

ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ

นิธิ ละเอียดดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

2562

Legal Problems of Foreign Medicine Practitioner

Nithi Laieddee

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws**

Department of Law

Pridi Bhanomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2019



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ

เสนอโดย นายนิธิ ละเอียดดี

สาขาวิชา นิติศาสตร์

หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภทร์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภทร์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกป้อง ศรีสนิท)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์อัจฉริยา ชูตินันท์)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว

.....คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนชื่อสกุล)

วันที่ ๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ
ชื่อผู้เขียน	นิธิ ละเอียดดี
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณนารถ
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ ศึกษาความจำเป็นที่ต้องอาศัยแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนและอุปสรรค เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย วิเคราะห์ปัญหากฎหมายของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยและนำเสนอมาตรการทางกฎหมายเพื่อพัฒนาให้แพทย์ต่างชาติสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ด้วยความสะดวก เพื่อความจำเป็นและประโยชน์ของประเทศ

โดยศึกษาจากกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของไทยและต่างประเทศ และนำผลที่ได้ไปเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ

จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีความจำเป็นที่มีความจำเป็นที่จะต้องการแพทย์ต่างชาติในการเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย จากสาเหตุทั้งนโยบายศูนย์กลางการรักษาพยาบาล (Medical Hub) และการขาดแคลนของแพทย์ไทยในระบบสาธารณสุข แต่กฎหมายและกฎระเบียบของประเทศไทยยังเป็นอุปสรรคต่อแพทย์ต่างชาติทั้งในด้านการเข้าเมือง การขอใบอนุญาตทำงาน การขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การตั้งสถานพยาบาล และยังไม่มีความหมายในการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว สำหรับกรณี เช่น การรักษาผู้ป่วยรายบุคคลหรือการติดตามมาดูแลนักกีฬาที่เข้ามาทำการแข่งขันกีฬา

จากการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ ทั้งของกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร ราชอาณาจักรสวีเดน สมาพันธรัฐรัสเซีย สาธารณรัฐสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกา พบว่า ทุกประเทศล้วนมีการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

ด้วยเหตุนี้ข้อมูลจากประเทศที่ศึกษามาดังกล่าวข้างต้นมีประโยชน์ที่นำมาพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติให้เหมาะสมกับแนวคิดเสรีทางการเคลื่อนย้ายแรงงานกับหลักทฤษฎีของกฎหมายรวมถึงข้อตกลงระหว่างประเทศ เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย



Thesis Title	Legal Problems of Foreign Medicine Practitioner
Author	Nithi Laieddee
Advisors	Assistant Professor Dr. Thanee Voraputr
Program	Law
Academic Year	2018

ABSTRACT

The purposes of this thesis were to study legal issues related to the practicing of foreign medicine practitioners, the need for foreign medicine practitioners to practice medicine in Thailand, problems with procedure and barrier of entry to practicing medicine in Thailand, analyze the legal problems of allowing foreign medicine practitioners to practice medicine in Thailand and propose legal measures to develop Thailand 's law to provide foreign medical practitioners to practice medicine in Thailand for the needs and benefits of the country.

By study the laws which related to the license to practice medicine in Thailand and abroad. The results will be used as a suggestion for improve the laws which relate to foreign medicine practitioners.

The study found that Thailand is necessary to have the need for foreign medicine practitioners to practicing the medicine profession in Thailand. The causes of both the government 's medical hub policy and the shortage of Thai doctors in the public health system.

However, Thai laws and regulations also hinder foreign medicine practitioners from obtain visa and work permit, obtain a medical license, establish a clinic and there is no law to allow foreign medicine practitioners to temporarily practice medicine, for example, individual patient treatment or follow-up care for sports athletes.

The study of the law of the medical practice in the European Union, United Kingdom, Kingdom of Sweden, Russian Federation, The Republic of Singapore and the United States of America have found that every country has the law to allow foreign medicine practitioners to practice medicine. Both in the public and private sectors.

For this reason, data from the above-mentioned countries are useful to develop and improve the law on the medical practicing of foreign medicine practitioners in line with the

concept of labor mobility and international agreement. To solve the problem and develop the health care system of Thailand.



ไม่มีเอกสารจากต้นฉบับ
หน้า คณิตกรรมประกาศ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๖
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญตาราง	๘
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	16
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	17
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	17
1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา.....	18
1.6 นิยามศัพท์.....	18
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
2. แนวคิดทฤษฎี ข้อมูลทางการแพทย์และกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย.....	19
2.1 ความหมายของวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย.....	19
2.2 ความเป็นมาของการประกอบวิชาชีพแพทย์และการควบคุมการประกอบวิชาชีพ	20
2.3 ความเป็นมาของการการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย.....	22
2.4 ขั้นตอนการฝึกอบรมแพทย์ในประเทศไทย.....	24
2.5 กฎหมายเกี่ยวกับการขอรับใบอนุญาตและการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย.....	26
2.6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ชาวต่างชาติในประเทศไทย.....	29
2.7 กฎหมายเกี่ยวกับการจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทย.....	32
2.8 กฎหมายเกี่ยวกับการเข้าเมืองของคนต่างด้าว.....	33
2.9 กฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.10 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี.....	34
2.11 ความเป็นมาของการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี.....	40
2.12 การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพอย่างเสรีในอาเซียน.....	52
3. กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในต่างประเทศ	60
3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์จากประเทศสมาชิก ในสหภาพยุโรป.....	60
3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศส หราชอาณาจักร.....	66
3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศ ราชอาณาจักรสวีเดน.....	71
3.4 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศ สหพันธรัฐรัสเซีย.....	74
3.5 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในประเทศสาธารณรัฐ สิงคโปร์.....	79
3.6 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในประเทศ สหรัฐอเมริกา.....	82
4. วิเคราะห์ปัญหาของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย	86
4.1 ความจำเป็นของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในประเทศไทยในสถานพยาบาลเอกชน.....	86
4.2 ความจำเป็นของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว ในประเทศไทย.....	89
4.3 วิเคราะห์ข้อดีของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวช กรรมในประเทศไทยได้.....	90
4.4 วิเคราะห์ข้อเสียของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวช กรรมในประเทศไทยได้และวิธีป้องกัน.....	92

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.5 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยเป็นการ ทั่วไป.....	95
4.6 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีฉุกเฉินของแพทย์ ต่างชาติในประเทศไทย.....	98
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	104
5.1 บทสรุป.....	104
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	109
ประวัติผู้เขียน.....	119



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 สรุปจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2546 –2557.....	3
1.2 จำนวนโรงพยาบาล/คลินิกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI.....	5
1.3 อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร ปี พ.ศ. 2552-2557.....	7
4.1 เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศ.....	98



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของรัฐบาลไทย เป็นนโยบายที่ประกาศใช้โดยรัฐบาลไทยเมื่อปี 2546 จุดเริ่มของนโยบายนี้มาจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำจากวิกฤติเศรษฐกิจในปี 2540 ทำให้รัฐบาลไทยโดยกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์จึงได้พยายามผลักดันส่งเสริมการหารายได้เข้าประเทศจากบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งต่อมาภายใต้นโยบายนี้ได้ถูกกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นที่การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมสถานพยาบาลเอกชนของไทยด้านการจัดบริการสุขภาพ การพัฒนาบริการรักษาพยาบาล การพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์ การพัฒนายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ ซึ่งนโยบายดังกล่าวเน้นประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง เนื่องจากประเทศไทยมีข้อได้เปรียบหรือจุดแข็งของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย อันประกอบด้วย ความสามารถในการรักษาของแพทย์ไทย ราคาไม่แพงหากเปรียบเทียบกับระดับมาตรฐานการรักษาเดียวกัน ไทยถือว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาสูงติดอันดับโลก ในขณะที่ราคาสามารถเทียบเคียงได้กับอินเดียเท่านั้น นอกจากนี้เรื่องของการให้บริการทางการต้อนรับ (Hospitality) อันเป็นลักษณะที่ดีของคนไทย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของไทยเป็นจึงเป็นที่ชื่นชอบของชาวต่างชาติมาก ในเรื่องของความเป็นมิตรในการให้บริการ ตลาดกลุ่มสินค้าและธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทย จึงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีมูลค่าไม่ต่ำกว่า 107,000 ล้านบาท และคาดว่าจะขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนเปลี่ยนแปลงจากการให้บริการกลุ่มลูกค้าภายในประเทศไปสู่กลุ่มนักท่องเที่ยวต่างชาติซึ่งมีกำลังซื้อมากกว่า ทำให้เกิดการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) ซึ่งในหลายประเทศ มีการจัดให้ผู้ป่วยไปรับบริการด้านการแพทย์หรือด้านสุขภาพในประเทศอื่นที่มีบริการที่มีคุณภาพสูงกว่า หรือมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าหรือเสียเวลารอรับบริการน้อยกว่า และในบางกรณีก็มีการผสมผสานบริการด้านการรักษาพยาบาลและการพักผ่อนกับการท่องเที่ยว เนื่องด้วยเหตุที่ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่

เป็นที่นิยมของชาวต่างชาติ ประกอบกับการที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่เปิดโอกาสให้ชาวต่างชาติเข้ามาลงทุนและทำงานอย่างกว้างขวางอยู่แล้ว รวมทั้งการมีค่าครองชีพที่ถูกทำให้สามารถดึงดูดผู้ที่เกษียณอายุมาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย โดยกลุ่มลูกค้าสำคัญของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือเชิงสุขภาพ คือกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อสูง เช่น ยุโรป ญี่ปุ่น และตะวันออกกลาง การปรับเปลี่ยนดังกล่าวยังทำให้เกิดการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในด้านจำนวน สิทธิแพทย์ กำไร และราคาหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ของบริษัทมหาชนที่ประกอบธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน โดยมีอัตราการเติบโตของรายได้โดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 11 ต่อปี แต่เฉพาะในส่วนของผู้ป่วยต่างชาตินั้น เติบโตมาโดยต่อเนื่องถึงร้อยละ 15 ต่อปี¹ โดยประเทศไทยนั้น มีคู่แข่งซึ่งอยู่ในระดับเดียวกัน เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ อิสราเอลและรัสเซีย

ตามตารางข้อมูลจากตารางที่ 1 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติรวม 1.2 ล้านครั้ง²

¹ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, “Medical Tourism ยังโตต่อเนื่อง ... เปิดโอกาส โรงพยาบาลเอกชนขยายฐานลูกค้าต่างชาติ (กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2721),” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก<https://www.kasikornresearch.com/th/k-econanalysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=35123>

² ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตารางที่ 1

ตารางที่ 1.1 สรุปจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2546 –2557

พ.ศ.	จำนวน (ครั้ง)
2546	973,532
2547	1,103,095
2548	1,249,948
2549	1,330,000
2550	1,373,807
2551	1,363,295
2552	695,779
2553	934,587
2554	954,107
2555	1,127,755
2556	1,426,159
2557	1,200,000

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

โดยในปี 2561 ศูนย์วิจัยกสิกรไทยได้ประเมินว่า จำนวนผู้รับบริการทางสาธารณสุขที่เป็นชาวต่างชาติ จะเพิ่มจำนวนเป็น 3.42 ล้านครั้ง โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) 2.5 ล้านครั้ง และกลุ่มชาวต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทย หรือ Expat 9.2 แสนครั้ง ตลาดสำคัญเปลี่ยนเป็นลูกค้าชาวเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น เมียนมา กัมพูชา และจีน ซึ่งจะเข้ามาชดเชยรายได้จากกลุ่มคนไข้จากตะวันออกกลางที่มีจำนวนลดลงต่อเนื่องและมีแนวโน้มหดตัว อย่างไรก็ตามกลุ่มตะวันออกกลางยังคงครองส่วนแบ่งสูงสุดที่ 12.5% รองลงมาคือเมียนมา 8.7% สหรัฐอเมริกา 6.2% สหราชอาณาจักร 5% ญี่ปุ่น 4.9% และกัมพูชา 2.2%

สำหรับกลุ่มที่น่าจะต่อยอดและขยายตลาดได้ดีคือนักท่องเที่ยวชาวจีน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะทะลุ 10 ล้านคนในปี 2561 นี้ แต่สัดส่วนของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพชาวจีนเมื่อเทียบกับนักท่องเที่ยวจีนทั้งหมดที่มาไทยยังถือว่าไม่สูงนัก มีเพียง 6% หรือกว่า 4 หมื่นรายเท่านั้น ทั้งที่การให้บริการด้านการแพทย์ในประเทศจีนยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ คาดว่านักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจีนที่เดินทางไปทั่วโลกจะขยายตัวถึง 6.5 แสนรายในปีนี้ โดยประเทศยอดนิยมสำหรับบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และมาเลเซีย จึงยังมีโอกาสอีกมากของผู้ประกอบการ

ไทยที่จะขยายตลาดนี้ โดยเฉพาะบริการสำหรับผู้มีบุตรยาก บริการด้านความงาม บริการด้านทันตกรรม และบริการสุขภาพเชิงบำบัด

ขณะที่กลุ่มคนไข้คนไทยยังเผชิญกับปัญหาเรื่องกำลังซื้อและการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลที่สูงมากขึ้น แม้จะมีโอกาสจากกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศที่ต้องการบริการด้านการแพทย์มากขึ้น แต่ผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีระดับรายได้ที่ไม่สูงมากนัก โดยกลุ่มเป้าหมายสำคัญคือผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 1 แสนบาทต่อปีขึ้นไปที่ต้องการบริการที่รวดเร็วและสะดวกสบายจากโรงพยาบาลเอกชนภายใต้งบประมาณที่ไม่สูงเกินไป คาดว่าโดยภาพรวมโรงพยาบาลที่เน้นทำตลาดกลุ่มคนไทยจะขยายตัว 7-9% ในปี 2561³

จากการขยายตัวของจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติ ทำให้โรงพยาบาลในประเทศไทยเกิดการเติบโตเป็นอย่างมาก มีการสร้างและปรับปรุงโรงพยาบาลในระดับตลาดบนซึ่งมีเป้าหมายกลุ่มลูกค้าเป็นผู้มีรายได้สูงหรือชาวต่างชาติโดยต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลของประเทศไทย ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในโลกในปี พ.ศ.2557 ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์⁴

ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2559 ประเทศไทยมีสถานพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานนานาชาติแบบ JCI (Joint Commission International) จำนวน 53 แห่ง ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติจากสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยได้เริ่มมีการรับรองมาตรฐานนี้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 โดยโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์เป็นแห่งแรกที่ได้รับการรับรองประเภท Hospital care International Clinic เกาะช้าง จังหวัดตราด เป็นแห่งแรกที่ได้รับการรับรองประเภท Ambulatory care โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 เป็นแห่งแรกที่ได้การรับรองประเภท Long term care และ Home care โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชารุณย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกที่ได้รับการรับรองประเภท Hospital Care รวมทั้งโรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลภาครัฐแห่งแรกที่ได้รับการรับรองประเภท academic medical center hospital program ดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 2 จำนวนโรงพยาบาล/คลินิกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁵

³ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, “ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนปี’61 โอกาสขยายฐานลูกค้า Medical Tourism ผู้ตลาดนักท่องเที่ยวจีน (กระแสทรนคณ์ ฉบับที่ 2912),” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2561, จาก <https://www.kasikomresearch.com/th/keconanalysis/pages/ViewSummary.aspx?docid=35123>

⁴ Diana Hubbell, “PATIENTS WITHOUT BORDER,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2561, จาก <https://www.bumrungrad.com/BIHFiles/BIHSite/de/dea21413-345c-4d06-b6b9-4e21b713157d.pdf>

⁵ ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตารางที่ 3

ตารางที่ 1.2 จำนวนโรงพยาบาล/คลินิกที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI

ประเภท	กรุงเทพมหานคร	ต่างจังหวัด
Hospital Care	21	20
Ambulatory Care	5	4
Long Term Care	1	-
Home Care	1	-
academic medical center hospital program	-	1

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ผลการจัดอันดับมหาวิทยาลัยสาขาการแพทย์ที่ดีที่สุด 10 อันดับของโลกในปี 2557
 ดังนี้ Harvard University/ University of Oxford/ University of Cambridge/ Johns Hopkins
 University/ Stanford University/ University of California, San Francisco (UCSF) /University of
 California, Los Angeles (UCLA)/ Yale University/ Karolinska Institute และ University College
 London ทั้งนี้มหาวิทยาลัยของประเทศไทยที่มีชื่อเสียงผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพติดอันดับโลก
 ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหิดล (อันดับที่ 61) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อันดับที่ 152) จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย (อันดับที่ 153) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (อันดับที่ 383) และ
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (อันดับที่ 391)

จากการขยายตัวของตลาดผู้ป่วยชาวต่างชาติ ทำให้เกิดความต้องการในแรงงานผู้
 ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชาวต่างชาติมากขึ้น ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

ข้อ 1. แพทย์ไทยมีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ เนื่องจากประเทศไทยใช้
 ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ และภาษาต่างประเทศที่คนไทยพอจะสามารถใช้สื่อสารได้ดีนั้นมีเพียง
 ภาษาอังกฤษ แต่ผู้รับบริการชาวต่างชาติบางกลุ่มนั้น มาจากประเทศที่มีได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก
 เช่น ตะวันออกกลาง ญี่ปุ่น เมียนมา กัมพูชา เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการนั้น
 มีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องสื่อสารกันให้เข้าใจ เพื่อลดความผิดพลาดในการรักษาอัน
 เนื่องมาจากการสื่อสาร

ส่วนการใช้ล่ามในการแปลการสื่อสารระหว่างการรักษานั้น มิได้แก้ปัญหาดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ เพราะการแพทย์นั้นเป็นศาสตร์ที่มีการใช้ศัพท์เทคนิคและต้องการทักษะในการสื่อสารอย่างมาก และเป็นการสื่อสารทั้งสองทาง ในด้านของการแปลคำพูดของผู้รับบริการให้แพทย์ฟังนั้น อาจจะมิได้เกิดปัญหามากเพราะเป็นการแปลคำพูดที่ใช้ศัพท์ธรรมดาให้แพทย์ทราบ แต่ในด้านการแปลคำพูดของแพทย์กลับไปยังผู้รับบริการนั้นจะเกิดปัญหามาก เพราะล่ามจำเป็นต้องมีความรู้ในทางการแพทย์เพียงพอที่จะสามารถแปลได้ถูกต้อง และแพทย์เองก็ไม่อาจทราบได้ว่า ล่ามแปลคำพูดของตนถูกต้องหรือไม่

ในปัจจุบัน สถานพยาบาลในประเทศไทยซึ่งมีเป้าหมายในการให้บริการชาวต่างชาติกลุ่มนี้ มีความต้องการในการจ้างงานแพทย์ชาวต่างชาติจากประเทศของผู้รับบริการมาให้บริการโดยเฉพาะ

ข้อ 2. ประเทศไทยมีความต้องการการให้บริการของแพทย์ต่างชาติในลักษณะการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทปฐมภูมิ(คลินิกโรคทั่วไป) โดยเฉพาะจากประเทศที่มีแรงงานต่างด้าวมาอาศัยในประเทศไทยมาก เช่น เมียนมาร์ กัมพูชาและลาว โดยความต้องการอย่างมากสถานพยาบาลปฐมภูมิจะมีในเขตพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่มาก เช่น จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น

ข้อมูลจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน มีแรงงานต่างด้าวสัญชาติ เมียนมาร์ กัมพูชาและลาว ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยโดยถูกกฎหมายประมาณ 2,120,000 คน⁶

การจัดตั้งสถานพยาบาลปฐมภูมิ จะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลของรัฐในการรับผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวได้อย่างมาก และเป็นการสร้างไว้ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการได้รับการรักษาพยาบาล

การมีแพทย์อยู่ในชุมชนยังเป็นประโยชน์ในทางสาธารณสุข เพราะผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวบางคนอาจจะเป็นพาหะนำโรคซึ่งเป็นอันตรายและไม่ได้พบการระบาดในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้วมาแพร่ระบาดได้ ซึ่งแพทย์ต่างชาติที่อยู่ในชุมชนจะสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือหน่วยงานทางสาธารณสุขในการควบคุมการระบาดได้

ข้อ 3. การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทยมาจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตามหลักการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้ความต้องการแพทย์ในภาครัฐเพิ่มสูงขึ้น

⁶ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน, “สถิติคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร เดือนกันยายน ปี 2561,” สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2561, จาก https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/1b959f650b3fa91e14aa0feef3803e9a.pdf

โดยนับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 มีการจัดตั้งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการบัญญัติกฎหมาย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทำให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยในปี 2559 ประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวน 48.37 ล้านคน⁷

นอกจากนั้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยจากสังคมวัยทำงานไปสู่สังคมผู้สูงอายุ เพราะอัตราการเกิดของประชากรไทยนั้นน้อยลง โดยคาดการณ์ว่าในปี 2561 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ(ประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี) ในอัตราร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ⁸

การที่แพทย์ซึ่งมีจำนวนน้อยแต่ความต้องการสูง ทำให้เกิดปัญหาการลาออกของแพทย์ในภาครัฐ ไปสู่ภาคเอกชนเนื่องจากในภาครัฐนั้น แพทย์มีภาระงานที่หนักกว่า แต่ได้ค่าตอบแทนน้อยกว่าภาคเอกชนมาก ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ในภาครัฐและนำมาสู่การเพิ่มจำนวนของความผิดพลาดในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบสาธารณสุขและประชาชนทั่วไปเป็นอย่างมาก

ในปี 2560 ประเทศไทยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในจำนวนดังแสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 3 อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร ปี พ.ศ. 2552-2557 ของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1.3 อัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร ปี พ.ศ. 2552-2557 (หน่วย : 1 คนต่อประชากร)⁹

ปีพ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	พยาบาลเทคนิค
2552	3,324	14,833	8,253	624	7,673

⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx

⁸ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, “ปี 61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/37506.html>

⁹ ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ.2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตารางที่ 8

2553	2,893	13,252	7,087	531	6,903
2554	2,535	11,244	6,425	498	7,472
2555	2,533	11,233	6,465	495	15,430
2556	2,521	10,580	6,352	503	9,867
2557	2,125	9,876	5,462	433	7,425

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนข้อมูลจากแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 ประเทศไทยมีแพทย์ที่ติดต่อดี จำนวน 52,845 คน¹⁰ คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากรไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 ซึ่งมีจำนวน 66,188,503 คน¹¹ เป็นอัตราส่วน แพทย์ต่อประชากร อยู่ที่ 1:1252 คน เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา อยู่ที่ 1:456 คน¹² ญี่ปุ่น 1:434 คน เยอรมัน 1:243 คน และกับ ประเทศที่เป็นคู่แข่งของประเทศไทยในด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น มาเลเซีย 1:666 คน สิงคโปร์ 1:440 อิสราเอล 1:285 คน รัสเซีย 1:256 คน¹³ ก็พบว่าประเทศไทยนั้น ยังมี สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรน้อยกว่ามาก

กระทรวงศึกษาธิการ มีแผนการผลิตแพทย์ตลอดโครงการ 4,038 คน และส่วนของ กระทรวงสาธารณสุขมีแผนการผลิตตลอดโครงการ 5,001 คน

ข้อมูลจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 -2560 ตั้งเป้าไว้ว่า จะผลิตแพทย์ให้ได้สัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 1,500 คน ภายในปี พ.ศ. 2565¹⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า จำเป็นต้องมีการวางแผนการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอและตรงกับความต้องการของประเทศ รวมทั้งมีมาตรฐานการผลิตตามเกณฑ์ที่กระทรวงศึกษาธิการและสภาวิชาชีพ

¹⁰ แพทยสภา, “สถิติแพทย์,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก http://www.tmc.or.th/pdf/01_stat_med2560.pdf

¹¹ กรมการปกครอง, “ระบบสถิติทางทะเบียน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php

¹² Bureau of labor statistics United states department of labor, “Physicians and Surgeons number of jobs,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561 จาก <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm#tab-1>

¹³ World Health Organization, “Density of physicians,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/

¹⁴ กระทรวงศึกษาธิการ, “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 -2560,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก http://www.moe.go.th/data_stat/

กำหนด โดยข้อมูล ณ ปีพ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีสถิติการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมประมาณ 2,700 คน/ปี¹⁵

ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ การเพิ่มจำนวนแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย สามารถลดความขาดแคลนแพทย์ในระบบเพื่อบรรเทาปัญหาการแย่งตัวแพทย์ในประเทศไทยได้

ข้อ 4. ประเทศไทยยังมีความต้องการแพทย์เฉพาะทางในบางสาขาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการที่รัฐบาลดำเนินนโยบายไปในทางที่สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีความต้องการแพทย์และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษเฉพาะทาง เพื่อเป็นจุดดึงดูดผู้ป่วยให้เลือกเข้ามารักษากับสถานพยาบาลนั้น ๆ ในขณะเดียวกัน แพทย์ก็มีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาที่เป็นที่ต้องการของภาคเอกชน ซึ่งนำมาสู่ความง่ายในการหางานและค่าตอบแทนที่สูงขึ้นอย่างมาก ซึ่งการศึกษาต่อเฉพาะทางของแพทย์นั้น อาจจะต้องใช้เวลาถึงกว่า 10 ปี ในบางสาขาวิชา ซึ่งทำให้การผลิตแพทย์เฉพาะทางของประเทศไทยนั้นไม่เพียงพอต่อความต้องการของสถานพยาบาล โดยเฉพาะในสาขาประเภทที่ 1 ของประกาศแพทยสภา เรื่องการกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน¹⁶ ซึ่งข้อมูลในปี 2561 สาขาขาดแคลนได้แก่ พยาธิวิทยากายวิภาค, พยาธิวิทยาคลินิก, พยาธิวิทยาทั่วไป, เวชศาสตร์บริการ โลหิต และเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁷ ซึ่งการนำแพทย์ต่างชาติเข้ามาทดแทนในสาขาที่ขาดแคลน จะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ได้

ประเทศไทยได้เข้าร่วมในเวทีการเจรจาการค้าโลกทั้งระดับพหุภาคี ทวิภาคี และกรอบภูมิภาค ทั้งนี้ กรอบความร่วมมือที่สำคัญมากและใกล้ชิดไทยเป็นอย่างยิ่ง คือ การเข้าร่วมเป็นสมาชิก กลุ่มประเทศอาเซียน โดยตกลงที่จะก้าวเป็นประชาคมอาเซียน (AC) ในปี พ.ศ. 2558 ใน 3 เสาหลัก คือ ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน (APSC) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) และประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASCC) เพื่อรองรับประชากรราว 590 ล้านคน (ร้อยละ 9 ของประชากรโลก) ในลักษณะทำให้เกิดตลาดและฐานการผลิตเดียว/ มีขีดความสามารถ

¹⁵ แพทยสภา, “แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2539-2560,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc02-14022018.pdf>

¹⁶ แพทยสภา, “ประกาศแพทยสภาที่ 89/2560 เรื่องการกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาประเภทที่ 1 และ 2 ประจำปีการศึกษา 2561,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-23-07-2015-001.pdf>

¹⁷ แพทยสภา, “Density of physicians,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก https://tmc.or.th/pdf/files_tmc1-2_2561_29-09-2560.pdf

ในการแข่งขันสูง/ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่เท่าเทียมกัน/ บูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลกได้อย่างสมบูรณ์ รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมาย AEC 2025 ร่วมกัน ประกอบด้วย เศรษฐกิจมีการรวมตัวและเชื่อมโยงในระดับสูง/ มีความสามารถในการแข่งขัน/ มีนวัตกรรมและมีพลวัต/ ส่งเสริมการเชื่อมโยงและการรวมตัวรายสาขา/ มีความสามารถในการปรับตัว ครอบคลุมทุกภาคส่วน และมีประชาคมเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการเป็นส่วนสำคัญของประชาคมโลก¹⁸

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์ ประเทศไทยและประเทศอื่นใน AEC ได้บรรลุข้อตกลงยอมรับร่วม (Mutual Recognition Arrangement หรือ คำย่อว่า MRA) ในการเคลื่อนย้ายบุคลากรวิชาชีพในสาขาสุขภาพ 3 สาขา คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และ พยาบาล โดยมีหลักการอนุญาตให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สามารถขออนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนได้ ซึ่งอาจนำมาสู่การเคลื่อนย้ายของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่มีความต้องการสูง และขาดแคลน จนอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศได้ เนื่องจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญของไทยเลือกที่จะไปทำงานในประเทศที่ให้ผลตอบแทนสูงมากกว่า เช่น สิงคโปร์ แต่ในทางกลับกัน สถานพยาบาลของไทยก็ไม่ประสงค์ที่จะนำแพทย์จากประเทศในอาเซียนที่มีการพัฒนาด้านการแพทย์น้อยกว่าไทยมาทำงานในประเทศ

สถิติการเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยนั้น ข้อมูลจากแพทยสภา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 มีแพทย์ไทยประกอบวิชาชีพอยู่ ณ ต่างประเทศจำนวน 466 คน¹⁹ แต่มีจำนวนแพทย์ต่างชาติซึ่งมิได้มีสัญชาติไทยที่จบการศึกษาจากสถาบันในต่างประเทศและมาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยจำนวน 221 คน²⁰

จากการศึกษาและเก็บข้อมูล ผู้เขียนสามารถจำแนกปัญหาการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยได้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1. แพทย์ต่างชาติที่ประสงค์จะเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยนั้น จะต้องได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ก่อน หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้ามาและอยู่อาศัยในประเทศไทยได้แล้ว แพทย์ต่างชาติที่ประสงค์จะประกอบวิชาชีพในประเทศไทยจะต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2522 ซึ่งตามกฎหมายเหล่านี้ต้องมีการต่ออายุทุกปี เนื่องจากไม่มีกฎหมายใช้บังคับเป็นการเฉพาะกับกรณีการประกอบวิชาชีพแพทย์ ถึงแม้ในทางปฏิบัติจะมีการต่ออายุให้กับคนต่างด้าวตามกฎหมายเหล่านี้

¹⁸ กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ, “แผนงานจัดตั้งประชาคมอาเซียน (3เส้า),” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/asean-media-center-20121204-141001-878680.pdf>

¹⁹ แพทยสภา, “สถิติแพทย์,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก http://www.tmc.or.th/pdf/01_stat_med2560.pdf

²⁰ แพทยสภา, “จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีสัญชาติไทย,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-23-07-2015-001.pdf>

ออกไปได้เรื่อย ๆ แต่การขั้นตอนการต่ออายุก็มีความวุ่นวายและไม่ได้รับความสะดวกสบาย เพราะการต่ออายุเพื่ออาศัยในประเทศไทยนั้นต้องทำที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและการต่ออายุใบอนุญาตทำงานนั้นต้องทำที่กรมแรงงานหรือสำนักงานจัดหางานจังหวัดซึ่งเป็นคนละหน่วยงานกัน แต่ละแห่งก็มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากและต้องใช้เอกสารต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความไม่สะดวก มีค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ต่างชาติอย่างมากและไม่มีความแน่นอนว่า จะได้รับอนุญาตให้อยู่และทำงานต่อไปในประเทศไทยหรือไม่

ข้อ 2. ในปัจจุบันนั้น ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในสถานพยาบาลของเอกชนหรือการอนุญาตให้แพทย์หรือนิติบุคคลจากต่างชาติสามารถขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทยได้โดยสะดวก

(1) ตามพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 ธุรกิจสถานพยาบาล เป็นธุรกิจในบัญชีสามตามพระราชบัญญัตินี้ คือ ธุรกิจที่คนไทยยังไม่มีความพร้อมที่จะแข่งขันในการประกอบกิจการคนต่างด้าว คนต่างด้าวจะประกอบธุรกิจได้เมื่อได้รับอนุญาตจากอธิบดีโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว

แม้ประเทศไทยจะเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการบริการของอาเซียน (AFAS) ฉบับที่ 9 ซึ่งอนุญาตให้เฉพาะนิติบุคคลซึ่งถือหุ้น โดยชาวต่างชาติที่ถือสัญชาติในอาเซียน ไม่เกินร้อยละ 70 สามารถประกอบธุรกิจ โรงพยาบาลได้ แต่ไม่รวมถึงคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ประเทศไทยมีความต้องการสถานพยาบาลประเภทคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ที่ดำเนินการ โดยแพทย์ต่างชาติเพื่อให้บริการแก่คนต่างด้าวในประเทศไทย โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยวหรือเขตที่มีแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมาก

(2) จากการที่ประเทศไทยมีการพัฒนา โครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (EASTERN ECONOMIC CORRIDOR DEVELOPMENT: EEC) เป็นแผนยุทธศาสตร์ภายใต้ไทยแลนด์ 4.0 อันเป็นแผนยุทธศาสตร์ภายใต้ ไทยแลนด์ 4.0 ด้วยการพัฒนาเชิงพื้นที่ที่ต่อยอดความสำเร็จมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจภาคตะวันออกหรือ Eastern Seaboard ซึ่งดำเนินมาตลอดกว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยในครั้งนี้นี้สำนักงานเพื่อการพัฒนา ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (สกรศ) มีเป้าหมายหลักในการเติมเต็มภาพรวมในการส่งเสริม การลงทุนซึ่งจะเป็นการยกระดับอุตสาหกรรมของประเทศเพิ่มความสามารถในการแข่งขันและทำให้ เศรษฐกิจของไทยเติบโตได้ในระยะยาว²¹

²¹ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ), “ความเป็นมา,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.eeco.or.th>

โดยสิทธิประโยชน์ขององค์กรธุรกิจที่ประกอบอุตสาหกรรมเป้าหมายที่มาลงทุนในเขต EEC นั้น จะได้รับสิทธิประโยชน์ ได้แก่ สิทธิประโยชน์ทางภาษีทั้งบุคคลธรรมดา นิติบุคคลและ ภาษีศุลกากร การอนุญาตให้ถือกรรมสิทธิ์ที่ดินและเช่าที่ราชพัสดุ และวีซ่าทำงาน 5 ปี²²

ปัจจุบัน มี 10 อุตสาหกรรมเป้าหมายที่มีศักยภาพจะเป็นปัจจัยขับเคลื่อนเศรษฐกิจ (New - Growth Engine) ของประเทศไทย และสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้สูงขึ้น โดยสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของ 5 อุตสาหกรรมเดิม (First S-Curve) ได้แก่

อุตสาหกรรมยานยนต์ (Next-Generation Automotive) สนับสนุนการพัฒนาเป็นฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า

อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ (Intelligent Electronics) การผลิตระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในยานยนต์ อุปกรณ์โทรคมนาคม รวมถึงการออกแบบที่อยู่อาศัยอัจฉริยะ ซึ่งเชื่อมต่อกับเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

การเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพระดับสูง (Advance Agriculture and Biotechnology) เทคโนโลยีการเกษตรขั้นสูงที่มีการใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยและการลงทุนทางเทคโนโลยีชีวภาพ เพื่อปรับปรุงพันธุ์พืชและสัตว์

อุตสาหกรรมการแปรรูปอาหาร (Food Processing) การวิจัยและผลิตอาหารเพื่อสุขภาพ ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูปที่ใช้โปรตีนทางเลือก เช่น โปรตีนเกษตร

อุตสาหกรรมท่องเที่ยวกลุ่มรายได้ดีและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Tourism) จัดระเบียบและส่งเสริมกิจกรรมหลากหลายตามสถานที่ท่องเที่ยวสำคัญ สนับสนุนธุรกิจการบินฟูทาง การแพทย์และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ส่งเสริมศูนย์การแสดงสินค้าและนิทรรศการระดับนานาชาติ

2) สร้าง 5 อุตสาหกรรมใหม่ (New S-Curve) เพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนใหม่ให้กับเศรษฐกิจไทย

หุ่นยนต์เพื่ออุตสาหกรรมและชีวิตประจำวัน (Advance Robotics) เช่น หุ่นยนต์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อาทิ การดำน้ำและการแพทย์

อุตสาหกรรมการบินและโลจิสติกส์ (Aviation and Logistics) การพัฒนาศูนย์ซ่อมอากาศยานและฝึกอบรม ตั้งเป้าเป็นศูนย์กลางทางการบินของเอเชีย

²² สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ), “สิทธิประโยชน์การลงทุนใน EEC,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.eeco.or.th>

อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร (Medical Hub) มีโรงพยาบาลที่ทันสมัย การลงทุนในการผลิตยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการรักษาโรคทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต/สมาร์ตโฟน

อุตสาหกรรมเชื้อเพลิงชีวภาพและเคมีชีวภาพ (Biofuels and Biochemical) ตั้งเป้าใช้จุดแข็งด้านการเกษตรใหญ่ที่สุดในอาเซียน พัฒนาไปสู่อุตสาหกรรมเคมีชีวภาพ เช่น ใช้ไบโอพลาสติกในการหีบห่อเพื่อการส่งออก

อุตสาหกรรมดิจิทัล เช่น E-commerce, Digital Content, Data Center, Cloud Computing²³

ซึ่งในโครงการ EEC ในปีพ.ศ. 2560 มีความคืบหน้าคือ มีนิคมอุตสาหกรรมที่ได้ประกาศให้เป็นเขตส่งเสริมแล้วจำนวน 24 แห่ง มีโครงการที่ได้รับอนุมัติลงทุนในพื้นที่เขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก 259 โครงการ มูลค่ารวม 310,337 ล้านบาท โดยมีนักลงทุนต่างชาติที่เข้ามาลงทุน ส่วนใหญ่มาจากประเทศญี่ปุ่น จีน และฮ่องกง ส่วนธุรกิจที่มาขออนุมัติส่วนใหญ่คือการตั้งโรงงานผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ ชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ และเคมีภัณฑ์²⁴

เมื่อมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาลงทุนมากขึ้น สิ่งก็ตามมาคือ จะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศของนักลงทุนเหล่านั้นเข้ามาทำงานในตำแหน่งระดับสูง เช่น ผู้บริหาร วิศวกร นักวิทยาศาสตร์ แต่บุคคลกลุ่มนี้บางส่วนไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษกับแพทย์ชาวไทยได้ จึงมีความจำเป็นหรือความประสงค์ที่จะได้รับการบริการจากแพทย์ต่างชาติที่เป็นคนชาติเดียวกัน ซึ่งในขณะนี้ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของประเทศไทยเริ่มดำเนินการขยายตัวเพื่อรองรับผู้ป่วยต่างชาติในกลุ่มนี้แล้ว²⁵ นำมาสู่ความต้องการแพทย์ต่างชาติจากประเทศเหล่านั้นในสถานพยาบาลเอกชนเพื่อการให้บริการบุคคลกลุ่มนี้

ซึ่งในขณะนี้ คำสั่งหัวหน้าคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๒/๒๕๖๐ เรื่อง การพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ยังมิได้มีการระบุถึงการส่งเสริมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในเขต EEC แต่อย่างใด²⁶

(3) ประเทศไทยมีปัญหากลลอบประกอบวิชาชีพโดยไม่ได้รับอนุญาต โดยแพทย์ต่างชาติหรือบุคคลที่มีใช้แพทย์ โดยคนกลุ่มนี้มักจะแอบเปิดให้บริการสถานพยาบาลตามแหล่ง

²³ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ), “อุตสาหกรรมที่ได้รับการส่งเสริม,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.eeco.or.th>

²⁴ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ), “สถิติการลงทุนใน EEC,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.eeco.or.th>

²⁵ บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน), “รายงานประจำปี 2560,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.set.or.th/dat/finreport/annual/1131ANN110420181104260108T.zip>

²⁶ คำสั่งหัวหน้าคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๒/๒๕๖๐ เรื่อง การพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก

ท่องเที่ยว เช่น พักยา สมุข ภูเก็ต เป็นต้น โดยเช่าบ้านหรืออาคารที่ไม่สามารถมองจากภายนอกได้ ออกว่าทำธุรกิจอะไรหรือใช้ธุรกิจอื่น เช่น ร้านขายยา ร้านนวด ร้านสปา เป็นธุรกิจบังหน้า ซึ่งสาเหตุการลักลอบนี้มีทั้งมาจากเจตนาที่ดีคือ อยากให้ชาวต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษกับแพทย์ไทยได้รับโอกาสในการรักษาพยาบาลจากแพทย์ชาติเดียวกัน หรือเจตนาที่ไม่ดีคือ เพื่อรักษามูลค่าที่เป็นอาชญากรหรือมีการลักลอบให้บริการจ่ายยาที่ผิดกฎหมาย ประเทศไทย ซึ่งหากเกิดความเสียหายขึ้นต่อผู้รับบริการ บุคคลเหล่านี้ก็ใช้วิธีหนีออกนอกประเทศ ทำให้ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ และในปัจจุบันสถานพยาบาลลักษณะนี้บางแห่ง ก็มีการจ้างแพทย์ไทยเพื่อใช้ชื่อเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือที่เรียกกันว่า หมอแคว้นปาย เพื่อใช้เลี้ยงกฎหมายหากถูกตรวจสอบ

ข้อ 3. แม้จะมีการกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข และมีการออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ต่างชาติที่ผ่านการศึกษามาจากต่างประเทศสามารถเข้าสู่กระบวนการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ แต่กระบวนการในการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์ต่างชาติตามข้อบังคับนี้ จะต้องผ่านการสอบเพื่อรับการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่กฎหมายและกฎระเบียบด้านการให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยนั้น ยังไม่อำนวยความสะดวกแก่แพทย์ชาวต่างชาติอย่างเพียงพอ แพทย์ต่างชาติต้องใช้เวลา 2-3 ปี อีกทั้งยังมีการทดสอบเป็นภาษาไทย ทำให้แพทย์ต่างชาติยากที่จะสอบผ่าน จนสามารถได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติ โดยสถิติแพทย์ชาวต่างชาติที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2480 จนถึงปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนเพียง 247 คน จบการศึกษาจากสถาบันในประเทศไทยจำนวน 26 คน จากสถาบันต่างประเทศ 221 คน²⁷

เมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่ง เช่น รัสเซีย ซึ่งได้บัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับเขตพัฒนาพิเศษ ซึ่งเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลเอกชนซึ่งจัดตั้งในเขตดังกล่าว สามารถนำแพทย์ชาวต่างชาติซึ่งได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกลุ่มประเทศ OECD มาประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลดังกล่าวได้โดยไม่ต้องสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศรัสเซียอีก เพียงแค่ผ่าน

²⁷ แพทย์สภา, “จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ไม่ใช่สัญชาติไทย,” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-23-07-2015-001.pdf>

กระบวนการขออนุญาต เมื่อคู่แข่งมีการพัฒนากฎหมายเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมสถานพยาบาลแล้ว ประเทศไทยจึงต้องพัฒนากฎหมายเพื่อส่งเสริมสถานอุตสาหกรรมสถานพยาบาลของประเทศไทย เพื่อให้สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้

ข้อ 4. แม้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 (6) ประกอบประกาศแพทยสภา ที่ 1 /2554 จะให้อำนาจแก่คณะกรรมการแพทยสภาในการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยก่อน แต่ก็จำกัดอยู่เพียงกรณีการเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญของทางราชการซึ่งเป็นการทำงานอยู่แต่ในภาครัฐเท่านั้น มิได้รวมไปถึงการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในลักษณะการปฏิบัติงานจริง

ซึ่งประเทศไทยมีความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ซึ่งถูกระบุไว้เป็นสาขาประเภทที่ 1 ของประกาศแพทยสภาเรื่องการกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งการนำแพทย์ต่างชาติซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่ขาดแคลนจะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แต่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับกรณีดังกล่าว

ข้อ 5. ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายในการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวแก่แพทย์ต่างชาติ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับกรณีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

(1) เนื่องจากกำลังการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ จากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ปริมาณของสถาบันการศึกษา สถาบันสมทบ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรไม่เพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งเรื่องกำลังการผลิตและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ และถือเป็นวาระเร่งด่วน โดยกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทย ให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) พ.ศ.2560 -2569 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 1.10 มีข้อเสนอให้พิจารณาให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราว (Temporary license) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเพื่อสามารถให้บริการในสถานพยาบาลเอกชนแก่ผู้ป่วยหรือเพื่อใช้ในการเรียน การสอนระดับหลังปริญญา อันจะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานบุคลากร แต่ ณ เวลาปัจจุบันยังไม่มีระเบียบปฏิบัติกฎหมายดังกล่าว

(2) ประเทศไทยยังมิได้มีข้อกำหนดที่รองรับและอำนวยความสะดวกสำหรับกรณีการขอประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว เพื่อตอบสนองความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์สูง ซึ่งอาจจะต้องการรับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ต่างชาติเฉพาะรายบุคคล อันเนื่องมาจากชื่อเสียงและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ไม่

ประสงค์หรือไม่สามารถเดินทางเพื่อไปรับบริการในประเทศที่แพทย์ต่างชาติผู้นั้นสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้แต่ประสงค์ที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพผู้นั้นเดินทางมายังประเทศไทยเพื่อมาดูแลคนในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ ณ ประเทศไทยในเวลาสั้น ๆ

(3) จากการที่ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการจัดการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติเป็นจำนวนหลายครั้ง จะมีกรณีที่มีแพทย์ต่างชาติเดินทางมากับนักกีฬาที่มาแข่งขันในประเทศไทย ซึ่งนักกีฬาอาชีพในบางประเภทกีฬาซึ่งมีมูลค่าสูง เช่น ฟุตบอล เทนนิส กอล์ฟ นักกีฬาเหล่านี้จะมีแพทย์ประจำตัวซึ่งได้รับความไว้วางใจให้เดินทางติดตามมาดูแลในระหว่างการแข่งขัน ซึ่งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องประกอบวิชาชีพในกรณีที่นักกีฬาเหล่านี้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งหากจะบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด แพทย์ต่างชาติเหล่านี้ย่อมเป็นผู้กระทำความผิดในข้อหาประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาตในประเทศไทย

ข้อ 6. ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดขกเว้นความผิดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 ประกอบมาตรา 43 สำหรับในกรณีที่แพทย์ต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยในกรณีอื่นที่มีใช้การมาประกอบวิชาชีพ เช่น มาท่องเที่ยวแต่ได้พบเหตุฉุกเฉินและเข้าทำการช่วยเหลือ จึงได้ทำการประกอบวิชาชีพซึ่งขัดกับมาตรา 26 (2) เช่น ฉีดยาระงับความเจ็บปวดแก่ผู้ประสบเหตุ ซึ่งการกระทำโดยปรารถนาดีของแพทย์ต่างชาติผู้นี้เป็นความผิดอาญาและต้องถูกดำเนินคดีโดยกฎหมายไทย แต่หากไม่กระทำการช่วยเหลือ แพทย์ต่างชาติผู้นั้นก็อาจมีความผิดในฐานะละเว้นไม่ใช้ผู้ที่ตกอยู่ในภยันตรายแก่ชีวิตตามมาตรา 374 ประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทย

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความจำเป็นที่ต้องอาศัยแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนและอุปสรรค เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย
3. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาหากกฎหมายของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทย
4. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายเพื่อพัฒนาให้แพทย์ต่างชาติสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ด้วยความสะดวก เพื่อความจำเป็นและประโยชน์ของประเทศ

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

การเคลื่อนย้ายของของแพทย์ต่างชาติเพื่อเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยนั้น มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยในด้านการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพยังไม่สนับสนุนอย่างเพียงพอ

หากประเทศไทยมีการบัญญัติกฎหมายใหม่และการแก้ไขพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 เพื่ออำนวยความสะดวกให้แพทย์ต่างชาติสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยในภาคเอกชนได้ง่ายขึ้น เปลี่ยนวิธีขอวีซ่าและใบอนุญาตเข้าทำงานสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ จะเป็นการสนับสนุนการนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย และแก้ปัญหาการสูญเสียแพทย์จากระบบของรัฐไปสู่ระบบเอกชน

นอกจากนั้น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ควรต้องมีการแก้ไขเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในกรณีพบเหตุฉุกเฉิน เพื่อคุ้มครองแพทย์ผู้มีความสุจริตในการให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมหรือนำประมวลกฎหมายอาญามาตรา 67 วรรค 2 มาปรับใช้กับกรณีดังกล่าว

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย ในกรณีการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลในประเทศไทย โดยศึกษาจาก

1. กฎหมายของประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และกฎ ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัติฉบับต่างๆนี้

2. กฎหมายระหว่างประเทศ ได้แก่ กรอบความตกลงด้านบริการของอาเซียน ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียน ความตกลงว่าด้วยการเคลื่อนย้ายบุคลากรธรรมดาของอาเซียน กฎหมายสหภาพยุโรปเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแพทย์อย่างเสรี

3. กฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศสหราชอาณาจักร กฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศราชอาณาจักรสวีเดน กฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย

กฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศสหรัฐอเมริกา และ กฎหมาย
เกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศสาธารณรัฐสิงคโปร์

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเอกสาร (Documents Research) โดยจะใช้
วิธีการศึกษาค้นคว้าและอ้างอิงจากหนังสือ บทความ วารสาร รายงานการประชุมในการร่างหรือ
แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา และ
เอกสารอื่นๆ ทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ ตลอดจนอ้างอิงหลัก แนวคิด ความเห็นของนัก
นิติศาสตร์และนักวิชาการ และคำพิพากษาของศาล

1.6 นิยามศัพท์

“แพทย์ต่างชาติ” หมายถึง บุคคลซึ่งมิได้มีสัญชาติไทยและมีได้จบการศึกษา
แพทยศาสตร์บัณฑิตจาก โรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบความจำเป็นที่ต้องอาศัยแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย
2. ทำให้ปัญหาเกี่ยวกับขั้นตอนและอุปสรรค เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์
ต่างชาติในประเทศไทย
3. ทำให้ทราบปัญหากฎหมายของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพใน
ประเทศไทย
4. ทำให้สามารถนำเสนอมาตรการทางกฎหมายเพื่อพัฒนาให้แพทย์ต่างชาติสามารถเข้ามา
ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ด้วยความสะดวก เพื่อความจำเป็นและประโยชน์ของ
ประเทศ

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎี ข้อมูลและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย

การจะศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ชาวต่างชาติในประเทศไทยนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาประวัติความเป็นมาและระบบของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยก่อน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย

วิชาชีพ แปลมาจากภาษาอังกฤษคำว่า Professional และ คำกริยาในภาษาอังกฤษ To Profess¹ ซึ่งมีความหมายว่า การสาบานหรือปฏิญาณ ซึ่งคำนี้มาจากรากศัพท์ของภาษาลาติน Profiteor² ซึ่งมีความหมายว่า การสาบาน ปฏิญาณ แสดงตนหรือเปิดเผยต่อสาธารณะ ดังนั้น คำว่า Professional³ หรือวิชาชีพ จึงมีความหมายว่า อาชีพที่ต้องมีการปฏิญาณหรืออุทิศตนและฝึกอบรมเป็นพิเศษก่อนประกอบวิชาชีพ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ให้ความหมายของวิชาชีพว่า วิชาที่จะนำไปใช้ในการประกอบอาชีพ เช่น วิชาแพทย์ วิชาช่างไม้ วิชาช่างยนต์ แม้คำของวิชาชีพ คือ “วิชา”⁴

¹ Cambridge Dictionary: “Meaning of “to profess” in the English Dictionary,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/professional>

² Ladiet Latin Dictionary and Grammar Resource: “Latin definition for “profiteor, profiteri, professus,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://latin-dictionary.net/definition/31790/profiteor-profiteri-professus>

³ Cambridge Dictionary: “Meaning of “professional” in the English Dictionary,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/professional>

⁴ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554, “ความหมายของคำว่า วิชาชีพ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>

การประกอบวิชาชีพต่างๆในประเทศไทยนั้น มีการจัดตั้งองค์กรวิชาชีพเพื่อควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพให้อยู่ในจริยธรรมของการประกอบวิชาชีพนั้นๆ เช่น แพทยสภา สภานายความ สภาวิศวกร สภาวิชาชีพบัญชี เป็นต้น

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 4 ให้นิยามของ "วิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัด โรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือ เพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสีการฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่ วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 4 ให้นิยามของ "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม" หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มาตรา 4 ให้นิยามของ "การประกอบโรคศิลปะ" หมายความว่า การประกอบวิชาชีพที่กระทำหรือมุ่งหมายจะ กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรคการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ การผดุงครรภ์แต่ไม่รวมถึงการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นตาม กฎหมายว่าด้วยการนั้น ๆ

2.2 ความเป็นมาของการประกอบวิชาชีพแพทย์และการควบคุมการประกอบวิชาชีพ

ในยุคโบราณที่วิทยาศาสตร์ยังไม่เจริญก้าวหน้า มนุษย์มีความเชื่อว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเกิดขึ้นจากสิ่งลึกลับ ภูตผี หรือเทพเจ้า คลบันดาลให้เกิดขึ้น การรักษาพยาบาลที่มนุษย์สามารถทำได้ ในยุคนั้นมีเพียงการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาบาดแผลภายนอก ส่วนอาการที่เกินความรู้ความสามารถก็ได้แต่เพียงให้พ่อมดหมอผีสวดภาวนาให้หายไปเองเท่านั้น

ในยุคอาณาจักรบาบิโลน ช่วงปี 1760 ก่อนคริสตกาล ในสมัยของพระเจ้าฮัมมูราบิ (Hammurabi) ได้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยว่า ผู้ใดที่รับรักษาผู้ป่วย หากรักษาสำเร็จ จะได้รับค่าตอบแทนจำนวน 10 แห่งเงินสำหรับชนชั้นสูง 5 แห่งเงินสำหรับชนชั้นกลางและ 2 แห่งเงินสำหรับทาส หากรักษาไม่สำเร็จ ทำให้คนไข้ที่เป็นชนชั้นสูงตาย จะต้องถูกตัดมือ หากทำ

ให้ทาสตาย จะต้องซื้อทาสมาชดใช้ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้นับว่าเป็นกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับแรกของโลก⁵

จนกระทั่งในยุคกรีกโบราณ ช่วงปี 460 ก่อนคริสตกาล ฮิปโปเครติส (Hippocrates) แพทย์ชาวกรีกโบราณ ซึ่งได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งการแพทย์แผนตะวันตก เนื่องจากเป็นแพทย์คนแรกที่ได้ศึกษา ค้นคว้า นำวิธีการรักษาโรคแบบใหม่มาเผยแพร่ และมาใช้กับคนไข้ที่มารับการรักษาจากเขา ทั้งเป็นคนแรกที่ได้ปฏิรูปร่างการแพทย์ด้วยการปฏิเสธไม่นำการรักษาแบบเก่า ที่เป็นการรักษาด้วยหมอพระมาใช้อย่างสิ้นเชิง โดยได้นำวิธีการรักษาแบบใหม่มาใช้แทน คือ วินิจฉัยถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคก่อนแล้วจึงทำการรักษา ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันมาจนทุกวันนี้จนกระทั่งจักรวรรดิโรมันล่มสลายลงในปี คริสตศักราช 476 ยุโรปก็เข้าสู่ยุคกลาง สภาพของยุโรปในขณะนั้นตกอยู่ภายใต้อำนาจของศาสนจักรโรมันคาทอลิก วิทยาการทางการแพทย์ในยุโรปก็หยุดการพัฒนาไปอยู่เพียงกับบรรดานักบวชในศาสนจักร

แต่ในยุคกลางบรรดาวิชาความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งด้านการแพทย์ของชาวกรีกก็การมิได้สูญหายไปทั้งหมด เพียงแต่ถูกส่งต่อไปยังอาณาจักรเปอร์เซียในตะวันออกกลาง

จนกระทั่งในช่วงปลายยุคกลาง การสอนวิชาชีพเวชกรรมได้เริ่มเปลี่ยนจากพระในศาสนจักรมาอยู่กับกลุ่มสมาคมแพทย์ (Medicine Guild) ซึ่งเป็นการรวมตัวกันของแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มวิชาชีพ มีการฝึกสอน มีการอนุญาตและการควบคุมกันเองภายในกลุ่ม และกีดกันคนนอกกลุ่มจากการประกอบวิชาชีพแพทย์ หากผู้ใดประกอบวิชาชีพแพทย์โดยมิได้ผ่านการฝึกสอนหรือได้รับอนุญาตจากกลุ่มจะถูกดำเนินคดี ดังเช่น เหตุการณ์ ในปี 1322 ที่กรุงปารีส หญิงชนชั้นสูงผู้หนึ่งชื่อจาโคบินา เฟลิเซีย (Jacobina Felicie) ได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมรักษาคคนไข้โดยมิได้รับอนุญาตจากสมาคมแพทย์ ซึ่งทำให้สมาคมแพทย์ไม่พอใจเป็นอย่างมากและฟ้องร้องต่อศาล แม้จาโคบินาจะสามารถนำสืบให้ศาลเห็นได้ว่า เธอมีความรู้ในวิชาชีพเวชกรรม สามารถรักษาคคนไข้ได้ดีกว่าแพทย์ที่เป็นสมาชิกสมาคมเสียอีก แต่เธอก็ยังเป็นฝ่ายแพ้คดีถูกศาลพิพากษาให้ปรับเป็นเงินจำนวน 60 ปอนด์ปารีส และถูกทำพันธบัตรห้ามประกอบวิชาชีพเวชกรรมอีก มิฉะนั้นจะถูกเนรเทศและบัพพชนียกรรมออกจากศาสนา นอกจากนั้นศาลปารีสยังสั่งห้ามผู้หญิงศึกษาวิชาชีพเวชกรรมในฝรั่งเศสต่อไปอีกจนกระทั่งศตวรรษที่ 19⁶

⁵ Claudio Violato, "A Brief History of the Regulation of Medical Practice: Hammurabi to the National Board of Medical Examiners," สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก http://www.wakehealth.edu/uploadedFiles/User_Content/SchoolOfMedicine/_MD_Program/WFJSM/Documents/Issues_2016/wfjasm2016v2i1p122%20Violato.pdf

⁶ Luis Garcia-Ballester, Roger French, Jon Arrizabalaga, Andrew Cunningham; "Practical Medicine from Salerno to the Black Death," สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก: <https://books.google.co.th>

ในช่วงศตวรรษที่ 16 มีคดียุทธศาสตร์เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแพทยศาสตร์หนึ่งคือ คดี นายแพทย์ลีโอนาร์โด ฟิโอราเวนต์ิ (Leonardo Fioraventi) ซึ่งเป็นแพทย์ชาวอิตาลี ซึ่งจบ การศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัยโบโลญญา และได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใน โบโลญญา โรม ซิซิลี เวนิสและสเปน รวมทั้งเขียนตำราการแพทย์และคิดค้นยาชนิดใหม่ ๆ จำนวน มาก ลีโอนาร์โดถูกกล่าวหาจากแพทย์คนหนึ่งในเมืองมิลานว่า รักษาคนไข้ในมิลานด้วยวิธีที่ผิดไป จากตำราการแพทย์ที่ศึกษากันในมิลาน แต่นิกโคโล โบลดีนี (Niccolo Boldini) รัฐมนตรีสาธารณสุข ของมิลานและศาลมิลาน ได้ตัดสินว่า การที่ลีโอนาร์โดได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากนครรัฐอื่นและรักษาคนไข้ด้วยวิธีที่ผ่านการศึกษาก็ได้รับการยอมรับในนครรัฐอื่น แม้จะ แตกต่างต่างวิธีของชาวมิลาน ก็มีได้หมายความว่าเขามีเจตนาที่ชั่วร้ายต่อคนไข้ เขาจึงไม่มีความผิด ความเห็นของโบลดีนีและคำพิพากษาของศาลมิลาน ถือเป็นกรวางหลักการยอมรับร่วมของ การศึกษาวิชาชีพแพทย์ในยุโรป⁷

2.3 ความเป็นมาของการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ. 2429 พระองค์ได้ เสด็จประพาสสิงคโปร์ ได้ทอดพระเนตรเห็นการจัดตั้ง โรงพยาบาล จึงมีพระราชดำริให้มี โรงพยาบาลขึ้นในกรุงเทพมหานคร เพื่อบำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่ราษฎรด้วยพระราชทรัพย์ส่วน พระองค์ และพระราชทานนามโรงพยาบาลว่า "โรงพยาบาลศิริราช" ซึ่งมีการรักษาทั้งแบบตะวันตก และแบบแผนไทย

พ.ศ. 2432 เนื่องจากการขาดแคลนแพทย์จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สร้าง โรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ศิริราชพยาบาล มีหลักสูตรการเรียนวิชาแพทย์แผนตะวันตก และแผนไทย ร่วมด้วย โดยมีหลักสูตร 3 ปีและได้มีการพิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรก คือ แพทยศาสตร์-สงเคราะห์ขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2438 เนื้อหาทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก

พ.ศ. 2466 มีประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เป็นการควบคุมการประกอบโรค ศิลปะ มีวัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ประชาชน จากการประกอบของผู้ที่ไม่มีความรู้ และมีได้ฝึกหัด อันเป็นกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับแรกของประเทศไทย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้บัญญัติให้มืองค์กรการควบคุมการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น

⁷US National Library of MedicineNational Institutes of Health; "Leonardo Fioravanti (1517-1588): a barber- surgeon who influenced the development of reconstructive surgery," สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9030172>

เรียกว่า "สภากาการแพทย์" และประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์นั้นตามกฎหมายฉบับนั้นเรียกว่า "การประกอบโรคศิลปะ"

รูปแบบของสภากาการแพทย์ดังกล่าวกฎหมายกำหนดให้มีฐานะเป็นกรมหนึ่งในกระทรวงซึ่งมีหน้าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข ซึ่งได้แก่กระทรวงมหาดไทย (ขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีฐานะเป็นกรมเช่นเดียวกัน)

ดังนั้นสภากาการแพทย์จึงมีฐานะทางราชการเท่ากับกรมสาธารณสุข มีลักษณะเป็นส่วนราชการของกระทรวงมหาดไทย และไม่เปิดโอกาสให้มี "สมาชิก" เข้าสังกัดเพราะในกฎหมายไม่มีบทบัญญัติว่าด้วยเรื่องของสมาชิกไว้

ต่อมาในพ.ศ. 2497 ได้มีประกาศใช้ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2497 โดยยกเลิก พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 และตามที่ประกาศใช้ใหม่นี้บัญญัติให้มีองค์การประกอบโรคศิลปะขึ้นใหม่เรียกว่า "คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ" แทนสภากาการแพทย์ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติที่ยกเลิกไปจึงเป็นอันว่า "สภากาการแพทย์" ได้สิ้นสภาพลงใน พ.ศ. 2497 นั้นเอง

เมื่อมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 นั้นก็ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2497 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 8 พ.ศ. 2511

แพทยสภา ถือกำเนิดขึ้นมาจาก พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 โดยการบัญญัติไว้ในมาตรา 5 ให้มีการจัดตั้งแพทยสภา ขึ้น โดยมีฐานะเป็นนิติบุคคลและให้อำนาจตามพระราชบัญญัตินี้⁸

โดยแพทยสภามีวัตถุประสงค์ตามระบุนในมาตรา 6 ดังต่อไปนี้

- (1) ส่งเสริมการศึกษาการวิจัยและการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์
- (2) สอดส่อง ดูแลความประพฤติ และมรรยาทของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- (3) ส่งเสริมสามัคคีและผดุงเกียรติของสมาชิกแพทยสภา
- (4) ส่งเสริม ช่วยเหลือ แนะนำ เผยแพร่และให้การศึกษแก่ประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับการแพทย์⁹

โดยแพทยสภามีอำนาจหน้าที่ตามที่ระบุนในมาตรา 7 ดังต่อไปนี้

- (1) อนุมัติหรือออกวุฒิบัตรแสดงความรู้หรือความชำนาญให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

⁸ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511 มาตรา 5

⁹ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511 มาตรา 6

(2) ดำเนินการให้ผู้มีปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ได้รับการฝึกหัดเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และดำเนินการเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้รับการฝึกอบรม

(3) รับรองวิทยฐานะของโรงพยาบาลหรือสถาบันทางแพทย์อื่น เพื่อให้ผู้มีปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์ได้รับการฝึกหัดเพื่อเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเพื่อให้เป็นที่ฝึกอบรมเพื่อประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อการออกวุฒิบัตร¹⁰

และการบัญญัติ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

1. พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะในส่วนที่เกี่ยวกับการควบคุมการประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรม ชั้นหนึ่ง ถูกยกเลิกไป

2. ผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แผนปัจจุบัน สาขาเวชกรรมชั้นหนึ่ง กลายสภาพเป็นสมาชิกของแพทยสภาโดยมิต้องสมัคร

3. ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาเวชกรรม ชั้นหนึ่ง กลายสภาพเป็นใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ดังนั้นผู้ที่เคยขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะจากสภาการแพทย์เดิม จะกลายสภาพเป็นสมาชิกแพทยสภา และเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 ด้วย¹¹

2.4 ขั้นตอนการฝึกอบรมแพทย์ในประเทศไทย

การศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในประเทศไทยนั้น ใช้เวลาขั้นต่ำทั้งหมด 6 ปี แบ่งเนื้อหาการเรียนออกเป็น 3 ช่วงดังต่อไปนี้

หมวดวิชาศึกษาทั่วไป ชั้นปีที่ 1 กลุ่มวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ ศิลปศาสตร์ การศึกษาทั่วไปเพื่อการพัฒนามนุษย์ ภาษาอังกฤษและภาษาไทย

ชั้นปริคlinik ปีที่ 2 และ 3 ศึกษาการทำงานของร่างกายมนุษย์ในภาวะปกติและเมื่อเป็นโรคต่างๆ โดยบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์พื้นฐาน เช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา จุลชีววิทยา เภสัชวิทยา พยาธิวิทยา และการเรียนวิชาบทนำเวชศาสตร์คลินิก เพื่อฝึกฝนการซักประวัติ และทักษะการตรวจร่างกายระบบต่างๆ ได้อย่างถูกต้องขั้นตอน รวมทั้งฝึกหัดการกับทุ่น

¹⁰ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511 มาตรา 7

¹¹ แพทยสภา, “ประวัติความเป็นมาของแพทยสภา,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก

ชั้นคลินิก ปีที่ 4 ถึงปีที่ 6 เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล ได้ร่วมเป็นหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย ศึกษาอาการและการรักษาโรคผ่านการฝึกทักษะกับอาจารย์แพทย์สาขาต่างๆ การพูดคุยกับผู้ป่วย ฝึกงานในห้องคลอดและห้องผ่าตัด เข้าค่ายทักษะชีวิต เพื่อเรียนรู้ตนเองและผู้อื่น และฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในเขตชุมชนและต่างจังหวัด¹²

เมื่อจบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว แพทย์จะสามารถเลือกที่จะเข้าสู่โครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะของแพทยสภา

เมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติงานในฐานะของแพทย์เพิ่มพูนทักษะครบกำหนดเวลาและได้ปฏิบัติงานค่าใช้จ่ายตามจำนวนที่ปีจนกระทั่งมีคุณสมบัติเพียงพอแล้ว แพทย์จะสามารถเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อรับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางในสาขาต่างๆ ได้

โดยแพทยสภานั้น จะมีการกำหนดประเภทสาขาของแพทย์ประจำบ้าน โดยพิจารณาจากความต้องการของแพทย์ประจำบ้านในสาขานั้น ๆ ในแต่ละปี โดยแบ่งแยกประเภทต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

สาขาประเภทที่ 1 หมายถึงสาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานค่าใช้จ่าย แต่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนตามที่แพทยสภากำหนดก่อน ทั้งนี้แพทยสภาอาจจะพิจารณาขเว้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะในบางสาขาก็ได้

สาขาประเภทที่ 2 หมายถึงสาขาที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วนแล้ว และได้ปฏิบัติงานหรือปฏิบัติงานค่าใช้จ่ายตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนดแล้ว¹³

¹² คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, “หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก https://med.mahidol.ac.th/th/education/program_medicineth

¹³ แพทยสภา, “ประกาศแพทยสภาที่ 89/2560 เรื่องการกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาประเภทที่ 1 และ 2 ประจำปีการศึกษา 2561,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-23-07-2015-001.pdf>

2.5 กฎหมายเกี่ยวกับการขอรับใบอนุญาตและการควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ปัจจุบันการขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยนั้น มีกฎหมายที่ควบคุมคือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 โดยให้อำนาจแก่องค์กรวิชาชีพคือแพทยสภาทำหน้าที่กำกับดูแลในการขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ที่มีความประสงค์จะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม¹⁴ ส่วนคณะกรรมการแพทยสภามีอำนาจหน้าที่ในด้านการออกข้อบังคับแพทยสภา เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมทั้งแบบและประเภทของใบอนุญาต โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525¹⁵

ส่วนคุณสมบัติขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต ถูกบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 30 ว่าผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องเป็นสมาชิกแห่งแพทยสภา และมีคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใดขาดจากสมาชิกภาพ ให้ใบอนุญาตของผู้นั้นสิ้นสุดลง¹⁶

ข้อบังคับแพทยสภาที่เกี่ยวข้องกับการขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉบับที่บังคับใช้อยู่ ณ ปัจจุบันคือ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548 โดยข้อบังคับดังกล่าวมีเนื้อหากำหนดวิธีการและคุณสมบัติของผู้มีสิทธิขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต การจัดทำทะเบียน การขอหนังสือรับรองและการออกใบแทนใบอนุญาต รวมทั้งการสิ้นสุดของใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งตามข้อบังคับดังกล่าวนี้ได้กำหนดวิธีขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ไว้เป็น 2 กรณี ได้แก่ วิธีปกติและวิธีพิเศษ¹⁷

1. การขอขึ้นทะเบียนโดยวิธีปกติ

โดยในวิธีนี้ ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตจะต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาและได้รับใบปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรองและผ่านการประเมินทุกขั้นตอนและได้รับใบรับรองจากศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพแล้ว (ยกเว้นผู้ที่เคยได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม จากแพทยสภามาก่อน)

2. การขอขึ้นทะเบียนโดยวิธีพิเศษ

¹⁴ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 8 (1).

¹⁵ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 21 (3) (จ).

¹⁶ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 30

¹⁷ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.

ผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตต้องมีสัญชาติไทย ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากสถาบันต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาใดสาขาหนึ่งทางการแพทย์จากสถาบันต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง รวมทั้งต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภาให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวภายในประเทศไทยและได้รับการรับรองว่าได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือราชวิทยาลัย วิทยาลัย สมาคม หรือชมรมซึ่งคณะกรรมการแพทยสภามอบหมาย ทั้งนี้ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวดังกล่าวทำในโรงพยาบาลรัฐหรือสภากาชาดไทยมาแล้วไม่น้อยกว่าสองปี¹⁸

การทดสอบเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ของผู้สำเร็จการศึกษาจากภาครัฐ/เอกชน และต่างประเทศ อยู่ภายใต้การจัดการ โดยศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว.) ซึ่งตั้งขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 (3) (ฎ) ประกอบกับมติของคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12 / 2546 เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2546 และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ ตามมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 แพทยสภาประกาศจัดตั้งศ.ร.ว.ขึ้นตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการจัดตั้งศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2547

โดยผู้ที่ประสงค์จะขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องผ่านการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งการสอบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีจุดประสงค์ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic Medical Sciences)

ขั้นตอนที่ 2 : เป็นการสอบเพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical Sciences)

¹⁸ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548 ข้อ 7

ขั้นตอนที่ 3 : เป็นการสอบเพื่อประเมินทักษะและหัตถการทางคลินิก ประกอบด้วย Objective Structured Clinical Examination : OSCE) ซึ่ง ศ.ร.ว. เป็นผู้ดำเนินการจัดสอบ และการสอบ Modified Essay Question และ Long Case ซึ่งสถาบันการศึกษาเป็นผู้จัดการสอบ

โดยศ.ร.ว. ได้แบ่งประเภทของผู้สมัครไว้ดังต่อไปนี้

ประเภทที่หนึ่ง เป็นผู้ที่กำลังศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในสถาบันการศึกษาในประเทศไทย หรือต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง

ประเภทที่สอง เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับปริญญาบัตรจากสถาบันการศึกษาในประเทศไทยที่แพทยสภารับรอง

ประเภทที่สาม เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตและได้รับปริญญาบัตรจากสถาบันการศึกษาในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง

และในแต่ละขั้นตอนของการสอบ ผู้มีสิทธิในการสอบแต่ละขั้นตอนนั้น ๆ จะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติประเภทที่หนึ่งหรือสองหรือสาม สำหรับผู้มีคุณสมบัติประเภทที่หนึ่งต้องมีใบรับรองจากสถาบันการศึกษาว่า ได้ศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (ระดับปริคlinik) หรือเทียบเท่ามาแล้วไม่น้อยกว่าสองปีการศึกษา นับถึงวันกำหนดสอบฯ โดยได้ศึกษาครบทุกรายวิชาตามหลักสูตรระดับปริคlinikของสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรอง

ขั้นตอนที่ 2 เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติประเภทที่หนึ่งหรือสองหรือสาม สำหรับผู้มีคุณสมบัติประเภทที่หนึ่งต้องมีใบรับรองจากสถาบันการศึกษาว่า ได้ศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ระดับคลินิก) มาแล้วไม่น้อยกว่าสองปีการศึกษานับถึงวันกำหนดสอบฯ โดยได้ศึกษาครบทุกรายวิชาของ 2 ชั้นปีนั้นตามหลักสูตรระดับคลินิกของสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรอง

ขั้นตอนที่ 3 (1) เป็นผู้ที่สอบผ่านขั้นตอนที่หนึ่งและขั้นตอนที่สองแล้ว โดยแต่ละขั้นตอนสอบผ่านมาแล้วเป็นเวลาไม่เกินเจ็ดปีนับจากวันที่แพทยสภานุมัติผลการสอบจนถึงวันยื่นใบสมัครสอบ ถ้าขั้นตอนใดสอบผ่าน เกินเจ็ดปี จะต้องสอบขั้นตอนนั้นใหม่ให้ผ่านก่อน

(2) สำหรับผู้มีคุณสมบัติประเภทที่หนึ่งที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาในประเทศไทย ต้องมีหนังสือรับรองจากสถาบันการศึกษาว่า ได้ศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ระดับคลินิก) มาแล้วไม่น้อยกว่า ห้าภาคการศึกษาในระบบทวิภาคหรือเทียบเท่า นับถึงวันกำหนดสอบฯ โดยได้ศึกษารายวิชาในระดับหลักสูตรคลินิกในชั้นปีที่ 6 ไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนหน่วยกิตในชั้นปีที่ 6 ของสถาบันการศึกษาที่แพทยสภารับรอง

(3) สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติประเภทที่สามจะต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ ซึ่งแพทยสภารับรองใบอนุญาตนั้น หากเป็นผู้มีสัญชาติไทยไม่จำเป็นต้อง

มีใบอนุญาตดังกล่าว แต่ต้องมีเอกสารรับรองการปฏิบัติงานหลังปริญญาในฐานะแพทย์ฝึกหัด หรือเทียบเท่าเป็นเวลาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีในสถาบันการแพทย์ต่างประเทศหรือในประเทศไทยที่แพทยสภารับรอง โดยการปฏิบัติงานจะต้องเสร็จสิ้นก่อนการสมัครสอบ¹⁹

2.6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ชาวต่างชาติในประเทศไทย

การขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ชาวต่างชาตินั้น ตั้งแต่มีการบัญญัติพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2511 นั้น มีหลักเกณฑ์ว่า หากเป็นชาวต่างชาติที่จะขอรับใบอนุญาตตามกฎหมายนี้ จะต้องมีคุณสมบัติคือ

- (1) จบการศึกษาระดับปริญญาหรือประกาศนียบัตรสาขาเวชกรรมจากสถานศึกษาในต่างประเทศ
- (2) ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่จนได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตร
- (3) คณะกรรมการได้ทดสอบความรู้จนเป็นที่พอใจแล้ว²⁰

จะเห็นได้ว่าวิชาชีพแพทย์มิใช่วิชาชีพที่สงวนไว้เฉพาะบุคคลผู้มีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่แตกต่างจากวิชาชีพอื่น เช่น ทนายความ ซึ่งตามพระราชบัญญัติทนายความ พ.ศ.2528 มาตรา 35 (1) ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ขอจดทะเบียนและรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพทนายความ ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น²¹

ในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 แพทยสภาได้ทำการออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 มีเนื้อหาในการกำหนดกระบวนการวิธีพิจารณารับรองปริญญาและประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยซึ่งข้อบังคับฉบับนี้ ได้มีเนื้อหาโดยสรุปดังต่อไปนี้

¹⁹ ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว.), “ประวัติ,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://cmathai.org/about/History>

²⁰ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2511 มาตรา 24

²¹ พระราชบัญญัติทนายความ พ.ศ.2528 มาตรา 35 (1)

มีการกำหนดนิยามของ “แพทย์ชาวต่างชาติ” หมายถึง ชาวต่างชาติผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือได้รับการขึ้นทะเบียนให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Full License or Full Registration) ที่ยังไม่หมดอายุจากต่างประเทศหรือประเทศแม่ของตน (Country of Origin) มาแล้ว

ข้อบังคับฉบับนี้ให้อำนาจแก่คณะกรรมการแพทยสภาในการกำหนดหลักเกณฑ์และเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณามาตรฐานหลักสูตรและสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศ โดยให้แนวพิจารณาว่าอาจจะพิจารณาไปในทางเดียวกับการพิจารณามาตรฐานหลักสูตรและสถาบันผลิตแพทย์ในประเทศไทย²²

โดยหากคณะกรรมการได้ให้การรับรองหลักสูตรและสถาบันผลิตแพทย์ว่าได้มาตรฐาน ให้มีอายุ 5 ปีนับตั้งแต่วันที่คณะกรรมการแพทยสภามีมติรับรอง²³

แม้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 ได้บัญญัติห้ามมิให้บุคคลใดประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต เว้นแต่จะเป็นกรณีตามข้อยกเว้น โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ต่างชาตินั้น ได้แก่ มาตรา 26 (6) การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการซึ่งมิได้รับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ ทั้งนี้โดยอนุมัติของคณะกรรมการ²⁴ ดังนั้น แพทย์ต่างชาติจึงสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทย เพียงแต่ต้องปฏิบัติตาม ประกาศแพทยสภา ที่ 1 /2554 เรื่อง การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ ซึ่งประกาศฉบับนี้มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่ขออนุญาตจะต้องประกอบวิชาชีพให้แก่ กระทรวง ทบวง กรม ส่วนราชการที่เรียกชื่ออย่างอื่นและมีฐานะเป็นกรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหรือพระราชกฤษฎีกา หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้รวมถึงหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายให้ใช้อำนาจทางปกครองหรือให้ดำเนินกิจการทางปกครอง

²² ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 ข้อ 4.

²³ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 ข้อ 9.

²⁴ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 (6)

2. ต้องเป็นผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศของตนและได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือเทียบเท่าในกรณีที่เป็นผู้ที่ไม่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้อยู่ในดุลยกិณิจของคณะกรรมการ

3. จะต้องเป็นที่ปรึกษาที่เชิญมาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการค้นคว้าวิจัยหรือให้ความรู้แก่แพทย์ในประเทศไทยหรืออื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการแพทยสภาเห็นสมควร

4. ต้องมีแพทย์ซึ่งมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภาเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบตลอดระยะเวลาที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

5. ระยะเวลาอนุมัติอยู่ที่คราวละไม่เกิน 1 ปีและไม่เกินระยะเวลาที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของผู้นั้นหมดอายุ

6. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีนี้จะต้องเคารพและปฏิบัติตามกฎหมายไทย รวมทั้งข้อบังคับอื่นของแพทยสภาเช่นเดียวกับแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา ดังนั้น การประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีนี้จึงมีความรับผิดชอบทั้งทางแพ่ง ทางอาญาและทางวินัย ตามกฎหมายไทย²⁵

ตัวอย่างการขออนุญาตเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ชาวต่างชาติ คือ การที่นายแพทย์ธีราร์ด แฮร์ริส วิศวณูญีแพทย์ชาวออสเตรเลีย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการดำน้ำ ได้รับอนุญาตเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเหตุการณ์ช่วยชีวิตเด็กที่ประสบภัย ณ ถ้ำหลวง โดยหน่วยงานรัฐที่ทำการร้องขอไปยังแพทยสภาคือ กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน กรมแพทยทหารเรือ

ซึ่งการขออนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราวในประเทศไทยของแพทย์ต่างชาตินั้น มิได้รวมถึงการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในลักษณะการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งชาวต่างชาติที่ยังมิได้รับสัญชาติไทยจะขาดคุณสมบัติตาม พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 36 ซึ่งบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 36 ซึ่งบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

ผู้ที่เข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนต้องมีคุณสมบัติทั่วไป และไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้ ก. คุณสมบัติทั่วไป

(1) มีสัญชาติไทย

²⁵ ประกาศแพทยสภา ที่ 1/2554 เรื่อง การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ.

- (2) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปี
- (3) เป็นผู้เต็มใจในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขด้วยความบริสุทธิ์ใจ...²⁶

2.7 กฎหมายเกี่ยวกับการจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทย

การจัดตั้งสถานพยาบาลในประเทศไทยถูกควบคุมโดยกฎหมาย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2559 โดยมีกรแบ่งประเภทของสถานพยาบาลเป็น 2 ประเภทตามมาตรา 14 ได้แก่ (1) สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (2) สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

การจัดตั้งสถานพยาบาลจะต้องได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือผู้ซึ่งอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพมอบหมาย โดยผู้ขออนุญาต จะถูกกำหนดคุณสมบัติไว้ตามมาตรา 17 ดังต่อไปนี้

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 - (2) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย
 - (3) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
 - (4) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
 - (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
 - (6) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ในกรณีที่นิติบุคคลเป็นผู้ขออนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามวรรคหนึ่งด้วย

นอกจากนั้น ตามมาตรา 24 ประกอบมาตรา 25 สถานพยาบาลทุกแห่งยังต้องมีผู้ดำเนินการสถานพยาบาลซึ่งต้องมีคุณสมบัติเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการประเภทนั้น ๆ

โดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2559 มิได้กำหนดให้ผู้ขออนุญาตหรือผู้ดำเนินการจะต้องมีสัญชาติไทย แต่การขออนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของแพทย์ต่างชาติหรือนิติบุคคลต่างด้าว นั้น จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551

โดยประเทศไทยมีการให้สิทธิพิเศษแก่นิติบุคคลสัญชาติอาเซียน เนื่องจากประเทศไทยเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการบริการของอาเซียน (AFAS) ฉบับที่ 9 โดยให้มีผลเมื่อพ้น

²⁶ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 36

กำหนดระยะเวลา 180 วันนับตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2557 โดยอนุสัญญาฉบับนี้อนุญาตให้เฉพาะนิติบุคคลซึ่งถือหุ้นโดยชาวต่างชาติที่ถือสัญชาติในอาเซียน ไม่เกินร้อยละ 70 สามารถประกอบธุรกิจโรงพยาบาลได้ แต่ไม่รวมถึงคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล²⁷

2.8 กฎหมายเกี่ยวกับการการเข้าเมืองของคนต่างด้าว

การที่คนต่างด้าวจะเข้ามาทำงานในประเทศไทยนั้น จะต้องได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 มาตรา 34 ประกอบ มาตรา 35 โดยอำนาจในการอนุญาตนั้นอยู่ที่อธิบดีกรมตำรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่อธิบดีมอบหมาย

ซึ่งในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ชาวต่างชาตินั้น จะเป็นกรณีตาม มาตรา 34 (5) ในกรณีประกอบธุรกิจ (10) การศึกษาหรือดูงาน และ (14) การปฏิบัติหน้าที่ด้านช่างฝีมือหรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมาตรา 35 (3) อนุญาตให้อยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี^{28,29}

ในกรณีที่คนต่างด้าวมียศจำเป็นจะต้องอยู่ในราชอาณาจักรเกินระยะเวลาที่กำหนด ในมาตรา 35 (1) (2) (3) และ (4) ให้อธิบดีเป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้อยู่ต่อไปได้ครั้งละ ไม่เกินหนึ่งปี และเมื่อได้ อนุญาตแล้วให้รายงานต่อคณะกรรมการเพื่อทราบพร้อมด้วยเหตุผลภายในเจ็ดวันนับแต่วันอนุญาต³⁰

ดังนั้น หากกล่าวโดยสรุป แพทย์ต่างชาติจะสามารถเข้ามาอยู่ในเมืองไทยได้เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี

2.9 กฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย

หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้ามาและอยู่อาศัยในประเทศไทยได้แล้ว แพทย์ต่างชาติที่ประสงค์จะประกอบวิชาชีพในประเทศไทยจะต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ดังต่อไปนี้

โดยพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ได้ให้อำนาจในการออกพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยงานในอาชีพและวิชาชีพที่ห้ามคนต่างด้าวทำ ซึ่งการประกอบวิชาชีพแพทย์นั้นมิได้ถูกระบุไว้ในพระราชกฤษฎีกา จึงใช่งานที่ห้ามคนต่างด้าวทำ แต่การประกอบวิชาชีพของแพทย์

²⁷ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ, “อนุสัญญาว่าด้วยการบริการของอาเซียน (AFAS) ฉบับที่ 9,” สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2561, จาก <https://www.dtn.go.th>

²⁸ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 มาตรา 34

²⁹ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 มาตรา 35

³⁰ พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 มาตรา 35 วรรคท้าย

ต่างชาตินั้น จำเป็นจะต้องได้รับอนุญาตให้ทำงาน (Work Permit) ตามมาตรา 9³¹ โดยคุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติที่จะได้รับอนุญาตให้ทำงานนั้น จะต้องเป็นไปตามมาตรา 10³² คือมีถิ่นที่อยู่เป็นการถาวรในราชอาณาจักรหรือได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง โดยมีชื่อได้รับอนุญาตให้เข้ามาในฐานะนักท่องเที่ยวหรือผู้เดินทางผ่าน และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

โดยระยะเวลาในการอนุญาตให้ทำงานนั้น จะบัญญัติไว้ในมาตรา 21 ว่าให้มีอายุไม่เกิน 2 ปี นับแต่วันที่ออกหรือให้มีอายุเท่ากับระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาทำงานตามกฎหมายนั้น ๆ และการได้รับอนุญาตให้ทำงาน ไม่มีผลเป็นการขยายระยะเวลาอยู่ในราชอาณาจักรตามกฎหมายคนเข้าเมือง³³

2.10 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น ถือเป็นบริการซึ่งเป็นการใช้แรงงานรูปแบบหนึ่ง ดังนั้น การที่จะประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศใดนั้น นอกเหนือจากการได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้น ๆ แล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจึงต้องปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบของประเทศที่จะเข้าไปทำงานด้วย ซึ่งแต่ละประเทศนั้น ล้วนมีแนวคิดและกฎหมายแตกต่างกันไป อันเนื่องมาจากความเป็นมาด้านประวัติศาสตร์ สังคม และนโยบายของรัฐในด้านเศรษฐกิจ ทำให้แต่ละประเทศมีความวิธีการ ความเข้มงวดและการอำนวยความสะดวกต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติต่างกัน แต่โดยแนวโน้มของประเทศต่าง ๆ โดยรวมนั้น ผลจากโลกาภิวัตน์ (Globalization) ทำให้แต่ละประเทศมีการพัฒนาไปทางที่เปิดเสรีของการเคลื่อนย้ายแรงงานมากขึ้น ซึ่งการเปิดเสรีของการเคลื่อนย้ายแรงงานมีที่มาจากแนวคิดและทฤษฎีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ

การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเป็นรูปแบบหนึ่งของการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศที่มีอาณาเขตติดต่อกันหรืออยู่ในภูมิภาคเดียวกัน เช่น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (อังกฤษ: ASEAN Economic Community: AEC) หรือ มีลักษณะร่วมกันทางด้านเศรษฐกิจ เช่น องค์กรกลุ่มประเทศผู้ส่งน้ำมันออก (อังกฤษ: Organization of Petroleum Exporting Countries: OPEC)

³¹ พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 มาตรา 9

³² พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 มาตรา 10

³³ พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 มาตรา 21

วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจนั้น มีทั้งเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในระหว่างประเทศสมาชิกด้วยตนเอง เช่น AEC หรือ EU หรือเป็นการรวมกลุ่มกันเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองทางเศรษฐกิจกับประเทศนอกกลุ่ม เช่น OPEC

การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจมี 6 ระดับ ดังนี้³⁴

1. การจัดทำข้อตกลงเพื่อแลกเปลี่ยนสิทธิพิเศษทางการค้า (Preferential Trading Arrangement) เป็นการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจขั้นต่ำสุด โดยการทำข้อตกลงร่วมกันที่จะลดอัตราภาษีศุลกากร และข้อจำกัดทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษีศุลกากรหรืออุปสรรคทางการค้าอื่น ๆ กับการนำเข้าสินค้าจากประเทศในกลุ่ม โดยการลดอัตราภาษีศุลกากรระหว่างกันจะค่อนข้างค่อยเป็นค่อยไป และจะไม่ลดลงจนหมดไปในทันที สำหรับประเทศนอกกลุ่ม ยังมีการเรียกเก็บภาษีศุลกากรจากการนำเข้าสินค้าจากประเทศนอกกลุ่มในอัตราที่แต่ละประเทศสามารถกำหนดเองได้ และเพื่อรักษาสภาพประโยชน์ของประเทศในกลุ่ม จึงมีการควบคุมการแลกเปลี่ยนสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรให้ เป็นไปตามข้อตกลง เพื่อป้องกันไม่ให้สินค้าจากประเทศนอกกลุ่มสมาชิกเข้ามารับสิทธิพิเศษทางการค้า และวางจำหน่ายในประเทศสมาชิกโดยไม่ต้องเสียภาษี ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าว แต่ละประเทศสมาชิกที่มีการรวมกลุ่มจึงต้องมีข้อกำหนดว่าด้วยแหล่งกำเนิดสินค้า คือการกำหนดให้สินค้าที่จะได้รับสิทธิการยกเว้นภาษี จะต้องเป็นสินค้าที่ผลิตภายในประเทศสมาชิกเท่านั้น โดยผู้รับสิทธิจะต้องแสดงใบรับรองแหล่งกำเนิดสินค้า (Certificate of Origin: C/O) ให้กับผู้ส่งออก เพื่อแสดงให้เห็นว่าสินค้าของประเศนำเข้าได้ทราบว่า สินค้านำเข้านั้นผลิตภายในประเทศสมาชิก จึงจะได้รับสิทธิพิเศษทางการค้า

2. เขตการค้าเสรี (Free Trade Area : FTA) เป็นการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเพื่อยกเลิกอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศสมาชิก โดยที่ประเทศสมาชิกภายในกลุ่มจะยกเลิกมาตรการนำเข้าด้านการเก็บภาษีศุลกากรจากการนำเข้าสินค้าระหว่างประเทศในกลุ่ม และไม่สนับสนุนให้มีการกีดกันทางการค้าในรูปแบบต่างๆ ทั้งมาตรการที่ไม่ใช่ภาษี และข้อจำกัดทางการค้าที่เป็นอุปสรรคในการค้าขายระหว่างประเทศสมาชิก สำหรับการค้าขายกับประเทศภายนอกกลุ่มนั้น ประเทศสมาชิกสามารถเรียกเก็บภาษีศุลกากรขาเข้าจากประเทศภายนอกกลุ่มได้อย่างอิสระ ซึ่งการที่แต่ละประเทศเรียกเก็บภาษีจากประเทศภายนอกกลุ่มได้อย่างเสรีนี้ จะทำให้ภาษีที่เรียกเก็บจากประเทศนอกกลุ่มแตกต่างกัน ประเทศนอกกลุ่มสามารถเปรียบเทียบอัตราภาษีที่แต่ละประเทศจัดเก็บ และเลือกค้ากับประเทศสมาชิกที่ตั้งอัตราภาษีไว้ต่ำได้ ตัวอย่างการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจใน

³⁴ Sukunrat Chanwichen, “การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ (Economic Integration),” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://annmadoo.blogspot.com/2016/09/economic-integration.html>

รูปแบบของเขตการค้าเสรี เช่น สมาคมเขตการค้าเสรีแห่งยุโรป (European Free Trade Association: EFTA) สนธิสัญญาเขตการค้าเสรีอเมริกาเหนือ (North American Free Trade Agreement: NAFTA) สมาคมการค้าเสรีแห่งลาตินอเมริกา (Latin American Free Trade Association: LAFTA) และเขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA) เป็นต้น

3. สหภาพศุลกากร (Customs Union) เป็นการตกลงทางการค้าระหว่าง 2 ประเทศขึ้นไป เพื่อยกเลิกการเก็บภาษีศุลกากร ยกเลิกข้อจำกัดทางการค้า รวมทั้งยกเลิกมาตรการจำกัดการค้าอื่น ๆ ระหว่างประเทศสมาชิก นอกเหนือจากนี้ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศยังมีข้อตกลงเรื่องการกำหนดนโยบายอัตราภาษีศุลกากรกับประเทศนอกกลุ่มในอัตราเดียวกัน (common external tariff : CET) ตัวอย่างการรวมกลุ่มเศรษฐกิจในรูปแบบสหภาพศุลกากร ได้แก่ การรวมกลุ่มของเบนลักซ์ คือ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ และลักเซมเบิร์ก โดยเบลเยียมและลักเซมเบิร์ก ได้จัดตั้งสหภาพศุลกากรตั้งแต่ปี พ.ศ.2464 ซึ่งเป็นระยะเวลาระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ต่อมาได้ตกลงให้เนเธอร์แลนด์เข้าร่วมเป็นสมาชิกของสหภาพด้วย

4. ตลาดร่วม (Common Market) เป็นการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจที่สูงกว่าสหภาพศุลกากร กล่าวคือ การรวมกลุ่มแบบตลาดร่วมนั้นไม่เพียงแต่ยกเลิกข้อกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศสมาชิกในทุกรูปแบบ และกำหนดภาษีศุลกากรกับประเทศภายนอกกลุ่มในอัตราเดียวกัน (CET) แล้ว ยังมีการเพิ่มเงื่อนไขว่าไม่เพียงแต่สินค้าเท่านั้นที่สามารถเคลื่อนย้ายได้โดยเสรีระหว่างประเทศสมาชิก แต่ปัจจัยการผลิตภายในกลุ่ม เช่น ทุน วัตถุดิบ แรงงาน เทคโนโลยีต่างๆก็สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีระหว่างประเทศสมาชิกเช่นกัน การที่ปัจจัยผลิตสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างอิสระภายในกลุ่มทางเศรษฐกิจเช่นนี้ ทำให้การใช้ทุน แรงงาน เทคโนโลยีต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะปัจจัยการผลิตจะถูกใช้ภายใต้สภาวะที่ก่อให้เกิดการผลิตที่ได้ผลสูงสุด ตัวอย่างของการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในรูปแบบของตลาดร่วม เช่น ประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (The European Economic Community: EEC) เป็นต้น

5. สหภาพเศรษฐกิจ (Economic Union) การรวมกลุ่มรูปแบบนี้มีลักษณะเหมือนกันกับตลาดร่วมทุกประการ และเพิ่มเงื่อนไขให้ประเทศในกลุ่มสหภาพเศรษฐกิจมีการใช้นโยบายด้านการเงินและการคลังเหมือนกัน เพื่อให้เศรษฐกิจมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากขึ้น โดยจัดตั้งหน่วยงานกลางขึ้นมาบริหารนโยบายร่วมกัน ซึ่งเป็นการรวมตัวของนโยบายทางเศรษฐกิจเพื่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้า บริการ และปัจจัยการผลิตข้ามพรมแดน นอกจากนี้ ยังมีการใช้เงินตราในสกุลเดียวกัน ทำให้ไม่มีความเสี่ยงจากการผันผวนของอัตราแลกเปลี่ยน ตัวอย่างการรวมกลุ่มรูปแบบนี้ เช่น การรวมตัวกันเป็นยุโรปตลาดเดียว (European Unity) ภายใต้สนธิสัญญา

มาสทริชท์ (Maastricht) ซึ่งมีจุดประสงค์ที่จะรวมตัวกันทางการเงินอย่างเต็มที่ในปี พ.ศ.2542 ด้วยการใช้นสกุลยูโรร่วมกัน

6. สหภาพเหนือชาติ (Supranational Union) เป็นการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในระดับสูงสุด กล่าวคือ ประเทศสมาชิกจะมีนโยบายเป็นหนึ่งเดียว มีการรวมกลุ่มในทุก ๆ ด้าน เพื่อมุ่งหวังที่จะรวมเป็นประเทศเดียวกัน โดยรัฐบาลของแต่ละประเทศต่างยินยอมสละอำนาจอธิปไตยของตน เพื่อให้สามารถตัดสินใจกำหนดนโยบายต่าง ๆ ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความร่วมมือทางด้าน การต่างประเทศ ความยุติธรรม และความปลอดภัย ไม่มีการบริหารที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ และปัจจัยการผลิต ซึ่งการรวมกลุ่มกันเป็นสหภาพเหนือชาติเป็นไปได้ยาก เพราะรัฐบาลของแต่ละประเทศก็ย่อมอยากที่จะมีสิทธิและอำนาจในการปกครองอยู่ แต่การรวมกลุ่มในลักษณะนี้เป็นการสูญเสียอิสระในการปกครองอย่างสิ้นเชิง ทำให้ในขณะนี้จึงยังไม่มีการรวมกลุ่มของประเทศใดที่รวมตัวกันเป็นสหภาพเหนือชาติ

การรวมกลุ่มระหว่างประเทศเป็นการตกลงร่วมมือกันของประเทศภายในกลุ่มที่จะอำนวยความสะดวกทางการค้า ทั้งการลดมาตรการกีดกันทางการค้าในรูปของภาษีและที่มิใช่ภาษี รวมทั้งลดกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆที่เป็นอุปสรรคทางการค้า ทำให้ประเทศที่ได้รวมกลุ่มทางการค้าได้ประโยชน์มากมาย ทั้งการใช้ประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ในด้านปัจจัยการผลิต ด้านการจ้างงาน และด้านอื่นๆ ทำให้เศรษฐกิจของประเทศสมาชิกขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยประโยชน์จากการรวมกลุ่มสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ประโยชน์ในการเพิ่มการค้าและการเบี่ยงเบนการค้า (Trade Creation and Trade Diversion) การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจจะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรการผลิตอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ไม่มีสิ่งกีดขวางใดๆ ที่เป็นอุปสรรคทางการค้าระหว่างประเทศสมาชิก ทำให้แต่ละประเทศได้ประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ โดยเรียกว่า การเพิ่มการค้า (Trade Creation) ส่วนการโยกย้ายทรัพยากรไปใช้ผลิตให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เรียกว่า การเบี่ยงเบนการค้า (Trade Diversion) ซึ่งการสร้างการค้าและการเบี่ยงเบนการค้านี้ จะทำให้ผู้บริโภคในกลุ่มประเทศสมาชิกมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้ต้นทุนการผลิตลดลง ราคาจำหน่ายลดลง ผู้บริโภคสามารถซื้อผลิตภัณฑ์คุณภาพดีได้ในราคาถูก ทำให้ตลาดที่มีภายในและต่างประเทศมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้น

2. ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตอย่างเสรี ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตอย่างเสรี จะเห็นชัดเจนจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจในรูปแบบตลาดร่วมที่มีข้อตกลงให้ทั้งสินค้าและปัจจัยการผลิต ไม่ว่าจะเป็น ทุน แรงงาน วัตถุดิบ เทคโนโลยี สามารถ

เคลื่อนย้ายได้อย่างเสรี ซึ่งการเคลื่อนย้ายอย่างอิสระ ปราศจากการควบคุมจะทำให้การผลิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด อันจะนำมาซึ่งฐานะความเป็นอยู่ของประชากรในตลาดร่วมดีขึ้น

3. ประโยชน์ในการสร้างอำนาจการต่อรองเพิ่มขึ้น การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเป็นการผนึกกำลังกันเพื่อเจรจาทางการค้า โดยมีเป้าหมายในการสร้างอำนาจการต่อรองระหว่างประเทศภายในกลุ่มกับประเทศภายนอกกลุ่ม เพื่อปกป้องผลประโยชน์แก่ประเทศภายในกลุ่ม

4. ประโยชน์ในการประหยัดต่อขนาดการผลิต (Economies of Scale) การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจจะอำนวยความสะดวกในการค้าระหว่างประเทศสมาชิก ส่งผลให้ตลาดการค้าระหว่างประเทศขยายตัว ซึ่งเป็นผลให้ปริมาณการผลิตสูงขึ้น อันจะทำให้ต้นทุนคงที่ถูกลดลงเป็นต้นทุนการผลิตต่อหน่วยที่ต่ำลง ส่งผลให้ต้นทุนสินค้าต่อหน่วยมีราคาถูกลง ทำให้เกิดขนาดการผลิตที่ประหยัดจากภายใน (Internal Economies of Scale) ขึ้นในประเทศ และถ้าเป็นการรวมกลุ่มรูปแบบตลาดร่วมก็เกิดขนาดการผลิตที่ประหยัดจากภายนอก (External Economies of Scale) เพราะในตลาดร่วมนั้นสามารถเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้โดยเสรีข้ามพรมแดนได้ ธุรกิจสามารถจัดหาแหล่งเงินทุนที่มีต้นทุนที่ต่ำกว่า การจ้างแรงงานที่ชำนาญกว่าจากประเทศภายในกลุ่มมาทำงาน ตลอดจนมีการนำเทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัยมาใช้ ปัจจัยต่างๆเหล่านี้สามารถที่จะนำมาปรับปรุงกระบวนการผลิตตลอดจนคุณภาพของสินค้าและบริการ ซึ่งในที่สุดจะทำให้ต้นทุนการผลิตต่อหน่วยเฉลี่ยลดลงได้

5. ประโยชน์ในการลดราคาสินค้านำเข้า (Reduced Import Prices) การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจจะทำให้ประเทศภายในกลุ่มยกเลิกภาษีศุลกากร และข้อจำกัดต่างๆทางการค้าที่มีลักษณะเป็นการคุ้มครองการผลิตภายในประเทศ ทำให้กลุ่มประเทศสมาชิกสามารถซื้อขายสินค้ากันได้อย่างสะดวก และสามารถซื้อขายกันได้ปริมาณและมูลค่าที่เพิ่มขึ้น เพราะการรวมกลุ่มทางการค้าทำให้ราคาสินค้าลดลง เนื่องจากการยกเลิกอัตราภาษี ทำให้ภาระต้นทุนของสินค้านำเข้าลดลง ส่วนประเทศที่ส่งออกสินค้าซึ่งได้รับการยอมรับของผู้บริโภคในตลาดต่างประเทศก็จะขายสินค้าได้มากขึ้น อันจะนำมาซึ่งรายได้เข้าประเทศที่มากขึ้นเช่นกัน และเมื่อประเทศผู้ส่งออกมีรายได้จากการส่งออกดีขึ้น ก็จะนำไปสู่การลดกำแพงภาษีลงบ้าง เป็นการต่างตอบแทนกับประเทศคู่ค้า ทำให้สินค้านำเข้าในประเทศถูกลงเช่นกัน

6. ประโยชน์จากการเพิ่มประสิทธิภาพปัจจัยการผลิต (Higher Factor Productivity) ข้อตกลงประการหนึ่งของการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจคือ ประเทศสมาชิกสามารถเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้อย่างอิสระ ทำให้ปัจจัยการผลิตสามารถเคลื่อนย้ายจากประเทศที่มีศักยภาพการผลิตต่ำไปยังประเทศที่มีศักยภาพการผลิตสูงกว่า ทำให้ปัจจัยการผลิตถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ก่อให้เกิดผลดีต่อสภาพเศรษฐกิจ โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มกำลังพัฒนาจะ

ได้โอกาสที่ดีขึ้นในการพัฒนาเศรษฐกิจของตน เพราะได้เปรียบจากการมีอัตราค่าจ้างแรงงานต่ำ จึงเป็นจุดสนใจของต่างชาติที่จะเข้ามาลงทุน

อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์เคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตอาจส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่ยากจน เพราะต้องปฏิบัติตามข้อตกลงการรวมกลุ่มระหว่างประเทศที่ระบุไว้ว่า ประเทศสมาชิกสามารถเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตได้โดยเสรี ทำให้ประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศยากจนที่มีทรัพยากรที่เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศของตน อาจถูกถ่ายเทเอาบรรดาทรัพยากรเหล่านี้ไปสู่ประเทศที่พร้อมในการผลิตมากกว่าก็ได้ โดยเฉพาะทรัพยากรมนุษย์ เพราะถ้าบุคลากรมีฝีมือได้รับโอกาสที่มากขึ้น ก็อาจเลือกย้ายไปปฏิบัติงานในประเทศอื่นๆ ทำให้ประเทศอาจไม่สามารถรักษาทรัพยากรของประเทศตนได้ ต้องสูญเสียบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถไป ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาประเทศตนเองได้

การเคลื่อนย้ายแรงงานของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างเสรี อันเกิดจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจนั้น จะมีสาเหตุมาจากความต้องการด้านเศรษฐกิจของตัวแรงงานเอง เช่น รายได้ที่ดีกว่า ความสะดวกสบายในการอยู่ประเทศที่เจริญกว่า ภาระงานที่น้อยกว่า เป็นต้น แต่มิใช่ว่าแนวคิดด้านการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรีนั้น จะมีแต่ผลดีต่อระบบเศรษฐกิจอย่างเดียว มีผู้เสนอทฤษฎีว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยเสรีนั้นเป็นผลเสียต่อระบบเศรษฐกิจเช่นกัน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างแนวคิดทั้ง 2 แบบ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดแบบไม่ถือชาติ (Internationalist) แนวคิดนี้จะมองว่าการทำงานของระบบการเคลื่อนย้ายแรงงานจะเกิดผลดีกับตลาดแรงงานส่วนรวม เพราะสะท้อนถึงอำนาจในการเลือกโดยเสรีของแรงงานในแต่ละบุคคลที่เคลื่อนย้าย ซึ่งแรงงานแต่ละคนจะสามารถมุ่งแสวงหาประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง การเคลื่อนย้ายแรงงานจึงย่อมเป็นผลดีแก่ระบบ เมื่อแรงงานและนายจ้างได้รับผลตอบแทนจากการทำงานมากขึ้น ก็จะใช้จ่ายทำให้มีเงินหมุนเวียนในระบบเศรษฐกิจมากขึ้น รัฐเรียกเก็บภาษีได้มากขึ้น อันเป็นผลดีกับระบบเศรษฐกิจโดยรวม

2. แนวคิดชาตินิยม (Nationalist) แนวคิดนี้จะตรงกันข้ามกับแนวคิดแบบไม่ถือชาติ เพราะมองว่า การทำงานของตลาดแรงงานระหว่างประเทศจะไม่เป็นผลดีกับตลาดแรงงานในประเทศที่ด้อยพัฒนาว่า เพราะการเคลื่อนย้ายของแรงงานมักจะเป็นไปในกลุ่มของแรงงานมีฝีมือ ซึ่งมีความรู้และความสามารถ การเคลื่อนย้ายออกนอกประเทศของแรงงานในกลุ่มนี้ ทำให้ประเทศที่ด้อยพัฒนาว่าเกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานกลุ่มนี้เพื่อใช้ในการพัฒนาชาติ และเป็นการเพิ่มความเหลื่อมล้ำระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา

2.11 ความเป็นมาของการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี

การจะศึกษาความเป็นมาของหลักการของการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี จำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงความเป็นมาและหลักการขององค์การการค้าโลก (อังกฤษ : World Trade Organization : WTO) ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญของ WTO คือ การเปิดเสรีทางการค้า โดยลดอุปสรรคหรือข้อกีดกันทางการค้า การกำหนดให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรีจึงเป็นหลักการที่สำคัญหลักการหนึ่งของ WTO

แนวความคิดและปรัชญาเกี่ยวกับการค้าเสรีเริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วง ปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 ปรากฏในงานเขียนของอดัม สมิท (Adam Smith) นักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษ ในการชี้หลักการแบ่งงานกันทำ (division of labor) ประเทศจะผลิตสินค้าที่ตนได้เปรียบโดยสมบูรณ์ เมื่อเปรียบเทียบกับอีกประเทศหนึ่งและส่งออกสินค้าดังกล่าวไปยังประเทศนั้น ในทางตรงกันข้ามก็จะนำเข้าสินค้าที่ผลิตแล้วเสียเปรียบ โดยสมบูรณ์จากประเทศนั้น การค้าของโลกก็จะเพิ่มขึ้น การแบ่งงานกันและสัดส่วนระหว่างจำนวนแรงงานที่ถูกใช้ ถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความมั่งคั่งของประเทศ รัฐบาลต้องนำรายได้เพื่อนำมาใช้จ่าย ในการทำหน้าที่ของรัฐบาล แหล่งรายได้ที่สำคัญของรัฐบาลคือภาษี จึงต้องมีหลักในการจัดเก็บภาษีที่เหมาะสม การค้าระหว่างประเทศ คือการแบ่งงานกันทำระหว่างประเทศ ซึ่งจะทำให้ประเทศคู่ค้าได้รับประโยชน์³⁵

สหราชอาณาจักรรับแนวคิดการค้าเสรีมาเป็นนโยบายของรัฐในปี 2389 แต่ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ประเทศต่าง ๆ หันไปใช้แนวคิดการสร้างอุปสรรคทางการค้าเพื่อปกป้องการค้าและอุตสาหกรรมของประเทศตน โดยมุ่งให้ประเทศของตนเองได้ดูแลการค้าจากการส่งออกมากกว่าเสียดุลจากการนำเข้า โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การตั้งอัตราภาษีศุลกากรในการนำเข้าในอัตราที่สูง เพื่อให้อุตสาหกรรมภายในประเทศสามารถแข่งขันในด้านราคากับต่างชาติได้ แต่ผลที่ตามมากลับทำให้อุปสงค์ในตลาดโลก (Demand) ลดลง ส่งผลให้เกิดวิกฤตทำให้เศรษฐกิจตกต่ำไปทั่วโลก (Great Depression) ซึ่งตัวเลขการว่างงานสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว อันนำมาสู่เหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น วันอังคารทมิฬ (Black Tuesday) ซึ่งตลาดหลักทรัพย์นิวยอร์กตกอย่างรุนแรง ในปี ค.ศ. 1929 ทำให้ธนาคารและสถาบันการเงินจำนวนมากล้มละลาย ความเสียหายในครั้งนั้นคิดเป็นมูลค่า

³⁵ คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, “กฎแห่งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Advantage),” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก

http://www.econ.tu.ac.th/oldweb/doc/course/EC/EC451/slides/new_ec451_59_2.pdf

กว่า 30,000 ล้านดอลลาร์³⁶ หรือ การปฏิวัติสยาม ใน ค.ศ. 1932 โดยคณะราษฎร³⁷ รวมทั้ง การก่อกำเริบขึ้นของพรรคนาซีในเยอรมัน สาเหตุหนึ่งก็มาจากความไม่พอใจด้านเศรษฐกิจของชาวเยอรมันที่ถูกบังคับโดยสนธิสัญญาแวร์ซายส์ ทำให้อัตราการว่างงานในเยอรมันนี้สูงขึ้นถึง 30% จนนำมาสู่การละเมิดสนธิสัญญาแวร์ซายส์ของอดอล์ฟ ฮิตเลอร์ ทำให้เกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 ขึ้น³⁸

เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลง ประเทศต่าง ๆ ได้รับความเสียหายจากสงคราม สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นประเทศฝ่ายสัมพันธมิตรผู้ชนะในสงคราม เริ่มทบทวนนโยบายเศรษฐกิจของโลก โดยเห็นพ้องกันว่า ระบบเศรษฐกิจในลักษณะการค้าเสรีนั้น จะช่วยแก้ปัญหาเศรษฐกิจได้ โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความเสมอภาค และลดการเป็นศัตรูในทางการค้า ซึ่งอาจนำมาสู่สงครามได้ และจะเป็นการสร้างมั่งคั่งและการจ้างแรงงานให้ทุกประเทศโดยเสมอภาคกัน

ดังนั้นในเดือนพฤศจิกายน 2488 อังกฤษและสหรัฐอเมริกา จึงได้จัดทำข้อเสนอการจัดระเบียบการค้าระหว่างประเทศ Proposals for Expansion of World Trade and Employment เพื่อให้มีการประชุม ร่วมกันระหว่างประเทศเพื่อหารือในขั้นต่อไป ในเดือนธันวาคม 2488 ประเทศต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 15 ประเทศจึงเริ่มต้นการเจรจาเพื่อที่จะลดและผูกพันในเรื่องภาษีศุลกากรเพื่อนำไปสู่การค้าเสรีอย่างแท้จริง

จากข้อเสนอของอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ในเดือนกุมภาพันธ์ 2489 คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติเห็นชอบในการ แต่ตั้งคณะกรรมการเตรียมงานทำหน้าที่ร่างกฎบัตรระหว่างประเทศเพื่อ พัฒนาระบบการค้าเสรีและจัดตั้งองค์การการค้าระหว่างประเทศ (International Trade Organization: ITO)

ในเดือนเมษายน - พฤศจิกายน 2490 มีการประชุมครั้งที่ 3 เพื่อจัดตั้งองค์การการค้าระหว่างประเทศ ณ นครเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ และในวันที่ 30 ตุลาคม 2490 ข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษี ศุลกากรและการค้า หรือ GATT ก็ได้ถือกำเนิดขึ้นจากการลงนามของกลุ่มสมาชิกจำนวน 23 ประเทศ โดยเป็นประเทศพัฒนาแล้ว 10 ประเทศ และประเทศด้อยพัฒนา 13 ประเทศ

ในเดือนพฤศจิกายน 2490 มีการประชุม สหประชาชาติเพื่อการค้าและการจ้างงาน (United Nations Conference on Trade and Employment) ณ เมืองฮาวานา ประเทศคิวบา ประเทศ

³⁶กุลวดี มกรภิรมย์, “Great Depression (1929–1939): เศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่ (พ.ศ. ๒๔๗๒–๒๔๘๒),” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://rcim.rmutr.ac.th/wp-content/uploads/2016/05/Investment-PDF-244.pdf>

³⁷Nicolas Tarling, “The Cambridge History of Southeast Asia: Volume 2, The Nineteenth and Twentieth centuries,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <https://books.google.co.th/>

³⁸GCSE; “Hitler's rise to power,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก http://www.bbc.co.uk/schools/gcsebitesize/history/mwh/germany/hitlerpowerrev_print.shtml

ผู้เข้าร่วมประชุมทั้ง 56 ประเทศได้มีมติเห็นชอบในกฎบัตรฮาวานา (Havana Charter) ซึ่งเน้นให้เศรษฐกิจโลกเจริญเติบโตอย่างสมดุลให้การแข่งขันดำเนินไปตามกลไกตลาด ประเด็นหลักของนโยบายการค้าเสรีที่กฎบัตรฮาวานาเน้นคือ การลดการควบคุมทางด้านปริมาณให้ได้มากที่สุดและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อประเทศสมาชิกใด ๆ นอกจากนี้กลวิธีที่กฎบัตรฮาวานาเห็นว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดก็คือ การใช้กระบวนการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้มาซึ่งประโยชน์สูงสุดอันเป็นที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย ที่ประชุมยังมีมติเห็นชอบในการจัดตั้งองค์การการค้าระหว่างประเทศ (International Trade Organization - ITO) ซึ่งเป็นองค์กรที่ช่วยสนับสนุนการทำงานของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) และ ธนาคารระหว่างประเทศเพื่อการบูรณะและ (IBRD) ทั้งสององค์กรมีการก่อตั้งตามข้อตกลงแบรตตันวูดส์โดย ITO จะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแล และกำกับให้การค้าระหว่างประเทศเป็นไปโดยเสรีโดยเฉพาะการขจัดอุปสรรคการค้าระหว่างประเทศทั้งในด้านภาษีศุลกากร (Tariff Barriers) และที่ไม่มีภาษีศุลกากร (Non-Tariff Barriers) รวมไปถึงการจัดจรรยาบรรณทางธุรกิจอันขัดต่อหลักเศรษฐกิจเสรีนิยม (Restrictive Business Practices) การพัฒนาและบูรณะเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกและการจัดการเกี่ยวกับข้อตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยโภคภัณฑ์ต่าง ๆ (International Commodity Agreements)

อย่างไรก็ดี การจัดตั้ง ITO ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกฎบัตรฮาวานานั้น ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มธุรกิจต่าง ๆ ต่อต้าน ITO เพราะเชื่อว่าจะเข้ามาบีบหนทางควบคุมการดำเนินงานของธุรกิจ เอกชนหลายคนมองว่า กฎของ ITO ไม่ได้นำมาใช้กับประเทศกำลังพัฒนาอย่างเท่าเทียมซึ่งอาจนำไปสู่ นโยบายกีดกันทางการค้าและปกป้องการผลิตภายในประเทศ แต่นักการวิจารณ์เน้นไปที่ ITO เป็นองค์กรโลกบาล ซึ่งอาจทำให้อำนาจอธิปไตยและคามมีอิสระของสหรัฐอเมริกาถูกจำกัดลง ทำให้นโยบายการค้าของสหรัฐอเมริกาขึ้นกับองค์กร ระหว่างประเทศที่ไม่ได้ควบคุมโดยสหรัฐอเมริกาเอง เนื่องจากรัฐสภาอเมริกันมีอำนาจในการตัดสินใจประเด็นที่เกี่ยวกับการค้าระหว่างประเทศ ดังนั้น เมื่อรัฐสภาอเมริกันไม่เห็นด้วยกับการก่อตั้ง ITO จึงเท่ากับว่าเป็น การหยุดยั้งการกำเนิดขึ้นของ ITO ในท้ายที่สุด สหรัฐอเมริกาตัดสินใจ ไม่นำเสนอข้อตกลงการก่อตั้ง ITO ต่อรัฐสภาเพื่อให้สัตยาบัน เนื่องจากทราบดีว่ารัฐสภาอเมริกันต้องไม่เห็นด้วยกับข้อตกลงดังกล่าว (Maswood, 2000) ดังนั้น ITO จึงไม่สามารถถือกำเนิดขึ้นมาได้เหลือเพียงแต่ GATT ทกลายมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมดูแลให้เกิดการค้าเสรีหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา

GATT จึงมีใช้องค์กรระหว่างประเทศ แต่เป็นเพียงสนธิสัญญา ระหว่างประเทศ ที่ประเทศต่าง ๆ มีฐานะเป็นประเทศคู่สัญญา (Contracting Parties) แทนที่จะเป็นประเทศสมาชิก (Members) คำนำใน GATT 1947 ระบุว่า วัตถุประสงค์ของประเทศคู่สัญญา คือ การเพิ่มมาตรฐาน

การดำเนินชีวิตการทำให้เกิดการจ้างงานเต็มที่ และการขยายตัวอย่างมากของรายได้ แท้จริงและอุปสงค์ต่อสินค้า (Effective Demand) การพัฒนาการใช้ ทรัพยากรของโลกให้เต็มประสิทธิภาพ และการขยายตัวของการผลิต และการแลกเปลี่ยน (GATT,1994a) ซึ่งนั่นก็คือเป้าหมายที่ระบุอยู่ใน กฎบัตรฮาวานาด้วยเช่นกัน การลดภาษีและสิ่งกีดกันทางการค้าอื่น เช่นเดียวกับการขจัดการปฏิบัติอย่างลำเอียงในการค้าระหว่างประเทศ จะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้ ดังนั้นบทบาทของ GATT จึงเป็น การอำนวยความสะดวกให้เกิดการลดอุปสรรคทางการค้า และทำให้ประเทศภาคีต่างๆ มั่นใจในความเสมอภาคของเงื่อนไขการเข้าถึงตลาด โดยใช้การเจรจาพหุภาคีเป็นเครื่องมือในการร่วมมือระหว่างประเทศ

อย่างไรก็ดีปัญหาที่ยังเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2523-2536 เป็นช่วง การค้าเสรีไม่เป็นที่ไปอย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากเศรษฐกิจญี่ปุ่นขยายตัว อย่างมากและกลายเป็นผู้ส่งออกที่ใหญ่ที่สุด ทำให้ระบบการค้าโลกถูก กดดันจากการขาดดุลการค้าระหว่างสหรัฐอเมริกากับญี่ปุ่นและปัญหา การว่างงานจากเศรษฐกิจตกต่ำในสหรัฐอเมริกา จึงมีกระแสกดดันจากรัฐสภาอเมริกันให้มีมาตรการปกป้องทางการค้าอีกครั้ง ขณะที่รัฐบาล ในหลายประเทศสร้างมาตรการการปกป้องในรูปแบบต่างๆ เพื่อต่อสู้กับการแข่งขันจากต่างประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น แต่ละประเทศพยายามใช้ผลประโยชน์จากช่องโหว่ของ GATT ด้วยการใช้อำนาจด้านการส่งออกด้วยความสมัครใจ (Voluntary Export Restraints: VERs) รัฐบาลในยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือเริ่มทำข้อตกลงที่เป็นส่วนแบ่งตลาด (Market-sharing) แบบ ทวิภาคีกับประเทศคู่ค้า และสนับสนุนมาตรการการอุดหนุนเพื่อรักษา สัดส่วนการค้าสินค้าเกษตร สิ่งเหล่านี้ทำให้ความเชื่อถือและประสิทธิผล ของ GATT ลดน้อยลง

การเจรจาการค้าพหุภาคีรอบอุรุกวัยมีการเริ่มต้นวางแผนในปี 2525 และใช้เวลาหลายปีกว่าจะเริ่มต้นขึ้น เนื่องจากคณะทำงานต้องสำรวจประเด็นต่างๆ ในการประชุม และสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน ก่อนที่รัฐมนตรีจะตกลงให้มีการเจรจารอบใหม่ได้ การเจรจาเริ่มต้นขึ้น ในวันที่ 20 กันยายน 2529 ณ เมือง ปันตา เดล เอสเต (Punta del Este) ประเทศอุรุกวัย การเจรจาขยายไปสู่ประเด็นการค้าบริการ ทรัพย์สินทางปัญญา การปฏิรูปการค้าในภาคที่อ่อนไหวอย่างภาคการเกษตร และสิ่งทอ บทบัญญัติเริ่มต้นของ GATT 1947 มีการทบทวนใหม่ทั้งหมด โดยมี กำหนดเวลา 4 ปี ในการเจรจาให้เสร็จสิ้น

แต่สุดท้ายการเจรจาถึงบทสรุปจนสำเร็จในวันที่ 15 เมษายน 2537 มีการลงนามใน ธรรมนูญการค้าจากรัฐมนตรี 123 ประเทศ ณ การประชุมที่ เมืองมาร์ราเกช ประเทศ โมร็อกโก ซึ่งหนึ่งในข้อสรุปดังกล่าว คือมีมติให้จัดตั้งองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO)

ซึ่งมีสถานะเป็นองค์การระหว่างประเทศ โดยจัดตั้งวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538 มีสมาชิกเริ่มแรก 81 ประเทศ และมีที่ตั้งอยู่ที่นครเจนีวา ประเทศ สวิตเซอร์แลนด์³⁹

แม้ว่า WTO เขามาแทนที่ GATT ในฐานะองค์การระหว่างประเทศ แต่ข้อตกลง GATT ยังคงดำรงอยู่ภายใต้สนธิสัญญาของ WTO สำหรับ การค้าสินค้าโดยปรับปรุงจากผลการเจรจาใน รอบอูรุกวัย

โดย WTO จะทำหน้าที่ดูแลข้อตกลงย่อย 3 ข้อตกลง คือ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยภาษีศุลกากรและการค้า (General Agreement on Tariff and Trade; GATT) ที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้, ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services; GATS) และ ความตกลงว่าด้วยการค้าเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (The agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights; TRIPS)⁴⁰

ซึ่งผู้เขียนมุ่งศึกษาเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้คือ ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services; GATS)

เนื่องจากลักษณะของการค้าบริการต่างจากการค้าสินค้านั้นการค้าบริการ ระหว่างประเทศจึงไม่ใช่เพียงการส่งบริการข้ามพรมแดนไปประเทศใดประเทศหนึ่งเท่านั้น การค้าบริการโดยผู้ให้บริการต่างชาตอาจเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ GATS จึงกำหนดนิยามการค้าบริการ ระหว่างประเทศไว้ 4 รูปแบบ (mode of supply) ดังนี้⁴¹

รูปแบบ 1 (Mode 1) Cross Border Supply หมายถึงการให้บริการข้าม พรมแดน โดยที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างอยู่ประเทศของตน แต่ตัวบริการเคลื่อนย้ายไปยังผู้รับบริการโดยอาศัยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การให้คำปรึกษาผ่านสื่อ การส่งข้อมูลออนไลน์ การบริการ โทรคมนาคม ในกรณีตัวอย่างเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแพทย์ คือ สถานพยาบาลในสหรัฐอเมริกาจ้างแพทย์ในอินเดียอ่านผลภาพถ่ายรังสีวินิจฉัยผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

รูปแบบ 2 (Mode 2) Consumption Abroad หมายถึงผู้รับบริการเคลื่อนย้ายไปรับบริการยังประเทศผู้ให้บริการ เช่น การเดินทางไปท่องเที่ยวเพื่อประกอบการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ (Medical Tourism) เป็นต้น

รูปแบบ 3 (Mode 3) Commercial Presence หมายถึง การจัดตั้งหน่วยธุรกิจเพื่อให้บริการในต่างประเทศ เช่น บริษัทต่างชาติเข้ามาเปิดสำนักงานสาขาในประเทศไทยหรือบริษัทไทยไปเปิด

³⁹รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, สมบูรณ์ ศิริประชัย, หนึ่งทศวรรษ WTO (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551), หน้า 1-21.

⁴⁰พรเทพ เภษญาอภิกุล, รายงานการวิจัยเรื่อง GATS ความตกลงว่าด้วยการค้าบริการ (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548), หน้า 31.

⁴¹พรเทพ เภษญาอภิกุล, เพิ่งอ้าง, น. 39-40.

สาขาในต่างประเทศ เช่น บริษัท กรุงเทพคูสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) เจ้าของโรงพยาบาลกรุงเทพ เปิดโรงพยาบาลรอยัลพนมเปญ ณ กรุงพนมเปญ ประเทศกัมพูชา เป็นต้น

รูปแบบ 4 (Mode 4) Presence of Natural Person หมายถึง การที่บุคคลธรรมดาของประเทศหนึ่งเดินทางเข้าไปทำงานในอีกประเทศหนึ่ง เช่น วิศวกรต่างชาติเข้ามาทำงาน ในประเทศไทย แพทย์ไทยเดินทางไปประกอบอาชีพแพทย์ในสหรัฐฯ เป็นต้น

พันธกรณีทั่วไปของ GATS ที่ประเทศสมาชิก WTO จะต้องถือปฏิบัติ ได้แก่⁴²

1. หลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (หรือเรียกว่าหลักการ MFN : Most-Favoured Nation Treatment) หลักนี้ถือว่าเป็นหลักเกณฑ์พื้นฐานที่สำคัญที่สุดของ GATS หลักนี้ปรากฏอยู่ใน มาตรา 2 ของความตกลง GATS คือ ประเทศสมาชิกแต่ละรายจะให้การปฏิบัติแก่การบริการต่อประเทศสมาชิกอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีเงื่อนไข จะเลือกปฏิบัติโดยให้สิทธิแก่ประเทศอื่นเป็นพิเศษไม่ได้ (Non-discrimination) จึงทำให้ข้อกำหนดนี้เป็นข้อตกลงที่มีลักษณะพหุภาคี ภายใต้ข้อกำหนดนี้ เมื่อประเทศสมาชิกให้สิทธิพิเศษทางการค้าแก่ประเทศใด ประเทศสมาชิกอื่นจะได้สิทธิพิเศษนั้นโดยอัตโนมัติ เช่น ไทยมีพันธะต้องให้การปฏิบัติต่อสหรัฐฯ เท่าเทียมคนไทยตามสนธิสัญญาทางไมตรีฯ ไทย-สหรัฐฯ จึงต้องขยายสิทธิ ดังกล่าวให้ประเทศสมาชิกอื่น ๆ โดยเท่าเทียมกันด้วยมิเช่นนั้นจะถือว่าเป็นการละเมิดหลัก MFN

ดังนั้น เมื่อประเทศสมาชิกได้ระบุเงื่อนไขของการเปิดเสรีในสาขาต่าง ๆ ลงในรายการแสดงคำมั่นเฉพาะ (List of specific commitments) แล้ว ผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิกที่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าว สามารถที่จะเข้ามาแข่งขันได้โดยปราศจากข้อจำกัดอื่น ๆ ที่เลือกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ความหมายของหลักการนี้ก็ยังคงครอบคลุมไปถึงมาตรการอื่น ๆ ทุกมาตรการของประเทศสมาชิกที่กระทบกับสาขาบริการอื่น ๆ ไม่เฉพาะแต่สาขาที่ถูกบันทึกในรายการคำมั่นเฉพาะ ข้อสังเกตที่สำคัญคือ ข้อกำหนดเรื่อง MFN นั้นมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ แต่ไม่เกี่ยวข้องกับระดับการเปิดตลาดใด ๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าแต่ละสาขาของภาคบริการมีระดับของการเปิดเสรีเพียงใด มาตรการต่าง ๆ ที่ใช้กับสาขานั้น ๆ จะต้องไม่เลือกปฏิบัติต่อประเทศใดประเทศหนึ่งเป็นพิเศษ โดยหลักปฏิบัติ MFN นี้จะห้ามเลือกปฏิบัติทั้งในแง่ของการเลือกปฏิบัติที่ถูกระบุไว้ในข้อกำหนดต่าง ๆ โดยตรง (de jure discrimination) และผลกระทบมาจากมาตรการหรือข้อกำหนดอื่นที่แม้ว่าไม่มีการเลือกปฏิบัติ แต่ในทางปฏิบัติแล้วก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้น (de facto discrimination)

อย่างไรก็ดี ข้อตกลงนี้ยังเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกสามารถที่จะมีสิทธิยกเว้นในการปฏิบัติตามหลัก MFN ได้ กล่าวคือ นโยบายและมาตรการที่เป็นไปอย่างเลือกปฏิบัติของสมาชิก

⁴²พรเทพ เภษญายอกกุล, *เพิ่งอ้าง*, น.42-53.

จะต้องถูกบันทึกในรายการและเป็นไปตามเงื่อนไขของภาคผนวกที่ว่าด้วยการยกเว้นการใช้มาตรา 2 (Annex on Article II Exemption) โดยประเทศสมาชิกจะต้องระบุนมาตรการที่ขัดกับหลัก MFN ต่าง ๆ ในขณะที่ข้อตกลง WTO มีผลบังคับใช้ การขอลิขิตยกเว้นใหม่หลังจากการใช้บังคับข้อตกลง WTO ให้เป็นไปตามมาตรา 9 วรรค 3 ของข้อตกลง WTO ซึ่งว่าด้วยข้อกำหนดเกี่ยวกับการยกเว้น โดยคณะมนตรีว่าด้วยการค้าและบริการ (Council of Trade in Services: CTS) จะต้องทำการทบทวนการให้สิทธิยกเว้นในกรณีที่มีการขอยกเว้นเกิน 5 ปี ซึ่งโดยหลักการแล้ว สิทธิยกเว้น MFN จะมีระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี และจะต้องถูกนำมาพิจารณาในการเจรจาเปิดเสรีรอบถัดไป

หลักการนี้ของ GATS มิได้ขัดขวางการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ (Economic Intregation) ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 5 ว่าด้วยการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ สิทธิพิเศษทางการค้าบริการที่กลุ่มทางเศรษฐกิจให้แก่สมาชิกในกลุ่มจะได้รับสิทธิยกเว้นการปฏิบัติตามหลัก MFN โดยข้อตกลงการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจนั้น ๆ จะต้องครอบคลุมสาขาบริการอย่างกว้างขวางและข้อตกลงจะต้องยกเลิกมาตรการเลือกปฏิบัติต่าง ๆ ที่มีอยู่และ/หรือห้ามไม่ให้ออกมาตรการเลือกปฏิบัติต่าง ๆ ต่อประเทศในกลุ่ม หรือระหว่างกลุ่มเศรษฐกิจเพิ่มเติม วัตถุประสงค์ก็คือเพื่อให้ให้มีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ต้องการให้มีการเปิดเสรีทางการค้าเพิ่มขึ้นเป็นลำดับนั่นเอง

การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจจะต้องแจ้งให้คณะมนตรีว่าด้วยการค้าและบริการ (CTS) ทราบ โดยคณะมนตรีจะสามารถตั้งคณะทำงาน (Working Party) เพื่อตรวจสอบและศึกษาการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจนั้น รวมทั้งให้คำแนะนำต่อคณะมนตรีว่าด้วยการค้าบริการ

อย่างไรก็ดี การรวมกลุ่มเศรษฐกิจต่าง ๆ นั้นจะต้องไม่ทำให้อุปสรรคทางการค้า (Barrier to trade) ในแต่ละสาขาบริการของประเทศสมาชิกต่าง ๆ นอกกลุ่มเศรษฐกิจสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการมีข้อตกลงรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ และประเทศที่เป็นสมาชิกในกลุ่มเศรษฐกิจไม่สามารถเรียกร้องค่าชดเชยที่จะเกิดขึ้นกับสมาชิกอื่น ๆ นอกกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์จากการรวมกลุ่มเศรษฐกิจได้

2. หลักความโปร่งใส (Transparency)

หลักนี้ถูกระบุอยู่ในมาตรา 3 วรรค 1 ของความตกลง GATS ประเทศสมาชิกทุกประเทศจะต้องเปิดเผยข้อมูลทั้งทางด้านกฎหมาย กฎระเบียบ (Law and regulations) ขั้นตอนการบริหาร ควบคุม (Administrative guidelines) ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในกฎระเบียบ รวมถึงความตกลงนานาชาติที่จะกระทบต่อ GATS แก่สาธารณะ ประเทศสมาชิกจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งจุดบริการข้อมูล (National enquiry points) เพื่อให้บริการข้อมูลแก่บริษัทเอกชนและรัฐบาลของประเทศสมาชิกอื่นเมื่อถูกร้องขอ โดยจะต้องจัดตั้งจุดบริการข้อมูลภายในสองปีหลังจากความตกลง WTO มีผลบังคับใช้ อย่างไรก็ตามประเทศไทยไม่จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับ ถ้าการ

เปิดเผยนั้นมีผลชัดเจนว่าการบังคับใช้กฎหมาย ชัดแย้งกับผลประโยชน์สาธารณะ หรือส่งผลกระทบต่อทางกฎหมายต่อผลประโยชน์ทางการค้าของสถานประกอบการของรัฐหรือเอกชน

หลักความโปร่งใสจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการลงทุนและการค้าทางด้านการบริการ การปฏิบัติตามหลักความโปร่งใสจะช่วยให้การตรวจสอบทำได้ง่าย และเพิ่มความมั่นใจระหว่างประเทศสมาชิกว่า ประเทศสมาชิกต่าง ๆ ได้ปฏิบัติตามพันธะต่าง ๆ ที่ได้ให้ไว้เช่น การปฏิบัติตามหลัก MFN หรือรายการคำมั่นเฉพาะ

3. หลักผลักดันการเข้ามามีส่วนร่วมในการค้าสาขาบริการของประเทศกำลังพัฒนา (Increasing Participation of Developing Countries)

การบรรลุหลักผลักดันการเข้ามามีส่วนร่วมของประเทศกำลังพัฒนาในกรอบความตกลงทั่วไปถือได้ว่าเป็นการนำประเด็นทางด้านการพัฒนาเข้ามารวมอยู่ใน GATS อย่างชัดเจน ประเทศพัฒนาแล้วจะต้องตั้งจุดบริการข้อมูลภายใน 2 ปีหลังจากความตกลง WTO มีผลใช้บังคับ เพื่อประเทศกำลังพัฒนาจะสามารถขอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในประเด็นทางด้านการค้าและทางเทคนิค ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติทางด้านวิชาชีพ รวมถึงเทคโนโลยีมนสาขาบริการ นอกจากนี้ยังรวมถึงความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคอื่น ๆ

กรอบความตกลง GATS มีเจตนารมณ์ที่จะเพิ่มการเปิดการมีส่วนร่วมโยภาคการค้าบริการของประเทศกำลังพัฒนาผ่านการเจรจาคำมั่นเฉพาะ ประเทศพัฒนาแล้วสามารถช่วยผลักดันการเข้ามามีส่วนร่วมของของประเทศกำลังพัฒนาโดย

1. เพิ่มขีดความสามารถ (Capacity) พัฒนาประสิทธิภาพ (Efficiency) และความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness) ของสาขาบริการในประเทศกำลังพัฒนา โดยการเข้าถึงเทคโนโลยีของประเทศพัฒนาแล้วผ่านช่องทางทางการค้า

2. ปรับปรุงการเข้าถึงช่องทางการกระจายสินค้า และเครือข่ายข้อมูลต่าง ๆ

3. เปิดเสรีการเข้าสู่ตลาด (Market Access) ในสาขาและวิธีการให้บริการ (Mode of Supply) ที่ประเทศกำลังพัฒนาให้ความสนใจ

นอกจากนี้ประเทศด้อยพัฒนา (Least-developed countries) ยังจะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษในการเจรจาคำมั่นเฉพาะ โดยคำนึงถึงสถานการณ์ที่ยากลำบากทางเศรษฐกิจ การพัฒนา และฐานะทางการเงินของประเทศด้อยพัฒนาเหล่านั้น

ความตกลงของ GATS ถึงแม้ว่าจะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศกำลังพัฒนา นอกเหนือจากความต้องการเปิดเสรีด้านการบริการ แต่การบรรลุพันธสัญญาเกี่ยวกับการเพิ่มการมีส่วนร่วมทางการค้าของประเทศกำลังพัฒนา กลับไม่ได้ให้สิทธิพิเศษทาง

การค้าต่อประเทศกำลังพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งแตกต่างจากในกรณีของ GATT ที่มีการปรับปรุงพันธกรณีทั่วไป ซึ่งประเทศกำลังพัฒนาใช้ปฏิบัติ เพื่อให้ประเทศเหล่านั้นได้ประโยชน์

4. หลักเกี่ยวกับข้อกำหนดภายในประเทศ (Domestic Regulation)

ข้อกำหนดภายในประเทศมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการค้าในสาขาบริการ อุปสรรคทางการค้าในสาขาบริการส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากข้อกำหนดภายในประเทศที่รัฐบาลของแต่ละประเทศกำหนดขึ้นเพื่อปกป้องการเข้ามาแข่งขันจากผู้ประกอบการบริการจากต่างประเทศ ซึ่งแตกต่างจากในกรณีสินค้าที่อุปสรรคส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบของมาตรการภาษีและไม่ใช่ภาษีซึ่งกีดกันการค้าที่พรมแดนของประเทศ การค้าทางด้านบริการส่วนใหญ่จะถูกอุปสรรคจากมาตรการควบคุมภายในประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการเกี่ยวกับมาตรฐานการให้บริการ หรือการออกใบอนุญาต ตัวอย่างเช่น ปัญหาการออกใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์ต่างชาติ

อย่างไรก็ตาม หลักการข้อนี้มิได้ปฏิเสธถึงความจำเป็นของมาตรการควบคุมธุรกิจบริการภายในประเทศ เพียงแต่มีขึ้นเพื่อป้องกันการใช้มาตรการดังกล่าวเป็นเครื่องมือในการสร้างอุปสรรคทางการค้าและเพื่อให้ความมั่นใจแก่ประเทศสมาชิกทุกประเทศว่ามาตรการดังกล่าวจะถูกใช้อย่างสมเหตุสมผลและเท่าเทียม โดยมาตรา 6 ของ GATS ระบุว่า มาตรการควบคุมภายในประเทศของสมาชิกในเรื่องข้อกำหนดทางคุณภาพ ข้อกำหนด และขั้นตอนการขออนุญาต และมาตรฐานทางเทคนิคจะต้องไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคทางการค้าโดยไม่จำเป็น (Unnecessary barrier to trade) นอกจากนี้มาตรการเหล่านี้จะต้องไม่ถูกใช้เพื่อลบล้าง (Nullify) หรือเกิดความเสียหาย (Impair) ต่อพันธะที่ประเทศสมาชิกระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ (List of specific commitments)

5. หลักเกี่ยวกับการให้บริการผูกขาด (Monopoly)

ข้อตกลง GATS ไม่ได้ขีดขวางการมีอยู่ของผู้ให้บริการผูกขาด แต่การมีอยู่ของผู้ให้บริการผูกขาดจะต้องไม่ขัดกับหลักปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับการอนุเคราะห์อย่างยิ่ง และรายการคำมั่นเฉพาะประเทศสมาชิก จะต้องป้องกันให้ผู้บริการผูกขาดมิให้ใช้อำนาจไปในทางที่ขัดกับคำมั่นที่ประเทศสมาชิกให้ไว้ นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกจะต้องรายงานการเกิดขึ้นของผู้ประกอบการผูกขาดรายใหม่ให้คณะมนตรีการค้าและบริการหากสาขานั้นอยู่ในรายการคำมั่นเฉพาะ

นอกเหนือจากพันธกรณีทั่วไปในส่วนของหลักการปฏิบัติเยี่ยงชาติที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง (MFN) และหลักความโปร่งใส (Transparency) ซึ่งทุกประเทศสมาชิกต้องยึดถือและมีผลบังคับโดยอัตโนมัติแล้ว ข้อตกลง GATS ยังเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เลือกเงื่อนไขเปิดเสรีซึ่ง

เป็นไปตามความสมัครใจ โดยประเทศสมาชิกจะต้องระบุสาขาบริการที่จะทำการเปิดเสรีลงในรายการคำมั่นเฉพาะ โดยการเปิดเสรีจะเป็นไปตามหลัก MFN ซึ่งอาจมีเงื่อนไขทางด้านมาตรฐานหรือใบอนุญาตอยู่ด้วย ประเทศสมาชิกสามารถที่จะกำหนดเงื่อนไขข้อจำกัดของการเข้าสู่ตลาด (Market access) หรือเงื่อนไขที่เป็นการเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ให้บริการในประเทศกับผู้ให้บริการจากต่างประเทศ (National treatment) ซึ่งมาตรการที่เป็นข้อจำกัดเหล่านี้ ถ้าประเทศสมาชิกต้องการที่จะคงไว้ต้องระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ

ในกรอบที่ว่าด้วยคำมั่นเฉพาะนี้จะว่าด้วยการระบุเงื่อนไขการเปิดเสรีในสาขาบริการที่ประเทศสมาชิกมีความสมัครใจ โดยประเทศสมาชิกสามารถที่จะคงมาตรการที่เป็นข้อจำกัดเกี่ยวกับการเข้าสู่ตลาด การปฏิบัติเยี่ยงผู้ประกอบการในประเทศ นอกจากนี้ ประเทศสมาชิกยังสามารถที่จะให้คำมั่นเพิ่มเติม (Additional commitments) นอกเหนือจากเงื่อนไขสองประการข้างต้นด้วย โดยในหมวดนี้มีมาตราที่เกี่ยวข้องด้วยกันทั้งสิ้น 3 มาตรา ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1) การเข้าถึงตลาด (Market Access)

มาตราที่ 16 วรรค 2 ได้ระบุถึงมาตรการป้องกันการเข้าถึงตลาดที่ประเทศสมาชิกไม่สามารถที่จะบังคับใช้ได้ถ้าไม่ได้ระบุไว้ล่วงหน้าในรายการคำมั่นเฉพาะ ซึ่งมีด้วยกันทั้งสิ้น 6 มาตรการ คือ

1. จำกัดจำนวนผู้ให้บริการ โดยการให้โควตา อำนาจผูกขาด ผู้แทนจำหน่าย หรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ (Economic needs test) ยกตัวอย่างเช่น การจำกัดโควตาสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ หรือข้อกำหนดเกี่ยวกับสัญชาติของผู้ให้บริการ ซึ่งมองอีกแง่หนึ่งถือว่าเป็น โควตาที่เป็นศูนย์ (Zero quota)

2. จำกัดมูลค่าธุรกรรม หรือสินทรัพย์รวมของธุรกิจบริการ โดยการให้โควตา หรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เช่น จำกัดสินทรัพย์ของสาขาธนาคารต่างประเทศให้เป็นสัดส่วนของสินทรัพย์รวมของทุกธนาคาร

3. จำกัดปริมาณในลักษณะของหน่วยการให้บริการ หรือ จำนวนรวมของผลผลิตของสินค้าบริการ โดยการให้โควตา หรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เช่น จำกัดเวลาฉายของภาพยนตร์จากต่างประเทศ

4. จำกัดจำนวนรวมของบุคคลธรรมดา (Natural Person) ที่จะเข้าทำงานในสาขาบริการต่าง ๆ หรือจำกัดจำนวนแรงงานที่ผู้ประกอบการบริการจะจ้างได้ หรือการตัดสินใจใครจำเป็นหรือเกี่ยวข้องต่อการให้บริการ โดยการให้โควตาหรือมาตรการทดสอบความจำเป็นทางเศรษฐกิจ เช่น อนุญาตให้ในบางวิชาชีพที่ขาดแคลนบุคลากรในประเทศ หรือจำกัดจำนวนแรงงานจากต่างประเทศในแต่ละสถานประกอบการมิให้เกินสัดส่วนของแรงงานทั้งหมด

5. มาตรการที่จำกัดลักษณะรูปแบบการจัดตั้งทางกฎหมายของนิติบุคคล (Legal Entity) หรือการร่วมทุนจากต่างประเทศในลักษณะกิจการร่วมค้า (Joint venture) ที่สามารถเข้ามาประกอบธุรกิจบริการ

6. จำกัดการเข้ามามีส่วนร่วมของทุนจากต่างประเทศในรูปของการจำกัดสัดส่วนการถือหุ้นสูงสุดของชาวต่างชาติหรือจำกัดมูลค่ารวมของการลงทุนจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะโดยการลงทุนของบุคคลหรือนิติบุคคล ตัวอย่างเช่น การจำกัดการถือหุ้นของผู้ถือหุ้นต่างชาติไม่เกินร้อยละ

49

2) หลักการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ (National Treatment: NT)

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการเพิ่มการเปิดเสรี ข้อกำหนดเกี่ยวกับหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติถูกกำหนดไว้ในมาตรา 17 ของ GATS ให้สมาชิกในแต่ละประเทศจะต้องปฏิบัติกับผู้ประกอบธุรกิจบริการจากประเทศสมาชิกอื่นในสาขาที่ระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ โดยให้การสนับสนุนไม่น้อยกว่าผู้ประกอบการในประเทศนั้น ๆ ได้รับความปฏิบัติ ประเทศสมาชิกสามารถใช้มาตรการที่เลือกปฏิบัติได้ตามมาตรการที่เลือกปฏิบัติที่ระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะแล้ว

ความตกลง GATS มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติทั้งในส่วนการให้บริการและผู้ให้บริการ โดยคำนึงถึงธรรมชาติของตัวสินค้าบริการที่ไม่สามารถแยกผู้ประกอบการออกจากตัวบริการสินค้าได้ ซึ่งความตกลง GATS นั้น ประเทศสมาชิกสามารถเลือกที่จะปฏิบัติตามหลักการนี้ได้โดยสมัครใจ โดยระบุไว้ในรายการคำมั่นเฉพาะ

อย่างไรก็ดี วัตถุประสงค์ของมาตรา 17 คือ การปฏิบัติต่อผู้ประกอบธุรกิจในสาขานั้น ๆ อย่างเท่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิกใดก็ตาม โดย GATS ไม่ได้กำหนดให้ประเทศสมาชิกจะต้องปฏิบัติกับผู้ประกอบการทุกรายเหมือนกัน เพียงแต่ว่าการปฏิบัติที่เหมือนหรือต่างกันนั้นจะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อสภาวะการแข่งขันในลักษณะที่ให้ประโยชน์ต่อผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิกอื่น

สมาชิกแต่ละประเทศจะต้องทำรายการคำมั่นเฉพาะ โดยระบุสาขาที่จะเปิดเสรีพร้อมทั้งระบุเงื่อนไขมาตรการเกี่ยวกับการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ โดยประเทศสมาชิกอาจจะวางเงื่อนไขที่แตกต่างกันสำหรับลักษณะรูปแบบการให้บริการ (Modes of supply) ต่าง ๆ ในสาขาบริการเดียวกัน การลดเงื่อนไขการเข้าสู่ตลาดและการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติโดยหลักการแล้วก็เพื่อต้องการให้เกิดการค้าเสรี เปรียบได้กับการลดอัตราภาษีศุลกากรให้เหลือร้อยละศูนย์ (Zero-tariff) ในสินค้าทั่วไปที่มีให้บริการ ซึ่งอุปสรรคทางการค้าบริการมิใช่ออยู่ที่ภาษีศุลกากร แต่อยู่ที่มาตรการที่เข้ามาควบคุมสาขาบริการนั้น ๆ การที่ GATS ให้อิสระกับประเทศสมาชิกในการกำหนด

เงื่อนไขการเข้าสู่ตลาด และการปฏิบัติเยี่ยงคนชาติโดยสมัครใจนั้น ก็เพื่อต้องการให้กระบวนการเจรจาต่อรองมาช่วยในการเพิ่มการเปิดเสรี

อย่างไรก็ดี เงื่อนไขการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ ถึงแม้จะจำเป็นแต่ก็ไม่เพียงพอที่จะทำให้การเข้าสู่ตลาดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ถ้ามีการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติแต่จำกัดการเข้าสู่ตลาด หรือถ้ามีการควบคุมภายในประเทศที่เข้มงวดกับผู้ประกอบการทุกราย

3) คำมั่นเพิ่มเติม (Additional Commitments)

ประเทศสมาชิกสามารถที่จะเจรจาเพื่อใช้มาตรการที่กระทบต่อการค้าในสาขาบริการ แต่ว่ามาตรการดังกล่าวไม่ครอบคลุมอยู่ในมาตรา 16 หรือ 17 ได้ โดยรวมถึงมาตรการที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติ (Qualification) มาตรฐาน (Standards) หรือ เรื่องเกี่ยวกับการขอใบอนุญาต (Licensing matters) คำมั่นเหล่านี้ต้องถูกบันทึกลงไปในรายการคำมั่นเฉพาะด้วย

4) การเปิดเสรีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (Progressive Liberalization)

หลักการเปิดเสรีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ต้องการให้ประเทศสมาชิกมีการเจรจาต่อรองเปิดตลาดในสาขาบริการเพิ่มมากขึ้นในอนาคต โดยจะต้องเริ่มการเจรจาภายในห้าปีหลังจากข้อตกลง WTO มีผลบังคับใช้ โดยการเจรจาจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่มุ่งลดผลกระทบทางลบจากมาตรการทางการค้าที่มีต่อการเข้าสู่ตลาดในสาขาบริการ กระบวนการเปิดเสรีจะต้องถูกผลักดันเพิ่มขึ้นตามลำดับในแต่ละรอบของการเจรจานั้นสามารถทำได้โดยการเจรจาแบบทวิภาคีหรือพหุภาคี โดยมุ่งเน้นเพื่อเพิ่มสาขาบริการและระดับการเปิดเสรีในรายการคำมั่นเฉพาะ

ในขณะนี้ประเทศไทยยังมีได้ระบุนิติวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และสัตวแพทย์ อยู่ในรายการคำมั่นเฉพาะหรือข้อยกเว้นใน GATS แต่อย่างไรก็ตาม⁴³

สำหรับข้อเรียกร้องในสาขาวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และสัตวแพทย์ ปัจจุบันไทยยังไม่ได้ยื่นข้อเสนอผูกพันเปิดตลาดในสาขาวิชาชีพเหล่านี้ อย่างไรก็ตามกฎหมายไทยอนุญาตให้ต่างชาติประกอบวิชาชีพเหล่านี้ได้เป็นการชั่วคราว แต่ต้องได้รับอนุญาตการทำงานตามกฎหมายที่กำหนดไว้กับดูแลวิชาชีพกำหนด ได้แก่ พ.ร.บ วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พ.ร.บ วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ 2537 และ พ.ร.บ วิชาชีพการสัตวแพทย์ พ.ศ.2545 ที่ใช้ควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และสัตวแพทย์ ตามลำดับ⁴⁴

⁴³ GATS, "Schedules of commitments and lists of Article II exemptions Results list: Thailand," สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <https://docs.wto.org/>

⁴⁴ เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, สุณิพร ทวารณกุล และวิรัช ไขบุญลยจิตต์อารี, รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการจัดทำยุทธศาสตร์และแนวทางในการเตรียมความพร้อมของภาคอุตสาหกรรมไทยอันเนื่องมาจากการเจรจา WTO ภาคบริการ (กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2547), หน้า 34.

2.12 การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพอย่างเสรีในอาเซียน

การเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพอย่างเสรีในอาเซียน เป็นผลมาจากความตกลงระหว่างประเทศในการรวมกลุ่มประเทศภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASIAN Economics Communities: AEC) โดยมีการพัฒนาไปในทางการเปิดเสรีด้านการค้าบริการมากขึ้น ซึ่งรวมถึงในด้านสาขาวิชาชีพแพทยด้วย ซึ่งประเทศไทยในฐานะสมาชิกประเทศหนึ่งของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจึงได้รับผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ ดังนั้นการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยของแพทย์ชาวต่างชาติ จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาความเป็นมาของการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้วย

2.12.1 ความเป็นมาของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีที่มาจากความร่วมมือของกลุ่มของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยการรวมกลุ่มของประเทศในภูมิภาคนี้เริ่มต้นขึ้น โดยการก่อตั้ง สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of Southeast Asian Nations หรือ ASEAN) ซึ่งก่อตั้งขึ้น โดยปฏิญญากรุงเทพฯ (The Bangkok Declaration) เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2510 โดยสมาชิกผู้เริ่มต้นจำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และ สิงคโปร์⁴⁵

ต่อมาได้มีประเทศต่าง ๆ เข้ามาเป็นสมาชิกเพิ่มเติมได้แก่ บรูไนดารุสซาลาม (ในวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2527) เวียดนาม (ในวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2538) ลาวและพม่า (ในวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2540) และกัมพูชา (ในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2542) ตามลำดับ จากการรับกัมพูชาเข้าเป็นสมาชิก ทำให้อาเซียนมีสมาชิกรวม 10 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ในปัจจุบันประเทศติมอร์-เลสเต กำลังอยู่ในระหว่างกระบวนการเข้าเป็นสมาชิกประเทศที่ 11 ของอาเซียน ซึ่งกฎบัตรสมาคมแห่งประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้กำหนดเรื่องการรับสมาชิกใหม่ โดยมีหลักเกณฑ์ 4 ประการ คือ

1. ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์อันเป็นที่ยอมรับว่าอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
2. การยอมรับ โดยรัฐสมาชิกอาเซียนทั้งปวง
3. การตกลงที่จะผูกพันและเคารพกฎบัตรนี้ และ
4. ความสามารถและความเต็มใจที่จะปฏิบัติตามพันธกรณีของสมาชิกภาพ

⁴⁵กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ, “ความเป็นมาของอาเซียน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก

และยังกำหนดอีกว่า “การรับสมาชิกให้ตัดสินใจโดยฉันทามติโดยที่ประชุมสุดยอดอาเซียน ตามข้อเสนอแนะของคณะมนตรีประสานงานอาเซียน”⁴⁶

อาเซียนก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม ส่งเสริมสันติภาพและความมั่นคงของภูมิภาค ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างอาเซียนกับต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ

นโยบายการดำเนินงานของอาเซียนจะเป็นผลมาจากการประชุมหารือในระดับหัวหน้ารัฐบาล ระดับรัฐมนตรี และเจ้าหน้าที่อาวุโสอาเซียน ทั้งนี้การประชุมสุดยอด (ASEAN Summit) หรือการประชุมของผู้นำประเทศสมาชิกอาเซียน เป็นการประชุมระดับสูงสุดเพื่อกำหนด แนวนโยบายในภาพรวมและเป็นโอกาสที่ประเทศสมาชิกจะได้ร่วมกันประกาศเป้าหมายและ แผนงานของอาเซียนในระยะยาวซึ่งจะปรากฏเป็นเอกสารในรูปแบบต่าง ๆ อาทิเช่น แผนปฏิบัติงาน (Action Plan) แถลงการณ์ร่วม (Joint Declaration) ปฏิญญา (Declaration) ความตกลง (Agreement) และอนุสัญญา (Convention) ส่วนการประชุมในระดับรัฐมนตรีและเจ้าหน้าที่อาวุโส จะเป็นการประชุมเพื่อพิจารณาทั้งนโยบายในภาพรวมและนโยบายเฉพาะด้าน

ด้านการเมืองและความมั่นคง อาเซียนมีปฏิญญากำหนดให้ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นเขตแห่งสันติภาพ เสรีภาพและความเป็นกลาง (Zone of Peace, Freedom and Neutrality - ZOPFAN) รวมทั้งจัดทำสนธิสัญญาให้เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นเขตปลอดอาวุธนิวเคลียร์ (Treaty on the Southeast Asian Nuclear Weapon-Free Zone - SEANWFZ)⁴⁷

ด้านเศรษฐกิจ อาเซียนได้ลงนามจัดตั้งเขตการค้าเสรีอาเซียน (ASEAN Free Trade Area: AFTA) ในปี 2535 เพื่อลดภาษีศุลกากรระหว่างกันเพื่อช่วยส่งเสริมการค้าภายในอาเซียนให้มี ปริมาณเพิ่มขึ้น ลดต้นทุนการผลิตสินค้า และดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ กับทั้งได้ขยายความร่วมมือด้านเศรษฐกิจเพิ่มเติม เพื่อให้การรวมตัวทางเศรษฐกิจสมบูรณ์แบบและมีทิศทางชัดเจนด้วยการจัดตั้งเขตลงทุนอาเซียน (ASEAN Investment Area: AIA)

เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2543 ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ลงนามร่วมกันในปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียนฉบับที่ 2 (Declaration of ASEAN Concord II หรือ Bali Concord II) เพื่อ

⁴⁶ชาญชัย คุ้มปัญญา: “ติมอร์-เลสเต จะเป็นสมาชิกอาเซียนลำดับที่ 11 หรือไม่,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.chanchaivision.com/2013/07/Timor-Leste-ASEAN-130712.html>

⁴⁷Nuclear Threat Initiative; “SOUTHEAST ASIAN NUCLEAR-WEAPON-FREE-ZONE (SEANWFZ) TREATY (BANGKOK TREATY),” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.nti.org>

จัดตั้งประชาคมอาเซียน (ASEAN Communities) ภายในปี 2563 และในด้านเศรษฐกิจให้จัดตั้ง “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” (ASEAN Economic Community) ซึ่งต่อมา ผู้นำอาเซียนได้เห็นชอบให้เร่งรัดการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียน ให้เร็วขึ้นกว่าเดิมอีก 5 ปี คือภายในปี 2558 เพราะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสถานการณ์โลก

ในการรวมตัวกันของอาเซียนนั้น ได้มีการยอมรับร่วมกันในกฎบัตรอาเซียนซึ่งมีลักษณะเหมือนธรรมนูญที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการของอาเซียน โดยกฎบัตรของอาเซียน ข้อที่เกี่ยวข้องกับวิถยานิพนธ์ฉบับนี้คือ ข้อที่ 1 ข้อย่อยที่ 5 ซึ่งบัญญัติว่าความมุ่งประสงค์ของอาเซียน เพื่อสร้างตลาดและฐานการผลิตเดียวที่มีเสถียรภาพ มั่งคั่ง มีความสามารถในการแข่งขันสูง และมีการรวมตัวกันทางเศรษฐกิจซึ่งมีการอำนวยความสะดวกทางการค้าและการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้า บริการและการลงทุน การเคลื่อนย้ายที่ได้รับความสะดวกของนักธุรกิจ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้มีความสามารถพิเศษและแรงงานและการเคลื่อนย้ายอย่างเสรียิ่งขึ้นของเงินทุน⁴⁸

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) จะมีคุณลักษณะที่สำคัญ คือ

1. การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวกัน (Single Market and Production Base)
2. การเป็นภูมิภาคที่มีขีดความสามารถในการแข่งขันสูง (Highly Competitive Economic Region)
3. การเป็นภูมิภาคที่มีพัฒนาการทางเศรษฐกิจที่เท่าเทียมกัน (Region of Equitable Economic Development)
4. การเป็นภูมิภาคที่บูรณาการเข้ากับเศรษฐกิจโลกได้อย่างสมบูรณ์ (Region Fully Integrated into the Global Economy)

การเปิดเสรีการค้าบริการเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญส่วนหนึ่งต่อไปสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ซึ่งจะเกิดจากการลดข้อจำกัดต่อผู้ให้บริการของอาเซียนในการให้บริการ และเข้ามาจัดตั้งกิจการในประเทศสมาชิกอื่นตามเงื่อนไขกฎเกณฑ์ภายในประเทศ การเปิดเสรีการค้า บริการดำเนินการ โดยการเจรจาเป็นรอบ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การเจรจาของคณะกรรมการประสานงานด้านการค้าบริการของอาเซียน (Coordinating Committee on

⁴⁸กระทรวงต่างประเทศ: “กฎบัตรสมาคมแห่งประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/asean-media-center-20121203-180519-958411.pdf>

Services) การเจรจาบางสาขา เช่น สาขาการเงิน และการขนส่งทางอากาศ รับผิดชอบโดยรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง ในการเจรจาเปิดเสรีจะต้องไม่ดำเนินการเปิดเสรีในช่วงท้าย และเห็นชอบให้มีความยืดหยุ่นที่ตกลงกันล่วงหน้าสำหรับ ประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อช่วยให้เปิดเสรีการค้าบริการในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ได้ ทั้งนี้อาเซียนอยู่ระหว่างดำเนินงานเพื่อยอมรับคุณสมบัติวิชาชีพ เพื่ออำนวยความสะดวกการเคลื่อนย้ายบุคลากรในภูมิภาค

โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงานคือ การจัดซื้อจำกัดต่อการค้าบริการอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับ 4 สาขาบริการสำคัญ ได้แก่ การขนส่งทางอากาศ เทคโนโลยีสารสนเทศ สุขภาพ และการท่องเที่ยว ภายในปี พ.ศ. 2553 สาขาบริการสำคัญลำดับที่ 5 ได้แก่ โลจิสติกส์ภายในปี พ.ศ. 2556 และ จัดซื้อจำกัดต่อการค้าบริการอย่างมีนัยสำคัญสาขาบริการทุกสาขาที่อยู่ภายในปี พ.ศ. 2558⁴⁹

ตามปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือในอาเซียน ฉบับที่ 2 ได้กำหนดให้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพหรือแรงงานเชี่ยวชาญ หรือผู้มีความสามารถพิเศษของอาเซียน การเคลื่อนย้ายแรงงานดังกล่าวเป็นการเคลื่อนย้ายเฉพาะแรงงานฝีมือและจะต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในข้อตกลง MRAs ของอาเซียน การเคลื่อนย้าย แรงงานเสรีนั้นจะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งปัจจุบัน ประเทศสมาชิกอาเซียนได้จัดทำข้อตกลง MRAs ร่วมกันแล้วใน 7 สาขา คือ วิศวกรรม พยาบาล สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์และนักบัญชี ส่วนสาขาอื่น ๆ ยังอยู่ระหว่างการพิจารณา

ข้อตกลง MRAs นี้ประเทศสมาชิก ได้กำหนดเบื้องต้นที่จะเปิดเสรีในตลาดแรงงานทักษะหรือแรงงานฝีมือนำร่อง ในกลุ่มบริการ 4 สาขา ได้แก่ ท่องเที่ยว สุขภาพ การบิน และเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายใต้เป้าหมายการลดอุปสรรคการประกอบวิชาชีพในภูมิภาค ทั้งนี้ บุคลากรในสาขาอาชีพดังกล่าว หากมีความสามารถและผ่านเกณฑ์ เงื่อนไขคุณสมบัติตามที่แต่ละประเทศกำหนดได้ ก็จะเข้าไปทำงานในกลุ่มสมาชิกอาเซียนทั้ง 10 ประเทศได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

สำหรับคุณสมบัติที่ประเทศสมาชิกเจรจาเพื่อหาจุดตกลงยอมรับร่วมกันคือ เรื่องการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นเงื่อนไขในการได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศหนึ่ง ๆ จากวัตถุประสงค์หลักของข้อตกลง MRAs นี้คือ การช่วยให้ นักวิชาชีพอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนอื่นได้สะดวกมากขึ้น สามารถยื่นคำขอ

⁴⁹กระทรวงแรงงาน: “รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานสู่การเป็นประชาคมอาเซียน บทที่ 3,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก <http://www.mol.go.th>

ใบอนุญาตโดยไม่เสียเวลาตรวจสอบคุณสมบัติซ้ำ ทั้งนี้ผู้ประกอบการวิชาชีพยังต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องของประเทศที่เข้าไปทำงาน เช่น การสอบ การขึ้นทะเบียน การขอใบอนุญาตทำงาน เป็นต้น ตัวอย่างเช่น นาย ก เป็นวิศวกรไทย จบปริญญาตรีด้านวิศวกรรมศาสตร์ทำงานมาแล้ว 7 ปีและได้รับใบประกอบวิชาชีพวิศวกรรมในประเทศไทยแล้ว ตามข้อตกลง MRAs เกี่ยวกับอาชีพวิศวกร นาย ก สามารถที่จะไปขอขึ้นทะเบียนเป็นวิศวกรวิชาชีพของอาเซียนได้ เพื่อจะได้ไปสมัครกับสภาวิศวกรของประเทศอาเซียนอื่น เช่น สิงคโปร์ เพื่อเข้าทำงานเป็นวิศวกรต่างด้าว แต่ นาย ก ก็ยังจำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้น เช่น หากสิงคโปร์กำหนดว่าต้องมีใบอนุญาตวิชาชีพวิศวกร นาย ก ก็ต้องสอบใบอนุญาตให้ได้ก่อน

ดังนั้น จะเห็นว่าข้อตกลง MRA จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศ สมาชิกอาเซียนสามารถมีโอกาสไปทำงานในประเทศอื่น ๆ ภายในกลุ่มอาเซียนที่ได้ผลตอบแทนมากกว่าได้ง่ายขึ้น เพราะข้อตกลง MRAs นั้นได้ช่วยลดขั้นตอนการตรวจสอบและรับรองวุฒิการศึกษาหรือความรู้ทางวิชาชีพนั้น ๆ ให้แล้ว ส่วนประโยชน์ที่จะตกอยู่กับประชาชนธรรมดาทั่วไปคือ โอกาสที่เพิ่มมากขึ้นในการได้รับบริการจากนักวิชาชีพที่มีความสามารถจากชาติอาเซียนอื่นๆ ที่อาจจะเข้ามาทำงานในประเทศเพิ่มมากขึ้น โดยไม่ต้องเสียค่าเดินทางไกล ๆ เพื่อขอรับบริการ ส่วนนักวิชาชีพในประเทศนั้น หากกลัวการถูกแย่งงานจากนักวิชาชีพอาเซียนอื่น ๆ ก็จำเป็นต้องกระตุ้นเพิ่มพูนศักยภาพตนเอง ซึ่งประโยชน์จากการยกระดับความสามารถนี้จะตกอยู่กับผู้บริโภคอีกเช่นกัน

2.12.2 ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียน (ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Medical Practitioners)

วัตถุประสงค์ของข้อตกลงนี้คือ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่การเคลื่อนย้ายแพทย์ภายในประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความชำนาญเรื่องมาตรฐานและคุณสมบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการให้บริการวิชาชีพแพทย์และเพื่อเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาและการฝึกฝนของแพทย์

หลักการของข้อตกลงนี้ คือ เปิดให้แพทย์ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดสามารถจดทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศกลุ่มอาเซียนได้โดยต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้น ๆ ด้วย ซึ่งแพทย์ต่างชาติที่ขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในประเทศอื่นต้องผ่านการประเมินและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศที่รับให้ทำงาน (ของประเทศไทย คือ แพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข) การดำเนินงานในเรื่องนี้ของ

อาเซียนจะอยู่ภายใต้การดูแลของ ASEAN Joint Coordinating Committee on Medical Practitioners ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลของประเทศสมาชิก

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการดำเนินการตามข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพแพทย์ของอาเซียน จะช่วยให้แพทย์ที่มีใบอนุญาตในประเทศเดิมและมีประสบการณ์สามารถขอรับใบอนุญาต ประกอบวิชาชีพในประเทศอาเซียนอื่นได้สะดวกขึ้น โดยลดขั้นตอนในการตรวจสอบ/รับรองวุฒิ การศึกษาหรือความรู้ทางวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม แพทย์ต่างชาติจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบภายในของประเทศนั้น ๆ ด้วย เช่น ในกรณีของไทย แพทย์ต่างชาติจะต้องปฏิบัติเหมือนคนไทยคือต้องผ่านการสอบ เพื่อให้ได้ใบอนุญาต

คุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติสามารถขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ เพื่อเข้าไปประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศนั้นได้ โดยต้องเป็นไปตามกฎระเบียบภายในของประเทศผู้รับ ภายใต้เงื่อนไขที่ว่า แพทย์ต่างชาติต้องมีดังต่อไปนี้

1. สำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์ซึ่งได้รับการยอมรับจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศผู้รับ
2. ต้องผ่านการขึ้นทะเบียนและ/หรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังมีผลอยู่ในปัจจุบัน
3. มีประสบการณ์ในภาคปฏิบัติวิชาชีพแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปีต่อเนื่องในประเทศแหล่งกำเนิด ก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอรับใบอนุญาต
4. ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (CPD) ของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ
5. ได้รับใบรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศแหล่งกำเนิดว่าไม่มีประวัติการกระทำผิดอย่างร้ายแรงด้านเทคนิค มาตรฐานวิชาชีพ และจรรยาบรรณระดับท้องถิ่นและระหว่างประเทศในการประกอบวิชาชีพแพทย์ ทั้งในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่น ๆ เท่าที่ผู้มีอำนาจกำกับดูแลด้านวิชาชีพแพทย์ (PMRA) รับทราบ
6. ไม่อยู่ในระหว่างการสอบสวนหรือมีคดีความทางกฎหมายที่ยังค้างอยู่ในประเทศแหล่งกำเนิดและประเทศอื่น
7. มีคุณสมบัติด้านอื่น ๆ ตามที่หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประเทศผู้รับเห็นสมควรในการกำหนดคุณสมบัติของการขอขึ้นทะเบียนและ/หรือขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์

หน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) คือ หน่วยงานที่ได้รับอำนาจจากรัฐบาลของแต่ละประเทศสมาชิกให้มีหน้าที่กำกับดูแลการประกอบวิชาชีพแพทย์ประเทศไทย คือ แพทยสภาและ กระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ประเมินคุณสมบัติและประสบการณ์ของแพทย์ต่างชาติ กำหนดเงื่อนไขหรือวิธีการประเมินสำหรับการขึ้นทะเบียน
2. ขึ้นทะเบียนและ/หรือออกใบอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติในการเข้ามารประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศผู้รับ
3. ติดตามตรวจสอบและประเมินการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติที่ได้จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ เพื่อให้แน่ใจว่าแพทย์ต่างชาติปฏิบัติตามสอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ของประเทศผู้รับ
4. มีวิธีการหรือมาตรการที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการกับแพทย์ต่างชาติที่ได้จดทะเบียน และ/หรือได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ แต่ปฏิบัติไม่สอดคล้องกับหลักปฏิบัติด้านวิชาชีพและจรรยาบรรณแพทย์ของประเทศผู้รับ

กลไกการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงนี้ มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานด้านวิชาชีพแพทย์อาเซียน (AJCCM) ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์ (PMRA) ของประเทศสมาชิกอาเซียนแต่ละประเทศไม่เกิน 2 คน มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. อำนวยความสะดวกในการดำเนินการตามข้อตกลงฯ โดยการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบภายในของประเทศสมาชิกอาเซียน และการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการดำเนินการตามข้อตกลงฯ
2. ส่งเสริมประเทศสมาชิกอาเซียนในการกำหนดมาตรฐานสำหรับกลไกและขั้นตอนกระบวนการต่าง ๆ ในการดำเนินการตามข้อตกลงฯ
3. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันทางด้านกฎหมาย แนวปฏิบัติ และการพัฒนาต่าง ๆ สำหรับการประกอบวิชาชีพแพทย์ในภูมิภาค โดยสอดคล้องกับมาตรฐานภูมิภาคและ/หรือสากลที่มีอยู่
4. พัฒนาระบบการสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีความจำเป็น

5. ทบทวนข้อตกลงยอมรับร่วมทุก ๆ 5 ปี หรือเร็วกว่านั้นหากมีความจำเป็น⁵⁰



⁵⁰กระทรวงแรงงาน: “รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานผู้การเป็น
ประชาคมอาเซียน บทที่ 8,” สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561, จาก

http://www.mol.go.th/sites/default/files/downloads/pdf/12._bththii_8_MRAs.pdf

บทที่ 3

กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ

การจะพัฒนาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยนั้น จำเป็นต้องศึกษากฎหมายต่างประเทศเพื่อนำข้อดีของกฎหมายของแต่ละประเทศมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย โดยวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษากฎหมายของสหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร ราชอาณาจักรสวีเดน สหพันธรัฐรัสเซีย สาธารณรัฐสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกา มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์จากประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรป

สหภาพยุโรป (European Union: EU) เป็นการรวมกลุ่มของประเทศในภูมิภาคยุโรปทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในลักษณะสถาบันแบบเหนือรัฐ (Supranational Institution) ที่ใหญ่ที่สุดและก้าวหน้าที่สุดในโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสันติภาพเป็นการถาวรระหว่างประเทศในภูมิภาคยุโรปภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 รวมไปถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจแก่ประเทศสมาชิกและการมีบทบาทนำของ EU ในประชาคมโลก กระบวนการถ่ายโอนอำนาจการบริหารจากประเทศสมาชิกไปสู่การเป็นองค์กรเหนือรัฐของสหภาพยุโรปมีขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป การรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1950 ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยประเทศยุโรปตะวันตก 6 ประเทศ ได้ร่วมกันจัดตั้งประชาคมถ่านหินและเหล็กกล้ายุโรป (European Coal and Steel Community - ECSC) ขึ้น ซึ่งแม้เป้าหมายสูงสุดของการรวมกลุ่มจะมีขึ้นเพื่อผลประโยชน์ทางการเมือง เช่น การมีสันติภาพถาวรระหว่างประเทศในภูมิภาคยุโรป แต่ประเทศได้เลือกใช้วิธีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจเป็นต้นทางเพื่อคลายความระแวงสงสัยของประเทศต่าง ๆ ในเรื่องการสูญเสียอำนาจอธิปไตย การรวมกลุ่มดังกล่าวประสบผลสำเร็จด้วยดี

ต่อมาในปี ค.ศ. 1957 การรวมกลุ่มได้ขยายตัวครอบคลุมภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ โดยประเทศได้ลงนามในสนธิสัญญากรุงโรม (Treaty of Rome) เพื่อจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Community - EEC) เพื่อให้เป็นทั้งสหภาพศุลกากร (Customs Union) และตลาดร่วม (Common Market) กระบวนการรวมกลุ่มประสบความสำเร็จอย่างมากในด้านเศรษฐกิจ

ในปี ค.ศ. 1990 ในช่วงหลังสงครามเย็น ฝรั่งเศสและเยอรมนีเสนอให้มีการจัดตั้งสหภาพการเมืองของยุโรปเพื่อให้มีการกำหนดนโยบายด้านการต่างประเทศและความมั่นคงร่วมกัน ซึ่งท้ายที่สุด นำไปสู่การลงนามในสนธิสัญญากรุงมาสทริคต์ (Treaty of Maastricht หรือ Treaty on the European Union) เพื่อจัดตั้งสหภาพยุโรป (European Union – EU) ขึ้นในปี ค.ศ.1992 รวมไปถึงการใช้เงินสกุลยูโรร่วมกันด้วย

ต่อมา ในปี ค.ศ.2007 ประเทศสมาชิก EU ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับปรุงโครงสร้างเพื่อตอบสนองกระบวนการบูรณาการภายใน EU ที่ก้าวหน้าขึ้นและบทบาทที่เพิ่มมากขึ้นของ EU ในประชาคมโลก จึงได้ร่วมลงนามในสนธิสัญญาลิสบอน (Lisbon Treaty) โดยประเทศสมาชิกให้ความเห็นชอบในการสถาปนาจอร์ชไปโดยบางส่วนให้แก่ความร่วมมือเหนือชาติ (supranational cooperation) ในเรื่อง (1) สหภาพศุลกากร (customs union) (2) การออกกฎระเบียบด้านการแข่งขัน (competition rules) (3) นโยบายด้านการเงิน (monetary policy) สำหรับรัฐสมาชิก EU ที่ใช้สกุลเงินยูโร (4) การอนุรักษ์ทรัพยากรชีวภาพทางทะเล (marine biological resources) ภายใต้นโยบายร่วมด้านประมง และ (5) นโยบายการค้าร่วม (common commercial policy) ทั้งนี้ สนธิสัญญาลิสบอนมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009

ปัจจุบัน EU มีรัฐสมาชิกจำนวน 28 ประเทศ ได้แก่ กรีซ โครเอเชีย เช็กเกีย ไซปรัส เดนมาร์ก เนเธอร์แลนด์ บัลแกเรีย เบลเยียม โปรตุเกส โปแลนด์ ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ มอลตา เยอรมนี โรมาเนีย ลักเซมเบิร์ก ลัตเวีย ลิทัวเนีย สเปน สโลวาเกีย สโลวีเนีย สวีเดน สหราชอาณาจักร ออสเตรีย อิตาลี เอสโตเนีย ไอร์แลนด์และฮังการี มีระบบตลาดร่วม ระบบภาษาศุลกากรร่วม การใช้เงินสกุลยูโรร่วมกันใน 17 ประเทศสมาชิก และมีศูนย์กลางการบริหารอยู่ที่กรุงบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม¹

หลักการสำคัญของการเคลื่อนย้ายแรงงานในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปคือ การให้เสรีในการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างรัฐสมาชิก ถือเป็นอีกประเด็นหลักที่จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบตลาดร่วมภายในโดยตรง การเดินทางไปมาระหว่างรัฐสมาชิกของสหภาพยุโรปจะเป็นไปโดยปราศจากการตรวจตราที่ชายแดนของแต่ละรัฐ การเข้าไปทำงานในรัฐสมาชิกต่างๆ โดยไม่จำกัดเงื่อนไขการประกอบอาชีพ รวมถึงการทำ ข้อตกลงเดียวกันในการตรวจลงตรา หรือ Visa ต่อ

¹ ธรรมนูญยุโรป กระทรวงต่างประเทศ, “สหภาพยุโรป (The European Union - EU),” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <http://www.mfa.go.th/europetouch/th/other.html>

รัฐนอกกลุ่มสหภาพยุโรปที่หากได้รับ Visa จากรัฐหนึ่งรัฐใด ในสหภาพยุโรปแล้วสามารถเดินทางไปรัฐสมาชิกใดก็ได้ (ข้อตกลง “Schengen”)²

ประเทศในสหภาพยุโรปนั้น แต่ละประเทศมีการวางระบบสาธารณสุข ระบบผลิตแพทย์ และการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ทำให้ในแต่ละประเทศของสหภาพยุโรปมีความต้องการแพทย์แตกต่างกันทั้งในด้านจำนวนและสาขา โดยแรงงานผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในยุโรปนั้น มักจะมีการเคลื่อนย้ายจากประเทศที่เป็นอดีตรัฐคอมมิวนิสต์หรือสหภาพโซเวียตเก่าที่ผลิตแพทย์ได้เป็นจำนวนมาก แต่มีตำแหน่งงานและค่าตอบแทนต่ำ เช่น เอสโตเนีย โปแลนด์ โรมาเนีย ซึ่งทั้งสามประเทศนี้มีอัตราการสูญเสียแพทย์จากในระบบสุขภาพของตนไปสู่ประเทศอื่นในสหภาพยุโรปเกินกว่าครึ่ง ไปยังประเทศที่มีตำแหน่งงานว่างและได้ค่าตอบแทนสูงกว่า เช่น สหราชอาณาจักร สวีเดน เป็นต้น

แม้สหภาพยุโรปจะมีการเปิดเสรีในการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างรัฐสมาชิกเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้ว แต่ในทางปฏิบัติของกรณีการเคลื่อนย้ายแรงงานวิชาชีพแพทย์กลับมีอุปสรรคในทางปฏิบัติจากกฎหมายภายในของแต่ละประเทศซึ่งมีแนวปฏิบัติไม่เหมือนกัน

สหภาพยุโรปบรรลุวิธีแก้ไขปัญหาคือปัญหาดังกล่าว ด้วยการออกข้อกำหนด (Directive) ในการรับรองคุณวุฒิของการศึกษา เพื่อสร้างมาตรฐานแนวปฏิบัติระหว่างประเทศสมาชิกเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ ซึ่งประเทศสมาชิกจะต้องไปดำเนินการออกกฎหมายภายในประเทศของตนเองให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของสหภาพยุโรป โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ข้อกำหนดที่ 75/362/EEC (Directive 75/362/EEC)

ข้อกำหนดที่ 75/362/EEC บังคับใช้ในวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2518 เป็นข้อกำหนดที่มีเนื้อหาในการยอมรับร่วมกันซึ่งคุณวุฒิทางการศึกษา, ใบประกาศนียบัตร และหลักฐานอื่น ๆ อย่างเป็นทางการที่สามารถรับรองได้ว่าสามารถให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมถึงการอำนวยความสะดวกเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรับรองเสรีภาพในการให้บริการทางการแพทย์

โดยหลักการสำคัญคือ สมาชิกแต่ละประเทศจะต้องให้การยอมรับคุณวุฒิทางการศึกษา, ใบประกาศนียบัตร และหลักฐานอื่น ๆ อย่างเป็นทางการ ซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐของประเทศสมาชิกและสอดคล้องกับมาตรา 1 ของข้อกำหนดที่ 75/363/EEC (Directive 75/363/EEC) และถูก

² สิทธิชัย โชคสวัสดิ์ไพศาล, อนุสรณ์ ศรีเมนต์, วิรัตน์ เกษมทรัพย์, เอกสิทธิ์ จารุวัฒน์จิรังกร, อรรถพรณ ลินะเปสนันท์, “รายงานผลการศึกษาดูงาน Legal Foundation of the European Union, European Competition Law, The EU ‘s four freedoms: Free movement of people, Court visit (International Court of Justice),” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก http://www.oia.coj.go.th/doc/data/oia/oia_1499063187.pdf

ระบุไว้ในมาตรา 3 ของข้อกำหนดนี้ รวมทั้งจะต้องให้สิทธิในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในฐานะแพทย์ในประเทศสมาชิกไปในลักษณะเดียวกันกับแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจากประเทศสมาชิก³ ข้อกำหนดที่ 75/362/EEC ถูกยกเลิกโดยข้อกำหนดที่ 89/594/EEC ในวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ.2532 ถูกยกเลิกโดยข้อกำหนดที่ 80/154/EEC ในวันที่ 21 มกราคม พ.ศ.2523 ซึ่งถูกยกเลิกต่อมาโดยข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ในวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2548

3.1.2 ข้อกำหนดที่ 75/363/EEC (Directive 75/363/EEC)

ข้อกำหนดที่ 75/363/EEC (Directive 75/363/EEC) บังคับใช้ในวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2518 วันเดียวกันกับ ข้อกำหนดที่ 75/362/EEC ข้อกำหนดนี้มีเนื้อหาเป็นแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการบัญญัติกฎหมายเพื่อควบคุมการปฏิบัติวิชาชีพของแพทย์

โดยข้อกำหนดที่ 75/363/EEC มีเนื้อหาสำคัญในมาตรา 1 คือ การกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ที่จบการศึกษาแล้วจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(A) มีความรู้ความสามารถและความเข้าใจกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อันเป็นพื้นฐานของแพทยศาสตร์ (SCIENTIFIC METHODS) ซึ่งรวมถึงหลักชีววิทยาการประเมินผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

(B) มีความเข้าใจเพียงพอในด้านพื้นฐาน บัญญัติและพฤติกรรมทั้งของผู้ที่แข็งแรงและผู้ป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์สิ่งแวดล้อมและสังคม

(C) มีความรู้ในด้านคลินิก สามารถวินิจฉัยโรคและเยียวยาผู้ป่วยได้ทั้งร่างกายและจิตใจ

(D) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติวิชาชีพในสถานพยาบาลภายใต้การกำกับดูแล⁴

ส่วนในมาตรา 2 มีการกำหนดมาตรฐานของหลักสูตรการศึกษาของแพทย์ว่า

(A) หลักสูตรจะต้องมีการเรียนการสอนเป็นระยะเวลา 6 ปี หรือ 5,500 ชั่วโมง ภายใต้เนื้อหาตามมาตรา 1

(B) ต้องมีการเรียนการสอนทั้งในทางทฤษฎีและปฏิบัติ

(C) หลักสูตรต้องถูกควบคุมโดยหน่วยงานที่มีอำนาจออกใบอนุญาต

(D) การเรียนการสอนต้องทำในพื้นที่ของมหาวิทยาลัย หรือ ในโรงเรียนแพทย์ หรือในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากหน่วยงานหน่วยงานที่มีอำนาจออกใบอนุญาต

(E) แพทย์ที่จบการศึกษาแล้วจะต้องสามารถต่อยอดไปศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญได้⁵

³ Directive 75/362/EEC, Article 2

⁴ Directive 75/363/EEC, Article 1

⁵ Directive 75/363/EEC, Article 2

ข้อกำหนดที่ 75/363/EEC ถูกยกเลิกโดยข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ในวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2548

3.1.3 ข้อกำหนดที่ 86/457/EEC (Directive 86/457/EEC)

ข้อกำหนดที่ 86/457/EEC บังคับใช้ในวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2529 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการศึกษาต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญของแพทย์ที่จบการศึกษาแล้ว โดยข้อกำหนดนี้มีเนื้อหาสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้แพทย์ที่จบการศึกษาและได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในประเทศสมาชิก สามารถศึกษาต่อและฝึกปฏิบัติงานในประเทศสมาชิกอื่น ๆ ได้⁶

ข้อกำหนดที่ 86/457/EEC ถูกยกเลิกโดยข้อกำหนดที่ 93/16/EEC ในวันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2536 ซึ่งถูกยกเลิกต่อมาโดยข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ในวันที่ 7 กันยายน พ.ศ.2548

3.1.4 ข้อกำหนดที่ 2005/36/EC (Directive 2005/36/EC)

เนื่องจากข้อกำหนดเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพในสหภาพยุโรปมีจำนวนมากและกระจัดกระจายกัน แต่ละฉบับก็มีการออกฉบับใหม่มาทำการยกเลิกเรื่อย ๆ ทำให้เกิดความสับสน สหภาพยุโรปจึงออกข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ใช้บังคับใช้วันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2548 ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ เป็นการยกเลิกข้อกำหนดอื่น ๆ ทั้งหมดและรวบรวมข้อกำหนดเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพในสหภาพยุโรป ในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ พยาบาล ทันตแพทย์ สัตวแพทย์ วิศวกร สถาปนิก เกษตรกร และแพทย์ โดยรวมให้เป็นฉบับเดียว⁷

ข้อกำหนดที่ 2005/36/EC มีหลักการที่สำคัญเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ดังต่อไปนี้

3.1.4.1 หลักการรับรองโดยอัตโนมัติ (Principle of Automatic Recognition)

หลักการรับรองโดยอัตโนมัติ ปรากฏอยู่ในข้อกำหนดที่ 2005/36/EC มาตรา 21 ซึ่งก็มาจากข้อกำหนดที่ 75/362/EEC มาตรา 1 โดยหลักนี้ประเทศสมาชิกจะต้องให้การยอมรับร่วมกัน ซึ่งคุณวุฒิทางการศึกษา, ใบประกาศนียบัตร และหลักฐานอื่น ๆ อย่างเป็นทางการที่สามารถรับรองได้ว่าสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากหน่วยของของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพในประเทศสมาชิก⁸

⁶ Directive 86/457/EEC, Article 2

⁷ Official Journal of the European Union, "DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of September 2005 on the recognition of professional qualifications," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>

⁸ DIRECTIVE 2005/36/EC, Article 21

3.1.4.2 หลักการควบคุมมาตรฐาน

หลักการควบคุมมาตรฐานมีที่มาจากข้อกำหนดที่ 75/362/EEC มาตรา 2 ซึ่งปัจจุบันปรากฏอยู่ในข้อกำหนดที่ 2005/36/EC มาตรา 24 ซึ่งกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในสหภาพยุโรป มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1) ผ่านการศึกษาในหลักสูตรพื้นฐาน จนได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรจากมหาวิทยาลัย

(2) หลักสูตรแพทยศาสตร์ที่ผ่านการศึกษาชั้น หลักสูตรจะต้องมีการเรียนการสอนเป็นระยะเวลาขั้นต่ำ 6 ปี หรือ 5,500 ชั่วโมง ทั้งในด้านทฤษฎีและปฏิบัติ ภายใต้การควบคุมของมหาวิทยาลัย

(3) หลักสูตรแพทยศาสตร์ที่ผ่านการศึกษาชั้น จะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมคุณภาพให้มีมาตรฐานเพื่อให้ผลิตแพทย์ได้ตามคุณสมบัติอันประกอบไปด้วย

(A) มีความรู้ความสามารถและความเข้าใจกระบวนการทางวิทยาศาสตร์อันเป็นพื้นฐานของแพทยศาสตร์ (Scientific Methods) ซึ่งรวมถึงหลักชีววิทยาการประเมินผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

(B) มีความเข้าใจเพียงพอในด้านพื้นฐาน ปัจจัยและพฤติกรรมทั้งของผู้ที่แข็งแรงและผู้ป่วย รวมทั้งความสัมพันธ์สิ่งแวดล้อมและสังคม

(C) มีความรู้ในด้านคลินิก การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค และการเจริญพันธุ์ของมนุษย์

(D) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติวิชาชีพในสถานพยาบาลภายใต้การกำกับดูแล⁹

ข้อกำหนดที่ 2005/36/EC มิได้เป็นการสร้างอุปสรรคหรือข้อห้ามในการที่ประเทศสมาชิกจะบัญญัติกฎหมายในเพิ่มเติมเกี่ยวกับการอำนวยความสะดวกในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติที่มาจากนอกพื้นที่ของสหภาพยุโรปตามที่ประเทศสมาชิกเหล่านั้นเห็นสมควร เพราะมีผลเพียงแต่แพทย์ที่มาจากประเทศในสหภาพยุโรปด้วยกันเท่านั้น¹⁰

⁹ DIRECTIVE 2005/36/EC, Article 24

¹⁰ DIRECTIVE 2005/36/EC, Whereas: (10)

3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศสหราชอาณาจักรมีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) เป็นสวัสดิการให้แก่พลเมืองของประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งมีผู้ใช้บริการราวหนึ่งล้านคน ในทุกชั่วโมง และมีพนักงานอยู่ในระบบกว่า 1.7 ล้านคน ซึ่งจำนวนผู้ใช้บริการมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะประเทศสหราชอาณาจักรกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹¹ ทำให้เกิดความต้องการแรงงานผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เป็นอย่างมาก แต่การผลิตแพทย์ของสหราชอาณาจักรนั้นมีไม่เพียงพอแก่ความต้องการในประเทศ การนำแพทย์ต่างชาติเข้ามาในระบบเพื่อให้การบริการแก่ประชาชนชาวสหราชอาณาจักรจึงเป็นความจำเป็น จากข้อมูลในปีค.ศ. 2018 แพทย์ในสหราชอาณาจักรที่ทำงานให้กับระบบ NHS กว่าร้อยละ 40 เป็นแพทย์ต่างชาติ โดยส่วนใหญ่มาจากประเทศอินเดีย คิดเป็นร้อยละ 12 เท่ากับแพทย์ที่มาจากประเทศในสหภาพยุโรปรวมกัน ส่วนอีกร้อยละ 16 มาจากประเทศอื่น ๆ เช่น เกรนาดา ปากีสถาน¹²

โดยอัตราค่าตอบแทนของแพทย์ในสหราชอาณาจักรนั้น อยู่ที่ประมาณ 110,000 ปอนด์ คิดเป็นเงินไทยประมาณ 4.6 ล้านบาท ต่อปี¹³

การประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศสหราชอาณาจักรนั้น หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการควบคุมคือ แพทยสภาสหราชอาณาจักร (General Medical Council: GMC)

GMC ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2401 (ค.ศ.1858) ภายใต้กฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ.1858 (Medical Act 1858) ก่อนหน้าที่จะมีพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ.1858 นั้น มีองค์กรถึง 19 แห่งที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นองค์กรทางศาสนา เช่น อาร์คบิชอปแห่งแคนเทอเบอรีก็สามารถออกใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ โดยแต่ละองค์กรจะมีวิธีการในการให้การศึกษาด้านแพทยศาสตร์ การทดสอบและการออกใบอนุญาตเป็นของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก และแพทย์ที่ได้รับอนุญาตในแคว้นหนึ่ง อาจจะไม่สามารถไปประกอบวิชาชีพในอีกแคว้นหนึ่งได้ เพราะในขณะนั้นประเทศสหราชอาณาจักร ประกอบไปด้วย 4 แคว้น ได้แก่ อังกฤษ สกอตแลนด์ เวลส์และไอร์แลนด์ (ก่อนการแยกประเทศไอร์แลนด์)

¹¹ BBC NEWS, "10 charts that show why the NHS is in trouble," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก, <https://www.bbc.com/news/health-38887694>

¹² SOPHIE BORLAND, "Almost HALF of NHS doctors in some areas of the UK are now trained overseas, reveals report which shows the profession has hit 'crunch point'," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.dailymail.co.uk/health/article-5193783/More-40-NHS-doctors-areas-trained-overseas-GMC-report.html>

¹³ BBC, "Junior doctors' pay, How does your job compare?," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.bbc.com/news/health-34475955>

ด้วยเหตุนี้ เมื่อมีการบัญญัติกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1858 จึงมีการก่อตั้งแพทยสภาสหราชอาณาจักรขึ้นมา ซึ่งแพทยสภาสหราชอาณาจักรในขณะนั้นมีอำนาจหน้าที่ในการขึ้นทะเบียนและควบคุมหลักสูตรแพทยศาสตร์ทั่วประเทศสหราชอาณาจักร รวมทั้งควบคุมการจดทะเบียนยาและวิธีใช้ยาด้วย¹⁴

ในปัจจุบัน กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแพทย์ในประเทศสหราชอาณาจักรคือพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1983 (Medical Act 1983) ซึ่งกำหนดหน้าที่ของแพทยสภาสหราชอาณาจักรไว้ดังนี้

- (1) พิจารณาอนุญาตให้แพทย์ประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักร
- (2) ดูแลการศึกษาและฝึกหัดของหลักสูตรแพทยศาสตร์ในสหราชอาณาจักร
- (3) กำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพให้แพทย์ปฏิบัติตาม
- (4) ดำเนินการป้องกันมิให้แพทย์กระทำการใด ๆ ที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือความเชื่อถือของสาธารณชนต่อแพทย์¹⁵

ในปัจจุบันแม้สหราชอาณาจักรจะประกาศลงปรมาติซึ่งมีมติให้ถอนตัวออกจากการเป็นสมาชิกสหภาพยุโรป (Brexit) แต่ GMC ยังคงใช้ข้อบังคับเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในกลุ่มสหภาพยุโรปตาม 2005/36/EEC อยู่เช่นเดิมรวมทั้งให้สิทธิพิเศษในลักษณะเดียวกันนี้กับแพทย์ที่มาจากประเทศสมาชิกรัฐสวิต

การขึ้นทะเบียนตลอดชีพของแพทย์ต่างชาติจากประเทศนอกสหภาพยุโรป (Non-EEA doctors) ถูกบัญญัติเอาไว้ในมาตรา 21B ของพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1983 ว่าแพทย์ผู้นั้นต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ ผู้นั้นจึงจะได้รับการจดทะเบียน

- (a) ได้รับหรือผ่านการทดสอบทุกอย่างที่จำเป็นสำหรับการได้รับใบอนุญาตจากประเทศต้นทาง
- (b) ผ่านการทดสอบความรู้ ความสามารถ และมีประสบการณ์ที่จำเป็นสำหรับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักรได้ตลอดชีพ
- (c) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเพียงพอกับการประกอบวิชาชีพ
- (d) แม้จะเป็นบุคคลที่ได้รับยกเว้น แต่ต้องมีความรู้ความเข้าใจในภาษาอังกฤษ¹⁶

¹⁴ General Medical Council, “Our History,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/about/who-we-are/our-history>

¹⁵ General Medical Council, “Our Role and Medical Act 1983,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/our-mandate>

¹⁶ Medical Act 1983, Article 21B

ในส่วนองวิธีการตรวจสอบความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของแพทย์ต่างชาติที่มาจากประเทศนอกสหภาพยุโรปและสมาพันธ์รัฐสวิสนั้น แพทยสภาสหราชอาณาจักรได้กำหนดให้แพทย์ต่างชาติผู้นั้นต้องผ่านวิธีใดวิธีหนึ่งจากทั้งหมด 4 วิธี ดังนี้

1. ใช้วิธีการทดสอบความรู้ทางวิชาชีพและภาษา (The Professional and Linguistic Assessments Board test: PLAB) เพื่อให้มั่นใจว่าแพทย์ผู้นั้นมีความสามารถพอที่จะประกอบวิชาชีพแพทย์ในสหราชอาณาจักรได้¹⁷ โดย PLAB จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ PLAB 1 เป็นข้อสอบปรนัย 5 ตัวเลือก จำนวน 180 ข้อ สอบทางออนไลน์ ส่วน PLAB 2 เป็นการทดสอบในการประเมินทักษะทางคลินิกของผู้เข้าสอบ โดยสถานที่สอบมีแห่งเดียวอยู่ที่ศูนย์การประเมินผลทางคลินิกของแพทยสภาสหราชอาณาจักร ที่เมืองแมนเชสเตอร์ ประเทศสหราชอาณาจักร¹⁸

2. ผ่านการคัดเลือกให้เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยต่าง ๆ ในประเทศสหราชอาณาจักรหรือนอกสหราชอาณาจักรที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภาสหราชอาณาจักร ซึ่งแต่ละราชวิทยาลัยจะมีวิธีการทดสอบความรู้เพื่อคัดเลือกสมาชิกของตนเอง¹⁹

3. ได้รับการสนับสนุนเพื่อการศึกษาต่อในสหราชอาณาจักรจากผู้สนับสนุนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับแพทยสภาสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ในสหราชอาณาจักร โดยแต่ละแห่งจะมีวิธีการทดสอบความรู้หรือกำหนดคุณสมบัติเพื่อคัดเลือกผู้รับทุนต่อของตนเอง²⁰

4. ได้รับอนุมัติให้เป็นแพทย์เฉพาะทางในสหราชอาณาจักรผ่านการสมัคร ซึ่งในวิธีนี้แพทย์ต่างชาติที่ผ่านการศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางแล้ว จะสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักรได้ โดยวิธียื่นเอกสาร CV พร้อมผู้รับรองอีก 4 คน ต่อคณะกรรมการพิจารณาของแต่ละสาขาเพื่อให้ทำการพิจารณาอนุมัติเป็นกรณีเฉพาะบุคคล²¹

¹⁷ General Medical Council, “Full registration for international medical graduates,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/registration-applications/application-guides/full-registration-for-international-medical-graduates>

¹⁸ General Medical Council, “A guide to the PLAB test,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/plab/a-guide-to-the-plab-test>

¹⁹ General Medical Council, “Acceptable postgraduate qualifications,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/before-you-apply/acceptable-postgraduate-qualifications>

²⁰ General Medical Council, “Applying for registration using sponsorship,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/before-you-apply/list-of-approved-sponsoring-bodies>

²¹ General Medical Council, “Full registration with a licence to practise and a CESR or CEGPR,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/registration-applications/specialist-application-guides/cesr-with-registration>

นอกจากการขึ้นทะเบียนตลอดชีพแล้ว พระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1983 (Medical Act 1983) มาตรา 27B ยังมีการบัญญัติถึงการขึ้นทะเบียนแพทย์ต่างชาติเพื่อจุดประสงค์พิเศษ โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

(1) แพทย์ต่างชาติตามมาตรานี้หมายถึง แพทย์ที่อยู่หรือประสงค์ที่จะเข้ามาในสหราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว โดยมีจุดประสงค์ที่จะให้บริการทางวิชาชีพเวชกรรมเป็นกรณีเฉพาะสำหรับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะต้องแจ้งต่อแพทย์สหราชอาณาจักรเพื่อการประกอบวิชาชีพนั้น

(2) หากแพทย์ผู้นั้นมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1) มีคุณสมบัติที่จะได้รับการอนุญาตโดย

(a) ได้รับหรือผ่านการทดสอบทุกอย่างที่จำเป็นสำหรับการได้รับใบอนุญาตจากต่างประเทศ

(b) ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในประเทศที่แพทย์ผู้นั้นมีถิ่นที่อยู่เป็นการถาวร

(c) ได้รับการจ้างหรือร้องขอให้มาประกอบวิชาชีพในสหราชอาณาจักร

(d) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงพอที่จะประกอบวิชาชีพได้

หากแพทย์สหราชอาณาจักรพิจารณาแล้วว่าเหมาะสม ก็สามารถอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพได้เสมือนกับผู้ที่ได้รับอนุญาต หรือจะอนุญาตให้เพียงบางส่วนโดยเฉพาะเจาะจงก็ได้ โดยต้องมีการกำหนดกรอบเวลาที่อนุญาตไว้ และขยายได้ตามความเหมาะสม

โดยปัจจัยที่จะนำมาพิจารณาคือ สภาพของผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน และหากมีการฝ่าฝืนโดยประกอบวิชาชีพนอกขอบเขตที่กำหนดหรือเมื่อพ้นระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตแล้ว จะถูกลงโทษลักษณะเดียวกันกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาตและจะถูกลดโทษโดยแพทย์สหราชอาณาจักร²²

นอกจากจะต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในอังกฤษแล้ว แพทย์ต่างชาติที่มาจากประเทศนอกสหภาพยุโรปจะต้องได้รับอนุญาตให้เข้าเมืองโดยใช้ประเภทของวิชา Tier 1: (General) ซึ่งเป็นวิชาสำหรับแรงงานที่มีฝีมือที่ประสงค์จะเข้ามาในสหราชอาณาจักร โดยไม่จำเป็นต้องมีการร้องขอก่อนจากนายจ้างหรือประกาศรับสมัครงานในประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งวิชาประเภทนี้จะได้รับอนุญาตให้อาศัยและทำงานอยู่ในสหราชอาณาจักรเป็นเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจะสามารถยื่นคำร้องขอต่ออายุได้อีก 3 ปี ซึ่งปัจจุบัน ณ ขณะนี้ ประเทศสหราชอาณาจักรได้ระงับการให้วิชาประเภทนี้ต่อชาวต่างชาติเป็นการชั่วคราว²³

²² Medical Act 1983, Article 27B

²³ UK Visa Bureau, "Tier 1 General (Skilled Migration)," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก

แม้จะถูกระงับการออกวีซ่าประเภท Tier 1: (General) แต่ประเทศสหราชอาณาจักรยังมีได้ห้ามการเข้าทำงานของแพทย์ต่างชาตินอกสหภาพยุโรปไปเสียทั้งหมด ในกรณีที่มียาจ้างในสหราชอาณาจักรต้องการแรงงานแพทย์ต่างชาติจากนอกสหภาพยุโรป แพทย์ต่างชาติผู้นั้นสามารถที่จะร้องขอวีซ่าประเภท Tier 2: (General) สำหรับลูกจ้างที่มีทักษะได้ โดยผู้ขอจะต้องมีคุณสมบัติดังนี้²⁴

- 1) ได้รับเสนอตำแหน่งงานที่มีทักษะจากนายจ้างในสหราชอาณาจักร
- 2) เป็นพลเมืองของชาตินอกสหภาพยุโรปและสมาพันธรัฐสวิส
- 3) นายจ้างต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้สนับสนุน (Licensed Sponsor) กับหน่วยงานกิจการภายในของสหราชอาณาจักร (UK Home Office) ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 1 สิงหาคม ค.ศ.2018 มียาจ้างประเภทนี้ขึ้นทะเบียนแล้วจำนวน 27,214 ราย²⁵

โดยชาวต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศสหราชอาณาจักรมาทำงานตามวีซ่าประเภท Tier 2: (General) จะได้รับสิทธิดังต่อไปนี้

1. ได้รับการอนุญาตให้ทำงาน (Work Permit) สำหรับการทำงานหลักให้นายจ้างผู้สนับสนุน ตามขอบเขตที่ได้แจ้งต่อหน่วยงานกิจการภายใน
2. สามารถทำงานรอง (Second Job) กับนายจ้างอื่นได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งงานรองนั้น จะต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นงานในระดับวิชาชีพเช่นเดียวกับงานหลักและเป็นสาขางานที่ขาดแคลน โดยเควันอังกฤษและสกอตแลนด์ต่างออกประกาศสาขางานที่ขาดแคลนของตนเอง ซึ่งทั้งสองเควันได้ประกาศให้ วิชาชีพแพทย์เฉพาะทางด้านรังสีรักษาและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เป็นวิชาชีพขาดแคลน²⁶
3. สามารถทำงานอาสาสมัครได้
4. ศึกษาเล่าเรียนได้หากไม่กระทบกับงานหลัก
5. เดินทางเข้าออกสหราชอาณาจักรได้
6. สามารถพาครอบครัวมาอาศัยอยู่ด้วยได้

และชาวต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศสหราชอาณาจักรมาทำงานตามวีซ่าประเภท Tier 2: (General) จะถูกตัดสิทธิดังต่อไปนี้

²⁴ UK Home Office, “Tier 2 General VISA,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gov.uk/tier-2-general>

²⁵ UK Home Office, “REGISTER OF SPONSORS (Tiers 2 & 5 and Sub Tiers Only),” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731087/2018-08-01_Tier_2_5_Register_of_Sponsors.pdf

²⁶ UK Home Office, “Immigration Rules Appendix K: shortage occupation list,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gov.uk/guidance/immigration-rules/immigration-rules-appendix-k-shortage-occupation-list>

1. ถือหุ้นนายจ้างเกินกว่าร้อยละ 10
2. ไม่มีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ
3. ห้ามทำงานรองจนกว่าจะเริ่มทำงานหลัก

หากแพทย์ต่างชาติประสงค์จะประกอบธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนในประเทศสหราชอาณาจักร จะต้องขอวีซ่า Tier 1: (Entrepreneur) สำหรับนักธุรกิจที่มีเงินลงทุนในสหราชอาณาจักรเกิน 50,000 ปอนด์ ขึ้นไป²⁷ โดยจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมีคุณสมบัติที่จะประกอบวิชาชีพได้และต้องเสียภาษีให้แก่ประเทศสหราชอาณาจักร

3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน

สวีเดนเป็นอีกหนึ่งประเทศที่เป็นสมาชิกของสหภาพยุโรปเช่นเดียวกับสหราชอาณาจักร ระบบสุขภาพของสวีเดนซึ่งเป็นรัฐสวัสดิการนั้นจะถูกสนับสนุนโดยรัฐ แต่มีโครงสร้างที่แตกต่างจากประเทศสหราชอาณาจักรคือ สวีเดนกระจายอำนาจหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนให้แก่สภาท้องถิ่นจำนวน 21 เขต มิได้รวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลางอย่างเช่น NHS ของประเทศสหราชอาณาจักร และสวีเดนยังอนุญาตให้มีสถานพยาบาลเอกชนได้ ซึ่งสวีเดนก็ไม่ต่างจากสหราชอาณาจักร ที่มีความต้องการแพทย์มากกว่าความสามารถในการผลิตแพทย์ในประเทศ ทำให้ต้องนำเข้าแพทย์ต่างชาติเข้ามาเพื่อให้บริการในระบบสุขภาพของสวีเดน

แม้แพทย์ในประเทศสวีเดนจะมีรายได้น้อยกว่าแพทย์ในสหราชอาณาจักร กล่าวคือ อยู่ที่ประมาณ 600,000 โครนาสวีเดน หรือ ประมาณ 2.2 ล้านบาท ต่อปี แต่เนื่องจากสวีเดนเป็นประเทศที่มีสวัสดิการแก่ประชาชนมากกว่าสหราชอาณาจักร ทำให้เกิดการดึงดูดผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ชาวต่างชาติ เนื่องจากสวีเดนให้สิทธิแก่ชาวต่างชาติที่อาศัยและทำงานในสวีเดนถึงระยะเวลาหนึ่ง จะสามารถยื่นขอตั้งถิ่นฐานที่สวีเดนเป็นการถาวรได้

การประกอบวิชาชีพของแพทย์ในประเทศสวีเดนนั้นองค์กรที่มีหน้าที่ควบคุมคือ สมาคมแพทย์สวีเดน (Swedish Medical Association:SMA) โดย SMA จะเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นตัวแทนและองค์กรวิชาชีพของแพทย์ มีหน้าที่ในการควบคุมดูแลและการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมในการทำงาน ค่าตอบแทน เวลาการทำงาน การฝึกฝนและวิจัยในกรณีที่เกี่ยวข้อง

²⁷ UK Home Office, “Tier 1: (Entrepreneur)” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.gov.uk/tier-1-entrepreneur>

นอกจากนั้น สมาคมแพทย์สวีเดนยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศสวีเดน สมาคมแพทย์สวีเดนจะเป็นตัวแทนของแพทย์ผู้เป็นสมาชิกในการต่อรองเกี่ยวกับสภาพการจ้าง ซึ่งรวมถึง ค่าจ้าง, ชั่วโมงการทำงาน, วันหยุด, วันลาป่วย และลาดูแลบุตร รวมถึงเงินสนับสนุน รวมทั้งให้คำปรึกษาเพื่อจะได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในต่างประเทศและช่วยเหลือด้านกฎหมายในกรณีที่มีข้อพิพาท เช่น ถูกกล่าวหาว่าประกอบวิชาชีพโดยประมาทเลินเล่อ เป็นต้น

โดยสมาคมแพทย์สวีเดนเปิดรับสมาชิกที่เป็นแพทย์ในทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ของรัฐ, แพทย์ลูกจ้างเอกชน, แพทย์ทหาร, แพทย์อิสระ และแพทย์ผู้บริหาร²⁸

ประเทศสวีเดนจะมีความแตกต่างจากไทยและสหราชอาณาจักรคือ การอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพแพทย์นั้น ไม่ใช่อำนาจของสมาคมแพทย์สวีเดนซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพ แต่เป็นอำนาจของ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (National Board of Health and Welfare สวีเดน: Socialstyrelsen) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกิจการสังคมของสวีเดน ซึ่งมีหน้าที่หลักคือทำให้บริการทางสาธารณสุข การเก็บข้อมูล การควบคุมโรคและการจัดสรรบุคลากรทางสาธารณสุข จากรายงานของ Socialstyrelsen ร้อยละ 27 ของแพทย์ที่ทำงานให้กับระบบสาธารณสุขของสวีเดน เป็นแพทย์ต่างชาติ²⁹

การขออนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในสวีเดนนั้น แบ่งเป็น 2 กรณี ได้แก่

(1) กรณีแพทย์ที่จบการศึกษาจากประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป (EEA doctors) หรือจากประเทศสมาพันธ์รัฐสวิต

เนื่องจากสวีเดนเป็นประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป สวีเดนจึงมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ในการเปิดเสรีให้แพทย์จากประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในสวีเดนได้ โดยแพทย์ต่างชาติไม่จำเป็นต้องขออนุญาตทำงานหรือขออนุญาตอยู่อาศัยในสวีเดนอย่างถาวร

แต่แพทย์ต่างชาติผู้นั้นจำเป็นต้องเรียนภาษาสวีเดนเพิ่มเติมเพราะมาตรา 53 ของ 2005/36/EC ยังบังคับให้ผู้ประกอบวิชาชีพที่ประสงค์จะไปประกอบวิชาชีพโดยใช้ประโยชน์จากข้อกำหนดนี้ จะต้องมีความรู้ทางด้านภาษามากพอที่จะประกอบวิชาชีพในประเทศปลายทางได้³⁰

²⁸ Swedich Medical Association, “Swedich Medical Association,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://slf.se/in-english/swedish-medical-association/>

²⁹ TT/The Local: Sweden, “We need international doctors,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.thelocal.se/20170301/sweden-we-need-international-doctors-health-nurses>

³⁰ Directive 2005/36/EC, Article 53

โดยแพทย์ต่างชาติผู้นั้นจะต้องผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรภาษาสวีเดนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ (Medicin in Södertälje: SFA) และ หลักสูตรภาษาสวีเดนสำหรับผู้อพยพ (Swedish for immigrants: SFI)

(2) กรณีแพทย์ต่างชาติจากประเทศนอกสหภาพยุโรปและสมาพันธ์รัฐสวิต (Non-EEA doctor) จะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. จบการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาที่เกี่ยวข้อง

2. ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรภาษาสวีเดนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ (Medicin in Södertälje: SFA) และ หลักสูตรภาษาสวีเดนสำหรับผู้ย้ายถิ่นฐาน (Swedish for immigrants: SFI) และต้องผ่านการศึกษาระดับภาษาอังกฤษในระดับไม่ต่ำกว่า C1 ของมาตรฐานสหภาพยุโรป (The Common European Framework of Reference for Languages)

3. ต้องมีความรู้ความสามารถและ/หรือประสบการณ์เพียงพอที่จะประกอบวิชาชีพได้

(1) ในกรณีที่แพทย์ผู้นั้นไม่เคยมีประสบการณ์ในการประกอบวิชาชีพ หรือ คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ เห็นว่าประสบการณ์ยังไม่เพียงพอ แพทย์ผู้นั้นจะต้องผ่านข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

A) ผ่านการทดสอบที่เรียกว่า TULE-test ซึ่งเป็นการทดสอบความรู้สำหรับแพทย์ต่างชาติที่เข้ามาประกอบวิชาชีพในสวีเดนโดยเฉพาะ ซึ่งประกอบไปด้วยหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

B) ฝึกงานในสวีเดนก่อนเป็นเวลา 18 เดือน แล้วสิ้นสุดการฝึกงานด้วยการสอบ TULE-test

C) ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีเตรียมความพร้อมเพื่อการประกอบวิชาชีพแพทย์จากมหาวิทยาลัยในสวีเดนซึ่งมีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี

(2) ในกรณีที่คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติพิจารณาแล้วว่าแพทย์ผู้นั้นมีประสบการณ์เพียงพอ แพทย์ผู้นั้นจะต้องทดลองงานเป็นเวลาติดต่อกัน 6 เดือนในสวีเดน โดยมีแพทย์สวีเดนคอยควบคุมและประเมินผล

4. ผ่านการทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับประเทศและสังคมของสวีเดน สำหรับผู้ที่มาประกอบวิชาชีพในสวีเดน

5. ดำเนินการขึ้นทะเบียนต่อคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติได้ เมื่อผ่านข้อ 1-4 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

นอกจากนั้น พลเมืองที่มาจากประเทศนอกสหภาพยุโรปและต้องการทำงานในสวีเดน จะต้องได้รับใบอนุญาตให้ทำงานและได้รับอนุญาตให้อาศัยในสวีเดนด้วย³¹ ผู้ที่ได้รับใบอนุญาตให้ทำงานเกิน 3 เดือนจะได้รับสิทธิให้อาศัยในสวีเดน โดยใบอนุญาตให้ทำงานในสวีเดนจะให้ไม่เกินหนังสือเดินทางของผู้ขอและไม่เกิน 2 ปี แต่สามารถต่ออายุได้ และหากทำงานอยู่ในสวีเดนเกิน 48 เดือน จะได้รับสิทธิในการขออนุญาตตั้งถิ่นฐานอย่างถาวรในสวีเดนได้³²

การขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวในสวีเดน ผู้ที่ประสงค์จะจ้างแพทย์ต่างชาติจะต้องเป็นผู้ยื่นร้องขอ โดยแจ้งถึงความจำเป็นต่อคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ เป็นครั้ง ๆ ไป³³

หากแพทย์ต่างชาติประสงค์ที่จะเปิดสถานพยาบาลในสวีเดน จะต้องขอใบอนุญาตจาก Socialstyrelsen โดยหากขอประกอบกิจการในนามบุคคลธรรมดา ผู้ขอจะต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือหากขอในนามนิติบุคคลจะต้องแสดงหลักฐานว่ามีกิจการจ้างผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสถานพยาบาล

3.4 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย

สหพันธรัฐรัสเซียเป็นประเทศที่มีได้เป็นสมาชิกของสหภาพยุโรป จึงมิได้อยู่ภายใต้ข้อกำหนด 2005/36/EC โดยการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในรัสเซีย นั้น ถูกควบคุมโดยกฎหมายของรัฐบาลกลางลงวันที่ 4 พฤษภาคม ค.ศ. 2011 หมายเลข 99-FZ ว่าด้วยการขออนุญาตให้ประกอบกิจการอิสระ (FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of May 4, 2011 No. 99-FZ About licensing of separate types of activity) ซึ่งกำหนดให้แพทย์ต่างชาติที่จะมาประกอบวิชาชีพในรัสเซีย นั้น จะต้องผ่านคุณสมบัติดังต่อไปนี้³⁴

- 1) ผ่านการรับรองปริญญาบัตรโดยแพทยสภาของรัสเซีย (Russian Medical Council)
- 2) ผ่านการทดสอบความรู้ภาษารัสเซีย

³¹ SEWN International Specialist Recruiting, “Non-EU Candidates (Sweden),” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก http://sewn-is-recruiting.com/?page_id=686

³² Swedish Migration Agency, “หลังจากอนุมัติใบอนุญาตมีถิ่นที่อยู่เพื่อทำงานในประเทศสวีเดน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.migrationsverket.se/Other-languages/pen-phas-a-thiy/kar-khx-khwam-khumkhrxng-laea-li-phay-ni-prathes-swiden/hlang-cak-xnumati.html>

³³ National Board of Health and Welfare, “Application for a license in health care,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://legitimation.socialstyrelsen.se/en/educated-outside-eu-and-eea/doctor-of-medicine>

³⁴ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of May 4, 2011 No. 99-FZ About licensing of separate types of activity

3) ได้รับอนุญาตให้ทำงานหรือในรัสเซียตามกฎหมายของรัฐบาลกลางลงวันที่ 25 กรกฎาคม ค.ศ. 2002 หมายเลข 115-FZ ว่าด้วยการสถานะทางกฎหมายของชาวต่างชาติในสหพันธรัฐรัสเซีย (FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of July 25, 2002 No. 115-FZ About legal status of foreign citizens in the Russian Federation) โดยชาวต่างชาติจะต้องต่ออายุใบอนุญาตให้ทำงานปีต่อปี เว้นแต่เป็นผู้ที่มีเงินเดือนเกิน 1 ล้านรูเบิล จะได้รับสิทธิพิเศษในการได้ใบอนุญาตทำงานเป็นเวลา 3 ปี ชาวต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานจะได้รับอนุญาตให้อาศัยในรัสเซียเป็นเวลา 1 ปี และต่ออายุได้ครั้งละ 5 ปี³⁵

ผลจากกฎหมายทั้งสองฉบับนี้ ทำให้การประกอบวิชาชีพแพทย์ในรัสเซียของแพทย์ชาวต่างชาตินั้นเป็นไปได้ด้วยความยากลำบากเพราะต้องมีการทดสอบภาษารัสเซียและการอนุญาตให้ทำงานหรือประกอบธุรกิจจในรัสเซียนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ทำให้รัสเซียไม่เป็นที่ดึงดูดสำหรับแพทย์ต่างชาติและปรากฏว่ามีชาวรัสเซียที่มีฐานะดีจำนวนมากเดินทางออกนอกประเทศเพื่อไปรักษาที่แพทย์ในต่างประเทศ โดยมีการประมาณการว่ามูลค่าของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากชาวรัสเซียมีมูลค่าโดยรวมประมาณ 1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ จำนวนนักท่องเที่ยวประมาณ 70,000 คนต่อปี³⁶

จากปัญหาดังกล่าวรัฐบาลรัสเซียได้มองเห็นว่าการที่กฎหมายและระเบียบของประเทศตนนั้นสร้างความยุ่งยากให้แก่แพทย์และนักลงทุนต่างชาติ จึงทำการบัญญัติกฎหมายของรัฐบาลกลางลงวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 2015 หมายเลข 160-FZ ว่าด้วยการรวมกลุ่มของของสถานพยาบาลนานาชาติและแก้ไขข้อกำหนดเกี่ยวกับบุคคล (The Russian Federation Federal Law of June, 29th, 2015 No.160-FZ On The International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation)

โดยหลักการสำคัญของกฎหมาย 160-FZ นี้คือ

1. การอำนวยความสะดวกให้นิติบุคคลต่างชาติซึ่งเป็นมาจากประเทศซึ่งเป็นสมาชิกของ องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) สามารถมาจัดตั้งสถานพยาบาลภายในเขตที่รัฐบาลรัสเซียกำหนดให้เป็นเขตพัฒนาพิเศษได้โดยจะอยู่ในฐานะผู้ร่วมพัฒนาโครงการ (Participant)³⁷

³⁵ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of July 25, 2002 No. 115-FZ About legal status of foreign citizens in the Russian Federation

³⁶ Dr. Prem Jagyasi, "All about medical tourism market in Russia," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.medicaltourism.com/blog/all-about-medical-tourism-market-in-russia/>

³⁷ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On The International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 2 (4)

องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organisation for Economic Co-operation and Development :OECD) จัดตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1961 โดยพัฒนามาจาก OEEC (Organisation for European Economic Co-operation) ซึ่งจัดตั้งขึ้น ในปี 1948 เพื่อบริหารเงินช่วยเหลือจากสหรัฐฯ และแคนาดา ภายใต้แผนมาร์แชล (Marshall Plan) เพื่อบูรณะฟื้นฟูสภาพเศรษฐกิจและสังคมของยุโรปภายหลังสงครามโลก ครั้งที่ 2

OECD มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศสมาชิก โดยการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ส่งเสริมการค้าเสรี และให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาทั้งในประเทศอุตสาหกรรมและประเทศกำลังพัฒนา ทั้งนี้ ภารกิจของ OECD เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือจากเดิมที่เน้นการตรวจสอบนโยบายในด้านต่างๆ ของประเทศสมาชิกไปสู่การวิเคราะห์แนวทางที่นโยบายต่างๆ จะสามารถมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกและกับประเทศภายนอกกลุ่ม โดยเฉพาะในประเด็นปัญหาข้ามชาติต่างๆ อันเกิดจากกระแสโลกาภิวัตน์ ในปัจจุบัน OECD ถือเป็นองค์กรวิจัยที่มีคุณภาพที่สุดองค์กรหนึ่งของโลก เป็นแหล่งรวมข้อมูลวิจัยต่างๆ ให้ประเทศสมาชิกสามารถ ปรึกษา ค้นคว้า รวมทั้งขอข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวปฏิบัติอันเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ

ประเทศสหพันธรัฐรัสเซียถูกเชิญให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของ OECD ในปี ค.ศ.2007 แต่รัสเซียขอเลื่อนการเข้าเป็นสมาชิกของ OECD มาจนถึงปัจจุบันนี้³⁸

ถึงแม้จะไม่ได้เข้าเป็นสมาชิกอย่างเป็นทางการ แต่รัสเซียมีการบรรลุข้อตกลงร่วมกันกับ OECD เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในด้านเศรษฐกิจและการลงทุน³⁹

เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายฉบับนี้ รัฐบาลรัสเซียได้ทำการประกาศเขตพัฒนาสถานพยาบาลนานาชาติมอสโก (The Moscow International Medical Cluster: MIMC) ซึ่งเป็นโครงการก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ภายในสถานที่ที่เรียกว่าเขตอุตสาหกรรมสกอลโคโว (Skolkovo) ซึ่ง MIMC นั้นจะเป็นพื้นที่พัฒนาพิเศษที่ถูกควบคุมด้วยกฎหมาย 160-FZ

³⁸ ศูนย์บริการข้อมูลเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ, “ประวัติและ พัฒนาการ OECD,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <http://www.mfa.go.th/business/th/customize/16520-ประวัติและ พัฒนาการ-OECD.html>

³⁹ OECD: “The Russian Federation and the OECD”, สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <http://www.oecd.org/russia/therussianfederationandtheoecd.htm>

2. มีการจัดตั้งหน่วยงานหนึ่งขึ้น โดยมีสถานะเป็นองค์กรของรัฐที่ไม่แสวงหากำไร เรียกว่า “บริษัทบริหารเขตพัฒนาพิเศษ” มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารเขตพัฒนาพิเศษตามกฎหมายนี้⁴⁰

3. ผู้ประกอบวิชาชีพแพทยศาสตร์ต่างชาติดังกล่าวที่ประกอบวิชาชีพอยู่ในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตพัฒนาพิเศษนี้ จะได้รับสิทธิพิเศษคือ คือ ได้รับยกเว้นให้ไม่ต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากประเทศรัสเซีย ตามกฎหมาย 99-FZ⁴¹ และได้รับยกเว้นให้ไม่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย 115-FZ⁴² เนื่องจากกฎหมาย 160-FZ มีวิธีการเฉพาะเรื่องการขออนุญาตเข้าทำงานอยู่แล้ว แม้จะได้รับยกเว้นให้ไม่ต้องมีใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศรัสเซีย แต่ผู้ร่วมพัฒนาโครงการจำเป็นต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากประเทศสมาชิกของ OECD โดยรัฐบาลรัสเซียจะให้การยอมรับร่วมกันซึ่งคุณวุฒิทางการศึกษา, ใบประกาศนียบัตร และหลักฐานอื่น ๆ อย่างเป็นทางการที่สามารถรับรองได้ว่าสามารถให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ออกโดยประเทศสมาชิก OECD⁴³

4. กฎหมาย 160-FZ มีได้ตัดสิทธิแพทยศาสตร์ต่างชาติดังกล่าวซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาโครงการในการเข้าสู่กระบวนการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศรัสเซีย⁴⁴

5. ผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตามกฎหมาย 160-FZ จะอยู่ในฐานะลูกจ้างนิติบุคคลต่างชาติดังกล่าวที่ร่วมพัฒนาโครงการ โดยจะต้องทำสัญญาจ้างแรงงานเป็นหนังสือและมีระยะเวลาไม่เกินสามปีนับแต่วันที่ผู้ประกอบวิชาชีพเริ่มทำงานในประเทศรัสเซีย และจะต้องได้รับสิทธิต่าง ๆ ตามกฎหมายแพ่งและ/หรือกฎหมายแรงงาน โดยนายจ้างมีหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการขออนุญาตขึ้นทะเบียน รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น เช่น สวัสดิการต่าง ๆ ประกันภัย เป็นต้น⁴⁵

⁴⁰ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On The International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 4

⁴¹ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 26, Article 1)

⁴² FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 14, 1. 2)

⁴³ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 12

⁴⁴ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 13, 3.

⁴⁵ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 14, 2.

6. บัญญัติขั้นตอนการขออนุญาตขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพที่สังกัดสถานพยาบาลของตนนั้น ผู้ร่วมพัฒนาโครงการผู้จัดตั้งสถานพยาบาลนานาชาติจะต้องเป็นผู้ยื่นขออนุญาตต่อบริษัทบริหารเขตพัฒนาพิเศษ⁴⁶

7. ลดขั้นตอนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาลในเขตพัฒนาพิเศษ ในการใช้ยาหรือเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ในกลุ่มประเทศ OECD แล้วได้ โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการจดทะเบียนยาหรือเครื่องมือแพทย์ เพียงแต่ขออนุญาตจากบริษัทบริหารเขตพัฒนาพิเศษเสียก่อน⁴⁷

8. ในด้านการควบคุมการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมพัฒนาโครงการนั้น กฎหมาย 160-FZ ได้วางหลักการควบคุมไว้ดังต่อไปนี้

8.1 กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้เฉพาะในสถานที่ที่รัฐบาลแห่งสหพันธรัฐรัสเซียประกาศให้เป็นเขตพัฒนาพิเศษเท่านั้น การกระทำใด ๆ ของผู้ร่วมพัฒนาโครงการในเขตพัฒนาพิเศษยังคงอยู่ภายใต้การบังคับในทางกฎหมายของประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย เว้นแต่ที่ระบุไว้ว่าได้รับยกเว้นตามกฎหมายฉบับนี้

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อชีวิตหรือสุขภาพหรือทรัพย์สินของผู้ใด ผู้ร่วมพัฒนาโครงการจะต้องรับผิดชอบตามกฎหมายของประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย⁴⁸

8.2 ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายนี้จะต้องประกอบวิชาชีพและสถานพยาบาลที่ตนสังกัดอยู่ภายในเขตพัฒนาพิเศษเท่านั้น ห้ามมิให้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลที่ตนมิได้สังกัดหรือนอกเขตพัฒนาพิเศษ⁴⁹

ส่วนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราวของแพทย์ต่างชาตินั้น ประเทศสหพันธรัฐรัสเซียได้กำหนดไว้ในกฎหมายรัฐบาลกลางหมายเลข 329-FZ มาตรา 39.4 อนุญาตให้เฉพาะในช่วงเวลาและจำกัดสถานที่ สำหรับกรณีแข่งขันกีฬาที่จัดขึ้นภายในประเทศเพื่อการให้บริการแก่ชาวต่างชาติหรือผู้ไร้สัญชาติเท่านั้น โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตจะต้องได้รับอนุญาตให้

⁴⁶ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 14, 1.

⁴⁷ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 9, 2. (5)

⁴⁸ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 10

⁴⁹ FEDERAL LAW OF THE RUSSIAN FEDERATION of June 29, 2015 No. 160-FZ On the International Medical Cluster And Amending Individual Legislative Acts Of The Russian Federation, Article 9, 1. (7)

ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ และการประกอบวิชาชีพภายใต้ใบอนุญาตนี้ จะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายของประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย⁵⁰

3.5 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในประเทศสาธารณรัฐสิงคโปร์

ระบบสาธารณสุขของประเทศสิงคโปร์เป็นระบบผสมผสานระหว่างระบบของรัฐและเอกชน จากการผสมผสานแนวคิดที่ว่า การดูแลสุขภาพคุณภาพดีเป็นหน้าที่ส่วนบุคคลและรัฐบาลจะกำกับดูแลผ่านระบบการคลัง โดยรัฐบาลจะจ่ายเงินอุดหนุนให้แก่การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงเวชภัณฑ์และการให้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ พร้อมทั้งบังคับให้ประชาชนมีบัญชีเงินออมสำหรับจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อร่วมจ่ายส่วนหนึ่ง หากต้องการบริการที่ดีขึ้นยิ่งกว่าบริการพื้นฐานที่รัฐบาลสนับสนุนให้ เช่น ห้องพิเศษ เป็นต้น

ประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเป็นจำนวนมาก ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ทราบดีถึงปัญหาสังคมผู้สูงอายุและการขาดแคลนแพทย์ในสิงคโปร์ จึงค่อนข้างเปิดกว้างให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพ โดยในปีพ.ศ.2559 มีแพทย์ต่างชาติได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนใหม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสิงคโปร์จำนวน 182 คน⁵¹ โดยข้อมูลในปีพ.ศ. 2560 ร้อยละ 16 ของแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในสิงคโปร์จำนวน 13,000 คน เป็นแพทย์ต่างชาติจำนวนประมาณ 2,100 คน โดยทำงานในภาคเอกชน 200 คน และทำงานในภาครัฐ 1,900 คน และ 1,800 คนจาก 1,900 คนที่ทำงานในภาครัฐ จบการศึกษาจากต่างประเทศและไม่ได้ถือสัญชาติสิงคโปร์⁵²

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสิงคโปร์นั้น จะถูกบังคับด้วยกฎหมายพระราชบัญญัติการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม MEDICAL REGISTRATION ACT (CHAPTER 174) แก้ไขเพิ่มเติมเมื่อ 31 ธันวาคม 2014 โดยมาตรา 5 ของกฎหมายฉบับนี้ได้บัญญัติให้แพทย์สภาของ

⁵⁰ International Federation of Sports Medicine, “Travelling team physician - International regulations regarding temporary medical practice, medication import and prescription practice,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก http://www.fims.org/files/5914/5061/4146/Travelling_team_physician_regulations_internationally.pdf

⁵¹ Ministry of Health Singapore, “Doctor in Singapore,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2017/doctors-in-singapore.html

⁵² Singapore Medical Council, “Annual Report 2016,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก [http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/publications-newsroom/smc-annual-reports/2016-smc-annual-report-\(final\).pdf](http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/publications-newsroom/smc-annual-reports/2016-smc-annual-report-(final).pdf)

สิงคโปร์ (Singapore Medical Council: SMC) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐที่อยู่ภายใต้การควบคุมของกระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์มีอำนาจดังต่อไปนี้

- (A) ดูแลรับผิดชอบทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
- (B) ยอมรับหรือปฏิเสธการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติฉบับนี้หรือหรือกฎหมายอื่น
- (C) ออกหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม
- (D) ให้คำแนะนำในการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมและทดสอบคุณวุฒิในประเทศ

สิงคโปร์

- (E) ให้คำแนะนำในด้านการฝึกอบรมและการศึกษาเพื่อขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการวิชาชีพ

เวชกรรม

- (F) ออกกฎต่าง ๆ และควบคุมการประพฤติของผู้ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพ

เวชกรรม

- (FA) พิจารณาและออกระเบียบเพื่อเป็นมาตรฐานในการประกอบการวิชาชีพ

- (FB) ดำเนินการในทางปกครองในฐานะองค์กรวิชาชีพ

- (G) ดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติฉบับนี้⁵³

การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมในประเทศสิงคโปร์มีทั้งหมด 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

(1) การขึ้นทะเบียนแบบสมบูรณ์ (Full Registration) ถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 20 โดยผู้ที่จะสามารถขึ้นทะเบียนประเภทนี้ได้ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

a) จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากสิงคโปร์หรือต่างประเทศ (ในกรณีของแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศจะต้องได้รับใบอนุญาตแบบมีเงื่อนไขเป็นเวลาระยะหนึ่งก่อน)

b) ได้รับหนังสือรับรองการทำงานหรือวุฒิบัตรเฉพาะทางจากแพทยสภา และ

c) ผ่านคุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่แพทยสภากำหนดโดยการอนุญาตของรัฐมนตรีสาธารณสุข

โดยแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแบบสมบูรณ์จะสามารถประกอบการวิชาชีพเวชกรรมได้ด้วยตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องมีอาจารย์แพทย์ควบคุม รวมทั้งสามารถเปิดคลินิกของตนเองได้ โดยขอ

⁵³ MEDICAL REGISTRATION ACT OF SINGAPORE (CHAPTER 174), Article 5

อนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ โดยต้องชำระค่าธรรมเนียมของใบอนุญาตตามจำนวนแพทย์ที่ประจำอยู่ในคลินิก โดยใบอนุญาตมีอายุ 2 ปี⁵⁴

(2) การขึ้นทะเบียนแบบมีเงื่อนไข (Conditional Registration) แพทย์ที่ขึ้นตามมาตรานี้ จะสามารถประกอบวิชาชีพในสิงคโปร์ได้ แต่ต้องมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแบบสมบูรณ์ควบคุม ถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 21 โดยผู้ที่จะสามารถขึ้นทะเบียนประเภทนี้ได้ ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

a) จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยที่อยู่ตาราง 2 ทำयกฎหมายฉบับนี้ หรือจากที่อื่นที่แพทยสภาเห็นชอบ โดยมีระดับไม่ต่ำกว่ามหาวิทยาลัยในตาราง 2

b) ได้รับตำแหน่งงานในสิงคโปร์ในตำแหน่งแพทย์ในโรงพยาบาลหรือสถาบันอื่นหรือได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพโดยแพทยสภา

c) แสดงให้แพทยสภาเห็นว่ามีความรู้และทักษะและประสบการณ์เพียงพอที่จะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้

d) ปฏิบัติตามมาตรา 26

e) ผ่านคุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่แพทยสภากำหนดโดยการอนุญาตของรัฐมนตรีสาธารณสุข โดยมาตรา 26 ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้บัญญัติถึงคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีได้จบการศึกษาจากสิงคโปร์จะต้องแสดงหลักฐานดังต่อไปนี้

a) เอกสารรับรองประสบการณ์หรือเอกสารรับรองความเชี่ยวชาญที่ออกโดยแพทยสภาว่าได้ปฏิบัติวิชาชีพในโรงพยาบาลหรือสถาบันในต่างประเทศที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภา โดยจุดประสงค์เพื่อรับรองภายใต้วรรคนี้ หรือ

b) สามารถแสดงผลงานการประกอบวิชาชีพภายใต้การมอบหมายตามความเห็นของแพทยสภา โดยประสบการณ์เหล่านี้ต้องไม่สั้นกว่าที่กำหนดสำหรับการออกหนังสือรับรองประสบการณ์

(3) การขึ้นทะเบียนแบบชั่วคราว (Temporary Registration) การขึ้นทะเบียนประเภทนี้เป็นกรณีสำหรับแพทย์ต่างชาติที่มีความจำเป็นต้องประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐสำหรับการสอน การวิจัย และการศึกษาเท่านั้น

⁵⁴ RIKVIN, "Starting a Western Medical Clinic in Singapore," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก

(4) การขึ้นทะเบียนแบบเฉพาะการ (Provisional Registration) การขึ้นทะเบียนประเภทนี้เป็นกรณีสำหรับแพทย์ท้องถิ่นหรือแพทย์ต่างชาติที่เพิ่งจบการศึกษา เพื่อจุดประสงค์ในการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนทักษะในโรงพยาบาล

แพทย์ต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในสิงคโปร์หากมีรายได้เกิน 3,600 ดอลลาร์สิงคโปร์ จะได้รับใบอนุญาตให้ทำงานชนิดผู้ประกอบวิชาชีพเป็นระยะเวลาตามอายุหนังสือเดินทางของผู้ขอ แต่ไม่เกิน 2 ปี และขอต่ออายุได้ไม่เกินครั้งละ 3 ปี โดยสามารถพาครอบครัวมาอาศัยอยู่ด้วยในสิงคโปร์⁵⁵

3.6 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา สัดส่วนของเจ้าของสถานพยาบาลเป็นระบบผสมระหว่างภาคเอกชน มากที่สุดร้อยละ 58 องค์กรที่ไม่แสวงหากำไร เช่น โบสถ์ มูลนิธิ ร้อยละ 21 และภาครัฐ ร้อยละ 21

แม้กระบวนการได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศสหรัฐอเมริกาคงยุ่งยากและมีหลายขั้นตอน แต่ด้วยค่าตอบแทนที่สูงและสิทธิในการได้เป็นพลเมืองสหรัฐอเมริกาในอนาคต ทำให้แพทย์ต่างชาติมีความต้องการที่จะเข้าไปประกอบวิชาชีพในสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก โดยในปี ค.ศ.2017 มีแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศเข้าไปประกอบวิชาชีพอยู่ในสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 25 ของแพทย์ทั้งหมดในสหรัฐอเมริกา โดยรัฐที่มีสัดส่วนของแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมมากที่สุด คือ รัฐนิวยอร์ก รัฐวิสคอนซิน และรัฐมิชิแกน ตามลำดับ⁵⁶

เนื่องจากสหรัฐอเมริกามีระบบการปกครองในลักษณะของสหพันธรัฐ ซึ่งในแต่ละรัฐมีอำนาจในการออกนโยบายเกี่ยวกับสาธารณสุข ซึ่งรวมถึงการกำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในรัฐตนเองด้วย อย่างไรก็ตาม เพื่อความเป็นมาตรฐานและความเท่าเทียมกัน จึงมีการก่อตั้ง คณะกรรมการสุขภาพแห่งรัฐบาลกลาง (Federation of State Medical Boards: FSMB) ซึ่งมีที่มาจากตัวแทนของทุกรัฐ โดย FSMB มีหน้าที่ในการจัดการทดสอบใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (United States Medical Licensing Examination: USMLE) ของประเทศสหรัฐอเมริกา

⁵⁵ Ministry of Manpower, "Work Permit for Foreign Worker," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-worker>

⁵⁶ The American Immigration Council, "Foreign-Trained Doctors are Critical to Serving Many U.S. Communities," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/foreign-trained-doctors-are-critical-serving-many-us-communities>

การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศในสหรัฐอเมริกา นั้น แพทย์ที่จบการศึกษามาจากนอกสหรัฐอเมริกาหรือแคนาดา แม้จะถือสัญชาติสหรัฐอเมริกาก็ จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม (Foreign Medical Graduates:FMGs) โดยแพทย์กลุ่ม FMGs จะอยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการควบคุมการศึกษาสำหรับผู้จบการศึกษาแพทยศาสตร์จากต่างประเทศ (The Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ECFMG) ซึ่ง ECFMG มีหน้าที่ในการดำเนินการจัดการทดสอบ USMLE เฉพาะสำหรับแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ⁵⁷

การทดสอบ USMLE คือการทดสอบที่มี 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการทดสอบทำข้อสอบภายในวันเดียว โดยแบ่งเป็น 7 ส่วน ส่วนละ 60 นาที โดยแต่ละส่วนจะมีคำถามไม่ระบุจำนวนข้อ แต่ไม่เกิน 40 ข้อ โดยเป็นการทดสอบความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ ที่จำเป็นสำหรับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โรค และวิธีการรักษา⁵⁸

ขั้นตอนที่ 2.1 (Clinical Knowledge) เป็นการทดสอบทำข้อสอบภายในวันเดียว โดยแบ่งเป็น 8 ส่วน ส่วนละ 60 นาที โดยแต่ละส่วนจะมีคำถามไม่ระบุจำนวนข้อ แต่ไม่เกิน 40 ข้อ โดยเป็นการทดสอบความรู้ด้านคลินิก⁵⁹

ขั้นตอนที่ 2.2 (Clinical Skill) เป็นการทดสอบภาคปฏิบัติ โดยจะมีคนไข้จำนวน 12 คน ให้ผู้เข้าทดสอบได้พบและซักถามคนละ 15 นาที ภายในห้องแต่ละห้อง (หากไม่พบคนไข้ในห้อง จะต้องสอบถามจากคนไข้ทางโทรศัพท์) ซึ่งผู้เข้าทดสอบจะต้องทำการซักประวัติคนไข้ วินิจฉัยโรค และนำเสนอแนวทางการรักษา⁶⁰

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการทดสอบจำนวน 2 วัน โดยในวันแรกจะเป็นการทดสอบด้วยข้อสอบปรนัย จำนวน 6 ส่วน ส่วนละ 60 นาที ส่วนวันที่สอง จะเป็นการทดสอบคลินิกขั้นสูง (Advanced Clinical Medicine:ACM) เป็นการทดสอบความสามารถในการปรับใช้ความรู้ทางด้านคลินิก รวมทั้งการดูแลคนไข้ตลอดขั้นตอนการรักษา การซักประวัติ การวินิจฉัยโรค การดูแล การคัดกรอง การเลือกวิธีการรักษาและการดำเนินการรักษา โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการสร้างสถานการณ์จำลอง⁶¹

⁵⁷ ECFMG, "About ECFMG," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.ecfmg.org/about/index.html>

⁵⁸ ESMLE, "Step 1," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.usmle.org/step-1/#content-description>

⁵⁹ ESMLE, "Step 2 CK," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.usmle.org/step-2-ck/>

⁶⁰ ESMLE, "Step 2 CS," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.usmle.org/step-2-cs/>

⁶¹ ESMLE, "Step 3," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.usmle.org/step-3/>

ผู้เข้าสอบจะสามารถเลือกเข้าสอบและสอบผ่านขั้นตอนที่ 1, 2.1 และ 2.2 ขั้นตอนใดก่อนก็ได้ แต่ต้องสอบผ่านจนครบถ้วน จึงจะมีสิทธิสอบขั้นตอนที่ 3 ได้ โดยในแต่ละรัฐของสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติที่ประสงค์จะเข้าสอบขั้นที่ 3 นอกเหนือจากการสอบผ่านขั้นตอนที่ 1 และ 2 แตกต่างกันไปว่าจะต้องเข้ารับการเรียนในหลักสูตรสำหรับแพทย์ต่างชาติจากมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกาเพิ่มเติมหรือไม่

เมื่อผู้เข้าสอบผ่านขั้นตอนที่ 3 แล้ว แพทย์ต่างชาติยังไม่สามารถได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในทันที แต่จะต้องศึกษาหลักสูตรสำหรับแพทย์ต่างชาติจากมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา เป็นเวลาตามที่กำหนดโดยกฎหมายของแต่ละรัฐอีก โดยมีขั้นต่ำที่ 1 ปี โดยมี 12 รัฐกำหนดไว้ไม่ต่ำกว่า 2 ปี และ 25 รัฐกำหนดไว้ไม่ต่ำกว่า 3 ปี โดยรวมกับการเรียนเพื่อสอบขั้นตอนที่ 3 ได้⁶²

แพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ หากประสงค์ที่จะเข้าศึกษาในหลักสูตรสำหรับแพทย์ต่างชาติจากมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา เพื่อเข้าสอบ USMLE ขั้นตอนที่ 3 หรือ เพื่อคุณสมบัติในการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม จะต้องได้รับอนุญาตให้เข้าสหรัฐอเมริกาด้วยวีซ่าประเภท J-1 ซึ่งวีซ่าประเภทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออนุญาตให้บุคคลดังกล่าวเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนบุคคล ความรู้ และทักษะทั้งในด้านการศึกษา ศิลปะ และวิทยาศาสตร์ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการนี้ได้แก่ นักเรียนในทุกระดับการศึกษา ผู้เข้ารับการฝึกงานภาคปฏิบัติตามบริษัท สถาบัน และหน่วยงานต่างๆ ตลอดจนครูจากโรงเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษาและโรงเรียนเฉพาะทางอื่นๆ อาจารย์ที่เดินทางมาสอนหรือค้นคว้า ณ สถาบันในระดับอุดมศึกษา ผู้ได้รับทุนด้านการทำวิจัย ผู้เข้าฝึกอบรมวิชาชีพในสาขาวิชาทางการแพทย์และสาขาอื่นๆ ที่ใกล้เคียง และชาวต่างชาติที่เดินทางมาด้วยวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตการณ์ ให้คำปรึกษา ทำวิจัย ฝึกอบรม แลกเปลี่ยน หรือแสดงความรู้หรือทักษะที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนบุคคล ก่อนทำการยื่นคำร้องขอวีซ่า นักเรียนแลกเปลี่ยนจะต้องได้รับการตอบรับจากผู้สนับสนุนโครงการที่มีอำนาจก่อน เมื่อได้รับการตอบรับแล้ว ผู้สมัครจะได้รับเอกสารยืนยันการตอบรับจากสถาบันการศึกษาหรือผู้สนับสนุนโครงการที่ต้องนำมาใช้ประกอบการยื่นคำร้องขอวีซ่า⁶³

ส่วนแพทย์ต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสหรัฐอเมริกาแล้ว สามารถทำงานในสถานพยาบาลของเอกชนหรือของรัฐก็ได้ จะสามารถขอวีซ่าประเภท H1-B

⁶² AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, "INITIAL LICENSURE OF U. S. MEDICAL GRADUATES AND INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATES," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/img/licensure-comparison-imgs-usmgs_1.pdf

⁶³ Exchange Visitor Program, "J-1 Visa," สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://j1visa.state.gov/basics/>

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องมีนายจ้างในสหรัฐอเมริกา ซึ่งอาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาได้เป็นเวลา 6 ปี โดยไม่ต้องมีบ้านเป็นการถาวร แต่หากถูกเลิกจ้างหรือลาออก จะต้องหานายจ้างใหม่หรือเดินทางออกจากสหรัฐอเมริกา

เมื่อแพทย์ต่างชาติอาศัยและทำงานอยู่ในสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา 3-5 ปีโดยถูกต้องตามกฎหมาย จะสามารถเข้าสู่กระบวนการอนุญาตรับวิชาย้ายถิ่นฐานอย่างถาวร หรือที่เรียกโดยภาษาปากว่ากรีนการ์ด เพื่อที่จะอยู่อาศัยและประกอบวิชาชีพโดยอิสระได้ในสหรัฐอเมริกา เช่น การเปิดคลินิก เป็นการถาวรได้⁶⁴ การขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวในสหรัฐอเมริกานั้น กฎหมายของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาได้อนุญาตไว้ในกรณีของแพทย์ที่มาให้บริการนักร้องในการแข่งขันกีฬาที่จัดขึ้นในสหรัฐอเมริกา โดยควบคุมอย่างเคร่งครัดว่าต้องให้บริการเฉพาะนักร้องภายในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น โดยแพทย์ต่างชาติผู้นั้นจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (1) จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต
- (2) ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในต่างประเทศ
- (3) มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับ กฎระเบียบของการห้ามใช้สารกระตุ้นในนักร้อง
- (4) มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับ กฎระเบียบของคณะกรรมการ โอลิมปิกสากล⁶⁵

⁶⁴ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, “Immigration Information for International Medical Graduates,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <https://www.ama-assn.org/life-career/immigration-information-international-medical-graduates>

⁶⁵ Fédération Internationale des Sociétés d’Aviron, “LICENSING TEAM PHYSICIANS FOR SPORTS EVENTS,” สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561, จาก <http://www.aspetar.com/journal/upload/PDF/2016310102151.pdf>

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติใน ประเทศไทย

การปรับปรุงข้อกำหนดเพื่อแก้ไขปัญหาของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยนั้น จะต้องวิเคราะห์ว่า ประเทศไทยนั้นมีความจำเป็นอย่างมากเพียงใดในการที่จะอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ และปัญหาของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ ณ ปัจจุบัน มีปัญหาอย่างไรบ้าง

4.1 ความจำเป็นของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยเป็นการทั่วไป

จากการศึกษาโดยวิธีการ เก็บข้อมูลและความคิดเห็นจากผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งมีเป้าหมายในการให้บริการแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติ ในกลุ่มของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพหรือกลุ่มชาวต่างชาติที่ทำงานในประเทศไทยเกี่ยวกับความจำเป็นในการนำแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

4.1.1 เพื่อแก้ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างแพทย์ไทยกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ

คุณภควดี มหาวงศ์ตระกูล ผู้บริหาร โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล อ้อมน้อย¹ ให้ข้อมูลว่าแพทย์ไทยมีปัญหาในการสื่อสารกับผู้ป่วยชาวต่างชาติ เนื่องจากประเทศไทยใช้ภาษาไทยเป็นภาษาราชการ และภาษาต่างประเทศที่คนไทยพอจะสามารถใช้สื่อสารได้คือนั้นมีเพียงภาษาอังกฤษ แต่ผู้รับบริการชาวต่างชาติบางกลุ่มนั้น มาจากประเทศที่มีได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นหลัก เช่น ตะวันออกกลาง ญี่ปุ่น เมียนมา กัมพูชา เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้รับบริการนั้นมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องสื่อสารกันให้เข้าใจ เพื่อลดความผิดพลาดในการรักษาอันเนื่องมาจากการสื่อสาร

ส่วนการใช้ล่ามในการแปลการสื่อสารระหว่างการรักษานั้น มิได้แก้ปัญหาดังกล่าวได้เต็มที่ เพราะการแพทย์นั้นเป็นศาสตร์ที่มีการใช้ศัพท์เทคนิคและต้องการทักษะในการสื่อสาร

¹ สัมภาษณ์ ภควดี มหาวงศ์ตระกูล, ผู้อำนวยการสำนักคุณภาพ, สัมภาษณ์, ศาลแพ่งธนบุรี, 19 ธันวาคม 2561.

อย่างมาก และเป็นการสื่อสารทั้งสองทาง ในด้านการแปลคำพูดของผู้รับบริการให้แพทย์ฟังนั้น อาจจะมีได้เกิดปัญหาหากเพราะเป็นการแปลคำพูดที่ใช้ศัพท์ธรรมดาให้แพทย์ทราบ แต่ในด้านการแปลคำพูดของแพทย์กลับไปยังผู้รับบริการนั้นจะเกิดปัญหาอย่างมาก เพราะถ้าจำเป็นต้องมีความรู้ในทางการแพทย์เพียงพอที่จะสามารถแปลได้ถูกต้อง และแพทย์เองก็ไม่อาจทราบได้ว่า คำแปลคำพูดของตนถูกต้องหรือไม่ ยกตัวอย่างเช่น แพทย์ต้องการถามผู้ป่วยว่า รู้สึกปวดอย่างไร ซึ่งหากแพทย์เป็นคนไทยรักษาผู้รับบริการคนไทยนั้น จะสามารถสื่อสารกันได้โดยใช้คำเฉพาะที่คนไทยเข้าใจง่าย เช่น ปวดคุดๆ หรือ ปวดจี๊ดๆ แต่แพทย์ไม่สามารถสื่อสารในลักษณะนี้กับผู้รับบริการชาวต่างชาติได้ หรือผู้รับบริการชาวต่างชาติอาจจะมาจากประเทศที่ใช้ยาอันมีชื่อทางการค้าแตกต่างจากประเทศไทยแล้วเป็นยาที่ผู้รับบริการแพ้แต่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ เมื่อไม่สามารถสื่อสารกันได้ อย่างถูกต้องนั้น นำไปสู่ความผิดพลาดทางการให้บริการได้ง่าย ทำให้เกิดเหตุการณ์รักษาโดยผู้รับบริการไม่ได้รับการอธิบายอย่างเพียงพอแก่การให้ความยินยอม หรือ การรักษาไปโดยผิดพลาด เช่น การให้ยาที่ผู้รับบริการแพ้ การถอนฟันผิดซี่ เป็นต้น

ในปัจจุบัน สถานพยาบาลเอกชนมีความต้องการที่จะจ้างแพทย์ต่างชาติไว้ประมาณ 1-2 คนต่อสัญชาติ ต่อ โรงพยาบาลหนึ่งแห่ง โดยสัญชาติของแพทย์ที่มีความต้องการจ้างมากที่สุดคือ ญี่ปุ่น เมียนมาร์ และกัมพูชา โดยมีจุดประสงค์ไว้เพื่อดูแลผู้รับบริการสัญชาตินั้น ๆ โดยเฉพาะ โดยทางสถานพยาบาลเอกชนมีความต้องการที่จะจ้างแพทย์ต่างชาติมาประจำเพิ่มมากขึ้นเพื่อรองรับผู้รับบริการ

4.1.2 เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทย

ข้อมูลจากนายแพทย์บุญ วนาสิน ประธานกรรมการบริหาร บริษัท ธนบุรี เฮลท์ แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) ให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจว่า การจัดตั้งโรงพยาบาลใหม่ ขนาด 100 เตียง ต้องใช้บุคลากรกว่า 300 คน เป็นแพทย์ประจำประมาณ 25-30 คน พยาบาล 100-120 คน นอกจากนั้นคือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ²

สถานพยาบาลเอกชนมักจะใช้วิธีจ่ายเงินซื้อตัวแพทย์ให้ลาออกจากระบบราชการ โดยมี การการันตีรายได้ต่อเดือนให้ในตำแหน่งแพทย์ประจำโรงพยาบาลในสาขาทั่วไป ในอัตราเดือนละ ไม่ต่ำกว่า 200,000 บาท ไม่รวมค่าแพทย์และค่าหัตถการทางการแพทย์ ไม่รวมสิทธิประโยชน์และสวัสดิการอื่น ๆ เช่น โบนัส ค่าที่พัก ใบสำคัญแสดงสิทธิที่จะซื้อหุ้นสามัญของบริษัทในตลาดหลักทรัพย์ เป็นต้น

² ประชาชาติธุรกิจ, “รพ.เอกชนแข่งซื้อตัวหมอ-พยาบาล การันตีรายได้แสน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2561, จาก <https://www.hfocus.org/content/2017/04/13743>

ในขณะที่ระบบราชการสามารถให้ค่าตอบแทนแพทย์อยู่ที่ประมาณ 70,000 บาทเท่านั้น โดยที่ในระบบราชการภาระงานหนักกว่าและมีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือได้รับอันตรายมากกว่า เมื่อแพทย์ออกจากระบบราชการมาก ปัญหาดังกล่าวก็จะยิ่งรุนแรงขึ้น การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยจะช่วยเพิ่มจำนวนแพทย์ในระบบขึ้นเป็นการบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้

4.1.3 เพื่อแก้ปัญหาด้านความต้องการสถานพยาบาลปฐมภูมิในบางพื้นที่

จากการให้ข้อมูลของคุณอัจฉราภรณ์ ละเอียตดี อธิบดีรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด³ ผู้เขียนได้ทราบว่าประเทศไทยมีความต้องการการให้บริการของแพทย์ต่างชาติในลักษณะการจัดตั้งสถานพยาบาลประเภทปฐมภูมิ(คลินิกโรคทั่วไป) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวมาอาศัยในประเทศไทยมาก เช่น เมียนมาร์ กัมพูชาและลาว โดยความต้องการอย่างมาก สถานพยาบาลปฐมภูมิจะมีในเขตพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่มาก เช่น จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น

ปัญหาของการดูแลผู้รับบริการในกลุ่มของแรงงานต่างด้าวที่มีมากกว่า 2 ล้านคนนั้น แม้ว่าแรงงานกลุ่มนี้จะสามารถใช้สิทธิประกันสังคมได้ แต่แรงงานกลุ่มนี้ถือว่าเป็นประชากรแฝงที่จะเพิ่มภาระงานให้กับโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ ซึ่งได้รับการจัดสรรงบประมาณและกำลังคนตามขนาดของประชากรตามฐานข้อมูล

การจัดตั้งสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยแพทย์ต่างชาติ ซึ่งสามารถตรวจคัดกรองโรคทั่วไป รักษาอาการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุทั่วไป ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ดูแลพัฒนาการเด็ก วางแผนครอบครัว ดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และให้บริการทันตกรรม จะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลของรัฐในการรับผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวได้อย่างมาก และเป็นการสร้างไว้ซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการได้รับการรักษาพยาบาล

การมีแพทย์อยู่ในชุมชนยังเป็นประโยชน์ในทางสาธารณสุข เพราะผู้ป่วยที่เป็นแรงงานต่างด้าวบางคนอาจจะเป็นพาหะนำโรคซึ่งเป็นอันตรายและไม่ได้พบการระบาดในประเทศไทยเป็นเวลานานแล้ว เช่น อหิวาต์คอกโรค หัด เป็นต้น มาแพร่ระบาดได้ ซึ่งแพทย์ต่างชาติที่อยู่ในชุมชนจะสามารถเป็นผู้ช่วยเหลือหน่วยงานทางสาธารณสุขในการควบคุมการระบาด โดยสามารถให้คำแนะนำ บริการด้านวัคซีน และเป็นผู้เฝ้าระวังโรคระบาดภายในชุมชนแรงงานต่างด้าวได้

³ สัมภาษณ์ อัจฉราภรณ์ ละเอียตดี, สัมภาษณ์, จังหวัดนนทบุรี, 24 ธันวาคม 2561.

4.1.4 เพื่อแก้ปัญหาด้านการลักลอบประกอบธุรกิจสถานพยาบาลโดยมิได้รับอนุญาต

จากการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากนายแพทย์แม็ก ธิบรอฟ แพทย์ชาวรัสเซียซึ่งอาศัยอยู่ในประเทศไทย ให้ความเห็นและข้อมูลว่า การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเปิดสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนในประเทศไทย จะเป็นประโยชน์ต่อชาวต่างชาติที่มาอาศัยอยู่ในประเทศไทย เพราะชาวต่างชาติจะได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ที่ตนสามารถสื่อสารกันได้เข้าใจ โดยไม่ต้องลำบากไปที่โรงพยาบาลซึ่งอยู่ไกลและมีค่าใช้จ่ายมากกว่า

ซึ่งในปัจจุบันพื้นที่ที่มีประชากรชาวต่างชาติอยู่สูง มักมีการลักลอบประกอบวิชาชีพโดยไม่ได้รับอนุญาตโดยแพทย์ต่างชาติหรือบุคคลที่มีใบแพทย์ โดยคนกลุ่มนี้มักจะให้บริการถึงบ้านผ่านทางโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตหรือแอปเปิดให้บริการสถานพยาบาลตามแหล่งท่องเที่ยว เช่น พัทยา สมุย ภูเก็ต เป็นต้น โดยเช่าบ้านหรืออาคารที่ไม่สามารถมองจากภายนอกได้ออกกว่าทำธุรกิจอะไรหรือใช้ธุรกิจอื่น เช่น ร้านขายยา ร้านนวด ร้านสปา เป็นธุรกิจบังหน้า ซึ่งสาเหตุการลักลอบนี้มีทั้งมาจากเจตนาที่ดีคือ อยากให้ชาวต่างชาติที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษกับแพทย์ไทยได้รับโอกาสในการรักษาพยาบาลจากแพทย์ชาติเดียวกัน หรือเจตนาที่ไม่ดีคือ เพื่อรักษาบุคคลที่เป็นอาชญากรหรือมีการลักลอบให้บริการจ่ายยาที่ผิดกฎหมายประเทศไทย ซึ่งหากเกิดความเสียหายขึ้นต่อผู้รับบริการ บุคคลเหล่านี้ก็ใช้วิธีหนีออกนอกประเทศ ทำให้ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายใด ๆ และในปัจจุบันสถานพยาบาลลักษณะนี้บางแห่ง ก็มีการจ้างแพทย์ไทยเพื่อใช้ชื่อเป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือที่เรียกกันว่า หมอแขวนป้าย เพื่อใช้เล็งกฎหมายหากถูกตรวจสอบ หากมีการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบกิจการสถานพยาบาลในประเทศไทยได้ น่าจะช่วยลดปัญหาการลักลอบประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาตได้

4.2 ความจำเป็นของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวในประเทศไทย

เนื่องจากกำลังการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอ จากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ปริมาณของสถาบันการศึกษา สถาบันสมทบ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรไม่เพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการทำงานร่วมกันทั้งเรื่องกำลังการผลิตและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ และถือเป็นวาระเร่งด่วน โดยกำหนดไว้เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทย ให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) พ.ศ.2560 -2569 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขข้อ 1.10 มีข้อเสนอให้

⁴ สัมภาษณ์ แม็ก ธิบรอฟ, สัมภาษณ์, ศาลจังหวัดพัทยา, 24 ธันวาคม 2561.

พิจารณาให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพชั่วคราว (Temporary license) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติเพื่อสามารถให้บริการในสถานพยาบาลเอกชนแก่ผู้ป่วยหรือเพื่อใช้ในการเรียน การสอนระดับหลังปริญญา อันจะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานบุคลากรของไทย แต่ ณ เวลาปัจจุบันยังไม่มีการบัญญัติกฎหมายดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยนั้นมีความจำเป็นที่ต้องบัญญัติกฎหมายใหม่เกี่ยวกับอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพในประเทศไทยเป็นการชั่วคราว ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

4.2.1 สำหรับกรณีรักษาผู้ป่วยเฉพาะบุคคล

ประเทศไทยยังมีได้มีข้อกฎหมายที่รองรับและอำนวยความสะดวกสำหรับกรณีการขอประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว เพื่อตอบสนองความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ชาวต่างชาติในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีกำลังทรัพย์สูง ซึ่งอาจจะต้องการรับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ต่างชาติเฉพาะรายบุคคล อันเนื่องมาจากชื่อเสียงและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่ไม่ประสงค์หรือไม่สามารถเดินทางเพื่อไปรับบริการในประเทศที่แพทย์ต่างชาติผู้นั้นสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้แต่ประสงค์ที่จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพผู้นั้นเดินทางมายังประเทศไทยเพื่อมาดูแลตนในสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ ณ ประเทศไทยในเวลาสั้น ๆ

4.2.2 สำหรับการแข่งขันกีฬา

จากการที่ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพในการจัดการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติเป็นจำนวนหลายครั้ง จะมีกรณีที่มีแพทย์ต่างชาติเดินทางมากับนักกีฬาที่มาแข่งขันในประเทศไทย ซึ่งนักกีฬาอาชีพในบางประเภทกีฬาซึ่งมีมูลค่าสูง เช่น ฟุตบอล เทนนิส กอล์ฟ นักกีฬาเหล่านี้จะมีแพทย์ประจำตัวซึ่งได้รับความไว้วางใจให้เดินทางติดตามมาดูแลในระหว่างการแข่งขัน ซึ่งอาจมีความจำเป็นที่จะต้องประกอบวิชาชีพในกรณีที่นักกีฬาเหล่านี้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งหากจะบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด แพทย์ต่างชาติเหล่านี้ย่อมเป็นผู้กระทำความผิดในข้อหาประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาตในประเทศไทย

4.3 วิเคราะห์ข้อดีของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้

การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้นั้น จะทำให้เกิดผลดีต่อประเทศไทยดังต่อไปนี้

4.3.1 ผลดีต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

เมื่อมีการเพิ่มจำนวนของแพทย์ในระบบ จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ของประเทศไทย ทำให้ภาระงานของแพทย์น้อยลงและประหยัดงบประมาณด้านสาธารณสุข อันนำมาสู่ประสิทธิภาพในการให้บริการที่สูงมากขึ้นและความผิดพลาดที่น้อยลง

ประชาชนจะได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้นในคำรักษาพยาบาลที่ถูกลง เพราะต้นทุนส่วนหนึ่งของคำรักษาพยาบาลคือค่าตอบแทนแพทย์ เมื่อมีแพทย์จำนวนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้จะต่ำลง

คนต่างด้าวที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศไทย จะได้รับการดูแลด้านสาธารณสุขที่ดียิ่งขึ้นและลดภาระโรงพยาบาลของรัฐในการรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

การเปิดโอกาสให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพได้ จะช่วยลดปัญหาการลักลอบประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่ได้รับอนุญาตของคนต่างชาติ

เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์กับต่างชาติ

ผู้ดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขสามารถแก้ปัญหาเรื่องการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในบางสาขาเพื่อการวางแผนงานด้านสาธารณสุขได้

ประเทศไทยสามารถอาศัยแพทย์ต่างชาติที่มีความเชี่ยวชาญในบางสาขา ทดแทนการขาดแคลนแพทย์ไทยได้ โดยเฉพาะในสาขาที่ไม่ต้องพบเจอหรือสื่อสารกับผู้รับบริการ เช่น พยาธิแพทย์ แพทย์รังสีวินิจฉัย เป็นต้น

แพทย์ต่างชาติที่มีความสามารถสูง สามารถเป็นอาจารย์ผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ให้แก่แพทย์ไทยได้

4.4.2 ผลดีต่อธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนของประเทศไทย

เมื่อสถานพยาบาลเอกชนจะมีต้นทุนในการให้บริการที่ต่ำลงและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันในธุรกิจ Medical Tourism กับสถานพยาบาลในต่างประเทศได้ ทำให้เกิดกำไรสูงขึ้น รัฐบาลจะมีรายได้จากการเก็บภาษีที่สูงขึ้นตามไปด้วย

เมื่อผู้รับบริการจะได้รับบริการจากแพทย์ที่สามารถสื่อสารกับคนได้ ทำให้เกิดความมั่นใจ ธุรกิจด้าน Medical Tourism ของประเทศไทยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถดึงดูดนักท่องเที่ยวในกลุ่มนี้จากต่างประเทศได้เพิ่มขึ้นอีก

เพิ่มความสนใจของนักลงทุนจากต่างประเทศ ในการมาลงทุนในธุรกิจสถานพยาบาลในประเทศไทย

4.4.3 ผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย

ส่วนชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศไทยจะได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้นในราคาที่ถูกลง เป็นการดึงดูดชาวต่างชาติให้มาใช้ชีวิตในบั้นปลายในประเทศไทยมากขึ้น เป็นการนำรายได้เข้าประเทศ

รัฐบาลไทยสามารถเก็บภาษีจากแพทย์ต่างชาติที่เข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้

4.4 วิเคราะห์ข้อเสียของการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้และวิธีป้องกัน

การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้นั้น จากการศึกษา มีข้อเสียที่ต้องบัญญัติกฎหมายและกฎระเบียบอย่างระมัดระวัง ดังต่อไปนี้

4.4.1 ผลเสียหากการควบคุมมาตรฐานไม่ดีเพียงพอ

หากประเทศไทยมีการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพได้ แต่วิธีการควบคุมมาตรฐานไม่ดีเพียงพอ อาจจะทำให้แพทย์ต่างชาติที่ไม่มีคุณภาพเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทย หรือการใช้แพทย์ต่างชาติในการรักษาคณไทย ก็อาจจะนำมาสู่ความผิดพลาดจากปัญหาเรื่องการสื่อสารได้เช่นกัน อันนำมาสู่ความเสียหายได้

ซึ่งในส่วนนี้ จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศ เกี่ยวกับการควบคุมมาตรฐานของแพทย์ต่างชาติที่จะเข้ามาประกอบวิชาชีพ แต่ละประเทศได้มีการวางแนวทางป้องกันไว้ ดังต่อไปนี้

ประเทศสหราชอาณาจักรและราชอาณาจักรสวีเดน จะให้การยอมรับในข้อตกลงยอมรับร่วมที่ 2005/36/EC ซึ่งให้กำหนดมาตรฐานของหลักสูตร โรงเรียนแพทย์จะต้องเป็นไปตามข้อกำหนดที่ 75/363/EEC จึงจะสามารถทำงานในประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปได้ ส่วนในกรณีของแพทย์ที่จบการศึกษานอกสหภาพยุโรปและสวีเดน ประเทศสหราชอาณาจักรจะมีการทดสอบความรู้ทางวิชาชีพและภาษา (The Professional and Linguistic Assessments Board test: PLAB) หรือมีคุณสมบัติอื่นที่ได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษจากราชวิทยาลัยหรือโรงเรียนแพทย์ ส่วนประเทศสวีเดน ก็จะมีการทดสอบความรู้ TULE-test สำหรับแพทย์ต่างชาติหรือฝึกงานในสวีเดน โดยมีแพทย์สวีเดนควบคุมจนครบระยะเวลาและได้รับการประเมินให้ผ่าน

ประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย มีการควบคุมมาตรฐานของแพทย์ต่างชาติ โดยกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติที่จะเข้ามาทำงานตามกฎหมายเขตพัฒนาพิเศษ ตามกฎหมาย 160-FZ ว่าต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพจากประเทศในกลุ่ม OECD ก่อน ซึ่งจะคล้ายกับของ

ประเทศสหราชอาณาจักรและราชอาณาจักรสวีเดน เพียงแต่เปลี่ยนจากกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป และสวิตเซอร์แลนด์เป็นกลุ่มประเทศ OECD

ประเทศสาธารณรัฐสิงคโปร์ แพทย์ต่างชาติจะต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ จากประเทศต้นทางเสียก่อน เมื่อมาเริ่มประกอบวิชาชีพในสิงคโปร์จะต้องผ่านขั้นตอนการขึ้น ทะเบียนแบบมีเงื่อนไข ซึ่งจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ แต่ต้องมีแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนแบบ สมบูรณ์ความคุม จนกระทั่งแพทยสภาสิงคโปร์พิจารณาว่าสามารถประกอบวิชาชีพแบบสมบูรณ์ได้

ประเทศสหรัฐอเมริกา แพทย์ที่จบการศึกษาจากนอกสหรัฐอเมริกาหรือแคนาดา แม้จะมี สัญชาติสหรัฐก็ต้องผ่านการทดสอบ USMLE และต้องศึกษาหลักสูตรสำหรับแพทย์ต่างชาติ เป็นเวลา 1-3 ปี ตามแต่ละรัฐ จึงจะได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพในรัฐนั้น

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประเทศต่าง ๆ ที่ทำการศึกษาก็มีได้อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติ สามารถขออนุญาตเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ทันที แต่จะมีการกำหนดมาตรฐานทั้งจาก หลักสูตรในโรงเรียนแพทย์ หรือมีการทดสอบหรือฝึกงานแล้วประเมินเพื่อให้พร้อมประกอบ วิชาชีพได้ ซึ่งประเทศไทยหากมีการบัญญัติกฎหมาย จะต้องมีการควบคุมมาตรฐานของแพทย์ ต่างชาติให้อยู่ในระดับที่สามารถประกอบวิชาชีพได้ โดยไม่เกิดผลเสียกับผู้รับบริการ

4.4.1 ผลเสียต่อการประกอบวิชาชีพของแพทย์ไทย

แพทย์ไทยจะมีรายได้ต่ำลง เนื่องจากการมีจำนวนแพทย์ในระบบมากขึ้น จะทำให้ความ ต้องการแรงงานแพทย์น้อยลง ค่าตอบแทนของแพทย์จึงน้อยลงตามไปด้วย

การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติทำงานในระยะยาวในบางสาขาที่ขาดแคลน อาจมีผลทำ ให้แพทย์ไทยไม่สนใจเรียนต่อในสาขานั้น เพราะอาจจะมีการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ น้อยลง ทำให้เกิดความขาดแคลนในระยะยาว

ซึ่งในส่วนนี้ จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศ เกี่ยวกับการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติที่ เข้ามาประกอบวิชาชีพ แต่ละประเทศได้มีการวางแนวทางป้องกันไว้ ดังต่อไปนี้

ประเทศสหราชอาณาจักร จะใช้วิธีการจำกัดจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานด้วย การเปิดและระงับการให้วีซ่าประเภท Tier 1: (General) เป็นช่วง ๆ เพื่อบริหารจำนวนแรงงานต่าง ด้าว แต่ยังคงเปิดให้วีซ่าประเภท Tier 2: (General) สำหรับแพทย์ต่างชาติที่ได้รับเสนอตำแหน่งงาน ในสหราชอาณาจักร นอกจากนั้น การให้วีซ่ากับแพทย์ต่างชาติของสหราชอาณาจักรยังพิจารณาถึง จำนวนแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่ขาดแคลน โดยจะมีการปรับเปลี่ยนทุกปีตามประกาศของ หน่วยงานด้านสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

ประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย จะอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติที่เข้ามาประกอบวิชาชีพใน รัสเซียตามกฎหมาย 160-FZ นั้น จะต้องประกอบวิชาชีพภายในสถานพยาบาลของนายจ้างในเขต

พัฒนาพิเศษเท่านั้น ไม่สามารถประกอบวิชาชีพนอกเขตได้ หากจะเปลี่ยนนายจ้างจะต้องยื่นขอ อนุญาตต่อคณะกรรมการบริหารเขตพัฒนาพิเศษเสียก่อน

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประเทศต่าง ๆ มีการวางกฎระเบียบและกฎหมายเพื่อควบคุม การประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติทั้งในด้านจำนวน สาขาการประกอบวิชาชีพและพื้นที่เอาไว้ เพื่อไม่ให้กระทบแก่การประกอบวิชาชีพของแพทย์ท้องถิ่นมากเกินไป แต่ไม่ให้เกิดผลกระทบต่อ ความขาดแคลนในระบบสาธารณสุข

4.4.3 ความรับผิดชอบของแพทย์ต่างชาติในความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพ

เมื่อมีแพทย์ต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ ก็ย่อมนำมาสู่ เหตุการณ์ความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพต่อผู้รับบริการ ซึ่งแพทย์ต่างชาติอาจจะใช้วิธี หลบหนือออกนอกประเทศ เพื่อหนีจากการรับผิดชอบในความเสียหายต่าง ๆ ทั้งในทางแพ่ง อาญา และ วิชาชีพ

ซึ่งในส่วนนี้ จากการศึกษากฎหมายต่างประเทศ เกี่ยวกับความรับผิดชอบของแพทย์ต่างชาติ ตามกฎหมายของแต่ละประเทศ ก็ได้มีการกำหนดวิธีต่าง ๆ ไว้เพื่อชดเชยความเสียหายที่จะเกิดขึ้น

โดยประเทศสหราชอาณาจักรและราชอาณาจักรสวีเดนนั้น แพทย์ต่างชาติที่เข้ามา ทำงานจะทำงานให้กับหน่วยงานสุขภาพของรัฐ ไม่ว่าจะเป็น NHS หรือ Socialstyrelsen หาก ก่อให้เกิดความเสียหายขึ้นแก่ผู้รับบริการ หน่วยงานของรัฐจะเป็นผู้ที่ทำการชดเชยความเสียหาย ให้แก่ผู้รับบริการ ซึ่งสวีเดนมีระบบการชดเชยความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์โดยไม่มี พิสูจน์ความผิด

ส่วนในประเทศสมาพันธ์รัฐรัสเซีย กฎหมาย 160-FZ ได้บัญญัติให้สถานพยาบาล นายจ้างต้องร่วมรับผิดชอบจากความเสียหายอันเกิดจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติผู้เป็น ลูกจ้าง และจะต้องมีการจัดทำประกันภัยเพื่อคุ้มครองความเสียหายที่มาจาก การประกอบวิชาชีพ ของแพทย์ต่างชาติด้วย ส่วนในทางอาญาและทางวิชาชีพ แพทย์ต่างชาติยังคงต้องรับผิดชอบตาม กฎหมายรัสเซีย

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ประเทศต่าง ๆ มีการวางกฎระเบียบและกฎหมายเพื่อควบคุม ความเสียหายของการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในทางแพ่งไว้ ส่วนในทางอาญาและทาง วิชาชีพนั้น แพทย์ต่างชาติยังคงต้องรับผิดชอบตามกฎหมายของประเทศนั้น ๆ อยู่แล้ว

4.5 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยเป็นการทั่วไป

การประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทยในลักษณะของการมาทำงานเป็นการทั่วไปที่สถานพยาบาลทั้งของรัฐและของเอกชน มีปัญหาจากกฎหมายต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

4.5.1 ปัญหาจากกฎหมายเข้าเมืองและการทำงานของคนต่างด้าวในประเทศไทย

ปัญหาการประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติที่เกี่ยวกับกฎหมายคนเข้าเมืองและกฎหมายว่าด้วยการทำงานของคนต่างด้าวนั้นคือต้องใช้กฎหมายซึ่งเป็นหลักทั่วไป เนื่องจากไม่มีกฎหมายใช้บังคับเป็นการเฉพาะกับกรณีการประกอบวิชาชีพแพทย์ และระยะเวลาเพียง 2 ปีที่อนุญาตให้แพทย์ต่างชาติประกอบวิชาชีพในประเทศไทยนั้นเป็นเวลาที่สั้นเกินไปเมื่อรวมกับขั้นตอนการทดสอบความรู้และขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประกอบกับ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ซึ่งมาตรา 13 บัญญัติให้ใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นมีอายุ จนกว่าผู้ได้รับอนุญาตจะตาย ลาออก ถูกเพิกถอนหรือขาดคุณสมบัติ หากแพทย์ต่างชาติได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยแล้ว กลับต้องหยุดประกอบวิชาชีพและเดินทางออกนอกประเทศไปเพราะว่าใบอนุญาตให้ทำงานหมดอายุ จะทำให้เกิดความสูญเสียโอกาสในการทำงานของแพทย์ต่างชาติและมีได้เกิดผลดีต่อประเทศไทยแต่อย่างใด

ถึงแม้ในทางปฏิบัติจะมีการต่ออายุให้กับคนต่างด้าวตามกฎหมายเหล่านี้ออกไปได้เรื่อย ๆ แต่การขั้นตอนการต่ออายุก็มีความวุ่นวายและไม่ได้รับความสะดวกสบาย เพราะการต่ออายุเพื่ออาศัยในประเทศไทยนั้นต้องทำที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองและการต่ออายุใบอนุญาตทำงานนั้นต้องทำที่กรมแรงงานหรือสำนักงานจัดหางานจังหวัดซึ่งเป็นคนละหน่วยงานกัน แต่ละแห่งก็มีผู้ใช้บริการเป็นจำนวนมากและต้องใช้เอกสารต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก เมื่อไม่ได้รับความสะดวกทำให้ประเทศไทยไม่เป็นที่ดึงดูดใจของแพทย์ต่างชาติเท่าที่ควร

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหราชอาณาจักรที่ให้ระยะเวลาโดยรวม ถึง 5 ปี หรือประเทศสหพันธรัฐรัสเซียซึ่งให้ระยะเวลา 3 ปีแล้ว กฎหมายต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามาประกอบวิชาชีพของแพทย์ต่างชาติเป็นอย่างยิ่ง

4.5.2 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนและการทำงานในสถานพยาบาลเอกชนของแพทย์ต่างชาติ

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 17 มิได้มีข้อจำกัดห้ามบุคคลหรือนิติบุคคลที่มีเชื้อสัญชาติไทยมาลงทุนหรือขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ เป็นผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 24 และ 25

⁵ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 13

แต่ปัญหาของบุคคลหรือนิติบุคคลต่างด้าวในการประกอบธุรกิจสถานพยาบาลคือ หากเป็นกรณีที่มีนิติบุคคลต่างชาติมีความสนใจจะเปิดสาขาของสถานพยาบาลในประเทศไทย การที่ผู้ขออนุญาตไม่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย อันเป็นการขาดคุณสมบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 17 (2) และยังคงต้องห้ามตามพระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 ธุรกิจสถานพยาบาล เป็นธุรกิจในบัญชีสามตามพระราชบัญญัตินี้ คือธุรกิจที่คนไทยยังไม่มีความพร้อมที่จะแข่งขันในการประกอบกิจการคนต่างด้าว คนต่างด้าวหรือนิติบุคคลที่มีคนต่างด้าวถือหุ้นเกินกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปจะประกอบธุรกิจได้เมื่อได้รับอนุญาตจากอธิบดีโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว

แม้ประเทศไทยจะเข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการบริการของอาเซียน (AFAS) ฉบับที่ 9 ซึ่งอนุญาตให้เฉพาะนิติบุคคลซึ่งถือหุ้นโดยชาวต่างชาติที่ถือสัญชาติในอาเซียน ไม่เกินร้อยละ 70 สามารถประกอบธุรกิจโรงพยาบาลได้ แต่ไม่รวมถึงคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว ประเทศไทยมีความต้องการสถานพยาบาลประเภทคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลที่ดำเนินการโดยแพทย์ต่างชาติเพื่อให้บริการแก่คนต่างด้าวในประเทศไทย โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยวหรือเขตที่มีแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมาก

ซึ่งแม้จะมีทางแก้ไขได้โดยการตั้งบริษัทสาขาในประเทศไทย แต่ก็เป็นการเพิ่มขึ้นขั้นตอนและภาระที่จะตั้งนิติบุคคลสาขาในประเทศไทยและหากคนไทยมาร่วมถือหุ้นในจำนวนร้อยละ 51 ขึ้นไปเมื่อรวมกับความยุ่งยากในการจัดหาผู้ดำเนินการและลูกจ้างซึ่งเป็นแพทย์ต่างชาติ อันเนื่องมาจากการเข้าเมือง การทำงานและการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติแล้ว จะทำให้เกิดปัญหาต่อการจัดตั้งสถานพยาบาลของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย

4.5.3 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยของแพทย์ต่างชาติ

แม้จะมีการออกข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับแพทย์ชาวต่างชาติที่สำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ในต่างประเทศและประสงค์จะขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2559 เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ต่างชาติที่ผ่านการศึกษาจากต่างประเทศสามารถเข้าสู่กระบวนการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ แต่กระบวนการในการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์ต่างชาติตามข้อบังคับนี้ จะต้องผ่านการสอบเพื่อรับการประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งจัดโดยศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว.) ทั้ง 3 ขั้นตอน

แม้ในปัจจุบัน การทดสอบในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 จะใช้ข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษ ยกเว้นข้อสอบในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์เฉพาะทางด้านกฎหมายไทยหรือนิติเวชศาสตร์ แต่สำหรับขั้นตอนที่ 3 เป็นการสอบภาคปฏิบัติ เพราะเป็นการสอบเพื่อประเมินทักษะและหัตถการคลินิกในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย จึงต้องใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร ทำให้เกิดปัญหาอย่างมากสำหรับแพทย์ต่างชาติในการขอรับใบอนุญาตโดยวิธีปกติ

ส่วนการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยวิธีพิเศษนั้น ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548 ข้อ 6 (ข) ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ขอไว้คือ ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น จึงเป็นข้อจำกัดว่าแพทย์ต่างชาติผู้ที่มีได้มีสัญชาติไทยจะไม่สามารถขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยโดยวิธีพิเศษได้ ซึ่งข้อบังคับในส่วนนี้ เป็นการขัดต่อหลักการปฏิบัติเยี่ยงคนในชาติ (National Treatment: NT) ของ GATS และ ASEAN เพราะเป็นการเลือกปฏิบัติโดยให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ถือสัญชาติไทยมากกว่าประเทศสมาชิกอื่น ๆ

4.5.4 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ต่างชาติในหน่วยงานของรัฐ

แม้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 (6) ประกอบประกาศแพทยสภา ที่ 1/2554 จะให้อำนาจแก่คณะกรรมการแพทยสภาในการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยก่อน แต่ก็จำกัดอยู่เพียงกรณีการเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญของทางราชการซึ่งเป็นการทำงานอยู่แต่ในภาครัฐเท่านั้น มิได้รวมไปถึงการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในลักษณะการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งชาวต่างชาติที่ยังมิได้รับสัญชาติไทยจะขาดคุณสมบัติตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 36 ซึ่งบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้

ผู้ที่จะเข้ารับราชการเป็นข้าราชการพลเรือนต้องมีคุณสมบัติทั่วไป และไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้ ก. คุณสมบัติทั่วไป

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปี
- (3) เป็นผู้เต็มใจในการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขด้วยความบริสุทธิ์ใจ...⁶

ซึ่งประเทศไทยมีความต้องการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ซึ่งถูกระบุไว้เป็นสาขาประเภทที่ 1 ของประกาศแพทยสภาเรื่องการกำหนดประเภทสาขาและคุณสมบัติของผู้มี

⁶ พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 36

สิทธิรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งการนำแพทย์ต่างชาติซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่ขาดแคลนจะสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แต่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับกรณีดังกล่าว

4.6 ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีฉุกเฉินของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย

ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดขกเว้นความผิดตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 26 ประกอบมาตรา 43 สำหรับในกรณีนี้มีเหตุการณ์เกิดขึ้นจากคดีจริงว่า แพทย์ต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยในกรณีอื่นที่มีใ้ใช้การมาประกอบวิชาชีพ คือมาท่องเที่ยวแต่ได้พบเหตุฉุกเฉินและเข้าทำการช่วยเหลือ จึงได้ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งขัดกับมาตรา 26 (2) ด้วยนิตยาระงับความเจ็บปวดแก่ผู้ประสบเหตุ ซึ่งการกระทำโดยปรารถนาดีของแพทย์ต่างชาติผู้นี้เป็นความผิดอาญาและต้องถูกดำเนินคดีโดยกฎหมายไทย ซึ่ง ณ ขณะนี้ คดีนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินคดี โดยในชั้นพนักงานอัยการมีความเห็นสั่งฟ้องคดีนี้ต่อศาล

แต่ในทางเดียวกัน ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 374 บัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ต้องกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” ซึ่งประมวลกฎหมายอาญามาตรา 374 ยังไม่มีความชัดเจนในการตีความมากนักว่า หากการเข้าไปช่วยเหลือนั้นเป็นการละเมิดกฎหมายอื่น จะเป็นความผิดทางอาญาหรือไม่

ตารางที่ 4.1 เปรียบเทียบกฎหมายไทยกับกฎหมายต่างประเทศ

ข้อแตกต่าง	ราชอาณาจักรไทย	สหราชอาณาจักร	ราชอาณาจักรสวีเดน	สหพันธรัฐรัสเซีย	สาธารณรัฐสิงคโปร์	สหรัฐอเมริกา
1.การยอมรับร่วมในคุณสมบัติวิชาชีพแพทย์และหลักสูตรผลิตแพทย์	ยอมรับตาม MRA ของวิชาชีพแพทย์สำหรับประเทศ	ยอมรับตามข้อกำหนดที่ 2005/36/E C ให้กับประเทศสมาชิกของสหภาพ	ยอมรับตามข้อกำหนดที่ 2005/36/EC ให้กับประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรปและ	ยอมรับตามกฎหมายของรัฐบาลกลางลงวันที่ 29 มิถุนายน ค.ศ. 2015 หมายเลข	ยอมรับตาม MRA ของวิชาชีพแพทย์สำหรับประเทศอาเซียน	ยอมรับเฉพาะแพทย์ที่จบการศึกษาจากประเทศแคนาดา

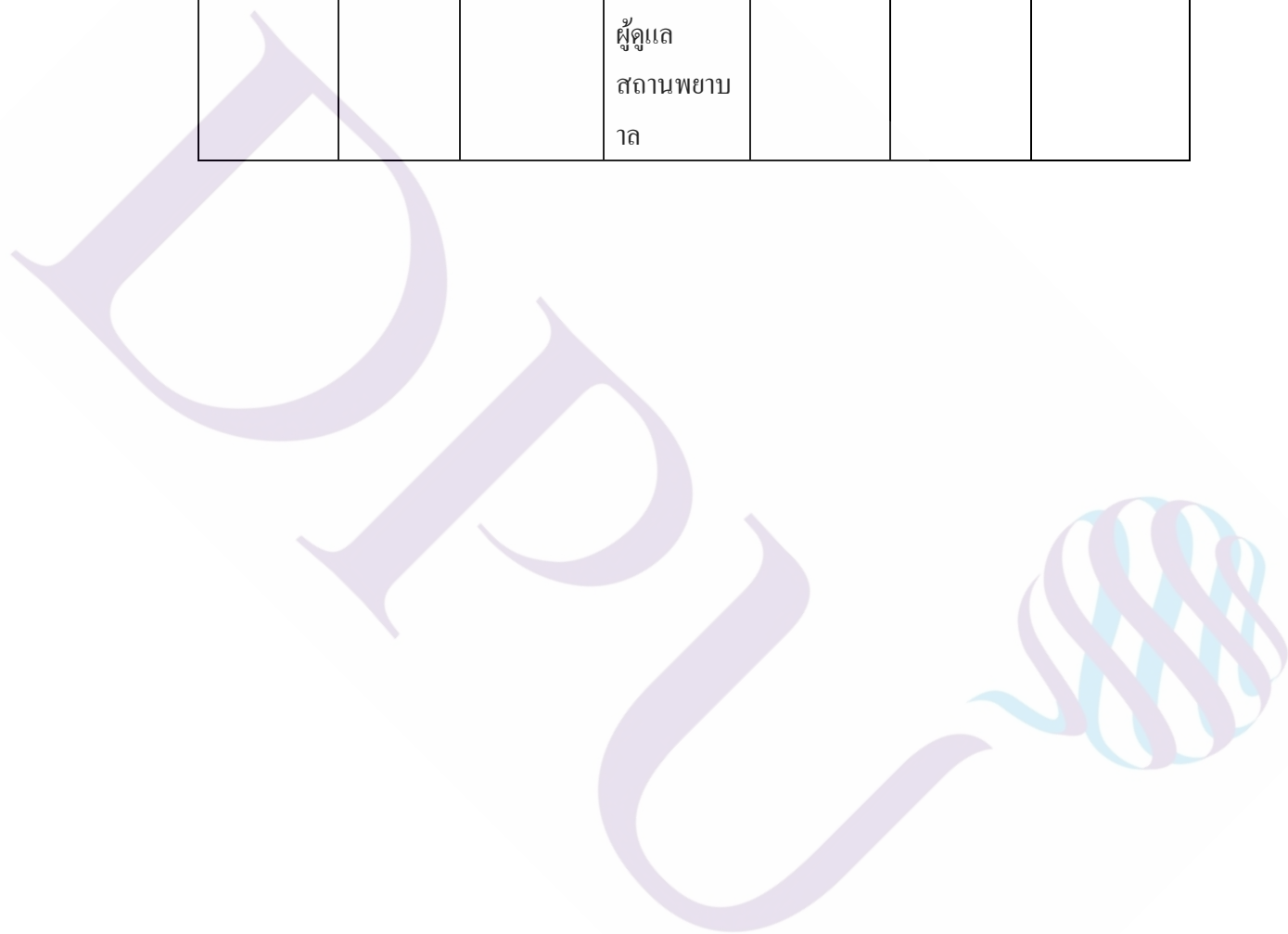
จาก ต่างประเทศ	อาเซียน	ยุโรปและ ประเทศ สมาพันธ์รัฐ สวิส	ประเทศ สมาพันธ์รัฐ สวิส	160-FZ ให้กับ เฉพาะ ประเทศ กลุ่ม สมาชิก OECD จำนวน 36 ประเทศ		
2. การ ทดสอบ เพื่อขอรับ ใบอนุญาต ให้ ประกอบ วิชาชีพของ แพทย์ ต่างชาติ	ต้องสอบ ผ่านการ ทดสอบ ของ ศรว. ทั้ง 3 ระดับ	ผ่านการ ทดสอบ PLAB หรือ ผ่านการ ทดสอบ ของราช วิทยาลัย หรือได้รับ ทุนให้ ศึกษาจาก โรงเรียน แพทย์หรือ ผ่านการ พิจารณา จาก คณะกรรมการ	ผ่านการ ทดสอบ TULE หรือ ผ่านการ พิจารณา คุณสมบัติ จาก คณะกรรมการ ารสุขภาพ และ สวัสดิการ แห่งชาติ และการ ทดสอบ ภาษาสวีเดน	หากได้รับ อนุญาตให้ ประกอบ วิชาชีพใน ประเทศ สมาชิก OECD แล้ว ไม่ต้อง ทดสอบ ใบอนุญาต ให้ ประกอบ วิชาชีพเวช กรรมใน เขตพัฒนา พิเศษ	ไม่มีการ ทดสอบ เพื่อขอรับ ใบอนุญาต เพียงแต่ ได้รับการ รับรองจาก ประเทศต้น ทาง และ ต้องได้รับ เสนอ ตำแหน่ง งานใน สิงคโปร์	ต้องสอบผ่าน USMLE ทั้ง 3 ขั้นตอน และศึกษาต่อ ใน สหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 1- 3 ปี แล้วแต่ รัฐ
3. การ อนุญาตให้ ประกอบ วิชาชีพ	อนุญาต ให้เฉพาะ มีการร้อง ขอจาก	สามารถทำ ได้ในกรณี ที่รักษา บุคคลใด	ผู้ที่ประสงค์ จะจ้าง แพทย์ ต่างชาติ	อนุญาตให้ เฉพาะกรณี ให้บริการ ชาวต่างชาติ	อนุญาต เฉพาะกรณี เป็น ผู้เชี่ยวชาญ	อนุญาตให้ เฉพาะกรณี ให้บริการ ชาวต่างชาติ

ชั่วคราว	หน่วยงานของรัฐเท่านั้น	บุคคลหนึ่งเป็นการเฉพาะ	จะต้องเป็นผู้ยื่นร้องขอโดยแจ้งถึงความจำเป็นต่อคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติเป็นครั้ง ๆ ไป	ติในการแข่งขันกีฬาเท่านั้น	หรือมาเพื่อการศึกษาวิชัยเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวสำหรับกรณีรายบุคคล	ในการแข่งขันกีฬาเท่านั้น
4. วิซ่าและการอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติดำเนินการทำงาน	แพทย์ต่างชาตินำวิธีการขอวิซ่าและใบอนุญาตให้ทำงานเช่นเดียวกับบุคคลต่างด้าวทั่วไป	ผู้ที่ได้รับวิซ่าประเภท Tier1: (General) และ Tier2: (General) ซึ่งเป็นกรณีพิเศษสำหรับแรงงานที่มีฝีมือจะสามารถอยู่อาศัยและทำงานในสหราชอาณาจักรได้ 2 ปี และต่ออายุได้	แพทย์ต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะได้อาศัยในสวีเดนทันที โดยใบอนุญาตทำงานมีอายุ 2 ปี โดยต่ออายุได้เรื่อย ๆ และหากทำงานในสวีเดนครบ 48 เดือน จะ	แพทย์ต่างชาติต้องต่ออายุใบอนุญาตให้ทำงานปีต่อปีในลักษณะเดียวกับแรงงานทั่วไป เงินเดือนเกินกว่า 1 ล้านรูเบิล หากอยู่ในอาศัยในรัสเซียเกิน 1 ปี จะ	แพทย์ต่างชาติที่มีเงินเดือนเกิน 3,600 ดอลลาร์สิงคโปร์พร้อมครอบครัวจะได้รับอนุญาตให้ทำงานและอาศัยในสิงคโปร์เป็นเวลา 2 ปี และต่ออายุได้ครั้งละ 3 ปี	แพทย์ต่างชาติที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสหรัฐอเมริกาแล้วจะได้วิซ่าประเภท H1-B สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่

		อีก 3 ปี นอกจากนี้ น แพทย์ ต่างชาติจะ ได้รับ อนุญาตให้ แพทย์ ต่างชาติ ทำงานรอน นอกเหนือจ กนายจ้าง ประจำใน สาขาที่ขาด แคลนได้	ได้สิทธิใน การขออาศัย ในสวีเดน อย่างถาวร	สามารถต่อ อายุการอยู่ อาศัยได้ 5 ปี		นายจ้างใน สหรัฐอเมริกา ซึ่ง อาศัยอยู่ ใน สหรัฐอเมริกา ได้ เป็นเวลา 6 ปี โดยไม่ ต้องมีบ้าน เป็นการ ถาวร เมื่อ อยู่ใน สหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 3-5 ปีโดย ถูกต้อง ตาม กฎหมาย จะ สามารถ เข้าสู่ กระบวนการ อนุญาต รับวีซ่า ย้ายถิ่น ฐานอย่าง ถาวร
5. การ	ผู้ที่จะ	เปิดให้	เปิดให้	ไม่เปิด	เปิดโอกาส	เปิดโอกาส

ทำงานใน ภาครัฐของ แพทย์ ต่างชาติ	เป็น ข้าราชการ หรือ พนักงาน ราชการ จะต้องมี สัญชาติ ไทย	แพทย์ ต่างชาติ สามารถเข้า ทำงานใน ระบบ บริการ สุขภาพ แห่งชาติ หรือ NHS ได้	แพทย์ ต่างชาติ สามารถเข้า ทำงานใน ระบบ บริการ สุขภาพของ ภาครัฐได้	โอกาสให้ ชาวต่างชาติ ทำงานใน ระบบ บริการ สาธารณสุข ของรัฐ	ให้แพทย์ ต่างชาติ ทำงานใน ภาครัฐได้ แม้จะไม่ได้ จบ การศึกษา จากใน สิงคโปร์ และไม่ได้ ถือสัญชาติ สิงคโปร์	ให้ โรงพยาบาล ที่มีหน่วยงาน ของรัฐเป็น เจ้าของ สามารถจ้าง แพทย์ ต่างชาติให้ เป็นลูกจ้างได้
6.การ ประกอบ ธุรกิจ สถานพยาบาล เอกชน ของแพทย์ ต่างชาติ	ในกรณี บุคคล ธรรมดา แพทย์ ต่างชาติ จะต้อง ได้รับ อนุมัติให้ ประกอบ วิชาชีพ เวชกรรม และ ได้รับ อนุญาต ให้ทำงาน ใน ประเทศ ไทย หาก	ขอวีซ่า Tier 1: (Entrepreneur) โดยมี เงินลงทุน มากกว่า 50,000 ปอนด์ขึ้นไป โดยจะ จดทะเบียน เป็นนิติ บุคคล หรือไม่ก็ได้ แต่ต้องมี คุณสมบัติที่ จะประกอบ วิชาชีพได้ และต้อง	ทำได้ หาก ได้รับ อนุญาตจาก Socialstyrelsen หากขอ ในฐานะ บุคคล ธรรมดา จะต้อง ได้รับ อนุญาตให้ ประกอบ วิชาชีพเวช กรรม หาก ขอในนาม นิติบุคคล จะต้อง แสดง	ไม่อนุญาต ให้แพทย์ ต่างชาติ จัดตั้ง สถานพยาบาล เว้นแต่ ในเขต พัฒนา พิเศษตาม กฎหมาย 160-FZ	เฉพาะ แพทย์ที่ ได้รับการ ขึ้นทะเบียน แบบ สมบูรณ์ (Full Registration) จึงจะ สามารถขอ อนุญาต ดำเนินการ สถานพยาบาล ใน สิงคโปร์ได้	แพทย์ ต่างชาติต้อง ได้รับ อนุญาตให้ ประกอบ วิชาชีพเวช กรรมและ ได้รับ อนุญาตให้ อาศัยใน สหรัฐเป็น การถาวร จึง จะสามารถ ประกอบ ธุรกิจ สถานพยาบาล เอกชนได้

	จะเปิด สถาน พยาน เอกชนได้	เสียหาย ให้แก่ ประเทศ พระราช อาณาจักร	หลักฐานว่า มีผู้ที่ได้รับ อนุญาตให้ ประกอบ วิชาชีพเวช กรรมเป็น ผู้ดูแล สถานพยาบาล			
--	------------------------------------	---	--	--	--	--



บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

ในปัจจุบันประเทศไทยนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องการแพทย์ต่างชาติในการเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย จากสาเหตุทั้งนโยบายศูนย์กลางการรักษาพยาบาล (Medical Hub) และการขาดแคลนของแพทย์ไทยในระบบสาธารณสุข

แต่กฎหมายของประเทศไทยนั้นยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติ ตั้งแต่การเข้าเมืองตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ยังคงใช้ระบบการขอและต่อใบอนุญาตซึ่งกำหนดเวลาให้เพียง 1-2 ปีและไม่มีการให้วีซ่าแบบพิเศษในกรณีของผู้ประกอบวิชาชีพ ทำให้เกิดความลำบากและไม่ดึงดูดให้แพทย์ต่างชาติอาศัยและทำงานอยู่ในประเทศไทย

การขออนุญาตประกอบธุรกิจสถานพยาบาลของแพทย์ต่างชาติ จะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และ พระราชบัญญัติการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว พ.ศ.2542 คนต่างด้าวหรือนิติบุคคลที่มีคนต่างด้าวถือหุ้นเกินกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไปจะประกอบธุรกิจได้เมื่อได้รับอนุญาตจากอธิบดีโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการการประกอบธุรกิจของคนต่างด้าว

การขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยวิธีธรรมดา นั้น แพทย์ต่างชาติทดสอบจะต้องผ่านการทดสอบที่ใช้ภาษาไทยในการสอบ ทำให้เกิดปัญหาอย่างมากสำหรับแพทย์ต่างชาติในการขอรับใบอนุญาตโดยวิธีปกติ

ส่วนการขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยวิธีพิเศษ ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ขอไว้คือ ต้องมีสัญชาติไทยเท่านั้น จึงเป็นข้อจำกัดว่าแพทย์ต่างชาติผู้ที่มีได้มีสัญชาติไทยจะไม่สามารถขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของประเทศไทยโดยวิธีพิเศษได้

ส่วนในด้านการทำงานในภาครัฐนั้น แพทย์ต่างชาติยังไม่สามารถทำงานในภาครัฐของประเทศไทยได้ เพราะพระราชบัญญัติข้าราชการพลเรือน ยังคงกำหนดคุณสมบัติของข้าราชการพลเรือนไว้ว่า ต้องมีสัญชาติไทย

นอกจากนั้น ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติสามารถประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว สำหรับบางกรณี เช่น การรักษาผู้ป่วยรายบุคคล โดยเฉพาะเจาะจงหรือการติดตามมาดูแลนักกีฬาที่เข้ามาทำการแข่งขันกีฬา เป็นต้น

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาตินั้น ผู้เขียนขอเสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ต่างชาติในประเทศไทย ดังต่อไปนี้

5.2.1 กฎหมายเกี่ยวกับการเข้าเมืองและการขออนุญาตทำงาน

ในส่วนนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะคือ ให้แก้ไข พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 และในส่วนของ พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ให้อาศัยอำนาจตามมาตรา 9 กำหนดไว้เป็นกฎกระทรวงในกรณีแรงงานผู้ประกอบวิชาชีพ โดยกำหนดประเภทของการขอยุ่ในราชอาณาจักร (Visa) ขึ้น โดยเฉพาะสำหรับแรงงานผู้ประกอบวิชาชีพ โดยให้รวมกับการขออนุญาตทำงานไว้ด้วยกันเป็นลักษณะเดียวกับ Visa Tier 2 (General) ของประเทศสหราชอาณาจักร และควรมีระยะเวลาในการอนุญาตที่ยาวนานมากขึ้นเพื่อสร้างความมั่นใจต่อแพทย์ต่างชาติ โดยผู้เขียนเสนอให้เป็นระยะเวลาประมาณ 5 ปี อันเป็นเวลาที่สุดคล้องกับนโยบาย EEC ของรัฐบาล ซึ่งมีแนวคิดที่จะให้วีซ่าระยะยาวสำหรับแรงงานผู้ประกอบวิชาชีพและเพียงพอที่แพทย์ต่างชาติจะสามารถเข้ารับการทดสอบจนได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

5.2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว

ในส่วนนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการแก้ไขพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม มาตรา 26 โดยเพิ่มหลักการในลักษณะเดียวกันกับกฎหมายของสหราชอาณาจักร พระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1983 (Medical Act 1983) มาตรา 27B ในกรณีของแพทย์ต่างชาติขออนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นการชั่วคราว โดยให้แพทย์ต่างชาติผู้มีความสมบัติในการเป็นแพทย์จากประเทศต้นทางสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้ โดยไม่ต้องทดสอบความรู้ เพียงแต่ดำเนินกระบวนการขออนุญาตจากแพทยสภาก่อน โดยจะมีการกำหนดกรอบของ

อนุญาตให้เฉพาะในกรณีที่มีรักษาบุคคลคนใดคนหนึ่งเป็นการชั่วคราวหรือมาประกอบวิชาชีพในสถานที่หนึ่ง เช่น ในสถานพยาบาล เขตบ้านพักนักกีฬา สนามกีฬา เป็นต้น โดยให้มีการกำหนดระยะเวลาเป็นการที่แน่นอน เช่น จนกว่าการแข่งขันกีฬาจะเสร็จสิ้น เป็นต้น

5.2.3 กฎหมายเกี่ยวกับการทดสอบเพื่อขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โดยในส่วนนี้ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะให้ทำการแก้ไข ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2548 ข้อ ๖ (ข) โดยไม่จำกัดสัญชาติของแพทย์ที่จะขอรับใบอนุญาตในวิธีพิเศษ และมุ่งเน้นไปในทางการฝึกงานในสถานพยาบาลจริงโดยมีแพทย์ชาวไทยเป็นผู้ควบคุมและประเมินการทำงาน

ส่วนในด้านการทดสอบความรู้ภาษาไทยนั้น ผู้เขียนเสนอให้มีการจัดทำหลักสูตรภาษาไทยสำหรับผู้ย้ายถิ่นฐานและหลักสูตรภาษาไทยสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ เช่นเดียวกับหลักสูตร SMA และ SMI ของประเทศสวีเดน โดยควรมีการกำหนดให้ต้องผ่านการทดสอบเหล่านี้ก่อน จึงจะสามารถขอรับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยได้เช่นเดียวกับประเทศสวีเดน

5.2.4 กฎหมายเกี่ยวกับการทำงานของแพทย์ต่างชาติในสถานพยาบาลของรัฐ

ในส่วนนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า ให้แก้ไขกฎหมายพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 และพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 เพื่อเปิดโอกาสให้สิทธิพิเศษแก่แพทย์ต่างชาติสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมในหน่วยงานของรัฐได้ ซึ่งอาจจะมีได้บัญญัติไปในลักษณะเป็นการเปิดเสรีให้แพทย์ต่างชาติในทุกกรณี โดยผู้เขียนมีข้อเสนอในการแก้ไขหรือบัญญัติเพิ่มเติมดังนี้

(1) แพทยสภาอาจจะทำการพิจารณาอนุญาตให้เฉพาะแพทย์ต่างชาติที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐได้ โดยมีระยะเวลาการทำงาน 1 ปี โดยแพทยสภามีอำนาจพิจารณาว่าจะอนุญาตให้ในสาขาใด โดยพิจารณาจากความต้องการแพทย์ในปีนั้น ๆ เช่นเดียวกับการประกาศสาขาประเภท 1 ของแพทย์ประจำบ้าน หรืออาจจะอนุญาตเฉพาะในบางสาขาที่ไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องใช้การสื่อสารด้วยภาษาไทยมาก เช่น พยาธิแพทย์ แพทย์รังสีวินิจฉัย เป็นต้น

(2) เปิดโอกาสให้โรงพยาบาลรัฐในบางพื้นที่ที่มีชาวต่างชาติอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น พัทยา สมุย ภูเก็ต สมุทรสาครหรือตราด สามารถร้องขออนุญาตการแพทย์ต่างชาติโดยระบุสัญชาติไปปฏิบัติหน้าที่ได้

(3) ควรเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลของรัฐสามารถจ้างแพทย์ต่างชาติด้วยงบประมาณของสถานพยาบาลเอง โดยพิจารณาจากความเหมาะสมของประชากรชาวต่างชาติในพื้นที่ของตนได้

5.2.5 กฎหมายเกี่ยวกับการขออนุญาตประกอบธุรกิจสถานพยาบาลของแพทย์ต่างชาติและการทำงานในสถานพยาบาลเอกชนของแพทย์ต่างชาติ

ในส่วนนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า ควรจะมีการบัญญัติกฎหมายขึ้นใหม่เพื่อเปิดโอกาสให้แพทย์ต่างชาติหรือนิติบุคคลต่างชาติสามารถขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลนานาชาติได้ โดยมีต้องจดทะเบียนนิติบุคคลในประเทศไทยก่อน โดยใช้หลักการเดียวกับกฎหมาย 160-FZ ของประเทศสหพันธรัฐรัสเซีย ซึ่งในสถานพยาบาลนานาชาตินี้ควรจะมีลักษณะพิเศษดังต่อไปนี้

(1) สถานพยาบาลนานาชาติสามารถนำแพทย์ต่างชาติมาประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้โดยไม่ต้องขอใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของไทยก่อน เพียงแต่ขออนุญาตการเข้ามาประกอบวิชาชีพกับนายจ้างที่ขออนุญาตภายในสถานพยาบาลที่เป็นของนายจ้างเท่านั้น โดยอาจจะมีการตั้งข้อกำหนดให้สถานพยาบาลต่างชาติเหล่านี้สามารถขออนุญาตจัดตั้งได้เฉพาะในบางพื้นที่ที่มีชาวต่างชาติอยู่มาก หรือในเขตการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก ซึ่งธุรกิจสถานพยาบาลเป็นหนึ่งในธุรกิจที่นโยบายนี้ต้องการส่งเสริมอยู่แล้ว

(2) แพทย์ต่างชาติที่เป็นลูกจ้างของสถานพยาบาลนานาชาติจะต้องมีสัญญาจ้างแรงงานอยู่ภายใต้ระบบประกันสังคม และมีความรับผิดชอบประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพของแพทย์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภาเป็นหน่วยงานที่ควบคุมดูแลการดำเนินการสถานพยาบาลนานาชาติในมาตรฐานเช่นเดียวกับสถานพยาบาลอื่น ๆ

(3) เพื่อป้องกันปัญหาแพทย์ต่างชาติเดินทางออกนอกประเทศเพื่อหลบหนีจากความรับผิดชอบจากการประกอบวิชาชีพโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ควรจะมีมาตรการป้องกันโดยในการขออนุญาตในลักษณะนี้ ให้นายจ้างหรือแพทย์ต่างชาติทำการวางหลักทรัพย์ไว้ส่วนหนึ่งต่อหน่วยงานของรัฐ เพื่อใช้เป็นการประกันความรับผิดชอบจากความเสียหาย

ซึ่งข้อเสนอแนะในส่วนนี้ ผู้เขียนเห็นว่ายังมีปัญหาจากการที่ประเทศไทยยังมีได้เป็นสมาชิก OECD ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ควรจะมีการออกข้อบังคับของแพทยสภาเรื่องกำหนดคุณสมบัติของแพทย์ต่างชาติที่จะขออนุญาตเข้ามาประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

นานาชาติไว้ เพื่อให้แพทย์ต่างชาติที่จะเข้ามาประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น มีคุณวุฒิและคุณภาพในระดับที่มีมาตรฐานเพียงพอ โดยแบ่งแยกเป็น 2 กรณีได้แก่

(1) หากแพทย์ต่างชาติจบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ที่แพทยสภาได้ทำการรับรองหลักสูตรไว้แล้ว ควรจะสามารถขออนุญาตประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลนานาชาติได้ทันที

(2) หากแพทย์ต่างชาติมิได้จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ที่แพทยสภาได้ทำการรับรองหลักสูตรไว้แล้ว แพทย์ต่างชาติจะต้องขอให้แพทยสภารับรองหลักสูตรก่อน จึงจะสามารถขออนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในสถานพยาบาลนานาชาติได้ โดยผู้เขียนเสนอให้ใช้หลักการเดียวกันกับ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรับรองปริญญาหรือประกาศนียบัตรในวิชาแพทยศาสตร์สำหรับผู้มีสัญชาติไทยที่เข้าศึกษาหรือสำเร็จการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์จากสถาบันผลิตแพทย์ ในต่างประเทศ พ.ศ. 2559

โดยทั้งสองกรณีนั้น แพทย์ต่างชาติควรจำเป็นต้องมีคุณสมบัติในการได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากประเทศที่ตนจบการศึกษาแพทยศาสตร์บัณฑิตมาก่อนด้วย

5.2.6 กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพโดยไม่ได้รับอนุญาตของแพทย์ต่างชาติในกรณีฉุกเฉิน

ในส่วนนี้ผู้เขียนได้ทำการศึกษาดำรงกฎหมายอาญาของอาจารย์จิตติ ดิงสัทย์ และพบว่าประมวลกฎหมายอาญามาตรา 374 มีคุณธรรมทางกฎหมายคือ การมุ่งคุ้มครองความปลอดภัยสาธารณะและชีวิตร่างกายของผู้ประสบเหตุ¹ แต่คุณธรรมทางกฎหมายของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 คือ การมุ่งคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยผู้ที่ไม่มีความรู้ความสามารถ มิใช่จากผู้ที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอ เพียงแต่ขาดคุณสมบัติด้านการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม โดยเพิ่มเติมข้อยกเว้นไว้ใน มาตรา 26(8) ว่า “การกระทำโดยผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากต่างประเทศ ตามความจำเป็นในกรณีฉุกเฉิน โดยมีเจตนาเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในอันตรายต่อชีวิต” หรืออีกวิธีหนึ่งคือ การนำประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67 วรรค 2 เรื่องการกระทำผิดด้วยความจำเป็น เพื่อให้ผู้อื่นพ้นจากอันตรายมาปรับใช้กับกรณีดังกล่าวได้ ไม่ว่าจะในชั้นพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการหรือการพิจารณาของศาล

¹ จิตติ ดิงสัทย์, กฎหมายอาญามาตรา 2 ตอน 2 และภาค 3 (กรุงเทพมหานคร, 2545).



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมการปกครอง. “ระบบสถิติทางทะเบียน.”

http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php, 28 สิงหาคม 2561.

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ. “อนุสัญญาว่าด้วยการบริการของอาเซียน

(AFAS) ฉบับที่ 9.” <https://www.dtn.go.th>, 1 กันยายน 2561.

กรมยุโรป กระทรวงต่างประเทศ. “สหภาพยุโรป (The European Union - EU)”

<http://www.mfa.go.th/europetouch>, 16 พฤศจิกายน 2561

กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ. “แผนงานจัดตั้งประชาคมอาเซียน (3เสา).”

<http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/asean-media-center-20121204-141001-878680.pdf>, 1 กันยายน 2561.

กรมอาเซียน กระทรวงต่างประเทศ. “ความเป็นมาของอาเซียน.”

<http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/other-20150407-154408-852678.pdf>, 1 กันยายน 2561.

กระทรวงต่างประเทศ. “กฎบัตรสมาคมแห่งประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.”

<http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/asean-media-center-20121203-180519-958411.pdf>, 1 กันยายน 2561.

กระทรวงแรงงาน. “รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานสู่การเป็นประชาคมอาเซียน บทที่ 3.”

http://www.mol.go.th/sites/default/files/downloads/pdf/7._bththii_3_prachaakhmaaechiyn.pdf, 1 กันยายน 2561.

กระทรวงแรงงาน. “รายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์ โครงการเตรียมการรองรับการเคลื่อนย้ายของแรงงานสู่การเป็นประชาคมอาเซียน บทที่ 8.”

http://www.mol.go.th/sites/default/files/downloads/pdf/12._bththii_8_MRAs.pdf, 1 กันยายน 2561.

กระทรวงศึกษาธิการ. “โครงการผลิตแพทย์เพิ่มแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 -2560.”

http://www.moe.go.th/data_stat/.28 สิงหาคม 2561.

- กุลวดี มกราทิรมย์. “Great Depression (1929–1939): เศรษฐกิจตกต่ำครั้งใหญ่ (พ.ศ. ๒๔๗๒–๒๔๘๒).” <http://rcim.rmutr.ac.th/wp-content/uploads/2016/05/Investment-PDF-244.pdf>, 1 กันยายน 2561.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. “หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต.” https://med.mahidol.ac.th/th/education/program_medicineth, 1 กันยายน 2561.
- คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. “กฎแห่งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Advantage).” http://www.econ.tu.ac.th/oldweb/doc/course/EC/EC451/slides/new_ec451_59_2.pdf, 1 กันยายน 2561.
- จิตติ ดิงสภักย์. กฎหมายอาญาภาค 2 ตอน 2 และภาค 3. กรุงเทพมหานคร, 2545.
- ชาญชัย คุ่มปัญญา. “ติมอร์-เลสเต จะเป็นสมาชิกอาเซียนลำดับที่ 11 หรือไม่.” <http://www.chanchaivision.com/2013/07/Timor-Leste-ASEAN-130712.html>, 1 กันยายน 2561.
- เดือนเด่น นิคมบริรักษ์, สุณีพร ทวรรณกุล และวีรวัลย์ ไพบูลย์จิตต์อารี. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการจัดทำยุทธศาสตร์และแนวทางในการเตรียมความพร้อมของภาคอุตสาหกรรมไทย อันเนื่องมาจากการเจรจา WTO ภาคบริการ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2547.
- บริษัท โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำกัด (มหาชน). “รายงานประจำปี 2560.” <http://www.set.or.th/dat/finreport/annual/1131ANN110420181104260108T.zip>, 28 สิงหาคม 2561.
- ประชาชาติธุรกิจ. “รพ.เอกชนแย่งซื้อตัวหมอ-พยาบาล การันตีรายได้ 2 แสน.” <https://www.hfocus.org/content/2017/04/13743>, 16 พฤศจิกายน 2561
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 “ความหมายของคำว่า วิชาชีพ.” <http://www.royin.go.th/dictionary/>, 1 กันยายน 2561.
- พรเทพ เบญญาอภิกุล. รายงานการวิจัยเรื่อง GATS ความตกลงว่าด้วยการค้าบริการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2548.
- แพทยสภา. “Density of physicians.” https://tmc.or.th/pdf/files_tmc1-2_2561_29-09-2560.pdf, 28 สิงหาคม 2561.
- แพทยสภา. “จำนวนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีใช้สัญชาติไทย.” <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-23-07-2015-001.pdf>, 28 สิงหาคม 2561.

- แพทยสภา. “ประวัติความเป็นมาของแพทยสภา.” <http://www.tmc.or.th/about.php>, 1 กันยายน 2561.
- แพทยสภา. “แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2539-2560.” <http://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc02-14022018.pdf>, 28 สิงหาคม 2561.
- แพทยสภา. “สถิติแพทย์.” http://www.tmc.or.th/pdf/01_stat_med2560.pdf, 28 สิงหาคม 2561.
- ภควดี มหาวงศ์ตระกูล. ผู้อำนวยการสำนักคุณภาพ. สัมภาษณ์. ศาลแพ่งธนบุรี. 19 ธันวาคม 2561.
- แม็กซ์ รีบรอฟ. สัมภาษณ์. ศาลจังหวัดพัทยา. 24 ธันวาคม 2561.
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (MEDICAL HUB) (พ.ศ. 2560 -2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
รังสรรค์ ชนะพรพันธุ์, สมบูรณ์ ศิริประชัย. หนึ่งทศวรรษ WTO. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551.
- ราชบัณฑิตยสภา. “พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 ความหมายของคำว่า วิชาชีพ” <http://www.royin.go.th/dictionary>.
- ศูนย์บริการข้อมูลเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงต่างประเทศ. “ประวัติและพัฒนาการ OECD.” <http://www.oecd.org/russia/therussianfederationandtheoecd.htm>, 6 กันยายน 2561.
- ศูนย์ประเมินและรับรองความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ศ.ร.ว.). “ประวัติ.” <http://cmathai.org/about/History>, 1 กันยายน 2561.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. “Medical Tourism ยังโตต่อเนื่อง ... เปิดโอกาสโรงพยาบาลเอกชนขยายฐานลูกค้าต่างชาติ (กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2721).” <https://www.kasikornresearch.com>, 28 สิงหาคม 2561.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. “ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนปี'61 โอกาสขยายฐานลูกค้า Medical Tourism ผู้ตลาดนักท่องเที่ยวจีน (กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 2912).” <https://www.kasikornresearch.com>, 28 สิงหาคม 2561.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. “ปี 61 ไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ.” <http://www.thaihealth.or.th/>, 28 สิงหาคม 2561.
- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ). “ความเป็นมา.” <https://www.eeco.or.th>, 28 สิงหาคม 2561.
- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ). “สถิติการลงทุนใน EEC.” <https://www.eeco.or.th>, 28 สิงหาคม 2561.

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ). “สิทธิประโยชน์การลงทุนใน EEC.” <https://www.eeco.or.th>, 28 สิงหาคม 2561.

สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (สกพอ). “อุตสาหกรรมที่ได้รับการส่งเสริม.” <https://www.eeco.or.th>, 28 สิงหาคม 2561.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559.” สืบค้นเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2561, จาก

https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. “สถิติคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร เดือนกันยายน ปี 2561.”

https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/1b959f650b3fa91e14aa0feef3803e9a.pdf,

สิทธิชัย โชคสวัสดิ์ไพศาล, อนุสรณ์ ศรีเมนต์, วิรัตน์ เกษมทรัพย์, เอกสิทธิ์ จารูวัฒน์จรัญกร, อรรถพรณ ลินะเปสนันท์. “รายงานผลการศึกษาดูงาน Legal Foundation of the European Union, European Competition Law, The EU ‘s four freedoms: Free movement of people, Court visit (International Court of Justice).”

http://www.oia.coj.go.th/doc/data/oia/oia_1499063187.pdf, 6 กันยายน 2561.

อัจฉราภรณ์ ละเอียดดี. สัมภาษณ์. จังหวัดนนทบุรี. 24 ธันวาคม 2561.

Sukunrat Chanwichen. “การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ (Economic Integration).”

<http://annmadoo.blogspot.com/2016/09/economic-integration.html>, 1 กันยายน 2561.

ภาษาต่างประเทศ

AMERICAL MEDICAL ASSOCIATION. “Immigration Information for International Medical Graduates.” <https://www.ama-assn.org/life-career/immigration-information-international-medical-graduates>, 6 กันยายน 2561.

AMERICAL MEDICAL ASSOCIATION. “INITIAL LICENSURE OF U. S. MEDICAL GRADUATES AND INTERNATIONAL MEDICAL GRADUATES.”

https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/img/licensure-comparison-imgs-usmgs_1.pdf, 6 กันยายน 2561.

BBC NEWS. “10 charts that show why the NHS is in trouble.”

<https://www.bbc.com/news/health-38887694>, 6 กันยายน 2561.

BBC: “Junior doctors' pay: How does your job compare?.” <https://www.bbc.com/news/health-34475955>, 6 กันยายน 2561.

6 กันยายน 2561.

Bureau of labor statistics United states department of labor. “Physicians and Surgeons number of jobs.” <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm#tab-1>, 28

สิงหาคม 2561.

Cambridge University. “Cambridge Dictionary.”

<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/professional>, 1 กันยายน 2561.

Claudio Violato. “A Brief History of the Regulation of Medical Practice: Hammurabi to the National Board of Medical Examiners.”

http://www.wakehealth.edu/uploadedFiles/User_Content/SchoolOfMedicine/_MD_Program/WFJSM/Documents/Issues_2016/wfjism2016v2i1p122%20Violato.pdf, 1 กันยายน 2561.

Diana Hubbell. “PATIENTS WITHOUT BORDER”

<https://www.bumrungrad.com/BIHFiles/BIHSite/de/dea21413-345c-4d06-b6b9-4e21b713157d.pdf>, 28 สิงหาคม 2561.

Dr. Prem Jagyasi. “All about medical tourism market in Russia.”

<https://www.medicaltourism.com/blog/all-about-medical-tourism-market-in-russia/>, 6 กันยายน 2561.

ECFMG. “About ECFMG.” <https://www.ecfmg.org/about/index.html>, 6 กันยายน 2561.

ESMLE. “Step 1.” <https://www.usmle.org/step-1/#content-description>, 6 กันยายน 2561.

ESMLE. “Step 2 CK.” <https://www.usmle.org/step-2-ck/>, 6 กันยายน 2561.

ESMLE. “Step 2 CS.” <https://www.usmle.org/step-2-cs/>, 6 กันยายน 2561.

ESMLE. “Step 3.” <https://www.usmle.org/step-3/>, 6 กันยายน 2561.

Exchange Visitor Program. “J-1 Visa.” <https://j1visa.state.gov/basics/>, 6 กันยายน 2561.

Fédération Internationale des Sociétés d’Aviron. “LICENSING TEAM PHYSICIANS FOR SPORTS EVENTS.” <http://www.aspetar.com/journal/upload/PDF/2016310102151.pdf>, 6 กันยายน 2561.

GATS. “Schedules of commitments and lists of Article II exemptions Results list: Thailand.” [https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_Search/FE_S_S006.aspx?Query=\(@Symbol=%20gats/sc/*\)&%20and%20\(\(%20@Title=%20thailand%20\)%20or%20\(@CountryConcerned=%20thailand\)\)&Language=ENGLISH&Context=FomerScriptedSearch&languageUIChanged=true#](https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/FE_Search/FE_S_S006.aspx?Query=(@Symbol=%20gats/sc/*)&%20and%20((%20@Title=%20thailand%20)%20or%20(@CountryConcerned=%20thailand))&Language=ENGLISH&Context=FomerScriptedSearch&languageUIChanged=true#), 1 กันยายน 2561.

GCSE. “Hitler’s rise to power” http://www.bbc.co.uk/schools/gcsebitesize/history/mwh/germany/hitlerpowerrev_print.shtml, 1 กันยายน 2561.

General Medical Council. “A guide to the PLAB test.” <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/plab/a-guide-to-the-plab-test>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Acceptable postgraduate qualifications.” <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/before-you-apply/acceptable-postgraduate-qualifications>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Applying for registration using sponsorship.” <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/before-you-apply/list-of-approved-sponsoring-bodies>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Full registration for international medical graduates.” <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/registration-applications/application-guides/full-registration-for-international-medical-graduates>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Full registration with a licence to practise and a CESR or CEGPR.” <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register/registration-applications/specialist-application-guides/cesr-with-registration>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Our History.” <https://www.gmc-uk.org/about/who-we-are/our-history>, 6 กันยายน 2561.

General Medical Council. “Our Role and Medical Act 1983.” <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/our-mandate>, 6 กันยายน 2561.

- International Federation of Sports Medicine. “Travelling team physician - International regulations regarding temporary medical practice, medication import and prescription practice.”
http://www.fims.org/files/5914/5061/4146/Travelling_team_physician_regulations_internationally.pdf, 6 กันยายน 2561.
- Ladict. “Latin Dictionary and Grammar Resource: Latin definition for “profiteor, profiteri, professus.” <http://latin-dictionary.net/definition/31790/profiteor-profiteri-professus>, 1 กันยายน 2561.
- Luis Garcia-Ballester, Roger French, Jon Arrizabalaga, Andrew Cunningham. “Practical Medicine from Salerno to the Black Death.” <https://books.google.co.th>, 1 กันยายน 2561.
- Ministry of Health Singapore. “Doctor in Singapore.”
https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2017/doctors-in-singapore.html, 6 กันยายน 2561.
- Ministry of Manpower. “Work Permit for Foreign Worker.” <https://www.mom.gov.sg/passes-and-permits/work-permit-for-foreign-worker>, 6 กันยายน 2561.
- National Board of Health and Welfare. “Application for a license in health care.”
<https://legitimation.socialstyrelsen.se/en/educated-outside-eu-and-eea/doctor-of-medicine>, 6 กันยายน 2561.
- Nuclear Threat Initiative. “SOUTHEAST ASIAN NUCLEAR-WEAPON-FREE-ZONE (SEANWFZ) TREATY (BANGKOK TREATY).” <http://www.nti.org/learn/treaties-and-regimes/southeast-asian-nuclear-weapon-free-zone-seanwfz-treaty-bangkok-treaty/>, 1 กันยายน 2561.
- OECD. “The Russian Federation and the OECD.”
<http://www.oecd.org/russia/therussianfederationandtheoecd.htm>, 6 กันยายน 2561.
- Official Journal of the European Union. “DIRECTIVE 2005/36/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of September 2005 on the recognition of professional qualifications.” <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>, 6 กันยายน 2561.

- RIKVIN. “Starting a Western Medical Clinic in Singapore.” <https://www.rikvin.com/industry-guides/starting-a-western-medical-clinic-in-singapore/>, 6 กันยายน 2561.
- SEWN International Specialist Recruiting. “Non-EU Candidates (Sweden).” http://sewn-is-recruiting.com/?page_id=686, 6 กันยายน 2561.
- Singapore Medical Council. “Annual Report 2016.” [http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/publications-newsroom/smc-annual-reports/2016-smc-annual-report-\(final\).pdf](http://www.healthprofessionals.gov.sg/docs/librariesprovider2/publications-newsroom/smc-annual-reports/2016-smc-annual-report-(final).pdf), 6 กันยายน 2561.
- SOPHIE BORLAND. “Almost HALF of NHS doctors in some areas of the UK are now trained overseas, reveals report which shows the profession has hit 'crunch point'.” <https://www.dailymail.co.uk/health/article-5193783/More-40-NHS-doctors-areas-trained-overseas-GMC-report.html>, 6 กันยายน 2561.
- Swedish Medical Association. “Swedish Medical Association.” <https://slf.se/in-english/swedish-medical-association/>, 6 กันยายน 2561.
- Swedish Migration Agency. “หลังจากอนุมัติใบอนุญาตมีถิ่นที่อยู่เพื่อทำงานในประเทศสวีเดน” <https://www.migrationsverket.se/Other-languages/pen-phas-a-thiy/kar-khx-khwam-khumkhrxng-laea-li-phay-ni-prathes-swiden/hlang-cak-xnumati.html>
- The American Immigration Council. “Foreign-Trained Doctors are Critical to Serving Many U.S. Communities.” <https://www.americanimmigrationcouncil.org/research/foreign-trained-doctors-are-critical-serving-many-us-communities>, 6 กันยายน 2561.
- TT/The Local: Sweden. “We need international doctors.” <https://www.thelocal.se/20170301/sweden-we-need-international-doctors-health-nurses>, 6 กันยายน 2561.
- UK Home Office. “Immigration Rules Appendix K: shortage occupation list.” <https://www.gov.uk/guidance/immigration-rules/immigration-rules-appendix-k-shortage-occupation-list>, 6 กันยายน 2561.
- UK Home Office. “REGISTER OF SPONSORS (Tiers 2 & 5 and Sub Tiers Only).” https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/731087/2018-08-01_Tier_2_5_Register_of_Sponsors.pdf, 6 กันยายน 2561.
- UK Home Office. “Tier 1: (Entrepreneur).” <https://www.gov.uk/tier-1-entrepreneur>, 6 กันยายน 2561.

UK Home Office. “Tier 2 General VISA.” <https://www.gov.uk/tier-2-general>, 6 กันยายน 2561.

UK Visa Bureau. “Tier 1 General (Skilled Migration).” <http://www.visabureau.com/uk/tier-1-general-skilled-migration.aspx/>, 6 กันยายน 2561.

US National Library of Medicine National Institutes of Health. “Leonardo Fioravanti (1517-1588): a barber-surgeon who influenced the development of reconstructive surgery” <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9030172>, 1 กันยายน 2561.

World Health Organization. “Density of physicians.” http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/, 28 สิงหาคม 2561.



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล
ประวัติการศึกษา

นายนิธิ ละเอียดดี
พ.ศ. 2554 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2556 ผ่านการอบรมวิชาว่าความ สภานายความใน
พระบรมราชูปถัมภ์ รุ่นที่ 38
พ.ศ. 2558 เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 67
ทนายความและกรรมการ บริษัท สำนักงานกฎหมาย
การแพทย์ จำกัด
1 อาคารเอ็มไพร์ ทาวเวอร์ ชั้น 47 ห้อง 4703
ถนนสาทรใต้ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ทนายความและกรรมการ บริษัท สำนักงานกฎหมาย
การแพทย์ จำกัด
1 อาคารเอ็มไพร์ ทาวเวอร์ ชั้น 47 ห้อง 4703
ถนนสาทรใต้ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

