



ผลกระทบของการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันของสาขา

วิชาชีพการพยาบาลในประชาคมเศรษฐกิจยุโรป

The Impact of Nursing Mutual Recognition Agreement in European Economic Community

เพชรสุณีย์	ทังเจริญกุล	Ph.D.*	Petsuneey	Thungjaroenkul	Ph.D.*
วิจิตร	ศรีสุพรรณ	Dr.P.H.**	Wichit	Srisuphan	Dr.P.H.**
กฤษฎา	แสงวดี	Ph.D.***	Krisada	Swangdee	Ph.D.***

บทคัดย่อ

การทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันของสาขาวิชาชีพการพยาบาล (Nursing Mutual Recognition Agreement : NMRA) ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของพยาบาลภายในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปจำนวนมาก โดยมีสัดส่วนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความแตกต่างของอัตราค่าจ้างแรงงานและค่าครองชีพ ตำแหน่งที่ตั้งของประเทศ วัฒนธรรมและกฎระเบียบขั้นตอนในการจ้างงานชาวต่างชาติของแต่ละประเทศ พยาบาลต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศอื่นภายใต้ NMRA นี้ ต้องมีการปรับตัวกับภาษา วัฒนธรรม ขอบเขตของงานทางการพยาบาล และกฎระเบียบข้อบังคับทางกฎหมายที่แปลกใหม่ ปัญหาหลักที่พบในการเข้ามาทำงานของพยาบาลต่างชาติคือ ข้อจำกัดในการใช้ภาษา พยาบาลต่างชาติสามารถสื่อสารด้วยภาษาพื้นฐานได้แต่ยังมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ภาษาและคำศัพท์ที่ไม่ลึกซึ้งเท่าเทียมกับผู้ที่เป็นเจ้าของภาษา จึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปภายหลังจากมีการทำ NMRA จึงมีข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนากลไกในประเทศไทย เพื่อลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นจากการทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันของสาขาวิชาชีพการพยาบาลในกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

คำสำคัญ : การทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน พยาบาลต่างชาติ สหภาพยุโรป ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** ศาสตราจารย์เกียรติคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** นักวิจัย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
*** Reseacher, International Health Policy Program



Abstract

A Nursing Mutual Recognition Agreement (NMRA) results to increase nurse migration among European (EU) countries. Different proportions of the migrant nurses among EU countries are based upon the differences in salary rate, cost of living, geographical proximity, customs, and regulations for foreign employment. The migrant nurses under NMRA regulations have to overcome with new language, customs, scope of nursing practice, legal and rule. The main problem of migrant nurses under NMRA is language barriers. The foreign nurses could handle basic communication, but their understanding and vocabulary is more limited than people seemed to realize. That leads to miscommunication between the nurses and patients. According to the situation analysis in EU countries under NMRA, the authors provide many recommendations for whom to develop mechanism for Thailand to reduce negative impacts that will be occurred from NMRA in Asean Economic Community.

Key words : *Mutual Recognition Agreement, Foreign nurse, European, Asean Economic Community*

บทนำ

ในปีพ.ศ. 2558 ประเทศในแถบอาเซียนจะรวมตัวกันเป็น ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) และเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานสาขาวิชาชีพระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนอย่างเสรีภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Agreement: MRA) ด้านคุณสมบัติในสาขาวิชาชีพหลัก 7 กลุ่มคือ วิชาชีพวิศวกรรม สถาปัตยกรรม แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล การสำรวจ และบัญชี จึงคาดการณ์ได้ว่าภายหลังการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานของพยาบาลวิชาชีพไปมาระหว่างประเทศต่างๆ ในแถบอาเซียนอย่างมาก ประเทศไทยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจของประเทศสมาชิกอาเซียนไม่ใช่เป็นการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจกลุ่มแรกในโลก แต่หลายประเทศได้มีการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจมาก่อนหน้านี้ หนึ่งในจำนวนนั้นคือ ประชาคมเศรษฐกิจยุโรป (European Economic Community : EEC)

ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปีค.ศ 1970 และปัจจุบันมีประเทศสมาชิกทั้งสิ้น 27 ประเทศ วัตถุประสงค์ในการรวมกลุ่มนี้เพื่อต้องการรวมกันเป็นตลาดเดียว ลดกำแพงภาษีสินค้าระหว่างกัน มีการเคลื่อนย้ายแรงงานได้อย่างเสรีและใช้อัตราเดียวกันในด้านการขนส่ง การบริการ ค่าจ้างเงินเดือน เป็นต้น ในประเด็นความร่วมมือทางด้านการบริการได้มีการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันด้านคุณสมบัติและสิทธิของพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ (Nursing Mutual Recognition Agreement : NMRA) รวมทั้งมีการกำหนดวิธีการตรวจสอบคุณสมบัติของพยาบาลที่จะย้ายมาทำงานในประเทศสมาชิก (Keighley, 2009) เป็นระยะเวลานานกว่า 40 ปีที่ประเทศในแถบยุโรปได้รวมกลุ่มกันเป็นประชาคมเศรษฐกิจยุโรปและมีการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางด้านสุขภาพและผู้ป่วยระหว่างกัน จึงย่อมมีผลกระทบทางด้านบวกและทางด้านลบต่อกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง รวมทั้งคุณภาพการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในประเทศสหภาพยุโรป บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะนำเสนอสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศสหภาพยุโรปภายหลังจากมี MRA ใน



สาขาวิชาชีพการพยาบาล รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่จะเป็นประโยชน์ในการเตรียมการพัฒนาระบบและกลไกในประเทศไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

การเปลี่ยนแปลงนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลต่างชาติของประเทศในกลุ่มสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจยุโรป

ภายหลังจากบรรลุข้อตกลงยอมรับร่วมกันในการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางการพยาบาลอย่างเสรีในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปในปี ค.ศ. 2005 ทุกประเทศในกลุ่มสมาชิกจึงได้มีการออกนโยบายหรือมาตรการเกี่ยวกับการเข้ามาทำงานของพยาบาลต่างชาติให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละประเทศ ผู้เขียนได้วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการทำงานทางด้านสุขภาพของชาวต่างชาติในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปของ Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], (2007) ซึ่งมีสาระสำคัญแยกเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. ประเด็นการขออนุญาตและการเข้ามาทำงานของบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Special permits and entry conditions of health professionals)

ทุกประเทศสมาชิกในประชาคมเศรษฐกิจยุโรปมีการอนุญาตให้ชาวต่างชาติเข้ามาทำงานได้ทั้งแบบชั่วคราว (temporary migrant) หรือแบบถาวร (permanent migrant) โดยในกรณีที่แบบชั่วคราวกำหนดให้ทำงานได้ในช่วงเวลาไม่เกิน 1 ปี นอกจากนี้บางประเทศยังได้มีการจำกัดจำนวนชาวต่างชาติที่จะให้เข้ามาทำงานแบบชั่วคราว แต่หลักเกณฑ์นี้โดยกเว้นสำหรับพยาบาลต่างชาติจากประเทศในแถบสหภาพยุโรปตาม MRA ที่อนุญาตให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานในสาขาการพยาบาลได้อย่างเสรี (free flow)

สำหรับการเข้ามาทำงานแบบถาวร ทุกประเทศใช้ช่วงเวลาการทำงานและ/หรือ ระยะเวลาการเป็นพลเมืองของประเทศนั้นเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา

อย่างไรก็ตามบางประเทศก็มีการยกเว้นการใช้เกณฑ์นี้เพื่อจูงใจให้บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถตรงตามความต้องการเข้ามาทำงานในประเทศ เช่น ประเทศไอร์แลนด์ เดนมาร์ก สเปน และเบลเยียมที่มีการยกเว้นเกณฑ์นี้สำหรับพยาบาลต่างชาติที่ประสงค์จะเข้ามาทำงานในพื้นที่ที่ขาดแคลน ประเทศเบลเยียมและเยอรมนีมีการยกเว้นเกณฑ์นี้สำหรับผู้ที่เข้ามาทำงานในอาชีพที่ขาดแคลนและมีค่าจ้างแรงงานค่อนข้างสูง บางประเทศมีการยกเว้นสำหรับพยาบาลที่อยู่ในประเทศซึ่งมีข้อตกลงร่วมระหว่างรัฐกับรัฐที่ว่าด้วยการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางด้านสุขภาพระหว่างกัน เช่น ประเทศสหราชอาณาจักรกับประเทศไอร์แลนด์มีข้อตกลงที่จะอนุญาตให้พยาบาลของทั้งสองประเทศเข้าไปทำงานแบบชั่วคราวได้เป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ประเทศสเปนทำข้อตกลงร่วมกับประเทศสหราชอาณาจักรและไอร์แลนด์อนุญาตให้พยาบาลจากประเทศสเปนเข้าไปทำงานในทั้งสองประเทศได้แบบชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี หรือ ประเทศเยอรมนีทำข้อตกลงร่วมกับหลายประเทศในยุโรปกลางและยุโรปตะวันออก เช่น โปแลนด์ บัลแกเรีย สาธารณรัฐเช็ก โครเอเชีย อนุญาตให้พยาบาลในประเทศเหล่านี้เข้ามาทำงานแบบชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี

2. ประเด็นการยอมรับในคุณสมบัติของคนต่างชาติ (Recognition of foreign qualification)

ทุกประเทศสมาชิกกำหนดให้คนต่างชาติที่จะมาทำงานทางด้านสุขภาพต้องมีคุณสมบัติและได้รับใบอนุญาตประกอบอาชีพตามสาขา จากประเทศต้นทางและ/ หรือจากประเทศปลายทาง ทั้งนี้เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศปลายทางได้เป็นอย่างดี สิ่งหนึ่งที่ทุกประเทศให้ความสำคัญคือ การทดสอบภาษาและการทดสอบความรู้ความสามารถในวิชาชีพทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในการทดสอบความสามารถทางวิชาชีพทุกประเทศสมาชิกจะมีการกำหนดแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลจากประเทศในกลุ่ม EEC และพยาบาลจากประเทศอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในกลุ่ม EEC โดยหากเป็นพยาบาลในกลุ่มแรกทุกประเทศจะใช้แนวทางจากข้อตกลงยอมรับ



ร่วมกันที่ชื่อว่า Directive 2005/36/EC (2005) เป็นหลัก แต่ถ้าวเป็นพยาบาลในกลุ่มที่ไม่อยู่ใน EEC จะต้องมีความรู้ทางด้านภาษา ความรู้ด้านวิชาชีพการพยาบาล หรืออาจจำเป็นต้องเข้ามาอบรมหรือทดลองงานในประเทศนั้นเป็นระยะสั้นๆ จนผ่านการประเมินความสามารถในการทำงานและการปรับตัวเข้ากับงานใหม่ได้ จึงจะได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศนั้นได้

3. ประเด็นเงื่อนไขการจ้างคนต่างชาติมาทำงานทางด้านสุขภาพ (Employment conditions of the immigrant health workforce)

บางประเทศในกลุ่ม EEC ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักร โปแลนด์ เนเธอร์แลนด์ อิตาลี มีการใช้ตัวแทนสรรหาและคัดเลือกพยาบาล (recruiters) จากประเทศอื่นๆ ทั้งในกลุ่มที่เป็นสมาชิก EEC หรือนอกกลุ่มประเทศสมาชิก EEC เข้ามาทำงาน มีเพียง 4 ประเทศเท่านั้นที่ใช้วิธีการนี้ในการแสวงหาพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานแต่หลายประเทศในสหภาพยุโรปไม่ได้ทำเช่นนี้เนื่องจากวิธีการแสวงหาพยาบาลแบบนี้ยังมีข้อโต้แย้งว่าไม่ถูกต้องตามหลักสากล กล่าวคือ เป็นการกระทำที่อาจทำให้ประเทศต้นทางขาดแคลนกำลังทางด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่อ การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศนั้นได้ (International Council of Nurses [ICN], 2002) หลายประเทศที่มีการใช้ตัวแทนสรรหา เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์มีข้อโต้แย้งว่าการใช้ตัวแทนสรรหาพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานในประเทศเนเธอร์แลนด์ไม่ใช่นโยบายของภาครัฐ แต่เป็นการดำเนินการในระดับโรงพยาบาลของทั้งสองประเทศ นอกจากนี้สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย เนเธอร์แลนด์ยังเน้นให้มีการใช้พยาบาลที่ได้รับการศึกษาอบรมในประเทศ และกระตุ้นให้โรงพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ต้องให้การช่วยเหลือแก่ประเทศที่ส่งพยาบาลต่างชาติในด้านการศึกษา การฝึกอบรมและการแลกเปลี่ยนความรู้ที่ทันสมัย (Veer, Oueden, & Francke, 2004) ในกรณีประเทศสหราชอาณาจักร พบว่ารัฐบาลในประเทศสนับสนุนให้มีการดำเนินการในรูปแบบนี้ แต่ได้มีมาตรการป้องกันปัญหาทางด้านจริยธรรมโดยออกกฎหมายเฉพาะที่ชื่อว่า “code of conduct for

international recruitment for health professionals” ซึ่งสาระสำคัญคือไม่อนุญาตให้หน่วยงานหรือตัวแทนหน่วยงานทำการชักจูงให้พยาบาลจากประเทศกำลังพัฒนา ย้ายมาทำงานในประเทศสหราชอาณาจักร (Keighley, 2009)

4. มีมาตรการอื่นๆที่เอื้อประโยชน์ต่อการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางการพยาบาลระหว่างประเทศสมาชิก ได้แก่

4.1 การปฏิรูประบบการศึกษาในประเทศสหภาพยุโรปภายใต้ข้อตกลง Bologna Declaration of June 1999 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทุกประเทศในสหภาพยุโรปมีการระบบการศึกษาพยาบาลที่เทียบเคียงกันได้และเป็นการยกระดับการศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มประเทศสมาชิกให้ทัดเทียมกัน โดยมีการวางระบบการเทียบโอนและสะสมหน่วยกิต (European Credit Transfer and Accumulation System) เพื่อช่วยในการโอนหน่วยกิตที่เรียนจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่งได้ มีการจัดทำกรอบมาตรฐานการศึกษา และจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติและวิธีการเข้ามาทำงานของพยาบาลต่างชาติภายในประเทศสหภาพยุโรป (National Centers for the Recognition of Qualification) ซึ่งเกิดขึ้นจากการรวมสองหน่วยงานที่ชื่อ the European Network of Information Centers (ENIC) กับ the National Academic Recognition Information Centers (NARIC) เข้าด้วยกัน (Keighley, 2009)

4.2 การใช้ European Professional Mobility Card (EPMC) ซึ่งมาตรการนี้กำลังจะเริ่มทดลองใช้ในค.ศ. 2011 ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูลส่วนตัวของผู้ที่จะเคลื่อนย้ายไปทำงานภายในกลุ่มประเทศสมาชิกและยังช่วยให้การขออนุญาตเข้าทำงานมีความสะดวกและรวดเร็วเพิ่มขึ้น (Raeve, 2011)

ผลกระทบของข้อตกลงยอมรับร่วมกันทางด้านสาขาวิชาชีพการพยาบาลในประเทศสมาชิกประชาคมยุโรป

การทำ MRA ทางด้านสาขาวิชาชีพการพยาบาลส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในประเทศสหภาพยุโรป ซึ่งผู้เขียนสรุปออกมาเป็น 3 ประเด็นหลักๆ คือ

1) การเปลี่ยนแปลงกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสมาชิก EEC ภายหลังมี MRA ทางด้านสาขาวิชาชีพการพยาบาล 2) ปัญหาที่พบในการทำงานของพยาบาลต่างชาติในประเทศ EEC และ 3) คุณภาพการให้บริการสุขภาพในประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจยุโรป

1. การเปลี่ยนแปลงกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสมาชิกประชาคมยุโรปภายหลังมีข้อตกลงยอมรับร่วมกันทางด้านสาขาวิชาชีพการพยาบาล

1.1 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของกำลังคนทางการพยาบาล (nurse density) ในสหภาพยุโรป

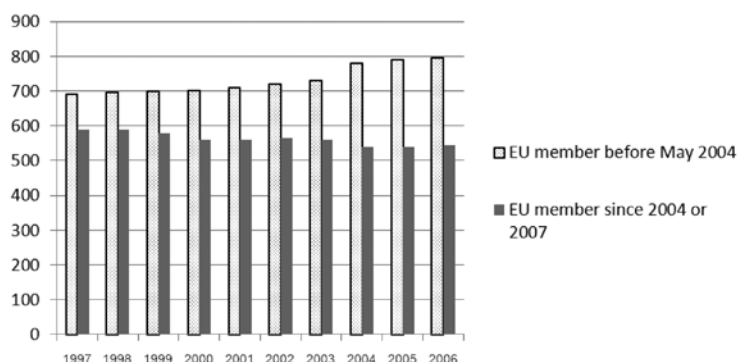
องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008 อ้างใน Dussault, Russo, Assunção, & Fronteira, 2009) ได้ทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงกำลังคนทางการพยาบาลในสหภาพยุโรประหว่างปี ค.ศ. 1997-2006 และทำการเปรียบเทียบกำลังคนทางการพยาบาลในกลุ่มประเทศที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกประชาคมยุโรปก่อนเดือนพฤษภาคม ค.ศ.2004 (EU members before May, 2004) จำนวน 15 ประเทศ กับกลุ่มประเทศที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกประชาคมยุโรปตั้งแต่ค.ศ.2004 เป็นต้นมา (EU members since 2004) จำนวน 12 ประเทศ พบว่ากำลังคนทางการพยาบาลในกลุ่มประเทศที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกประชาคมยุโรปตั้งแต่ปี ค.ศ. 2004 มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงหลังปีค.ศ. 2001 ในขณะที่กำลังคนทางการพยาบาลในกลุ่มประเทศที่

เข้าร่วมเป็นสมาชิกประชาคมยุโรปก่อนเดือนพฤษภาคม ค.ศ.2004 กลับมีกำลังคนทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นในช่วงเดียวกัน (รูปที่ 1) ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ OECD (2008) ที่แสดงให้เห็นว่ากำลังคนทางการพยาบาลในประเทศฟินแลนด์และอิตาลีเพิ่มขึ้นประมาณ 30% ประเทศโปรตุเกสและลักเซมเบิร์กเพิ่มขึ้นประมาณ 25% ในขณะที่ประเทศสโลวาเกียลดลง 15.5% ประเทศลิทัวเนียลดลง 7.4% ประเทศสาธารณรัฐเช็กลดลง 6.5% และประเทศโปรแลนด์ลดลง 4.5% และผลการศึกษาของ OECD (2008) ยังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลต่างชาติที่เคลื่อนย้ายเข้าไปในกลุ่มประเทศสมาชิก EEC มักเป็นพยาบาลในกลุ่มประเทศสมาชิก EEC เดียวกัน

จากข้อมูลข้างต้นอาจสรุปได้ว่าการทำ MRA มีความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาลจากประเทศหนึ่งไปยังประเทศหนึ่ง มีข้อสังเกตว่ามีจำนวนกำลังคนที่เคลื่อนย้ายจากประเทศยุโรปตะวันออก เช่น ลิทัวเนีย โปแลนด์ มายังประเทศยุโรปตะวันตก เช่น ฟินแลนด์ อิตาลี มากกว่าจำนวนกำลังคนที่เคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศยุโรปตะวันออก สถานการณ์นี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลในประเทศยุโรปตะวันออกได้ หากปริมาณการทดแทนไม่เพียงพอกับจำนวนกำลังคนที่สูญเสียไป

ถึงแม้ว่าหลายองค์กร นักวิชาการและนักวิจัยจะมีการศึกษาแนวโน้มจำนวนพยาบาลต่างชาติที่ย้าย

รูปที่ 1 ความหนาแน่นของกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสมาชิกประชาคมยุโรป ระหว่างค.ศ. 1997-2006



แหล่งที่มา: WHO/Europe, European HFA Database, July 2008 อ้างใน Dussault, G., Russo, G., Assunção D., & Fronteira I. (2009). The nursing labour market in the European Union in transition, p74. Retrieved December 15, 2011, from http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Scoping%20Paper_Dussault%20et%20al_6May09.pdf



ไปทำงานในประเทศอื่นๆ แต่ทุกการศึกษาที่มีข้อจำกัดในเรื่องความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เกิดจากการให้นิยามความหมายของคำว่า “ผู้ที่เคลื่อนย้าย” ไม่ตรงกัน และยังขาดข้อมูลจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ข้ามแดนไปทำงานในช่วงเวลาสั้นๆ เช่น 1-2 สัปดาห์ รวมทั้งข้อมูลจำนวนบุคลากรพยาบาลที่ไปทำงานแบบไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่จะไปทำงานในสถานดูแลผู้สูงอายุ เด็กหรือทารก รวมทั้งผู้ที่ดูแลสุขภาพผู้เจ็บป่วยหรือคนชราตามบ้าน ถ้ามีรายงานข้อมูลส่วนนี้และนำไปนับรวมกับข้อมูลที่มีอยู่ในขณะนี้ เป็นไปได้ว่าตัวเลขบุคลากรที่เคลื่อนย้ายระหว่างกันในกลุ่มประเทศ EEC อาจเพิ่มมากขึ้นกว่านี้

1.2 ลักษณะการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสมาชิกประชาคมสหภาพยุโรป

ข้อมูลล่าสุดจากการรายงานของ OECD (2008) และการศึกษาของบุชาน (Buchan, 2003) พบว่าประเทศ

ที่มีการรับพยาบาลชาวต่างชาติเข้ามาทำงานมากที่สุดก็คือ สหราชอาณาจักร รองลงมาคือ เยอรมนี อิตาลี ฝรั่งเศสและอิตาลี ตามลำดับ (ตารางที่ 1) แต่ในอีกด้านหนึ่งพบว่าบางประเทศในกลุ่มนี้ก็เป็นประเทศที่มีการส่งพยาบาลไปทำงานในประเทศอื่นมากเช่นเดียวกัน จะเห็นได้จากผลการศึกษาของ วิสโคว์ (Wiskow, 2006) พบว่า ในค.ศ. 2001 ประเทศสหราชอาณาจักรได้รับพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงาน 8.3% ของพยาบาลทั้งหมดในประเทศ แต่ปีเดียวกันก็ได้มีการส่งพยาบาลในประเทศออกไปทำงานในประเทศอื่นประมาณ 1.4% เช่นเดียวกับประเทศไอร์แลนด์ที่มีการรับพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานในค.ศ. 2004 จำนวน 3,000 คน แต่ปีนั้นก็มีพยาบาลชาวไอร์แลนด์ออกไปทำงานในประเทศสหราชอาณาจักร ออสเตรียและแคนาดาประมาณ 1,800 คน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป

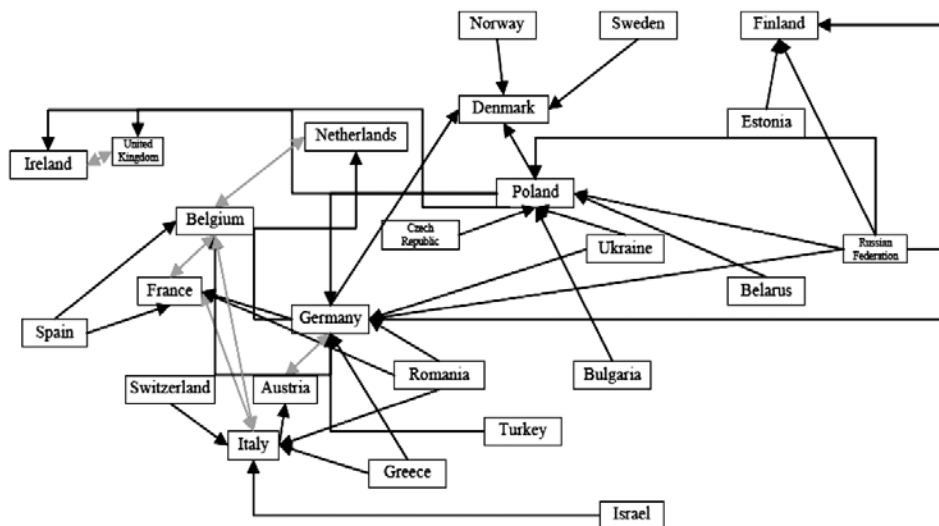
Country	Total No of nurses	No. and proportion of foreign trained nurses	No. and proportion of foreign nurses	Year	Source
Belgium	120,004		4,015 (3.3%)	2005	European Migration Network
Denmark	81,912	5,109 (6.2%)		2005	Danish National Board of Health
Finland	84,077	274 (0.3%)		2005	National Authority for Medicolegal Affairs
France	461,503		7,058 (1.6%)	2005	DREES, ADELI
Germany	678,313	25,462 (3.8%)		2005	Federal Medical Association
Ireland	61,291	8,758 (14.3%)		2004	An Bord Atranaís (Nursing Board)
Italy	334,178			2005	IPASVI
Netherlands	242,549	3,479 (1.4%)		2007	Big Register
Sweden	107,814	2,878 (2.7%)		2005	National Board of Health and Welfare
United Kingdom	561,987		42,149 (7.5%)	2002	Buchan (2003)

แหล่งที่มา: OECD (2008) และ Buchan (2003) อ้างใน Dussault, G., Russo, G., Assunção D., & Fronteira I. (2009). The nursing labour market in the European Union in transition, p245. Retrieved December 15, 2011, from http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Scoping%20Paper_Dussault%20et%20al_6May09.pdf

สำหรับเส้นทางการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสหภาพยุโรปนั้น ดัชชาวท์ ฟรอนเตลาและคาบราล (Dussault, Fronteira & Cabral, 2009) ได้นำข้อมูลสถิติจำนวนพยาบาลในกลุ่มประเทศ OECD ที่เคลื่อนย้ายจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่งใน ค.ศ. 2005 หรือ ค.ศ. 2006 มาทำการวิเคราะห์และนำเสนอออกมาเป็นรูปภาพเส้นทางการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาล (รูปที่ 2) ในภาพเป็นการแสดงลักษณะการเคลื่อนย้ายของพยาบาลทางตรงจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่งเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงมีพยาบาลจากหลายประเทศที่ใช้

ประเทศหนึ่งเป็นทางผ่านไปทำงานในอีกประเทศหนึ่งหรือเดินทางไปทำงานชั่วคราวในช่วงสั้นๆ และกลับมาทำงานในบ้านเกิด ซึ่งตัวเลขสถิติพยาบาลต่างชาติที่มีการเคลื่อนย้ายในลักษณะนี้ไม่พบในข้อมูลสถิติของ OECD หรือรายงานการศึกษาที่ผ่านมา มีเพียงการกล่าวถึงประเด็นปัญหานี้ในรายงานการศึกษาปัญหากำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสหภาพยุโรปและได้มีความพยายามที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้เพราะเชื่อว่าจะทำให้มองเห็นปัญหาการเคลื่อนย้ายกำลังคนในประเทศสหภาพยุโรปได้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น (Dussault, et al., 2009)

รูปที่ 2 เส้นทางการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางการพยาบาลภายในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป



แหล่งที่มา: Dussault, G., Fronteira, I., & Cabral, J. (2009). Migration of health personnel in the WHO European region, p112, Retrieved December 15, 2011, from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf.

หมายเหตุ

- (1) ปลายทางครุสดีเป็นประเทศต้นทาง (home country) และหัวลูกครุสดีเป็นประเทศปลายทาง (host country)
- (2) ลูกครุสดีกลับแสดงว่าทั้งสองประเทศเป็นทั้งประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศสมาชิกประชาคมสหภาพยุโรป

ปัจจัยหลักที่มีส่วนกระตุ้นให้บุคลากรพยาบาลเคลื่อนย้ายไปยังประเทศอื่นภายในกลุ่มประเทศสมาชิก

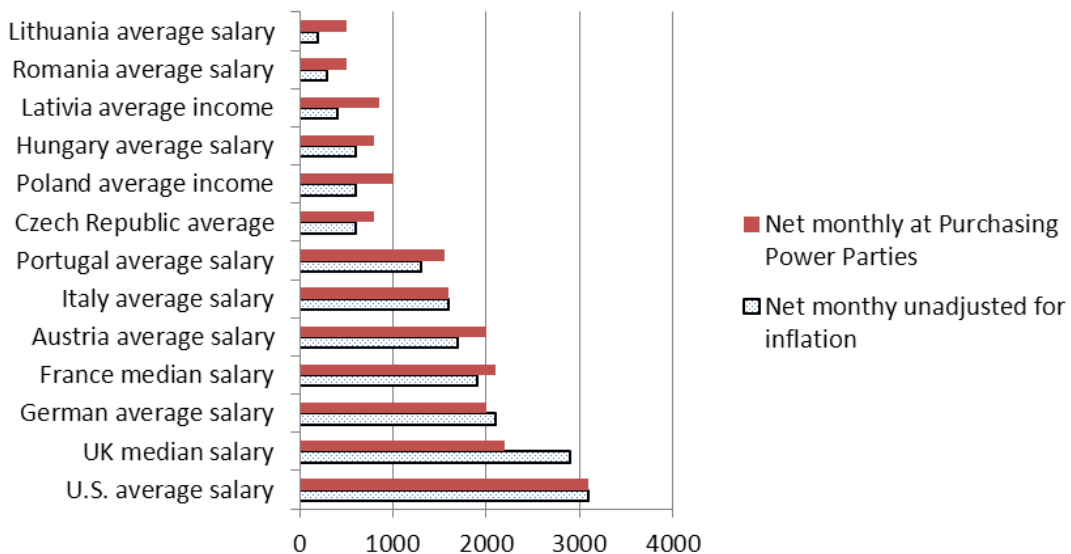
EEC ได้แก่ ค่าจ้างแรงงาน ค่าครองชีพและภาระงาน ตำแหน่งที่ตั้งของประเทศ วัฒนธรรม ความก้าวหน้าในงานและวิชาชีพ และกฎระเบียบ ขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลต่างชาติ ซึ่งแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลต่อการเคลื่อนย้ายกำลังคนดังนี้



1) **ค่าจ้างแรงงาน** ค่าจ้างแรงงานจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่หลายคนต่างยอมรับว่ามีผลต่อการเคลื่อนย้ายกำลังคนในประเทศสหภาพยุโรป (Buchan, 2003; OECD, 2008; Palese, Barba, Mesaglio, 2008; Vujicic, Zurn, Diallo, & Dalpoz, 2004) ไม่น่าประหลาดใจที่เป็นเช่นนั้นเพราะค่าจ้างแรงงานพยาบาลในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันอย่างมาก (รูปที่ 3)

โดยเมื่อเปรียบค่าจ้างแรงงานพยาบาลภายในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป ประเทศสหราชอาณาจักรมีค่าจ้างแรงงานพยาบาลสูงที่สุด ในขณะที่ค่าจ้างแรงงานพยาบาลในประเทศสมาชิกของ EEC อื่นๆ เช่น โปรตุเกส โปแลนด์ และสาธารณรัฐเชค คิดเป็นเพียง 70% 50% และ 40% ของค่าจ้างแรงงานพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักรเท่านั้น

รูปที่ 3 ความแตกต่างของค่าจ้างแรงงานพยาบาลในแต่ละประเทศ



แหล่งที่มา: Worldsalaries.org (<http://www.worldsalaries.org/professionalnurse.shtml>)

2) **ค่าครองชีพและจำนวนชั่วโมงการทำงาน** ความแตกต่างของจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ต้องทำในแต่ละสัปดาห์และค่าครองชีพของแต่ละประเทศ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเคลื่อนย้ายของกำลังคนทางการพยาบาลไปยังประเทศอื่น ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลที่น่าสนใจในตารางที่ 2 จะเห็นว่าในกลุ่มประเทศในสหภาพยุโรป ประเทศสหราชอาณาจักรจะมีค่าครองชีพสูงที่สุด แต่ด้วยรายได้ต่อเดือนที่พยาบาลจะได้รับมีจำนวนสูงกว่าประเทศอื่นมาก รวมทั้งจำนวนชั่วโมง

การทำงานต่อสัปดาห์ที่น้อยกว่าประเทศอื่นๆ ยังคงเป็นปัจจัยดึงดูดให้พยาบาลจากต่างประเทศเข้ามาทำงานในประเทศสหราชอาณาจักร ตรงกันข้ามกับประเทศในแถบยุโรปตะวันออก เช่น ลิทัวเนีย ซึ่งแม้ว่าจะมีค่าครองชีพต่ำที่สุด แต่ด้วยการที่ต้องทำงานถึงสัปดาห์ละ 40.7 ชั่วโมงและได้ค่าตอบแทนเพียง 50% ของค่าจ้างแรงงานพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักร สภาพการณ์เช่นนี้เป็นปัจจัยหลักให้พยาบาลในประเทศนี้ย้ายไปทำงานในประเทศอื่นที่มีเงื่อนไขและค่าตอบแทนในการทำงานที่ดีกว่า



ตารางที่ 2 รายได้ ค่าครองชีพและจำนวนชั่วโมงทำงานต่อสัปดาห์ของพยาบาลในแต่ละประเทศ

Country	Gross Monthly Job Income	Currency	Net monthly nominal (USD)	Cost of living (USD)	Compulsory Deductions	Weekly hours
U.S	4,061	dollars	3168	1000	22%	33
UK	2,092	ponds	2782	1240	27%	35.7
France	1,820	euros	1868	1161	0%	
Germany	2,468	euros	2244	1130	27%	39
Austria	2,449	euros	1684	1095	33%	40
Italy	1,817	euros	1629	1042	28%	36
Portugal	1,233	euros	1199	890	19%	35.8
Poland	2,916	zlotys	563	604	32%	22
Latvia	308	lats	397	444	28%	39.5
Czech Republic	18,048	korunas	582	622	23%	38.6
Lithuania	934	litas	203	513	27%	40.7
Romania	1,105	new lei	268	505	30%	38.8

แหล่งที่มา: *Worldsalaries.org* (<http://www.worldsalaries.org/professionalnurse.shtml>)

3) ตำแหน่งที่ตั้งของประเทศและวัฒนธรรม มีข้อสังเกตว่าเส้นทางการเคลื่อนย้ายของพยาบาลจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่งมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งของประเทศต้นทางกับประเทศปลายทาง (geographical proximity) และกับภาษาหลัก (mother language) รวมทั้งจารีตประเพณี (customs) ของตัวพยาบาลที่จะเคลื่อนย้าย ตัวอย่างเช่น การเคลื่อนย้ายไปมาของพยาบาลในระหว่างประเทศสหราชอาณาจักรกับประเทศไอร์แลนด์ หรือระหว่างประเทศฝรั่งเศสกับประเทศเบลเยียม หรือจากประเทศเยอรมนีไปยังประเทศออสเตรีย ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเทศที่กล่าวมานี้มีพรมแดนที่อยู่ใกล้กันและมีการใช้ภาษาที่คล้ายกันมาก (Buchan, 2003; Simoen & Hurst, 2006)

4) ความก้าวหน้าในงานและวิชาชีพ ปัจจัยนี้มีผลต่อการตัดสินใจเคลื่อนย้ายของพยาบาลในหลายประเทศ มีการศึกษาเชิงลึกพบว่าเหตุผลที่ทำให้พยาบาล

จากประเทศเบลเยียมย้ายไปทำงานในประเทศเดนมาร์กก็คือ วิชาชีพพยาบาลในประเทศเดนมาร์กได้รับการยอมรับจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นและมีระบบการศึกษาพยาบาลที่ก้าวหน้ากว่าประเทศเบลเยียม (Blitz, 2005; Simmgen, 2004; Yi & Jezewski, 2000)

5) กฎระเบียบและขั้นตอนในการเข้าไปทำงานของพยาบาลต่างชาติ ปัจจุบันกลุ่มประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจยุโรปยังไม่มีกฎหมายหรือการจัดตั้งองค์การขึ้นมาดูแลการเคลื่อนย้ายและการทำงานของพยาบาลต่างชาติในภาพรวม มีเพียงการให้ทุกประเทศวางกฎระเบียบ ขั้นตอนในการเข้าไปทำงานของพยาบาลต่างชาติในประเทศของตน ส่งผลให้เกิดความหลากหลายในการปฏิบัติและมีผลต่อการตัดสินใจเคลื่อนย้ายงานของพยาบาลจากประเทศหนึ่งไปอีกประเทศหนึ่ง โดยประเทศที่มีวางระเบียบไม่เคร่งครัดและใช้เวลาไม่มากในการขออนุญาต เช่น ประเทศอังกฤษ ก็จะมีดึงดูด



ให้พยาบาลต่างชาติเข้าไปทำงานในประเทศนั้นมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากมีการวางระเบียบที่เคร่งครัด ยุ่งยากและใช้เวลานาน เช่น ประเทศฝรั่งเศสที่กำหนดว่าพยาบาลต่างชาติต้องสอบหรือเรียนเพิ่มเติมทางด้านการพยาบาลในประเทศฝรั่งเศสก่อนที่จะมาทำงาน ข้อจำกัดนี้ทำให้มีพยาบาลต่างชาติจำนวนมากไม่ยอมเข้ามาทำงานในประเทศนี้

2. ปัญหาที่พบในการทำงานของพยาบาลต่างชาติในประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจยุโรป

เวียร์ โอเดนและเฟรนค์ (Veer, et al., 2004) ได้ศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามไปให้พยาบาลต่างชาติจำนวน 2,654 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ณ เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2001 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 967 ฉบับ ผลการศึกษาพบว่าประมาณ 52% ของพยาบาลต่างชาติทั้งหมดมีการอบรมเพิ่มเติมก่อนมาทำงานในประเทศเนเธอร์แลนด์อย่างน้อย 1 หลักสูตร โดยส่วนมากจะเข้าเรียนในหลักสูตรภาษาดัชท์ ยกเว้นพยาบาลจากประเทศเบลเยียมที่ใช้ภาษาดัชท์ในการติดต่อสื่อสารเป็นหลักอยู่แล้ว มีเพียง 10% เท่านั้นที่บอกว่าได้เข้าเรียนในหลักสูตรการอบรมทางด้านการพยาบาล ในส่วนปัญหาที่เกิดขึ้นของพยาบาลต่างชาติในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ในการศึกษาของเวียร์พบว่าพยาบาลต่างชาติส่วนใหญ่ระบุว่ามีปัญหาอย่างมากกับคำหมายและขั้นตอนทางกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ ประมาณ 30% ของจำนวนพยาบาลต่างชาติระบุว่ามีปัญหาทางด้านภาษาและระบบประกันสังคมในประเทศเนเธอร์แลนด์ ประมาณ 20% ของจำนวนพยาบาลต่างชาติระบุปัญหาในเรื่องความล่าช้าในขั้นตอนและวิธีการการสะสมชั่วโมงการทำงานภายใต้การนิเทศของพยาบาลอาวุโสในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่ต้องผ่านก่อนที่จะสามารถทำการพยาบาลได้เหมือนกับพยาบาลอื่นๆ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น การไม่คุ้นเคยกับระบบสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์ การไม่เข้าใจภาษาดัชท์ทำให้ไม่สามารถพูด อ่านหรือเขียนใบสมัครงานหรือหนังสือ

สัญญาได้ดีพอ ในการศึกษาของเวียร์และคณะยังพบว่าชนิดของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาที่พยาบาลต่างชาติต้องประสบแตกต่างกันตามประเทศต้นทาง โดยพยาบาลต่างชาติที่มาจากประเทศเยอรมนีหรือจากประเทศเบลเยียมมีปัญหาไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับระบบต่างๆ ในประเทศเนเธอร์แลนด์หรือบางส่วนก็ได้ผ่านการเตรียมความพร้อมมาอย่างดีก่อนเข้ามาทำงาน ในทางตรงกันข้าม พยาบาลต่างชาติจากประเทศสเปน ไอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร หรือโปแลนด์จำนวนมากมีปัญหาในเรื่องการใช้ภาษา ในขณะที่พยาบาลต่างชาติจากประเทศฟินแลนด์หรือออสเตรียไม่มีปัญหาด้านภาษาแต่กลับมีปัญหาในเรื่องความไม่เข้าใจระบบสุขภาพและวัฒนธรรมของคนในประเทศเนเธอร์แลนด์

ปัญหาที่พบในการทำงานของพยาบาลต่างชาติอีกประการหนึ่ง ก็คือความแตกต่างในขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละประเทศ เช่นในประเทศอังกฤษจะเน้นให้พยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับบุคคลอื่นๆ ในโรงพยาบาล ในขณะที่พยาบาลในประเทศยุโรปอื่นๆ จะเน้นให้ทำกิจกรรมทางการพยาบาล หรือบางประเทศอนุญาตให้พยาบาลทำการใส่สายสวนปัสสาวะแต่บางประเทศไม่อนุญาตให้ทำ ดังนั้นพยาบาลต่างชาติที่ย้ายไปทำงานในประเทศอื่นจึงต้องมีการปรับตัวและศึกษาระบบการทำงานของประเทศที่ไปทำงานอย่างรอบคอบเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานและเป็นการป้องกันการทำงานที่เกินขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล

โดยสรุป ถึงแม้ว่าการทำ MRA จะเอื้อให้เกิดการเคลื่อนย้ายเสรีของพยาบาลต่างชาติในกลุ่มประเทศ EEC แต่การเข้าไปทำงานในประเทศใหม่ของพยาบาลต่างชาติยังต้องเผชิญกับอุปสรรคหลายประการได้แก่ ความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม ระบบสุขภาพและกฎระเบียบข้อบังคับทางกฎหมาย ซึ่งในการศึกษาของเวียร์และคณะ แสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลที่จะเดินทางไปทำงานในประเทศอื่นๆ ได้มีการเตรียมความพร้อมและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความแตกต่างดังกล่าวเป็นอย่างดีอาจช่วยลดปัญหาหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นได้

3. คุณภาพการรักษาพยาบาลในประเทศสมาชิก



ประชาคมเศรษฐกิจยุโรป

การทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันทางด้านสาขาวิชาชีพพยาบาลในกลุ่มประเทศยุโรปมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อคุณภาพการรักษายาบาลทั้งในประเทศปลายทางและประเทศต้นทาง

3.1 ผลกระทบทางด้านบวก

เนื่องจากทุกประเทศในสหภาพยุโรปกำลังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อมีการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากประเทศอื่นเข้ามาช่วยส่งผลดีต่อประเทศปลายทางที่จะได้กำลังคนเข้ามาทดแทนทำให้การจัดบริการรักษายาบาลในโรงพยาบาลมีความทั่วถึงและรวดเร็วมากขึ้น (Wismar, Glinos, Maier, Dussault, Palm, Bremner, & Figueras, 2011) นอกจากนี้พยาบาลต่างชาติยังมีส่วนเข้าไปทดแทนกำลังคนทางการพยาบาลในสถานพยาบาลประเภทอื่นๆ เช่น พยาบาลต่างชาติจากประเทศโปรตุเกสและสเปน เป็นที่ต้องการให้มาทำงานในสถานรับเลี้ยงทารก เด็ก คนชราและผู้เจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศอังกฤษอย่างมากเพราะมีทักษะในการปฏิบัติกรพยาบาลบางอย่าง เช่นการอาบน้ำ ป้อนอาหาร การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้ดีกว่าพยาบาลชาวอังกฤษ (Howie, 2011)

ในกรณีประเทศต้นทาง การทำ MRA เป็นการเพิ่มโอกาสให้พยาบาลมีความก้าวหน้าในวิชาชีพเพิ่มขึ้น และได้โอกาสเข้ามาศึกษาเรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ ที่ทันสมัย และเมื่อกลับไปประเทศของตนก็สามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงการบริการรักษายาบาลให้ดีขึ้นได้ เช่น ในประเทศสเปน เป็นการยากที่พยาบาลชาวสเปนจะได้เข้าเรียนในหลักสูตรความเชี่ยวชาญทางด้านนิติศาสตร์ในประเทศของตน จึงมีพยาบาลชาวสเปนเดินทางไปทำงานในอังกฤษเป็นเวลาอย่างน้อยครึ่งปีเพื่อให้ได้หนังสือรับรองความเชี่ยวชาญทางด้านนิติศาสตร์ จากนั้นจึงเดินทางกลับมาทำงานในประเทศสเปนและได้รับค่าตอบแทนที่สูงขึ้นกว่าตำแหน่งเดิม (Howie, 2011)

3.2 ผลกระทบทางด้านลบ

ผลจาก MRA ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางการพยาบาลเข้าออกประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรปได้มากขึ้น จึงมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพการรักษา

ยาบาลทั้งในประเทศปลายทางและประเทศต้นทาง โดยในประเทศต้นทางเกิดปัญหาการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศที่มีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้การที่กำลังคนทางการพยาบาลลดลงแต่ความต้องการของผู้รับบริการในประเทศไม่ได้ลดลงตามจึงส่งผลให้พยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลนั้นต้องรับภาระงานมากขึ้น เกิดความเหนื่อยล้าในการทำงานและอาจส่งผลให้คุณภาพการรักษายาบาลลดลงได้

ในกรณีประเทศปลายทาง ถึงแม้ว่าพยาบาลต่างชาติจากประเทศยุโรปจะผ่านการประเมินคุณสมบัติว่าเป็นไปตามข้อกำหนดใน MRA แล้วก็ตาม แต่ยังคงมีรายงานว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลต่างชาติที่มาจากประเทศอื่นในกลุ่มสมาชิกสหภาพยุโรป โดยสาเหตุหลักเกิดจากความไม่พร้อมทางด้านภาษาของพยาบาลต่างชาติเอง ในประเทศอังกฤษพบว่าพยาบาลต่างชาติจากประเทศในแถบยุโรปตะวันออกที่ผ่านการประเมินคุณสมบัติโดยไม่ต้องมีการทดสอบความรู้ทางด้านภาษาหรือด้านวิชาชีพการพยาบาลเหมือนกับพยาบาลต่างชาติจากประเทศอื่นนอกกลุ่มสมาชิก EEC แต่เมื่อเข้ามาทำงานกลับมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคลากรที่ร่วมงานหรือกับผู้ป่วย และไม่เข้าใจคำพื้นฐานหรือคำสั่งแลงที่ใช้สื่อสารในชีวิตประจำวัน เช่น พยาบาลต่างชาติจากประเทศโรมาเนียนำอาหารไปให้ผู้ป่วยทั้งที่อาหารเพราะไม่เข้าใจความหมายของคำว่า “nil by mouth” ที่ติดอยู่บนเตียงผู้ป่วย (Borland, 2011) หรือ กรณีที่พยาบาลไม่เข้าใจภาษาที่เขียนไว้ในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยแพ้ถั่ว จึงนำอาหารที่มีถั่วเป็นส่วนประกอบไปให้ผู้ป่วยรับประทาน หลายโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษจึงแก้ปัญหาด้วยการใช้สัญลักษณ์หรือรูปภาพติดไว้ตามตำแหน่งการเขียนข้อความเพื่อให้พยาบาลต่างชาติเข้าใจได้ง่าย (Borland & Evans, 2011) หรือได้จัดให้มีการฝึกอบรมระยะสั้นทางด้านภาษาเพิ่มเติมสำหรับพยาบาลต่างชาติที่มาจากประเทศยุโรป (Flanagan, 2010; Borland, 2011) แต่ก็ยังคงมีรายงานทางหนังสือพิมพ์ถึงความกังวลใจเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรสุขภาพ



จากต่างประเทศและมีการเรียกร้องให้มีการทบทวน
แนวทางในการประเมินความสามารถทางด้านภาษาของ
พยาบาลต่างชาติที่มาจากประเทศในกลุ่มสมาชิก EEC
เช่นเดียวกับในประเทศยุโรปอื่นๆ ที่รับพยาบาลต่าง
ชาติเข้ามาทำงานตามข้อตกลงยอมรับร่วมกันก็ประสบ
ปัญหาความไม่พร้อมทางด้านภาษาของพยาบาลต่างชาติ
ดังนั้นโรงพยาบาลในบางประเทศ เช่น ประเทศฝรั่งเศส จึง
มีข้อกำหนดเพิ่มเติมให้พยาบาลต่างชาติจากประเทศใน
กลุ่ม EEC ที่จะเข้ามาทำงานในโรงพยาบาลต้องผ่านการ
สอบวัดความสามารถทางด้านภาษาในสถาบันการศึกษา
เฉพาะที่โรงพยาบาลในประเทศฝรั่งเศสให้การยอมรับ
ถ้าผ่านการสอบจึงจะรับเข้าทำงานในโรงพยาบาล
แต่ถ้าไม่ผ่านการสอบต้องเรียนเพิ่มเติมในหลักสูตรที่
กำหนดเพื่อให้แน่ใจว่ามีความรู้ความสามารถในการ
ประกอบวิชาชีพการพยาบาลเพียงพอ (Borland, 2011)
การที่ประเทศฝรั่งเศสมีข้อกำหนดเพิ่มเติมเช่นนี้ ไม่ถือว่าเป็น
การกระทำที่ขัดกับข้อตกลงใน MRA เพราะเป็นสิทธิ์
ที่โรงพยาบาลท้องถิ่น (local health board) สามารถ
ดำเนินการได้เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ

บทสรุปและข้อเสนอแนะต่อวิชาชีพการ พยาบาลในการเตรียมความพร้อมที่ประเทศไทยจะเข้า ร่วมเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

มีความชัดเจนว่าการทำ MRA ของประเทศใน
สหภาพยุโรปทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการ
พยาบาลระหว่างประเทศสมาชิกอย่างมาก โดยปัจจัย
สำคัญที่ดึงดูดให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรได้แก่ ค่าจ้าง
แรงงาน ค่าครองชีพและภาระงาน ตำแหน่งที่ตั้งของ
ประเทศ วัฒนธรรม ความก้าวหน้าในงานและวิชาชีพ และ
กฎระเบียบขั้นตอนในการทำงานของพยาบาลต่างชาติ
ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นจากการมีพยาบาลต่างชาติเข้า
มาทำงานในแต่ละประเทศปลายทางคือ การปรับตัว
กับความแตกต่างทางด้านภาษา วัฒนธรรม ขอบเขต
การทำงาน ระบบสุขภาพและกฎระเบียบข้อบังคับทาง
กฎหมาย ซึ่งการที่พยาบาลต่างชาติมีการเตรียมความ
พร้อมและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความต่าง
ต่างในการทำงานและวัฒนธรรมเป็นอย่างดีอาจช่วย

ลดปัญหาหรืออุปสรรคในการทำงานที่จะเกิดขึ้นได้
ในประเด็นด้านคุณภาพการพยาบาล เป็นที่ประจักษ์
ว่าการเปิดโอกาสให้มีการเคลื่อนย้ายกำลังคนในประเทศ
สหภาพยุโรปมากขึ้นส่งผลกระทบทางด้านบวกและผล
กระทบทางด้านลบต่อประเทศปลายทางและประเทศ
ต้นทาง โดยผลกระทบทางด้านบวกคือการเข้าถึงบริการ
สุขภาพที่ดีขึ้นในประเทศปลายทางและเป็นโอกาสที่ดี
ของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาความรู้ ความก้าวหน้า
ทางด้านวิชาชีพและรายได้ที่สูงขึ้น ส่วนผลกระทบใน
ด้านลบคือเกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในประเทศ
ต้นทางมากขึ้น และความไม่พร้อมด้านภาษาของพยาบาล
ต่างชาติอาจส่งผลให้คุณภาพการบริการแก่ประชาชนใน
ประเทศปลายทางไม่ดีพอและผู้รับบริการอยู่ในภาวะ
อันตรายได้หากเกิดความผิดพลาดในการให้บริการ

จากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
จากการทำ MRA สาขาวิชาชีพการพยาบาลในประเทศ
สหภาพยุโรป ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะแก่ผู้กำหนดนโยบาย
และองค์กรวิชาชีพการพยาบาลในการเตรียมความพร้อม
ของประเทศไทยที่จะเข้าร่วมเป็นประชาคมเศรษฐกิจ
อาเซียนดังนี้

1. กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติ
ของพยาบาลต่างชาติที่สามารถจดทะเบียนหรือขอใบ
อนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย กำหนด
ประเภทของใบอนุญาต จำนวนปีที่สามารถเข้ามาทำงาน
ได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้ามาประกอบอาชีพ
พยาบาลในบทบาทผู้เชี่ยวชาญ และควรดำเนินการให้
แล้วเสร็จก่อนที่จะเริ่มเปิดให้มีการเคลื่อนย้ายเสรีกำลัง
คนทางการพยาบาลในกลุ่มประเทศอาเซียน
2. มีการเจรจาตกลงกับประเทศสมาชิกอาเซียน
ว่าจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลของพยาบาลเฉพาะส่วนที่
จำเป็นในการตรวจสอบคุณสมบัติของพยาบาลและเป็น
ไปเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศปลายทาง
เท่านั้น นอกจากนี้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน
ต้องดำเนินการภายใต้แนวทางหรือกฎหมายในการเปิด
เผยข้อมูลผู้อื่นของแต่ละประเทศด้วย
3. จัดให้มีการทดสอบความสามารถทางการ
สื่อสารด้วยภาษาไทยของพยาบาลต่างชาติจากประเทศ



สมาชิกอาเซียนเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลต่างชาติจะมีความปลอดภัย นอกจากนี้ควรมีการวางหลักเกณฑ์การอบรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่ไม่ผ่านการทดสอบเพื่อขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของไทยและการทดสอบความสามารถทางภาษาไทย

4. จัดทำคู่มือแนะนำวิธีการขอรับรองคุณสมบัติของพยาบาลต่างชาติที่จะเข้ามาประกอบวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทยตาม MRA ขอบเขตการปฏิบัติงานทางด้านการพยาบาล และการปฏิบัติตนภายใต้กรอบของกฎหมายไทย และทำการเผยแพร่ให้สาธารณชนรับทราบอย่างทั่วถึง

5. รัฐบาลและสภาวิชาชีพการพยาบาลควรมีการกำหนดจุดยืนที่ชัดเจนว่าจะสนับสนุนหรือไม่สนับสนุนการกระทำของพยาบาลต่างชาติที่จะใช้ช่องทางของการได้รับอนุญาตให้มาประกอบวิชาชีพการพยาบาลตาม MRA แต่ไปประกอบอาชีพอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และควรกำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

6. ประสานกับผู้แทนชาติสมาชิกอาเซียนในการเร่งปรับปรุงหลักสูตรทางการพยาบาลและมาตรฐานการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาทางด้านการพยาบาลของทุกประเทศสมาชิกอาเซียนให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน ทุกประเทศในสมาชิกอาเซียนควรต้องมีการส่งเสริมศักยภาพในการใช้ภาษาอังกฤษซึ่งจะเป็นภาษาหลักของประชาคมอาเซียน รวมทั้งมีการกำหนดสถาบันการศึกษาภาษาต่างประเทศที่ได้มาตรฐานเพื่อใช้วัดประเมินทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ

7. หากรัฐบาลและสภาวิชาชีพต้องการส่งเสริมให้พยาบาลไทยไปทำงานในประเทศอาเซียน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งหาแนวทางในการเสริมความรู้แก่พยาบาลไทยในเรื่องวัฒนธรรม ระบบสุขภาพและกฎหมายสำคัญในประเทศอาเซียน

8. วางแผนจัดตั้งหน่วยสารสนเทศทางด้านกำลังคนทางด้านสุขภาพ (cockpit center) เพื่อให้เกิดคลังข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการวิเคราะห์สถานการณ์ติดตามและประเมินผลกระทบของการเคลื่อนย้ายกำลังคนทางการพยาบาลอย่างเสรีในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน และนำผลลัพธ์ที่ได้ไปสู่การตัดสินใจในทางนโยบายด้านกำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างเหมาะสม

9. เร่งสร้างความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการสถานพยาบาลและการผดุงครรภ์ และผู้ประกอบการสถานพยาบาลในประเทศเกี่ยวกับประเด็นที่ว่า MRA ให้สิทธิแก่พยาบาลต่างชาติในการเดินทางไปทำงานในประเทศสมาชิกอาเซียนได้แต่ไม่ได้รับรองการได้งานทำของพยาบาลต่างชาติ สถานประกอบการทางด้านสุขภาพที่จะรับพยาบาลต่างชาติเข้ามาทำงานจึงสามารถกำหนดคุณสมบัติของบุคคลที่จะรับเข้าทำงานและสถานภาพในการจ้างงานได้อย่างเสรี

10). ควรมีการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของประเทศไทยในด้านวิชาชีพการพยาบาล เพื่อวางแผนหาแนวทางในการเสริมความแข็งแกร่งของพยาบาลและวิชาชีพการพยาบาลของไทย รวมทั้งมีการติดตามสถานการณ์ที่จะคุกคามและโอกาสของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเพื่อนำมากำหนดมาตรการใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- Blitz, B. (2005). Brain circulation: The Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom. *Journal of European Social Policy*, 15, 363-379.
- Borland, S. (2011). UK: *Danger from non-English speaking EU nurses*. Retrieved January 6, 2012, from <http://medicalintelligencenews.blogspot.com/2011/09/uk-danger-from-non-english-speaking-eu.html>
- Borland, S., & Evans, R. (2011). *Nurses who can't speak English put patients in danger: Lord Winston's stark warning over NHS workers from Romania and Bulgaria*. Retrieved January 6, 2012, from <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2035316/Lord-Winstons-stark-warning-NHS-workers-Romania-Bulgaria.html#ixzz1jCxxcXKS>
- Buchan, J. (2003). Here to stay? *London, Royal College of Nursing*. Retrieved December 10, 2011, from <http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/heretostay-irns.pdf>
- Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. OJ L 255, 30.9.2005. Retrieved December 10, 2011, from <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>
- Dussault, G., Fronteira, I., & Cabral, J. (2009). *Migration of health personnel in the WHO European region*. Retrieved December 15, 2011, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf
- Dussault, G, Russo, G, Assunção, D, & Fronteira, I. (2009). *The nursing labour market in the European Union in transition*. Retrieved December 15, 2011, from http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/PolicyDialogue2009/Venice/Scoping%20Paper_Dussault%20et%20al_6May09.pdf,
- Flanagan, P. (2010). *NHS is forced to teach foreign nurses English*. Retrieved December 30, 2011, from <http://www.express.co.uk/posts/view/167403NHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-EnglishNHS-is-forced-to-teach-foreign-nurses-English>
- Howie, M. (2011). *Spanish and Portuguese nurses fill the gaps in the NHS*. Retrieved January 7, 2012, from <http://www.guardian.co.uk/society/2011/dec/20/nurse-spain-portugal-fill-gap-in-nhs>
- International Council of Nurses [ICN]. (2002). *Position statement on ethical nurse recruitment*. Geneva: ICN. Retrieved December 20, 2011, from <http://www.icn.ch/psrecruit01.html>
- Keighley, T., (2009). *European union standard for nursing and midwifery: Information for accession countries*. (2nd). Copenhagen: WHO regional office for Europe.



- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2007). *International Migration Outlook*. Paris: OECD.
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2008). *The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond?* Retrieved December 10, 2011, from www.oecd.org/publishing/corrigena.
- Palese A, Barba M, Mesaglio M. (2008). The career paths of a group of Romanian nurses in Italy: A 3-year follow-up study. *International Nursing Review*, 55, 234-9.
- Raeve, P. D. (2011). *Case study of European Professional Mobility Card for nurses*. Retrieved January 5, 2012, from https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:nlg0h5L5miMJ:www.efnweb.eu/version1/en/documents/CaseStudyEuropeanProfessionalMobilityCardforNurses-16092011.pdf+European+Professional+Mobility+Card&hl=th&gl=th&pid=bl&srcid=ADGEESi2f4-b1HtYKYr5AsHwHiKB0yHgGY7VRiblaZ4LsTrXgRgca78bxuPML58vc5z7_tvFtbwBu2TE-uhJ_t2w0RDPNkX3crBcOrAFxBHRMu30P079KpdapAVtSxDf8qJiRAOh6l0e&sig=AHIEtbQ9rVkn3mPbAro3pBE5Yx79ArVA_A.
- Simmgen, M. (2004). Why German doctors enjoy British medicine. *Clinical Medicine*, 4, 57-59.
- Simoen, S., & Hurst, J. (2006). *The supply of physician services in OECD countries*. Paris: OECD (Health working paper No. 21).
- Veer, A., Ouden, D, & Francke, A. (2004). Experience of foreign nurses in the Netherlands. *Health policy*, 68, 55-61.
- Vujicic, M., P., Zurn, K., Diallo, O, A., & Dalpoz, A. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health*, 2, 1-10.
- Wiskow C. (2006). *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. NY: ILO (Working papers No. 245, Sectoral Activities Programme).
- Wismar, M., Glinos, I. A., Maier, C. B., Dussault, G., Palm, W., Bremner, J., & Figueras. J. (2011). *Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries*. *Euro observer*, 13. Retrieved January 2, 2012, from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/152324/e95812.pdf.
- Yi, M., & Jezewski, M. (2000). Korean nurses' adjustments to hospitals in the United States of America. *Journal of Advance Nursing*, 32, 721-729.