



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ แนวโน้มการลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของภาค
ธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์

โดย ดร. นพพล วิทย์วรพงศ์ และ ดร. ธีชนันท์ โกมลไพศาล

เมษายน 2558

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ แนวโน้มการลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของภาค ธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์

คณะผู้วิจัย

สังกัด

หัวหน้าโครงการ

ดร. นพพล วิทย์วรพงศ์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นักวิจัย

ดร. รัชันท์ โกมลไพศาล

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยนักวิจัย

น.ส. ชิตาพร รัตน์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยนักวิจัย

นายภคภพ วรอรชรธรรม

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดโครงการการศึกษาเงินลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของประเทศไทย
สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

คำนำ

โครงการ “แนวโน้มการลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลยุทธ์และวิเคราะห์ข้อจำกัดของผู้ประกอบการในภาคธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยในการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ วิเคราะห์ผลกระทบจากนโยบายและมาตรการสนับสนุนการลงทุนของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลกระทบจากกลยุทธ์ของผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนในการลงทุนทางตรงในต่างประเทศ ต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย และสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาลผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย

งานศึกษานี้แบ่งเป็น 7 บท เริ่มจากบทที่ 1 คือ บทนำ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงความเป็นมาและความสำคัญของหัวข้องานวิจัย บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นการสร้างกรอบการวิเคราะห์และชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของวรรณกรรม บทที่ 3 ความตกลงที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนด้านการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ อันเป็นการอธิบายสภาพแวดล้อมในระดับนานาชาติที่ในทางทฤษฎีควรช่วยสนับสนุนการลงทุน บทที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย และ บทที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ เป็นการชี้ให้เห็นถึงความพร้อมทางด้านอุปทานของผู้ประกอบการไทยและความขาดแคลนของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ อันจะนำไปสู่การค้าและการลงทุนได้ บทที่ 6 กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์และผลการศึกษา เป็นการอธิบายว่างานวิจัยนี้ได้รับข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่มและสรุปบทสัมภาษณ์ทั้งหมด และสุดท้าย บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากทุกบทก่อนหน้าและเสนอเป็นมาตรการที่รัฐสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลได้ ระเบียบวิธีวิจัยในงานนี้ คือ การทำวรรณกรรมปริทัศน์ การหาข้อมูลจากชาวต่างชาติ และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับนักวิชาการ หน่วยงานเอกชน และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้ครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสำหรับความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้รู้และนักวิชาการหลายฝ่ายด้วยกัน เริ่มจากผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่สนับสนุนทุนการวิจัย รวมทั้ง รศ.ดร.ปัทมาวดี ชูชูภิ รศ.ดร.อิสรา ศานติศาสตร์ ผศ.ดร.กรรณิย์ ชีวะตระกูลพงษ์ และคุณรุ่งนภา ลัดนาพรวิสิฐ ที่สนับสนุนช่วยเหลือรวมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ อีกทั้งต้องขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รศ.ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และรศ.ดร.โสทธิธร มัลลิกะมาส ที่ให้คำแนะนำในการพัฒนางานศึกษานี้ให้ดียิ่งขึ้น

และสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลต่างๆ แต่ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง คือ ดร.เชียรช่วง กัลยาณมิตร และคุณณณมล น้อยอำ ที่ช่วยเป็นธุระประสานผู้ให้สัมภาษณ์ท่านอื่นให้เป็นอย่างดี

นพพล วิทย์วรพงศ์ และ รัชพันธ์ โกมลไพศาล

เมษายน 2558

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
บทคัดย่อ	v
Abstract	vii
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
1.3 แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน	6
1.4 แผนการทำงาน	8
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ	9
บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	10
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจไทย	16
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ	19
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาล	30
บทที่ 3 ความตกลงที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ ระหว่างประเทศ	35
3.1 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC)	36
3.2 ความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS)	37
3.3 ความตกลงว่าด้วยการลงทุนที่มีความครอบคลุมของอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA)	38
3.4 ความก้าวหน้าของการเจรจาการค้าบริการด้านสุขภาพ	42
บทที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย	45
4.1 สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	45
4.2 ระบบสุขภาพในประเทศไทย	46
4.3 ตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทย	49
บทที่ 5 ข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ ในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์	55
5.1 ประเทศกัมพูชา	55
5.2 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	67
5.3 ประเทศเมียนมาร์	85

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์และผลการศึกษา.....	92
6.1 กลุ่มตัวอย่าง: ผู้เล่นในตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศของประเทศไทย.....	92
6.2 ผลการศึกษา	115
บทที่ 7 การวิเคราะห์ปัจจัยผลึก ปัจจัยตั้ง และอุปสรรคของการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยใน ประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์	123
7.1 สถานการณ์การค้าและการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียน มาร์.....	123
7.2 อุปสรรคของการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์....	129
บทที่ 8 บทสรุปแนวโน้มการลงทุนในอนาคตและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	139
บรรณานุกรม	150
ภาคผนวก.....	157
ภาคผนวก ก	158

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1. 1 ระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทย	1
ตารางที่ 1. 2 จำนวนผู้ป่วยจากประเทศอาเซียนที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554	3
ตารางที่ 1. 3 เกณฑ์การเลือกจังหวัดเพื่อทำการศึกษากลยุทธ์ทางธุรกิจของสถานพยาบาลเอกชนใน ประเทศไทย	7
ตารางที่ 2. 1 ระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน	22
ตารางที่ 2. 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์	23
ตารางที่ 2. 3 ศักยภาพในการผลิตแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน	23
ตารางที่ 3. 1 เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการถือหุ้นในสาขาบริการ	38
ตารางที่ 3. 2 การเปรียบเทียบระหว่าง ACIA และ AIA/IGA	39
ตารางที่ 4. 1 การกระจายของจำนวนเตียง และจำนวนแพทย์ตามความเป็นเจ้าของใน พ.ศ. 2544 – 2553	48
ตารางที่ 4. 2 อัตราการครองเตียงตามสังกัด พ.ศ. 2549 - 2552	48
ตารางที่ 4. 3 จำนวนผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติที่เข้ามารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเอกชนใน ประเทศไทย	51
ตารางที่ 4. 4 ผู้ป่วยในชาวต่างชาติที่รักษากับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยแยกตามประเทศ	52
ตารางที่ 4. 5 ผู้ป่วยนอกชาวต่างชาติที่รักษากับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยแยกตามประเทศ ..	53
ตารางที่ 5. 1 ตารางความต้องการใช้ไฟฟ้า (หน่วย: ล้านวัตต์)	59
ตารางที่ 5. 2 อัตราการใช้งานและเข้าถึงบริการโทรศัพท์ประเภทต่างๆ	59
ตารางที่ 5. 3 เขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีผู้เข้าไปลงทุนแล้ว	64
ตารางที่ 5. 4 สิทธิประโยชน์ทางภาษีจากการลงทุนในพื้นที่ต่างๆจากรัฐบาลสปป.ลาว	71
ตารางที่ 5. 5 พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในเขตต่างๆ	72
ตารางที่ 5. 6 ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนในการลงทุนในระดับ ต่างๆ	78
ตารางที่ 5. 7 เขตเศรษฐกิจพิเศษจำเพาะและเขตเศรษฐกิจพิเศษต่างๆทั่วประเทศในสปป.ลาว	80
ตารางที่ 5. 8 เขตเศรษฐกิจพิเศษทั่วประเทศในประเทศเมียนมาร์	89
ตารางที่ 6. 1 ตัวอย่างกลยุทธ์การส่งออกบริการด้านสุขภาพของธุรกิจโรงพยาบาลไทย	97
ตารางที่ 7. 1 รายชื่อโรงพยาบาลที่มีการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์	125
ตารางที่ 7. 2 อัตราค่าใช้จ่ายในภาคสาธารณสุขโดยรัฐบาล (ร้อยละของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งหมด)	128
ตารางที่ 7. 3 ข้อจำกัดของการค้าบริการสุขภาพในประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์	133
ตารางที่ 8. 1 สรุปผลการศึกษา	141

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 8. 2 บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแยกตามความเร่งด่วน	148

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 5. 1 แผนที่แสดงการเข้าถึงสถานพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาต่างกันทั่วประเทศกัมพูชา	56
รูปที่ 5. 2 แผนที่แสดงพื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในเขตต่างๆ	71

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 6.1 เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ ระหว่างประเทศในประเทศไทย	94
--	----

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

ตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ยังมีโอกาสเติบโตได้และเป็นตลาดที่น่าสนใจในการลงทุน การลงทุนมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ที่สำคัญคือความขาดแคลนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพในตลาดการค้าบริการสุขภาพในทั้งสามประเทศ อันก่อให้เกิดอุปสงค์ส่วนเกินในตลาดระดับบนที่สามารถซึมซับได้ด้วยอุปทานของธุรกิจโรงพยาบาลจากประเทศไทย

อย่างไรก็ดี การลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งหมดล้วนแต่สร้างความไม่แน่นอนในการดำเนินธุรกิจ ขัดกับธรรมชาติของธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการความแน่นอนสูง เนื่องจากการลงทุน (Mode 3) ใช้งบประมาณมากและใช้ระยะเวลาในการคืนทุนนาน หากมีความไม่แน่นอนมากจนเกินไป ธุรกิจก็อาจจะเลือกที่จะอยู่ในประเทศไทยและให้บริการในรูปแบบการให้บริการข้ามพรมแดน (Mode 2) แทน อุปสรรคที่ได้รวบรวมมาจากการสัมภาษณ์และปรัศน์วรรณกรรม ได้แก่ ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ กฎระเบียบ คอร์รัปชัน และข้อจำกัดด้านปัจจัยการผลิต โดยธุรกิจโรงพยาบาลไทยทั้งในจังหวัดชายแดนและที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และมีศักยภาพในการลงทุน เห็นตรงกันว่าอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการลงทุนในทั้งสามประเทศข้างต้น คือความไม่แน่นอนของกฎระเบียบภายในประเทศ

ถึงแม้ว่าทุกประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) จะมีการลงนามภายใต้ AFAS และ ACIA แล้ว แต่การ "กีดกัน" ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในรูปแบบของความไม่หนึ่งและความไม่แน่นอนของการบริหารจัดการประเทศและการบังคับใช้กฎระเบียบด้านการลงทุน นอกเหนือจากการที่นักลงทุนจะต้องมีความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal connection) กับผู้มีอำนาจในประเทศผู้รับการลงทุนแล้ว ลักษณะหนึ่งอีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือต้องมีสายป่านในการลงทุนที่ยาวและต้องมีประสบการณ์ในการบริหารธุรกิจที่สูงมากพอสมควร (อีกทั้งหากมีพันธมิตรทางธุรกิจที่เป็นเจ้าของประเทศได้ด้วยก็จะช่วยประกันความเสี่ยงได้ส่วนหนึ่ง) โดยต้องเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดคิดได้อย่างรวดเร็ว และต้องมีเงินทุนที่สูงพอที่จะสามารถยอมรับการขาดทุนที่อาจเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเข้าไปลงทุน ในขณะที่กฎระเบียบอาจยังไม่ชัดเจนและยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการลงทุนในแต่ละประเทศแล้ว พบว่า แนวโน้มของการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ จะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปัจจุบันมากนัก

ในกรณีของประเทศกัมพูชา ได้มีโรงพยาบาลในธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยเข้าไปลงทุนแล้ว และมีแนวโน้มที่บริษัทดังกล่าวจะทำการลงทุนต่อเนื่อง โดยมองว่าแรงจูงใจหลักของการลงทุนเป็นการแสวงหาตลาด (Market Seeking) แสวงหาความหลากหลายของกลุ่มลูกค้า (Diversification) และอาจมีแรงจูงใจด้านการแสวงหาสินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic Assets Seeking) เข้าร่วมด้วย โดยสินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์ในที่นี้หมายถึงภาพลักษณ์ขององค์กรและสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจเพื่อ

ผลประโยชน์ทางการค้า (ในอนาคต) นอกจากนี้ ยังพบว่าโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าไปลงทุนแสดงความสนใจที่จะลงทุนในประเทศกัมพูชาในอนาคตด้วย แต่ติดที่ไม่สามารถเข้าถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจในประเทศได้

ในกรณีของประเทศไทย ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดคลินิกและศูนย์ส่งต่อบ้างแล้ว มักกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ (เช่น เวียงจันทน์ หลวงพระบาง) และทำหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งตัวเข้ามารักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังมีการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างแพทย์ชาวไทยกับแพทย์ชาวลาวใน ร.พ.รัฐ (โดยผ่านความช่วยเหลือที่โรงพยาบาลเหล่านี้เคยให้แก่โรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย) ในการส่งตัวผู้ป่วยกรณีที่มีความซับซ้อนในการรักษามากให้เข้ามารักษาในประเทศไทย ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่มีชื่อเสียงในตลาดหลักทรัพย์และผู้บริหารของโรงพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดใกล้เคียงแดน มีความเห็นตรงกันว่า การลงทุนในประเทศไทยมีความจำเป็นน้อย เพราะในปัจจุบันการเดินทางจากประเทศไทยเข้ามาในประเทศไทยค่อนข้างสะดวกสบาย ชาวลาวที่มีกำลังซื้อสูงมักชอบที่จะเดินทางมารักษาในประเทศไทย เพราะจะมีโอกาสมาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ซึ่งไม่มีในประเทศไทย นอกจากนี้ ตลาดผู้ป่วยที่เป็นชาวลาวยังถือว่ามีขนาดเล็กมาก และการลงทุนยังมีความเสี่ยง และมีความยุ่งยากในการต้องไปศึกษากฎระเบียบเกี่ยวกับการจัดตั้งโรงพยาบาลในประเทศไทยซึ่งยังไม่มีชัดเจนมากนัก

ในกรณีของประเทศไทย ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดศูนย์ส่งต่อหรือสำนักงานตัวแทนบ้างแล้วและมักกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ ชาวเมียนมาร์ที่ข้ามมารักษาพยาบาลในจังหวัดชายแดนของไทยมักเข้ามาใน 3 รูปแบบ คือ 1. ผ่านตัวแทนชาวพม่า 2. ใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างแพทย์ชาวเมียนมาร์กับผู้บริหารของโรงพยาบาลไทย 3. ผ่านสำนักงานตัวแทนของโรงพยาบาลจากประเทศไทยในเมืองใหญ่ๆ ของประเทศไทย โดยโรงพยาบาลเอกชนในตัวเมืองของจังหวัดใกล้เคียงแดนเหล่านี้มักไปตั้งคลินิกสาขาตามพื้นที่ที่อยู่ติดกับชายแดนเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนทำการส่งต่อสู่โรงพยาบาลในเครือในตัวเมือง (Hub and Spoke Model หรือ Sun and Satellite Model) โรงพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์ล้วนเห็นว่าลักษณะการจัดการในปัจจุบัน (Mode 2) มีความเพียงพอและเหมาะสมดีแล้ว เพราะมองว่าการเข้าไปเปิดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยโดยตรง (Mode 3) มีความเสี่ยงมากเกินไป ทั้งในแง่ของสถานการณ์การเมืองในประเทศที่ยังไม่มีความมั่นคง ความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรชาวไทยที่ต้องเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ กฎระเบียบในเรื่องการลงทุนที่ซับซ้อนและไม่ชัดเจน และระบบสาธารณูปโภคในประเทศที่ไม่มีความพร้อมและไม่เอื้อต่อการทำธุรกิจนี้ อาทิเช่น ปัญหาไฟฟ้าดับเป็นประจำ ซึ่งจะทำให้อุปสรรคทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเสียหาย หรือระบบน้ำประปาที่ยังได้มาตรฐานในเรื่องความสะอาดหรือถูกสุขอนามัย ในปัจจุบัน การเข้าไปเปิดโรงพยาบาลโดยตรงในประเทศไทยเมียนมาร์จึงจะเป็นการเพิ่มต้นทุนในการทำธุรกิจโดยไม่ความจำเป็น

อย่างไรก็ดี ทุกโรงพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์มองว่า ในอนาคตอันใกล้ เศรษฐกิจของประเทศไทยเมียนมาร์จะเติบโตอย่างมากและสร้างกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานครที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน โดยธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยมีความคิดที่จะเข้าไปเปิดโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์ในอนาคต แต่รอให้กฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนในโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์มีความชัดเจนมากกว่านี้ก่อน และต้องการให้สถานการณ์การเมืองการปกครองของประเทศเมียนมาร์มีความมั่นคงและมีความเสี่ยงน้อยลงกว่าในปัจจุบัน มากพอที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าการเข้าไปลงทุนจะให้ผลตอบแทนที่ดีกว่าการให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบัน และจะได้รับการคุ้มครองที่น่าเชื่อถือ (Credible Investment Protection)

ทั้งนี้ แม้ว่าธุรกิจโรงพยาบาลจากประเทศไทยยังไม่ได้เข้าไปลงทุนในประเทศลาวและเมียนมาร์ แต่ผู้ประกอบการแสดงถึงความสนใจในการลงทุนใน 2 ประเทศนี้ และได้เริ่มมีการร่วมมือในรูปแบบอื่น เช่น การให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบ Telemedicine การจัดทำ training ให้นุเคราะห์ทางการแพทย์ การทำ medical tourism package และการร่วมบริหารแผนกคนไข้ต่างประเทศ เป็นต้น ทั้งหมดนี้อาจมองได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างพันธมิตรทางธุรกิจในประเทศผู้รับการลงทุน อันอาจนำไปสู่การลงทุนทางตรงในอนาคตได้

สำหรับบทบาทของรัฐบาลไทย ควรสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการไปลงทุนและลดอุปสรรคของการลงทุนไปพร้อมกัน ตัวอย่างของการสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกฎระเบียบการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลโดยตรง ที่เข้าใจง่ายและมีการทำให้ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง การจัดทำฐานข้อมูลของผู้ประกอบการในธุรกิจโรงพยาบาลที่มีความสนใจลงทุน และที่ได้ไปลงทุนแล้ว โดยควรจัดให้มีการเชื่อมสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ประกอบการเอง ด้วย การประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์ในการทำ Business Matching ให้กับโรงพยาบาลขนาดกลาง ได้รับรู้ เพราะเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์และต้องการมีพันธมิตรที่แท้จริง (กลุ่มทุนโรงพยาบาลมักไม่ต้องการการจัดทำ Business Matching จากรัฐ เพราะสามารถเข้าถึงทั้งโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ภาครัฐในประเทศผู้รับการลงทุนได้เอง) การจัดตั้งหน่วยงานที่มีการทำวิจัยและองค์ความรู้ในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับภูมิภาคนี้อย่างต่อเนื่อง และต้องมีการแปลผลงานวิจัยสู่สาธารณะ ให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการ และช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติผู้ประกอบการให้มองว่าการลงทุนเป็นการสร้างผลประโยชน์ต่างตอบแทน ไม่ใช่การกอบโกยผลประโยชน์แต่ฝ่ายเดียว และการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทยให้ประชาชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ได้รับรู้ อันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอุปสงค์ที่สูงขึ้นและเพิ่มแรงจูงใจในการลงทุน

นอกจากนี้ รัฐบาลไทยยังช่วยลดอุปสรรคของการลงทุนได้ระดับหนึ่ง ด้วยการเจรจาให้เกิดกลไกการคุ้มครองการลงทุนที่เป็นรูปธรรมและเชื่อถือได้ และการเจรจาเพื่อลดข้อกีดกันบางประการ โดยเฉพาะในด้านการว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ท้องถิ่นอันส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทย

นอกจากนี้ สำหรับการค้าบริการด้านสุขภาพกับประเทศลาวและเมียนมาร์ ที่ยังไม่มีการลงทุนทางตรงในปัจจุบันและ/หรือในอนาคตอันใกล้ ผู้ป่วยยังคงต้องเดินทางเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย รัฐบาลสามารถสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลไทยได้ด้วยการลดอุปสรรคในด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องการ

เข้าเมืองของผู้ป่วยเหล่านี้ เพราะบางครั้งกฎระเบียบก็ไม่เอื้ออำนวยให้มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้ามแดนเข้ามายังฝั่งไทย หรือลดความไม่สะดวกอันเกิดจากเวลาเปิด-ปิดด่านตรวจคนเข้าเมืองซึ่งมีหน้าที่ออกเอกสารอนุญาตให้ชาวต่างชาติข้ามเขตแดนเข้ามาฝั่งไทยได้ตามเขตชายแดนที่มักเป็นไปตามเวลาราชการ (เช่น ในกรณีที่ อําเภอมะนัง ด่านปิดเวลา 18.30 น.) โดยไม่คำนึงถึงกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องข้ามฝั่งเข้ามารับการรักษายาบาลในเวลาฉุกเฉิน

บทคัดย่อ

งานวิจัย “แนวโน้มการลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลยุทธ์และวิเคราะห์ข้อจำกัดของผู้ประกอบการในภาคธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยในการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ วิเคราะห์ผลกระทบจากนโยบายและมาตรการสนับสนุนการลงทุนของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลกระทบจากกลยุทธ์ของผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนในการลงทุนทางตรงในต่างประเทศ ต่อการให้บริการสุขภาพของประเทศไทย และสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาลผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีระเบียบวิธีวิจัย คือการทำการวรรณกรรมปริทัศน์ การหาข้อมูลจากข่าว และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์ประกอบไปด้วยหน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ และหน่วยงานภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง แต่ละกลุ่มมีเกณฑ์การคัดเลือกแตกต่างกัน กระบวนการสัมภาษณ์ของงานวิจัยจบสิ้นเมื่อข้อมูลที่ได้รับมี data saturation กล่าวคือผู้ให้สัมภาษณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกันให้บทสรุปที่ใกล้เคียงกันในการสัมภาษณ์หลายครั้ง

ผลการศึกษาพบว่า การลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์มีปัจจัยสนับสนุนแต่ก็มีอุปสรรคหลายประการที่ล้วนแต่สร้างความไม่แน่นอนในการดำเนินธุรกิจ ขัดกับธรรมชาติของธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการความแน่นอนสูงเนื่องจากการลงทุน (Mode 3) ใช้งบประมาณมากและใช้ระยะเวลาในการคืนทุนนาน หากมีความไม่แน่นอนมากจนเกินไป ธุรกิจก็ยังคงจะเลือกที่จะอยู่ในประเทศไทยและให้บริการในรูปแบบการรับบริการข้ามพรมแดน (Mode 2) แทน โดยอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการลงทุนในทั้งสามประเทศข้างต้นคือความไม่แน่นอนของกฎระเบียบภายในประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการลงทุนในแต่ละประเทศแล้ว พบว่าแนวโน้มของการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ จะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปัจจุบันมากนัก ในกรณีของประเทศกัมพูชา มีโรงพยาบาลในธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยเข้าไปลงทุนแล้วและมีแนวโน้มที่จะทำการลงทุนต่อเนื่อง ในกรณีของประเทศลาว ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดคลินิกและศูนย์ส่งต่อโดยผู้ประกอบการไทยว่าการลงทุนในประเทศลาวมีความจำเป็นน้อย เพราะในปัจจุบันการเดินทางจากประเทศลาวเข้ามาในประเทศไทยค่อนข้างสะดวกสบายและตลาดผู้ป่วยที่เป็นชาวลาวยังถือว่ามีเล็กน้อย ในกรณีของประเทศเมียนมาร์ ยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดศูนย์ส่งต่อหรือสำนักงานตัวแทน โรงพยาบาลเอกชนไทยมักไปตั้งคลินิกสาขาตามพื้นที่ที่อยู่ติดกับชายแดนเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งต่อสู่โรงพยาบาลในเครือในตัวเอง โดยเห็นว่าการจัดการในปัจจุบัน (Mode 2) เหมาะสมดีแล้ว การเข้าไปเปิดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศเมียนมาร์โดยตรง (Mode 3) มีความเสี่ยงมากเกินไป อย่างไรก็ตาม ทุกโรงพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์มองว่าในอนาคตอันใกล้ เศรษฐกิจของประเทศเมียนมาร์จะเติบโตมากและสร้างกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงเพิ่มขึ้น

จึงมีความคิดที่จะเข้าไปเปิดโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์ในอนาคต แต่รอให้กฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนประเทศมีความชัดเจนมากกว่านี้เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการลงทุนจะให้ผลตอบแทนที่ดีกว่าการให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบัน และจะได้รับการคุ้มครองที่น่าเชื่อถือ (Credible Investment Protection)

บทบาทของรัฐบาลไทยควรสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการไปลงทุนและลดอุปสรรคของการลงทุนไปพร้อมกัน ตัวอย่าง เช่น การจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาล การจัดตั้งหน่วยงานที่มีการทำวิจัยและองค์ความรู้ในทุกมิติที่เกี่ยวกับภูมิภาคนี้อย่างต่อเนื่อง การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทยให้ประชาชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ได้รับรู้ การเจรจาให้เกิดกลไกการคุ้มครองการลงทุนที่เป็นรูปธรรม และเชื่อถือได้ และการเจรจาเพื่อลดข้อกีดกันบางประการ โดยเฉพาะในด้านการว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ท้องถิ่นส่งผลต่อการควบคุมคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทย

Abstract

This research titled “Trends of Outward Foreign Direct Investment by Thai Private Hospitals in Cambodia, Laos and Myanmar” has several objectives: to document strategies and identify limitations of Thai private hospitals in their decisions to invest in Cambodia, Laos PDR and Myanmar; to analyze the impact of government measures in supporting outward investment by Thai private hospitals; to analyze the impact of outward investment by Thai private hospitals on Thailand’s health delivery system; and finally, to arrive at policy implications that would optimally serve the interests of all stakeholders involved.

The research is qualitative. The methodology is a combination of documentary research (based largely on existing literature), an investigation of news archives and in-depth interviews. The sample consists of representatives from relevant governmental offices, academics and Thai private hospitals. Selection criteria vary across groups of stakeholders. The interview process ends when data saturation is achieved; that is, when different interviewees, interviewed on different occasions, offer the same conclusions regarding the research topic.

It is found that, while (push and pull) factors supporting investment by Thai private hospitals exist, so do impediments to investment, all of which cause uncertainties with regard to how hospitals may yield investment returns. These impediments stand in stark contrast with the nature in which the hospital sector operates. Initial funding into building a hospital is usually large and the time it takes for cost recovery is usually long. Taking uncertainties into account, it is likely that Thai private hospitals will prefer exporting their services through serving their patients in Thailand (Mode 2) to through investing outside of the country (Mode 3). It is agreed that the utmost impediment in all three potential recipient countries is that investment regulations are unclear.

Comparing potential costs and benefits, Thai private hospitals are unlikely to move away from the status quo in the near future. In the case of Cambodia, a Thai private hospital has made an investment, building up a couple of hospitals already, and they are likely to continue with the investment. In the case of Laos PDR, no investment by Thai private hospitals has materialized yet. However, Thai private hospitals have established outpatient clinics and referral centers in Laos PDR that can refer patients to their affiliated branches in Thailand. The prospect of building a Thai hospital in Laos PDR seems rather feeble; Laotians are able to conveniently travel into Thailand and the demand for medical services by Laotians themselves (excluding expatriates who reside in the country) is relatively small. In the case of Myanmar, trade by Thai private

hospitals also involves recruiting patients to cross border and receive services in Thailand. Thai private hospitals set up clinics (“spoke”) that are located close to the border, which then refer patients to their network hospitals (“hub”) further away from the border. Currently, the risks of investing in Myanmar are evaluated to be substantial and Thai private hospitals are likely to stay back. However, given that investment regulations may become more structured and a mechanism for credible investment protection may be in place in the future, Thai private hospitals have expressed clear interests in investing in Myanmar, viewing it as one of the faster growing economies and a large market for health services.

The Thai government can play a role in both supporting Thai private hospitals in their decisions to make an outward investment and minimizing impediments to investment. Examples of measures that could be undertaken include (1) to build up a comprehensive database regarding outward investment by Thai private hospitals; (2) to establish a research unit whose responsibility is to continually produce knowledge about the investment environment specifically for this region; (3) to advertise information on the high quality of medical services provided by Thai private hospitals, thereby creating awareness (and demand) among patients in Cambodia, Laos PDR and Myanmar; (4) to negotiate with the government in the three countries such that investment protection mechanisms can function credibly and efficiently; and (5) to negotiate with the government in the three countries such that some regulations may be dropped, e.g. the requirement that an investing hospital has to hire a certain proportion of local doctors, which in turn weakens quality management systems of Thai private hospitals.

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

การค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศสามารถเกิดขึ้นได้ 4 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 (Mode 1) คือ การบริการข้ามพรมแดน (Cross-border Supply) หมายถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่มีการเคลื่อนย้ายออกนอกพรมแดนของตน เป็นการร่วมรักษาทางไกล (Tele-Medicine) ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศหนึ่งให้คำปรึกษาในการรักษาผู้ป่วยกับกับแพทย์ในประเทศที่ผู้ป่วยพำนักอยู่ รูปแบบที่ 2 (Mode 2) คือ การรับบริการข้ามพรมแดน หรือ การบริโภคในต่างประเทศ (Cross-border Consumption หรือ Consumption Abroad) หมายถึงผู้ให้บริการไม่ได้เคลื่อนย้ายออกนอกพรมแดนแต่ผู้รับบริการข้ามพรมแดนมารับบริการ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยต่างประเทศเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย รูปแบบที่ 3 (Mode 3) คือ การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (ในประเทศอื่น) (Commercial Presence) เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการมีการลงทุนทางตรง (Foreign Direct Investment) เพื่อให้บริการในประเทศปลายทาง เช่น การเปิดโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีเจ้าของเป็นคนไทยในต่างประเทศ และรูปแบบที่ 4 (Mode 4) คือ การเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา (Movement of Natural Persons) เกิดขึ้นเมื่อแรงงานที่มีทักษะการให้บริการในประเทศหนึ่งเดินทางไปให้บริการในต่างประเทศเป็นการชั่วคราว แรงงานที่มีทักษะในตลาดการค้าบริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล (Smith, 1994; Kanchanachitra et al., 2011) การศึกษานี้พิจารณาการค้าบริการทางสุขภาพในรูปแบบที่ 3 เป็นหลักและเน้นการลงทุนทางตรงขาออก (Outward FDI)

ตารางที่ 1. 1 ระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทย

รูปแบบ	การนำเข้า	การส่งออก
การบริการข้ามพรมแดน Mode 1	0	0
การบริโภคในต่างประเทศ Mode 2	+	++++
การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ Mode 3	++	++
การเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา Mode 4	0	+

ที่มา: Kanchanachitra et. al (2011)

ประเทศไทยได้มีการทำการค้าบริการทางสุขภาพมาบ้างแล้ว โดยนับเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นในภาคเอกชนเป็นหลัก ผู้ให้บริการในภาครัฐมักให้บริการกับประชาชนในประเทศมากกว่า ยกเว้นในบางกรณี เช่น การให้บริการแก่แรงงานต่างด้าว เป็นต้น Kanchanachitra et. al. (2011) ทำการรวบรวมวรรณกรรมทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และยังไม่ได้มีการตีพิมพ์และข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่า ระดับ

ความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบมีความแตกต่างกัน ตามตารางที่ 1.1 เครื่องหมาย + หมายถึง มีการค้าในรูปแบบดังกล่าว โดยจำนวนเครื่องหมาย + ที่เพิ่มขึ้นหมายถึงระดับความสำคัญที่เพิ่มขึ้น และเลขศูนย์ (0) มิได้หมายความว่า การให้บริการในรูปแบบนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย เพียงแต่บ่งชี้ความสำคัญที่น้อยเท่านั้น จะเห็นได้ว่า ภาครัฐกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มี การนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลมาใช้ในการส่งออกหรือนำเข้าบริการทางการแพทย์ (Mode 1) มากนัก มีผู้รับบริการทางการแพทย์ชาวไทยบางส่วนออกไปใช้บริการนอกประเทศบ้าง แต่จำนวนชาวต่างชาติที่ เข้ามารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนมากกว่ามาก (Mode 2) ผู้ให้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติได้เข้ามาร่วมลงทุนกับผู้ให้บริการในประเทศไทย ในปริมาณที่ใกล้เคียงกับจำนวนผู้ ให้บริการจากประเทศไทยที่ไปลงทุนในต่างประเทศ (Mode 3) และท้ายที่สุด ยังไม่มีบุคลากรทาง การแพทย์ชาวต่างชาติเข้ามาให้บริการภายในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ แต่ได้มีบุคลากรทาง การแพทย์ชาวไทยบางส่วนได้ออกไปทำงานยังต่างประเทศบ้างแล้ว (Mode 4) บทสรุปของระดับ ความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Supakankunti and Herberholz (2012)

Smith (2004) ตั้งข้อสังเกตว่าการให้บริการในรูปแบบที่ 3 (FDI) มีความสำคัญมากกว่ารูปแบบ อื่น เพราะจะเป็นตัวเชื่อมการค้าในรูปแบบอื่นๆ ทั้งหมดเข้าด้วยกัน โดยการเข้าไปลงทุนในต่างประเทศ โดยตรงมักเริ่มต้นจากการประเมินศักยภาพของการให้บริการและการประเมินอุปสงค์ของตลาดใน ประเทศคู่ค้า ผ่านการให้บริการในรูปแบบที่มีต้นทุนต่ำก่อน แล้วจึงพัฒนาเป็นการให้บริการครบวงจรใน รูปแบบการลงทุนทางตรงขาออก ตัวอย่างเช่น บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ที่เริ่มมีการ ร่วมรักษาทางไกลให้กับคนไข้ในภูมิภาคอาเซียน และการร่วมมือกับคลินิกในภูมิภาคให้มีการส่งต่อ คนไข้มาที่โรงพยาบาลในเครือในประเทศไทย เป็นการสร้างชื่อเสียงและภาพลักษณ์ทางคุณภาพ อันจะ ส่งผลต่ออุปสงค์ในต่างประเทศเมื่อมีการลงทุนทางตรงขาออกในอนาคต (ที่มา :หนังสือพิมพ์ประชาชาติ ธุรกิจ ฉบับวันที่ 25-28 เมษายน พ.ศ. 2556)

เพื่อให้ครอบคลุมแนวโน้มของการลงทุนทางตรงขาออกในทุกรูปแบบ ความหมายของการลงทุน ทางตรงขาออกในการศึกษานี้ จึงไม่ได้จำกัดอยู่แค่การเปิดโรงพยาบาลในประเทศคู่ค้า (ทั้งที่เกิดขึ้นแล้ว และที่กำลังจะเกิดขึ้น) เท่านั้น แต่จะรวมไปถึงความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในภาครัฐกิจโรงพยาบาล ของประเทศไทยและผู้ให้บริการของประเทศคู่ค้า ที่อาจส่งผลต่อโอกาสในการลงทุนทางตรงขาออกของ ผู้ประกอบการไทยในอนาคตด้วย

โดยคู่ค้าบริการทางสุขภาพที่น่าสนใจ และผู้ให้บริการในภาครัฐกิจโรงพยาบาลของประเทศไทย มีศักยภาพในการเข้าไปลงทุน ได้แก่ ตลาดกลุ่มประเทศอาเซียนตอนบน คือ ประเทศกัมพูชา สาธารณรัฐประชาชนลาว และเมียนมาร์ ซึ่งมีความใกล้เคียงทางภูมิศาสตร์ ศาสนา และวัฒนธรรมกับ ประเทศไทย ตัวเลขจากสำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ในตารางที่ 1.2 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจากประเทศเหล่านี้ที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง จากร้อยละ 7 ของจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติทั้งหมดที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยในปี

พ.ศ.2551 เป็นร้อยละ 11.6 ในปีพ.ศ. 2554 และการค่าบริการทางสุขภาพกับประเทศเหล่านี้จะเติบโตได้อีกในอนาคต

ตารางที่ 1. 2 จำนวนผู้ป่วยจากประเทศอาเซียนที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554

จำนวนผู้ป่วยจากอาเซียน	พ.ศ. 2551	ร้อยละ	พ.ศ. 2553	ร้อยละ	พ.ศ. 2554	ร้อยละ
- กัมพูชา	24046	1.7638	12,471	1.5849	16,646	1.9769
- เมียนมาร์	43163	3.1661	52,701	6.6974	68,873	8.1793
-ลาว	35732	2.6210	6,242	0.7933	7,508	0.8916
- เวียดนาม	4730	0.3470	4,289	0.5451	4,736	0.5624
-สิงคโปร์	4535	0.3326	8,982	1.1415	9,270	1.1009
-มาเลเซีย	4106	0.3012	9,338	1.1867	10,272	1.2199
- อินโดนีเซีย	6576	0.4824	5,210	0.6621	5,723	0.6797
- ฟิลิปปินส์	11082	0.8129	13,771	1.7501	13,686	1.6253
- อื่น ๆ (บรูไน)	5917	0.4340	9,400	1.1946	8,575	1.0184
รวม	139887	10.2609	122,404	16	145,289	17

ที่มา : สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

หมายเหตุ ตัวเลขในปี 2553-2554 อาจมีความคลาดเคลื่อนอันเนื่องมาจาก อัตราการตอบแบบสอบถามที่ต่ำลงจากสถานรักษาพยาบาลภาคเอกชน

ปัจจัยส่งเสริมการค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศเหล่านี้มีอยู่หลายประการ ได้แก่ (1) ปัจจัยภายในประเทศ ตัวอย่างเช่น ชื่อเสียงด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลของประเทศไทย¹ ความเข้มแข็งของทุนของผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนรายใหญ่ และการสนับสนุนจากภาครัฐที่มุ่งหวังการเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาค (Medical hub) ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาข้อ (5) ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2) ปัจจัยภายนอก

¹ จาก "โครงการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555" โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนรวมทั้งสิ้น 321 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 31 เตียง ร้อยละ 18.4 โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงระหว่าง 31-50 เตียง ร้อยละ 15.6 โรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงระหว่าง 51-100 เตียง ร้อยละ 33.6 และโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 100 เตียงขึ้นไป ร้อยละ 32.4 มีผู้ป่วยชาวต่างประเทศประมาณ 3 ล้านราย โดยร้อยละ 95.2 ใช้บริการผู้ป่วยนอก และร้อยละ 85.2 ใช้บริการโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (จำนวนเตียง 100 เตียงขึ้นไป) กิจกรรมภายในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนมีมูลค่าเพิ่มโดยรวมสูงถึง 47,566.5 ล้านบาท หรือประมาณ 148.2 ล้านบาทต่อสถานพยาบาล ธุรกิจโรงพยาบาลจึงนับว่ามีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจและรายได้มวลรวมประชาชาติ

ประเทศ หมายถึง การที่ระบบสุขภาพของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ มีไม่เพียงพอกับความ ต้องการภายในประเทศโดยเฉพาะในตลาดของผู้ที่มีกำลังซื้อสูง ตัวอย่างเช่น ประเทศลาว ที่มี โรงพยาบาลประจำแขวงประมาณ 16 แห่ง โดยในนครเวียงจันทน์มีโรงพยาบาลศูนย์เพียง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งหมด เป็นสาเหตุให้คนไข้ที่มีกำลังจ่ายมักข้ามฝั่งมารักษาพยาบาลที่จังหวัดตาม แนวชายแดนของประเทศไทย โดยล่าสุด คลินิกเสริมความงามจากประเทศไทยได้เริ่มเข้าไปเปิดสาขาใน ประเทศลาวและได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี แสดงให้เห็นว่ามีอุปสงค์ต่อบริการการแพทย์เฉพาะทางใน บางสาขาที่ประชาชนลาวไม่สามารถหาได้จากสถานพยาบาลในประเทศตน (สำนักความร่วมมือการค้า และการลงทุน กรมการค้าระหว่างประเทศ พ.ศ. 2556) หรือประเทศเมียนมาร์ที่ตกอยู่ภายใต้รัฐบาล ทหารมานาน งบประมาณส่วนใหญ่ถูกจัดไปเพื่อซื้ออาวุธยุทโธปกรณ์มากกว่าจะถูกจัดสรรเพื่อสวัสดิการ ของประชาชน จึงขาดการลงทุนในภาคการสาธารณสุขอย่างรุนแรง (สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการ สาธารณสุขเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ในปี พ.ศ. 2554 มีค่าเพียงร้อยละ 2 เป็นตัวเลขที่ ต่ำที่สุดในบรรดาประเทศในอาเซียน (WHO, 2013) ส่งผลให้สถานพยาบาลขาดแคลนอุปกรณ์ที่ทันสมัย ในการตรวจรักษา อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีคุณภาพด้อย ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและเลือกที่จะ “นำเข้า” บริการทางการแพทย์มากกว่าที่จะใช้บริการสถานพยาบาลภายในประเทศ (Thida, 2013; Salween News Online 2010) และ (3) ความร่วมมือทางการค้าบริการระหว่างประเทศ โดยประเทศ ไทย กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และประเทศอื่นๆ ใน ASEAN ได้ลงนามในความตกลงว่าด้วยการค้าบริการ ของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) (ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์ วรพงศ์ พ.ศ. 2556; Supakankunti and Herberholz, 2012) โดยกลุ่มประเทศอาเซียนถือว่าการค้า บริการทางสุขภาพเป็นหนึ่งในสาขาเร่งรัด (Priority Sectors² ที่ประชาคมมีข้อได้เปรียบทางศักยภาพ การค้าและการผลิตเมื่อเทียบกับสาขาอื่น และเมื่อพิจารณาข้อผูกพันเฉพาะ (Specific Commitments) ทั้งหมดตั้งแต่ชุดที่ 1-8 (ชุดที่ 8 ได้รับการลงนามเมื่อปี พ.ศ. 2555) และการลงนามในข้อตกลงร่วม (Mutual Recognition Agreement: MRAs) ที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ทั้งพยาบาล (พ.ศ. 2549) แพทย์และทันตแพทย์ (พ.ศ. 2552) สามารถเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศในภูมิภาคได้ จะพบว่า การเปิดเสรีการค้าบริการทางสุขภาพมีมาอย่างต่อเนื่องและมีข้อผูกพันจนครบทุกรูปแบบการให้บริการ แล้ว รอเพียงการบังคับใช้จริงในปี พ.ศ. 2558 เท่านั้น (ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556)

² เมื่อ พุทธศักราช พ.ศ. 2547 ผู้นำอาเซียนได้ลงนามในกรอบความตกลงว่าด้วยการรวมกลุ่มสาขาสำคัญของอาเซียน (Framework Agreement for the Integration of the Priority Sectors) เพื่อส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ ในกลุ่มอาเซียน มีการแบ่งงานกันผลิตสินค้าและบริการตามจำนวนวัตถุดิบและความถนัด เป็นการลดต้นทุนตามหลักการได้เปรียบโดย เปรียบเทียบ (Comparative advantage) ปัจจุบัน สาขาเร่งรัด (Priority Integration Sectors) มีทั้งสิ้น 12 สาขา ได้แก่ สาขาผลิตภัณฑ์เกษตร สาขาประมง สาขาผลิตภัณฑ์ยาง สาขาสัตว์เลี้ยง สาขายานยนต์ สาขาผลิตภัณฑ์ไม้ สาขา อิเล็กทรอนิกส์ สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาสุขาภาพ สาขาท่องเที่ยว สาขาการบิน และ สาขาโลจิสติกส์ โดย สิงคโปร์ เป็นประเทศผู้รับผิดชอบสาขาสุขาภาพ (ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556)

งานศึกษาที่เกี่ยวกับการค่าบริการทางสุขภาพของประเทศไทยอาจแบ่งอย่างหลวมได้เป็น 2 ประเภท (1) งานศึกษาที่มองภาพรวมของอุตสาหกรรม อธิบายความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยเอง (Harryono et al., 2006; Supakankunti and Herberholz, 2012) และ/หรือเปรียบเทียบกับประเทศคู่แข่งสำคัญในอาเซียน อย่างมาเลเซียและสิงคโปร์ (Pocock and Phua, 2011) และ (2) งานศึกษาที่ประเมินผลกระทบของการค่าบริการทางสุขภาพต่อระบบสุขภาพหรือระบบประกันสุขภาพภายในประเทศ โดยเน้นด้านความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศ (ปัญหาสมองไหลภายนอก: external brain drain) และบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐที่ทำหน้าที่รักษาประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ (ปัญหาสมองไหลภายใน: internal brain drain) ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งการขาดความสอดคล้องของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่คนในประเทศ แต่สนับสนุนการส่งออกการค่าบริการทางสุขภาพ แม้ว่ากิจกรรมทั้งคู่จะใช้ทรัพยากรร่วมกัน (Pachanee and Wibulpolprasert, 2004; Pachanee and Wibulpolprasert, 2006; Kanchanachitra et al, 2011)

งานวิจัยชิ้นนี้ตั้งใจจะเติมเต็มช่องว่างของงานศึกษาที่มีอยู่แล้ว ซึ่งเน้นการมองตลาดโดยรวม (งานศึกษาประเภทที่ 1 ข้างต้น) หรือเน้นการวิเคราะห์การค่าบริการทางการแพทย์ในรูปแบบที่ 2 และ 4 เท่านั้น (งานศึกษาประเภทที่ 2 ข้างต้น) โดยจะศึกษาการลงทุนทางตรงขาออก (รูปแบบที่ 3) ของผู้ให้บริการทางสุขภาพภาคเอกชนของประเทศไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ พิจารณากลยุทธ์ วิเคราะห์ถึงข้อจำกัดและผลกระทบของกลยุทธ์ รวมทั้งวิเคราะห์นโยบายและข้อคิดเห็นต่อภาคบริการทางสุขภาพภาคเอกชนจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลที่จะใช้ในการกำหนดนโยบายของรัฐบาลได้ต่อไป กล่าวคืองานวิจัยชิ้นนี้จะตอบคำถามดังต่อไปนี้

1. ผู้ประกอบการด้านสุขภาพขนาดใหญ่ (ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวที่มีศักยภาพในการลงทุนทางตรง) ในภาคเอกชน มีกลยุทธ์ในการลงทุนทางตรงในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์หรือไม่ อย่างไร
2. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีนโยบายและมาตรการสนับสนุนการลงทุนทางตรงของภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์อย่างไร และมาตรการดังกล่าวตอบสนองความต้องการของภาคเอกชน และมีความสอดคล้องกันเองระหว่างหน่วยงานภาครัฐมากน้อยเพียงใด
3. ผู้ประกอบการของภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทยและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง มีความคิดเห็นต่อการลงทุนทางตรงด้านการบริการสุขภาพ และมีข้อเสนอแนะเพื่อการหาประโยชน์ร่วมกันอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากลยุทธ์และวิเคราะห์ข้อจำกัดของผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนของประเทศไทยในการลงทุนทางตรงขาออก³ ในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์
2. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากนโยบายและมาตรการสนับสนุนการลงทุนทางตรงของภาครัฐกิจโรงพยาบาลไทยของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบจากกลยุทธ์ของผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนในการลงทุนทางตรงในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ต่อระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศไทยโดยมุ่งเน้นปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์
4. เพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล ผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย

1.3 แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. วรรณกรรมปริทัศน์เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและระบบสุขภาพในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ โดยใช้ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละประเทศ⁴ เพื่อศึกษาลักษณะของอุปสงค์ต่อการบริการทางสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจากสถานพยาบาลในประเทศ
2. วรรณกรรมปริทัศน์เกี่ยวกับระเบียบกฎหมายเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าไปลงทุนโดยตรงของชาวต่างชาติในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์
3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง
 - 1) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ทั้งที่ได้ลงทุนในประเทศกัมพูชา หรือลาว หรือเมียนมาร์แล้ว และที่มีแนวโน้มเข้าไปลงทุนในอนาคต)
 - 2) โรงพยาบาลเอกชนที่ได้ลงทุนในประเทศกัมพูชาแล้ว
 - 3) โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของภาคเอกชนในจังหวัดชายแดนของประเทศไทยที่ติดกับประเทศลาวและเมียนมาร์ จำนวน 2 จังหวัด โดยงานวิจัยชิ้นนี้เลือกจังหวัดที่มีประชาชนจาก

³ ดังที่กล่าวมาแล้ว ความหมายของการลงทุนทางตรงขาออกในการศึกษานี้รวมถึง 1. การเปิดโรงพยาบาลในประเทศคู่ค้า (ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและที่กำลังจะเกิดขึ้น) โดยจะสามารถศึกษาได้จากกลยุทธ์ของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร และ 2. ความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการในภาคธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยและผู้ให้บริการของประเทศคู่ค้าซึ่งอาจส่งผลต่อโอกาสในการลงทุนทางตรงขาออกของผู้ประกอบการไทยในอนาคต โดยจะสามารถศึกษาได้จากกลยุทธ์ของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของภาคเอกชนในจังหวัดชายแดนของประเทศไทย

⁴ อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมและตัวเลขทางสถิติบางส่วนอาจไม่มีอยู่ หรือไม่มีการรวบรวมไว้ การศึกษานี้ จะพิจารณาเฉพาะวรรณกรรมและตัวเลขทางสถิติที่ผู้วิจัยเข้าถึงได้เท่านั้น

กลุ่มประเทศข้างต้นเข้ามาทำการติดต่อและทำธุรกรรมกับคนไทยเป็นจำนวนมาก โดยใช้ (1) พิกัดทางภูมิศาสตร์ของแต่ละประเทศ (2) ตัวเลขมูลค่าการค้าในอำเภอต่างๆในจังหวัดชายแดนเหล่านั้น และ (3) การมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งอยู่ เป็นเกณฑ์ ผลของการคัดเลือกจังหวัดที่จะทำการศึกษาในเบื้องต้นเป็นดังนี้

ตารางที่ 1.3 เกณฑ์การเลือกจังหวัดเพื่อทำการศึกษากลยุทธ์ทางธุรกิจของสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ประเทศที่ ต้องการ ทำการศึกษา อุปสงค์	จังหวัดของ ประเทศไทยที่มี การค้าชาย แดน	จังหวัดที่ เลือกไปลง พื้นที่ สำรวจ	เหตุผล
กัมพูชา	ไม่มีการลงสำรวจจังหวัดชายแดน เนื่องจากจะทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารของ โรงพยาบาลเอกชนที่ได้ลงทุนในประเทศกัมพูชาแล้วโดยตรง		
ลาว	เชียงราย, นครพนม , น่าน, บึงกาฬ, มุกดาหาร, เลย, หนองคาย, อุบลราชธานี	อุดรธานี	มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์นวัฒนา โรงพยาบาลปัญญาเวชอินเตอร์ (ปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลกรุงเทพอุดร) และโรงพยาบาล เอกอุดร โดยกลุ่ม BGH มุ่งหวังให้อุดรธานี เป็นศูนย์กลางการรับลูกค้าชาวลาว (ที่มา หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 25- 28 เม.ย. 2556)
เมียนมาร์ (เมียน มาร์)	กาญจนบุรี, เชียงราย, เชียงใหม่ , ตาก, ประจวบคีรี ขันธ์, แม่ฮ่องสอน, ระนอง	เชียงราย	เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นทาง North South Economic Corridor เชื่อมประเทศเมียนมาร์ ไทย ลาว และจีน และมีโรงพยาบาลเอกชน ขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค และ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ศรีบุรินทร์

ที่มา: 1) รายงานสถิติการค้าชายแดนไทยกับแต่ละประเทศ รายงาน กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2) รายงานแนวพื้นที่เศรษฐกิจ (Economic Corridor) และเส้นทางเศรษฐกิจที่สำคัญ
ในอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง (GMS) สำนักอาเซียน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
3) โครงการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- 4) หน่วยงานราชการที่มีหน้าที่ให้การสนับสนุนการลงทุนในต่างประเทศ เช่น
คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ (DITP) เป็นต้น
- 5) หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจมีส่วนได้ส่วนเสีย

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ได้รับผลการศึกษาเกี่ยวกับ

1. กลยุทธ์ของผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชนในการลงทุนทางตรงในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ทั้งในปัจจุบันและอนาคต
2. นโยบายและมาตรการสนับสนุนการลงทุนทางตรงของภาครัฐกิจโรงพยาบาลไทยของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเรียกร้อง ที่เกี่ยวกับการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ของธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนไทย
4. ผลกระทบ จากการเข้าไปลงทุนในต่างประเทศทางตรงของสถานพยาบาลเอกชนจากประเทศไทย
5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล ผู้ประกอบการด้านสุขภาพภาคเอกชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย

บทที่ 2

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การปรัทศนัรณกรรมในบทนี้มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ คือ (1) ต่อยอดองค์ความรู้ที่มีผู้วิจัยอื่นได้ทำไว้อยู่แล้ว และ (2) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของงานวิจัยนี้และองค์ความรู้ใหม่ที่จะเกิดขึ้น โดยกระบวนการเริ่มจากการค้นหางานวิจัยด้วย keyword ที่หลากหลาย เช่น "การลงทุนทางตรงขาออก" "การลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาล" "ธุรกิจโรงพยาบาล" "การบริการทางการแพทย์" "การค้าการบริการทางการแพทย์" "CLMV" เป็นต้น รวบรวมงานทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเกี่ยวข้องทางอ้อมกับการลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลทั้งจากประเทศไทยและประเทศอื่น แล้วจึงทำการคัดเลือกด้วยการแบ่งงานวิจัยออกเป็นหมวดหมู่ ได้แก่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศในด้านบริการด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรง (ขาออก) ในธุรกิจการบริการด้านสุขภาพ จากเนื้อหาของบทนี้ จะสังเกตได้ว่างานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลมีจำนวนน้อยมาก เนื่องจากข้อจำกัดทางข้อมูล อีกทั้งงานที่มีอยู่วิเคราะห์ทิศทางในภาพกว้าง ไม่เกี่ยวข้องกับประเทศไทยโดยตรง

2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การลงทุนทางตรง (Foreign Direct Investment) เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยผู้เล่นหลัก 3 กลุ่ม คือ บริษัทข้ามชาติ (ผู้ประกอบการแบบ Multinational Corporation) ประเทศผู้รับการลงทุน (Host Country) และ ประเทศผู้ลงทุน (Home Country) การลงทุนของบริษัทข้ามชาติจากประเทศ A ไปยังประเทศ B ถือว่าเป็นการลงทุนทางตรงขาออกของประเทศ A และเป็นการลงทุนทางตรงขาเข้าของประเทศ B แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงประกอบไปด้วย (1) ทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการตัดสินใจหรือเงื่อนไขการลงทุนของบริษัทข้ามชาติ (2) แรงจูงใจหรือรูปแบบของการลงทุนของบริษัทข้ามชาติ และ (3) การแบ่งแยกปัจจัยโน้มน้าวการลงทุนเป็นปัจจัยผลัก (Push Factors) และปัจจัยดึง (Pull Factors) โดยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมักจะอ้างอิงแนวคิดทั้งสามขนานกันเสมอ

ทฤษฎีอธิบายการตัดสินใจลงทุนทางตรงของบริษัทข้ามชาติ สามารถแบ่งได้อย่างหลวมเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเลือกประเทศหรือสถานที่ที่บริษัทข้ามชาติต้องการไปลงทุน (Location Theory) ซึ่งอธิบายการเลือกประเทศผู้รับการลงทุนของบริษัทข้ามชาติว่าต้องเป็นประเทศที่ก่อให้เกิดกำไรสูงสุดหรือต้นทุนต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆที่บริษัทข้ามชาติเลือกลงทุนได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศผู้ลงทุนเอง โดยพิจารณาปัจจัยแวดล้อมทางการค้าทั้งหมด (เช่น งานของ Buckley (1985) (อ้างอิงในพิทยา สุวคันธ์ (2556)) และ กลุ่มทฤษฎีที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีการจัดการองค์กร (Industrial Organization Theory) ซึ่งวิเคราะห์สภาพแวดล้อมทางการแข่งขันและความสามารถภายในบริษัทอันจะส่งผลต่อการตัดสินใจลงทุนในต่างประเทศ

ตัวอย่างของทฤษฎีที่อธิบายการลงทุนทางตรงของบริษัทข้ามชาติ ได้แก่ ทฤษฎีของ Lall and Streeten (1977) และ Hymer (1976) (อ้างอิงในพิทยา สุวคันธ์ (2556)) อธิบายการลงทุนทางตรงจากบริษัทในประเทศพัฒนาแล้วมายังประเทศกำลังพัฒนา⁵ ว่ามีสาเหตุมาจากความได้เปรียบบางประการที่บริษัทนั้นมีเหนือผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมเดียวกันในประเทศผู้รับการลงทุน ทั้งในด้านการเป็นเจ้าของเทคโนโลยี ขาวสาร การบริหารจัดการและด้านอื่นทั้งหมด โดยการลงทุนทางตรงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบริษัทข้ามชาติสูงกว่าการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจในรูปแบบอื่น ไม่ว่าจะเป็นการผลิตในประเทศเพื่อการส่งออก หรือการขายสิทธิบัตร ทั้งนี้ปัจจัยที่จะกำหนด "ประโยชน์" ดังกล่าวนั้นมีหลายประการ เช่น ขนาดของตลาดในประเทศผู้รับทุน ความเสี่ยงในการลงทุน ต้นทุนการผลิต และนโยบายของรัฐบาล เป็นต้น

ทฤษฎีของ Blonigen (อ้างอิงในสันติ ทองแก้ว (2553)) กล่าวว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้บริษัทข้ามชาติเข้ามาลงทุนในประเทศผู้รับทุนนั้น ประเทศผู้รับทุนจะต้องเปิดโอกาสให้บริษัทข้ามชาติ (1) เข้าถึงสินทรัพย์ที่ไม่สามารถจับต้องได้ เช่น การบริหารจัดการเทคโนโลยี เป็นต้น (2) เข้าถึงการวิจัยและพัฒนา (3) มีอัตราแลกเปลี่ยนที่คงที่ (4) มีภาษีที่ไม่สูงจนเกินไป (5) มีสถาบันของรัฐบาลที่คุ้มครองการลงทุน (Investment Protection) ให้กับนักลงทุน และ (6) มีการคุ้มครองทางการค้า (Trade Protection) ที่ทำให้บริษัทข้ามชาติยังสามารถได้ประโยชน์จากการผลิตเพื่อทดแทนการส่งออกได้

ทฤษฎี Eclectic หรือ OLI Paradigm (Dunning, 1988) ซึ่งให้เห็นว่าปัจจัยที่กำหนดกิจกรรมของบริษัทข้ามชาติมีด้วยกันสามประการและปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ปัจจัยที่หนึ่งคือ

⁵ Pananond (2007) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการลงทุนทางตรงจากประเทศผู้ลงทุนที่เป็นประเทศพัฒนาแล้วและจากประเทศผู้ลงทุนที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา พบว่า บริษัทข้ามชาติจากประเทศพัฒนาแล้วมีความได้เปรียบจากเทคโนโลยีการผลิตและทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ที่เหนือกว่าที่มีอยู่ในประเทศผู้รับการลงทุน ในขณะที่บริษัทข้ามชาติจากประเทศกำลังพัฒนาได้เปรียบที่มีพลวัต โดยในช่วงปี ค.ศ. 1970-ต้นทศวรรษของค.ศ.1980 ความได้เปรียบของบริษัทเหล่านี้ คือ ความสามารถในการลดต้นทุนด้วยการทดแทนเทคโนโลยีด้วยแรงงานที่ราคาถูกกว่าและการใช้ทรัพยากรที่ราคาถูกกว่าในประเทศด้อยพัฒนาอื่น และในช่วงปีค.ศ.1990 เป็นต้นมา ความได้เปรียบของบริษัทเหล่านี้ คือ ความสามารถในการซึมซับเทคโนโลยีการผลิตที่นำเข้าจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับสินค้าผ่านกระบวนการผลิตที่พึงพาทุนมากขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม Pananond (2007) ซึ่งให้เห็นว่า แม้ว่าจะงานวิจัยเพื่ออธิบายความได้เปรียบของบริษัทข้ามชาติจากประเทศกำลังพัฒนาจะมีอยู่บ้างแล้วก็ตาม แต่ยังมีจุดอ่อนบางประการ ได้แก่ (1) วรรณกรรมมักมองว่าบริษัทข้ามชาติจากประเทศกำลังพัฒนาไม่มีความได้เปรียบในด้านการผลิตเทคโนโลยี หากแต่ใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วเท่านั้น (2) วรรณกรรมมีมุมมองที่แคบต่อความได้เปรียบของบริษัทข้ามชาติจากประเทศกำลังพัฒนาว่า หากบริษัทข้ามชาติจากประเทศพัฒนาแล้วมีความได้เปรียบทางเทคโนโลยีแล้ว บริษัทจากประเทศกำลังพัฒนามีความได้เปรียบจากการสะสมทักษะทางเทคโนโลยีของแต่ละอุตสาหกรรมเพื่อเพิ่มมูลค่าเพิ่มให้กับห่วงโซ่มูลค่าของตนเท่านั้น และ (3) วรรณกรรมมองบริษัทข้ามชาติแยกกับสถาบันทางสังคมในประเทศ ("Under-socialized") ซึ่งจุดอ่อนทั้งหมดนี้ทำให้วรรณกรรมอาจไม่ได้พิจารณาถึงพลวัตทางเทคโนโลยีของบริษัทข้ามชาติที่ประกอบกิจกรรมธุรกิจอยู่แล้ว และความสามารถทางเทคโนโลยีการผลิตของบริษัทข้ามชาติที่เพิ่งเข้าสู่ตลาดใหม่ และแม้ว่าบริษัทเหล่านี้อาจมาจากประเทศกำลังพัฒนา ที่ระดับการศึกษาและเทคโนโลยีต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้ว แต่ก็มีทรัพยากรบุคคลที่มีความสามารถในการจำนวนมากพอที่จะสร้างนวัตกรรมในการผลิตรูปแบบใหม่ๆ ได้

ความสามารถของบริษัทข้ามชาติซึ่งมีเหนือกว่าบริษัทในประเทศผู้รับการลงทุน (Ownership - Specific Advantages หรือ O อักษรตัวแรกของทฤษฎี) โดยความสามารถดังกล่าว รวมถึง ความได้เปรียบทางเทคโนโลยีการผลิต ทักษะการบริหารจัดการ ความสามารถทางการตลาด และการสร้างแบรนด์ที่น่าเชื่อถือ เป็นต้น ปัจจัยที่สอง คือ ความได้เปรียบด้านที่ตั้งของประเทศผู้รับการลงทุน (Location-Specific Advantages of Host Countries หรือ L อักษรตัวที่สองของทฤษฎี) ตัวอย่างเช่น ขนาดของตลาด ระดับความเจริญของสาธารณูปโภคโดยรวม อันรวมไปถึงระดับการศึกษาของคนในประเทศ ความเข้มแข็งของกฎหมาย และระยะทางระหว่างประเทศผู้รับการลงทุนและประเทศที่บริษัทข้ามชาติตั้งอยู่ เป็นต้น และปัจจัยที่สาม คือ ระดับความสามารถของบริษัทข้ามชาติในการเข้าสู่ตลาดโลก (Market Internalization หรือ I อักษรตัวที่สามของทฤษฎี) ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้ทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกองค์กร ที่จะทำให้บริษัทข้ามชาติสามารถเข้าไปลงทุนในประเทศอื่นได้ หากปัจจัย O L และ I เอื้ออำนวย บริษัทใดๆ ก็จะสามารถเป็นบริษัทข้ามชาติได้และมีการลงทุนทางตรง

ทฤษฎี Investment Development Path (IDP) ขยายทฤษฎี OLI ออกมาเป็น 5 ขั้น แสดงให้เห็นถึงเส้นทางที่ประเทศหนึ่งเปลี่ยนผ่านจากการเป็นประเทศผู้รับการลงทุนมาเป็นประเทศผู้ลงทุน ขั้นที่ 1 ของ IDP คือ ช่วงพึ่งพาทรัพยากร (Natural-Resource Based) ประเทศมีการลงทุนทางตรงทั้งขาเข้าและขาออกต่ำ โดยความได้เปรียบทางด้านที่ตั้ง (L) เป็นตัวกำหนดให้มีการลงทุนขาเข้า ขั้นที่ 2 คือ ช่วงพึ่งพาการลงทุน (Investment Driven) ประเทศเริ่มมีการลงทุนทางตรงขาเข้ามากขึ้นแต่ยังคงมีการลงทุนทางตรงขาออกน้อยอยู่ โดยการลงทุนทางตรงขาเข้ามีแรงจูงใจในการแสวงหาตลาด (Market Seeking) เป็นหลัก และมักเป็นการลงทุนของภาคอุตสาหกรรมที่มีความเข้มข้นทางการใช้แรงงาน ขั้นที่ 3 คือ ช่วงพึ่งพานวัตกรรม (Innovation Driven) คือ ช่วงที่มีอัตราการเติบโตของการลงทุนทางตรงขาออกสูงกว่าการลงทุนทางตรงขาเข้า โดยการลงทุนทางตรงขาเข้าในประเทศเป็นการแสวงหาตลาด (Market Seeking) และแสวงหาประสิทธิภาพ (Efficiency Seeking) เป็นหลัก บริษัทข้ามชาติเริ่มที่จะผลิตสินค้าที่มีความซับซ้อน พร้อมทั้งพึ่งพาแรงงานที่มีทักษะและเทคโนโลยีมากขึ้น ในขณะที่การลงทุนทางตรงขาออกของบริษัทในประเทศมีแรงจูงใจหลากหลายรูปแบบ ทั้งการแสวงหาตลาด (Market Seeking) การแสวงหาประสิทธิภาพ (Efficiency Seeking) และการเพิ่มพูนสินทรัพย์ (Asset Augmenting) และขั้นที่ 4 และ 5 คือ ช่วงที่การลงทุนทางตรงขาเข้าและขาออกมีมูลค่าใกล้เคียงกัน (Convergence) โดยทั้งคู่พึ่งพาองค์ความรู้แบบ “Knowledge Economy” และมีความเข้มข้นของภาคบริการในการลงทุนทางตรงมากขึ้น ในช่วงนี้ การลงทุนทางตรงขาออกมักมีมูลค่าสูงกว่าการลงทุนทางตรงขาเข้า การลงทุนทางตรงขาเข้ายังมีแรงจูงใจเดิมคือ การแสวงหาตลาดและการแสวงหาประสิทธิภาพ ในขณะที่การลงทุนทางตรงขาออกมีแรงจูงใจเป็นการแสวงหาประสิทธิภาพและการเพิ่มพูนสินทรัพย์ บริษัทต่างชาติจากประเทศจะเริ่มมีการควบคุมกิจการและพันธมิตรมากขึ้น และมีการลงทุนในอุตสาหกรรมที่เน้นองค์ความรู้ ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และมีมูลค่าเพิ่มมาก เช่น ICT การให้คำปรึกษาทางการเงินการลงทุน (Consultancy) เป็นต้น (Narala and Dunning (2010) อ้างอิงใน Sermcheep (2013))

ทฤษฎี Stages Theory ของ Porter (1990) (อ้างอิงใน Sermcheep (2013)) เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของการลงทุนทางตรงทั้งขาเข้าและขาออกขึ้นอยู่กับ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างทางเศรษฐกิจภายในประเทศ แบ่งพลวัตนี้เป็น 4 ช่วง คือ ช่วงที่พึ่งพาปัจจัยการผลิต (Factor Driven) ช่วงที่พึ่งพาการลงทุน (Investment Driven) ช่วงที่พึ่งพานวัตกรรม (Innovation Driven) และช่วงที่พึ่งพาความมั่งคั่ง (Wealth Driven) โดยทุกประเทศต้องผ่านช่วงที่ 1-3 ในกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการลงทุนทางตรงจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่ 4 จะเห็นได้ว่า ทั้งทฤษฎี IDP และ Stages Theory ล้วนแล้วแต่แสดงถึงวิวัฒนาการของการลงทุนทางตรงทั้งขาเข้าและขาออกที่ขนานกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ โดยเชื่อว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นเงื่อนไขหลักของการลงทุนทางตรงขาออก

และสุดท้าย ทฤษฎีมุมมองทางทรัพยากร (Resource-Based View) ของ Wernerfelt (1984) และ Bournay (1991) (อ้างอิงใน Passakonjaras (2012)) ที่มองว่าในการตัดสินใจลงทุน บริษัทข้ามชาติพิจารณาจุดอ่อนและจุดแข็งของตน จากทรัพยากรและความสามารถที่ตนมีเป็นหลักแทนที่จะเป็นการมองโอกาสและภาวะคุกคามของตลาด (ทั้งภายในและภายนอกประเทศผู้ลงทุน) กล่าวคือ ทฤษฎีนี้เน้นการมอง SW แทน OT (ตามหลัก SWOT) โดยทรัพยากรที่จะทำให้บริษัทข้ามชาติได้เปรียบต้องเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่า ขาดแคลน ไม่สามารถเลียนแบบได้โดยง่าย และไม่สามารถทดแทนได้โดยง่าย

เมื่อพิจารณาว่าตนมีความได้เปรียบบางประการและตัดสินใจลงทุนในต่างประเทศแล้ว บริษัทข้ามชาติมีแรงจูงใจหรือรูปแบบการลงทุนหลายประการ ขึ้นอยู่กับกระบวนการผลิตและสภาพแวดล้อมทางธุรกิจของประเทศผู้รับการลงทุนและประเทศผู้ลงทุน ไม่ว่าจะเป็น

(1) การแสวงหาตลาด (Market Seeking) เพื่อขยายฐานลูกค้าของบริษัท เพราะตลาดในประเทศผู้รับการลงทุนอาจยังไม่ได้พัฒนาเทียบเท่า มีคู่แข่งน้อยกว่า ทำให้มีโอกาสในการทำกำไรมากกว่า อีกทั้งยังเป็นการสร้างความหลากหลายของกลุ่มลูกค้า (Diversification) กระจายความเสี่ยงทั้งด้านต้นทุนและลดการพึ่งพาตลาดภายในประเทศที่อาจมีความอึดตัวมากแล้ว

(2) การแสวงหาทรัพยากรในการผลิต (Resource Seeking) เพื่อเป็นการจัดหาทรัพยากรทางการผลิตที่อาจขาดแคลนในประเทศผู้ลงทุน เพื่อความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบของการผลิต (Comparative Advantage) อันรวมไปถึงแรงงาน (Labor Seeking) และทรัพยากรทางธรรมชาติ (Natural Resource Seeking)

โดยปกติแล้ว พบว่า การลงทุนของบริษัทข้ามชาติจากประเทศผู้ลงทุนที่มีระดับการพัฒนาและต้นทุนการผลิตที่สูงกว่า ส่วนมากมีรูปแบบการลงทุนแบบการแสวงหาตลาดและการแสวงหาทรัพยากรในการผลิต (Rasiah et al., 2010; สันติ ท่องแก้ว พ.ศ. 2553)

(3) การแสวงหาประสิทธิภาพ (Efficiency Seeking) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแข่งขันของบริษัทข้ามชาติ เพิ่มความถนัดในการผลิตสินค้าและลดต้นทุนการผลิต ตัวอย่างเช่น อุตสาหกรรมเสื้อผ้า (Garment Industry) ที่บริษัทข้ามชาติของไทยไปลงทุนในกัมพูชาเพราะต้นทุนทางด้านแรงงานและการขนส่งที่ต่ำกว่าการผลิตในประเทศ (Passakonjaras, 2012)

(4) การแสวงหาการควบคุมห่วงโซ่มูลค่า (Value Chain Control Seeking) เพื่อควบคุมกระบวนการผลิตทั้งหมดให้ได้มาตรฐานโดยยังมีต้นทุนต่ำอยู่ ตัวอย่างเช่น กลุ่ม Supermarket จากประเทศมาเลเซีย (Giant) และจากประเทศสหรัฐอเมริกา (Walmart) (Rasiah et al., 2010) เช่นเดียวกันกับธุรกิจเสื้อผ้าของประเทศไทยที่ลงทุนในประเทศกัมพูชา (Passakornjaras, 2012)

(5) การแสวงหาสิทธิประโยชน์ทางการเงิน (Financial Incentive Seeking) เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางการเงินจากนโยบายของรัฐอย่างเต็มที่ รัฐบาลบางแห่งอาจมีการลดหย่อนภาษีในอัตราที่มากเพียงพอจนทำให้บริษัทข้ามชาติย้ายฐานการลงทุนได้ ตัวอย่าง คือ กลุ่ม Cayman Islands และ British Virgin Islands ที่มีภาษีต่อผู้ประกอบการที่ต่ำมากจนทำให้มีการลงทุนจากประเทศจีนและฮ่องกงมากเป็นพิเศษ (Rasiah et al., 2010) และ

(6) การแสวงหาเทคโนโลยี (Technology Seeking) เพื่อให้ได้เทคโนโลยีการผลิตบางประการ มักเกิดกับบริษัทข้ามชาติที่เข้าควบคุมกิจการภายในประเทศผู้รับการลงทุน และบริษัทข้ามชาติมักมาจากประเทศที่มีความด้อยทางเทคโนโลยีโดยเปรียบเทียบ และประเทศผู้รับการลงทุนมักเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ตัวอย่างเช่น การเข้าควบคุมกิจการของ IBM ของสหรัฐอเมริกาโดยบริษัท Lenovo จากประเทศจีน หรือการลงทุนด้าน R&D ในประเทศสหรัฐอเมริกาของบริษัท Samsung Electronics จากประเทศเกาหลี และ TSMC จากประเทศไต้หวัน เป็นต้น (Rasiah et al., 2010)

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการลงทุนทางตรงแบ่งได้เป็นปัจจัยผลัก (Push Factors) และปัจจัยดึง (Pull Factors) โดยปัจจัยผลักมาจากประเทศผู้ลงทุน และ ปัจจัยดึงมาจากประเทศผู้รับการลงทุนแบ่งได้เป็น 4 หมวดหลัก คือ (1) เงื่อนไขด้านตลาด อันรวมถึงภาพของตลาดการค้าทั้งหมด โดยประเทศผู้ลงทุนมักประสบปัญหาด้านความอึดตัวของตลาด การเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศที่เริ่มซาลงและการแข่งขันภายในประเทศที่สูงขึ้น ในขณะที่ประเทศผู้รับการลงทุนมักมีการเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศที่สูง การแข่งขันภายในประเทศที่ต่ำ การเติบโตของกลุ่มผู้มีรายได้สูงที่จะมาเป็นฐานลูกค้าของบริษัทข้ามชาติ (2) ต้นทุนการผลิต หมายถึง ต้นทุนโดยเปรียบเทียบระหว่างประเทศผู้รับการลงทุนและประเทศผู้ลงทุน โดยประเทศผู้ลงทุนมักมีการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการผลิต (ทั้งแรงงานและที่ดิน) แต่ประเทศผู้รับการลงทุนยังอาจมีทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตอยู่มาก (3) เงื่อนไขทางธุรกิจ หมายถึง ความสามารถทางการแข่งขันในประเทศและประสิทธิภาพในการผลิตของคู่แข่ง โดยบริษัทข้ามชาติมีศักยภาพทางการเงิน (Financial Prowess) ชื่อเสียง (Brand Reputation & Recognition) การเติบโตของบริษัทในประเทศตนเองที่สูง ศักยภาพและความพร้อมในการเป็นผู้เล่นระดับนานาชาติและความสามารถในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ ในขณะที่ในประเทศผู้รับการลงทุน แม้ว่าบริษัทท้องถิ่นอาจเสียเปรียบด้านทุนแต่ก็พร้อมเป็นพันธมิตรทางธุรกิจกับต่างชาติ และ (4) นโยบายของรัฐ อันรวมถึงกฎระเบียบที่เอื้ออำนวยและอาจเป็นอุปสรรคต่อการลงทุนทางตรงด้วย เช่น นโยบายด้านอัตราแลกเปลี่ยน กฎระเบียบ ข้อตกลงทางการค้าและการลงทุน การสนับสนุนการลงทุน สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและการเมือง นโยบายสนับสนุน/กีดกันการลงทุนจากต่างชาติ สินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic Assets) ภายในประเทศผู้รับการลงทุน เช่น ระบบการขนส่ง ความยากง่ายในการควบคุมกิจการ เป็นต้น และในกรณีที่มีความตกลงเขตการค้าเสรีร่วมกันระหว่างประเทศผู้ลงทุนและประเทศผู้รับ

การลงทุน นโยบายที่เน้นความเท่าเทียมของระดับการเติบโต และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของภูมิภาค (Regional Development and Integration) อันหมายถึง การเป็นฐานการผลิตและตลาดและการเป็นประตูสู่การค้าในภูมิภาคอื่นผ่านความตกลงทางการค้าเสรีร่วมกัน น่าจะมีความสำคัญมาก (ASEAN Secretariat, 2013; สันติ ท่องแก้ว พ.ศ. 2553)

การลงทุนทางตรงมีผลกระทบต่อประเทศผู้ลงทุนและประเทศผู้รับการลงทุนในหลายทาง สำหรับประเทศผู้ลงทุนและบริษัทข้ามชาติ การลงทุนทางตรงมีประโยชน์หลายด้าน เช่น การเพิ่มการเติบโตของเศรษฐกิจ การเพิ่มความเข้มแข็งให้กับช่องทางการค้า การเข้าถึงทักษะทางการบริหารจัดการและเทคโนโลยี การได้แบรนด์ที่มีชื่อเสียงรวมถึงการสร้างแบรนด์ของตนเองและการควบรวมแบรนด์ของผู้อื่น การพัฒนาภาพลักษณ์องค์กร การเพิ่มประสบการณ์ในต่างประเทศ และการเข้าถึงทรัพยากรทางธรรมชาติ เป็นต้น (ASEAN Secretariat, 2013) แต่ในขณะเดียวกัน ก็อาจมีผลเชิงลบเช่นกัน เช่น การลงทุนภายในประเทศอาจลดลง เนื่องจากการโยกย้ายทุนไปต่างประเทศบางส่วน อาจทำให้มีเงินไหลออก (โดยเฉพาะถ้าตลาดการเงิน (Financial Market) ของประเทศผู้รับการลงทุนไม่ดีเพียงพอ) และเพิ่มอัตราดอกเบี้ย อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของการลงทุนภายในประเทศขึ้นอยู่กับแรงจูงใจของการลงทุนทางตรงว่าออก หากเป็นการแสวงหาประสิทธิภาพเพื่อลดต้นทุนการผลิตก็จะลดการลงทุนภายในประเทศลง หากเป็นการแสวงหาทรัพยากรที่ไม่มีในประเทศผู้ลงทุนก็น่าจะเพิ่มการลงทุนภายในประเทศได้ นอกจากนี้ การลงทุนทางตรงอาจทำให้การผลิตเพื่อการส่งออกลดลง เพราะถูกแทนที่ด้วยการผลิตภายในประเทศผู้รับการลงทุน แต่ก็อาจเพิ่มได้เช่นกัน หากการลงทุนสร้างอุปสงค์ต่อสินค้าที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ทุน การบริหาร การบริการ เป็นต้น ทำให้ภาพรวมของผลกระทบต่อการส่งออกไม่ชัดเจนนัก (Sermcheep, 2013)

ในมุมมองของประเทศผู้รับการลงทุน ชโยดม สรรพศรี และกรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์ (2555) ศึกษาผลของเงินลงทุนทางตรงจากประเทศญี่ปุ่นต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศในกลุ่มแม่น้ำโขง โดยแบ่งเป็นผลทางตรง อันรวมถึง การจ้างงาน การเพิ่มการเปิดประเทศ และมูลค่าการส่งออก และผลทางอ้อม ได้แก่ การพัฒนาทางการเงิน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนากฎระเบียบด้านการค้า การลงทุนและการแข่งขัน การเพิ่มการแข่งขันของตลาดในประเทศ การพัฒนาของทุนมนุษย์ การถ่ายทอดเทคโนโลยี การแพร่กระจายของเทคโนโลยี การถ่ายทอดและแพร่กระจายระบบการบริหารจัดการ Backward Spillovers และการวิจัยพัฒนา ซึ่งพบว่าเงินลงทุนทางตรงมีผลในเชิงบวกต่อปัจจัยดังกล่าวทั้งหมด อย่างไรก็ตาม Rasiah et al. (2010) ชี้ให้เห็นโทษต่อการลงทุนทางตรงเช่นกัน โดยเฉพาะผลกระทบทางลบต่อการจ้างงานและมลพิษภายในประเทศ และการพึ่งพาการลงทุนทางตรงจากต่างชาติมากจนขาดการพัฒนาตนเอง

จะเห็นได้ว่าแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการตัดสินใจหรือเงื่อนไขการลงทุนของบริษัทข้ามชาติ แรงจูงใจหรือรูปแบบของการลงทุนของบริษัทข้ามชาติ และการแบ่งแยกปัจจัยโน้มน้าวการลงทุนเป็นปัจจัยผลัก (Push Factors) และปัจจัยดึง (Pull Factors) มีความซับซ้อนกันอยู่ เช่น ทฤษฎี OLI ก็อาจมองเป็นการจัดปัจจัยผลักและดึงให้เป็นหมวดหมู่ โดยมีหน่วยการวิเคราะห์เป็นบริษัทข้ามชาติเท่านั้น หรือ การวิเคราะห์แรงจูงใจก็อาจมองเป็นการประเมินความสำคัญของปัจจัยผลักและดึงโดย

เปรียบเทียบได้เช่นกัน ความสำคัญของเนื้อหาข้างต้นจึงเป็นเพียงกรอบแนวคิดที่จะนำไปใช้วิเคราะห์เนื้อหาของรายงาน โดยจะเน้นไปที่การหาปัจจัยหลักและสิ่งที่มีความสำคัญต่อการค้าบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจไทย

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ประเทศไทยนับเป็นผู้ลงทุนทางตรงในต่างประเทศโดยสุทธิ (นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์, 2012) ตัวเลขการลงทุนทางตรงขาออกของบริษัทไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ และส่วนใหญ่เป็นการลงทุนของบริษัทรายใหญ่ เช่น เครือเจริญโภคภัณฑ์ (CP) เครือปูนซิเมนต์ไทย ธนาคารกรุงไทย และธนาคารกรุงเทพ เป็นต้น แต่การลงทุนของวิสาหกิจขนาดกลางและเล็กยังมีอยู่จำกัด โดยตัวเลขจาก UNCTAD พบว่า ประเทศไทยมีการเติบโตของการลงทุนทางตรงขาออกสะสมอย่างต่อเนื่อง จาก 417.59 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีค.ศ. 1990 มาเป็น 2,203 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีค.ศ. 2000 และมากกว่า 16,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปีค.ศ. 2010 โดยการเติบโตอยู่ที่ทิศทางบวกในทุกปี ยกเว้น ค.ศ. 1997 และ ค.ศ. 2000 ที่ตัวเลขการเติบโตเป็นลบ (-55% และ -37% ตามลำดับ) เนื่องจากภาวะวิกฤติของเศรษฐกิจโลก (สันติ ทองแก้ว พ.ศ.2553) โดยประเทศผู้รับการลงทุนสำคัญของบริษัทไทย คือ เมียนมาร์ หมู่เกาะเคย์แมน และสิงคโปร์ (รวมร้อยละ 53.7) รูปแบบที่สำคัญที่สุด คือ การควบรวมกิจการ (M&A) โดยบริษัทขนาดใหญ่ (นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และ ชิตชนก อันโนนจารย์, 2012) แรงจูงใจหลัก คือ การแสวงหาตลาด (โดยเฉพาะในจีน อินเดีย และอินโดนีเซีย) การแสวงหาทรัพยากรธรรมชาติ (ในเมียนมาร์ เวียดนาม ลาว กัมพูชา และอินโดนีเซีย) และการแสวงหาประสิทธิภาพ (ในประเทศกัมพูชา เวียดนาม จีน และอินโดนีเซีย) (นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์, 2012)⁶

การลงทุนทางตรงขาออกของประเทศไทยมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1980 เป็นต้นมา โดย Wee (2007) แบ่งออกเป็น 4 ช่วง (Phase) ช่วงที่ 1 คือ ค.ศ.1980-1985 การลงทุนทางตรงขาออกมีค่อนข้างจำกัด และประเทศผู้รับการลงทุนก็มีเพียงไม่กี่ประเทศ คือ สหรัฐอเมริกา ฮองกง สิงคโปร์ และญี่ปุ่น (คิดเป็นร้อยละ 85 ของมูลค่าการลงทุนทางตรงขาออกของบริษัทข้ามชาติไทยทั้งหมด) ทั้งนี้มีสาเหตุสำคัญอย่างน้อย 2 ประการ คือ นโยบายของรัฐที่จำกัดการไหลออกของทุนและศักยภาพของบริษัทไทยที่ไม่ได้มี

⁶ ในด้านแรงจูงใจ Wee (2007) เห็นแตกต่างโดยเชื่อว่าวัตถุประสงค์สำคัญที่สุดในการออกไปลงทุนทางตรงภายนอก คือ การแสวงหาตลาด ในขณะที่การแสวงหาทรัพยากรและการแสวงหาประสิทธิภาพมีค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม งานของ Wee (2007) นั้นตีพิมพ์เมื่อปีค.ศ.2007 ก่อนหน้าที่จะเกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 2010 อีกรอบ อันที่จริงแล้ว หลังจากช่วงปีค.ศ.2007 เป็นต้นมา รูปแบบการลงทุนของบริษัทข้ามชาติไทยมีความหลากหลายมากขึ้น ไม่ได้เน้นเฉพาะภาคอุตสาหกรรมแต่เพียงอย่างเดียว และมีการลงทุนในภาคบริการด้วย รวมทั้งแรงจูงใจของการลงทุนก็มีการเปลี่ยนแปลงไปจากที่อาจเป็นการแสวงหาตลาดในอดีต มาเป็นการแสวงหาแรงงานและประสิทธิภาพ (เพื่อลดต้นทุนในการผลิต) มากขึ้น สอดคล้องกับระดับการพัฒนาของประเทศที่เพิ่มสูงกว่าประเทศในภูมิภาคอาเซียน (โดยเฉพาะ CLMV) โดยเปรียบเทียบ

พันธมิตรกับต่างชาติมากขึ้น รวมทั้งมีวิสัยทัศน์ที่จะขยายตลาดภายในมากกว่าออกไปต่างประเทศ ช่วงที่ 2 คือ ค.ศ. 1986-1996 การลงทุนทางตรงขาออกของบริษัทไทยเติบโตขึ้นมาก และเริ่มไปยังประเทศที่หลากหลายมากขึ้นทั้งในทวีปออสเตรเลียและทวีปยุโรป รวมถึงประเทศที่มีการยกเว้นภาษีอย่างหมู่เกาะเคย์แมน เป็นต้น และที่สำคัญคือการลงทุนในภูมิภาคอาเซียนที่สูงขึ้นอย่างมาก นับเป็นกลุ่มประเทศผู้รับการลงทุนที่มีมูลค่าการลงทุนจากประเทศไทยสูงที่สุด (854 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศผู้รับทุนอื่น โดยประเทศผู้รับทุนรองลงมา คือ สหรัฐอเมริกา ฮองกง จีน และเยอรมัน ตามลำดับ และประเทศที่เหลือทั้งหมดได้รับการลงทุนในมูลค่าที่ต่ำกว่า 100 ล้านดอลลาร์สหรัฐทั้งสิ้น สาเหตุสำคัญที่ทำให้การลงทุนของบริษัทไทยในภูมิภาคอาเซียนสูงขึ้นอย่างมาก ได้แก่ การลงนามข้อตกลงการค้าเสรี AFTA ความใกล้ชิดทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ต้นทุนการลงทุนที่ต่ำ ตลาดของอาเซียนที่มีขนาดใหญ่ การเปิดเสรีทางการเงินของประเทศ การยกเลิกการควบคุมอัตราแลกเปลี่ยน และการจัดตั้ง Bangkok International Banking Facilities (BIBF) ที่ทำให้บริษัทเข้าถึงเงินทุนได้มากขึ้น ช่วงที่ 3 คือ ค.ศ. 1997-2002 คือ ช่วงที่อัตราการลงทุนทางตรงขาออกของประเทศไทยต่ำลง เนื่องจากวิกฤติการณ์ทางการเงินทั่วโลก โดยในภาพรวม มูลค่าการลงทุนทางตรงขาออกนั้นลดลงร้อยละ 36 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงที่ 2 และภูมิภาคอาเซียนยังคงเป็นกลุ่มประเทศผู้รับการลงทุนที่สำคัญที่สุดอยู่ (539 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ปรากฏการณ์ที่พบได้เด่นชัดช่วงนี้ คือ การที่บริษัทไทยในต่างประเทศต้องส่งเงินทุนกลับเข้ามาในประเทศมากขึ้น เพื่อช่วยสถานะทางการเงินของบริษัทแม่ และมีการขยายสาขาในประเทศมากขึ้น สูงกว่าการควบรวมกิจการของบริษัทไทยในต่างประเทศในช่วงเวลาเดียวกันถึง 15 เท่า และช่วงสุดท้าย ช่วงที่ 4 คือ ค.ศ. 2003 เป็นต้นมา ช่วงนี้การลงทุนมีการฟื้นตัว โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมภายในภูมิภาคอาเซียนและประเทศจีน (366 และ 139 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในช่วงปี ค.ศ. 2003-2005 ตามลำดับ)

ในช่วงหลังวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจนั้น รูปแบบการลงทุนทางตรงของบริษัทไทยยังมีการวิเคราะห์โดย Pananond (2007) ด้วย ซึ่งไม่ได้แบ่งเป็นช่วงเวลาตาม Wee (2007) แต่มองปี ค.ศ. 1997-1998 เป็นจุดตัดที่เหมาะสมต่อการวิเคราะห์เพราะเป็นช่วงที่เกิดวิกฤติการณ์ทางเศรษฐกิจพอดี โดยช่วงก่อนปี ค.ศ. 1997 โดยเฉพาะในช่วงปี ค.ศ. 1992-1996 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 2 ประการ คือ การยกเลิกการควบคุมการแลกเปลี่ยนเงินตรา (Exchange Control Removal) ในปี ค.ศ. 1990 และการจัดตั้ง BIBF ในปี ค.ศ. 1992 (สอดคล้องกับ Wee (2007)) ซึ่งทำให้การลงทุนทางตรงขาออกในช่วงนี้สูงขึ้นกว่าเดิม 4 เท่า และในช่วงหลังวิกฤติที่การลงทุนร่วงลงอย่างมากแล้วค่อยเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกตั้งแต่นั้นปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมา โดย Pananond (2007) ตั้งข้อสังเกตว่า การลงทุนทางตรงขาออกที่เพิ่มขึ้น (ลดลง) นั้นสอดคล้องกับความเข้มแข็ง (ความอ่อนแอ) ของสถาบันของรัฐ

เมื่อพิจารณาตัวเลขการลงทุนของธุรกิจไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน พบว่า มีมูลค่าเท่ากับ 200.7 ล้านดอลลาร์สหรัฐในกัมพูชา (ค.ศ. 2008) และ 1,358.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐในลาว (ค.ศ. 2007) โดยอุตสาหกรรมที่บริษัทไทยลงทุนอยู่ในตลาดบริการเป็นหลัก เช่น การรับจ้างบริหาร ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ ธุรกิจการเงินการธนาคาร สารสนเทศ และธุรกิจการค้าปลีก โดยใช้กลยุทธ์การลงทุน ได้แก่ การแสวงหาพันธมิตรทางธุรกิจ การ

ร่วมทุนกับผู้ประกอบการท้องถิ่น และการขอรับสัมปทานจากรัฐผ่านความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทกับรัฐสันต์ ทองแก้ว (พ.ศ. 2553) เชื่อว่า ผู้ลงทุนไทยมีความได้เปรียบในประเทศ CLMV เนื่องจากมีสายสัมพันธ์ทางธุรกิจของบริษัทโดยเฉพาะรายใหญ่ของไทยกับพันธมิตรทั้งที่เป็นผู้ประกอบการเอง และกับรัฐบาลกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ มีอยู่อย่างกว้างขวาง อีกทั้งบริษัทของไทยก็มีชื่อเสียงด้านคุณภาพและมาตรฐานการค้าสินค้าและบริการที่เป็นที่ยอมรับในภูมิภาค โดยบทสรุปเรื่องความได้เปรียบทางด้านความสัมพันธ์ทางธุรกิจนี้สอดคล้องกับ Pananond (2007) ที่มองว่าการสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ (ความสามารถในการนำทรัพยากรของเครือข่ายมาใช้เพื่อประโยชน์ของบริษัท) เกิดขึ้นได้ เพราะประเทศในภูมิภาคอาเซียนซึ่งเป็นแหล่งลงทุนหลักมีนักธุรกิจเชื้อสายจีนจำนวนมาก ทำให้เข้าใจวัฒนธรรมซึ่งกันและกันและติดต่อธุรกิจกันได้ง่ายขึ้น และ/หรือเพราะประเทศในภูมิภาคมีสถาบันเพื่อส่งเสริมการลงทุนทางตรงที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอทำให้จำเป็นต้องพึ่งพากันเอง

อย่างไรก็ดี แม้ว่ารัฐบาลไทยจะได้ดำเนินการสนับสนุนการลงทุนทางตรงขาออกในหลายรูปแบบ เช่น การยกเลิกมาตรการเงินทุนเคลื่อนย้ายขาออกของธนาคารแห่งประเทศไทย หรือ การอนุญาตให้บริษัทไทยลงทุนทางตรงในต่างประเทศได้โดยเสรี (ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2553) เป็นต้น อุปสรรคต่อการลงทุนทางตรงของบริษัทข้ามชาติไทยก็ยังคงมีอยู่ ได้แก่ (1) ปัญหาด้านภาษี โดยอัตราภาษีเงินได้จากต่างประเทศของไทยยังคงสูงอยู่ แบ่งประเภทของรายได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ประเภทเงินปันผลที่บริษัทข้ามชาติไทยได้รับการยกเว้นแบบมีเงื่อนไข (คือต้องมาจากกำไรสุทธิที่มีการเสียภาษีในต่างประเทศไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 ของกำไรสุทธิ) ประเภทกำไรของสาขา ที่มีอัตราภาษีเงินได้นิติบุคคล (Corporate Income Tax (CIT)) ร้อยละ 23 และ ประเภท Capital Gain ที่มีอัตราภาษี CIT ร้อยละ 23 นอกจากนี้ การขอคืนภาษีของบริษัทข้ามชาติยังมีกระบวนการที่ยังยากทำให้ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้จากอนุสัญญาภาษีซ้อน (Double Tax Agreement หรือ DTA) ที่ประเทศไทยมี 57 ขึ้นอย่างเต็มที่⁷ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ DTA (Wee, 2007; นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์, 2012) (2) การเข้าถึงแหล่งทุนมีจำกัด โดยเฉพาะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่ธนาคารมักมองว่ามีความเสี่ยงสูงจึงไม่ปล่อยสินเชื่อให้ ทั้งนี้ในภาพรวม รัฐก็ยังมีการสนับสนุนแหล่งเงินทุนค่อนข้างน้อยโดยเปรียบเทียบ (ตัวอย่างของกองทุนที่รัฐบาลประเทศอื่นมี ได้แก่ Economic Development Cooperation Fund ของเกาหลีใต้ Malaysia-Singapore Third Country Business Development Fund ของมาเลเซียและสิงคโปร์ที่จัดทำร่วมกัน เป็นต้น) (Wee, 2007; นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์, 2012) (3) ปัญหาด้านศักยภาพของผู้ประกอบการ อันรวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายรัฐ ข้อตกลงทางการค้า และกฎระเบียบในประเทศ ผู้รับการลงทุน การขาดความรู้ด้านตลาดในประเทศผู้รับการลงทุน การขาดทรัพยากรบุคคลในระดับบริหารที่มีประสิทธิภาพ และการที่ผู้จัดการที่มีความสามารถส่วนมากพูดภาษาอังกฤษไม่ได้และอาจไม่ต้องการทำงานในต่างประเทศ (Wee, 2007; Passakonjaras, 2012) และ (4) ปัญหาด้านกฎระเบียบภายในประเทศผู้รับการลงทุน ที่อาจเข้มงวดมากเกินไปหรือขาดความแน่นอน ทำให้บริษัทข้ามชาติของ

⁷รายชื่อประเทศที่ไทยมีอนุสัญญาภาษีซ้อนด้วยหาได้จาก <http://www.rd.go.th/publish/766.0.html> (พบว่าไม่มีรายชื่อของประเทศกัมพูชาและเมียนมาร์)

ไทยลงเลที่จะลงทุน เพราะไม่มีสายใยกับรัฐบาลและไม่มีพันธมิตรทางธุรกิจในประเทศผู้รับการลงทุน เพียงพอที่จะช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้หากมีปัญหาภายหลัง (Wee, 2007)

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

การค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศสามารถเกิดขึ้นได้ 4 รูปแบบ รูปแบบที่ 1 (Mode 1) คือ การบริการข้ามพรมแดน (Cross-border Supply) หมายถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่มีการเคลื่อนย้ายออกนอกพรมแดนของตน เป็นการร่วมรักษาทางไกล (Tele-Medicine) ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศหนึ่งให้คำปรึกษาในการรักษาผู้ป่วยกับกับแพทย์ในประเทศที่ผู้ป่วยพำนักอยู่ รูปแบบที่ 2 (Mode 2) คือ การรับบริการข้ามพรมแดน หรือ การบริโภคในต่างประเทศ (Cross-border Consumption หรือ Consumption Abroad) หมายถึงผู้ให้บริการไม่ได้เคลื่อนย้ายออกนอกพรมแดนแต่ผู้รับบริการข้ามพรมแดนมารับบริการ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยต่างประเทศเข้ามารับการรักษาในประเทศไทย รูปแบบที่ 3 (Mode 3) คือ การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (ในประเทศอื่น) (Commercial Presence) เกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการมีการลงทุนทางตรง (Foreign Direct Investment) เพื่อให้บริการในประเทศปลายทาง เช่น การเปิดโรงพยาบาลหรือคลินิกที่มีเจ้าของเป็นคนไทยในต่างประเทศ และรูปแบบที่ 4 (Mode 4) คือ การเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา (Movement of Natural Persons) เกิดขึ้นเมื่อแรงงานที่มีทักษะการให้บริการในประเทศหนึ่งเดินทางไปให้บริการในต่างประเทศเป็นการชั่วคราว แรงงานที่มีทักษะในตลาดการค้าบริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล (Smith, 1994; Kanchanachitra et al., 2011)

การค้าบริการด้านสุขภาพนับเป็นภาคการค้าบริการที่เติบโตเร็วที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับการค้าบริการด้านอื่นๆ โดยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา การลงทุนทางตรงด้านสุขภาพเติบโตขึ้นมากกว่า 20 เท่า (Smith, 2004) ภายใต้กรอบของความตกลงทั่วไปทางด้านการบริการ (GATS) ซึ่งครอบคลุมการบริการทั้ง 4 รูปแบบ Smith et al. (2009) ได้ทำการประเมินขนาดและลักษณะการค้าบริการของทั้ง 4 รูปแบบ การค้า และพบว่า ในรูปแบบที่ 1 (Mode 1) คือ การให้บริการด้านสุขภาพข้ามชาติโดยที่ผู้ให้บริการยังคงอยู่ในประเทศของตน การพัฒนาเทคโนโลยีทางการสื่อสารและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้การรักษาพยาบาลในรูปแบบนี้เติบโตขึ้นมาก เรียกว่ามีทิศทางแบบ e-health ที่ทำให้การรักษาพยาบาลในประเทศผู้นำเข้าบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตัวอย่างที่เห็นได้เด่นชัด คือ รังสีวิทยาทางไกล (Teleradiology) ซึ่งเป็นการนำ Digital Imaging ที่ประเทศผู้นำเข้าได้จัดทำไว้มาวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคในประเทศผู้ส่งออกได้ โดยตัวเลขทางการค้าของการค้าบริการในรูปแบบนี้มีมูลค่าราว 1 พันล้าน-1 แสนล้านเหรียญสหรัฐทั่วโลก (โดยตัวเลขนี้เป็นการประเมินโดย Smith et al. (2009) เท่านั้น ไม่มีตัวเลขที่แท้จริงรายงานอยู่) นอกจากนี้ยังมีบริการลักษณะอื่นๆ อีก เช่น การจัดทำบัญชี (Medical Billing) การจัดทำกระบวนการเรียกร้องประกัน (Claims Processing) บริการลูกค้าสัมพันธ์ในโรงพยาบาล (Customer-Interaction Centers) เป็นต้น โดยประเทศผู้ส่งออกของการค้าบริการรูปแบบนี้ ได้แก่ ประเทศฟิลิปปินส์ อินเดีย และคิวบา ซึ่งมีบุคลากรที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้และมีค่าแรงถูกโดย

เปรียบเทียบ และประเทศผู้นำเข้าส่วนมากเป็นประเทศพัฒนาแล้ว โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาที่มีต้นทุนการบริหารจัดการสูง

ในรูปแบบที่ 2 (Mode 2) คือการที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ โดยรูปแบบนี้เป็นรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพที่เติบโตอย่างรวดเร็วที่สุด มีผู้ป่วยที่เดินทางเข้ารับการรักษายาบาลทั่วโลกราว 4 ล้านคนต่อปี (ประเทศไทยมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับบริการในประเทศประมาณ 1 ล้านคนต่อปี) ในปีค.ศ. 2009 มูลค่าของการค้าในรูปแบบนี้อยู่ที่ประมาณ 20-40 พันล้านเหรียญสหรัฐ ตลาดเฉพาะในทวีปเอเชียอย่างเดียวยังมีประโยชน์จากส่วนนี้ราว 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยประเทศไทยเป็นผู้นำการให้บริการในรูปแบบนี้ สร้างรายได้ราว 615 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี ค.ศ. 2008) อุปสงค์ที่เกิดขึ้นมักมาจากการที่ผู้ให้บริการในประเทศไม่สามารถให้บริการได้ในเวลานั้นๆ คือ มีจำนวนผู้รับบริการในประเทศมากเกินไป หรือ เพราะบริการที่ผู้ป่วยต้องการบางอย่างเฉพาะทางมากเกินไป ก่อปรกับที่ต้นทุนของประเทศผู้ส่งออกมักต่ำกว่าในประเทศผู้นำเข้ามาก ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Heart Bypass Graft Surgery) ที่ราคาในประเทศไทยอยู่ที่ราว 7,894 เหรียญสหรัฐ แต่ราคาในประเทศสหรัฐอเมริกาสูงถึง 23,938 เหรียญสหรัฐ หรือการผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก (Hip Replacement) ที่ราคาในประเทศไทยอยู่ที่ 12,000 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ราคาในประเทศสหรัฐอเมริกาเท่ากับ 22,000-53,000 เหรียญสหรัฐ เป็นต้น นอกจากนี้ อุปสงค์ใน Mode 2 ยังสามารถเกิดขึ้นได้จากการสนับสนุนของรัฐด้วย โดยรัฐอาจออกวีซ่าพิเศษสำหรับผู้ป่วย หรือสนับสนุนการท่องเที่ยวทางการแพทย์ การสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การค้าบริการในรูปแบบนี้ยังมีอุปสรรคอยู่ โดยเฉพาะในด้านการครอบคลุมของประกันสุขภาพ (Insurance Portability) โดยบริษัทประกันสุขภาพส่วนมากมีข้อจำกัดไม่ให้ผู้ป่วยใช้สิทธิประโยชน์ในต่างประเทศได้ (เนื่องจากเกรงว่าจะมีคุณภาพไม่ดีพอและการบริหารจัดการเคลมมีความยุ่งยาก) (Smith et al., 2009)

ในรูปแบบที่ 3 (Mode 3) คือ การลงทุนทางตรงในต่างประเทศ ซึ่ง Smith (2004) ถือว่าเป็นรูปแบบการค้าบริการที่สำคัญที่สุด เนื่องจากจะนำไปสู่รูปแบบการค้าอื่นๆ ได้ด้วย โดยในช่วงปีค.ศ. 1990-2000 การลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลเฉพาะจากประเทศพัฒนาแล้วสู่ประเทศที่กำลังพัฒนามีมูลค่าเพิ่มขึ้นจาก 36 พันล้านเหรียญสหรัฐเป็น 155 พันล้านเหรียญสหรัฐ (ซึ่งตัวเลขนี้เป็นการประมาณการของ Smith et al.(2009) เนื่องจากยังไม่มีตัวเลขกลาง) และเมื่อพิจารณาการลงทุนทางตรงจากประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การค้าบริการใน Mode 3 กำลังเติบโตขึ้นเรื่อยๆ โดยโรงพยาบาลเอกชนมองเห็นการลงทุนดังกล่าวช่วยเพิ่ม ทั้งรายได้ และโอกาสในการสร้างเครือข่ายทางธุรกิจ รวมไปถึงเครือข่ายทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม การค้าในรูปแบบที่ 3 มีอุปสรรคอยู่มากโดยเฉพาะในด้านกฎระเบียบภายในประเทศที่ล้าวนแต่กีดกัน เนื่องจากรัฐบาลเกรงว่าการลงทุนจะส่งผลทางลบต่อจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐและส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคม ในประเทศไทยเอง พบว่า โรงพยาบาลกว่า 24 แห่ง ในปี ค.ศ. 2009 มีหุ้นส่วนเป็นชาวต่างชาติ ทั้งจากประเทศญี่ปุ่น (ร้อยละ 25) สิงคโปร์ (ร้อยละ 19) จีน (ร้อยละ 11) ยุโรป (ร้อยละ 11) และสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 6) โดยส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร (Smith et al., 2009)

ในรูปแบบที่ 4 (Mode 4) การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์ โดยรูปแบบนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นการค้าบริการด้านสุขภาพที่เก่าแก่ที่สุด ในอดีตการค้าในรูปแบบนี้ทำผ่านทาง การย้ายถิ่นของแพทย์ที่ทำให้ประเทศพัฒนาแล้วมีแพทย์จากประเทศด้อยพัฒนาเข้าไปประกอบอาชีพด้วยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในประเทศที่รัฐบาลให้อนุญาต เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา เยอรมัน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2009 ร้อยละ 20 ของแพทย์ในประเทศแคนาดา ออสเตรเลียและสหรัฐอเมริกา เป็นชาวต่างชาติ และร้อยละ 30 ของแพทย์ในประเทศสหราชอาณาจักรมาจากต่างประเทศ ซึ่งการย้ายถิ่นประกอบอาชีพของแพทย์มักมีสาเหตุมาจากค่าตอบแทน โอกาสในการประกอบอาชีพและการศึกษารวมทั้งชีวิตความเป็นอยู่ในภาพรวมที่ดีกว่าของประเทศผู้นำเข้า อย่างไรก็ตาม การค้าในรูปแบบนี้จะทำได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับกฎระเบียบของรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเทศว่าจะยอมรับมาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ที่ได้รับการศึกษาในประเทศอื่นมาหรือไม่

ในส่วนของภูมิภาคอาเซียนเอง การค้าบริการด้านสุขภาพมีมาอย่างต่อเนื่อง Kanchanachitra et. al. (2011) ทำการรวบรวมวรรณกรรมทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์และยังไม่ได้มีการตีพิมพ์และข้อมูลจากแหล่งต่างๆ พบว่า ระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบมีความแตกต่างกัน ตามตารางที่ 2.1 เครื่องหมาย + หมายถึง มีการค้าในรูปแบบดังกล่าว โดยจำนวนเครื่องหมาย + ที่เพิ่มขึ้นหมายถึงระดับความสำคัญที่เพิ่มขึ้น และเลขศูนย์ (0) มิได้หมายความว่า การให้บริการในรูปแบบนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลยเพียงแต่บ่งชี้ความสำคัญที่น้อยเท่านั้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบทางการค้าที่มีกิจกรรมเด่นชัดที่สุดในภูมิภาค คือ Mode 2 และ Mode 4 เท่านั้น โดย Mode 1 และ Mode 3 (การลงทุนทางตรง) นับว่ายังมีจำกัดอยู่ ประเทศสิงคโปร์ มาเลเซียและไทยนับเป็นศูนย์กลางทางการรักษาพยาบาลของภูมิภาค เมื่อพิจารณาเฉพาะภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทย พบว่า ยังไม่มีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกลมาใช้ในการส่งออกหรือนำเข้าบริการทางการแพทย์ (Mode 1) มากนัก มีผู้รับบริการทางการแพทย์ชาวไทยบางส่วนออกไปใช้บริการนอกประเทศบ้าง แต่จำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามารับบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนมากกว่ามาก และส่วนมากมาจากประเทศลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ (Mode 2) ผู้ให้บริการทางการแพทย์ชาวต่างชาติได้เข้ามาร่วมลงทุนกับผู้ให้บริการในประเทศไทย ในปริมาณที่ใกล้เคียงกับจำนวนผู้ให้บริการจากประเทศไทยที่ไปลงทุนในต่างประเทศ (Mode 3) และท้ายที่สุดยังไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเข้ามาให้บริการภายในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญ แต่ได้มีบุคลากรทางการแพทย์ชาวไทยบางส่วนได้ออกไปทำงานยังต่างประเทศบ้างแล้ว บทสรุปของระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทยข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Supakankunti and Herberholz (2012)

ตารางที่ 2. 1 ระดับความสำคัญของรูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน

ประเทศ	Mode 1		Mode 2		Mode 3		Mode 4	
	นำเข้า	ส่งออก	นำเข้า	ส่งออก	นำเข้า	ส่งออก	นำเข้า	ส่งออก
บรูไน	0	0	+	0	0	0	+++	0
สิงคโปร์	+	0	+	+++	+	++++	++++	+
มาเลเซีย	0	0	+	++	+	+	++	+
ไทย	0	0	+	+++	++	++	0	+
ฟิลิปปินส์	0	++	+	+	+	0	0	++++
อินโดนีเซีย	0	0	+	+	+	0	0	++
เวียดนาม	0	0	+	+	++	0	0	0
ลาว	0	0	+	0	0	0	0	0
กัมพูชา	0	0	+	0	+	0	0	0
เมียนมาร์	0	0	+	0	0	0	0	0

ที่มา: Kanchanachitra et al. (2011)

การที่ประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกการค้าบริการด้านสุขภาพรายใหญ่ในของประเทศไทย CLMV มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ประเทศไทยมีอุปทานส่วนเกินด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถซึมซับอุปสงค์ส่วนเกินของประเทศไทย CLMV ได้ ตารางที่ 2.2 แสดงให้เห็นถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละประเทศในภูมิภาค และช่องว่างที่พึงเติมเต็ม (โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการให้ทุกประเทศมี แพทย์ พยาบาล และนักผดุงครรภ์รวมกันเป็นสัดส่วนเท่ากับ 2.28 ต่อประชากร 1,000 คน) จะเห็นได้ว่าประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ล้วนแต่มีความขาดแคลน⁸ ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีขาดแคลนนี้ (แม้ว่ามีแนวโน้มที่จะขาดแคลนในอนาคต) และเมื่อพิจารณาตารางที่ 2.3 ที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการผลิตแพทย์ในภูมิภาคประกอบด้วย ก็จะมีปัญหาความขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทยกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ในระยะยาวได้เด่นชัดยิ่งขึ้น กล่าวคือ อัตราการเพิ่มอุปทานในตลาดไม่น่าจะเพียงพอต่อความต้องการทางการแพทย์ภายในประเทศได้ จึงมีความจำเป็นต้องนำเข้าการบริการด้านสุขภาพ

⁸ สาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคลากรในภูมิภาคขาดแคลนเนื่องมาจากนโยบายการผลิตแพทย์ของรัฐที่กำหนดจำนวนบุคลากรที่ต้องการ โดยพิจารณาจากความต้องการของภาครัฐเพียงอย่างเดียว และขาดการสื่อสารระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้การผลิตมีจำนวนน้อยเกินความต้องการและทำให้เกิดปัญหาการแย่งแพทย์ภายในประเทศ ประเทศที่ตอบสนองต่อกระบวนการนี้ได้ค่อนข้างดี คือ ประเทศอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ ที่มีแนวคิดผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการส่งออก (Export-led Production of Nurses and Doctors)

ตารางที่ 2. 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์

ประเทศ	ความหนาแน่นต่อประชากร 1,000 คน			ช่องว่าง (คน)
	แพทย์	พยาบาลและผดุง ครรภ์	รวม	
บรูไน	1.1	6.1	7.2	-
สิงคโปร์	1.5	4.4	5.9	-
มาเลเซีย	0.7	1.8	2.5	-
ไทย	0.5	2.2	2.7	-
ฟิลิปปินส์	1.2	6.1	7.3	-
อินโดนีเซีย	0.2	1.7	1.9	83,652
เวียดนาม	0.5	0.8	1.4	78,747
ลาว	0.3	0.9	1.2	6,226
กัมพูชา	0.2	0.9	1.1	19,660
เมียนมาร์	0.4	1.0	1.4	44,132

ที่มา : Kanchanachitra et al. (2011)

ตารางที่ 2. 3 ศักยภาพในการผลิตแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน

ประเทศ	จำนวนสถาบันผลิต			ศักยภาพในการผลิต(คน/ปี)		
	แพทย์	พยาบาล	ผู้ผดุง ครรภ์	แพทย์	พยาบาล	ผู้ผดุง ครรภ์
บรูไน (2010)	1	1	1	17	146	11
สิงคโปร์ (2010)	2	3	N/A	350	1347	N/A
มาเลเซีย (2008)	21	99	N/A	2000	8153	N/A
ไทย (2009)	12	69	N/A	1305	7555	N/A
ฟิลิปปินส์ (2007)	39	517	268	2930	60199	3458
อินโดนีเซีย (2008)	52	682	465	5500	34000	10000
เวียดนาม (2008)	14	14	N/A	3520	860	N/A
ลาว (2007)	1	6	0	70	576	0
กัมพูชา (2008)	2	6	6	290	410	398
เมียนมาร์ (2005)	4	23	20	650	1200	1100

ที่มา : Kanchanachitra et al. (2011)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าประเทศไทยจะทำการค้าบริการด้านสุขภาพบ้างแล้ว แต่จะเห็นได้ว่างานศึกษาที่เกี่ยวข้องยังคงมีจำนวนจำกัด และอาจแบ่งอย่างหลวมได้เป็น 2 ประเภท (1) งานศึกษาที่มองภาพรวมของอุตสาหกรรม อธิบายความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยเอง (Harryono et al., 2006; Supakankunti and Herberholz, 2012) และ/หรือเปรียบเทียบกับประเทศคู่แข่งสำคัญในอาเซียน อย่างมาเลเซียและสิงคโปร์ (Pocock and Phua, 2011) และ (2) งานศึกษาที่ประเมินผลกระทบของการค้าบริการทางสุขภาพต่อระบบสุขภาพ

งานวิจัยในกลุ่มแรกมองการค้าบริการด้านสุขภาพเป็นธุรกิจ จึงประเมินเพียงจุดอ่อนจุดแข็งของการค้าบริการด้านสุขภาพของภาคเอกชนไทย เพื่อวัตถุประสงค์ในการหาช่องทางเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันเท่านั้น เช่น งานของ Supakankunti and Herberholz (2012) ที่พบว่าประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกโดยสุทธิ เนื่องจากมีปัจจัยดึงดูด (Pull factors) ได้แก่ ต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่ต่ำโดยเปรียบเทียบราคาการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างคงที่ เนื่องจากการรักษาพยาบาลให้ชาวต่างชาติมักเสนอในรูปแบบ Package และการที่ประเทศไทยมีอุตสาหกรรมสนับสนุนที่ดี (ทั้งอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว โรงแรม และบันเทิงต่าง ๆ) รวมถึงอุตสาหกรรมทางการแพทย์ทางเลือก เช่น สปา การนวด และการแพทย์แผนโบราณ เป็นต้น และปัจจัยผลักดัน (Push factors) ได้แก่ ต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูงในต่างประเทศ ระยะเวลารักษาพยาบาลที่นานในต่างประเทศ และการที่บางประเทศไม่มีประกันสุขภาพในกับประชาชนที่เพียงพอ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบให้การค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ทั่วโลกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้กรอบ SWOT ประเมินแนวโน้มการเติบโตของการท่องเที่ยวทางการแพทย์ของประเทศไทย สรุปว่า ในด้านจุดแข็ง (Strength) ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีคุณภาพ มีการให้บริการที่เป็นมิตร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำโดยเปรียบเทียบ อุปกรณ์ทางการแพทย์มีคุณภาพสูงและทันสมัย การรักษาพยาบาลมีคุณภาพสูง มีการพัฒนาสินค้าและบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง มีอาคารสถานที่ทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีโรงพยาบาลเอกชนที่มีทีมงานผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญ ในด้านจุดอ่อน (Weakness) ประเทศไทยยังคงมีปัญหาด้านการผลิตและการกระจายแพทย์ ความอ่อนแอทางด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรทางการแพทย์ของไทย การแข่งขันที่สูงทั้งภายในและภายนอกประเทศ การที่โรงพยาบาลเอกชนของไทยยังไม่มีพาร์ตเนอร์ในทางธุรกิจมากนัก การพึ่งพาการนำเข้าของอุปกรณ์ทางการแพทย์ และความไม่แน่นอนทางการเมือง ในด้านโอกาส (Opportunity) ประเทศไทยน่าจะได้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากการค้าบริการด้านสุขภาพ การแข่งขันที่สูงอาจทำให้มีการลงทุนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศพัฒนาแล้วที่มักจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะทำให้มีอุปสงค์ต่อการบริการทางการแพทย์สูงขึ้น และการเติบโตทางด้านศัลยกรรมและการแพทย์เพื่อความงามในประเทศไทยที่จะช่วยให้เกิดนวัตกรรมใหม่ การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายนอกทั้งหมดนี้จะทำให้ประเทศไทยได้รับประโยชน์ทางการค้า และสุดท้าย ในด้านภาวะคุกคาม (Threat) ประเทศไทยน่าจะมีคู่แข่งมากขึ้น เช่น ประเทศมาเลเซีย เป็นต้น รวมถึงภาระโรคของประเทศไทยก็น่าจะสูงขึ้นเรื่อย เนื่องจากประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

เช่นกัน การค้าระหว่างประเทศอาจดึงเอาทรัพยากรภายในประเทศไปใช้โดยประชากรไทยไม่ได้ผลประโยชน์เท่าที่ควร

Harryono et al (2006) ใช้กรอบการวิเคราะห์แบบ Diamond Analysis และมองการให้บริการทางการแพทย์ทั้งอุตสาหกรรม (Cluster) และได้บทสรุปใกล้เคียงกับ Supakankunti and Herberholz (2012) แทบทุกประการและเสนอแนะให้ธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการทำการค้ากับต่างประเทศควรเพิ่มขีดความสามารถของตนเอง ด้วยการ (1) ทำการประกันคุณภาพระดับนานาชาติ (International Accreditation) เพื่อให้ได้รับความไว้วางใจจากลูกค้า (2) เพิ่มการบริการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) เพื่อให้มีความแตกต่างจากธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศอื่น (3) ทำการประเมินคู่แข่ง (Benchmarking Analysis) เพื่อให้ทราบถึงกลยุทธ์ของคู่แข่งและความได้เปรียบเสียเปรียบของตน (4) ร่วมมือกับพาร์ทเนอร์ในต่างประเทศ ทั้งกับโรงพยาบาลเอกชนของประเทศอื่นและบริษัทประกันสุขภาพ อันจะมีบทบาทในการเพิ่มฐานลูกค้าและขยายตลาดเป้าหมายได้ (5) สร้างองค์กรใหม่ขึ้นมาเพื่อช่วยดูแลการค้าบริการทางการแพทย์ระหว่างประเทศโดยตรง เพื่อให้ผู้เล่นในประเทศทั้งหมดสามารถช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกันได้ และ (6) สร้างกลไกในการประเมินและติดตามผลการรักษา (Monitoring & Evaluation) เพื่อให้มั่นใจในคุณภาพการรักษารักษาของธุรกิจของตนได้

นอกจากนี้ ภายใต้ข้อสมมติที่ว่ารัฐบาลไทยสนับสนุนการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ Harryono et al (2006) เสนอให้รัฐบาลเพิ่มบทบาท ดังนี้ (1) สนับสนุนการประกันคุณภาพระดับนานาชาติ (2) สร้างหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมและทดสอบคุณภาพของการรักษาแผนโบราณของไทย (อันหมายถึงรวมถึงการได้รับความร่วมมือองค์การอาหารและยาในการประกันคุณภาพผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องด้วย) (3) มีแผนการส่งเสริมการค้าบริการทางสุขภาพของภาคเอกชนไทยที่ชัดเจนมากขึ้น (4) ทำหน้าที่ประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม เพื่อสร้างความโปร่งใสในการทำงานของภาครัฐเอง และทำให้การส่งเสริมธุรกิจเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (5) สร้างฐานข้อมูลเพื่อติดตามการเติบโตของการค้าบริการทางสุขภาพของประเทศ และ (6) สร้างระบบที่รองรับการใช้ประกันสุขภาพของชาวต่างชาติ เพื่อให้มีความสะดวกมากขึ้น ลดต้นทุนการค้าบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยและอาจจะเพิ่มอุปสงค์ได้ในที่สุด

สำหรับงานวิจัยในกลุ่มที่สองนั้นมองการค้าบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ จึงทำการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แต่เนื่องด้วยข้อมูลขาดแคลน และผลกระทบบางประการก็ไม่สามารถประเมินค่าได้นั้นทำให้บทสรุปไม่แน่ชัดนัก Pachanee and Wibulpolprasert (2003) คาดว่า การค้าบริการทางสุขภาพโดยเฉพาะใน Mode 2 และ 3 จะทำให้เกิดโรงพยาบาลเอกชนในตัวเมืองเพิ่มมากขึ้น มีการแข่งขันที่จะแย่งบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชน และจากชนบทเข้าสู่เมือง (Internal Brain Drain) ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม (Inequity) ในด้านการเข้าถึงระบบสุขภาพ และอาจก่อให้เกิดการด้อยประสิทธิภาพมากขึ้นเพราะอาจมีการตรวจรักษาที่มากเกินไปจนจำเป็น (Unnecesary) และไม่มีเหตุผลรองรับ (Irrational) เพื่อให้โรงพยาบาลได้กำไรสูงสุด นอกจากนี้ การค้าบริการทางสุขภาพใน Mode ที่ 1 ก็ยังอาจเพิ่มภาระให้กับแพทย์ในประเทศที่มองได้ว่าจะเป็น Virtual Brain Drain เพราะแพทย์ต้องให้คำปรึกษาทางไกลแทนที่จะใช้เวลาอยู่กับคนไข้ในประเทศ และ Mode ที่ 4

ต้องทำให้แพทย์ไทยย้ายไปทำงานต่างประเทศมากขึ้นได้ (External Brain Drain) ทั้งหมดนี้ล้วนก่อให้เกิดผลเชิงลบต่อระบบสุขภาพ

Pachanee and Wibulpolprasert (2006) แสดงให้เห็นว่าในระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งของประกันสังคม ข้าราชการ และประกันสุขภาพถ้วนหน้า (“30 บาท รักษาทุกโรค” เดิม) อุปสงค์ที่มีต่อการรักษาพยาบาลก็สูงมากอยู่แล้ว การสนับสนุนการค่าบริการทางสุขภาพจะทำให้อุปสงค์เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ในขณะที่อุปทานไม่ได้เติบโตในอัตราเดียวกัน โดยผู้วิจัยได้คาดการณ์จำนวนแพทย์ที่จะต้องมีเพิ่มขึ้น เมื่อมีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการมากขึ้น (Mode 2) โดยได้รับข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของชาวต่างชาติในประเทศไทยเมื่อปี ค.ศ. 2001-2003 จากกระทรวงพาณิชย์ แล้วเทียบออกให้เป็นแรงงานของแพทย์ (จำนวนคน) ด้วยข้อสมมติว่าแพทย์หนึ่งคนสามารถรักษาผู้ป่วยนอกได้ 10,000-12,000 ครั้งต่อปี และผู้ป่วยในหนึ่งคนใช้ทรัพยากรบุคคลเท่ากับ 20 เท่า ของการรักษาผู้ป่วยนอก 1 ครั้ง และจำนวนผู้ป่วยในเทียบเท่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยนอก พบว่าในปีสุดท้ายที่ผู้วิจัยมีข้อมูล (ค.ศ. 2003) จำนวนแพทย์ที่ระบบจะต้องมีเพิ่มเพื่อรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติในประเทศไทย คิดเป็น 109-131 คน หรือร้อยละ 4 ของจำนวนแพทย์ที่ทั้งระบบต้องมีเพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นของทั้งผู้ป่วยไทยและผู้ป่วยต่างชาติ หรือร้อยละ 11 ของจำนวนแพทย์ที่ภาคเอกชนต้องการเพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นจากตลาดภายในและภายนอกประเทศ และเมื่อคาดการณ์ไปจนถึงปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558 เมื่อเข้าสู่ AEC) พบว่า ประเทศไทยจะต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วยต่างชาติเป็นจำนวนถึง 176-303 คน คิดเป็นร้อยละ 9-12 ของแพทย์ที่ทั้งประเทศต้องการเพิ่ม และร้อยละ 23-34 ของจำนวนแพทย์ใหม่ที่ภาคเอกชนต้องการ ความต้องการบุคลากรที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการสุขภาพของประเทศอย่างแน่นอน (หากแต่ยังไม่มีการศึกษาต่อเนื่องว่าการคาดการณ์ข้างต้นเป็นจริงหรือไม่)

การคาดการณ์ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดแนวคิดที่ว่ารัฐบาลควรลดทอนการสนับสนุนการค่าบริการด้านสุขภาพของภาคเอกชน (ซึ่งขัดแย้งกับนโยบายของรัฐที่ต้องการให้ประเทศไทยเป็น Medical Hub of Asia และการที่อาเซียนมองว่าการค่าบริการด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในสาขาเร่งรัด) โดย Pachanee and Wibulpolprasert (2004) สรุปผลการประชุมสมัชชาสุขภาพในปี พ.ศ.2547 ที่มีการปรึกษาหารือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เกี่ยวกับผลกระทบที่น่าจะเกิดขึ้นจากการเปิดการค้าเสรีทางการบริการด้านสุขภาพ มีการเชิญตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ รวม 350 คน และเปิดโอกาสให้ระดมสมองกันยาวนานกว่า 3 ชั่วโมง โดยมีนายกรัฐมนตรีหนึ่งเป็นองค์ประธาน บทสรุปจากงานครั้งนี้ คือ (1) รัฐบาลไม่ควรสนับสนุนการเปิดเสรีทางการค่าบริการทางสุขภาพ รวมถึงไม่ควรส่งเสริมให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย หากจะมีการสนับสนุนหรือส่งเสริมใดๆ ควรเป็นหน้าที่ของภาคเอกชนแต่เพียงผู้เดียว อย่างไรก็ตาม รัฐบาลควรเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมคุณภาพและพิจารณาความเหมาะสมของการให้บริการ (2) รัฐบาลควรสนับสนุนการศึกษาด้านผลกระทบของการเปิดการค้าเสรีด้านบริการทางสุขภาพและเผยแพร่ข้อมูลผลกระทบทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ และเสนอแนวทางที่จะลดผลกระทบเชิงลบให้สาธารณชนได้รับรู้ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายของบุคลากรทางการแพทย์ (3) รัฐบาลควรมุ่งเน้นที่การสร้างความเท่าเทียมทางการศึกษา และสร้างกลไกให้เกิดการกระจาย บุคลากร

ทางการแพทย์ที่เท่าเทียมระหว่างเมืองและชนบท และรัฐและเอกชน และในขณะเดียวกันควรสร้างกลไกให้รัฐสามารถรักษาทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ได้ด้วย และ (4) รัฐบาลควรเร่งรัดการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพในประเทศ ซึ่งข้อเสนอแนะทั้งหมดนี้เป็นการกล่าวเป็นนัยยะว่าการค่าบริการด้านสุขภาพมีผลกระทบเชิงลบมากกว่าเชิงบวก

อย่างไรก็ดี การค่าบริการด้านสุขภาพน่าจะมีผลในเชิงบวกเช่นกัน ที่เด่นชัดที่สุด คือสามารถช่วยกระตุ้นการเติบโตทางเศรษฐกิจในประเทศได้ มีผลต่อการจ้างงานและการลงทุนของธุรกิจสนับสนุนความสำคัญของการค่าบริการด้านสุขภาพจะเห็นจากการที่รัฐบาลได้ทำการส่งเสริมในหลายด้าน ทั้งโดยผ่าน BOI การยกเว้นภาษีศุลกากรนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ การจัดทำโครงการ "แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547 - 2551)" (โดย Medical Hub of Asia นี้สามารถสร้างรายได้เฉลี่ยปีละกว่าหมื่นล้านบาท) การอนุญาตให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ได้ และการอนุญาตให้โรงพยาบาลที่มีอยู่ขยายธุรกิจโดยมีข้อบังคับต่างๆ ที่อ่อนลง (เช่น ในด้านจำนวนเตียง จำนวนบุคลากร เป็นต้น) ทั้งนี้ สมาคมโรงพยาบาลเอกชนแห่งประเทศไทย (2555) เองก็ตระหนักถึงความเป็นไปได้ในการขาดแคลนแพทย์ในอนาคต แต่เชื่อว่าจะสามารถแก้ไขได้ หากรัฐจะให้การสนับสนุนการฝึกอบรมและผลิตบุคลากรทางการแพทย์ของภาคเอกชน โดยคาดว่าจะสามารถควบคุมมาตรฐานได้ เนื่องจากแพทย์ที่จบจะต้องผ่านการทดสอบจากแพทยสภาซึ่งเป็นการการันตีคุณภาพขั้นต่ำอยู่แล้ว นอกจากนี้ สมาคมโรงพยาบาลเอกชนแห่งประเทศไทยยังต้องการให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถส่งแพทย์เข้าเรียนสาขาเฉพาะทางได้ ให้นักศึกษาแพทย์ต่างชาติสามารถอบรมแพทย์เฉพาะทางในหลักสูตรนานาชาติได้ และให้แพทย์ต่างชาติผู้เชี่ยวชาญเข้ามาให้บริการและสอนในโรงพยาบาลเอกชนได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการแย่งแพทย์จากภาครัฐ

ทั้งนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย ยังไม่มีบทสรุปแน่ชัดว่าเป็นเพราะการค่าบริการด้านสุขภาพของภาคเอกชนแต่เพียงอย่างเดียว Supakankunti and Witvorapong (2014) พบว่า ปัญหาแพทย์ขาดแคลนในภาครัฐ ส่วนหนึ่งเกิดจากการเติบโตของภาคเอกชนที่ทำให้มีความพยายามในการดึงแพทย์ผ่านค่าตอบแทนที่สูงกว่าภาครัฐ จนกลายเป็นปัญหาสมองไหลภายใน (Internal Brain Drain) ส่วนหนึ่งเป็นเพราะภาระงานในภาครัฐที่มีมาก (โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับชุมชน) ไม่สอดคล้องกับค่าตอบแทน และอีกส่วนหนึ่งเป็นเพราะความต้องการของรัฐในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไปสู่ท้องถิ่น ทั้งที่แพทย์ต้องการอยู่ในเมือง (โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร) มากกว่า เพราะมีโอกาในการทำงานในภาคเอกชนนอกเวลาได้ด้วย มีโอกาสศึกษาแพทย์เฉพาะทางและ/หรือประกอบอาชีพแพทย์เฉพาะทางมากกว่า เพราะศูนย์การรักษาเฉพาะทางมักตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ทั้งหมด (เพื่อให้เกิดการประหยัดขนาด (Economies of Scale)) และมีโอกาสทางการศึกษาของบุตรหลานที่ดีกว่า และเมื่ออัตราบรรจุของรัฐมีจำนวนจำกัดในเมือง แพทย์จึงเลือกที่จะอยู่ในภาคเอกชนแทน ซึ่งคำอธิบายข้างต้นนี้สะท้อนให้เห็นจากตัวเลขการกระจายตัวของแพทย์ในระดับภูมิภาค ซึ่งกระจุกอยู่ในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นอย่างเห็นได้ชัด แนวโน้มทั้งหมดดังกล่าวนี้เป็นจริงกับบุคลากรทางการแพทย์ประเภทอื่นๆ ทั้งทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลด้วย โดยพยาบาลนับเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนน้อยที่สุดโดยเปรียบเทียบ

ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ (พ.ศ. 2556) ทำการศึกษาภาพรวมของการค้าภายใต้กรอบความตกลงการค้าเสรีอาเซียน และได้สัมภาษณ์ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปิดการค้าเสรีกับตัวแทนจาก 3 หน่วยงานที่ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพภายในประเทศไทย อันได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาล พบว่า ตัวแทนจากหน่วยงานควบคุมมาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพ เห็นตรงกันว่าบุคลากรทางการแพทย์ยังมีมากเพียงพอต่อความต้องการภายในประเทศ และโรงเรียนที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ก็มีผู้เข้ารับการศึกษอย่างต่อเนื่อง แนวโน้มที่จะเกิดความขาดแคลนในอนาคตอันใกล้จึงจึงมีความเป็นไปได้น้อย และถึงแม้ว่าอาเซียนจะได้ลงนามในความตกลงร่วม (Mutual Recognition Agreements) ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีอุปสรรคอยู่ เช่น การสอบใบประกอบโรคศิลปะในหลายประเทศยังคงใช้ภาษาท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ตัวแทนจากหน่วยงานควบคุมมาตรฐานวิชาชีพด้านสุขภาพยังเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ของไทยส่วนใหญ่ (ยกเว้น พยาบาล) ยังมีความต้องการที่จะทำงานอยู่ภายในประเทศ แม้การไปทำงานในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศสิงคโปร์อาจให้เงินเดือนเยอะกว่า แต่เมื่อรวมรายได้จากการทำงานในโรงพยาบาลเอกชนและรายได้จากคลินิกแล้วก็น่าจะใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยบางประการที่อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไทยย้ายออกนอกประเทศได้ เช่น 1) ปัจจัยด้านภาษี ซึ่งแพทย์ไทยจ่ายภาษีรายได้สูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียน ทำให้อาจมีแรงจูงใจในการออกนอกประเทศ และ 2) ปัญหาจากการบริหารจัดการระบบรักษาสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันการให้บริการรักษาทุกโรคถ้วนหน้า (Universal Coverage) ทำให้แพทย์ในภาครัฐมีภาระงานที่มากขึ้น (ทั้งจากปัจจัยทางด้านราคาที่ลดลงจนเป็นศูนย์ทำให้อุปสงค์เพิ่มขึ้น และจากการที่ประชาชนดูแลตัวเองน้อยลงจนทำให้เจ็บป่วยเพิ่มขึ้น) นอกจากนี้ยังมีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น และด้วยงบประมาณของการรักษาพยาบาลที่ต่ำลงโดยเปรียบเทียบ ทำให้แพทย์ไม่กล้าทำการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคซับซ้อน ต้องส่งผ่านกรณีรักษาพยาบาล (Case Referral) ให้แพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ ปัจจัยเหล่านี้นับเป็นการบังคับให้แพทย์ทำงานหนักขึ้นและได้รายได้ลดลง (Negative Reinforcement) ไม่สร้างแรงจูงใจให้แพทย์ทำงานในภาครัฐจนมองไหลไปภาคเอกชนบ้างแล้ว และอาจออกไปต่างประเทศได้ในที่สุด อย่างไรก็ตาม โดยสรุปแพทย์ไทยน่าจะยังคงอยู่ในประเทศและแพทย์ต่างชาติโดยเฉพาะในประเทศอาเซียนจะยังคงอยู่ในประเทศของตน การเคลื่อนย้ายผู้ประกอบการวิชาชีพข้ามประเทศคงไม่เกิดขึ้นมากนัก

แม้ว่าการประเมินปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในประเทศอันสืบเนื่องจากการค้าบริการด้านสุขภาพจะยังไม่มีบทสรุป การเตรียมการป้องกันปัญหาก็เป็นสิ่งที่รัฐพึงกระทำ โดยรัฐบาลได้ออกมาตรการบางประการแล้ว ตัวอย่างเช่น (1) มาตรการทางด้านอุปทาน คือ การเพิ่มการผลิตแพทย์จบใหม่ (โดยในช่วงปีค.ศ. 2005-2014 (พ.ศ. 2548-2557) คาดว่าจะรับนิสิตแพทย์เพิ่มขึ้น 10,678 คน) การเสนอที่จะให้รับแพทย์ต่างชาติเข้ามารักษาผู้ป่วยต่างชาติ แต่อาจจะติดตรงที่การสอบใบประกอบโรคศิลปะที่แพทย์ต้องมีเพื่อให้สามารถทำการรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยยังคงเป็นภาษาไทยอยู่ ทำให้ยากแก่การที่จะสอบผ่าน โดยจากการสำรวจฐานข้อมูลของแพทยสภานับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986-2006 เป็นต้นมา มีแพทย์ต่างชาติสามารถสอบใบประกอบโรคศิลปะผ่านไม่เกิน 10 คน (Pachanee and Wibulpolprasert, 2006)

นอกจากนี้ รัฐบาลยังพยายามสร้างแรงจูงใจทั้งทางด้านการเงินและไม่ใช้การเงินให้กับแพทย์ที่ทำงานในต่างจังหวัด โดยมีการให้เงินสนับสนุนเพิ่มเติมและให้โอกาสในการมีสายงานด้านบริหารได้ และ (2) มาตรการทางด้านอุปสงค์ คือ การพยายามลดความต้องการบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิลง ผ่านการใช้ระบบแบบ Gatekeeping ที่ให้ผู้ป่วยใช้บริการระดับปฐมภูมิก่อนได้รับการส่งต่อ เนื่องจากการให้บริการระดับปฐมภูมินั้นสามารถทำได้ (ระดับหนึ่ง) โดยไม่ต้องใช้แพทย์ คือนางพยาบาลทำแทนไปบางส่วน และการผลักดันโครงการส่งเสริมป้องกัน (Prevention & Promotion) ให้ประชาชนพยายามดูแลสุขภาพของตนเองให้ดี เช่น งดเหล้า งดบุหรี่ ออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่ถูกต้องลักษณะ เป็นต้น

อย่างไรก็ดี การเฝ้าระวังผลกระทบของการค้าบริการสุขภาพของรัฐอาจยังไม่เพียงพอเนื่องจากระบบสุขภาพในประเทศมีแนวโน้มที่จะขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในภาครัฐเพิ่มมากขึ้น การค้นหานโยบายใหม่ๆ ที่จะลดทอนผลกระทบทางลบจึงมีความจำเป็น (เนื่องจากประเทศไทยได้ลงนามในการเปิดการค้าเสรีทางด้านสุขภาพแล้ว การที่จะปรับเปลี่ยนข้อตกลงเพื่อไม่ให้ค่าบริการทางด้านสุขภาพคงเป็นไปไดยาก) มีแนวทางหลายประการ เช่น (1) การโยกย้ายงานด้านการตรวจรักษาบางส่วนไปให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีระดับความขาดแคลนน้อยกว่า การทดแทนแพทย์ด้วยพยาบาลหรือนักกายภาพบำบัด (Task-shifting) อาจช่วยแก้ปัญหาระบบที่ไม่สามารถตอบสนองต่ออุปสงค์ส่วนเกินได้ (2) การแก้ปัญหาร่วมกันของประชาคมด้วยการจัดทำ Code of Practice (เช่นที่ได้จัดทำให้ 2010 World Health Assembly) เพื่อร้องขอให้ประเทศร่วมกันสอดส่องพฤติกรรมการทำงานของโรงพยาบาลเอกชนเพื่อการค้าบริการระหว่างประเทศว่าไม่ควรทำให้เกิดผลเสียต่อระบบสุขภาพของประเทศผู้ส่งออกบุคลากรทางการแพทย์มากจนเกินไป หรือประชาคมอาจลงนามในข้อตกลงเพื่อควบคุมจำนวนแพทย์ย้ายถิ่น และสร้างศักยภาพให้กับแพทย์ของประเทศผู้นำเข้าพร้อมกับกำหนดมาตรการที่จะนำแพทย์กลับคืนประเทศบ้านเกิดเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันของทั้งสองฝ่าย (3) การพัฒนาระบบการศึกษาด้านสุขภาพของรัฐ ขยายศักยภาพการผลิตแพทย์และเชื่อมโยงกับภาคเอกชนให้ทำการช่วยในกระบวนการผลิต โดยปรับมุมมองจากที่อาจจะคำนึงถึงเพียงความต้องการของภาครัฐเพียงอย่างเดียว ให้พิจารณาถึงการเติบโตในอนาคตของการค้าบริการด้านสุขภาพของประเทศด้วย (Kanchanachitra et al., 2011) และ (4) การศึกษาแนวทางการทำ Public-Private Partnerships (PPP) ที่เข้มแข็งมากขึ้น นอกเหนือจากการบังคับใช้มาตรการที่มีอยู่แล้วให้มีประสิทธิภาพ และควรสร้างกลไกที่จะทำให้ประโยชน์ที่ได้รับจากการค้าบริการทางสุขภาพที่ตกอยู่ในภาคเอกชนกระจายสู่ระบบสุขภาพโดยรวม (ที่ช่วยดูแลประชาชนไทยทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในฐานะใดได้ด้วย) ทั้งนี้ รัฐบาลต้องติดตามตัวเลขการค้าบริการด้านสุขภาพและผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งหาวิธีที่จะทำให้ประเทศได้รับผลประโยชน์สูงสุดจำกัดวงผลกระทบทางลบให้ได้ และสร้างหน่วยงานเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบด้วย

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาล

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาล หรือ Mode 3 ของการค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศนั้นมีอยู่น้อยมาก (Arunanondchai and Fink, 2007; Outreville, 2007; Zimny, 2011; Kanchanachitra et al, 2011; ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556) ดังเช่นที่ Outreville (2007) ได้ชี้ให้เห็นว่า "Despite the extensive case based research... it is surprisingly difficult to find systematic comparative evidence on ownership patterns in health care." และ Zimny (2011) ที่อ้างอิงรายงานของธนาคารโลก กล่าวว่า "There are considerable gaps in the knowledge base concerning FDI and trade in health services. Most of the issues highlighted are "data free"... " พร้อมทั้งได้บอกว่าฐานข้อมูลทางสถิติหนึ่งเดียวที่มีอยู่คือ UNCTAD FDI สาเหตุส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะความซับซ้อนในการเก็บข้อมูลระดับบริษัทในธุรกิจโรงพยาบาล และอาจเป็นเพราะการค้าบริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะใน Mode 3 มีความสำคัญต่อระดับเศรษฐกิจของแต่ละประเทศและตัวเลขการลงทุนทางตรงค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตาม Outreville (2007) ได้ทำการรวบรวมผู้เล่นที่เป็นบริษัทข้ามชาติหลักไว้ทั้งหมด 45 แห่ง ซึ่งครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล แลปวินิจฉัยโรค อุปกรณ์ทางการแพทย์และยา รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่อยู่ภายใต้กลุ่มการบริการด้านสุขภาพ และพบว่าตัวเลขยังคงต่ำกว่าการลงทุนในด้านอื่นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อถึงตัวเลขของบริษัทยาและเทคโนโลยีชีวภาพ (Pharmaceuticals and Biotechnology) ออก ทั้งนี้ บริษัทข้ามชาติทั้ง 45 แห่งที่งานวิจัยข้างต้นได้รวมไว้เป็นบริษัทสัญชาติอเมริกาทั้งหมด 20 แห่ง ที่เหลือกระจายกันระหว่างประเทศอังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ ฝรั่งเศส เยอรมัน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น และไม่มีบริษัทข้ามชาติในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ติดอยู่เลย

การลงทุนทางตรงในภาคการบริการด้านสุขภาพเพิ่งเริ่มมีมาเมื่อประมาณ 15 - 20 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 และตัวเลขสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก 1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 1990 มาเป็น 13.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ. 2009 โดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54) เกิดขึ้นในประเทศพัฒนาแล้ว และมีแนวโน้มที่การลงทุนทางตรงในภาคการบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาจะมีความใกล้เคียงกันเรื่อยๆ อย่างไรก็ตาม รูปแบบของการลงทุนทางตรงยังคงมีความแตกต่างกันอยู่อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ในปีค.ศ. 2009 ในประเทศพัฒนาแล้ว การลงทุนทางตรงอยู่ในรูปแบบการควบรวมกิจการ (M&A) ซึ่งเป็นรูปแบบหลักที่บริษัทข้ามชาติจะสามารถเข้าไปประกอบธุรกรรมได้นับเป็นมูลค่าร้อยละ 82 (2.6 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ) ของการลงทุนทางตรงในด้านการบริการทางสุขภาพทั้งหมดของกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ในขณะที่ สำหรับประเทศกำลังพัฒนานั้น การลงทุนทางตรงลดลงกัน ทั้งรูปแบบของการควบรวมกิจการ (M&A) และการสร้างกิจการใหม่หรือการลงทุนในโปรเจกต์ที่ยังไม่แล้วเสร็จ (Greenfield Projects) ในอัตราส่วน 49.6 : 50.4 (M&A มีมูลค่า 1.46 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และ Greenfield Projects มีมูลค่า 1.49 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ) ทั้งนี้ตัวเลขข้างต้นไม่รวมการลงทุนในรูปแบบหุ้น คือ พิจารณาแต่ Non - Equity Mode ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้เท่านั้น (ตัวเลขจาก UNCTAD FDI Database อ้างอิงใน Zimny (2011))

ในภูมิภาคอาเซียน ภาคการบริการด้านสุขภาพไม่ใช่ภาคธุรกิจที่มีการลงทุนของบริษัทข้ามชาติภายในภูมิภาคมากนัก (โดยภาคธุรกิจที่มีการลงทุนสูงในภูมิภาค (นับแต่ปีค.ศ. 2002 - 2011) ได้แก่ ภาคอุตสาหกรรม อสังหาริมทรัพย์และการเงิน) แต่ก็ยังมีอยู่บ้าง โดยพบการลงทุนในทุกประเทศในภูมิภาค เช่น จากตัวเลข ค.ศ. 2001 ในประเทศอินโดนีเซีย โรงพยาบาลต่างชาติมีจำนวนเพียงคิดเป็นร้อยละ 1 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในประเทศ ในประเทศฟิลิปปินส์ Health Maintenance Organizations (HMOs) 2 แห่ง จาก 19 แห่งในประเทศมีเจ้าของเป็นชาวต่างชาติ ในประเทศเวียดนามมีการลงทุนโดยบริษัทฝรั่งเศส เช่น Vietnam International Hospital, France - Vietnam Hospital และ French Hospital of Hanoi เป็นต้น ในประเทศกัมพูชาและลาวมีการลงทุนโดยบริษัทข้ามชาติจากประเทศไทย (อันจะได้อธิบายต่อไป) และในกรณีของประเทศไทย การลงทุนทางตรงจากบริษัทต่างชาตินับเป็นร้อยละ 3 ของการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด และทั้งหมดเป็นการลงทุนร่วม (Joint Venture) มีทั้งสิ้น 24 กรณีจากโรงพยาบาลทั้งหมด 326 แห่งในปี ค.ศ. 2001 ระดับความเข้มข้นของการลงทุนทางตรงหาได้จากตาราง 2.1 ข้างต้น โดยบริษัทข้ามชาติระดับภูมิภาคที่มีความสำคัญ ได้แก่ บำรุงราษฎร์ (ที่มีสัญญาร่วมบริหารจัดการกับโรงพยาบาลในประเทศบังคลาเทศและเมียนมาร์ และได้ร่วมทุนกับโรงพยาบาลในประเทศฟิลิปปินส์) และ กรุงเทพ (ที่มีสาขากว่า 12 แห่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียใต้) จากประเทศไทย IHH, KPJ Healthcare และ BP Healthcare Group จากประเทศมาเลเซีย Thomson Medical และ Singapore Medical Group จากประเทศสิงคโปร์ (Arunanondchai and Fink, 2007; Zimny, 2011; ASEAN Secretariat, 2013)

นอกเหนือจากการลงทุนทางตรงในรูปแบบ M&A และ Greenfield Project แล้ว บริษัทข้ามชาติยังสามารถมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลภายในประเทศได้อีกหลายรูปแบบ (ซึ่งตามคำนิยามที่ได้กำหนดไว้ในบทนำของงานวิจัยนี้ จะถือว่าความร่วมมือเป็นส่วนหนึ่งของการลงทุนทางตรงด้วย หรืออย่างน้อยที่สุด ก็อาจมองได้ว่า ความร่วมมือดังกล่าวจะส่งผลในเชิงบวกต่อโอกาสในการลงทุนทางตรงของบริษัทข้ามชาติต่อไป) รูปแบบของความร่วมมือดังกล่าวได้แก่ (1) ความร่วมมือทางวิชาการ โดยเฉพาะในประเทศที่มีการท่องเที่ยวทางการแพทย์ (Medical Tourism) เนื่องจากคนไข้มีความต้องการการบริการที่มีคุณภาพสูงและไม่แตกต่างจากระดับคุณภาพในประเทศของตนมากนัก ตัวอย่างเช่น ความร่วมมือระหว่าง Cleveland Clinic ในประเทศสหรัฐอเมริกาและโรงพยาบาลในเมือง Abu Dhabi ความร่วมมือระหว่าง Johns Hopkins International ประเทศสหรัฐอเมริกา กับ International Medical Centre ในประเทศสิงคโปร์ หรือ Wockhardt ในประเทศอินเดียกับ Harvard Medical School ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น (2) ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทางไกล (Off-shoring of Medical Services) อาจมีทีมผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะการอ่านและแปลผล X-ray และ CT-Scan จากศูนย์วินิจฉัยโรคแบบ Imaging Center และการให้บริการแบบ Telemedicine ซึ่งทั้งหมดนี้นับเป็น Mode 1 ของการค้าบริการทางการแพทย์ซึ่งแยกออกจาก Mode 3 ของการลงทุนทางตรงอย่างชัดเจน แต่ Mode 1 และ Mode 3 มีความเชื่อมโยงกันโดยอาจมองการซื้อบริการทางการแพทย์ใน Mode 1 เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาพยาบาลของบริษัทข้ามชาติที่อาจมีการลงทุนแบบ Mode 3 ในอนาคตได้ และ (3) สัญญาบริหารจัดการ (Management Contract) อันรวมถึงการ

บริหารจัดการโรงพยาบาลในประเทศหนึ่งโดยบริษัทข้ามชาติหรือโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่าและมีความชำนาญการมากกว่าในอีกประเทศหนึ่ง โดยโรงพยาบาลที่ร่วมบริหารจัดการมักเป็นที่ที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักว่ามีคุณภาพดี มีหน้าที่ปรับภาพลักษณ์ (Branding) ร่วมตัดสินใจทั้งในการกำหนดโครงสร้างพื้นฐาน ควบคุมคุณภาพ คัดเลือกบุคลากร จัดระเบียบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการจัดการให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญา (Zimny, 2011) งานวิจัยนี้จะพิจารณาความร่วมมือทั้งสามรูปแบบนี้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของขอบเขตงานวิจัยด้วยเพราะอาจกำหนดทิศทางและความน่าจะเป็นของการลงทุนทางตรงได้ในอนาคต

โดยส่วนมากการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลมักเป็นไปในลักษณะการขยายตลาด (Market Seeking) ยกเว้นในบางกรณีที่บริษัทข้ามชาติมีการค้าสินค้า (เช่น ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์) เข้ามาด้วย แรงจูงใจของบริษัทข้ามชาติในกรณีนี้จึงจะรวมการแสวงหาประสิทธิภาพ (Efficiency Seeking) เข้าไปด้วย ปัจจัยที่กำหนดการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลไม่ได้แตกต่างจากการลงทุนทางตรงของธุรกิจภาคอื่นมากนัก โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1) ด้านที่ตั้งและสภาพแวดล้อม เช่น ระยะทางระหว่างประเทศผู้ลงทุนและประเทศผู้รับการลงทุน ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมของประเทศผู้ลงทุนและประเทศผู้รับการลงทุน ความเสี่ยงทางเศรษฐกิจและการเมืองของประเทศผู้รับการลงทุน ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและทรัพยากรบุคคลของประเทศผู้รับการลงทุน (2) ด้านอุปสงค์ ได้แก่ การเติบโตของกลุ่มชนชั้นกลางในสังคมที่มาพร้อมกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ การเติบโตของชุมชนชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศกำลังพัฒนา (Expatriate Communities) และขนาดของตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ที่ทำให้ชื่อเสียงในด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในเวทีโลก (3) ด้านอุปทาน ปัจจัยที่สำคัญคือ ศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่จะสามารถเข้าสู่ตลาดโลก ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนที่มีทุนและบุคลากรที่มีความสามารถเพียงพอนั้นมีจำนวนน้อย (4) นโยบายของรัฐ ที่มีส่วนสนับสนุนการลงทุนทางตรงแต่อาจไม่ใช่เป็นปัจจัยที่จะทำให้บริษัทข้ามชาติเข้ามาลงทุนในประเทศได้ ตัวอย่างเช่น ประเทศกัมพูชาที่ได้ผ่อนปรนกฎการลงทุน (Deregulation Policy) นับแต่ปี ค.ศ. 1994 มาแต่ก็ยังไม่มีการลงทุนในภาคการบริการด้านสุขภาพมากนัก เป็นต้น ทั้งนี้ เป็นเพราะกฎระเบียบของประเทศกำลังพัฒนานั้นมักไม่มีการบังคับใช้ที่จริงจัง ประชาชนในประเทศไม่มีกำลังซื้อที่มากพอและบ้างอาจเคยชินกับการซื้อยาบริโภคเองมากกว่าการไปพบแพทย์ รวมถึงอาจมีกฎระเบียบที่ห้ามการปฏิบัติงานของแพทย์ต่างชาติ ดังนั้นหากประเทศใดต้องการให้มีการลงทุนทางตรง จำเป็นต้องทำให้กฎระเบียบมีความชัดเจนและโปร่งใส และมีการบังคับใช้ที่เหมาะสม ตรวจสอบได้ รวมทั้งต้องมีการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาของบริษัทข้ามชาติและสร้างทรัพยากรบุคคลขนานกันไปด้วย (Smith, 2004; Smith et al., 2009; Outreville, 2007; Sarvanangala, 2013)

นอกเหนือจากปัจจัยที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น Outreville (2007) ยังชี้ให้เห็นว่า ธรรมาภิบาล (Good Governance) ของประเทศผู้รับการลงทุนมีผลต่อการตัดสินใจลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลข้ามชาติเป็นอย่างมาก โดยธรรมาภิบาลมีนิยามที่ครอบคลุมถึง (1) กระบวนการสรรหารัฐบาลและการแสดงออกซึ่งความรับผิดชอบของรัฐบาล (Accountability) (2) ศักยภาพของรัฐบาลในการจัดการกับ

ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในประเทศและการคิดและบังคับใช้นโยบายที่มีความเหมาะสมได้ และ (3) ระดับความเคารพสถาบันการปกครองของคนในชาติ โดย Outreville ใช้ข้อมูลจากทั้ง Euromoney Global Political Risk Map, WBI, Economist Intelligence Unit (EIU) และข้อมูลดัชนีทัศนคติด้านคอร์รัปชัน (Corruption Perception Index) ในช่วงปี 2002 - 2003 ของประเทศผู้รับลงทุนด้านบริการทางสุขภาพ 41 ประเทศทั่วโลก และพบว่าตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจลงทุนของบริษัทข้ามชาติ คือ ขนาดของ GDP และ ดัชนีทุนมนุษย์ (Human Capital Index) รวมทั้งตัวแปรทุกตัวที่เกี่ยวข้องกับระดับธรรมาภิบาลของประเทศผู้รับการลงทุนด้วย โดยประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่อยู่ในงานวิจัยนี้และได้ลำดับที่ 15 จาก 41 ในฐานะประเทศที่นำลงทุนในการบริการด้านสุขภาพ (อย่างไรก็ดี ประเทศกัมพูชา ลาว และ เมียนมาร์ ไม่ได้อยู่ในงานวิจัยนี้ด้วย) ผู้เขียนสรุปไว้ว่า การโฆษณาส่งเสริมการลงทุนและศักยภาพในการบริหารจัดการการลงทุนทางตรงของประเทศผู้รับการลงทุนมีความสำคัญมากและควรไปในทิศทางเดียวกัน หากบริษัทข้ามชาติได้รับการเชิญชวนให้มาลงทุนในประเทศแล้ว แต่พบว่าสถานการณ์ทางสังคมและการเมืองของประเทศไม่สงบ และมีคอร์รัปชันมากก็จะไม่มาลงทุนอีก การแก้ไขหลักธรรมาภิบาลของประเทศจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก

การลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลมีผลกระทบทั้งแง่บวกและแง่ลบต่อประเทศผู้รับการลงทุน ประโยชน์ของการลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาล ได้แก่ (1) การเพิ่มทรัพยากรด้านบริการทางการแพทย์ให้กับประเทศผู้รับทุน ลดความขาดแคลน (Shortage) และลดภาระของรัฐในการบริการทางการแพทย์ได้ (2) การเพิ่มศักยภาพทางเทคโนโลยีทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น อาจมีการถ่ายโอนผ่านกระบวนการรักษา การ Outsource บริการบางประเภท และการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากโรงพยาบาลต่างชาติไปโรงพยาบาลท้องถิ่น (3) การเพิ่มศักยภาพด้านการบริหารจัดการ โดยบริษัทข้ามชาติมีทักษะการบริหารจัดการและการจัดระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมาก สามารถถ่ายทอดให้โรงพยาบาลท้องถิ่นได้ (4) การเพิ่มระดับความแข่งขันในตลาด โดยการมีบริษัทข้ามชาติน่าจะช่วยเพิ่มคุณภาพและอาจลดค่าบริการลง จนอาจเลยไปถึงการได้รับการประกันคุณภาพในระดับนานาชาติได้ (International Accreditation) (5) การยกระดับคุณภาพทางการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ โดยแพทย์ผู้มีส่วนประกอบในโรงพยาบาลของต่างชาติสามารถช่วยพัฒนาการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ได้ (6) การส่งเสริมในแพทย์คงอยู่ในประเทศ เนื่องจากการมีโรงพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำให้แพทย์ในประเทศมีโอกาสนในการทำงานมากขึ้นและมีรายได้เพิ่มขึ้นด้วย และ (7) การลงทุนทางตรงยังทำให้การท่องเที่ยวทางการแพทย์ในประเทศสะพัดขึ้น ขยายโอกาสทางเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางลบต่อประเทศผู้รับการลงทุน ได้แก่ การก่อให้เกิดระบบสุขภาพแบบสองระดับ (Two - tiered System) คือ ผู้มีรายได้สูงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพดีได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อย ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียม (Inequity) ในสังคม นอกจากนี้ เพื่อจะให้ได้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ บริษัทข้ามชาติที่เปิดบริการในประเทศก็มักจะให้ค่าตอบแทนสูง บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทรัพยากรของรัฐในการศึกษาก็จะหันไปทำงานให้โรงพยาบาลต่างชาติเป็นสมองไหลจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน (Internal Brain Drain) จนอาจเกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐได้ ยิ่งทำให้ช่องว่างของการเข้าถึงระหว่างผู้มีรายได้สูงและผู้มีรายได้น้อย คนในเมืองและคนในชนบท

กว้างขึ้นไปอีก Arunanondchai and Fink (2007) ชี้ให้เห็นว่า ในกรณีประเทศไทยค่าปรับที่รัฐคิดเมื่อแพทย์ต้องการไปทำงานภาคเอกชนทันทีโดยไม่ใช้ทุนนั้นน้อยเกินกว่าค่าเสียโอกาส คือ รายได้ที่แพทย์จะได้รับ ดังนั้นปรากฏการณ์สมองไหลก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

อย่างไรก็ดี Smith (2004) ประเมินผลกระทบของการลงทุนทางตรงด้านสุขภาพและพบว่าผลกระทบเชิงลบที่คาดว่าจะเกิดจากการลงทุนทางตรงอาจไม่ได้เกิดขึ้นเพราะการลงทุนทางตรงอย่างแท้จริง แต่เกี่ยวพันกับระดับความเป็นเอกชน (Commercialization) ของตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในประเทศผู้รับการลงทุนมากกว่า โดยหากตลาดภายในมีความเป็นเอกชนสูงมากอยู่แล้ว การลงทุนทางตรงจากต่างชาติก็จะทำให้ปัญหามีความเข้มข้นมากยิ่งขึ้น แต่หากตลาดภายในไม่ได้มีความเป็นเอกชนมากนัก การลงทุนทางตรงก็น่าจะช่วยให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น และช่วยซึมซับอุปสงค์ส่วนเกิน โดย Smith (2004) กล่าวถึงตลาดของภูมิภาคอาเซียนว่าน่าจะเป็นอย่างหลังมากกว่าอย่างแรก และเห็นว่ามีโอกาสทางการลงทุนภายในภูมิภาค ส่วน Arunanondchai and Fink (2007) เห็นว่า ผลกระทบสุทธิของการลงทุนทางตรงในประเทศผู้รับการลงทุนขึ้นอยู่กับรูปแบบการลงทุนทางตรง ว่ามาในรูปแบบการร่วมลงทุน การสร้างสถานบริการใหม่ หรือการควบรวมกิจการ (M&A) จำนวนแพทย์ในประเทศผู้รับการลงทุน และกฎระเบียบว่าบริษัทข้ามชาติสามารถนำแพทย์จากประเทศอื่นเข้ามาให้บริการในประเทศได้หรือไม่ ความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อการเข้าถึงการบริการของประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มเศรษฐกิจฐานล่าง และปัญหาสมองไหลภายในได้ เช่น หากบริษัทข้ามชาติเข้ามาในรูปแบบสร้างสถานบริการใหม่และนำแพทย์จากประเทศตนมาได้ การลงทุนทางตรงก็น่าจะสามารถช่วยเหลือปัญหาอุปสงค์ส่วนเกินของระบบสุขภาพภายในประเทศ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมลงทุนสามารถให้บริการคนไข้ที่ยากจน หรือคนไข้ที่ใช้สิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพของรัฐได้ด้วย) การประเมินผลกระทบของการลงทุนทางตรงด้านสุขภาพจึงควรคำนึงถึงบริบทภายในประเทศด้วย

เป็นที่น่าสังเกตว่า ผลกระทบของการค้าบริการทางสุขภาพในรูปแบบการลงทุนทางตรงขาออก (Mode 3) ต่อระบบสุขภาพของประเทศผู้ลงทุนยังไม่มีการศึกษาหรือมีการประเมินเลย ไม่ว่าจะเป็นของประเทศอะไร (รวมทั้งประเทศไทย) จากการปริทัศน์วรรณกรรม พบว่า แนวโน้มของผลกระทบที่น่าจะเป็นไปได้มากที่สุด คือการลงทุนทางตรงขาออกน่าจะส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนมีเครือข่ายที่กว้างขวางขึ้น ชื่อเสียงในการรักษาพยาบาลดีขึ้น และมีผู้เข้ารับการรักษายาบาลในประเทศ (คือ Mode 2) มากขึ้น รวมถึงยังอาจมีการส่งต่อ (Referral) ระหว่างโรงพยาบาลในต่างประเทศมาสู่โรงพยาบาลเครือข่ายในประเทศได้อีกด้วย และในอนาคต หากคำตอบแทนมีความแตกต่างกันมากพอ การที่ประเทศได้ลงนามใน MRA ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์แล้ว และได้มีการปรับเปลี่ยนภาษาที่ใช้สอบใบอนุญาต/ใบประกอบโรคศิลปะในทุกประเทศ ก็มีโอกาสน่าจะเกิดปัญหาสมองไหลภายนอก (External Brain Drain) ได้ ซึ่งทั้งหมดนี้จะทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในประเทศมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การคาดเดาเบื้องต้นนี้ตั้งอยู่บนข้อสมมติว่ารัฐบาลยังไม่มีนโยบายเปลี่ยนแปลงอุปทานในระบบ และเป็นเพียงการคาดเดาที่ต้องมีการศึกษาอย่างละเอียดต่อไป

บทที่ 3

ความตกลงที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนด้านการค้าบริการด้านสุขภาพ ระหว่างประเทศ

การเจรจาการลงทุนระหว่างประเทศมีนัยสำคัญ 2 ประการ คือ (1) การเปิดเสรีเพื่อให้นักลงทุนต่างชาติสามารถเข้ามาลงทุนในประเทศผู้รับทุนได้โดยมีข้อจำกัดน้อยลง เป็นการยกเลิกอุปสรรคบางประการ เช่น การกำหนดสัดส่วนการถือหุ้นที่สูงขึ้น การปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) และการให้สิทธิประโยชน์แก่นักลงทุนจากประเทศที่ทำการตกลงไม่น้อยกว่าประเทศอื่น (Most Favored Nation) เป็นต้น และ (2) การคุ้มครองการลงทุนของนักลงทุนต่างชาติ ครอบคลุมการเข้าออกของเงิน และการระงับข้อพิพาท (Dispute Settlement)

ความตกลงการลงทุนระหว่างประเทศมีได้หลายระดับ ทั้งในระดับทวิภาคี (Bilateral Investment Treaty) ซึ่งประเทศไทยมีแล้วกับบางประเทศ เช่น แคนาดา ลักเซมเบิร์ก และเวียดนาม แต่ไม่มีกับประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ระดับพหุภาคี (Multilateral Investment Treaty) ซึ่งยังไม่มีปรากฏว่ามีข้อตกลงด้านการลงทุนโดยตรงในระดับนี้ จะมีก็เพียงแต่ความตกลงพหุภาคีทางการค้าที่มีขอบเขตด้านการลงทุน ได้แก่ (1) Agreement on Trade - Related Investment Measures หรือ TRIMS ซึ่งเกี่ยวกับการลงทุนที่เกี่ยวกับการค้าสินค้า ซึ่งไม่ใช่จุดสนใจงานวิจัยนี้ และ (2) General Agreement on Trade and Services หรือ GATS คือความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและบริการ โดยรวมขอบเขตการลงทุน เช่น หลักการว่าด้วยการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (Most Favored Nation) การเข้าสู่ตลาดด้วยการเปิดเสรีแบบก้าวหน้า (Progressive Liberalization) และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) เป็นต้น และสุดท้าย ความตกลงในการเปิดเสรี ซึ่งเป็นความตกลงที่ทำได้ทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี เช่น ASEAN Free Trade Agreement เป็นต้น และเมื่อรัฐบาลได้ทำความตกลงการลงทุนระหว่างประเทศไม่ว่าจะในระดับใดก็ตามแล้ว รัฐบาลจำเป็นต้องมีการปรับกฎเกณฑ์การลงทุนภายในประเทศ จากที่มีข้อกีดกันนักลงทุนต่างชาติในระยะก่อนการลงทุน (Pre-establishment) มาเป็นการผ่อนปรนและยกเลิกกฎเกณฑ์กีดกันบางประการ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการลงทุนจากต่างประเทศจะได้รับการคุ้มครองในระยะหลังการลงทุน (Post-establishment) ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ภายในประเทศนี้ควรทำควบคู่กับการเปิดตลาดตามความตกลง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พ.ศ. 2554)

เนื่องจากประเทศที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ คือ ประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์เท่านั้น ความตกลงทางการลงทุนภาคการค้าบริการที่เกี่ยวข้องมากที่สุดจึงได้แก่ 1) ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade Services: GATS) โดยการบริการที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจะผูกพันอยู่ใน 2 ภาคส่วน ได้แก่ Sector 1 : Business Services ภายใต้ Medical and Dental Services (CPC 9312) Veterinary Services (CPC 932) และ Services provided by midwives, nurses, physiotherapists, and paramedical personnel (CPC 93191) และ Sector 8 : Health Related

Services ภายใต้ Hospital Services (CPC 9311), Other human health services (CPC 9319) และ Social Services (CPC 933) และ (2) ข้อผูกพันภายใต้กรอบประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) อันหมายรวมถึงทั้ง ความตกลงว่าด้วยการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) และความตกลงด้านการลงทุนของอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA) อย่างไรก็ดี บทนี้จะกล่าวถึงเฉพาะความตกลงภายใต้ กรอบประชาคมอาเซียนเท่านั้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับประเทศที่เป็นจุดสนใจของงานวิจัยนี้โดยตรงและมีข้อผูกพันที่เข้มข้นเกินข้อตกลงของ GATS (ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556; Supakankunti and Herberholz, 2012)

ทั้งนี้ สมชาย สุทธิศรีสกุล (พ.ศ. 2542) ได้อธิบาย GATS และผลกระทบที่นาจะเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของไทยไว้โดยละเอียดแล้วในงานวิจัย (หน้า 110 - 118)

3.1 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC)

อาเซียนประกอบไปด้วย 10 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย บรูไน ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม มีเจตนารมณ์ในการสร้างความร่วมมือที่แน่นแฟ้นมากขึ้น และมุ่งหวังให้ทุกประเทศรวมตัวกันได้ในรูปแบบประชาคม (ASEAN Community) โดยได้มีการดำเนินงานใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ ความมั่นคง สังคมและวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ด้านที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้โดยตรง คือ ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะ (1) สร้างให้ประเทศภาคีเป็นตลาดและฐานการผลิตร่วมกัน (2) เสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน (3) ลดช่องว่างการพัฒนาระหว่างประเทศสมาชิก และ (4) สร้างให้อาเซียนเป็นศูนย์กลางภายในภูมิภาค โดยตั้งเป้าว่าวัตถุประสงค์ทั้งหมดจะต้องลุล่วงภายในปี พ.ศ. 2558

ที่ผ่านมา ก่อนหน้าที่จะมีการรวมตัวกันแบบประชาคมเศรษฐกิจ ประเทศภาคีได้มีความร่วมมือทางเศรษฐกิจมาบ้างแล้ว ดังนี้ (1) AFTA (ASEAN Free Trade Area): เป็นความตกลงว่าด้วยการใช้อัตราภาษีพิเศษที่เท่ากันสำหรับเขตการค้าเสรีและการประกาศเริ่มต้นการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน ลงนามในปี พ.ศ. 2535 (2) AFAS (ASEAN Framework Agreement on Services): เป็นความตกลงว่าด้วยการค้าบริการของอาเซียน ลงนามเมื่อเดือนธันวาคม 2538 และมีผลบังคับใช้ปี 2539 (3) AIA (ASEAN Investment Area): เป็นความตกลงว่าด้วยเขตการลงทุนอาเซียน ลงนามในปี 2541 ครอบคลุมการลงทุนโดยตรงในสาขาการผลิต เกษตร ประมง ป่าไม้ เหมืองแร่ และบริการที่เกี่ยวข้องกับ 5 สาขาดังกล่าว (Services Incidental) และไม่รวมการลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ (Portfolio Investment) และ (4) AICO (ASEAN Industrial Cooperation): เป็นความร่วมมือด้านอุตสาหกรรม เพื่อให้ผู้ประกอบการในทุกประเทศภาคีสามารถร่วมหุ้นหรือทำการผลิตร่วมกัน โดยได้สิทธิประโยชน์ด้านภาษีและไม่ต้องปฏิบัติตามโควตาหรือมาตรการที่ไม่ใช่ภาษีต่าง ๆ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ผู้นำอาเซียนได้จัดทำแผนงานหรือพิมพ์เขียว (AEC Blueprint) และตารางเวลาดำเนินกิจกรรมต่างๆ (Strategic Schedule) เมื่อ พ.ศ. 2550 โดยปัจจุบันได้มีการดำเนินงานในหลายด้าน เช่น ในด้านการเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียว ประเทศภาคีเห็นชอบให้มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุนและแรงงานฝีมืออย่างเสรี หรือในด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ประเทศภาคีก็ได้จัดทำนโยบายที่จะช่วยส่งเสริมการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ เช่น กรอบนโยบายการแข่งขัน พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ นโยบายภาษี และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น ทั้งนี้ การดำเนินงานทั้งหมดได้ทำภายใต้การลงนามความตกลง อันได้แก่ ความตกลงการค้าสินค้าของอาเซียน (ASEAN Trade in Goods Agreement: ATIGA) ที่มีผลบังคับใช้แล้วเมื่อปี 2553 ความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services) ที่มีผลบังคับใช้แล้วเมื่อปี 2539 และความตกลงด้านการลงทุนของอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA) ที่ไทยยังรอลงสัตยาบันอยู่ (ปีติ ศรีแสงนาม และ นพ พล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556)

3.2 ความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS)

ประเทศในอาเซียนได้ลงนามความตกลงการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) ที่มีผลบังคับใช้ใน พ.ศ. 2539 บทสรุปสำคัญของความตกลงการค้าบริการของอาเซียน คือ การให้ประเทศภาคีเปิดเสรีทางการค้าบริการให้มากกว่าข้อบัญญัติของ GATS ที่ครอบคลุมทั้ง 4 รูปแบบของการให้บริการ (Mode of Supply) ประกอบไปด้วย 2 มิติหลัก คือ การไม่เลือกปฏิบัติระหว่างผู้ให้บริการต่างชาติและผู้ให้บริการภายในประเทศ (Discriminatory Measures หรือ National Treatment Limitations) และการลดการกีดกันการเข้าสู่ตลาด (Market Access Limitations) มีการให้ความช่วยเหลือและร่วมมือกันในสาขาที่ไม่เคยมีการร่วมมือมาก่อน ทั้งยังต้องมีการสร้างมาตรฐานปฏิบัติที่ดี สนับสนุนการผลิตร่วม การตลาดร่วม และการจัดการการซื้อขายร่วม มี R&D และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Exchange of Information)

ภายใต้กรอบของ AFAS การยกเลิกข้อจำกัดหรือมาตรการที่เป็นอุปสรรคต่อการค้าบริการเป็นไปตามหลักการเปิดเสรีก้าวหน้าอย่างเป็นลำดับ (Progressive Liberalization) ที่ตกลงร่วมกันในภาคี มีการจัดทำตารางข้อผูกพันการค้าบริการในอาเซียนและกำหนด Modality หรือ Parameter โดยคณะกรรมการประสานงานบริการอาเซียน (Coordinating Committee on Services : CCS) การจัดทำตารางข้อผูกพันการค้าบริการอยู่ในรูปของ Schedule of Specific Commitments ที่สมาชิกต้องผูกพันให้ได้ตามเป้าหมายและกรอบเวลาตามตารางที่เรียกว่า Package แต่ละชุดยกระดับการเปิดเสรีให้มีครอบคลุมสาขามากขึ้นและยกเลิกมาตรการที่มีระดับสูงกว่าข้อผูกพันที่ทำมาก่อนหน้านั้น โดยตาม AEC Blueprint สาขาที่ครอบคลุมมีจำนวน 10 สาขา ใน พ.ศ. 2551 มี 15 สาขา ใน พ.ศ. 2553 จำนวนมี 20 สาขา ใน พ.ศ. 2555 มี 20 สาขา ใน พ.ศ. 2557 และ 7 สาขา ใน พ.ศ. 2558

ความตกลงการค้าบริการของอาเซียน กำหนดให้มีการเจรจาทุก ๆ 2 ปี และได้มีการลงนามข้อผูกพันเปิดตลาดการค้าบริการไปแล้ว 8 ชุด (รอบที่ 8 เมื่อปี พ.ศ. 2554)⁹ และปัจจุบัน (ข้อมูลเดือนมกราคม พ.ศ. 2557) คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบพิธีสารเพื่ออนุวัติข้อผูกพันชุดที่ 9 แล้วอยู่ระหว่างการรอความเห็นชอบจากรัฐสภา¹⁰ โดยการเจรจาแต่ละครั้งมีการเปิดสาขา (Sector) และลักษณะการบริการ (Mode of Supply) ที่กว้างขึ้นครอบคลุมทั้ง Mode 1 - 4 โดยมีเป้าหมายที่จะเปิดตลาดทุกสาขา (ทั้งสิ้น 104 สาขา) ทั้งสาขาบริการสำคัญ (Priority Sectors) อันได้แก่ สาขาโทรคมนาคมและเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาสุภาพ สาขาการท่องเที่ยว สาขาการบิน (ภายใน พ.ศ. 2553) สาขาโลจิสติกส์ (ภายใน พ.ศ. 2556) สาขาอื่น ๆ (Non-Priority Sectors) (ภายใน พ.ศ. 2558) และสาขาการบริการด้านการเงินซึ่งจะทยอยเปิดเสรีตามลำดับอย่างเป็นขั้นตอน สำหรับการลงทุนในภาคบริการ (Mode 3) ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยนี้นั้น เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการถือหุ้นของนักลงทุนภายในอาเซียนตามพิมพ์เขียว (AEC Blueprint) เป็นไปตามที่แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 เป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนการถือหุ้นในสาขาบริการ

สาขา	พ.ศ. 2551 (2008)	พ.ศ. 2553 (2010)	พ.ศ. 2556 (2013)	พ.ศ. 2558 (2015)
ICT สุขภาพ ท่องเที่ยว การบิน	ไม่น้อยกว่า 51%	ไม่น้อยกว่า 70%		
สาขาโลจิสติกส์	ไม่น้อยกว่า 49%	ไม่น้อยกว่า 51%	ไม่น้อยกว่า 70%	
สาขาบริการอื่นๆ	49%	51%		70%

ที่มา สำนักอาเซียน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2554)

3.3 ความตกลงว่าด้วยการลงทุนที่มีความครอบคลุมของอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA)

เมื่อ พ.ศ. 2551 ประเทศในอาเซียนได้ลงนามความตกลงว่าด้วยการลงทุนที่มีความครอบคลุมของอาเซียน (ASEAN Comprehensive Investment Agreement: ACIA) ซึ่งเป็นการรวมเอากรอบความตกลงเขตการลงทุนของอาเซียน (ASEAN Investment Area : AIA) ที่ลงนามเมื่อ พ.ศ. 2543 และความตกลงด้านการส่งเสริมและการคุ้มครองการลงทุนของอาเซียน (ASEAN Investment Guarantee Agreement : IGA) ที่ลงนามเมื่อ พ.ศ. 2530 เข้าด้วยกัน และครอบคลุมข้อยกเว้น/ข้อตกลงที่กว้างและ

⁹ ข้อผูกพันชุดที่ 8 นี้เปิดให้นักลงทุนอาเซียนสามารถถือหุ้นในธุรกิจบริการบางสาขาของไทยได้เกินกว่าที่กฎหมายไทยกำหนด คือ การอนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนถือหุ้นในสาขาบริการเร่งรัด (สาขาสุภาพ e-ASEAN และท่องเที่ยว) ได้มากขึ้น คือ อย่างน้อยร้อยละ 70 ซึ่งจะเริ่มมีนัยสำคัญต่อนักลงทุน

¹⁰ http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1389254438 (เข้าเว็บไซต์วันที่ 22 พ.ค. 2557)

ชัดเจนขึ้น ที่รวมไปถึงการลงทุนโดยเสรี¹¹ การส่งเสริมการลงทุน (เช่น การจัดตั้ง ASEAN Investment Forum: AIF) และการเคลื่อนย้ายทุนโดยเสรี¹² โดยอาเซียนต้องการที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งในการพัฒนาและการรวมตัวของตลาดทุนในอาเซียน ด้วยการพัฒนามาตรฐานด้านตลาดทุนในอาเซียน สร้างความตกลงสำหรับการยอมรับซึ่งกันและกันในคุณสมบัติและคุณวุฒิการศึกษาและประสบการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านตลาดทุน และส่งเสริมให้ใช้ตลาดเป็นตัวขับเคลื่อนในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างกันเองในตลาดทุนอาเซียน (ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556) ความแตกต่างระหว่าง ACIA และ AIA กับ IGA ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 การเปรียบเทียบระหว่าง ACIA และ AIA/IGA

ประเด็น	ACIA	AIA	IGA
เนื้อหาหลักที่ครอบคลุม	การเปิดเสรี และการ คุ้มครองการลงทุน	การเปิดเสรีการลงทุน	การ คุ้มครอง การลงทุน
แนวทางการเปิดเสรี	Negative - list	Negative - list	n/a
ผู้ได้รับประโยชน์และเวลาที่ได้รับประโยชน์จากการเปิดเสรี	ประโยชน์จากการเปิดเสรีจะ ให้กับนักลงทุนอาเซียนและ นักลงทุนต่างชาติที่มาลงทุน ในอาเซียน(หรือใช้อาเซียน เป็นฐานการลงทุน)ในทันที และมีเป้าหมายที่จะเปิดเสรี อย่างสมบูรณ์ในปี 2015	ประโยชน์จากการเปิดเสรี ภายใต้ AIA จะให้กับนัก ลงทุนอาเซียนก่อนระหว่าง ปี 2003 - 2010 และให้กับ นักลงทุนต่างชาติที่มาลงทุน ในอาเซียนภายหลังภายใน ปี 2020	n/a
หลักการ Automatic MFN สำหรับการเปิดเสรีการ ลงทุน	ใช้แนวทางนี้	ใช้แนวทางนี้	n/a
รูปแบบตารางข้อยกเว้น	กำหนดให้ประเทศสมาชิก สามารถมีข้อยกเว้นได้ ซึ่ง ไม่ได้แยกออกเป็นสอง ตารางอย่างใน AIA	1. Temporary Exclusion List 2. Sensitive List (SL)	n/a
ข้อจำกัดการเปิดเสรีด้าน การลงทุนที่ใช้กับทุกสาขา (Horizontal Limitations)	มีอาทิ ข้อจำกัดในเรื่องการ ถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน และข้อบังคับในการขอ	มีอาทิ ข้อจำกัดในเรื่องการ ถือครองกรรมสิทธิ์ที่ดิน และข้อบังคับในการขอ	n/a

¹¹ รายละเอียดอยู่ใน พิมพ์เขียว AEC ข้อ A(A3)

¹² รายละเอียดอยู่ใน พิมพ์เขียว AEC ข้อ A(A4)

ประเด็น	ACIA	AIA	IGA
	ใบอนุญาตเพื่อประกอบ กิจการ	ใบอนุญาตเพื่อประกอบ กิจการ	
Portfolio Investment	ครอบคลุม	ไม่ครอบคลุม	ครอบคลุม
ข้อบทห้ามการตั้งเงื่อนไข การลงทุน Prohibition of Performance	มี	ไม่มี	n/a
ข้อผูกพันที่เกี่ยวกับการ แต่งตั้งผู้จัดการอาวุโสและ ผู้บริหาร(Senior Management and Board of Directors - SMBD)	มี	ไม่มี	n/a
ขั้นตอน กระบวนการ และ เงื่อนไขในการปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขรายการข้อสงวน ของประเทศสมาชิกอาเซียน	กำหนด	ไม่กำหนด	n/a
การชดเชยในกรณีที่มีการ ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไข รายการข้อสงวน	มี	ไม่มี	n/a
หลักการการปฏิบัติอย่าง เท่าเทียมและเป็นธรรม (Fair and Equitable Treatment - FET) และ หลักการให้การคุ้มครองและ ความปลอดภัยอย่างเต็มที่ (Full Protection and Security)	มีทั้งสองหลักการ	n/a	มีเพียง หลักการ FET
ข้อบทที่กำหนดให้การ คุ้มครองในกรณีเกิดความ เสียหายจากเหตุการณ์ รุนแรงภายในประเทศ	มี	n/a	ไม่มี
ข้อยกเว้นและเงื่อนไขใน การดำเนินมาตรการที่ขัด	มี	n/a	ไม่มี

ประเด็น	ACIA	AIA	IGA
ต่อพันธกรณีการโดนโดยเสรี			
กลไกระงับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนกับรัฐ (Investor - State Dispute Settlement - ISDS)	มีรายละเอียดชัดเจน (ข้อบทที่ 28 - 41)	n/a	มีรายละเอียดน้อย (ข้อบทที่ 10)
ข้อบทข้อยกเว้นทั่วไป (General Exceptions)	มี	n/a	ไม่มี
ข้อบทข้อยกเว้นด้านความมั่นคง (Security Exceptions)	มี	n/a	ไม่มี
ภาคผนวกเรื่อง "การให้ความเห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษร" (Approval in Writing)	มี	n/a	ไม่มี
ภาคผนวก ซึ่งมีการขยายความเกี่ยวกับมาตรการที่ถือได้ว่าเป็นการเวนคืนทางอ้อม	มี	n/a	ไม่มี

หมายเหตุ : n/a = ไม่เกี่ยวข้อง

ที่มา : สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนาและคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556)

จะเห็นได้ว่าการจัดทำความตกลง ACIA นี้เป็นไปตามหลักการการเปิดเสรีแบบก้าวหน้า โดย ACIA ยืนยันในหลักการเดิมของ AIA และ IGA ได้รวมการเปิดเสรีการลงทุน การคุ้มครอง การส่งเสริมการลงทุน และการอำนวยความสะดวกไว้ในความตกลงฉบับเดียว เพิ่มข้อบทใหม่ 2 ข้อบท ได้แก่ การห้ามกำหนดข้อกำหนดให้ปฏิบัติ (Prohibition of Performance Requirements - PPR) และข้อบทว่าด้วยผู้บริหารอาวุโสและกรรมการบริหาร พัฒนากลไกการระงับข้อพิพาทระหว่างนักลงทุนกับรัฐ (Investor State Dispute Settlement - ISDS) การโอนเงิน และการประคับคองการลงทุน และครอบคลุมทั้งการลงทุนโดยตรง (FDI) และการลงทุนในหลักทรัพย์ (portfolio) นอกจากนี้ ในด้านการคุ้มครองการลงทุน ACIA ยังครอบคลุมทุกสาขารวมทั้งกิจการบริการ มีการให้การชดเชยค่าเสียหายกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่สงบ การให้นักลงทุนสามารถเคลื่อนย้ายเงินทุนได้โดยเสรี และการอนุญาตให้นักลงทุน

สามารถฟ้องร้องรัฐได้หากทำผิดพันธกรณีและก่อให้เกิดความเสียหายต่อการลงทุนภายใต้กระบวนการระงับข้อพิพาท

3.4 ความก้าวหน้าของการเจรจาการค้าบริการด้านสุขภาพ

ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น การค้าบริการด้านสุขภาพถือเป็นหนึ่งในสาขาเร่งรัด (Priority Sectors¹³) ที่ประชาคมอาเซียนเชื่อว่าตนมีข้อได้เปรียบทางศักยภาพการค้าและการผลิตเมื่อเทียบกับสาขาอื่น และเมื่อพิจารณาข้อผูกพันเฉพาะ (Specific Commitments) ทั้งหมดตั้งแต่ชุดที่ 1-8 (ชุดที่ 8 ได้รับการลงนามเมื่อปี พ.ศ. 2555) และการลงนามในข้อตกลงร่วม (Mutual Recognition Agreement: MRAs) ที่เปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งพยาบาล (พ.ศ. 2549) แพทย์และทันตแพทย์ (พ.ศ. 2552) สามารถเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศในภูมิภาคได้ จะพบว่า การเปิดเสรีการค้าบริการทางสุขภาพมีมาอย่างต่อเนื่องและมีข้อผูกพันจนครบทุกรูปแบบการให้บริการแล้ว รอเพียงการบังคับใช้จริงในปี พ.ศ. 2558 เท่านั้น

อย่างไรก็ดี การค้าบริการด้านสุขภาพในภูมิภาคยังคงมีอุปสรรคอยู่มาก โดยอาจแบ่งเป็นอุปสรรคจากความตกลงและการดำเนินการตามความตกลงที่ยังไม่มีความชัดเจนและอุปสรรคจากกฎระเบียบภายในประเทศ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความตกลง บิตี ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ (พ.ศ. 2556) พบว่า ในขณะที่การค้าบริการในรูปแบบที่ 1 (Mode 1) คือ การบริการข้ามพรมแดน (Cross-border Supply) และรูปแบบที่ 2 (Mode 2) คือ การรับบริการข้ามพรมแดน (Cross-border Consumption หรือ Consumption Abroad) ไม่ได้มีการกีดกันแล้ว แต่อุปสรรคของการค้าบริการในรูปแบบที่ 3 (Mode 3) คือ การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (Commercial Presence) และรูปแบบที่ 4 (Mode 4) คือ การเคลื่อนย้ายบุคคลธรรมดา (Movement of Natural Persons) ยังคงมีอยู่ สำหรับ Mode 3 แม้ว่าข้อผูกพันชุดที่ 8 จะอนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนสามารถถือครองหุ้นในกิจการได้ถึงร้อยละ 70 ในภาคบริการด้านสุขภาพแล้ว แต่ในทางปฏิบัติ การลงทุนทางตรงในภาคบริการยังทำได้ยาก เนื่องจากการกำหนดความหมายและเงื่อนไขเพื่อพิสูจน์สัญชาติของนักลงทุนตามหลัก Substantive Business Operation: SBO ยังไม่มีความแน่ชัด เพราะการที่จะพิสูจน์ว่านักลงทุนว่าเป็นนักลงทุนอาเซียนจริงไม่ใช่ให้นักลงทุนจากประเทศนอกกลุ่มอาเซียนแล้วมาสวมสิทธิ์โดยการจดทะเบียนเปิดบริษัทในประเทศภาคี เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและต้องพิจารณาในหลายมิติ เช่น บัญชีการเงิน การจ่ายภาษีเงินได้ การ

¹³ เมื่อ พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ผู้นำอาเซียนได้ลงนามในกรอบความตกลงว่าด้วยการรวมกลุ่มสาขาสำคัญของอาเซียน (Framework Agreement for the Integration of the Priority Sectors) เพื่อส่งเสริมให้ประเทศต่างๆ ในกลุ่มอาเซียนมีการแบ่งงานกันผลิตสินค้าและบริการตามจำนวนวัตถุดิบและความถนัด เป็นการลดต้นทุนตามหลักการได้เปรียบโดยเปรียบเทียบ (Comparative advantage) ปัจจุบัน สาขาเร่งรัด (Priority Integration Sectors) มีทั้งสิ้น 12 สาขา ได้แก่ สาขาผลิตภัณฑ์เกษตร สาขาประมง สาขาผลิตภัณฑ์ยาง สาขาสีทอ สาขายานยนต์ สาขาผลิตภัณฑ์ไม้ สาขาอิเล็กทรอนิกส์ สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาสุขาภาพ สาขาท่องเที่ยว สาขาการบิน และ สาขาโลจิสติกส์ โดย สิงคโปร์ เป็นประเทศผู้รับผิดชอบสาขาสุขภาพ (บิตี ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ พ.ศ. 2556)

พิสูจน์สัญชาติของบริษัท เป็นต้น นอกจากนี้ กฎหมายภายในของประเทศภาคีที่เกี่ยวข้องลงทุนก็ยังไม่ได้รับการแก้ไขสอดคล้องกับข้อตกลงของประชาคมด้วย สำหรับ Mode 4 นั้น ปัจจุบัน อาเซียนได้มีการจัดทำคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะอนุญาตให้มีการเคลื่อนภายในอาเซียนในรูปแบบของข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) แล้วเสร็จไปแล้วหลายวิชาชีพรวมไปถึง แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์และเภสัชกร อย่างไรก็ตาม ข้อตกลงที่จะทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเป็นไปอย่างเสรี (Framework Agreement on Movement of Natural Person: MNP) ยังอยู่ในระหว่างการเจรจา และคาดว่าจะมีความล่าช้า ซึ่งจะทำให้การเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของแรงงานฝีมือภายใต้กรอบประชาคมอาเซียนในวันที่ 1 มกราคม 2558 น่าจะยังไม่เกิดขึ้น

ในส่วนที่เกี่ยวกับกฎระเบียบภายในประเทศ (ซึ่งเป็นสิ่งที่ความตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศก้าวล่วงได้ยาก เพราะแต่ละประเทศมีหน้าที่ในการปกป้องสวัสดิการของประชาชน และรัฐบาลมีหน้าที่ในการจำกัดความล้มเหลวของตลาด (Market Failure)) Dee (2013) เห็นว่าสภาพแวดล้อมทางกฎระเบียบ (Regulatory Environment) อาจสร้างอุปสรรคให้การค้าบริการ (ด้านสุขภาพ) ระหว่างประเทศได้ ตัวอย่างเช่น (1) กฎระเบียบในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการ (Quality Assurance และ Accreditation) ซึ่งรัฐบาลของประเทศที่นำเข้ามีหน้าที่ในการบังคับใช้โดยตรง แต่หากรัฐบาลไม่มีศักยภาพในการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็อาจจะเลือกที่จะไม่เปิดเสรีทั้งหมด และสร้างอุปสรรคในการเข้าสู่ตลาดแทน (เพื่อจะได้ไม่ต้องบังคับใช้กฎระเบียบในการควบคุมมาตรฐาน) เช่น อาจไม่อนุญาตให้ผู้ให้บริการต่างประเทศถือใบอนุญาตเพื่อให้บริการภายในประเทศได้ โดยอ้างว่าไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ หรืออาจกำหนดให้ผู้ให้บริการต่างประเทศไม่สามารถให้บริการในบางสาขาเฉพาะทางได้ (2) การกีดกันการเข้าถึงบริการของกลุ่มบุคคลชายขอบ โดยรัฐมีหน้าที่ในการคุ้มครองกลุ่มบุคคลที่มีความอ่อนไหว อย่างไรก็ตาม รัฐจำเป็นต้องมีกลไกสนับสนุนในการคัดกรองบุคคลเหล่านี้เพื่อให้ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดในการสนับสนุนคนให้ถูกกลุ่ม แต่หากรัฐไม่มีกลไกคัดกรองที่ดี ก็อาจจะเลือกไม่สนับสนุนการใช้บริการกับผู้ให้บริการต่างชาติไปเลยแทน และให้การสนับสนุนเฉพาะคนที่ใช้บริการกับผู้ให้บริการภายในประเทศเท่านั้น กระบวนการเหล่านี้ อาจทำให้การแข่งขันของตลาดไม่เป็นมิตรต่อการเข้าสู่ตลาดของผู้ประกอบการจากประเทศอื่นใน ASEAN ได้

เมื่อเปรียบเทียบข้อผูกพันที่ประเทศภาคีได้ลงนามไว้แล้วกับการบังคับใช้ข้อผูกพันในทางปฏิบัติ Dee (2013) พบว่า ข้อผูกพันภายใต้ ASEAN ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้านสุขภาพนั้น ครอบคลุมการบริการด้านสุขภาพ 2 ประเภทหลัก โดยแบ่งตาม UN Central Product Classification (เหมือนอย่างที่ใช้ GATS ใช้) ได้แก่ (1) การให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ นางผดุงครรภ์ (Midwives) พยาบาล นักกายภาพบำบัด (Physiotherapists) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (ภายใต้เวชกิจฉุกเฉิน หรือ Paramedic) และ (2) การให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ การให้บริการของโรงพยาบาล การให้บริการด้านการวินิจฉัยโรคด้วยแลป (Medical laboratories) การให้บริการด้วยรถพยาบาล (Ambulances) และการให้บริการภายในที่พักอาศัย (Residential Health Care) โดย (1) นั้นเกี่ยวกับการให้บริการใน Mode 4 เป็นสำคัญ ในขณะที่ (2) นั้นเกี่ยวพันกับ Mode 3 โดยตรง และอาจมีการค้าใน Mode 1 2 และ 4 ได้ด้วย Dee (2013) ชี้ให้เห็นว่าช่องว่างทางด้าน

กฎระเบียบยังคงมีอยู่ เช่น ในประเทศกัมพูชา ที่มีการจำกัดการให้บริการแพทย์เฉพาะทางบางประการ ประเทศลาว มีการให้อนุญาตเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพมาเปิดโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มากกว่า 100 เตียง) ในลาวได้เท่านั้น ประเทศกัมพูชา ลาว และไทย จำกัดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคด้วยแลป ประเทศกัมพูชา และลาว ห้ามการค้าบริการด้านเวชภัณฑ์เงิน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี Dee (2013) ประเมินไว้ว่า การกีดกันทางการค้าบริการทางด้านสุขภาพภายใต้ ASEAN ได้ถูกขจัดไปมากแล้ว แต่หากจะให้มีการเปิดตลาดมากขึ้น ASEAN จำเป็นที่จะต้องสร้างกลไกเพื่อให้กฎระเบียบภายในประเทศสามารถรองรับการเปิดการค้าเสรีให้ได้ โดยมุ่งเน้นไปที่การสร้างกฎระเบียบด้านการควบคุมมาตรฐานและการให้บริการแก่บุคคลชายขอบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ ASEAN ในปัจจุบันยังคงใช้ตารางแบบเดียวกับ GATS ในการกำหนดการบังคับใช้ข้อผูกพันเฉพาะทาง โดยตารางนี้ไม่ได้มีรายละเอียดทางด้านกฎระเบียบภายในประเทศมากนัก ทำให้หลายประเทศไม่มีความจำเป็นต้องแก้ไขกฎระเบียบภายในของตน ASEAN จึงอาจทดสอบการใช้ตารางรูปแบบใหม่ที่มีรายละเอียดมากขึ้น

บทที่ 4

ข้อมูลพื้นฐานของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของบทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม สถิติ และรายชื่อของผู้เล่นที่สำคัญ เพื่อให้เห็นถึงศักยภาพในการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย

4.1 สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเทศไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึง พ.ศ. 2553 โดยมีอัตราเติบโตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5 ยกเว้นช่วงที่เกิดวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2541 และพ.ศ. 2552 ที่มีอัตราเติบโตทางเศรษฐกิจติดลบ (-10.8 และ -2.2 ตามลำดับ) มีโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ประกอบไปด้วยภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และบริการที่มีสัดส่วนเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา โดยภาคเกษตรกรรมมีกิจกรรมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศลดลงจากร้อยละ 39.79 ในปี พ.ศ. 2503 มาเป็นร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2552 ภาคอุตสาหกรรมมีสัดส่วนผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศค่อนข้างคงที่ที่ราวร้อยละ 50 ในขณะที่ภาคบริการเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 12.52 ในปี พ.ศ. 2503 มาเป็นร้อยละ 34.1 ในปี พ.ศ. 2552 กล่าวคือ ภาคเกษตรถูกทดแทนด้วยภาคบริการในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับทิศทางการเจริญเติบโตของเศรษฐกิจของประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก เมื่อประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น สัดส่วนประชาชนที่มีความยากจนลดลง จากร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2506 เป็นร้อยละ 80.1 ในปี พ.ศ. 2552 และประชาชนที่มีความยากจนกระจุกตัวอยู่ในชนบทมากกว่าเป็นเมืองการกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำสูง โดยช่องว่างระหว่างประชาชนกลุ่มที่มีรายได้สูงที่สุดในประเทศร้อยละ 20 แรก กับกลุ่มที่มีรายได้ต่ำที่สุดในประเทศร้อยละ 20 สุดท้าย มีส่วนแบ่งรายได้เท่ากับร้อยละ 49.8 และร้อยละ 7.9 ตามลำดับในปีพ.ศ. 2505 (6.3 เท่า) และเท่ากับร้อยละ 54.2 และ 4.8 ตามลำดับในปีพ.ศ. 2552 (11.3 เท่า) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554)

ทิศทางการเติบโตทางเศรษฐกิจและตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพของประชากรไทยแปรผันตามกัน โดยตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ตัวอย่างเช่น อัตราการตาย (Maternal Mortality Rate) ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิด 100,000 คนในปี พ.ศ. 2505 มาเป็น 10.7 ต่อการเกิด 100,000 คนในปี พ.ศ. 2552 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under-5 Mortality Rate) ลดจาก 12.8 ต่อการเกิด 1,000 คนในปี พ.ศ. 2533 เป็น 9.5 ต่อการเกิด 1,000 คนในปี พ.ศ. 2552 หรือ อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ก็สูงขึ้น โดยของผู้ชายเพิ่มขึ้นจาก 63.8 ปีใน พ.ศ. 2529 มาเป็น 69.9 ปีใน พ.ศ. 2539 เป็น 69.9 ปีใน พ.ศ. 2549 และเป็น 70.6 ปีใน พ.ศ. 2553 และของผู้หญิง เพิ่มขึ้นจาก 68.9 ปีใน พ.ศ. 2529 74.9 ปีใน พ.ศ. 2539 77.6 ปีใน พ.ศ. 2549 และ 77.5 ปีใน พ.ศ. 2553 และมีแนวโน้มที่อายุเฉลี่ยของทั้งสองเพศจะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยการประมาณของ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2543 - พ.ศ.2573 พบว่าเมื่อเข้าสู่ AEC ในปี พ.ศ. 2558 ประชาชนชาวไทยเพศชายและเพศหญิงจะมีอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 71.9 ปี และ 78.8 ปีตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2573 จะเท่ากับ 76 ปี และ 82.7 ปีตามลำดับ ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีผลสัมฤทธิ์ทางด้านสุขภาพในภาพรวมที่ดีพอสมควร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554)

ในด้านการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition) พบว่า ประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases) อุบัติเหตุ และโรคเอดส์ เป็นสัดส่วนที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากโรคติดต่อ (Communicable Diseases) ลดลง ยกเว้น เฉพาะวัณโรคซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ โดยในปี พ.ศ. 2548 - 2551 โรคที่เป็นสาเหตุการตายสูงสุดของทั้งเพศชายและหญิง คือ เส้นเลือดในสมองแตก และสำหรับผู้ชาย โรคที่มีความสำคัญ 5 ลำดับต่อมา ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน โรคเอดส์ หัวใจขาดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตับแข็ง สำหรับผู้หญิง โรคที่มีความสำคัญ 5 ลำดับต่อมา ได้แก่ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด เอดส์ ไตวายเรื้อรัง และปอดอักเสบ และทั้งสองเพศยังมีอัตราการเป็นโรคมะเร็งสูงขึ้นอีกด้วย โดยโรคดังกล่าวทั้งหมดมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และการทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นพฤติกรรมที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ภายใน ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) และจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพในอนาคต เพราะรัฐจะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และคนวัยทำงานจำเป็นต้องทำงานให้ได้ผลิตภาพที่สูงขึ้นเพื่อตอบสนองต่อภาระของรัฐดังกล่าว (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554)

4.2 ระบบสุขภาพในประเทศไทย

นิยามของ “ระบบสุขภาพ” คือ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะของระบบ ปัจจัยนำเข้า หมายถึง การบริหารจัดการ (ครอบคลุมถึงนโยบายสุขภาพ โครงสร้างองค์กร ระบบและกลไกสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน) ทรัพยากรสุขภาพ (รวมถึงกำลังคน สถานบริการ เวชภัณฑ์/เครื่องมือแพทย์ และองค์ความรู้) และการเงินการคลัง (ว่าระบบสุขภาพได้รับเงินมาจากภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากครัวเรือนเป็นสัดส่วนอย่างไร) โดยทั้งหมดนับเป็นองค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพในประเทศ ซึ่งมีด้วยกันอย่างน้อย 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และเมื่อมีการดำเนินการให้บริการสุขภาพแล้ว ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการประเมินสมรรถนะในมิติต่างๆ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การครอบคลุมบริการ ประสิทธิภาพระบบบริการ คุณภาพบริการ และความเป็นธรรมของบริการ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554)

ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะผสมโดยมีผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน โดยอาจพิจารณาระดับความสำคัญของผู้ให้บริการในภาคเอกชนผ่านสัดส่วนการให้บริการ (อุปสงค์) และสัดส่วนการให้บริการ (อุปทาน) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ให้บริการในภาครัฐ ในด้านอุปสงค์ พบว่าประชาชนมีการใช้บริการด้านสุขภาพที่สูงขึ้นในภาพรวมและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการใช้บริการในภาคเอกชน โดยในปี พ.ศ. 2552 สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่เข้ามาใช้บริการในภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 22.6 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) ในประเทศ และสัดส่วนผู้ป่วยในในภาคเอกชนคิดเป็นร้อยละ 18.9 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากภาครัฐที่อยู่ในสังกัดต่างๆ เมื่อพิจารณาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน พบว่าในปี พ.ศ. 2552 วันนอนเฉลี่ยในภาคเอกชนเท่ากับ 3.1 วัน ซึ่งต่ำกว่าวันนอนเฉลี่ยของสถานพยาบาลในภาครัฐทั้งหมด (เช่น กระทรวงสาธารณสุขที่มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 4.1 วัน) และเมื่อพิจารณาเศรษฐกิจฐานที่แบ่งตามควินไทล์ของรายได้ครัวเรือนผู้ใช้บริการ พบว่า สัดส่วนของประชาชนที่ใช้บริการสุขภาพในภาคเอกชนแปรผันโดยตรงกับรายได้ครัวเรือน โดยร้อยละ 15.1 ร้อยละ 15.3 ร้อยละ 19.2 ร้อยละ 23.9 ร้อยละ 33.9 ของผู้เข้ารับบริการที่จนที่สุด จน ปานกลาง รวยและรวยที่สุดใช้บริการภาคเอกชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554) กล่าวคือ ราคา (ต้นทุน/ต้นทุนค่าเสียโอกาส) ของการบริการทางการแพทย์ส่งผลต่ออัตราการใช้บริการของคนแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน โดยคนรวยมีความอ่อนไหวต่อราคาน้อยกว่าคนจนสอดคล้องกับทฤษฎีความยืดหยุ่นอุปสงค์

ในด้านอุปทาน ผู้ให้บริการในภาครัฐยังนับได้ว่าเป็นผู้ให้บริการหลักของประเทศ ในขณะที่ภาคเอกชนก็มีความสำคัญเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 4.1 ที่แสดงการกระจายของจำนวนเตียงและจำนวนแพทย์ใน พ.ศ. 2544 - 2553 แบ่งเป็นจำนวนเตียงของสถานพยาบาลทั่วประเทศ และ ร้อยละของจำนวนเตียงที่เป็นของภาคเอกชน (โดยที่เหลือทั้งหมดอยู่ภายใต้หน่วยงานต่างๆ ของรัฐ ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ) จำนวนแพทย์ทั้งหมดภายในประเทศและร้อยละของแพทย์ที่ทำงานภาคเอกชนเต็มเวลา (อย่างไรก็ดี ประเทศไทยอนุญาตให้แพทย์ทำงานทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนพร้อมกันได้ (Dual Practice) ดังนั้นตัวเลขร้อยละของแพทย์ในภาคเอกชนจึงอาจมิได้สะท้อนความเข้มข้นของแรงงานแพทย์ในภาคเอกชนอย่างแท้จริง เนื่องจากไม่ได้รวมเวลาที่แพทย์ในภาครัฐทำงานบางเวลาในภาคเอกชนเข้าร่วมด้วย) จะเห็นว่า ร้อยละของเตียงและแพทย์ของภาคเอกชนอยู่ที่ราวร้อยละ 20 ของระบบบริการสุขภาพภายในประเทศทั้งหมด

ตารางที่ 4. 1 การกระจายของจำนวนเตียง และจำนวนแพทย์ตามความเป็นเจ้าของใน พ.ศ.

2544 - 2553

ปี	จำนวนเตียง		จำนวนแพทย์	
	รวมทั้งประเทศ	ร้อยละของเอกชน	รวมทั้งประเทศ	ร้อยละของเอกชน
2544	137,679	21.03	18,947	23.13
2547	133,245	19.77	18,918	18.89
2550	140,007	21.83	22,651	20.89
2553	134,105	18.39	22,019	19.88

ที่มา : Supakankunti & Witvorapong (2014)

ทั้งหมดนี้ ทำให้สามารถอนุมานได้ว่าการให้บริการในภาคเอกชนเป็นสินค้าส่งเสริม (Complements) ของการให้บริการในภาครัฐ โดยประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศเลือกที่จะใช้บริการในภาครัฐก่อน (เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบ) แล้วจึงเลือกใช้บริการในภาคเอกชน สมมติฐานนี้สอดคล้องกับตัวเลขในตารางที่ 4.2 ที่แสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลเอกชนมีอัตราครองเตียงต่ำกว่าสถานพยาบาลรัฐ (ยกเว้นที่สังกัดกระทรวงกลาโหมในบางปี) และต่ำกว่าอัตราครองเตียงเฉลี่ยของสถานพยาบาลทุกสังกัด (ที่ค่อนข้างคงที่ที่ราวร้อยละ 80) ซึ่งมีนัยยะที่ทำให้มองได้ว่าการให้บริการในภาคเอกชนเป็นกลไกชดเชยอุปสงค์ส่วนเกินจากภาครัฐในช่วงเวลาหนึ่งๆ

ตารางที่ 4. 2 อัตราการครองเตียงตามสังกัด พ.ศ. 2549 - 2552

สังกัด	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
กระทรวงสาธารณสุข	82	87	83	82
กระทรวงศึกษา	71	72	71	85
กระทรวงกลาโหม	50	50	48	49
เทศบาล	84	80	84	62
องค์กรอิสระ	68	64	54	54
เอกชน	54	56	60	38
เฉลี่ย	81.8	81.8	80	74

ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข (อ้างอิงในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ.2551 - 2553)

การเลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนของแต่ละบุคคลมีสาเหตุได้หลายประการ เช่น (1) เข้ารับบริการ เมื่อไม่สามารถเข้าถึงบริการในสาขาที่ตนต้องการได้จากผู้ให้บริการในภาครัฐ (เช่น การดูแลด้านความสวยความงาม การเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางบางประเภท เป็นต้น) โดยรัฐอาจมองว่าการให้บริการในสาขาดังกล่าวไม่ใช่ความต้องการที่มีความจำเป็น หรือ อาจเป็นเพราะรัฐขาดแคลน

ทรัพยากรจะต้องลดทอนการให้บริการ (2) เข้ารับบริการ เมื่อมีความเชื่อว่าคุณภาพการรักษาพยาบาล (Clinical Quality) ในภาคเอกชนดีกว่าในภาครัฐ โดยอาจมองจากข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านการประกันคุณภาพ (Hospital Accreditation) หรือจากตัวเลขอื่น ๆ เช่น ในด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าสูงซึ่งกระจุกตัวอยู่ในเมืองและอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ตัวอย่างเช่น เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีในประเทศไทย 399 เครื่องในปี พ.ศ. 2552 แต่มีเอกชนเป็นเจ้าของร้อยละ 63.7 เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีอยู่ 51 เครื่อง ในปี พ.ศ. 2551 กระจายอยู่ในภาคเอกชนร้อยละ 54.9 ภาครัฐร้อยละ 45.1 เครื่องตรวจมะเร็งเต้านมที่มีอยู่ 215 เครื่อง อยู่ในภาคเอกชนร้อยละ 60.5 และภาครัฐ 39.5 เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554) ซึ่งการกระจุกตัวอยู่นี้สะท้อนถึงความสำคัญของทุนอันส่งผลต่อความเชื่อด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และ (3) เข้ารับบริการ เมื่อต้องการคุณภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (Non-Clinical Quality) ซึ่งภาคเอกชนมีดีกว่า เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการที่สั้นกว่าในภาคเอกชน เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้ที่จะมีโอกาสเลือกใช้บริการในภาคเอกชนจำเป็นต้องมีความสามารถจ่าย และมีความยืดหยุ่นต่อราคาน้อยโดยเปรียบเทียบ บทบาทการซึมซับอุปสงค์ส่วนเกินจากภาครัฐจึงไม่ใช่บทบาทที่ภาคเอกชนทำได้โดยสมบูรณ์ หากแต่เป็นการตอบสนองต่อกลุ่มผู้บริโภคบางส่วนในตลาดเท่านั้น

4.3 ตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทย

เมื่อพิจารณาเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน (ซึ่งเป็นภาคส่วนหลักที่เกี่ยวข้องงานวิจัยนี้) พบว่าสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทตามลักษณะการให้บริการ คือ (1) ร้านขายยา (ทั้งแผนปัจจุบัน และแผนโบราณ) (2) สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และ (3) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) และยังสามารถแบ่งได้อีกเป็น 4 ประเภทตามลักษณะการจดทะเบียน คือ (1) บริษัทจำกัด (2) โพลีคลินิก (3) โรงพยาบาลที่ไม่หวังผลกำไร และ (4) โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ ซึ่งมีจำนวนเตียงจากน้อยที่สุดไปมากที่สุดตามลำดับ (ตามข้อมูลของกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงในสมชาย สุขสิริเสรีกุล พ.ศ. 2542) งานวิจัยนี้สนใจเฉพาะสถานประกอบการแบบโรงพยาบาลเท่านั้น เพราะมีความน่าจะเป็นที่จะออกไปลงทุนในประเทศอื่นได้มากที่สุด

ตลาดการให้บริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนมีลักษณะของการแข่งขันไม่สมบูรณ์ (Imperfect Competition) กล่าวคือ โรงพยาบาลมีความหลากหลาย ทั้งด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล (Clinical quality) อันครอบคลุมถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ และคุณภาพที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง (Non-clinical Quality) เช่น เวลาที่ใช้ในการรอรับบริการทางสุขภาพ สภาพห้องของผู้ป่วยใน เป็นต้น นอกจากนี้ ตลาดของโรงพยาบาลเอกชนมีการกีดกันการเข้าสู่ตลาดสูง ทั้งทางด้านต้นทุนการเข้าสู่ตลาดที่สูงมาก (เนื่องด้วยปัจจัยการผลิตมีราคาแพงโดยเปรียบเทียบ) และด้านกฎระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขมีการจำกัดจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ เพื่อไม่ให้เกิดการกระจุกตัวมากเกินไป (สมชาย สุขสิริเสรีกุล พ.ศ. 2542)

การกำหนดประเภทของตลาดส่วนหนึ่งอาจพิจารณาจากจำนวนโรงพยาบาลเอกชน โดยพบว่ามีความผันผวนและการเข้าออกตลาดตามสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ จำนวนของโรงพยาบาลเอกชนมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ขยายตัวมากในช่วงพ.ศ. 2531 - 2537 (ราวร้อยละ 7.8 ต่อปี) สอดคล้องกับการสนับสนุนของคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนซึ่งได้ให้สิทธิประโยชน์กับภาคธุรกิจนี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 แล้วเริ่มมีการออกจากตลาดมากขึ้นในปี พ.ศ. 2541 ที่เกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจ โดยในปี พ.ศ. 2541 มีโรงพยาบาลที่เลิกกิจการมากกว่าโรงพยาบาลที่ก่อตั้งใหม่เป็นจำนวน 18 แห่ง และแนวโน้มเป็นเช่นนี้เรื่อยมาจนถึงปี พ.ศ. 2552 โดยโรงพยาบาลที่ขอเลิกกิจการมีมากกว่าโรงพยาบาลที่ก่อตั้งใหม่เท่ากับ 2 แห่ง 15 แห่ง 20 แห่ง 31 แห่ง 59 แห่ง 1 แห่ง 1 แห่ง 0 แห่ง 12 แห่ง 3 แห่ง และ 8 แห่ง นับแต่ พ.ศ. 2542 - 2552 ตามลำดับ กล่าวคือ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนมีลดลงเรื่อยๆ (สมชาย สุขสิริเสรีกุล พ.ศ. 2542; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554) ทั้งนี้ การลดจำนวนลงของโรงพยาบาลไม่ได้สะท้อนภาพเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว แต่ยังอาจเกี่ยวข้องกับทิศทางการควบรวมธุรกิจ การขยายขนาดของโรงพยาบาลที่มีอยู่เดิมแล้ว และการแข่งขันที่สูงขึ้นในตลาด ทำให้โรงพยาบาลขนาดเล็กต้องปิดตัวลง และโรงพยาบาลขนาดกลางถึงใหญ่ขยายกิจการเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับร้อยละของจำนวนเตียงในภาคเอกชนซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (จากร้อยละ 15.6 ในปี พ.ศ. 2536 เป็น 20.6 ในปี พ.ศ. 2551)

จำนวนผู้ให้บริการด้านสุขภาพในภาคเอกชนเริ่มคงที่นับตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา โดยในปี พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนทั้งสิ้น 322 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ มีจำนวน 96 แห่ง และจังหวัดอื่น 226 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 29.8 และ 70.2 ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนเตียงของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เท่ากับ 13,933 เตียง และในจังหวัดอื่นๆ เท่ากับ 19,472 คิดเป็นร้อยละ 41.7 และ 58.3 ตามลำดับ (แสดงให้เห็นว่า ขนาดของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ นั้นใหญ่กว่าโรงพยาบาลในต่างจังหวัดโดยเฉลี่ย) โดยร้อยละ 19 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดมีเตียงน้อยกว่า 31 เตียง ร้อยละ 7.7 มีเตียง 31 - 50 เตียง ร้อยละ 32.3 มีเตียง 51 - 100 เตียง และร้อยละ 31 มีเตียงมากกว่า 100 เตียง (ข้อมูลจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อ้างอิงในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551 - 2553) ในขณะที่ ในปี พ.ศ. 2554 มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศทั้งสิ้น 321 แห่ง (ลดลง 1 แห่ง) อยู่ในกรุงเทพฯ มีจำนวน 98 แห่ง และจังหวัดอื่น 223 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.5 และ 69.5 ตามลำดับ ในขณะที่จำนวนเตียงของโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เท่ากับ 13,404 เตียง และในจังหวัดอื่นๆ เท่ากับ 17,476 คิดเป็นร้อยละ 43.4 และ 56.6 ตามลำดับ โดยร้อยละ 18.4 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดมีเตียงน้อยกว่า 31 เตียง ร้อยละ 15.6 มีเตียง 31 - 50 เตียง ร้อยละ 33.6 มีเตียง 51 - 100 เตียง และร้อยละ 32.4 มีเตียงมากกว่า 100 เตียง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555)

สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 46.3 ล้านราย เป็นผู้ป่วยนอก 44.2 ล้านราย หรือร้อยละ 95.3 และเป็นผู้ป่วยใน 2.2 ล้านราย หรือประมาณร้อยละ 4.7 เท่ากับว่า จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อกิจการมีประมาณ 144,346 ราย เป็นผู้ป่วยนอก 137,565 ราย และผู้ป่วยใน 6,781 ราย และในด้านผลการดำเนินงานกิจการ ในปี พ.ศ. 2554 การดำเนินกิจการในโรงพยาบาลเอกชนก่อให้เกิดมูลค่าเพิ่มในระบบเศรษฐกิจเป็นจำนวนเงิน 47,566.5 ล้านบาท

เมื่อพิจารณาตามขนาด พบว่า โรงพยาบาล ที่มีขนาดมากกว่า 100 เตียง มีมูลค่าเพิ่มสูงที่สุด คือ 37,013.9 ล้านบาท ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดต่ำกว่า 31 เตียงมีมูลค่าเพิ่มต่ำที่สุด คือ ประมาณ 641.0 ล้านบาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555) จะเห็นได้ว่าธุรกิจโรงพยาบาลเป็นธุรกิจที่มีผลตอบแทนสูงมาก

การค่าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศโดยเฉพาะใน Mode ที่ 2 หรือการรับบริการข้ามพรมแดน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยในฐานะผู้ส่งออกมีการเติบโตสูง ระดับความสำคัญของการค้าใน Mode ที่ 2 สะท้อนให้เห็นในตารางที่ 4.3 ที่แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติที่รับการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 โดยผู้ป่วยต่างชาติมีจำนวน 3 ล้านราย และส่วนมากเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ คือ ที่มีขนาดมากกว่า 100 เตียง (มากถึง 2.6 ล้านราย)

ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติที่เข้ามารักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ขนาดของ โรงพยาบาล	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย		
		รวม	ผู้ป่วย ชาวไทย	ผู้ป่วยชาว ต่างประเทศ
ทั่วราชอาณาจักร	321	46,335,127	43,325,958	3,009,169
ต่ำกว่า 11 เตียง	26	246,201	241,555	4,646
11 - 30 เตียง	33	578,784	531,953	46,831
31 - 50 เตียง	50	1,847,407	1,712,729	134,679
51 - 100 เตียง	108	11,660,728	11,401,173	259,555
101 - 250 เตียง	87	22,533,799	21,208,557	1,325,241
มากกว่า 250 เตียง	17	9,468,208	8,229,991	1,238,218

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2555)

เมื่อพิจารณาสัญชาติของผู้ป่วยต่างชาติที่รับการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยและแยกตามลักษณะว่าเป็นผู้ป่วยใน (ตารางที่ 4.4) หรือผู้ป่วยนอก (ตารางที่ 4.5) ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ในจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมด โรงพยาบาลที่พบว่าผู้ป่วยในของตนมาจากเมียนมาร์มากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่โรงพยาบาลที่พบว่าผู้ป่วยนอกของตนมาจากเมียนมาร์มากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 22.6 โดยผู้ป่วยในและนอกที่มาจากประเทศจีน สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ ลาว และกัมพูชาก็มีสัดส่วนที่สูงเช่นเดียวกัน

โดยหากจะพิจารณาความหนาแน่นของผู้ป่วยต่างชาติรายภาค (ไม่ได้แสดงสถิติไว้) เฉพาะที่มาจากประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยนี้และเป็นประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย จะพบว่า

- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศกัมพูชา กระจุกตัวในภาคกลางเป็นหลัก มีการใช้บริการในกรุงเทพบ้าง และใช้บริการในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้ค่อนข้างน้อย
- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศลาว กระจุกตัวในภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นหลัก มีการใช้บริการในกรุงเทพ ภาคกลางและเหนือรองลงมาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่แทบไม่พบที่ให้บริการในภาคใต้
- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศเมียนมาร์ กระจายตัวตามภาคกลาง เหนือ และได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีการใช้บริการในกรุงเทพบ้าง แต่แทบไม่พบที่ให้บริการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 4.4 ผู้ป่วยในชาวต่างชาติที่รักษากับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยแยกตามประเทศ

ประเทศ	ร้อยละของผู้ป่วยในชาวต่างชาติ		
	อันดับที่ 1	อันดับที่ 2	อันดับที่ 3
สหภาพเมียนมาร์	16.5	6.6	8.9
จีน	9.7	5.7	3.3
สหรัฐอเมริกา	7.6	9.0	7.2
ญี่ปุ่น	7.6	4.7	5.0
สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ	5.9	11.0	11.1
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	5.1	4.3	4.4
กัมพูชา	4.7	2.8	3.9
อินเดีย	3.8	4.3	
ออสเตรเลีย	3.4		3.3
เยอรมนี	3.0	5.7	5.0
ฝรั่งเศส		2.8	
ประเทศอื่นๆ	12.2	15.8	15.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2555)

ตารางที่ 4.5 ผู้ป่วยนอกชาวต่างชาติที่รักษากับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยแยกตามประเทศ

ประเทศ	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ชาวต่างชาติ		
	อันดับที่ 1	อันดับที่ 2	อันดับที่ 3
สหภาพเมียนมาร์	22.6	4.9	8.0
จีน	9.7	9.7	6.0
สหรัฐอเมริกา	9.3	12.0	5.3
สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ	9.3	8.4	14.0
ญี่ปุ่น	7.1	4.4	3.5
เยอรมนี	5.3	4.9	3.5
สหรัฐอเมริกาบริติชเอดส์	4.9		
อินเดีย	4.9	3.1	3.1
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	4.9	8.4	
กัมพูชา	4.4	3.1	4.4
สหพันธรัฐรัสเซีย			2.7
ประเทศอื่นๆ	9.3	17.1	18.5

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (พ.ศ. 2555)

สำหรับการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศใน Mode 3 คือ การจัดตั้งธุรกิจเพื่อให้บริการ (Commercial Presence) ไม่ปรากฏสถิติในระดับโรงพยาบาลหรือระดับมหภาคมากนัก มีเพียงข้อมูลด้านการลงทุนเข้าในธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทยเท่านั้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2554 มีโรงพยาบาลเอกชนที่มีต่างชาติถือหุ้นแล้ว 26 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.1 โดยร้อยละ 84.6 ของจำนวนนั้น (22 แห่ง) มีหุ้นน้อยกว่าร้อยละ 10 โรงพยาบาลเอกชนที่มีการลงทุนจากต่างชาติแทบทั้งหมด (22 แห่ง) เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีเตียงมากกว่า 100 เตียงขึ้นไปและที่เหลือ (4 แห่ง) มีจำนวนเตียงระหว่าง 51 - 100 เตียง การลงทุนกระจายตัวตามภาคได้ ดังนี้ กรุงเทพมหานคร 17 แห่ง ภาคกลาง 7 แห่งเหนือ 1 แห่ง และตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง และไม่ปรากฏการลงทุนร่วมในภาคใต้ ข้อมูลด้านการลงทุนขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทยไม่มีการเก็บสถิติไว้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555)

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าธุรกิจโรงพยาบาลไทยมีศักยภาพในการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ เนื่องจากมีจำนวนมากเพียงพอต่อความต้องการภายในประเทศ มีอุปทานส่วนเกินภายในประเทศอันสะท้อนให้เห็นจากอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ราวร้อยละ 50 – 60 เสมอมา (ตารางที่ 4.2) มีทุนสะสมจากการดำเนินงานโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีมูลค่าเพิ่ม

รวมกว่า 40,000 ล้านบาท ทั้งยังได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยทั่วโลกในทุกะดับการรักษาพยาบาล (ตารางที่ 4.4 และ 4.5) รวมถึงผู้ป่วยจากประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ที่ไม่ได้ใช้บริการแค่เพียงแต่ในกรุงเทพมหานครอย่างเดียวแต่มีการกระจายไปตามภูมิภาคด้วย ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยผลักดันชี้ให้เห็นถึงโอกาสของการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทย (ในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์)

บทที่ 5

ข้อมูลพื้นฐานของระบบสุขภาพและระบบประกันสุขภาพ ในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

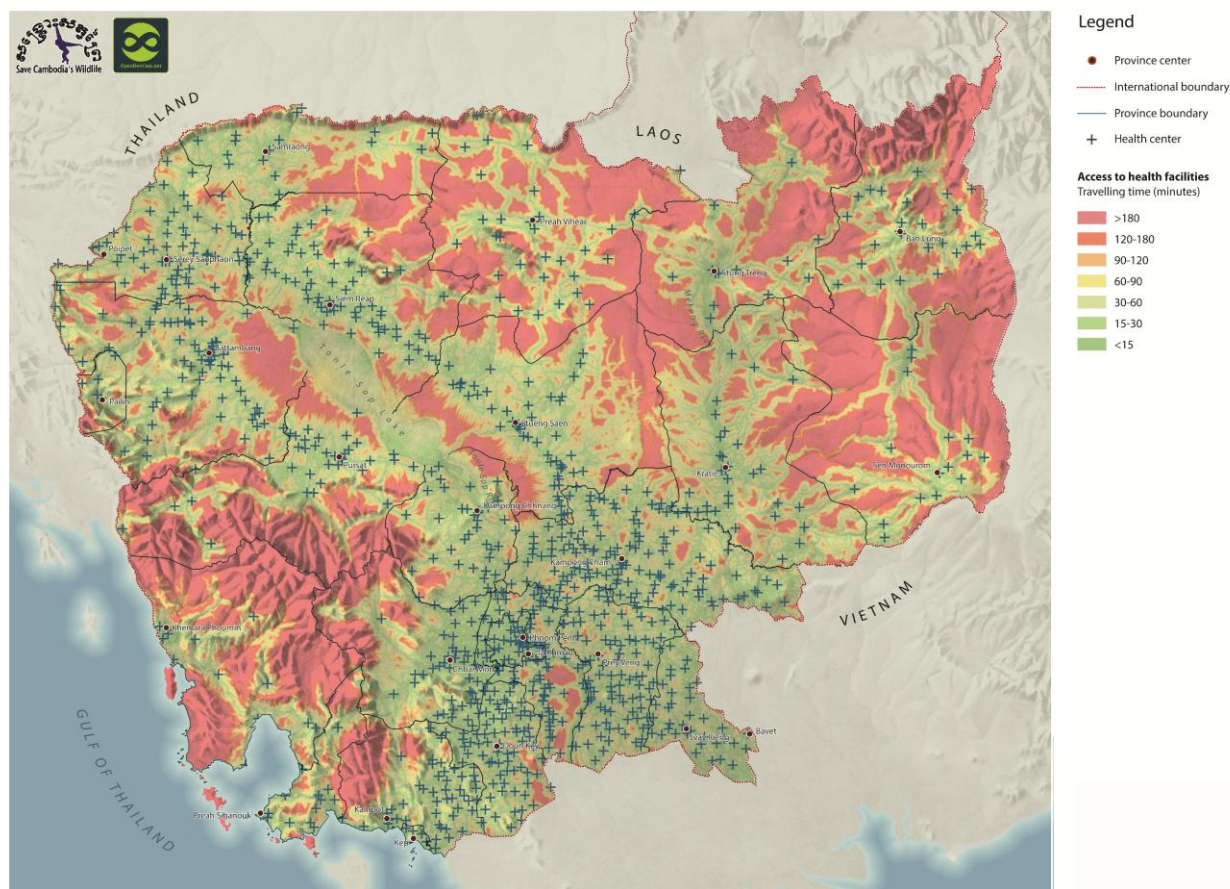
ในบทนี้ รายงานการวิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นของประเทศกัมพูชา สปป.ลาว และเมียนมาร์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการลงทุนทางตรงในธุรกิจโรงพยาบาลของภาคเอกชนจากประเทศไทย โดยรายงานการวิจัยจะให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ 1) สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม 2) ลักษณะของระบบสุขภาพ 3) บรรยากาศการลงทุนทั้งในภาพรวมและในส่วนที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาลโดยตรงในแต่ละประเทศ โดยรายละเอียดมีดังนี้

5.1 ประเทศกัมพูชา

5.1.1 ระบบสาธารณสุขในประเทศกัมพูชา

ระบบสาธารณสุขในประเทศกัมพูชาเป็นลักษณะของการใช้ระบบเขตปฏิบัติ (Operational District) โดยมีการแบ่งการจัดการเป็นหลายระดับ กล่าว คือ 1. ระดับอำเภอหรือเขตปฏิบัติ (Operational District) ซึ่งจะบริหารจัดการสถานีนอมนามัยประมาณ 11 แห่ง (Levine and Gardner 2008) โดยสถานีนอมนามัย หนึ่งแห่งจะครอบคลุมประชากร 8,000-12,000 คน และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 1 แห่ง (รักษาระดับปฐมภูมิ) ซึ่งมีหน้าที่รับส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่สถานีนอมนามัยไม่สามารถทำการรักษาความเจ็บป่วยนั้นได้ กล่าวคือระดับอำเภอจะครอบคลุมประชากรประมาณ 100,000-200,000 คน 2. ระดับจังหวัด ซึ่งจะบริหารจัดการโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ใช้ส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชน) และ สาธารณสุขจังหวัด (รักษาระดับทุติยภูมิ) และ 3. ระดับประเทศ (หรือส่วนกลาง) ซึ่งรวมถึงกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลแห่งชาติ และโรงเรียนสอนแพทย์ (ระดับตติยภูมิ) โดยในปี พ.ศ.2549 ประเทศกัมพูชามีโรงพยาบาลแห่งชาติ 8 แห่ง เขตปฏิบัติ 77 เขต โรงพยาบาลชุมชน 69 แห่ง สถานีนอมนามัย 972 แห่ง และหน่วยนอมนามัย (ระดับปฐมภูมิที่สุด) 79 หน่วย (Department of Planning and Health Information, Ministry of Health 2007)

รูปที่ 5. 1 แผนที่แสดงการเข้าถึงสถานพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาต่าง ๆ กันทั่วประเทศกัมพูชา



ที่มา: Open Development Cambodia website (<http://www.opendevdevelopmentcambodia.net>)

ระบบการให้บริการทางสุขภาพในประเทศกัมพูชา แบ่งออกเป็น

(1) ผู้ให้บริการภาครัฐ

ซึ่งมีลักษณะการบริหารจัดการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว และควรจะเป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายโดยรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทั้งนี้ ประชาชนชาวกัมพูชามักไม่ค่อยไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของรัฐเท่าไรนัก เนื่องจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงในการเดินทาง ปัญหา ระยะเวลา รอเข้ารับบริการ ปัญหาที่มีไม่เพียงพอ หรือ ปัญหาพฤติกรรมของบุคลากรที่ไม่เป็นมิตรกับผู้ป่วย (Collins 2000; Annear et al 2006 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008) โดยปัญหาที่มักเกิดในสถานพยาบาลของรัฐในอดีต คือ ผู้ป่วยมักต้องจ่ายเงิน "พิเศษ" เพื่อจะได้รับการรักษาพยาบาล เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ของกัมพูชาได้ค่าตอบแทนจากรัฐที่ค่อนข้างน้อยจึงมักไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการ ทำให้เกิดเป็นระบบจ่ายเงินเช่นนี้เกิดขึ้นซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายที่สถานพยาบาลของรัฐมีราคาสูงและไม่มีความแน่นอน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาใน ในปีพ.ศ.2539-2540 รัฐบาลกัมพูชาได้ตั้งระบบ

ค่าบริการขึ้นอย่างเป็นกิจลักษณะ โดยในการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลซึ่งจะกำหนดโดยแต่ละสถานพยาบาลแตกต่างกันไป (Levine and Gardner 2008) โดยระบบนี้จะยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจนและไม่สามารถจ่ายเงินได้เอง โดยเขตปฏิบัติแต่ละเขตจะกำหนดเกณฑ์การยกเว้นที่แตกต่างกันไป หลายเขตปฏิบัติที่กลัวเสียรายได้ (เนื่องจากเงินช่วยจากรัฐบาลไม่เพียงพอ) มีเกณฑ์ที่ยังกีดกันผู้ป่วยรายได้ต่ำให้ไม่ได้รับการยกเว้น จึงทำให้ผู้ป่วยยากจนจำนวนมากไม่สามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐได้ (Bitran et al 2002; Annear et al 2006 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008) ในปัจจุบัน รัฐบาลพยายามที่จะขยายความครอบคลุมของบริการทางสุขภาพไปสู่ประชาชนทุกระดับ โดยมีการใช้กองทุนเพื่อการดูแลสุขภาพ หรือ Health Equity Fund (HEF) ที่นำเงินจากงบประมาณของรัฐบาลและเงินบริจาคจากองค์กรระหว่างประเทศต่างมารวมกัน เพื่อใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่เข้าร่วมกองทุนซึ่งส่วนใหญ่แล้วก็คือชาวกัมพูชาที่ยากจนและผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยกองทุน (National Institute of Public Health 2012) โดยในปี พ.ศ.2549 มีกองทุนลักษณะนี้อยู่ 26 กองทุนในกัมพูชา (Noirhomme et al 2007 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008) และยังมีการใช้ระบบประกันสุขภาพในชุมชนหรือ Community-Based Health Insurance (CBHI) ที่เป็นระบบประกันสุขภาพที่ใช้การรวมความเสี่ยงของคนในชุมชน คือให้คนในชุมชนร่วมกันจ่ายเบี้ยประกัน และ สมาชิกจะได้รับการคุ้มครองเรื่องค่ารักษาพยาบาล โดยในปีพ.ศ. 2549 ประเทศกัมพูชา มี แผนประกันสุขภาพลักษณะนี้ประมาณ 5 แผนด้วยกัน (Tabor 2005; Roth, McCord and Liber 2007 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008)

(2) ผู้ให้บริการภาคเอกชน

ซึ่งได้แก่ คลินิกรักษาพยาบาลของแพทย์ และ ร้านขายยาทั่วไป โดยในประเทศกัมพูชานั้นการทำงานรักษาแบบควบคู่ทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและคลินิกส่วนตัว (Dual practice) เป็นเรื่องปกติเนื่องจากแพทย์จำนวนมากหารายได้เสริมด้วยการเปิดคลินิกรักษาส่วนตัว โดยคลินิกเหล่านี้ไม่มีการควบคุม ตรวจสอบหรือลงทะเบียนใดๆทั้งสิ้นในประเทศกัมพูชา ซึ่งมักก่อให้เกิดปัญหาว่า แพทย์จำนวนมากส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลของรัฐไปยังคลินิกส่วนตัวของตนเอง อีกทั้งการรักษาของแพทย์เหล่านี้มักไม่ได้เป็นไปตามหลักการในการรักษาที่ยึดถือความจำเป็น แต่เน้นการรักษาแบบที่ผู้ป่วยต้องการ อาทิเช่น การให้ยาปฏิชีวนะ หรือการให้น้ำเกลือโดยไม่จำเป็น แม้ว่าคลินิกส่วนตัวเหล่านี้มักคิดค่ารักษาพยาบาลที่แพงกว่าสถานพยาบาลของรัฐ แต่ชาวกัมพูชาก็ยังนิยมใช้บริการ เนื่องจากได้รับความสะดวก (แพทย์มาตรวจถึงบ้าน) ได้รับการรักษาแบบที่อยากได้ และในบางกรณี ผู้ป่วยสามารถผ่อนผันการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ด้วย (Collins 2000; Annear et al 2006 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008) อีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการรักษาความเจ็บป่วยของชาวกัมพูชาคือการซื้อยากินเองจากร้านขายยา โดยผู้ขายยามักเอาใจผู้ซื้อด้วยการจ่ายยาที่เกินความจำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาของเชื้อดื้อยาในหมู่ชาวกัมพูชาจำนวนมาก (Kelesidis et al 2007 ตามที่อ้างอิงใน Levine and Gardner 2008) เพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาลของรัฐ ในปี พ.ศ.2542 รัฐบาลกัมพูชาได้ริเริ่มโครงการให้บริษัทจัดการเอกชนเข้ามาร่วมจัดการให้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ

(Contracting)¹⁴ โดยผลปรากฏว่า สถานพยาบาลของรัฐมีการให้บริการและการจัดการที่ดีขึ้นกว่าเดิม (ทั้งในแง่ผลการรักษาและความคุ้มค่าของทุน: Cost effectiveness) (Bushan et al 2002 ตามที่อ้างอิงใน National Institute of Public Health 2012)

5.1.2 การลงทุนในประเทศกัมพูชา

(1) ระบบสาธารณูปโภค (Infrastructure)

ไฟฟ้า

ประเทศกัมพูชามีนโยบายสร้างโรงไฟฟ้าขนาดใหญ่เพื่อผลิตไฟฟ้าไว้ใช้ในประเทศเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในระหว่างการก่อสร้างนั้น ประเทศกัมพูชาใช้การซื้อไฟฟ้าจากประเทศข้างเคียง คือ ประเทศไทยและ เวียดนามเป็นการชั่วคราว (CDC 2013) โดยในปัจจุบัน ประเทศกัมพูชามีบริษัทที่ทำการจ่ายไฟฟ้าให้กับประชาชน 3 บริษัทเป็นหลัก กล่าวคือ

- 1.1. Electricite Du Cambodge (EDC) บริษัทรัฐวิสาหกิจ ที่รับผิดชอบจ่ายไฟในเมืองหลักๆ อาทิเช่น พนมเปญ เสียมราฐ กัมปต สะตังตริง สวายเรียง กัมปต สีหนุวิลล์ กัมปงจาม ท่าเคียว และ พระตะบอง เป็นต้น
- 1.2. Independent Power Producers (IPP) บริษัทเอกชนซึ่งจ่ายไฟตามเมืองในต่างจังหวัด
- 1.3. และ Rural Electricity Enterprises (REE) บริษัทเอกชน ที่รับผิดชอบจ่ายไฟในพื้นที่ห่างไกล

โดยในสัญญาการซื้อขายไฟฟ้า ประเทศกัมพูชาได้ตกลงซื้อไฟฟ้าจากบริษัท Power Company 2 (PC2) ของประเทศเวียดนามเป็นจำนวน 200 เมกะวัตต์จากจังหวัดบาเวห์ (Bavet) มายังกรุงพนมเปญตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 แม้ว่าความต้องการใช้ไฟฟ้าตามปกติของกรุงพนมเปญจะอยู่ที่ 300 เมกะวัตต์ก็ตาม สำหรับไฟฟ้าจากประเทศไทยนั้น มีการนำเข้าไฟฟ้าจากจังหวัดตากมาใช้ที่จังหวัดปอยเปต และเกาะกงตั้งแต่ ปี พ.ศ.2544 โดยในปี พ.ศ.2550 ได้มีการซื้อไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากสถานีอรัญประเทศเพื่อมาใช้ในพื้นที่ จังหวัด พระตะบอง และ เสียมราฐด้วย (CDC 2013) ประเทศกัมพูชาได้ตกลงทำสัญญาซื้อขายไฟฟ้ากับ สปป.ลาวตั้งแต่ปีพ.ศ.2542 เพื่อนำเข้าไฟฟ้าจากภาคใต้ของ สปป.ลาว มาใช้ในพื้นที่ จังหวัด สะตังตริง โดยการก่อสร้างระบบส่งไฟฟ้าคาดว่าจะแล้วเสร็จในปี พ.ศ.2557

ทั้งนี้ในปัจจุบันไฟฟ้าในประเทศกัมพูชายังมีไม่เพียงพอกับความต้องการนัก ปัญหาไฟฟ้างบยังเกิดขึ้นเป็นปกติ เนื่องมาจากการที่ประเทศกัมพูชาต้องนำเข้าไฟฟ้าส่วนหนึ่งมาจากต่างประเทศนั่นเอง โดยจากการประมาณการในแผนการพัฒนาระบบไฟฟ้าของประเทศกัมพูชา (Power Development Plan

¹⁴ มี 2 แบบด้วยกันคือ Contracting-in (บริษัทมีอำนาจในการจัดการภายใต้กรอบที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข) และ Contracting-out (บริษัทมีอำนาจเต็มที่ในการจัดการทุกเรื่อง)

of the Kingdom of Cambodia) ในปี พ.ศ.2550 ความต้องการไฟฟ้าในประเทศจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆและเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวระหว่างปีพ.ศ.2555-2563 ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5. 1 ตารางความต้องการใช้ไฟฟ้า (หน่วย: ล้านวัตต์)

ปี 2012	ปี 2015	ปี 2018	ปี 2020
1,062	1,643	2,283	2,770

ที่มา: MIME ตามที่อ้างอิงใน Cambodia Investment Guide 2013

รัฐบาลประเทศกัมพูชาโดยกระทรวงอุตสาหกรรม เหมืองแร่และพลังงานจึงมีแผนที่จะขยายความสามารถในการผลิตไฟฟ้าเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นโดยมีแผนที่จะสร้างโรงไฟฟ้าแบบต่างๆ อาทิ โรงไฟฟ้าพลังน้ำ หรือโรงไฟฟ้าพลังถ่านหินเพิ่มขึ้นอีกถึง 18 แห่ง ในระหว่างปีพ.ศ.2551-2564 โดยเป็นการลงทุนจากหลายประเทศทั้งจาก จีน เวียดนาม และมาเลเซีย

โดยในปัจจุบัน ชาวกัมพูชาที่อาศัยในเมืองใหญ่สามารถเข้าถึงการใช้ไฟฟ้าได้ประมาณ ร้อยละ 54 ในขณะที่ประชากรที่อาศัยในแถบชนบทประมาณร้อยละ 13 สามารถเข้าถึงไฟฟ้าได้เช่นกัน ทั้งนี้ บริษัท EDC ตั้งเป้าที่จะขยายการเข้าถึงไฟฟ้าของประชากรกัมพูชาที่อาศัยตามหมู่บ้านเพิ่มเป็นร้อยละ 100 ภายในปีพ.ศ.2563 (Cambodia Investment Guide 2013) นอกจากนั้นแล้ว ประเทศกัมพูชายังมีแผนการขยายท่อส่งไฟฟ้าที่นำเข้ามาจากประเทศไทย สปป.ลาว และเวียดนามเพื่อกระจายไฟฟ้าไปยังพื้นที่ต่างๆทั่วประเทศ โดยโครงการดังกล่าวมีแผนแล้วเสร็จภายในปีพ.ศ.2562

ระบบการสื่อสารโทรคมนาคม

กระทรวงไปรษณีย์และโทรคมนาคม (Ministry of Posts and Telecommunication: MPTC) มีหน้าที่หลักในการควบคุมดูแลกิจการที่เกี่ยวข้องกับการโทรคมนาคมในประเทศกัมพูชา และยังเป็นบริษัทที่ให้บริการโทรศัพท์บ้านทั่วประเทศกัมพูชาอีกด้วย โดยในปี พ.ศ. 2549 บริษัท Telecom Cambodia (รัฐวิสาหกิจ) ได้รับช่วงการให้บริการโทรศัพท์บ้านจากกระทรวงมาส่วนหนึ่ง¹⁵ อัตราการเข้าถึงบริการโทรศัพท์ของชาวกัมพูชาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 โดย การเข้าถึงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.56) เป็นการเข้าถึงบริการโทรศัพท์เคลื่อนที่ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5. 2 อัตราการใช้งานและเข้าถึงบริการโทรศัพท์ประเภทต่าง ๆ

อัตราการใช้งานและเข้าถึงบริการ	ปี 2008	ปี 2009	ปี 2010	ปี 2011
โทรศัพท์บ้าน	0.32	0.73	2.54	3.91

¹⁵ ผู้ให้บริการโทรศัพท์บ้านในประเทศกัมพูชามีอยู่ 3 บริษัทด้วยกัน กล่าวคือ Telecom Cambodia, Camintel และ Camshin

อัตราการใช้งานและเข้าถึงบริการ	ปี 2008	ปี 2009	ปี 2010	ปี 2011
โทรศัพท์เคลื่อนที่	28.30	45.66	74.73	109.64 ¹⁶
รวม	28.62	46.39	77.28	113.55

ที่มา: Ministry of Post and Telecommunication, Cambodia (MPTC) ตามที่อ้างอิงใน Cambodia Investment Guide 2013

ระบบประปา

กระทรวงทรัพยากรน้ำและอุตุนิยมวิทยา (Ministry of Water Resources and Meteorology: MOWRAM) มีหน้าที่หลักในการจัดการระบบน้ำในประเทศกัมพูชาในขณะที่ กระทรวงอุตสาหกรรมเหมืองแร่ และพลังงาน (MIME) รับผิดชอบการบริการน้ำสะอาดให้กับประชาชนชาวกัมพูชาในเขตเมือง¹⁷ ในกรุงพนมเปญ หน่วยงานหลักที่ให้บริการน้ำประปาคือ การประปาแห่งกรุงพนมเปญ (Phnom Penh Water Supply Authority : PPWSA) ในเมืองเสียมราฐ หน่วยงานหลักที่ให้บริการน้ำประปาคือ การประปาแห่งเมืองเสียมราฐ (Siem Reap Water Supply Authority : SRWSA) สำหรับเมืองอื่นๆที่เหลือรับผิดชอบโดยกรมบริการน้ำดื่ม (Department of Potable Water Supply: DPWS) ภายใต้ กระทรวงอุตสาหกรรม เหมืองแร่ และพลังงาน (MIME) จากการสำรวจสำมะโนประชากรในปีพ.ศ.2551 พบว่า ประชาชนชาวกัมพูชาร้อยละ 36.2 สามารถเข้าถึงน้ำสะอาดได้ภายในบริเวณที่อยู่อาศัยของตน โดยคิดเป็น ร้อยละ 29.4 ของประชากรในพื้นที่ชนบท และร้อยละ 67.4 ของประชากรในเขตเมือง โดยผู้อาศัยในกรุงพนมเปญราวร้อยละ 90 สามารถเข้าถึงน้ำสะอาดได้ ทั้งนี้ รัฐบาลกัมพูชากำลังพยายามปรับปรุงระบบการส่งจ่ายน้ำประปาอยู่เสมอเนื่องจากระบบส่งจ่ายน้ำขาดการดูแลรักษามาเป็นเวลานาน จึงส่งผลต่อคุณภาพของน้ำประปา โดยนโยบายของรัฐบาลกัมพูชาคือพยายามกระตุ้นให้มีการลงทุนของภาคเอกชนผ่านการให้สัมปทานเพื่อการส่งจ่ายน้ำประปาทั่วประเทศ (Cambodia Investment Guide 2013)

(2) สิทธิประโยชน์

โครงการลงทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกัมพูชา (Qualified Investment Project)

นักลงทุนที่ต้องการการสนับสนุนและการรับประกันสิทธิการลงทุนจากรัฐบาลกัมพูชา¹⁸ ต้องติดต่อกับหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบคือ คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาประเทศกัมพูชา หรือ

¹⁶ ในกรณีที่มีโทรศัพท์มากกว่า 1 เครื่องต่อคน

¹⁷ กระทรวงการพัฒนาชนบท (Ministry of Rural Development: MRD) รับผิดชอบการจ่ายน้ำสะอาดแก่พื้นที่ในเขตชนบท

¹⁸ ทั้งนี้การลงทุนทะเบียนขอรับการสนับสนุนสามารถทำได้ก่อนหรือหลังการจดทะเบียนจัดตั้งบริษัทกับกระทรวงพาณิชย์ของประเทศกัมพูชา (Investment Book 2013)

Council for the Development of Cambodia (CDC) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2542¹⁹ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่ดูแลลงทุนแบบเบ็ดเสร็จ (One-stop Service) ตั้งแต่เริ่มพิจารณาข้อเสนอโครงการอนุมัติหนังสือรับรองการจดทะเบียนแบบมีเงื่อนไข (Conditional Registration Certificate :CRC) และดำเนินการขอใบอนุญาตจากหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับโครงการและออกหนังสือรับรองการจดทะเบียนขั้นสุดท้าย (Final Registration Certificate: FRC) ซึ่งจะเป็นยืนยันการเริ่มโครงการลงทุนอย่างเป็นทางการและถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ที่โครงการลงทุนที่ได้รับการจดทะเบียนกับ CDC มีดังนี้ (กฎหมายส่งเสริมการลงทุนฉบับปรับปรุง ปีพ.ศ.2548)

1. โครงการที่ได้รับการส่งเสริมสามารถเลือกรับสิทธิประโยชน์ในลักษณะของการยกเว้นภาษีเงินได้ (กำไร) จากการประกอบการหรือรับอัตราการคิดค่าเสื่อมราคาของทรัพย์สินในการขอลดหย่อนภาษีมากเป็นพิเศษ
 - I. ในกรณีของการยกเว้นภาษีเงินได้ ผู้ลงทุนสามารถขอยกเว้นภาษีเงินได้เป็นระยะเวลาได้สูงสุดถึง 9 ปี ดังนี้
 - i. ระยะเริ่มต้น (สูงสุด 3 ปี) ซึ่งนับจากวันที่โครงการได้รับหนังสือรับรองการจดทะเบียนขั้นสุดท้าย (Final Registration Certificate: FRC) จนถึงวันสุดท้ายของปีภาษีก่อนปีที่โครงการเริ่มได้กำไร หรือปีที่สองหลังจากโครงการเริ่มมีรายได้
 - ii. ระยะกลาง 3 ปีสำหรับโครงการทุกประเภท
 - iii. ระยะสุดท้าย (สูงสุด 3 ปี) ขึ้นอยู่กับประเภทของการลงทุนและทุนจดทะเบียน ตามกฎหมายการจัดการธุรกรรมการเงิน พ.ศ.2549 เช่น โครงการลงทุนอุตสาหกรรมเบาที่มีทุนจดทะเบียนต่ำกว่า 5 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 0 ปี ทุนจดทะเบียน 5-20 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 1 ปี ทุนจดทะเบียนมากกว่า 20 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 2 ปี หรือ โครงการลงทุนในระบบสาธารณูปโภคของประเทศที่มีทุนจดทะเบียนมากกว่า 10 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 10 ปี ทุนจดทะเบียนระหว่าง 10-30 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 2 ปี ทุนจดทะเบียนมากกว่า 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เท่ากับ 3 ปี
 - II. ในกรณีของการรับอัตราการคิดค่าเสื่อมราคาของทรัพย์สินมากเป็นพิเศษ ผู้ลงทุนสามารถเลือกรับอัตราการคิดค่าเสื่อมราคาได้สูงสุด ร้อยละ 40 ของมูลค่าทรัพย์สินที่ใช้ในกระบวนการผลิต
2. โครงการจะได้รับการยกเว้นภาษีนำเข้าของอุปกรณ์ เครื่องจักร หรือวัสดุก่อสร้างที่ใช้ในกระบวนการผลิต
3. โครงการจะได้รับการยกเว้นภาษีส่งออกทั้งหมด ยกเว้นในกรณีสินค้าที่กำหนดในกฎหมาย

¹⁹ หรือคณะอนุกรรมการการลงทุนประจำจังหวัด (Provincial-Municipal Investment Sub-Committee: PMIS) ซึ่งก่อตั้งตามกฎหมายกัมพูชาในปีพ.ศ.2548 เพื่อรับผิดชอบดูแลโครงการลงทุนที่มีมูลค่าน้อยกว่า 2 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ หรือคณะกรรมการกำกับดูแลเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Cambodian Special Economic Zone Board: CSEZB) ซึ่งก่อตั้งในปีเดียวกัน ทำหน้าที่ดูแลโครงการการลงทุนในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Investment Handbook 2013)

4. สิทธิประโยชน์ทั้งหมดสามารถโอนถ่ายให้แก่บริษัทหรือนักลงทุนผู้อื่นในกรณีที่มีการควบรวมกิจการ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก CDC/PMIS
5. รัฐบาลกัมพูชาจะปฏิบัติต่อนักลงทุนชาวต่างชาติในลักษณะเดียวกันกับนักลงทุนในประเทศ ยกเว้นในกรณีเดียวคือเรื่องการถือครองที่ดิน²⁰
6. โครงการที่ได้รับการจดทะเบียนจะได้รับการรับประกันจากรัฐบาลกัมพูชาว่าจะไม่ยึดทรัพย์สินของโครงการมาเป็นของรัฐเป็นอันขาด
7. รัฐบาลกัมพูชาจะไม่เข้าไปกำหนดราคาสินค้าหรือบริการของโครงการที่ได้รับการจดทะเบียน
8. ผู้ลงทุนสามารถซื้อ-ขายเงินสกุลของตนผ่านระบบธนาคารในประเทศกัมพูชาและส่งคืนเงินกลับไปยังประเทศของตนได้ โดยรัฐจะไม่เข้าไปควบคุม ในกรณีต่อไปนี้ ในการจ่ายเงินต้นและดอกเบี้ยจากการกู้ยืมเงินในต่างประเทศ ในการจ่ายค่าธรรมเนียมการจัดการต่างๆ ในการส่งคืนเงินกำไรของบริษัท และ ในการส่งคืนเงินต้นจากการลงทุน

ทั้งนี้กิจการบางประเภทไม่มีสิทธิขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลตามกฎหมายกฤษฎีกาย่อยฉบับที่ 111(กำหนดใช้ทั้งกับนักลงทุนชาวต่างชาติและนักลงทุนชาวกัมพูชา) อาทิเช่น การผลิตสารเคมีที่มีผลต่อระบบประสาทหรือสารเสพติด การผลิตสารเคมีที่เป็นพิษ ยาฆ่าแมลง หรือสินค้าที่ผลิตจากสารเคมีที่กำหนดห้ามตามกฎขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) การผลิตพลังงานไฟฟ้าจากสิ่งปฏิกูลที่นำเข้ามาจากต่างประเทศ ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการทำลายป่าไม้ เป็นต้น

โดยธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสุขภาพมีข้อกำหนดบางประการหากนักลงทุนต้องการได้รับการสนับสนุนในลักษณะโครงการ QIP จากรัฐบาลกัมพูชา (ตามข้อกำหนดในกฤษฎีกาย่อยฉบับที่ 111) กล่าวคือ

1. ในกรณีของการลงทุนก่อสร้างโพลีคลินิก โพลีคลินิคนั้นต้องมีเงินลงทุนอย่างน้อย 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ต้องมีเตียงอย่างน้อย 50 เตียง ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มีห้องผ่าตัด มีห้องเอกซเรย์ มีห้องฉุกเฉิน มีห้องจ่ายยา มีลิฟท์สำหรับเคลื่อนย้าย มีรถพยาบาลและมีห้องดับจิต
2. ในกรณีของการลงทุนผลิตยาและเวชภัณฑ์แผนปัจจุบัน ต้องมีเงินลงทุนอย่างน้อย 1 ล้านดอลลาร์สหรัฐ
3. ในกรณีของการลงทุนผลิตยาและเวชภัณฑ์แผนโบราณ ต้องมีเงินลงทุนอย่างน้อย 5 แสนเหรียญสหรัฐ

²⁰ ในเรื่องของการถือครองที่ดินนั้น ชาวต่างชาติไม่สามารถถือครองที่ดินในประเทศกัมพูชาได้เพียงผู้เดียว หากแต่สามารถมีหุ้นในการถือครองได้ไม่เกิน ร้อยละ 49 แต่นักลงทุนต่างชาติสามารถขอสัมปทานหรือทำสัญญาเช่าที่ดินเพื่อการใช้ประโยชน์ระยะยาวได้ (ระยะเวลาอย่างต่ำ 15 ปี สูงสุด 50 ปี โดยต่อสัญญาไปได้คราวละ 50 ปี) โดยนักลงทุนมีสิทธิใช้ประโยชน์ของสิ่งก่อสร้างบนที่ดินได้เต็มที่ (เช่น ใช้เป็นหลักทรัพย์สินในการขอกู้เงิน) ภายในระยะเวลาของสัญญาเช่า

สำหรับการจ้างงานในโครงการนั้น หน่วยงาน CDC จะพิจารณาอนุญาตออกวีซ่า สำหรับชาวต่างชาติ (และผู้ติดตาม) ในโครงการสำหรับตำแหน่งผู้จัดการ ช่างเทคนิค หรือแรงงานที่ต้องใช้ทักษะ ที่ไม่สามารถหาได้ในประเทศกัมพูชา²¹ ตามกฎหมายว่าด้วยการลงทุนฉบับแก้ไข ปีพ.ศ.2548

หากมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นเกี่ยวกับสิทธิหรือข้อปฏิบัติของผู้ลงทุน กฎหมายกัมพูชากำหนดให้มีการพยายามเจรจาระหว่างผู้ลงทุน กับหน่วยงาน CDC และ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งนั้น โดยถ้าไม่สามารถตกลงกันได้ภายในระยะเวลา 2 เดือน ให้สามารถนำเรื่องไปขึ้นศาลแห่งประเทศกัมพูชาได้ โดยถ้าผู้ลงทุนต้องการยุติการลงทุนในประเทศกัมพูชา ผู้ลงทุนต้องทำหนังสือแจ้งสาเหตุไปยังหน่วยงาน CDC โดยต้องมีหลักฐานประกอบว่าผู้ลงทุนได้ชำระหนี้ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการโครงการครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว เมื่อได้รับอนุญาตให้ยุติโครงการ ผู้ลงทุนสามารถถอนเงินที่ได้จากการขายทรัพย์สินกลับประเทศได้ นอกเสียจากในกรณีที่โครงการได้นำเข้าเครื่องจักรและอุปกรณ์โดยมิได้เสียภาษียังไม่ถึง 5 ปี ผู้ลงทุนจำเป็นต้องจ่ายค่าภาษีนำเข้าดังกล่าวที่ได้รับการยกเว้นให้เรียบร้อยแล้วเสียก่อน

(3) เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone)

การตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษในประเทศกัมพูชานั้นถูกกำกับโดยกฤษฎีกาย่อยฉบับที่ 148 ว่าด้วยการจัดตั้งและบริหารเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งประกาศใช้ในเดือน ธันวาคม พ.ศ.2548 โดยเริ่มมีการร่างกฎหมายว่าด้วยเขตเศรษฐกิจพิเศษขึ้นในปี พ.ศ.2551 และยังอยู่ในกระบวนการบัญญัติเพื่อใช้จริง โดยสิทธิประโยชน์ของโครงการที่ลงทุนในเขตเศรษฐกิจพิเศษจะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการลงทุน กล่าวคือ โครงการที่ได้รับอนุมัติจาก CDC ให้เป็น QIP จะได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายการลงทุน และได้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมบางประการ เช่น การปฏิบัติต่อนักลงทุนชาวต่างชาติเช่นเดียวกับนักลงทุนชาวกัมพูชา การรับประกันว่าจะไม่ยึดโครงการลงทุนมาเป็นของรัฐ การยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มสำหรับวัตถุดิบ เครื่องมือและเครื่องจักรที่นำเข้ามาใช้ในการผลิตสินค้าเพื่อส่งออกของโครงการที่เป็น QIP ใน SEZ หรือการใช้กระบวนการศุลกากรแบบพิเศษกับโครงการลงทุนในพื้นที่ SEZ

ในปี พ.ศ.2556 ประเทศกัมพูชามีเขตเศรษฐกิจพิเศษด้วยกันทั้งสิ้น 25 แห่ง ใน 9 จังหวัด แต่มีเพียง 10 เขตเท่านั้นที่มีผู้เข้าไปลงทุนแล้ว ซึ่งได้แก่

²¹ โดยผู้ลงทุนต้องส่งหนังสืออธิบายถึงความจำเป็นในการจ้างงานชาวต่างชาติไปยังกระทรวงกิจการสังคม แรงงาน การอบรมวิชาชีพ และ การฝึกผู้เยาว์ (Ministry of Social Affairs, Labor, Vocational Training and Youth Rehabilitation) เพื่อขอการอนุมัติใบอนุญาตการทำงาน (Work Permit) ก่อนเริ่มทำงาน และมีเงื่อนไขว่า ผู้ลงทุนต้องจัดการอบรมอย่างสม่ำเสมอให้กับพนักงานชาวกัมพูชาและต้องมีการสนับสนุนให้มีการเลื่อนขั้นของพนักงานชาวกัมพูชาให้มีระดับสูงขึ้นด้วยในระยะยาว

ตารางที่ 5.3 เขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีผู้เข้าไปลงทุนแล้ว

ที่ตั้งและสิทธิประโยชน์	รายละเอียด
1) Phnom Penh	- ตั้งอยู่ที่ Khan Dangkao, Phnom Penh และอำเภอ Ang Snuol , จังหวัด Kandal เขตนี้อยู่ห่างจาก สนามบินนานาชาติกรุงพนมเปญ 8 กิโลเมตร ห่างจากตัวเมืองพนมเปญ 18 กิโลเมตร และห่างจากท่าเรือพนมเปญ 48 กิโลเมตร มีพื้นที่ 360 เฮกตาร์ - ถนน อาคารสำนักงาน ทางเข้า ระบบไฟฟ้า ระบบจ่ายน้ำ ระบบบำบัดน้ำเสีย และระบบสื่อสารโทรคมนาคม มีการพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ (เฟส 1 ก่อสร้างเสร็จสมบูรณ์ เฟส 2 เริ่มก่อสร้างในปีพ.ศ. 2554) ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนมากที่สุด คือ 58 บริษัท ส่วนใหญ่เป็นบริษัทผลิตสินค้าเพื่อการส่งออก จากนั้นลงทุนประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไทย มาเลเซีย จีน ไต้หวัน และ สหรัฐอเมริกา - ราคาเช่าที่ดินคิดเป็น 60 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าเช่าโรงงานเท่ากับ 2.5 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าน้ำเท่ากับ 0.3 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม. ค่าไฟ 0.19 เหรียญสหรัฐต่อ Kwh²², และค่าบำรุงสาธารณูปโภคส่วนกลางรายเดือนราคา 0.06 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม.
2) Sihanoukville 1	- ตั้งอยู่ที่ อำเภอ Stung Hav, จังหวัด Preah Sihanouk มีพื้นที่ขนาด 178 เฮกตาร์ - กำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติม ปัจจุบันมีผู้มาลงทุนทั้งหมด 2 บริษัท เป็นบริษัทโรงงานผลิตไฟฟ้าทั้งคู่
3) Sihanoukville 2	- ตั้งอยู่ที่ Pou Thoung Village, Betrang Commune และ Smach deang Village, Ream Commune, อำเภอ Prey Nop, จังหวัด Preah Sihanouk โดยอยู่ห่างจากสนามบินนานาชาติ จังหวัด Preah Sihanouk 3 กิโลเมตร ห่างจากกรุงพนมเปญ 210

²² KiloWatts

	กิโลเมตร และห่างจากท่าเรือน้ำลึกสีหนุวิลล์ 12 กิโลเมตร มีพื้นที่ 1,688 เฮกตาร์ - ถนน อาคารสำนักงานบริหาร ไฟฟ้า และระบบโทรคมนาคมพัฒนาเสร็จสมบูรณ์แล้ว โดยมีผู้มาลงทุนรวมแล้ว 26 บริษัท บริษัทส่วนใหญ่เป็นการลงทุนจากประเทศจีน
4) Manhattan	- ตั้งอยู่ที่ Bavet Commune, อำเภอ Chantrea, จังหวัด Svay Rieng มีระยะห่าง 6 กิโลเมตรจากชายแดนประเทศเวียดนามที่เมือง Bavet และห่างจากเมืองโฮจิมินห์เป็นระยะทาง 80 กิโลเมตร มีพื้นที่ 180 เฮกตาร์ - อาคารสำนักงาน แหล่งพลังงานไฟฟ้าจากเวียดนาม ระบบจ่ายน้ำประปา มีการพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ โดยระบบบำบัดน้ำยังอยู่ระหว่างการพัฒนา ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 22 บริษัท ส่วนใหญ่เป็นบริษัทผลิตสินค้าเพื่อการส่งออก จากนักลงทุนประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เวียดนาม รัสเซีย จีน ไต้หวัน และ สหรัฐอเมริกา - ค่าเช่าพื้นที่คิดเป็น 20-35 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าไฟฟ้าเท่ากับ 0.1485 เหรียญสหรัฐต่อ Kwh ค่าน้ำ 0.15 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม. ค่าบำบัดน้ำเสีย 0.25 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม. ค่าบำรุงสาธารณูปโภคส่วนกลางรายเดือนเท่ากับ 0.04 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม.
5) Tai Seng Bavet	- ตั้งอยู่ที่ Bavet Commune, อำเภอ Chantrea, จังหวัด Svay Rieng อยู่ห่างจากชายแดนประเทศเวียดนามที่จังหวัด Bavet เป็นระยะทาง 7 กิโลเมตร และห่างจากเมืองโฮจิมินห์ 80 กิโลเมตร มีพื้นที่ 125 เฮกตาร์ - อาคารสำนักงาน แหล่งพลังงานไฟฟ้าจากเวียดนาม ระบบน้ำประปา มีการพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ และระบบบำบัดน้ำกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนา ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 18 บริษัท ส่วนใหญ่เป็นบริษัทผลิตสินค้าเพื่อการส่งออก

6) Sihanoukville Port	- ตั้งอยู่ที่ Tomnop Rolok Area, Sangkat Lek1 and Lek3 , Sihanoukville City, จังหวัด Preah Sihanouk มีขนาด 70 เฮกตาร์ เขตนี้เชื่อมต่อกับท่าเรือน้ำลึกสีหนุวิลล์ โดยอยู่ติดกับสถานีรถไฟสีหนุวิลล์ ห่างจากสนามบินนานาชาติจังหวัด Preah Sihanouk 20 กิโลเมตร และอยู่บนถนนหมายเลข 4 ห่างจากกรุงพนมเปญ 230 กิโลเมตร - ถนน อาคารสำนักงาน ระบบไฟฟ้า ระบบจ่ายน้ำ ระบบสื่อสารโทรคมนาคม หอพักคนงาน อพาร์ทเมนต์ และระบบบำบัดน้ำเสีย มีการพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ มีผู้ลงทุนแล้วหนึ่งบริษัท เป็นบริษัทผลิตบรรจุภัณฑ์
7) Neang Kok Koh Kong	- ตั้งอยู่ที่ Neang Kok Village, Pakkhlong Commune, อำเภอ Mondul Seyma, จังหวัดเกาะกง ซึ่งมีระยะห่างจากชายแดนประเทศไทยที่จังหวัดตราดเพียง 5 กิโลเมตร มีพื้นที่ 335 เฮกตาร์ - ถนน ระบบจำหน่ายไฟฟ้า และระบบน้ำประปา ได้รับการพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ ส่วนอาคารสำนักงาน และระบบบำบัดน้ำเสีย ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา และปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 4 บริษัท และอยู่ระหว่างดำเนินการอีก 1 บริษัท - ค่าเช่าที่ดิน 30 และ 50 ปีคิดเป็น 30 เหรียญสหรัฐ และ 40 เหรียญสหรัฐต่อตร.ม. ค่าไฟเท่ากับ 6.50 บาทต่อ KWh, ค่าน้ำ 18 บาทต่อลบ.ม. ค่าบำรุงสาธารณูปโภคส่วนกลางรายเดือนเท่ากับ 1.4 บาท/ตร.ม.
8) Goldfame Pak Shun	- ตั้งอยู่ที่อำเภอ Sa Ang, จังหวัด Kandal มีพื้นที่ 80 เฮกตาร์ - โครงสร้างพื้นฐานพัฒนาเสร็จสมบูรณ์ ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 3 บริษัท โดย 2 ใน 3 เป็นโรงงานผลิตเสื้อผ้า
9) Kampot	- ตั้งอยู่ที่ Koh Toch Commune, อำเภอ Kampot, จังหวัดKampot มีพื้นที่ 145 เฮกตาร์

	- เขตนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 1 บริษัท เป็นโรงไฟฟ้าพลังถ่านหิน
10) Poi Pet O'Neang	- ตั้งอยู่ที่ Poipet Commune and Nimit Commune, อำเภอ O' Chhrov , จังหวัด Banteay Meanchey มีขนาดพื้นที่ 467 เฮกตาร์ ห่างจากชายแดนประเทศไทย 20 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดเสียมราฐ 250 กิโลเมตร ห่างจากท่าเรือน้ำลึกแหลมฉะบั้ง 306 กิโลเมตร - อยู่ระหว่างการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจุบันมีบริษัทลงทุนแล้ว 5 บริษัท - ค่าเช่าที่ดินเท่ากับ 33 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าน้ำประปา 0.35 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม. ราคาค่าไฟคิดเป็น 0.12 เหรียญสหรัฐต่อ Kwh ค่าบำรุงสาธารณูปโภคส่วนกลางรายเดือนเท่ากับ 0.04 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม.

ที่มา: ศูนย์พัฒนาการค้าและธุรกิจไทยในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ณ กรุงเทพมหานคร พ.ศ.2557

อีก 15 แห่งนั้นยังไม่ได้มีการดำเนินการหรืออยู่ระหว่างการพัฒนา ส่วนมากมีที่ตั้งในพื้นที่ห่างไกล ยังต้องใช้เวลามากในการพัฒนาระบบสาธารณูปโภคขึ้นมาเพื่อรองรับการลงทุน

จะเห็นได้ว่าเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีความน่าสนใจเข้าไปลงทุนทำธุรกิจโรงพยาบาล คือ Phnom Penh เพียงเขตเดียวเนื่องจากเป็นเขตที่ระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานต่างๆ เช่น ถนน ไฟฟ้า น้ำ สื่อสาร โทรคมนาคม ได้รับการพัฒนาอย่างเสร็จสมบูรณ์แล้ว อีกทั้งเขตเศรษฐกิจดังกล่าวตั้งอยู่ในเมืองหลวงของประเทศที่เป็นศูนย์กลางในการทำธุรกิจต่างๆ จึงมีความเป็นไปได้สูงที่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณดังกล่าวย่อมจะเป็นกลุ่มคนที่มีฐานะดีและมีกำลังซื้อสูงกว่าประชาชนที่อาศัยในพื้นที่อื่นๆ อีกทั้งยังอาจมีความต้องการซื้อที่มาจากชาวต่างชาติที่มาลงทุนหรือทำงานในเขตเศรษฐกิจดังกล่าวด้วย

5.2 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

5.2.1 ระบบสาธารณสุขใน สปป.ลาว

ระบบสาธารณสุขของสปป.ลาวนั้น มีลักษณะเฉพาะคือเป็นระบบที่ใช้บริการของสถานพยาบาลของรัฐเป็นหลัก ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนแม้แต่แห่งเดียว แม้ว่าจะมีคลินิกส่วนตัวของแพทย์หรือร้านขาย

ยาส่วนหนึ่งในชุมชนเมือง (ในปี พ.ศ.2554 สปป.ลาว มี ร้านขายยา 1,865 ร้าน และ คลินิกส่วนตัว 254 คลินิก , WHO 2011) โดยระบบการบริหารสาธารณสุขของสปป.ลาวมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับประเทศที่มีประชาชนจำนวนมากอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบททั่วไปกล่าวคือ มีการแบ่งการบริหารออกเป็น 4 ระดับด้วยกัน ได้แก่ 1. ระดับหมู่บ้าน ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักคือ สถานีอนามัย (รักษาระดับเบื้องต้น) 2. ระดับเขต ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักคือ โรงพยาบาลชุมชน²³และสาธารณสุขเขต (รักษาระดับปฐมภูมิ) 3. ระดับแขวง ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักคือ โรงเรียนสอนพยาบาล สาธารณสุขแขวง และโรงพยาบาลประจำแขวงหรือประจำภูมิภาค (รักษาระดับทุติยภูมิ) และ 4. ระดับชาติ ซึ่งหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักคือ โรงเรียนวิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์รักษาโรคเฉพาะทาง (รักษาระดับตติยภูมิ) โดยในปี พ.ศ. 2553 สปป.ลาว มีโรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง ศูนย์รักษาโรคเฉพาะทาง 3 ศูนย์ โรงพยาบาลประจำแขวง 16 แห่ง (แขวงละแห่ง) โรงพยาบาลชุมชน 130 แห่ง และ สถานีอนามัย 862 สถานี (WHO 2011) โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 7 (2011-2015) มีการระบุอย่างชัดเจนว่ารัฐบาลสปป.ลาวจำเป็นต้องปรับปรุงโรงพยาบาลประจำแขวงในนครเวียงจันทน์เพื่อให้สามารถรองรับอุปสงค์จากผู้ป่วยในพื้นที่ทางตอนเหนือของประเทศทั้งหมด นี่แสดงให้เห็นถึงอุปสงค์ส่วนเกินที่เกิดขึ้นในหลายๆแขวงของ สปป.ลาวที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากต้องมาทำการรักษาตัวในนครเวียงจันทน์

สปป.ลาวมีระบบประกันสุขภาพ 4 แบบด้วยกัน (WHO 2011,2012) กล่าวคือ 1. ระบบประกันสุขภาพสำหรับข้าราชการซึ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของข้าราชการในหน่วยงานของรัฐ 2. ระบบประกันสังคมซึ่งครอบคลุมพนักงานในบริษัทเอกชน โดย นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน 3. ระบบประกันสุขภาพในชุมชนหรือ Community-Based Health Insurance (CBHI) ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพที่คนในชุมชนสามารถเลือกซื้อแผนประกันได้ตามต้องการ โดยเป็นการรวมเงินค่าเบี้ยประกันของคนในชุมชนเดียวกัน 4. กองทุนเพื่อการดูแลสุขภาพหรือ Health Equity Fund (HEF) ที่จะนำเงินจากงบประมาณของรัฐบาลและเงินบริจาคจากองค์กรระหว่างประเทศมารวมกัน เพื่อใช้ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ชาวลาวที่ยากจนโดยใน ปีพ.ศ. 2554 ระบบประกันสุขภาพของข้าราชการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ถึงร้อยละ 79 ระบบประกันสังคมครอบคลุมร้อยละ 27 ของกลุ่มเป้าหมาย ระบบประกันสุขภาพในชุมชนครอบคลุมร้อยละ 4.7 ของกลุ่มเป้าหมาย และกองทุนเพื่อการดูแลสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 11 ของกลุ่มเป้าหมาย โดยรวมแล้วประชากรชาวลาวประมาณร้อยละ 18.5 ของประชากรทั้งหมดได้รับการคุ้มครองด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพภายใต้ระบบใดระบบหนึ่ง ซึ่งนับว่าเป็นตัวเลขที่น้อยมาก โดยรัฐบาลสปป.ลาวกำลังมีความพยายามอย่างยิ่งยวดที่จะขยายความครอบคลุมให้แก่ประชาชนของตนอย่างทั่วถึงภายในปีพ.ศ.2563 (The Health Strategy to the Year 2020)

²³ บางแห่ง สามารถทำการผ่าตัดเล็กได้ (WHO 2011)

5.2.2 การลงทุนใน สปป.ลาว

(1) ระบบสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน

จากการประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 6 (2006-2010) และนโยบายในร่างของแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 7 (2011-2015) ของสปป.ลาว สามารถสรุปสถานการณ์ของระบบสาธารณูปโภคของสปป.ลาวในปัจจุบันและที่มีการวางแผนพัฒนาเพื่อจะใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนักลงทุนที่ต้องการเข้าไปลงทุนในธุรกิจบริการสุขภาพใน สปป.ลาวได้ ดังนี้

ไฟฟ้า

สปป.ลาวเป็นประเทศที่มีเขื่อนสำหรับการผลิตไฟฟ้าเป็นจำนวนมาก คิดมูลค่าการผลิตไฟฟ้าเท่ากับร้อยละ 15 ของมูลค่าการผลิตภาคอุตสาหกรรมทั้งหมด หรือร้อยละ 3.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม โดยมูลค่าการผลิตไฟฟ้าเพิ่มขึ้นทุกปี ปีละประมาณร้อยละ 9.3 สปป.ลาวมีเขื่อนทั้งหมดทุกขนาด รวมกันเท่ากับ 27 เขื่อนทั่วประเทศ กำลังผลิตไฟฟ้าเท่ากับ 2,583.72 ล้านวัตต์ สามารถผลิตไฟฟ้าคิดเป็น 11,514 GWH²⁴ ต่อปี โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึงปี พ.ศ. 2553 สปป.ลาวมีเขื่อนที่สร้างเสร็จรวม 5 เขื่อน เพิ่มความสามารถในการผลิตไฟฟ้าคิดเป็น 8,022 GWH ต่อปี อีกทั้งมีการก่อสร้างโรงผลิตไฟฟ้าพลังความร้อนด้วยกำลังการผลิต 1,878 MW ซึ่งมีการเปิดใช้ในปี พ.ศ. 2554

สปป.ลาวมีสายส่งไฟฟ้าทั่วประเทศยาว 29,601 กิโลเมตร โดยร้อยละ 0.5 เป็นสายส่งกำลังสูงสุด (500 KV) ร้อยละ 1.4 เป็นสายส่งกำลังสูงเพื่อการส่งออก ร้อยละ 7 เป็นสายส่งกำลังสูง (115KV) ร้อยละ 49 เป็นสายส่งกำลังปานกลาง (22KV, 34KV, 35KV) และที่เหลือเป็นสายส่งกำลังต่ำ (0.4KV) ในปี พ.ศ. 2553 รวบรวมร้อยละ 98 ของอำเภอทั่วประเทศสามารถเข้าถึงการใช้ไฟฟ้า ในขณะที่ครัวเรือนร้อยละ 72 มีไฟฟ้าใช้ในสปป.ลาว ทั้งนี้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 รัฐบาลแห่งสปป.ลาวมีเป้าหมายจะเพิ่มการเข้าถึงไฟฟ้าของครัวเรือนขึ้นเป็นร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2558 (Ministry of Planning and Investment, Vientiane 2011)

บริษัทที่เป็นผู้ผลิตและจำหน่ายไฟฟ้าหลักของสปป.ลาวคือบริษัท Electricite Du Laos ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจภายใต้กระทรวงพลังงานและเหมืองแร่ (Ministry of Energy and Mines) มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการการผลิตไฟฟ้า ติดตั้งสายส่งไฟฟ้าทั่วประเทศ และดูแลเรื่องการนำเข้าและส่งออกไฟฟ้าทั้งหมดของ สปป.ลาว

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 สปป.ลาวมีการลงทุนในภาคการผลิตไฟฟ้า จากภาคเอกชน คิดเป็นมูลค่า 2,996 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 88.5 จากช่วง ห้าปีก่อนหน้า

²⁴ Gigawatt Hour

ระบบการสื่อสารโทรคมนาคม

สปป.ลาวมีสายส่งสัญญาณโทรศัพท์ทั่วประเทศยาวเท่ากับ 11,500 กิโลเมตรทั่วประเทศ มีศูนย์บริการงานโทรคมนาคมเท่ากับ 99 แห่ง โดย 38 แห่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาล 58 แห่งเป็นของ Lao corporations 2 แห่งเป็นของ Star-Telecom และที่เหลือเป็นของ Milicom Lao ศูนย์ดังกล่าวมีศักยภาพให้บริการการเชื่อมต่อเท่ากับ 149,300 รายสำหรับการเชื่อมต่อแบบโทรศัพท์บ้าน (ในจำนวนนี้รวม 99,400 รายมีการใช้งานจริง) 3.4 ล้านรายสำหรับการเชื่อมต่อแบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ (2.6 ล้านรายมีการใช้งานจริง) อีก 5 หมื่นรายเป็นการเชื่อมต่อผ่านระบบเครือข่ายแบบไร้สาย (Wireless Lanlines) มีการตั้งเป้าว่า ภายในปี พ.ศ. 2553 ประชาชนร้อยละ 80 จะต้องเข้าถึงการใช้บริการโทรคมนาคมทางใดทางหนึ่ง โดยมีการเพิ่มความยาวสายส่งสัญญาณอีก 13,200 กิโลเมตรในระหว่างปี พ.ศ. 2552-2553 ซึ่งเชื่อว่า ร้อยละ 90 ของแขวงและร้อยละ 80 ของเขตใน สปป.ลาวจะสามารถเชื่อมต่อกันผ่านระบบโทรคมนาคมได้ เมื่อการขยายแล้วเสร็จคาดว่าจะการใช้งานโทรศัพท์จะเพิ่มขึ้นรวม 3 ล้านราย อันหมายถึงอัตราการเข้าถึงโทรศัพท์ที่เพิ่มสูงขึ้นเป็น 48 คนต่อประชากร 100 คน ในปัจจุบันมูลค่าการบริการโทรคมนาคมใน สปป.ลาวคิดเป็นร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวม

ระบบประปา

ระบบน้ำประปาใน สปป.ลาวนั้นให้บริการโดยรัฐวิสาหกิจ บริษัทน้ำประปา (Nam Papa Lao) เป็นหลัก แบ่งเป็นน้ำประปานครหลวงซึ่งรับผิดชอบ 8 เขตในแขวงเวียงจันทน์ของประเทศได้แก่ เขตจันทบุรี (Chanthaboury District) เขตศรีโคตรบอง (Sikhottabong District) เขตไชยเซษฐา (Xaysettha District) เขตศรีสัตตนาคน (Sisattanak District) เขตหาดทรายทอง (Hadsaifong District) เขตนาทรายทอง (Nasaithong District) เขตชัยธานี (Xaythany District) เขตแสงทอง (Sangthong district) และเขตผางึม (ParNgum district) โดยร้อยละ 40 ของประชาชนชาวลาวทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในตัวเมืองได้รับการบริการจากน้ำประปา บริษัทน้ำประปามีสถานีส่งน้ำคิดเป็น 38 แห่ง ทั่วประเทศ

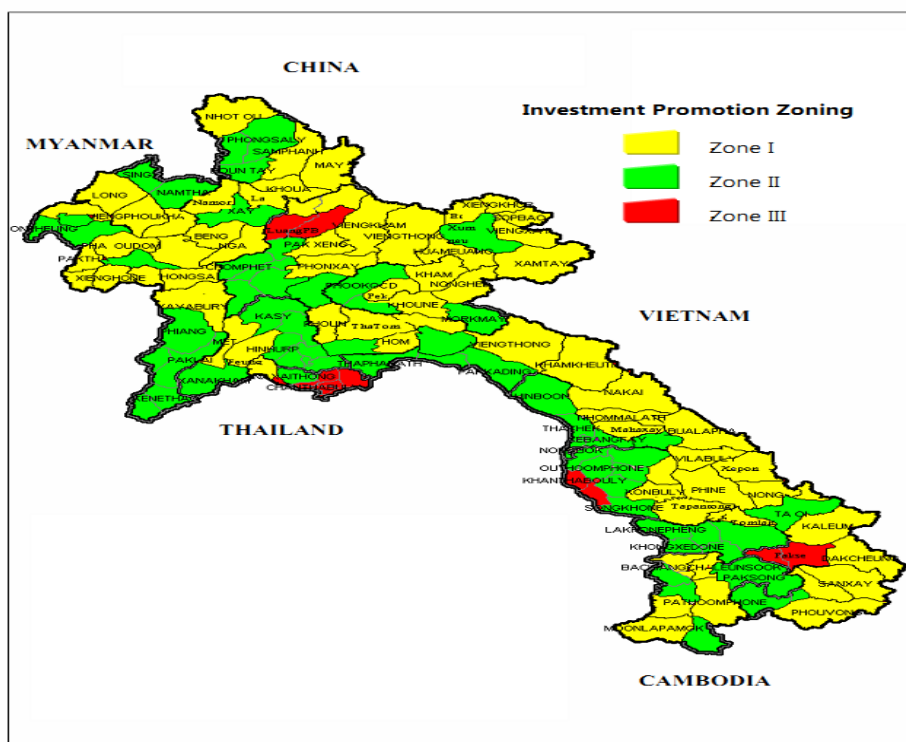
(2) สิทธิประโยชน์

รัฐบาลของสปป.ลาวมีนโยบายส่งเสริมการลงทุนในภาคธุรกิจต่างๆ ที่มุ่งเน้นเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่ของประชาชนและปรับปรุงระบบสาธารณูปโภคของประเทศ อาทิเช่น ในกรณีของการลงทุนในภาคการศึกษา (โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย หรือศูนย์วิจัย) และภาคสาธารณสุข (โรงพยาบาล) นักลงทุนจะได้รับการยกเว้นภาษีนิติบุคคลเป็นระยะเวลาเพิ่มเติม ดังนี้

ตารางที่ 5. 4 สิทธิประโยชน์ทางภาษีจากการลงทุนในพื้นที่ต่าง ๆจากรัฐบาลสปป.ลาว

พื้นที่การลงทุน	ส่งเสริมการลงทุนระดับที่ 1	ส่งเสริมการลงทุนระดับที่ 2	ส่งเสริมการลงทุนระดับที่ 3	สิทธิเพิ่มเติม(ในกรณีลงทุนเกี่ยวกับการศึกษาหรือการสาธารณสุข)
เขต 1	10 ปี	6 ปี	4 ปี	ได้รับสัมปทานการใช้ที่ดินฟรีอีก 15 ปี และได้รับการยกเว้นภาษีนิติบุคคลเพิ่มอีก 5 ปีจากกรณีลงทุนทั่วไป
เขต 2	6 ปี	4 ปี	2 ปี	ได้รับสัมปทานการใช้ที่ดินฟรีอีก 10 ปี และได้รับการยกเว้นภาษีนิติบุคคลเพิ่มอีก 5 ปีจากกรณีลงทุนทั่วไป
เขต 3	4 ปี	2 ปี	1 ปี	ได้รับการยกเว้นภาษีนิติบุคคลเพิ่มอีก 5 ปีจากกรณีลงทุนทั่วไป

รูปที่ 5. 2 แผนที่แสดงพื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในเขตต่าง ๆ



โดยพื้นที่การลงทุนเขตต่างๆกำหนดดังนี้

พื้นที่เขต 1 (Zone 1) คือพื้นที่ที่เป็นภูเขาและที่ราบที่ห่างไกล ทุรกันดาร์และไม่มีระบบสาธารณูปโภครองรับการลงทุนใดๆทั้งสิ้นจึงอาจไม่เหมาะสมกับการลงทุนที่ระบบสาธารณูปโภคเป็นสิ่งจำเป็นเลย

พื้นที่เขต 2 (Zone 2) คือพื้นที่ที่เป็นภูเขาและที่ราบที่ห่างไกล ค่อนข้างทุรกันดาร์และมีระบบสาธารณูปโภครองรับการลงทุนในระดับปานกลางเท่านั้น จึงไม่เหมาะสมกับการลงทุนที่ระบบสาธารณูปโภคเป็นสิ่งจำเป็นมากนัก

พื้นที่เขต 3 (Zone 3) คือพื้นที่ที่เป็นที่ราบที่มีความเจริญและมีระบบสาธารณูปโภครองรับการลงทุนในระดับสูง จึงเหมาะแก่การลงทุนที่ระบบสาธารณูปโภคเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุด

ตารางที่ 5.5 พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนในเขตต่าง ๆ

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
เวียงจันทน์	เขตสังข์ทอง (Sangthong District)	เขตปากงึม (Pakngum District)	เขตจันทะบูลี (Chanthaboury District) เขตศรีโคตรบอง (Sikhottabong District) เขตไชยเชษฐา (Xaysettha District) เขตศรีสัตตนาคน (Sisatthanak District) เขต หาด ทรายทอง (Hadsaifong District) เขตนาทรายทอง (Nasaithong District) เขตชัยธานี (Xaythany District)
พงสาลี	เขตเขือ (Khua District)	เขตบุนเหิน (Bounneua District)	เขตพงสาลี (Phongsaly District)

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
	เขตใหม่ (Mai District) เขตยอດอ (Nhod Ou District) เขตสำพัน (Samphanh District)	เขตบุนใต้ (Bountai District)	
หลวงน้ำทา	เขตลอง (Long District) เขตเวียงพูคา (Viengphoukha District) เขตนาแล (Nalae District)	เขตสิง (Sing District)	เขตน้ำทา (Namtha District)
บ่อแก้ว	เขตนาอุดม (Pha Oudom District) เขตปากทา (Paktha District) เขตเมือง (Mueang Mueng District)	เขตตันมั่ง (Tonphueang District)	เขตห้วยทราย (Huoixai District)
ดมไซ	เขตลา (La District) เขตงา (Nga District) เขตแบ่ง (Beng District) เขตเนมอร์ (Namor District) เขตปากเบง (Pakbeng District)	เขต หวน (Houn District)	เขตเซ (Xay District)
หัวพัน	เขตเวียงทอง	เขตหัวเมือง	เขตจำเหนือ

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
	(Viangthong District) เขตคำใต้ (Xumtay District) เขตแอด (Add District) เขตสีบเบา (Sopbao District) เขตเวียงทราย Viengxay District เขตเซียงขอ Xiengkhor District	(Houamueang District)	(Xamneua District)
หลวงพระบาง	เขตโพนไซ (Phonxay District) เขตเวียงคำ (Viengkham District) เขตปากแบ่ง (Pakxeng District) เขตโพนทอง (Phonthong District) เขตภูคูน (Phoukhoun District)	เขตจอมเพ็ด (Chomphet District) เขตเซียงเงิน (Xiengngeun District) เขตน่าน (Nan District) เขตงอย (Ngoi District) เขตน้าบัก (Nambak District)	เขตหลวงพระบาง (Luangprabang District)
ไชยบุรี	เขตไชยสถาน (Xayxathan District) เขตเซียงฮ่อน (Xienghon District) เขตบ่อแต่น (Boten District)	เขตทุ่งมีไช (Thongmixai District) เขตเฟียง (Phieng District) เขตเงิน (Nguen District) เขตหงสา	-

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
		(Hongsa District) เขตปากลาย (Paklai District) เขตแก่นท้าว (Kenthao District) เขตคอบ (Khop District)	
เชียงขวาง	เขตผาชัย (Phaxay District) เขตท่าโหม (Thathom District) เขตโมค (Moak District)	เขตหนองแรด (Nonghaed District) เขตคำ (Kham District)	เขตแปลก (Paek District)
เวียงจันทน์	เขตห่ม (Houm District) เขตแม็ด (Maed District) เขตไชยสมบูรณ์ (Xaysomboun District) เขตหมื่น (Muen District)	เขตสารคาม (Sanakham District) เขตเฟื่อง (Feuang District) เขตหินเหิบ (Hinhub District) เขตกาสี (Kasy District)	เขตวังเวียง (Vangvieng District) เขตแก้วอุดม (Keo Oudom District) เขตเวียงคำ (Viengkham District) เขตธาตุคม (Thoulakhom District) เขตโพนโฮง (Phonhong District)
บอลิคำไซ	เขตเวียงทอง (Viengthong District) เขตสายจัมพน (Xaychamphon District) เขตบอริคุณ (Borikhun District)	เขตปากกะดิ่ง (Pakkading District) เขตท่าพระบาด (Thaphabad District) เขตคำเกิด (Khamkherd District)	เขตปากซัน (Paksun District)

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
คำม่วน	เขตบัวລະພາ (Boulapha District) เขตนากาย (Nakai District) เขตไชยบัวทอง (Xaybouathong District)	เขตหินปูน (Hinboun District) เขตเซบั้งไฟ (Xaybangfai District) เขตหนองบก (Nongbok District) เขตมหาชัย (Mahaxay District) เขตยมมะลาด (Yommalath District)	เขตท่าแขก (Thakhek District)
สะหวันนะเขต	เขตมอญ (Nong District) เขตเซโปน (Sapon District) เขตวีละบุลี (Vilaboury District) เขตท่าปางทอง (Thapangthong District) เขตชนบุลี (Sonboury District) เขตท่าพะลังไซ (Thaphalanxay District) เขตพิน (Phin District) เขตอัษพน (Adsaphon District)	เขตอุตุมพอน (Outhomphon District) เขตสองคอน (Songkhon District) เขตจำพอน (Champhonh District) เขตไชบูลี (Xaybouly District) เขตไชพูทอง (Xayphouthon District) เขตอัษปางทอง (Adsaphangthong District)	เขตไซสอมพรมวิหาร (Kaisomphomvihanh District)
สาละวัน	เขตตุ้มลาน (Tumlan District) เขตสามวย (Samouy District)	เขตโขนพะเพง (Khonphapheng District) เขตโขงเซโดน	เขตสาละวัน (Salavane District)

แขวง	พื้นที่ที่ได้รับการส่งเสริม		
	เขต 1	เขต 2	เขต 3
	เขตท่าอวย (Ta Ouy District)	(Khongsedon District) เขตวาวี (Vapee District) เขตลาวงาม (Laongam District)	
เซกอง	เขตกะลน (Kalum District) เขตตากซุง (Dakchung District)	เขตท่าเต็ง (Thateng District)	เขตละมำ (Lamam District)
จำปาสัก	เขตบาเจียง (Bachiang District) เขตมูนละปะโมก (Mounlaphamok District) เขตปทุมพอน (Phatoumphone District) เขตสุขหอมมา (Soukhomma District)	เขตปากซอ (Paksong District) เขตจำปาศักดิ์ (Champasack District) เขตโพนทอง (Phonthong District) เขตโขง (Khong District)	เขตปากเซ (Pakse District)
อัตตะปือ	เขตฟงวง (Phouvong District) เขตซานชัย (Sanxay District) เขตสนามทราย (Sanamsay District)	เขตไชยเสธา (Xaysetha District)	เขตสามัคคีชัย (Samakhisay District)

ที่มา : Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment
www.investlaos.gov.la

โดยการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนในแต่ละระดับตามที่กำหนด โดยรัฐบาลของ สปป.ลาวมีดังนี้

ตารางที่ 5.6 ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนในการลงทุนในระดับต่าง ๆ

ประเภทธุรกิจ	ระดับที่ได้รับการสนับสนุน
ธุรกิจผลิตยาและเวชภัณฑ์	1
ธุรกิจผลิตเครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์และทันตกรรม	1
ธุรกิจโรงพยาบาล	3
ธุรกิจร่วมทุนกับโรงพยาบาลในการผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้	2
ธุรกิจทางการแพทย์และทันตกรรม	3
ธุรกิจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ	3
ธุรกิจให้บริการดูแลสุขภาพในที่ทำงาน Healthcare	1
ธุรกิจดูแลสุขภาพของผู้มีปัญหาด้านพัฒนาการหรือปัญหาทางจิตเวชที่ต้องอยู่แต่ในที่พัก	3
ธุรกิจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้พิการ	3
ธุรกิจดูแลสุขภาพอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้	3
การก่อสร้างโรงพยาบาลเอกชนที่มีความทันสมัย	1
โรงงานผลิตยาและเวชภัณฑ์ทั้งแบบร่วมทุนหรือเป็นเจ้าของผู้เดียว	1
การปลูกพืชเพื่อใช้ในการผลิตยาแผนโบราณ	1
ศูนย์รพพยาบาล	2
ศูนย์พัฒนาคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์	2

ที่มา : Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment

www.investlaos.gov.la

นอกจากนั้นแล้ว นักลงทุนยังสามารถได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมได้ดังนี้

1. ยกเว้นภาษีกำไรในปีถัดไป ถ้ากำไรที่ได้รับถูกนำไปใช้ในการขยายธุรกิจ

2. ยกเว้นภาษีศุลกากรในกรณีของการนำเข้าวัตถุดิบ เครื่องมือ เครื่องจักร และยานพาหนะเพื่อนำมาใช้ในกระบวนการผลิต โดยการนำเข้าน้ำมันจะไม่ได้รับการยกเว้น
3. ยกเว้นภาษีส่งออกในกรณีของสินค้าส่งออก
4. นักลงทุนสามารถนำผลขาดทุนมาใช้ในการลดหย่อนภาษีเป็นระยะเวลาได้ 3 ปี ดำเนินการต่อเนื่องกัน

ทั้งนี้การทำธุรกิจในสปป.ลาว กฎหมายการลงทุนกำหนดว่านักลงทุนทั้งชาวต่างชาติและชาวลาวจำเป็นต้องส่งรายงานผลประกอบการทั้งรายไตรมาสและรายปีไปยังกระทรวงอุตสาหกรรมและพาณิชย์ โดยรายละเอียดของรายงานประกอบด้วย

1. ทุนประกอบกิจการที่นำเข้ามาในประเทศ
2. มูลค่าทรัพย์สินทั้งหมดของโครงการ ณ วันที่รายงาน
3. รายงานการจ่ายภาษีทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง
4. การใช้วัตถุดิบภายใน สปป.ลาว
5. มูลค่าสินค้าที่ส่งออก
6. รายงานเกี่ยวกับแรงงานทั้งหมดในโครงการ
7. รายงานการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสวัสดิการ

สำหรับโครงการที่ได้รับสัมปทานจากรัฐบาลจำเป็นต้องทำรายงานเสนอแก่กระทรวงการวางแผนและการลงทุน (Planning Strategy and Service Division of Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment) เช่นกัน โดยรายละเอียดของรายงานจะเป็นไปตามสัญญาสัมปทานที่ได้มีการตกลงระหว่างรัฐบาลของ สปป.ลาวและนักลงทุน

ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นในระหว่างการทำโครงการ (ทั้งแบบร่วมทุนหรือเป็นเจ้าของแต่ผู้เดียว) ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการตกลงกัน คู่กรณีสามารถทำเรื่องส่งไปยัง CPMI ที่ออกใบอนุญาตการลงทุนให้โครงการ ซึ่งหน่วยงานจะช่วยให้มีการตกลงกันให้เสร็จสิ้นภายใน 30 วันทำการ หากไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งได้ คู่กรณีสามารถส่งเรื่องไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงคือ State Arbitration Agency for Economic Dispute หรือศาลยุติธรรมตามที่ตกลงกัน

(3) เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone)

เขตเศรษฐกิจพิเศษใน สปป.ลาวนั้นเกิดขึ้นภายใต้ กฎหมายส่งเสริมการลงทุนฉบับที่ 20 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2542 โดยมีการออกเป็นกฎฎีกาเกี่ยวกับเขตเศรษฐกิจพิเศษ และเขตเศรษฐกิจเฉพาะฉบับที่ 443 วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2553 และมีการอนุมัติการจัดตั้งคณะกรรมการจัดการดูแลเขตเศรษฐกิจพิเศษ (The Secretariat Office to Lao National Committee for Special Economic Zone) ในวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยสามารถแบ่งเขตเศรษฐกิจพิเศษออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone) ซึ่ง ต้องมีขนาดมากกว่า 1000 เฮกตาร์ และอาจเกิดจากการมีเขตเศรษฐกิจเฉพาะหลายแห่งมารวมกัน มีรัฐบาลของ สปป.ลาว เป็นประธานบริหาร ในขณะที่นักพัฒนาเป็นประธานฝ่ายเศรษฐกิจ โดยการลงทุนจะอยู่ใน 2 รูปแบบ คือ เป็นของรัฐบาลทั้งหมด หรือเป็นการร่วมทุนระหว่างรัฐบาลและเอกชน
 2. เขตเศรษฐกิจเฉพาะ (Specific Economic Zone) ตั้งขึ้นเพื่อการลงทุนในอุตสาหกรรมหรือภาคบริการที่เฉพาะเจาะจงซึ่งรัฐบาลของ สปป.ลาวให้ความสำคัญ เช่น อุตสาหกรรม รถยนต์ เทคโนโลยีสื่อสาร หรืออุตสาหกรรมท่องเที่ยว โดยการลงทุนจะอยู่ใน 3 รูปแบบ คือ เป็นของรัฐบาลทั้งหมด เป็นของเอกชนทั้งหมด หรือเป็นการร่วมทุนระหว่างรัฐบาลและเอกชน
- โดยสิทธิประโยชน์ที่นักพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ และ นักลงทุนในเขตเศรษฐกิจพิเศษจะได้รับมีดังนี้
- ได้รับการยกเว้นภาษีนำเข้าอุปกรณ์และวัตถุดิบที่ใช้ในการก่อสร้างโรงงาน
 - ได้รับการลดภาษีทั้งภาษีรายได้ส่วนบุคคลและภาษีมูลค่าเพิ่ม
 - ได้รับสิทธิในการพำนักราชอาณาจักร (รวมถึงสมาชิกในครอบครัว) ใน สปป.ลาวอย่างถูกต้องตามกฎหมายตลอดระยะเวลาของการลงทุน
 - ได้รับความสะดวกในการขอใบอนุญาตต่างๆผ่านหน่วยงานของเขตเศรษฐกิจ (ในกรณีของนักลงทุน)
 - ได้รับสิทธิยกเว้นไม่ต้องทำสัญญาเช่าที่ดินในช่วงของการก่อสร้างพัฒนาเขต (ในกรณีของนักพัฒนา)
 - ได้รับสิทธิในการกำหนดราคาเช่าพื้นที่ในเขตเศรษฐกิจพิเศษ (ในกรณีของนักพัฒนา)
- ในปัจจุบัน สปป.ลาวมีเขตเศรษฐกิจพิเศษทั้งหมด 10 แห่งที่มุ่งเน้นอุตสาหกรรมในแต่ละด้านต่าง ๆ กัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 5.7 เขตเศรษฐกิจพิเศษจำเพาะและเขตเศรษฐกิจพิเศษต่าง ๆ ทั่วประเทศใน สปป.ลาว

ที่ตั้งและสิทธิประโยชน์	ธุรกิจที่เหมาะสม
1) เขตเศรษฐกิจพิเศษ สะหวัน-เซโน (Savannaseno Special Economic Zone) มีที่ตั้งในแขวงสะหวันนะเขต - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 75 ปี - อยู่ใกล้กับทางหลวงหมายเลข 9 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางระเบียงเศรษฐกิจตะวันออก-ตะวันตก (East-West Economic Corridor) และอยู่ใกล้กับสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 2	ธุรกิจการเงิน การธนาคาร การประกันภัย ธุรกิจส่งเสริมการท่องเที่ยว โรงแรม รีสอร์ท และร้านอาหาร สวนสนุก สถานบันเทิง และศูนย์กีฬา ศูนย์ประชุม อาคารสำหรับเช่า และเกสต์เฮาส์ โรงเรียน โรงพยาบาล ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการกระจายสินค้า

- ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 2-10 ปีแรกของการลงทุนโดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 8 หรือ 10 <u>หรับภาคบริการ</u> - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 2-5 ปีแรกของการลงทุนโดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 10 <u>หรับภาคการค้า</u> - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 5-10 ปีแรกของการลงทุนโดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 8 <u>สำหรับภาคอุตสาหกรรม</u> - ค่าเช่าที่ดินต่อปีเท่ากับ 0.3 เหรียญสหรัฐต่อตร.ม. ค่าไฟเท่ากับ 0.088 เหรียญสหรัฐต่อ Kwh ค่าน้ำเท่ากับ 0.68 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม.	ธุรกิจโกดังเก็บสินค้าและห้องเย็นร้านสินค้าปลอดภาษี ร้านสินค้าชายแดนปลอดภาษี ธุรกิจนำเข้า-ส่งออก ศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ส่งเสริมการค้า ร้านค้าปลีก และร้านค้าส่งอุตสาหกรรมผลิตสายไฟฟ้า อุตสาหกรรมแปรรูปอาหาร อุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากไม้ โรงงานผลิต สิ่งทอ รองเท้าและกระเป๋า โรงงานประกอบรถยนต์และโรงงานประกอบอุปกรณ์ไฟฟ้า
2) เขตเศรษฐกิจเฉพาะบ่อแตน (Boten Beautiful Land Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในแขวงหลวงน้ำทาให้สิทธิการเช่าที่ดิน 50 ปี - อยู่ติดกับทางหลวงหมายเลข A3 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางเชื่อมต่อ ASEAN+3 (จีน เกาหลี และ ญี่ปุ่น)	การเกษตรกรรม การปศุสัตว์ อุตสาหกรรม การผลิตต่างๆ ศูนย์วัฒนธรรม โรงแรมระดับ 5 ดาว รีสอร์ท สนามกอล์ฟ สถานที่ท่องเที่ยว สถาบันการศึกษา <u>ศูนย์รักษาพยาบาล</u> พื้นที่สำหรับการทำธุรกิจและการค้าทั่วไป บริษัทที่เกี่ยวข้องกับตลาดเงิน อาทิเช่น บริษัทค้าอสังหาริมทรัพย์ ธนาคาร บริษัทค้าหุ้น ที่ทำการไปรษณีย์และบริษัท โทรคมนาคม บริษัทจัดเก็บสินค้า และบริษัทขนส่งและกระจายสินค้า
3) เขตเศรษฐกิจพิเศษสามเหลี่ยมทองคำ (Golden Triangle Special Economic Zone) - มีที่ตั้งในแขวงบ่อแก้ว - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 50 ปี - อยู่ติดกับชายแดนของ สปป.ลาว กับ ประเทศไทยและประเทศเมียนมาร์	การก่อสร้างโครงสร้างสาธารณูปโภค การเกษตรกรรม การปศุสัตว์ อุตสาหกรรม การผลิตต่างๆ โรงแรมและพื้นที่พักอาศัย สนามกอล์ฟ สถาบันการศึกษา <u>ศูนย์การรักษาพยาบาล</u> พื้นที่สำหรับการทำธุรกิจและการค้าทั่วไป(รวมถึงการค้าระหว่างประเทศ) บริษัทที่เกี่ยวข้องกับตลาดเงิน อาทิเช่น บริษัทพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ ธนาคาร บริษัทประกัน ที่ทำการไปรษณีย์และบริษัท

	โทรคมนาคม บริษัทให้บริการอินเทอร์เน็ต บริษัทโฆษณาและสื่อสิ่งพิมพ์ บริษัทจัดเก็บสินค้า ระบบขนส่งสินค้า พื้นที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวและสถานบันเทิง ร้านอาหารและบาร์ ร้านค้าปลอดภาษี และสถานที่จัดเก็บสินค้า
4) เขตอุตสาหกรรมและการค้าเวียงจันทน์ (Vientiane Industrial and Trade Area) - มีที่ตั้งในแขวงสะหวันนะเขต - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 75 ปี - อยู่ห่างจากนครหลวงเวียงจันทน์เป็นระยะทาง 22 กิโลเมตร - ค่าเช่าที่ดินต่อปีเท่ากับ 0.025- 0.06 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าไฟเท่ากับ 0.059-0.065 เหรียญสหรัฐต่อKwh ค่าน้ำเท่ากับ 0.25-0.35 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม.	ศูนย์พัฒนาศักยภาพ โรงเรียน <u>โรงพยาบาล</u> และ โรงแรม ศูนย์แสดงสินค้า อาคารพาณิชย์ ร้านค้าปลีก และร้านค้าส่ง โรงงานผลิต สิ่งทอ เสื้อผ้า จักรยานและอุปกรณ์ไฟฟ้า
5) เขตพัฒนาไชยเซษฐา (Saysetha Development Zone) - มีที่ตั้งที่ใจกลางนครหลวงเวียงจันทน์ - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 50 ปี	อุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร อุตสาหกรรมแปรรูปไม้ อุตสาหกรรมเบาทั้งหลาย บริการด้านการท่องเที่ยว อุตสาหกรรมผลิตอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า อุตสาหกรรมการผลิตเครื่องจักร อุตสาหกรรมผลิตพลังงาน
6) เขตเศรษฐกิจเฉพาะโพธิ์เขียว (Phoukhyo Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในแขวงคำม่วน - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 99 ปี - อยู่ใกล้กับทางหลวงหมายเลข 12 ซึ่งเป็นเส้นทางไปสู่ท่าเรือน้ำลึกหองอันในประเทศเวียดนาม และอยู่ห่างจากสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 3 เป็นระยะทาง 14 กิโลเมตร	อุตสาหกรรมผลิตสินค้า การประกอบชิ้นส่วน ร้านแสดงสินค้า สวนสนุก โรงแรม อพาร์ทเมนต์ ที่อยู่อาศัย สนามกอล์ฟ สนามกีฬาในร่ม ศูนย์กีฬานานาชาติ สนามแข่งกีฬาสำหรับสัตว์ เช่น แข่งม้า การแสดงของช้าง บริษัทที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง โรงเรียนอนุบาล ประถม มัธยม และระดับวิทยาลัย พิพิธภัณฑ์เชื้อชาติ และ ศูนย์วัฒนธรรม โรงแรมระดับ 3-5 ดาว ศูนย์รวมความบันเทิง

- ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 3-6 ปีแรกของการลงทุน ในธุรกิจการเงิน การศึกษา และ <u>การสาธารณสุข</u> โดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 3-4 - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 3-7 ปีแรกของการลงทุน ในธุรกิจการท่องเที่ยว การกีฬา และการเกษตร โดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 4-5 - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 3-8 ปีแรกของการลงทุน ในธุรกิจการค้า การขนส่ง และการบริการ โดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 5-6 - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 3-9 ปีแรกของการลงทุน ในอุตสาหกรรมเบา โดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 6-7 - ยกเว้นภาษีกำไรในระยะเวลา 3-10 ปีแรกของการลงทุน ในอุตสาหกรรมทั่วไป โดยหลังจากนั้นนักลงทุนต้องจ่ายภาษีนิติบุคคลที่ ร้อยละ 7-8 - ค่าไฟฟ้าเท่ากับ 0.06-0.08 เหรียญสหรัฐต่อKwh ค่าน้ำเท่ากับ 0.07-0.79 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม.	
7) เขตเศรษฐกิจเฉพาะทะเลสาบอัทหลวง (Thatluang Lake Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในนครหลวงเวียงจันทน์ - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 99 ปี	สถานทูต ศูนย์วัฒนธรรม โรงแรมระดับ 5 ดาว ห้างสรรพสินค้า ศูนย์รวมความบันเทิง ศูนย์จัดการแสดงต่าง ๆ สนามกอล์ฟ โครงการสร้างที่พักอาศัยที่มีโรงเรียนนานาชาติ <u>โรงพยาบาล</u> โครงการที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจและธุรกรรมการเงินต่าง ๆ โครงการเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวและพักผ่อนเช่น ห้างสรรพสินค้า ถนนช้อปปิ้ง รีสอร์ท โรงแรม

8) เขตเศรษฐกิจเฉพาะลองถาน-เวียงจันทน์ (Longthan-Vientiane Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในนครหลวงเวียงจันทน์ - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 50 ปี - ห่างจากใจกลางนครหลวงเวียงจันทน์เป็นระยะทาง 16 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 1 เป็นระยะทาง 400 เมตร	ศูนย์ประชุม ซุปเปอร์มาร์เก็ต <u>คลินิก</u> <u>รักษาพยาบาล</u> อพาร์ทเมนต์สำหรับอยู่อาศัย โรงเรียนอนุบาล โรงเรียนนานาชาติ โรงแรมระดับ 5 ดาว ศูนย์กีฬาครบวงจร รีสอร์ท สนามกอล์ฟ หมู่บ้าน
9) เขตเศรษฐกิจเฉพาะดงโพสี (Dongphosy Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในนครหลวงเวียงจันทน์ - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 50 ปี - อยู่บนถนน 450 ปี ใน นครหลวงเวียงจันทน์ - ห่างจากใจกลางนครหลวงเวียงจันทน์เป็นระยะทาง 16 กิโลเมตร และอยู่ห่างจากสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 1 เป็นระยะทาง 400 เมตร	ร้านค้า ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า ซุปเปอร์มาร์เก็ต รีสอร์ท โรงแรม สถาบันทางการเงิน อพาร์ทเมนต์ วิทยาลัยและศูนย์ฝึกอาชีพนานาชาติ <u>ศูนย์รักษาทางการแพทย์</u> จุดตรวจศุลกากร ศูนย์บริหารจัดการต่างๆ โชว์รูม ตลาดค้าปลีก และ โกดังเก็บสินค้า
10) เขตเศรษฐกิจเฉพาะท่าแขก (Thakhek Specific Economic Zone) - มีที่ตั้งในแขวงคำม่วน - ให้สิทธิการเช่าที่ดิน 75 ปี - อยู่ใกล้กับทางหลวงหมายเลข 12 ซึ่งเป็นเส้นทางไปสู่ท่าเรือน้ำลึกหองอันในประเทศเวียดนาม และอยู่ใกล้กับสะพานมิตรภาพไทย-ลาวแห่งที่ 3 - ค่าเช่าที่ดินต่อปีเท่ากับ 0-0.19 เหรียญสหรัฐต่อ ตร.ม. ค่าไฟเท่ากับ 0.059-0.065 เหรียญสหรัฐต่อKwh ค่าน้ำเท่ากับ 0.05 เหรียญสหรัฐต่อ ลบ.ม.	ร้านค้า ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า ซุปเปอร์มาร์เก็ต รีสอร์ท โรงแรม ธนาคาร ย่านบันเทิง สถาบันทางการเงิน ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ หมู่บ้าน บ้านพักอาศัย รีสอร์ท อพาร์ทเมนต์ให้เช่า โรงเรียนตั้งแต่ระดับอนุบาลถึงมัธยมปลาย โรงเรียนอาชีวะมหาวิทยาลัย ร้านขายยา <u>ศูนย์รักษาสาธารณสุข</u> <u>โรงพยาบาล</u> <u>คลินิกรักษาโรค</u> <u>ศูนย์จำหน่ายเครื่องมือทางการแพทย์</u> โกดังเก็บสินค้า ศูนย์กระจายสินค้า ศูนย์ประชุมนานาชาติ ศูนย์กีฬา อาคารสำหรับหน่วยงานบริหารจัดการต่างๆ สวนสาธารณะ และ อื่นๆ

ที่มา: Investment Calling List Guide for SEZ in the Lao PDR (Lao National Committee for Special Economic Zone 2012)

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า สปป.ลาวกำลังพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษขึ้นมาอีกหลายแห่ง โดยส่วนใหญ่จะมีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีระบบสาธารณูปโภครองรับค่อนข้างสมบูรณ์เช่น ในนครเวียงจันทน์ ที่มีการริเริ่มเขตเศรษฐกิจพิเศษถึง 5 เขต เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและลดต้นทุนในการทำธุรกิจให้นักลงทุน และจะเห็นได้ว่าธุรกิจโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการทางการแพทย์ถือเป็น หนึ่งในธุรกิจบริการที่ได้รับการส่งเสริมในแทบจะทุกเขตเศรษฐกิจที่มีการพัฒนา ซึ่งเป็นไปได้ว่า ในเขตเศรษฐกิจเหล่านี้ จะมีนักลงทุนจากหลากหลายประเทศมาทำการลงทุนทำธุรกิจและอาจต้องพักอาศัยในพื้นที่ใกล้เคียงกับเขตเศรษฐกิจเหล่านี้ บวกกับกลุ่มชาวต่างชาติหรือชาวลาวที่จะเข้ามาทำงานในพื้นที่เขตดังกล่าวอีกเป็นจำนวนมาก นั้นย่อมหมายถึงอุปสงค์ต่อบริการทางการแพทย์ที่น่าจะเพิ่มสูงขึ้นจากกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อค่อนข้างสูง²⁵ ปัจจัยสำคัญคือระบบบริการทางสาธารณสุขภายใน สปป.ลาวเองที่มีคุณภาพค่อนข้างต่ำ ขาดการพัฒนาทางเทคโนโลยี และยังขาดแคลนเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย บวกกับอุปสงค์ภายในประเทศที่มีมากอยู่แล้ว²⁶ ชาวต่างชาติหรือชาวลาวที่มีกำลังซื้อและพักอาศัยในพื้นที่เขตเศรษฐกิจหรือพื้นที่ใกล้เคียงย่อมเลือกที่จะไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลที่มีคุณภาพแม้จะต้องจ่ายราคาที่สูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐก็ตาม²⁷

การลงทุนในธุรกิจบริการสุขภาพนั้นแม้ว่าจะได้รับการส่งเสริมตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุนเช่นเดียวกับธุรกิจอื่นๆ แต่กฎระเบียบของ สปป.ลาว ไม่อนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้ามาเปิดคลินิกรักษาพยาบาลใน สปป.ลาวได้ โดยถือเป็นธุรกิจที่อนุญาตให้แต่แพทย์ชาวลาวเท่านั้น ในขณะที่กฎระเบียบเองอนุญาตให้มีการเข้ามาลงทุนสร้างโรงพยาบาลเอกชนได้แต่ก็มีข้อกำหนดหลายข้อที่อาจจำกัดการลงทุนในธุรกิจนี้อย่างอ้อมๆ (ที่มา:สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ นครเวียงจันทน์) เช่น

1. บริษัทจำกัดที่จะเข้ามาลงทุนจำเป็นต้องมีทุนจดทะเบียนขั้นต่ำ 1,000 ล้านกีบขึ้นไป
2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะต้องเป็นแพทย์อาวุโสเพื่อให้สามารถให้ความเห็นในเชิงวิชาการได้ในกรณีที่ผู้ลงทุนเป็นบุคคลซึ่งมิได้เป็นแพทย์ หรือเป็นการลงทุนโดยนิติบุคคล
3. ผู้ลงทุนต้องแต่งตั้งแพทย์ชาวลาวที่มีอาวุโสและมีประสบการณ์การทำงานที่ไม่ต่างพร้อยอย่างน้อย 10 ปีอย่างน้อย 1 คนเป็นกรรมการของคณะผู้บริหารของโรงพยาบาล

5.3 ประเทศเมียนมาร์

5.3.1 ระบบสาธารณสุขในเมียนมาร์

²⁵ จุดสังเกตอีกอย่างคือ มีการส่งเสริมให้มีการสร้างโรงเรียนนานาชาติที่มักมีอัตราค่าเล่าเรียนที่ค่อนข้างสูงในเขตเศรษฐกิจพิเศษหลายเขต ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่า ผู้ที่จะพักอาศัยในพื้นที่เขตเศรษฐกิจหรือพื้นที่ใกล้เคียงจะเป็นกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงกว่าคนทั่วไป

²⁶ ดูรายละเอียดในเรื่องระบบสาธารณสุขของ สปป.ลาว

²⁷ บริษัทข้ามชาติจากประเทศในฝั่งตะวันตกส่วนใหญ่มักมีประกันสุขภาพให้แก่พนักงานของบริษัทตนเป็นปกติ

ระบบสาธารณสุขในประเทศเมียนมาร์มีลักษณะผสมโดยมีทั้งผู้ให้บริการภาครัฐและผู้ให้บริการภาคเอกชน โดยผู้ให้บริการภาคเอกชนส่วนใหญ่จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (คลินิก) แต่ก็เริ่มมีผู้ให้บริการบางส่วนเริ่มมีการให้บริการแบบผู้ป่วยในในเมืองใหญ่ๆ อาทิเช่น ย่างกุ้ง หรือมัณฑะเลย์ ผู้ให้บริการส่วนหนึ่งก่อตั้งโดยองค์กรการกุศล เช่น กาชาด หรือ องค์กรศาสนา โดยในสถานบริการของรัฐมีการใช้ระบบ จ่ายค่าบริการหรือ User fee จากผู้ใช้บริการที่มีกำลังจ่าย ในขณะที่ผู้ใช้บริการที่ยากจนจะได้รับการยกเว้นค่าบริการ โดยมีการใช้กองทุนในลักษณะ Trust Fund (Ministry of Health 2013)

ประเทศเมียนมาร์มีระบบประกันสังคม(ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2499 รับผิดชอบโดยกระทรวงแรงงาน) ที่ครอบคลุมเฉพาะแต่ ลูกจ้างของรัฐและลูกจ้างในบริษัทเอกชนเท่านั้น (ที่มีลูกจ้างอย่างน้อย 5 คนตามกฎหมายประกันสังคม) โดย ผู้ประกันตนจะถูกหักเงินร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนและนายจ้างสมทบอีกร้อยละ 2.5 ทุกเดือน อย่างไรก็ตามอัตราการเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพประเภทนี้มีต่ำมาก (ร้อยละ 0.89 ของประชากรทั้งประเทศในปีพ.ศ. 2549) เนื่องจากความไม่มั่นใจในคุณภาพของสถานพยาบาลและความไม่พอเพียงของสถานพยาบาลที่รองรับระบบประกันสังคม โดยในปัจจุบัน โรงพยาบาลที่รองรับผู้ประกันตนมีเพียง 3 แห่ง ทั่วประเทศ (2 แห่งในย่างกุ้ง และ 1 แห่งในมัณฑะเลย์) โดยมีคลินิกที่รองรับผู้ประกันตนเท่ากับ 93 แห่งทั่วประเทศ (Thida 2013)

ลักษณะที่สำคัญประการหนึ่งของระบบสาธารณสุขในประเทศเมียนมาร์คือ การรักษาแบบแผนโบราณซึ่งเป็นที่ยอมรับของประชาชนอย่างมาก และ ได้รับการส่งเสริมจากรัฐบาลอย่างจริงจัง โดยในปัจจุบัน เมียนมาร์มีโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยแบบแผนโบราณเท่ากับ 14 แห่งทั่วประเทศ ในปัจจุบัน มีการผลิตแพทย์แผนโบราณที่ได้รับใบอนุญาตจำนวนมากจากสถาบัน 2 แห่ง คือ Institute of Traditional Medicine และ University of Traditional Medicine (Ministry of Health 2013)

5.3.2 การลงทุนในประเทศเมียนมาร์

(1) ระบบสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน

ไฟฟ้า

ปัญหาใหญ่ที่สุดของประเทศเมียนมาร์คือการขาดแคลนไฟฟ้าในเมืองใหญ่หลายๆเมืองของประเทศเมียนมาร์รวมทั้งเขตอุตสาหกรรมในเมืองย่างกุ้ง ที่มีไฟฟ้าใช้เพียง 3-4 ชั่วโมงในแต่ละวันเท่านั้น ธุรกิจต่างๆ จึงมักต้องหาเครื่องปั่นไฟมาใช้เป็นการส่วนตัว ยกเว้นก็แต่เมืองเนปิดอร์ซึ่งเป็นเมืองหลวงใหม่และเป็นที่ยอมรับของสถานที่ราชการที่สำคัญๆของประเทศซึ่งมีไฟฟ้าใช้ตลอด 24 ชั่วโมง แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายความเจริญในประเทศเมียนมาร์อย่างชัดเจน²⁸ อย่างไรก็ตามปัจจุบันรัฐบาลเมียนมาร์ได้พยายามเพิ่มการผลิตกระแสไฟฟ้าในประเทศมากขึ้น ทั้งจากโรงไฟฟ้าพลังน้ำ กังหันก๊าซ กังหันไอน้ำ และโรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินดีเซล เพื่อรองรับการเข้ามาลงทุนจากต่างชาติ

²⁸ ปัญหาขาดแคลนไฟฟ้าก็เป็นเรื่องปกติแม้ในเมืองหลวงเก่าอย่าง นครย่างกุ้ง

(สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนและสถาบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ.2557)

ระบบการสื่อสารโทรคมนาคม

จากรายงานการวิเคราะห์ตลาดโทรคมนาคมในประเทศเมียนมาร์ พบว่า ในปีพ.ศ.2555 อัตราการเข้าถึงโทรศัพท์เคลื่อนที่คิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชาชนชาวเมียนมาร์ทั้งหมด โดยหน่วยงานที่ควบคุมการให้บริการเกี่ยวกับโทรคมนาคมในเมียนมาร์ได้แก่ Myanmar Post and Telecommunication (MPT) และผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตก็เป็นหน่วยงานของรัฐนั่นคือ Yataraporn Teleport (YPT) โดยรัฐบาลตั้งเป้าที่จะเพิ่มอัตราการเข้าถึงโทรศัพท์ของประชากรในประเทศเป็นร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ.2559 (www.investvine.com)²⁹

รัฐบาลเมียนมาร์ได้มีการริเริ่มกระบวนการประมูลใบอนุญาตการทำธุรกิจให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์แก่บริษัทเอกชน (สัมปทาน 15 ปี) ใน ปีพ.ศ.2556 ซึ่งมีการเข้าร่วมประมูลโดยบริษัทเอกชนจากประเทศต่างๆทั่วโลก อาทิเช่น China Telecom (ประเทศจีน), Telenor (ประเทศนอร์เวย์), Millicom (ประเทศลักเซมเบิร์ก), Orange (ประเทศอังกฤษ-ฝรั่งเศส), Telekomunikasi Indonesia (ประเทศอินโดนีเซีย), Axiata Group (ประเทศมาเลเซีย), AIS (ประเทศไทย) and Bharti Airtel (ประเทศอินเดีย) (www.investvine.com) โดยสุดท้าย บริษัท Telenor (ประเทศนอร์เวย์) และบริษัท Ooredoo (ประเทศกาตาร์) ได้รับสัมปทานดังกล่าวเป็นระยะเวลา 15 ปี ทั้งนี้บริษัทที่ทำการก่อสร้างตึกสูงในประเทศเมียนมาร์ระบุว่า เมืองที่มีการก่อสร้างตึกสูงหลักๆ มีเพียงสามเมืองคือ ย่างกุ้ง มณฑลเลย์และเนปิดอว์ (<http://www.yozzo.com/>) จึงเป็นไปได้ว่าการพัฒนาระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานในอนาคตจะกระจุกตัวอยู่แค่ในสามเมืองนี้

ระบบประปา

สำหรับระบบประปาในประเทศเมียนมาร์นั้น จากข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้จากอินเทอร์เน็ตพบว่าหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการน้ำประปาในนครย่างกุ้งคือ Yangon City Development Committee (Overseas Research Department: Japan External Trade Organization (JETRO) 2013)

(2) สิทธิประโยชน์

นักลงทุนในประเทศเมียนมาร์จะได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายการลงทุนดังนี้ (ที่มา: Myanmar Investment Commission 2014)

²⁹ เนื่องจากความจำกัดของข้อมูล ตัวเลขนี้เป็นตัวเลขที่รายงานจากหน่วยงานของรัฐบาลในข่าว ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

1. ได้รับการยกเว้นภาษีรายได้เป็นระยะเวลา 5 ปีติดต่อกันตั้งแต่เริ่มการลงทุน และในกรณีที่การลงทุนมีคุณสมบัติประโยชน์แก่ประเทศ ระยะเวลาดังกล่าวอาจได้รับการผ่อนผันเพิ่มเติม
2. ได้รับการยกเว้นภาษีรายได้ในกรณีที่กำไรดังกล่าวถูกกักไว้เพื่อใช้ในการลงทุนต่อเนื่องภายในระยะเวลา 1 ปี
3. ได้รับสิทธิในการใช้ค่าเสื่อมอายุของเครื่องจักร วัสดุอุปกรณ์ หรือสินทรัพย์อื่น ๆ ในการลดหย่อนภาษีกำไร
4. ได้รับการยกเว้นภาษีรายได้สูงสุดร้อยละ 50 ในกรณีที่เงินได้นั้นเป็นรายได้จากสินค้าส่งออกที่ผลิตภายในประเทศ
5. (แรงงานต่างชาติ) ได้รับสิทธิในการจ่ายภาษีเงินได้ในอัตราเดียวกับประชาชนชาวเมียนมาร์
6. ได้รับสิทธิในการใช้ค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาในการลดหย่อนภาษีกำไร
7. ได้รับสิทธิในการใช้มูลค่าการขาดทุนที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 2 ปีหลังการยกเว้นภาษีรายได้ เพื่อการหักลดหย่อนภาษีได้เป็นเวลาต่อเนื่อง 3 ปี
8. ได้รับการยกเว้นภาษีศุลกากร หรือภาษีนำเข้าอื่น ๆ ในกรณีที่วัสดุอุปกรณ์ เครื่องจักร หรือวัตถุดิบจำเป็นต้องถูกนำเข้ามาเพื่อใช้ในการก่อสร้างของธุรกิจ
9. ได้รับการยกเว้นภาษีศุลกากรหรือภาษีนำเข้าอื่น ๆ สำหรับวัตถุดิบที่นำเข้ามาเพื่อใช้ในการผลิตเป็นระยะเวลา 3 ปี หลังการก่อสร้างของธุรกิจเสร็จเรียบร้อยแล้ว
10. สามารถขอขยายระยะเวลาการยกเว้นภาษีศุลกากรหรือภาษีนำเข้าอื่น ๆ สำหรับวัตถุดิบที่นำเข้ามาเพื่อใช้ในการผลิตได้ หากมีการขยายการลงทุนของธุรกิจที่ได้รับการอนุมัติโดย MIC
11. ได้รับการยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่ม (Commercial Tax) สำหรับสินค้าที่ผลิตเพื่อการส่งออก

(3) เขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone)

ในปัจจุบัน ประเทศเมียนมาร์มีเขตอุตสาหกรรมทั้งหมด 19 เขตเศรษฐกิจ ซึ่งก่อตั้งตั้งแต่ปีพ.ศ. 2538 โดยแบ่งออกเป็นจำนวนดังนี้ มณฑลย่างกุ้ง 4 เขต มณฑลมัณฑะเลย์ 3 เขต มณฑลมาเกว 2 เขต มณฑลอริระวดี 3 เขต มณฑลสะกาย 3 เขต รัฐมอญ 1 เขต มณฑลตะนาวศรี 1 เขต และ รัฐฉาน 1 เขต ทั้งนี้ได้มีการริเริ่มโครงการพัฒนาเขตอุตสาหกรรมเพิ่มอีกเป็นจำนวน 7 เขตในพื้นที่ต่อไปนี้ เขตปกครองพิเศษเนปีดอร์ 1 เขต (เมืองเนปีดอร์ Nay Pyi Taw) รัฐยะไข่ 1 เขต (เมืองพนะเคียน Ponnakyun) มณฑลตะนาวศรี 1 เขต (เมืองเมียวดี Myawaddy) รัฐมอญ 1 เขต (เมืองพญาโธ Phayar Thone) รัฐคะชิน 1 เขต (เมืองยวานะพน Yadanapone) และรัฐฉาน 1 เขต (เมืองนันทูน Nantoon) โดยอุตสาหกรรมที่สำคัญในเขตอุตสาหกรรมเหล่านี้ได้แก่ อุตสาหกรรมแปรรูปการเกษตร อุตสาหกรรมแปรรูปไม้ อุตสาหกรรมสิ่งทอ อุตสาหกรรมแปรรูปอาหาร อุตสาหกรรมผลิตยา อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนเครื่องมือ เครื่องจักร อุตสาหกรรมผลิตกระเบื้องและผลิตภัณฑ์เคมี

ทั้งนี้ประเทศเมียนมาร์มีเขตเศรษฐกิจพิเศษที่จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมการลงทุนทั้งหมด 3 เขต ดังนี้

ตารางที่ 5.8 เขตเศรษฐกิจพิเศษทั่วประเทศในประเทศเมียนมาร์

ที่ตั้งและสิทธิประโยชน์	รายละเอียด
1) เขตเศรษฐกิจพิเศษทวาย (Dawei Special Economic Zone) ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของประเทศในมณฑลตะนาวศรี	อยู่ติดกับท่าเรือน้ำลึกทวายในมณฑลตะนาวศรี มีผู้รับผิดชอบในการพัฒนาพื้นที่โดยบริษัท อิตาเลียน – ไทย เดเวลอปเมนต์ โดยมีรายละเอียดของโครงการที่จะก่อสร้างดังนี้ - ท่าเรือน้ำลึก - โรงงานสำหรับอุตสาหกรรมหนัก เช่น โรงงานหล่อเหล็ก โรงกลั่นน้ำมัน โรงงานปิโตรเคมี โรงผลิตปุ๋ย โรงงานผลิตไฟฟ้า และระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานอื่นๆเช่น ระบบประปา ศูนย์โทรคมนาคม - เส้นทางข้ามแดน และทางรถไฟเชื่อมต่อข้ามประเทศ (ใช้ในการขนส่งสินค้าที่ขึ้นจากท่าเรือ) - ชุมชนที่อยู่อาศัยและการพาณิชย์ในพื้นที่รอบๆ ทั้งนี้ การพัฒนาในพื้นที่ทวาย เสร็จสมบูรณ์ไปแล้วในหลายส่วน
2) เขตเศรษฐกิจพิเศษ Kyauk Phyu (Kyauk Phyu Special Economic Zone) ตั้งอยู่ทางตะวันตกของประเทศในรัฐยะไข่	เป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เป็นจุดเปิดประตูการค้าระหว่างจีน อินเดีย และประเทศในภูมิภาคอาเซียน มีท่าเรือน้ำลึกและทรัพยากรธรรมชาติเช่น น้ำมันและก๊าซธรรมชาติ ในปัจจุบัน รัฐบาลเมียนมาร์ว่าจ้างให้บริษัทที่ปรึกษาของประเทศสิงคโปร์รับผิดชอบเขียนแผนพัฒนาพื้นที่ดังกล่าว ร่วมกับหน่วยงานของรัฐ โดยจะมีการริเริ่มการประมูลของนักพัฒนาพื้นที่จะเริ่มในปีพ.ศ.2557
3) เขตเศรษฐกิจพิเศษ ธิลาวา (Thilawa Special Economic Zone) อยู่ทางทิศใต้ของเมืองย่างกุ้งโดยห่างไปประมาณ 20 กิโลเมตร	ตั้งอยู่ระหว่างเมือง Thanlyin และเมือง Kyauktan ในมณฑลย่างกุ้ง โดยอยู่ติดกับท่าเรือน้ำลึกธิลาวา ซึ่งเป็นท่าเรือสำหรับขนส่งสินค้าระหว่างประเทศที่ใกล้กับเมืองย่างกุ้งที่สุด โดยอยู่ห่างจากท่าอากาศยาน

	นานาชาติอย่างกว้าง 50 กิโลเมตร เขตเศรษฐกิจพิเศษนี้จะได้รับการพัฒนาโดยความร่วมมือระหว่างรัฐบาลเมียนมาร์และบริษัทจากประเทศญี่ปุ่น
--	---

ที่มา : Myanmar Investment Guide 2013, <http://daweidevelopment.com/>, <http://kpsez.org/>, <http://www.jica.go.jp/>, www.japandailynews.com (2014)

ตามกฎหมายว่าด้วยการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษแห่งสหภาพเมียนมาร์ Special Economic Zone Law ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ.2557 อุตสาหกรรมการผลิตที่ได้รับการส่งเสริมในเขตเศรษฐกิจพิเศษได้แก่ อุตสาหกรรมการผลิตสินค้า อุตสาหกรรมการผลิตเทคโนโลยีขั้นสูง อุตสาหกรรมการเกษตร อุตสาหกรรมปศุสัตว์และประมง อุตสาหกรรมเหมืองแร่ อุตสาหกรรมป่าไม้ และการบริการที่ได้รับการส่งเสริมได้แก่ บริการทางการค้า ธุรกิจขนส่ง ธุรกิจโกดังสินค้า ธุรกิจโรงแรมและการท่องเที่ยว ธุรกิจเกี่ยวกับการศึกษาและการบริการสาธารณสุข ธุรกิจที่อยู่อาศัย ธุรกิจบริการสาธารณูปโภค ธุรกิจส่งเสริมการดูแลสิ่งแวดล้อม ธุรกิจรีสอร์ทและธุรกิจส่งเสริมการพักผ่อน โดยในเขตเศรษฐกิจเหล่านี้จะมีอุตสาหกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบสาธารณูปโภคให้แก่สหภาพเมียนมาร์ดังนี้ อุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง การก่อสร้างถนน การก่อสร้างสะพาน การก่อสร้างสนามบิน การก่อสร้างท่าเรือ การพัฒนาโรงผลิตไฟฟ้า การพัฒนาระบบโทรคมนาคม การพัฒนาระบบน้ำประปา ระบบจัดการของเสีย ระบบที่ส่งเสริมการดูแลและรักษาสีสิ่งแวดล้อม และอุตสาหกรรมอื่นๆตามความเห็นชอบจากรัฐบาล (Myanmar Investment Guide 2013)

ทั้งนี้ตามกฎหมายว่าด้วยเขตเศรษฐกิจพิเศษ ปีพ.ศ.2557 อุตสาหกรรมที่ดำเนินการในเขตเศรษฐกิจพิเศษจะได้รับสิทธิประโยชน์เหมือนกันในทุกเขต ดังนี้

1. ยกเว้นภาษีรายได้ 5 ปีแรกของการลงทุน ลดภาษีรายได้ลงร้อยละ 50 สำหรับรายได้จากการขายสินค้าและบริการนอกประเทศใน 5 ปีที่สอง ลดภาษีรายได้ลงร้อยละ 50 สำหรับรายได้จากการขายสินค้าและบริการนอกประเทศที่จะนำมาลงทุนเพิ่มเติมใน 5 ปีที่สาม
2. ยกเว้นภาษีศุลกากรสำหรับเครื่องจักรและวัตถุดิบที่นำเข้ามาเพื่อใช้ในการผลิตเพื่อการส่งออก
3. ยกเว้นภาษีศุลกากรสำหรับพาหนะนำเข้าใน 5 ปีแรกของการลงทุน และลดภาษีลงร้อยละ 50 ใน 5 ปีที่สอง
4. ยกเว้นภาษีมูลค่าเพิ่มในกรณีของสินค้าส่งออก
ทั้งนี้สามารถขอยืดเวลาการยกเว้นภาษีออกไปได้ ในกรณีดังนี้
 - การลงทุนขนาดใหญ่ กรณีที่มูลค่าของสินค้าที่ส่งออกมากรกว่าร้อยละ 50 ของมูลค่าการผลิตทั้งหมด
 - การลงทุนขนาดกลาง กรณีที่มูลค่าของสินค้าที่ส่งออกมากรกว่าร้อยละ 60 ของมูลค่าการผลิตทั้งหมด

- การลงทุนขนาดเล็ก กรณีที่มูลค่าของสินค้าที่ส่งออกมากกว่าร้อยละ 70 ของมูลค่าการผลิตทั้งหมด

5. สิทธิในการเช่าที่ดิน

- การลงทุนขนาดใหญ่ สูงสุด 75 ปี
- การลงทุนขนาดกลาง สูงสุด 60 ปี
- การลงทุนขนาดเล็ก สูงสุด 40 ปี

จะเห็นได้ว่าในบรรดาเขตเศรษฐกิจทั้ง 3 เขต ในประเทศเมียนมาร์ มีเพียงเขตเศรษฐกิจพิเศษเดียวเท่านั้นที่น่าสนใจสำหรับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลกล่าวคือ เขตเศรษฐกิจพิเศษทวาย เนื่องจากเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีการพัฒนามาตั้งแต่ปีพ.ศ.2553 จึงดูจะมีความชัดเจนในแง่ของประเภทธุรกิจที่จะมีการลงทุน รวมทั้งแนวทางการพัฒนาพื้นที่ชุมชนในบริเวณพื้นที่ เช่น มีการสร้างหมู่บ้านเสร็จเรียบร้อย มีแผนสร้างคอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ โรงเรียน และโรงพยาบาลเพื่อรองรับการเข้ามาพักอาศัยของนักลงทุนในพื้นที่และเนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวอยู่ค่อนข้างห่างไกลจากเมืองสำคัญๆ ของเมียนมาร์ เช่น ย่างกุ้ง หรือเนปิดอร์ ซึ่งมีระบบสาธารณูปโภคครบครัน นั้นหมายความว่านักลงทุน (ทั้งชาวเมียนมาร์และชาวต่างชาติ) ที่มีกำลังซื้อและต้องการความสะดวกสบายจากการรักษาพยาบาล ย่อมต้องการบริการจากภาคเอกชนที่จะให้การรักษาที่มีคุณภาพซึ่งหาไม่ได้จากสถานพยาบาลของรัฐในประเทศเมียนมาร์

บทที่ 6

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์และผลการศึกษา

บทนี้เป็นการอธิบายถึงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (บุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน) ในการสัมภาษณ์ และการสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการลงทุนทางตรงในธุรกิจสถานพยาบาลของประเทศไทยในประเทศลาว กัมพูชาและเมียนมาร์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยจะแยกข้อสรุปที่ได้จากการสัมภาษณ์ออกเป็นรายประเทศ แล้วจึงเพิ่มเติมประเด็นสำคัญต่างๆ ท้ายบท

6.1 กลุ่มตัวอย่าง: ผู้เล่นในตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศของประเทศไทย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เริ่มจากการกำหนดรายชื่อผู้เล่นที่สำคัญต่อการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศในประเทศไทยก่อน โดยอาศัยข้อมูลเบื้องต้นการทำวรรณกรรมปริทัศน์ (documentary research) และการหาข่าวที่เกี่ยวข้อง (news archive) แล้วจึงเสริมด้วยการขอข้อมูล/การติดต่อเพิ่มเติมผ่านผู้ให้สัมภาษณ์คนก่อนหน้าในลักษณะ snowball sampling ทั้งนี้เพื่อให้ได้รายชื่อผู้เล่นหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ครบถ้วน

จากการทำวรรณกรรมปริทัศน์ พบว่าการแบ่งหมวดหมู่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศของประเทศไทยยังไม่เป็นระบบมากนัก³⁰ ยกเว้นแต่ Pachanee and Wibulpolprasert (2004) ที่มีกรอบชัดเจน (อย่างไรก็ดี เนื่องด้วยงานวิจัยดังกล่าวจัดทำไว้กว่า 10 ปีแล้ว จำเป็นต้องมีการทำให้ฐานข้อมูลทันสมัยขึ้น โดยการหาข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับ Committee on Trade in Health and Social Services และคณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (National Commission on

³⁰ เว้นแต่ในงานของ Pachanee and Wibulpolprasert (2004) ที่อธิบายกระบวนการเจรจาการค้าเสรีในส่วนของการค้าบริการด้านสุขภาพ และชี้ให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการสร้างกรอบการเจรจาผ่านองค์ความรู้ด้านการประเมินผลกระทบ โดยในปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการที่เรียกว่า Committee on Trade in Health and Social Services โดยมีเป้าหมาย 4 ประการ คือ (1) เพื่อศึกษาผลกระทบที่นโยบายการค้าเสรีจะมีผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ (2) เพื่อพัฒนากลไกการเจรจาทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี (3) เพื่อแนะนำผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านการเจรจาเพื่อให้ประเทศไทยได้รับผลประโยชน์สูงสุดและผลกระทบน้อยที่สุด และ (4) เพื่อสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงานให้สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการเปิดการค้าเสรีได้ ปัจจุบัน ข้อมูลเกี่ยวกับ Committee on Trade in Health and Social Services ไม่ปรากฏในผลงานของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว (คาดว่าน่าจะถูกทดแทนด้วย คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ (National Commission on International Trade and Health Studies) หรือ NCITHS ที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแทน)

International Trade and Health Studies) หรือ NCITHS ที่อยู่ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบแบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

(1) หน่วยงานระดับโลก ได้แก่ WHO และ WTO ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดบริบทของการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

(2) หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายสุขภาพในภาพรวม ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนส่วนใหญ่ ประสานงานกับหน่วยงานที่มีหน้าที่ประกันคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทุกวิชาชีพ และบังคับใช้ (หรือร่วมให้ข้อมูล) กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นในประเทศไทย อันได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521

(3) หน่วยงานภายใต้กระทรวงพาณิชย์และกระทรวงการต่างประเทศ ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการเจรจากรอบการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

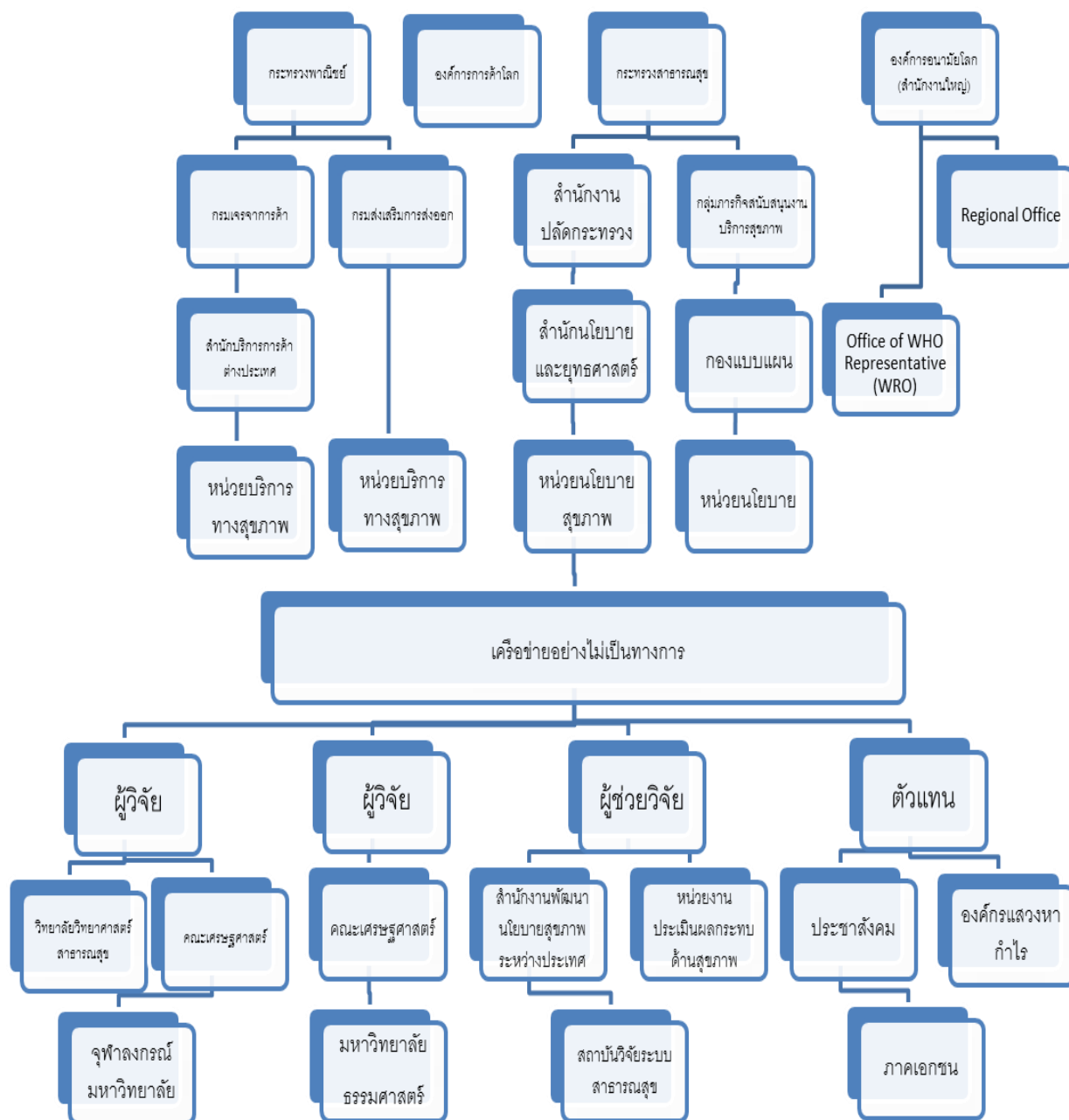
(4) นักวิจัยและวิชาการจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น

(5) โรงพยาบาลเอกชน และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะการค้าใน Mode 3 เพียงอย่างเดียวก็อาจแตกหมวดหมู่ให้ครอบคลุมถึงหน่วยงานที่อาจสนับสนุนการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทยด้วย เช่น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) หรือ ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย เป็นต้น

ผู้เล่นในระบบที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการทางสุขภาพระหว่างประเทศในข้อ (1) – (5) ข้างต้นสามารถแสดงในแผนภาพได้ ดังนี้

แผนภาพที่ 6.1 เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศในประเทศไทย



ที่มา : Pachanee and Wibulpolprasert (2004)

ในงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มที่ (1) ที่มีผลต่อแนวโน้มการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนค่อนข้างน้อยโดยเปรียบเทียบ แต่ละกลุ่มมีเกณฑ์การคัดเลือกแตกต่างกัน

เกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงานภาครัฐ (กลุ่มที่ (2) และ (3))

เกณฑ์การคัดเลือกหน่วยงานภาครัฐที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างมี 2 มิติ คือ (1) พิจารณาว่าภารกิจของหน่วยงานว่ามีบทบาทต่อการลงทุนของธุรกิจในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์หรือไม่ และ (2) เคยมีชื่อปรากฏอยู่ในข่าวที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาลตามหน้าหนังสือพิมพ์หรือไม่ จากการพิจารณารายชื่อหน่วยงานรัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงการต่างประเทศ หาข้อมูลภารกิจของแต่ละหน่วยงานตามเว็บไซต์ของหน่วยงาน และติดตามข่าวการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลย้อนหลัง 2 ปี (พ.ศ. 2555 – 2557) พบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ได้แก่ (1) กองความร่วมมือการค้าและการลงทุน กรมการค้าต่างประเทศ (2) สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าส่งออก (3) กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ (4) คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

เกณฑ์การคัดเลือกนักวิชาการ (กลุ่มที่ (4))

นักวิชาการในกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากการบอกต่อของผู้ให้สัมภาษณ์บางท่านในลักษณะ snowball sampling เป็นหลัก ประกอบไปด้วยนักวิชาการที่เคยทำงานวิจัยให้ สกว. เอง นักวิชาการในมหาวิทยาลัย และนักวิชาการอิสระ (รวมไปถึงที่ปรึกษานายกรัฐมนตรีของบางประเทศที่ทำการศึกษาและนักวิชาการในสภาธุรกิจ)

เกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลเอกชน (กลุ่มที่ (5))

ผู้เล่นที่เป็นหน่วยการวิเคราะห์หลักจากแผนภาพข้างต้น คือ โรงพยาบาลเอกชน โดยผู้ประกอบการของประเทศไทยมีหลายขนาด ทั้งเล็ก กลาง ใหญ่ ทั้งหมดมีศักยภาพในการให้บริการต่อผู้ป่วยกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ อย่างไรก็ดี หากพิจารณาเฉพาะการลงทุนทางตรงขาออกแล้ว กลุ่มเดียวที่น่าจะมีศักยภาพเพียงพอ คือ ผู้ประกอบการรายใหญ่เท่านั้น เพราะการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลนี้มีต้นทุนสูงมาก ระยะเวลาที่ใช้ในการคืนทุนนาน กฎระเบียบในประเทศผู้รับการลงทุนมีความซับซ้อน และมักมีการกีดกันอยู่บางส่วน และโรงพยาบาลที่จะประสบความสำเร็จต้องมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งโรงพยาบาลขนาดเล็กและกลางไม่มีทุนเพียงพอจะมีคุณสมบัติเหล่านี้

โรงพยาบาลเอกชนในงานวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้เล่นหลักที่มีศักยภาพในการลงทุนทางตรง (ในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์) โดยอ้างอิงหลักเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย (STOCK EXCHANGE OF THAILAND หรือ SET) และ/หรือ 2) เป็นบริษัทที่มีข่าวที่เกี่ยวข้องการลงทุนหรือโอกาสในการลงทุนทางด้านบริการทางสุขภาพ

ในต่างประเทศ โดยเกณฑ์ที่ 1) และ 2) อาจทำให้เกิดรายชื่อบริษัทหรือโรงพยาบาลที่ซ้ำกันหรือไม่ก็ได้ โดยใช้แหล่งข้อมูลที่มีอยู่บนอินเทอร์เน็ตเป็นสำคัญ

ตามหลักเกณฑ์แรก พบว่า กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลที่ปรากฏชื่ออยู่ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ภายใต้หมวดธุรกิจการแพทย์ ("HEALTH") มีด้วยกัน 15 บริษัท ตามหลักเกณฑ์ที่สอง จากการรวบรวมข้อมูลข่าวสารในหนังสือพิมพ์ พบว่ามีบริษัทหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ไปลงทุนในต่างประเทศมาบ้างแล้ว และ/หรือมีแนวโน้มจะออกไปลงทุนโดยได้แสดงเจตจำนงชัดเจน โดยตารางที่ 6.1 เป็นการ Intersect โรงพยาบาลที่ผ่านการคัดเลือกด้วยเกณฑ์ดังกล่าวเข้าด้วยกัน จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่น่าจะมีศักยภาพและ/หรือมีความสนใจในการลงทุนทางตรงขาออกแบบที่ต้องจัดตั้งโรงพยาบาล (Non-equity Mode) ทั้งสิ้น 17 บริษัท โดยรายชื่อ 15 อันดับแรกในตารางอยู่ใน SET และ 2 อันดับสุดท้ายไม่อยู่ใน SET แต่เป็นบริษัทที่มีกลยุทธ์เชิงรุกในการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ (ธนบุรีและเวชธานี) ทั้งนี้ จากการสืบค้นข่าว ยังพบด้วยว่าโรงพยาบาลที่มีรายชื่อในตารางที่ 6.1 บางแห่งได้มีการลงทุนในรูปแบบการไปถือหุ้นร่วมแบ่งกำไร (Equity Mode) ด้วย โดยแนบรายละเอียดไว้ในภาคผนวก ก

โรงพยาบาลเอกชนอีกกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างนี้ คือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (มีมากกว่า 100 เตียง) ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดชายแดน 2 แห่ง คือ จังหวัดอุดรธานีอันเป็นพื้นที่ที่มีการค้าบริการด้านสุขภาพกับชาวลาวเป็นจำนวนมาก ทั้งยังเป็นจังหวัดยุทธศาสตร์ของ BGH อีกด้วย และจังหวัดเชียงราย อันเป็นพื้นที่ที่มีการค้าบริการด้านสุขภาพกับชาวเมียนมาร์มากและปรากฏอยู่ในข่าวเกี่ยวกับการลงทุนของ BCH สำหรับส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเทศกัมพูชานั้น ไม่มีการลงสำรวจจังหวัดชายแดนเนื่องจากจะทำการสัมภาษณ์ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ลงทุนในประเทศกัมพูชาแล้วโดยตรง

องค์ความรู้ที่คาดว่าจะได้รับจากโรงพยาบาลเอกชนทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มทุนในตลาดหลักทรัพย์จะให้ภาพกว้างเชิงนโยบายได้ ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ริมชายแดนจะให้ข้อมูลในทางปฏิบัติได้ และจะสามารถบอกถึงความคุ้มทุนในการลงทุนแบบ Mode 3 เมื่อเปรียบเทียบการให้บริการในประเทศแบบ Mode 2 ได้

หลังจากที่ได้รายชื่อข้างต้นทั้งหมดแล้ว มีการติดต่อหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (รวมที่ติดต่ออย่างไม่เป็นทางการและติดต่อทางจดหมายโดยให้กรอกแบบสอบถามด้วย) กว่า 40 หน่วยงาน ได้รับการตอบรับให้สัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ 12 หน่วยงาน และกรอกแบบสอบถามและส่งกลับทางจดหมายอีก 2 หน่วยงาน อีกทั้งยังมีนักวิชาการที่ให้สัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการอีก 3 คน กระบวนการสัมภาษณ์ของงานวิจัยจบสิ้นเมื่อข้อมูลที่ได้รับมี data saturation กล่าวคือ ผู้ให้สัมภาษณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกันให้บทสรุปที่ใกล้เคียงกันในการสัมภาษณ์หลายครั้ง

ตารางที่ 6. 1 ตัวอย่างกลยุทธ์การส่งออกบริการด้านสุขภาพของธุรกิจโรงพยาบาลไทย

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
1. AHC บริษัท โรงพยาบาลเอกชล จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
2. BCH บริษัท บางกอก เซน ฮอสปิ ทอล จำกัด (มหาชน)	● ยังไม่คิดลงทุนขยายสาขาในแถบประเทศ CLMV แต่อาจพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง หลังจากมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 โดยบริษัทต้องรอดูว่ากฎระเบียบและเกณฑ์การลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลสำหรับต่างชาติที่จะเป็นอย่างไร จะมีการเปิดกว้างในการให้ต่างชาติเข้าไปลงทุนหรือไม่ โดยเชื่อว่าถ้าจะเกิดการลงทุนประเทศในกลุ่ม CLMV จำเป็นที่จะต้องผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคนท้องถิ่นขึ้นมา ซึ่งอาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพการรักษา ● ช่วงที่ผ่านมาบริษัทมีการทำตลาดกลุ่มประเทศ CLMV ทางอ้อมด้วยการเปิดโรงพยาบาล<u>จังหวัดเชียงรายที่มีพรมแดนติดกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์และสปป.ลาว</u> ตอนนี้บริษัทมีโรงพยาบาลที่เชียงรายแล้วหนึ่งแห่ง ที่<u>อำเภอแม่สาย</u> และจะเปิดใหม่อีกหนึ่งแห่งที่<u>อำเภอเชียงแสน</u> เพื่อดึงผู้ป่วยที่อยู่ในเมียนมาร์ และสปป.ลาว ซึ่งมีพรมแดนที่ติดกับจังหวัดเชียงราย ให้มารักษาตัวที่โรงพยาบาลของบริษัท เพื่อดึงมาร์เก็ตแชร์จาก	CLMV เมียนมาร์ ลาว	Mode 2 & Mode 3	http://itrading.bualuang.co.th/th/listtb.php?width=821&height=500&menuid=23&content=newtoday&contentid=1852483

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในประเทศกลุ่ม CLMV ที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ● ส่วนภาคธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนนั้น อยากให้รัฐบาลให้การสนับสนุนในเรื่องของการใช้ประเทศไทยให้เป็น<u>ศูนย์กลางการศึกษาทางการแพทย์ในภูมิภาค</u> เพื่อที่จะได้ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้แก่ภูมิภาคได้ในมาตรฐานเดียวกัน			
	● แผนการขยายธุรกิจและการเตรียมตัวรองรับกับการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หรือ เออีซี ในปี 2558 กลุ่มบีซีเอสให้ความสำคัญใน 3 เรื่องคือ 1. การขยายการรักษาให้ครบทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งตลาดระดับบน ระดับกลาง และระดับล่าง 2. การขยายธุรกิจสินค้าที่เกี่ยวข้องวงการแพทย์ หรือ Medical Device เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยต้องนำเข้าสินค้าอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงยาเข้ามาจากต่างประเทศ 100% ทั้งที่ประเทศไทยมีวัตถุดิบจำนวนมาก จึงมีโอกาที่ประเทศไทยจะสามารถพัฒนาและผลิตสินค้าในกลุ่มนี้สำหรับใช้ในประเทศและยังสามารถส่งออกไปยังกลุ่มประเทศในอาเซียนได้ด้วย และ 3. การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ ● การขยายธุรกิจของกลุ่มบีซีเอสใช้โมเดลที่เรียกว่า "<u>Sun and Satellite Model</u>" อย่างกรณีที่ย้ายโรงพยาบาลเกษม	เมียนมาร์	Mode 2 & Mode 3	หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ปีที่ 33 ฉบับที่ 2,828 วันที่ 21- 23 มีนาคม พ.ศ. 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	<u>ราษฎร์ ศรีบริรินทร์ จ.เชียงราย พร้อมตั้ง Poly Medicine ในอำเภอรอบๆ เพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าในพื้นที่ใกล้เคียง</u> และเมื่อมีความต้องการเพิ่มก็จะขยายเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กต่อไป โดยที่อำเภอแม่สายได้ใช้โมเดลดังกล่าวในการขยายธุรกิจแล้ว และในอนาคตจะขยายเพิ่มที่อำเภอฝาง เชียงแสน และเชียงของ ● เชื่อว่านับจากนี้จะไม่เห็นในลักษณะการร่วมทุนใหญ่ๆ อย่างเช่นที่ผ่านมาแล้ว ต่อไปจะเป็นลักษณะการเข้าซื้อกิจการโรงพยาบาลขนาดเล็ก ที่มีอยู่ในต่างจังหวัดเพื่อนำมาพัฒนาเป็นโรงพยาบาลในเครือต่อไป			
	● มีแผนการลงทุนขยายโรงพยาบาลใน<u>จังหวัดเชียงราย</u> และสร้างโรงพยาบาลใน<u>จังหวัดกาญจนบุรี</u> เพื่อรองรับคนไข้ชาว<u>เมียนมาร์</u> ที่มีแนวโน้มเข้ามาใช้บริการในไทยเพิ่มขึ้น (ปัจจุบันพบว่าคนไข้ต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลระดับบนมากที่สุดเป็นชาวเมียนมาร์ จากเดิมเป็นชาวยุโรป) แต่บริษัท<u>ไม่ไปลงทุนตั้งโรงพยาบาลในเมียนมาร์ หรือออกไปลงทุนในต่างประเทศ แต่จะเน้นการขยายในประเทศก่อน</u> เพราะรอให้กฎระเบียบต่างๆ ชัดเจนกว่านี้ ซึ่งมองว่าจะชัดเจนได้ก็ต่อเมื่อมี<u>การเปิดเออีซีไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี</u>	CLMV เมียนมาร์	Mode 2 & Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 28 ตุลาคม 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● ในการเตรียมความพร้อมรับมือเอชไอวีนั้น จะร่วมกับพันธมิตรทั้ง 10 ประเทศ <u>เป็นเครือข่ายการรักษาพยาบาล ในรูปแบบ อินเทอร์เน็ต เน็ตเวิร์คกิ้ง</u> สามารถส่งต่อคนไข้ให้กัน หรือ ลูกค้าที่เดินทางไปต่างประเทศสามารถไปรักษาที่โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายได้เป็นต้น โดยในเมียนมาร์นั้นก็จะมีโรงพยาบาลที่เป็นพันธมิตรในการส่งคนไข้มารักษาที่โรงพยาบาลในกลุ่มบีซีเอช			
	● ลุยทุ่มทุน 120 ล้าน <u>สร้างโรงพยาบาลที่อำเภอแม่สาย</u> พร้อม เล็งเป้าเปิดสาขาเชิงของดักลูกค้าคนเมียนมาร์-ลาวให้ใช้บริการ เนืองแน่น ● ขณะนี้ได้เริ่มก่อสร้างอาคารคลินิก ศรีบูรรินทร์ สาขาเกษมราษฎร์ <u>อำเภอแม่สายแล้ว บนพื้นที่ประมาณ 3 ไร่ เพื่อรองรับ ผู้ใช้บริการที่อยู่แนวชายแดนไทย-เมียนมาร์</u> ด้านอำเภอแม่สาย สำหรับคลินิกที่อำเภอแม่สาย ใช้งบประมาณก่อสร้าง 120 ล้านบาท ปัจจุบันกำลังเร่งก่อสร้าง และมีกำหนดเปิดให้บริการในเดือนมิ.ย.2556	เมียนมาร์	Mode 2 & Mode 3	หนังสือพิมพ์ประชาชาติ ธุรกิจ ฉบับวันที่ 4 - 6 มี.ค. 2556 http://www.hfocus.org/co ntent/2013/03/2505
	● เครือโรงพยาบาลกรุงเทพปูพรมขยายเครือข่าย ตั้งเป้า 2 ปี จะใช้ งบลงทุนอีกไม่ต่ำกว่า 7,000 ล้านบาท ขยายเครือข่ายอีก 10 แห่ง	กัมพูชา เมียนมาร์	Mode 3	หนังสือพิมพ์คมชัดลึก วันที่ 9 สิงหาคม 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
3. BGH บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)	รวมไปถึง<u>โรงพยาบาลในเมืองเสียมราฐ ประเทศกัมพูชา จากปัจจุบันที่มี 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร</u> ● <u>ส่วนความคืบหน้าในการลงทุนโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์</u> หลังจากที่ใช้ระยะเวลาในการศึกษามานานถึง 4 ปี แต่ก็ยังไม่สามารถเข้าไปดำเนินการได้ เพราะยัง<u>ติดปัญหาในเรื่องกฎหมายการถือครองที่ดิน</u> แต่บริษัทก็ยังคงมีความสนใจลงทุนในประเทศดังกล่าว			http://www.hfocus.org/content/2013/08/4292
	● บริษัท BGH อยู่ระหว่างการ<u>เจรจาเข้าซื้อกิจการโรงพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ</u> แต่ไม่สามารถเปิดเผยได้ว่าการเจรจาอยู่จำนวนกี่แห่ง ● บริษัทกำลังศึกษา<u>ความเป็นไปได้ในการเข้าไปลงทุนในประเทศเมียนมาร์</u> ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการศึกษารายละเอียดการลงทุนเรื่องของกฎหมาย รวมไปถึงการหาซื้อที่ดิน โดยคาดว่าจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจนมากขึ้นประมาณปีหน้า ● <u>การลงทุนในประเทศกัมพูชา</u> ในช่วงต้นปี 2557 บริษัทจะมีการเปิดใช้โรงพยาบาลแห่งใหม่ที่ก่อสร้างแล้วเสร็จและพร้อมเปิดให้บริการในต้นปีหน้า โดยเป็นโรงพยาบาลขนาดกว่า 100 เตียง	เมียนมาร์ กัมพูชา	Mode 3	หนังสือพิมพ์ทันหุ้น วันที่ 30 สิงหาคม 2556 http://www.hfocus.org/content/2013/08/4564

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● BGH เตรียมทุ่มงบประมาณพันล้านผูกโรงพยาบาลประเทศเมียนมาร์ ใน 2 ปี หวังรองรับกำลังซื้อทั้งจากท้องถิ่น นักลงทุนและนักท่องเที่ยว ● ส่วนธุรกิจโรงพยาบาลที่ประเทศกัมพูชาถือว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี	เมียนมาร์ กัมพูชา	Mode 3	หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับวันที่ 29 พ.ย. - 1 ธ.ค. 2555 http://www.hfocus.org/content/2012/11/1845
	● ใน ปี 2556 ขยายการลงทุนในกลุ่มประเทศอาเซียนเพิ่มมากขึ้น โดยได้เข้าลงทุนก่อสร้างโรงพยาบาลในพนมเปญเพิ่มอีก 1 แห่ง ขนาด 100 เตียง จากเดิมมีอยู่ 2 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก คาดเปิดบริการได้ในช่วงกลางปี 2556 ซึ่งจะทำให้ รพ. กรุงเทพฯ สามารถดูแลกลุ่มลูกค้าครอบคลุมทั้งในกัมพูชา เวียดนาม และ ลาว ● ขณะเดียวกัน ยังมีความสนใจเข้าไปลงทุนในเมืองย่างกุ้ง ประเทศเมียนมาร์ ซึ่งเป็นตลาดมีศักยภาพและกำลังซื้อสูง	กัมพูชา ลาว	Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 22 ธันวาคม 2555 http://www.hfocus.org/content/2012/12/2033
	● มีเป้าหมายชัดเจนจะยึดตลาด "อาเซียนส่วนบน" ประกอบไปด้วยกลุ่มประเทศ CLMV ได้แก่ กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และ เวียดนาม มองไกลใช้อาเซียนเป็นสะพานจับลูกค้าจีนตอนใต้	กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม	Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 29 ตุลาคม 2555 http://www.hfocus.org/content/2012/10/1581

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● ที่ประชุมคณะกรรมการของบริษัทมีมติอนุมัติจัดตั้งบริษัทย่อย 3 บริษัทโดยถือหุ้นผ่าน N Health Asia Pte.Ltd ซึ่งเป็นบริษัทย่อยของบริษัทในประเทศสิงคโปร์ ดังนี้ <u>1.N Health Myanmar Co.,Ltd ตั้งอยู่ที่สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์</u> <u>2.N Health Laos Co.,Ltd. ตั้งอยู่ที่ สปป. ลาว</u> <u>3.N Health Cambodia Co.,Ltd ตั้งอยู่ที่ประเทศกัมพูชา</u>	กัมพูชา ลาว เมียนมาร์	Mode 3 (Equity Mode)	http://www.thanonline.com Thu, 2013-08-29 http://www.hfocus.org/content/2013/08/4548
	● เครือโรงพยาบาลกรุงเทพ มุ่งขยายการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมพื้นที่ภาคอีสานมากขึ้น <u>ทั้ง "ต่อยอด" รองรับโอกาสธุรกิจจาก "ลูกค้า" ประเทศเพื่อนบ้าน ลาว เวียดนาม และ กัมพูชาด้วย</u> ● มีการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ใน <u>อุดรธานีและขอนแก่น</u> มูลค่าลงทุนกว่า 2,800 ล้านบาท เพื่อรองรับผู้ป่วยทุกระดับสอดคล้องนโยบายธุรกิจที่ต้องการขยายบริการครอบคลุมพื้นที่ประเทศไทย และ "อาเซียนตอนบน" ได้แก่ กลุ่มประเทศ CLMV หรือ กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม ● พร้อมกันนี้ บริษัทได้ลงทุนตั้งโรงพยาบาลในประเทศกัมพูชาที่เมืองเสียมราฐ ภายใต้ชื่อ <u>รอยัลอังกอร์ และ รอยัลรัตนะ</u> ขณะนี้อยู่ระหว่างก่อสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่อีก 1 แห่งที่กรุง	CLMV	Mode 2 & Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 20 กันยายน 2556 http://www.hfocus.org/content/2013/09/4841

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	พนมเปญภายใต้ชื่อ " <u>รอยัลพนมเปญ</u> " เปิดให้บริการอย่างเป็นทางการในเดือน มี.ค.2557			
	● <u>เป้าหมายการลงทุนในต่างประเทศของกลุ่มบริษัทจะให้ความสำคัญกับเมียนมาร์เป็นอันดับแรก รองลงมาเป็น กัมพูชา และลาว</u> เนื่องจากเป็นประเทศที่มีศักยภาพ มีทั้งจำนวนประชากรที่มีความต้องการใช้บริการด้านการแพทย์เบื้องต้นก็ใช้วิธีการเปิดบริการด้านแล็บ ร่วมกับพาร์ทเนอร์ เพื่อทำความคุ้นเคยกับประชาชนที่นั่นก่อน และคาดว่าจะสามารถเปิดให้บริการโรงพยาบาลที่เมืองย่างกุ้งได้ก่อนเป็นแห่งแรก โดยขณะนี้รอความชัดเจนเรื่องกฎหมายให้เข้าไปลงทุนตั้งโรงพยาบาล	กัมพูชา ลาว เมียนมาร์	Mode 3	หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับวันที่ 1 - 4 ก.ย. 2556 http://www.hfocus.org/content/2013/09/4582
	● กลุ่ม BGH เร่งแผนสร้างความแข็งแกร่งในประเทศและขยายฐานออกสู่ต่างประเทศ <u>โดยกำหนดจุดยุทธศาสตร์แรกที่ประเทศเมียนมาร์ รองลงมา คือ กัมพูชา และลาว รวมทั้งจีน</u> เริ่มจากการทำธุรกิจแล็บและเครื่องมือแพทย์ เฉพาะ<u>ในกัมพูชา ซึ่งมีโรงพยาบาลอยู่แล้ว 2 แห่ง คือ รอยัล รัตนและรอยัล อังกอร์</u> จะเปิดเพิ่มอีก 1 แห่ง คือ รอยัลพนมเปญ ในปี 2557 ส่วน<u>ในเมียนมาร์เริ่มเปิดศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย</u>มารักษาต่อในไทยและรอกฎหมายอนุญาตเปิดโรงพยาบาล รวมถึงการเปิดโรงพยาบาล	เมียนมาร์ กัมพูชา ลาว จีน	Mode 3	หนังสือพิมพ์ ASTV ผู้จัดการสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 12 - 18 ต.ค. 2556 http://www.hfocus.org/content/2013/10/5089

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	<u>ที่ทำเรือหน้าลิทวาย</u> ที่ผ่านมามีการเปิดคลินิกในประเทศกลุ่มเออีซีและปีนี้เปิดเพิ่มอีก 2 แห่ง ในเมียนมาร์ที่เมืองมณฑะเลย์ <u>และอย่างถึง</u> ส่วนปีหน้าวางแผนเพิ่มครบ 5 แห่งกระจายไปยังลาว เขมร เมียนมาร์			
	- บริษัทสนใจเข้าไปลงทุนพัฒนาโรงพยาบาลเป็นอันดับต้นๆ คือ <u>ประเทศเมียนมาร์</u> บริษัทจะใช้ระยะเวลาดำเนินการก่อสร้างภายใน 2 ปี โดยเตรียมงบลงทุนกว่า 1 พันล้านบาท - ส่วนธุรกิจโรงพยาบาลที่ประเทศกัมพูชาถือว่าประสบความสำเร็จ	เมียนมาร์ กัมพูชา	Mode 3	หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับวันที่ 29 พ.ย. - 1 ธ.ค. 2555 http://www.hfocus.org/content/2012/11/1845
	มีการจัดตั้งบริษัทย่อยแห่งใหม่ 2 บริษัท ได้แก่ บริษัท โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ จำกัด เพื่อรองรับการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ <u>โรงพยาบาลที่เมืองหลวงพระบาง ประเทศลาว</u> <u>ทุนจดทะเบียนเทียบเท่า 10 ล้านบาท</u> โดยถือหุ้นผ่าน BDMS Inter Pte.Ltd. ซึ่งเป็นบริษัทย่อยของบริษัทในสิงคโปร์	ลาว	Mode 3	หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 12 - 15 ก.ย. 2556 http://www.hfocus.org/content/2013/09/4701
	บริษัทศึกษาอยู่ทั้งเวียดนาม เมียนมาร์ <u>คงรอให้กฎหมายทุกอย่างลงตัว</u> ถ้าเข้าไปก็คงมีพาร์ตเนอร์ <u>สำหรับลาวมีคลินิกอยู่แล้วที่หลวงพระบาง</u> จากนั้น ก็จะเพิ่มศักยภาพของ	CLMV	Mode 3	หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 25 - 28 เม.ย. 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	<u>โรงพยาบาลกรุงเทพ สาขาศุตรธานี</u> เพื่อดึงคนลาวเข้ามาใช้บริการด้วย			http://www.hfocus.org/content/2013/04/2895
	• บริษัทมีแผนที่เข้าไปเปิดกิจการในกรุงเวียงจันทน์ สปป.ลาว โดยเบื้องต้นจะเป็นการลงทุนในรูปแบบของ <u>โพลีคลินิก</u> เป็นคลินิกเครือข่าย ส่วนการเข้าไปลงทุนเต็มรูปแบบเป็นธุรกิจโรงพยาบาลนั้น กำลังมีการศึกษากฎระเบียบและกฎหมายการลงทุนด้านสุขภาพอยู่ว่าเป็นอย่างไรซึ่งหากว่ากฎหมายเอื้ออำนวยก็อาจจะเข้าไปลงทุนเป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เหมาะสมในด้านต่างๆ	ลาว	Mode 3	หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ ฉบับวันที่ 23 - 25 ส.ค. 2555 http://www.hfocus.org/content/2012/08/1000
	• ทิศทางการลงทุนในต่างประเทศ โฟกัสที่ ประเทศลาว เวียดนาม เมียนมาร์ กัมพูชา จีนและอินเดีย ที่ <u>เมืองหลวงพระบางของลาว</u> <u>โรงพยาบาลกรุงเทพเปิดคลินิกฉุกเฉิน กรุงเทพอุดรคนไข้ส่วนใหญ่ 80% มาจากเวียงจันทน์</u> ขณะที่ <u>กัมพูชา</u> มี 2 โรงพยาบาล คือ รอยัล รัตนะ และรอยัล อังกอร์ และในปี 2557 จะเปิดอีกแห่ง คือ รอยัลพนมเปญ ส่วน <u>เมียนมาร์</u> เปิดศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมารักษาต่อในประเทศไทย และพร้อมเปิดโรงพยาบาลทันทีเมื่อกฎหมายของเมียนมาร์อนุญาตให้เปิดธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนได้ รวมถึงการลงทุนเปิดโรงพยาบาลที่ทำเรื่อน้ำลึกทวาย	CLMV จีน อินเดีย	Mode 3	ที่มา: http://www.thairath.co.th http://www.hfocus.org/content/2013/08/4490

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● การลงทุนด้านบุคลากรทางการแพทย์ การรักษามาตรฐานการรักษาพยาบาล และการนำนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัย ● การเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางวิชาการ เช่นการใช้งบประมาณร้อยละ 0.01 ของรายได้ในการจัดทำชุดข้อมูลของธุรกิจการรักษาพยาบาล ● การสร้างเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ทั้งการให้คำปรึกษาทางการแพทย์กับ <u>พันธมิตรในต่างประเทศ และการรับคำปรึกษาในลักษณะการดูแลทางไกล (Tele-Medicine)</u> เช่นการร่วมมือกับ MD Anderson Cancer Center ในด้านการรักษามะเร็ง การร่วมมือกับ Mount Sinai Hospital ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ การร่วมมือกับ Stanford Hospital ด้านโรคกระดูกและโรคหัวใจ ซึ่งทั้งหมดเป็นสถาบันในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น	N/A	Mode 1	หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 2-5 พ.ค. 2556
	● เน้นการร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนภายในประเทศ ไม่ได้แข่งขันกันเอง แต่แข่งกับโรงพยาบาลต่างประเทศ การร่วมมือกันทำให้ต้นทุน<u>ต่ำลง มีอำนาจต่อการซื้อเวชภัณฑ์ สามารถรักษาบุคลากรทางการแพทย์ไว้ภายในประเทศ ป้องกันการไหลออกได้ (External Brain Drain)</u> และสามารถทำให้ต้นทุน<u>การบริหารต่ำลง (Economies of Scale)</u>	N/A	N/A	หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ วันที่ 7 พ.ค. 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	• ในอนาคตอันใกล้ (1-2 ปี) ทางบริษัทจะเริ่มเข้าซื้อกิจการโรงพยาบาลท้องถิ่น โดยจะคงแบรนด์เดิมไว้ และกำหนดให้ราคาต่ำ • การเข้าซื้อธุรกิจเวชภัณฑ์ เช่น การซื้อโรงงานผลิตน้ำเกลือและโรงงานผลิตถุงมือยาง เป็นต้น			
	• เน้นการขยายตลาดและจัดทำ Segmentation ปันแบรนด์สำหรับโรงพยาบาลขนาดกลาง (59 เตียง) และมีการรุกตลาดในประเทศในรูปแบบ “คลินิก” เน้นการนำเทคโนโลยีการรักษาทางไกล (Tele-Medicine) และการส่งต่อคนไข้ในเครือข่าย • การเปิดโรงพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อรองรับผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในปี 2 ปีข้างหน้า • การเปิดคลินิกที่หลวงพระบาง ประเทศลาว และการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลกรุงเทพ สาขาอุดรธานีในการรองรับลูกค้าลาว • การศึกษาเวียดนามและเมียนมาร์ แต่รอให้กฎหมายลงตัว และการจัดหาเครือข่าย (Partner) ในประเทศ • มีแผนการทำการตลาดในประเทศเมียนมาร์และมีการส่งต่อคนไข้เข้ามารักษาด้วยการร่วมมือกับคลินิกในประเทศเมียนมาร์	ลาว เวียดนาม/ เมียนมาร์ เมียนมาร์	Mode 1 & Mode 2 & Mode 3	หนังสือพิมพ์ประชาชาติ ธุรกิจ ฉบับวันที่ 25-28 เม.ย. 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
4. BH บริษัท โรงพยาบาลบำรุง ราษฎร์ จำกัด (มหาชน)	● <u>การร่วมมือกับสถาบันในต่างประเทศ</u> เพื่อการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ และคุณภาพการให้บริการ อันจะนำไปสู่การสร้าง ความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยและการเพิ่มการใช้บริการ เช่น ความร่วมมือกับสถาบันโรคข้อ Dorr institute	N/A	N/A	หนังสือพิมพ์ประชาชาติ ธุรกิจ ฉบับวันที่ 25-28 เม.ย. 2556
5. CHG บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
6. CMR บริษัท เชียงใหม่ราม ธุรกิจ การแพทย์ จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
7. KDH บริษัท ธนบุรี เมดิคอล เซ็นเตอร์ จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
8. M-CHAI บริษัท โรงพยาบาลมหาชัย จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
9.NEW บริษัท วัฒนา การแพทย์ จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
10. NTV บริษัท โรงพยาบาลนนทเวช จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
11. RAM บริษัท โรงพยาบาล รามคำแหง จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
12. SRR บริษัท ศิข รินทร์ จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
13. SVH บริษัท สมิติ เวช จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A
14. VIBHA บริษัท โรงพยาบาลวิภาวดี จำกัด (มหาชน)	N/A	N/A	N/A	N/A

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
15. VIH บริษัท ศรีวิชัยเวชวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน)	• เครือ รพ.วิชัยเวช ได้ทำการรีแบรนด์ภาพลักษณ์โรงพยาบาลใหม่ เพื่อยกระดับมาตรฐานสู่สากล ที่ต้องการขยายบริการลูกค้าต่างประเทศ รองรับการค้าบริการสู่ภูมิภาคทั่วโลก พร้อมทั้งได้เปลี่ยนชื่อใหม่ จากศรีวิชัย เป็น "วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล" พร้อมเปลี่ยนโลโก้และสโลแกนใหม่ "V Care V Cure V Can " ภายใต้แนวคิด 'ดูแลชีวิต...ด้วยจิตใจ' เพื่อปรับตัวและเตรียมความพร้อมการเปิดเสรีในระดับอาเซียน และรองรับการค้าตลาดลูกค้าต่างประเทศ • เออีซี ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ต้องปรับตัวเองให้พร้อมมากที่สุด ปีนก้าวกระโดดการขยายตัวธุรกิจในรอบ 24 ปี ต้องเดินหน้าแผนขยายธุรกิจให้ครอบคลุมบริการ • มีแผนขยายพันธมิตรเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศมากขึ้น <u>ปัจจุบันมีสำนักงานตัวแทนในเมียนมาร์</u> และในปีหน้าเตรียมการขยายสาขาตัวแทนในประเทศเพื่อนบ้านกลุ่มอาเซียนที่มีศักยภาพ เน้นร่วมพันธมิตรทางธุรกิจในแบบ "วินวินคอนเซปต์" คือทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน ปัจจุบันมี<u>การร่วมมือกับโรงพยาบาลพันธมิตร จัดซื้อยา เครื่องมือแพทย์ เพื่อเพิ่มการสั่งซื้อ เป็นการสร้างอำนาจในการต่อรองมาก</u>	CLMV	Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2554

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	<u>ขึ้น</u> เพราะหากไม่ร่วมมือกันจะไม่สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลต่างชาติมีทุนเหนือกว่าได้			
17.กลุ่มโรงพยาบาล ธนบุรี	● การ<u>ร่วมลงทุนกับนักธุรกิจในประเทศจีน</u> โดยมีการจัดตั้งบริษัทใหม่ 3 บริษัท ได้แก่ บริษัท ไชนา-ไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ฮอสพิทอล อินเอสเมนต์ แมเนจเมนต์ กรุ๊ป , บริษัท ดับบลิว เจ อินเตอร์เนชั่นแนล เมดิคอล เซ็นเตอร์ และ บริษัทดับบลิวเจ อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ แมเนจเมนต์ จำกัด โดยมีแผนจะสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (500-1,000 เตียง) 4 แห่งในเมืองหนานจิง และฉางโจ เพื่อรองรับชาวต่างชาติและบุคคลที่มีฐานะดีในประเทศ คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 2 ปี (พ.ศ. 2558) ● การลงทุนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนเรื่อย ๆ <u>จากเดิมที่เป็นลักษณะของการร่วมทุนและการร่วมบริหารแผนกคนไข้ต่างประเทศมาเป็นการลงทุนเต็มรูปแบบ</u> ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการขยายการลงทุนคือ การที่รัฐบาลจีนผ่อนคลายนโยบายควบคุมการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาล การจัดทำแผนปฏิรูปสาธารณสุขระยะ 5 ปีของรัฐบาล ที่เปิดโอกาสให้เอกชนให้เอกชนมากขึ้น และการที่มีการร่วมบริหารในอดีต เพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภคนในประเทศจีน	จีน ฮ่องกง เวียดนาม เมียนมาร์	Mode 3	หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 22 มกราคม 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● การลงทุนมีการวางแผนระยะยาวไว้ด้วย โดยเฉพาะด้านบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทางบริษัทได้ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในปักกิ่งและหนานจิง เพิ่มการผลิตบุคลากรและรองรับการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลในอนาคต ● การร่วมลงทุนกับนักธุรกิจในฮ่องกง และมีการจัดตั้งบริษัทใหม่ 3 บริษัท โดยกลุ่มโรงพยาบาลธนบุรีเป็นผู้ถือหุ้นหลัก (51%) ได้แก่ บริษัท ไทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล บิสซิเนส อินเวสเมนต์ จำกัด (ดูแลการลงทุน) บริษัทดับบลิวเจ อินเตอร์เนชั่นแนล ฮอสพิทอล แมเนจเม้นท์ จำกัด (ดูแลการบริหาร) และบริษัท ไทร์ ฮอสพิทอล อินฟอร์เมชั่น ซิสเต็มส์ (ดูแลการจัดการฐานข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ) ● การร่วมบริหารโรงพยาบาลใน<u>ประเทศเวียดนาม</u> ● <u>แผนการลงทุนในประเทศเมียนมาร์</u>แต่รอความชัดเจนด้านกฎหมายภายในประเทศ			
18. ร.พ.เวชธานี	● <u>การสร้างความร่วมมือกับสถาบันในต่างประเทศ</u> เพื่อพัฒนาบุคลากรและคุณภาพของการรักษาพยาบาล เช่น การร่วมมือกับเกาหลีด้านศัลยกรรมตกแต่ง และการร่วมมือกันด้านทันตกรรมกับ Frankfurt และ Berlin University	อาเซียน	Mode 1 & Mode 3	หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 2-5 พ.ค. 2556

โรงพยาบาล	กลยุทธ์	ประเทศคู่ค้า	MODE การค้า	แหล่งข้อมูล
	● <u>การให้คำปรึกษาในประเทศเพื่อนบ้าน</u> เช่น คลินิกโรคตาในเมียนมาร์และโรคทางสมองในกัมพูชา ซึ่งจะนำไปสู่การส่งต่อคนไข้ในอนาคต			

6.2 ผลการศึกษา

จากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) กับกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม ตามที่อยู่ได้รวบรวมจากวรรณกรรมปริทัศน์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญแยกเป็นรายประเทศได้ ดังนี้

สถานการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับการลงทุนในประเทศกัมพูชา

ปัญหาที่สำคัญที่สุดของระบบสาธารณสุขในประเทศกัมพูชา คือปัญหาในเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในเรื่องความสะอาดและสุขอนามัยและสภาพแวดล้อมในสถานพยาบาลที่ยังถือว่าไม่ได้มาตรฐานแม้จะเป็นสถานพยาบาลของเอกชน อีกทั้งอุปสรรคทางการแพทย์ที่ล้ำสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพ ทำให้ผู้ป่วยชาวกัมพูชาขาดความเชื่อมั่นที่จะทำการรักษากับแพทย์ชาวกัมพูชา นอกจากนั้นแล้ว ยังมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์อีกด้วย ทั้งหมดนี้ ทำให้การลงทุนทางตรงของธุรกิจโรงพยาบาลไทยยังสามารถเติบโตได้อยู่

อย่างไรก็ตาม การเข้าไปลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในประเทศกัมพูชานั้นดูว่ายังคงมีปัญหาอยู่มาก เช่น ปัญหาของการสื่อสารกับผู้ป่วยชาวกัมพูชาที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษ ปัญหาเรื่องภาษีที่ต้องจ่ายในการนำเข้าอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาต่างๆ ปัญหาเรื่องการดูแลรักษาอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก ปัญหาความยากลำบากในการจัดหาบริการที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน เช่น บริการทำความสะอาด หรือ บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพเพียงพอ

นอกจากนั้นแล้ว ปัญหาที่สำคัญคือปัญหาในเรื่องกฎระเบียบของประเทศกัมพูชาที่กำหนดให้นักลงทุนสามารถจ้างงานชาวต่างชาติได้เพียงร้อยละ 10 ที่เหลือต้องเป็นการจ้างงานชาวกัมพูชา ซึ่งแทบเป็นไปไม่ได้เลยที่สถานพยาบาลของประเทศไทยจะสามารถรักษาคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ถือเป็นจุดขายหลักได้โดยการจ้างบุคลากรทางการแพทย์ของกัมพูชาซึ่งมีปัญหาในเรื่องคุณภาพมาก (ทั้งนี้ในปัจจุบัน สถานพยาบาลเอกชนของไทยที่เข้าไปเปิดในประเทศกัมพูชาแล้วต้องอาศัยการจ้างแพทย์ชาวกัมพูชาเฉพาะแต่ที่เป็นแพทย์เฉพาะทาง หรือจบการศึกษาจากต่างประเทศเท่านั้น) โดยปัญหาที่สำคัญที่สุดของประเทศกัมพูชาที่มีการกล่าวถึงในกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ตรงกันคือเรื่องของต้นทุนในการทำธุรกิจที่จะสูงกว่าการทำธุรกิจในประเทศไทย กล่าวคือ นอกจากปัญหาเรื่องความไม่ชัดเจนของกฎระเบียบในการลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลแล้ว ประเทศกัมพูชายังคงมีปัญหาเรื่องการคอร์รัปชัน และการทำธุรกิจโดยอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Personal Connection) ที่สูงมาก โดยการจะเข้าไปทำธุรกิจใดๆ ในประเทศกัมพูชา ผู้ลงทุนจำเป็นต้องมีความคุ้นเคยกับผู้มีอิทธิพลในประเทศหรือในพื้นที่ (และต้องมีการแบ่งสรรผลประโยชน์จากการทำธุรกิจให้กับคนเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอด้วย) จึงจะสามารถดำเนินธุรกิจได้อย่างราบรื่นไม่มีปัญหา หากมีความขัดแย้งหรือการแบ่งผลประโยชน์ไม่เป็นที่พึงพอใจ ก็เกิดปัญหาในการทำธุรกิจทันทีโดยที่นักลงทุนอาจไม่สามารถเรียกร้องหรือปกป้องธุรกิจของตนโดยใช้กฎหมายหรือข้อตกลงที่เป็นทางการอะไรได้เลย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การเข้าไปลงทุนในธุรกิจ

สถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในประเทศกัมพูชายังมีความเสี่ยงอยู่สูงมาก เพราะนักลงทุนจะไม่สามารถคาดการณ์ในการดำเนินธุรกิจได้เลย สถานพยาบาลเอกชนของไทยที่จะกล้าเข้าไปเปิดในประเทศกัมพูชาจึงต้องมีความมั่นใจว่ามีความสัมพันธ์ดังกล่าวที่เข้มแข็งในระดับที่มากกว่าคู่แข่งของตน

สถานการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับการลงทุนในประเทศลาว

จากข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโดยทั่วไปของประเทศลาว พบว่าชาวลาวยังคงมีความต้องการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลในประเทศไทยอยู่อีกมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญสูง เช่น การรักษาโรคที่มีความซับซ้อนมาก อาทิ โรคเกี่ยวกับสมอง หรือหัวใจ หรือแม้แต่โรคที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ผล เนื่องจากประเทศลาวยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ทุกประเภท ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด (ประเทศลาวเพิ่งมีโรงเรียนแพทย์แห่งแรกเมื่อ 3-4 ปีที่แล้ว) อีกทั้งความล่าช้าในเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือจำนวนสถานพยาบาลที่แออัด ทำให้ชาวลาวที่มีกำลังซื้อจำนวนมากเลือกที่จะข้ามฝั่งมารักษาตัวในสถานพยาบาลในประเทศไทย และด้วยเหตุที่ว่าความคมนาคมในการเดินทางข้ามเขตแดนประเทศมามีความสะดวกสบายมาก (เพียงขับรถข้ามสะพานมิตรภาพไทย-ลาวเข้ามาที่ จ.หนองคาย และเดินทางต่ออีกประมาณ 1 ชั่วโมงเพื่อมาถึง สถานพยาบาลใหญ่ๆ ในจังหวัดอุดรธานี) กอปรกับลักษณะเฉพาะของการให้บริการของบุคลากรชาวไทยที่สร้างความประทับใจแก่ผู้ป่วยชาวลาวส่วนใหญ่ จึงทำให้สถานพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดใกล้เคียงแดนส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การเปิดสถานพยาบาลในฝั่งไทยเพื่อรองรับความต้องการเหล่านี้เป็นหลักจะดูเป็นการคุ้มค่ากว่าผู้ประกอบการไม่ต้องไปเผชิญความเสี่ยงจากการลงทุน (ซึ่งมักใช้เวลานานในการคืนทุน) หรือความยุ่งยากในการต้องไปศึกษากฎระเบียบเกี่ยวกับการจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศลาวซึ่งก็ยังไม่มีความชัดเจนมากนัก และสภาพแวดล้อมของการลงทุนที่อาจมีต้นทุนสูงกว่าในประเทศไทยซึ่งก็จะเป็นการเพิ่มต้นทุนในการทำธุรกิจทั้งที่ไม่มีความจำเป็น อีกทั้งถ้าจะไปเปิดสถานพยาบาลในประเทศลาวจริงๆ ก็เชื่อว่า ชาวลาวที่มีกำลังซื้อสูงก็ยังคงเลือกที่จะเดินทางมารักษาในประเทศไทยอยู่ดี เพราะ การเดินทางข้ามมาประเทศไทยนั้น ชาวลาวกลุ่มดังกล่าวยังได้มีโอกาสมาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่ ซึ่งไม่มีในประเทศลาวด้วย

โดยในปัจจุบัน สถานพยาบาลขนาดใหญ่เลือกที่จะใช้วิธีเข้าไปสร้างศูนย์ส่งต่อในเมืองหลักๆ ในประเทศลาวเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งตัวเข้ามารักษาต่อเนื่องในสถานพยาบาลในประเทศไทย หรืออาจใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างแพทย์ชาวไทยกับแพทย์ชาวลาวใน ร.พ.รัฐ (โดยผ่านความช่วยเหลือ ที่สถานพยาบาลเหล่านี้เคยให้แก่ ร.พ.รัฐในประเทศลาว เช่น การให้คำปรึกษาในการรักษาผ่านวิธี Telemedicine หรือการเข้าไปตั้งหน่วยให้คำปรึกษาในแผนกสำคัญๆ ของร.พ.รัฐ หรือการเข้าไปทำเทรนนิ่ง หรือ การจัดอบรมให้บุคลากรในประเทศลาว หรือเชิญบุคลากรชาวลาวมาปฏิบัติงานในประเทศไทย เป็นต้น) ในการส่งตัวผู้ป่วยกรณีที่มีความซับซ้อนในการรักษา มากให้เข้ามารักษาตัวในประเทศไทย

ทั้งนี้ สถานพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดใกล้ชายแดนทุกแห่งที่ให้สัมภาษณ์มีข้อเสนอแนะตรงกันว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องการออกวีซ่าเพื่อการข้ามแดนเข้ามาในประเทศไทย (ด่านตรวจคนเข้าเมือง) ควรให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วยชาวลาวให้มากกว่านี้ อาทิเช่น ควรมีการขยายเวลาเปิด ปิดด่านออกวีซ่า ณ จุดข้ามแดน เพื่อเป็นการรองรับกรณีฉุกเฉินที่ต้องใช้ความรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ามารักษาในประเทศไทย อีกทั้งควรมีการยกเว้นข้อกำหนดที่ชาวต่างชาติที่ต้องการต่ออายุวีซ่าต้องไปปรากฏตัวต่อเจ้าหน้าที่ที่ด่านแก่ญาติของผู้ป่วย เพราะในบางครั้งการรักษาตัวของผู้ป่วยมักใช้เวลาและจะเป็นการไม่สะดวกหากญาติของผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปต่ออายุวีซ่าหลายๆ รอบในระยะเวลาที่ทำการเฝ้าไข้ผู้ป่วยอยู่ในประเทศไทย

มุมมองของผู้บริหารสถานพยาบาลที่มีชื่อจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ (สถานพยาบาลเอกชนสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานคร) มีความเห็นที่สอดคล้องกันกับผู้บริหารของสถานพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดใกล้ชายแดนว่ามีความจำเป็นค่อนข้างน้อย เพราะในปัจจุบัน การเดินทางจากประเทศลาวเข้ามาในประเทศไทยค่อนข้างสะดวกสบาย ผู้ป่วยชาวลาวส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะเดินทางเข้ามารักษาพยาบาลเองโดยตรง โดยส่วนมากมักเข้าทำการรักษาในสถานพยาบาลในตัวจังหวัดใหญ่ใกล้กับเขตชายแดน โดยผู้บริหารเหล่านี้มองว่าตลาดผู้ป่วยที่เป็นชาวลาวจริงๆ ยังถือว่ามีความเล็กมาก ผู้ป่วยที่มีการมารักษาในประเทศไทยส่วนมากจะเป็นชาวต่างชาติที่เข้าไปทำงานในประเทศลาว และมีประกันชีวิตที่มีการทำสัญญากับสถานพยาบาลในประเทศไทยมากกว่า เพราะในทุกวันนี้ ผู้ป่วยชาวลาวที่เข้ามารักษาในสถานพยาบาลเอกชนใหญ่ๆ ในกรุงเทพมหานครเองก็ยังมีจำนวนน้อยมาก อีกทั้งเศรษฐกิจของประเทศลาวเองก็ยังไม่มีความมั่นใจว่าจะเติบโตมากขนาดที่จะทำให้ผู้คนมีกำลังซื้อเพิ่มขึ้นอย่างมากด้วย ดังนั้น ความร่วมมือของสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เหล่านี้ในประเทศลาวจึงเป็นในลักษณะของการให้ความช่วยเหลือ เช่น จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องวิธีการรักษาพยาบาลใน ร.พ.ของรัฐ หรือการเข้าไปจัดอบรมให้บุคลากรในสถานพยาบาล มากกว่าการเข้าไปลงทุนทางตรงเพื่อหวังผลกำไร

และจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำธุรกิจในประเทศลาวก็พบว่า ประเทศลาวตอนนี้ต้องการให้ต่างประเทศเข้าไปลงทุนช่วยเหลือพัฒนาประเทศของตนมาก ทั้งในด้านของระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า ประปา ระบบขนส่ง หรือในธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและการศึกษา แต่ชาวลาวส่วนมากยังคงมีทัศนคติกลัวว่านักลงทุนต่างชาติจะเข้าไปกอบโกยทรัพยากรหรือเอาเปรียบในการทำธุรกิจในประเทศของตน³¹ จึงอาจทำให้ความร่วมมือทางธุรกิจยังไม่อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจซึ่งก็อาจจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญหากนักลงทุนชาวไทยต้องการเข้าไปทำธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนที่มุ่งเน้นให้บริการแก่ชาวลาวที่มีกำลังซื้อสูงเพียงกลุ่มเดียว แต่มิได้เป็นการลงทุนที่ให้ประโยชน์แก่ชาวลาวทั้งประเทศ (รวมถึงชาวลาวที่ยากจนในพื้นที่ทุรกันดารด้วย)

³¹ ประเทศจีนและญี่ปุ่น เข้าไปลงทุนในระบบสาธารณูปโภคต่างๆ ในประเทศลาวเป็นมูลค่ามหาศาลโดยไม่ได้เรียกร้องการตอบแทนซึ่งเป็นตัวอย่างที่นักลงทุนที่อยากไปลงทุนในประเทศลาวควรทำตามเพื่อเพิ่มความไว้วางใจจากชาวลาว

สถานการณ์และความคิดเห็นเกี่ยวกับการลงทุนในประเทศเมียนมาร์

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขโดยทั่วไปของประเทศเมียนมาร์ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศลาวและกัมพูชา กล่าวคือ ปัญหาที่สำคัญคือเรื่องคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศเมียนมาร์ที่มีความล้าหลังสถานพยาบาลในประเทศไทยเป็น 20-30 ปี อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ขาดความทันสมัย ขาดการทำนุบำรุงดูแล บุคลากรที่ไม่มีความรู้ความสามารถในการรักษาที่น่าเชื่อถือ และจำนวนสถานพยาบาลที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของชาวเมียนมาร์ (เช่น สถานพยาบาลท่าชีเหล็ก ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐมีจำนวนเตียงเพียง 60 เตียงเท่านั้น)

จากการสัมภาษณ์สถานพยาบาลในจังหวัดใกล้ชายแดนประเทศเมียนมาร์ พบว่าชาวเมียนมาร์ที่ข้ามฝั่งมารักษาพยาบาลในประเทศไทยตามจังหวัดชายแดน (ในสถานพยาบาลเอกชน) นั้นมักเป็นกลุ่มชาวเมียนมาร์ที่มีกำลังซื้อสูงที่อาศัยอยู่ในเมืองใกล้เคียงที่สามารถเดินทางข้ามมารักษาโดยง่าย แต่ชาวเมียนมาร์ในพื้นที่ที่ไกลจากจังหวัดชายแดนของประเทศไทยมักเลือกที่จะเดินทางเข้าไปรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานครเลย โดยชาวเมียนมาร์ที่ข้ามมารักษาพยาบาลในจังหวัดชายแดนของไทยมักเข้ามาโดยมี 3 รูปแบบ คือ

1. ผ่านตัวแทนชาวพม่าด้วยกันซึ่งจะเป็นผู้จัดการอำนวยความสะดวกในเรื่องการเดินทางและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการข้ามแดน
2. ใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างแพทย์ชาวเมียนมาร์กับผู้บริหารของสถานพยาบาลในไทยในการส่งต่อผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ที่ทำการรักษาเบื้องต้นที่สถานพยาบาลในประเทศเมียนมาร์แล้วข้ามมารักษาตัวต่อในประเทศไทย
3. มีการใช้สำนักงานตัวแทนของสถานพยาบาลจากประเทศไทยในการทำการตลาดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยตัวแทนเหล่านี้จะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ที่ต้องการข้ามมารักษาพยาบาลในตัวจังหวัดชายแดนเหล่านี้ด้วย

สถานพยาบาลในตัวเมืองของจังหวัดใกล้ชายแดนเหล่านี้มักมีการไปตั้งคลินิกสาขาเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งต่อเข้ามาในตัวเมือง หรือเพื่อติดตามผลการรักษาในกรณีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและใช้เป็นสถานที่จ่ายยาในพื้นที่ที่มีชายแดนติดกับประเทศไทยโดยตรงเลยด้วย (ในกรณีนี้คืออำเภอแม่สาย ในจังหวัดเชียงราย) โดยสาเหตุหลักที่ต้องจัดการในลักษณะดังกล่าวเป็นเพราะกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการข้ามแดนซึ่งไม่อนุญาตให้ชาวเมียนมาร์เดินทางเข้ามาเกินรัศมี 5 กิโลเมตรจากชายแดนถ้าไม่มีการเตรียมเอกสารเข้าเมืองให้เรียบร้อย ซึ่งอาจไม่สะดวกนัก หากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาเบื้องต้นอย่างทันท่วงที

ผู้บริหารสถานพยาบาลในตัวจังหวัดชายแดนเหล่านี้เห็นว่าลักษณะการจัดการของสถานพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ในปัจจุบันมีความเพียงพอและเหมาะสมดีแล้ว เพราะจากเหตุการณ์ที่ได้ประสบ ผู้บริหารเหล่านี้มองว่าการเข้าไปเปิดสถานพยาบาลในประเทศเมียนมาร์โดยตรงมีความเสี่ยงมากเกินไป ทั้งในแง่ของสภาวะทางการเมืองในประเทศที่ยังไม่มีความมั่นคงแน่นอน อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาโดยที่นักลงทุนไม่อาจทราบได้ (เช่น เหตุการณ์ยึดและปิด

สถานพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้) หรือความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรชาวไทยที่ต้องเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่เปิดใหม่ การจ้างบุคลากรชาวเมียนมาร์เพื่อปฏิบัติงานจะต้องเกิดปัญหาเรื่องคุณภาพอย่างแน่นอน (ต้องระลึกไว้เสมอว่าจุดขายของสถานพยาบาลของประเทศไทยคือเรื่องคุณภาพ จึงไม่เป็นการคุ้มค่าที่จะทำการเสี่ยงดังกล่าว)

อีกทั้งประเทศเมียนมาร์ก็มีกฎระเบียบในเรื่องการลงทุนที่ซับซ้อนและไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจสถานพยาบาลที่เป็นธุรกิจที่ยังใหม่มากในประเทศเมียนมาร์ บวกกับระบบสาธารณสุขภาคในประเทศเมียนมาร์ที่ไม่มีความพร้อมและไม่เอื้อต่อการทำธุรกิจประเภทนี้ด้วย อาทิเช่น ปัญหาไฟฟ้าดับเป็นประจำ ซึ่งจะทำให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงเสียหาย หรือระบบน้ำประปาที่ยังไม่ได้มาตรฐานในเรื่องความสะอาดหรือถูกสุขอนามัยก็จะทำให้การให้บริการทางการแพทย์เป็นไปด้วยความยากลำบาก สถานพยาบาลเหล่านี้จึงเชื่อว่าการเข้าไปเปิดสถานพยาบาลโดยตรงในประเทศเมียนมาร์มีแต่จะเพิ่มต้นทุนในการทำธุรกิจที่มากเกินไปจนไม่คุ้มค่า

ข้อสรุปเหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับข้อคิดเห็นจากหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลการเข้าไปลงทุนในประเทศเมียนมาร์ ที่มองว่าต้นทุนการทำธุรกิจในประเทศเมียนมาร์ในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนยังสูงเกินไป ทั้งในแง่ของค่าเช่าที่ดินที่ไม่ชัดเจนในกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ค่าเช่าที่ไม่พร้อมของระบบสาธารณสุขที่รองรับ ต้นทุนในการใช้ที่ดินที่สูงมาก (ไม่ว่าในรูปแบบซื้อขาดหรือเช่า) ซึ่งหน่วยงานของรัฐก็ยังไม่มีความเห็นว่าการตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทยตามจังหวัดชายแดน หรือการเข้าไปเปิดสำนักงานตัวแทนเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยชาวเมียนมาร์จะเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับสถานพยาบาลเอกชนของประเทศไทยในตอนนี้อย่างไร

ทั้งนี้ทั้งนั้น ผู้บริหารสถานพยาบาลที่มีชื่อจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ (สถานพยาบาลเอกชนสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานคร) ก็มีความเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกัน โดยมองว่าประเทศเมียนมาร์เป็นตลาดที่น่าสนใจมาก เนื่องจากประเทศเมียนมาร์เพิ่งเปิดประเทศจากการปิดกั้นภายใต้ระบอบทหารและด้วยทรัพยากรทางธรรมชาติในประเทศจำนวนมาก คาดว่าเศรษฐกิจของประเทศเมียนมาร์จะเติบโตอย่างมากและสร้างกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐานซึ่งหาไม่ได้จากสถานพยาบาลในประเทศ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในระยะเวลานี้ โดยมีการอ้างอิงถึงจำนวนผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ที่มีฐานะจำนวนมากที่เดินทางมาทำการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมาก และผู้ป่วยกลุ่มนี้ถือเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการจำนวนมากเป็นลำดับต้นๆ ของสถานพยาบาลเอกชนสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานครในปัจจุบัน

แม้ว่าจะยังไม่มีมีการเข้าไปลงทุนเปิดสถานพยาบาลเอกชนในประเทศเมียนมาร์โดยตรง แต่ผู้บริหารล้วนมีความคิดที่จะเข้าไปเปิดสถานพยาบาลดังกล่าวในอนาคต โดยทุกแห่งมีความเห็นตรงกันว่ากำลังรอให้กฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนในสถานพยาบาลเอกชนในประเทศเมียนมาร์มีความชัดเจนมากกว่านี้ก่อน และ ต้องการให้สภาวะทางการเมืองการปกครองของประเทศเมียนมาร์มีความมั่นคงและมีความเสี่ยงน้อยกว่าในปัจจุบัน เพราะปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนยังไม่อยากเข้าไปลงทุนคือสภาพแวดล้อมในการลงทุนที่ไม่มั่นคง ไม่นิ่งและไม่มีความไม่ชัดเจนมากเกินไป เพราะการลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องใช้เงินลงทุนค่อนข้างสูง อีกทั้งการคืนทุนก็ใช้

เวลาค่อนข้างนาน การเข้าไปลงทุนทั้งๆ ที่ยังไม่มีข้อมูลชัดเจน หรือยังมีความเสี่ยงสูงก็จะเป็นการไม่คุ้มค่า อีกทั้งอุปสงค์ของผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ในปัจจุบันก็บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีความยินดีที่จะจ่ายเงินเพื่อนเดินทางเข้ามารับการรักษาในประเทศไทยด้วยตนเองอยู่แล้ว นักลงทุนจึงมองว่า ณ ปัจจุบันนโยบายตั้งรับอยู่ในประเทศไทยน่าจะเป็นประโยชน์แก่ธุรกิจมากกว่า

ปัญหาที่สำคัญและเป็นประเด็นที่นักลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเรียกร้องให้มีการแก้ไขปรับปรุง

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่าตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ยังมีโอกาสเติบโตได้และเป็นตลาดที่น่าสนใจในการลงทุน ข้อได้เปรียบสำคัญของธุรกิจโรงพยาบาลไทย คือ ปริมาณอุปทานและคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ดีกว่าประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์โดยเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตาม ข้อกีดกันที่สำคัญที่สุดของการลงทุนในทั้งสามประเทศข้างต้น คือ กฎระเบียบภายในประเทศ โดยเฉพาะความไม่นิ่งและความไม่แน่นอนของการบริหารจัดการประเทศและการบังคับใช้กฎระเบียบ นักลงทุนที่ต้องการเข้าไปลงทุนในทั้งสามประเทศต้องมีลักษณะประการหนึ่งคือต้องมีสายป่านในการลงทุนที่ยาวและมีประสบการณ์ในการบริหารธุรกิจที่สูงพอสมควร (อีกทั้ง หากมีพันธมิตรทางธุรกิจที่เป็นเจ้าของประเทศได้ด้วยก็จะช่วยประกันความเสี่ยงได้ส่วนหนึ่ง) โดยต้องเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดคิดได้อย่างรวดเร็วและต้องมีเงินทุนที่สูงพอที่จะสามารถยอมรับการขาดทุนที่อาจเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเข้าไปลงทุน

สำหรับบทบาทของรัฐบาลไทย นอกเหนือจากการเจรจาเพื่อให้เกิดกลไกการคุ้มครองการลงทุนที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นแล้ว ควรมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทยให้ประชาชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ได้รับรู้ด้วย อันจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดอุปสงค์ที่สูงขึ้นและเพิ่มแรงจูงใจในการลงทุน นอกจากนี้ รัฐบาลไทยควรมีการสร้างทีมวิจัยคล้ายกับทีมวิจัยของประเทศญี่ปุ่น (JETRO: Japan External Trade Organization) ที่ทำหน้าที่วิจัยศึกษาความต้องการของแต่ละประเทศที่นักธุรกิจต้องการเข้าไปลงทุน เพื่อจะได้มีข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์หากต้องการเข้าไปเจรจาเพื่อส่งเสริมธุรกิจใดๆ ในประเทศนั้น โดยรัฐบาลควรเพิ่มบทบาทวิจัยในส่วนนี้ให้มาก และควรส่งเสริมการวิจัยอย่างต่อเนื่องมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับการค้าบริการด้านสุขภาพกับประเทศลาวและเมียนมาร์ ที่ยังไม่มีการลงทุนทางตรงในปัจจุบันและผู้ป่วยยังคงต้องเดินทางเข้ามาใช้บริการในประเทศไทย รัฐบาลสามารถสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลไทยได้ ด้วยการลดอุปสรรคในด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องการเข้าเมืองของผู้ป่วยเหล่านี้ เพราะบางครั้งกฎระเบียบก็ไม่เอื้ออำนวยให้มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้ามแดนเข้ามายังฝั่งไทย หรือลดความไม่สะดวกอันเกิดจากเวลาเปิด-ปิดด่านตรวจคนเข้าเมืองซึ่งมีหน้าที่ออกเอกสารอนุญาตให้ชาวต่างชาติข้ามเขตแดนเข้ามาฝั่งไทยได้ตามเขตชายแดนที่มักเป็นไปตามเวลาราชการ (เช่น ในกรณีที่อำเภอแม่สาย ด่านปิดเวลา 18.30 น.) โดยไม่คำนึงถึงกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องข้ามฝั่งเข้ามารับการรักษายาพยาบาลในเวลาฉุกเฉิน

ในประเด็นของประเทศไทย มีข้อเสนอแนะในภาพรวมที่ไม่เฉพาะเจาะจงไปที่ธุรกิจสถานพยาบาลด้วยว่า ภาครัฐที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการลงทุนควรมีบทบาทในการช่วยผลักดันให้มีการเชื่อมโยงระหว่างนักธุรกิจชาวไทยกับนักธุรกิจชาวลาวหรือหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทยมากกว่าในปัจจุบัน³² เพราะในปัจจุบัน นักธุรกิจชาวไทยที่สนใจเข้าไปลงทุนมักต้องทำการติดต่อหาเครือข่ายโดยอาศัยความช่วยเหลือจากกลุ่มนักธุรกิจด้วยกันเอง โดยภาครัฐแทบจะไม่มีบทบาทให้ความช่วยเหลือมากนัก (ปัจจุบัน มีเพียงเจ้าหน้าที่การทูตในประเทศนั้นๆ ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือนักธุรกิจ)

ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของไทยที่เป็นไปได้หากมีการเข้าไปลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าไปลงทุนทางตรงในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชน พบว่า ถ้าหากมีการเข้าไปลงทุนทางตรงดังกล่าวจริง คาดว่าจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากนัก เพราะจากการให้สัมภาษณ์ทั้งจากผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานครหรือหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ต่างเห็นตรงกันว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่จะสามารถเดินทางไปทำงานในประเทศเหล่านี้ได้จริงจะต้องเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความสามารถทางภาษา และมีความเชี่ยวชาญในสาขาใดสาขาหนึ่ง มิใช่แพทย์ทั่วไป ซึ่งในทางทฤษฎีหากมีการเปิดสถานพยาบาลเอกชนในประเทศเหล่านี้จริง ก็อาจเกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตาม จากกรณีของการเข้าไปลงทุนเปิดสถานพยาบาลเอกชนในประเทศกัมพูชาที่เกิดขึ้นแล้ว พบว่าแพทย์ที่เดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ในกัมพูชาส่วนใหญ่ แท้จริงแล้วเป็นแพทย์ที่เกษียณอายุราชการแล้วหรือเป็นแพทย์ที่เคยทำงานในต่างประเทศมาก่อน ซึ่งหมายความว่ายังไม่มีภารกิจดูแลผู้ป่วยจากระบบสาธารณสุขของประเทศไทยออกไปเลย

นอกจากนั้นแล้ว ยังพบว่าในปัจจุบัน ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ชาวไทยจำนวนมากยังไม่ค่อยสอดคล้องกับการย้ายถิ่นฐานไปทำงานในต่างประเทศสักเท่าไร แม้ว่าผลตอบแทนจะสูงแค่ไหนก็ตาม ซึ่งหมายความว่า การย้ายถิ่นฐานของบุคลากรทางการแพทย์หลังเปิดเสรีอาเซียนอาจมีความเป็นไปได้ค่อนข้างน้อย จนไม่ก่อให้เกิดปัญหากับระบบสาธารณสุขในประเทศ

³² โดยสถานพยาบาลเอกชนที่สนใจเข้าไปเปิดสถานพยาบาลใหม่ในประเทศทั้งสามมักเป็นสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ซึ่งมีศักยภาพมากทั้งในด้านแหล่งทุนและแหล่งข้อมูล จึงมักไม่มีข้อเรียกร้องหรือต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐมากนัก มักดำเนินการต่างๆ ด้วยตัวเองหรือใช้การว่าจ้างหน่วยงานเอกชนในการช่วยหาข้อมูลให้มากกว่า ซึ่งหน่วยงานภาครัฐเองก็เข้าใจประเด็นนี้และมองว่าหน้าที่หลักของตนน่าจะเป็นการช่วยเหลือสถานพยาบาลเอกชนขนาดกลางที่ต้องการขยายฐานลูกค้าในประเทศทั้งสามมากกว่า อย่างไรก็ตาม หน่วยงานรัฐแห่งหนึ่งให้สัมภาษณ์ว่าส่วนใหญ่แล้วสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่ต้องการไปลงทุนอาจมีความกังวลในเรื่องกฎระเบียบที่ไม่ชัดเจนหรือการเมืองที่ไม่นิ่งของประเทศที่ต้องการไปลงทุน ซึ่งมักอยู่นอกเหนืออำนาจจัดการของหน่วยงานภาครัฐของประเทศไทย หน่วยงานภาครัฐทำได้เพียงช่วยประสานงานในการติดต่อให้ได้เท่านั้น (ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ก็มักทำเองได้ด้วยตัวเองอยู่แล้ว)

ถึงกระนั้นก็ตาม ในอนาคต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผลิตแพทย์เฉพาะทางอาจต้องมีการปรับจำนวนการผลิตแพทย์เฉพาะทางให้มากขึ้น เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขในประเทศไทย หรือภาครัฐอาจจะมีการแก้ไขกฎระเบียบให้สถานพยาบาลเอกชนสามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้เอง หรือแม้แต่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการส่งคนไปศึกษาในสถานศึกษาของรัฐเพื่อกลับมาทำงานในภาคเอกชน โดยสถานพยาบาลเอกชนเหล่านี้ยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดเองเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อภาครัฐ

ข้อสังเกตจากการสัมภาษณ์อีกประการหนึ่ง พบว่าผลทางอ้อมของการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลหากมีการลงทุนในอนาคต คือ แนวโน้มที่จะเกิดความร่วมมือกันระหว่างสถานพยาบาลภาคเอกชนกับสถานพยาบาลภาครัฐ (PPP) มากขึ้น และการเพิ่มบทบาทของสถานพยาบาลเอกชนในการให้บริการผู้ประกันตนในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐ สาเหตุสำคัญของ PPP เกิดจากการที่อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีทางการแพทย์มักมีมูลค่าสูงมากและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้สถานพยาบาลเอกชนที่ซื้ออุปกรณ์หรือนำเข้าเทคโนโลยีดังกล่าวตระหนักว่าการจำกัดการใช้บริการของอุปกรณ์ดังกล่าวให้อยู่ในสถานพยาบาลของตนเองเท่านั้นจะเป็นการไม่คุ้มค่า จึงอาจจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณการใช้งาน โดยริเริ่มความร่วมมือกับสถานพยาบาลภาครัฐในการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลภาครัฐบางส่วนให้ได้มีโอกาสใช้บริการของอุปกรณ์เหล่านี้ โดยอาจต้องมีการทำความตกลงที่เป็นกิจจะลักษณะในเรื่องของราคาค่าใช้บริการ

อีกทั้งแนวโน้มในอนาคตผู้ประกันตนภายใต้ระบบสาธารณสุขของภาครัฐ เช่น ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือประกันสังคม (Social Security) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากการขยายสิทธิเหล่านี้ไปสู่ประชาชนชาวไทยในวงที่กว้างมากขึ้น (เช่น การให้บุคคลที่ทำงานนอกระบบสมัครรับสิทธิประกันสังคมได้ หรือการที่ประชากรที่เกิดมาใหม่จะได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าทันที เป็นต้น) นั้นหมายความว่าสถานพยาบาลเอกชนที่ไม่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนภายใต้ระบบเหล่านี้กำลังสูญเสียรายได้จากการให้การรักษาพยาบาลมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หลายแห่งที่เคยมุ่งแต่ให้บริการผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง เริ่มที่จะสนใจให้บริการแก่กลุ่มผู้ประกันเหล่านี้เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคมเป็นอันดับแรก เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคมที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอีกประเด็นที่มีการกล่าวถึงในการสัมภาษณ์คือเรื่องการให้บริการของสถานพยาบาลภาครัฐกับแรงงานต่างด้าวโดยไม่เก็บค่าบริการซึ่งมักเป็นการเพิ่มภาระงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ในภาครัฐมากจนเกินไป อีกทั้งเป็นการใช้เงินภาษีของคนไทยเป็นจำนวนมาก จึงมีข้อเสนอจากภาคเอกชนว่า ภาครัฐควรโยกย้ายผู้ป่วยเหล่านี้ให้มาใช้บริการในภาคเอกชนแล้วสร้างระบบประกันกลุ่มที่รับผิดชอบโดยผู้ประกอบการที่จ้างแรงงานเหล่านี้แทน

บทที่ 7

การวิเคราะห์ปัจจัยหลัก ปัจจัยตั้ง และอุปสรรคของการลงทุนของธุรกิจ โรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

บทนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากทุกบทข้างต้น โดยจะทำการสรุปสถานการณ์การค้าและการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ก่อน แล้วจึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยหลักและปัจจัยตั้งของการลงทุนทางตรง อีกทั้งข้อจำกัดที่พบจากการศึกษา

7.1 สถานการณ์การค้าและการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

การค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ที่สำคัญมีด้วยกัน 2 รูปแบบ คือ Mode ที่ 2 หรือการรับบริการข้ามพรมแดน (ซึ่งประเทศไทยเป็นผู้ส่งออก ประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์เป็นผู้นำเข้า) และ Mode ที่ 3 หรือการลงทุนทางตรง (ซึ่งประเทศไทยเป็นผู้ลงทุน ประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์เป็นผู้รับการลงทุน)

การรับบริการข้ามพรมแดน

รูปแบบการค้าที่มีความสำคัญมากที่สุดตามมูลค่าการค้าในปัจจุบัน คือ Mode ที่ 2 เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยมีการเติบโตสูง ตามผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (รายละเอียดในบทที่ 4) ในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยต่างชาติเข้ารับการรักษายาบาลจำนวนกว่า 3 ล้านราย และส่วนมากเข้ารับการรักษายาบาลในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ที่มีขนาดมากกว่า 100 เตียง (มากถึง 2.6 ล้านราย) และเมื่อพิจารณาสัญชาติของผู้ป่วยต่างชาติที่รับการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยและแยกตามลักษณะว่าเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกพบว่า ในจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมด โรงพยาบาลที่พบว่าผู้ป่วยในของตนมาจากเมียนมาร์มากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 16.5 ในขณะที่โรงพยาบาลที่พบว่าผู้ป่วยนอกของตนมาจากเมียนมาร์มากเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 22.6 โดยผู้ป่วยในและนอกที่มาจากประเทศจีน สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ ลาว และกัมพูชาก็มีสัดส่วนที่สูงเช่นเดียวกัน

โดยหากจะพิจารณาความหนาแน่นของผู้ป่วยต่างชาติรายภาค เฉพาะที่มาจากประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานวิจัยนี้เป็นประเทศที่มีชายแดนติดกับประเทศไทย จะพบว่า การรับบริการข้ามพรมแดนยังเกิดขึ้นที่จังหวัดชายแดนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะกับคนใช้ชาวลาว และเมียนมาร์ ดังนี้

- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศกัมพูชา กระจุกตัวในภาคกลางเป็นหลัก มีการใช้บริการในกรุงเทพบ้าง และใช้บริการในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และได้ค่อนข้างน้อย
- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศลาว กระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นหลัก มีการใช้บริการในกรุงเทพ ภาคกลางและเหนือรองลงมาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่ไม่พบในภาคใต้
- ผู้ป่วยในและนอกจากประเทศเมียนมาร์ กระจายตัวตามภาคกลาง เหนือ และได้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีการใช้บริการในกรุงเทพบ้าง แต่แทบไม่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การลงทุนทางตรง

สำหรับการลงทุนทางตรงในธุรกิจโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลจากประเทศไทยได้เข้าไปลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์บ้างแล้ว ตารางที่ 7.1 เป็นการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ชาวในบทที่ 6 และข้อมูลจากเว็บไซต์ของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการลงทุนทางตรงขาออกทั้งหมด อันรวมถึงบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีข่าวการลงทุนในต่างประเทศมาบ้างแล้ว

ในประเทศกัมพูชา บริษัทเดียวที่เข้าไปลงทุนแล้ว คือ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ ที่ได้ลงทุนทั้งในกรุงเทพมหานครและเมืองเสียมราฐ ในประเทศลาว เท่าที่มีข้อมูลยังไม่มีบริษัทที่เข้าไปลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลโดยตรง มีเพียงการเปิดคลินิกที่รับเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทิร์น - วัฒนาศ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ และคลินิกเสริมความงามบางเครือ เป็นต้น โดยคลินิกที่มาจากทุนในประเทศไทยกระจุกตัวอยู่ที่นครหลวงเวียงจันทน์และหลวงพระบางเป็นหลัก สำหรับประเทศเมียนมาร์ ยังไม่มีการลงทุนในด้านธุรกิจโรงพยาบาลจากประเทศไทยเช่นกัน แต่มีการเปิดเป็นศูนย์ส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยชาวเมียนมาร์สามารถเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลแม่ได้แทน ตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลเวชธานี และ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการที่มีศูนย์ส่งต่อในเมืองย่างกุ้งและมัณฑะเลย์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า บริษัทเดียวที่มีการลงทุนทางตรงแล้วอย่างชัดเจน คือ กลุ่ม BGH มีการลงทุนแล้ว (Mode 3) ทั้งในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ (ในสองประเทศหลังยังคงเป็นการลงทุนในรูปแบบคลินิก ไม่ใช่โรงพยาบาล) บริษัทที่เหลือในตลาดหลักทรัพย์บางบริษัทแสดงออกว่ากำลังตัดสินใจ เช่น กลุ่ม BCH และ VIH เป็นต้น โดยเฉพาะในประเทศเมียนมาร์ที่น่าจะเป็นประเทศผู้รับการลงทุนหลักโดยเปรียบเทียบ (เพราะเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยสูงสุดเป็นอันดับ 1) ในขณะที่บางบริษัทดูเหมือนว่ายังไม่มีการเคลื่อนไหว อาจเพราะต้องการตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เกิดขึ้นภายในประเทศและทำการค้าแบบ Mode 2 มากกว่า หรืออาจเป็นเพราะต้นทุนในการศึกษาเพื่อการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์นั้นสูงเกินไป รวมทั้งเกรงความเสี่ยงที่เกิดจากตัวตลาดเองและการคุ้มครองการลงทุนด้วย

ตารางที่ 7. 1 รายชื่อโรงพยาบาลที่มีการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

ประเทศ	รายชื่อโรงพยาบาล
กัมพูชา	1) กลุ่ม BGH (โรงพยาบาลที่เมืองเสียมราฐ (รอยัลอังกอร์ และ รอยัลรัตนะ) และกรุงพนมเปญ (รอยัลพนมเปญ) และลงทุนกับ N Health Cambodia Co. Ltd)
ลาว*	1) โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทอร์น - วัฒนา (เปิดโพลีคลินิกที่นครหลวงเวียงจันทน์) 2) กลุ่ม BGH (เปิดคลินิกที่แขวงพระบาง และลงทุนกับ N Health Laos Co. Ltd)
เมียนมาร์	1) โรงพยาบาลเวชธานี (มีตัวแทน/ศูนย์ส่งต่อ (Shimmering Gold Services (Mandalay); Corporate Management and Consultants (Yangon); Thien Minn Services (Yangon); Kumudra Physiocare Center (Yangon); Yadanar Htay (Yangon); Zaw Maung Medical Services (Yangon))) 2) กลุ่ม BGH (มีตัวแทน/ศูนย์ส่งต่อ เปิดคลินิกที่เมืองมณฑะเลย์และย่างกุ้ง และลงทุนกับ N Health Myanmar Co. Ltd) 3) โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มีสัญญาบริหารจัดการกับโรงพยาบาลในเมียนมาร์ 4) กลุ่มโรงพยาบาลวิชัยเวชมีสำนักงานตัวแทน

ที่มา : ลาว (พงษ์รัตนดา บุตรโต, 2556) และจากข่าวในบทที่ 6

- หมายเหตุ ; 1. N Health เป็นบริษัทในเครือ BGH ที่มีสำนักงานในทุกสาขาของโรงพยาบาลกรุงเทพในเมียนมาร์และกัมพูชา เน้นการให้บริการใน 3 เรื่องหลัก คือ Healthcare Advanced Diagnostics, Health Care Sterilization and Engineering และ Healthcare Management Service (ที่มา www.logisticsdirect.com วันที่ 14 ต.ค. 2554)
2. ไม่รวมคลินิกเสริมความงาม

แรงจูงใจในการลงทุน

ในกลุ่มบริษัทที่มีการลงทุนทางตรง และ/หรือมีกลยุทธ์เชิงรุกแล้ว พบว่าส่วนมากมีแรงจูงใจทำเพื่อการแสวงหาตลาดและขยายฐานลูกค้าที่มีความหลากหลายในต่างประเทศ (Market Seeking และ Diversification Seeking) ซึ่งสอดคล้องกับตัวเลขการเติบโตของผู้ป่วยจากประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย (ภายใต้ Mode 2) ที่สูงขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจอีกประการหนึ่งที่เป็นไปได้คือการแสวงหาสินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic Assets Seeking) กล่าวคือ โรงพยาบาลอาจลงทุนเพื่อสร้างภาพลักษณ์ขององค์กรและสร้างเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจเพื่อผลประโยชน์ทางการค้า (ในอนาคต) ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่โรงพยาบาลเครือ IHH ของมาเลเซียใช้ในการควบรวมกิจการกับกลุ่ม Parkway (Singapore) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างชื่อเสียงในภูมิภาค โดย ASEAN Secretariat (2013) คาดว่าน่าจะเป็นกลยุทธ์ที่กลุ่ม BGH ใช้เพื่อสร้างแบรนด์และชื่อเสียงในฐานะผู้เล่นระดับโลกเช่นกัน

ทั้งนี้ การลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลยังสร้างประโยชน์และแรงจูงใจด้านอื่นได้อีก เช่น (1) ขนาดที่ใหญ่ขึ้นทำให้โรงพยาบาลมีอำนาจต่อรองกับบริษัทที่ขายอุปกรณ์ทางการแพทย์และ

ยาสูงขึ้น อำนาจต่อรองที่สูงขึ้นนี้จะทำให้ต้นทุนการผลิตต่อหน่วยของรัฐกิจโรงพยาบาลต่ำลงได้ต่อไป และ (2) รัฐกิจโรงพยาบาลที่ทำการลงทุนทางตรงยังอาจได้รับประโยชน์จากการว่าจ้างแพทย์ในภูมิภาคไว้ก่อนได้อีกด้วย ซึ่งจะทำให้รัฐกิจโรงพยาบาลได้รับผลกระทบที่น้อยลง จากปัญหาความขาดแคลนแพทย์อันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตเมื่อมีการค้าเสรีอย่างเต็มรูปแบบ

แรงจูงใจประเภทอื่นๆ ทั้งหมด ได้แก่ การแสวงหาทรัพยากรในการผลิต การแสวงหาประสิทธิภาพ การแสวงหาสิทธิประโยชน์ทางการเงิน การแสวงหาการควบคุมห่วงโซ่มูลค่า และการแสวงหาเทคโนโลยี ไม่น่าที่จะเกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้านสุขภาพโดยตรง เพราะการค้าบริการด้านสุขภาพไม่ใช่การผลิตสินค้า ทรัพยากรที่รัฐกิจใช้ในกระบวนการผลิต “บริการสุขภาพ” นั้นจำเป็นต้องอยู่เฉพาะในอาณาเขตประเทศเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็นที่ดิน หรือแรงงาน และแม้ว่าอาเซียนจะมีการลงนามความตกลงร่วมแบบ MRA ของบุคลากรทางการแพทย์ทุกรูปแบบแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีข้อกีดกันที่สำคัญอยู่ คือ การสอบใบประกอบโรคศิลปะยังคงเป็นภาษาท้องถิ่นของแต่ละที่ และการที่ประชาชนยังไม่ยอมรับแพทย์ต่างชาติ การลงทุนทางตรงขาออกเพื่อวัตถุประสงค์ในการว่าจ้างแพทย์จากประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ที่มีค่าจ้างถูกกว่าแพทย์ไทย เพื่อให้มาบริการผู้ป่วยชาวไทยจึงน่าจะเป็นไปได้ยาก

สำหรับกลยุทธ์ในการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์กลุ่มโรงพยาบาลแต่ละแห่งจากการสัมภาษณ์ ก็พบว่าไม่ต่างกันมากนัก เกือบทุกบริษัทเน้นการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาล การควบรวมกิจการโรงพยาบาลเอกชนในภูมิภาค การสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศอันเป็นการสร้างและขยายฐานลูกค้าด้วยการส่งต่อคนไข้ และการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาล เป็นอันดับแรกก่อน และหากมีอุปสงค์มากเพียงพอและความเสี่ยงในการลงทุนน้อยเพียงพอ จึงจะทำการลงทุน

ปัจจัยผลักดัน (Push Factors) ของการลงทุนทางตรงของรัฐกิจโรงพยาบาลไทย

1. นโยบายภาครัฐในประเทศไทย

ปัจจุบัน ประเทศไทยได้ให้การสนับสนุนการลงทุนทางตรงขาออกของรัฐกิจในหลายๆ ด้าน เช่น การสนับสนุนผ่านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) การสนับสนุนการเข้าถึงสินเชื่อผ่านธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้า (EXIM Bank) การสนับสนุนด้านข้อมูลวิจัยและการเชื่อมต่อกับพันธมิตรทางธุรกิจ และการเจรจาข้อตกลงและสนธิสัญญาของกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศ การสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การขยายวงเงินสำหรับการลงทุนทางตรงในต่างประเทศของธนาคารแห่งประเทศไทย และ การสนับสนุนด้านข้อมูลของสภาอุตสาหกรรม/หอการค้าไทย/สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (Pachanee and Wibulpolprasert, 2004; Wee, 2007; สันติ ท่องแก้ว พ.ศ. 2553; นันทพร วงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์, 2012) เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้ทำให้ต้นทุนและความเสี่ยงในการลงทุนทางตรงของรัฐกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยลดลง เป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดการลงทุนทางตรงมากขึ้น

2. ภาวะการแข่งขันภายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีตลาดการค้าของประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคบริการมีการแข่งขันที่สูงขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สอดคล้องกับทิศทางการเติบโตของผู้ประกอบการกลุ่ม SMEs ในประเทศ และการสนับสนุนการลงทุนทางตรงจากเข้า (FDI) ของภาครัฐ อันส่งผลให้ผู้ประกอบการหลายรายมีแรงจูงใจในการขยายการลงทุนไปยังต่างประเทศ สำหรับการเติบโตของตลาดการค้าบริการทางสุขภาพนั้น พบว่าแม้ว่าจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยจะค่อนข้างคงที่ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา (ยกเว้นแต่ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจที่มีโรงพยาบาลเอกชนบางรายต้องปิดตัวลง) แต่การที่โรงพยาบาลเอกชนยังคงสัดส่วนจำนวนเตียงที่สูงอยู่ (ในปี พ.ศ.2550 สัดส่วนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ร้อยละ 31 ของจำนวนเตียงทั้งหมดในประเทศ (Arunanondchai and Fink, 2007)) แม้ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ที่ลดค่ารักษาภายในภาครัฐลงเหลือ 0 บาทจนน่าจะเกิดการแทนที่การรักษาพยาบาลในภาคเอกชนด้วยการรักษาพยาบาลในภาครัฐ) ก็ตาม น่าจะเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นได้ว่าธุรกิจโรงพยาบาลยังคงเป็นธุรกิจที่เข้มแข็งและมีภาวะการแข่งขันสูง นอกจากนี้ ภาวะการแข่งขันของธุรกิจโรงพยาบาลยังสามารถวัดได้จากตัวเลขอัตราการครองเตียงอีกด้วย จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2554 โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยมีอัตราการครองเตียงอยู่ที่เพียงร้อยละ 55.3 เท่านั้น อัตราการครองเตียงที่ต่ำนี้ชี้ให้เห็นถึงการมีอุปทานส่วนเกินของธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทยและมีนัยยะต่อศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยต่างชาติ (โดยเฉพาะใน Mode 2) ได้อีกด้วย

ปัจจัยดึง (Pull Factors) ของการลงทุนทางตรงในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

1. ตลาดการค้าบริการสุขภาพของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

ในด้านอุปสงค์ พบว่า ทั้งสามประเทศมีผู้มีรายได้สูงอยู่เป็นจำนวนมาก ในประเทศกัมพูชาและลาว จำนวนผู้ที่ถือครองรายได้สูงเป็นร้อยละ 10 อันดับแรกของประเทศ มีรายได้คิดเป็นประมาณร้อยละ 30 ของรายได้รวมของประเทศ (World Bank 2014) แสดงให้เห็นกลุ่มเป้าหมายจำนวนหนึ่งที่น่าจะมีกำลังซื้อมากพอที่จะจ่ายเพื่อการบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นบริการในประเทศหรือนอกประเทศก็ตาม และในด้านอุปทาน พบว่าลักษณะที่สำคัญของระบบสุขภาพของทั้งสามประเทศที่ทำการศึกษา คือ ความไม่เพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ อาทิเช่น

- จำนวนเตียงในโรงพยาบาล (ประเทศกัมพูชามีเตียงโรงพยาบาลเพียง 0.72 เตียงต่อประชากร 1000 คน ลาวมี 1.5 เตียงต่อประชากร 1000 คน (พ.ศ.2555) และเมียนมาร์มี 0.6 เตียงต่อประชากร 1000 คน (พ.ศ.2549))
- จำนวนสถานพยาบาล (ประเทศลาว มี โรงพยาบาลประจำแขวงเพียง 16 แห่ง ทั่วประเทศโดยไม่มีโรงพยาบาลเอกชนเลยแม้แต่แห่งเดียว มีเพียงคลินิกเอกชนและร้านขายยาเอกชนเท่านั้น ส่วนชาวเมียนมาร์ก็ไม่ใช้บริการของสถานพยาบาลในภาครัฐเลย เพราะไม่เชื่อในคุณภาพของบุคลากรและเครื่องมือแพทย์ที่ล้าหลัง จึงเลือกที่จะข้ามแดนมารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลในประเทศไทยเป็นส่วนใหญ่) (Thida 2013; Salween News 2010)

- จำนวนบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของภาครัฐก็มีความขาดแคลน ดังจะได้จากตารางที่ 7.2 ที่แสดงให้เห็นการลงทุนในด้านสาธารณสุขของรัฐบาลที่น้อยมาก และมีการขยายตัวของภาคเอกชน เช่น คลินิกส่วนตัวของแพทย์หรือร้านขายยา (เช่น ประเทศลาวมีจำนวนคลินิกเอกชนมากถึง 254 คลินิก เทียบกับโรงพยาบาลประจำแขวงเพียง 16 โรง และมีร้านขายยาถึง 1,865 ร้านทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2554)

เมื่อพิจารณาทั้งอุปสงค์และอุปทานประกอบกันแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศลาว กัมพูชา และเมียนม่ายังคงมีอุปทานที่มีจำกัด และมีคนกลุ่มหนึ่งที่มีกำลังซื้อสูงเพียงพอที่จะเลือกที่จะไม่ใช้บริการของสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมีความแออัดและคุณภาพที่ค่อนข้างต่ำ ก่อให้เกิดอุปสงค์ส่วนเกิน (Excess Demand) โดยเฉพาะใน segment ระดับบนของตลาดที่ภาคธุรกิจโรงพยาบาลไทยจะเข้าไปซึมซับได้

ตารางที่ 7.2 อัตราค่าใช้จ่ายในภาคสาธารณสุขโดยรัฐบาล (ร้อยละของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องสุขภาพทั้งหมด)

ประเทศ	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
กัมพูชา	22.06	17.61	23.71	18.63	19.45	22.47	22.63	24.68
ลาว	16.99	27.64	24.83	23.98	49.29	46.55	49.38	51.20
เมียนมาร์	9.01	14.43	11.77	11.07	11.37	15.58	15.93	23.90
ไทย	64.39	72.70	76.33	75.89	74.21	74.59	77.70	76.43

ที่มา: World Bank(2014)

2. ต้นทุนของทรัพยากรการผลิตของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

ประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนม่ายังมีทรัพยากรทางธรรมชาติอยู่มาก และที่สำคัญปัจจัยการผลิตหลายประการยังมีต้นทุนที่ถูกกว่าประเทศไทยโดยเฉพาะแรงงาน โดยในปีค.ศ. 2010 อัตราค่าแรงขั้นต่ำต่อวันในประเทศกัมพูชาเท่ากับ 1.67 เหรียญสหรัฐ และในประเทศลาวเท่ากับ 2.23 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ประเทศไทยเท่ากับ 4.98-6.79 เหรียญสหรัฐ คือมากกว่าหนึ่งเท่าตัว (สันติ ท่องแก้ว พ.ศ. 2553) ทั้งนี้ ตัวเลขนี้ยังไม่ได้พิจารณาความแตกต่างของค่าแรงของแรงงานระดับที่มีทักษะรวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งน่าจะมีความแตกต่างมากกว่าหนึ่งเท่าตัวด้วย ยกตัวอย่างเช่น จากรายงานของศูนย์บริการข้อมูลการค้าชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน กรมการค้าต่างประเทศ (พ.ศ. 2556) พบว่าอัตราค่าแรงของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศลาวมีค่าที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทย กล่าวคือ แพทย์ชาวลาวที่บรรจุใหม่ในโรงพยาบาลของรัฐจะมีรายได้เดือนละประมาณ 4,600 บาท ในขณะที่แพทย์จบใหม่ชาวไทยจะมีรายได้ต่ำเดือนละประมาณ 20,000 บาท³³ เมื่อได้รับการบรรจุในโรงพยาบาลของรัฐ สำหรับกรณีของพยาบาลนั้น พยาบาลชาวลาวจะได้รับเงินเดือนเท่ากับ 4,000 บาทต่อเดือน เมื่อบรรจุเข้าทำงานในโรงพยาบาลของ

³³ เกณฑ์การกำหนดอัตราเงินเดือนสำหรับคุณวุฒิที่ก.พ. รับรอง เลขที่ นร ๑๐๐๘.๑/ว ๒๐

รัฐซึ่งนับว่าต่ำมาก อีกทั้งนโยบายส่งเสริมธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจบริการสุขภาพของรัฐบาล (ในกรณีของประเทศลาว และกัมพูชา มีการส่งเสริมธุรกิจการผลิตยาและเวชภัณฑ์รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ ในกฎหมายส่งเสริมการลงทุนด้วย) ทั้งหมดนี้น่าจะมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ต้นทุนของทรัพยากรการผลิตในประเทศดังกล่าวมีมูลค่าที่ต่ำกว่าในประเทศไทย

3. การส่งเสริมจากภาครัฐของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

รัฐบาลของประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์กำลังมีความพยายามที่จะแก้ไขกฎระเบียบต่างๆ เพื่อที่จะดึงดูดนักลงทุนให้เข้ามาลงทุนในประเทศของตน ไม่ว่าจะเป็นการอำนวยความสะดวกในเรื่องการจัดตั้งบริษัท การให้สิทธิในการเช่าที่ดินเป็นระยะเวลายาวนาน การยกเว้นภาษีนิติบุคคล (กำไร) เป็นระยะเวลาหลายปีในช่วงแรกของการทำธุรกิจ การยกเว้นภาษีศุลกากรของวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิต หรืออุปกรณ์เครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต การอำนวยความสะดวกในการเข้ามาอยู่อาศัยเพื่อทำงานของชาวต่างชาติในประเทศเหล่านี้ หรือแม้แต่การให้คำยืนยันตามกฎหมายว่าจะไม่มีการยึดกิจการของนักลงทุนมาเป็นของรัฐไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม (รายละเอียดในบทที่ 5) แม้ว่าการให้ความสำคัญต่อธุรกิจบริการสุขภาพจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น ในกรณีของประเทศลาว ที่ให้ความสำคัญกับการลงทุนในสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นอันดับต้นๆ (ส่งเสริมระดับ 1 ในกรณีที่เป็นการลงทุนเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ) โดยจะให้สิทธิประโยชน์มากกว่าการลงทุนในธุรกิจอื่น หรือในกรณีของประเทศกัมพูชาที่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับลักษณะของสถานพยาบาลที่จะได้รับการส่งเสริมไว้ในกฎหมายฉบับย่อย ซึ่งหากนักลงทุนสามารถทำตามข้อกำหนดดังกล่าวได้ ก็จะได้รับสิทธิประโยชน์ทั้งหลายที่รัฐบาลกัมพูชากำหนดไว้เพื่อเป็นการส่งเสริมการทำธุรกิจเพื่อให้นักลงทุนมีผลกำไรที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม แนวทางส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศเมียนมาร์ยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน เนื่องมาจากการที่กฎหมายการลงทุนของประเทศเมียนมาร์ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับธุรกิจโรงพยาบาลมากนัก

7.2 อุปสรรคของการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

แม้ว่าจะมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการข้างต้น แต่การลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลจากประเทศไทยในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์นั้นก็ยังมีจำกัดอยู่ ทั้งนี้เพราะมีอุปสรรคบางประการ ทั้งที่เป็นอุปสรรคด้านการลงทุนในภาพกว้างที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่ธุรกิจโรงพยาบาล และอุปสรรคด้านการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาลโดยตรง

เนื่องจากทั้งสามประเทศที่ทำการศึกษานับเป็นประเทศกำลังพัฒนา จึงพบว่ายังคงมีอุปสรรคด้านการลงทุนในภาพกว้างที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่ธุรกิจโรงพยาบาล เช่น ปัญหาด้านเสถียรภาพของระบบเศรษฐกิจซึ่งพึ่งพิงเศรษฐกิจโลกอยู่พอสมควร (World Bank 2014) ปัญหาของการควบคุมอัตราเงินเฟ้อซึ่งเคยมีค่าสูงมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ในประเทศกัมพูชา อัตราเงินเฟ้อเคยขึ้นสูงถึงร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2548 สำหรับประเทศลาว และร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2550 สำหรับประเทศเมียนมาร์) และปัญหาอัตราแลกเปลี่ยนที่ไม่มีค่ากลางที่เชื่อถือได้ (ในกรณีของประเทศเมียนมาร์)

มีอัตราแลกเปลี่ยนสกุลเงินแบบ 2 อัตรา³⁴ ทั้งอัตราที่เป็นตามประกาศทางการและอัตราในตลาด (สำนักข่าว Xinhua 2011, The Wall Street Journal 2011) เช่นกันกับประเทศกัมพูชา (The Chinese University of Hong Kong 2000; Fan 2004) และ ประเทศลาว (Fan 2004)) ทั้งหมดนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่นักลงทุนที่ต้องการเข้าไปขายสินค้าหรือบริการในทั้งสามประเทศได้ เพราะส่งผลให้แผนการดำเนินธุรกิจมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากไม่สามารถคาดการณ์ต้นทุนหรือกำหนดราคาค่าบริการล่วงหน้าได้ รวมทั้งยังอาจก่อให้เกิดความสับสนในการโอนย้ายเงินลงทุนหรือกำไรระหว่างประเทศ

นอกจากนี้ ยังพบว่าประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ยังคงมีปัญหาในด้านความโปร่งใสในการจัดตั้งธุรกิจใหม่ การปกป้องนักลงทุน และปัญหาคอร์รัปชัน (World Bank, Institutional Investors' Global Country Credit Survey (2011) และ Transparency Institutional (2011) ในชโยดม สรรพศรี และ กรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์ (2555)) การหาหุ้นส่วนทางธุรกิจที่มีสัมพันธ์อันดีกับหน่วยงานของรัฐและ/หรือมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมด้านกฎระเบียบภายในประเทศจะช่วยทำให้ความเสี่ยงในการลงทุนลดลงได้ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการลงทุนของภาครัฐในทั้งสามประเทศยังไม่มี การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการหาหุ้นส่วนทางธุรกิจ (Business Matching) อย่างเป็นทางการ ในขณะเดียวกัน หน่วยงานส่งเสริมการลงทุนของประเทศไทยเองก็ยังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เพียงพอ และไม่มีองค์ความรู้เฉพาะ (Industry-specific Knowledge) ที่เกี่ยวกับธุรกิจโรงพยาบาล

สำหรับอุปสรรคด้านการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจโรงพยาบาล แบ่งได้เป็น

1. ข้อจำกัดด้านกฎระเบียบ

ภายใต้กรอบของ AFAS และ ACIA ธุรกิจโรงพยาบาลไทยน่าจะมีโอกาสในการลงทุนในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์อย่างสะดวกมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังปรากฏว่ามีข้อจำกัดอยู่หลายส่วน โดย Dee (2011) ได้ทำการสำรวจข้อจำกัดของการค้าบริการด้านสุขภาพในภูมิภาคอาเซียนในปี ค.ศ. 2008 - 2009 โดยการส่งแบบสอบถามให้กับหน่วยงานของรัฐ องค์การที่เกี่ยวข้อง และผู้ประกอบการในภาคการบริการด้านสุขภาพ ถ้ามองถึงอุปสรรคและข้อจำกัดที่ยังอาจมีอยู่ในประเทศต่างๆ และกำหนดคะแนนให้โดยหากคะแนนเท่ากับ 1 หมายความว่าประเทศยังมีข้อจำกัดในด้านที่เกี่ยวข้องอยู่ และหากคะแนนเท่ากับ 0 หมายความว่าประเทศไม่มีข้อจำกัดนั้นแล้ว และในบางกรณี อาจมีคะแนนที่อยู่กึ่งกลางระหว่าง 0 และ 1 โดยหมายความว่าข้อจำกัดยังคงมีอยู่แต่ได้มีการลดหย่อนไปบ้างแล้ว Dee (2011) แบ่งผลการสำรวจออกเป็น 2 ด้าน คือ (1) ธุรกิจโรงพยาบาล (Hospital Services) อันหมายถึงการลงทุนทางตรง

³⁴ รัฐบาลเมียนมาร์กำลังมีความพยายามที่จะปฏิรูประบบการแลกเปลี่ยนเงินตราในประเทศโดยขอความช่วยเหลือเชิงเทคนิคจากองค์กรการเงินระหว่างประเทศหรือ IMF ใน ปีพ.ศ. 2554 โดยในอดีต รัฐบาลเมียนมาร์มีอัตราแลกเปลี่ยนทางการอยู่ที่ 6 จ๊าดต่อ 1 เหรียญสหรัฐ แต่อัตราแลกเปลี่ยนในตลาดการทำธุรกิจจะอยู่ที่ประมาณ 800 จ๊าดต่อ 1 เหรียญสหรัฐ โดยสาเหตุของความแตกต่างนี้นักวิเคราะห์ก็อ้างว่าอาจเกิดจากความพยายามของหน่วยงานรัฐหรือเจ้าหน้าที่รัฐที่ต้องการปกปิดบัญชีทรัพย์สินบางส่วนโดยใช้อัตราแลกเปลี่ยนทางการเป็นตัวช่วยปกปิด (The wall Street Journal 2011)

(Mode 3) และ (2) การให้บริการทางการแพทย์ (Medical Services) อันหมายถึงการรักษาพยาบาลของแพทย์ในสถานที่ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลทั้งหมด เช่น คลินิก หรือสถานประกอบการบริการของแพทย์ ซึ่งสามารถให้บริการได้ในทุกรูปแบบ (Mode 1-4) ผลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ได้ถูกสรุปไว้ในตารางข้างล่างโดยเครื่องหมาย ✓ หมายถึงมีข้อจำกัด ✗ หมายถึงไม่มีข้อจำกัด N/A หมายถึงผู้วิจัยไม่ได้ใส่คำถามที่เกี่ยวข้องไว้ในแบบสำรวจ หรือ คำถามดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านนั้นๆ (เช่น จะเห็นได้ว่าข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการทั้งหมดไม่เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ (Medical Services) เนื่องจากเป็นรูปแบบการให้บริการขนาดเล็กที่ไม่มีการบริหารจัดการโดยตรง หรือถ้ามีคือแพทย์จัดการเอง) รายละเอียดอยู่ในตารางที่ 7.3³⁵

จากตารางและการค้นคว้าในบทที่ 5 จะเห็นได้ว่า กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลนั้นมีเพียง 2 ประเทศที่มีการกำหนดกฎไว้อย่างชัดเจน คือประเทศกัมพูชาและลาว ในภาพรวม ทั้งสองประเทศมีการกำหนดกฎที่ค่อนข้างเป็นการกีดกันการลงทุนในธุรกิจนี้ทางอ้อม เช่น มีการกำหนดว่าการลงทุนจะต้องมีมูลค่าสูงเท่านั้น ในกรณีของประเทศกัมพูชามีการกำหนดลักษณะของโพลีคลินิกที่จะเข้ามาเปิดในประเทศว่าต้องมีจำนวนเตียงมากระดับหนึ่ง มีการลงทุนในอุปกรณ์การแพทย์หรือมีบริการที่ค่อนข้างใช้ต้นทุนสูง ไม่ว่าจะเป็นห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หรือห้องผ่าตัด นักลงทุนจึงจะมีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ที่ส่งเสริมการลงทุน หรือในกรณีของ สปป.ลาว มีการกำหนดว่าทุนจดทะเบียนของโรงพยาบาลต้องมีมูลค่า 1000 ล้านกีบขึ้นไป และต้องมีการจ้างแพทย์อาวุโสชาวลา มาทำหน้าที่ในคณะกรรมการอำนวยการของโรงพยาบาลด้วย และด้วยลักษณะของการลงทุนในโรงพยาบาลที่มักใช้ต้นทุนสูงและอาจมีการคืนทุนที่ใช้เวลานาน นักลงทุนจึงจำเป็นต้องศึกษาถึงกฎระเบียบข้อบังคับ และสถานะตลาดให้ถ้วนถี่ก่อนดำเนินการลงทุน ในกรณีของประเทศเมียนมาร์นั้น กฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการลงทุนทางตรงระหว่างประเทศในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังไม่มี ความชัดเจนเพียงพอที่กล่าวอะไรได้ แต่จากการศึกษาข้อระเบียบที่รัฐบาลกำหนดกับธุรกิจอื่น ก็เชื่อได้ว่า กฎระเบียบดังกล่าวน่าจะมีลักษณะกีดกันการลงทุนขนาดเล็กในลักษณะเดียวกัน

ข้อควรระวังอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับกฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการลงทุนในทั้งสามประเทศ คือ การที่ทั้งสามประเทศเพิ่งเริ่มมีการเปิดประเทศเพื่อรับการลงทุนอย่างจริงจังมาไม่นาน (ไม่เกิน 5 ปี) การออกกฎหมายต่างๆ จึงยังไม่มีความชัดเจนมากนัก และยังคงมีการแก้ไขปรับปรุงอยู่เรื่อยๆ อาทิเช่น จะเห็นได้จาก กรณีของประเทศกัมพูชาที่เพิ่งแก้กฎหมายว่าด้วยการลงทุนครั้งล่าสุดใน ปี พ.ศ. 2548 และมีการแก้ไขเพิ่มเติมรายละเอียดของกฎระเบียบเหล่านั้นเรื่อยมา หรือ กรณีของประเทศเมียนมาร์ที่กฎหมายบางฉบับ (เช่น กฎหมายว่าด้วยเขตเศรษฐกิจพิเศษ) ยังอยู่ในกระบวนการร่างและยังไม่มี การประกาศใช้อย่างเป็นทางการ แม้ว่าจะเริ่มมีการประกาศเขตเศรษฐกิจพิเศษจำนวนหนึ่งในบางพื้นที่แล้ว

³⁵ ข้อมูลจากตารางที่ 7.3 อาจจะดูเหมือนว่าประเทศเมียนมาร์มีการกีดกัน เนื่องจากในระยะเวลาที่ Dee (2011) ทำการสำรวจนั้น ประเทศเมียนมาร์ยังไม่ได้เปิดประเทศเต็มที่ ข้อสังเกตที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ข้อมูลบางประการในตาราง อาจเป็นข้อมูลที่ล้าหลังไปแล้ว ตัวอย่างเช่น ข้อมูล Foreign Ownership ที่ปัจจุบันได้เปิดโอกาสให้ชาวต่างชาติเข้ามา ถือหุ้นได้สูงสุดร้อยละ 70 สำหรับโรงพยาบาลทั่วไป และร้อยละ 49 สำหรับโรงพยาบาลเฉพาะทางตามความตกลงว่าด้วยการค้าบริการอาเซียนที่ได้ลงนามข้อผูกพันนี้เมื่อปี พ.ศ. 2555 ไปแล้ว เป็นต้น

นอกจากนั้นแล้ว เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎระเบียบต่างๆ ภาษาที่ใช้ในเอกสารราชการก็มักจะเป็นภาษาประจำชาติ มักใช้เวลาระยะหนึ่งกว่าที่จะมีการแปลเอกสารดังกล่าวเป็นภาษาอังกฤษ นักลงทุนจึงอาจมีความจำเป็นที่จะต้องหาหุ้นส่วนทางธุรกิจที่เป็นคนชาตินั้น เพื่อคอยเป็นผู้ดูแลติดตามการเปลี่ยนแปลงของกฎระเบียบแล้วสื่อสารการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมายังนักลงทุนได้อย่างทันเวลา³⁶

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งที่ได้จากการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลในทั้งสามประเทศ คือ ในเอกสารการแนะนำของหน่วยงานราชการของทั้งสามประเทศจะพูดถึงแต่กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวกับการลงทุนในภาพรวม หรือในโครงการการลงทุนที่แพร่หลายอยู่แล้วเท่านั้น เช่น การผลิตเพื่อการส่งออก หรือการนำเข้าสินค้ามาขายในประเทศ แต่จะไม่มีรายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาคธุรกิจอื่นๆ ที่มีใช้ภาคธุรกิจที่แพร่หลายเหล่านี้เลย อาทิเช่น ในกรณีของประเทศกัมพูชา หรือลาว ที่แม้จะเน้นย้ำถึงความสำคัญของธุรกิจการท่องเที่ยวในประเทศของตน ก็ไม่มีการระบุที่ชัดเจนถึงกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจร้านอาหารหรือโรงแรม หรือธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว

ข้อควรระวังอีกประการหนึ่ง คือความเข้มงวดของผู้ใช้กฎระเบียบซึ่งอาจขาดซึ่งความละเอียดละอ่วยในการควบคุม ดังจะเห็นได้จากข้อกำหนดในกฎระเบียบว่าด้วยการลงทุนของทั้งสามประเทศที่มีลักษณะค่อนข้างควบคุมนักลงทุนค่อนข้างมาก อาทิเช่น ในกรณีของประเทศกัมพูชาและ สปป.ลาวที่มีการกำหนดว่านักลงทุนจำเป็นต้องรายงานผลดำเนินการว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ทุก 6 เดือนและรายปี หากมีการผิดระเบียบดังกล่าว หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลเรื่องการลงทุนมีสิทธิเพิกถอนใบอนุญาตการลงทุนทันที หรือในกรณีของประเทศเมียนมาร์ นักลงทุนต้องดำเนินการก่อสร้างสิ่งก่อสร้างตามที่ขออนุมัติให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดในแผนการลงทุน โดยจะมีการผ่อนผันให้ตามความเห็นของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ซึ่งถ้านักลงทุนไม่สามารถก่อสร้างให้แล้วเสร็จได้ตามกำหนด รัฐบาลของประเทศเมียนมาร์มีสิทธิเพิกถอนใบอนุญาตลงทุนและยึดสิ่งก่อสร้างนั้นเป็นของตนโดยไม่มีการชดเชยใดๆ หรือในกรณีที่หากนักลงทุนต้องการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดเกี่ยวกับการลงทุน จำเป็นต้องรายงานไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในระยะเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นแล้วจะถือว่าผิดกฎระเบียบ การขาดกลไกคุ้มครองการลงทุนภายในประเทศที่น่าเชื่อถือนี้นับเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการลงทุน

³⁶ เช่นในกรณีของประเทศญี่ปุ่นที่มีการจัดตั้งหน่วยงาน Japan Desk ขึ้นมาในหน่วยงาน CDC เพื่อคอยทำหน้าที่ตรวจเช็คกฎระเบียบอยู่เสมอแล้วสื่อสารไปยังนักลงทุนชาวญี่ปุ่นโดยตรง

ตารางที่ 7.3 ข้อจำกัดของการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์

ประเภทของข้อจำกัด	ธุรกิจโรงพยาบาล (Hospital Services)				การบริการทางการแพทย์ (Medical Services)			
	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
การเข้าสู่ตลาดของ ผู้ประกอบการใหม่ (New entry)	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
ข้อบังคับการร่วมทุน (Joint Venture Requirement)	✓	✗	✗	✓	✗	✗	✓	✓
ประเภทของบริการทาง การแพทย์ (Scope of Services)	✓	✗	✓	✓	N/A	N/A	N/A	N/A
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถ ให้บริการได้ (Number of Clients)	✓	✗	✗	✓	N/A	N/A	N/A	N/A
ข้อกำหนดให้มีบุคคลที่ถือ สัญชาติของประเทศร่วม บริหาร/จัดการ (Requirement on Nationals or executives)	✓	✓	✓	✓	N/A	N/A	N/A	N/A

ประเภทของข้อจำกัด	ธุรกิจโรงพยาบาล (Hospital Services)				การบริการทางการแพทย์ (Medical Services)			
	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
ผู้บริหารต้องได้รับใบอนุญาตจากประเทศ (Management to be locally licensed)	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
ข้อกำหนดให้ว่าจ้างผู้ถือสัญชาติของประเทศ (Requirement to have Nationals on Staff)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
การนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์การทดสอบความต้องการของตลาด (Labor Market Test)	✗	✗	✓	✓	✗	✗	✓	✓
บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาบริหารจัดการต้องมีใบอนุญาต (Managerial Medical Personnel Subject to Local license)	✓	✓	✓	✓	N/A	N/A	N/A	N/A

ประเภทของข้อจำกัด	ธุรกิจโรงพยาบาล (Hospital Services)				การบริการทางการแพทย์ (Medical Services)			
	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาให้บริการต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ (Local license to practice)	N/A	N/A	N/A	N/A	✓	✗	✓	✓
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปต่างประเทศ (cross - border delivery)	✗	✗	✗	✗	N/A	N/A	N/A	N/A
การเป็นเจ้าของกิจการของต่างชาติ (Foreign ownership)	✓ (ถือได้ 49%)	✗	✗	✓ (ถือได้ 0%)	✓ (ถือได้ 49%)	✗	✓ (ถือได้ 25%)	✓ (ถือได้ 0%)
ระเบียบวิธีและข้อจำกัดของใบอนุญาตที่แตกต่างระหว่างผู้ประกอบการในและต่างประเทศ	✗	✗	✓	✓	N/A	N/A	N/A	N/A
ข้อบังคับการให้ความรู้แก่บุคลากรในประเทศ (Training local staff)	✗	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓

ประเภทของข้อจำกัด	ธุรกิจโรงพยาบาล (Hospital Services)				การบริการทางการแพทย์ (Medical Services)			
	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์	ไทย	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
การเข้าถึงเงินสนับสนุน ของรัฐ (Access to Subsidies)	✗	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✓

ที่มา : Dee (2011) และ Dee and Dinh (2009)

2. ข้อจำกัดด้านการดำเนินธุรกิจและปัจจัยการผลิต

ในการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาล อุปสรรคที่สำคัญส่วนหนึ่งคือความพร้อมของปัจจัยการผลิต (Factors of production) ไม่ว่าจะเป็นแรงงาน (Labor) ที่ดินและสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน (Land)

แรงงาน

ในส่วนของแรงงานในการผลิตบริการด้านสุขภาพในทั้งสามประเทศนั้น พบว่ามีความขาดแคลนมากและมีคุณภาพที่ยังไม่ได้มาตรฐาน ตามที่ได้อธิบายในรายละเอียดไว้แล้วข้างต้น การว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ภายในสามประเทศเองอาจจะเป็นไปได้ยากเนื่องด้วยอุปทานที่มีจำกัด อีกทั้ง ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยเองก็อาจจะไม่ได้เต็มใจที่จะว่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ในของทั้งสามประเทศ เพราะหากคุณภาพการรักษามีปัญหา ก็จะส่งผลต่อชื่อเสียงและภาพลักษณ์ได้ ในปัจจุบันวิธีการแก้ไขปัญหา คือการขออนุมัตินำเข้าแพทย์ไทยเข้าไปให้บริการในประเทศผู้รับการลงทุน โดยขอเป็นกรณีพิเศษไม่ได้ขึ้นกับข้อกำหนดทางวิชาชีพอย่าง MRAs อย่างไรก็ดี การดำเนินธุรกิจเช่นนี้นับว่ามีความเสี่ยงสูงมาก เพราะขึ้นกับสายสัมพันธ์ในการทำธุรกิจและความไม่แน่นอนทางการเมืองภายในประเทศผู้รับการลงทุน

ที่ดินและสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มโรงพยาบาลรายใหญ่ ที่ดินนับเป็นหนึ่งในอุปสรรคที่สำคัญมากในการลงทุน ในกรณีของประเทศกัมพูชานั้น ชาวต่างชาติไม่มีสิทธิในการถือครองที่ดินในประเทศ แต่มีสิทธิถือหุ้นร่วมกับชาวกัมพูชาได้ โดยต้องถือหุ้นไม่เกินร้อยละ 49 แต่นักลงทุนต่างชาติสามารถขอสัมปทานหรือทำสัญญาเช่าที่ดินเพื่อการใช้ประโยชน์ระยะยาวได้ (ระยะเวลาอย่างต่ำ 15 ปี สูงสุด 50 ปี โดยต่อสัญญาไปได้คราวละ 50 ปี) ส่วนในกรณีของประเทศเมียนมาร์นั้น นักลงทุนไม่มีสิทธิซื้อที่ดิน แต่มีสิทธิเช่าที่ดินได้เป็นระยะเวลาเริ่มแรก 50 ปี โดยสามารถต่อสัญญาเช่าได้อีกคราวละ 10 ปี เป็นเวลา 2 ครั้ง โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก MIC และรัฐบาลเมียนมาร์ กรณีของประเทศลาวนั้น นักลงทุนมีสิทธิเช่าที่ดินตามระยะเวลาที่หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่เป็นผู้กำหนด

จะเห็นได้ว่า ในการลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลที่มักมีต้นทุนเริ่มต้นที่สูงมากบวกกับระยะเวลาการคืนทุนที่ยาวนาน การเช่าพื้นที่เพื่อทำกิจการอาจไม่คุ้มค่าการลงทุนเท่าไรนัก อีกทั้งในการขอยยเวลาเช่าจำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐบาลทุกครั้งจึงอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงและความไม่แน่นอนในการลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในประเทศเหล่านี้ได้

นอกจากอุปสรรคด้านการถือครองที่ดินแล้ว ยังพบว่าสาธารณูปโภคขั้นพื้นฐาน (อันขึ้นกับที่ตั้งของที่ดิน (location)) ก็มีผลทำให้ธุรกิจโรงพยาบาลไทยชะลอการลงทุนด้วยเช่นกัน จากข้อมูลในบทที่ 5 จะเห็นได้ว่า นักลงทุนควรเลือกไปลงทุนในเมืองใหญ่ของแต่ละประเทศเท่านั้น เนื่องจากทั้งสามประเทศมีลักษณะอย่างหนึ่งที่เหมือนกันคือมีการกระจายความเจริญที่ไม่เท่าเทียมกันทั่วประเทศอย่างรุนแรง ในพื้นที่ที่มีเมืองหลวงหรือเมืองท่องเที่ยวจะไม่มีการลงทุนในระบบสาธารณูปโภคเลย

เมื่อพิจารณาเฉพาะความพร้อมด้านสาธารณูปโภคและสิทธิพิเศษ อาจสรุปได้ว่า ในประเทศกัมพูชานั้น เมืองที่น่าสนใจไปลงทุนที่สุด คือ กรุงพนมเปญ เพราะเป็นเมืองหลวงของประเทศที่มีระบบสาธารณูปโภคครบ มีประชาชนที่มีกำลังซื้อสูงอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก (จากการที่เป็นศูนย์กลาง

เศรษฐกิจการค้า และยังมีเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีการพัฒนาค่อนข้างเสร็จสมบูรณ์แล้วด้วย) สำหรับประเทศลาว นั้น เมืองที่น่าสนใจไปลงทุนมากที่สุด คือ นครเวียงจันทน์ ด้วยเหตุผลเดียวกันกับกรณีของประเทศกัมพูชา³⁷ แต่เนื่องจาก ในประเทศลาวนั้น มีเมืองท่องเที่ยวที่รองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นจำนวนมากในแต่ละปี อีกแห่งคือที่เมืองหลวงพระบาง ระบบสาธารณูปโภคที่เมืองดังกล่าวจึงอาจมีความพร้อมในระดับหนึ่ง นักลงทุนจึงอาจพิจารณาการลงทุนในรูปแบบศูนย์ส่งต่อหรือโพลีคลินิกที่ไม่ต้องใช้ทุนจดทะเบียนสูงเท่ากับกรณีของโรงพยาบาลในพื้นที่ดังกล่าว

ส่วนในกรณีของประเทศเมียนมาร์นั้น ปัญหาสำคัญที่นักลงทุนต้องพิจารณาในการลงทุนคือเรื่องไฟฟ้าที่มักมีไม่พอใช้ในแต่ละวัน ซึ่งย่อมส่งผลต่อการทำงานของโรงพยาบาลที่จำเป็นต้องมีไฟฟ้าใช้ตลอด 24 ชั่วโมง แม้แต่ในนครย่างกุ้งเอง โรงงานหลายแห่งก็จำเป็นต้องซื้อเครื่องปั่นไฟมาใช้เอง โดยเครื่องปั่นไฟใช้น้ำมันดีเซลเป็นตัวให้พลังงาน ราคาของน้ำมันดีเซลที่ไม่แน่นอนอาจเพิ่มความไม่แน่นอนในเรื่องต้นทุนการค้าและการดำเนินการโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์มากยิ่งขึ้นไปอีก จากข้อมูลที่มีอยู่พบว่ามีเพียงเมืองเดียวที่มีไฟฟ้าใช้อย่างเพียงพอตลอด 24 ชั่วโมงกล่าวคือ เมืองเนปิดอว์ อย่างไรก็ตาม เนปิดอว์เป็นเมืองหลวงใหม่ที่เน้นการเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการของรัฐบาลเมียนมาร์เป็นสำคัญ มิได้มีการลงทุนในธุรกิจต่าง ๆ หรือมีการค้าแลกเปลี่ยนเช่นนครย่างกุ้ง หรือเมืองมัณฑะเลย์ จึงอาจทำให้อุปสงค์ต่อสถานพยาบาลเอกชนจากประชาชนที่มีกำลังซื้อสูง (เช่น นักธุรกิจหรือนักลงทุน) มีไม่มากพอที่จะคุ้มค่าการลงทุนนัก ในขณะที่ระบบสื่อสารโทรคมนาคมในประเทศเมียนมาร์เอง ก็เพิ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐบาลมาตลอด จึงอาจทำให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารโดยใช้เครือข่ายโทรคมนาคมมีราคาที่สูงและมีคุณภาพไม่ดี³⁸ ในกรณีที่ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์อันเป็นสิ่งสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยให้ทันเวลา หรือการใช้ระบบสื่อสารโทรคมนาคมในการช่วยจัดการข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาล (เช่น ระบบอินเทอร์เน็ต) ต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบสื่อสารโทรคมนาคม (ทั้งในแง่ตัวเงินและคุณภาพ) ก็อาจจะเป็นอุปสรรคอีกอย่างในการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์

ทั้งนี้ อีกเมืองที่น่าสนใจในการเข้าไปลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศเมียนมาร์ในอนาคต คือ เขตเศรษฐกิจพิเศษทวาย เนื่องจากเป็นเขตเศรษฐกิจที่มีการวางแผนการลงทุนในระบบสาธารณูปโภคที่ครบครัน³⁹ ทั้งโรงผลิตไฟฟ้า ระบบสื่อสารโทรคมนาคม ระบบการจ่ายน้ำประปา อีกทั้งมีการวางแผนที่จะก่อสร้างชุมชนอยู่อาศัยในเขตดังกล่าว ทั้ง หมู่บ้าน คอนโดมิเนียม โรงเรียน ศูนย์การค้า เพื่อรองรับการลงทุนที่น่าจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากหลังการก่อสร้างท่าเรือน้ำลึกทวายเสร็จเรียบร้อย⁴⁰

³⁷ โดยในกรณีของประเทศลาว มีเขตเศรษฐกิจพิเศษที่กำลังดำเนินการพัฒนาในนครเวียงจันทน์มากถึง 5 เขต ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มมูลค่าการค้าการลงทุนในพื้นที่ขึ้นอีกมาก

³⁸ ราคา SIM card อาจสูงถึง 2000 เหยียวสหรัฐในอดีต (ที่มา: Yozzo Telecom News)

³⁹ รับผิดชอบโครงการโดยบริษัท อิตาเลียน-ไทย เดเวลอปเมนต์ โดยมีการเซ็นสัญญาความร่วมมือกับรัฐบาลเมียนมาร์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2551

⁴⁰ มีการวางแผนสร้างโรงงานหลากหลายประเภท ทั้งขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ในเขตดังกล่าวซึ่งจะเป็นการเพิ่มพลวัตในการค้าและการลงทุนเป็นอย่างมากทั้งจากนักลงทุนชาวเมียนมาร์และนักลงทุนต่างชาติอย่างแน่นอน

บทที่ 8

บทสรุปแนวโน้มการลงทุนในอนาคตและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่าตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ ยังมีโอกาสเติบโตได้และเป็นตลาดที่น่าสนใจในการลงทุน การลงทุนมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ที่สำคัญคือความขาดแคลนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพในตลาดการค้าบริการสุขภาพในทั้งสามประเทศ อันก่อให้เกิดอุปสงค์ส่วนเกินในตลาดระดับบนที่สามารถซึมซับได้ด้วยอุปทานของธุรกิจโรงพยาบาลจากประเทศไทย

อย่างไรก็ดี การลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลยังมีอุปสรรคหลายประการ ทั้งหมดล้วนแต่สร้างความไม่แน่นอนในการดำเนินธุรกิจ ขัดกับธรรมชาติของธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการความแน่นอนสูง เนื่องจากการลงทุน (Mode 3) ใช้งบประมาณมากและใช้ระยะเวลาในการคืนทุนนาน หากมีความไม่แน่นอนมากจนเกินไป ธุรกิจก็อาจจะเลือกที่จะอยู่ในประเทศไทยและให้บริการในรูปแบบการรับบริการข้ามพรมแดน (Mode 2) แทน อุปสรรคที่ได้รวบรวมมาจากการสัมภาษณ์และทัศนวิสัยทรรศน์กรรม ได้แก่ ความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ กฎระเบียบ คอร์รัปชัน และข้อจำกัดด้านปัจจัยการผลิต โดยธุรกิจโรงพยาบาลไทยทั้งในจังหวัดชายแดนและที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และมีศักยภาพในด้านการลงทุน เห็นตรงกันว่าอุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการลงทุนในทั้งสามประเทศข้างต้น คือความไม่แน่นอนของกฎระเบียบภายในประเทศ

ถึงแม้ว่าทุกประเทศ (รวมทั้งประเทศไทย) จะมีการลงนามภายใต้ AFAS และ ACIA แล้ว แต่การ "กีดกัน" ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในรูปแบบของความไม่นิ่งและความไม่แน่นอนของการบริหารจัดการประเทศและการบังคับใช้กฎระเบียบด้านการลงทุน นอกเหนือการที่นักลงทุนจะต้องมีความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal connection) กับผู้มีอำนาจในประเทศผู้รับการลงทุนแล้ว ลักษณะหนึ่งอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ ต้องมีสายป่านในการลงทุนที่ยาวและต้องมีการประสานงานในการบริหารธุรกิจที่สูงมากพอสมควร (อีกทั้ง หากมีพันธมิตรทางธุรกิจที่เป็นเจ้าของประเทศได้ด้วยก็จะช่วยประกันความเสี่ยงได้ส่วนหนึ่ง) โดยต้องเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ได้อย่างรวดเร็ว และต้องมีเงินทุนที่สูงพอที่จะสามารถยอมรับการขาดทุนที่อาจเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเข้าไปลงทุน ในขณะที่กฎระเบียบอาจยังไม่ชัดเจนและยังอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการลงทุนในแต่ละประเทศแล้ว พบว่าแนวโน้มของการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาลไทยในประเทศกัมพูชา ลาวและเมียนมาร์ จะยังไม่เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ปัจจุบันมากนัก

- ในกรณีของประเทศกัมพูชา ได้มีโรงพยาบาลในธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยเข้าไปลงทุนแล้ว และมีแนวโน้มที่บริษัทดังกล่าวจะทำการลงทุนต่อเนื่อง โดยมองว่าแรงจูงใจหลักของการลงทุนเป็นการแสวงหาตลาด (Market Seeking) แสวงหาความหลากหลายของกลุ่มลูกค้า

(Diversification) และอาจมีแรงจูงใจด้านการแสวงหาสินทรัพย์ทางยุทธศาสตร์ (Strategic Assets Seeking) เข้าร่วมด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่ามีโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าไปลงทุนแสดงความสนใจที่จะลงทุนในประเทศกัมพูชาในอนาคตด้วย แต่ติดที่ไม่สามารถเข้าถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจในประเทศได้

- ในกรณีของประเทศลาว ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดคลินิกและศูนย์ส่งต่อบ้างแล้ว มักกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ ทำหน้าที่ในการตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนทำการส่งตัวเข้ามารักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังมีการใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลระหว่างแพทย์ชาวไทยกับแพทย์ชาวลาวในร.พ.รัฐ ในการส่งตัวผู้ป่วยกรณีที่มีความซับซ้อนในการรักษามากให้เข้ามารักษาตัวในประเทศไทย ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเห็นตรงกันว่าการลงทุนในประเทศลาวมีความจำเป็นน้อย เพราะในปัจจุบันการเดินทางจากประเทศลาวเข้ามาในประเทศไทยสะดวกสบาย ชาวลาวที่มีกำลังซื้อสูงมักชอบที่จะเดินทางมารักษาในประเทศไทย เพราะจะมีโอกาสมาท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ นอกจากนี้ ตลาดผู้ป่วยที่เป็นชาวลาวยังถือว่ามีความเล็กมาก และการลงทุนยังมีความเสี่ยง และมีความยุ่งยากในการต้องไปศึกษากฎระเบียบซึ่งยังไม่มีชัดเจนมากนัก
- ในกรณีของประเทศเมียนมาร์ ธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยยังไม่มีการลงทุนในรูปแบบโรงพยาบาล แต่มีการเปิดศูนย์ส่งต่อหรือสำนักงานตัวแทนบ้างแล้วและมักกระจุกอยู่ในเมืองใหญ่ โรงพยาบาลเอกชนในตัวเมืองของจังหวัดใกล้ชายแดนมักไปตั้งคลินิกสาขาตามพื้นที่ที่อยู่ติดกับชายแดนเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนทำการส่งต่อสู่โรงพยาบาลในเครือในตัวเมือง (Hub and Spoke Model หรือ Sun and Satellite Model) โรงพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์ล้วนเห็นว่าลักษณะการจัดการในปัจจุบัน (Mode 2) มีความเพียงพอและเหมาะสมดีแล้ว เพราะมองว่าการเข้าไปเปิดโรงพยาบาลเอกชนในประเทศเมียนมาร์โดยตรง (Mode 3) มีความเสี่ยงมากเกินไป ทั้งในแง่ของสถานการณ์การเมืองในประเทศที่ยังไม่มีความมั่นคง กฎระเบียบในเรื่องการลงทุนที่ซับซ้อนและไม่ชัดเจน และระบบสาธารณสุขปกติกในประเทศที่ไม่มีความพร้อมและไม่เอื้อต่อการทำธุรกิจ อย่างไรก็ตาม ทุกโรงพยาบาลที่ได้สัมภาษณ์มองว่า ในอนาคตอันใกล้ เศรษฐกิจของประเทศเมียนมาร์จะเติบโตอย่างมากและสร้างกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อสูงที่ต้องการการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยชาวเมียนมาร์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสาขาใหญ่ในกรุงเทพมหานครที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน โดยธุรกิจโรงพยาบาลของประเทศไทยมีความคิดที่จะเข้าไปเปิดโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์ในอนาคต แต่รอให้กฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนในโรงพยาบาลในประเทศเมียนมาร์มีความชัดเจนมากกว่านี้ก่อน และต้องการให้สถานการณ์ของประเทศเมียนมาร์มีความมั่นคงและมีความเสี่ยงน้อยลงกว่าในปัจจุบัน มากพอที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าการเข้าไปลงทุนจะให้ผลตอบแทนที่ดีกว่าการให้บริการในประเทศไทยในปัจจุบัน และจะได้รับการคุ้มครองที่น่าเชื่อถือ (Credible Investment Protection)

ตารางที่ 8. 1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
ปัจจัยที่ทำให้เกิดการค่าบริการด้านสุขภาพ			
ความขาดแคลนของอุปทานในตลาดบริการด้านสุขภาพภายในประเทศ	● ความแออัดของสถานพยาบาล (รัฐ) ● อุปสรรคทางการแพทย์ล้ำสมัย ● ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง ● ประชาชนมีปัญหาความเชื่อมั่นในด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล		
ความต้องการการรักษาพยาบาลจากประเทศไทย	● เศรษฐกิจกำลังเติบโตคนที่กำลังซื้อมีมากพอ ● โรคที่พบเจอมากในกลุ่มผู้ป่วยกัมพูชา คือ โรคด้าน MCH การตั้งครรภ์ การคลอด มะเร็ง หัวใจ อุบัติเหตุ คล้ายกันกับผู้ป่วยไทย	● เศรษฐกิจกำลังเติบโต(แม้ว่ามีแนวโน้มที่ช้ากว่าอีก 2 ประเทศ) คนที่มีกำลังซื้อมีมากพอ แต่น้อยกว่าอีก 2 ประเทศโดยเปรียบเทียบ ● โรคที่พบมากในผู้ป่วยชาวลาว มักเป็นโรคทางด้านสุขอนามัยได้แก่ (1) นี้นในถุงน้ำดี (2) ตับอักเสบ (Hepatitis B) (3) โรคที่เกี่ยวกับทางเดินอาหาร และ (4) อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Rate) ● มีความต้องการบริการด้านการวินิจฉัยโรคและแลป (Diagnostic Services)การรักษาที่อาศัยความเชี่ยวชาญ (เช่น สมอง/หัวใจ) และการบริการ Non-clinical quality ในระดับดี	● เศรษฐกิจเติบโตเร็ว มีกลุ่มที่มีกำลังซื้อสูงมาก ทั้งที่มารับบริการแถว จังหวัดชายแดน และกลุ่มที่เป็นผู้นำประเทศที่มีการศึกษาที่กรุงเทพ มาเลเซีย หรือสิงคโปร์เลย ● ประเทศเมียนมาร์มีความต้องการบริการการรักษาแบบทั่วไป อาทิการตรวจเช็คสุขภาพ อุบัติเหตุ โรคติดต่อ (เช่น ไข้เลือดออก ไข้ตามฤดูกาล โรคเท้าช้าง ไข้มาเลเรีย วัณโรค โรคเอดส์ การคลอดบุตร โรคทางกระดูก) เป็นต้น และ การรักษาความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนในการรักษา เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง โรคตับ

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนทางตรงขาออกของธุรกิจโรงพยาบาล			
ความสะดวกในการให้บริการของธุรกิจโรงพยาบาลไทยและการเดินทางมารับบริการในประเทศไทยของผู้ป่วยต่างชาติ (Mode 2)	- ผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อมักจะรับการรักษาพยาบาลที่ประเทศตนเอง ยกเว้นในกรณีที่มีความซับซ้อน จึงจะเดินทางเข้ากรุงเทพ (ทางเฮลิคอปเตอร์) - การรักษาพยาบาลกระจุกตัวในภาคกลางและกรุงเทพเป็นหลัก	- ประชาชนส่วนมากอาศัยอยู่ริมแม่น้ำโขง - การเดินทางมารับบริการในประเทศไทยทำได้โดยสะดวก - ผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อนิยมที่จะเข้ารับบริการในประเทศไทยเนื่องจากมีโอกาสจับจ่ายใช้สอยด้วย - การรักษาพยาบาลกระจุกตัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นหลัก	- การเดินทางไม่สะดวกนัก ติดระเบียบด้านการเข้าเมืองที่ว่าชาวเมียนมาร์ต้องมีเอกสารการเดินทาง มิฉะนั้น จะเข้ามาประเทศไทยได้ไม่เกินรัศมี 5 ก.ม.จากชายแดน - ผู้ป่วย walk-in น้อยมากการเข้ารับบริการมักทำผ่าน (1) ฝ่ายตัวแทนในประเทศที่อำนวยความสะดวกด้านเอกสารให้ผู้ป่วย (2) ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลไทยและโรงพยาบาลเมียนมาร์ทำให้มีการทำ referral (3) สำนักงานตัวแทนของโรงพยาบาลไทย - การรักษาพยาบาลกระจายตัวทุกภาคในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่แทบไม่พบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ความสะดวกในการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทย ในทางทฤษฎี (Mode 3)	- กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลชัดเจน - ประเทศกัมพูชาไม่มีการจำกัดประเภทธุรกิจ ต่างชาติสามารถเข้ามาลงทุนได้ 100% - ธุรกิจโรงพยาบาลเป็นธุรกิจที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจากรัฐบาล หน่วยงานที่กำกับดูแล คือ The Council for the	- กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลชัดเจน - หน่วยงานสนับสนุนการลงทุนของประเทศลาว ได้อนุญาตให้ธุรกิจโรงพยาบาลจากต่างชาติ สามารถถือครองหุ้นส่วนเต็มร้อยละ 100 ได้ กล่าวคือ อนุญาตให้เป็นเจ้าของได้โดยสมบูรณ์ โดยมีได้กำหนดขนาดของ	- กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลไม่ชัดเจน - การออกกฎหมายต่างๆ จึงยังไม่มี ความชัดเจนมากนัก และยังคงมีการแก้ไขปรับปรุงอยู่เรื่อยๆ - กฎหมายบางฉบับ (เช่น กฎหมายว่าด้วยเขตเศรษฐกิจพิเศษ) ยังอยู่ในกระบวนการร่างและยังไม่มีประกาศใช้อย่างเป็น

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
	Development of Cambodia (CDC) ให้สิทธิประโยชน์ในการส่งเสริมการลงทุน รวมทั้งข้อมูล กฎระเบียบต่างๆ ● ด้าน Business Partner โรงพยาบาลสามารถติดต่อไปยังสภาหอการค้ากัมพูชา ซึ่งนักธุรกิจรายใหญ่ของกัมพูชาอาจมีความสนใจ ● อย่างไรก็ดี ประเทศกัมพูชามีการกำหนด(1) จำนวนเตียงขั้นต่ำ(2) นักลงทุนจำเป็นต้องรายงานผลดำเนินการว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ทุก 6 เดือนและรายปี (3) ขอบบังคับว่าต้องจ้างชาวกัมพูชาร้อยละ 90 และส่วนหนึ่งต้องอยู่ในตำแหน่งบริหาร (4) บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาบริหารจัดการและ/หรือให้บริการ ต้องมีใบอนุญาต/ใบประกอบโรคศิลป์ (MRAs)	โรงพยาบาลที่จะเข้าไปลงทุนว่าจำเป็นจะต้องมีจำนวนเตียงหรือบุคลากรเท่าไรด้วย ● มีการกำหนดพื้นที่พิเศษ SEZ ที่ให้สิทธิประโยชน์สูง ● อย่างไรก็ดี ประเทศลาวมีการกำหนด (1) นักลงทุนจำเป็นต้องรายงานผลดำเนินการว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ทุก 6 เดือนและรายปี (2) ขอบบังคับว่าต้องจ้างชาวลาวในตำแหน่งบริหาร (3) บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ามาบริหารจัดการและ/หรือให้บริการ ต้องมีใบอนุญาต/ใบประกอบโรคศิลป์ (4) การนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีการทดสอบความต้องการของตลาดก่อน (Labor Market Test)	ทางการ แม้ว่าจะเริ่มมีการประกาศเขตเศรษฐกิจพิเศษจำนวนหนึ่งในบางพื้นที่แล้ว
ความสะดวกในการลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลไทย ในทางปฏิบัติ (Mode 3)	● ปัญหาด้านกฎระเบียบมีน้อย ตลาดธุรกิจโรงพยาบาลเปิดมากกว่าที่ตกลงภายใต้กรอบของ AFAS แล้ว (100% foreign ownership) ● Investment Protection ไม่ชัดเจน แต่ไม่น่ากังวล ขึ้นกับความสัมพันธ์กับผู้นำ	● ปัญหาด้านกฎระเบียบมีพอสมควร ในด้าน foreign ownership ตลาดธุรกิจโรงพยาบาลเปิดมากกว่าที่ตกลงภายใต้กรอบของ AFAS แล้ว (100% foreign ownership) แต่ระเบียบด้านอื่นๆ ยังคงกีดกันอยู่	● การบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ● ปัญหาคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศ (แพทย์ที่จบมาไม่มีงานทำ และคุณภาพแตกต่างจากแพทย์ไทย) ทำให้ควบคุมคุณภาพไม่ได้

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
	- ประเทศกัมพูชามีกฎหมายเรื่องการจ้างงาน โดยกำหนดให้ร้อยละ 90 เป็นชาว กัมพูชา และร้อยละ 10 เป็นชาวต่างชาติ แต่ทางโรงพยาบาลของไทยที่ได้ทำการลงทุนได้ขอผ่อนผันมาหลายปีแล้ว โดยให้เหตุผลว่าต้องใช้เวลาในการเทรนบุคลากร (ผ่อนผัน ไม่ต้องสอบใบประกอบตามข้อตกลง MRA ซึ่งรัฐบาล กัมพูชಾಯอมเนื่องจากความขาดแคลนแพทย์) - สำหรับด้านสาธารณูปโภค ยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนน้ำประปา และไฟฟ้ามีราคาแพง ที่ดินราคาสูงแต่ไม่สูงเท่าประเทศเมียนมาร์	- Investment Protection ไม่ชัดเจน - ปัญหาคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศ ทำให้ควบคุมคุณภาพไม่ได้ - ความขาดแคลนของสาธารณูปโภคพื้นฐาน เช่น น้ำประปา ไฟฟ้า ถ้าหากผู้ประกอบการต้องการเข้าไปลงทุน ทางประเทศลาวก็มีความต้องการที่จะให้ช่วยสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานให้	- อุปสรรคสำคัญ คือ ที่ดินมีราคาแพงมาก ที่ดินในเมืองเป็นของเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ที่ดินของรัฐจะอยู่รอบนอก ประกอบกับสัญญาเช่ามีระยะเวลาสั้น - สาธารณูปโภคพื้นฐาน คือ น้ำประปาและไฟฟ้า ไม่เพียงพอ
การสนับสนุนด้านการลงทุนของประเทศไทยในปัจจุบัน	- ไม่มี Model เฉพาะของแต่ละประเทศ เน้นการให้ข้อมูลเศรษฐกิจภาพรวมในต่างประเทศและ เตรียมความพร้อมผู้ประกอบการไทย เช่น การจัดคอร์สฝึกอบรม การทำ Business matching, networking ให้คำปรึกษาจากนักธุรกิจไทยที่ทำธุรกิจในประเทศนั้นๆ (โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนมีสำนักงานอยู่ในประเทศเมียนมาร์แล้ว แต่ยังไม่ในประเทศกัมพูชาและลาว) - อย่างไรก็ดี โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีพันธมิตรทางธุรกิจของตนอยู่แล้วและไม่เชื่อว่าหน่วยงานสนับสนุนการลงทุนสามารถเข้าถึงผู้มีอิทธิพลในประเทศ (ซึ่งเป็นพันธมิตรที่ตนต้องการ) ได้		
รูปแบบการค่าบริการด้านสุขภาพ			

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
รูปแบบในปัจจุบัน	● การลงทุนใน รพ.ขนาดกลาง – ใหญ่ (Mode 3: Hospital Services) อย่างเป็นรูปธรรมแล้ว - Investment protection อาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลกับผู้นำ/ผู้มีอิทธิพลในพื้นที่	● เน้นการให้บริการในประเทศไทย (Mode 2) เป็นหลัก ● การสร้างความสัมพันธ์ทั้งส่วนบุคคลและในรูป MOU กับ ร.พ. ภายในประเทศ เพื่อให้เกิดการส่งต่อ (เป็นการ สนับสนุนการค้าใน Mode 2) ● การจัดตั้งศูนย์ส่งต่อ (มีการรักษาพยาบาลเบื้องต้น/วินิจฉัยโรค/กำหนดค่ารักษาพยาบาล หากจะเข้ามาให้บริการในประเทศไทย) (เป็นการ “ลงทุน” เพื่อสนับสนุนการค้าใน Mode 2) ● การจัดทำ training และอบรมบุคลากรภายในประเทศ (เป็นการ “ลงทุน” เพื่อสนับสนุนการค้าทั้งใน Mode 2 และอาจนำไปสู่การลงทุนแบบ Mode 3 ได้ในอนาคต) การลงทุนในคลินิก (Mode 3: Medical Services) แต่มีความสำคัญน้อยมาก	● เน้นการให้บริการในประเทศไทย (Mode 2) เป็นหลัก ● การใช้รูปแบบ Sun – Satellite Model หรือ Hub and Spoke ที่มีการเปิดคลินิกหรือร.พ. เครือข่ายขนาดเล็กตั้งอยู่ในหลายพื้นที่ หรือ เขตชายแดนเพื่อให้เกิดการส่งต่อสู่ ร.พ.แม่ข่าย ในกรณีต้องการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน (Mode 2) ● การจัดการโรคเรื้อรังด้วยการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยตามเขตชายแดนผ่านโรงพยาบาลเครือข่าย (Chronic Care Model) ● การสร้างความสัมพันธ์ทั้งส่วนบุคคลและในรูป MOU กับโรงพยาบาล ภายในประเทศ เพื่อให้เกิดการส่งต่อ (เป็นการ สนับสนุนการค้าใน Mode 2) ● การจัดตั้งศูนย์ส่งต่อ (มีการรักษาพยาบาลเบื้องต้น/วินิจฉัยโรค/กำหนดค่ารักษาพยาบาล หากจะเข้ามาให้บริการในประเทศไทย) (เป็นการ “ลงทุน” เพื่อสนับสนุนการค้าใน Mode 2) ● การจัดทำ training และอบรมบุคลากรภายในประเทศ (เป็นการ “ลงทุน” เพื่อสนับสนุนการค้าทั้งใน Mode 2 และอาจ

ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	กัมพูชา	ลาว	เมียนมาร์
			<u>นำไปสู่การลงทุนแบบ Mode 3 ได้ในอนาคต)</u> ● การร่วมบริหารโรงพยาบาลภายในประเทศ ● การลงทุนในคลินิก (Mode 3: Medical Services) แต่มีความสำคัญน้อยมาก
แนวโน้มการลงทุนในอนาคต (จากความคิดเห็นของธุรกิจโรงพยาบาลไทย)	● การลงทุนมีแนวโน้มเติบโตขึ้น ● รูปแบบ/ขนาดของโรงพยาบาลจะปรับตามอุปสงค์เรื่อยๆ โดย โรงพยาบาลจะไม่เปิดใช้งานทุกเตียงตามศักยภาพ หากอุปสงค์ยังน้อยอยู่ ● Investment protection ไม่ใช่ปัญหามากนัก トラบไตก็ตามที่โรงพยาบาลยังมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้นำในพื้นที่ ● การแข่งขันกับโรงพยาบาลต่างชาติ (เช่น จากประเทศเวียดนาม) ไม่ใช่อุปสรรคและไม่ใช่วิธีเร่งด่วนเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของไทยเป็นคนละกลุ่ม (Segment แตกต่างกัน)	● การลงทุนทางตรงยังไม่มีความจำเป็น และธุรกิจโรงพยาบาลไทยไม่มีแนวโน้มจะไปลงทุน ● การค้าภายใต้ Mode 2 ค่อนข้างดีและปราศจากความเสี่ยง อีกทั้ง ผู้ป่วยและญาติน่าจะต้องการมาประเทศไทยมากกว่า (เพื่อวัตถุประสงค์ในการท่องเที่ยวและใช้จ่ายซื้อของ)	● การลงทุนทางตรงยังไม่มีความจำเป็น ● ธุรกิจโรงพยาบาลไทยไม่มีแนวโน้มจะไปลงทุนในอนาคตอันใกล้แต่เห็นตรงกันว่าเป็นตลาดที่น่าสนใจ มีความคิดลงทุนอนาคต แต่ปัจจุบัน ยัง “ตั้งรับ” อยู่ เพราะ (1) การลงทุนมีความเสี่ยงและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และ (2) สาธารณูปโภคยังไม่พร้อม

สำหรับบทบาทของรัฐบาลไทย ควรสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาลที่ต้องการไปลงทุนและลดอุปสรรคของการลงทุนไปพร้อมกัน ตัวอย่างของการสนับสนุนธุรกิจโรงพยาบาล ได้แก่

ในระยะเร่งด่วน หน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการออกวีซ่าให้แก่ชาวต่างชาติ ได้แก่ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ควรพยายามลดอุปสรรคในเรื่องกฎระเบียบเกี่ยวกับการเข้าเมืองของผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยลดขั้นตอนและเอกสารเพื่อให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้ามแดนเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที เอื้อต่อการเข้ามารับบริการในประเทศไทย และควรปรับเปลี่ยนเวลาเปิด-ปิดด่านตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยชาวต่างชาติเป็นประจำ ให้เอื้อต่อการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นนอกเวลาทำการของหน่วยงานราชการ

สำหรับในระยะยาว หน่วยงานที่มีหน้าที่ส่งเสริมการค้าการลงทุนของผู้ประกอบการชาวไทย เช่น กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ หรือสำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์ ควรทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทยให้ประชาชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ได้รับรู้เพื่อเป็นการช่วยเพิ่มอุปสงค์ของผู้ป่วยชาวต่างชาติต่อการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในประเทศไทย และสำหรับผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางนั้น หน่วยงานดังกล่าวควรช่วยเหลือในการหาผู้ร่วมทุนในต่างประเทศที่เชื่อถือได้ให้แก่ผู้ประกอบการที่มีความสนใจอยากเข้าไปขยายตลาด แต่อาจไม่มีเครือข่ายในต่างประเทศที่กว้างขวางมากเท่ากับผู้ประกอบการรายใหญ่ และอาจประสานงานกับสำนักงานทูตพาณิชย์ สถานเอกอัครราชทูตไทยประจำประเทศต่างๆ หรือหอการค้าไทยประจำจังหวัดชายแดนเพื่อจัดทำฐานข้อมูลของผู้ประกอบการที่ได้มีการเข้าไปลงทุนในประเทศทั้งสามแล้ว และอำนวยความสะดวกให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างผู้ประกอบการด้วยกันเอง อันจะเป็นการทำให้ผู้ประกอบการรายใหม่ที่สนใจเข้าไปลงทุนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการลงทุนเชิงลึกจากนักลงทุนที่มีประสบการณ์ตรง

หน่วยงานดังกล่าวยังควรลงทุนในการสร้างทีมวิจัย ที่ทำหน้าที่ศึกษากฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนที่มีข้อมูลที่ทันสมัยอยู่เสมอเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลให้นักธุรกิจที่ต้องการเข้าไปลงทุนในประเทศเหล่านี้⁴¹ รวมถึงศึกษาวิจัยองค์ความรู้ในทุกมิติที่เกี่ยวกับภูมิภาคนี้อย่างต่อเนื่อง และมีการเผยแพร่ผลงานวิจัยสู่สาธารณะ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการพร้อมกับพยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ประกอบการให้มองว่าการลงทุนเป็นการสร้างผลประโยชน์ต่างตอบแทนไม่ใช่การกอบโกยผลประโยชน์แต่ฝ่ายเดียว ในเรื่องของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในต่างประเทศนั้น กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และกระทรวงการต่างประเทศ ควรพยายามเจรจากับหน่วยงานภาครัฐของประเทศทั้งสาม เพื่อผลักดันให้มีการสร้างกลไกเพื่อคุ้มครองนักลงทุนจากประเทศไทย และผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจ้างงานแรงงานจากประเทศไทย เพื่อเอื้อต่อการควบคุมคุณภาพในการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่เข้าไปลงทุน

⁴¹ ลักษณะเดียวกับทีมวิจัยของประเทศญี่ปุ่น Japan External Trade Organization: JETRO หรือ Japan Desk ที่ไปตั้งทีมทำงานในหน่วยงานด้านการลงทุนในประเทศกัมพูชาเลย

ตารางที่ 8. 2 บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแยกตามความเร่งด่วน

ระยะ	ข้อเสนอแนะ
ระยะสั้น	- ลดอุปสรรคในเรื่องกฎระเบียบเกี่ยวกับการเข้าเมืองของผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยลดขั้นตอนและเอกสารเพื่อให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยข้ามแดนเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงทีสำหรับความร่วมมือการค้าและการลงทุน → สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์ - ปรับเปลี่ยนเวลาเปิด-ปิดด่านตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยชาวต่างชาติเป็นประจำ (เช่น อ.แม่สาย จ.เชียงราย เป็นต้น) ให้เอื้อต่อการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นนอกเวลาทำการของหน่วยงานราชการ → สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์
ระยะกลาง	- ช่วยเหลือประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อมูลเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลของธุรกิจโรงพยาบาลไทยให้ประชาชนในประเทศกัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ได้รับรู้ → กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์, สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์, BOI - จัดทำฐานข้อมูลของผู้ประกอบการที่ได้มีการเข้าไปลงทุนในประเทศทั้งสามแล้วและช่วยเชื่อมต่อให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ระหว่างผู้ประกอบการด้วยกันเอง → สำนักงานทูตพาณิชย์, สถานเอกอัครราชทูตไทยประจำประเทศต่างๆ, หอการค้าไทย ประจำจังหวัดชายแดน, กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์, สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์, BOI - เพิ่มการผลิตจำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่เป็นที่ต้องการในโรงพยาบาลเอกชนหรือสาขาที่ขาดแคลนทั้งในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน → แพทยสภา, ราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ
ระยะยาว	- ลงทุนในการสร้างทีมวิจัยเพื่อศึกษากฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุนที่มีข้อมูลที่ทันสมัยอยู่เสมอและศึกษาความต้องการของประชาชนในแต่ละประเทศเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลให้แก่ธุรกิจที่ต้องการเข้าไปลงทุนในประเทศเหล่านี้ (ลักษณะเดียวกับทีมวิจัยของประเทศญี่ปุ่น Japan External Trade Organization: JETRO หรือ Japan Desk ที่ไปตั้งทีมทำงานในหน่วยงานด้านการลงทุนในประเทศกัมพูชาเลย) → สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์, กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์, BOI - ช่วยเหลือในการหาผู้ร่วมทุนในต่างประเทศที่เชื่อถือได้ให้แก่ผู้ประกอบการโรงพยาบาลขนาดกลางที่มีความสนใจอยากเข้าไปขยายตลาดแต่อาจไม่มีเครือข่ายในต่างประเทศที่กว้างขวางมากพอ → สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กระทรวงพาณิชย์, กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์, BOI - เจรจากับหน่วยงานภาครัฐของประเทศทั้งสามเพื่อผลักดันให้มีการสร้างกลไกเพื่อคุ้มครองนักลงทุนจากประเทศไทย ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของกฎระเบียบเกี่ยวกับการลงทุน → กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และกระทรวงการต่างประเทศ - เจรจากับหน่วยงานภาครัฐของประเทศทั้งสามเพื่อผลักดันให้มีการเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจ้างงานแรงงานจากประเทศไทยเพื่อเอื้อต่อการควบคุมคุณภาพใน

ระยะ	ข้อเสนอแนะ
	การให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่เข้าไปลงทุน → กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และกระทรวงการต่างประเทศ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- คณะกรรมการสมาคมโรงพยาบาลเอกชนแห่งประเทศไทย (2555). โรงพยาบาลเอกชนจะไปทางไหน
คู่มือดัชนีการลงทุนสาธารณสุขแห่งราชอาณาจักรกัมพูชา: โครงการส่งเสริมการลงทุนไทยในกัมพูชา
สปป.ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม 2554, กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ;
สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554
- คู่มือดัชนีการลงทุนสาธารณสุขแห่งสหภาพเมียนมาร์: โครงการส่งเสริมการลงทุนไทยในกัมพูชา สปป.
ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม 2554, กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ; สถาบัน
เอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554
- คู่มือดัชนีการลงทุนสาธารณสุขแห่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว: โครงการส่งเสริมการลงทุน
ไทยในกัมพูชา สปป.ลาว เมียนมาร์ เวียดนาม 2554, กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมการลงทุน ; สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554
- ชโยดม สรรพศรี และ กรกรณ์ ชีวะตระกูลพงษ์ (2555) โครงการ "บทบาทของเงินลงทุนทางตรงระหว่าง
ประเทศจากญี่ปุ่นที่มีต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจในกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคุ่มแม่น้ำโขงและ
ผลกระทบต่อไทย" สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)
- นันทพร พงศ์พัฒนานนท์ และชิตชนก อันโนนจารย์ (2012). การลงทุนโดยตรงในต่างประเทศของไทย :
อุปสรรคที่รอการแก้ไข. Focused and Quick(FAQ) Issue 70. ฝ่ายวิจัยเศรษฐกิจ ธนาคารแห่ง
ประเทศไทย
- ปิติ ศรีแสงนาม และ นพพล วิทย์วรพงศ์ (2556) “โครงการการศึกษาและติดตามการใช้ประโยชน์
จากความตกลงการค้าเสรีของไทยและเสนอแนะแนวทางการเจรจาในอนาคต” เสนอ
ต่อกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ
- ฝ่ายวิจัยธุรกิจ ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย (2556) “AEC in Focus เปิดเสรีธุรกิจ
การรักษาพยาบาล...โอกาสและความท้าทายภายใต้ AEC”
- พงษ์รัตนา บุตรโต (2556). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน : การลงทุนใน สปป.ลาว. เอกสารของศูนย์บริการ
ข้อมูลชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน สำนักงานความร่วมมือการค้าและการลงทุน กรมการ
ค้าต่างประเทศ
- พิทยา สุวคันธ์ (2555) โครงการ "บรรษัทข้ามชาติจีนในลาวและเวียดนาม" สนับสนุนโดยสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเทศบาล ธุรกิจโรงพยาบาล. นครขอนแก่น (n.d.)
- ศูนย์บริการข้อมูลการค้าชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน (2556) “ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน : การ
ลงทุนใน สปป.ลาว” สำนักความร่วมมือการค้าการลงทุน กรมการค้าต่างประเทศ.

- สงบ บุญคล้ายและคณะ (2546) “โครงการศึกษาค้นคว้าเพื่อจัดทำหนังสือคู่มือราชอาณาจักรกัมพูชา” รายงานวิจัย สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (ส.ก.ว.) ชุดโครงการอาณานิคมศึกษา 5 ภูมิภาค สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงเวียงจันทน์ (2556) การลงทุนในธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนใน สปป. ลาว http://vientiane.thaiembassy.org/vientiane/th/about/about_investments/detail.php?ELEMENNT_ID=733 (accessed on January 30, 2014)
- สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนาและคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556)..โอกาสและอุปสรรคการลงทุนภายใต้ความตกลงด้านการลงทุนอาเซียน .จดหมายข่าว ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2556 การศึกษาเงินลงทุนทางตรงระหว่างประเทศขาออกของประเทศไทย(สกว.)
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (2554). รายงานฉบับสมบูรณ์ "โครงการศึกษาแนวทางการเจรจาและผลกระทบของการจัดทำความตกลงการค้าเสรีไทยกับสหภาพยุโรป" ส่งกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ
- สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2542) "การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสังคมและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีการค้าและการบริการด้านสาธารณสุข" เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)
- สันติ ทองแก้ว (2553) "ปัจจัยผลักดันและดึงดูดการลงทุนโดยตรงในต่างประเทศของสิงคโปร์ มาเลเซีย ไทย ใน กัมพูชา ลาว และเวียดนาม (The Push and Pull Factors of Outward Foreign Direct Investment of Singapore, Malaysia, Thailand in Cambodia, Laos and Vietnam)" เสนอต่อสถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา
- สันติ ทองแก้ว(2553). ปัจจัยผลักดันและดึงดูด การลงทุนโดยตรงในต่างประเทศของสิงคโปร์ มาเลเซีย ไทย ใน กัมพูชา ลาว และเวียดนาม.
- สำนักความร่วมมือการค้าและการลงทุน (2556) “ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน: การลงทุนในสปป.ลาว” ศูนย์บริการข้อมูลการค้าชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
- สำนักงานความร่วมมือพัฒนาเศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้าน (2557), สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (2554) , “คู่มือการค้าและการลงทุน ราชอาณาจักรกัมพูชา” หอการค้าไทยและสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2555) โครงการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2554). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551 - 2553. บรรณาธิการ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- สำนักอาเซียน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (2550) “แนวพื้นที่เศรษฐกิจ (Economic Corridor) และเส้นทางเศรษฐกิจที่สำคัญในอนุภูมิภาคุ่มแม่น้ำโขง (GMS)” กระทรวงพาณิชย์

ภาษาอังกฤษ

- Arunanondchai, J. and Fink, C. (2007). Trade in health services in the ASEAN region. *Policy Research Working Paper 4147*, World Bank.
- Arunanondchai, J. And Fink, C. (2007). Globalization for Health : Trade in Health Services in the ASEAN Region. *Health Promotion International*, 21(1), 59-66.
- ASEAN Secretariat. (2013). ASEAN investment report 2012: "The Changing FDI Landscape". Jakarta, ASEAN Secretariat, April 2013.
- Bank of Thailand, "fact Sheet: GMS Economic Corridors"
- Cambodia Health Information System: Review and Assessment (2007), Department of Planning and Health Information , Ministry of Health, Cambodia
- Council for the Development of Cambodia (2013), "Cambodia Investment Guidebook"
- David I. Levine and Rachel Gardner (2008), "Briefing Paper: Health Care in Cambodia" Draft version, The university of California at Berkeley .
- Dawei Development Company Limited (2014), "Dawei Project," <http://www.daweidevelopment.com/index.php/en/dawei-project>
- Dee, P. (2011). Services liberalization towards an ASEAN Economic Community, in "Toward a Competitive ASEAN Single Market: Sectoral Analysis" (edited by Urata, S. and Okabe, M.) ERIA Research Project Report. March 2010.
- Dee, P. (2013). Does AFAS have Bite? Comparing Commitments with Actual Practice. A paper drawn from "Services Liberalization : Impact and Way Forward", Prepared for the ASEAN Economic Community Mid Term Review, ERIA, Jakarta.
- Dee, P., and Dinh, H. (2009). Barriers to trade in health and financial services in ASEAN. ERIA Discussion Paper Series. Department of Planning and Health Information (2010), Strategic Framework for Health Financing, Situation Analysis
- Dunning, J. H. (1988). The eclectic paradigm of international production: a restatement and some possible extensions. *Journal of International Business Studies*, 19(1), 1 -31.
- Electricite Du Laos (2014), <http://www.edl.com.la/en/> (accessed on July 1, 2014)
- Enterprise of Telecommunications Lao (ETL Public Company) (2014). <http://www.etlao.com/index.php> (accessed on July 1, 2014)
- Ericsson AB In Co-operation with Deloitte (2012). The Potential Economic Impact of Mobile Communication in Myanmar Harryono
- Fan, Emma Xiaoqin (2004). "A Note on Dual/Multiple Exchange Rates", ERD Policy Brief No. 26, The Asian development Bank

- Harryono, M., Huang, Y., Miyazawa K., and Sethapat, V. (2006). Thailand Medical Tourism Cluster. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness.
- Hort, K. (2011). Private hospitals in Vietnam recent growth and role in the health sector. *Nossal Institute for Global Health Issue Brief, The University of Melbourne*.
- Investment Calling List Guide for SEZ in the Lao PDR, www.investlaos.gov.la, Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment
- Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F. M., Huang, N. L., Wilopo, S. A. & de la Rosa, J. F. (2011). Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges and international trade in health services. *Lancet*, 377, 769 -781
- Kyauk Phyu Special Economic Zone(2014). <http://kpsez.org/>
- Lao Investment Calling List Guide, www.investlaos.gov.la, Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment
- Lao Investment Guide Book, www.investlaos.gov.la, Investment Promotion Department, Ministry of Planning and Investment
- Lao Telecommunications (2014). (www.laotel.com) (accessed on July 1, 2014)
- M., Huang, Y. F., Miyazawa, K., & Sethaput, V. (2006). Thailand Medical Tourism Cluster. Mimeo, Harvard Business School: Microeconomics of Competitiveness.
- Medical Myanmar 2014 website: Fireworks Trade Media <http://www.medical-myanmar.com/> (accessed on March 23, 2014)
- Ministry of Health (2013). "Myanmar Health Care System" in Health in Myanmar
- Ministry of Planning and Investment (2011). "The Seventh Five-year National Socio-Economic Development Plan (2011-2015), "LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
- Myanmar Investment Guidebook (2014). www.dica.gov.mm, Directorate of Investment and Company Administration, Ministry of National Planning and economic Development, Myanmar
- "Myanmar's two telecom licences goes to Telenor and Ooredoo", Yozzo Telecom News, <http://www.yozzo.com/news-and-information/mvno-mobile-operator-s/updated-myanmar-telecoms-license-awards-to-go-ahead-as-planned> (accessed on July 8, 2014)
- Nampapa NakoneLuan(2014). <http://www.nampapalao.com/> (accessed on July 1, 2014)
- National Institute of Public Health (2012). "Literature Review... Cambodia"
- Outreville, J. F. (2007). Foreign direct investment in the health care sector and most -favoured locations in developing countries. *European Journal of Health Economics*, 8, 305 – 312.

- Pachanee, C. & Wibulpolprasert, S. (2004). Policy coherence between health-related trade and health system development in Thailand. *Paper presented at the Inter-regional Workshop on Trade and Health WHO/SEARO, New Delhi, India, 12 – 13 October 2004.*
- Pachanee, C. & Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy and Planning*, 310 – 318.
- Pachanee, C., and Wibulpolprasert, S. (2003). Trade in Health Services and GATS : A case of Thailand. Paper presented at The Workshop on Trade in Health Services : Building Capacity in Developing Countries at Ottawa University, Canada on 9 - 11 July 2003.
- Pachanee, C., and Wibulpolprasert, S. (2004). Policy Coherence between Health Related Trade and Health System Development in Thailand. Paper presented at The Interregional Workshop on Trade and Health, WHO/SEARO, New Delhi, India 12 - 13 October 2004.
- Pachanee, C., and Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand. *Health Policy and Planning*, pp. 310 - 318.
- Pachanee,C. and Wibulpolprasert, S.(2003). Trade in Health Service and GATS : A case of Thailand. Paper supported by WHO.
- Pachanee,C. and Wibulpolprasert, S.(2004). Policy Coherence between Health Related Trade and Health System Development in Thailand. Paper Presented at the Interregional Workshop on Trade and Health, WHO/SEARO, New Delhi, India, 12-13 October 2004.
- Pachanee,C. and Wibulpolprasert, S.(2006). Incoherent Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade in Health Services in Thailand. *Health Policy and Planning*, pp. 310-318.
- Pananond,P.(2007). The Changing Dynamics of Thai Multinationals after the Asian Economic Crisis. *Journal of International Management*,13,356-375.
- Passakonjaras,S.(2012). Thailand's Outward Foreign Direct Investment : The Case of The Garment Industry. *ASEAN Economic Bulletin*,29(2),101-115.
- Pocock, N. S. & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study in Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7 -12.
- Pocock, N. S., and Phua, K. H. (2011). Medical Tourism and Policy Implication for Health Systems : A Conceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health* (7 : 12). Open Access.

- Rasiah,R.,Gammeltoft,P. and Jiang,Y(2010). Home Government Policies for Outward FDI from Emerging Economies : Lessons from Asia. *International Journal of Emerging Markets*, 5(3/4),333-357.
- Sarvamangala, R. (2013). An analytical study of foreign direct investment in Indian health care sectors. *Indian Journal of Applied Research*, 3(1) , 16 – 17.
- Sermcheep,S.(2013). Foreign Direct Investment and Economic Growth : The Case of Thailand's Inward and Outward FDI.
- Smith, R. D. (2004). Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 59, 2313 – 2323.
- Smith,R.D, Chanda,R.,Tangcharoensathien,V.(2009). Trade in Health Services. *Lancet*,373,PP. 593-601.
- Supakankunti, S. & Herberholz, C. (2012). Transforming the ASEAN Economic Community (AEC) into a global services hub: enhancing the competitiveness of the health services sectors in Thailand, in Tullao, T. S. & Lim, H. H. (eds.), *Developing ASEAN Economic Community (AEC) into a Global Services Hub, ERIA Research Project Report 2011 – 2*, Jakarta: ERIA, 147 -171.
- Supakankunti, S. and Witvorapong, N. (2014). Healthcare in Thailand. Unpublished Manuscript.
- The 23rd Survey of Investment Related Costs in Asia and Oceania Overseas Research Department(2013), Japan External Trade Organization (JETRO)
- The Chinese University of Hong Kong (2000). "Cambodia, Historical Exchange Rate Regime of Asian Countries: Cambodia", http://intl.econ.cuhk.edu.hk/exchange_rate_regime/index.php?cid=13 (accessed on July 13,2014)
- The Wall Street Journal, "Myanmar Considers Foreign-Exchange Overhaul",<http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424053111904007304576493940226278686?mg=reno64-wsj&url=http%3A%2F%2Fonline.wsj.com%2Farticle%2FSB10001424053111904007304576493940226278686.html> (accessed on July 13,2014)
- Thida, M. W. (2013). Determinants of health care utilization among insured workers from private sector under Social Security Scheme in Yangon, Myanmar. *Working Masters Thesis, Faculty of Economics, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand*.
- "Vodafone, China Mobile eye Myanmar" <http://investvine.com/vodafone-china-mobile-eye-myanmar/> (access on July 9, 2014)

- Wee, K.H. (2007). Outward Foreign Direct Investment by Enterprises from Thailand. *Transnational Corporations*, 16(1), 89-116.
- WHO and Ministry of Health, Cambodia (2012). "Health Service Delivery Profile: Cambodia", http://www.wpro.who.int/health_services/service_delivery_profile_cambodia.pdf (accessed on February 20, 2014)
- World Bank (2014), World Development Indicator, www.worldbank.org
- World Health Organization (2011). "Country Cooperation Strategy at a glance: Cambodia"
- World Health Organization (2014). www.who.org
- Xinhua News, "Myanmar starts to deal with official forex rate", http://news.xinhuanet.com/english2010/business/2011-08/01/c_131022439.html (accessed on July 13, 2014)
- Zimny, Z., (2011). Foreign direct investment in health services. *Background Paper for UNCTAD*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงการลงทุนแบบการไปถือหุ้นร่วมแบ่งกำไร (Equity Mode) ของโรงพยาบาลไทย

โรงพยาบาล	ประเภทการลงทุน	ประเทศที่ไปลงทุน	ที่มา
โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	ลงทุนในกิจการผ่านการลงทุนของบริษัท ย่อย ในโรงพยาบาลอูลานบาตอร์ ซองโด (Ulaanbaatar Songdo Hospital (UBSD)) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชั้นนำแห่งหนึ่งในเมือง หลวงของประเทศมองโกเลีย	มองโกเลีย	https://www.bumrungrad.com/about-us/what-people-say-about-us/what-s-new/bumrungrad-international-invests-in-one-of-the-top-1
โรงพยาบาลปิยะเวทและ โรงพยาบาลธนบุรี	ร่วมลงทุนกับรัฐบาลจีนเพื่อบริหาร โรงพยาบาลรัฐกว่า 60 แห่งที่มีอยู่	จีน	http://www.siamturakij.com/home/news/display_news.php?news_id=413330073
กลุ่มโรงพยาบาลธนบุรี	- ร่วมลงทุนกับยูโนเด็ค ฟอর্বส์ บริษัทด้าน อสังหาริมทรัพย์ของจีน เพื่อสร้าง โรงพยาบาลแบบอินเตอร์เนชันแนล 3 แห่ง ในเมืองหนานจิง ซูโจ และอู่จี ใช้เงินลงทุน รวม 2 หมื่นล้านบาท และได้ร่วมทุนใน สัดส่วน 30% เป็นเงินลงทุน 6,000 ล้าน บาท	จีน	http://www.komchadluek.net/detail/20110707/102417/%E0%B8%A3%E0%B8%9E.%E0%B8%98%E0%B8%99%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A3%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A5%E0%B8%B8%E0%B8%A2%E0%B8%95%E0%B8

	- ร่วมทุนกับกลุ่มอเมริกัน แพซิฟิก กรุ๊ป ซึ่งเป็นกลุ่มทุนจากอเมริกา ลงทุนสร้างโรงพยาบาล 2 แห่ง ในเมืองเชียงไฮ้ โดยกลุ่มโรงพยาบาลธนบุรีจะเป็นผู้บริหาร 100%		%A5%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%88%E0%B8%B5%E0%B8%99.html
เครือโรงพยาบาลธนบุรี	- ลงนามความร่วมมือกับนาย ออง จี ซอ (Aung Kyi Soe) กรรมการผู้จัดการ บริษัท อองชเวตีอินเตอร์เนชั่นแนล (Aung Shwe Thee International : AST group) กลุ่มธุรกิจพัฒนาอสังหาริมทรัพย์ และก่อสร้างจากประเทศพม่า เพื่อร่วมลงทุนและบริหารจัดการ ตั้งธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนแห่งใหม่ จำนวน 150 เตียง ในพม่า มูลค่าลงทุน 1,000 ล้านบาท โดยสัดส่วนการถือหุ้นฝ่ายไทย 51% ฝ่ายพม่า 49% เพื่อสร้างโรงพยาบาลใน 3 เมืองหลัก ประกอบด้วย ย่างกุ้ง มัณฑะเลย์ และเมือง ตัน ตาบิน (Htan Tabin ห่างจากย่างกุ้ง 10 กม.) - ผลการลงทุนโรงพยาบาลในจีนในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา โดยเป็นการร่วมทุนกับรัฐบาลจีนเพื่อเข้าบริหารโรงพยาบาลใน 3 แห่ง	เมียนมาร์ จีน	http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/589805

	ประกอบด้วย โรงพยาบาลในปักกิ่ง 2 แห่ง และเจียงซูอีก 1 แห่ง มูลค่าการลงทุนกว่า 2 หมื่นล้านบาท คาดว่าจะคืนทุนใน 7 ปี (2555-2560) นอกจากนี้ในปีนี้จะเริ่มทยอยลงทุนโครงการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ครบวงจรภายใต้การลงทุนของเครือโรงพยาบาลธนบุรี 100% ครั้งแรกในจีน มูลค่าการลงทุนกว่า 1 หมื่นล้านบาท		
โรงพยาบาลสมิติเวช	ร่วมมือกับ“โรงพยาบาล แกรนด์ อินเตอร์ เนชั่นแนล”ใน ประเทศเนปาล โดยสมิติเวชจะเป็นผู้ดูแลและควบคุมว่าการบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลรวมถึงบริการทางการแพทย์ คุณภาพของพยาบาล และอื่นๆ หลังจากที่เปิดดำเนินการแล้ว สมิติเวชจะยังคงควบคุมและทบทวนความเพียงพอและความสามารถในการจัดการ ตลอดจนให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลแกรนด์อินเตอร์เนชั่นแนล รวมทั้งถ่ายทอดความรู้ความชำนาญในด้านต่างๆ การวางระบบไอทีที่มีประสิทธิภาพ ไปจนถึงการตลาด และการพัฒนาบุคลากร	เนปาล	https://samitivejhospitals.wordpress.com/2011/04/27/%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%B2%E0%B8%A5-%E0%B9%80%E0%B8%9B%E0%B8%B4/

กลุ่มโรงพยาบาลธนบุรี	- ร่วมลงทุนกับโรงพยาบาลรัฐเป็นหลักโดยได้ "ร่วมทุน" กับนักธุรกิจจีน จัดตั้ง 3 บริษัทใหม่ ได้แก่ บริษัท ไชนา-ไทย อินเตอร์เนชั่นแนล ฮอสพิทอล อินเวสเมนต์ แมนเนจเม้นท์ กรุ๊ป บริษัท ดับบลิวเจ อินเตอร์เนชั่นแนล เมดิคัล เซ็นเตอร์ จำกัด และ บริษัท ดับบลิวเจ อินเตอร์เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ แมนเนจเม้นท์ จำกัด ภายใน 2 ปีมีเป้าหมายสร้างโรงพยาบาล 4 แห่งในเมือง "หนานจิง" และ "ฉางโจ" ตั้งอยู่ในมณฑลเจียงซู ทางทิศตะวันออกของประเทศจีนติดกับเซี่ยงไฮ้ เป็นมณฑลใหญ่ มีประชากร 100 ล้านคน ที่สำคัญคนท้องถิ่นมีกำลังซื้อสูง โดยจะลงทุนโรงพยาบาลขนาด 500-1,000 เตียง รวมมูลค่าลงทุน 7 หมื่นล้านบาท นอกจากลงทุนโรงพยาบาล 4 แห่งในมณฑลเจียงซูแล้ว ยังได้ร่วมลงทุนกับรัฐบาลจีน เข้าไปบริหารโรงพยาบาลที่คุนหมิงและให้หนานจำนวน 200 เตียง จากทั้งหมด 1,000 เตียง	จีน เวียดนาม	http://www.hfocus.org/content/2013/01/2214
----------------------	--	-----------------	---