

**ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์
(Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบ
สุขภาพของประเทศไทย**

**Medical Hub Policy Strategy and Situations Reflecting Impact
on the Health System of Thailand**

ธรรมรัตน์ มะโรหบุตร*

Thammarat Marohabutr*

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) กับสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ขอบเขตของการวิจัยเป็นการศึกษาครอบคลุมตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) โดยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษารายงานจากข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลตติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

ผลการวิจัยพบว่า นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคเอกชน หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลเอกชนจึงปรับตัวโดยการเน้นรักษาพยาบาลชาวต่างชาติมากขึ้นเพื่อเข้ามาทดแทนรายได้ที่ลดลง ประกอบกับรัฐบาลเห็นโอกาสในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประเทศจากการให้บริการชาวต่างชาติ จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 2 แผน โดยการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดช่วงเวลาของแผนยุทธศาสตร์มีจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นสะท้อนความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากนโยบาย อย่างไรก็ตามการที่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งลาออกจากการทำงานในภาครัฐในช่วงเวลาดังกล่าวที่สะท้อนภาวะสมองไหลไปสู่ภาคเอกชนที่เป็นผู้ให้บริการหลักแก่ชาวต่างชาติ แสดงถึงผลกระทบประการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยพบว่า การกำหนดและดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบาย ทั้งนี้ เพื่อได้รับมุมมองที่รอบด้านในการแก้ไขปัญหาและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพหลักของประเทศ อีกทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน ควรจัดตั้งกลไก และแนวทางในการแบ่งปัน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาสังคมและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Asst.Prof., Department of Society and Health, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University





วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันโดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการให้บริการในภาคเอกชนและภาครัฐที่ให้บริการหลักในระบบสุขภาพของประเทศ

คำสำคัญ : ศูนย์กลางทางการแพทย์/ ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ/ การรักษาพยาบาลชาวต่างชาติ

Abstract

The objective of the research titled “Medical Hub Policy Strategy and Situations Reflecting Impact on the Health System of Thailand” is to study and review situations amid the Medical Hub policy and its impacts on the health system of Thailand. The scope of study covers the “Center of Excellent Health Care of Asia” strategic plan (2004-2008) until the “Thailand as World Class Health Care Provider” strategic plan (2010-2014). The methodology is based on qualitative approach using documentary research from secondary and tertiary data in relation to the Medical Hub policy strategy, including the impacts on Thailand’s health system.

The findings revealed that the Medical Hub policy had its origin in the increasing number of foreigners traveling to Thailand for medical purposes, especially in the private sector. After the 1997 economic crisis in Thailand, private hospitals had to adapt themselves to revenue decreases by rendering more healthcare services to foreigners. In the meantime, the government used this opportunity to solve the economic problems seeking earnings for the country by means of providing healthcare to foreigners. The two strategies were therefore instigated through the actions of related public agencies. Throughout the implementation of the strategic plans, there had been an increase in the number of foreign healthcare receivers reflecting a success of the policy. However, there had also been a certain number of doctors and nurse practitioners resigning from the public sector during this period reflecting a brain drain to the private sector as the main service provider to the foreigners. This situation implied an impact on the health system of Thailand.

The research recommended that the participation in making and implementation of the Medical Hub policy should include all sectors namely the public, private and societal sectors in order to get comprehensive perspectives to solve problems and mitigate impacts incurred in the mainstream health system of the country. Moreover, the public and private sectors should establish mechanism and guidelines to share the use of medical resources, especially the human resources, in order to manage balance between the services provided by the private and public sectors as the public sector is the main provider in the national health system.

Keywords: Medical Hub/ health system impact/ healthcare for foreigners

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนชาวต่างชาติเข้ามารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยในส่วนของธุรกิจบริการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากในช่วงของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้สะท้อนความสำคัญของนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เพื่อให้บริการชาวต่างชาติ ถือเป็นช่องทางในการแสวงหารายได้เข้าประเทศทางหนึ่ง ธุรกิจบริการรักษาพยาบาลเป็นผลผลิตหลักผลผลิตหนึ่งจากจำนวน 3 ผลผลิตหลักของแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้แก่ ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล ธุรกิจบริการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้แสดงเจตนารมณ์ส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ประเทศ จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) (Thailand as World Class Health Care Provider) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2 โดยมีการเพิ่มบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้ามาอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ด้วย จากการแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2555 ที่นโยบายนี้ปรากฏในนโยบายที่ 4 เกี่ยวกับนโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต ข้อที่ 4.3 เรื่องนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีสาระสำคัญเพื่อขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพการักษาพยาบาลโดยการประสานความร่วมมือเพื่อสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จากคำแถลงของนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขเช่นกัน

ตัวเลขผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลัง พ.ศ. 2543 สถิติของจำนวนและอัตราการขยายตัวของผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 27.2 ต่อปี (สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2548: ธ-1) การเพิ่มขึ้นดังกล่าวทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้รับบริการรักษาพยาบาลชาวต่างชาติมากที่สุดในเอเชีย และมากกว่าประเทศสิงคโปร์ (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553) โดยปัจจัยที่ส่งเสริมการขยายตัวดังกล่าวได้แก่การเปิดเสรีทางการค้าบริการในภาคธุรกิจการักษาพยาบาลของประเทศไทยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของควมมีศักยภาพในการให้บริการด้วยมาตรฐานระดับโลกและราคาไม่แพง รวมทั้งความมีชื่อเสียงในเรื่องการให้บริการที่เป็นเลิศ (service hospitality) (วรรณวิภา ปสันธนาธร เสาวคนธ์ พิระพันธุ์ กวีพงษ์ เลิศวัชราร และธวัชชัย บุญโชติ, 2552) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาตินี้ มีส่วนเสริมสร้างเศรษฐกิจไทยเนื่องจากภาคเศรษฐกิจซึ่งสามารถนำรายได้เข้าสู่ประเทศมหาศาล รวมทั้งการมีรายได้เข้าประเทศเพิ่มมากขึ้น (เดลินิวส์ “เมดิคัล ฮับ” เฟส 2, 2553) การที่รายได้เข้าประเทศ





เพิ่มขึ้น นอกจากจะเป็นรายได้จากการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยชาวต่างชาติเองแล้ว ยังมีรายได้ที่ได้จากผู้ติดตามเข้ามาใช้บริการทางด้านอื่นที่เกี่ยวข้องเนื่องภายใต้การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) เช่น การพักผ่อนหลังการรักษาพยาบาล หรือสปาเพื่อสุขภาพ เช่นกัน

ข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) จากจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจก่อให้เกิดปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบที่มีต่อความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงระบบสุขภาพของประเทศไทย (Pachanee, 2009; NaRanong & NaRanong, 2011: 336–344; อติศร ภัทราดุลย์, ม.ป.ป.) ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวสะท้อนได้จากการที่จะเข้าสู่ศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคอาจต้องมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ กำลังคนที่ต้องใช้เพื่อดูแลทางด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากขึ้นเพื่อดูแลชาวต่างชาติ อันได้แก่ แพทย์ และพยาบาล ในขณะที่อัตราส่วนของบุคลากรเหล่านี้สำหรับประชากรในประเทศยังขาดแคลนอยู่มาก อีกประการหนึ่งทางด้านกำลังคนอาจเกิดภาวะสมองไหล (brain drain) ที่จะเกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐจากโรงเรียนแพทย์ไปยังภาคเอกชน เพื่อรองรับผู้มาใช้บริการจากต่างชาติ จะทำให้เกิดปัญหาขาดกำลังคนในการดูแลทางด้านสุขภาพของประชาชนชาวไทย นอกจากนี้ การที่ภาคเอกชนแข่งขันกันมากเกินไปโดยไม่มีระบบและการจัดสรรปันส่วนที่ดี อาจทำให้เกิดการลงทุนสูงในเทคโนโลยีเกินความจำเป็นในภาคเอกชน และอาจเกิดการซื้อตัวแพทย์และพยาบาลที่มีความสามารถสูงจากภาครัฐส่งผลกระทบต่อขาดบุคลากรรักษาผู้ป่วยภายใต้ระบบสุขภาพของรัฐ ทำให้การบริการที่ให้แก่ประชาชนไทยโดยรวมด้อยคุณภาพลง (อติศร ภัทราดุลย์, ม.ป.ป.)

แม้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ที่คาดการณ์ไว้ไม่ว่าจะเป็นในแง่บวก อันได้แก่ การเพิ่มโอกาสทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศ และในแง่ลบ อันได้แก่ การเพิ่มการแข่งขันช่วงชิงทรัพยากรทางการแพทย์ในประเทศ รวมทั้ง ความสามารถในการตอบสนองด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐที่มีน้อยลง จากข้อมูลและการศึกษาดังกล่าวจึงทำให้เป็นที่สนใจศึกษาสถานการณ์ที่สะท้อนผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ท่ามกลางนโยบายสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของรัฐบาล ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยอันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายและประกอบการตัดสินใจในการดำเนินนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย
2. เพื่อทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาครอบคลุมตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะแรก จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Thailand as World Class Health Care Provider) (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้ระเบียบการวิจัยแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยการศึกษาเอกสาร (documentary research) จากข้อมูลทุติยภูมิศึกษาข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย และจากข้อมูลตติยภูมิศึกษาจากบทความ บทวิเคราะห์ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาเกี่ยวข้องกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยย้อนหลังไป 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเอกสารเป็นการรวบรวมข้อมูลในระดับทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยข้อมูลทุติยภูมินี้จะนำมาใช้สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากข้อมูลตติยภูมิ ได้แก่ บทความ บทวิเคราะห์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับยุทธศาสตร์นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย ข้อมูลทั้งข้อมูลทุติยภูมิและตติยภูมิใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการเนื้อหา (content analysis) เพื่อการวิเคราะห์ โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-SSIRB No.: 2017/193 (B2) เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

พัฒนาการเชิงนโยบายของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย

การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์เริ่มเกิดขึ้นในประเทศไทยหลังยุค พ.ศ. 2510 แต่หลังจากความต้องการจากประเทศตะวันตกด้านการแพทย์เพื่อความงามและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น อีก





ทั้งการแพทย์ทั้งสองแขนงดังกล่าวมิได้รวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพของชาติตะวันตก ทำให้ชาวตะวันตกเดินทางเข้ามาในประเทศไทยเพื่อรับบริการ จนกระทั่งราวปี พ.ศ. 2530 ประเทศไทยได้กลายเป็นจุดหมายสำคัญของการบริการศัลยกรรมเสริมความงาม ส่วนการรักษาพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนยังได้เริ่มนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและใช้บุคลากรที่ได้รับการศึกษาจากประเทศตะวันตกโดยให้บริการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น ศัลยกรรมหัวใจ การให้บริการเวชศาสตร์เชิงป้องกัน การบริการตรวจสุขภาพสำหรับชาวต่างชาติ รวมทั้งโปรแกรมรักษาพยาบาลร่วมกับการท่องเที่ยวพักผ่อน (Cohen, 2008)

จุดเปลี่ยนที่สำคัญของการขยายการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในประเทศไทยเกิดขึ้นหลังภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในปี พ.ศ. 2540 ภาคเอกชนพยายามแก้ปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากก่อนปีดังกล่าวประเทศไทยมีการลงทุนและขยายกิจการโรงพยาบาลเอกชนเป็นอย่างมาก โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2534-2542 มีการขยายจำนวนเตียงจาก 14,927 เตียง เพิ่มขึ้นเป็น 40,825 เตียง หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 173.5 (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81) หลังเศรษฐกิจตกต่ำ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งประสบปัญหาอัตราการครองเตียงลดลงมากและเกิดภาวะเตียงว่างจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้รับบริการในระดับบน เนื่องจากกลุ่มที่เคยเป็นลูกค้าหลักมีรายได้ลดลง จึงหันไปรับบริการรักษาพยาบาลที่อื่น จึงพยายามปรับตัวโดยการหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูง เช่น ญี่ปุ่น ยุโรป และตะวันออกกลางเข้ามาเสริม รัฐบาลจึงหันมาสนใจการหารายได้เข้าประเทศจากบริการด้านสาธารณสุขซึ่งมีชื่อเสียงเป็นที่รู้จักกันดีในระดับภูมิภาคอยู่แล้ว โดยการนำคนไข้จากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงเข้ามารับบริการทางการแพทย์และสุขภาพในประเทศไทย (ครรชิต พุทธโกษา, 2554) รัฐบาลจึงเกิดแนวคิดเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ โดยจัดทำยุทธศาสตร์เฉพาะเพื่อพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) โดยมีเป้าหมายเพื่อดึงดูดเม็ดเงินจากต่างประเทศเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ประเทศในเวลาต่อมา

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Medical Hub of Asia) (พ.ศ. 2547-2551) เป็นนโยบายที่ประกาศใช้โดยรัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยเมื่อ พ.ศ. 2546 (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81; Cohen, 2008) รัฐบาลได้จัดประชุมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Center of Excellent Health Care of Asia) ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2546 โดยมี คณะทำงานจาก 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง และกระทรวงพาณิชย์ รวมถึงโรงพยาบาลและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุขนำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เป็นกลไกหลักในการผลักดันนโยบาย ทำให้นโยบายนี้ได้ถูกกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2547-2551) (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554; สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ, 2555) รัฐบาลเห็นชอบในหลักการกรอบเงินงบประมาณรายจ่ายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพเอเชียระหว่าง พ.ศ. 2547-2551 รวมเป็นจำนวน 564.5 ล้านบาท โดยครอบคลุมบริการ 3 ด้าน ได้แก่

1) การส่งเสริมการบริการด้านการแพทย์ 2) การบริการด้านสุขภาพ และ 3) ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร (ครรชิต พุทธิโกษา, 2554; สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554) ในช่วงวิกฤติเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2551 นโยบายศูนย์กลางบริการสุขภาพได้รับการหยิบยกขึ้นมาอีกครั้งในสมัยรัฐบาลสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ในปี พ.ศ. 2551 และรัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในปี พ.ศ. 2551 โดยเน้นการพัฒนามาตรฐานบริการในระดับสากล ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน และปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง (อัญญา ณ ระนอง, 2554: 47-81)

ในช่วงการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 1 มีผู้รับบริการชาวต่างชาติให้ความสนใจเดินทางเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก เป็นการสร้างรายได้ และสร้างอาชีพให้แก่ธุรกิจบริการในสาขานี้และสาขาที่เกี่ยวข้อง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินงานสนับสนุนนโยบายพัฒนาด้านบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 2 ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) (Thailand as World Class Health Care Provider) และกำหนดให้ไทยเป็น Academic Medical Hub of Asia เพื่อเพิ่มและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ โดยมีบริการหลักรวม 4 ด้าน คือ บริการหลัก 3 ด้านเช่นเดียวกับแผนยุทธศาสตร์ฯ ระยะที่ 1 และเพิ่มบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาตามนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการทั้งของภาครัฐและเอกชนในบริการสาขานี้ให้มีมาตรฐานระดับสากล บนพื้นฐานการเพิ่มมูลค่าผลผลิตด้วยฐานความรู้และการสร้างเอกลักษณ์ของการบริการให้โดดเด่น โดยต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศ (ครรชิต พุทธิโกษา, 2554; สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554; สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ, 2555)

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างการทำงานภายในเพื่อรองรับต้นนโยบายข้างต้น มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหารศูนย์กลางสุขภาพระหว่างประเทศเพื่อรับผิดชอบการดำเนินงานในเบื้องต้น โดยมีบทบาทในการกำหนดทิศทางของประเทศไทยด้วยการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมธุรกิจแพทย์แผนไทย ยาและสมุนไพรไทย ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาธุรกิจยาสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งได้จัดให้มีการหารือระหว่างหน่วยงานต่างๆ อาทิ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เพื่อพัฒนานโยบายกลางอย่างเป็นระบบ สำหรับธุรกิจบริการสุขภาพ เน้นการให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ การสร้างองค์ความรู้ และการพัฒนาเครือข่ายสู่สากล (สำนักการค้ำบริการและการลงทุน, 2554) สำหรับการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยได้เปิดโครงการการตลาดอิเล็กทรอนิกส์ด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ และจัดทำเว็บไซต์ Thailand Medical Tourism ในปี พ.ศ. 2553 เพื่อให้ข้อมูลด้านการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์แก่สถานประกอบการด้านสุขภาพในประเทศไทย (Ricafort, 2011) ในขณะที่คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนได้ทำการศึกษา



การลงทุนของสถานประกอบการด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับนโยบายส่งเสริมการลงทุนด้านสุขภาพ โดยการลดข้อกำหนดการลงทุนสร้างโรงพยาบาลแห่งใหม่ และเพิ่มระยะเวลาการงดเว้นภาษี สำหรับสถานประกอบการด้านการฟื้นฟู ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง ศูนย์บริการเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการขนส่ง และสินค้าและบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งยกเว้นภาษีนำเข้าอุปกรณ์การแพทย์ตลอดระยะเวลาโครงการ เป็นต้น (Institute for Population and Social Research, 2012)

แม้ว่าประเทศไทยไม่ได้นำบริการสุขภาพเข้าไปอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services: GATS) ภายใต้กรอบขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) GATS แต่ได้มีการนำบริการสุขภาพเข้าสู่การเจรจาการค้าบริการภายใต้ความตกลงว่าด้วยบริการของอาเซียน (ASEAN Framework Agreement for Services: AFAS) (Pachanee, 2003; เพ็ญพิสุทธิ์ ศรีกาญจน์, 2557) ซึ่งถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ประเทศไทยขยายยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพในระดับนานาชาติกว้างขวางมากยิ่งขึ้น โดยอาเซียนเริ่มการเจรจาข้อตกลงจำกัดด้านการค้าบริการระหว่างกันมาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 และจัดทำข้อผูกพันการเปิดตลาดด้านบริการโดยลด/ยกเลิกข้อจำกัดและทยอยเปิดตลาดมากขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป (กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2554) ทั้งนี้ ข้อผูกพันการเปิดตลาดบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นการเปิดในกรอบที่กฎหมายปัจจุบันอนุญาตไว้ภายใต้ AFAS ที่บริการด้านการแพทย์ต่างๆ ได้แก่ บริการด้านการแพทย์เฉพาะทาง บริการด้านทันตกรรม บริการด้านพยาบาล และบริการโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ มีเงื่อนไขเพิ่มเติมว่าผู้ที่ดำเนินการธุรกิจนั้นต้องมีใบอนุญาตดำเนินการและเป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้วย ในปัจจุบัน อาเซียนโดยองค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangement: MRA) ในสาขาวิชาชีพหลักๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยได้มีการลงนาม MRA สาขาวิชาชีพการพยาบาล การแพทย์ และทันตแพทย์แล้ว (สำนักการค้าบริการและการลงทุน, 2554) ข้อตกลงดังกล่าวมีผลทำให้บุคลากรทางการแพทย์จากประเทศสมาชิกอาเซียนสามารถเข้ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทยได้อย่างเสรี

จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

หลังการเกิดขึ้นของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) ในปี พ.ศ. 2547 จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าหนึ่งล้านคนเป็นครั้งแรก จากนั้นได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.25 ล้านคนในปี พ.ศ. 2548 และประมาณ 1.33 ล้านคนในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1.37 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 เมื่อพิจารณาจากจำนวนแล้ว สามารถกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จตามเป้าที่ตั้งไว้ว่าประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียตั้งแต่ พ.ศ. 2551 (อัญชนา रणอง, 2554: 47-81) ในปี พ.ศ. 2551 มีชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมา



จากประเทศญี่ปุ่นมากที่สุด ร้อยละ 25.8 รองลงมาคือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ร้อยละ 24.7 นอกจากนี้จำนวนชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียนที่มารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. 2546-2550 เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนไทยรวม 36,708 คน ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเป็น 115,561 คน ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจากอาเซียนมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นได้อีกมากในอนาคต โดยเฉพาะเมื่ออาเซียนเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2553) เมื่อเกิดแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติที่รับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ จากการสำรวจของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทยมากที่สุดมาจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกมากที่สุด โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 251,000 ราย ทั้งนี้ เมื่อรวมจำนวนชาวต่างชาติทั้งหมดที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนไทยพบว่า มีจำนวน 954,107 ราย เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนแล้วเป็นชาวต่างชาติจากภูมิภาคเอเชียตะวันออกมีอัตราส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 23 ตามมาด้วยยุโรปตะวันตกร้อยละ 20.43 เมื่อจำแนกตามการเข้ารับบริการตามขนาดของโรงพยาบาล และสถานพยาบาลแล้ว ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 100 เตียงมากที่สุด และโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า 30 เตียงน้อยที่สุด โดยร้อยละ 95.2 รับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทุกขนาด อัตราดังกล่าวแตกต่างจากการเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยในมาก โดยมีชาวต่างชาติรับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในคิดเป็นเพียงร้อยละ 4.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการชาวต่างชาติและการรักษาในโรงพยาบาลและสถานพยาบาล

ชาวต่างชาติโดยส่วนใหญ่นิยมเลือกใช้บริการของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และในจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญเป็นหลัก บริการรักษาพยาบาลที่ได้รับความนิยม คือ ศัลยกรรมด้านกระดูก ผ่าตัดหัวใจ และความงาม ทันตกรรม การตรวจสุขภาพ และโรคทางเดินอาหาร เป็นต้น (สำนักการค้าบริการและการลงทุน, 2554) โดยเป็นศัลยกรรมกระดูก ร้อยละ 5.85 ผ่าตัดโรคหัวใจ ร้อยละ 5.06 ศัลยกรรมความงาม ร้อยละ 4.46 ทันตกรรม ร้อยละ 3.46 โรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 3.46 ตรวจสุขภาพ และอื่นๆ ร้อยละ 4.51 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) เมื่อแยกเป็นการรักษาในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน 226 แห่งทั่วประเทศรายงานว่า โรคที่ชาวต่างชาติที่รับบริการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยนอกเป็นอันดับ 1 มากที่สุดคือโรคระบบหายใจ คิดเป็นร้อยละ 24.7 ตามมาด้วย สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย ร้อยละ 13.2 โรคระบบไหลเวียนเลือด ร้อยละ 9.6 โรคติดเชื้อและปรสิต ร้อยละ 7.8 และอาการแสดงและสิ่งผิดปกติ



วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ ร้อยละ 6.9 การรักษาพยาบาลส่วนในฐานผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสถานพยาบาลเอกชน 236 แห่งทั่วประเทศรายงานว่า ชาวต่างชาติเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อและปรสิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.4 รองลงมาคือโรกระบบหายใจ ร้อยละ 11.3 อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นได้ ร้อยละ 8.4 โรกระบบไหลเวียนเลือด ร้อยละ 7.1 และโรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก ร้อยละ 5.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับนานาชาติ

เมื่อพิจารณาถึงความได้เปรียบและศักยภาพในการแข่งขันด้านบริการรักษาพยาบาลระยะยาวของประเทศไทยพบว่า บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยยังอยู่ในลักษณะทั่วไปซึ่งให้มูลค่าต่ำ แต่ยังคงจัดให้มีบริการที่เป็นเลิศ บุคลากรมีคุณภาพมาตรฐาน บริการระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ มีเทคโนโลยีระดับสูงและมีทรัพยากรท่องเที่ยวที่สวยงาม จึงมีศักยภาพในการเติบโตได้อีก โดยต้องมุ่งเน้นให้บริการในสาขาที่ไทยมีความชำนาญ (niche) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มสัดส่วนรายได้ของธุรกิจสุขภาพ ปัจจุบันมี โรงพยาบาลในประเทศไทยได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับนานาชาติแบบ 1) JCI (Joint Commission International) ซึ่งเป็นมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ 2) HA (Hospital Accreditation) และ 3) ISO (International Organization for Standardization) ในปี พ.ศ. 2553 มีโรงพยาบาลไทยที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI จำนวน 16 แห่ง และผ่านการรับรองมาตรฐานแบบ HA หรือ ISO จำนวน 58 แห่ง (ครุฑิต พุทธิโกษา, 2554) จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) มีจำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ประเภทโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 30 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน นอกจากนี้ ยังมีสถานพยาบาลประเภทอื่นที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI ได้แก่ สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาวจำนวน 1 แห่ง สถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่บ้านจำนวน 1 แห่ง สถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 5 แห่งภายในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็น 12 แห่งเมื่อถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 และสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางจำนวน 17 แห่งภายในปี พ.ศ. 2557 (Joint Commission International, 2018)

บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตแพทย์ผ่านสถาบันการศึกษาต่างๆ ต่อปีเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากแพทย์สภาในปี พ.ศ. 2558 ชี้ว่าประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ได้ทั้งหมด 2,537 คน ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ. 2539 ที่ผลิตได้เพียง 899 คนต่อปี (สมานฉันท พุทธิจักร, 2560) ทั้งนี้ จากการสำรวจตามรายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทยพบว่า ในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2547- 2557) ประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลเพิ่มและยังคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพประมาณ 6,720 คน 1,979 คน 2,761 คน และ 32,565 คน ตามลำดับ ในขณะที่การผลิตแพทย์ ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษา



ที่ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 13 สถาบัน เป็น 21 สถาบัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560) อย่างไรก็ตาม แพทยสภาได้ทำการการสำรวจโดยเกี่ยวกับปัญหาแพทย์ลาออกในปี พ.ศ. 2558 พบ 10 สาเหตุหลักที่แพทย์ออกจากระบบของกระทรวงสาธารณสุข อาทิ ภาระงานหนัก เหนื่อย เกินกำลัง เสี่ยงค่าตอบแทนต่ำ ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสม สถานที่อยู่ในพื้นที่กันดาร ห่างไกล อันตราย ไกลครอบครัว และสนใจและชอบด้านความงาม ได้รับการเชิญชวน เงื่อนไขดี รายได้ดี อิสระ จึงเข้าสู่ธุรกิจความงาม และธุรกิจการตลาดแบบเครือข่าย เป็นต้น ทั้งนี้ จำนวนแพทย์ที่ลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า แพทย์หันไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.18 ไปทำคลินิก 317 คน คิดเป็นร้อยละ 37.29 เลิกเป็นแพทย์ 41 คน คิดเป็นร้อยละ 4.82 และไปเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย 23 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 (สมานฉันท์ พุทธจักร, 2560)

สำหรับจำนวนพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2557 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพในภาคส่วนต่างๆ ทั้งสิ้น 150,085 คน โดยอยู่ในภาครัฐ 129,529 คน ภาคเอกชน 17,584 คน และองค์กรอิสระ 2,986 คน เมื่อเทียบสัดส่วนของจำนวนพยาบาลที่อยู่ในภาคเอกชนและภาครัฐแล้ว จะมีจำนวนพยาบาลในภาคเอกชน 1 คนต่อจำนวนพยาบาลในภาครัฐ 7.4 คน โดยการผลิตพยาบาลในประเทศไทย มีคณะพยาบาลศาสตร์ในสถาบันอุดมศึกษารัฐบาลจำนวน 29 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ได้แก่ หน่วยงานทหาร ตำรวจ และสภากาชาดไทย จำนวน 5 แห่ง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 แห่ง และสถาบันอุดมศึกษาเอกชน 21 แห่ง (มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ม.ป.ป.) ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพประมาณ 180,000 คน แต่ทำงานในระบบจริงเพียง 130,000 คน ขณะที่ความต้องการพยาบาลมีถึง 160,000 คน จึงยังขาดแคลนอยู่อีก 30,000 คน (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2559) อย่างไรก็ตาม ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยเริ่มส่อเค้าความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และการมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการผลิตพยาบาลเพิ่มให้ทันต่อความต้องการ อันเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การมีข้อจำกัดของตำแหน่งในการจ้างงานในระบบราชการ และไม่สามารถรักษากำลังคนทางการพยาบาลไว้ในระบบสุขภาพได้ การเปิดเสรีเกี่ยวกับอาชีพการบริการใน 8 วิชาชีพภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้พยาบาลมีโอกาสที่จะเคลื่อนย้ายออกไปประกอบวิชาชีพนอกประเทศที่ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่า รวมทั้งการที่มีชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพในประเทศ และปัจจัยสำคัญคือ นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (Medical Hub) ทำให้ปริมาณชาวต่างชาติมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมากขึ้น และการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของบริการสุขภาพภาคเอกชนทำให้มีความต้องการกำลังคนในภาคเอกชนเพื่อรองรับผู้ป่วยชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น (อรุณรัตน์ คันทา, 2557: 81-90)



สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทบทวนสถานการณ์ภายใต้นโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยขอบเขตของการวิจัยเป็นการศึกษาครอบคลุมแผนยุทธศาสตร์ในระยะแรก คือแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) จนกระทั่งการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระยะที่ 2 พบว่า พัฒนาการของนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นมาจากการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาขอรับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคเอกชน โดยในระยะแรกผู้รับบริการได้ใช้บริการด้านการแพทย์เพื่อความงาม ต่อมาได้หันมาใช้บริการด้านการแพทย์ที่มีลักษณะซับซ้อนมากขึ้น และอาศัยจุดเด่นของประเทศไทยในแง่ของการมีค่าบริการทางการแพทย์ที่ไม่สูงจนเกินไป ประกอบกับคุณภาพและการบริการทั้งเทคโนโลยีและบุคลากรที่ให้การรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับ หลังจากประเทศไทยประสบวิกฤติเศรษฐกิจเมื่อ พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนลดลง เพราะกลุ่มคนที่มีรายได้สูงที่ผู้ใช้บริการหลักมีรายได้ลดลง โรงพยาบาลเอกชนจึงปรับตัวโดยการแสวงหารายได้จากชาวต่างชาติจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงเข้ามาทดแทน รัฐบาลในขณะนั้นจึงเห็นโอกาสในการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประเทศจากการให้บริการชาวต่างชาติ จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (พ.ศ. 2547-2551) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ในเวลาต่อมา เพื่อดึงดูดและส่งเสริมการรักษาพยาบาลเพื่อให้บริการชาวต่างชาติ การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ทั้งสองดังกล่าวได้รวบรวมบทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ เป็นต้น เพื่อผลักดันให้การส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) เกิดขึ้นและประสบความสำเร็จในทางปฏิบัติ

ตลอดช่วงระยะเวลาของการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ทั้งสอง การมีจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาขอรับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับทั้งจากประเทศแถบตะวันตก ตะวันออกกลาง เอเชีย รวมทั้งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้สะท้อนความสำเร็จของนโยบาย โดยได้สร้างเม็ดเงินเข้าประเทศเพื่อกระตุ้นและเพิ่มพูนมูลค่าทางเศรษฐกิจ ปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมการเข้ามาขอรับการรักษาพยาบาลในประเทศไทยของชาวต่างชาตินี้เกิดขึ้นพร้อมกับการพัฒนาในภาคเอกชน ได้แก่ การมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานต่างประเทศ เช่น JCI เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านการเปิดเสรีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นผ่านการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน อย่างไรก็ตามการเพิ่มขึ้นของจำนวนชาวต่างชาติที่เข้ามาขอรับการรักษาพยาบาลภายใต้การส่งเสริมจากนโยบายรัฐตามแผนยุทธศาสตร์ได้เกิดขึ้นพร้อมกับภาพสะท้อนจากสถานการณ์ที่เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพ

ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ที่ให้บริการ เนื่องจากทรัพยากรบุคคลในการให้การรักษายาบาลคนไทยซึ่งในปัจจุบันประสบกับภาวะขาดแคลน แม้ว่ารัฐบาลมีความพยายามในการเพิ่มจำนวนบุคลากร แต่ด้วยภาระงานที่หนัก และค่าตอบแทนที่ได้รับน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งปัญหาจากระบบราชการ ทำให้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพจำนวนหนึ่งตัดสินใจลาออกจากราชการและการทำงานในภาครัฐโดยหันไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน สะท้อนภาวะสมองไหล (brain drain) ที่จะเกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐไปยังภาคเอกชน ทั้งนี้ ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการหลักแก่ผู้รับบริการชาวต่างชาติภายใต้นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) แสดงถึงผลกระทบประการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทย ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งของนโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย คือการกำหนดนโยบายมีลักษณะการกำหนดแบบบนลงล่าง (top-down approach) กล่าวคือ ภาครัฐเป็นภาคส่วนหลักในการกำหนดนโยบาย โดยรวบรวมบทบาทของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดนโยบายผ่านการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการส่งเสริมโดยมีภาคเอกชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญให้บริการรักษายาบาลชาวต่างชาติ ลักษณะที่เกิดขึ้นนี้เกิดการจำกัดบทบาทจากภาคประชาสังคมในการกำหนดและดำเนินนโยบายร่วมกันเพื่อบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ให้บริการคนไทยเป็นหลัก



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการสรุปและอภิปรายผลวิจัยที่ได้ ทำให้สามารถให้ข้อเสนอแนะ กล่าวคือ

- 1) การกำหนดและดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางแพทย์ (Medical Hub) ควรให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบาย ทั้งนี้เพื่อได้รับมุมมองที่รอบด้านในการแก้ไขปัญหาและบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบสุขภาพหลักของประเทศ โดยเฉพาะภาคประชาสังคมสามารถตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแก่นโยบายที่เกิดขึ้นจากภาครัฐเพื่อให้คำนึงถึงผลประโยชน์ของการให้บริการรักษายาบาลเพื่อคนในชาติเป็นสำคัญ
- 2) ภาครัฐและภาคเอกชนควรจัดตั้งกลไกและแนวทางในการแบ่งปันการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกัน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล การที่ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการสำคัญภายใต้การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) และทรัพยากรบุคคลบางส่วนได้ไหลไปสู่ภาคเอกชนเพื่อทั้งให้บริการทั้งคนไทยที่มีรายได้สูงและชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการในประเทศ ทั้งนี้ เพื่อรักษาสมดุลระหว่างการให้บริการในภาคเอกชนและภาครัฐที่เป็นผู้ให้บริการหลักในระบบสุขภาพของประเทศ

วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย
ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2561)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรเน้นดำเนินการวิจัยเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาผลกระทบของการดำเนินนโยบายการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อให้ได้ทราบผลของการดำเนินนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการให้ข้อเสนอแนะในการบรรเทาและลดผลกระทบอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณานุกรม

- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2554). **ธุรกิจบริการ: สປาและนวดไทย**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). **ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ. 2560-2569)**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ครุฑชิต พุทธิโกษา. (2554). **กรอบประเด็นการวิจัยของประเทศไทยให้พร้อมรับสถานการณ์การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.
- เดลินิวส์ “เมดิคัล ฮับ” เฟส 2. (2553, 24 พฤศจิกายน). **โพสต์ทูเดย์**, สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม, 2560, จาก <https://www.posttoday.com/politic/report/61778>
- เพ็ญพิสุทธิ์ ศรีกาญจน์. (2557). **บริการสุขภาพและบริการสังคม (Health and Social Services)**. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- ราชภัฏชัยภูมิ, มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.). **รายชื่อคณะพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์, 2560, จาก http://nu.cpru.ac.th/thai/?page_id=573
- วรรณวิภา ปสันนารธร, เสาวคนธ์ พิระพันธุ์, กวีพงษ์ เลิศวีชรา, และธวัชชัย บุญโชติ. (2552). **รายงานการวิจัย ผลกระทบและการประมวลผลประโยชน์ที่ไทยได้รับจากการเปิดเสรีทางการค้า (FTA) ในภาคธุรกิจบริการสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). **ธุรกิจสุขภาพใน profile ภาคบริการ**. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สมานฉันท พุทธิจักร. (2560, 29 มกราคม). **ตรวจสอบ 10 เหตุผล ‘แพทย์ไหลออกจาก รพ.รัฐ’**. ศูนย์ข้อมูล & ข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน, 2560, จาก <http://www.tcijthai.com/news /2017/29/scoop/6707>
- สำนักงานการค้าบริการและการลงทุน. (2554). **สถานะความพร้อมธุรกิจบริการสาขาสุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง**. นนทบุรี: ผู้แต่ง.



- สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2559). ปัญหาพยาบาลไทย ‘ขาดแคลน-กลไกรัฐไม่เอื้อ
ตั้งพยาบาลอยู่ในระบบ. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์, 2561, จาก [https://www.hfocus.org/
content/2016/04/11-994](https://www.hfocus.org/content/2016/04/11-994)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2555.
นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม. (2553). คู่มือเพื่อการบริการท่องเที่ยวเชิงการ
แพทย์สำหรับผู้ประกอบการตัวแทนท่องเที่ยว. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ. (2555). ธุรกิจบริการรักษาพยาบาล. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- อดิศร ภัทราดุลย์. (ม.ป.ป.). แนวคิด ความสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบนโยบายประเทศไทย
เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาค (Medical Hub of Asia). กรุงเทพฯ: คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณรัตน์ คันธ. (2557). ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการแพทย์ใน
ประเทศไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(1), 81-90.
- อัญญา ณ ระนอง. (2554). ภาวะวิกฤติเศรษฐกิจกับการเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพของ
ประเทศ ไทย. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 51(1), 47-81.
- Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. AU-GSB e-Journal [online], 1, 1. Avail-
able: <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/AU-GSB/article/view/381>
[2018, March 21].
- Institute for Population and Social Research. (2012). Thai Health 2012: Food Security -
The illusion of money vs the reality of food. Nakhon Pathom: Author.
- Joint Commission International. (2018). Archive accreditation. Available: [http://www.
jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org) [2018, April 25].
- NaRanong, A., & NaRanong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's
experience. Bulletin of World Health Organization, 89, 336-344.
- Pachanee, C. (2009). Implications on public health from Mode 2 Trade in Health
Services: Empirical evidence (a case of Thailand). Paper presented at the
Workshop on the Movement of Patients across International Borders - Emerging
Challenges and Opportunities for Health Care Systems, 24-25 February 2009,
Kobe, Japan.
- Ricafort, K.M.F. (2011). A study of influencing factors that lead medical tourists to
choose Thailand hospitals as medical tourism destination. Research paper,
School of Business and Technology, Webster University.

