

บทที่ 9

ความพร้อมด้านสาธารณสุข ของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน

พันธสัญญาในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 (ASEAN Community 2015) ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ประเทศไทยมองเห็นโอกาสและคำนึงถึงผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นที่จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับอย่างเหมาะสม โดยให้ความสำคัญต่อการปรับตัวของทุกภาคส่วนในสังคมให้มีขีดความสามารถและมีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในบริบทของความร่วมมือ

ระหว่างประเทศในทุกๆ มิติ ที่จะพัฒนาไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงของภูมิภาค เพื่อให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตได้อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยในมิติของการพัฒนาทางสังคมด้านสุขภาพ ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สภาพการณ์ประชาคมอาเซียนและผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุขในการรวมประชาคม

การรวมกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ ประกอบด้วย 1) เนการาบรูไนดารุสซาลาม 2) ราชอาณาจักรกัมพูชา 3) สาธารณรัฐอินโดนีเซีย 4) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 5) สหพันธรัฐมาเลเซีย 6) สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ 7) สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ 8) สาธารณรัฐสิงคโปร์ 9) ราชอาณาจักรไทย และ 10) สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม เป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) โดยสมบูรณ์ในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2558 เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่กระตุ้นให้กลุ่มประเทศเหล่านี้ขยายความร่วมมือกันอย่างรอบด้านและมีพลวัต เพื่อให้เท่าทันและตอบสนองต่อพัฒนาการและความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) และการเข้าสู่ระบบภูมิภาคนิยม (regionalism) เพื่อให้ภูมิภาคมีความเข้มแข็ง และมีอำนาจในการต่อรองหรือการเจรจา

กับภูมิภาคอื่น โดยอาเซียนแบ่งการพัฒนาหลักเป็น 3 เสาหลัก คือ เสาหลักการเมืองและความมั่นคง (ASEAN Political Security Community; APSC) เสาหลักเศรษฐกิจ (ASEAN Economic Community; AEC) และเสาหลักสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Socio-Cultural Community; ASCC) เพื่อมุ่งสู่การเป็นประชาคมหนึ่งเดียว “One Vision One Identity One Community” ซึ่งการรวมตัวดังกล่าวจะทำให้อาเซียนมีประชากรรวมกันจำนวนกว่า 600 กว่าล้านคน ในพื้นที่ขนาดใหญ่ถึง 4.5 ล้านตารางกิโลเมตร โดยในปีพ.ศ. 2558 ประเทศสมาชิกอาเซียนมีจำนวนประชากร และความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และอำนาจของการซื้อ ดังแสดงในตารางที่ 9.1

ตารางที่ 9.1 จำนวนประชากร (ล้านคน) และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอาเซียน พ.ศ.2558

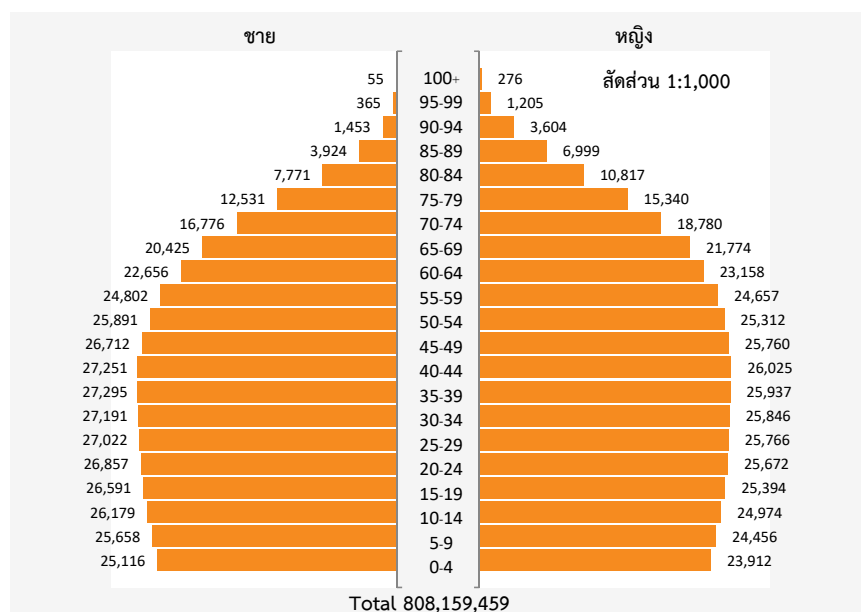
ประเทศ	ประชากร (ล้านคน)	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในรูปตัวเงิน	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อประชากร	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศตามหลักความเท่าเทียมกันของอำนาจการซื้อ	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศตามหลักความเท่าเทียมกันของอำนาจการซื้อต่อประชากร
อินโดนีเซีย	255.46	872,615	3,416	2,838,643	11,112
ประเทศไทย	68.84	373,536	5,426	1,107,000	16,081
มาเลเซีย	31.12	313,479	10,073	813,517	26,141
ฟิลิปปินส์	101.42	299,314	2,951	742,251	7,318
สิงคโปร์	5.5	293,959	53,224	468,909	84,901
เวียดนาม	91.58	198,805	2,171	551,256	6,020
เมียนมาร์	51.85	65,775	1,269	267,736	5,164
กัมพูชา	15.54	17,714	1,140	54,174	3,486
ลาว	7.03	12,548	1,785	37,499	5,335
บรูไนดารุสซาลาม	0.42	11,636	27,759	32,896	78,476

ที่มา: World Economic Outlook Database October 2015. Retrieved 7 March 2016.

ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศต่างๆในโลกปัจจุบัน ประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งในปัจจุบันประเทศสิงคโปร์ และไทยได้ถูกจัดอยู่ในประเทศสังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีประเทศเวียดนาม อีกหนึ่งประเทศ

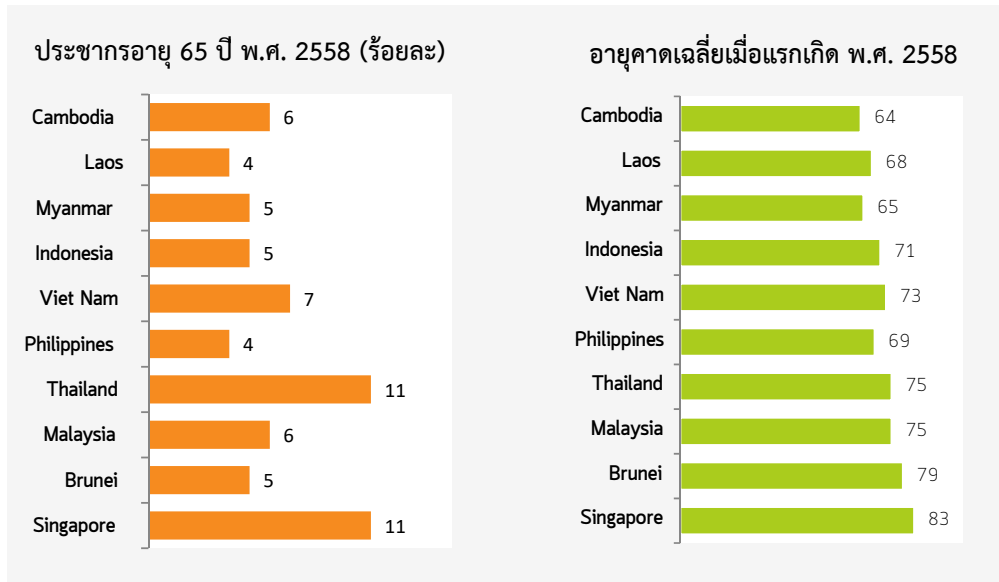
กำลังพัฒนาในอาเซียนที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (United Nation.2012) ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนประชากรสูงอายุในอาเซียน (อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป) ในปีพ.ศ. 2557 ที่แสดงไว้ในภาพที่ 9.1 และภาพที่ 9.2

ภาพที่ 9.1 สัดส่วนประชากรอาเซียน คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2593



ที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2555

ภาพที่ 9.2 ร้อยละประชากรผู้สูงอายุในประชาคมอาเซียน และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2558



ที่มา: Population Reference Bureau (USA), 2015. World Populations Data sheet

ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในความร่วมมือในด้านต่างๆ ของอาเซียน โดยในมิติสังคมด้านสุขภาพ การบริหารจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการ

แพทย์ รวมทั้งคุณภาพมาตรฐานของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศส่งผลให้ประเทศต่างๆ ในอาเซียนมีสภาวะทางสุขภาพ เช่น อัตราป่วย อัตราตายของประชากรที่แตกต่างกันมาก ดังแสดงในตารางที่ 9.2 - 9.5

ตารางที่ 9.2 อัตราการป่วยจากโรคต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน ต่อประชากร 100,000 คน

ประเทศ	วัณโรค (2556)	มาลาเรีย (2555)	เอชไอวี (2556)	ไอกรน (2556)	คอตีบ (2555)	โปลิโอ (2556)	บาดทะยักในทารกแรกเกิด (2556)
สิงคโปร์	47.0	...	...	...	...	0	..
บรูไน	58.0	...	...	...	...	0	..
มาเลเซีย	99.0	34.0	27.0	222	4	0	6
ไทย	119.0	210.0	12.0	24	28	0	2
ฟิลิปปินส์	292.0	24.0	...	23	6	0	77
เวียดนาม	144.0	30.0	16.0	54	11	0	46
อินโดนีเซีย	183.0	2,268.0	32.0	2,976	775	0	69
สหภาพพม่า	373.0	2,552.0	12.0	14	38	0	39
ลาว	197.0	1,655.0	<5.0	60	20	0	18
กัมพูชา	400.0	1,076.0	8.5	0	0	0	13

ที่มา: World Health Statistics, 2015

ตารางที่ 9.3 อัตราการตายจากโรคต่างๆ ในกลุ่มประเทศ
อาเซียน ต่อประชากร 100,000 คน

ประเทศ	เอดส์ (2556)	วัณโรค (Tuberculosis among HIV- negative people) (2556)	มาลาเรีย (2555)
สิงคโปร์	...	1.7	...
บรูไน	...	3.0	...
มาเลเซีย	20.0	5.8	<0.1
ไทย	28.0	12.0	0.3
ฟิลิปปินส์	...	27.0	<0.1
เวียดนาม	13.0	19.0	<0.1
อินโดนีเซีย	12.0	25.0	3.8
สหภาพพม่า	20.0	49.0	5.5
ลาว	<2.0	53.0	4.5
กัมพูชา	14	66.0	1.8

ที่มา: World Health Statistics, 2015

ตารางที่ 9.4 อัตราการตายของมารดา อัตราทารกตาย
และอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน
กลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2556

ประเทศ	อัตราการตาย ของมารดา (ต่อเกิดมีชีวิต 100,000 คน)	อัตรารักษา ตาย (ต่อเกิดมีชีวิต 1,000 คน)	อัตราตายใน เด็กต่ำกว่า 5 ปี (ต่อเกิดมีชีวิต 1,000 คน)
สิงคโปร์	6.0	2.2	2.8
บรูไน	27.0	8.4	9.9
มาเลเซีย	29.0	7.2	8.5
ไทย	26.0	11.3	13.1
ฟิลิปปินส์	120.0	23.5	29.9
เวียดนาม	49.0	19.0	23.8
อินโดนีเซีย	190.0	24.5	29.3
สหภาพพม่า	200.0	39.8	50.5
ลาว	220.0	53.8	71.4
กัมพูชา	170.0	32.5	37.9

ตารางที่ 9.5 จำนวนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คนในกลุ่มประเทศอาเซียน
พ.ศ. 2550 - 2556

ประเทศ	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	เภสัชกร
สิงคโปร์	19.5	57.6	4.1	4.1
บรูไน	14.4	80.5	4.2	4.0
มาเลเซีย	12.0	32.8	3.6	4.3
ไทย	3.9	20.8	2.6	1.3
ฟิลิปปินส์	...	...	...	8.9
เวียดนาม	11.9	12.4	...	3.1
อินโดนีเซีย	2.0	13.8	1.0	1.0
สหภาพพม่า	6.1	10.0	0.7	...
ลาว	1.8	8.8	0.4	1.2
กัมพูชา	1.7	7.9	0.2	0.4

ที่มา: World Health Statistics, 2015

เมื่อพิจารณาตามระดับของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุข ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับของคุณภาพมาตรฐานบริการอยู่ในระดับสูงเทียบเท่ามาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่

มีนโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ (Medical Hub) ในระดับนานาชาติเช่นเดียวกับไทย ดังแสดงในภาพที่ 9.3

ภาพที่ 9.3 ระดับการพัฒนาทางสุขภาพของประชาคมอาเซียน

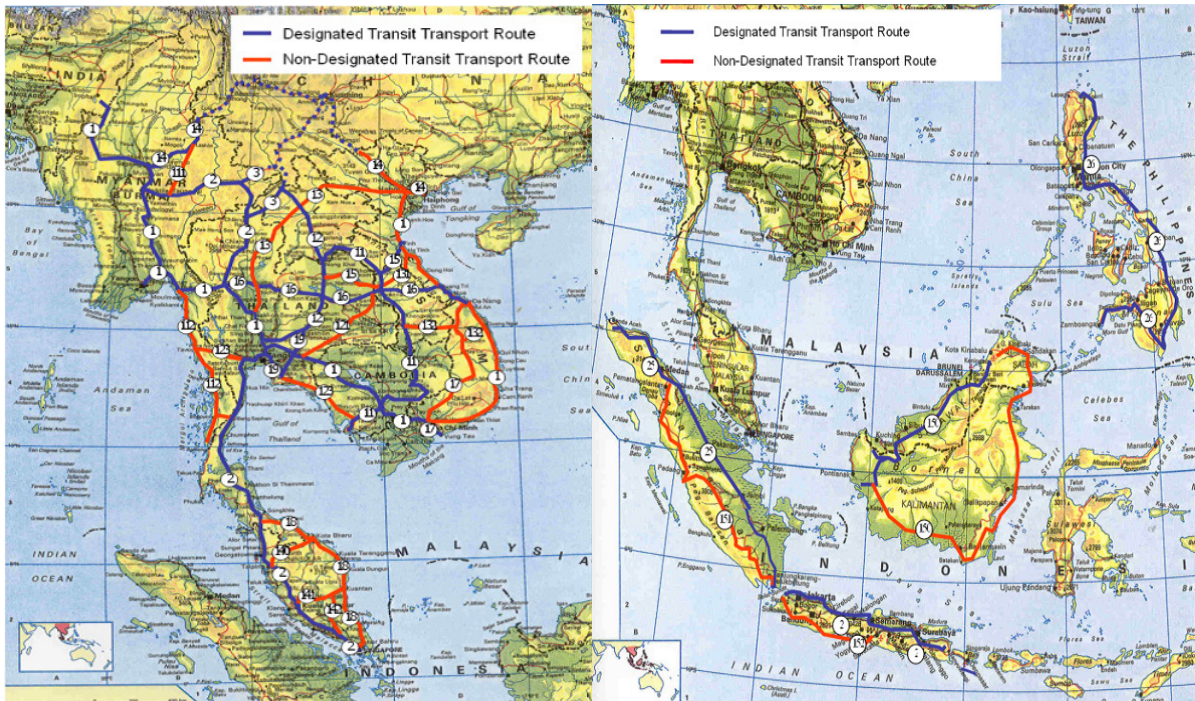


ที่มา: Stephen Lock. The State of Healthcare in Southeast Asia 2013

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของการแข่งขันในเชิงภูมิศาสตร์ อาจกล่าวได้เป็น 2 นัย คือ ในด้านพรมแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศมาเลเซียมีข้อได้เปรียบตรงที่ไม่มีพรมแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับการพัฒนาที่ด้อยกว่าและต้องพึ่งพาการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเช่นที่ประเทศไทยประสบอยู่ แต่หากพิจารณาในด้านการเป็นศูนย์กลางของภูมิภาค ประเทศไทยตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เป็นจุดเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคม มีชัยภูมิที่เหมาะสมกับการติดต่อการประสานงานด้านการค้าและการลงทุนไม่มีข้อจำกัดด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการพัฒนาและการให้ความช่วยเหลือต่างๆ แก่ประเทศสมาชิกอาเซียน จึงเป็นโอกาสและข้อได้เปรียบของประเทศไทยที่จะมีบทบาทนำในความร่วมมือระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียน

ความแตกต่างของสภาวะสุขภาพของประชาชนและระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียนดังที่ได้กล่าวมาแล้วส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่ตรงกลางบนภาคพื้นแผ่นดินของภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการพัฒนาเส้นทางคมนาคมทางบกทั้งระบบถนนและระบบราง ตามที่ปรากฏในแผนภาพที่ 9.4 จะอำนวยความสะดวกต่อการเดินทางเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเดินทางมาอาศัยอยู่บริเวณชายแดนที่กระจายอยู่โดยรอบแนวพรมแดนของประเทศไทย การเคลื่อนย้ายเข้ามาเป็นแรงงานรายวันบริเวณด่านการค้าชายแดน การเข้ามาเป็นแรงงานที่ไม่ต้องการทักษะสูงในโรงงานและภาคอุตสาหกรรมต่างๆ ทั้งภาคการเกษตร การประมง ภาคบริการ การผลิตก่อสร้าง เป็นต้น รวมทั้งการเดินทางข้ามผ่านแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

ภาพที่ 9.4 เส้นทางเชื่อมโยงการคมนาคมในอาเซียน (ASEAN Highway Network)

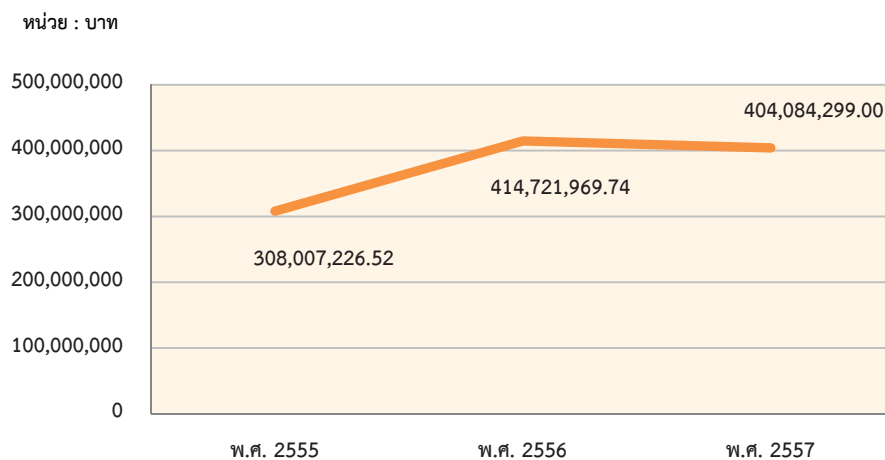


ที่มา: The Master Plan and Feasibility Study on the Establishment of an ASEAN RO - RO Shipping Network and Short Sea Shipping, JICA

การเคลื่อนย้ายเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาการขึ้นทะเบียนแรงงานในระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของประเทศไทย นำไปสู่ปัญหาการให้บริการและค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากผู้รับบริการต่างชาตินี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังแสดงในภาพที่ 9.5 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาสั่งสมยาวนาน

โดยเฉพาะในหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดนและเมืองเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมที่มีแรงงานอพยพเคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งเมืองท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยม และคาดการณ์ได้ว่าการเข้าสู่ประชาอาเซียนจะเป็นปัจจัยเร่งรัดให้มีการเคลื่อนย้ายดังกล่าวมากขึ้น

ภาพที่ 9.5 ค่าใช้จ่ายบริการการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างชาติของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอีกประการหนึ่งคือ การเคลื่อนย้ายเข้ามาของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขที่ด้อยกว่าประเทศไทย ได้ก่อให้เกิดผลกระทบเกี่ยวกับการควบคุมโรคระบาดต่างๆ ระบบสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค โรคติดต่อข้ามแดน โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำในประเทศไทย ตัวอย่างที่ปรากฏ เช่น อุบัติการณ์โรคคอตีบและอหิวาตกโรค ในบริเวณชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชาและเมียนมาร์ ณ จังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตาก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุมาจากระบบสุขภาพและน้ำสะอาดที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ อัตราการให้วัคซีนป้องกันในประเทศเพื่อนบ้านที่ยังไม่ครอบคลุมประชากรตามแนวชายแดน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อยที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนราษฎร มีฐานะยากจนและด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

ผลกระทบจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดการรวมตัวกันเป็นตลาดหนึ่งเดียวของประชาคม (single market) โดยกลไกการเปิดเสรีการค้า การลงทุนและบริการระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน (free flow of goods and services) นั้น ได้อำนวยความสะดวกให้มีการขนส่งสินค้าต่างๆ ผ่านพรมแดนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะพรมแดนที่ติดต่อกับแผ่นดิน ซึ่งประเทศไทยมีจุดผ่านแดนโดยรอบพรมแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จุดผ่านแดนเหล่านี้เป็นพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดระบบการคัดกรอง ควบคุมโรคและตรวจคุณภาพสินค้าอาหารและยา รวมทั้งสินค้าอุปโภคบริโภค เช่น อาหารเสริม เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งในปัจจุบัน กรมควบคุมโรคมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ จุดผ่านแดนถาวรทั่วประเทศทั้งหมด 28 แห่ง แต่ยังคงเฝ้าระวังและติดตามการผ่านเข้า-ออกประเทศ ณ จุดผ่านแดนชั่วคราวอีก 1 แห่ง ณ ด่านพระเจดีย์สามองค์ อ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี รวมทั้งจุดผ่อนปรนเพื่อการค้าทั่วประเทศรวม 39 แห่ง กองการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีด่านตรวจอาหารและยาในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม 44 แห่ง ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล 15 แห่ง

ภาคเหนือ 8 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ภาคตะวันออก 2 แห่ง และภาคใต้ 13 แห่ง โดยมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาหารและยาจำนวน 173 คน สินค้าเหล่านี้มีทั้งที่นำเข้ามาอย่างถูกกฎหมายและที่ลักลอบนำเข้ามาอย่างไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งอาจไม่ได้มาตรฐานหรือเป็นสินค้าปลอมปนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนไทยได้ นอกจากนี้ การเปิดเสรีการค้าชายแดนดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการลักลอบขนส่งยาเสพติดและสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดทั้งที่นำเข้ามาในประเทศและส่งออกไปจากประเทศไทย เนื่องจากแหล่งผลิตยาเสพติดใหญ่ระดับโลกนั้นมีอยู่ในประเทศเพื่อนบ้านทำให้ประเทศไทยเป็นทั้งจุดหมายปลายทางในการจำหน่ายและเป็นทางผ่านของการขนส่งสิ่งผิดกฎหมายเหล่านี้ ทั้งนี้ยังไม่ต้องกล่าวถึงการลักลอบนำสินค้าและสิ่งผิดกฎหมายผ่านพรมแดนบริเวณที่ไม่มีด่านหรือจุดผ่านแดนเนื่องจากประเทศไทยมีพรมแดนตามธรรมชาติทางพื้นดินเป็นระยะยาวไกลซึ่งไม่สามารถควบคุมการผ่านแดนได้ตลอดพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพได้

การเปิดเสรีการค้าในอาเซียน ยังรวมถึงการเปิดเสรีด้านการค้าบริการสุขภาพภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services; AFAS) และกรอบการเจรจาภายใต้รูปแบบ 4 การเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา (Mode 4: Presence of Natural Person) ของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services; GATS) ภายใต้กรอบองค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) ที่อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายของแรงงานที่มีฝีมือหรือกลุ่มวิชาชีพเฉพาะทั้ง 7 สาขา ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก นักบัญชี และช่างสำรวจให้สามารถเดินทางไปประกอบวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งสิบประเทศได้ทั้งแบบชั่วคราวและถาวร โดยอาเซียนได้กำหนดให้มีมาตรการควบคุมและจัดการผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ที่เป็นไปตามระเบียบที่สภาวิชาชีพและหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละประเทศวางแนวทางการปฏิบัติไว้ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เสนอให้ประกอบวิชาชีพสาขาการท่องเที่ยว (มัคคุเทศก์) เป็นวิชาชีพสาขาที่ 8 ที่ควร

จะเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายในเร็วๆ นี้¹ เนื่องจากภาคการ
ท่องเที่ยวถือเป็นสาขาเร่งรัดการรวมกลุ่ม (PIS: Priority
Integration Sectors) ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการเจรจา
การค้าเสรีด้านบริการของอาเซียนในปัจจุบัน² รวมทั้ง
การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้น องค์ประกอบ
เหล่านี้ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะส่งเสริมให้โอกาสในการ
เปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการ
ท่องเที่ยวดังกล่าว สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีใน
ประชาคมอาเซียน และเป็นข้อได้เปรียบทางด้าน
การค้าเสรีด้านบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ
ประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายของบุคลากรกลุ่ม
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์
และพยาบาล ที่มีความประสงค์จะออกไปทำงานในต่าง
ประเทศ อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อ
ปัญหาความขาดแคลนและการวางแผนกำลังคนด้าน
สุขภาพของประเทศทั้งในระบบราชการและเอกชน
อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของโอกาส ประเทศไทย
อาจได้รับประโยชน์จากการจ้างงานบุคลากรวิชาชีพ
ดังกล่าวจากประเทศสมาชิกอาเซียน ให้เข้ามาทำงาน
ในประเทศไทย เพื่อแบ่งเบาภาระบริการได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลตามแนวชายแดนหรือเมือง
ใหญ่ ที่มีประชากรต่างชาติและแรงงานข้ามชาติเข้ามา
อาศัยและทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก

ปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข
ของประเทศไทยตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น ได้ทวี
ความสำคัญและมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้นอย่าง
ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงต่อความเสี่ยงทางสุขภาพอันอาจเกิดขึ้น
แก่ประชาชนและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศได้
ประเทศไทยจึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนากลไกรองรับ
จัดการโดยกระบวนการเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่าง
ส่วนราชการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
เพื่อให้ประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันในตนเองและสามารถใช้
โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมในการแสดงบทบาท
เชิงสร้างสรรค์และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอาเซียน รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับคุณภาพบริการ
ทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนไทยใน
ประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

1. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2558

2. ธนพัฒน์ เล็กเกียรติ์จิตร.กฎหมายธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์กับการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556

3. องค์การอนามัยโลก, 2554

กลไกการทำงานในเรื่องสุขภาพของอาเซียน
ขับเคลื่อนในรูปแบบของคณะทำงาน (Sectoral
Body) ด้านสาธารณสุขและสุขภาพภายใต้เสาหลักด้าน
สังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Social and Cultural
Community: ASCC) เรียกว่า Senior Officer Meeting
on Health Development: SOMHD) ซึ่งเป็นการ
ประชุมผู้แทนประเทศที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
อาวุโสโดยประเทศสมาชิกหมุนเวียนกันเป็นประธาน
คณะทำงาน (SOMHD chair) เพื่อจัดการประเด็นปัญหา
ด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้กลไกในระดับภูมิภาคในการ
ขับเคลื่อนหรือสนับสนุน เช่น การควบคุมโรคระบาด
ข้ามพรมแดน การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุม
โรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ SOMHD ยังมีหน้าที่ใน
การพัฒนากฎเกณฑ์หรือนโยบายสาธารณสุขในระดับ
ภูมิภาคร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของ
ภูมิภาค เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพ
กลุ่มคนเคลื่อนย้าย ระบบบริการสุขภาพชายแดนซึ่งเป็น
ปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากกลุ่ม
ประเทศอาเซียนมีแนวโน้มทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้
ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอาเซียนเพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็วใน 2 ลักษณะ คือ ความต้องการโอกาสที่
เพิ่มขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความต้องการ
บริการสุขภาพที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย
ด้านสุขภาพของอาเซียนที่เพิ่มสูงขึ้น 2.5 เท่า ในช่วง
ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2553 มีมูลค่าโดยรวมสูงถึง 68
พันล้านดอลลาร์สหรัฐ³ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขของ
แต่ละประเทศยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระดับ
การพัฒนาทรัพยากรสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานดังที่
กล่าวแล้วมาข้างต้น

ประเทศไทยได้เป็นประธานของคณะทำงาน
SOMHD ตามวาระ 1 ปี ในระหว่างปีพ.ศ. 2557- 2558
และได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม SOMHD
ครั้งที่ 9 ในประเทศไทยขึ้นในระหว่างวันที่ 9 - 11 มิถุนายน
พ.ศ. 2557 ณ จังหวัดเชียงราย ซึ่งในครั้งนั้นเป็นช่วง
เวลาสำคัญทางประวัติศาสตร์ของความร่วมมือด้าน
สุขภาพของอาเซียน เนื่องจากกรอบความร่วมมือด้าน
สาธารณสุขที่มีอยู่เดิมของอาเซียนจะเสร็จสิ้นลงในปลาย

ปีพ.ศ. 2558 และอาเซียนจะรวมตัวเป็นประชาคมอย่างเป็นทางการในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ดังนั้นประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งสิบประเทศ จึงได้มีการหารือและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและแนวทางในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขร่วมกันเมื่อผ่านพ้นปีพ.ศ. 2558 ไปแล้ว (ASEAN Post-2015 Health Development Agenda) โดยภายใต้การขับเคลื่อนของที่ประชุม SOMHD ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ที่มุ่งเน้นการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพของภูมิภาค

นอกจากนั้น SOMHD ยังได้ให้ความสำคัญต่อการปรับปรุงแนวทางและกลไกการทำงานของ SOMHD

ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Minister Meeting, AHMM) ครั้งที่ 12 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทยเวียดนาม ระหว่างวันที่ 15 - 19 กันยายน พ.ศ. 2557 SOMHD ได้นำเสนอประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ตามกรอบ ASEAN Health Development Agenda Post-2015 ดังกล่าวที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อ AHMM ซึ่ง AHMM ครั้งที่ 12 ได้เห็นชอบใน 20 ประเด็นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Cluster) กำหนดระยะเวลาดำเนินการ ช่วงระหว่าง ค.ศ. 2016 – 2020 (พ.ศ. 2559 – 2563) ดังแสดงในตารางที่ 9.6

ตารางที่ 9.6 ASEAN Health Development Agenda Post-2015 (ค.ศ. 2016 – 2020)

กลุ่ม (Cluster)	วิสัยทัศน์ พ.ศ. 2563 (Vision 2020)	ประเด็นสุขภาพ (Health Priority)
1. Promoting healthy lifestyle	a) To achieve maximal health potential of ASEAN Community through promoting healthy lifestyle b) To ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages	1. Prevention and control of NCDs 2. Reduction of tobacco consumption and harmful use of alcohol 3. Prevention of injuries 4. Promotion of occupational health 5. Promotion of mental health 6. Promotion of healthy and active ageing 7. Promotion of good nutrition and healthy diet
2. Responding to all hazards and emerging threats	a) To promote resilient health system in response to communicable diseases, emerging infectious diseases, and neglected tropical diseases b) To respond to environmental health threats, hazards and disaster, and to ensure effective preparedness for disaster health management in the region	8. Prevention and control of communicable diseases, emerging infectious diseases and neglected tropical diseases 9. Strengthening laboratory capacity 10. Combating antimicrobial resistance (AMR) 11. Environmental health and health impact assessment (HIA) 12. Disaster Health Management

ตารางที่ 9.6 ASEAN Health Development Agenda Post-2015 (ค.ศ. 2016 – 2020) (ต่อ)

กลุ่ม (Cluster)	วิสัยทัศน์ พ.ศ. 2563 (Vision 2020)	ประเด็นสุขภาพ (Health Priority)
3. Strengthening health system and access to care	a) ASEAN Community has universal access to [essential] health care, safe and good quality medical products including traditional and complementary medicines b) To achieve the unfinished health related MDGs, in light of the sustainable development goals (SDG)	13. Traditional Medicine 14. Health related MDGs (4, 5, 6) 15. Universal health coverage (UHC) 16. Migrants' health 17. Pharmaceutical development 18. Healthcare financing 19. Human resources development
4. Ensuring food safety	a) To promote access to safe food, safe drinking water and sanitation	20. Food safety

2. การเตรียมความพร้อมทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากการรวมประชาคมอาเซียนที่เป็นทั้งโอกาสทางการพัฒนาและอาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งกรอบแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับภูมิภาค โดยกลไก SOHMD และ AHMM ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับกระบวนการทำงานและนโยบาย ทั้งเพื่อเตรียมความพร้อมในแง่ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมีการตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงเพื่อขับเคลื่อนภารกิจดังกล่าวร่วมไปกับการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ อันเป็นความท้าทายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ภูมิภาคให้ความสำคัญหรือมีความกังวลร่วมกัน รวมทั้งการสร้างสรรคให้ประเทศไทยมีบทบาทนำในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาคมและส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนไทยและประชาชนอาเซียนอย่างยั่งยืน ซึ่งบทบาทเชิงสร้างสรรค์ดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศไทยมี พลังบารมี (soft power) ในการดำเนินงานด้านการระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและสังคมโลก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและนโยบายอาเซียน ดังนี้

1. เสริมสร้างให้ประเทศไทยมีบทบาทนำและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก
2. ให้ความร่วมมือทางวิชาการ/บริการบนพื้นฐานของความเป็นมิตร ได้ประโยชน์ร่วมกันเพื่อความผาสุกของภูมิภาค
3. ดูแลสุขภาพประชาชนซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการรวมประชาคมอาเซียน โดยการเสริมสร้างขีดความสามารถของด่านชายแดน จังหวัดแนวชายแดน และเมืองหลักในภูมิภาค เน้นการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้น (better service) โดยเฉพาะในระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และระบบบริการชายแดน (Border Health)
4. สนับสนุนการมีและเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวและประชากรย้ายถิ่น โดยแนวคิดการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นธรรมและเป็นมิตร (friendly service) ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
5. มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านบริหารและวิชาการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขอาเซียน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายสำคัญ ประกอบด้วย

1. การปรับตัวให้มีความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

2. การสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในอาเซียน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์อาเซียน (พ.ศ. 2557) เพื่อการพัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย มาตรการและเป้าหมายสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 9.7

ตารางที่ 9.7 ยุทธศาสตร์อาเซียนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ยุทธศาสตร์	มาตรการ	เป้าหมาย
1. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดน	การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสำรวจโรค พิสูจน์และอนามัยสิ่งแวดล้อม	มีการบูรณาการการทำงานระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข
2. การส่งเสริมสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดไทย	การส่งเสริมสินค้าและบริการที่ประเทศไทยมีศักยภาพที่เข้มแข็ง	สินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดแผนไทยแพร่หลายสู่สากลยิ่งขึ้น
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามจุดที่สมควร (เมืองบริการสุขภาพ)	การเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะระดับตติยภูมิ ในพื้นที่ชายแดน เมืองท่องเที่ยว เขตเศรษฐกิจพิเศษ และระเบียงเศรษฐกิจ	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการในระดับตติยภูมิเพิ่มขึ้น
4. การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและสาธารณสุขชายแดน	เพิ่มการเข้าถึงบริการ เสริมสร้างระบบประกันสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพการทำงานในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว	จำนวนประชากรต่างด้าว ผู้ติดตามและประชาชนตามแนวชายแดนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น
5. การพัฒนาระบบงานและบุคลากรให้มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการ และด้านบริการ	มีการปรับองค์กร ระบบงานและพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาเซียน	หน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขอาเซียนอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ความร่วมมือทางวิชาการภายใต้กลไกเสาหลักอาเซียน	กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบประเด็น ASEAN Health Development Agenda POST-2015 และประเด็นด้านสาธารณสุขในเสาหลักอื่น ๆ รวมทั้งให้ความร่วมมือทางวิชาการในสาขาที่ไทยมีความพร้อมและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ	ไทยเป็นประเทศผู้นำ (Lead Country) หรือร่วมกำหนดนโยบาย/มาตรการ/กิจกรรมสำคัญ และการบูรณาการทางวิชาการในประเด็นสาธารณสุขต่างๆของอาเซียน

3. การดำเนินการเชิงรับและเชิงรุกตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาเซียน

จากยุทธศาสตร์ดำเนินการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงกระบวนการสำคัญทั้งการดำเนินการในเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้

3.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดนการควบคุมตรวจจับสิ่งผิดกฎหมาย รวมทั้งยาและสารเสพติด

การควบคุมโรคติดต่อชายแดน เป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการพัฒนาโครงสร้างทางระบบคมนาคมขนส่งและการเปิดเสรีด้านการค้า การลงทุนระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียนที่เอื้อให้สินค้าและผู้คนสามารถเคลื่อนย้ายข้ามแดนได้อย่างเสรีมากขึ้น มีการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ โรคที่กลับมาเป็นซ้ำ โรคติดต่อหรือโรคระบาดที่หายไปจากประเทศไทยแล้วถูกนำพากลับมาอีกจากผู้คนที่เคลื่อนย้ายข้ามแดน รวมทั้งการลักลอบขนและค้ายาและสารเสพติดรวมทั้งสารตั้งต้นในการผลิตจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ ดังนี้

3.1.1 การเสริมศักยภาพของความร่วมมือด้านการควบคุมโรคระหว่างประเทศโดย

- การพัฒนาที่มระดับวิทยา ทิมสำรวจควบคุมโรคของประเทศไทย
- การพัฒนาสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการพัฒนาศักยภาพที่มระดับวิทยาโดยบูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับด้านอาหารและยาของประเทศเพื่อนบ้านทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- การพัฒนาการบังคับใช้ International Health Regulation (IHR) 2005 ให้เป็นกฎระเบียบระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อในประชาคมอาเซียน
- การพัฒนาขีดความสามารถของด่านควบคุมโรคในจุดผ่านแดนต่างๆ
- พัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขตบริการสุขภาพและห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมให้สามารถตรวจพิสูจน์สิ่งส่งตรวจต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 การเสริมศักยภาพของความร่วมมือด้านการตรวจสอบ จับกุม ปราบปรามยาเสพติดระหว่างประเทศ โดย

- การพัฒนาขีดความสามารถด้านอาหารและยา (อย.) ในจุดผ่านแดนต่างๆ โดยบูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับด่านควบคุมโรคในพื้นที่
- ประสานและดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ทหาร ตำรวจ และตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่
- ประสานการทำงานระหว่างประเทศร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ในโครงการแม่โขงปลอดภัย (Safe Mae Kong Project) ระหว่างประเทศไทย จีน เมียนมาร์ และลาว ซึ่งจะขยายการดำเนินงานไปในประเทศกัมพูชาและเวียดนามในปีงบประมาณ 2560
- พัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขตบริการสุขภาพและห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมให้สามารถตรวจพิสูจน์สิ่งส่งตรวจต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ/การนวดแผนไทย การคุ้มครองผู้บริโภครวมทั้งการจัดการผลกระทบจากข้อตกลงการเปิดเสรีทางการค้า

จากผลของการเปิดเสรีทางการค้าดังกล่าว ประเทศสมาชิกอาเซียนโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงควรมีการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์และข้อตกลงระหว่างประเทศในการผลิต ขนส่ง การจัดจำหน่าย และกระบวนการทางการตลาดที่มีคุณภาพและสามารถตรวจสอบร่วมกันได้อย่างมีมาตรฐาน นอกจากนั้นข้อตกลงเปิดตลาดการค้าเสรีที่อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายของกลุ่มแรงงานวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพคือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ให้สามารถไปทำงานได้ในทุกประเทศในภูมิภาค ภายใต้การควบคุม

คุณภาพและคุณสมบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อป้องกันมิให้มีการให้บริการสุขภาพโดยผู้ขาดคุณสมบัติหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่แต่ละประเทศกำหนด ดังนั้น ในกระบวนการเคลื่อนย้ายของบุคลากรดังกล่าว ประเทศปลายทางของการเคลื่อนย้ายจึงต้องมีการตรวจสอบควบคุม ติดตาม และประสานงานกับประเทศ ต้นทางอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยและการคุ้มครองสิทธิจากการรับบริการสุขภาพภายในประเทศ การดำเนินการดังกล่าว ประกอบด้วย

3.2.1 การควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการนวดแผนไทย ประกอบด้วยกลยุทธ์ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- พัฒนากฎหมายควบคุมยา อาหาร อาหารเสริม เครื่องสำอาง รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- พัฒนากลไกเสริมประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและจริงจัง
- พัฒนาขีดความสามารถของด้านอาหารและยาของแต่ละพื้นที่ด้านชายแดน
- พัฒนาศักยภาพของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในเขตบริการสุขภาพ และห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์ต่างๆ ในกระบวนการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ

3.2.2 ส่งเสริมสินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการนวดแผนไทย

- ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดแผนไทยให้มีมาตรฐานระดับสากล มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและอุปโภค รวมทั้งพัฒนาระบบและกลไกการตรวจประเมิน กำกับติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอย่างเข้มข้นและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ผ่านช่องทางที่หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย
- พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งภายในและนอกประเทศให้ข้อมูล

สำคัญและความรู้เรื่องสิทธิของผู้บริโภค แนวทางในการเลือกใช้สินค้าและบริการ กระบวนการร้องเรียนและระบบการแก้ไขเยียวยาในกรณีที่เกิดความเสียหายด้านสุขภาพ

3.2.3 การเคลื่อนย้ายของบุคลากรแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลตามความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs)

การเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreements of Services; AFAS) เป็นพลวัตของการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจที่เปิดกว้างของประเทศสมาชิกอาเซียน ที่มีพัฒนาการสอดคล้องกับเขตการค้าเสรี (Free Trade Area; FTA) ของโลกในระบอบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม (Capitalism) ซึ่งในประเด็นการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพนั้น ประเทศไทยเปิดกว้างต่อการยอมรับข้อผูกพันทางการค้าบริการโดยการทำงานภายใต้กรอบแนวทางของคณะทำงานประสานบริการ (Cooperation Committee on Services; CCS) และได้เตรียมการพัฒนากลไกอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้ายของบุคลากร สาขา แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จากความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ของอาเซียน ให้เป็นมาตรการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีการเปิดเสรี การเคลื่อนย้ายของบุคลากรสุขภาพทั้งสามสาขาดังกล่าว เพื่อให้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีในการทำความตกลงด้านการค้าบริการสุขภาพใดๆ ที่อาจมีขึ้นต่อไปในอนาคต รวมถึงการขยายตัวของธุรกิจบริการทางการแพทย์ที่มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูงซึ่งอาจเกิดความเสียด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแพทยสภา ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาลได้พัฒนากลไกการเจรจาความตกลงการค้าบริการอาเซียนร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ เพื่อเตรียมการนำเสนอต่อการพัฒนา กฎเกณฑ์และกติกาด้านการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน ดังต่อไปนี้

1. การลงทุนด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยต้องเป็นไปตามหลักการสำคัญของข้อผูกพันการค้าบริการและรักษามลประโยชน์ต่อผู้รับบริการสุขภาพในประเทศไทย รวมทั้งเป็นมาตรการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม จึงควรกำหนดให้ผู้ประกอบการต่างชาติที่ต้องการเข้ามาลงทุนธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทย ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเวชกรรม ต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขว่าด้วยผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย

2. ในกรณีการอนุญาตให้บุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพที่มีการเปิดเสรีด้านการเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพรายบุคคล (individual practice) นั้น เพื่อเป็นการรักษาสีทธิของประเทศไทย จึงควรกำหนดให้บุคคลธรรมดาสาขา แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ต้องขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพในประเทศไทยกับสภาวิชาชีพนั้นๆ ภายใต้เงื่อนไข limited practice ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (ก) ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพถาวรสำหรับผู้ที่ย้ายถิ่นมาโดยการรับรองของสภาวิชาชีพ และ (ข) ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพชั่วคราวสำหรับมาปฏิบัติงานชั่วคราวในประเทศไทย ซึ่งขณะนี้ทั้ง 3 สาขาวิชาชีพได้มีข้อตกลงเปิดโอกาสให้บุคลากรเคลื่อนย้ายปฏิบัติงานในเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น โดยสายวิชาชีพแพทย์มีทั้งใบอนุญาตถาวรและชั่วคราวในลักษณะเข้ามาทำการสอน เข้ามาฝึกอบรม เข้ามาทำการวิจัย เข้ามาปฏิบัติงานด้านช่วยเหลือและมนุษยธรรม และเข้ามาเพื่อให้บริการ ซึ่งจำกัดให้หน่วยงานของรัฐต้องมีกฎระเบียบรองรับ ส่วนสายวิชาชีพทันตแพทย์มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ไม่อนุญาตให้บริการ จำกัดเพียงงานด้านวิชาการในการอนุญาตแบบชั่วคราว ส่วนสายวิชาชีพพยาบาลมีการให้ใบอนุญาตถาวรสำหรับผู้สอบผ่านการสอบของสภาการแพทย์ ส่วนใบอนุญาตชั่วคราวนั้น อนุญาตในงานด้านวิชาการในหน่วยงานภาครัฐ งานบริการให้เฉพาะงานบริการสาธารณะในหน่วยงานภาครัฐ โดยไม่ได้รับค่าจ้างเงินเดือน

3. การส่งเสริมความร่วมมืออาเซียนด้านการควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาลเสริมความงาม (Aesthetic Care) ซึ่งเป็นธุรกิจบริการทางการแพทย์ที่มีการเติบโต

อย่างรวดเร็วจากค่านิยมด้านความงามและความอ่อนวัยของประชาชนที่แสวงหาแหล่งบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของตนเอง และเกิดเป็นความเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐาน เงื่อนไขและข้อกำหนดของการดำเนินการสถานพยาบาลเสริมความงามที่ริเริ่มโดยประเทศมาเลเซีย เป็นต้น

นอกจากนั้นในระบบการให้บริการของพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งประสบปัญหาการระงับที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งปัญหาทางการสื่อสารในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการชาวต่างชาติกลุ่มพึ่งพาตามหลักมนุษยธรรม และความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีกว่าของชาวต่างชาติที่มีกำลังจ่าย ได้เสนอให้มีการจ้างงานหรือรับบุคลากรสุขภาพจากต่างประเทศมาสนับสนุนงานบริการในหน่วยบริการของประเทศไทย โดยหากเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ จะต้องดำเนินการตามข้อ 2 ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนผู้ให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแล้วยังป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อโอกาสเข้าถึงบริการของคนไทยในพื้นที่อีกด้วย

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยภายนอกในภูมิภาคอาเซียน ได้ขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเข้าสู่วงจรของการพัฒนาในยุคกระแสของการค้าเสรี โดยมีมิติของการค้าบริการสุขภาพเป็นความท้าทายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนายุทธศาสตร์ดำเนินการรองรับเพื่อมิให้การเติบโตทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมต่อสุขภาวะของประชาชนและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ โดยขยายขอบเขตสู่การค้าแรงงานเชิงรุก เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว รวมทั้งเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและเป็นธรรม

3.3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามจุดที่สมควร (เมืองบริการสุขภาพ)

การเคลื่อนย้ายของผู้คนต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยมีทั้งที่มาจากเหตุผลทางรายได้และโอกาสในการทำงาน การอยู่อาศัยบริเวณชายแดนแบบถาวรและชั่วคราว การเข้ามารับบริการสุขภาพของ

นักท่องเที่ยวและกลุ่มนักธุรกิจ นักลงทุนชาวต่างชาติที่เข้ามาดำเนินธุรกิจในประเทศไทยในแหล่งท่องเที่ยวหรือเมืองการค้า ได้ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความต้องการบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและภาระงานที่กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการให้ตอบ

สนองอย่างเหมาะสม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการ “เมืองบริการสุขภาพ” ขึ้น โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2557 – 2561) ตามแผนที่ยุทธศาสตร์เมืองบริการสุขภาพดังแสดงในภาพที่ 9.6

ภาพที่ 9.6 แผนที่ยุทธศาสตร์เมืองบริการสุขภาพ



ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข.2558

นิยามความหมายของ **เมืองบริการสุขภาพ** คือ จังหวัดที่มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถปรับตัวและพร้อมรับสถานการณ์ตอบสนองผู้รับบริการที่มาจากหลากหลายแหล่งได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ภายใต้แนวทางการพัฒนาศักยภาพสถานบริการภาครัฐ 5 แนวทาง ได้แก่

1. การพัฒนาระบบเครือข่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในทุกๆระดับคือเขตบริการสุขภาพจังหวัด และโรงพยาบาล

2. การพัฒนาศักยภาพสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานที่กำหนด
3. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีศักยภาพที่เหมาะสมทั้งทางด้านการศึกษาการและบริการสุขภาพ
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบข้อมูลบริการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการและศักยภาพบริการเชิงรุก

การดำเนินงานในระยะที่ 1 ของโครงการ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติในระบบบริการที่เป็นมิตร (friendly service) โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) (Center of ASEAN Health Network Collaboration: AHNC) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญ คือ

- เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การเป็นเมืองบริการสุขภาพ
- เป็นหน่วยงานที่ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาการจัดการรูปแบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากบริการทั่วไป สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายชาวต่างชาติตามบริบทของพื้นที่ และกำกับติดตามประเมินคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล
- เป็นศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงและตอบสนองการบริการที่สามารถประสานงาน ส่งต่อและรับข้อมูลผู้ป่วยทั้งใน-นอกเขตบริการสุขภาพและนอกประเทศ
- มีบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการสื่อสารแบบพหุภาษาที่พร้อมให้บริการอย่างทันต่อสถานการณ์

ในระยะที่ 2 ของโครงการ ได้ขยายสู่พื้นที่จังหวัดในเขตเศรษฐกิจพิเศษ โรงพยาบาลรัฐที่อยู่บนแนวเส้นทางระเบียงเศรษฐกิจ (Economic Corridors) และโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแหล่งท่องเที่ยว และมีแผนงานที่จะขยายให้ครอบคลุมทั่วทุกจังหวัดของประเทศไทย ตามระยะเวลาโครงการจนถึงปี พ.ศ. 2561 ภายใต้หลักการของการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนอาเซียนที่อยู่ในประเทศไทย ให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐานใกล้เคียงหรือเทียบเท่าคนไทยโดยไม่เลือกปฏิบัติ และไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคด้านการสื่อสารกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบข้อมูลสถิติเทคโนโลยีสารสนเทศ การส่งต่อและรับ การส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยที่หน่วยบริการสามารถให้บริการตามบริบทและศักยภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงใน กรอบแนวคิดและระบบการจัดการเมืองบริการสุขภาพ ตามภาพที่ 9.7 และหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ กิจกรรมของโครงการเมืองบริการสุขภาพจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับนโยบาย Medical Hub ซึ่งเป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการและได้รับการขับเคลื่อนโดยภาคเอกชน

ภาพที่ 9.7 กรอบแนวคิดและระบบการจัดการเมืองบริการสุขภาพ



ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข พ.ศ. 2558

3.4 การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและ สาธารณสุขชายแดนโดยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและบริการปฐม ภูมิที่มีคุณภาพ และการแก้ไขปัญหาภาวะการดูแล รักษาของหน่วยบริการ

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วถึงความต้องการบริการสุขภาพ
ที่เพิ่มขึ้นของประชากรเคลื่อนย้ายตามแนวชายแดนและ
เมืองบริการสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดภาระงานด้านการรักษา
พยาบาลแก่โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด
ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
ไทยในประเทศ นอกจากนี้ผู้รับบริการบางส่วนมีขีด
ความสามารถจำกัดในการจัดการปัญหาสุขภาพของ
ตนเอง เช่น แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ชนกลุ่มน้อย
ตามแนวชายแดน ประชาชนที่หลบหนีจากการสู้รบใน
ประเทศของตน กลุ่มคนไร้รัฐ เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้
มีฐานะยากจนและจำเป็นต้องเข้ามาพึ่งพาการรักษา
พยาบาลในประเทศไทยโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพ
ก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยบริการในพื้นที่ที่ต้องให้ความช่วย
เหลือตามหลักมนุษยธรรม และเกิดเป็นภาระค่าใช้จ่าย
จากการให้บริการที่เรียกเก็บไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ภายใต้
ปรัชญาของความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน คนไทย
และประชาชนอาเซียน ควรจะได้รับหลักประกันสุขภาพ
ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้รับ
บริการ มีความปลอดภัยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่าง
มีสุขภาวะ ดังนั้น แม้การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะก่อ
ให้เกิดภาระในระบบบริการสุขภาพตามแนวชายแดนของ
ประเทศไทย แต่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องบริหารจัดการ
ให้เหมาะสมโดยคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์แห่งการรวม
เป็นประชาคมหนึ่งเดียวของอาเซียน จึงได้มีการเตรียม
ยุทธศาสตร์สำคัญรองรับ ดังนี้

3.4.1 การพัฒนาเมืองบริการสุขภาพ
ตามลักษณะของการจัดเขตบริการสุขภาพ

3.4.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ
สำหรับประชาชนกลุ่มพึ่งพาที่มีความสามารถจำกัดในการ
ดูแลสุขภาพตนเอง หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ
สุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้
อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่

- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกัน
สุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข

- การขึ้นทะเบียนแรงงานกับกระทรวงแรงงาน
- ยุทธศาสตร์สุขภาพชายแดน (Border Health)
- ยุทธศาสตร์สุขภาพแรงงานต่างด้าว (Migrants Health)

- ยุทธศาสตร์อาเซียนด้านเพิ่มการเข้าถึง
บริการสุขภาพของประชาชนอาเซียนโดยกลไก
การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) การ
ดูแลตนเองด้วยชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่างด้าว (อสต.) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
ชายแดน (อสชช.) เป็นกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่

3.4.3 การจัดบริการหน่วยแพทย์
เคลื่อนที่ในพื้นที่ชายแดนทั้งฝั่งไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

3.4.4 การแก้ไขปัญหาภาระค่าบริการ
ที่เรียกเก็บไม่ได้โดย

- ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมทั้งจาก
สำนักงบประมาณ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน รวมทั้ง
องค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่ม
คนเหล่านี้

- การส่งเสริมศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่
ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านโดยการพัฒนาองค์ความรู้
โครงสร้างอาคารและอุปกรณ์การแพทย์พยาบาล ตลอด
จนยาและเวชภัณฑ์ในการบริการประชาชนที่อาศัยอยู่ตาม
แนวชายแดน ได้แก่

- **Twin Hospital** ของประเทศไทยและสหภาพ
เมียนมาร์ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สาย-ท่าขี้เหล็ก
โรงพยาบาลระนอง-เกาะสอง โรงพยาบาลแม่สอด-เมียวดี

- **Sister Hospital** ของประเทศไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา ได้แก่ จังหวัดบันเตียเมียนเจยกับ
จังหวัดสระแก้ว จังหวัดเกาะกงกับจังหวัดตราด จังหวัด
อุดรมีชัยกับจังหวัดสุรินทร์

- **Health Post** คือ หน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก
ที่สร้างในพื้นที่ชนบทห่างไกลในประเทศเพื่อนบ้าน
และติดชายแดนของประเทศไทย ที่ประชาชนตาม
แนวชายแดนในประเทศเพื่อนบ้านไม่สามารถเข้าถึง
บริการสุขภาพในประเทศตนเองได้ เป็นหน่วยบริการที่
บุคลากรไทยสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือทางวิชาการ

พัฒนาและปรับปรุงระบบบริการในลักษณะของการ เป็นที่เลี้ยงได้ เช่น Health Post ในประเทศเมียนมาร์ ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออุ้มผาง อำเภอพบพระ อำเภอแม่ระมาด และอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก รวมทั้งที่ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

3.5 การพัฒนาระบบงานและบุคลากรให้มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการงานระหว่างประเทศและประสานความร่วมมือทางการแพทย์และสาธารณสุขในลักษณะทวิภาคี

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาเซียนเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง มีการประชุมในระดับต่างๆ ทั้งระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่อาวุโส ไปจนถึงระดับรัฐมนตรี ผลผลิตของการประชุมต่างๆ คือการร่วมอภิปรายปัญหาหรือข้อจำกัด การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะ ข้อตกลง กฎระเบียบที่ตราไว้ร่วมกันและใช้เป็นหลักเกณฑ์สากลหรือกติกาในการทำงานร่วมกันของประเทศสมาชิกอาเซียนและประเทศพันธมิตรต่างๆ รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งระเบียบ กฎเกณฑ์เหล่านั้นเป็นข้อผูกพันที่ประเทศสมาชิกอาเซียนนำมาใช้ในการอ้างอิงกรอบแนวทางการประสานงานระหว่างประเทศ อยู่เป็นประจำ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงดำเนินการโดย

3.5.1 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดำเนินการด้านการต่างประเทศของแต่ละส่วนราชการ ระดับกรม หรือกองที่เกี่ยวข้องและกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศประจำหน่วยงานเป็นระดับรองอธิบดี หรือผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีบุคลากรที่มีศักยภาพเป็นผู้ปฏิบัติงานรองรับ

3.5.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะและสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานระหว่างประเทศ ทั้งในรูปแบบของการฝึกฝนในระหว่างปฏิบัติงาน (On-the-Job Training) และ การสนับสนุนด้านการฝึกอบรม สัมมนาและศึกษาต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานประชุมระหว่างประเทศ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้แทนประเทศในการประชุมระหว่างประเทศ (delegate)

การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้จัดบันทึกรายงานการประชุมระหว่างประเทศ (rapporteur) และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลบุคคลสำคัญ (liaison officer)

3.5.3 ความร่วมมือระดับทวิภาคีกับประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อให้ปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีลักษณะเฉพาะได้รับการแก้ไขและพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเวทีประชุมลักษณะทวิภาคีมีความเหมาะสมและคล่องตัวกว่าการประชุมระดับภูมิภาคหรือพหุภาคี โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีพรมแดนทางแผ่นดินที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศโดยรอบ จึงมีโอกาสเกิดปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ง่ายกว่าประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ ที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน ดังนั้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการเจรจาความร่วมมือในระดับรัฐบาล โดยการประสานงานผ่านกระทรวงการต่างประเทศภายใต้การทำงานของคณะกรรมการร่วม (Joint Committee; JC) กับหลายประเทศและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการเจรจาความร่วมมือในระดับกระทรวงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านเช่นกัน จนถึงปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขไทยได้มีบันทึกลงนามความร่วมมือทวิภาคี (Memorandum of Understanding; MOU) กับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย ซึ่ง MOU ดังกล่าวเป็นความร่วมมือทางวิชาการ และการจัดการปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นเฉพาะ

3.6 ความร่วมมือทางวิชาการภายใต้กลไกเสาหลักทั้งสามของอาเซียนและการสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภูมิภาค

ประเด็นและความท้าทายต่างๆด้านสุขภาพมีความสำคัญในหลายมิติและสอดแทรกอยู่ในเสาหลักของความร่วมมืออาเซียนทุกเสา สุขภาพจึงเป็นเสมือนระบบดำเนินการภาคตัดขวาง (cross cutting) ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างสมดุลและเหมาะสม โดยวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและแข็งแกร่ง มีนักคิด นักวิชาการที่มีความสามารถ มีระบบปฏิบัติการที่ก้าวหน้าทันสมัย และ

เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ศักยภาพดังกล่าวจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างเกียรติภูมิและศักดิ์ศรีของประเทศให้เป็นที่ชื่นชมและยอมรับของนานาชาติ เป็น พลังบารมีหรือ Soft Power ที่สำคัญในงานความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ความร่วมมือทางวิชาการดังกล่าวในสามเสาหลักของอาเซียน ประกอบด้วย

3.6.1 ความร่วมมือในกรอบ ASCC ผ่านกลไกการทำงานของ SOMHD ซึ่งเป็น Sectoral Body 1 ใน 16 หน่วยภายใต้ ASCC โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักจนถึงปัจจุบัน ได้มีการกำหนด ASEAN Health Development Agenda Post-2015 จำนวน 20 ประเด็นสุขภาพที่แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังกล่าว และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นรวมทั้งมีการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขอาเซียน เพื่อประสานงาน ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.6.2 ความร่วมมือในกรอบ AEC เป็นกรอบความร่วมมือด้านเศรษฐกิจ ที่มีประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การเปิดเสรีด้านการค้าและบริการความตกลง การยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (MRAs) การเคลื่อนย้ายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ธุรกิจบริการสุขภาพ รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ สินค้า/ยา ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ ยาสูบ ยารักษาโรค วัคซีน เป็นต้น ความท้าทายทางสุขภาพที่สอดแทรกอยู่ในประเด็นการค้าเหล่านี้ มีความสำคัญและเป็นความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องทำความเข้าใจและวางระบบดำเนินการรองรับอย่างเหมาะสมในเวทีระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการได้ประโยชน์แห่งรัฐทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ และการคุ้มครองดูแลสุขภาพของประชาชนของประเทศในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมการรองรับความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership; TPP) ซึ่งในประชาคมอาเซียน มีประเทศที่เข้าร่วมเป็นสมาชิก TPP แล้วได้แก่ บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และเวียดนามแต่ประเทศไทยยังคงต้องพิจารณา

อย่างรอบคอบในการเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนดังกล่าว เพราะหากประเทศไทยไม่เข้าเป็นสมาชิก TPP จะก่อให้เกิดการสูญเสียและผลกระทบต่อระบบสวัสดิการสังคมและผู้บริโภคในประเทศของไทย เนื่องจากไทยจะไม่มีสิทธิพิเศษทางการค้าใดๆ ในกรอบ TPP เลยเมื่อทำการค้ากับประเทศในกลุ่มดังกล่าว แต่หากประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิก TPP ก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของข้อตกลงความร่วมมือ โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและทรัพยากรด้านพืชต่างๆ คือ การแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรเพื่อให้เกิดการคุ้มครองสิทธิบัตรในทุกประเภทเทคโนโลยี ตามหลักการสร้างบรรทัดฐานทางการค้าที่มีมาตรฐานสูง (set high-standard trade rules) ส่งผลให้บริษัทข้ามชาติสามารถจดสิทธิบัตรพืชและสารสกัดเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพโดยไม่ต้องแบ่งปันผลประโยชน์ในระยะเวลาการผูกขาดที่ยาวนานถึง 25 ปี และเมล็ดพันธุ์พืชจะมีราคาแพงขึ้นตั้งแต่ 2-6 เท่าตัวเป็นอย่างน้อย⁴ แต่เมื่อใดประเทศไทยเก็บเมล็ดพันธุ์พืชเหล่านั้นไปปลูกต่อหรือแลกเปลี่ยนกับเพื่อนบ้านจะกลายเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในทันทีเมื่อเป็นเช่นนี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อระยะยาวจากการถูกกีดกัน การพัฒนาสายพันธุ์ใหม่ที่มาจกสมุนไพรรวมทั้งประเด็นที่อ่อนไหวต่อประเทศไทยซึ่งเป็นประเด็นเดียวกับที่เป็นข้อห่วงกังวลจากภาคสุขภาพประชาชนต่อกรณีการทำข้อตกลงการค้าเสรี (Free Trade Agreement; FTA) ไทย-สหภาพยุโรป และไทย-สหรัฐอเมริกาได้แก่ ประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับราคาขายที่สูงขึ้นจากการผูกขาดของบริษัทข้ามชาติและปัญหาการเข้าถึงยาของประชาชน รวมทั้งประเด็นการเข้ามามีอิทธิพลของบริษัทข้ามชาติต่อการปรับเปลี่ยนกฎหมายและนโยบายสาธารณะต่างๆ ภายในประเทศที่ทำหน้าที่คุ้มครองสุขภาพประชาชนจากสินค้าทำลายสุขภาพ เช่น บุหรี่ และแอลกอฮอล์ รวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาสิ่งแวดล้อมและฐานทรัพยากร เป็นต้น

3.6.3. ความร่วมมือในกรอบ ASEAN Political Security Community (APSC) เป็นกรอบความร่วมมือด้านการเมืองและความมั่นคง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม 2558

- การแพทย์ภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติ (Disaster Medicine and Disaster Management) คือ การวางระบบการจัดการด้านการแพทย์รองรับ และแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยพิบัติต่างๆ ทั้งที่เกิดโดยธรรมชาติและเกิดจากมนุษย์ เช่น ไฟไหม้ ติ๊กต๋ม อุทกภัย วาตภัย ภัยจากรังสี เชื้อโรค โรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มาพร้อมกับเทคโนโลยี เป็นต้น
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (Drug Addiction) ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อนและกระทบกับความมั่นคงเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ ในส่วนของการปราบปรามดำเนินการโดยฝ่ายปราบปราม แต่การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดเป็นภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบ โดยการทำงานร่วมกันของกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.6.4 การสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประชาคมอาเซียน

เมื่ออาเซียนเริ่มมีพัฒนาการของการรวมตัวอย่างเป็นระบบและมีกลไกรองรับการขับเคลื่อนความเป็นภูมิภาคนิยม กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงพลวัตของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ว่าจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ รมั้ตระวังรอบคอบ เพื่อให้ประเทศชาติมีระบบสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันในตนเอง ในขณะเดียวกันก็สามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์ รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านการแพทย์การสาธารณสุข เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรด้อยโอกาสได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทย ได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขและการจัดการด้านหลักประกันสุขภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดีประเทศหนึ่งในโลก⁵ ศักยภาพและข้อ

เสียงที่สั่งสมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาอย่างยาวนานสนับสนุนให้ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพโลก

ดังนั้น ในเวทีระดับภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมหนึ่งเดียวของอาเซียน ดำเนินการผ่านยุทธศาสตร์ต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) การเป็นศูนย์กลางทางการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Regional Medical Academic Hub) โดยมีส่วนราชการที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาต่างๆ ดังนี้
 - โครงการประชุมนานาชาติ การศึกษาฝึกอบรมของกรมวิชาการและสถาบันต่างๆ
 - เป็น Lead Country (ประเทศแกนนำ) ในการจัดทำตำราการแพทย์ทางเลือก เรื่อง Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN เผยแพร่ในประชาคมอาเซียนโดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้รับผิดชอบ
- 2) การเป็นศูนย์กลางห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์แห่งภูมิภาค (ASEAN Medical Laboratory) โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 3) การสนับสนุนการจัดการปัญหาความเร่งด่วนด้านการสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียน เช่น การเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระดับรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนบวก 3 การเตรียมการรองรับการระบาดของเชื้อ Ebola ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งการประชุม VDO conference เกี่ยวกับมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อ MERs-CoV ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้น
- 4) การแสดงบทบาทเป็นประเทศผู้นำ (Lead Country) ในวาระการพัฒนาตามวาระต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพที่สำคัญ (health priority) เช่น Aging Care, Disaster Medicine, Medical Tourism เป็นต้น
- 5) ความร่วมมือในระดับพหุภาคีอื่นๆ เช่น BIMST (Brunei Darussalam – Indonesia – Malaysia – Singapore – Thailand), ACMECS (Ayeyawady – Chao Phraya – Mekong Economic Cooperation Strategy) เป็นต้น

5. องค์การอนามัยโลก, 2550

6) การมีส่วนร่วมสำคัญในระบบสุขภาพโลก (Global Health) รวมทั้งมิติทางการพัฒนาอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ กรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก การแสดงบทบาทหน้า ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก การทำหน้าที่กรรมการ บริหารและผู้บริจาคเงินในกองทุนโลกด้านเอดส์ มาเลเรีย และวัณโรค การเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ โลกเฉพาะประเด็น เช่น โรค NCD การพัฒนาบุคลากร สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) และการสร้างหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage; UHC) เป็นต้น

บทสรุป

นับตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายในการเตรียมความพร้อม ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคม อาเซียนในด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องใน การกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ให้เป็นเครื่องมือใน การปรับตัวภายในองค์กร และการบูรณาการความร่วมมือ กับหน่วยงานภายนอกและองค์กรระหว่างประเทศอย่าง

กลมกลืนและเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญต่อความร่วมมือทางวิชาการ การร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ของภูมิภาคและของโลก การแก้ปัญหาผลกระทบจาก การรวมเป็นประชาคมหนึ่งเดียว การแก้ปัญหากลุ่มด้อย โอกาสในสังคมอาเซียน รวมทั้งเสริมสร้างการยอมรับ และภาวะผู้นำจากการเป็นผู้ให้ที่มีระบบดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานสูง

สิ่งที่ควรตระหนักคือ การรวมตัวของประชาคม อาเซียนมิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วผ่านไป เพราะเมื่ออาเซียนมีการรวมตัวเป็นประชาคมแล้ว การดำเนินงานระหว่างประเทศย่อมต้องมีความต่อเนื่อง และใกล้ชิดกันมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการปรับองค์กร กระบวนการและวิธีการทำงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพด้านการระหว่าง ประเทศอย่างเหมาะสม เนื่องจากภารกิจดังกล่าวจะ มีความเข้มข้น ทวีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อ ประโยชน์แห่งรัฐมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการเตรียมการที่ดีจะ ทำให้ประเทศไทยมีพัฒนาการที่อย่างต่อเนื่อง แข็งแรง และยั่งยืนตลอดไป