

# ผลกระทบของข้อตกลงยอมรับร่วมของบุคลากร สาธารณสุขภายใต้กรอบอาเซียนต่อระบบสุขภาพของ ประเทศไทย: การวิเคราะห์ประสบการณ์จากสหภาพยุโรป

ชาญณรงค์ สังข์อวยุทธ\*

ชะเอม พันธุ์\*

## บทคัดย่อ

ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพพยาบาล เมื่อเดือนธันวาคม 2549 และลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพแพทย์ และวิชาชีพทันตแพทย์ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2552 อันถือเป็นความเปลี่ยนแปลงที่สำคัญต่อระบบสุขภาพในภูมิภาค การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดจากข้อตกลงยอมรับร่วมโดยวิเคราะห์ผลกระทบจากการทำข้อตกลงยอมรับร่วมในสหภาพยุโรป ซึ่งมีความซับซ้อนและใช้เวลาถึง 30 ปี (2518 - 2548) สหภาพยุโรปมีรัฐสมาชิกมีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจไม่แตกต่างกันมากเหมือนอาเซียน รวมทั้งมีความคล้ายคลึงของระบอบการปกครองและวัฒนธรรม การเคลื่อนย้ายของบุคลากรโดยรวมจะเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศที่มีระดับการพัฒนาน้อยกว่าไปสู่ประเทศที่มีระดับการพัฒนามากกว่า แต่ละประเทศมีมาตรการรองรับการเคลื่อนย้ายบุคลากรแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความต้องการ ประเทศที่มีความต้องการบุคลากรจะเปิดรับการเคลื่อนย้ายทันที แต่ประเทศที่ยังไม่ต้องการจะชะลอการเปิดรับ การเคลื่อนย้ายบุคลากรในยุโรปมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวกคือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นในประเทศผู้รับ ทั้งยังเป็นโอกาสการทำงานและแลกเปลี่ยนความรู้ ผลด้านลบเกิดกับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพอันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางภาษา ระดับการศึกษา และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันของบุคลากรจากประเทศอื่น นอกจากนี้ยังเกิดการขาดแคลนบุคลากรในประเทศผู้ส่ง มาตรการที่ประเทศส่วนใหญ่ใช้ในการชำระบุคลากร คือมาตรการทางการเงิน ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยคือ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของแต่ละประเทศควรกำหนดจุดยืนร่วมในทิศทางเดียวกันของแต่ละวิชาชีพ ในระยะสั้นซึ่งยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ ควรใช้กลไกของสภาวิชาชีพเป็นตัวกำหนดจุดยืน ในระยะยาวควรกำหนดจุดยืนที่ได้จากการวิเคราะห์จากทัศนสถานการณ์ของประเทศไทยในอนาคตร่วมกับบริบทของประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ เป็นสำคัญ

คำสำคัญ: ข้อตกลงการยอมรับร่วม, สหภาพยุโรป, อาเซียน, บุคลากรสาธารณสุข

## Abstract Impacts of ASEAN Mutual Recognition Arrangements (MRAs) for Health Professionals on the Health System in Thailand: The Analysis of the Experience from the European Union

Channarong Sungayuth, Cha-aim Pachanee

\*International Trade and Health Program (ITH), International Health Policy Program, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health

In 2006, ASEAN Member States signed the Mutual Recognition Arrangement (MRA) for Nursing Services and in 2009 signed the MRAs for Medical Practitioners and Dental Services. In view of the operationalization of the MRAs, review of the impacts in the European Union context was conducted to

\*แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



anticipate potential positive and negative impacts of the movement of health professionals within ASEAN under these MRAs. We found that MRAs in the EU were complex and took 30 years (1975-2005) for the detailed requirements in each directive to be completed. Unlike ASEAN, members of the EU have similar levels of economic development, administrative system and culture. Movement of the health professionals flowed from member countries with lower level of development to countries with higher level of development. Each EU country has different responding measure to the health professional movements; countries in need of health professionals accepted foreign professionals immediately, while those not in need of health professionals delayed their acceptance. The movement created both positive and negative impacts. Positive impacts are job opportunities and knowledge exchange. Negative impacts are quality of services caused by language limitation, different levels of education and culture and insufficient number of health professionals in countries of origin. As an ASEAN member state, Thailand may be affected by the MRAs. Over the short term, health professionals should take a leading role in developing their country positions with regard to the movement of health professionals. Longer-term preparation involves an analysis of probable scenarios for further improvement of the said positions.

**Key words:** Mutual Recognition Arrangement, European Union, ASEAN, Health Professionals

## ภูมิหลังและเหตุผล

การเปิดเสรีการค้าเป็นเป้าหมายสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน วัตถุประสงค์ตามวิสัยทัศน์อาเซียน 2020 คือให้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และแข่งขันกับภูมิภาคอื่นได้ ในการนี้ ผู้นำอาเซียนจึงเห็นชอบให้เร่งรัดการรวมกลุ่มสินค้าและบริการสำคัญจำนวน 11 สาขา รวมถึงสาขาบริการสุขภาพ

สำหรับสาขาการบริการสุขภาพ นอกจากจัดทำตารางข้อผูกพันไปแล้ว 8 ชุด ประเทศสมาชิกอาเซียนยังได้เจรจาข้อตกลงยอมรับร่วมคุณสมบัติของบุคลากรสาธารณสุข 3 สาขาวิชา โดยลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพพยาบาล (MRA on Nursing Services) เมื่อเดือนธันวาคม 2549 และลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพแพทย์ (MRA on Medical Practitioners) และวิชาชีพทันตแพทย์ (MRA on Dental Practitioners) ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 และเริ่มประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมของทั้งสามวิชาชีพดังกล่าว

การเคลื่อนย้ายภายในอาเซียนอย่างเสรีอาจส่งผลกระทบต่อด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. วิเคราะห์ผลกระทบของข้อตกลงยอมรับร่วมของ

บุคลากรสาธารณสุขภายใต้กรอบอาเซียน ต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยวิเคราะห์ประสบการณ์การเคลื่อนย้ายบุคลากรภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมในสหภาพยุโรป ในประเด็นวิวัฒนาการของข้อตกลง ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อตกลง ผลจากการเคลื่อนย้ายบุคลากร และนโยบาย/มาตรการที่ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปใช้กรณีมีผลกระทบด้านลบ

2. เปรียบเทียบการทำข้อตกลงยอมรับร่วมของอาเซียนกับสหภาพยุโรป และคาดการณ์ผลกระทบที่อาจเกิดกับประเทศไทย

3. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการเตรียมความพร้อมของประเทศไทย

## ระเบียบวิธีศึกษา

คณะผู้วิจัยทบทวนเอกสารงานที่เกี่ยวข้อง โดยค้นหาเอกสารที่ว่าด้วยข้อตกลงยอมรับร่วมในสหภาพยุโรปและอาเซียน วิเคราะห์สาระสำคัญของเอกสาร สรุปประเด็นที่ได้จากเอกสารเป็นผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

## ผลการศึกษา

ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ

## 1. แนวคิดและความหมายเรื่องข้อตกลงยอมรับร่วม

**1.1 แนวคิดโดยทั่วไปของข้อตกลงยอมรับร่วม<sup>(1)</sup>** ข้อตกลงยอมรับร่วมเป็นหลักแนวคิดที่นำมาใช้ได้กับสินค้าและบริการโดยทั่วไปและการให้บริการของวิชาชีพต่างๆ โดยอาจเป็นบรรทัดฐานสัญญาระหว่างหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเอื้อให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถให้บริการในประเทศอื่นได้สะดวกยิ่งขึ้น

**1.2 ลักษณะของข้อตกลงยอมรับร่วม<sup>(2)</sup>** ข้อตกลงยอมรับร่วมไม่เกี่ยวข้องกับกาได้งาน แต่เกี่ยวพันในแง่ที่ว่าเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพจากรัฐอื่นต้องการไปประกอบวิชาชีพในรัฐที่ได้ทำข้อตกลง พวกเขาสามารถใช้สิทธินั้นได้ เพราะถือว่ามีความสมบัตินี้เท่ากับผู้ประกอบวิชาชีพในรัฐปลายทาง ทั้งนี้ข้อตกลงยอมรับร่วมจะมีบทบาทและความสำคัญมากขึ้น กรณีผู้ประกอบวิชาชีพต้องการประกอบวิชาชีพหรือจัดตั้งบริษัทในรัฐปลายทาง เพราะจะก่อให้เกิดการแข่งขันในการให้บริการ

**1.3 ประโยชน์ของข้อตกลงยอมรับร่วม<sup>(1)</sup>**

- การเข้าถึงประเทศปลายทางที่ได้รับแรงงานที่มีทักษะ ก่อให้เกิดการแข่งขันเชิงเปรียบเทียบ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภค
- ประหยัดเวลาและทรัพยากรโดยการทำงานร่วมกัน เกิดประสิทธิภาพตามหลักแบ่งงานกันทำ
- เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน

## 1.4 ความหมายของข้อตกลงยอมรับร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพ<sup>(3)</sup>

- คุณสมบัติในประเทศ (ต้นทาง) เทียบเท่ากับกับประเทศอื่นๆ (ปลายทาง)
- เป็นการหลีกเลี่ยงกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติซ้ำในระหว่างรัฐสมาชิก

**1.5 ปัจจัยเคลื่อนย้าย** ปัจจัยหลักประกอบด้วย ปัจจัยผลักดันให้บุคลากรเคลื่อนย้ายออก และปัจจัยดึงดูดให้บุคลากรเคลื่อนย้ายเข้า (Push and Pull Factors) ดังตาราง ที่ 1

## 2. การทำข้อตกลงยอมรับร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในอาเซียน

มติที่ประชุมรัฐมนตรีเศรษฐกิจอาเซียน เมื่อวันที่ 12-13 กรกฎาคม 2546 ณ กรุงจาการ์ ประเทศอินโดนีเซีย ได้แต่งตั้งคณะทำงานด้านบริการสุขภาพ (Healthcare Services Sectoral Working Group) ภายใต้การประชุมคณะกรรมการประสานงานด้านการบริการของอาเซียน เพื่อประสานการดำเนินการเปิดเสรีทางการค้าบริการด้านสุขภาพภายในปี 2010 หลังจากนั้นมีการประชุมคณะทำงานด้านบริการสุขภาพ (Healthcare Services Sectoral Working Group) ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 10-12 มีนาคม 2547 ณ นครเวียงจันทน์ ประเทศลาว ในการประชุมครั้งนั้นได้มีการนำเสนอการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพทางด้าน

ตารางที่ 1 ปัจจัยผลักดันและปัจจัยดึงดูดที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรด้านสาธารณสุขในสหภาพยุโรป

ปัจจัยผลักดัน	ปัจจัยดึงดูด
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าตอบแทนที่ต่ำ</li> <li>● สภาพการทำงานที่ไม่เอื้อ</li> <li>● ทรัพยากรในระบบที่จำกัด</li> <li>● ความก้าวหน้าในอาชีพมีน้อย</li> <li>● โอกาสในการศึกษาต่อมีน้อย</li> <li>● ความไม่มั่นคงทางการเมืองและเศรษฐกิจ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าตอบแทนที่สูง</li> <li>● สภาพการทำงานที่ดีกว่า</li> <li>● ทรัพยากรในระบบที่ดี</li> <li>● ความก้าวหน้าในอาชีพมีมากกว่า</li> <li>● โอกาสในการศึกษาต่อมีมากกว่า</li> <li>● ความมั่นคงทางการเมืองและเศรษฐกิจ</li> </ul>

ที่มา: Buchan J, Parkin T, Sochalski J. International nurse mobility, Trends and policy implications. Geneva: 2003<sup>(4)</sup>



สาธารณสุข หลังจากการเจรจาในการประชุมหลายครั้งต่อมา สมาชิกอาเซียนได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพพยาบาล (MRA on Nursing Services) เมื่อเดือนธันวาคม 2549 และลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วมของวิชาชีพแพทย์ (MRA on Medical Practitioners) และวิชาชีพทันตแพทย์ (MRA on Dental Practitioners) ในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 สำหรับคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขของข้อตกลงยอมรับร่วมอาเซียน ดูภาคผนวก 1

### 3. ความเป็นมาของสหภาพยุโรปและการทำข้อตกลงยอมรับร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในสหภาพยุโรป

สหภาพยุโรปเกิดจากการรวมตัวของรัฐสมาชิกในยุโรปเป้าหมายสำคัญคือการบูรณาการนโยบายทั้งทางด้านการเมืองและเศรษฐกิจ ในการบูรณาการทางเศรษฐกิจนั้นได้รวมถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานหรือบุคลากรอย่างเสรี สนธิสัญญาหลายฉบับได้ระบุถึงการเคลื่อนย้ายบุคลากร เช่น ในสนธิสัญญาโรมมาตรา 3 และ 57 ทั้งนี้ มาตรา 3 ระบุว่า “ตามวัตถุประสงค์ในมาตราที่ 2 กิจกรรมของประชาคมควรจะสอดคล้องกับสิ่งต่อไปนี้ การยกเลิกอุปสรรคของการเคลื่อนย้ายโดยเสรีของบุคลากร การบริการ และทุน” ในขณะที่มาตรา 57 ระบุว่า “เพื่อให้บุคลากรเคลื่อนย้ายได้ง่ายขึ้น ควรจะมีการออกข้อปฏิบัติยอมรับร่วมของวุฒิการศึกษา”

#### 3.1 การทำข้อตกลงยอมรับร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในสหภาพยุโรป

การทำความตกลงยอมรับร่วมของบุคลากรทางสาธารณสุข เริ่มเมื่อสหภาพยุโรปออกคำสั่งที่ Directive 75/362/EEC<sup>(5)</sup> และ Directive 75/363/EEC<sup>(6)</sup> คำสั่งที่ Directive 75/362/EEC ระบุถึงการรับรองคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในแต่ละรัฐสมาชิกว่ามีคุณสมบัติใดบ้างที่ได้รับการรับรอง (มาตรา 2,3,4,5,6,7) คำสั่งที่ Directive 75/363/EEC (มาตรา 1) ระบุถึงองค์ประกอบของวุฒิว่าควรมีระยะเวลาการศึกษาไม่ต่ำกว่า 6 ปี และมีชั่วโมงในการเรียนทั้งในทางทฤษฎีและปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 5500 ชั่วโมง ทั้งนี้ผู้ที่มีคุณสมบัติที่ถูกระบุ

ไว้ในคำสั่ง Directive 75/362/EEC และเมืองค์ประกอบของคุณวุฒิตามคำสั่งที่ Directive 75/363/EEC นั้นมีสิทธิที่จะประกอบวิชาชีพแพทย์ในรัฐสมาชิกอื่นๆ ได้

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล สหภาพยุโรปได้ออกคำสั่งที่ Directive 77/452/EEC<sup>(7)</sup> และ Directive 77/453/EEC<sup>(8)</sup> คำสั่งที่ Directive 77/452/EEC ระบุถึงการรับรองคุณวุฒิของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลในแต่ละรัฐสมาชิกว่ามีคุณสมบัติใดบ้างที่ได้รับการรับรอง (มาตรา 2,3) คำสั่งที่ Directive 77/452/EEC ระบุถึงองค์ประกอบของคุณวุฒิว่าควรมีระยะเวลาการศึกษา 3 ปี มีชั่วโมงในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 4600 ชั่วโมง มีวิชาเฉพาะที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษา ซึ่งมีการระบุรายวิชาไว้ในภาคผนวกของคำสั่ง นอกจากนี้ก่อนเข้ารับการศึกษาเพื่อประกอบวิชาชีพพยาบาลจะต้องได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนทั่วไปไม่น้อยกว่า 10 ปี ผู้มีคุณสมบัติที่ถูกระบุไว้ในคำสั่ง Directive 77/452/EEC EEC และเมืองค์ประกอบของคุณวุฒิตามคำสั่งที่ Directive 77/452/EEC EEC มีสิทธิประกอบวิชาชีพพยาบาลในรัฐสมาชิกอื่นๆ ได้

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ สหภาพยุโรปได้ออกคำสั่งที่ Directive 78/686/EEC<sup>(9)</sup> และ Directive 78/687/EEC<sup>(10)</sup> คำสั่งที่ Directive 78/686/EEC ระบุถึงการรับรองคุณวุฒิของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ (มาตรา 1, 2, 3, 4, 5) คำสั่งที่ Directive 78/686/EEC ระบุถึงองค์ประกอบของคุณวุฒิว่าควรมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 5 ปี รวมทั้งวิชาเฉพาะที่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาเช่นกัน ผู้มีคุณสมบัติที่ถูกระบุไว้ในคำสั่ง Directive 78/686/EEC และเมืองค์ประกอบของคุณวุฒิตามคำสั่งที่ Directive 78/687/EEC มีสิทธิประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ในรัฐสมาชิกอื่นๆ ได้ คุณสมบัติของแต่ละสาขาวิชาชีพสามารถสรุปได้ดังนี้

ในปี 2547 สหภาพยุโรปรับรัฐสมาชิกเพิ่มอีก 10 รัฐสมาชิกซึ่งอยู่ในยุโรปกลางและตะวันออก จากนั้นในปี 2550 โรมาเนียและบัลแกเรียได้เข้าเป็นสมาชิกสหภาพยุโรป ความแตกต่างระหว่างระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะระหว่างรัฐสมาชิกเก่า ซึ่งมีความมั่งคั่งมากกว่ารัฐสมาชิกใหม่ ได้ก่อให้เกิดความกังวลว่าจะมีแรงงานจำนวนมากจากรัฐสมาชิกใหม่

**ตารางที่ 2** คุณสมบัติของแต่ละสาขาวิชาชีพในการทำความตกลงยอมรับร่วมของสหภาพยุโรป

สาขาวิชาชีพ	ระยะเวลาการศึกษา	จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติ
แพทย์	6 ปี	5500
พยาบาล	3 ปี	4600
ทันตแพทย์	5 ปี	

เคลื่อนย้ายไปยังรัฐสมาชิกเก่าในยุโรปตะวันตก ทั้งนี้รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข ความกังวลดังกล่าวคล้ายคลึงกับอาเซียนที่ประเทศสมาชิกสมาชิกมีการพัฒนาเศรษฐกิจในระดับที่แตกต่างกัน

ในปี 2548 สหภาพยุโรปได้ออกคำสั่งที่ Directive 2005/36/EEC<sup>(11)</sup> เพื่อปรับปรุงกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติในแต่ละสาขาอาชีพ เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับการเคลื่อนย้ายของบุคลากรภายในรัฐสมาชิกให้มากขึ้น คำสั่งที่ Directive 2005/36/EEC มีใจความสำคัญเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสาธารณสุขได้แก่ “หลักปฏิบัติว่าด้วยการรับรองโดยอัตโนมัติ (Principle of automatic recognition)” ในมาตราที่ 21 ซึ่งระบุการรับรองคุณสมบัติอัตโนมัติของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งเป็นพลเมืองของรัฐสมาชิกตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ในคำสั่งนี้สามารถปฏิบัติวิชาชีพของตนในประเทศสมาชิกอื่นๆ ได้โดยอัตโนมัติ

ภายหลังจากการรับรัฐสมาชิกเพิ่ม กลุ่มรัฐสมาชิกเก่ามีนโยบายแตกต่างกันต่อการตอบสนองการรับรัฐสมาชิกใหม่ จากยุโรปกลางและวันออก แบ่งออกได้เป็นกลุ่มประเทศรัฐสมาชิกเก่าที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจมากกว่าและเป็นประเทศที่ถูกคาดการณ์ว่าจะมีแรงงานอพยพเข้ามาทำงานจำนวนมาก กับกลุ่มประเทศรัฐสมาชิกใหม่ที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจน้อยกว่าและคาดการณ์ว่าจะมีบุคลากรจำนวนมากย้ายไปยังกลุ่มรัฐสมาชิกเก่า กลุ่มรัฐสมาชิกเก่ามีแนวทางที่แตกต่างกันในการตอบสนองต่อการเปิดรับแรงงานจากกลุ่มรัฐสมาชิกใหม่ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 แนวทาง ดังตารางที่ 3 คือ 1) เปิดตลาดทันที เช่น สหราชอาณาจักร 2) ค่อยๆ เปิดตลาด

**ตารางที่ 3** ปีที่รัฐสมาชิกเก่าของสหภาพยุโรปตกลงเปิดตลาดแรงงานให้กับรัฐสมาชิกใหม่

ประเทศ	ปีที่เปิดรับ	อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร
สหราชอาณาจักร	เปิดรับทันที	2.7
อิตาลี	2006	3.4
ฝรั่งเศส	2008	3.3
เยอรมนี	2011	3.6

เช่น อิตาลี ฝรั่งเศส 3) สงวนสิทธิด้วยการใช้ข้อสงวนที่จะไม่เปิดตลาดเป็นเวลา 7 ปี เช่น เยอรมนี ออสเตรีย

สหราชอาณาจักร ซึ่งประสบภาวะขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุขมากกว่าประเทศอื่น ได้เปิดรับบุคลากรจากรัฐสมาชิกโดยทันที เพราะอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1000 คนของอังกฤษถือว่าต่ำกว่าหลายประเทศในยุโรปตะวันตก (อังกฤษอยู่ที่ 2.7, ฝรั่งเศส 3.3, อิตาลี 3.4, เยอรมนี 3.6) อังกฤษมีส่วนส่วนของบุคลากรทางสาธารณสุขจากต่างประเทศสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในยุโรป จำนวนแพทย์ของอังกฤษที่มาจากต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 37.5 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด ขณะที่ฝรั่งเศสคิดเป็นร้อยละ 5.8 อิตาลีร้อยละ 3.5 และเยอรมนีร้อยละ 4.9

**3.2 ผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมในสหภาพยุโรป**

### ผลกระทบด้านบวก

กรณีของประเทศผู้รับ เช่น สหราชอาณาจักรพบว่าการเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางสาธารณสุขจากประเทศอื่นได้ก่อให้เกิดผลดี คือ การประหยัดเวลาสำหรับผู้ป่วยในการให้บริการ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของบุคลากร ส่งผลให้ National Health Service ประหยัดงบประมาณสำหรับค่านายหน้าในการจ้างพนักงานชั่วคราว ขณะที่สหราชอาณาจักรยังลดค่าใช้จ่ายทางด้านการศึกษาและการฝึกอบรมด้วย<sup>(12)</sup> การเคลื่อนย้ายของบุคลากรยังรวมถึงโอกาสทำงานและแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกัน ดังเช่นกรณีการผ่าตัดปลูกถ่ายไบโหน้าครั้งแรกของโลก ซึ่งประกอบด้วยทีมแพทย์จากฝรั่งเศสและเบลเยียม เป็นต้น<sup>(13)</sup>





กรณีของประเทศผู้ส่ง การทำข้อตกลงยอมรับร่วมอาจหมายถึงโอกาสที่พลเมืองของตนมีงานทำ กรณีประเทศเหล่านั้นมีบุคลากรมากเกินความต้องการของประเทศ

### ผลกระทบด้านลบ

- ประเด็นทางภาษา ภาษานับเป็นเรื่องสำคัญประการหนึ่ง สหราชอาณาจักรมีรายงานว่าพยาบาลต่างชาติ โดยเฉพาะที่มาจากยุโรปตะวันออกไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความผิดพลาด เช่น การนำเอาอาหารที่ผู้ป่วยแพ้ไปให้กับผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลต่างชาติไม่เข้าใจระบบเขียนของผู้ป่วยที่ถูกระบุว่าแพ้ตัว บางโรงพยาบาลจึงใช้สัญลักษณ์หรือรูปภาพติดไว้ที่ตู้เครื่องมือแทนการเขียนเพื่อให้พยาบาลต่างชาติเข้าใจได้ง่ายขึ้น โฮเวิร์ด แคทตัน ผู้อำนวยการด้านนโยบายของ Royal College of Nursing แสดงความกังวลถึงประเด็นดังกล่าวว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยพยายามอธิบายว่าพวกเขารู้สึกปวดที่บริเวณใด พยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยพูดอะไรบ้าง”<sup>(14)</sup>

Directive 2005/36/EEC มาตราที่ 53 ระบุไว้เพียงกว้างๆ ว่าบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพควรมีความรู้ทางภาษาของประเทศปลายทางอย่างพอเพียงในการประกอบวิชาชีพ รัฐสมาชิกแต่ละรัฐต้องพิจารณามาตรการที่เหมาะสมในการออกมาตรการเพื่อทดสอบความสามารถทางภาษา แต่ต้องไม่ตั้งเงื่อนไขสูงจนถือเป็นการกีดกัน แต่ละรัฐสมาชิกมีมาตรการที่แตกต่างกันไป สำหรับสหราชอาณาจักร การทดสอบทางภาษาเป็นหน้าที่ของผู้ว่าจ้าง ซึ่งบางกรณีไม่ได้มีการทดสอบที่เข้มงวด จนก่อให้เกิดผลกระทบดังที่ได้กล่าวมา สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิต การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพมีความจำเป็น แนวโน้มการเคลื่อนย้ายบุคลากรในสหภาพยุโรปจึงมีลักษณะที่รัฐสมาชิกที่ใช้ภาษาเดียวกันหรือมีความเชื่อมโยงทางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ จะมีการเคลื่อนย้ายบุคลากรระหว่างกันมากกว่า<sup>(15)</sup> เช่น ฝรั่งเศสมีแพทย์จากเบลเยียมจำนวนมากที่สุดในบรรดาแพทย์ต่างชาติทั้งหมดที่มาจากสหภาพยุโรป เยอรมนีมี

แพทย์จากออสเตรียจำนวนมากที่สุด ประเทศออสเตรียมีแพทย์จากเยอรมนีจำนวนมากที่สุด

- ประเด็นความพร้อมทางสุขภาพของบุคลากร ที่สกอตแลนด์มีบางกรณีที่แพทย์จากต่างประเทศโดยเฉพาะจากยุโรปตะวันออกเดินทางมาให้บริการผู้ป่วยในระยะเวลาสั้นๆ แต่พบว่าแพทย์เหล่านั้นไม่ได้นอนหลับอย่างเพียงพอ จึงส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน<sup>(16)</sup>

- ประเด็นทางวัฒนธรรมในการทำงานของบุคลากร วัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกันทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขต้องปรับตัวและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เช่น ผู้ป่วยที่สเปนสามารถรับยาปฏิชีวนะได้หลายครั้งเมื่อเป็นหวัด ขณะที่ทางตอนเหนือของสวีเดนจะไม่จ่ายยาปฏิชีวนะกรณีติดเชื้อจากไวรัส<sup>(16)</sup> ผู้ประกอบวิชาชีพของแต่ละประเทศอาจจะมีหน้าที่ต่างกัน เช่น พยาบาลในสหราชอาณาจักรทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาล พยาบาลในภาคพื้นยุโรปจะเน้นไปที่กิจกรรมของคลินิก พยาบาลในสเปนมีความสามารถทางเทคนิคบางอย่างที่อาจจะถือว่ามากกว่าพยาบาลในอังกฤษ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ<sup>(17)</sup>

- คุณภาพของระบบสุขภาพในประเทศผู้ส่งออกพยาบาลไปประเทศสมาชิกใหม่ในสหภาพยุโรปได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายบุคลากร เช่น ภาวะ “สมองไหล” เช่นกัน โรมาเนียรายงานว่าแพทย์กว่า 1,700 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิสัญญีแพทย์ และ คัลยแพทย์ ได้ลงทะเบียนขอรับใบรับรองเพื่อไปทำงานในสหภาพยุโรปช่วงระหว่างเดือน ม.ค.-ส.ค. 2554 ประเทศปลายทางหลัก ได้แก่ สหราชอาณาจักร เยอรมนี และ ฝรั่งเศส เหตุผลหลักคือรายได้ที่มากกว่า ทำให้โรมาเนียมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของรัฐสมาชิกในสหภาพยุโรป<sup>(18)</sup> ขณะที่ยังการีประสบภาวะการขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เวชปฏิบัติ กุมารแพทย์ วิสัญญีแพทย์<sup>(19)</sup> โปแลนด์ก็รายงานเช่นกันว่าขาดแคลนวิสัญญีแพทย์<sup>(20)</sup>

### 3.3 มาตรการเพื่อธำรงบุคลากรในสหภาพยุโรป

ภาวะสมองไหลทำให้ประเทศเหล่านี้พยายามแก้ไข ปัญหา กล่าวคือ การออกมาตรการทางการเงินหรือการให้ทุน การศึกษาที่มีเงื่อนไข ดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 สรุปมาตรการของรัฐสมาชิกใหม่ของสหภาพยุโรปที่ใช้ในการจูงใจบุคลากรมาปฏิบัติงานในประเทศ

ประเทศ	มาตรการ
เอสโตเนีย <sup>(21)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มค่าจ้าง</li> <li>รับนักศึกษาเพิ่ม</li> </ul>
ฮังการี <sup>(22)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>รัฐบาลท้องถิ่นร่วมมือกับองค์กรด้านสุขภาพออกมาตรการจูงใจทั้งด้านค่าจ้างและการอำนวยความสะดวก</li> <li>รัฐบาลออกหลักสูตรเป็นภาษาอังกฤษ เยอรมัน ให้คนต่างชาติมาศึกษาและทำงานในประเทศหลังจบการศึกษา</li> </ul>
ลิทัวเนีย <sup>(23)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มค่าจ้างและอำนวยความสะดวกค่าที่พักเดินทาง โดยเฉพาะในชนบท</li> <li>ปรับปรุงเครื่องมืออุปกรณ์</li> </ul>
โปแลนด์ <sup>(24)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มค่าจ้างและจัดลำดับความสำคัญของสาขาที่ขาดแคลนเพื่อเพิ่มค่าจ้างแก่สาขาที่ขาดแคลน</li> <li>ให้เงินกู้แก่ผู้จะประกอบธุรกิจส่วนบุคคล</li> </ul>
โรมาเนีย <sup>(25)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ออกมาตรการแรงจูงใจด้านต่างๆ ให้บุคลากรไปทำงานในชนบท</li> </ul>
สโลวาเกีย <sup>(26)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล</li> <li>ให้เงินทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อเฉพาะทาง ภายได้เงื่อนไขที่ต้องกลับมาทำงานในพื้นที่ที่กำหนด</li> <li>เพิ่มค่าจ้าง</li> </ul>

ประเด็นที่ต้องพิจารณาอีกประการได้แก่ นโยบายสรรหาบุคลากรอย่างมีจริยธรรม เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาต้องประสบกับภาวะสมองไหล หรือการเคลื่อนย้ายบุคลากรไปยังประเทศที่มีรายได้สูงกว่า ประเทศกำลังพัฒนาจึงอาจประสบภาวะขาดแคลนกำลังคน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงยังประชาชนหรือผู้ป่วยในประเทศเหล่านั้น ประเด็นความเป็นธรรมจึงเป็นประเด็นที่ถูกถกเถียงกันมาก เพื่อไม่ให้ประเทศต้นทางประสบภาวะสมองไหล ขณะที่ประเทศปลายทางสามารถเติมเต็มการขาดแคลนบุคลากร จึงจำเป็นที่ประเทศต้นทางและปลายทางจะสมประโยชน์ทั้งสองฝ่าย

อุปสรรคอื่นที่มีผลต่อการเคลื่อนย้าย ได้แก่ กรณีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสำหรับเคลื่อนย้ายบุคลากรจากประเทศอื่นเพิ่มขึ้นจนไม่คุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยประเทศปลายทาง ในอีกด้านหนึ่งของการเคลื่อนย้ายเสรีของบุคคลยังรวมถึงการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วยด้วย<sup>(27)</sup>

#### 3.4 ข้อสรุปจากการศึกษาการเคลื่อนย้ายบุคลากรในสหภาพยุโรป

- ข้อตกลงยอมรับร่วมของสหภาพยุโรปมีความซับซ้อนและมีรายละเอียดของกฎหมาย สาขา รวมทั้ง ผู้เชี่ยวชาญ

เฉพาะทาง ซึ่งใช้เวลาถึง 30 ปี ระหว่างปี 2518 - 2548 กว่าจะครอบคลุมรายละเอียดเหล่านี้

- ปัจจัยที่ทำให้สหภาพยุโรปรวมกลุ่มแล้วมีความก้าวหน้ามากกว่ากลุ่มหรือภูมิภาคอื่น คือ องค์ประกอบของรัฐสมาชิกที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกันมาก รวมทั้งความคล้ายคลึงของระบอบการปกครองและวัฒนธรรม
- การเคลื่อนย้ายของบุคลากรในสหภาพยุโรป โดยรวมเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศที่มีระดับพัฒนาน้อยกว่า (กลุ่มประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปใหม่) ไปสู่ประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงกว่า (เช่น สหราชอาณาจักร ฝรั่งเศส)

- แต่ละประเทศมีมาตรการรองรับการเคลื่อนย้ายต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความต้องการบุคลากรของประเทศ ประเทศที่มีความต้องการจะเปิดรับการเคลื่อนย้ายทันทีประเทศที่ยังไม่ต้องการจะชะลอการเปิดรับ ผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเกิดกับทั้งประเทศผู้ส่งและผู้รับ ผลบวกคือการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นในประเทศผู้รับ และโอกาสการทำงานและแลกเปลี่ยนความรู้ ผลลบเกิดกับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางภาษา ระดับการศึกษา และวัฒนธรรมที่แตกต่าง



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะระหว่างสหภาพยุโรปและอาเซียน

คุณลักษณะ	สหภาพยุโรป	อาเซียน
ปีก่อตั้ง	1951	1967
จำนวนสมาชิก	27 ประเทศ	10 ประเทศ
รูปแบบการก่อตั้ง	Community method - องค์การระหว่างประเทศเหนือรัฐ - มีกลไกในการดึงอำนาจอธิปไตยจากรัฐสมาชิก ไปสู่องค์กรที่มีประสิทธิภาพ	Intergovernmental method
ธรรมนูญ	Constitute for Europe (2550)	ASEAN Charter (2550)
ระดับการพัฒนาของประเทศ	มีระดับการพัฒนาก่อนข้างเท่าเทียมกัน	มีระดับการพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมกัน
สังคม วัฒนธรรม การเมือง	- มีภาษาและศาสนาคล้ายคลึงกัน	- มีความหลากหลายและแตกต่างทางศาสนา
การปกครอง เศรษฐกิจ	- ระบบการปกครองแบบประชาธิปไตย คล้ายคลึงกัน - มีฐานะทางเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน	วัฒนธรรม ภาษา มีความต่างของระบบการเมือง การปกครอง - มี GDP ต่อหัว แตกต่างกันถึง 50 เท่า
ภูมิศาสตร์	- มีชายแดนติดต่อกัน	- แผ่นดินใหญ่ หมู่เกาะ

กันของบุคลากรจากประเทศอื่น ทั้งยังส่งผลต่อการขาดแคลนบุคลากรในประเทศผู้ส่ง

- มาตรการที่ประเทศส่วนใหญ่ใช้ในการจูงจูงบุคลากร คือมาตรการทางการเงิน

#### 4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อตกลงการยอมรับร่วมของอาเซียนกับสหภาพยุโรป

ประเทศสมาชิกอาเซียนมีลักษณะแตกต่างและคล้ายคลึงหลายประการ อาเซียนมีพื้นที่ราว 4,435,570 ตารางกิโลเมตร มีประชากรราว 590 ล้านคน มีทั้งประเทศที่อยู่ในแผ่นดินใหญ่ และประเทศหมู่เกาะ มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและภาษา ในปี พ.ศ. 2553 GDP ของประเทศสมาชิกรวมมีมูลค่าราว 1.8 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ข้อมูลจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund; IMF) ระบุว่าในปีเดียวกัน รายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัวเชิงความเท่าเทียมในอำนาจซื้อ (GDP per capita in Purchasing Power Parity) ของประเทศสมาชิกอาเซียนต่ำสุดอยู่ที่ 1,256 ดอลลาร์สหรัฐ และสูงสุดอยู่ที่ 56,694 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งมีความแตกต่างถึง 50 เท่า ประเทศสมาชิกมีสถานะทาง

สุขภาพที่แตกต่างกัน เปรียบเทียบกับสหภาพยุโรปที่ประเทศสมาชิกมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง และเศรษฐกิจที่คล้ายคลึงกันมีรายได้ประชาชาติเฉลี่ยต่อหัวต่างกันเพียง 11 เท่า การดำเนินการเพื่อเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพหรือเคลื่อนย้ายของบุคลากร จึงเป็นไปได้มากกว่าประเทศกลุ่มอาเซียน

หากเปรียบเทียบการทำข้อตกลงยอมรับร่วมของอาเซียนกับสหภาพยุโรปแล้ว นับได้ว่าอาเซียนยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น ในขณะที่ข้อตกลงยอมรับร่วมของสหภาพยุโรปมีความซับซ้อนและใช้เวลาถึง 30 ปี (2518-2548) ในการลงลึกในรายละเอียดของอนุสัญญา สาขา รวมทั้ง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้อย่างครอบคลุม ปัจจัยที่ทำให้สหภาพยุโรปประสบความสำเร็จก้าวหน้าในการรวมกลุ่มมากกว่าภูมิภาคอื่น ได้แก่ องค์ประกอบของรัฐสมาชิก เช่น ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างกันมาก เมื่อเปรียบเทียบกับอาเซียน รวมทั้งความคล้ายคลึงของระบบการปกครองและวัฒนธรรม

ในทางตรงกันข้าม ชาติสมาชิกของอาเซียนมีความแตกต่างค่อนข้างมาก ทั้งในระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ นอกจากนี้ระบบการปกครอง ศาสนา ก็มีความหลากหลาย ดังนั้น



การบูรณาการในเรื่องต่างๆ จึงอาจมีประเด็นหรืออุปสรรคที่ต้องพิจารณาจำนวนมาก หากอาเซียนต้องการกระตุ้นให้มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรเพิ่มขึ้นในอนาคต ชาติสมาชิกอาเซียนจำเป็นต้องมีการประสานงานและปรับปรุงมาตรฐานในเรื่องของหลักสูตรและสถาบันการศึกษาให้มีความสอดคล้อง หากมีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจริงในอนาคต เป็นไปได้ว่าการเคลื่อนย้ายจะเกิดจากประเทศที่มีระดับการพัฒนาต่ำกว่าสู่ประเทศที่มีระดับการพัฒนาสูงกว่า สมาชิกอาเซียนที่มีความสนใจเรื่องการส่งออกบุคลากรไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ ได้แก่ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย เมียนมาร์ สองประเทศแรกมีบุคลากรสาธารณสุขสำเร็จการศึกษาในแต่ละปีมากกว่าที่ระบบสุขภาพของประเทศจะรองรับได้ จึงมุ่งสนับสนุนให้บุคลากรไปปฏิบัติงานในต่างประเทศ ส่วนสมาชิกที่มีความสนใจเรื่องการนำเข้าบุคลากร ได้แก่ สิงคโปร์ บรูไน ประเทศไทย

สำหรับกรณีของประเทศไทย เนื่องจากเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าหลายประเทศ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะมีบุคลากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำกว่าเคลื่อนย้ายเข้ามาเพื่อปฏิบัติงาน ขณะเดียวกันก็มีความเป็นไปได้ที่บุคลากรจากประเทศไทยจะย้ายไปปฏิบัติงานในประเทศอื่นๆ ที่มีระดับเศรษฐกิจและค่าตอบแทนสูงกว่า เช่น สิงคโปร์

### ข้อเสนอแนะ

1. การกำหนดมาตรการในการจัดการบุคลากรที่มีอยู่ในประเทศอย่างเหมาะสม การจัดทำ MRA เป็นเพียงปัจจัยประการหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ปัญหาบุคลากรสุขภาพของไทยยังมีอยู่ระดับหนึ่ง ผู้เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดมาตรการจัดการบุคลากรที่มีอยู่ในประเทศอย่างเหมาะสม เพื่อลดระดับปัญหาที่มีอยู่ รวมทั้งจัดทำแผนการผลิต การจัดการ และมาตรการธำรงรักษาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เหมาะสม ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 วาระการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ<sup>(28)</sup> เมื่อเดือนธันวาคม 2553 ซึ่งเห็นควรให้เร่งรัดการดำเนินการตามมตินี้ โดยเฉพาะข้อที่ 1.6 เพื่อจัดการ

บุคลากรในประเทศอย่างเหมาะสม

2. การมีจุดยืนของประเทศในทิศทางเดียวกัน รัฐบาลกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ กระทรวงที่เกี่ยวข้องและผู้เกี่ยวข้อง ควรมีจุดยืนต่อการเคลื่อนย้ายบุคลากรภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมของอาเซียนในทิศทางเดียวกัน

3. การเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมประชุมเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพควรกำหนดแนวทางในการเตรียมการ ก่อนการประชุม Joint Coordinating Committee ของแต่ละวิชาชีพ และการประชุมของ Healthcare Service Sectoral Working Group (HSWG) ภายใต้ Coordinating Committee on Services (CCS) ของอาเซียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศไทย

4. การรักษามาตรฐานของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพที่มีอยู่แล้วหาก MRAs ทั้งสามฉบับยังคงเนื้อความเดิม และหากสภาวิชาชีพยังใช้ข้อกำหนดเรื่องการสอบใบอนุญาตที่มีอยู่ในปัจจุบันต่อไปในอนาคต เป็นไปได้ว่าการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากประเทศสมาชิกอาเซียนเข้ามาในประเทศไทยภายใต้กรอบ MRA จะมีจำนวนไม่มาก

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แผนงานการพัฒนาศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษานี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Nicolaïdis K. Managed Mutual Recognition: The New Approach to the Liberalization of Professional Services 1997 [cited 2011 Aug 15]; Available from: <http://users.ox.ac.uk/~ssfc0041/managedr.htm>.
2. Enemark S, Plimmer F. Mutual recognition of professional qualifications. Proceedings of the FIG XXII International Congress; 2002 Apr 6-10; Washington D.C., USA. Frederiksberg (Denmark):



- The International Federation of Surveyors; p. 6.
3. Plimmer F. Mutual Recognition of Professional Qualifications: The European Union System. 3rd FIG Regional Conference for Asia and the Pacific Surveying the Future Contributions to Economic Environmental and Social Development; 2004 Oct 3-7; Jakarta, Indonesia. Frederiksberg (Denmark): The International Federation of Surveyors; p. 3-4.
  4. Buchan J, Parkin T, Sochalski J. International nurse mobility: Trends and policy implications. Geneva: World Health Organization; 2003.
  5. European Union. Council Directive 75/362/EEC of 16 June 1975 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications in medicine, including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services. The Official Journal of the European Union. 1975;L167:2-9.
  6. European Union. Council Directive 75/363/EEC of 16 June 1975 concerning the coordination of provisions laid down by law, regulation or administrative action in respect of activities of doctors. The Official Journal of the European Union 1975;L167:14.
  7. European Union. Council Directive 77/452/EEC of 27 June 1977 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including measures to facilitate the effective exercise of this right of establishment and freedom to provide services. The Official Journal of the European Union 1977;L176:2-4.
  8. European Union. Council Directive 77/453/EEC of 27 June 1977 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the activities of nurses responsible for general care. The Official Journal of the European Union 1977;L176:8-10.
  9. European Union. Council Directive 78/686/EEC of 25 July 1978 concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of practitioners of dentistry, including measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services. The Official Journal of the European Union 1978;L233:2-4.
  10. European Union. Council Directive 78/687/EEC of 25 July 1978 concerning the coordination of provisions laid down by Law, Regulation or Administrative Action in respect of the activities of dental practitioners. The Official Journal of the European Union 1978;L233:10-4.
  11. European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. The Official Journal of the European Union 2005; L255:35-6.
  12. Young R. A major destination country: the United Kingdom. Euro Observer 2011;13(2):9.
  13. Peeters M, McKee M, Merkur S. EU law and health professionals. In: Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK, editors. Health systems governance in Europe: The role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 589-633.
  14. Borland S, Evans R. Nurses who can't speak English put patients in danger: Lord Winston's stark warning over NHS workers from Romania and Bulgaria. Dailymail [Internet]. 2011 Sep 10 [cited 2011 Sep 12]; Available from: <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2035316/Lord-Winstons-stark-warning-NHS-workers-Romania-Bulgaria.html>.
  15. Nicholas S. The challenges of the free movement of health professionals. In: Mckee M, Macle hose L, Nolte E, editors. Health policy and European Union enlargement. Berkshire: Open University Press; 2004. p. 90-1.
  16. Canadian Medical Association Journal. Doctors crossing borders: Europe's new reality. Canadian Medical Association Journal. 2009;180(2):159.
  17. Young R, Buchan J. Health Professional Mobility in Europe and the UK: A Scoping Study of Issues and Evidence. London: The National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation; 2010.
  18. Chiriac M. Brain Drain of Doctors Worsens in Romania. The Balkan Investigative Reporting Network [Internet]. 2011 Oct 6 [cited 2011 Oct 9]; Available from: <http://www.balkaninsight.com/en/article/more-romanian-doctors-go-abroad-for-better-pay>.
  19. MTI. Official says Hungary lacks 1,500 doctors. The All Hungarian Media Group [Internet]. 2011 Apr 7 [cited 2011 Aug 16]; Available from: <http://www.realdeal.hu/20110407/official-says-hungary-lacks-1500-doctors/>.
  20. Kautsch M, Czabanowska K. When the grass is greener at home: Poland. Euro Observer. 2011;13(3):11.
  21. Saar P, Habicht J. Migration and attrition: Estonia's health sector and cross-border mobility to its northern neighbour. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2011. p. 356-60.
  22. Eke E, Girasek E, Szócska M. From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries Brussels: WHO Regional Office for

- Europe; 2011. p. 389-91.
23. Padaiga Z, Pukas M, Starkienė L. Awareness, planning and retention: Lithuania's approach to managing health professional mobility. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2011. p. 410-4.
  24. Kautsch M, Czabanowska K. When the grass gets greener at home: Poland's changing incentives for health professional mobility. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2011. p. 440-2.
  25. Galan A, Olsavszky V, Vladescu C. Emergent challenge of health professional emigration: romania's accession to the EU. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2011. p. 470-2.
  26. Beňušová K, Kováčová M, Nagy M, Wismar M. Regaining self-sufficiency: Slovakia and the challenges of health professionals leaving the country. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J, editors. Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2011. p. 496-500.
  27. Gerlinger T, Schmucker R. Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cad Saúde Pública* 2007;23:187-9.
  28. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. สมัชชาสุขภาพ 3.มติ 4: นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ. 2553 [cited 2011 oct 17 ]; Available from: [http://nha2010.samatcha.org/sites/nha2010.samatcha.org/files/NHA3\\_res4\\_MedHub\\_22Dec10.pdf](http://nha2010.samatcha.org/sites/nha2010.samatcha.org/files/NHA3_res4_MedHub_22Dec10.pdf).

## ภาคผนวก

### คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขของข้อตกลงยอมรับร่วมอาเซียน

#### 1. คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

- 1.1 สำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Medical Regulatory Authority; PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดและผู้รับ
- 1.2 จดทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังมีผลในปัจจุบัน
- 1.3 ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ต้องมีประสบการณ์ในภาคปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ต่อเนื่องในประเทศแหล่งกำเนิดก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต
- 1.4 ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Professional Development; CPD) ของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ
- 1.5 ใต้รับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้านเทคนิค มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพแพทย์ทั้งในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่นๆ เท่าที่ผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) รับทราบ
- 1.6 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องแจ้งให้ทราบว่าปัจจุบันไม่อยู่ระหว่างการสอบสวนหรือมีคดีความทางกฎหมายที่ยังค้างอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่น
- 1.7 คุณสมบัติด้านอื่นๆตามที่หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเทศผู้รับเห็นสมควรในการกำหนดคุณสมบัติของการขอขึ้นทะเบียนและ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์



## 2. คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล

- 2.1 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาล
- 2.2 จดทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังมีผลในปัจจุบัน
- 2.3 ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลต้องมีประสบการณ์ในภาคปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 ปีต่อเนื่องก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต
- 2.4 ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (CPD) ของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ
- 2.5 ได้ไปรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพพยาบาล (Nursing Regulatory Authority; NRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้านเทคนิค มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพพยาบาล
- 2.6 มีคุณสมบัติด้านอื่นๆตามที่กำหนดเช่น ต้องแสดงผลการตรวจร่างกายหรือผ่านการทดสอบสมรรถภาพ หรือข้อกำหนดอื่นใดตามที่หน่วยงานกำกับวิชาชีพพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานของรัฐในประเทศผู้รับเห็นสมควรในการกำหนดคุณสมบัติของการขอขึ้นทะเบียนและ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล

## 3. คุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์

- 3.1 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทันตแพทย์ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพ (Professional Dental Regulatory Authority; PDRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดและผู้รับ
- 3.2 จดทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังมีผลในปัจจุบัน
- 3.3 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ต้องมีประสบการณ์ในภาคปฏิบัติวิชาชีพทันตแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี ต่อเนื่องในประเทศแหล่งกำเนิดก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต
- 3.4 ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (CPD) ของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ
- 3.5 ได้ไปรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพทันตแพทย์ (PDRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้านเทคนิค มาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศ ในการประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ทั้งในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่นๆ เท่าที่มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพทันตแพทย์ (PDRA) รับทราบ
- 3.6 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องแจ้งให้ทราบว่า ปัจจุบันไม่อยู่ในระหว่างการสอบสวนหรือมีคดีความทางกฎหมายที่ยังค้างอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่น
- 3.7 มีคุณสมบัติด้านอื่นๆตามที่หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพทันตแพทย์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเทศผู้รับเห็นสมควรในการกำหนดคุณสมบัติของการขอขึ้นทะเบียนและ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตแพทย์