

ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้าย
แรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล



นางสาวสุนิสา แพร่ภัทรประสิทธิ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การเมือง

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

IMPACTS OF THE SKILLED-LABOUR EMPLOYMENT UNDER ASEAN MUTUAL
RECOGNITION ARRANGEMENT IN THE ASEAN ECONOMIC COMMUNITY ON
ECONOMIC SECURITY : THE CASE OF DOCTORS AND NURSES

Miss Sunisa Phaepattaraprasit

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Political Economy

Faculty of Economics

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้าง
แรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี
ภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และ
พยาบาล

โดย

นางสาวสุนิสา แพรภักดิ์ประสิทธิ์

สาขาวิชา

เศรษฐศาสตร์การเมือง

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. ชโยดม สรรพศรี)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. กุลลีนี มุทธาภิน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(นายพรชาติ บุนนาค)

สุนิสา แพทย์ประสิทธิ์ : ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานที่มีฝีมือตาม
ข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล.
(IMPACTS OF THE SKILLED-LABOUR EMPLOYMENT UNDER ASEAN MUTUAL
RECOGNITION ARRANGEMENT IN THE ASEAN ECONOMIC COMMUNITY ON ECONOMIC
SECURITY : THE CASE OF DOCTORS AND NURSES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.
ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 128 หน้า.

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ได้ทำความตกลงร่วมกันให้ประเทศในกลุ่มภูมิภาคอาเซียนเปิดเสรีการ
ลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพ และเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยใน
การขับเคลื่อนธุรกิจด้านสุขภาพโดยตรง การเปิดเสรีทั้ง 2 อย่าง ส่งผลต่อการแข่งขันในธุรกิจโรงพยาบาลที่
รุนแรงขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างแรงงานเพิ่มและใช้ประโยชน์จากแรงงานอย่างสูงสุดเพื่อเพิ่มกำไร
และรักษาส่วนแบ่งทางตลาดสุขภาพ ซึ่งหากเกิดการจ้างงานในภูมิภาคก็จะทำให้แรงงานวิชาชีพแพทย์ และ
พยาบาลเกิดการเคลื่อนย้ายเข้าและเคลื่อนย้ายออกมากขึ้น และการเคลื่อนย้ายแรงงานหากมากเกินไปก็จะ
กระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจในประเทศไทยได้

งานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการจ้างงานแรงงานที่มี
ภายใต้ข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงานในประชาคมทางเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล โดยใช้
วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาวิเคราะห์ เก็บข้อมูลปฐมภูมิด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 17 คน
และข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร และสถิติต่างๆ นำมาวิเคราะห์ 3 ส่วน คือ 1) การจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ
กรณีแพทย์ และพยาบาล 2) การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือภายใต้การดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมใน
คุณสมบัติวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) กรณีสาขาวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล และ 3) ผลกระทบด้านความ
มั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทย

ซึ่งผลการศึกษาปรากฏว่า การจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานเป็นการ
เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถเลือกจ้างงาน และใช้ประโยชน์แรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล
จากประเทศอื่นในอาเซียนได้มากขึ้น โดยรัฐเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนนายทุนโรงพยาบาลเอกชนให้ได้
ประโยชน์เพิ่มมากขึ้นผ่านนโยบาย และการลดกฎระเบียบต่างๆ ส่วนในด้านการเคลื่อนย้ายออกของแรงงาน
วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยมีโอกาสมากขึ้นในการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานในประเทศที่ให้ค่าจ้างที่สูงกว่า
หากไม่มีการดูแลปริมาณการเคลื่อนย้ายออกย่อมส่งผลกระทบต่อเพิ่มปัญหาขาดแคลนแรงงานวิชาชีพแพทย์ และ
พยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น สำหรับการเคลื่อนย้ายเข้าในระยะสั้นเป็นการยากเนื่องจากติดข้อจำกัดตาม
กฎหมายของประเทศไทย แต่ระยะยาวความจำกัดด้านปริมาณ และความสามารถของแรงงานในประเทศอาจจะ
ผลักดันให้เกิดการนำแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียนเข้ามาทำงานประเทศไทย
ซึ่งหากไม่มีการดูแลอาจจะส่งผลกระทบต่อได้แรงงานที่ไม่มีคุณภาพ และปัญหาอื่นๆ ที่มาพร้อมกับการเคลื่อนย้าย
เข้ามาของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ดังนั้น ประเทศไทยต้องมีนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมในผลกระทบที่
อาจจะเกิดขึ้นทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ

สาขาวิชา เศรษฐศาสตร์การเมือง

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5385350329 : MAJOR POLITICAL ECONOMY

KEYWORDS: ECONOMIC SECURITY / SKILLED LABOUR MOBILITY

SUNISA PHAEPATTARAPRASIT: IMPACTS OF THE SKILLED-LABOUR EMPLOYMENT UNDER ASEAN MUTUAL RECOGNITION ARRANGEMENT IN THE ASEAN ECONOMIC COMMUNITY ON ECONOMIC SECURITY : THE CASE OF DOCTORS AND NURSES. ADVISOR: ASSOC. PROF. NAROK PHETPRASERT, Ph.D., 128 pp.

Asean Economic Community (AEC) has an agreement with the countries in the ASEAN for free flow of investment in health care services and of skilled-labor in the medical field. This is an important factor to directly drive the health care production and this will create intensified competition in the hospital market. The private hospital will employ more medical professionals and utilize them to increase their profit and preserve market share. The employment in the region can cause medical professionals migrating both inside and outside of the country and if the migration is too much, it will affect the economic security of Thailand.

In this study, the researchers have studied the impact of the skilled-labor employment under ASEAN mutual recognition arrangement (MRAs) also ASEAN Economic community and Economic security in the case of Doctors and Nurses using qualitative descriptive analysis. Primary data collected through in-depth interviews with 17 people and secondary data from the document and statistics analyzed three parts: 1) The employment in the case of medical field, 2) The movement of skilled-labor under ASEAN mutual recognition arrangement in the medical field, 3) The impacts on the economic security of Thailand.

The results of the study indicated that the mobility of skilled-labor under ASEAN mutual recognition arrangement opens the way for the private hospital to employ and apply medical professional from other countries. The role of the Thai Government will be important part in supporting private hospitals to benefit more through policy and easy regulations. Regarding migration of Thai medical professionals- It will give them an opportunity to move out and work in the countries where remuneration is higher. But if there is no control on migration then it would create shortage of medical professionals in Thailand. For medical professional migrating to work in Thailand for only short term will have difficulty due to restrictions by the Thai law. However, in the long term lack of Thai medical professional and language skills will force Thai private hospitals to employ medical professional from ASEAN countries and flow of medical professional from neighboring countries could affect the quality of healthcare system along with other problems that can come with moving to Thailand. Therefore, we should meticulously prepare policy considering both proactive and reactive impacts in the future.

Field of Study: Political Economy

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ด้วยช่วยเหลือของ รศ. ดร. ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งท่านให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการจัดทำเล่มนี้ และขอขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่น้องทุกท่านสำหรับกำลังใจ และความช่วยเหลือต่างๆ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญกราฟ.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	8
1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย.....	9
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
1.8 วิธีดำเนินการวิจัย.....	11
1.9 วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล และจำนวนตัวอย่าง.....	12
1.10 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
2.1 แนวคิดและทฤษฎี.....	13
2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ.....	13
2.1.2 แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ.....	21
2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีการเคลื่อนย้ายแรงงาน.....	24
2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
2.2.1 อาเซียน (ASEAN).....	24
2.2.2 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.....	26
2.2.3 การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือกับเศรษฐกิจในอาเซียน.....	27

2.2.4	ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือในประเทศไทย.....	36
2.2.5	ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล.....	37
2.2.6	ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย.....	41
2.2.8	การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในอดีต.....	49
2.2.9	แนวโน้มปัญหาที่จะเกิดจากการจ้างแรงงานที่มีฝีมือภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.....	50
2.3	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจ้างงานแรงงานและเคลื่อนย้ายแรงงาน.....	53
2.3.1	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ้างแรงงานประเทศอื่น.....	53
2.3.2	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงาน.....	54
บทที่ 3	ระเบียบ มาตรการ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือ.....	58
3.1	ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพ (ASEAN Mutual Recognition Arrangement).....	58
3.1.1	ความจำเป็นในการทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรี.....	58
3.1.2	ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก.....	59
3.2	กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ กรณีแพทย์ และพยาบาล ของประเทศไทย.....	62
3.2.1	กฎหมายเฉพาะที่กำหนดคุณสมบัติแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล.....	62
3.2.2	กฎหมายแรงงานของประเทศไทย.....	63
3.3	อัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน.....	66
บทที่ 4	ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลง.....	68
4.1	วิเคราะห์การจ้างงานแรงงานมีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล.....	69
4.1.1	สาเหตุที่เจ้าของโรงพยาบาลเอกชนจ้างงานเพิ่มมากขึ้น.....	70
4.1.2	การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชน.....	89
4.2	วิเคราะห์การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเข้าและการเคลื่อนย้ายแรงงานออกภายใต้การดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมกันในคุณสมบัติในวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) สาขาวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล.....	94
4.2.1	การเคลื่อนย้ายออกของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย.....	94
4.2.2	ด้านการเคลื่อนย้ายเข้าประเทศไทยของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต่างประเทศในอาเซียน.....	99

4.3	แนวโน้มผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างแรงงาน มีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และ พยาบาล	105
4.3.1	กระทบต่อรายได้ทางเศรษฐกิจของประเทศในภาคบริการด้านสุขภาพ	105
4.3.2	กระทบต่อรายได้ในภาคธุรกิจอื่นๆ	107
4.3.3	กระทบต่อเงินลงทุนในการผลิตแพทย์ และพยาบาล	108
4.3.4	กระทบต่อความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้น	109
4.3.5	กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของแพทย์ และพยาบาลลดลง	109
4.3.6	กระทบต่อตลาดแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย	109
4.3.7	กระทบต่อปัญหาอื่นๆ ที่มาพร้อมกับการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเข้าประเทศ	110
บทที่ 5	บทสรุป และข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อรองรับผลกระทบ	112
5.1	บทสรุป	112
5.1.1	การจ้างงานแรงงานมีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล	112
5.1.2	การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล	112
5.1.3	แนวโน้มผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างแรงงาน มีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณี แพทย์ และพยาบาล	113
5.2	ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย	114
5.3	ข้อเสนอแนะด้านหน่วยงานผู้รับผิดชอบ	119
	รายการอ้างอิง	120
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	128

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สัดส่วนการลงทุนจากต่างประเทศทางตรงต่อ GDP ของประเทศต่าง ๆ ของกลุ่ม AEC ปี ค.ศ. 2007-2011.....	31
ตารางที่ 2 ภาคการลงทุนจากต่างประเทศในอาเซียน ปี ค.ศ. 2011.....	32
ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปของประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2556 และ 2583.....	35
ตารางที่ 4 สัดส่วนจำนวนแพทย์และพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน ของแต่ละประเทศ.....	38
ตารางที่ 5 จำนวนประชากรในแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน ปี พ.ศ. 2556.....	39
ตารางที่ 6 สถานการณ์ผู้ให้บริการสุขภาพประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558.....	41
ตารางที่ 7 โครงสร้างประชากรโลกและประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2568.....	42
ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศและรายได้ ปี พ.ศ. 2551-2555.....	43
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ (Competitive Advantage) ระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ.....	43
ตารางที่ 10 จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2554.....	44
ตารางที่ 11 ตารางแสดง GDP per capita ของแต่ละประเทศใน ASEAN ปี ค.ศ. 2010.....	47
ตารางที่ 12 ตารางจำแนกรายได้ประชากรเฉลี่ยต่อคนต่อปีของประเทศสมาชิกอาเซียน.....	48
ตารางที่ 13 ค่าแรงขั้นต่ำต่อเดือนของประเทศในอาเซียนในปี พ.ศ. 2553.....	52
ตารางที่ 14 ตารางจำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555.....	55
ตารางที่ 15 ตารางเปรียบเทียบเงินเดือนเฉลี่ยของประเทศ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย.....	67
ตารางที่ 16 เปรียบเทียบจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ. 2543 2549 และ 2554.....	72
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบจำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลฯ รูปแบบการจัดตั้งตามกฎหมาย ปี พ.ศ. 2549 กับ 2554.....	73
ตารางที่ 18 ตารางผลกำไรที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552.....	75
ตารางที่ 19 จำนวนโรงพยาบาลต่อประชากร และจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร.....	78
ตารางที่ 20 ร้อยละของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทย ที่มีผู้ป่วยใน/นอกชาวต่างประเทศ เข้ารับการรักษา จำแนกตามกลุ่มโรค และประเทศ ปี พ.ศ. 2554.....	79
ตารางที่ 21 ตารางเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยต่างประเทศในแต่ละประเทศ.....	86
ตารางที่ 22 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ปี 2550 จำแนกตามสัญชาติ.....	87

ตารางที่ 23 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศจำแนกตามขนาด ปี พ.ศ. 2554..... 88

ตารางที่ 24 จำนวนบุคลากรแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ. 2549 กับ 2554 ... 90

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบประมาณเงินเดือนเริ่มต้นระหว่างโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน. 92

ตารางที่ 26 ดัชนีชี้วัดการเปิดให้นักลงทุนต่างประเทศถือหุ้นในสาขาธุรกิจบริการในอาเซียน 98

ตารางที่ 27 สัดส่วนแพทย์ และพยาบาลไทยต่อประชากร ปี พ.ศ. 2550-2554 101

ตารางที่ 28 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและประมาณการรายได้ของประเทศไทย..... 101

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารักษาในโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน 107



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญกราฟ

หน้า

กราฟที่ 1 กราฟแสดงแนวโน้ม GDP ของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2553	3
กราฟที่ 2 กราฟเปรียบเทียบ GDP Asean ระหว่างปี ค.ศ. 2002 กับ ค.ศ. 2010	28
กราฟที่ 3 กราฟแสดงโครงสร้างระบบเศรษฐกิจในประเทศอาเซียน ปี ค.ศ. 2011	29
กราฟที่ 4 กราฟโครงสร้างการมีงานทำในประเทศสมาชิกอาเซียน ปี พ.ศ. 2555	30
กราฟที่ 5 กราฟสัดส่วนเศรษฐกิจภาคบริการของแต่ละประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2553.....	71
กราฟที่ 6 กราฟรายจ่ายต่อเดือนของประชากรของแต่ละประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2554	104



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ภาพการวิเคราะห์โรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลเข้มข้น 70

ภาพที่ 2 ภาพการขยายตัวของเครือโรงพยาบาลเอกชนไทย 76



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาเซียน กำเนิดมาในฐานะเป็นองค์กรที่เน้นความร่วมมือระหว่างประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ บนหลักการแห่งรัฐต่อรัฐเป็นสำคัญ (สุริชัย หวันแก้ว, 2548: 1) โดยมีพัฒนาการความร่วมมือมานับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2510 (ค.ศ. 1967) พัฒนาการของอาเซียนยังไม่ได้ให้ความสำคัญด้านความร่วมมือด้านความมั่นคงมากนัก ต่อมาในปี พ.ศ. 2518 (ค.ศ.1975) ประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กลายเป็นเวทีของความขัดแย้งด้านอุดมการณ์อย่างรุนแรงระหว่างมหาอำนาจเหล่าประเทศผู้ก่อตั้งอาเซียนตระหนักว่า ในการรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงของแต่ละประเทศ คือการสร้างภูมิภาคให้เสถียรภาพและพึ่งพาตนเองแทนการพึ่งพามหาอำนาจ (พิชญ์ สุวรรณะชญ, 2540: 1) ทำให้เริ่มตระหนักในความสำคัญของการรวมตัวเพื่อป้องกันการคุกคามจากอุดมการณ์ทางการเมือง ส่งผลให้เกิดการลงนามในสนธิสัญญาความตกลงในด้านต่างๆ จนเข้าสู่ทศวรรษ 1990 เมื่อสิ้นสุดแห่งสงครามเย็น ในปี พ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) อาเซียนทำการตกลงร่วมกันในการจัดตั้งกลไกทางด้านความมั่นคงในภูมิภาคขึ้นมาที่เรียกว่า ASEAN Regional Forum (ARF) พัฒนาการความร่วมมือ ได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดทางเศรษฐกิจโลกในแต่ละภูมิภาค โดยมีแนวคิดเรื่องของการรวมตลาดภูมิภาคเป็นตลาดเดียว ไม่ว่าจะเป็นการร่วมมือทางเศรษฐกิจในทวีปยุโรป อเมริกา หรือแม้แต่การแสวงหาความร่วมมือทางเศรษฐกิจของจีน ญี่ปุ่น เพื่อเพิ่มศักยภาพการต่อรองทางเศรษฐกิจให้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2537 (ค.ศ. 1994) อาเซียน จึงได้มีการตกลงร่วมกันในการจัดตั้งเขตการค้าเสรีที่เรียกว่า AFTA และได้พยายามพัฒนาจนมาสู่แนวคิดการสร้างประชาคมอาเซียนตามแบบสหภาพยุโรป (ประภัสสร เทพชาตรี, 2554: 1-17)

แนวคิดเรื่องการจัดตั้งประชาคมอาเซียน เกิดขึ้นในการประชุมสุดยอดอาเซียนที่บาหลี ในปี พ.ศ. 2546 (ค.ศ. 2003) ได้จัดทำปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียน ฉบับที่ 2 (Bali Concord II) โดยทำการตกลงว่าจะจัดตั้งประชาคมอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) (และเลื่อนมาเป็นปี ค.ศ. 2015) โดยประชาคมอาเซียนประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ ประชาคมการเมือง ความมั่นคง ประชาคมเศรษฐกิจ และประชาคมสังคมวัฒนธรรม โดยภายใต้การจัดทำประชาคมอาเซียนนี้ ประชาคมเศรษฐกิจถือเป็นการรวมตัวที่สำคัญมีการจัดทำแผนปฏิบัติการมาตรการต่างๆ เพื่อนำพาอาเซียนไปสู่การจัดตั้งประชาคม โดยได้มีการจัดทำแผนงาน (Blueprint) ขึ้น แผนงานดังกล่าวได้ลงรายละเอียดไว้อย่างมาก และมีแนวทางการจัดตั้งเป็นตลาดร่วมอาเซียนที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน (ประภัสสร เทพชาตรี, 2554: 54-55) ดังนี้

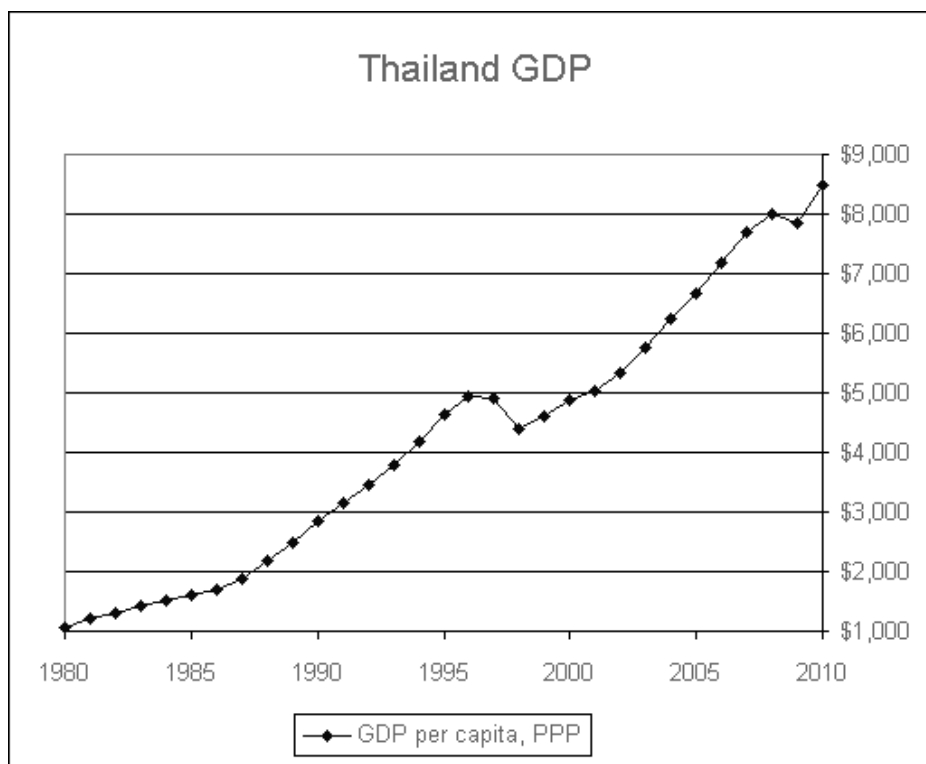
1. การไหลเวียนอย่างเสรีของสินค้า
2. การไหลเวียนอย่างเสรีของการบริการ
3. การไหลเวียนอย่างเสรีของการลงทุน
4. การไหลเวียนที่มีเสรีมากขึ้นสำหรับเงินทุน
5. การไหลเวียนเสรีสำหรับแรงงานมีฝีมือ

ซึ่งการไหลเวียนเสรีสำหรับแรงงานมีฝีมือนั้น ตามปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียน ฉบับที่ 2 (Bali Concord II) ได้กำหนดให้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรี การไหลเวียนเสรีสำหรับแรงงานมีฝีมือ หรือการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี เป็นการเคลื่อนย้ายเฉพาะแรงงานฝีมือ และจะต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) ของอาเซียน การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีจะเริ่มต้นในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) ซึ่งปัจจุบันประเทศสมาชิกอาเซียนได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันแล้วใน 7 สาขา คือ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม ช่างสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี (อภิญา เลื่อนฉวี, 2553: 1-2)

โดยในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรี ถือเป็น การขับเคลื่อนกิจกรรมทางเศรษฐกิจในภูมิภาคอาเซียนที่สำคัญ (ไมตรี สุทธวรรณ และวิเชต คำบุญรัตน์, 2553: 19) เพราะแรงงานเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานในการสร้างสินค้าและบริการ โดยเฉพาะแรงงานที่มีทักษะสูงเป็นแรงงานที่มีความสำคัญในประเทศที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างมาก

สำหรับประเทศไทย นับตั้งแต่ที่มีการเปิดเสรีในกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้ประเทศไทยเกิดการขยายตัวของการค้า และการลงทุนจากต่างประเทศ ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Production) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กราฟที่ 1) ส่งผลต่อความต้องการด้านแรงงานเปลี่ยนแปลงไป โดยแรงงานที่มีทักษะความรู้สูงเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจเป็นแรงงานที่มีความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นกว่าแรงงานด้อยฝีมือ (สุมาลี ปิตยานนท์, 2550: 1)

กราฟที่ 1 กราฟแสดงแนวโน้ม GDP ของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2553



ที่มา : world bank. (World Bank, 2555)

การเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือได้อย่างเสรี ซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือย่อมส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงานของไทย ทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์ หมายถึง แรงงานในกลุ่มนี้มีโอกาสเลือกทำงานในสถานที่ที่แสดงศักยภาพสูงสุด และมีรายได้ที่สูงขึ้น และมีสวัสดิการที่ดีกว่าได้ และเมื่อการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีเข้ามาทำงานในประเทศ (skilled labour immigrant) มากเกินไป ก็อาจเกิดการแย่งงานแรงงานที่มีฝีมือภายในประเทศ ส่วนด้านเคลื่อนย้ายออกไปยังประเทศอื่น (skilled labour emigrant) มากเกินไป ก็เกิดภาวะสมองไหล (brain drain) ซึ่งลักษณะการเคลื่อนย้ายทั้งสองอย่างนี้ ต่างส่งผลกระทบต่อภายในประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากแรงงานที่มีความรู้ความสามารถเลือกไปทำงานในประเทศอื่นที่ให้ผลตอบแทนที่ดีกว่า จนทำให้ส่งผลให้เกิดภาวะขาดแคลนแรงงานมีฝีมือภายในประเทศ ภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้องย่อมประสบปัญหาขาดแคลนแรงงานในการขับเคลื่อน ในขณะที่การเกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือเข้ามา มาก เพราะตลาดแรงงานที่เปิดกว้าง โอกาสการเลือกแรงงานที่ราคาค่าตอบแทนน้อยกว่าเข้ามา ก็ง่ายขึ้น รวมทั้งแรงงานประเทศที่ค่าจ้างต่ำกว่าก็สมัครใจเข้ามาเพื่อหาโอกาสที่ดีกว่า ย่อมส่งผลกระทบต่อการแข่งขันของตลาดแรงงานมีฝีมือในประเทศด้วย

จากที่กล่าวข้างต้น การเคลื่อนย้ายของแรงงานที่มีความรู้ความสามารถไปทำงานในประเทศอื่น หรือภาวะสมองไหล (brain drain) เป็นการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีการศึกษาสูงจำนวนมากจากประเทศหนึ่งไปสู่อีกประเทศหนึ่ง หรือหลายประเทศ โดยส่วนใหญ่แล้ว ในการเคลื่อนย้ายในลักษณะนี้ เป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศที่พัฒนาน้อยกว่าไปหาประเทศที่มีการพัฒนามากกว่า ซึ่งการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีแรงงานที่มีการศึกษาสูงจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมาอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง ในการเคลื่อนย้ายแรงงานออกนอกประเทศ (emigration) สำหรับการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีความรู้ในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า ไม่จำเป็นต้องมีสัดส่วนสูงมากต่อกำลังแรงงานรวมของประเทศก็ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมาก เช่น การอพยพออกจากซูดานเพียง 1% ของกำลังแรงงานนั้นปรากฏว่าคิดเป็น 70% ของบัณฑิตแพทย์ และ 35% ของบัณฑิตทางสาธารณสุขในประเทศ ซึ่งเป็นสาขาที่ซูดานต้องการมากที่สุด และในการสูญเสียประเภทสมองไหลได้ส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจอย่างสำคัญ (สุณี ฉัตราคม, 2523: 53-77) การสูญเสียแรงงานที่มีความรู้ภายในประเทศที่ต้องการกลุ่มแรงงานเหล่านี้มาพัฒนาประเทศ ย่อมส่งผลกระทบต่อประเทศที่กำลังพัฒนา รวมทั้ง แม้ในสหภาพยุโรป ที่เปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานก็ได้รับผลกระทบ จากคำกล่าวของ นาย Manolo Abella¹ ได้กล่าวถึงบทเรียนการรวมกลุ่มของสหภาพยุโรปว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีแรงงานมักจะเคลื่อนย้ายออกไปอยู่ในที่มีรายได้สูงกว่า กลุ่มประเทศที่มีความร่ำรวยและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีกว่า ส่งผลกระทบต่อให้การเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศสมาชิกที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าจำนวนมาก เคลื่อนย้ายเข้าไปหางานทำในกลุ่มประเทศร่ำรวย และก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา

ส่วนในอีกด้านหนึ่ง การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีความรู้ความสามารถเคลื่อนย้ายเข้า (skilled labour immigration) ประเทศที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายอพยพเข้ามา มาก จะทำให้เกิดการแข่งขันในการจ้างงานสูงขึ้น เกิดอัตราค่าแรงที่เหลื่อมล้ำในแต่ละพื้นที่ ซึ่งเป็นค่ากำหนดราคาจ้างรายบุคคล ทำให้ราคาจ้างรายบุคคลที่แตกต่างกัน โอกาสการเลือกจ้างของนายจ้างมีสูงขึ้น เกิดการแข่งขันด้านราคาจ้างมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการกดราคาจ้างแรงงานในประเทศได้ และนำไปสู่สถานการณ์ว่างงาน หากแรงงานในประเทศไม่ปรับตัวหรือไม่ยอมรับอัตราค่าแรงที่อาจถูกกำหนดขึ้นมาใหม่

ไม่เพียงที่กล่าวมาถึงผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายเข้า และเคลื่อนย้ายออกของแรงงานที่มีฝีมือแล้ว กลุ่มแรงงานวิชาชีพที่ผู้วิจัยศึกษา กรณีการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในสาขาวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญอย่างยิ่งกับแรงงานกลุ่มอื่นๆ ที่จะกระทบต่อเศรษฐกิจภายในประเทศด้วย หากมองในมุมเศรษฐศาสตร์การเมือง วิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เป็น

¹ หัวหน้าที่ปรึกษาด้านเทคนิค โครงการศึกษาธรรมชาติของการเคลื่อนย้ายแรงงานเอเชีย องค์การแรงงานระหว่างประเทศ

แรงงานที่มีฝีมือที่มีทักษะสำคัญต่อโครงสร้างส่วนล่าง ที่ประกอบด้วย พลังการผลิต² และความสัมพันธ์ทางการผลิต³ หรือเรียกว่าเป็นระบบเศรษฐกิจ แรงงานวิชาชีพด้านนี้มีหน้าที่หลักในการรักษาพลังแรงงานของกำลังแรงงานทั้งหมดในประเทศ ประเทศไทยเป็นประเทศที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจจากพลังแรงงานของกำลังแรงงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งกำลังแรงงานจะขายพลังแรงงาน⁴ เพื่อแลกกับเงินหรือค่าจ้างกับนายจ้าง เมื่อมีการใช้พลังแรงงานมาก ย่อมทำให้เกิดการเสื่อมถอยไปเรื่อยๆ และถ้าสูญเสียพลังแรงงานในด้านความแข็งแรงทางกายมาก ก็จะทำให้แรงงานไม่สามารถเอาพลังแรงงานไปแลกเปลี่ยนได้อีก ซึ่งวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เป็นวิชาชีพหลัก ที่ทำหน้าที่รักษาความแข็งแรงทางกายให้กับแรงงานเหล่านี้ ดังนั้น หากวิชาชีพเหล่านี้มีการเคลื่อนย้ายออกไปมาก จนขาดแคลนวิชาชีพ จนกระทบต่อผู้ที่ทำหน้าที่รักษาแรงงาน ส่งผลให้แรงงานไม่ได้รับการรักษา จนสูญเสียพลังแรงงานก็จะทำให้ไม่สามารถกลับมาทำงานได้อีก ส่งผลการขาดแคลนแรงงานในการขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ อีกทั้ง วิชาชีพนี้สำคัญต่อการขับเคลื่อนการเติบโตธุรกิจในด้านสุขภาพซึ่งกำลังเป็นธุรกิจที่กำลังขยายตัวอย่างมากในภูมิภาคอาเซียน การเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของประเทศในอาเซียนทำให้เกิดการแข่งขันในความสามารถในการรักษาที่เพิ่มขึ้น โรงพยาบาลในภาคธุรกิจนี้จึงต้องต่างแสวงหาแรงงานวิชาชีพที่มีความสามารถและมีทักษะสูงเพื่อสร้างผลกำไรมากขึ้น และประการสุดท้ายที่สำคัญคือกลุ่มวิชาชีพเหล่านี้ยังต้องทำหน้าที่ดูแล และรักษาชีวิตของประชาชนในประเทศ ดังนั้น วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม

การศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือเสรีครั้งนี้ ได้มองเรื่องการรักษาผลประโยชน์ของชาติ (national interest) การป้องกันจากภัยคุกคามที่อาจจะเกิดขึ้นมาพร้อมกับแนวคิดการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือเสรีภายใต้ประชาคมอาเซียนด้วย โดยเฉพาะผลประโยชน์ของชาติในด้านเศรษฐกิจ แม้ว่าในการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเป็นการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือที่อยู่ในขั้นของการอำนวยความสะดวก ซึ่งยังไม่มีเปิดเสรีอย่างแท้จริงที่เหมือนกับข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีของสหภาพยุโรปที่ได้อนุญาตให้แรงงานสามารถเข้าไปพักอาศัยและทำงานในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปประเทศใดก็ได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาตทำงาน (work permit) และได้รับการปฏิบัติในการจ้างงาน สวัสดิการสังคม และประโยชน์ด้านภาษีที่เท่าเทียมกันกับประชากรชาตินั้นๆ (อภิญา เลื่อนฉวี, 2553: 1) แต่อย่างไรก็ตาม ประชาคมอาเซียน

² พลังการผลิต (productive forces) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ คือ วิธีการที่มนุษย์ขัดแย้งเอาชนะธรรมชาติ เรียกว่า วิธีการผลิต หรือเทคโนโลยี (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, 2555: 152)

³ ความสัมพันธ์การผลิต (relations of production) คือ โครงสร้างเศรษฐกิจหรือระบบกรรมสิทธิ์ ซึ่งกำหนดว่าใครเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต กรรมสิทธิ์ในปัจจัยการผลิตนี้ว่าใครได้ส่วนเกินที่เหลือจากการบริโภค (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, 2555: 152)

⁴ พลังแรงงาน (labour power) หมายถึง ความสามารถ ความแข็งแรงทางกาย ความพร้อมและประสบการณ์ที่มีอยู่ เป็นศักยภาพที่ก่อให้เกิดกรรมแรงงานขึ้น นายทุนซื้อพลังแรงงาน คือ การซื้อสิทธิ์ที่จะควบคุมศักยภาพการทำงานของคนภายในจำนวนชั่วโมงที่กำหนด (พิชิต ลิขิตกิจสมบูรณ์, 2546: 82)

ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการเปิดเสรีไปในทิศทางเดียวกับสหภาพยุโรป จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาผลกระทบต่อการเปิดเสรีในการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง เพื่อกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ และกฎหมายต่างๆ ในการรองรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น นโยบายสาธารณสุข นโยบายการศึกษา นโยบายแรงงาน นโยบายด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะนโยบายป้องกันการสูญเสียผลประโยชน์ของชาติ การรักษาความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ

จากการเปลี่ยนแปลงของโลกที่อยู่ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ก็ส่งผลให้การคำนึงถึงการรักษาผลประโยชน์ของชาติเปลี่ยนไป จากการรักษาผลประโยชน์เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทหาร สงคราม และการต่อสู้ทางอุดมการณ์ทางแนวคิดทางการเมืองเป็นหลัก แต่ภายใต้โลกาภิวัตน์ความกังวลถึงประโยชน์ของประเทศแต่ละประเทศได้เปลี่ยนแปลงไป โลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการผสมผสานระหว่างแนวคิดแบบเสรีนิยมกับการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร และข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้โลกมีการสื่อสารเชื่อมโยงต่อกัน โลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ และเงินทุน จากประเทศที่เป็นแกนกลางการพัฒนาของโลก (core countries) หมายถึงประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ไปยังประเทศที่กำลังพัฒนา และไปยังประเทศด้อยพัฒนา ประเทศที่พัฒนาแล้วมีความต้องการที่จะเปิดตลาดโลกสำหรับสินค้าที่ผลิตขึ้น และต้องการความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากร แรงงานราคาถูกจากประเทศที่กำลังพัฒนา หรือด้อยพัฒนา ผ่านทางการกำหนดนโยบายของผู้ที่เรื่องอำนาจในประเทศที่เอื้อประโยชน์ให้แก่การแสวงหาผลประโยชน์ ประเทศเหล่านี้ใช้กฎระเบียบของสถาบันการเงินระหว่างชาติ รวมทั้งข้อตกลงทางการค้า เพื่อบีบบังคับให้บรรดาประเทศที่ด้อยกว่า ถูกผนวกและลดกำแพงภาษีนำเข้า ยอมปล่อยให้กิจการของรัฐตกอยู่ภายใต้การบริหารงานของต่างชาติ ก่อตั้งเป็นบริษัทข้ามชาติในที่สุด การที่โลกก้าวเข้าสู่ยุคสมัยทุนนิยมนี้เองทำให้แรงงาน หรืออำนาจทุนเป็นตัวขับเคลื่อนเศรษฐกิจระหว่างประเทศเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างมาก รวมถึง การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ การเติบโตของบริษัทข้ามชาติ การบูรณาการตลาดทุนโลกส่งผลต่อการไหลเวียนของเงินทุน

โลกาภิวัตน์ยังทำให้เกิดการเติบโตในด้านต่างๆ ทั้งที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ โลกาภิวัตน์เป็นปัจจัยที่ทำให้อำนาจรัฐด้อยลง เพราะไม่อาจควบคุมอำนาจหรือผลอันเกิดจากโลกาภิวัตน์ได้ทั้งหมด หรือควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง หากทำการปิดกั้นโลกาภิวัตน์ก็อาจกระทบต่อสิทธิเสรีภาพ และการเจริญเติบโตในด้านต่างๆ ดังนั้น ในแง่ของรัฐต้องพยายามปรับตัวหรือส่งเสริมให้ประเทศได้รับประโยชน์จากโลกาภิวัตน์ให้มากที่สุด แต่ในอีกด้านหนึ่งภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ระบบทุนนิยมได้แทรกแซงดึงผลประโยชน์สนับสนุนระบบทุนแทนการได้ประโยชน์ รัฐที่พัฒนาช้ากว่าก็กลายมาเป็นสูญเสียผลประโยชน์ซึ่งอาจกระทบต่อมิติด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจได้ นักวิชาการบางท่านกล่าวว่า ระบบโลกาภิวัตน์การเปิดเสรีในระบบทุนนิยมส่งผลให้โลกเกิดสภาวะวิกฤติทาง

เศรษฐกิจ ซึ่งผลเสียจากโลกาภิวัตน์นี้ทำให้ส่งต่อมิติในด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจในหลายประเทศ เช่น จากการที่เงินบาทไทยถูกซื้อขายแบบเก็งกำไรจากนักเก็งกำไรทั่วโลก หรือวิกฤตเศรษฐกิจโลกที่เริ่มจากสหรัฐฯ ในปี พ.ศ. 2551 กระทบไปหลายประเทศทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ซึ่งกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ (ฉวีวรรณ สายบัว, 2545: 1)

มิติการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือได้อย่างเสรี เป็นแนวคิดของการสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจภายใต้การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ที่เชื่อว่าการเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานทำให้เกิดความยืดหยุ่นในตลาดแรงงานมากขึ้น ทำให้แรงงานมีโอกาสการเลือกสถานที่ทำงานในที่ที่มีศักยภาพได้สูงสุด ซึ่งนำมาสู่การสร้างรายได้ที่สูงขึ้น และประเทศที่เป็นแหล่งเป้าหมายของแรงงานก็จะได้ประโยชน์จากกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ขยายตัวจากผลผลิตที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ในบทความเรื่อง Global Integration, Capital and Labor: A North-South comparative perspective (Kim, 1998: 40) ได้วิเคราะห์ทั้งทางทฤษฎีและเชิงประจักษ์ (Empirical Perspective) พบว่า ประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรม การเปิดเสรีและกระแสโลกาภิวัตน์ไม่ได้ทำให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจที่จะไปลดความไม่เท่าเทียมทางสังคม แต่ในทางตรงกันข้าม กลับทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเจ้าของแรงงานและเจ้าของปัจจัยทุนมากขึ้น เกิดความแตกต่างในฐานะมากขึ้น เกิดความแตกต่างระหว่างแรงงานที่มีความรู้ความสามารถและทักษะฝีมือแรงงานไร้ทักษะในประเทศกำลังพัฒนา โดยในบทความได้เสนอแนะถึงบทบาทของรัฐว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อภารกิจในการกระจายความมั่งคั่งให้ทั่วถึง และรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการแข่งขันระหว่างประเทศ และในอีกบทความของ ทีดีอาร์ไอ ให้ความเห็นว่าต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือว่า อาจจะทำให้บางอุตสาหกรรมได้รับผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี ทำให้แรงงานเข้ามาแข่งขันเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสังคม จะสร้างความวิตกเรื่องปัญหาชาวต่างชาติ และการเหยียดเชื้อชาติ (ฐานเศรษฐกิจ, 2551: 8)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจในกรณีของการอนุญาตให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี ในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล โดยการจ้างแรงงานที่เคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีอาจจะนำไปสู่ผลกระทบด้านความมั่นคงในทางเศรษฐกิจ ทั้งทางตรง และทางอ้อม เป็นการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านนโยบายด้านต่างๆ เพื่อรักษาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของประเทศจากการจ้างงานภายใต้ข้อตกลงให้เปิดการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือได้อย่างเสรี โดยจะเสนอแนะเป็นนโยบาย หรือมาตรการที่พร้อมในการรองรับกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาแนวโน้มผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว วิเคราะห์โอกาสที่เป็นประโยชน์ และผลเสียที่จะกระทบต่อเศรษฐกิจในประเทศ จากการเคลื่อนย้ายเข้าและออกของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในเอเชีย เสนอแนะนโยบายทั้งในเชิงรุก คือนโยบายการใช้ประโยชน์จากการเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจภายในประเทศ และนโยบายเชิงรับ คือนโยบายด้านการป้องกัน

ผลประโยชน์ของชาติ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการให้ความสำคัญในการศึกษาว่า เมื่อเปิดเสรีการจ้างงานแรงงานมีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ตามข้อตกลงการเปิดการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมอาเซียน แนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ทั้งทางตรง และทางอ้อมอย่างไรบ้าง จะเป็นประโยชน์หรือเป็นผลเสียทางเศรษฐกิจ รวมทั้ง ศึกษาการใช้อำนาจทางเศรษฐกิจภายใต้ระบบทุนนิยมในอาเซียนในการเปิดการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในครั้งนี้ ใครเป็นผู้ได้ผลประโยชน์ ประเทศชาติ หรือกลุ่มนายทุน หรือประเทศชาติใดที่จะได้รับประโยชน์ในครั้งนี้ และสุดท้ายจะสรุปและเสนอแนะมาตรการ นโยบายการเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงในการรองรับต่อสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นมาพร้อมกับการเปิดการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างงานมีฝีมือวิชาชีพตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล จึงกำหนดวัตถุประสงค์การศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาการจ้างงานแรงงานมีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล
2. ศึกษาการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล
3. ศึกษาผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล
4. เสนอแนะแนวทาง มาตรการ และนโยบายความมั่นคงด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีมีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะศึกษาผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการจ้างงานแรงงานมีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในการเคลื่อนย้ายแรงงานภายใต้ประชาคมทางเศรษฐกิจอาเซียนเท่านั้น รวมทั้ง เสนอแนะมาตรการ และนโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นจากการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย

1.4 ข้อตกลงเบื้องต้น

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจึงใช้รูปแบบวิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม นอกจากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลทางสถิติต่างๆ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อสะท้อนแนวโน้มผลกระทบทางความมั่นคงด้านเศรษฐกิจที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย

1.5 ข้อจำกัดของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เขียนขึ้นก่อนการเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีตามข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) ในปี พ.ศ. 2558 และศึกษาแรงงานที่มีฝีมือเฉพาะที่ได้เข้ารับการอนุญาตตามข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) จำนวน 7 วิชาชีพ ได้แก่ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี เท่านั้น วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงเป็นลักษณะการวิเคราะห์แนวโน้มผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในอนาคตภายหลังการเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพได้อย่างเสรีในอาเซียน และเสนอมาตรการ นโยบายตามแนวโน้มผลกระทบนั้นๆ

1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการจ้างงานแรงงานฝีมือภายใต้ข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงานในประชาคมทางเศรษฐกิจอาเซียน กรณียแพทย์ และพยาบาล ได้กำหนดคำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. การว่าจ้าง (employ) หมายถึง การจ้างให้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดด้วยการให้ค่าจ้างเป็นสิ่งที่ตอบแทน
2. คนงาน (worker) หมายถึง ผู้ที่ทำงานให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจในการผลิตสินค้าหรือบริการโดยอาศัยทั้งกำลังร่างกายและกำลังความคิด
3. พลังแรงงาน (labor power) ในหนังสือ A dictionary of Marxist Thought ให้ความหมายว่า เป็นกิจกรรมที่ทำงานระหว่างวัตถุดิบและเครื่องมือเครื่องจักรที่มีนายทุนเป็นเจ้าของหรือเรียกว่า ปัจจัยการผลิต เพื่อสร้างมูลค่าให้แก่สินค้า และบริการ (Bottomore, 1983: 296) และในหนังสือของ พิชิต ลิขิตกิจสมบูรณ์ ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถ ความแข็งแรงทางกาย ความพร้อมและประสบการณ์ที่มีอยู่ เป็นศักยภาพที่ก่อกิจกรรมแรงงานขึ้น นายทุนซื้อพลังแรงงานคือ การซื้อสิทธิที่จะควบคุมศักยภาพการทำงานของคนภายในจำนวนชั่วโมงที่กำหนด

4. กำลังแรงงาน (labor force) กระทรวงแรงงานได้จำกัดความถึง กลุ่มคนที่อยู่ในวัยทำงานได้ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งพร้อมและเต็มใจที่จะทำงานไม่ว่าจะมีงานให้ทำหรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งออกเป็น แรงงานที่มีทักษะ (skilled labour) ซึ่งเป็นแรงงานที่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาเป็นอย่างดี เช่น แพทย์ วิศวกรสถาปนิก ฯลฯ กับ แรงงานที่ไม่มีทักษะ (unskilled labour) ซึ่งเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่ใช้กำลังกายเป็นหลัก เช่น กรรมกร แยกหาม คนงานรับจ้างทั่วไป ฯลฯ

5. พลังแรงงานมีฝีมือ (skilled labor power) หมายถึง เรี่ยวแรง ความสามารถทางร่างกาย ความรู้ ทักษะ และความสามารถทางวิชาชีพ ที่แรงงานมีฝีมือขายให้กับนายจ้างเพื่อแลกกับค่าจ้าง

6. แรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพ (Skilled labour) หมายถึง แรงงานที่มีทักษะ เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี มีความเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (MRAs) ของอาเซียน (เฉพาะที่ศึกษาในงานวิจัยนี้) ได้แก่ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ และนักบัญชี

7. ข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงาน หมายถึง ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรี

8. ประชาคมทางเศรษฐกิจอาเซียน หมายถึง การรวมตัวภายใต้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย ประเทศไทย ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศบรูไน ประเทศเวียดนาม ประเทศพม่า สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา โดยมีเป้าหมายทางเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ ขับเคลื่อนความร่วมมือระหว่างประเทศในอาเซียน องค์ประกอบสำคัญคือ การเป็นตลาดและฐานการผลิตร่วมกันโดยมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน แรงงานมีฝีมือ และเงินลงทุนมากขึ้น

9. ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแพทย์ และพยาบาล ภายใต้การเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลได้อย่างเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หมายถึง การเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายต้องไม่ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยจนกระทบต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ และกระทบต่อการรักษากำลังแรงงานไทยทั้งชาติที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ ซึ่งผลประโยชน์จากการจัดทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ต้องตกอยู่กับประชาชนในชาติอย่างเต็มที่เท่าเทียมกันรวมทั้ง แพทย์ และพยาบาลไทยได้รับการคุ้มครองให้ทำงานทำอยู่อย่างมีความสุข

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล คาดว่าจะได้รับผลประโยชน์จากการศึกษา ดังนี้

1. สามารถวิเคราะห์ และอธิบายแนวโน้มผลกระทบต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล
2. สามารถนำผลการวิเคราะห์จากการศึกษา เสนอแนะมาตรการ และนโยบายด้านความมั่นคงเพื่อเตรียมความพร้อมต่อสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลัง

1.8 วิธีดำเนินการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) โดยจะศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล

สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะใช้ข้อมูลปฐมภูมิโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และข้อมูลทุติยภูมิในการศึกษา โดยข้อมูลทุติยภูมิจะเป็นการศึกษาจากเอกสารต่างๆ งานเอกสารโครงการวิจัยจากสถาบันต่างๆ บทความวิชาการในระบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ งานวิจัยด้านการเคลื่อนย้ายแรงงาน ข้อมูลสถิติต่างๆ

ส่วนข้อมูลปฐมภูมิ จะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก บุคคลทั้งในภาครัฐ เอกชน และภาควิชาการ จำนวน 17 คน โดยใช้แนวคำถามที่มีโครงสร้างแบบหลวมๆ ที่เตรียมไว้เฉพาะ

1.9 วิธีการเก็บข้อมูล แหล่งที่มาของข้อมูล และจำนวนตัวอย่าง

สัมภาษณ์ระดับลึก		
หน่วยงานภาครัฐ	ภาคเอกชน	ภาควิชาการ
1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2. กระทรวงสาธารณสุข 3. กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ 4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 5. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ 6. แพทยสภา สภากาชาดไทย	1. ตัวแทนสภาหอการค้าไทย 2. ตัวแทนสภาอุตสาหกรรม 3. ตัวแทนผู้ประกอบการ 4. ตัวแทนแรงงานมีฝีมือ วิชาชีพแพทย์ และพยาบาล	1. อาจารย์เศรษฐศาสตร์ สังกัดในมหาวิทยาลัย 2. อาจารย์รัฐศาสตร์สังกัดใน มหาวิทยาลัย 3. นักวิชาการอิสระด้าน เศรษฐกิจและการเมือง 4. นักวิจัยสังกัดสถาบัน ศศินทร์

1.10 ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 5 บท ดังต่อไปนี้

บทที่ 1 บทนำ

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ระเบียบ มาตรการ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือ

บทที่ 4 ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล

บทที่ 5 บทสรุป และข้อเสนอทางนโยบายเพื่อรองรับผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎี

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบเพื่อศึกษาผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการจ้างงานแรงงานฝีมือภายใต้ข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงานในประชาคมทางเศรษฐกิจอาเซียน ดังนี้

2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ

การศึกษาผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เริ่มจากศึกษาความหมายและแนวคิด ทฤษฎีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจเพื่อกำหนดตัวชี้วัดในการวิเคราะห์ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างงานแรงงานฝีมือภายใต้ข้อตกลงในการเคลื่อนย้ายแรงงานในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีวิชาชีพสาขาแพทย์ และพยาบาล

ความมั่นคงของชาติ (national security) มีนักวิชาการ และนักทฤษฎีได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

International Encyclopedia หมวดสังคมศาสตร์ (Sills, 1968) ให้ความหมายความมั่นคงของชาติ ว่าเป็นความสามารถของชาติในการปกป้องรักษาผลประโยชน์ภายในชาติจากการคุกคามจากต่างชาติ

Walter Lippmann (Lippmann, 1943: 5) อธิบายความมั่นคงของชาติ ว่าชาติมีความมั่นคงเมื่อไม่ต้องสละผลประโยชน์อันชอบธรรมของตนเพื่อหลีกเลี่ยงสงคราม และสามารถรักษาผลประโยชน์เหล่านั้นได้ด้วยการทำสงคราม

Scruton (Scruton, 1982: 421) ให้ความหมายของคำว่า ความมั่นคง (security) ว่า เป็นการทำให้มั่นใจถึงความปลอดภัย เช่น ในการจัดการทางการเมืองได้ลดภาวะสงครามลงแต่มุ่งเน้นการเจรจาเพื่อรักษาสันติภาพระหว่างรัฐมากขึ้น และให้ความหมายของ “ความมั่นคงของชาติ” ว่า เป็นความต้องการในทุกๆ อย่างในการปกป้องรักษาชาติ โดยเป็นการเตรียมความพร้อมในการป้องกันภัยต่างๆ ของชาติ และในบางครั้ง Scruton ยังกล่าวว่า ความหมายของความมั่นคงของชาติถูกนำไปใช้ในความหมายกว้างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตด้วย เช่น ความมั่นคงของมนุษย์

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (อ้างถึงใน วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2552: 1) ทรงมีพระราชดำรัสในการอธิบายความหมายของความมั่นคงแห่งชาติ ไว้อย่างชัดเจนในพิธีถวายสัตย์ปฏิญาณตนและสวนสนามของทหารรักษาพระองค์เมื่อวันอาทิตย์ที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2544 ณ ลานพระบรมรูปทรงม้า พระราชวังดุสิต กรุงเทพมหานคร ความว่า “...ประเทศชาตินั้น ประกอบด้วยผืน

แผ่นดินกับประชาชน และ ผืนแผ่นดินนั้นเป็นที่เกิด ที่อาศัย ที่อำนวยประโยชน์สุข ความมั่นคงร่มเย็นแก่ประชาชน ให้สามารถรวมกันอยู่เป็นปึกแผ่น เป็นชาติได้ ความมั่นคงปลอดภัยของประเทศ จึงมิได้อยู่ที่การปกป้องรักษาผืนแผ่นดินไว้ด้วยแสนยานุภาพแต่เพียงอย่างเดียว หากจำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีความวัฒนาผาสุก ปราศจากทุกข์ยากเข็ญด้วย ...” จากพระราชดำรัสนี้ เห็นได้ว่า ความมั่นคงแห่งชาติ ไม่ได้หมายความว่าเพียงความเข้มแข็งของกำลังทหารแต่เพียงด้านเดียว แต่ครอบคลุมไปถึงความผาสุกหรือความพึงพอใจของประชาชนต่อสภาพความเป็นอยู่หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากประชาชน มีความสุขและพึงพอใจ ก็ถือว่าได้เกิดความมั่นคงแห่งชาติขึ้นแล้ว ซึ่งเป็นหน้าที่ของรัฐบาลและประชาชนที่จะต้องร่วมมือกันในการสร้างความมั่นคงแห่งชาติขึ้น

วิชัย ชูเชิด (วิชัย ชูเชิด, 2547: 15) กล่าวว่า ความมั่นคงของชาติ หมายถึง สภาวะการณ์หรือสภาพที่รัฐชาติ ภายใต้การนำของรัฐบาลที่มีอำนาจอธิปไตยในการปกครองดินแดน ดังกล่าวด้วยตนเองที่สามารถดำรงอยู่ด้วยความปลอดภัยจากอันตรายทั้งปวงไม่ว่าจะเป็นเกณฑ์การเสี่ยงใดๆ ความเกรงกลัว ความกังวล และความสงสัย มีความเจริญก้าวหน้า มีเสรีต่อความกดดันต่างๆ ซึ่งจะประกันให้เกิดอำนาจหน้าที่ของแต่ละส่วนภายในชาติดำเนินไปได้อย่างอิสระ มีความแน่นแฟ้นเป็นปึกแผ่น มีความแน่นอนไม่เปลี่ยนแปลงไปโดยง่าย มีความอดทนต่อแรงกดดันต่างๆ ที่มากระทบในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านเอกราช อธิปไตย ในด้านบูรณาภาพแห่งดินแดน ในด้านสวัสดิภาพ ความปลอดภัย และผาสุกของประชาชน ในด้านการปกครองของประเทศและวิถีการดำเนินชีวิตของคน อีกทั้งจะต้องมีขีดความสามารถที่จะพร้อมเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

พลตรีหลวงวิจิตรวาทการ (อ้างถึงใน พัทธ์ นิยมศิลป์, 2553: 1) กล่าวว่า ความมั่นคงแห่งชาติหมายถึง การทรงตัวอยู่อย่างแน่นหนาถาวร ดำรงเอกราช มีเสรีภาพแห่งชาติ มีความสงบสุขภายในประเทศ มีความแน่นอนในชีวิตเศรษฐกิจของพลเมือง คาดหมายรายได้ของรัฐได้ถูกต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง ค่าของเงินตรามีเสถียรภาพ รัฐไม่ต้องประสบความยุ่งยากกระส่ำระสาย ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ ได้ง่าย ผู้คนพลเมือง รู้สึกมีความปลอดภัยมีความหวังและความไว้วางใจในอนาคต และยังไว้วางใจต่อไปอีกว่าแม้ผันผวนหรือเหตุร้ายอันใดจะเกิดขึ้นมา รัฐสามารถจะต่อสู้หรือป้องกันได้

พล.อ.อ.สิทธิ เสวตศิลา อดีตเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ (2517-2523) (อ้างถึงใน สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, 2553: 43) ให้ความหมาย ความมั่นคงแห่งชาติ ว่าหมายถึง การให้อเอกราชของชาติ บูรณาภาพของดินแดน และสวัสดิภาพของประชาชนอยู่ในความมั่นคงและปลอดภัย รวมตลอดถึงการให้ประเทศดำรงอยู่ในการปกครองระบอบประชาธิปไตย

ในพระราชบัญญัติว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2495 มาตรา 3 (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2495: 1) กล่าวว่า ความมั่นคงหรือความปลอดภัยแห่ง

ราชอาณาจักร หมายความว่า การให้อเอกราชของชาติหรือสวัสดิภาพของประชาชนให้อยู่ในความมั่นคง ปลอดภัย รวมตลอดถึงการให้ประเทศดำรงอยู่ในการปกครองระบอบประชาธิปไตย ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

ดังนั้น สามารถสรุปโดยรวมได้ว่า ความหมายของความมั่นคงของชาติ หมายถึง สภาพที่ชาติใดชาติหนึ่งมีความสามารถในการดำรงสภาพของความเป็นชาตินั้นๆ ได้ในทุกสภาวะการณ์ ไม่ว่าจะสภาวะนั้นจะเป็นเช่นไร สร้างความเสถียรภาพภายในพ้นจากการคุกคามจากต่างชาติในทุกมิติ ไม่ใช่เพียงด้านการทหาร แต่หากหมายรวมถึงด้านอื่นๆ ที่ชาติอาจจะได้รับการคุกคามจากชาติอื่น ซึ่งยังรวมถึงการสร้างหลักประกันให้ประชาชนในชาติเกิดความมั่นใจในหลักเกณฑ์ หรือแนวทางที่จะทำ ให้ทุกคนในชาติอยู่ได้อย่างผาสุก รู้สึกมีความปลอดภัยมีความหวังและความไว้วางใจในอนาคต แม้ท่ามกลางความผันผวนที่เกิดขึ้น และสิ่งสำคัญที่ชาติต้องรักษา คือ ผลประโยชน์ของชาติ เหมือนความคิดเห็นในบทความของ Arnold Wolfers (Wolfers, 1952: 481) ให้ความหมายของความมั่นคงของชาติ ว่าเป็นการรักษาผลประโยชน์ของชาติ (national interest) ดังนั้น ความมั่นคงของชาติมีความ เกี่ยวข้องกับการรักษาผลประโยชน์ของชาติ ซึ่งมีการจำกัดความของผลประโยชน์ของชาติ (national interest) เอาไว้ ดังนี้

Wikipedia (Wikipedia, 2011) ให้ความหมายผลประโยชน์ของชาติ (national interest) ว่าเป็นเป้าหมายของประเทศและเป็นความทะเยอทะยานทางเศรษฐกิจ ทหาร หรือทาง วัฒนธรรม

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, มปป.: 1) ให้ความหมายไว้ว่า ผลประโยชน์แห่งชาติ หมายถึง แนวความคิดที่ได้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ที่สุดแล้ว จากบรรดาองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งประมวลขึ้นเป็นความต้องการที่สำคัญที่สุดที่ชาติจะขาดเสียมิได้ ทั้งนี้ รวมถึงการคุ้มครองตนเอง ความเป็นเอกราชบูรณภาพแห่งชาติความมั่นคงทางทหาร เสถียรภาพทางเศรษฐกิจกับบรรดาความมั่งคั่งทั้งหลายที่จะพึงมี

Rourke กับ Boyer (Rourke, 2002: 142) ให้ความหมายว่า ไม่ว่ารัฐตั้งอยู่บน ระบอบการปกครองรูปแบบใด บรรดารัฐทั้งหลายต่างถือว่าผลประโยชน์แห่งชาติคือปัจจัยหลักของการดำเนินนโยบายและการมีปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่นๆ

Sondermann (Sondermann, 1991: 36) อ้างคำกล่าวของ Robert Osgood ว่า ผลประโยชน์แห่งชาติถูกเข้าใจว่าหมายถึงกิจกรรมต่างๆ ของรัฐที่ถูกให้คุณค่ากับผลประโยชน์ของชาติ ของตนเท่านั้น แต่ผลประโยชน์แห่งชาติ เป็นแรงดลใจจากอัตตานิยมแห่งชาติ (National Egoism) และแสดงออกในรูปการจัดการเรื่องความอยู่ดีกินดีของคนในชาติของตน เป็นความรักตัวเองที่ถ่ายทอด ไปสู่กลุ่มชนในชาติ และเป็นตัวนำให้คนในชาติพยายามบรรลุจุดหมายนี้

จากการจำกัดความของผลประโยชน์แห่งชาติข้างต้นนั้น เห็นได้ว่าการจำกัดความแตกต่างกัน ซึ่งการกำหนดค่าจำกัดความนั้นเป็นไปตามการกำหนดว่าใครเป็นผู้กำหนด ซึ่งในหลายหลายของการจำกัดความมาจากคำถามในการสร้างแนวคิดเกี่ยวกับผลประโยชน์แห่งชาติ (สมพงษ์ ชูมาก, 2552: 131-145) ดังนี้

1. ใครภายในรัฐที่จะเป็นผู้กำหนดผลประโยชน์แห่งชาติ
2. ผลประโยชน์แห่งชาติเปลี่ยนหรือไม่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ไม่ว่าจะโดยสันติหรือโดยการใช้อำนาจ
3. กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง หรือหลายกลุ่มกำหนดว่าใครคือมิตรใครคือศัตรู
4. เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างประเทศที่รุนแรงอันเกี่ยวกับผลประโยชน์แห่งชาติและนโยบายแห่งชาติ ความคิดเกี่ยวกับผลประโยชน์แห่งชาติและนโยบายใดที่ถือว่าเป็นความคิดเห็น หรือเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์แห่งชาติที่แท้จริง
5. รัฐมีผลประโยชน์ระยะยาวที่กำหนดโดยลักษณะภูมิศาสตร์ พื้นฐานทางด้านทรัพยากร ประชากร ความผูกพันทางวัฒนธรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่อยู่เหนือผลประโยชน์แห่งชาติระยะสั้น หรือระยะยาวซึ่งถูกครอบครองโดยอิทธิพลการเมืองในขณะนั้นหรือไม่

การจำกัดความของผลประโยชน์ของชาติ ขึ้นอยู่กับว่ารัฐแต่ละรัฐกำหนดความหมายไว้อย่างไร ผลประโยชน์ของชาติจะถูกนำไปกำหนดนโยบายของชาติซึ่งนโยบายชาติเกิดมาจากบรรทัดฐานเรื่องต่างๆ ที่นำไปสร้างเป็นนโยบายของชาติ ที่จะเห็นบรรทัดฐานต่างๆ ที่รัฐนำไปกำหนดนโยบายของชาติของตนเอง ได้แก่ ทางเศรษฐกิจ ทางอุดมการณ์ การเพิ่มพูนอำนาจ การสร้างความมั่นคง และด้านกฎหมาย

การคำนึงถึงผลประโยชน์ของชาติเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่ภายหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2 ยุติลง โลกเข้าสู่ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ เศรษฐกิจกลายเป็นเครื่องมือที่ใช้คุกคามประเทศอื่นๆ ยุคเดิมการแสวงหาอำนาจมุ่งสร้างอำนาจทางทหารเป็นหลัก การล่าอาณานิคมใช้วิธีการนำกำลังทหารเข้ายึดดินแดนอื่นเพื่อยึดทรัพยากรมาเป็นวัตถุดิบในการผลิตสร้างความมั่งคั่งให้กับรัฐของตน ยุคนี้รัฐที่เข้มแข็งจะมุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งทางทหาร มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางอาวุธ มีการพัฒนาวิธีการเดินทางเพื่อส่งกำลังหรือเข้ายึดทรัพยากรให้ง่ายขึ้น ส่วนรัฐที่ด้อยกว่าก็ตกอยู่ใต้อาณัติการควบคุมทั้งนโยบาย ครอบครองทรัพยากร และบังคับระบบตลาดจากรัฐที่มีอำนาจมากกว่า

ในยุคต่อมา ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 รูปแบบการแทรกแซงเปลี่ยนแปลงไป เกิดโครงสร้างอำนาจโดยมีสหรัฐอเมริกาเป็นศูนย์กลางอำนาจโลก (Pax Americana) สหรัฐอเมริกาใช้วิธีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับรัฐอื่นๆ โดยเน้นการปฏิสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ใช้ข้อได้เปรียบจากการที่ได้รับผลกระทบของสงครามโลกครั้งที่ 2 น้อยกว่าประเทศอื่นๆ มาใช้ความได้เปรียบทางเศรษฐกิจที่มี

เหนือรัฐอื่นเป็นเครื่องมือในการเข้าควบคุมกำหนดบทบาทของรัฐต่างๆ เพื่อให้ตอบสนองต่อความเติบโตทางเศรษฐกิจและความมั่งคั่งของสหรัฐอเมริกาด้วยการช่วยเหลือทางการเงิน และการพัฒนาให้แก่ประเทศอื่นๆ เช่น กลุ่มประเทศยุโรปตะวันตก ประเทศญี่ปุ่น และประเทศโลกที่สาม โดยมีข้อแลกเปลี่ยนให้ประเทศผู้รับความช่วยเหลือต้องปรับเปลี่ยนนโยบายแห่งรัฐให้สอดคล้องกับผลประโยชน์ของสหรัฐอเมริกา เช่น กรณีประเทศไทยมีข้อตกลงว่ารัฐบาลไทยจะต้องให้สิทธิประโยชน์แก่นักลงทุนอเมริกาเท่ากับนักลงทุนไทยทุกประเภท และยังมีมาตรการแข่งขันไปพร้อมกับการขยายตัวของระบบทุนนิยม มีการดำเนินการจัดตั้งบริษัทข้ามชาติ ประเทศที่มีบริษัทที่มีกำลังในการลงทุนได้ย้ายฐานการผลิตไปยังประเทศต่างๆ ซึ่งมีลักษณะครอบงำเศรษฐกิจในระดับท้องถิ่น และเมื่อโลกเข้าสู่ระบบโลกาภิวัตน์ยิ่งเป็นการเปิดโอกาสอย่างเสรีแก่บริษัทข้ามชาติจากประเทศร่ำรวยไปแสวงหาผลประโยชน์โดยใช้การลงทุนเข้าไปลงทุนในประเทศที่พัฒนาช้ากว่า ทำให้บริษัทข้ามชาติเข้าถึงทรัพยากรง่ายขึ้นสร้างความมั่งคั่งมากกว่าประชาชนเจ้าของประเทศที่พัฒนาช้ากว่า แต่ในทางกลับกันกลุ่มประเทศพัฒนาช้ากว่าก็ถูกกีดกันสินค้าซึ่งเป็นการกีดกันภายใต้เงื่อนไขมาตรฐานที่ไม่ใช่ภาษีแต่เป็นมาตรฐานด้านเทคนิค เช่น การกำหนดเงื่อนไขลักษณะเฉพาะของผลิตภัณฑ์ การติดฉลาก การกำหนดมาตรฐานอุตสาหกรรมและความปลอดภัย หรือการกำหนดมาตรฐานสุขอนามัยและสุขอนามัยพืช (Sanitary and Phytosanitary Standard: SPS) ไม่เพียงรูปแบบการแสวงหาผลประโยชน์ด้วยบริษัทข้ามชาติโลกาภิวัตน์ยังทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจเชื่อมโยงกันในระหว่างประเทศมากยิ่งขึ้น ตลาดกลายเป็นตลาดเดียวกัน ทั้งการผลิต การค้า การลงทุน การเคลื่อนย้ายเทคโนโลยีด้านการผลิตต่างๆ รวมทั้งแรงงาน สามารถทำการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศได้ง่ายยิ่งขึ้น รัฐที่เข้มแข็งแล้วพยายามผลักดันแนวคิดการลดกฎระเบียบต่างๆ การลดภาษีทางการค้า เพื่อให้สามารถเข้าถึงทรัพยากรในรัฐที่ตามหลังมาได้ง่ายขึ้น (ชมพู่ โกติรัมย์, 2550: 5)

จากเหตุผลเหล่านี้ทำให้การรักษาผลประโยชน์ของชาติเปลี่ยนแปลง ไม่เพียงการรักษาผลประโยชน์ในมิติการคุกคามทางทหาร กลายเป็นการรักษาผลประโยชน์จากการคุกคามที่ขยายมิติที่หลากหลายขึ้นที่มาพร้อมกับกลวิธีใหม่ๆ ในการแสวงหาผลประโยชน์จากประเทศที่เข้มแข็งกว่า และจากภัยคุกคามใหม่ที่มาพร้อมกับระบบโลกาภิวัตน์

สำหรับประเทศไทยหน่วยงานที่มีหน้าที่กำหนดผลประโยชน์แห่งชาติ คือ สภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) โดยกำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ ซึ่งที่ผ่านมา ได้กำหนดไว้ 5 ข้อ คือ 1) การมีเอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งอาณาเขต 2) การดำรงอยู่อย่างมั่นคงของชาติและประชาชนจากการคุกคามทุกรูปแบบ 3) ความปลอดภัย ความอยู่ดีมีสุข ความเป็นธรรม และการมีเกียรติ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 4) การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน และ 5) การมีเกียรติและศักดิ์ศรีในประชาคมระหว่างประเทศ แต่่นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ.2555 ถึง

2559 ได้กำหนดผลประโยชน์แห่งชาติใหม่ครอบคลุมทั้งภัยคุกคามในรูปแบบเดิม และภัยคุกคามรูปแบบใหม่ จำนวน 7 ประการ (สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ, 2555: 9) คือ

1. การมีเอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐการดำรงอยู่อย่างมั่นคง ยั่งยืน ของสถาบันหลักของชาติ
2. ความปรองดอง ความสามัคคีของคนในชาติ
3. การดำรงอยู่อย่างมั่นคงของชาติและประชาชนจากการคุกคามทุกรูปแบบ
4. ความปลอดภัย ความเป็นธรรม และความอยู่ดีมีสุขของประชาชน การมีเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
5. การดำรงอยู่อย่างมั่นคงของฐานทรัพยากรธรรมชาติและสิทธิเหนือทรัพยากรชีวภาพของชาติ
6. การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขกับประเทศเพื่อนบ้าน
7. การมีเกียรติและศักดิ์ศรีในประชาคมระหว่างประเทศ

โลกาภิวัตน์ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจกลายเป็นเครื่องมือของรัฐที่เข้มแข็งกว่าเพื่อคุกคามต่อรัฐอื่นๆ ดังนั้น มิติด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจกลายเป็นสิ่งที่แต่ละประเทศให้ความสำคัญ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายถึงอะไร

ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พลตรีหลวงวิจิตรวาทการ (อ้างถึงใน วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, 2552: 1-3) ให้นิยามของความมั่นคงแห่งชาติด้านเศรษฐกิจ ว่าเป็นความมั่นคงในการดำเนินการของรัฐที่เกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจที่มีผลกระทบต่อความสำคัญเกี่ยวกับการเงินของรัฐ ทรัพยากร การเพิ่มผลผลิตทางเกษตรและอุตสาหกรรม การพาณิชย์ รวมทั้งรายได้ของประชากร และรายได้ของประชาชนที่รัฐจะนำมาใช้ในการทำนุบำรุงบ้านเมืองให้เจริญรุ่งเรือง และให้ประชากรของชาติมีฐานะอันสมบูรณ์พูนสุขด้วย

ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ปราณี ทินกร (ปราณี ทินกร, 2546: 2) ให้ความหมายว่า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ มาจากความมั่นคงทางเศรษฐกิจของมนุษย์ เพราะประเทศคือประชาชนที่มีอยู่ในประเทศรวมกัน ตั้งแต่ในระดับมนุษย์ หรือระดับครัวเรือน เมื่อประชาชนจะรู้สึกถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจได้ เมื่อมีงานทำ มีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอมีทรัพย์สินและเงินเก็บพอสมควรที่สามารถจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ และแม้จะมีหนี้สินแต่ถ้าหนี้สินไม่สูงและมีความสามารถในการใช้คืนได้โดยไม่กระทบกระเทือนมาตรฐานความเป็นอยู่ และเมื่อนำประชาชนทุกคนมารวมกันเป็นประเทศ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศจึงหมายถึง การที่ประชาชนส่วนใหญ่มีงานทำ การว่างงานลดลง รายได้รวม (Gross Domestic Product -GDP) มีการเติบโต ไม่มีปัญหา

ด้านเสถียรภาพการเงินการคลัง ไม่มีปัญหาเสถียรภาพทั้งภายในและภายนอก หนี้สาธารณะและหนี้ต่างประเทศก็อยู่ในเกณฑ์ที่จัดการได้ รวมทั้งไม่มีความเสี่ยงจากภัยสงคราม หรือโรคร้าย หรือมีความเสี่ยงต่ำ

ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (international labor organization -ILO) (2003: 1) ได้ให้ความหมายว่า ความมั่นคงทางเศรษฐกิจประกอบด้วยความมั่นคงด้านพื้นฐานทางสังคม เป็นการกำหนดโดยการเข้าถึงความจำเป็นเบื้องต้นทางโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา การมีที่อยู่อาศัย การเข้าถึงข้อมูล และการป้องกันทางสังคมเช่นเดียวกับความมั่นคงที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งองค์ประกอบความมั่นคงที่เกี่ยวข้องกับการทำงานประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ 1) ความมั่นคงทางรายได้ 2) ความมั่นคงการแสดงออกทางความคิดเห็น 3) ความมั่นคงทางตลาดแรงงาน 4) ความมั่นคงทางการมีงานทำ 5) ความมั่นคงในงาน 6) ความมั่นคงในการทำงาน และ 7) ความมั่นคงในการผลิตซ้ำทางทักษะ

โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (อ้างถึงใน สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2548: 12-15) จำแนกองค์ประกอบความมั่นคงของมนุษย์ออกเป็น 7 องค์ประกอบ ซึ่งครอบคลุมประเด็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ อาหาร สุขภาพ สิ่งแวดล้อม ความมั่นคงส่วนบุคคล ชุมชน และการเมือง ซึ่งได้ความหมายของความมั่นคงทางเศรษฐกิจ หมายความว่า ประชาชนมีรายได้พอเพียง และมีหลักประกันการมีงานทำ หรือมีรายได้จากการประกันสังคม ซึ่งหลักประกันสังคมควรเป็นทางเลือกสุดท้าย และเป็นความมั่นคงในด้านที่มีความเสี่ยงมากขึ้น เนื่องจากความมั่นคงในการจ้างงานเริ่มลดลง ประชาชนจำนวนมากหันเข้าสู่การทำงานในเศรษฐกิจนอกภาคทางการและประกอบอาชีพอิสระ อันเป็นผลให้การประกันสังคมเพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงพื้นฐานที่มีความสำคัญมากขึ้น และให้ความหมายของการคุกคามด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจภายในประเทศ คือ การไม่มีงานทำ หรืองานที่ทำเป็นงานชั่วคราว และรัฐไม่มีตาข่ายความคุ้มครองทางสังคม (Social safety nets) และภัยคุกคามระหว่างประเทศ คือความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ระหว่างประเทศ และการอพยพระหว่างประเทศ และได้กำหนดตัวชี้วัดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจด้านอาชีพและรายได้ คือ สัดส่วนการขาดงาน การลดลงของรายได้ประชาชาติที่แท้จริง (real national income) การลดลงของค่าจ้างที่แท้จริง การเพิ่มขึ้นของอัตราเงินเฟ้อ และความแตกต่างทางรายได้ระหว่างประชาชน

ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ใน Routledge Encyclopedia of International Political Economy (Jones, 2001: 1376-1378) อธิบายนิยามความหมายความมั่นคงทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศมีความเกี่ยวข้องกับ 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) การรักษาความมั่นคงทางเศรษฐกิจเพื่อสนับสนุนกิจการทางทหาร โดยรายได้ที่รัฐนำมาสนับสนุนนั้นมาจากภาษีรายได้จากระบบทางเศรษฐกิจจะถูกนำมาใช้ในกิจการทางทหารทั้งในยามสงคราม และในยามไม่มีสงคราม
- 2) การปกป้องจากการคุกคามทางเศรษฐกิจของประเทศที่เข้มแข็งกว่าเข้ายึดครองทรัพยากรประเทศ ซึ่งแนวคิดมาร์กซิสต์มองว่ารัฐล่าอาณานิคมใช้การคุกคามทางทหารเพื่อมีเป้าหมายยึดครองทรัพยากรและเทคโนโลยีที่จำเป็นในการผลิตจากประเทศอื่น ดังนั้น การคุกคามทางทหารเป็นเพียงเครื่องมือของความต้องการในการเพิ่มผลกำไรในระบบเศรษฐกิจ
- 3) การทำให้ประชาชนมีมาตรฐานการครองชีพขั้นพื้นฐานที่ดี โดยประชาชนสามารถเข้าถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจึงถูกนำมาใช้ในการวัดระดับความเป็นอยู่ของปัจเจกบุคคล และในระดับประเทศ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจถูกนำมาเขียนเป็นนโยบายทางการค้าเพื่อป้องกันธุรกิจภายในประเทศจากการดำเนินนโยบายการค้าของต่างประเทศ

และ Michael Sheehan (Sheehan, 2005: 67) พูดถึงให้ความหมายของความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ว่าเศรษฐกิจเป็นเครื่องหนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่รัฐควรเข้าไปแทรกแซงในระบบทางเศรษฐกิจเพื่อกำกับทิศทางของเศรษฐกิจ ให้มุ่งผลต่อเป้าหมายทางสังคมและการเมือง ในระดับมนุษย์ หรือระดับครัวเรือน ประชาชนในประเทศมีรายได้อย่างทั่วถึงมีงานทำ โดยประโยชน์ทางเศรษฐกิจต้องตกอยู่กับทุกคนในประเทศอย่างเท่าเทียมกัน การว่างงานลดลง ประชาชนสามารถเข้าถึงความจำเป็นเบื้องต้น ทางโครงสร้างพื้นฐาน ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา และมีที่อยู่อาศัย ส่วนในระดับประเทศ รัฐต้องมีหลักประกันทางสังคมแก่ประชาชน มีการการบริหารจัดการรายได้จากภาษีประชาชนอย่างรอบคอบ และไม่มีปัญหาด้านเสถียรภาพการเงินการคลัง

งานวิจัยที่ศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาความหมายที่กำหนดไว้ข้างต้นจะเห็นได้ว่าความมั่นคงทางเศรษฐกิจมีนิยามเพื่อปกป้อง ดูแลทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับประเทศ ในระดับปัจเจกบุคคล คือการทำให้ประชาชนสามารถมีชีวิตกินอยู่ได้อย่างดี มีงานทำ มีชีวิตที่มีความสุข และในระดับประเทศ คือทำให้ประเทศสามารถดำรงอยู่ได้ ระบบการคลังมีเสถียรภาพ ภาคเศรษฐกิจแต่ละภาคภายในประเทศเติบโต และดำรงอยู่ได้ โดยผลประโยชน์สุดท้ายจากระบบเศรษฐกิจต้องกลับมาสู่ประชาชนในประเทศอย่างเท่าเทียมกัน

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดมากำหนดความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการศึกษาการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือภายใต้ข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เพื่อครอบคลุมทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับประเทศ คือ การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายต้องไม่ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยจนกระทบต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ และกระทบต่อการรักษากำลังแรงงาน

ไทยทั้งชาติที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ ซึ่งผลประโยชน์จากการจัดทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ต้องตกอยู่กับประชาชนในชาติอย่างเป็นเท่าเทียมกัน รวมทั้ง แพทย์ และพยาบาลไทยได้รับการคุ้มครองให้ม้งานทำอยู่อย่างมีความสุข

2.1.2 แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ

เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศเป็นการศึกษาถึงประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างรัฐ และระหว่างตลาดเพื่อกำหนดภาวะการผลิต การแลกเปลี่ยน การกระจายความมั่งคั่งและอำนาจ ซึ่งเป็นการต่อสู้และทำการต่อรองในหลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการทำข้อตกลง การกีดกัน การแข่งขัน รวมทั้งการศึกษาสงคราม เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศได้มองประเด็นต่างๆ ในระดับระหว่างประเทศด้วยกรอบด้านต่างๆ (Balaam, 2001: 13-22) ดังนี้

2.1.2.1 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและตลาด

ทำการศึกษอำนาจทางการเมืองของรัฐ และอำนาจทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญ คือ รัฐและตลาด และให้ความสนใจในการศึกษาธรรมชาติปฏิสัมพันธ์ภายในระบบระหว่างประเทศ

รัฐ คือ สังคมที่ล้อมรอบพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ประชากร และมีการปกครองโดยรัฐบาลกลางที่มีอำนาจออกกฎหมาย กฎเกณฑ์ข้อบังคับ และอำนาจในการตัดสินใจภายในพื้นที่อาณาเขตของตน รัฐเป็นสังคมทางกฎหมายที่ได้รับการยอมรับ รัฐแต่ละรัฐกำหนดนโยบายของตนเอง รูปแบบรัฐบาลแตกต่างกันเป็นไปตามรัฐนั้นๆ ส่วนประชาชนที่อยู่ในดินแดนของรัฐนั้นๆ มีสถานะความเป็นพลเมืองของรัฐหรือไม่ขึ้นอยู่กับกฎหมายของรัฐนั้นๆ (สมพงษ์ ชูมาก, 2552: 102-103) โดยอำนาจหน้าที่ของรัฐนอกจากทำหน้าที่ปกครอง และป้องกันอธิปไตยของรัฐแล้ว รัฐต้องทำหน้าที่บริหารจัดการเพื่อให้มีระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่ดีที่มีประสิทธิภาพ และรัฐต้องทำหน้าที่บริการสาธารณะ ดูแลประชาชนในประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำอันเนื่องมาจากระบบทุน (วีรพงษ์ รามางกูร, 2551: 1)

ตลาด (Wikipedia, 2012) คือ การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ขายที่ผลิตสินค้า บริการ เพื่อเสนอขายกับผู้ซื้อ โดยมีเงินเป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยน ซึ่งการดำเนินการแลกเปลี่ยน ถูกกำหนดอยู่ภายใต้กลไกตลาด หรืออุปสงค์และอุปทาน เมื่อตลาดใดตลาดหนึ่งมีผู้ขายสินค้า และบริการมากกว่า 1 รายจะส่งผลให้ตลาดนั้นเกิดการแข่งขัน เมื่อเกิดการแข่งขันก็จะทำให้ฝ่ายผู้ขายสินค้า และบริการต้องผลิตสินค้า หรือบริการที่ออกมาดี หรือราคาถูก หรือน่าดึงดูดเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มในการแข่งขันในตลาด

รัฐและตลาดต่างก็มีเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกันนั่นก็คือ รัฐต้องทำหน้าที่ในการสร้างและรักษาอำนาจ (power) อธิปไตย และต้องบริหารจัดการในระบบเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพ มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้เติบโต ส่วนในตลาดทำหน้าที่ในการสะสมความมั่งคั่ง (wealth) และกำไร ทั้งรัฐและตลาดต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกันเสมอ นับตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา สิ่งที่สำคัญอย่างหนึ่งของทั้งรัฐและตลาดต่างต้องรองความมั่นคงเอาไว้ ความมั่นคงจากความกลัว หรือการคุกคามเป็นสิ่งที่เป็นการต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั้งในส่วนบุคคลและโดยรวม บางครั้งในความจำเป็นทางความมั่นคงที่ขับเคลื่อนรัฐและตลาดไปในทิศทางเดียวกัน

2.1.2.2 ด้านระดับการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ของเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับรัฐ และระดับระหว่างประเทศ จากหนังสือของ Kenneth Waltz (อ้างถึงใน Balaam, 2001: 16) ได้เขียนถึงสาเหตุของสงครามว่ามีระดับปัจเจกบุคคล รัฐ และระหว่างประเทศ เช่น การขัดแย้งตามธรรมชาติของมนุษย์เป็นในระดับบุคคล บางครั้งก็ก้าวไปสู่รัฐบาลของชาติ เรียกว่าเป็นระดับรัฐ และสุดท้ายได้ส่งผลไปถึงระดับนานาชาติ เรียกว่าเป็นระดับระหว่างประเทศ การวิเคราะห์แบบนี้ทำให้แยกแยะบทบาทผู้เล่นในแต่ละระดับ และทำให้การวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ นั้น เพื่อขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการแยกแยะระดับของความขัดแย้งได้ แต่อย่างไรก็ตามในการออกนโยบายมาเพื่อในระดับใดแล้วก็ตามก็อาจส่งผลถึงระดับอื่นได้ด้วย

2.1.2.3 ด้านประเภทของพลังอำนาจ

เศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศเป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจ 2 แบบคือ (1) อำนาจเชิงสัมพันธ์ (relational power) เป็นสิ่งที่ผู้เล่นหนึ่งใช้เพื่อทำให้คู่สัมพันธ์เปลี่ยนแปลงประเด็นใดประเด็นหนึ่งตามต้องการ อำนาจเชิงสัมพันธ์นี้มักใช้กับการวิเคราะห์ระดับบุคคลและระดับรัฐ และ (2) การใช้อำนาจเชิงโครงสร้าง (structural power) เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบในรัฐใดรัฐหนึ่งในทางการเมือง หรือในระดับโลกอันได้แก่ การเปลี่ยนระบบทุนนิยมสู่สังคมนิยม หรือจากสังคมนิยมไปสู่ทุนนิยม หรือการเปลี่ยนจากยุคล่าอาณานิคม ไปเป็นยุคของโลกไร้พรมแดน ซึ่งในการใช้อำนาจเชิงโครงสร้างในการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบในระดับโลกได้นั้นจะเห็นได้ก็คือ สหรัฐอเมริกา ที่ใช้สถาบันระหว่างประเทศไม่ว่าจะเป็นองค์การการค้าโลก (World Trade Organization-WTO) หรือ ธนาคารโลก ในการบังคับให้ประเทศอื่นๆ ต้องอยู่ระบบระเบียบเดียวกัน (Balaam, 2001: 17-18)

2.1.2.4 ด้านโครงสร้างการปฏิสัมพันธ์ในระดับโลก

ศักยภาพของรัฐในการปฏิสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างระดับความสัมพันธ์ต่างๆ นั้น ประกอบด้วยโครงสร้างทางอำนาจ 6 ด้าน คือ 1) โครงสร้าง ความมั่นคง 2) โครงสร้างทาง

การค้า 3) โครงสร้างทางการเงิน 4) โครงสร้างทางความรู้ และเทคโนโลยี 5) โครงสร้างการสื่อสาร และ 6) โครงสร้างทางวัฒนธรรม ซึ่งโครงสร้างอำนาจเหล่านี้หากรัฐใดมีความแข็งแกร่งในทุกโครงสร้างมากเท่าใด ก็จะส่งผลให้เป็นผู้ว่าการครอบครองในระดับโลกมากขึ้นเท่านั้น

จากกรอบการมองในแบบเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศ (International political economy) ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบการวิเคราะห์ผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างแพทย์ และพยาบาล ตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี ภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เนื่องจาก บทบาทรัฐต้องทำหน้าที่ในการบริหารเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเติบโตอย่างเสถียรภาพ โดยยังต้องคำนึงถึงประโยชน์ของประชาชนทั้งชาติ และในอีกด้าน รัฐยังต้องปกป้องการคุกคามทางเศรษฐกิจจากรัฐที่มีโครงสร้างทางอำนาจที่เข้มแข็งกว่า ซึ่งในระบบรัฐ กลุ่มผู้บริหารประเทศเป็นผู้เล่นหลัก โดยใช้นโยบายและแผนงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารประเทศ ส่วนบทบาทตลาด ต้องทำหน้าที่สร้างความมั่งคั่ง เพื่อเพิ่มกำไรและส่งกลับไปยังรัฐในรูปแบบภาษีเพื่อนำไปพัฒนาประเทศ โดยในระบบตลาด กลุ่มนายทุนคือผู้เล่นหลัก โดยใช้ตลาดเป็นเครื่องมือในการสร้างความมั่งคั่ง การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในการเปิดตลาดเสรีภาคบริการด้านสุขภาพทำให้ตลาดด้านสุขภาพสำคัญขึ้น และกำลังสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย และประเทศในภูมิภาคอาเซียนหลายประเทศมากขึ้น เมื่อบทบาทรัฐกับตลาดให้ความสำคัญต่อการสร้างรายได้เพิ่มขึ้นจึงจับมือกันผ่านทางเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ เพื่อหวังว่าจะสร้างผลประโยชน์กลับมาให้กับประเทศ และภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีการลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพ ทำให้รัฐที่มีโครงสร้างที่เข้มแข็งกว่า คุกคามประเทศอื่นๆ ด้วยการดึงดูดทรัพยากร รวมทั้ง แพทย์ และพยาบาลที่เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนธุรกิจจากประเทศอื่นในหลากหลายวิธี เพื่อเพิ่มความมั่งคั่งให้กับประเทศตน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาโดยมองจากกรอบเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศว่า การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายการลงทุนภาคบริการด้านสุขภาพ กับการทำความตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลได้อย่างเสรีนั้น ทำให้แต่ละประเทศที่เป็นประเทศที่มีเป้าหมายเพิ่มรายได้ประเทศจากภาคธุรกิจด้านสุขภาพ ต่างต้องใช้พลังตลาดในการสร้างความมั่งคั่ง ทำให้แต่ละประเทศจะต้องพยายามทำหน้าที่เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มทุนมากขึ้น และหากประเทศที่มีความเข้มแข็งกว่าก็จะใช้ประโยชน์จากการเปิดเสรีการลงทุน และเสรีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจประเทศไทยทั้งสิ้น

2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีการเคลื่อนย้ายแรงงาน

แนวคิดของเศรษฐศาสตร์ในกลุ่มคลาสสิกใหม่ (อ้างถึงใน กุศล สุนทรธาดา และอุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, 2540: 25) Ravenstein (1976) เชื่อว่า ปัจจัยที่ผลักดันและปัจจัยที่ได้ดึงดูดให้เกิดการย้ายถิ่น โดยมองว่าปัจจัยผลักดัน ได้แก่ ความยากจน การขาดแคลน ที่ดิน การมีประชากรมากเกินไปในประเทศต้นทางเป็นปัจจัยผลักดันให้เกิดการย้ายถิ่น ส่วนปัจจัยที่ดึงดูดการย้ายถิ่น ก็คือโอกาสในการมีงานทำ ค่าจ้าง ความทันสมัย ของประเทศผู้รับการย้ายถิ่นของแรงงาน และแนวคิดของ Borjas (1989-1990) เชื่อว่า ผู้ย้ายถิ่นแต่ละคนจะตัดสินใจย้ายถิ่นไปประเทศใดขึ้นอยู่กับประเพณีของผู้ย้ายถิ่นแต่ละคนว่าประเทศนั้นมีโอกาสทางเศรษฐกิจในตลาดแรงงาน โดยเชื่อว่าการย้ายถิ่นของแรงงานจะนำไปสู่ความเท่าเทียมกันของค่าจ้างในระยะยาว และก่อให้เกิดดุลยภาพทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ

ส่วนในแนวคิดเชิงโครงสร้างทางประวัติศาสตร์ (the historical-structuralist approach) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าพลังทางเศรษฐกิจและการเมืองมีอย่างไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศด้อยพัฒนา ทำให้คนไม่สามารถที่จะเข้าถึงทรัพยากรได้อย่างไม่เท่าเทียมกัน และทุนนิยมได้สร้างความไม่เท่าเทียมกันเพิ่มขึ้น ซึ่งการย้ายถิ่นเป็นการสร้างความเหลื่อมล้ำเพิ่มขึ้น โดยประเทศที่พัฒนาแล้วจะดึงเอาทรัพยากร และแรงงานจากประเทศด้อยพัฒนาเพื่อเป็นปัจจัยการผลิตเพิ่มกำไร Aristide R. Zolberg (1989) มองว่า ความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศเกิดจากโครงสร้างทางทรัพยากร พลังอำนาจทางเศรษฐกิจในแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน และข้อจำกัดทางกฎระเบียบ และนโยบายการเข้าประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว กลายเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ย้ายถิ่นถูกกำหนดในการเคลื่อนย้ายเข้าของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศด้อยพัฒนา สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายแรงงานราคาถูกจากประเทศด้อยพัฒนามาสู่ประเทศพัฒนาแล้วที่เป็นศูนย์กลางของแหล่งทุน เพื่อเพิ่มความมั่งคั่งในระบบทุน ส่งผลให้การพัฒนาทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศพัฒนากับด้อยพัฒนามีความไม่เท่าเทียมกันตลอดไป

2.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 อาเซียน (ASEAN)

อาเซียน (ASEAN) หรือสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 1967 สมาชิกเริ่มแรกมี 6 ประเทศ คือ ประเทศบรูไนดารุสซาลาม ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย ภายหลังได้มีสมาชิกเพิ่มขึ้นอีก 4 ประเทศ คือ ประเทศกัมพูชา ประเทศลาว ประเทศพม่า และประเทศเวียดนาม หรือที่เรียกกันว่า CLMV โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสันติภาพในภูมิภาคที่นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ

สังคม และวัฒนธรรม และได้มีการรวมกลุ่มเพื่อขยายความร่วมมือและการค้าระหว่างกันให้มากยิ่งขึ้น โดยการจัดทำเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) เมื่อปี 1992

เดิมอาเซียนรวมตัวกันด้วยจุดประสงค์ทางการเมืองเป็นหลัก เพื่อแก้ไขสถานการณ์ความขัดแย้งด้านอุดมการณ์อย่างรุนแรงระหว่างมหาอำนาจ แต่ภายหลังบริบททางการเมืองโลกเปลี่ยนไป การค้าระหว่างประเทศกลายมามีบทบาทสำคัญ การเปิดเสรีทางการค้ากลายมาเป็นสิ่งสำคัญมากยิ่งขึ้น เหล่าประเทศผู้ริเริ่มในการรวมตัวเริ่มตระหนักในความสำคัญมากยิ่งขึ้น ในช่วงแรกนั้นอาเซียนยังไม่ได้มีการเร่งการสร้างการรวมตัวให้ออกมาเป็นรูปร่างที่ชัดเจน เพราะความแตกต่างทางเศรษฐกิจและทางการเมือง ส่งผลให้อาเซียนยึดแนวคิดว่าจะไม่ทำการแทรกแซงกิจการภายในของกันและกัน แต่เวลาเปลี่ยนไปการค้าเสรีเป็นสิ่งถูกหยิบยกมาในการเจรจาเพิ่มขึ้น การเปิดประเทศเพื่อเพิ่มศักยภาพจึงกลายเป็นเครื่องมือที่สำคัญยิ่งในนโยบายระหว่างประเทศ จากที่ประเทศต่างๆ เริ่มมีการรวมตัวเพื่อสร้างอำนาจต่อรองทางการค้าขึ้น อาเซียนจึงตระหนักและผลักดันการรวมตัวในภูมิภาค จัดทำการเจรจาเพื่อลงนามในข้อตกลงต่างๆ มากขึ้น (สมคิด พุทธศรี, 2552: 1-7)

บทบาทหน้าที่ที่สำคัญของอาเซียน คือ การมีฐานะในการรักษาผลประโยชน์ร่วมกันของประเทศสมาชิก จึงจำเป็นที่ต้องจัดนโยบาย และทิศทางอย่างเหมาะสม นโยบายหลายอย่างของอาเซียนเกิดมาจากการพยายามในการแก้ปัญหาทางการเมือง รวมทั้ง สภาวะที่เปลี่ยนแปลงของระบบโลกส่งผลให้เกิดนโยบายอาเซียนในปัจจุบัน (Severino, 2004: 180) ความแตกต่างในบริบทของแต่ละประเทศส่งผลให้อาเซียนต้องมีแนวทางในการดำเนินนโยบาย คือ มีความไม่เป็นทางการสูงในความร่วมมือที่เกิดขึ้นลักษณะความร่วมมือจึงเป็นลักษณะของข้อตกลงหลวมๆ บนฐานของผลประโยชน์และความเข้าใจร่วมกันร่วมกัน โดยยึดหลักอธิปไตยแห่งชาติ และไม่แทรกแซงกิจการภายในชาติระหว่างกัน เพราะเนื่องจากว่าทุกประเทศในอาเซียนเคยถูกแทรกแซงกิจการภายในประเทศอย่างรุนแรงจากการตกเป็นอาณานิคม ยกเว้นประเทศไทย ทำให้ประเด็นเกี่ยวกับอธิปไตยเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนมาก ไม่ถูกนำมาเป็นประเด็นในเวทีอาเซียน ที่ผ่านมามีในเวทีอาเซียนไม่มีผู้นำที่ชัดเจน แต่โดยนิตินัยประเทศในอาเซียนต่างก็มุ่งหวังความเท่าเทียมกัน ซึ่งในช่วงที่ผ่านมาประเทศสิงคโปร์มีอิทธิพลในช่วงหนึ่ง ส่งผลไปสู่การผลักดันให้เกิดการเปิดเสรีการค้าในปัจจุบัน และการดำเนินนโยบายแบบสัมฤทธิ์ผลนิยมและสร้างความยืดหยุ่นสูงแต่ยังไม่มีพัฒนาการมากเท่าไรนักจนหลังวิกฤติการณ์เศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 อาเซียนจึงเริ่มให้ความสนใจในการพัฒนาการรวมตัวไปสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) (สมคิด พุทธศรี, 2552: 11-19) และในปี พ.ศ. 2546 อาเซียนได้กำหนดทิศทางถึงความร่วมมือที่จะเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ภายในปี พ.ศ. 2558 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นหนึ่งในสามเสาหลักของประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ซึ่งอีกสองเสาหลัก คือ ประชาคมความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Security Community) และประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-

Cultural Community) ทั้งนี้ อาเซียนได้มีการจัดทำกฎบัตรอาเซียน (ASEAN Charter) ขึ้น เพื่อการดำเนินงานไปสู่ประชาคมอาเซียน (กลุ่มพหุภาคี สำนักเศรษฐกิจอุตสาหกรรมระหว่างประเทศ, 2554: 1)

2.2.2 ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community-AEC) จะมีการรวมตัวเป็นประชาคมเศรษฐกิจภายในปี พ.ศ. 2558 อาเซียนได้จัดทำแผนงานในเชิงบูรณาการในด้านเศรษฐกิจต่างๆ หรือพิมพ์เขียวเพื่อจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC Blueprint) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 เรื่อง (ธิดารัตน์ โชคสุชาติ, 2553: 105-107) ดังนี้

1. การเป็นตลาดเดียวและฐานการผลิตร่วม ให้มีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน และแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี และการเคลื่อนย้ายเงินทุนอย่างเสรีมากขึ้น
2. การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจอาเซียน การสร้างความสามารถในด้านต่างๆ เช่น นโยบายการแข่งขัน สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา นโยบายภาษี และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน (การเงิน การขนส่ง และเทคโนโลยีสารสนเทศ)
3. การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจของสมาชิก และลดช่องว่างของระดับการพัฒนาระหว่างสมาชิกเก่า และใหม่ เช่น การสนับสนุนการพัฒนา SMEs
4. การบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก การรวมกลุ่มเข้ากับประชาคมโลก โดยเน้นการปรับประสานนโยบายเศรษฐกิจของอาเซียนกับประเทศภายนอกภูมิภาค เช่น การจัดทำเขตการค้าเสรี และการสร้างเครือข่ายในด้านการผลิต/จำหน่าย เป็นต้น

ซึ่งแต่ละประเทศในประชาคมอาเซียนต่างมีศักยภาพที่แตกต่างกัน ภายใต้การประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 9 ที่เกาะบาหลี สาธารณรัฐอินโดนีเซีย เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2546 ได้ให้การรับรองและลงนามในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียน (Declaration of ASEAN Concord II หรือ Bali Concord II) ซึ่งรวมเรื่องการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ซึ่งเป็นหนึ่งในเสาหลัก 3 เสาของการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) โดยอีก 2 เสาหลัก คือเสาหลักด้านการเมืองและความมั่นคง (Political and Security Pillar) และเสาหลักด้านสังคมและวัฒนธรรม (Socio-Cultural Pillar)

โดยที่ประชุมสุดยอดอาเซียนเห็นชอบให้มีการรวมตัวเป็น AEC ภายในปี พ.ศ.2563 โดยอาเซียนจะเป็นตลาดและฐานการผลิต รวมทั้งมีเปิดเสรีใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเคลื่อนย้ายสินค้าอย่างเสรี 2) เคลื่อนย้ายบริการอย่างเสรี 3) เปิดการค้าเคลื่อนย้ายการลงทุนอย่างเสรี 5) การเคลื่อนย้ายเงินทุนที่เสรีขึ้น และ 6) เปิดการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมืออย่างเสรี

ในการประชุมผู้นำอาเซียนที่ผ่านมา เห็นชอบให้มีการเร่งรัดการรวมกลุ่มสินค้าและบริการสำคัญ 11 สาขา เพื่อเป็นสาขานำร่อง และมอบหมายให้ประเทศสมาชิกรับผิดชอบในการจัดทำ Road map ในแต่ละสาขา ได้แก่ ประเทศไทย ดำเนินการในเรื่องการท่องเที่ยวและการบิน ประเทศพม่า ดำเนินการเรื่องสินค้าเกษตรและสินค้าประมง ประเทศอินโดนีเซีย ดำเนินการในเรื่องยานยนต์และผลิตภัณฑ์ไม้ ประเทศมาเลเซีย ดำเนินการในเรื่องยางและสิ่งทอ ประเทศฟิลิปปินส์ดำเนินการในเรื่องอิเล็กทรอนิกส์ ประเทศสิงคโปร์ ดำเนินการในเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องการบริการด้านสุขภาพ (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มปป.: 14)

การดำเนินการได้มีการมอบหมายในประเทศสมาชิกในภูมิภาครับผิดชอบในการจัดทำ Road map อาจจะกระทบในการเปิดการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้วย เพราะการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรี คือ การสร้างมาตรฐานที่ชัดเจนของแรงงานฝีมือและอำนวยความสะดวกให้กับแรงงานฝีมือที่มีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดให้สามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในกลุ่มประเทศสมาชิกได้ง่ายขึ้น การเคลื่อนย้ายหรืออำนวยความสะดวกในการเดินทางสำหรับบุคคลธรรมดาจะมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของแต่ละประเทศ โดยต้องอำนวยความสะดวกในการตรวจลงตรา (VISA) และออกใบอนุญาตทำงาน (Work Permit) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพและแรงงานฝีมืออาเซียนที่เกี่ยวข้องกับการค้าข้ามพรมแดน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลงทุนในภาคบริการ ทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานเกี่ยวข้องกับการเปิดเสรีเคลื่อนย้ายสินค้า การบริการ และการลงทุน

ในปี พ.ศ. 2563 อาเซียนได้ดำเนินการเร่งให้เปิดเสรีภาคบริการ⁵ เพื่อขจัดอุปสรรคหรือข้อจำกัดด้านการค้าบริการระหว่างกันภายในอาเซียน การเปิดเสรีด้านบริการจะส่งผลให้การแข่งขันในภาคบริการมีความรุนแรงขึ้น (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2556a: 1) และทำให้ความต้องการแรงงานในภาคบริการมีความต้องการมากขึ้นตามไปด้วย ไม่ใช่ความต้องการในด้านปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวแต่ยังรวมถึงความต้องการในด้านศักยภาพของแรงงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นความต้องการแรงงานที่ใช้ความรู้อย่างเข้มข้น (Knowledge intensive) เพื่อให้สามารถแข่งขันทางธุรกิจภาคบริการได้

2.2.3 การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือกับเศรษฐกิจในอาเซียน

ภูมิภาคอาเซียน ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 10 ประเทศ แต่ละประเทศต่างมีความเติบโตทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน และมีโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อมี

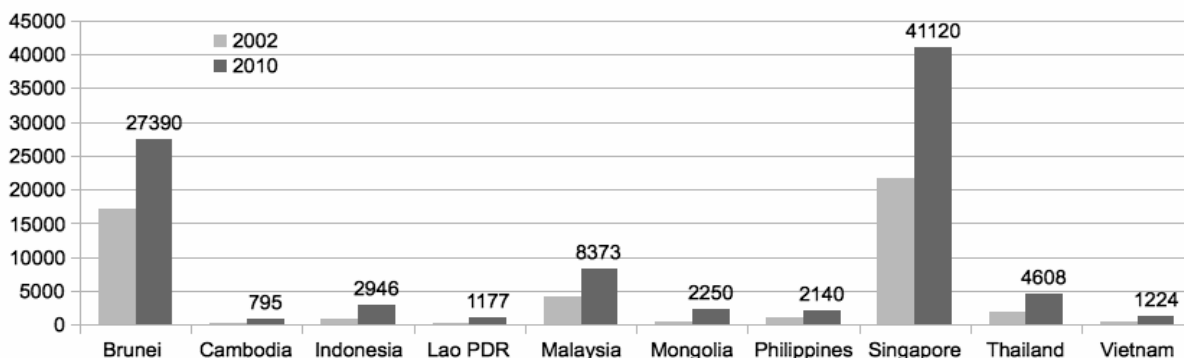
⁵ สาขาการค้าบริการ ได้แก่ 1) สาขาบริการสำคัญ (Priority Integration Sectors: PIS) สาขาเทคโนโลยีสารสนเทศ สาขาสุขภาพ สาขาการท่องเที่ยว และสาขาโลจิสติกส์ 2) สาขาบริการอื่น (Non-Priority Services Sector) ครอบคลุมบริการทุกสาขา นอกเหนือจากสาขาบริการสำคัญ (priority services sectors) 3) สาขาการค้าบริการด้านการเงิน ซึ่ง สาขาบริการอื่น และสาขาบริการด้านการเงินมีกำหนดเป้าหมายเปิดเสรีภายในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015)

การเปิดเสรีเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพทั้ง 7 อาชีพซึ่งเป็นอาชีพในภาคบริการของระบบเศรษฐกิจจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านประโยชน์และผลเสียต่อเศรษฐกิจในแต่ละประเทศในอาเซียน ทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือจะกระทบกับเศรษฐกิจในอาเซียน

2.2.3.1 ระบบเศรษฐกิจต้องการแรงงานในการขับเคลื่อนระบบ

อาเซียนถูกผลักดันเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่มุ่งการเปิดเสรีทางการค้าเพื่อขยายตัวทางเศรษฐกิจให้สามารถแข่งขันกับภูมิภาคอื่นๆ ได้ ส่งผลให้การเติบโตทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ (GDP) ในภูมิภาคอาเซียนมีแนวโน้มที่จะทะยานสูงขึ้นด้วย (กราฟที่ 2) ดังนั้น เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความต้องการแรงงานเพื่อผลิตสินค้าและบริการเพิ่มขึ้นด้วย

กราฟที่ 2 กราฟเปรียบเทียบ GDP Asean ระหว่างปี ค.ศ. 2002 กับ ค.ศ. 2010

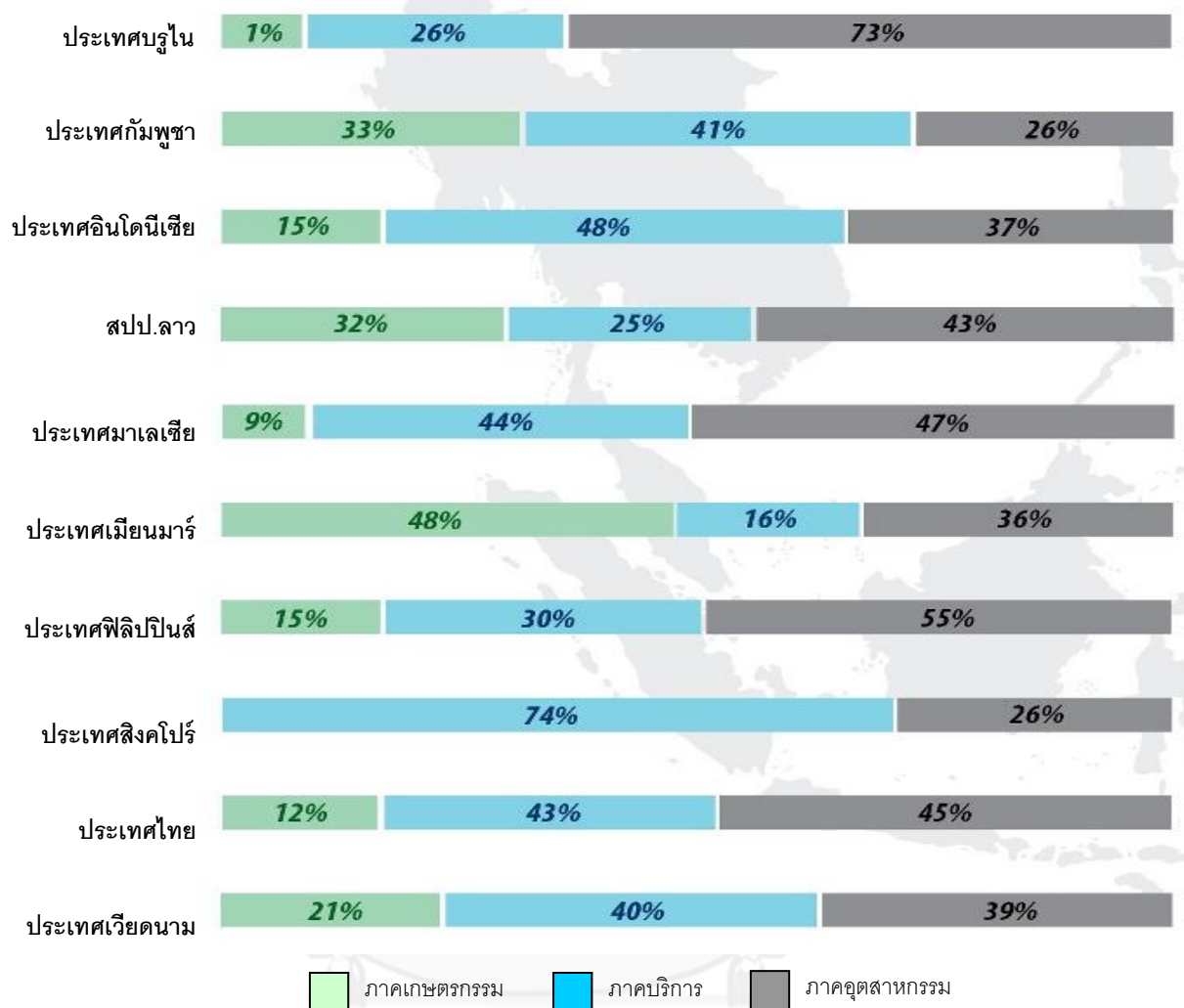


ที่มา : World Bank (อ้างถึงใน ConceptBank Pte. Ltd., 2011: 1)

2.2.3.2 อาเซียนมีแนวโน้มเติบโตในภาคบริการเพิ่มขึ้น จากแนวโน้ม

การเติบโตทางเศรษฐกิจ (GDP) ประเทศที่มีการเติบโตเศรษฐกิจสูงโครงสร้างการเติบโตมาจากภาคบริการ กับอุตสาหกรรมเป็นด้านหลัก (กราฟที่ 3) แต่ขณะที่ประเทศที่การเติบโตทางเศรษฐกิจน้อยที่สุดอย่างประเทศเมียนมาร์ การเติบโตยังอยู่ในภาคเกษตร

กราฟที่ 3 กราฟแสดงโครงสร้างระบบเศรษฐกิจในประเทศอาเซียน ปี ค.ศ. 2011

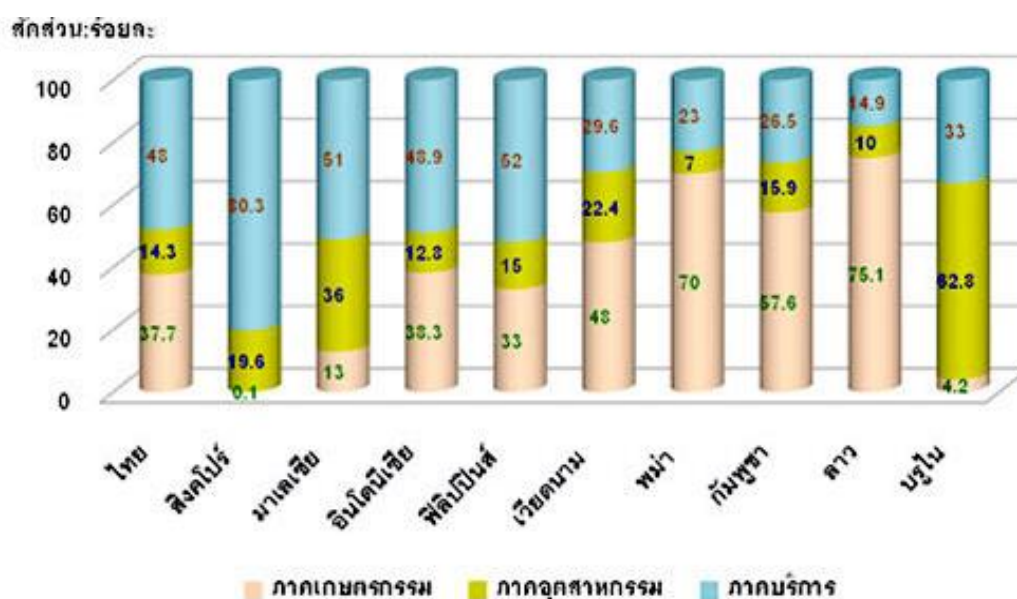


ที่มา : United Nations. (United Nations, 2011: 215)

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาประเทศสู่ประเทศที่พัฒนาแล้ว แนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจจะพัฒนาไปสู่ภาคบริการ ส่วนประเทศที่พัฒนาช้ากว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจยังคงมาจากภาคเกษตรเป็นหลัก ซึ่งในแต่ละประเทศในอาเซียนยังคงต้องอาศัยแรงงานในภาคต่างๆ ในสัดส่วนที่ต่างกันไปตามทิศทางการเติบโตทางโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศ เพราะแรงงานที่อยู่ในภาคนั้นๆ เป็นตัวขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจให้มุ่งไปสู่การเป็นประเทศพัฒนามากขึ้น สำหรับประเทศในอาเซียนมีทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างประเทศสิงคโปร์ที่มีสัดส่วนการเติบโตทางเศรษฐกิจมาจากภาคการค้า และบริการสูงที่สุด ทำให้ความต้องการจ้างแรงงานในภาคการค้าและ

บริการสูงขึ้นตามไปด้วย (กราฟที่ 4) โดยแรงงานที่ต้องการเป็นแรงงานอยู่ในภาคการค้าและการบริการใน 12 สาขาหลัก⁶

กราฟที่ 4 กราฟโครงสร้างการมีงานทำในประเทศสมาชิกอาเซียน ปี พ.ศ. 2555



ที่มา : รวบรวมโดย ศูนย์วิจัยกสิกรไทย (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2555)

2.2.3.3 การลงทุนจากต่างประเทศในภาคบริการ

การลงทุนจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment: FDI) ถือเป็นปัจจัยขับเคลื่อนการเติบโตทางเศรษฐกิจที่สำคัญของอาเซียน ซึ่งการลงทุนส่วนใหญ่ของการลงทุนต่างประเทศเป็นการลงทุนทั้งในภาคอุตสาหกรรมและบริการ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้ทิศทางการลงทุนจากต่างประเทศที่ไหลเข้ามาในภาคบริการของอาเซียนมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น โดยสัดส่วนของเศรษฐกิจและการลงทุนในต่างประเทศในภาคบริการที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ที่มีการเติบโต

⁶ ภาคบริการตามองค์การการค้าโลก (World Trade Organization – WTO) ได้แก่ 1) การบริการด้านธุรกิจ (Business Services) 2) การบริการสื่อสาร (Communication Services) 3) การบริการด้านที่เกี่ยวข้องกับวิศวกรรมและการก่อสร้าง (Construction and related engineering Services) 4) การกระจายสินค้าและบริการ (Distribution Services) 5) การบริการการศึกษา (Educational Services) 6) การบริการด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Services) 7) การบริการด้านการเงิน (Financial Services) 8) การให้บริการด้านสังคมและสุขอนามัย (Health-related and Social Services) 9) การให้บริการด้านสังคมและสุขอนามัย (Health-related and Social Services) 10) การให้บริการด้านการกีฬา วัฒนธรรมและสันทนาการ (Recreational, cultural, and sporting services) 11) การให้บริการขนส่ง (Transport Services) และ 12) การให้บริการด้านอื่นๆ ที่มิได้มีกำหนดไว้ในที่ใด

ทางเศรษฐกิจจากภาคบริการมีสัดส่วนต่อ GDP กว่า 74% ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ได้แก่ ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศมาเลเซีย ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศไทยคาดว่าจะมีสัดส่วนภาคบริการต่อ GDP เพิ่มขึ้น (สุทธาภา อมรวิวัฒน์ วิชาน เจริญผล และคณะ, 2012: 3) ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีการลงทุนจากต่างประเทศมากที่สุดในอาเซียน (ตาราง 1) โดยส่วนใหญ่ของการลงทุนอยู่ในภาคบริการทางการเงิน อสังหาริมทรัพย์ และธุรกิจบริการ (ตาราง 2) ทำให้การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลให้เกิดการลงทุนจากต่างประเทศไหลเข้าสู่อาเซียนเพิ่มขึ้น และภาคบริการก็ยังเป็นภาคที่มีแนวโน้มที่จะมีการลงทุนเพิ่มซึ่งจะส่งผลต่อความต้องการจ้างงานในแรงงานภาคบริการก็เพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 1 สัดส่วนการลงทุนจากต่างประเทศทางตรงต่อ GDP ของประเทศต่าง ๆ ของกลุ่ม AEC ปี ค.ศ. 2007-2011

ประเทศ	Foreign direct investment, net inflows (% of GDP)				
	ปี 2007	ปี 2008	ปี 2009	ปี 2010	ปี 2011
สิงคโปร์	27.86	7.07	13.88	22.82	26.70
บรูไน	2.10	1.54	3.03	5.06	7.39
กัมพูชา	10.04	7.87	5.18	6.96	7.03
เวียดนาม	9.43	10.52	7.82	7.52	6.01
มาเลเซีย	4.69	3.28	0.06	3.71	4.17
สปป. ลาว	7.66	4.18	5.46	3.88	3.62
ไทย	4.59	3.13	1.84	2.85	2.25
อินโดนีเซีย	1.6	1.83	0.9	1.94	2.14
ฟิลิปปินส์	2.17	0.83	1.61	0.82	0.83

ที่มา : อ้างถึงใน BussinessThai (Lim, 2013: 1)

ตารางที่ 2 ภาคการลงทุนจากต่างประเทศในอาเซียน ปี ค.ศ. 2011

หน่วย US\$ Million

Sector	Brunei	Cambodia	Indonesia	Laos	Malaysia	Philippines	Singapore	Thailand	Vietnam	Total
Agriculture, Fishery & Forestry	0	157	337	4	28	2	3	6	9	546
Mining and Quarrying	486	3	1,897	10	990	278	125	342	0	4,133
Manufacturing	27	175	4,971	57	5,030	-2	4,945	3,370	2,445	21,018
Construction	15	0	-50	0	-41	-2	29	-225	805	531
Trade/Commerce	88	0	2,456	5	913	127	3,094	554	116	7,353
Financial Service	3	300	405	54	2,044	48	12,405	1,197	35	16,491
Real-Estate	0	0	-77	0	0	182	9,853	548	2,340	12,846
Service	9	44	2,597	151	221	204	5,068	493	2,158	10,945
Other	0	104	7	51	-29	877	0	34	91	1,135
Total	629	783	13,304	333	9,156	1,713	35,520	6,320	8,000	75,758

ที่มา: ASEAN Secretariat, Data as July 2011

2.2.3.4 อาเซียนเปิดเสรีการลงทุนภาคบริการกับการเคลื่อนย้าย

แรงงานที่มีฝีมือในภาคบริการ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีวัตถุประสงค์หลักในการเป็นตลาด และฐานการผลิตเดียวกัน (ASEAN single market and production base) เพื่อให้มีการเคลื่อนย้ายของสินค้า บริการ การลงทุน เงินทุน และแรงงานฝีมืออย่างเสรีมากขึ้น และมุ่งส่งเสริมการรวมกลุ่มสาขาสำคัญของอาเซียนให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การเปิดเสรีภาคบริการ (Free flow of service) เป็นหนึ่งในกระบวนการสำคัญที่ประเทศสมาชิกอาเซียนมีความตกลงร่วมกันที่จะผลักดันให้เกิดขึ้น และกำหนดให้ประเทศสมาชิกยกเลิกข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการค้าบริการในอาเซียน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความเป็นตลาด และฐานการผลิตเดียวกัน การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเสมอภาค และการบูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลก และเตรียมพร้อมเพื่อการก้าวสู่

ความเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 การเปิดเสรีภาคบริการมุ่งให้เกิดการค้าและ
บริการระหว่างประเทศอาเซียนที่ไม่มีข้อจำกัดระหว่างกัน โดยเปิดเสรีภาคบริการ ประกอบด้วยธุรกิจ
การค้าและบริการ 12 สาขาหลัก ดังนี้

- 1) บริการธุรกิจ ได้แก่ บริการวิชาชีพ บริการด้านคอมพิวเตอร์
บริการด้านการวิจัย
- 2) บริการด้านอสังหาริมทรัพย์ บริการให้เช่าทรัพย์สิน บริการธุรกิจ
อื่นๆ
- 3) การสื่อสาร และโทรคมนาคม ได้แก่ การไปรษณีย์ การขนส่ง
เอกสาร โทรคมนาคม การผลิตสื่อ
- 4) การก่อสร้าง และงานวิศวกรรม ได้แก่ การก่อสร้างอาคาร การ
ก่อสร้างงานวิศวกรรมโยธา
- 5) การจัดจำหน่าย ได้แก่ การค้าส่ง การค้าปลีก ตัวแทนการ
จำหน่าย แฟรนไชส์
- 6) การศึกษา ได้แก่ บริการการศึกษาในระดับการศึกษาต่างๆ
- 7) บริการด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บริการด้านสุขอนามัย การกำจัด
ของเสียการจัดการน้ำเสีย
- 8) บริการทางการเงิน ได้แก่ การประกันภัย ธนาคาร และสถาบัน
การเงิน
- 9) บริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล บริการสุขภาพ บริการสังคม
- 10) การท่องเที่ยว ได้แก่ โรงแรม ร้านอาหาร ตัวแทนการท่องเที่ยว
มัคคุเทศก์
- 11) บริการนันทนาการ ได้แก่ สถานบันเทิง ห้องสมุด พิพิธภัณฑ์ การ
กีฬา
- 12) การขนส่ง ได้แก่ การขนส่งทางทะเล การขนส่งทางน้ำ การขนส่ง
ทางอากาศการขนส่งทางราง การขนส่งทางถนน การขนส่งทางท่อ บริการจัดเก็บสินค้า
- 13) บริการอื่นๆ

และเพื่อให้การเปิดเสรีภาคบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาเซียนจึงได้
กำหนดให้มีการจัดทำกรรการรับรองคุณสมบัติในการประกอบอาชีพ (MRAs) เพื่อให้แรงงานที่มีฝีมือใน
สาขาวิชาชีพด้านบริการในอาเซียนสามารถเดินทางไปทำงานระหว่างกันได้สะดวกมากขึ้น (สำนักงาน
ส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2555: 2-6) ทำให้ความสำคัญของการจัดทำกรรการรับรอง
คุณสมบัติในการประกอบอาชีพทั้ง 7 วิชาชีพ ก็เพื่อรองรับการเปิดเสรีภาคบริการ

2.2.3.5 การเคลื่อนย้ายแรงงานสร้างรายได้เพิ่มให้กับประเทศ

แม้ว่าการเคลื่อนย้ายแรงงาน แรงงานจะส่งเงินส่วนหนึ่งกลับมายังประเทศถิ่นกำเนิดของแรงงาน แต่รายได้ส่วนใหญ่ยังอยู่ในประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายไปอยู่ในรายงานของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization : ILO) (อ้างถึงใน อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555a: 1) ประเมินว่า แรงงานต่างด้าวในทุกประเทศทั่วโลกมีประมาณ 86 ล้านคน จำนวนเงินที่แรงงานต่างด้าวส่งเงินกลับไปยังครอบครัวในประเทศกำลังพัฒนา คิดเป็นเงินประมาณ 160,000 ล้านดอลลาร์ต่อปี ซึ่งมากกว่าเงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (Development Aid) ที่ประเทศกำลังพัฒนาได้รับถึง 3 เท่า ซึ่งเงินรายได้ของแรงงานต่างด้าวส่งกลับบ้านคิดเป็น 13% ของรายได้ที่แรงงานได้รับ หมายความว่า รายได้ที่เหลืออีก 87% ของแรงงานจะยังคงอยู่ในประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายไปอยู่ ซึ่งคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์ สรุปได้ว่าแรงงานที่มีการเคลื่อนย้ายได้ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศที่แรงงานเข้าไปทำงานอยู่อย่างมาก

2.2.3.6 กำลังแรงงานอาเซียนกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงต้องการ

แรงงานทดแทน ประชากรในอาเซียน มีประชากรรวมกันกว่า 600 ล้านคน หรือคิดเป็น 10% ของประชากรทั้งโลก ประเทศที่มีประชากรมากที่สุด คือ ประเทศอินโดนีเซีย มีประชากร 245 ล้านคน รองลงมา คือ ประเทศฟิลิปปินส์ 101 ล้านคน ประเทศเวียดนาม 90 ล้านคน ประเทศไทย 66 ล้านคน ประเทศพม่า 53 ล้านคน ประเทศมาเลเซีย 28 ล้านคน ประเทศกัมพูชา 14 ล้านคน สปป.ลาว 6 ล้านคน ประเทศสิงคโปร์ 5 ล้านคน และประเทศบรูไน 0.4 ล้านคน โดยประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงวัยมากกว่า ร้อยละ 10 ทำให้เป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ⁷ (ตารางที่ 3) และคาดว่าอีกประมาณ 27 ปีข้างหน้า สัดส่วนสังคมผู้สูงวัยก็ยิ่งมากขึ้น UN World Population Prospects: The 2012 Revision รายงานว่า ปี พ.ศ. 2553 อาเซียนมีสัดส่วนของประชากรสูงวัยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 12 ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงวัยทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 โดยประเทศสิงคโปร์และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย ก่อนประเทศอื่นในกลุ่มอาเซียน โดยมีสัดส่วนประชากรสูงวัยกว่าร้อยละ 14 และ 12 ตามลำดับ (อ้างถึงใน ศูนย์วิจัยกิจการไทย, 2556: 1)

⁷ ภาวะที่ประเทศมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 3 ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปของประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2556 และ 2583

หน่วย: ร้อยละ

ประเทศ	2556	2583
อาเซียน	6.8	17.7
บรูไน	4.8	16.5
กัมพูชา	4.6	10.4
อินโดนีเซีย	6.6	17.2
สปป.ลาว	4.6	10.0
มาเลเซีย	5.9	14.7
เมียนมาร์	6.1	15.6
ฟิลิปปินส์	4.3	9.9
สิงคโปร์	12.3	35.1
ไทย	11.3	26.2
เวียดนาม	7.4	21.0

ที่มา : United Nations. (United Nations, 2010: 23)

และอัตราการเกิดของแต่ละประเทศในอาเซียนมีอัตราที่น้อยโดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์และประเทศไทยที่มีอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติมีอัตราเพิ่ม 0.6 และ 0.4 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556: 8) ทำให้แนวโน้มประชากรในประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทยจะมีประชากรที่เข้าสู่กำลังแรงงานน้อยลง ส่งผลให้กำลังแรงงานในประเทศน้อยลงความต้องการแรงงานทดแทนเพื่อพัฒนาระบบเศรษฐกิจจึงมากขึ้น

2.2.3.7 แรงงานที่มีฝีมือเคลื่อนย้ายออกมากส่งผลต่อภาวะสมองไหล

กระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในระดับสูงตามข้อตกลงในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนั้น อาจส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านประโยชน์และผลเสียไปพร้อมๆ กัน เพราะหากประเทศที่รับแรงงานที่มีฝีมือเหล่านี้เข้าไปย่อมได้แรงงานที่มีฝีมือเข้าไปมากขึ้น แต่ขณะที่ประเทศที่แรงงานเหล่านี้เคลื่อนย้ายออกมามาก ประเทศนั้นก็จะต้องตกอยู่ในสภาวะสมองไหล สูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ ก่อให้เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานที่มีฝีมือซึ่งเป็นแรงงานวิชาชีพกระทบต่อการพัฒนาของระบบเศรษฐกิจของประเทศที่มีการเคลื่อนย้ายออกในระยะยาว และอาจจะก่อให้เกิดปัญหาการเข้ามาแย่งงานของแรงงานภายในประเทศจากแรงงานที่มีฝีมือจากต่างชาติ อีกทั้ง รัฐยังต้องสูญเสียเงินที่ได้ลงทุนพัฒนาแรงงานเหล่านี้ให้มีความรู้ความสามารถ (United Nations, 2004: 95) อีกด้วย

2.2.4 ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือในประเทศไทย

ประเทศไทยยังเป็นประเทศที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจผ่านแรงงาน แต่กำลังแรงงานกำลังภายในประเทศมีแนวโน้มที่จะขาดแคลนมากขึ้น ทำให้ความต้องการแรงงานมีมากขึ้น ทั้งในแรงงานที่มีฝีมือ แรงงานกึ่งทักษะ และแรงงานไร้ทักษะ สาเหตุมาจากประเทศไทยมีปัญหาในเรื่องอัตราการเติบโตประชากร ที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกอาเซียนหลัก 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศไทยมีอัตราการเติบโตของประชากร และการขยายตัวของแรงงานต่ำที่สุด เพียง 0.7% และ 1.3% ต่อปี ตามลำดับ ขณะที่สิงคโปร์มีอัตราการเติบโตของประชากรและการขยายตัวของแรงงานอยู่ที่ 3.3% และ 5.4% ต่อปีตามลำดับ (สุทธภา อมรวิวัฒน์, 2556: 1) แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยจะประสบกับการขาดแคลนกำลังแรงงานในอนาคต เนื่องจากการที่ประชากรไทยมีการเพิ่มขึ้นช้าลง การมีจำนวนบุตรน้อยลง และประชากรในวัยแรงงานในปัจจุบันกำลังไหลไปอยู่ในวัยชราเพิ่มขึ้นซึ่งปัจจุบันประเทศไทยก็มีสัดส่วนเป็นผู้สูงอายุสูงอยู่แล้ว ทำให้สัดส่วนกำลังแรงงานของไทยมีแนวโน้มน้อยลง ดังนั้น ในอนาคตฐานแรงงานของประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะจะเริ่มหดตัวลงและเร็วที่สุดเมื่อเทียบกับสมาชิกอาเซียนหลัก 5 ประเทศ

รายงานผลการศึกษาแนวโน้มความต้องการแรงงานในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 ของ กองวิจัยตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (กองวิจัยตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน, 2552: 180) รายงานผลการศึกษาว่า ประเทศไทยมีความต้องการแรงงานที่เพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานในภาคบริการที่ยังมีแนวโน้มที่มีความต้องการมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า ความต้องการแรงงานในภาคเกษตรกรรมในช่วงปี พ.ศ. 2553 ถึง 2557 เพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นอัตราการขยายตัวเฉลี่ย ร้อยละ 1.0 ต่อปี ส่วนในภาคอุตสาหกรรมมีความต้องการแรงงานในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 เพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นอัตราการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 1.2 ต่อปี และส่วนในภาคบริการมีความต้องการแรงงานในช่วงปี พ.ศ. 2553-2557 เพิ่มขึ้นทุกปีในทิศทางเดียวกัน โดยมี

อัตราการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 2.7 ต่อปี โดยภาคบริการมีแนวโน้มเติบโตมากกว่าภาคการผลิตอื่นๆ แต่อุปทานด้านแรงงานไม่เพียงพอกับความต้องการทั้งหมด

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นว่าความต้องการแรงงานที่มีฝีมือภายในประเทศมีความต้องการอย่างมากเพื่อรองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจในภาคบริการที่กำลังขยายตัวมากขึ้น แต่แรงงานในภาคบริการกลับมีแนวโน้มที่ขาดแคลนเพิ่มขึ้น ซึ่งศูนย์วิเคราะห์เศรษฐกิจทีเอ็มบี หรือ TMB Analytics ได้มองปัญหาการขาดแคลนแรงงานภาคการผลิตและบริการว่าจะยิ่งเพิ่มขึ้นในอนาคต และอาจจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพการขยายตัวของเศรษฐกิจไทยถึง 0.7% (ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, 2556: 1)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งการศึกษาเฉพาะในวิชาชีพสาขาแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่มีฝีมือในภาคบริการสาขาสุขภาพที่เป็นภาคบริการที่สำคัญที่เร่งให้มีการเปิดเสรีในการลงทุน และการเปิดเสรีให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือภายใต้ข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรีไปพร้อมกัน การเปิดเสรีด้านการลงทุนภาคบริการก็ยิ่งทำให้เกิดการแข่งขันทั้งด้านการลงทุน และการดึงแรงงานที่มีความสามารถเพื่อเสริมศักยภาพด้านบริการมากขึ้น

2.2.5 ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

ประเทศในอาเซียนมีภาคบริการด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมาก ทั้งที่แตกต่างระหว่างชนบทและเมืองของแต่ละประเทศ ยังมีความแตกต่างระหว่างประเทศที่มีศักยภาพในภาคบริการ ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยที่ภาคบริการในด้านสุขภาพถือว่าสำคัญต่อกำหนดทิศทางนโยบายการเปิดประเทศเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของหลายประเทศในอาเซียน และสำคัญต่อการดูแลรักษากำลังแรงงานในภาคเศรษฐกิจต่างๆ และทำหน้าที่ดูแลรักษาประชาชนในแต่ละประเทศ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่แต่ละประเทศต้องมีแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศ

ในความต้องการความต้องการแรงงานที่มีฝีมือด้านสุขภาพในอาเซียน เกิดมาจากความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ ทั้งที่มีความขาดแคลนอยู่แล้วเนื่องจากการผลิตแพทย์ได้จำนวนน้อยกับความต้องการรองรับผู้ป่วยต่างประเทศเพิ่ม รวมทั้ง การเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย ทำให้ความต้องการบุคลากรด้านการแพทย์เพิ่มขึ้น ในข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ปี 2556 ได้เปรียบเทียบแพทย์ของประเทศในอาเซียน พบว่า สัดส่วนแพทย์ไทยต่อประชากรมีสัดส่วน 5:10,000 คน (ตารางที่ 4) สำหรับประเทศฟิลิปปินส์มีข้อมูลเฉพาะในปี 2545 (อ้างมาจากเว็บไซต์ <http://www.nationsencyclopedia.com>) โดยสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรฟิลิปปินส์อยู่ที่ 12:10,000 ในการกำหนดสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรให้มีสัดส่วน 1:5,000 คน ดังนั้น สัดส่วนมาตรฐานของประเทศไทยในประชากร 10,000 คน

ควรมีแพทย์จำนวน 2 คน ซึ่งในปี 2556 ข้อมูลจากกราฟแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีแพทย์ที่เพียงพอ แต่เมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ สัดส่วนแพทย์ไทยยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่าประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจสูงสุดในภูมิภาคอาเซียน สัดส่วนน้อยกว่าประเทศบรูไน และประเทศมาเลเซียที่เป็นประเทศพัฒนาทางเศรษฐกิจในระดับเดียวกับประเทศไทย และเนื่องจากจำนวนประชากรในประเทศเหล่านั้นน้อยกว่าประเทศไทย (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าแพทย์ของประเทศสิงคโปร์ ประเทศบรูไน และประเทศมาเลเซียยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มมากขึ้นและได้มากกว่าประเทศไทยเนื่องจากมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ส่วนประเทศที่ประสบปัญหาความขาดแคลนแพทย์อย่างมากที่สุด ได้แก่ ประเทศ สปป. ลาว ซึ่งมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรน้อยที่สุดในภูมิภาค

ตารางที่ 4 สัดส่วนจำนวนแพทย์และพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน ของแต่ละประเทศ

ประเทศ	จำนวนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน	จำนวนพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน
สิงคโปร์	19.2	63.9
บรูไน	13.6	70.2
มาเลเซีย	12	32.8
ไทย	5	14 ²
ฟิลิปปินส์	12 ¹	61 ²
เวียดนาม	12.2	10.1
อินโดนีเซีย	2	13.8
สหภาพเมียนมาร์	5	8.6
สปป.ลาว	1.9	8.2
กัมพูชา	2.3	7.9

ที่มา: World Health Statistics 2013

¹ World Health Statistics 2002

² World Health Statistics 2010

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรในแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน ปี พ.ศ. 2556

ประเทศ	จำนวนประชากร (ล้าน)
สิงคโปร์	5.4
บรูไน	0.4
มาเลเซีย	29.8
ไทย	66.2
ฟิลิปปินส์	96.2
เวียดนาม	89.7
อินโดนีเซีย	248.5
สหภาพเมียนมาร์	53.3
สปป.ลาว	6.7
กัมพูชา	14.4

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2556

สำหรับพยาบาลในอาเซียนยังมีความขาดแคลนมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลก กำหนดพยาบาลต่อประชากรที่ 1:500 ซึ่งตามข้อมูลพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับประชากร 10,000 คน ต้องมีจำนวนพยาบาล 20 คน ซึ่งประเทศไทย ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศเวียดนาม ประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว และประเทศกัมพูชา ขาดแคลนพยาบาลอย่างมาก เพราะมีสัดส่วนพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน ต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ตาราง 4)

ข้อสังเกตในประเทศที่มีความพร้อมทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ต่างประกาศนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และรณรงค์ส่งเสริมด้านการท่องเที่ยวสุขภาพทั้งประเทศ สิงคโปร์ และประเทศมาเลเซียทำให้ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยด้วยศักยภาพแพทย์ที่มีความสามารถสูง พยาบาลที่มีอัตราค่าจ้างที่ดี ค่ารักษาที่ถูกกว่า และครองชีพที่ดี จึงประกาศเป้าหมายในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลมากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศที่ได้ประกาศเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในอาเซียน เนื่องจากสัดส่วนแพทย์ในการดูแลประชากรในประเทศอยู่ใกล้เคียงกับมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ส่วนในด้านประเทศกัมพูชา และ สปป. ลาว เป็นประเทศที่ระบบสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึง ต่างมีความต้องการจัดโครงสร้างการดูแล รักษาประชาชนในประเทศ ด้วยการให้ประชาชนเข้าถึงการบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยเมื่อเทียบจำนวนประชากรกับประเทศที่มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกันอย่างประเทศสิงคโปร์ สัดส่วนแพทย์ และพยาบาลต่อประชากรในประเทศ สปป. ลาว มีสัดส่วนแพทย์ และพยาบาลที่น้อยมาก จึงจะเห็นได้ว่าความต้องการแรงงานวิชาชีพด้านสุขภาพในกลุ่มนี้ก็ยังมีความเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

สำหรับการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือสาขาด้านสุขภาพจะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพด้านภาคบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศในอาเซียน รวมถึง การเคลื่อนย้ายที่จะเกิดขึ้นระหว่างอาเซียนกับประเทศอื่นนอกภูมิภาคด้วย ดังนั้น ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือด้านสุขภาพในหลายประเทศของอาเซียนอาจจะผลักดันให้มีการเร่งการเจรจาให้เปิดเสรีในการเคลื่อนย้ายให้เร็วขึ้นเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนภายในภูมิภาค และการเคลื่อนย้ายอาจจะไม่ใช่เพียงกับประเทศในอาเซียนแต่เพราะความขาดแคลนในแรงงานวิชาชีพกลุ่มนี้ในประเทศอื่นนอกอาเซียน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายออกไปยังประเทศนอกอาเซียนด้วย (ประภัสสร เสวิกุล, 2555: 1) จะเห็นได้จากประเทศฟิลิปปินส์ที่มีเป้าหมายในการผลิตแรงงานในด้านสุขภาพเพื่อส่งไปทำงานในประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ เพราะสัดส่วนแพทย์ฟิลิปปินส์ต่อประชากรในประเทศมีสัดส่วนแพทย์ที่ 12:10,000 คน และสัดส่วนพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 61:10,000 คน ซึ่งแพทย์ และพยาบาลฟิลิปปินส์มีสัดส่วนสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด ขณะที่สัดส่วนเตียงรักษาในโรงพยาบาลฟิลิปปินส์ต่อประชากรมีสัดส่วน 5:10,000 คน (World Health Organization, 2013: 125)⁸ แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนแพทย์และพยาบาลฟิลิปปินส์มีสัดส่วนที่เพียงพอต่อประชากรในประเทศเพราะสัดส่วนเกินกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ เมื่อพิจารณาสัดส่วนเตียงต่อประชากรในโรงพยาบาลฟิลิปปินส์ พบว่า มีสัดส่วนน้อยกว่าประเทศสิงคโปร์ ประเทศบรูไน ประเทศมาเลเซีย ประเทศไทย และประเทศเวียดนามในอาเซียน อาจจะแสดงได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลของประเทศฟิลิปปินส์เป็นผู้ป่วยนอก เพราะสัดส่วนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยมีน้อยแม้จำนวนโรงพยาบาลต่อประชากรของประเทศฟิลิปปินส์มีสัดส่วน 1.9:100,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศไทยที่มีสัดส่วนโรงพยาบาลต่อประชากรอยู่ที่ 1.8:100,000 คน แต่สัดส่วนเตียงต่อประชากรในประเทศไทยมีสัดส่วนที่ 21:10,000 คน แสดงว่าขนาดโรงพยาบาลของฟิลิปปินส์ส่วนใหญ่เป็นขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงน้อย แต่เมื่อเทียบสัดส่วนของแพทย์ และพยาบาลฟิลิปปินส์มีสัดส่วนที่มากกว่ามาตรฐานโลกแตกต่างจากประเทศไทย ที่มีสัดส่วนเตียงมากกว่าแต่สัดส่วนแพทย์ และพยาบาลน้อยกว่าประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งอาจจะทำให้เห็นได้ว่าการผลิตแพทย์ และพยาบาลในประเทศฟิลิปปินส์เพียงพอต่อการรักษาประชากรในประเทศ ทำให้ออกจากการทำงานในประเทศฟิลิปปินส์แล้ว แพทย์ และพยาบาลฟิลิปปินส์สามารถเดินทางไปทำงานในต่างประเทศได้ แต่สำหรับประเทศอื่นๆ ในอาเซียนยังประสบกับภาวะแนวโน้มขาดแคลน จึงต่างต้องการบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลมากขึ้น

⁸ ดูจากตาราง 19 หน้า 83 ประกอบ

2.2.6 ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย

ความต้องการในแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพสาขาแพทย์ และพยาบาล เป็นสาขาภาคบริการที่มีประเทศไทยมีความต้องการอย่างมาก ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข (ตารางที่ 6) พบว่าความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขมีเพิ่มมากขึ้น โดยมีต้องการรวมกันทั้งสิ้นกว่า 29,000 คน โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ รายงานจากกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุว่า ประเทศไทยมีความจำเป็นที่ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรทางด้านวิชาชีพนี้เป็นการเร่งด่วนเพื่อรองรับการเปิดเสรีอาเซียนอีกถึง 1,200 คน จากปัจจุบันที่ประเทศไทยขาดแคลนบุคลากรแพทย์อยู่แล้ว 10,719 คน ดังนั้น จะทำให้อีก 2 ปีข้างหน้าจะมีปัญหาการขาดแคลนแพทย์ถึง 11,974 คน และขาดแคลนทันตแพทย์อีก 3,267 คน ขณะที่วิชาชีพพยาบาล ต้องเพิ่มเพื่อรองรับการเปิดประชาคมอาเซียน 5,454 คน จากปัจจุบันที่ขาดแคลนอยู่แล้วถึง 16,030 คน เท่ากับว่าจะขาดแคลนรวมกันถึง 21,628 คน (Thaipublica, 2555: 1)

ตารางที่ 6 สถานการณ์ผู้ให้บริการสุขภาพประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558

	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์
ความขาดแคลนภาครัฐ	10,179	16,030	2,900
ความต้องการสำหรับรองรับอาเซียน	1,200	5,454	345
รวมความขาดแคลน	11,974	21,628	3,267
กำลังผลิตต่อปี	2,500	10,000	800

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งสาเหตุที่ประเทศไทยมีความต้องการแพทย์ และพยาบาล เนื่องจาก

2.2.6.1 การเข้าสู่ประเทศที่มีประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ตารางที่ 7) จากปี พ.ศ. 2553 สัดส่วนประชากรในประเทศอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 11.7% และอีก 5 ปีข้างหน้า จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้นทำให้ความต้องการแรงงานวิชาชีพในกลุ่มนี้มาดูแลรักษาประชาชนมากขึ้น

ตารางที่ 7 โครงสร้างประชากรโลกและประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2568

(หน่วย: พันคน)

พ.ศ.	ประชากรโลก (%)				ประชากรไทย (%)			
	จำนวนรวม	0 - 14 ปี	15 - 59 ปี	60 ปีขึ้นไป	จำนวนรวม	0 - 14 ปี	15 - 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2543	6,070,578	30.1	59.9	10.0	62,237	24.7	65.9	9.4
2548	6,453,627	28.3	61.3	10.4	64,765	23.0	66.7	10.3
2553	6,830,282	27.0	61.9	11.1	67,042	21.2	67.1	11.7
2558	7,197,247	26.1	61.6	12.3	69,056	20.2	66.0	13.8
2563	7,540,238	25.2	61.2	13.6	70,821	19.0	64.2	16.8
2568	7,851,455	24.2	60.8	15.0	72,288	18.0	62.0	20.0

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568 (อ้างอิงใน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547: 1)

2.2.6.2 ความต้องการเป็นประเทศศูนย์กลางทางการแพทย์

(*Medical Hub*) การบริการทางการแพทย์ถือว่าเป็นธุรกิจภาคบริการที่มีมูลค่าสูงที่สร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างมาก จากศักยภาพทางการแพทย์ในประเทศไทยที่ได้รับการยอมรับไปทั่วโลก อีกทั้ง ราคารักษาพยาบาลที่ไม่แพง รวมกับค่าครองชีพในประเทศไทยที่ไม่สูงมาก ส่งผลให้มีผู้ป่วยจำนวนมากจากหลากหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศแถบตะวันออกกลางได้เข้ามารักษาพยาบาลมากขึ้น ประเทศไทยมีแนวโน้มได้รับรายได้จากการเข้ามารักษาพยาบาลของต่างประเทศมากขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 มาถึง พ.ศ. 2555 (ตารางที่ 8) อีกทั้ง รัฐบาลได้พยายามสนับสนุนและส่งเสริมให้ประเทศมีการเปิดให้ผู้ป่วยจากต่างประเทศเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลโดยการเพิ่มระยะเวลา VISA เป็น 90 วัน ให้กับผู้ที่เข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทย แม้ว่าการแข่งขันตลาดด้านการรักษาพยาบาลเริ่มรุนแรงขึ้นโดยประเทศสิงคโปร์ได้จัดเป็นนโยบายด้านเศรษฐกิจแรกๆ ในการผลักดันเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์เหมือนประเทศไทยโดยมีการส่งเสริมการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านการบริการสุขภาพประเทศไทยถือว่าเป็นประเทศที่มีศักยภาพในการบริการด้านสุขภาพที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศที่เป็นประเทศที่มีผู้ป่วยต่างประเทศเข้ามารักษา (ตารางที่ 9) อีกทั้งประเทศไทยได้ผลักดันยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) เพื่อดึงดูดผู้ที่ต้องการท่องเที่ยวไปพร้อมกับบริการทางการแพทย์เข้ามาในประเทศอีกด้วย

ตารางที่ 8 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศและรายได้ ปี พ.ศ. 2551-2555

จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศและประมาณการรายได้					
ปี	2551	2552	2553	2554	2555
จำนวนผู้ป่วย (ชาวต่างประเทศ)	1,380,000	1,390,000	1,980,000	2,240,000	2,530,000
ประมาณการรายได้ (ล้านบาท)	50,963	63,347	78,740	97,874	121,658

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ (Competitive Advantage) ระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศ

Competitive Advantage	ประเทศไทย	ประเทศสิงคโปร์	ประเทศอินเดีย	ประเทศมาเลเซีย	ฮ่องกง
Service/Hospitality	XXXX	XX	X	X	XX
Hi-tech Hardware	XXXX	XXXX	XX	X	XXX
HR Quality	XXXX	XXXX	XX	XX	XXX
JCIA*	32 แห่ง	22 แห่ง	20 แห่ง	9 แห่ง	34 แห่ง
Preemptive Move	XX	XXX	X	XX	XX
Synergy/ Strategy Partner	X	XX	X	X	X
Accessibility/ Market Channel	XX	XXX	X	XX	XX
Reasonable Cost	XXXX	XX	XXXX	XXX	XX

หมายเหตุ: จำนวน X ที่มี หมายถึง มี Competitive Advantage ที่ดี

* JCIA คือ Joint Commission International Accreditation

ที่มา: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. การเปิดเสรีทางการค้าและบริการสุขภาพของอาเซียน. 2555.

2.2.6.3 ความขาดแคลนแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และ พยาบาล ข้อมูลสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2541-2554 (ตารางที่ 10) แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพไทยมีจำนวนลดลงต่อเนื่อง และสัดส่วนแพทย์ และพยาบาลไทยต่อประชากรอยู่ใกล้เคียงกับมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด โดยเฉพาะจำนวนพยาบาลวิชาชีพไทยลดลงจนสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่ามาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้

ตารางที่ 10 จำนวนและอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 – 2554

ปี Year	แพทย์ Physician		ทันตแพทย์ Dentist		เภสัชกร Pharmacist		พยาบาลวิชาชีพ Professional Nurse		พยาบาลเทคนิค Technical Nurse	
	จำนวน Number	อัตราส่วน Ratio	จำนวน Number	อัตราส่วน Ratio	จำนวน Number	อัตราส่วน Ratio	จำนวน Number	อัตราส่วน Ratio	จำนวน Number	อัตราส่วน Ratio
	2541	17,955	1:3,406	3,917	1:15,613	5,911	1:10,346	63,708	1:960	33,864
2542	18,140	1:3,395	4,026	1:15,295	6,062	1:10,158	68,008	1:905	31,543	1:1,952
2543	17,985	1:3,434	4,141	1:1,4915	6,357	1:9,715	69,207	1:892	29,495	1:2,094
2544	18,947	1:3,277	4,317	1:14,384	6,858	1:9,054	78,182	1:794	29,859	1:2,080
2545	17,529	1:3,569	3,553	1:17,606	6,288	1:9,948	85,392	1:733	28,015	1:2,233
2546	18,106	1:3,476	3,663	1:17,182	7,146	1:8,807	91,570	1:687	23,969	1:2,625
2547	18,918	1:3,305	4,129	1:15,143	7,413	1:8,432	95,834	1:652	20,268	1:3,085
2548	19,546	1:3,182	4,174	1:14,901	7,926	1:7,847	101,465	1:613	15,942	1:3,910
2549	21,051	1:2,975	4,187	1:14,957	7,940	1:7,887	101,143	1:619	12,882	1:4,861
2550	22,651	1:2,778	4,653	1:13,525	8,565	1:7,348	105,398	1:597	13,146	1:4,787
2551	21,569	1:2,931	4,808	1:13,148	8,390	1:7,534	109,797	1:576	9,369	1:6,747
2552	19,089	1:3,324	4,278	1:14,833	7,689	1:8,253	101,760	1:624	8,270	1:7,673
2553	22,019	1:2,893	4,807	1:13,252	8,988	1:7,087	120,012	1:531	9,228	1:6,903
2554	25,317	1:2,535	5,708	1:11,244	9,989	1:6,269	128,784	1:498	8,590	1:7,472

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

แม้ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาได้ผลิตแพทย์ และพยาบาลจำนวนมาก แต่การผลิตมีเป้าหมายเพื่อดูแลรักษาประชาชนในประเทศเท่านั้น แต่เป็นปัจจัยสำคัญขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ ดังนั้น ทำให้ความต้องการแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทยมีความต้องการที่อยู่ในระดับสูง ทั้งเพื่อดูแล และรักษาพยาบาลประชาชนในประเทศ และเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจภาคบริการด้านสุขภาพ ในการประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือ หากแพทย์ และพยาบาลไทยมีการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานในต่างประเทศยิ่งส่งผลให้เกิดความขาดแคลนแรงงานในประเทศมากขึ้น

2.2.7 โอกาสการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน

ประชาคมเศรษฐกิจของอาเซียนมีการผลักดันการเปิดเสรีไปในแบบเดียวกับสหภาพยุโรป (EU) และการเปิดการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียนก็เช่นเดียวกันได้พยายามดำเนินการไปในแนวทางเดียวกับสหภาพยุโรป แม้ยังไม่ได้เทียบเท่ากับสหภาพยุโรปแบบสมบูรณ์ แต่บทเรียนของสหภาพยุโรปมีการเปิดเสรีด้านแรงงานเป็นเวลานาน และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจาก การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานก็สามารถเรียนรู้ถึงโอกาสการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือได้

ซึ่งจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในสหภาพยุโรปส่งผลให้แรงงานที่มีฝีมือในระดับวัยหนุ่มสาวมีแนวโน้มย้ายถิ่นฐานมากที่สุด โดยปัจจัยที่กำหนดทิศทางการเคลื่อนย้ายแรงงานวัยหนุ่มสาว คือ รายได้และผลตอบแทน รวมทั้ง วัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่ต้องการความท้าทาย และมีความสามารถปรับตัวเข้ารับการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายทำให้มีการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานในประเทศอื่นในสหภาพยุโรป

จากการศึกษาของศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์ (EIC) (สุทธาภา อมรวีวัฒน์, 2556: 1) กล่าวว่า การย้ายถิ่นฐานของแรงงานวัยหนุ่มสาวจากประเทศในแถบยุโรปตะวันออก เช่น ประเทศโปแลนด์ ประเทศลิทัวเนีย และประเทศโรมาเนีย จะมีการย้ายถิ่นฐานไปยังประเทศในแถบยุโรปตะวันตก เช่น ประเทศเยอรมนี สหราชอาณาจักร และประเทศฝรั่งเศส ซึ่งมีค่าจ้างเฉลี่ยสูงกว่าประเทศในแถบยุโรปตะวันออกถึง 5 เท่า โดยการเคลื่อนย้ายของแรงงานวัยหนุ่มสาวกำลังทำให้เกิดการหดตัวของประชากรอย่างรุนแรงในบางประเทศ เช่น ประเทศลิทัวเนีย จากการย้ายถิ่นฐาน EIC คาดคะเนว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ฐานแรงงานในประเทศลิทัวเนียอาจหดตัวลงถึง 10% จากฐานแรงงานปัจจุบันเนื่องจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานวัยหนุ่มสาว

แนวความคิดการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีอาเซียนที่ต้องการดำเนินการตามแนวทางเดียวกับสหภาพยุโรป สิ่งที่น่าจะเป็นปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มแรงงานวัยหนุ่มสาวก็คือแนวโน้มของแรงงานในกลุ่มนี้มีโอกาสอย่างมากในการเคลื่อนย้ายไปยังแหล่งงานที่มีค่าจ้าง หรือเงินเดือนที่ดีกว่า เหมือนกับการเคลื่อนย้ายแรงงานในสหภาพยุโรป และประเทศไทยอาจไม่ใช่จุดหมายปลายทางของ

กลุ่มแรงงานเหล่านี้ เนื่องจากค่าจ้างหรือเงินเดือนภายในประเทศของเราไม่ได้สูงมากนัก ส่วนประเทศที่เป็นที่น่าจับตามองของการเคลื่อนย้ายเข้าไปเพื่อแสวงหางานมากที่สุด คือ ประเทศที่มี GDP per capital ในระดับสูง ซึ่ง GDP per capital แต่ละประเทศในอาเซียน พบว่า ประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในอาเซียน คือ ประเทศสิงคโปร์ รองลงมาคือ ประเทศบรูไน และประเทศที่ยากจนที่สุดในอาเซียน คือ ประเทศพม่า โดยเมื่อเทียบรายได้เฉลี่ยจะเห็นได้ว่าโดยเฉลี่ยแล้วประชาชนในสิงคโปร์รวยกว่าประชาชนในพม่าโดยเฉลี่ยประมาณ 63 เท่า ส่วนประเทศไทยอยู่ในระดับที่ 4 (ตารางที่ 11) GDP เป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการจับจ่าย และในการบริโภคของประชาชนที่จะแตกต่างกัน จากการเติบโตทางเศรษฐกิจนี้ทำให้ค่าจ้างหรือเงินเดือนของประเทศสิงคโปร์สูงตามไปด้วยและเมื่อเทียบเท่ากับเงินเดือนในประเทศไทยและประเทศมาเลเซียรวมกัน แต่ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่ตลาดแรงงานเล็กทำให้ไม่สามารถที่จะรองรับกลุ่มวัยเหล่านี้ได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น ประเทศไทยและประเทศมาเลเซียยังเป็นประเทศที่เป็นทางเลือกของแรงงานในวัยหนุ่มสาวทั่วทั้งอาเซียนให้เคลื่อนย้ายเข้ามาแข่งขันทางด้านแรงงานได้ เนื่องจากเป็นประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลางถึงสูง (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 11 ตารางแสดง GDP per capita ของแต่ละประเทศใน ASEAN ปี ค.ศ. 2010

Country	Total land area (sq km)	Total population (thousand)	Gross Domestic Product			
			At current prices		Per capita	
			(US\$ Mn)	(PPP\$ Mn)	(US\$)	(PPP\$)
Brunei Darussalam	5,765	415	12,402	19,406	29,915	46,811
Cambodia	181,035	15,269	11,168	28,985	731	1,898
Indonesia	1,860,360	234,181	708,032	1,030,998	3,023	4,403
Lao PDR	236,800	6,230	6,508	16,105	1,045	2,585
Malaysia	330,252	28,909	238,849	415,157	8,262	14,361
Myanmar	676,577	60,163	43,025	76,601	715	1,273
Philippines	300,000	94,013	189,326	351,686	2,014	3,741
Singapore	710	5,077	223,015	291,934	43,929	57,505
Thailand	513,120	67,312	318,709	585,698	4,735	8,701
Viet Nam	331,051	86,930	107,650	291,260	1,238	3,351
ASEAN	4,435,670	598,498	1,858,683	3,107,829	3,106	5,193
CLMV	1,425,463	168,592	168,351	412,951	999	2,449
ASEAN6	3,010,207	429,907	1,690,332	2,694,878	3,932	6,269

ที่มา : ASEAN Finance and Macroeconomic Surveillance Database and IMF-World Economic Outlook April 2011 (The ASEAN Secretariat, 2011: 1)

ตารางที่ 12 ตารางจำแนกรายได้ประชากรเฉลี่ยต่อคนต่อปีของประเทศสมาชิกอาเซียน

ประเทศ	รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี (ดอลลาร์สหรัฐ)	
สิงคโปร์	43,929	ประเทศที่มีรายได้สูง \geq 12,276 ดอลลาร์สหรัฐ
บรูไน	29,915	
มาเลเซีย	8,262	ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง-สูง \geq 3,976-12,275 ดอลลาร์สหรัฐ
ไทย	4,735	
อินโดนีเซีย	3,023	ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง-ต่ำ \geq 1,006-3,975 ดอลลาร์สหรัฐ
ฟิลิปปินส์	2,014	
เวียดนาม	1,238	
สปป.ลาว	1,045	
กัมพูชา	731	ประเทศที่มีรายได้ต่ำ \leq 1,005 ดอลลาร์สหรัฐ
พม่า	715	

หมายเหตุ การแบ่งกลุ่มรายได้จำแนกตามเกณฑ์ของธนาคารโลก (World Bank)

ที่มา : ASEAN Finance and Macroeconomic Surveillance Database and IMF-World Economic Outlook April 2011

ดังนั้น การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือสาขาวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนแม้อาจจะนำร่องให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี ซึ่งแม้เป็นเพียงการอำนวยความสะดวกให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือได้อย่างเสรี แต่ก็เป็นโอกาสให้กับแรงงานที่มีฝีมือซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญ และปัจจัยสำคัญในการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประเทศที่ยากจน นับว่าเป็นประเทศที่ด้อยพัฒนา หรือพัฒนาช้ากว่าจะขาดแคลน หรืออาจจะมีแรงงานในกลุ่มนี้ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาเศรษฐกิจภายในประเทศ ดังนั้น เมื่อเปิดโอกาสให้สามารถเคลื่อนย้ายไปยังประเทศต่างๆ ในอาเซียนได้ง่ายขึ้นอาจจะทำให้แรงงานฝีมือในอาเซียนย้ายจากประเทศที่มีค่าตอบแทนต่ำ เช่น ประเทศในแถบอินโดจีน ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศไทย ไปยังประเทศที่มีค่าแรงสูงกว่าและมีทักษะทางภาษาอังกฤษ เช่น ประเทศสิงคโปร์ และประเทศมาเลเซีย ก็จะส่งผลอย่างมากต่อประเทศที่พัฒนาช้ากว่า (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555b: 1)

2.2.8 การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในอดีต

ลักษณะการเคลื่อนย้ายแรงงานในอดีตที่ผ่านมา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานโดยมีเป้าหมายเพื่อเข้ามาครอบครองทรัพยากรของอีกประเทศหนึ่ง งานของ สุณี ฉัตราคม (สุณี ฉัตราคม, 2523: 124) เขียนถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในเอเชียในอดีตว่า ทวีปเอเชียได้เริ่มมีการทำการค้าทางเรือ โดยประเทศที่มีบทบาททางการค้าที่สำคัญได้แก่ ประเทศจีนและอินเดีย จากการติดต่อค้าขายส่งผลให้มีชาวจีนและอินเดียมาตั้งหลักแหล่งทำการค้า และส่งผลให้เกิดการผลิตขึ้นตามชุมชนต่างๆ ที่ติดต่อการค้ากันอยู่ เช่น ชาวจีนเข้ามาตั้งถิ่นฐาน ทำเครื่องปั้นดินเผา และทำการค้าในประเทศไทย ต่อมาในช่วงประมาณตั้งแต่คริสต์วรรษที่ 19 มีการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยการได้รับการสนับสนุนจากมหาอำนาจตะวันตก ที่มีอาณานิคมในเอเชีย เพื่อครอบครองทรัพยากรธรรมชาติและที่ดินที่สมบูรณ์จึงต้องการนำทรัพยากรเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ (แนวคิดการพึ่งพาในยุคล่าอาณานิคม) ได้นำแรงงานจากประเทศอื่นเข้ามาเป็นอันมาก โดยเฉพาะแรงงานจากจีนและอินเดีย เพราะในขณะนั้น อินเดียก็ตกเป็นอาณานิคมของชาติตะวันตกเช่นกัน แรงงานเหล่านั้นเข้ามาทำเหมืองแร่และสวนยางพาราในมลายู พม่า และอินโดนีเซีย การเข้ามาของแรงงานอินเดีย และจีนนั้นไม่ได้เข้ามาเพียงแรงงานไร้ฝีมือแต่เข้ามาในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแรงงานที่มีฝีมือ นายธนาคาร พ่อค้า และนายทุนด้วยเพื่อหวังในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในประเทศที่อพยพเข้าไปอย่างเต็มที่ พอมาตอนใกล้สงครามโลกครั้งที่ 2 ญี่ปุ่นมีจำนวนประชากรหนาแน่นมากภายในประเทศและทรัพยากรในประเทศขาดแคลน รัฐบาลจึงสนับสนุนให้ญี่ปุ่นมีการเคลื่อนย้ายออกโดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความแออัดและเพื่อขยายอิทธิพลของญี่ปุ่น ประเทศที่ญี่ปุ่นอพยพเข้ามาได้แก่ ไต้หวัน เกาหลี และจีน รวมทั้งบางประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น อินโดนีเซีย การอพยพของคนญี่ปุ่นเป็นคนที่มีการศึกษาเพื่ออพยพเข้าไปมีบทบาทในตำแหน่งบริหารงานนอกประเทศ ภายหลังสงครามโลก ได้เริ่มมีแนวทางในการวางนโยบายเพื่อจำกัดการอพยพเข้าของประเทศเพื่อป้องกันผลเสียทางการเมืองและความไม่สงบระหว่างเชื้อชาติที่อาจเกิดขึ้น

แม้ภายหลังว่าจะมีการออกกฎหมายเพื่อกีดกันในการอพยพจำนวนมาก แต่เมื่อภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การเคลื่อนย้ายแรงงานได้เปลี่ยนไปเพราะเนื่องจากว่าประเทศในเอเชียได้พ้นจากการตกเป็นอาณานิคมของมหาอำนาจ การอพยพแบบใหม่จึงเกิดขึ้นเป็นการอพยพในรูปแบบต่างๆ เช่น การเป็นคณะที่ปรึกษาในองค์กรระหว่างประเทศที่มีสำนักงานอยู่ในภูมิภาค การแผ่ขยายของระบบทุนที่ผันมาเปิดบริษัทข้ามชาติทำให้มีการเข้าไปทำงานในบริษัทเหล่านี้ แต่ก็เป็นระยะสั้นๆ ไม่นานเหมือนในอดีต และอีกด้านหนึ่งในการแผ่เข้ามาของชาติตะวันตกที่ไม่ได้เข้ามาในรูปแบบของการสงครามเหมือนในอดีต แต่ได้แผ่มาในรูปแบบของการให้วิชาการใหม่ ความรู้ เทคโนโลยีส่งผลให้ประชาชนในเอเชียเดินทางไปศึกษาหาความรู้ในดินแดนตะวันตกมากขึ้น ซึ่งในช่วงต้นเดินทางไปศึกษาในทวีปยุโรปตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเดินทางไปแล้วก็ไปตั้งถิ่นฐานไม่เดินทางกลับมายัง

ประเทศของตน บางก็กลายเป็นแรงงานโดยผูกตามสัญญาจ้างไปทำงานยังทวีปอื่นๆ เช่น อินเดียถูกให้ทำงานในบริติช กิอานา อัฟริกาตะวันออก และทรินิแดด หรือญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์ให้ไปทำงานในฮาวาย อีกทั้ง ยังมีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา

งานศึกษาของ สมชาย เทพทานา (สมชาย เทพทานา, 2527: 8) ได้ให้รายละเอียดการเคลื่อนย้ายแรงงานในอดีตว่า นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา สหรัฐอเมริกาเริ่มมีบทบาททางเศรษฐกิจและการเมืองของโลกมากขึ้น กระแสการอพยพเพื่อไปศึกษาต่อในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาการสูญเสียบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญสูงออกไป หรือที่เรียกว่า สมองไหล (brain drain) เนื่องจากผู้ไปศึกษาต่อในต่างประเทศ เช่น แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ที่มักไม่กลับคืนสู่ประเทศตน ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ความชำนาญสูงนั้นส่วนใหญ่แล้วมาจากประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งสิ้น ได้แก่ ประเทศอินเดีย ปากีสถาน ศรีลังกา ฟิลิปปินส์ และไต้หวัน

จากวรรณกรรมข้างต้นเห็นได้ว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานในอดีตเริ่มมาจากการแผ่อำนาจของชาติที่เป็นมหาอำนาจเข้ามาดึงดูดแรงงานในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพัฒนาการจากยุคล่าอาณานิคม ประเทศมหาอำนาจเข้ามาครอบครองทรัพยากรในประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 รูปแบบการเข้ามาครอบครองแม้ว่าจะเปลี่ยนไป ในช่วงหนึ่งสหรัฐอเมริกาก็ดึงดูดคนด้วยความรู้ วิชาการ เทคโนโลยี ทำให้คนในเอเชียจำนวนหนึ่งออกไปศึกษาต่ออย่างมากมาย และท้ายที่สุดก็ขายความสามารถทางความรู้ให้กับมหาอำนาจนั้นไป

2.2.9 แนวโน้มปัญหาที่จะเกิดจากการจ้างแรงงานที่มีฝีมือภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ศึกษาวรรณกรรมที่กล่าวถึงแนวโน้มปัญหาที่จะเกิดการจ้างแรงงานที่มีฝีมือภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เพื่อศึกษาถึงความจำเป็นของประเทศที่ต้องพร้อมในการจัดทำมาตรการต่างๆ ในการจ้างแรงงานที่มีฝีมือเพื่อพร้อมในการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

โครงการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับการลงทุนตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 และการปรับกลไกการบริหารงาน (กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน, 2553: 15-18) ของกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กล่าวถึงผลกระทบการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรีว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมืออย่างเสรีของกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเป็นหนึ่งในเรื่องสำคัญที่มีการตกลงร่วมกันให้สามารถดำเนินการได้ในเขตการค้าเสรีอาเซียนทำให้แรงงานของประเทศสมาชิกสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีภายในภูมิภาคอาเซียนในปี ค.ศ.2015 ข้อตกลงดังกล่าวจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบการพัฒนากำลังคนของประเทศไทย ดังนี้

(1) ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมือโดยเสรี ในปี ค.ศ. 2015 จะส่งผลต่ออัตราการจ้างงานในประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากในเบื้องต้นได้มีการกำหนดกลุ่มแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพสำคัญ ให้สามารถทำงานในประเทศสมาชิกได้โดยเสรี เช่น แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักสำรวจ เกษษกร สถาปนิก วิศวกร นักการบัญชี เป็นต้น รวมทั้ง 1 สาขา ท่องเที่ยวที่อยู่ระหว่างการพิจารณา และจะขยายไปสู่อาชีพอื่นๆ ที่ใช้แรงงานที่มีฝีมือในอนาคต

(2) แรงงานที่มีขีดความสามารถ/ศักยภาพสามารถเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ได้จากการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาค ทั้งในรูปแบบของแรงงานไทยที่มีขีดความสามารถสูง ก็จะมีรายได้เปรียบในการจ้างงานและการเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ได้จากประเทศต่างๆ ในขณะเดียวกันแรงงานจากต่างชาติที่มีขีดความสามารถสูง ก็จะสามารถสร้างความได้เปรียบในการจ้างงานและการเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ได้จากประเทศไทยได้เช่นเดียวกัน เช่น แรงงานมีฝีมือต่างชาติที่มีขีดความสามารถสูงกว่าแรงงานไทย แต่ราคาถูกกว่าหรือเท่ากัน เป็นต้น

(3) แรงงานต่างชาติจะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศทั้งแรงงานไร้ฝีมือและแรงงานมีฝีมือ มีแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุสำคัญเนื่องจาก แรงงานไทยที่มีฝีมือบางส่วนมีศักยภาพด้อยกว่าแรงงานต่างชาติ และไม่สามารถแข่งขันกับแรงงานมีฝีมือต่างชาติของประเทศสมาชิกได้ ทำให้การจ้างงานจะย้ายไปสู่การจ้างแรงงานมีฝีมือต่างชาติ เพื่อทดแทนการจ้างแรงงานมีฝีมือภายในประเทศ

(4) ส่งผลต่ออัตราการจ้างงานในประเทศ ดังนั้น จะต้องมีมาตรการที่ชัดเจนในการฝึกฝีมือแรงงาน อาทิ (1) การจำแนกแรงงานฝีมือและแรงงานกึ่งฝีมือ ที่ครอบคลุมใน AFTA (2) ยกกระดับแรงงานไทยให้ได้มาตรฐานในระดับสากล/แข่งขันได้ทั้งทักษะทางด้านภาษาและคอมพิวเตอร์ รวมทั้ง (3) มีหลักสูตรเพื่อฝึกเตรียมคนเข้าทำงานให้ได้มาตรฐาน เป็นต้น อุตสาหกรรมไทยในแต่ละประเภท มีศักยภาพในการแข่งขันที่แตกต่างกันจึงควรเร่งสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง ในการวิเคราะห์ผลกระทบ ดำเนินการ จัดเตรียม และประสานงานในการรองรับสาขาอาชีพอื่น ๆ ที่จะมีการเปิดเสรีในภูมิภาคก่อนปี ค.ศ. 2015

บทความวิชาการเรื่อง ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการคุ้มครองแรงงานในอนาคตของ บัญญัติ ศิริปรีชา (บัญญัติ ศิริปรีชา, มปป.: 4-5) กล่าวว่า เมื่อเกิดกรณีแรงงานฝีมือในอาเซียนย้ายถิ่นมาทำงานในประเทศไทยอันเนื่องมาจากการเปิดเสรี แม้ว่าแรงงานฝีมือไทยอาจไม่ค่อยได้รับผลกระทบในด้านลบจากแรงงาน ฝีมือต่างชาติที่จะเข้ามา เพราะมีโอกาสที่จะได้รับค่าจ้างสูงกว่าแรงงานไทย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะได้รับผลกระทบน่าจะเป็นเจ้าของกิจการหรือผู้ประกอบการคนไทย เพราะจะถูกผู้ประกอบการต่างชาติ ดึงบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไปร่วมงาน ด้วยค่าจ้างที่สูงใจมากกว่า

อาเซียนมีจำนวนประชากรจะเพิ่มขึ้นจาก 588 ล้านคนในปี 2553 เป็น 621 ล้านคน ในปี 2558 และจะเพิ่มเป็น 651 ล้านคนในปี 2563 กำลังแรงงานเพิ่มจากประมาณ 250 ล้านคน เป็นประมาณ 300 ล้านคน ด้วยอัตราค่าจ้างแรงงานต่อเดือนมีความแตกต่างกันในอาเซียน (ตารางที่ 13) ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ค่าแรงงานที่ถูกกว่าในประเทศพม่า สปป.ลาว กัมพูชา และเวียดนาม จะทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเหล่านี้สู่ประเทศที่เจริญกว่าและมีการจ่ายค่าแรงสูงกว่า

ตารางที่ 13 ค่าแรงขั้นต่ำต่อเดือนของประเทศในอาเซียนในปี พ.ศ. 2553

หน่วย : เหยียดสหรัฐ

ประเทศ	ปี	ค่าจ้างต่อวัน	ค่าจ้างต่อเดือน
สิงคโปร์	2552-2554	20.56-61.68	1,252
มาเลเซีย	2552-2554	6.66-17.67	298
ไทย	2553 (2556)	6.99-9.45	263 (294)
ฟิลิปปินส์	2553	6.06-10.60	212
อินโดนีเซีย	2553	2.95-5.38	182
เวียดนาม	2553	2.22-3.17	107
กัมพูชา	2553	2.03	101
ลาว	2553-2557	1.60	66
เมียนมาร์	2552-2553	n/a	41

ที่มา : ดัดแปลงจาก NCSB, Philippines (2012) Wageindicator.org (2012) และ JETRO (2010)

จากข้อมูลแนวโน้มปัญหาข้างต้น จะแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการสะท้อนถึงผลกระทบของการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีมือเสรีว่าจะส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างแน่นอน กรมพัฒนาฝีมือแรงงานให้ข้อคิดเห็นว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีมือจะส่งผลต่ออัตราจ้างงานในประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนอีกมุมมองของ บัญญัติ ศิริปรีชา ก็มองว่า อัตราค่าแรงงานต่อชั่วโมงมีความแตกต่างกันอย่างมากในกลุ่มอาเซียน ย่อมทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน

เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ค่าแรงงานที่ถูกกว่าในประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา และประเทศเวียดนาม จะทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเหล่านี้สู่ประเทศที่เจริญกว่าและมีการจ่ายค่าแรงสูงกว่า โดยปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการทำให้เกิดการเคลื่อนย้าย ได้แก่ ค่าจ้าง เศรษฐกิจภายในประเทศ การเมืองภายในประเทศ สวัสดิการด้านแรงงาน เป็นต้น ผู้วิจัยจึงตระหนักว่าการศึกษาแนวโน้มปัญหาที่จะเกิดการจ้างแรงงานมีฝีมือภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจากข้อคิดเห็นที่มาจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และนักวิชาการต่างๆ ที่ได้ให้ความสนใจอยู่นั้นนำมาสะท้อนความจำเป็นของประเทศที่ต้องพร้อมในการจัดทำมาตรการต่างๆ ในการจ้างแรงงานมีฝีมือพร้อมในการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจ้างงานแรงงานและเคลื่อนย้ายแรงงาน

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจ้างงานแรงงานและการเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อศึกษาดูงานวิจัยจากที่ได้มีผู้วิจัยท่านอื่นได้ศึกษามาแล้วเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา และเพื่อประกอบการสนับสนุนผลการศึกษาของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ โดยแบ่งการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจ้างแรงงานประเทศอื่นทดแทน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงาน

2.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจ้างแรงงานประเทศอื่น

ผลงานวิจัยหลายๆ งานที่ผู้วิจัยศึกษาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นและปัจจัยในการจ้างงานแรงงานต่างด้าวที่มีค่าแรงที่ต่ำกว่า เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนแรงงาน ผู้ประกอบการจำต้องจ้างแรงงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากแรงงานเป็นกลไกหลักในการสร้างผลผลิตให้กับตน ส่วนแรงงานต้องการเข้าหานายทุนเพื่อให้ได้ค่าจ้างที่ตนต้องการ

อย่างงานวิจัยการจ้างงานของ พิมพิใจ ญาณวรพงศ์ (พิมพิใจ ญาณวรพงศ์ 2553: 54) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจ้างงานแรงงานต่างด้าวของผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรมในเขตเมืองจังหวัดเชียงใหม่ โดยผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าผู้ประกอบการธุรกิจขนาดเล็ก และขนาดกลางต่างหันมาจ้างงานแรงงานต่างด้าวมากขึ้นเพื่อลดต้นทุนในการทำธุรกิจของตนเอง และสามารถจ้างแรงงานต่างด้าวซึ่งแรงงานต่างด้าวไม่เลือกงาน สามารถทำงานแทนคนไทยได้ในประเภทงานที่สกปรก อันตราย และยากต่อการปฏิบัติ (3D-Job: dirty, danger and difficult) และไม่เรียกร้อยค่าแรงและสวัสดิการต่างๆ

เหมือนงานวิจัยของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรเขต 9 สงขลา (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรเขต 9 สงขลา, 2548: 1) ศึกษาว่าภาวะการจ้างแรงงานต่างด้าวภาคเกษตรจังหวัดสงขลา ปี 2548 โดยผู้ประกอบการยางพาราส่วนใหญ่ก็จ้างแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า เพราะ

ความขาดแคลนแรงงาน และผู้ประกอบการประมงทะเลจ้างแรงงานสัญชาติกัมพูชา เนื่องจากแรงงานไทยไม่นิยมทำงาน ซึ่งการจ้างงานแรงงานต่างด้าวส่งผลต่อการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการให้ดำเนินต่อไปได้

และงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2553: 13) ศึกษาผลกระทบการจ้างแรงงานข้ามชาติของไทยภายใต้ยุคพหุวัฒนธรรมนานาชาติพบว่า ค่าจ้างในประเทศไทยสูงกว่าเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน (สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา และประเทศเมียนมาร์) จึงจูงใจให้แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะแรงงานระดับล่างเข้ามาทำงานทำในประเทศไทย ส่วนผู้ประกอบการในประเทศไทยต้องการแรงงานราคาถูก

2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงาน

โลกาภิวัตน์ส่งเสริมให้ประเทศบางประเทศที่มีการสะสมทุนอย่างต่อเนื่องยิ่งเติบโตขึ้นกลายเป็นศูนย์กลาง (Core) ของทุนนิยมโลก สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเหล่านี้จะพัฒนาเป็นเศรษฐกิจที่มีความต้องการแรงงานไร้ฝีมือต่างชาติเข้าไปทำงานในตลาดแรงงานทดแทนแรงงานในประเทศที่ย้ายไปทำงานในตลาดแรงงานระดับกึ่งฝีมือ และมีฝีมือมากขึ้น ซึ่งแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ที่เคลื่อนสู่ตลาดแรงงานไร้ฝีมือมาจากประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจช้ากว่าที่กลายเป็นประเทศชายขอบ (Periphery) ซึ่งแรงงานจากประเทศชายขอบจะเคลื่อนย้ายไปยังประเทศศูนย์กลางของทุนนิยมเพื่อขายพลังแรงงาน

ในอาเซียนประกอบด้วยสมาชิก 10 ประเทศ โดยแต่ละประเทศมีสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ประเทศสิงคโปร์ ประเทศบรูไน ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย นับว่าเป็นประเทศที่มีเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่เติบโตทางเศรษฐกิจมากที่สุดเป็นต้นประเทศศูนย์กลาง (Core) ของอาเซียน แต่ในอีกด้านหนึ่งประเทศที่นับว่าเป็นประเทศที่มีระดับการเติบโตที่ช้ากว่าอย่างกลุ่มประเทศประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา และประเทศเวียดนาม เป็นประเทศชายขอบ (Periphery) ซึ่งแรงงานจากประเทศเหล่านี้โดยเฉพาะแรงงานที่ไร้ฝีมือต่างได้เคลื่อนย้ายเข้าไปสู่ประเทศที่มีการพัฒนาเศรษฐกิจที่ดีกว่า จากข้อมูลกระทรวงแรงงาน (ตารางที่ 14) พบว่า แรงงานต่างด้าวทั้งที่ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายได้เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555 แม้ในปี 2555 จะมีจำนวนลดลงไปบ้างแต่อย่างไรก็ตามด้วยสภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศไทยที่ดีกว่าทำให้แรงงานจากประเทศในกลุ่มประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานเพิ่มมากขึ้นทั้งแบบถูกกฎหมายและลักลอบอย่างผิดกฎหมาย

ตารางที่ 14 ตารางจำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2555

หน่วย : คน

ลักษณะการเข้าเมือง		2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
รวมทั้งสิ้น		826,399	805,764	790,664	1,544,902	1,300,281	1,719,200	1,159,876
คนต่างด้าวเข้าเมืองถูกกฎหมาย		112,794	209,151	228,353	210,745	344,686	446,785	940,531
	ตลอดชีพ	14,423	14,423	14,423	14,423	14,423	983	983
	ชั่วคราวทั่วไป	75,630	84,278	98,264	68,399	70,449	73,841	82,833
	ชั่วคราวตาม MOU นำเข้า		14,150	17,059	27,447	26,525	69,712	93,265
	ชั่วคราวตาม MOU พิสูจน์สัญชาติ		72,098	71,017	77,914	210,044	276,432	733,603
	ส่งเสริมการลงทุน BOI	22,741	24,202	27,590	22,562	23,245	25,817	29,847
คนต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย		713,605	596,613	562,311	1,334,157	955,595	1,272,415	219,345
	ชนกลุ่มน้อย	45,029	50,341	60,741	19,775	23,340	24,351	25,732
	3 สัญชาติตามมติ ครม (พม่า ลาว กัมพูชา)	668,576	546,272	501,570	1,314,382	932,255	1,248,064	193,613

ที่มา : ฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน (กระทรวงแรงงาน, 2555)

เหมือนอย่างงานวิจัยของ ภาสกร โกไทยกานนท์ (ภาสกร โกไทยกานนท์, 2547: 85) ศึกษาแรงงานอพยพภาคอุตสาหกรรมในบริเวณชายแดนไทย-พม่า: กรณีศึกษาแรงงานสัญชาติพม่าในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า สาเหตุที่แรงงานพม่าเคลื่อนย้ายเข้าทำงานในประเทศไทยนั้นมาจากสาเหตุต้องการรายได้ที่สูงกว่าประเทศเมียนมาร์ และอยากได้โอกาสได้งานที่ดีกว่าในประเทศของตน

และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhang Jie (Zhang, 2003: 103-105) ศึกษาเรื่องเพศภาวะและอัตลักษณ์ในระบบการเคลื่อนย้ายประชากร: การอพยพแรงงานชาวปะลั้งจากมณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนสู่ประเทศไทย ซึ่งชาวปะลั้งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในมณฑลยูนนานของประเทศจีนที่อยู่ใกล้กับประเทศเมียนมาร์ โดยชาวปะลั้งเริ่มมีการอพยพตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1940 โดยตอนต้นในการเริ่มอพยพนั้นได้อพยพเข้าไปสู่ประเทศเมียนมาร์ เพื่อต้องการอิสรภาพในการ

ดำเนินชีวิต และในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ถึงต้นทศวรรษ 1990 แรงงานชาวปะลั้งได้เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้นด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ ขณะที่ประเทศไทยต้องการแรงงานเพิ่มรวมทั้งวัฒนธรรม ความเชื่อของประเทศมีลักษณะใกล้เคียงกับชาวปะลั้ง ทำให้ง่ายในการดำรงชีวิตภายในประเทศไทย

งานวิจัยข้างต้นสังเกตเห็นได้ว่าลักษณะการเคลื่อนย้ายของแรงงานจึงมีลักษณะที่มีการเคลื่อนย้ายจากสภาพที่แย่กว่าเคลื่อนย้ายไปสู่ที่ดีกว่าเสมอ โดยเหตุผลทางเศรษฐกิจมักเป็นสาเหตุหลักๆ ที่แรงงานตัดสินใจเคลื่อนย้ายออกจากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่ง ซึ่งเป็นที่ที่แรงงานคิดว่าดีกว่าที่ตนเองอยู่ และจุดหมายปลายทางที่แรงงานเคลื่อนย้ายไปจึงเป็นที่ที่แรงงานเชื่อว่าตนเองจะได้ค่าตอบแทนดีกว่า ซึ่งลักษณะแบบนี้ก็ไม่ได้เป็นเพียงแรงงานที่ไร้ฝีมือ แต่คนงานในระดับมันสมองเองต่างก็มีมุมมองการเคลื่อนย้ายงานเช่นเดียวกับแรงงานไร้ฝีมือเช่นกัน

อย่างงานวิจัยของ นิภาพร ศรีอุทัย (นิภาพร ศรีอุทัย, 2536: 146-147) ศึกษาปัญหาสมองไหลในสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พบว่า ข้าราชการส่วนใหญ่ลาออก โดยสาเหตุเพราะค่าตอบแทนน้อย ขาดโอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ลักษณะงานจำเจ และเมื่อลาออกแล้วส่วนใหญ่ได้ไปทำงานในภาคเอกชนเพื่อต้องการรายได้มากขึ้น

และเหมือนกับงานวิจัยของ กิตติวัฒน์ กิตติเวช (กิตติวัฒน์ กิตติเวช, 2538: 157-159) ศึกษาเรื่องการสูญเสียกำลังคนและปัญหาสมองไหลในระบบราชการไทย: ศึกษากรณีกลุ่มข้าราชการครูในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ผลการศึกษาพบว่า ข้าราชการครูย้ายสถานที่ทำงานเพราะต้องการหลีกเลี่ยงนโยบายการทำงานในสถานศึกษา สภาพการทำงานที่เป็นอยู่ โอกาสความก้าวหน้าที่น้อย และรายได้ผลตอบแทนที่ต่ำ โดยข้าราชการครูเหล่านี้หันไปทำงานเป็นเจ้าของธุรกิจส่วนตัว และบริษัทเอกชนเพิ่มขึ้น เพราะผลตอบแทนทางรายได้ที่สูงกว่า

จากงานวิจัยทั้งของ นิภาพร และกิตติวัฒน์ ได้พูดถึงผลกระทบที่คล้ายกันนั้นคือเมื่อแรงงานที่มีฝีมือ เป็นแรงงานทักษะที่มีความรู้ความสามารถได้เคลื่อนย้ายออกไปจากรัฐวิสาหกิจ และจากระบบราชการส่งผลต่อภาวะสมองไหล กระทบต่อหน่วยงานทำให้ขาดแคลนแรงงานที่มีความรู้ความสามารถไป

งานวิจัยข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่าการเลือกสถานที่ทำงานแรงงานทุกระดับมีแนวโน้มที่จะเลือกทำงานในที่ที่มีผลประโยชน์ตอบแทนที่ดีกว่า ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่าแรงงานที่มีฝีมือที่มีทักษะเป็นแรงงานระดับมัธยมศึกษาในระดัปล่าง เมื่อมีการเปิดเสรีในการเคลื่อนย้ายแรงงานในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ก็มีโอกาสที่วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจะเคลื่อนย้ายไปสู่ประเทศที่ให้ผลตอบแทนที่ดีกว่าได้เช่นกัน แต่ความแตกต่างกันของสภาพทางเศรษฐกิจภายในแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน จะทำให้ลักษณะการเคลื่อนย้ายจะเป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศชายขอบไปสู่ประเทศที่เป็นศูนย์กลางของทุนนิยม เช่น ประเทศสิงคโปร์ หรือประเทศไทย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3

ระเบียบ มาตรการ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง และอัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงระเบียบ มาตรการ และกฎหมายด้านแรงงานของประเทศไทย เพื่อวิเคราะห์ว่าระเบียบ มาตรการ และกฎหมายของประเทศไทยเอื้อต่อประโยชน์หรือเป็นอุปสรรคในการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือภายใต้การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

ส่วนแรกเป็นรายละเอียดเรื่องการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพ (ASEAN Mutual Recognition Arrangement) ส่วนที่สองเป็นรายละเอียดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานที่มีฝีมือกรณี แพทย์ และพยาบาลของประเทศไทย และส่วนสุดท้ายเป็นอัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญให้แรงงานเกิดการเคลื่อนย้ายไปในแต่ละประเทศ

3.1 ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพ (ASEAN Mutual Recognition Arrangement)

3.1.1 ความจำเป็นในการทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรี

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มียุทธศาสตร์ที่จะดำเนินการให้ภูมิภาคเป็นตลาดเดียว และมีฐานการผลิตเดียวกัน จึงผลักดันให้แต่ละประเทศในอาเซียนเปิดเสรีในด้านการค้า การลงทุน การบริการ และภาคการผลิต อีกทั้ง เพื่อให้เสรีทางการค้าจะเกิดประสิทธิภาพเต็มที่ทำให้ผลักดันการเปิดเสรีทางด้านแรงงาน (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2556b: 1) เนื่องจากแรงงานเป็นทรัพยากรที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ และเป็นการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจในระดับภูมิภาคโลก ส่งผลให้แต่ละประเทศในอาเซียนมุ่งให้มีการกำหนดให้เปิดเสรีด้านแรงงานอีกด้านหนึ่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555: 1)

การผลักดันการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมืออย่างเสรีในอาเซียน มาพร้อมกับการเปิดการเคลื่อนย้ายเสรีในภาคบริการ ซึ่งมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของบริการอย่างเสรี (Free flow of services) โดยการเจรจาเพื่อลดอุปสรรคในการเข้ามาประกอบธุรกิจบริการ โดยให้ผู้ประกอบการสามารถดำเนินธุรกิจบริการได้อย่างเสรี และผู้บริโภคมีเสรีภาพที่จะเลือกใช้บริการต่างๆ ตามความพึงพอใจ ซึ่งสาขาธุรกิจบริการที่อาเซียนตั้งเป้าหมายเร่งรัดการรวมกลุ่มให้เห็นผลเป็นรูปธรรมมี 5 สาขา ได้แก่ สาขาท่องเที่ยว การบิน สุขภาพ เทคโนโลยีสารสนเทศ และโลจิสติกส์ นั้น (อภิญา เลื่อนฉวี, 2553: 6) ดังนั้น เมื่ออาเซียนมีเป้าหมายเปิดภาคบริการให้มีการเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรี ย่อมส่งผลให้เกิดการแข่งขันในภาคบริการสูงขึ้น ซึ่งลักษณะการแข่งขันในด้านการค้าบริการ

มีลักษณะที่แตกต่างจากการแข่งขันในการค้าในรูปแบบมีสินค้า โดยเฉพาะการบริการที่ใช้แรงงานที่มีฝีมือทางวิชาชีพที่มีลักษณะเฉพาะหรือผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ เช่น สถาปนิก วิศวกร นักบัญชี มีลักษณะการแข่งขันในด้านศักยภาพความสามารถของแรงงานที่มีฝีมือในทางวิชาชีพนั้นๆ ทำให้แต่ละประเทศต้องมีแรงงานที่มีทักษะความสามารถที่สูงเพื่อเพิ่มผลผลิตในการบริการ เพิ่มศักยภาพทางการแข่งขันในด้านบริการในระดับภูมิภาคโลก ดังนั้น แต่ละประเทศในอาเซียนจึงได้ผลักดันในการนำเรื่องการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเข้าพิจารณาในการทำข้อตกลงให้เกิดการเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรี (อนุสรณ์ ธรรมใจ, 2555 : 1) ทำให้แต่ละประเทศกำหนดการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันเบื้องต้นที่จะเปิดเสรีในตลาดแรงงานทักษะหรือแรงงานฝีมือโดยนำร่องในกลุ่มบริการ 4 สาขา ได้แก่ ท่องเที่ยว สุขภาพ การบิน และเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายใต้เป้าหมายในการลดอุปสรรคในการประกอบวิชาชีพในแต่ละประเทศในภูมิภาคอาเซียน (อภิญา เลื่อนฉวี, 2553: 7)

การทำความตกลงเปิดเสรีด้านวิชาชีพ โดยจัดทำความตกลงยอมรับคุณสมบัติวิชาชีพของกันและกันไว้ หรือที่เรียกว่า Mutual Recognition Agreement: MRA ทำให้แรงงานที่มีฝีมือด้านวิชาชีพจากประเทศหนึ่งสามารถเข้าไปทำงานในอีกประเทศหนึ่งได้ แรงงานที่มีฝีมือจึงต้องแข่งขันกับแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพเดียวกันจากต่างประเทศ บางสาขาวิชาชีพอาจมีความเสี่ยงต่อการแข่งขันมากกว่าสาขาวิชาชีพอื่นที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น สาขาวิชาชีพด้านแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ เป็นสาขาวิชาชีพที่มีความเสี่ยงในการแข่งขันสูงกว่านักบัญชีที่ต้องมีการสอบประกาศนียบัตรและรู้ระเบียบของระบบบัญชีของแต่ละประเทศในอาเซียน แต่วิชาชีพด้านแพทย์ พยาบาล และทันตแพทย์ เป็นวิชาชีพที่แข่งขันกันที่ความรู้ความสามารถ และทักษะเฉพาะมากกว่าการที่จะต้องรู้เรื่องหลักเกณฑ์หรือระเบียบเฉพาะของแต่ละประเทศ

3.1.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก

ข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพหรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียนได้อย่างเสรี โดยปัจจุบันมีข้อตกลงยอมรับร่วมกันในคุณสมบัตินักวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) ทั้งหมด 8 สาขา คือ แพทย์ (Medical Practitioners) ทันตแพทย์ (Dental Practitioners) พยาบาล (Nursing Services) สถาปัตยกรรม (Architectural Services) การสำรวจ (Surveying Qualifications) นักบัญชี (Accountancy Services) วิศวกรรม (Engineering Services) และสาขาท่องเที่ยว ส่วนสาขาอื่นๆ ยังอยู่ระหว่างการพิจารณา ซึ่งนักวิชาชีพดังกล่าว มีความสามารถและมีคุณสมบัติผ่านตามเงื่อนไขที่แต่ละประเทศกำหนด ก็จะสามารถไปทำงานในกลุ่มสมาชิกอาเซียนได้อย่างเสรี โดยได้รับการปฏิบัติต่อเยี่ยงชนชาตินั้นๆ โดยข้อตกลงยอมรับร่วมกันหรือ Mutual Recognition Arrangements: MRAs ซึ่งสามารถสรุปสาระสำคัญของข้อตกลงในแต่ละสาขา (ไมตรี สุนทรวรรณ และวิเชศ คำบุญรัตน์, 2553: 18-22) ยกเว้นสาขาท่องเที่ยว ดังนี้

(1) สาขาวิชาชีพแพทย์ (Medical Practitioners) มีหลักการ คือ เปิดให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย ซึ่งแพทย์ต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน สำหรับประเทศไทย คือ แพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของ ASEAN Joint Coordinating Committee on Medical Practitioners ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศสมาชิก

(2) สาขาวิชาชีพทันตแพทย์ (Dental Practitioners) มีหลักการคือ เปิดให้ทันตแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ในประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย ซึ่งทันตแพทย์ต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่านการประเมิน และอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน (ของประเทศไทย คือ ทันตแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข) การดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของ ASEAN Joint Coordinating Committee on Dental Practitioners ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศสมาชิก

(3) สาขาวิชาชีพการพยาบาล (Nursing Services) มีหลักการคือ เปิดให้พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วยโดยพยาบาลต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่น ต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน (ของประเทศไทย คือ สภาการพยาบาล)

(4) สาขาสถาปัตยกรรม (Architectural Services) มีหลักการคือ เปิดให้สถาปนิกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนเป็นสถาปนิกอาเซียน (ASEAN Architect) ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสถาปัตยกรรมในประเทศอาเซียนอื่นได้ โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ซึ่งบางประเทศรวมทั้งไทยกำหนดให้สถาปนิกอาเซียนต้องปฏิบัติงานร่วมกับสถาปนิกท้องถิ่น สถาปนิกที่ต้องการจดทะเบียนดังกล่าวต้องผ่านการประเมินจากคณะกรรมการกำกับดูแล (Monitoring Committee) ในแต่ละประเทศ ซึ่งในส่วนประเทศไทยจะดำเนินการโดยสภาสถาปนิก การดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของสภาสถาปนิกอาเซียน (ASEAN Architect Council) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจาก Monitoring Committee ของประเทศสมาชิก

(5) คุณสมบัติด้านการสำรวจ (Surveying Qualifications) มีหลักการคือ กำหนดแนวทางเพื่อใช้เป็นพื้นฐานโดยวางหลักเกณฑ์พื้นฐานประกอบด้วยหลักเกณฑ์เรื่อง การศึกษา การสอบ ประสพการณ์ กระบวนการให้การยอมรับ ระบบข้อมูลเอกสาร ระเบียบวินัยและหลักจริยธรรมมาตรฐานและแนวปฏิบัติสากล ในส่วนของประเทศไทยองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ กำกับดูแลการประกอบบริการด้านสำรวจและขึ้นทะเบียน / ออกใบอนุญาตนักสำรวจ คือ สภาวิศวกร

(6) สาขาบัญชี (Accountancy Services) มีหลักการคือ เปิดให้นักบัญชีที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนักบัญชีในประเทศอาเซียนอื่นได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ด้วย โดยข้อตกลงยอมรับร่วมกันแนะนำให้ประเทศสมาชิกอาเซียนควรที่จะนำเอามาตรฐานและแนวทางของสภาวิชาชีพบัญชีนานาชาติ (IFAC) มาใช้ใน การกำหนดความสามารถด้านวิชาชีพและคุณสมบัติต่างๆ สำหรับการประกอบวิชาชีพบัญชีของประเทศสมาชิกอาเซียนภายใต้กฎระเบียบภายในของประเทศสมาชิกนั้นๆ และประเทศไทยคือ สภาวิชาชีพบัญชี

(7) สาขาวิศวกรรม (Engineering Services) มีหลักการคือ เปิดให้วิศวกรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนเป็นวิศวกรวิชาชีพอาเซียน (ASEAN Chartered Professional Engineer) ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการขอใบอนุญาตประกอบวิชาชีพวิศวกรรมในประเทศอาเซียนอื่นได้ โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้นๆ ซึ่งบางประเทศรวมทั้งไทยกำหนดให้วิศวกรอาเซียนต้องปฏิบัติงานร่วมกับวิศวกรท้องถิ่นโดยวิศวกรที่ต้องการจดทะเบียนดังกล่าวต้องผ่านการประเมินจากคณะกรรมการกำกับดูแล (Monitoring Committee) ในแต่ละประเทศซึ่งในส่วนของประเทศไทยจะดำเนินการโดยสภาวิศวกรสำหรับการดำเนินงานในเรื่องนี้ของอาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการประสานงานด้านวิศวกรรมวิชาชีพอาเซียน (ASEAN Chartered Professional Engineer Coordinating Committee) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจาก Monitoring Committee ของประเทศสมาชิกเพื่อให้เห็นการปฏิบัติจริงในการเตรียมความพร้อม เช่น วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (ว.ส.ท.) หรือ สภาวิศวกรได้เตรียมการตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงานระดับภูมิภาค ดังนี้ สภาวิศวกร ในอดีตเป็นที่รู้จักกันในนามวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (ว.ส.ท.) หรือ สภาวิศวกร ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบการวิศวกรรมควบคุม รวมทั้งพิจารณาพักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาต รับรองปริญญาประกาศนียบัตรหรือวุฒิบัตรในการประกอบวิชาชีพวิศวกรรมควบคุมรับรองความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพวิศวกรรมควบคุมรวมทั้งเสนอแนะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการกำหนด และการเลิกสาขาวิศวกรรมควบคุม และออกข้อบังคับสภาวิศวกร โดยความเห็นชอบของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในฐานะสภานายกพิเศษ สภาวิศวกรทำหน้าที่ออก

ใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพวิศวกรรมควบคุมระดับภาคีวิศวกร สามัญวิศวกรวุฒิวิศวกร และระดับภาคีวิศวกรพิเศษ

นอกจากนั้น สภาวิศวกรให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้วิศวกรไทยมีศักยภาพในการประกอบวิชาชีพข้ามชาติ โดยรับขึ้นทะเบียนวิศวกรเอเปค ภายใต้ความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก (Asia-Pacific Economic Cooperation: APEC) ตามระเบียบคณะกรรมการ สภาวิศวกรว่าด้วยการขึ้นทะเบียนเป็นวิศวกรเอเปค (APEC Engineer) พ.ศ. 2552 เพื่อให้วิศวกรไทยได้รับสิทธิประโยชน์ในฐานะวิศวกรเอเปค เป็นการจดทะเบียนวิศวกรข้ามชาติ (International Professional Engineer) ตามมติที่ประชุม IEM (International Engineering Meeting, 2005) สำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สภาวิศวกรในฐานะผู้มีอำนาจกำกับดูแลวิชาชีพวิศวกรรมได้พิจารณาข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายวิศวกรอาเซียน (ASEAN Engineer)

3.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ กรณีแพทย์ และพยาบาล ของประเทศไทย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ กรณีแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษากฎหมายใน 2 ส่วนได้แก่

3.2.1 กฎหมายเฉพาะที่กำหนดคุณสมบัติแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

กฎหมายที่กำหนดคุณสมบัติแพทย์ และพยาบาล (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554: 12-15) ได้แก่

3.2.1.1 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 กำหนดให้บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ซึ่งเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรคการป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร การสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย จะต้องได้รับวุฒิปัตร์หรือหนังสืออนุมัติเป็น ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานั้นๆ จากแพทยสภา หรือที่แพทยสภารับรอง หรือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภา

3.2.1.2 พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พ.ศ. 2528 กำหนดให้บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพ การพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล รวมถึงการกระทำเกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือ หญิงมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการตรวจ การทำคลอด การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการผดุงครรภ์ จะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล

3.2.1.3 พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542

กำหนดให้บุคคลที่ประกอบวิชาชีพศิลปะ ซึ่งเป็นการประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรคการวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นๆ ทั้งนี้ ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ ครอบคลุมสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ และสาขาอื่นที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา จะต้องขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตจากคณะกรรมการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3.2.2 กฎหมายแรงงานของประเทศไทย

การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนประเทศไทยต้องมีการพิจารณาทบทวนและแก้ไขกฎหมายต่างๆ เพื่อรองรับการเข้ามาทำงานของแรงงานต่างชาตินี้มาจากอาเซียน โดยเฉพาะที่เป็นนักวิชาชีพที่ประเทศไทยได้ลงนามในข้อตกลงยอมรับร่วม (MRA) ในเรื่องคุณสมบัติวิชาชีพสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพบริการ 7 สาขาไปแล้ว เช่น พ.ร.บ.ส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นข้อกำหนดในการพัฒนาฝีมือแรงงานให้ครอบคลุมถึงแรงงานจากภูมิภาคอาเซียนโดยไม่เป็นการเลือกปฏิบัติ พ.ร.บ.แรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518 และ พ.ร.บ.แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. 2543 เพื่อให้คนจากภูมิภาคอาเซียนสามารถเป็นที่ปรึกษาฝ่ายนายจ้างหรือฝ่ายลูกจ้าง และสามารถจัดตั้งสหภาพแรงงาน และเป็นกรรมการหรืออนุกรรมการของสหภาพแรงงานได้ (ชนกฤต วรธนัชชากุล, 2555: 1)

สำหรับกฎหมายแรงงานของประเทศไทยที่ใช้บังคับอยู่มีหลายฉบับ ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 2) พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518 3) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 4) พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 5) พระราชบัญญัติจัดหางาน และคุ้มครองคนหางาน พ.ศ. 2528 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3)

พ.ศ. 2544 6) พระราชบัญญัติของการทำงานคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 และ 7) พ.ร.บ.แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. 2543 โดยมีรายละเอียดของกฎหมาย คือ

3.2.2.1 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 เป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงสิทธิและหน้าที่ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง โดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการจ้างการใช้แรงงานและการจัดสถานที่และอุปกรณ์ในการทำงาน เพื่อให้ผู้ทำงานมีสุขภาพอนามัยอันดีมีความปลอดภัยในชีวิตและร่างกายและได้รับค่าตอบแทนตามสมควร กฎหมายคุ้มครองแรงงานที่ใช้บังคับในปัจจุบัน โดยพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ใช้บังคับแก่นายจ้าง ลูกจ้างในการจ้างงานทุกราย ไม่ว่าจะประกอบกิจการประเภทใด และไม่ว่าจะมีจำนวนลูกจ้างเท่าใด ยกเว้นนายจ้างหรือกิจการที่เป็นราชการ รัฐวิสาหกิจและนายจ้างประเภทที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง กำหนดให้สถานประกอบกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป นายจ้างต้องจัดให้มีคณะกรรมการสวัสดิการแรงงานในสถานประกอบการ เพื่อเป็นองค์กรไตรภาคีในการกำหนดนโยบาย แนวทาง และมาตรการด้านสวัสดิการแรงงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนฝ่ายลูกจ้างที่มาจากการเลือกตั้งอย่างน้อย 5 คน เพื่อปรึกษาหารือกับนายจ้างในการจัดสวัสดิการให้แก่ลูกจ้าง

3.2.2.2 พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518 เป็นกฎหมายที่กำหนดแนวทางปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลสองฝ่าย คือ ฝ่ายนายจ้าง และฝ่ายลูกจ้าง ในทุกประเภทกิจการยกเว้นข้าราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เป็นกฎหมายที่กำหนดเพื่อให้บุคคลทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจอันดีต่อกัน สามารถทำข้อตกลงในเรื่อง สิทธิ หน้าที่ และผลประโยชน์ในการทำงานร่วมกันได้ รวมทั้งกำหนดวิธีการระงับข้อขัดแย้งหรือข้อพิพาทแรงงานที่เกิดขึ้น กฎหมายแรงงานสัมพันธ์ที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติแรงงานสัมพันธ์ พ.ศ. 2518

3.2.2.3 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายประกันสังคมเป็นกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น โดยให้ลูกจ้างหรือผู้สมัครเข้าประกันตน นายจ้าง และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบ เพื่อใช้กองทุนดังกล่าวเป็นหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและผู้สมัครเข้าประกันตนได้รับการสงเคราะห์เมื่อประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ชราภาพ และว่างงาน รวมทั้งการสงเคราะห์บุตร กฎหมายประกันสังคมที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยผู้ประกันตนคือลูกจ้างที่มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ หากเกิน 60 ปี แต่ยังทำงานในสถานประกอบการอยู่ให้เป็นผู้ประกันตนต่อไปแม้อายุเกิน 60 ปี ในข้อกำหนดของกฎหมายกำหนดให้นายจ้างต้องมีหน้าที่หักค่าจ้างลูกจ้างนำจ่ายเงินและสมทบตามที่กฎหมายกำหนด

3.2.2.4 พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 เป็นกฎหมายคุ้มครองลูกจ้างหรือผู้ที่อยู่ในอุปการะของลูกจ้าง ด้วยการกำหนดให้นายจ้างจ่ายเงินให้บุคคลดังกล่าว เมื่อลูกจ้าง

ได้รับภัยอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือตายอันมีสาเหตุมาจากการทำงานให้แก่นายจ้าง และกำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนขึ้นโดยให้นายจ้างจ่ายเงินสมทบกองทุนดังกล่าวไว้เพื่อเป็นหลักประกันในการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างหรือผู้อยู่ในอุปการะของลูกจ้างแทนนายจ้าง โดยนายจ้างที่จะต้องรับผิดชอบจ่ายเงินทดแทนก็ต่อเมื่อลูกจ้างได้ประสบเคราะห์กรรมจากการทำงานให้แก่นายจ้างซึ่งมีอยู่หลายแบบ ซึ่งให้นายจ้างจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างใน 3 กรณี คือ กรณีประสบอันตราย กรณีเจ็บป่วย และกรณีสูญหาย

3.2.2.5 พระราชบัญญัติจัดหางาน และคุ้มครองคนหางาน พ.ศ. 2528 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2544 กำหนดให้ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตจากนายทะเบียนให้จัดหางานให้คนหางานทำในประเทศ และจัดหางานให้ในต่างประเทศ สำหรับการจัดหางานในต่างประเทศต้องมีการทำหลักประกันด้วยเงินสด หรือพันธบัตรของรัฐบาลไทยหรือสัญญาค้ำประกันของธนาคาร โดยผู้จัดหางานต้องดูแลคนหางานตามที่กฎหมายกำหนด

3.2.2.6 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 โดยยกเลิกพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2525 และฉบับที่ 2 ปี 2544 เพื่อให้สอดคล้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานในระบบเศรษฐกิจโลกในปัจจุบัน ซึ่งประเทศไทยแรงงานต่างด้าวเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศ จึงต้องปรับปรุงพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว ฉบับใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 กำหนดงานที่ให้คนต่างด้าวทำต้องอยู่ในกฎกระทรวงและคำนึงถึงความมั่นคงของชาติ โอกาสในการประกอบอาชีพของคนไทย และความต้องการแรงงานต่างด้าวที่จำเป็นต่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งแม้ว่าอยู่ระหว่างดำเนินการกำหนดอาชีพ และประเภทอาชีพ แต่พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ก็มุ่งเป้าเพื่อลดข้อกฎหมายต่างๆ จากเดิมเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับนายทุนทั้งที่เข้ามาลงทุนในประเทศ และนายทุนไทยสามารถเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาได้ง่ายขึ้น สร้างความยืดหยุ่นในการทำงาน และจ้างงานแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ชายแดน ปรับปรุงกระบวนการออกใบอนุญาตให้แก่คนต่างชาติเข้าเมืองตามกฎหมาย ทั้งกฎหมายส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520 (BOI) กฎหมายการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2522 หรือกฎหมายอื่นๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ในการออก visa และใบอนุญาตทำงาน อีกทั้ง พ.ร.บ. ระบุให้ผู้รับใบอนุญาตสามารถเพิ่มประเภทหรือลักษณะงาน นายจ้าง ท้องที่ สถานที่ทำงาน หรือเงื่อนไขได้โดยให้อำนาจการอนุญาตอยู่ที่นายทะเบียน

3.2.2.7 พ.ร.บ. แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. 2543 บัญญัติการจัดตั้งสหภาพแรงงาน และสหพันธ์แรงงานในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจที่มีรัฐเป็นเจ้าของ และบริษัท หรือห้างหุ้นส่วนที่มีกระทรวง ทบวง กรม หรือทบวงทางการเมืองมีทุนรวมอยู่ด้วยเกินร้อยละห้าสิบ ให้เป็นไปตามที่กำหนด

ซึ่งกฎหมายแรงงานมีไว้เพื่อปกป้องสิทธิตามความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ภายใต้ระบบทุนนิยม แต่ละประเทศในอาเซียนต่างพยายามมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายแรงงานเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือ กฎหมายเหล่านี้ต่างมีไว้โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรี ซึ่งกฎหมายแรงงานก็เป็นปัจจัยหนึ่งต่อการเลือกเข้าทำงานของแรงงานที่มีฝีมือ

3.3 อัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน

อัตราค่าจ้างเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการผลักดันให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน หรือเป็นการดึงดูดแรงงานที่มีฝีมือเอาไว้ในประเทศนั้น ซึ่งการเปิดเสรีด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน ส่งผลต่อแนวโน้มการกระจายตัวของแรงงานในกลุ่มนี้มากขึ้น โดยแรงงานมีแนวโน้มที่จะเคลื่อนย้ายไปยังกลุ่มประเทศที่มีอัตราเงินเดือน หรือค่าจ้างที่สูงกว่า ประเทศในอาเซียนมีการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้อัตราเงินเดือนไม่เท่ากันไปด้วย เช่น แรงงานจะมีแนวโน้มเคลื่อนย้ายไปสู่ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีแนวโน้มจะมีแรงงานที่มีฝีมือเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานมากที่สุด เพราะประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีอัตราการเติบโตในธุรกิจภาคบริการสูง และเป็นประเทศที่มีอัตราเงินเดือน หรือค่าจ้างแรงงานที่สูงที่สุดในอาเซียน (Thamsatitdej, 2012: 11) เมื่อเปรียบอัตราค่าจ้างแรงงานที่มีฝีมือภายในภูมิภาคอย่างวิชาชีพวิศวกรจะพบว่า อัตราค่าจ้างในประเทศสิงคโปร์ประมาณ 1,731 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน อัตราค่าจ้างในประเทศฟิลิปปินส์ประมาณ 406 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน ส่วนประเทศไทยมีอัตราค่าจ้างประมาณ 756 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน (WorldSalaries, 2548: 1) ดังนั้น ในความแตกต่างของอัตราเงินเดือน หรือค่าจ้างนี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานได้ สำหรับแรงงานวิชาชีพที่ผู้วิจัยศึกษา กรณีแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล อัตราเงินเดือน หรือค่าจ้างยังมีความแตกต่างกันมาก เมื่อเปรียบเทียบในประเทศที่มีรายได้ในระดับปานกลาง อย่างประเทศไทย แลประเทศมาเลเซีย กับประเทศที่มีรายได้สูง อย่างประเทศสิงคโปร์จะเห็นได้ถึงความห่างของเงินเดือน หรือค่าจ้างในสาขาวิชาชีพด้านนี้ (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 ตารางเปรียบเทียบเงินเดือนเฉลี่ยของประเทศ สิงคโปร์ มาเลเซีย และไทย

US dollar

	ประเทศสิงคโปร์	ประเทศมาเลเซีย	ประเทศไทย
แพทย์	3,523	3,281	937
พยาบาล	1,237	1,131	358
ทันตแพทย์	n/a	832	725

ที่มา : World Salaries Org

เมื่อเทียบเงินเดือนเฉลี่ยแล้ว พบว่า ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีอัตราเงินเดือนหรือค่าจ้างสูงสุดในอาเซียน รวมทั้งในวิชาชีพด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ดังนั้น ไม่เพียงเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการเคลื่อนย้ายเข้าไปยังประเทศสิงคโปร์มากแล้ว ก็ยังเป็นโอกาสสำหรับธุรกิจในประเทศสิงคโปร์ที่สามารถเลือกแรงงานที่มีฝีมือได้จากทั่วทุกแห่งในอาเซียน และหากอัตราค่าจ้างในประเทศอื่นๆ ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์เป็นเท่าตัวก็ย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญในการดึงดูดแรงงานที่มีฝีมือที่มีคุณภาพเอาไว้ในประเทศด้วยเช่นกัน

บทที่ 4

ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้างแรงงานที่มีฝีมือตามข้อตกลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยศึกษากรณีการจ้างแรงงานที่มีฝีมือโดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพด้านสุขภาพที่เคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน อันจะกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นการศึกษาและเสนอมาตรการ นโยบาย และกลไกต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมรองรับผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ซึ่งผู้วิจัย จะศึกษาแนวโน้มผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว วิเคราะห์โอกาสที่เป็นประโยชน์ และผลเสีย ที่จะกระทบต่อประเทศไทย จากการจ้างงานที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายเข้าและออกของแพทย์ และ พยาบาลในอาเซียน และเสนอนโยบายทั้งในเชิงรุก คือนโยบายการใช้ประโยชน์จากการเปิดเสรีการ เคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจภายในประเทศ และนโยบายเชิงรับ คือ นโยบายด้านการป้องกันผลประโยชน์ของชาติ

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) ซึ่งจะศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจจากการจ้าง แรงงานที่มีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล ซึ่งจะนำเสนอแนะนโยบาย และมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมรองรับ ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ที่จะปรากฏใน บทที่ 5

แหล่งข้อมูลมาจากข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์ผู้แทนภาครัฐ เอกชน และ วิชาการ จำนวน 17 คน และข้อมูลทุติยภูมิ ศึกษาจากเอกสาร และสถิติต่างๆ ของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรระหว่างประเทศ เช่น ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลเอกชนจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล แพทย์ และพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก เป็นต้น เพื่อนำมาวิเคราะห์ใน 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์การจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ กรณีแพทย์ และพยาบาล สาเหตุ ของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่ต้องจ้างแพทย์ และพยาบาลเพื่อขับเคลื่อนธุรกิจเพิ่มขึ้น โดยการจ้างงาน ได้เปลี่ยนจากเดิมที่เป็นการจ้างแพทย์ และพยาบาลภายในประเทศ และการเปิดเสรีการเคลื่อนย้าย แรงงานในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีโอกาสการจ้างงานมากขึ้น

การวิเคราะห์ในส่วนที่ 2 เมื่อเกิดการจ้างแพทย์ และพยาบาลในอาเซียน และการ เปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน นับว่าเป็นโอกาสสำหรับแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ แสวงหาสถานที่ทำงานที่ให้ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนมากกว่าที่เคยได้รับ ความแตกต่างในด้านการ เติบโตทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศในอาเซียน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแพทย์ และพยาบาล

ภายในภูมิภาคอาเซียนที่มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนไปสู่ประเทศที่ให้ค่าจ้างที่สูงกว่า ซึ่งจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อประเทศไทย

และการวิเคราะห์ในส่วนที่ 3 คือการวิเคราะห์ผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล

4.1 วิเคราะห์การจ้างงานแรงงานมีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

ในอดีต โรงพยาบาลเอกชนไทยกำเนิดขึ้นเพียงเพื่อลดภาระการรักษาให้กับโรงพยาบาลรัฐ โดยมีเป้าหมายทำหน้าที่รักษาประชาชน เริ่มแรกแพทย์เป็นเจ้าของเพียงคนเดียว และมีการบริหารแบบครอบครัว ส่วนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานนอกเวลาบริการรักษาเพียงโรครางอย่างเท่านั้น แต่ภายหลังนับตั้งแต่ผู้คนจำนวนมากหันมาใช้บริการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญ มีพัฒนาการปรับปรุงมาเรื่อยๆ มีการเปิดรับการรักษาหลากหลายขึ้น มีการจ้างแพทย์ และพยาบาลเพื่อทำงานเต็มเวลา และนอกเวลาเพิ่มขึ้น ขยายเวลาการเปิดรักษาเป็นตลอด 24 ชั่วโมง และการมีเจ้าของเพียงคนเดียวกลายมาเป็นการถือครองหุ้นแบบมหาชน (ประภาศรี สุฉันทบุตร, 2555: 24) ข้อมูลโรงพยาบาลเอกชนจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2555 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556: 2-13) โรงพยาบาลเอกชนไทยมีจำนวน 321 แห่ง มีเตียงให้บริการรวม 36,070 เตียง มีการจ้างงานประมาณ 137,598 คน เป็นเจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล⁹ จำนวน 77,397 คน ให้บริการผู้ใช้บริการประมาณ 55 ล้านครั้ง/ปี มีผู้ป่วยต่างประเทศที่ตั้งใจมารักษา 3 ล้านราย ผู้ป่วยในประเทศที่เข้ารับการรักษามีจำนวน 46.3 ล้านราย โรงพยาบาลเอกชนมีรายได้รวม 119,447.5 ล้านบาท ซึ่งสามารถสร้างมูลค่าเพิ่ม 47,566.5 ล้านบาท หรือคิดเป็น 35% สูงพอกับอุตสาหกรรมการผลิตรถยนต์ และคาดว่าโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้ประมาณ 150,000 ล้านบาทต่อปี

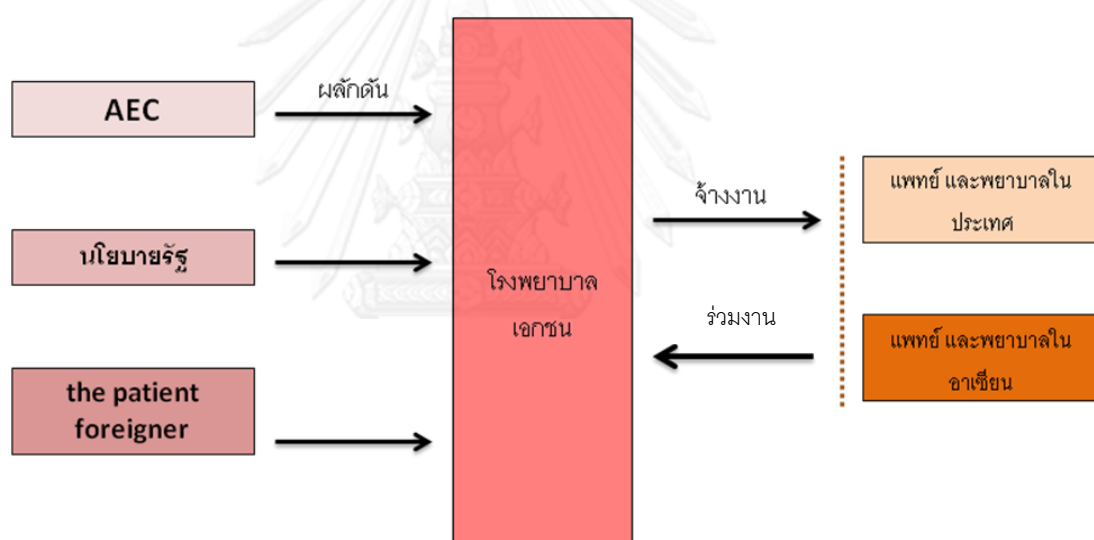
ความเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่ตั้งขึ้นเพื่อลดภาระให้กับโรงพยาบาลรัฐ ได้กลายเป็นธุรกิจที่สร้างรายได้ให้กับประเทศ ทำให้สุขภาพและระบบบริการสุขภาพกลายเป็นสินค้าที่โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร เจ้าของโรงพยาบาลเอกชนจากแพทย์เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้รักษาช่วยเหลือผู้ป่วยกลายมาเป็นกลุ่มนายทุน

⁹ เจ้าหน้าที่รักษาพยาบาล หมายถึง แพทย์ทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานผู้ช่วยเหลือพยาบาล ผดุงครรภ์ และพนักงานพยาบาลอื่นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556 : 3)

จากเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนไทยที่เปลี่ยนไป ทำให้การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนกับแพทย์ และพยาบาลไม่ใช่จ้างเพื่อช่วยรักษาประชาชน แต่กลายเป็นการจ้างงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการบริการรักษามากขึ้น มีการจ้างแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มจุดเด่นทางการรักษาของโรงพยาบาล ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลเอกชนกับแพทย์ และพยาบาลจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง

ในส่วนแรก วิเคราะห์สาเหตุที่ผลักดันให้โรงพยาบาลเอกชนจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเข้มข้นขึ้น ในส่วนที่สอง วิเคราะห์ลักษณะการจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนไทย จากภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ภาพการวิเคราะห์โรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลเข้มข้นขึ้น



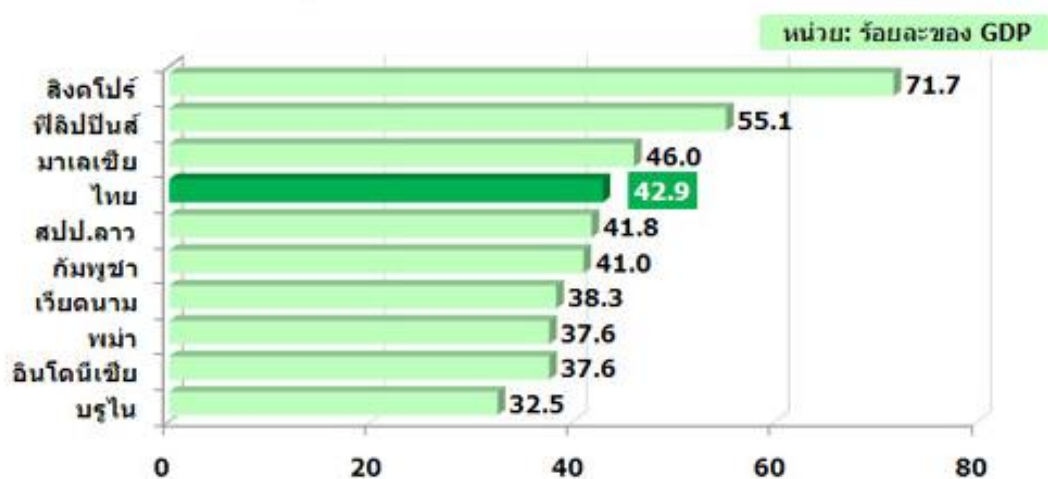
4.1.1 สาเหตุที่เจ้าของโรงพยาบาลเอกชนจ้างงานเพิ่มมากขึ้น

4.1.1.1 การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทยต้องแข่งขันเข้มข้นมากยิ่งขึ้น และเป็นการแข่งขันที่ไม่สิ้นสุด เพราะการเปิดตลาดเสรีทำให้เกิดตลาดที่ไม่จำกัดและไม่มีขอบเขต นายทุนต้องต่อสู้กับนายทุนอื่นเพื่อครองตลาดให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ (เอิร์นเนสต์ แมนเดล แต่ง, 2518: 91-93) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้ทำความตกลงให้เปิดเสรีให้นักลงทุนต่างประเทศถือครองหุ้นในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพได้กว่า 70% ในปี 2558 ส่งผลให้แนวโน้มเกิดคู่แข่งในตลาดเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเอกชนไทยต้องเพิ่มศักยภาพมากขึ้น และยกระดับผลิตภาพของแพทย์ และพยาบาลให้สูงขึ้น เพื่อให้ธุรกิจดำรงอยู่ได้ และแข่งขันกับคู่แข่งเก่า และคู่แข่งใหม่ที่จะเข้ามา ทำให้การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และ

พยาบาลกลายเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มประโยชน์ของการสะสมทุนของเจ้าของโรงพยาบาล ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีผลต่อการจ้างแพทย์ และพยาบาลอย่างไร

1) **เศรษฐกิจอาเซียนเติบโตในภาคบริการทำให้ความต้องการแรงงานในภาคบริการเพิ่มมากขึ้น** ในระยะที่ผ่านมาภาคบริการกลายมามีสัดส่วนในโครงสร้างเศรษฐกิจของแต่ละประเทศในอาเซียนที่สำคัญ (กราฟที่ 5) และการเปิดเสรีทางการค้าในภาคบริการยิ่งทำให้เกิดการลงทุนง่ายมากยิ่งขึ้น โดยลดกฎระเบียบ ข้อกำหนดในการปฏิบัติเยี่ยงคนต่างชาติดัง และเปิดให้นักลงทุนต่างชาติถือครองหุ้นเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเติบโตในภาคบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น และในภาคบริการด้านสุขภาพก็เป็นภาคบริการที่กำหนดให้การเปิดเสรีอย่างเร่งรัด ยิ่งทำให้รายได้มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งประเทศที่ให้บริการการรักษาพยาบาลที่สำคัญในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ ประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ ประเทศอินเดีย ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีอัตราการเติบโตมูลค่าตลาดที่สูง ประเทศหลายประเทศต่างพยายามในการพัฒนาศักยภาพการรักษา พร้อมทั้งประกาศเป็นศูนย์กลางด้านการรักษาพยาบาลในอาเซียน และรณรงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่งผลให้เศรษฐกิจด้านการรักษาพยาบาลเติบโตมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเทศไทยที่มีส่วนแบ่งตลาดด้านการรักษามาเป็นอันดับสูงสุดของภูมิภาค ตามมาด้วยประเทศคู่แข่งอย่างประเทศสิงคโปร์ และประเทศมาเลเซีย และเมื่อเอาส่วนแบ่งตลาดด้านการรักษาของประเทศไทยรวมกับสิงคโปร์ก็มีส่วนแบ่งถึง 70%

กราฟที่ 5 กราฟสัดส่วนเศรษฐกิจภาคบริการของแต่ละประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2553



ที่มา : อ้างอิงใน AEC Data KASIKORNRESEARCH 2011 ศูนย์วิจัยกสิกรไทย

2) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้นายทุนขนาดใหญ่

กระจายไปประเทศอื่นๆ เกิดการจ้างงานในทุกที่ การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้การแข่งขันสูงยิ่งขึ้นทำให้นายทุนขนาดเล็กไม่สามารถที่อยู่ได้ต้องออกจากระบบส่วนทุนที่ใหญ่กว่าสามารถครองตลาดได้มากขึ้น การเคลื่อนไหวของโรงพยาบาลเอกชนไทยก่อนที่จะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การแข่งขันธุรกิจด้านบริการระหว่างกันเองก็เข้มข้นอยู่แล้ว การแข่งขันภายในประเทศด้วยกันทำให้นายทุนขนาดเล็กต่างต้องเลิกกิจการไปเพราะไม่สามารถที่จะสู้โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้ จากการสำรวจข้อมูลสถิติแห่งชาติ (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2556: 21) พบว่า มีโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดเล็ก (เตียงน้อยกว่า 31 เตียง) มีจำนวนรวมถึง 59 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง (จำนวนเตียง 31-100 เตียง) จำนวน 158 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (จำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียง) จำนวน 104 แห่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติย้อนหลังไปเมื่อ 5 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550: 21) เป็นข้อมูลปี 2543 และปี 2549 โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก (น้อยกว่า 31 เตียง) มีจำนวน 163 แห่ง ขนาดกลาง (จำนวนเตียง 31 – 100 เตียง) จำนวน 170 แห่ง และขนาดใหญ่ (จำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียง) มีจำนวน 96 แห่ง จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงจำนวนและขนาดของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2554 แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก และกลางมีแนวโน้มเลิกกิจการไปแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้น (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ. 2543 2549 และ 2554

ขนาดของโรงพยาบาลและ สถานพยาบาล (แห่ง)	ปี 2543 ⁽¹⁾	ปี 2549 ⁽¹⁾	ปี 2554 ⁽²⁾
ต่ำกว่า 11 เตียง			26
11-30 เตียง	170	163	33
31-50 เตียง	62	68	50
51-100 เตียง	93	102	108
101-250 เตียง		75	87
มากกว่า 250	99	21	17
รวม	424	429	321

ที่มา : (1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550
(2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555

และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะการจัดตั้งของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยพบว่าลักษณะการจดทะเบียนของโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนเป็นบริษัทจำนวนมากที่สุด 223 แห่ง และมีบริษัทจำกัด (มหาชน) จำนวน 47 โรงพยาบาล และเมื่อเปรียบเทียบปี 2550 (ตารางที่ 17) ลักษณะการจัดตั้งในส่วนบุคคล ลักษณะห้างหุ้นส่วน บริษัทจำกัด และลักษณะอื่นๆ มีแนวโน้มที่ลดลงไปพร้อมกับจำนวนโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ลดลง แต่การจัดตั้งในลักษณะบริษัทจำกัด (มหาชน) กลับมีจำนวนการจดทะเบียนเพิ่มขึ้น และการเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ที่เพิ่มขึ้นยิ่งทำให้เห็นว่า โรงพยาบาลเอกชนได้เข้าสู่โรงพยาบาลแบบทุนนิยม เพราะการเข้าสู่การจัดตั้งในลักษณะการร่วมหุ้นทำให้มีกลุ่มผู้ถือหุ้นเป็นเหมือนนายทุน ส่วนเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนถูกทำให้มีเป้าหมายดำเนินการธุรกิจเพื่อหวังกำไรจากการค้าด้านสุขภาพเพื่อเอาใจเหล่าผู้ถือหุ้นมากขึ้น

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบจำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาลฯ รูปแบบการจัดตั้งตามกฎหมาย ปี พ.ศ. 2549 กับ 2554

รูปแบบการจัดตั้งตามกฎหมาย	ปี 2549 ⁽¹⁾	ปี 2554 ⁽²⁾
ส่วนบุคคล ห้างหุ้นส่วนสามัญที่ไม่เป็นนิติบุคคล	36	12
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล ห้างหุ้นส่วนจำกัด	26	14
บริษัทจำกัด	296	223
บริษัทจำกัด (มหาชน)	42	47
การจัดตั้งในรูปแบบอื่นๆ	29	25
รวม	429	321

ที่มา : (1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550

(2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555

จากตารางทำให้เห็นว่าลักษณะของโรงพยาบาลจากส่วนบุคคล ห้างหุ้นส่วนที่ไม่เป็นนิติบุคคลลดจำนวนลง แต่รูปแบบกิจการกลายเป็นแบบการระดมทุนมากขึ้น มีผู้ถือครองหุ้นหลายคนที่แบ่งสัดส่วนผลกำไรจากโรงพยาบาล ซึ่งการระดมทุนของโรงพยาบาลเอกชน หากยิ่งระดมทุนได้มาก ก็ยิ่งทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีอำนาจทุนเพิ่มที่สามารถเข้าควบรวมโรงพยาบาลขนาดเล็ก ซึ่งเหมือนแนวคิดในระบบทุนนิยม ในลักษณะปลาใหญ่ที่กินปลาเล็ก การควบรวมโรงพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลกำไรให้มากขึ้น จากรายงานการวิเคราะห์สภาพการแข่งขันธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน (พรเทพ เบญญาอภิกุล และ วรณวิภาสค์ มานะโชติพงษ์, 2557: 33-56) บอกว่ากลยุทธ์การเพิ่มผลกำไรของโรงพยาบาลเอกชน มีทั้งรูปแบบเปิดสาขาโรงพยาบาลในเครือขยาย และมีกลยุทธ์ควบรวมธุรกิจโรงพยาบาลขนาดเล็กไว้ ซึ่งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา กลวิธีของเครือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ได้ดำเนินการเข้าจดทะเบียนในตลาดหุ้นและได้เข้าซื้อหุ้นโรงพยาบาลเอกชนอื่นๆ เช่น เครือโรงพยาบาลกรุงเทพเป็นเครือโรงพยาบาลเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย บริหารงานโดยบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) เริ่มมาเมื่อปี พ.ศ. 2512 เพียงแค่ 22 ปี ใน พ.ศ. 2534 ได้แปรสภาพบริษัทเป็นบริษัทมหาชน จำกัด จากการเปิดสาขาของโรงพยาบาลในเครือสะสมทุนจนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา บริษัทเข้าซื้อควบรวมกิจการกับเครือโรงพยาบาลเอกชนอื่นอย่างรวดเร็ว เช่น เข้าซื้อกิจการในเครือโรงพยาบาลพญาไท เครือโรงพยาบาลสมิติเวช และเครือโรงพยาบาลเปาโล ในปี 2553 ยังซื้อกิจการของ บริษัท เอ็น.บี.ลาบอราตอรี (อำนวยการเภสัช) จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทจำหน่ายยาและวัสดุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเป็นผู้ผลิตน้ำเกลือรายใหญ่อันดับ 4 ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2556 บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) มีโรงพยาบาลในเครือถึง

31 แห่งในประเทศไทย ส่งผลให้ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) กลายเป็นเครือโรงพยาบาลเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย

การแข่งขันที่ต้องเพิ่มทุนจำนวนมากทำให้ธุรกิจขนาดเล็กจำต้องล้มเลิกไปเนื่องจากมีทุนจำกัดไม่สามารถแข่งขันได้ และส่วนหนึ่งจึงได้ยุบรวมธุรกิจกับธุรกิจขนาดใหญ่ เมื่อปลาใหญ่กินปลาเล็ก ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กเลิกไปทำให้การบริการด้านสุขภาพถ่ายเทไปอยู่ในธุรกิจขนาดใหญ่ ยิ่งทำให้กำไรก็ยิ่งเพิ่มขึ้นเท่านั้น ข้อมูลการแสดงผลกำไรที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ (ตาราง 18) แสดงให้เห็นว่า บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ที่เป็นเครือที่ใหญ่ที่สุด ในปี 2547 กำไร 623 ล้านบาท ในปี 2552 กำไรเพิ่มขึ้นถึง 1,725 ล้านบาท และในปี 2555 กำไรเพิ่มไปถึง 7,937 ล้านบาท¹⁰ และปี 2556 ได้กำไรที่ 6,261 ล้านบาท (ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย, 2557: 1) ไม่เพียงกำไรเพิ่มขึ้น เมื่อทุนขนาดเล็กที่สู้ไม่ไหวต้องเลิกกิจการไปส่งผลให้สัดส่วนของตลาดจะตกอยู่กับทุนขนาดใหญ่จนเหลือจำนวนน้อยรายในที่สุด

ตารางที่ 18 ตารางผลกำไรที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2552

ลำดับ	รายชื่อโรงพยาบาลเอกชน	กำไร (หน่วย: ล้านบาท)					
		2547	2548	2549	2550	2551	2552
1	กรุงเทพดุสิตเวชการ	623	832	1,323	1,244	1,662	1,725
2	บางกอก เซน ฮอสปิทอล	280			272	473	479
3	โรงพยาบาลรามคำแหง	286			354	439	452
4	โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์	934	1,051	1,095	1,603	1,191	1,245

ที่มา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2555: 35)

ในการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนการทำข้อตกลงเปิดการลงทุนภาคบริการเสรีและการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเสรีทำให้เกิดการลดกฎเกณฑ์ลงตลาดภาคบริการด้านสุขภาพจึงเป็นตลาดที่ไร้ขอบเขตมากขึ้น คู่แข่งที่นอกเหนือจากโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้เกิดคู่แข่งรายใหม่จากประเทศอื่นๆ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต่างต้องแข่งขันแบบเข้มข้นขึ้นกว่าเดิม เพื่อรักษาส่วนแบ่งตลาดเอาไว้

¹⁰ (รวม non-recurring items จำนวน 1,795 ล้านบาท)

และเพื่อขยายฐานลูกค้าตลาดใหม่ การรักษาส่วนแบ่งตลาดในอาเซียนทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มุ่งเป้าที่จะต้องขยายกิจการไปสู่ประเทศอื่นๆ จากข้อมูล ข่าวสาร และการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนรายใหญ่ของประเทศไทย (ผู้จัดการออนไลน์ 360 องศา, 2556: 1) พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยมีเป้าหมายขยายบริการด้านการแพทย์ไปยังต่างประเทศมากขึ้น (ภาพที่ 2) ด้วยกลยุทธ์ลงทุนตั้งโรงพยาบาลสาขาเพิ่มในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อรองรับตลาดที่จะเปิดกว้างในภูมิภาค และเข้าซื้อหุ้นในโรงพยาบาลต่างประเทศ

ภาพที่ 2 ภาพการขยายตัวของเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนไทย



ที่มา : ผู้จัดการ 360 องศา

บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) โรงพยาบาลเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีการวางแผนเปิดโรงพยาบาลสาขาในตอนเหนือของประเทศเพื่อขยายตลาดไปประเทศเมียนมาร์ และ สปป. ลาว และเพื่อเข้าถึงกลุ่มลูกค้าในประเทศจีนเพิ่มมากขึ้น มีการขยายโรงพยาบาลไปยัง จ.อุดรธานี เพื่อรองรับผู้ป่วยจาก สปป.ลาว ขยายเข้าไปใน อ.หาดใหญ่ เพื่อรองรับผู้ป่วยจากประเทศมาเลเซีย และจะขยายเพื่อรองรับการเปิดโครงการท่าเรือทวาย มีการควมรวมกับเครือข่ายโรงพยาบาลพญาไท และโรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล ทำให้มีโรงพยาบาลในเครือมากขึ้นทั้งในประเทศไทย และในประเทศกัมพูชา และมีแผนเปิดโรงพยาบาลรอยัลพนมเปญ ในประเทศกัมพูชา และจะเข้าซื้อกิจการโรงพยาบาลอย่างกุ่ม

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนไทยอื่นๆ ต่างก็มีเป้าหมายขยายกิจการไปสู่ตลาดประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคด้วยเช่นกัน เครือโรงพยาบาลสมิติเวชได้เข้าบริหารงานในโรงพยาบาลวิคตอเรีย ประเทศเมียนมาร์ และบริหารร่วมโรงพยาบาลแกรนด์ อินเตอร์เนชั่นแนล ประเทศเนปาล เครือโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ (BCH) ลงทุนปรับปรุงคลินิกศรีบุรินทร์ใน แม่สาย เพื่อรองรับผู้ป่วยจากประเทศเมียนมาร์ และลงทุนพัฒนาโรงพยาบาลใหม่ภายใต้ชื่อ World Medical Center (WMC) เพื่อเจาะกลุ่มชาวต่างชาติ ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลธนบุรีมีเป้าหมายลงทุนในตลาดจีน ร่วมกับโรงพยาบาลรัฐของประเทศจีน ได้เข้าบริหารโรงพยาบาลในประเทศเวียดนาม และประเทศกัมพูชาพร้อมกับเตรียมแผนขยายไปประเทศเมียนมาร์

เมื่อพิจารณาแนวทางการขยายตลาดของโรงพยาบาลเอกชนไทย จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลเอกชนไทยมีแนวโน้มที่เลือกขยายตลาดด้านสุขภาพในประเทศที่ด้อยพัฒนา ซึ่งประเทศที่โรงพยาบาลเอกชนไทยเลือกที่จะขยายตลาดเข้าไป คือ ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และสปป.ลาว ซึ่งประเทศเหล่านี้ยังเป็นประเทศที่ระบบเศรษฐกิจยังไม่ใช้ระบบทุนนิยมแบบสมบูรณ์ และประเทศเหล่านี้การลงทุนเปิดกิจการด้านโรงพยาบาลยังน้อย โดยเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน (ตาราง 19) เห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบในภูมิภาคอาเซียน ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และสปป.ลาว มีสัดส่วนเตียงต่อประชากรยังน้อย และเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรปยังมีสัดส่วนเตียงที่น้อยมาก แม้ว่าสัดส่วนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศ ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และสปป.ลาว จะใกล้เคียงกับประเทศสิงคโปร์ และมาเลเซีย แต่สัดส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากรน้อยกว่ามาก ทำให้เห็นว่า ขนาดโรงพยาบาลในประเทศประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และสปป.ลาว เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจจะหมายความว่า ตลาดด้านสุขภาพภายในประเทศยังเปิดกว้าง ซึ่งแตกต่างการขยายตลาดเข้าไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสิงคโปร์ และประเทศมาเลเซีย แม้มีสัดส่วนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน น้อยกว่าประเทศไทย แต่มีสัดส่วนเตียงต่อประชากร 10,000 คน ใกล้เคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกา แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์ และประเทศมาเลเซียอาจจะ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมาก อีกทั้ง การที่โรงพยาบาลเอกชนไทยต่างมีเป้าหมายขยายตลาดไปยังประเทศเมียนมาร์ เนื่องจากสถิติการเข้ารับรักษาตัวของผู้ป่วยใน และนอกในโรงพยาบาลเอกชนไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ป่วยที่มาจากประเทศเมียนมาร์เข้ารับรักษาตัว ทั้งเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชนสูงสุด (ตาราง 20) ทั้งนี้ อาจจะมาจาก ประเทศไทยมีแรงงานพม่าที่ทำงานในประเทศไทยมากที่สุด ซึ่งประเทศเมียนมาร์ยังมีระบบด้านสาธารณสุขที่ยังไม่ทั่วถึงกับประชาชนในประเทศ จึงเป็นโอกาสสำหรับโรงพยาบาลเอกชนไทยที่มีศักยภาพทางการเงินมากพอ เข้าซื้อกิจการเพื่อดำเนินการธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศที่ด้อยพัฒนาเพื่อสร้างความมั่งคั่ง ประเทศไทยสนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าบุกตลาดโรงพยาบาลใน

ประเทศเพื่อนบ้าน เพราะหากเกิดการขยายตลาดไปยังประเทศเหล่านี้ โรงพยาบาลเอกชนเข้าครอบครองและสามารถดึงทรัพยากรจากประเทศที่ด้อยพัฒนา รวมทั้งแรงงานราคาถูก เพื่อสร้างความมั่งคั่งเพิ่มขึ้น ทำให้มีผลต่อแนวโน้มที่จะเกิดการจ้างงานในท้องถิ่นที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 19 จำนวนโรงพยาบาลต่อประชากร และจำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร

ประเทศ	จำนวนโรงพยาบาล ¹ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2553	จำนวนเตียงต่อประชากร 10,000 คน พ.ศ. 2548-2555
สิงคโปร์	0.5	27
บรูไน	1.5	28
มาเลเซีย	0.5	18
ไทย	1.8	21
ฟิลิปปินส์	1.9	5
เวียดนาม	N/A	22
อินโดนีเซีย	0.4	6
สหภาพพม่า	0.7	6
สปป.ลาว	2.4	7
กัมพูชา	0.6	7
สหรัฐอเมริกา	N/A	30
สหภาพยุโรป	N/A	60

ที่มา : World Health Statistics, 2013

¹Hospitals include district, rural, provincial, specialized, teaching and research hospitals

ตารางที่ 20 ร้อยละของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทย ที่มีผู้ป่วยใน/นอกชาวต่างประเทศ
เข้ารับการรักษา จำแนกตามกลุ่มโรค และประเทศ ปี พ.ศ. 2554

กลุ่มโรค/ประเทศ	ร้อยละ
จำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ที่มีผู้ป่วยในชาวต่างประเทศ (แห่ง)	236
โรคติดเชื้อและปรสิต	24.4
โรกระบบหายใจ	11.3
อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิก และทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกกลุ่มโรคในกลุ่มอื่นได้	8.4
ประเทศที่เข้ารับการรักษา	
สหภาพพม่า	16.5
สาธารณรัฐประชาชนจีน	9.7
สหรัฐอเมริกา	7.6
ญี่ปุ่น	7.6
สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ	5.9
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	5.1
จำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ที่มีผู้ป่วยนอกชาวต่างประเทศ (แห่ง)	
โรกระบบหายใจ	24.7
สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	13.2
โรกระบบไหลเวียนเลือด	9.6
ประเทศที่เข้ารับการรักษา	
สหภาพพม่า	22.6
สาธารณรัฐประชาชนจีน	9.7
สหรัฐอเมริกา	9.3
สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ	9.3
ญี่ปุ่น	7.1
เยอรมัน	5.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2556

3) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นเครื่องมือสร้างความ

มั่งคั่งให้กับประเทศทุนนิยม เมื่อรัฐและตลาดต่างมีเป้าหมายเดียวกันทำให้ต่างก็เกื้อหนุนกันและกัน ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้ประโยชน์ข้อตกลงทางการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจเพื่อเข้าครอบครองทรัพยากรในประเทศที่ด้อยพัฒนา การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้เกิดการเปิดเสรีเคลื่อนย้ายการลงทุนภาคบริการด้านสุขภาพนั้กลงทุนต่างประเทศในอาเซียนสามารถเข้าถึงครองหุ้นได้ถึง 70% ซึ่งการเข้าถึงครองหุ้นในประเทศอื่นๆ ก็เป็นการเปิดโอกาสให้กับประเทศที่มีพลังทางเศรษฐกิจสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการแทรกแซงประเทศอื่นๆ เพื่อสร้างความมั่งคั่งให้กับประเทศของตน ซึ่งหน้าที่สำคัญในระดับรัฐ คือ การรักษาอำนาจของรัฐ ในการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนไม่ได้ทำให้เกิดการสูญเสียอำนาจรัฐทางด้านดินแดน แต่เป็นเครื่องมือของประเทศที่พัฒนาหาประโยชน์จากประเทศด้อยพัฒนา หรือประเทศกำลังพัฒนา ด้วยวิธีการเข้าแทรกแซงอำนาจรัฐในการกำหนดโครงสร้างส่วนบนบางประการ เช่น กฎเกณฑ์กติกา ระเบียบนโยบาย หรือวัฒนธรรม ฯลฯ โดยโครงสร้างส่วนบนภายในประเทศที่ด้อยพัฒนา หรือกำลังพัฒนาจะถูกเปลี่ยนแปลงไปด้วยการทำความข้อตกลงจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ความคิดเห็นของ คณิตติคณสมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556) ให้ความคิดเห็นว่า ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้เกิดการคุกคามในรูปแบบภัยคุกคามจาก Multinational Corporation (MNC) คือ บริษัทข้ามชาติสัญชาติอาเซียนเพิ่มขึ้น เช่น บริษัทข้ามชาติสัญชาติสิงคโปร์ อินโดนีเซีย และไทย การไม่มีข้อกีดกันทางภาษีและการเปิดเสรีการถือครองหุ้นที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดบริษัทข้ามชาติมากขึ้น ดังนั้น เมื่อเกิดบริษัทข้ามชาติเพิ่มมากขึ้นในประเทศต่างๆ ในอาเซียน เจ้าของบริษัทข้ามชาติเหล่านั้นย่อมต้องรวมตัวกันเพื่อผลักดันให้ลดกฎระเบียบในประเทศที่บริษัทข้ามชาติเข้าไปลงทุน เพื่อไม่ให้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินธุรกิจในการสร้างกำไร ซึ่งมุมมองของอาจารย์มองว่า เจ้าของบริษัทข้ามชาติอาเซียนแตกต่างจากบริษัทข้ามชาติ สัญชาติสหรัฐอเมริกา หรือมหาอำนาจเก่า ที่ได้ใช้กฎเกณฑ์ข้อตกลงสากลแต่ไม่เข้ามาแทรกแซงการดำเนินการในโครงสร้างส่วนบนของรัฐโดยตรง แต่ลักษณะของบริษัทสัญชาติอาเซียน คือ การกระโดดเข้ามาในโครงสร้างส่วนบน คือชนชั้นปกครองในประเทศนั้นๆ ด้วยวิธีการฮั้วกันระหว่างบริษัทสัญชาติอาเซียน กับนักการเมืองประเทศนั้นๆ คือ การที่นักการเมือง กลายมาเป็นนอมินีของบริษัทสัญชาติอาเซียน และเข้าไปปรับเปลี่ยนกฎหมายเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับนายทุนของตน ซึ่งเป็นการคุกคามการแทรกแซงทางเศรษฐกิจในรูปแบบใหม่

ในความเห็นของผู้วิจัยมองว่าลักษณะของการคุกคามโครงสร้างส่วนบนของประเทศที่ด้อยพัฒนาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานแล้ว อย่างกรณีฉันทามติวอชิงตัน (Washington Consensus) สหรัฐอเมริกาประเทศมหาอำนาจเป็นประเทศศูนย์กลางทุนนิยมของโลก ได้ทำข้อตกลงร่วมกันกับประเทศต่างๆ ให้เปิดเสรีด้านตลาด การเงิน ด้านการลงทุนโดยใช้หลักความเป็นเสรีนิยมโดยลดบทบาทของรัฐลง ซึ่งลักษณะนี้ก็ทำให้ประเทศที่ด้อยพัฒนาที่ยังไม่ได้เป็น

ศูนย์กลางทุนต้องยินยอมทำตามภายใต้เงื่อนไขที่สหรัฐอเมริกากำหนด รวมทั้ง การสร้างกฎระเบียบโลกใหม่ที่ถูกระบุโดยชาติมหาอำนาจก็ส่งผลต่อโครงสร้างส่วนบนในด้านกฎหมาย กฎระเบียบภายในประเทศที่ด้อยพัฒนา ซึ่งเป็นการเปิดให้ประเทศที่มีอำนาจมากกว่าแทรกแซงประเทศที่ด้อยพัฒนาได้ง่ายขึ้น เอาประโยชน์จากทรัพยากรภายในประเทศที่ด้อยพัฒนาได้ง่ายขึ้น สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่ด้อยพัฒนามากกว่าประเทศมหาอำนาจในโลก ไม่พื้นที่ที่ต้องตกอยู่ภายใต้กฎระเบียบในข้อตกลงต่างๆ มาโดยตลอดไม่ว่าการดำเนินการตามข้อกำหนดของ IMF การลดกฎระเบียบเพื่อปฏิบัตินักลงทุนจากประเทศมหาอำนาจให้เทียบเท่ากับประเทศไทย และการทำความตกลง คาร์บอนเครดิต ข้อตกลงเหล่านี้เปิดให้ประเทศที่มีพลังอำนาจใช้ประโยชน์เพื่อแสวงหาการดูดซับทรัพยากรในประเทศไทย แทนที่ประเทศไทยจะสามารถนำเอาทรัพยากรมาใช้เพื่อลดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนในประเทศ แต่ต้องสูญเสียให้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว

ในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ ลักษณะการดำเนินการเพื่อเข้าแทรกแซงประเทศอื่น โดยการร่วมมือระหว่างรัฐกับนายทุน เหมือนการดำเนินการทางธุรกิจของกลุ่มเครือโรงพยาบาล Integrated Healthcare Holdings Sdn Bhd (IHH) ของประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีผู้ถือหุ้นใหญ่อย่างกองทุน Khazanah ของรัฐบาลมาเลเซีย ได้ถือหุ้น 62.1% มีกลุ่มมิซซู (Mitsui) ของญี่ปุ่นถือครองหุ้นถึง 26.6% กลุ่มอับราจ แคปปิตอล (Abraaj Capital) กองทุนที่ลงทุนในตะวันออกกลางถือครองหุ้น 7.1% และอายดินลาร์ (Aydinlar) ซึ่งเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลในตุรกีถือครองหุ้นอีก 4.2% กลุ่มเครือโรงพยาบาล IHH ได้เข้าซื้อหุ้นทั้งหมดของ บริษัท Parkway ของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเคยเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลชั้นนำอันดับต้นๆ ของโลก และเคยมีขนาดใหญ่ที่สุดในอาเซียน และกลุ่มเครือโรงพยาบาล IHH ยังได้เข้าซื้อหุ้น 75% ในบริษัท Acibadem Group ของประเทศตุรกี ทำให้กลุ่มเครือโรงพยาบาล IHH กลายเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในอาเซียน และเป็นเจ้าของโรงพยาบาลมากมายในหลายประเทศ ทั้งในประเทศมาเลเซีย ประเทศสิงคโปร์ ประเทศอินเดีย ตะวันออกกลาง และยุโรปตะวันออก รวมถึง โรงพยาบาลที่กำลังก่อสร้างในประเทศจีน และประเทศเวียดนาม และในการเปิดเสรีการลงทุนในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพตามข้อตกลงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กลุ่มเครือโรงพยาบาล IHH มีแนวโน้มมากที่จะรุกเข้ามาซื้อโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากในประเทศไทย และในอาเซียนเพิ่มขึ้น (ผู้จัดการออนไลน์ 360 องศา, 2555: 2) ซึ่งยุทธวิธีที่ประเทศที่มีความพร้อมด้านทุนร่วมมือกับกลุ่มทุนเข้าครอบครองธุรกิจในประเทศอื่นด้วยลักษณะของบรรษัทข้ามชาติ เพื่อดึงทรัพยากรของประเทศอื่นๆ ในการสร้างความมั่งคั่ง เมื่อกลุ่มเครือโรงพยาบาล IHH มีผู้ถือหุ้นหลักคือ รัฐบาลมาเลเซีย บุคคลครอบครองธุรกิจโรงพยาบาลสร้างความมั่งคั่งทางธุรกิจ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจยิ่งทำให้มีโอกาสในการบุกตลาดโรงพยาบาลในประเทศอื่นได้ง่ายขึ้น

และความร่วมมือของรัฐอีกรูปแบบหนึ่ง ระหว่างรัฐกับนายทุน คือ การผลักดันข้อตกลงระหว่างประเทศ ประเทศที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจมากกว่าจะดึงให้รัฐอื่นๆ นั้นเข้ามาตกลงร่วมกันภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์เดียวกันเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับตน ในเวทีการประชุม The Healthcare Services Sectoral Working Group (HSSWG) จะมีคณะกรรมการที่ทำงานด้านสุขภาพในแต่ละวิชาชีพทางสุขภาพ ASEAN joint Coordinating Committee (AJCC) เป็นเวทีประชุมหารือเพื่อดำเนินการจัดทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งผู้แทนจากทันตแพทยสภา ให้ข้อคิดเห็นว่า ท่ามกลางการประชุมหารือประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศหลักๆ ในการเสนอความคิดเห็นที่ไปไกลกว่าประเทศอื่นๆ มีการผลักดันการดำเนินการให้ข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพทางด้านสุขภาพให้สามารถเปิดการเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีให้เป็นไปได้อย่างเร็วที่สุด เนื่องจากความพร้อมของประเทศสิงคโปร์ ทั้งด้านการสอบขึ้นใบประกอบวิชาชีพและความต้องการแรงงานที่มีศักยภาพ ทำให้ในการประชุมประเทศสิงคโปร์จะมีข้อเสนอที่ล้ำหน้ากว่าประเทศอื่นๆ เสมอ แม้ว่าเวทีประชุม HSSWG ประเทศอื่นๆ ที่ไม่พร้อมยังพยายามกีดกันด้วยการตั้งเงื่อนไขด้วยการสอบขึ้นใบประกอบวิชาชีพด้วยภาษาท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาการเปิดประชาคมอาเซียนในอดีต ก็เริ่มมาจากแรงผลักดันของประเทศสิงคโปร์ที่ผลักดันให้มีการรวมกลุ่มทางด้านเศรษฐกิจในภูมิภาค เนื่องจากเป็นประเทศที่มีความพร้อมในการเข้าสู่ตลาดเสรี เป็นประเทศที่มีความพร้อมด้านการเงินเพื่อการลงทุน ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของนักวิชาการ และผู้แทนจากภาครัฐหลายท่านที่เห็นตรงกันว่า ประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศที่จะได้ประโยชน์มากที่สุดในการเปิดการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพได้อย่างเสรี เนื่องด้วยประเทศสิงคโปร์มีความจำกัดทางด้านแรงงาน และมีนโยบายการจ้างแรงงานที่มีความเชี่ยวชาญจากที่อื่นในโลกมาตั้งแต่แรก และการที่ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงกว่าประเทศอื่นๆ ทำให้ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่รวยที่สุดในภูมิภาค ที่มีความพร้อมทั้งด้านเงินลงทุน ด้านเทคโนโลยี และเพราะประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีความเติบโตทางเศรษฐกิจจากภาคบริการมากที่สุด จึงต้องผลักดันให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพเพื่อเพิ่มโอกาสการนำปัจจัยด้านแรงงานในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคต และในการเจรจาเวทีด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพด้านสุขภาพ ประเทศสิงคโปร์ย่อมต้องขับเคลื่อนทิศทางการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไปในทิศทางเดียวกันกับการประกาศเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคให้ไปพร้อมๆ กัน

สำหรับธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนสร้างความมั่งคั่งให้กับประเทศไทยหรือไม่อย่างไร ประเทศไทยจะได้รับประโยชน์จากเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนหรือไม่ ในความคิดเห็นของ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจเพื่อการปฏิรูป มหาวิทยาลัยรังสิต (วรรณกิตติ วรรณศิลป์, 2556) ให้ความคิดเห็นว่า ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถไปลงทุนเปิดโรงพยาบาลที่

ประเทศอื่นได้มากขึ้น ซึ่งผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลจึงเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศนั้นที่โรงพยาบาลเอกชนไทยไปตั้งอยู่ จึงส่งผลให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ของประเทศไทยอาจจะไม่ได้โตขึ้น แต่ประเทศที่โรงพยาบาลเอกชนไทยไปลงทุนจะได้กำไรจากการดำเนินการมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทยที่มีทุนมากที่สามารถไปบุกเบิกตลาดในต่างประเทศได้ เป็นโรงพยาบาลที่จะได้รับประโยชน์มากขึ้น ส่วนการเปิดการค้าเสรีแรงงานเสรี แรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถมีโอกาสเลือกเคลื่อนย้ายไปประเทศอื่น ส่งผลเสียต่อประเทศไทย ทำให้เกิดความขาดแคลนแรงงานวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น แต่ประโยชน์จากแรงงานที่มีฝีมือที่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีน่าจะตกอยู่กับภาคเอกชนที่ดึงแรงงานไว้ เพราะแรงงานเป็นปัจจัยในการขับเคลื่อนธุรกิจ ทำให้ภาคเอกชนที่เข้มแข็งมากก็จะมีแนวโน้มได้ประโยชน์จากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และเมื่อเปิดให้นักลงทุนในอาเซียนสามารถซื้อหุ้นได้มากขึ้นมีภาคบริการ ทำให้ประเทศที่มีเงินทุนมาก เช่น ประเทศสิงคโปร์ จะยิ่งเพิ่มทุนในธุรกิจภาคบริการในประเทศอื่นในอาเซียนมากขึ้น และจะได้รับประโยชน์จากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน รวมทั้ง การเข้าครอบครองทรัพยากรด้านแรงงานเพื่อขับเคลื่อนธุรกิจได้ด้วยการใช้ค่าจ้างที่สูงเพื่อซื้อแรงงานที่มีศักยภาพได้จากทั่วโลก

จากข้อมูลสาเหตุเรื่อง ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่ทำให้เกิดการจ้างแพทย์ และพยาบาลเพิ่มขึ้นนั้น ในมุมมองผู้วิจัยสังเกตว่า การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในการเปิดตลาดเสรีภาคบริการด้านสุขภาพทำให้ตลาดด้านสุขภาพสำคัญขึ้น และกำลังสร้างรายได้ให้กับประเทศไทย และประเทศในภูมิภาคอาเซียนหลายประเทศมากขึ้น เมื่อรัฐกับตลาดให้ความสำคัญต่อการสร้างรายได้เพิ่มขึ้นจึงจับมือกันผ่านทางเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพ โรงพยาบาลเอกชนผู้เล่นหลักในตลาดด้านสุขภาพต้องการกำไร ส่วนผู้บริหารประเทศเป็นผู้เล่นหลักในรัฐต้องการเพิ่มรายได้ทางเศรษฐกิจด้านสุขภาพ ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีการลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพ ประเทศจึงทำหน้าที่เอื้อประโยชน์ให้โรงพยาบาลเอกชนขยายตลาดไปยังประเทศอื่นๆ ในอาเซียนมากขึ้น ซึ่งประเทศที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจเข้าคุกคามประเทศอื่นๆ ด้วยยุทธวิธีที่การจัดตั้งบริษัทข้ามชาติเพื่อเข้าครอบครองส่วนแบ่งตลาดในประเทศอื่น เช่น โรงพยาบาลในกลุ่ม IHH เพื่อเข้าซื้อหุ้นเครือข่าย บริษัท Parkway จำกัด เครือข่ายโรงพยาบาลที่เคยใหญ่ที่สุดของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งโรงพยาบาลนี้ดำเนินกิจการอยู่ในประเทศสิงคโปร์ และเมื่อเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน IHH มีแนวโน้มจะเข้ายึดครองตลาดในประเทศอื่นๆ ด้วยการเข้าซื้อหุ้นโรงพยาบาลขนาดเล็กและในประเทศไทยที่มีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารักษาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี การเข้ามาจัดตั้งบริษัทข้ามชาติทำให้ธุรกิจได้ใช้ทรัพยากร รวมทั้ง แพทย์ และพยาบาลที่เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนธุรกิจจากประเทศที่เข้ามาลงทุน เพื่อเพิ่มความมั่งคั่งให้กับธุรกิจของตน ซึ่ง IHH มีกองทุนรัฐบาลมาเลเซียถือหุ้นจำนวนมาก ส่งผลต่อรายได้ไปยังประเทศของตนได้อีกด้วย ตัวอย่างของ IHH แสดงถึงวิธีการที่รัฐจับมือร่วมกับ

ตลาดด้วยวิธีการร่วมกันจัดตั้งบริษัทข้ามชาติขนาดใหญ่เพื่อแผ่อิทธิพลครอบครองทรัพยากรประเทศอื่น ในอีกวิธีคือแบ่งบทบาทกันเล่นคือ โรงพยาบาลเอกชนทำหน้าที่จัดตั้งบริษัทข้ามชาติในประเทศอื่นๆ ส่วนรัฐทำหน้าที่สนับสนุนในเรื่องการลดระเบียบ กฎเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคลงเพื่อสนับสนุนเอกชนในการทำกำไร เช่น โรงพยาบาลเอกชนไทยได้รับการสนับสนุนจากรัฐให้เป็นผู้เล่นหลักในการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ส่วนรัฐเอื้อประโยชน์ด้วยการจูงใจผู้ป่วยต่างชาติเข้ารักษาในประเทศไทย มีการพิจารณายกเลิกข้อกำหนดอาชีวะสงวนสำหรับคนไทยในกฎหมายการจ้างงานคนต่างด้าว เพื่อเปิดโอกาสให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพได้อย่างเสรี และในระดับเวทีระหว่างประเทศรัฐทำหน้าที่ต่อรองเจรจาเพื่อสร้างโอกาสให้กับตลาดของตนให้มากที่สุด ซึ่งทั้ง 2 วิธี ต่างคือการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐและตลาด ซึ่งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกำลังกลายเป็นเครื่องมือของรัฐหรือประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีแข็งแรงแรงสามารถเข้ามาใช้ประโยชน์จากการเปิดเสรี เพื่อดึงทรัพยากรจากประเทศด้อยพัฒนา หรือประเทศกำลังพัฒนาได้ง่ายขึ้น แต่สำหรับทุนขนาดเล็กก็อาจทำให้ต้องเลิกกิจการไป เพราะไม่สามารถที่จะต่อสู้กับทุนขนาดใหญ่ได้

4.1.1.2 นโยบายรัฐ นโยบายรัฐของแต่ละประเทศที่เป็นทุนนิยมต่างเร่ง

ผลักดันนโยบายที่สำคัญเพื่อสนับสนุนเอกชน โดยความปรารถนาของรัฐที่เป็นทุนนิยมก็คือต้องการครอบครองอำนาจทางเศรษฐกิจผ่านธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพจึงต้องเร่งจัดทำนโยบายเพื่อสนับสนุนเจ้าของโรงพยาบาลเอกชน หลายประเทศในอาเซียนที่ได้กำหนดประเทศของตนเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ออกนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และออกนโยบายขยายเวลาวีซ่าการเข้าพำนักในประเทศเพิ่มขึ้น นโยบายประเทศสำคัญๆ ในอาเซียนที่จะเข้าสู่การแข่งขันในธุรกิจบริการด้านสุขภาพ เร่งผลักดันนโยบายเพื่อแข่งขันกันเพื่อชิงตลาดด้านสุขภาพ

นโยบายประเทศสิงคโปร์ สนับสนุนทั้งด้านเงินทุนเพื่อพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมการตลาดเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวให้เดินทางเข้ามาเที่ยวตลอดทั้งปี และใช้ตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นอุตสาหกรรมที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างรายได้เข้าประเทศของสิงคโปร์ มีการประสานงานระหว่างรัฐในการสนับสนุนภาคเอกชนได้วางตำแหน่งทางการตลาดให้เป็นการตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพระดับ High-End เป็นการบริการทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง โดยใช้ชื่อเสียงด้านคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลในระดับต้นของโลก มีการขยายตลาดจากกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และตะวันออกกลางไปยังตลาดขนาดใหญ่ในเอเชีย คือ ประเทศจีน และประเทศอินเดีย รวมทั้งกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ และประเทศอื่นๆ ในยุโรป

นโยบายประเทศมาเลเซีย เน้นการดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่นับถือศาสนาอิสลาม จากบรรดาประเทศสมาชิกในอาเซียน และหลายประเทศทั่วโลกโดยอาศัยวัฒนธรรมที่

คล้ายคลึงกัน ขณะที่ค่าบริการด้านสุขภาพถูกกว่าสิงคโปร์ และร่วมมือกับมหาวิทยาลัย Johns Hopkins University (JHU) ตั้งคณะแพทยศาสตร์วิทยาเขตย่อยในประเทศและพัฒนาเพื่อเป็นพื้นที่ อุตสาหกรรมบริการรักษาพยาบาล ด้วยการเปิดบริการโรงพยาบาล Johns Hopkins University ขนาด ประมาณ 300 เตียงรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ และพัฒนาการศึกษาแพทยศาสตร์ภาคเอกชนอย่างต่อเนื่อง

นโยบายประเทศฟิลิปปินส์ เริ่มมุ่งเน้นพัฒนาบริการด้านสุขภาพเพื่อสร้าง รายได้เข้าประเทศ ความได้เปรียบด้านทักษะในการสื่อสารภาษาต่างประเทศโดยเฉพาะภาษาอังกฤษ และความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ถูกส่งไปฝึกอบรมในสหรัฐอเมริกา และยุโรป

นโยบายประเทศไทย มีนโยบายมุ่งเป้าเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ตั้งแต่ ปี 2547 โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ภายใน 5 ปี (2553-2557) และส่งเสริมการท่องเที่ยวด้านสุขภาพ โดยใช้จุดเด่นของความสามารถทาง การแพทย์ และจิตบริการของพยาบาลเป็นจุดขาย มีการปรับปรุงกำหนดหลักเกณฑ์การเดินทางเข้า ราชอาณาจักรไทยสำหรับผู้รับบริการชาวต่างชาติ ที่ต้องการจะเดินทางเข้ามาเพื่อรับบริการด้าน สุขภาพ จาก 30 วัน เป็น 90 วัน

นโยบายข้างต้นเห็นได้ว่าประเทศที่เป็นทุนนิยมที่สนับสนุนให้โรงพยาบาล เอกชนสามารถเพิ่มกำไรมากขึ้น โดยนโยบายเหล่านี้ ทำให้อาจจะมองได้ว่า ระบบทุนได้ทำให้สุขภาพ และชีวิตมนุษย์กลายเป็นสินค้าที่ทำกำไรได้มาก และเชื่อว่ากำไรนั้นจะส่งผลกลับมาในรูปแบบของการ ทำให้เศรษฐกิจ GDP ภายในประเทศโตขึ้น ส่วนโรงพยาบาลต่างทำหน้าที่ค้าขายบริการด้านสุขภาพ มุ่งเอากำไรเพื่อเอาใจนักลงทุนผู้ถือหุ้นในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามมองในอีกด้านหนึ่งนโยบายเหล่านี้ คือ การทำให้โรงพยาบาลเอกชนทำกำไรจากความเจ็บป่วยของผู้คนเพื่อเอาผลกำไรสนองต่อผู้ถือหุ้น โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งบางแห่งคิดราคาแพงแบบการสูบเลือดสูบเนื้อจากคนป่วยมากเกินไป และยั้งดึง แพทย์ และพยาบาลที่ควรทำหน้าที่ในการดูแลประชาชนทุกคน ทุกระดับชั้นในสังคม ไปเน้นการดูแล กลุ่มคนมีฐานะจากทั่วโลกเพื่อผลกำไรของตนเองแทน

4.1.1.3 ผู้ป่วยจากต่างประเทศเพิ่มจำนวนขึ้น ศักยภาพการ รักษาพยาบาลในอาเซียนนับว่าอยู่ในระดับขั้นแนวหน้าของโลก และค่ารักษาที่ไม่แพงทำให้ผู้ป่วยส่วน หนึ่งที่เคยรักษาพยาบาลที่สหรัฐอเมริกาเลือกที่จะย้ายเข้ามารักษาในประเทศแถบเอเชียมากขึ้น โดย ผู้ป่วยเหล่านี้หวังที่ต้องการลดต้นทุนโดยเมื่อเปรียบเทียบการรักษาทั่วโลก โรงพยาบาลในอาเซียนมี ต้นทุนการรักษาที่ไม่สูงมากทำให้กลายเป็นเป้าหมายที่ผู้ป่วยจากประเทศอื่นๆ อยากเข้ารักษา มากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องคุณภาพ และค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาที่ถูกกว่า (ตารางที่ 21)

ตารางที่ 21 ตารางเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาผู้ป่วยต่างประเทศในแต่ละประเทศ

หน่วย : US dollar

	USA with health insurance	USA without health insurance	India	Thailand	Singapore
Balloon Angioplasty	25,704-37,128	57,262-82,711	11000	13000	13000
Stomach Surgery	27,717-40,035	47,988-69,316	11000	15000	15000
Coronary Angioplasty	54,741-79,071	122,424-176,835	10000	12000	15000
Heart Valve Replacement	71,401-103,136	159,326-230,138	9500	10500	15000
Hip Replacement	18,281-26,407	43,780-63,238	9000	12000	12000
Uterine surgery - hysterectomy, ovarian cysts, fibroid tumors, etc.	9,591-13,854	20,416-29,489	2900	4500	
Knee Replacement	17,627-25,462	40,640-58,702	8500	10000	13000
Breast Surgery	9,774-14,118	23,709-34,246	7500	9000	12400
Back Surgery - Spinal Fusion, etc.	25,302-36,547	62,778-90,679	5500	7000	9000

ที่มา : Times, India

การเปิดอาเซียนทำให้ประเทศต่างๆ สามารถเดินทางข้ามระหว่างพรมแดนง่ายขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้ลูกค้าจากประเทศในอาเซียนด้วยกันเองสามารถเดินทางเข้ารักษาพยาบาลโรงพยาบาลในอาเซียนได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้อาเซียนกลายเป็นตลาดลูกค้าที่จะเข้ารักษาพยาบาลที่ใหญ่และเป็นตลาดใหม่ที่โรงพยาบาลในแต่ละประเทศให้ความสนใจ ข้อมูลการศึกษาเรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาสาขาบริการสุขภาพ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2552: 7-9) รายงานว่าจำนวนชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียนที่มารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่างปี 2546-2550 เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก โดยมีชาวต่างชาติจากอาเซียนเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย รวม 36,708 คน ในปี 2546 และเพิ่มขึ้นเป็น 115,561 คน โดยในปี 2550 (ตาราง 22) ผู้ป่วยที่มาจากหลากหลายประเทศเข้ามารับบริการทางการแพทย์ มีจำนวนทั้งสิ้นกว่า 1.37 ล้านคน เป็นผู้ป่วยชาวญี่ปุ่น คิดเป็นร้อยละ 17 เป็นลูกค้าอันดับหนึ่งรองลงมาคือ ชาวอเมริกัน ร้อยละ 9.9 และอันดับสาม คือ ชาวอังกฤษ ร้อยละ 8 ขณะที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียนโดยเฉพาะชาวพม่าและกัมพูชา มีจำนวนประมาณ 40,000 คน และ 28,000 คน ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจากอาเซียนจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นไปได้อีกมาก โดยเฉพาะเมื่ออาเซียนเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2558 และโรงพยาบาลเอกชนไทยหลายแห่งก็ได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในกลุ่มอาเซียนเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ เช่น สนับสนุนให้บุคลากรในโรงพยาบาลอบรมความรู้ด้านภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ภาษาอินโดนีเซีย เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยจากประเทศอินโดนีเซียและประเทศมัลดีฟ

ตารางที่ 22 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศ ปี 2550 จำแนกตามสัญชาติ

จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศ		
ประเทศ	คน	เปอร์เซ็นต์
ญี่ปุ่น	233,389	16.99
สหรัฐอเมริกา	136,248	9.93
สหราชอาณาจักร	110,286	8.04
ยู.เอ.อี	91,859	6.7
ออสเตรเลีย	42,668	3.15
เยอรมนี	41,313	3.02
เมียนมาร์	40,338	2.95
ฝรั่งเศส	37,251	2.72
อินเดีย	36,645	2.67
โอมาน	34,356	2.52
บังคลาเทศ	32,313	2.35
กัมพูชา	28,080	2.06
เกาหลีใต้	26,259	1.95
จีน	24,392	1.79
แคนาดา	22,907	1.68
อื่นๆ	435,503	31.48
รวม	1,373,807	100

ที่มา : กรมการส่งออก, 2553 (กรมส่งเสริมการส่งออก สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ. Factsheet: ธุรกิจบริการ
รักษาพยาบาล, ตุลาคม 2553)

และข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556: 3) ผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนได้เพิ่มขึ้นโดยมีจำนวนถึง 3 ล้านราย เป็นผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 95.2 และผู้ป่วยในชาวต่างประเทศประมาณร้อยละ 4.8 ซึ่งส่วนใหญ่จะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีขนาดเตียงมากกว่า 100 เตียง (ตารางที่ 23) โดยจำแนกสัญชาติผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน ตามตาราง 20 หน้า 84

ตารางที่ 23 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศจำแนกตามขนาด ปี พ.ศ. 2554

หน่วย: พันราย

ขนาด (เตียง)	รวม	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม	3,009.2	2,866.0	95.2	143.2	4.8
<31	51.4	46.8	91.1	4.6	8.9
31-50	134.7	127.0	94.3	7.7	5.7
51-100	259.6	245.8	94.7	13.8	5.3
>100	2,563.5	2,446.4	95.4	117.1	4.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2556

สาเหตุข้างต้นทั้ง 3 สาเหตุ ทำให้เกิดการจ้างงานที่เข้มข้นมากยิ่งขึ้น นายทุนเจ้าของโรงพยาบาลต้องจ้างแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตด้านการบริการสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อนธุรกิจเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถเลือกจ้างแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญได้จากหลากหลายแหล่งทั้งจากในประเทศ และต่างประเทศ โดยการที่โรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์ และพยาบาลที่มีศักยภาพมากขึ้น ก็จะทำให้โรงพยาบาลเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาได้มากขึ้น เพราะนอกเหนือจากการมีเทคโนโลยีที่สูง ความสามารถของแพทย์ก็สามารถเรียกความไว้วางใจให้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาเพื่อหวังการดูแลรักษาพยาบาลที่ปลอดภัย และช่วยเหลือให้หายได้ และสิ่งนี้ก็เป็นกำไรเพิ่มกำไรให้กับโรงพยาบาลเอกชน และทำให้สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลเอกชนคู่แข่งอื่นๆ ได้

4.1.2 การจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนจ่ายค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนที่ดีกว่าเพื่อดึงแพทย์ และพยาบาลที่มีศักยภาพมาจากโรงพยาบาลรัฐในประเทศเดียวกันและจากประเทศอื่นในอาเซียนเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น กล่าวคือ

4.1.2.1 โรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลไทยในประเทศ

มากขึ้น บทความของ พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ประธานคณะกรรมการพิจารณาปรับเปลี่ยนเงินเดือนและค่าตอบแทนแพทย์ในภาคราชการของแพทยสภา เรื่อง การขาดแคลนข้าราชการแพทย์ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้พูดถึงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนมาก ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถที่จะไปรักษาตัวได้ยังในโรงพยาบาลเอกชนทำให้แพทย์แต่ละคนต้องทำงานตรวจรักษาผู้ป่วยทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการถึงสัปดาห์ละ 90-120 ชั่วโมง แพทย์ต้องใช้เวลาในการเร่งรีบเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากคือใช้เวลาตรวจรักษาต่อผู้ป่วย 1 คนอยู่เวลาประมาณ 2-4 นาที เวลาที่จำกัด ความเหนื่อยล้าของแพทย์ทำให้เกิดการผิดพลาดในการรักษาส่งผลให้เกิดการฟ้องร้องในที่สุด ความตึงเครียดเหล่านี้ทำให้แพทย์จากโรงพยาบาลรัฐส่วนหนึ่งได้ลาออกเพื่อไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนในที่สุด โดยแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนที่ดีกว่า (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, 2554 : 1) ข้อมูลแพทยสภา ปี 2554 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนแพทย์ทั้งสิ้น 42,890 คน เป็นแพทย์เฉพาะทาง 25,185 คน เป็นแพทย์ทั่วไปจำนวน 17,705 คน ส่วนข้อมูลการจ้างงานในโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ปี 2554 มีแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนถึง 22,438 คน แสดงให้เห็นว่าแพทย์ได้ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนถึง 52% ของแพทย์ทั้งหมดในประเทศ เป็นแพทย์เฉพาะทางสัดส่วนถึง 59% ของแพทย์ทั้งหมดในประเทศที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน เมื่อวิเคราะห์ถึงแนวโน้มของแพทย์ที่เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนแบบเต็มเวลาก็มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จากปี 2549 มีแพทย์ประจำโรงพยาบาลเอกชนเพียง 5,033 คน พอในปี 2554 จำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 6,442 และเป็นแพทย์เฉพาะทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อปี 2549 มีแพทย์เฉพาะทาง 13,847 คน แต่ในปี 2554 มีแพทย์เฉพาะทาง 17,919 คน (ตารางที่ 24) ตัวเลขดังกล่าวทำให้เห็นว่าแนวโน้มของการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 24 จำนวนบุคลากรแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ปี พ.ศ. 2549 กับ 2554

ประเภทของบุคลากร	รวม (คน)		ทำงานเต็มเวลา (คน)		ทำงานบางเวลา(คน)	
	ปี 2549 ⁽¹⁾	ปี 2554 ⁽²⁾	ปี 2549	ปี 2554	ปี 2549	ปี 2554
แพทย์	22,018	22,438	5,033	6,442	16,986	15,996
แพทย์ทั่วไป	8,171	4,519	1,889	1,251	6,282	3,268
แพทย์เฉพาะทาง	13,847	17,919	3,144	5,191	10,704	12,728
พยาบาล	26,758	25,377	16,933	18,311	9,826	7,066

ที่มา : (1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550

(2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555

การจ้างงานวิชาชีพพยาบาลก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับวิชาชีพแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนจ้างพยาบาล ทั้งจากที่สำเร็จการศึกษาและพยาบาลในสังกัดโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐอย่างมาก โดยข้อมูลจากรศ.ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริพร วุฒิชัยภูมิ, 2554: 1) ให้ข้อมูลว่า พยาบาลไทยได้ลาออกจากราชการเพื่อไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนถึงปีละ 5-10% ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนได้จ้างพยาบาลให้ทำงานในรูปแบบเต็มเวลามากขึ้น (ตาราง 24) ส่งผลให้เกิดปัญหาความขาดแคลนพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐ แม้ว่าประเทศไทยจะมีการผลิตพยาบาลจำนวนมาก (ดูตารางที่ 6 หน้า 43 ประกอบ) แต่พยาบาลเหล่านั้น มีทั้งที่ไม่ได้ประกอบวิชาชีพพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษา และที่ได้ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐเพื่อทำงานในโรงพยาบาลเอกชนส่งผลให้ความขาดแคลนพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

4.1.2.2 โรงพยาบาลจ้างแพทย์และพยาบาลจากต่างประเทศ

การเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถจ้างแรงงานแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นได้ จากเดิมโรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลจากภายในประเทศไทยเท่านั้น ซึ่งเป็นแพทย์ และพยาบาลที่สังกัดในโรงพยาบาลรัฐ แต่เพราะความขาดแคลนที่มีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้น ประเทศไทยมีแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุ และโรคภัยใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้แพทย์ และพยาบาลไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยในประเทศอยู่แล้ว และความขาดแคลนรุนแรงขึ้นเมื่อต้องรองรับผู้ป่วยต่างประเทศที่กำลังเข้ามาจากนโยบายรัฐในประเทศไทยที่ต้องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และรณรงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จึงมีแนวคิดที่จะนำแพทย์ และพยาบาลเข้ามาในประเทศไทยเพื่อทดแทนความขาดแคลนนั้น จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของ นายกแพทยสภา เห็นว่า การ

เคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ ประเทศไทยสามารถนำแพทย์มาช่วยแบ่งเบาภาระหากแพทย์ขาดแคลน เพราะการผลิตแพทย์ต้องใช้ต้นทุนการผลิตสูง และใช้เวลานานกว่าจะเชี่ยวชาญได้ เพราะหากผลิตเร็วก็จะมีคุณภาพ ดังนั้น ประเทศไทยสามารถใช้โอกาสการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยนำแพทย์ต่างชาติเข้ามา เช่น นำแพทย์จากประเทศเมียนมาร์เข้ามาปฏิบัติงานเพื่อรักษาแรงงานเมียนมาร์ที่มีอยู่ในจังหวัดสมุทรสาครได้ โดยออกไปประกอบวิชาชีพชั่วคราวที่ไม่ต้องทำการสอบใบประกอบวิชาชีพเพื่อทำงานแบ่งเบาภาระแพทย์ไทย เป็นต้น

ผู้วิจัยมองว่า แนวคิดการนำแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาเพื่อทดแทนแพทย์ และพยาบาลที่ขาดแคลนในประเทศ เป็นการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนได้ประโยชน์ในการนำแพทย์ และพยาบาลไปทำงานได้มากขึ้น เพราะแพทย์ และพยาบาลต่างชาติเหล่านี้เมื่อเคลื่อนย้ายเข้ามาได้ก็ทำงานได้ตามโรงพยาบาลที่มีสัญญาจ้างงาน ซึ่งแพทย์ และพยาบาลต่างชาติไม่มีคุณสมบัติด้านสัญชาติที่จะสามารถสอบเข้าสังกัดเป็นข้าราชการในโรงพยาบาลรัฐได้ แต่เป็นเพียงลูกจ้างของรัฐตามสัญญาจ้างชั่วคราว แต่เพราะค่าจ้างของโรงพยาบาลเอกชนที่จ่ายให้กับวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล มีอัตราที่สูง และเมื่อเปรียบประมาณเงินเดือนเริ่มต้นเข้าทำงานจะเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนมีเงินเดือนที่สูง (ตารางที่ 25) จึงเป็นการจูงใจแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นโดยเฉพาะประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจน้อยกว่าเรา เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศเมียนมาร์ ประเทศเวียดนาม ต้องการสมัครทำงานกับโรงพยาบาลเอกชนไทยมากขึ้น ดังนั้น การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรีก็เป็นเหมือนการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถจ้างแรงงานได้ง่ายขึ้น มากกว่าที่จะเป็นการเอื้อประโยชน์ให้กับประชาชนในประเทศได้อย่างเท่าเทียมกัน เพราะเมื่อโรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลด้วยเงินเดือนที่สูง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนไทยก็ต้องไปเอากำไรจากผู้ป่วย จึงส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าค่ารักษาในโรงพยาบาลรัฐ เมื่อค่ารักษาแพงก็ทำให้ประชาชนในประเทศที่รายได้ต่ำไม่สามารถที่จะเข้ารับการรักษาได้ ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐที่แพทย์ และพยาบาลมีไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบประมาณเงินเดือนเริ่มต้นระหว่างโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน

วิชาชีพ	ประมาณเงินเดือนโรงพยาบาลรัฐ ¹	ประมาณเงินเดือนโรงพยาบาลเอกชน ²
แพทย์ทั่วไป	17,600	90,016
แพทย์เฉพาะทาง	20,800-21,410	113,922
พยาบาลวิชาชีพ	14,240	29,746

ที่มา : 1. สำนักงาน ก.พ. 2555

แพทย์ทั่วไป แพทย์วิชาชีพ : ประมาณจาก เงินเดือน (16,920-18,620) + ค่าสายงาน (20% จากค่าต่างช่วงเงินเดือน) + ใบประกอบ (20% จากค่าต่างช่วงเงินเดือน)

พยาบาลวิชาชีพ : เงินเดือน + ค่าประสบการณ์ (30%) + ค่าสายงาน (20%) + ใบประกอบ (20%)

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ณ มกราคม 2554 ประมาณจาก เงินเดือน + เงินตามผลงาน + เงินเพิ่ม

นอกจากความขาดแคลนวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทยที่เป็นสาเหตุที่ต้องจ้างจากต่างประเทศแล้ว ศักยภาพที่ด้อยด้านภาษาอังกฤษก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนให้ความสนใจในการจ้างแพทย์ และพยาบาลที่มีทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษได้ดีเพื่อรองรับผู้ป่วยจากต่างประเทศ ซึ่งแพทย์ และพยาบาลไทยยังมีปัญหาในด้านภาษาอยู่มาก จากความเห็นของรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ชาญวิทย์ ทระเทพ, 2556) สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้อำนวยการสำนักพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ชูวิทย์ มิตรชอบ, 2556) และสอดคล้องกับความคิดเห็นของรองเลขาธิการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (กรกฎ ผดุงจิตต์, 2556) ให้เห็นว่าแพทย์และพยาบาลไทยมีปัญหาเรื่องทักษะภาษาอังกฤษ ซึ่งต้องมีการพัฒนาเพื่อรองรับการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ความคิดเห็นเหล่านี้สอดคล้องกับการวัดผลภาษาอังกฤษในเอเชียปี 2012 ประเทศไทยอยู่ในระดับ 52 ของเอเชีย แสดงให้เห็นว่าทักษะภาษาอังกฤษโดยรวมทั้งประเทศอยู่ในระดับต่ำ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนนอกจากการพัฒนาทักษะภาษาให้กับแพทย์ และพยาบาลไทยที่มีอยู่แล้ว ยังต้องการจ้างจากต่างประเทศเพื่อเพิ่มการรองรับผู้ป่วยจากต่างประเทศมากขึ้น

ดังนั้น ในการที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถจ้างแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลได้ง่าย และหลากหลายแหล่งมากขึ้น โรงพยาบาลเอกชนที่มีทุนขนาดใหญ่ย่อมสามารถจ้างแพทย์ และพยาบาลได้จำนวนมาก และเป็นแพทย์ และพยาบาลที่มีศักยภาพสูง ส่งผลต่อการขยาย

ธุรกิจและสร้างกำไรที่เพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน ค่าจ้างหรือผลตอบแทนที่สูง การมีสวัสดิการที่ดี และการได้ทำงานในโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงก็เป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์ และพยาบาลอยากจะไปทำงานด้วย เพื่อเพิ่มคุณค่าของตนเอง แต่การจะได้สิ่งนั้นมาก็ต้องยอมอยู่ภายใต้กฎระเบียบชั่วโมงการทำงานที่ นายจ้างเป็นผู้กำหนด และตกอยู่ในความกดดันที่ต้องบริการลูกค้าให้ได้อย่างที่โรงพยาบาลต้องการ ดังนั้น เมื่อธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ การรักษา และดูแลสุขภาพถูกทำให้กลายเป็นสินค้าเพื่อแสวงหากำไร และเมื่อแพทย์ และพยาบาลยินดีแลกเปลี่ยน ความรู้ความสามารถให้กับนายจ้างแล้ว ท่ามกลางการแข่งขันที่เข้มข้นขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องใช้กลยุทธ์ทางธุรกิจที่จะเอาประโยชน์จากแรงงานวิชาชีพเหล่านี้ให้มากขึ้น เช่น การกำหนดชั่วโมงการทำงานให้นานขึ้น ซึ่งแพทย์ในประเทศไทยมีชั่วโมงการทำงานสัปดาห์ละ 52 ชั่วโมง เป็นต้น

จากการศึกษาแนวโน้มโรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลเพิ่มขึ้นในข้างต้น ทำให้เห็นว่าเป้าหมายของโรงพยาบาลเอกชนจ้างแพทย์ และพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อต้องการขยายตลาด สร้างความมั่งคั่งให้กับธุรกิจ ส่วนบทบาทของรัฐของประเทศไทยได้พยายามสนับสนุนเอกชน ด้วยการสนับสนุนการลงทุนในต่างประเทศ ทั้งการลดกฎระเบียบ กฎเกณฑ์บางประการลง เช่น การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานให้สอดคล้องกับการเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือ การเพิ่มระยะเวลา VISA ให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาพยาบาลในประเทศไทย และการสนับสนุนด้วยนโยบายต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้โรงพยาบาลเอกชนสร้างผลกำไร เพื่อนำรายได้กลับสู่ประเทศเพิ่มขึ้น แต่ในอีกด้านหนึ่งบทบาทรัฐต้องคำนึงถึงผลประโยชน์จากการจัดทำข้อตกลงการค้าเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ที่ต้องตกอยู่กับประชาชนในชาติอย่างเป็นทางการเป็นเท่าเทียมกัน ซึ่งหากรัฐให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลเอกชนมาก ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องเพิ่มการจ้างงานขึ้น อาจจะไปสู่การดึงตัวบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้น รวมทั้ง ค่าจ้างที่สูงกว่าภาครัฐอาจจะทำให้ แพทย์ และพยาบาลที่เพิ่งจบการศึกษาใหม่เลือกเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าการเลือกขอใช้ทุน หรือทำงานในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งจะส่งผลต่อประชาชนซึ่งเป็นกำลังแรงงานที่ยังเข้ารับรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ ผลประโยชน์โดยรวมก็จะได้ไม่ถึงประชาชนทั้งชาติ แต่กลับกระจุกผลประโยชน์ไปที่เพียงบางกลุ่มเท่านั้น

4.2 วิเคราะห์การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเข้าและการเคลื่อนย้ายแรงงานออกภายใต้การ ดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) สาขาวิชาชีพ แพทย์ และพยาบาล

ภายใต้ธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ แม้จะมีเทคโนโลยีที่ล้ำสมัยแต่ภาคบริการด้านสุขภาพก็ยังจำเป็นต้องใช้วิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเพื่อบริการด้านสุขภาพ การเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะเกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงานใน 2 ด้าน คือ ด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าของแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นไหลเข้าสู่ประเทศไทย และด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานออกของแพทย์ และพยาบาลไทยไปทำงานในโรงพยาบาลประเทศอื่นในอาเซียน ซึ่งทั้ง 2 ด้าน เป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนและแรงงาน ด้านนายจ้างต้องการจ้างแรงงานเพื่อใช้ประโยชน์จากความรู้ความสามารถของแรงงานที่มีฝีมือ ส่วนในด้านแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลก็ต้องการได้ค่าตอบแทนที่สูงขึ้นจึงได้ขายความสามารถของตน ซึ่งในการแลกเปลี่ยนจากความพอใจของสองฝ่ายนี้ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงาน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประเทศอื่นในอาเซียนเข้าประเทศไทย และวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยออกไปทำงานในประเทศอื่นในอาเซียนมีอะไรบ้าง

4.2.1 การเคลื่อนย้ายออกของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย

ปัจจัยที่ส่งผลทำให้แรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเคลื่อนย้ายออกจากประเทศไทยเพื่อไปทำงานในประเทศอื่นในอาเซียน ได้แก่

4.2.1.1 ค่าจ้างที่แตกต่าง งานวิจัยเมื่อศึกษาสาเหตุของการเคลื่อนย้ายแรงงานจะพบว่ารายได้เป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจของแรงงานในการเคลื่อนย้าย ในการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเมื่อได้สอบถามความคิดเห็น รายได้ก็เป็นเงื่อนไขสำคัญในการเลือกออกไปทำงานที่อื่น และเมื่อแรงงานเหล่านี้รู้สึกถึงความกดดันจากการทำงานที่ใดที่หนึ่งมากเกินไป ยิ่งผลักดันให้อยากไปแสวงหาสถานที่ทำงานที่ได้รายได้ และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีกว่า ซึ่งสำหรับบางกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่เป็นวัยหนุ่มสาวมองว่าการได้ไปทำงานในต่างประเทศก็นับว่าเป็นสิ่งท้าทาย ทั้งได้รับประสบการณ์ใหม่ และได้รับค่าจ้างที่ดีกว่า จากความคิดเห็นของพยาบาลจากโรงพยาบาลศิริราช (ศศिया เฟื่องฟูง, 2556) หากมีการเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในวิชาชีพพยาบาล มีแนวโน้มที่พยาบาลอยากเคลื่อนย้ายออกไปประเทศอื่นในอาเซียน เช่น ประเทศสิงคโปร์ โดยความสนใจที่อยากจะทำงานต่างประเทศ คือ รายได้หรือค่าตอบแทนที่มากกว่า และสวัสดิการที่ดีกว่าประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจุบันประเทศไทยมีปัญหาการดูแลสวัสดิการ

พยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ ที่ผ่านมามีพยาบาลเรียกร้องขอปรับค่าเวรของพยาบาล เพราะพยาบาลทำงานหนักมาก มีปัญหาขาดแคลนพยาบาล พยาบาลหลายคนจบมา แต่ไม่ได้ทำงานเพราะไม่ชอบสภาพการทำงาน และบรรยากาศการทำงาน ทำให้ยิ่งขาดแคลนพยาบาลหนักขึ้น ที่ทำงานอยู่ก็ลั่นมือคุณภาพการทำงานก็ลดลง พยาบาลจึงต้องการหนีสภาพการทำงานที่เป็นอยู่ไปที่อื่นแทน และความคิดเห็นของแพทย์จากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (สุทิตต์ กุลสรรค์ศุภกิจ, 2556) ก็เห็นว่าแพทย์ที่มีศักยภาพมากก็จะมีโอกาสโยกย้ายออกไปยังประเทศอื่น แพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศจะมีทักษะทางภาษาอังกฤษที่ดีกว่ามีโอกาสไปทำงานในต่างประเทศมากกว่า ทำให้เห็นว่าค่าตอบแทนที่สูงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญของแพทย์ และพยาบาลในการเคลื่อนย้ายออก โรงพยาบาลเอกชนก็ต้องการบุคลากรแพทย์ พยาบาลที่มีทักษะภาษาอังกฤษเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ รองรับลูกค้าจากต่างประเทศที่เข้ามารักษาในประเทศไทย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ฟิลิปปินส์มีความสามารถทางภาษาอังกฤษมาก

การเข้าสู่ข้อตกลงร่วมกันภายใต้การดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัตินักวิชาชีพของอาเซียน (MRAs) ความแตกต่างของรายได้ทางวิชาชีพในแต่ละประเทศ ทำให้ดึงดูดให้แรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต้องการเคลื่อนย้ายมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องกระบวนการไปทำงานต่างประเทศของพยาบาลไทย (อ้างถึงในสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553 : 4) พบว่า มีพยาบาลไทยทำงานอยู่ในหลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ นอร์เวย์ สวีเดน เยอรมนี ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และประเทศในกลุ่มอาหรับ รวมถึง ยังมีพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลของไทย อายุระหว่าง 21-35 ปี ที่กำลังสนใจและอยู่ระหว่างการติดต่อเพื่อเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ โดยตั้งเป้าหมายจะต้องไปทำงานให้ได้ภายใน 3 ปี จึงเป็นเหตุให้โอกาสการไหลออกของพยาบาลไทยมีเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลรายได้สุทธิต่อเดือนของพยาบาลวิชาชีพ ณ ราคา PPP คงที่ปี 2553 ซึ่งหมายถึง รายได้ที่ปรับด้วยค่าครองชีพที่ต่างกันของแต่ละประเทศแล้ว พบว่า ค่าตอบแทนพยาบาลวิชาชีพของประเทศสิงคโปร์อยู่ที่ 1,542 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน ซึ่งมากกว่าประเทศไทยที่ได้เพียง 1,296 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน ในขณะที่สหรัฐอเมริกาสามารถให้ค่าตอบแทนพยาบาลวิชาชีพสูงถึง 3,538 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน ดังนั้น การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนก็ไม่ใช่ว่าเรื่องง่ายที่ประเทศไทยจะสามารถดึงดูดแรงงานพยาบาลจากประเทศในกลุ่มอาเซียนมาได้ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีแรงจูงใจในด้านรายได้มากพอที่จะดึงดูดให้แรงงานพยาบาลเข้ามาทำงานได้ แต่ในทางกลับกันรายได้ที่สูงกว่าจะทำให้พยาบาลไทยต้องการเดินทางไปทำงานยังต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศในแถบอเมริกาและยุโรป นอกจากนี้ อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลไทยเป็นที่ต้องการของตลาดโลกเป็นอย่างมาก คือ พยาบาลไทยที่มีลักษณะการแสดงออกท่าทางสีหน้าที่เป็นมิตร มีอัธยาศัยในการพูดคุย และความมีน้ำใจ เป็นต้น

ในการจ้างงานของโรงพยาบาลเอกชนที่ให้ค่าจ้างที่สูงแต่โรงพยาบาลเอกชนก็สามารถตั้งราคาค่าบริการ ค่าดำเนินการทางเทคนิคที่สูง เช่น ค่าห้องพัก ค่าบริการตรวจเลือด ค่าเอ็กซเรย์ ค่าเครื่องมือทางการแพทย์ และยักรวมถึงผู้ป่วยยังต้องจ่ายในส่วนค่าแพทย์ และพยาบาลอีกด้วย ซึ่งในความแตกต่างของรายได้ทำให้แรงงานจากประเทศที่ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าปรารถนาที่จะเคลื่อนย้ายไปยังประเทศที่ค่าจ้างสูงกว่า ซึ่งประเทศปลายทางที่จะเป็นประเทศที่แรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยน่าจะไปมากที่สุดคือประเทศสิงคโปร์ จากความเห็นของผู้แทนภาครัฐ ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ผู้แทนสภาหอการค้าไทย (พรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล, 2555) ที่เห็นพ้องกันว่า การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่จะแรงงานอยากเคลื่อนย้ายไปมากที่สุด

ความคิดเห็นของ รองอธิบดีกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (จินตนา ชัยยวรรณาการ, 2556) เห็นว่าในการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานเป็นโอกาสสำหรับกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ซึ่งการเคลื่อนย้ายออก โรงพยาบาลในประเทศสิงคโปร์เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพด้านสุขภาพ มีมาตรฐานสูงมาก โดยนโยบายประเทศสิงคโปร์จะเน้นการดึงคนที่ศักยภาพเข้ามาในประเทศเพื่อลดการลงทุนในการผลิตด้านบุคลากร ความสามารถทางการเงินลงทุนที่สูงทำให้สามารถจ้างแรงงานที่มีความสามารถได้ทั่วโลก และความสามารถในการจ่ายเงินเดือนสูงทำให้เป็นการจูงใจแพทย์ และพยาบาลไทยไปทำงาน

เช่นเดียวกับความคิดเห็นของ นายแพทย์สภา (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา, 2557) ให้ข้อคิดเห็นว่า ด้านการเคลื่อนย้ายเข้าและออก แพทย์ไทยอยากไปทำงานที่ได้รับเงินเดือนสูง เช่น ประเทศสิงคโปร์ เพราะประเทศสิงคโปร์ขาดทรัพยากรบุคคล แต่มีตำแหน่งน้อยและสามารถเลือกแพทย์ได้ทั่วโลก ประเทศมาเลเซียมีทั้งโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน แต่เงื่อนไขคือหากทำงานโรงพยาบาลรัฐก็ห้ามทำในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเงินเดือนดีกว่าประเทศไทย

สอดคล้องกับความคิดเห็นของ รองเลขาธิการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (นายกรกฎ ผดุงจิตต์) ให้ความคิดเห็นว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลมีโอกาสมากที่จะมีการเคลื่อนย้ายไปตามประเทศที่ให้อัตราเงินเดือนที่สูงกว่าประเทศไทย เช่น ประเทศสิงคโปร์ และเหมือนความคิดเห็นของ กรรมการรองเลขาธิการสภาหอการค้าไทย (นายพรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล) มองว่าโรงพยาบาลสิงคโปร์ ขาดแคลนแพทย์ สามารถทุ่มเงินจ้างแรงงานแพทย์ไทยที่มีความรู้ความสามารถ โดยแพทย์ย่อมต้องเลือกไปที่ๆ ดีกว่า

จะเห็นได้ว่าการเคลื่อนย้ายออกของแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับรายได้ที่แรงงานอยากได้รับ ซึ่งความเป็นจริงโรงพยาบาลเอกชนแต่ละประเทศในอาเซียนไม่สามารถที่จะให้รายได้เท่ากันได้ และความแตกต่างกันจากการสะสมทุน และ

ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ และความไม่เท่าเทียมกันของพลังอำนาจทางด้านเศรษฐกิจและอำนาจทางการเมืองเชิงนโยบายในอาเซียนนี้เองที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศที่มีพลังเศรษฐกิจ พลังการลงทุนสูงกว่าสามารถดึงแพทย์ พยาบาลที่มีฝีมือได้มากกว่า ในการให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรี ประเทศที่ร่ำรวยที่สุดในอาเซียน คือ ประเทศสิงคโปร์ จึงมีโอกาสมากกว่าประเทศอื่นๆ ในอาเซียน นโยบายประเทศสิงคโปร์ได้มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจมายาวนาน ประเทศสิงคโปร์ได้เปิดประเทศทั้งในเรื่องของการเปิดเสรีทางการค้า การเงิน และมีการดึงแรงงานจากทั่วโลกมาก่อนที่จะมีการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในธุรกิจภาคบริการด้านโรงพยาบาลการจ้างแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพพยาบาล ตัวเลขของสภาพยาบาลสิงคโปร์ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (อ้างอิงใน เว็บไซต์ www.uasean.com) ประเทศสิงคโปร์นำพยาบาลจากต่างประเทศเข้าทำงานถึงปีละ 1,100-2,000 คน และในปี 2555 มีพยาบาลทำงานในประเทศถึง 34,200 คน โดยเป็นพยาบาลที่มาจากประเทศฟิลิปปินส์ถึง 4,000 คน สาเหตุที่ประเทศสิงคโปร์ นำเข้าพยาบาลก็เพื่อลดปัญหาความขาดแคลนแรงงานวิชาชีพพยาบาล การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ดังนั้น การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่จะมาถึงประเทศสิงคโปร์กลายเป็นประเทศที่จะยิ่งได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นไปอีก

4.2.1.2 การเปิดการลงทุนเสรีในภาคบริการในอาเซียน ตามข้อตกลงกำหนดให้ปี 2553 ททยอยเปิดให้การลงทุนในภาคบริการได้อย่างเสรี นักลงทุนต่างประเทศสามารถเข้าถือครองหุ้นได้เกินกว่า 70% ซึ่งธุรกิจบริการด้านสุขภาพเป็นสาขาเร่งรัด แต่การเปิดเสรีก็ยังให้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของแต่ละประเทศ โดยรายงานจากธนาคารโลก (world bank) ได้ศึกษา ระดับการเปิดเสรีการถือครองหุ้นของนักลงทุนต่างชาติในสาขาธุรกิจสำคัญของ 87 ประเทศทั่วโลก พบว่า ประเทศอาเซียนมีระดับการเปิดเสรีการลงทุนของต่างชาติแตกต่างกัน โดยสาขาธุรกิจบริการ 5 สาขาที่เร่งรัดให้การเปิดบริการ ประเทศกัมพูชาเป็นประเทศที่เปิดให้นักลงทุนต่างชาติถือหุ้นในธุรกิจภาคบริการในสัดส่วนที่สูงสุด รองลงมาคือประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศเวียดนาม ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศไทย (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 26 ดัชนีชี้วัดการเปิดให้นักลงทุนต่างประเทศถือหุ้นในสาขาธุรกิจบริการในอาเซียน
100 = full foreign ownership allowed

ประเทศ	โทรคมนาคม	การขนส่ง	มีเดีย	ก่อสร้าง/ ท่องเที่ยว/ค้า ปลีก	บริการ สุขภาพ	เฉลี่ย
กัมพูชา	100	69.8	100	100	100	93.96
อินโดนีเซีย	57	49	5	85	82.5	55.7
มาเลเซีย	39.5	100	65	90	65	71.9
ฟิลิปปินส์	100	59.2	0	100	100	71.84
สิงคโปร์	100	47.4	27	100	100	74.88
ไทย	49	49	27.5	66	49	48.1
เวียดนาม	50	69.4	0	100	75.5	58.98

ที่มา : Investing Across Borders Database

แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยยังเปิดให้นักลงทุนต่างประเทศเข้ามาถือครองหุ้นในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพน้อยกว่าประเทศอื่นๆ ซึ่งหลายประเทศในภูมิภาคอาเซียนได้เปิดให้นักลงทุนต่างประเทศถือครองหุ้นเกินกว่า 50% ทำให้เป็นการจูงใจให้นักลงทุนจากประเทศในอาเซียน และที่มาจากประเทศอื่นอยากเข้ามาลงทุนในประเทศที่เปิดให้ถือครองหุ้นได้มากกว่า 50% ประเทศสิงคโปร์ ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศกัมพูชาได้เปิดให้ถือครองหุ้น 100% ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศเวียดนามต่างเปิดให้ถือครองหุ้นเกินกว่า 70% และประเทศมาเลเซียได้เปิดการถือครองเกินกว่า 50% แต่สำหรับประเทศไทยการถือครองหุ้นในภาคบริการด้านสุขภาพยังไม่ถึง 50% การเปิดให้นักลงทุนต่างประเทศถือครองหุ้นอย่างนี้ทำให้โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่างทยอยขยายสาขา และเข้าไปถือครองหุ้นในประเทศที่เปิดโอกาสเหล่านี้มากขึ้น โดยเฉพาะประเทศกัมพูชา การเปิดการถือครองหุ้นทำให้นักลงทุนจากประเทศอื่นๆ นอกจากภูมิภาคอาเซียนใช้โอกาสนี้ในการเข้าซื้อหุ้นโรงพยาบาลในประเทศที่เปิดให้ต่างชาติถือหุ้นในสัดส่วนที่สูง และการเปิดเสรีการลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพเป็นการเอื้อประโยชน์ให้มีการตั้งโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น

จากโอกาสข้างต้นทำให้ความต้องการแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลมีมากขึ้น และแพทย์ พยาบาลของไทยซึ่งเป็นแรงงานที่มีฝีมือ มีความสามารถอยู่ในระดับแนวหน้าของโลกจึงเป็นที่ต้องการที่จะถูกดึงตัวไปร่วมงานมากขึ้น การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของ กรรมการสภาการพยาบาล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2556) ได้ให้ความเห็นว่า การเปิดเสรีการลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลทำให้เกิดการลงทุนโรงพยาบาลของไทยในต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น และทำให้มีการตั้งโรงพยาบาลนานาชาติจากประเทศนอกภูมิภาคอาเซียน เช่น โรงพยาบาลลักซัมเบิร์ก ได้เปิดในประเทศ สปป.ลาว และต้องการพยาบาลไทยไปทำงาน เนื่องจากคุณสมบัติพยาบาลไทยในด้านการบริการที่โดดเด่นกว่าประเทศอื่น

4.2.2 ด้านการเคลื่อนย้ายเข้าประเทศไทยของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต่างประเทศในอาเซียน

มีปัจจัยที่ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายเข้าของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประเทศอื่นเข้ามาในประเทศไทยเพราะว่า

4.2.2.1 แรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประเทศชาย
ขอบต้องการสู่ประเทศที่เป็นศูนย์กลางในระบบทุน การเคลื่อนย้ายแรงงานออกไปยังประเทศอื่นอยู่บนพื้นฐานความต้องการของคนงานที่ต้องการหลีกเลี่ยงจากสภาพที่เป็นอยู่ ทั้งจากสภาพการเงินที่น้อย สภาพการถูกบังคับในการทำงาน สภาพสภาวะสังคมที่เป็นอยู่ ประเทศต่างๆ ในอาเซียนมีการเติบโตทางเศรษฐกิจที่แตกต่างโดยประเทศไทยนับว่ามีระดับเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศมาเลเซีย การเติบโตในภาคเศรษฐกิจทำให้ความต้องการแรงงานจำนวนมากเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจรวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรมไทยเป็นประเทศที่น่าอยู่และใช้ชีวิตได้ง่ายๆ ทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่แรงงานไร้ฝีมือจำนวนมากจากประเทศที่พัฒนาตามหลังมาอย่าง ประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศเวียดนาม ที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานทั้งในลักษณะถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ในภาคบริการด้านสุขภาพ ประเทศไทยก็มีแนวโน้มที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น ทำให้แพทย์และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียน โดยเฉพาะประเทศด้อยพัฒนา ต่างต้องการเข้ามาทำงานในประเทศไทย เช่น พยาบาลฟิลิปปินส์ แต่เดิมที่ไหลออกไปยังประเทศในแถบยุโรป และสหรัฐอเมริกา การเปิดเสรีด้านแรงงานทำให้แรงงานเหล่านี้หันกลับมาสู่ประเทศในอาเซียน และประเทศไทยก็เป็นประเทศปลายทางประเทศหนึ่งที่พยาบาลฟิลิปปินส์อยากเข้ามาทำงาน จากความคิดเห็นของ นายกแพทย์สภา มองว่าแรงงานวิชาชีพแพทย์จะเคลื่อนย้ายเข้าในประเทศไทย คือ ประเทศเมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศกัมพูชา เนื่องจากทั้งภาษา และวัฒนธรรม ศาสนาเหมือนกัน โดยเฉพาะประเทศเวียดนามอยากเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทยมาก เพราะรายได้ดีกว่า

ซึ่งเหมือนข้อมูลที่ รศ.ดร.พองคำ ดิลกสกุลชัย คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริพร วุ้ยภูมิ, 2554:1) ให้สัมภาษณ์ถึงการเปิดเสรีวิชาชีพพยาบาลในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังจะเกิดขึ้นในปี 2558 ว่าพยาบาลในประเทศอาเซียน เช่น ประเทศเมียนมาร์ ประเทศฟิลิปปินส์ ยอยากเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างมาก แต่ยังติดเงื่อนไขว่าต้องมาสอบใบประกอบวิชาชีพพยาบาลที่เป็นภาษาไทย การประกาศตัวเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ โรงพยาบาลในส่วนของเอกชนน่าจะเป็นส่วนที่นำพยาบาลในประเทศแถบนี้เข้ามาทำงาน เพราะต้องติดต่อสื่อสารด้วยภาษาต่างประเทศ อีกทั้ง พยาบาลในประเทศไทยยังผลิตพยาบาลได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ จากความคิดเห็นทำให้เห็นว่าการเคลื่อนย้ายเข้ามาของแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประเทศที่มีแนวโน้มจะเคลื่อนย้ายเข้าในประเทศไทยจะเป็นประเทศที่พัฒนาเศรษฐกิจช้ากว่าประเทศไทย

4.2.2.2 การขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลในประเทศ เป้าหมายประเทศการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ รวมกับความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลไทยที่มีอยู่และแนวโน้มความขาดแคลนที่มากยิ่งขึ้นในอนาคต โดยส่วนบุคลากรทั้งแพทย์ และพยาบาลไทยที่ต้องดูแลผู้ป่วยประชากรไทย (ตารางที่ 27) อยู่ใกล้เคียงกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ซึ่งได้กำหนดให้สัดส่วนแพทย์ 1: 5,000 คน แม้ว่าสัดส่วนอัตราส่วนแพทย์ไทยต่อประชากรไทยยังอยู่ในระดับไม่เกินมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนด แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงแนวโน้มของผู้ป่วยต่างชาติที่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตาราง 28) ส่งผลให้แพทย์ไทยมีแนวโน้มเข้าสู่สภาวะขาดแคลน โดยเฉพาะประเทศไทยต้องประสบกับแนวโน้มการขาดแคลนเฉพาะทาง จากรายงานการศึกษา ความต้องการแพทย์เฉพาะทางของระบบการให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในประเทศไทย โดย ดร.พุดตาน พันธุเณร อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับ ศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร สนับสนุนโดยคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้คาดการณ์ความต้องการของแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ โดยพบว่า ในอีก 10 ปี ข้างหน้าจะมีความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น โดยสาขาที่ขาดแคลนมากที่สุดคืออายุรแพทย์ รองลงมาคือศัลยแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ (อ้างถึงใน ดวงกมล สจิริวัฒนากุล, 2556: 15-16)

ตารางที่ 27 สัดส่วนแพทย์ และพยาบาลไทยต่อประชากร ปี พ.ศ. 2550-2554

ประเภทบุคลากร	2550	2551	2552	2553	2554
แพทย์	1:2,778	1:2,931	1:3,324	1:2,893	1:2,535
ทันตแพทย์	1:13,525	1:13,148	1:14,833	1:13,252	1:11,244
พยาบาลวิชาชีพ	1:597	1:576	1:624	1:531	1:498
พยาบาลเทคนิค	1:4,787	1:6,747	1:7,673	1:6,902	1:7,472

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 28 จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและประมาณการรายได้ของประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติและประมาณการรายได้		
พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ	ประมาณการรายได้(ล้านบาท)
2546	973,532	110
2547	1,103,095	19,635
2548	1,249,984	23,100
2549	1,330,000	36,000
2550	1,373,380	41,000
2551	1,550,000	50,963
2552	1,750,000	63,347
2553	1,980,000	78,740
2554	2,240,000	97,874
2555	2,530,000	121,658

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงพาณิชย์

ส่วนในวิชาชีพพยาบาลที่ขาดแคลนอยู่แล้ว เพราะข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก กำหนดสัดส่วนพยาบาลต่อประชาชนอยู่ที่ 1:500 คน ข้อมูลสถิติพบว่าเพียงแค่การดูแลประชากรไทยก็มีสัดส่วนที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยต่างประเทศเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นก็ทำให้อ่างขาดแคลนมากขึ้น

แนวโน้มความขาดแคลนทั้งแพทย์ และพยาบาลไทยในอนาคตทำให้มีความเป็นไปได้อย่างมากเมื่อมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โรงพยาบาลเอกชนจะนำแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นเข้ามาทำงาน เพื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และรองรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และความต้องการผู้ที่มีความสามารถทางภาษาอังกฤษ ซึ่งยังเป็นจุดอ่อนของไทย และในขณะเดียวกันก็ต้องการที่จะลดต้นทุน โดยในปัจจุบันมีข้อมูลว่าโรงพยาบาลพญาไทก็ได้นำเข้าพยาบาลฟิลิปปินส์โดยทำหน้าที่เป็นล่ามกับผู้ป่วยต่างประเทศ และทำคลินิกคอล (Clinic call) จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลยันฮีก็ได้จ้างพยาบาลฟิลิปปินส์เพื่อทำงานด้านเอกสารภาษาอังกฤษ โดยปัจจุบันมีจำนวนถึง 30 คน ซึ่งข้อมูลนี้ก็สอดคล้องกับความเห็นของ ที่ปรึกษาสถาบันนานาชาติเพื่อเอเชียแปซิฟิกศึกษา (INSAPS) ม.กรุงเทพ นักวิชาการอิสระเศรษฐกิจและการเมือง (สมชาย ภาคภาสณวิวัฒน์, 2556) ก็ได้ให้ความเห็นว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือได้อย่างเสรีทำให้สามารถเลือกแรงงานในประเทศที่คิดว่าต้นทุนต่อหน่วยต่ำได้ โรงพยาบาลเอกชนไทยก็จะใช้การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานเลือกจ้างพยาบาลที่มีภาษาอังกฤษดี และค่าจ้างที่ไม่แพง ซึ่งก็คือโรงพยาบาลเอกชนก็จะทำการจ้างพยาบาลฟิลิปปินส์เข้ามาทำงานเพื่อรองรับการเติบโตในภาคธุรกิจ

สอดคล้องกับความเห็นของ นักวิชาการอิสระ (กิตติพล ธีรโสภณ, 2557) ประเทศที่ขาดแคลนแรงงานวิชาชีพย่อมต้องนำแรงงานที่อื่นมาทดแทน เช่น แรงงานวิชาชีพพยาบาลที่ขาดแคลนอยู่ย่อมมีโอกาสมากที่จะนำพยาบาลฟิลิปปินส์ทดแทน ซึ่งประเทศไทยมีโอกาสที่จะได้ประโยชน์จากแรงงานวิชาชีพจากประเทศที่พัฒนาช้ากว่า มีระดับค่าจ้างที่ต่ำกว่า แต่มีคุณภาพที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เข้ามาทำงานในประเทศ เป็นการช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแรงงานของประเทศลงได้

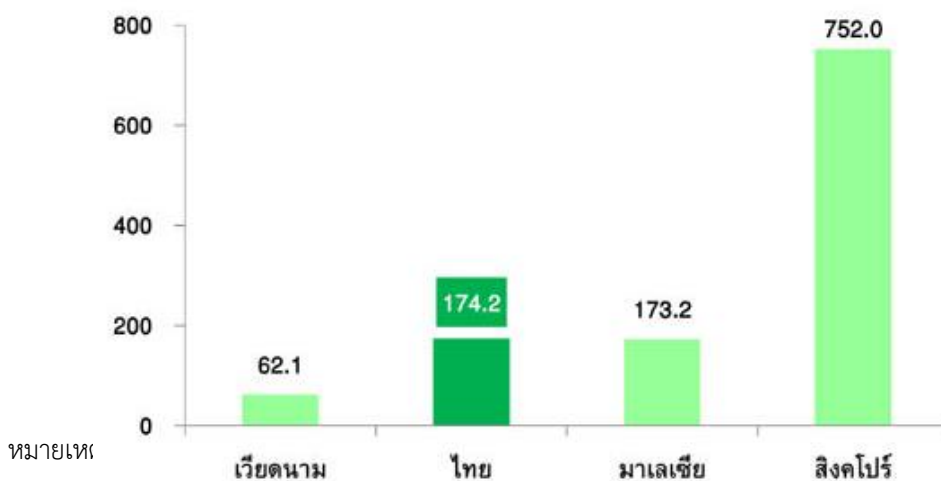
การศึกษาการเคลื่อนย้ายเข้าของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล พบว่า ความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลของประเทศไทย ทำให้มีโอกาสอย่างมากในการเปิดรับการเคลื่อนย้ายเข้า แม้ในระยะต้นมีข้อกีดกันแต่ในระยะยาวจะมีการเคลื่อนย้ายเข้ามาเพิ่มขึ้น ตามความเห็นของ รองอธิบดีกรมอาเซียน (บุษฎี สันติพิทักษ์, 2556) แม้ว่าในระยะต้นประเทศไทยยังติดเรื่องการสอบขึ้นใบประกอบวิชาชีพด้วยภาษาไทย แต่ในระยะยาวแรงงานที่มีฝีมือจากประเทศอื่นในภูมิภาคสามารถพัฒนาทักษะภาษาไทย เพื่อให้สามารถทำงานในประเทศไทยได้ ดังนั้น ในระยะยาวการแข่งขันของแรงงานจะมากขึ้นเข้มข้นขึ้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาตลอดเวลา

ความจำเป็นทั้งภายในประเทศ ที่มีความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลไทย อย่างรุนแรง และความจำเป็นจากภายนอกจากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน อาจส่งผลให้ โรงพยาบาลเอกชนร้องต่อรัฐให้ลดกฎเกณฑ์ต่างๆ ลง เพื่อเอื้อให้มีการนำแพทย์ และพยาบาลจาก ต่างประเทศเข้ามา ซึ่งความคิดเห็นของ นักวิจัยสถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (ทวีชัย เจริญเศรษฐศิลป์, 2556) ให้ความคิดเห็นว่า ผู้ประกอบการต้องการให้มีการ เคลื่อนย้ายแรงงานเข้า เพราะจะทำให้มีตัวเลือกรมากขึ้น และส่งผลให้ค่าจ้างถูกลง ในภาพรวม การ เคลื่อนย้ายเข้าจะเป็นผลดีต่อภาพรวมเศรษฐกิจภายในประเทศ เพราะจะทำให้ต้นทุนแรงงานวิชาชีพ ถูกลง แต่จะส่งผลกระทบต่อแรงงานวิชาชีพในประเทศที่ต้องปรับตัวให้มีผลิตภาพสูงขึ้น ดังนั้น ทิศ ทางการเคลื่อนย้ายเข้าของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาสู่ประเทศไทย มี แนวโน้มอย่างมากที่จะมีการเคลื่อนย้ายเข้าในประเทศไทย ในด้านหนึ่งการเคลื่อนย้ายเข้าอาจจะช่วย ลดปัญหาความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลไทยได้ แต่เมื่อมีการเคลื่อนย้ายเข้ามาแล้ว ย่อมส่งผล กระทบต่อการแข่งขันในตลาดแรงงาน หากมากเกินไปส่งผลให้ค่าจ้างแพทย์ และพยาบาลไทยลดลง และทำให้แพทย์ และพยาบาลไทยต้องมีการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น เพื่อแข่งขันในตลาดแรงงานได้ และ ในอีกประเด็นหนึ่ง คือ ตามความเห็นของนักวิจัยสถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์ แม้ว่าการเปิด การเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลได้อย่างเสรีจะทำให้โรงพยาบาลเอกชนได้แรงงานราคาถูกลง แต่ ผลที่ประเทศไทยอาจจะประสบ คือ คุณภาพการรักษาของแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศ ตาม ความเห็นของ รองอธิบดีกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ (จินตนา ชัยยวรรณาการ, 2556) ซึ่งให้ ความเห็นว่า พยาบาลฟิลิปปินส์เป็นกลุ่มพยาบาลที่จะเคลื่อนเข้ามามากที่สุด แต่คุณภาพอาจจะไม่ได้ มาตรฐาน หากโรงพยาบาลเอกชนไทยมีอำนาจซื้อเพราะจะได้แรงงานที่ถูก และมีทักษะด้าน ภาษาอังกฤษ แต่อาจมีปัญหาด้านคุณภาพการรักษา เนื่องจาก มาตรฐานการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ และพยาบาลในแต่ละประเทศยังมีมาตรฐานที่ไม่เท่าเทียมกัน ทำให้คุณภาพแพทย์ และพยาบาลในแต่ละ ประเทศแตกต่างกัน ทำให้การเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลต่างประเทศเข้าประเทศไทย มีความเสี่ยงที่ทำให้ประเทศไทยอาจจะได้บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเข้า และการเคลื่อนย้ายแรงงานออก ค่าจ้าง เป็นตัวแปรสำคัญของการตัดสินใจของคนงานที่จะทำงาน ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งแนวโน้มการเคลื่อนย้ายออกนั้นก็มีความเป็นไปได้อย่างมากทั้งจากกรณี ที่ไปทำงานให้กับโรงพยาบาลท้องถิ่นในประเทศอื่นในอาเซียนที่เสนอค่าจ้างที่ดีกว่า และถูกดึงตัวจาก โรงพยาบาลเอกชนไทยที่กำลังขยายไปเปิดโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นในอาเซียน รวมทั้ง ถูกจ้างโดย โรงพยาบาลเอกชนสัญชาติอื่นที่ไม่ใช่อาเซียนด้วย เนื่องจากศักยภาพ ความสามารถของแพทย์ และ พยาบาลไทยเป็นที่มียี่ห้อเสียงในระดับโลก ซึ่งการเคลื่อนย้ายออกอาจจะไม่มากจนกระทบต่อสภาวะ สมองไหล เพราะปัญหาด้านภาษา ตามความคิดเห็นของ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาขีดความสามารถ

ในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้ความคิดเห็นว่า ในระยะสั้นการเคลื่อนย้ายแรงงานออกในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลน่าจะน้อย เนื่องจากปัญหาด้านทักษะทางภาษาอังกฤษ รวมทั้ง เงื่อนไขการทำงานประเทศที่ แพทย์ และพยาบาลไทยน่าจะเคลื่อนย้ายไป ต่างมีข้อกำหนดที่แตกต่างกับเงื่อนไขการทำงานในโรงพยาบาลของประเทศไทย จากข้อมูลที่ นายกแพทยสภา ให้สัมภาษณ์ พบว่า ประเทศสิงคโปร์มีเงื่อนไขการรับแพทย์ และพยาบาลต่อเมื่อมีตำแหน่งที่ว่างเท่านั้น ซึ่งตำแหน่งในประเทศสิงคโปร์นั้นมีน้อย อีกทั้ง ประเทศสิงคโปร์สามารถเลือกจ้างแพทย์ และพยาบาลได้ทั่วโลก เพราะการให้ค่าจ้างที่สูงทำให้สามารถดึงดูดแพทย์ และพยาบาลได้จากทั่วโลก และเพราะเปิดให้มีการนำแพทย์ และพยาบาลเข้าเพื่อลดต้นทุนการผลิตมาแล้วทำให้ประเทศสิงคโปร์มีบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว สำหรับประเทศมาเลเซีย เป็นประเทศที่มีข้อกำหนดให้แพทย์ และพยาบาลต่างชาติสามารถเข้าทำงานได้เฉพาะโรงพยาบาลที่กำหนดในสัญญาจ้างเท่านั้น แต่สำหรับประเทศไทยมีความยืดหยุ่นในการทำงานให้กับแพทย์ และพยาบาลไทยเป็นอย่างมาก ซึ่งแพทย์ไทยสามารถทำงานได้ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนไปพร้อมๆ กัน ทำให้รายได้ที่ได้รับมีจำนวนสูง แม้น้อยกว่าประเทศสิงคโปร์ แต่เมื่อเปรียบเทียบรายจ่ายต่อเดือนประเทศไทยก็มีรายจ่ายต่อเดือนที่ต่ำกว่าประเทศสิงคโปร์เป็นอย่างมาก (กราฟที่ 6)

กราฟที่ 6 กราฟรายจ่ายต่อเดือนของประชากรของแต่ละประเทศในอาเซียน ปี พ.ศ. 2554



ที่มา : CEIC โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย

ในด้านการเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียน แม้อย่างติดในเรื่องการสอบใบประกอบโรคศิลป์ด้วยภาษาไทย แต่หากรัฐกับเจ้าของ

โรงพยาบาลเอกชนร่วมมือกันปรับเปลี่ยนกฎหมายซึ่งเป็นโครงสร้างส่วนบนเพื่อเอื้อประโยชน์ในการเอื้อให้กับระบบทุนนิยม ก็ย่อมเกิดขึ้นได้ ดูได้จากการที่จะเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนครั้งนี้ยังทำให้ แพทยสภา เริ่มทบทวนเพื่อปรับวิธีการสอบใบประกอบโรคศิลป์ให้มีสัดส่วนภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี ในการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีทำให้เป็นโอกาสสำหรับนายทุนเจ้าของโรงพยาบาลเอกชนในการเลือกแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลได้มากขึ้น และเพื่อทดแทนความขาดแคลนทางบุคลากร แต่อย่างไรก็ตามความแตกต่างทางศักยภาพด้านบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียนก็เป็นเรื่องสร้างความลำบากใจในการนำแรงงานเหล่านั้นเข้ามา

4.3 แนวโน้มผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจากการจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีแพทย์ และพยาบาล

จากส่วนของการวิเคราะห์การจ้างงาน และการเคลื่อนย้ายแรงงานแพทย์ และพยาบาลไทย พบว่า การทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นการเอื้อประโยชน์ต่อโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะเอกชนที่เป็นทุนขนาดใหญ่ ส่วนรายย่อยหากปรับตัวไม่ได้ก็อาจต้องเลิกกิจการลงเพราะไม่สามารถแข่งขันกับนายทุนใหญ่ได้ ส่วนในด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานตามความตกลง แม้ว่าปัจจุบันความตกลงนั้นเป็นเพียงการเอื้ออำนวยความสะดวกให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเท่านั้น แต่ยังมีเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายของประเทศปลายทางนั้นๆ สำหรับประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีได้ลดกฎเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการลงทุน เช่น ประเทศสิงคโปร์ เปิดกว้างสำหรับการจ้างแรงงานที่มีฝีมือต่างชาติเพื่อทดแทนการขาดแคลนในวิชาชีพในประเทศและเพื่อเป็นการลดต้นทุนการผลิตบุคลากร การเคลื่อนย้ายออกของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย และการเคลื่อนย้ายเข้ามาของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต่างชาติ จากการวิเคราะห์ก็เห็นได้ว่าทั้ง 2 มิติมีโอกาสที่จะเกิดขึ้น ในการวิเคราะห์ส่วนที่ 3 จึงวิเคราะห์ว่าสิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจประเทศไทยอย่างไร

4.3.1 กระทบต่อรายได้ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในภาคบริการด้านสุขภาพ

เนื่องจากรายได้ของธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ ได้สร้างรายได้ให้กับประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมาจากเม็ดเงินจากการเข้ารับรักษาพยาบาลของชาวต่างชาติในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ รายงานว่า ผู้ป่วยต่างชาติมีจำนวนสูงขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ. 2555 โดยสัดส่วนประมาณร้อยละ 55 เป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาพักผ่อนในประเทศไทยและมีกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทย อีกร้อยละ 45 เป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เข้ามา

รับบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งมักจะมีผู้ติดตามผู้ป่วยชาวต่างชาติมาด้วยทำให้เป็นการเกิดการบริโภคนายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น

ขณะที่ประเทศไทยมีแนวโน้มได้รับรายได้ในภาคธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพมากขึ้น ประเทศสำคัญ ในอาเซียนอย่างประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และประเทศฟิลิปปินส์ ต่างก็เร่งที่จะเป็นผู้นำทางการแพทย์เช่นกัน การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนยิ่งทำให้การแข่งขันสูงขึ้น ซึ่งการแข่งขันไม่เพียงเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษาเท่านั้น แต่การแข่งขันเรื่องศักยภาพการรักษาของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลยิ่งรุนแรงขึ้น ซึ่งแพทย์ และพยาบาลเป็นปัจจัยการผลิตที่นำไปขับเคลื่อนธุรกิจในด้านสุขภาพ ทำให้ในอนาคตความต้องการแพทย์ และพยาบาลที่มีศักยภาพ มีความเชี่ยวชาญสูงในภูมิภาคอาเซียนยังมีแนวโน้มสูงขึ้น การแสวงหาแพทย์ และพยาบาลจะยิ่งมากขึ้น บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนสำคัญขึ้น เพื่อขับเคลื่อนธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพของประเทศ หากโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยไม่สามารถรักษาแรงงานเหล่านี้ไว้ได้ จะทำให้โรงพยาบาลเอกชนของไทยขาดแคลนวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสูง คงเหลือแต่แพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญระดับกลาง และอาจต้องนำเข้าจากประเทศอาเซียนที่คุณภาพน้อยกว่า ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือในการรักษา รวมทั้ง หากนโยบายรัฐมีนโยบายส่งเสริมธุรกิจด้านสุขภาพควบคู่กับมีแหล่งท่องเที่ยวเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว และส่งเสริมการเดินทางเข้ารักษาพยาบาลของชาวต่างชาติ ลูกค้ายุโรปต่างชาตก็จะเลือกโรงพยาบาลมีคุณภาพสูงกว่า และมีแหล่งท่องเที่ยวที่ดีกว่า ถ้าประเทศไทยแข่งขันไม่ได้ก็จะทำให้กระทบต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจในภาคบริการ รายได้จากภาคบริการด้านสุขภาพลดน้อยลง เมื่อรายได้ลดน้อยลงก็ส่งผลเป็นวัฏจักรสู่ความสามารถในการจ้างแพทย์ และพยาบาลที่มีความสามารถสูงๆ ลดลง ทำให้การดำเนินการด้านธุรกิจมีปัญหาได้

ในอีกด้านหนึ่งไม่เพียงโรงพยาบาลเอกชนกว้านซื้อแพทย์ และพยาบาลที่มีคุณภาพ แต่ปรากฏการณ์ของการย้ายฐานการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนไปยังประเทศอื่นๆ ในอาเซียนเพื่อขยายตลาดและหลีกเลี่ยงค่าจ้างที่สูง โดยจะมีทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นทุนในอาเซียน และจากประเทศอื่นๆ นอกภูมิภาคเข้ามาในประเทศไทย ส่วนโรงพยาบาลเอกชนไทยก็จะขยายการลงทุนตั้งโรงพยาบาลในอาเซียน ทำให้ลักษณะการจ้างงานมีทั้งแบบการจ้างแพทย์ และพยาบาลท้องถิ่นและนำเข้าจากประเทศตามสัญญาชาติของโรงพยาบาลเอกชนไปด้วย ในลักษณะนี้หากโรงพยาบาลเอกชนไทยขยายไปประเทศอื่นๆ มากกว่าการลงทุนโรงพยาบาลเอกชนจากประเทศอื่นๆ ในประเทศไทย ส่งผลให้ประโยชน์ที่ได้รับตกอยู่กับโรงพยาบาลเอกชนไทยที่เปิดโรงพยาบาลในต่างประเทศ เข้าถึงแหล่งตลาดใหม่ๆ จ้างแพทย์ และพยาบาลที่ถูกกว่า ประโยชน์จึงตกอยู่กับโรงพยาบาลเอกชนเป็นด้านหลัก ส่วนประเทศโดยรวมจะได้ประโยชน์น้อยกว่า เพราะแพทย์ และพยาบาลอาจถูกเคลื่อนย้ายตามโรงพยาบาลไปด้วย ทำให้คนไทยโดยรวมเสียประโยชน์ส่วนนี้ไป

4.3.2 กระทบต่อรายได้ในภาคธุรกิจอื่นๆ

นอกจากจะกระทบต่อรายได้ทางเศรษฐกิจในภาคบริการสุขภาพแล้ว ประเทศไทยประกาศการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และรณรงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบหลัก การประกาศแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยที่แพทย์ และพยาบาลต้องรักษามีจำนวนเพิ่มขึ้น และเมื่อรวมกับประชากรไทยที่กำลังเข้าสู่วัยชราที่จำเป็นต้องการแพทย์ และพยาบาลดูแล และสภาวะการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นในสังคมไทยจะทำความขาดแคลนยิ่งมีแนวโน้มมากขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างแพทย์ และพยาบาลเพิ่ม ซึ่งมีทั้งการจ้างแพทย์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ และจากประเทศอื่นในอาเซียน

ในการจ้างงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งปัจจุบันแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐก็มีแนวโน้มลาออกมาทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นอยู่แล้วจะส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐประสบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐ จากข้อมูลสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 (ตารางที่ 29) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐมีจำนวนรวม 200,238,947 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ถือบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสวัสดิการรักษากรุณาของข้าราชการ ซึ่งเป็นผู้ป่วยใน ตามกลุ่มโรค 21 โรค จำนวน 17,639,136 ราย เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน (สถิติไม่รวมผู้ป่วยในกรุงเทพฯ) 182,599,811 ราย ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น หากโรงพยาบาลรัฐขาดแคลนบุคลากรจนทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างดี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นกำลังแรงงานในภาคอื่นๆ ทั้งภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม รวมทั้ง ยังมีกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ หากพลังแรงงานของคนงานถดถอยลง อันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยก็ย่อมมีผลต่อการทำงาน หรือถ้ากำลังแรงงานเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตลง ย่อมส่งผลให้จำนวนกำลังแรงงานในประเทศก็ลดน้อยลง เมื่อประเทศสูญเสียกำลังแรงงาน ก็ส่งผลต่อปัจจัยด้านแรงงานในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาพรวม ส่งผลกระทบเป็นวัฏจักรในระบบเศรษฐกิจ ประเทศไทยต้องจ้างแรงงานต่างชาติทั้งที่ไร้ฝีมือ และกึ่งฝีมือ เพื่อเข้ามาขับเคลื่อนระบบแทนกำลังแรงงานไทย ย่อมส่งผลต่อการไหลเข้ามาจนกระทบกับปัญหาอื่นๆ ต่อไป ดังนั้น หากมีการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐไปสู่เอกชนมาก จะส่งผลต่อผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาได้เฉพาะในโรงพยาบาลรัฐที่มีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า หรือที่ได้รับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การที่โรงพยาบาลรัฐมีบุคลากรทางการแพทย์น้อยย่อมส่งผลต่อคุณภาพการรักษาที่น้อยไปด้วย

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบจำนวนผู้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาล	รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลรัฐ ¹ (2555)	200,238,947	17,639,136	182,599,811 (ไม่รวม กทม.)
โรงพยาบาลเอกชน ² (2554)	46,355,100	2,176,800	44,158,300
ผู้ป่วยชาวไทย		2,033,600	41,292,300
ผู้ป่วยต่างประเทศ		143,200	2,866,000

ที่มา : 1 กระทรวงสาธารณสุข 2555 (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และครอบครัว)

2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2555

4.3.3 กระทบต่อเงินลงทุนในการผลิตแพทย์ และพยาบาล

ภาวะขาดแคลนแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลทำให้รัฐต้องมีการผลิตเพิ่ม ซึ่งประเทศไทยใช้เวลาการผลิตแพทย์ทั่วไปถึง 6 ปี ส่วนแพทย์เฉพาะทางต้องใช้เวลามากกว่านี้ ส่วนวิชาชีพพยาบาล 4 ปี โดยต้นทุนการผลิตแพทย์ และพยาบาลไทยแต่ละครั้ง รัฐต้องใช้งบลงทุนในการผลิตที่สูง ต้นทุนในการผลิตแพทย์มีจำนวนสูงมากเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ สำหรับพยาบาล ต้นทุนการผลิตใช้เงินกว่า 4 แสนบาทต่อคน

การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ การดำเนินการนโยบายการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทำให้ประเทศไทยขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลมากยิ่งขึ้น โดยที่แพทย์ และพยาบาลส่วนหนึ่งต้องถูกแบ่งไปเพื่อดูแล รักษาผู้ป่วยต่างประเทศ ทำให้เกิดการขาดแคลนสูงส่งผลถึงรัฐที่ต้องเพิ่มเงินลงทุนเพื่อผลิตแพทย์และพยาบาลเพิ่ม และเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2555 ได้มีมติจากคณะรัฐมนตรี เห็นชอบให้ดำเนินโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย ปี 2556 ถึง 2560 เพื่อผลิตแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการด้านบริการการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ โดยอนุมัติงบประมาณกว่า 4 หมื่นล้านบาทเพื่อผลิตแพทย์เพิ่ม ซึ่งงบเหล่านี้เป็นงบรายได้จากภาษีของประชาชน และเมื่อรัฐผลิตแพทย์เพิ่ม แต่กลับมีแพทย์จำนวนหนึ่งได้ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐเพื่อเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น ทำให้เงินที่รัฐได้สูญเสียเพื่อผลิตแพทย์ ก็เปรียบเหมือนเป็นการสร้างบุคลากรให้กับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเพิ่มกำไร เพราะแทนที่แพทย์เมื่อจบการศึกษาแล้ว จะเข้าสู่การดูแลประชาชนส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลรัฐ แพทย์จำนวนหนึ่งได้ลาออกเพื่อทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ส่วนในด้านการผลิตพยาบาลไทย ในปัจจุบันแม้มีสถานศึกษาเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลจำนวนมากแต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

สภาการพยาบาลจึงได้พยายามผลักดันรัฐสนับสนุนการผลิตพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลเพิ่มมากขึ้น นั่นหมายถึงรัฐต้องเตรียมวงเงินเพื่อผลิตพยาบาลให้เพียงพอต่อความต้องการ

4.3.4 กระทบต่อความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้น

เมื่อโรงพยาบาลเอกชนต้องเข้าสู่การแข่งขันที่เข้มข้นขึ้น ความต้องการขยายตัวโรงพยาบาลทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องการแพทย์ และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเอกชนอาจจะต้องดึงดูดแพทย์ และพยาบาลจากโรงพยาบาลรัฐด้วยค่าจ้างที่สูงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะสมองไหลจากโรงพยาบาลรัฐมาสู่โรงพยาบาลเอกชน ส่งผลต่อความขาดแคลนแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่รองรับรักษาผู้ป่วยประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ

4.3.5 กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของแพทย์ และพยาบาลลดลง

เมื่อรัฐผลิตแพทย์ และพยาบาลไม่ทันต่อความต้องการของทั้งโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน การไหลออกของโรงพยาบาลรัฐไปสู่อุทยานเอกชน ทำให้แพทย์ และพยาบาลที่มีอยู่ในโรงพยาบาลรัฐไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา ทำให้แพทย์ และพยาบาลต้องเพิ่มปริมาณงาน และเวลาทำงานมากขึ้น ส่งผลต่อความเสื่อมสภาพของร่างกาย เกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลต่อผลิตภาพ (Productivity) ในการทำงานของแพทย์ และพยาบาลลดลง อีกทั้ง จำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าปริมาณแพทย์ และพยาบาลทำให้คุณภาพการตรวจรักษา และการดูแลด้อยลง ซึ่งความเหนื่อยล้าในการทำงานในโรงพยาบาลรัฐส่งผลทำให้แพทย์ และพยาบาลบางส่วนตัดสินใจลาออก และหันไปทำวิชาชีพอื่นแทน ส่งผลทำให้ยิ่งเกิดความขาดแคลนเพิ่มขึ้น

4.3.6 กระทบต่อตลาดแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย

ความขาดแคลนที่ทำให้ต้องมีการนำแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศเข้ามา หากมีการเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายเข้ามามากเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับโรงพยาบาลเอกชน ย่อมส่งผลต่อแพทย์ และพยาบาลไทยที่ทำให้เกิดการแย่งงาน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ (ไพฑูริย์สุนทร, 2556) ให้ความคิดเห็นว่า การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลต้องเปิดให้เหมาะสมโดยอยู่บนหลักที่ต้องไม่กระทบกับตลาดแรงงานในประเทศมากเกินไป เช่น ไม่มาแย่งงานจนแพทย์ และพยาบาลในประเทศว่างงาน

ในปัจจุบันการผลิตแพทย์ และพยาบาลไทยนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการ ดังนั้นในระยะสั้น ประเทศไทยสามารถดูดซับแพทย์ และพยาบาลไทยที่ผลิตออกมาจนหมด แต่ในระยะยาวหากขาดการดูแลข้อมูลเรื่องอุปสงค์ และอุปทานของแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย การเปิดเสรีนำแพทย์ และพยาบาลเข้ามาanyakย่อมส่งผลให้เกิดการแย่งงาน โดยเฉพาะพยาบาลไทย หากไม่มีการพัฒนาศักยภาพด้านภาษา และความรู้ด้านวัฒนธรรมอาเซียนอย่างต่อเนื่อง ก็อาจถูกพยาบาลจาก

ต่างประเทศเข้ามาแย่งงานได้ เพราะการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นการแข่งขันการเรียกลูกค้าจากต่างประเทศเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งในประเทศต่างๆ ในอาเซียน ต่างได้เริ่มพัฒนาบุคลากรเพื่อเปิดรับอาเซียน แต่หากประเทศไทยยังไม่มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนทำให้โรงพยาบาลเอกชนมีทางเลือกมากขึ้นย่อมส่งผลให้เกิดการจ้างงานต่างชาติส่งผลให้เข้ามาแย่งงานพยาบาลไทยได้

4.3.7 กระทบต่อปัญหาอื่นๆ ที่มาพร้อมกับการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเข้าประเทศ

การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานทำให้แรงงานที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาช้ากว่าอาจจะเคลื่อนย้ายเข้าประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นแพทย์จากประเทศเมียนมาร์ พยาบาลจากประเทศฟิลิปปินส์ แม้ประเทศไทยมีความขาดแคลนและต้องการแรงงานทดแทนในส่วนที่ขาดแคลนไปนั้น แต่หากขาดการควบคุมดูแลก็จะทำให้ได้แพทย์ และพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ และทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ เช่น ปัญหาความแออัดทางสังคม ปัญหาแรงงานที่ไม่พึงประสงค์แอบแฝงเคลื่อนย้ายเข้ามา และปัญหาการนำพาโรคเข้ามาในประเทศไทย

กล่าวสรุปได้ว่า ในการวิเคราะห์แนวโน้มผลกระทบความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ผู้วิจัยกำหนดความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการศึกษาครั้งนี้ คือ การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต้องไม่กระทบต่อแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย ประเทศไทยต้องไม่ขาดแคลนแรงงานทางวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลอันจะส่งผลต่อการขับเคลื่อนธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ และต้องไม่กระทบต่อการดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วยคนไทยโดยรวม โดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยที่เป็นกำลังแรงงานในภาคธุรกิจอื่นๆ ที่เป็นพลังขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ การจัดทำข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประโยชน์สุดท้ายของการทำความตกลงต้องตกอยู่กับประชาชนในชาติอย่างเท่าเทียมกัน และในด้านแพทย์ และพยาบาลไทยก็ได้รับการคุ้มครองให้มีงานทำอยู่อย่างมีความสุข

การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่มีทั้งการเปิดเสรีการลงทุนในภาคบริการด้านสุขภาพ แม้ในระยะสั้นความรุนแรงของปัญหาด้านความมั่นคงไม่ส่งผลมาก แต่ระยะยาวหากไม่มีการเฝ้าระวังย่อมส่งผลกระทบต่อรายได้ภาคบริการด้านสุขภาพ และภาคอื่นๆ รวมทั้ง ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของแพทย์ และพยาบาลไทย เนื่องจากภายใต้การแข่งขันของระบบทุนนิยมที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างแพทย์ และพยาบาลเพิ่มเพื่อขับเคลื่อนธุรกิจด้านสุขภาพในภูมิภาคอาเซียน การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้ประเทศที่มีเงินทุนมากสามารถใช้ยุทธวิธีการจัดตั้งบริษัทข้ามชาติเข้าครอบครองทรัพยากรด้านแรงงานในประเทศที่ด้อยกว่าเพื่อขับเคลื่อนธุรกิจโรงพยาบาล ทำให้การจ้างแพทย์ และ

พยาบาลยังมีความเข้มข้นมากขึ้น เกิดการดึงตัวแพทย์ และพยาบาลมากขึ้นโดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลที่มีความสามารถมากๆ

การจ้างงานภายใต้การเปิดเสรีในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้มีการทำความเข้าใจ ตกลงให้มีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลได้อย่างเสรีเพื่อเอื้อต่อการขับเคลื่อนธุรกิจโรงพยาบาลที่กำลังสร้างรายได้เพิ่มให้กับหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และประเทศไทย ที่ได้ประกาศเป้าหมายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในอาเซียน การเปิดเสรีด้านเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาล ส่งผลต่อปริมาณแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทย แพทย์ และพยาบาลไทยมีโอกาเลือกเคลื่อนย้ายออกได้มากขึ้น ซึ่งการเคลื่อนย้ายออกเป็นผลดีต่อแพทย์ และพยาบาลไทยได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่ถ้ามากเกินไปย่อมส่งผลต่อภาวะขาดแคลนจนกระทบต่อการสร้างรายได้ในภาคบริการด้านสุขภาพของไทย และภาคอื่นๆ ด้วย และในด้านการเคลื่อนย้ายเข้า โรงพยาบาลเอกชนไทยสามารถเลือกนำแพทย์ และพยาบาลต่างชาติเข้ามาร่วมงานได้มากขึ้น ซึ่งโอกาสการนำเข้ามามีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากความขาดแคลนของแพทย์ และพยาบาลไทย แนวโน้มความขาดแคลนที่รุนแรงขึ้นเนื่องจากการผลิตแพทย์ และพยาบาลได้ไม่ทันต่อความต้องการเพื่อรองรับการรักษาประชาชนในประเทศ และรองรับผู้ป่วยต่างชาติ ดังนั้น หากประเทศไทยปล่อยให้มีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลต่างประเทศเข้ามามาก็อาจส่งผลกระทบต่อภาระงานในบางด้าน เช่น พยาบาลในด้านการบริการดูแลผู้ป่วย พยาบาลด้านงานเอกสาร เป็นต้น และทำให้มีการจ้างแพทย์ และพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพ แต่ในทางกลับกันการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลประเทศไทยสามารถใช้ประโยชน์เพื่อลดปัญหาความขาดแคลน และลดต้นทุนการผลิตแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทยได้ ดังนั้น การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต้องมีการเฝ้าระวังทุกด้านอย่างสมดุลทั้งด้านการลงทุน การสร้างรายได้ให้กับประเทศ ด้านประโยชน์ที่จะตกอยู่กับประชาชนในประเทศอย่างเท่าเทียมกัน และด้านการดูแลแพทย์ และพยาบาลที่ยังมีงานทำและดำรงอยู่อย่างมีความสุข จึงจำเป็นต้องมีแผนรองรับในการใช้ประโยชน์และการเตรียมความพร้อมในผลกระทบที่อาจจะส่งผลกระทบต่อประเทศไปพร้อมๆ กัน

บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อรองรับผลกระทบ

ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

5.1 บทสรุป

จากการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือ กรณีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล สรุปผลการศึกษาในแต่ละประเด็นได้ ดังนี้

5.1.1 การจ้างงานแรงงานมีฝีมือเสรีวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

สาเหตุทั้ง 3 สาเหตุที่ทำให้การจ้างงานแพทย์ และพยาบาลสำคัญมากขึ้น ได้แก่ 1) การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลพร้อมกับการเปิดเสรีภาคบริการ 2) นโยบายรัฐของแต่ละประเทศที่ต้องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และรณรงค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และ 3) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนไทย ทำให้แข่งขันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนทวีความรุนแรงขึ้น โรงพยาบาลเอกชนต้องเผชิญคู่แข่งใหม่จากต่างประเทศ ดังนั้น ในกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนต้องรักษาส่วนแบ่งตลาด และต้องขยายตลาดเพื่อเพิ่มกำไร ความต้องการแรงงานในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจึงเพิ่มสูงขึ้น เป็นความต้องการทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ

สำหรับประเทศไทย จากเดิมที่โรงพยาบาลเอกชนไทยจ้างแพทย์ และพยาบาลได้เฉพาะในประเทศไทย ส่วนใหญ่จึงเป็นแพทย์ และพยาบาลที่สังกัดโรงพยาบาลรัฐ การทำความตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ส่งผลให้อาณาเขตโรงพยาบาลเอกชนมีโอกาสสามารถจ้างแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศนอกจากในประเทศไทยได้เพิ่มมากขึ้น

5.1.2 การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

เมื่อเกิดการจ้างงานในอาเซียน ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล โดยการเคลื่อนย้ายมีแนวโน้มเกิดขึ้นได้ทั้ง 2 ด้าน คือ การเคลื่อนย้ายเข้าของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นเข้าสู่ประเทศไทย กับเคลื่อนย้ายออกของวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยไปทำงานในต่างประเทศ เพราะในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนต้องการจ้างแรงงานวิชาชีพเพื่อขับเคลื่อนธุรกิจโรงพยาบาล ในด้านของแพทย์ และพยาบาลต่างก็ต้องการไปทำงานในโรงพยาบาลที่ให้ค่าตอบแทน และโอกาสที่ดีกว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายออกของแพทย์ และพยาบาลไทย มีทั้งปัจจัยค่าจ้าง เป็นเหตุผลหลัก และปัจจัยจากการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในด้านการเปิดเสรีในภาคบริการ ทำให้มีการลงทุนตั้งโรงพยาบาลเอกชนหลากหลายทั้งจากประเทศในภูมิภาคอาเซียน และจาก ประเทศอื่นที่อยู่นอกภูมิภาคด้วย ซึ่งในปัจจุบันประเทศในภูมิภาคที่ได้มีการเปิดเสรีให้สามารถถือ ครองหุ้นในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพได้เกินกว่า 70% แล้ว ในประเทศสิงคโปร์ ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศกัมพูชา ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศเวียดนาม การเปิดเสรีในประเทศเหล่านี้ยังทำให้มี การลงทุนจากต่างประเทศเข้าไปลงทุนจำนวนมาก โดยแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยนับว่า เป็นแรงงานวิชาชีพที่มีคุณภาพในระดับต้นๆ ของโลกทำให้มีแนวโน้มที่โรงพยาบาลเอกชนในประเทศ อื่นๆ จะดึงตัวไปร่วมงานมากขึ้น

ส่วนด้านการเคลื่อนย้ายเข้าของแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศสู่ประเทศไทยก็ จะมากขึ้นเช่นกัน เพราะประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่มีการเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับที่สูงกว่า หลายๆ ประเทศในอาเซียน ส่งผลให้แพทย์ และพยาบาลจากประเทศที่พัฒนาช้ากว่าอย่างประเทศ เมียนมาร์ สปป.ลาว ประเทศเวียดนาม และประเทศฟิลิปปินส์ จะย้ายเข้ามามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากประเทศฟิลิปปินส์ที่มีการผลิตวิชาชีพด้านสุขภาพมากแต่มีโรงพยาบาลที่รองรับแรงงานวิชาชีพ เหล่านี้ได้้น้อย รวมทั้งคุณสมบัติด้านภาษาที่ดีกว่าประเทศอื่นๆ หลายประเทศยังมีแนวโน้มที่ โรงพยาบาลเอกชนไทยจะนำเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลมากขึ้น ปัจจัยประการสุดท้าย คือความขาด แคลนแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล ความไม่เพียงพอต่อการรองรับทั้งประชากรในประเทศและ การดูแลผู้ป่วยต่างชาติส่งผลให้แนวโน้มที่ต้องนำแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต่างชาติเข้ามาใน ประเทศไทยเพิ่มขึ้น

5.1.3 แนวโน้มผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศไทยจาก การจ้างแรงงานมีฝีมือตามข้อตกลงการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กรณีสภาพแพทย์ และพยาบาล

แม้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนยังไม่ได้เปิดดำเนินการ แต่แนวโน้มการจ้างงาน และ การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพที่จะเกิดภายหลังการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้มีแนวโน้มที่ จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งงานวิจัยนี้กำหนดความมั่นคงทางเศรษฐกิจใน การศึกษา คือ การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลต้องไม่กระทบ ต่อแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย ประเทศไทยต้องไม่ขาดแคลนแรงงานทางวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลอันจะส่งผลต่อการขับเคลื่อนธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพ และกระทบต่อการดูแลสุขภาพ ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะประชาชนที่เป็นกำลังแรงงานขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้ง ผลประโยชน์ต้องตกกับประเทศอย่างเท่าเทียมกัน แม้ในระยะสั้นความรุนแรงของปัญหาด้านความ

มันคงส่งผลไม่มาก เนื่องจากยังติดข้อกฎหมายของการสอบขึ้นใบประกอบวิชาชีพด้วยภาษาไทย แต่ระยะยาวภายใต้การแข่งขันที่รุนแรงจะทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เพื่อเป็นปัจจัยในการขับเคลื่อนธุรกิจด้านสุขภาพ การจ้างงานก็ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายเข้าและการเคลื่อนย้ายออก ซึ่งหากแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยมีการเคลื่อนย้ายออกมากก็จะประสบกับภาวะความขาดแคลนจนกระทบต่อเศรษฐกิจในภาคบริการด้านสุขภาพของไทยที่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยจากต่างประเทศได้เพิ่มขึ้น และกระทบต่อจำนวนแพทย์ และพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาประชาชน และกำลังแรงงานจำนวนมากที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลรัฐส่งผลต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ และเมื่อจำนวนแพทย์ และพยาบาลไทยไม่พอ ส่งผลต่อภาครัฐที่ต้องลงทุนในการผลิตแพทย์ และพยาบาลไทยเพิ่ม รัฐต้องใช้งบรายได้ที่มาจากภาษีประชาชนในชาติเพื่อลงทุนผลิตแพทย์ และพยาบาลแทนการไปใช้ประโยชน์ในด้านอื่น ส่วนแพทย์ และพยาบาลที่มีอยู่ก็ต้องทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาผู้ป่วยที่มีในประเทศ และผู้ป่วยจากต่างประเทศ ส่งผลต่อคุณภาพของการรักษาที่ลดลง ในด้านการเคลื่อนย้ายเข้าประเทศไทยเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนในประเทศหากปล่อยให้มีการเคลื่อนย้ายแพทย์ และพยาบาลต่างประเทศเข้าประเทศไทยมากก็อาจส่งผลกระทบต่อการแข่งขันในบางด้าน เช่น พยาบาลในด้านการบริการดูแลผู้ป่วย พยาบาลด้านงานเอกสาร เป็นต้น และทำให้ได้แพทย์ และพยาบาลที่ไม่มีคุณภาพด้อยกว่าแพทย์ และพยาบาลไทย

ดังนั้น ในด้านแรงงานเห็นได้ว่าการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียนในวิชาชีพด้านสุขภาพส่งผลให้เกิดทั้งด้านบวก และด้านลบ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมแผนรองรับเพื่อปกป้องผลกระทบที่จะส่งต่อการสูญเสียในด้านเศรษฐกิจ และเพื่อใช้ประโยชน์จากการเปิดเสรีผู้วิจัยจึงเสนอนโยบายเพื่อรองรับผลกระทบด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เพื่อใช้ประโยชน์การเปิดเสรี และเพื่อดูแลแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลภายในประเทศ

5.2 ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

ผู้วิจัยได้นำมาเป็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายใน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสนับสนุนนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาค

เป็นส่วนของการนำโอกาสการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลมาเสริมศักยภาพทางการแข่งขันธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจภายในประเทศ ซึ่งประกอบด้วย 3 นโยบาย ดังนี้

นโยบายด้านที่ 1 ด้านการผลิตและพัฒนาแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเพื่อสร้างศักยภาพการแข่งขันกับแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน โดย

- 1) **ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการแรงงานโดยกำหนดสัดส่วนจำนวนแพทย์ และพยาบาล** โดยคำนึงถึงการดูแลรักษาประชาชนในประเทศ การรักษาผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการรักษาระดับปริมาณและคุณภาพของแพทย์ และพยาบาลที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานภายในประเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดแคลนและกำหนดเป็นเป้าหมายการผลิตแพทย์ และพยาบาล และกำหนดอัตราคนนำแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียนเข้าทำงาน
- 2) **เพิ่มการผลิตแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลให้เหมาะสมกับอุปสงค์** แรงงานวิชาชีพ และขยายโรงเรียนสอนทางการแพทย์ภาคเอกชนที่มีคุณภาพเพิ่ม เพื่อเพิ่มการผลิตแพทย์เข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อทดแทนแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐลดการขาดแคลนแพทย์ในปัจจุบัน และเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ เพิ่มการเติบโตเศรษฐกิจของประเทศ
- 3) **สนับสนุน และส่งเสริมงานวิจัย** ทางทางการแพทย์ และพยาบาลในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง ทั้งวิจัยด้านวิธีการรักษา การป้องกันโรค การวิจัยโรคสายพันธุ์ใหม่ วิจัยยาปฏิชีวนะและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นต้น
- 4) **พัฒนาหลักสูตรการศึกษา** ดำเนินการจัดทำหลักสูตรทางการแพทย์ และพยาบาลเป็นภาคภาษาอังกฤษ และเพิ่มหลักสูตรทางเลือกในภาษาท้องถิ่น เช่น ภาษาพม่า ภาษามาลายู เป็นภาษาที่สาม
- 5) **แลกเปลี่ยนความรู้ทางการแพทย์ และพยาบาลร่วมกันในอาเซียน** สร้างความร่วมมือจัดสัมมนา อบรมทางวิชาการเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ทางการแพทย์ และพยาบาลร่วมกันในภูมิภาคอาเซียน รวมทั้ง แลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านกฎระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขของแต่ละประเทศในอาเซียน
- 6) **จัดโครงการฝึกงานแลกเปลี่ยนในอาเซียน** เพื่อแลกเปลี่ยนนักเรียนแพทย์ และพยาบาลเป็นการเพิ่มประสบการณ์และองค์ความรู้ใหม่ทางการแพทย์ และพยาบาลในภูมิภาค และเพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน
- 7) **จัดอบรมสร้างความรู้และความเข้าใจวัฒนธรรมอาเซียน และวัฒนธรรมทางศาสนา** เพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายวัฒนธรรมในอาเซียน โดยเฉพาะวัฒนธรรมทางศาสนา เช่น วัฒนธรรมศาสนาอิสลาม สร้างความเข้าใจเฉพาะการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนาเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเปิดตลาดด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศมุสลิม

8) **พัฒนา และส่งเสริมสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล** เพิ่มสมรรถนะเฉพาะของแพทย์ และพยาบาลเพื่อเป็นจุดเด่นเฉพาะทางในการรักษา ดูแลผู้ป่วย เช่น การสร้าง simple smile

นโยบายด้านที่ 2 ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลให้ทันสมัยรองรับการเข้าร่วมประชาคมอาเซียน โดย

1) **พัฒนาเทคโนโลยีทางการรักษา พยาบาลผู้ป่วยที่ทันสมัย** ทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐ และภาคเอกชน ส่งเสริมการจัดทำงานวิจัย และสนับสนุนเงินทุนเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ส่งเสริมนักวิจัยในการคิดค้นนวัตกรรมทางการรักษาอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) **พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน** ทั้งในโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน โดยกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานโรงพยาบาลที่ทันสมัยทั้งระดับรัฐ และเอกชน ให้มีมาตรฐานที่เหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาล และสร้างกลไกการตรวจสอบคุณภาพอย่างเป็นระบบอย่างมีคุณธรรม

3) **พัฒนาระบบการมาตรฐานการดูแลรักษาให้เท่าเทียมกัน** เพื่อให้มาตรฐานการดูแลในระดับประชาชนทุกระดับในประเทศ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากต่างประเทศ และแรงงานที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศจะได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมกัน

4) **ศึกษาเทียบเคียงระบบการรักษาพยาบาลประเทศอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง** เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลของประเทศอื่นๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบการรักษาพยาบาลภายในประเทศสร้างความทัดเทียมด้านมาตรฐานการดูแล

5) **ดำเนินการติดตามการดำเนินงาน และปรับปรุงมาตรฐานระบบอย่างต่อเนื่อง** โดยมีการกำหนดระยะเวลาการดำเนินการอย่างชัดเจน จัดเผยแพร่ต่อสาธารณชน และกำหนดเวลาการทบทวนตัวชี้วัดมาตรฐานที่ชัดเจน และศึกษาเทียบเคียงมาตรฐานระบบการรักษาประเทศอื่นๆ

นโยบายด้านที่ 3 การดูแลส่งเสริมเศรษฐกิจภาคบริการทางสุขภาพ

1) **หลักประกันการขาดแคลนแรงงาน** รัฐทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลรัฐ และเอกชนเพื่อเป็นหลักประกันการไม่เกิดภาวะการขาดแคลนแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่จำเป็นทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยภายในประเทศและผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามารักษาจากต่างประเทศ

2) กำหนดอัตราส่วนการจ้างงานในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยระบุอัตราสัดส่วนการจ้างงานแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากต่างประเทศกับในประเทศไทยให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดการแย่งงาน แต่ก็ไม่ได้ให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในเวลาเดียวกัน

3) สนับสนุนการขยายสาขาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนไทยในต่างประเทศ เพื่อส่งเสริมนักลงทุนในธุรกิจภาคบริการด้านสุขภาพไทย รวมทั้ง โรงพยาบาลรัฐที่ควรขยายโอกาสในการลงทุนในต่างประเทศ โดยกำหนดสัดส่วนการจ้างแรงงานท้องถิ่นกับแรงงานที่นำไปจากประเทศไทยให้เหมาะสม

4) สนับสนุนการเปิดโรงพยาบาลต่างประเทศในประเทศไทย สนับสนุนไปพร้อมๆ กับการเปิดเสรีการลงทุนภาคบริการด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นแหล่งศูนย์กลางทางการแพทย์นานาชาติไปพร้อมๆ กับการท่องเที่ยว ส่งผลต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ (GDP) ในด้านการบริโภคภายในประเทศมากขึ้น

ส่วนที่ 2 ด้านการดูแลคุณภาพของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่จะเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศ และการป้องกันการแย่งงานของแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทย

เพื่อดูแลคุณภาพแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลจากประเทศอื่นในอาเซียนที่เคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศ และป้องกันแรงงานที่มีฝีมือวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลไทยให้ปราศจากการว่างงาน หรือการแย่งงาน ซึ่งประกอบด้วย 3 นโยบาย ดังนี้

นโยบายด้านที่ 4 ด้านการดูแลการเคลื่อนย้ายออกของแรงงานวิชาชีพ ด้วยการธำรงรักษามูลค่าวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศ โดย

1) สนับสนุนการศึกษาวิจัยวิเคราะห์ความพึงพอใจต่องานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยมาจัดทำนโยบายต่างๆ เพื่อส่งเสริมความผาสุกในการประกอบวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเพื่อรักษามูลค่าวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศ

2) จัดทำระบบเงินเดือนที่เหมาะสม และส่งเสริมสวัสดิการให้กับแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยจัดระบบฐานเงินเดือนตามความง่ายของงาน และตามการปฏิบัติงานจริง จัดสวัสดิการทุกด้านให้กับแพทย์ และพยาบาล และสวัสดิการเพิ่มเติมพิเศษสำหรับแพทย์ และพยาบาลที่ปฏิบัติการณ์เป็นเวรตามความยุ่งยากซับซ้อน

3) เพิ่มสวัสดิการเฉพาะแพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อป้องกันการเคลื่อนย้ายออกไปสู่ภาคเอกชน หรือการเปลี่ยนแปลงอาชีพของแพทย์ และพยาบาล

4) **ปรับปรุงด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้อง** ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายการจ้างงาน กฎหมายหลักประกันสุขภาพ รวมทั้ง การขึ้นใบประกอบวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เพื่อให้เกิดความทันสมัยสอดคล้องรับการเปลี่ยนแปลงให้มีการเปิดเสรีภาคบริการด้านสุขภาพและการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือเสรีในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล

นโยบายด้านที่ 5 ด้านกำกับคุณภาพแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย

- 1) **ตั้งเป้าหมายดำเนินการ** เสร็จสร้างและปรับมาตรฐานโรงเรียนแพทย์ในอาเซียนให้เป็นมาตรฐานสากลร่วมกัน และกำหนดสมรรถนะแพทย์ และพยาบาลเป็นมาตรฐานเดียวกันในอาเซียน
- 2) **ศึกษาวิเคราะห์ความต้องการแรงงานด้านสุขภาพ และวิเคราะห์** ความจำเป็นการนำแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเข้ามาทำงานในประเทศไทย
- 3) **จัดทำฐานข้อมูล** ทั้งจัดทำทะเบียนฐานข้อมูลของแรงงานที่มีฝีมือสาขาวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และจัดทำฐานข้อมูลแพทย์ และพยาบาลที่มีการเคลื่อนย้ายออกไปทำงานในประเทศอื่นอย่างเป็นระบบ
- 4) **จัดตั้งคณะกรรมการในการดำเนินการกำกับคุณภาพแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล** ร่วมกันระหว่างสภาวิชาชีพ ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการ เพื่อวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะการกำกับคุณภาพแรงงานและพิจารณาความจำเป็นการนำแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลเข้ามาทำงานในประเทศไทย

นโยบายด้านที่ 6 จัดตั้งหน่วยงาน และกลไกในการรับผิดชอบดูแล

- 1) **จัดตั้งหน่วยงานเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลง** มอบหมายหน่วยงานกำกับการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จัดทำเกณฑ์การเตือนภัยการคุกคามที่จะเกิดขึ้น มีกลไกการทำงานอย่างเป็นระบบ มีช่องทางการนำเสนอรายงานการติดตามสถานการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจภาคบริการด้านสุขภาพ และผลกระทบจากการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีฝีมือในสาขาแพทย์ และพยาบาลทั้งต่อรัฐ และสาธารณะทุก 6 เดือน
- 2) **บูรณาการความร่วมมือทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน** เพื่อประสานความร่วมมือทำงานร่วมกันภาครัฐ และเอกชน เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อสร้างความแข็งแกร่งในการป้องกันดูแลผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น
- 3) **พัฒนาปรับปรุงด้านกระบวนการ และพัฒนาฐานข้อมูล** ด้านแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลให้ทันสมัยตลอดเวลา

4) พัฒนาระบบการบริหารจัดการชายแดน กับประเทศเพื่อนบ้าน โดยบูรณาการระบบการตรวจสอบข้อมูลการเข้าออกระหว่างประเทศร่วมกันเพื่อป้องกันการเคลื่อนย้ายเข้าแรงงานที่ไม่พึงประสงค์ เช่น แรงงานโสเภณี อาชญากรรมข้ามชาติ เป็นต้น

5.3 ข้อเสนอแนะด้านหน่วยงานผู้รับผิดชอบ

เพื่อให้ข้อเสนอแนะดำเนินการไปได้ ผู้วิจัยจึงเสนอหน่วยงานเพื่อรับผิดชอบตามนโยบาย ดังนี้

นโยบาย	หน่วยงานผู้รับผิดชอบ
นโยบายด้านที่ 1 ด้านการผลิตและพัฒนาแรงงานที่มีฝีมือในวิชาชีพแพทย์ และพยาบาล เพื่อสร้างศักยภาพการแข่งขันกับแรงงานที่มีฝีมือในอาเซียน	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ
นโยบายด้านที่ 2 ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลให้ทันสมัยรองรับการเข้าร่วมประชาคมอาเซียน	กระทรวงสาธารณสุข
นโยบายด้านที่ 3 การดูแลส่งเสริมเศรษฐกิจภาคบริการทางสุขภาพ	กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
นโยบายด้านที่ 4 ด้านการดูแลการเคลื่อนย้ายออกของแรงงานวิชาชีพ ด้วยการธำรงรักษาบุคลากรวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลในประเทศ	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน
นโยบายด้านที่ 5 ด้านกำกับคุณภาพแรงงานวิชาชีพแพทย์ และพยาบาลที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย	กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน
นโยบายด้านที่ 6 จัดตั้งหน่วยงาน และกลไกในการรับผิดชอบดูแล	กระทรวงสาธารณสุข

รายการอ้างอิง

- Balaam, D. N. a. V., M. . (2001). *Introduction to International Political Economy* (2nd ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Bottomore, T. (Ed.) (1983). Oxford: Blackwell.
- ConceptBank Pte. Ltd. (2011). GDP per capita (USD). Retrieved 5 มกราคม 2557, from http://concept-bank.com/?page_id=634
- International Labour Organization. (2003). Economic Security. Definitions: What we mean when we say "economic security" Retrieved 7 January 2013
<http://www.ilo.org/public/english/protection/ses/download/docs/definition.pdf>
- Jones, R. J. B. e. (2001). *Routledge Encyclopedia of International Political Economy Economic Security* (Vol. 3, pp. 1376-1378). London: Routledge.
- Kim, K. S. (1998). *Global Integration, Capital and Labor: A North-South Comparative Perspective. Economic Liberalization and Labor Markets*. CT USA: Greenwood Press.
- Lim, I. (2013). ศักยภาพของประเทศในกลุ่มประชาคม AEC. ตอนที่ 17. Retrieved from http://businesssthai168.blogspot.com/2013/01/aec-17_9.html
- Lippmann, W. (1943). *U.S. Foreign Policy: Shield of the Republic*. Boston: Little.
- Rourke, J. T. a. B., Mark A. . (2002). *World Politics: International Politics on the World Stage*. (4th ed.). USA: McGraw-Hill/Dushkin.
- Scruton, R. (1982). *A dictionary of political thought*. London: The Macmillan press Ltd.
- Severino, R. C. (2004). "Will there be a new ASEAN in the 21st century?" *Asia Europe Journal*, 2, 180.
- Sheehan, M. (2005). *International security. An analytical survey*. London: Lynn Publisher, Inc.
- Sills, D. L. a. M., Robert K. . (1968). *International Encyclopedia of the Social Sciences* (pp. unpagged).
- Sondermann, F. A. (1991). *The Theory and Practice of International Relations* (8th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Thaipublica. (2555). ความพร้อมไทยติดลบรับประชาคมอาเซียน แพทย์-พยาบาลขาดนับหมื่น ความมั่นคงเปราะบางตั้งกองกำลังพิเศษรับ. Retrieved 13 เมษายน 2556, from <http://thaipublica.org/2012/08/aec-blueprint/>
- Thamsatitdej, P. L., Karndee Markthamai, Wiyada etc. (2012). ASEAN in the World's Spotlight. *ASEAN Business Intelligence Report*, 11.
- The ASEAN Secretariat. (2011). *ASEAN Finance and Macroeconomic Surveillance Database and IMF-World Economic Outlook April 2011*. Indonesia: The ASEAN Secretariat.

- United Nations. (2004). *World Economic and Social Survey 2004 International Migration*. New York: United Nations publication.
- United Nations. (2010). *World Population Prospects in 2010*.
- United Nations. (2011). *Statistical Year book for Asia and the Pacific 2011*. Thailand: United Nations Publication.
- Wikipedia. (2011). National interest. Retrieved 11 มกราคม, 2555, from http://en.wikipedia.org/wiki/National_interest
- Wikipedia. (2012). market. Retrieved 11 กุมภาพันธ์ 2557, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Market_\(economics\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Market_(economics))
- Wolfers, A. (1952). "National Security" as an Ambiguous Symbol. *Political Science Quarterly*, 67 No.4.
- World Bank. (2555). Thailand GDP 1980-2010. Retrieved 29 พฤศจิกายน 2555, from <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD/countries/TH?display=graph>
- World Health Organization. (2013). *World Health Statistics 2013*. Switzerland: WHO.
- WorldSalaries. (2548). Engineer Salaries - International Comparison. Retrieved 11 มกราคม 2555 http://en.wikipedia.org/wiki/National_interest
- Zhang, J. (2003). *Gender and Identity in the Bulang migration system: The movement of Bulang labour from Yunnan province, People's Republic of China to Thailand*. (Master of Art in Sustainable Development Thesis), Chiang Mai University.
- กรกฎ ผดุงจิตต์. (2556). สัมภาษณ์.
- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2554). ธุรกิจบริการ : วิชาชีพสุขภาพ (การแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์) *BUSINESS SERVICES : HEALTH SERVICES (DOCTOR, NURSE, DENTIST)*. กรุงเทพฯ: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ.
- กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน. (2553). โครงการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับการลงทุนตามแผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 และการปรับกลไกการบริหารงาน. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน.
- กระทรวงแรงงาน. (2555). จำนวนแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. Retrieved 13 มกราคม 2557, from http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=127&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=12
- กลุ่มพหุภาคี สำนักเศรษฐกิจอุตสาหกรรมระหว่างประเทศ. (2554). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC). Retrieved 8 สิงหาคม 2554 www.oie.go.th/cooperation/AEC.doc.
- กองวิจัยตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. (2552). รายงานผลการศึกษาแนวโน้มความต้องการแรงงานไทยในช่วงปี 2553-2557. กรุงเทพฯ: กรมการจัดหางาน.
- กิตติพล ชีร์โสภณ. (2557). สัมภาษณ์.

- กิตติวัฒน์ กิตติเวช. (2538). การศึกษาการสูญเสียกำลังคนและปัญหาสมองไหลในระบบราชการไทย: ศึกษากรณีกลุ่มข้าราชการครูในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ. (ปริญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- กุศล สุนทรธาดา และอุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์. (2540). กระบวนการจ้างแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมือง และความคิดเห็นของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (มปป.). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC): โอกาสและผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมไทย บทวิเคราะห์โอกาสและผลกระทบต่อภาคอุตสาหกรรมไทย จากการเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC). Retrieved 18 สิงหาคม พ.ศ. 2555, from www.med.cmu.ac.th/library/asean.../Thai_Industry_and_AEC.pdf.
- จินตนา ชัยยวรรณการ. (2556). สัมภาษณ์.
- ฉวีวรรณ สายบัว. (2545, 5 ธันวาคม พ.ศ. 2545). การล่มสลายของระบบเศรษฐกิจทุนนิยม?, ประชาชาติธุรกิจ.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. (2555). ลัทธิเศรษฐกิจการเมือง (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมพู โกติรัมย์. (2550). ไทยในกระแสโลกาภิวัตน์ : การปรับจุดยืนที่ยั่งยืน. Retrieved 4 สิงหาคม พ.ศ. 2555 <http://dllibrary.spu.ac.th>
- ชาญวิทย์ ทระเทพ. (2556). สัมภาษณ์.
- ชูวิทย์ มิตรชอบ. (2556). สัมภาษณ์.
- เชษฐา ทรัพย์เย็น. (2556). สัมภาษณ์.
- ฐานเศรษฐกิจ. (2551, (วันที่ 13 มี.ค. - 15 มี.ค. 2551)). ตลาดแรงงานฝีมือ เป้าหมายนำร่องเปิดเสรี ฐานเศรษฐกิจ.
- ดวงกมล สจิริวัฒนากุล. (2556, วันที่ 3 ตุลาคม 2556). ขาดแคลนแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ปัญหาอแก้ทั้งระบบ สธ., กรุงเทพธุรกิจ.
- ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2557). รายงานผลประกอบการ บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน). Retrieved 19 มีนาคม 2557, from www.set.or.th
- ทวีชัย เจริญเศรษฐศิลป์. (2556). สัมภาษณ์.
- ธนกฤต วรธนัชชากุล. (2555). ประเทศไทย ความพร้อมด้านกฎหมายสู่ประชาคมอาเซียน. Retrieved 1 ตุลาคม 2556, from <http://www.thai-aec.com/454>
- ธิดารัตน์ โชคสุชาติ. (2553). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน : ความสำคัญและการเตรียมความพร้อมของไทย (Asian Economic Community : Importance and Thai Preparations) (Vol. ปีที่ 14 ฉบับที่ 27 กรกฎาคม - ธันวาคม 2553). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นิภาพร ศรีอุทัย. (2536). ปัญหาสมองไหลในสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (บริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยสยาม.
- บัญญัติ ศิริปรีชา. (มปป.). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการคุ้มครองแรงงานในอนาคต. Retrieved 18 ธันวาคม 2556, from <http://www.labour.go.th/th/index.php/component/attachments/download/1484>

- บุษฎี สันติพิทักษ์. (2556). สัมภาษณ์.
- ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. (2556). ขาดแคลนแรงงาน ปัจจัยรั้งศักยภาพเศรษฐกิจไทย. Retrieved 2 ตุลาคม 2556 http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1377503577
- ประภัสสร เทพชาตรี. (2554). ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: สำนักเสมาธรรม.
- ประภัสสร เสวิกุล. (2555, 29 พฤศจิกายน 2556). พยาบาลไทย-พยาบาลฟิลิปปินส์, คมชัดลึกออนไลน์.
- ประภาศรี สุฉันทบุตร. (2555). หากโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กของคนไทยแท้ๆ ต้องถึงกาลอวสาน. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- ปราณี ทินกร. (2546). ภาษีสรรพสามิตกิจการโทรคมนาคมและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (Vol. ปีที่ 17). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผู้จัดการออนไลน์ 360 องศา. (2556). สำรวจเครือข่าย รพ.ไทย ในอาเซียน ก่อนเปิดประตูสู่ AEC Retrieved 3 มกราคม 2557, from <http://www.gotomanager.com>
- ไพฑูริย์ สุนทร. (2556). สัมภาษณ์.
- พรเทพ เบญญาอภิกุล และ วรณวิภากรค์ มานะโชติพงษ์. (2557). การแข่งขันทางการค้าที่เป็นธรรมในประเทศไทย: รายงานการวิเคราะห์สภาพการแข่งขัน ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน และ อุตสาหกรรมโรงภาพยนตร์. Retrieved 19 มีนาคม 2557, from v-form.org/report-on-private-hospital-and-cinema-industry-market-competition/
- พรศิลป์ พัชรินทร์ตนะกุล. (2555). สัมภาษณ์.
- พัชร นิยมศิลป์. (2553). เปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาความมั่นคงของชาติ: พ.ร.บ. กฎอัยการศึก พ.ศ. 2457 พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และ พ.ร.บ.การรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ. 2551. Retrieved 1 กันยายน 2554, from <http://www.pub-law.net/publaw/view.aspx?id=1479&Keyword=%be.%c3.%ba>.
- พิชิต ลิขิตกิจสมบูรณ์. (2546). ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมศาสตร์.
- พิมพ์ใจ ญาณวรวงศ์ (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อการจ้างงานแรงงานต่างด้าวของผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรมในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิษณุ สุวรรณชฎ. (2540). สามทศวรรษอาเซียน กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย.
- ภาสกร โกไศยกานนท์. (2547). รายงานอพยพภาคอุตสาหกรรมในบริเวณชายแดนไทย-พม่า: กรณีศึกษาแรงงานสัญชาติพม่าในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาภูมิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยานิพนธ์), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไมตรี สุนทรวรรณ และวิเชศ คำบุญรัตน์. (2553). คนไทยไปอย่างไรในอาเซียน. Retrieved 3 กันยายน 2554, from http://www.pim.ac.th/mba/re/application_form/AEC2.pdf
- วรรณกิตติ์ วรรณศิลป์. (2556). สัมภาษณ์.
- วิชัย ชูเชิด. (2547). เอกสารประกาศการศึกษาวิชาความมั่นคงศึกษา (Security Studies). กรุงเทพฯ: โรงเรียนเสนาธิการทหารบก.

- วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. (2552). เอกสารประกอบ วปอ. 008. คู่มือความมั่นคงแห่งชาติ.
Retrieved 4 สิงหาคม พ.ศ. 2555 <http://ndsi.rtarf.mi.th/download/ndsi-edu/document/008.pdf>
- วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. (มปป.). เอกสารประกอบ วปอ. 009. คู่มือการพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ.
Retrieved 14 มีนาคม 2556
http://www.thaindc.org/images/column_1318981118/009%20STRATEGY%20Manual.pdf
- วีรพงษ์ รามางกูร. (2551, วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551). หน้าที่ของรัฐ. คอลัมน์ คนเดินตรอก, ประชาชาติธุรกิจ.
- ศศิยา เฟื่องฟูง. (2556). สัมภาษณ์.
- ศิริพร วุฒิชัยภูมิ. (2554). พยาบาลไทย อันดับ 1 ในอาเซียน. Retrieved 22 มีนาคม 2557, from <http://www.brandage.com>
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2555). โครงสร้างการทำงานของแต่ละประเทศในอาเซียน. Retrieved 23 ธันวาคม 2556, from www.cia.gov
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2556). ภาวะสังคมสูงวัยในอาเซียน: ความท้าทายทางด้านแรงงานในอนาคตอันใกล้ที่ไทยต้องเตรียมรับมือ. Retrieved 20 พฤศจิกายน 2556, from <http://www.asean thai.net/asean-knowledge-detail.php?id=431>
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2552). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคบริการของประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2553). รายงานที่ดีอาร์ไอผลกระทบการจ้างแรงงานข้ามชาติของไทยภายใต้ยุคพิจูจน์สันชาติ. ฉบับที่ 86 เดือนกันยายน 2553.
- สมคิด พุทธศรี. (2552). อาเซียนกับข้อตกลงการค้าเสรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมชาย เทพทานา. (2527). การสูญเสียบุคคลชั้นมัธยมศึกษาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมชาย ภคภาสน์วิวัฒน์. (2556). สัมภาษณ์.
- สมพงศ์ ชูมาก. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยุคปัจจุบัน (ทศวรรษ 1990 สู่ทศวรรษแรกแห่งศตวรรษที่ 21). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. (2557). สัมภาษณ์.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2495). พระราชบัญญัติว่าด้วยการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2495. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). ประชากรโลก : ประชากรไทย 2547. Retrieved 15 กันยายน 2556, from http://service.nso.go.th/nso/data/02/wld_pop47.html
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตรเขต 9 สงขลา. (2548). ภาวะการจ้างแรงงานต่างด้าวภาคเกษตรจังหวัดสงขลา ปี 2548.

- สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. (2555). รายงานสถานการณ์วิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ปี 2554 และปี 2555. กรุงเทพฯ: สสว.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 *The 2010 Private hospital survey*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). เช็ค Stock 7 อาชีพเสรี AEC ปี 2558. Retrieved 2 กันยายน 2556, from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_asean.jsp
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555 *The 2010 Private hospital survey*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ. (2553). ตามรอยพระบาท ชาตินมั่นคง (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ. (2555). เอกสารนโยบายความมั่นคงแห่งชาติ 2555-2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ.
- สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2548). การศึกษาและพัฒนาดัชนีชี้วัดมาตรฐานความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2556). สัมภาษณ์.
- สุณี ฉัตราคม. (2523). เศรษฐศาสตร์แรงงานระหว่างประเทศ (*international labor economics*) (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์รามคำแหง.
- สุทธภา อมรวีวัฒน์. (2556). *Connectivity series* ตอนที่ 1: แรงงานฝีมือจะเคลื่อนย้ายไปไหน?
- สุทธภา อมรวีวัฒน์ วิธาน เจริญผล และคณะ. (2012). Insight เจาะลึกโอกาสธุรกิจบริการใน AEC. ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ.
- สุทิตต์ กุลสรร์ศุกกิจ. (2556). สัมภาษณ์.
- สุมาลี ปิตยานนท์. (2550). รายงานการวิจัย โลกาภิวัตน์กับตลาดแรงงานไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริชัย หวันแก้ว. (2548). อาเซียนสิ่งท้าทายใหม่และการปรับตัว (*Asean : An Adjustment for New Challenges*) กรุงเทพฯ: สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2555a). การเปิดเสรีด้านการเคลื่อนย้ายแรงงาน เป็นประเด็นผลกระทบที่น่าจับตามอง. Retrieved 25 พฤศจิกายน 2556 <http://www.thai-aec.com/218>.
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2555b). มิติด้านแรงงานและบริการทางการเงิน ในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (2). Retrieved 8 กรกฎาคม 2556 http://www.thailabour.org/autopagev4/show_page.php?topic_id=1955&auto_id=8&TopicPk=
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2556a). AEC Blueprint. Retrieved 17 พฤศจิกายน 2556 <http://ประชาคมอาเซียน.net/aec-blueprint/>
- อนุสรณ์ ธรรมใจ. (2556b). ตั้งรับเออีซี 7 อาชีพย้ายฐาน. Retrieved 1 สิงหาคม 2556 <http://www.thairath.co.th/column/pol/page1scoop/297413>

อภิญา เลื่อนฉวี. (2553). เคลื่อนย้ายแรงงานเสรีในอาเซียน : ผลกระทบอย่างไรต่อไทย. วารสาร
สถาบันพระปกเกล้า.

เอิร์นเนสท์ แมนเดล แต่ง. (2518). หลักเศรษฐศาสตร์มาร์กซิสต์เบื้องต้น (ท. ห. แปล, Trans.).

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุนิสา แพร่ภัทรประสิทธิ์

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

สังกัด สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ

ที่อยู่ 3/9 ม. 5 แขวง ตลิ่งชัน เขต ตลิ่งชัน กทม. 10170

E-mail : ann_daretodream@yahoo.com



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY