



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้
เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

โดย ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ

มีนาคม 2547

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้
เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

คณะผู้วิจัย	สังกัด
1. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
2. วรัญญา เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ
3. ชะเอม พัทธนี	กลุ่มการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการต่างประเทศที่กรุณาให้ข้อมูลรวมทั้งข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ โดยเฉพาะประเด็นการวิจัยด้านต่างๆ ทำให้ประเด็นการวิจัยมีความชัดเจน และตรงตามความประสงค์ของหน่วยงานมากยิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำอันมีค่า รวมทั้งทบทวนเอกสารร่างงานวิจัยชิ้นนี้ ทำให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ ใคร่ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ให้ความสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การเปิดเสรีการค้าและบริการจากการเจรจาการค้าขององค์การการค้าโลก และการที่ไทยได้เปิดการเจรจา ทวิภาคีกับประเทศต่างๆ หลายประเทศในช่วงปีที่ผ่านมา เป็นการแสดงถึงแนวโน้มของการขยายตัวของการค้า บริการได้อย่างดี ในส่วนของการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น ประเทศไทยได้มีนโยบายส่งเสริมการส่งออก บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และมุ่งให้ไทยเป็นศูนย์กลางของการบริการสุขภาพระหว่างประเทศ โดยเฉพาะบริการที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขันเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น

จากแนวโน้มของการขยายตัวของการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้อง มีการเตรียมความพร้อม และหาองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และปรับตัวให้เหมาะสมกับเงื่อนไขและรูปแบบ การค้าใหม่ของเวทีโลก นอกจากนี้ประเทศไทยมีนโยบายในเรื่องการครอบคลุมประกันสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งเป็น นโยบายคู่ขนานกับนโยบายการเข้าสู่การค้าบริการระหว่างประเทศ การดำเนินนโยบายทั้งสองลักษณะ ไปพร้อมกัน เป็นความท้าทายในเชิงนโยบาย ที่จะให้เกิดผลกระทบด้านลบน้อยที่สุด

การค้าบริการด้านสุขภาพนั้นอาจมีลักษณะที่แตกต่างจากการค้าบริการด้านอื่นๆ คือไม่มีลักษณะเข้าข่าย ของการแข่งขันสมบูรณ์ การใช้แนวคิดเรื่องการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง และมีความเข้าใจในลักษณะของบริการรวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ประโยชน์ของประเทศ จากการค้าบริการด้านสุขภาพอาจไม่ได้คำนึงถึงผลประโยชน์ด้านรายได้แต่เพียงอย่างเดียว แต่การมีสุขภาพดีของ ประชาชนอาจเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ดังนั้นในการค้าบริการด้านสุขภาพนั้น จึงอาจจำเป็นต้องพิจารณาถึงประเด็นการแทรกแซงโดยรัฐที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพของประชาชนโดยส่วนรวมประกอบ ด้วย

การวิจัยชิ้นนี้ มีวัตถุประสงค์หลักคือการจัดทำกรอบการวิจัยระยะ 3 ปี (2547-2549) ด้านการค้าระหว่าง ประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ ซึ่ง จากการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ ข้อเสนอกรอบงานวิจัยด้าน การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีดังนี้

Mode ที่ 1 Cross-border supply

รูปแบบของการค้าบริการรูปแบบที่ 1 คือการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน มีประเด็นที่ควรทำการศึกษา คือ

1. การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของการค้าบริการทางไกลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในด้าน
 - ประเภท ขนาดและความพร้อมของธุรกิจในประเทศไทยในการให้บริการข้ามพรมแดน รวมทั้งประเทศที่มี แนวโน้มเป็นประเทศคู่ค้าหลักของไทยในแต่ละธุรกิจบริการ รวมทั้งรูปแบบการจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการ เป็นแบบใด
 - ความพร้อมทางด้านโครงสร้างพื้นฐานทั้งทางด้านการสื่อสารทางไกล และทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรด้านต่างๆ
 - สถานการณ์ด้านการให้บริการของคนไทยและแนวโน้ม
 - ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคต่อการค้าบริการทางไกล
2. ศึกษากฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการทางไกลข้ามพรมแดน
3. ศึกษาผลกระทบของการค้าบริการทางไกลข้ามพรมแดนโดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของคน ไทย ทั้งในแง่คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และแนวทางในการลดผลกระทบ
4. ศึกษาศักยภาพของไทยในการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน โดยเฉพาะศึกษาหาสาขาบริการที่ไทยมี ศักยภาพ และแนวทางการพัฒนาศักยภาพเพื่อการแข่งขัน และเพิ่มประสิทธิภาพ รวมทั้งศึกษาศักยภาพของ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศใดบ้างที่ไทยมีความสามารถในการแข่งขัน และจะเป็นคู่ค้ากับไทยในอนาคต

Mode 2 Consumption abroad

รูปแบบที่สองคือผู้รับบริการเดินทางไปรับบริการยังอีกประเทศหนึ่ง มีประเด็นที่ควรทำการศึกษาวិจัยสำหรับ Mode ที่ 2 คือ

1. ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของการใช้บริการ
 - ชาวต่างชาติที่มาใช้บริการในประเทศไทยและลักษณะการจ่ายเงิน (จ่ายเอง ประกันสุขภาพ) ประเภทของบริการ และลักษณะของชาวต่างชาติ และศึกษาความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากรของไทยในการให้บริการ
 - รูปแบบ ประเภท และลักษณะของการใช้บริการของคนไทยในต่างประเทศ
 - ประเทศที่เป็นคู่ค้าหลักของไทย
2. ศึกษากฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ เงื่อนไข และนโยบายของการให้ และรับบริการ ทั้งกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และระบบการประกันสุขภาพ ระบบการขนส่งผู้ป่วย และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ
3. ศึกษาผลกระทบของการให้บริการแก่คนต่างชาติต่อระบบบริการสุขภาพคนไทย ทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม รวมทั้งผลกระทบต่อกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข และข้อเสนอแนวทางในการลดผลกระทบ
4. ศึกษาศักยภาพของไทยในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และประเทศที่ไทยควรให้ความสำคัญในการส่งออกบริการ

Mode ที่ 3 Commercial Presence

การคำรบแบบนี้ คือการลงทุนในหน่วยธุรกิจต่างประเทศ ซึ่งใน mode นี้มีประเด็นที่ควรทำการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้ม ของขนาดของการลงทุนของชาวต่างชาติในประเทศไทยในธุรกิจสถานพยาบาล ประเภทของบริการ ประเทศที่เป็นเจ้าของทุน และรูปแบบการบริหารจัดการ รวมทั้ง ขนาดของการลงทุนของคนไทยในต่างประเทศ ประเทศที่ลงทุน และประเภทของบริการ
2. ศึกษากฎหมาย ระเบียบ นโยบาย เงื่อนไข นโยบายส่งเสริมการลงทุน ภาษี ที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในสถานบริการสุขภาพทั้งของประเทศไทย และประเทศอื่นๆที่ไทยมีความพร้อมจะไปลงทุน
3. ศึกษาผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของการลงทุนของชาวต่างชาติในธุรกิจบริการสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพของไทย ทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และการศึกษาหาแนวทางลดผลกระทบต่อการให้บริการของคนไทย โดยอาจศึกษากรณีตัวอย่างจากประเทศอื่นของการลงทุนของต่างชาติในธุรกิจบริการสุขภาพ
4. ศึกษาความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจไทยในการลงทุนในต่างประเทศ ประเภทของธุรกิจ และประเทศที่ควรลงทุน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของไทยในการลงทุนในต่างประเทศ

Mode ที่ 4 Movement of natural persons

การคำบริกรูปแบบนี้คือการเดินทางไปประกอบอาชีพของบุคลากรในต่างประเทศ ประเด็นที่ควรทำการศึกษาวิจัยใน Mode นี้ได้แก่

1. ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้ม ของการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพตามประเภทของบุคลากร ทั้งด้าน Stock and flow ของการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศ และความสามารถในการผลิตแต่ละสาขา รวมทั้งศึกษาความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศในสาขาต่างๆ ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งปัจจัยหลัก และปัจจัยดึงดูด
2. ศึกษากฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข โดยเฉพาะกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายแรงงาน ระเบียบ ข้อบังคับ และเงื่อนไขการทำงานของประเทศไทย ข้อบังคับของสภาวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะ และข้อบังคับอื่นๆ ทั้งของไทย และของประเทศปลายทางที่เป็นเป้าหมายหลัก
3. ศึกษาผลกระทบของการย้ายถิ่นออก และการย้ายถิ่นเข้าของบุคลากรประเภทต่างๆที่มีต่อระบบบริการของไทย และการให้บริการแก่คนไทย รวมทั้งการขาดแคลนกำลังคนในบางสาขา และบางพื้นที่ กรณีศึกษาการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายหลังจากการมีข้อตกลง mutual recognition ของประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป หรือประเทศอื่นที่มีข้อตกลงลักษณะเดียวกัน และผลกระทบต่อประเทศต้นทาง และปลายทาง
4. ศึกษาเพื่อดูความพร้อมและศักยภาพของประเทศไทยในการส่งออกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สาขาต่างๆ ทั้งด้านคุณภาพ กำลังการผลิต และทักษะทางภาษาต่างประเทศ

จากกรอบการวิจัยข้างต้น ในช่วง 3 ปีข้างหน้า งานวิจัยที่มีความสำคัญเร่งด่วนมี 6 เรื่อง คือ

1. การศึกษาเพื่อเตรียมการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย จีน ออสเตรเลีย บาห์เรน และญี่ปุ่น
2. ศึกษาการเข้ามารับบริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย โดยศึกษาความสามารถในการแข่งขันของไทยในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเปรียบเทียบกับประเทศที่เป็นคู่แข่งเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เป็นต้น
3. ศึกษาการลงทุนและแนวโน้มของชาวต่างชาติในประเทศไทย
4. ศึกษาโอกาสและศักยภาพของไทยในการลงทุนในบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในต่างประเทศ โดยเลือกประเทศที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขัน เช่น เวียดนาม กัมพูชา พม่า และจีน
5. ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีกรณีศึกษาการมีข้อตกลง Mutual Recognition ระหว่างประเทศในสหภาพยุโรป
6. ศึกษาศักยภาพของประเทศไทยในการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน โดยมุ่งตลาดสหรัฐอเมริกา และ ศึกษาเปรียบเทียบกับความสามารถในการแข่งขันกับประเทศที่เป็นคู่แข่งกับไทย เช่น อินเดีย

บทคัดย่อ

ความสำคัญของการวิจัย

ประเทศไทยมีนโยบายคู่ขนาน คือ ทางหนึ่งมีนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และมุ่งให้ไทยเป็นศูนย์กลางของการบริการสุขภาพระหว่างประเทศ โดยเฉพาะบริการที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขันเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ขณะเดียวกัน มีนโยบายในเรื่องการครอบคลุมประกันสุขภาพแก่ประชาชน นโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้การค้าบริการด้านนี้มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพแก่คนไทยตามนโยบายการประกันสุขภาพได้ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม และหาองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และปรับตัวให้เหมาะสมกับเงื่อนไขและรูปแบบการค้าใหม่ของเวทีโลก และการดำเนินนโยบายทั้งสองลักษณะไปพร้อมกัน เป็นความท้าทายในเชิงนโยบาย ที่จะทำอย่างไรให้เกิดผลกระทบต่อด้านลบน้อยที่สุด

การวิจัยชิ้นนี้ มีวัตถุประสงค์หลักคือการจัดทำกรอบการวิจัยระยะ 3 ปี (2547-2549) ด้านการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร โดยสืบค้นข้อมูลงานศึกษาวิจัยและข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งในประเทศไทย และระหว่างประเทศ และตั้งกรรมการที่ปรึกษาโครงการเพื่อให้ความเห็นในกรอบแนวคิดและร่างรายงาน

ผลการวิจัย

ข้อเสนอกรอบการวิจัยเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มี 4 ด้านคือ

1. ศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบการค้าบริการ คือ Cross Border Supply, Consumption Abroad, Consumer Presence, และ Presence of Natural Person
2. ศึกษากฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข และนโยบายที่เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้ง 4 รูปแบบ
3. ศึกษาผลกระทบของการค้าบริการโดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของคนไทย และแนวทางในการลดผลกระทบ
4. ศึกษาศักยภาพของไทยในการให้บริการ ความสามารถในการแข่งขัน และประเทศที่ไทยควรให้ความสำคัญในการส่งออกบริการ

จากกรอบการวิจัยข้างต้น ในช่วง 3 ปีข้างหน้า งานวิจัยที่มีความสำคัญเร่งด่วนมี 6 เรื่อง คือ

1. การศึกษาเพื่อเตรียมการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย จีน ออสเตรเลีย บราซิล และญี่ปุ่น
2. ศึกษาการเข้ามารับบริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย โดยศึกษาความสามารถในการแข่งขันของไทยในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเปรียบเทียบกับประเทศที่เป็นคู่แข่งเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เป็นต้น
3. ศึกษาการลงทุนและแนวโน้มของชาวต่างชาติในประเทศไทย
4. ศึกษาโอกาสและศักยภาพของไทยในการลงทุนในบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในต่างประเทศ โดยเลือกประเทศที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขัน เช่น เวียดนาม กัมพูชา พม่า และจีน
5. ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีกรณีศึกษากรณีข้อตกลง Mutual Recognition ระหว่างประเทศในสหภาพยุโรป
6. ศึกษาศักยภาพของประเทศไทยในการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน โดยมุ่งตลาดสหรัฐอเมริกา และ ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันกับประเทศที่เป็นคู่แข่งกับไทย เช่น อินเดีย

ABSTRACT

Statement of Problem

Thailand has dual tracks policy to promote export of trade in health services and at the same time to provide universal coverage for health insurance to Thai people. This results in expansion of trade in this area and subsequently may have impact on the provision of services to Thai population. It is necessary that researches in the area of trade in health services have to be conducted to provide knowledge and recommendations to policymakers in responding to the expansion of health-related trade liberalization and reduce the negative impact on health of Thai population.

Main objective of this study is to provide framework for researches in the area of trade in health services in the next 3 years (2004-2006).

Research Methodology

Documentary research was used to compile information, data and researches at both national and international level. Steering committee was established to provide guidance and recommendations to the research team.

Results:

Four research areas are proposed for each mode of trade in health services i.e cross border supply, consumption abroad, consumer presence and presence of natural person as follows:

1. Situation and trend analysis of trade in health services in four modes of trade.
2. Study on law, regulation, condition, and policies related to 4 modes of trade in health services.
3. Study on impact of trade in health services to health system in Thailand and ways to minimize those impacts.
4. Study health-related sectors that Thailand has potential to develop and has competitive advantages.

Six research topics receive high priority as follows:

1. Study to prepare for bilateral agreements between Thai and U.S, China, India, Australia, Bahrain and Japan.
2. Study on situation of foreigners receives services in Thailand and the competitive advantages of Thailand compare to other countries such as Singapore and Malaysia.
3. Study on situation on foreign direct investment in Thailand.
4. Study on opportunities and potential for Thailand in investment in other countries such as Vietnam, Cambodia, Myanmar and China.
5. Study on impact of liberalization of trade in presence of natural persons in health services and case study of impact on mutual recognition among EU member countries.
6. Study on potential of Thailand to trade in mode 1 on cross border supply with main focus on trade with U.S.A and competitive advantage study between Thai and India.

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	1
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทคัดย่อ 4	
Abstract 5	
บทนำ	1
1. ความเป็นมา.....	1
2. วัตถุประสงค์.....	3
3. ขอบเขต	3
4. วิธีการศึกษา.....	5
การทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ กรอบกติกาการค้าเสรี และ	
ระบบบริการสุขภาพ	8
1. กรอบทฤษฎีการค้าระหว่างประเทศ	8
1.1 ลัทธิพาณิชย์นิยม (Mercantilism, คศ.1500-1800).....	8
1.2 การได้เปรียบสมบูรณ์ (ABSOLUTE ADVANTAGE 1776: Adam Smith's <i>The</i>	
<i>Wealth of Nations</i>)	9
1.3 การได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (David Ricardo: <i>Principles of Political Economy</i>	
1918).....	10
1.4 การจัดสรรปัจจัยการผลิต (Factor Endowments or Factor Proportions: Heckscher,	
Olin Theory, 1919-1933,).....	10
1.5 <i>The Leontief Paradox</i> , 1953	11
1.6 ทฤษฎีวงจรการค้าผลิตภัณฑ์ (Product Life-Cycle Theory, Raymond Vernon,	
1966).....	11
1.7 ทฤษฎีการค้ายุคใหม่ (new trade theory: Romer, Krugman, Helpman: 1980s) ..	12
1.8 ความได้เปรียบในการแข่งขัน (Michael Porter's "diamond": <i>The Competitive</i>	
<i>Advantage of Nations</i>)	12
1.9 การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	13
2. ระบบบริการสุขภาพ	14
2.1. ระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยม (entrepreneurial-type health system).....	14
2.2. ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ (welfare-oriented health system).....	15
2.3 ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ (comprehensive-type health	
system).....	15
2.4 ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม (socialist health system).....	15

3.	กติกการค้าระหว่างประเทศที่สำคัญภายใต้	16
3.1	หลักการสำคัญของ WTO	17
3.2	ความตกลงต่างๆ ภายใต้การกำกับดูแลของ WTO ที่สำคัญ	18
3.2.1.	ความตกลงพหุภาคี (Multilateral Agreements)	18
3.2.3	ปฏิญญาการประชุมระดับรัฐมนตรีขององค์การการค้าโลก (WTO Ministerial Conference)	21
	(1). การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 1	21
	(2). การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 2	21
	(3) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 3	21
	(4) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 4	22
	(5) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 5	22
4.	สถานการณ์การเปิดเสรีด้านการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	22
4.1	การเปิดเสรีการค้าบริการระดับพหุภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	22
4.2	การเปิดเสรีการค้าบริการระดับภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	25
4.2.1.	ASEAN Framework Agreement on Service – (AFAS)	25
4.2.2	เขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA)	25
4.3	การเปิดเสรีการค้าระดับทวิภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	26
4.4	สถานการณ์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประเทศไทย	27
	Mode 1. Cross-border Supply การค้าบริการข้ามพรมแดน	27
	Mode 2. Consumption abroad	27
	Mode 3. Commercial Presence	27
	Mode 4. Movement of Natural Person	28
4.5	ข้อเรียกร้องของไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	28
	Mode 2. Consumption abroad	28
	Mode 3. Commercial Presence	28
	Mode 4. Movement of Natural Person	28
5.	สรุป	29
	องค์ความรู้จากงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	31
1.	สถานการณ์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทยภายใต้กรอบข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ	31
2.	กฎหมาย/ระเบียบ กฎเกณฑ์ ของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	32
2.1	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนเงินตรา	32
2.2	กฎหมายเกี่ยวกับการค้าบริการข้ามพรมแดน (Cross Border Trade)	33
2.3	การใช้บริการต่างแดน (Consumption Abroad)	33
2.4	การเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการ (Commercial Presence)	36
2.4.1	กฎหมายที่บังคับใช้กับหน่วยธุรกิจบริการทุกสาขา	36

2.4.2	กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับในการจัดตั้งหน่วยธุรกิจบริการด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ ..37
2.5	การเข้าทำงานประกอบอาชีพข้ามแดน (<i>Presence of Natural Person</i>)..... 38
2.5.1	กฎหมายเกี่ยวกับการเข้าเมืองและการทำงานของคนต่างด้าว..... 38
2.5.2	กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 38
3.	การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อระบบสุขภาพไทย 41
3.1	การวิจัยเกี่ยวกับการค้าบริการข้ามพรมแดน (<i>Cross Border Trade</i>)..... 41
3.2	การวิจัยการใช้บริการต่างแดน (<i>Consumption Abroad</i>) 42
3.3	การเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการ (<i>Commercial Presence</i>)..... 44
3.4	การเข้ามาทำงานประกอบวิชาชีพ (<i>Presence of Natural Person</i>)..... 44
4.	สรุป 49
	ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ..... 52
1.	ประเด็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 52
2.	กฎหมาย ระเบียบ นโยบาย 53
3.	การวิเคราะห์ประเด็นในภาพรวม..... 53
4.	ประเด็นเฉพาะแต่ละรูปแบบบริการ 54
4.1	Mode ที่ 1 Cross-border supply..... 54
4.2	Mode 2 Consumption abroad 56
4.3	Mode ที่ 3 Commercial Presence..... 59
4.4	Mode ที่ 4 Movement of natural persons 61
	คำถามการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง 65
1.	การศึกษาเพื่อเตรียมการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าที่สำคัญ (FTA) 65
2.	การศึกษาการเข้ามารับบริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย..... 65
3.	การศึกษาการลงทุนของต่างชาติในประเทศไทย 67
4.	การศึกษาโอกาสและศักยภาพของประเทศไทยในการลงทุนในบริการสุขภาพในต่างประเทศ..... 67
5.	การศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข 67
6.	ศึกษาศักยภาพของประเทศไทยในการให้บริการใน Mode ที่ 1 67

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1: ประเภทของระบบสุขภาพแห่งชาติ : ระดับทางเศรษฐกิจและนโยบายด้านระบบสุขภาพ.....	16
ตารางที่ 2: การประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศในกลุ่ม OECD ที่สามารถใช้บริการในประเทศอื่นได้.....	35
ตารางที่ 3: สรุปรายชื่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศ.....	40
ตารางที่ 4: จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติจำแนกตามภูมิภาคของผู้มารับบริการ ปี พ.ศ. 2543-2544.....	43
ตารางที่ 5: รายชื่อโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.....	46
ตารางที่ 6: รายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนที่มีชาวต่างชาติ รวมถือหุ้น, 2531-2546.....	47

สารบัญรูป

รูปที่ 1: รูปแบบการค้าระหว่างประเทศ.....	2
รูปที่ 2: กรอบการวิเคราะห์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ.....	6
รูปที่ 3: ปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ.....	13
รูปที่ 4: จำนวนแพทย์ต่างชาติที่สอบใบอนุญาตผ่าน ปี 2489-2546.....	45

สารบัญภาคผนวก

ภาคผนวก 1: รายชื่อคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ.....	69
ภาคผนวก 2: ข้อเรียกร้องต่อประเทศไทย และข้อเสนอของประเทศไทย.....	70
ภาคผนวก 3: กิจกรรมภายใต้สาขาบริการต่างๆ ที่ไทยได้ผูกพันการเปิดตลาดใน WTO.....	72
ภาคผนวก 4: ประมวลรายชื่อเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งต่างประเทศและประเทศไทยจำแนกตามประเภทเอกสาร.....	75

รายการเอกสารแนบ

เอกสารแนบ 1: บทความเรื่องที่ 1.....	i
เอกสารแนบ 2: บทความเรื่องที่ 2.....	iii
เอกสารแนบ 3: กิจกรรมการดำเนินงาน.....	vi
เอกสารแนบ 4: สรุปรายงานการประชุมคณะที่ปรึกษาโครงการ.....	viii

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมา

การเปิดเสรีการค้าและบริการจากการเจรจาการค้าขององค์การการค้าโลก ร่วมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ขอบเขตของการให้บริการทางการแพทย์ขยายตัวออกนอกเขตแดนอย่างไม่เคยมีมาก่อน การค้าระหว่างประเทศในบริการสุขภาพเป็นสาขาที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยนั้น การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอาจไม่สามารถระบุตัวเลขที่ชัดเจนได้เนื่องจากระบบข้อมูลที่ยังไม่แยกการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพออกจากการค้าบริการด้านอื่นๆ แต่จะเห็นว่ารายรับจากภาคบริการมีมูลค่าสูงถึง 658,247 ล้านบาท ในปี 2545 และมีดุลบริการ 212,254 ล้านบาท [1]

ประเทศไทยได้เข้าเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ทำให้ต้องผูกพันกับข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศหลายข้อตกลง เช่น General Agreement on Trade in Services (GATS), Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS), Agreement on Technical Barriers to Trade (TBT) เป็นต้น โดยในส่วนของการค้าบริการนั้นประเทศไทยได้ผูกพันกับ GATS ที่จะเปิดเสรีใน 10 สาขาบริการ ได้แก่

- สาขาบริการด้านธุรกิจ
- สาขาบริการด้านสื่อสารโทรคมนาคม
- สาขาบริการด้านการก่อสร้างและวิศวกรรมกรรมการก่อสร้าง
- สาขาบริการด้านการจัดจำหน่าย สาขาบริการด้านสิ่งแวดล้อม
- สาขาบริการด้านการเงิน
- สาขาบริการด้านการศึกษา
- สาขาบริการด้านนันทนาการ วัฒนธรรม และการกีฬา
- สาขาบริการด้านการท่องเที่ยว
- สาขาบริการด้านการขนส่ง

โดยไทยยังไม่ได้ผูกพันสาขาบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการสังคมและ สาขาบริการด้านอื่นๆ

GATS ได้กำหนดนิยามของการค้าบริการระหว่างประเทศ ไว้ 4 รูปแบบ ดังนี้ [2]

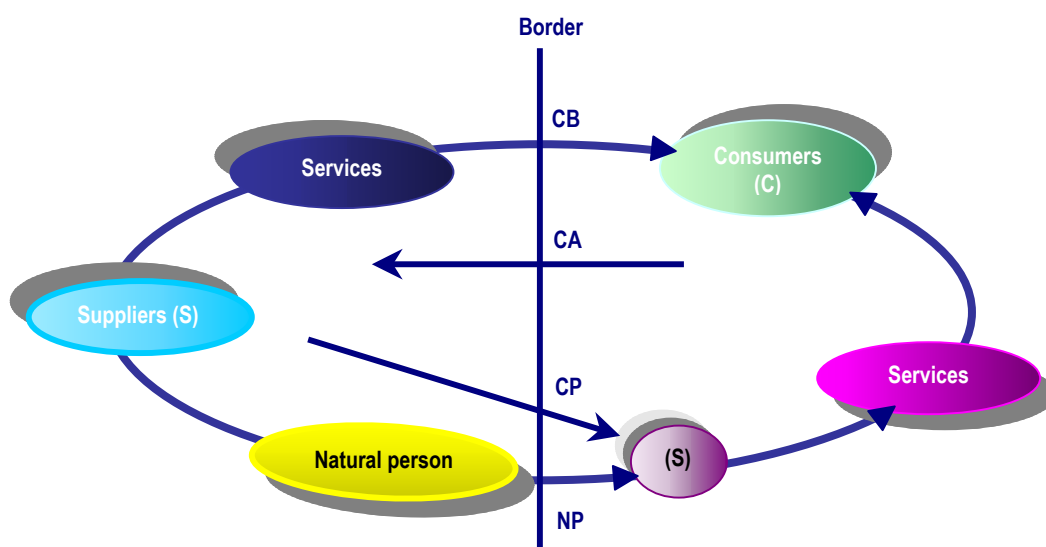
1. Cross-border Supply (CB) การค้าบริการข้ามพรมแดน โดยผู้ให้บริการและผู้รับบริการอยู่คนละประเทศ ซื้อขายบริการผ่านสื่อ เช่น tele-medicine การศึกษาทางไกล

2. Consumption Abroad (CA) การค้าที่ผู้รับบริการเดินทางออกนอกประเทศของตนไปใช้บริการในอีกประเทศหนึ่ง เช่น ชาวต่างชาติเดินทางมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย คนไทยเดินทางไปศึกษาต่อหรือรับการรักษาพยาบาลที่ต่างประเทศ อันเนื่องมาจากบริการในประเทศของตนมีคุณภาพไม่ดี หรือมีราคาแพง

3. Commercial Presence (CP) การค้าบริการที่นักลงทุนจากประเทศหนึ่ง เข้าไปลงทุนตั้งหน่วยธุรกิจ ในอีกประเทศหนึ่ง เพื่อผลิตบริการขายให้แก่ผู้ซื้อบริการในประเทศนั้นๆ เช่น ชาวต่างชาติมาลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

4. Presence of Natural Person (PN) บุคคลจากประเทศหนึ่งเข้าไปประกอบวิชาชีพ หรือทำงานด้านบริการในอีกประเทศหนึ่งเป็นการชั่วคราว เช่น แพทย์จากประเทศหนึ่งไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนของอีกประเทศหนึ่ง

รูปที่ 1: รูปแบบการค้าระหว่างประเทศ



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ

นอกจากข้อผูกพันภายใต้การค้าบริการในระดับพหุภาคี หรือองค์การการค้าโลกแล้ว ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของกลุ่มเศรษฐกิจอื่นๆ เช่น APEC และ ASEAN ต้องปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่มในด้านการค้าบริการด้วย เช่น กรอบความตกลงว่าด้วยการบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services – AFAS) ซึ่งได้มีการเจรจาการค้าบริการใน 7 สาขา คือ การเงิน การท่องเที่ยว การสื่อสารโทรคมนาคม การพาณิชย์นาวี การขนส่งทางอากาศ การก่อสร้าง และการบริการธุรกิจ ในขณะที่ภายใต้ APEC ประเทศสมาชิกสนับสนุนให้มีการเปิดเสรีการค้าบริการมากขึ้น

ปัจจุบัน รัฐบาลไทยได้มีนโยบายเปิดการค้าเสรีกับประเทศต่างๆ ในลักษณะของการเจรจาการค้าทวิภาคีมากขึ้น อีกทั้งมีนโยบายส่งเสริมการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และมุ่งให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการบริการสุขภาพระหว่างประเทศ (Thailand as an Excellent International Centre for Health) และมีการส่งเสริมการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในรูปแบบต่างๆ

การส่งเสริมหรือการเปิดตลาดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจะทำให้มีการขยายตัวของเศรษฐกิจมากขึ้น ขณะเดียวกันก็อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไทยโดยรวม เพราะการที่มีผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลสืบเนื่องให้มีการระในการบริการผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยรวมเพิ่มขึ้นและ

ความต้องการในการใช้ทรัพยากรเพื่อการให้บริการก็เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งได้มีการคาดการณ์ว่า หากจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาในประเทศไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ต่อปี คาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าภาระงานของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยชาวต่างชาติจะเท่ากับการดูแลผู้ป่วยไทย 12.5-18.5 ล้านราย [3] ทำให้ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากภาครัฐเข้าสู่ภาคเอกชนมากขึ้น และเกิดการขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐ โดยเฉพาะในชนบท

ในขณะเดียวกัน รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยในประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ นโยบายดังกล่าว ได้เพิ่มอุปสงค์ต่อบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากโดยเฉพาะในภาครัฐ แต่หากเกิดการขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐประชาชนอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ซึ่งการจะดำเนินนโยบายคู่ขนาน (เปิดตลาดบริการสุขภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ดังกล่าวให้ได้ผลดี และเกิดผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด เป็นเรื่องที่ทำนายความสามารถของนักวิเคราะห์นโยบาย นักวิชาการ นักการเมือง และสังคมไทยโดยรวม

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ไปบ้างระดับหนึ่ง [ดูเอกสารอ้างอิง 2 และ 4-7] แต่ยังเป็นการศึกษาที่ค่อนข้างจะทำในลักษณะมหภาค และกระจัดกระจาย องค์ความรู้ที่ได้ยังไม่ลึกและละเอียดเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาการแข่งขันและแก้ไขผลกระทบได้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยได้จัดทำโครงการฐานความรู้ด้านกติกาและมาตรการสากลกับการค้าระหว่างประเทศ โดยให้มีการจัดทำแผนวิจัยระยะ 3 ปี เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ในการตอบสนองต่อความท้าทายของนโยบายคู่ขนานดังกล่าวในด้านบริการสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ และสังเคราะห์กรอบแนวคิด รวมทั้งคำถามวิจัยที่สำคัญเพื่อจัดทำกรอบการวิจัยที่สามารถนำไปสร้างความรู้เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางในการตอบสนองการดำเนินการตามนโยบายคู่ขนานดังกล่าวในระยะสั้น ปานกลาง และระยะยาวต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาและประมวลข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
- 2.2 เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นที่จำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อการเตรียมพร้อมในการแข่งขันและรองรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
- 2.3 เพื่อจัดทำกรอบการวิจัยระยะ 3 ปี (2547-2549) ด้านการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

3. ขอบเขต

- 3.1 การศึกษานี้ครอบคลุมการค้าบริการภายใต้ข้อตกลงองค์การการค้าโลก (Multilateral) การค้าระดับภูมิภาค (Regional) และการค้าทวิภาคี (Bilateral) ทั้ง 4 รูปแบบการค้าบริการ
- 3.2 เน้นสาขาการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสาขาต่อไปนี้

3.2.1 สาขาบริการด้านธุรกิจ (Business)

(1) สาขาย่อย วิชาชีพ (Subsector A : Professional services)

- สาขาย่อย 1.A.h CPC 9312 : บริการวิชาชีพทางการแพทย์และทันตกรรม (Medical and dental services)

- CPC 93121: General medical services,
- CPC 93122: Specialized medical services,
- CPC 93123: Dental Services

- สาขาย่อย 1.A.j CPC 93191 : บริการวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาลอื่นๆ (Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and para-medical personnel) เช่น พยาบาล และผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาต่างๆ

3.2.2 สาขาบริการการจัดจำหน่าย (Distribution Services)

- (1) สาขาย่อย 4.C CPC 611 to 632: การค้าปลีก (Retailing services) ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การค้าปลีกเวชภัณฑ์ (ร้านขายยา)

3.2.3 สาขาบริการการศึกษา (Education services)

- (1) สาขาย่อย 5.D CPC 92440 : บริการการศึกษาด้านวิชาชีพ และการอบรมระยะสั้น (Professional and / or short courses education services)

3.2.4 สาขาบริการการเงิน (Financial services)

- (1) สาขาย่อย A การประกันภัย (Insurance services)
 - 7.A.a CPC 8121: การประกันชีวิต (life insurance services)
 - CPC 81211: การประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ (life accident and health Insurance services)
 - 7.A.b CPC 8129: การประกันวินาศภัย (non-life Insurance services)
 - CPC 81291: การประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ (accident and health insurance services)

3.2.5 สาขาบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม (Health-related and social services)

สาขาย่อย

- 8.A CPC 9311: บริการโรงพยาบาล (Hospital services)
- 8.B CPC 9319 : บริการสุขภาพอื่นๆ (Other human health services) เช่นบริการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การนำส่งผู้ป่วย, การดูแลและให้คำปรึกษาขณะตั้งครรภ์ ก่อนคลอด หลังคลอด, การพยาบาลที่ไม่ได้ เข้าพักในโรงพยาบาล, การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน, งานอนามัยแม่และเด็ก, กายภาพบำบัด, วจีบำบัด, อาชีวบำบัด, การฝังเข็ม และ การแนะนำโภชนาการ
- 8.C CPC 933: บริการทางสังคม (Social services) เช่นสถานพักฟื้นคนชรา คนพิการ และผู้ติดยาเสพติด

3.2.6 สาขาบริการด้านสื่อสารโทรคมนาคม (Telecommunication)

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ Telemedicine

3.2.7 สาขาสิ่งแวดล้อม (Environment)

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมลพิษและการบริการน้ำสะอาด

3.2.8 สาขาบริการด้านการท่องเที่ยว (Tourism)

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ

3.2.9 สาขาบริการด้านการขนส่ง (Transport)

เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสุขภาพ

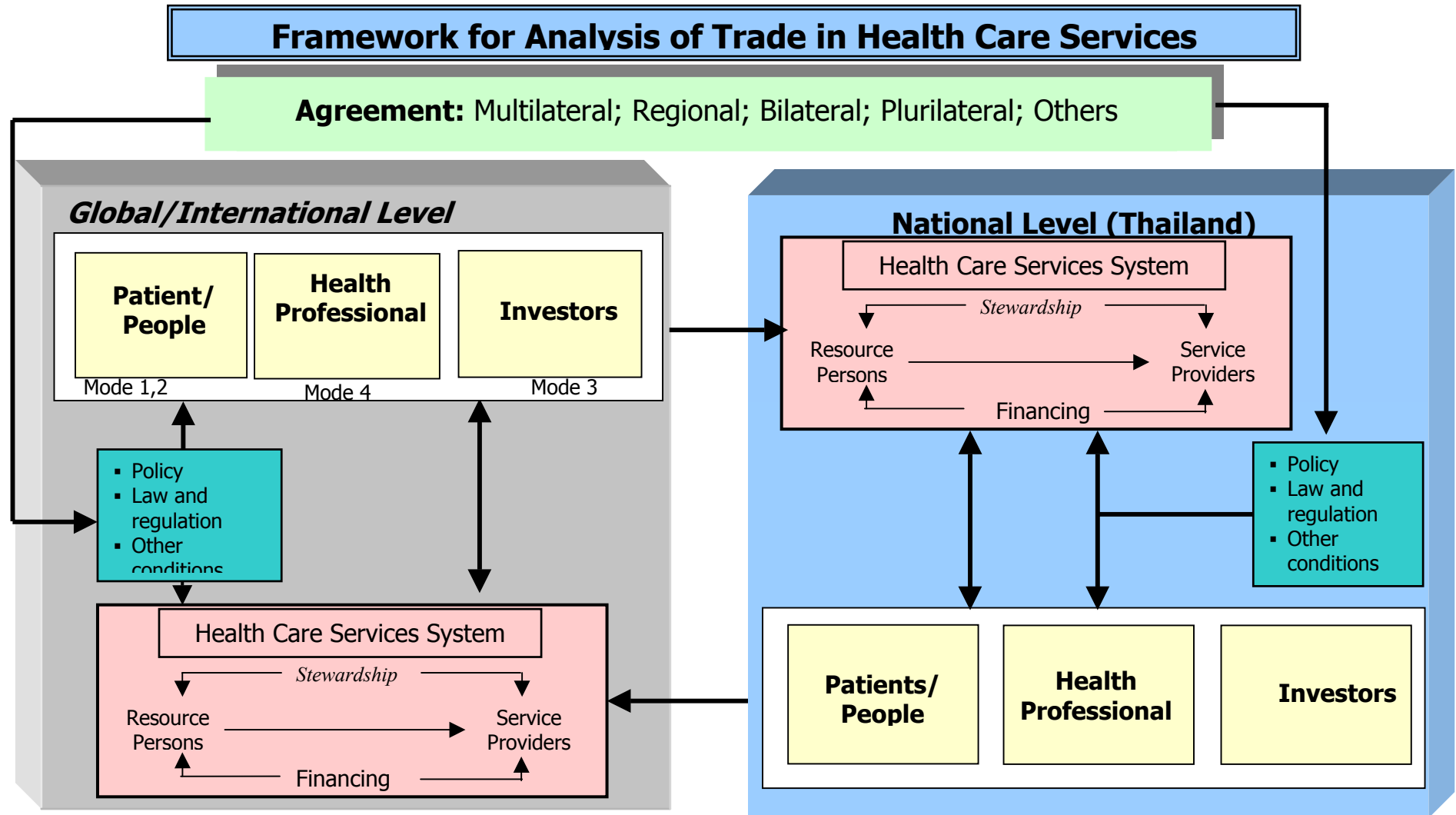
- 3.3 การศึกษานี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ คือ
- 3.3.1 การศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของประเทศในการแข่งขัน
 - 3.3.2 การศึกษาเพื่อรองรับผลกระทบจากการค้าบริการระหว่างประเทศที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศ
 - 3.3.3 ความสอดคล้องเชื่อมโยง (coherent) ของการดำเนินนโยบายสุขภาพเพื่อคนไทยและนโยบายการค้าระหว่างประเทศ

4. วิธีการศึกษา

- 4.1 รวบรวมข้อมูล องค์ความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องดังกล่าว จากแหล่งต่างๆ เช่น รายงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ทบทวนเอกสาร กฎหมายข้อตกลงระหว่างประเทศ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เพื่อจัดทำ mapping แสดงแหล่งข้อมูลและการศึกษาวิจัยที่มีอยู่
- 4.2 จัดตั้งทีมที่ปรึกษาโครงการ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แนะแนวทางและทบทวนผลจากการประมวลและรวบรวมข้อมูลในข้อ 4.1
- 4.3 วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะและองค์ความรู้ที่ได้ และจัดทำประเด็นวิจัย เพื่อนำเสนอต่อทีมที่ปรึกษาโครงการ และที่ประชุมระดมสมองเพื่อให้ความคิดเห็นต่อประเด็นที่ควรมีการศึกษาวิจัย
- 4.4 จัดประชุมระดมสมอง นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง ทั้งในสถาบันการศึกษา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์กรวิชาชีพ องค์กรธุรกิจ และองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อให้ความเห็น ประเด็นและทิศทางการศึกษาวิจัย และกรอบการวิจัยระยะ 3 ปี
- 4.5 พัฒนาการอบการวิจัยในระยะเวลา 3 ปี (2547-2549)



รูปที่ 2: กรอบการวิเคราะห์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ



Note: Mode 1=Cross Border Supply; Mode 2=Consumption Abroad; Mode 3=Commercial Presence; Mode 4=Movement of Health Personnel

เอกสารอ้างอิง

1. ธนาคารแห่งประเทศไทย, ดุลการชำระเงิน (<http://www.bot.or.th>)
 2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, รายงานการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์, 2546.
 3. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน เสนอต่อคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 15 มกราคม 2546
 4. สมชาย สุขสิริเสรีกุล, การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านสังคมและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าและบริการด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2542.
 5. วัฒนา สุวรรณแสง จันเจริญ และคณะ, การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคม และระบบสาธารณสุขไทย และการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าและบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
 6. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ผลกระทบของ GATS ต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย. นนทบุรี : แพทยสภา, 2542.
 7. Singkaew S, Chaichana S. **The case of Thailand**. In: Zarrilli S, Kinnon C. editors. International trade in health services: a development perspective. United Nations Conference on Trade and Development, 1998.
-

บทที่ 2

การทบทวนกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการค้าระหว่างประเทศ กรอบกติกาการค้าเสรี และระบบบริการสุขภาพ

1. กรอบทฤษฎีการค้าระหว่างประเทศ

การค้าระหว่างประเทศเกิดขึ้นเนื่องจากประเทศต่างๆ มีทรัพยากรซึ่งเป็นปัจจัยในการผลิตและความชำนาญในการผลิตสินค้าและบริการต่างกัน หรืออาจมีความสามารถในการผลิตสินค้าชนิดเดียวกันได้ด้วยต้นทุนที่แตกต่างกัน ประเทศที่มีทรัพยากรมากก็มักจะได้เปรียบในการผลิตสินค้าซึ่งต้องใช้ทรัพยากรนั้นๆ เป็นปัจจัยหลักในการผลิต เพราะทำให้ราคาต้นทุนของปัจจัยในการผลิตชนิดนั้นถูกกว่าโดยเปรียบเทียบประเทศอื่นที่ขาดแคลนปัจจัยการผลิตชนิดดังกล่าว อย่างไรก็ตามความมากน้อยของทรัพยากรการผลิตที่มีอยู่ก็มิใช่สิ่งที่กำหนดต้นทุน และความได้เปรียบในการผลิตเสมอไป เพราะประสิทธิภาพของการผลิตก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งด้วยเช่นกัน⁽¹⁾

การค้าระหว่างประเทศโดยทั่วไปนั้น แต่ละประเทศจะผลิตสินค้าที่ตนเองมีความถนัดเพื่อส่งออก ขณะเดียวกันก็จะนำเข้าสินค้าที่ไม่สามารถผลิตเองได้ในประเทศ หรือผลิตได้แต่มีต้นทุนในการผลิตสูงกว่า เมื่อเป็นเช่นนี้จึงเสมือนการแบ่งงานกันทำระหว่างประเทศนั่นเอง ในด้านการผลิตสินค้านั้นทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด ในด้านการบริโภค ทำให้สามารถบริโภคสินค้าและบริการต่าง ๆ ได้หลากหลายประเภทในราคาที่ถูกลง การค้าระหว่างประเทศจึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ประเทศต่างๆ ได้รับประโยชน์ร่วมกัน และประชาชนต่างๆ ทั่วโลกมีมาตรฐานการครองชีพโดยเฉลี่ยสูงขึ้น

ทฤษฎีทางการค้าระหว่างประเทศมุ่งที่จะตอบคำถามว่า จะผลิตสินค้าอะไรเพื่อการส่งออกและควรนำเข้าสินค้าอะไร การค้าระหว่างประเทศมีในระดับใด และจะทำการค้าระหว่างประเทศกับประเทศใด ทั้งนี้ การค้าระหว่างประเทศโดยทั่วไปจะเป็นการค้าขายแลกเปลี่ยน“สินค้า” มากกว่า “บริการ” ด้วยเหตุความเชื่อว่า “บริการ” นั้นไม่สามารถจับต้องได้ (intangible) ไม่สามารถเห็นได้ (invisible) ส่วนใหญ่อาศัยปัจจัยการผลิตขั้นกลาง (intermediate inputs)¹ อีกทั้งต้องผลิตและบริการต่อเนื่องกันไปทำให้ไม่สามารถเก็บรักษาหรือสะสมไว้ได้ (nonstorable) จึงไม่อาจเกิดการแลกเปลี่ยนเชิงการค้าได้ (non-tradable) ดังนั้นการค้าระหว่างประเทศในระยะแรกๆ จึงละเอียดและไม่ได้ให้ความสำคัญกับการค้า “บริการ” มากนัก แนวคิดทฤษฎีการค้าระหว่างประเทศหลักๆ มีดังนี้

1.1 ลัทธิพาณิชย์นิยม (MERCHANTILISM, ค.ศ.1500-1800)

การดำเนินนโยบายการค้าแบบพาณิชย์นิยมเกิดขึ้นในช่วง ปี ค.ศ. 1500-1800 ซึ่งเป็นช่วงของสงครามศาสนาและสงครามการค้า ทำให้รัฐต้องมีรายได้หรือสะสมทรัพย์สินเพื่อคงอำนาจทางการเมืองและอำนาจของรัฐ รวมทั้งเชื่อว่าการล่าอาณานิคมเป็นวิธีการที่เหมาะสมในการได้มาซึ่งโลหะมีค่าเช่นทองคำ และเงิน อีกทั้งแหล่งวัตถุดิบราคาถูกในการผลิตสินค้า เพื่อการสร้างความมั่งคั่งของประเทศ ทำให้มีทรัพย์สินพอกพูนขึ้น ลักษณะเด่นของการดำเนินนโยบายการค้าแบบพาณิชย์นิยมได้แก่

¹ ตัวอย่างเช่นการขนส่ง การเก็บรักษา การทำการตลาด เป็นบริการในกระบวนการการผลิตสินค้าเพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด

- (1) การให้ความสำคัญกับบทบาทของรัฐในการแทรกแซงและควบคุมการค้าในธุรกิจทางเศรษฐกิจผ่านบริษัทการค้าต่าง ๆ (corporations & trading companies)
- (2) นിയมการผูกขาดการค้าและจำกัดการแข่งขัน โดยรัฐเป็นผู้ให้สิทธิในการทำการค้า (giving exclusive trading rights) แก่หน่วยธุรกิจในรูปแบบของการให้สิทธิบัตร (patent) หรือสัมปทานในการดำเนินธุรกิจ ยกตัวอย่างเช่นบริษัทอีสต์อินเดีย (East India Company) ในช่วงต้นศตวรรษที่ 1700 เป็นต้น สนธิสัญญาระหว่างประเทศต่าง ๆ ล้วนกระทำให้ขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิพิเศษในทางการค้า (exclusive trading privileges)
- (3) การกำหนดกติกาการค้าระหว่างประเทศ (Regulation of international trade) เพื่อวัตถุประสงค์ในคงความได้เปรียบในทางการค้าหรือเกินดุลให้มากที่สุด จึงสนับสนุนการส่งออกให้มากที่สุด โดยการอุดหนุนสินค้าออก (subsidy) ในขณะเดียวกันก็จำกัดการนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศ โดยการตั้งกำแพงภาษี และจำกัดโควตาการนำเข้า เพื่อการค้าเกินดุลและทำรายได้เข้ารัฐ
- (4) การปกป้องผู้ผลิตในประเทศ โดยมีให้ผลิตภัณฑ์ชนิดเดียวกันจากประเทศอื่นมาขายแข่งกับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตได้ในประเทศ

กลุ่มประเทศที่สร้างความมั่งคั่งในการดำเนินนโยบายเศรษฐกิจและการค้าแบบพาณิชย์นิยมได้แก่อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ และสเปน เป็นต้น จุดอ่อนของลัทธิพาณิชย์นิยมคือเมื่อประเทศหนึ่งได้ประโยชน์จากการส่งออกก็ย่อมหมายความว่าอีกประเทศหนึ่งเสียประโยชน์นั้นไป ซึ่งอาจทำให้แต่ละประเทศก็เกิดการนำเข้าสินค้าและเร่งการส่งออกซึ่งเป็นการจำกัดการค้าระหว่างประเทศ นอกจากนี้นโยบายล่าอาณานิคมทางการค้าทำให้แนวโน้มของตลาดใหม่เกิดขึ้นยากเพราะประเทศเหล่านั้นได้รับผลตอบแทนจากการขายวัตถุดิบต่ำ ในขณะที่ต้องซื้อสินค้าที่ผลิตแล้วในราคาสูง (finished goods) จึงเกิดแนวคิดใหม่ที่พยายามแก้ปัญหาจากลัทธิพาณิชย์นิยม คือ **ทฤษฎีลัทธิพาณิชย์นิยมใหม่ (Neomercantilism)** แม้ว่า โดยการส่งออกสินค้าที่ผลิตได้เกินกว่าความต้องการบริโภคในประเทศ (surplus) และในขณะเดียวกันก็คำนึงถึงเป้าหมายทางการเมืองและสังคมบางประการด้วย [1] เช่นการจ้างงานเต็มที แทนการคำนึงถึงการเกินดุลการค้าแต่เพียงวัตถุประสงค์เดียว

1.2 การได้เปรียบสมบูรณ์ (ABSOLUTE ADVANTAGE 1776: ADAM SMITH'S THE WEALTH OF NATIONS)

ในขณะที่แบบแผนการค้าระหว่างประเทศในช่วงศตวรรษก่อน มีลักษณะผูกขาดและกีดกันทางการค้า เพื่อสะสมความมั่งคั่ง และทองคำสำรองแก่รัฐ นักเศรษฐศาสตร์สำนักคลาสสิก ชื่อ อדם สมิท เชื่อว่าความมั่งคั่งของประเทศนั้นมาจากประชาชนสามารถบริโภคสินค้าและบริการได้สูงสุดตามที่ต้องการ ทั้งนี้การที่จะสามารถผลิตสินค้าได้มากที่สุดเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในประเทศนั้น ประเทศนั้นควรใช้ทรัพยากรทั้งหมดที่มีอยู่ไปในการผลิตสินค้าที่ตนเองมีความชำนาญมากที่สุด ในขณะเดียวกันก็นำเข้าสินค้าที่หากผลิตเองแล้วจะแพงกว่าโดยเปรียบเทียบ [1] ดังนั้น การค้าระหว่างประเทศจึงค่อนข้างเป็นไปอย่างเสรี แทนการกีดกันทางการค้า และเกิดขึ้นจากการที่ต่างฝ่ายได้เปรียบโดยเด็ดขาดในการผลิตสินค้าต่างชนิดกัน แล้วมาแลกเปลี่ยนสินค้าที่ตนเองต้องการ แต่ไม่มีความชำนาญในการผลิตผ่านระบบตลาด ทำให้ต่างฝ่ายล้วนได้รับประโยชน์โดยประชาชนมีสินค้าเพื่อบริโภคมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับถ้าไม่มีการค้าต่อกัน

ภายใต้ทฤษฎีนี้ความได้เปรียบอย่างสมบูรณ์ของประเทศในการผลิตสินค้า นอกจากเกิดขึ้นจากการได้เปรียบตามธรรมชาติ เช่น สภาพของดินฟ้าอากาศ การมีแรงงานในประเทศจำนวนมาก แล้วยังเกิดขึ้นจากการที่แต่ละประเทศต่างมีความชำนาญเฉพาะอย่าง (specialization) จากการพัฒนาเครื่องมือเครื่องจักรที่ใช้ในการผลิต การพัฒนากระบวนการผลิตและขั้นตอนการผลิต และการพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน จนทำให้มีประสิทธิภาพและมีความ

เชี่ยวชาญในผลิตสินค้าบางชนิดได้ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าประเทศอื่นและส่งออกสินค้าชนิดนั้น ยกตัวอย่างเช่นการพัฒนาหัตถอุตสาหกรรม (Manufacturing) ของสหราชอาณาจักรจาก ในห้วงเวลาดังกล่าว ซึ่งมีพัฒนาเครื่องจักรกลในการผลิตเป็นการเฉพาะ แรงงานมีความชำนาญเฉพาะอย่าง โดยเป็นการผลิตสินค้าชนิดเดียวจนเกิดความชำนาญและเกิดการประหยัดต่อขนาดขึ้น (economy of scale) ตลอดจนมีความสามารถในการผลิตสินค้า ให้แตกต่างจากคู่แข่งกัน ภายใต้สมมุติฐานสำคัญคือแต่ละประเทศล้วนมีความได้เปรียบอย่างสมบูรณ์ในการผลิตสินค้าบางชนิดทำให้เกิดความสมดุลย์กัน ทำให้ระดับการบริโภคของแต่ละประเทศเพิ่มขึ้นเมื่อทำการค้าซึ่งกันและกัน

หลักการพื้นฐานของการค้าระหว่างประเทศตามทฤษฎีนี้ เป็นพัฒนาการของเศรษฐกิจทุนนิยมโดยมีแรงงานรับจ้างเป็นปัจจัยพื้นฐานในการผลิต

1.3 การได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (DAVID RICARDO: PRINCIPLES OF POLITICAL ECONOMY 1918)

ทฤษฎีนี้สนับสนุนการค้าเสรี โดยในปี ค.ศ. 1918 David Ricardo เสนอว่าแม้ประเทศหนึ่งจะเสียเปรียบในการผลิตสินค้าทุก ๆ ชนิดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศคู่ค้าของตน ประเทศนั้นก็ยังสามารถได้ประโยชน์จากการการค้าระหว่างประเทศ หากจะผลิตและส่งออกเฉพาะสินค้าชนิดที่ตนมีความเสียเปรียบโดยสมบูรณ์น้อยกว่า การค้าระหว่างประเทศเกิดจากการที่แต่ละประเทศมีต้นทุนเปรียบเทียบแตกต่างกัน การแลกเปลี่ยนสินค้ากันส่งผลให้ผลผลิตของโลกเพิ่มขึ้น เนื่องจากแต่ละประเทศจะผลิตสินค้าที่ตนมีความชำนาญมากที่สุด และค้าขายไปยังต่างประเทศ อย่างไรก็ตามเมื่อประเทศมีการผลิตเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับหนึ่งแล้ว ความได้เปรียบดังกล่าวจะลดลงเนื่องจากจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเพิ่มมากขึ้น (Diminishing returns to scale) ทฤษฎีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบนี้เป็นที่รู้จักแพร่หลาย และใช้อธิบายสาเหตุของการค้าระหว่างประเทศจนทุกวันนี้ [1]

ข้อแตกต่างของการได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ และการได้เปรียบเชิงสมบูรณ์ คือแบบแผนการค้าระหว่างประเทศในลักษณะของการได้เปรียบอย่างสมบูรณ์นั้นเป็นเปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรในการผลิตสินค้าระหว่างประเทศ โดยที่ประเทศคู่ค้ามีความชำนาญในการผลิตสินค้าต่างกัน แล้วนำสินค้าที่ตนผลิตมาค้าขายแลกเปลี่ยนกันในขณะที่การค้าระหว่างประเทศภายใต้ทฤษฎีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบนั้น เป็นกรณีที่แม้ประเทศหนึ่งจะเสียเปรียบอย่างสิ้นเชิงในการผลิตสินค้าไม่ว่าชนิดใด ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศคู่ค้า แต่เมื่อยึดหลักการใช้ทรัพยากรภายในของแต่ละประเทศอย่างคุ้มค่า แล้วจึงต้องเปรียบเทียบจากการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ภายในประเทศสำหรับผลิตสินค้าต่างชนิดกัน แล้วเปรียบเทียบต้นทุนในการผลิตสินค้านั้นกับประเทศคู่ค้า แล้วทำการค้าระหว่างประเทศในประเภทสินค้าที่ตนเสียเปรียบน้อยที่สุดทำให้ประเทศคู่ค้าทั้งสองประเทศล้วนได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นจากการที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของตนอย่างคุ้มค่า

อย่างไรก็ตามทั้งทฤษฎีการได้เปรียบเชิงสมบูรณ์และการได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบยึดหลักความชำนาญเฉพาะด้าน คือ ผลลัพธ์จะเพิ่มขึ้นเมื่อมีความชำนาญมากขึ้น ซึ่งประเทศจะต้องเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดจากผลผลิตที่ดีที่สุด และจากความชำนาญเฉพาะด้านเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

1.4 การจัดสรรปัจจัยการผลิต (FACTOR ENDOWMENTS OR FACTOR PROPORTIONS: HECKSCHER, OLIN THEORY, 1919-1933,)

ทฤษฎีของสมิธและริคาร์โด ไม่ได้อธิบายถึงชนิดของสินค้า เนื่องจากทฤษฎีเหล่านี้ มีข้อสมมติว่า กลไกตลาดเสรีจะทำให้ผู้ผลิตสามารถผลิตสินค้าที่มีประสิทธิภาพ และหลีกเลี่ยงสินค้าที่ตนไม่สามารถผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม นักเศรษฐศาสตร์ ชาวสวีเดน 2 คน คือ Eli Heckscher และ Bertil Ohlin ได้พัฒนาทฤษฎีการจัดสรรปัจจัยการผลิตขึ้นมา โดยเห็นว่าความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบนั้นเกิดจากความแตกต่างกันของปัจจัยการผลิตพื้นฐานที่แต่ละประเทศมีอยู่ (Factor Endowments) ซึ่งทำให้ต้นทุนและราคาปัจจัยการผลิต (Factor Prices) ระหว่างประเทศคู่ค้าแตกต่างกัน และจัดเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดของการค้า (โดยมีสมมุติฐานว่าเทคโนโลยีและรสนิยมเหมือนกัน) [1] การค้าระหว่างประเทศตามทฤษฎีนี้เกิดจากการที่แต่ละประเทศมีปัจจัยในการผลิตต่าง

กัน มิใช่เกิดจากการมีประสิทธิภาพการผลิตที่ต่างกัน โดยแต่ละประเทศจะส่งออกสินค้าที่ประเทศตนมีปัจจัยการผลิตมากโดยเปรียบเทียบเนื่องจากปัจจัยการผลิตดังกล่าวมีเหลือเฟือในประเทศและมีราคาถูก และนำเข้าสินค้าที่ปัจจัยการผลิตในประเทศตนหายากโดยเปรียบเทียบ เพราะขาดแคลนปัจจัยการผลิตหรือมีราคาแพง ทั้งนี้การค้าระหว่างประเทศตามทฤษฎีนี้ยังเป็นการค้าแบบได้เปรียบแบบสัมพัทธ์ (relative advantage)

1.5 THE LEONTIEF PARADOX, 1953

จากทฤษฎีการจตุรปัจจัยการผลิตข้างต้น ได้มีข้อโต้แย้ง โดย Leontief ได้ศึกษาปัจจัยนำเข้าและผลผลิตในการผลิตสินค้าเข้าและสินค้าออกของสหรัฐอเมริกา และพบว่าสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีทุนมาก แต่กลับส่งออกสินค้าที่ใช้แรงงานในการผลิต (แม้ว่าโดยเปรียบเทียบแล้วค่าแรงของสหรัฐอเมริกาส่งออกสูงกว่าที่อื่นก็ตาม) กล่าวคือส่งออกสินค้าเกษตรและนำเข้าสินค้าทุน เช่นรถยนต์ จากประเทศญี่ปุ่น ในทางกลับกัน ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นประเทศที่มีแรงงานมาก กลับมีความได้เปรียบในการส่งออกสินค้าที่ใช้ทุนในการผลิต (เมื่อทำการค้ากับสหรัฐอเมริกา) [2]

ดังนั้นการส่งออกสินค้าจึงไม่ได้มีเพียงเรื่องปัจจัยการผลิตเท่านั้น แต่มีปัจจัยอื่นๆอีกที่เป็นตัวกำหนดการค้าระหว่างประเทศดังเช่นนโยบายรัฐบาลในเรื่องค่าจ้างขั้นต่ำ หรือความแตกต่างในประสิทธิภาพการผลิต เป็นต้น

1.6 ทฤษฎีวงจรการค้าผลิตภัณฑ์ (PRODUCT LIFE-CYCLE THEORY, RAYMOND VERNON, 1966)

แนวคิดของทฤษฎีวงจรการค้าสินค้าอุตสาหกรรมเห็นว่านวัตกรรมในผลิตภัณฑ์ (product innovation) นั้นมีสมมติฐานจากความต้องการของตลาด (market-led) ซึ่งทำให้เกิดนวัตกรรมขึ้นทั้งแก่ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีในกระบวนการผลิต ทั้งยังมีสมมติฐานว่าเทคโนโลยีในการผลิตเป็นวิวัฒนาการมาตั้งแต่ การเน้นแรงงานในการผลิต การกำหนดมาตรฐานการผลิต ต้นทุนต่อหน่วยในการผลิต การใช้เทคโนโลยีและเครื่องจักรในการผลิตและการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน จากสมมติฐานทั้งสองประการข้างต้น วงจรการค้าสินค้าอุตสาหกรรมจึงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1) **ขั้นแนะนำผลิตภัณฑ์ใหม่สู่ตลาด** โดยจะเริ่มในประเทศที่มีรายได้และค่าตอบแทนแรงงานสูง สินค้าจะผลิตในปริมาณน้อยโดยแรงงานที่มีทักษะฝีมือสูง และสินค้านั้นมีราคาแพง ความต้องการสินค้าจะไม่ขึ้นกับความยืดหยุ่นของราคาเพราะมีความแปลกใหม่

2) **ขั้นเจริญเติบโต** เป็นช่วงที่ประเทศซึ่งแหล่งกำเนิดสินค้านั้นมีความต้องการสินค้าเพิ่มขึ้นและมีการผลิตเพิ่มเพื่อตอบสนองความต้องการ ทำให้มีต้นทุนการผลิตและราคาของสินค้าลดลง และสามารถส่งออกสินค้าไปยังประเทศที่มีรายได้และค่าตอบแทนแรงงานต่ำกว่าได้ เป็นการค้าที่ประเทศซึ่งมีแรงงานน้อยส่งออกสินค้าที่เน้นการใช้แรงงานในการผลิต

3) **ขั้นสุกงอม** เป็นช่วงที่เกิดความอึดตัวในความต้องการสินค้าขึ้นในประเทศซึ่งแหล่งกำเนิดสินค้า เนื่องจากเกิดมาตรฐานในการผลิตและเน้นใช้เครื่องจักรในการผลิตเพิ่มขึ้น มีการสร้างฐานการผลิตในตลาดใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการและจัดอุปสรรคทางการค้า

4) **ขั้นตกต่ำ** เป็นช่วงที่ความต้องการสินค้าในประเทศที่เป็นแหล่งกำเนิดสินค้าลดลง ประกอบกับมีการแข่งขันจากผู้จำหน่ายสินค้านำเข้าและผลิตภัณฑ์อื่น แรงกดดันด้านต้นทุนและความสามารถในการพัฒนาเทคโนโลยีในเครื่องจักรการผลิตทำให้เกิดการย้ายฐานการผลิตไปต่างประเทศซึ่งมีค่าจ้างแรงงานถูก โดยใช้ทุนทางการเงินและทุนเครื่องจักรในการผลิตจากประเทศซึ่งแหล่งกำเนิดสินค้า^[2]ซึ่งแบบแผนการค้าระหว่างประเทศในขั้นนี้เป็นการที่ประเทศซึ่งมีค่าจ้างแรงงานสูง และแรงงานมีน้อยนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่เน้นการใช้ทุน (เครื่องจักรในการผลิต) ด้วยเหตุนี้ทุนและเทคโนโลยีนั้นจึงเคลื่อนย้ายระหว่างบรรษัทอุตสาหกรรมข้ามชาติ ในขณะที่แรงงานซึ่งมีราคาถูกกว่านั้นจะไม่ค่อยเกิดการเคลื่อนย้าย (ข้ามประเทศ) ทั้งแหล่งผลิตสินค้าอาจมีการเคลื่อนย้ายไปยังประเทศต่างๆ โดยขึ้นอยู่กับขั้นตอนของวงจรว่าสินค้านั้นอยู่ในช่วงของวงจรขั้นใด (ดังนั้นทฤษฎีนี้จึงเป็นการช่วยอธิบายและขยาย

ความทฤษฎีของ Leontief ข้างต้นว่าเหตุใดสหรัฐอเมริกาซึ่งแรงงานมีราคาแพงและหายากกลับส่งออกสินค้าที่ใช้แรงงานในการผลิต) และต่างจาก Heckscher-Olin ที่เทคโนโลยีการผลิตเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจากการเน้นแรงงานเป็นการเน้นทุนในการผลิต เกิดการเปลี่ยนแปลงและการเคลื่อนย้ายเทคโนโลยีในการผลิตอยู่ตลอดเวลา และเทคโนโลยีมาตรฐานและทุนการเงินนั้นเป็นปัจจัยที่เคลื่อนย้ายไปมาภายในบรรษัทข้ามชาติ

1.7 ทฤษฎีการค้ายุคใหม่ (NEW TRADE THEORY: ROMER, KRUGMAN, HELPMAN: 1980s)

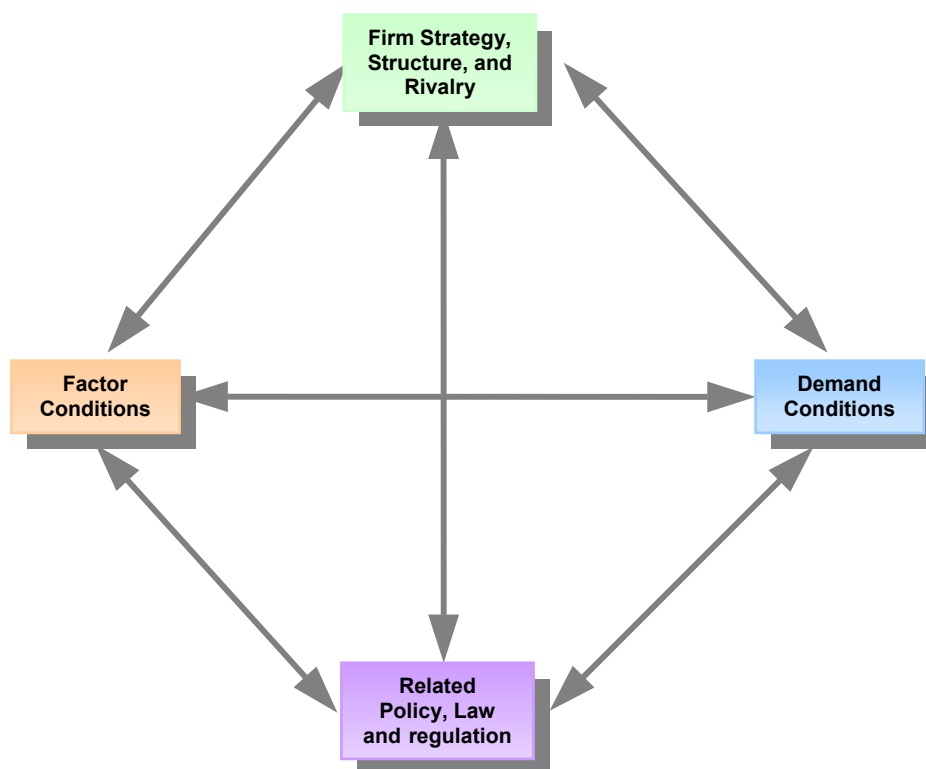
ยุทธศาสตร์ทางการค้าเกิดขึ้นจากความแตกต่างในความเชื่อมโยงทางเทคโนโลยีระหว่างอุตสาหกรรมสาขาต่าง ๆ บางสาขาทำให้เกิดพัฒนาทักษะ โครงสร้างพื้นฐาน และสถาบันซึ่งเอื้อให้เกิดนวัตกรรมตลอดช่วงของอุตสาหกรรมที่ต่อเนื่องกัน ประเทศอาจได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบในผลิตภัณฑ์เพราะว่าสามารถทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาดได้อย่างรวดเร็วในผลิตภัณฑ์นั้น โดยมีแรงงานที่มีทักษะฝีมือ มีโครงสร้างพื้นฐานเฉพาะ มีเครือข่ายของผู้จัดจำหน่าย และจำกัดวงของเทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนอุตสาหกรรมนั้น ซึ่งรัฐอาจสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีโดยใช้มาตรการต่าง ๆ เช่นการให้เครดิตภาษีต่อการวิจัยและพัฒนา การดำเนินนโยบายการค้าที่สนับสนุนสาขาสำคัญและสาขาที่มีการปรับปรุงเทคโนโลยี และสร้างโครงสร้างพื้นฐานของเทคโนโลยี [2]

1.8 ความได้เปรียบในการแข่งขัน (MICHAEL PORTER'S "DIAMOND": THE COMPETITIVE ADVANTAGE OF NATIONS)

ทฤษฎีนี้เห็นว่าส่วนผสมระหว่างที่ตั้งแหล่งผลิตและแนวการดำเนินธุรกิจเป็นปัจจัยที่กำหนดว่าผลิตภัณฑ์และภูมิภาคที่ผลิตสินค้าดังกล่าวสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติได้หรือไม่ ปัจจัยสี่ประการซึ่งต่างหนุนเสริมความสามารถในการแข่งขันของประเทศ (เป็นสี่เหลี่ยมข้าวหลามตัด) ประกอบด้วย

- 1) กลุ่มอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมถึงผู้จัดจำหน่ายที่ประสบความสำเร็จทำให้เกิดการประหยัดต่อขนาดภายนอกขึ้น
- 2) การจัดวางปัจจัยการผลิตของอุตสาหกรรมแต่ละสาขา ทั้งคน โครงสร้างพื้นฐานและสถาบันวิจัย อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถแข่งขันได้
- 3) ลักษณะของความต้องการของผู้บริโภคในประเทศต่อสินค้าและบริการในสาขาอุตสาหกรรมนั้น
- 4) กลยุทธ์การดำเนินธุรกิจ โครงสร้างตลาดและคู่แข่ง เจือจางและสภาพการณ์ภายในประเทศจะบ่งชี้ว่าบริษัทจะเกิดขึ้น จัดตั้ง และจัดการอย่างไร รวมทั้งบ่งบอกลักษณะของคู่แข่ง ทั้งนี้ปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยภายในทั้งสิ้นที่เป็นตัวกำหนดขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศคือรัฐบาลและโอกาส [1]

รูปที่ 3: ปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ



ที่มา: Michael E. Porter, 1998, The Competitive Advantage of Nations, The Free Press, New York, USA. [3]

1.9 การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการ” ซึ่งเชื่อกันมาแต่เดิมน่าจะไม่สามารถนำมาค้าขายแลกเปลี่ยนได้เพราะไม่สามารถจับต้อง มองไม่เห็น ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ นั้นเริ่มมีความสำคัญมากยิ่งขึ้นเพราะความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารคมนาคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบการค้าบริการ อีกทั้งยังระยะทางและเวลา (time and space) ในการนำบริการจากผู้ผลิตถึงผู้บริโภค ทั้งนี้การเจรจาการค้ารอบอุรุกวัยได้เริ่มนำเรื่องการค้าบริการเป็นหัวข้อการประชุมหารือซึ่งนำไปสู่ข้อตกลงเกี่ยวกับการค้าบริการในปี 1994 (GATS) ปัจจุบันการค้าบริการมีมูลค่าการแลกเปลี่ยนมากกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าการค้าโลกและกำลังมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยที่ภาคบริการนั้นประกอบด้วยธุรกรรมทางเศรษฐกิจที่มีความหลากหลายอย่างยิ่ง (heterogeneous economic activities) องค์การการค้าโลกจึงได้จำแนกการค้าบริการเป็น 12 สาขา 155 สาขาย่อย ซึ่งการค้าบริการระหว่างประเทศเหล่านี้เกิดขึ้นได้ จำแนกตามรูปแบบของอุปทานในการให้บริการ (mode of supply) ดังนี้

- รูปแบบที่ 1 การให้บริการข้ามแดน (cross border supply) ซึ่งอุปทานของบริการเกิดขึ้นโดยที่ผู้บริโภคยังอยู่ประเทศที่อาศัยอยู่และผู้ผลิตบริการก็ยังคงอยู่ในประเทศที่ตนอาศัยอยู่เช่นกัน การค้าบริการประเภทเกิดขึ้นได้โดยความก้าวหน้าของการสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์หรือ internet
- รูปแบบที่ 2 การบริโภคบริการในต่างแดน (consumption abroad) เป็นการที่ผู้บริโภคเดินทางไปใช้บริการในต่างแดนที่มีอุปทานของบริการชนิดนั้นอยู่

- รูปแบบที่ 3 การตั้งหน่วยธุรกิจบริการ (commercial presence) เป็นรูปแบบที่องค์กรหรือหน่วยธุรกิจไปจัดอุปทานของบริการในประเทศที่ผู้บริโภครออยู่อาศัย
- รูปแบบที่ 4 การเข้ามาประกอบอาชีพ (presence of natural person) เป็นกรณีที่อยู่ของบริการนั้นเกิดจากการที่ผู้ให้บริการเดินทางเข้ามาประกอบอาชีพในประเทศที่ผู้บริโภคอาศัยอยู่

จากคุณลักษณะเฉพาะของ “บริการ” ที่ต่างจาก “สินค้า” ทำให้เครื่องมือเชิงนโยบายการค้าที่ใช้กันแต่เดิม เช่นการเรียกเก็บภาษี หรือการจำกัดปริมาณการนำเข้า ณ จุดผ่านแดนไม่สามารถนำมาบังคับใช้ได้ การจำกัดการค้าบริการจึงเป็นการควบคุมโดยตรงในเรื่องการเข้าสู่ตลาด (market access) และการกำหนดข้อบังคับเกี่ยวกับผู้ให้บริการต่างชาติ [4, 5]

สำหรับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีลักษณะที่แตกต่างจากการค้าบริการด้านอื่นๆ ที่สำคัญคือตลาดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ กล่าวคือบริการด้านสุขภาพไม่มีความเท่าเทียมกันในด้านข้อมูล และความรู้ (asymmetry of information) ผู้บริโภคไม่สามารถตัดสินใจซื้อบริการโดยอาศัยข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจทั้งหมด ส่วนใหญ่แล้ว การตัดสินใจจะขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการซึ่งมีความรู้และข้อมูลมากกว่า ซึ่งความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องความรู้และข้อมูลนี้ ทำให้เกิดการแข่งขันที่ไม่สมบูรณ์ [6] เป้าหมายในการผลิตบริการสาธารณสุขแตกต่างไปจากการผลิตสินค้าและบริการอื่นๆ การลงทุนในการสาธารณสุข มิได้เป็นการลงทุนเพื่อหาผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้บริโภครวม [7] ซึ่งในกรณีของประเทศไทยนั้นบริการสาธารณสุขเป็นสินค้าการกุศล (merit goods) ที่รัฐแทรกแซงและกำกับดูแลให้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ทว่าทฤษฎีทางการค้าระหว่างประเทศส่วนใหญ่เน้นการส่งเสริมการค้าเสรี โดยรัฐเข้าไปแทรกแซงน้อยที่สุด แต่ในการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เป้าหมายหลักอยู่ที่สถานะสุขภาพของประชาชนแล้ว จึงเกิดคำถามว่ารัฐควรมีจุดยืนและบทบาท (positioning) อย่างไรเมื่อไทยเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2. ระบบบริการสุขภาพ

การทำความเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างระบบบริการสุขภาพของประเทศต่างๆ จะทำให้เห็นถึงแนวคิดและปฏิกิริยาของประเทศต่างๆ ต่อการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจและการเมือง

กลุ่มประเทศที่ร่ำรวยจะสามารถผลิตบุคลากรได้มากกว่าทั้งปริมาณและคุณภาพ มีการลงทุนทางทรัพยากรด้านสาธารณสุข เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยและการรักษาโรค ยารักษาโรค ได้มากกว่าประเทศที่ยากจน การบริการสุขภาพในปัจจุบัน มีความจำเป็นต้องใช้เงินทุนจำนวนมากในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ดังนั้นประเทศที่ยากจนหรือค่อนข้างยากจนจะมีความเสียเปรียบประเทศที่ร่ำรวยกว่า นอกจากระดับฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศแล้ว นโยบายทางการเมืองก็มีส่วนต่อการกำหนดแนวทางของการให้บริการแก่ประชาชนด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะนโยบายด้านสังคม ที่มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมที่จำเป็น หรือมุ่งให้บริการสังคมอยู่ในตลาดเสรี

ในปัจจุบันสามารถแบ่งระบบบริการสุขภาพออกได้เป็น 4 ประเภท ได้แก่ [8]

2.1. ระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยม (ENTREPRENEURIAL-TYPE HEALTH SYSTEM)

ระบบบริการสุขภาพแบบทุนนิยม เป็นระบบบริการสุขภาพที่ใช้ในกลุ่มประเทศซึ่งใช้ระบบการค้าแบบเสรี เช่น สหรัฐอเมริกา โดยอิงแนวคิดที่ว่า “สุขภาพเป็นสิทธิของคนที่แสวงหา” รัฐจะไม่เข้าไปแทรกแซงการจัดระบบบริการสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากภาคประชาชนเอง รัฐ

จะรับผิดชอบบริการสุขภาพให้กับประชากรเพียงบางกลุ่มเท่านั้น เช่นผู้สูงอายุและผู้ด้อยโอกาส หน้าที่ของรัฐคือเป็นผู้ควบคุมการผลิตบริการ ควบคุมคุณภาพของยา และบุคลากรทางการแพทย์

2.2. ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ (WELFARE-ORIENTED HEALTH SYSTEM)

ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ เป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐบาลจะเข้าไปมีบทบาทรับผิดชอบด้านการเงินในการจัดระบบสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศมากขึ้น บริการสุขภาพมีทั้งโดยภาครัฐเองหรือเข้าไปสนับสนุนภาคเอกชนให้เป็นผู้ดำเนินการแทน ทั้งนี้ ประชาชนยังมีภาระในการร่วมรับผิดชอบด้านการเงินระดับหนึ่งในลักษณะของเบี้ยประกันสุขภาพ หรือรายจ่ายร่วม (co-payment) อย่างไรก็ตามในกลุ่มนี้รัฐยังไม่สามารถจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้กับประชาชนทุกคนได้อย่างเท่าเทียมกัน ประเทศที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบนี้ ได้แก่ เยอรมัน แคนาดา ญี่ปุ่น บราซิล อียิปต์ อินเดีย พม่า เป็นต้น

2.3 ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ (COMPREHENSIVE-TYPE HEALTH SYSTEM)

ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ เป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐรับภาระทางการเงินในการรับบริการสุขภาพเกือบทั้งหมด โดยจ่ายจากภาษีอากร ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายไม่มากนัก บริการสุขภาพอาจจะเป็นการบริการโดยภาครัฐหรือภาคเอกชน ประเทศที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบนี้ ได้แก่ อังกฤษ นิวซีแลนด์ นอร์เวย์ อิสราเอล ส่วนประเทศกำลังพัฒนาที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ ศรีลังกา

2.4 ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม (SOCIALIST HEALTH SYSTEM)

ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม เป็นการจัดการบริการทางด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีการปกครองแบบสังคมนิยมที่ไม่สนับสนุนให้มีทรัพย์สินส่วนบุคคล ดังนั้นจึงไม่มีการจัดบริการสุขภาพของเอกชน รัฐจะเป็นผู้ควบคุมและให้บริการด้านสุขภาพทุกด้านตั้งแต่ ด้านบุคลากรการแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้รัฐยังเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทุกด้านให้กับประชาชนด้วย ประเทศที่มีการจัดบริการด้านสุขภาพแบบนี้ได้แก่ คิวบา เกาหลีเหนือ เป็นต้น

Roemer ได้พยายามจำแนกประเภทของระบบบริการสาธารณสุขออกมาโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างสถานะทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางการเมืองและสังคมซึ่งข้อเสนอของเขาพร้อมกับตัวอย่างได้แสดงไว้ในตารางที่ 1 [8]

มีแนวโน้มของการพัฒนาระบบบริการในประเทศต่างๆ ที่จะเคลื่อนจากระบบสุดโต่งทั้ง 2 ด้าน เข้าสู่ระบบกลางๆ เช่น ระบบทุนนิยมในสหรัฐอเมริกาได้มีความเคลื่อนไหวที่จะพยายามเข้าสู่ระบบสวัสดิการ เช่น Health Care Reform ในยุคประธานาธิบดี Bill Clinton และประเทศสังคมนิยมที่เปิดประเทศแล้วก็มีแนวโน้มที่จะเข้าสู่ระบบเสรี (เช่น จีน เวียดนาม กัมพูชา) เป็นต้น

ตารางที่ 1: ประเภทของระบบสุขภาพแห่งชาติ : ระดับทางเศรษฐกิจและนโยบายด้านระบบสุขภาพ

(Classified by economic level and health system policies)

ระดับทางเศรษฐกิจ (GNP per Capita)	นโยบายด้านระบบสุขภาพ (การแทรกแซงการตลาด)			
	การประกอบการและ ไม่แทรกแซงโดยรัฐ (Entrepreneurial & Permissive)	รูปแบบสวัสดิการ (Welfare-oriented)	ครอบคลุมทุกคน และครบเบ็ดเสร็จ (Universal & Comprehensive)	สังคมนิยมและวางแผน จากส่วนกลาง (Socialist & Centrally Planned)
มั่งคั่งและเป็น อุตสาหกรรม	United States 1	West Germany Canada Japan 2	Great Britain New Zealand Norway 3	Soviet Union Czechoslovakia 4
กำลังพัฒนาและอยู่ใน ระยะเปลี่ยนผ่าน (Developing & Transitional)	Thailand Philippines South Africa 5	Brazil Egypt Malaysia 6	Israel Nicaragua 7	Cuba North Korea 8
ยากจนมาก (Very Poor)	Ghana Bangladesh Nepal 9	India Burma 10	Sri Lanka Tanzania 11	China Vietnam 12
ร่ำรวยทรัพยากร (Resource-Rich)	13	Liby Gabon 14	Kuwait Saudi Arabia 15	16

แหล่งที่มา : Milton I. Roemer, 1993. อ้างใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ [8]

หมายเหตุ: ลูกศรแสดงแนวโน้มของระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ

ปัจจุบันประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง และมีนโยบายเพื่อก้าวไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรม ถึงแม้ว่าจะประสบกับปัญหาภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงที่ผ่านมาอาจทำให้กระบวนการพัฒนาช้าลงก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพของประเทศที่ผ่านมามีลักษณะเป็นการประกอบการและการแทรกแซงของรัฐมีน้อย รัฐจะมุ่งดูแลรับผิดชอบผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังคงต้องการช่วยเหลือเป็นหลัก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นค่าใช้จ่ายจากภาคประชาชนมากกว่าภาครัฐ แต่จากนโยบายประกันสังคมและนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ที่ต้องการขยายขอบข่ายของการให้สวัสดิการรักษายาบาลให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ระบบบริการสุขภาพของไทย จึงมีลักษณะเป็นรูปแบบเชิงสวัสดิการ (Welfare oriented) มากขึ้น [9]

3. กติกาการค้าระหว่างประเทศที่สำคัญภายใต้องค์การการค้าโลก (WTO) [10, 11]

องค์การการค้าโลก หรือ WTO จัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2538 มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ที่นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ตามข้อตกลงของการเจรจาการค้าพหุภาคี รอบที่ 8 ของ GATT (รอบอุรุกวัย) ปัจจุบัน WTO มีสมาชิก 146 ประเทศ วัตถุประสงค์ของ WTO คือ

- เป็นเวทีในการเจรจาลดอุปสรรคและข้อกีดกันทางการค้า และมีกฎระเบียบการค้าระหว่างประเทศ เพื่อสนับสนุนให้การค้ามีความเสรียิ่งขึ้น โดยอยู่บนพื้นฐานของการแข่งขันที่เป็นธรรม
- สร้างความเข้มแข็งให้แก่กระบวนการยุติข้อพิพาททางการค้าระหว่างประเทศ
- เป็นกลไกตรวจสอบและทบทวนนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก

3.1 หลักการสำคัญของ WTO

- 3.1.1 กำหนดให้ใช้มาตรการทางการค้าระหว่างประเทศโดยไม่เลือกปฏิบัติ (**Non-Discrimination**) คือ ให้การปฏิบัติต่อสินค้าและบริการ รวมทั้งผู้ประกอบการจากทุกประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียมกัน (Most-favoured Nation Treatment : **MFN**)
- 3.1.2 การกำหนดและบังคับใช้มาตรการที่เกี่ยวกับการค้าจะต้องมีความโปร่งใส (**transparency**) โดยประเทศสมาชิกจะต้องพิมพ์เผยแพร่กฎระเบียบเกี่ยวกับการค้าต่อสาธารณชน และแจ้งให้ประเทศสมาชิกอื่นๆ ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ประกอบการการค้าระหว่างประเทศ
- 3.1.3 คุ้มครองผู้ผลิตภายในด้วยภาษีศุลกากรเท่านั้น (**Tariff-only protection**) โดยหลักการแล้ว WTO ห้ามใช้มาตรการจำกัดการนำเข้าทุกชนิด ยกเว้นบางกรณีที่สอดคล้องกับบทบัญญัติของ WTO
- 3.1.4 มีสิทธิ์ใช้ข้อยกเว้นในกรณีฉุกเฉินและจำเป็น (**Necessary exceptions and emergency action**) เพื่อจุดประสงค์ในการแก้ไขการขาดดุลการชำระเงินระหว่างประเทศ หรือในกรณีที่เป็นข้อยกเว้นที่จำเป็น เช่น เพื่อรักษาสุขภาพของประชาชน สัตว์ และพืช เพื่อศีลธรรมอันดี และเพื่อความมั่นคงภายใน เป็นต้น
- 3.1.5 ส่งเสริมการแข่งขันทางการค้าที่เป็นธรรม (**Fair competition**) ห้ามไม่ให้ประเทศสมาชิกทำการทุ่มตลาดหรืออุดหนุนการผลิต และการส่งออกจนบิดเบือนกลไกตลาด ประเทศสมาชิกสามารถเก็บภาษีตอบโต้การทุ่มตลาด และการอุดหนุนสินค้านำเข้าได้ หากมีการไต่สวนตามกฎหมายของ WTO แล้วพบว่า ประเทศผู้ส่งออกมีการทุ่มตลาด หรือให้การอุดหนุนจริง และก่อให้เกิดความเสียหายต่ออุตสาหกรรมภายใน
- 3.1.6 ให้มีการรวมกลุ่มทางการค้าเพื่อลดภาษีระหว่างกันได้ หากมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการค้า (**no trade blocs**) ประเทศสมาชิกสามารถตกลงรวมกลุ่ม เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะขยายการค้าระหว่างกัน แต่มีเงื่อนไขว่าการรวมกลุ่มต้องไม่มีจุดประสงค์เพื่อกีดกันการนำเข้าสินค้าจากประเทศนอกกลุ่ม และเมื่อรวมกลุ่มกันแล้วต้องไม่กระทบต่อผลประโยชน์เดิมของประเทศนอกกลุ่ม
- 3.1.7 กระบวนการยุติข้อพิพาททางการค้า (**Trade dispute settlement mechanism**) เมื่อมีกรณีข้อขัดแย้งทางการค้า ให้หารือเพื่อหาทางยุติข้อพิพาท หากไม่สามารถหาข้อสรุปได้ ให้นำเรื่องเข้าสู่กระบวนการยุติข้อพิพาทของ WTO โดยการยื่นเรื่องต่อองค์กรระงับข้อพิพาท (dispute settlement body: DSB) ของ WTO เพื่อจัดตั้งคณะลูกขุนขึ้นพิจารณากรณีดังกล่าว และรายงานผลให้ประเทศสมาชิกอื่นร่วมกันพิจารณา บังคับให้เป็นไปตามผลของคณะลูกขุน หากไม่ปฏิบัติตามคำตัดสิน ประเทศผู้เสียหายสามารถทำการตอบโต้ทางการค้าได้

3.1.8 ให้สิทธิพิเศษแก่ประเทศกำลังพัฒนาในการปฏิบัติตามพันธกรณี (special and differential treatment : S&D) ผ่อนผันให้ประเทศกำลังพัฒนาจำกัดการนำเข้าได้ หากมีจุดประสงค์เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และรักษาเสถียรภาพดุลการชำระเงิน และให้โอกาสประเทศพัฒนาแล้วให้สิทธิพิเศษทางศุลกากร (GSP) แก่ประเทศกำลังพัฒนาได้ แม้จะขัดกับหลัก MFN ก็ตาม

3.2 ความตกลงต่าง ๆ ภายใต้การกำกับดูแลของ WTO ที่สำคัญ [10, 11]

3.2.1. ความตกลงพหุภาคี (Multilateral Agreements) ซึ่งประเทศสมาชิก WTO ทุกประเทศจะต้องปฏิบัติตาม แต่มีเงื่อนไขระยะเวลา

(1) พิธีสารรอบอุรุกวัยภายใต้ GATT 1994 (Uruguay Round Protocol GATT 1994) เรื่องการเปิดตลาด ผลการเจรจาเปิดตลาด มีผลให้สมาชิกแต่ละประเทศจะต้องลดภาษีลงตามที่ระบุไว้ในตารางขอลดหย่อน (Schedule of Concession) ของตน โดยลดลงเท่าๆ กันทุกปีนับตั้งแต่จัดตั้ง WTO เป็นเวลา 5 ปี (2538-2542)

(2) ความตกลงว่าด้วยสินค้าเกษตร (Agreement on Agriculture) กำหนดให้เปลี่ยนมาตรการที่ไม่ใช่ภาษีศุลกากร เช่น การกำหนดปริมาณ หรือการห้ามการนำเข้า เป็นมาตรการภาษีศุลกากรทั้งหมด (tariffication) โดยประเทศพัฒนาแล้วจะต้องลดภาษีลงร้อยละ 36 ภายใน 6 ปี ส่วนประเทศกำลังพัฒนาจะต้องลดภาษีลงร้อยละ 24 ภายใน 10 ปี และแต่ละรายการสินค้าจะต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10 นอกจากนี้ สมาชิกที่เป็นประเทศพัฒนาแล้วจะต้องลดมาตรการการอุดหนุนภายในที่บิดเบือนการค้าลงร้อยละ 20 ภายใน 6 ปี ส่วนประเทศกำลังพัฒนาจะต้องลดลงร้อยละ 13 ภายใน 10 ปี ส่วนการอุดหนุนการส่งออก ให้ประเทศพัฒนาแล้วลดปริมาณที่ได้รับการอุดหนุนส่งออกลงร้อยละ 21 และลดเงินอุดหนุนส่งออกลงร้อยละ 36 ภายใน 6 ปี ส่วนประเทศกำลังพัฒนา ลดปริมาณที่ได้รับการอุดหนุนส่งออกลงร้อยละ 14 และลดการให้เงินอุดหนุนส่งออกร้อยละ 24 ภายใน 10 ปี เป็นต้น

(3) ความตกลงสิ่งทอและเสื้อผ้า (Agreement on Textiles and Clothing) เป็นเวลากว่า 30 ปี ที่การค้าสิ่งทอถูกจัดระเบียบอยู่ภายใต้ความตกลงสิ่งทอที่เรียกว่า Multifibre Arrangement (MFA) ซึ่งอนุญาตให้ผู้นำเข้าจำกัดการนำเข้าสิ่งทอเป็นรายประเทศได้ ดังนั้น ประเทศที่มีศักยภาพในการผลิต จึงไม่อาจส่งออกได้ตามกำลังการผลิต แต่หลังจากการเจรจาแกตต์รอบอุรุกวัย ประเทศผู้นำเข้าจะต้องปรับตัว โดยค่อยๆ ยกเลิกมาตรการจำกัดการนำเข้าดังกล่าวให้หมดไปภายใน 10 ปี นับจากปี 2538 และในช่วง 10 ปี รายการใดที่ถูกจำกัดโควตาก็จะต้องขยายโควตาให้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันลดจำนวนรายการสินค้าที่มีจำกัดโควตา

(4) ความตกลงว่าด้วยการใช้มาตรการสุขอนามัย (Agreement on Sanitary and Phytosanitary Measures) กำหนดให้มีการใช้มาตรการด้านสุขอนามัยพืชและสัตว์ เพื่อความจำเป็นในการปกป้องสุขภาพและชีวิตมนุษย์ สัตว์ และพืช โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักการทางวิทยาศาสตร์ และไม่เลือกปฏิบัติ มาตรการที่ใช้ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานระหว่างประเทศ เพื่อป้องกันมิให้ประเทศสมาชิกกำหนดมาตรฐานตามใจชอบซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการค้า

(5) ความตกลงว่าด้วยอุปสรรคทางด้านเทคนิคต่อการค้า (Agreement on Technical Barriers to Trade) กำหนดให้มีการใช้กฎข้อบังคับด้านเทคนิคและมาตรฐานให้มีความรัดกุม เป็นธรรม และโปร่งใสมยิ่งขึ้น รวมทั้งการทดสอบและการให้การรับรอง โดยให้ครอบคลุมถึงขบวนการผลิตและวิธีการผลิตด้วย ทั้งนี้ การออกกฎระเบียบดังกล่าวจะต้องอิงกับระบบมาตรฐานระหว่างประเทศ ยกเว้นบางกรณี อาทิ เรื่องเกี่ยวกับความมั่นคงของประเทศ การคุ้มครองสิ่งแวดล้อม การป้องกันการหลอกลวง เป็นต้น

(6) ความตกลงว่าด้วยระเบียบวิธีการออกใบอนุญาตนำเข้า (Agreement on Import Licensing Procedures) กำหนดวิธีดำเนินการในการออกใบอนุญาตนำเข้าให้ประเทศต่างๆ ปฏิบัติตาม โดยกำหนดระยะเวลาแน่นอนที่หน่วยงานของรัฐจะต้องออกใบอนุญาต เพื่อมิให้เกิดกรณีถ่วงเวลาการนำเข้า โดยกำหนดให้การออกใบอนุญาตแบบอัตโนมัติ จะต้องพิจารณาให้เห็นชอบต่อการยื่นขอที่ถูกต้องโดยทันที หรือไม่เกิน 10 วันทำการ

สำหรับการออกใบอนุญาตแบบไม่อัตโนมัติ จะต้องดำเนินการโดยไม่บิดเบือนการค้า และออกใบอนุญาตภายใน 30 วันทำการ เมื่อได้รับคำร้อง

(7) ความตกลงว่าด้วยการประเมินราคาเพื่อศุลกากร (Agreement on Implementation of Article VII - Customs Valuation) กำหนดให้หน่วยงานศุลกากรของประเทศสมาชิกต้องปรับเปลี่ยนระบบการประเมินราคาให้สอดคล้องกับความตกลง ซึ่งความตกลงนี้ อาศัยหลักการของ ราคาที่ไต่ชำระจริงหรือราคาที่จะต้องชำระ (price actually paid or payable) โดยมีความตั้งใจที่จะให้ระบบการประเมินราคาศุลกากรที่ยุติธรรม เป็นรูปแบบเดียวกัน ซึ่งจะทำให้ระบบการประเมินราคาของแต่ละประเทศมีความโปร่งใส ผู้นำเข้าสามารถคาดการณ์ต้นทุนด้านภาษีได้ และจะส่งผลให้การค้าระหว่างประเทศขยายตัวมากขึ้น

(8) ความตกลงว่าด้วยการตรวจสอบก่อนส่งออก (Agreement on Preshipment Inspection) กำหนดหลักเกณฑ์ให้ตัวแทนที่ได้รับมอบหมายจากรัฐในการทำหน้าที่ตรวจสอบสินค้าก่อนส่งออก โดยเฉพาะในด้านราคา ปริมาณ และคุณภาพของสินค้า และให้ใช้มาตรการดังกล่าวโดยไม่เลือกปฏิบัติ และมีความโปร่งใส

(9) ความตกลงว่าด้วยกฎเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดสินค้า (Agreement on Rules of Origin) กำหนดให้มีการประสานกฎระเบียบเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดสินค้าให้เป็นบรรทัดฐานเดียวกันเพื่อไม่ให้เกิดอุปสรรคต่อการค้าโดยไม่จำเป็น และเพื่อมิให้ใช้กฎแหล่งกำเนิดสินค้าเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้า

(10) ความตกลงว่าด้วยการต่อต้านการทุ่มตลาด (Agreement on Implementation of Article VI - Anti-dumping) ความตกลงฯ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ และวิธีการไต่สวนการทุ่มตลาดในรายละเอียด เพื่อให้ประเทศต่างๆ ปฏิบัติให้สอดคล้องกัน เป็นการลดโอกาสที่อาจมีประเทศผู้นำเข้าใช้มาตรการตอบโต้ที่ก่อกวนการค้าอย่างไม่เป็นธรรม

(11) ความตกลงว่าด้วยการอุดหนุนและการตอบโต้การอุดหนุน (Agreement on Subsidies and Countervailing Measures) ความตกลงฯ ได้กำหนดประเภทของการอุดหนุนชัดเจนว่า การอุดหนุนประเภทใดเป็นการอุดหนุนต้องห้าม ประเภทใดเป็นการอุดหนุนที่ทำได้ และประเภทใดเป็นการอุดหนุนที่เมื่อทำแล้วอาจถูกใช้มาตรการตอบโต้ นอกจากนี้ ยังได้กำหนดแนวปฏิบัติในการไต่สวนสินค้าที่เข้าข่ายในการได้รับการอุดหนุนเพื่อให้แต่ละประเทศถือปฏิบัติ

(12) ความตกลงว่าด้วยมาตรการปกป้อง (Agreement on Safeguards) เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกสามารถใช้มาตรการปกป้องได้ อาจโดยการเพิ่มภาษีขาเข้า การกำหนดโควตา หรือการกำหนดปริมาณนำเข้าสินค้า เพื่อปกป้องอุตสาหกรรมภายในประเทศจากการนำเข้าสินค้าประเภทเดียวกันหรือคล้ายกัน ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากอย่างผิดปกติ จนทำให้เกิดหรืออาจเกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง (serious injury) ต่ออุตสาหกรรมภายในประเทศ

(13) ความตกลงเรื่องมาตรการลงทุนที่เกี่ยวข้องกับการค้า (Agreement on Trade-Related Investment Measures) หลักการสำคัญที่ตกลงกันคือ ทุกประเทศต้องยกเลิกมาตรการลงทุนที่มีผลเท่ากับการกีดกันการนำเข้า โดยประเทศพัฒนาแล้ว ต้องยกเลิกใน 2 ปี ประเทศกำลังพัฒนาใน 5 ปี มาตรการเหล่านั้น ได้แก่ มาตรการกำหนดให้ใช้วัตถุดิบภายในประเทศในการผลิตสินค้า (Local Content Requirement) ไม่ว่าข้อกำหนดนี้จะเป็นข้อบังคับ หรือเป็นเงื่อนไขต่อการที่ผู้ผลิตภายในจะได้รับสิทธิพิเศษใดๆ ก็ตาม เช่น สิทธิในข้อยกเว้นไม่เสียภาษี ตามนโยบายส่งเสริมการลงทุน เป็นต้น

(14) ความตกลงเรื่องสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, Including Trade in Counterfeit Goods) กำหนดขอบเขตและมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาประเภทที่สำคัญๆ ได้แก่ สิทธิบัตร เครื่องหมายการค้า ลิขสิทธิ์ การออกแบบวงจรรวม ชี้อทางภูมิศาสตร์ และความลับทางการค้า

(15) ความตกลงเรื่องการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services) กำหนดกรอบความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการขึ้น โดยมีหลักการสำคัญๆ ทำนองเดียวกับความตกลงว่าด้วยการค้าสินค้า (แกตต์) แต่เนื่องจากเป็นความตกลงใหม่ที่เพิ่งกำเนิดขึ้นจากการเจรจาอูรุกวัย จึงมีหลักการสำคัญๆ ไม่กี่ประการ เช่น การไม่เลือกปฏิบัติ (MFN) ความโปร่งใส และการเปิดเสรีการค้าบริการ เป็นต้น ทั้งนี้ มาตรา 19 ของความตกลงการค้าบริการ กำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องร่วมเจรจาจัดทำข้อผูกพันเปิดเสรีการค้าบริการด้านต่างๆ ให้แก่กันและกันในการเจรจาการค้าบริการรอบใหม่ ซึ่งจะต้องจัดขึ้นภายใน 5 ปี นับตั้งแต่ความตกลงจัดตั้ง WTO มีผลบังคับหรือภายในวันที่ 1 มกราคม 2543

(16) ความเข้าใจว่าด้วยกฎและกระบวนการยุติข้อพิพาท (Understanding on Rules and Procedures Governing the Settlement of Disputes) เป็นกฎและขั้นตอนของการดำเนินการยุติข้อพิพาทภายใต้องค์การการค้าโลก ซึ่ง WTO เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิก WTO ดำเนินการร้องเรียนความเสียหายที่เกิดขึ้นภายใต้ความตกลงการค้าฉบับใดฉบับหนึ่งที่อยู่ภายใต้การดูแลของ WTO ได้ โดยได้กำหนดบทบัญญัติให้ประเทศที่ถูกฟ้องต้องดำเนินการตามผลการพิจารณาของคณะลูกขุน (panel) อย่างไรก็ตาม ประเทศดังกล่าวสามารถขออุทธรณ์ได้ หากไม่พอใจผลการพิจารณา แต่จะต้องเป็นการอุทธรณ์ในเฉพาะประเด็นทางกฎหมายเท่านั้น และเมื่อคณะอุทธรณ์ (Appellate Body) ได้ตัดสินออกมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นอย่างใด ประเทศที่ถูกฟ้องและคู่กรณีจะต้องปฏิบัติตามคำตัดสินนั้นๆ โดยไม่มีเงื่อนไข

ความตกลงทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นพันธกรณีพหุภาคี (Multilateral Obligations) ซึ่งประเทศสมาชิก WTO ทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา หรือประเทศพัฒนาน้อยที่สุด จะต้องเป็นภาคีของความตกลงเหล่านั้นทุกความตกลงไม่มียกเว้น (Single undertaken rule)

3.2.2 ความตกลงหลายฝ่าย (Plurilateral Agreements)

ความตกลงหลายฝ่าย (Plurilateral Agreements) นี้มีผลบังคับใช้เฉพาะประเทศสมาชิกที่เข้าเป็นภาคีของความตกลงเท่านั้น ซึ่งขณะนี้มีทั้งหมด 4 เรื่องดังนี้

(1) ความตกลงว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ (Agreement on Government Procurement) มีประเทศสมาชิกจำนวน 23 ประเทศเข้าร่วมเป็นภาคีของความตกลง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การจัดซื้อโดยรัฐเป็นไปอย่างเสรี เสมอภาค และโปร่งใส โดยกำหนดให้การบังคับใช้กฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบพิจารณา และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดซื้อโดยรัฐเป็นไปอย่างเท่าเทียมกันทั้งผู้ผลิตภายในและต่างประเทศ

(2) ความตกลงว่าด้วยการค้าเครื่องบินพลเรือน (Agreement on Trade in Civil Aircraft) มีประเทศสมาชิกจำนวน 21 ประเทศเข้าร่วมเป็นภาคีของความตกลง โดยมีจุดประสงค์เพื่อกำจัดมาตรการการนำเข้าเครื่องบินทุกประเภท นอกเหนือจากเครื่องบินที่ใช้ในกิจการทหาร และยังคงครอบคลุมถึงผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น เครื่องยนต์ และชิ้นส่วนเครื่องบิน ส่วนประกอบของแบบจำลองการบิน ความตกลงประกอบด้วยกฎเกณฑ์ในเรื่องการจัดซื้อและสิ่งจูงใจในการซื้อเครื่องบินพลเรือนของรัฐบาล และการให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ธุรกิจการค้าเครื่องบินพลเรือน

(3) ความตกลงว่าด้วยนมและผลิตภัณฑ์นมระหว่างประเทศ (International Dairy Agreement) ความตกลงนี้มีวัตถุประสงค์ในการขยายการค้า และเปิดเสรีการค้านมและผลิตภัณฑ์นม ส่งเสริมให้มีเสถียรภาพทางการค้า โดยพยายามที่จะขจัดภาวะการขาดแคลน ภาวะล้นตลาด และภาวะความไม่แน่นอนในราคา มุ่งที่จะช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนา และเสริมสร้างความร่วมมือทางการค้านมและผลิตภัณฑ์นมระหว่างประเทศ ความตกลงนี้อยู่ในความดูแลของคณะมนตรีว่าด้วยการค้านมและผลิตภัณฑ์นม ได้ครอบคลุมสินค้านมและผลิตภัณฑ์ทุกชนิด มีการกำหนดราคาส่งออกขั้นต่ำ สำหรับสินค้านมผง ไขมันนม เนย และเนยแข็ง

(4) ความตกลงว่าด้วยเนื้อวัวระหว่างประเทศ (International Bovine Meat Agreement) ความตกลงนี้มุ่งที่จะส่งเสริมการขยายตลาด เปิดเสรี และรักษาเสถียรภาพของการค้าเนื้อวัวและปศุสัตว์วัว และเสริมสร้างความร่วมมือทางการค้าระหว่างประเทศ โดยความตกลงจะครอบคลุมถึงสินค้า เนื้อวัว เนื้อลูกวัว และวัวมีชีวิต โดยที่คณะมนตรีว่าด้วยการค้าเนื้อวัวระหว่างประเทศ จะเป็นผู้ประเมินอุปสงค์ (Demand) และอุปทาน (Supply) ของเนื้อวัวของโลก และเป็นผู้ดูแลจัดหาเวทีในการเจรจาเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการค้าเนื้อวัว รวมถึงดูแลข้อผูกพันการค้า ทวิภาคี และการค้าหลายฝ่าย ของสินค้าเนื้อวัว

3.2.3 ปฏิญญาการประชุมระดับรัฐมนตรีขององค์การการค้าโลก (WTO Ministerial Conference) [10, 11]

องค์กรสูงสุดที่ทำหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติงานของ WTO คือ ที่ประชุมระดับรัฐมนตรี ซึ่งกำหนดให้ประชุมเพื่อพิจารณาตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ อย่างน้อย ทุก 2 ปี นับตั้งแต่การจัดตั้ง WTO เมื่อปี 2538 WTO มีปฏิญญาการประชุมระดับรัฐมนตรี ดังนี้

(1) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9-13 ธันวาคม 2539 ณ ประเทศสิงคโปร์

(1.1) ปฏิญญาการประชุมรัฐมนตรีองค์การการค้าโลก ซึ่งกำหนดแนวดำเนินการในเรื่องต่างๆ โดยมีเรื่องที่เกี่ยวข้องที่ไทยให้ความสนใจเป็นพิเศษ ได้แก่ สินค้าเกษตร สิ่งทอ การค้ากับสิ่งแวดล้อม

(1.2) ปฏิญญาว่าด้วยความตกลงเปิดเสรีสินค้าเทคโนโลยีสารสนเทศ (ITA) มีประเทศสมาชิก 29 ประเทศตกลงที่จะลดภาษีนำเข้าสินค้า IT เป็นศูนย์และผูกพันไว้กับองค์การการค้าโลก (MFN basis) ภายในปี 2543

(2) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 18-20 พฤษภาคม 2541 ณ นครเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

(2.1) ปฏิญญารัฐมนตรี : คณะมนตรีทั่วไป (General Council) ของ WTO ได้รับมอบหมายให้จัดทำ Work Program เพื่อเสนอต่อที่ประชุมระดับรัฐมนตรีครั้งที่สาม โดยให้รวมเรื่องที่สำคัญ ได้แก่ การดำเนินการให้เป็นไปตามความตกลงจากการเจรจาอูรุกวัย รวมทั้งการเจรจาเปิดใหม่ด้านเกษตรและบริการ ซึ่งเป็นการเจรจาต่อเนื่องตามที่กำหนดไว้ในความตกลง เรื่องใหม่ๆ ตามมติของที่ประชุมระดับรัฐมนตรีครั้งที่แรกที่สิงคโปร์ เช่น การค้าและสิ่งแวดล้อม การลงทุน นโยบายการแข่งขัน และการอำนวยความสะดวกทางการค้า เป็นต้น เรื่องอื่นใดที่สมาชิกเห็นชอบเป็นฉันทามติ เช่น การเปิดเจรจาการค้ารอบใหม่ เป็นต้น และแผนงานเรื่องพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์

(2.2) ปฏิญญาเรื่องพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ สมาชิก WTO ยืนยันที่จะคงสถานการณ์ไม่เรียกเก็บภาษีศุลกากรในการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามข้อเสนอของสหรัฐฯ ทั้งนี้ กำหนดให้สมาชิกมีการทบทวนและตัดสินใจโดยฉันทามติว่าจะไม่เรียกเก็บภาษีศุลกากรต่อไปหรือไม่หลังจากที่คณะมนตรีทั่วไปได้จัดทำแผนการดำเนินงานเสร็จสิ้นแล้ว

(3) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน - 3 ธันวาคม 2542 ณ นครซีแอตเติล ประเทศสหรัฐอเมริกา

การประชุมครั้งนี้ประสบความสำเร็จล้มเหลว ประเทศสมาชิกไม่สามารถตกลงกันได้ จึงไม่มีผลการประชุมหรือปฏิญญารัฐมนตรีใดๆ

(4) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 4 วันที่ 9-14 พฤศจิกายน 2544 ณ กรุงโดฮา ประเทศกาตาร์

(4.1) ปฏิญญารัฐมนตรีโดฮา (Doha Ministerial Declaration) ซึ่งระบุกรอบการเจรจาในภาพรวม และเรื่องต่างๆ ในการเจรจา รวมทั้งกรอบการเจรจาในแต่ละเรื่อง

(4.2) ปฏิญญารัฐมนตรีเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข (Declaration on TRIPS and Public Health) ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ ให้ประเทศที่ไม่มีศักยภาพในการผลิตยาชื่อสามัญ สามารถทำการบังคับใช้สิทธิ์ (Compulsory Licensing) และมอบให้ประเทศอื่นที่มีศักยภาพในการผลิตทำการผลิตแทน และส่งมาจำหน่ายในประเทศที่บังคับใช้สิทธิ์ได้

(4.3) การตัดสินใจเรื่องปัญหาการปฏิบัติตามพันธกรณีตามความตกลงรอบอุรุกวัย (Decision on Implementation - Related Issues and Concerns)

(5) การประชุมระดับรัฐมนตรี WTO ครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 10-14 กันยายน 2546 ณ เมืองแคนคูน ประเทศเม็กซิโก

การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดกรอบและรูปแบบการเจรจาเรื่องต่างๆ ภายใต้แผนงานการเจรจารอบโดฮาในช่วงเดือนกันยายน 2546 – ธันวาคม 2547 และพิจารณาเริ่มการเจรจาเรื่องใหม่ๆ (Singapore Issues) ได้แก่ การลงทุน นโยบายการแข่งขัน การอำนวยความสะดวกทางการค้า และความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างโดยรัฐ โดยการตัดสินใจแบบฉันทามติ แต่การประชุมครั้งนี้ประสบความล้มเหลว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการค้าโลกและทำให้การเจรจารอบโดฮาล่าช้าออกไป และอาจไม่สามารถสรุปผลได้ตามกำหนด และมีความเป็นไปได้สูงที่ความเชื่อมั่นต่อระบบการค้าพหุภาคีจะลดลง และประเทศสมาชิกอาจให้ความสำคัญกับการทำความตกลงเขตการค้าเสรีในระดับทวิภาคีและภูมิภาคมากขึ้น

4. สถานการณ์การเปิดเสรีด้านการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4.1 การเปิดเสรีการค้าบริการระดับพหุภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การค้าบริการระหว่างประเทศมีบทบาทสำคัญต่อการค้าโลกมากขึ้นตามลำดับ โดยในช่วงปี 2523-2543 มูลค่าการค้าบริการของโลกขยายตัวถึง 4 เท่า ขณะที่การค้าสินค้าขยายตัวเป็น 3.3 เท่า ดังนั้น ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกจึงได้รวมการค้าบริการเข้าอยู่ในการเจรจารอบอุรุกวัย ซึ่งการเจรจาด้านการค้าบริการในกรอบองค์การการค้าโลกจะใช้กรอบความตกลงทั่วไปด้านการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services - GATS) ซึ่งกำหนดให้สมาชิกเจรจาทุกๆ 5 ปี เพื่อลด/เลิก มาตรการที่เป็นอุปสรรคต่อการค้าบริการของต่างชาติ GATS ถือเป็นความตกลงระดับพหุภาคีว่าด้วยการค้าบริการระหว่างประเทศฉบับแรกที่ได้จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์ของ GATS คือ เพื่อให้การค้าบริการระหว่างประเทศสมาชิกมีการขยายตัวภายใต้เงื่อนไขของความโปร่งใส (Transparency) และมีการเปิดเสรีแบบก้าวหน้าตามลำดับ (Progressive Liberalisation) โดยมีหลักการสำคัญคือ หลักการประติบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (Most-favoured Nation Treatment : MFN) คือ การปฏิบัติต่อประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่มีเงื่อนไข และหลักความโปร่งใส ประเทศไทยซึ่งเข้าเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 ต้องผูกพันกับข้อตกลงทั่วไปด้านการค้าบริการด้วย และได้ผูกพันกับ GATS ที่จะเปิดเสรีใน 10 สาขาบริการ (ดูรายละเอียดในบทที่ 1)

โครงสร้างของ GATS แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่ [12]

1. กรอบของกฎระเบียบ (Framework of Rules) ประกอบด้วย
 - 1.1 การให้ความเท่าเทียมกับประเทศสมาชิก โดยประเทศสมาชิกจะต้องได้รับการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง (Most-Favoured Nation Treatment : MFN)
 - 1.2 ความโปร่งใส (Transparency) คือการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ เว้นข้อมูลที่เป็นความลับและเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย ให้ประเทศสมาชิกเข้าถึงได้โดยสะดวก
 - 1.3 การออกกฎหมายข้อบังคับภายในประเทศ (Domestic Regulations)
 - 1.4 การยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition)
 - 1.5 การเปิดเสรีแบบก้าวหน้าเป็นลำดับ (Progressive Liberalisation)

ในด้านการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง ซึ่งอยู่ในสาขา Health and Social Related Services นั้น ประเทศไทยยังไม่ผูกพันที่จะเปิดเสรีให้ค้าบริการได้ ในขณะที่เดียวกันการบริการสุขภาพเป็นสาขาที่ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกทำข้อผูกพันน้อยที่สุด อีกทั้งระมัดระวังที่จะเสนอข้อผูกพัน ด้วยเกรงว่าจะมีผลต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศของตน อย่างไรก็ตามมีบางประเทศได้ยื่นเสนอข้อผูกพันด้านบริการสุขภาพต่อองค์การการค้าโลก ดังนี้ 52 ประเทศผูกพันในสาขาบริการโดยแพทย์และทันตแพทย์ 28 ประเทศผูกพันในสาขาบริการโดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ 42 ประเทศผูกพันในสาขาบริการโรงพยาบาล 15 ประเทศผูกพันในสาขาบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ และ 78 ประเทศสาขาประกันสุขภาพ (ตารางที่ 2)

สำหรับการเจรจาการค้าบริการรอบใหม่ขององค์การการค้าโลก ได้เริ่มขึ้นในปี 2543 และจะสิ้นสุดในเดือนธันวาคม 2547 ได้มี 3 ประเทศ คือ จีน อินเดีย และ ไต้หวัน ยื่นข้อเรียกร้องต่อประเทศไทยเป็นการเฉพาะให้เปิดตลาดด้านบริการสุขภาพให้มากขึ้น และให้ไทยถือปฏิบัติเยี่ยงคนชาติในสาขาบริการวิชาชีพ และสาขาบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสังคม ซึ่งข้อเรียกร้องของทั้ง 3 ประเทศคล้ายคลึงกัน คือขอให้ไทยยกเลิกข้อจำกัดเรื่องสัดส่วนผู้ถือหุ้นชาวต่างชาติ และขอให้ไทยอนุญาตให้แพทย์จากประเทศเหล่านี้เดินทางมาทำงานในประเทศไทย โดยได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนไทย ในขณะเดียวกัน ไทยได้ยื่นข้อเรียกร้องต่อ 14 ประเทศ (ดูรายละเอียดข้อเสนอ และข้อเรียกร้องในภาคผนวก 2)

ตารางที่ 1: จำนวนประเทศที่ผูกพันสาขาบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาล บริการสุขภาพ และ
ประกันสุขภาพ

		บริการทางการแพทย์และทันตกรรม	พยาบาลและผดุงครรภ์	โรงพยาบาล	บุคลากรทางสาธารณสุข	ประกันสุขภาพ (ในสาขาการเงิน)
รวม		52	28	42	15	78
Market Access						
	Full	16 (-2)	7 (-1)	13	7	10
	Partial	10	4	0	1	59
	Unbound	26	17	29	7	31
Mode 2	Full	28 (-3)	9 (-1)	36	9	22
	Partial	22	19	4	5	52
	Unbound	2	0	2	1	26
Mode 3	Full	15 (-7)	5 (-2)	15 (-7)	9 (-4)	9
	Partial	31	22	25	6	88
	Unbound	6	1	2	0	3
Mode 4	Full	0	0	0	0	0
	Partial	47	27	39	15	92
	Unbound	5	1	3	0	8
National Treatment						
Mode 1	Full	19	7	16	8	29
	Partial	8	4	0	1	32
	Unbound	25	17	26	6	39
Mode 2	Full	27 (-1)	9	36 (-1)	9 (-1)	42
	Partial	21	19	4	5	26
	Unbound	4	0	2	1	32
Mode 3	Full	17	8	29 (-23)	7 (-4)	29
	Partial	30	19	10	7	62
	Unbound	5	1	3	1	9
Mode 4	Full	1	0	2 (-1)	0	6
	Partial	47	27	37	15	82
	Unbound	4	1	3	0	12

(i) Reduced number of full commitments if horizontal limitations are taken into account

แหล่งข้อมูล: WTO, 2000.

4.2 การเปิดเสรีการค้าบริการระดับภูมิภาคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4.2.1 ASEAN Framework Agreement on Service – (AFAS) [12]

ในปี 2538 อาเซียนได้ริเริ่มความร่วมมือด้านบริการขึ้น เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเป็นผู้ให้บริการในภูมิภาค โดยที่ประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 5 ได้มีมติให้อาเซียนเริ่มความร่วมมือสาขาใหม่ คือ บริการ และรัฐมนตรีเศรษฐกิจอาเซียน (AEM) ได้ลงนามในความตกลงว่าด้วยการบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Service – AFAS) ในวันที่ 15 ธันวาคม 2538 สาระสำคัญของ AFAS คือ

- (1) เสริมสร้างความร่วมมือด้านบริการของอาเซียน เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและความสามารถในการแข่งขัน สร้างความสามารถในการบริการอย่างหลากหลาย และกระจายการบริการ ทั้งในและนอกอาเซียน
- (2) ยกเลิกข้อจำกัดสำคัญในการค้าบริการในอาเซียน
- (3) เปิดเสรีการค้าบริการทั้งในทางลึกและทางกว้างให้มากกว่าที่ประเทศสมาชิกให้ในความตกลงการค้าบริการภายใต้ WTO (GATS) หรือ GATS Plus โดยมีการเจรจาทุก 3 ปี มีจุดมุ่งหมายเพื่อการลด/เลิกอุปสรรคทางการค้าทั้งหมดภายในปี 2020

อาเซียนได้เริ่มการเจรจารอบแรกภายใต้ AFAS ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2541 ซึ่งในรอบแรกนี้ เห็นบริการ 7 สาขา ได้แก่ การเงิน การขนส่งทางทะเล การขนส่งทางอากาศ โทรคมนาคม ท่องเที่ยว ก่อสร้างและบริการธุรกิจ ไม่ได้ครอบคลุมถึงการเจรจาในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้มีการจัดทำข้อผูกพันที่ดีกว่าที่ผูกพันไว้ใน GATS ที่เรียกว่า GATS-plus commitments ในเรื่องการเข้าสู่ตลาด การ प्रतिบัติเยี่ยงคนชาติ และอื่นๆ ทั้งนี้ การเจรจารอบแรกไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากประเทศสมาชิกต่างยื่นข้อเสนอมูลค่าที่ไม่มีนัยสำคัญมากนัก และผูกพันการเปิดเสรีเฉพาะเท่าที่กฎหมายของแต่ละประเทศได้ให้อำนาจไว้เท่านั้น

ต่อมา อาเซียนได้เปิดการเจรจาเปิดเสรีบริการรอบที่สองในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2542 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2544 โดยในรอบนี้ได้กำหนดแนวทางการเจรจาเป็น 2 ระยะ คือ ในระยะสั้น ให้จัดทำข้อผูกพันในสาขาร่วม/สาขาย่อยร่วม (Common services sectors/ subsectors) ได้แก่ สาขา/สาขาย่อยที่ประเทศสมาชิกสี่ประเทศขึ้นไปยื่นข้อผูกพันภายใต้ GATS หรือ AFAS ส่วนในระยะยาว ให้มีการเคลื่อนย้ายบริการเสรีในทุกสาขาบริการ โดยให้มีความยืดหยุ่นได้ในบางสาขา/รูปแบบ

อาเซียนได้จัดทำข้อผูกพันการเปิดเสรีในการเจรจารอบที่สองเสร็จสิ้นแล้ว เมื่อเดือนกันยายน 2544 อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศสมาชิกจะเปิดเสรีให้แก่กันเพิ่มขึ้นจากที่ได้ผูกพันไว้ใน การเจรจาแรก แต่ข้อเสนอก็ยังคงไม่มีสาระสำคัญมากเท่าที่ควร

4.2.2 เขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA)

ตามที่มีการรวมกลุ่มในภูมิภาคมากขึ้น เช่น นาฟตาในอเมริกาเหนือ เขตการค้าเสรีในประชาคมยุโรป ในลาตินอเมริกา เป็นต้น ดังนั้น ผู้นำของอาเซียนจึงมีความคิดว่า หากอาเซียนไม่ทำเขตการค้าเสรีกัน ก็อาจจะแข่งขันกับประเทศอื่น ๆ ไม่ได้ ประเทศสมาชิกสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of Southeast Asian Nations: ASEAN) หรืออาเซียนดั้งเดิม 6 ประเทศ ได้แก่ บรูไน ดารุสซาลาม อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย ได้ประกาศจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน หรืออาฟต้า ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2535 โดยความริเริ่มของนายกรัฐมนตรีของไทย (นายอานันท์ ปันยารชุน) ต่อมา มีสมาชิกใหม่เพิ่ม 4 ประเทศ คือ เวียดนาม (2539) ลาว และพม่า (2540) และกัมพูชา (2542) รวมประชากรอาเซียนทั้งสิ้น 500 ล้านคน

วัตถุประสงค์ของอาฟต้าคือ ส่งเสริมให้การค้าในอาเซียนขยายตัวมากขึ้น และการลดภาษีต่ำลงซึ่งจะเอื้ออำนวยให้การลงทุนจากประเทศที่สามเข้ามาในอาเซียนมากขึ้น เพราะถ้าการลงทุนในประเทศหนึ่งก็สามารถผลิตสินค้าไปขายในประเทศอาเซียนอื่นได้ โดยไม่เสียภาษีหรือเสียภาษีต่ำมาก โดยประเทศสมาชิกจะลดภาษีสินค้าทุกรายการให้เหลือ 0-5% ภายในเวลา 10 ปี จากที่เริ่มต้นลดภาษี แล้วลดให้เหลือ 0% ภายในปี 2553-2558 ขึ้นอยู่กับว่าเป็นสมาชิกเดิมหรือสมาชิกใหม่ รวมทั้งจะต้องค่อย ๆ ททยลด/เลิกเครื่องกีดขวางทางการค้าทั้งหลายที่ไม่ใช่ภาษีต่าง ๆ ให้หมดไปด้วย เช่น การจำกัดโควตานำเข้าระหว่างกันและกันจะยกเลิกทันทีที่ภาษีของประเทศนั้นๆ ลดเหลือ 20% หรือการกำหนดมาตรฐานสินค้า หรือการออกใบอนุญาตนำเข้า ก็จะทยอยลดลงไปเช่นกัน

4.3 การเปิดเสรีการค้าระดับทวิภาคีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ปัจจุบัน ประเทศต่างๆ มีการเปิดเจรจาเพื่อจัดทำเขตการค้าเสรีในระดับทวิภาคีมากขึ้น เนื่องมาจากความล้มเหลวของการเจรจาพหุภาคีภายใต้องค์การการค้าโลก ถึง 2 ครั้ง คือการประชุมระดับรัฐมนตรี ครั้งที่ 3 ปี 2542 ณ นครซีแอตเทิล สหรัฐอเมริกา และการประชุมระดับรัฐมนตรีครั้งที่ 5 ในปี 2546 ณ เมืองแคนคูน ประเทศเม็กซิโก และประเทศมหาอำนาจใช้เวทีทวิภาคีเป็นช่องทางในการเจรจาเพื่อผลประโยชน์ของตน [13] โดยหลักการแล้วการเจรจาในระดับทวิภาคีต้องสอดคล้องกับกติกาขององค์การการค้าโลก รัฐบาลไทยชุดปัจจุบันเองก็มีนโยบายเจรจาเพื่อเปิดเขตการค้าเสรี (Free Trade Area) กับหลายๆ ประเทศ โดยประเทศที่การเจรจาจะครอบคลุมด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ไทย-จีน ประเทศไทยทำการเจรจาความตกลงทางการค้ากับประเทศจีนภายใต้กรอบอาเซียน ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาร่างข้อบัพทานบริการ โดยประเทศจีนได้เรียกร้องให้แพทย์ และพยาบาลจากจีนได้รับการรับรองให้ประกอบวิชาชีพและให้บริการในประเทศไทยได้โดยไม่ต้องสอบใบประกอบโรคศิลปะของไทยอีก (mutual recognition of qualification) และขอให้ไทยยกเลิกข้อจำกัดเรื่องสัดส่วนผู้ถือหุ้นชาวต่างชาติ ซึ่งปัจจุบันกำหนดไว้ที่ร้อยละ 49 ทั้งนี้มีกำหนดเวลาการจัดทำร่างข้อบัพและ first package of commitment ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคม 2547 นี้ [14]

ไทย-อินเดีย ได้มีการลงนามความตกลงจัดทำเขตการค้าเสรี เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2546 ครอบคลุมการเปิดเสรีในด้านการค้าสินค้า การค้าบริการ และการลงทุน โดยในสาขาบริการจะทยอยเปิดเสรีในสาขาที่มีความพร้อมก่อน จะเริ่มเจรจาในเดือนมกราคม 2547 และสิ้นสุดในเดือนมกราคม 2549 [14]

ไทย-ญี่ปุ่น ขณะนี้ประเทศไทยได้เริ่มเจรจาอย่างเป็นทางการกับประเทศญี่ปุ่น ทั้งนี้ประเทศญี่ปุ่นไม่ได้มีข้อเรียกร้องใดที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ ในขณะที่ไทยได้ยื่นข้อเรียกร้องที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพเช่น โรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุแบบมีแพทย์ประจำ long stay สปา และการประกันสุขภาพ ขอให้อนุญาตคนไทยที่ได้รับการว่าจ้างงานแล้วเช่นผู้ดูแลเด็ก และผู้ดูแลคนชราไปทำงานในประเทศนั้นได้ เป็นต้น [14]

ไทย-สหรัฐ เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยจะเริ่มต้นเจรจาในราวเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน ปี 2547 ในขณะนี้ยังไม่มียรายละเอียดของประเด็นที่จะเจรจาเป็นที่เปิดเผย แต่นักวิชาการหลายฝ่ายได้ศึกษาถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นโดยอาศัยข้อมูลจากการเปิดเขตการค้าเสรีสหรัฐ - ชิลี และสหรัฐ - สิงคโปร์ ซึ่งคาดว่าสหรัฐคงเรียกร้องจากประเทศไทยในลักษณะที่คล้ายกัน [15] เช่น

1. ขยายเวลาการคุ้มครองลิขสิทธิ์จาก 50 ปี หลังเจ้าของผลงานเสียชีวิตเป็น 70 ปี
2. ให้การคุ้มครองมาตรการทางเทคนิค (Technological Measure) และการคุ้มครองข้อมูลที่ใช้ในการบริหารสิทธิ (Right Management Information) โดยกำหนดโทษต่างๆ สำหรับผู้ฝ่าฝืน รวมทั้งโทษทางอาญาด้วย
3. การคุ้มครองเครื่องหมายทางการค้าให้ครอบคลุมถึงเครื่องหมายที่ไม่อยู่ในรูปที่มองเห็นได้ เช่น กลิ่น
4. ขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรให้ครอบคลุมถึงการประดิษฐ์ทุกประเภทซึ่งรวมถึงพีช และสัตว์ ซอฟต์แวร์ และวิธีการดำเนินการทางธุรกิจ (Business Method)
5. เจ้าของสิทธิบัตรมีสิทธิขยายอายุในการคุ้มครองสิทธิบัตรได้อีกไม่เกิน 5 ปี
6. ในกรณีการพิจารณาอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาหรือสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรใช้เวลานาน ก็ให้ยืดอายุการคุ้มครองสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องออกไปเพื่อชดเชยความล่าช้าดังกล่าว
7. ห้ามผู้ประกอบการอื่นจำหน่ายผลิตภัณฑ์ทางยา หรือสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรที่เหมือนหรือคล้ายกับผลิตภัณฑ์ที่ต้องยื่นข้อมูลที่ไม่เปิดเผยในการขออนุญาตทางการตลาดในเวลาที่กำหนด (5 ปี สำหรับยา)
8. เข้าร่วมในสนธิสัญญาว่าด้วยความร่วมมือทางสิทธิบัตร (Patent Cooperator Treaty, PCT)

4.4 สถานการณ์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประเทศไทย

การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศของไทย สรุปได้ดังนี้

Mode 1. Cross-border Supply การค้าบริการข้ามพรมแดน

ปัจจุบัน การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดนในประเทศไทยในเชิงพาณิชย์มีน้อย แต่มีผู้ป่วยบางรายปรึกษาแพทย์ทางอินเทอร์เน็ต และนักศึกษาไทยบางคนใช้บริการการศึกษาด้านการแพทย์ สาธารณสุขของสถาบันการศึกษาต่างประเทศผ่านระบบการศึกษาทางไกล โดยการบริการในรูปแบบนี้นับอยู่ในสาขาการศึกษา ไม่ใช่สาขาการแพทย์และสาธารณสุข

Mode 2. Consumption abroad

ประเทศไทยมีศักยภาพค่อนข้างสูงจากข้อได้เปรียบหลายประการ เช่น ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการคมนาคมในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวเดินทางมาประเทศไทยกว่าสิบล้านคน ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดี ได้มาตรฐาน มีราคาสมเหตุสมผล และบุคลากรทางการแพทย์ของไทยมีความเชี่ยวชาญสูง การศึกษาของกระทรวงพาณิชย์ พบว่าในปี 2544 มีผู้ป่วยต่างชาติจำนวนถึง 470,000 ราย เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2543 ถึงร้อยละ 38 [16] ขณะที่ในปี 2545 มีจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ 630,000 ราย เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลเอกชน 33 แห่ง [17] ซึ่งรายได้ของประเทศจากการท่องเที่ยว (รวมบริการสุขภาพ) เพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีมูลค่าถึง 339,658 ล้านบาท ในปี 2545 [18] ในขณะเดียวกัน ก็มีผู้แข่งขันในหลายประเทศ เช่น สิงคโปร์ อินเดีย การพัฒนาศักยภาพในการแข่งขันในด้านนี้จึงมีความสำคัญสูงในเชิงเศรษฐกิจ

Mode 3. Commercial Presence

ปัจจุบันมีนักลงทุนชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนในด้านการบริการสุขภาพในระดับหนึ่ง โดยกฎหมายไทยอนุญาตให้ชาวต่างชาติถือหุ้นได้ ร้อยละ 49 ในธุรกิจนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 พบว่ามีโรงพยาบาล

เอกชนทั่วประเทศ 24 โรง หรือร้อยละ 7.36 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด มีการถือหุ้นโดยชาวต่างชาติ ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 25) มาจากประเทศญี่ปุ่น รองลงมาคือสิงคโปร์ (ร้อยละ 19.4) จีน (ร้อยละ 11.1) ยุโรป (ร้อยละ 11.1) และอเมริกา (ร้อยละ 5.6) [19]

Mode 4. Movement of Natural Person

ประเทศไทยอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพจากประเทศอื่นเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้ โดยต้องมีคุณสมบัติและผ่านการทดสอบตามที่กฎหมายกำหนด การสอบใบอนุญาตเพื่อประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นได้กำหนดให้สอบเป็นภาษาไทยตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมา ซึ่งหลังจากกำหนดหลักเกณฑ์ดังกล่าวมีผู้ประกอบวิชาชีพชาวต่างชาติจำนวนน้อยที่ผ่านการทดสอบและได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในประเทศไทย [20] ในขณะที่ บุคลากรไทยที่ไปประกอบวิชาชีพหรืออาชีพด้านบริการสุขภาพในต่างประเทศยังมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่ไปทำงานในลักษณะความสนใจส่วนตัว มากกว่าการทำงานที่เป็นนโยบายของรัฐ หรือมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เมื่อมีการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประเทศไทยได้มีข้อเรียกร้องต่อประเทศสมาชิก WTO ให้อนุญาตให้บุคลากรไทยไปประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และประเทศจีนและอินเดียได้ยื่นข้อเรียกร้องให้ไทยอนุญาตให้แพทย์เข้ามาทำงานได้โดยไม่ต้องสอบใบอนุญาตตามกฎหมายไทย

4.5 ข้อเรียกร้องของไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

จากข้อเสนอของกระทรวงพาณิชย์เกี่ยวกับการเจรจาการค้าบริการแบบทวิภาคี ประเทศไทยได้ยื่นข้อเรียกร้องที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพต่อประเทศคู่เจรจาความตกลงทางการค้า 14 ประเทศได้แก่ สิงคโปร์ จีน ไต้หวัน ฮองกง เกาหลี ญี่ปุ่น อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหภาพยุโรป นอร์เวย์ สวิสเซอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และแคนาดาสาระสำคัญของข้อเรียกร้องครอบคลุม 3 รูปแบบของบริการกล่าวคือ

Mode 2. Consumption Abroad

ประเทศไทยขอให้ประเทศต่าง ๆ อนุญาตให้คนของประเทศนั้นเดินทางมารับบริการสุขภาพที่ประเทศไทยได้ พร้อมกันนี้ก็ได้มีข้อเรียกร้องที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือต้องการให้ระบบประกันสุขภาพ (National Health Insurance) ของประเทศต่าง ๆ อนุญาตให้คนชาติสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในต่างประเทศได้ เพื่อดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติให้มารักษาพยาบาลในไทยให้มากขึ้น [15]

Mode 3. Commercial Presence

ประเทศไทยได้ยื่นข้อเรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ อนุญาตให้คนไทยจัดตั้งสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในบางสาขาที่ไทยเห็นว่ามีความได้เปรียบ เช่น นวดแผนไทย และสปาได้ โดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ [15]

Mode 4. Movement of Natural Person

ในกรณีที่เป็นการประกอบวิชาชีพ ประเทศไทยได้ขอให้คนไทยที่ได้รับการรับรองในประเทศไทยไปทำงานในประเทศต่าง ๆ ได้ [21]

5. สรุป

ข้อตกลงระดับพหุภาคีเพื่อเปิดเสรีด้านการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น มีความยืดหยุ่นมากกว่าข้อตกลงในเรื่องการค้าสินค้า เช่นการ प्रतिบัติเยี่ยงคนชาตินั้น ในมาตรา 17 การ प्रतिบัติเยี่ยงคนชาติจะใช้กับสาขาที่ประเทศยื่นข้อผูกพันไว้เท่านั้น ไม่ได้ใช้ทั่วไปเหมือนข้อตกลงใน GATT นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกสามารถกำหนดได้ว่าจะปฏิบัติเยี่ยงไร ต่อบริการของต่างชาติ และบริการของประเทศ และยังคงสามารถที่จะปฏิบัติแตกต่างกันได้ระหว่างบริการในประเทศและบริการจากต่างประเทศ [22] ในด้านการผูกพันในสาขานี้ ก็ยังไม่มีข้อบังคับเช่นกัน ประเทศสามารถกำหนดได้ว่าจะผูกพัน หรือไม่ผูกพัน ในระดับมากน้อยแค่ไหน และเมื่อผูกพันแล้ว สามารถที่จะปรับเปลี่ยน หรือถอนการผูกพันนั้นได้หลังจากได้ดำเนินการแล้วสามปี โดยอาจต้องเสนอข้อผูกพันอื่นเป็นการชดเชย นอกจากนี้ บริการด้านสุขภาพที่จัดโดยรัฐไม่รวมอยู่ในข้อตกลงขององค์การการค้าโลก ดังนั้นจึงไม่นำมาเป็นข้อผูกพัน หรือประเด็นการเจรจา

ประเด็นสำคัญของข้อตกลงเรื่องการค้าบริการ คือประเด็นในเรื่องการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น บริการด้านสุขภาพมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการด้านอื่น ๆ คือไม่มีความเท่าเทียมกันในเรื่องข้อมูลและความรู้ รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะกำหนดมาตรฐาน ควบคุมคุณภาพของบริการ รวมทั้งการกำหนดกลไกด้านราคา ผ่านทางระบบรัฐสวัสดิการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า ประเทศส่วนใหญ่มีระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการมากกว่าเป็นรูปแบบเสรี ที่จะให้เอกชนมีบทบาทสำคัญ ดังนั้นหากเปิดเสรีในเรื่องนี้ ย่อมหมายถึงว่ารัฐลดบทบาทในการเข้าแทรกแซงลง หรืออาจลดการให้บริการลง และเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนมากขึ้นในบางสาขา ซึ่งหากเป็นเช่นนั้น การคุ้มครองผู้ป่วยและประชาชนโดยรัฐย่อมลดลงตามไปด้วย หากกลไกตลาดเป็นผู้กำหนดมาตรฐานคุณภาพ และราคา ก็อาจเกิดผลกระทบต่อประชาชนได้ โดยเฉพาะหากเป็นการดำเนินการโดยบริษัทข้ามชาติเพื่อหวังผลกำไรในกิจการที่มีลักษณะเป็นสวัสดิการของประชาชน ดังนั้นการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงอาจจำเป็นต้องพิจารณาเฉพาะกิจกรรม หรือประเภทของบริการที่ไม่เกิดผลกระทบต่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ และเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาโดยละเอียดต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. Daniels, John D. and Lee H. Radebaugh. International Business: environments and operations. 9th ed. New Jersey : Prentice-Hall, 2001.
2. Richard Hall, International Trade Theory, Chapter 4, © McGraw Hill Companies, Inc., 2000.
Lehmann, A., N.T. Tamarisa, and J. Wiczorek, 2003, International Trade in Services: Implications for the IMF, IMF Policy Discussion Paper, PDP/03/06, December 2003.
3. Michael E. Porter, 1998, The Competitive Advantage of Nations, The Free Press, New York, USA.
4. Welsum, D.V., 2003, International Trade in Services: Issue and Concepts, Birkbeck College London, September 2003
5. Stiglitz, Joseph. Economics of Public Sector, 3rd. Edition. New York, U.S.A, 2000.
6. สมคิด แก้วสนธิ. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข:การวิเคราะห์และประเมินผลบริการสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่ 2. กทม : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
7. คงเดช ลีโทชวลิต. ระบบสุขภาพ.วารสารวิชาการสาธารณสุข.; 10 (3):378, 2544
8. Roemer MI. National Health Systems of the World, volume 1. New York : Oxford University Press, 1993.
9. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข:อนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย.วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข.;1(2):48-58,2541
10. องค์การการค้าโลก (www.wto.org)
11. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, กระทรวงพาณิชย์ (www.dtn.moc.go.th)
12. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, รายงานการศึกษาเรื่อง ผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์, 2546.
13. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 5 มีนาคม 2547.
14. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, กระทรวงพาณิชย์ (file:///A:/การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ- FTA.htm)
15. สรชัย จำเนียรดำรงการ (บรรณาธิการ), ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย – สหรัฐอเมริกา : ผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย, FTA Watch, นนทบุรี 2547.
16. กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์, Questionnaire survey of foreign patients. 2544 และ 2545
17. กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์
18. ธนาคารแห่งประเทศไทย, ดุลการชำระเงิน (<http://www.bot.or.th>)
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจโรงพยาบาลเอกชน ปี 2544
20. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ผลกระทบของ GATS ต่อการประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย., นนทบุรี : แพทยสภา, 2542
21. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, การเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการด้านสุขภาพภายใต้องค์การการค้าโลก, สำนักเจรจาการค้าบริการ, กระทรวงพาณิชย์ พฤศจิกายน 2546
http://www.dtn.moc.go.th/web/8/126/127/238/wto.asp?G_id=238&f_id=2683
22. WHO and WTO. WTO Agreements and Public Health: A joint study by the WHO and the WTO Secretariats, 2002.

บทที่ 3

องค์ความรู้จากงานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1. สถานการณ์การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทยภายใต้กรอบข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ

การค้าบริการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการจ้างงานของประเทศ แต่ไทยก็มีใช้คู่ค้าบริการสำคัญในตลาดโลก แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นทั้งผู้ส่งออกและนำเข้าบริการใน 30 ลำดับแรกเพราะครองสัดส่วนการค้าบริการส่งออกในตลาดโลก เพียงร้อยละ 0.9 และมีสัดส่วนนำเข้าการค้าบริการในตลาดโลกเพียงร้อยละ 1.1 ประสพการณ์ในการเปิดเสรีการค้าบริการค้าปลีกและการเปิดเสรีบริการธุรกรรมการเงิน นั้น บ่งชี้ว่าควรเปิดเสรีการค้าบริการอย่างเป็นลำดับขั้น โดยสร้างบรรยากาศของการแข่งขันควบคู่กับการสร้างความตระหนักรู้แก่สาธารณชน เพราะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ยากต่อการพลิกผันสถานการณ์ที่อาจเสียเปรียบเป็นรองในเวทีการค้าระหว่างประเทศ [1]

ทั้งนี้ประเทศไทยได้ผูกพันการเปิดตลาดตามกรอบข้อตกลง WTO ในกิจกรรมภายใต้สาขาบริการต่างๆ รวมทั้งสิ้น 10 สาขา จำนวนกว่า 100 กิจกรรม (ภาคผนวก 1) โดยละเว้นไม่ผูกพัน (Unbound) การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบริการทางสังคม (Health Related and Social Services) ครอบคลุมโรงพยาบาลและธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมนุษย์ [2, 3]

สำหรับแต่ละสาขาบริการที่ประเทศได้ผูกพันนั้น ไม่จำกัดในเรื่องการใช้บริการในต่างประเทศหรือการที่ชาวต่างประเทศมาใช้บริการในประเทศ แต่ผูกพันแบบมีเงื่อนไขในการเปิดตลาดยอมรับการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติในเรื่องการเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจ เพื่อให้บริการในไทย (commercial presence of legal entity, Mode 3) ต้องจดทะเบียนเป็นบริษัทจำกัดในไทย และต้องร่วมหุ้นคนไทย โดยต่างชาติถือหุ้นไม่เกิน 49% จำนวนผู้ถือหุ้นต่างชาติต้องน้อยกว่ากึ่งหนึ่ง ยกเว้นบางกิจกรรมที่สัดส่วนการถือหุ้นเป็นไปตามกฎหมายเฉพาะ (2) ในขณะที่เดียวกัน ไม่ผูกพัน การเข้ามาเป็นการชั่วคราวของบุคลากรต่างชาติ (temporary movement of natural person, Mode 4) เว้นแต่สาขาบริการที่ได้ระบุเป็นการเฉพาะ นักธุรกิจ และ พนักงานที่โอนย้ายภายในบริษัท (corporate transferee) ในระดับผู้บริหาร ผู้จัดการ และผู้เชี่ยวชาญ สามารถเข้ามาในราชอาณาจักรเป็นเวลาไม่เกิน 3 ปี ยกเว้น วิชาชีพสงวน 39 อาชีพที่ไทยยังไม่ผูกพันการเข้ามาให้บริการของต่างชาติ [3, 4] และไม่ผูกพันการค้าบริการข้ามแดน ยกเว้น สาขาโทรคมนาคมบางประการที่ผูกพันแบบมีเงื่อนไข และสาขาที่ปรึกษาการจัดการ (General management consulting services, CPC 86501) ห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ดิน บริการการศึกษาไทยระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา การจัดการสิ่งแวดล้อม ประกันภัยบางรายการ และการดำเนินธุรกรรมทางการเงินบางรายการ ขนส่งบางรายการ เปิดตลาดและยอมรับการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติโดยไม่จำกัด [4] โดยรวมแล้ว ไทยยังสงวนสิทธิในการออกกฎระเบียบใด ๆ ที่มีเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดเข้มงวดหรือเพิ่มขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ปัจจุบันได้ จะเห็นว่าการเปิดตลาดบริการของไทยภายใต้พันธะของ WTO นั้นไม่ได้เกินกว่าที่กฎหมายในขณะนั้นอนุญาตให้กระทำได้ [2]

แม้ว่าในการยื่นข้อเสนอตามกรอบการค้าเสรีด้านบริการต่อองค์การการค้าโลกนั้นไทยจะไม่ผูกพันการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพก็ตาม แต่มีหลายประเทศ เช่นออสเตรเลีย จีน อินเดีย บาห์เรน และได้หวัน เป็นต้น [2] ได้ยื่นข้อเรียกร้องที่เกี่ยวกับการขยายการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับไทย ในการเปิดตลาดโรงพยาบาล และการเข้ามาปฏิบัติวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และทันตแพทย์ ทั้งในกรอบการเจรจาแบบพหุภาคีและแบบทวิภาคี ประกอบกับรัฐบาลเองมีนโยบายสนับสนุนให้ชาวต่างประเทศมาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย จากแนวโน้มดังกล่าวจึงจำเป็นต้องทบทวนและจัดการความรู้เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในประเทศไทย ในบทนี้จะทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศ และการ

วิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศ เพื่อใช้โอกาสของการขยายตัวการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศนี้ ให้เป็นประโยชน์และเตรียมการปรับตัวรองรับผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้น

2. กฎหมาย/ระเบียบ กฎเกณฑ์ ของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

กติกาสัญญาประการหนึ่งของการค้าบริการระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกถือปฏิบัติคือหลักความโปร่งใสในการดำเนินธุรกิจ ซึ่ง GATS กำหนดให้ประเทศสมาชิกต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย ข้อบังคับหรือกฎระเบียบต่าง ๆ รวมทั้งการแก้ไขมาตรการ กฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับและข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคง โดยประเทศสมาชิกต้องตีพิมพ์ข้อมูลดังกล่าวให้สาธารณชนทราบ รวมทั้งต้องแจ้ง WTO เกี่ยวกับการแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในสาขาบริการที่เสนอผูกพันการเปิดตลาดไว้ สมาชิกสามารถกำหนดกฎระเบียบภายในหรือมาตรการใด ๆ ที่เห็นว่าจำเป็นในการกำกับดูแลธุรกิจบริการในประเทศของตนได้ แต่การใช้มาตรการต่าง ๆ ในสาขาที่เสนอผูกพันเปิดตลาดแล้วจะต้องให้หลักประกันว่าจะต้องดำเนินไปในลักษณะที่มีเหตุผลเป็นไปอย่างมีหลักเกณฑ์และไม่ลำเอียงข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการออกใบอนุญาตให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพบริการและมาตรฐานทางเทคนิคจะต้องมีหลักเกณฑ์ที่โปร่งใสและไม่สร้างภาระต่อการค้าบริการโดยไม่จำเป็น

สำหรับประเทศไทยมีกฎหมาย กฎระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น 40 ฉบับ [5, 6, 7] จำแนกเป็นกฎหมาย กฎ และระเบียบที่บังคับใช้กับการค้าบริการทุกสาขา 22 ฉบับ (โดย 2 ฉบับอยู่ระหว่างการยกร่าง) และเป็นกฎหมาย กฎ และระเบียบที่ใช้กำกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพเป็นเฉพาะ 18 ฉบับ

2.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนเงินตราที่จะครอบคลุมทุกรูปแบบของการค้าบริการ

- 2.1.1 พระราชบัญญัติควบคุมการแลกเปลี่ยนเงินพุทธศักราช 2485 เป็นกฎหมายแม่บทที่ใช้ในการควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน และจากการอาศัยอำนาจตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้มีการออกกฎกระทรวง ประกาศกระทรวงการคลัง และประกาศเจ้าพนักงานควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน เพื่อกำหนดรายละเอียดและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการนำเข้าและส่งออกเงินบาทและเงินตราต่างประเทศ [8]
- 2.1.2 กฎกระทรวงการคลังฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2497) ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน พุทธศักราช 2485
- 2.1.3 ประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง การควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน 1 เมษายน 2534
- 2.1.4 ระเบียบธนาคารแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับการควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน เกี่ยวกับการกำหนดรายละเอียดและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการนำเข้าและส่งออกเงินบาทและเงินตราต่างประเทศของคนไทยและของบุคคลที่มีถิ่นฐานในประเทศไทย การเปิดบัญชีเงินฝากเป็นเงินตราต่างประเทศและเป็นเงินบาท การชำระค่าสินค้าและบริการ และการลงทุนจากต่างประเทศและการโอนทุนออกของบุคคลไทย เป็นต้น

2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการค้าบริการข้ามพรมแดน (CROSS BORDER TRADE)

จากการประมวลผลการศึกษาวิจัยที่ดำเนินการในประเทศไทยเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศ ยังไม่ปรากฏรายงานเกี่ยวกับข้อกฎหมาย หรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการค้าบริการข้ามพรมแดน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยซึ่งเกี่ยวพันกับการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการสุขภาพ และด้านการตรวจวินิจฉัย ความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน อีกทั้งยังมีอุปสรรคด้านการสื่อสารด้วยภาษาสากล จึงยังไม่มีการศึกษากฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ว่ามีผลอย่างไรต่อการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน อย่างไรก็ตาม จากการค้นคว้าข้อมูลต่างประเทศ พบว่าในหลายประเทศเช่น สิงคโปร์ และอินเดีย [10] มีการทบทวนและปรับปรุงข้อกฎหมายเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศของทั้งสองประเทศเพื่อพัฒนาการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมกัน จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะกฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งลักษณะกฎหมายและข้อบังคับของประเทศที่มีแนวโน้มเป็นคู่ค้าของประเทศไทยด้วย ซึ่งกฎหมายไทยและร่างกฎหมายที่น่าจะเกี่ยวข้องมีดังนี้

1. พระราชบัญญัติ ว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 118 ตอนที่ 112 ก วันที่ 4 ธันวาคม 2544
2. ร่าง-พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.
3. ร่าง-พระราชบัญญัติว่าด้วยอาชญากรรมทางคอมพิวเตอร์ พ.ศ.

2.3 การใช้บริการต่างแดน (CONSUMPTION ABROAD)

การให้บริการข้ามแดนอาจเกิดขึ้นได้เป็นสองประการ ประการแรกคือกรณีที่คนไทยเดินทางไปใช้บริการสุขภาพต่างประเทศ ดังเช่นกรณีของผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเดินทางไปรับบริการรักษาพยาบาลด้วยโรคเฉพาะทางที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีความเชี่ยวชาญด้านนั้นเป็นการเฉพาะ หรือในประการที่สองเป็นกรณีที่ชาวต่างชาติเดินทางมารับบริการสุขภาพในประเทศไทย ทั้งนี้ประเทศไทยไม่มีข้อจำกัดในการใช้บริการต่างแดนไม่ว่าโดยคนไทยหรือโดยต่างชาติ ปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมให้ชาวต่างชาติมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในประเทศ ดังเช่นที่สำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันส่งเสริมบริการด้านนี้ในลักษณะของการส่งเสริมการท่องเที่ยวผนวกบริการสุขภาพ

กฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องและบังคับใช้กับแต่ละกรณีอาจแตกต่างกัน กล่าวคือในประการแรกนั้นน่าจะเกี่ยวข้องกับปริมาณการนำเงินออกนอกประเทศเพื่อชำระค่าบริการรักษาพยาบาล ซึ่งจากระเบียบของธนาคารแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับการควบคุมการแลกเปลี่ยนเงินไม่จำกัดในการที่คนไทยนำเงินตราต่างประเทศติดตัวเพื่อเดินทางหรือการโอนเงินเพื่อชำระค่าบริการ โดยต้องแสดงหลักฐาน ในกรณีของเงินบาทบุคคลเดินทางไปยังประเทศสังคมนิยมเวียตนามและประเทศเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดไทยสามารถนำเงินบาทติดตัวไปได้ไม่เกิน 500,000 บาท ประเทศอื่น ๆ ไม่เกิน 50,000 บาท

ในเรื่องการเข้าเมืองของคนไทยนั้น จะขึ้นกับกฎหมายของประเทศปลายทางที่บุคคลนั้น ๆ เดินทางไปรับการรักษาพยาบาลหรือรับบริการสุขภาพเป็นสำคัญ ในขณะที่กรณีของคนต่างชาติเข้ามารับบริการในประเทศไทยนั้นมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องคือพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 ซึ่งจำกัดระยะเวลาในการเข้ามาในราชอาณาจักรตามประเภทของวัตถุประสงค์ที่เข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งชาวต่างชาติที่ต้องการเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์เหล่านี้ต้องมีหนังสือตอบรับจากสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของรัฐในประเทศไทย จึงสามารถขอยื่นการตรวจลงตราประเภทผู้อยู่อาศัยชั่วคราว โดยจะได้รับวีซ่าอายุ 1 ปี มีระยะเวลาพำนักในราชอาณาจักร

จักรครั้งละไม่เกิน 90 วัน จึงเป็นปัญหาและสร้างความไม่สะดวกในกรณีผู้ป่วยเรื้อรังหรือใช้เวลารักษานานเกิน 90 วันที่ต้องเดินทางออกนอกประเทศและกลับเข้ามารักษาต่อ

ประเด็นกฎหมายที่สำคัญในกรณีการใช้บริการต่างแดนอยู่ที่กฎระเบียบเกี่ยวกับการประกันสุขภาพภาครัฐ เช่น ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ (Medicare) ในสหรัฐ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ของญี่ปุ่น ระบบประกันสุขภาพภายใต้การประกันสังคมของไทย ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพของรัฐเหล่านี้ มักจะไม่ครอบคลุมการจ่ายเงินเมื่อไปใช้บริการข้ามเขตแดน ทั้งที่บางครั้งการบริการในประเทศนั้นๆ มีคุณภาพดี และราคาถูกกว่า เช่นการผ่าตัดเอ็นที่หัวเข่าในประเทศไทยในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเงินหนึ่งแสนบาท เทียบกับสองแสนหกหมื่นบาทหากผ่าตัดในอเมริกา หรือราคาผ่าตัดของไทยเป็นเพียงประมาณหนึ่งในสามของอเมริกาเท่านั้น ข้อดีของการมาใช้บริการในประเทศกำลังพัฒนาของผู้ป่วยจากประเทศพัฒนาแล้วนอกจากเรื่องราคาคือ ไม่ต้องรอคิวนาน เช่นผู้ป่วยจากประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นรัฐสวัสดิการ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงไม่ปัญหา แต่ผู้ป่วยบางรายต้องรอนานหลายปี จึงตัดสินใจไปใช้บริการผ่าตัดในประเทศอินเดียเป็นต้น [11]

การประกันสุขภาพของประเทศในกลุ่ม OECD มักจะครอบคลุมเฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น แต่ไม่ครอบคลุมบริการอื่นๆ ยกเว้นประเทศในทวีปยุโรปที่สามารถใช้บริการบางประเภทจากประเทศในกลุ่มเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Area-EEA) โดยต้องได้รับอนุมัติจากประเทศของตนก่อน (ตารางที่ 3) [12]

ตารางที่ 2: การประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศในกลุ่ม OECD ที่สามารถใช้บริการในประเทศอื่นได้

ประเทศ	ประกันสุขภาพภาครัฐที่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ	ประกันสุขภาพภาครัฐที่ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศบางรายการ
ออสเตรเลีย	ไม่ได้(1)	ไม่ได้
แคนาดา	ได้(2)	ไม่ได้(3)
สหรัฐอเมริกา	(Medicare) ใช้บริการทางการแพทย์ในเม็กซิโก และแคนาดา	ไม่ได้
ญี่ปุ่น	ไม่ได้	ไม่ได้
เยอรมัน	ได้ (2,4)	ไม่ได้
ออสเตรีย	ได้ (2,4)	ไม่ได้
เบลเยียม	ได้ (2)	ไม่ได้
เดนมาร์ก	ไม่ได้	ไม่ได้
สเปน	ได้ (2)	ไม่ได้
ฝรั่งเศส		ไม่ได้
ฟินแลนด์		ไม่ได้
กรีซ	ไม่ได้	ไม่ได้
ลักซ์เซมเบิร์ก	ได้	
เนเธอร์แลนด์		ไม่ได้
อังกฤษ	ไม่ได้ (5)	ไม่ได้
สวีเดน	ไม่ได้	ไม่ได้

หมายเหตุ: 1. ยกเว้นใน 8 ประเทศที่ออสเตรเลียมีข้อตกลงทวิภาคี

2. การเบิกจ่ายไม่เกินวงเงินการรักษาในประเทศ
3. ยกเว้นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยจะถูกส่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลในรัฐที่ใกล้เคียงของสหรัฐ
4. ต้องมีหนังสืออนุมัติล่วงหน้าจากผู้ให้ประกัน
5. ยกเว้นประเทศที่มีข้อตกลงทวิภาคี และประเทศในกลุ่มเศรษฐกิจยุโรป

2.4 การเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการ (COMMERCIAL PRESENCE)

กฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการของผู้ประกอบการต่างชาติ ทั้งที่ใช้บังคับกับธุรกิจบริการทุกสาขา และบังคับเฉพาะธุรกิจบริการสุขภาพจำแนกเป็นกลุ่มกฎหมาย กฎ ระเบียบ และข้อบังคับที่บังคับใช้กับหน่วยธุรกิจบริการทุกสาขา 12 ฉบับ และกฎหมาย รวมทั้งกฎระเบียบเฉพาะที่บังคับใช้กับหน่วยธุรกิจที่ให้บริการด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะอีก 10 ฉบับ รวมทั้งสิ้น 22 ฉบับ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 กฎหมายที่บังคับใช้กับหน่วยธุรกิจบริการทุกสาขา

1. พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 (ออกแทน ปว. 281) ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ บริการสุขภาพรวมทั้งบริการโรงพยาบาลจัดอยู่ในประเภทธุรกิจตามบัญชี 3 ซึ่งหากคนต่างด้าวต้องการประกอบธุรกิจในประเทศไทย ต้องขออนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้า ตามความเห็นชอบของคณะกรรมการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว สำหรับการผลิตยาทุนขึ้นต่ำรวมกันน้อยกว่า 100 ล้านบาทนั้น คนต่างด้าวสามารถดำเนินการได้โดยเสรีโดยไม่ต้องขออนุญาตจากอธิบดีกรมทะเบียนการค้า และจำกัดให้คนต่างด้าวถือหุ้นในส่วนธุรกิจได้เป็นสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 49 ทั้งนี้ได้ให้ความหมายว่าคนต่างด้าวจะถูกจำกัดสิทธิมิให้ถือหุ้นเกิน ร้อยละ 49 หากคนต่างด้าวต้องการถือหุ้นเกินกว่ากรอบกฎหมายที่กำหนดไว้จะต้องขออนุญาต เช่นกรณีของสถานบำบัด Mr. Peter Diurson ซึ่งมีคนต่างด้าวถือหุ้นทั้งหมด โดยการครอบครองหุ้นนี้ได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 7)
- ทั้งนี้ พ.ร.บ.การประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 มีช่องโหว่ไม่สามารถบังคับได้คือกรณี นิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศไทยแต่ถือหุ้นโดยบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย หรือนิติบุคคลซึ่งไม่จดทะเบียนในประเทศไทย ซึ่งจัดอยู่ในจำพวกนิติบุคคลต่างด้าว แต่ไปถือหุ้นอีกทอดหนึ่งในบริษัทที่จดทะเบียนในประเทศไทย หรือนิติบุคคลที่จดทะเบียนในประเทศไทย และถือหุ้นโดยบุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทยไม่เกินกึ่งหนึ่ง พ.ร.บ. นี้ถือว่าเป็นบริษัทไทย ซึ่งยังไม่มียกเว้นการควบคุมถึงกรณีคนต่างด้าวมีหุ้นไม่เกินกึ่งหนึ่งในนิติบุคคลสัญชาติไทย แต่มีอำนาจจัดการ บริหาร และสิทธิในการลงคะแนนเสียงแต่งตั้งกรรมการ ซึ่งเป็นการทำสัญญาภายในบริษัท
2. พระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499
3. พระราชบัญญัติการบัญชี พ.ศ. 2543
4. ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องให้ผู้ประกอบการพาณิชย์ต้องจดทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2545
5. พระราชบัญญัติการเช่าอสังหาริมทรัพย์เพื่อพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม พ.ศ. 2542
6. กฎกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2543) ออกตามความในพระราชบัญญัติการเช่าอสังหาริมทรัพย์เพื่อพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจดทะเบียนเช่า การกำหนดประเภทของพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม และการใช้หรือการเปลี่ยนแปลงประเภทการใช้
7. กฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2543) เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจดทะเบียนเช่าที่ดินที่มีเนื้อที่เกินกว่า 100 ไร่
8. กฎกระทรวงพาณิชย์กำหนดทุนขั้นต่ำและระยะเวลาในการนำทุนหรือส่งทุนขั้นต่ำเข้ามาในประเทศไทย พ.ศ. 2545
9. พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520 พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุนได้ให้อำนาจแก่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนในการใช้สิทธิประโยชน์ทางด้านภาษีและมีใช้ภาษี เพื่อชักจูงให้เกิดการลงทุนจากไทยและต่างชาติ ซึ่งมีหน้าที่กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์ ประเภทกิจการ การให้สิทธิ

ประโยชน์ การให้การคุ้มครอง และเพิกถอนสิทธิกรณีไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ทั้งนี้ได้กำหนดเงื่อนไขทั่วไปของกิจการที่ขอรับการส่งเสริมการลงทุนต้องมีขนาดการลงทุนขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 1 ล้านบาท ส่วนการให้สิทธิประโยชน์มีความแตกต่างในแต่ละประเภทกิจกรรมและเขตการส่งเสริม

10. พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขปรับปรุง กำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคม
11. พระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2522
12. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายที่ดิน พ.ศ. 2497

อนึ่งข้อเสนอการเจรจาทุกฉบับเรียกร้องให้มีการเจรจาเปิดตลาดมากขึ้น โดยขจัดอุปสรรคการค้าบริการที่สำคัญ เช่น การออกใบอนุญาตหรือใบรับรองข้อจำกัดด้านรูปแบบของหน่วยธุรกิจ (entity) ที่ต่างชาติจะเข้ามาจัดตั้งข้อจำกัดเกี่ยวกับสัดส่วนการถือหุ้นของต่างชาติ และเงื่อนไขการร่วมหุ้น ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบด้านอสังหาริมทรัพย์ต้องมีความโปร่งใส ลด/ยกเลิกการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (Economic Needs Test : ENTs) ในสาขาและรูปแบบที่ประเทศกำลังพัฒนาสนใจ เป็นต้น [2]

2.4.2 กฎหมาย และระเบียบข้อบังคับในการจัดตั้งหน่วยธุรกิจบริการด้านสุขภาพเป็นการเฉพาะ

1. พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 บทบัญญัติของกฎหมายฉบับนี้กำหนดเรื่องถิ่นที่อยู่ของผู้ขอใบอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลโดยต้องมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย และกำหนดให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทันตกรรม พยาบาลหรือผดุงครรภ์ หรือการประกอบโรคศิลปะในสาขาที่เกี่ยวข้อง เมื่อเปรียบเทียบกับ พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชนปี 2525 ซึ่งกำหนดทั้งสัญชาติและสัดส่วนของการถือหุ้น ในการขออนุญาตจัดตั้งสถานศึกษาเอกชนในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีที่กำหนด โดยสรุปว่ากฎหมายการจัดตั้งสถานพยาบาลมีความเข้มงวดน้อยกว่า⁽⁶⁾ ทั้งนี้เมื่อคำนึงถึงว่ากฎหมายทั้งสองฉบับมีช่วงเวลาการประกาศใช้ที่แตกต่างกันซึ่งสะท้อนถึงบรรยากาศทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองที่แตกต่างกัน
2. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
3. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการดำเนินการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
4. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามประเภทและลักษณะการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
5. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
6. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
7. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดให้มีและรายงานหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล และผู้ป่วยและเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545
8. กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล และผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2545
9. กฎกระทรวงว่าด้วยชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
10. กฎกระทรวงว่าด้วยชื่อสถานพยาบาล พ.ศ. 2545

2.5 การเข้าทำงานประกอบอาชีพข้ามแดน (PRESENCE OF NATURAL PERSON)

กฎหมาย และระเบียบเกี่ยวกับการเข้ามาทำงานประกอบอาชีพของคนต่างด้าวต่าง ๆ จำแนกเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการเข้าเมืองและการทำงานของคนต่างด้าว 3 ฉบับ และกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 8 ฉบับ รวมเป็นทั้งสิ้น 11 ฉบับ ดังนี้

2.5.1 กฎหมายเกี่ยวกับการเข้าเมืองและการทำงานของคนต่างด้าว

1. พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 คนต่างชาติที่ต้องการเข้ามาในประเทศไทยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองชั่วคราวในขั้นต้น และเมื่อได้รับอนุญาตและมีหลักฐานเกี่ยวกับการทำงานจะได้รับอนุมัติวีซ่าอายุไม่เกิน 1 ปี และขอต่ออายุ ได้ครั้งละ 1 ปี โดยแนบหลักฐานที่เกี่ยวข้อง เมื่ออยู่ครบ 3 ปี สามารถขอใบอนุญาตเพื่อมีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยได้ ซึ่งกำหนดโควตาต่างประเทศละไม่เกิน 100 คน ต่อปี
2. พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521 กำหนดให้ผู้ขออนุญาตทำงานต้องมีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร และต้องได้รับอนุญาตให้ทำงานจากกรมการจัดหางานใบอนุญาตทำงานมีอายุไม่เกิน 1 ปี ต่ออายุได้ครั้งละไม่เกิน 1 ปี จึงจะได้รับวีซ่าทำงานอายุไม่เกิน 1 ปี และต่ออายุได้ไม่เกิน 3 ปี

ในประเด็นนี้ ในข้อเรียกร้องที่ประเทศต่าง ๆ ยื่นต่อไทยได้ขอให้ขยายเวลาในการอนุญาตให้ทำงานของนักธุรกิจ และ Intra-corporate transferee ในทุกสาขาบริการที่ประเทศไทยยื่นเสนอเปิดตลาด (horizontal request)

3. พระราชบัญญัติการทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493 (ปรับปรุง พ.ศ.2538) กำหนดให้คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้เป็นคนเข้าเมือง ตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองไปขอใบสำคัญประจำตัวภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุญาตให้เข้าเมือง ใบสำคัญประจำตัวมีกำหนดอายุ 1 ปี และ 5 ปี

เช่นเดียวกับการเข้ามาตั้งหน่วยธุรกิจ ข้อเสนอการเจรจาทุกฉบับเรียกร้องให้จัดอุปสรรคการค้าบริการที่สำคัญ เกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย ผู้บริหารและลูกจ้าง อำนวยความสะดวกต่อการเข้าเมืองเพื่อให้บริการของบุคลากรต่างชาติที่มีทักษะ [2]

2.5.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

กฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบอาชีพด้านสุขภาพ กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต้องได้รับอนุญาตจากองค์กรของรัฐที่รับผิดชอบ ซึ่งในที่นี้หมายถึงองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งในการขอรับใบอนุญาตนั้นบุคคลเหล่านี้ต้องมีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย และผ่านการสอบด้วยข้อสอบภาษาไทย ด้วยเห็นว่าการดูแลสุขภาพคนไทยบุคลากรเหล่านี้ต้องสามารถสื่อสารกับผู้รับบริการได้ กลุ่มกฎหมายเหล่านี้มีทั้งสิ้น 8 ฉบับ ได้แก่

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (แพทย์)
2. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (ทันตแพทย์)
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 (เภสัชกรรม)
4. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528
5. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 กำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่น ๆ นอกจาก 4 สาขาแรก ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการวิชาชีพ
6. พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542

7. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
8. กฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2545

จากกฎหมายทั้ง 40 ฉบับข้างต้น จะเห็นว่าส่วนใหญ่เป็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการรูปแบบที่สามมากที่สุด คือเกี่ยวกับการลงทุนมาตั้งหน่วยธุรกิจในประเทศ รองลงมาคือกฎหมายที่เกี่ยวกับการเข้ามาทำงานของบุคลากรต่างประเทศ ในขณะที่การค้าบริการรูปแบบที่หนึ่ง และสองนั้น ไม่มีกฎหมายควบคุมเป็นการเฉพาะ ซึ่งหากวิเคราะห์จากกฎหมายที่มี เห็นได้ว่าการใช้บริการสุขภาพของประชาชนไม่ว่าเป็นการส่งออกบริการ คือคนต่างชาติเข้ามาใช้บริการ หรือ การนำเข้า คือคนไทยไปใช้บริการต่างประเทศนั้น มีความเป็นเสรีค่อนข้างสูง รัฐไม่มีข้อจำกัด หรือกฎเกณฑ์ใดๆ นอกเหนือจากด้านการเงินเท่านั้น หากไทยจะเปิดเสรีการค้าบริการในรูปแบบที่หนึ่ง และสองมากขึ้น โดยมีข้อผูกพันในสาขานี้ และมีนโยบายที่จะส่งเสริมการส่งออกบริการ สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ในรูปแบบที่หนึ่งและสองนั้น รัฐควรมีบทบาทในการดูแลควบคุมคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคเพิ่มขึ้นหรือไม่ และเตรียมการรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนภายในประเทศด้วย ส่วนกฎหมายด้านอื่นๆ นั้น ควรมีการทบทวนเพื่อดูความเหมาะสมของกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันเทียบกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของการเปิดเสรีการค้าและบริการ

ตารางที่ 3: สรุปรายชื่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศ

(รูปแบบ 1 การค้าบริการข้ามแดน รูปแบบ 2 การใช้บริการต่างแดน รูปแบบ 3 การเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจ รูปแบบ 4 การเข้ามาประกอบวิชาชีพ)

กฎหมาย	รูปแบบ 1	รูปแบบ 2	รูปแบบ 3	รูปแบบ 4
กฎหมายที่ใช้กับทุกสาขาบริการ				
1) พระราชบัญญัติควบคุมการแลกเปลี่ยนเงินพุทธศักราช 2485	x	x	x	x
2) กฎกระทรวงการคลังฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2497) ตาม พ.ร.บ.ควบคุมการแลกเปลี่ยนเงินพุทธศักราช 2485	x	x	x	x
3) ประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง การควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน 1 เมษายน /ต-ภ	x	x	x	x
4) ระเบียบธนาคารแห่งประเทศไทยเกี่ยวกับการควบคุมการแลกเปลี่ยนเงิน	x	x	x	x
5) พระราชบัญญัติ ว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544	x			
6) ร่าง-พระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.	x			
7) ร่าง-พระราชบัญญัติว่าด้วยอาชญากรรมทางคอมพิวเตอร์ พ.ศ.	x			
8) พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542			x	
9) พระราชบัญญัติทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2499			x	
10) พระราชบัญญัติการบัญชี พ.ศ. 2543			x	
11) ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องให้ผู้ประกอบการพาณิชย์ต้องจดทะเบียนพาณิชย์ พ.ศ. 2545			x	
12) พระราชบัญญัติการเช่าสิ่งหามทรัพย์เพื่อพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม พ.ศ. 2542			x	
13) กฎกระทรวงมหาดไทย (พ.ศ.2543) ออกตามความในพระราชบัญญัติการเช่าสิ่งหามทรัพย์เพื่อพาณิชย์กรรมและอุตสาหกรรม พ.ศ. 2542			x	
14) กฎกระทรวงมหาดไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2543) เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจดทะเบียนการเช่าที่ดินที่มีเนื้อที่เกินกว่า 100 ไร่			x	
15) กฎกระทรวงพาณิชย์กำหนดทุนขั้นต่ำและระยะเวลาในการนำทุนหรือส่งทุนขั้นต่ำเข้ามาในประเทศไทย พ.ศ. 2545			x	
16) พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520			x	
17) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขปรับปรุง			x	x
18) พระราชบัญญัติการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2522			x	
19) พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายที่ดิน พ.ศ. 2497			x	
20) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522			x	x
21) พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2521			x	x
22) พระราชบัญญัติการทะเบียนคนต่างด้าว พ.ศ. 2493 (ปรับปรุง พ.ศ.2538)			x	x
กฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ				
1) พระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541			x	
2) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
3) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการดำเนินการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
4) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามประเภทและลักษณะการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
5) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
6) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยวิชาชีพและจำนวนผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	x
7) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดให้มีและรายงานหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล และผู้ป่วยและเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
8) กฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาล และผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาล อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2545			x	
9) กฎกระทรวงว่าด้วยชนิดและจำนวนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	

10) กฎกระทรวงว่าด้วยชื่อสถานพยาบาล พ.ศ. 2545			x	
11) พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 (แพทย์)				x
12) พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (ทันตแพทย์)				x
13) พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 (เภสัชกรรม)				x
14) พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528				x
15) พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542			x	x
16) พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542				x
17) ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งได้รับมอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยหรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์				x
18) กฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2545				x

3. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อระบบสุขภาพไทย

แม้ว่าในระยะที่ผ่านมาประเทศไทยจะมีประสบการณ์เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในบางลักษณะอยู่บ้างเช่น การไหลออกของแพทย์และพยาบาลไปทำงานต่างประเทศในอดีต หรือการที่ต่างชาติเข้ามาทำธุรกิจบริการสุขภาพผ่านการลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ ทว่ารัฐยังทรงสิทธิในการออกกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อกำกับดูแลการดำเนินงาน ทำให้การค้าระหว่างประเทศด้านบริการสุขภาพที่ดำเนินอยู่ในห้วงเวลาดังกล่าวไม่คุกคามต่อระบบสุขภาพของประเทศ

การเปิดเสรีการค้าบริการในยุคโลกาภิวัตน์เช่นปัจจุบัน อยู่ภายใต้กรอบกติกาที่ตกลงร่วมกัน ทั้งแบบพหุภาคี ทวิภาคี หรือกติกาสากล ทำให้อำนาจในการออกกฎระเบียบของรัฐเพื่อกำกับดูแลลดลง นอกจากนี้ หากว่ากฎระเบียบที่เข้ามาแต่เดิมข้อใดที่ภาคีคู่ค้าเห็นว่าเป็นอุปสรรคก็อาจดำเนินการเจรจาผลักดันให้มีการแก้ไขหรือยกเลิกกฎระเบียบดังกล่าว อีกทั้งเปิดโอกาสให้บริษัทเอกชนต่างประเทศสามารถฟ้องร้องรัฐบาลประเทศอีกประเทศหนึ่งได้โดยตรง ต่างจากอดีตที่ต้องเป็นการฟ้องร้องแบบรัฐต่อรัฐ จึงนับว่าเป็นการคุกคามหรือทอนอำนาจของรัฐบาลลดลง โดยเฉพาะหากเป็นกรณีระหว่างบรรษัทข้ามชาติขนาดใหญ่กับประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา แม้ว่า WTO จะมีกลไกในการหาข้อยุติกรณีพิพาทก็ตาม ทั้งนี้ รายชื่องานวิจัยทั้งไทยและต่างประเทศเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเท่าที่รวบรวมได้ปรากฏตามเอกสารภาคผนวกหมายเลข 2 แนบท้าย เฉพาะในส่วนที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศของประเทศไทย และการศึกษาถึงผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพของไทยนั้นมีจำนวนจำกัด และทุกฉบับเป็นการค้นคว้ารวบรวมจากเอกสาร (documental research) มากกว่า empirical research ทั้งนี้เนื่องจากเรื่องนี้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่ยังไม่เกิดขึ้นอย่างเด่นชัดในประเทศไทย

3.1 การวิจัยเกี่ยวกับการค้าบริการข้ามพรมแดน (CROSS BORDER TRADE)

การให้บริการข้ามพรมแดนโดยที่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการต่างอยู่ประเทศของตน แต่ตัวบริการเคลื่อนย้ายไปยังผู้รับบริการ โดยอาศัยโทรศัพท์ โทรสาร หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสื่อ การส่งข้อมูลออนไลน์ การบริการโทรคมนาคม เป็นต้น [2] เป็นลักษณะเช่นเดียวกับพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งประเทศสมาชิก WTO ส่วนใหญ่ ไม่ต้องการให้มีการผูกพัน เนื่องจากเทคโนโลยีได้พัฒนาก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ประเด็นหลัก ยังเป็นเรื่องการแยกประเภท (classification) สินค้าที่มีการค้าทั้งในรูปแบบที่จับต้องได้ (products delivered physically) และรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (products delivered electronically : digitized products) ว่าควรเป็นสินค้าหรือบริการ หากจัดการค้าผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นการค้าสินค้าจะจำแนกพิศุทธการสินค้านั้นอย่างไร จะถือว่าสินค้านั้นมีแหล่งกำเนิดสินค้านั้นมาจากไหน จะให้การคุ้มครองเครื่องหมายการค้า ลิขสิทธิ์และทรัพย์สินทางปัญญา

ต่าง ๆ ที่ส่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างไร เป็นต้น ทั้งนี้ประเทศสมาชิก WTO ได้เสนอให้ขยายเวลายกเว้นการเก็บภาษีศุลกากรสินค้าที่ส่งผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (electronic transmission) เป็นการชั่วคราว ประเทศไทยเสนอเปิดตลาดการค้าบริการข้ามพรมแดนแบบมีเงื่อนไขในบางสาขาบริการเช่นการบริการเข้าถึงข้อมูล และบริการการประมวลผลข้อมูลแบบออนไลน์ เป็นต้น ในด้านบริการสุขภาพ ประเทศไทยมีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีสื่อสารเข้ามาสนับสนุนการจัดบริการ เช่นผ่านทางวิทยุ หรือบริการการแพทย์ทางไกลผ่านดาวเทียมในการให้ปรึกษาทางการแพทย์แก่หน่วยบริการที่อยู่ในท้องที่ห่างไกลหรือในลักษณะเป็นโครงการทดลองร่วมกับต่างประเทศ ทั้งนี้ จากรายงานการศึกษาวิจัยที่มีอยู่ยังไม่ปรากฏรายงานว่ามีหน่วยบริการสุขภาพในภาครัฐหรือเอกชนที่จัดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน

อย่างไรก็ตามโดยที่ปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดนนั้นอาจประกอบด้วยความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน ของระบบบริการสุขภาพและระบบโทรคมนาคมสื่อสาร ผลผลิตภาพของแต่ละประเทศในการผลิตบริการสุขภาพ (productivity) และระดับการศึกษา จากการค้นคว้าเอกสารของประเทศที่สนับสนุนการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน ในลักษณะ telehealth หรือ telemedicine เช่นเอกสารข้อมูลพื้นฐานของคณะผู้แทนการค้าสหรัฐอเมริกาหรือคณะผู้แทนการค้าแคนาดา พบว่าประเทศเหล่านี้ จะทำการศึกษาศักยภาพของอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดนของประเทศคู่ค้า และประเทศคู่แข่งทางการค้าด้านนี้ทั้งระบบ เพื่อหาช่องว่างของตลาดที่จะเข้าไปทำการค้าด้วย ตัวอย่างเช่น ทำการศึกษาระบบบริการสุขภาพของประเทศจีน เกาหลีใต้และเวียดนาม พบว่ามีศักยภาพด้านห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยโรค และหากประเทศเหล่านี้จะทำการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดนแล้ว จะต้องมีการพัฒนาระดับขีดความสามารถทางห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัย จึงเป็นช่องว่างทางการตลาดที่แคนาดาหรือสหรัฐจะเข้าไปทำการค้าเครื่องมือแพทย์กับประเทศเหล่านี้ เป็นต้น ขณะเดียวกันแคนาดาก็ศึกษาขีดความสามารถในการแข่งขันและศึกษาศักยภาพและเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดของประเทศคู่ค้าเช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สหภาพยุโรป โดยใช้กรณีสหราชอาณาจักร และเยอรมนี และประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศอีกด้วย [13]

สำหรับประเทศกำลังพัฒนานั้น ประเทศอินเดียเป็นประเทศหนึ่งที่มีศักยภาพในการให้บริการข้ามพรมแดนโดยเฉพาะด้านบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เนื่องจากมีจุดแข็งหลายประการ เช่นภาษาอังกฤษดี และมีบุคลากรด้าน IT ที่มีคุณภาพ ค่าจ้างไม่แพงเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว มีจุดขายในเรื่องแพทย์อายุรเวช ที่เป็นแพทย์ทางเลือก แต่ประเทศอินเดียก็มีจุดอ่อนเช่นเดียวกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ คือความพร้อมในโครงสร้างพื้นฐานหลายด้านที่ยังต้องพัฒนาอีกมาก ปัญหาด้านระเบียบกฎหมายที่ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการข้ามพรมแดน [14]

3.2 การวิจัยการใช้บริการต่างแดน (CONSUMPTION ABROAD)

รัฐบาลได้มีนโยบายส่งเสริมการส่งออกธุรกิจบริการด้านสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2541 หรือหลังจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ และเล็งเห็นศักยภาพของการแพทย์ไทยที่จะสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศได้ งานวิจัยชิ้นแรก ๆ เป็นการสำรวจการใช้บริการสุขภาพชาวต่างชาติในประเทศ โดยเห็นว่าชาวญี่ปุ่นเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพสูงที่จะมาใช้บริการในประเทศไทย และเห็นว่าประเทศไทยมีศักยภาพที่จะให้บริการเป้าหมายลูกค้านี้ได้ แต่ประเภทบริการที่รายงานฉบับนี้มีการศึกษาเชิงลึกจะอยู่ในหมวดบริการสังคมและอื่น ๆ เช่นการดูแลคนชรา และการนวดแผนโบราณ เป็นต้น โดยเห็นว่าประเทศไทยต้องมีการเจรจาในเรื่องระบบการเงินเพื่อสุขภาพให้กองทุนบำนาญชราภาพสามารถจ่ายเงินแก่คนชราญี่ปุ่นที่มาใช้บริการในประเทศไทยได้ [17] (หมวดบริการการเงินที่เกี่ยวข้องกับเงินบำนาญในเรื่องต่าง ๆ เป็นสาขาที่ประเทศสมาชิก WTO ละเว้นไม่ผูกพัน) ทั้งนี้ประเทศอื่น ๆ ที่มีศักยภาพเช่น แคนาดา สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ประเทศแถบหมู่เกาะแคริบเบียน และอินเดีย ก็เล็งลูกค้าชาวญี่ปุ่นเช่นกัน

ข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ พบว่าการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่คนต่างชาติ ทั้งในลักษณะทัวร์สุขภาพ Longstay และบริการสาธารณสุขอื่นๆ สามารถทำเงินได้ถึงปีละประมาณ 3,000 ล้านบาท และ

มีคนต่างชาติมารับบริการถึงปีละเกือบ 5 แสนราย และจากข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาลเอกชน 20 แห่ง ที่คาดว่า จะมีชาวต่างชาติมารับบริการ ได้รับการตอบกลับ 7 แห่ง พบว่า ปี 2544 มีคนต่างชาติมารับบริการรวม 4.7 แสน ราย เพิ่มจากปี 2543 ร้อยละ 38 นอกจากนี้ในช่วงต้นปี 2546 กระทรวงพาณิชย์ยังได้สำรวจผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชน 471 รายในจำนวนนี้ 30 รายแจ้งว่ามีความพร้อมที่จะให้บริการชาวต่างชาติ ทั้งนี้มีชาวต่างชาติมาใช้บริการในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นตามตารางที่ 4 และกระทรวงพาณิชย์ก็ได้ตั้งเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยต่างประเทศเดินทางเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยประมาณ 1 ล้านคนในปี 2548 [15] และได้มีกลยุทธ์ การดำเนินงานเชิงรุกเช่นสำนักงานผู้แทนการค้าและพาณิชย์ ในฮ่องกง ได้มีการทำการตลาดและเจรจากับบริษัท ประกันสุขภาพเอกชน Bupa Blue Cross ในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ชาวต่างชาติที่เอาประกันกับบริษัทใน กรณีที่มารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย เป็นต้น [16]

ทั้งนี้การศึกษาเกี่ยวกับการแบบแผนการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยของชาวต่างชาติ เป็นกรณีศึกษา จากโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่มีชาวต่างชาติมาใช้บริการ [7, 17] ซึ่งพบว่าปัญหาอุปสรรคที่พบในขณะนั้นคือ เรื่องภาษา อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการมาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้น หรือการเสนอให้ ประเทศไทยเป็นทางเลือกนั้น จำเป็นต้องรู้พฤติกรรมการตัดสินใจในระดับปัจเจกของลูกค้ เช่นการเลือกเดินทาง ท่องเที่ยวพักผ่อนผนวกกับการดูแลสุขภาพ ดังกรณีของผู้ป่วยโรคไตที่ต้องการมาล้างไตที่ภูเก็ต และมาท่องเที่ยวพักผ่อน ซึ่งกรณีเช่นนี้ ประเทศแถบหมู่เกาะแคริบเบียนก็อาจเป็นคู่แข่งที่สำคัญ หรือบางกรณีเป็นการตัดสินใจระดับ หน่วยผลิต (firm) เช่นการเจรจาให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนกำหนดเป็นขุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนชาว ต่างชาติในกรณีไปรับการรักษาพยาบาลที่ประเทศไทย ทั้งสองกรณีนี้มีแรงจูงใจในการใช้บริการ สุขภาพของไทยต่างกัน และอาจมีผลต่อปริมาณการใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยต่างกันด้วย ทว่าล้วนมีผลต่อ ระบบบริการสุขภาพของประเทศ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการ

กล่าวได้ว่าสถานการณ์การใช้บริการสุขภาพของชาวต่างประเทศ นับได้ว่าเป็นปรากฏการณ์ใหม่ และยัง ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้มและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างเป็นระบบ จึง จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจในทุกแง่มุม เพื่อจะได้เตรียมการรองรับอย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ การส่งเสริมให้ชาวต่างชาติเดินทางมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย และการป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิด ขึ้นต่อการจัดบริการสุขภาพสำหรับคนไทย

ตารางที่ 4: จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติจำแนกตามภูมิภาคของผู้มารับบริการ ปี พ.ศ. 2543-2544

ทวีป	2543		2544		การเปลี่ยนแปลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	92,828	45	119,984	42	27,156	34.2
สหภาพยุโรป	32,056	15	44,256	15	12,200	15.4
อเมริกาเหนือ กลาง และใต้	26,204	13	38,470	13	12,266	15.4
เอเชียใต้	21,970	11	32,776	11	10,806	12.0
อาเซียน	11,958	6	18,897	7	6,939	8.8
แอฟริกา และโครเอเชีย	14,326	7	19,549	7	5,223	6.6
ตะวันออกกลาง	6,402	3	10,723	4	4,321	6.7
ยุโรปตะวันออก	2,780	1	3,288	1	508	0.6
รวม	208,524	100	287,943	100	79,419	38

แหล่งข้อมูล: ฝ่ายสุขภาพและความงาม กองธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ 2545

3.3 การเข้ามาจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการ (COMMERCIAL PRESENCE)

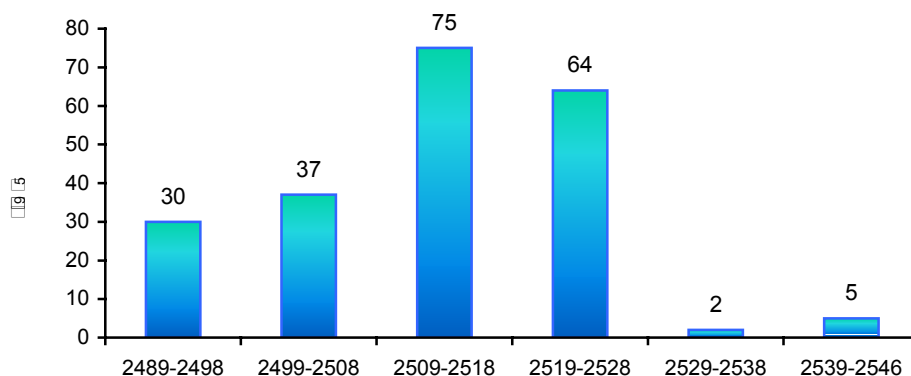
ในปี 2545 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 411 แห่งมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนรวม 38,186 เตียง [18] คิดเป็นร้อยละ 21.6 ของจำนวนเตียงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ในจำนวนนี้เป็นสถานพยาบาลที่มีการจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ 13 แห่ง [19] (ตารางที่ 6) โดยไม่รวมถึงสถานบริการสุขภาพในรูปแบบอื่น เช่น สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หรือสถานพักฟื้นคนชรา ซึ่งมีสถานบริการสุขภาพ 35 แห่งที่มีเอกชนต่างชาติร่วมถือหุ้น [20] (ตารางที่ 7) สาเหตุหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจให้ชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนเนื่องจากอัตรากำไรจากการลงทุนในโรงพยาบาลเอกชนไทยโดยเปรียบเทียบสูงกว่าที่อื่น และในช่วงที่ผ่านมามีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยต่างชาติมีการอบรมบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อให้บริการแก่ชาวต่างประเทศเพื่อได้เปรียบในการแข่งขัน [7, 10, 15] อนึ่งการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนอาจส่งผลกระทบต่อกำลังคนด้านสุขภาพ [6] โดยทำให้เกิดการไหลออกของบุคลากรจากรัฐสู่เอกชน และจากชนบทสู่เมืองได้เช่นที่เกิดขึ้นในอดีตก่อนช่วงวิกฤตเศรษฐกิจได้เนื่องจากโครงสร้างค่าตอบแทนแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอที่จะระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของนักลงทุนทั้งไทยและต่างชาติดังกล่าวในธุรกิจบริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่แจ่มชัดขึ้น และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเรื่องการทำงานของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งอาจนำไปสู่การปรับรูปแบบบริการและการจัดการการเงินและการคลังสาธารณสุขให้เหมาะสมกับยุคการค้าเสรีต่อไป ซึ่งจากกรณีตัวอย่างของสหรัฐอเมริกา นั้น National Bureau of Economic Research (NBER) ได้จัดทำชุดการวิจัยเฉพาะซึ่งรวบรวมนักเศรษฐศาสตร์และนักวิชาการชั้นนำของประเทศทำการศึกษาพฤติกรรมของหน่วยธุรกิจ โดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติเนื่องจากเป็นแนวหน้าในการค้าและการลงทุนระหว่างประเทศ ว่าอะไรเป็นปัจจัยให้บริษัทข้ามชาติตัดสินใจลงทุนดำเนินธุรกิจทางเศรษฐกิจในประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือเคลื่อนย้ายหน่วยผลิตของบริษัทไปตั้งอยู่ในประเทศนั้น เพราะเชื่อว่าบริษัทเหล่านั้นมีการจัดการองค์ความรู้ขององค์กรเป็นอย่างดี อีกทั้งมีการเตรียมการและการออกแบบด้านสัญญาและการหุ้นส่วนอย่างไรให้สามารถดำเนินธุรกิจการค้าและการลงทุนได้อย่างลื่นไหล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องนี้ [21]

3.4 การเข้ามาทำงานประกอบวิชาชีพ (PRESENCE OF NATURAL PERSON)

จากรายงานการศึกษาวิจัยเท่าที่รวบรวมได้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ามาทำงานประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคคลต่างด้าว จากข้อมูลของแพทยสภาตั้งแต่ปี 2489 จนถึงปัจจุบัน มีแพทย์ต่างชาติและแพทย์ที่จบจากต่างประเทศสอบผ่านในเรื่องใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์รวมทั้งสิ้น 213 คน โดยช่วงตั้งแต่ปี 2489 ถึง 2528 มีแพทย์สอบผ่านถึง 206 คน แต่หลังจากที่แพทยสภาได้เปลี่ยนให้การสอบใช้ภาษาไทย จำนวนแพทย์ต่างชาติที่สอบผ่านลดลงอย่างมาก ในช่วงตั้งแต่ปี 2529 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันมีแพทย์สอบผ่านเพียง 7 คนเท่านั้น [22] อย่างไรก็ตามการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับนานาชาติเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระยะเวลาหนึ่งแล้ว โดยแพทย์จะไปทำงานยังที่ที่ให้ค่าตอบแทนสูง เมื่อวิเคราะห์โครงสร้างรายได้ของแพทย์เปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ เห็นว่าการเปิดเสรีของตลาดแรงงานแพทย์ระหว่างประเทศ จะทำให้แพทย์จากประเทศอื่น ๆ ที่มีค่าตอบแทนแพทย์ต่ำกว่าเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น อีกทั้งยังมีลักษณะงานบางประเภทที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่ค่อยให้ความสนใจ เช่น จิตเวช และการดูแลคนชรา ซึ่งเป็นช่องโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ในต่างประเทศเข้ามาทำงานประกอบอาชีพได้ [7]

รูปที่ 4: จำนวนแพทย์ต่างชาติที่สอบใบอนุญาตผ่าน ปี 2489-2546



ที่มา: แพทยสภา

ในทางกลับกันช่องโอกาสที่อาจเกิดการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากไทยไปทำงานประเทศอื่นนั้น งานวิจัยหลายชิ้นได้ชี้ว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยอาจมีข้อจำกัดด้านภาษา และความแตกต่างในวัฒนธรรม ในขณะที่ประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มสมาชิกอาเซียน เช่น ฟิลิปปินส์ หรือ ประเทศอินเดีย ปากีสถาน ซึ่งต้องการส่งออกบุคลากรสาธารณสุขไปทำงานต่างประเทศ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ เช่น ศึกษาระดับปริญญาตรีที่ไหลออก จำแนกตามประเภทบุคลากร มีการจัดเก็บข้อมูลว่าบุคลากรนั้นนิยมไปทำงานที่ประเทศใด และกระทรวงแรงงานของฟิลิปปินส์ได้ศึกษาเงื่อนไขและสภาพการจ้างงานของประเทศนั้น เพื่อจัดทำข้อตกลงระหว่างรัฐบาลในการจัดส่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปทำงานในประเทศนั้น ๆ เพื่อให้บุคลากรของตนได้เข้าถึงระบบสวัสดิการที่ประเทศให้แก่คนทำงาน เนื่องจากสัญญาการจ้างงานมักจะเป็นระยะสั้นกว่าระยะเวลาการทรงสิทธิสวัสดิการสังคมของประเทศนั้น ๆ และอำนวยความสะดวกในการส่งเงินกลับ [23]

ตารางที่ 5: รายชื่อโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

ลำดับ	บริษัท/โรงพยาบาล	จังหวัดที่ตั้ง	จำนวนหุ้น (ล้านบาท)	ราคาพาร์ (บาท)	ราคาหุ้น (บาท)**	จำกัดการถือครองโดย ชาวต่างชาติ* (ร้อยละ)	มูลค่าตลาดรวม (ล้านบาท)
1.	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลเอกชลจำกัด	ชลบุรี	12.5	10	41.00	30	512.50
2.	บริษัทมหาชนกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด	กรุงเทพฯ	75.0	10	70.00	20	5,250.00
3.	โรงพยาบาลกรุงธน	กรุงเทพฯ	12.5	10	19.30	30	241.25
4.	บริษัทมหาชนเชียงใหม่การแพทย์จำกัด	เชียงใหม่	12.0	10	12.10	40	145.20
5.	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลมหาชัยจำกัด	สมุทรสาคร	16.0	10	18.70	25	299.20
6.	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลนนทเวชจำกัด	นนทบุรี	16.0	10	44.00	25	704.00
7.	บริษัทมหาชนวิวัฒนาการแพทย์จำกัด	อุดรธานี	8.0	10	7.00	49	56.00
8.	บริษัทมหาชนศูนย์การแพทย์วิภาวดีจำกัด	กรุงเทพฯ	57.0	10	16.20	40	923.40
9.	บริษัทมหาชนสมิติเวชจำกัด	กรุงเทพฯ	100.0	10	11.50	25	1,150.00
10.	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลรามคำแหงจำกัด	กรุงเทพฯ	12.0	10	125.00	25	1,500.00
11.	บริษัทมหาชนศิรินครินทร์จำกัด ***	กรุงเทพฯ	90.0	10	7.20	49	648.00
12.	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำกัด ***	กรุงเทพฯ	89.3	10	4.70	10	419.71
13.	โรงพยาบาลพญาไท***	กรุงเทพฯ	86.6	10	1.50	25	129.90
รวมมูลค่าตลาด							11,429.55

ที่มา: ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย

หมายเหตุ: * การจำกัดสัดส่วนการถือครองหุ้นโดยชาวต่างชาติตัดสินโดยคณะกรรมการของแต่ละบริษัท แต่จะต้องไม่เกินร้อยละ 49 ของจำนวนหุ้นรวม

** ราคาตลาด ณ 27 มิถุนายน 2546

*** โรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฟื้นฟู

ตารางที่ 6: รายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมจากคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนที่มีชาวต่างชาติร่วมถือหุ้น, 2531-2546

ลำดับ	บริษัท/โรงพยาบาล	เตียง	จังหวัดที่ตั้ง	จำนวนเงินลงทุน (ล้านบาท)	% ผู้ถือหุ้นไทย	% ผู้ถือหุ้นต่างชาติ	การลงทุนจากต่างชาติรวม (ล้านบาท)	สัญชาติของผู้ถือหุ้น
1	Mr. Peter Diurson (สถาบันบำบัด)	90	ชลบุรี	25,000	-	100.00	2,500,000.00	Germany
2	Scandinavian Village Co., Ltd. (บ้านคนชรา)	108	ชลบุรี	200,000	65.00	35.00	70,000.00	Panama
3	M.I.A. Enterprise Co., Ltd.	101	เชียงใหม่	55,000	69.31	30.69	16,879.50	Singapore, India
4	บริษัทมหาชนศูนย์การแพทย์วิภาวดีจำกัด	200	กรุงเทพฯ	258,540	70.00	30.00	77,562.00	N/A.
5	โรงพยาบาลจุฬารัตน์	200	สมุทรปราการ	100,000	77.82	22.18	22,180.00	Singapore
6	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลราชธานีจำกัด	160	อยุธยา	120,000	79.36	20.64	24,768.00	UK, Netherlands
7	บริษัทมหาชนเวชธานีจำกัด	400	กรุงเทพฯ	853,000	88.00	12.00	102,360.00	N/A.
8	บริษัทมหาชนกรุงเทพดุสิตการแพทย์ จำกัด	72	กรุงเทพฯ	260,000	79.38	10.62	27,612.00	N/A.
9	เครือโรงพยาบาลกรุงเทพ	358	กรุงเทพฯ	415,530	90.20	9.80	40,721.94	Japan
10	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลรามคำแหงจำกัด	315	กรุงเทพฯ	400,000	90.81	9.19	36,760.00	US, UK, Singapore
11	บริษัทโรงพยาบาลปิยะเวทจำกัด	416	กรุงเทพฯ	1,815,344	93.62	6.38	115,818.95	N/A.
12	บริษัทปรานีตแอนด์ซัน 95 จำกัด	300	นครราชสีมา	510,000	95.00	5.00	25,500.00	Germany
13	บริษัทโรงพยาบาลขอนแก่นรามจำกัด	100	ขอนแก่น	300,000	95.00	5.00	15,000.00	Hongkong
14	บริษัทโรงพยาบาลร้อยเอ็ดธนบุรีจำกัด	100	ร้อยเอ็ด	180,000	96.55	3.45	6,210.00	China
15	บริษัทศูนย์แพทย์บำรุงราษฎร์จำกัด	554	กรุงเทพฯ	2,819,382	97.00	3.00	84,581.46	N/A.
16	โรงพยาบาลกรุงธน	200	กรุงเทพฯ	274,000	98.54	1.46	4,000.40	N/A.
17	บริษัทพัฒนาการเวชกิจจำกัด	150	กรุงเทพฯ	495,000	98.70	1.30	6,435.00	N/A.
18	บริษัทโรงพยาบาลไทยนครินทร์จำกัด	400	กรุงเทพฯ	600,000	99.00	1.00	6,000.00	New Zealand
19	บริษัทสินเพชรจำกัด	250	กรุงเทพฯ	400,808	99.20	0.8	3,206.46	Taiwan

ลำดับ	บริษัท/โรงพยาบาล	เตียง	จังหวัดที่ตั้ง	จำนวนเงินลงทุน (ล้านบาท)	% ผู้ถือหุ้นไทย	% ผู้ถือหุ้นต่างชาติ	การลงทุนจากต่างชาติรวม (ล้านบาท)	สัญชาติของผู้ถือหุ้น
20	โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา	100	ชลบุรี	140,500	99.22	0.78	1,095.90	Italy
21	บริษัทโรงพยาบาลธนบุรีจำกัด	435	กรุงเทพฯ	215,000	99.24	0.76	1,634.00	US.
22	บริษัทยะลาโพลีคลินิกจำกัด	156	ยะลา	170,000	99.33	0.67	1,139.00	Malaysian
23	บริษัทรวมแพทย์ศรีราชาจำกัด	150	ชลบุรี	252,950	99.37	0.63	1,593.59	China
24	Thai Health Maintenance Organisation Co.	400	สมุทรปราการ	946,600	99.49	0.51	4,827.66	N/A.
25	บริษัทโรงพยาบาลพระรามเก้าจำกัด	300	กรุงเทพฯ	700,000	99.56	0.44	3,080.00	Japan
26	บริษัทมหาชนสมิติเวชจำกัด	400	กรุงเทพฯ	2,524,000	99.62	0.38	9,591.20	N/A.
27	โรงพยาบาลทั่วไปลาดพร้าว	200	กรุงเทพฯ	288,500	99.71	0.29	836.65	N/A.
28	บริษัทโรงพยาบาลเจ้าพระยาจำกัด	127	กรุงเทพฯ	260,000	99.72	0.28	728.00	UK
29	บริษัทโรงพยาบาลศรีราชานครจำกัด	150	ชลบุรี	696,000	99.77	0.23	1600.80	N/A.
30	บริษัทโรงพยาบาลจุรีเวชจำกัด	110	ร้อยเอ็ด	265,000	99.95	0.05	132.50	Japan
31	บริษัทศรีวิชัยเวทย์วิวัฒน์จำกัด	200	สมุทรสาคร	450,000	99.96	0.04	180.00	Singapore
32	บริษัทโรงพยาบาลราชสีมาธนบุรีจำกัด	166	นครราชสีมา	390,000	99.97	0.03	117.00	US.
33	Advanced Medical Centre	372	กรุงเทพฯ	525,000	99.98	0.02	105.00	N/A.
34	บริษัทมหาชนโรงพยาบาลมหาชัยจำกัด	150	สมุทรสาคร	350,000	99.99	0.01	35.00	N/A.
35	บริษัทโรงพยาบาลพืทยานานาชาติจำกัด	75	ชลบุรี	60,000	99.99	0.01	6.00	UK

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

หมายเหตุ: โรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนทั้งสิ้น 201 โรง

4. สรุป

ในปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับธุรกิจบริการด้านสุขภาพโดยเห็นว่าเป็นสาขาเศรษฐกิจบริการที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันและนารายได้เข้าประเทศ โดยกำหนดให้เป็นธุรกิจบริการสาขาหนึ่งของการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ทั้งนี้ภาคเอกชนและหน่วยงานของรัฐ ประกอบด้วยกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ และสำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันดำเนินงานเชิงรุกเพื่อเปิดตลาดต่างประเทศ ซึ่งตัวอย่างของบริการสุขภาพที่เห็นสมควรส่งเสริมให้ขายบริการแก่ชาวต่างประเทศได้แก่บริการรักษาพยาบาล รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะการพำนักระยะยาว และการนวดแผนไทย เป็นต้น ด้วยเหตุว่า สถานรักษาพยาบาลหลายแห่งมีคุณภาพสูง ทันสมัย และค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับราคาที่สมเหตุสมผล นอกจากนี้สถานบริการรักษาพยาบาลหลายแห่งมีสาขาอยู่ในเมืองใหญ่ๆ อาทิ พัทยา ภูเก็ต และเชียงใหม่ ซึ่งสามารถทำการตลาดด้านบริการท่องเที่ยวควบคู่กับบริการสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการที่รองรับการใช้บริการของชาวต่างชาติดังกล่าวจะมุ่งไปที่สถานพยาบาลเอกชนมากกว่าสถานพยาบาลของภาครัฐ อย่างไรก็ตามการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ นี้ล้วนส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ในกรณีที่ประเทศเป็นผู้ส่งออกบริการสุขภาพนั้น มีการศึกษาทบทวนกฎหมายของไทยไว้พอสมควรทำให้พอ “รู้เรา” แต่ที่ยังขาดคือการ “รู้เขา” นั่นคือข้อกฎหมายต่าง ๆ รวมทั้ง นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการลงทุนในภาคบริการสุขภาพของประเทศคู่ค้าที่สำคัญ โดยเฉพาะประเทศเป้าหมายที่ไทยต้องการส่งเสริมให้มาใช้บริการ รวมถึงแบบแผนและโครงสร้างการค้าและการลงทุนในประเทศนั้น ๆ

นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาถึง แนวโน้มและผลต่อประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้บริโภคชาวไทย รวมทั้งเตรียมการป้องกันผลกระทบทางลบในกรณีที่มีชาวต่างชาติใช้บริการเป็นจำนวนมาก และเมื่อโครงสร้างค่าตอบแทนบุคลากรที่แตกต่างกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจเกิดการไหลเวียนของบุคลากรสาธารณสุขจากรัฐไปเอกชน และจากชนบทเข้าสู่เมือง



เอกสารอ้างอิง

1. World Trade Organization, Communication from Thailand : Assessment of Trade in Services, TN/S/W/4 19 July 2002
2. สำนักงานเจรจาการค้าบริการ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
<http://www.dtn.moc.go.th/web/567/582/589/599>
3. World Trade Organization, Thailand: Draft consolidated Schedule of Specific Commitments, S/DCS/W/THA 24 January 2003
4. World Trade Organization, Thailand: Conditional Initial Offers, TN/S/O/THA 15 September 2003
5. สำนักเจรจาการค้าบริการ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ พฤศจิกายน 2545 อ้างอิงใน กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง ผลกระทบการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายใต้เงื่อนไขขององค์การการค้าโลก (WTO) ต่อการประกอบโรคศิลปะ: ท่าทีและข้อเสนอแนะ 1 ธันวาคม 2546 เอกสารโรเนียว
6. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, รายงานการศึกษาเรื่องผลกระทบของการเปิดเสรีการค้าบริการต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, วิชาการพิมพ์ กรุงเทพฯ มีนาคม 2545
7. วัฒนา ส. จันเจริญ และคณะ การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบต่อสังคมและระบบสาธารณสุขไทยและการเตรียมความพร้อมจากการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุข, 2542 กรุงเทพฯ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
8. ธนาคารแห่งประเทศไทย
http://www.bot.or.th/bothomepage/General/Laws_Notif_Forms/ExchangeControl/RULES-11_t.htm
9. ธนาคารแห่งประเทศไทย
[http://www.bot.or.th/bothomepage/General/Laws_Notif_Forms/ExchangeControl/2546/FOG.\(03\)C.5.pdf](http://www.bot.or.th/bothomepage/General/Laws_Notif_Forms/ExchangeControl/2546/FOG.(03)C.5.pdf)
10. The Hindu, Wednesday 17 July 2002, http://www.hindu.com/The_Hindu_WTO_services_talks_India_submits_proposals.htm.
11. เพ็ญศรี เผ่าเหลืองทอง, หมุนตามโลก. มติชนสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2547 ปีที่ 24 ฉบับที่ 1228
12. Blouin, Chantal et al, 2003. The Economic dimensions of trade in health services. Paper presented at WHO Workshop on Trade in Health Services: Building Capacity in Developing Countries July 9-11, 2003, Ottawa, Canada.
13. <http://strategis.ic.gc.ca/telehealth>: Trade Team Canada Health Industries: International Trade Strategies 2002-2003.
14. WHO, 2003. Country Report for Mode 1: Cross-Border Trade in Health Services (E-Health),. Globalization, Trade and Health Working Papers Series.
15. สำนักธุรกิจบริการ สรุปผลการดำเนินธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนปี 2541- ปัจจุบัน กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ, เอกสารโรเนียว
16. กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ 2545.
17. สำนักวิเคราะห์และประสานแผนด้านคุณภาพคนและสังคม รายงานผลการเสวนาการติดตามความก้าวหน้าในการเตรียมความพร้อมของการเปิดเสรีการค้าบริการด้านการสาธารณสุขและการศึกษา 2544 กรุงเทพฯ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

18. กองประกอบโรคศิลปะ กรมส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน 2545 http://mrd-hss.moph.go.th/webstat/รพ_เอกชน_45.xls
 19. สำนักงานตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, ข้อมูลการลงทุน http://www.set.or.th/statistic/market/market_u7.html
 20. สำนักงานส่งเสริมการลงทุน จากการแจกจ่ายโดยทีมวิจัยจากข้อมูลที่เผยแพร่ทาง website ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน
 21. National Bureau of Economic Research, NBER Working Group on International Trade and Organizations, Massachusetts, USA, <http://www.nber.org/workinggroup/ito/ito.html>
 22. แพทยสภา อ่างใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 2546.
 23. Manzala, T.R., Trade in Health Service: Some Issues and Concerns for the Philippines Health Service Providers, APEC Seminar on Trade in Health Services, 16 August 2003, Phuket, Thailand.
-

บทที่ 4

ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การค้าและบริการตามข้อตกลงพหุภาคี ทำให้ประเทศที่เป็นสมาชิกจำต้องเข้าสู่เงื่อนไขของการเปิดเสรีการค้าและบริการอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยผลประโยชน์ของการค้าบริการโดยเปรียบเทียบแล้วจะตกอยู่กับประเทศพัฒนาแล้วเป็นส่วนใหญ่ เพราะมีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบมากกว่า [1] ผลประโยชน์ที่จะตกกับประเทศกำลังพัฒนาอาจไม่มากนัก ถึงแม้ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่ได้เสนอเงื่อนไขในการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (สาขาที่ 8) แต่ในความเป็นจริง การค้าบริการข้ามพรมแดน การไหลเวียนของบุคลากรข้ามพรมแดน รวมทั้งการลงทุนในการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้เกิดขึ้นมานานแล้ว การมีข้อตกลงพหุภาคีอาจทำให้ข้อจำกัดหรือข้อกีดขวางทางการค้าลดน้อยลง อาจเป็นเหตุผลหนึ่งให้การค้าบริการข้ามพรมแดนเพิ่มมากขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัด รวมทั้งข้อตกลงต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งที่กำหนดการเกิดขึ้นของการค้าบริการระหว่างประเทศเท่านั้น ยังมีประเด็นด้านอื่นๆ ที่มีส่วนกำหนดการค้า เช่น ศักยภาพของประเทศในบริการนั้นๆ ในการแข่งขัน ความพร้อมในการผลิต โครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น จากแนวคิดทฤษฎีเรื่องการค้าระหว่างประเทศดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 นั้น มีปัจจัยหลากหลายประการที่ทำให้เกิดการค้าระหว่างประเทศขึ้น ที่สำคัญคือความแตกต่างในความสามารถในการผลิตของประเทศต่างๆ ซึ่งทำให้การทำการค้าระหว่างกันเกิดประโยชน์มากกว่าทำการผลิตด้วยตนเองทั้งหมด โดยใช้กลไกตลาดในการกำหนดการแข่งขัน การเปิดเสรีการค้าตามข้อตกลงพหุภาคีเป็นการสอดคล้องกับแนวคิดของการแข่งขันสมบูรณ์ โดยให้รัฐเข้าไปแทรกแซงน้อยที่สุด ลดข้อจำกัด กฎเกณฑ์ต่างๆ เพื่อให้กลไกตลาดทำงานได้เต็มที่ แต่ในเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น อาจมีลักษณะที่แตกต่างจากการค้าบริการด้านอื่นๆ คือไม่มีลักษณะเข้าข่ายของการแข่งขันสมบูรณ์ ทั้งในด้านจำนวนผู้ผลิตบริการที่มีมากมายหรือการที่ทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคมีข้อมูลข่าวสารที่ทัดเทียมกันเพื่อใช้เป็นพื้นฐานการตัดสินใจในการซื้อขายบริการ การใช้แนวคิดเรื่องการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงต้องทำด้วยความระมัดระวัง และมีความเข้าใจในลักษณะของบริการรวมทั้งผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน นอกจากนี้ประโยชน์ของประเทศจากการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอาจไม่ได้คำนึงถึงผลประโยชน์ด้านรายได้แต่เพียงอย่างเดียว แต่การมีสุขภาพดีของประชาชนอาจเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ดังนั้นในการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น จึงอาจจำเป็นต้องพิจารณาถึงประเด็นการแทรกแซงโดยรัฐที่ทำให้เกิดประโยชน์แก่สุขภาพของประชาชนโดยส่วนรวมประกอบด้วย

ในบทนี้จึงรวบรวมประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยประเด็นต่างๆ เหล่านี้ส่วนหนึ่งได้ขั้ววิเคราะห์จากงานวิจัย และอีกส่วนหนึ่งได้จากประเด็นที่หน่วยงานต่างๆ หยิบยกขึ้นมา โดยประเด็นเหล่านี้จะนำไปสู่การกำหนดหัวข้องานวิจัยต่อไป

1. ประเด็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงมูลค่าของการค้าบริการ และในเชิงของประเภทของบริการ แต่การคาดประมาณขนาดของการค้าบริการนั้นไม่ชัดเจนเท่ากับการค้าสินค้า ซึ่งเมื่อมีการค้าขายสินค้าผ่านแดนด้านศุลกากรของแต่ละประเทศสามารถตรวจนับจำนวนสินค้าที่ซื้อขายแลกเปลี่ยนผ่านแดนได้แต่การค้าบริการมีลักษณะที่ไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน [2] เช่น การให้บริการปรึกษาข้ามพรมแดนนั้น จะนับขนาดของการให้บริการต่อเรื่องของการปรึกษา หรือต่อจำนวนชั่วโมงหรือต่อครั้งที่ให้การปรึกษา นอกจากนี้ในด้านมูลค่าของบริการใน Balance of Payment (BOP) นั้นมักจะรวมการค้าบริการด้านการขนส่ง การเดินทาง การประกัน และบริการอื่นๆ ซึ่งทำให้ไม่สามารถจำแนกมูลค่าของบริการด้านสุขภาพได้อย่างชัดเจนว่ามีมูลค่าเท่าไร ข้อมูลเรื่องการเดินทางไปใช้บริการทางการแพทย์อาจได้จากการเรียกเก็บค่าบริการผ่านระบบ

การประกันสุขภาพ แต่ก็ยังเป็นข้อมูลเพียงบางส่วนของผู้ป่วยที่จ่ายเงินผ่านระบบประกันเท่านั้น ยังไม่รวมผู้ป่วยที่จ่ายด้วยตนเอง [3] ซึ่งข้อมูลมูลค่าการค่าบริการนี้มีความสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษีโดยเฉพาะการค่าบริการข้ามพรมแดน ภาษีนิติบุคคลที่ให้บริการการค่าบริการ และภาษีเงินได้ของบุคคลากรผู้ให้บริการค่าบริการเพื่อมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาประเทศ หรือพัฒนาปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานของการค่าบริการที่รัฐได้จัดเตรียมไว้ในเบื้องต้น หากรัฐไม่สามารถจัดเก็บภาษีได้อย่างเป็นรูปธรรมแล้วจะทำให้เกิดความได้เปรียบและเสียเปรียบขึ้นระหว่างผู้ผลิตในอุตสาหกรรมต่าง ๆ และต่อผู้บริโภคได้ ปัจจุบันเนื่องจากความยุ่งยากในการตีมูลค่า (valuation) และการติดตามตรวจสอบ รวมทั้งการบันทึกมูลค่าการทำธุรกรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี เป็นปัญหาสำคัญของการจัดเก็บหรือการจัดทำบัญชีรายได้ประชาชาติของทุกประเทศ ทำให้การค่าบริการข้ามแดนยังอยู่ในข่ายยกเว้นการจัดเก็บภาษีเป็นการชั่วคราว แต่จะเป็นประเด็นการเจรจาในระดับการประชุมคณะรัฐมนตรีขององค์การการค้าโลกในรอบต่อไป ซึ่งทุกประเทศจะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลและข้อสนเทศเพื่อรองรับการทำธุรกรรมการค้าข้ามพรมแดนดังกล่าว

ประเด็นเรื่องระบบข้อมูลด้านการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงเป็นประเด็นสำคัญอันหนึ่งที่จะควรที่จะศึกษา เพื่อจัดทำระบบข้อมูลที่ทำให้ติดตามความเปลี่ยนแปลงของการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

2. กฎหมาย ระเบียบ นโยบาย

การเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้เงื่อนไขการประติบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง และการประติบัติเยี่ยงคนชาติ ประเทศสามารถกำหนดระเบียบ กฎเกณฑ์ กฎหมาย หรือนโยบาย เพื่อควบคุมผู้ค่าบริการได้ โดยไม่ขัดต่อกรอบกติกาขององค์การการค้าโลก และหากกฎหมายภายในข้อใดขัดหรือเข้าลักษณะการเลือกปฏิบัติหรือเป็นการกีดกันทางการค้าแล้ว ประเทศจะต้องปรับแก้ให้สอดคล้อง รัฐแทรกแซง เพื่อลดผลกระทบด้านลบ และเพื่อให้ผลประโยชน์ตกแก่สุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ ทั้งนี้จากการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการค่าบริการของประเทศในบทที่ 3 ส่วนใหญ่จะเป็นกฎหมายที่ให้การควบคุมผู้ผลิตบริการสุขภาพในประเทศ แต่กฎหมายที่ให้การคุ้มครองผู้รับบริการสุขภาพโดยเฉพาะด้านความคุ้มครอง และด้านความเป็นธรรมยังมีค่อนข้างน้อยหรือไม่มีเลย เช่นการกำหนดจำนวนเตียงสามัญในโรงพยาบาลเอกชน และการควบคุมด้านราคาเป็นต้น ดังนั้นประเด็นที่ควรทำการศึกษาในด้าน นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ คือการทบทวน นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ ที่มีอยู่ว่ามีความเหมาะสมเพียงพอที่จะคุ้มครองประโยชน์ของผู้บริโภคหรือไม่ ควรปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การเปิดเสรีอย่างไร การควบคุมกำกับเพื่อลดผลกระทบด้านลบควรมีอย่างไร และการบังคับใช้กฎหมายที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และควรปรับปรุงอย่างไร ระบบการบังคับใช้กฎหมายของรัฐที่มีอยู่เพียงพอที่จะสามารถให้ติดตาม กำกับ และตรวจสอบได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ เช่นแม้ว่าสำนักประกอบโรคศิลปะจะมีกฎระเบียบเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาล แต่สำนักประกอบโรคศิลปะมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะตรวจสอบและกำกับดูแลให้มีการถือปฏิบัติตามกฎระเบียบดังกล่าวหรือไม่ หากไม่ควรมีการเสริมสร้างความเข้มแข็งหรือพัฒนาเครือข่ายของระบบการกำกับดูแลให้มีการถือปฏิบัติตามกฎหมายต่าง ๆ ได้อย่างไร

3. การวิเคราะห์ประเด็นในภาพรวม

ศึกษาวิเคราะห์ประเด็นการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในภาพรวมเพื่อเปรียบเทียบผลดีผลเสียของการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในรูปแบบต่างๆ วิเคราะห์ประเภทของบริการที่ไทยมีศักยภาพและความได้เปรียบ (product champion) เพื่อทำการส่งเสริมการส่งออก และวิเคราะห์ประเภทของบริการที่ไทยต้องการนำเข้า เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทางการค้าที่เป็นธรรมซึ่งกันและกัน รวมทั้งศึกษาประเทศคู่ค้า

ของไทยด้านบริการ และทั้งนี้ในการศึกษาต้องครอบคลุมถึงกลุ่มอุตสาหกรรมต่อเนื่องกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (ตามทฤษฎีความได้เปรียบในการแข่งขัน)เช่นเดียวกับที่แคนาดาและสหรัฐอเมริกาทำการศึกษาประเทศคู่ค้า

ตัวอย่างเช่นหากไทยจะรับตรวจวินิจฉัยโรคข้ามแดน ไทยต้องมีศักยภาพทางห้องปฏิบัติการ และห้องปฏิบัติการและเครื่องมือเครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการของไทยก็ต้องมีคุณภาพเชื่อถือได้ ได้รับการรับรองมาตรฐานความน่าเชื่อถือ มี good laboratory practices เป็นต้น และควรมีขีดความสามารถในการพัฒนาอุตสาหกรรมต่อเนื่องในการผลิตเครื่องมือเครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการรวมทั้งน้ำยาเคมีที่ใช้ หรือต้องนำเข้า เป็นต้น ซึ่งในกรณีนี้อาจทำให้มูลค่าเพิ่มที่ประเทศไทยได้รับการค้าบริการประเภทดังกล่าวต่ำ และเมื่อคุณภาพรวมแล้วอาจเสียเปรียบในการผลิตและในการค้าบริการประเภทนั้น ๆ เป็นต้น

4. ประเด็นเฉพาะแต่ละรูปแบบบริการ

4.1 MODE ที่ 1 CROSS-BORDER SUPPLY

การให้บริการข้ามพรมแดนนั้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งขนาด และประเภทของบริการเนื่องจากความสะดวกในการติดต่อสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและต้นทุนต่ำ โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรบางสาขาทำให้การค้าบริการข้ามพรมแดนเป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการแก่คนใช้ การค้าบริการข้ามพรมแดนสามารถขยายขอบเขตของบริการได้หลากหลายรูปแบบ เช่นในประเทศออสเตรเลียตั้งเป้าหมายที่จะเป็นศูนย์กลางทางการให้บริการทางการแพทย์ผ่านทางโทรคมนาคม โดยให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐานแก่ผู้ป่วย การบริหารจัดการโรงพยาบาล การรณรงค์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในประเทศภูมิภาคเอเชีย ไปจนกระทั่งการให้บริการทางการแพทย์ระดับทุติยภูมิ [4] การให้บริการใน mode นี้มีทั้งการ outsource ในเรื่องการจัดการข้อมูลผู้ป่วย การอ่านผลการตรวจรังสี การส่งตัวอย่างเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้คำปรึกษาผ่านทางระบบโทรคมนาคม เป็นต้น ขนาดของบริการข้ามพรมแดนทุกสาขาบริการนั้น คาดว่าสูงถึง 1.25 หมื่นล้านเหรียญ [5] และน่าที่จะมีแนวโน้มสูงมากขึ้นอีกในอนาคต

ประเทศไทยเองนั้นมีการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลมานานกว่า 10 ปี มีหน่วยบริการการแพทย์ทางไกลเพื่อให้บริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลในชนบท แต่การให้บริการทางการแพทย์ยังมีน้อย ไม่ได้ผล และต้องการการลงทุนมาก จนกระทรวงสาธารณสุขต้องเลิกดำเนินการไป [6] แต่ประเทศไทยก็มีศักยภาพทั้งในฐานะผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ผู้ป่วยคนไทยที่มีฐานะดี อาจส่งประวัติการตรวจวินิจฉัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญในต่างประเทศให้ความเห็นในลักษณะ ในขณะที่บุคลากรของไทยสามารถให้บริการต่าง ๆ แก่ประเทศอื่นได้ เช่นการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดการข้อมูลผู้ป่วย เป็นต้น โดยมีต้นทุนที่ต่ำ

การให้บริการข้ามพรมแดนนี้ มีประเด็นที่ควรทำการศึกษา คือ

	ประเทศไทย/ผู้ให้บริการ	ต่างประเทศ/ผู้ใช้บริการ
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ประเภท ขนาดและความพร้อมของ ธุรกิจในประเทศไทยในการให้บริการ ข้ามพรมแดน ▪ ประเทศที่มีแนวโน้มเป็นประเทศคู่ค้า หลักของไทยในแต่ละธุรกิจบริการ ▪ โครงสร้างพื้นฐานทางการสื่อสารทางไกล ของประเทศไทยเพื่อ รองรับการค้าข้ามพรมแดนมีความ พร้อมหรือไม่อย่างไร ทั้งเรื่อง IT technology, communication services, network การเข้าถึงระบบ และราคา ▪ โครงสร้างพื้นฐานของไทยในการรองรับการให้บริการในด้านต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบริการด้านอื่นๆ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี ▪ บุคลากรด้านต่างๆที่จะให้บริการแก่ ชาวต่างชาติ ทั้งจำนวน ความเชี่ยวชาญ กำลังการผลิต และแนวโน้ม ด้านการผลิต 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ คนไทยไปใช้บริการด้านสุขภาพข้าม พรมแดนมากน้อยแค่ไหน ไปใช้ บริการในประเทศไหนบ้าง และ บริการด้านสุขภาพอะไร ราคาเท่าไร บริการเหล่านี้มีในเมืองไทยหรือไม่ ถ้ามี ทำไมถึงเลือกใช้บริการข้าม พรมแดน ราคาในประเทศเป็นอย่างไร ระบุลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ ของคนไทยที่ใช้บริการข้ามพรมแดน ▪ คนไทยไปใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพข้ามพรมแดนหรือไม่ และ เพียงไร เช่น การศึกษาที่เกี่ยวข้อง ด้านสุขภาพ การสั่งซื้อยาทาง Internet การซื้อประกันสุขภาพข้าม พรมแดน เป็นต้น
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ขนาดของมูลค่าการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน ประเภทของ บริการ และแนวโน้มของการค้าบริการ ▪ รูปแบบการจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการเป็นแบบใด ▪ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคที่ทำให้คนต่างชาติมาใช้ หรือไม่ใช้บริการในประเทศไทย และคนไทยไปใช้ หรือไม่ใช้บริการต่างประเทศ 	
กฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กฎหมายด้านการติดต่อสื่อสาร คมนาคม ▪ นโยบายด้านการค้าข้ามพรมแดน ▪ นโยบายด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ▪ ระบบภาษี ที่เก็บจากรายได้ที่เกิดจากการค้าบริการข้ามพรมแดน 	

	ประเทศไทย/ผู้ให้บริการ	ต่างประเทศ/ผู้ใช้บริการ
ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาผลกระทบของการให้บริการสุขภาพข้ามพรมแดนต่อระบบบริการสุขภาพของคนไทย ทั้งในแง่คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และแนวทางในการลดผลกระทบ 	<ul style="list-style-type: none"> ผลกระทบต่อคุณภาพบริการที่คนไทยได้รับ โดยเฉพาะการบริการขั้นสูงที่ประเทศไทยยังไม่มีหรือมีไม่เพียงพอ
ศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาศักยภาพของสาขาบริการที่ไทยสามารถให้บริการข้ามพรมแดนทั้งในฐานะเป็นผู้ให้บริการ และเป็นผู้รับบริการ และแนวทางการพัฒนาศักยภาพเพื่อการแข่งขัน และเพิ่มประสิทธิภาพ ศึกษาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้สามารถให้บริการในสาขาที่ต้องการ มาตรการเพื่อสนับสนุนการส่งออกบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาว่าประเทศใดบ้างที่ไทยมีความสามารถในการแข่งขัน และจะเป็นคู่ค้ากับไทยในอนาคต ซึ่งประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาหาข้อมูลของประเทศเหล่านั้น ทั้งในด้านบริการ กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขต่างๆ หากไทยต้องการส่งออกบริการด้านสุขภาพข้ามพรมแดน การศึกษานี้จะต้องมีความจำเพาะมากพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้

4.2 MODE 2 CONSUMPTION ABROAD

การเดินทางไปใช้บริการยังประเทศอื่นนั้น เกิดขึ้นมานานนับแต่ในอดีต แต่ขนาดของการใช้บริการยังไม่สูงมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่สะดวกในการเดินทาง และอีกส่วนหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นส่วนสำคัญคือ ข้อจำกัดในเรื่องการจ่ายประกันสุขภาพที่ยังไม่สามารถเบิกข้ามประเทศได้ เมื่อมีการเดินทางข้ามพรมแดนมากขึ้น และมีการเปิดเสรีการค้าบริการมากขึ้น และมีผลทำให้การเปิดเสรีในเรื่องการประกันสุขภาพมีมากขึ้น หรือมีข้อตกลงระหว่างประเทศทำให้ข้อจำกัดนี้ลดลง หรือหมดไป คาดว่าการเดินทางมารับบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน

ลูกค้าของการค้าบริการใน mode 2 นี้อาจแบ่งได้เป็น 5 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (1) ผู้ป่วยที่เดินทางมารับการรักษาพยาบาล หรือบริการทางการแพทย์ในต่างประเทศ (2) นักท่องเที่ยวที่ป่วยและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาล (3) ผู้ที่เกษียณอายุและอาศัยยังต่างประเทศเพื่อการดูแล (4) แรงงานต่างชาติที่มีการประกันสุขภาพครอบคลุมหลายประเทศ และ (5) ผู้พำนักอาศัยในประเทศที่มีชายแดนติดกัน โดยสามารถใช้ระบบบริการร่วมกันได้ [7]

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการทางการแพทย์ยังต่างประเทศมีหลายปัจจัย ที่สำคัญคือ **ราคาที่ต่างกัน ในขณะที่ระดับคุณภาพไม่แตกต่างกันมากนัก และการต้องรอคิวในในประเทศของตน** (ดูบทที่ 3) ทำให้ดึงดูดผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วให้เดินทางรักษาพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาที่มีระบบบริการสุขภาพในระดับที่ดี โดยจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ถูกลงมาก การไปใช้บริการต่างประเทศอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประเภทบริการที่มี [3] ประเทศพัฒนาแล้วอาจมาใช้บริการแพทย์ทางเลือกในประเทศกำลังพัฒนาเช่น แพทย์

อายุรเวชในอินเดีย แพทย์แผนจีน หนองแผนไทย เป็นต้น ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาจะแสวงหาบริการที่ก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีในประเทศที่พัฒนาแล้ว

นอกจากการมารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยจากต่างประเทศแล้ว รูปแบบของการมารับบริการยังมีอีกหลายรูปแบบ เช่น การเดินทางท่องเที่ยว ผสมผสานกับการมาตรวจสุขภาพ หรือทำฟัน การมาใช้บริการแพทย์ทางเลือก เป็นต้นนอกจากนี้ ในการศึกษาภาพรวมของการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพควรครอบคลุมถึงการศึกษาระบบการคลังสุขภาพของประเทศต้นทางของกลุ่มลูกค้าหลัก เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะเงื่อนไขของระบบประกันสุขภาพของกลุ่มลูกค้า ซึ่งต้องมีความเจาะจงกลุ่มลูกค้าเพื่อศึกษาแบบแผนการให้บริการสุขภาพ รสนิยม เพื่อให้บริการสุขภาพของไทยสามารถเจาะตลาดลูกค้ากลุ่มดังกล่าวได้

เนื่องจากการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใน mode ที่ 2 นี้ หลายประเทศมองว่าเป็นผลดีต่อประเทศมากกว่าเกิดผลกระทบด้านลบ คือการไปใช้บริการต่างประเทศเป็นการลดการขาดแคลนบริการนั้นๆในประเทศ และการให้บริการแก่คนต่างชาติเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับประเทศ ทำให้ประเทศต่างให้ข้อผูกพันใน mode นี้มากที่สุด และมีเงื่อนไขน้อยที่สุด [8] อย่างไรก็ตาม การใช้บริการใน mode นี้จำกัดอยู่เพียงผู้มีฐานะดีเท่านั้น ผู้ที่มีฐานะยากจนในประเทศอาจได้รับผลกระทบหากมีการเคลื่อนย้ายทรัพยากรไปสู่ภาคบริการที่ให้กับคนรวยมากขึ้น ตามความต้องการที่สูงขึ้น

ประเด็นที่ควรทำการศึกษาวិจัยสำหรับ Mode ที่ 2 คือ

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ คนต่างชาติมาใช้บริการอะไรบ้างในประเทศไทย แบ่งตามประเภท เช่น นักท่องเที่ยว ผู้สูงอายุ แรงงานต่างชาติ และประเทศของคนต่างชาติ รายจ่ายทั้งหมดที่คนต่างชาติเข้ามาใช้บริการ ลักษณะการจ่ายเงิน (จ่ายเอง ประกันสุขภาพ) ▪ ลักษณะของคนต่างชาติที่ใช้บริการในประเทศไทย เช่น นักท่องเที่ยว แรงงานต่างชาติ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เข้ามาเพื่อบริการทางการแพทย์เป็นการเฉพาะ ฯลฯ และประเทศต้นทาง ▪ แนวโน้มของประเภทของบริการที่คาดว่าจะมีผู้มาใช้บริการในประเทศไทยมากขึ้น และที่คนไทยจะไปใช้บริการต่างประเทศมากขึ้นในอนาคต ▪ คุณภาพของบริการที่ให้กับคนต่างชาติ เปรียบเทียบกับคนไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ คนไทยไปใช้บริการต่างประเทศมากขึ้นแค่ไหน ไปใช้บริการในประเทศไหนบ้าง และบริการอะไร ราคาเท่าไร บริการเหล่านี้มีในเมืองไทยหรือไม่ ถ้ามี ทำไมถึงเลือกใช้บริการต่างประเทศ ราคาในประเทศเป็นอย่างไร ระบุลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจของคนไทยที่ใช้บริการต่างประเทศ ▪ ประเทศที่เป็นประเทศคู่ค้าหลักของไทยในแต่ละธุรกิจบริการคือประเทศใด ▪ เงื่อนไขการจ่ายเงินของระบบประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ในประเทศคู่ค้าต่างๆ เช่น สหรัฐ ญี่ปุ่น ยุโรป ▪ ราคาค่าบริการในบริการสุขภาพบางประเภทที่ไทยมีศักยภาพ และคุณภาพดี เปรียบเทียบกับคู่แข่ง เช่น อินเดีย สิงคโปร์

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ รูปแบบการจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการ และเงื่อนไขของระบบประกันสุขภาพของประเทศนั้น ๆ ▪ ประเภท ขนาดและความพร้อมของธุรกิจในประเทศไทยในการให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ▪ โครงสร้างพื้นฐานของไทยในการรองรับการมารับบริการของชาวต่างชาติในด้านต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบริการด้านอื่นๆ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี ▪ บุคลากรด้านต่างๆที่จะให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ทั้งจำนวน ความเชี่ยวชาญ กำลังการผลิต และแนวโน้มด้านการผลิต 	
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคที่ทำให้คนต่างชาติมาใช้ หรือไม่ใช้บริการในประเทศไทย และคนไทยไปใช้ หรือไม่ใช้บริการต่างประเทศ 	
กฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ▪ กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ▪ ระบบการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาล และระบบการประกันสุขภาพ ▪ ระบบการขนส่งผู้ป่วย และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ 	
ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผลกระทบของการให้บริการแก่คนต่างชาติ ต่อระบบบริการสุขภาพคนไทย ทั้งในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และข้อเสนอแนะทางในการลดผลกระทบ ▪ ผลกระทบต่อกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข และข้อเสนอแนะทางในการลดผลกระทบ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ผลกระทบของคุณภาพและการเข้าถึงบริการระดับสูงที่ประเทศไทยยังมีน้อย รวมทั้งผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพในสาขานั้นๆ ของประเทศไทย ▪ ศึกษาหาแหล่งที่สามารถให้บริการขั้นสูงแก่คนไทยได้อย่างมีมาตรฐาน และราคาประหยัด เพื่อความสะดวกและคุ้มครองผู้บริโภค

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
ศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ศึกษาหาภาคบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ไทยมีศักยภาพในการให้บริการ และประเทศที่ไทยควรให้ความสำคัญในการส่งออกบริการ ▪ มาตรการเพื่อส่งเสริมการส่งออกบริการ ▪ รวมทั้งศักยภาพของกลุ่มอุตสาหกรรมต่อเนื่องของบริการสุขภาพที่ประเทศไทยต้องการใช้ดึงดูดลูกค้ากลุ่มดังกล่าว 	

MODE ที่ 3 COMMERCIAL PRESENCE

การลงทุนจากต่างประเทศในธุรกิจด้านสุขภาพนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วมักเป็นการลงทุนจากประเทศที่มีระดับการพัฒนาที่สูงกว่าเข้ามาในประเทศที่มีระดับการพัฒนาที่ต่ำกว่า ส่วนหนึ่งเพื่อเป็นการลดต้นทุนของบริการในประเทศเจ้าของทุน ในขณะที่เดียวกันยังสามารถควบคุมการบริหารจัดการ และโอนส่วนกำไรไปยังบริษัทแม่ได้ โดยการเป็นผู้ถือหุ้นส่วนใหญ่ หรือการมาเป็นผู้บริหารของสถานพยาบาลนั้นๆ

ในประเทศไทยการเข้าสู่ตลาดของคนต่างชาติในธุรกิจบริการสถานพยาบาลนั้น มีการควบคุมตามกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดสัดส่วนการถือหุ้นของคนต่างด้าวไว้ไม่เกินกึ่งหนึ่งของทุนทั้งหมด อย่างไรก็ตาม กฎหมายเปิดโอกาสให้คนต่างด้าวถือหุ้นเกินกึ่งหนึ่งได้หากได้รับอนุญาตจากกระทรวงพาณิชย์ นอกจากนี้ คนต่างด้าวที่เข้ามาลงทุนในสถานพยาบาลในประเทศไทยต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และกฎหมายอื่นๆ เช่นเดียวกับคนไทย

ประเด็นที่น่าสนใจคือกรณีคนต่างด้าวที่อยู่ภายใต้สนธิสัญญาทางไมตรีและความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างราชอาณาจักรไทยกับสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2509 ซึ่งระบุในเรื่องการค้าจะนำหลักปฏิบัติเยี่ยงชาติมาใช้กับคนชาติและบริษัทของภาคีเกี่ยวกับการจัดตั้ง การได้ประโยชน์ในธุรกิจทางการค้า อุตสาหกรรม การคลัง และธุรกิจอื่น ภายในอาณาเขตของภาคีอีกฝ่ายหนึ่ง ดังนั้นคนอเมริกัน หรือบริษัทอเมริกันเข้ามาทำธุรกิจในประเทศไทยต้องได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนไทยและบริษัทไทย (โดยยกเว้น 6 สาขา)² ซึ่งการให้สิทธิประโยชน์แก่คนอเมริกันดังกล่าวขัดกับหลักการประเทศที่ได้รับการอนุเคราะห์ยิ่ง (Most Favored Nations) ภายใต้ WTO ซึ่งไทยได้ขอยกเว้นจากหลักการดังกล่าวมีกำหนด 10 ปี ซึ่งจะสิ้นสุดในปลายปี 2547

ในปัจจุบัน การถือหุ้นของอเมริกาในธุรกิจสถานพยาบาลยังเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับนักลงทุนจากชาติอื่น คือ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าอเมริกามีสัดส่วนของการถือหุ้นในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 5.6 เมื่อเทียบกับผู้ถือหุ้นที่เป็นชาวต่างชาติทั้งหมด ในขณะที่ญี่ปุ่นมีสัดส่วนการลงทุนที่สูงที่สุด คือ ร้อยละ 25 [5] แต่หากคนอเมริกัน หรือบริษัทอเมริกันต้องการลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาล จะได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยเฉพาะ

² 6 สาขาที่ขอยกเว้นคือ การสื่อสาร การขนส่ง การดูแลทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น การธนาคารที่เกี่ยวกับการรับฝากเงิน การค้าภายในเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรพื้นเมือง การแสวงหาประโยชน์จากที่ดิน และทรัพยากรธรรมชาติ

การเป็นผู้ถือหุ้นรายใหญ่เหนือผู้ลงทุนจากประเทศอื่นๆ และมีโอกาสที่จะขยายขอบข่ายของธุรกิจได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะหากขยายเวลาการยกเว้นที่จะให้สิทธิดังกล่าวกับคนอเมริกัน ออกไปอีก [9]

ธุรกิจสถานพยาบาลในปัจจุบัน ยังถือว่าเป็นที่สนใจของชาวต่างชาติน้อย โดยการถือหุ้นของคนต่างตัวในสถานพยาบาลของไทยปัจจุบันมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 3 ของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง [10] แต่การถือหุ้นในลักษณะการให้คนไทยถือแทนนั้น ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่ามีมากน้อยเพียงใด แต่ในอนาคต เมื่อการค่าบริการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น การลงทุนจากต่างประเทศอาจมีสัดส่วนสูงขึ้นด้วยเช่นกัน การศึกษาหาข้อมูลในเรื่องขนาด และแนวโน้มของการลงทุน ประเภทของธุรกิจ ข้อมูลด้านการตลาด รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดต่อระบบสาธารณสุขของไทย จึงเป็นความจำเป็น

ด้านผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพในประเทศนั้น ประเด็นที่น่าสนใจคือผลกระทบต่อกลุ่มคนยากจน หรือคนด้อยโอกาส การลงทุนของกลุ่มทุนต่างชาติมักจะลงทุนในธุรกิจที่มีผลตอบแทนสูง และมักจะเป็นประโยชน์กับผู้ที่มีรายได้สูงเท่านั้น มาตรการของรัฐควรทำอย่างไรเพื่อลดผลกระทบต่อคนจน หรือประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

ใน mode นี้มีประเด็นที่ควรทำการศึกษาดังนี้

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาสถานการณ์ขนาดของการลงทุนของชาวต่างชาติในประเทศไทย ในธุรกิจสถานพยาบาล ประเภทของบริการ และประเทศที่เป็นประเทศเจ้าของทุน และรูปแบบการบริหารจัดการโดยต้องศึกษาให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง รวมถึงการถือหุ้นแทนกันด้วย 	ศึกษาขนาดของการลงทุนของคนไทยในต่างประเทศ ประเทศที่ลงทุน และประเภทของบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> โครงสร้างทางการตลาด ของธุรกิจบริการสุขภาพ 	
กฎหมาย ระเบียบนโยบาย เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษากฎ ระเบียบ เงื่อนไข นโยบายส่งเสริมการลงทุน ภาษี ที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในสถานบริการสุขภาพทั้งของประเทศไทย และประเทศอื่นๆที่ไทยมีความพร้อมจะไปลงทุน 	
ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> ผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของการลงทุนของชาวต่างชาติในธุรกิจบริการสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพของไทย ทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และการศึกษาหาแนวทางลดผลกระทบต่อการให้บริการของคนไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษากรณีตัวอย่างจากประเทศอื่นของการลงทุนของต่างชาติในธุรกิจบริการสุขภาพ ศึกษาผลกระทบด้านแรงงานหากคนไทยไปลงทุนในต่างประเทศ ทั้งแรงงานด้านวิชาชีพและด้านทั่วไป

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
ศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ศึกษาความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจไทยในการลงทุนในต่างประเทศ ประเภทของธุรกิจ และประเทศที่ควรลงทุน ▪ การเตรียมความพร้อมของไทยในการลงทุนในต่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ศึกษาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลงทุนด้านบริการสุขภาพของต่างชาติในไทย โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น

4.4 MODE ที่ 4 MOVEMENT OF NATURAL PERSONS

การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อไปทำงานยังต่างถิ่นนั้นมีมานานแล้ว และมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่น เช่น ความแตกต่างในเรื่องค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในการศึกษาต่อและการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ต่างกัน เป็นปัจจัยดึงดูดแรงงานจากพื้นที่ที่ด้อยกว่าไปสู่พื้นที่ที่ดีกว่าหรือเกิดจากความยากจนในพื้นที่ต้นทาง ที่เป็นปัจจัยผลักดันให้แรงงานย้ายถิ่นออกไปสู่ที่มีรายได้ที่ดีกว่า [11] ดังนั้นการย้ายถิ่นส่วนมากจึงมักเป็นการไหลออกของแรงงานจากประเทศที่ยากจนกว่าไปสู่ที่ฐานะดีกว่า มีการคาดประมาณว่าการย้ายถิ่นของแพทย์นั้น ร้อยละ 56 เป็นการย้ายจากประเทศกำลังพัฒนาไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่การย้ายจากประเทศพัฒนาแล้วไปสู่ประเทศกำลังพัฒนามีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น [5] นอกจากนี้ เป็นการย้ายระหว่างประเทศพัฒนาด้วยตัวเอง หรือระหว่างประเทศพัฒนาแล้วด้วยตัวเอง

เนื่องจากสัดส่วนการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศ โดยเฉพาะแรงงานที่มีทักษะสูง เช่น แพทย์ พยาบาล หรือ บุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ เป็นการไหลที่ไม่สมดุล ประเทศต้นทางซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนา จึงอาจเกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรขึ้นได้ ยกเว้นแต่ประเทศนั้น ๆ มีนโยบายส่งเสริมการย้ายถิ่น เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ คิวบา และอินเดีย ที่ส่งออกแรงงานเพื่อให้ได้เงินตราเข้าประเทศ

การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศต้นทางอาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการที่ประชาชนในประเทศได้รับ และนับเป็นการสูญเสียการลงทุนของรัฐในการผลิตบุคลากรนั้น โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งมีต้นทุนการผลิตที่สูง ซึ่งมีการคาดประมาณว่าประเทศอาฟริกาใต้ซึ่งมีการไหลออกของแพทย์เป็นจำนวนมากนั้น รัฐสูญเสียการลงทุนในการผลิตปีละหลายสิบล้านดอลลาร์ [8] การสูญเสียบุคลากรนั้น ปัญหาไม่ได้อยู่ที่จำนวนเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ประเภทของบุคลากรที่สูญเสียด้วย คือบุคลากรที่มีคุณภาพสูง ซึ่งมีจำนวนน้อย จะเป็นผู้ที่ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศมากกว่าบุคลากรที่มีคุณภาพน้อยกว่า [12]

อุปสรรคในการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างประเทศมักจะได้แก่การไม่ยอมรับบุคลากรตามคุณสมบัติที่จบจากสถาบันการผลิตจากประเทศต่างๆ ในลักษณะที่เท่าเทียมกันกับที่จบในประเทศปลายทาง การกำหนดเงื่อนไขการรับบุคลากรที่จบจากประเทศอื่นทำให้ประเทศต้นทางที่อาจมีปัญหาด้านภาษาไม่สามารถไปทำงานยังต่างประเทศได้ การทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างประเทศต้นทางและประเทศปลายทางในลักษณะการรับรองร่วมกัน (mutual recognition) โดยยินดีรับบุคลากรจากประเทศคู่สัญญาเช่นเดียวกับที่รับบุคลากรจากประเทศของตน การทำเงื่อนไขนี้ทำให้ลดขั้นตอนในการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีความสะดวกเร็วขึ้น ขณะนี้ประเทศในกลุ่ม EC และระหว่างประเทศออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ได้มีข้อตกลงดังกล่าวแล้ว ส่วนประเทศที่ยังไม่มีข้อตกลงระหว่างกันนั้น เงื่อนไขของแต่ละประเทศในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ นั้นมีแตกต่างกัน และในบางประเทศเงื่อนไขของแต่ละรัฐยังมีรายละเอียดปลีกย่อยที่แตกต่างกันด้วย [11] ดังนั้นหากประเทศไทยมีนโยบายให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีศักยภาพ และมีกำลังการผลิตที่เพียงพอออกไปทำงานยังต่างประเทศนั้นจำเป็น ต้อง

ทำความเข้าใจในเงื่อนไขของประเทศปลายทางที่เป็นประเทศหลัก รวมทั้งข้อเสนอในการลดอุปสรรคและขั้นตอนต่างๆ ลง

การส่งออกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น จะเกิดผลดีต่อประเทศที่สำคัญคือการนำเงินตราเข้าประเทศ การสร้างเครือข่ายระหว่างบุคลากรของประเทศนั้นกับประเทศต้นทางเมื่อเดินทางกลับ ซึ่งอาจทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทำงานระหว่างกันได้ในระยะยาว แต่ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้นคือการขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพของการให้บริการในประเทศผู้ส่งออก ภาวะสมองไหลที่เกิดขึ้นอาจเกิดในลักษณะเป็นระลอกคลื่น คือบุคลากรที่มีศักยภาพตรงตามเงื่อนไขและคุณสมบัติของประเทศปลายทางจะเคลื่อนย้ายออกไปสู่ต่างประเทศ ภายในประเทศก็จะเกิดการเคลื่อนย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อชดเชยบุคลากรที่ไปต่างประเทศ หรือจากภาครัฐไปเอกชน เมื่อเป็นเช่นนี้ภาคที่เกิดผลกระทบปลายสุดคือภาคชนบท และภาครัฐตามหลักการของการย้ายถิ่นจากที่มีค่าตอบแทนและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ด้อยกว่าไปสู่สิ่งที่ดีกว่า

ส่วนประเทศผู้รับนั้น ประโยชน์ที่ได้คือการมีบุคลากรที่มีทักษะและคุณภาพเข้ามาทำงานในประเทศ เป็นการเพิ่ม stock ของบุคลากรโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน แต่ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นคือการรับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากประเทศอื่นอาจทำให้เกิดการว่างงานในสาขาที่มีการจ้างงานขึ้นได้ การเพิ่มของ stock ของแรงงานอาจเกิดผลต่ออัตราการจ้างงานที่ลดลงในบางสาขา นอกจากนี้ การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรโดยการนำเข้านั้น เป็นการแก้ปัญหาในระยะสั้นมากกว่าการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน

การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งการส่งออกบุคลากรและการอนุญาตให้บุคลากรจากประเทศอื่นเข้ามาให้บริการทางการแพทย์ในประเทศนั้น ยังอยู่ในวงจำกัด หลายๆ ประเทศยังคงต้องการที่จะรักษามาตรการควบคุมการให้เวชปฏิบัติในประเทศอยู่ ดังนั้น ใน mode นี้ มีประเทศที่มีข้อผูกพันยังคงมีน้อย

ประเด็นที่ควรทำการศึกษาวิจัยใน Mode นี้ได้แก่

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
สถานการณ์และแนวโน้ม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จำนวนและแนวโน้มการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามประเภทของบุคลากร ▪ Stock and flow ของการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศ และความสามารถในการผลิตแต่ละสาขา ▪ ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศในสาขาต่างๆ ▪ ปัจจัยที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งปัจจัยผลึก และปัจจัยดึงดูด 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ แนวโน้มการเข้ามาประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของชาวต่างชาติ ทั้งที่สัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับการลงทุนด้านสุขภาพ ทั้งบริการสุขภาพกระแสหลัก และบริการสุขภาพทางเลือก

	ประเทศไทย/ผู้ส่งออกบริการ	ต่างประเทศ/ผู้นำเข้าบริการ
กฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษากฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองของไทย และกฎหมายแรงงานของไทย และของประเทศปลายทางที่เป็นเป้าหมายหลัก ระเบียบ ข้อบังคับ และเงื่อนไขการจ้างงานของประเทศไทย และประเทศปลายทาง ข้อบังคับของสภาวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะ และข้อบังคับอื่นๆ ของไทย และของประเทศปลายทางที่เป็นเป้าหมายหลัก เงื่อนไขของประเทศปลายทาง เช่น เรื่องการจำกัดจำนวนรับสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของบางประเทศ การกำหนดเงื่อนไขการทำงาน การกำหนดระยะเวลาและเงื่อนไขการออกวีซ่าการเข้าเมือง นโยบาย กฎหมาย ระเบียบ ข้อตกลงระหว่างประเทศต่างๆ เช่น mutual recognition 	
ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> ผลกระทบของการย้ายถิ่นออก และการย้ายถิ่นเข้าของบุคลากรประเภทต่างๆ ที่มีต่อระบบบริการของไทย และการให้บริการแก่คนไทย รวมทั้งการขาดแคลนกำลังคนในบางสาขาและบางพื้นที่ ผลประโยชน์ที่ประเทศไทยได้รับจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> กรณีศึกษาการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ภายหลังจากการมีข้อตกลง mutual recognition ของประเทศที่เป็นสมาชิกสหภาพยุโรป หรือประเทศอื่นๆ ที่มีข้อตกลงลักษณะเดียวกัน และผลกระทบต่อประเทศต้นทางและปลายทาง
ศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาเพื่อดูความพร้อมและศักยภาพของประเทศไทยในการส่งออกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งด้านคุณภาพ กำลังการผลิต และทักษะทางภาษาต่างประเทศ มาตรการเพื่อส่งเสริมการส่งออก 	<ul style="list-style-type: none"> มาตรการเพื่อป้องกันผลกระทบเกี่ยวกับมาตรฐานบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพชาวต่างประเทศ



เอกสารอ้างอิง

1. Woodroffe and Clare Joy. Out of Service: The development dangers of the General Agreement on Trade in Services, World Development Movement, 2002
 2. Chanda, Rupa. Trade in Health Services, CMH Working Paper Series. Paper No. WG 4:5. Commission on Macroeconomics and Health , 2001
 3. Lipson, Debra J. Negotiating Health Services in Trade and Integration Agreements in the Americas, PAHO/WHO Technical Report Series No. 81. 2002.
 4. Benavides, David D. Trade policies and export of health services: a development perspective, in Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspective. WHO. 2002.
 5. Pachanee C and Wibulpolprasert S. Trade in Health Services and GATS: A Case of Thailand. Paper presented at Workshop on Trade in Health Services: Building Capacity in Developing Countries, Ottawa University, Ottawa, Canada, 9-11 July, 2003.
 6. Janjaroen W, Supakankunti, S. International trade in health services in the millennium: The case of Thailand, in Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspective. WHO. 2002.
 7. Warner, David C. Trade in Health Services, GATS Mode 2: Consumption of Services, Drafted Working Paper. WHO. 2003.
 8. WHO and WTO. WTO Agreements and Public Health. A Joint Study by the WHO and the WTO Secretariat. 2002.
 9. การเงินธนาคาร, FTA ไทย-สหรัฐ ไม่เอาแบบสิงคโปร์ เลิกให้อเมริกาถือหุ้น 100%. Vol.22:No. 257, September 2003.
 10. Singkaew S, Chaichana S. The case of Thailand. In: Zarrilli S, Kinnon C. editors. International trade in health services: a development perspective. United Nations Conference on Trade and Development, 1998.
 11. WHO, ICN and RCN, International Nurse Mobility: Trends and policy implications. 2003.
 12. Ojo, Kenneth Olayinka. International Migration of Health Manpower in Sub-Saharan Africa, Social Science Medicine, Vol 31, No.6, pp. 631-637, 1990.
-

บทที่ 5

คำถามการวิจัยที่มีลำดับความสำคัญสูง

การวิจัยเรื่องการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมุ่งเน้นเพื่อให้ประเทศไทยมีความรู้เพียงพอต่อการกำหนดท่าทีของประเทศในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเตรียมการรองรับผลกระทบที่อาจมีขึ้นจากการเกิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีน้อยที่สุด จากกรอบแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีองค์ประกอบที่หลากหลายมาก ในขณะที่ความรู้และข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศขณะนี้ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด ทั้งในเชิงประเด็น และเชิงเนื้อหา ดังนั้น

จากประเด็นการวิจัยทั้ง 4 Modes ข้างต้นนั้น ได้มีการประชุมระดมสมองร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องแล้วสรุปประเด็นที่ควรได้รับลำดับความสำคัญสูงที่ควรเริ่มทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นลำดับแรก มี 6 เรื่องหลัก คือ

1. การศึกษาเพื่อเตรียมการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าที่สำคัญ (FTA) ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย จีน ออสเตรเลีย บราซิล และญี่ปุ่น

เพื่อศึกษาข้อมูลของประเทศที่ไทยเตรียมเจรจา หรือได้มีการเจรจาเพื่อทำข้อตกลงการค้าทวิภาคี ในประเด็นด้านการค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยประเด็นที่สำคัญของการศึกษาคือ

- ศักยภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศคู่ค้า ทั้งในด้านบริการสุขภาพและกลุ่มอุตสาหกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพ
- ระเบียบกฎหมายของประเทศไทยและประเทศคู่ค้าในสาขาบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- แนวทางและเงื่อนไขที่จะสนับสนุนการเปิดตลาดของบริการสุขภาพในประเทศคู่ค้า
- ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อระบบบริการของไทยจากการค้าบริการด้านการแพทย์

วิธีการศึกษา: การศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ key informants

ระยะเวลา: 12 เดือน

จะต้องทำการศึกษาละเอียดที่ละประเทศ และดูรายละเอียดของบริการในแต่ละ Mode และบริการเฉพาะอย่างที่เรามีศักยภาพ การศึกษาต้องนำไปสู่ข้อสรุปที่เป็นรูปธรรมเพื่อใช้ในการเจรจาต่อรองได้อย่างชัดเจน

การศึกษาในเรื่องนี้ได้รับลำดับความสำคัญสูงตามความต้องการของกระทรวงพาณิชย์

2. ศึกษาการเข้ามารับบริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย

เป็นการศึกษาความสามารถในการแข่งขันของไทยในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เปรียบเทียบกับประเทศที่เป็นคู่แข่งทางการค้าของไทย เช่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย โดยประเด็นที่ควรทำการศึกษาคือ ด้านสถานการณ์

- ศึกษาแนวโน้มตลาดในภาพรวม และเฉพาะประเทศต่างๆ และคาดการณ์แนวโน้ม
- ประเทศที่เป็นประเทศคู่ค้าหลักของไทยในแต่ละธุรกิจบริการคือประเทศใด
- คนต่างชาติมาใช้บริการอะไรบ้างในประเทศไทย แบ่งตามประเภท

- ลักษณะของคนต่างชาติที่มาใช้บริการในประเทศไทย เช่นนักท่องเที่ยว แรงงานต่างชาติ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เข้ามาเพื่อบริการทางการแพทย์เป็นการเฉพาะ ฯลฯ และประเทศต้นทาง รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจของคนต่างชาติ
- แนวโน้มของประเภทของบริการที่คาดว่าจะมีผู้มาใช้บริการในประเทศไทยมากขึ้น
- ปัจจัยต่างๆที่มีความสามารถในการแข่งขัน เช่น
 - การคมนาคม ความสะดวก ค่าเดินทาง
 - ภาพลักษณ์ด้านคุณภาพ/บริการ (HA, ISO, JCIA)
 - ราคา
 - ศักยภาพการตลาด
 - บริการควบอื่นๆ
- คุณภาพของบริการที่ให้กับคนต่างชาติ เปรียบเทียบกับคนไทย
- รูปแบบการจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการ
- ประเภท ขนาดและความพร้อมของธุรกิจในประเทศไทยในการให้บริการแก่ชาวต่างชาติ
- โครงสร้างพื้นฐานของไทยในการรองรับการมารับบริการของชาวต่างชาติในด้านต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบริการด้านอื่นๆ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี
- บุคลากรด้านต่างๆที่จะให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ทั้งจำนวน ความเชี่ยวชาญ กำลังการผลิต และแนวโน้มด้านการผลิต
- ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคที่ทำให้คนต่างชาติมาใช้ หรือไม่ใช้บริการในประเทศไทย และคนไทยไปใช้หรือไม่ใช้บริการต่างประเทศ

ด้านกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เงื่อนไข ของไทย มาเลเซีย และสิงคโปร์

- กฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง
- ระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และระบบการประกันสุขภาพ
- ระบบการขนส่งผู้ป่วย และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ

ด้านผลกระทบ

- ผลกระทบของการให้บริการแก่คนต่างชาติ ต่อระบบการให้บริการแก่คนไทย เกิดระบบบริการหลายมาตรฐาน ผลกระทบต่อประกันสังคม (30 บาท) และข้อเสนอแนวทางในการลดผลกระทบ
- ผลกระทบต่อกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล เกสซ์ ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และรังสีเทคนิค ศึกษาผลกระทบต่อภาวะสมองไหล และข้อเสนอแนวทางในการลดผลกระทบ
- ผลกระทบต่อการลงทุนของโรงพยาบาลเอกชน เกิดการลงทุนเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็นหรือไม่ นโยบายส่งเสริมการลงทุนเป็นอย่างไร
- ผลกระทบด้านจริยธรรม การฟ้องร้องแพทย์ สถานพยาบาล และ Malpractice insurance

ด้านศักยภาพ

- ศึกษาหาภาคบริการที่ไทยมีศักยภาพในการให้บริการ และประเทศที่ไทยควรให้ความสำคัญในการส่งออกบริการ

วิธีการศึกษา: ศึกษาจากเอกสาร สืบหาข้อมูล ศึกษาดูงานประเทศสิงคโปร์ และมาเลเซีย ระยะเวลา 3 ปี

การศึกษาในเรื่องนี้ได้รับลำดับความสำคัญสูงตามความต้องการของกระทรวงพาณิชย์

3. การศึกษาการลงทุนของต่างชาติในประเทศไทย

ศึกษาขนาดของการลงทุนของต่างชาติในประเทศไทยและแนวโน้ม โดยประเด็นสำคัญคือ

- ขนาดของการลงทุน
- ประเภทของการลงทุน
- ประเทศที่เป็นเจ้าของทุน
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้กลุ่มธุรกิจเหล่านั้นมาลงทุนในประเทศไทย

วิธีการศึกษา: เน้นการศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ key informants ในประเทศไทย ใช้เวลาประมาณ 12 เดือน

4. การศึกษาโอกาสและศักยภาพของประเทศไทยในการลงทุนในบริการสุขภาพในต่างประเทศ

การศึกษาในเรื่องนี้จะเจาะกลุ่มประเทศที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขัน เช่นประเทศเวียดนาม กัมพูชา พม่า และจีน โดยประเด็นที่ทำการศึกษาในระยะนี้ที่สำคัญคือ

- ศักยภาพทางการตลาด
- กฎหมายและเงื่อนไขว่าด้วยการลงทุนของต่างชาติ
- ระเบียบ และเงื่อนไขการประกอบวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนวิชาชีพ และกฎหมายแรงงาน
- ระเบียบ กฎเกณฑ์เรื่องการส่งเงินกลับ และภาษี

วิธีการศึกษา: เน้นการศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ key informants ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ใช้เวลาประมาณ 12 เดือน

5. การศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ศึกษากรณีศึกษาจากการมีข้อตกลง Mutual Recognition ระหว่างประเทศต่างๆในสหภาพยุโรป และข้อตกลงระหว่างประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากประเทศสมาชิกสามารถทำงานในอีกประเทศหนึ่งได้ ว่าหลังจากข้อตกลงดังกล่าวมีผลบังคับใช้ มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากประเทศต่างๆมากขึ้นแค่ไหน เกิดผลดีและผลเสียอย่างไรต่อระบบบริการของประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง การศึกษานี้จะเป็นบทเรียนให้กับประเทศไทยได้

วิธีการศึกษา: เน้นการศึกษาจากเอกสาร และการสัมภาษณ์ key informants ใช้เวลาประมาณ 12 เดือน

การศึกษาในเรื่องนี้ได้รับลำดับความสำคัญสูงตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข

6. ศึกษาศักยภาพของประเทศไทยในการให้บริการใน MODE ที่ 1 คือการให้บริการข้ามพรมแดน

ศึกษาประเภทของบริการที่ไทยมีศักยภาพที่จะให้บริการข้ามพรมแดน โดยมุ่งตลาดสหรัฐอเมริกา และศึกษาประเทศที่จะเป็นคู่แข่งทางการค้า เช่นอินเดีย เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพในการแข่งขันของไทย ประเภทของบริการที่ควรศึกษาคือ

- Medical record
- Medical coding
- Radiological report
- Pathological reading

โดยประเด็นที่ควรศึกษาประกอบด้วย

ด้านสถานการณ์

- ขนาดของมูลค่าการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพข้ามพรมแดน แต่ละประเภทของบริการ และแนวโน้มของการค้าบริการ
- รูปแบบการจ่ายเงินเพื่อชำระค่าบริการเป็นแบบใด
- ประเภท ขนาดและความพร้อมของธุรกิจในประเทศไทยในการให้บริการข้ามพรมแดน
- โครงสร้างพื้นฐานของประเทศไทยเพื่อรองรับการค้าข้ามพรมแดนมีความพร้อมหรือไม่อย่างไร ทั้งเรื่อง IT technology, communication services, network การเข้าถึงระบบ และราคา
- โครงสร้างพื้นฐานของไทยในการรองรับการค้าบริการในด้านต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานบริการ ด้านอื่นๆ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี
- บุคลากรด้านต่างๆที่จะให้บริการแก่ชาวต่างชาติ ทั้งจำนวน ความเชี่ยวชาญ กำลังการผลิต และแนวโน้มด้านการผลิต
- ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคที่ทำให้คนต่างชาติมาใช้ หรือไม่ใช้บริการในประเทศไทย

ด้านกฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ เงื่อนไขที่มีผลต่อการค้าบริการข้ามพรมแดนของสหรัฐอเมริกา ไทย และอินเดีย

- กฎหมายด้านการติดต่อสื่อสาร คมนาคม
- นโยบายด้านการค้าข้ามพรมแดน
- นโยบายด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ระบบภาษี ที่เก็บจากรายได้ที่เกิดจากการค้าบริการข้ามพรมแดน

ด้านผลกระทบ

- ศึกษาผลกระทบของให้บริการการค้าข้ามพรมแดนต่อการให้บริการคนไทย และแนวทางในการลดผลกระทบ
- ศึกษาผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้สามารถให้บริการในสาขาที่ต้องการ

วิธีการศึกษา: ศึกษาจากเอกสาร เก็บข้อมูลจากหน่วยงาน และการสำรวจแบบเฉพาะเจาะจง และสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลา 1 ปี



ภาคผนวก 1: รายชื่อคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ

- | | |
|---|--------------------|
| 1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
กระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะที่ปรึกษา |
| 2. คุณวไลลักษณ์ น้อยพยัคฆ์
ผู้อำนวยการกองวิชาการ
การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| 3. คุณสิตา สิตลัทธินันท์
กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 4. คุณอัญชลี อัครเมธา
กรมส่งเสริมการค้าส่งออก กระทรวงพาณิชย์ | ที่ปรึกษา |
| 5. คุณมยุรี ชัยสิทธิ์
การธนาคารแห่งประเทศไทย | ที่ปรึกษา |
| 6. คุณละออง ตริพันธ์
สำนักพัฒนาการท่องเที่ยว
กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา | ที่ปรึกษา |
| 7. คุณรัตนา สุกุมลจันทร์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข | ที่ปรึกษา |
| 8. คุณรสสุคนธ์ กังวาลเลิศ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข | ที่ปรึกษา |

ภาคผนวก 2: ข้อเรียกร้องต่อประเทศไทย และข้อเสนอของประเทศไทย

ข้อเรียกร้องต่อประเทศไทย

ประเทศที่ยื่นข้อเรียกร้องต่อไทยคือ จีน ใต้หวัน และอินเดีย

สาขา

- บริการในสาขาวิชาชีพ (Professional Services under Business Sector) ได้แก่
 - บริการทางการแพทย์และทันตกรรมแบบผู้ป่วยนอก (Medical and Dental Services)
 - บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ (Services provided by midwives, nurses, physiotherapists and para-medical personnel)

- บริการในสาขาสุขภาพ (Health related and social service sector)
 - บริการโรงพยาบาล (Hospital services) สำหรับผู้ป่วยใน

ลักษณะของข้อเรียกร้อง

- ขอให้ไทยยกเลิกข้อจำกัดเรื่องสัดส่วนผู้ถือหุ้นชาวต่างชาติ
- ขอให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการรับรองประกอบวิชาชีพในประเทศไทยโดยไม่ต้องประกอบโรคศิลป์

ข้อเรียกร้องของไทยในสาขาบริการสุขภาพ

Mode of Supply 1) Cross-border supply 2) Consumption aboard, 3) Commercial presence 4) Presence of natural persons

ประเทศที่ ไทยได้ยื่น ข้อเรียกร้อง	สุขภาพ																	อื่นๆ					
	กายภาพ บำบัด		นวดไทยบำบัด		โรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)			Health facilities for elderly (มี แพทย์ประจำ)		Welfare services for elderly (longstay)			ดูแลเด็ก			บริหารโรง พยาบาล							
	2)	4)A	3)	4)A	2)	3)	4)B	2)	4)B	2)	3)	4)B	2)	3)	4)B	1), 2), 3)	4)B	2)	3)	4)AB	2)	3)	4)B
สิงคโปร์		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
จีน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ไต้หวัน	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
ฮ่องกง		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓				✓	✓	✓	✓	✓
เกาหลี		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
ญี่ปุ่น		✓	✓	✓				✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
อินเดีย					✓			✓		✓				✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
ออสเตรเลีย		✓	✓	✓	✓				✓			✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
นิวซีแลนด์		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
สหภาพยุโรป		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
นอร์เวย์																			✓	✓		✓	✓
สวีเดน																			✓	✓		✓	✓
สหรัฐอเมริกา		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
แคนาดา		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
ปานามา																							

หมายเหตุ - ข้อเรียกร้องใน Mode 1, 2 และ 3 = Request for full commitment (i.e. scheduled "none") in both MA and NT

- ข้อเรียกร้องใน Mode 4 :

- o **Type A** for professional only: request for commitments, in both MA and NT, to allow for the entry and temporary stay of service suppliers *who are already qualified to provide the services in Thailand*
- o **Type B** for those who have been employed : requested for commitments, in both MA and NT, to allow for the entry and temporary stay of service suppliers providing the services on a fee or contractual basis; and
- o **Type AB** for commitment of Type A and B

ภาคผนวก 3 กิจกรรมภายใต้สาขาบริการต่างๆ ที่ไทยได้ผูกพันการเปิดตลาดใน WTO

1. สาขาบริการด้านธุรกิจ (29 กิจกรรม)

- 1.1 บริการด้านวิชาชีพ (professional services)
 - ทนายความ
 - บัญชี
 - สถาปัตยกรรม
 - วิศวกรรม
 - วางผังเมืองและภูมิสถาปัตยกรรม
- 1.2 คอมพิวเตอร์
 - ที่ปรึกษาติดตั้ง computer hardware
 - บริการติดตั้งซอฟต์แวร์ (software implementation)
 - ประมวลผลข้อมูล (data processing services)
 - ฐานข้อมูล (database services)
- 1.3 เช่า/เช่าซื้อเครื่องจักร (ไม่รวมคนขับ)
 - เช่า (rental)
 - เช่าซื้อ (leasing)
- 1.4 อื่นๆ
 - โฆษณา
 - วิจัยตลาด
 - ที่ปรึกษาการจัดการ
 - ทดสอบทางเทคนิคและวิเคราะห์
 - บริการที่เกี่ยวข้องกับการเกษตร
 - ที่ปรึกษา
 - ห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ดิน
 - สำรองและวางแผนการใช้ดิน
 - บริการ cover crop seed multiplication
 - ที่ปรึกษาด้านป่าไม้
 - บริการที่เกี่ยวข้องกับการประมง
 - การค้าระหว่างประเทศ
 - canning process analysis
 - บริการทางเทคนิค
 - บริการที่เกี่ยวข้องกับการทำเหมือง ขุดเจาะน้ำมันและก๊าซ
 - ซ่อมแซมและบำรุงรักษาอุปกรณ์สำนักงานรวมคอมพิวเตอร์
 - บรรจุภัณฑ์
 - การพิมพ์
 - การแปล

2. สาขาสื่อสารคมนาคม (13 กิจกรรม)

- 2.1 โทรคมนาคม (telecommunication services)
 - บริการเข้าถึงฐานข้อมูล (database access services)
 - บริการประมวลผลข้อมูลออนไลน์ (on-line information and/or data processing services)
 - บริการขายอุปกรณ์โทรคมนาคม
 - บริการที่ปรึกษาด้านโทรคมนาคม
 - Videotex
 - Teleconference
 - บริการให้เช่าวงจรในประเทศ (domestic leased circuits)
 - บริการโทรศัพท์ *

- บริการโทรพิมพ์ *
 - บริการโทรเลข *
 - บริการโทรสาร *
- (หมายเหตุ *รวมทั้งบริการท้องถิ่น บริการทางไกลในประเทศ และบริการระหว่างประเทศ ซึ่งจะเปิดเสรีในปี 2006 (พ.ศ.2549) เมื่อมีกฎหมายเกี่ยวกับโทรคมนาคมออกมาใช้บังคับแล้ว)

2.2 โสตทัศน (audiovisual services)

- ผลิตและจำหน่ายภาพยนตร์และวีดีโอ (ไม่รวมโฆษณา)
- การผลิตรายการวิทยุและโทรทัศน์

3.สาขาบริการด้านการก่อสร้าง (3 กิจกรรม)

- งานก่อสร้างอาคาร
- งานก่อสร้างสำหรับวิศวกรรมโยธา
- งานติดตั้ง (installation work)

4.สาขาบริการด้านจัดจำหน่าย (1 กิจกรรม)

- บริการตัวแทนจำหน่าย (commission agents services)

5.สาขาบริการด้านการศึกษา (3 กิจกรรม)

- การศึกษาระดับประถมและมัธยม (รวมโรงเรียนนานาชาติ)
- การศึกษาด้านเทคนิคและวิชาชีพ
- การอบรมวิชาชีพระยะสั้น

6.สาขาบริการด้านสิ่งแวดล้อม (11 กิจกรรม)

- ที่ปรึกษาด้านสิ่งแวดล้อม (environmental consultancy on sewage system, refuse disposal, hazardous waste management, air pollution and noise management, sanitation and other environment management services)
- คู่มือสิ่งแวดล้อม
- ระบายน้ำทิ้ง (sewage services)
- กำจัดขยะ (refuse disposal services)
- สุขาภิบาล (sanitation and similar services)
- บริการทำความสะอาด (cleaning services and exhaust gases)
- บริการด้าน noise abatement
- คู่มือรองธรรมชาติและพื้นที่ (nature and landscape protection services)
- คู่มือรองสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

7.สาขาการเงิน (22 กิจกรรม)

7.1 การประกันภัย (รวมการประกันต่อและประกันช่วง)

- ประกันชีวิต (life)
- ประกันวินาศภัย (non-life)
- บริการเสริมของการประกันภัย (ยกเว้นกองทุนบำนาญ)
 - นายหน้าและตัวแทนประกันภัย (broking & agency)
 - บริการให้คำปรึกษา ยกเว้นกองทุนบำนาญ (consultancy excl. pension consulting)
 - ประเมินภัย (average & loss adjustment)
 - คณิตศาสตร์ประกันภัย (actuarial)
 - บัตรเครดิต (credit card)
 - ให้คำปรึกษาด้านการเงิน (financial consultancy)

7.2 การธนาคาร

- บริการรับฝากเงิน (deposit)
- ให้สินเชื่อ (lending of all types)
- จ่าย/โอนเงิน (payment and money transmission)
- guarantees and commitments
- trading for own account or for account of customers

- บริการที่เกี่ยวข้องกับหลักทรัพย์รวมการค้าประกัน
- การบริการทรัพย์สิน (asset management)
- ให้คำปรึกษาและบริการเสริมอื่นๆ (advisory, intermediation and other auxiliary financial services)
- ให้และโอนข้อมูลทางการเงิน และการประมวลข้อมูล (provision and transfer of financial information and financial data processing)

7.3 หลักทรัพย์

- บริษัทเงินทุนและบริษัทเครดิตฟองซิเออร์ (finance companies and credit foncier companies)
- บริษัทหลักทรัพย์ (securities companies)
- บริการลีสซิ่งทางการเงิน (financial leasing services)
- บริการแฟกตอริง (factoring services)
- บัตรเครดิต บัตรชาร์จ และบัตรเดบิต

8. สาขาบริการด้านการท่องเที่ยว (5 กิจกรรม)

- โรงแรม
- ภัตตาคาร
- การจัดงานเลี้ยง
- บริษัทท่องเที่ยวและประกอบการนำเที่ยว (travel agents and tour operators)
- การบริหารการโรงแรม

9.สาขานันทนาการ วัฒนธรรม และการกีฬา (2 กิจกรรม)

- บริการด้านการกีฬา
- บริการด้านสวนและชายหาดพักผ่อนหย่อนใจ (recreation park and beach services)

10.สาขาบริการด้านการขนส่ง (15 กิจกรรม)

10.1 บริการขนส่งทางทะเล

- ขนส่งผู้โดยสาร (ยกเว้นการเดินทางเรือในประเทศ)
- ขนส่งสินค้า (ยกเว้นการเดินทางเรือในประเทศ)
- การลากจูงเรือระหว่างประเทศ (international towing)
- บริการรับน้ำเสียและน้ำปนน้ำมัน
- บริการ port captain สำหรับเรือต่างประเทศ
- บริการตรวจสอบสภาพเรือโดยสถาบันตรวจเรือเพื่อออกหนังสือรับรอง (marine services and classification societies for the purpose of providing accurate documentation and certification of vessels)
- บริการบริหารจัดการขนส่งระหว่างประเทศ (freight forwarding services)

10.2 บริการขนส่งทางอากาศ

- บริการบำรุงและซ่อมแซมอากาศยาน (aircraft repair and maintenance services)
- บริการขายและการตลาด (selling and marketing of air transport services)

10.3 บริการขนส่งทางรถไฟ

- บริการบำรุงและซ่อมแซมอุปกรณ์การขนส่งทางรถไฟ
- บริการทำความสะอาดตู้รถไฟ
- บริการรักษาความปลอดภัยที่สถานีรถไฟ

10.4 บริการขนส่งทางบก

- บริการให้เช่ารถโดยสารส่วนบุคคล (รวมคนขับ)
- บริการให้เช่ารถบัสและรถโค้ช (รวมคนขับ)
- บริการขนส่งสินค้าเฉพาะสินค้าแช่แข็งหรือแช่เย็น bulk liquids or gases และสินค้าบรรจุ คอนเทนเนอร์

ภาคผนวก 4: ประมวลรายชื่อเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ทั้งต่างประเทศและประเทศไทยจำแนกตามประเภทเอกสาร

หนังสือ

- Buchan, C., et al. International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications, World Health Organisation, International Council of Nurses, and Royal College of Nursing. World Health Organisation; 2003.
- Canadian Medical Association, General Agreement on trade in Services (GATS) and the Canadian Health Care System, Ottawa, Ontario; 2000.
- Cesar, V. Trade in health services : global, regional, and country perspectives, Washington, DC.; 2002.
- Chanda, R. GATS and its implications for developing countries: Key issues and concerns, DESA Discussion Paper No. 25, United Nations, 2002.
- Chanda, R. Trade in Health Services CMH Working Paper Series Paper No. WG 4:5, Bangalore, Indian Institute of Management; 2001.
- Chanda, R. Trade in health services, New Delhi, Indian Council for Research on International Economic Relations; 2001.
- Dobson, H.R. Movement of Natural Persons (Mode 4) under the GATS Joint WTO-World Bank Symposium The Regulators' View, U.S., International Economist U.S. Department of Labor; 2001.
- Hilarie, A. and Yang, Y. The United States and the New Regionalism/Bilateralism, IMF Working Paper, International Monetary Fund; 2002.
- Hutton, W. A New World Trade Organisation policy threatens the very heart of the National Health Service, World Trade Organisation: special report; 1999.
- Jutting, J. Health insurance for the poor? Determinants of participation in community-based health insurance schemes in rural Senegal, Produced as part of the research programmes on: Empowering People to Meet the Challenges of Globalisation and Social Institutions and Dialogue, OECD Development Centre; 2003.
- Kinuthia, J. Case study on the implications of committing healthcare services in Kenya under GATS, Consumer information Network Kenia, Nairobi, Kenya; 2002.
- Lambert, J. and Lucas, C. General Agreement on Trade in Services Response to European Commission Consultation Document on WTO Members' Requests to the ES and its Member States for Improved Market Access For Services, Brussels, European Parliament; 2003.
- Lambert, J. The General Agreement on Trade in services, London, Tootown Printers; 2002.
- Lloyd, P.J. Globalisation, International Factor Movement and Market Adjustments, University of Nottingham, Centre for Research in Economic Development and International Trade; 2002.
- Mashayekhi, M. and Julsaint, M. Assessment of Trade in Services in the Context of the GATS 2000 Negotiations, South Centre, South Centre; 2002.

- Moore, M. Gats - Fact and Fiction, Geneva, Switzerland, World Trade Organization; 2001.
- Muroyi, R., et al. Trade protocols and Health: Issues for Health Equity in Southern Africa, South Africa; 2003.
- OECD Secretariat. Statistics of international trade in services: OECD's medium term strategy, priorities and organisational issues, Paris, OECD-Eurostat meeting of expert on trade-in-services statistics; 2001.
- Rahman, M. Bangladesh-India Bilateral Trade: An Investigation into Trade in Services, Dhaka, Centre for Policy Dialogue; 2000.
- Rousselle, M.H. et al. Prospects for Health Tourism Exports for the English-Speaking Caribbean, World Bank, Washington, D.C., Social Sectors Development Strategies, Inc.; 1995.
- Ruffles, D. Cross-border electronic commerce and international trade statistics, United Kingdom, Office for National Statistics; 2001.
- Subramanian, A. and Wei, S.J. The WTO promotes trade, Strongly but unevenly, Cambridge, National Bureau of Economic Research; 2003.
- Warner, D.C. Trade and Health Services, GATS Mode 2 Consumption of Services Abroad, World Health Organization; 2003.
- Woodroffe, J. and John, C. Out of Service The development dangers of the General Agreement on Trade in Services; 2003.
- Woodward, D. Health, Global Public Goods and Externalities: Some General Issues, World Health Organization, Globalization, Cross-Sectoral Policies and Human Rights (GCP) Department of Health in Sustainable Development (HSD); 2000.
- Woodward, D. The implication of the GATS and Trade in Health Services for Health in Developing Countries; 2003.
- World Health Organization, Negotiating Health services in Trade and Integration Agreements in the Americas Technical Report, Series No. 81, Pan American Health Organization World Health Organization; 2003.
- World Trade Organization. Health and Social Services, Background Note by the Secretariat; 1998.
- Zarilli, S. and Kinnon, C. International Trade in Health Services, A development perspective, Geneva, United Nations; 1998.

บทความในหนังสือหรือในหนังสือชุด

- Organisation for Economic Cooperation and Development. "The Benefits of Open Services Markets: Empirical Evidence" GATS: The Case for Open Services Markets, Organisation for Economic Cooperation and Development; 2003.

รายงานการประชุมวิชาการ

- Arkell, J. Background Paper on GATS Issues, Trade Policy Challenges in East Asia: the New Regionalism and the WTO, Thursday 20 February 2003, Orchard Hotel, Singapore; 2003.

- Benavides, D.D. Service Trade Negotiations and Africa, Trade Policies and Export of Health Services: A Development Perspective, 18-21 April 2001, Johannesburg, United Nations; 2001.
- Cabeza, C.W. "GATS : The Future of Services", Public Hearing, Tuesday 26 November 2002 from 3 p.m. to 6.30 p.m., Altiero Spinelli Building Room ASP 1 G 3 Brussels; 2002.
- Kunarattanapruek, S., The Thai FDA's Policy on Medical Devices, the THAIMED Members' Meeting, July 22, 2003, the Plaza Athenee Hotel, Bangkok; 2003.
- Self, R. and Zutshi, B.K., Temporary Entry of Natural Persons as service Providers: Issues and Challenges in Further liberalization under the Current GATS Negotiations, 11-12 April 2002, WTO, Geneva; 2002.
- The UNCTAD Secretariat, International Trade in Health Services: Difficulties and Opportunities for Developing Countries, Commission on Trade in Goods and Services, and Commodities Meeting of Experts on Strengthening the Capacity and Expanding Exports of Developing Countries in the Services Sector, 16-18 June 1997, Geneva, United Nations Conference on Trade and Development; 1997.
- Trade and Development Board, The expert meeting on strengthening the capacity and expanding exports of developing countries in the services sector: Health Services, 16-18 June 1997, the Palais des Nations, Geneva, United Nations Conference on Trade and Development; 1997.
- Vellinga, J. International Trade, Health Systems and Services, A Health Policy Perspective, Canada;2001.
- คณะกรรมการพิจารณาดำเนินการศึกษาผลกระทบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อันเนื่องมาจากข้อตกลงการค้าโลก และการประกอบธุรกิจคนต่างด้าว, ผลกระทบของการเปิดเสรีทางการค้าบริการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพที่มีต่อการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และข้อเสนอเพื่อเตรียมการ, 8 เมษายน พ.ศ. 2542; 2542.
- คณะกรรมการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์เคมีและเภสัช สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ร่วมกันสมาคมเคมี เภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทยฯ สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอางไทย สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน, การกีดกันทางการค้าต่ออุตสาหกรรมอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ในรูปแบบที่ไม่ใช่ภาษี, 28 พฤษภาคม 2544, โรงแรมโซล ทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร; 2544.
- บุญยงค์ เวชมนีศรี, การวางบทบาทของไทยในอนาคต,การติดตามความก้าวหน้าในการเตรียมความพร้อมของการเปิดเสรีทางการค้าบริการสาธารณสุขและการศึกษา, 6 กันยายน 2544, โรงแรมปรีณซ์พาเสข กรุงเทพมหานคร, สำนักวิเคราะห์และประสานแผนด้านคุณภาพคนและสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2544.
- สำนักเจรจาการค้าบริการ, การจำแนกสาขาการบริการ, พฤษภาคม 2546, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.
- สำนักเจรจาการค้าบริการ, การเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการด้านการศึกษาภายใต้องค์การการค้าโลก, มีนาคม 2546, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.
- สำนักเจรจาการค้าบริการ, การเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการด้านพลังงานภายใต้องค์การการค้าโลก, พฤษภาคม 2546; 2546.
- สำนักเจรจาการค้าบริการ, การเจรจาเปิดตลาดบริการสาขาท่องเที่ยวในองค์การการค้าโลก, เมษายน 2546, กรม

เจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.

สำนักเจรจาการค้าบริการ, การเจรจาเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้ความตกลงการค้าเสรี (FTA), เมษายน 2546, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.

สำนักเจรจาการค้าบริการ, การเปิดตลาดบริการสาขาคอมพิวเตอร์และบริการที่เกี่ยวข้องของไทยภายใต้องค์การการค้าโลก, เมษายน 2546, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.

สำนักเจรจาการค้าบริการ, สาระสำคัญของ GATS และการเจรจาการค้าบริการภายใต้ WTO, เมษายน 2546, กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ; 2546.

สำนักเจรจาการค้าพหุภาคี, การเปิดเสรีสาขาบริการด้านสุขภาพ ใน WTO, พฤศจิกายน 2542, กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์; 2542.

บทความในรายงานการประชุม

Badawi, A.A. The Social Dimension of Globalization as Related to Health Services, The Impact of Globalization on Development and Health Care Services in Islamic Countries, 7, 23 - 27 March 2002, Kuwait, International Labour Organization; 2002.

Honeck, D.B., Aharoni, Y. and Nachum, L., editors, GATS 2000 and Rules Governing Domestic Regulations, Developing regulatory disciplines in professional services: the role of the World Trade Organization" in "Globalization of Services: Some implication for theory and practice, 2002-07-31, WTO Secretariat; 2002.

Industry Canada- Life Sciences Branch-Health Industries, Trade Team Canada Health Industries: International Trade Strategy 2002-2003, World Market for Telemedicine Products and Services: Issues, Market Forecasts and Trends, June 1997, Research Services Inc; 2002.

Koivusalo, M. Globalisation and Trade in Services, Globalism and Social Policy Programme, 18 Mar 2003, Stakes; 2003.

Mattoo, A. Developing Countries in the New Round of GATS Negotiations: Towards a Pro-Active Role, Trade in services in the Andean Community: Agenda and negotiating strategies, 1999, World Bank; 2003.

Rodgers, B. Review of the Impact of Part IV of the Trade Practices Act 1974, The Recruitment and Retention of Medical Practitioners in Rural and Regional Australia, 10 Nov 2002, Department of Health and Ageing, Canberra; 2002.

Waghorne, M. Public Sector Workers and the GATS, European Social Forum, 8 November 2002, Florence, Italy; 2002.

WHO Department of Health and Development, Assessment of Trade in Health Services and GATS: Background Note, Assessment of GATS and Trade in Health Services: Research and Monitoring Priorities, 9-11 Jan 2002, WHO Department of Health and Development; 2001.

บทความวารสาร

- Hilary, J. "The health cost of free trade" Health Matters 2002 issue 48 Summer 2002.
- Koivusalo, M. "Commerce health: The GATS Agenda." The Social Development Review. 2003; Vol.7 No 2
- Koivusalo, M. "The Impact of WTO Agreements on Health and Development Policies Globalism and Social Policy Programme(GASPP)" Policy Brief 2003 No.3 Jan 2003 1-8
- Love, J., David, D. "Trade or Health?" Contact. 1998 ;No.163 October-December :1-20.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. "Labour Mobility and the WTO General Agreement on Trade in Services." Policy Brief. 2003; August.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. "Opportunities and Gains for Developing Countries." Policy Brief. 2003; August.
- Public health priorities for the French Presidency of the European Union. Eurohealth. 2000; volume 6 No. 4 Autumn.
- Sedgley, M. (Editor) "WTO and health in the EU." Eurohealth. 2000 ;Vol.6 No. 4 Autumn :1-47
- Sidorenko, A. "Liberalisation of Trade in Health Services is on the APEC Economies" Agenda APEC Economies Newsletter 2003 Vol. 7 No. 9 September 2003 -
- Templeton, T. "GATS: The End Of Public Health?" New Doctor. 2003; Issue No. 76 Summer :1-2 .

วิทยานิพนธ์

- กัลปียา พรเพิ่มพูน. ผลกระทบของข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GATS) ในการเจรจาอบอุรุกวัยต่อกฎหมายเกี่ยวกับธุรกิจการธนาคารพาณิชย์ในประเทศไทย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537.
- กึ่งกาญจน์ กาญจน์ไพศาล. ผลกระทบต่อกฎหมายเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการเปิดเสรีภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ สาขาบริการวิชาชีพสถาปัตยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2537.
- คณาธิป สุขเจริญ. ผลกระทบของการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการค้าระหว่างประเทศไทยกับ 5 สมาชิกในกลุ่ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
- คณาธิป สุขเจริญ. ผลกระทบของการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียนที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงการค้าระหว่างประเทศไทยกับ 5 สมาชิกในกลุ่ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
- จณัญญา เฉลิมวิวัฒน์กิจ. ข้อกำหนดของศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2541.
- ชมพูนุท เฉลิมศิริกุล. การเข้าสู่ตลาดประกันชีวิตในประเทศไทยของบุคคลต่างด้าว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2540.
- ดรรรัตน์ พุ่มอ่อน. องค์การการค้าโลกกับกฎหมายเกี่ยวกับบรรจุกภัณฑ์เพื่อสิ่งแวดล้อมของประเทศอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542
- ทวีวัฒน์ เสนาะลำ้า. องค์การการค้าโลก กับ แนวคิดเรื่องมาตรฐานแรงงานขั้นพื้นฐาน : ประเด็นปัญหาและทางเลือก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542

- นภารัตน์ วรรณรัตน์. ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับมาตรการปกป้องภายใต้แกตต์และองค์การการค้าโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
- นฤชิต วิมิตตะนันท์กุล. การวิเคราะห์อุปสงค์ต่อเงิน ศึกษาผลกระทบจากการเปิดเสรีทางการเงิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
- นฤมล ดีสุวรรณ. ความสัมพันธ์ของระบบโทรคมนาคมต่อการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
- นัฐยา ยวงโย. การศึกษาผลกระทบของการจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) ต่อปริมาณการลงทุนทางตรงจากต่างประเทศ (FDI) ในอาเซียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2541.
- นันทวัล ผิวทองงาม. เขตการค้าเสรีอาเซียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
- นุชรา นิธิไพจิตร. ปัจจัยกำหนดค่าใช้จ่ายบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 2538.
- มานะ เลิศสกุลบรรลือ. ปัจจัยที่กำหนดการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2539.
- มานะชัย วัฒนาวงศารัตน์. การศึกษาผลกระทบของความตกลงว่าด้วยการค้าบริการต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและวิชาชีพของคนต่างด้าวในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2541.
- มาลีรัตน์ สุขศรี. การวิเคราะห์อุปสงค์ของนักท่องเที่ยวในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกที่เดินทางเข้าสู่ประเทศไทยโดยทางอากาศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ; 2540.
- รัฐพร ตรีณรงค์. แนวทางในการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทย ภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
- สิริกัณฑ์ จันทร์พูนทรัพย์. การศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีโทรคมนาคมของไทย จากประสบการณ์ของญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และฮ่องกง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
- สุญาณี คัยนันท์. การเปิดเสรีทางการเงินสาขาธนาคารพาณิชย์ต่างประเทศในประเทศไทยภายใต้ GATS. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2540.
- สุรางคณา เครือชา. แนวทางกฎหมายที่สอดคล้องกับการเปิดเสรีการบินพาณิชย์ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2540.
- อาภรณ์ย์ เสมรสุต. ประเทศกำลังพัฒนากับกระบวนการระงับข้อพิพาทภายใต้ข้อตกลง WTO. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. นิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2543.

รายงานการวิจัย

- Pothisisri, P. and Wibulpolprasert, S. Health Implications from International Trade. Ministry of Public Health; 1999.
- Wibulpolprasert, S. et al. International Service Trade and its Implications on Human Resources for Health: A case study of Thailand. Ministry of Public Health; 2001.

- ขวัญใจ อรุณสมิทธิ์ และคณะ. แนวทางการปรับตัวของไทยในการเปิดการค้าเสรีเอเชียแปซิฟิก. กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์ ; 2539.
- ชยันต์ ตันติวัตตากการ, วัชรียา โตสงวน และเพลินพิศ สัตย์สงวน. โครงการศึกษาศักยภาพการแข่งขันการค้าบริการของไทย. กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ กระทรวงพาณิชย์; 2541.
- ชโยดม สรรพศรี และคณะ. โครงการการศึกษาวิจัยเศรษฐกิจและการค้าระหว่างประเทศ เพื่อรองรับการเจรจาเปิดเสรีทางการค้า. ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
- ชาญวิทย์ ทระเทพ. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข :สถานบริการสาธารณสุขในอนาคต. กระทรวงสาธารณสุข ; 2541.
- ทัชชมัย กฤษะสุด. กติกาการค้าและการปฏิรูปสถาบันที่เกี่ยวข้องกับระบบการค้าพหุภาคี. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2539.
- ปกรณ์ วิชยานนท์ และณัฐชัย บุญยะประกิต. ผลกระทบของการเจรจาอุปถุภักดิ์ต่อตลาดการประกันภัยและประกันชีวิต. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ; 2539 .
- ผาสุก พงษ์ไพจิตร. เศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการค้าแรงงานข้ามชาติเน้นกรณีการค้าหญิงไทยไปญี่ปุ่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2540.
- พีเทอร์ ไมตรี อึ้งภากรณ์. แกตต์ ครอบอุปถุภักดิ์กับประเทศไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2539.
- ภาณุพงศ์ นิธิประภา. ผลกระทบต่อภาพรวมเศรษฐกิจไทยของการเจรจาอุปถุภักดิ์. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2539.
- มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด, พิสมัย ภูริสิน และสิทธิ์ เอี่ยมสกุล. การค้า VS ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากแกตต์ถึงองค์การการค้าโลก. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2538.
- วิศาล บุญผาเวส และคณะ. ผลการลดหย่อนภาษีศุลกากรภายใต้การเจรจาอุปถุภักดิ์ต่อการขยายการส่งออกสินค้าของไทยในตลาดสำคัญ สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป ญี่ปุ่น. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2539.
- สุทธิพันธ์ จิราธิวัฒน์ และคณะ. โครงการศึกษาเศรษฐกิจภาคบริการบางสาขาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2539.
- สุวณิ สุรเสียงสังข์. การประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทย. คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. โครงการศึกษาอนาคตการสาธารณสุข : อนาคตของระบบบริการสาธารณสุขไทย. กระทรวงสาธารณสุข; 2541.

เอกสารแนบ 1: บทความเรื่องที่ 1 เขตการค้าเสรี (Free Trade Area)

ปัจจุบันนี้ หากใครไม่เคยได้ยินคำว่า FTA ก็อาจจะดูไม่ทันเหตุการณ์ FTA คืออะไร? ทำไมต้องทำ FTA? ทำแล้วได้อะไร?

FTA (Free Trade Area) หรือ เขตการค้าเสรี หมายถึง การตกลงรวมกลุ่มเศรษฐกิจโดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาษีศุลกากรระหว่างกันภายในกลุ่มลงให้เหลือน้อยที่สุด หรือเป็น 0% และใช้อัตราภาษีปกติที่สูงกว่ากับประเทศนอกกลุ่ม การทำเขตการค้าเสรีในอดีตมุ่งในด้านการเปิดเสรีด้านสินค้า (goods) โดยการลดภาษีและอุปสรรคที่ไม่ใช่ภาษีเป็นหลัก แต่เขตการค้าเสรีในระยะหลังๆ นั้น รวมการเปิดเสรีด้านบริการ (services) และการลงทุนด้วย

ปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการจัดตั้งเขตการค้าเสรี คือ ความล้มเหลวของการเจรจาการค้าระดับพหุภาคีภายใต้องค์การการค้าโลก โดยเฉพาะในการประชุมรัฐมนตรีการค้าโลกครั้งที่ 3 ในปี 2542 ณ เมืองซีแอตเติล สหรัฐอเมริกา และการประชุมครั้งล่าสุด ในเดือนกันยายน ปี 2546 ณ เมืองแคนคูน ประเทศเม็กซิโก ประเทศพัฒนาแล้วและมหาอำนาจ ไม่สามารถใช้ระดับพหุภาคี หรือภูมิภาคเป็นเวทีต่อรองในการขยายอาณาเขตการค้าของตน เพราะประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนทั้งหลายเกิดการรวมตัวกันต่อรองและในเวทีเจรจาระดับพหุภาคีนั้นทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ ร่ำรวยแค่ไหนก็มีสิทธิในการออกเสียงลงมติเท่ากับประเทศยากจน คือหนึ่งประเทศหนึ่งคะแนนเท่ากัน จึงไม่น่าแปลกที่ประเทศมหาอำนาจจะใช้อิทธิพลทางการค้าและความช่วยเหลือระหว่างประเทศมาแทรกแซงการตัดสินใจลงมติของประเทศกำลังพัฒนา หากทำการเจรจาการค้าในระดับพหุภาคีหรือกลุ่มเล็กๆ น่าจะทำให้ประสบความสำเร็จได้ง่ายกว่า

รัฐบาลไทยมีนโยบายชัดเจนในการเจรจาเพื่อจัดตั้งเขตการค้าเสรีกับหลายๆ ประเทศ โดยถือว่าการจัดทำเขตการค้าเสรีเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกด้านการค้าระหว่างประเทศ เพื่อสร้างพันธมิตรทางการค้า เพิ่มโอกาสในการขยายตลาดการค้าและการลงทุน รวมทั้งให้ประเทศคู่เจรจาเป็นประตูการค้าเข้าสู่ประเทศต่างๆ ในบริเวณใกล้เคียง และขยายการส่งออกไปสู่ตลาดใหม่ที่มีศักยภาพ ซึ่งนโยบายนี้เป็นที่ประจักษ์เด่นชัดมากขึ้นในช่วงการประชุม APEC เมื่อเดือนตุลาคม 2546 ที่ผ่านมา จากข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ ประเทศไทยกำลังเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีกับ 8 ประเทศ และ 1 กลุ่ม โดยได้มีการลงนามในกรอบความตกลงแล้ว 4 ประเทศ ได้แก่ จีน บาหลีเรน อินเดีย และเปรู ส่วนออสเตรเลียได้เจรจากันเสร็จสิ้นแล้ว คาดว่าจะสามารถลงนามความตกลงได้ในกลางปีนี้ และในปี 2547 จะมีการเจรจาอย่างจริงจังกับอีก 3 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐฯ ญี่ปุ่น และนิวซีแลนด์ และอีก 1 กลุ่มประเทศ คือ BIMST-EC

การเจรจาเพื่อจัดตั้งเขตการค้าเสรีไทย - สหรัฐฯ จะเป็นเรื่องที่หลายฝ่ายจับตามองและแสดงความห่วงใยต่อนโยบายและท่าทีของรัฐบาลในเรื่องนี้มากที่สุด เนื่องจากประสบการณ์การทำ FTA ระหว่าง สหรัฐฯ-ชิลี และสหรัฐฯ - สิงคโปร์ ที่ผ่านมา โดยเฉพาะในเรื่องของสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual Property Rights) ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการขยายการคุ้มครองเทคโนโลยีขั้นสูง การขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรถึงการประดิษฐ์ทุกประเภท การขยายการคุ้มครองลิขสิทธิ์และสิทธิบัตรโดยการจำกัดการใช้ข้อมูล (Data Exclusivity) และการผูกขาดข้อมูลสิทธิบัตรในประเทศพัฒนาแล้ว โดยให้กระบวนการขอสิทธิบัตรมีผลในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสิทธิบัตรยาของไทย และกระทบต่อการเข้าถึงยาของคนไทยในที่สุด

FTA อาจดูเหมือนเป็นเรื่องใกล้ตัวสำหรับประชาชนคนธรรมดาทั่วไป แต่แท้จริงแล้วมันเป็นเรื่องใกล้ตัว โดยเฉพาะผลของมัน มีนักวิชาการหลายคนออกมาให้ความเห็นถึงประโยชน์และข้อเสียของการทำ FTA ที่เกี่ยวกับสินค้าเกษตร ว่าสินค้าไทยที่จะได้ประโยชน์มาก คือ ข้าว มันสำปะหลัง และผลไม้แห้ง โดยเฉพาะลำไยอบแห้ง ส่วนสินค้าไทยที่เสียเปรียบคือ กระจ่าง และผลไม้เมืองหนาว จะเห็นได้ว่าเกษตรกรผู้ผลิตสินค้าเหล่านี้ คือผู้ได้รับผลกระทบอย่างแท้จริง

หากดูกลุ่มสินค้าที่ไทยได้รับประโยชน์แล้ว จะเห็นว่าสินค้าเหล่านี้มีมูลค่าการผลิตในเชิงเศรษฐกิจโดยรวมสูงกว่าสินค้าที่ไทยเสียเปรียบทำให้ประเทศมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่เมื่อมองในระดับภาคการผลิต และย่อยลงไปถึงระดับกลุ่มเกษตรกรผู้ผลิตแล้ว รายได้ที่เพิ่มขึ้นของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว มันสำปะหลังและผลไม้แห้ง มิได้ถูกนำมาชดเชยให้กับรายได้ที่สูญเสียไปของเกษตรกรอีกกลุ่มหนึ่งที่เพาะปลูกกระจ่างและไม้เมืองหนาว ในกรณีที่ยกขึ้นมาเปรียบเทียบข้างต้น จะเห็นได้ว่าเกษตรกรแต่ละกลุ่มได้รับผลกระทบจากการทำ FTA ไม่เหมือนกัน เช่นเดียวกันกับที่คนไทยแต่ละกลุ่มก็อาจได้รับผลกระทบไม่เหมือนกัน

ซึ่งนำไปสู่ข้อที่น่าสังเกตก็คือ ข้อมูลที่สหรัฐจะใช้ในการเจรจาจัดทำ FTA กับประเทศต่างๆ จะต้องผ่านการเห็นชอบจากสภาองเกรส ขณะที่ในประเทศไทย ฝ่ายบริหารดำเนินการโดยไม่ได้เสนอให้รัฐสภานุมัติ โดยมีเหตุผลว่าข้อตกลงที่ทำนั้นไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ และไม่ส่งผลกระทบต่อการปฏิรูประเบียบภายในประเทศหรือข้อกำหนดดังกล่าว

หากเข้าใจว่าการทำ FTA นั้นส่งผลกระทบต่อกลุ่มคน กลุ่มผลประโยชน์แต่ละกลุ่มต่างกันแล้ว การเห็นชอบจากสภาองเกรสจึงมี“นัยยะ”ของการตรวจสอบโดยตัวแทนของคนส่วนใหญ่หรือของคนแต่ละกลุ่ม ถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน รวมทั้งผลที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มที่ตนได้รับความไว้วางใจให้เข้าไปเป็นตัวแทนทำหน้าที่รักษาผลประโยชน์ว่าผลกระทบนั้นอยู่ในระดับที่พอแบกรับไหวเพื่อประโยชน์ที่เหนือกว่าของอีกกลุ่มหรือไม่ ถ้าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นเกินกำลังจะมีการเจรจาต่อรองภายในอย่างไร เพื่อให้มีการชดเชยหรือจำกัดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่กลุ่มของตน กระบวนการนำเข้าสู่รัฐสภาจึงมิใช่เพียงการปรับแก้กฎหมาย

ในกรณีของไทย เมื่อรัฐบาลทำหน้าที่เป็นคนกลางรักษาผลประโยชน์แก่ทุกฝ่าย ประชาชนคงทำได้เพียงคาดหวังว่าการตัดสินใจนั้นจะเป็น “ธรรม” โดยเฉพาะ FTA ในด้านการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น จะเน้นที่ธุรกิจบริการสุขภาพ เช่น บริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลเอกชน ธุรกิจความงาม สปา Longstay และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ได้รับประโยชน์ในที่นี้คือกลุ่มอุตสาหกรรมรักษาพยาบาลเอกชน ซึ่งหากไม่มีการเตรียมการรองรับที่ดีแล้วอาจทำให้เกิดการไหลออกของหมอจากรัฐไปเอกชน ก็ได้แต่หวังว่าคนจนในชนบท และที่อยู่ห่างไกลคงไม่ต้องแบกรับต้นทุนการทำ FTA นี้ด้วยสุขภาพที่เสื่อมโทรมของตนเพราะ “หมอถูกกระแส FTA ดึงไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน ดูแลผู้สูงอายุต่างชาติ ฯลฯ” เสียแล้ว

*หมายเหตุ: บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สกว.

เอกสารแนบ 2: บทความเรื่อง 2

ไทยได้ประโยชน์จริงหรือจากการเปิดเสรีการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ไทยใช้ “อุตสาหกรรมการรักษาพยาบาล” ภาคธุรกิจเอกชนเป็นแนวรุกในการค้าบริการระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกองค์การการค้าโลกของประเทศไทย ส่งผลผูกพันให้ประเทศไทยต้องเปิดเสรีการค้า “บริการ” อย่างก้าวหน้าเป็นลำดับ โดยที่ภาคบริการนั้นประกอบด้วยธุรกรรมทางเศรษฐกิจที่มีความหลากหลายอย่างยิ่ง เช่นการสื่อสารคมนาคม การขนส่ง การธนาคาร การค้าส่งและการค้าปลีก รวมทั้งบริการสังคมขั้นพื้นฐานบางประการ ได้แก่การศึกษา และการสาธารณสุข เป็นต้น ในสาขาบริการต่าง ๆ เหล่านี้ แม้ประเทศไทยยังไม่ได้ผูกพันที่จะเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพภายใต้กรอบความตกลงพหุภาคีขององค์การการค้าโลก แต่มีความกระตือรือร้นที่จะขยายตลาดการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับทวิภาคีกับบางประเทศ โดยได้ยื่นข้อเรียกร้องที่จะเจรจาจัดทำกรอบความตกลงในระดับทวิภาคีกับประเทศต่าง ๆ 14 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ จีน ใต้หวัน ฮองกง เกาหลี ญี่ปุ่น อินเดีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สหภาพยุโรป นอร์เวย์ สวิตเซอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา และแคนาดา ในเรื่องบริการรักษาพยาบาล การดูแลพยาบาลผู้สูงอายุ ทั่วสุขภาพผนวกกับการท่องเที่ยว การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สปา เป็นต้น

การส่งเสริมการส่งออกบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือ “อุตสาหกรรมการรักษาพยาบาล” นี้เป็นไปตามแนวโน้มของกระแสทุนโลกาภิวัตน์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศ มิใช่เพียงประเทศไทยเท่านั้น กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นแคนาดา ออสเตรเลีย หรือประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ เช่นประเทศในหมู่เกาะแคริบเบียน ฟิลิปปินส์ อินเดีย เป็นต้น ซึ่งเห็นประเทศตนมีศักยภาพและความพร้อมด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขล้วนส่งออก “บริการ” สุขภาพ อีกทั้งต่างก็แข่งขันและจ้องดึงลูกค้าจากประเทศที่ร่ำรวยเช่นสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ อังกฤษ ฯลฯ ให้มาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศตน บางครั้งอาจมีการเดินทางมารับบริการของผู้ป่วยต่างชาติแต่เป็นการให้บริการข้ามแดน ดังเช่นกรณีอินเดียซึ่งให้บริการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ หรืออ่านผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการข้ามแดนแก่สถานพยาบาลของสหรัฐอเมริกา ในขณะที่ประเทศลูกค้านำเข้าเป้าหมายเหล่านี้ หลายประเทศเป็นผู้ส่งออก “สินค้าทุน” ที่เกี่ยวข้องกันสุขภาพโดยเฉพาะเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง ดังนั้นการขยายตัวของตลาดบริการสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาจึงเป็นการขยายตัวต่อตลาด “สินค้าทุน” ที่เกี่ยวข้องกันสุขภาพซึ่งเป็นธุรกรรมการผลิตที่เติบโตควบคู่กับเทคโนโลยีสารสนเทศและฐานความรู้ และทำให้บริการสุขภาพเป็นธุรกรรมทางเศรษฐกิจที่มีมูลค่าและราคาเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อเฉลี่ย

สำหรับประเทศไทย เห็นว่า “อุตสาหกรรมการรักษาพยาบาล” โดยเฉพาะภาคเอกชนเป็นบริการที่ไทยมีสมรรถนะส่วนเกินที่ตกค้างมาตั้งแต่เศรษฐกิจทุนนิยมก่อนยุคฟองสบู่ โดยในอดีตช่วงหนึ่งว่ากันว่าถนพญาโหมมีเครื่อง CT Scan มากกว่าที่ประเทศอังกฤษมีอยู่ทั้งเกาะ จึงน่าจะพอมีศักยภาพในการแข่งขันเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ทั้งยังวาดหวังให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล โดยมีภาคเอกชนเป็นแนวรุกที่สำคัญ ในการนี้รัฐบาลได้ตั้งเป้าหมายว่าจะมีชาวต่างชาติมาใช้บริการทางการแพทย์ ในประเทศไทยนับล้านคน คาดว่าจะนำรายได้เงินตราต่างประเทศเข้าประเทศเป็นจำนวนมหาศาลหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องก็ได้มีการทบทวนกฎหมาย และระเบียบต่าง ๆ พร้อมทั้งปรับแก้ระเบียบเหล่านั้นเพื่อให้เอื้อต่อการเข้ามาใช้บริการหรือเดินทางมา “บริโศคอุตสาหกรรมรักษาพยาบาล” ในประเทศไทย เช่นขยายเวลาการเข้าพำนักในประเทศแก่ผู้ที่เดินทางมารับการรักษาให้มากกว่าที่กำหนดไว้เดิม 90 วัน เป็นต้น

“ระบบสุขภาพ” ภายใต้การดำเนินนโยบายเศรษฐกิจแบบคู่ขนาน (dual track)

เมื่อพิจารณาจากการดำเนินนโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพของประเทศ ในทางหนึ่งมีนโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และมุ่งให้ไทยเป็นศูนย์กลางของการบริการสุขภาพระหว่างประเทศ ขณะเดียวกันก็ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพ แก่คนไทยทุกคน จะเห็นว่าประเทศไทยกำลังดำเนินนโยบายสุขภาพแบบทวิลักษณ์ เช่นเดียวกับการดำเนินนโยบายเศรษฐกิจแบบคู่ขนาน

จากมุมมองของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวกับสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา นั้น เนื่องจากบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีลักษณะที่แตกต่างจากบริการด้านอื่น ๆ ที่สำคัญคือเป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ ผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วยมีข้อมูล และความรู้ (asymmetry of information) เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ น้อยกว่าผู้ให้บริการ ทำให้การตัดสินใจในการบริโภคบริการส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับผู้ให้บริการซึ่งมีความชำนาญการมากกว่า รัฐจึงต้องแทรกแซงและกำกับดูแลการจัดบริการสุขภาพในลักษณะที่เป็นสินค้าที่ผลิตขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะ (merit goods) ให้คนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ การลงทุนในการสาธารณสุข มิได้เป็นการลงทุนเพื่อผลตอบแทนจากการลงทุนในรูปของกำไรสูงสุด แต่เป็นการลงทุนโดยมีเป้าหมายหลักอยู่ที่สถานะสุขภาพของประชาชนแล้วเพื่อให้เกิดประโยชน์รวมสูงสุดแก่ผู้บริโภคเป็นสำคัญ ดังนั้น ประเทศไทยจึงได้ปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอย่างขนานใหญ่โดยมีนโยบายในเรื่องการครอบคลุมประกันสุขภาพแก่ประชาชน ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับราคาที่สามารถจ่ายได้ด้วยเงินเพียง 30 บาท

ในขณะเดียวกัน พลวัตของทุนนิยมโลก และโลกาภิวัตน์ทำให้ “สุขภาพ” มีมูลค่าเชิงพาณิชย์ที่สูงยิ่ง และสามารถนำมาค้าขายแลกเปลี่ยนได้ ทำให้เกิดกระแสการค้าบริการสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งจากมุมมองของการพัฒนาเศรษฐกิจระหว่างประเทศแล้ว การค้าบริการที่เกิดขึ้นระหว่างประเทศในกรณีนี้ ประเทศหนึ่งส่งออกบริการสุขภาพที่ตนเองมีอยู่มากและได้เปรียบในการแข่งขัน หรือเสียเปรียบโดยเปรียบเทียบน้อยกว่าการส่งออกบริการชนิดอื่น ในขณะที่อีกประเทศหนึ่งก็ซื้อบริการสุขภาพซึ่งในประเทศของตนหายากและมีราคาแพง ส่งผลกระทบต่อคู่ค้าทั้งสองประเทศได้ใช้ทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกันอย่างคุ้มค่า และได้ผลตอบแทนจากทรัพยากรสาธารณสุขสูงขึ้น ระดับสวัสดิการในชีวิตความเป็นอยู่ (welfare) ของคนในทั้งสองประเทศก็สูงขึ้น เรียกว่าน่าจะแฮปปี้กันทั้งสองฝ่าย แต่ประเด็นที่น่ากังขา ก็คือ ไทยมีทรัพยากรส่วนเกินในการจัดบริการสุขภาพแน่หรือ ปัจจัยการผลิต บริการสุขภาพนั้นมีมากกว่าจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเอกชนที่มีล้นเหลือในขณะนี้ แต่ยังมีเรื่องบุคลากรทางการแพทย์ ด้วยในอดีตที่ผ่านมา นั้น ชนบทไทยมักประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ และได้แก้ไขบรรเทาสถานการณ์มาเป็นลำดับ การแก้ไขปัญหาคาดแคลนแพทย์นั้นต่างจากการขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์หรือสิ่งปลูกสร้างสาธารณูปการที่เรียกว่าโรงพยาบาล (ซึ่งสามารถซื้อหาด้วยเงินตรา) เพราะแพทย์นั้นต้องใช้เวลาในการร่ำเรียนเพาะบ่มฝีมือฝึกปรือประสบการณ์ หากไทยมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามานับล้านคนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็อาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแพทย์จากรัฐไปเอกชน และจากชนบทสู่เมือง ซึ่งอาจส่งผลต่อเนื่องให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบท หรือทำให้คนในชนบทมีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงขึ้นมากกว่าที่จ่าย ณ จุดที่รับบริการ 30 บาทก็ได้

นอกจากนี้ หากไทยต้องจ่ายซื้อเครื่องมือแพทย์ราคาแพงมาไว้รักษาคนต่างชาติ ต่างชาติจ่ายค่าวิชาชีพในการประกอบการตรวจวินิจฉัยและรักษาแก่แพทย์ไทยในราคาถูก และโดยทั่วไปราคาสินค้าทุนจะแพงกว่าราคาสินค้าที่ใช้แรงงานอยู่แล้วบวกกับค่าเสียโอกาสของคนไทยที่จะได้รักษาด้วยแพทย์ที่เก่ง รัฐก็อาจมีต้นทุนในการดูแลสุขภาพคนไทยสูงขึ้นก็ได้ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบงบดุลสองด้านของการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพระหว่างประเทศแล้ว บัญชีสุขภาพของคนไทยและประเทศไทยอาจติดลบเป็นตัวเอง ในขณะที่บัญชีสุขภาพของคนต่างชาติและประเทศคู่ค้าอาจเกินดุลก็ได้

หาคำตอบเพื่ออนาคต: “รัฐเรา”แล้วแน่หรือ-“รัฐเขา”นั้นอะไรที่ควรรัฐ

การดำเนินนโยบายสาธารณะทั้งสองลักษณะไปพร้อมกัน เป็นความท้าทายในเชิงนโยบาย ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อม และหาองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาศักยภาพ และปรับตัวให้เหมาะสมกับเงื่อนไขและรูปแบบการค้าใหม่ของเวทีโลก โดยจำกัดให้เกิดผลกระทบด้านลบน้อยที่สุด ซึ่งต้องหาองค์ความรู้และจัดการความรู้นั้น โดยต้องรู้จักประเทศคู่ค้า ของเราอย่างถ่องแท้ เงื่อนไขของแต่ละประเทศทั้งในด้านกฎหมาย ระเบียบกฎเกณฑ์ เงื่อนไข และนโยบายของการให้ และรับบริการ ทั้งกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และระบบการประกันสุขภาพ ระบบการขนส่งผู้ป่วย และรู้จักธรรมเนียมของลูกค้ากลุ่มเป้าหมายเราในประเทศนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศคู่ค้าที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย จีน ออสเตรเลีย บาหลีเรน และญี่ปุ่นที่ไทยกำลังจะทำข้อตกลงระดับทวิภาคีด้วย

นอกจากนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรัฐเรา เพื่อเตรียมการรองรับและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น บทบาทของรัฐในการดำเนินนโยบายสองลักษณะที่ต่างกัน โดยในทางหนึ่งเป็นการส่งเสริมผู้ประกอบการและผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาลให้แข่งขันได้ในตลาดโลก ในอีกทางหนึ่งก็ต้องคุ้มครองสุขภาพของคนไทย เช่นนี้แล้วความสมดุลของการใช้นโยบายส่งเสริมการส่งออกบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กับการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ควรเป็นอย่างไร ไทยจะเก็บเกี่ยวประโยชน์จากแนวโน้มการขยายตัวเพิ่มขึ้นของการค้าบริการสุขภาพ โดยจำกัดผลกระทบต่อดุลบริการ และต่อสุขภาพคนไทยตามนโยบายการประกันสุขภาพได้อย่างไร กลไกของรัฐซึ่งต้องทำหน้าที่และวัตถุประสงค์หลักสำคัญในการพัฒนาประเทศคือการจัดสรร และกระจายทรัพยากรที่สมดุลและเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย ควรปรับตัวและมีลักษณะการทำงานอย่างไรจึงจะสอดคล้องกับบริบทใหม่ของสุขภาพในกระแสโลกาภิวัตน์ โดยยังคงบทบาทในการกระจายทรัพยากร (re-distributive mechanism) เพื่อให้ผู้ยากไร้และด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรม

*หมายเหตุ: บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการการทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย หรือ สกว.

เอกสารแนบ 3: กิจกรรมการดำเนินงาน

สัญญาเลขที่ RDG4730012

โครงการ “การทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้เพื่อพัฒนาชุดโครงการวิจัยการค้าบริการที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพ”

สรุปรายงานฉบับสมบูรณ์

รายงานในช่วงตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2546 ถึงวันที่ 12 มีนาคม 2547

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน : ผศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

หน่วยงาน : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์ของโครงการ :

- 1) เพื่อศึกษาและประมวลข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ
- 2) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์ประเด็นที่จำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อการเตรียมพร้อมในการแข่งขันและรองรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
- 3) เพื่อจัดทำกรอบการวิจัยระยะ 3 ปี (2547-2549) ด้านการค้าระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

รายละเอียดผลการดำเนินงานของโครงการตามแผนงานโดยสรุป (พอสังเขป)

กิจกรรม (ตามแผน)	ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ตามแผน)	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
1. รวบรวมข้อมูล องค์ความรู้จากแหล่งต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ	1. แผนที่ตั้งของแหล่งข้อมูล และงานวิจัยด้านการค้าบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	1. รวบรวมองค์ความรู้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจากแหล่งข้อมูลต่างๆ จัดทำรายการข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด จำแนกตามประเภทของข้อมูล (ดูภาคผนวก 4)	
2. จัดตั้งทีมที่ปรึกษา	2. ได้ข้อเสนอแนะในการปรับกรอบการวิจัย	2. ตั้งคณะที่ปรึกษาโครงการและจัดประชุมระดมสมอง 2 ครั้ง (รายชื่อคณะที่ปรึกษาดูภาคผนวก 1)	
3. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอเทศและองค์ความรู้ที่ได้	3. ประเด็นสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์	3. ข้อเสนอประเด็นสำคัญที่ควรทำการศึกษาวิจัย (ดูรายละเอียดบทที่ 4)	
4. จัดประชุมระดมสมอง	4. บทความจากการศึกษาวิจัย 2 บทความ	4. เขียนบทความ 2 บทความ เรื่อง FTA และเรื่อง ไทยได้ประโยชน์จริงหรือจากการเปิดเสรี	

		บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	
5. พัฒนารอบทิศทาง การวิจัยระยะ 3 ปี	5. กรอบการศึกษาวิจัย ในระยะ 3 ปี	5. ข้อเสนอกรอบการ วิจัยในระยะ 3 ปี (ดูรายละเอียด บทที่ 5)	

หมายเหตุ

กิจกรรม	หมายถึง งานที่จะดำเนินการในช่วงเวลาดังกล่าว ตามที่ระบุไว้ในแผน
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	หมายถึง ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินงาน ในช่วงเวลาดังกล่าว ตามที่ระบุไว้ในแผน
ผลการดำเนินงาน	หมายถึงงานที่ดำเนินการไปในช่วงเวลานั้นมีผลเกิดขึ้นอย่างไรเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานหรือไม่อย่างไร
หมายเหตุ*	หมายถึงมีอุปสรรคในแผนงานดังกล่าวอย่างไร

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ต่อ สกว.

.....

.....

.....

.....

- นอกเหนือจากนี้ให้รายงานวิธีการ ตารางผล ผลการทดลองและวิจารณ์ สรุปผลตลอดจนเอกสารอ้างอิง ให้แนบมาพร้อมกับสรุปรายงานนี้
- ในกรณีรายงานฉบับสมบูรณ์ให้เขียนแบบฟอร์มสรุปรายงานฉบับสมบูรณ์แยกจากรายงานฉบับสมบูรณ์ 1 ชุด

ลงนาม

(หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน)

วันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2547

เอกสารแนบ 4: สรุปรายงานการประชุมคณะที่ปรึกษาโครงการ

วันที่ 15 พฤษภาคม 2547 เวลา 13.30-16.30 น.

การวิจัยเพื่อจัดทำกรอบการวิจัยเกี่ยวกับการบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เน้นเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จากการศึกษา ที่มีวิจัยได้จัดทำประเด็นที่จำเป็นต้องทำการศึกษาร่วมกันในแต่ละ mode และเสนอต่อที่ประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็น ดังต่อไปนี้

Mode ที่ 1 การค้าบริการข้ามพรมแดน (Cross border supplies)

มีประเด็นที่ควรทำการศึกษา ได้แก่

5. สถานการณ์และแนวโน้มของการค้าบริการทางไกลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในด้านประเภท ขนาดและความพร้อมของธุรกิจในประเทศไทย ประเทศที่มีแนวโน้มเป็นประเทศคู่ค้าหลักของไทย สถานการณ์ด้านการใช้บริการของคนไทยและแนวโน้ม ปัจจัยเอื้อ และอุปสรรคต่อการค้าบริการทางไกล

6. กฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข และนโยบายที่เกี่ยวกับการค้าบริการทางไกลข้ามพรมแดน

7. ผลกระทบของการค้าบริการทางไกลข้ามพรมแดนโดยเฉพาะผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของคนไทย ทั้งในแง่คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และแนวทางในการลดผลกระทบ

8. ศักยภาพของไทยในการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน โดยเฉพาะศึกษาหาสาขาบริการที่ไทยมีศักยภาพ และแนวทางการพัฒนาศักยภาพเพื่อการแข่งขัน และเพิ่มประสิทธิภาพ รวมทั้งศึกษาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประเทศใดบ้างที่ไทยมีความสามารถในการแข่งขัน และจะเป็นคู่ค้ากับไทยในอนาคต

Mode 2 การรับบริการในต่างประเทศ (Consumption abroad)

มีประเด็นที่ควรทำการศึกษา ได้แก่

5. สถานการณ์และแนวโน้มของการใช้บริการ ชาวต่างชาติที่มาใช้บริการในประเทศไทยและลักษณะการจ่ายเงิน ประเภทของบริการ การศึกษาความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากรของไทยในการให้บริการ รูปแบบ ประเภท และลักษณะของการใช้บริการของคนไทยในต่างประเทศ และประเทศที่เป็นคู่ค้าหลักของไทย

6. กฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ เงื่อนไข และนโยบายของการให้ และรับบริการ ทั้งกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ระบบการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล และระบบการประกันสุขภาพ ระบบการขนส่งผู้ป่วย และเงื่อนไขของแต่ละประเทศ

7. ผลกระทบของการให้บริการแก่คนต่างชาติต่อระบบบริการสุขภาพคนไทย

8. ศักยภาพของไทยในการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และประเทศที่ไทยควรให้ความสำคัญในการส่งออกบริการ

Mode ที่ 3 การจัดตั้งหน่วยธุรกิจ (Commercial Presence)

ประเด็นที่ควรทำการศึกษา มีดังนี้

5. สถานการณ์และแนวโน้มของการลงทุนของชาวต่างชาติในประเทศไทยในธุรกิจสถานพยาบาล ประเภทของบริการ ประเทศที่เป็นเจ้าของทุน และรูปแบบการบริหารจัดการ รวมทั้ง ขนาดของการลงทุนของคนไทยในต่างประเทศ ประเทศที่ลงทุน และประเภทของบริการ

6. กฎหมาย ระเบียบ นโยบาย เงื่อนไข นโยบายส่งเสริมการลงทุน ภาษี ที่เกี่ยวข้อง

7. ผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของการลงทุนของชาวต่างชาติในธุรกิจบริการสุขภาพต่อระบบบริการสุขภาพของไทย ทั้งด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และการศึกษาหาแนวทางลดผลกระทบต่อการให้บริการของคนไทย

8. ความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจไทยในการลงทุนในต่างประเทศ ประเภทของธุรกิจ และประเทศที่ควรลงทุน

Mode ที่ 4 การไปประกอบอาชีพของบุคลากรในต่างประเทศ (Movement of natural persons)

ประเด็นที่ควรทำการศึกษาวิจัยใน Mode นี้ได้แก่

5. สถานการณ์และแนวโน้ม ของการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตามประเภทของบุคลากร ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศในสาขาต่างๆ บัญชีที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งบัญชีผลัก และบัญชีดึงดูด

6. กฎหมาย ระเบียบ เงื่อนไข โดยเฉพาะกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง กฎหมายแรงงาน ระเบียบ ข้อบังคับ และเงื่อนไขการจ้างงานของประเทศไทย ข้อบังคับของสภาวิชาชีพ การขึ้นทะเบียนการประกอบโรคศิลปะ และข้อบังคับอื่นๆ ทั้งของไทย และของประเทศปลายทางที่เป็นเป้าหมายหลัก

7. ผลกระทบของการย้ายถิ่นออก และการย้ายถิ่นเข้าของบุคลากรประเภทต่างๆที่มีต่อระบบบริการของไทย และการให้บริการแก่คนไทย

8. ศึกษาความพร้อมและศักยภาพของประเทศไทยในการส่งออกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งด้านคุณภาพ กำลังการผลิต และทักษะทางภาษาต่างประเทศ

ที่ปรึกษาโครงการได้ให้ข้อคิดเห็นต่อประเด็นวิจัยดังกล่าว พร้อมทั้งจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของกรอบการวิจัยในช่วง 3 ปีข้างหน้า โดยงานวิจัยที่มีความสำคัญเร่งด่วนมี 6 เรื่อง ได้แก่

7. การศึกษาเพื่อเตรียมการเจรจาข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศคู่ค้าที่สำคัญ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย จีน ออสเตรเลีย บาห์เรน และญี่ปุ่น

8. การเข้ามารับบริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย โดยศึกษาความสามารถในการแข่งขันของไทยในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเปรียบเทียบกับประเทศที่เป็นคู่แข่งเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เป็นต้น

9. ศึกษาการลงทุนและแนวโน้มของชาวต่างชาติในประเทศไทย

10. ศึกษาโอกาสและศักยภาพของไทยในการลงทุนในบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในต่างประเทศ โดยเลือกประเทศที่ไทยมีศักยภาพในการแข่งขัน เช่น เวียดนาม กัมพูชา พม่า และจีน

11. ศึกษาผลกระทบของการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีกรณีศึกษากรณีข้อตกลง Mutual Recognition ระหว่างประเทศในสหภาพยุโรป

12. ศึกษาศักยภาพของประเทศไทยในการให้บริการทางไกลข้ามพรมแดน โดยมุ่งตลาดสหรัฐอเมริกา และศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการแข่งขันกับประเทศที่เป็นคู่แข่งกับไทย เช่น อินเดีย

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

นางสาวชะเอม พันธ์ิ ผู้บันทึกการประชุม
