

สัญญาเลขที่ RDG6010013

โครงการ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน
ในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ
รองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วม
บุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โดย

นายแพทย์จิโรจ สีนธวานนท์

และ นางสาวงามเนตร เอี่ยมนาคะ

โดยได้รับการสนับสนุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

เมื่อการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน เป็นกระบวนการที่เร่งรัดให้รัฐบาลไทยต้องดำเนินการตามข้อผูกพันทางการค้าและความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) ภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services; AFAS) จากการประเมินสถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการบริหารจัดการเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีที่กำลังจะเกิดขึ้น ในขณะที่กำลังการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศยังมีอยู่จำกัด รวมทั้งยังไม่มีข้อมูลหรือรายงานที่ระบุได้ถึงจำนวนที่แน่นอนของผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ด้วยเหตุผลจากการถือปฏิบัติตามหลักการอนุญาตให้เข้ามาประกอบวิชาชีพของสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทำให้รายงานการสำรวจที่ปรากฏเช่น ในปี 2555 จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มีอยู่ในประเทศไทย 50,000 คน มีแพทย์ต่างชาติอยู่เพียง 200 คนที่สามารถประกอบวิชาชีพได้ภายใต้กฎหมายวิชาชีพของประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ.2555) นั้น ไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุมถึงการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่เข้ามาทำงานให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพลเมืองชาติเดียวกับตนเอง โดยการจ้างงานของภาคเอกชนในพื้นที่ท่องเที่ยวและเมืองการค้าชายแดน และโดยการลงทุนขององค์กรระหว่างประเทศ หรือ องค์กรที่ไม่หวังผลกำไรในพื้นที่ชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งจากการประเมินสถานการณ์ของการให้ความช่วยเหลือขององค์กรดังกล่าว ในปี 2558 พบว่า งบประมาณที่สนับสนุนขององค์กรเหล่านั้นในประเทศไทยกำลังจะสิ้นสุดลง และมีการย้ายฐานปฏิบัติการไปในประเทศเพื่อนบ้านแทน ซึ่งก่อให้เกิดภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นกับหน่วยบริการในพื้นที่ทันที (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.2558) นอกจากนี้ การลงทุนของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ของไทยในประเทศอาเซียนที่มีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้น และมีการจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพชาวไทยให้เคลื่อนย้ายไปทำงานให้บริการในประเทศที่มีการลงทุนดังกล่าว อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในพื้นที่ได้เช่นกัน (สำนักวิชาการสาธารณสุข.2558)

เหตุผลสำคัญที่คณะผู้วิจัยเลือกหลักการความร่วมมือภาครัฐและเอกชน มาเป็นการอภิบาลร่วมสมัยในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียนนั้น เนื่องด้วยในระบบการผลิตและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ยังคงเป็นอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของภาครัฐ ภาคเอกชนยังคงมีบทบาทน้อยมากในระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ (สถาบันการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท.2557) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลักการของความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านการพัฒนาระบบบริการของประเทศนั้น การส่งเสริมให้ภาคเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาทรัพยากรในระบบ จะช่วยเพิ่มความเพียงพอและประสิทธิภาพของการจัดบริการสาธารณะได้อย่างมีความคุ้มค่าสมกับการลงทุน (value for money) (ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย.2557)

การวิจัยนี้ ได้รับการออกแบบให้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ด้วยวิธีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methodology) โดยผู้วิจัยดำเนินการในพื้นที่การศึกษาที่เป็นพื้นที่ชายแดน พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ พื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมที่มีแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานอยู่มาก และพื้นที่ท่องเที่ยวของประเทศไทย

รวม 4 พื้นที่ โดยมีกลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ คือ ผู้ประกอบวิชาชีพชาวไทยที่ทำงานประจำอยู่ในพื้นที่ รวมจำนวน 320 คน และผู้ประกอบวิชาชีพชาวต่างชาติที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในพื้นที่ทั้งในสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน จำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้บริหารนโยบายความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารนโยบายการจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ จำนวน 10 คนที่จะเป็นผู้ให้ความเห็นต่อแนวคิดความร่วมมือภาครัฐและเอกชน และให้ข้อมูลสำคัญในการออกแบบการจัดการทุนมนุษย์ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในยุคประชาคมอาเซียน ซึ่งนิยามเชิงปฏิบัติการของการศึกษาพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ข้อผูกพันการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services; AFAS) ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) รวมทั้งเงื่อนไขการเคลื่อนย้ายเสรีที่นำไปสู่กลไกการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สู่การเป็นทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ ในระบบที่ภาครัฐและเอกชนสามารถร่วมกันผลิต พัฒนา และใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชากรอาเซียน

ตามระเบียบวิธีของการวิจัย นอกจากจะมีวิธีดำเนินการที่ทำให้ได้มาซึ่งฐานข้อมูลผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่เข้ามาให้บริการในพื้นที่ที่ทำการศึกษแล้ว การศึกษายังมุ่งวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบของปัจจัยที่จะนำไปสู่ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทรัพยากรมนุษย์ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีในประชาคมอาเซียน ภายใต้เงื่อนไขสำคัญของการเคลื่อนย้าย ได้แก่ Policies of Temporary Licensing และ Practicing privilege for Foreign Health Practitioners in ASEAN Member States ซึ่งเป็นมาตรการร่วมของอาเซียนที่บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนผ่านทรัพยากรมนุษย์ เข้าสู่การเป็นทุนที่สำคัญในระบบผลิตบริการสุขภาพของแต่ละประเทศ (สำนักงานเลขาธิการอาเซียน.2557) และเมื่อได้ข้อค้นพบทางการศึกษาในเบื้องต้นแล้ว คณะผู้วิจัยจะนำผลจากการวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบของความร่วมมือเหล่านั้น ไปสร้างเป็นตัวแบบการจัดการทุนมนุษย์ ตามแนวคิดวงจรสะสมทุนมนุษย์ข้ามประเทศ (Life-Cycle Human Capital Accumulation Across Country, David Lagakos et.al, 2015) ซึ่งนอกจากจะอธิบายถึงกระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์สู่ความเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่าและมูลค่าเพิ่ม (value adding) และการปรับปรุงข้อจำกัดทางการเคลื่อนย้ายที่มีอยู่ในปัจจุบันแล้ว ยังเป็นแนวทางเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทางของการเคลื่อนย้าย ในการร่วมสร้างคลังทุนมนุษย์ (Treasury's Human Capital) ที่ขับเคลื่อนโดยกระบวนการบริหารจัดการ “สมองไหลเวียน (brain circulation)” ที่นอกจากจะเป็นอุปทานหลักของระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาคตามขนาดของการวางยุทธศาสตร์ดำเนินการแล้ว ยังเป็นพัฒนาการที่เสริมสร้างความเท่าเทียมทางการพัฒนาของอาเซียนและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมของพลเมือง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ของประชาคมอาเซียนต่อไป

ด้วยโอกาสและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยคาดหวังว่า ข้อค้นพบจากการวิจัยจะเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาโลกเชิงระบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ที่นำไปสู่การจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ข้อเสนอแนะต่อการอำนวยความสะดวก

สะดวกทางการเคลื่อนย้ายของบุคลากร และการจัดการเพื่อให้การเคลื่อนย้ายนั้นไม่ส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนไทยในพื้นที่ โดยการศึกษาให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่บ่งบอกได้ถึงความร่วมมือที่ดีของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งนำเสนอแนวทางการวิเคราะห์หรือคาดการณ์เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อรัฐบาล ส่วนราชการหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการบริหารจัดการกำลังคนด้านบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยการกำหนดแนวทางให้มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรและงบประมาณร่วมกัน เพื่อการผลิตบุคลากรสาขาที่ขาดแคลน กำหนดเงื่อนไขสำคัญสำหรับพิจารณาให้บุคลากรเคลื่อนย้ายในประเทศ การปรับปรุงกฎระเบียบและหลักเกณฑ์ของสภาวิชาชีพ การจัดตั้งหน่วยคัดกรอง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ (Human Capital Strategic Plan) การให้ข้อมูลต่อสาธารณะในการมีความร่วมมือด้านการพัฒนาทุนมนุษย์และการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้ โดยภาครัฐจะต้องลดความเป็นผู้สั่งการลง รวมทั้งการพัฒนามาตรการทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อดึงดูดความสนใจภาคเอกชนในการร่วมลงทุนเพื่อการผลิตและพัฒนาบุคลากรวิชาชีพ โดยมีตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงการมีความร่วมมือที่ดีของทั้งสองฝ่าย มีการจัดตั้งองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรองอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้าย บุคลากรนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ และข้อค้นพบที่สำคัญที่การวิจัยเสนอไว้ คือ การพัฒนาค้างผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) รวมทั้ง แนวทางปฏิบัติการรับบุคลากรวิชาชีพที่เคลื่อนย้ายเข้าทำงานในประเทศ ที่นอกจากจะนำไปใช้แก้ไขปัญหาความขาดแคลน ความไม่พอเพียง ความจำเป็นใช้อย่างเร่งด่วนของผู้ประกอบวิชาชีพที่มีคุณภาพมาตรฐานในประเทศไทยแล้ว ยังสามารถขยายขอบเขตการพัฒนาไปสู่การจัดการทุนมนุษย์เคลื่อนย้ายไปในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกันภายในภูมิภาคอาเซียนเพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าร่วมกันอย่างยั่งยืนอีกด้วย.

บทคัดย่อ

ประเทศไทยยังไม่มีมาตรการบริหารจัดการเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้กลไกการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพอาเซียนและความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) สาขาบริการสุขภาพ กลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และพยาบาลที่กำลังจะเกิดขึ้น ในขณะที่กำลังการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศยังมีอยู่จำกัด การวิจัยนี้จึงมุ่งหาคำตอบของการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ในการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยประชาชนไทยและประชาชนอาเซียนได้รับประโยชน์จากการมีความตกลงดังกล่าว วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย คือ เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอความเห็นทางวิชาการสนับสนุนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ประเด็นการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ (Policy Advocacy for Human Capital Management) ที่เคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) โดยมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเป็นทางเลือกของนโยบาย

ด้วยวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน การวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบสำคัญเกี่ยวกับ กรอบแนวทางการพัฒนาหลักอำนาจความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสามสาขาภายใต้กรอบการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพตาม MRAs รวมทั้งหลักเกณฑ์และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในการเคลื่อนย้ายเสรีของสามวิชาชีพในประชาคมอาเซียน นอกจากนี้ ยังได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการใช้ประโยชน์สูงสุดจากการเคลื่อนย้ายเสรีของบุคลากร ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (maximize human capital) ที่ไม่ส่งผลกระทบต่อ อุปสงค์ อุปทาน และการนำเข้า ส่งออกของบุคลากรวิชาชีพดังกล่าวของประเทศไทย ด้วยการจัดตั้งคลังผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) ที่นอกจากจะนำไปใช้แก้ไขปัญหาความขาดแคลน ความไม่พอเพียง ความจำเป็นใช้อย่างเร่งด่วนของผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทยแล้ว ยังสามารถขยายขอบเขตการพัฒนาไปสู่การจัดการทุนมนุษย์เคลื่อนย้ายไปในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกันภายในภูมิภาคอาเซียนเพื่อการพัฒนาและใช้ประโยชน์ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าร่วมกันอย่างยั่งยืนอีกด้วย

ในด้านนโยบาย การวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการจัดตั้งหน่วยงานคัดกรองและอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายเข้ามาหรือออกไปประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพในประเทศอาเซียน บนหลักการที่สอดคล้องกับอุปสงค์และอุปทานกำลังคนในตลาดบริการสุขภาพ (Policy levers to shape health labour market) ซึ่งจะบ่งชี้ถึงแนวทางการใช้ประโยชน์สูงสุดของบุคลากรเคลื่อนย้าย โดยการดำเนินการเชิงนโยบายจะต้องประสานสอดคล้องกันระหว่างนโยบายด้านการผลิต นโยบายส่งเสริมและควบคุมการเคลื่อนย้าย นโยบายจัดการด้านการกระจายตัวของบุคลากร รวมทั้ง นโยบายด้านการควบคุมการประกอบกิจการของภาคเอกชนในตลาดบริการสุขภาพ ซึ่งแนวนโยบายเหล่านี้จะเป็นกรอบแนวทางการจัดการเพื่อให้การเคลื่อนย้ายนั้นไม่ส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนไทย โดยแนวทางการบูรณาการเชิงนโยบายดังกล่าว อาจปรับใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในเชิงบริบทของการเคลื่อนย้ายเข้าหรือออก

นอกจากนี้ การวิจัยได้นำเสนอกระบวนการคัดสรรบุคลากรวิชาชีพเข้าปฏิบัติงานในประเทศ ที่ต้องเป็นไปตามหลักการของการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างมีจริยธรรมและมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนตามกฎหมายกระบวนการทางวิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งการใช้โอกาสในการพัฒนาเชิงระบบในพื้นที่ ทั้งใน

ด้านการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเคลื่อนย้ายเสรี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการจัดการกองทุน สุขภาพขององค์กรการกุศลหรือองค์กรที่ไม่ใช่รัฐระหว่างจังหวัดที่มีการเคลื่อนย้าย เช่น จังหวัดตากและ จังหวัดระนอง รวมทั้ง การมีความร่วมมือกับสถาบันวิชาการหรือสถาบันการศึกษาต่างประเทศ เพื่อพัฒนา มาตรฐานหรือสมรรถนะทางการประกอบวิชาชีพและเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารภาษาต่างประเทศร่วมกันของ ผู้ประกอบวิชาชีพ

และเนื่องจากในปัจจุบัน ภาครัฐไทยยังไม่มีข้อกำหนดมาตรการด้านการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบ วิชาชีพอย่างเป็นระบบและ ในขณะที่ภาคเอกชนมีความต้องการจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้ายที่มา จากประเทศที่มีมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์และสุขภาพใกล้เคียงกับประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอ ให้มีการกำหนดแนวทางการประเมินคุณภาพการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องตั้งอยู่บนหลัก จริยธรรม ร่วมกับการนำเสนอ ตัวแบบการส่งสมทุนมนุษย์ระหว่างประเทศ (Treasure-flow Model) ไว้เป็น แนวทางประกอบการพิจารณาเพื่อสร้าง พัฒนาและรวบรวมรวมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของประเทศ ของ ภูมิภาค และของโลก ให้เป็นคลังทุนมนุษย์ ที่ประเทศต้นทางและประเทศปลายทางที่มีความต้องการจ้างงาน และสามารถรับรู้ร่วมกันว่าจะสามารถขอใช้ประโยชน์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดมี ระบบรองรับการทำงานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งประเทศต้นทางและ ประเทศปลายทางการเคลื่อนย้าย

Abstract

According to the Mutual Recognition Arrangements (MRAs) of ASEAN regional movement, physicians, nurses, and dentists can be qualified to practice in another country. However, Thailand has no measures to facilitate the free movement coming up while capacity in human development of the country is still limited. This research aim to find out the answer of public private partnership in human capital management in health service system of Thailand as a collaborative government's intervention for providing efficiently and effectively of healthcare in which Thai people and ASEAN people having benefited from the regional agreement.

The main objective is to analyze and present policy advocacy for Human Capital Management support to Thailand health workforce policy under Free Trade Agreement and the arrangements of freely movement under the MRAs regarding public and private partnerships as a tool of policy alternative.

With integrated research mixed-methodology of literature review and assessment of stakeholders' view on potential consequences of Public Private Partnership on freely movement of health professional undertaken of MRAs in ASEAN community, researchers find out a conceptual framework for facilitating mobility of three health practitioners, as well as the criteria and qualitative indicators for freely movement of health professions under MRAs as mentioned. The findings on public and private partnerships were also implied for maximization of human capital which should not affect demand, supply, import and export of such health professional in Thailand. The Treasury's Human Capital will also be used to manage the shortage, inadequate and urgent use of health professional in Thailand accord with possibly extend scope of human capital development and movement into interrelated areas of sustainable human resources management within ASEAN.

As policy advocacy, this research has demonstrated the need to set up a facilitating agency to screen move into and out of the ASEAN health service sectors. Theoretically, in line with the demand and supply of manpower in the health services market, this finding illustrate a policy lever to shape health labour market indicate to the optimal utilization of moving personnel. In addition, policy implementation must be integration of production policy, mobility promotion policy as well as policy of manpower distribution management including policy of monitoring of private sector in health services market. These integrated policy as a management guideline of protection and control adversely affect the access to quality of health services of Thai people which can be adapted to suit different contexts of moving in or out the country.

This research has introduced policy implementation as a process of selecting health professional for practice in the country in accordance with moral and effective manner of free movement, legal procedure, workplace and location. These interventions are opportunities of system development in the area such as human capital development plan of free movement, knowledge management and technology transfer on providing health funds by charitable organizations or non-government organizations in the transitional provinces, such as Tak and Ranong. The cooperation with academic institutions or foreign educational institutions for development of standards or professional competencies as well as enhancement of foreign language communication skills among practitioners should be implied.

Presently, The Thai government has not yet set up a systematic movement of health professionals while the private sector has demands for high- skilled migrants professional who come from countries with comparable medical and health education standards of Thailand. Henceforth, the researcher proposed to set the guidelines of assessing the quality of free movement of health professionals based on ethical principles combined with a model of international human capital accumulation namely “The Treasure-Flow Model” applied to develop and consolidate regional and global health experts into ASEAN human capital. With this model, the host and destination countries where there is a need for employment will perceive to knowhow of identification the need of use these human capital. This intervention also as a safety net of work and quality of life of moving personnel which does not affect to accessing of healthcare of people in the host and destination country.

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	I
บทคัดย่อภาษาไทย	IV
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	VI
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของการศึกษา	1
เหตุผลสนับสนุนการศึกษา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์สนับสนุนการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
ผลที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละช่วงระยะเวลา	4
บทที่ 2 การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา	6
สาระสำคัญของพันธกรณี MRAs	7
แนวคิดการพัฒนากำลังทุนมนุษย์ (Treasury's Human Capital)	7
การปรับปรุงพัฒนากฎหมายรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน	9
งานวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง	12
การศึกษาที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ	15
นิยามเชิงปฏิบัติการ	16
บทที่ 3 วิธีการศึกษา	17
แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน	17
วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methodology)	17
วิธีการเก็บข้อมูล	18
ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรมฯ	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	21
ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม	21
สาระสำคัญของพันธกรณีที่ประเทศสมาชิกอาเซียนต้องปฏิบัติตาม MRAs	21
บริการสุขภาพข้ามเขตแดนในสหภาพยุโรป	24
การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพในสหภาพยุโรป	25
องค์ความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการ กลไก และตัวชี้วัดความร่วมมือภาครัฐและเอกชนที่ดีๆ	26
การเคลื่อนย้ายของบุคลากรสามสาขาภายใต้ MRAs ในสถานการณ์จริงของประเทศไทย	30
สรุปผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม	32
ผลการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษา	33
สรุปผลการศึกษาจากการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่	52
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	53
สรุปผลการสัมภาษณ์ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิต่อการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงฯ	54
การศึกษาแนวทางการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการรับการเคลื่อนย้ายผู้ประกอบวิชาชีพฯ	55
จังหวัดระนอง : รพ.สต. (ปากคลอง)	55
จังหวัดตาก : รพ.แม่สอด	56
การศึกษาเชิงปริมาณ	57
สรุปผลการศึกษา	60
แปลผลการศึกษา	61
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ	64
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	66
ข้อค้นพบทางการศึกษาที่เกี่ยวข้อง	66
การเคลื่อนย้ายของสาขาบริการสุขภาพอื่นในประชาคมอาเซียน	66
โอกาสในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม	66

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักเกณฑ์และนิยามของหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกสาขาวิชาชีพที่เหมาะสมฯ	68
สถานการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศในแต่ละสาขาอาชีพ	69
โอกาสและแนวโน้มความต้องการ	69
ทักษะ ความสามารถและคุณสมบัติของบุคลากรเคลื่อนย้าย	69
กลไกดำเนินงานรองรับการเคลื่อนย้ายเสรี	69
สถานะการเคลื่อนย้ายเสรีในปัจจุบันของประเทศสมาชิกอาเซียน	70
ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายเสรีของสามวิชาชีพในประชาคมอาเซียน	71
หลักเกณฑ์และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในการรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน	71
มาตรการรัฐในการเตรียมความพร้อมด้านภาษา(และอื่นๆ) ของบุคลากรเคลื่อนย้ายเสรีฯ	74
กฎและกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีในสถานการณ์จริงของการปฏิบัติงานฯ	76
กฎระเบียบนานาชาติเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ:อุปสรรคสำคัญฯ	77
แนวนโยบายด้านการขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ	77
การจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติของภาคเอกชน	80
ข้อเสนอแนะ/แนวทาง/ตัวแบบดำเนินการรองรับความร่วมมือภาครัฐและเอกชนฯ	80
รูปแบบสำหรับการ maximize human capital ของบุคลากรเคลื่อนย้ายเสรี	81
โอกาสของประเทศไทยจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพในภูมิภาคเอเชีย	81
การจัดสรรทรัพยากรบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย Medical Hub ไม่ให้ส่งผลกระทบฯ	83
ความร่วมมือกับภาคเอกชน (Engaging with the private sector)	84
การประมาณค่าสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร	84
กระบวนการคัดสรรบุคลากรวิชาชีพเข้าปฏิบัติงานโดยกลไกหน่วยงานคัดกรองฯ	84
การบูรณาการความร่วมมือเพื่อการสรรหาบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพ	86
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	86
กระบวนการคัดสรรบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการ	86
ข้อเสนอแนะในระดับพื้นที่	87

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ข้อเสนอแนะต่อภาคเอกชน	88
แนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการในประเทศไทย	91
การเสริมสร้างปัจจัยเอื้อและกลไกอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้าย	91
ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญของการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ในการจัดการทุนมนุษย์ผู้เคลื่อนย้ายและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง	94
ภาคผนวก	95
บรรณานุกรม	101

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
วงจรส่งสมทุนมนุษย์ข้ามประเทศ	8
การจัดบริการโดยเครือข่ายบริการภาคเอกชนและกิจกรรมสาขา	27
ข้อมูลบุคลากรสำหรับความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพในประเทศอินเดีย	28
องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการพัฒนาศาสตร์สร้างเสริมความร่วมมือฯ	30
สัดส่วนจำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน ปี 2558	64
เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลในปัจจุบันกับความต้องการฯ	68
ตัวชี้วัดขนาดทางเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนในปี 1999,2000,และ 2003	71
ดัชนีชี้วัดและค่าถ่วงน้ำหนักการรับเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพฯ	73
ดัชนีความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษของประเทศในเอเชียไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก	74
กำลังการผลิตแพทย์และพยาบาลในประชาคมอาเซียน จำแนกรายประเทศ	78
เปรียบเทียบกลไกนโยบายและหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเคลื่อนย้ายเสรีภายในประเทศฯ	78
แนวนโยบายในระบบอุปสงค์และอุปทานกำลังคนในตลาดบริการสุขภาพ	82
ขั้นตอนตามกฎหมาย กระบวนการทางวิชาชีพ และสถานที่ปฏิบัติงานในการคัดสรรฯ	87
ตัวแบบการส่งสมทุนมนุษย์ระหว่างประเทศ	92
แนวทางการประยุกต์ใช้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ รองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน	93

สารบัญตาราง

	หน้า
สรุปผลการเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ส่วนราชการงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์ฯ	54
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	58
ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ ภายใต้ MRAs	59
สัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรี	64
หลักเกณฑ์รับการเคลื่อนย้ายเสรีของประเทศสมาชิกอาเซียน	72

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญของการศึกษา

กรอบการค้าเสรีด้านการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Free Agreement on Service; AFAS) กำหนดคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และพยาบาล เป็นสาขาวิชาชีพที่เคลื่อนย้ายได้อย่างเสรี ภายใต้ข้อตกลงร่วมการยอมรับคุณสมบัติของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreement. MRAs)

แม้ประเทศสมาชิกอาเซียนจะมีการยอมรับคุณสมบัติของบุคคลธรรมดาด้วยกันมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 แต่สำหรับประเทศไทยแล้ว จนถึงปัจจุบัน ยังไม่ปรากฏว่ามีกระบวนการหรือมาตรการใดรองรับหรืออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสามสาขาดังกล่าว

1.2 เหตุผลสนับสนุนการศึกษา

ปัญหาของการผลิตกำลังคนในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย นอกจากขีดความสามารถด้านการผลิตบุคลากรที่ภาครัฐเป็นผู้ผลิตหลักแล้ว ประเทศไทยยังไม่มีกลไกเชิงระบบในการเพิ่มกำลังบุคลากรบริการโดยการอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพื่อบรรเทาปัญหาความไม่สมดุลของอัตราส่วนผู้ให้บริการต่อประชากรทุกกลุ่ม และจากโอกาสที่เปิดกว้างจากข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ซึ่งแม้ว่าจะกระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือกับสภาวิชาชีพ ได้มีการเตรียมการอำนวยความสะดวกรองรับกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีดังกล่าวตามข้อตกลงอาเซียนในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีการพัฒนามาตรการรองรับการเคลื่อนย้ายในรูปแบบ (scenarios) ต่างๆ ยังไม่มีตัวชี้วัดใดที่บ่งบอกถึงคุณภาพหรือผลสำเร็จของกลไกวิธีการที่ดำเนินการด้านการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอยู่ในปัจจุบัน (ศ.นพ.จิตร ลิทธิอมร. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. ตุลาคม 2559) อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบของการเคลื่อนย้ายดังกล่าวต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทยโดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน (วิพุธ พูลเจริญ. 2558) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อนโยบายสนับสนุนการเป็น Medical Hub ของประเทศไทยได้รับการขับเคลื่อนโดยรัฐบาลในลักษณะของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการสุขภาพที่เป็นชาวต่างชาติในประเทศไทย โดยในปีพ.ศ. 2558 มีนักท่องเที่ยวจำนวน 29,881,091 คน ซึ่งในจำนวนนี้รวมถึงผู้ที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพด้วย ในขณะที่แพทย์ทั้งประเทศมีจำนวน 50,000 คน และในจำนวนนี้เป็นแพทย์ต่างชาติ 200 คนที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่เมืองใหญ่ของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2559) ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาคาดการณ์เกี่ยวกับความเพียงพอหรือสัดส่วนที่เหมาะสมของแพทย์ในการให้บริการประชาชนทั้งที่เป็นคนไทยและคนต่างชาติ รวมทั้ง การพัฒนาเชิงนโยบายของสภาวิชาชีพเกี่ยวกับการยอมรับมาตรฐานและคุณสมบัติทางวิชาชีพเพื่ออนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศสามารถปฏิบัติงานเพื่อช่วยบรรเทาภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยได้โดยมีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (พ.ต.อ.ทวี สอดส่อง. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. ตุลาคม 2559)

สภาพการณ์เหล่านี้เป็นปัญหาสังคมที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วน ทั้งเพื่อเป้าหมายสูงสุดคือ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการลดภาระงานบริการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพไทยต้องแบกรับ และเพื่อให้ประเทศไทยมีความพร้อมรองรับและสามารถใช้โอกาสจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศในภูมิภาค ด้วยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน ที่นอกจากจะเป็นแนวทางในการรักษาสมดุลงานของทรัพยากรมนุษย์ในระบบบริการสุขภาพให้สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยสะดวกและไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทางหรือระหว่างภาคส่วนบริการแล้ว ยังเป็นกระบวนการสร้างคุณค่าของทรัพยากรมนุษย์ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เคลื่อนย้ายไปมาระหว่างภาคส่วนบริการและระหว่างประเทศ ให้เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนอาเซียนได้ โดยปราศจากเงื่อนไขของความต่างระหว่างภาคส่วนหรือการเลือกปฏิบัติตามความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการอีกด้วย

ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ที่ปัจจัยทางการผลิตสามารถเคลื่อนย้ายได้โดยเสรี ภายใต้ข้อตกลงร่วมกันของประเทศสมาชิกตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น บริการสุขภาพที่รัฐและเอกชนจัดสรรให้แก่ประชาชนทั้งที่เป็นคนไทย และ ชาวต่างชาติที่เข้ามาซื้อบริการและพึ่งพา ยังคงมีความขาดแคลนและการกระจายตัวที่ไม่สมดุลของทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ หากแต่ประเทศไม่สามารถจะต้านทานกระแสการขับเคลื่อนการพัฒนาในทางเศรษฐกิจในระดับมหภาคได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาวัตรกรรมทางการบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพื่อการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสถานการณ์ต่างๆรองรับการเปลี่ยนผ่านไปสู่ความมั่นคงและมั่งคั่งของประเทศไทยอย่างยั่งยืน (Rodolfo E. Manuelli and Ananth Seshadri, 2010)

โครงการวิจัยนี้ มุ่งศึกษาค้นคว้าเพื่อนำเสนอกรอบแนวทางการพัฒนากลไกเชิงระบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชนที่นำไปสู่การจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายระหว่างภาคส่วนบริการในประเทศภายใต้หลักการเสริมประสิทธิภาพการทำงานของกันและกัน และนำไปสู่การพัฒนามาตรการรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างมีประสิทธิภาพและสมดุลงานระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง รวมทั้ง เสริมสร้างกลไกอำนวยการความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายของบุคลากร ส่งเสริมความทั่วถึงและเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนไทยและประชาชนอาเซียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่เคลื่อนย้ายไปมาระหว่างเขตแดน และกลุ่มแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานแต่ยังคงขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเหตุผลและความจำเป็นต่างๆตามแต่บริบทของพื้นที่ที่คนเหล่านั้นอาศัยและทำงานอยู่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกำลังคนด้านบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อรัฐบาล ส่วนราชการหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาลักษณะบุคลากรผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) ที่นอกจากจะนำไปใช้แก้ไขปัญหาความขาดแคลน ความไม่พอเพียง ความจำเป็นในใช้อย่างเร่งด่วนของผู้ประกอบวิชาชีพในพื้นที่ที่เชื่อมโยงกันภายในภูมิภาคอาเซียนแล้ว ยังเป็นแนวทางของการพัฒนาและใช้ประโยชน์ทุนมนุษย์ที่มีคุณค่าอย่างยั่งยืน รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นคง ความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ทางการประกอบวิชาชีพของบุคลากรผู้เคลื่อนย้ายอีกด้วย

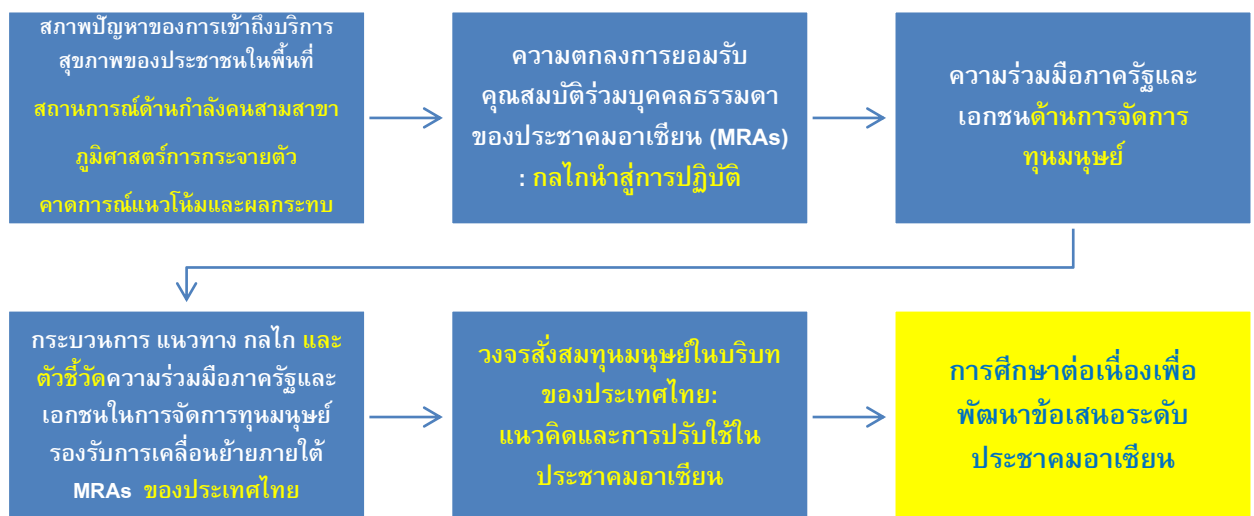
คำถามการวิจัย

- 1) บุคลากรสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล หรือที่เคลื่อนย้ายจากประเทศสมาชิกอาเซียนเข้ามาในประเทศไทยนั้น มีมาตรฐานวิชาชีพที่สภาวิชาชีพของประเทศไทยยอมรับได้หรือไม่ อย่างไร
- 2) การจัดการทุนมนุษย์ผู้เคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs โดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน หรือไม่ อย่างไร
- 3) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของการเคลื่อนย้ายเสรีของบุคลากรสามสาขาภายใต้ MRAs ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์และนำเสนอความเห็นทางวิชาการสนับสนุนนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ประเด็นการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ ที่เคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน (Policy Advocacy for Human Capital Management under MRAs) ภายใต้แนวคิดความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนของประเทศไทย

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



4. ผลที่คาดว่าจะได้รับในแต่ละช่วงระยะเวลา

เดือนที่	กิจกรรม (activities)	ผลงานที่คาดว่าจะได้รับ (Outputs)
6 เดือนที่ 1	1) ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมกับข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งต่างๆ 2) เข้าร่วมประชุมและสังเกตการณ์การประชุมคณะทำงาน Working Group of ASEAN Joint Collaboration Committee (AJCC) กลุ่ม Health Service Working Group (HSWG) 3) สำรวจพื้นที่ รวบรวม วิเคราะห์การกระจายตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติในพื้นที่ 4) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 400 ตัวอย่างการศึกษา	1) ความรู้และข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ แนวโน้มความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพในบริบทของประเทศไทย และสถานการณ์ของประชาคมอาเซียน 2) ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพสู่การเป็นทุนมนุษย์ภายใต้ กรอบแนวทางความตกลงการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพของอาเซียน 3) ข้อมูลสถานการณ์นโยบายระดับภูมิภาคเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วม (MRAs) 4) นิยามเชิงปฏิบัติการ 5) ความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพชาวไทย และผู้ประกอบวิชาชีพชาวต่างชาติที่ให้บริการสุขภาพอยู่ในพื้นที่ต่อการเคลื่อนย้ายตาม MRAs และแนวคิดความร่วมมือภาครัฐและเอกชน
6 เดือนที่ 2	1) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 2) จัดการความรู้ด้านความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพภายใต้ MRAs	1) หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลสำคัญระดับนโยบายประเทศด้านการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพภายใต้ MRAs 2) คลังความรู้ด้านการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน

เดือนที่	กิจกรรม (activities)	ผลงานที่คาดว่าจะได้รับ (Outputs)
6 เดือนที่ 2 (ต่อ)	3) พัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพตามแนวคิดการบริหารจัดการโดยเน้นจุดหมายปลายทาง (Management By Objective) 4) กรอบแนวทางความร่วมมือที่ดีและการพัฒนายั่งยืนของการจัดการทุนมนุษย์ด้านสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน 5) เผยแพร่ความรู้และรับฟังความเห็นสาธารณะต่อการพัฒนากระบวนการและกลไกจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ของประเทศไทย รวมทั้ง การประยุกต์ใช้ข้อค้นพบทางการศึกษาในระดับประชาคมอาเซียนและสาขาวิชาชีพอื่นๆ	ในระดับประเทศ และแนวทางการขยายผลในระดับประชาคมอาเซียน รวมทั้งกรอบการค้าเสรีอื่นๆ และบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น 3) รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการผลิตและจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ มีแนวคิดประกอบการพัฒนาคุณภาพกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs อย่างยั่งยืน โดยไม่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย 4) นโยบายความร่วมมืออาเซียนด้านสุขภาพของประเทศไทย มีตัวชี้วัดความสำเร็จของความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs 5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพได้รับรู้สถานการณ์ รวมทั้งโอกาสทางการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพและความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์ดังกล่าว 6) ข้อเสนอแนะต่อการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนไทยและประชาชนอาเซียน โดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน 7) ข้อเสนอแนะต่อความร่วมมืออาเซียนด้านการพัฒนากำลังบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) และการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการสังสมวจรณมนุษย์ข้ามประเทศมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน

บทที่ 2

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โครงการวิจัยนี้ ได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งจากแหล่งสืบค้นในประเทศ ต่างประเทศ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้เพื่อหาคำตอบของการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

- 2.1 ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements, MRAs)
- 2.2 แนวคิดการพัฒนาคลังทุนมนุษย์ (Treasury's Human Capital)
- 2.3 การปรับปรุง พัฒนากฎหมายรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน
- 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ

2.1 ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements, MRAs)

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 ที่ผ่านมา ไทยพร้อมด้วยประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่เป็นสมาชิกสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) ได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม ลาว กัมพูชา พม่า และ บรูไน ดารุสซาราม จะรวมตัวกันเป็นประชาคมอาเซียน(ASEAN Community) ซึ่งรวมถึงการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน(ASEAN Economic Community) เพื่อสร้างให้เกิดความร่วมมือทางเศรษฐกิจและเปิดเสรีการค้าภายในกรอบอาเซียน อันจะทำให้สินค้าและบริการ รวมถึงแรงงานในกิจกรรมเศรษฐกิจสาขาต่างๆ มีการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียนได้อย่างเสรีภายใต้กรอบข้อตกลงร่วมกัน

ทั้งนี้ภายใต้กรอบข้อตกลงการค้าด้านบริการ (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) ได้กำหนดให้ สาขาการบริการสุขภาพ เป็นหนึ่งในสาขาเร่งรัดที่ให้มีการเปิดเสรีรัฐบาลของกลุ่มประเทศอาเซียน ได้จัดทำ Roadmap for Integration of Healthcare Sector หรือ แผนที่การบูรณาการสาขาบริการสุขภาพ ขึ้นมาเป็นทิศทางให้ทุกประเทศสมาชิกยึดถือร่วมกันและใช้เป็นแนวทางหลักในการทำข้อตกลงการยอมรับร่วมระดับภูมิภาค (Mutual Recognition Arrangements - MRA) ในสาขาบริการวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อเอื้อให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรในสาขาวิชาชีพ ด้านสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดการร่วมลงทุนด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศอาเซียนได้ตามเป้าหมายที่มีการวางไว้ร่วมกัน ภายใต้กรอบข้อตกลงการยอมรับร่วมสาขาบริการวิชาชีพ ด้านสุขภาพ ผู้ให้บริการที่ได้รับการรับรองคุณสมบัติวิชาชีพโดยหน่วยงานที่มีอำนาจในประเทศตน จะได้รับการยอมรับโดยหน่วยงานที่มีอำนาจในประเทศสมาชิกอาเซียนประเทศอื่น แต่จากอัตราบุคลากรทางการแพทย์พบว่า ณ ปัจจุบันการนำเข้าบุคลากรทางสาธารณสุขจากต่างประเทศของไทยนั้นแทบไม่มีเลย ในทางตรงข้ามกับการส่งออกซึ่งมีรายงานอย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญของพันธกรณี MRAs

ข้อตกลง MRA ในสาขาบริการสุขภาพโดยหลักการแล้วมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้วิชาชีพอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่นได้สะดวกมากขึ้น โดยการหาจุดยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ให้สามารถยื่นคำขอใบอนุญาตทำงานในประเทศอาเซียนได้โดยไม่ต้องตรวจสอบคุณสมบัติซ้ำ ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพยังต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องของประเทศที่เข้าไปทำงาน เช่น การสอบ การขึ้นทะเบียน การขอใบอนุญาตทำงาน เป็นต้น ดังนั้น ข้อตกลงยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพ จึงเป็นเพียงข้อตกลงเกี่ยวกับการแสวงหาข้อตกลงยอมรับร่วมกันเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการทำให้คุณสมบัติผู้ประกอบวิชาชีพเท่าเทียมกันเท่านั้น ซึ่งในแง่ผลประโยชน์ที่ประเทศไทยจะได้รับ คือ โอกาสของคนไทยที่จะได้เคลื่อนย้ายไปทำงานที่มีค่าตอบแทนสูงขึ้น และคนต่างชาติบางส่วนที่เคลื่อนย้ายเข้ามาในไทยก็น่าจะได้นำความรู้และทักษะฝีมือมาสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของประเทศไทยได้ ถือเป็นการสร้างโอกาสกระตุ้นให้คนไทยพัฒนาฝีมือมากยิ่งขึ้น และทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์ในภาพรวม อย่างไรก็ตาม วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ที่ได้รับการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันในคุณสมบัติของบุคคลธรรมดา (MRAs) แล้วนั้น จัดเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการทำงานระดับสูง ซึ่งตรงข้ามกับความต้องการของตลาดแรงงานในอาเซียน ที่มีความต้องการแรงงานในระดับทักษะฝีมือมากกว่า เพื่อตอบสนองภาคอุตสาหกรรม ภาคการผลิต และการบริการ นอกจากนี้ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับชาติตลอดจนกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับภูมิภาค เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานทักษะฝีมือแรงงานระดับชาติ ที่สอดคล้องกับข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพอาเซียน (MRAs) ต่อไป

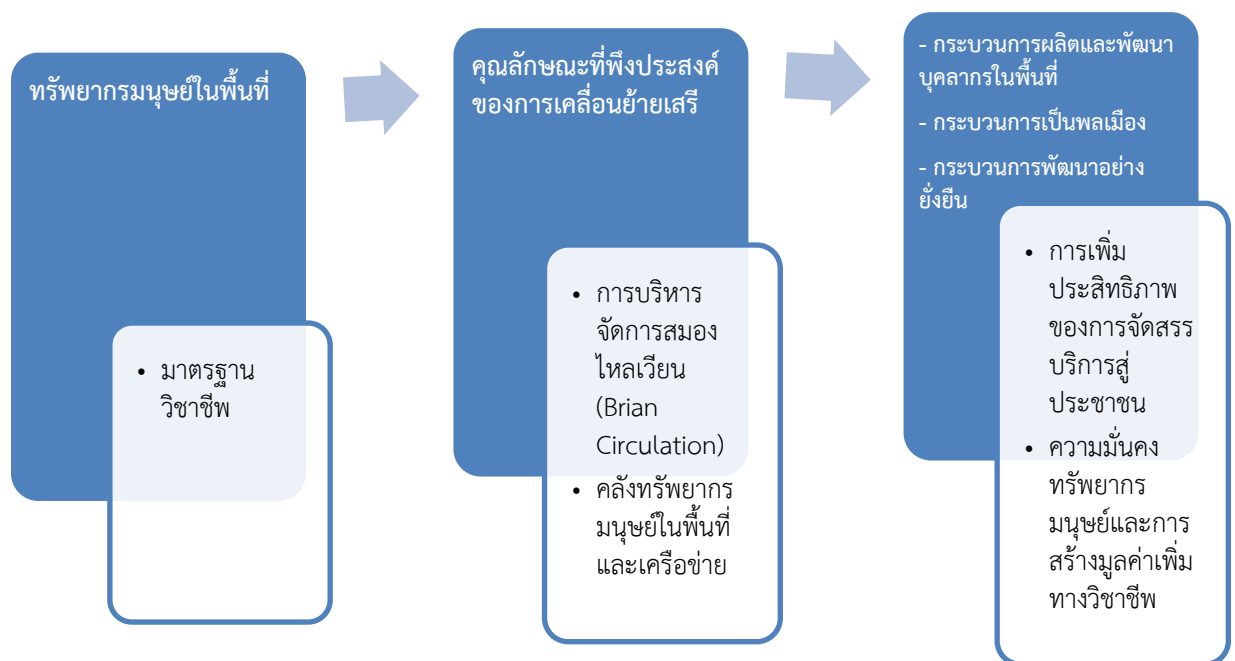
2.2 แนวคิดการพัฒนาคลังทุนมนุษย์ (Treasury's Human Capital)

ตามแนวคิดของ Peter Drucker (1961) ทรัพยากรมนุษย์ เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการดำเนินกิจการใดๆ ของประเทศชาติและองค์กร ร่วมกับ ทรัพยากรทางกายภาพ และทรัพยากรเงินทุน และยังเมื่อปฏิสัมพันธ์ทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในยุคโลกาภิวัตน์ ทรัพยากรมนุษย์ได้กลายมาเป็นทุนสำคัญของความเชี่ยวชาญที่จะก่อให้เกิดผลิตผลและมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ อันเป็นโอกาสในการสร้างความมั่นคงและแข็งแกร่งของการเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศ (Webster, 1986) ซึ่งแน่นอนว่าการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ดังกล่าว ต้องพัฒนาบนแนวคิดและหลักการใหม่ ที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ ปรากฏการณ์และการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในทุกระดับของการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์

ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน เป็นแนวคิดการอภิบาลร่วมสมัยที่ให้ความสำคัญกับการจัดสรรทรัพยากรสู่การสร้างอรรถประโยชน์สูงสุดในระบบโครงสร้างและบริการสาธารณะ ซึ่งการศึกษานี้จะทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยที่จะนำไปสู่ความร่วมมือดังกล่าว ในการจัดการปัญหาความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการสาขาบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวิชาชีพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีตามความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) ภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services; AFAS) ในพื้นที่ที่มีชาวต่างชาติเข้ามารับบริการทั้งเพื่อต้องการคุณภาพที่ดีและเพื่อขอรับการพึ่งพา

ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งภายใต้กลไกความร่วมมือภาครัฐและเอกชนนี้เอง ข้อกำหนดคุณสมบัติอันเป็นเงื่อนไขสำคัญของการเคลื่อนย้ายดังกล่าว ได้แก่ Policies of Temporary Licensing และ Practising privilege for Foreign Health Practitioners in ASEAN Member States (สำนักงานเลขาธิการอาเซียน. ๒๕๕๗) จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการและกลไกการเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นต้นทุนสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ตามหลักการของวงจรสะสมทุนมนุษย์ข้ามประเทศ (Life-Cycle Human Capital Accumulation Across Country, David Lagakos et.al, 2015) ซึ่งมีใช่เป็นเพียงการพัฒนากระบวนการจัดการทรัพยากรมนุษย์สู่การสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่ม (value adding) และอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถเคลื่อนย้ายได้และไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทางหรือภาคส่วนบริการแต่เพียงเท่านั้น ยังรวมถึงการเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคเพื่อการสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ ที่จะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสร้างสิทธิและโอกาสของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมของพลเมืองอาเซียน ด้วยการผลิต ใช้และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ร่วมกันอย่างเป็นระบบให้มีคุณค่าและมีกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.1

แผนภาพที่ 2.1 วงจรสะสมทุนมนุษย์ข้ามประเทศ (Life-Cycle Human Capital Accumulation Across Country)



ที่มา: ประยุกต์จาก David Lagakos et.al, 2015

2.3 การปรับปรุง พัฒนากฎหมายรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน¹

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการปรับปรุงแก้ไข หรือยกเลิกกฎหมายเพื่อรองรับการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนน้อยมากในช่วงห้าปีที่ผ่านมา ได้แก่ การที่หน่วยงานของรัฐยังมิได้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณีที่กำหนดไว้ในกฎบัตรอาเซียน ตลอดจนบรรดาสนธิสัญญา อนุสัญญา ความตกลง ข้อตกลง ปฏิญญา พิธีสาร และตราสารอาเซียนอื่นๆ ที่ทำขึ้นทั้งก่อนและหลังวันที่กฎบัตรอาเซียนมีผลใช้บังคับ ไม่ว่าจะเป็นตารางข้อผูกพันตาม AEC Blueprint, ASEAN Trade in Goods Agreement (ATIGA), ASEAN Framework Agreement on Services (AFAS) และ ASEAN Comprehensive Investment Agreement (ACIA) เช่น การที่กฎหมายหลายฉบับยังคงมีบัญญัติว่าผู้ขอรับใบอนุญาตต้องมีสัญชาติไทย หรือมีภูมิลำเนาหรือถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร (เช่น มาตรา 39 และมาตรา 45 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพบัญชี พ.ศ. 2547) หากเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพก็ต้องสอบผ่านใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย ซึ่งบทบัญญัติลักษณะดังกล่าวขัดต่อหลักปฏิบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) และแนวทาง Free flow of capital and investment ในประชาคมอาเซียน ดังนั้น หากประเทศไทยไม่ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิกกฎหมายอันอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งกฎหมายที่เกี่ยวกับการความสะดวกในการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจของเอกชน เช่น กฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน กฎหมายว่าด้วยการนำเข้าในหรือนำส่งออกไปนอกราชอาณาจักรซึ่งสินค้า เป็นต้น ก็อาจทำให้ประเทศไทยขาดความพร้อมที่จะเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างมีประสิทธิภาพและมีขีดความสามารถทางการแข่งขัน

ความล่าช้าของการไม่พัฒนาหรือปรับปรุงกฎหมายดังกล่าว ส่งผลกระทบด้านลบอย่างมีนัยสำคัญต่อประเทศไทยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีก 3 ประการสำคัญ ดังต่อไปนี้

ประการที่หนึ่ง กลไกของกฎหมายไทย (Legal mechanism) เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ (Economic-related activities) ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับหลักการสำคัญของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มุ่งการขับเคลื่อนเศรษฐกิจผ่านกลไกตลาด (Market-oriented economy) โดยกลไกตามกฎหมายไทยที่ใช้บังคับกับการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจในปัจจุบันนั้นเป็นระบบควบคุมอย่างใกล้ชิด (Control) ผ่านการอนุมัติ การอนุญาต และการออกใบอนุญาตทั้งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและจากคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายต่าง ๆ (Permission/Licensing System) มากกว่าระบบการกำกับดูแล (Supervision) หรือส่งเสริม (Promotion) การที่กฎหมายไทยใช้ระบบควบคุมอย่างใกล้ชิดกับการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจแทบทุกเรื่องเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้น ไม่สอดคล้องกับหลักการของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มุ่งจะก่อให้เกิด Free flow of goods, services, skilled labor, capital and investment ตามกลไกตลาดภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบตลาด (Market-oriented economy) เพราะการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจเฉพาะบางเรื่องเท่านั้นที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ความปลอดภัย สาธารณะ ความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การสาธารณสุข หรือการคุ้มครองผู้บริโภค และจำเป็นต้องอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างใกล้ชิดของรัฐ การใช้ระบบ

¹ ปกรณ์ นิลประพันธ์ กรรมการร่างกฎหมายประจำ (นักกฎหมายกฤษฎีกาทรงคุณวุฒิ) สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ควบคุมกับการประกอบกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจนี้ได้กลายเป็นภาระและต้นทุนในการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจของเอกชนทั้งในเวลาและค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันก็ทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐจึงมีภารกิจมากมายจนเกินกำลังที่จะดำเนินการได้จริง (Over missions) การบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมาย (Law enforcement) จึงย่อหย่อน ทั้งยังทำให้ภารกิจของหลายหน่วยงานซ้อนเหลื่อมกัน อันเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของรัฐในการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมาย

ผลพวงของการใช้ระบบควบคุมในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจโดยไม่เหมาะสมนี้กระทบต่อขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (National Competitiveness) โดยตรง โดยหากพิจารณาเศรษฐกิจ (Economic perspective) ของระบบควบคุมตามกฎหมายไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าต้นทุนของประชาชนและผู้ประกอบการในการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายภายใต้ระบบควบคุมอย่างใกล้ชิดของรัฐนี้ ถูกกว่าต้นทุนในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพราะการปฏิบัติให้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดเป็นเรื่องยากและเป็นภาระมากเนื่องจากประชาชนต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และขั้นตอนมากมายที่กฎหมายกำหนด ประชาชนจึงต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากเพื่อดำเนินการให้ถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งยังต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องครบถ้วนเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และขั้นตอนที่กฎหมายกำหนดอีกด้วย จึงทำให้ประชาชนและผู้ประกอบการเลือกที่จะฝ่าฝืนกฎหมายมากกว่าการปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมาย ดังนั้น หากไม่มีการพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและปรับปรุงกลไกของกฎหมายไทย “ทั้งระบบ” อย่างจริงจัง รวมทั้งไม่ดำเนินมาตรการตรวจสอบความจำเป็นในการตรากฎหมายอย่างเข้มแข็งเพื่อป้องกันมิให้มีการเสนอร่างกฎหมายที่มีกลไกไม่เหมาะสมต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาอนุมัติให้จัดทำเป็นกฎหมายแล้ว ประเทศไทยอาจไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

สาธารณรัฐสิงคโปร์ได้ปรับเปลี่ยนกลไกของกฎหมายเพื่อรองรับ Market-oriented economy มาเป็นเวลานานแล้ว โดยรัฐใช้มาตรการกำกับดูแลและการส่งเสริม การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจมากกว่าการใช้ระบบควบคุม โดยกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ต้องขออนุมัติ อนุญาต หรือใบอนุญาตเพื่อดำเนินการนั้นยังคงมีอยู่ แต่มุ่งเน้นไปที่การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจเฉพาะที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ความปลอดภัยสาธารณะ ความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การสาธารณสุข หรือการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นสำคัญ และสาธารณรัฐสิงคโปร์ได้พัฒนาวิธีการอนุมัติ อนุญาต หรือใบอนุญาตให้รวดเร็วภายใต้หลักการที่สำคัญ คือ ระบบควบคุมต้องสร้างต้นทุนในการปฏิบัติตามให้เป็นไปตามกฎหมายของประชาชนและผู้ประกอบการน้อยที่สุด (Minimize compliance cost) ขณะเดียวกันสาธารณรัฐสิงคโปร์ให้ความสำคัญกับการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมาย (Law enforcement) โดยมุ่งบังคับการตามกฎหมายอย่างเข้มงวด จริงจัง และต่อเนื่อง ประกอบกับอัตราโทษที่สูงมากทั้งโทษทางอาญาและโทษปรับทางแพ่ง ดังนั้น กลไกตามกฎหมายต่าง ๆ ของสาธารณรัฐสิงคโปร์จึงสอดคล้องกับหลักการค้าเสรีของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแล้ว และหากพิจารณาเศรษฐกิจของระบบกฎหมายของสาธารณรัฐสิงคโปร์ เนื่องจากการปฏิบัติตามกฎหมายสิงคโปร์มีต้นทุนต่ำกว่า

ต้นทุนในการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประชาชนจึงเลือกที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องตามกฎหมายและมีผลทางอ้อมให้พลเมืองสิงคโปร์มีพฤติกรรมเคารพกฎหมายของประชาชนมาก

ประการที่สอง การหลั่งไหลเข้ามาของสินค้า บริการ แรงงานมีฝีมือ ทุน และการลงทุนจากสมาชิกอื่นของอาเซียนตามหลัก Free flow of goods, services, skilled labor, capital and investment อันเป็นหัวใจของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพของระบบเศรษฐกิจ (Economic stability) และสุขอนามัยและความปลอดภัยของผู้บริโภค (Consumer) ภายในประเทศโดยมีอาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ปัจจุบันประเทศไทยจะมีมาตรการทางกฎหมายที่เป็นภูมิคุ้มกัน (Immunity) ระบบเศรษฐกิจและผู้บริโภคภายในประเทศขึ้นแล้วหลายมาตรการ ไม่ว่าจะเป็นมาตรการตามกฎหมายว่าด้วยการนำเข้าสินค้าหรือส่งออกสินค้านอกราชอาณาจักรซึ่งสินค้า กฎหมายว่าด้วยการแข่งขันทางการค้า กฎหมายว่าด้วยการกำหนดราคาสินค้าหรือบริการ กฎหมายว่าด้วยการตอบโต้การทุ่มตลาด กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว เป็นต้น รวมทั้งยังมีกฎหมายอีกจำนวนหนึ่งที่มุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค เช่น กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอางค์ กฎหมายว่าด้วยมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม เป็นต้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องปรับปรุง**มาตรการและกลไกตามกฎหมายเหล่านี้** ให้รองรับกับหลักการค้าเสรีของอาเซียนและการค้าโลกในยุคปัจจุบันด้วย เนื่องจากเป็นกฎหมายที่ตราขึ้นก่อนที่แนวคิดเกี่ยวกับการค้าเสรีและการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเพื่อประโยชน์ทางการค้าจะพัฒนาและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังต้องปรับปรุงและพัฒนาประสิทธิภาพการบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายเหล่านี้อย่างจริงจังด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กฎหมายว่าด้วยการแข่งขันทางการค้า (Competition Law) และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection Law) อันเป็นโครงสร้างหลัก (Backbone) ของภูมิคุ้มกันระบบเศรษฐกิจและผู้บริโภคภายในประเทศ มิฉะนั้นผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมและผู้บริโภคภายในประเทศอันเป็นส่วนใหญ่ของประเทศจะได้รับผลกระทบในเรื่องนี้โดยตรง ซึ่งหากรัฐไม่สามารถรักษาสภาพการแข่งขันของผู้ประกอบการในตลาดให้คงสภาพที่เป็นธรรม (Fair competition) ได้ ผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมภายในประเทศอาจไม่สามารถแข่งขันกับผู้ประกอบการจากสมาชิกอาเซียนอื่นที่มีต้นทุนที่ต่ำกว่ามากหรือที่ใช้มาตรการทางการค้าที่ไม่เป็นธรรม (Unfair Trade Practices) ต่างๆ ได้ ส่วนผู้บริโภคก็อาจได้รับผลกระทบต่อชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินจากการบริโภคสินค้าหรือรับบริการที่ไม่ปลอดภัยที่นำเข้ามาจำหน่ายหรือลักลอบให้บริการในราชอาณาจักร

นอกจากนี้ การแข่งขันด้านราคาของสินค้าหรือบริการอันเนื่องมาจากการเปิดเสรีการค้าสินค้าหรือบริการอาจสร้างนิสัยการบริโภคสินค้าหรือบริการมากเกินไป (Over consumption) ให้แก่ผู้บริโภคอันอาจส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมด้วย

ส่วน Free flow of skilled labor อาจกระทบต่อโครงสร้างการจ้างงานในกิจกรรมทางเศรษฐกิจแขนงต่าง ๆ และอัตราการจ้างงานในประเทศ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา ส่วน Free flow of capital and investment อาจทำให้ผู้ประกอบการไทยออกไปลงทุนในต่างประเทศมากขึ้นเพื่อลดต้นทุนด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค่าจ้างแรงงาน อันจะส่งผลกระทบต่ออัตราการจ้างงานในประเทศ

ดังนั้น ข้อเสนอแนะสำคัญต่อการปรับปรุงพัฒนามาตรการทางกฎหมาย ที่ควรดำเนินการโดยเร่งด่วน คือ

- กฎหมายที่จำเป็นต้องมีหรือปรับปรุงแก้ไขเพื่อสร้างความเข้มแข็งของภูมิคุ้มกัน (Immunity) เพื่อป้องกันมิให้ประเทศไทยและภาคเอกชนไทยประสบปัญหาในการเข้าร่วม AEC เช่น กฎหมายว่าด้วยการแข่งขันทางการค้า กฎหมายว่าด้วยการกำหนดราคาสินค้าหรือบริการ กฎหมายว่าด้วยการตอบโต้การทุ่มตลาด กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าว กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง กฎหมายว่าด้วยมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม เป็นต้น
- กฎหมายที่จำเป็นต้องมีหรือปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้การเข้าร่วม AEC ก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development) เป็นต้นว่า กฎหมายว่าด้วยการผังเมือง กฎหมายว่าด้วยการควบคุมอาคาร กฎหมายว่าด้วยการจัดสรรและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยโรงงาน กฎหมายว่าด้วยนิคมอุตสาหกรรม กฎหมายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ฯลฯ รวมทั้งอาจต้องมีการตรากฎหมายว่าด้วยการพัฒนาเมือง (City Development) ขึ้นเป็นการเฉพาะด้วย

2.4 งานวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ชาญณรงค์ วงศ์ชัย² ได้ทำการศึกษาเรื่อง กำลังคนสุขภาพในฐานะแรงงาน : ปัญหาและทางออกของระบบสุขภาพไทย พบว่า กำลังคนด้านสุขภาพ (Human Resource for Health) ที่มีอยู่ในปัจจุบันเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรแล้ว จะพบว่าหลายวิชาชีพยังคงมีความขาดแคลนอยู่ แม้ว่าในหลายวิชาชีพจะมีการเพิ่มกำลังการผลิต แต่ความต้องการบุคลากรที่เพิ่มมากขึ้นก็ทำให้ในอนาคตการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในเกือบทุกวิชาชีพจะยังเป็นปัญหาที่ท้าทายระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยอยู่ และจากการสำรวจยังพบว่า กำลังคนด้านสุขภาพมีการกระจายตัวอย่างไม่สมดุล โดยเฉพาะแพทย์กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมืองมากกว่าชนบท กรุงเทพฯ และปริมณฑล ยังคงเป็นที่กระจุกตัวของกำลังคนทุกวิชาชีพ ดังนั้นระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีกำลังคนที่เพียงพอ มีการกระจายอย่างเท่าเทียม มีสัดส่วนประเภทกำลังคนที่เหมาะสม มีกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและมีกระบวนการมีส่วนร่วม ปัญหาดังกล่าวประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ด้านนโยบายการค้าโลก ด้านสังคม นโยบายสาธารณสุขและการปฏิรูปต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและระบบกำลังคนด้านสุขภาพทั้งสิ้น บทความนี้จึงเสนอว่า รูปแบบปัจจัยของกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบันที่ขาดแคลนอันเนื่องมาจากการผลิตบุคลากรในแต่ละสาขา วิชาชีพไม่เพียงพอและภาวะงานที่มีความหนักและยากลำบากแล้วดังภาพนำเสนอต่อสังคม ยังเพิ่มเติมมุมมองอื่นที่เป็นปัจจัยซ่อนเร้นด้วยทั้งในเรื่องความผูกพัน (Engagement factor) ของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการให้งานนั้นเป็น “งานบันดาลใจ”(Inspiration of work) หรือ “งานที่สร้างคุณค่า” แก่คนทำงาน จึงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาบุคลากรทางสาธารณสุข

² เข้าถึงได้ที่ <https://www.hfocus.org/content/2016/04/12004>

เชอเม พักนี และ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ³ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความต้องการแพทย์ไทย (Thai patient demand for physicians) พบว่า การบรรเทาปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและลดต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพสำหรับคนไทยประเทไทยนั้น จำเป็นต้องเพิ่มบุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ ทันตแพทย์และพยาบาล โดยเสนอให้รัฐบาล: (1) อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติที่ได้รับการรับรองให้บริการทางการแพทย์ - อย่างน้อยสำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยไม่ต้องเข้ารับการรับรองด้านการแพทย์ในภาษาไทย (2) เพิ่มการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐให้สามารถให้บริการได้เต็มขีดความสามารถ และ (3) สนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้านการแพทย์ของประเทศไทยยังคงเป็นการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด โดยยังคงขาดการสนับสนุนจากภาคเอกชน ในขณะที่ภาคเอกชนมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพจากแหล่งเดียวกันของประเทศ โดยเฉพาะในการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยยังไม่มีมาตรการทางภาษีจากกิจการดังกล่าวมาสนับสนุนการเพิ่มหรือพัฒนาทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เช่น การฝึกอบรมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ การสร้างความมั่นคงและการคงอยู่ในระบบของอาจารย์แพทย์ในโรงเรียนแพทย์ของรัฐ เนื่องจาก การใช้ประโยชน์จากภาษีสามารถลดผลกระทบจากความต้อการพิเศษหรือเกินความจำเป็นสำหรับบริการสุขภาพของชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อที่สูงขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออไรลของบุคลากรออกนอกระบบบริการของรัฐเพื่อมาตอบสนองความต้องการบริการดังกล่าวในภาคเอกชนมากขึ้น

ศ.น.พ.สมศักดิ์ โลห์เลขา นายกแพทยสภา ให้สัมภาษณ์ไว้ในหนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ระบุว่า แม้ว่าสังคมจะมีความเป็นห่วงเรื่องของบุคลากรการแพทย์ว่าจะไม่มีเพียงพอต่อความต้องการที่จะเกิดจากการเคลื่อนย้ายฐานการทำงานไปสู่ประเทศเพื่อนบ้านนั้น ส่วนตัวไม่ได้คิดกังวลต่อประเด็นนี้ เนื่องจากสัดส่วนประชากรมีเพิ่มขึ้นปีละ 1% แต่จำนวนแพทย์จบใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 8 % ภายใน 10 ปีข้างหน้า จึงอาจเกิดภาวะแพทย์ล้นตลาดเช่นเดียวกับประเทศในยุโรปหรือสหรัฐอเมริกาเป็นได้ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ 21 แห่ง สามารถผลิตแพทย์ได้ปีละ 2,500 คน แต่สิ่งที่กังวลกลับเป็นเรื่องของบุคลากรพยาบาลมากกว่า เพราะกำลังการผลิตพยาบาลของประเทศไทยมีจำกัด ในขณะที่อายุการทำงานของพยาบาลในปัจจุบันสั้นลงจากการเปลี่ยนอาชีพ ซึ่งมีแนวโน้มที่โรงพยาบาลเอกชนต้องนำเข้าพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาทำงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2560) ได้นำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญจากงานวิจัยเพื่อสังเคราะห์ทางเลือกและข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศในทศวรรษหน้า(พ.ศ.2560-2569) ดังนี้

1. วิชาชีพด้านสาธารณสุขมีการผลิตที่มากเกินความต้องการ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนจำนวนการผลิต และควรเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น

2. วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก 10 ปี จะมีความเพียงพอกับความต้องการของประเทศ ดังนั้นการเพิ่มการผลิต ควรคงอัตราการผลิตแบบในขณะนี้ไว้ และจำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เช่น การรับนักเรียนจากพื้นที่ขาด

³ Pachanee & Wibulpolprasert WHO 2015 Volume 89, Number 5, May 2011, 336-344

แคลนเข้ามาเรียน และการจ้างงานหลังจบการศึกษาตามภูมิลำเนา เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

3. วิชาชีพพยาบาล เกษัชกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก 10 ปีข้างหน้า จะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่ก็ต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก อาจคงอัตราการผลิตแบบนี้ไว้ แต่เน้นการบริหารจัดการแก้ไขความขาดแคลน เช่น ใช้มาตรการลดการสูญเสียบุคลากร

4. ภาครัฐจำเป็นต้องสนับสนุนงบประมาณในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ขาดแคลน และมีการพิจารณาปรับระบบสนับสนุนงบประมาณผ่านทางกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้ใช้งำลังคนด้านสุขภาพเป็นหลัก

5. ควรมีการปฏิรูประบบการผลิตทั้งในเรื่องการบริหารจัดการการศึกษาโดยกระบวนการ *transformative learning* และให้มีการทบทวนหรือปรับปรุงหลักสูตร รวมถึงกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและบริบทของสังคมไทย

6. กระทรวงสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือ ระหว่างผู้ใช้ ผู้ผลิตทุกภาคส่วนในการวางแผนความต้องการและการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ ส่งเสริมการจัดระบบบริการที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น รวมทั้งการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการในระดับปฐมภูมิที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การให้บริการด้านแรกสำหรับประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อลดรายจ่ายของประชาชนและสร้างความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพในระยะยาว

7. ควรพัฒนาระบบประเมินการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ตลอดจนการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

8. ควรดำเนินมาตรการในการรักษากำลังคนด้านสุขภาพให้คงอยู่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม โดยการบูรณาการมาตรการที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น ระบบการจ้างงาน ระบบค่าตอบแทน และระบบความก้าวหน้า

9. แต่ละสาขาวิชาชีพควรมีการทบทวนการกำหนดสมรรถนะ(Competency) ของบัณฑิต รวมทั้งทบทวนข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันในลักษณะของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ เพื่อให้เกิดกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน และเอื้อให้เกิดการทำงานอย่างเต็มประสิทธิภาพ

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.) (2554) ได้ทำการศึกษา เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ: ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป โดยได้อธิบายถึงการสร้างความร่วมมือ 3 ประสานในการผลิตกำลังคน ว่าเป็นแนวคิดการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพกระแสหลักในปัจจุบัน ที่สถาบันการผลิตเป็นผู้คัดเลือกนักศึกษาเอง เมื่อเรียนจบก็ไม่มีระบบรองรับในการผลักดันให้กำลังคนในส่วนนี้เดินทางเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐบาล แต่ปล่อยให้มีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีตามระบบทุนนิยม (ยกเว้นวิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์ที่ยังมีเงื่อนไขการใช้ทุนอยู่) ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ตลาดสุขภาพมีความต้องการสูงและมีตลาดงานที่กว้างกว่าสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหลายแห่งจึงได้คิดหาทางออกด้วยการผลิตกำลังคนเอง โดยสร้างความร่วมมือกับ

แหล่งผลิตและชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดคือการคัดเลือกคนในชุมชนมาเรียนและกลับไปทำงานในสถานพยาบาลในชุมชนรูปธรรมความร่วมมือที่เกิดขึ้นคือ โรงพยาบาลประสานไปยังแหล่งผลิตในพื้นที่เพื่อขอโควตาพิเศษให้กับนักเรียนในชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ชุมชนมีหน้าที่คัดเลือกนักเรียนที่มีศักยภาพในการเรียนรู้และมีใจรักงานด้านบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าสอบให้ผ่านตามเกณฑ์ของสถานศึกษานั้นๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเท่าที่พบจะเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาล สนับสนุนทุนการศึกษา โดยผู้เรียนมีการทำสัญญาผูกพันกับโรงพยาบาลว่าจะกลับมาใช้ทุนคืนท้องถิ่นด้วยการทำงานในโรงพยาบาลตามระยะเวลาที่มีการตกลงกัน

ความร่วมมือในการผลิตกำลังคนแบบ 3 ประสานดังกล่าว เริ่มต้นขึ้นที่โรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่นเป็นแห่งแรก ซึ่งผลที่ได้ไม่เพียงทำให้มีพยาบาลมาทำงานในโรงพยาบาลตามจำนวนที่ต้องการ ยังพบว่าพยาบาลที่เข้าสู่ระบบด้วยโครงการนี้มีจิตรักชุมชน และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในชุมชนสูงจากการที่เป็นคนท้องถิ่นและผ่านกระบวนการฝึกฝนในชุมชนยาวนานกว่าพยาบาลที่เข้าสู่ระบบด้วยวิธีการปกติ ต่อมาแนวคิดเช่นนี้ได้ขยายวงกว้างขึ้นไปสู่โรงพยาบาลและชุมชนหลายแห่ง โดยเฉพาะในภาคอีสาน นอกเหนือจากวิชาชีพพยาบาลแล้วยังพบว่ามี การขยายตัวไปสู่บุคลากรกลุ่มอื่น เช่น ทันตภิบาล และ องค์กรบริหารส่วนตำบลก็ขยายบทบาทตัวเองจากการเป็นผู้ให้ทุนการศึกษาเป็นผู้จ้างงานเองด้วยในบางแห่ง อย่างไรก็ดี เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีฐานะเป็นองค์กรทางการเมืองการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลหรือนโยบายจึงเป็นปัจจัยแปรที่อาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของความร่วมมือในลักษณะนี้

และจากการแนวคิดในการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ⁴ ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg⁵ แนวคิดปัจจัยผลักดัน (Push factors) และปัจจัยดึงดูด (Pull factors) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับบุคลิกภาพสถานการณ์พยาบาลในอาเซียน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานของพยาบาล ส่วนใหญ่มีเหตุผลมาจากความต้องการมีรายได้สูงขึ้นหรือต้องการเงื่อนไขหรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีขึ้น โดยประเทศต้นทางส่วนหนึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตามประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างออสเตรเลีย แคนาดา และสหราชอาณาจักร กลับเป็นทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทางที่มีพยาบาลเคลื่อนย้ายแรงงานออกและมีพยาบาลจากต่างประเทศย้ายเข้าไปทำงาน⁶

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

จากรายงานของ World Health Statistic 2012⁷ ระบุข้อมูลสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรของแต่ละประเทศในกลุ่มอาเซียนพบว่า ประเทศฟิลิปปินส์มีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรมากที่สุด คือ มีสัดส่วนพยาบาล 6 คน ต่อประชากร 1,000 คน รองลงมาคือ ประเทศสิงคโปร์ มีสัดส่วนพยาบาล 5.9 คนต่อประชากร 1,000 คนและ บรูไน มีสัดส่วนพยาบาล 4.9 คน ต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยนั้นมีสัดส่วนพยาบาล 1.5 คน ต่อประชากร 1,000 คน ส่วนประเทศที่มีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรน้อยที่สุดคือ พม่า และกัมพูชา มีสัดส่วนพยาบาลเพียง 0.8 คน ต่อประชากร 1,000 คน

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการผลิตพยาบาลของประเทศต่างๆในภูมิภาคอาเซียน โดยพบว่าประเทศฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย จัดเป็นประเทศที่สามารถผลิตพยาบาลได้มากกว่าประเทศอื่นๆในกลุ่มอาเซียนหลายเท่า โดยในปี 2550 ประเทศฟิลิปปินส์สามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผดุงครรภ์ได้จำนวน 63,697 คน จากสถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลจำนวน 785 แห่ง แบ่งเป็นพยาบาล

⁴ อ้างถึงในทักษ์ศิลป์ ฉัตรแก้ว, 2551

⁵ อ้างถึงในสมชาย ชัยยุทธ์, 2537

⁶ Kline, 2003

⁷ บทความเรื่อง “เมื่อพยาบาล (อาเซียน) ไร้พรมแดน” โดย ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

วิชาชีพ 60,199 คน และพยาบาล ผดุงครรภ์ 3,498 คน ซึ่งมากที่สุดในอาเซียน สอดคล้องกับรายงาน Nurse Migration: The Asian Perspective รายงานว่าประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศที่มีการผลิตพยาบาลเพื่อส่งออกไปทำงานต่างประเทศมากที่สุดในอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 25 ของพยาบาลทั้งหมดทั่วโลก และคิดเป็นร้อยละ 83 ของพยาบาลชาวต่างชาติในสหรัฐอเมริกา

2.5 นิยามเชิงปฏิบัติการ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สามารถสังเคราะห์นิยามเชิงปฏิบัติการสำคัญ ได้ดังนี้

คลังมนุษย์ผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) หมายถึง สถาบันหรือระบบที่เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลหรือจัดทำทำเนียบผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ โดยโครงสร้างชัดเจน มีบทบาทในการจัดทำความตกลงระหว่างภาคส่วนบริการหรือระหว่างประเทศ เพื่อจัดสรรกำลังคนสาขาบริการสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพตามความจำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ โดยการทำงานอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบร่วมกับภาคประชาสังคม ภาครัฐบาลและสาธารณะ เพื่อพัฒนาและรักษาผลประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชน⁸

⁸ พัฒนาจากแนวคิด Treasury's Human Capital. US Department of The Treasury และ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์.2557

บทที่ 3

วิธีการศึกษา

3.1 แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินงาน

3.1.1 พื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ที่มีประชาชนจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานหรืออาศัยอยู่หนาแน่น ในบริบทต่างๆ ดังนี้⁹

- (1) พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษไทย - เมียนมาร์ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
- (2) พื้นที่ชายแดนไทย - กัมพูชา ด่านบ้านแหลม บ้านฝักกาด จังหวัดจันทบุรี
พื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาร์ จังหวัดระนอง และ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส
- (3) พื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมที่มีแรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานอยู่มาก ได้แก่
อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ และจังหวัดสมุทรสาคร
- (4) พื้นที่ท่องเที่ยว ได้แก่ อำเภอป่าตอง จังหวัดภูเก็ต อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
และเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี

3.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

วิธีการศึกษาของการศึกษานี้จะถูกออกแบบเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) ทบทวนวรรณกรรมเพื่อประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์และความเพียงพอด้านกำลังคนสาขาบริการสุขภาพกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลในภาพรวมของประเทศไทย สังเคราะห์ความรู้ด้านความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านสุขภาพภายใต้กรอบการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพของประชาคมอาเซียนและความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) รวมทั้ง กระบวนการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสู่การเป็นทุนมนุษย์ และหลักการของการส่งสมทุนมนุษย์ข้ามประเทศ
- 2) วิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนสาขาบริการสุขภาพกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา ความเป็นไปในทางปฏิบัติของการปฏิบัติตามเงื่อนไข MRAs ของประเทศไทย และการเคลื่อนย้ายของบุคลากรในสถานการณ์ที่เป็นจริง เพื่อวิเคราะห์โอกาสทางการพัฒนาความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อการใช้ทรัพยากรมนุษย์ร่วมกัน
- 3) วิเคราะห์องค์ประกอบของความร่วมมือที่ดีของภาครัฐและเอกชน เพื่อพัฒนากระบวนการและกลไกจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพของประเทศไทยภายใต้ MRAs และพัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ยุทธศาสตร์คุณภาพบริการโดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนคนไทย
- 4) การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับประเทศต่อการพัฒนากระบวนการและกลไกจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนของประเทศไทย รวมทั้ง กรอบแนวทางคาดการณ์แนวโน้มและผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบ

⁹ สำนักบริหารการสาธารณสุข.2558

วิชาชีพสามสาขา และข้อเสนอแนะประกอบการพิจารณาประเด็นความร่วมมือระหว่างประเทศ
สมาชิกอาเซียนการประยุกต์ใช้หลักการส่งเสริมทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพข้ามประเทศ

- 5) พัฒนาข้อเสนอแนะทางการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อขยายผลการพัฒนาไปสู่การจัดการการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นๆของประเทศไทย ภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียนรวมทั้งกรอบการค้าบริการอื่นๆ

3.2 วิธีการเก็บข้อมูล

- 1) ประมวลและวิเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการตีความ (Discourse Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านสุขภาพและตัวชี้วัดความร่วมมือที่ดี

- 2) สํารวจข้อมูลในสถานการณ์จริง ณ พื้นที่ที่ทำการศึกษา โดยวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methodology) ดังนี้

2.1 วิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative study) โดยการใช้แบบสอบถามกับผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพชาวไทยและชาวต่างชาติในพื้นที่ ที่คัดเลือกอย่างจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) จากจำนวนบุคลากรผู้ให้บริการในพื้นที่จำนวน 1,757 คน คัดเลือกตัวอย่างซึ่งทราบจำนวนแน่นอนจากสูตร Taro Yamane โดยมีความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าสัดส่วน (e) มีค่าไม่เกิน 0.027 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างการศึกษา 384 คน โดยผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน เพื่อให้ข้อมูลความเห็นโดยการตอบแบบสอบถามมาตรวัด 5 ระดับ เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายตาม MRAs และแนวคิดความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ (Reliability) และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) พบ¹⁰ว่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.837–0.896 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.75 แสดงว่าเป็นเครื่องมือที่ยอมรับความเชื่อมั่นได้

2.2 วิธีการเชิงคุณภาพ (Qualitative study) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ในระดับนโยบายประเทศ ยุทธศาสตร์สภาวิชาชีพ ยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ทางธุรกิจของภาคเอกชน และกลยุทธ์การดำเนินงานของพื้นที่ โดยกระบวนการสนทนากลุ่มพื้นที่ละ 1 กลุ่มสนทนา ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารนโยบายที่เกี่ยวข้องดังกล่าว จำนวน 16 คน เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการพัฒนาความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ 20 ชุดข้อมูล ร่วมกับการประชุมร่วมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพ เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ และกรอบแนวทางความร่วมมือที่ดีและการพัฒนาที่ยั่งยืนของความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์ด้านบริการสุขภาพ

¹⁰ ธาณินทร์ ศิลป์จารุ, 2552

3) สังเคราะห์กระบวนการและกลไกจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน จากการวิเคราะห์แนวโน้มการเคลื่อนย้ายและผลกระทบ ร่วมกับการกำหนดกรอบแนวทางความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน

4) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จัดการความรู้สู่สาธารณะและพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องในระดับความร่วมมือระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียน

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อการดำเนินงานเสร็จสิ้นที่เป็นรูปธรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัดความสำเร็จ
ความรู้ สำคัญเกี่ยวกับ 1) การเคลื่อนย้ายเสรีของบุคลากรวิชาชีพและข้อกำหนดการเคลื่อนย้ายเสรี 2) ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านสุขภาพ และแนวทางการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพร่วมกัน	1) องค์ความรู้ที่ได้รับการจัดการให้เป็นคลังความรู้ด้านการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในระดับประเทศ และแนวทางการขยายผลในระดับประชาคมอาเซียน รวมทั้งกรอบการค้าเสรีอื่นๆ และบุคลากรวิชาชีพสาขาอื่น 2) จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงองค์ความรู้ดังกล่าว ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ได้รับรู้สถานการณ์ รวมทั้งโอกาสทางการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพและความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์ดังกล่าว
การวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับ 1) แนวโน้มการเข้ามาทำงานของบุคลากรบริการสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลต่างชาติในพื้นที่ต่างๆของประเทศไทย เมื่อความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมกันมีผลบังคับใช้โดยสมบูรณ์	1.1 สถานการณ์การเข้ามาทำงานของบุคลากรบริการสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลต่างชาติในประเทศไทย 1.2 ข้อมูลประกอบการพิจารณารับรองคุณสมบัติ/มาตรฐานวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพที่สำเร็จการศึกษา

ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ต่อ)	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ต่อ)
2) การยอมรับบทบาทของภาคเอกชนในการร่วมจัดการทุนมนุษย์ที่เคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs 3) กรอบแนวทางการร่วมมือที่ดีระหว่างภาครัฐและเอกชนด้านจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพของประเทศไทย 4) หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย	จากต่างประเทศ และแนวทางการส่งเสริมความมั่นคงทางวิชาชีพระดับความเห็นของบุคลากรบริการสามสาขาต่อ MRAs 2) ข้อเสนอแนะต่อความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพของความร่วมมือภาครัฐและเอกชนของประเทศไทย ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน 4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับประเทศ เพื่อการยกระดับคุณภาพบริการ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน การป้องกันหรือลดผลกระทบอันอาจเกิดจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งความร่วมมือภาครัฐและเอกชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน 4.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการและกลไกจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ ที่สามารถเป็นแบบอย่างสำหรับการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการอื่นๆที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีในประชาคมอาเซียน และ/หรือ มีศักยภาพที่จะส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนย้ายเสรีได้ต่อไปในอนาคต 4.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อเนื่อง ได้แก่ 4.3.1 การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนไทยและประชาชนอาเซียน โดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน 4.3.2 ความร่วมมืออาเซียนด้านการพัฒนาลังบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) และการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการสังสมวงจรมนุษย์ข้ามประเทศมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน

ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ต่อ)	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ต่อ)
การขยายผลการศึกษาเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนด้านการค้าบริการสุขภาพ	1) ประเด็นหยิบยกเพื่อพิจารณาในการประชุมคณะทำงาน AJCC กลุ่ม HSWG 2) บทสรุปการพิจารณาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายภูมิภาคต่อการประยุกต์ใช้แนวคิดหลักการส่งเสริมมนุษยข้ามประเทศหรือการพัฒนาทางเลือกอื่นในการจัดการกำลังคนเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพภายใต้ MRAs

จากวิธีการศึกษาข้างต้น นำไปสู่ผลการศึกษาซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอในบทที่ 4 ต่อไป

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษา

4.1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม

(1) สาระสำคัญของพันธกรณีที่ประเทศสมาชิกอาเซียนต้องปฏิบัติตาม MRAs

สาระสำคัญของพันธกรณีที่ประเทศสมาชิกอาเซียนต้องปฏิบัติตาม MRAs สรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สาระสำคัญที่ต้องปฏิบัติตาม MRAs และกลไกดำเนินงาน

สาขาวิชาชีพ	สาระสำคัญที่ต้องปฏิบัติตาม MRA	กลไกดำเนินงาน
แพทย์	หลักการ คือ เปิดให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศกลุ่มอาเซียนได้ โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย ซึ่งแพทย์ต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน (ของประเทศไทย คือ แพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข) การดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของ ASEAN Joint Coordinating Committee on Medical Practitioners ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศสมาชิก	หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) คือ หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิก ให้มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพแพทย์ ประเทศไทย คือ แพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) ประเมินคุณสมบัติและประสบการณ์ของแพทย์ต่างชาติ กำหนดเงื่อนไขหรือวิธีการประเมินสำหรับการขึ้นทะเบียน 2) ขึ้นทะเบียน และ/หรือออกใบอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติในการเข้ามารประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย 3) ติดตามตรวจสอบและประเมินการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติที่ได้ขึ้นทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อให้แน่ใจว่าแพทย์ต่างชาติปฏิบัติสอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ของประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย

สาขาวิชาชีพ	สาระสำคัญที่ต้องปฏิบัติตาม MRA	กลไกดำเนินงาน
แพทย์ (ต่อ)		4) มีวิธีการหรือมาตรการที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการกับแพทย์ต่างชาติที่ได้ขึ้น ทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ แพทย์ แต่ปฏิบัติไม่ สอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและ จรรยาบรรณแพทย์ของประเทศปลายทางที่ เคลื่อนย้าย กลไกการดำเนินงานมี คณะกรรมการ ประสานงานด้านวิชาชีพแพทย์อาเซียน (AJCCM) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงาน กำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของ ประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศไม่เกิน 2 คน ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีผู้แทน ที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะ หน่วยงานที่ดูแลกำลังคนด้านสุขภาพของ ประเทศ
ทันตแพทย์	หลักการ คือ เปิดให้ทันตแพทย์ที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจด ทะเบียนหรือขอรับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ใน ประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตาม กฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย ซึ่งทันตแพทย์ต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่าน การประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของ หน่วยงานกำกับดูแลในประเทศปลายทาง การเคลื่อนย้าย ของประเทศไทย คือ	หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพทันตแพทย์ (PDRA) คือ หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจาก รัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิก ให้มีหน้าที่ กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ ประเทศไทย คือ ทันตแพทย์สภาและ กระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบ ดังนี้ 1) ประเมินคุณสมบัติและประสบการณ์ของ ทันตแพทย์ต่างชาติ 2) กำหนดเงื่อนไขหรือวิธีการประเมินสำหรับ การขึ้นทะเบียน 3) ขึ้นทะเบียน และ/หรือออกใบอนุญาตให้ ทันตแพทย์ต่างชาติในการเข้ามาประกอบ

สาขาวิชาชีพ	สาระสำคัญที่ต้องปฏิบัติตาม MRA	กลไกดำเนินงาน
ทันตแพทย์ (ต่อ)	การดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของทันตแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข (Joint ASEAN Coordinating Committee on Dental Practitioners ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศสมาชิก	วิชาชีพ ทันตแพทย์ในประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย4) ติดตามตรวจสอบและประเมินการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ต่างชาติที่ได้ขึ้นทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ทันตแพทย์ เพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าทันตแพทย์ต่างชาติปฏิบัติสอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณทันตแพทย์ของประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย 5) มีวิธีการหรือมาตรการที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการกับทันตแพทย์ต่างชาติที่ได้ขึ้นทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ทันตแพทย์ แต่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณทันตแพทย์ของประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย กลไกการดำเนินงานมี คณะกรรมการประสานงานด้านวิชาชีพทันตแพทย์อาเซียน (AJCCD) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพทันตแพทย์ (PDRA) ของประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศไม่เกิน 2 คน ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีผู้แทนที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานที่ดูแลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ
พยาบาล	หลักการ คือ เปิดให้พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย โดยพยาบาลต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศ	หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาล (NRA) หมายถึง หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิก ให้มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพพยาบาล ประเทศไทย คือ สภาการพยาบาล มีความรับผิดชอบดังนี้

สาขาวิชาชีพ	สาระสำคัญที่ต้องปฏิบัติตาม MRA	กลไกดำเนินงาน
พยาบาล (ต่อ)	ปลายทางที่เคลื่อนย้าย (ของประเทศไทย คือ สภาการพยาบาล)	1) ประเมินคุณสมบัติและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ 2) ขึ้นทะเบียน และ/หรือออกใบอนุญาตให้พยาบาลวิชาชีพต่างชาติในการเข้ามาประกอบวิชาชีพพยาบาลในประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย 3) ติดตามตรวจสอบและประเมินการประกอบวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพต่างชาติที่ได้จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล 4) ตรวจสอบติดตาม เพื่อให้แน่ใจว่าพยาบาลต่างชาติจะรักษามาตรฐานการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลที่สอดคล้องกับหลักประเพณีปฏิบัติด้านวิชาชีพของประเทศปลายทางที่เคลื่อนย้าย กลไกการดำเนินงานมี คณะกรรมการประสานงานด้านพยาบาลวิชาชีพอาเซียน ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพพยาบาลและ/หรือหน่วยงานของรัฐที่เหมาะสมของประเทศสมาชิกอาเซียนที่เข้าร่วมข้อตกลงฯ ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีผู้แทนที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานที่ดูแลกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศ

(2) สาระสำคัญของพันธกรณี MRAs

ข้อตกลง MRA ในสาขาบริการสุขภาพโดยหลักการแล้วมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้นักวิชาชีพอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่นได้สะดวกมากขึ้น โดยการหาจุดยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ให้สามารถยื่นคำขอใบอนุญาตทำงานในประเทศอาเซียนได้โดยไม่ต้องตรวจสอบคุณสมบัติซ้ำ ทั้งนี้ผู้ประกอบวิชาชีพยังต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องของประเทศที่เข้าไปทำงาน เช่น การสอบ การขึ้นทะเบียน การขอใบอนุญาตทำงาน เป็นต้น ดังนั้น ข้อตกลงยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติของนักวิชาชีพ จึงเป็นเพียงข้อตกลงเกี่ยวกับการแสวงหาข้อตกลงยอมรับร่วมกันเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการทำให้คุณสมบัติผู้ประกอบวิชาชีพเท่าเทียมกันเท่านั้น ซึ่งในแง่ผลประโยชน์ที่ประเทศไทยจะได้รับ คือ โอกาสของคนไทยที่จะได้เคลื่อนย้ายไปหางานที่มีค่าตอบแทนสูงขึ้น และคนต่างชาติบางส่วนที่เคลื่อนย้ายเข้ามาในไทยก็น่าจะได้นำความรู้และทักษะฝีมือมาสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรของประเทศไทยได้ ถือเป็นการสร้างโอกาสกระตุ้นให้คนไทยพัฒนาฝีมือมากยิ่งขึ้น และทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับประโยชน์ในภาพรวม อย่างไรก็ดี วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ที่ได้รับการทำข้อตกลงยอมรับร่วม

ในคุณสมบัติของบุคคลธรรมดา (MRAs) แล้วนั้น จัดเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะการทำงานระดับสูง ซึ่งตรงข้ามกับความต้องการของตลาดแรงงานในอาเซียน ที่มีความต้องการแรงงานในระดับทักษะฝีมือมากกว่า เพื่อตอบสนองภาคอุตสาหกรรม ภาคการผลิต และการบริการ นอกจากนี้ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับชาติตลอดจนกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับภูมิภาค เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานทักษะฝีมือแรงงานระดับชาติ ที่สอดคล้องกับข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพอาเซียน (MRAs) ต่อไป

และจากการการศึกษาเปรียบเทียบการจัดการทุนมนุษย์ในลักษณะเดียวกันของต่างประเทศ เช่น กลุ่มสหภาพยุโรป สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

บริการสุขภาพข้ามเขตแดนในสหภาพยุโรป¹¹

การเคลื่อนย้ายเพื่อแสวงหาบริการสุขภาพที่ดีกว่าของประชาชน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงทั่วโลก ในขณะที่การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ กลับไม่ได้รับการกล่าวถึงมากนัก¹² จึงเป็นที่คาดการณ์กันว่า การเคลื่อนย้ายดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชน เนื่องจากค่าตอบแทนการทำงานที่สูงในประเทศที่ร่ำรวย เป็นแรงดึงดูดที่สำคัญที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศของตน ในสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์นั้น ประมาณร้อยละ 35 ของแพทย์เป็นผู้ที่ผ่านการศึกษามาจากประเทศอื่น¹³ โดยการเคลื่อนย้ายของบุคลากรด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของสหราชอาณาจักร เกิดขึ้นในปลายทศวรรษที่ 1990 และช่วงต้นปี 2000 จากโครงการรับแพทย นานาชาติ ซึ่งเป็นความร่วมมือของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติและภาคเอกชน¹⁴ ซึ่งในช่วงที่สหภาพยุโรปมีการขยายตัวอย่างมากและข้อจำกัดด้านการเคลื่อนย้ายของบุคลากรยังไม่เข้มงวดมากนัก มีการแข่งขันกันเพื่อฝึกอบรมบุคลากรให้มีความสามารถสูงในกลุ่มประเทศโรมาเนีย, ฮังการี, เอสโตเนีย และกรีซ เพื่อส่งเข้าไปทำงานในประเทศต่างๆในสหภาพยุโรป ทำให้บุคลากรกลุ่มแพทย์และพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศปลายทางเหล่านี้ แต่กลับลดจำนวนลงในประเทศต้นทาง และเป็นความขาดแคลนบุคลากรสะสมในประเทศต้นทาง¹⁵

ตั้งแต่ปีค.ศ. 2009 เป็นต้นมา จำนวนแพทย์ในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป 12 เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในระหว่างปี 2003 ถึงปี 2007¹⁶ อย่างไรก็ตาม จากประมาณการเพิ่มขึ้นของรายได้จากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นเพียงร้อยละ 3 ของรายได้แรงงานอื่นๆในประเทศ เนื่องจากข้อจำกัดของตลาดแรงงานในประเทศปลายทาง ในขณะที่รายได้ ค่าตอบแทน และสภาพการทำงานในประเทศต้นทางที่ดีขึ้น เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจทำงานข้ามเขตแดนของผู้ประกอบวิชาชีพ¹⁷

การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพในสหภาพยุโรป

การเคลื่อนย้ายของบุคคลและบริการ หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสามารถเคลื่อนย้ายย้ายและปฏิบัติข้ามพรมแดนได้ โดยในปีค.ศ. 1970 ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและผดุงครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถเคลื่อนย้ายการทำงาน

¹¹ World Health Organization 2014. Cross-border health care in Europe Katharine Footman, Cécile Knai, Rita Baeten, Ketevan Glonti, Martin McKee

¹² Glinos, 2012

¹³ Wismar et al., 2011b

¹⁴ Young, 2011 Young et al, 2010

¹⁵ Glinos, อ้างแล้ว

¹⁶ Ognyanova et al., 2012

¹⁷ Ognyanova et al., 2012; Wismar et al., 2011b

ภายในสหภาพยุโรปได้¹⁸ อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดทางกฎหมายที่เข้มงวด รวมทั้งมาตรการเชิงคุณภาพ ทำให้ข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติโดยทั่วไป ถูกเปลี่ยนไปเป็นข้อกำหนดด้านคุณภาพของวิชาชีพมากขึ้น ในปี 2005 สหภาพยุโรปได้ยกเลิกข้อกำหนดคุณสมบัติทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพ และเปลี่ยนเป็นความตกลงร่วมการยอมรับคุณภาพทางวิชาชีพ (the mutual recognition of qualifications) ทั้งนี้ ความตกลงดังกล่าวเมื่อนำไปใช้เป็นเป็นมาตรการคัดกรองการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานบริการสุขภาพในสหภาพยุโรป ต้องสอดคล้องกับกฎหมายวิชาชีพภายในของแต่ละประเทศสมาชิกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของคุณภาพทางวิชาชีพที่ต้องคัดกรองตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งมีการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องได้รับการทดสอบคุณสมบัติอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการทำงาน ไม่ใช่เป็นการอนุญาตให้เข้ามาทำงานเพียงครั้งเดียว แล้วจะสามารถทำงานได้ตลอดชีพ¹⁹

สหภาพยุโรป กำหนดให้บุคลากรผู้เคลื่อนย้าย ต้องมีบัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (A European Professional Card) สำหรับการเดินทางเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศสมาชิกต่างๆของสหภาพยุโรป ซึ่งหมายถึงการสร้างระบบข้อมูลบุคลากรที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั่วทั้งสหภาพยุโรป (Internal Market Information System) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตทางวิชาการว่า บัตรประจำตัวดังกล่าว อาจส่งผลให้กระบวนการและขั้นตอนทางราชการ รวมทั้งการจัดการทางการเงินของบุคลากรผู้เคลื่อนย้ายมีความยุ่งยากมากขึ้น²⁰

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า สหภาพยุโรปให้ความสำคัญกับคุณภาพของผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้าย ดังนั้น เงื่อนไขเบื้องต้นของการรับเข้าทำงาน คือ การอบรมหลักสูตรร่วมพื้นฐาน (common training principles) และเมื่อเข้าทำงานแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติยังคงต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง หากผู้ประกอบวิชาชีพคนใดที่ประพฤติ ปฏิบัติผิดมาตรฐานวิชาชีพ ก็จะมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ประกอบวิชาชีพคนนั้นไปทั่วทั้งสหภาพยุโรป เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพในสหภาพยุโรป เกิดขึ้นในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 แต่ในขณะนั้นยังไม่มี การจัดเก็บข้อมูลการเคลื่อนย้ายของบุคลากรไว้อย่างชัดเจน²¹ แต่พอที่จะประมาณการได้ว่า การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์คิดเป็นร้อยละ 3 โดยในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้ายที่เป็นกลุ่มแพทย์นี้ ผ่านการศึกษาอบรมในสหราชอาณาจักรเองร้อยละ 42 และผ่านการศึกษาอบรมจากประเทศเบลเยียม ร้อยละ 25 ส่วนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศในปี พ. ศ. 2551 มีจำนวนมากถึงหนึ่งในสามของพยาบาล ในประเทศอิตาลี²²

(4) องค์ความรู้เกี่ยวกับ กระบวนการ กลไก และตัวชี้วัดความร่วมมือภาครัฐและเอกชนที่ดีและยั่งยืน ในการจัดการทุนมนุษย์สามสาขาที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ในสถานการณ์จริงของประเทศไทย : ตัวอย่างการศึกษาในต่างประเทศ

แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการความร่วมมือภาครัฐและเอกชนที่ดีและยั่งยืน ในการจัดการทุนมนุษย์สามสาขาที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ประยุกต์จากหลักการความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในทางทฤษฎี โดยสรุป ดังนี้ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน เป็นแนวคิดเชิงผลประโยชน์ที่ฝ่ายรัฐและเอกชนมาร่วมดำเนินกิจการเพื่อสาธารณะ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีระบบดำเนินการที่ชัดเจนในการร่วมลงทุนเชิงโครงสร้าง ที่เมื่อใช้

¹⁸ Gerlinger & Schmucker, 2007

¹⁹ Peeters, McKee and Merkur, 2010

²⁰ Dickson, 2011

²¹ Van Ginneken & Busse, 2011

²² Wismar et al., 2011b

ประโยชน์ในกิจการแล้วจะนำรายได้หรือผลกำไรคืนมาให้แก่การลงทุนในระยะยาว โดยมีเครื่องมือในการขับเคลื่อนที่สำคัญคือ ความรู้ทางกฎระเบียบของภาครัฐซึ่งจะช่วยสร้างเสริมการบริหารจัดการกำลังคนและสินทรัพย์ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงจากการลงทุนโดยการกระจายหรือโอนความเสี่ยงอันอาจเกิดจากความผันแปรทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี โดยรายได้ที่เกิดจากการร่วมลงทุน จะมาจากการจัดเก็บค่าธรรมเนียมบริการ การบริหารจัดการสินทรัพย์ โดยควบคุมไม่ให้มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อนกันของภาครัฐ รวมทั้งร่วมมือให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในกิจการที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ย่อมนำมาซึ่งความเสี่ยงของการบริหารกิจการความร่วมมือได้เช่นกัน

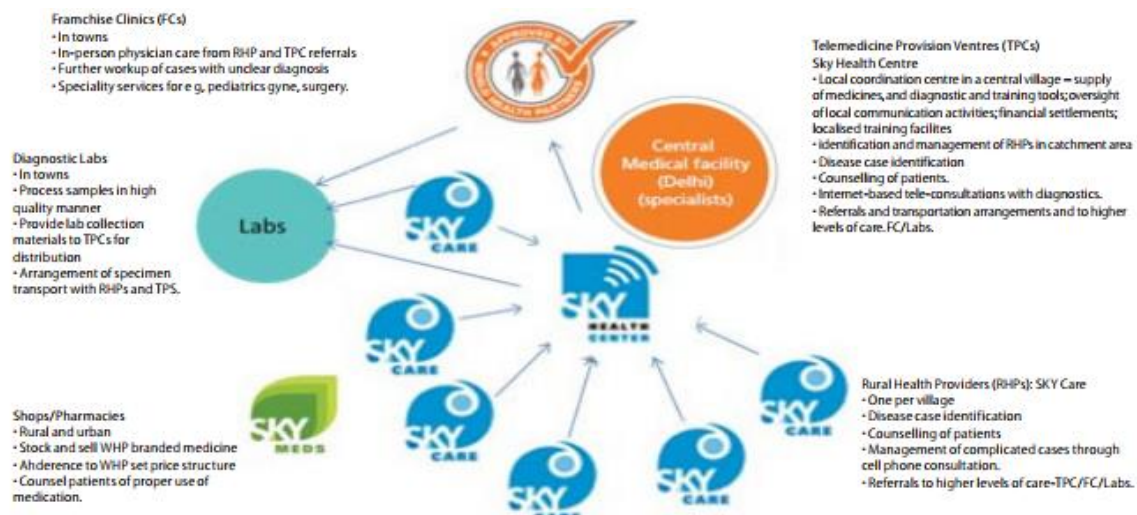
ความเสี่ยงดังกล่าว เริ่มต้นจากโอกาสเกิดขึ้นของความร่วมมือและโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการปฏิรูปการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ ความพยายามในการจัดสรรเงินทุนสำรองเพื่อการลงทุน การจัดหาแหล่งเงินทุนในระยะยาว การบริหารจัดการการโอนกรรมสิทธิ์และการส่งมอบกิจการระหว่างสองภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญในการบริหารกิจการความร่วมมือ การบริหารจัดการเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มของทรัพย์สินของรัฐ ไม่ให้กลายเป็น “dead capital” ตลอดจนการสรรหาภาคเอกชนที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ระหว่างภาคเอกชนผู้ลงทุนกับภาคเอกชนรายย่อยอื่นๆที่รับช่วงงานต่อ รวมทั้งการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายที่รัฐสามารถประหยัดลงได้ให้สามารถนำผลประโยชน์มาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพของบริการสาธารณะเป็นต้น ในทางกลับกัน ผลกระทบเชิงลบบางอย่างที่เป็นไปได้ที่สำคัญของ คือการใช้เงินทุนของภาคเอกชนในการลงทุนเพื่อกิจการสาธารณะนั้น การบริหารจัดการโดยรัฐต้องคำนึงถึงหนี้สาธารณะทางตรงที่จะเกิดขึ้นเป็นสำคัญและด้วยโครงสร้างการลงทุนที่ซับซ้อนนั้น เป็นความท้าทายความสามารถของภาครัฐในการบริหารจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงของการเป็นหุ้นส่วนภาครัฐเอกชนในระยะยาว ซึ่งการกำหนดหลักเกณฑ์ควบคุมการบริหารความร่วมมือภาครัฐและเอกชนนั้นเป็นความจำเป็น แต่ต้องไม่ใช่รูปแบบของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการควบคุม การบริหารความร่วมมือในระยะยาวจำเป็นต้องมีทางเลือกบางประการสำหรับการดำเนินกิจการที่ไม่สามารถควบคุมสภาวะแวดล้อมภายนอกทั้งจากภายในและภายนอกประเทศได้ อีกทั้งพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของคู่ความร่วมมือภาคเอกชน ต้องมีกลไกการการควบคุมและการกำกับดูแล รวมทั้งการลงโทษเฉพาะที่สามารถปิดช่องว่างต่างๆได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ข้อควรคำนึงที่สำคัญคือ โครงการความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนนั้น มีกระบวนการที่ยาวนานและใช้ระยะเวลาในการเตรียมการนาน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดต้นทุนของธุรกรรมสูง

กรณีตัวอย่างความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในด้านบริการสุขภาพที่น่าสนใจคือ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนของประเทศโครเอเชีย ที่ริเริ่มโดยการพัฒนา แบบจำลองโครงการความร่วมมือด้วยเทคนิคการทำงานร่วมกันแบบ Build-Operate-Transfer (BOT-model) ที่มีระบบการควบคุมที่มั่นใจได้ว่าการลงทุนเชิงโครงสร้าง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดบริการสาธารณะ โดยมีแบบจำลองทางการเงิน ภาครัฐและกลไกการถ่ายโอนความเสี่ยงไปยังภาคเอกชนที่สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายของภาครัฐลงได้ แต่เนื่องจาก ภาครัฐขาดการกำหนดถึงการบรรลุเป้าหมายของนโยบายในระยะยาวที่ชัดเจน จึงก่อให้เกิดคำถามแก่สาธารณะว่า โครงการความร่วมมือดังกล่าวจะมีความยั่งยืนได้อย่างไร รัฐและเอกชนจึงควรตระหนักว่าโครงการความร่วมมือภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีระบบการวัดและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพเป็นกลไกควบคุมกำกับ ดังนั้นรูปแบบการจัดการที่มีอยู่ของโครงการความร่วมมือภาครัฐและ

เอกชนในโครเอเชีย จึงได้รับการพัฒนาขึ้นในสองวิธี กล่าวคือ เริ่มจากการอบรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน และต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการความร่วมมือฯ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดการพัฒนาแบบการวัดผลการปฏิบัติงานและการรวบรวมข้อมูลสำคัญของการดำเนินโครงการในแต่ละกรณีที่เหมาะสมกับการมีความร่วมมือกันในการบริหารราชการแผ่นดิน

ในด้านสาธารณสุข กรณีศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจคือ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการแม่และเด็กในประเทศอินเดีย²³ ที่พัฒนาจากแนวคิดการร่วมลงทุนเพื่อจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ การทำสัญญาจัดบริการโดยภาคเอกชนโดยรัฐเป็นผู้จ่าย (Contracts) การแจกจ่ายบัตรกำนัลสำหรับการเข้ารับบริการ (Voucher-Schemes) และ การจัดบริการโดยเครือข่ายบริการภาคเอกชนและกิจการสาขา (Private-provider networks and social franchises) ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาขององค์กรเพื่อการพัฒนาสุขภาพแห่งอินเดีย ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.1

แผนภาพที่ 4.1 การจัดบริการโดยเครือข่ายบริการภาคเอกชนและกิจการสาขา (Private-provider networks and social franchises) ในประเทศอินเดีย



ที่มา: <http://www.worldhealthpartners.org/service.html>

อย่างไรก็ตาม จากการประเมินผลพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า รัฐและเอกชนผู้ร่วมลงทุนจัดบริการ ไม่ได้เพิ่มความพร้อมของการเข้าถึงบริการในทางกายภาพ โดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็กที่อาศัยอยู่ในชนบท ยังคงเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น รวมทั้งไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชนในเชิงโครงสร้างรวมทั้งทรัพยากรรองรับการจัดบริการ และแนวคิดความร่วมมือดังกล่าวไม่สามารถลดอัตราการตายของมารดาได้อย่างเป็นรูปธรรม แสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสาธารณสุขนั้น ต้องมีความพร้อมเชิงโครงสร้างและทรัพยากรบริการรองรับการดำเนินงานด้วย

²³ T K Sundari Ravindran. Public-Private Partnerships in Maternal Health Services เข้าถึงได้ที่ <http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/Maternal%20Health%20Services.pdf>

ในความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านการจัดการทรัพยากรสุขภาพเพื่อการจัดสรรบริการ²⁴ โดยเฉพาะในด้านกำลังคน ประเทศอินเดีย มีแนวคิดการจัดทำฐานข้อมูลบุคลากรดังแสดงในแผนภาพที่ 4.2

แผนภาพที่ 4.2 ข้อมูลบุคลากรสำหรับความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพในประเทศอินเดีย

Input Factors	
1.	Number of doctors in a healthcare unit
2.	Number of nurses in a healthcare unit
3.	Number of technical services personnel (paramedical staff)
4.	OPD hours per week/lab hours per week
5.	Number of beds in a healthcare unit (in-patient facility)
6.	Total costs of material and equipment/Capital expenditure
7.	Total cost of consumable items, such as drugs, sanitary utilities etc. (Variable Cost)
8.	Cost of specialized infrastructure/specialized equipment
9.	Cost of purchased services/General practitioner's fees

Table 2.1: List of Input Factors selected for the study

Output Factors	
1.	Number of Medical admissions
2.	Number of Surgical admissions
3.	Average length of stay
4.	Occupancy rate
5.	Teaching variables – Number of residents/nursing staff receiving 1 year of training at a hospital
6.	Average Case Mix categories (Internal Medicine, General Surgery, Gynecology, Pediatrics, Intensive Care, and other) as indexes
7.	Discharges because of recovery (Medicine, Surgery, Obstetrics, Pediatrics and Intensive Care)
8.	Number of healthy deliveries
9.	Number of lab cases

Table 2.2: List of Output Factors selected for the study

ที่มา: Bharti Birla and Udita Taneja. 2010

ข้อค้นพบจากการศึกษาโดยการจัดแบ่งฐานข้อมูลดังกล่าว เสนอแนะให้รัฐบาลอินเดียริเริ่มการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดหาเงินทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน การสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์ และการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ อีกทั้งผลการศึกษายังเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่า การจัดบริการสุขภาพโดยลำพังของรัฐ โดยเฉพาะประเทศที่มีประชากรมากเป็นอันดับสองของโลกอย่างอินเดีย ไม่สามารถนำส่งบริการและตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง จึงจำเป็นต้องมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน เป็นเครื่องมือในการจัดการเชิงระบบ โดยเฉพาะในด้านปัจจัยการผลิต ที่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญมากกว่าต้นทุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพ

²⁴ Bharti Birla and Udita Taneja.(Public Private Partnerships for Healthcare Delivery in India: Assessing Efficiency for Appropriate Health Policies. University School of Management Studies, GGS Indraprastha University Delhi, India เข้าถึงได้ที่ <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan047039.pdf>

ของการจัดบริการสุขภาพของหน่วยบริการ โดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน จะก่อให้เกิดการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ จากความชำนาญทางด้านเทคนิค, ขีดความสามารถในการขยายผลการดำเนินงาน, รวมทั้งการปฏิรูประบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญแก่คุณภาพบริการที่ได้รับการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวคิดที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความร่วมมือภาครัฐเอกชนไม่ได้หมายความว่าความถึงการใช้จ่ายเงินทุนภาคเอกชนตามความเข้าใจทั่วไปแต่เพียงเท่านั้น แต่หน่วยบริการสุขภาพที่มีความร่วมมือกับภาคเอกชน จะสามารถบรรลุเป้าหมายในการให้บริการที่มีคุณภาพและเหมาะสมด้วยปริมาณของทรัพยากรหรือปัจจัยการผลิตที่มีอยู่อย่างจำกัด

เงื่อนไขแห่งความสำเร็จที่สำคัญของการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ (ซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะภาคธุรกิจเอกชนเท่านั้น แต่รวมถึง ภาคประชาสังคมและองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ ที่สามารถร่วมลงทุนหรือจัดบริการสุขภาพเพื่อประชาชนได้อีกด้วย) คือ องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่คาดหวัง เป็นหลักการสำคัญสำหรับการพัฒนาแบบจำลองความร่วมมือภาครัฐและเอกชนด้านบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมถึงสำหรับการจัดการดูแลสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างภาคส่วน ทั้งนี้ ใน *การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนเชิงสร้างสรรค์ที่สามารถเพิ่มความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้ (Synergistic Collaborations or Synergistic PPPs)* ภาครัฐจำเป็นต้องขยายการสนับสนุนด้านการเงินหรือสินทรัพย์ให้แก่ภาคเอกชน ส่งเสริมความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค และการบริหารจัดการเพื่อจัดสรรบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและสมประโยชน์ของประชาชน

การจัดบริการสุขภาพโดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชน มีลักษณะร่วมสำคัญ ที่ไม่แตกต่างจากความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในกิจการอื่นๆ โดยจากการศึกษาของ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพในโรงพยาบาล²⁵ พบว่า มีองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนายุทธศาสตร์สร้างเสริมความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 4.3

²⁵ Ahmad Sadeghi และคณะ.2016

แผนภาพที่ 4.3 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของการพัฒนายุทธศาสตร์สร้างเสริมความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดบริการสุขภาพ

Themes	Sub-Themes
Changes in Policies and Laws	Stability in government policies, Improvement and enhancement of insurance and associated insurance organizations, Competitive pricing, Balance between price and quality in healthcare sector, Movement to the formation of board of trustees in hospitals, acceptance the role of trustee and policy-maker by Ministry of Health and avoiding the implementation role, Reform and actualization of tariffs
Socio-Cultural Changes	Changes in culture and public opinion and attraction of people's trust, National commitment and coordination between government and parliament, Mental and attitudinal paradigm shift of government towards private sector, Full support of partnership with private sector by senior management and decision-makers of health sector
Improvement of Current Mechanisms and Processes	Creation of a strong and unified entity to manage the relationships with private sector, Identification of a trustee and main executor of these types of partnerships, Transparency and proper management of existing patterns and their implementation, Development of a fair and transparent contract in accordance with the project, Execution in a pilot form and provision of infrastructure before implementation, Reduction in the size of government bodies (decrease in chairmanship)
Financial and Capital Capacity Building	Establishment of conditions and contexts to attract investors, Incentives for investors to enter the field, Government guarantees to buy the service and also return on base and benefit of investors

ที่มา: Ahmad Sadeghi et.al (2016) เข้าถึงได้ที่

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886559/pdf/epj-08-2208.pdf>

(5) การเคลื่อนย้ายของบุคลากรสามสาขาภายใต้ MRAs ในสถานการณ์จริงของประเทศไทย ทั้งที่เป็นบุคลากรเคลื่อนย้ายและบุคลากรผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ

ภายใต้กรอบความร่วมมือการค้าเสรีด้านบริการของประชาคมอาเซียน กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล เป็นสาขาอาชีพ 3 ใน 7 สาขา ที่มีความเสี่ยงได้รับผลกระทบมากที่สุดภายหลังการเปิดเสรีแรงงานอาเซียน²⁶ โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ซึ่งปรากฏการเคลื่อนย้ายเข้า-ออกประเทศไทยที่ชัดเจนมากกว่าวิชาชีพอื่น โดยผลกระทบที่วิชาชีพพยาบาลอาจได้รับ คือ มีการไหลเข้าของพยาบาลจากต่างประเทศ เช่น การนำพยาบาลจากประเทศฟิลิปปินส์เข้ามาช่วยลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของไทย ดังเช่น โรงพยาบาลย่นฮิมพยาบาลชาวฟิลิปปินส์จำนวน 80 คน ทำหน้าที่ด้านธุรการ ล่าม เป็นต้น²⁷ แต่ในขณะเดียวกันอาจมีการไหลออกของพยาบาลไทยไปยังกลุ่มประเทศอาเซียนเช่นกัน โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ที่ประกาศตัวเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ในภูมิภาคอาเซียน ซึ่งสิงคโปร์นับว่าเป็นประเทศที่มีความพร้อมทั้งทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และความสามารถในการจ่ายค่าตอบแทนสูง ดังนั้นหากไม่มีแผนการป้องกันที่เหมาะสมประเทศไทยอาจเกิดปัญหาขาดแคลนพยาบาลมากขึ้น

จากการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่ พบว่า ในเมืองใหญ่ เมืองท่องเที่ยวหรือเมืองเศรษฐกิจชายแดน โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีการจ้างงานชาวต่างชาติเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากความแตกต่างของมาตรฐานการศึกษาและการประกอบวิชาชีพ ประกอบกับเงื่อนไขการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย จึงทำให้ยังไม่มีบุคลากรต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานตามหลักการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดา แต่เป็นการทำงานที่จ้างในตำแหน่งหน้าที่อื่น เช่น เป็นผู้ติดต่อ email หรือทำหน้าที่ประสานงาน การดูแลและสื่อสารกับผู้รับบริการชาวต่างชาติ เป็นต้น

²⁶ ศูนย์ข่าวการศึกษาไทย, 2555

²⁷ สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส, 2555

สำหรับการจ้างงานในโรงพยาบาลรัฐ พบว่า โรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชายแดนระหว่างประเทศ เช่น อำเภอสอด จังหวัดตาก และจังหวัดระนอง หรือ เมืองที่มีแรงงานต่างชาติอาศัยและทำงานอยู่มาก เช่น จังหวัดสมุทรสาครนั้น มีความต้องการแพทย์ที่เป็นคนชาติเดียวกันเพื่อให้บริการดูแลรักษาพยาบาล เพราะสามารถสื่อสารภาษาเดียวกันได้อย่างเข้าใจทั้งภาษาและวัฒนธรรม ซึ่งที่ผ่านมา โดยความร่วมมือของภาคเอกชนผู้ประกอบการประมงในจังหวัดสมุทรสาครได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อจ้างแพทย์ต่างชาติในการดูแลแรงงานที่เป็นคนชาติเดียวกัน และ ในอำเภอสอด จังหวัดตาก มีการจ้างงานแพทย์ต่างชาติโดยการสนับสนุนของ NGOs แต่ก็เป็นการสนับสนุนงบประมาณได้ในระยะสั้น เมื่องบประมาณหมดลงหรือมีการย้ายฐานการปฏิบัติงานไปยังประเทศอื่น ทำให้การจ้างงานสิ้นสุดลง

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรผู้สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์จากต่างประเทศ ได้เคยมีการจ้างงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อให้บริการแก่ประชาชน แต่สามารถจ้างได้เพียงในระบบราชการได้เพียงในระยะสั้น เนื่องจากไม่มีกฎระเบียบกำหนดไว้ให้สามารถจ้างงานได้เป็นการประจำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิ พบว่าแม้ประเทศไทยจะสามารถผลิตพยาบาลวิชาชีพได้ไม่น้อยกว่า 7,000 คนต่อปี แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยพิจารณาจากข้อเสนอเชิงนโยบายของสภาการพยาบาลเกี่ยวกับข้อมูลความต้องการพยาบาลปี 2553-2562 กล่าวไว้ว่า ประเทศไทยควรมีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1: 400 หรือคิดว่าจะควรมีพยาบาลประมาณ 168,500 คน เพื่อที่จะดูแลประชากรไทยได้อย่างทั่วถึง ในขณะที่ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ที่ 125,250 คน ทำให้ยังขาดแคลนพยาบาลอยู่ถึง 43,250 คน แบ่งเป็นการขาดแคลนในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 31,250 คน และการขาดแคลนในโรงพยาบาลในสังกัดภาครัฐอื่นๆและภาคเอกชนอีกประมาณ 14,000 คน แสดงให้เห็นว่าคนไทยยังขาดพยาบาลที่จะคอยดูแลประชากรเจ็บป่วยอีกจำนวนมาก

สำหรับสาเหตุปัญหาการขาดแคลนอาชีพพยาบาลที่มาจากการผลิตที่ได้ออกมาในปริมาณที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรแล้ว สาเหตุสำคัญของการลาออกของพยาบาลส่วนใหญ่ คือ การไม่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีความพยายามในการจัดสรรตำแหน่งเพื่อบรรจุพยาบาลให้เป็นข้าราชการ แต่ปัญหาเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการของพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ก็เป็นแรงขับให้พยาบาลมีการย้ายออกไปสู่สถานพยาบาลเอกชนมากขึ้น และสาเหตุนี้ยังทำให้พยาบาลอีกจำนวนมากมีความพยายามที่จะเดินทางออกไปทำงานต่างประเทศมากขึ้น

ดังนั้น จากการสำรวจสถานการณ์จ้างงานพยาบาลที่พบว่า มีพยาบาลจากประเทศฟิลิปปินส์เริ่มเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย แต่เป็นการกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ค่าตอบแทนสูง ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐนั้นการไหลออกของพยาบาลวิชาชีพและการสูญเสียกำลังคนจากการเกษียณอายุ กำลังจะกลายเป็นภาวะวิกฤติด้านกำลังคนสาขาพยาบาลของประเทศไทย

แบบอย่างการปฏิบัติที่ดี ที่การศึกษานี้ได้ค้นพบประการหนึ่ง คือ Department of Treasury แห่งสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ Human Capital Strategic Plan (2008-2013) ที่มีเป้าหมายของการจัดการกำลังคนคุณภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมกำลังคนคุณภาพที่มีความหลากหลายทางวิชาชีพ ที่ร่วมกันทำงานขององค์กรให้บรรลุผลสำเร็จ 2) พัฒนาและธำรงรักษาบุคลากร 3) บริหารจัดการกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ 4) พัฒนากำลังคนคุณภาพให้สอดคล้องตามยุทธศาสตร์ที่องค์กรกำหนด ซึ่งแนวทาง

ยุทธศาสตร์เหล่านี้ จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับแนวคิดการสังสมคลังทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพของ การศึกษานี้ได้

สรุปผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม

Public Private Partnerships (PPPs) เป็นรูปแบบของความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ที่มี หลักการสำคัญที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในแนวคิดการจัดการทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพที่ เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ของประชาคมอาเซียนในทางปฏิบัติได้ในบางประเด็น ซึ่งข้อค้นพบจากการทบทวน วรรณกรรม ได้ข้อสรุปในเบื้องต้น ดังนี้

การเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในปัจจุบัน การวางแผนเตรียมการ รองรับ จึงควรกำหนดเป็นฉากทัศน์ (scenarios) ของการเคลื่อนย้ายต่างๆ และวางแผนการจัดการรองรับ สถานการณ์เหล่านั้น ประกอบด้วย

- คนไทยเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศ
- คนต่างประเทศเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทย
- ทั้งคนไทยและคนต่างประเทศเคลื่อนย้ายในลักษณะเดียวกัน
- ไม่เกิดการเคลื่อนย้ายใดๆ

ในกรณีการเคลื่อนย้ายใดๆก็ตาม จำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์ในลักษณะของการ เปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา หรือ อนุกรมเวลา (time series) คือ ทำการเก็บชุดของข้อมูลการเคลื่อนย้ายของ ผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสามสาขามาตามระยะเวลาเป็นช่วง ๆ อย่างต่อเนื่องกัน ประกอบกับในปัจจุบัน มีการใช้ เทคโนโลยีข้ามพรมแดนทางการรักษาพยาบาลมากขึ้น และมีความก้าวหน้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามยุคสมัย ผู้ประกอบวิชาชีพอาจไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายอีกต่อไป หรือ เคลื่อนย้ายในปริมาณที่ไม่ส่งผลกระทบต่อ การจัดการทรัพยากรมนุษย์ทั้งในประเทศต้นทางและประเทศปลายทางประชาคมอาเซียนต้องการมาตรฐานกลาง ของบุคลากรที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ซึ่งไม่ได้จำกัดขอบเขตว่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายในภาครัฐเท่านั้น หากแต่การลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศเพื่อนบ้านก็สามารถสร้างแรงดึงดูดของการ เคลื่อนย้ายของบุคลากรด้วยเช่นกัน

การผลิตแพทย์ของประเทศไทยมีกำลังการผลิตที่สูงขึ้นจนเพียงพอในอนาคต แต่วิชาชีพพยาบาล จะยังคงขาดแคลนในระยะยาวเนื่องจากการไม่ทำงานอยู่ในระบบได้นาน และเป็นมีแนวโน้มโรงพยาบาล เอกชนต้องนำเข้าพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาทำงาน แสดงให้เห็นว่า วิชาชีพด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่ จะผลิตที่มากเกินไปเกินความต้องการ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนจำนวนการผลิต และควรเร่งปรับสมรรถนะ บัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น โดยในอีก 10 ปีข้างหน้า วิชาชีพแพทย์ ทันต แพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ จะมีความเพียงพอกับความต้องการของ ประเทศ ดังนั้นการเพิ่มการผลิต ควรคงอัตราการผลิตในปัจจุบันไว้ และจำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อ แก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เช่น การรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนเข้ามาเรียน และการจ้างงานหลังจบ การศึกษาตามภูมิลำเนา เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในขณะที่ วิชาชีพพยาบาล เกษีกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก 10 ปีข้างหน้า จะ ยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่ก็ต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนักยังสามารถคงอัตราการผลิตใน ปัจจุบันไว้ แต่เน้นการบริหารจัดการแก้ไขความขาดแคลน เช่น ใช้มาตรการลดการสูญเสียบุคลากรด้วยการ เพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการทำงาน

ทางเลือกในการจัดการกำลังคนเคลื่อนย้ายทั้งระบบบริการในประเทศ และระบบบริการภายใต้การค้าเสรี คือ การเสริมสร้างคุณค่า ความผูกพัน และแรงบันดาลใจในการทำงาน รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร (competency) เพื่อให้สามารถทำงานที่หลากหลาย (multi-function) โดยแนวคิด “ความขาดแคลนเฉพาะเชิงปริมาณ แต่ไม่ใช้การขาดแคลนเชิงคุณภาพ” เงื่อนไขสำคัญประกอบการพิจารณาให้บุคลากรสุขภาพเคลื่อนย้ายในของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป คือ การผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงและมีมาตรฐานสูงในต่างประเทศบุคลากรเคลื่อนย้าย ควรได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระดับการศึกษา เมื่อสำเร็จการศึกษาและมีความพร้อมที่จะเคลื่อนย้ายนั้น ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรร่วมพื้นฐาน (common training principles) ของภูมิภาคหรือประชาคมที่มีการเปิดเสรีให้เคลื่อนย้ายนั้นก่อน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่ยอมรับได้ และเมื่อเข้าทำงานในประเทศปลายทางแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติเหล่านั้นยังคงต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง กฎระเบียบและหลักเกณฑ์ขององค์กรวิชาชีพควรปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปตามพัฒนาทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี เช่น (1) อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติที่ได้รับการรับรองตามหลักเกณฑ์ MRAs ให้บริการทางการแพทย์อย่างน้อยสำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยไม่ต้องเข้ารับสอบเพื่อรับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย (2) เพิ่มการฝึกอบรมเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ (3) สนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนในการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และ (4) ใช้มาตรการทางภาษีจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสนับสนุนการเพิ่มหรือพัฒนาทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย บัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพแบบอิเล็กทรอนิกส์ (A European Professional Card) เป็นการแสดงข้อมูลสำคัญสำหรับการเดินทางเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศสมาชิกอาเซียนต่างๆ เช่นเดียวกับวิธีปฏิบัติของสหภาพยุโรป หากจะมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน จำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุนของการลงทุนในระยะยาวที่ก่อให้เกิดหนี้สาธารณะทั้งเพื่อการลงทุนเชิงโครงสร้างและการเพิ่มจำนวนทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการ รวมทั้ง ต้นทุนจากดอกเบี้ยที่ภาคเอกชนต้องแบกรับ

ในด้านการควบคุมผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพนั้น มีหลักการสำคัญ ได้แก่ (1) การพัฒนาเชิงนโยบายและมาตรการที่จะก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างราคาค่าบริการกับคุณภาพบริการ (2) การเปลี่ยนแปลงมโนคติทางสังคมและวัฒนธรรมให้เกิดความไว้วางใจของสาธารณะต่อการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ผ่านพันธะสัญญาของภาครัฐว่าจะพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่สูงขึ้น (3) ปรับปรุงกระบวนการและกลไกการทำงานของภาครัฐให้มีธรรมาภิบาลและลดความเป็นผู้สั่งการลง เพื่อให้ภาคเอกชนสามารถยกระดับการพัฒนาคุณภาพบริการได้ตามเป้าหมายและพัฒนาการทางธุรกิจบริการสุขภาพ และ (4) การพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารจัดการทางการเงิน เพื่อสร้างแรงดึงดูดการร่วมลงทุนและสร้างผลตอบแทนการลงทุนร่วมกัน

4.2 ผลการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษา

การดำเนินกิจกรรมตามแผนการวิจัย โดยการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษา ในช่วงเวลาระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2560 ปรากฏผลโดยสรุป ดังแสดงในตารางที่ 4.1 นี้

ตารางที่ 4.1 สรุปผลการเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่: ส่วนราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.ภูเก็ต 22-23 พฤษภาคม 2560	1) พื้นที่ที่มีการจ้างงานชาวต่างชาติ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เข้าสู่ระบบการทำงานตามกฎหมาย โดยผ่านการอนุญาตจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ได้แก่ - พื้นที่ท่องเที่ยว จังหวัดภูเก็ต เมืองพัทยา และเกาะสมุย - พื้นที่ชายแดนในจังหวัดขนาดใหญ่ คือ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นการจ้างงานโดยภาคเอกชน เพื่อรองรับบริการกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานและส่วนราชการต่างชาติที่ทำงานอยู่ในประเทศลาว และเดินทางเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลการทำงานของชาวต่างชาติในพื้นที่อย่างเป็นระบบ - การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและแพทย์ผู้รักษา ใช้ล่ามเป็นผู้สื่อสาร ที่ผ่านมายังไม่ปรากฏว่ามีการร้องเรียนบริการขาดการสั่งสมทุนมนุษย์	1) กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำฐานข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพในพื้นที่ 2) เชื่อมโยงฐานข้อมูล work permit จากกระทรวงแรงงาน และการให้สิทธิในการทำงานประจำเฉพาะพื้นที่หรือเคลื่อนย้ายได้ การทำงานต้องมาขออนุญาตจากหน่วยงานในพื้นที่ การเข้ามาทำงานต้องมาโดยการสรรหาจากความต้องการของหน่วยบริการในประเทศผ่าน G to G 2.1 สภาวิชาชีพควรมีบทบาทในการควบคุมใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพของต่างชาติ สสจ.ทำหน้าที่ดูแลกำกับการประกอบวิชาชีพโดยอิสระ 2.2 เสนอให้ทำงานหลักในภาครัฐ แต่ให้โอกาสในการทำงานในภาคเอกชนโดยมีล่ามคอยสื่อสาร เป็นความเสี่ยงทางความเข้าใจ การแปลความที่ผิดพลาดของล่ามจากภาษา เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก 3.1 หาข้อมูลเทียบเคียงวิชาชีพอื่นที่เคลื่อนย้ายได้ 3.2 การสั่งสมเฉพาะเหตุการณ์ เช่น Disaster Medicine ต้องมีการเสนอตัวรับบทบาทในการเป็น training center สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพที่จะเคลื่อนย้ายไป

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.ปาดอง 22 พฤษภาคม 2560	1) ไม่กังวลเรื่องการเคลื่อนย้ายแต่ขาดแคลนกำลังคนในการเคลื่อนย้าย 2) ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญ แต่จะทำงานร่วมกันอย่างไร	1.1 ปรับอัตราส่วน 8:1 ให้เพิ่มขึ้นใน ระบบบริการส่วนภูมิภาค (อย่างเช่นที่อินโดนีเซียมี 16:1) แล้วค่อยส่งเสริมการฝึกอบรมเฉพาะทางวิชาการขั้นสูง เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น 1.2 ผลิตเพิ่มเพื่อส่งออก ปรับอัตราการเพิ่มของแพทย์และพยาบาลให้สมดุลกัน 1.3 ส่งเสริมให้สาขาวิชาการใกล้เคียงเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเป็น “นักวิชาการสาธารณสุขบริบาล” และจากนั้น ศึกษาต่อเนื่องอีก 2 ปี ให้เป็น พยาบาลวิชาชีพ ถ้าไม่บรรจุ ก็ต้องจ้างด้วยค่าตอบแทนที่สูงขึ้น 1.4 เพิ่มอัตราเงินเดือนวิชาชีพพิเศษ สามารถจ่ายค่าตอบแทนตาม FTE 1.5 ปรับโครงสร้างสภาการพยาบาล ให้พยาบาลจากส่วนภูมิภาคเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย 2.1 ปรับระบบระเบียบราชการเอื้อให้ทำงานในภาคเอกชนได้บางวันใน 1 สัปดาห์ หรือ กี่ชั่วโมงใน 1 วัน รวมทั้งมีเวลาที่จะไปทำธุรกิจหรืองานอื่นที่สร้างรายได้ โดยการร่วมจ่ายค่าตอบแทน และการทำความตกลงร่วมกัน(Brain Circulation) 2.2 สร้างความน่าเชื่อถือ โดยการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและขับเคลื่อนให้เป็นจริง เช่น นโยบายประเทศไทย 4.0
สสจ.สุราษฎร์ธานี 5 มิถุนายน 2560	เห็นด้วยกับการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพเข้ามาภายใต้หลักเกณฑ์ข้อกำหนดของประเทศไทย เพราะจะทำให้เกิดอำนาจต่อรองในวิชาชีพเดียวกันระหว่างคนไทยกับชาวต่างชาติ เป็นกลยุทธิ์การเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานตามวิชาชีพ	1) กระทรวงสาธารณสุข ต้องกำหนดมาตรการควบคุมการเคลื่อนย้ายให้ชัดเจน ระบบบริหารจัดการ การควบคุมกำกับ การประเมินผลงาน รวมทั้งการจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติของภาคเอกชน 2) ความเข้มแข็งของสภาวิชาชีพ มีหลักการที่ตอบคำถามสังคมได้ ควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.ชลบุรี 21 มิถุนายน 2560	การเคลื่อนย้ายของบุคลากรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ยังไม่มีเห็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจากทั้งสภาวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข	1) เห็นด้วยกับแนวคิด การผลิตเพื่อช่วยกันใช้ และมีใช้ หมายความว่าคน รวมถึงการใช้ทรัพยากรอื่นด้วย เช่น ห้องผ่าตัด ห้องบริบาลเด็กแรกเกิด การใช้ก๊าซ การแพทย์ ร่วมใช้ทรัพยากรกับภาครัฐอื่นด้วย ประโยชน์ตกแก่ประชาชน วางแผนกำลังคนอนาคต ผลิตเท่าไร เพื่อใคร และเพื่ออะไร ลดการติดขัดระหว่างภาคส่วน อยู่ได้ อยู่ดี 2) ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติ ควรมีการวิเคราะห์ส่วน ชาติก่อนว่าต้องการเท่าไร เพื่ออะไร และต้องมี มาตรการหรือมาตรฐานอะไร ถ้าเป็นการจ้างโดย ภาคเอกชน ก็จะช่วยลดการไหลออกจากระบบบริการ ภาครัฐ มีหน่วยงานควบคุมกำกับมาตรฐานชัดเจน เพื่อ ประโยชน์แก่ผู้รับบริการ 3) ในชลบุรี มีคลินิกเวชกรรมแพทย์สวิตเซอร์แลนด์ ซึ่ง สอบใบประกอบโรคศิลปะภาษาไทยผ่านแล้ว 4) เมื่ออนุญาตให้มีการเคลื่อนย้ายเข้ามา ควรกำหนด มาตรการคุณภาพว่าเป็นโรงเรียนแพทย์ใดบ้างที่อนุญาต ให้เข้ามาได้ รวมทั้งมีกระบวนการ reaccreditation สม่าเสมอ 5) เสนอให้มีการสัมมนาสถานพยาบาล เพื่อรับฟัง ความเห็นและแลกเปลี่ยนความเห็นและข้อมูลการจ้าง งานผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติ
สสจ.จันทบุรี 22 มิถุนายน 2560	การเคลื่อนย้ายเกิดขึ้นแน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ขาดแคลนกำลังคน เช่น รพ.พระปกเกล้า ซึ่งขาดแคลนพยาบาล 300 อัตรา ต้องการได้กำลังคนที่มีคุณภาพ มาตรฐานมาช่วยกันทำงานบริการ ประชาชน	1) ควบคุมมาตรฐานการให้บริการอย่างเคร่งครัด กำหนดพื้นที่ทำงานให้ชัดเจน ใช้มาตรการทางภาษีใน การจัดเก็บรายได้จากการประกอบวิชาชีพ 2) การกำหนดสิทธิประโยชน์ตอบแทนที่เท่าเทียมกับ แพทย์ไทย ต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพมาตรฐานทาง วิชาชีพที่ทัดเทียมกับของประเทศไทยหากเท่าเทียมกัน ก็เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องพิจารณา เพราะอาจส่งผล กระทบต่อขวัญ กำลังใจแพทย์ไทย และเกิดการ เคลื่อนย้ายออกนอกประเทศได้แต่ถ้าไม่เท่าเทียมกัน ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพเข้าสู่ มาตรฐานของประเทศไทย และกำหนดขอบเขตการ ทำงาน หรือระยะเวลาอนุญาตการประกอบวิชาชีพ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
		3) วิชาชีพพยาบาลที่มีคุณภาพ จะช่วยเติมเต็มความขาดแคลนในระบบบริการได้ แต่ควรมีกำหนดขอบเขตการทำหน้าที่หรือปฏิบัติการพยาบาล เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อภาระงานพยาบาลไทย
รพ.โป่งน้ำร้อน จันทบุรี 22 มิถุนายน 2560	- รพ.ชายแดน รับผู้ป่วยกัมพูชาเป็นส่วนใหญ่ 2,000-3,000 รายต่อปี มาด้วยการแท้ง เนื่องจากไม่ได้รับ ANC อาการไข้ อุบัติเหตุหมู่จากรถชนคนงาน ฯลฯ - มีประชากรแฝง ประมาณ 20,000 คน ใช้ boarding pass ผ่านแดนทุก 7 วัน ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประชากร ไม่ได้สิทธิประกันสุขภาพ - ได้รับการสนับสนุนจากสมาคมการค้าชายแดน ช่วยติดตามการค้าข้ามชายแดน รักษาพยาบาล - FTE ตามโครงสร้างมีความสมดุล แต่ในความเป็นจริงภาระงานเกิน พยาบาลส่วนหนึ่งอายุมาก แพทย์มีการหมุนเวียนสูง ด้วยเหตุผลหมดสัญญาการใช้ทุน หรือ ไปศึกษาต่อ แล้วย้ายเข้าสู่รพศ./รพท. - ในความเป็นจริง แม้แต่ภาคเอกชนก็ขาดแคลนวิชาชีพต่างๆเช่นกัน เพราะผู้ประกอบการวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะออกไปประกอบอาชีพอิสระมากขึ้น	1) พัฒนามาตรฐานกลางของวิชาชีพที่เป็นมาตรฐานสากลของอาเซียน 2) พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนและสอบใบอนุญาตที่เชื่อมั่นได้ว่าเป็นมาตรฐานเดียวกันกับการให้บริการทางวิชาชีพของประเทศไทย 3) ผู้อำนวยการรพ. อาจเป็นวิชาชีพอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ได้ 4) ทำความตกลงระหว่างประเทศ อนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศเพื่อนบ้านที่ผ่านมาตรฐานคุณสมบัติทางวิชาชีพ มาให้บริการในประเทศไทย โดยกำหนดเงื่อนไขเรื่องเวลาการทำงาน การอนุญาตให้ทำงาน ค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ ฯลฯ เพราะนอกจากจะเป็นการช่วยลดภาระบริการประชาชนประเทศเพื่อนบ้านแล้ว ยังเป็นการช่วยสร้างรายได้ให้แก่รพ.ได้ 5) ปรับปรุงกฎระเบียบการจ้างงานพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว รวมทั้งการให้ค่าตอบแทนบุคลากรไทยที่สามารถพูดภาษาประเทศเพื่อนบ้านได้ 6) การร่วมลงทุน PPP ควรเป็นการลงทุนเพื่อพัฒนาคอนไทย ที่เมื่อจบมาแล้วได้ค่าตอบแทนสูง และสามารถกระจายตัวให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตชายแดน เมืองท่องเที่ยว โดยแบ่งความรับผิดชอบเรื่องค่าตอบแทน และใช้ประโยชน์กำลังคนร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน 7) การไหลออกจากระบบบริการหลัก ต้องแก้ไขด้วยมาตรการค่าตอบแทนเท่านั้น
สสจ.เชียงใหม่ 3 กรกฎาคม 2560	- เชียงใหม่เป็นพื้นที่ท่องเที่ยว และเชื่อว่า มีบุคลากรต่างชาติต้องการเข้าทำงานในพื้นที่ แต่ปัจจุบันนี้ยังไม่พบว่ามีการทำงานใน	1) ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วย 2) การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการต้องมีประสิทธิภาพ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
	สถานพยาบาลอย่างชัดเจน - กฎหมายวิชาชีพเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมกำกับคุณสมบัติของบุคลากรเคลื่อนย้าย	3) เมื่อเคลื่อนย้ายมาได้ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในระยะแรกต้องมีการกำหนดพื้นที่และขอบเขตการทำงานให้ทำงานเฉพาะคนชาติเดียวกัน เมื่อเวลาผ่านไปสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี จึงพิจารณาให้บริการแก่คนไทย 4) การอนุญาตต้องมีความชัดเจน เช่น ให้ประกอบวิชาชีพชั่วคราว ในพื้นที่ไหน ทำอะไรได้บ้าง ทำกับใคร เช่น กลุ่มแรงงานต่างด้าว กลุ่มคนต่างชาติชาติเดียวกัน ถ้าเป็นกลุ่มด้อยโอกาส ให้ทำงานในภาครัฐ เฉพาะพื้นที่ หากเป็นการให้บริการสำหรับชาวต่างชาติที่มีกำลังจ่าย ให้เป็นการจ้างงานตามกฎหมายโดยภาคเอกชน
Health Post ชุมชนอิสลาม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก 18 ก.ค.2560	มีผู้ปฏิบัติงานประจำ Health Post 2 คน ได้แก่ 1) นางสาวเชียห์ฮิดา จรัสพงศ์นารี พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ทำงานมาตั้งแต่ปี 2548 2) นางนิตยา (สัญชาติกะเหรี่ยง) บุคลากรทั้งสองเป็นผู้ช่วยเหลือทีมแพทย์และพยาบาลที่เข้ามาดูแลประชากรเชื้อสายเมียนมาร์ ที่ไร้สถานะประมาณ 200 กว่าครัวเรือน และมีประชาชนเมียนมาร์เข้ามารับวัคซีนโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละ 30 คน และส่งต่อไปยังรพ.แม่สอด ทั้งๆที่เมียนมาร์ฉีดวัคซีนให้แบบผสม 5 โรค แต่คนเมียนมาร์ก็ยังนิยมเข้ามาฝั่งไทย เพราะเชื่อถือและมั่นใจในคุณภาพการรักษาพยาบาลมากกว่า - เด็กที่มีใบเกิดในเมืองไทย ได้รับการรับรองสถานการณ์เกิดในเมืองไทย เลข 7 สามารถเข้ามาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนทั้งรัฐและเอกชนฝั่งไทย - แรงงานต่างด้าว ขึ้นต้นด้วย 00 ต้องซื้อประกันสุขภาพที่รพ.แม่สอด - บุคคลรอบพิสูจน์สัญชาติ ขึ้นต้น 0 ได้สิทธิรักษาฟรี	- ปัจจุบัน ไม่มีแพทย์ประจำ ทุกวันอังคารและพุธป่วยมีพยาบาลรพ.แม่สอดมาฉีดวัคซีน โดยเฉลี่ยผู้รับบริการประมาณวันละ 40-60 คน มากที่สุด 80 คน ผู้ปฏิบัติงานประจำทั้งสองทำหน้าที่ช่วยเหลือ ซักประวัติ สื่อสารกับผู้รับบริการ ต้องการได้รับการบรรจุเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข - เดิมที่ NGOs ให้การสนับสนุน มีแพทย์จากเมียนมาร์มาให้บริการตรวจรักษาทุกวันพุธ ปัจจุบันเหลือแต่การจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราวเดือนละ 7,220 บาท หักประกันสังคมแล้วเหลือเดือนละ 6,856 บาท - มีบุคลากรประจำศูนย์ 4 คน ทำงานหมุนเวียนกันที่ Health Post, รพ.แม่สอด, อนามัยชุมชน/โรงเรียนต่างด้าวภายใต้การสนับสนุนของ NGOs และทำงานภายใต้การควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ - แพทย์ พยาบาลเมียนมาร์ ต้องการมาทำงานในประเทศไทย เพราะรายได้ที่เมียนมาร์น้อย ปัจจุบันมีคนจำนวนหนึ่งข้ามแดนมาเพื่อประกอบธุรกิจส่วนตัวหรือทำงานร่วมกับ NGOs

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.สมุทรสาคร 8 ส.ค. 2560	- ประชากรตามทะเบียนบ้าน 500,000 คน และประชากรแฝงประมาณ 500,000 คน รวมเป็นประชากร 1,000,000 คน - แก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยการจ้างงานพยาบาลที่จบจากภาคเอกชน เช่นจาก มหาวิทยาลัยรังสิต ม.สยาม ม.คริสเตียน จ้างงานเต็มเวลาเป็นลูกจ้างประมาณร้อยละ 50 ของกำลังคนที่มีอยู่ แต่เมื่อนับรวมสัดส่วนกำลังคนก็ยังขาดอยู่แต่ไม่คล่องตัว เพราะติดขัดด้วยกฎหมายการจ้างงาน และค่าตอบแทน - ไม่ได้รับสนับสนุนงบ P&P เพิ่มเติม โดยเฉพาะงบประกันสุขภาพแรงงานต่างชาตินั้นขณะที่จังหวัดยังต้องทำงานควบคุมป้องกันโรคไปพร้อมๆกับการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพ - แรงงานต่างชาติใช้วิธีการสวมสิทธิบัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษาพยาบาล	1) จ้างงานบุคลากรเป็นระดับ เช่น จาก PN, TN ,RN, SN ภายใต้การควบคุม supervise ของผู้ประกอบวิชาชีพไทย 2) ร่วมมือกับ NGOs หรือ องค์กรระหว่างประเทศในการลงทุนเพื่อพัฒนาบุคลากรวิชาชีพต่างชาติ โดยให้ประเทศไทยเป็น Regional Academic Hub 3) สนับสนุนงบประมาณ P&P สำหรับการควบคุมและป้องกันโรคในแรงงานต่างชาติ ที่สอดคล้องกับหลักการ PCC และแนวคิด Family Medicine in Migrants Community ตาม Service Plan 4) จ้างงานแพทย์ต่างชาติอาเซียนที่ผ่านการอบรมมาตรฐานแล้วเป็น GP และจ้างงานแพทย์ต่างชาติจากประเทศพัฒนาแล้วให้เป็น Specialist ที่มาสอนและถ่ายทอดความรู้ให้กับแพทย์ไทย 5) พัฒนาสมุทรสาครให้เป็น Model Development of Migrant's Health Promotion ทั้งในโรงงาน ในเรือนจำ และในชุมชนคนต่างด้าว เพื่อลดการพึ่งพารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 6) ส่งเสริมพัฒนาแรงงานต่างด้าวตามแนวคิด Preplife เพื่อเตรียมความพร้อมของแรงงานต่างด้าวให้เรียนรู้วัฒนธรรมไทย สามารถปรับตัวเข้ากับประเทศไทย และเป็นแบบอย่างของการมีสุขภาพดีได้ 7) ต้องการพัฒนาเป็นศูนย์รังสีรักษา จังหวัดมีอาคารพร้อมแต่ขาดเครื่องมือและบุคลากร เสนอแนวคิดการพัฒนาให้เป็น Gate Keeper ในรูปแบบความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ศึกษาความเป็นไปได้

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.นราธิวาส 11 ส.ค. 2560	- บุคลากรที่ขาดแคลนเป็นอย่างมากในปัจจุบัน คือ บุคลากรสายสนับสนุน เช่น นักรังสีเทคนิค ทันตภิบาล นักกายภาพบำบัด - ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในต่างประเทศ สอบใบประกอบวิชาชีพผ่าน ได้รับคุณสมบัติตามที่สภาวิชาชีพกำหนด จะได้รับสิทธิและค่าตอบแทนการประกอบวิชาชีพเทียบเท่ากับผู้ที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย เว้นแต่กรณีที่สถาบันการศึกษาไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานจาก ก.พ. ก็อาจทำงานได้แต่ในภาคเอกชน ไม่สามารถเข้าทำงานในภาครัฐได้ (สืบค้นเพิ่มเติมจากกพ. และสภาวิชาชีพ) - ไม่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพเนื่องจากรัฐบาลสนับสนุนการจัดสรรอัตรากำลังลงสู่พื้นที่ - พยาบาลไทยที่ดูแลผู้ป่วย สามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องจ้างบุคลากรจากต่างประเทศ ในขณะเดียวกันประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซีย ก็มีเงื่อนไขการทำงานในประเทศที่เข้มงวด จึงไม่ปรากฏว่ามีความต้องการเคลื่อนย้ายเข้า-ออกประเทศ - มีการขาดแคลนบุคลากรสายหลักอยู่บ้างในบางพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง	1) ปรับปรุงระบบงบประมาณสำหรับจ่ายค่าตอบแทน ที่ยังคงต้องใช้เงินตามกรอบงบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับผู้ที่ได้รับการบรรจุ รวมทั้งเงินบำรุงโรงพยาบาล ซึ่งใช้ในการบริหารโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้รับการบรรจุ ให้เป็นระบบงบประมาณพิเศษเพื่อจูงใจบุคลากรสาขาขาดแคลนให้เข้ามาทำงานในพื้นที่และอยู่ทำงานโดยไม่โยกย้ายได้นานขึ้น 2) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ อยู่ในอายุและรุ่นวัยเดียวกัน แม้ปัจจุบันจะเพียงพอจนกระทั่งเกินอัตรากำลัง แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า เมื่อครบอายุเกษียณ ก็จะออกจากราชการพร้อมๆกัน เป็นปัญหากำลังคนในอนาคต ควรมีการวางแผนกำลังคนระยะยาว 1) มีศูนย์การแพทย์ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์อยู่ในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งมีแพทย์ฝึกหัด อัตรากำลังจึงเป็นไปตาม FTE 2) มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์ในต่างประเทศ และรอสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพในประเทศไทย แต่เนื่องจากอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบันเกิน FTE จึงต้องใช้การจ้างงานในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ที่ให้บริการรักษาพยาบาลจริงภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ที่เลี้ยงไปพลางก่อน จนกว่าจะสอบใบประกอบวิชาชีพผ่าน 3) เมื่อประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำเป็นต้องผลิตและพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุน เช่น ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยนักรังสีเทคนิค รวมทั้ง แนวคิดการพัฒนา Doctor Assistance แบบของประเทศจีน

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.นราธิวาส ราชนครินทร์ 11 ส.ค. 2560	- ไม่มีปัญหาขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพ เนื่องจากรัฐบาลสนับสนุนการจัดสรรอัตรากำลังลงสู่พื้นที่ - พยาบาลไทยที่ดูแลผู้ป่วย สามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ จึงไม่มีความจำเป็นต้องจ้างบุคลากรจากต่างประเทศ ในขณะที่เดียวกันประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซีย ก็มีเงื่อนไขการทำงานในประเทศที่เข้มงวด จึงไม่ปรากฏว่ามีความต้องการเคลื่อนย้ายเข้า-ออกประเทศ - มีการขาดแคลนบุคลากรสายหลักอยู่บ้างในบางพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง	1) มีศูนย์การแพทย์ สร้างแรงจูงใจให้แพทย์อยู่ในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งมีแพทย์ฝึกหัด อัตรากำลังจึงเป็นไปตาม FTE 2) มีบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์ในต่างประเทศ และรอสอบผ่านในประกอบวิชาชีพในประเทศไทย แต่เนื่องจากอัตรากำลังที่มีอยู่ในปัจจุบันเกิน FTE จึงต้องใช้การจ้างงานในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ที่ให้บริการรักษาพยาบาลจริงภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ที่เลี้ยงไปพลางก่อน จนกว่าจะสอบใบประกอบวิชาชีพผ่าน 3) เมื่อประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำเป็นต้องผลิตและพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุน เช่น ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด ผู้ช่วยนักรังสีเทคนิค รวมทั้ง แนวคิดการพัฒนา Doctor Assistance แบบของประเทศจีน
รพ.บ้านแพ้ว สมุทรสาคร 8 ส.ค. 60	- ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาอาเซียนให้กับบุคลากร - ขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะความรู้เกี่ยวกับอาชีวเวชศาสตร์ทางทะเล ที่ต้องดูแลแรงงานต่างด้าวกลุ่มประมง - กำหนดเป้าหมายขยายตลาด International Market ในอาเซียน โดยเฉพาะ โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจักษุวิทยา - สนใจแนวคิด PPP in service แต่ทราบว่ายังติดขัดกฎหมายกระทรวงการคลัง และอยู่ในระหว่างการพัฒนา และเห็นว่าหากจะขับเคลื่อนให้เป็นจริง ต้องปรับปรุงระบบ Financial System และ Outcome Management ซึ่งต้องคัดกรองตั้งแต่ในระดับสุขภาพปฐมภูมิ	1) สนับสนุนการพัฒนาและเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านอาชีวเวชศาสตร์ทางทะเล และแพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลแรงงานต่างชาติ 2) เปลี่ยนมุมมองจาก Medicine เป็น Public Health เน้นการสร้างเสริมสุขภาพระดับปฐมภูมิ Primary Care เพราะ GP หรือ Specialist ยังมีมาตรการเข้มงวด อีกทั้ง ถ้าให้เข้ามา ก็อาจไปประกอบคลินิกส่วนตัวมากกว่าดูแลคนชาติเดียวกัน 3) เปิดคลินิกนร่องแพทย์เคลื่อนย้าย เปิดคลินิกในชุมชนแรงงานต่างชาติ ประกอบธุรกิจเช่นเดียวกับคลินิกทั่วไป โดยภาครัฐควบคุมมาตรฐาน 4) หากกำหนดขอบเขตให้รักษาเฉพาะคนชาติเดียวกัน ก็ไม่จำเป็นต้องสอบ license ภาษาไทย พัฒนา license ให้มีความหลากหลาย ลดมาตรการกีดกันทางวิชาชีพ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.อุดรธานี 16 ส.ค. 2560	- ยังไม่มีบุคลากรต่างชาติเข้ามาทำงานในพื้นที่ - คนจากประเทศลาว ไม่นิยมเข้ามาทำงานใช้แรงงานในประเทศไทย หากเข้ามาก็เป็นกลุ่มคนที่มีฐานะดี และเข้ามารับการ	1) การเปิดรับคนให้เคลื่อนย้ายเข้ามา ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ เข้ามาเพื่อทดแทนความขาดแคลน หรือ เข้ามาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถทางการให้บริการของประเทศไทย เมื่อเข้ามาก็ต้องมีทักษะทางการสื่อสารภาษาไทยอย่างเพียงพอ การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพให้ได้จึงมีความจำเป็น 2) หากเป็นการดูแลคนชาติเดียวกัน ก็ควรกำหนดพื้นที่เฉพาะให้ทำงาน เช่น ชุมชนแรงงานต่างด้าว และหากมีเหตุจำเป็น เช่น มีการระบาดของโรค ให้รับไว้เป็นลูกจ้างชั่วคราว 3) ประเทศไทยยังมีความขาดแคลนพยาบาล ดังนั้น หากจะเปิดโอกาสให้พยาบาลต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามา ก็ ควรจะผลิตในประเทศให้เพียงพอ ก่อน สภาการพยาบาลควรต้องเพิ่มกำลังการผลิต หากไม่สามารถเพิ่มกำลังการผลิตได้โดยเร็ว ก็ควรต้องปรับปรุงหลักสูตรเงื่อนไขบางประการที่เป็นข้อจำกัดของการรับคนต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย และควรกำหนดระดับของการพัฒนาเข้าสู่มาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทย 4) หลักสูตรการผลิตของสภาวิชาชีพ ควรเป็นทั้งการผลิตและพัฒนาเพื่อส่งออกและการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพคนในประเทศ 5) เชื่อว่า คนต่างชาติที่เข้ามาทำงาน ย่อมต้องการได้ค่าตอบแทนที่พึงพอใจ และต้องการทำงานในภาคเอกชน ดังนั้น การรับเข้ามาเพื่อทดแทนส่วนขาดกำลังคนในภาครัฐ จึงต้องเพิ่มค่าตอบแทนเป็นมาตรการจูงใจ เพื่อให้คนไทยยังคงอยู่ในระบบ 6) เสนอให้พัฒนาตามรูปแบบ Singapore คือ train คนและส่งกระจายไปให้บริการในประเทศต่างๆ เป็น Academic Hub เพราะแพทย์ไทยได้รับการยอมรับสูง สร้างมูลค่าเพิ่มด้านเครือข่ายวิชาชีพได้ หากไทยต้องการเป็นผู้นำในอาเซียน ต้องลงทุนด้านการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศไทย

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
สสจ.ระนอง 21 ส.ค. 2560	- ประชากรไทยในพื้นที่ 180,000 คน - ประชากรแฝง ประมาณ 100,000 คน * แรงงานเมียนมาร์ ประมาณ 80,000 คน เข้ามาถูกต้องตามกฎหมายประมาณ 50,000 คน ใช้สิทธิบัตรประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพ ที่เหลือ 30,000 คน เข้ามาอย่างไม่ถูกต้อง ไม่ได้รับสิทธิทางการแพทย์ * คนไร้สถานะ ประมาณ 20,000 คน พุทไทยได้ดี - บุคลากร แพทย์ ทันตแพทย์ ขาดแคลนเป็นช่วงๆ ในช่วงที่สำเร็จการศึกษาใหม่ก็จะมีขาดแคลน แต่จะมาอยู่ทำงานในพื้นที่ในระยะสั้นๆ - โรงพยาบาลมีความขาดแคลน - องค์กรประมงเคยจ้างแพทย์เมียนมาร์มาดูแลชาวเมียนมาร์ที่รพ.สต.ปากคลองซึ่งที่เป็นพื้นที่อาศัยของชุมชนเมียนมาร์ แต่เป็นการจ้างชั่วคราวเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา ด้วยเงินเดือนๆละ ประมาณ 15,000 บาท - ปลายปีงบประมาณ 2557 มีนโยบายจัด zoning พื้นที่ชาวเมียนมาร์ มีความต้องการจ้างแพทย์เมียนมาร์ให้ดูแลแรงงานเมียนมาร์ในพื้นที่ โดยสสจ.เคยทำเรื่องขอจ้างแพทย์ไปที่แพทยสภา โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากผู้ว่าราชการจังหวัด แต่ยังไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การจ้างงาน และไม่ได้มีนโยบายดำเนินการต่อเนื่องต่อนั้น - แรงงานเมียนมาร์ต้องการเข้ามาทำงานเพื่อให้มีรายได้ ไม่ได้มีความต้องการเป็นอสต. ที่ผ่านมารการจ้างงานพสต.จากแรงงานต่างด้าวมาเพื่อเป็นล่าม ยังไม่มีหลักเกณฑ์การจ้างงานที่ชัดเจน และทำงานแค่ในระยะสั้นๆ	1) อูจจระร่วงอย่างแรงระบาดในช่วงเดือนธันวาคมของทุกปี ในช่วงฝนแล้งของพื้นที่ ดังนั้นหากมีการแจ้งแพทย์เมียนมาร์มาดูแลแรงงานเมียนมาร์ในช่วงเวลาดังกล่าว ก็จะช่วยบรรเทาปัญหาความเจ็บป่วย และป้องกันการระบาดของโรคมาชิกคนไทย 2) อัตราการเจ็บป่วยด้วย NCDs สูงมากขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดควรได้รับการสนับสนุนงบประมาณด้านHealth Promotion สำหรับกลุ่มที่เข้ามาอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย 3) การประสานข้อมูลกับเมียนมาร์เพื่อติดตามผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรค ไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง เพราะไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้จากการทำงานออกทะเลหรือ กลับไปประเทศเมียนมาร์แล้วตามตัวไม่ได้ 4) ในระบบการสาธารณสุขชายแดน ฝั่งเมียนมาร์ไม่สามารถตัดสินใจได้ทันที เพราะต้องผ่านการอนุมัติจากรัฐบาล เมียนมาร์ก่อน 5) เสนอแนวคิดการพัฒนา Model Development of MRAs in Ranong โดย 5.1 เอกชนผู้ประกอบการร่วมจ้าง แบ่งจ่าย 5.2 กำหนดขอบเขตประชากรเมียนมาร์ให้ดูแลในพื้นที่เฉพาะ 5.3 เริ่มจากการจ้างงานรายไตรมาส โดยเฉพาะในช่วงโรคระบาด เช่น อูจจระร่วงอย่างแรง วัณโรค 5.4 จ้างงานครบทั้ง 3 วิชาชีพเคลื่อนย้าย รวมทั้งบุคลากรกลุ่มสนับสนุน เช่น พสต. และ อสต. 5.5 ขยายขอบเขตการจ้างงานในรพ.รัฐ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.ระนอง 21 ส.ค. 2560	- ชาวเมียนมาร์ 15% เป็นผู้ป่วยนอก 20% ผู้ป่วยใน 50% แผนกห้องคลอด มาด้วยบัตรประกันสุขภาพ จ่ายเองน้อยกว่า 1% และสงเคราะห์น้อยกว่า 1% - บัตรประกันสุขภาพคนเมียนมาร์มีหลายรูปแบบตามลักษณะการจ้างงาน ราคาบัตรประกันสุขภาพและอายุ - รพ.ไม่ขาดทุนจากกลุ่มเมียนมาร์ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ในรายการตรวจสุขภาพก่อนทำงาน ยิ่งเยอะยิ่งดี เป็นการคัดกรอง และวัยทำงานไม่ค่อยเจ็บป่วย กลุ่มคนเจ็บป่วยคือกลุ่มผู้ติดตาม ซึ่งซื้อบัตรประกันสุขภาพ - โดยประมาณการ รพ.ต้องให้การสงเคราะห์แรงงานเมียนมาร์ที่เข้าไม่ถึงสิทธิประกันสุขภาพประมาณเดือนละ 1 ล้านบาท - ภายใน 5 ปีข้างหน้า พยาบาลวิชาชีพจะเกษียณอายุจำนวนมาก ถือเป็นภาวะวิกฤติกำลังคน พยาบาลจบใหม่ก็ไม่อยู่ในระบบงานนาน เพราะไม่ได้รับการบรรจุให้ลงตำแหน่ง - แรงงานเมียนมาร์ในพื้นที่ เริ่มลดจำนวนลงเนื่องจากเคลื่อนย้ายไปที่อื่น	1) การจ้างงานด้วยใบอนุญาตชั่วคราว temporary เพื่อดูแลคนของเขาเอง อาจไม่จำเป็นต้องสอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย 2) ขาดแคลนแพทย์อายุรกรรมและศัลยกรรม หากมีแพทย์เมียนมาร์เข้ามาทำงาน ต้องการคุณภาพมาตรฐานเทียบเท่าประเทศไทย 3) มีความเห็นว่า การเคลื่อนย้ายน่าจะเป็นประโยชน์ต่อภาคเอกชนมากกว่า ควรมีการพัฒนาระบบและกลไกรองรับการจ้างงานที่เหมาะสม 4) การจ้างงานในภาครัฐ ควรกำหนดให้เป็นการจ้างงาน ถ้าเป็น GP น่าจะอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ ถ้าเป็นการดูแลในชุมชน ก็ควรเป็น Family Medicine สำหรับชุมชน เมียนมาร์ 5) ในระดับบริการที่สูงขึ้น ต้องการแพทย์เฉพาะทาง เพราะแรงงานเมียนมาร์จะมาด้วยความเจ็บป่วยที่รุนแรงแล้ว 6) ควรมีการจ้างเพื่อให้มาทำงานด้าน prevention และ promotion เพื่อลดความเจ็บป่วย NCDs และ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 4.2 การสำรวจสถานการณ์ปัจจุบันภาคเอกชน: โรงพยาบาล/คลินิก

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.ศิริโรจน์ ภูเก็ต 23 พฤษภาคม 2560	การจ้างงานในภาคเอกชน ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการลูกค้า กลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นจึงต้องการบุคลากรที่สื่อสารภาษาเดียวกันกับผู้รับบริการ รวมทั้งเข้าใจในวัฒนธรรม วิถีชีวิต แนวทางปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วย จึงเห็นว่า การอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้ายเสรี เป็นโอกาสอันดีของประเทศไทยในการพัฒนาให้เป็น Medical Hub โดยเริ่มต้นจากในระดับภูมิภาคอาเซียน ก่อน อย่างไรก็ตาม มีความเห็นว่า คุณภาพมาตรฐานทางวิชาชีพของบุคลากร เป็นเงื่อนไขสำคัญที่สุดที่จะพิจารณาจ้างงานบุคลากรเคลื่อนย้าย และมีความคาดหวังว่า ภาครัฐจะกำหนดมาตรการคัดกรองที่เป็นระบบและเชื่อถือได้	1) ในประเทศไทย แพทย์ไทยเป็นหัวหน้าทีมความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศดีขึ้นเรื่อยๆ จึงไม่เห็นด้วยกับการจ้างแพทย์ต่างชาติเข้ามา 2) กลุ่มที่อาจมีการจ้างงานมาก คือ กลุ่มพยาบาล ต้องเน้นการพัฒนาโดยเฉพาะการใช้ภาษา โดยเฉพาะเวลาที่เกิดปัญหาทางการสื่อสาร อาจต้องจ้างงานต่างชาติเข้ามาบ้างในช่วงเวรกลางคืน มาตรฐานวิชาชีพ เป็นเรื่องสำคัญ 3) ภาคเอกชนเสนอให้มีการจ้างแพทย์ต่างชาติจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็น super specialist หรือ American Board ไม่ใช่ ASEAN มาเพื่อพัฒนาความรู้ขั้นสูงให้กับทีมแพทย์ไทย โดยให้เป็น temporary license เพราะความรู้ขาดการ update ภาคเอกชนจะจ้างแพทย์ต่างชาติได้ต้องร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ 4) ภูเก็ตมีพยาบาลฟิลิปปินส์ ประมาณ 20 คน ยังไม่ผ่านการ practice ตามมาตรฐานไทย ที่ศิริโรจน์จ้างเป็น interpreter หรือ ให้ตอบ email 5) เน้นพัฒนา R&D การใช้ technology มากกว่า hand & skill เครือรพ.กรุงเทพมีระบบ brain circulation ให้อาจารย์แพทย์ภาครัฐมาทำงานในเครือรพ.เอกชนได้เพื่อ keep practice 6) มีความพร้อมเตรียมจัดตั้ง sub specialty ด้าน sport medicine/ spine medicine โดยความร่วมมือกับราชวิทยาลัย และทำเป็นบางสาขาร่วมอยู่กับความพร้อมของเชี่ยวชาญของภาคเอกชนเอง

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.ศิริโรจน์ ภูเก็ต 23 พฤษภาคม 2560 (ต่อ)		7) กำลังการผลิตแพทย์ไทยเพิ่มขึ้น 2500 คนต่อปี ในขณะที่สถาบันฝึกอบรมเฉพาะทางมีเพียงประมาณ 1500 แห่ง และมีกลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่สามารถเข้าอบรมเฉพาะทางได้ จึงมีแพทย์ตกค้างในระบบที่ขาดโอกาสการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสะสมประมาณปีละ 1000 คน ดังนั้น เอกชนจึงสนใจที่จะผลิต sub specialty 8) ภาครัฐเชื่อใจได้ มีความอ่อนตัว ปรับตัวสูง แต่ที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจและสร้างความเชื่อมั่นให้แก่นัก คือ สภาวิชาชีพ ที่กำหนดกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด ต้องยอมรับการเปลี่ยนแปลง ภาครัฐต้องทำความเข้าใจว่าเป็นเรื่องของเศรษฐกิจขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ 9) เพื่อลดความกังวลการจ้างงานต่างชาติ กฎหมายควรกำหนดให้มีระยะเวลาการจ้างงาน เช่น 5-10 ปี แล้วทบทวนกฎหมายใหม่ 10) ปัจจุบัน โรงเรียนแพทย์ที่เปิดบริการ premium สำหรับกลุ่ม high end ให้ค่าตอบแทนการจ้างผู้ประกอบการวิชาชีพสูงกว่าภาคเอกชน เป็นแรงดึงดูดที่สำคัญและขยายตัวเร็ว ตามหลัก demand & supply
ราชเทวีคลินิก สาขาสมุย 5 มิถุนายน 2560	มีความเห็นว่า ประเทศไทยขาดการสำรวจและจัดการข้อมูลผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติของประเทศอื่นๆว่าเขาผลิตมาได้ปีละเท่าไรทำอะไรได้บ้าง มาตรฐานวิชาชีพเป็นอย่างไร อะไรที่ทำได้ในบ้านเขา และอะไรที่ทำได้ไม่ในบ้านเรา	1) กำหนดมาตรฐานที่ชัดเจน ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพอยู่ภายใต้แนวทางมาตรฐานเดียวกัน การสื่อสารต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน 2) หากเป็นการประกอบวิชาชีพชั่วคราว ต้องกำหนดว่าสามารถกระทำได้ในระดับไหน เคลื่อนย้ายไปทั่ว ทำได้หรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขอะไร

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
อิสราคลินิก เวชกรรม 5 มิถุนายน 2560	ไม่มีความเห็นคัดค้านต่อการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ ถือว่าเป็นความเสรีที่ถ้าใครมีความพร้อมตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขก็สามารถทำได้	1) ถ้ามาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ถือว่าดีในแง่การทำงาน ได้แลกเปลี่ยนความรู้เทคโนโลยี 2) ในแง่ธุรกิจ ถือเป็นเรื่องของผลประโยชน์ แต่อาจส่งผลต่อความผิพี่ยนทางวิชาชีพ ถ้ามาจากประเทศที่ระดับการพัฒนาต่ำกว่า 3) ไม่กังวลเรื่องการเคลื่อนย้ายเข้ามา แต่ให้ความสำคัญคุณภาพมาตรฐาน การสอบใบประกอบโรคศิลปะ ไม่จำเป็นต้องเป็นภาษาไทย ใช้ภาษาอังกฤษได้ เพราะคำศัพท์ส่วนใหญ่เป็น technical term
รพ.กรุงเทพ-สมุย 6 มิถุนายน 2560	มีจ้างงานผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เน้นผู้ที่จบด้านพยาบาลจากฟิลิปปินส์ ทำหน้าที่ล่าม และลูกค้าสัมพันธ์ รวม 7 คน	1) เห็นด้วยกับการจ้างงานชาวต่างชาติ แต่ยังไม่มั่นใจเกี่ยวกับคุณภาพมาตรฐาน ของหลักสูตรการศึกษาจากประเทศที่จบมา 2) ต้นทุนค่าจ้างเป็นไปตามกฎหมายการจ้างงานต่างดาว ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3) การลงทุนเพื่อการพัฒนาผู้ประกอบวิชาชีพที่เคลื่อนย้ายเข้ามา เป็นเรื่องดีที่จะทำให้ภาคเอกชนมีแหล่งแรงงานเป็นของตนเอง โดยเฉพาะในความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่ เป็นการเพิ่มต้นทุนค่าจ้างให้สูงขึ้น 4) รพ.กรุงเทพ-สมุย มีปัญหาเรื่องการ recruit คนเข้าทำงาน เพราะเป็นพื้นที่เกาะ ปัจจุบันใช้การหมุนเวียนกำลังคนในกลุ่ม BDMS จากรพ.กรุงเทพ- หาดใหญ่ การจัดสรรกำลังคนขึ้นอยู่กับกลุ่มนักท่องเที่ยว 5) การจ้างงานในรพ.ที่ลงทุนในต่างประเทศ เช่น กัมพูชา เป็นไปตามสัดส่วนกฎหมายการจ้างงานคนต่างชาติ:คนในประเทศ การควบคุมคุณภาพเป็นไปตามนโยบายของบริษัทผู้ลงทุน 6) ค่าวิกฤติสำหรับชาวต่างชาติ ใช้มาตรฐานของประเทศต้นทาง เป็นปัญหาในการเจรจาต่อรองกับผู้ป่วย ต้องการให้มีค่าวิกฤติกลางของประเทศรวมทั้ง การกำหนดมาตรฐานการให้การ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.กรุงเทพ-สมุย 6 มิถุนายน 2560 (ต่อ)		รักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับความต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น รัสเซีย ยอมให้ฉีดวัคซีนใดๆแก่เด็กแรกคลอด เพราะต้องการความเป็นธรรมชาติ แต่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือ complication ต่างๆ 7) ภาคเอกชนยินดีจ้างแพทย์รัฐมาอยู่ภาคเอกชนได้ทั้งในและนอกเวลา โดยได้รับค่าตอบแทนการทำงานที่พอใจและใน facilities ที่เหมาะสม เสนอให้มีการแบ่งเวลาทำงานภาครัฐและเอกชน เริ่มตั้งแต่จบการศึกษาเป็นแพทย์ใช้ทุน เพราะการทำงานภาครัฐทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์ มาทำงานในภาคเอกชนก็แม้จะไม่ตอบ privilege ทางวิชาชีพ แต่ได้พัฒนาศักยภาพมาตรฐาน เช่น JCI
วุฒิสกต์ คลินิก สาขาสมุย 6 มิถุนายน 2560	ไม่มีนโยบายการจ้างงานต่างชาติเป็นพนักงานของบริษัท แต่ใช้วิธีการฝึกอบรมพนักงานให้สื่อสารภาษาได้	ในเมืองใหญ่ที่ไม่ใช่เมืองชายแดน อาจไม่จำเป็นต้องจ้างพนักงานต่างชาติ เพราะมีความต้องการน้อยและทำให้ต้นทุนสูงขึ้น
คลินิกทันตแพทย์ เผ่าพงศ์ อ.เกาะสมุย 6 มิถุนายน 2560	ไม่กังวลเรื่องการเคลื่อนย้ายเข้ามา เพราะคิดว่าไม่ง่าย แต่ถ้าเข้ามาได้และมีมาตรฐานก็เป็นโอกาสดี เพราะทันตแพทย์เป็นสาขาขาดแคลน	1) ปรับมาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกันทั่วทั้งอาเซียน 2) ให้มีระบบการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพไทยจากการเปิดเสรีการค้าบริการ ที่อนุญาตให้คนต่างชาติเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานประเภทเดียวกันได้
ดีไซร์คลินิก อ.เมือง จ.ชลบุรี 21 มิถุนายน 2560	ควรอนุญาตให้เข้ามาได้เสรี เพราะเป็นโอกาสของการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานบริการรักษาพยาบาลไทย	ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติ หากอนุญาตให้มาประกอบวิชาชีพเสรี ควรมีการกำหนดโควตาว่า จะให้เข้ามาได้เท่าไร ถ้าจะจ้างงานก็ควรจำกัดพื้นที่การปฏิบัติงานในขอบเขตที่ทำได้
รพ.พญา เมโมเรียล เมืองพญา จ.ชลบุรี 21 มิถุนายน 2560	- มีผู้รับบริการต่างชาติพอกับคนไทย (50%) เรียงตามลำดับได้แก่ จีน รัสเซีย อินเดีย อังกฤษ เยอรมนี สแกนดิเนเวีย - ขาดแคลนพยาบาล รังสีเทคนิค เภสัชกร (มีร้านยาจำนวนมากประมาณ 500 ร้าน) - มีการจ้างงานล่ามรัสเซีย เคยจ้างผู้จบพยาบาลฟิลิปปินส์ แต่ไม่ได้ให้ทำการพยาบาล เพราะไม่มีใบอนุญาต จึงให้ทำงานด้านการสื่อสารผู้รับบริการ	1) การจ้างงานชาวต่างประเทศเป็นประโยชน์แก่ภาคเอกชน โดยรัฐเป็นผู้กำหนดมาตรฐาน 2) การปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ให้เป็นมาตรการคุณภาพที่เอื้อต่อการประกอบวิชาชีพของชาวต่างชาติมากกว่าการกีดกัน

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.พญา เมโม่เรียล เมืองพญา จ.ชลบุรี (ต่อ)	- เคยจ้างแพทย์ไทย 3 คน จบแพทย์จาก รัสเซียและยุโรปตะวันออก แต่เป็นการจ้าง งานชั่วคราว เพราะยังไม่ผ่านการสอบใบ ประกอบวิชาชีพของไทย และมี 1 คน ที่ บิดาเป็นคนไทย จบกุมารแพทย์จาก University of Illinois ที่อเมริกา แต่ สัญชาติอเมริกัน เขียนไทย พูดไทยได้น้อย มาทำงานในหน้าที่ coordinator	3) กระทรวงสาธารณสุข หรือ (สนับสนุนเอกชน ลงทุนภายใต้แนวคิด PPP) ควรมีการจัดตั้งรพ.ที่ ให้บริการเฉพาะชาวต่างชาติ กลุ่ม CLMV หรือ แยกแผนกในโรงเรียนแพทย์รับเฉพาะชาวต่างชาติ ที่เป็นกลุ่มบุคลากรสนับสนุน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มี แนวโน้มว่าจะขาดแคลนในอนาคต (เช่น พยาบาล รังสีเทคนิค วิศวกรการแพทย์) และกำหนดแผนก บริการนี้ให้เป็น premium grade ในราคา ค่าบริการที่สูงกว่าทั่วไป แต่ถูกกว่าคู่แข่งอย่าง สิงคโปร์ เพื่อนำรายได้ที่ได้ไปเฉลี่ยให้กับส่วนขาด ในรพ.รัฐ และนำเข้าแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ มาทำงานในขอบเขต เวลา และสิทธิประโยชน์ที่ กำหนด (อย่าง ที่ คูเวต ดูไบ สิงคโปร์ ทำอยู่) เพื่อ เพิ่มรายได้และลดความขาดแคลนแพทย์ไทยใน ระบบ 4) การทำงานของบุคลากรต่างชาติ ต้องอยู่ภายใต้ การควบคุมของแพทย์ไทยและต้องเข้าสู่ กระบวนการพัฒนาศักยภาพ (ประยุกต์ใช้ กระบวนการเดียวกับที่แพทย์ไทยไปทำงาน อเมริกา) กำหนดระบบคัดกรองนี้โดยราชวิทยาลัย และสภาวิชาชีพ 5) เสนอให้การประกันสุขภาพของชาวต่างชาติ ก่อนเข้ามาเมืองไทย เป็นมาตรการบังคับ และตั้ง เป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยอาจเป็นการ รวมไปในค่าตัวเครื่องบินหรือค่าธรรมเนียมการ ตรวจคนเข้าเมือง
รพ.สิริเวช จ.จันทบุรี 23 มิ.ย 2560	เชื่อว่าบุคลากรขาดแคลน การเคลื่อนย้ายจะ ช่วยทดแทนส่วนขาดได้ แต่เนื่องจากเป็น โรงพยาบาลขนาดกลาง ดูแลคนไทยในพื้นที่ เป็นหลัก จึงยังไม่มียุทธศาสตร์การจ้างคน ต่างชาติในขณะนี้	1) การเคลื่อนย้ายของต่างชาติเข้ามา ต้องมาผ่าน การอบรมประจำบ้านในประเทศไทย และสอบ ผ่านทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ภาษาไทย โดยมี เงื่อนไขดังนี้ 1.1 เคลื่อนย้ายมาเรียน ต้องกำหนดหลักสูตรและ สถาบัน 1.2 เคลื่อนย้ายหลังจบ ต้องกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขการรับรองคุณภาพวิชาชีพ 2) วิเคราะห์ FTE เพิ่มกำลังการผลิตให้เพียงพอต่อ การใช้งานในประเทศ ถ้าไม่เพียงพอต้องเสนอ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
รพ.สิริเวช จ.จันทบุรี 23 มิ.ย 2560 (ต่อ)		ทางเลือกในการเพิ่มกำลังคน เช่น 2.1 อนุญาตให้ภาคเอกชนฝึกอบรมผู้ประกอบการวิชาชีพเพื่อทำงานในภาคเอกชนเอง 2.2 กำหนดและพัฒนาหลักสูตรวิชาชีพอาเซียนเป็นหลักสูตรสากล ซึ่งคิดว่าภาคเอกชนยินดีที่จะลงทุนเพื่อผลิตและใช้งานเอง 3) ศึกษาวิจัยวิเคราะห์ค่าจ้างรพศ.เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทำงาน
รพ.เชียงใหม่ราม เชียงใหม่ 3 ก.ค. 2560	- การเคลื่อนย้ายเสรีเกิดขึ้นแน่นอน - ค่าจ้างผู้ประกอบการวิชาชีพคนไทยสูง รพ.เอกชนต้องแบกรับ โดยเฉพาะ พยาบาล นักรังสีเทคนิค ส่วนวิชาชีพแพทย์อาจเป็นไปได้น้อยกว่า - หากมีการเคลื่อนย้ายจริง กังวลเรื่องมาตรฐานที่แตกต่างกัน	1) สภาวิชาชีพควรปรับปรุงกระบวนการสอบใบประกอบโรคศิลปะที่อำนวยความสะดวกให้ชาวต่างชาติสอบได้ไม่ลำบาก หรือ เป็นอุปสรรคมากจนเกินไป 2) การให้ภาคเอกชนร่วมผลิตหรือพัฒนาบุคลากรควรเป็นไปตามขนาดของธุรกิจ 3) Brain circulation จำตามจริงที่ทำงานในภาครัฐ และ ทำงานในภาคเอกชน โดยค่าตอบแทนรวมต้องเพิ่มขึ้นประมาณ 20%
Skin Dream Clinic เชียงใหม่ 3 ก.ค. 2560	ปัจจุบันยังไม่เห็นว่ามีจ้างงานคนต่างชาติแต่มีความเห็นว่า หากมีการเคลื่อนย้ายเข้าทำงานจริง ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบการวิชาชีพของคนไทย เพราะคงเป็นสัดส่วนที่น้อย ประกอบกับคนไทยได้รับการเชื่อถือในฝีมือและมาตรฐานอยู่แล้ว	1) ถ้าสอบใบประกอบโรคศิลปะของประเทศไทยผ่าน ก็เป็นเรื่องดีที่จะมีผู้ประกอบการวิชาชีพเดียวกันเข้ามาทำงานช่วยเหลือประชาชน 2) ควรเฝ้าระวังแพทย์ที่โฆษณาว่าจบ Board จากต่างประเทศ แต่ในความเป็นจริง เรียนทาง internet
บริษัทสยามสติล ซินติเกตจำกัด (มหาชน) จ.สมุทรปราการ 14 ก.ค. 2560	- เป็นโรงงานอุตสาหกรรมเหล็กขนาดเล็ก กำลังการผลิต 25 ตัน/ปี - แรงงานหลักเป็นกลุ่มคนไทย มีห้องพยาบาล ER และ first aids โดยพยาบาลคนไทย ทำงานประจำ 9 ชั่วโมง มี sub contract ที่จ้างแรงงานต่างชาติถูกกฎหมายแบบกึ่งทักษะ ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายจำนวน 30 คน ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง สัญชาติพม่าและมอญ supervised โดยคนไทย เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องพยาบาลและได้รับการส่งต่อ	1) โดยหลักการของบริษัท ไม่มีนโยบายจ้างงานแรงงานต่างด้าว จ้างภายใต้การดูแลกำกับงานของผู้ควบคุมงานคนไทย 2) มีห้องพยาบาลให้การช่วยเหลือเบื้องต้นด้านอุบัติเหตุ และการฉีดวัคซีนตามฤดูกาล แต่ยังไม่เคยเกิดเหตุร้ายแรง หากมี ก็จะส่งต่อและให้ความช่วยเหลือตามสมควรร่วมกับ sub contract 3) มีอุปกรณ์ความปลอดภัยครบถ้วนตามมาตรฐาน 4) ถ้าจะจ้างงานผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติ ต้องผ่านการสอบมาตรฐานและสามารถพูดภาษาไทยได้ในระดับที่เข้าใจได้

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
DK Clinic สมุทรปราการ 14 ก.ค. 60	ยังไม่มีปริมาณชาวต่างชาติมารับบริการมากนัก และเห็นว่ายังไม่มีกฎหมายอนุญาตให้ทำได้อย่างชัดเจน จึงยังไม่มีแนวทางการจ้างงานบุคลากรต่างชาติมาทำงานในคลินิก	1) ยินดีรับชาวต่างชาติเข้ามาทำงาน ถ้าทัศนคติตรงกัน สื่อสารกันได้เข้าใจ 2) การเปิดให้เคลื่อนย้ายเสรี ถือว่าเป็นทางเลือกของผู้ประกอบการงานในการจ้างงานคนที่มีมาตรฐานตามที่กำหนด
รพ.แม่สอด อินเตอร์ 19 ก.ค. 60	- มีแนวทางการจ้างงานต่างชาติในอนาคต - ปัจจุบันมีลูกจ้างประจำ ขนชาติม้งกะเหรี่ยง ทำหน้าที่ช่วยเหลือบริการผู้ป่วยเบื้องต้น - CSR โดยการเปิดสอนหลักสูตรพนักงานผู้ช่วยที่เป็นคนไทย 8 เดือน โดยหลักสูตรของบริษัทแม่เครือวิชัยเวช เป็นคนไทยที่ผ่านการสอบคัดเลือกตามมาตรฐานของหลักสูตร ได้รับเงินเดือนในระหว่างอบรม จัดสวัสดิการที่พักพร้อมอาหารกลางวัน และมีใบรับรองการฝึกอบรมให้ มีสัญญาจ้างงานหลังฝึกอบรม 3 ปี โดยให้ได้รับเงินเดือนเท่า nurse aids โดยมีวิชาภาษาเมียนมาร์เบื้องต้นในการเรียนการสอนด้วย รวมทั้งมีทุนการศึกษาต่อเนื่อง - มีการข้ามฝั่งไป-มา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้าน ER อุบัติเหตุ การส่งต่อผู้ป่วย	1) ต้องการให้มีมาตรการด้านการควบคุมมาตรฐานบุคลากรที่ชัดเจน ต้องมีใบประกอบวิชาชีพตามกฎหมายไทย 2) อยู่ที่เมียนมาร์ ถึงจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ แต่ถ้าต้องการเคลื่อนย้ายมาทำงานในประเทศไทย โดยมีมาตรฐานต่างจากของประเทศไทย ก็ต้องกำหนดขอบเขตบริการ เช่น เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ (แต่เท่าที่รพ.เคยสอบถามมา ยังไม่มีผู้สนใจ ด้วยคำนึงถึงศักดิ์ศรีทางวิชาชีพ ดังนั้น การเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs จึงต้องคำนึงถึงเรื่องนี้) 3) เสนอให้มีมาตรการการแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างประเทศเพื่อการเรียนรู้และฝึกอบรมร่วมกัน 4) สร้างแรงจูงใจ จัดสวัสดิการให้มาพักในเมืองไทย โดยการเชื่อมโยงกฎหมาย 5) โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล ปรับตัวเป็นการสอนหลักสูตรภาษาเมียนมาร์ การสร้างแรงจูงใจทางการศึกษาต้องให้ความสำคัญกับการสร้างทัศนคติที่ดีสำหรับบริการประชาชน
โรงพยาบาล หนองคาย - วัฒนา 16 ส.ค. 2560	- มีพยาบาลวิชาชีพฟิลิปปินส์ ทำหน้าที่ correspondent แต่ลาออกไปทำที่เครือกรุงเทพ - ขยายการลงทุนเป็นศูนย์การแพทย์ Alliance มีแพทย์ไทยไปทำงานร่วมกับแพทย์อเมริกัน แพทย์ไต้หวัน แพทย์ลาว ทำงานภายใต้ใบอนุญาตของคลินิก และแพทย์ลาว เนื่องจากกฎหมายด้านสาธารณสุขของลาวยังไม่เข้มงวด ใบอนุญาตต่อรายปี ไม่ต้องสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม	1) เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ต่างชาติเข้ามาทำงาน ต้องเลือกกว่าเป็นชาติไหน ฟิลิปปินส์และลาวมีมาตรฐานแตกต่างกันมาก และเห็นด้วยกับการกำหนดให้มีการปรับระดับมาตรฐานวิชาชีพไปเรื่อยๆ กำหนดให้เป็นมาตรการทางพัฒนาจนได้ standard of care เทียบเท่ามาตรฐานไทย ในระยะเวลาที่กำหนด 2) เสนอให้มีระบบการ implement มาตรฐานการรักษา ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่เคลื่อนย้าย โดยเฉพาะในกรณีที่มีแพทย์จากหลายๆชาติมาทำงานร่วมกัน ที่ไม่ใช่เฉพาะการ

พื้นที่	สถานการณ์ปัจจุบันและความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
โรงพยาบาล หนองคาย - วัฒนา (ต่อ)	- คนลาวสนใจนิยมบริการเสริมความงามมากขึ้น เดินทางข้ามมารับบริการมากขึ้น	ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล แต่รวมถึง การส่งต่อระหว่างชายแดนอาเซียนด้วย
โรงพยาบาล เอกอุดร 17 ส.ค. 60	- ได้รับการรับรอง JCI มาตั้งแต่ปี 2528 มกราคม 2558 - ยังไม่มีการจ้างงาน แต่เห็นด้วยกับการจ้างงานบุคลากรต่างชาติ เพราะสถานการณ์มีความต้องการกำลังคนมากขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศฟิลิปปินส์ ที่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษได้ดี และช่วยคลี่คลายปัญหาขาดแคลนกำลังคน เนื่องจากพยาบาลไทยในปัจจุบันมีอายุการทำงานไม่ยาวนานมาก - เคยมีแพทย์จากประเทศอินเดียและอเมริกามาสมัครงานด้วย แต่ไม่ได้รับไว้ เพราะเห็นว่ายังไม่มีกฎหมายที่อนุญาตให้ทำได้ - ผู้มารับบริการเป็นต่างชาติกลุ่ม hi-end ที่มาจากสถานทูตในประเทศลาวเข้ามารักษาในประเทศไทย - มีความต้องการจ้างงานต่างชาติประมาณ 30 คน ใน 5 ปีข้างหน้า	1) ระเบียบของสภาวิชาชีพเป็นข้อจำกัดที่สำคัญอยากให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพประสานการแก้ไขกฎระเบียบทั้งที่เป็นการสอบใบประกอบวิชาชีพ การพัฒนามาตรฐาน และการรับรองคุณภาพ 2) พยาบาลไทยมั่นใจในคุณภาพวิชาชีพและมีจิตบริการของตนเองว่าดีกว่าพยาบาลจากต่างชาติ หากมีการจ้างงานเข้ามาไม่ใช่การวัดเฉพาะมาตรฐานหัตถการ แต่ให้ความสำคัญกับการจัดทำรายงานทางการแพทย์และพยาบาล ซึ่งในระยะแรกของการทำงาน จำเป็นต้องมีกลไกสร้างความสัมพันธ์ในทีมบุคลากรที่มีการดูแลกันอย่างใกล้ชิด เป็นขั้นตอนและเป็นระบบ เสนอให้มีการกำหนด period ของการเริ่มต้นงาน (หากสามารถจ้างงานได้จริง) ทำงานร่วมกันในลักษณะ mentorship ให้มี standard of care เช่นเดียวกัน

สรุปผลการศึกษาจากการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่

ผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบการสำรวจสถานการณ์ในพื้นที่ แสดงให้เห็นได้ว่าประชาคมอาเซียนต้องการมาตรฐานกลางของบุคลากรที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs ซึ่งไม่ได้จำกัดขอบเขตว่าจะเป็น การเคลื่อนย้ายในภาครัฐเท่านั้น การลงทุนของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนในประเทศเพื่อนบ้านก็สามารถสร้างแรงดึงดูดของการเคลื่อนย้ายของบุคลากรด้วยเช่นกัน

การผลิตแพทย์ของประเทศไทยมีกำลังการผลิตที่สูงขึ้นจนเพียงพอในอนาคต แต่วิชาชีพพยาบาลจะยังคงขาดแคลนในระยะยาวเนื่องจากการไม่ทำงานอยู่ในระบบได้นาน และเป็นมีแนวโน้มโรงพยาบาลเอกชนต้องนำเข้าพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาทำงานวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะผลิตที่มากเกินไป ความต้องการ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนจำนวนการผลิต และควรเร่งปรับสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพมากขึ้น โดยในอีก 10 ปีข้างหน้า วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ จะมีความเพียงพอกับความต้องการของประเทศ ดังนั้นการเพิ่มการผลิต ควรคงอัตราการผลิตในปัจจุบันไว้ และจำเป็นต้องมุ่งเน้นการผลิตเพื่อแก้ปัญหาการกระจายกำลังคน เช่น การรับนักเรียนจากพื้นที่ขาดแคลนเข้ามาเรียน และการจ้างงานหลังจบ

การศึกษาตามภูมิสำเนา เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในขณะที่วิชาชีพพยาบาล เกษษกร เทคนิคการแพทย์ และสัตวแพทย์ แม้ว่าจำนวนบุคลากรในอีก 10 ปีข้างหน้าจะยังต่ำกว่าจำนวนบุคลากรที่ประเทศต้องการ แต่ก็ต่ำกว่าในสัดส่วนที่ไม่มากนัก ยังสามารถคงอัตราการผลิตในปัจจุบันไว้ แต่เน้นการบริหารจัดการแก้ไขความขาดแคลน เช่น ใช้มาตรการลดการสูญเสียบุคลากรด้วยการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการทำงาน

ทางเลือกในการจัดการกำลังคนเคลื่อนย้ายทั้งระบบบริการในประเทศ และระบบบริการภายใต้การค้าเสรี คือ การเสริมสร้างคุณค่า ความผูกพัน และแรงบันดาลใจในการทำงาน รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร (competency) เพื่อให้สามารถทำงานที่หลากหลาย (multi-function) โดยแนวคิด “ความขาดแคลนเฉพาะเชิงปริมาณ แต่ไม่ใช้การขาดแคลนเชิงคุณภาพ”

เงื่อนไขสำคัญประกอบการพิจารณาให้บุคลากรสุขภาพเคลื่อนย้ายในของประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป คือ การผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันการศึกษาที่มีชื่อเสียงและมีมาตรฐานสูงในต่างประเทศ

บุคลากรเคลื่อนย้าย ควรได้รับการวางแผนและเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในระดับการศึกษา เมื่อสำเร็จการศึกษาและมีความพร้อมที่จะเคลื่อนย้ายนั้น ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรร่วมพื้นฐาน (common training principles) ของภูมิภาคหรือประชาคมที่มีการเปิดเสรีให้เคลื่อนย้ายนั้นก่อน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่ยอมรับได้ และเมื่อเข้าทำงานในประเทศปลายทางแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติเหล่านั้นยังคงต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาคุณภาพทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

กฎระเบียบและหลักเกณฑ์ขององค์กรวิชาชีพควรปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปตามพัฒนาทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี เช่น (1) อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติที่ได้รับการรับรองตามหลักเกณฑ์ MRAs ให้บริการทางการแพทย์ - อย่างน้อยสำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติโดยไม่ต้องเข้ารับการสอบเพื่อรับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย (2) เพิ่มการฝึกอบรมเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐ (3) สนับสนุนโรงพยาบาลเอกชนในการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และ (4) ใช้มาตรการทางภาษีจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสนับสนุนการเพิ่มหรือพัฒนาทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

บัตรประจำตัวผู้ประกอบวิชาชีพแบบอิลเลกทรอนิกส์ (A European Professional Card) เป็นการแสดงข้อมูลสำคัญสำหรับการเดินทางเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศสมาชิกอาเซียนต่างๆเช่นเดียวกับวีซ่าปฏิบัติของสหภาพยุโรป

หากจะมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน จำเป็นต้องคำนึงถึงต้นทุนของการลงทุนในระยะยาวที่ก่อให้เกิดหนี้สาธารณะทั้งเพื่อการลงทุนเชิงโครงสร้างและการเพิ่มจำนวนทรัพยากรสุขภาพในระบบบริการ รวมทั้ง ต้นทุนจากดอกเบี้ยที่ภาคเอกชนต้องแบกรับ

การสร้างร่วมมือกับภาคเอกชนเชิงสร้างสรรค์ที่สามารถเพิ่มความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้ (Synergistic Collaborations or Synergistic PPPs) ด้านบริการสุขภาพนั้น มีองค์ประกอบสำคัญของการ

พัฒนาความร่วมมือ ได้แก่ (1) การพัฒนาเชิงนโยบายและมาตรการที่จะก่อให้เกิดความสมดุลระหว่างราคาค่าบริการกับคุณภาพบริการ (2) การเปลี่ยนแปลงมโนคติทางสังคมและวัฒนธรรมให้เกิดความไว้วางใจของสาธารณะต่อการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ผ่านพันธสัญญาของภาครัฐว่าจะพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพบริการที่สูงขึ้น (3) ปรับปรุงกระบวนการและกลไกการทำงานของภาครัฐให้มีธรรมาภิบาลและลดความเป็นผู้สั่งการลง และ (4) การพัฒนาคุณภาพระบบการบริหารจัดการทางการเงินเพื่อสร้างแรงดึงดูดการร่วมลงทุน และสร้างผลตอบแทนการลงทุนร่วมกัน

4.3 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลชาวต่างชาติของประเทศไทย ผู้วิจัยได้สรุปความเห็น คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ดังนี้

4.3.1 สรุปผลการสัมภาษณ์ความเห็นผู้ทรงคุณวุฒิต่อการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลชาวต่างชาติ

ความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรี	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
ความเห็นต่อการเสริมสร้างความมั่นคง ความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ทางการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสามสาขาที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs	กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และต้องรู้ให้ได้ว่าติดขัดหรือมีข้อจำกัดด้วยระเบียบหรือเงื่อนไขอะไร ก็แก้ไขตรงนั้น เพราะงบประมาณไม่น่าจะเป็นปัญหา	ควรต้องแบ่งเป็น 2 แนวทางการพิจารณา คือ คนไทยออกไปทำงานต่างประเทศ กับ คนต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทย ซึ่งแตกต่างกันไประหว่างภาครัฐและเอกชน โดยสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ อาจเป็นได้ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน รวมทั้งหลักประกันด้านความมั่นคงและการจัดการความเสี่ยงในการทำงาน
บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพในการจัดการการเคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว	สร้างต้นแบบการเคลื่อนย้ายเสรี โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องรองรับบริการคนต่างชาติ ทั้งที่เป็นพื้นที่ชายแดนและเมืองท่องเที่ยว	ควรมีการร่วมมือกับสภาวิชาชีพและสถาบันการศึกษา พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกและความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพของแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์สอบคุณสมบัติการเคลื่อนย้ายไปในแต่ละประเทศ
ตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency)	ต้องประเมินที่คุณภาพบุคลากรก่อนเป็นอันดับแรก จึงจะทำให้สามารถติดตามการให้บริการได้อย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ	หากเคลื่อนย้ายมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ต้องกำหนดให้มีการศึกษาเพิ่มเติมก่อนเข้าทำงาน เพื่อให้มั่นใจได้ในคุณภาพและประสิทธิภาพบุคลากร

ความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรี	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2
แนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ อย่างไร และจะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านี้สามารถประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้อย่างมั่นคง	สิ่งสำคัญคือ ต้องกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองมาตรฐานบุคลากรให้ได้ก่อน และเมื่อเข้ามาทำงานในประเทศ จึงควรได้รับการส่งเสริมทักษะหรือความรู้เพิ่มเติมต่อไป ที่สำคัญคือ ต้องเข้าใจวัฒนธรรม	คุณสมบัติสำคัญที่จะเป็นโอกาสความก้าวหน้าของบุคลากรด้วยคือ ความสามารถในการสื่อสารกับคนไทยในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานอยู่
ความเห็นต่อแนวคิดการทำงานเสริมแรงซึ่งกันและกันโดยเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิตพัฒนาและใช้ประโยชน์ผู้ประกอบการวิชาชีพกลุ่ม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เป็นทางออกที่ดีสำหรับการจัดการปัญหาขาดแคลนกำลังคนและลดผลกระทบจากภาวะสมองไหล	ภาครัฐและภาคเอกชน ควรกำหนดเป้าหมายร่วมที่ชัดเจนในการจัดการกำลังคนร่วมกัน ต้องมีการวางแผนทรัพยากรที่ทั้งสองฝ่ายจะนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้ง การเสริมประสิทธิภาพการให้บริการประชาชนกลุ่มเป้าหมายระหว่างภาคส่วนบริการ	ภาคเอกชน น่าจะมีความต้องการมีความร่วมมือ แต่แรงจูงใจยังไม่ค่อยเด่นชัด ดังนั้น หากรัฐกำหนดให้มีมาตรการด้านภาษี เพื่อสนับสนุนการร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรของภาคเอกชน ก็จะช่วยให้กำลังการผลิตของประเทศมีมากขึ้นได้
ความเห็นต่อการสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์ผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) เพื่อให้เป็นทรัพยากรสั่งสมในระบบบริการสุขภาพสำหรับประเทศไทยในระยะยาว	สิ่งสำคัญคือ ต้องตั้งอยู่บนหลักการใช้ประโยชน์สูงสุดจากการเคลื่อนย้ายเสรี (maximization) ที่ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดหาทดแทน รวมทั้งธำรงรักษาไว้ โดยไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ และภาครัฐหรือเอกชน	การถือปฏิบัติตามหลักการ Rationale Use of Human Resource เป็นแนวทางที่ดีสำหรับการจัดการปัญหาความขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล ซึ่งหากสามารถสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์ที่ไว้ได้ ก็ควรส่งเสริมให้ได้ทำงานในสายวิชาชีพที่ได้รับค่าตอบแทนอย่างเหมาะสม ไม่ใช่สายสนับสนุน เช่น ล่าม ผู้แปลภาษา
ความเห็นอย่างไรต่อการสั่งสมหรือสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน	น่าจะยังเป็นไปได้ยากในตอนี้ แต่ถ้ามีมาตรฐานบุคลากรที่ได้รับการยอมรับร่วมกันระหว่างประเทศ และมีแนวทางการใช้ประโยชน์สูงสุดดังกล่าว ก็อาจมีความเป็นไปได้ที่จะมีคลังบุคลากรผู้ประกอบการวิชาชีพของภูมิภาค	ในสถานการณ์ปัจจุบันที่อาเซียนยังไม่มีแบบอย่างการปฏิบัติด้านการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ คลังทรัพยากรมนุษย์ที่ว่าอาจเกิดขึ้นได้ยาก แต่ถ้าเกิดขึ้นจริงจะต้องเพิ่มอำนาจต่อรองให้กับนายจ้างหรือตัวผู้ประกอบการเอง และส่งเสริมให้กลไกการตลาดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ราคาค่าบริการต้องลดลง การลงทุนควรต้องเป็นการลงทุนเพื่อการพัฒนาคน

4.3.2 การศึกษาแนวทางพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการบริการเคลื่อนย้ายผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ

(1) จังหวัดระนอง: รพ.สต.(ปากคลอง)

ข้อมูลสำคัญ

เดือนมีนาคม 2555-ปลายปี 57 เคยมีการจ้างงานแพทย์เมียนมาร์ 1คน (มีสามีทำงานในประเทศไทย) จ้างโดยสมาคมประมง จังหวัดระนอง ระยะเวลาจ้าง 2 ปี ค่าตอบแทนเดือนละ 25,000 - 27,000

บาท (อ้างอิงตามหลักเกณฑ์มูลนิธินิคมมิตร) ทำงานในพื้นที่ชุมชนปากคลอง (Burma Town) ภายใต้การดูแลของแพทย์ไทย รพ.ระนอง รักษาเฉพาะชาวเมียนมาร์ในสอ.เท่านั้น โดยหลักฐานประกอบการทำงานขณะนั้น คือ ใบประกอบวิชาชีพจากประเทศต้นทางและ passport

หลังปี 2557 เมื่อมี การจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว ทำให้แรงงานเริ่มเคลื่อนย้ายไปจังหวัดอื่นที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า จำนวนแรงงานในพื้นที่เริ่มลดลง ประกอบกับผู้ว่าจ้างคือ สมาคมประมง ไม่มีงบประมาณสนับสนุน จึงต้องเลิกจ้างแพทย์ชาวเมียนมาร์ที่มีการจ้าง พสต. (จ้างโดยเงินบริหารจัดการของจังหวัด กองทุนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สสจ.ระนอง) เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการช่วยอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้ารับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างด้าวในสถานบริการและทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในชุมชน โดยมีอาสาสมัครต่างด้าว (อสต.) เป็นเครือข่าย ปัจจุบัน ยกเลิกการจ้างพสต. ตาม พรก. การจ้างงานต่างด้าว ที่กำหนดให้ลูกจ้างต้องทำงานตรงกับนายจ้าง แต่การกิจรพ.สต.ไม่ใช่แบบนั้น พรบ.การจ้างอาชีพผู้ประสานงานด้านภาษา โดยกรมการจัดหางาน กำหนดไว้ว่า ต้องจ้างเฉพาะคนไทยหรือคนไทยพลัดถิ่นเท่านั้น ไม่สามารถจ้างแรงงานต่างด้าวได้ ทำให้มีปัญหาในการจ้างงานล่าช้าที่เป็นชาวต่างด้าวช่วยปฏิบัติงานในรพ.สต.

เอกสารบุคคลของแรงงาน มี 3 ประเภท: บัตรชมพู (ยกเลิกไปแล้ว), CI (Certificate of Identification ออกโดยทางการเมียนมาร์), และ passport (เมื่อผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว) หากกฎหมายอำนวยความสะดวกให้จ้างได้ ก็จะสามารถจ้างพสต.ต่อได้ แต่ในระยะยาวเกรงว่า งบประมาณจะไม่เพียงพอ ขณะนี้กำลังจะจ้างใหม่อีก 5 คน รอคอยความชัดเจนจากสำนักงานจัดหางานอยู่ (สนง.จัดหางานยืนยันแล้วว่าจ้างชาวต่างด้าวไม่ได้) ส่วนรพท./รพช.จ้างเองโดยใช้เงินบำรุงของรพ.ในปัจจุบัน มีทั้งจ้างเหมาบริการ (สัญญาปีต่อปี) เป็นผู้ประสานงานด้านภาษา (คนไทยพลัดถิ่น บัตรขึ้นต้นด้วยเลข 0 พูดภาษาเมียนมาร์ได้) ตำแหน่งพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โดยขออนุมัติจ้างไปที่กระทรวงฯ ปัจจุบัน พื้นที่ยังไม่มีนโยบายการจ้างงานจ้างแพทย์ พยาบาลและทันตแพทย์ชาวต่างชาติ เนื่องจากเปลี่ยนตัวผู้บริหารระดับจังหวัด โดยสาธารณสุขรับผิดชอบเรื่องการจัดบริการในพื้นที่ zoning จึงมีแนวคิดเรื่องการจ้างแพทย์ แต่เมื่อเปลี่ยนผู้ว่าราชการจังหวัด ก็ไม่ได้ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดคนใหม่เข้ามาบริหาร จึงยังไม่ได้มีการหยิบยกประเด็นนี้มาเพื่อพิจารณา

การจ้างปฏิบัติงานในรพ. ต้องใช้งบประมาณทั้งกองทุนบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว (ค่าบริการทางการแพทย์ + ค่าส่งเสริมป้องกัน + ค่าบริหารจัดการ) + เงินกองทุนสำหรับการบริหารจัดการเพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุข (ปันส่วนมาจากเงินจากการขายบัตรประกันสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด) + งบประมาณจังหวัด สนับสนุนการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค (ตอนหลังถูกตัดไป เพราะงบพัฒนาจังหวัด ต้องใช้เพื่อคนไทย) ในขณะที่ รพ.ระนองยังติดวิกฤติทางการเงินระดับ 7 อยู่

ด้วยข้อจำกัดของการจ้างบุคลากรต่างชาติดังกล่าว จังหวัดระนองจึงต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขสำรวจข้อมูลความต้องการทั้งประเทศ รวมทั้งออกกฎระเบียบการจ้างงานบุคลากรวิชาชีพต่างชาติ (ซึ่งไม่ใช่อาศัยและทำงานอยู่ในเฉพาะพื้นที่ชายแดน แต่มีการไปอยู่ตามจังหวัดใหญ่และเมืองท่องเที่ยวทั่วไปด้วย) เพื่อให้สามารถนำเข้าบุคลากรต่างชาติมาบรรเทาภาระงานบริการในสาขาที่ขาดแคลนหรือสามารถระดมกำลังคนได้ในยามจำเป็น

(2) จังหวัดตาก: รพ.แม่สอด

รพ.แม่สอด จ้างพนักงานสาธารณสุขต่างด้าวด้วยเงินสวัสดิการโรงพยาบาล ในลักษณะของการจ้างงานรายวัน ปัจจุบันยังไม่มีระเบียบเปิดให้จ้างงานเป็นบุคลากรได้ แต่เป็นการจ้างในลักษณะของการเป็นผู้ช่วยเหลือด้านการสื่อสารและแปลภาษาที่ผ่านาเป็นการจ้างงานบัตรสีชมพู ต้องรอการพิสูจน์สัญชาติ ซึ่งกำลัง

จะหมดมาตรการผ่อนผันในเดือน มี.ค.61 เร่งรัดการขึ้นทะเบียนตามแผนปฏิบัติการตรีเทพ โดยในกลุ่มเมียนมาร์ไม่ค่อยมีปัญหา เพราะมีศูนย์พิสูจน์สัญชาติ 18 ศูนย์ แต่ลาวกับเขมรยังมีน้อย ต้องเร่งรัดการพิสูจน์สัญชาติ 55,000 คน อยู่ในอำเภอแม่สอดประมาณ 53,000 คน เป็นเมียนมาร์ส่วนใหญ่ และเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามปกติ (กลุ่มโรงงาน/มีนายจ้างชัดเจน) หรือ เข้าสู่ระบบการขายบัตรประกันสุขภาพหากไม่มีประกันสังคม (กลุ่มลูกจ้างตามบ้าน/เกษตรกร) M-Fund กองทุนที่รวบรวมเงินบริจาคจาก NGOs ที่ให้การช่วยเหลือแรงงานเคลื่อนย้ายที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ให้ซื้อบัตรกับกองทุนนี้ได้ ใช้สิทธิการรักษาเฉพาะโรงพยาบาลในจังหวัดตาก ส่วนตามอำเภอต่างๆ ที่กองทุนใช้เงินนี้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลสำหรับกลุ่มแรงงานไปเข้า เย็นกลับ เคยทำข้อเสนอเก็บราคา 20 บาท ที่หน้าด่าน เป็นกองทุนผู้ป่วย รวมทั้งแพคเกจ 3 เดือน และบัตรประกันสุขภาพเดี่ยว 1,200 ครอบครัว 1,500 บาท แต่ในฐานะที่จังหวัดไม่ใช่นิติบุคคล จึงไม่แน่ใจว่าสามารถทำเช่นนี้ได้เองหรือไม่** โรงพยาบาลแม่สอด เป็นรพ.ชายแดนและเขตเศรษฐกิจพิเศษ จึงต้องการจ้างบุคลากรต่างชาติมาดูแลคนชาติเดียวกันในคลินิกบริการสัญชาตินั้นๆ ในรพ. แต่ติดขัดที่ระเบียบเงินบำรุงไม่เปิดให้จ้างเป็นกรณีพิเศษ ยกเว้นแต่จะได้ใบประกอบวิชาชีพชั่วคราวแล้ว และหากได้ใบประกอบวิชาชีพแล้ว ต้องมีระยะเวลาสั่งสมประสบการณ์ทำงานในประเทศไทย ดังนั้นจึงเสนอแนะให้ปรับปรุงระเบียบเงินบำรุงเพื่อให้สามารถจ้างบุคลากรต่างชาติโดยเฉพาะแพทย์ได้ โดยได้รับเงินเดือนในอัตรานายแพทย์ปฏิบัติการ ได้ค่าวิชาชีพ (พ.ต.ส.) และถ้ายังไม่ได้รับการบรรจุเข้าสู่ระบบ ก็ไม่ควรได้เงินประจำตำแหน่งและค่าตอบแทนไม่ทำเวชปฏิบัติ เช่นเดียวกับพยาบาลคือ เงินเดือน + พ.ต.ส. รวมทั้งโอกาสในการเลื่อนขั้น ส่วนโอกาสทางการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพ (career path) แล้วให้กลับมาใช้ทุนในประเทศไทย ยั้งน่าจะเป็นไปได้น้อยในขณะนี้

คุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติที่สำคัญที่ควรกำหนดไว้เป็นเงื่อนไขในการควบคุม กำกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน คือ การปฏิบัติตามระเบียบข้าราชการพลเรือน จรรยาบรรณแพทย์ และคุณสมบัติที่แต่ละพื้นที่ที่ต้องการไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น ประสบการณ์หรือระยะเวลาทำงานในแผนกต่างๆ สถาบันที่สำเร็จการศึกษา โดยให้พื้นที่ที่จะรับไว้ทำงานกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดสรรเองเสนอแนะให้กระทรวงสาธารณสุขหรือความต้องการจ้างงานชาวต่างชาติ ไปยังกระทรวงแรงงาน

4.3 การศึกษาเชิงปริมาณ

จากการศึกษาเรื่องความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล ผลการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	39	21.70
หญิง	141	78.30
รวม	180	100.00
2.อายุ		
30-40 ปี	86	47.80
41-50 ปี	56	31.10
51-60 ปี	20	11.10
61 ปีขึ้นไป	2	1.10
Missing	16	8.90
รวม	180	100.00
3.สัญชาติ		
ไทย	179	99.40
อื่นๆ	1	0.60
รวม	180	100.00
4.สาขาวิชาชีพ		
แพทย์	50	27.80
ทันตแพทย์	15	8.3
พยาบาล	115	63.90
รวม	180	100.00
5.สถานที่ทำงาน		
คลินิกส่วนตัว	3	1.70
สถานพยาบาลมูลนิธิ/องค์กร	1	0.60
โรงพยาบาลรัฐ	87	48.30
โรงพยาบาลเอกชน	83	46.10
Missing	6	3.30
รวม	180	100.00

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย แบ่งผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศชาย จำนวน 39 ราย และเพศหญิง จำนวน 141 ราย คนจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงคิดเป็น ร้อยละ 78.30 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 30-40 ปี และ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.80, 31.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.40 เป็นสัญชาติไทย ส่วนใหญ่ประกอบวิชาชีพพยาบาล จำนวน 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.90 ผู้ประกอบวิชาชีพทั้ง 3 สาขาส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 48.30 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 46.10

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลภายใต้ MRAs

2.1 สรุปผลการศึกษาความคิดเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ ภายใต้ MRAs

ตารางที่ 4.4 ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ ภายใต้ MRAs

คำถาม	ระดับความเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (4)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการยกระดับวิชาชีพของท่านให้มีความเป็นสากลมากขึ้น	15.00	55.00	21.10	7.20	1.70
2. ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการสร้างรายได้ที่ดีกว่าการประกอบวิชาชีพของท่านในประเทศไทย	14.40	31.70	46.10	6.70	1.10
3. ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในต่างประเทศ มีความเสี่ยงและอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม	12.80	39.40	41.70	5.00	1.10
4. ท่านคิดว่า ท่านมีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกประเทศไทย	8.30	23.90	41.70	15.60	10.60
5. ท่านต้องการรับทราบข้อมูลและมาตรการเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศที่ชัดเจน	30.60	50.60	11.10	6.70	1.10
6. ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศอาเซียนที่ไม่ใช่กลุ่ม CLMV มีมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่แตกต่างจากของประเทศไทย	6.10	21.70	55.00	14.40	2.80
7. ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศกลุ่ม CLMV ควรได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทยก่อนให้บริการ	33.30	47.80	16.10	1.70	1.10
8. ท่านคิดว่า หากมีการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs จะส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน หรือจากในประเทศออกนอกประเทศ	15.60	51.70	25.60	5.60	1.70
9. ท่านคิดว่าหากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยไปในประเทศอาเซียน จะส่งผลกระทบโดยรวมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย	13.90	47.20	27.20	8.30	3.30
10. ท่านคิดว่าสภาวิชาชีพควรปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสะดวกหรือลดข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพระหว่างประเทศ	16.10	55.00	18.30	7.80	2.80
11. ท่านคิดว่าสภาวิชาชีพควรกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพผู้เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs เข้ามาในประเทศไทย	36.70	53.90	6.70	1.70	1.10
12. ท่านคิดว่ากระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพและภาคเอกชน ในการกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรม และประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ	28.90	60.60	8.30	1.70	0.60

คำถาม	ระดับความเห็น (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	เห็นด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (4)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
13.ท่านคิดว่าควรมีมาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้ภาครัฐและเอกชนมีความร่วมมือกันในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์บุคลากรวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล	32.80	57.20	7.20	1.10	1.70
14.ท่านคิดว่าความร่วมมือภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ควรเป็นไปในหลักการของการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันและกัน โดยมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ	35.00	55.00	6.70	2.20	1.10
15.ท่านคิดว่าประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ให้สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมั่นคงในประเทศไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย	23.90	56.70	12.20	5.00	2.20

สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ภายใต้ MRAs พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 55 เห็นด้วยกับการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียนว่าเป็นการยกระดับวิชาชีพให้มีความเป็นสากลมากขึ้น ร้อยละ 46.10 ไม่แน่ใจกับการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียนว่าเป็นการสร้างรายได้ที่ดีกว่าการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย ร้อยละ 41.70 ไม่แน่ใจกับการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในต่างประเทศ มีความเสี่ยงและอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ร้อยละ 41.70 ไม่แน่ใจว่าตนเองมีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกประเทศไทย ร้อยละ 50.60 เห็นด้วยในเรื่องการรับทราบข้อมูลและมาตรการเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศที่ชัดเจนมากขึ้น ร้อยละ 55 ไม่แน่ใจว่าผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศอาเซียนที่ไม่ใช่กลุ่ม CLMV นั้นมีมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่แตกต่างจากของประเทศไทย ร้อยละ 47.80 เห็นด้วยว่าผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศกลุ่ม CLMV ควรได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทยก่อนให้บริการ ร้อยละ 51.70 เห็นด้วยท่านคิดว่าหากมีการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MARs จะส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน หรือจากในประเทศออกนอกประเทศ ร้อยละ 47.20 เห็นด้วยว่าหากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยไปในประเทศอาเซียน จะส่งผลกระทบโดยรวมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย ร้อยละ 55 เห็นด้วยว่าสภาวิชาชีพควรปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสะดวกหรือลดข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพระหว่างประเทศ ร้อยละ 53.90 เห็นด้วยว่าสภาวิชาชีพควรกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพผู้เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs เข้ามาในประเทศไทย ร้อยละ 60.60 เห็นด้วยว่ากระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพและภาคเอกชน ในการกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ ร้อยละ 57.20 เห็นด้วยว่าควรมีมาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้ภาครัฐและเอกชนมีความร่วมมือกันในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์บุคลากรวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์

และพยาบาล ร้อยละ 55 เห็นด้วยว่าความร่วมมือภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ควรเป็นไปในหลักการของการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันและกัน โดยมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ และร้อยละ 56.70 เห็นด้วยว่าประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ให้สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมั่นคงในประเทศไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย

2.2 แปลผลการศึกษาความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ ภายใต้ MRAs

ตารางที่ 4.6 ความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ภายใต้ MRAs

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1.ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการยกระดับวิชาชีพของท่านให้มีความเป็นสากลมากขึ้น	3.744	0.8595	เห็นด้วย
2. ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการสร้างรายได้ที่ดีกว่าการประกอบวิชาชีพของท่านในประเทศไทย	3.517	0.8618	เห็นด้วย
3.ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในต่างประเทศ มีความเสี่ยงและอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม	3.578	0.8185	เห็นด้วย
4.ท่านคิดว่า ท่านมีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกประเทศไทย	3.039	1.0747	ไม่แน่ใจ
5.ท่านต้องการรับทราบข้อมูลและมาตรการเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศที่ชัดเจน	4.028	0.8871	เห็นด้วย
6.ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศอาเซียนที่ไม่ใช่กลุ่ม CLMV มีมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่แตกต่างจากของประเทศไทย	3.139	0.8374	ไม่แน่ใจ
7.ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศกลุ่ม CLMV ควรได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทยก่อนให้บริการ	4.106	0.8085	เห็นด้วย
8.ท่านคิดว่า หากมีการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs จะส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน หรือจากในประเทศไทยออกนอกประเทศ	3.739	0.8480	เห็นด้วย
9.ท่านคิดว่าหากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยไปในประเทศอาเซียน จะส่งผลกระทบโดยรวมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย	3.600	0.9431	เห็นด้วย
10.ท่านคิดว่าสภาวิชาชีพควรปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสะดวกหรือลดข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพระหว่างประเทศ	3.739	0.9176	เห็นด้วย
11.ท่านคิดว่าสภาวิชาชีพควรกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพผู้เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs เข้ามาในประเทศไทย	4.233	0.7407	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คำถาม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
12.ท่านคิดว่ากระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพและภาคเอกชน ในการกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ	4.156	0.6836	เห็นด้วย
13.ท่านคิดว่าควรมีมาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้ภาครัฐและเอกชนมีความร่วมมือกันในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์บุคลากรวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล	4.183	0.7510	เห็นด้วย
14.ท่านคิดว่าความร่วมมือภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ควรเป็นไปในหลักการของการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันและกัน โดยมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ	4.206	0.526	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
15.ท่านคิดว่าประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ให้สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมั่นคงในประเทศไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย	3.950	0.8734	เห็นด้วย

แปลผลการศึกษา

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย จาก 3 สาขาวิชาชีพคือแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล โดยมีประเด็นข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดึงดูดและปัจจัยผลักดันต่อการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ MRAs สรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. ความคิดเห็นในเรื่องการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียนว่าเป็นการยกระดับวิชาชีพให้มีความเป็นสากลมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.744 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8595 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว

2. ความคิดเห็นในเรื่องการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียนเป็นการสร้างรายได้ที่ดีกว่าการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.517 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8618 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว

3. ความคิดเห็นในเรื่องการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในต่างประเทศ มีความเสี่ยงและอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.517 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8185 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว

4. ความคิดเห็นในเรื่องตนเองมีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.039 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0747 การแปลผลคือกลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจกับประเด็นดังกล่าว

5. ความคิดเห็นในเรื่องการรับทราบข้อมูลและมาตรการเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศที่ชัดเจนมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.028 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8871 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

6. ความคิดเห็นในเรื่องผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศอาเซียนที่ไม่ใช่กลุ่ม CLMV นั้นมีมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่แตกต่างจากของประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.139 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8374 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจกับประเด็นดังกล่าว*

7. ความคิดเห็นในเรื่องผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศกลุ่ม CLMV ควรได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทยก่อนให้บริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.106 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8085 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

8. ความคิดเห็นในเรื่องหากมีการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MARs จะส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน หรือจากในประเทศออกนอกประเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.739 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8480 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

9. ความคิดเห็นในเรื่องคิดว่าหากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยไปในประเทศอาเซียน จะส่งผลกระทบโดยรวมต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.6 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9431 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

10. ความคิดเห็นในเรื่องสภาวิชาชีพควรปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสะดวกหรือลดข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพระหว่างประเทศ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.739 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.9176 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

11. ความคิดเห็นในเรื่องสภาวิชาชีพควรกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพผู้เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs เข้ามาในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.233 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7407 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งกับประเด็นดังกล่าว*

12. ความคิดเห็นในเรื่องกระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพและภาคเอกชน ในการกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.156 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.6836 การแปลผลคือ *กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว*

13. ความคิดเห็นในเรื่องควรมีมาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้ภาครัฐและเอกชนมีความร่วมมือกันในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์บุคลากรวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.183 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7510 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว

14. ความคิดเห็นในเรื่องความร่วมมือภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ควรเป็นไปในหลักการของการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันและกัน โดยมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.206 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.526 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งกับประเด็นดังกล่าว

15. ความคิดเห็นในเรื่องประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ให้สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมั่นคงในประเทศไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.950 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8734 การแปลผลคือ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ MRAs

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ดังนี้

- ตัวแปรต้น ประกอบด้วยตัวแปร 5 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ สาขาวิชาชีพ สถานที่ทำงาน
- ตัวแปรตาม ได้แก่ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการเคลื่อนย้ายเสรี อันเกิดจากปัจจัยแรงดึงดูดและปัจจัยผลักดัน

โดยวิเคราะห์การถดถอยที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้วิธี Stepwise Regression โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของตัวประมาณ ค่าสถิติทดสอบ student-t และค่า p-value ที่สอดคล้องกัน แสดงไว้ในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน และค่าสถิติที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย	S.E	t	p-value
ค่าคงที่	0.835	1.105	0.756	0.450
เพศ	- 0.084	0.016	- 5.369	0.000**
อายุ	- 0.097	0.274	2.605	0.010*
สัญชาติ	- 0.579	0.251	- 2.383	0.018*
สาขาวิชาชีพ	- 0.781	0.354	2.207	0.028*
สถานที่ทำงาน	- 0.432	0.105	3.835	0.000**
ปัจจัยแรงดึงดูดความต้องการส่วนบุคคล	0.867	0.615	3.848	0.000**
ปัจจัยผลักดันการเปิดเสรีด้านการค้าบริการ	0.274	0.081	3.504	0.000**

R = 0.585, R² = 0.348, F = 25.476, p-value = 0.000**

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณาสมการถดถอย พบว่า ปัจจัยที่เป็นแรงดึงดูดความต้องการส่วนบุคคล เช่น รายได้ โอกาสทางวิชาชีพ ความเป็นสากล หรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยผลักดันอันเกิดจากการเปิดเสรีด้านการค้าบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีฯ กล่าวคือ เมื่อความต้องการส่วนบุคคลหรือแรงขับเคลื่อนของการเปิดเสรีการค้าบริการ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ (จากคะแนนเต็ม 5) แล้วระดับความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรี จะเพิ่มขึ้น 0.867 หรือ 0.274 ระดับ ตามลำดับ ในทางกลับกัน พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพในกลุ่มเพศ อายุ สัญชาติ และสถานที่ทำงาน หรือสาขาวิชาชีพที่ต่างกัน จะมีความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีที่ลดลง .084, 0.097, 0.579, 0.781, และ 0.432 (จากคะแนนเต็ม 5) ตามลำดับ กล่าวคือ เพศชายและเพศหญิง รวมทั้งสัญชาติ มีความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีที่แตกต่างกัน 0.084 และ 0.579 ตามลำดับ ในขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปีของผู้ประกอบวิชาชีพ มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีที่ลดลง 0.097 และสถานที่ทำงาน เช่น ในพื้นที่ชายแดน กับ พื้นที่ท่องเที่ยว มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีที่ลดลง 0.781 นอกจากนี้ ในสาขาวิชาชีพที่ต่างกัน ทั้งพยาบาล ทันตแพทย์ และแพทย์ มีผลต่อความเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีที่ลดลง 0.432 ตามลำดับ โดยในภาพรวม กลุ่มวิชาชีพพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการเคลื่อนย้ายเสรี อันแสดงถึงแนวโน้มและโอกาสในการเคลื่อนย้าย มากกว่าอีกสองวิชาชีพ อันเป็นผลมาจากปัจจัยแรงดึงดูดส่วนบุคคล และปัจจัยผลักดันของสภาวิชาชีพ ที่พัฒนากลไกรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างมีความก้าวหน้ามากกว่าวิชาชีพอื่นๆ

ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาเชิงผสมผสานดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจะนำไปสู่การอภิปรายผล การศึกษาและให้ข้อเสนอแนะในบทที่ 5 ต่อไป.

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อค้นพบทางการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

5.1.1 การเคลื่อนย้ายของสาขาบริการสุขภาพอื่นในประชาคมอาเซียน

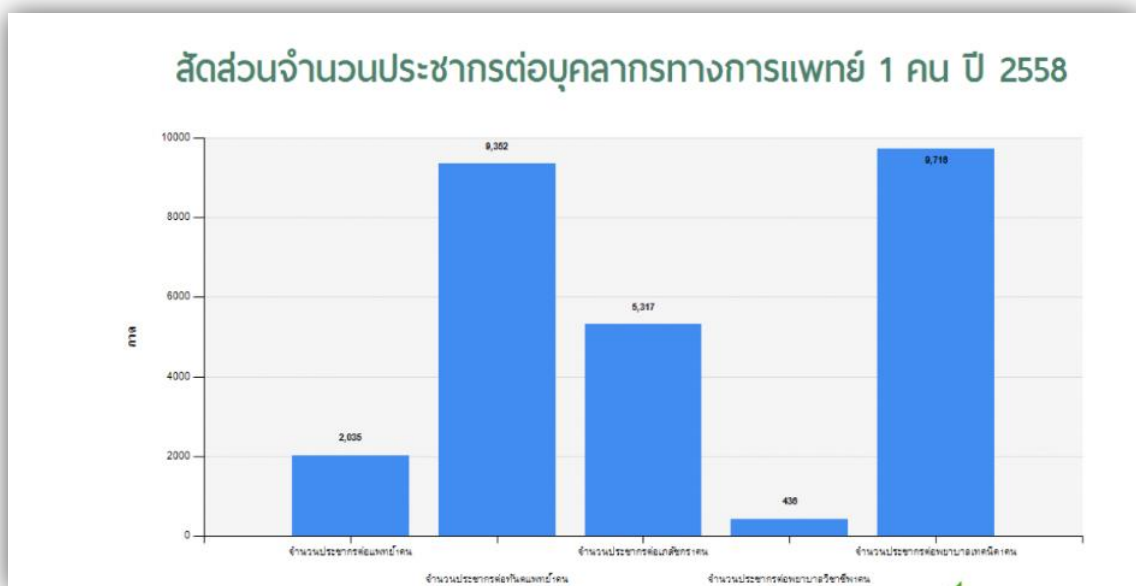
(1) โอกาสในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

ประเด็นที่น่าสนใจประเด็นหนึ่งของการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล สามารถเคลื่อนย้ายเสรีได้ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดาเช่นกัน โดยในการศึกษานี้ จะวิเคราะห์แนวทางการเคลื่อนย้ายของวิชาชีพเภสัชกรในประชาคมอาเซียน สรุปได้ดังนี้

พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 กำหนดให้บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมซึ่งเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวกับการกระทำในการเตรียมยา การผลิตยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การวิเคราะห์ยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงและจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพ ทันตกรรม หรือผู้ประกอบเภสัชกรรมรวมทั้งการดำเนินการปรุงยาและการขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา จะต้องได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรว่า เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมสาขานั้นๆ จากสภาเภสัชกรรมหรือที่สภาเภสัชกรรมรับรอง หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในข้อบังคับสภาเภสัชกรรม

เภสัชกรของประเทศไทยในปัจจุบันจากการผลิตโดย 19 สถาบัน ปีละ 2,000 คน มีประมาณ 26,100 คน โดยมีสัดส่วนของเภสัชกรต่อประชากรไทยในปัจจุบันมี สัดส่วนอยู่ที่ 1 ต่อ 2,494 คน ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นสาขาวิชาชีพแม้จะยังมีไม่มากนัก แต่ก็มีขนาดค่อนข้างน้อยกว่าเมื่อเทียบกับวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.1

แผนภาพที่ 5.1 สัดส่วนจำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน ปี 2558



ที่มา: ข้อมูลจาก “รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข” ใน “ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต”

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบันเปรียบเทียบกับความต้องการเภสัชกรในอนาคต จะเห็นได้ว่า แม้ประเทศไทยจะมีขีดความสามารถในการผลิตเภสัชกรได้เพียงพอ กล่าวคือ ในระหว่างปี 2552-2562 จะมีกำลังการผลิตของเภสัชทั้งหมด 19,840 คน จาก 16 มหาวิทยาลัย²⁸ แต่เภสัชกรมีทางเลือกในการทำงานมากกว่าการอยู่ในระบบบริการสาธารณสุข ทำให้มีแนวโน้มที่เภสัชกรจะเข้ามาสู่ภาคของการบริการสาธารณสุขลดน้อยลง แต่จะหันไปไปสู่งานในสาขาเภสัชอุตสาหกรรมและเภสัชการตลาดมากขึ้น อันเนื่องมาจากค่าตอบแทนที่สูงกว่าและการขยายตัวของตลาดงาน ที่มีการประมาณว่าความต้องการกำลังคนของเภสัชการตลาดจะเพิ่มขึ้นตามการเติบโตของตลาดที่เพิ่มขึ้นทั้งภายในและภายนอกประเทศ อย่างไรก็ตาม เภสัชกร ยังคงเป็นสาขาวิชาชีพที่เป็นความต้องการในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.2

²⁸ ศูนย์ประสานงานเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2552

แผนภาพที่ 5.2 เปรียบเทียบกำลังคนเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลในปัจจุบันกับความต้องการในปี 2562

บุคลากร	จำนวนที่มีในปี 2553* (คน)	จำนวนที่ควรมีในปี 2562 (คน)	จำนวนที่ต้องการเพิ่ม (คน)
เภสัชกร			
รพศ./รพท.	2,395	7,184	4,789
รพช.	3,195	5,249	2,054
รพ. อื่นๆ	2,543	2,805	262
รวม	8,134	15,238	7,104
เจ้าพนักงานเภสัชฯ			
รพศ./รพท.	1,321	5,472	4,151
รพช.	3,248	9,618	6,370
รวม	4,569	15,090	10,621

ที่มา: คณะอนุกรรมการกำลังคนวิชาชีพเภสัชกรรม สภาเภสัชกรรม ปี 2552

ในสาขาบริการสุขภาพอื่นๆ การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เป็นไปตามข้อกำหนดแห่งสภาวิชาชีพ หรือ ภายใต้พ.ร.บ.การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดให้บุคคลที่ประกอบวิชาชีพศิลปะซึ่งเป็นการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการตรวจโรคการวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ ทั้งนี้ ตาม พ.ร.บ. ฉบับนี้ ครอบคลุมสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ และสาขาอื่นที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา จะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตจากคณะกรรมการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น การเคลื่อนย้ายของสาขาบริการสุขภาพอื่นๆ เหล่านี้ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพหยิบยกประเด็นนำเสนอต่อคณะมนตรีความร่วมมืออาเซียนด้านการค้าบริการสุขภาพ AJCC (ASEAN Joint Commission Committee) เพื่อหาหรือความเป็นไปได้ในการกำหนดข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ต่อไป

(2) หลักเกณฑ์ และนิยามของหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกสาขาวิชาชีพอื่นที่เหมาะสมให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี

เกณฑ์ในการคัดเลือกวิชาชีพอื่นที่มีความเหมาะสมในการขยายผลให้มีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีภายในอาเซียน ควรพิจารณาใน 3 เกณฑ์หลักที่สำคัญ ดังนี้

2.1 สถานการณ์ของผู้ประกอบวิชาชีพไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศในแต่ละสาขาอาชีพ

การคัดเลือกสาขาอาชีพอื่นที่มีความเหมาะสมในการขยายผลให้มีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีภายในอาเซียน ต้องพิจารณาว่าวิชาชีพใดที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำงานในต่างประเทศสูงสุด ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและแนวโน้มของผู้ประกอบวิชาชีพไทยในแต่ละสาขาบริการที่เดินทางไปทำงานต่างประเทศ

2.2 โอกาสและแนวโน้มความต้องการ

โอกาสในการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ ขึ้นอยู่กับความต้องการบุคลากรของประเทศปลายทางที่เปิดรับการเคลื่อนย้ายด้วยเช่นกัน ซึ่งในประชาคมอาเซียนนั้น ความต้องการรับการเคลื่อนย้ายแตกต่างกันไปตามระดับการพัฒนาและขนาดทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นๆ ประเทศไทยเองมีสถานะของการเป็นทั้งประเทศต้นทาง (Host Country) และประเทศปลายทาง (Destination Country) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบัน การเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศ ของผู้ประกอบวิชาชีพไทยยังคงมีน้อย ในขณะที่การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศอื่นๆ ก็ยังทำได้ยาก ทั้งด้วยกลไกและเงื่อนไขของการรับเข้าทำงานในประเทศจากหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ และทั้งด้วยการยอมรับและให้ความเชื่อถือของคนไทย

2.3 ทักษะ ความสามารถและคุณสมบัติของบุคลากรเคลื่อนย้าย

มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการศึกษา รวมทั้งการสั่งสมประสบการณ์ทำงานในวิชาชีพ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ ที่แต่ละประเทศกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขไว้แตกต่างกัน นอกจากนี้ ความสามารถในการสื่อสารภาษาของประเทศปลายทาง ก็เป็นมาตรการสำคัญในการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพที่ประสงค์จะเคลื่อนย้าย เพราะวิชาชีพบริการสุขภาพ เป็นวิชาชีพที่ต้องสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้รับบริการอย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องกำหนดความสามารถด้านนี้ไว้เป็นเงื่อนไขการรับเข้าทำงานในประเทศด้วยเช่นกัน

(3) กลไกดำเนินงานรองรับการเคลื่อนย้ายเสรี

โดยความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน (Mutual Recognition Agreements) หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) คือ หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิก ให้มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยหน่วยงานของประเทศไทย คือ แพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบ ดังนี้

- ประเมินคุณสมบัติและประสบการณ์ของแพทย์ต่างชาติ กำหนดเงื่อนไขหรือวิธีการประเมินสำหรับการขึ้นทะเบียนและ/หรือออกใบอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติในการเข้ามาระดมประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ
- ติดตามตรวจสอบและประเมินการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติที่ได้จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อให้แน่ใจว่าแพทย์ต่างชาติปฏิบัติตามข้อกำหนดกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ของประเทศผู้รับมีวิธีการหรือมาตรการที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการกับแพทย์ต่างชาติที่ได้จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ แต่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ของประเทศผู้รับ
- กลไกการดำเนินงานมี คณะกรรมการประสานงานด้านวิชาชีพแพทย์อาเซียน (AJCCM) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศไม่เกิน 2 คน มีหน้าที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการตามข้อตกลงฯ โดยการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบภายในของประเทศสมาชิกอาเซียน และการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการดำเนินการตามข้อตกลงฯส่งเสริมประเทศ

สมาชิกอาเซียนในการกำหนดมาตรฐานสำหรับกลไกและขั้นตอนกระบวนการต่างๆ ในการดำเนินการตามข้อตกลงฯ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันทางด้านกฎหมาย แนวปฏิบัติ และการพัฒนาต่างๆ สำหรับการประกอบวิชาชีพแพทย์ในภูมิภาค โดยสอดคล้องกับมาตรฐานภูมิภาคและ/หรือสากลที่มีอยู่พัฒนากระบวนการสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีความจำเป็นทบทวนข้อตกลงยอมรับร่วมทุกๆ 5 ปี หรือเร็วกว่านั้น หากมีความจำเป็น

5.1.2 สถานะการเคลื่อนย้ายเสรีในปัจจุบันของประเทศสมาชิกอาเซียน²⁹

สำหรับประเทศไทย แพทยสภาคาดการณ์ว่า การเคลื่อนย้ายของแพทย์ จะทำให้ประเทศไทยได้แพทย์ที่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ ซึ่งหากแพทย์ต่างชาติ เข้ามาทำงานในประเทศไทยจะต้องพูด อ่าน เขียนภาษาไทย และสื่อสารได้ดีในระดับที่เทียบเท่ากับแพทย์คนไทย โดยมีการคาดการณ์ว่าในระยะแรก แพทย์ต่างชาติยังคงมีเข้ามาในประเทศไทยไม่มาก เพราะติดขัดเรื่องการใช้ภาษาไทย และแพทย์ไทยที่คาดว่าจะไหลออกไปทำงานในประเทศที่ให้รายได้ดีกว่านั้น แพทยสภายังเชื่อว่าจะออกไปไม่มากนัก เพราะคนไทยส่วนใหญ่คุ้นชินและพอใจกับวิถีชีวิตแบบไทยในประเทศของตนเอง

สำหรับในการเตรียมความพร้อมให้แพทย์ไทยทัดเทียมกับแพทย์ต่างชาติ นั้น แพทย์ไทยได้รับการยอมรับในความรู้ ความสามารถ ในระดับนานาชาติ แต่ในส่วนของการทักษะภาษานั้น อาจยังด้อยกว่าหลายๆ ประเทศสมาชิกอาเซียน ขณะนี้ในหลายสถาบันการศึกษาจึงเริ่มสอนเพิ่มเติมภาษาอังกฤษให้นักศึกษาแพทย์แล้ว

ทันตแพทย์ไทย เมื่อจะไปทำงานต่างประเทศ ส่วนใหญ่มุ่งเข้าไปในประเทศที่ร่ำรวยและตอบแทนรายได้ที่มากกว่าในประเทศไทย ซึ่งมีโอกาสน้อยมาก เพราะจะถูกประเทศนั้นๆ กีดกันด้วยข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาท้องถิ่น ที่สำคัญคือ ทันตแพทย์ต่างจากแพทย์ หรือพยาบาลที่เดินทางไปทำงานที่ใดๆ ได้ด้วยตัวบุคคล แต่ทันตแพทย์จะต้องมีทีม คือ มีผู้ช่วย และเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการทำงานซึ่งหากไปทำงานในต่างประเทศจะต้องลงทุนด้วยงบประมาณที่สูงมากอาจจะไม่คุ้มค่าหากเทียบกับการทำงานในประเทศไทย

ปัจจุบันพยาบาลไทยทั้งหมดกระจายอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 80-85 อยู่ในโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 12-15 หากโรงพยาบาลเอกชนจะรับพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานก็ถือว่าเป็นส่วนที่น้อยมาก ส่วนกรณีพยาบาลไทยประสงค์ที่จะไปทำงานในต่างประเทศ สภาการพยาบาลถือว่าเป็นสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ไม่มีการปิดกั้นใดๆ แต่ยึดหลักปกป้องคนไทยให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าแม้จะมีการเปิด AEC แต่ด้วยจุดแข็งของพยาบาลไทยจึงเป็นที่ต้องการของนานาชาติ ซึ่งขณะนี้พบว่า มีพยาบาลไทยไปขอแปลเอกสารการไปทำงานต่างประเทศเพิ่มขึ้น โดยช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีประมาณ 700 คนต่อปี แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะได้ไปทำงานในต่างประเทศทั้งหมด นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลไทยไม่ได้ไปทำงานในกลุ่มอาเซียน แต่ส่วนใหญ่เดินทางไปประเทศนอกกลุ่มอาเซียน ซึ่งได้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าด้วย อย่างไรก็ตาม ในประเด็นที่สภาการพยาบาลมีความวิตกกังวลมากกว่านั้นคือ ในปัจจุบัน พบว่าตามแนวชายแดนด้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ มีโรงพยาบาลเอกชนไปลงทุนเพื่อรับลูกค้าที่มีฐานะจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นไปได้ว่าในอนาคตอาจจะมีการเปิดรับสมัครพยาบาลที่มาจากประเทศติดชายแดนไทยเข้ามาทำงานด้วย เพราะใช้ภาษาสื่อสารกับลูกค้าต่างชาติได้

²⁹ SMEs Knowledge Center. กรมพัฒนาธุรกิจการค้า 2557

5.1.3 ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายเสรีของสามวิชาชีพในประชาคมอาเซียน

(1) สถานการณ์เปิดตลาดตามข้อผูกพันการค้าบริการสุขภาพ

เงื่อนไขของการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน กำหนดหลักการปฏิบัติให้ประเทศสมาชิกต้องปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติจะต้องสอดคล้องกับกฎหมายของประเทศที่เป็นปลายทาง การเคลื่อนย้ายนั้นด้วย ข้อมูลสำคัญประกอบการเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศสมาชิกอาเซียน มีดังต่อไปนี้

1.1 วิชาชีพแพทย์และทันตแพทย์

อินโดนีเซียและมาเลเซียมีข้อผูกพันในสาขาแพทย์และทันตแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ส่วนลาวเปิดตลาดในสาขาวิชาชีพแพทย์ และกัมพูชาเปิดตลาดเฉพาะทันตแพทย์ ขณะที่ ฟิลิปปินส์ เป็นสมาชิกอาเซียนประเทศเดียวที่ไม่มีข้อผูกพันในสาขานี้

1.2 วิชาชีพพยาบาล ผดุงครรภ์ กายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ กัมพูชา ลาวเป็นสมาชิกอาเซียนที่ไม่มีข้อผูกพันในสาขานี้ ขณะที่ประเทศอาเซียนอื่น ๆ มีข้อผูกพันบริการวิชาชีพสาขานี้ โดยมีระดับการเปิดตลาดและขอบเขตที่แตกต่างกันไป โดยบรูไน ไม่มีข้อจำกัดอื่นนอกเหนือไปจากที่ได้ระบุในข้อผูกพันทั่วไป โดยไม่ผูกพันในประเด็นเรื่องการถือถิ่นของต่างชาติ

สำหรับประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นมีการกำหนดขอบเขตสาขาย่อยที่ผูกพันภายใต้บริการสาขานี้ กล่าวคือ ไทยครอบคลุมเฉพาะบริการวิชาชีพพยาบาล โดยอนุญาตให้จัดตั้งในรูปแบบ Department ในโรงพยาบาลและดำเนินการได้ 1 แห่ง รวมทั้งจำกัดสัดส่วนการถือถิ่นของต่างชาติไว้ไม่เกิน 49 % ส่วนสิงคโปร์เปิดตลาดให้บริการวิชาชีพสาขานี้ในรูปแบบการให้บริการถึงที่และบริการที่เกี่ยวข้อง มาเลเซียและอินโดนีเซียเปิดตลาดให้บริการวิชาชีพพยาบาลเฉพาะทาง ฟิลิปปินส์เปิดตลาดให้เฉพาะวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์บางอย่างเท่านั้น ส่วนในด้านการลงทุน อนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนมีสัดส่วนการถือถิ่นในกิจการสาขาที่กำหนดไว้ได้ถึง 51% ตามเป้าหมายที่ AEC Blueprint กำหนดไว้ แต่มีเงื่อนไขควบคู่

(2) หลักเกณฑ์และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในการรับการเคลื่อนย้ายเสรีของสามวิชาชีพในประชาคมอาเซียน

หลักเกณฑ์และตัวชี้วัดเชิงคุณภาพในการรับการเคลื่อนย้ายเสรีในประชาคมอาเซียน จัดแบ่งกลุ่มตามขนาดทางเศรษฐกิจดังแสดงในแผนภาพที่ 5.3 และ ตารางที่ 5.1 ได้ ดังนี้

แผนภาพที่ 5.3 ตัวชี้วัดขนาดทางเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนในปี 1999,2000, และ 2003

	GDP AND POPULATION				SERVICES		
	GDP Per Capita	Population	Value of GDP	Growth of GDP	Share of Services in GDP	Value of Services	Service Sector Exports
	2003 US\$	2003 Million	2003 US\$ Billion	1999-03 % p.a.	2003 Percentage	2003 US\$ Billion	2000 US\$Billion
GROUP I							
Singapore	20987	4.3	91.4	2.7	66.4	60.7	29.1
Brunei	12971	0.4	4.7	2.9	na	na	na
Malaysia	4198	24.8	103.2	4.6	45.5	47.0	13.9
Thailand	2291	62.0	143.3	4.6	46.3	66.3	13.9
GROUP II							
Philippines	973	81.5	80.4	4.1	53.5	43.0	4.0
Indonesia	973	214.5	208.5	4.0	39.9	83.2	5.2
Vietnam	481	81.3	39.9	6.8	38.2	15.2	2.7
GROUP III							
Lao	362	5.7	2.0	5.0	25.5	0.5	0.4
Cambodia	310	13.4	4.2	5.6	36.0	1.5	0.2
Myanmar ¹	179?	49.4	9.6	na	32.4	3.1	0.5

¹ Data are illustrative only.

Source: ASEAN Statistical Yearbook, Jakarta 2004; Asian Development Bank, Key Indicators of Development (2004), UNCTAD, June 2005.

ตารางที่ 5.1 หลักเกณฑ์รับการเคลื่อนย้ายเสรีของประเทศสมาชิกอาเซียน

กลุ่มประเทศ	ประเทศ	หลักเกณฑ์รับการเคลื่อนย้าย
รายได้สูง	สิงคโปร์และบรูไน มาเลเซียและไทย	กลุ่มประเทศเหล่านี้ มีระดับการพัฒนาที่สูงกว่าประเทศอื่นๆในอาเซียน มีการเปิดเสรีในด้านการนำเข้ากำลังแรงงานอย่างมีอชีพ รวมทั้งเป็น จุดรวมการค้าเน้นการตามกลไกการค้าเสรีใน Mode 2 (Consumption Abroad การบริโภคในต่างประเทศ) รวมทั้งการลงทุน ในต่างประเทศแบบเบ็ดเสร็จ
รายได้ปานกลาง	ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซียและ เวียดนาม	กลุ่มประเทศเหล่านี้ มีระบบการคุ้มครองเพิ่มเติมเกี่ยวกับกำลังแรงงาน อย่างมีอชีพ มีกลไกสนับสนุนการเรื่องการโยกย้ายถิ่นฐานชั่วคราว ของผู้เชี่ยวชาญ โดยฟิลิปปินส์เป็นประเทศผู้ส่งออกแรงงานที่สำคัญใน ภูมิภาค ทั้งกำลังคนที่มีทักษะและไม่มีทักษะ สำหรับอินโดนีเซียและ เวียดนามเป็นผู้ส่งออกแรงงานแบบทำงานชั่วคราว ซึ่งส่วนใหญ่เป็น แรงงานที่มีทักษะไม่สูงมากนัก ที่ไม่ชำนาญ และประเทศเหล่านี้ประเทศ มีนโยบายต้องการขยายการส่งออกของพยาบาล
รายได้ต่ำ	กัมพูชา ลาว เมียนมาร์	ประเทศทั้งสาม มีระดับการพัฒนาและขนาดทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ประเทศอื่นๆในภูมิภาค ดังนั้นจึงมีการนำเข้าแรงงานระดับวิชาชีพ จำนวนน้อย อย่างไรก็ตาม กัมพูชาเปิดกว้างมากขึ้นเกี่ยวกับการนำเข้า ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการลงทุนโดยตรงของต่างประเทศ และทุกประเทศ เหล่านี้เป็นผู้ส่งออกแรงงานไร้ฝีมือไปยังประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะ ในประเทศไทย สำหรับ เมียนมาร์ส่งออกผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากใน ภูมิภาคซึ่งส่วนหนึ่งเนื่องมาจากทักษะภาษาอังกฤษที่ดีขึ้น

เมื่อพิจารณาตามระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ประเทศสิงคโปร์มีส่วนรายได้ที่ใช้ไปในการดูแลสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามเวลาที่ผ่านไป จากชนชั้นกลางที่มีขนาดใหญ่และมีฐานะร่ำรวยที่มีเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับมาเลเซียและไทยมีแนวโน้มที่จะแสดงให้เห็นถึงความต้องการที่เพิ่มขึ้นสำหรับบริการสุขภาพกลุ่ม แพทย์และพยาบาลในทำนองเดียวกันในอนาคต จากปัญหาขาดแคลนผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์ใน ประเทศ

ดังนั้น ประเทศเหล่านี้ จึงขยายการจัดหาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการด้าน บริการสุขภาพในประเทศที่เพิ่มขึ้นตามที่คาดการณ์ไว้ รวมทั้งความต้องการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ขึ้นโดยผู้รับบริการต่างชาติที่เดินทางเข้ามารับการรักษายาบาลในประเทศ จากการส่งเสริมนโยบายการเป็น Medical Hub ของรัฐบาลของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลให้การจ้างงาน แพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมากคือนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมประเทศให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย ในขณะที่มาเลเซียสนับสนุนการดูแลสุขภาพผ่านโครงการบ้านเกิดของฉันทซึ่งมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยมุสลิมจากกลุ่ม ประเทศตะวันออกกลาง ส่วนในเวียดนามและกัมพูชาที่มีขนาดทางเศรษฐกิจที่เล็กกว่า ก็ได้ขยายการพัฒนา ในลักษณะของการลงทุนข้ามชาติ และบริษัทย่อยของ บริษัท เหล่านี้มาพร้อมกับการไหลเข้าของผู้เชี่ยวชาญ ที่มีทักษะจากต่างประเทศและการเคลื่อนย้ายจากภาคบริการของรัฐสู่ภาคบริการของเอกชนภายในประเทศ

เมื่อพิจารณาตามความขาดแคลน พบ ในหลายประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงของอาเซียนปัญหา การขาดแคลนพยาบาลกลายเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากอุปสงค์มีมากกว่าอุปทาน โดยเฉพาะในประเทศไทย

สมาชิกอาเซียนที่มีรายได้สูงขึ้นอย่างประเทศไทย ในขณะที่จำนวนแพทย์ต่อ 1,000 ประชากรไม่แตกต่างกันมากนัก โดยฟิลิปปินส์เป็นประเทศที่มีอัตราการเติบโตของพยาบาลและการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศสูงกว่าประเทศอื่นๆ ส่วนในกลุ่มที่สามประเทศนั้น สาธารณรัฐสังคมนิยมลาวมีอัตราส่วนของแพทย์สูงเช่นเดียวกับประเทศเวียดนาม ในขณะที่ประเทศกัมพูชามีต่ำกว่ามาก แต่ทั้งสองประเทศมีสัดส่วนของพยาบาลต่อหัวมากกว่าอินโดนีเซียและเมียนมาร์เมื่อเทียบจากจำนวนประชากร

ความขาดแคลนและความต้องการดังกล่าว เมื่อนำมาพิจารณาในการกำหนดหลักเกณฑ์การรับบริการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน แสดงได้โดยการคาดประมาณตามดัชนีชี้วัดของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank, ADB) ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ต่างๆ ได้แก่

- เกณฑ์มาตรฐานของหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์
- เงื่อนไขการได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
- นโยบายและการจัดสรรกำลังคนของประเทศ
- เงื่อนไขการจ้างงานของหน่วยบริการ

ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.4

แผนภาพที่ 5.4 ดัชนีชี้วัดและค่าถ่วงน้ำหนักการบริการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน

Recognition of medical degrees sub-index for Reg_ind			
Shortfall of recognised medical degrees (max 280)	[0;1]	0.5	
Shortfall of recognised ASEAN medical degrees (max 18)	[0;1]	0.5	
Registration of doctors sub-index for Reg_ind			
Registration examination necessary	0 or 1	0.06	
Language other than English	0 or 1	0.17	
Permanent residency requirement	0 or 1	0.33	
Citizenship requirement	0 or 1	0.33	
Temporary registration not available	0 or 1	0.06	
Foreign trained MDs not permitted in public hospitals	0 or 1	0.06	
Inward mobility of health professionals policy index calculation (Health_ind)			
GATS sectoral commitments on Mode 4 (scaled down by 155)	[0;1]	0.25	
Horizontal index Hor_index	[0;1]	0.25	
MFN index MFN_index	[0;1]	0.25	
GATS commitments on health sub-index	[0;1]	0.25	
GATS sectoral commitments on health sub-index for Health_ind			
Commitments on professional medical services	[0;1]	0.5	
Commitments on hospital services	[0;1]	0.5	

ที่มา: ASEAN Statistical Yearbook, Jakarta 2004; Asian Development Bank, Key Indicators of Development (2004), UNCTAD, June 2005.

(3) มาตรการรัฐในการเตรียมความพร้อมด้านภาษา (และอื่นๆ) ของบุคลากรเคลื่อนย้ายเสรี (Government policies, manpower planning and professional training)

จากดัชนีความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ (EF English Proficiency Index. EF EPI) ของประเทศในเอเชียที่เผยแพร่ในปี 2554 ของสถาบัน English Education First ในประเทศที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก ดังปรากฏในแผนภาพที่ 5.5 พบว่าประเทศไทย ได้รับการจัดอันดับที่ 42 จาก 44 ประเทศ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการเร่งรัดพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษของประเทศไทยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานไปจนถึงระดับการศึกษาทางวิชาชีพ

แผนภาพที่ 5.5 ดัชนีความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษของประเทศในเอเชียไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก

Rank	Country	Score	Level
9	Malaysia	55.54	High Proficiency
12	Hong Kong	55.54	Moderate Proficiency
13	South Korea	54.19	Moderate Proficiency
14	Japan	54.17	Moderate Proficiency
25	Taiwan	48.93	Low Proficiency
26	Saudi Arabia	48.05	Low Proficiency
29	China	47.62	Low Proficiency
30	India	47.35	Low Proficiency
32	Russia	45.79	Low Proficiency
34	Indonesia	44.78	Very Low Proficiency
39	Vietnam	44.32	Very Low Proficiency
42	Thailand	39.41	Very Low Proficiency
44	Kazakhstan	31.74	Very Low Proficiency

ที่มา: <http://www.ef.co.th>

ในระบบตลาดแรงงานต่างชาติ บริษัทและตัวกลางต่างๆ เช่น หน่วยงานจัดหางาน หรือโตะจ้างงาน ในต่างประเทศสามารถได้รับอำนาจทางการตลาดในบางส่วนของตลาดในการทำหน้าที่คัดกรอง (Gate Keeper) สำหรับการเข้ามาทำงานในประเทศ ซึ่งกลไกดังกล่าว ยังไม่ได้รับการควบคุมอย่างเป็นระบบ และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายสูงแก่ผู้ที่ประสงค์จะไปทำงาน และต้องการฝึกฝนภาษาของประเทศนั้นๆ เพื่อให้สามารถสอบผ่านคุณสมบัติการรับเข้าทำงาน ดังนั้น มาตรการสนับสนุนหรืออำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ นอกจากแนวนโยบายด้านกำลังคนของประเทศ ทั้งในด้านการรับเข้าทำงานและการส่งออกกำลังคนคุณภาพไปนอกประเทศ การพัฒนาหลักสูตรทางการศึกษาสาขาวิชาชีพด้านบริการสุขภาพ ให้บรรจุวิชาการสื่อสารสุขภาพภาษาต่างประเทศไว้ร่วมกับการเรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมสุขภาพของประเทศต่างๆ รวมทั้ง การปรับปรุงเงื่อนไขของสภาวิชาชีพให้เอื้อต่อการเคลื่อนย้ายเสรี โดยยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานในระดับสากลแล้ว การจัดสรรงบประมาณรัฐ หรือ โดยความร่วมมือกับภาคเอกชน เพื่อสนับสนุนให้บุคลากร

เคลื่อนย้ายได้ก็ย่อมเพื่อการฝึกฝนภาษาประเทศปลายทาง ในลักษณะที่คล้ายคลึงกับกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา (กยศ.) หรือ การเตรียมความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายของบุคลากร โดยการฝึกอบรมภาษาของประเทศปลายทางให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเหล่านั้น ก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการสร้างแรงดึงดูดความสามารถจากผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติในประชาคมอาเซียน ให้สามารถเคลื่อนย้ายเข้า-ออกประเทศต่างๆได้อย่างสะดวก และมีคุณภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ ในประชาคมอาเซียนนั้น โครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ กล่าวคือ ประเทศที่มีพัฒนาการของการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายโดยเฉพาะภาคเอกชนที่ดีกว่า จะสามารถตอบสนองต่อความไม่สมดุลของตลาดแรงงานในภาคความรู้ได้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมและการพยาบาลให้มีความสามารถด้านการใช้เทคโนโลยีด้านการพยาบาล ซึ่งประเทศฟิลิปปินส์และมาเลเซีย ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนดังกล่าวที่คล้ายคลึงกับของประเทศไทย ดังนั้นความสามารถของผู้ประกอบการวิชาชีพ ในการเข้าถึงตลาดต่างประเทศขึ้นอยู่กับคุณภาพของการศึกษาที่แตกต่างกันไปตามคุณภาพของสถาบันการศึกษา พัฒนาการเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดการศึกษาด้านการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาของประชาคมอาเซียน ที่ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขการควบคุมและรับประกันคุณภาพการศึกษาของสภาวิชาชีพแต่ละสาขาของประเทศเหล่านั้น

ความแตกต่างด้านคุณภาพระดับนานาชาติในระดับอุดมศึกษาและระดับวิชาชีพ เป็นอีกหนึ่งในปัจจัยที่เอื้อต่อการรับรู้ในระดับสากลเกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมวิชาชีพระดับนานาชาติ เนื่องจากการปฏิบัติตามกฎหมายและหลักวิชาชีพเพื่อความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การใช้ข้อกำหนดด้านความรู้ภาษาท้องถิ่นสำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติจึงยังคงถูกกำหนดไว้ในเงื่อนไขการรับเข้าทำงานของทุกประเทศในโลก แม้ว่ามาตรฐานของการปฏิบัติทางคลินิกจะไม่แตกต่างกันมาก ในประเทศที่ภาษาอังกฤษเป็นหนึ่งในภาษาของรัฐและเป็นภาษาที่ใช้ในการสอนในระดับอุดมศึกษา (สิงคโปร์และฟิลิปปินส์) การเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบการวิชาชีพได้รับการอำนวยความสะดวกอย่างมาก เช่นเดียวกับการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนภาษาอังกฤษของประเทศเมียนมาร์ที่ต้องการพยาบาลไปยังประเทศอาเซียนอื่น ๆ และทั่วโลก ในขณะที่เดียวกันการขาดทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศของพยาบาลไทยและอินโดนีเซีย ส่วนการเคลื่อนย้ายของพยาบาลอาเซียนไปยังประเทศที่ผู้รับบริการไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ (เช่นญี่ปุ่นและเนเธอร์แลนด์) ก็จะเป็นไปตามการจัดหาพยาบาลผ่านข้อตกลงทวิภาคีต่างๆ ที่จะต้องมีการฝึกอบรมภาษาที่เหมาะสมก่อนที่จะไปปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพของประเทศเหล่านั้น

ปัจจุบัน สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพของประเทศต่างๆในอาเซียน ยังคงมีการพัฒนาชุดมาตรฐานหรือสมรรถนะวิชาชีพเพียงเล็กน้อย โดยสาขาวิชาชีพที่ดำเนินการในด้านนี้มากกว่าสาขาวิชาชีพอื่น คือ สาขาพยาบาล โดยประเทศสมาชิกอาเซียน เช่น อินโดนีเซีย เวียดนาม เมียนมาร์ และกัมพูชา มีการบูรณาการกำกับดูแลการศึกษาและจ้างงานโดยคณะกรรมการวิชาชีพการพยาบาล ทำหน้าที่กำหนดขั้นตอนการรับรองและแนวทางในการอนุมัติการจ้างงานของพยาบาลต่างชาติ การพัฒนาหลักสูตรร่วมการฝึกอบรมภาษา การเป็นหุ้นส่วนกับโรงพยาบาลเพื่อการปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งการแลกเปลี่ยนนักรักษาและครูฝึกพยาบาล ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะหลักและมาตรฐานเหล่านี้ สามารถเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีของความร่วมมือภายในอาเซียนและภูมิภาคอื่นๆได้ ดังนั้น ข้อเสนอแนะต่อบทบาทของรัฐบาลคือ การสร้างเงื่อนไขทางกฎหมายที่เอื้อต่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และภาคเอกชน เพื่อให้

การฝึกอบรมด้านการพยาบาลและการจ้างงานในอนาคตของผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้มีมาตรฐานในระดับสากล

(4) กฎและกระบวนการเคลื่อนย้ายเสรีในสถานการณ์จริงของการปฏิบัติงาน (Actual in migration rules and procedures (Business Visitors and Work Permits))

การเคลื่อนย้ายไปทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียนมี 2 รูปแบบ คือ การประกอบวิชาชีพชั่วคราวหรือการเข้ามาทำงานในระยะสั้นๆ ตาม Mode 3 ของประเภทการค้าเสรี (Commercial Presence) ด้วยประเภทวีซ่าธุรกิจ ซึ่งเป็นการเคลื่อนย้ายที่เสรีที่สุดทั้งใน GATS และ AFAS และสัญญาจ้างงานระยะยาวที่ต้องได้รับใบอนุญาตทำงานหรือบัตรผ่านงาน (Work Permit)³⁰ การเคลื่อนย้ายทั้งสองรูปแบบดังกล่าว จำเป็นต้องมีนโยบายและขั้นตอนการกำกับดูแลการเคลื่อนไหวของผู้คนอย่างเป็นระบบและแม่นยำ จึงจะสามารถทำให้ประมาณการความต้องการเคลื่อนย้ายและความสำเร็จของการมีพันธมิตรร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนได้

นอกจากนี้ กลไกอำนวยความสะดวกการเคลื่อนย้ายอย่างเช่น การอนุญาตตรวจลงตราเข้าเมืองรวมทั้งค่าธรรมเนียมตรวจลงตรา (visa fee) ยังควรต้องได้รับการพิจารณาในระดับนโยบายเกี่ยวกับหลักเกณฑ์เงื่อนไขต่าง เช่น ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย เช่น จะอนุญาตให้เป็นวีซ่าประเภทครั้งเดียวหรือหลายครั้ง (single or multiple visa) รวมถึงจำนวนหน้าในแบบฟอร์ม, รายการที่ต้องกรอก, จำนวนเอกสารที่ต้องยื่นประกอบการขอวีซ่า, เวลาดำเนินการขอวีซ่าและความต้องการเงินประกันเพิ่มเติม เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นเงื่อนไขประกอบการพิจารณาการดำเนินนโยบายเปิดกว้างหรือปิดกั้นการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานอย่างเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งทางเลือกหนึ่งที่เป็นไปได้ คือ ให้มีการคัดกรองคุณสมบัติเหล่านี้ตั้งแต่เริ่มรับที่สภาวิชาชีพ โดยมีการทำความเข้าใจหรือขอรับการสนับสนุนการตรวจสอบประวัติและคุณสมบัติบุคคลร่วมกับสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น

เช่นเดียวกันกับระบบการออกใบอนุญาตการทำงานของประเทศสมาชิกอาเซียน ที่ควรได้รับการรับรองและยอมรับร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการออกใบอนุญาตทำงานตามระยะเวลาที่กำหนด ที่ต้องมีการประเมินคุณสมบัติของหน่วยงาน เงื่อนไขสัมปทานการจ้างงาน (ถ้ามี) โดยเฉพาะการจ้างงานวิชาชีพพยาบาล ที่เป็นวิชาชีพบริการที่มีความต้องการสูงของประเทศต่างๆ ไม่ใช่เฉพาะในอาเซียน แต่เป็นความต้องการของทั่วโลก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เวียดนามเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการเปิดเสรีและขั้นตอนเกี่ยวกับการเดินทางเพื่อธุรกิจและใบอนุญาตทำงานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศสมาชิกอาเซียนอื่น ๆ รองลงมาคือ มาเลเซีย บรูไน ฟิลิปปินส์ และสิงคโปร์ ซึ่งแม้ว่าประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูง อย่างสิงคโปร์ จะมีคะแนนเฉลี่ยที่ดีกว่าเมื่อพิจารณาจากดัชนีวีซ่าธุรกิจ แต่รูปแบบของความแตกต่างระหว่างประเทศไม่ชัดเจนเท่าการออกใบอนุญาตให้ทำงาน เงื่อนไขของความยากและซับซ้อนดังกล่าว ทำให้สิงคโปร์มีคะแนนความง่ายในการอนุญาตให้บุคคลเคลื่อนย้ายเสรีเข้ามาทำงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของอาเซียน (0.55 คะแนนดัชนีการจ้างงาน) อย่างไรก็ตาม สิงคโปร์มีคะแนนสูงสุดในด้านกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการทำงานผ่านการจ้างงานอย่างโปร่งใส

สำหรับการเคลื่อนย้ายภายในประเทศโดยทั่วไป ของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพนั้น พบว่ามีข้อจำกัดมากที่สุดในประเทศที่มีรายได้น้อย ได้แก่ อินโดนีเซีย กัมพูชา ลาว และเมียนมาร์ โดยประเทศเหล่านี้จำเป็นต้องมีนายจ้างชาวต่างชาติ เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพและการถ่ายทอดทักษะบางอย่างจะดำเนินการไปได้อย่างมีมาตรฐาน ส่วนอุปสรรคอื่นๆ ในการเคลื่อนย้ายภายในประเทศของ

³⁰ Manning and Bhatnagar. 2004

ผู้ประกอบการวิชาชีพภายใต้นายจ้างต่างชาติ ได้แก่ การกำหนดเงินเดือนขั้นต่ำ ภาษีสำหรับการจ้างแรงงานต่างด้าว ข้อจำกัดของการจ้างงานที่ต้องเชื่อมโยงกับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ เช่นประเทศไทย ซึ่งอยู่ตรงกลางของภูมิภาค รวมทั้งข้อกำหนดก่อนการจ้างงาน ได้แก่ การจ้างงานในช่วงเวลาที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ทางเศรษฐกิจ และความต้องการความสามารถในการสื่อสารภาษา เป็นต้น

(5) กฎระเบียบนานาชาติเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ: อุปสรรคสำคัญของวิชาชีพบริการสุขภาพ (The Regulation and the International Migration of Professional: Barriers in Health)

ผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณสมบัติและทักษะ ในการประกอบวิชาชีพ รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมที่เสริมสร้างความเชี่ยวชาญและสั่งสมประสบการณ์ทางวิชาชีพ อันจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ รวมทั้งได้รับการยอมรับ หากจะเคลื่อนย้ายไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขโดยหน่วยงานในระดับพื้นที่ จะมีส่วนร่วมสำคัญในการประเมินก่อนการจ้างงานผู้ประกอบการวิชาชีพในโรงพยาบาลในพื้นที่นั้นๆ

การประเมินความต้องการทางเศรษฐกิจเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลานาน และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายของผู้จ้างงานที่มีความประสงค์จะรับคนต่างชาติเข้ามาทำงาน ทั้งค่าใช้จ่ายในการโฆษณาประชาสัมพันธ์ การบริหารจัดการ รวมทั้งความล่าช้าในการยื่นคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติต่อกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งระยะเวลาจะมีความแตกต่างกันไป

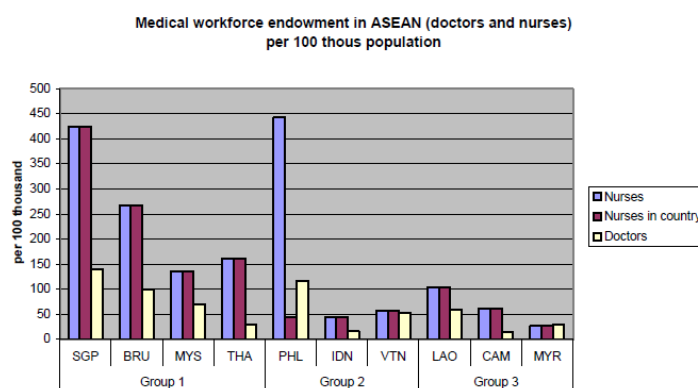
แนวนโยบายด้านการขึ้นทะเบียน ออกใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพของประเทศสมาชิกอาเซียน (Actual policies, registration and licensing requirements and procedures)

ประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศ มีข้อจำกัดเชิงปริมาณสำหรับการจ้างงานชาวต่างชาติ เช่น ประเทศไทย จำนวนคนงานต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้บริษัทจ้างงานได้ จะถูกกำหนดโดยทุนจดทะเบียน 2 ล้านบาทต่อคนงานชาวต่างชาติ 1 ราย แต่ไม่เกิน 10 ล้านบาท (ซึ่งหมายถึงว่า จะสามารถจ้างคนงานต่างชาติได้ไม่เกิน 5 คน) เวียดนาม จำนวนแรงงานต่างด้าวจะถูกจำกัด อยู่ที่ 3% ของแรงงานที่ทำงานเต็มเวลาของบริษัท ซึ่งเป็นข้อ จำกัดที่สำคัญต่อการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศของชาวต่างชาติ กัมพูชา จำกัดจำนวนแรงงานต่างชาติในบริษัทให้จ้างได้ไม่เกิน 10% ของจำนวนพนักงานทั้งหมด เงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้เป็นข้อจำกัดสำหรับภาคบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับเครือข่ายโรงพยาบาลต่างประเทศที่เข้ามาลงทุน ที่อาจทำให้ไม่สามารถจ้างงานแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาการรักษาพยาบาลต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน

เมื่อเปรียบเทียบอุปสรรคทางการค้าในด้านนโยบายกับด้านอื่นๆ เช่น ความซับซ้อนของขั้นตอนการขึ้นทะเบียนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางชาวต่างชาติ รวมถึงสภาพแวดล้อมของนโยบายเกี่ยวกับการเข้ามาทำงานของชาวต่างชาติ เช่น การฝึกอบรมภาษาอังกฤษ สถาบันที่สำเร็จการศึกษาในประเทศ ต่างๆ เหล่านี้เป็นดัชนีการขึ้นทะเบียน (Registration Index; Reg ind) โดยภาษาที่ใช้ในการติดต่อประสานงานเพื่อขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพต้องเป็นภาษาของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาทำงานชั่วคราวหรือการทำงานถาวรและมีถิ่นที่อยู่อาศัยในประเทศ รวมทั้งความต้องการสัญชาติในการประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพ มาตรการต่างๆ เหล่านี้กำหนดขึ้นเพื่อกีดกันแพทย์ต่างชาติในการเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลของรัฐกัมพูชาเป็นประเทศในกลุ่มที่ 3 ที่เสนอการเปิดเสรีทางการแพทย์และบริการด้านสุขภาพ โดยกำหนดไว้ในการเข้าสู่การเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) ในขณะที่ สิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย มีนโยบายเสรีนิยมมากขึ้นต่อการเข้ามาทำงานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างประเทศ ดังปรากฏในข้อผูกพันและขั้นตอนการจดทะเบียน

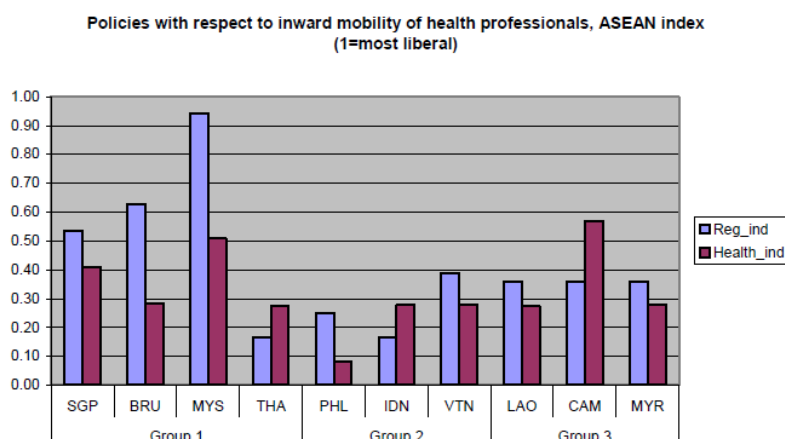
วิชาชีพที่เกิดขึ้นจริง สำหรับประเทศอื่นๆในอาเซียนบริการด้านวิชาชีพด้านสุขภาพได้รับการป้องกันจากการแข่งขันจากต่างประเทศด้วยขั้นตอนการลงทะเบียนที่เข้มงวด (รวมถึงข้อกำหนดด้านภาษาท้องถิ่นเช่นในประเทศไทย และความต้องการสัญชาติในอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์) ความคืบหน้าในระดับภูมิภาคของการค้าเสรีอาเซียน (AFAS) จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีข้อกำหนดใดเพิ่มเติมจากที่ประเทศสมาชิกได้ทำข้อผูกพันกันไว้ ได้รับการ จำกัดมากที่สุดโดยไม่มีขั้นตอนการเปิดเสรีเพิ่มเติมในด้านบริการสุขภาพระดับมืออาชีพจนถึงปัจจุบัน การอภิปรายทวิภาคีซึ่งรวมถึงการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานแบบชั่วคราวของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพดำเนินการโดยสมาชิกอาเซียนจำนวนหนึ่ง เช่น มาเลเซีย ที่เริ่มมีการเจรจาเขตการค้าเสรีกับประเทศคู่ค้าในญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ อินเดีย และเกาหลี จากข้อมูลล่าสุดที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ข้อตกลงที่มาเลเซียเสนอไว้ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะรวมถึงการมีความตกลงด้านการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพและการพัฒนาทุนมนุษย์ ที่รวมถึงการยอมรับคุณวุฒิทางการศึกษาและสถาบันที่สำเร็จการศึกษาของผู้ประกอบวิชาชีพ กลไกความยากง่ายของการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ แสดงไว้ในแผนภาพที่ 5.6 และแผนภาพที่ 5.7

แผนภาพที่ 5.6 กำลังการผลิตแพทย์และพยาบาลในประชาคมอาเซียน จำแนกรายประเทศ



ที่มา: WHO Global Atlas 2004 data, and Country Report, Philippines

แผนภาพที่ 5.7 เปรียบเทียบกลไกนโยบายและหลักเกณฑ์เงื่อนไขการเคลื่อนย้ายเสรีภายในประเทศของผู้ประกอบวิชาชีพบริการสุขภาพในประชาคมอาเซียน



ที่มา: WHO Global

Atlas 2004 data, and Country Report, Philippines

ข้อควรรู้สำหรับประเทศสมาชิกอาเซียนที่จะส่งผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ เคลื่อนย้ายออกนอกประเทศ (ASEAN Importers of Health Professionals)**

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาสิงคโปร์มีความต้องการแพทย์และพยาบาลต่างชาติสูงขึ้น เนื่องจากสถาบันการศึกษาอบรมในประเทศไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งการเคลื่อนย้ายนอกจากต้องเป็นไปตามข้อกำหนดสำหรับการอนุญาตให้เข้าทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติแล้ว ยังต้องเป็นไปตามข้อกำหนดตามที่คณะกรรมการวิชาชีพแพทย์หรือพยาบาลของสิงคโปร์กำหนดไว้อีกด้วย นอกจากนี้ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์จะต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดสำหรับการลงทะเบียนโดยแพทยสภาของสิงคโปร์หรือคณะกรรมการแพทย์แผนจีนส่วนทันตแพทย์ต้อง เป็นไปตามข้อกำหนดสำหรับการขึ้นทะเบียนต่อทันตแพทยสภาของสิงคโปร์ ผู้ประกอบวิชาชีพที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จะได้รับบัตรผ่านการจ้างงาน (Employment Pass หรือ S Pass) โดยสิงคโปร์ไม่อนุญาตให้แรงงานข้ามชาตินำพาคูสมรสหรือบุตรที่พึ่งพาเข้ามาอาศัยอยู่ด้วย และขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของบุคคล โดยสาขาแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนการทำงานเริ่มต้นที่ \$ 2,500 ต่อเดือนสำหรับผู้ถือบัตรผ่านระดับ Q1 ส่วนพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำกว่า

ในประเทศมาเลเซีย ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติสามารถทำงานในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางน้อยกว่า 2 คนโดยได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุข และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานในประเทศ ซึ่งการเข้ามาทำงานของแพทย์ต่างชาติ (MOs) ในสถานพยาบาลของรัฐ ต้องมีประสบการณ์ทางการแพทย์อย่างน้อย 3 ปี (ปกติ 5 ปี) และสำหรับพยาบาลจาก 7 ประเทศที่กำหนดไว้ (พม่า ฟิลิปปินส์ อินเดีย ปากีสถาน บังคลาเทศ แอลเบเนียและอินโดนีเซีย) จะได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานก็ต่อเมื่อได้รับควรได้รับประกาศนียบัตรการปฏิบัติงานชั่วคราว (Temporary Practice Certificate ;TPC) จากคณะกรรมการวิชาชีพพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศมาเลเซีย และจะได้รับอนุญาตให้ทำงานได้แต่ในโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น

****หมายเหตุ:** แม้ว่ายังไม่ได้มีการปรับมาตรการกาเปิดเสรีเพิ่มเติม แต่ข้อตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจยุคใหม่ของญี่ปุ่น - สิงคโปร์ (JSEPA) (2000), US-Singapore FTA (2003), US-Singapore FTA (2003), US-Singapore Closer Economic Partnership (ANZSCEP) FTA ของประเทศเวียดนาม (2000) สิงคโปร์ – ออสเตรเลีย FTA (SAFTA) (2003) และ FTA ไทย - ออสเตรเลีย (2005) รวมทั้ง นิวซีแลนด์ - สิงคโปร์ (ANZSCEP) ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการเจรจาเพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมการยอมรับคุณสมบัติและการอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้าย ของผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ

จนถึงปัจจุบัน ประเทศสมาชิกอาเซียน ยังไม่มีชุดมาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ในวิชาชีพการพยาบาล ประเทศอินโดนีเซีย เวียดนาม เมียนมาร์ และกัมพูชายังคงใช้แนวทางปฏิบัติการรับรองคุณสมบัติและการจ้างงานชาวต่างชาติของสภาการพยาบาลของประเทศ ดังนั้นจึงเป็นโอกาสของการมีความร่วมมืออาเซียน ในการบูรณาการหลักสูตรการศึกษา การอบรมด้านภาษา การฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลร่วมกัน รวมทั้งควรมีการแลกเปลี่ยนการศึกษาและฝึกงาน รวมทั้งพัฒนาข้อกำหนดด้านมาตรฐานและสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการต่างๆให้เป็นสากลของประชาคมอาเซียนต่อไป

(6) การจ้างงานผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติของภาคเอกชน

โดยทั่วไปแล้ว การจ้างงานชาวต่างชาติ ต้องเป็นไปตามกฎหมายการจ้างงานในประเทศ ที่ตรวจสอบและควบคุมกำกับโดยหน่วยงานที่มีอำนาจอนุญาตการจ้างงาน ฟิลิปปินส์เป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีของการจ้างงานชาวต่างชาติ ภายใต้ the Philippine Overseas Employment Administration (POEA) ซึ่งขยายการเปิดเสรีการจ้างงานบุคลากรวิชาชีพ (liberal policy) เนื่องจากเป็นประเทศที่ดำเนินนโยบายส่งออกแรงงาน จึงได้มีการปรับปรุงระบบการอนุญาตเข้าเมืองเพื่อการทำงาน (business visa and work permit index) ภายใต้กรอบการค้าเสรี GATS และ ASEAN Framework Agreements on Services (AFAS) โดยมีองค์กรตัวแทนวิชาชีพแห่งภูมิภาคทำหน้าที่ส่งเสริม อำนวยความสะดวกและดำเนินการตามกฎหมายในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพ ส่วนสิงคโปร์และมาเลเซียกำหนดเงื่อนไขการคัดกรอง (Medical Practitioners' Registration Procedure Index) ที่เข้มงวดและโปร่งใสตั้งแต่ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเริ่มแสดงความจำนงเคลื่อนย้าย ในส่วนของการจ้างงานของภาคเอกชน นอกจากการดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายหรือเงื่อนไขในประเทศแล้ว สิ่งที่รัฐควรปรับปรุงมาตรการหรือสนับสนุนเพื่อให้เอกชนสามารถนำเข้าผู้ประกอบการวิชาชีพ อันอาจช่วยลดการดึงดูดหรือบรรเทาภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนได้ คือ การกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำที่ชัดเจน มาตรการทางภาษีสำหรับการจ้างงานชาวต่างชาติ ข้อกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ตั้งของสำนักงานการจ้างงาน หลักเกณฑ์ที่ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องปฏิบัติเมื่อเริ่มเข้าทำงาน ข้อกำหนดเกี่ยวกับประวัติการศึกษาและประสบการณ์ทำงานที่ยอมรับได้ ซึ่งหากรัฐกำหนดมาตรการเหล่านี้ไว้ได้เป็นพื้นฐาน ก็จะช่วยให้การนำเข้าบุคลากรต่างชาติของภาคเอกชนที่เป็นไปตามข้อกำหนดเหล่านี้ ทำได้โดยสะดวก ลดขั้นตอน ลดเอกสารแสดงตน รวมทั้งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการดำเนินตั้งแต่แรกเริ่ม เพราะเมื่อบุคลากรได้รับการคัดกรองตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว ก็จะสามารถแสดงตนเพื่อการปฏิบัติงานอย่างสอดคล้อง และเป็นไปตาม Mode 4 (Presence of Natural Person) นั้นเอง

(7) ข้อเสนอแนะ/แนวทาง/ตัวแบบดำเนินการรองรับการความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ รองรับการแข่งขันเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมกันบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน

จากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์เนื้อหา การศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมทั้งการสังเคราะห์ความรู้สำคัญดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ดังนี้

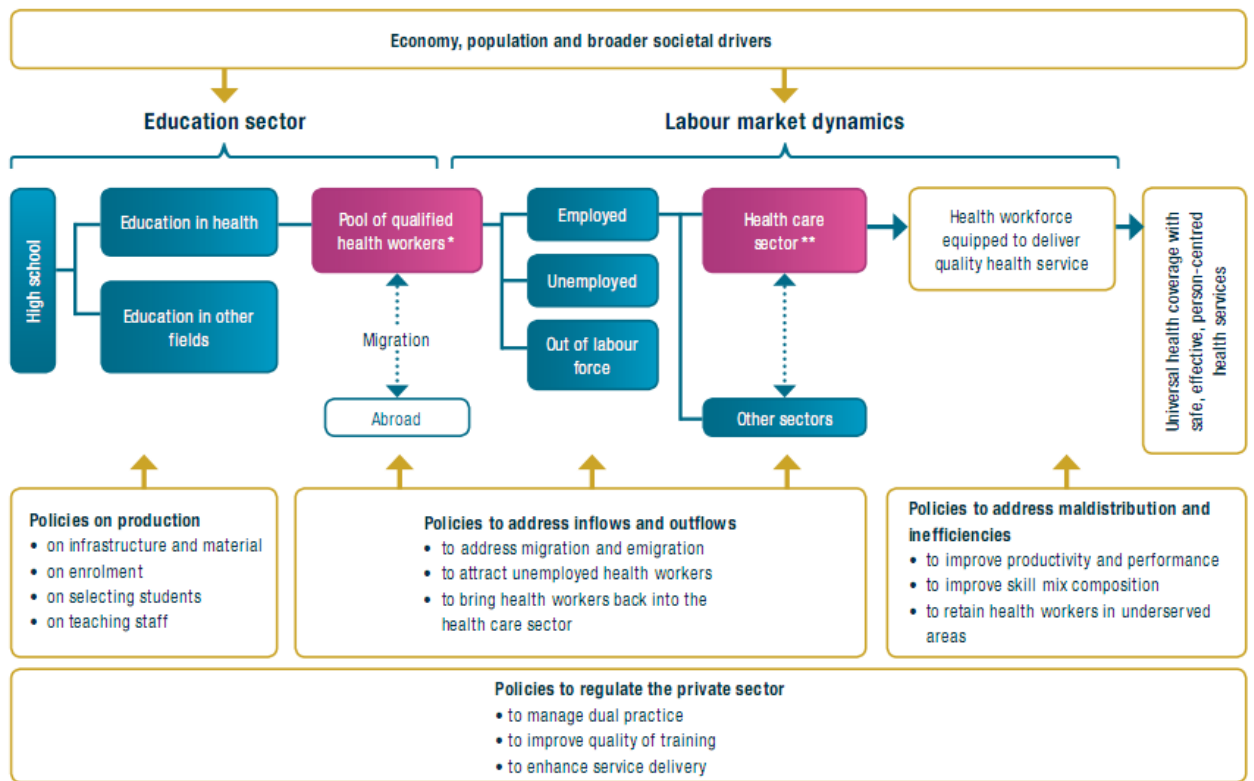
7.1 รูปแบบสำหรับการ maximize human capital ของบุคลากรเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ MRAs (ที่ไม่ส่งผลกระทบต่ออุปสงค์ อุปทาน และการนำเข้า ส่งออกของบุคลากรวิชาชีพของไทย)

7.1.1 โอกาสของประเทศไทยจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ในภูมิภาคเอเชียบริการทางการแพทย์ของไทยยังมีลักษณะค่อนข้างทั่วไป (Generic) ซึ่งให้มูลค่าเพิ่มต่ำ เช่น การตรวจโรคทั่วไป และการตรวจสุขภาพ ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ ฮองกง และสหรัฐอเมริกา เน้นการรักษาโรคเฉพาะทาง (Specialization) ซึ่งให้มูลค่าเพิ่มสูง เช่น การผ่าตัดสมอง การผ่าตัดหัวใจ และการรักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น ดังนั้น ประเทศไทยจึงควรหันมาให้ความสำคัญและเน้นการรักษาโรคเฉพาะทาง โดยมุ่งให้บริการในสาขาที่ไทยมีความชำนาญโดยเฉพาะ ในฐานะเป็น Winning Service และเป็น Niche ของประเทศในระดับภูมิภาคเอเชีย

จากการวิเคราะห์ตามโอกาสทางการแข่งขันด้านบริการสุขภาพของประเทศไทย ด้วย Diamond Model ตามทฤษฎีของ Professor Michael E. Porter พบว่า บทบาทของรัฐบาล (Government's Role) ประเด็นปัญหาที่พบ คือ ขาดการบูรณาการระหว่างภาครัฐและเอกชน ทั้งในระดับนโยบาย/ยุทธศาสตร์ และระดับปฏิบัติการ รวมทั้งขาดแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องระหว่างอุปสงค์และอุปทานของทรัพยากรบุคคล และข้อจำกัดในเรื่องการกระจายทรัพยากรบุคคลระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และระหว่างเมืองกับชนบท ในขณะที่บริบทของการแข่งขันและกลยุทธ์ทางธุรกิจ (Context for Firm Strategy and Rivalry) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนใหญ่ ๆ เริ่มใช้กลยุทธ์ในการร่วมมือกัน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันมากขึ้น เช่น จัดซื้อยาร่วมกัน จัดจ้างบุคลากรจากภายนอก และใช้โครงสร้างพื้นฐานด้านโลจิสติกส์ และเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกัน รวมทั้งการส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือ อย่างไรก็ดี ปัญหาที่สำคัญของภาคเอกชนคือ การแข่งขันการตัดราคาของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งแทนการสร้างคุณค่าโดดเด่นเชิงคุณภาพ และขาดการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา (R&D) และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากร จะเห็นได้ว่า ปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้เกิดความสอดคล้องระหว่างอุปสงค์และอุปทาน เป็นปัญหาร่วมที่สำคัญในระบบทรัพยากรมนุษย์ผู้ให้บริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งการใช้โอกาสจากการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพภายใต้ MRAs เป็นโอกาสที่สำคัญ ที่ประเทศไทยสามารถนำแนวคิดนโยบายกำลังคนในตลาดบริการสุขภาพ³¹ มาประยุกต์ใช้กำหนดแนวทางนโยบายของประเทศ จากการพิจารณาองค์ประกอบเชิงนโยบายที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างภาคการศึกษาและพลวัตการตลาด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างการแหล่งสะสมกำลังคนสาขาบริการสุขภาพ (Pool of qualified health workers) ทั้งจากระบบการศึกษา พัฒนา และผลิตกำลังคนในประเทศ และ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ รวมทั้งที่เคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพ ทั้งในสถานะที่ได้รับการจ้างงาน และไม่ได้รับการจ้างงาน หรือไม่อยู่ในระบบการจ้างงานตามกฎหมาย แต่มีศักยภาพและมีความประสงค์จะปฏิบัติงานในตลาดบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง (Universal Health Coverage) ซึ่งการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดของบุคลากรในกลุ่มนี้ จะต้องเป็นไปในทิศทางที่ประสานสอดคล้องระหว่างนโยบายด้านการผลิต นโยบายส่งเสริมและควบคุมการเคลื่อนย้าย นโยบายด้านการกระจายตัวของบุคลากร รวมทั้งนโยบายด้านการควบคุมการประกอบกิจการของภาคเอกชนในตลาดบริการสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 5.8

³¹ Sousa A.Scheffler M.R. Nyoni J.Boerma T.2013

แผนภาพที่ 5.8 แนวนโยบายในระบบอุปสงค์และอุปทานกำลังคนในตลาดบริการสุขภาพ (Policy levers to shape health labour market)



* Supply of health workers= pool of qualified health workers willing to work in the health-care sector.

** Demand of health workers= public and private institutions that constitute the health-care sector.

Source: Sousa A, Scheffler M R, Nyoni J, Boerma T "A comprehensive health labour market framework for universal health coverage" Bull World Health Organ 2013;91:892– 894

ที่มา: Sousa A, Scheffler M.R, Nyoni J, Boerma T. A Comprehensive health labour Market framework for universal health coverage. 2013

จากแนวคิดเชิงนโยบายดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงกลไกของนโยบายต่างๆ ได้ดังนี้

นโยบายด้านการผลิต ● ผลิตร่างกายคนตามโครงสร้างระบบบริการสุขภาพของประเทศ ● ผลิตร่างกายคนตามขีดความสามารถของสถานศึกษา ● ผลิตร่างกายคนตามการคัดเลือกผู้มีคุณสมบัติเหมาะสม ● ผลิตร่างกายคนเพื่อพัฒนาสู่การเป็นครูผู้สอน	นโยบายส่งเสริมและควบคุมการเคลื่อนย้าย ● ติดตามข้อมูลการเคลื่อนย้ายและการอพยพของบุคลากร ● ดึงดูดบุคลากรเข้าสู่ระบบการจ้างงาน ● นำคนที่อยู่นอกระบบกลับเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
นโยบายการจัดการด้านการกระจายตัวของบุคลากร ● เพิ่มประสิทธิภาพของการผลิตและคุณภาพของการประกอบวิชาชีพ ● เพิ่มขีดความสามารถและทักษะที่หลากหลายในการให้บริการสุขภาพ ● จูงใจและจูงใจรักษาร่างกายคนในถิ่นที่อยู่ห่างไกล เสี่ยงภัยหรือทุรกันดาร	นโยบายด้านการควบคุมการประกอบกิจการของภาคเอกชนในตลาดบริการสุขภาพ ● ปรับปรุงมาตรการให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถทำงานได้ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ● พัฒนาคุณภาพหลักสูตรฝึกอบรม ● สร้างระบบการนำส่งบริการ (service delivery)

ภายใต้กรอบแนวทาง Asian Framework Agreement ที่ให้โอกาสแก่การเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและขีดความสามารถทางการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ เสริมสร้างแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการสุขภาพ สนับสนุนการกระจายตัวของบุคลากรและบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึงประชากรทั้งในทุกประเทศสมาชิกและนอกกลุ่มประชาคม รวมทั้งสร้างโอกาสทางการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการเคลื่อนย้ายเสรีนั้นต้องไม่ขัดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ

โดยหลักการแล้ว MRAs นั้นต้องไม่ก้ำกึ่งต่ออำนาจทางการปกครองและการบริหารกิจการสุขภาพของประเทศสมาชิก หากมีหลักการใดที่ขัดต่ออำนาจดังกล่าว ประเทศสมาชิกสามารถที่จะประยุกต์ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับกฎระเบียบของประเทศได้ ซึ่งประเทศสมาชิกอาเซียน จึงมีความตกลงร่วมกันในการทบทวนปรับปรุง MRAs ทุก 5 ปี โดยคณะกรรมการความร่วมมืออาเซียน ASEAN Joint Coordinating Committee ของแต่ละสาขาวิชาชีพ ที่แต่ละประเทศสมาชิกจะต้องกำหนดแผนที่ทางเดิน (roadmaps) การเคลื่อนย้ายบุคลากรวิชาชีพของประเทศตน เพื่อให้ประเทศสมาชิกอื่นๆ ได้เข้าใจเกี่ยวกับข้อกำหนด กฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติของประเทศที่ยอมรับการเคลื่อนย้ายของบุคลากรดังกล่าว โดยในอนาคตประเทศสมาชิกต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพร่วมกัน

7.1.2 การจัดสรรทรัพยากรบริการสุขภาพภายใต้นโยบาย Medical Hub ไม่ให้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย

แม้มีแนวโน้มว่า ต่อไปประเทศไทยจะสามารถผลิตแพทย์ได้เพียงพอกับความต้องการในประเทศ แต่ การส่งเสริมให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย ก็จำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพและความเพียงพอของทรัพยากรที่มีในระบบบริการ ซึ่งผลการศึกษาจากโครงการ “ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนใน

การจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน” นี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการทรัพยากรมนุษย์ที่กำลังจะเข้าสู่การเป็นทุนมนุษย์ในสาขาบริการสุขภาพ ที่ประเทศไทยจำเป็นต้องมีมาตรการบริหารจัดการเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้หลักการระหว่างประเทศ โดยในระดับนโยบายระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีขนาดและระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ควรต้องมีความตกลงร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก ที่จะสร้างระบบหรือกลไกอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้ายในประเทศปลายทาง โดยที่ประเทศต้นทางเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการเตรียมความพร้อมและสร้างระบบการสื่อสารและให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพ

และโดยการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การศึกษานี้จึงให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดสรรทรัพยากรบริการสุขภาพของประเทศ เมื่อเข้าสู่การเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ โดยสรุปดังนี้

7.1.2.1 ความร่วมมือกับภาคเอกชน (Engaging with the private sector)

แนวคิดความร่วมมือภาคเอกชน เป็นทางเลือกนโยบายที่ให้ความสำคัญต่อการสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพ โดยการรับคนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของภาคเอกชนต้องเป็นไปตามข้อกำหนดและจริยธรรมที่กำหนดโดยสภาวิชาชีพ เนื่องจากภาคเอกชน ไม่มีอำนาจโดยชอบธรรมในการรับคนต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศด้วยตนเอง ซึ่งจากแนวทางปฏิบัติของบุคลากรเคลื่อนย้ายในประเทศสหภาพยุโรป³² กำหนดไว้ว่าหากเป็นการเคลื่อนย้ายภายใต้หลักการระหว่างประเทศ ต้องให้มีองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรองและอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพของบุคลากร ซึ่งองค์กรดังกล่าวสามารถจัดตั้งได้โดยความเห็นชอบร่วมกันของหน่วยบริหารกิจการสาธารณสุขของประเทศ (National Health Authority) และสภาวิชาชีพ (Professional Council) โดยมีหลักการสำคัญคือ ต้องมีกลไกการให้อำนาจเพื่อการคัดกรองการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการที่แท้จริงของประเทศ โดยหากมีการหลั่งไหลของบุคลากรเข้ามาทำงานในประเทศเกินความต้องการปัจจุบัน ก็ให้จัดเป็นการขึ้นทะเบียนการเคลื่อนย้ายไว้ในคลังข้อมูลและเรียกเก็บเข้าทำงานในยามที่ประเทศต้องการ

7.1.2.2 การประมาณค่าสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร

โดยการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub ภายใต้ปรากฏการณ์การเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพต่อจากนี้ไป การจะรับผู้ประกอบวิชาชีพเข้ามาทำงานในประเทศไทย หรือ พัฒนาศักยภาพให้ประเทศไทยสามารถส่งออกแรงงานที่มีทักษะสูงนั้น ควรต้องคำนึงถึงขนาดของประชากรและกิจกรรมทางเศรษฐกิจ (economic activities) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยด้วยจึงจะสอดคล้องกับความจำเป็นด้านบริการสุขภาพที่แท้จริง โดยสอดคล้องทั้งในด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และ ความต้องการคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

7.1.2.3 กระบวนการคัดสรรบุคลากรวิชาชีพเข้าปฏิบัติงานโดยกลไกหน่วยงานคัดกรองและอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ: แบบอย่างการปฏิบัติของประเทศเนเธอร์แลนด์

แนวทางการสรรหาบุคลากรวิชาชีพอย่างมีจริยธรรมและมีประสิทธิภาพที่มีปฏิบัติในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปนั้น มีหลักการสำคัญคือ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ต้องมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจใน

³² The Dutch CSO Wemos Foundation.2008

การรับบุคลากรด้านสุขภาพที่มีการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศว่าประกอบด้วยขั้นตอนอะไรบ้างและมีแนวทางปฏิบัติที่ดีเป็นเช่นไร รวมทั้งหน่วยงานดังกล่าว ต้องมีขีดความสามารถสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงบูรณาการเพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะสามารถสรรหาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

ในปี 2008 ประเทศเนเธอร์แลนด์ โดย The Dutch Association of Health Care Organizations (Brancheorganisaties Zorg) ได้จัดตั้งหน่วยงาน Quality Mark for Foreign Workers Recruitment Agencies (Keurmerk Bemiddelingsbureaus Buitenlandse Werknemers) ทำหน้าที่คัดสรรบุคลากรต่างชาติที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศแบบอาสาสมัคร ซึ่งอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานนี้ไม่รวมถึงการจ้างงานบุคลากรต่างชาติที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบันหน่วยงานนี้ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับรัฐ

ในปี 2008 เช่นกัน The European Hospital and Healthcare Employers' Association (HOSPEEM) ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานด้านการจ้างงานในโรงพยาบาลและภาคบริการสุขภาพ ได้ลงนามร่วมกับ the European Federation of Public Service Unions (EPSU) ในการกำหนดแนวทางสรรหาและธำรงรักษาบุคลากรข้ามพรมแดนเพื่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งในปัจจุบัน HOSPEEM และ EPSU ทำหน้าที่ร่วมกัน ในการคัดสรร ส่งต่อบุคลากรเข้าสู่ระบบการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์

ในประเทศเนเธอร์แลนด์กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรเงิน 1 พันล้านเหรียญต่อปีสำหรับโรงพยาบาลเพื่อจัดการฝึกอบรมเฉพาะทางให้กับแพทย์ในระดับบัณฑิตศึกษา การฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวใช้เวลาเฉลี่ย 6 ปี โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 150,000 ยูโรต่อผู้ฝึกงานต่อปี นอกจากนี้ ยังมีการฝึกอบรมความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล เช่น สำพยาบาลที่จะไปทำงานในห้องผู้ป่วยหนักหรือโรงพยาบาล โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 2 ปี ค่าใช้จ่าย 30,000 ยูโรต่อคนต่อปี

EPSU-HOSPEEM ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนและการเก็บรวบรวมข้อมูล การวางแผนกำลังคน การส่งเสริมเข้าถึงการฝึกอบรมและการพัฒนาอาชีพที่เท่าเทียมกันให้แก่บุคลากรเคลื่อนย้ายที่มาจากทุกประเทศต้นทางอย่างโปร่งใส และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งงานว่างของโรงพยาบาลทั่วสหภาพยุโรป รวมถึงการทำสัญญาที่ยุติธรรมและโปร่งใส การจดทะเบียนใบอนุญาตและการรับรองคุณสมบัติผู้ประกอบการวิชาชีพ การอยู่อาศัยและมาตรฐานการครองชีพ สิทธิที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการแห่งรัฐและความก้าวหน้าทางการประกอบวิชาชีพอย่างไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนส่งเสริมการสรรหาบุคลากรที่ประกอบวิชาชีพอย่างมีจริยธรรมและให้เสรีภาพในการสมาคมร่วมกับบุคลากรจากประเทศเดียวกัน

ในปี 2012 ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้รายงานผลการดำเนินงานดังกล่าวต่อประเทศสมาชิก 27 ประเทศของสหภาพยุโรป โดยนำเสนอปัจจัยด้านความสำเร็จของการคัดสรรผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติเข้ามาปฏิบัติงานในประเทศ คือ code of conduct ของ EPSU-HOSPEEM ได้แก่ การแปลภาษา, การมีคณะกรรมการร่วมคัดสรรบุคลากร (joint steering committees) การสัมมนาหรือการพบปะกับสมาชิกของสหภาพแรงงานวิชาชีพบริการสุขภาพ กับองค์กรนายจ้างหน่วยงานของรัฐในระดับชาติและระดับท้องถิ่น รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลสำคัญบนอินเทอร์เน็ต

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติของ The EPSU-HOSPEEM code of conduct นั้น ยังคงมีประเด็นที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม พยายามหยิบยกขึ้นมาเป็นข้อสังเกตที่ชี้แนะการนำแนวทางจรรยาบรรณนี้สู่การบังคับใช้ โดยเฉพาะเมื่อรัฐไม่มีอำนาจในการอนุญาตการประกอบวิชาชีพ แต่หากเป็นสภาวิชาชีพที่มีอำนาจดังกล่าว และเป็นกลไกที่มีอำนาจสำคัญในการคัดสรรบุคลากรเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงาน และส่งผลต่อความเป็นปัจจุบันของข้อมูลในตลาดแรงงาน

หนึ่งในสิบสองหลักการของ EPSU-HOSPEEM code of conduct คือ ความเป็นอิสระจากสมาคมต่างๆ เมื่อบุคลากรเคลื่อนย้ายเริ่มปฏิบัติงานในประเทศปลายทาง สภาวิชาชีพสามารถแสดงบทบาทในการคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพดังกล่าวไม่ให้ถูกเลือกปฏิบัติในการได้รับค่าตอบแทนการจ้างงานที่ต่ำกว่าคุณสมบัติที่บุคคลผู้นั้นพึงได้รับ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ประกอบการวิชาชีพได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมในการแสดงความสามารถในการให้บริการที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนของประเทศ กลไกสำคัญนี้เป็นการเสริมสร้างให้กระบวนการคัดสรรบุคลากรเข้ามาประกอบวิชาชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่เริ่มต้น รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพดังกล่าวอย่างบูรณาการต่อไป

7.1.2.4 การบูรณาการความร่วมมือเพื่อการสรรหาบุคลากรผู้ประกอบการวิชาชีพ

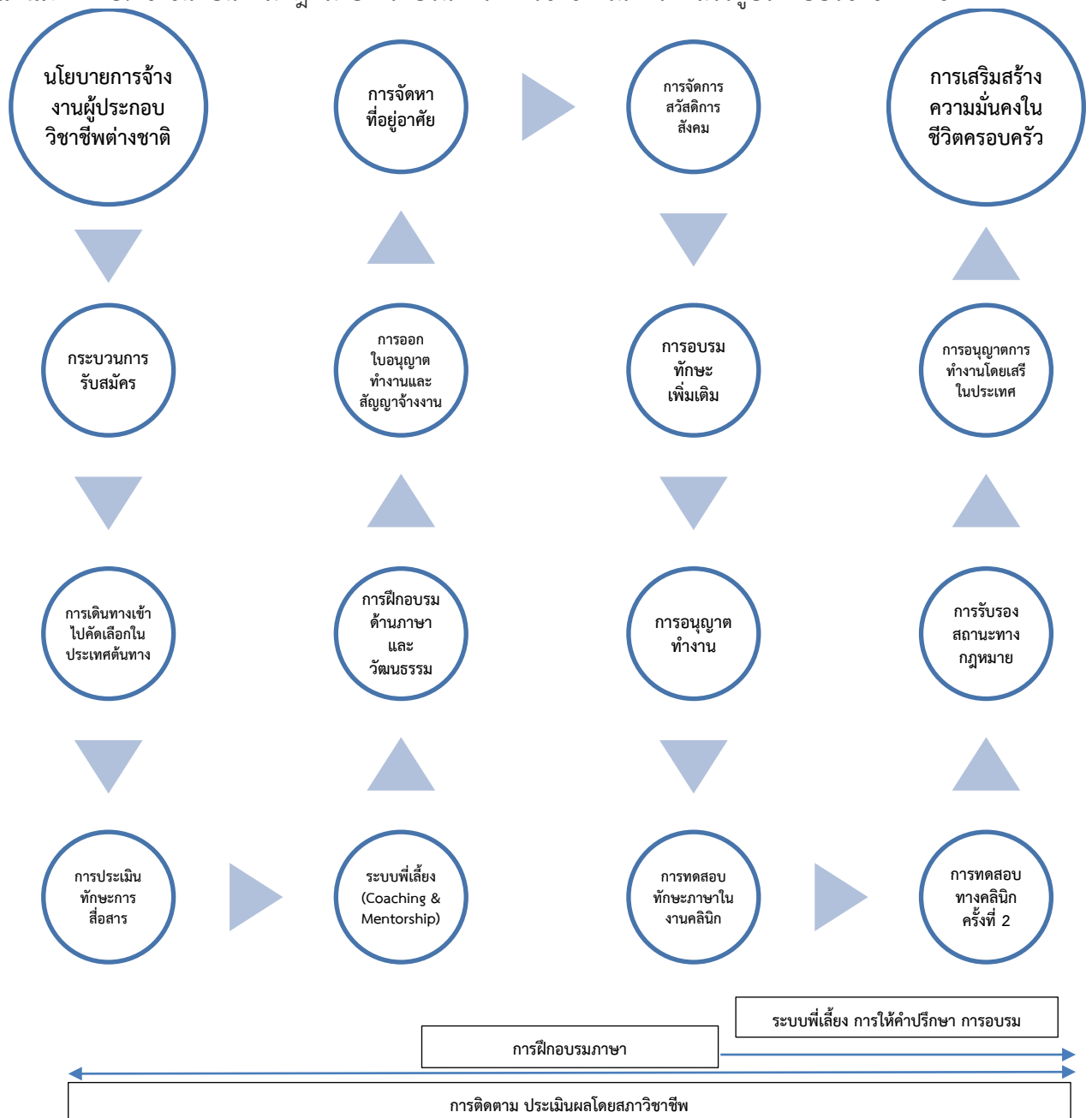
ขั้นตอนการสรรหาบุคลากรผู้ประกอบการวิชาชีพทั้งในภาครัฐและเอกชน ต้องเป็นไปอย่างมีจริยธรรม โดยกำหนดหลักเกณฑ์ปฏิบัติเดียวกันในการเคารพสิทธิและสร้างความมั่นใจด้านสวัสดิการของแรงงานเคลื่อนย้าย รวมทั้งกลไกอำนวยความสะดวกที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ต้องได้รับการอำนวยความสะดวกในประเทศปลายทาง ทั้งในด้านสถานะทางกฎหมาย ความสามารถทางวิชาชีพ คุณสมบัติคุณวุฒิ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน เพื่อนร่วมงาน ชีวิตส่วนตัวและครอบครัว เพื่อให้ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เคลื่อนย้ายมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพการทำงานที่ดีในประเทศใหม่และที่ทำงานใหม่

(8) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

8.1 กระบวนการคัดสรรบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การบูรณาการหลักเกณฑ์ทางจริยธรรมและมีประสิทธิภาพนี้ อาจทำให้เกิดความล่าช้าหรือยาวนานในกระบวนการสรรหาการจ้างงาน เนื่องจากมีความซับซ้อนและต้องเกี่ยวข้องกับหลายขั้นตอนและหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ ดังนั้น การอำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบการวิชาชีพ จึงควรต้องลดขั้นตอนของกระบวนการต่างๆลงให้มากที่สุด คงเหลือไว้แต่ขั้นตอนที่จำเป็นสำหรับการสร้างความมั่นใจในคุณภาพของผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยการศึกษาจะนำเสนอกระบวนการคัดสรรบุคลากรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ที่พัฒนาและสังเคราะห์จากแนวทางปฏิบัติของประเทศเนเธอร์แลนด์ ตามแผนภาพที่ 5.10

แผนภาพที่ 5.10 ขั้นตอนตามกฎหมาย กระบวนการทางวิชาชีพ ในการคัดสรรผู้ประกอบการวิชาชีพต่างชาติ



ที่มา: พัฒนาโดยผู้วิจัย ประยุกต์จากแนวทางปฏิบัติการรับบุคลากรพยาบาลเข้าทำงานในประเทศเนเธอร์แลนด์

8.2 ข้อเสนอแนะในระดับพื้นที่ ต่อการใช้โอกาสของการเคลื่อนย้ายเสรี เพื่อสรรหาผู้ประกอบการวิชาชีพเข้ามาทำงานในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

1) การทบทวนแผนพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มจำนวนและคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุนให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกันไปนั้น เป็นข้อเสนอแนะที่การศึกษาได้ให้ไว้ ทั้งในด้านการรองรับความต้องการบริการและการช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมในพื้นที่ชายแดน ทั้งในด้านการจัดสรรบริการให้ครอบคลุมความต้องการในพื้นที่ประกอบการที่มีแรงงานต่างชาติ

อาศัยอยู่มาก รวมทั้งในพื้นที่ท่องเที่ยวหรือเมืองใหญ่ที่ชาวต่างชาติมีความต้องการบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลในกลุ่มบริการ 5 สาขาเป้าหมาย (5 Specialties)

2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดเทคโนโลยีระหว่างพื้นที่ที่มีแนวทางปฏิบัติต่างๆ เช่น การจัดตั้งกองทุนสุขภาพแรงงานต่างชาติ กองทุนสุขภาพนักท่องเที่ยว หรือ กองทุนสุขภาพขององค์กรการกุศลหรือองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ (Non Government Organization; NGO) เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขควรให้การสนับสนุนให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยนอกจากจะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาระหว่างพื้นที่แล้ว กระทรวงสาธารณสุขยังควรต้องปรับปรุงกลไกด้วยการผ่อนปรนในเรื่องใจเกี่ยวกับระเบียบการจ้างงานและการเบิกจ่ายงบประมาณรัฐ ผ่านกระบวนการคัดกรองหลักเกณฑ์และเงื่อนไขขององค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรองและอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพของบุคลากร รวมทั้งมาตรการเชิงจริยธรรมของการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

3) การพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพที่มีการเคลื่อนย้ายเสรี การศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนบุคลากรในพื้นที่ปลายทางกับการเคลื่อนย้ายกับสถาบันการศึกษาของประเทศต้นทางต่างๆ ในประชาคมอาเซียน (International Training Program for Undergraduate and Postgraduate Students) ให้มีประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งนอกจากจะเป็นโอกาสทางการพัฒนามาตรฐานหรือสมรรถนะทางการประกอบวิชาชีพรักษาพยาบาลแล้ว ยังเป็นการเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารภาษาต่างประเทศระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนอีกด้วย เช่น โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยในพื้นที่ปลายทางของการเคลื่อนย้าย พัฒนาขีดความสามารถให้เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานหรือเพิ่มพูนสมรรถนะของบุคลากรวิชาชีพ เป็นต้น

4) จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้ความต้องการที่พำนักระยะยาว (Long Stay) รวมถึงบริการด้านสุขภาพในต่างประเทศเพิ่มขึ้นตาม โดยมีประเทศในเอเชียที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าเป็นปลายทางเป้าหมาย รัฐบาลไทยจึงควรใช้โอกาสนี้ในการกำหนดนโยบายพัฒนาขีดความสามารถของประเทศรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของภูมิภาคและของโลก

8.3 ข้อเสนอแนะต่อภาคเอกชน

การจัดการบุคลากรเคลื่อนย้าย แม้จะมีความท้าทายสำคัญคือ การสรรหา การดำรงรักษา การผสมผสานทักษะและความสามารถในการสร้างผลผลิตด้านสุขภาพประชาชนของบุคลากร รวมทั้งการจัดการข้อมูลบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ความท้าทายเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ภายใต้กลไกการค้าเสรีและการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศและภูมิภาคต่างๆ ดังนั้น การวางแผนและระบบรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีของบุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ต้องให้ความสำคัญกับการใช้ประโยชน์สูงสุดของข้อมูลที่มีอยู่ในระบบ เพื่อคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต และเพื่อการบูรณาการความร่วมมือมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการมีแบบแผนการปฏิบัติเชิงระบบและฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน จะเป็นแนวทางสำคัญในการสร้าง พัฒนาและรวบรวมรวมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของประเทศและของภูมิภาค และของโลก ให้เป็นคลังทุนมนุษย์ ที่ประเทศที่มีความต้องการจ้าง

งานสามารถรับรู้ร่วมกันในคุณสมบัติการเคลื่อนย้ายเสรี ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายรัฐในการรับการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศต้นทางให้เข้าสู่กระบวนการจัดการทุนมนุษย์ของประเทศปลายทางที่มีระบบรองรับการทำงานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทางในการเคลื่อนย้าย

สำหรับภาคเอกชนในพื้นที่ปลายทางในการเคลื่อนย้าย ซึ่งมีความต้องการจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพเคลื่อนย้ายที่มาจากประเทศที่มีมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์และสุขภาพใกล้เคียงกับประเทศไทย แต่ยังรอการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนเชิงระบบจากภาครัฐนั้น การศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะต่อกระบวนการขับเคลื่อนและอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ประกอบการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ของภาคเอกชนผู้ประกอบการ ซึ่งมีสรุปสาระสำคัญ 7 ประการ ที่รวมถึงการปรับใช้ในบริบทของประเทศไทย ดังนี้

1) สนับสนุนการรักษาสมดุลของการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างมีจริยธรรม (Enhance advocacy efforts to maintain the momentum and raise awareness of the Code)

หลักการนี้ เป็นความพยายามอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับหลักจรรยาบรรณการประกอบวิชาชีพโดยไม่เลือกปฏิบัติของจัดหาผู้ประกอบวิชาชีพ และจริยธรรมของการเคลื่อนย้ายเสรีโดยที่ตัวแทนจัดหาผู้ประกอบวิชาชีพต้องไม่สร้างกระแสดึงดูดผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศที่ขาดแคลนกำลังคน ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของกลไกโลกาภิวัตน์ เช่น G8, G20 และ World Economic Forum ในการควบคุมกำกับกับการเคลื่อนย้ายเสรีดังกล่าว ซึ่งการสื่อสารหลักการทางจริยธรรมและจรรยาบรรณดังกล่าว สามารถบูรณาการร่วมกับ Code of Ethics ของการเคลื่อนย้ายบุคลากรระหว่างประเทศ (International Recruitment of Health Professional) ได้ และพัฒนาให้สอดคล้องกับข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) ที่ประชาคมอาเซียนได้มีพันธกรณีร่วมกันได้

2) ส่งเสริมการเจรจาและสร้างความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Foster dialogue and build cooperation with stakeholders)

การเพิ่มการรับรู้และมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายในการแลกเปลี่ยนมุมมอง ค่านิยม และวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพระหว่างประเทศ รวมทั้งการสรรหาบุคลากร ผู้มีส่วนได้เสียดังกล่าว ได้แก่ ส่วนราชการระดับกระทรวงต่าง ๆ ประเทศคู่ค้าทวิภาคี คู่ค้าในระบบบริการสุขภาพ สหภาพการค้าและแรงงาน องค์กรนายจ้าง สภาวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานจัดหางานทั้งจากภาครัฐและเอกชน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ควรได้รับรู้ เข้าใจและปฏิบัติตามหลักการทางจริยธรรมและจรรยาบรรณข้างต้น และสามารถจัดการให้สนองตอบต่อความต้องการทุนมนุษย์ผู้เคลื่อนย้ายของตนได้ และประเทศมีระบบการจัดการทางการเงิน การคลังที่เหมาะสม เนื่องจากอาจต้องมีการลงทุนเพื่อการจ้างงานผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้ง การลงทุนเพื่อการฝึกอบรมและการดูแลสุขภาพสังคมเมื่อเข้ามาทำงานและอยู่อาศัย โดยภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว นอกจากนี้ การมีความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะทำให้ประเทศสามารถวางแผนและพยากรณ์ความต้องการแรงงานด้านสุขภาพในระยะยาวได้อีกด้วย

3) การพัฒนาและขยายผลแนวทางการปฏิบัติที่ดี (Identify good practices and expand the evidence base)

การเคลื่อนย้ายเสรี มีขอบเขตกว้างขวางระหว่างประเทศ ดังนั้น ประเทศสมาชิกอาเซียนที่สามารถจัดการระบบการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ นอกจากจะสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีของการปฏิบัติให้แก่ประเทศต่างๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้แล้ว ยังจะสามารถขยายผลการพัฒนาผ่านกลไกหรือเวทีสาธารณะที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลและเทคโนโลยีทั้งโดยการประชุมคณะทำงาน รวมทั้งการเสวนาผ่านสื่อออนไลน์ ที่สำนักงานเลขาธิการอาเซียนอาจมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพดังกล่าว ตัวอย่างการปฏิบัติที่ดีในปัจจุบัน อาจศึกษาได้จาก ข้อตกลงทวิภาคีของการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศของประเทศฟิลิปปินส์กับประเทศญี่ปุ่น ที่ดำเนินการโดยสำนักงานความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งประเทศญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency; JICA) ซึ่งได้มีการพัฒนาวิธีการหรือกรอบเพื่อประเมินการดำเนินงานและผลกระทบของการย้ายถิ่นฐานของแรงงานระหว่างประเทศภายใต้กลไกการค้าเสรีที่อาจศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติในความร่วมมือระหว่างประเทศในการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพได้

4) การติดตามประเมินผลและรายงานแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในตลาดแรงงานสุขภาพ (Assess and report on changing trends in the health labour market)

สำนักงานเลขาธิการอาเซียน สามารถแสดงบทบาทของการเป็นหน่วยวางแผนและพยากรณ์ความต้องการด้านสุขภาพของภูมิภาคอาเซียน รวมทั้งการมีความร่วมมือกับภูมิภาคอื่นๆ ที่ต้องการมีความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกัน โดยทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลและประมาณการเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในตลาดแรงงานสุขภาพ ข้อมูลเหล่านี้ควรได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบและนำไปใช้เพื่อเสริมสร้างฐานข้อมูล ส่งเสริมการรับรู้ พัฒนาศักยภาพและความรู้เชิงเทคนิคของผู้มีอำนาจตัดสินใจในนโยบายด้านผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนมนุษย์กับบริบทของเศรษฐกิจมหภาค

5) ปฏิรูประบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Make use of the need for reform to sustainably strengthen the health workforce)

ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจโลกในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านสุขภาพและการลงทุนด้านทรัพยากรมนุษย์ในหลายประเทศ และเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การเคลื่อนย้ายเสรีระหว่างประเทศยังไม่เกิดเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจน และยังคงคาดการณ์ไม่ได้ถึงแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันสั้น ดังนั้น การจัดการเชิงระบบด้านการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ จึงยังไม่เป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาประเทศหรือความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ดังนั้น หากจะทำให้การเคลื่อนย้ายเสรีเกิดขึ้นจริงและเป็นระบบ จึงต้องระบุถึงความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างความต้องการผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพของประเทศอันเนื่องมาจากความขาดแคลน ไม่เพียงพอ หรือไม่สมดุล กับการจัดหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ยังต้องใช้กลยุทธ์การเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาสในการติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์ปฏิรูประบบสาธารณสุข ทั้งของประเทศและของภูมิภาค เพื่อก่อให้เกิดคลังทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพที่จะเป็นกำลังสำคัญในการสร้างความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบสุขภาพของประเทศและของภูมิภาคต่อไปในอนาคต

6) การพัฒนาเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินการตามหลักจรรยาบรรณการเคลื่อนย้ายเสรีที่เหมาะสมกับประเทศไทย (Upcoming events for advocacy on implementation of the Code)

จรรยาบรรณการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นโอกาสสำคัญในการสร้างจิตสำนึกให้กับตัวแสดงในระบบบริการสุขภาพทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ที่จะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการธำรงรักษาบุคลากรด้านสุขภาพให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งหากประชาคมอาเซียนสามารถกำหนดและพัฒนาจรรยาบรรณดังกล่าวให้เป็นมาตรฐานเดียวกันแล้ว ประเทศสมาชิกจะสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและแนวทางปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับบริบทของภูมิภาค โดยมีสำนักงานเลขาธิการอาเซียนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนความร่วมมือดังกล่าวภายใต้กฎหมายและความตกลงร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก

(9) แนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการในประเทศไทย

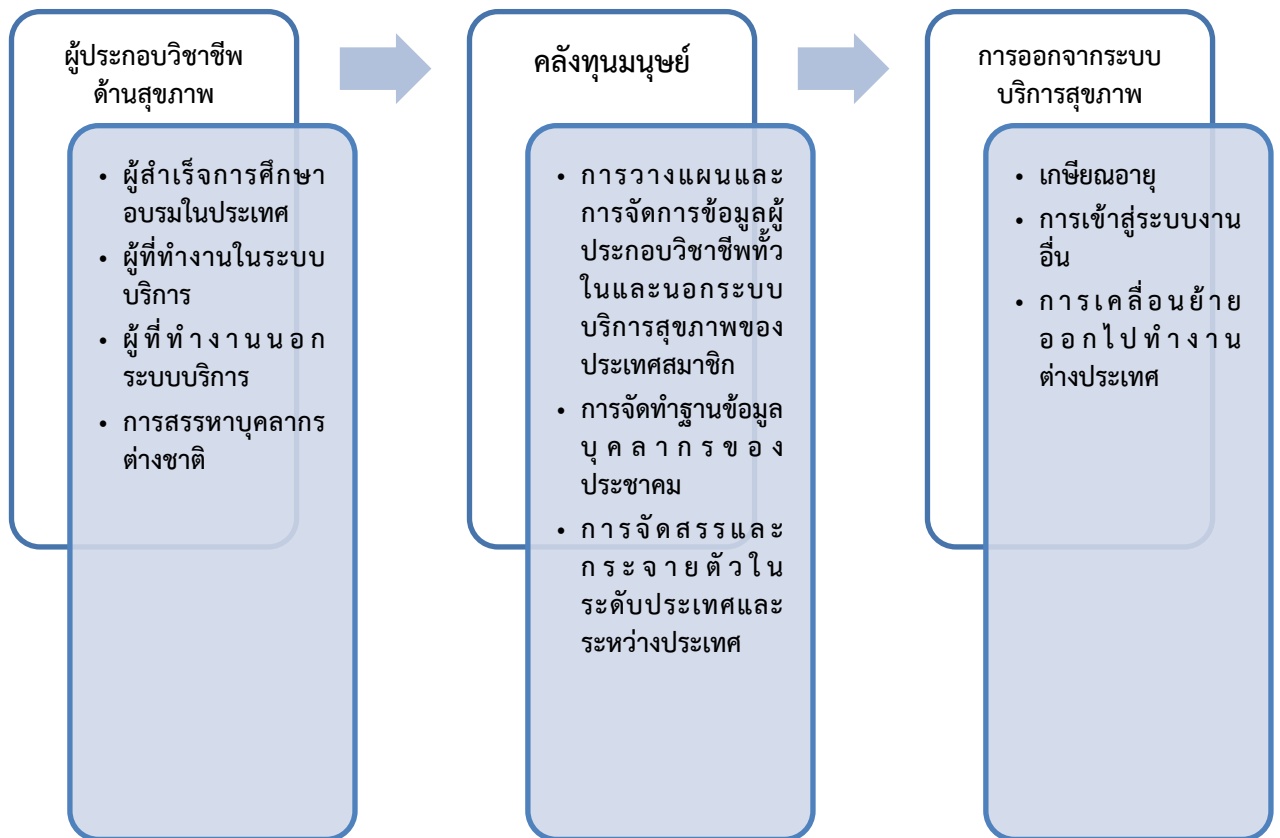
9.1 การเสริมสร้างปัจจัยเอื้อและกลไกอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้าย

นอกจากการปรับปรุงกฎหมายหรือข้อกำหนดทางวิชาชีพเกี่ยวกับการสอบใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย ให้มีข้อยกเว้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการแก่กลุ่มคนชาติเดียวกัน เช่น แรงงานต่างด้าว นักท่องเที่ยวกลุ่มเฉพาะ เป็นต้น โดยผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว ไม่จำเป็นต้องสอบใบอนุญาตเป็นภาษาไทย แต่ต้องมีคุณสมบัติที่เป็นไปตามมาตรฐานการเคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs นอกจากนี้ มาตรการสร้างแรงจูงใจของการปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่เพื่อดูแลประชาชนสัญชาติเดียวกันอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งกองทุนสุขภาพแรงงานต่างชาติด กองทุนสุขภาพนักท่องเที่ยว หรือ กองทุนสุขภาพขององค์กรการกุศลหรือองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ (Non Government Organization; NGO) ก็เป็นกลไกของการเพิ่มงบประมาณหรือกำหนดค่าตอบแทนการจ้างงานบุคลากร ให้มีความชัดเจนและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรมีการจัดตั้งองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรอง อำนาจความสะดวกทางการเคลื่อนย้าย และให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการทำงานของบุคลากร รวมทั้ง การผ่อนปรนในเงื่อนไขเกี่ยวกับการเปรียบเทียบงานและการเบิกจ่ายงบประมาณรัฐ สำหรับการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน

9.2 ตัวแบบการส่งสมทุนมนุษย์ระหว่างประเทศ (Treasure-flow Model)

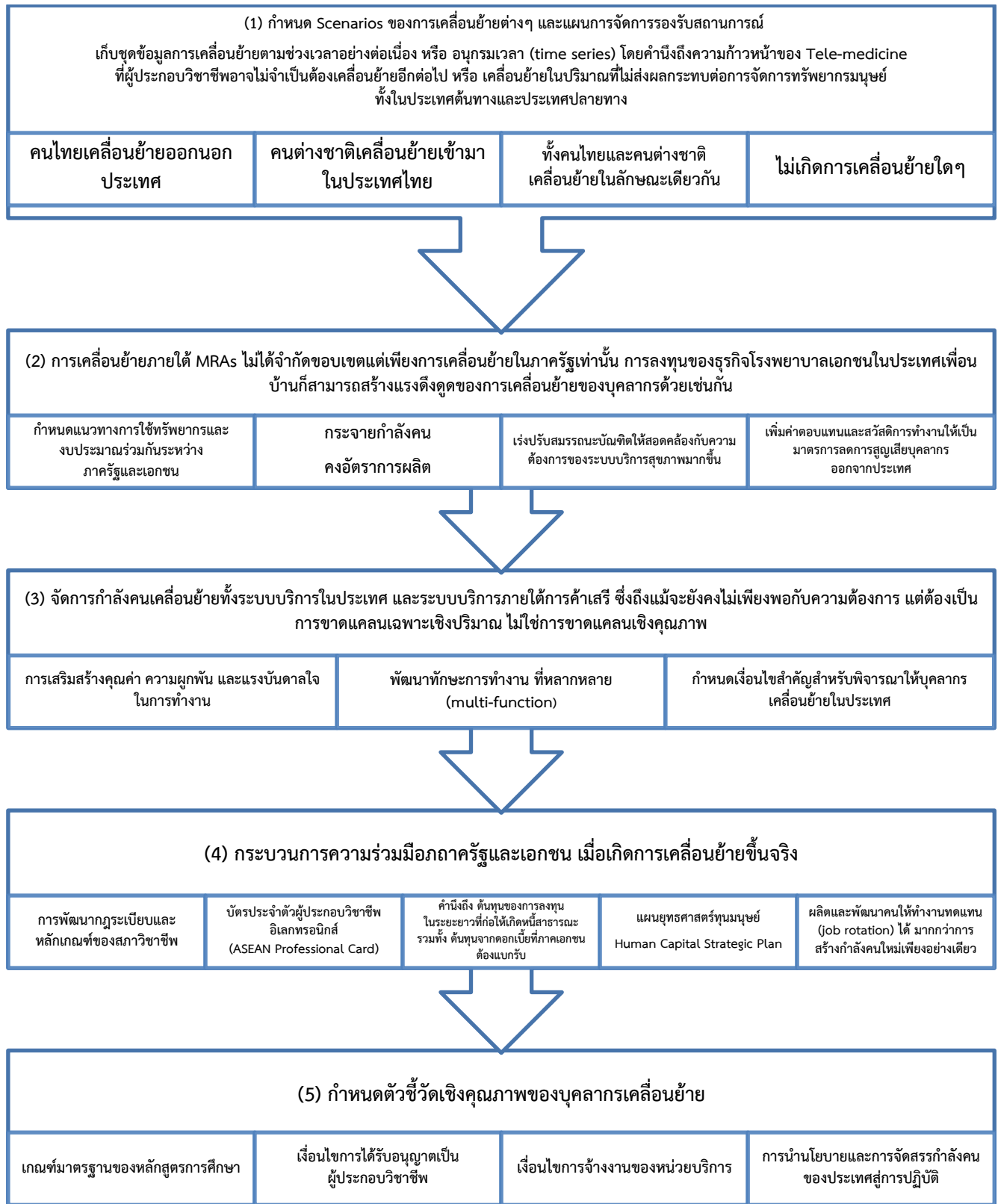
ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Agreements; MRAs) สาขาบริการสุขภาพ กลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และพยาบาลของประชาคมอาเซียน ข้อค้นพบทางการศึกษา ได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของตัวแสดงในระบบบริการสุขภาพทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ที่เป็นที่มาของแนวคิดหลักของการพัฒนาตัวแบบการส่งสมทุนมนุษย์ระหว่างประเทศ (Treasure-flow Model) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวทางการปฏิบัติด้านการจัดการบุคลากรเคลื่อนย้ายของกลุ่มสหภาพยุโรป ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงวิชาการนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการธุรกิจบริการสุขภาพ หอการค้าไทย, สำนักพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ และ คณะทำงานส่งเสริมและพัฒนาการเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับแนวทางการสร้างระบบการส่งสมทุนมนุษย์ ตามแผนภาพที่ 5.11 และแผนภาพที่ 5.12

แผนภาพที่ 5.11 ตัวแบบการส่งสมทุนมนุษย์ระหว่างประเทศ (Treasure-flow Model)



ที่มา: พัฒนาโดยผู้วิจัย

แผนภาพที่ 5.12 แนวทางการประยุกต์ใช้ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน



ที่มา: พัฒนาโดยผู้วิจัย

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จที่สำคัญของการมีความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการจัดการทุนมนุษย์ผู้เคลื่อนย้ายดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

- การปรับปรุงกฎหมายหรือข้อกำหนดทางวิชาชีพให้ยกเว้นการสอบใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทยสำหรับการให้บริการคนชาติเดียวกัน
- จัดตั้งกองทุนสุขภาพแรงงานต่างชาติ กองทุนสุขภาพนักท่องเที่ยว หรือ กองทุนสุขภาพขององค์กรการกุศลหรือองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ เพื่อเพิ่มงบประมาณหรือกำหนดค่าตอบแทนการจ้างงานบุคลากร
- การสร้างแรงจูงใจ จัดตั้งองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรองอำนวยความสะดวกทางการเคลื่อนย้าย
- การพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพการทำงานของบุคลากรเคลื่อนย้าย
- การผ่อนปรนในเงื่อนไขเกี่ยวกับระเบียบการจ้างงานและการเบิกจ่ายงบประมาณรัฐ สำหรับการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่นำเสนอไว้ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงหลักการสำคัญอันเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาและเสริมสร้างระบบการส่งสมทุนมนุษย์ ที่ต้องเริ่มต้นจากการวางแผนและใช้ข้อมูลร่วมกันในระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่ครอบคลุมทุกแหล่งต้นกำเนิดผู้ประกอบการวิชาชีพในประเทศ ไปสู่การส่งสมทุนมนุษย์และการจัดการการเคลื่อนย้ายเสรีอย่างเป็นระบบระหว่างประเทศ จนถึงการจัดการกำลังคนที่ออกไปจากระบบบริการในลักษณะต่างๆ เพื่อให้เกิดมีฐานข้อมูลและนวัตกรรมเชิงนโยบายและทางการบริหารจัดการ ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและใช้ประโยชน์ทุนมนุษย์ของประชาคมอาเซียนอย่างยั่งยืนต่อไป.

ภาคผนวก

แผนการวิจัย

กิจกรรมขั้นตอนดำเนินการ		ระยะเวลา											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	ทบทวนวรรณกรรม สังเคราะห์องค์ความรู้ สร้างนิยามเชิงปฏิบัติการ ร่วมประชุมและ สังเกตการณ์การประชุม HSWG		←→										
2	จัดทำข้อมูลการกระจายตัวของผู้ประกอบ วิชาชีพสามสาขาศักยภาพ		←→										
3	ประสานพื้นที่ เตรียมประชากร			←→									
4	เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ				←→								
5	วิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์ข้อค้นพบ การศึกษา							←→					
6	จัดทำรายงานการศึกษา									←→			
7	นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้ทรงคุณวุฒิ รับฟัง ข้อวิพากษ์ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ										←→		
8	นำเสนอผลการศึกษาในเวทีสาธารณะ รับฟัง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย											←→	
9	ปรับปรุงรายงานการศึกษา ตีพิมพ์และ เผยแพร่เอกสารผ่านช่องทางต่างๆ												←→

ประมวลภาพการศึกษาวิจัยในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง



เยี่ยมคารวะและหารือผู้ว่าราชการจังหวัดระนอง



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก



บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แผนแม่บทกำลังคนด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข: กองการเจ้าหน้าที่. (2554). สรุปข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการศึกษาทบทวนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข สาขาพยาบาล. (2552). การคาดประมาณกำลังคนด้านพยาบาลในระยะ 10 ปี (2551-2560). คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ.

ทินกร โนรี (บก.). (2550). วิฤตกำลังคนด้านสุขภาพ: ทางออกหรือทางตัน. กรุงเทพฯ: กราฟิโก ซิสเต็ม จำกัด.

วิพุธ พูลเจริญ. คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ๒๕๕๘

พัชรี พุทธชาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารการแพทย์สงขลานครินทร์. ๑๘ กันยายน ๒๕๕๙

ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. เมษายน ๒๕๕๙

สถาบันพระปกเกล้า. หลักสูตรประกาศนียบัตรธรรมาภิบาลทางการแพทย์สำหรับผู้บริหารระดับสูง. การศึกษาด้านอัตรากำลังแพทย์และพยาบาล: นโยบายและแนวทางแก้ไข. ๒๕๕๙

สำนักบริหารการสาธารณสุข. ข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างชาติในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทย. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สิงหาคม ๒๕๕๘

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2552). แผนงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพระยะที่ 2 (2552-2554). นนทบุรี: ผู้แต่ง.

อำพล จินดาวัฒนะ, ทินกร โนรี, นงลักษณ์ พะไยยะ และนิชากร ศิริกนกวิไล. (2550). แผนยุทธศาสตร์

Bhat; R. (1999). Characteristics of private medical practice in India: a provider perspective. Health Policy and Planning 14, pp. 26-37.

Buse, K.; Waxman, A. (2001). Public-private health partnerships: a strategy for WHO. Bulletin of the World Health Organization 79, pp. 748-754. Farrell, MJ. (1957): The measurement of productive efficiency. Journal of the Royal Statistical Society 120(3), pp.253-290.

Chris Manning and Alexandra Sidorenko . The Regulation of Professional Migration in ASEAN: Insights from the Health and IT. The Australian National University. Retrieve from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.125.2343&rep=rep1&type=pdf>

Government of India. (2002). 10th Five Year Plan (2002-2007). Planning Commission of India, available at <http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/10th/default.htm>, last accessed on September 14, 2008.

Government of India. (2005). Report Of The National Commission On Macroeconomics And Health, National Commission On Macroeconomics And Health. Ministry Of Health & Family Welfare, available at http://www.who.int/macro_health/action/Report_of_the_National_Commission.pdf.

Government of India. (2008). Ministry of Health and Family Welfare website, available at <http://www.mohfw.nic.in>, last accessed on December 6, 2008.

Kermer, M.; Chaudhury, N; et al. (2004). Teacher and healthcare provider absenteeism: a multi-country study. The World Bank, available at <http://publications.worldbank.org/>, last accessed on February 2007.

Malmborg, R.; Mann, G.; Thomson, R.; Squire, BS. (2006). Can public-private collaboration promote tuberculosis case detection amongst the poor and vulnerable? Bulletin of the World Health Organization 84, pp. 752-758.

Ministry of Public Health. (2003). Strategies to develop Thailand as a centre of excellent health care of Asia. Nonthaburi: MPH;

Osei, D.; d'Almeida, S.; et al. (2005). Technical efficiency of public district hospitals and health centres in Ghana: a pilot study. Cost Effectiveness and Resource Allocation 3, pp. 9.

Pachanee, C., &Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in healthservices in Thailand. Health Policy Plan, 21(4), 310-8.

Peters, DH.; Rao, KS.; Fryatt, R. (2003). Lumping and splitting: the health policy agenda in India.

Shugarman, LR.; Nicosia N.; Schuster, CR. (2007): Comparing For-Profit and Not-for Profit Health Care Providers: A Review of the Literature. RAND WR-476- MEDPAC, Rand Health.

available at http://www.rand.org/pubs/working_papers/2007/RAND_WR476.pdf, last accessed on November 8, 2008.

The World Bank. (2002): India: Raising the Sights - Better Health Systems for India's Poor: Findings, Analysis, and Options, Health, Nutrition, and Population Series. Available at <http://publications.worldbank.org/>, last accessed on January 2009. T

The World Bank. (2004): World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. Available at <http://publications.worldbank.org/ecommerce/catalog/>, last accessed on January 22, 2009.

United Nations Economic and Social Council. (2005): Public-Private Partnerships (PPPs) For Service Delivery: Water Supply and Sanitation. Third meeting of the Committee on Human Development and Civil Society, 4-6 May, Addis Ababa, Ethiopia. Available at www.uneca.org/chdcs/chdcs3/ppps_chdcs_3.pdf, last accessed on January 22, 2009.

Vinod, B.; Annigeri; et al. (2004). Assessment of Public Private Partnership Opportunities in India. Poptech Project, USAID. Available at pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADC694.pdf, last accessed on January 22, 2009.

Widdus, R. (2001). Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions. *Bulletin of the World Health Organization* 79, pp. 713-72.

Widdus, R. (2003). Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation. *Bulletin of the World Health Organization* 81 (4), pp. 235.

ข้อมูลแพทย์สำเร็จการศึกษา จำแนกตามสถาบัน

แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2539-2560

[illegible]

จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย

จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่ใช่สัญชาติไทย							
ปีที่ได้รับ ใบอนุญาต	จบจากสถาบันในประเทศ		จบจากสถาบัน ในต่างประเทศ	ปีที่ได้รับ ใบอนุญาต	จบจากสถาบันในประเทศ		จบจากสถาบัน ในต่างประเทศ
	ภาครัฐ	ภาคเอกชน			ภาครัฐ	ภาคเอกชน	
2480				2522			10
2481				2523			4
2482				2524			8
2483				2525			5
2484				2526			9
2485				2527			1
2486				2528	4		8
2487				2529			1
2488				2530			
2489			2	2531	1		
2490			7	2532			
2491			6	2533			
2492			4	2534			
2493			3	2535			
2494			5	2536	1		
2495				2537			
2496			3	2538	2		1
2497	1			2539			1
2498				2540			
2499			2	2541			2
2500			4	2542			
2501			2	2543	1		
2502			4	2544			
2503			2	2545	2		1
2504			4	2546	1		1
2505	1		6	2547	1		
2506	1		2	2548			2
2507			9	2549	1		
2508			2	2550			3
2509	1		4	2551			2
2510	1		7	2552	1		
2511			7	2553			1
2512	1		4	2554			
2513			7	2555			
2514			13	2556	1		1
2515			7	2557	3		
2516	1		3	2558	3		
2517			8	รวม	26		221
2518			15				
2519			5				
2520			6				
2521			7				

ข้อมูลการดำเนินงานสุขภาพแรงงานต่างด้าว จังหวัดระนอง

1. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดระนอง

จังหวัดระนอง ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนบนทางชายฝั่งตะวันตกของประเทศ ติดทะเลอันดามันและประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา (Republic of The Union of Myanmar) อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4 ระยะทางประมาณ 568 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง, อำเภอสวี, อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร และอำเภอไชยา, อำเภอท่าฉาง, อำเภอบ้านตาขุน และอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอกระบุรี จังหวัดพังงา และอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ และมหาสมุทรอินเดีย

มีเนื้อที่ประมาณ 3,324.60 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 2,141,250 ไร่ เท่ากับ ร้อยละ 4.66 ของพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งนับได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีเนื้อที่น้อยที่สุดของภาคใต้ เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่เป็นอันดับที่ 60 ของประเทศไทย พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา ร้อยละ 86 และเป็นที่ราบ ร้อยละ 14 มีเกาะใหญ่น้อยในทะเลอันดามันจำนวน 62 เกาะมีลักษณะเป็นรูปรียาวและแคบ ความยาวประมาณ 169 กิโลเมตร ส่วนที่แคบอยู่ในเขตอำเภอกระบุรี มีความกว้าง 9 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นป่าเขา ทางทิศตะวันออกมีเทือกเขาตะนาวศรี ซึ่งประกอบด้วยภูเขาสูงสลับซับซ้อน ภูเขาที่สูงที่สุด คือ ภูเขาพ่อตาโขงโดง สูง 1,700 ฟุต พื้นที่มีลักษณะลาดเอียงจากทิศตะวันออกไปทางทิศตะวันตก สู่ทะเลอันดามัน มีสภาพเป็นป่าชายเลน มีแม่น้ำกระบุรีกั้นพรมแดนระหว่างไทยกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา มีลำน้ำที่สำคัญได้แก่ คลองปากจั่น คลองลำเลียง และคลองละอุ่น มีหมู่เกาะในทะเลอันดามัน เป็นเกาะใหญ่ ได้แก่ เกาะสินไห เกาะพยาม เกาะช้าง เกาะเหลา เกาะหาดทรายดำ และแหลมนาว

การเดินทางเข้าออกระหว่างจังหวัดระนองกับประเทศเพื่อนบ้านคือ สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ นั้น สามารถเดินทางข้ามพรมแดนประเทศได้ทั้งทางบกและทางน้ำ โดยเมืองที่อยู่ตรงข้ามกับระนองคือ เกาะสอง (Kawthaung) ซึ่งเป็นเมืองใต้สุดของประเทศสหภาพเมียนมาร์ ขึ้นอยู่กับเขตตะนาวศรี (Tanintharyi Region) จังหวัดระนองมีอำเภอที่มีชายแดนติดกับประเทศสหภาพเมียนมาร์ 3 อำเภอด้วยกัน คือ

- 1) อำเภอเมืองระนอง ติดกับเกาะสอง (Kawthaung) ใช้เวลาเดินทางโดยทางเรือประมาณ 40 – 45 นาที มีทั้งจุดผ่านแดนถาวรและช่องทางธรรมชาติ เป็นจุดที่ประชากรต่างด้าวใช้เดินทางเข้าออกมากที่สุด
- 2) อำเภอละอุ่น ติดกับมะลิวัลย์ (Maliwun) ใช้เวลาเดินทางโดยทางเรือประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง ไม่มีจุดผ่านแดนถาวร
- 3) อำเภอกระบุรี ติดกับบกเปียน (Bokpyin) มีแม่น้ำกระบุรีกั้นอาณาเขต ใช้เวลาเดินทางโดยทางเรือประมาณ 10 – 15 นาที ไม่มีจุดผ่านแดนถาวร

จังหวัดระนอง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 5 อำเภอ 30 ตำบล 178 หมู่บ้าน ได้แก่ อำเภอเมืองระนอง อำเภอกระบุรี อำเภอละอุ่น อำเภอกะเปอร์และอำเภอสušสำราญ มีรูปแบบการบริหารราชการจำนวน 3 รูปแบบ คือ

2.1 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ส่วนราชการประจำจังหวัด จำนวน 32 หน่วยงาน และระดับอำเภอ ประกอบด้วย 5 อำเภอ

2.2 การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย ส่วนราชการสังกัดส่วนกลาง ซึ่งมาตั้ง หน่วยงานในจังหวัด 77 หน่วยงาน หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ 4 หน่วยงาน และหน่วยงานอิสระ 7 หน่วยงาน

2.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 10 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 18 แห่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกรายอำเภอและตำบล

อำเภอ/ตำบล	เทศบาลเมือง (แห่ง)	เทศบาลตำบล(แห่ง)	อบต.(แห่ง)
อำเภอเมืองระนอง	2	5	4
อำเภอกระบุรี	-	2	6
อำเภอกะเปอร์		1	4
อำเภอละอุ่น	-	1	3
อำเภอสุขสำราญ	-	1	1
รวม	2	10	18

ที่มา: สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดระนอง

2. ข้อมูลประชากรในจังหวัดระนอง

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรชาวไทย จำแนกรายอำเภอและตำบล (1 กรกฎาคม 2560)

อำเภอ/ตำบล	หมู่บ้าน/ชุมชน	หลังคาเรือน	ประชากร		
			ชาย	หญิง	รวม
อำเภอเมืองระนอง	38 หมู่/19 ชุมชน	46,161	45,834	45,199	91,033
อำเภอกระบุรี	61 หมู่	22,740	24,428	23,571	47,999
อำเภอกะเปอร์	34 หมู่	8,162	11,008	10,611	21,619
อำเภอละอุ่น	30 หมู่	6,321	7,448	7,212	14,660
อำเภอสุขสำราญ	15 หมู่	4,181	6,911	6,932	13,843
รวม	178 หมู่	87,565	95,629	93,525	189,154

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียนภาค 8 (สาขาจังหวัดระนอง) กรมปศุกรรม กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรชาวต่างด้าวและอื่นๆ จังหวัดระนอง จำแนกรายอำเภอ (31 ตุลาคม 2560)

อำเภอ	ขึ้นทะเบียนจัดหางาน	ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	ชาวมอแกน	รวม
เมืองระนอง	33,395	21,695	535	55,625
กระบุรี	8,872	2,220	-	11,092
กะเปอร์	1,458	682	-	2,140
ละอุ่น	2,250	200	-	2,450
สุขสำราญ	633	1,365	-	1,998
รวม	46,608	26,162	535	73,305

ที่มา: นักงานจัดหางานจังหวัดระนอง - กลุ่มงานประกันสุขภาพและความร่วมมือสาธาณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานสาธาณสุขจังหวัดระนอง

3. ข้อมูลทรัพยากรด้านสาธารณสุข

1) สถานบริการสาธารณสุข ภาครัฐ

- โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 300 เตียง	จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง	จำนวน 2 แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 เตียง	จำนวน 2 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวน 46 แห่ง
- ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมือง	จำนวน 1 แห่ง

2) สถานบริการสาธารณสุข ภาคเอกชน

- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ขนาด 5 เตียง	จำนวน 1 แห่ง
- สถานพยาบาลประเภทรับผู้ป่วยค้างคืน ขนาด 5 เตียง	จำนวน 1 แห่ง
- คลินิกเวชกรรม	จำนวน 7 แห่ง
- คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง	จำนวน 12 แห่ง
- คลินิกทันตกรรม (ชั้น 1)	จำนวน 8 แห่ง
- คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	จำนวน 13 แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	จำนวน 36 แห่ง
- ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุรีจ	จำนวน 9 แห่ง
- ร้านขายยาแผนโบราณ	จำนวน 4 แห่ง
- คลินิกกายภาพบำบัด	จำนวน 1 แห่ง
- คลินิกเทคนิคการแพทย์	จำนวน 1 แห่ง
- คลินิกการแพทย์แผนไทย	จำนวน 1 แห่ง
- คลินิกการประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนจีน	จำนวน 1 แห่ง

ที่มา: กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสสจ.ระนอง (๓๑ ตุลาคม 2560)

3) ข้อมูลทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน

ประเภท ทรัพยากรบุคคล	ภาครัฐ		เอกชน	รวม	ไทย	ต่างด้าว	อัตราส่วน 1 : ประชากร (ระนอง)	อัตราส่วน 1 : ประชากร (ประเทศ)
	ข้าราชการ	ลูกจ้าง/ พนักงาน ราชการ/ พกส.			อัตราส่วน 1 : ประชากร	อัตราส่วน 1 : ประชากร		
แพทย์					3,708	1,437	5,145	2,125
ทันตแพทย์					7,005	2,715	9,720	9,876
เภสัชกร					4,503	1,745	6,248	5,462
พยาบาลวิชาชีพ					410	159	569	433
รวม								-

ที่มา: งานกาเจ้าหน้าที่และศูนย์ข้อมูลข่าวสารสสจ. ระนอง (1 พฤศจิกายน 2560)

(ประชากรกลางปี 2560 ไทย 189,154คน ชาวต่างด้าว73,305คน) อัตราส่วนระดับประเทศ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558

4. องค์กรอื่นๆ ในงานสุขภาพ

4.1) ภาคประชาชน

ตารางที่ 5 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขชาวไทย (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.)

อำเภอ	ประชากรไทย	จำนวน อสม.	ประชากรต่างด้าว	จำนวน อสต.
เมืองระนอง	90,479	989	55,625	60
กระบุรี	47,943	922	11,092	70
กะเปอร์	21,541	415	2,140	25
ละอุ่น	14,560	304	2,450	30
สุขสำราญ	13,788	205	1,998	15
รวม	188,311	2,835	73,305	200

ที่มา: 1) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
2) กลุ่มงานประกันสุขภาพและความร่วมมือสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

4.2) ภาคเอกชน

- มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย จังหวัดระนอง จำนวน 26 คน
- มูลนิธิ Marist Mission Ranong (MMR) จำนวน 18 คน
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตชายแดนไทย-พม่า จำนวน 13 ศูนย์
- องค์กร American Refugee Committee (ARC) จำนวน 22 คน
- มูลนิธิชุมชนรักดีหาญสวัสดิ์ จำนวน 5 คน
- กลุ่มระบัดใบ จำนวน 2 คน
- องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) จำนวน 10 คน
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) จำนวน 3 คน
- สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทยจังหวัดระนอง จำนวน 2 คน

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพและความร่วมมือสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

4) ข้อมูลหลักประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ตารางที่ 6 จำนวนคนต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดระนองจำแนกตามประเภทบัตร
ปี 2557 - 2559

ประเภทบัตร	จำนวน (บัตร)		
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
บัตร 3,200บาท	-	-	9,661
บัตร 2,200บาท	18,172	125	420
บัตร 1,600บาท	21,267	24,196	23,455
บัตร900บาท	-	1	7
บัตร730บาท	-	-	115
บัตร 500 บาท	2,246	90	1,679
บัตร365 บาท	3,308	1,242	1,581
รวม	44,993	25,654	36,918

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพและความร่วมมือสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

5) ข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างด้าว

5.1) ผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยนอกชาวต่างด้าว จังหวัดระนองจำแนกตามประเภทสิทธิ ปี 2557 - 2559

ประเภทสิทธิ	จำนวน (ครั้ง)		
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
บัตรประกันสุขภาพ	87,096	93,282	82,258
ประกันสังคม	3,618	4,388	4,772
ไม่มีสิทธิ (เรียกเก็บเงินได้)	46,026	47,958	40,742
ไม่มีสิทธิ (เรียกเก็บเงินไม่ได้)	2,474	2,244	2,670
รวม	139,214	147,872	130,442

5.2) ผู้ป่วยใน

ตารางที่ 8 จำนวนวันนอนผู้ป่วยในชาวต่างด้าว จังหวัดระนองจำแนกตามประเภทสิทธิ ปี 2557 - 2559

ประเภทสิทธิ	จำนวน (วันนอน)		
	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
บัตรประกันสุขภาพ	28,924	21,158	18,460
ประกันสังคม	354	434	756
ไม่มีสิทธิ (เรียกเก็บเงินได้)	13,012	7,030	10,986
ไม่มีสิทธิ (เรียกเก็บเงินไม่ได้)	3,118	3,260	5,264
รวม	45,408	31,882	35,466

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพและความร่วมมือสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

6) โรคที่พบในแรงงานต่างชาติ

6.1) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก

ตารางที่ 9 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกชาวต่างด้าวที่สำคัญ 10 อันดับแรกของจังหวัดระนอง ปี พ.ศ. 2559-2560

สาเหตุการป่วย	พ.ศ.2559		พ.ศ.2560	
	จำนวน	อัตราต่อแสน	จำนวน	อัตราต่อแสน
1. โรคระบบหายใจ	11,101	11,722.40	9,003	12,281.56
2. โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	6,581	6,949.38	6,144	8,381.42
3. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติจากการตรวจทางคลินิก	6,762	7,140.51	6,425	8,764.75
4. โรคระบบไหลเวียนโลหิต	6,139	6,482.64	5,944	8,108.59

ตารางที่ 9 (ต่อ)

สาเหตุการป่วย	พ.ศ.2559		พ.ศ.2560	
	จำนวน	อัตราต่อแสน	จำนวน	อัตราต่อแสน
5. โรคติดเชื้อและปรสิต	4,516	4,768.79	4,578	6,245.14
6. โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม	4,239	4,476.28	4,372	5,964.12
7. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	3,942	4,162.66	4,211	5,744.49
8. โรคระบบสืบพันธุ์รวมปัสสาวะ	2,040	2,154.19	2,087	2,847.01
9. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	1,998	2,109.84	1,823	2,486.87
10. โรคตาารวมส่วนประกอบของตา	1,638	1,729.69	1,782	2,430.94
11. สาเหตุอื่นๆ(นอกเหนือจากข้อ1-10)	8,554	-	10,832	-
รวม	57,510	-	55,429	-

ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก (รง.504) ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง

6.2) สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน

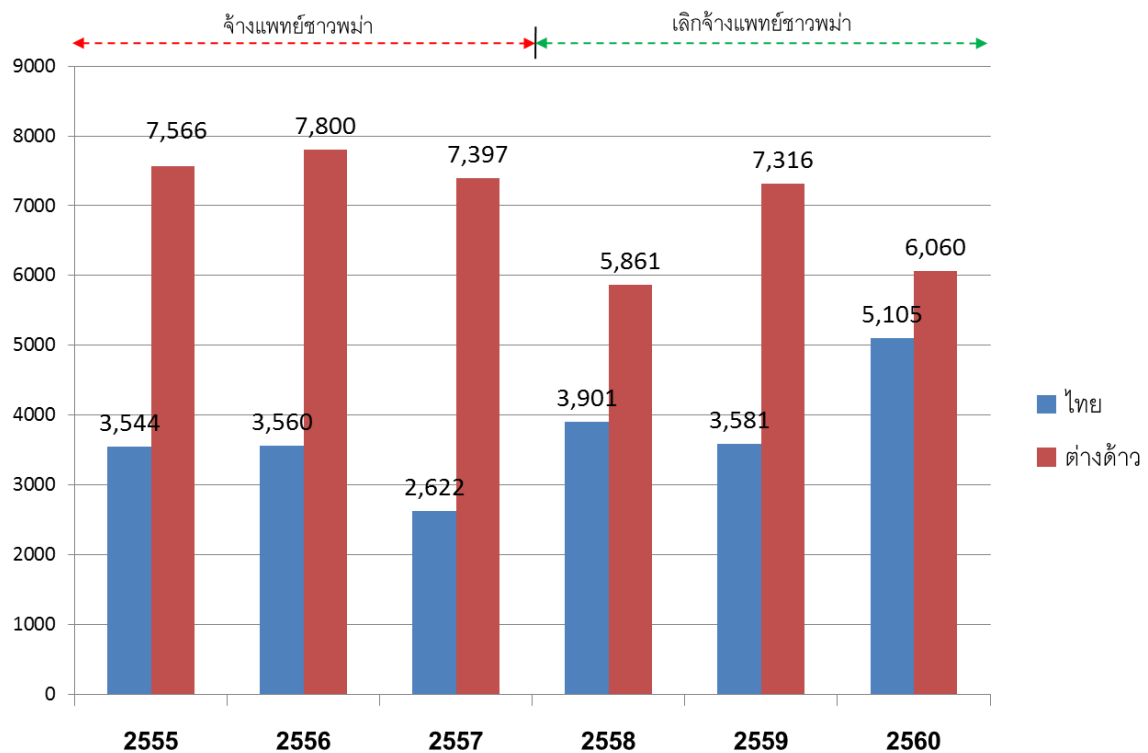
ตารางที่ 10 สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในชาวต่างด้าวที่สำคัญ 10 อันดับแรก ปี พ.ศ.2559-2560

สาเหตุการป่วย	พ.ศ.2559		พ.ศ.2560	
	จำนวน	อัตราต่อแสน	จำนวน	อัตราต่อแสน
1. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์ การคลอด ระยะคลอดและภาวะอื่นๆ ทางสูติกรรม	1,894	2,000.02	1,701	2,320.44
2. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	700	739.18	758	1,034.04
3. โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติทางชนิดที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน	372	392.82	556	758.47
4. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกได้	448	473.07	544	742.10
5. โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ	308	325.24	378	515.65
6. ปอดอักเสบ	313	330.52	327	446.08
7. โรคอื่นๆของระบบย่อยอาหาร	249	262.93	278	379.24
8. โรคติดเชื้ออื่นๆของลำไส้	198	209.08	227	309.67
9. โรคความดันโลหิตสูง	205	216.47	213	290.57
10. โรคเบาหวาน	144	152.06	162	220.99
11. สาเหตุอื่นๆ(นอกเหนือจากข้อ1-10)	4,265	-	4,572	-
รวม	9,096	-	9,716	-

7) ข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างด้าวของรพ.สต.ปากคลอง

แผนภูมิที่..... แสดงข้อมูลผู้รับบริการชาวต่างด้าวของรพ.สต.ปากคลองปี ๒๕๕๕-๒๕๖๐เปรียบเทียบกับคนไทย
และคนต่างด้าว

จำนวน (ครั้ง)



แบบสอบถามการวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามที่ตรงกับความเห็นของท่าน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
๒. อายุ ☐ ๓๐-๔๐ ปี ☐ ๔๑-๕๐ ปี ☐ ๕๑-๖๐ ปี ☐ ๖๑ ปีขึ้นไป
๓. สัญชาติ ☐ ไทย ☐ อื่นๆ ระบุ.....
๔. สาขาวิชาชีพ ☐ แพทย์ ☐ ทันตแพทย์ ☐ พยาบาล
๕. สถานที่ทำงาน ☐ คลินิกส่วนตัว ☐ สถานพยาบาลของมูลนิธิ/องค์กร ระบุ.....
.....
☐ โรงพยาบาลรัฐ ☐ โรงพยาบาลเอกชน ระบุ.....
☐ อื่นๆ

ทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ (Human Capital) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะขั้นสูง มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ซึ่งมีคุณค่าในการสร้าง ศักยภาพ (Bateman & Snell, 2009) และให้บริการสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

การเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน (Health Professional Mobility undertaken Mutual Recognition Agreements; MRAs) หมายถึง การเคลื่อนย้ายของบุคลากรวิชาชีพของประเทศสมาชิกอาเซียน ภายใต้ข้อตกลงเกี่ยวกับการยอมรับ ร่วมกันเรื่องคุณสมบัติของผู้ทำงานด้านการให้บริการด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก นักบัญชี และช่างสำรวจกำหนดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practices) ในการสอนและฝึกอบรมบุคลากรวิชาชีพโดยใช้สมรรถนะเป็นหลัก (Competency-based) ทั้งนี้เพื่อร่วมมือและเสริมสร้างความสามารถในหมู่สมาชิกอาเซียน และช่วยยกระดับมาตรฐานและการลดช่องว่างความแตกต่างของบุคลากรวิชาชีพ (สำนักงานเลขาธิการอาเซียน.๒๕๕๘)

กลุ่มประเทศ CLMV หมายถึง ประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคลากรธรรมดาของประชาคมอาเซียน

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น					หมายเหตุ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
๑	ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการยกระดับวิชาชีพของท่านให้มีความเป็นสากลมากขึ้น						
๒	ท่านคิดว่าการเคลื่อนย้ายเสรีไปทำงานในประเทศอาเซียน เป็นการสร้างรายได้ที่ดีกว่าการประกอบวิชาชีพของท่านในประเทศไทย						
๓	ท่านคิดว่าการไปประกอบวิชาชีพในต่างประเทศ มีความเสี่ยงและอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม						
๔	ท่านคิดว่า ท่านมีความพร้อมในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานนอกประเทศไทย						
๕	ท่านต้องการรับทราบข้อมูลและมาตรการเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศที่ชัดเจน						
๖	ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศอาเซียนที่ไม่ใช่กลุ่มประเทศ CLMV มีมาตรฐานวิชาชีพที่ไม่แตกต่างจากของประเทศไทย						
๗	ท่านคิดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพต่างชาติที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หากเป็นผู้ที่มาจากประเทศกลุ่ม CLMV ควรได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนามาตรฐานวิชาชีพให้ทัดเทียมกับมาตรฐานวิชาชีพของประเทศไทยก่อนให้บริการ						
๘	ท่านคิดว่า หากมีการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs จะส่งผลต่อการทำให้เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน หรือ จากในประเทศออกนอกประเทศ						
๙	ท่านคิดว่า หากมีการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทยไปในประเทศอาเซียน จะส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย						

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น					หมายเหตุ
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
๑๐	ท่านคิดว่าสภาวิชาชีพ ควรปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพเพื่อให้เกิดความสะดวกหรือลดข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพระหว่างประเทศ						
๑๑	ท่านคิดว่า สภาวิชาชีพควรกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองคุณภาพมาตรฐานของผู้ประกอบวิชาชีพผู้เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs เข้ามาในประเทศไทย						
๑๒	ท่านคิดว่า กระทรวงสาธารณสุข ควรทำงานร่วมกับสภาวิชาชีพและภาคเอกชน ในการกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) จากการการเคลื่อนย้ายเสรีของผู้ประกอบวิชาชีพ						
๑๓	ท่านคิดว่า ควรมีมาตรการหรือกฎหมายกำหนดให้ภาครัฐและเอกชนมีความร่วมมือกันในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์บุคลากรวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล						
๑๔	ท่านคิดว่า ความร่วมมือภาครัฐและเอกชนดังกล่าว ควรเป็นไปในหลักการของการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ไม่ใช่การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันและกัน โดยมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ						
๑๕	ท่านคิดว่า ประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ ให้สามารถประกอบวิชาชีพได้อย่างมั่นคงในประเทศไทยและได้รับสิทธิประโยชน์ทัดเทียมกับผู้ประกอบวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในประเทศไทย						

แบบสัมภาษณ์การวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน ในการจัดการทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพรองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลง การยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน

คำอธิบาย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 30-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☐ 51-60 ปี ☐ 61 ปีขึ้นไป
3. ตำแหน่ง/สถานะการทำงาน ☐ ผู้บริหารระดับสูง ☐ ผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ/หัวหน้าแผนก
4. สถานที่ทำงาน ☐ คลินิกส่วนตัว ☐ สถานพยาบาลของมูลนิธิ/องค์กรระบุ.....
☐ โรงพยาบาลรัฐ ☐ โรงพยาบาลเอกชน ระบุ.....
☐ อื่นๆ

ทุนมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ (Human Capital) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถและทักษะขั้นสูง มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ ซึ่งมีคุณค่าในการสร้างศักยภาพ (Bateman & Snell, 2009) และให้บริการสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน

คลังมนุษย์ผู้ประกอบวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) หมายถึง สถาบันที่เป็นแหล่งรวบรวมข้อมูลหรือจัดทำทำเนียบผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ โดยโครงสร้างชัดเจน มีบทบาทในการจัดทำความตกลงระหว่างภาคส่วนบริการหรือระหว่างประเทศ เพื่อจัดสรรกำลังคนสาขาบริการสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาและการจัดการปัญหาด้านสุขภาพตามความจำเป็นในสถานการณ์ต่างๆ โดยการทำงานอย่างเชื่อมโยงและเป็นระบบร่วมกับภาคประชาสังคม ภาครัฐบาลและสาธารณะ เพื่อพัฒนาและรักษามูลประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชน (พัฒนาจากแนวคิด Treasury's Human Capital. US Department of The Treasury และ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์.2557)

ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของอาเซียน (Mutual Recognition Agreements; MRAs) หมายถึง ข้อตกลงยอมรับร่วมในเรื่องคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นประชาชนของกลุ่มประเทศอาเซียน ซึ่งเป็นข้อตกลงเกี่ยวกับการแสวงหาจุดยอมรับร่วมกันเรื่องคุณสมบัติของทำงานด้านบริการ 7 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก นักบัญชี และช่างสำรวจ (สำนักงานเลขาธิการอาเซียน. 2548)

กลุ่มประเทศ CLMV หมายถึง ประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม

โปรดแสดงความเห็นของท่านในประเด็นต่อไปนี้

- 1) ท่านเห็นด้วยกับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ของผู้ประกอบการวิชาชีพกลุ่ม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล หรือไม่ และเมื่อการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs เป็นพันธกรณีที่ ประเทศไทยต้องปฏิบัติตาม ท่านมีคำแนะนำอย่างไร
- 2) ในฐานะที่ท่านมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย ท่านมีคำแนะนำอย่างไรต่อการเสริมสร้างความความมั่นคง ความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ทางการ ประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทั้งสามสาขาที่เคลื่อนย้ายภายใต้ MRAs
- 3) ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพในการจัดการการ เคลื่อนย้ายของกำลังคนด้านสุขภาพดังกล่าว
- 4) ท่านคิดว่า ตัวชี้วัดผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยในด้านคุณภาพ ความเป็นธรรม และประสิทธิภาพ (Quality, Equity and Efficiency) ควรเป็นเช่นไร
- 5) ท่านคิดว่า ประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ อย่างไร และจะสามารถส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านี้ สามารถประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้อย่างมั่นคง ได้อย่างไร
- 6) การจัดการทุนมนุษย์รองรับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ MRAs โดยความร่วมมือภาครัฐและเอกชนนั้น ท่านมีคำแนะนำอย่างไรต่อ การกำหนดเป้าหมายร่วมที่ชัดเจนในการจัดการกำลังคนร่วมกัน การ วางแผนทรัพยากรที่ทั้งสองฝ่ายจะนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้ง การเสริมประสิทธิภาพการ ทำงานระหว่างภาคส่วนบริการ ควรเป็นเช่นไร
- 7) ท่านคิดว่า ตามหลักความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แนวคิดการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน โดย ไม่ใช้การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันนั้น การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิต พัฒนาและใช้ประโยชน์ผู้ประกอบการวิชาชีพกลุ่ม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เป็นทางออกที่ดีสำหรับ การจัดการปัญหาขาดแคลนกำลังคน และลดผลกระทบจากภาวะสมองไหล หรือไม่ อย่างไร
- 8) ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์ผู้ประกอบการวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) เพื่อให้เป็นทรัพยากรสั่งสมในระบบบริการสุขภาพสำหรับประเทศ ไทยในระยะยาว ที่ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดหา มาทดแทน รวมทั้งธำรงรักษาไว้ โดยไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ และภาครัฐหรือ เอกชน
- 9) ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการสั่งสมหรือสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพร่วมกัน ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ ที่นี้

ประเด็นหารือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

เรื่อง การเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ของแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล

- 1) ท่านเห็นด้วยกับการเคลื่อนย้ายเสรีภายใต้ความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมบุคคลธรรมดาของประชาคมอาเซียน (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ของผู้ประกอบการวิชาชีพกลุ่ม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล **หรือไม่** และมีคำแนะนำอย่างไรต่อพันธกรณีดังกล่าวที่ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม
- 2) ท่านคิดว่า ประเทศไทยควรมีแนวทางการรับรองคุณสมบัติบุคลากรสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ รวมทั้งการส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านี้สามารถประกอบ วิชาชีพในประเทศไทยได้อย่างมั่นคง **ได้อย่างไร**
- 3) ท่านคิดว่า ตามหลักความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แนวคิดการทำงานที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน ที่ไม่ใช่ การทำงานทดแทนส่วนขาดของกันนั้น การเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการผลิต พัฒนา และใช้ประโยชน์ผู้ประกอบการวิชาชีพกลุ่ม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เป็นทางออกที่ดีสำหรับการ จัดการปัญหาขาดแคลนกำลังคน และลดผลกระทบจากภาวะสมองไหล **หรือไม่ อย่างไร**
- 4) **ท่านมีความเห็นอย่างไร** ต่อการสร้างคลังทรัพยากรมนุษย์สาขาบริการสุขภาพ (Treasury's Human Capital) ที่ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดหา มาทดแทน รวมทั้งธำรงรักษาไว้ โดยไม่มีข้อจำกัดว่าจะต้องเป็นคนไทยหรือคนต่างชาติ และภาครัฐ หรือเอกชน
