บทที่ 10
ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global health)

1. ความสำคัญ

โลกาภิวัตน์ ทำให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา เช่น การขาดสารอาหาร การขาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี ปัญหาเรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดเชื้อต่างๆ ไปสู่ปัญหาสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อน เช่น การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และโรคติดต่อจากสัตว์สู่มนุษย์ การดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียและไวรัส การเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้าที่เป็นภัยต่อสุขภาพข้ามพรมแดนผ่านกลไกการค้าเสรีและความร่วมมือทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพและภัยคุกคามความมั่นคงสุขภาพของมนุษย์เหล่านี้ ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยประเทศหนึ่งๆ ตามลำพังได้ จำเป็นต้องมีความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศและกลไกสุขภาพระดับโลกในการดำเนินการ

นอกจากองค์การอนามัยโลกที่เป็นหน่วยงานหลักดำเนินการด้านสุขภาพโลกแล้วยังมีหน่วยงานและองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลที่ทำงานระหว่างประเทศ ธนาคารโลก องค์การการค้าโลกและภาคธุรกิจเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาข้างต้น นอกจากนี้การเจรจาการค้าเสรีภายใต้กรอบการเจรจาองค์การการค้าโลกล้วนส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกที่กระทบกับประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะผลกระทบเชิงลบด้านการผูกขาดการตลาดด้านยาผ่านกลไกสิทธิบัตร การเจรจาการค้าระดับทวิภาคีและพหุภาคีต่างๆ ยังส่งผลกระทบต่อโอกาสการเข้าถึงยาของประชาชนไทยและประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนา จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก รวมทั้งเร่งรัดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาผลประโยชน์ของประเทศกำลังพัฒนาและประชาคมโลกในเวทีระหว่างประเทศ

2. นิยามและพหุมิติของระบบสุขภาพโลก

จากวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของภัยคุกคามด้านการสาธารณสุขส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนคำให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไป จากที่เคยใช้คำว่าสาธารณสุข (Public Health) ที่จำกัดการดูแลสุขภาพภายในประเทศ เปลี่ยนเป็นการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) ขยายขอบเขตครอบคลุมการดูแลสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา และเริ่มมีการนำคำว่าสุขภาพโลก (Global Health) มาใช้อย่างแพร่หลาย เมื่อพิจารณาความหมายโดยรวมของ Public Health, International Health และ Global Health แล้ว พบว่า ทั้งสามคำให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนโดยรวม เน้นการป้องกันโรคและประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มด้อยโอกาส แต่มีส่วนที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 เปรียบเทียบความหมายระหว่างสุขภาพโลก การสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสาธารณสุข[1]

ประเด็นเปรียบเทียบ	สุขภาพโลก (Global health)	สาธารณสุขระหว่างประเทศ (International health)	สาธารณสุข (Public health)
การครอบคลุมพื้นที่	มุ่งเน้นประเด็นที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่ง	มุ่งเน้นที่ประเด็นสุขภาพของประเทศอื่นๆ นอกจากประเทศของตน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา	มุ่งเน้นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศหรือในชุมชน
ระดับความร่วมมือ	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ต้องการความร่วมมือจากหลายประเทศทั่วโลก	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ต้องการความร่วมมือจากประเทศในลักษณะทวิภาคี	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ไม่ต้องการความร่วมมือจากประเทศอื่นในระดับโลก
ปัจเจกหรือประชากร	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	ส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของการป้องกันโรคในกลุ่มประชากร
การเข้าถึงสุขภาพ	วัตถุประสงค์หลักคือ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศต่างๆในโลกเพื่อประชาชนทุกคน	เน้นการช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาในประเทศอื่น	วัตถุประสงค์หลักคือ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนภายในประเทศหรือในชุมชน
ความกว้างของวิทยาการที่ใช้	มีลักษณะความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ นอกภาคสุขภาพ	รวมการทำงานของต่างสาขาเข้าด้วยกันบ้างแต่ไม่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการ	สนับสนุนการทำงานแบบสหวิทยาการโดยเฉพาะภายในภาคสุขภาพและสังคมศาสตร์

ที่มา: ดัดแปลงจาก J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet 2009; 373: 1993-95[1]

เนื่องจากการพัฒนางานในระบบสุขภาพโลกต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ มีความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง ในขณะเดียวกัน ปัญหาในระบบสุขภาพสามารถส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ปัจจุบันสามารถแบ่งการดำเนินงานสุขภาพโลกออกเป็น 5 มิติ[2] ได้แก่

1) ในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความสำคัญกับการค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ระหว่างประเทศ โดยโรคหรือการเจ็บป่วยที่ถูกให้ความสำคัญ เช่น โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำอุบัติใหม่ และโรคเอดส์ เนื่องจากอาจส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจและภาพลักษณ์ของประเทศได้

2) ในฐานะที่เป็นประเด็นความมั่นคง โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ การติดเชื้อดื้อยาต่างๆ ซึ่งเป็นความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นต้น

3) ในฐานะที่เป็นการกุศลและเพื่อมนุษยธรรม คือ เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศยากจนและประเทศด้อยพัฒนา

4) ในฐานะที่เป็นการลงทุน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจที่ได้จากการพัฒนาสุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค หรือการประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีผลิตภาพ (productivity) ต่อสังคมและชุมชนได้มากขึ้น

5) ในฐานะที่เป็นการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มนุษย์ทุกคนในโลกมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่ยากจน

จะเห็นได้ว่าเมื่อสุขภาพโลกมีหลายมิติ ทำให้มีหน่วยงานและองค์กรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีแนวคิดและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันไป ทำให้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพโลกมีความสลับซับซ้อนมากกว่าประเด็นสุขภาพเดิมที่เน้นการมีสุขภาพเป็นเป้าหมายหลัก

3. สถานการณ์โดยรวมของระบบสุขภาพโลกในปัจจุบัน

งานสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมภายในประเทศ หรือของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวอีกต่อไป หากแต่มีผลเกี่ยวเนื่องถึงด้านการค้า เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ โลกาภิวัฒน์ก่อให้เกิดผลกระทบต่องานสาธารณสุขอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

ประการแรก ผลของโลกาภิวัฒน์ที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเดินทางไปมาหาสู่กันทั่วโลกได้ในระยะเวลาอันสั้น ทำให้แต่ละประเทศมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับโรคติดต่อมากขึ้น ทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ (emerging and re-emerging diseases) ตัวอย่าง เช่น การระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน (SARS) ไข้หวัดนก มาลาเรียดื้อยา เชื้อไวรัส MERS CoV เชื้อไวรัส Zika เป็นต้น และไม่เพียงแต่โรคติดต่อเท่านั้น การเข้าถึงสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่ง่ายขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease) เช่น โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารจานด่วน (fast food) ที่ประกอบด้วยแป้ง โซเดียมและน้ำตาลในปริมาณค่อนข้างสูง เป็นต้น

ประการที่สอง โลกาภิวัฒน์ได้ส่งผลต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเดินทางของผู้ป่วยในประเทศหนึ่งเพื่อไปรับบริการทางการแพทย์ในอีกประเทศหนึ่งที่มีค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่า (Medical Tourism) เป็นต้น ทำให้ประเทศที่ตั้งรับปลายทางมีความเสี่ยงในการรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เช่น กรณีผู้ป่วย MERS CoV จากประเทศแถบตะวันออกกลางในปี พ.ศ. 2558 และจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการสุขภาพในการรองรับการให้บริการทางการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติ เช่น ประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในระดับนานาชาติ (Medical Hub) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศ ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการทางการแพทย์มากกว่าปีละ 2 ล้านคน ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชนบทแบบสัมพัทธ์ เนื่องจากภาวะสมองไหลจากชนบทสู่เมืองใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาที่มีค่าตอบแทนต่ำกว่า ไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีรายได้ต่อหัวประชากรและค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สูงกว่า

ประการที่สาม การมีเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า และการค้าระหว่างประเทศอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้ประเทศต่างๆ มีการพัฒนาการเข้าถึงวัคซีน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ มากขึ้น แต่ขณะเดียวกันวัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ที่ค้นพบใหม่มีราคาแพงมากขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น นอกจากนี้ยังมีสินค้าที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า ที่เข้าไปทำการตลาด (marketing) ในหลายๆ ประเทศและก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประการที่สี่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีมากขึ้น ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ รวมทั้งอินเทอร์เน็ต ทำให้ประชาชนมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองต้องการและมีความคาดหวังต่อการให้บริการทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้มีการฟ้องร้องแพทย์สูงขึ้นด้วย

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในระบบสุขภาพโลกคือ บทบาทที่ลดลงของหน่วยงานระดับโลกด้านสุขภาพที่เคยมีความสำคัญทั้งในเชิงนโยบายและด้านการเงินอย่างเช่นองค์การอนามัยโลก หรือองค์การยูนิเซฟกลับมีบทบาทน้อยลงอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาขององค์การอนามัยโลกเอง โดยเฉพาะปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ และการดำเนินงาน

ภายใต้อิทธิพลของประเทศพัฒนาแล้ว เนื่องจากระบบงบประมาณต้องพึ่งพาการบริจาคจากประเทศพัฒนาแล้วเป็นหลัก ซึ่งล้วนแต่มีเงื่อนไขบังคับให้ดำเนินการตามประเด็นสุขภาพผู้บริจาคสนใจหรือให้ความสำคัญ ส่งผลให้เกิดหน่วยงานใหม่ๆ ที่เรียกว่า Global Health Initiative ขึ้นจำนวนมากกว่าร้อยองค์กร เพื่อทำหน้าที่แก้ไขปัญหาด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Roll Back Malaria (RBM), Stop TB Partnership และ the World Bank Multi- Country AIDS Program (MAP) ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีงบประมาณที่หลั่งไหลมาจากหลายทาง ดังแสดงในภาพที่ 10.1

ภาพที่ 10.1 หน่วยงานและองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพโลก

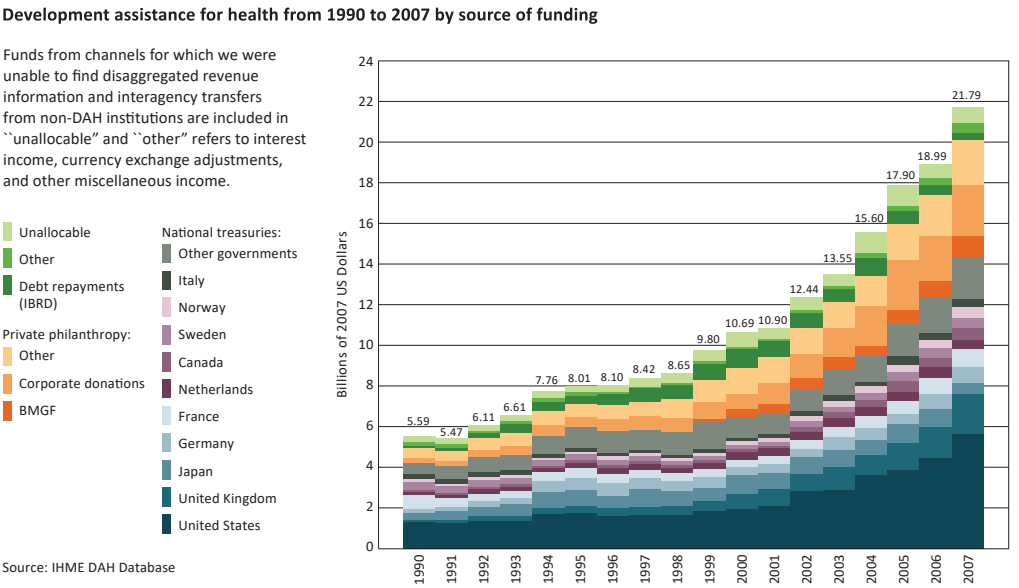
ที่มา: The Global Health Landscape

ในด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพโลก จากรายงานของ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington ในปีพ.ศ. 2552 พบว่า การให้การสนับสนุนแก่โครงการด้านสุขภาพเพิ่มจาก 5.6 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) เป็น 21.8 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ทั้งนี้อัตราการเติบโตของเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพมีการเติบโตอย่างค่อนข้างช้าในช่วงแรกระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2001 โดยใช้เวลาถึง 11 ปีในการเพิ่มจำนวนเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพเป็น 2 เท่า จาก 5.6 พันล้านเหรียญในปี ค.ศ. 1990 เป็น 10.9 พันล้านเหรียญในปี ค.ศ. 2001 แต่หลังจากนั้นอัตราการเติบโตของเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพได้เพิ่มเป็น 2 เท่า จาก 10.9 พันล้านเหรียญในปี ค.ศ. 2001 เพิ่มเป็น 21.8 พันล้านเหรียญ ในปี ค.ศ. 2007 โดยใช้เวลาเพียง 6 ปีในการเติบโต[3] (ภาพที่ 10.2) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของเงินสนับสนุนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการพัฒนาด้านสุขภาพระหว่างประเทศขององค์กรแหล่งทุนและองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ

เมื่อจำแนกตามแหล่งการคลังสุขภาพพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากในช่วงระยะเวลาเกือบสองทศวรรษดังกล่าว กล่าวคือ สัดส่วนของการให้ความช่วยเหลือแบบทวิภาคี (bilateral) ลดลงจากร้อยละ 46.8 ใน

ปี ค.ศ.1990 เหลือเพียงร้อยละ 27.1 ในปี ค.ศ. 2001 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34 ในปี ค.ศ. 2007 เนื่องจากการเปลี่ยนรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศของแหล่งทุน (donors) และแนวนโยบายของประเทศที่พัฒนาแล้ว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญขององค์กรใหม่ๆที่เกิดขึ้นและมีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพโลก ในขณะที่เงินสนับสนุนด้านสุขภาพผ่านหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก UNICEF UNAIDS UNFPA ลดลงจากร้อยละ 32.3 ในปี ค.ศ. 1990 เหลือเพียงร้อยละ 14.0 ในปี ค.ศ. 2007 ในทางตรงกันข้าม เงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพที่ผ่านช่องทางของหน่วยงานใหม่ๆ เช่น กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) และ GAVI เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากน้อยกว่าร้อยละ 1.0 ในปี ค.ศ. 2002 โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 8.3 และ ร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 2007 ตามลำดับ ซึ่งจากปรากฏการณ์ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและประสานงานกับองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพโลกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ภาพที่ 10.2 เงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2007 จำแนกตามแหล่งการคลังสุขภาพ

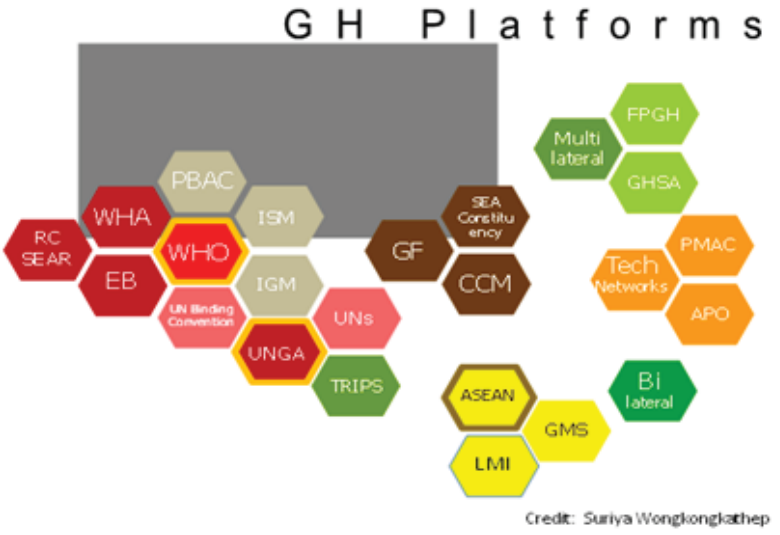


ที่มา: Financing Global Health 2009: Tracking Development Assistance for Health, IHME, University of Washington

4. บทบาทของประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก

ประเทศไทยมีทุนทางปัญญาและทุนทางสังคม ด้านการพัฒนาสุขภาพในประเทศในระดับสูง เช่น ความสำเร็จในด้านนโยบายประชากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรของระบบบริการสุขภาพ การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จ มีบทบาท ประสบการณ์และอิทธิพลในการกำหนดวาระและนโยบายสุขภาพโลก รวมทั้งระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคที่ค่อนข้างโดดเด่น ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยผ่านการทำงานร่วมกันอย่างเป็นพันธมิตรและมีประสิทธิภาพระหว่างภาคการต่างประเทศ การสาธารณสุขและอื่นๆ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นสมาชิกที่มีบทบาทเข้มแข็งในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health (FPGH) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 7 ประเทศ ได้แก่ บราซิล อินโดนีเซีย ฝรั่งเศส นอร์เวย์ เซนีกัล แอฟริกาใต้ และไทย, สมาชิกกลุ่มประเทศ ASEAN และสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อีกด้วย ทั้งนี้ เวทีด้านการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพระหว่างประเทศทั้งในระดับโลกและภูมิภาคสามารถเขียนเป็นแผนภาพดังภาพที่ 10.3

ภาพที่ 10.3 เวทีสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับโลกและภูมิภาค



ที่มา: Wongkongkathep (2015)

4.1 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับพหุภาคี (Multilateral cooperation)

4.1.1 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านองค์การอนามัยโลก

• เวทีองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ (WHO HQ Office) ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส ซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิกประมาณ 196 ประเทศ ตัวอย่างเช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly - WHA) ในเดือนพฤษภาคมของทุกปี, การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (WHO Executive Board Meeting) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและพฤษภาคมของทุกปี, การประชุมคณะกรรมาธิการบริหารแผนงานและงบประมาณ (Program Budget and Administrative Committee - PBAC) ซึ่งจะประชุมก่อนคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก, และคณะทำงานทางด้านวิชาการขององค์การอนามัยโลกในรายประเด็น เป็นต้น

• เวทีองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO South-East Asia Regional Office) ณ กรุงนิวเดลลี สาธารณรัฐอินเดีย ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกจำนวน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของประเทศไทยเช่น การประชุม Regional Committee meeting (RC), การประชุม Health Minister Meeting (HMM), และ การประชุมคณะทำงาน หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่เป็นภารกิจสำคัญ หรือประเด็นเร่งด่วนขององค์การอนามัยโลกหรือในระดับภูมิภาค เป็นต้น

• สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยผ่านโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategy - CCS)

4.1.2 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านองค์การสหประชาชาติ สำนักงานใหญ่ ณ กรุงนิวยอร์ค โดยผ่านเวทีการประชุม UN General Assembly (UNGA) หรือ การประชุมเกี่ยวกับหน่วยงานพิเศษภายใต้สหประชาชาติ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เช่น การประชุมระดับสูงด้านการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของ UNAIDS, การประชุมด้านปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอพยพย้ายถิ่นของ International Organization of Migration (IOM), การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติของ UNISDR, ประเด็นด้านสิทธิของผู้พิการภายใต้คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights Council - UNHRC) เป็นต้น

4.1.3 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านเครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community), ASEAN Plus Three, ASEAN-China, Lower Mekong Initiative (LMI), Greater Mekong Sub-region (GMS) เป็นต้น

4.1.4 ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ เช่น เครือข่าย 7 ประเทศของ Foreign Policy and Global Health (FPGH), กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM), เครือข่ายความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Agenda - GHSA), เครือข่ายด้านมาลาเรียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิค (APLMA) เป็นต้น

4.2 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับทวิภาคี (Bilateral cooperation) เช่น

• Thailand-Japan เช่น โครงการความร่วมมือด้านสาธารณสุขในประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, หรือการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่าน Japan International Cooperation Agency (JICA) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

• Thailand-US เช่น ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH-US CDC Collaboration)

• Thailand-CLMV countries อาทิเช่น Thailand-Cambodia, Thailand-Laos PDR, และ Thailand-Myanmar เป็นต้น

4.3 บทบาทของประเทศไทยผ่านประเด็นด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่มีความสำคัญ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage), กรณี Migrants' Health, การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อประสบภาวะภัยพิบัติ implementation of health aspects in the Sendai Framework on Disaster Risk Reduction (DRR), ประเด็นเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ (Anti-microbial Resistance - AMR), ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security) เป็นต้น

นอกจากการสนับสนุนด้านวิชาการและการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานในบางเวทีแล้ว ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนงบประมาณและเงินสมทบให้กับหน่วยงานองค์กรระหว่างประเทศที่มีภารกิจด้านสุขภาพระหว่างประเทศเป็นจำนวนเงินมากกว่า 100 ล้านบาทในทุกๆปี โดยมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 งบประมาณสนับสนุนองค์กรระหว่างประเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2549 - 2558

ลำดับที่	องค์กรระหว่างประเทศ	ปีที่เริ่มจ่าย (พ.ศ.)	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
1	องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)	2490	927,516 USD	927,516 USD	927,516 USD	731,565 USD	863,847 USD	970,640 USD	970,640 USD	970,640 USD	555,080 USD 520,665 CHF	555,080 USD 520,665 CHF
2	กองทุนระหว่างประเทศสำหรับเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children"s Fund: UNICEF)	2518	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท	1,600,000 บาท
3	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA)	2524	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	96,000 USD	150,000 USD
4	กองทุนโครงการวิจัยด้านการวางแผนครอบครัวขององค์การอนามัยโลก (UNDP/ UNFPA/ WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: HRP)	2521	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD	20,000 USD
5	สมาพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation: IPPF)	2517	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD	2,000 USD

ตารางที่ 10.2 งบประมาณสนับสนุนองค์กรระหว่างประเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2549-2558 (ต่อ)

ลำดับที่	องค์กรระหว่างประเทศ	ปีที่เริ่มจ่าย (พ.ศ.)	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
6	โครงการพิเศษขององค์การอนามัยโลกในด้านการวิจัยและฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคเมืองร้อน (WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Disease: TDR)	2535	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท
7	โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS)	2540	50,000 USD	50,000 USD	50,000 USD	50,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD
8	กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GF)	2546	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	-	1,500,000 USD	1,500,000 USD
9	คณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (International Committee of the Red Cross: ICRC)	2520	75,000 USD	75,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD
10	การประชุมภาคีสมาชิกใหญ่กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)	2549	25,929 USD	-	21,080 USD	-	25,093 USD	-	20,298 USD	-	27,740 USD	-
11	Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies	2555	-	-	-	-	-	-	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD

5. การพัฒนาศักยภาพของประเทศไทย

ด้วยเหตุผลที่ศักยภาพและอำนาจในการต่อรองในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศมีความแตกต่างกัน ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งโดยส่วนใหญ่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอิทธิพล และมีศักยภาพที่จะยึดกุมหน่วยงานหรือองค์กรระหว่างประเทศที่มีสิทธิในการออกเสียงมากกว่า หรือมีการกำหนดกติการะหว่างประเทศ เช่น สิทธิบัตรยา มาตรฐานของสินค้าด้านอาหารและยาและบริการสุขภาพ หรือกฎหมายระหว่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งอาจจะทำให้ประเทศกำลังพัฒนาเกิดการเสียเปรียบในเวทีการเจรจา จึงเป็นสาเหตุหลักของความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหารและนักวิชาการด้านสาธารณสุขในเวทีระดับโลก ตัวอย่างในอดีตที่ผ่านมา เช่น International Health Scholar (IH Scholar) ของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทยระดับนานาชาติ (Thai Health Global Link Initiative Program;TGLIP) เครือข่ายด้านสุขภาพระดับโลก (MAHIDOL UNIVERSITY OF GLOBAL HEALTH-MUGH) ของมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น

ตัวอย่างของหน่วยงานที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้นำสาธารณสุข ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ คือ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้มีการจัดตั้ง Mahidol University of Global Health (MUGH) เป็นคณะทำงานที่มีองค์ประกอบแบบสหวิชาชีพที่มีเป้าหมายเพื่อผลักดันนโยบายและความเคลื่อนไหวด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ[1] ครอบคลุมถึงกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์การอนามัยโลก ฯลฯ

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศของผู้บริหารและนักวิชาการผ่านกระบวนการฝึกอบรมและการประชุมประสานงานภายใต้โครงสร้างการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ

5.1 หลักการในการพัฒนาศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพของผู้นำ ในการบริหารงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ จำเป็นต้องยึดหลักการพัฒนาศักยภาพใน 4 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ระดับเครือข่าย และระดับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุน (Individual, Node, Network, and Environment; INNE) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่มีความจำเพาะและแตกต่างจากหลักสูตรการฝึกอบรมทั่วไปที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการสร้างผู้นำที่ทำงานสัมพันธ์กันเชิงแนวราบ เป็นความสัมพันธ์ใหม่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยถือหลักว่า ทุกคนมีศักดิ์ศรีมีคุณค่า และมีศักยภาพ สามารถเข้ามารวมกลุ่มร่วมคิดร่วมทำด้วยความเสมอภาค และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายเกิดเป็นโครงสร้างทางสังคมใหม่

Individual, Node, Network, and Environment หรือ INNE ประกอบด้วย

ระดับบุคคล (Individual; I) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในด้านทักษะ ศักยภาพในการเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความรับผิดชอบและได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม

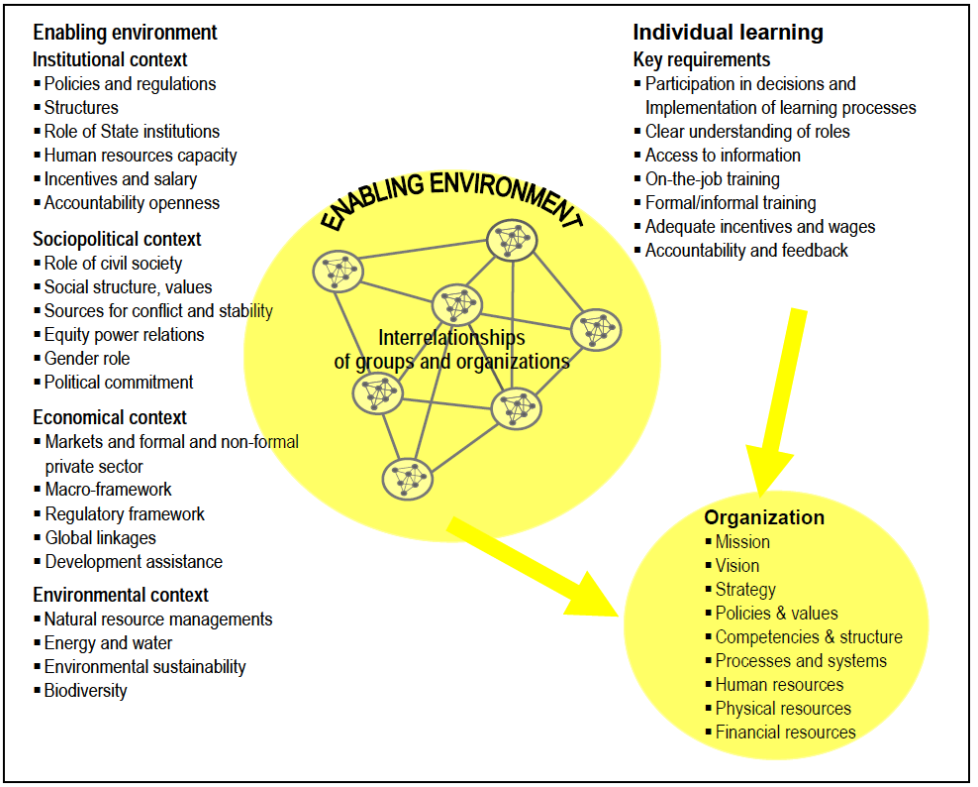
ระดับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Node; N) หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม และสามารถแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนและยุ่งยากได้มากขึ้น

ระดับเครือข่าย (Network; N) หมายถึง การสร้างเครือข่ายขององค์กรและหน่วยงานที่ทำงานในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เพื่อหนุนเสริมการทำงานและช่วยเหลือในการปิดจุดอ่อนของหน่วยงาน/องค์กรแต่ละแห่งได้ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่มีขนาดใหญ่และยุ่งยากซับซ้อนได้มากขึ้น

ระดับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุน (Environment; E) หมายถึง การมีนโยบายและกฎระเบียบที่สนับสนุนการทำงาน รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการใช้และพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญอย่างสูงสุด รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 10.4

1 http://www.mahidol.ac.th/en/news-2013/aug/MUGH/MUGH.html

ภาพที่ 10.4 ความสัมพันธ์ของการพัฒนาศักยภาพทั้ง 4 ด้าน



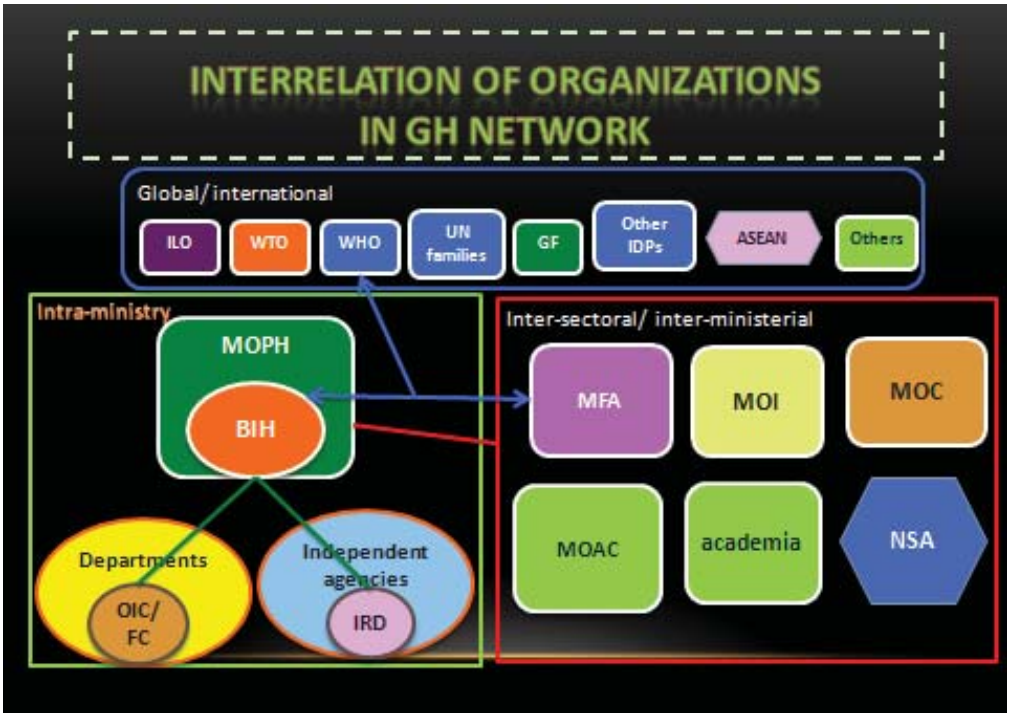
ที่มา: ดัดแปลงจาก UNDP Capacity Development, 1997[4]

6. การพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย

ด้วยเหตุผลที่ภารกิจด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น และครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (สรป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพโลกและในระดับภูมิภาค จำเป็นที่จะต้องพัฒนาและสร้างเครือข่ายการทำงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กับหน่วยงานที่เป็นกรมวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขผ่าน Office of International Cooperation (OIC) หน่วยงานวิชาการในมหาวิทยาลัยและนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรอิสระที่เกี่ยวข้อง กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงอื่นๆ (ภาพที่ 10.5) ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ทั้งนี้อาจมีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือทำงานรายประเด็นที่มีความสำคัญ เช่น คณะกรรมการด้านสุขภาพของ ASEAN, คณะทำงานด้าน Antimicrobial Resistance (AMR) หรือ คณะอนุกรรมการศึกษาผลกระทบของ TPP คณะทำงานว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (TBT working group) เป็นต้น

ภาพที่ 10.5 เครือข่ายการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กรกฎาคม พ.ศ. 2559[5]

7. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นโยบายการต่างประเทศผ่านกลไกสุขภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์สุขภาพผ่านกลไกการต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทยเพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประเทศและของโลก โดยเพิ่มบทบาทเชิงรุกในการสนับสนุนความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพคนไทย การเสริมบทบาทและภาพลักษณ์ของไทยในเวทีระหว่างประเทศ การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการให้และการรับประโยชน์จากประชาคมอาเซียน และการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ฯ นี้จะเป็นกรอบการทำงานขับเคลื่อนร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาในลำดับต้นๆ ที่มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวสำเร็จ

8. ตัวอย่างข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศกับผลกระทบด้านสุขภาพ กรณี TPP

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership: TPP) เป็นความตกลงเปิดเสรีทางเศรษฐกิจที่มีมาตรฐานสูง ครอบคลุมทั้งในด้านการเปิดตลาดการค้าสินค้า การค้าบริการ และการลงทุน ตลอดจนการปฏิรูป (reform) และการสร้างความสอดคล้อง (harmonization) ในกฎระเบียบทางเศรษฐกิจ โดยมีประเทศสมาชิก 12 ประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ ชิลี เปรู เม็กซิโก สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และเวียดนาม โดยผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP รวม มีมูลค่า 28.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ คิดเป็นร้อยละ 38 ของ GDP โลก ในปีพ.ศ. 2557 มูลค่าการค้าระหว่างไทยกับสมาชิก TPP มีสัดส่วนร้อยละ 38.5 ของการค้ารวมของไทย ไทยส่งออกไปตลาด TPP คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.4 ของการส่งออกไทยไปโลก และไทยนำเข้าจากประเทศสมาชิก TPP คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 36.6 ของการนำเข้าไทยจากโลก

ประเทศสมาชิกได้สรุปผลความตกลง TPP เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ณ เมืองแอตแลนตา มลรัฐจอร์เจีย สหรัฐอเมริกา และเผยแพร่ข้อบทความตกลง (Full Text) รวมทั้งสิ้น 30 ข้อบท เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 โดยสมาชิกทุกประเทศจะต้องดำเนินกระบวนการภายในก่อนลงนาม และกำหนดวันใช้บังคับความตกลงต่อไป ซึ่งล่าสุดประเทศสมาชิก TPP ได้ประกาศว่าจะร่วมกันลงนามความตกลงในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ณ ประเทศนิวซีแลนด์

หากประเทศไทยจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกความตกลง TPP อาจส่งผลเชิงบวกต่อเศรษฐกิจไทย แต่อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปสูงที่ผลิตภัณฑ์และบริการอย่างน้อย 8 กลุ่ม จะได้รับผลกระทบเชิงบวกและลบจาก TPP ได้แก่ ภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทย ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง อาหาร ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบริการสุขภาพ

8.1 ผลกระทบของ TPP ต่อระบบสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์และบริการที่จะได้รับผลกระทบจาก TPP มีอย่างน้อย 8 กลุ่ม ได้แก่ ภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทย ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง อาหาร ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบริการสุขภาพ โดยมีทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบดังนี้

ผลกระทบด้านบวก

ความตกลงฯ เป็นปัจจัยภายนอกที่จะช่วยยกระดับมาตรฐาน คุณภาพ และกระบวนการดำเนินงานสำหรับผลิตภัณฑ์และหน่วยงานรับผิดชอบให้เป็นมาตรฐานระหว่างประเทศ

ผลกระทบด้านลบ

- การกำหนดนโยบายขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากกระบวนการนโยบายถูกกำกับโดยความตกลง TPP
- ค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการผูกขาดตลาดยาผ่านระบบสิทธิบัตรและข้อมูลการขึ้นทะเบียนยา
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพคนไทยและความสูญเสียทางเศรษฐกิจจะเพิ่มขึ้นจากความตกลง TPP ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ขีดความสามารถในการแข่งขันทางการค้ากับผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิก TPP ในกลุ่มธุรกิจ ปศุสัตว์ สมุนไพร ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ อาจจะไม่สามารถแข่งขันได้ โดยเฉพาะธุรกิจขนาดกลางและย่อมของคนไทย เนื่องจากศักยภาพและขนาดของทุนเพื่อยกระดับมาตรฐานและเทคโนโลยีน้อยกว่าบริษัทข้ามชาติมาก

มาตรการเตรียมการรองรับ/ป้องกัน

- การเจรจาต้องกำหนดข้อสงวนหรือเงื่อนไข (ในส่วนที่ทำได้) ให้เกิดผลกระทบทางลบน้อยที่สุด
- เร่งรัดยกระดับมาตรฐาน คุณภาพ และกระบวนการดำเนินงานของภาครัฐโดยเร็ว
- สนับสนุนให้ภาคเอกชนไทยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันโดยการพัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม
- นำผลได้ทางเศรษฐกิจที่ได้จากความตกลง TPP มาใช้พัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชน และบรรเทาผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพต่างๆ

9. บทสรุป

จากบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และการทวีความสำคัญของระบบสุขภาพโลก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและมีการเตรียมการด้านกำลังคนและพัฒนาศักยภาพของประเทศในงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งต้องมีการจัดทำและดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก รวมทั้งเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด