

ผลกระทบของการเปิดตลาดการค้าเสรีต่อกำลังคนพยาบาล

ธนิ สุจิจันทร์*

วิไลวรรณ ทองเจริญ*

วิมลรัตน์ กุวารวุฒิปานิช*

เดช เกตุจำ†

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา นโยบายและผลกระทบของการเปิดตลาดการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ ต่อกำลังคนพยาบาล รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร วิเคราะห์เนื้อหาและสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบาย Free Trade Agreement (FTA) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นรายบุคคล จำนวน 10 คน จัดหมวดหมู่ตามประเด็น สรุปนโยบาย แผนการดำเนินงาน สภาพปัญหา และผลกระทบของ FTA, ASEAN Free Trade Area (AFTA), ASEAN Framework Agreement on Services (AFAS) และ ASEAN Economic Community (AEC), ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพและอัตราค่าจ้างพยาบาล ผลการวิจัย: พบว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ความมีชื่อเสียงด้านคุณภาพ สักยภาพทางการแพทย์ ราคา และอัตรากำลังของผู้ให้บริการของประเทศ ไทย ส่งผลให้ผู้รับบริการชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนปี 2553 เพิ่มขึ้นจากปี 2542 ร้อยละ 66.08 โดยในปี 2550 เพิ่มสูงสุด ร้อยละ 83.59 แต่ขณะเดียวกันอัตราค่าจ้างภายในประเทศของไทยยังขาดแคลน ประชาชนเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง การเปิดเสรีการค้าบริการของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 ทำให้ประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนเดินทางเข้าออก สะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยสองประเด็นหลัก คือ 1) มีการเพิ่มจำนวนของผู้ใช้บริการจากต่างชาติขึ้นอีก ส่งผลให้เกิดความขาดแคลนภายในประเทศมากขึ้น 2) การเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์ อาจมีปัญหาในกลุ่มพยาบาลที่เคลื่อนย้ายเข้าประเทศไทยเนื่องจากคุณภาพการศึกษาของพยาบาลในอาเซียนมีความแตกต่างกันมาก ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้รับบริการในประเทศไทยได้ ในด้านการเตรียมการของไทยเพื่อรองรับการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ พบว่ายังขาดแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพ ทำให้หน่วยงานต่างๆ ไม่สามารถดำเนินงาน ได้อย่างสอดคล้องกันเพื่อเตรียมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติให้ดีเท่าที่ควร และสร้างความสมดุลของการให้บริการคนไทยอย่างเป็นธรรม ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: รัฐบาลควรกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติของประเทศที่ชัดเจน และบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคเอกชนอย่างเป็นระบบในด้านการผลิตและการพัฒนาบทบาทความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอันเป็นเป้าหมายสูงสุด

คำสำคัญ: การเปิดตลาดการค้าเสรี ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ กำลังคนทางการพยาบาล

Abstract

Impact of Free Trade Agreement (FTA) on nursing workforce in Thailand

Rachanee Sujjantararat* Vilaivan Thongchareon* Wimolrat Puwarawuttipanit* Det Kedcham†

*Faculty of Nursing, Mahidol University, †ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University

Objective: To explore policies and effects of Free Trade Agreement on nursing workforce.

Research design: Qualitative research design Methods: 1. Relevant documents were collected; content

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

†สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

was attracted and classified into research questions. 2.Ten key informants were interviewed under semi-structured questions to summarize policies, state plan, problems and effects of FTA, AFTA, AFAS and AEC related to health care services and nursing workforce. Results: This study revealed that Thailand had a good potential to be a World Class Health Care Hub. Notable cost, quality of medical care and Thai hospitality led to a rapid increasing number of foreigners who came to Thailand seeking for medical treatment. Number of registered nurse working in private hospitals in 2010 had increased for 66.08 % comparing to the year 1999; the highest increasing rate was 83.59% in 2007. On the other hand, it deteriorated nurse shortage in Thailand and un-equivalent accessibility to health care among Thai people. The Priority Integration Sectors (PIS) of AEC targeted in 2015 facilitates travelling across boarder among ASEAN people but two anticipated problems were identified; 1) aggravating the increasing number of patient seeking medical treatment and worsen the situation of nurse shortage, and 2) nurse migration from ASEAN countries. As nursing education systems are much different among ASEAN countries, problems of un-equivalent education of nursing personnel are encountered and may harm patients. Preparation for FTA in health care services in Thailand has not been very well arranged. Strategic plan, action plan and hosting organization were not clearly identified resulting in fragmentation of work of related parties and imbalance services provided to Thais. **Policy implications:** Leading organization is essential for driving nation strategies of the government. Ministry of Public Health, Ministry of labor, Ministry of Education and Ministry of Commerce must be liable. Roles and responsibility of private hospitals must be heightened and be integrated with the government to balance benefit and loss from being World Class Health Care Hub for better health service system and good quality of life of Thai people, ultimate goal of the nation.

Keywords: Free Trade Agreement (FTA), ASEAN Economic Community (AEC), Health care hub, nursing workforce

ภูมิหลังและเหตุผล

วิกฤตการณ์การขาดแคลนพยาบาลเกิดขึ้นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽¹⁻³⁾ และประเทศกำลังพัฒนาทั้งเอเชียและแอฟริกา⁽⁴⁾ รวมทั้งประเทศไทย มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดสัดส่วนพยาบาล: ประชากรที่ 1:500 ขณะที่ประเทศไทยอยู่ที่ 1:576 แต่มีการกระจายไม่เท่ากัน พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนถึง 1:819⁽⁵⁾ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านเช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ยิ่งพบว่าบางพื้นที่ในประเทศไทยขาดแคลนพยาบาลในขั้นวิกฤต⁽⁶⁾ ปัจจัยส่งเสริมความขาดแคลนภายในประเทศมีอีกหลายประการ เช่น การเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุ แรงงานต่างชาติ การพบโรคเกิดใหม่ การปฏิรูประบบสุขภาพ บุคลากรยุคเบบี้บูมอยู่ในวัยเกษียณ และการเปิดตลาดการค้าบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ เป็นต้น

ความต้องการเป็นศูนย์กลางบริการทางการแพทย์ (Health Care Hub) และการเปิดตลาดการค้าเสรีอาเซียนที่ประเทศไทยต้องเปิดตลาดด้านบริการสุขภาพให้เสร็จสิ้นภายในปี 2558

เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ความต้องการพยาบาลมีมากขึ้น จากกรอบความตกลงว่าด้วยการค้าบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services: AFAS) ประเทศกลุ่มสมาชิกอาเซียนทำการเจรจาการค้าบริการ เพื่อเปิดตลาดการค้าบริการระหว่างกันภายในกลุ่ม การเจรจาดังกล่าวภายใต้กรอบพิมพ์เขียวประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community, AEC Blueprint) ระบุให้สมาชิกต้องเปิดตลาดฯ ในสาขาเร่งรัดตามเป้าหมายที่กำหนดปี พ.ศ. 2558 โดยสาขาบริการด้านวิชาชีพสุขภาพถือเป็นสาขาบริการหนึ่งที่มีข้อผูกพันตาม 7th Package ที่มีข้อกำหนดให้ 1) ต่างชาติที่อยู่นอกอาณาเขตประเทศไทยสามารถให้บริการสุขภาพข้ามแดนได้ 2) อนุญาตให้คนไทยใช้บริการสุขภาพข้ามแดนได้ 3) ให้ต่างชาติมาตั้งธุรกิจสุขภาพในประเทศไทย โดยจำกัดการถือหุ้นไม่เกินร้อยละ 49⁽⁷⁾

การเปิดตลาดการค้าเสรีด้านสุขภาพทำให้สามารถดึงดูดผู้ป่วยในภูมิภาคอาเซียนเพิ่มขึ้นเพราะประเทศไทยมีจุดแข็งในด้านการจัดการที่ได้มาตรฐานสากล ด้านการรักษาและบริการที่



มีราคาถูกกว่าประเทศอื่นในภูมิภาค โดยไทยสามารถดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษายาบาลในประเทศมากเป็นอันดับที่ 1 ในเอเชีย รายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าผู้ป่วยต่างชาติในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 102,000 รายในปี 2543 เป็น 133,570 รายในปี 2549⁽⁸⁾ การดำเนินการเปิดเสรีทางการค้าด้านสุขภาพนี้เป็นเสมือนดาบสองคมคือทั้งสร้างโอกาสให้กับผู้ประกอบการในประเทศ แต่มีผลทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลเข้าทำงานในภาคเอกชนและเกิดความขาดแคลนในภาครัฐบาลเพิ่มขึ้น

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาสภาพปัญหาและผลกระทบของ FTA ต่อความต้องการกำลังคนด้านพยาบาลเพื่อเตรียมมาตรการรองรับผลกระทบจากการเปิดตลาดการค้าเสรีอาเซียน ให้สามารถตอบสนองความต้องการอัตราคนด้านพยาบาล ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง จึงถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องศึกษาในเรื่องดังกล่าวเพื่อนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ศึกษานโยบายและผลกระทบของการเปิดตลาดการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ ต่อกำลังคนด้านพยาบาล

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ (Key informants) ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย FTA ได้แก่ นายกสมาคมอาเซียนแห่งประเทศไทย ผู้อำนวยการสำนักอาเซียน ผู้อำนวยการและนักวิชาการพาณิชย์ สำนักเจรจาการค้าบริการและการลงทุน ผู้แทนสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ฯลฯ เพื่อวิเคราะห์นโยบาย สภาพปัญหาในการดำเนินการ ผลกระทบต่อบริการสุขภาพและกำลังคนด้านการศึกษา และสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบาย FTA ได้แก่ ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ผู้แทนโรง

พยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ผู้แทน/นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ เพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อผลกระทบของ FTA ต่อบริการสุขภาพและกำลังคนด้านการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การวิเคราะห์เนื้อหาของสุงการ์ จันทวานิช⁽⁹⁾ เพื่อตีความ สร้างข้อสรุป จำแนกชนิด และเปรียบเทียบลักษณะของข้อมูล รวมทั้งหาความเกี่ยวข้องของปรากฏการณ์ต่างๆ โดยใช้แนวทางพิจารณาในการจัดระบบจำแนกประเภทโดยยึดเนื้อหาข้อมูลเป็นเกณฑ์ และ 2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหาของเอกสารและข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านนโยบาย FTA เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การรักษาพยาบาลและกำลังคน หน่วยงานที่รับผิดชอบ นโยบายในการดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ แนวทางการแก้ไขปัญหา และทิศทางการดำเนินการใน 5-10 ปีข้างหน้า และแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบาย FTA เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ กำลังคนผลกระทบที่เกิดขึ้น การสร้างความสมดุลในการให้บริการระหว่างชาวต่างประเทศกับประชาชนในประเทศ ฯลฯ

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนได้รับทราบ ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 30.0610 เมื่อ กุมภาพันธ์ 2553

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากข้อมูลเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ตามแบบวิเคราะห์เนื้อหาที่สร้าง

ขึ้น และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายบุคคล ตามวันและเวลาที่กำหนดตามแนวทางในการสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลครบถ้วน

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การบริการสุขภาพ

1.1 การเจริญเติบโตด้านการบริการสุขภาพ พบว่าการค้าบริการระหว่างประเทศมีการเจริญเติบโตอย่างมากและมีอัตราการขยายตัวสูงกว่าการค้าสินค้า ในภูมิภาคเอเชียการค้าบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นบริการในโหมด (Mode)⁽²⁾ การบริโภคข้ามพรมแดน (Consumption Abroad) ส่วนโหมดอื่นยังมีน้อย โดยประเทศผู้ให้บริการรักษาพยาบาลที่สำคัญมี 5 ประเทศหลัก ได้แก่ ประเทศไทย (38%) สิงคโปร์ (33%) อินเดีย (19%) ฟิลิปปินส์ (8%) และมาเลเซีย (2%)⁽¹⁰⁾ สำหรับประเทศไทย การบริการสุขภาพเป็นจุดแข็งของการค้าบริการร่วมกับการท่องเที่ยว มีส่วนแบ่งตลาดประมาณ 70% ของภูมิภาคเท่ากับประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นผู้นำการให้บริการทางสุขภาพในเอเชีย ที่เน้นคุณภาพ ความปลอดภัย และความน่าเชื่อถือในระดับโลก ส่วนประเทศไทยเน้นการเป็นศูนย์กลางการให้บริการทางสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญครบวงจรและทันสมัย ด้วยการบริการที่เป็นเลิศในระดับสากล โดยประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการผ่าตัดหัวใจและศัลยกรรมด้านความงาม⁽¹¹⁾

1.2 การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (World Class Healthcare Provider) พบว่าในปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลไทยประกาศนโยบายว่าจะพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติภายใน 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) โดยกำหนดให้ไทยเป็น Academic Medical Hub of Asia และคาดว่าจะสามารถสร้างรายได้ให้แก่ประเทศไทยตลอดระยะเวลา 5 ปี มากกว่า 4.4 แสนล้านบาท การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีส่วนแบ่งทางการตลาดในธุรกิจบริการสุขภาพสูง มีการเติบโต 10% ต่อปี⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่าจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 550,161 คน ในปี พ.ศ.2544 เป็น 1,373,807 คนในปี 2550⁽¹³⁾ จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณ

วุฒิกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่าประเทศไทยมีความเหมาะสมหลายประการในการเป็น Health Care Hub ดังคำกล่าว 1) “ประเทศไทยอยู่ใน location ที่เหมาะสมมาก สำหรับคนที่จะมาใช้บริการ...” และ “มีพรมแดนติดกับเพื่อนบ้านหมดเลยเส้นทางไม่ไกลเกินไป” 2) “เรามีโรงพยาบาลเอกชนเยอะมากที่สามารถให้บริการนานาชาติได้” 3) “คนไทยมีบุคลิก Service mind เป็นนิสัยซึ่งชาติอื่นไม่มี ทำให้เป็นที่ต้องการของผู้รับบริการไปอยู่ตรงไหนก็มีคนรักคนชอบ” และ “สิ่งที่คนอื่นเอาไปไม่ได้จากประเทศไทยก็คือ hospitality ซึ่งซื้อหาไม่ได้” 4) “..เวลานี้ก็ได้ทำข้อตกลงยอมรับคุณสมบัติทางวิชาชีพกันแล้ว (MRA).... ตรงนี้มันหมายถึงว่า ช่วยให้การไปมาหาสู่ การเคลื่อนย้าย Mobility ของคนง่ายขึ้น ที่เขาสามารถไปทำงานหรือเข้าไปทำงาน หรือเข้ามาใช้บริการง่ายขึ้น” 5) “เราก่อนข้างเป็นประเทศใหญ่ในภูมิภาคนี้ และเราก่อนข้างเปิด ก็ได้เปรียบทำให้เราโตได้ง่าย”

1.3 การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน พบว่าผู้ป่วยชาวต่างชาติเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่หลายแห่ง ผลประกอบการของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ของไทยที่เป็นบริษัทมหาชนและจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์มีแนวโน้มกำไรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 3,117 ล้านบาทในปี พ.ศ.2547 เป็น 4,889, 5,159, และ 5,606 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2550, 2551 และ 2552 ตามลำดับ และพบว่าครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีกำไรสุทธิทั้งสิ้น 2,762 ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.8 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา⁽¹⁴⁾ โรงพยาบาลเอกชนจึงมีแนวโน้มหันมาให้บริการคนไข้ชาวต่างชาติมากขึ้นเป็นลำดับ มีการคาดการณ์ว่าการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ น่าจะเติบโตมากขึ้นจากปัจจัยสำคัญที่เป็นแรงหนุนที่ดีต่อธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน คือ ภาวะเศรษฐกิจทั้งของโลกและของไทยที่ปรับตัวดีขึ้นโดยรวม และการฟื้นตัวของภาคธุรกิจท่องเที่ยวของไทย

2. ประเมินการความต้องการอัตรากำลังพยาบาลและความขาดแคลน

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยต่างชาติที่มีอยู่ในปี 2550 จากการ



สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร⁽¹⁵⁾ พบว่า มีผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) เป็นชาวต่างชาติจำนวน 133,569 ราย และมีผู้ป่วยนอกจำนวน 2,610,895 ราย ประเมินการความต้องการอัตรากำลังพยาบาลได้ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยใน ประเมินการว่าผู้ป่วยในมีความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (ระดับ 3 จาก 5 ระดับ) กำหนดความต้องการโดยใช้เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ ซึ่งกำหนดชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยเฉลี่ย/คน/วันนอน เท่ากับ 5.5 ชั่วโมง ชั่วโมงการทำงานเต็มเวลาของพยาบาลเท่ากับ 2,080 ชั่วโมง/คน/ปี นับเป็น 1 Full Time Equivalent (1 FTE) รวมวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ วันลาพักผ่อนและวันหยุดนักขัตฤกษ์ จากยอดผู้ป่วยในจำนวน 133,569 ราย กำหนดความต้องการอัตรากำลังพยาบาลรวมปีละประมาณ 1,891 คน/ปี

2.2 ผู้ป่วยนอก ประเมินความต้องการการพยาบาลรายละ 30 นาที⁽¹⁶⁾ จากยอดผู้ป่วยนอก 2,610,895 ราย ต้องการอัตรากำลังพยาบาลที่คำนวณโดยหลักการเดียวกับผู้ป่วยในเป็นจำนวน 960 คน/ปี

รวมความต้องการอัตรากำลังพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในชาวต่างชาติ 1,891 คน/ปี กับผู้ป่วยนอกชาวต่างชาติ 960 คน/ปี เท่ากับต้องการ 2,851 คน/ปี ทั้งนี้จำนวนอัตรากำลังที่ได้จากการคำนวณนี้เป็นการคำนวณจากความต้องการขั้นพื้นฐานตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในความเป็นจริงของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยต่างชาติเกือบทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นการให้เวลากับผู้ป่วยจึงย่อมมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวนอัตรากำลังพยาบาลที่ต้องการในภาคเอกชนจึงควรมีมากกว่าจำนวนที่ได้จากการคำนวณดังกล่าว

ระหว่างปี พ.ศ.2542-2550 พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ สัดส่วนของพยาบาลเต็มเวลาในภาคเอกชนก็ยังคงระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของทั่วประเทศ โดยตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2550 มีสัดส่วนที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน และในปีพ.ศ. 2550 เริ่มมีการ

รายงานจำนวนพยาบาลที่ทำงานบางเวลา (Part time) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

เมื่อคำนวณอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศและในโรงพยาบาลเอกชน เทียบกับปี พ.ศ. 2542 พบว่าในช่วงระยะเวลา 11 ปี พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.08 และมีการเพิ่มจำนวนถึงร้อยละ 83.59 ในปี 2550 แต่หลังจากนั้นอัตราการเพิ่มของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนลดลง ดังแสดงในรูปที่ 1

3. ปัญหาของประเทศไทยในการเปิดเขตการค้าเสรี

3.1 ด้านยุทธศาสตร์การค้าบริการสุขภาพ

1)ประเทศไทยไม่มียุทธศาสตร์การค้าบริการสุขภาพที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 กำหนดว่าประเทศไทยจะเป็น Center of Health Care การดำเนินงานที่ทำอยู่เป็นการทำตามที่อาเซียนกำหนด (requested offer) 2)ขาดแผนปฏิบัติการ ดังคำกล่าวที่ว่า “...นโยบายเรื่องนี้มี แต่มันไม่มีแผนว่ากระทรวงอะไรต้องทำตามแผน คือเราจะเป็น hub ไม่ได้ถ้าไม่มีแผน ไม่ทำอะไรเลย” 3)นโยบายด้านการค้าบริการสุขภาพของประเทศไทยไม่เป็นเอกภาพ ขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “นโยบาย..ยังไม่เป็นเอกภาพ ขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกัน บางหน่วยงานเห็นว่าควรเปิดเสรี..บางหน่วยงานเห็นว่ายังไม่ควรเปิด เพราะอาจส่งผลกระทบต่อภายในประเทศ ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงาน” “รัฐบาลก็ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องนี้ ถ้าถามว่า Ideal ที่อยากให้เห็น ก็คือว่าเป้าหมายของรัฐบาลจะเอาอย่างไร เรื่องสุขภาพ เรื่องบริการด้านสุขภาพ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือการหารายได้เข้าประเทศจะอย่างไร”

3.2 ด้านการดำเนินนโยบายการค้าบริการสุขภาพ

พบว่า ขาดหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพชัดเจน เพื่อใช้เป็นศูนย์กลางในการประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานได้อย่างเต็มที่ ต่างฝ่ายต่างทำงาน เกิดความยากลำบากในการขับเคลื่อนนโยบาย เช่น กรมเจรจาการค้าต่างประเทศดำเนินการเจรจากับประเทศต่างๆที่มีศักยภาพเพื่อดึงนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผู้ป่วยต่างชาติให้เข้ามารักษา และนักธุรกิจให้เข้ามา

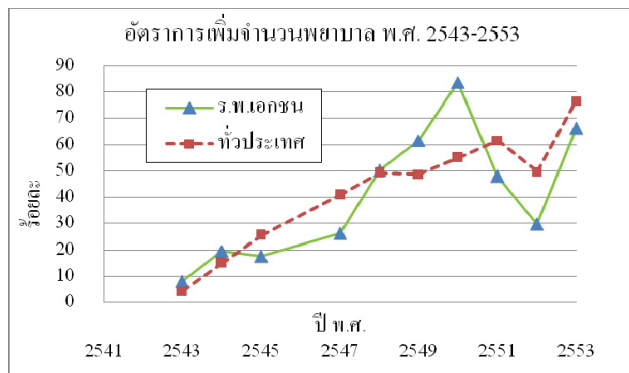
ตารางที่ 1 จำนวนพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนและจำนวนรวมทั้งประเทศ ระหว่าง พ.ศ.2542-2553

พยาบาล	ปี พ.ศ.											
	2542	2543	2544	2545	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	
RN ร.พ.เอกชน	8,244	8,909	9,871	9,702	10,410	12,378	13,320	15,135	12,189	10,689	13,692	
RN ทั่วประเทศ	68,008	70,978	78,182	85,392	95,834	101,465	101,143	105,398	109,797	101,760	120,012	
ร้อยละ RN ในร.พ.เอกชน	12.12	12.55	12.63	11.36	10.86	12.2	13.17	14.36	11.10	10.50	11.41	
อัตราเพิ่ม RN ทั่วประเทศ*		4.37	14.96	25.56	40.92	49.2	48.72	54.98	61.45	49.63	76.47	
อัตราเพิ่ม RN ร.พ.เอกชน*		8.07	19.74	17.68	26.27	50.15	61.57	83.59	47.85	29.66	66.08	
RN บางเวลา (Part time)			ไม่มีกรรายงาน						8,660	5,920	5,765	6,089
พยาบาลเทคนิค(TN) ทั้งหมด	31,543	29,465	29,859	28,015	20,268	15,908	12,882	13,146	9,369	8,270	9,228	
RN+TN	99,551	100,443	108,041	113,407	116,102	117,373	114,025	118,544	119,166	110,030	129,240	

RN = พยาบาลวิชาชีพ, TN = พยาบาลเทคนิค

*เปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2542

(แหล่งข้อมูล: กระทรวงสาธารณสุข, 2555)



รูปที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการเพิ่มของจำนวนพยาบาลทั่วประเทศ กับภาคเอกชน ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2550

ลงทุนในไทย แต่ภายในประเทศขาดบุคลากรด้านการแพทย์ สถาบันที่ผลิตบุคลากรไม่ได้รับนโยบายการผลิตเพิ่มจากหน่วยงานที่กำกับดูแลทั้งที่มีรายงานและสถานการณ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความต้องการบุคลากรที่เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “นโยบายบริการสุขภาพของประเทศไทยยังไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกัน” และ “ควรจะมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่าใคร หน่วยงานใดจะเป็นศูนย์กลางเรื่องบริการสุขภาพของไทย ที่จะรวบรวมข้อมูล เวลาหน่วยงานอื่นๆจะดำเนินการ...จะได้ขอ

ข้อมูลหรือให้แนวทางได้ว่าจะให้ไปทางไหน ใครรับผิดชอบอะไรบ้าง เรื่องนี้ต้องติดต่อใคร ใครเป็นคนตัดสินใจ...”

3.3 ด้านการผลิตพยาบาล พบว่า มีแผนการผลิตที่ไม่เหมาะสม

และสถานศึกษาที่มีคุณภาพมีจำนวนจำกัด การผลิตบุคลากรด้านการแพทย์ของไทยมีศักยภาพสูง สถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐเกือบทั้งหมดจะผลิตพยาบาลตามกรอบอัตรากำลังในภาครัฐ หรือผลิตตามกรอบอัตรากำลังของหน่วยงานของตนเอง ไม่ได้วางแผนผลิตเพื่อสำหรับการทดแทนพยาบาลที่ออกไปอยู่ภาคเอกชนหรือเลิกประกอบอาชีพพยาบาลหรือเกษียณอายุการทำงานจากยุค Baby boomer⁽⁵⁾ ดังคำกล่าวที่ว่า “...แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 11 กำหนดว่าประเทศไทยจะเป็น Center ของ Health Care...แพทย์หรือพยาบาลที่ผลิตออกมาจากประเทศนี้ เป็นที่ยอมรับมีคุณภาพมาตรฐาน เพราะฉะนั้นถ้าภาครัฐสร้างไม่ไหว ภาครัฐต้องปล่อยให้เอกชนเริ่มสร้าง.... วันนี้อรัฐควรเป็นผู้กำกับดูแลมากกว่าที่จะลงไปปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ เราต้องเปลี่ยนรูปแบบ มหาวิทยาลัยไม่ควรที่จะคิดทำคนเดียว มหิดล รามา จุฬา ต้องหา partner สถาบันการศึกษาท่านคุมมาตรฐาน คุมหลักสูตร แล้วท่านให้เขา (เอกชน) ผลิต และเมื่อเขาผลิตแล้ว ได้ตรงนั้น คุณก็ไม่ต้องกังวลว่าคุณจะไม่มี



แพทย์เพียงพอหรือพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับภูมิภาคต่างๆ”

อย่างไรก็ตามสถานศึกษาที่มีคุณภาพมีความจำกัดในการผลิตพยาบาล เนื่องจากประเทศไทยมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรวิชาชีพอย่างเข้มงวดจึงไม่สามารถผลิตตามที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว เพราะการศึกษาที่มีคุณภาพมาตรฐานจำเป็นต้องมีอาจารย์ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม มีสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาเป็นไปตามข้อกำหนด โดยในสาขาการพยาบาลนั้น การฝึกภาคปฏิบัติต้องมีจำนวนอาจารย์ต่อนักศึกษาไม่น้อยกว่า 1:8 มีแหล่งฝึกปฏิบัติที่มีคุณภาพ มีแหล่งข้อมูลสำหรับศึกษาค้นคว้าอย่างเพียงพอ เป็นต้น และในปัจจุบันอาจารย์พยาบาลมีความขาดแคลนอย่างมาก การประกาศรับสมัครอาจารย์พยาบาลมีผู้มาสมัครน้อยมาก เนื่องจากฝ่ายบริการมีการเพิ่มแรงจูงใจให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งเรื่องเงินและสวัสดิการ เพื่อดึงดูดให้มีพยาบาลเพียงพอต่อการให้บริการ สถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์บางแห่งต้องใช้กลยุทธ์การคัดพยาบาลจบใหม่และจูงใจโดยการให้ทุนเรียนระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ซึ่งต้องใช้เวลานานและใช้ทรัพยากรจำนวนมากกว่าจะได้อาจารย์มาทดแทนดังกล่าวว่า “ภาคเอกชนเขาจะชอบคิดในเรื่องการผลิตเพิ่มแต่เขาไม่เข้าใจ logic (logic) ว่าทำไมผลิตเพิ่มไม่ได้ เขาไม่ได้นึกถึงว่า facility ของโรงเรียนไม่พอ ไม่ใช่ว่าเขาอยากสอนนักเรียนห้าพันคนก็สอนได้”

3.4 ด้านข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ประเทศไทยยังขาดแคลนการศึกษาปัญหาและผลกระทบจากการเปิดการค้าเสรีเพื่อการพิจารณาประโยชน์โดยรวมของประเทศไทยที่ได้รับจากการค้าบริการสุขภาพ ประโยชน์ที่เกิดจากรูจกต่างๆที่เกี่ยวข้อง การสร้างงานแก่ประชาชน และผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน รวมทั้งยังขาดการวิเคราะห์ SWOT อย่างครบถ้วนครอบคลุม เพื่อนำมากำหนดวิสัยทัศน์ กำหนดตำแหน่ง (position) ด้านบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยให้ชัดเจนในตลาดโลก และดำเนินการขับเคลื่อนโดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวที่ว่า “เราไม่รู้เลยว่ามันมีปัญหาลึกลับหรือไม่จริง แล้ว

ปัญหาอยู่ที่ระดับไหนเพราะเราไม่มีข้อมูลยังไม่เคยมีการเปรียบเทียบข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากการค้าระหว่างประเทศ”

3.5 ด้านกฎหมาย กฎระเบียบ และเงื่อนไขต่างๆ พบว่า การเข้ามาประกอบธุรกิจและการให้บริการของผู้ให้บริการต่างชาติถูกจำกัด จากการศึกษารายละเอียดและขอบเขตตามที่กฎหมายกำหนด พบว่า กฎหมาย กฎระเบียบและเงื่อนไขต่างๆของประเทศไทยและประเทศสมาชิกอาเซียนหลายประการเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามาประกอบธุรกิจและการให้บริการของผู้ให้บริการต่างชาติ รวมทั้งกฎหมายเข้าเมืองที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเปิดตลาดการค้าเสรีในปี 2558 ตั้งแต่การลงทุน ซึ่งยังจำกัดอยู่ที่ไม่เกินร้อยละ 49 เปิดบริการได้เฉพาะเป็นหน่วยย่อยในโรงพยาบาล และทำได้ไม่เกิน 1 แห่ง ดังคำกล่าวที่ว่า “...การเปิดเสรีคือการให้ต่างประเทศถือหุ้นเกินกึ่งหนึ่งซึ่งทุกประเทศเปิดหมดแล้วยกเว้นไทยประเทศเดียวที่ยังคงไว้ที่ 49%...” ในการเข้ามาประกอบวิชาชีพสหภาพการพยาบาลกำหนดให้สอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย มีความไม่สะดวกในการสอบใบประกอบวิชาชีพ⁽¹⁷⁾ รวมทั้งปัญหาเรื่องระเบียบการขอวีซ่า

3.6 ด้านภาษาต่างประเทศ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพยังมีความเชี่ยวชาญด้านภาษาต่างประเทศน้อย ไม่พร้อมต่อการเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ มีความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพในการให้บริการชาวต่างประเทศ ทำให้ประเทศคู่แข่งที่มีศักยภาพต่างชาติแย่งตลาดที่จะมาใช้บริการทางสุขภาพไปได้ เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย อินเดีย นอกจากนั้นไทยยังเสียเปรียบคนต่างชาติตามขอขายแดน ที่พูดภาษาไทยได้ ดังคำกล่าวที่ว่า.. “ประเทศเราสิ่งที่อ่อนแอ คือภาษา คนของเราภาษาอังกฤษก็ไม่เก่ง ภาษาเพื่อนบ้านก็ไม่มีเป็นภาษาจีนก็ไม่มีเป็น”

4. ผลกระทบของการเปิดเขตการค้าเสรีต่อกำลังคนทางการแพทย์

4.1 ต่อคนในชาติ

4.1.1 ผลกระทบด้านลบ

1) เกิดความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

การเติบโตของธุรกิจสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนทำให้มีความต้องการอัตรากำลังพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน ผู้ให้บริการในภาครัฐมีไม่เพียงพอกับความต้องการอันเนื่องมาจากสมองไหล กระทั่งต่อการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของคนไทย และความขาดแคลนบุคลากรที่ใช้ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนอาจส่งผลกระทบต่อคำรักษาพยาบาลให้เพิ่มสูงขึ้นได้

2) มีโอกาสเสียบุคลากรทางการแพทย์ไทยที่มีความเชี่ยวชาญและมีคุณภาพให้กับประเทศอื่น

ประเทศไทยมีระบบการศึกษาที่เข้มแข็ง สามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพดีได้รับการยอมรับจากประเทศอื่นๆ ซึ่งในหลายประเทศในภูมิภาคอาเซียนยังไม่สามารถทำได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “competency เขาเหมือน PN เราก็คงพยายามผลักดันให้เป็น Professional...” หลายประเทศยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพการศึกษา หลักสูตรยังไม่มีมาตรฐาน ระยะเวลาที่เรียนและเนื้อหาที่สอนแต่ละประเทศไม่เท่ากัน หลายประเทศยังไม่มียุทธศาสตร์วิชาชีพควบคุมดูแล ทำให้คุณภาพของผู้สำเร็จการศึกษาจากแต่ละประเทศแตกต่างกันมาก ไม่สามารถทดแทนกันได้ ประกอบกับปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ไทยเริ่มมีแนวโน้มในการย้ายไปทำงานให้กับประเทศผู้ให้บริการทางสุขภาพที่เป็นคู่แข่งเช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ดังคำกล่าวที่ว่า “สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ บุคลากรทางการแพทย์ เมื่อเข้าออกได้เสรีก็อาจจะมีการเคลื่อนย้ายบางส่วนไหลไปทำงานในที่ที่ตัวเองคิดว่าดีกว่า” เนื่องจากได้ค่าตอบแทนดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และประเทศคู่แข่งเป็นประเทศที่อยู่ใกล้ใช้เวลาในการเดินทางไม่มาก อีกทั้งคนไทยมีคุณลักษณะของจิตบริการ (Service mind) ความมีไมตรีจิต (hospitality) จึงเป็นที่ต้องการในอาเซียน

3) ความเชื่อมั่นและศรัทธาในวิชาชีพพลดลง

เพราะมีการให้บริการเชิงพาณิชย์มากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้าผู้ให้บริการสุขภาพใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์ในการเหยยวยาเพื่อมนุษย ทำเพื่อดูแลรักษาสุขภาพ ก็ถือเป็นสิ่งที่ดีในสังคมไทย แต่ถ้าใช้คำว่าคำจูงใจเกิดความเสียหาย เสียทั้งคน

เสียทั้งจรรยาบรรณวิชาชีพ กลายเป็นเรื่องเชิงพาณิชย์ ความศรัทธาและความเชื่อมั่นมีต่อวงการแพทย์ลดลง การฟ้องร้องเพิ่มขึ้นเพิ่มความไม่ไว้วางใจและความไม่พอใจให้แก่ประชาชน”

4.1.2 ผลกระทบด้านบวก

1) **สถานพยาบาลมีมาตรฐานการบริการไปสู่สากลมากขึ้น** จากความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการทำให้สถานพยาบาลส่วนหนึ่งพัฒนามาตรฐานไปสู่ระดับสากลมากขึ้น โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ผู้ป่วยชาวไทยมีโอกาสได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเพิ่มขึ้น

2) **สร้างรายได้และสร้างอาชีพให้แก่ธุรกิจบริการในสาขาสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้องมากขึ้น** ทำให้รายได้ของประเทศ และจำนวนผู้มีงานทำมากขึ้น

3) **เพิ่มจำนวนและขนาดการบริการ** ผู้ใช้บริการที่สามารถจ่ายเองมีสถานพยาบาลรองรับมากขึ้นไม่ต้องแย่งกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป

4.2 ต่อคนต่างชาติ

4.2.1 **ผลกระทบด้านลบ** คือ อุปสรรคทางตรงและทางอ้อมในการเลือกปฏิบัติต่อผู้ให้บริการต่างดาว (Direct and Indirect facially discriminatory barriers to trade in services) อุปสรรคทางตรงเช่น ห้ามแพทย์ พยาบาลต่างดาวให้บริการในประเทศไทย อนุญาตให้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายของประเทศนั้นที่อยู่ในประเทศไทยและห้ามรักษาผู้ป่วยอื่น อุปสรรคทางอ้อม เช่น การประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาลจะต้องสอบวัดความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของประเทศไทยทุกคนโดยให้สอบภาษาไทย การจำกัดโควตาจำนวนคนต่างดาวที่จะเข้ามาในประเทศ การจำกัดขนาดการลงทุน และการจำกัดสัดส่วนการถือหุ้นไม่เกิน 49%

4.2.2 **ผลกระทบด้านบวก** ได้รับความสะดวกในการเดินทางและการผ่านแดนมากขึ้น สามารถเข้ามาใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพในไทยซึ่งมีราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นที่มีคุณภาพใกล้เคียงกัน คนต่างชาติมีโอกาสเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้นจากค่าแรงที่สูงกว่าและผ่านแดนสะดวก จากปัญหาความขาดแคลนพยาบาลอาจผลักดันให้มีการรับบุคลากรทางการแพทย์จากต่างชาติมากขึ้นโดย



เฉพาะกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอาจไม่ใช่แรงงานมีฝีมือแต่อาจเป็นระดับต่ำกว่าพยาบาลวิชาชีพในการช่วยงานการพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

การให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติของประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วในระยะสิบปีเศษที่ผ่านมาโดยไทยเป็นผู้ให้บริการอันดับหนึ่ง มีส่วนแบ่งตลาดประมาณ 70% ของภูมิภาคเนื่องจากไทยสามารถให้บริการที่มีคุณภาพดีในราคาที่สมเหตุสมผล บุคลากรมีศักยภาพและความเชี่ยวชาญสูง นอกจากนี้ไทยยังมีความเหมาะสมที่จะเป็น Health care hub เนื่องจากเป็นประเทศเปิด อยู่ในทำเลที่ดี เป็นศูนย์กลางการเดินทาง มีโรงพยาบาลเอกชนรองรับจำนวนมาก มีแหล่งท่องเที่ยว บุคลิกของคนไทยมีความเป็นมิตรและมีน้ำใจ ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของอัญชญา และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าในปี 2551 ไทยจะมีรายได้จากผู้ป่วยต่างชาติประมาณ 46,000-52,000 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 59,000-110,000 ล้านบาทในปี 2555 ซึ่งกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ⁽¹³⁾ รายงานตรงกันว่าในปี 2550 ไทยมีรายได้ 46,000 ล้านบาทจากผู้ป่วยต่างชาติ

ในขณะที่การให้บริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเอกชนก็มีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเช่นกัน ประมาณการว่าในปี 2550 ซึ่งมีผู้ป่วยต่างชาติเป็นผู้ป่วยใน 133,569 คน ผู้ป่วยนอก 2,610,895 ราย ต้องการพยาบาลทั้งหมด 2,851 คน สอดคล้องกับการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของททท.ที่พบว่า ในปี พ.ศ.2550 มีพยาบาลวิชาชีพ 16,496 คน พยาบาลเทคนิค 436 คน ทำงานเต็มเวลาในสถานพยาบาลเอกชน⁽¹⁹⁾ ใกล้เคียงกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพ 15,135 คน ที่รายงานโดยกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้ป่วยต่างชาติใช้ส่วนแบ่งบุคลากรพยาบาลประมาณร้อยละ 15-20 ของพยาบาลในภาคเอกชน

จากข้อมูลในตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแม้อัตราการกำลังพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีแต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ เนื่องจากการขยายตัวของความต้องการในภาคเอกชนมีเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (รูปที่ 1) ยกเว้นช่วงที่

มีวิกฤติทางการเมืองซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยต่างชาติ⁽¹⁸⁾ การเติบโตของการให้บริการสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์มีสาเหตุมาจากการที่ประเทศไทยไม่มียุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ ขาดแผนปฏิบัติการ ไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพที่ชัดเจน ขาดศูนย์กลางการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ ทำให้การทำงานของหน่วยงานต่างๆ ไม่สอดคล้องกัน การประกาศเป็น Health care hub เป็นนโยบายที่ขาดการเตรียมการและเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อกรมเจรจาการค้าต่างประเทศเจรจาเพื่อตั้งลูกค้าต่างชาติเข้ามารักษาและลงทุน ไทยไม่ได้เตรียมบุคลากรและกฎระเบียบต่างๆ เพื่อรองรับ การบรรลุนโยบาย Health care hub จำเป็นต้องผลิตบุคลากรเพิ่มในกลุ่มใดบ้าง จำนวนเท่าใด ใครเป็นผู้ผลิต ภาคเอกชนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบอย่างไร กระทรวงศึกษาธิการควรวางแผนอย่างไร จัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการอย่างไร กระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบอะไรบ้าง จะแก้ปัญหาอย่างไรแก่ประชาชนไทยในการรับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและทั่วถึง รายได้และชื่อเสียงของประเทศคุ้มค่ากับการลงทุนและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชนหรือไม่

อย่างไรก็ตาม ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์นี้อาจเป็นปัญหาที่มีอยู่แล้ว แม้จะไม่ได้มีการเปิดการค้าเสรี ดังนั้นถ้ามีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนหรือมีผู้ใช้บริการสุขภาพมากขึ้นจะทำให้ความรุนแรงของปัญหาด้านกำลังคนเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า "...พยาบาลต้องผลิตเพิ่มแน่นอนเพราะปัจจุบันก็ขาดแคลนอยู่แล้ว" และ "... มันขึ้นอยู่กับว่าผลิตไปแล้วมันเพียงพอไหม" ซึ่งสาเหตุความขาดแคลนเดิมเกิดเนื่องมาจาก ภาครัฐไม่ได้วางแผนผลิตเพื่อสำหรับการทดแทนพยาบาลที่ออกไปอยู่ภาคเอกชนหรือเลิกประกอบอาชีพพยาบาลหรือเกษียณอายุการทำงานจากยุค Baby boomer⁽⁵⁾ ไม่ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังไว้รองรับให้เพียงพอต่อความต้องการที่แท้จริง โดยกรอบอัตรากำลังของพยาบาลถูกยุบไปในช่วงที่ต้องการจำกัดจำนวนข้าราชการและไม่ได้รับอัตราคืนกลับมาแต่จะบรรจุในตำแหน่งของพนักงานของรัฐและลูกจ้างชั่วคราว ทำให้โรงพยาบาลรัฐไม่มีกรอบอัตรา

ข้าราชการจำนวนมากพอที่จะบรรจุพยาบาลจบใหม่ ทั้งๆที่โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องการพยาบาลเพิ่ม จึงไม่มีแรงจูงใจให้พยาบาลอยากเข้าทำงานภาครัฐ ดังจะเห็นได้ว่าในปี 2555 รัฐต้องจ้างพยาบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราวถึง 17,000 คน แทนการบรรจุเข้ารับราชการทำให้เกิดการประท้วงขึ้นหลายครั้ง และพยาบาลจำนวนมากเลือกที่จะไม่ทำงานกับโรงพยาบาลรัฐต่อไป⁽²⁰⁾

ด้านการสูญเสียพยาบาลไปยังประเทศคู่แข่ง การเปิดการค้าเสรีในปี 2558 อาจไม่ส่งผลกระทบมากนักเพราะรายได้ของพยาบาลไทยในปัจจุบันแม้ว่าจะไม่สูงเท่ากับประเทศคู่แข่ง เช่นสิงคโปร์ แต่โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งสามารถให้ค่าตอบแทนที่ดี มีการเพิ่มเงินเดือน สวัสดิการและเงินอื่นๆเพื่อดึงดูดพยาบาลให้เข้าทำงานเนื่องจากมีความต้องการเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะพยาบาลในกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญสูง ทำให้พยาบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐลาออกภายหลังใช้ทุนหมดหรือภายหลังพัฒนาตนเอง ทำงานฝึกประสบการณ์จนเชี่ยวชาญแล้วออกไปทำงานภาคเอกชน จึงน่าจะเป็นปัญหาการไหลของพยาบาลจากภาครัฐไปเอกชนภายในประเทศเป็นหลัก สิ่งที่น่าจะเป็นปัญหาจากการเปิดการค้าเสรีคือการเข้ามาทำงานของพยาบาลต่างชาติที่จบจากสถาบันที่หลักสูตรและคุณภาพการศึกษายังไม่สามารถเทียบเคียงกับมาตรฐานการศึกษาที่ดีที่มีการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวดในประเทศไทยได้ แต่โรงพยาบาลเอกชนอาจจำเป็นต้องรับเข้ามาเพื่อลดความขาดแคลน ซึ่งพยาบาลเหล่านี้อาจไม่นับเป็นแรงงานฝีมือเนื่องจากมีปัญหาต้องสอบวัดความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย โรงพยาบาลและองค์กรวิชาชีพจึงต้องควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลต่างชาติกลุ่มนี้ให้ดีเพื่อสามารถจูงคุณภาพการบริการที่ดีไปได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

1. กำหนดหน่วยงาน/เจ้าภาพที่รับผิดชอบโดยตรงในการเปิดการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพ รัฐบาลต้องวิเคราะห์ประเทศไทยให้ครอบคลุมเป็นระยะๆ และตัดสินใจให้ชัดเจนว่าจะผลักดันยุทธศาสตร์ให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพ

นานาชาติ (A World Class Healthcare Provider/ Health Care Hub / Medical Hub) มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคธุรกิจและพัฒนาแนวคิดใหม่ในการแก้ปัญหา และมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น การใช้เตียงว่างในโรงพยาบาลเอกชน การเปิดให้มีการจ้างหรือแลกเปลี่ยนบุคลากรร่วมกันระหว่างรัฐและเอกชน

2. กำหนดแผนปฏิบัติการ (action plan) ที่ชัดเจน

ทำให้สามารถดำเนินการเชิงรุกตามนโยบายและภารกิจอย่างสอดคล้องกันทั้งระบบ เช่น กำหนดให้สถาบันการศึกษาเพิ่มการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีทักษะด้านภาษาต่างชาติ เพื่อผลักดันนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ปรับเปลี่ยนนโยบาย การดำเนินการด้านกฎหมายเข้าเมืองให้เอื้อต่อการเข้ามาให้บริการของผู้ป่วยต่างชาติ สนับสนุนการลงทุนของนักลงทุนชาวไทยในต่างประเทศ เป็นต้น

3. ประเมินความต้องการด้านกำลังคนทางการพยาบาลในระยะยาว และศึกษาความสามารถของสถาบันการศึกษาในการผลิตพยาบาล เพื่อเตรียมการผลิตให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของประเทศทั้งระบบ ซึ่งถือเป็นจุดอ่อน (Weakness) ของความขาดแคลนอัตรากำลัง เพราะประเทศไทยมีบุคลากรด้านการรักษาพยาบาลที่มีศักยภาพสูงและสมบูรณ์ทั้งระบบ ตั้งแต่การศึกษา การบริการ และโครงสร้างทางกายภาพ (Strength) และบุคลากรของประเทศไทยมีคุณสมบัติและวัฒนธรรมที่โดดเด่น มี hospitality ที่ต่างชาติต้องการ

4. ประเมินต้นทุนการผลิตพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประเมินประโยชน์ที่ได้และผลเสียที่เกิดแก่ประเทศไทยเมื่อมีการเปิดการค้าเสรี

5. สนับสนุนภาคเอกชนให้มีส่วนรับผิดชอบหรือมีส่วนร่วมในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ โดยดูแลให้มีระบบการควบคุมมาตรฐานที่ดี เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม เพราะภาคเอกชนมีความต้องการบุคลากรจำนวนมาก จึงควรจ่ายเงินชดเชยแก่รัฐตามสัดส่วนที่กำหนด ฯลฯ

6. จัดให้มีหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบในการประเมินความ



สมดุลและความเป็นธรรมของการบริการสุขภาพ เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนคนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. กำหนดนโยบายการรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นชาวต่างชาติอย่างชัดเจน เพื่อควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงานตามความต้องการของสังคมไทย

8. พัฒนาหลักสูตรและมาตรฐานด้านแรงงานที่มีมือร่วมกัน เพื่อให้คุณภาพในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน ในฐานะที่เป็นประเทศอาเซียนด้วยกัน และเพื่อจัดให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ใช้บริการ ลดความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกัน บรรจุภาษาอังกฤษและภาษาของประเทศเพื่อนบ้านไว้ในหลักสูตร

สรุป

ประเทศไทยมีจุดแข็งหลายประการที่จะเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติได้ การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติช่วยสร้างชื่อเสียงและรายได้เข้าประเทศจำนวนมาก แต่ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ยังมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนในประเทศ ดังนั้น รัฐบาลจึงต้องวิเคราะห์อย่างรอบคอบและรัดกุม ให้ชัดเจนถึงความสมดุลและเหมาะสมต่อผลประโยชน์ที่ประเทศไทยได้รับและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทยจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ การกำหนดตำแหน่ง (Position) ของประเทศ การวางแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการระดับชาติที่เกิดจากการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนจะช่วยรับมือกับปัญหาทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพื่อนำพาประเทศไปสู่เป้าหมายอย่างมั่นคงและเป็นธรรมต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนชาวไทย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักวิจัยและพัฒนา กำลังคน (สวค.)

เอกสารอ้างอิง

1. Thrall TH. The return of the RNs. Hosp Health Netw 2009;83:22-4.
2. Wilson B, Squires M, Widger K, Cranley L, Tourangeau A. Job satisfaction among a multigenerational nursing workforce. J Nurs Manage 2008;16:716-23.
3. Doiron D, Hall J, Jones G. Is there a crisis in nursing retention in New South Wales? Aust NZ Health Policy 2008;5:19.
4. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? Bull World Health Organ 2009;87:225-30.
5. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปตารางรายงานปีงบประมาณ 2542-2553. Available online at: <http://hrm.moph.go.th/res53/> retrieved on December 8, 2012
6. กฤษดา แสงวงดี. “สถานการณ์ด้านกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย” จากหนังสือประกอบการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง วิถุทัศน์กำลัง “คน” ด้านสุขภาพ : ทางออกหรือทางตัน. กรุงเทพฯ: บริษัท กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2550.
7. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. (มปป.). การเจรจาเปิดตลาดการค้าบริการในกรอบอาเซียน (AFAS). Available Online at www.dtn.go.th/dtn/tradeinfo/file/afas.htm retrieved on October 30, 2010.
8. กฤษดา แสงวงดี. มุมมองใหม่ในการบริหารจัดการด้านการพยาบาล. โครงการประชุมวิจัยทางการแพทย์แห่งชาติ ครั้งที่ 4. 2-4 พฤศจิกายน 2552. นนทบุรี: 2552;62-67.
9. สุภาภรณ์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549; 77.
10. บริษัท จี. เบซ แอลไลแอนซ์ จำกัด. รายงานฉบับสมบูรณ์ “โครงการศึกษาผลกระทบที่มีต่อผู้ประกอบการค้าและบริการไทยอันเนื่องมาจากการจัดทำเขตการค้าเสรี (FTA)”. เสนอต่อกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ 2548. หน้า 417.
11. Smith RD, Chanda R. and Tangcharoensathien V. Trade and Health 4: Trade in health-related services, Lancet 2009;373:593-601.
12. สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, สถาบันพัฒนาวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. คู่มือเพื่อการบริหารท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ สำหรับผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรม /สถานพักฟื้น มปป. Available online at http://thai.thailandmedicaltourismcluster.org/Portals/0/PDF/Operatorguide_HotelFinal.pdf retrieved on May 25, 2011.
13. สำนักการค้าบริการและการลงทุน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. บริการสุขภาพ 2553. Available online at : <http://www.thaifta.com/ThaiFTA/Portals/0/บริการด้านสุขภาพ.pdf> retrieved on March 14, 2011.
14. กรุงเทพมหานคร. โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ปี 53: แนวโน้ม

- เดิบโต.แต่ต้องเผชิญกับการแข่งขันที่รุนแรง. กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 30 สิงหาคม 2553, Available online at <http://www.bangkokbiznews.com> retrieved on April 6, 2011.
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550 available at: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm retrieved on March 22, 2554
 16. กฤษดา แสงดี. แนวทางการจัดอัตรากำลังพยาบาล. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2545; 81.
 17. ศูนย์วิจัยกฎหมายและการพัฒนา คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการศึกษา ความเป็นไปได้ในการปรับกฎระเบียบการเข้าเมืองและการทำงานของคนต่างด้าวเพื่อ รองรับการผลิตบริการค้าบริการและการลงทุนของไทย. (2551). Available online at : <http://www.thaifta.com/thaifta/Home/B2/tabid/55/ctl/Details/mid/435/ItemID/5215/Default.aspx> retrieved on November 23, 2011.
 18. อัญชานา ณ ระนอง, วิโรจน์ ณ ระนอง, ศิริชัย จินดารักษ์. นโยบายการเป็นศูนย์กลางบริการด้านการแพทย์สำหรับชาวต่างประเทศ (Thailand Medical Hub). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บริษัทแสงสว่างเวิลด์เพรส จำกัด; 2553.
 19. การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.). รายงานขั้นสุดท้าย (Final Report) การวิจัยโครงการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพทางการตลาดสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. กรุงเทพฯ: การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) โดย Market Wise: Market Research Consultants 2553.
 20. ผู้จัดการออนไลน์. พยาบาลวิชาชีพพลุกง้างชั่วคราวกว่า 2,000 จีรัฐบรรจู้ข้าราชการ ขู่หยุดงานประท้วง. ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 19 มิถุนายน 2555, Available online at : <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9550000075060> retrieved on December 12, 2012.