

เรื่องเด่นประจำฉบับ

ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน : ความท้าทายและการเตรียมพร้อมด้านการแพทย์

ปี 2558 อาเซียนจะก้าวไปสู่การเป็นประชาคมร่วม และจะส่งผลให้การเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ ประชาชน ข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ต่างๆ ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนมีปริมาณมากขึ้นและมีความคล่องตัวขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีภายใต้การเปิดเสรีการค้าบริการเป็นการเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราวซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการเปิดเสรีบริการ⁷ ทั้งเพื่อสนับสนุนการเปิดธุรกิจของประเทศต่างๆ ในอาเซียนที่จะต้องมีการนำบุคลากรเข้าไปทำงานด้วย รวมถึงการเปิดให้นักวิชาชีพ/แรงงานฝีมือสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนได้อย่างเสรี โดยสมาชิกในกลุ่มอาเซียนได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติหรือมาตรฐานวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานฝีมือทั้งหมด 7 สาขาวิชาชีพ คือ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปัตยกรรม การสำรวจ และการบัญชี โดยแรงงานฝีมือของประเทศในกลุ่มอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศใดๆ ในประเทศอาเซียนได้โดยเสรี และในบรรดา 7 สาขาวิชาชีพนี้ การเคลื่อนย้ายเสรีของกลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์จะส่งผลกระทบในทางลบต่อบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนไทยจะได้รับหากไม่มีการเตรียมการที่เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ และเป็นผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่มีรายได้น้อยและด้อยโอกาส

ปัจจัยและเงื่อนไขทั้งภายในประเทศและในภูมิภาคอาเซียนที่คาดว่าจะทำให้การเคลื่อนย้ายเสรีบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการและคุณภาพชีวิตคนไทยได้ง่ายคือ **ปัจจัยภายใน** ประกอบด้วย (1) สภาพปัญหาที่ประเทศไทยเผชิญอยู่แล้วในปัจจุบันนั้นคือ บุคลากรทางการแพทย์เป็นสาขาวิชาชีพที่ประเทศไทยยังขาดแคลนและยังมีปัญหาในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลกับจำนวนประชากรในพื้นที่ห่างไกลและกันดาร (2) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนหรือขาดหลักประกันจะเป็นกลุ่มเปราะบาง (3) กำลังแรงงานต่างชาติในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกลุ่มนักธุรกิจและนักท่องเที่ยว ทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น สำหรับ**ปัจจัยภายนอก**ที่สำคัญคือ ประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่จะมีกำลังซื้อและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ความต้องการบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นและการที่ธุรกิจบริการทางการแพทย์จากประเทศไทยไปลงทุนในประเทศสมาชิก หรือการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยไปยังประเทศในอาเซียนมากขึ้น เนื่องจากคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ของไทยมีคุณภาพสูง ดังนั้น คำถามสำคัญสำหรับประเทศไทยคือ การเตรียมตัวเข้าสู่ตลาดเสรีที่ส่งผลให้ทุกคนได้ประโยชน์ ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และระบบบริการ รวมทั้งการแก้ไขกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือ (1) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันเพื่อสร้างโอกาสและได้รับประโยชน์จากการที่ตลาดสินค้าบริการทางการแพทย์ใหญ่ขึ้น เพราะประเทศไทยมีความได้เปรียบด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสูงและโรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (2) ป้องกันผลกระทบที่เป็นลบต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนไทยในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สภาพปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในกรุงเทพและเมืองใหญ่จะมีรุนแรงขึ้น รวมทั้งปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากร ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้มียาได้และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

แนวโน้มความต้องการบริการทางการแพทย์และผลจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ในระยะต่อไปคาดว่าความต้องการบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจะเป็นแรงกดดันทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบการจัดบริการ อันเนื่องมาจากความต้องการบริการทางการแพทย์ของคนไทยเอง และชาวต่างชาติ โดยเฉพาะที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ความต้องการที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้น มีดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ เป็นต้น ที่เพิ่มสูงขึ้น และผู้สูงอายุมีภาวะการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการบริการด้านการแพทย์และการดูแลของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

⁷ ประกอบด้วย (1) การให้บริการข้ามพรมแดน (2) การเข้าไปรับบริการในต่างแดน (3) การจัดตั้งหน่วยธุรกิจ/สำนักงานในต่างแดน และ (4) การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว

คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ามารักษา
ในไทย และมูลค่าการรักษายาบาล ปี 2550-2555

	จำนวนผู้ป่วย (ล้านคน)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
2550	1.37	41,000
2551	1.38	50,963
2552	1.39	63,347
2553	1.98	78,740
2554	2.24	97,874
2555	2.53	121,658

หมายเหตุ ปี 2550 เป็นข้อมูลจริง

ที่มา : กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

อ้างอิงผู้จัดการออนไลน์ 16 ก.ค.55

(2) การเคลื่อนย้ายประชากรที่เสรีมากขึ้น ทั้งแรงงานต่างชาติไร้ฝีมือที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ผู้ประกอบการต่างชาติ นักท่องเที่ยว และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ จากการสำมะโนประชากรปี 2553 มีประชากรที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยทั้งสิ้น 2.7 ล้านคน โดยมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง คาดว่ากว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานต่างชาติ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา แรงงานกลุ่มนี้รวมถึงผู้ติดตามที่ยังมีสถานภาพการทำงานผิดกฎหมายคาดว่าจะสูงกว่า 1 ล้านคน (สุขภาพคนไทย, 2555) รวมทั้งชาวต่างชาติที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยหรือประเทศใกล้เคียง (Expatriates) นักท่องเที่ยวหรือผู้ที่เดินทางมาเพื่อใช้บริการสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการให้บริการชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 0.55 ล้านคน ในปี 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 1.37 ล้านคน ในปี 2550 (สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการ อ่างใน อัญญา ณ ระนอง, 2551) และเพิ่มเป็น 1.74 ล้านคน ในปี 2553 (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555)

(3) คาดว่าประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่จะมีกำลังซื้อและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งความต้องการบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งบริการในตลาดบน ซึ่งจะมีทั้งที่เข้ามารับบริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นและการที่ธุรกิจบริการทางการแพทย์จากประเทศไทยไปลงทุนในประเทศสมาชิก หรือการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยไปยังประเทศในอาเซียนมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศไทยมีศักยภาพทางการแข่งขันด้านการแพทย์ คุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทยมีคุณภาพสูง และสถานพยาบาลไทยมีความพร้อมสูงกว่าในหลายประเทศในอาเซียน ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI⁸ มากที่สุดในอาเซียนคือ 28 โรงพยาบาล (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555) สะท้อนจุดแข็งด้านมาตรฐานของสถานพยาบาลไทย แพทย์ไทยก็ได้รับการยอมรับด้านความสามารถในระดับสากล ขณะที่อัตราค่าบริการยังต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคู่แข่งสำคัญอย่างประเทศสิงคโปร์ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีข้อได้เปรียบด้านที่ตั้ง และเป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่ดึงดูดนักท่องเที่ยว รวมทั้งกำลังการผลิตของโรงพยาบาลเอกชนมีศักยภาพในการรองรับคนไข้ได้เพิ่มอีกจากอัตราการครองเตียงที่ยังมีเพียงร้อยละ 61 ในปี 2553 การเปิดเสรีจึงเป็นโอกาสที่ธุรกิจรักษาพยาบาลไทยจะขยายตัวได้มากขึ้น⁹ และในขณะเดียวกันความต้องการของตลาดบน (high-end) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยชาวต่างประเทศส่วนใหญ่จะเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ

กำลังคนด้านการแพทย์และสุขภาพ

ในปัจจุบันประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาท้าทายทั้งในเรื่องปริมาณบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบที่ไม่พอเพียงและมีการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ โดยเป็นการไหลออกจากสถานพยาบาลในชนบทไปยังในเมือง ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาการไหลของบุคลากรจากสถานพยาบาลของรัฐไปยังสถานพยาบาลของเอกชนซึ่งมีผลตอบแทนสูงกว่า

► **ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในชนบท** ในปี 2553 ประเทศไทยมีบุคลากรทางแพทย์ที่ปฏิบัติงานในในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน (ไม่รวมร้านขายยาและคลินิก) ประกอบด้วย แพทย์ 26,162 คน ทันตแพทย์

ในประเทศไทยรัฐมีบทบาทหลักในการผลิตบุคลากรและจัดบริการทางการแพทย์ แต่การดำเนินการเพื่อให้บริการทางการแพทย์นั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

- (1) สถานพยาบาลภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลขนาดใหญ่/เฉพาะทาง โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการคนไทย
- (2) สถานพยาบาลภาคเอกชน ประกอบด้วย โรงพยาบาล และคลินิก มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง/ประกันเอกชน รวมทั้งชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาลประมาณ 1,200 แห่ง โดยที่ร้อยละ 30 หรือประมาณ 300 แห่ง เป็นของเอกชน ในจำนวนนี้มีประมาณ 30 แห่ง พร้อมรับผู้ป่วยต่างชาติ โดยที่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในสถานพยาบาลของเอกชนของทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว ทำงานในภาคเอกชนมีร้อยละ 18 ร้อยละ 8 และร้อยละ 10 ตามลำดับ

⁸ JCI (Joint Commission International Accreditation) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นหน่วยงานรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับกันทั่วโลก

⁹ ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียน รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (Mode of Supply) ประกอบด้วย 4 รูปแบบ คือ (1) การบริการข้ามพรมแดน (Cross-Border Supply) ซึ่งในกรณีบริการทางการแพทย์เรียกว่าการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เช่น การให้คำปรึกษาผ่านระบบเทเลคอนเฟอเรนซ์ การรับส่งภาพเอกซเรย์ทางไกล เป็นต้น (2) การเข้าไปรับบริการในต่างแดน (Consumption Abroad) เช่น การที่ชาวต่างชาติมารับบริการในไทย (3) การจัดตั้งหน่วยธุรกิจต่างแดน (Commercial Presence) เช่น การไปลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศเพื่อนบ้าน และ (4) การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว (Presence of Natural Person) เช่น พยาบาลฟิลิปปินส์เข้ามาทำงานในไทย เป็นต้น

5,112 คน มีพยาบาล 138,710 คน¹⁰ แต่บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่เป็นหลัก โดยในกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน ต่ำกว่าภาคอีสานถึง 7 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในกลุ่มอาเซียน จำนวนประชากรเฉลี่ยต่อแพทย์ 1 คน ยังสูงกว่าในหลายประเทศ เช่น บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ โดยที่ในประเทศไทยมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,428 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 12,427 คน และพยาบาล 1 คนต่อประชากร 458 คน ซึ่งว่าการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอและมีการกระจายระหว่างพื้นที่ และระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนอย่างเหมาะสมมากขึ้นกว่าสภาพในปัจจุบันนั้นยังเป็นปัญหาท้าทายสำหรับประเทศไทย ในขณะที่ความต้องการโดยรวมยังคงเพิ่มขึ้นและจะเป็นแรงกดดันเพิ่มขึ้นหากขาดการแก้ปัญหาอย่างถูกทิศทาง

จำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ปี 2553

ภาค	แพทย์		ทันตแพทย์		พยาบาล	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
กลาง	5,832	2,699	1,357	11,601	35,564	443
อีสาน	4,591	4,682	1,113	19,313	35,171	611
เหนือ	3,848	3,059	995	11,829	25,847	455
ใต้	2,809	3,138	772	11,417	19,403	454
กทม.	9,082	628	875	6,517	22,725	251
รวม	26,162	2,428	5,112	12,427	138,710	458

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังด้านสุขภาพ 2553 และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2553

รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียนและผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย

เปรียบเทียบบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศสมาชิกอาเซียน 2542-2553

ประเทศ	แพทย์		ทันตแพทย์		พยาบาล	
	จำนวน	ต่อ 10,000	จำนวน	ต่อ 10,000	จำนวน	ต่อ 10,000
บรูไน	564	14.2	82	2.1	1,941	48.4
กัมพูชา	3,393	2.3	258	0.2	11,736	7.9
อินโดนีเซีย	65,722	2.9	13,709	0.6	465,662	20.4
ลาว	1,614	2.7	...	...	5,724	9.7
มาเลเซีย	25,102	9.4	3,640	1.4	72,847	27.3
พม่า	23,709	4.6	2,549	0.5	41,425	8.0
ฟิลิปปินส์	93,862	11.5	45,903	5.6	588,434	60.0
สิงคโปร์	8,323	18.3	1,463	3.2	26,792	59.0
ไทย	18,918	3.0	4,129	0.7	96,704	15.2
เวียดนาม	107,131	12.2	...	...	88,025	10.1

หมายเหตุ : จำนวนแพทย์ไทยน้อยกว่าความจริงมาก เพราะข้อมูลจากการสำรวจได้ตัวเลขน้อยกว่าความเป็นจริง อ้างจาก แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทย :เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนที่บูรณาการและสุขภาพโลกที่เป็นธรรม พ.ศ. 2555 – 2559

ที่มา : World Health Statistics 2011

การวิเคราะห์แนวโน้มความต้องการบริการทางการแพทย์ชี้ว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงกับปัญหาการขาดแคลนทั้งในด้านบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์และเครื่องมือและระบบการจัดบริการ อันเป็นผลจากการเปิดเสรี ดังนี้

▶ การแพทย์ทางไกล จะส่งผลกระทบต่อเคลื่อนย้ายบริการไม่มากนัก ก่อให้เกิดความร่วมมือและพัฒนาด้านการแพทย์ แต่จำเป็นต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพิ่มขึ้น ซึ่งหากมีความพร้อมด้านเทคโนโลยีคาดว่าจะมีความต้องการบริการจากแพทย์ไทยจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น

▶ การเข้าไปรับบริการในต่างแดน ภายใต้ข้อตกลงการยกเลิกข้อจำกัดในการรับบริการในต่างประเทศ ซึ่ง ASEAN เริ่มการเจรจาลดข้อจำกัดด้านการค้าบริการระหว่างกันมาตั้งแต่ปี 2538 ปัจจุบันไทยได้เริ่มมีการเปิดเสรีสำหรับการบริการในรูปแบบนี้โดยไม่มีข้อจำกัด สำหรับในอนาคต

¹⁰ เป็นสถิติที่ไม่ตรงกับจำนวนที่ระบุโดยแพทย์สภาซึ่งยึดการจดทะเบียนวิชาชีพเป็นหลัก

¹¹ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, “กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป”, ฝัเสื้อยับปีกเฉพาะกิจ, 2554. พิมพ์ที่บริษัท พรินท์แอมมิ (ประเทศไทย) จำกัด

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

22

คาดว่าจะการเดินทางของคนไทยไปรับบริการในประเทศอาเซียนน่าจะมีน้อยกว่าจำนวนประชาชนในประเทศอาเซียนอื่นที่เข้ามารับบริการในประเทศไทย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะมาตรฐานบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้ถูกยกระดับดีขึ้นมาตามลำดับ โดยที่ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจะมาจากทั้งผลของการเคลื่อนย้ายประชากรที่ทำได้ง่ายขึ้น ประชาชนในประเทศเพื่อนบ้านมีฐานะดีขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการมารับบริการรักษาพยาบาลบริเวณชายแดนมากขึ้น รวมทั้งการเคลื่อนย้ายแรงงานไร้ฝีมือเข้ามาทำงานในประเทศซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการแรงงานภายในประเทศในภาวะที่กำลังแรงงานของไทยเองจะลดลง

► **การจัดตั้งหน่วยธุรกิจในด้าน** มีเป้าหมายลด/เลิกข้อจำกัดต่อการค้าบริการภายในปี 2553 โดยต้องอนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนมีสัดส่วนการถือหุ้นได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 และต้องยกเลิกข้อจำกัดการเข้าสู่ตลาดอื่นๆ ทั้งหมด ซึ่งจะทำให้การถือหุ้นและการลงทุนจากต่างประเทศในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น จากเดิมที่หลายประเทศกำหนดไว้ในสัดส่วนที่ต่ำกว่า เช่น มาเลเซียกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 30 ฟิลิปปินส์ไม่เกินร้อยละ 40 และไทยไม่เกินร้อยละ 49 เปิดโอกาสให้มีการขยายการลงทุนในกลุ่มมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย อย่างไรก็ตาม ในระยะสั้นอาจจะยังไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากมีกฎกติกาภายในแต่ละประเทศ แต่ในระยะยาวหากมีการผ่อนคลายเรื่องกฎระเบียบแนวโน้มจะมีการลงทุนระหว่างประเทศมากขึ้น โดยที่ประเทศไทยอาจจะเป็นฐานการลงทุนที่ดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ หากมีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและกำลังคน ขณะเดียวกันสถานพยาบาลเอกชนไทยก็อาจจะขยายการลงทุนในกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการไหลเข้าหรือไหลออกของการลงทุนก็ตามความต้องการในด้านบุคลากรทางการแพทย์ไทยก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตามความต้องการบริการทางการแพทย์

► **การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว** ภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาชีพการพยาบาล การแพทย์ และทันตแพทย์แล้ว ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังขาดแคลนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้านอย่างสิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย บรูไน โดยมีแนวโน้มว่าพยาบาลจากฟิลิปปินส์จะเข้ามาทำงานในไทย แต่ปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่ามี การไหลเข้าของแพทย์จากประเทศดังกล่าวเข้ามาประเทศไทย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากข้อจำกัดทั้งในเรื่องการสอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย เช่นเดียวกับการไหลออกของบุคลากรการแพทย์ไทยที่มีข้อจำกัดในเรื่องภาษา และเงื่อนไขอื่นๆ ได้แก่ ประสพการณ์การทำงาน การเป็นบุคลากรระดับสั่งการ รวมทั้งเงินเดือนและสวัสดิการแพทย์ไม่แตกต่างกันมากกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการ 10 ปีจะมีรายได้เฉลี่ย 1.38 ล้านบาท หรือประมาณ 43,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อปี ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อปีของแพทย์มาเลเซียและสิงคโปร์ประมาณ 40,000 ดอลลาร์และ 44,000 ดอลลาร์ ตามลำดับ¹² จึงเชื่อว่าการในระยะแรกจะยังไม่ มีผลกระทบที่ชัดเจน

การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีภายใต้ AEC สาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล	
ข้อได้เปรียบ	- คุณภาพการศึกษาอยู่ในระดับแนวหน้า - ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ไทยสูงที่สุดในกลุ่มอาเซียน - รายได้สวัสดิการแพทย์และทันตแพทย์ไม่แตกต่างกับประเทศอาเซียนอื่นๆ - พรบ.วิชาชีพฯ เป็นสิ่งที่ปกป้องผู้ประกอบการวิชาชีพได้เป็นอย่างดี - การสอบขอใบอนุญาตเป็นภาษาไทย
ข้อเสียเปรียบ	- การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และการกระจุกตัวในเมืองใหญ่ - ปัญหาเรื่องค่าจ้างและความมั่นคงในการทำงานของพยาบาลในภาคราชการ

ที่มา : รายงานวิจัยการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้กรอบประชาคมอาเซียน, สกศ.,2555

ผลกระทบต่อการจัดบริการด้านการแพทย์ในประเทศ

► **ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น** จากสรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียนปี 2558 ณ ทำเนียบรัฐบาลเมื่อวันที่ 26 ก.ค. 2555 คาดว่าจะมีแพทย์ขาดแคลน 11,974 คน พยาบาล 21,628 คน และทันตแพทย์ 3,267 คน ทั้งนี้ การให้บริการเพิ่มขึ้นในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการของคนไทย แม้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรจะยังไม่ชัดเจนในระยะต้น แต่ความต้องการที่เพิ่มขึ้นมากจะกดดันให้เกิดการแข่งขัน

¹² สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, “ไทยจะไปหรือใครจะมา เมื่อบริการสุขภาพเป็นสินค้าเสรีในตลาดอาเซียน”, วารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 (22) 2554. พิมพ์ที่บริษัทพรินท์แอนด์ทมิ (ประเทศไทย) จำกัด

และดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐ ประกอบกับภาระงานภาครัฐที่หนักมากขึ้น จะเป็นปัจจัยให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรสู่ภาคเอกชน และจากชนบทสู่เมืองรุนแรงขึ้น ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มคนจนและกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ราคาบริการในสถานพยาบาลเอกชนจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อกลุ่มประกันสังคมและผู้บริโภคระดับกลางที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะเข้าถึงบริการได้น้อยลง

► **ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างประเทศไร้ฝีมือเพิ่มขึ้น** จากปริมาณและความต้องการบริการรักษาของแรงงานต่างประเทศไร้ฝีมือที่เข้ามาในประเทศไทย และครอบครัวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวด้านการผลิตเพื่อตอบสนองตลาดอาเซียนที่ใหญ่ ตลอดจนการบริการตรวจ ติดตามและเฝ้าระวังโรคติดต่อทั้งโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่จะมาจากการเคลื่อนย้ายประชากร ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่และงบประมาณเพิ่มขึ้น

เตรียมตัวอย่างไร....ก้าวสู่ตลาดเสรีที่ทุกคนได้ประโยชน์

การเปิดเสรีการค้าบริการทางการแพทย์ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียน ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพ (Mode of Supply) ใน 4 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นเป็นความท้าทายของประเทศไทยในการเตรียมพร้อม โดยที่รัฐจะต้องกำหนดตำแหน่งยุทธศาสตร์ของประเทศให้ชัดเจนโดยพิจารณาจากมุมมองใน 2 ด้านคือ (1) ด้านการแข่งขันเพื่อสร้างโอกาสและได้รับประโยชน์จากการที่ตลาดสินค้าบริการทางการแพทย์ใหญ่ขึ้นและความได้เปรียบของประเทศไทยในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การลงทุนด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ และระบบการจัดบริการ และ (2) ผลต่อเนื่องหรือผลกระทบต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนไทยในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ข้อเท็จจริงที่ประเทศไทยมีปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศและความไม่เพียงพอของบุคลากรและระบบการบริการอยู่แล้วในปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าวอาจจะรุนแรงขึ้นได้

- **การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ** เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของประชาชนไทยเอง ทั้งนี้ อาจร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนในการผลิต การขยายอายุราชการบุคลากรในกลุ่มที่ให้บริการ ตลอดจนผ่อนคลายนโยบายเพื่อให้แพทย์จากต่างประเทศเข้ามาให้บริการ ควบคู่กับการมีกำหนดมาตรฐานวิชาชีพเพื่อรับรองว่าประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งการวางเป้าหมายที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันการให้บริการทางการแพทย์ในตลาดอาเซียนในระยะยาว

- **การกระจายบุคลากรทางการแพทย์** โดยการสร้างแรงจูงใจทางด้านรายได้ สวัสดิการและความก้าวหน้าทางอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท ตลอดจนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริการ รวมทั้งบรรเทาการขาดแคลนในภูมิภาค

- **การอำนวยความสะดวกให้กับคนใช้ชาวต่างชาติที่ต้องการมารับบริการ** ทั้งในเรื่องการลงทะเบียนการเข้าเมืองผลักดันให้มีผู้ป่วยจากประเทศคู่ค้าสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐได้เช่นเดียวกับการใช้บริการในประเทศตนเอง ตลอดจนส่งเสริมบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น สปา การนวดแผนไทย และผลิตภัณฑ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นต้น

- **การพัฒนาระบบข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลแรงงานต่างประเทศ** เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม และเฝ้าระวังโรคและการให้บริการ รวมถึงสามารถจัดเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อจัดบริการได้ครอบคลุมเหมาะสมและไม่เป็นภาระต่องบประมาณ