

การวิเคราะห์มิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา) สหสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Analysis of Social Dimensions of Medical Tourism



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Human and Social Development (Interdisciplinary
Program)

Inter-Department of Human and Social Development

GRADUATE SCHOOL

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การวิเคราะห์มิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
โดย	น.ส.ณัฐคนยา ทิพย์จารุโกศา
สาขาวิชา	พัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อรุโณทัย

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมลา ธาดานิติ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อรุโณทัย)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิงนิยดา เกียรติยิ่งอังสุลี)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

6087274720 : MAJOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT (INTERDISCIPLINARY PROGRAM)

KEYWORD: MEDICAL HUB/ MEDICAL TRAVEL/ MEDICAL TOURISM/ MEDICAL TOURIST

Natdanaya Tipjarupoca : The Analysis of Social Dimensions of Medical Tourism . Advisor: Assoc. Prof. Narumon Arunotai, Ph.D.

This research is a qualitative research. The objectives are studying, analyzing, and understanding social dimensions of medical tourism, exploring important issues and impacts that have already occurred or may occur from the promotion of medical tourism. The researcher used qualitative research methods consisting of documentary review and personal interviews of 20 persons who are knowledgeable about medical tourism and/or its impacts. Then the data were analyzed and written in descriptive form.

From the research, it is found that after Thailand economic crisis of 1997, private hospitals had to find new ways to substitute their income from Thai customers by accepting foreign customers/patients from higher income countries. Later, the government faced serious continuous deficits for several years. As a result, a policy has been proposed to develop Thailand into a Medical Hub of Asia, as Thailand already has tourism as strong economic engine. In addition, there are a group of private hospitals that have received accreditation and high health service standard. With these strengths, Thailand has developed plans and policies for becoming a Medical Hub of Asia. This move has been considered from a very positive outlook with potentially high benefits for the country. However, consideration and caution should be made regarding the impacts of medical tourism. The social dimensions of medical tourism were explored on these important issues of: 1. Concepts and definitions of medical tourism and medical tourists, 2. The effect on medical workforce and cost of medical treatment, 3. The impact of globalization and the commoditization/commodification process, 4. Hospital quality standard and accreditation, 5. The impact of the spread of drug-resistant bacteria and major infectious diseases. Medical tourism plays a part in making modern-day medical care a commodity that caters to foreign tourists and people with higher income. This subject is complex and requires understanding from many angles. It is imperative that the issue be considered from aspects that have rarely been discussed, for example the definitions and meanings of medical tourism and medical tourists, the phenomenon of neoliberal globalization in which medical tourism is intertwined with the social equity debates arising from the promotion of such a business and industry. A clearer understanding will lead to further development of approaches to promote health equity and benefit distribution to society as a whole.

Field of Study:	Human and Social Development (Interdisciplinary Program)	Student's Signature
Academic Year:	2022	Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ เพราะด้วยความเมตตา และกรุณาของท่านอาจารย์ ดร.นฤมล อรุโณทัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่รักยิ่งของผู้วิจัย ซึ่งท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้คำแนะนำ และชี้แนะรวมถึงกำลังใจที่เป็นพลังกำลังใจที่สำคัญแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสามารถพัฒนางานในเสร็จสมบูรณ์ไปเป็นได้อย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยความเคารพ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณท่านคณาจารย์ผู้เป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ซึ่งประกอบไปด้วยรองศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒนา ธาดานิติ ประธานกรรมการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกสัชกรหญิง นียดา เกียรติยิ่งอังศุลี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ และคำปรึกษา คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากแก่ผู้ทำวิจัยในการพัฒนา และปรับปรุง รวมถึง การแก้ไขให้มีความเรียบร้อย และสมบูรณ์ชัดเจน และถูกต้องตามหลักวิชาการมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในสถาบันวิจัยสังคม คณะรัฐศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ร่วมประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนำความรู้ในด้านต่าง ๆ ไปปรับใช้กับวิทยานิพนธ์และนำไปใช้ในการพัฒนามนุษย์ และสังคมได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ภายในหลักสูตรพัฒนามนุษย์ และสังคม ที่ดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างเรียบร้อยเสมอมา รวมถึง เพื่อน ๆ พี่ ๆ ในหลักสูตรทุกระดับที่คอยช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ และมอบกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดการเรียน

ขอกราบขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน ผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทำวิจัย และคอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกอย่างเต็มที่สำหรับการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ของผู้วิจัย และสุดท้ายขอขอบพระคุณสมาชิกในครอบครัว ที่คอยสนับสนุนในด้านการศึกษา กำลังใจ และกำลังกายที่ดีมากเสมอมา ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถนำความรู้ที่ได้ศึกษามาต่อยอดเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาสังคม และประเทศชาติต่อไป

ณัฐตยา ทิพย์จารุโสภา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	13
1.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	13
1.4 ระเบียบวิธีวิจัย.....	13
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ.....	14
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	15
บทที่ 2 การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	16
2.1 แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ (Medical Tourists).....	16
2.2 การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และโรคติดต่อที่ระบาด ครั้งใหญ่.....	36
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมิติทางสังคม.....	40
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	50
3.1 วิธีการวิจัย.....	50

3.2 การสัมภาษณ์บุคคล	54
3.3 การวิเคราะห์และสรุปข้อมูล.....	55
3.4 ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย.....	57
บทที่ 4 พัฒนาการของนโยบายท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย.....	58
4.1 การเริ่มต้นของนโยบายที่เอื้อต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	58
4.2 การพัฒนาแผนและนโยบายอย่างต่อเนื่องเพื่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	60
4.3 จุดอ่อนและผลกระทบของการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์	62
4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะ 10 ปี (Medical Hub พ.ศ. 2560-2569) โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	64
4.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (ปี พ.ศ. 2566-2570) ในส่วนที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	66
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ฉบับที่ 13 (ปี พ.ศ. 2566-2570)	67
4.6 แผนยุทธศาสตร์และแผนการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/เชิงการแพทย์กับมาตรการป้องกันผลกระทบในด้านต่างๆ.....	69
สรุปบทที่ 4 พัฒนาการของแผนและยุทธศาสตร์และการคำนึงถึงประเด็นผลกระทบทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	71
บทที่ 5 บทวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม	74
5.1 ค่านิยมและความหมายที่ซับซ้อนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	74
5.2 นโยบายการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและข้อห่วงกังวล	82
5.3 โลกาวัดน์ การแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ระบบทุนนิยมและกระบวนการทำให้เป็นสินค้า.....	85
5.4 มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล	90
5.5 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขและสมองไหล	94
5.6 การแพร่กระจายเชื้อโรคข้ามแดน	98

5.7 บทสรุป.....	100
บทที่ 6 บทสรุปการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม.....	102
6.1 สถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลังยุคโควิด19	102
6.2 การวิเคราะห์สถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งก่อนและหลังโควิดในมิติทางสังคม	105
6.3 สรุปท้าย.....	110
บรรณานุกรม.....	112
ภาคผนวก.....	121
ประวัติผู้เขียน	129



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ “การเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม” กับ “การ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่” ในประเด็นเรื่องคนหรือกลุ่ม กับเรื่องสถานที่หรือแหล่งเป้าหมาย 28	
ตารางที่ 2 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก	52
ตารางที่ 3 แผนและยุทธศาสตร์ ช่วงเวลา หน่วยงาน และเป้าหมายหลัก	72



สารบัญภาพ

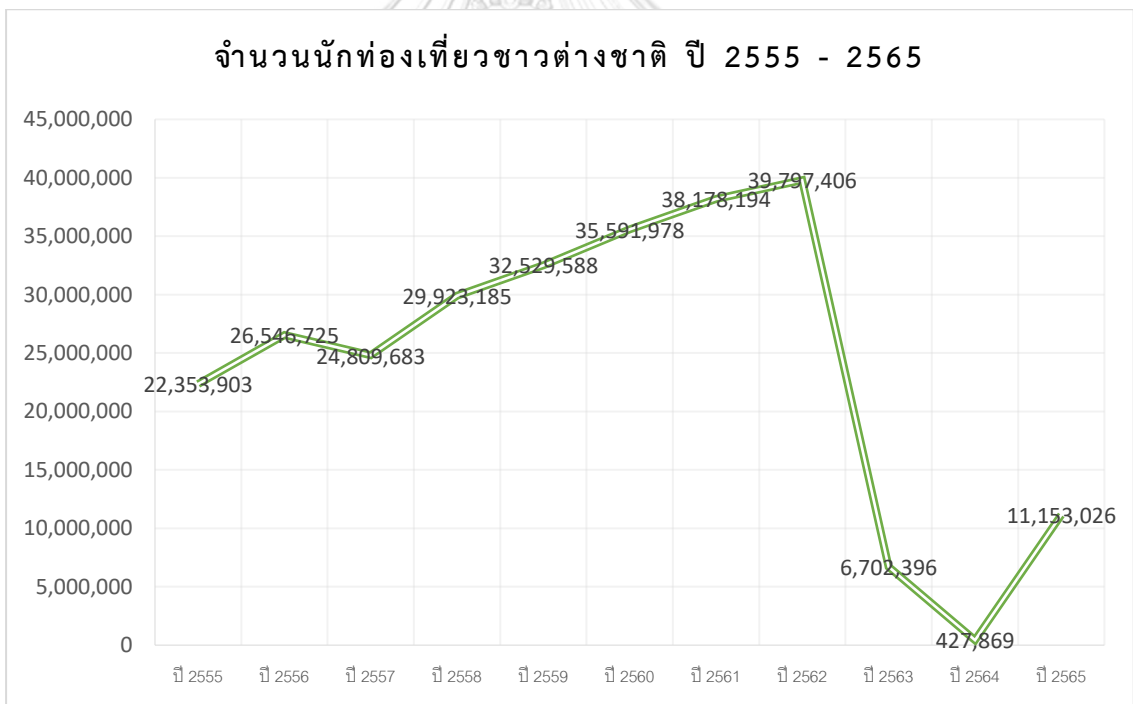
	หน้า
ภาพที่ 1 จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาประเทศไทย	1
ภาพที่ 2 รายได้จากการท่องเที่ยวในประเทศไทย	2
ภาพที่ 3 จำนวนนักท่องเที่ยวจำแนกตามวัตถุประสงค์	3
ภาพที่ 4 แผนผังโครงสร้างความสัมพันธ์ ความแตกต่าง และความซ้อนเหลื่อมกันระหว่างการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	5
ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลระหว่างสิงคโปร์ ไทย มาเลเซีย และอินเดีย (หน่วย เป็นดอลลาร์สหรัฐ).....	9
ภาพที่ 6 การเปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ.....	10
ภาพที่ 7 จำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทย	11
ภาพที่ 8 โครงสร้างความสัมพันธ์ ความแตกต่าง และความซ้อนเหลื่อมกันระหว่างการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์.....	21
ภาพที่ 9 การแยกประเภท Wellness Tourism และ Medical Tourism	22
ภาพที่ 10 การแยกประเภท Health Tourism	24
ภาพที่ 11 การแบ่งประเภทของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism).....	26
ภาพที่ 12 แผนภูมิแสดงการแบ่งประเภทนักท่องเที่ยว	30
ภาพที่ 13 การแบ่งประเภทนักท่องเที่ยว	31
ภาพที่ 14 ตราสัญลักษณ์ Medical Hub	64
ภาพที่ 15 การคาดประมาณร้อยละของผู้ป่วยในจากต่างชาติที่ได้รับการรักษาพยาบาล	78
ภาพที่ 16 แผนภูมิการแยกประเภทผู้ป่วยต่างชาติ	79
ภาพที่ 17 จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้าประเทศไทยช่วงปี 2565-2566	103
ภาพที่ 18 จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานคุณภาพ JCI ในประเทศไทย.....	109

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การท่องเที่ยวถือได้ว่าเป็นอุตสาหกรรมที่สำคัญเป็นอันดับต้นๆ ในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย จากข้อมูลสถิติการเดินทางเข้าประเทศไทยของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 ถึง พ.ศ.2565 จะเห็นได้ว่าจำนวนนักท่องเที่ยวมีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี แต่จำนวนตัวเลขลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563-2565 ทำให้เกิดการหยุดชะงักหรือชะลอตัวของนักท่องเที่ยวและกิจกรรมอื่นๆ ที่มีการเดินทางข้ามประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยได้ปิดการเดินทางระหว่งประเทศเช่นเดียวกัน

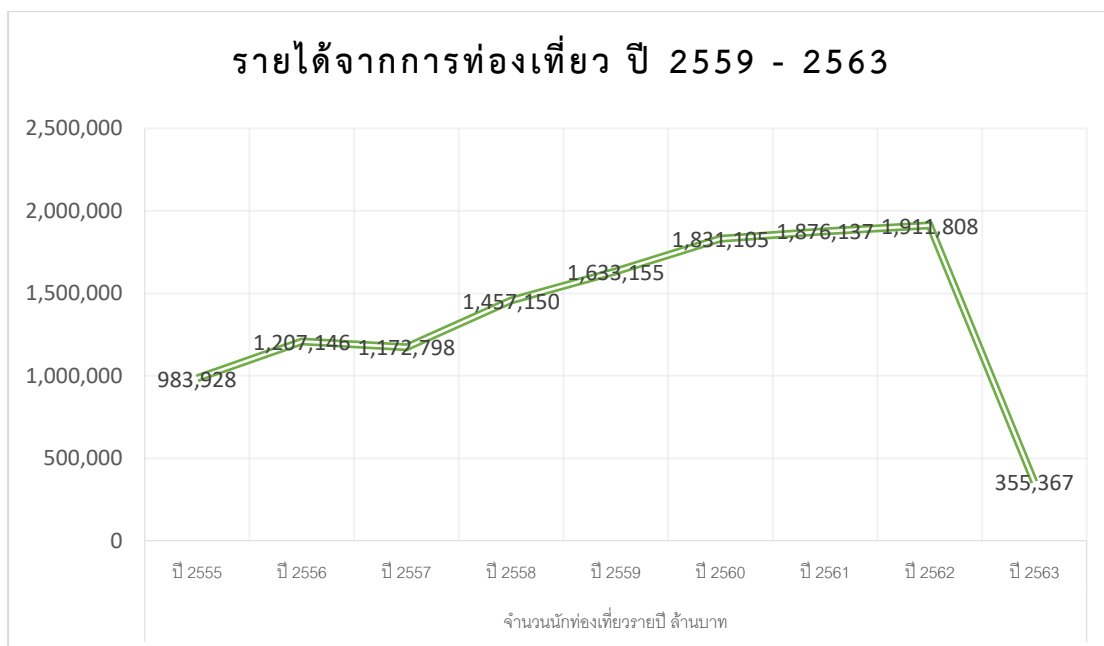


ภาพที่ 1 จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ.2565

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2565

(<https://www.egov.go.th/th/government-agency/139/>)



ภาพที่ 2 รายได้จากการท่องเที่ยวในประเทศไทย

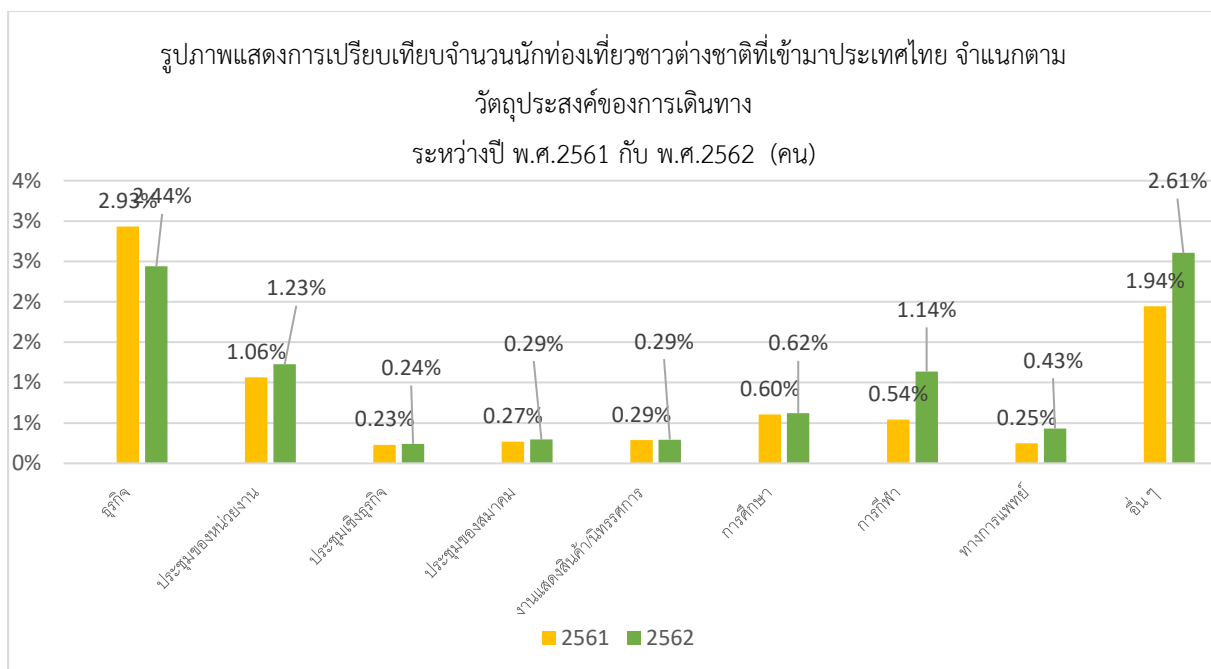
ปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ.2563

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555 – พ.ศ.2563

(<https://www.egov.go.th/th/government-agency/139/>)

สำหรับด้านรายได้จากการนักท่องเที่ยวต่างชาติ จากปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมามีรายได้ที่เพิ่มขึ้นทุกปี จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยได้รับรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติทั้งสิ้น 355,637 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 82.83 เมื่อเทียบกับปี 2562 เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด-19 โดยการแพร่ระบาดขยายวงกว้างไปยังเกือบทุกภูมิภาคของโลก ทำให้อุตสาหกรรมท่องเที่ยวได้รับผลกระทบเป็นอย่างมาก และไม่ปรากฏข้อมูลรายได้ในปี 2564 เนื่องจากอยู่ในช่วง โควิด-19

นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศในประเทศไทยมีรูปแบบต่าง ๆ คือ 1.รูปแบบการท่องเที่ยวในแหล่งธรรมชาติ (natural based tourism) อาทิ การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ (ecotourism) 2.รูปแบบการท่องเที่ยวในแหล่งวัฒนธรรม (cultural based tourism) อาทิ การท่องเที่ยวงานชมวัฒนธรรมและประเพณี (cultural and traditional tourism) และ 3.รูปแบบการท่องเที่ยวในความสนใจพิเศษ (special interest tourism) อาทิ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (health tourism) (Geoldner and Rychie, 2006 : 428 และ องค์การการท่องเที่ยวโลก บุญเลิศ ตั้งจิตวัฒนา, 2548 : 60-65 อ้างถึงใน วารสาร มัธยมบุรุษ, 2552 : 8)



ภาพที่ 3 จำนวนนักท่องเที่ยวจำแนกตามวัตถุประสงค์

ปี พ.ศ.2561 และ พ.ศ.2562

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 (<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/17.aspx>)

ในการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวต่างชาติ มักจะไม่ได้มีการแยกวัตถุประสงค์ของการเดินทาง แต่ในปี พ.ศ. 2561 มีตัวเลขจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ที่แสดงให้เห็นว่านักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามานั้นเดินทางมาเพื่อท่องเที่ยวถึง ร้อยละ 90.94 (หรือ 34,718,276 คน) ในขณะที่วัตถุประสงค์อื่นๆ มีน้อยกว่ามาก และส่วนที่เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาล(ทางการแพทย์) นั้นมีเพียง ร้อยละ 0.25 (หรือ 95,251 คน) ในส่วนของปี พ.ศ. 2562 และ ในปี พ.ศ.2562 นั้น ได้ระบุตัวเลขของการท่องเที่ยวไว้ที่ ร้อยละ 90.74 หรือ จำนวน 36,207,126คน ซึ่งน้อยกว่าเดิม ในขณะที่การท่องเที่ยวเพื่อมีจุดประสงค์ในด้านทางการแพทย์นั้นมีจำนวนคนเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.14 หรือ จำนวน 172,265 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นมาจำนวน 77,014 คน และ ผู้วิจัยคาดว่าในปี พ.ศ.2563 นั้นจะมีตัวเลขของนักท่องเที่ยวที่มีจุดประสงค์ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพิ่มมากขึ้นอีก

จากข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติโดยแยกตามจุดประสงค์ ในปี พ.ศ.2561 – 2562 อ้างอิงจากในแผนภูมิแท่งข้างต้น จะเห็นได้ว่า ในปี พ.ศ.2561 นักท่องเที่ยวแยกตามวัตถุประสงค์โดยผู้วิจัยได้เรียงลำดับข้อมูลนักท่องเที่ยวจากมากไปน้อย ตามลำดับ ดังนี้ ด้านธุรกิจ ร้อยละ 2.93 หรือ จำนวน 1,119,437 คน ด้านอื่น ๆ ร้อยละ 1.94 หรือ 742,002 คน ด้านประชุมของหน่วยงาน ร้อยละ 1.06 หรือ 405,912 คน ด้านการศึกษา ร้อยละ 0.60 หรือ 230,422 คน ด้านกีฬา ร้อยละ 0.60 หรือ 206,254 คน ด้านงานแสดงสินค้า/นิทรรศการ ร้อยละ 0.29 หรือ 110,590 คน ด้านประชุมของ

สมาคม ร้อยละ 0.27 หรือ 102,376 ด้านทางการแพทย์ ร้อยละ 0.25 หรือ 95,251 คน และ ด้านประชุมเชิงธุรกิจ ร้อยละ 0.23 หรือ 87,943 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวในปี 2562 มาอธิบายโดยเรียงจากมากไปน้อยตามลำดับ เพื่อดังนี้ ด้านอื่น ๆ ร้อยละ 2.61 หรือ 1,039,998 คน ด้านประชุมของหน่วยงาน ร้อยละ 0.29 หรือ 490,394 คน ด้านงานแสดงสินค้า/นิทรรศการ 0.29 หรือ 117,243 คน

การท่องเที่ยว – สุขภาพ สุขส่งเสริมสุขภาพ และเชิงการแพทย์

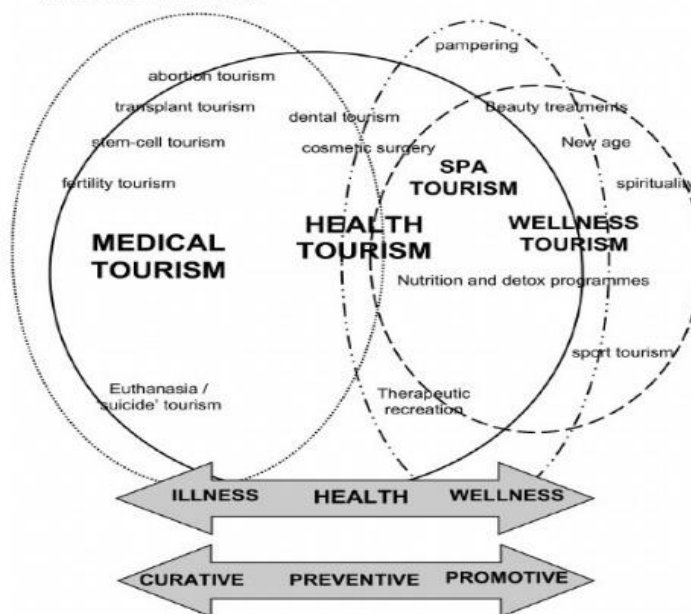
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health tourism) การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) นั้นล้วนเป็นรูปแบบการท่องเที่ยวใน **ความสนใจพิเศษ** แต่ที่สำคัญคือยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับนิยามความหมายของการท่องเที่ยวดังกล่าว การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพมักจะถูกมองว่าเป็นเรื่องเดียวกัน แต่จริง ๆ แล้วมีความต่างกันเชิงกระบวนการทัศน์ การจัดการ การกระจายประโยชน์ ฯลฯ โดยการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) เป็นคำรวมๆ ที่ครอบคลุมทั้งการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) Hall (2011) ได้ให้นิยามของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพว่า การที่บุคคลเดินทาง ไปค้างแรมในแหล่งท่องเที่ยวที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมเดิม โดยสถานที่ท่องเที่ยวเหล่านั้น สามารถดูแลให้สุขภาพของบุคคลดังกล่าวอยู่ในสถานะที่ดีดั้งเดิมหรือช่วยปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้น

ส่วนการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) นั้น เน้นให้นักท่องเที่ยวมีสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ เน้นในเรื่องอายุวัฒนะคือการใช้ผลิตภัณฑ์และวิธีต่างๆ เพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรง มีอายุยืนยาว ปลอดภัยโรคภัยไข้เจ็บ โดยที่ต้องการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพยังรวมถึงการท่องเที่ยวสปา (Spa tourism) ที่เน้นในเรื่องการดูแลด้วยวาริบำบัด การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และอื่นๆ การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นการท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นตามกระแสการรักษาดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้คนทั้งจากสภาวะความเครียดจากการทำงานและสภาวะสังคมเมือง อีกทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคภัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ให้เกิดความต้องการบริการทางสุขภาพและทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งประชากรทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเริ่มเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมากขึ้นด้วย ความต้องการรับบริการทางสุขภาพและทางการแพทย์จึงมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) นั้นเน้นการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเท่านั้น และจำเป็นต้องมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีระดับสูง และค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ถูกออกแบบมาเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มักจะก่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อสถานพยาบาลและกลุ่ม

เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีศักยภาพระดับสูงเป็นหลัก ดังนั้น การกระจายรายได้จึงจำกัดวงมากกว่า
ธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ

Figure 1.1 Interrelatedness of health and medical tourism domains and product niches
(After Hall 1992, 2003, 2011a)



ภาพที่ 4 แผนผังโครงสร้างความสัมพันธ์ ความแตกต่าง และความซ้อนเหลื่อมกันระหว่างการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
(ที่มา Hall 2011: Health and Medical tourism: a kill or cure for global public health)

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นแกนกลางที่ครอบคลุมการท่องเที่ยวอื่นๆ คือ

-**การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์** ซึ่งมีรูปแบบต่างๆ เช่น การท่องเที่ยวที่มาก่อนหรือหลังการเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ (Abortion tourism) การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ (Transplant tourism) การทำสเต็มเซลล์ (Stem-cell tourism) การุณยฆาต (Euthanasia/Suicide tourism) ส่วนการรับบริการทันตกรรม (Dental tourism) และการทำศัลยกรรมตกแต่ง (Cosmetic surgery) ก็จะมีส่วนที่ซ้อนเหลื่อมกับการท่องเที่ยวสปา

-**การท่องเที่ยวสปา** มีรูปแบบเช่น บริการเสริมสุขภาพ (Pampering) โดยการนวด การอบสมุนไพร การประคบ การท่องเที่ยวสปามีความซ้อนเหลื่อมกับการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ เช่น บริการเสริมความงามในรูปแบบต่างๆ (Beauty treatments) โภชนาการและโปรแกรมล้างพิษ (Nutrition and detox programmes) หรือแม้แต่การท่องเที่ยวที่เกี่ยวกับการบริหารความเครียด การทำสมาธิ ฯลฯ (New age) การท่องเที่ยวเชิงกีฬา (Sport tourism) และนันทนาการบำบัด (Therapeutic recreation) หรือ 490,394 คน ด้านการกีฬา ร้อยละ 1.14 หรือ 453,399 คน ด้าน

-การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ (Spirituality)

ลูกศรด้านล่างแผนผังแสดงให้เห็นจุดเน้นที่แตกต่างกันระหว่างการท่องเที่ยวทั้ง 3 แบบ จุดเน้นของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการที่ต้องบำบัด ในขณะที่การท่องเที่ยวสปาและการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นการบำรุงสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย



สำหรับในประเทศไทย จุดเปลี่ยนที่ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เกิดจาก ความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาของภาคเอกชนในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงประมาณปี พ.ศ.2540 กล่าวคือ กลุ่มธุรกิจสายสุขภาพและโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ลงทุนด้านการก่อสร้างและขยายกิจการ ได้ประสบปัญหากลุ่มลูกค้าเป้าหมายหลักที่เป็นคนไทยมีรายได้ลดลง จึงหันไปเข้ารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกที่มีราคาถูก หรือโรงพยาบาลของรัฐ จึงทำให้กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ มองหาลูกค้ากลุ่มใหม่จากต่างประเทศที่มีกำลังซื้อสูงกว่า อาทิ ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลาง เพื่อให้เข้ามาช่วยส่งเสริมให้กิจการดำเนินต่อไปได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546:4)

ในส่วนของภาครัฐนั้น เนื่องจากในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีปัญหาขาดดุลบัญชีอย่างหนัก จึงมีการสนับสนุนการส่งออกสินค้าและแรงงานไปยังต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศพยายามหารายได้เข้าประเทศ และเล็งเห็นว่าการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ชาวต่างประเทศจะเป็นหนทางในการหารายได้ดังกล่าว เนื่องจากสาธารณสุขของประเทศไทยมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาค โดยได้มีการให้บริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) รับชาวต่างประเทศเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและผนวกกับโปรแกรมการท่องเที่ยว (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2541 : 1)

เมื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พัฒนาไปมากขึ้น ก็ค่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีความสามารถและโอกาสในการพัฒนาการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยการยกระดับมาตรฐานไปสู่สากลได้ เพื่อที่จะได้เป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่มีประสิทธิภาพของประเทศ ในเรื่องนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนในเรื่องการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547

ต่อมา เรื่องนี้ได้บรรจุอยู่ใน **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11** (ปี พ.ศ. 2555–2559) โดยรัฐบาลไทยได้เน้นไปที่การส่งเสริมมาตรฐานสถานบริการและบุคลากร รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และได้ใช้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นมาตรการหนึ่งของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว

ในช่วงดังกล่าว ประเทศไทยมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้นในเวทีโลก และได้ประกาศนโยบายสำหรับขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางของการให้บริการทางการแพทย์ระดับภูมิภาค (Medical Hub) เนื่องจากมองเห็นถึงศักยภาพของระบบการให้บริการรักษาพยาบาลและด้านการแพทย์ และความได้เปรียบของค่าใช้จ่ายรวมถึงมีจุดแข็งในด้านการท่องเที่ยวแบบอื่น ๆ ส่งผลให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเข้ามารับบริการเป็นจำนวนมากและสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศบวกกับสถานการณ์การผลิตกำลังคนในด้านการแพทย์ให้เพียงพอ มีการผลิตอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นทุกปี ในหลายวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ฯลฯ เพื่อลดอัตราการ

เกิดปรากฏการณ์สมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ย้ายแหล่งทำงานจากโรงพยาบาลรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ปี พ.ศ. 2555-2559 : 8 , 18)

การส่งเสริมการท่องเที่ยวสุขภาพได้ดำเนินต่อเนื่องมาตั้งแต่ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12** (ปี พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งได้เชื่อมโยงการท่องเที่ยวสุขภาพกับการวางรากฐานการพัฒนาอุตสาหกรรมสำหรับอนาคต และการปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งรวมถึงอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ “เพื่อสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12, 2560: 92)

หน่วยงานที่เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) คือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ปี พ.ศ. 2560 – 2569 โดยได้แบ่งผลผลิตออกเป็น 4 ส่วนหลัก { #10@@hidden}(กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2559 : 3)

- 1) Wellness Hub ศูนย์การบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- 2) Medical Service Hub ศูนย์กลางบริการสุขภาพ
- 3) Academic Hub ศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย
- 4) Product Hub ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ประเทศไทยไม่ใช่เพียงประเทศเดียวในกลุ่มอาเซียนที่พัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลและมีการผลักดันให้เป็นศูนย์กลางของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Hub) ประเทศเพื่อนบ้านอย่างสิงคโปร์ประสบความสำเร็จแล้วในการเป็นศูนย์กลางของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ภายในเอเชียเนื่องจากการพัฒนาระบบสาธารณสุขและการให้บริการทางด้านการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการดึงดูดผู้ป่วยและคนไข้เข้ามารักษา (ชาญณรงค์ สังขยុทธ และคณะ (กรมการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ) 2557)

สหพันธรัฐมาเลเซียที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม ก็พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวกลุ่มมุสลิมจากประเทศใกล้เคียงเช่น อินโดนีเซีย ส่วนประเทศฟิลิปปินส์ที่แต่ก่อนมีการส่งออกแรงงานจำนวนมาก แต่เมื่อไม่นานมานี้มีการเปิดสอนวิชาชีพด้านการแพทย์เพิ่มมากขึ้นเพื่อที่จะส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เช่นเดียวกัน (ชาญณรงค์ สังขยុทธ และคณะ (กรมการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ) 2557)

ประเทศอื่นๆ ในเอเชียได้มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการรักษาพยาบาล และหันมาดึงดูดกลุ่มลูกค้าต่างประเทศเข้าไปรักษาพยาบาลและท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้น ประเทศเกาหลีใต้ก็ได้พัฒนาเรื่องการศัลยกรรมตกแต่ง และการเสริมความงามให้มีชื่อเสียงและมี

ธุรกิจแบบนี้เป็นจำนวนมาก โดยได้เริ่มดึงกลุ่มลูกค้าจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศญี่ปุ่นเข้ามาเป็นกลุ่มลูกค้าอันดับแรกๆ (ชาญณรงค์ สังขุทธร และคณะ (กรมการค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ) 2557)

นอกจากนี้ยังมีทรัพยากรการท่องเที่ยวตามธรรมชาติและวัฒนธรรมที่หลากหลายและสวยงามแล้ว จุดแข็งที่สำคัญของประเทศไทยถือได้ว่าเป็นปัจจัยข้อได้เปรียบอย่างมากคือ สถานพยาบาล บุคลากร และการให้บริการมีมาตรฐานได้รับการยอมรับจากนานาประเทศ ประเทศไทยมีส่วนแบ่งตลาดในภูมิภาคเอเชียกว่า 38% หรือเป็นอันดับที่ 1 ของภูมิภาคในปี พ.ศ. 2559 โดยมีจุดแข็งด้านคุณภาพการรักษาและการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาตรฐานสากลคือ มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานสากล (Joint Commission International หรือ JCI) ซึ่งเป็นองค์กรมาตรฐานโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ดูแลเรื่องมาตรฐานของโรงพยาบาลทั่วโลก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2559 : 4-6)

นอกจากมาตรฐานการบริการแล้ว ในส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลภายในประเทศไทยอยู่ในราคาที่ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีบริการเช่นเดียวกัน (ธรรมทัช ทองอร่าม, 2559) จากตารางด้านล่าง จะเห็นได้ว่าอัตราค่ารักษาพยาบาลของไทยแล้วมีราคาที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับสิงคโปร์มาเลเซียและอินเดีย

> **ค่ารักษาพยาบาลในไทยไม่สูงมากนัก เมื่อเทียบกับคู่แข่ง**








ประเภทการรักษา (ดอลลาร์สหรัฐฯ)	สิงคโปร์*	ไทย	มาเลเซีย	อินเดีย
บายพาสหัวใจ	18,500	11,000	9,000	10,000
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ	12,500	10,000	9,000	9,000
รักษาหลอดเลือดหัวใจตีบตัน	13,000	13,000	11,000	11,000
ผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก	12,000	12,000	10,000	9,000
ผ่าตัดมดลูก	6,000	4,500	3,000	3,000
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	13,000	10,000	8,000	8,500
ผ่าตัดเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง	9,000	7,000	6,000	6,500

หมายเหตุ : *ไม่รวมค่าตรวจของแพทย์
ที่มา : JCI และ BDMS

ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลระหว่างสิงคโปร์ ไทย มาเลเซีย และอินเดีย (หน่วยเป็นดอลลาร์สหรัฐฯ)

(ที่มา : https://www.ditp.go.th/contents_attach/166811/166811.pdf)

ตารางเปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ

Competitive advantage					
	สิงคโปร์	มาเลเซีย	อินเดีย	เกาหลีใต้	ไทย
Service/ hospitality	++	+	+	+	+++++
Hi-tech hardware	++++	+	++	+++	++++
HR quality	++++	++	++	+++	++++
JCI*	21 แห่ง	13 แห่ง	25 แห่ง	26 แห่ง	52 แห่ง
Pre emptive move	+++	++	+	++	++
Synergy/Strategy partner	++	+	+	+	+++
Accessibility/ Market channel	+++	++	+	++	+++
Reasonable cost	++	+++	++++	++	++++

หมายเหตุ จำนวน + ที่มีหมายถึงมี Competitive advantage ที่ดี

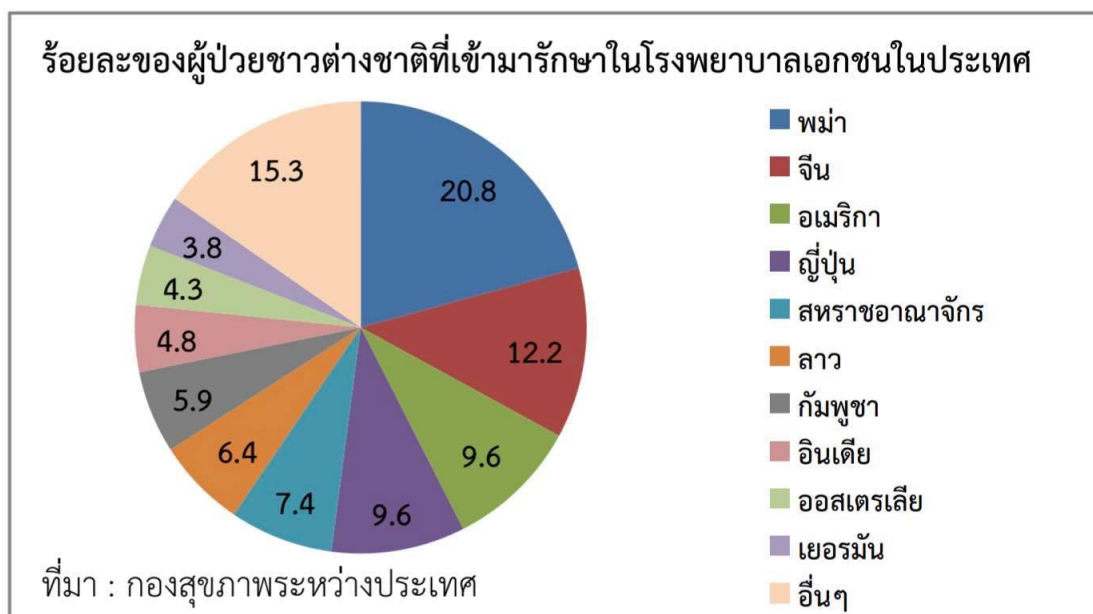
* JCI = Joint Commission International (JCI) Accreditation : โรงพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐานจากสหรัฐอเมริกา

ที่มา : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2558

ภาพที่ 6 การเปรียบเทียบความได้เปรียบในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ

ความได้เปรียบหรือจุดเด่นของประเทศไทยในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ พบว่า มีการให้บริการที่มี การดูแลเอาใจใส่และการต้อนรับด้วยไมตรีจิตที่ดี (Service mind and Hospitality) ที่พร้อมจะดูแลอย่างเต็มเปี่ยมต่อผู้มารับบริการที่เป็นชาวต่างชาติ (ณาริยา วีระกิจ และ คณะ: 2562 : 46)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาพที่ 7 จำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามารับการบริการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทย

อัตราการเจริญเติบโตของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยกลุ่มลูกค้าหลักของไทยจะเป็นชาวต่างชาติที่จากเมียนมาและประเทศแถบตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากมาตรฐานการรักษาพยาบาลของประเทศไทยสูง ประกอบกับเมียนมาอยู่ติดประเทศไทย จึงมีความสะดวกในการเดินทางเข้ามาใช้บริการ ส่วนประเทศจากแถบตะวันออกเฉียงใต้ก็มีการเดินทางที่สะดวกทางโดยเครื่องบินที่ (ก่อนการระบาดของโควิด 19) มีเที่ยวบินเข้าออกทุกวันและบินตรงจากต้นทางถึงปลายทาง (ณัฐพล วุฒิรักขจร, วารสารธนาคารออมสิน, 2559) ซึ่งในบางประเทศให้สิทธิคนไข้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายประกันสังคมในโรงพยาบาลเอกชนของไทยได้ด้วย (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2559)

การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จึงมีผลดีต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย ทั้งรายได้ที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล ธุรกิจด้านการแพทย์ เวชภัณฑ์ รวมถึงการกระจายรายได้สู่ผู้ประกอบการด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง แม้ว่ารายได้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางส่วน และกระจุกตัวในเมืองใหญ่ที่มีสถานพยาบาลสำหรับชาวต่างชาติ ในจังหวัดหลัก ๆ ของประเทศ เช่น เชียงใหม่ ภูเก็ต ขอนแก่น และอุบลราชธานี (สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, กระทรวงสาธารณสุข : 2562) แต่การที่ผู้มารับบริการมีกิจกรรมเดินทางท่องเที่ยวด้วย ก็ทำให้รายได้กระจายตัวไปตามห่วงโซ่ของธุรกิจและอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว

อย่างไรก็ดี ผลกระทบด้านลบที่สำคัญของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือการที่ทรัพยากรทางด้านแพทย์ในประเทศไทยมีอย่างจำกัด อาทิ บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ยาและวัคซีน ถ้าหากเมื่อมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาเข้ารับการรักษาในประเทศไทยเป็นจำนวนมากนั้น ย่อม

ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลผู้ที่อยู่ในประเทศไทย หากไม่ได้มีนโยบายป้องกันผลกระทบ ซึ่งการขาดแคลนบุคลากรด้านทางสาธารณสุข เรียกได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์นั้นยังเกิดจากสภาวะสมองไหลที่แพทย์ย้ายงานจากโรงพยาบาลรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก (ณัฐพล วุฒิรัทขจร, วารสารธนาคารอมสิน, 2559)

การเกิดสภาวะสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์สูงขึ้น ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญและมีประสบการณ์เพื่อเข้ามาบริการและรักษาผู้ป่วยต่างชาติ จึงทำให้เกิดการลาออกของ แพทย์พยาบาล และตำแหน่งวิชาชีพอื่น ๆ จากโรงพยาบาลรัฐบาลเพื่อไปเข้าร่วมทำงานกับทางโรงพยาบาลเอกชน เพราะภาระงานของโรงพยาบาลรัฐบาลหนักแต่ค่าตอบแทนน้อย ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนให้ค่าตอบแทนสูง และยังมีสภาพแวดล้อมที่ดีกว่า รวมถึงมีเครื่องมือรวมถึงอุปกรณ์รักษาที่ทันสมัยกว่ามาก ส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐบาลเสียบุคลากรที่มีความสามารถไป และเกิดปัญหาการกระจายแพทย์ไปพื้นที่ต่าง ๆ อย่างทั่วถึง แม้ว่าคณะรัฐมนตรีจะลงมติให้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์เพื่อชาวชนบทอีกจำนวน 4,530 คนในช่วงปี พ.ศ. 2549-2554 โดยได้มีการเห็นชอบให้สร้างคณะแพทย์ใหม่อีก 7 แห่ง ซึ่งทำให้สามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้เพิ่มอีกกว่า 1,300 ราย (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข 2553) แต่ปัญหาสมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์จากรัฐไปสู่เอกชนก็ยังคงมีอยู่ และทำให้เกิดการรักษาอย่างไม่ทั่วถึงและเท่าเทียม เพราะผู้ป่วยในชนบทจะมีเพียงแพทย์จบใหม่ไปรักษาเพื่อสะสมประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญ และต่อมาแพทย์เหล่านั้นส่วนหนึ่งก็จะย้ายจากโรงพยาบาลของรัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชน

นอกจากประเด็นสมองไหลแล้ว ปัญหาที่เกี่ยวข้องกันอีกประการหนึ่งคือค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เพราะสถานพยาบาลของรัฐต้องมีต้นทุนเรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องรักษาไม่ให้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนที่มีการจ่ายค่าตอบแทนที่สูง จึงส่งผลให้ต้นทุนในการดำเนินงานของโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนสูงขึ้น (วิโรจน์ ณ ระนอง และคณะ, 2552 หน้า 3)

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพหรือที่เรียกว่ายาปฏิชีวนะก็เป็นปัญหาสำคัญที่จะเกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ปัจจุบันปัญหานี้มีอัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นเนื่องจากปัญหาการดื้อยาสามารถแพร่กระจายผ่านข้ามพรมแดนได้โดยผ่านการขนย้ายของคน สัตว์ และสินค้าทางเกษตรผ่านทางคมนาคม ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ แล้ว ยังมีผลในวงกว้างในด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย เพราะปัญหาของเชื้อดื้อยานั้นทำให้ไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ในผู้ป่วยได้ เช่น มะเร็ง รวมทั้งไม่สามารถจะเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและปลูกถ่ายไขกระดูก เพราะผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อเนื่องจากไม่มียาที่ได้ผลสำหรับการป้องกันและ

รักษา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษา วิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในมิติทางสังคม
2. สำรวจประเด็นสำคัญ และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วและอาจจะเกิดขึ้นทางด้านสังคมสุขภาพ ที่อาจจะมาจากการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
3. วิเคราะห์ประเด็นสำคัญในมิติทางสังคมที่ควรพิจารณาหากจะมีการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เน้นการเก็บข้อมูลภาพรวมการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย แผนและนโยบายต่าง ๆ รวมทั้งสถานการณ์ปัจจุบันจากมุมมองเชิงสังคมเรื่อยมาจนถึงผลกระทบของการท่องเที่ยวดังกล่าวจากสถานการณ์แพร่กระจายของไวรัสโควิด-19

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ เน้นการเก็บข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับมิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ ทบทวนเอกสาร แผนและนโยบายต่าง ๆ และ การเก็บข้อมูลสถานการณ์ที่บ่งชี้ถึงผลกระทบด้านสังคม
2. สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับแนวคิดและคำถามในการวิจัย และ ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้เป็นจำนวน 20 คน
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 4 ปี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562– เมษายน พ.ศ. 2566

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สร้างความชัดเจนให้นิยามความหมายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การท่องเที่ยวสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพและเข้าใจมิติทางสังคมรวมทั้งผลกระทบเบื้องต้นทางสังคมจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
2. ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการลดผลกระทบด้านสังคมจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมและป้องกันหรือแก้ไขต่อไป

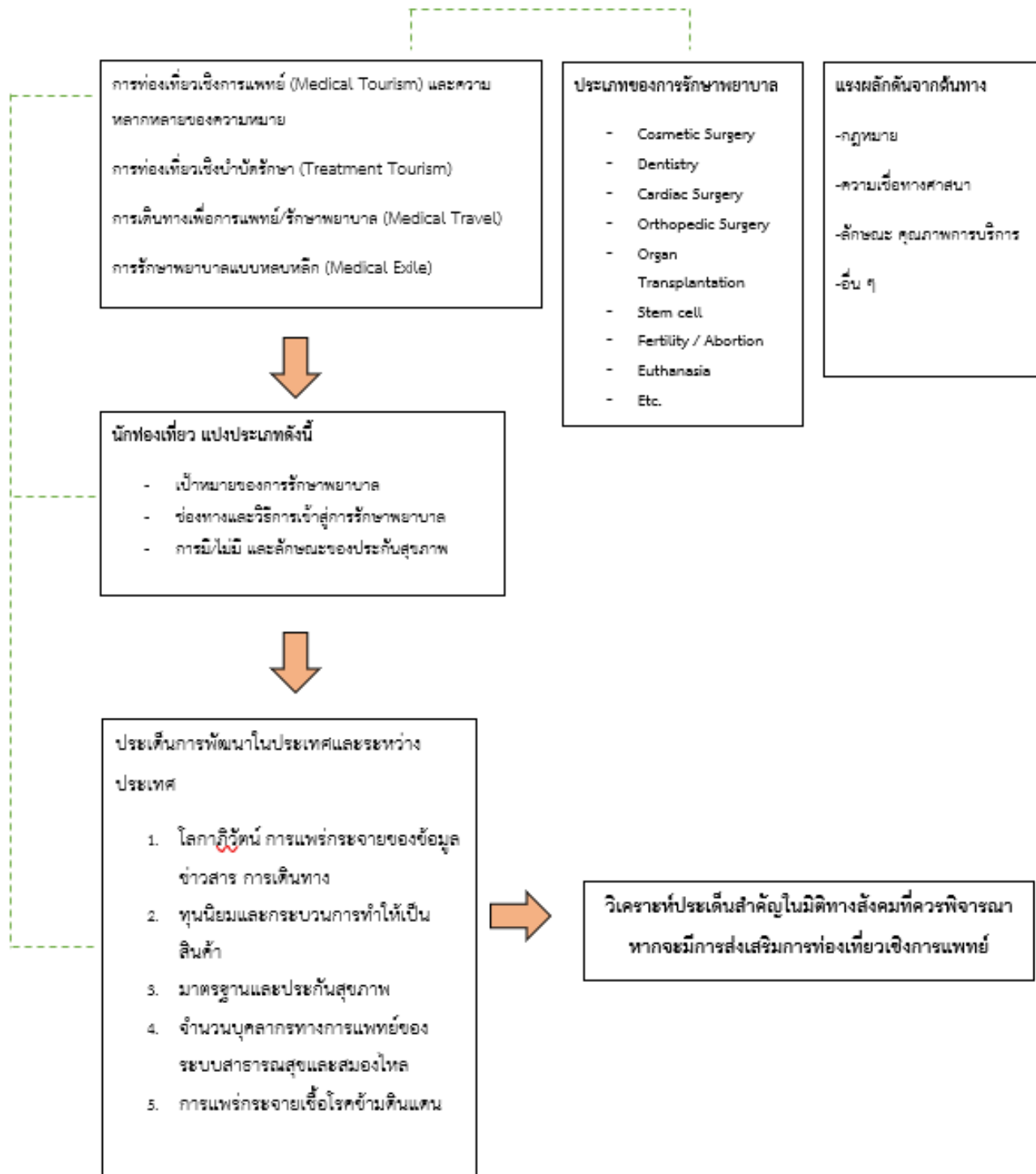
1.6 นิยามคำศัพท์เฉพาะ

การเดินทางทางการแพทย์ (Medical Travel) หมายความว่า การที่นักท่องเที่ยวเดินทางภายในประเทศตัวเอง เพื่อเข้ารับการรักษา เช่น ประเทศใหญ่ๆ อย่าง สหรัฐอเมริกา หรือ การเดินทางไปยังต่างประเทศเพื่อซื้อยา ที่มีเหมือนกันในประเทศต้น รวมถึงการรักษาอื่น ๆ และ การผ่าตัดที่มีความซับซ้อน

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) หมายความว่า การที่นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดินทางออกจากประเทศไปรับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศโดยมีความหมายรวมถึง การทำศัลยกรรมเสริมสวย การทำฟัน จัดฟัน หรือศัลยกรรมกระดูก ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของแพทย์ในโรงพยาบาล โดยสามารถแบ่งออกเป็นหมวดย่อย ๆ ได้แก่ การท่องเที่ยวในด้านการแก้ปัญหาทางสุขภาพที่ในประเทศตนเองไม่สามารถให้การรักษาพยาบาล ไม่ถูกกฎหมายได้ และมีค่ารักษาพยาบาลที่สูงเกินไป ประกันอาจจะไม่ครอบคลุม อาทิ การแก้ปัญหาการมีบุตรยาก การรักษาด้วย Stem Cell การทำแท้งอย่างถูกกฎหมาย รวมถึง การรักษาพยาบาลแบบการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะภายในที่หายาก ซึ่งไม่รวมกับ แพทย์แผนไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และไม่สามารถหาได้ในประเทศของตน จึงต้องเดินทางมารักษาในเขต หรือ ประเทศ อื่น ๆ

นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง ผู้ที่เดินทางไปและมายังสถานที่ต่าง ๆ ทั่วโลก เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลควบคู่ไปกับการท่องเที่ยว อีกทั้งยังหมายถึง ผู้ที่มาเยือนประเทศต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก และถือใช้โอกาสนี้พักผ่อนหย่อนใจไปด้วยในตัว โดยจะเข้ารับการรักษาหรือการผ่าตัดหรือการรักษาอื่น ๆ โดยกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในระยะสั้น และระยะยาวขึ้นอยู่กับการรักษานั้น ๆ และ ยังหมายถึง ผู้ที่เดินทางมายังประเทศต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นหลักโดยในระยะพักฟื้นทั้งสั้นและยาวก็ได้มีการท่องเที่ยวพักผ่อนต่อภายในประเทศนั้น ๆ โดยนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็น ชาวตะวันออกกลาง ชาวยุโรป และ ชาวอเมริกัน ที่เดินทางมารักษาในต่างประเทศ โดยเฉพาะในทวีปเอเชีย เช่น ประเทศสิงคโปร์ เกาหลีใต้ และ ประเทศไทย

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์มิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ข้อถกเถียง และรายละเอียดของประเด็นที่ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอหัวข้อเรียงลำดับดังนี้

1. แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourists) ประเภทของการรักษาพยาบาลในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Typologies of treatment in medical tourism)
2. แรงผลักดันจากต้นทางของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourist push factors) และประเภทการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแรงผลักดันจากต้นทาง
3. มิติทางสังคมและการพัฒนาระดับโลก: โลกาภิวัตน์และการทำให้การรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Globalization, commercialization of medical treatment)
4. การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับประเด็นอัตรากำลังคนในระบบสาธารณสุข
5. แนวคิดการรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพสากล (Medical certification)
6. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับโรคติดต่อข้ามแดน เชื้อดื้อยา และโรคติดต่อที่ระบาดครั้งใหญ่ (Medical tourism and Transnational infectious diseases, Superbug, Pandemic)
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมิติทางสังคม

2.1 แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourists)

2.1.1 ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นเรื่องที่ได้รับ ความสนใจอย่างมากเมื่อไม่นานมานี้ และปัจจุบันกลายเป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็ยังมีความสับสนในเรื่องการใช้คำและความหมาย และความสับสนก็ทำให้เกิดการตีความและความเข้าใจที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงผลต่อการส่งเสริมและการป้องกันผลกระทบของการท่องเที่ยวนี้ด้วย นักวิชาการต่างประเทศที่เขียนถึงเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็มีภูมิลำเนาจากหลายศาสตร์ ทั้งที่มาจากสาขาภูมิศาสตร์ กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา วิชาการด้านการบริหารจัดการท่องเที่ยว นักวิชาการสหศาสตร์ ฯลฯ ตัวอย่างของนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีดังนี้

John Connell (2006 : 1094) ศาสตราจารย์ด้านภูมิศาสตร์มนุษย์ มหาวิทยาลัย ออสเตเรียที่เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทางการเมือง เศรษฐกิจ และ สังคมในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคแปซิฟิกใต้และในรัฐที่เป็นเกาะขนาดเล็ก อื่นๆ งานวิจัยของ Connell ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ประเด็นการพัฒนาชนบท การย้ายถิ่น และความ ไม่เท่าเทียมกัน Connell ได้ให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ว่าเป็นการเดินทางออกจาก ประเทศต้นทางของตนเองเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ทันตกรรม หรือศัลยกรรมใน ต่างประเทศ ซึ่งในขณะเดียวกันก็ใช้ช่วงเวลาดังกล่าวท่องเที่ยวและพักผ่อนด้วย (Where people travel often long distances to overseas countries to obtain medical , dental and surgical are while simultaneously being holidaymakers)

Percival M. Carrera and John Fp Bridges (2006 : 447) นักวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ สุขภาพจากคณะสุขอนามัยเขตร้อนและสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยไฮเดลเบิร์ก เยอรมนี ได้ ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างละเอียด และได้ให้ ความเห็นว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือส่วนย่อย (subset) ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยได้ นิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ว่าเป็นการเดินทางที่มีการจัดเตรียมไว้ นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพ ตามธรรมชาติ เพื่อที่จะเสริมสร้างหรือฟื้นฟูสุขภาพของปัจเจกบุคคลโดยปฏิบัติการทางการแพทย์ (The organized travel outside one's natural healthcare jurisdiction for the enhancement or restoration of the individual's health through medical intervention)

Milica Z. Bookman และ Karla R. Bookman (Bookman and Bookman 2007:1) ผู้เขียนหนังสือร่วมกัน โดยคนหนึ่งเป็นศาสตราจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์ ที่เชี่ยวชาญเรื่องนักท่องเที่ยว ผู้อพยพและผู้ลี้ภัย และประชากรศาสตร์ เคยได้รับรางวัล Tengelmann Award สำหรับความเป็น เลิศด้านการวิจัย และอีกคนหนึ่งเป็น ทนายความในบริษัทแห่งหนึ่งที่นิวยอร์ก จบการศึกษาด้าน นิติศาสตร์จากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้ฝึกงานกับองค์การทรัพย์สินทาง ปัญญาโลก ทั้งสองได้ให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในหนังสือชื่อว่า Medical Tourism in Developing Countries ไว้ว่าเป็นการเดินทางไปยังสถานที่อื่นโดยมีจุดประสงค์เพื่อการเพิ่มพูน สุขภาพ และก็ยังเป็นกิจกรรมด้านเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดการมีรายได้จากการบริการ รวมทั้งเป็นการ เชื่อมโยงกันระหว่างสองภาคส่วนคือการแพทย์และการท่องเที่ยว (Travel with the aim of improving one's health, and also an economic activity that entails trade in services and represents the splicing of at least two sectors: medicine and tourism)

Erik Cohen (2008 : 226) ศาสตราจารย์กิตติคุณด้านสังคมวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮิบรูใน เมืองเยรูซาเลม อิสราเอล เขียนเอกสารและงานวิจัยมากมายเกี่ยวกับการท่องเที่ยว ในประเทศต่างๆ ตั้งแต่ประเทศไทยไปจนถึงหมู่เกาะแปซิฟิก ตลอดจนศึกษาประเด็นที่หลากหลายเรื่องการท่องเที่ยว

กับเมือง ศิลปะพื้นบ้าน ศาสนา ฯลฯ Cohen ให้ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ในหนังสือที่มีชื่อว่า Medical Tourism in Thailand ว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือการที่ผู้คนเดินทางไปยังอีกประเทศหนึ่งเพื่อการรักษาพยาบาลซึ่งบวกกับการไปเที่ยวพักผ่อนด้วย หรือการที่ผู้คนที่ใช้โอกาสในการรับการรักษาพยาบาลในช่วงที่ไปเที่ยวพักผ่อน (Medical tourism applies to people who travel to another country for medical treatment, which they will often combine with a vacation, or to people who take the opportunity to receive such treatment in the course of a vacation)

Heung, Kucukusta and Song (2010: 236) นักวิชาการด้านการจัดการโรงแรมและการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยฮ่องกงโพลีเทคนิค ได้ให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ว่าหมายถึง การเดินทางไปเที่ยวพักผ่อนข้ามพรมแดนนานาชาติเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่มีหลากหลายซึ่งมักจะรวมถึงการใช้เวลาว่าง มีความสนุกสนาน และมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งได้รับการทางด้านสุขภาพ (Medical tourism refers to a vacation that involves traveling across international borders to obtain a broad range of medical services. It usually includes leisure, fun, and relaxation activities, as well as wellness and health-care service).

Neil Lunt, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall และ Russell Mannion เป็นผู้เขียนบทความขนาดยาวเรื่อง “Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review” (เอกสารของ OECD “Better policies for better lives”) โดย Lunt ผู้เขียนหลักเป็นนักวิชาการด้านนโยบายสังคมที่มหาวิทยาลัยยอร์กในอังกฤษ ซึ่งมักจะเขียนงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการองค์กร การจัดการด้านบริการสุขภาพและสังคม เขามีบทบาทในการจัดทำร่างนโยบายสวัสดิการของผู้ป่วย บทความดังกล่าวได้ให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ว่าหมายถึง การที่ผู้บริโภคเลือกที่จะเดินทางข้ามเขตแดนประเทศโดยมีความตั้งใจที่จะไปรับการรักษายาบาลรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง การรักษายาบาลนี้ครอบคลุมบริการทางการแพทย์ แต่ที่พบได้ทั่ว ๆ ไปนั้นรวมถึงการรับบริการทางทันตกรรม การทำศัลยกรรมเสริมความงาม การผ่าตัดแบบบรอได้หรือไม่ต้องทำโดยทันที (elective surgery) และการรักษาภาวะมีบุตรยาก (...we define medical tourism as when consumers elect to travel across international borders with the intention of receiving some form of medical treatment. This treatment may span the full range of medical services, but most commonly includes dental care, cosmetic surgery, elective surgery, and fertility treatment (Lunt et al. 2011: 7)

ในส่วนของประเทศไทย สุธีร์ รัตนมงคลกุล อาจารย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิง

การแพทย์ไว้ในเอกสาร 5 สมัชชาสุขภาพกับนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษา นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยนิยามว่า Medical Tourism หรือ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ คือ ชื่อที่ประเทศต้นทางเรียกการเดินทางไปรักษาพยาบาลที่ต่างประเทศ และยังเป็นกิจกรรมระหว่างคำว่า medical + tourism (การท่องเที่ยว และการรักษาโรค) ซึ่งถือได้ว่าเป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาในต่างประเทศในหลากหลายลักษณะ (2555:4)

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย มีบทความออนไลน์ในชื่อเรื่อง “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอาเซียนปี 55: สร้างรายได้สะพัดในไทยกว่า 2,500 ล้านบาท” โดยได้ให้คำนิยามของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไว้ว่า คือ การที่ผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาได้รับการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เนื่องจากในประเทศของตนเองเกิดปัญหาการรอการตรวจเป็นระยะเวลานาน และมีอัตราค่ารักษาพยาบาลที่สูง (2555)

ณัฐพล สลิลาวัฒนานันท์ ผู้ที่ทำงานเป็นที่ปรึกษาด้านธุรกิจ ได้เขียนบทความสั้นเรื่อง “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (Wellness Tourism) ในรายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยวฉบับที่ 3 มกราคม - มีนาคม 2559 และให้คำนิยามการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical Tourism) ว่าเป็นการเดินทางจากประเทศหนึ่งไปยังอีกหนึ่งประเทศเพื่อรับการรักษาพยาบาลเป็นหลักหรือเข้ามาเพื่อการท่องเที่ยว และแบ่งเวลาบางส่วนไปทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการเจ็บป่วย หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อเยี่ยมชมแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรมโดยแบ่งเวลาส่วนหนึ่งจากการท่องเที่ยวไปรับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานคุณภาพเป็นยอมรับ เช่น การตรวจร่างกาย การรักษาโรคต่าง ๆ การทำฟัน การศัลยกรรมความงาม การศัลยกรรมแปลงเพศ เป็นต้น (2559)

จะเห็นได้ว่าคำต่างๆ ที่ใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 มักจะใช้ปะปนกันระหว่างคำว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผู้วิจัยเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการให้นิยามที่ชัดเจนขึ้นและการแยกให้เห็นความแตกต่างระหว่าง “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (Wellness Tourism) และ “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (Medical Tourism) นั้นอยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2547 ที่ได้มีการริเริ่มนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุในเนื้อหาของยุทธศาสตร์นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไว้ว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ คือ การที่กลุ่มนักท่องเที่ยวที่แสวงหาบริการสุขภาพนอกประเทศของตน ส่วนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ Wellness Tourism คือ การที่กลุ่มนักท่องเที่ยวที่ต้องการท่องเที่ยวและมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

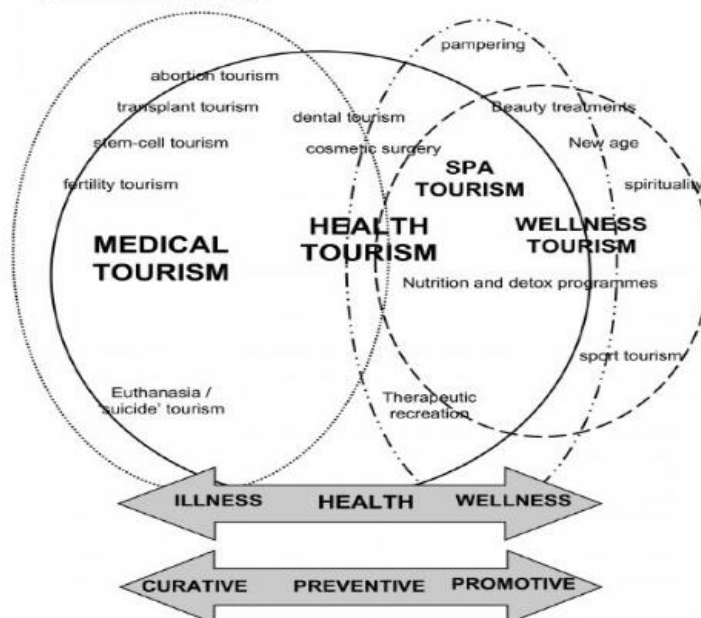
1.2 คำอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการเดินทางไปต่างประเทศ เพื่อการรักษาพยาบาล

ดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 ว่ามีอีกกลุ่มคำหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และในช่วงแรกๆ ก็มีการใช้คำเหล่านี้ปะปนกันหรือแทนกันไป คำเหล่านี้คือ **การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism)** ซึ่งหมายถึง การท่องเที่ยวที่มีจุดประสงค์ที่มีความผสมผสานระหว่างการเดินทางเพื่อมาท่องเที่ยว เยี่ยมชม สถานที่ต่าง ๆ พร้อมกับการมาใช้บริการด้านสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ทัศนกรรม ศัลยกรรมความงาม หรือ เพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย อีกคำหนึ่งคือ **Wellness Tourism** ซึ่งมีความหมายเป็นส่วนย่อยของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และมีผู้ใช้คำแปลว่า **การท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ** ซึ่งหมายถึง การท่องเที่ยวที่มีจุดประสงค์ที่มุ่งเน้นในเรื่องการบำรุงและส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น โดยจะมีการจัดเตรียมกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่หลากหลายสำหรับนักท่องเที่ยว เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

นอกจากนี้ก็มี **การท่องเที่ยวสปา (Spa Tourism)** ซึ่งมีส่วนคาบเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Tourism) อย่างมาก โดยมีการดูแลนักท่องเที่ยวผ่านกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อต่ออายุจิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณ เช่น อาบน้ำแร่ การบำบัดด้วยน้ำ การดูแลเรื่องโภชนาการ และการอบสมุนไพร แต่ในขณะเดียวกัน การท่องเที่ยวสปาก็เน้นไปด้านการบำรุงดูแลความงาม การขัดผิวขัดหน้า อาจจะมีมิติส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่ากิจกรรมอื่นๆ อย่างเช่น การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ การนวดเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

แผนภูมิด้านล่างทำให้เข้าใจได้ชัดเจนถึงความคาบเกี่ยวและซ้อนเหลื่อมของคำต่างๆ ซึ่งคงจะตีกรอบตายตัวหรือมีขอบเขตแบ่งแยกกันอย่างชัดเจนได้ยาก แต่อย่างน้อยก็ทำให้เห็นได้ว่าการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็นคำรวมที่พอจะแยกได้เป็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และในลูกศรด้านล่าง มุมมองหลัก 2 ประการ ในการพิจารณาก็คือ 1) มุมมองเรื่องสุขภาพ ที่แยกความแตกต่างระหว่าง 2 ด้านคือการจัดการกับความเจ็บป่วย กับการจัดการส่งเสริมสุขภาพ 2) มุมมองเรื่องปฏิบัติการป้องกัน ซึ่งมี 2 ด้านคือการรักษาพยาบาล กับการดูแลและส่งเสริม

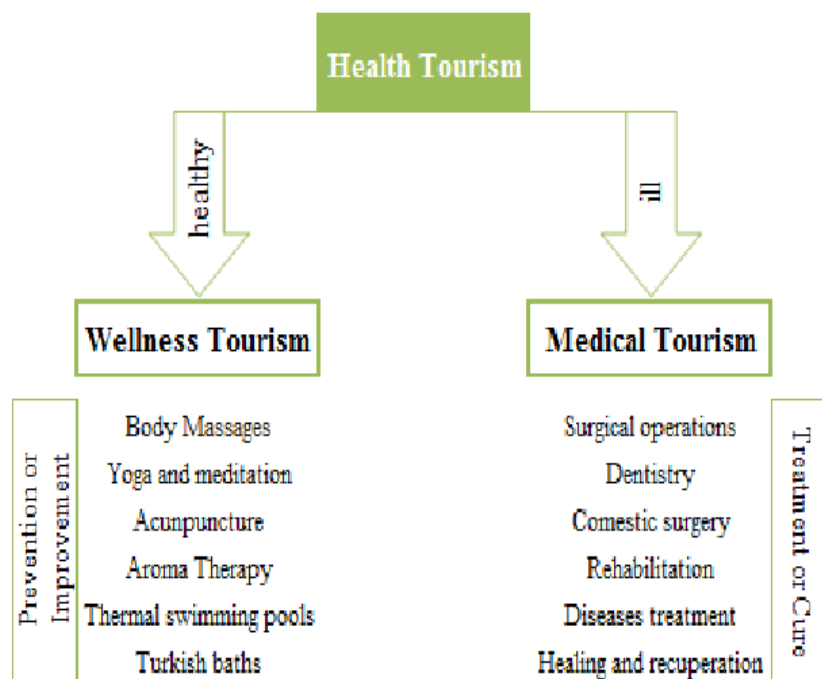
Figure 1.1 Interrelatedness of health and medical tourism domains and product niches (After Hall 1992, 2003, 2011a)



ภาพที่ 8 โครงสร้างความสัมพันธ์ ความแตกต่าง และความซ้อนเหลื่อมกันระหว่างการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (ที่มา Hall 2011: Health and Medical tourism: a kill or cure for global public health)

สรุปได้ว่าในปัจจุบัน มีการแยกการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ออกจากการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ (Wellness tourism) อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังไม่มีการนิยามหรือแยกให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างคำว่า Wellness tourism และ Spa tourism ตัวอย่างเช่นบทความเรื่อง “Perspectives for medical tourism development in Portugal’s central region in light of health care stakeholders’ views” หรือแปลเป็นภาษาไทยได้ว่า “มุมมองสำหรับการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในภาคกลางของโปรตุเกสในทัศนะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้านการดูแลสุขภาพ” ผู้เขียนเรื่องนี้ได้อธิบายโครงสร้างของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไว้ว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ครอบคลุมประเภทของการท่องเที่ยว 2 ประเภท คือ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (Healthy) ซึ่งจะออกมาในรูปแบบของการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Tourism) ที่จะแบ่งประเภทกิจกรรมให้มีร่างกายที่แข็งแรงด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเล่นโยคะ การนวด การสูดน้ำแร่ การทำสปา การดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรที่ได้จากการสกัดพืชหอม เพื่อการบำบัดรักษาหลายอาการ ตั้งแต่ อาการติดเชื้อต่างๆ โรคผิวหนัง ไปจนถึงภูมิคุ้มกันบกพร่องและความเครียด ส่วนอีกฝั่งคือ การเจ็บป่วย (ill) ซึ่งก็จะส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลในรูปแบบของการ

ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) ที่จะต้องมีกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาเพื่อรับการรักษาและต้องใช้บริการทางการแพทย์ที่มีความชำนาญและใบประกอบวิชาชีพ เช่น การผ่าตัดใหญ่ การผ่าตัดศัลยกรรม ทันตกรรม การรักษาโรคเฉพาะทาง (โปรดดูแผนภูมิด้านล่าง)



ภาพที่ 9 การแยกประเภท Wellness Tourism และ Medical Tourism

แหล่งที่มา: The Health Tourism System. (Online) โดย Charity et al. (2013), Mueller & Kaufmann (2000), Smith & Puczko (2009) and Voigt et al. (2010). (2015)

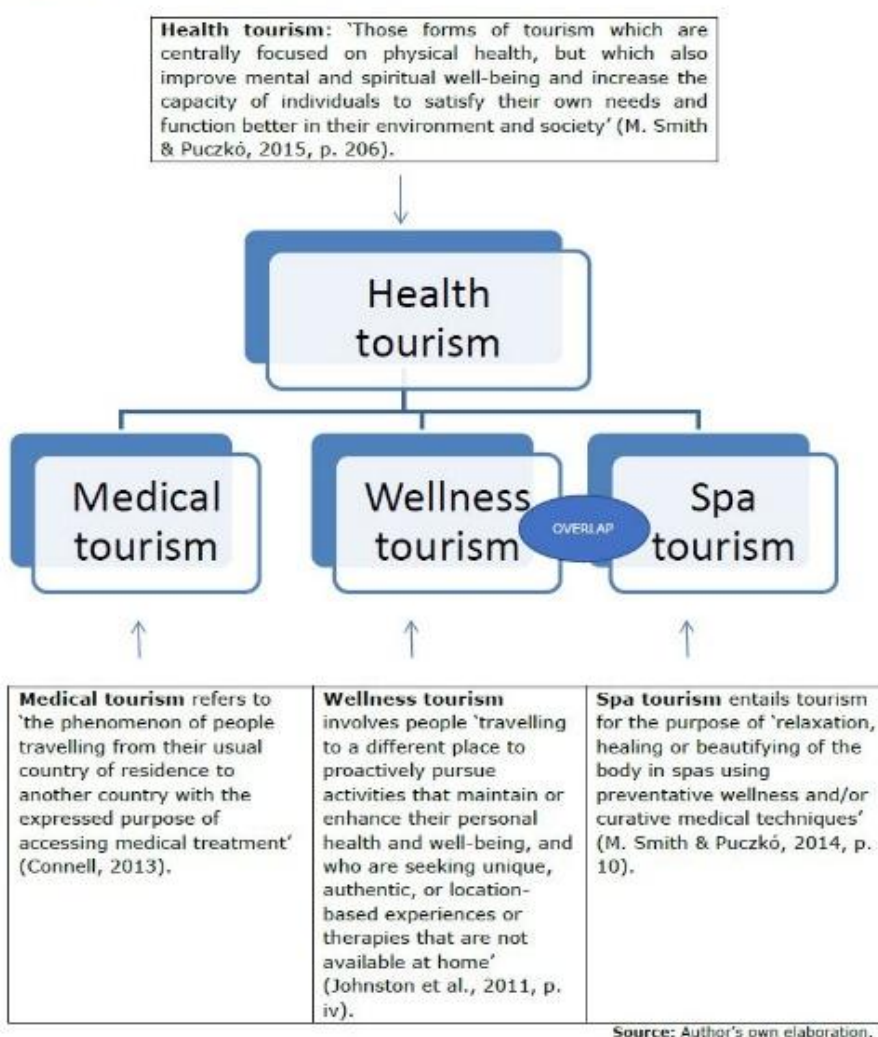
https://www.researchgate.net/figure/The-health-tourism-system_fig1_275887240

แผนภูมิด้านล่างก็แสดงให้เห็นการแบ่งประเภท แผนภูมินี้ยินยอมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพว่าเป็นรูปแบบของการท่องเที่ยวที่เน้นสุขภาพกายเป็นศูนย์กลาง แต่ยังช่วยพัฒนาสุขภาพจิตและจิตใจให้ดีขึ้น และเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคลในการตอบสนองความต้องการและความสนุกสนานของตนเองได้ดีขึ้นในสภาพแวดล้อมและสังคม (อ้างถึง M. Smith & Puczko 2015) ภายใต้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพนี้ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แยกออกเป็นเอกเทศได้ชัดเจน โดยมีความหมายว่าเป็นการเดินทางจากประเทศของตนเองไปยังประเทศอื่นๆ เพื่อมีจุดประสงค์ในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ (อ้างถึง Connell 2013)

ส่วนที่ยังแยกไม่ได้ชัดเจน คือการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพกับการท่องเที่ยวสปา ซึ่งแม้จะมีส่วนซ้อนเหลื่อมกัน แต่ก็อาจจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไปได้อีก แผนภูมินี้แยกการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพกับการท่องเที่ยวสปา แม้จะระบุถึงความซ้อนเหลื่อม (Overlap) กันก็ตาม โดย “การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ” หมายถึง การที่มนุษย์เดินทางไปยังสถานที่แปลกใหม่เพื่อเข้าร่วมกับกิจกรรมที่มีส่วนช่วยบำรุงรักษาสุขภาพของพวกเขา หรือ ปรับปรุงสุขภาพส่วนบุคคล ความเป็นอยู่ที่ดี และผู้ที่กำลังมองหาประสบการณ์หรือการบำบัดที่แท้จริงในสถานที่ที่ไม่เหมือนใครซึ่งไม่สามารถหาได้ที่ประเทศของเขา (อ้างอิง Johnston et al. 2011) และ การท่องเที่ยวสปา เป็นการท่องเที่ยวเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย การบำบัด หรือสร้างเสริมความงามของร่างกายในสปาโดยใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพและ/หรือเทคนิคการบำบัดรักษา (อ้างอิง M. Smith & Puczko 2015)



Figure 1: Overview of health-tourism definitions



ภาพที่ 10 การแยกประเภท Health Tourism

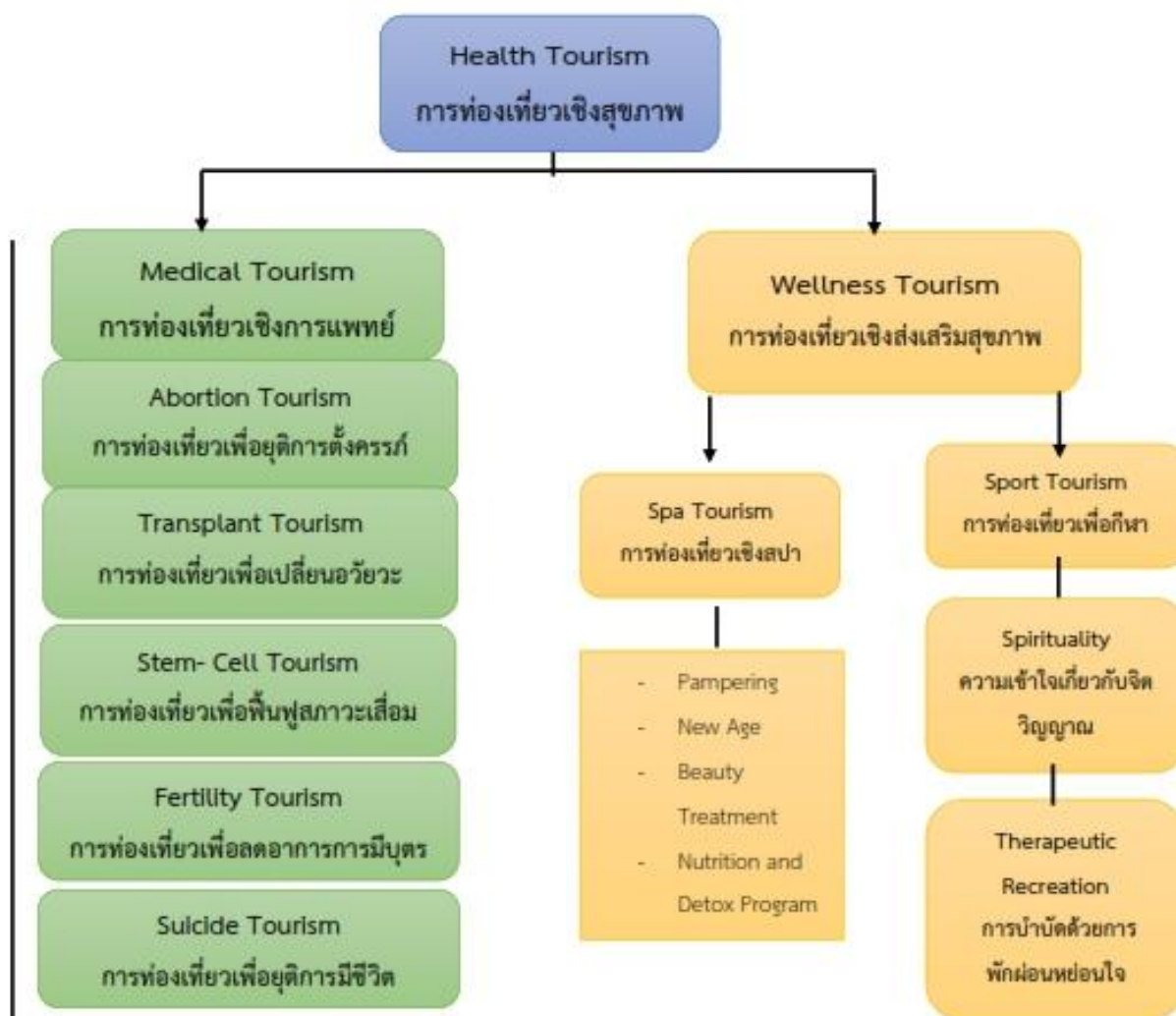
แหล่งที่มา: Tomas Mainil, Eke Eijgelarr, Jeroen Kijis, Jeroen Nawijin and Paul Peeters (2017: 16) :

Directorate E-general for Internal Policies Policy Department for Structural and Cohesion Policies Transport and Tourism (<https://research4committees.blog/601-985figure1/>)

องค์การการท่องเที่ยวโลกแห่งสหประชาชาติ (The World Tourism Organization หรือ UNWTO) ร่วมกับกรรมาธิการเรื่องการเดินทางแห่งยุโรป (The European Travel Commission หรือ ETC) ได้ออกรายงานที่มาจากงานวิจัยร่วมกัน ที่มีชื่อว่า Exploring Health Tourism ในปี พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ซึ่งนับเป็นความพยายามครั้งแรกๆ ที่จะพัฒนาแนวคิดที่เป็นระบบมากขึ้นเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรวมทั้งให้คำนิยามเกี่ยวกับแรงจูงใจของการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้คือบทที่ 3 การพัฒนาอนุกรมวิธานเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Development of Taxonomy for Health Tourism) บทนั้นได้ให้ความหมายของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) ว่าครอบคลุมกิจกรรมที่หลากหลายตั้งแต่การผ่าตัดที่จำเป็นในต่างประเทศไปจนถึงการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เช่น การพักผ่อนและการฝึกโยคะ รายงานระบุว่า การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเป็น “ประเภทของการท่องเที่ยวที่มีแรงจูงใจหลัก การสนับสนุนสุขภาพร่างกาย จิตใจ และ/หรือจิตวิญญาณผ่านกิจกรรมทางการแพทย์และสุขภาพที่เพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการและการทำงานที่ดีขึ้น ในฐานะปัจเจกบุคคลในสภาพแวดล้อมและสังคม” ภายในคำที่เป็นร่วมนี จะมีการกำหนดประเภทย่อยของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ส่วนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) นั้น ในรายงานนี้ให้ความหมายว่าเป็นกิจกรรมการท่องเที่ยวประเภทหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรและบริการทางการแพทย์ที่มีหลักฐานเป็นฐาน ซึ่งอาจรวมถึงการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนการท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Tourism) เป็นกิจกรรมการท่องเที่ยวประเภทหนึ่งที่มุ่งปรับปรุงและสร้างสมดุลให้กับชีวิตมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การประกอบอาชีพ สติปัญญา และจิตวิญญาณ แรงจูงใจหลักสำหรับนักท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพคือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมการใช้ชีวิตเชิงป้องกันเชิงรุก เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การผ่อนคลาย การปรนนิบัติและการบำบัดรักษา



ภาพที่ 11 การแบ่งประเภทของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism)

(ประมวลและเรียบเรียงจาก องค์การการท่องเที่ยวโลกแห่งสหประชาชาติ หรือ UNWTO

ทำเป็นแผนภาพโดยผู้วิจัย)

วิทยานิพนธ์นี้จำกัดขอบเขตการศึกษาวิจัยที่การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังนั้น จึงไม่ลงรายละเอียดเรื่องนิยามความหมายของการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวสปา เพียงแต่ชี้ให้เห็นถึงความซ้อนเหลื่อมกันของความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับช่วงเวลา บริบททางสังคม และผู้ใช้คำต่างๆ เหล่านี้

มีผู้ที่แบ่งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยแสดงให้เห็นว่าการเดินทางไปต่างประเทศเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นปรากฏการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนไปจากเดิมอย่างมาก กล่าวคือ

Horowitz and Rosensweig (2008) มีมุมมองที่สะท้อนให้เห็นความแตกต่างระหว่าง “การเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม” กับ “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่”

Michael D. Horowitz ศัลยแพทย์หัวใจผู้หันมาสนใจการบริหารจัดการด้านการดูแลสุขภาพที่ Emory University's Goizueta Business School ประเทศสหรัฐอเมริกา และ Jeffrey A. Rosensweig อาจารย์ด้านธุรกิจระหว่างประเทศและการเงิน เชี่ยวชาญด้านกลยุทธ์ระดับโลก เศรษฐกิจโลก และการเงินระหว่างประเทศ ที่ Emory University's Goizueta Business School เช่นกัน ได้เขียนบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแบ่งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ “Traditional medical travel” “การเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม” และ “New medical tourism” “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่”

โดยระหว่าง 2 คำนี้มีความแตกต่างกันอย่างมาก ความหมายของ 2 คำนี้มีความแตกต่างในเรื่องจุดประสงค์ของการเดินทาง โดยคำแรก หมายถึง การเดินทางจากประเทศที่กำลังพัฒนาไปยังประเทศที่มีศูนย์การแพทย์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว การเดินทางประเภทนี้มีมานานแล้ว แต่จะมีเฉพาะกับผู้ที่กลุ่มผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมาก สามารถจ่ายค่ารักษาและค่าเดินทางในราคาสูงได้เท่านั้น (Elites) ซึ่งมักจะนิยมเดินทางไปรักษาพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในเรื่องที่ต้องการรักษาเฉพาะทาง เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมัน และสวิตเซอร์แลนด์

สำหรับคำหลัง หรือ “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์รูปแบบใหม่” เป็นการเดินทางของคนจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ไปรักษาพยาบาลในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มนี้คือกลุ่มคนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลในประเทศของตนเองได้ โดยประเทศเป้าหมายที่จะเดินทางมาจะอยู่ในแถบอเมริกาใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แอฟริกา และกลุ่มลูกค้าต่างชาติจะมาจากประเทศอังกฤษ ประเทศแถบตะวันออกกลาง แคนาดา และสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ “การเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม” กับ “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่” ในประเด็นเรื่องคนหรือกลุ่ม กับเรื่องสถานที่หรือแหล่งเป้าหมาย

MEDICAL TOURISM MODEL		
Category and Issue	Traditional Model	Medical Tourism Model
<u>People / Parties</u>		
Need / desire for care	Yes	Yes
Willingness / ability to travel	Yes	Yes
Willingness / ability to receive care in community of origin	No	No
Urgent / emergent care	If necessary	Not possible
Local physician – information	Knows about destination	Has / offers no information
Local physician – referral	May be involved in referral process	Absent from referral process
Agencies / brokers	Manage travel issues	Manage medical and travel issues
Air ambulance	If necessary (common)	No involvement
Insurance companies	No involvement	Involvement increasing
<u>Places / Destinations</u>		
Directionality of travel ^a	To developed countries	From developed countries
Reputation as referral center	Established reputation	No / regional referral center
Tourism / vacation destination	Not a primary consideration	Promoted by some agents and providers

(แหล่งที่มา: Horowitz and Rosensweig (2008) Medical Tourism vs. Traditional International Medical Travel: A Tale of Two Models)

คำที่เกี่ยวข้องอีกคำหนึ่งที่มีการใช้ปะปนกับคำว่า Medical tourism คือคำว่า Medical travel หรือการเดินทางเพื่อการแพทย์ หรือการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล การใช้คำนี้เน้นว่ามี การเดินทางไปต่างประเทศเพื่อการรักษาพยาบาล แต่อาจจะไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการท่องเที่ยว หรือพักผ่อนหย่อนใจร่วมอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ความเห็นว่าการใช้คำว่า Medical tourism อาจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้เดินทางไปรักษาพยาบาลนั้น เดินทางไปเพื่อหาช่องทางรับบริการที่เป็นไปไม่ได้ใน ประเทศของตนเอง อาจจะเนื่องด้วยข้อจำกัดการทางกฎหมาย ความเชื่อทางศาสนา หรืออื่นๆ ด้วย

เหตุผลนี้ จึงมีคำว่า “การหลบหลีกไปรักษาพยาบาล” หรือ “การลี้ภัยทางการแพทย์” (medical exile หรือ medical refugees) (Naraindas and Bastos 2011) สำหรับผู้ที่เดินทางไปรักษาพยาบาลแต่ใช้การท่องเที่ยวเป็นเหตุผลสำคัญ กรณีตัวอย่างคือคู่สมรสสมรสกันที่ไม่มีลูกด้วยกันแล้วหันมาพึ่งพาการปฏิสนธิโดยการแพทย์ในประเทศอื่นที่มีบริการดังกล่าว แต่เนื่องจากสิ่งนี้ไม่เป็นที่ยอมรับในประเทศต้นทาง จึงต้องหาทางหลบหลีกหรือหลบเลี่ยงทำเป็นว่าไปท่องเที่ยวแทนการเปิดเผยความจริง (Inhorn 2011)

ดังที่กล่าวแล้วในบทที่ 1 ว่าในวิทยานิพนธ์นี้ให้นิยามการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ว่าหมายถึง การที่บุคคลเดินทางข้ามพรมแดนของตนเองไปยังประเทศอื่น ๆ เพื่อ เข้ารับการบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานเทียบเท่าหรือดีกว่าในประเทศของตน และในสถานที่นั้น ๆ จะมีอัตราค่ารักษาพยาบาล และ การซื้อยาที่มีราคาถูกกว่าในประเทศของตนเอง รวมถึงการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ทำการรักษาในประเทศตนเอง เป็นการรักษาโดยอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะด้านและมีใบประกอบวิชาชีพในโรงพยาบาล

1.3 ความหมายและการแบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

แหล่งข้อมูลบางแหล่งแบ่งประเภทนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คล้ายกับประเภทของนักท่องเที่ยวทั่วไปคือ

- 1) นักท่องเที่ยวขาออก คือเดินทางจากประเทศของตนเองไปยังต่างประเทศเพื่อการรักษาพยาบาล (Outbound medical tourist)
- 2) นักท่องเที่ยวขาเข้า คือ เดินทางจากต่างประเทศเข้ามายังประเทศปลายทางเพื่อทำการรักษาพยาบาล(Inbound medical tourism)

อย่างไรก็ดี การแบ่งประเภทดังกล่าวนี้จะเป็นประโยชน์เฉพาะในบางเรื่องเท่านั้น โดยทั่วไปแล้วความหมายของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังมีความคลุมเครืออยู่พอสมควร (Connell 2013 อ้างใน Thinakorn Noree 2015) โดยมีนักวิชาการการท่องเที่ยวหลายคน que แบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ เช่น Erik Cohen (2008 :227) ซึ่งแบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็น 5 ประเภทดังนี้

1. Mere Tourist คือ ผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการบริการทางการแพทย์ใดๆ ในประเทศที่ไปเยือนระหว่างการเดินทาง
2. Medicated Tourist คือ ผู้ที่เข้ารับการบริการรักษาพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ หรือปัญหาสุขภาพโดยบังเอิญในระหว่างการเดินทางไปเยือนประเทศต่าง ๆ

3. Medical tourist proper คือ ผู้ที่เดินทางท่องเที่ยวไปยังประเทศต่าง ๆ และได้เข้ารับการรักษายาบาลไปพร้อม ๆ กัน โดยนักท่องเที่ยวในประเภทนี้จะเข้ารับการรักษายาบาลระหว่างที่พวกเขาพักผ่อนยังประเทศอื่น ๆ
4. Vacationing Patient คือ ผู้ที่มาเยือนประเทศต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการรักษายาบาลเป็นหลัก และถือใช้โอกาสนี้พักผ่อนหย่อนใจไปด้วยในตัว โดยจะเข้ารับการผ่าตัดหรือการรักษาอื่น ๆ
5. Mere Patient คือ ผู้ที่เดินทางมาเพื่อทำการรักษายาบาลและไม่คิดที่จะท่องเที่ยวต่อหลังจากการรักษา

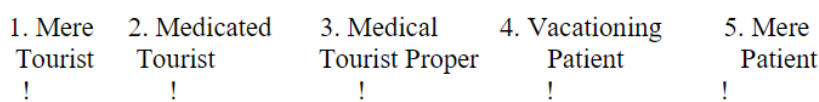


Figure 1: A Typology of Medical Tourists

ภาพที่ 12 แผนภูมิแสดงการแบ่งประเภทนักท่องเที่ยว

แหล่งที่มา: Erik Cohen (2008 : 227) Explorations in Thai Tourism

จากการวิเคราะห์การแบ่งประเภทของ Cohen นั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า ข้อที่ 1 Mere Tourist , ข้อที่ 5 Mere patient และ ข้อที่ 2 Medicated Tourist ไม่น่าจะนับเป็นประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพราะ “Mere Tourist” คือ เป็นผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาใดๆ ระหว่างการท่องเที่ยว ส่วน “Mere patient” เป็นผู้ที่เดินทางเขามารักษาอย่างเดียวและไม่ได้มีการท่องเที่ยว หลังจากนั้น ซึ่งแตกต่างไปจากข้อที่ 3 “Medical tourist proper” และ ข้อที่ 4 “Vacationing Patient” โดยสองประเภทหลังนี้มีจุดหมายเพื่อเดินทางไปยังประเทศต่าง ๆ เพื่อเข้ารับบริการสุขภาพเป็นหลัก มีการวางแผนล่วงหน้าแล้ว ไม่ว่าจะไปมาเอง ผ่านเอเยนต์ หรือติดต่อกับโรงพยาบาลโดยตรง

อย่างไรก็ดี การแยกแยะที่ละเอียดซับซ้อนขึ้นก็ทำให้เข้าใจการแบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของ Cohen ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น งานศึกษาวิจัยที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณของจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในกรณีของประเทศไทย (Wongkit and McKercherb 2013) ทำให้เข้าใจการแยกนักท่องเที่ยวโดยพิจารณาจากการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล (ก่อนหรือหลังเดินทาง) กับการให้น้ำหนักหรือความสำคัญระหว่างการรักษาพยาบาลกับการท่องเที่ยว บทความดังกล่าวได้แยกแยะนักท่องเที่ยวตามกลุ่มตลาด (market segments) ออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

1. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางมาเพื่อการรักษายาบาลเป็นหลัก (dedicated medical tourist) และ ตัดสินใจเรื่องนี้มาก่อนที่จะออกเดินทาง รวมทั้งเน้นการ

รักษาพยาบาลเป็นเหตุผลหลักในการเดินทาง หรือให้น้ำหนักเท่ากันระหว่างการรักษาพยาบาลกับการท่องเที่ยว¹

2. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ยังลังเลใจ (hesitant medical tourist) หมายถึงนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลักหรือมาเพื่อรักษาพยาบาลพอกับเพื่อการท่องเที่ยว แต่ไม่ได้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาลจริงๆ จนกระทั่งเมื่อเดินทางมาถึงแล้ว
3. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (holidaying medical tourist) คือกลุ่มที่มาเพื่อวัตถุประสงค์หลักในการท่องเที่ยวและก็ได้วางแผนมาก่อนแล้วว่าจะมารับการรักษาพยาบาลด้วย
4. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ใช้โอกาสเดินทางมาประเทศไทยในการรักษาพยาบาลด้วย (opportunistic medical tourist) คือกลุ่มที่มาเพื่อท่องเที่ยวเป็นหลักและตัดสินใจที่จะรักษาพยาบาลภายหลังเมื่อเดินทางเข้ามาในประเทศไทยแล้ว

Trip Purpose \ Decision Horizon	Medical (equally to exclusively for treatment)	Pleasure Trip * (mostly to exclusively for pleasure)
Pre-plan Treatment	Dedicated Medical Tourist	Holidaying Medical Tourist
Decision after Arrival	Hesitant Medical Tourist	Opportunistic Medical Tourist

* Note: other trip purposes, including business, can be included but were not identified in this study.

ภาพที่ 13 การแบ่งประเภทนักท่องเที่ยว

แหล่งที่มา: Bob McKercher and Methawee Wongkit (2017) Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand

แผนภูมิการแบ่งนักท่องเที่ยวออกเป็น 4 ประเภท (Wongkit and McKercherb 2013)

Marlow and Sullivan (2007) เขียนหนังสือเรื่อง Medical tourism: the ultimate outsourcing. Human Resources Planning ได้แบ่งนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ผู้ที่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพ

¹“... who also identified seeking treatment as the main reason, or as equally important a reason as a holiday for pleasure, for their travel decision”

2. ผู้ที่ไม่สามารถใช้ประกันสุขภาพได้
3. ผู้ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสุขภาพ

การแบ่งประเภทนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของ Marlow and Sullivan นั้นใช้เกณฑ์การประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นคนทำขึ้นเพื่อมาทำการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพเลย

ส่วน Gan and Frederuk (2011:11-19) ได้แบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็น 4 ประเภทตามช่องทางการติดต่อ ไม่ว่าจะเป็นติดต่อโดยตรงกับสถานพยาบาล หรือผ่านสื่อกลางทั้งในและต่างประเทศ ดังนี้

1. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ติดต่อกับสถานพยาบาลโดยตรง
2. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ติดต่อสื่อกลางอย่างตัวแทนหรือเอเจนต์ (Agency)
3. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ได้รับการรักษาจากการส่งต่อไปของบริษัทในต่างประเทศ
4. นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่พาตัวเองไปรักษายังประเทศอื่น

นิยามและการแบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้นทำให้เห็นถึงความหลากหลายทางความคิดและการตีความ และขึ้นอยู่กับทางเลือกประเด็นหรือเกณฑ์การแบ่งประเภทในแต่ละเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมทั้งขึ้นอยู่กับบริบทของการรักษาพยาบาลและการท่องเที่ยวของประเทศนั้นๆ ด้วย

1.4 ประเภทของการรักษาพยาบาลที่ได้รับความนิยมในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Typologies of popular treatment in medical tourism)

การแบ่งประเภทการรักษาพยาบาลในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็มีการแบ่งหมวดหมู่ที่หลากหลาย ข้อมูลด้านล่างนี้คือ 10 ประเภทอันดับต้นๆ ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ผู้ป่วยเดินทางไปยังประเทศปลายทางทั่วโลก (Medre Healthcare, <https://www.madrehealthcare.com/top-10-types-of-medical-tourism>) ได้จัดลำดับประเภทของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เป็นที่นิยมไว้ดังนี้

1. ทันตกรรม (Dental)
2. ศัลยกรรมกระดูก (Orthopedics)
3. ศัลยกรรมตกแต่งและเสริมความงาม (Cosmetic/Plastic surgery)
4. โรคหัวใจ (Cardiology)
5. การรักษาโรคอ้วนด้วยวิธีการผ่าตัด (Bariatric surgery)
6. การรักษาภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility treatment)

7. ศัลยกรรมดวงตา (Eye surgery)
8. การผ่าตัดหรือรักษา หู จมูก คอ (Ears, nose, and throat)
9. การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ transplants)
10. การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Rehabilitation)

จากการที่มีรายงานประเภทของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ทั่วโลกนั้น มี ประเภทที่นิยม อยู่มากอยู่ในประเทศไทยด้วยดังนี้ จากรายงานของ Medical Tourism Association 2020 กล่าวว่า ประเทศไทยนั้นอยู่ลำดับที่ 5 ในด้านอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโลก ในปี 2020-2021 จาก การจัดอันดับของ Medical Tourism Association ในการจัดอันดับของ MTI Over ranging หรือ Medical Tourism Industry จากเว็บไซต์สำหรับค้นหาเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ โดย 3 อันดับแรกของการรักษาพยาบาล ประกอบไปด้วย

1. Precision Medicine แนวทางการรักษาที่ถูกยกระดับจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี คือการแพทย์แม่นยำหรือการแพทย์เฉพาะเจาะจง เป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่สามารถนำข้อมูล ทางพันธุกรรมหรือข้อมูลชีววิทยาในระดับโมเลกุลมาใช้ในการตรวจวินิจฉัย การรักษา การเลือกใช้ยา การทำนายผลการรักษา รวมถึงการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ให้เหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับ ผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผลการรักษาและดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากที่สุดและมีผลข้างเคียงน้อย ที่สุด

2. Regenerative Medicine การแพทย์แนวใหม่ที่ช่วยให้คนอายุยืนมากขึ้น เป็นการแพทย์ สมัยใหม่ที่มุ่งเน้นการทดแทน การซ่อมเสริม การฟื้นฟูเซลล์และเนื้อเยื่อ รวมถึงอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเสื่อมถอย หรือที่คนไทยคุ้นหูในชื่อ การรักษาด้วยสเต็มเซลล์บำบัด ประกอบไปด้วย

1. การรักษาด้วยเซลล์บำบัด (Cell Therapy) หรือเซลล์ต้นกำเนิดบำบัด (Stem Cell Therapy)

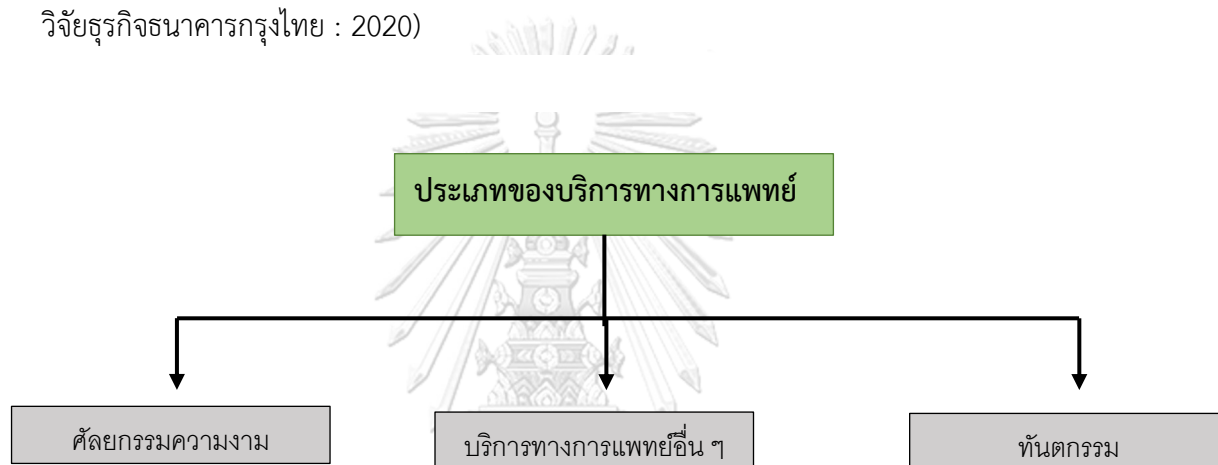
2. การบำบัดด้วยยีน (Gene Therapy)
3. วิศวกรรมเนื้อเยื่อ (Tissue Engineering)
4. เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (Reproductive Medicine)

3. Reproductive Medicine การบริการรักษาภาวะผู้มีบุตรยาก ซึ่งในปัจจุบันภาวะมีบุตร ยากเป็นปัญหาที่พบบ่อยขึ้น และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นคู่สามี ภรรยายุคใหม่ ด้วยเทคโนโลยีทาง การแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าทำให้เกิดเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ที่จะเข้ามาเป็นตัวช่วยในการมีบุตรยาก ซึ่งประกอบไปด้วยเทคโนโลยีดังนี้

- IVF without ICSI หรือ การทำเด็กหลอดแก้ว
- IVF with ICSI หรือการทำเด็กหลอดแก้วที่ต้องทำการช่วยปฏิสนธิร่วมด้วย

- IUI (Intrauterine Insemination) หรือ ที่ผสมเทียมโดยการฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก
- Surrogacy หรือ การอุ้มบุญ

ประกอบกับการรักษาพยาบาลประเภทอย่างอื่น ที่ประเทศไทย ที่เป็นนิยม ได้แก่ การรักษา มะเร็ง การผ่าตัดศัลยกรรมเสริมความงาม ศัลยกรรมตกแต่งหน้า และ ศัลยกรรมหน้าอก การรักษา โรคเบาหวาน การดูแลผู้สูงอายุ การรักษาทางจักษุ การทำเด็กหลอดแก้ว การปลูกถ่ายอวัยวะ การ ผ่าตัดกระดูก การศัลยกรรมเปลี่ยนเพศ การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ การตั้งครภ์แทน หรือ การอุ้มบุญ ทันตกรรม และ รักษาโรคฟัน การรักษาทางเลือกแพทย์แผนจีน (ดร.พชรพจน์ และ สุจิตรา ,วารสาร วิจัยธุรกิจธนาคารกรุงไทย : 2020)



ที่มา :ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
(กันต์สินี กันทะวงค์วารและคณะ : 2558 หน้า 34)

จากแผนภาพด้านบนเป็นประเภทของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่แบ่งโดยการเก็บข้อมูล จากผู้ให้บริการการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของบทสัมภาษณ์ของ กันต์สินี กันทะวงค์วารและคณะ ใน ปี พ.ศ.2558 โดยได้แบ่งข้อมูลประเภทของการท่องเที่ยวเชิงดังนี้

1. ศัลยกรรมความงาม (Cosmetic Surgery)

ประเทศไทยมีชื่อเสียงในด้านการศัลยกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการศัลยกรรมทรวงอก ที่ไม่มีแผลเป็นหลังจากการศัลยกรรม อีกทั้งราคาในการเข้ารับการบริการมีความสมเหตุและสมผล และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการเลือกมาใช้บริการประเภทนี้ ซึ่งนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการประเภทนี้จะเป็นนักท่องเที่ยวจากประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ รวมทั้งบาง ประเทศในยุโรป เช่น เยอรมนีและฝรั่งเศส เป็นต้น (กันต์สินี กันทะวงค์วารและคณะ : 2558)

นอกจากทางด้านราคาที่ไม่แพงนักและชื่อเสียงที่ดีของการรักษาพยาบาลในประเทศไทยนั้น กลุ่มนักท่องเที่ยวที่เข้ามาชมก็ยังมีเชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลและแพทย์ไทย ซึ่งเห็นได้จากการกลับมาเข้ารับการรักษาพยาบาลอีกครั้งในประเภทอื่น ๆ เช่น การตกแต่งเสริมจมูก และ ส่วนมากนิยมเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในต่างจังหวัดที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย เนื่องจากมีสถานที่ท่องเที่ยวเหมาะแก่การพักผ่อนระยะยาวหลังจากการรักษา เช่น เชียงใหม่ ภูเก็ต และพัทยา เป็นต้น (กันต์สินี กันทะวงศ์วารและคณะ : 2558)

2.ทันตกรรม (Dental Care)

ทันตกรรมส่วนใหญ่ที่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะเข้ามาใช้บริการจะแบ่งออกเป็นดังนี้ ทันตกรรมตกแต่ง (Cosmetic Dental) และ ทันตกรรมรากเทียม (Dental Implant) โดยนักท่องเที่ยวส่วนใหญ่จะมาจากทวีปยุโรป และ ตะวันออกกลาง เนื่องจากประเทศดังกล่าวมีค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ในขณะที่ประเทศไทยมีราคาที่ต่ำกว่าและคุณภาพไม่ต่างจากในประเทศต้นทาง และเนื่องจากการรักษาทันตกรรมนั้นใช้เวลาไม่นานในการพักผ่อน สามารถออกจากโรงพยาบาลหลังการรักษาได้เลย ทำให้ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่เลือกที่จะรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ตามหัวเมืองและเมืองท่องเที่ยวที่มีโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลอยู่ เช่น ภูเก็ต พัทยา (กันต์สินี กันทะวงศ์วารและคณะ : 2558)

3.บริการทางการแพทย์อื่น ๆ สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

- **บริการตรวจสุขภาพ (Health Check Up)** นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะเข้ารับการตรวจสุขภาพเมื่อถึงประเทศไทย เนื่องจากเห็นจากการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ในระหว่างที่เดินทางมาพักผ่อน ที่ประเทศไทย เป็นกลุ่มลูกค้าที่ได้มีการวางแผนมาก่อนหน้าที่จะเดินทางเข้ามายังประเทศปลายทางแล้ว นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลุ่มนี้จะมีปัจจัยด้านราคาเป็นตัวตัดสินใจเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพในประเทศไทย นอกจากตัวเองและยังมีกลุ่มญาติที่เดินทางมาด้วยก็อาจจะได้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพ

- **บริการการรักษาโรคซับซ้อน (Complex Disease)** เป็นการรักษาพยาบาลที่มีความเฉพาะทางและต้องอาศัยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคมะเร็ง โรคระดุก ซึ่งนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่จะเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานสากลเท่านั้น ในเลือกในบริเวณกรุงเทพฯเป็นหลักเนื่องจากมีความสะดวกของการคมนาคมและมีเครื่องมือที่ทันสมัยกว่าโรงพยาบาลในต่างจังหวัด (กันต์สินี กันทะวงศ์วารและคณะ : 2558)

2.2 การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และโรคติดต่อที่ระบาดครั้งใหญ่

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาด้านจุลชีพหรือยาปฏิชีวนะ (Antimicrobial resistance หรือ AMR) หมายถึง การดื้อของเชื้อจุลชีพที่มีต่อยาปฏิชีวนะก็เป็นปัญหาสำคัญที่จะเกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ปัจจุบันปัญหานี้มีอัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นเนื่องจากการคมนาคมขนส่งที่สะดวกและรวดเร็ว ปัญหาเชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายผ่านข้ามพรมแดนได้โดยผ่านการเดินทางของมนุษย์ การขนย้ายสัตว์ และสินค้าทางเกษตร นอกจากนี้ในมนุษย์แล้วเชื้อดื้อยาก็ยังสามารถจะอยู่ในเนื้อสัตว์และอาหารได้อีก ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แล้ว ยังมีผลในวงกว้างในด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย เพราะปัญหาของเชื้อดื้อยานั้นทำให้เกิดข้อจำกัดในการรักษาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ในผู้ป่วย เช่น มะเร็ง รวมทั้งไม่สามารถจะเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและปลูกถ่ายไขกระดูก เพราะผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อเนื่องจากไม่มียาที่ได้ผลสำหรับการป้องกันและรักษา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข 2553, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ 2559)

ในปัจจุบัน มีการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายชนิด เช่น Multidrug-resistant bacteria, MDR bacteria เข้าสู่ประชากรในหลายประเทศ ผู้ที่ติดเชื้อมักจะได้รับเชื้อจากในโรงพยาบาล โดยมากมักจะเป็นผู้ป่วยห้อง Intensive Care Unit ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ต้องล้างไต หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มาเยือนโรงพยาบาล มักมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อนี้ได้ง่าย (สุจิตรา จันทวิสุทธิ, 2559) ผลกระทบทางด้านสุขภาพในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้นถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขและสังคม

Tamara L. Hill เป็นทนายความในสหรัฐฯ ที่มาจากสายนิติศาสตร์แต่ทำเกี่ยวกับเรื่อง “ทิวเวทปฏิบัติ”² และเรื่องเชื่อมโยงสุขภาพและสวัสดิภาพกับกฎหมาย เธอได้เขียนบทความเกี่ยวกับการเติบโตของอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เป็นการเดินทางของผู้ป่วยไปยังประเทศอื่นๆ เพื่อเข้ารับการรักษา แต่ในขณะเดียวกัน กิจกรรมดังกล่าวก็มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการนำเชื้อแบคทีเรียดื้อยาปฏิชีวนะกลับมายังประเทศของตนเองได้อีกด้วย เช่น พบหลักฐานว่ามีเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่เพิ่งค้นพบเกิดการกระจายข้ามชาติโดยโยงกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (One recently

² มีการใช้คำนิยาม “ทิวเวทปฏิบัติ” ว่าเป็นการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ผิดไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย” (จาก “องค์ประกอบของทิวเวทปฏิบัติ” โดย เรืองฤดี ปธานวนิช วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2560

discovered antibiotic-resistant strain of bacteria has shown evidence of fast international spread due to connections with medical tourism) เรื่องนี้ซับซ้อนเพราะแต่ละประเทศก็มีมาตรฐานและการควบคุมเรื่องสาธารณสุขแตกต่างกันไปและหากมีการเฝ้าระวังใช้ในด้านทฤษฎีปฏิบัติ ก็มีแง่มุมทางกฎหมายที่แตกต่างกันไป (2011)

Akke K. van der Bij and Johann D. D. Pitout ได้เขียนบทความร่วมกัน (2012) โดย van der Bij ทำงานด้านจุลชีววิทยาทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเรนีเออร์ เดอ กร๊าฟ (Reinier de Graaf) ในเนเธอร์แลนด์ และ Pitout ที่ทำงานด้านจุลชีววิทยาทางการแพทย์ที่มหาวิทยาลัยคัลกาเรีย (University of Calgary) ในแคนาดา ทั้งคู่พบว่าปัญหาที่มีผลมาจากการเดินทางระหว่างประเทศ ทั้งจากการท่องเที่ยวและการที่เกิดสงครามและทำให้มีผู้ลี้ภัยเดินทางข้ามแดน ทำให้เกิดการนำเชื้อโรคดื้อยาออกไปแพร่สู่คนในประเทศอื่นๆ

การเดินทางเพื่อท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีแนวโน้มจะเกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยาเป็นสองเท่าของการเดินทางทั่วไป เชื้อดื้อยา (AMR) ที่มาจากการเดินทางข้ามพรมแดนที่นั่นอาจจะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของอีกพื้นที่หนึ่งอย่างมาก และการติดตามเชื้อดื้อยาที่แพร่กระจายจากการเดินทางโดยเฉพาะจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็เป็นเรื่องที่ยาก เพราะการพบเชื้อดื้อยาและรายงานกรณีการเจ็บป่วย อาจจะไม่ได้อยู่หรือระบุไปถึงการเดินทางของผู้ป่วย นอกจากนี้ การศึกษาที่เชื่อมโยงเชื้อดื้อยากับการเดินทางโดยวิเคราะห์ภายใต้เงื่อนไขของเวลาและการกระจายตัวไปยังภูมิภาคต่างๆ ยังมีน้อย ซึ่งงานเหล่านี้จะช่วยในการค้นหาแนวทางรักษาผู้ป่วยที่เดินทางกลับมาจากภูมิภาคที่เสี่ยงได้ดีขึ้น (Bokhary et al. 2021)

โลกาภิวัตน์ที่ทำให้การเดินทางระหว่างประเทศสะดวกรวดเร็ว การค้าระหว่างประเทศ การเติบโตของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นปัจจัยให้เชื้อดื้อยาแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว สำหรับการพบเชื้อดื้อยาจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น มีกรณีนักท่องเที่ยวชาวยุโรปที่มาทำศัลยกรรมความงามที่ประเทศอินเดีย และติดเชื้อมาไปยังประเทศของตน และมีรายงานในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) และต่อมา พบว่าเชื้อนี้กระจายไปทั่วโลก รวมทั้งพบในประเทศไทยด้วย (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ 2558 หน้า 14, กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มปป. หน้า 8 โดยอ้างถึง Nordmann P, Naas T, Poirel L. Global Spread of Carbapenemase producing Enterobacteriaceae) *Emerging Infectious Diseases*. 2011;17(10):1791-1798.)

Sanjaya Senanayake แพทย์และอาจารย์ด้านแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลีย เขียนบทความเกี่ยวกับเรื่องเชื้อดื้อยา (2013) โดยให้ความเห็นว่านอกเหนือจากสาเหตุของการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไป การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมในหมู่มนุษย์ และ สัตว์ และการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมด้วยยาปฏิชีวนะแล้ว การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่งผลให้เกิดการดื้อยาปฏิชีวนะอย่างมากด้วย Senanayake ให้เหตุผลว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพิ่มความเสี่ยงให้การ

ระบาดของเชื้อดื้อยาด้วยเหตุผลสองประการคือจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มี อัตราของเชื้อดื้อยามากกว่าในออสเตรเลีย และ นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ก็จะเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อในสถาน รักษาพยาบาลในประเทศดังกล่าวที่มีเชื้อดื้อยามากกว่า (First, some of the popular destinations for medical tourism have higher rates of antibiotic-resistant bacteria than Australia. And second, unlike other tourists, medical tourists will be exposed to healthcare facilities in these countries where there are more antibiotic-resistant bacteria)

ในกรณีแคนาดา มีการพบเชื้อดื้อยาในปี ค.ศ. 2017 (พ.ศ. 2560) ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการ รักษาพยาบาลในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอินเดีย เชื้อดื้อยาที่พบคือเชื้อ *Candida. auris* ซึ่งพบเป็น ครั้งแรกในญี่ปุ่นเมื่อปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552) แต่ต่อมาก็พบในประเทศอื่นๆ ด้วย (Bethany Lindsay 2019) ดร.ลินดา ฮวาง (Linda Huang) ผู้อำนวยการร่วมด้านการแพทย์ของเครือข่ายการควบคุม การติดเชื้อระดับจังหวัดในแคนาดาให้ความเห็นว่ากรณีส่วนใหญ่ของการติดเชื้อดื้อยามาจากผู้เดินทางที่ไป รักษาพยาบาลในต่างประเทศ รวมทั้งนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ด้วย ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก และ จำต้องให้ผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์ และ สาธารณสุขรวมทั้งผู้ที่เดินทางไปรักษาพยาบาลนอกพื้นที่ได้ตระหนัก ถึงเรื่องนี้ รวมทั้งแก้ไขปัญหาคือต้นตอในประเทศที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ และ ไม่ได้มีระเบียบ หรือการควบคุมการใช้ที่เหมาะสม

ในแคนาดา มีบทความ (2018) ที่เขียนโดย Bradley J Langford เกษัตริ์กรหลักในโครงการการ ควบคุมเชื้อดื้อยาขององค์การสาธารณสุขออนทาร์ริโอ (Lead Pharmacist for Public Health Ontario's Antimicrobial Stewardship Program (ASP) และผู้เขียนร่วมคือ Kevin L Schwartz ที่ ทำงานที่องค์การสาธารณสุขออนทาร์ริโอเช่นกัน บทความนำเสนอการศึกษากรณีความเสี่ยงที่เกิดจากการ รับเชื้อดื้อยาในระหว่างการเดินทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เดินทางไปรักษาพยาบาลต่างประเทศ บทความนี้ยังเน้นย้ำเรื่องความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มักจะถูกมองข้ามไป (Given the risk of acquiring drug-resistant organisms while travelling, particularly for individuals who access health care systems abroad, this poses an important and often underestimated risk for those who are considering medical tourism) (Langford and Schwartz 2018)

ในกรณีสหรัฐอเมริกา เว็บไซต์ของศูนย์วิจัยและนโยบายด้านโรคติดเชื้อ (Center for Infectious Disease Research and Policy) แห่งมหาวิทยาลัยมินนิโซต้า สหรัฐฯ (Chris Dall.2021) ได้นำเสนอว่านักท่องเที่ยวชาวอเมริกัน 38 คนที่เดินทางไปเม็กซิโกเพื่อการผ่าตัดในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 (ค.ศ. 2018-2019) และต่อมาพบว่าได้รับเชื้อดื้อยา³ และแม้ว่าคลินิกแห่งนั้นจะถูกปิด

³ carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa*

ไปในปี พ.ศ. 2564 แต่การระบาดอาจจะมีอยู่เพราะมีผู้ที่ตั้งถิ่นฐานในสหรัฐฯ ประมาณปีละ 750,000 คน ที่เดินทางไปรับการรักษาพยาบาลในประเทศต่างๆ ซึ่งมีมาตรฐานและระเบียบแตกต่างกันไปในการควบคุมโรคติดเชื้อ

สำหรับแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยาที่มีข้อเสนอว่าในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางไปรักษาพยาบาลต่างประเทศนั้นจะต้องมีการศึกษาวิจัยและประเมินการแพร่กระจายและความเสี่ยงจากเชื้อดื้อยาโดยผู้ที่เดินทางไปรักษาพยาบาลในพื้นที่ที่มีการระบาด เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และเพื่อที่จะสามารถหาทางป้องกันที่ดียิ่งขึ้นได้ (van der Bij and Pitout 2012) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอโดย Langford and Schwartz (2018) ที่แนะนำให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้คำแนะนำเรื่องความเสี่ยงเหล่านี้ รวมทั้งให้ยาที่เหมาะสมสำหรับนักเดินทางที่เจ็บป่วยเช่นท้องเสีย และให้การบำบัดรักษาโดยการสั่งใช้ยาแบบคาดการณ์ล่วงหน้า (Empiric therapy) สำหรับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหลังการเดินทาง แม้จะยังไม่ทราบผลการตรวจเชื้อจากห้องปฏิบัติการ (...counselling patients on the risks of acquiring drug-resistant organisms, appropriate antibiotic prescribing for travellers' diarrhea and tailored empiric therapy for patients presenting with infection after travel)

ในแง่ของการบริหารจัดการ Senanayake เสนอว่ายุทธศาสตร์การหลีกเลี่ยงเชื้อดื้อยา หรือ EVADES BUGS จะต้องมีการทำงานเชื่อมโยงหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การค้า เกษตรกรรม สิ่งแวดล้อม การท่องเที่ยว และศุลกากร และเห็นว่าควรจะมีหน่วยหนึ่งที่จะและรับผิดชอบประสานงานเพื่อยุทธศาสตร์นี้ เช่น ในออสเตรเลีย ก็ควรมีศูนย์ควบคุมโรคที่จะติดตามและรองรับโรคติดต่อ นอกจากนั้นก็ต้องมีการทำงานประสานระหว่างประเทศด้วย (Senanayake 2013)

ในส่วนของความพยายามระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกได้ทบทวนกฎระเบียบเดิม ๆ ที่ไม่ทันสมัย และ พัฒนาระเบียบระหว่างประเทศ ซึ่งผ่านการรับรองโดยสมัชชาอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) จึงเรียกว่า เรียกกันว่า “กฎอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005” (International Health Regulations 2005 หรือ IHR 2005) กฎอนามัยฯ นี้มีเป้าหมายในการป้องกัน (Prevent) การคุ้มครอง (Protect) และการควบคุม (Control) กรณีปัญหาภัยสุขภาพสำคัญๆ ที่มีลักษณะฉุกเฉินและข้ามชาติ โดยเน้นภาวะอันตรายของ (1) โรคติดเชื้อ (2) โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (3) อาหารปลอดภัย (4) สารเคมี (5) กัมมันตรังสีและนิวเคลียร์

ต่อมาประเทศไทยได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2460-2564 ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของไทยที่เน้นการแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ โดยแผนนี้ได้ระบุถึงภัยคุกคามหนึ่งของปัญหานี้คือ “(T5) การเดินทางที่สะดวก การเปิดพรมแดนสู่ประชาคมอาเซียน การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ และการค้าระหว่างประเทศ ทำให้มีการเคลื่อนที่และเคลื่อนย้ายของคน สัตว์ และ

สินค้าทางการเกษตรที่สะดวกและรวดเร็ว จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา” (หน้า 15) และความจำเป็นที่จะต้องมีแผนฯ นี้ก็คือเพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบที่เกิดจากการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต่อ “ระบบเศรษฐกิจ การค้า และการท่องเที่ยว” (หน้า 10)

อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีแผนฯ ต่างๆ แล้ว แต่เนื่องจากภัยคุกคามหนึ่งที่สำคัญคือ “การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาที่จับต้องยาก เนื่องจากไม่มีอาการปรากฏในทันที จึงต่างจากโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่สามารถทำความเข้าใจและตรวจจับได้ง่าย” การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จะเป็นทั้งธุรกิจ/อุตสาหกรรมที่ส่งเสริมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และธุรกิจ/อุตสาหกรรมที่ได้รับผลกระทบสูงจากเรื่องดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการพิจารณาเรื่องดังกล่าวในหลายมิติ

จากการทบทวนเอกสาร ยังไม่พบว่ามียานที่ศึกษาวิจัยของไทยในเรื่องความเชื่อมโยงระหว่างการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและปัญหาเชื้อดื้อยา ดังนั้น จึงนับว่าเรื่องนี้ยังไม่ได้รับความสนใจมากนัก ทั้งๆ ที่ไทยควรจะพัฒนาการป้องกันและควบคุมอย่างรอบคอบเพื่อที่จะทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยก่อให้เกิดผลกระทบเรื่องนี้น้อยที่สุด

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมิติทางสังคม

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย ที่เชื่อมโยงกับมิติทางสังคม ซึ่งได้เลือกเอกสารที่เน้นเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หรือที่เกี่ยวข้องโดยตรงเท่านั้น โดยไม่ได้รวมไปถึงเอกสารเรื่องการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพราะจะกินความกว้างขวางกว่าการบำบัดรักษาและเกินขอบเขตของการวิเคราะห์ จากการทบทวนเอกสาร สามารถจะแบ่งเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1) เอกสารส่วนใหญ่จะเน้นการวิจัยหรือศึกษาเพื่อหาแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว การเพิ่มศักยภาพการแข่งขันของประเทศไทยในเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมถึงแนวทางให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย และการต่อยอดจุดเด่นในด้านต่างๆ เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวได้มากขึ้น

2) เอกสารอีกส่วนหนึ่งกล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยมีประเด็นคล้ายคลึงกับเอกสารกลุ่มแรก แต่ก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องผลกระทบและข้อควรพิจารณาในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการมีนโยบายเพื่อที่จะรองรับผลกระทบเหล่านั้น

3) เอกสารส่วนน้อยให้รายละเอียดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในไทยโดยเน้นประเด็นที่ควรพิจารณาในด้านเศรษฐกิจ สังคม โลกาภิวัตน์ และผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ผลต่อระบบสุขภาพ ผลกระทบต่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล และ/หรือเป็นการวิเคราะห์ที่เข้มงวด

เชิงยุทธศาสตร์ นโยบาย โครงสร้างและกลไกต่างๆ ที่มีอยู่และที่จะต้องเตรียมการเพื่อส่งเสริมการ
ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารกลุ่มที่ 1

เอกสารที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวและปัจจัยในการเลือกรักษาพยาบาลมีอยู่
เป็นจำนวนมาก งานกลุ่มนี้จะเน้นศึกษาเพื่อที่จะยกระดับอุปทานของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่น
Ricafort (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกโรงพยาบาลจุดหมายของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
และวิเคราะห์จัดลำดับปัจจัยเพื่อที่โรงพยาบาลจะได้พัฒนาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม ส่วน
Veerasoontorn et al. (2011) นำเสนอการศึกษาจากประสบการณ์ของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
จากประเทศที่พัฒนาแล้วที่เข้ามารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในไทย และวิเคราะห์ว่า
ความสำเร็จของการแข่งขันนั้นไม่ใช่เรื่องราคาหรือคุณภาพของการรักษาพยาบาล แต่เป็นคุณภาพการ
บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีความพิเศษเฉพาะแต่ละบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจและ
เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล

ศรัณยา เลิศพุทธรักษ์ เขียนบทความ (2556) ที่ชี้ให้เห็นว่าการท่องเที่ยวเชิงบำบัดรักษาเป็น
การสร้างรายได้ให้แก่ผู้ประกอบการและประเทศ โดยสร้างความประทับใจให้เกิดการบอกต่อและ
กลับมาใช้บริการซ้ำ จึงมีการศึกษาแรงจูงใจของนักท่องเที่ยวเพื่อให้มาใช้บริการเพิ่มขึ้นทั้งปัจจัย
ผลักดันและปัจจัยดึงดูด ข้อเสนอแนะคือไทยควรมีกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ โดยเน้นถึงความ
เชี่ยวชาญของทีมแพทย์และความทันสมัยของเทคโนโลยีเพื่อสร้างความแตกต่างจากประเทศคู่แข่ง
เน้นอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย

พ. สุจารินพงค์ และ ณ. มณีโรจน์ (2018) ศึกษาศักยภาพของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ใน
ประเทศไทยและความตั้งใจเชิงพฤติกรรมของนักท่องเที่ยว ซึ่งมีระดับที่สูงในทั้งสองเรื่อง รวมทั้งยังมี
ความสัมพันธ์เชิงบวกต่อกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งสูงที่สุดในเรื่องคุณภาพของบริการการแพทย์ ทรัพยากร
มนุษย์ในด้านบริการ และทรัพยากรธรรมชาติและวัฒนธรรม

เอกสารกลุ่มที่ 1 ที่วิเคราะห์ถึงการทำการตลาดและการพัฒนาศักยภาพในการแข่งขันก็มี
เป็นจำนวนมากเช่นกัน เช่น Mechinda et al. (2010) ศึกษาการที่นักท่องเที่ยวมีความภักดีต่อการ
ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในพญา ที่มีปัจจัยบนความพึงพอใจ ความไว้วางใจ คุณค่าที่มองเห็น
ความคุ้นเคยกับแหล่งหรือจุดหมายปลายทาง และภาพลักษณ์ของแหล่งปลายทาง และมีความ
แตกต่างระหว่างนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการโรงพยาบาลกับนักท่องเที่ยวที่ใช้บริการคลินิกคือกลุ่มแรกจะ
เน้นเรื่องความไว้วางใจ และกลุ่มหลังเน้นเรื่องความพึงพอใจ

บทความโดย Rerkrujipimol and Assenov (2011) นำเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์ทาง
การตลาดเพื่อให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ดึงดูดนักท่องเที่ยวได้มากขึ้น การมีระเบียบและนโยบาย

สนับสนุนจากรัฐ การเมืองค้ำที่จะเป็นศูนย์ประสานและส่งเสริมอุตสาหกรรมนี้ การส่งเสริมการพัฒนาและผสมผสานผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ใหม่ๆ การส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ การรับรองมาตรฐานการรักษาพยาบาล

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย มีบทความ (2555) ที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในวารสารเศรษฐกิจโดย พบว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยยังคงล่าช้ากว่าสิงคโปร์และมาเลเซีย แต่ทว่ายังสามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อที่จะสร้างโอกาสในการให้บริการผู้ป่วยจากอาเซียน เช่น กลุ่ม ลาว กัมพูชา และเมียนมา (CLMV)

ภัทรภร จิรมหาโกคา เขียนวิทยานิพนธ์ภายใต้คณะกรรมการจัดการท่องเที่ยว สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เรื่อง “แนวทางการพัฒนาความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” (2557) โดยศึกษาความคาดหวังและการรับรู้ของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ชาวต่างชาติ จำนวน 400 คน โดยข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ให้ตรงกับความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุด

การศึกษาโดย Alberti et al. (2014) สำนวจบทบาทและการริเริ่มของรัฐในการพัฒนากลุ่มการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยการวิจัยระยะยาวโดยใช้กรณีศึกษาเพื่อดูการพัฒนาและนโยบายในการแข่งขัน และ พบว่าระบบสุขภาพและบริการต้อนรับนักท่องเที่ยวที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน ซึ่งข้อค้นพบจะช่วยทำให้ผู้กำหนดนโยบายเห็นประเด็นของบทบาทของรัฐในการส่งเสริมเรื่องนี้โดยเสริมพลังระบบทั้งสองร่วมกัน

ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์ มีรายงานการศึกษาวิจัย “โครงการรูปแบบการท่องเที่ยวที่ผูกโยงกับสุขภาพ (Medical Tourism) และความสามารถในการแข่งขันของไทยกับประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์: การสำรวจวิเคราะห์จากนักท่องเที่ยวในประเทศไทย” (2557) โดยพบว่าความพึงพอใจของนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มาจากต่างชาติประสบความสำเร็จสูงเนื่องจากปัจจัยแวดล้อมทางอื่นอื่นๆ ของประเทศไทย เช่น การบริการและราคา การมีล่ามแปลภาษาเพื่อให้มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มช่องทางการให้บริการออนไลน์ และบริการที่เกี่ยวข้องเช่น การจัดรถบริการรับส่งที่สนามบิน สำหรับการบริการที่มีศักยภาพสูงในอนาคตอันใกล้ นั่นคือ การบริการศัลยกรรมพลาสติกและความงาม

นันทสารี สุขโต ในบทความเรื่อง “การวิเคราะห์สถานการณ์ทางการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย” (2558) พบว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จัดเป็นตลาดที่เกิดขึ้นใหม่ในอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่ทวีความสำคัญมากขึ้นในทุกปี สามารถสร้างรายได้เป็นจำนวนมากในระยะเวลาสั้น ส่วนกันต์สินี กันทะวงศ์วาร และคณะ (2559) มีงานวิจัยเรื่อง “ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (เมดิคัล)” และ ญัฐพัชร มณีโรจน์ และนราศรี

ไววนิชกุล (2559) เขียนบทความเรื่อง “ความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย”

พิมพ์มาตา วิชาศิลป์, ภิสดา แสงซื่อ และนพมาศ กลัดแก้ว (2560) ในรายงานการวิจัยเรื่อง “กลยุทธ์การเพิ่มมูลค่าและคุณค่าของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพื่อขยายเวลาพักและการมาใช้บริการซ้ำของนักท่องเที่ยวต่างชาติในประเทศไทย” พบว่า บทบาทของรัฐที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยรัฐบาลถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รัฐบาลมีหน้าที่หลักในการอนุญาตวีซ่าให้แก่นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้ซึ่งการที่จะเพิ่มจำนวนทั้งตัวนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เองและเพิ่มจำนวนระยะเวลาในการพำนักในประเทศ การศึกษาพบว่าประเด็นในเรื่องการอนุญาตวีซ่านั้นเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายเพราะมีเรื่องของมาตรการความปลอดภัยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยจึงต้องมีการพิจารณากันอย่างรอบคอบ ส่วนแนวทางเกี่ยวกับการส่งเสริมการตลาดสำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น จะเน้นไปที่ผู้ประกอบการทางการแพทย์ โดยควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์แบบปากต่อปากและการสร้างเครือข่ายเป็นวงกว้าง

Moghavvemias et al. (2017) ศึกษาเว็บไซต์ของโรงพยาบาล 51 แห่งในไทย มาเลเซีย และอินเดียที่ส่งเสริมการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ให้ข้อมูลด้านบริการ ความเชี่ยวชาญ การบำบัดรักษา อุปกรณ์เครื่องมือเพื่อผู้ป่วย/ผู้บริโภคนอกถิ่นและต่างประเทศเพื่อพิจารณาถึงการนำเสนอใน 5 ด้านคือสถานที่ การรับผู้ป่วยและบริการ บริการออนไลน์ กิจกรรมภายนอก และอุปกรณ์หรือประเด็นทางเทคนิค

Chanarat et al. (2020) มีบทความเรื่อง “MEDICAL TOURISM BEHAVIORS OF CHINESE TOURISTS: A CASE STUDY OF PRIVATE HOSPITALS IN PHUKET” แสดงให้เห็นศักยภาพของภูเก็ตที่จะดึงดูดนักท่องเที่ยวชาวจีนในแง่ของจำนวนนักท่องเที่ยวที่เข้ามาเมืองไทย และรายได้ โดยบริการด้านการแพทย์จะต้องยกระดับคุณภาพให้มีมาตรฐานระดับนานาชาติมากขึ้น เชื่อมโยงผลิตภัณฑ์การท่องเที่ยวในรูปแบบของแพคเกจด้านการแพทย์ เช่น การชะลอวัย (medical package program of Anti-Aging) ซึ่งบริการดังกล่าวก็มีในประเทศจีน แต่มีการรอคิวจองนานและราคาแพงกว่าในไทย

เอกสารกลุ่มที่ 2

เอกสารในกลุ่มนี้ให้รายละเอียดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในเชิงลึกกว่ากลุ่มแรก โดยบางชิ้นมีการวิเคราะห์ความเป็นมา เพื่อให้เข้าใจถึงผลกระทบด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งผลกระทบข้อควรพิจารณาในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการมีนโยบายเพื่อที่จะรองรับผลกระทบเหล่านั้น

ประสิทธิ์ วัฒนาภา (2550) ทำรายงานศึกษาเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) เรื่องการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชียของประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยมีศักยภาพสูงมากในด้านมาตรฐานการพยาบาลและบริการทั่วไป เพื่อการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชีย โดยมีจุดเด่นทั้งในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและบริการทั่วไปและตลอดจนอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ต่ำกว่าในหลายประเทศ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรงพยาบาลที่เข้าข่ายจะเป็นโรงพยาบาลเอกชน ประชาชนไทยผู้ด้อยโอกาส จะไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการในลักษณะการเป็นศูนย์กลางทางด้านการแพทย์ของภูมิภาคเอเชียของประเทศไทย ประชาชนไทยอาจจะได้รับความไม่เท่าเทียมในการรักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับชาวต่างประเทศที่เดินทางมาเพื่อรักษา และในด้านมาตรฐานการรักษานั้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ย้ายเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการให้บริการแก่ประชากรไทยผู้ด้อยโอกาส เกิดสภาวะสองมาตรฐานขึ้นในระบบการดูแลรักษาพยาบาล

ณัฐพัชร มณีโรจน์ (2558) ศึกษาเรื่อง “แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย” พบว่า การบริการทางการแพทย์มีความหลากหลาย สิ่งที่เป็นดึงดูดให้นักท่องเที่ยวเดินทางมารักษาในประเทศไทยคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ มีค่าใช้จ่ายที่ถูก โรงพยาบาลได้รับมาตรฐานระดับสากล ผู้คนมีอริยาไยไมตรีเป็นมิตร รวมถึงประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวที่หลากหลายซึ่งเหมาะกับการพักผ่อน หรือการเดินทางการท่องเที่ยวต่อหลังการรักษาแล้วเสร็จ อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์บางสาขาขาดแคลน และยังขาดทักษะในด้านภาษา อีกทั้งโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่ได้มาตรฐานสากล จึงเกิดการกระจุกตัวของกลุ่มผู้ป่วย ดังนั้น ณัฐพัชร จึงได้เสนอแนวทางไว้ทั้งหมด 5 ข้อซึ่งประกอบไปด้วย 1) แนวทางพัฒนาด้านบุคลากร 2) แนวทางการพัฒนาด้านการตลาดและการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 3) แนวทางการพัฒนาด้านการยกระดับโรงพยาบาลการบริการทางการแพทย์ และโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ 4) แนวทางการพัฒนาด้านนโยบาย และการประสานงานระหว่างภาครัฐกับภาคธุรกิจที่ประกอบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และ 5) แนวทางการพัฒนาด้านธุรกิจที่สนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้อง

พรมิตร กุลการยีนยง (2560) เขียนบทความเรื่อง “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย: ความท้าทายและการพัฒนา” โดยพบว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีความท้าทายในประเทศไทยอยู่ทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) สังคมผู้สูงอายุเกิดขึ้นแทบจะทั่วโลก แต่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีกำลังทรัพย์ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 2) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ต่ำ ส่วนใหญ่ค่ารักษาพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีราคาที่สูงกว่าประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับค่าบริการประเภทเดียวกัน ทำให้นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่าง

ใน อเมริกา หรือยุโรป ต้องการเดินทางมายังประเทศที่กำลังพัฒนาเพิ่มมากขึ้น 3) การเกิดสมองไหลของแพทย์ เกิดการเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งจำเป็นต้องจ้างผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งทำให้เกิดอัตราการลาออกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐไปร่วมงานกับโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐเกิดการขาดแคลนบุคลากรเพิ่มมากขึ้น 4) การสร้างความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัย โรงพยาบาลเอกชนต้องสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ ในแต่ละขั้นตอนการรักษา ตั้งแต่เรื่องภูมิคุ้มกันเกี่ยวกับเชื้อโรค การนำผลการรักษาเบื้องต้นมาร่วมพิจารณาวางแผนการรักษา อาการเจ็บป่วยแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติระหว่างเดินทางกลับไปยังประเทศของตน ฯลฯ

Pattharapinyophon (2019) เขียนบทความเรื่อง “โอกาสและความท้าทายของประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของภูมิภาคอาเซียน” ซึ่งแม้ว่าจะมีข้อได้เปรียบคือ ค่ารักษาพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ทางการท่องเที่ยว การให้บริการแบบไทย โครงสร้างพื้นฐาน และการสนับสนุนของภาครัฐด้านการตลาด แต่การแข่งขันสูงทำให้การขยายตลาดมีความท้าทาย เช่นการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การขาดการสนับสนุนโดยภาครัฐอย่างเพียงพอ และอุปสรรคด้านวัฒนธรรม

เอกสารกลุ่มที่ 3

เอกสารกลุ่มที่ 3 นี้เป็นกลุ่มที่ผู้เขียนให้ความสำคัญกับผลกระทบด้านต่างๆ ของการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย และความเชื่อมโยงระหว่างกระแสโลกาภิวัตน์กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งทำให้ต้องมีการพิจารณาให้รอบด้านต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศ เพราะอาจจะมีประเด็นเรื่องความเป็นธรรมด้านสุขภาพ กระบวนการทำให้เป็นสินค้าผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ และการกระจายผลประโยชน์ให้สังคมโดยรวม

Erik Cohen (2008) ศาสตราจารย์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยฮิบรูแห่งเยรูซาเลม เขียนบทความเรื่อง Medical Tourism in Thailand โดยกล่าวว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือธุรกิจที่มีผลกำไรสูง เป็นการพัฒนาจากการให้บริการทางการแพทย์กลายเป็นสินค้า ผ่านการจัดการและโฆษณาผ่านโลกอินเทอร์เน็ต โดยโรงพยาบาลเอกชนเป็นจุดเริ่มต้นในการหาลูกค้าต่างชาติเข้ามา และมีการส่งเสริมในด้านการตลาดด้วยการพัฒนาโรงพยาบาลตามระดับมาตรฐานนานาชาติ เพื่อรองรับกลุ่มลูกค้าต่างชาติ เนื่องจากความต้องการของ ชาวต่างชาติที่ระยะเวลาการรักษาพยาบาลในประเทศของตนนานมาก หรือค่ารักษาพยาบาลมีราคาสูง และด้วย กระแสโลกาภิวัตน์ที่มีการเดินทางติดต่อระหว่างกันสะดวกกว่าเดิมมาก

ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย คือเกิดสถานการณ์ที่เรียกว่า “Brain Drian” หรือ สมองไหล เนื่องจากการบริการด้านการแพทย์ต้องมีบุคลากรที่เชี่ยวชาญและ

ประสบการณ์ โดยมีการเสนอค่าตอบแทนในราคาที่สูง และสถานการณ์นี้ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์จากระบบรัฐย้ายเข้าสู่ระบบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน

อดิศร ภัทราคูลย์ (2551). แพทย์ด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ได้เขียนบทความเรื่อง แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบของนโยบายประเทศไทยการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia) โดยได้วิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยโดยใช้วิธี SWOT Analysis โดยวิเคราะห์ออกเป็นดังนี้ จุดแข็ง (Strengths) คือ ค่าบริการทางการแพทย์ยังมีราคาถูกเมื่อเทียบกับต่างประเทศ เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลี การเดินทางเข้าประเทศมีความสะดวกสบายทางอากาศ รวมถึงแพทย์ในไทยมีความสามารถ มีชื่อเสียง อีกทั้งมีโรงพยาบาลเอกชนมีเตียงว่างรองรับคนไข้ต่างชาติ และสิ่งสำคัญที่สุดคือ ประเทศไทยมีแหล่งท่องเที่ยวที่ต่างชาตินิยม สำหรับจุดอ่อน (Weaknesses) ประเทศไทยมีจุดอ่อนในด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษ และจำนวนแพทย์ที่ยังขาดอยู่มาก อีกทั้งประชาชนชาวไทยยังไม่ถึงระบบการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเขตชนบท อีกทั้งยังกล่าวถึง โอกาส (Opportunities) ว่าประชากรของโลกมีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จึงมีความต้องการด้านบริการสุขภาพมากขึ้น และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของประเทศไทยจะสูงขึ้น ประเทศไทยจึงมีโอกาสดึงดูดลูกค้าได้มากกว่า สิ่งสุดท้ายคือ ภัยคุกคามหรืออุปสรรค (Threats) คือ มีอีกหลายประเทศต้องการเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ก็ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่างๆ เช่น ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ของไทยที่อาจจะเกิดความขาดแคลน ผลกระทบต่อการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลภาครัฐเนื่องจากขาดกำลังคน ผลกระทบต่อการผลิตนักศึกษาแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงเรียนแพทย์ ค่าตอบแทนแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ที่จะสูงขึ้นเพราะการบริการทางการแพทย์กลายเป็นธุรกิจมากขึ้น ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วก็จะส่งผลต่อไปถึงอนาคต ซึ่งทางรัฐจะต้องหาวิธีทางการแก้ไขปัญหามาจากนโยบายและหาวิธีการป้องกันหรือทางออกที่ดีที่สุดเอาไว้ล่วงหน้า

Wilson Ara (2010) รองศาสตราจารย์ด้านสตรีศึกษาและมานุษยวิทยาวัฒนธรรม ของมหาวิทยาลัย Duke สหรัฐอเมริกา ได้ขยายการวิเคราะห์เรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยโดยวิเคราะห์ถึงบริบทการเมือง ประวัติศาสตร์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อที่จะทำความเข้าใจการเติบโตของธุรกิจนี้ บทความนี้มีมุมมองที่น่าสนใจหลายประเด็น รวมไปถึงการนำเสนอมุมมองที่กลับด้านซึ่งทำให้เห็นว่าศักยภาพของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยที่เกิดจากการสังสมทางวัฒนธรรมของความเป็นมิตรและการมีจิตใจบริการที่ดีนั้น เรียกได้ว่าเป็นแรงงานทางอารมณ์ (Affective labor) ที่ยังไม่ค่อยได้มีการศึกษาวิจัยกันมากนัก โดยเฉพาะในแง่ของการทำให้คุณลักษณะนี้เป็นสิ่งที่ถูกส่งเสริมให้กลายเป็นสินค้าหรือทำให้เกิดมูลค่าทางเศรษฐกิจ (...place of national identity in commodifying relationality หน้า 125) โดยเฉพาะในยุคที่เศรษฐกิจและอุตสาหกรรมบริการขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ให้บริการที่จะทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากที่สุด

Pocock, Nicola S. and Phua, Kai Hong (2011) ซึ่งทำงานวิจัยด้านนโยบายและการจัดการด้านสุขภาพ รวมถึงประวัติการบริการสุขภาพ ประชากรสูงอายุ เศรษฐศาสตร์สุขภาพและการเงิน ตั้ง

ประเด็นผลกระทบของการส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับระบบบริหารจัดการสุขภาพโดยรวม ในแง่ของความเท่าเทียมในการเข้าถึงและการบริการสำหรับผู้บริโภคท้องถิ่น การวิจัยโดยการทบทวนเอกสารซึ่งรวมทั้งเอกสารจากแหล่งอื่นๆ ที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ บทความนี้ให้ความสำคัญกับการมีนิยามสากลของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อที่จะทำให้เข้าใจสถานการณ์และผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเป็นประโยชน์ในการดำเนินการเรื่องนโยบายส่งเสริมโดยคำนึงถึงผลที่จะตามมาจากการเติบโตของอุตสาหกรรมดังกล่าว⁴

Connell (2011) วิเคราะห์เชื่อมโยงการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมธุรกิจและอุตสาหกรรมนี้ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการโลกาภิวัตน์ตามกระแสเสรีนิยมใหม่ ที่มีเรื่องของการส่งเสริมบทบาทธุรกิจเอกชน การส่งเสริมการแข่งขันและทำให้เกิดกระบวนการเป็นสินค้าหรือสร้างมูลค่าทางการเงิน โดยเน้นการศึกษาในบริบทของอินเดียและไทย

NaRanong and NaRanong (2011) ซึ่งผู้เขียนคือ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง ผู้อำนวยการวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการเกษตร สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และศาสตราจารย์ ดร.อัญญา ณ ระนอง อาจารย์ประจำคณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ได้เขียนรายงานวิจัยชื่อว่า Effects of medical tourism in Thailand และได้วิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในด้านเศรษฐกิจไว้ดังนี้

1) เรื่องผลกระทบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีต่อเศรษฐกิจของไทย รายได้จากการบริการทางการแพทย์ดังกล่าวจะทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) สูงขึ้นโดยมีมูลค่าเพิ่มจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบอาจมีต่อค่ารักษาพยาบาล การบริการอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์และยารักษาโรค (NaRanong and NaRanong 2011:)

2) ผลกระทบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในด้านอัตราค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีค่าจ้างที่สูงกว่า ทางรัฐบาลก็ได้มีการเพิ่มจำนวนเงินเดือนให้แก่บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์เช่นกัน เช่น ทันตแพทย์ เกสซิกกร และ พยาบาล เพื่อรักษากลุ่มทรัพยากรบุคคลไม่ให้ลาออกและเข้าสู่ระบบโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น

3) แนวโน้มของการรักษาพยาบาลการบริการสุขภาพของคนไทย จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากความต้องการของกลุ่มคนไข้ต่างชาติที่มีต่อการรักษาพยาบาลและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนยังมีน้อย โดยรวมแล้วรายได้จากรัฐกิจการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น

⁴“This article calls for a universal definition of medical tourism and medical tourists to be enunciated, as well as concerted data collection efforts, to be undertaken prior to any meaningful empirical analysis of medical tourism's impact on health systems.”

แต่กลับส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึง อาจารย์แพทย์ จากโรงเรียนแพทย์ของรัฐ และ โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการทำงานที่ไม่เพียงพอต่อประชากรชาวไทยในระบบสาธารณสุขไทย และได้ให้ข้อเสนอแนะในเรื่องการจัดการด้านภาษี โดยการเรียกเก็บภาษีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อนำเงินส่วนนั้นมาสนับสนุนการศึกษา การอบรมเฉพาะทางของแพทย์ และ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้ทรัพยากรบุคคลกลุ่มนี้ยังทำงานต่อไปในระบบสาธารณสุขของไทย

โดยทางผู้เขียนได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการลดปัญหาในด้านค่ารักษาพยาบาลและการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

1. อนุญาตให้ได้รับการรับรองแพทย์ชาวต่างประเทศเพื่อให้บริการทางการแพทย์ - อย่างน้อยกับผู้ป่วยชาวต่างประเทศ - โดยไม่ต้องมีใบรับรองแพทย์สอบเป็นภาษาไทยเช่นปัจจุบัน
2. เพิ่มการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ในมหาวิทยาลัยของรัฐอย่างเต็มกำลัง
3. ร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนในการฝึกอบรมวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญเพิ่มเติม และสุดท้าย รัฐบาลต้องเรียกเก็บภาษีภาษีนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งต้องเก็บให้แตกต่างจากประชากรไทยผู้เสียภาษี และ ชาวต่างชาติที่ทำงานอยู่ในแผ่นดิน ซึ่งภาษีนั่นจะถูกนำมาใช้สนับสนุนเพื่อการฝึกอบรมแพทย์ ใช้เพื่อขยายการฝึกอบรมแพทย์ และ บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และเพื่อเป็นการรักษาคณะกลุ่มนี้เพื่อพัฒนาไปเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ของรัฐบาลได้

Noree (2015) หรือ นพ. จิณกร โนรี ผู้ซึ่งปัจจุบันเป็นผู้จัดการสำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ มูลนิธิสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้เขียนงานวิจัยที่ได้มาจากการค้นคว้า เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยอย่างละเอียด เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกของ London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015 หรือ พ.ศ. 2558) ในวิทยานิพนธ์ได้กล่าวว่าจากการทำวิจัยและข้อมูลมาขึ้นการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้ประเทศต้นทางเกิดความกังวลในประเด็นคุณภาพของบริการและการติดตามดูแลผู้ป่วยในภายหลัง ส่วนในประเทศปลายทางก็มีประเด็นเรื่องความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ การที่บริการรักษาพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น และการเกิดปรากฏการณ์สมองโหล การศึกษาชิ้นนี้วิเคราะห์ข้อมูลจากบันทึกผู้ป่วย 324,906 รายใน 5 โรงพยาบาลเอกชนในประเทศ ข้อค้นพบหลักคือนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไม่ได้มีลักษณะเดียว แต่มีความหลากหลายมากในแง่ของกลุ่มประชากรและบริการที่รับส่วนใหญ่เป็น “opportunistic tourists” หรือนักท่องเที่ยวที่ใช้โอกาสเดินทางมายังประเทศไทยมารับบริการผู้ป่วย

นอก และข้อค้นพบที่สำคัญคือจำนวนนักท่องเที่ยวยุติการแพทย์จริงๆ นั้นมีน้อยกว่าที่นำเสนอกันมาก อย่างไรก็ตาม การผลักดันเรื่อง Medical Hub นั้นก็มีสิ่งที่จะต้องพิจารณาหลายประการ

บทความเรื่อง “ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย” (ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร 2561) นำเสนอข้อค้นพบที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์รวมทั้งให้ข้อเสนอว่านโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์มีข้อพิจารณาทั้งเรื่องการมีส่วนร่วมเพื่อมุมมองรอบด้าน การแบ่งปันทรัพยากรและการคำนึงถึงผลประโยชน์ของการให้บริการรักษาพยาบาลเพื่อคนในชาติเพื่อรักษาสมดุลระหว่างการให้บริการในภาคเอกชนและภาครัฐ รวมทั้งมีข้อเสนอให้มีการวิจัยเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงปริมาณเพื่อติดตามผลกระทบของนโยบายรวมทั้งมีข้อเสนอแนะในการบรรเทาและลดผลกระทบที่ครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ

บทที่สองนี้เป็นการทบทวนแนวคิด นิยาม ความหมาย ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และคำสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งดูแรงผลักดัน ประเภทการรักษาพยาบาล มิติทางสังคมเกี่ยวกับการพัฒนา แนวคิดการรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพสากล การกระจายเชื้อดื้อยาข้ามแดนที่เป็นผลมาจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และท้ายสุดได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกรณีของประเทศไทย จากการทบทวนเอกสาร พบว่าแม้ว่าจะพบมีเอกสารเกี่ยวกับมิติทางสังคมและผลกระทบจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่เมื่อเกิดสถานการณ์การระบาดของโควิด ก็ยังไม่มีวิเคราะห์เรื่องนี้ต่อ แม้ว่าจะมีการวางแผนและมีความคาดหวังเรื่องการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลังจากที่การระบาดของโควิดคลี่คลายลงแล้ว แต่ก็ยังไม่ได้มีการหยิบยกประเด็นสำคัญที่เอกสารกลุ่มที่ 3 ได้ระบุถึง โดยเฉพาะปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาที่ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยและติดตามเรื่องนี้อย่างละเอียด

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้กำหนดระเบียบวิธี การดำเนินการศึกษาวิจัย หรือ กระบวนการวิจัย (Methodology) โดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) อันประกอบไปด้วย

- 1.การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research)
- 2.การสัมภาษณ์บุคคล (Individual Interviews)

เนื่องจากหัวข้อและโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้เขียนขึ้นก่อนที่จะมีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด 19 ผู้วิจัยจึงเพิ่มทั้งประเด็นนี้เข้าไปในงานชิ้นนี้ในภายหลัง โดยในปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยหรือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และโควิด 19 โดยตรง ผู้วิจัยจึงค้นคว้าและวิเคราะห์จากข้อมูลข่าวสารเท่าที่มีอยู่ นอกจากนั้น สถานการณ์โควิด-19 ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ส่วนการสนทนากลุ่มที่วางแผนไว้ก็ต้องยกเลิกไป ในส่วนของข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรค ผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในหัวข้อที่ 3.4

3.1 วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัยหรือกระบวนการวิจัย (Methodology) โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบไปด้วยการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหรือการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) และการสัมภาษณ์บุคคล (Individual Interview) โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

3.1.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

สำหรับการวิจัยเอกสารนั้น ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) รวมทั้งแผน นโยบาย และข่าวสารที่เกี่ยวข้องด้วย

ประเด็นสำคัญในการทบทวนคือ แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourists) ประเภทของการรักษาพยาบาลในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Typologies of treatment in medical tourism) แผนและนโยบายเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และประเด็นที่เกี่ยวข้อง แรงผลักดันจากต้นทางของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourist push factors) มิติทางสังคมและการพัฒนาระดับ

โลก: โลกาภิวัตน์และการทำให้การรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Globalization, commercialization of medical treatment) การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับประเด็นอัตรากำลังคนในระบบสาธารณสุข แนวคิดการรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพสากล (Medical certification) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ และเชื้อโรคข้ามแดน (Medical tourism and Transnational infectious diseases, Pandemic, Superbug) การระบาดของโควิดและการปรับตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมีมิติทางสังคม โดยมีรายละเอียดของเอกสารที่นำมาทบทวนดังนี้

- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Thailand : Excellence Medical Hub of Asia) (พ.ศ.2558-2560)
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะ 10 ปี (Medical Hub พ.ศ. 2560-2569) โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ.2553-2557)
- ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน) (พ.ศ.2558-2560)
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care Provider) (พ.ศ.2557-2561)
- ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ.2560-2569)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี พ.ศ. 2560-2564)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (ปี พ.ศ. 2566-2570) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

3.1.2 การสัมภาษณ์บุคคล (Individual Interviews)

การสัมภาษณ์บุคคล เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) โดยมีประเด็นคำถามกว้างๆ ให้เป็นการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีความยืดหยุ่นและเปิดกว้าง และมีการนำคำสำคัญ (Keywords) มาใช้ประกอบคำถาม ข้อคำถามมีความยืดหยุ่นและมีคำนำสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยสามารถจะเลือกประเด็นของข้อคำถาม ให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของผู้ให้สัมภาษณ์ และจะนำพามาซึ่งข้อมูลที่มีความหลากหลายใน

มิติต่าง ๆ รวมถึงข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติ ที่มีทั้งมิติของความลึกและกว้างในเรื่องของมิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ โดยได้คัดเลือกจากกลุ่มคนที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทำขึ้นไว้ก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่ได้ทำงานทั้งในกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ซึ่งทำงานในด้านบริหาร ด้านนโยบาย ด้านงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล และกลุ่มที่โยกย้ายที่ทำงานจากภาครัฐสู่เอกชน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 20 คน โดยได้แบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- 1) บุคลากรทางการแพทย์ผู้ที่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาเกี่ยวกับด้านการแพทย์ ซึ่งบางรายได้ทำงานเกี่ยวกับงานบริหารโรงพยาบาล และ งานในส่วนของการพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยงภายในโรงพยาบาล หรือทำงานเกี่ยวกับการวางแผนนโยบายด้านการสาธารณสุข นโยบายสุขภาพ ฯลฯ จำนวน 7 คน
- 2) กลุ่มวิชาชีพเฉพาะของโรงพยาบาลเอกชน และ โรงพยาบาลรัฐบาล ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดในภาคตะวันออก รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 6 คน
- 3) บุคลากรในสายงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เช่น ฝ่ายบริหาร ธุรกิจ งานพัฒนาคุณภาพ ผู้จัดการศูนย์ย่อยในโรงพยาบาล จำนวน 5 คน
- 4) นักวิชาการ นักวิจัย หรือผู้ที่ทำงานประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หรือมีประสบการณ์ความรู้ในประเด็นนี้ จำนวน 2 คน

ตารางที่ 2 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้สัมภาษณ์	
ลักษณะงาน	ตำแหน่ง/องค์กร
แพทย์	1. นักวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ มูลนิธิสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
	2. ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข กรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
	3. อดีตผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
	4. แพทย์สายบริการเฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับมาตรฐาน JCI

ผู้ที่ให้สัมภาษณ์	
ลักษณะงาน	ตำแหน่ง/องค์กร
	5. อดีตนายแพทย์ข้าราชการประจำการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ
	6. แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 ปัจจุบันใช้ทุนอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท
	7. หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
	8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา /นักเคลื่อนไหวเพื่อสิ่งแวดล้อมเพื่อชุมชน และเพื่อประชาธิปไตย / ครูแพทย์ในชนบท
บุคลากรสายสุขภาพในโรงพยาบาล (พยาบาล/ นักเทคนิคแพทย์/ เภสัชกร)	9. หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก อดีตหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ
	10. อดีตพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช / อดีตผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในสมุทรปราการ / อดีตพยาบาลวิสัญญีหน่วยมะเร็งรังสีเวช โรงพยาบาลศิริราช
	11. อดีตเภสัชกร หัวหน้าหน่วยคลังยาประจำโรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ และ ปัจจุบันเป็นเภสัชกรโรงพยาบาลรัฐบาลฝั่งธนบุรี
	12. นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ เคยทำงานที่โรงพยาบาลเอกชน และ ปัจจุบันทำงานที่โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ
	13. หัวหน้าหน่วยพยาธิกายวิภาค โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ อดีตเคยทำงานร่วมกับโรงพยาบาลเอกชน
	14. พยาบาลห้องผ่าตัด ประสบการณ์กว่า 15 ปี อดีตพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพ และ ปัจจุบันเป็น พยาบาลที่ โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ
บุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล (พัฒนาคุณภาพและบริการจัดการความเสี่ยง)	15. หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยง โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ อดีตเภสัชกร อดีตหัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐาน JCI แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ
	16. หัวหน้างานบริหารและธุรการ โรงพยาบาลรัฐบาลในจังหวัดสมุทรปราการ อดีตพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล และ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ

ผู้ที่ให้สัมภาษณ์	
ลักษณะงาน	ตำแหน่ง/องค์กร
ฝ่ายการเงิน ระหว่างประเทศ) ผู้จัดการศูนย์ ศัลยกรรมตกแต่ง	17. หัวหน้าหน่วยลูกหนี้ ฝ่ายการเงินระหว่างประเทศโรงพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐาน JCI แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ อติตพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล
	18. ผู้จัดการศูนย์ศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐาน JCI และอติตพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาลหน่วยห้องผ่าตัด
	19. หัวหน้างานด้านคุณภาพและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐาน JCI ในต่างจังหวัด
นักวิชาการด้าน เศรษฐศาสตร์/ การท่องเที่ยวเชิง การแพทย์	20. อติตอาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นักสื่อสารมวลชน และภาค ประชาชนที่ ติดตามเรื่องนี้	21. นักวิจัยอิสระผู้สนใจประเด็นเรื่องข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ การค้าเสรี และเป็นผู้ดำเนินรายการ “เข้าพันโลก” เอฟเอ็ม 96.5

3.2 การสัมภาษณ์บุคคล

ผู้วิจัยได้ใช้ระบบออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom และ Web-Ex ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์บุคคล เนื่องจากช่วงระยะเวลาเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องนัดหมายวันเวลาและส่งรายการคำถามไปให้ผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า (โปรดดูแนวคำถามด้านล่าง) การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง

แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานด้านนโยบาย/วิชาการ/ปฏิบัติการ/เกี่ยวกับประเด็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

1. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง และความคิดเห็นต่อนโยบาย Medical Hub และการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยรวม

2. การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และผลกระทบด้านบวกและลบต่อสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม บริการสาธารณสุขไทย และความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผลต่อความเหลื่อมล้ำในด้านสุขภาพอนามัย สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม

3.ความคิดเห็นต่อความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข และกลไกตลาดในด้านการรักษาพยาบาลในประเทศต้นทาง ที่มีผลต่อการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนา

4.การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ กับความเกี่ยวข้องในเรื่องโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคเชื้อดื้อยา ฯลฯ ที่มีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

5.ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พัฒนาไปอย่างรอบคอบ และระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในด้านต่างๆ เช่นเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล

6.การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19 และผลกระทบต่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19

3.3 การวิเคราะห์และสรุปข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบบุคคล โดยในขั้นแรกได้ดำเนินการสำรวจและศึกษาข้อมูลจากเอกสาร รายงานวิจัย หนังสือ บทความเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสังเคราะห์เพื่อให้ได้หลักของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจึงค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับแผนและนโยบาย รวมทั้งหาข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานต่าง ๆ ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย เพื่อทำความเข้าใจและสามารถจะเรียบเรียงสรุปย่อแนวคิดพัฒนาการ แผนยุทธศาสตร์และนโยบาย รวมทั้งการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

เมื่อได้ข้อมูลทุติยภูมิแล้ว ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามสัมภาษณ์ที่สอดคล้องกับประเด็นที่ตั้งไว้ และหลังจากที่ได้รายละเอียดจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งที่มาจากบทสนทนาเอกสารและจากการสัมภาษณ์ดังนี้

1. จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย และวิเคราะห์โดยการจำแนกประเภทข้อมูลโดยอาศัยกรอบแนวคิดที่ได้ร่างไว้ ดังนี้
 - การให้ความหมายเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การจัดแบ่งประเภทการรักษาพยาบาล ในการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การจัดแบ่งประเภทนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์
 - ปัจจัยผลักดันให้นักท่องเที่ยวเลือกออกจากประเทศต้นทางเพื่อรับการรักษาพยาบาลในประเทศปลายทางหรือให้บริการ
 - นโยบายและแผนต่างๆ ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ วิเคราะห์ระดับของนโยบาย (ระดับชาติ ระดับกระทรวง ฯลฯ) รวมทั้งเชื่อมโยงกับแนวคิด

ทฤษฎีและข้อมูลทฤษฎี เพื่อจำแนกประเด็นของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

- วิเคราะห์เพื่อหาประเด็นความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมิติทางสังคมทั้งในระดับประเทศไทยและต่างประเทศ

2. วิเคราะห์เนื้อหา หลังจากการรวบรวมเนื้อหาข้อมูลจากการทวนเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์แล้ว จึงทำความเข้าใจเรื่องการให้ความหมายหรือการตีความจากข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเชื่อมโยงกับทฤษฎีและประเด็นต่างๆ ที่ได้ตั้งไว้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนด หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วมาเรียบเรียงสรุปเป็นผลการศึกษาวิจัย โดยแบ่งเป็นบทต่างๆ ดังนี้

2.1 บทนำ กล่าวถึง ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการศึกษา ระเบียบวิธีวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นิยามคำศัพท์เฉพาะ และ กรอบแนวคิดในการวิจัย ของ งานวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์มิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

2.2 การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง กล่าวถึง ข้อศึกษาแนวคิด ข้อถกเถียง และรายละเอียดของประเด็นที่ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) แรงผลักดันจากต้นทางของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourist push factors) และประเภทการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแรงผลักดันจากต้นทาง

มิติทางสังคมและการพัฒนาระดับโลก: โลกาภิวัตน์และการทำให้การรักษาพยาบาลเป็นสินค้า (Globalization, commercialization of medical treatment) การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับประเด็นอัตราค่ากลางคนในระบบสาธารณสุข อีกทั้งยังมีแนวคิดการรับรองมาตรฐานการบริการสุขภาพสากล (Medical certification) และ เรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับโรคติดต่อข้ามแดน เชื้อดื้อยา และโรคติดต่อที่ระบาดครั้งใหญ่ (Medical tourism and Transnational infectious diseases, Superbug, Pandemic) และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และมิติทางสังคม

2.3 ระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้กำหนดระเบียบวิธี การดำเนินการศึกษาวิจัย หรือกระบวนการวิจัย (Methodology) โดยใช้วิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) อันประกอบไปด้วย 1.การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) 2.การสัมภาษณ์บุคคล (Individual Interviews)

2.4 พัฒนาการนโยบายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย กล่าวถึง รูปแบบ และ ระยะเวลาการพัฒนาของแผนนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยไปแต่ในระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มจนถึงปัจจุบัน

2.5 บทวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม กล่าวถึง การวิเคราะห์มิติทาง สังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาความหมายของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในด้านมิติทางสังคม ผลกระทบที่มีต่อสังคมไทย จากการที่ประเทศไทย ได้มีนโยบายการเป็น ศูนย์กลางระบบสุขภาพนานาชาติ

2.6 บทสรุปการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในอนาคต กล่าวถึง หลังจากได้มีการประมวลผล เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมานั้น ได้ค้นพบคำตอบที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยในผลงานชิ้นนี้ และ นำมาเป็นข้อสรุปของแนวทางการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยในอนาคต

3.4 ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย

1. สถานการณ์โควิด 19 ทำให้การนัดหมายสัมภาษณ์ยากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มบุคลากรใน วงการแพทย์ เพราะแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งต้องใช้เวลาในการประชุมหารือและ พัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาโรคระบาดโควิด19 การจัดการวัคซีน และให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ติด เชื้อและตรวจโรคระบาด จึงทำให้การสัมภาษณ์ต้องดำเนินการผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัดคือ แพทย์ และ บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถแบ่งเวลามาให้ข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่ทำวิทยานิพนธ์ เล่มนี้ได้

2. ผู้วิจัยวางแผนจะจัดสนทนากลุ่ม โดยจะจัดกลุ่มแยกเป็นกลุ่มภาคประชาสังคมเพื่อการเก็บ ข้อมูลในประเด็นความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประเทศไทยหลังจากมีนโยบาย นี้ แต่สถานการณ์โควิด 19 ทำให้ไม่สามารถจะนัดหมายประชุมเป็นกลุ่มได้ จึงต้องหันมาเน้นการเก็บ ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักแทน

3. สถานการณ์โควิด 19 ทำให้ประเด็นเรื่องโรคระบาดและวัคซีนเป็นประเด็นสำคัญมากกว่า เรื่องการท่องเที่ยว นอกจากนั้นยังเกิดสภาวะถดถอยของการท่องเที่ยวโดยรวม และทำให้การ ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์การได้รับความสนใจและมีความสำคัญน้อยลงมาก ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่อง นี้ลดน้อยลงในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (2563-2564) มาในระยะหลังเมื่อมีการเปิดประเทศรับนักท่องเที่ยว ต่างชาติอีกครั้ง (1 พฤศจิกายน 2564) ก็เริ่มมีข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องนี้ออกมาบ้าง

บทที่ 4

พัฒนาการของนโยบายท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย

ในบทที่ 4 นี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอพัฒนาการของนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย โดยได้เริ่มศึกษาจากยุคเริ่มต้นจนกระทั่งถึงช่วงก่อนเกิดการระบาดของไวรัสโควิด 19 เป็นการศึกษาพัฒนาการครอบคลุมนโยบายที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในหลายระดับและโดยหลายหน่วยงาน โดยนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มขึ้นมาในช่วงประมาณทศวรรษ 2540-2550 และพัฒนาขึ้นจนกระทั่งมียุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในแง่ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือ “ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” (Medical Hub) ระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2560 - 2569) ยุทธศาสตร์นี้เขียนขึ้นก่อนที่จะมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่การเกิดการระบาดดังกล่าวมีผลกระทบอย่างสูง ทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หยุดชะงักไปและมีผลต่อการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์รวมทั้งนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1 การเริ่มต้นของนโยบายที่เอื้อต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

นโยบายที่เอื้อต่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้นเกิดขึ้นประมาณปี พ.ศ. 2546 และมีที่มาจากสภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ที่กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนขาดรายได้จากกลุ่มลูกค้าที่เป็นคนไทย จึงได้หันไปหากกลุ่มลูกค้าจากต่างประเทศแทน โดยในขณะนั้นทางรัฐบาลไม่ได้มีนโยบายสนับสนุนอย่างเป็นทางการ

ดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่ผ่านมา มาว่าการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยนั้นมีการพัฒนาจากการปรับตัวของธุรกิจเอกชน กล่าวคือ ในช่วงก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ในขณะที่ประเทศไทยยังอยู่ใน “ยุคทองสุข” ซึ่งเศรษฐกิจในหลายๆ ภาคส่วนเติบโตอย่างมากรวมทั้งในภาคธุรกิจสายสุขภาพและโรงพยาบาลเอกชนด้วย โรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยจึงมีการลงทุนในด้านการก่อสร้างและกำลังขยายกิจการขนาดใหญ่ แต่หลังจากที่เกิดภาวะเศรษฐกิจ “ทองสุขแตก” ในปี พ.ศ. 2540 นั้นส่งผลให้กลุ่มลูกค้าหลักที่เป็นกลุ่มมียาได้สูงกลับสูญเสียรายได้หรือมีรายได้ที่น้อยลง และเมื่อเจ็บป่วยก็เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนน้อยลง หันไปใช้บริการคลินิกเล็กๆ แทน ดังนั้นเพื่อความอยู่รอด ธุรกิจสายสุขภาพและโรงพยาบาลเอกชนจึงหันไปหารายได้จากกลุ่มลูกค้าต่างชาติ อาทิ ญี่ปุ่น ตะวันออกกลาง และยุโรป เพื่อให้เข้ามาช่วยส่งเสริมให้กิจการดำเนินต่อไปได้ (กระทรวงสาธารณสุข 2546:4, วิโรจน์และคณะ 2551)

ในช่วงวิกฤตที่ประเทศไทยมีปัญหาขาดดุลบัญชีอย่างหนัก รัฐบาลโดยกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศจึงมีการสนับสนุนการส่งออกสินค้าและแรงงานไปยังต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ในทาง

กลับกัน ก็ส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวเข้ามาเพื่อที่จะนำเงินตราต่างประเทศเข้ามาใช้จ่าย เป็นรายได้เข้าประเทศ นอกจากนี้ รัฐบาลเล็งเห็นว่าการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ชาวต่างประเทศก็จะเป็นหนทางในการหารายได้ เนื่องจากบริการรักษาพยาบาลและสาธารณสุขของไทยมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาค โดยได้มีการให้บริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) ส่งเสริมและต้อนรับชาวต่างประเทศเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและผนวกกับโปรแกรมการท่องเที่ยว (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2541:1)

เมื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พัฒนาไปมากขึ้น ก็ค่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีความสามารถและโอกาสในการพัฒนาการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยการยกระดับมาตรฐานไปสู่สากล เพื่อที่จะได้เป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่มีประสิทธิภาพของประเทศ โดยโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ คือ โรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกในไทยและเอเชียที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กร Joint Commission International (JCI) จากสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นผู้นำระดับโลกด้านการรับรองมาตรฐานการดูแลรักษา เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยเติบโตอย่างมากในช่วงปลายทศวรรษที่ 2550 ดูได้จากข้อมูลเหล่านี้

1. ตลาดกลุ่มสินค้าธุรกิจบริการสุขภาพและกลุ่มตลาดสินค้าของไทยมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากเดิม และคาดว่าจะมีการเปิดการค้าเสรี AEC ซึ่งจะยิ่งทำให้ตลาดมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, 2558)
2. สิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนที่สำคัญของโรงพยาบาลเอกชนไทยในปี 2558 คือ การขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและจำนวนผู้ป่วยชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามารักษาในประเทศไทยเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, 2558) โดยมีจำนวนของผู้รับบริการต่างชาติเพิ่มขึ้นรวม 1.2 ล้านครั้ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557)
3. ประเทศไทยมีโรงพยาบาลได้ที่ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในโลกในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ (ข้อมูลจากเว็บไซต์ Medical Travel Quality Alliance, 2014)

การเติบโตของธุรกิจท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่กำลังก้าวหน้าขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากแผนและยุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมเรื่องนี้กระทรวงสาธารณสุขในสมัยในรัฐบาลของพรรคไทยรักไทย เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนในเรื่องการพัฒนาประเทศไทยให้เป็น “ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” โดยในปี พ.ศ. 2546 ได้ประกาศใช้ “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย” มีระยะเวลา 5 ปี (Medical Hub of Asia พ.ศ. 2547-2551) (กระทรวงสาธารณสุข 2546, Cohen, 2008, อัญชญา ณ ระนอง, 2554 : 47-81; กรมการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ 2554; สำนักส่งเสริมสุขภาพธุรกิจบริการ, 2555) โดยแผนนี้มีคณะทำงาน

ทั้งหมด 4 กระทรวงหลักได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง และกระทรวงพาณิชย์ รวมถึงกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลและธุรกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระทรวงที่เป็นกลไกหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข นำโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ รัฐบาลยังได้เห็นชอบในการอนุมัติงบประมาณ เพื่อครอบคลุมการบริการ 3 ด้าน ได้แก่ 1.การส่งเสริมบริการด้านการแพทย์ 2.การบริการด้านสุขภาพ 3.ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร รวมจำนวน 564.5 ล้านบาท (สำนักงานการค้ำบริการและการลงทุน,2554)

การกำหนดเป้าหมายของการเป็น “ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” นั้นมี 4 ด้านหลักคือ 1. การพัฒนาบริการด้านรักษาพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ระดับโลก 2. การพัฒนาบริการรักษาพยาบาลเพื่อเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพระดับโลก 3.การพัฒนาเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับโลก และ 4.การพัฒนาเป็นศูนย์กลางการผลิตและส่งออกจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล

ในแง่ของการใช้คำในเนื้อหาของนโยบาย คำว่า **ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ** จึงปรากฏขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยในระยะแรกแผนยุทธศาสตร์เริ่มต้นจากการส่งเสริมให้ไทยเป็น “ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย” ก่อนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอีกครั้งภายใต้รัฐบาลต่อมาอีก 2 ชุดต่อมา เนื่องจากช่วงนั้นอยู่ในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกา โดยมีการเน้นในการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพในระดับสากลและมีการปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (อัญชญา ณ ระนอง 2554 : 47-81)

4.2 การพัฒนาแผนและนโยบายอย่างต่อเนื่องเพื่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ในช่วงการดำเนินงานระยะที่ 1 ตามแผนยุทธศาสตร์ ได้มีผู้ให้ความสนใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เกิดการสร้างรายได้ และสร้างอาชีพให้แก่ธุรกิจบริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก จึงเกิดการดำเนินงานในระยะที่ 2 ในการทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการให้บริการหลักโดยรวม 4 ด้าน คือ บริการ 3 ด้านหลัก และเพิ่มการบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ามาเสริมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนในการให้บริการด้านการแพทย์ให้มีมาตรฐานสากล

กระทรวงสาธารณสุขยังได้มีการปรับโครงสร้างการทำงานภายในเพื่อรองรับนโยบายข้างต้น โดยมีบทบาทในการกำหนดทิศทางของประเทศด้วยการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมสุขภาพแพทย์แผนไทย ยา และสมุนไพร อีกทั้งได้มีการจัดตั้ง

คณะกรรมการพัฒนาธุรกิจยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีการหารือร่วมกันกับกระทรวงอื่นๆ อาทิ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ ฯลฯ เพื่อพัฒนานโยบายอย่างเป็นระบบ (สำนักงานการค้าบริการและการลงทุน, 2555)

ในแง่ของความสอดคล้องของแผนนโยบายภาพรวมระดับประเทศและแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงและกรมนั้น **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)** ได้ระบุเรื่องการส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจบริการสุขภาพ และมียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องคือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ซึ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมทั้งในเรื่องการผลิตและการกระจายบุคลากร รวมถึงให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันที่มีประสิทธิภาพ มีการปฏิรูปกฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ให้เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการแข่งขัน

ข้อสังเกตเกี่ยวกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 คือ สาระสำคัญที่เน้นให้ประชาชนทุกคนมีความสุข ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรมนำสู่สังคมสุขภาวะ โดยคำว่า “ระบบสุขภาพพอเพียง” หมายถึง “กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาวะทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เข้มแข็งเพียงพอและเข้าถึงสะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสม”

ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 นั้นได้มีแผนที่จะฟื้นฟูและพัฒนาคุณภาพแหล่งท่องเที่ยวให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาด โดยการฟื้นฟูพื้นที่ที่เสื่อมโทรม ส่งเสริมกิจกรรมการท่องเที่ยวที่สอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่และกระแสความต้องการของโลก เช่น ส่งเสริมให้มี **“การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ”** (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11, หน้า 74) และดำเนินกลยุทธ์ทางการตลาดรูปแบบใหม่เพื่อดึงดูดกลุ่มลูกค้าและขยายตลาดใหม่ ๆ ดังนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 นั้นจึงถือเป็นแผนชาติแผนแรกที่กล่าวถึง **“การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ”** แต่ก็ยังไม่ได้ระบุชัดเจนลงไปถึง **“การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์”**

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) นั้น ในส่วนของการส่งเสริมการท่องเที่ยวนั้น กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มี “ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน” (พ.ศ. 2557-2561) ซึ่งภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว มี “ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพนานาชาติ” โดยการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย หน่วยงานภายใต้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ได้ให้นิยามของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) ไว้ว่า “เป็นการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงาม ในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรม

ตลอดจนการเรียนรู้วิถีชีวิตและพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาส่วนหนึ่งจากการเดินทางท่องเที่ยว เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ”

การส่งเสริม “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” ได้ดำเนินต่อเนื่องมาตั้งแต่ **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (ปี พ.ศ. 2560–2564)** ซึ่งได้เชื่อมโยงการท่องเที่ยวสุขภาพกับการวางรากฐานการพัฒนาอุตสาหกรรมสำหรับอนาคต และการปรับเปลี่ยนสู่เทคโนโลยีขั้นสูง ซึ่งรวมถึงอุตสาหกรรมการผลิตเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ “เพื่อสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางการบริการสุขภาพนานาชาติและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12, 2560: 92)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 **ยังไม่มีการใช้คำว่า “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” แต่ใช้คำว่า “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ”** ซึ่งมีการกล่าวถึงคำนี้จำนวนถึง 8 ครั้ง (ในขณะที่แผนฯ ฉบับที่ 11 มีการกล่าวถึงเพียงครั้งเดียว) ภายใต้หัวข้อต่างๆ ในแผน คือภายใต้หัวข้ออุตสาหกรรมแห่งอนาคต การส่งเสริมการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว การส่งเสริมการท่องเที่ยวรายสาขา การพัฒนาระดับการท่องเที่ยวคุณภาพกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และน่าน การพัฒนาภาคเพื่อสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจให้กระจายตัวอย่างทั่วถึง การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ฯลฯ (สำนวนนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2559) ทั้งนี้ การใช้คำว่า “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” มีความกว้างขวางครอบคลุมมากกว่า “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” ดังที่ได้วิเคราะห์ไว้แล้วในบทต้นๆ

4.3 จุดอ่อนและผลกระทบของการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

จากการที่ประเทศไทยมีความเจริญในเรื่องเทคโนโลยีในด้านการแพทย์ มีเครื่องมือที่พร้อม อีกทั้งยังมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และมีศักยภาพในการสื่อสารหลากหลายภาษา ผู้ให้บริการแสดงออกให้ลูกค้าเห็นถึงความเอาใจใส่ รวมถึงมีอัตราค่ารักษาพยาบาลไม่สูงเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้ว อีกทั้งยังมีมาตรฐานโรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับในต่างประเทศ เหล่านี้คือจุดแข็งที่เรียกว่าได้เปรียบกว่าประเทศอื่นที่กำลังพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เช่นเดียวกับประเทศไทย

ในช่วงระยะเวลาดำเนินการเพื่อสนับสนุนนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น แม้ว่าคณะรัฐมนตรีจะมีมติเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการ แต่ก็ยังมีประเด็นที่น่าเป็นกังวลให้กับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เครือข่ายแพทย์ชนบทและประชาสังคมผู้บริโภคได้ยกประเด็นที่น่าห่วงใยหลายข้อ เช่น การนำโรงเรียนแพทย์มาดำเนินการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ การยกเว้นอากรนำเข้าเครื่องจักรและอุปกรณ์ต่างๆ การยกเว้นภาษีนิติบุคคล 100% ฯลฯ ซึ่งขัดกับมติสมัชชาสุขภาพ เพราะการให้สิทธิพิเศษนั้นขัดต่อรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ข้อ 51 คือ “ไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ”

ประเด็นเหล่านี้ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเกิดความไม่พอใจและต้องการแก้ไขรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 โดยให้มีการทบทวนทุกๆ 5 ปี (มติประชุมสมัชชาสุขภาพ ปี 2553)

นโยบายส่งเสริมให้เป็นศูนย์กลางการบริการทางการแพทย์นานาชาติจึงมีจุดอ่อนในหลายเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงยังมีคำถามเรื่องการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับผลประโยชน์ของสาธารณะ (Public interest) เรื่องนี้ได้รับการนำเข้าสู่ประชุมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2554

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 มติที่ 4 เรื่องนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (25 กุมภาพันธ์ 2554) แสดงถึงข้อห่วงกังวลเรื่องผลกระทบด้านลบ และการมุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจจนละเลยมิติทางสังคมและความเป็นธรรม โดยเสนอมาตรการที่หลากหลายเพื่อการป้องกันและบรรเทาผลกระทบดังกล่าว เช่น การเสนอระบบการติดตามและประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับระบบสาธารณสุขไทย การมีมาตรการรองรับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเพียงพอ การสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยเฉพาะสาขาที่ขาดแคลน การเสนอมาตรการทางการคลังเพื่อป้องกันและลดผลกระทบด้านลบจากนโยบายดังกล่าว เช่น การให้ภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องมีการคืนกำไรให้กับสังคม การติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ

ประเด็นที่มีการปรึกษาหารือเรื่องการดำเนินนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติที่อาจจะส่งผลกระทบเชิงลบ ทำให้เกิดข้อเสนอนอื่นๆ อีกหลายประการ รวมทั้งข้อเสนอให้นำมติสมัชชาสุขภาพมาประกอบการดำเนินนโยบายดังกล่าว และข้อเสนอกับการพัฒนาสุขภาพและสาธารณสุขในภาพรวมให้มีความมั่นคง

แม้ว่าข้อเสนอดังกล่าวจะยังไม่ได้ดำเนินการจนกระทั่งประสบผลสำเร็จ แต่ก็ทำให้เกิดการหันหน้าเข้ามาปรึกษาหารือระหว่างหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐกับภาคเอกชน เช่น

- มีการหารือเรื่องการจัดคณะทำงานร่วมกันพิจารณาร่างกรอบและรายละเอียด “การลงทุนด้านอุตสาหกรรมสุขภาพ” โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- มีการหารือเรื่องการขยายเวลาพำนักในราชอาณาจักรไทยรวม 90 วัน สำหรับกรณีเดินทางเข้ามารับการรักษายาบาล โดยกระทรวงมหาดไทย สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (20 มีนาคม 2555)

- มีการสัมมนาจับฟังความคิดเห็น “นโยบายการเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ” จัดโดยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีการระบุถึงปัญหาบุคลากรย้ายจากมหาวิทยาลัยทางการแพทย์และโรงพยาบาลรัฐไปรองรับศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ นอกจากนั้นยังจะเกิดผลกระทบต่อการผลิตนิสิตนักศึกษาแพทย์ อันเนื่องจากอาจารย์โรงเรียนแพทย์ย้ายไปอยู่ในระบบศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ และในงานนี้ยังมีข้อเสนอให้รัฐบาลจัดสรรรายได้จากศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 มาผลิตบุคลากรและพัฒนาาระบบสุขภาพของไทย (19 กรกฎาคม 2555)
- มีงานประชุมวิชาการเรื่อง “ปฏิรูประบบสุขภาพสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในประชาคมอาเซียน” (3 กรกฎาคม 2557) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2556-2560 เพื่อให้มีศักยภาพรองรับอนาคต เพราะการเปิดประชาคมอาเซียนจะดึงดูดผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านให้มาใช้บริการสาธารณสุขของไทย

4.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะ 10 ปี

(Medical Hub พ.ศ. 2560-2569) โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่สำคัญและเป็นองค์รวมมากที่สุด และวางแผนระยะยาวที่สุดในเรื่องของการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ คือ ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะ 10 ปี (Medical Hub พ.ศ. 2560-2569)



ภาพที่ 14 ตราสัญลักษณ์ Medical Hub

ที่มา : กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

หากมองย้อนหลังไปแล้ว กระทรวงสาธารณสุข ได้รับหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ หรือ นโยบาย Medical Hub มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยทำงานประสานกับหน่วยงานอื่นๆ คือ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ ฯลฯ รวมทั้ง ภาคเอกชนและสภาวิชาชีพ

จากศักยภาพและการเติบโตของการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทยและของโลก รวมถึงการแข่งขันที่มีความรุนแรงมากขึ้น แต่การดำเนินงานยังพบประเด็นปัญหาในด้านการทำงาน อีกรหลายประเด็น รวมทั้งความซ้อนเหลื่อมของงาน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการท่องเที่ยว และกีฬาจึงได้มีมติร่วมกันในการกำหนดให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็น “วาระแห่งชาติ” (กระทรวงสาธารณสุข 2560)

ต่อมาจึงมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนและขับเคลื่อนนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical and Wellness Tourism) ที่ชัดเจน และเจาะจงยิ่งขึ้น คือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้จัดทำยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์สุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ปี พ.ศ. 2560 – 2569 รวมระยะเวลา 10 ปี เพื่อให้การดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันและเตรียมการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของบริษัทต่าง ๆ ของโลกรวมถึงการทำให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติอย่างแท้จริง โดยมีรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการ เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559 และมีการแบ่งผลผลิต ออกเป็น 4 ส่วนหลัก คือ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2559 : 3)

1. **Wellness Hub ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ** ที่มีการบริการนวดไทยเพื่อสุขภาพ/สปา การบริการนวดเพื่อเสริมสวย การบริการสปาน้ำพุร้อน และการบริการแบบพำนักระยะยาว เพื่อสุขภาพ (Long Stay for Health)

2. **Medical Service Hub ศูนย์กลางบริการสุขภาพ** มี 1) บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ บริการเสริมความงาม บริการทันตกรรม และ บริการศัลยกรรมตกแต่ง การตรวจสุขภาพด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง และ บริการเฉพาะทางที่ต้องใช้ความชำนาญและเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา อาทิ การผ่าตัดโรคหัวใจ การรักษาผู้มีบุตรยาก การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ และการรักษาค่าสายตา (Lasik) 2) บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ตามระดับมาตรฐานระดับประเทศ เพื่อ สนับสนุนการวินิจฉัยโรค การติดตามการรักษา งานวิจัย และงานด้านบริการด้านระบาดวิทยา โดยใช้เทคโนโลยีระดับสูง มีการให้บริการห้องด้านทันตกรรมแบบครบวงจร และ บริการห้องปฏิบัติการใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของยา 3) การบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยมีการจัดการบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทางการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก /คลินิกแพทย์แผนไทย

3. **Academic Hub ศูนย์กลางบริการวิชาการและวิจัย** มี 1) การจัดการการศึกษาระดับปริญญาและหลังปริญญา (Professional and post graduate) เช่น การจัดการศึกษาหลักสูตรนานาชาติในระดับปริญญา 2) การจัดการศึกษาระดับแรงงานฝีมือ (Skill Labor) เช่น การผลิตพนักงานผู้ให้บริการ (Therapist) การผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Worker) การผลิตผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทยและศาสตร์การแพทย์ทางเลือกใหม่ 3) การจัดประชุมนานาชาติ

(MICE) เช่น การจัดประชุมวิชาการทางการแพทย์ระดับ World Congress ในประเทศไทย และการเข้าร่วมเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมงานประชุมวิชาการนานาชาติ (Bidding)

4. Product Hub ศูนย์กลางยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยาแผนปัจจุบัน ยาสมุนไพรไทย เครื่องสำอาง อาหารเสริมเพื่อสุขภาพ เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งพัฒนาประเทศไทยให้ก้าวเข้าสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทั้ง 4 ผลผลิตนี้ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบในหลักการแล้วเมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2559 ในส่วนของการดำเนินงานภายใต้นโยบายนั้นประกอบไปด้วย 3 ข้อ กล่าวคือ สามารถเพิ่มสัดส่วนรายได้ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศเกิดความมั่นคง และมุ่งค้ำทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน โดยจะได้มีการติดตามผลการดำเนินงานทุก 3 / 6 / 9 / 12 เดือน รวมทั้งรายงานผลการดำเนินงานดังกล่าวในคณะรัฐมนตรีทราบทุกปี

4.5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (ปี พ.ศ. 2566-2570) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

แผนระดับชาติที่สำคัญที่สุดคือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งฉบับปัจจุบันคือฉบับที่ 13

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 กล่าวถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับโลก (Global Megatrends) ที่จะส่งผลกระทบต่อไปในอนาคตในด้านเศรษฐกิจ สังคม ธรรมชาติ วัฒนธรรม และมีผลต่อการออกแบบยุทธศาสตร์ รวมทั้งการปรับทิศทางการพัฒนา ซึ่งในแผนนี้ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระยะ 10 ปีข้างหน้าซึ่งประกอบไปด้วย

1. การเพิ่มขึ้นของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้ายแรง ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมในการใช้ชีวิตของสังคมเมืองสมัยใหม่และมลพิษจากการขยายตัวของกิจกรรมทางเศรษฐกิจ อีกทั้งยังมีปัญหาของการทำงานที่ส่งผลให้เกิดการสะสมของความเครียด โดยโรคเรื้อรังและรักษายากที่พบมากที่สุด คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน แต่มีค่าใช้จ่ายที่สูง ถ้าหากไม่ได้มีการจัดสรรเรื่องค่ารักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมจะเกิดเป็นภาระแก่ประชาชนในประเทศระยะยาว
2. กระแสความตระหนักในการดูแลสุขภาพในเชิงป้องกัน ที่มีการเพิ่มขึ้นจากการที่ประชากรมีความรู้และเข้าใจด้านสุขภาพมากขึ้น รวมถึงการรับรู้ข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์เป็นผลให้เกิดความต้องการด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย เช่น นาฬิกา Smartwatch ที่มียอดขายเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2563 และส่งผลให้อุปสงค์ที่มีต่อการบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาทิ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และเชิงสุขภาพ ที่มีการขยายตัวอย่างต่อเนื่องในปี

พ.ศ. 2558-2563 (วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ : การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ 2563) อีกทั้งความตื่นตัวในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อที่สืบเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เกิดการปรับตัว และยกระดับมาตรฐานความสะอาด สุขอนามัย การให้บริการด้านอาหาร บริการสุขภาพ และการท่องเที่ยว ตื่นตัวมากยิ่งขึ้น

3. **ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการรักษาพยาบาล** เช่น การเฝ้าระวัง และการตรวจวินิจฉัยผ่านโทรศัพท์มือถือ หรือ Smartwatch ผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อวัดค่าต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความดัน อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อมาจัดเก็บเป็นข้อมูลในเชิงชีวสารสนเทศ ที่จะสามารถเพิ่มศักยภาพในการติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสาธารณสุข อีกทั้งสามารถบริหารจัดการคลังยา วัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ และควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (ปี พ.ศ. 2566-2570) มีคำขวัญว่า “พลิกโฉมประเทศไทย สู้สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” ข้อสังเกตคือแผนฉบับนี้เป็นแผนพัฒนาฉบับแรกที่เริ่มต้นกระบวนการยกร่างกรอบแผนภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และจะมีผลในการใช้เป็นกรอบเพื่อกำหนดแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และแผนปฏิบัติการในช่วง 5 ปีที่สองของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยได้นำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นหลักนำทางในการขับเคลื่อนและวางแผนการพัฒนาประเทศไทย เพื่อบรรลุเป้าหมายในมิติต่าง ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติอย่างเป็นรูปธรรม

แผนนี้ได้ระบุเป้าหมาย ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายของการพัฒนาระดับมหุดมภาพที่ 4 ให้ “ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูงสุด” (โปรดดูรายละเอียดในภาคผนวก) โดยมี 4 เป้าหมายคือ 1) ไทยมีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากสินค้าและบริการสุขภาพ 2) องค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีศักยภาพเอื้อต่อการสร้างมูลค่าเพิ่มในสินค้าและบริการสุขภาพ 3) ประชาชนไทยได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ และ 4) ระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความพร้อมรองรับภัยคุกคามสุขภาพ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ยังไม่มีการใช้คำว่า “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” แต่ใช้คำว่า “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” ซึ่งมีการใช้คำนี้จำนวนถึง 8 ครั้ง ภายใต้หัวข้อต่างๆ ในแผน คือภายใต้หัวข้อ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับโลก การดูแลรักษาสุขภาพและการรักษาพยาบาล แนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระยะ 10 ปีข้างหน้า เมื่อเทียบกับแผนฯ ก่อนหน้านี้นี้ ข้อสังเกตคือแผนฯ ฉบับที่ 11 มีการกล่าวถึงการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพียงครั้งเดียว และในแผนฯ ฉบับที่ 12 มี 8 ครั้ง

ประเด็นที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับผลกระทบและมิติเชิงสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ระบุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 นั้นก็อยู่ในมหุดมภาพที่ 4

“ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูงสุด” เช่นกัน โดยแผนได้ระบุถึงเรื่องโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคนไทย ซึ่งอาจจะได้รับผลกระทบจากการส่งเสริมบริการรักษาพยาบาลให้กับนักท่องเที่ยวต่างประเทศ นอกจากนั้น ยังได้ระบุถึงข้อห่วงกังวลและความเสี่ยงอื่นๆ เช่น การก่อให้เกิดสภาวะพึ่งพาต่างประเทศทั้งในด้านอุปกรณ์เวชภัณฑ์และวิชาการ และความเสี่ยงต่อโรคระบาดอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ซึ่งในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13, 2565 หน้า 54-55)

1. การให้บริการทางการแพทย์แก่ชาวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นนั้น ต้องคำนึงถึง **ผลกระทบต่อโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทย** ในแง่ของอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความเพียงพอ แต่ยังคงติดปัญหาเรื่องการกระจุกตัว ในสถานการณ์ที่ประเทศไทยมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพที่มุ่งสร้างรายได้เข้าประเทศ ได้เกิดการย้ายงานของบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชน ซึ่งผลกระทบตรงนี้จะมีการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชนชาวไทย โดยเฉพาะกลุ่มคนในพื้นที่ต่างจังหวัดที่ห่างไกล
2. ในแง่ของการก่อให้เกิดสภาวะพึ่งพาต่างประเทศนั้น **ประเทศไทยมีนำเข้าอุปกรณ์เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง** เช่น เครื่องเอกซเรย์ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เครื่องอัลตราซาวด์ ฯลฯ ซึ่งสวนทางกับการส่งออกวัสดุสิ้นเปลืองทางการแพทย์ซึ่งมูลค่าต่ำกว่ามาก ส่วนการผลิตยาและวัคซีนส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการผลิตแบบขั้นปลาย หมายถึง ต้องนำเข้าวัตถุดิบเพื่อผลิตยาและวัคซีนสำเร็จรูป ตลาดยาในประเทศไทยมีมูลค่า 1.84 แสนล้านบาท โดยร้อยละ 90 เป็นการผลิตเพื่อบริโภคภายในประเทศ แต่ส่วนใหญ่เป็นการผลิตยาสำเร็จรูปที่นำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศ ส่วนการผลิตวัคซีนนั้นแม้จะผลิตได้หลากหลายชนิด แต่ก็ยังเป็นแบบปลายน้ำเช่นกัน โดยนำเข้าหรือแบ่งบรรจุ แต่ว่าการผลิตยาเองตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่มนั้น มีเพียง 2 ชนิด คือ วัคซีนบีจีซีและวัคซีนไอกรนชนิดไร้เซลล์ เนื่องจากต้องมีการวิจัยและใช้เทคโนโลยีขั้นสูง
3. อีกประเด็นหนึ่งที่น่าจะนำมาสู่การพึ่งพาต่างประเทศคือ **ศักยภาพด้านวิชาการและการวิจัยทางการแพทย์ของประเทศไทย** ซึ่งยังไม่สามารถนำไปสู่การพึ่งพาตนเองได้ จากการจัดอันดับวารสารงานวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ โดย SCImago พบว่าประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 42 ของโลก นับว่าต่ำกว่าเพื่อนบ้านอย่างเช่นมาเลเซีย เนื่องจากมีช่องว่างในการพัฒนางานวิจัยให้เป็นที่ยอมรับ และยังมีปัญหาเรื่องางานวิจัยและนวัตกรรมมาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ เพราะขาดโครงสร้างพื้นฐานสำคัญรองรับและระบบนิเวศการวิจัยที่ไม่เอื้อ เช่น บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการวิจัย ศูนย์ทดสอบและห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานสากล ฯลฯ ซึ่งประเด็นนี้วิเคราะห์ได้

ว่างานวิชาการการแพทย์ของไทยยังไม่ได้เป็นปัจจัยที่เสริมต่อการเป็นผู้นำด้านวิชาการ เรื่องการแพทย์

4. การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพและโลกาภิวัตน์ส่งผลต่อความเสี่ยงในการรับมือกับโรคระบาดอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น ในช่วงตลอด 20 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จากต่างประเทศมาเป็นระยะ อาทิ โรคไข้หวัดนก โรคไข้ซิกา โรคซาร์ส โรคเมอร์ส และโรคล่าสุดที่มีการระบาดไปทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง คือ โรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการท่องเที่ยวและการส่งออกของไทยในปี พ.ศ. 2563 ทำให้เศรษฐกิจไทยหดตัวอย่างรุนแรง เนื่องจากจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติลดลงเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2562 แผนฯ 13 ได้ระบุว่าประเทศไทยจะต้องปรับโครงสร้าง ระบบ และกำลังคนในการควบคุมจัดการโรคระบาดให้ได้มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อระบบสาธารณสุข และเศรษฐกิจของประเทศ

4.6 แผนยุทธศาสตร์และแผนการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/เชิงการแพทย์กับมาตรการป้องกันผลกระทบในด้านต่างๆ

การพัฒนาท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีส่วนทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล แผนยุทธศาสตร์และแผนส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลายฉบับ รวมทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในช่วงหลังได้มีความพยายามที่จะยกประเด็นและหามาตรการป้องกันผลกระทบ และตอบกับความท้าทายต่างๆ เช่น

4.6.1 **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11** (ปี พ.ศ. 2555-2559) ภายใต้อันนี้มี “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11” ปี พ.ศ. 2555-2559” ซึ่งมี 2 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยได้มีการกล่าวถึงการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาล ดังนี้

ยุทธศาสตร์ ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพตามระบบ HA ลดระยะเวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลให้น้อยกว่า 30 นาที มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งการปรับเปลี่ยนระบบบางอย่างในระบบบริการสุขภาพนั้นส่งผลดีต่อผู้เข้ารับบริการมากขึ้น เช่น การลดระยะเวลาการรอตรวจ อีกทั้งยังลดความแตกต่างระหว่างกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพของผู้ป่วย คนยากไร้ ผู้พิการ ฯลฯ

ภายใต้อันนี้ โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องได้การตรวจเกณฑ์การรับรองคุณภาพตามระบบสุขภาพ HA ซึ่งผู้วิจัยมองว่าการที่โรงพยาบาลในประเทศไทยมีการปรับตัวเรื่องมาตรฐานคุณภาพนั้น

เป็นสิ่งที่ดี เป็นความก้าวหน้าอีกขั้นในการจัดการระบบต่างๆ ภายในโรงพยาบาลให้มีระเบียบเพื่อรองรับกลุ่มคนไข้ที่เป็นกลุ่มคนไทยและแรงงานข้ามชาติได้มากขึ้น และยังสามารถพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลได้เพิ่มขึ้น เป็นความพยายามจะยกระดับระบบสาธารณสุขในไทยเพื่อให้พร้อมรองรับกับการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในประเทศและเพื่อส่งเสริมสุขภาพภายในประเทศก่อนที่จะนำเอาการรักษาพยาบาลมาบริการชาวต่างประเทศ

การยกระดับสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่อยมา ทั้งในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ บริการเฉพาะทางและระบบส่งต่อ โดยในสถานบริการสุขภาพ พบว่ามีจำนวนเตียง 109,0161 เตียง โดยแบ่งเป็น (ข้อมูลจาก แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11” ปี พ.ศ. 2555-2559)

- ในกรุงเทพมหานครฯ มีโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง และ โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรค 13 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขครบครันทุกเขตรวม 68 ศูนย์/36 สาขา
- ส่วนภูมิภาค มีโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 48 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมทุกอำเภอรวม 758 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภอ 9,750 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 151 แห่ง
- ระบบส่งต่อผู้ป่วย ได้มีการจัดระบบกำกับ ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และมีการใช้นวัตกรรมใช้ระบบ IT (Refer Online) มาประกอบการดำเนินงานรับส่งต่อผู้ป่วย ทำให้การประสานการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากจำนวนการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยน้อยลง แต่ยังคงมีปัญหามากในโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครฯ

ส่วนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินการตามการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สำหรับการมีระบบหลักประกันสุขภาพนั้น ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพมากขึ้นจากร้อยละ 92.5 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 99.9 ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2554)

4.6.2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ว่ามีการระบุข้อห่วงกังวลและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดจากการส่งเสริมการรักษาพยาบาลให้นักท่องเที่ยวชาวต่างประเทศ ดังนั้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 จึงได้กล่าวถึงเรื่องต่างๆ ที่จะป้องกันผลกระทบและสร้างสมดุลด้านสุขภาพ ในแผนได้ระบุกลยุทธ์ที่ 5 การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพบนพื้นฐานความสมดุลทางเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย โดยมี

กลยุทธ์ย่อยที่ 5.1 บริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ คือ สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามาร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ สนับสนุนการนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศ โดยพัฒนารูปแบบการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เอื้อต่อการดังกล่าว ส่งเสริมให้เกิดการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ โดยพัฒนากลไกระบบหมุนเวียนกำลังคนให้รองรับทั้งในเชิงพื้นที่ ภาระงาน และสาขาขาดแคลน พร้อมมีมาตรการจูงใจบุคลากรทางการแพทย์คงอยู่ในระบบสุขภาพ

ส่วนกลยุทธ์ย่อยที่ 5.2 ระบุการพัฒนาเทคโนโลยีและแนวทางกำกับดูแลค่าบริการทางการแพทย์ ที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ **กลยุทธ์ย่อยที่ 5.3** พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ จัดทำฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประเทศ โดยสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในแง่ของโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพ **กลยุทธ์ที่ 6** ระบุถึงการยกระดับศักยภาพระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบต่อบริการทางเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยมี**กลยุทธ์ย่อยที่ 6.1** ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพ วางแผนอัตรากำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ ฯลฯ

สรุปบทที่ 4 พัฒนาการของแผนและยุทธศาสตร์และการคำนึงถึงประเด็นผลกระทบทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ความสนใจที่จะส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มขึ้นเมื่อเห็นความสำเร็จของโรงพยาบาลเอกชน ในการหลุกค้าต่างชาติทดแทนลูกค้าไทยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่พัฒนาไปมากขึ้นค่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีความสามารถและโอกาสในการพัฒนาบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลพยายามยกระดับมาตรฐานไปสู่สากล เพื่อที่จะได้เป็นแหล่งรายได้ใหม่ของประเทศ

นโยบายแรกที่ระบุถึงการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพ เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2546 “แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย” มีระยะเวลา 5 ปี (Medical Hub of Asia พ.ศ. 2547-2551) (กระทรวงสาธารณสุข 2546, Cohen, 2008, อัญชญา ณ ระนอง, 2554 : 47-81; กรมการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ 2554; สำนักส่งเสริมสุขภาพธุรกิจบริการ, 2555) โดยแผนนี้มีคณะทำงานทั้งหมด 4 กระทรวงหลักได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง และกระทรวงพาณิชย์ รวมถึงกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลและธุรกิจอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระทรวงที่เป็นกลไกหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข นำโดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์

หลังจากแผนแรก ก็มีแผนและยุทธศาสตร์เรื่องศูนย์กลางสุขภาพหลายต่อมาอีกคือ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) โดยกระทรวงสาธารณสุข และยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ระยะ 10 ปี (Medical Hub พ.ศ. 2560-2569) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และนอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา ยังมี “ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” ซึ่งอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (พ.ศ. 2558-2560) ในระดับชาตินอกจากแผนและยุทธศาสตร์เฉพาะเจาะจงเรื่องนี้แล้ว แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ก็ยังมีเนื้อหาบางส่วนที่พูดถึงเรื่องนี้

ตารางที่ 3 แผนและยุทธศาสตร์ ช่วงเวลา หน่วยงาน และเป้าหมายหลัก

แผน	ช่วงเวลา	หน่วยงาน	เป้าหมายหลัก
1. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Thailand : Excellence Medical Hub of Asia)	2547-2551	กระทรวงสาธารณสุข	การสร้างรายได้ให้กับประเทศผ่านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เป็นหลัก
2. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ	2553-2557	กระทรวงสาธารณสุข	มุ่งเน้นการเสริมสร้างและเพิ่มขีดจำกัดความสามารถในการแข่งขันด้านธุรกิจบริการสุขภาพ
3. ยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (ภายใต้ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน)	2558-2560	กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา	พัฒนาและส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนและมีคุณภาพโดยวางแผนให้มีเป้าหมาย 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care Provider)	2557-2561	กระทรวงสาธารณสุข	มุ่งหวังให้ประเทศไทยเป็นผู้นำในระดับโลกด้านการจัดการบริการสุขภาพ ภายใน 5 ปี ข้างหน้า
5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub)	2560-2569	กระทรวงสาธารณสุข	พัฒนาและบูรณาการทำงานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง นำศักยภาพ ทรัพยากรสุขภาพ ที่มีเอกลักษณ์ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของโลก ภายใน 10 ปี ข้างหน้า และ เพิ่มสัดส่วนรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่งทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน

ระดับของแผนและยุทธศาสตร์ดังกล่าว รวมทั้งหน่วยงานที่จัดทำแผนและร่วมกันดำเนินงานในแผน ยังมีข้อจำกัดเรื่องการทำงานอย่างบูรณาการของหลายหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐกับเอกชน และยังไม่ได้มีแผนงานที่ต่อเนื่องและรองรับการเปลี่ยนแปลง แม้ว่า “ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ” (Medical Hub) ฉบับล่าสุดจะได้วางแผนเป็นระยะยาวที่สุดเท่าที่เคยมีมา คือเป็นเวลา 10 ปี แต่สถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด 19 ที่เกิดขึ้นก็ทำให้การดำเนินงานไม่ได้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่วางไว้ ทั้งประเทศไทยและทั่วโลกได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้นักท่องเที่ยวชาวต่างชาติไม่สามารถเดินทางเข้าออกได้อย่างปกติ จึงทำให้หลายธุรกิจต้องชะลอตัวและทยอยปิดตัวลง

หากมองในแง่ดี การชะลอตัวลงของการท่องเที่ยวในภาพรวม จะทำให้มีเวลาที่จะย้อนคิดและปรับปรุงแผน รวมทั้งพัฒนาระบบกำกับควบคุม การป้องกันปัญหาต่างๆ รวมทั้งจริยธรรมทางการแพทย์จากการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ เช่น การอัมบุย และ การใช้เซลล์ต้นกำเนิด ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ภัยคุกคามต่างๆ ก็ยังไม่ได้คำนึงถึงมิติทางสังคมและจริยธรรมมากนัก แต่จะให้ความสำคัญกับเรื่องการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบให้เอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ การใช้ระบบประกันภัยสุขภาพและสวัสดิการจากต่างประเทศ การอนุญาตด้านการลงตรา การปรับแก้กฎหมายการออกใบอนุญาตประกอบธุรกิจด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ฯลฯ

ดังนั้น แผนและนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยจึงจะต้องคำนึงถึงประเด็นที่เป็นผลกระทบควบคู่ไปกับประเด็นที่เป็นด้านบวก โดยบทที่ 5 จะวิเคราะห์ข้อมูลที่มาจากการให้สัมภาษณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งยังมีประเด็นที่เป็นข้อคำถามและทำให้ต้องวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม ตั้งแต่นิยามและการกำหนดความหมายต่างๆ ไปถึงประเด็นโลกาภิวัตน์ที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำไม่เฉพาะในประเทศเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงบริบทระหว่างประเทศรวมทั้งโลกาภิวัตน์และการเคลื่อนย้ายที่มาจาก การท่องเที่ยว อันจะมีผลต่อการขยายตัวของโรคระบาดและเชื้อโรคอื่นๆ รวมทั้งเชื้อดื้อยาที่เป็นปัญหาใหญ่ด้านสาธารณสุขในปัจจุบันด้วย

บทที่ 5

บทวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม

หลังจากที่ได้วิเคราะห์แผน นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในบทที่ 4 แล้วนั้น บทที่ 5 จะนำข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขของไทย รวมทั้งข้อมูลเอกสารที่ได้ทบทวนไว้แล้วรวมทั้ง ค้นหามาเพิ่มเติมมาวิเคราะห์ในประเด็นที่ได้ตั้งไว้ โดยการสัมภาษณ์ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความเกี่ยวข้องและสามารถอธิบายในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาได้ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาย สาธารณสุข ด้านการแพทย์ ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านสังคม รวมทั้งสิ้น 20 คน โดยผู้วิจัยได้ ดำเนินการสัมภาษณ์ดังกล่าวในช่วง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ส่วน ประเด็นในการวิเคราะห์ 6 ประเด็นมีดังนี้ 1) คำนิยามและความหมายที่ซับซ้อนของการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 2) นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์นานาชาติและข้อห่วง กังวล 3) โลกาภิวัตน์ การแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ทูนิยมและกระบวนการทำ ให้เป็นสินค้า 4) มาตรฐานโรงพยาบาลระดับนานาชาติ 5) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบ สาธารณสุขและสมองไหล 6) การแพร่กระจายเชื้อโรคข้ามแดน

5.1 คำนิยามและความหมายที่ซับซ้อนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และนักท่องเที่ยวเชิง การแพทย์

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ในบททบทวนเอกสาร คือบทที่ 2 ถึงคำนิยามและความหมายที่ซับซ้อนที่ เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ คือในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 มีการใช้คำปะปนกันระหว่าง “การ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” “การท่องเที่ยวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ” และ “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” แต่ ในปี พ.ศ. 2547 ที่ประเทศไทยริเริ่มนโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ก็มีการใช้คำที่ชัดเจนโดย แยกระหว่างการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุ ในเนื้อหาของยุทธศาสตร์นโยบายศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติไว้ว่า “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” (Medical tourism) คือ การที่นักท่องเที่ยวเดินทางออกไปแสวงหาบริการรักษาพยาบาลนอกประเทศ ของตน ซึ่งบริการดังกล่าวอยู่ในสถานพยาบาล เป็นการรักษาที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญและใบประกอบวิชาชีพในการทำงาน ใช้เครื่องมือที่ทันสมัย และมีเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามา ช่วยในเรื่องการรักษา ส่วน “การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” (Wellness Tourism) คือ การที่นักท่องเที่ยว เดินทางไปท่องเที่ยวและระหว่างนั้นก็เข้าร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ การออกกำลังกาย การ ผ่อนคลาย การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ฯลฯ

แผนและนโยบายเพื่อเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical hub) แม้ว่าจะมีเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่เนื่องจากคำว่า “ศูนย์กลางบริการสุขภาพ” นั้น มีความหมายและความครอบคลุมกว้างขวาง ดังนั้นจึงมีประเด็นว่าความระมัดระวังในเรื่องผลกระทบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น อาจจะไม่ได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเมื่อมีการผลักดันนโยบายนี้

“คำว่า Medical hub เป็นคำที่ใหญ่และกินความครอบคลุมทั้งในด้านชีววิทยาศาสตร์ (Bioscience) คือการตั้งกลุ่มวิจัย วิชาการ การศึกษา และการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การผลิต (Manufacturing) และการนำเข้ายา เวชภัณฑ์ ส่วนในด้านบริการ (Medical services) ก็มีเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การส่งออกภาคบริการ”

อดีตอาจารย์คณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สัมภาษณ์,
วันที่ 13 ตุลาคม 2564

การแยกแยะรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับประเด็นการพัฒนาอย่างแยกไม่ออก Michael D Horowitz และ Jeffrey A Rosensweig เขียนบทความเรื่อง Medical tourism--health care in the global economy (2007) เกี่ยวกับการแบ่งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ “Traditional medical travel” “การเดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แบบดั้งเดิม” และ “New medical tourism” “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่” อย่างแรกคือ การเดินทางจากประเทศที่กำลังพัฒนาไปยังประเทศที่มีศูนย์การแพทย์ในประเทศที่พัฒนา เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมัน และสวิสเซอร์แลนด์ สำหรับผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีสามารถจ่ายค่ารักษาและค่าเดินทางในราคาสูง ยกตัวอย่างเช่นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจากประเทศตะวันออกกลางได้เดินทางไปเพื่อเข้ารับการรักษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนกลุ่มคนที่มีฐานะทางการเงินในระดับกลางถึงมากในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เดินทางไปรักษาตัวยังประเทศสิงคโปร์ ซึ่งเป็นศูนย์การแพทย์ที่มีคุณภาพ แต่ในสมัยปัจจุบัน การพัฒนาเทคโนโลยีและบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ทำให้เกิด “การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แบบใหม่” คือ นักท่องเที่ยวจากประเทศที่ร่ำรวยหรือการพัฒนาแล้วกลับเดินทางไปยังประเทศที่กำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนา เพื่อแสวงหาบริการทางการแพทย์ที่ราคาไม่แพงและรวดเร็วซึ่งมักจะรวมมากับการพักผ่อนหย่อนใจหรือการท่องเที่ยวในรูปแบบอื่น ๆ

จากการทบทวนเอกสารที่เป็นแผน นโยบาย และยุทธศาสตร์ รวมทั้งการสัมภาษณ์ ประเทศไทยให้ความสนใจเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในแบบหลัง คือการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพสูงในประเทศกำลังพัฒนาที่พยายามดึงดูดกลุ่มคนที่มีฐานะด้านการเงินในหลายประเทศ

เช่น ประเทศกลุ่มตะวันออกกลาง ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา ฯลฯ เข้ามาใช้บริการบริการรักษาพยาบาล และมาร่วมทำกิจกรรมการท่องเที่ยวอื่นๆ ภายในประเทศไทยอีกด้วย

“ประเทศไทย เป็นประเทศที่การแพทย์เจริญมาก มากกว่าหลายประเทศ ด้วยการแพทย์ของประเทศไทย เน้นบริการและความสามารถของบุคลากร แล้วยังมีราคาถูกกว่าประเทศฝั่งยุโรป อเมริกา ตะวันออกกลาง หลายเท่า ทำให้ประเทศไทย เป็นเป้าหมายในมาการรักษาพยาบาลและท่องเที่ยว เป็นการนำเงินเข้าประเทศไทย ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับอุตสาหกรรม ในภาคส่วนอื่นๆ”

แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 ปัจจุบันใช้ทุนอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัด
ชัยนาท, สัมภาษณ์ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

คำที่ใช้ นิยาม การกำหนดความหมาย และการตีความที่แตกต่างกันมีความสำคัญบทความ
โดย Pocock, Nicola S. and Phua, Kai Hong. “Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia” (2011) ให้ความสำคัญกับการมีนิยามสากลของการท่องเที่ยวเชิง การแพทย์และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อที่จะทำให้เข้าใจสถานการณ์และผลกระทบต่อระบบ สุขภาพและเป็นประโยชน์ในการดำเนินการเรื่องนโยบายส่งเสริมโดยคำนึงถึงผลที่จะตามมาจากการ เติบโตของอุตสาหกรรมดังกล่าว ในแง่ของความเท่าเทียมในการเข้าถึงและการบริการสำหรับ ผู้บริโภคท้องถิ่น

นายแพทย์ฉัตรกร โนรี ผู้ทำวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ให้ข้อสังเกตเรื่องจำนวน นิยามความหมาย และความหลากหลายของกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิง การแพทย์ว่า

“กลุ่ม medical tourists จริงๆ ไม่ได้มีจำนวนมากถ้าไม่นับ expat และ non-medical tourists หรือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุแล้วต้องเดินทางมาเพื่อการ รักษาพยาบาล นักท่องเที่ยวที่บินตรงมารักษาพยาบาล (direct fly-in) นั้นมีสัดส่วน ไม่มาก แต่มาเพื่อภารกิจอื่นๆ ด้วยเช่นธุรกิจ แต่เราก็พบว่ายังมีกลุ่มอื่นๆ ด้วยเช่นกลุ่ม ที่ไม่ได้ตั้งใจเข้ามารักษาพยาบาลตั้งแต่ต้น แต่มาแล้วเจอป่วยโรงพยาบาล อ่าน โฆษณาแล้วเลยตัดสินใจรักษา บางทีรักษาวันเดียวกลับบ้านได้”

นักวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
มูลนิธิสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
, สัมภาษณ์วันที่ 13 กรกฎาคม 2564

การทำความเข้าใจเรื่องนิยามของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่มจึงมีความสำคัญ ดังที่ได้บททวนในบทที่ 2 และให้ข้อสังเกตถึงคำที่ใช้โดย Cohen (2008 :227) ซึ่งแบ่งประเภทของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็น 5 ประเภท 1) Mere Tourist คือ ผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการบริการทางการแพทย์ใดๆ ในประเทศที่ไปเยือนระหว่างการเดินทาง 2) Medicated Tourist คือ ผู้ที่เข้ารับการบริการรักษาพยาบาลเนื่องจากเกิดอุบัติเหตุ หรือ ปัญหาสุขภาพโดยบังเอิญในระหว่างการเดินทางไปเยือนประเทศต่าง ๆ 3) Medical tourist proper คือ ผู้ที่เดินทางท่องเที่ยวไปยังประเทศต่าง ๆ และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลไปพร้อม ๆ กัน 4) Vacationing Patient คือ ผู้ที่มาเยือนประเทศต่าง ๆ เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก และถือใช้โอกาสนี้พักผ่อนหย่อนใจไปด้วยในตัว โดยจะเข้ารับการผ่าตัดหรือการรักษาอื่น ๆ 5) Mere Patient ผู้ที่เดินทางมาเพื่อทำการรักษาพยาบาลและไม่คิดที่จะท่องเที่ยวต่อหลังจากการรักษา

งานศึกษาวิจัยในประเทศไทย (Wongkit and McKercher 2013) ได้แยกแยะนักท่องเที่ยวตามกลุ่มตลาด (market segments) ออกเป็น 1) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (dedicated medical tourist) 2) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ยังลังเลใจ (hesitant medical tourist) 3) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาลและก็วางแผนมาเที่ยวด้วย (holidaying medical tourist) 4) นักท่องเที่ยวกลุ่มที่มาเพื่อท่องเที่ยวเป็นหลักและตัดสินใจที่จะรักษาพยาบาลภายหลังเมื่อเดินทางเข้ามาในประเทศไทยแล้ว (opportunistic medical tourist)

การเก็บข้อมูลสถิติตัวเลขนั้นก็มีความเกี่ยวข้องกับการใช้ค่าและหน่วยนับด้วย การเก็บข้อมูลจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยกระทรวงพาณิชย์ที่เก็บจากโรงพยาบาลเอกชนนั้น ได้ตัวเลขที่สูงมาก และยังมีความคลาดเคลื่อนระหว่างหน่วยนับ ว่าเป็น “จำนวนคน” (person) หรือ “จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา” (visit) นอกจากนี้ประเด็นนี้แล้วยังมีเรื่องของนิยามและประเภทย่อยของผู้ป่วยที่มารักษาพยาบาล ซึ่งแผนภูมิของ McKinsey⁵ ในปี ค.ศ. 2008 แสดงให้เห็นว่าในบรรดาผู้ป่วยในที่เป็นคนต่างชาติมารับการรักษาพยาบาล ซึ่งถ้าสมมุติว่าเป็นร้อยละ 100 นั้น จะต้องลบเอาผู้ที่เป็นชาวต่างชาติที่มาพักอาศัยถาวรเนื่องจากการทำงานหรืออื่นๆ และจะต้องลบเอา

⁵ ในเรื่องนี้ งานวิจัยของ McKinsey (2008) ได้ระบุขอบเขตว่านักท่องเที่ยวที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ไม่รวมอยู่ในกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 1) นักท่องเที่ยวที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (emergency tourists) 2) นักท่องเที่ยวที่ตั้งใจมาส่งเสริมสุขภาพ (wellness tourists) 3) ชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานประจำและรักษาพยาบาลในประเทศนั้นๆ (expatriates seeking care in their country of residence) 4) ผู้ป่วยที่เดินทางไปภูมิภาคใกล้เคียง (patients travelling to neighbouring regions to the closest available care)

นักท่องเที่ยวที่เข้ามารักษาพยาบาลด้วยสาเหตุฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุอีกด้วย ดังนั้น จำนวนผู้ที่เป็
 นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์น่าจะมีจำนวนน้อยกว่าที่รายงานกันทั่ว ๆ ไป แผนภูมิของ McKinsey
 ยังใช้คำว่า Medical travelers ไม่ใช่คำว่า Medical tourists เพราะในการเก็บข้อมูล เราอาจจะรู้
 จำนวนผู้เข้ารับการรักษาพยาบาล แต่อาจจะไม่ได้เชื่อมโยงไปถึงว่าคนเหล่านี้ได้ท่องเที่ยวก่อนหรือ
 หลังการรักษาพยาบาลหรือไม่ การใช้คำในลักษณะนี้จึงควรต้องคำนึงถึงนิยามและความครอบคลุม
 ดังที่ทบทวนไว้แล้วในบทที่ 2

Figure 1. Medical travelers

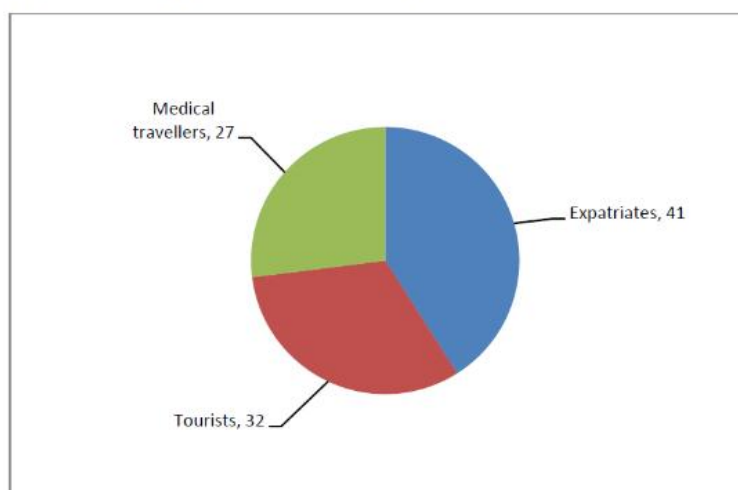


Source: McKinsey Quarterly, *Mapping the market for medical travel*, 2008

ภาพที่ 15 การคาดประมาณร้อยละของผู้ป่วยในจากต่างชาติที่ได้รับการรักษาพยาบาล

แผนภูมิในงานของ Noree (2015) ซึ่งนำตัวเลขในปี ค.ศ. 2003 (พ.ศ. 2546) มาจากกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ ยังชี้ให้เห็นว่าการเก็บข้อมูล “ผู้ป่วยต่างชาติ” ยังแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มที่เข้ามาเป็นนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Tourists ร้อยละ 32) ผู้ที่เดินทางเข้ามารับการ
 รักษาพยาบาล (Medical travelers ร้อยละ 27) และชาวต่างชาติที่อยู่อาศัยในประเทศไทยที่เข้ามา
 รับการรักษาพยาบาล (Expatriates ร้อยละ 41)

Figure 1.1: Type of international patients



Source: Department of Export Promotion Ministry of Commerce

ภาพที่ 16 แผนภูมิการแยกประเภทผู้ป่วยต่างชาติ
(แหล่งที่มา : Noree 2015 ตัวเลขจากกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ 2003)

นิยาม ความหมาย และการแยกประเภท/ลักษณะของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีความสำคัญกับการวางนโยบายด้วย การพัฒนานโยบายควรวิเคราะห์ถึงข้อมูลเฉพาะของนักท่องเที่ยวและผู้คนหลากหลายกลุ่มที่จะมารับบริการเชิงการแพทย์ ดังคำสัมภาษณ์ด้านล่างนี้

“ถ้าเราอยากทำนโยบาย เราควรจะต้องรู้จักกลุ่มเหล่านี้ ในงานวิทยานิพนธ์จึงเก็บข้อมูลโดยถามว่าทำไมอยากมาประเทศไทย เดินทางมาเพื่อการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะหรือไม่ ผู้คนที่มานั้นมีหลายกลุ่ม คือ non-homogenous นโยบายบางชุดสนับสนุนบางกลุ่ม เราต้องเข้าใจลักษณะหรือ character ของนักท่องเที่ยวจากการทบทวนเอกสารทำวิทยานิพนธ์ พบว่าแต่ละประเทศตีความหมายไม่เหมือนกัน ถ้าไทยอยากส่งเสริม ก็ต้องดูกลุ่มไหนควรจะมีกลยุทธ์แบบไหน เราพบว่า opportunistic medical tourists เป็นกลุ่มใหญ่มาก คือกลุ่มนี้เดินทางเข้ามาด้วยวัตถุประสงค์หลายอย่าง ถ้าเรามีกลยุทธ์เฉพาะแต่ละกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มนี้ ก็จะได้ตลาดกลุ่มใหญ่มาก”

นักวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
มูลนิธิสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
, สัมภาษณ์วันที่ 13 กรกฎาคม 2564

เอกสารของนายแพทย์ติณกรชี้ให้เห็นว่า จำนวนนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ “ที่แท้จริง” (genuine) นั้นมีจำนวนน้อยกว่าที่คาดไว้จนกล่าวได้ว่าเป็น “ตลาดเฉพาะ” ได้ (niche market) แม้จะเป็นตลาดเฉพาะแต่ก็ควรจะแยกส่วนแบ่งตลาดภายในกลุ่มนี้เพื่อให้นโยบายมีความเจาะจงกลุ่มเฉพาะเช่น ภูมิภาค เพศ และวัย ซึ่งอาจจะไม่จำเป็นต้องเน้นเรื่องการแพทย์ชั้นสูง แต่ขยายไปยังบริการเช่นการตรวจเช็คสุขภาพ ทัศนกรรมหรือการเสริมความงามที่ใช้เวลาเพียงวันเดียวเพื่อให้นักท่องเที่ยวได้เพิ่มเติมเข้าไปในเป้าหมายท่องเที่ยวของตนเอง (Noree 2015)

แม้จะไม่ยึดเอาเรื่องตลาดและการดึงดูดนักท่องเที่ยวเป็นหลัก แต่ข้อมูลที่มีการจำแนกแยกแยะและลงรายละเอียดของนักท่องเที่ยวกลุ่มต่างๆ จะทำให้สามารถจะออกนโยบายที่จะก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบน้อยที่สุด โดยส่งเสริมการท่องเที่ยวประเภทที่จะไม่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมหรือเบียดบังจากบริการสาธารณสุขที่มีอยู่จำกัดในประเทศไทย ดังจะวิเคราะห์ต่อไปในประเด็นจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขและสมองไหล

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้นสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นวิเคราะห์ได้ดังนี้

1. คำนิยามของ คำว่า การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

1.1 การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ได้ถูกแบ่งแยกประเภทต่างๆ ไว้แล้ว ตามนักวิจัย และนักคิดหลายท่านในบทที่ 2 รวมถึง ได้มีการนิยามจาก ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับด้านนี้จากคำให้สัมภาษณ์ด้านบนที่กล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศ และ ผู้วิจัยหลายคนมีการตีความหมายที่ไม่เหมือนกัน แต่ยังคงมีความสอดคล้องกันในเรื่องของ การเดินทางท่องเที่ยว และการรักษาพยาบาล นอกสถานที่ของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปคำนิยามของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ไว้ดังนี้

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง การที่ผู้คนได้เดินทางออกนอกประเทศตนเอง เพื่อไปเข้ารับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานคุณภาพ และจำเป็นต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ อีกทั้ง เทคโนโลยีทันสมัย ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพให้บริการ รวมถึง มีการท่องเที่ยว มีความสุขในการพักผ่อนหย่อนใจ หรือกิจกรรมท่องเที่ยวอื่น ๆ ซึ่งคนกลุ่มนี้คือ ผู้ที่มีความประสงค์หลักในการเข้ารับการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ซึ่ง การเข้ารับบริการทางการแพทย์นั้น ประกอบไปด้วย อาทิ การเปลี่ยนอวัยวะ การศัลยกรรมกระดูก ทัศนกรรม การท่องเที่ยวเพื่อฟื้นฟูสภาวะเสื่อม การยุติการตั้งครรภ์ การรักษาผู้มีบุตรยาก และการรักษาโรคเฉพาะทาง เช่น หัวใจ

1.2 นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ทั้งหมดนั้น ค้นพบว่า ยังมีความหมายของคำว่า “นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์” ที่คลุมเครือ และหลากหลาย แนวคิดจากหลายประเทศ รวมถึง การเก็บข้อมูลสัมภาษณ์มาด้วยแล้วนั้น ดังนั้นผู้วิจัยขอ อธิบายได้ดังนี้ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ หมายถึง บุคคลที่ได้เดินทางโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการเข้ารับการรักษาพยาบาล โดยสามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทางคือ 1.การเดินทาง เพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศที่พัฒนาแล้ว 2. การเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งจากสองกลุ่มนั้น ประเภทของคนที่เดินทาง ออกไปนอกประเทศของตนส่วนมากนั้นจะมีฐานะที่ ร่ำรวย สามารถใช้เงินเพื่อการเดินทาง และค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูง ได้ เนื่องจากไม่สามารถรอระยะเวลาที่รอคิวในประเทศ ของตนเองได้ โดยทั้งหมดนี้ได้เลือกสรรเองแล้วว่า ท่านใดจะใช้บริการผ่านประกันสุขภาพ หรือ มีการวางแผน ติดต่อ ผ่านทางสถานพยาบาลได้โดยตรง หรือ เอเจนซี่แทน

นอกจากเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แล้ว ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้คือเรื่องภาระ ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุ หรือมีกรณีฉุกเฉินในประเทศไทย มีข้อมูลว่านักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุในประเทศไทยและเข้ารับการรักษาไม่สามารถรับผิตชอบ ค่าใช้จ่ายได้ ทำให้เกิดปัญหาการค้างชำระค่ารักษาพยาบาลจนเกิดหนี้ประมาณ 200 ล้านบาท (ข้อเสนอจากหน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลในที่ประชุมประเด็นประกันการเดินทาง หรือ Travel insurance 2556) ใบแจ้งของการทำประกันสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ

ในกรณีที่มีการส่งเสริมให้ชาวต่างชาติอยู่อาศัยระยะยาว ก็มีประเด็นทั้งเรื่องการพิจารณานิยามนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และประเด็นเรื่องการซื้อประกันภัยที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาล กรณีฉุกเฉิน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เปิดระบบการทำประกันสุขภาพ สำหรับคนต่างด้าวผู้ขอรับการตรวจลงตราประเภทอยู่ชั่วคราว Non-Immigrant Visa รหัส O-A (ระยะเวลา 1 ปี) คุ้มครองตลอดระยะเวลาที่พำนักในไทย แต่กลับพบปัญหาในการดำเนินงานคือ คนต่างด้าวที่มีอายุเกิน 70 ปี ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทประกันภัยภายในประเทศไทยได้ ส่งผลให้ขาดคุณสมบัติ และแบบฟอร์มการรับรองการซื้อประกันสุขภาพในต่างประเทศไม่สอดคล้องกับระบบประกันภัย/สิทธิประโยชน์จากประเทศนั้น ๆ จึงต้องมีการปรับปรุงหลักเกณฑ์เพิ่มเติม

ต่อมามีนโยบายการอยู่ชั่วคราวเพื่อการพำนักในราชอาณาจักรระยะยาว 10 ปี (Long Stay Non O-X)

เป็นนโยบายที่ถูกเสนอเข้าสู่การพิจารณาอนุมัติในหลักการของคณะรัฐมนตรี โดยมีการร่าง ประกาศส่งให้กระทรวงมหาดไทย และคณะกรรมการกฤษฎีกา พิจารณาตรวจสอบ และเสนอเรื่องเข้า

การพิจารณาของรัฐมนตรีอีกครั้งเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 และ ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2565 ครม.เห็นชอบร่างประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การอนุญาตให้คนต่างด้าวบางจำพวกเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษ ตามมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจและการลงทุน โดยการดึงดูดคนต่างด้าวที่มีศักยภาพสูงสู่ประเทศไทย ซึ่งเป็นการอนุญาตให้คนต่างด้าวที่มีศักยภาพสูงเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นกรณีพิเศษเพื่อการพำนักระยะยาว (Long-term resident visa : LTR Visa) อายุการตรวจลงตรา 10 ปี และเสียค่าธรรมเนียมครั้งเดียวในอัตรา 50,000 บาท (จากเดิม 100,000 บาท) ทั้งนี้ มีผลใช้บังคับเมื่อพ้น 90 วัน นับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป และต่อมา มีการเสนอให้มีการตรวจลงตราเพื่อการรักษาพยาบาล ระยะเวลา 1 ปี (Medical Treatment Visa) รหัส Non- MT ให้แก่ชาวต่างชาติที่มีศักยภาพและมีกำลังใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยต่างชาติที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเดินทางมาพร้อมผู้ติดตามไม่เกิน 3 คนซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้ากับสถานพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด นโยบายเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับนิยาม ความหมายและการตีความนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมทั้งการกำหนดประเภทและการจัดทำข้อมูลตัวเลขสถิติเพื่อที่จะติดตามสถานการณ์ด้านนี้ต่อไปในอนาคต

5.2 นโยบายการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและข้อห่วงกังวล

สำหรับข้อคิดเห็นต่อนโยบายการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น ผู้ที่ให้สัมภาษณ์มีทั้งเห็นด้วยและมีข้อกังวลเกี่ยวกับนโยบายนี้ ในแง่บวกนั้น การสนับสนุนนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์บริการสุขภาพนานาชาติ มีข้อดีหลายอย่าง การที่มีโรงพยาบาลเอกชนในไทยหลายแห่ง เป็นเหมือนเป็นการรักษาไม่ให้แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ เกิดการย้ายถิ่นฐานไปทำงานและอยู่อาศัยในต่างชาติดาว และถ้าเกิดวิกฤตการณ์ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขยังสามารถเรียกแพทย์กลุ่มนี้กลับเข้ามาทำงานได้ในกรณีที่แพทย์ในระบบรัฐไม่เพียงพอ ประเทศไทยมีทรัพยากรทางการแพทย์ที่ดี ซึ่งการรักษาผู้ป่วยต่างชาติก็ถือว่าเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ เพิ่มเติม

การที่ประเทศไทยหันมาสนับสนุน Medical hub เพราะแรงผลักดันจากกลุ่มธุรกิจเอกชนที่เกิดสถานะเศรษฐกิจในปี พ.ศ.2540 ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ประเทศไทยมีแพทย์ลาออกจากระบบรัฐเป็นจำนวนมากราว ๆ 800 คน ในแต่ละปี ทั้งเพื่อไปศึกษาต่อ และเพื่อย้ายไปทำงานในต่างประเทศ ซึ่งเหตุผลที่ต้องย้ายในตอนนั้นคือ อัตราค่าตอบแทนค่อนข้างต่ำ แต่ในปัจจุบันการมีอยู่ของโรงพยาบาลเอกชนนั้นยังคงสามารถดึงให้แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มนี้ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ต่อไป นโยบายนี้ยังมีการนำวิธีการรักษาใหม่ ๆ เข้ามาในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นถือเป็นประโยชน์แก่วงการแพทย์ที่จะได้ลองรักษา หรือ ผ่าตัดอะไรใหม่ๆ ในประเทศไทย”

ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุขกรรมการบริหารสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
แห่งชาติ สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2564

สำหรับความห่วงกังวลนั้น ผู้ให้สัมภาษณ์บางรายห่วงถึงผลกระทบจากการที่ประเทศไทยหันมาสนับสนุนนโยบาย Medical hub ในมุมของการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นจะส่งผลกระทบต่อประเด็น สมองไหลของบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางจำนวนมาก เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนที่สูงกว่าในโรงพยาบาลเอกชนจึงทำให้โรงพยาบาลรัฐบาลขาดบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางไป และเกิดการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ยากเพิ่มขึ้น เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคมเพิ่มมากขึ้น

ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหลายแห่งในประเทศไทย เพื่อที่จะรักษากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางไว้จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนมาเป็น Medical hub ด้วยเช่นกัน อย่างเช่น โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการสร้างตึกใหม่คือ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ ที่ได้รับมาตรฐานสากล JCI เป็นที่แรกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2558 ซึ่งมีการเพิ่มเงินให้กับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ได้ไปทำงานที่นี่ เพื่อรักษากลุ่มนี้ไว้ ซึ่งทำให้เราเห็นถึงประเด็นปัญหาของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ยากขึ้นสำหรับกลุ่มคนไข้ที่ยากไร้ เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลกลุ่มนี้นั้นมีราคาสูงกว่าราคาปกติทั่วไป เท่ากับว่า เฉพาะคนที่มีเงินเท่านั้นจึงจะได้เข้ารับการรักษา นอกจากนี้การเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ก็มักจะไม่ได้ประโยชน์จากการลงทุนใหม่ๆ ที่มุ่งเน้นรักษาผู้ที่ยินดีจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลในราคาแพง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต้องถามก่อนว่าประเทศไทยได้อะไรจากการเป็น Medical Hub บ้าง และผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะจะมีอะไรบ้าง ทั้งเรื่องทรัพยากรบุคคล ราคาค่ารักษาพยาบาล และผลกระทบอื่น ๆ ที่นโยบายนี้ไม่ได้คำนึงถึง ประเด็นการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่จะโอนย้ายจากโรงพยาบาลรัฐ หรือโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ไปยังโรงพยาบาลเอกชนจะมีเพิ่มมากขึ้น กลุ่มคนที่เหลือในโรงพยาบาลรัฐจะรับผลกระทบต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นแต่เพื่อการคงไว้ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจึงจำเป็นต้องทำให้เป็น Medical hub เพื่อรักษากลุ่มคนตรงนี้ไว้ไม่ให้ย้ายออก และใช้ชื่อว่า Excellent center ที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงกว่าในระบบโรงพยาบาลปกติ เพื่อเพิ่มอัตราค่าตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์ให้เกือบเทียบเท่าโรงพยาบาลเอกชน แต่ตามโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนั้นมีการเรียนการสอน ซึ่งไม่สามารถเข้าไป

เรียนกับคนไข้ในอาคารที่เป็น Excellent Center ได้ ต้องมาเรียนที่โรงพยาบาลระบบเดิม หรือตึกเก่า ซึ่งทำให้เห็นถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำมากขึ้น
 นักวิจัยอิสระ ภาคประชาสังคม, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ.2564

ผู้ให้สัมภาษณ์รายต่อไปกล่าวว่าในระยะแรก นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีความน่าห่วงกังวลในเรื่องการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะเคลื่อนย้ายเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในต่างจังหวัดและจะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลที่ยากมากขึ้นกว่าเดิมเพราะจำนวนบุคลากรน้อยลง แต่ในปัจจุบันเมื่อมีการผลิตทรัพยากรบุคคลเพิ่มขึ้น นโยบายนี้สามารถช่วยหารายได้เข้าประเทศได้ และจะเป็นผลบวกกับประเทศไทย แต่ในขณะเดียวกันต้องมีหน่วยงานที่รับผิดชอบวิเคราะห์ในเรื่องการจัดสรรประโยชน์เพื่อลดผลกระทบต่อประชาชนชาวไทยให้ได้มากที่สุด ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์อีกรายก็เน้นย้ำเรื่องโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขซึ่งจะต้องเข้มแข็งก่อนที่จะนำนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มาใช้ได้อย่างเต็มที่

แต่เดิมเห็นว่าการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะมีผลต่อระบบสุขภาพของประชาชนในชนบท เพราะหมอมจะถูกดึงตัวเข้าไปยังกลุ่มโรงพยาบาลพวกนี้ อันนี้คือในช่วง 10 ปีที่แล้วนะ เพราะบุคลากรทางการแพทย์ขาดแคลน แต่ถ้าในสถานการณ์ปัจจุบันนี้ บุคลากรทางการแพทย์เริ่มมีพอ จนไม่มีเงินจ้างในภาครัฐแล้ว แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นมีในด้านการกระจายบุคลากรในสถานที่ต่าง ๆ มากกว่า รวมทั้งการขาดแคลนในบางวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยา นักรังสีการแพทย์ ถ้ามองถึงภาพรวมของนโยบาย Medical hub ก็เป็นสิ่งที่น่าสนใจเพื่อหารายได้เข้าประเทศ แต่ต้องมีการวิเคราะห์ว่าทำอย่างไรจึงจะลดผลกระทบ และเป็นธรรมกับประชาชนในชนบท เพราะเขาจะเข้าถึงระบบได้ยากกว่า

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 13
 พฤษภาคม 2565

เห็นด้วยกับนโยบาย แต่ประเทศไทยต้องมีการจัดการโครงสร้างสาธารณสุขให้แข็งแรงก่อน และคนรายได้น้อยต้องสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง

ก่อน จึงจะนำนโยบายนี้เข้ามาได้อย่างเต็มที่ และจะเป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรายได้เข้าประเทศ ถ้าจะเริ่มควรจะเริ่มกับโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข และเราได้เห็นบทเรียนจากสถานการณ์โควิด19 แล้ว ถ้าหากเกิดการระบาดในขณะที่มีโครงสร้างสาธารณสุขที่ดีแล้วยังไว้ได้ทัน

หัวหน้าหน่วยพยาธิวิทยาภาค โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง สัมภาษณ์,
วันที่ 25 พฤษภาคม 2566

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้น สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

จากการที่ประเทศไทยได้พยายามผลักดัน นโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่า นับเป็นเรื่องที่ดี จะเป็นประโยชน์อย่างมากในด้าน เศรษฐกิจ เป็นการสร้างรายได้ให้กับประเทศ แต่หากต้องพึงระวังในเรื่องหลายข้อที่น่าเป็นห่วง เช่น การลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ หรือ สภาวะสมองไหล จากโรงพยาบาลรัฐบาล เพื่อลาออกไปเรียนต่างประเทศ ทำงานต่างประเทศ รวมถึง การลาออกไปทำงานที่โรงพยาบาลเอกชน ในประเทศไทย ซึ่งกำลังขยายตัวธุรกิจในปัจจุบันนี้เป็นจำนวนมาก ซึ่งจะทำให้เกิดการขาดแคลนใน บุคลากรทางการแพทย์บางสายวิชาชีพ ที่ควรจะต้องให้บริการคนไข้ชาวไทยในประเทศ ซึ่งหลังจากการที่ทางรัฐบาลได้มีการจัดการในเรื่อง ทุน กับนักเรียนในด้าน ทางการแพทย์นั้น ซึ่งเป็นตัวผูกขาดในเรื่อง การขาดใช้ทุน และต้องทำงานในโรงพยาบาล ก็ยังไม่สามารถควบคุมอัตราการลาออกที่เพิ่มขึ้นได้ในทุก ๆ ปี ดังนั้นนอกเหนือจากการคิดแนวคิดนี้แล้ว รัฐบาลควรต้องจัดการ และหาทางออก ในเรื่องการลดภาระงาน เพิ่มเงิน หรือ สวัสดิการ อื่นๆ ให้เหมาะสมและสมควรกับบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน เพื่อไม่ให้เกิดอัตราการลาออกเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งหากการที่ประเทศไทยนั้นได้รับการตรวจการรักษาผู้ป่วยต่างชาติก็ถือว่าเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ เพิ่มเติม ในประเด็นของการศึกษาโรค และ เชื้อไวรัสใหม่ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์กับ สังคมไทยในอนาคตแน่นอน แต่ก็ต้องมีการจัดการควบคุมให้อยู่ ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด หรือ อาจจะมีการระบาดต่อไปได้

5.3 โลกาวัตัน์ การแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ระบบทุนนิยมและกระบวนการทำให้เป็นสินค้า

สำหรับในประเทศไทย การขยายตัวของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เกิดจากความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาของภาคเอกชนในสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ.2540 เนื่องจากกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ลงทุนด้านการก่อสร้างและขยายกิจการประสบปัญหากลุ่มลูกค้าเป้าหมาย

หลักที่เป็นคนไทยมีรายได้ลดลง จึงหันไปเข้ารับการรักษาพยาบาลที่คลินิกที่มีราคาถูกลงหรือโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้กลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนมองหาลูกค้ากลุ่มใหม่จากต่างประเทศที่มีกำลังซื้อสูงกว่า อาทิ ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลาง เพื่อให้เข้ามาช่วยส่งเสริมให้กิจการดำเนินต่อไปได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546:4)

ในส่วนของภาครัฐนั้น เนื่องจากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีปัญหาขาดดุลบัญชีอย่างหนัก จึง สนับสนุนการส่งออกสินค้าและแรงงานไปยังต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศพยายามหารายได้เข้าประเทศ และเล็งเห็นว่าการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ชาวต่างประเทศจะเป็นหนทางในการหารายได้ดังกล่าว เนื่องจากสาธารณสุขของไทยมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาค โดยได้มีการให้บริการในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รับชาวต่างประเทศเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยและผนวกกับโปรแกรมการท่องเที่ยว (วิโรจน์ ณ ระนอง, 2541:1)

เมื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พัฒนาไปมากขึ้น ก็ค่อยๆ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีความสามารถและโอกาสในการพัฒนาการบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยการยกระดับมาตรฐานไปสู่สากลได้ เพื่อที่จะได้เป็นแหล่งรายได้ใหม่ที่มีประสิทธิภาพของประเทศ แต่ธุรกิจเอกชนส่วนหนึ่งมองว่าได้รับการสนับสนุนจากรัฐน้อยมาก

ตัวพี่เองเริ่มเข้าทำงานที่ โรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ซึ่งอยู่ในช่วงเริ่มๆ ของ นโยบาย Medical hub ซึ่ง โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต ก็เปิดมาเพื่อรองรับนโยบายนี้ ที่ผ่านมามองเห็นว่ารัฐบาลไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือหรือช่วยสนับสนุนทางโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการลดภาษี ลดค่าไฟ ค่าน้ำ หรือ การโฆษณา มีแต่ทางโรงพยาบาลเองที่ทำการตลาด หาลูกค้าเข้ามา

CHULALONGKORN UNIVERSITY
พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ แห่งหนึ่ง

สัมภาษณ์, วันที่ 20 เมษายน 2566

การบริการผ่านธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดทางเลือกสำหรับผู้ที่มีรายได้สูงภายในประเทศ ดังนั้น ความเหลื่อมล้ำจึงมีทั้งรูปแบบของภายในประเทศและระหว่างประเทศ นอกจากนี้ ระบบธุรกิจการรักษาพยาบาลไม่สามารถจะต่อราคาได้ เพราะข้อมูลและอำนาจการต่อรองที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างธุรกิจและผู้เข้ารับบริการ

การบริการทางการแพทย์ปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจน คนรายได้น้อยต้องรอคิวรักษานาน เพราะ ใช้บริการในระบบรัฐบาล สำหรับคนที่มีเงิน มีรายได้สูงนั้นก็จะมีทางเลือกในการรักษาที่หลากหลาย และรวดเร็ว โดยใช้ระบบเอกชน ซึ่งสะดวก รวดเร็ว บริการดี

นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน, สัมภาษณ์
วันที่ 20 พฤษภาคม 2565

ระบบตลาดทำงานจริงหรือ เวลาไปซื้อของสามารถต่อราคาได้ แต่ในธุรกิจสุขภาพ
นั้น เวลาไปหาหมอ ไม่มีสิทธิต่อราคา คนไข้ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลและค่ายา
เพราะไม่มีอำนาจในการต่อรอง

อดีตผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,
สัมภาษณ์วันที่ 11 กรกฎาคม 2564

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยิ่งทำให้ความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่นั้นมีช่องว่างมากขึ้นอีก การ
ท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลายเป็นที่นิยมมากขึ้นจากพลเมืองของหลายประเทศได้เดินทางไปยังอีก
ประเทศหนึ่งเพื่อจะแสวงหาความเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่มีอยู่ในศูนย์การแพทย์ชั้นนำ
ปรากฏการณ์นี้ถูกขับเคลื่อนโดยพลังการตลาด ในแง่ของโลกาภิวัตน์ เทคโนโลยีดิจิทัลที่เข้าถึงได้ง่าย
ทำให้เกิดการโฆษณาทางอินเทอร์เน็ตผ่านเว็บไซต์และสื่อสังคมต่าง ๆ ซึ่งโลกดิจิทัลมีส่วนทำให้ผู้คน
เข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องนี้ และเว็บไซต์ก็เป็นช่องทางให้เกิดการซักถามและสื่อสารได้อย่างรวดเร็ว
การบอกกันปากต่อปากและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางโซเชียลมีเดียก็เป็นพลังการตลาดที่สำคัญ
นักท่องเที่ยวเข้าถึงข้อมูลของการรักษาพยาบาลจากทั่วโลกและติดตามข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต ทำ
ให้ผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้วเลือกรับบริการทางการแพทย์ในประเทศที่พัฒนาน้อยกว่าที่มี
ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ามาก (Horowitz 2007, 2008) อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าข้อมูล
ข่าวสารเหล่านี้ก็ไม่ได้มีการควบคุมและตรวจสอบอย่างเข้มข้น

มีผู้ที่ตั้งเอาประเด็นนี้มาวิเคราะห์โดยเชื่อมโยงเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กับข้อถกเถียง
เรื่องความเป็นธรรมทางสังคม (Connell 2011) การส่งเสริมธุรกิจและอุตสาหกรรมนี้ถูกมองว่าเป็น
ส่วนหนึ่งของกระบวนการโลกาภิวัตน์ตามกระแสเสรีนิยมใหม่ ที่มีเรื่องของการส่งเสริมบทบาทธุรกิจ
เอกชน การส่งเสริมการแข่งขันและทำให้เกิดกระบวนการเป็นสินค้าหรือสร้างมูลค่าทางการเงิน

Connell ศึกษาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในบริบทของอินเดียและไทย ในส่วนของไทยนั้น
Connell ยกตัวอย่างสภาพภายในโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่มี
ความสะดวกสบายกับโรงพยาบาลรัฐที่ยังมีข้อจำกัดและมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ Connell ได้
อ้างถึงแหล่งข้อมูลที่แสดงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศไทยว่าเดิมนั้นแพทย์ พยาบาล เกษัชกร
 ฯลฯ เดินทางไปทำงานหรือ “สมองไหล” ไปต่างประเทศ แต่จากการเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน
และการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมทั้งภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนที่ต่ำกว่า และความ
สุ่มเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง ทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนี้ถูกดึงดูดไปยังโรงพยาบาลเอกชน หรือ “internal

brain drain” แม้ว่าโรงพยาบาลหลายๆ ที่ทำธุรกิจเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จะมีกิจกรรมเพื่อสังคมหลายอย่าง รวมทั้งการรักษาพยาบาล การผ่าตัดโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายให้ผู้ยากไร้และคนด้อยโอกาส แต่ Connell เห็นว่ากิจกรรมการกุศลหรือการช่วยเหลือจะมีบทบาทต่อการรักษาพยาบาลและสาธารณสุขของประเทศไม่เท่ากับการที่มีระบบของภาษีที่จะทำให้เกิดการกระจายรายได้เพื่อสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ

จากมุมมองนี้ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์คือการที่ชนชั้นสูงหรือคนมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าในประเทศที่ร่ำรวยกว่าเดินทางไปยังประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้วเพื่อหาช่องทางรักษาพยาบาลที่ดีกว่าหรือพอๆ กับในประเทศ ในราคาที่ถูกลงกว่า หรือถ้ามองในมุมมองมาร์กซิสต์ นี่คือการความสัมพันธ์ทางการผลิตที่ไม่เท่าเทียมกัน

นักท่องเที่ยวที่เป็นชาวอเมริกันมีจำนวนมากเพราะประกันสุขภาพที่ผลักดันโดยรัฐบาลโอบามา (Obamacare) หรือ US Affordable Care Act (2010) ไม่ประสบความสำเร็จ (Lock and Nguyen 2010) ประมาณกันว่ามีชาวอเมริกันถึง 500,000 คนเดินทางไปต่างประเทศเช่น เม็กซิโก อินเดีย และไทย เพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งแม้จะมีค่าเดินทางบวกเข้าไปด้วย ก็ยังมีราคาถูกกว่าค่ารักษาพยาบาลในสหรัฐฯ และสามารถจะประหยัดไปได้ระหว่างร้อยละ 50 ถึง 95 ของค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นถ้ารักษาพยาบาลที่สหรัฐฯ (Rahim 2014) ดังนั้น การเปิดรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ก็จะตอบสนองการที่รัฐบาลประเทศที่พัฒนาแล้วในตะวันตกและบริษัทประกันสุขภาพจะพยายามส่งออก (outsourc) ผู้ป่วยและผู้ที่ต้องการรับการรักษาพยาบาลออกไปรับบริการนอกประเทศเพื่อลดค่าใช้จ่าย และเพื่อลดจำนวนผู้ที่รอการรักษาพยาบาล (Chamber 2011)

ประเทศไทยจะจัดการเรื่องนี้อย่างไร ในแง่ของการพัฒนาระหว่างประเทศ แนวทางหนึ่งก็คือมีนโยบายจูงใจแพทย์จากประเทศต่าง ๆ เข้าไปทำงานโดยไม่ต้องผลิตแพทย์เอง หรือการ “นำเข้า” บุคลากรทางการแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านที่มีเศรษฐกิจด้อยกว่า ซึ่งก็จะก่อให้เกิดปัญหาสมองไหลในระดับภูมิภาคต่อไปอีก (Chamber 2011, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2560:7) มุมมองด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิตินี้จึงมีประเด็นพิจารณาเรื่องการเบียดบังทรัพยากรทางการแพทย์เพื่อผู้ขาดแคลนหรือเข้าไม่ถึงบริการ กับการบริการนักท่องเที่ยวที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีกว่าจากโลกที่หนึ่งหรืออีกนัยหนึ่ง การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในฐานะ “เป็นเครื่องมือทางการค้า” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2560: 5-6) ซึ่งในกลยุทธ์ส่งเสริมศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพของไทย ก็ได้ระบุว่า “สนับสนุนการนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศ โดยพัฒนารูปแบบการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เอื้อต่อการดังกล่าว....”

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังก่อให้เกิดธุรกิจใหม่ ๆ เช่น นายหน้า (Broker) และเอเย่นต์ (Agent) สำหรับเรื่องนี้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นธุรกิจในประเทศที่พัฒนาแล้ว แหล่งข้อมูลทั้งหนังสือและเว็บไซต์ชื่อ Patients Beyond Borders (หนังสือ Patients Beyond Borders เขียนโดย Josef

Woodman) ได้รับความนิยมนอย่างมากและเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาล คลินิก แพทย์-พยาบาล เอเจนต์เพื่อการเดินทางรักษาพยาบาล บริษัทประกัน ฯลฯ ส่วนที่น่าห่วงกังวลคือนายหน้าและเอเจนต์ทำรายได้และกำไรจากการแนะนำบริการให้ผู้ป่วย แต่ก็ยังเป็นธุรกิจที่ยังไม่มีกรอบการควบคุมที่ชัดเจนและอาจจะเปิดหรือปิดตัวได้อย่างง่ายดาย (Agents and brokers can disappear from the market as quickly as they appeared on it, HOPE 2015:15) ซึ่งต่างจากบริษัทผู้ประสานการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism Facilitator) ที่มักจะมีเจ้าหน้าที่มืออาชีพและมีข้อตกลงกับโรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการรักษาพยาบาลสำหรับนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

ก่อนที่จะส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างเต็มที่ ควรจะพิจารณาถึงข้อปลีกย่อยและรายละเอียดเหล่านี้ ปัจจุบัน การศึกษาวิจัยในแง่การป้องกันและกำกับดูแลผลกระทบที่จะเกิดขึ้นมีน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษาวิจัยที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่นักท่องเที่ยว นอกจากนี้ งานวิจัยเหล่านี้จะต้องมีหลากหลายศาสตร์ รวมทั้งข้ามศาสตร์ด้วย อาทิ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบัญญัติกฎหมายเฉพาะในการควบคุมดูแลผู้อำนวยการความสะดวกเพื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และพิจารณาสถานะความรับผิดชอบที่ชัดเจนจากการปฏิบัติหน้าที่ที่ไม่ได้มาตรฐาน (นภภัสสร สอนคม, 2560)

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เกี่ยวโยงกับการตลาด การสร้างสินค้าจากบริการสุขภาพและการส่งเสริมโน้มน้าวให้เกิดความต้องการบริการเหล่านี้ ทำให้มีการสร้างแนวทางเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้บริการอย่างพร่ำเพรื่อหรือไม่จำเป็น เช่น ในปี ค.ศ. 2008 สมาคมการแพทย์อเมริกัน (the American Medical Association) ได้ออกแนวทางเกี่ยวกับการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล (Medical travel) ว่าควรจะเกิดจากความสมัครใจ เต็มใจ และไม่ให้มีสิ่งหลอกล่อทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังต้องมีการประสานความร่วมมือกันในระดับโลกด้วย

ประเด็นเรื่องตลาดเสรีและการรักษาพยาบาลที่อยู่ในมือของธุรกิจเอกชน รวมทั้งการเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทำให้ช่องว่างทางสังคมและสุขภาพยิ่งห่างกันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความพร้อม การเข้าถึง ค่าใช้จ่าย คุณภาพของบริการ เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญในประเทศที่กำลังพัฒนา แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องน้อยมากเช่นกัน

ประเด็นที่เกี่ยวโยงกับบุคลากรทางการแพทย์และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นประเด็นทางสังคมที่ไม่ค่อยมีการศึกษาวิจัยกันมากนักเพราะเป็นเรื่องเชิงมนุษยศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับปรัชญาและจริยศาสตร์ และมีมิติทางนามธรรมที่ศึกษาได้ยาก การทบทวนเอกสารในบทที่ 2 ได้อ้างถึงงานของ Helble (2010) และ Pellegrino (2020) ที่วิเคราะห์ว่าเรื่องการแยกนโยบายการบริการด้วยเทคโนโลยีทันสมัยสำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ ออกจากบริการสาธารณสุขถ้วนหน้าให้พลเมืองทุกคน จะมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและเปลี่ยนจากการพันธกิจการดูแลห่วงใย มาเป็นการดูแลเพื่อการค้ามากขึ้น (commodification of health care) ซึ่งมีการยก

กรณีของสหรัฐฯ ที่การกระจายตัวของบริการสาธารณสุข ราคา ต้นทุน คุณภาพและการเข้าถึงนั้นถูกผลักดันให้เข้าสู่ระบบตลาด และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วย

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้นสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

โลกาภิวัตน์ ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร การเดินทาง ที่สะดวกรวดเร็วกว่าในอดีต และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านข้อมูลของ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เช่นกัน เนื่องจาก “การเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล” ในปัจจุบันนั้น ถูกกลืนให้กลายเป็นกระบวนการทำให้เป็นสินค้า เนื่องจาก ในหลายประเทศได้มีการสนับสนุนประเทศตนเองให้กลายเป็น ศูนย์กลางด้านสุขภาพนานาชาติ และได้มีการทำการตลาดอย่างหนัก เพื่อเชิญชวน คนไข้จากนอกประเทศเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศของตน ซึ่งนอกเหนือจากการรักษาพยาบาล ขึ้นต้นแล้ว เช่น ตรวจสอบสุขภาพ ยังรวมถึง การรักษาในโรคที่ยาก ๆ การผ่าตัดศัลยกรรม ซึ่งในปัจจุบันนี้ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์นั้น ได้เปลี่ยนมุมมองในเรื่อง การรักษาพยาบาล จาก การดูแลห่วงใย มาเป็นการดูแลเพื่อการค้ามากขึ้น (commodification of health care) เพราะ มีความคิดว่าการทำงานต้องได้เงิน ยังมีคนไข้เยอะเข้ามา ก็จะได้เงินเพิ่มมากยิ่งขึ้น ในประเด็นนี้เป็นสิ่งที่น่ากังวล เนื่องจาก แพทย์สามารถดำเนินการขาย หรือ แนะนำผลิตภัณฑ์ที่มีราคาแก่คนไข้ได้โดยง่าย และ การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังก่อให้เกิดธุรกิจใหม่ ๆ เช่น นายหน้า (Broker) และเอเจนต์ (Agent) ซึ่งในบริบทประเทศไทยนั้น ยังไม่มีกฎหมายออกมากำกับดูแลในเรื่อง การโฆษณาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ดังนั้นอาจจะเป็นช่องว่างที่เป็นอันตรายต่อ คนไข้ หรือ กลุ่มลูกค้าได้ ดังนั้น รัฐบาลต้องมีแนวทางในการควบคุมประเด็นนี้

5.4 มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับระบบโลกาภิวัตน์ และยุคสมัยแห่งการสร้างมาตรฐานและตัวชี้วัด ในปี ค.ศ. 1994 มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อรับรองมาตรฐาน (Joint Commission International (JCI) เพื่อทำหน้าที่รับรองโรงพยาบาลต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและดึงดูดกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติเข้ามารับบริการมากยิ่งขึ้น เพราะมีหลักประกันในด้านคุณภาพการบริการ และ ความปลอดภัย

โรงพยาบาลเอกชนทำ JCI เพื่อให้เกิดการยอมรับกว้างขึ้น การรักษาพยาบาลเป็นธุรกิจที่ผูกกับธุรกิจประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนั้น หน่วยประกันต่างประเทศเป็นคนดูทั้งหมดเลย เพราะฉะนั้น เอาใบเสร็จไปยืนยันกับทางประกันที่

ต้นสังกัดก็จะได้รับเงินมา ถ้าโรงพยาบาลเอกชนไม่ผ่านมาตรฐาน JCI จะทำให้เบิก
ประกันได้ยากกว่า

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยง,
โรงพยาบาลรัฐบาล สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนถ้าจะเรียกความเชื่อมั่น จะต้องได้มาตรฐาน JCI เท่านั้น
ถ้าทำได้จะเป็นการสร้างเชื่อมั่นและกลุ่มลูกค้าจะรู้จักเรามากขึ้น ทาง
โรงพยาบาลได้เริ่มทำเป็นโรงพยาบาลแรกในประเทศไทย เราต้องรักษามาตรฐานลูกค้าไว้
ตลอด”

หัวหน้าหน่วยลูกหนี้ ฝ่ายการเงินระหว่างประเทศ โรงพยาบาล
รัฐบาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2563

มาตรฐานรับรองคุณภาพนานาชาติ JCI นั้นมีบทบาทสำคัญซึ่งสามารถใช้ในการ
ประชาสัมพันธ์เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ และต่อมามีโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยนำระบบคุณภาพเข้ามาใช้ด้วย เช่น โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ คณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลรามธิบดีจักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้ซึ่งทำงานในโรงพยาบาลเอกชนและรัฐบาลที่ได้มาตรฐานสากลทั้ง ได้
ให้ความเห็นดังนี้

สำหรับโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ ระบบมาตรฐานคุณภาพ JCI เป็นเรื่องสำคัญ เป็น
ระบบที่มีความชัดเจน แสดงขั้นตอนที่มีเหตุผล สำหรับการจัดการภายในนั้น ทุก
วิชาชีพหมดข้อสงสัยเกี่ยวกับสิ่งที่โรงพยาบาลกำลังทำ ผู้บริหารโรงพยาบาลเลยมอง
ว่าต้องมีมาตรฐาน JCI ก่อน

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยง

โรงพยาบาลรัฐบาล , สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

การเป็นโรงพยาบาล สิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยต้องปลอดภัย ต้องมีตัวชี้วัดและมาตรฐาน
ในการวัดและข้อกำหนดในแต่ละหมวด ระบบยา ระบบสารสนเทศ ระบบการดูแล
พอเราทำตามนั้น เหมือนมีคัมภีร์อยู่ในมือ สำหรับตัวที่มองในแง่การบริหารจัดการ
มากกว่า จุดประสงค์ไม่ได้เพื่อให้พนักงานต่างชาติเข้ามา แต่เพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วย จริง ๆ ผู้บริหารทุกโรงพยาบาล มองความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ
ไม่ยอมให้มีใครถูกฟ้องร้องต่าง ๆ พี่มองว่า ผู้ป่วยต่างชาติเป็นผลพลอยได้มากกว่า
หลังจากที่คนเห็นมาตรฐานมีระบบ JCI ในการควบคุม

หัวหน้างานบริหารและธุรการ โรงพยาบาลรัฐบาล , สัมภาษณ์เมื่อ
วันที่ 24 กรกฎาคม 2563

จากคำสัมภาษณ์ข้างต้นเห็นได้ว่า โรงพยาบาลในเครือมหาวิทยาลัยก็ได้นำมาตราฐานคุณภาพนานาชาติ Joint Commission International หรือ JCI เข้ามาใช้เพื่อเป็นมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ใช้เพื่อส่งเสริมในด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่นำลูกค้าต่างชาติเข้ามาแบบโรงพยาบาลเอกชน ในมุมมองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมองว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุดและกลุ่มผู้ป่วยที่ให้บริการยังคงเป็นกลุ่มผู้ป่วยคนไทย หรือมีผู้ป่วยต่างชาติเข้ามา ก็ถือว่าเป็นรายได้เสริมของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยมีระบบมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Healthcare Accreditation หรือ HA) อยู่แล้ว และมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ สรพ. ที่เป็นองค์กรมหาชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 แต่เมื่อประเทศไทยมีการรับผู้ป่วยชาวต่างชาติและนักท่องเที่ยวเข้ามา จึงจำเป็นต้องใช้มาตรฐาน JCI เข้ามาดูแลระบบความปลอดภัยของโรงพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่สูง จำเป็นต้องพึ่งพาความรู้ความเชี่ยวชาญจากต่างประเทศ

ถ้าในไทยเราก็จะมี HA ทุกโรงพยาบาลต้องเข้าสู่ระบบนี้ เพราะวิชาชีพต้องมีมาตรฐาน แต่ระบบมาตรฐานคุณภาพแบบ JCI เป็นระบบสำหรับโรงพยาบาลใหญ่ๆ ถ้าเรามีการสร้างระบบ HA ได้อย่างแข็งแรง โรงพยาบาลก็จะขับเคลื่อนไปได้โดยไม่ต้องพึ่งมาตรฐานคุณภาพจากต่างชาติ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 13
พฤษภาคม 2565

ค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียม JCI นั้นสูงมาก สำหรับการตรวจครั้งล่าสุดใช้เงินอยู่ที่กว่า 2 ล้านบาท ไม่รวมค่าเครื่องบินไปกลับของผู้ตรวจประมาณ 3 คน มาตรวจทั้งหมด 5 วัน ไม่ว่าจะมาจากส่วนใดของโลกก็ตาม ต้องนั่งเครื่องบินชั้นหนึ่ง และก็ต้องจ่ายค่าที่พักโรงแรมระดับ 5 ดาวซึ่งเขาจะเลือกเอง ค่าอาหารทั้งหมดเราก็ต้องรับผิดชอบ เมื่อเทียบกับการตรวจ HA อยู่ที่ 50,000 – 70,000 บาท นอกจากนี้ยังต้องจ้างล่ามแปลภาษา วันละ 20,000 ต่อวัน/คน ยกเว้นว่าเราจะสื่อสารภาษาอังกฤษโดยตรงกับทางคณะกรรมการเอง ประเทศอย่างสิงคโปร์ไม่ต้องใช้ล่ามเพราะภาษาเขาได้อยู่แล้ว

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพและบริหารจัดการความเสี่ยง

โรงพยาบาลรัฐบาล, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

นอกจากนั้น การที่โรงพยาบาลเข้าสู่ระบบ JCI จะสวนทางกับการที่โรงพยาบาลจะเปิดให้มีการเรียนรู้กรณีศึกษาผู้ป่วยเพื่อให้เป็นประโยชน์แก่นักศึกษาในโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่อง

มาตรฐานความเป็นส่วนตัวและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการดูแลรักษาและปกปิด และการเข้าสู่ระบบ JCI นั้น เมื่อต้องมีค่าใช้จ่ายสูง โรงพยาบาลก็มีความจำเป็นที่จะต้องหารายได้และกำไรมาชดเชยในส่วนนั้นด้วย

ระบบมาตรฐานของ JCI ช่วยปกป้องบุคลากรทางการแพทย์จากการเกิดการฟ้องร้องขึ้นระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ แต่ระบบนี้มีข้อจำกัดเรื่องความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย เนื่องด้วยความเป็นโรงเรียนแพทย์ มีนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาล รวมถึงอื่นๆ เข้ามาตรวจ มาศึกษากรณีผู้ป่วย ซึ่งตรงนี้เป็นข้อที่จัดการยาก

พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเอกชน, สัมภาษณ์วันที่ 20

เมษายน 2566

มองว่า JCI จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลรัฐด้วย เพราะวาระเบียบการจัดการได้ดีขึ้น และมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยจะดีขึ้น แต่ว่า JCI เป็นระบบคุณภาพที่ต้องเสียเงินให้กับทางบริษัทต่างชาติค่อนข้างสูงดังนั้น หากโรงพยาบาลรัฐบาลจะใช้มาตรฐานนี้ ต้องคำนึงถึงรายได้และจุดประสงค์ของโรงพยาบาลว่าสามารถหากำไรได้หรือไม่ และพร้อมรองรับกลุ่มคนไข้ต่างชาติหรือยัง หากเป็นการลงทุนที่สูง ก็ต้องมีการหารายได้หากำไรมาชดเชย

อดีตพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐบาล, สัมภาษณ์วันที่ 24

ตุลาคม 2565

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้น สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

มาตรฐานรับรองคุณภาพนานาชาติ JCI นั้นมีบทบาทสำคัญซึ่งสามารถใช้ในการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ เพื่อทำหน้าที่รับรองโรงพยาบาลต่างๆ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติและดึงกลุ่มผู้ป่วยต่างชาติเข้ามาใช้บริการมากยิ่งขึ้น เพราะมีหลักประกันในด้านคุณภาพ การบริการ และ ความปลอดภัย เนื่องจากเป็นระบบที่ค่อนข้างเข้มงวด และ มีความปลอดภัยต่อคนไข้สูง ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า หากโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย มีมาตรฐานตัวนี้ก็ จะยิ่งส่งเสริมให้ สถานพยาบาลนั้น ๆ มีรายได้ที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถจูงใจลูกค้าชาวต่างชาติ เข้ามาได้ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยเกิดการมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ในมุมมองของบริบทของ โรงพยาบาลภาครัฐ หรือ มหาวิทยาลัยนั้น การนำมาตรฐาน JCI มาใช้นั้น มีข้อที่ต้องควรระวังคือ ค่าใช้จ่ายในการที่ รัฐต้องให้ บริษัทมาตรฐานคุณภาพนี้ ทุก 3-5 ปี ซึ่งมีวงเงินที่ค่อนข้างสูง และ

โรงพยาบาลรัฐบาล และ มหาวิทยาลัย ไม่ได้มีรายได้ที่สูงมาก เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน จึงมองว่า หากจะใช้มาตรฐานนี้ ทางรัฐบาลต้องเข้ามาสนับสนุนวงเงิน และ ทหารายได้ที่เพิ่มมากขึ้น โดยไม่ไห้คนไทย ที่เข้ารับการรักษาได้รับผลกระทบ

5.5 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขและสมองไหล

การผลักดันให้เข้าสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ดึงแพทย์จากชนบทเข้าเมืองมากขึ้น โดยออกจากระบบเดิมเพื่อศึกษาต่อเฉพาะด้านในเมืองและเข้าสู่ตลาดงานในสถานพยาบาลเอกชน

ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจและเศรษฐกิจฐานทุน ธนาคารออมสิน (2559) ได้อธิบายว่า การเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องจ้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งทางด้านบริการและด้านการรักษา เพื่อบริการแก่นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งทำให้เกิดการลาออกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐไปสู่อุทยานสุขภาพเอกชนเนื่องจากได้เงินเดือนที่สูงกว่า และสิ่งแวดล้อมการทำงานดีกว่า ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลรัฐขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น

การส่งเสริมศูนย์บริการสุขภาพนานาชาติของไทย หรือ Medical Hub ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่มีอาจารย์แพทย์ แพทย์ ทันตแพทย์ ลาออก 70-80 คนจากโรงพยาบาลรัฐบาลในปีเดียว เพื่อย้ายไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งยิ่งจะทำให้เกิดวิกฤตใหญ่ เพราะคนที่เหลืออยู่ก็จะทำงานหนักมาก ทั้งสอนและบริการ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนจะบอกว่าไม่ได้เข้ามาดึงตัวแพทย์ แต่ที่สำคัญคืออาจารย์แพทย์ในโรงเรียนแพทย์ก็ถูกดึงเข้าไปสู่ระบบเอกชน ซึ่งกว่าจะได้เป็นแพทย์เฉพาะทางหรืออาจารย์แพทย์นั้นใช้เวลาอย่างมาก

นักวิจัยอิสระ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ.2564

อย่างไรก็ดี การโยกย้ายจากสถานพยาบาลของรัฐไปสู่อุทยานนั้น ไม่ได้เกิดจากแรงผลักดันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เพียงอย่างเดียว บุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มที่จะถูกดึงออกไปสู่ระบบธุรกิจสุขภาพในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นเพื่อบริการลูกค้าคนไทยที่มีรายได้สูง

ประเด็นที่น่าพิจารณาคือ เรื่อง สมองไหล หรือ brain drain ซึ่งมีแพทย์จำนวนมากที่น้อยอยู่แล้วในโรงพยาบาลรัฐ แพทย์เหล่านี้มีแนวโน้มที่จะลาออก เพราะค่าตอบแทนในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น แพทย์จำนวนจึงเข้าไปในระบบเอกชน

อดีตผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อ
วันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ.2564

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนในโรงพยาบาลรัฐนั้น ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีนโยบาย Medical hub เข้ามา บุคลากรก็เลือกที่จะลาออกอยู่ดี เพราะอัตราค่าตอบแทน และสวัสดิการบางอย่าง โรงพยาบาลรัฐไม่สูงเทียบเท่ากับเอกชน รวมถึงเรื่องการดูแลความเป็นอยู่บุคลากร ความเป็นกันเองในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ความกดดัน ก็แตกต่างกัน จึงไม่แปลกที่จะเกิดสมองไหลออกสู่ระบบเอกชนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นต้องแก้ไขตั้งแต่ระบบโครงสร้างในเรื่องภาระงาน เพิ่มรายได้สวัสดิการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

หัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 20
เมษายน 2566

ความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันมาจนถึงปัจจุบัน (กลางปี 2566) ในช่วงการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ มีผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนให้ความเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ของไทยมีค่อนข้างเพียงพอแล้ว

ผลกระทบในด้านบุคลากรทางการแพทย์ในสมัยก่อน ยอมรับว่ามีการขาดแคลน เพราะถูกดึงเข้าสู่ระบบธุรกิจสุขภาพของเอกชน แต่ในปัจจุบันปี พ.ศ.2564 นั้นประเทศไทยไม่ได้ขาดแคลนแพทย์แล้ว แต่จะขาดในส่วนของพยาบาล

นักวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

มูลนิธิสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, สัมภาษณ์เมื่อวันที่
13 กรกฎาคม พ.ศ.2564

โรงพยาบาลรัฐในต่างจังหวัด เช่น โรงพยาบาลอำเภอ มีบุคลากรเพียงพอแล้ว แต่การกระจายตัวของสถานพยาบาลยังไม่เพียงพอ ทำให้คนไข้ยังต้องรอนานอยู่ และเกิดการกระจุกตัวของคนไข้ในโรงพยาบาลตอนเช้ามีตทุกวัน ในต่างจังหวัดไม่ค่อยมีโรงพยาบาลเอกชน จะมีโรงพยาบาลเอกชนเฉพาะในจังหวัดใหญ่ๆ หรือในอำเภอเมือง ดังนั้น การไหลออกจากโรงพยาบาลรัฐไปสู่เอกชนมีค่อนข้างน้อย แต่ที่น่าเป็นห่วงคือแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เก่งๆ ที่ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีในการผ่าตัดที่มีน้อยมากในประเทศไทย บุคลากรเหล่านี้จะถูกดึงเข้าไปในระบบเอกชนได้ง่ายกว่า

อดีตผู้อำนวยการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สัมภาษณ์เมื่อ
วันที่ 13 พฤษภาคม 2565

อย่างไรก็ดี ประเด็นเรื่องบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นกระแสที่ขึ้นๆ ลงๆ และเมื่อเกิดปรากฏการณ์ลาออกของแพทย์จากระบบราชการจนกระทั่งเป็นข่าวใหญ่ในเดือนมิถุนายน 2566 ประธานคณะกรรมการโรงพยาบาลในกลุ่มสถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) ได้ออกมายอมรับว่ามีปัญหาทั้งแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร โดยเฉพาะในต่างจังหวัด สาเหตุของปัญหานี้คือภาระงานที่มากขึ้น แพทย์จำนวนมากต้องทำงานถึงสัปดาห์ละกว่า 80 ชั่วโมง หรืออาจถึง 100 ชั่วโมง ซึ่งระยะเวลาการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ และอาจทำให้ความแม่นยำในการตรวจรักษาต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยตกอยู่ในความเสี่ยง นอกจากนี้ ทักษะของบุคลากรรุ่นใหม่เปลี่ยนไป ทั้งเรื่องโอกาสการศึกษาต่อเพื่อพัฒนา เรื่องค่าตอบแทนที่ไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพ และการเผชิญกับการฟ้องร้องจากผู้ป่วย และสาเหตุที่เป็นปัจจัยดึงดูดคือ ความต้องการบุคลากรในภาคเอกชนหรือต่างประเทศมีเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์โควิด(ประชาไท : 2566)

ทั้งนี้ แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ต่างๆ ของรัฐควรจะสอดคล้องกันไปในทางเดียวกัน คือ ส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงของบุคลากรทางด้านสุขภาพไปพร้อมๆ กันก่อนที่จะส่งเสริมนโยบายที่อาจจะมีผลต่อเนื่องทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในระบบ เช่น นโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้ให้สัมภาษณ์หลายคนคาดหวังว่ารัฐเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยให้ระบบมีความเป็นธรรมมากขึ้น

การทำงานในโรงพยาบาลรัฐมีปริมาณงานที่ค่อนข้างมากสำหรับแพทย์และพยาบาลแต่ละคน ทำให้แพทย์เลือกจะทำงานในระบบเอกชนมากกว่า เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องปรับปรุงระบบ ปรับปรุงค่าตอบแทนปรับปรุงความน่าสนใจในการทำงาน เพื่อที่จะดึงหัวกะทิกลับจากเอกชนเข้าสู่รัฐ

แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 ปัจจุบันใช้ทุนอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท,
สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ต้องเริ่มจากแก้โครงสร้าง ต้องมีความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ และเกิดการกระจายอย่างทั่วถึง เราจะสังเกตว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลประจำจังหวัดต้องรับคนไข้จำนวนมาก หากว่ามีการกระจายอุปกรณ์และบุคลากรอย่างทั่วถึง และมีการจัดการเงิน ภาระงาน ที่ไม่กระจุกอยู่ที่เดียว จะสามารถรักษาบุคลากรไว้ได้ ภาระงานจะไม่มากจนเกินไป และทำให้เกิดความสมดุล

หัวหน้าหน่วยพยาธิกายวิภาค โรงพยาบาลรัฐบาล สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 25
พฤษภาคม 2566

เรื่องการโยกย้ายไปสู่ภาคเอกชนอาจจะหยุดไม่ได้ เพราะว่าภาวะโลกาภิวัตน์ ซึ่งกลไกของรัฐบาลเข้ามาส่งเสริมด้วย เพราะรัฐบาลได้สร้างนโยบายเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน และเชื่อว่าจะมีเงินเข้ามาและเกิดกระจายรายได้ แต่แท้จริงแล้วไม่ได้เป็นไปตามนั้น ดังนั้น รัฐต้องมีการสร้างระบบถ่วงดุลและสร้างนโยบายที่วางอยู่บนหลักความเป็นจริง

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ,4 พฤษภาคม 2565

โดยสรุปแล้ว ปัญหาหลักในการลาออกจากระบบโรงพยาบาลรัฐบาลนั้นมีปัจจัยมาจากสถานะทางการเงิน หรือ ค่าตอบแทนน้อย รวมถึงภาระงานที่หนัก และไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ในขณะที่ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนนั้นสามารถให้ค่าตอบแทนได้สูงกว่า และภาระงานไม่หนักในส่วนของชั่วโมงการทำงานและจำนวนคนไข้ต่อวัน เรื่องนี้แม้จะไม่ได้เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โดยตรง แต่ก็ทำให้ต้องคิดย้อนกลับไปถึงโครงสร้างนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศในแง่ของภาระงาน อัตราค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผล การเพิ่มจำนวนอัตรากำลังบุคลากรการแพทย์ให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมถึงการจัดการกระจายความเจริญไปยังโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ เพราะผู้ป่วยมักจะไปกระจุกตัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หากมีการแก้ไขปัญหาในการกระจายและพัฒนาความเจริญของระบบสาธารณสุขไปยังโรงพยาบาลรัฐบาลในพื้นที่ต่างจังหวัดเพิ่มมากขึ้น จะช่วยลดความหนาแน่นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของจังหวัด และเป็นการลดปัญหาการเกิดสมองไหลจากรัฐบาลสู่เอกชนในทางอ้อม

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้น สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

ผู้วิจัยมองว่า จำนวน และ ความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้น ผู้วิจัยมีเห็นว่ามีความจำนวนตัวเลขที่ค่อนข้างมาก แต่ในขณะเดียวกัน ก็ได้มีอัตราการลาออกที่มีตัวเลขขยับเพิ่มขึ้นสูงในแต่ละปีด้วยเช่นกัน เนื่องจาก ค่าตอบแทนน้อย ภาระงานที่หนัก และไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ในระบบรัฐบาล ซึ่งจากการทบทวนเอกสารนั้น พบว่า บุคลากรส่วนหนึ่งได้ลาออกจากระบบรัฐ เพื่อย้ายเข้าสู่ระบบการทำงานของโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน หัวเมืองต่าง ๆ เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และ ภูเก็ต รวมถึงการลาออกไปทำงาน หรือ ศึกษาต่อยังต่างประเทศ ในขณะที่ ประเทศไทยได้มีการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ดึงดูดแพทย์จากชนบทเข้าเมืองมากขึ้น เข้าสู่ตลาดงานในสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งหากจะต้องแก้ไข ทางรัฐบาลต้องเข้ามาจัดการและควบคุม ในเรื่องของ ค่าตอบแทนที่ควรปรับขึ้น เพราะคงเดิม มาหลายปีแล้ว ในขณะที่สิ่งรอบตัวขึ้นราคาหมด อีกทั้งยังมีเรื่องสำคัญอย่าง ภาระงานซึ่ง จากการเก็บข้อมูล พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือ

การกระจุกตัวของความเจริญ ที่อยู่ในแต่เมืองใหญ่ๆ หรือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด เท่านั้น ซึ่งเป็นแหล่งเดียวที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด ดังนั้นทุกคนในจังหวัด หรือจังหวัดใกล้เคียง เข้ามารับการรักษาจึงเกิดการกระจุกตัวของคนไข้ เป็นปัญหาเรื้อรังมาถึงปัจจุบัน ดังนั้นรัฐบาลต้องคิดย้อนกลับไปถึงโครงสร้างนโยบายสาธารณสุขระดับประเทศในแง่ของภาระงาน อัตราค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผล การเพิ่มจำนวนอัตรากำลังบุคลากรการแพทย์ให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน รวมถึงการจัดการกระจายความเจริญไปยังโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ในต่างจังหวัด

5.6 การแพร่กระจายเชื้อโรคข้ามแดน

ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพหรือที่เรียกว่ายาปฏิชีวนะก็เป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ปัจจุบันปัญหานี้มีอัตราการเพิ่มที่สูงขึ้นเนื่องจากปัญหาการดื้อยาสามารถแพร่กระจายผ่านข้ามพรมแดนได้โดยผ่านการขนย้ายของคน สัตว์ และสินค้าทางเกษตร ผ่านทางคมนาคม ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์แล้ว ยังมีผลในวงกว้างในด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

ปัญหาของเชื้อดื้อยานั้นทำให้ไม่สามารถรักษาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ในผู้ป่วยได้ เช่น มะเร็งรวมทั้งไม่สามารถจะเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและปลูกถ่ายไขกระดูก เพราะผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อเนื่องจากไม่มียาที่ได้ผลสำหรับการป้องกันและรักษา (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ในปัจจุบัน มีการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาหลายชนิดในหลายประเทศ โดยมากมักจะเป็นผู้ป่วยห้อง ICU ผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ต้องล้างไต หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มาเยือนโรงพยาบาล (สุจิตรา จันทร์วิสุทธิ, 2559) สำหรับการเดินทางเพื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น มีการศึกษาพบว่าเกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยามากกว่าการเดินทางปกติถึง 2 เท่า (Bokhary, 2021) มีกรณีตัวอย่างนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ติดเชื้อหลังการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ เช่น นักท่องเที่ยวชาวยุโรปที่มาทำศัลยกรรมความงามที่ประเทศอินเดีย และติดเชื้อกลับไปยังประเทศ (นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ 2558) และนักท่องเที่ยวชาวอเมริกันที่เดินทางไปเม็กซิโกเพื่อการผ่าตัดในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 (ค.ศ. 2018-2019) และต่อมาพบว่าได้รับเชื้อดื้อยา แต่สำหรับประเทศไทย แม้ยังไม่มีการณีใดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่ผู้ให้สัมภาษณ์ก็คิดว่ามีความเป็นไปได้ในอนาคตที่จะมีปัญหานี้

ประเทศไทยยังไม่สามารถควบคุมโรคบางโรคได้ดี ดังนั้น มองว่าการที่รัฐบาลมีนโยบายที่ให้ผู้ป่วยต่างชาติเดินทางเข้ามาเพื่อทางการรักษาพยาบาล อาจจะส่งผลใน

การแพร่ระบาดของโรคตั้งแต่สมัยโควิดระบาด ไปจนกระทั่งอาจจะมีโรคใหม่ หรือมีเชื้อดื้อยาติดตัวจากต่างประเทศมา อาจเกิดการกระจายตัวต่อได้กับคนไทย รวมถึงโรคอุบัติใหม่ที่แฝงมาและแพร่กระจายออกไป

อดีตพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัฐบาล, สัมภาษณ์วันที่ 24

ตุลาคม 2565

โดยปกติ โรคเชื้อดื้อยา โรคอุบัติใหม่ ถ้าถูกค้นพบจากที่ต้นทาง จะไม่สามารถส่งต่อมารักษาที่อื่น หรือออกมารักษานอกประเทศของตนได้อยู่แล้ว ส่วนใหญ่ที่พบเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยต่างชาติ คือกลุ่มที่มารักษาพยาบาลและใช้เวลานานในการอยู่โรงพยาบาลจนได้รับเชื้อดื้อยา

แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 ปัจจุบันใช้ทุนอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท, สัมภาษณ์วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

เรื่องเชื้อดื้อยาจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยังไม่ได้เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2460-2564” ได้ระบุว่า “การดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาที่จับต้องยาก เนื่องจากไม่มีอาการปรากฏ จึงต่างจากโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่สามารถทำความเข้าใจและตรวจจับได้ง่าย” และแผนยุทธศาสตร์ได้อ้างถึงถึงหนึ่งในภัยคุกคามที่ทำให้เกิดปัญหานี้คือ “(T5) การเดินทางที่สะดวก การเปิดพรมแดนสู่ประชาคมอาเซียน การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์”

ปัญหาเรื่องเชื้อดื้อยา เป็นปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหานี้จึงไม่ใช่เรื่องของการแพทย์และวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว ส่วนหนึ่งของต้นตอปัญหาคือประเทศกำลังพัฒนาที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อ และไม่ได้มีระเบียบหรือการควบคุมการใช้ที่เหมาะสม นอกจากนั้น เชื้อดื้อยายังเกี่ยวกับภาคส่วนเกษตรกรรมและอื่นๆ ทำให้ต้องมีการทำงานข้ามภาคส่วน และมีการศึกษาวิจัยที่เพียงพอเพื่อให้เกิดความเข้าใจเรื่องต้นตอและการแพร่กระจายของเชื้อ และเพื่อที่จะหาแนวทางแก้ไขที่จุดเริ่มต้นด้วย

บทที่ 5 ได้วิเคราะห์ถึงประเด็นที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ตั้งแต่คำนิยามและความหมาย ข้อห่วงกังวลต่อนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์นานาชาติ โลกาภิวัตน์-ทุนนิยมและกระบวนการทำให้เป็นสินค้า มาตรฐานโรงพยาบาลระดับนานาชาติ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขและสมองไหล และการแพร่กระจายเชื้อโรคข้ามแดน

สำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ การรักษาพยาบาลในยุคปัจจุบันเปรียบเสมือนสินค้าชนิดหนึ่งที่รองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติและกลุ่มคนที่มีฐานะด้านการเงินปานกลางขึ้นไปเพื่อหารายได้เข้าสู่ประเทศไทย นอกจากนี้ธุรกิจและอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการรักษาพยาบาล เช่น อุตสาหกรรมการคมนาคมขนส่ง การประกันสุขภาพที่เปิดโอกาสให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ธุรกิจโรงแรมและที่พัก บริษัทนายหน้าหรือเอเยนต์ที่นำเสนอโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ความเชื่อมโยงระหว่างกระแสโลกาภิวัตน์กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทำให้ต้องมีการพิจารณาให้รอบด้านต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศไทย เพราะอาจจะมีประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย กระบวนการทำให้เป็นสินค้า ผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่คนไทยสมควรจะได้รับและเข้าถึง เนื่องจากมีการขู่จำกัดด้านทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ และการกระจายผลประโยชน์ให้การพัฒนาก่อให้เกิดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ควรจะต้องดำเนินไปพร้อมไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสาธารณสุขของคนในประเทศเป็นเรื่องที่สำคัญ นอกจากนี้เรื่องเหล่านี้แล้ว ยังมีเรื่องที่ซับซ้อนและสำคัญต่ออนาคตเช่นเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา โรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ที่ยังเป็นที่รู้จักและเข้าใจน้อยมาก ซึ่งข้อมูลความรู้เรื่องความเกี่ยวข้องระหว่างการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์และการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาก็ยังมีไม่เพียงพอ

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้นสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้

จากการส่งเสริม และ พัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาตินั้น ได้ถูกพูดถึงในเรื่อง รายได้และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในขณะเดียวกัน ประเด็นของการเดินทางจากหลากหลายประเทศ และ โรคภัยไข้เจ็บ จากต่างประเทศ ก็เป็นเรื่องที่น่ากังวล และมีการพูดถึงน้อยมากในสังคมไทย แต่ในต่างประเทศได้มีการพูดถึงประเด็น เรื่อง ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพหรือที่เรียกว่ายาปฏิชีวนะ ที่มาจาก การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ในหลายประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบเป็นวงกว้างและสามารถส่งผลกระทบต่อผู้คน และ สังคมไทยได้ ดังนั้น รัฐบาลจำเป็นต้องมองถึงปัญหาเล็กๆ ๓ ประเด็น และ สร้างการป้องกันให้ได้มากที่สุดเพื่อที่จะไม่ให้เกิดผลกระทบกับสังคมไทยในอนาคต

5.7 บทสรุป

ดังนั้นจากการที่ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทบทวนเอกสารมานั้นสามารถวิเคราะห์ในบทที่ 5 นั้นได้ สรุปประเด็นหลักในการวิเคราะห์ 6 ประเด็นมีดังนี้ 1) คำนิยามและความหมายที่ซับซ้อนของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ 2) นโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์นานาชาติและข้อห่วงกังวล 3) โลกาภิวัตน์ การแพร่กระจายของข้อมูล

ข่าวสาร การเดินทาง ทุนนิยมและกระบวนการทำให้เป็นสินค้า 4) มาตรฐานโรงพยาบาลระดับนานาชาติ 5) จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของระบบสาธารณสุขและสมองไหล 6) การแพร่กระจายเชื้อโรคข้ามแดน ซึ่งงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ผ่านมามีจะเน้นเรื่องความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และการตลาด การต่อยอดจุดเด่นในด้านต่างๆ ดังนั้นผู้วิจัยได้วิเคราะห์และแยกประเด็นที่น่าเป็นห่วงสำหรับประเทศไทย ไว้ในบทที่ 5



บทที่ 6

บทสรุปการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคม

การศึกษาเรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในมิติทางสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยสำรวจประเด็นสำคัญและผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้นทางด้านสังคมและสุขภาพ อีกทั้งยังศึกษาแผนและยุทธศาสตร์การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาภาพรวม บทสุดท้ายนี้จะ เป็นบทสรุปซึ่งจะติดตามสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลังยุคโควิด19 รวมทั้งมุมมองต่อการพัฒนาในอนาคตของภาคเอกชนและภาครัฐที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และท้ายสุดจะได้วิเคราะห์แนวโน้มเหล่านี้ตามประเด็นที่ได้ตั้งขึ้นไว้ที่เป็นข้อห่วงกังวลเกี่ยวกับมิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

6.1 สถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลังยุคโควิด19

สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563-2565 ทำให้เกิดการหยุดชะงักหรือล่อตัวของ การท่องเที่ยวและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการเดินทางข้ามประเทศ ศูนย์วิจัยกสิกรไทยระบุว่าจำนวนนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ลดลงราว 90% ในปี 2564 โดยนักท่องเที่ยวจากตะวันออกกลาง กลุ่มประเทศอาเซียน และจีน เป็นกลุ่มที่ต้องชะลอการเข้ารับการรักษาและรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล

ในแง่ของการท่องเที่ยวในภาพรวม หลังจากที่โรคระบาดดังกล่าวลดความรุนแรงและควบคุมได้ เกือบทุกประเทศประกาศยกเลิกมาตรการควบคุมโรคและลดข้อจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศ นักท่องเที่ยวจากภูมิภาคยุโรป ตะวันออกกลาง และอเมริกาเป็นกลุ่มแรกที่มีการเดินทางเข้าไทย ตามมาด้วยภูมิภาคเอเชียใต้ โอเชียเนีย แอฟริกา อาเซียน และกลุ่มต่อมาคือ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงเหนือ (เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น ฮองกง ไต้หวัน) (กอนนโยบายระบบการค้า สนค. 2565)

ยิ่งเมื่อข้อจำกัดการเดินทางและเงื่อนไขกักตัวเมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศได้รับการยกเลิก ก็ยังมีการเดินทางท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น จากข้อมูลจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย หรือ ททท. พบว่าการยกเลิก Test & Go ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2565 ทำให้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเดินทางเข้ามาในไทยมากขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงเดือนก่อนยกเลิก โดยเฉลี่ยเข้ามาวันละ 15,000-18,000 คน ทำให้ตัวเลขนักท่องเที่ยวต่างชาติ ตั้งแต่ 1 มกราคม - 22 พฤษภาคม 2565 เข้ามาในไทยแล้ว 1,016,103 คน นักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาในไทยช่วงไตรมาสแรกมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1.รัสเซีย 2.

เยอรมัน 3. สหราชอาณาจักร 4. ฝรั่งเศส คน 5. สหรัฐอเมริกา และจำนวนนักท่องเที่ยวก็เพิ่มขึ้นเป็นกว่า 2 ล้านคนในช่วงต้นปี 2566



ภาพที่ 17 จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้าประเทศไทยช่วงปี 2565-2566

(ที่มา : tradingeconomics.com)

แม้ว่าสถิติตัวเลขนักท่องเที่ยวจะเพิ่มขึ้น แต่ในภาพรวมของเศรษฐกิจแล้ว สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (2564) ได้เขียนบทวิเคราะห์สถานการณ์ว่าเนื่องจากอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของเศรษฐกิจไทย โดยมีสัดส่วนคิดเป็น 21-22% ของ GDP (Gross Domestic Product : การที่นับรายได้ที่เกิดขึ้นจากในประเทศเท่านั้น) ดังนั้นจึงคาดว่าเศรษฐกิจไทยอาจต้องใช้เวลาถึง 3 ปีในการฟื้นตัว เนื่องจากประเทศไทยพึ่งพาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวสูงมาก จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูที่ยาวนาน

สำหรับสถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ช่วงยุคหลังโควิดนั้น ได้มีหลายหน่วยงานทั้งรัฐบาล และเอกชนวิเคราะห์ถึงความน่าจะเป็นของการเติบโตและขยายตัวของธุรกิจนี้ไว้ โดยเน้นว่าประเทศไทยยังคงเป็นจุดหมายปลายทางของนักท่องเที่ยวทั่วโลก สะท้อนจากจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เพิ่มขึ้นหลังจากเปิดประเทศไปในช่วงกลางปี 2565 ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งเป็นการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism)

กระแสการดูแลสุขภาพหลังวิกฤตโควิด19 และการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ นั้นกลายเป็นปัจจัยหลักที่จะช่วยหนุนการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยเฉพาะการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Care) ซึ่งเป็นธุรกิจที่กำลังเป็นที่นิยมและมีอัตราเติบโตสูง นอกจากนี้ ยังมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่อื่น ๆ อาทิ การใช้เทคโนโลยีตรวจรหัสพันธุกรรม (Genes) เพื่อหาความเสี่ยงโรคพันธุกรรม ซึ่งก็เป็นธุรกิจที่ค่อนข้างใหม่แต่มีศักยภาพเติบโตสูง การตรวจรหัสพันธุกรรมเป็นการตรวจหาข้อมูลสุขภาพเชิงลึกเพื่อที่ผู้ตรวจจะได้รับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนและทำการรักษาได้

ทันท่วงที การใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด (Robotic Surgery) ช่วยทำให้การผ่าตัดมีความแม่นยำสามารถทำการผ่าตัดในจุดที่เข้าถึงได้ยาก และลดเวลาใช้ในการผ่าตัด โดยในประเทศไทยหลายโรงพยาบาลเริ่มนำเทคโนโลยีหุ่นยนต์ช่วยผ่าตัดมาใช้

นักวิเคราะห์จากธนาคารต่างๆ รวมทั้งภาคเอกชนเชื่อว่าตลาดท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยมีโอกาสเติบโตตามแนวโน้มของตลาดโลก เนื่องจากไทยมีความพร้อมและมีปัจจัยสนับสนุนที่แข็งแกร่ง และยังเป็นจุดหมายปลายทางที่สำคัญอันดับต้นๆ ของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั่วโลก ซึ่งสามารถจะเพิ่มส่วนแบ่งตลาด ให้เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะ “การรักษาโรคมะเร็งที่มูลค่าตลาดมีแนวโน้มเติบโตต่อเนื่อง” การคาดการณ์ยังวิเคราะห์ว่าผู้ประกอบการสถานพยาบาลไทยสามารถเสริมจุดแข็งจากบริการทางการแพทย์ของไทยที่ได้รับความนิยมและมีศักยภาพ อาทิ บริการทันตกรรม บริการศัลยกรรมความงาม และสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ตลาดการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในไทยเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คือ การนำเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ที่ทันสมัยเพื่อขยายฐานลูกค้าให้กว้างขึ้น เช่น การรักษา โรคมะเร็งด้วยเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำการใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด แพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภาวะเสื่อม (Regenerative Medicine) มาให้บริการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ใช้บริการว่าประเทศไทยมีเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ที่ให้ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกทั้งมีคุณภาพการรักษาเทียบเท่าประเทศชั้นนำซึ่งจะช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับธุรกิจได้ (วารสารธนาคารกรุงไทย Krungthai COMPASS มกราคม 2022)

ในการมองแนวโน้มการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ มีข้อสังเกตว่า “ภาษา” และ “วาทกรรม” ที่ใช้ยังมีลักษณะเดิมที่เน้นเรื่อง “การแข่งขันระดับนานาชาติ” “มีโอกาสด้านธุรกิจที่ดีเหนือคู่แข่ง” “การดึงดูดลูกค้าด้วยบริการและเทคโนโลยี” “การทำให้ฐานลูกค้ากว้างขึ้น” โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้ “จะนำพาประเทศไทยก้าวไปสู่แถวหน้าด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของโลกอีกครั้งหลังสถานการณ์โควิด-19 คลี่คลายลง”

มิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จะพัฒนาขึ้นหลังการแพร่ระบาดของโควิดนั้น ไม่ได้พิจารณาถึงผู้คนทั่วไปที่ต้องการรักษาพยาบาล แต่มุ่งไปที่กลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อสูง เช่น มีการวิเคราะห์แรงหนุนจากนโยบาย Saudi Vision 2030 รวมทั้ง “ประโยชน์จากความสัมพันธ์ที่กระชับแน่นแฟ้นระหว่างไทยและซาอุดีอาระเบีย” ซึ่งจะเป็น “โอกาสของธุรกิจในภาคบริการและธุรกิจอสังหาริมทรัพย์” การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ จัดเป็นหนึ่งในธุรกิจที่จะได้รับประโยชน์จากการเข้ามาของนักท่องเที่ยวชาวซาอุดีอาระเบีย สะท้อนจากแนวโน้มรายได้และยอดนัดหมาย (Waiting Lists) จากผู้ป่วยต่างชาติในแถบตะวันออกกลางที่ปรับตัวสูงขึ้น โดยหลายโรงพยาบาลเอกชนในไทยได้รับผู้ป่วยกลุ่ม Middle East เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา (วารสารธนาคารกรุงไทย เมื่อเดือน พฤษภาคม ปี 2023)

จากการที่หลายหน่วยงาน ทั้งรัฐบาลเองและเอกชนได้ประเมินแนวโน้มสถานการณ์ของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์หลังการระบาดของโรคระบาดโควิด 19 ไว้ไปในทางเดียวกัน คือ การที่เปิดประเทศและรับกลุ่มนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์กลับเข้ามานั้น มีการคาดการณ์ที่ใกล้เคียงกันในประเด็นของ รายได้ และจำนวนตัวเลขของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่กลับไปอยู่ในระดับเดียวกับช่วงก่อนการแพร่ระบาด ปี พ.ศ.2562 หรือสูงกว่าได้

6.2 การวิเคราะห์สถานการณ์การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ทั้งก่อนและหลังโควิดในมิติทางสังคม

การย้อนมองการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้น จะเห็นได้ว่าการพัฒนาเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปยุทธศาสตร์ชาติในปี พ.ศ.2540 โดยโรงพยาบาลเอกชนต้องหาโอกาสใหม่ๆ ทดแทนการรายได้จากกลุ่มลูกค้าที่เป็นคนไทย จึงได้หันไปหากกลุ่มลูกค้าจากต่างประเทศซึ่งเป็นประเทศที่มีกำลังซื้อสูง ต่อมารัฐบาลประสบปัญหาขาดดุลเงินสะพัดติดต่อกันหลายปี จึงได้มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย โดยไทยมีการท่องเที่ยวเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว มีสถานที่ท่องเที่ยวหลากหลายจำนวนมาก มีการคมนาคมที่สะดวก มีกลุ่มสถานพยาบาลเอกชนที่ได้รับมาตรฐานด้านการบริการด้านสุขภาพหลายแห่ง ซึ่งด้วยจุดแข็งเหล่านี้ จึงพัฒนาแผนและนโยบายเพื่อการเป็นศูนย์กลางสุขภาพ (Medical hub) ในระดับเอเชีย และต่อมาก็ขยายเป็นระดับนานาชาติ

การพัฒนาเพื่อเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ส่วนใหญ่จะถูกมองไปในด้านของผลดี ด้านเศรษฐกิจรายได้ได้กำไรที่เพิ่มขึ้นของประเทศ และกลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้องอย่างระยะยาว แต่เนื่องจากคำว่า “ศูนย์กลางบริการสุขภาพ” นั้น มีความหมายและความครอบคลุมกว้างขวาง ดังนั้นจึงมีประเด็นว่าความระมัดระวังในเรื่องผลกระทบการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์นั้นมักจะไม่ได้มีการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเมื่อมีการผลักดันนโยบายนี้ และมุมมองหรือมิติทางสังคมก็ยังมีจำกัดและมีการศึกษาวิจัยจำนวนน้อยมาก ซึ่งได้สร้างความห่วงกังวลให้กับผู้ที่ใส่ใจในเรื่องผลกระทบเชิงสังคมจนเกิดกระแสคัดค้าน เช่น ในระยะแรกเมื่อมีการนำโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมาเป็น “Medical hub”

การสรุปมิติทางสังคมของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ได้สำรวจประเด็นสำคัญไว้ดังนี้

1. แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourists)

การทบทวนเรื่องนิยาม ความหมาย การประกอบสร้าง ความครอบคลุม และความซ้อนเหลื่อมของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ รวมทั้งนิยามของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ผู้ที่เดินทางเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ ผู้ป่วยชาวต่างชาติ ฯลฯ ทำให้เห็นว่าคำเหล่านี้ล้วนมีฐานคิดและความเป็นมา พัฒนาการของความหมายที่ต้องอธิบายให้กระจ่างชัดเพื่อความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น

ดังที่กล่าวแล้วในบทก่อนหน้านี้ แนวคิดและนิยามของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourism) และนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical Tourists) แม้ว่าจะมีความชัดเจนขึ้นกว่าเดิม แต่ก็ยังมีประเด็นเพื่อพิจารณาหลายข้อ เช่น เรื่องการทำความเข้าใจและแยกแยะประเภท รวมทั้งการจัดทำระบบสถิติตัวเลขของนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ เพื่อที่จะได้มีข้อมูลเพียงพอในการติดตามความเป็นไปของเรื่องนี้ รวมทั้งพิจารณาถึงนโยบายสนับสนุนให้เหมาะสมโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว เช่น การกำหนดกลุ่มที่ควรส่งเสริมและเพิ่มจำนวน โดยอาจจะดึงดูดนักท่องเที่ยวที่มาเป็นกลุ่มใหญ่เพื่อการประชุมหรือกิจกรรมอื่นๆ หรือนักท่องเที่ยวที่มาทำธุรกิจ นักท่องเที่ยวที่มาทำคอร์สคร่ำ ฯลฯ ให้มาใช้บริการตรวจสุขภาพ (Health Check Up) หรือฉีดวัคซีน หรือบริการอื่นๆ ที่ไม่ไปเบียดบังจากการบริการการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้กับประชาชนไทย

การเก็บข้อมูลสถิติตัวเลขควรจะมีการพิจารณาถึงรายละเอียดข้อมูลที่สำคัญอื่นๆ ของนักท่องเที่ยว เช่น การแยกแยะประเภทนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์จากการประกันสุขภาพ นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ติดต่อกับสถานพยาบาลโดยตรง นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ติดต่อกับสื่อกลางอย่างตัวแทนหรือเอเจนต์ (Agency) นักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ได้รับการรักษาจากการส่งต่อไปของบริษัทในต่างประเทศ ฯลฯ

2. ผลกระทบต่ออัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์และอัตราค่ารักษาพยาบาล

การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ดึงดูดแพทย์จากชนบทเข้าเมืองมากขึ้น โดยออกจากระบบเดิมเพื่อศึกษาต่อเฉพาะด้านในเมืองและเข้าสู่ตลาดงานในสถานพยาบาลเอกชน ทั้งโรงพยาบาล คลินิกโรคทั่วไป และคลินิกเสริมความงาม ซึ่งประเทศไทยมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขมาโดยตลอด ทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ซึ่งจากปัญหาที่น่ากังวลว่ายังมี การสนับสนุนนโยบายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ของรัฐจะถูกดึงตัวไปยังภาคธุรกิจนี้เพิ่มมากขึ้นนั้น ด้วยปัจจัยเรื่องอัตราค่าตอบแทน สิ่งแวดล้อมการทำงานดีกว่า ภาระงานที่เบากว่า ในขณะที่รัฐบาลได้มีนโยบายการผลิตบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอยู่ตลอด แต่ก็ไม่สามารถผลิตบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ทันเพราะต้องใช้เวลาหลายปี

สิ่งที่น่ากังวลคือ การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ๆ เท่านั้น ในโรงพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยคนไทยจึงต้องเข้ามากระจุกตัวเช่นกันจนเกิดการล้นโรงพยาบาล ทำให้เกิดภาระงานที่หนักเกินไปสำหรับคนทำงาน จนสุดท้ายเลือกที่จะลาออกจากหน่วยงานรัฐตั้งที่ปรากฏเป็นข่าวใหญ่ในเดือนมิถุนายน 2566

ดังนั้น แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ต่างๆ ของรัฐควรจะต้องคล่องเป็นไปในทางเดียวกัน ก่อนที่จะพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่รับผู้ป่วยต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูง รัฐบาลต้องแก้ไขระบบ

ที่เป็นอยู่ด้วยการจัดระบบการกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม เพื่อลดการกระจุกตัวของประชาชนที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำจังหวัด รวมถึงส่งเสริมโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขและความมั่นคงของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์ไปพร้อมๆ กัน เช่น การเพิ่มรายได้สวัสดิการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อเป็นแรงจูงใจไม่ให้สมองไหลเข้าสู่เมืองมากขึ้นจนขาดแคลนในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งเป็นทางออกในการลดปัญหาการเกิดสมองไหลจากรัฐบาลสู่เอกชน รวมทั้งต้องมีการควบคุมค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน และเมื่อประชาชนชาวไทยได้มีความมั่นคงด้านสุขภาพและสาธารณสุขแล้ว ก็เป็นโอกาสให้มีการต่อยอดการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ให้ผู้ป่วยชาวต่างประเทศ

3. ผลกระทบจากโลกาภิวัตน์และกระบวนการทำให้เป็นสินค้า

กระบวนการโลกาภิวัตน์เป็นกระแสที่ทำให้เกิดการเติบโตของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ แต่กลไกตลาดและระบบเสรีนิยมได้ทำให้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บและการรักษาพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำให้เป็นสินค้าเช่นเดียวกัน ดังที่ได้วิเคราะห์แล้วว่าเอกสารการคาดการณ์แนวโน้มการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ส่วนใหญ่ผู้นั้นอยู่ใน “วาทกรรม” ที่ใช้ “ภาษา” ของการค้า การตลาด การหาตลาดใหม่ในอนาคต การหารายได้และกำไร การแข่งขัน การแสวงหาเทคนิควิธีและเทคโนโลยีใหม่ๆ ฯลฯ จนกระทั่งดูเหมือนว่าความเจ็บป่วยจะเป็นเครื่องเอื้ออำนวยให้เกิดการเติบโตทางเศรษฐกิจ และแนวโน้มโรคภัยไข้เจ็บมีผลดีที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าของธุรกิจหลายประเภท

ในช่วงเวลาการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด ทำให้ประชาชนต้องรักษาระยะห่างระหว่างกันและหลีกเลี่ยงการไปยังสถานที่แออัด ซึ่งมีผลทำให้ทุกภาคส่วนต้องปรับตัว ในขณะเดียวกัน ก็มีการพัฒนาเทคโนโลยี Digitalization มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาบริการทางการแพทย์ที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลและบริการที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น

- โทรเวชกรรม (Telemedicine) และ 5G Telemedicine หรือ Telehealth หรือ การแพทย์ทางไกล เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลสำหรับการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการป้องกันการติดเชื้อและการบาดเจ็บ รวมถึงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง อาทิ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลระหว่างการผ่าตัด การควบคุมหุ่นยนต์ผ่าตัดในกรณีที่คนไข้อยู่ในโรงพยาบาลที่ห่างไกล และการประเมินผลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ เป็นต้น
- อุปกรณ์ Wearable และ Internet of Thing (IoT) ที่ฝังอุปกรณ์เซ็นเซอร์และซอฟต์แวร์สำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้สวมใส่ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งอุปกรณ์จะเชื่อมกับคอมพิวเตอร์

หรือโทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และแสดงผลข้อมูลทางสุขภาพของผู้ใช้ ทำให้แพทย์สามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้วิเคราะห์ประกอบการรักษาหรือติดตามโรคได้

- ใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ และเทคโนโลยี Blockchain ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลและมีระบบยืนยันตัวตนให้ตรงกับข้อมูลส่วนบุคคล (Self-Sovereign Identity: SSI) ที่บันทึกโดยสถานพยาบาล หรือแพทย์ผู้ตรวจ

สำหรับการนำมาปรับใช้กับประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยได้รับการยอมรับจากต่างประเทศและองค์การระหว่างประเทศ ว่าสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการอำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในเรื่องของการเดินทาง ประหยัดเวลาในการรอคิว ลดโอกาสที่ผู้ป่วยต้องออกจากบ้าน และลดจำนวนคนภายในโรงพยาบาล ฯลฯ โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีรายได้ส่วนใหญ่จากชาวต่างชาติ ได้นำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเข้าถึงอนาคตและแสวงหาผู้สนใจที่จะเข้ารับบริการล่วงหน้า รวมทั้งยังร่วมมือกับผู้ประกอบการบริษัทที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอแผนการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยให้คำปรึกษาหรือประเมินอาการเบื้องต้นผ่าน Telemedicine ก่อนที่ผู้ใช้บริการจะตัดสินใจเดินทางเข้ามาที่ประเทศไทย หรือการติดตามอาการและรักษาต่อเนื่องในกรณีของผู้ที่ได้รับการรักษากลับไปประเทศแล้ว รวมทั้งการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด-19 ก่อนเดินทางเข้าประเทศไทย เป็นต้น

แม้ว่าเทคโนโลยีดังกล่าวอาจจะช่วยบรรเทาปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ แต่เทคโนโลยีดังกล่าวก็มี “ราคา” ที่ต้องจ่ายและทำให้เกิดการพึ่งพาต่างประเทศที่ก้าวหน้าไปไกลกว่าในการแพทย์ ในขณะที่ไทยจะต้องซื้อเทคโนโลยีเหล่านั้นเข้ามา แต่ส่วนหนึ่งนั้นก็ต้องนำไปบริการชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อแต่มีโอกาสน้อยในราคาที่ถูกว่าเมื่อเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทย

กระแสโลกาภิวัตน์ที่มีการสื่อสารในโลกอินเทอร์เน็ตได้ทำให้เกิดธุรกิจใหม่ ๆ เช่น นายหน้า (Broker) และเอเยนต์ (Agent) สำหรับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยใช้โฆษณาผ่านเว็บไซต์และสื่อสังคม ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากและเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาล คลินิก แพทย์-พยาบาล เอเยนต์เพื่อการเดินทางรักษาพยาบาล บริษัทประกันฯลฯ ส่วนที่น่ากังวลคือนายหน้าและเอเยนต์ทำรายได้และกำไรจากการแนะนำบริการให้ผู้ป่วยสูงมาก แต่ก็ยังเป็นธุรกิจที่ยังไม่มีกรอบการควบคุมที่ชัดเจนและอาจจะเปิดหรือปิดตัวได้อย่างง่ายดาย ซึ่งประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายกำกับดูแลการโฆษณาการประกอบธุรกิจผู้อำนวยความสะดวกเพื่อการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เป็นการเฉพาะ

ประเด็นที่น่าสนใจแต่ยังมีการศึกษาวิจัยอย่างจริงจังน้อยมากคือเมื่อบริการทางการแพทย์ถูกผลักให้เข้าสู่ระบบตลาดแล้ว จะมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรด้านการบริการอื่นๆ กับผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และจะทำให้พันธกิจการดูแล

ห่วงใยอย่างจริงจัง มาเป็นการดูแลเพื่อการค้ามากขึ้น (commodification of health care) หรือ เลือกลงดูแลห่วงใยเฉพาะกลุ่มหรือไม่ เพียงใด และจะมีการจัดการเรื่องนี้อย่างไร

ดังนั้น ก่อนที่จะส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์อย่างเต็มที่ ควรจะพิจารณาถึง ข้อปลีกย่อยและรายละเอียดเหล่านี้ ปัจจุบัน การศึกษาวิจัยในแง่การป้องกันและกำกับดูแลผลกระทบ ที่จะเกิดขึ้นมีน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษาวิจัยที่จะสร้างความพึงพอใจให้แก่นักท่องเที่ยว

4. มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล

ตามที่หลายแหล่งข้อมูลได้กล่าวถึงจำนวนตัวเลขของโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานคุณภาพสากล อย่าง Joint Commission International นั้น ประเทศไทยถือเป็นประเทศอันดับหนึ่งในภูมิภาค เอเชียที่มีจำนวนโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในระบบนี้มากที่สุด และส่วนมาก คือกลุ่มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถจะเตรียมการเพื่อที่จะเข้าสู่มาตรฐานนี้ได้

ไทยมีจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI 60 แห่ง (มากที่สุดภูมิภาคเอเชีย และเป็นอันดับ 4 ของโลก) โดยกระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะเมืองท่องเที่ยวและจังหวัดที่มีชายแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน



ที่มา: Joint Commission International, as of Dec 2021

ภาพที่ 18 จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับมาตรฐานคุณภาพ JCI ในประเทศไทย

(ที่มา : ศูนย์วิจัยกรุงเทพ 2022)

การที่โรงพยาบาลเข้าสู่ระบบ JCI นั้นอาจจะสวนทางกับการที่โรงพยาบาลจะเปิดให้มีการ เรียนรู้กรณีศึกษาผู้ป่วยเพื่อให้เป็นประโยชน์แก่นักศึกษาในโรงเรียนแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากเรื่อง มาตรฐานความเป็นส่วนตัวและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการดูแลรักษาและปกปิด และการ เข้าสู่ระบบ JCI นั้น เมื่อต้องมีค่าใช้จ่ายสูง โรงพยาบาลก็มีความจำเป็นที่จะต้องหารายได้และกำไร มาชดเชยในส่วนนั้นด้วย

5. ผลกระทบด้านการแพร่กระจายปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา และโรคติดต่อที่ระบาดครั้งใหญ่

ปัญหาเชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายผ่านข้ามพรมแดนได้โดยผ่านการเดินทางของมนุษย์ การขนย้ายสัตว์ และสินค้าทางเกษตร นอกจากนี้ในมนุษย์แล้วเชื้อดื้อยาก็ยังสามารถอยู่เนื้อสัตว์และอาหารได้อีก ปัญหานี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทั้งการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แล้ว ยังมีผลในวงกว้างในด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผลกระทบทางด้านสุขภาพในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ นั้นถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุขและสังคม ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2460-2564 ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ฉบับแรกของไทยที่เน้นการแก้ไขปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ แต่ยังไม่ได้มีการพูดถึงประเด็นความเชื่อมโยงระหว่างการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และปัญหาเชื้อดื้อยา ดังนั้น จึงนับว่าเรื่องนี้ยังไม่ได้ได้รับความสนใจมากนัก ทั้ง ๆ ที่ไทยควรจะพัฒนาการป้องกันและควบคุมอย่างรอบคอบเพื่อที่จะทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของไทยก่อให้เกิดผลกระทบเรื่องนี้น้อยที่สุด

6.3 สรุปท้าย

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์มีส่วนที่ทำให้การรักษาพยาบาลในยุคปัจจุบันเปรียบเสมือนเป็นสินค้าชนิดหนึ่งที่รองรับนักท่องเที่ยวต่างชาติและกลุ่มคนที่มีฐานะด้านการเงินปานกลางขึ้นไปเพื่อหารายได้เข้าสู่ประเทศไทย นอกจากธุรกิจและอุตสาหกรรมการแพทย์และการรักษาพยาบาล เช่น อุตสาหกรรมการคมนาคมขนส่ง การประกันสุขภาพที่เปิดโอกาสให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ธุรกิจโรงแรมและที่พัก บริษัทนายหน้าหรือเอเยนต์ที่นำเสนอโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ความเชื่อมโยงระหว่างกระแสโลกาภิวัตน์กับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ ซึ่งทำให้ต้องมีการพิจารณาให้รอบด้านต่อระบบบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศ เพราะอาจจะมีประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขของประชาชนชาวไทย กระบวนการทำให้เป็นสินค้า ผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่คนไทยสมควรจะได้รับและเข้าถึง

งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่ผ่านมา มักจะเน้นเรื่องการประเมินความคาดหวัง การรับรู้ และความพึงพอใจของนักท่องเที่ยว การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์และการตลาด การต่อยอดจุดเด่นในด้านต่างๆ เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวได้มากขึ้น การเพิ่มศักยภาพผู้ให้บริการเพื่อที่ไทยจะสามารถแข่งขันได้ในระดับโลก ฯลฯ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าห่วงกังวลและน่าจะมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมก่อนที่จะมุ่งสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ต่อไปยังมีอีกมาก เช่น นโยบายและการประกอบสร้างความหมายที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ บริบทของโลกาภิวัตน์ที่ส่งผลและได้รับผลจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และการทำให้การรักษาพยาบาลเป็นสินค้า

ฯลฯ ประเด็นเหล่านี้สำคัญและทำให้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์พัฒนาไปโดยยึดโยงกับมิติทางสังคม และทำให้เห็นว่าเรื่องนี้มีความซับซ้อนและต้องทำความเข้าใจจากหลายแง่มุม และจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะมีการศึกษาพิจารณาจากแง่มุมที่ไม่ได้มีการพูดถึงมากนัก ส่วนปรากฏการณ์โลกาภิวัตน์ตามกระแสเสรีนิยมใหม่ ก็ทำให้เรื่องการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์โยงใยได้กับข้อถกเถียงเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมธุรกิจและอุตสาหกรรมนี้

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่ได้คัดค้านการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่จะเป็นการเพิ่มรายได้ด้านการท่องเที่ยวที่เพิ่มขึ้นให้กับประเทศไทย และโอกาสในด้านอื่นๆ ที่ตามมา แต่การตั้งคำถามเรื่องมิติทางสังคมรวมทั้งการพิจารณาแง่มุมที่ไม่ได้มีการพูดถึงมากนัก เช่น ผลกระทบด้านต่าง ๆ จะทำให้การพัฒนาเรื่องดังกล่าวสร้างการมีส่วนร่วมได้กว้างขวางขึ้น มีมุมมองที่รอบด้านมากขึ้น เชื่อมโยงกับบริบทอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะระบบบริหารจัดการสาธารณสุขในประเทศ เพื่อให้การพัฒนาดังกล่าวเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และการกระจายผลประโยชน์ให้สังคมโดยรวมได้ต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. **บรรณานุกรม**

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2560). ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ.2560-2569).กรุงเทพมหานคร.กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (30 ธันวาคม 2559). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการด้อยทางด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564*. เข้าถึงได้จาก

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพแห่งเอเชีย (พ.ศ.2547-2551)*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 255 - 2559)*.

กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กันต์สินี กันต์ทะวงวาร และคณะ.(2558). ความสามารถในการแข่งขันของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ.เชียงใหม่.สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กานดา อีรานนท์.(2561). การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทย : สถานการณ์และศักยภาพทางการแข่งขันในภูมิภาคอาเซียน.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น 12 : 22 – 34.

กำพร สุวรรณฉิม , อารยา บุรณะกุล, พิรญา เขตพงษ์ และ ปิยพันธ์ สุวรรณเวช.(2559). การสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน (Competitive advantage) ของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร.มหาวิทยาลัยราชวมงคลพระนคร.

ณัฐพัชร มณีโรจน์. (2015). แนวทาง การ พัฒนาการ ท่องเที่ยว เชิง การ แพทย์ ของ ประเทศไทย.วารสาร ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย อุบลราชธานี, 11(2), 41-74.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2560). มานุษยวิทยาการแพทย์.ปาฐกถาในการประชุมวิชาการทางมานุษยวิทยา ครั้งที่ ๑๒ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ณัฐวรัตติ คณิตินสุทธิทอง.การใช้บริการของนักท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ.[ออนไลน์].2016.แหล่งที่มา : <http://medical-wellnesstourism.blogspot.com/2016/10/wellness-tourism-service-seeking.html> (25 พฤษภาคม 2562).

- ณัฐพล ลีลาวัฒนานันท์.(2559). การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Wellness Tourism) รายงานภาวะเศรษฐกิจท่องเที่ยว ฉบับที่ 3 เดือน มกราคม - มีนาคม 2559. เข้าถึงเมื่อ 8 ตุลาคม 2564.เข้าถึงได้จาก https://www.mots.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7622
- ณัฐพล วุฒิรักขจร.(2559). ความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย
- ณัฐพัชร มณีโรจน์ และ นราศรี ไวนิชกุล.(2559). ความสามารถในการแข่งขันของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทย.วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ ฉบับที่ 29 ปีที่ 1 (เมษายน - กันยายน 2559)
- ณัฐวุฒิ วุฒิรักขจร. ประเทศไทยกับการพัฒนาเป็น Medical Hub of Asia.วารสารธนาคารออมสิน. (ไม่ปรากฏปีที่เผยแพร่)เข้าถึงได้จาก. https://www.gsbresearch.or.th/wp-content/uploads/2016/11/5IN_hotissue_Medicalhub_detail.pdf
- ณาริญา วีระกิจ,ชัยนันท์ ไชยเสน,พุทธพร อักษรไพโรจน์ และ ศศิธร สนเปี่ยม.แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของจังหวัดภูเก็ตเพื่อยกระดับสู่การเป็นศูนย์กลางนานาชาติการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ.วารสารวิชาการการท่องเที่ยวไทยนานาชาติ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2562).
- ธรรมทัช ทองอร่าม.(2559). Medical Tourism โอกาสที่ยั่งยืนของไทย.หนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ คอลัมน์: Young Economist ฉบับวันที่ 12 - 14 พฤษภาคม.
- นันทสารี สุขโต.(2558). การวิเคราะห์สถานการณ์ทางการตลาดของการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย.สาธูปริทัศน์ 89. (มกราคม - มีนาคม 2558) . 1-15.
- ประสิทธิ์ วัฒนาภา.(2550). การเป็นศูนย์กลางด้านการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคเอเชียของประเทศไทย : โอกาส ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ และผลต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- ฝ่ายวิจัย ธนาคารกสิกรไทย.(2546).“โรงพยาบาลเอกชน ปี 46 เริงร่า : รายรับผู้ป่วยต่างชาติพุ่ง 19,000 ล้านบาท ” วารสารเศรษฐกิจ. ปีที่ 9. ฉบับที่ 1192. (Connell, 2006)
- พรมิตร กุลกาลยีนยง.(2560).การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทย : ความท้าทายและการพัฒนา.วารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2560) : 1-8.
- ไพฑูรย์ ไกรพรศักดิ์.(2557). โครงการรูปแบบการท่องเที่ยวที่ผูกโยงกับสุขภาพ (Medical Tourism) และความสามารถในการแข่งขันของไทยกับประเทศมาเลเซียและสิงคโปร์: การสำรวจวิเคราะห์จากนักท่องเที่ยวในประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาคผนวกตารางที่ 1, ซิงห์เอตอัล, *การทำแท้งทั่วโลก 2017: ความก้าวหน้าที่ไม่สม่ำเสมอและการเข้าถึงที่ไม่เท่าเทียม*, นิตยสาร: สถาบัน Guttmacher, 2018,เข้าถึงได้จาก. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

- ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub ปี พ.ศ. 2560 – 2569). กรมสนับสนุนการบริการ.กระทรวงสาธารณสุข.2559
- ศรัณยา เลิศพุทธรักษ์. (2014). การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงบำบัดรักษา. วารสารวิทยาลัย
พาณิชยศาสตร์ บูรพา ปริทัศน์, 8(2), 1-13.ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์.การ
ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. [ออนไลน์].2017 เข้าถึงได้จาก.
http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=7812&filename=index (25
พฤษภาคม 2562)
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย.(2559). Medical Tourism ยังโตต่อเนื่องเปิดโอกาสโรงพยาบาลเอกชนขยายฐาน
ลูกค้าต่างชาติ (กระแสรอรศน์ ฉบับที่ 2721).
- ศูนย์วิจัยกรุงไทย.2565.ริสตาร์ทMedical Hubพาเศรษฐกิจไทย ฝ่าวิกฤติโควิด [ออนไลน์].2017 เข้าถึง
ได้จาก.
[19https://krungthai.com/Download/economyresources/EconomyResourcesDown
load_467Medical_Hub.pdf](https://krungthai.com/Download/economyresources/EconomyResourcesDownload_467Medical_Hub.pdf)
- สาริกา คำสุวรรณ. (2017). พฤติกรรม การใช้ บริการ ทางการ แพทย์ ใน ประเทศไทย ของ
นักท่องเที่ยว เชิง สุขภาพ จาก ตะวันออกกลาง: มุม มอง จาก ผู้ ให้ บริการ ทางการ แพทย์.
Kasetsart Applied Business Journal, 11(14), 53-76.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และ สังคมแห่งชาติ. (2017). แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และ
สังคมแห่ง ชาติ ฉบับที่ 12 (พ. ศ. 2560-2564).
- สุจิตรา จันทวิสุทธิ.การสาธารณสุขสำหรับแรงงานต่างชาติชาวพม่า.บทความปริทัศน์.วารสารสุขภาพ.
กรมอนามัย.[ออนไลน์].2559 แหล่งที่มา : www.advisor.anamai.moph.go.th.
- อัญชญา ณ ระนอง. (2011). ภาวะวิกฤต เศรษฐกิจ กับกา เป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพของประเทศ
ไทย Economic Crisis and Thailand Medical Hub. NIDA Development Journal,
51(1), 47-81.
- นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ.สถานการณ์การติดเชื้อ แนวโน้มของยาต้านจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทาง
ในการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง.
- นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, ศิริตรี สุทธิจิตต์, สิตานันท์ พูลผลทรัพย์, รุ่งทิพย์ ชวนชื่น และภูษิต ประคองสาย.
(2558). ภูมิทัศน์ของ สถานการณ์และการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย.
สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- ประชาไท [อินเทอร์เน็ต].ก้าวไกล' เสนอ 3 แนวทางแก้ปัญหาภาระงานแพทย์ ลดลาออก ลดภาระงาน
เพิ่มผลิตบุคลากรทั้งรัฐ-เอกชน; 2023 [วันที่อ้างอิงถึง 25 พฤษภาคม 2565] ที่มา:
<https://prachatai.com/journal/2023/06/104481>

ภาษาอังกฤษ

- Aspinwall, N. (2019). Manila's Abortion Ban Is Killing Women. Foreign Policy. Available at <https://foreignpolicy.com/2019/05/29/manilas-abortion-ban-is-killing-women/>
- Bethany Lindsay. We're holding up a floodgate': B.C. fights off superbugs brought home by medical tourists.2019 .Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/we-re-holding-up-a-floodgate-b-c-fights-off-superbugs-brought-home-by-medical-tourists-1.5007133>
- Bokhary H, Pangesti KNA, Rashid H, Abd El Ghany M, Hill-Cawthorne GA. Travel-Related Antimicrobial Resistance: A Systematic Review. Trop Med Infect Dis. 2021 Jan 16;6(1):11. doi: 10.3390/tropicalmed6010011. PMID: 33467065; PMCID: PMC7838817
- Bookman Milica Z. and Bookman Karla R. (2007). Medical Tourism in Developing Countries. New York: Palgrave Macmillan.
- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research, 6(4), 447-454. Available From : [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14737167.6.4.447:](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14737167.6.4.447)
<https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447>
- Cecilia Rodriguez. Euthanasia Tourism: Is The E.U. Encouraging Its Growth? .2019.Available from: <https://www.forbes.com/sites/ceciliarodriguez/2019/03/17/euthanasia-tourism-is-the-e-u-encouraging-its-growth/?sh=e33e5f3229b9>. [2019 .May 2022]
- Cesario, SK. "Implications of Medical Tourism". NursWomens Health. 2018 Jun;22(3):269-273. doi: 10.1016/j.nwh.2018.03.008.
- Chambers, Andrew , "Thai Embrace of Medical Tourism Divides Professionals," The Guardian (London), April 26, 2011 <http://www.guardian.co.uk/global-development/poverty-matters/2011/apr/26/thailand-medical-tourism-divides-professionals>
- Chris Dall .2021. Report underscores superbug risk of medical tourism.
- Cohen Erik. (2008). Exploration in Thai Tourism. London: Book Now Ltd,.
- Cohen Erik. (2008). "Exploration in Thai Tourism". Book Now Ltd, London.

- Connell John. (2001). "Medical Tourism". MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), 1093-1100.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), 1093-1100.
- Dusita Saokaew. Rehabilitation tourism soars in Thailand. 2019. Available from: <https://news.cgtn.com/news/2019-10-25/Rehabilitation-tourism-soars-in-Thailand-L5ev8Njl8E/index.html> [2019 , May 2022]
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & place*, 16(6), 1145-1155.
- Hall C. Michael. (2013). "Medical Tourism the ethics regulation and marketing of health mobility". UK by MPG Books Group.
- Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?. *Tourism review*, 66(1/2), 4-15.
- Hall, C. M. (Ed.). (2013). *Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility* (Vol. 33). Routledge.
- Hall, C. Michael. 2013. Health and medical tourism: the development and implications of medical mobility. In *Health and medical tourism: Kill or cure for global public health?* 3-28.
- Hamilton, J. , "Medical Tourism Creates Thai Doctor Shortage," National Public Radio, November 29, 2007, available at <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=16735157> (last visited January 30, 2013); NaRanong and NaRanong , supra note 19, at 338.
- Healthdirect, <https://www.healthdirect.gov.au/stem-cells> September 2020
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. สธ.แจง "หมอลาออก" ปัญหาสะสม ล่าสุดวางเป้า 3 เดือนแก้ไขทำงานนอกเวลา 64 ชม.ต่อสัปดาห์ [วันที่อ้างถึง 25 พฤษภาคม 2565] ที่มา: 2023 <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27776>
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. สพศท. ห่วงหลายสถาบันเร่งผลิตแพทย์จำนวนมาก หวั่นส่งผลกระทบต่อคุณภาพ จ่อหารือ สธ.ขอทิศทางการชัดเจน [วันที่อ้างถึง 25 พฤษภาคม 2565] ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2023/05/27640>

- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. สมาพันธ์แพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ชี้อย่างต้องผลิตแพทย์เพิ่ม! เหตุการณ์งานล้น กระจายตัวมีปัญหา[วันที่อ้างอิง 25 พฤษภาคม 2565] ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2023/05/27647>
- Hill, T. L. (2011). The spread of antibiotic-resistant bacteria through medical tourism and transmission prevention under the international health regulations. *Chi. J. Int'l L.*, 12, 273.: Vol. 12 : No.1 , Article 11. Available at : <http://Chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol12/iss1/11>
- Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. (2008). Medical tourism vs. traditional international medical travel: a tale of two models. *International Medical Travel Journal*, 3(3), 3-30. <https://www.cidrap.umn.edu/report-underscores-superbug-risk-medical-tourism>
- Inhorn, M. C. (2011). Globalization and gametes: reproductive 'tourism,' Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity. *Anthropology and Medicine*, 18(1), 87-103.
- Inhorn, Marcia C. (2011). "Globalization and gametes: reproductive 'tourism', Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity?" Special Issue for *Anthropology and Medicine: Healing Holidays? Itinerant patients, therapeutic locales and the quest for health*. Volume 18, issue 1 (April 2011): หน้า?
- Jo Adetunji. Suicide tourism' and understanding the Swiss model of the right to die. 2018. Available from: <https://theconversation.com/suicide-tourism-and-understanding-the-swiss-model-of-the-right-to-die-96698>[2018 May 2022]
- Julie Zaugg, CNN. Rehab in paradise: Western addicts head to Thailand to detox.2020. Available from: <https://edition.cnn.com/travel/article/detox-rehab-facilities-thailand/index.html> [2019. May 2022]
- Laeger, Ugeskr. (2017). "Medical tourism and its implications for patients and hospital services throughout the world". May 15;179(20).
- Lgnaciuk, A., & Sethna, C. (2020). Charters for Choice: Abortion Travel, Abortion Referral Networks and Spanish Women's Transnational Reproductive Agency, 1975–1985. *Gender and History*, 32(2), 286-303. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1468-0424.12463>, [2020. May

- Lunt, N., Smith, R. D., Mannion, R., Green, S. T., Exworthy, M., Hanefeld, J., ... & King, H. (2015). Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches.
- Marlowe, J., & Sullivan, P. (2007). Medical tourism: the ultimate outsourcing. *Human Resource Planning*, 30(2), 8-10.
- Medre Healthcare, Medical Tourism : 2019. Available at <https://www.madrehealthcare.com/top-10-types-of-medical-tourism/>
- Ministry of Tourism & Sports, Thailand.(2023). Tourist Arrivals in Thailand decreased to 2182100 in April from 2219040 in March of 2023. Available at [:https://tradingeconomics.com/thailand/tourist-arrivals](https://tradingeconomics.com/thailand/tourist-arrivals)
- Naraindas, Harish and Bastos, Cristiana. (2011). "Introduction" Special Issue for Anthropology and Medicine: Healing Holidays? Intinerant patients, therapeutic locales and the quest for health. Volume 18, issue 1 (April 2011): 1-6.
- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 336-344.
- Nguyen, H. V., Cheng, J. R. C., Hammack, E. A., & Maier, R. S. (2010). Parallel Newton-Krylov solvers for modeling of a navigation lock filling system. *Procedia Computer Science*, 1(1), 699-707.
- Nina Cchick, "Illegal Organhandel Das blutige Geschäft mit Nieren, Herzen und Noree, T. (2015). The impact of medical tourism on the domestic economy and private health system: A case study of Thailand (Doctoral dissertation, London School of Hygiene & Tropical Medicine).
- Pan, X., Yang, Z., Han, F., Lu, Y., & Liu, Q. (2019). Evaluating potential areas for mountain wellness tourism: A case study of Ili, Xinjiang Province. *Sustainability*, 11(20), 5668. Available From : <https://www.mdpi.com/2071-1050/11/20/5668/htm>
- Rahim, Saqib. (2014). Q&A: Preparing for a Surgery Abroad. SPECIAL SERIES on Globalizing Health Care. <https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=16296677>
- Räikkönen, J., & Grénman, M. (2017). The experience economy logic in the wellness tourism industry. In *Co-creation and well-being in tourism* (pp. 3-18). Springer,

- Cham. (Online).2017. Available From :
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44108-5_1
- Rodrigo, A., Blanca Paraíso, M. D., Ferrer, C. M., Romero, E. S., Suárez, J., María Arqué, M. D., ... & Ph, M. L. E. B. S. What is IVF with egg donation and how much does treatment cost?. Available at <https://babygest.com/en/fertility-tourism/>
- Santinha, G., Breda, Z., & Rodrigues, V. (2015). Perspectives for medical tourism development in Portugal's central region in light of health care stakeholders' views. In Conference Paper. Available From :
https://www.researchgate.net/figure/The-health-tourism-system_fig1_275887240
- Santinha, G., Breda, Z., & Rodrigues, V. (2015). Perspectives for medical tourism development in Portugal's central region in light of health care stakeholders' views. In Conference Paper.
- Senanayake, S. (2013). Antibiotic resistance: how did we get here and what can we do? .Available at <https://ahha.asn.austem/files/docs/publications>.
- SMITH, KRISTEN. 2012. THE PROBLEMATIZATION OF MEDICAL TOURISM: A CRITIQUE OF NEOLIBERALISM. *Bioethics*. Volume12, Issue1, April, Pages 1-8
- Snyder, J., Dharamsi, S. & Crooks, V.A. Fly-By medical care: Conceptualizing the global and local social responsibilities of medical tourists and physician voluntourists. *Global Health* 7, 6 (2011). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-6>
- Tomas Mainil, Eke Eijgelarr, Jeroen Kijjs, Jeroen Nawijin and Paul Peeters (2017: 16) : Directorate E-general for Internal Policies Policy Department for Structural and Cohesion Policies Transport and Tourism. Available From :
<https://research4committees.blog/601-985figure1/>
- Turner, L. (2007). 'First world health care at third world prices': globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325.
- Van der Bij, A. K., & Pitout, J. D. (2012). The role of international travel in the worldwide spread of multiresistant Enterobacteriaceae. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 67(9), 2090-2100. Available at : <https://pdfs.semanticscholar.org>
- Wibulpolprasert, S. and Pachanee, C.A. , "Addressing the Internal Brain Drain of Medical Doctors in Thailand: The Story and Lesson Learned," *Global Social Policy* 8, no. 1 (2008): 12–15.

Yo and Ko.(2012).

Z.Bookman Milica and R.Bookman Karla.(2007)“Medical Tourism in Developing Countries” Macmilan India Limited.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เป้าหมาย ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายของการพัฒนาระดับมหุ้ดหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 ในส่วนที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์

การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและสุขภาพสูง นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนฯ 13 ในการปรับโครงสร้างการผลิตและบริการสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม โดยการใช้นวัตกรรมในการผลิตสินค้าและจัดบริการทางการแพทย์และสุขภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ และเพิ่มขีดความสามารถของบริการทางการแพทย์และสุขภาพ ตลอดจนการลดผลกระทบการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยซึ่งจะเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติที่สำคัญในด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน โดยมีประเด็นเป้าหมายประเทศไทยมีขีดความสามารถในการแข่งขันสูงขึ้น และกำหนดอุตสาหกรรมการแพทย์แบบครบวงจร โดยอาศัยความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์ของไทยสร้างอุตสาหกรรมเกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาการบริการทางการแพทย์ การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อยกระดับสากล โดยเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมในประเด็นเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ โดยเฉพาะความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

2.2 เป้าหมาย ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายของการพัฒนาระดับมหุ้ดหมาย

เป้าหมายที่ 1 ไทยมีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจจากสินค้าและบริการสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดคือสัดส่วนมูลค่าเพิ่มสินค้าและบริการสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศอยู่ที่ร้อยละ 1.7

เป้าหมายที่ 2 องค์กรรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีศักยภาพเอื้อต่อการสร้างมูลค่าเพิ่มในสินค้าและบริการสุขภาพ ตัวชี้วัด คือ มูลค่าการนำเข้าครุภัณฑ์ทางการแพทย์ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 (20,000 ล้านบาท) เมื่อสิ้นสุดแผน

เป้าหมายที่ 3 ประชาชนไทยได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ ตัวชี้วัด คือ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 12

เป้าหมายที่ 4 ระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความพร้อมรองรับภัยคุกคามสุขภาพ ตัวชี้วัด คือ การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ทุกตัวชี้วัดมีค่าไม่ต่ำกว่า 4

4. กลยุทธ์การพัฒนา

กลยุทธ์ที่ 1 บริการทางการแพทย์ที่มีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ

กลยุทธ์ย่อยที่ 1.1 สนับสนุนให้ภาคเอกชนยกระดับบริการทางการแพทย์บนฐานนวัตกรรมและเทคโนโลยีขั้นสูงโดยภาครัฐกำหนดมาตรฐาน สนับสนุนการดูแล

- (1) ยกระดับการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นรูปแบบการแพทย์ที่แม่นยำ เวชศาสตร์ป้องกันเกิดโรคและการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล และจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายเพื่อต่อยอดไปสู่การให้บริการรักษาและดูแลผู้ป่วยในลักษณะเฉพาะบุคคล ส่งเสริมการจัดหาผู้ป่วย

เข้ามารับบริการในไทย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศไทย

- (2) พัฒนาระบบกำกับควบคุมมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์ขั้นสูงโดยต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในทุกมิติ อาทิ การให้บริการที่มีมาตรฐานและราคาสมเหตุสมผล รวมถึงการกำกับดูแลปัญหาทางจริยธรรมทางการแพทย์จากการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ เช่น การอัมบิญา และการใช้เซลล์ต้นกำเนิด

กลยุทธ์ย่อยที่ 1.2 ปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบให้เอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ

- (1) ศึกษาความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายเฉพาะเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพที่ครอบคลุมข้อจำกัดในการดำเนินการ อาทิ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ การใช้ระบบประกันภัยสุขภาพและสวัสดิการจากต่างประเทศ การอนุญาตด้านการลงตรา ตลอดจนการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ
- (2) ปรับแก้กฎหมายการออกใบอนุญาตประกอบธุรกิจด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ให้เป็นแบบใบอนุญาตเดียว ให้ครอบคลุมการดำเนินการเกี่ยวกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สถานพยาบาล และธุรกิจโรงแรม รวมทั้งปรับแก้กฎหมายอนุญาตให้วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่มีหลักสูตรการสอนในประเทศไทย มาช่วยสนับสนุนการแพทย์แผนปัจจุบันภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพนั้นๆ ได้สะดวก อาทิ การแพทย์ธรรมชาติบำบัด

กลยุทธ์ที่ 2 ไทยเป็นศูนย์กลางบริการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก

กลยุทธ์ย่อยที่ 2.1 นวัตกรรมในการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพบนฐานความโดดเด่นของเอกลักษณ์ความเป็นไทย

- (1) ผสานความโดดเด่นของอัตลักษณ์ความเป็นไทยกับบริการส่งเสริมสุขภาพ
- (2) ผลักดันให้ผู้บริหารจัดการธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ย่อยที่ 2.2 ยกระดับมาตรฐานสถานบริการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถแข่งขันกันได้

กลยุทธ์ย่อยที่ 2.3 พัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ที่น่าไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างมูลค่าเพิ่มให้อุตสาหกรรมทางการแพทย์และสุขภาพ

กลยุทธ์ย่อยที่ 3.1 ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบนเทคโนโลยีดิจิทัลให้รองรับการยกระดับอุตสาหกรรม

- (1) พัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และมาตรฐานการทดสอบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ให้ได้มาตรฐานสากล อาทิ เอกสารวิชาการสำหรับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์

มาตรฐานความปลอดภัยทั้งในเอเชีย ยุโรป และ อเมริกา เพื่อให้เกิดความสะดวกและมีมาตรฐาน ตลอดจนสร้างโอกาสให้ประเทศสามารถรับจ้างวิจัย วิเคราะห์ และรับรองมาตรฐานของผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศ

- (2) ยกกระดับศูนย์ทดสอบศักยภาพผลิต โดยสร้างร่วมมือกับภาคเอกชนในการพัฒนาและยกระดับ ทั้งศูนย์ทดสอบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบเบ็ดเสร็จ ได้แก่ ศูนย์ผลิตสารต้นแบบ ศูนย์สัตว์ทดลอง เพื่อสนับสนุนการวิจัยพัฒนาและการผลิตตั้งแต่ต้นน้ำภายในประเทศ
- (3) พัฒนาระบบการผลิตและสนับสนุนการจัดตั้งโรงงานต้นแบบเภสัชชีวภัณฑ์ ยา สมุนไพร และวัคซีนที่มีคุณภาพมาตรฐานสากล โดยเฉพาะทางผลิตวัคซีนสำหรับการป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ภายในประเทศ ลดการนำเข้า และ สร้างความมั่นคงของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

กลยุทธ์ย่อยที่ 3.2 ปฏิรูประบบกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยปรับโครงสร้างหน่วยงานที่มีหน้าที่กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเป็นอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงาน ทั้งในเรื่องของการจัดหางบประมาณ บุคลากร การพัฒนาเครือข่าย เพื่อให้สามารถดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพได้มาตรฐานสูงเทียบเท่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ควบคู่กับการอำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้ประกอบการให้สามารถขึ้นทะเบียนและนำผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้าสู่ตลาด โดยไม่ให้เกิดการสูญเสียโอกาสและความสามารถในการแข่งขัน

กลยุทธ์ย่อยที่ 3.3 ส่งเสริมการลงทุนและการนำผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และสุขภาพออกสู่ตลาด โดยปรับแก้กฎหมาย กฎระเบียบ และมาตรการต่าง ๆ ในการร่วมทุนระหว่างภาครัฐและผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมที่จะเอื้อให้เกิดการผลิตในประเทศ การใช้กลไกทางภาษี ส่งเสริมการลงทุน พร้อมทั้งส่งเสริมการผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลและเป็นที่ต้องการในตลาด โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการตรวจสอบย้อนกลับของวัตถุดิบที่นำมาใช้ในการผลิต รวมทั้งการสร้างที่น่าเชื่อถือบนหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ให้แก่ผลิตภัณฑ์ที่ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อุปทาน ตลอดจนสร้างดิจิทัลแพลตฟอร์มให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างอุปสงค์และอุปทานในการนำผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ออกสู่ตลาดทั้งในและต่างประเทศ

กลยุทธ์ย่อยที่ 3.4 ส่งเสริมแนวคิดการซื้อและการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตในประเทศ

(1) ปรับปรุงบัญชีนวัตกรรมไทยให้เกิดความสะดวกและเอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมทางการแพทย์ โดยให้มีการบังคับใช้ในภาครัฐอย่างจริงจังและเข้มงวดยิ่งขึ้น พร้อมแก้ไขศรัทธาและวัสดุให้สอดคล้องกับบัญชिनวัตกรรม และจัดทำบัญชีรายการเครื่องมือแพทย์ไทยที่ได้มาตรฐานสากลในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

(2) ปลุกฝังทัศนคติและสนับสนุนให้สถานพยาบาลเอกชนและสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ผลิตในประเทศที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คุ่มค่า และมีประสิทธิภาพ โดยการเพิ่มสิทธิ

ประโยชน์ทางภาษีสำหรับการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ไทย และการกำหนดให้มีรายการเครื่องมือแพทย์ไทยที่ได้มาตรฐานสากลอยู่ในระบบการเรียนการสอนและการบริการ

กลยุทธ์ที่ 4 การสร้างเสริมขีดความสามารถทางวิชาการด้านการศึกษา วิจัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์

กลยุทธ์ย่อยที่ 4.1 ส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการศึกษาทางการแพทย์ โดยพัฒนาหลักสูตรทางการแพทย์ในระดับนานาชาติและหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในภูมิภาคเอเชียใต้และอาเซียน ผ่านรูปแบบทั้งการฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลภายในประเทศไทยและผ่านระบบออนไลน์ โดยสนับสนุนให้ได้รับทุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ประเทศที่สาม หรือรัฐบาลไทย รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้สอนให้มีทักษะภาษาต่างประเทศ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผล ที่สอดคล้องกับการจัดการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์จากต่างประเทศ

กลยุทธ์ย่อยที่ 4.2 พัฒนาต่อยอดประโยชน์ของการจัดประชุมวิชาการทางการแพทย์นานาชาติ โดยพัฒนามาตรการจูงใจและสิทธิประโยชน์แก่สถาบันวิชาการชั้นนำระดับนานาชาติและบุคลากรผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ ให้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนามาตรฐานการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ของประเทศไทย อาทิ การสร้างความตกลงร่วมในการพัฒนางานวิจัย การนำผลงานที่นำเสนอมาต่อยอดในประเทศไทย การแลกเปลี่ยนบุคลากรในการฝึกปฏิบัติงานที่สถาบันชั้นนำ การนำบุคลากรผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาเป็นวิทยากรหรืออาจารย์พิเศษ เสนอผลงานวิจัยของประเทศไทยไปเผยแพร่แก่ประเทศต่าง ๆ

กลยุทธ์ย่อยที่ 4.3 พัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย โดยสนับสนุนการสร้างบุคลากรที่มีองค์ความรู้ ข้ามศาสตร์ มีทักษะการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นวัตกรรม ดิจิทัลทางการแพทย์ และการประเมินเทคโนโลยีหรือนวัตกรรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาทักษะร่วมกันระหว่างนักวิจัยผ่านชุมชนแห่งวิชาชีพของนักวิจัย มีกิจกรรมบ่มเพาะนักนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษา มีส่วนร่วมในการพัฒนาการวิจัย รวมทั้งดึงดูดผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศให้เข้ามาทำงานและถ่ายทอดองค์ความรู้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนพัฒนากลไกธำรงรักษาบุคลากรด้านการวิจัย โดยเฉพาะการกำหนดค่าตอบแทนให้บุคลากรด้านการวิจัยคงอยู่ปฏิบัติงานด้านการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ย่อยที่ 4.4 สร้างระบบนิเวศการวิจัยให้เอื้อต่อการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมมาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ โดยสร้างความร่วมมือในการทำพื้นที่ทดลองวิจัยนวัตกรรมทางการแพทย์ระหว่างผู้พัฒนา ผู้ผลิต สถานพยาบาล และผู้ประเมินเทคโนโลยี ก่อนใช้งานจริงหรือออกสู่ตลาด เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพของนวัตกรรมนั้น ๆ ตลอดจนสนับสนุนเงินทุนในระยะเริ่มต้น และพัฒนากลไกที่ช่วยผลักดันงานวิจัยให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นรูปธรรม อาทิ การส่งเสริม

ผู้ประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อมให้เข้าถึงฐานข้อมูลงานวิจัย การจับคู่ทางธุรกิจระหว่างนักลงทุนกับนักวิจัยและพัฒนานวัตกรรม การมีมาตรการปกป้องทรัพย์สินทางปัญญาและบริหารจัดการลิขสิทธิ์ของผู้วิจัยเมื่องานวิจัยสำเร็จลุล่วง และให้หน่วยงานที่ควบคุมกำกับคุณภาพของผลิตภัณฑ์ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีความสะดวกรวดเร็วในการนำผลิตภัณฑ์คุณภาพที่ได้มาตรฐานออกสู่ตลาด

กลยุทธ์ย่อยที่ 4.5 สร้างเครือข่ายความร่วมมือการวิจัยและพัฒนาระหว่างประเทศ โดยส่งเสริมความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัย ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษาในประเทศกับสถาบันวิจัยหรือภาคเอกชนต่างประเทศที่มีศักยภาพและเป็นที่ยอมรับในระดับสากลในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์จากต่างประเทศ อาทิ การร่วมลงทุนพัฒนางานวิจัย การรับจ้างผลิต รวมทั้งยกระดับความช่วยเหลือทางวิชาการแก่ประเทศที่จะเป็นเครือข่ายในห่วงโซ่คุณค่าของการวิจัยและผลิตนวัตกรรมทางการแพทย์ผ่านรูปแบบการให้ทุนการศึกษาและฝึกอบรมนานาชาติที่สอดคล้องกับทิศทาง การพัฒนาด้านการแพทย์และสุขภาพของไทย

กลยุทธ์ที่ 5 การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพบนพื้นฐานความสมดุลทางเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย

กลยุทธ์ย่อยที่ 5.1 บริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ

(1) สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้าร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีบทบาทในการกำหนดสาขาความต้องการ พัฒนาหลักสูตร และผลิตบุคลากร ทั้งการผลิตแพทย์เฉพาะทางหรือสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ให้รองรับการให้บริการทางการแพทย์มูลค่าสูง ตลอดจนฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็น

(2) สนับสนุนการนำเข้าบุคลากรทางการแพทย์ โดยพัฒนารูปแบบการสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ที่เอื้อต่อการเปิดรับบุคลากรจากต่างประเทศ รวมถึงส่งเสริมการใช้บุคลากรร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะบุคลากรในสาขาที่มีผู้เชี่ยวชาญระดับสูง เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

(3) ส่งเสริมให้เกิดการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ โดยพัฒนากลไกระบบหมุนเวียนกำลังคนให้รองรับทั้งในเชิงพื้นที่ ภาระงาน และสาขาขาดแคลน พร้อมมีมาตรการจูงใจบุคลากรทางการแพทย์คงอยู่ในระบบสุขภาพ อาทิ การจัดทำเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจน อัตราความก้าวหน้าและโอกาส การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพื้นที่ห่างไกล การปรับภาระงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปให้เหมาะสม และการปรับปรุงระบบสวัสดิการพื้นฐานเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กลยุทธ์ย่อยที่ 5.2 พัฒนากลไกกำกับดูแลและบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ โดยพัฒนากลไกและแนวทางกำกับดูแลค่าบริการทางการแพทย์ที่อาจได้รับผลกระทบจากนโยบาย

ส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ให้มีความเหมาะสม ตลอดจนพัฒนาระบบบริหารการจ่ายค่าบริการของระบบประกันสุขภาพ ให้มีความครอบคลุมเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ตามความจำเป็นทางสุขภาพอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

กลยุทธ์ย่อยที่ 5.3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์

(1) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเพิ่มประสิทธิภาพ ลดภาระงาน และแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร อาทิ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ ตรวจสอบคัดกรองเบื้องต้น การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล โดยพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยีดิจิทัลให้ครอบคลุมทั่วถึง ปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง พัฒนากลไกการประเมินการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ตลอดจนมีแนวทางในการกำกับดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น

(2) จัดทำฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประเทศ โดยสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการทำข้อตกลงร่วมกันที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงานภาครัฐ ให้สามารถใช้ร่วมกันได้ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล อาทิ การเจ็บป่วย การตาย ความพิการ สิทธิการประกันสุขภาพ ข้อมูลด้านวิจัยและนวัตกรรม ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์และผู้เชี่ยวชาญที่ผลิตและปฏิบัติงานจริง เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อยอดการจัดบริการและการวางแผนด้านกำลังคนในอนาคต ตลอดจนเผยแพร่ข้อมูลแก่สาธารณะ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสินค้าและบริการทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดและประชาชนแต่ละกลุ่ม

กลยุทธ์ที่ 6 การยกระดับศักยภาพระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบต่อบริการทางเศรษฐกิจและสุขภาพ

กลยุทธ์ย่อยที่ 6.1 ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพ

(1) ปรับโครงสร้างการเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพของประเทศ ที่เป็นเอกภาพ โดยให้มีหน่วยงานกลางกำหนดทิศทางสาธารณสุขระดับชาติ ในการบูรณาการการทำงานด้าน การเฝ้าระวัง ป้องกัน เตรียมความพร้อม การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งให้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการประสานความร่วมมือและร่วมกันจัดสรรทรัพยากรให้สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและทันการณ์

(2) พัฒนากลไกและระบบข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพและสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการ โดยมีกลไกในการบริหารจัดการด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บูรณาการในระดับนโยบายสู่ระดับปฏิบัติ และพัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งข้อมูลด้านสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว อาทิ ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลโรคจากสัตว์ ข้อมูลทางสิ่งแวดล้อม ข้อมูลทรัพยากรทางสาธารณสุขที่สำคัญ บนฐานการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประมวลผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน

การรับมือและจัดการภัยคุกคามทางสุขภาพได้อย่างทันการณ์ วางระบบการเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงด้านสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยวางแผนอัตรากำลังคนด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ อาทิ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาคลินิกและภาคสนาม นักวิทยาศาสตร์ข้อมูล นักวิจัย นักสร้างตัวแบบ เชิงคณิตศาสตร์ นักเทคนิคที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่สอบสวนโรคและปัจจัยเสี่ยงให้เหมาะสมกับสัดส่วนประชากรของประเทศ พร้อมสนับสนุนค่าตอบแทน สวัสดิการ และความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตลอดจนจัดทำแผนเตรียมความพร้อมด้านยา เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์ทางการแพทย์ และวัสดุอุปกรณ์ ด้านสาธารณสุขที่จำเป็น ให้พร้อมรองรับการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ณัฐคนยา ทิพยจารุโกศา
วัน เดือน ปี เกิด	วันที่ 13 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่ปัจจุบัน	98/344 หมู่บ้านกลางเมืองสวนหลวง เขตดอกไม้ แขวงประเวศ กรุงเทพฯ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY