากประเทศสมาชิกอาเซียน เช่น ชลบุรี และจังหวัดอื่นๆ ในภาคตะวันออกของไทย คาดว่าการเปิดประชาคมอาเซียนจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยต่างชาติชาวอาเซียนในพื้นที่ดังกล่าว นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีนั้นมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลเอกชน ในขณะเดียวกัน คาดว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติซึ่งเป็นแรงงานระดับล่างนั้นจะเข้ามารักษาในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น โดยมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มภาระให้โรงพยาบาลภาครัฐ ทั้งในแง่ของภาระงาน และภาระค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ไม่ชำระค่ารักษาพยาบาล

ในเรื่องของความต้องการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาครัฐและเอกชนหลังการเกิด AEC นั้น คาดว่าจะมีความต้องการแรงงานแพทย์และพยาบาลชาวไทยสูงมาก โดยที่แทบจะไม่มีความต้องการแรงงานแพทย์และพยาบาลชาวต่างชาติเลย เนื่องจากทักษะการรักษาและความเชี่ยวชาญทางการแพทย์นั้นดีกว่าแรงงานไทย และเมื่อพิจารณาในภาครัฐ พบว่าจะเกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลอย่างมาก ในขณะที่ภาคเอกชนนั้นจะไม่ขาดแคลนเท่าภาครัฐ แต่จะมีความต้องการทั้งแพทย์และพยาบาลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะมีความต้องการพยาบาลสูงกว่าความต้องการแพทย์ แต่จะมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางย่อย (Sub-specialist) เพิ่มมากขึ้น

ส่วนเรื่องของการคาดการณ์การเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐสู่ภาคเอกชนนั้น ผู้บริหารภาคเอกชนได้แสดงข้อคิดเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐจะไม่เกิดการขาดแคลนแรงงานแพทย์ โดยมองว่า การที่แพทย์ภาครัฐเข้ามาทำงานในภาคเอกชนแบบ part-time นั้น ทำให้แพทย์สามารถมีรายได้เพียงพอที่จะสามารถอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐต่อไปได้

โดยสรุป ถือว่าผลการศึกษาได้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยแม้ผลการศึกษาจะพบว่า AEC มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยชาวต่างชาติเพียงเล็กน้อยเมื่อมองจากภาพรวมทั้งประเทศ แต่เมื่อพิจารณาในบางพื้นที่ของประเทศไทยแล้ว พบว่า AEC จะมีส่วนอย่างมากในการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยต่างชาติอาเซียน

และความต้องการแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพของทั้งภาครัฐและเอกชนนั้นจะเพิ่มมากขึ้น ส่วนในเรื่องของการไหลออกของแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนนั้น คาดว่าจะเกิดขึ้น แต่การที่แพทย์สามารถทำงานแบบส่วเวลาในโรงพยาบาลเอกชนได้ จะเป็นส่วนช่วยให้แพทย์ไม่ต้องลาออกจากโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าหลายเท่า

2.4 การเปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาลของไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์

2.4.1 แพทย์

การผลิตแพทย์ในประเทศไทยยังคงมีแนวทางหลักเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศ การจัดการศึกษา หลักสูตรและเงื่อนไขหลังจบการศึกษา ยังไม่เอื้อต่อการมุ่งแข่งขันในเชิงธุรกิจการศึกษาในระดับภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ อย่างไรก็ตาม ข้อสรุปดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าคุณภาพของบัณฑิตแพทย์ที่จบการศึกษาภายในประเทศจะไม่สามารถแข่งขันกับผู้จบในต่างประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นหลักสูตรของสถาบันต่างๆ จำนวนหนึ่ง มีศักยภาพที่เปิดกว้างให้บัณฑิตนักศึกษา สามารถแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในวงกว้าง รวมถึงในต่างประเทศได้ ซึ่งอาจเป็นจุดแข็งหากสามารถนำโอกาสดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของไทยโดยภาพรวม ยังมีโครงสร้างและเนื้อหาที่ช่วยสร้างความเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ประเทศเข้าสู่ ASEAN Economic Community (AEC) ไม่มากนัก และในระดับที่แตกต่างกันไปในระหว่างสถาบันบางแห่ง มีโครงสร้างหลักสูตรที่ไม่แสดงให้เห็นได้ว่ามีช่องว่าง เช่น รายวิชาเลือก ที่จะสามารถนำมาสู่การสร้างศักยภาพของบัณฑิตแพทย์ได้ การวางโครงสร้างด้านแพทยศาสตรศึกษาเพื่อรองรับเรื่อง AEC หรือความเป็นนานาชาติในอนาคต เป็นวิสัยทัศน์การดำเนินการเฉพาะสถาบัน มากกว่าการผลักดันเชิงระบบของแพทยศาสตรศึกษาในประเทศไทยในภาพรวม ซึ่งกลไกหลักที่พึงพิจารณา คือ แพทยสภา ซึ่งเป็นผู้กำกับมาตรฐานวิชาชีพ และหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต

นอกจากนี้ แม้ว่าหลักสูตรของหลายสถาบันจะรายวิชาเลือกที่มีศักยภาพในการส่งเสริมศักยภาพของบัณฑิตแพทย์ที่จะจบมาให้ความพร้อมและขีดความสามารถในการแข่งขันสำหรับอนาคตได้ แต่ในทางปฏิบัติ สถาบันเหล่านั้น ก็ยังไม่ได้ใช้โอกาสจากรายวิชาเหล่านั้น เช่น รายวิชาด้านภาษาและสังคมศาสตร์ รายวิชาเลือก หรือรายวิชาด้านประสบการณ์วิชาชีพที่ให้นิสิตนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งสามารถเลือกได้เองในทางปฏิบัติ นิสิตนักศึกษาจึง

ยังไม่ได้รับข้อมูลเชิงเศรษฐกิจหรือสังคม ผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เจตคติหรือเตรียมความพร้อมในเรื่อง AEC ทำให้มีความจำกัดในมุมมองและอนาคตของตนเอง โดยเฉพาะโอกาสที่อาจเกิดขึ้นจาก AEC การเรียนรู้ส่วนใหญ่ ยังขึ้นอยู่กับที่เปิดโอกาสที่ได้รับในรายวิชาเลือก หรือการทำกิจกรรมนอกหลักสูตร ซึ่งขึ้นกับความสนใจของนิสิตนักศึกษาเป็นรายบุคคล

2.4.2 พยาบาล

จากข้อมูลการจัดการศึกษาพยาบาลของประเทศไทย ฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ทำให้พบว่าลักษณะการจัดการศึกษาพยาบาลของทั้งสามประเทศ ยังคงให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรี โดยในประเทศไทยหลักสูตรทั้งหมดจะเป็นหลักสูตรปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่การจัดหลักสูตรในประเทศฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ยังมีระดับประกาศนียบัตรซึ่งเน้นให้พยาบาลระดับพื้นฐาน มีสมรรถนะในการทำงานระดับหนึ่ง ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าหากพยาบาลเหล่านี้ต้องการที่จะเติบโตหรือมีความก้าวหน้าในสายงาน จำเป็นที่จะต้องศึกษาต่อให้ได้ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี สำหรับประเทศไทย มีการจัดการศึกษาในลักษณะนี้ เช่นกัน โดยเป็นการจัดการศึกษาหลังระดับปริญญาตรี ทั้งการฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อพัฒนาพยาบาลเฉพาะทาง และการจัดการศึกษาในระดับปริญญาโทและเอก ซึ่งเป็นจุดแข็งด้านหนึ่งของการศึกษาพยาบาลไทย

สำหรับแนวทางการผลิตพยาบาล มีเพียงประเทศฟิลิปปินส์ เท่านั้นที่รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการผลิตเพื่อการส่งออก ในขณะที่ประเทศไทยและสิงคโปร์ ยังคงมุ่งเน้นการผลิตเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงานภายในประเทศ โดยหลักสูตรการศึกษาพยาบาลในประเทศไทย มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thailand Qualification Framework หรือ มคอ.) และมีการควบคุมคุณภาพการศึกษาอย่างเข้มข้น เพื่อให้บัณฑิตมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ สามารถทำงานได้ในหน่วยบริการทุกระดับ อย่างไรก็ตามยังมีหลายรายวิชาในหลักสูตรที่จัดการเรียนการสอนเป็นภาษาไทยเป็นหลัก ที่สามารถปรับปรุงเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของบัณฑิตได้ โดยเฉพาะด้านภาษาและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม ซึ่งมีการดำเนินการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน และเนื้อหาบางรายวิชา ในหลายสถาบัน แต่ยังคงจำกัดอยู่ในกรอบแคบๆ และเป็นการดำเนินการภายใต้การปรับตัวของสถาบันแต่ละแห่ง โดยยังไม่มีนโยบายที่จะสนับสนุนการดำเนินการทั้งระบบของพยาบาลศาสตร์ศึกษาเช่นเดียวกับแพทย์

3. ข้อเสนอแนะต่อการปรับตัวในการเตรียมความพร้อมของแพทย์และพยาบาลของไทย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไปนี้เป็นข้อเสนอที่มีต่อการปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาสำหรับแพทย์และพยาบาล รวมถึงข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงระบบการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ โดยพื้นฐานการนำมาซึ่งข้อเสนอแนะดังกล่าวตั้งอยู่บนข้อมูลในแบบสอบถาม, การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับสูง และการสนทนากลุ่มกับนักศึกษาแพทย์และพยาบาล ประกอบกับข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทางการเปิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรการบริการสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล) ในกรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS) ในข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8 แนวโน้มตลาดวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในและนอกอาเซียนภายหลังการเปิดเสรีอาเซียน แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศไทย ตลอดจนผลการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาลของไทยกับประเทศอาเซียนอื่น ที่มีศักยภาพในการแข่งขัน

ข้อเสนอแนะทั้งหมดได้มีการแยกไว้เป็นสามหมวดใหญ่ ประกอบไปด้วย หนึ่ง ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรสำหรับแพทย์ สอง ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรสำหรับพยาบาล และ สาม ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรสำหรับแพทย์

ข้อเสนอแนะหมวดนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนย่อย คือ ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างความสามารถในด้านวิชาการ (competitiveness) และ ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างเสริมประสบการณ์อื่น ๆ นอกเหนือไปจากการสร้างความสามารถทางวิชาการ (exposure)

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างความสามารถในด้านวิชาการ

1) หลักสูตรควรมีการเน้นการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีเพียงหลักสูตรที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแห่งเดียวที่มีการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษ และจากการสอบถามความคิดเห็นกับนิสิตนักศึกษาแพทย์ เห็นได้ว่า ภาษาคืออุปสรรคสำคัญต่อการรักษาคนไข้จากต่างประเทศ หรือการให้บริการข้ามพรมแดน

2) ปรับปรุงการเรียนการสอนนิสิตนักศึกษาแพทย์ให้มีลักษณะเป็นสหวิทยาการมากขึ้น เพื่อจะได้ฝึกฝนการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นได้ดีขึ้น

3) การปรับปรุงหลักสูตรในเรื่องอื่นๆ ควรเป็นไปในลักษณะที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาแพทย์มีคุณสมบัติของแพทย์ในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 6 ประการ ประกอบด้วย หนึ่ง มีความคิด

สร้างสรรค์ และคิดนอกกรอบ สอง มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่นที่ดี สาม มีทักษะการใช้ชีวิตและทำงานร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ สี่ มีทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อรับข้อมูลและความรู้ใหม่ๆได้อย่างทันท่วงที ห้า ต้องมีคุณภาพระดับสากล สามารถรักษาทั้งคนไทยและต่างชาติ และรักษาโรคติดต่อใหม่ๆจากต่างประเทศได้ และ หก ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม แม้สถาบันการศึกษาจะมีหน้าที่หลักในการบ่มเพาะ 21st century skills ให้แก่นิสิตนักศึกษาแต่ก็ควรได้รับการผลักดันและการสนับสนุนจากภาครัฐในการเสริมสร้างทักษะเหล่านี้ด้วย

4) ส่งเสริมการพัฒนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่ดีในโรงเรียนแพทย์ เนื่องจากจริยธรรมที่วิชาชีพแพทย์ควรปฏิบัติตามนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ดังนั้นอาจารย์แพทย์จึงมีหน้าที่สำคัญในการอบรม เปิดมุมมองและเป็นแบบอย่างที่ดีให้นิสิตนักศึกษาแพทย์ได้ตระหนักว่าจริยธรรมที่แพทย์ควรมีและควรปฏิบัติในปัจจุบันควรเป็นอย่างไร

5) ยกกระดับทักษะความสามารถด้านการทำวิจัยของนิสิตนักศึกษาและการสร้างแรงบันดาลใจให้นิสิตนักศึกษายากทำวิจัยมากขึ้น การปลูกฝังความใฝ่รู้ใฝ่ศึกษาวิธีการเรียนรู้การรักษาโรคแบบใหม่ๆด้วยตนเอง เพื่อให้นิสิตนักศึกษาแพทย์มีทักษะการค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกวิธีและมีความละเอียดรอบคอบ รวมถึงสามารถคิดค้นการรักษาโรคแบบใหม่ๆได้ด้วยตนเอง

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ในการสร้างเสริมประสบการณ์อื่นๆ นอกเหนือไปจากการสร้างความสามารถทางวิชาการ

1) ควรสนับสนุนให้มีโครงการ Joint Program และโครงการ Exchange Program มากขึ้นทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ เนื่องจากในปัจจุบันมีโครงการ Joint Program อยู่เพียง 1 โครงการที่มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทำร่วมกับ University of Nottingham แต่ก็ยังรับเฉพาะบุคคลสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีจำนวน Joint Program กับมหาวิทยาลัยชั้นนำในต่างประเทศมากขึ้นและหลักสูตรควรเปิดกว้างเพื่อรับนักศึกษานานาชาติ อย่างเช่นหลักสูตรในประเทศฟิลิปปินส์และประเทศสิงคโปร์

2) หลักสูตรควรกำหนดประเด็นการเรียนรู้เกี่ยวกับต่างประเทศที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของรายวิชาทางการแพทย์ ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มรายวิชาพื้นฐานในด้านภาษา สังคม และวัฒนธรรม ยกตัวอย่างเช่น รายวิชาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ป้องกัน และ วิชาเกี่ยวกับโรคเขตร้อน รวมไปถึง กลุ่มวิชาทางสังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และภาษา

3) หลักสูตรควรเปิดโอกาสและส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษามีโอกาสฝึกปฏิบัติงานทางวิชาชีพในต่างประเทศเพิ่มขึ้น ไม่ควรปล่อยนิสิตที่สนใจต้องไปหาหาด้วยตนเองแต่เพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังควรเตรียมข้อมูล การจัดประชุม รวมไปถึงการฝึกหัดให้นิสิตนักศึกษาแพทย์มีความพร้อมก่อนเดินทางไปยังต่างประเทศด้วย

4) โรงเรียนแพทย์ควรพัฒนากิจกรรมนอกหลักสูตรที่จะสร้างแพทย์ที่มีจริยธรรมและมีความเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์มากขึ้น เช่น ให้นิสิตนักศึกษาแพทย์ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุของการจัดเป็นกิจกรรมนอกหลักสูตรนี้เนื่องจาก การบังคับไม่สามารถสร้างจริยธรรมให้เกิดขึ้นได้ ดังนั้นต้องการให้เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมแบบสมัครใจมากกว่าการบังคับให้ทำตามหลักสูตร

5) ในระยะสั้น ควรมีการส่งเสริมประสบการณ์ของนิสิตนักศึกษาผ่านรายวิชาเลือก และการจัดกิจกรรมนอกหลักสูตร ในคณะต่างๆ และระหว่างคณะ เพื่อเปิดมุมมอง และการให้ความสำคัญที่นิสิตนักศึกษาที่มีต่อ AEC อันจะส่งผลให้เกิดความตระหนักและการเตรียมความพร้อมในส่วนของนิสิตนักศึกษาเอง ก่อนจบเป็นแพทย์ในอนาคตอันใกล้

6) สร้างกลไกและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจาก AEC ต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์ มาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงความรู้และทักษะพื้นฐานของแพทย์ไทย เพื่อนำไปสู่ความตระหนักในความจำเป็นที่ต้องวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อปรับเปลี่ยนคุณลักษณะของแพทย์ไทยที่พึงประสงค์ การปรับปรุงมาตรฐานหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตของแพทยสภาและคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ อย่างไรก็ตามการสร้างเวทีสนทนาค่าควรได้รับการสนับสนุนและการชี้แนวทางจากสภาวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรสำหรับพยาบาล

ภายใต้ข้อเสนอหมวดนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนย่อย ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างความสามารถในด้านวิชาการ และ ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างเสริมประสบการณ์อื่นๆนอกเหนือไปจากการสร้างความสามารถทางวิชาการ

2.1 ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างความสามารถในด้านวิชาการ

1) หลักสูตรควรเน้นการเรียนการสอนที่ใช้ภาษาอังกฤษอย่างเข้มข้นมากขึ้น เพราะปัจจุบันมีเพียง 2 สถาบันการศึกษาจากทั้งหมด 81 สถาบันที่มีการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษ

โดยที่เหลือจะสอนภาษาไทยเป็นหลัก ทั้งนี้ สอดรับกับความคิดเห็นของนิสิตนักศึกษาพยาบาลที่
ให้สัมภาษณ์ซึ่งต่างเห็นว่าต้องเพิ่มการสอนภาษาอังกฤษให้เข้มข้นมากขึ้นในหลักสูตร

2) ปรับปรุงการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลให้มีลักษณะเป็นสหวิทยาการมากขึ้น
เพื่อจะได้ฝึกฝนการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นได้ดีขึ้น

3) การปรับปรุงหลักสูตรในเรื่องอื่นๆควรเป็นไปในลักษณะที่ส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษา
พยาบาลมีคุณสมบัติของพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 6 ประการ คือ หนึ่ง มีความคิดสร้างสรรค์
และคิดนอกกรอบ สอง มีทักษะในการสื่อสารกับผู้อื่นที่ดี สาม มีทักษะการใช้ชีวิตและทำงานรวม
กับผู้อื่นในสังคมได้ สี่ มีทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อรับข้อมูลและความรู้ใหม่ๆได้อย่างทันท่วงที
ห้า ต้องมีคุณภาพระดับสากล สามารถรักษาทั้งคนไทยและต่างชาติ และรักษาโรคติดต่อใหม่ๆ
จากต่างประเทศได้ และ หก ต้องมีคุณธรรมและจริยธรรม อย่างไรก็ตามควรได้รับการผลักดันและ
การสนับสนุนจากภาครัฐด้วย

2.2 ข้อเสนอแนะเชิงหลักสูตรในการสร้างเสริมประสบการณ์อื่น ๆ นอกเหนือไปจากการ สร้างความสามารถทางวิชาการ

1) หลักสูตรควรสนับสนุนการแลกเปลี่ยนนักศึกษาของประเทศไทยกับนักศึกษาพยาบาล
ของประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ รวมไปถึงการสนับสนุนทุนเพื่อการแลกเปลี่ยนนักศึกษาพยาบาล
กับประเทศสมาชิก

2) หลักสูตรควรกำหนดวิชาเรียนที่เกี่ยวข้องกับต่างประเทศที่ชัดเจนทั้งในรายวิชาที่
เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและปัญหาสุขภาพ และกลุ่มวิชาพื้นฐานเกี่ยวกับภาษา สังคมและ
วัฒนธรรม ยกตัวอย่างเช่น วิชาระบาดวิทยาควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
ระหว่างประเทศ และสำหรับปัญหาสุขภาพควรเพิ่มปัญหาทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นหลังการมาถึง
ของ AEC

3) สถาบันการศึกษาพยาบาลควรสร้างหลักสูตรที่เอื้อต่อการไปศึกษาหรือฝึกทักษะ
วิชาชีพในต่างประเทศ โดยการยอมให้นับรวมเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยกิตได้ ดังที่นักศึกษา
พยาบาลจากต่างประเทศนอกอาเซียนสามารถทำได้เมื่อมาทำการลงวิชาเรียนหรือฝึกงานใน
ประเทศไทยจากโครงการแลกเปลี่ยน

4) การพัฒนานักกิจกรรมนอกหลักสูตรที่ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะ
เกิดขึ้นในประเทศกลุ่มอาเซียนมากขึ้น

5) การส่งเสริมการสร้างแรงบันดาลใจและคุณค่าในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ให้แก่นักศึกษาพยาบาลผ่านหลักสูตร

6) การเพิ่มการพิจารณาถึงทัศนคติต่อวิชาชีพและความฉลาดทางอารมณ์ (emotional quality - EQ) ในหลักเกณฑ์การคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลเข้าเรียน อย่างไรก็ตามการคัดเลือกในลักษณะนี้อาจมีขั้นตอนการสร้างหลักเกณฑ์ที่ไม่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติเท่าใดนัก เนื่องจากต้องเป็นหลักเกณฑ์ที่มีตัวชี้วัดชัดเจนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องมีความเห็นร่วมกันด้วย

3. ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับระบบการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

ภายใต้ข้อเสนอหมวดนี้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนย่อย ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานแพทย์และพยาบาลในภาครัฐ และ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของระบบการผลิตแพทย์และพยาบาล

3.1 ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานแพทย์และพยาบาลในภาครัฐ

1) การขยายการผลิตในโรงเรียนแพทย์ระดับภูมิภาคที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่มากขึ้น การแก้ไขปัญหาด้วยการผลิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยท้องถิ่นนั้นจะทำให้มีแรงงานปฏิบัติงานในท้องถิ่นได้เป็นเวลานาน ซึ่งการผลิตด้วยวิธีนี้ควรจะเน้นรับนักศึกษาจากท้องถิ่นและตั้งเงื่อนไขการใช้ทุนที่สูงกว่านักศึกษาในหลักสูตรปกติ อย่างไรก็ตามการขยายกำลังการผลิตด้วยวิธีนี้จะยังติดปัญหาเรื่องของการขาดแคลนอาจารย์และสถานที่เรียนที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอและจำเป็นต้องได้รับการประเมินความคุ้มค่าของโครงการเหล่านี้ก่อนการดำเนินการจริงด้วยการตรวจสอบย้อนหลังว่าโครงการผลิตแพทย์เพื่อชนบทหรือท้องถิ่นต่างๆที่มีมาอยู่แล้วยังสามารถทำให้นักศึกษาที่จบจากโครงการเหล่านี้กลับไปทำงานยังท้องถิ่นหรือชนบทได้อย่างแท้จริงหรือไม่

2) รัฐบาลควรสนับสนุนปัจจัยการผลิตเพื่อการขยายกำลังการผลิตพยาบาล ทั้งการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก การพัฒนา, การดึงดูดและการชำระรักษาอาจารย์พยาบาล รัฐบาลควรให้งบประมาณต่อหัวในการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจให้โรงเรียนพยาบาลแต่ละแห่งมีการขยายจำนวนการรับนักเรียนพยาบาลมากขึ้น นอกจากนั้นแล้วจำเป็นต้องมีการเร่งผลิตและเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลที่มีคุณภาพจำนวน 1,000 คน ในระยะเวลา 2 ปี เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตพยาบาลอีกปีละ 2,000 คน ตั้งแต่ปี 2556 -2560 ด้วยการเพิ่มแรงจูงใจให้พยาบาลที่

สำเร็จปริญญาโทเข้ามาเป็นอาจารย์ โดยกำหนดค่าตอบแทนที่เหมาะสม และจัดสรรทุนสำหรับพัฒนาอาจารย์ใหม่ในระดับปริญญาโท-เอก

3) พิจารณาทางเลือกในการให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิตพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยการสนับสนุนให้มีการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการผลิตพยาบาลเพิ่ม เนื่องจากภาคเอกชนน่าจะมีศักยภาพในด้านต่างๆเพียงพอ อย่างไรก็ตามการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลนับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขยายการผลิต

ข้อสังเกต: ก) งานวิจัยนี้ไม่สามารถบรรจุข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น อย่างเช่นที่เสนอในกรณีของวิชาชีพพยาบาล เนื่องด้วยเหตุผลสำคัญที่ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายมีความเห็นว่า การผลิตแพทย์ต้องคำนึงถึงรายละเอียดหลายอย่าง ทำให้ไม่สามารถเร่งจำนวนการผลิตได้เท่าพยาบาล ข) งานวิจัยนี้ไม่มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตแพทย์ เนื่องด้วยเหตุผลสำคัญที่ว่า การฝึกสอนนักเรียนแพทย์จำเป็นต้องพึ่งทรัพยากรของภาครัฐจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นคนไข้และสถานพยาบาล ซึ่งนับได้ว่ามีลักษณะของการใช้ทรัพยากรรัฐเพื่อไปแสวงหากำไรให้แก่องค์กรของตนเองมากกว่าเพื่อไปเป็นผลประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่

4) เพิ่มแรงจูงใจด้านตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงินให้แพทย์และพยาบาล พัฒนาระบบค่าตอบแทนที่เป็นธรรม พัฒนาระบบบริการและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารอัตรากำลัง รัฐบาลควรหามาตรการจูงใจให้แรงงานแพทย์และพยาบาลยังอยากจะทำงานอยู่ในภาครัฐต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มค่าตอบแทนหรือการให้ตำแหน่งทางราชการ ตัวอย่างเช่นสำหรับพยาบาล รัฐบาลควรพิจารณาอนุมัติการเพิ่มอัตราข้าราชการเพื่อบรรจุอาจารย์พยาบาล และพยาบาลใหม่ ตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการเพิ่มการผลิตและการธำรงรักษากำลังคนพยาบาลไว้ในระบบบริการสุขภาพภาครัฐ และเป็นหลักประกันความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพในชนบทห่างไกล ควรมีการปรับปรุงโครงสร้างค่าตอบแทนของพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงาน และปรับปรุงระบบการจ้างงานที่มั่นคงสำหรับพยาบาลไทย รวมไปถึงการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่ง ให้เป็นที่ทำงานน่าอยู่ มีความปลอดภัยในการทำงาน และเร่งรัดปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เพื่อดึงดูดให้กำลังคนคงอยู่ในองค์กรและพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรด้านสุขภาพ และการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

5) ควรมีการเพิ่มงบประมาณสนับสนุนการทำวิจัยในโรงเรียนแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น แรงจูงใจสำคัญประการหนึ่งของอาจารย์แพทย์และพยาบาลในสถาบันการศึกษาระดับปริญญาตรีคือการได้ทำงานวิจัย ดังนั้นการเพิ่มงบประมาณสำหรับการทำวิจัยเพิ่มขึ้นน่าจะดึงดูดให้บุคลากรระดับอาจารย์ทั้งแพทย์และพยาบาลยังทำงานอยู่ในสถาบัน การศึกษาต่อไปได้

6) ปรับปรุงกฎหมายหรือข้อบังคับอื่น ๆ ในการลดความแตกต่างของค่าตอบแทน ระหว่างภาครัฐและเอกชนด้วย เช่น การแก้ไขช่องว่างทางกฎหมายภาษีที่ทำให้บุคลากรภาครัฐจ่ายภาษีในอัตราที่สูงกว่าภาคเอกชน เป็นต้น

7) ยับยั้งแรงงานต่างชาติที่ลักลอบเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมาย เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ต่ำและเป็นภาระในการรักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลภาครัฐ กล่าวคือ เป็นการลดปริมาณกลุ่มคนไข้ชาวต่างชาติซึ่งส่วนใหญ่มาใช้บริการทางสุขภาพในสถาน พยาบาลของรัฐแบบ สงเคราะห์ โดยภายใต้วิธีการนี้จำเป็นต้องมีการประสานงานที่ดีระหว่างกรมตำรวจและ สถานพยาบาลภาครัฐเพื่อที่จะส่งกลับแรงงานผิดกฎหมายเหล่านั้นได้โดยสะดวก นอกจากนี้รัฐบาล ควรออกมาตรการที่เข้มงวดมากขึ้นในการตรวจคนเข้าเมือง

8) ภาครัฐควรให้งบประมาณสนับสนุนให้อาจารย์พยาบาลจากโรงเรียนพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงได้ไปแลกเปลี่ยนและช่วยเหลือโรงเรียนพยาบาลที่มีศักยภาพต่ำกว่าเพื่อยกระดับ มาตรฐานของโรงเรียนพยาบาลในประเทศให้เท่าเทียมกัน

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาศักยภาพของระบบการผลิตแพทย์และพยาบาล

1) สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) ควรอนุญาตให้คณะแพทยศาสตร์และ พยาบาลศาสตร์มีอิสระมากขึ้นในการจัดหลักสูตรให้มีความเหมาะสมและเปิดรายวิชาได้กว้าง มากขึ้น เพื่อรองรับการมาถึงของ AEC

2) แพทยสภาควรมีส่วนร่วมในการผลักดันการวางโครงสร้างด้านหลักสูตรแพทยศาสตร์ เชิงระบบเพื่อรองรับ AEC เพราะปัจจุบันยังมีลักษณะเป็นวิสัยทัศน์เฉพาะสถาบันมากกว่า

3) รัฐบาลควรดำเนินการจัดสรรทุนในลักษณะความร่วมมือระดับรัฐบาล (G-to-G) กับ ประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียนที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกลุ่ม CLMV ด้วยการให้ ทุนการศึกษาแก่นิสิตนักศึกษาแพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ให้มาศึกษาในสถาบัน การศึกษาในประเทศไทย เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายทางการแพทย์ของประเทศให้กว้างขวาง

มากขึ้น และทำให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกับนักศึกษาแพทย์จากต่างประเทศ

4) การพัฒนาสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และพยาบาลของประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการศึกษาของภูมิภาค (Medical and Nursing Education Hub) ในการอบรมหรือผลิตแพทย์และพยาบาลในระดับเฉพาะทาง และในสาขาที่ขาดแคลน เนื่องด้วยเหตุผลที่ว่าประเทศไทยมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ จึงน่าจะอาศัยการเปิดเสรีการศึกษาที่เกิดขึ้นในการพัฒนาสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และพยาบาลของประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการศึกษาของภูมิภาค ในการอบรมหรือผลิตแพทย์และพยาบาลในระดับเฉพาะทาง และในสาขาที่ขาดแคลนดังกล่าว ด้วยการร่วมมือและร่วมลงทุนกับมหาวิทยาลัยชั้นนำจากต่างประเทศ (World class) ทั้งในและนอกอาเซียน ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในบริบทของโลกาภิวัตน์

5) สนับสนุนการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีศักยภาพสูง และได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ให้เป็น *ASEAN Advanced Nursing Training Center* เพื่อเพิ่มการผลิตพยาบาลเฉพาะทาง

6) ข้อเสนอแนะในข้อ 5 – 7 ข้างต้นควรปรับใช้กับสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ไม่ควรเป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่บางสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลที่ยังไม่มีความพร้อม นอกจากนี้ภาครัฐควรมีส่วนช่วยเหลือในการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน

7) สนับสนุนการแลกเปลี่ยนผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ทางการแพทย์และพยาบาลของหน่วยบริการสุขภาพกับประเทศสมาชิก โดยภาครัฐควรเป็นผู้ผลักดันหลักทั้งในแง่เงินทุนและการเจรจาความร่วมมือระหว่างประเทศ และในส่วนของสถาบันศึกษามีหน้าที่ในการรับช่วงต่อเพื่อจัดการรายละเอียดอื่นๆหลังจากเกิดการผลักดันจากภาครัฐเรียบร้อยแล้ว

8) ในส่วนของการนำเข้าแพทย์จากต่างชาติมาทำงานในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมว่าจะส่งผลกระทบให้แพทย์ที่มีความชำนาญในภาครัฐไหลสู่ภาคเอกชนในอัตราที่สูงขึ้นหรือไม่ ปัจจุบันแพทย์ในโรงเรียนแพทย์หลายท่านต่างก็หารายได้เสริมโดยการทำงานในภาคเอกชนนอกเวลาราชการ ซึ่งการทำงานในโรงเรียนแพทย์มีส่วนสำคัญที่ทำให้แพทย์พัฒนาทักษะในการรักษาเพราะมีคนไข้เป็นจำนวนมากซึ่งมาด้วยอาการที่หลากหลายและซับซ้อน แพทย์ในโรงเรียนแพทย์สามารถใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการรักษารวมไปถึงทดลองวิธีการรักษาแบบ

ใหม่ได้ การนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศจะทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีทางเลือกในการจ้างแพทย์เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านการสอบใบประกอบโรคศิลป์ ใน พ.ศ.2558 โดยจะเพิ่มสัดส่วนข้อสอบที่เป็นภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น งานวิจัยนี้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะกลายเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของแพทย์ไทย แต่ในทางกลับกัน จะเป็นโอกาสสำหรับแพทย์ต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น ดังนั้นแนวโน้มของการแข่งขันในตลาดแรงงานที่สูงขึ้นจากชาวต่างชาติอาจจะสร้างแรงจูงใจให้แพทย์จำนวนมากลาออกจากภาครัฐและเข้าไปทำงานในภาคเอกชนอย่างเต็มเวลา

หากเป็นเช่นนั้นการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนนั้นย่อมจะมีลดน้อยลง ซึ่งผลเสียที่คาดว่าจะตามมาได้ คือแพทย์จะไม่สามารถพัฒนาทักษะการรักษาที่ทันสมัยได้เนื่องจากความสัมพันธ์กับโรงเรียนแพทย์ได้ถูกทำลายลง เมื่อแพทย์ไม่สามารถที่จะพัฒนาศักยภาพต่อไปได้ก็จะส่งผลกระทบในเชิงลบต่อนโยบาย Medical Hub ของไทยในที่สุด ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ควรได้รับการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ปี และ 37 ปี ตามลำดับ ดังนั้น หากเก็บกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า อาจทำให้ข้อค้นพบจากการศึกษาเปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายยังมีมุมมองต่อการนำเข้าแรงงานต่างชาติเพื่อมาให้บริการในระบบบริการสุขภาพของประเทศไม่ตรงกัน จึงสมควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลกระทบจากการนำเข้าแรงงานต่างชาติเข้ามาให้บริการในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ภาคผนวก ก.

หลักเกณฑ์ในการจัดทำแบบสอบถาม

- จุดประสงค์ของการจัดทำแบบสอบถาม

ต้องการข้อมูลสำหรับศึกษาปัจจัยการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพทั้งในบริบทระหว่างประเทศและภายในประเทศไทยหลังการมาถึงของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พ.ศ.2558 โดยการเคลื่อนย้ายภายในประเทศไทยประกอบไปด้วย 3 กลุ่มปัจจัยย่อย ได้แก่ หนึ่ง กลุ่มปัจจัยดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานพยาบาลภาครัฐ, สอง กลุ่มปัจจัยผลักดันให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เคยทำงานให้กับสถานพยาบาลภาครัฐย้ายไปทำงานในสถานพยาบาลเอกชน และ สาม กลุ่มปัจจัยดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานพยาบาลเอกชน ส่วนการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศ ประกอบไปด้วย 3 กลุ่มปัจจัยย่อย ได้แก่ หนึ่ง กลุ่มปัจจัยภายในประเทศที่ผลักดันให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพย้ายไปทำงานสถานพยาบาลต่างประเทศ, สอง กลุ่มปัจจัยจากต่างประเทศที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไปทำงานยังสถานพยาบาลต่างประเทศนั้นๆ และ สาม กลุ่มปัจจัยที่ดึงดูดให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยยังทำงานอยู่ในสถานพยาบาลประเทศไทย

กลุ่มปัจจัยย่อยในแต่ละกลุ่มต้องการข้อมูลจากประเภทของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกันออกไป โดยที่ประเภทของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เลือกสำหรับให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่มปัจจัยนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม สำหรับปัจจัยการเคลื่อนย้ายภายในประเทศในกลุ่มย่อยที่หนึ่งจะให้ตอบเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาครัฐ ในกลุ่มย่อยที่สองจะให้ตอบเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาคเอกชนและเคยมีประสบการณ์ทำงานในภาครัฐ กลุ่มย่อยที่สามจะให้ตอบเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในภาคเอกชน ส่วนในปัจจัยการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศนั้น จะมีการศึกษาจากทั้งในแง่ปัจจัยที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยเคลื่อนย้ายไปต่างประเทศ และในแง่ที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างประเทศเคลื่อนย้ายมายังประเทศไทย ดังนั้น กลุ่มย่อยที่หนึ่งและสองจะให้ตอบทั้งแพทย์และพยาบาลทั้งที่เป็นชาวไทยและชาวต่างประเทศ ส่วนกลุ่มย่อยที่สาม จะให้ตอบเฉพาะแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีความประสงค์จะไปทำงานในต่างประเทศ

- **รูปแบบการวิจัยและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่น่าสนใจ**

การวิจัยเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้างต้นจะเป็นการวิจัยแบบบรรยาย ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross section) จากกลุ่มตัวอย่างของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ศึกษาจะต้องมีหลักเกณฑ์เฉพาะในการเลือก ไม่สามารถสุ่มได้ เนื่องจากจะเห็นได้ว่ากลุ่มปัจจัยย่อยต่างๆที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในหัวข้อข้างต้นนั้นต้องการข้อมูลจากประเภทของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกันออกไป และแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ต้องมีศักยภาพที่จะไปทำงานยังต่างประเทศได้ด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพแบบเจาะจง (Purposive sampling)¹ เฉพาะที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเท่านั้น โดยจะมีหลักเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างทั้งสี่ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ประการแรก จะมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างกระจายให้ครบทุกภูมิภาค โดยจะเก็บตัวอย่างจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนอย่างน้อยภูมิภาคละ 1 แห่ง ประกอบไปด้วย ภาคกลางและกรุงเทพฯ, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออก, ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้การกระจายตัวอย่างสามารถครอบคลุมประชากรทุกภูมิภาคได้ ประการที่สอง หากเป็นโรงพยาบาลภาครัฐควรจะเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (University hospital network - UHOSNET) และหากเป็นโรงพยาบาลเอกชนควรเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านมาตรฐานระดับสากลเช่น JCI (Joint Commission International) หรืออยู่ในระหว่างการทำเรื่องขอ เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้น่าจะมีบุคลากรที่มีศักยภาพสูงเพียงพอที่จะไปทำงานที่ต่างประเทศได้หลายคน ประการที่สาม จะมีการแยกแยะกลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยและต่างชาติ และ ประการที่สี่ ภายใต้กลุ่มตัวอย่างชาวไทยนั้นจะมีการแยกแยะกลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพออกเป็นกลุ่มที่มีและไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้อาจจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศแตกต่างกัน นอกจากนี้จะมีการเก็บกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานในต่างประเทศในจำนวนที่มากกว่าเนื่องจากกลุ่มนี้เป็นตัวแทนของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่งานศึกษานี้ตั้งไว้มากกว่าอีกทั้งยังเป็นตัวแทนของประชากรแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ใหญ่กว่าด้วย ประการที่ห้า ในกรณีที่ไม่สามารถกระจายแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลที่ผ่านเงื่อนไขในประการที่สองได้ ทางคณะผู้วิจัยจะพยายามเลือกโรงพยาบาลที่ใกล้เคียงกับเงื่อนไขดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

¹ การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆของผู้วิจัย

หลังจากได้เงื่อนไขการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลที่ต้องการแล้ว ในส่วนของการเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพนั้นจะมีการกำหนดเป็นจำนวนคงที่โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการได้มาของกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ ซึ่งจากข้อมูลใน พ.ศ.2552 ที่แพทย์ในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 35,789 คน และพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 120,948 จะทำให้มีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพมากกว่าแพทย์ และเมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่มากกว่าจะส่งผลให้มีบุคลากรมากกว่า ทำให้มีข้อสรุปสำหรับการเก็บตัวอย่างดังต่อไปนี้ ประการแรก สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาด 1,000 เตียงขึ้นไปจะเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 75 คน และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 100 คน ประการที่สอง สำหรับโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงน้อยกว่า 1,000 เตียงจะมีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 30 คน และพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศจำนวน 50 คน ประการที่สี่ จะมีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศอย่างละ 1 คนจากแต่ละโรงพยาบาลที่มีการเก็บแบบสอบถาม² สาเหตุที่มีการเลือกเก็บกลุ่มตัวอย่างแค่ 1 คนเนื่องจากคณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่าสัดส่วนของแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศน่าจะมีน้อยมาก จากข้อมูลของแพทยสภา ใน พ.ศ.2555 ได้ระบุว่าจำนวนแพทย์ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 1.1 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่ทางแพทยสภาจัดเก็บข้อมูลได้เท่านั้น ดังนั้นหากเปรียบเทียบกับจำนวนการเก็บตัวอย่างแพทย์ที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศในแต่ละโรงพยาบาลที่อาจจะเท่ากับ 30 คนหรือ 75 คน ขึ้นอยู่กับจำนวนเตียงแล้วก็นับได้ว่าการเก็บตัวอย่างแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศเพียง 1 คนเป็นการเก็บจำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างจะสอดคล้องกับความเป็นจริง ประการที่ห้า จะมีการเก็บกลุ่มตัวอย่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติอย่างละ 1 คนจากแต่ละโรงพยาบาลที่มีการเก็บแบบสอบถาม เนื่องจากคาดการณ์ว่าแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติทำงานในประเทศไทยน้อยมาก นอกจากนี้จะเก็บตัวอย่างแรงงานต่างชาติจากโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐไม่น่าจะจ้างแรงงานต่างชาติเหล่านี้ และประการที่หก หากแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไม่ถึงเกณฑ์ที่คณะผู้วิจัยกำหนดไว้ข้างต้น ก็ให้ยึดจำนวนสูงสุดที่โรงพยาบาลนั้นมีไว้เป็นเกณฑ์แทน

² คณะผู้วิจัยไม่เลือกเก็บตัวอย่างจากกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ เนื่องจากสามารถหากกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ยาก และนอกจากนี้ยังมีงานศึกษาเคยศึกษาปัจจัยการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศจากกลุ่มตัวอย่างนี้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างนี้เพิ่มเติม

การเก็บตัวอย่างที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะได้รับจำนวนตอบรับกลับคืน (Responsive number) จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ข้างต้นร้อยละ 40 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

- **เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ**

เครื่องมือที่ใช้สำรวจคือแบบสอบถามข้อคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 มาตรา จำนวน 5 แบบสอบถามซึ่งใช้สำหรับเก็บข้อมูลจากประเภทของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ได้แก่ หนึ่ง แบบสอบถามแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ สอง แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ สาม แบบสอบถามแพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ สี่ แบบสอบถามแพทย์ชาวต่างชาติ และ ห้า แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพชาวต่างชาติ โดยที่คำถามในชุดแบบสอบถามทั้งหมดได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและสอบถามความคิดเห็นจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องตลาดแรงงานวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ

แบบสอบถามที่หนึ่งและสองมีทั้งหมด 6 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพยังทำงานในภาครัฐ ส่วนที่สาม ปัจจัยผลักดันให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพย้ายจากภาครัฐไปภาคเอกชน ส่วนที่สี่ ปัจจัยดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพทำงานในภาคเอกชน ส่วนที่ห้า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลักดันแพทย์/พยาบาลวิชาชีพออกจากการทำงานในประเทศ เพื่อไปทำงานยังต่างประเทศ และ ส่วนที่หก ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดึงดูดให้แพทย์/พยาบาลวิชาชีพยังทำงานในประเทศไทย ส่วนในแบบสอบถามที่สามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแพทย์ระหว่างประเทศ และ ส่วนที่สาม ผลกระทบต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพด้านสุขภาพของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ในปี พ.ศ.2558 และในแบบสอบถามที่สี่และห้ามีทั้งหมดสี่ส่วน ประกอบไปด้วย ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่สอง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายมาทำงานยังประเทศไทย ส่วนที่สาม ผลกระทบของ AEC ในภาพรวม และส่วนที่สี่ ผลกระทบต่อการตัดสินใจเคลื่อนย้ายแรงงานหลังมีการเปิดเสรีเคลื่อนย้ายแรงงานด้านบริการสุขภาพภายใต้ AEC ใน พ.ศ.2558

คำถามในส่วนของข้อคำถามปลายปิด จะประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานทั้งภายในประเทศ และระหว่างประเทศ³ โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 ในแต่ละปัจจัย (หากคิดว่าส่งผลน้อยก็ให้คะแนนน้อย และหากส่งผลมากก็ให้คะแนนมาก) หลังจากทีรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นแล้ว จะมีการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาหาค่ากลางชนิดต่างๆของแต่ละปัจจัย เช่น ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน ซึ่งหลักของการวิเคราะห์ค่ากลางที่ได้คือหากค่ากลางยังมีค่าสูงแสดงว่าปัจจัยนี้ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานมาก และหากค่ากลางมีค่าต่ำก็แสดงว่าปัจจัยส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานน้อย และในส่วนของข้อคำถามปลายเปิดจะเป็นคำถามเชิงขอทราบความเห็น ซึ่งจะมีการทำเป็นข้อสรุปแยกไว้จากข้อคำถามปลายปิด

● ผลลัพธ์จากการเก็บแบบสอบถาม

มีการกระจายแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลภาครัฐและกรุงเทพฯ ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขการเลือกกลุ่มตัวอย่างในทุกภูมิภาค ประกอบไปด้วย กรุงเทพฯ, ภาคกลาง, ภาคเหนือ, ภาคตะวันออก, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน ดังแสดงในตารางที่ 1ก

ตารางที่ 1ก จำนวนแบบสอบถามทั้งหมด, จำนวนเป้าหมายที่ต้องการและจำนวนที่เก็บได้จริง

	จำนวน ทั้งหมด (ชุด)	จำนวน เป้าหมาย (ชุด)	จำนวนที่เก็บ ได้จริง (ชุด)	จำนวนที่ใช้ใน การศึกษา (ชุด)
แพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงาน ต่างประเทศ	445	178	132	116
พยาบาลวิชาชีพไทยไม่มี ประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ	800	320	445	415
แพทย์ไทยที่มีประสบการณ์ทำงาน ต่างประเทศ	15	6	9	9
แพทย์ต่างชาติ	7	3	0	-
พยาบาลวิชาชีพต่างชาติ	7	3	1	1

³ คำถามเหล่านี้ได้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมและการตรวจทานจากแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในทีมวิจัยเรียบร้อยแล้ว

จากตารางที่ 1ก จะเห็นได้ว่าการกระจายแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 กลุ่ม ซึ่งทางคณะผู้วิจัยได้รับจำนวนแบบสอบถามที่สามารถนำไปประมวลผลได้ครบตามเป้าหมาย 2 กลุ่ม และไม่ครบตามเป้าหมาย 2 กลุ่ม กล่าวคือ มีการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มแพทย์ไทยที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศทั้งหมด 445 ชุด มีจำนวนเป้าหมายขั้นต่ำ อย่างน้อยคือ ร้อยละ 40 จากจำนวนทั้งหมดซึ่งเท่ากับ 178 ชุด แต่ได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเพียง 116 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 132 ชุด) ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศได้ส่งไปทั้งหมดจำนวน 800 ชุด มีจำนวนเป้าหมายขั้นต่ำคือ 320 ชุด และได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 415 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 445 ชุด) สำหรับแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศนั้นส่งไปทั้งหมด 15 ชุด มีจำนวนขั้นต่ำที่ต้องการเท่ากับ 6 ชุด และได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 9 ชุด (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 9 ชุด) และมีการส่งแบบสอบถามสำหรับแพทย์และพยาบาลชาวต่างชาติไปอย่างละ 7 ชุด ต้องการจำนวนขั้นต่ำกลับคืน 3 ชุด แต่ไม่ได้รับกลับคืนจากแพทย์ต่างชาติ และได้รับจำนวนตอบกลับที่ใช้ประมวลผลได้จริงเท่ากับ 1 ชุดเท่านั้น (จากจำนวนตอบกลับทั้งหมด 1 ชุด) ซึ่งหลังจากการรวบรวมแบบสอบถามที่ใช้ประมวลผลได้จริงทั้งหมดและคำนวณค่าการตอบรับกลับคืน (Responsive number) พบว่ามีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 42.5 ของจำนวนแบบสอบถามทั้งหมดที่ส่งออกไป

จำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนดังกล่าวจะถูกนำไปประมวลผลและนำไปวิเคราะห์แนวโน้มของระบบบริการสุขภาพและตลาดแรงงานวิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งการตีความข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในจำนวนที่จำกัดจำเป็นต้องกระทำด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง

- **หลักเกณฑ์ในการเลือกโรงพยาบาลสำหรับสัมภาษณ์**

- O จุดประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อสอบถามข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวโน้ม, ผลกระทบและปัญหาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในบริบทภายในและระหว่างประเทศหลังการมาถึงของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ใน พ.ศ.2558 รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาในแง่ของวิธีการผลิตและปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาให้สอดคล้องกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพในอนาคตในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในฐานะผู้จ้างแรงงาน

O หลักการในการเลือกโรงพยาบาลสำหรับสัมภาษณ์

ทางคณะผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์กับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในตำแหน่งผู้บริหารของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเนื่องจากต้องการความเห็นจากผู้จ้างแรงงานจากองค์กรที่มีเป้าหมายแตกต่างกัน โดยมีหลักเกณฑ์ในการเลือกสัมภาษณ์ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน อย่างน้อยอย่างละหนึ่งแห่งจากจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งในแต่ละภูมิภาคที่น่าจะได้รับผลกระทบจากการเกิดขึ้นของ AEC ทั้งในแง่อุปสงค์(คนใช้ต่างชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งชาวอาเซียนมาใช้บริการได้สะดวก) และอุปทาน (แรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเดินทางไปทำงานยังประเทศเพื่อนบ้านได้สะดวก) ดังนั้นโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่จะทำการสัมภาษณ์ควรเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพในการรองรับคนใช้ต่างชาติได้สูง หรือเป็นโรงพยาบาลที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกับประเทศเพื่อนบ้าน เพราะคนใช้จากประเทศเพื่อนบ้านจะสามารถเดินทางเข้ามารักษาได้โดยง่าย

ด้วยหลักเกณฑ์ดังกล่าว ทำให้คณะผู้วิจัยเลือกสัมภาษณ์โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในภาคกลาง, ภาคตะวันออก, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ซึ่งในส่วนของภาคกลาง คณะผู้วิจัยเลือกที่จะสัมภาษณ์โรงพยาบาลภายในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยมากที่สุด มีความหนาแน่นของจำนวนโรงพยาบาลต่อประชากรมากที่สุด มีคนใช้ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก และแพทย์และพยาบาลวิชาชีพน่าจะมีศักยภาพเพียงพอในการที่จะไปทำงานในต่างประเทศ, ภาคตะวันออกคณะผู้วิจัยเลือกจังหวัดชลบุรีเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เป็นเขตการลงทุนและเป็นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมต่างๆ ซึ่งทำให้มีชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากอาศัยอยู่ในบริเวณนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะผู้วิจัยเลือกจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพในแถบอีสานเหนือ มีถิ่นที่ตั้งอยู่ใกล้กับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งทำให้มีคนใช้จากประเทศลาวจำนวนมากเดินทางเข้ามาใช้บริการทางสุขภาพที่จังหวัดนี้ สำหรับภาคเหนือ คณะผู้วิจัยเลือกที่จะสัมภาษณ์โรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางทั้งทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพในแถบภาคเหนือของประเทศไทยและมีพรมแดนติดกับประเทศพม่าซึ่งทำให้มีคนใช้ชาวพม่าเข้ามารักษาค่อนข้างมาก

ทางคณะผู้วิจัยไม่เลือกสัมภาษณ์กับผู้บริหารของโรงพยาบาลในภาคใต้ แม้ว่าจะเป็นพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศมาเลเซียก็ตาม เนื่องจากเล็งเห็นว่าประเทศเพื่อนบ้านทางตอนใต้ของไทยอย่างเช่นมาเลเซียและสิงคโปร์มีระบบบริการสุขภาพที่ดี และกำลังดำเนินนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติแข่งขันกับประเทศไทยอยู่แล้ว นอกจากนี้ ความแตกต่างในแง่ของภาษาและวัฒนธรรมน่าจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้คนใช้จากมาเลเซีย สิงคโปร์ หรืออินโดนีเซียที่เข้ามา

บริการทางสุขภาพในเมืองไทยไม่น่าเพิ่มขึ้นมากนักหลังการเปิด AEC ยิ่งไปกว่านั้นภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยยังประสบปัญหาความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลในภาคใต้จึงไม่น่าจะได้รับผลกระทบมากนักจาก AEC

- **ผลลัพธ์จากการสัมภาษณ์**

โดยสรุปแล้วคณะผู้วิจัยได้สัมภาษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพฯ 1 แห่ง จังหวัดชลบุรี 1 แห่ง, จังหวัดเชียงใหม่ 1 แห่ง และจังหวัดอุดรธานี 1 แห่ง และได้สัมภาษณ์โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ 4 แห่ง จังหวัดชลบุรี 1 แห่ง จังหวัดเชียงใหม่ 1 แห่ง และจังหวัดอุดรธานี 1 แห่ง

สรุปสาระสำคัญ
การประชุมระดมความคิดเห็น
โครงการ “การพัฒนาและการผลิตบุคลากรในการให้บริการสุขภาพ
เพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ”

จัดโดย วิทยาลัยประชากรศาสตร์และคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันพฤหัสบดีที่ 3 ตุลาคม 2556 เวลา 08.30-13.00 น.

ณ ห้องประชุมศศนิเวศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ภาพรวมของผลการวิจัย

การเปิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ถือได้ว่าเป็นความท้าทายสำหรับรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของไทย ที่จะร่วมกันเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอุปสงค์อุปทานของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในอนาคต ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ ครอบคลุมใน 4 ส่วน ดังนี้

(1) การศึกษาด้านสารถะของกติกากการเคลื่อนย้ายภายใต้กรอบความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (AFAS) สามารถแบ่งข้อค้นพบของการวิจัยในส่วนนี้เป็น 2 แนวทาง แนวทางแรกคือการเปิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนของบุคลากรสุขภาพ (แพทย์และพยาบาล) ในกรอบความตกลงการค้าบริการอาเซียน (AFAS) จากการลงนามในพิธีสารอนุวัติข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการชุดที่ 8 (8th Package) ส่งผลให้ประเทศสมาชิกอาเซียนได้กำหนดเป้าหมายในการลดอุปสรรคทางการค้าบริการด้านสุขภาพตามแผนประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยในรูปแบบที่ 1: การให้บริการข้ามพรมแดน และรูปแบบที่ 2: การบริโภครบริการในต่างประเทศมีเป้าหมายให้ยกเลิกข้อจำกัดทั้งหมด ในขณะที่รูปแบบที่ 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ อนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนเข้ามาจัดตั้งธุรกิจโดยถือหุ้นได้ถึงร้อยละ 70 นับตั้งแต่ พ.ศ. 2553 / ค.ศ. 2010 เป็นต้นไป และรูปแบบที่ 4: การให้บริการโดยบุคคล ระบุไม่ผูกพัน ทำให้แต่ละประเทศสมาชิกยังไม่แสดงข้อผูกพันต่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีในอาเซียน แต่ก็ได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRA) ด้านคุณสมบัติในบริการด้านวิชาชีพแพทย์ (2551) และพยาบาล (2549) เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายในอนาคต

สำหรับแนวทางที่สอง คือ การเปิดเสรีทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบริการวิชาชีพด้านการแพทย์และพยาบาล ซึ่งพบว่าประเทศสมาชิกอาเซียน ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์

ไทย และเวียดนาม ได้แสดงข้อผูกพันในการเปิดเสรีการค้าบริการทางการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นระดับที่มีความเกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรวิชาชีพแพทย์และพยาบาลไว้แล้ว

(2) การศึกษาเรื่องปัจจัยดึงดูด ปัจจัยผลัก และปัจจัยอุปสรรคของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทย จากการศึกษา พบว่า แนวโน้มของการที่แพทย์พยาบาลชาวต่างชาติจะเข้ามาทำงานในประเทศไทยหลังการเกิด AEC นั้นมีน้อยมาก โดยปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลต่อแพทย์และพยาบาลวิชาชีพต่างชาติให้เข้ามาทำงานในประเทศไทย ได้แก่ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีกว่า การสนับสนุนการทำวิจัยที่มีมากกว่า ค่าตอบแทนที่สูงกว่า สภาพการแข่งขันของตลาดแรงงานพยาบาลที่ต่ำกว่า ในขณะที่ผลการศึกษาแนวโน้มของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยที่จะไหลออกไปทำงานในต่างประเทศนั้นก็พบว่าพบว่ามีสัดส่วนของผู้ที่ต้องการที่จะไปทำงานในต่างประเทศนั้นมีน้อยมากเช่นกัน โดยส่วนใหญ่ต้องการไปทำงานเพียงชั่วคราวเท่านั้น สำหรับปัจจัยผลักดันจากไทยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่สุด ที่ทำให้แพทย์/ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ และแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานต่างประเทศ มี/เคยมี ความต้องการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าตอบแทนที่น้อยกว่า และสวัสดิการที่ให้ประโยชน์น้อยกว่า นอกจากนี้ ก็มีความจำกัดของโอกาสในการฝึกทักษะระดับสูง หรือ โอกาสการศึกษาต่อในประเทศไทย และภาระงานที่หนักและล้นเกินของแพทย์และพยาบาลไทย

สำหรับปัจจัยดึงดูดจากต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ที่ส่งผลให้แพทย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพไทยต้องการย้ายถิ่นไปทำงาน ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าตอบแทนที่มากกว่า ในขณะที่ปัจจัยดึงดูดด้านการงานที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจย้ายถิ่นของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ โอกาสในการฝึกทักษะระดับสูง/ โอกาสการศึกษาต่อ และการสนับสนุนการทำวิจัยในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม การย้ายถิ่นไปทำงานของแพทย์และพยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นไปได้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากมีปัจจัยอุปสรรคในการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ (ทั้งในและนอกอาเซียน) ทั้งที่เกิดในประเทศต้นทาง (ไทย) และในประเทศปลายทาง รวมถึงปัจจัยอุปสรรคที่เกิดจากลักษณะของตัวผู้ย้ายถิ่นเอง ได้แก่ อุปสรรคด้านภาษาและการปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมปลายทาง ความไม่ต้องการจากครอบครัว ความเคยชินและความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงานในประเทศไทย อาทิ ค่าตอบแทน วัฒนธรรมการทำงาน ความท้าทายทางการงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและเครือข่ายทางสังคมไทย ความรักชาติ และความต้องการทำงานเพื่อรับใช้คนในชาติ การทำงานชดใช้ทุนจนครบตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในเงื่อนไขการรับทุน

(3) การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการผลิตบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาลในประเทศที่มีศักยภาพในอาเซียน อาทิ ไทย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ สำหรับกลุ่มแพทย์นั้น มีความ

แตกต่างกันอย่างชัดเจน เนื่องจากการผลิตแพทย์ในประเทศไทยยังคงมีแนวทางหลักเพื่อตอบสนองความต้องการภายในประเทศ ทำให้การจัดการศึกษา หลักสูตรและเงื่อนไขหลังจบการศึกษา ยังไม่เอื้อต่อการมุ่งแข่งขันในเชิงธุรกิจการศึกษาในระดับภูมิภาค เมื่อเปรียบเทียบกับสิงคโปร์หรือฟิลิปปินส์ นอกจากนี้ การวางโครงสร้างด้านแพทยศาสตรศึกษาของไทยเพื่อรองรับเรื่อง AEC หรือความเป็นนานาชาติในอนาคต เป็นวิสัยทัศน์การดำเนินการเฉพาะสถาบันมากกว่าการผลักดันเชิงระบบของแพทยศาสตรศึกษาในประเทศไทยในภาพรวม และแม้จะมีหลักสูตรของหลายสถาบันที่จัดให้มีรายวิชาเลือกในการส่งเสริมศักยภาพของบัณฑิตแพทย์ที่จะจบมาให้ความพร้อมและขีดความสามารถในการแข่งขันสำหรับอนาคตได้ แต่ในทางปฏิบัติ นิสิตนักศึกษายังไม่ได้รับข้อมูลเชิงเศรษฐกิจหรือสังคม ผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เจตคติหรือเตรียมความพร้อมในเรื่อง AEC ทำให้มีความจำกัดในมุมมองและอนาคตของตนเอง โดยเฉพาะโอกาสที่อาจเกิดขึ้นจาก AEC

สำหรับกลุ่มพยาบาล พบว่าลักษณะการจัดการศึกษาพยาบาลของทั้งสามประเทศมีความแตกต่างกัน โดยประเทศไทยหลักสูตรทั้งหมดจะเป็นหลักสูตรปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี ในขณะที่การจัดหลักสูตรในประเทศฟิลิปปินส์และสิงคโปร์ ยังมีระดับประกาศนียบัตรซึ่งเน้นให้พยาบาลระดับพื้นฐาน มีสมรรถนะในการทำงานระดับหนึ่ง ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าหากพยาบาลเหล่านี้ต้องการที่จะเติบโตหรือมีความก้าวหน้าในสายงาน จำเป็นที่จะต้องศึกษาต่อให้ได้ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

(4) ข้อเสนอแนะต่อการปรับตัวในการเตรียมความพร้อมของแพทย์และพยาบาลของไทย มีการแยกการนำเสนอตามรูปแบบของการเปิดเสรีในภาคการบริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1: การให้บริการข้ามพรมแดน จำเป็นต้องศึกษาและเพิ่มรายละเอียดเกี่ยวกับกฎข้อบังคับสำหรับการเปิดเสรีในหมวดนี้ให้มากขึ้น เนื่องจากกฎระเบียบข้อบังคับสำหรับการเปิดเสรีทางภาคบริการใน Mode นี้ยังไม่ชัดเจนเท่าใด

รูปแบบที่ 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ การเปิดเสรีในหมวดนี้ส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของอุปสงค์ของชาวต่างชาติในการเข้ารับบริการทางสุขภาพในไทยทำให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพไทยจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพให้มีขีดความสามารถที่เพิ่มขึ้นเพื่อรองรับการมาถึงของคนไข้ต่างชาติที่จะมาพร้อมกับประเภทการรักษาและวัฒนธรรมที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แล้วสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นคือการที่ธุรกิจการให้บริการสุขภาพในภาคเอกชนจะขยายตัวมากขึ้นทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐสู่ภาคเอกชนในอัตราที่สูงขึ้น

ซึ่งจะยิ่งเป็นการซ้ำเติมปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลวิชาชีพในภาครัฐได้ ดังนั้น จึงมีการรวบรวมข้อเสนอแนะต่อการรับมือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสองส่วนคือหนึ่ง ส่วนของการพัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในเชิงของการปรับหลักสูตร และ สอง ส่วนของการลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน

รูปแบบที่ 3: การจัดตั้งธุรกิจเพิ่มให้บริการ ควรส่งเสริมให้ประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการศึกษาของภูมิภาค (Medical and Nursing Education Hub) ในการอบรมหรือผลิตแพทย์และพยาบาลในระดับเฉพาะทาง และในสาขาที่ขาดแคลน ด้วยการร่วมมือและร่วมลงทุนกับมหาวิทยาลัยชั้นนำจากต่างประเทศ (World class) ทั้งในและนอกอาเซียน

รูปแบบที่ 4: การให้บริการโดยบุคคล ควรพัฒนาให้ประเทศไทยเป็น Medical Education Hub และ Nursing Education Hub โดยทำให้ไทยเป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกฝนทักษะทางการแพทย์และพยาบาล รวมถึงการสนับสนุนให้ทุนแบบ G2G แก่ประเทศเพื่อนบ้านในแถบ CLMV จะช่วยพัฒนาทักษะ มาตรฐาน และคุณภาพของบุคลากรทางสุขภาพของประเทศเหล่านี้ได้ ซึ่งในระยะยาวอาจจะทำให้การนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศ CLMV เป็นที่ยอมรับมากขึ้น รวมถึงควรมีการสนับสนุนทุนเพื่อการแลกเปลี่ยนอาจารย์แพทย์และพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และพยาบาล กับประเทศสมาชิก ในส่วนของการนำเข้าแพทย์จากต่างชาติดำเนินงานในประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงผลกระทบต่อการไหลออกของแพทย์จากภาครัฐสู่เอกชน เนื่องจากการนำเข้าแพทย์จากต่างประเทศจะทำให้ค่าตอบแทนของแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้นรวมกับการแข่งขันในตลาดแรงงานที่สูงขึ้นจากชาวต่างชาติอาจจะสร้างแรงจูงใจให้แพทย์จำนวนมากลาออกจากภาครัฐและเข้าไปทำงานในภาคเอกชนอย่างเต็มเวลา

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความสำคัญของการวิจัย และข้อเสนอแนะของโครงการวิจัย โดยในปัจจุบัน มีสถานศึกษาบางส่วนเริ่มมีการดำเนินการตามที่โครงการวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะไปแล้ว ในขณะที่ยังมีสถานศึกษาอีกมากที่ยังคงต้องปรับตัว โดยเห็นด้วยต่อการปรับตัวตามข้อเสนอแนะ

2. ข้อเสนอแนะต่อการปรับตัวในการเตรียมความพร้อมของแพทย์และพยาบาลของไทย

ที่ประชุมได้เสนอข้อคิดเห็น รวมถึงแนวทางในการปรับปรุงข้อเสนอแนะของงานวิจัยในการเตรียมความพร้อมของแพทย์และพยาบาลไทยเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญแยกตามรูปแบบของการเปิดเสรีในภาคบริการทางสุขภาพดังนี้

2.1 Mode 1: การให้บริการข้ามพรมแดน

O การให้บริการทางสุขภาพข้ามพรมแดนที่เป็นไปได้สำหรับประเทศไทย และเป็นบริการที่บางโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาดำเนินการอยู่แล้ว แบ่งได้เป็น 2 รูปแบบด้วยกันคือ

1) การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ข้ามพรมแดนผ่านระบบ Telemedicine ส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลเอกชน สิ่งที่ต้องกำหนดให้ชัดเจนในการให้บริการนี้คือ Rules and Regulations ในการให้คำปรึกษาระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการและรับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่รับผิดชอบต่อการรักษาหากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นควรเป็น “หน่วยงานต้นทางที่ให้การรักษาผู้ป่วย” หรือผู้ที่ขอรับคำปรึกษา สำหรับการให้บริการ Telemedicine ที่ประเทศไทยสามารถทำได้ คือ การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ข้ามพรมแดนกับประเทศในกลุ่ม CLMV (กัมพูชา สปป.ลาว พม่า และเวียดนาม) โดยดำเนินการในรูปแบบของการสร้างความร่วมมือหรือให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้าน

ทั้งนี้ การทำ Telemedicine ในด้านการพยาบาลยังไม่สามารถทำได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยนั้นพยาบาลและผู้ป่วยต้องมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง (human response) ดังนั้น แนวทางที่เป็นไปได้ในการให้บริการข้ามพรมแดนเกี่ยวกับการพยาบาลคือ งานด้านการฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ

2) การจัดการเรียนการสอนทางไกล หรือการประชุมด้านการบริหารจัดการและงานเชิงนโยบายผ่านระบบ Teleconference ซึ่งปัจจุบันมีบางสถาบันการศึกษาที่ดำเนินการอยู่แล้ว ดังนั้น ในอนาคต ควรมีการให้บริการในลักษณะของ “Knowledge Sharing” ให้มากขึ้น โดยสามารถทำในรูปแบบของการจัดให้มีการเรียนร่วมในบางรายวิชา และการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในเชิงบริหารจัดการและการกำหนดนโยบายร่วมกัน

2.2 Mode 2: การบริโภคบริการในต่างประเทศ

ข้อเสนอแนะใน Mode 2 ของงานวิจัยสอดคล้องกับความกังวลต่อสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่มีอยู่แล้วภายในตลาดแรงงานของบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงปัญหาด้านคุณภาพในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของไทย ดังนั้น แนวทางที่นำเสนอจากที่ประชุมจึงใกล้เคียงและเสริมกับข้อเสนอแนะหลักของงานวิจัย ดังนี้

O สถาบันการศึกษาควรมีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรเพื่อรองรับการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) โดยคำนึงถึงการปลูกฝังให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลมีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (21st Century Skills) อย่างเป็นระบบและทั่วถึงทุกสถาบัน อีกทั้ง ต้อง

พัฒนาให้นักศึกษาสามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ทั้งในเชิงวิชาชีพและการสื่อสารทั่วไปกับคนใช้ รวมถึงเรียนรู้วัฒนธรรมอันหลากหลายของคนใช้จากประเทศต่างๆ ทั้งในและนอกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อรองรับคนใช้ชาวต่างชาติที่จะเข้ามาใช้บริการมากขึ้นภายหลังจากการเปิดเสรีภาคการค้าบริการในปี พ.ศ. 2558 ยิ่งไปกว่านั้น ในอนาคตควรมีการพัฒนาหลักสูตรที่มีการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อดึงดูดนักศึกษาจากประเทศอื่นๆ ในอาเซียนให้เข้ามาศึกษาต่อในประเทศไทยมากขึ้น

○ สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ควรให้ความสำคัญกับการทำงานแบบสหวิทยาการทั้งในวงการแพทย์และพยาบาล โดยเริ่มฝึกการทำงานรูปแบบนี้ตั้งแต่ในสถาบันการศึกษา เช่น ส่งเสริมให้มีบางรายวิชาที่เรียนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาล เกษษกร และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบวงจร

○ การสนับสนุนทุนทำวิจัยทั้งในกลุ่มนักศึกษาและอาจารย์แพทย์และพยาบาล ตลอดจนกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่กำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนานวัตกรรมการรักษาพยาบาลในยุคแห่งการเกิดโรคใหม่ๆ จากผู้ป่วยหรือผู้ย้ายถิ่นกลุ่มอื่นๆ ที่เข้ามาในประเทศไทย ในขณะเดียวกัน การส่งเสริมทุนวิจัยในกลุ่มอาจารย์แพทย์และพยาบาลยังเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรเหล่านั้นยังคงทำงานอยู่ในสถานพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาของภาครัฐต่อไป

○ การจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ ต้องให้ความสำคัญการสร้างบุคลากรในระดับอาจารย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างอาจารย์พยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษา ที่มีความรู้ความสามารถทั้งด้านการวิจัย เทคโนโลยี และภาษาอังกฤษ รวมถึงเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่ออาชีพพยาบาลเพื่อปลูกฝังและสร้างพยาบาลรุ่นต่อไปให้มีทั้งความรู้ความสามารถในเชิงวิชาชีพ และมีความมุ่งมั่นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล ไม่เปลี่ยนสายอาชีพในภายหลัง ทั้งนี้ อาจพิจารณาแนวทางอื่นๆ ที่ช่วยเพิ่มจำนวนนักศึกษาที่จะเข้าศึกษาต่อเพื่อออกมาเป็นอาจารย์พยาบาล เช่น การเปิดรับผู้จบการศึกษาจากสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ (กำหนดโควตาการรับเข้า) ให้เข้ามาศึกษาต่อเพื่อเป็นอาจารย์พยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษา (ปริญญาโทขึ้นไป)

○ การสร้างความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาภายในประเทศอย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง เพื่อจัดให้มีการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทั้งในด้านการแพทย์พยาบาล รวมถึงการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการ และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสถาบันการศึกษาในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอย่างไม่เท่าเทียมกัน

O การปลูกฝังคุณธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์และพยาบาล ตลอดจนทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานในสายอาชีพดังกล่าวตั้งแต่ในระบบการเรียนการสอน ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อค้นหาสาเหตุและรูปแบบที่จะรักษาบุคลากรด้านสุขภาพไว้ในระบบให้มากที่สุด เนื่องจากปัจจุบันมีอัตราการออกงานและเปลี่ยนสายอาชีพสูง โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลที่มีอายุนาน 1-3 ปีแรก

2.3 Mode 3: การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ

ที่ประชุมเห็นด้วยกับแนวทางในการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาแพทย์และพยาบาลของภูมิภาค (Medical and Nursing Education Hub) รวมถึงสร้างความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยชั้นนำจากต่างประเทศ ทั้งในและนอกอาเซียน ในขณะที่แนวทางที่กำหนดให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) นั้น ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้อย่างแท้จริง เนื่องจากข้อจำกัดด้านการขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลภายในประเทศไทยเอง แม้จะมีการนำเข้าบุคลากรเหล่านี้เข้ามาทำงานจากต่างประเทศ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านภาษาทั้งการสอบใบอนุญาตทำงาน การทำเวชระเบียน และการสื่อสารกับคนไข้ ทำให้แพทย์และพยาบาลต่างชาติเหล่านี้ยังไม่สามารถปฏิบัติงานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่วนใหญ่ทำงานในฝ่ายสนับสนุนของสถานพยาบาลต่างๆ มากกว่า

2.4 Mode 4: การให้บริการโดยบุคคล

ที่ประชุมเห็นพ้องกันว่าการเปิดเสรีอาเซียนภาคการค้าบริการอันจะนำไปสู่การเคลื่อนย้ายของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนั้น ไม่ส่งผลกระทบต่อการไหลออกของแพทย์และพยาบาลไทยไปต่างประเทศมากนัก แต่มีความกังวลต่อสถานการณ์การไหลออกของบุคลากรดังกล่าวภายในประเทศไทยมากกว่า โดยเป็นการไหลออกจากสถานพยาบาลของรัฐไปสู่ภาคเอกชน และระหว่างสถานพยาบาลของเอกชนด้วยกันเอง ทั้งนี้ ที่ประชุมได้เสนอแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับทั้งความท้าทายจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางด้านสุขภาพจากต่างประเทศ และปัญหาในปัจจุบันของวงการแพทย์และพยาบาลของไทย ดังนี้

O การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะเผชิญกับความท้าทายจากการเคลื่อนย้ายของแรงงานวิชาชีพแพทย์และพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยให้ความสำคัญกับทักษะด้านภาษาอังกฤษในเชิงวิชาชีพและการสื่อสารกับคนไข้ ทักษะในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ทางการแพทย์และพยาบาล รวมถึงมีคุณธรรมและจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ ในอนาคตที่จะมีการเปิด

สอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาอังกฤษ ถือเป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรด้านสุขภาพจากต่างประเทศทั้งในและนอกภูมิภาคอาเซียนเข้ามาทำงานในประเทศมากขึ้น ดังนั้น ต้องส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาลของไทยตระหนักรู้ถึงความท้าทายที่กำลังจะเกิดขึ้นอย่างทั่วถึงในทุกภูมิภาคของประเทศ ตลอดจนได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างเท่าเทียมกัน

○ ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนอาจารย์แพทย์และพยาบาลในระดับหัวกะทิเข้ามาทำงานในรูปแบบของการสอน ให้คำปรึกษา ทำการรักษาพยาบาล และทำวิจัยร่วมกับบุคลากรของไทย

○ ควรพิจารณาถึงการลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลในกรณีที่ไม่เกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาล เช่น การดำเนินงานด้านเอกสารต่างๆ การทำประกันคุณภาพของหน่วยงาน โดยจัดให้มีหน่วยงานหรือบุคลากรในส่วนอื่นมารับผิดชอบงานด้านนี้โดยเฉพาะ เพื่อให้แพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาลเป็นอันดับแรก รวมถึงมีเวลาเพิ่มเพื่อไปพัฒนาศักยภาพของตนเองทั้งในด้านการฝึกอบรมและการทำวิจัย

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ที่ประชุมได้นำเสนอข้อสังเกตต่อผลการศึกษาด้านระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนประเด็นสำคัญที่ควรทำการวิจัยต่อไปเพื่อหาคำตอบที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์กับการวางแผนด้านการพัฒนาและผลิตบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในอนาคต โดยมีสาระสำคัญดังนี้

3.1 คณะวิจัยควรนำเสนอผลการศึกษารื่องปัจจัยตั้ง ปัจจัยหลัก และปัจจัยอุปสรรคของการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์และพยาบาลวิชาชีพแบบแยกกลุ่ม ระหว่างกลุ่มประเทศที่มีระดับการพัฒนาที่แตกต่างกันในอาเซียน เช่น ประเทศฟิลิปปินส์และประเทศสิงคโปร์ในฐานะที่เน้นการส่งออกและนำเข้าบุคลากรด้านสุขภาพ และกลุ่มประเทศ CLMV ที่มีระดับการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพด้อยกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค

3.2 ควรมีการศึกษาแนวโน้มของอัตราการเข้า-ออกของบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ที่มีอัตราการลาออกสูง และมีการเปลี่ยนสายอาชีพไปทำงานประเภทอื่น

3.3 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแรงจูงใจในการทำงานในสายอาชีพแพทย์และพยาบาล รวมถึงระบบที่จะช่วยลดอัตราการลาออกของบุคลากรในกลุ่มนี้ เพื่อลดอัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ

รายนามผู้เข้าร่วมการประชุมระดมความคิดเห็น

ที่	ชื่อ	ตำแหน่ง/หน่วยงาน
1	ผศ. ดร.จริยา วิทยะศุภกร	ผู้อำนวยการ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
2	รศ. ดร.พองคำ ตีลกสกุลชัย	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3	ผศ.ภัสพร ขำวิชา	คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการุณย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4	รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5	ดร.รัตติยา ฤทธิรงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท
6	ผศ. ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
7	ดร.ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
8	นางศุภาพิชญ์ โพนโบร์แมนน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
9	รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
10	นาวาโทหญิงสุวพัทธ์ เวศม์วิบูลย์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ
11	ผศ. พ.ต.ท.หญิง ดร. สมสุข ภาณุรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
12	พ.ต.อ. นพ. นัตรชัย อังสุโรจน์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
13	ผศ. พญ. นัตรประอร งามอุโฆษ	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
14	ศ. นพ. ประวิตร อัครวานนท์	รองคณบดีฝ่ายวางแผนและพัฒนา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
15	รศ. นพ. นิพัฐ พีระเวช	The World Medical Center
16	วารินทร์ เจียไพบูลย์	Associate HR. Director บริษัทสมิติเวช จำกัด มหาชน
17	นพ. จิตจำลอง หะรินสุต	โรงพยาบาลสมิติเวช
18	พ.อ. หญิง ผศ. สุธีพร พ่วงพงษ์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า