



รายงานฉบับสมบูรณ์

นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย
(Policy and Health Care Service Provided for Middle East People in Thailand)

ชุดโครงการวิจัยความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทย
กับประเทศในตะวันออกกลาง

โดย
ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา
คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมษายน 2553

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย
(Policy and Health Care Service Provided for Middle East People in Thailand)

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ มณีนรี พันธุลาก
นางสาวนพรัตน์ จวงพุ่ม
นางสาวสิริอนงค์ ปิยะสันติวงศ์

หัวหน้าโครงการและนักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย

ชุดโครงการวิจัยความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทย
กับประเทศในตะวันออกกลาง

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว.ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

คำนำ

การวิจัยเรื่อง “นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย” เป็นงานวิจัยซึ่งอยู่ในชุดวิจัย “ไทย-ตะวันออกกลาง” ระยะที่ 2 ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งให้กับคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบคุณ แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์ ที่ปรึกษาสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ที่ให้คำปรึกษา แนะนำในการศึกษาค้นคว้า และ นพ. ธีเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการคณะกรรมการศูนย์การบริการสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข น.พ. เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร อุปนายกคนที่ 2 แพทยสภา ที่ให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนข้าราชการที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลในการให้บริการของชาวต่างชาติในประเทศไทย เช่น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กองตรวจคนเข้าเมือง และเจ้าหน้าที่สถานทูตในกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยในการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยต้องขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย หากมีสิ่งใดขาดตกบกพร่อง ผู้วิจัยขอรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

รศ.มณิศรี พันธุลาภ

ผู้วิจัย

สรุปสำหรับผู้บริหาร

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญกับการส่งออกมากขึ้น มีผลให้ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพการค้าบริการเพื่อการส่งออกเพิ่มมากขึ้น เฉพาะอย่างยิ่งการค้าบริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นธุรกิจที่สร้างงานและรายได้ให้แก่ประเทศเป็นจำนวนมาก ประกอบกับ โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากซึ่งขยายการลงทุนขนาดใหญ่ในช่วงก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ประสบภาวะเตียงว่างจำนวนมากระหว่างช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายคือ ผู้ที่มีรายได้สูง พยายามหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงรวมทั้งประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง ซึ่งก็ประสบความสำเร็จพอสมควร ในช่วงต่อมา รัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยมีนโยบายที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย โดยกำหนดวิสัยทัศน์ของประเทศไทยว่า ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชียในปี พ.ศ. 2551 ชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการของไทยนั้นมีเกือบทุกชาติ ทั้งเจ้าหน้าที่จากคณะทูต องค์การระหว่างประเทศ นักธุรกิจ นักท่องเที่ยว ซึ่งชาวต่างประเทศกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่เดินทางเข้าออกประเทศไทยนั้นคือ ชาวต่างประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง

จากสถิติการเดินทางเข้าออกราชอาณาจักรไทยของกรมตรวจคนเข้าเมืองพบว่า มีประชากรกลุ่มประเทศตะวันออกกลางเดินทางเข้าประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปี พ.ศ. 2550 มีประชากรในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางเช่น ประเทศอิหร่านจำนวน 68,505 คน และจากสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ 74,870 คน การเดินทางเข้าออกของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางดังกล่าวส่งผลต่อการเข้ามาใช้และให้บริการสุขภาพในประเทศไทย จากการศึกษาวิจัยในส่วนแรกเรื่องการให้บริการทางด้านสุขภาพพบว่า ประเภทของผู้มาใช้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศเข้ามาเพื่อรักษาพยาบาลโดยตรง โดยมีเหตุผลและแรงจูงใจในการมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเนื่องมาจากชื่อเสียงและความมั่นใจในคุณภาพของบุคลากร เครื่องมือในการรักษา การอำนวยความสะดวกด้านต่างๆให้แก่ผู้ใช้บริการและผู้ติดตาม ผู้ใช้บริการ และนอกจากนี้ยังพบว่าการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทยยังมีผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างธุรกิจการประกันสุขภาพของกลุ่มตะวันออกกลางกับธุรกิจการบริการสุขภาพในประเทศไทยด้วย การให้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางดังกล่าวนำมาซึ่งการสร้างรายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้แก่ประเทศไทยเป็นจำนวนมาก

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องมีการศึกษาค้นคว้าหาองค์ความรู้การให้บริการสุขภาพตลอดจนนโยบายของทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้บริการสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งศึกษาถึงสภาพการณ์ของการให้บริการ ปัญหา ศักยภาพของรัฐและเอกชนที่ประเทศไทยสามารถรองรับ ทิศทางการลงทุนด้านการให้บริการสุขภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศกลุ่มตะวันออกกลางในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพเบื้องต้นในการให้บริการแต่ละประเภท ชนิดของการให้บริการ ตลอดจนปัญหาในการให้บริการด้านสุขภาพที่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางมาใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันว่ามีการให้บริการประเภทใด และอย่างไร
2. เพื่อศึกษานโยบายการให้บริการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน(โรงพยาบาล) ที่มีต่อกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง
3. เพื่อแสวงหานโยบายการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมในสังคมไทยและความร่วมมือ (partnership) ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการเป็น Thailand Medical Hub ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อศึกษาข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนที่มีต่อกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง และนโยบายการส่งเสริมของภาครัฐที่มีต่อการให้บริการสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง และ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยเก็บข้อมูลเบื้องต้น เกี่ยวกับปัญหาการให้บริการด้านสุขภาพจากผู้ให้บริการ และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ถึงนโยบายการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางจากกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล อันได้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญๆ เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลปิยะเวท และหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องของไทย และ สถานทูตของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ประกอบกับ การทำ Focus Group เพื่อระดมความคิดเชิงนโยบาย อันจะนำมาซึ่งข้อมูลเบื้องต้นเชิงนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการด้านสุขภาพและผลักดันสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมในสังคมไทย ตลอดจนเพื่อให้ประเทศไทยได้ใช้ประกอบในการเจรจาเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างภูมิภาคในอนาคต

ผลการวิจัย

สภาพ ประเภท ชนิดและปัญหาการให้บริการ

- ผู้มาใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย คือผู้มาใช้บริการประเภทปานกลาง (Moderate) และมีความซับซ้อน (Complex) ชาวตะวันออกกลางกลุ่มที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 11.44 เท่านั้นที่เดินทางมาเพื่อตรวจสุขภาพ
- ชนิดของการรับบริการส่วนใหญ่คือเพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อการป้องกัน
- ปัญหาที่ผู้ให้บริการกลุ่มตะวันออกกลางได้รับเมื่อมาใช้บริการโดยทั่วไปมีประเด็นที่สำคัญได้แก่ ภาษาและวัฒนธรรม และการขอวีซ่า

ผลการทำอภิปรายกลุ่มย่อยกับภาครัฐบาล (focus group)

- นโยบายของภาครัฐต่อการให้บริการด้านสุขภาพชาวตะวันออกกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอย่างชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์
- ผลกระทบจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย อาจทำให้คุณภาพของโรงพยาบาลโดยทั่วไปดีขึ้น
- ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ ทำให้ประเทศไทย ต้องผลิตแพทย์เพิ่ม
- การร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/Private Partnership - PPP) เป็นการร่วมมือกันอย่างไม่เป็นทางการเท่าใดนัก

ผลการทำอภิปรายกลุ่มย่อยกับภาคเอกชน (focus group)

- ความเป็นไปได้ถึงการเป็น world class hospital ของประเทศไทย ประเทศไทย มีศักยภาพแต่รัฐบาลต้องสนับสนุนเต็มที่
- ประเทศกลุ่มตะวันออกกลางที่มาใช้บริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก (เรียงจากมากไปน้อย) คือ 1. UAE 2. Qatar 3. Oman 4. Kuwait 5. Barren & Saudi Arabia (รพ.กรุงเทพฯและสมิติเวช ใกล้เคียงกัน)
- ผลดีและผลเสียในการเป็น Medical Hub ต่อระบบสุขภาพของไทย ผลดีคือการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของไทย ผลเสียคือความขาดแคลนทรัพยากร ถ้าผลิตบุคลากรไม่ทัน
- แนวคิดของภาคเอกชนต่อผลดีและผลเสียในการเป็น Medical Hub ต่อทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพของไทย Medical Hub ถูกทำให้เป็นผู้ร้าย ว่าไปแย่งหมอจากชาวไทย ดังนั้น จึงต้องการงานวิจัยว่าทำไมหมอถึงออกจากภาครัฐไปภาคเอกชน
- Public/private Partnership บทบาทของภาคเอกชนและภาครัฐ บางกรณี เช่น โรงพยาบาลรัฐบาล เต็มขนาด ในขณะที่เดียวกัน โรงพยาบาลเอกชนเต็มว่าง น่าจะมีการประสานกันในราคาที่รับกันได้ อาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลเอกชน พยาบาลจากภาครัฐมาทำ part-time ที่โรงพยาบาลเอกชน part-time ที่โรงพยาบาลของรัฐ
- ความเห็นเกี่ยวกับการให้ tax incentive ของภาครัฐ รพ.เอกชนไม่ต้องการลด tax อะไร เพราะกลัวโดนสังคมประณาม สิ่งที่ต้องการคือระบบบัญชี ส่งสรรพากร ที่ยืดหยุ่นขึ้นและมีความเสมอภาคในการจ่ายภาษี
- ความเป็นไปได้ในความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ภาคเอกชนต้องการให้หาระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตแพทย์แล้วแก้ไข

ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

- การพัฒนาโรงพยาบาลให้เข้ากับคนใช้ต่างชาติมากขึ้น ทำให้คนใช้ต่างชาตินิยมโรงพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น หากมองปี 2544-2547 ก็จะพบว่าเพิ่มปีละ 27.20 % ต่อปี

- คู่แข่งที่สำคัญของเราคือ ประเทศในเอเชีย เช่น มาเลเซีย อินเดีย และสิงคโปร์
- Medical Hub แย่ง Resources จากคนไทย สมองไหล จริงหรือไม่ ยังเป็นข้อถกเถียงที่ยังไม่มีข้อยุติ
- ด้านการเชื่อมโยงกับธุรกิจท่องเที่ยว ขนส่ง ฯลฯ กลายเป็นผลพลอยได้

ผลการสัมมนาเพื่อระดมความคิดขั้นสุดท้าย

จากการสัมมนาที่คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ¹ หลังจากที่มีผู้เข้าร่วมสัมมนาได้รับทราบผลการวิจัยทั้งหมดที่ รศ.มณีนรี พันธุลาภ ได้เสนอแนะไปแล้วดังข้างต้น ผู้เข้าร่วมสัมมนามีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

- การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย ควรจะเดินคู่ขนานกันไปกับการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชนและการที่โครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ดำเนินไปด้วยดี ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลเอกชนจะเข้ามารับคนไข้ที่สามารถจ่ายได้ด้วยตนเองให้ไปใช้โรงพยาบาลเอกชน
- ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 400 แห่ง แต่ปรากฏว่ามีเพียงประมาณ 100 แห่งเท่านั้นที่มีประสิทธิภาพ ฉะนั้น คำถามที่น่าจะหาคำตอบคือ โรงพยาบาลเอกชนอีก 300 แห่งที่เหลือมีสภาพเป็นอย่างไร
- การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทยควรจะดำเนินคู่ขนานไปกับการท่องเที่ยว เพราะเคยมีการศึกษาว่า รายได้จากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่จ่ายทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ จะมีญาติของผู้ป่วยเข้ามาจับจ่ายใช้สอย (shopping) มากเช่นที่ ประตูนํ้า Platinum เป็นต้น ซึ่งก็เท่ากับเป็นการฟื้นฟู SME SML ของไทยด้วย ประมาณว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นค่ารักษาพยาบาลประมาณ 20% ที่เหลืออีก 80% ไปเข้าภาคส่วนอื่นๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร เป็นต้น ดังนั้น สภาพการค้าของไทย ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนและกระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการศึกษาและวางนโยบายเกี่ยวกับ Medical Tourism Cluster โดยที่สามารถพัฒนาไปได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงกับฝ่ายการเมือง

ข้อค้นพบของงานวิจัย

1 เรื่องข้อมูล

ผู้วิจัยพบว่า การได้มาซึ่งข้อมูลในเชิงปริมาณที่แท้จริงนั้นเป็นไปได้ยากมาก ทั้งนี้เพราะธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยต่างอยู่ในฐานะแข่งขันกันอย่างรุนแรง จึงทำให้จำนวนผู้เข้ารับบริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางของโรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาเปิดเผยได้ ทั้งนี้เนื่องจากยุทธศาสตร์ทางการตลาดของธุรกิจบริการสุขภาพ ในขณะที่ข้อมูลของทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทำให้ยากแก่การเข้าใจและเข้าถึง อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการใช้บริการที่แท้จริงของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย ว่าแท้ที่จริงแล้วมีเท่าไรกันแน่ เพราะข้อมูลเป็นไปในลักษณะของการประมาณและเป็นการพูดคุย

¹ การสัมมนาที่คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2553

นอกจากนั้นแล้ว ข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่ผ่านมานั้นขัดกัน เช่น งานวิจัยจาก TDRI ดร.วิโรจน์ ณะระนองบอกว่ารายได้ 50000 ล้านบาท อยู่ในสถานประกอบการโรงพยาบาล อีก 10000 ล้านบาทเข้า Sectors อื่นๆ มีผู้กล่าวแย้งว่า เป็นไปไม่ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลหลักๆ 6-7 โรงพยาบาล ยังไม่สามารถมี รายได้รวมกัน ได้มากกว่าหมื่นล้าน อีก 40000 ล้านบาทไม่น่ามาจากโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ จึงคาดว่ารายงานผิด ไปถึง 5 เท่า

2. เรื่องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย (Medical Hub)

สำหรับแผนยุทธศาสตร์ของชาติแผนที่ 2 ปี 2553-2557 ภาครัฐบาลได้มีความร่วมมือกับ ภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรมและจริงจังมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณสำหรับแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติใน 5 ปี จากจำนวน 221 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 783 ล้านบาทในปี 2557

จากการสัมภาษณ์ในเชิงลึกเกี่ยวกับการให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ หรือไม่ ทางแพทย์สภาไม่มีข้อขัดข้องใดๆอย่างที่เคยเข้าใจโดยทั่วไปว่า เอกชนไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ แท้ที่จริงแล้ว เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเอกชนเองที่ไม่สามารถให้แพทย์ผู้ฝึกงานรู้ประวัติและทดลอง รักษาคนไข้ของโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการดำเนินการในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

1. **เรื่องการจัดทำข้อมูล** เนื่องจากการวิจัยนี้ค้นพบว่า ข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่ผ่านมานั้นขัดแย้ง กันมาก ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในข้อค้นพบที่ 5.1 ฉะนั้น ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องการคนกลางซึ่งไม่มี ส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องบริการทางด้านสุขภาพ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาเป็นคนกลางใน การทำวิจัย เพื่อชี้แจงว่ารายได้จาก Medical Hubs เท่าใด และจากเงินจำนวนนี้มีการกระจายเข้า ไปในภาคส่วนต่างๆ คือ โรงพยาบาลและภาคการท่องเที่ยว เช่น ร้านอาหาร โรงแรม และ ห้างสรรพสินค้าเท่าใด
2. **เรื่องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย** นำที่จะให้มีการวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการเป็น Medical Hub ของไทย ว่ามีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ บุคลากรทาง การแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทยเพียงไร
3. **แนวทางการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า** เกี่ยวกับการขาดแคลนแพทย์ควรมีการศึกษาในเชิงลึก เกี่ยวกับการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ของไทยว่า ได้มีการจัดสรรบุคลากรอย่างมี ประสิทธิภาพหรือไม่ จริงๆแล้ว ผู้ที่จบแพทย์และได้ประกอบวิชาชีพนี้มีเท่าไร เนื่องจากในการ ทำ focus group กับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน มีข้อเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดสรร บุคลากรในภาครัฐว่ามีการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ก่อนที่จะมีการเร่งผลิตแพทย์และ พยาบาล

บทคัดย่อภาษาไทย

การเดินทางเข้าออกประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในปัจจุบัน ส่งผลต่อนโยบายสาธารณสุขของไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับนโยบายและการให้บริการสุขภาพของประชากรกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย ฉะนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพการให้บริการ ประเภทการให้บริการ ชนิดการให้บริการ ตลอดจน ปัญหาการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ตลอดจนสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มย่อยผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญๆ สถานทูตของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่เป็นเป้าหมาย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ออสเตรเลีย กาตาร์ คูเวต บาร์เรนและผู้บริหารหน่วยงานของรัฐบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง

จากการวิจัยพบว่า การให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่แก่กลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มผู้เข้ามาตรวจสุขภาพประจำปีในรูปของนักท่องเที่ยว (Medical Tourism) การรักษาโรคที่มีความเจ็บป่วยปานกลางหรือมีความซับซ้อน ชนิดของการให้บริการส่วนใหญ่คือเพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อการป้องกัน เหตุผลและแรงจูงใจในการมาใช้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจในคุณภาพของการบริการ ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล พบว่าการได้มาซึ่งข้อมูลในเชิงปริมาณที่แท้จริงนั้นเป็นไปได้ยากมาก เพราะธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยต่างอยู่ในฐานะแข่งขันกันอย่างรุนแรง ในขณะที่ข้อมูลของทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทำให้ยากแก่การเข้าใจและเข้าถึง อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการใช้บริการที่แท้จริงของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย ฉะนั้น ประเทศไทยจะสามารถดำรงความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ในเอเชียได้อีกนานเท่าไร จำเป็นต้องมีการวิจัยในเชิงลึกถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ บุคลากรทางการแพทย์ ราคาค่าบริการ และการเข้าถึงบริการของคนไทย

ข้อเสนอแนะที่สำคัญของงานวิจัยชิ้นนี้คือ ถึงเวลาแล้วที่ประเทศไทยจะต้องมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำเร็จของสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จะต้องมีการร่วมมือกันอย่างจริงจังระหว่างภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ของประเทศไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนทั้งของกลุ่มตะวันออกกลางและประชาชนคนไทย ต่างก็ได้รับประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างความยั่งยืนในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทยในภูมิภาคเอเชีย

Abstract

The increase in Middle East people traveling to Thailand on medical purpose will leave the impact to the Thailand Health Policy. To our knowledge, no research is conducted about this matter. Therefore, the purpose of this study is to explore the health care service provided for Middle East people in Thailand by using both quantitative and qualitative research methodologies. Secondary data and interviewing the administrative officers from various agents dealing with the medical tourism are explored such as the private hospital administrators; the high ranking officers from the Middle East countries, i.e. United Arab Emirates, Oman, Qatar, Kuwait and Bahrain as well as the Thai officers from different departments are also included.

The researcher found that many types of the health care services have been provided to Middle East patients such as medical tourism, moderate illness and complex illness. The majority of health care service are for curative not for preventive.

The reasons, for health care services utilization in Thailand, are the satisfaction on quality of health care and the efficiency of health care system. However, the researcher still have difficulties to obtain the official data about the numbers of health care provided for Middle East people from private hospitals because of the fierce competition of this sector. Furthermore, the data from the Thai government are haphazard. Therefore the interesting question is: can Thailand maintain herself as the Medical Hub in Asia? It remains to be discussed and need further in depth studies about the impact of the Medical Hub on several aspects i.e. Thai economy, the health system for local people, human resources in health sector, and pricing of medical services.

This study suggests that it is high time for Thailand, both government and private sector, to closely cooperate together to set the national health policy for the benefits of both Thai and Middle East citizens.

สารบัญ

คำนำ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
บทคัดย่อ	vii
Abstract	viii
สารบัญ	ix

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ	4
1.4 โครงสร้างรายงาน	4

บทที่ 2 วรรณกรรมปริทัศน์

2.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ (Utilization) ของผู้ป่วยชาวตะวันออกกลาง ในประเทศไทย	5
2.2 บทเรียนการดำเนินงานด้าน Medical Hubs ของประเทศอื่นๆในภูมิภาคเอเชีย	14
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/ Private Partnership, PPP)	16

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 กรอบการวิจัยในระยะที่ 2	19
3.2 การวิจัยเชิงปริมาณ	20
3.3 การวิจัยเชิงคุณภาพ	21
3.4 ข้อจำกัดการวิจัย	22

บทที่ 4 ผลการวิจัย

4.1 นโยบายของรัฐบาลต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย	23
4.2 การตอบสนองนโยบายของรัฐบาลในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ของประเทศไทย ทั้งทางฝ่ายรัฐบาลและเอกชน จากการศึกษาเอกสาร	23

และงานสัมมนาที่ผ่านมา	
4.3 ผลจากการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) กับภาครัฐบาล	31
4.4 ผลจากการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) กับ	34
สมาคมโรงพยาบาลเอกชน	
4.5 ผลจากการสัมมนาผู้บริหารในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน	36
4.6 การผลิตแพทย์โดยภาคเอกชนในประเทศไทย	46
4.7 แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย	50
(Thailand Medical Hub)	
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
5.1 ผลการวิจัย	54
5.2 ข้อค้นพบของงานวิจัย	58
5.3 ข้อเสนอแนะ	59
เอกสารอ้างอิง	61
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	62
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็น	
ศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย	
ภาคผนวก ข	66
เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ศูนย์กลางธุรกิจบริการ	
สุขภาพของเอเชีย”	
ภาคผนวก ค	83
ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เรื่อง “การผลิตแพทย์	
โดยภาคเอกชนในประเทศไทย”	
ภาคผนวก ง	97
เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ศักยภาพของประเทศไทยใน	
การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย”	
ภาคผนวก จ	111
รายงานผลการพิจารณา จากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจ	
และสังคมแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการพัฒนาศูนย์กลาง	
สุขภาพแห่งประเทศไทย	
ภาคผนวก ฉ	125
เอกสารประกอบการบรรยายของ ศ. เกียรติคุณ	
นายแพทย์อ่องอาจ วงศ์ชุมทอง	

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	สถิติการเดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักรไทย	2
ตารางที่ 2	จำนวนคนไข้ชาวตะวันตกออกกลางในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 2002 - 2007	7
ตารางที่ 3	การจัดการทางการเงินและให้บริการของภาคเอกชนและภาครัฐบาล	17
ตารางที่ 4	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยในชาวต่างประเทศเข้ารับการรักษ	26
ตารางที่ 5	ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยนอกชาวต่างประเทศเข้ารับการรักษ	27
ตารางที่ 6	จำนวนชาวตะวันตกออกกลางที่รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย 55 แห่ง ในปี พ.ศ. 2550	28
ตารางที่ 7	สรุปงบประมาณสำหรับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนให้ประเทศไทย เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553 – 2557)	53

สารบัญภาพ

รูปที่ 1	กรอบการวิจัยในระยะที่ 2	20
----------	-------------------------	----

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่อง

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญกับการส่งออกมากขึ้น มีผลให้ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพการค้าบริการเพื่อการส่งออกเพิ่มมากขึ้น เฉพาะอย่างยิ่งการค้าบริการด้านสุขภาพซึ่งเป็นธุรกิจที่สร้างงานและรายได้ให้แก่ประเทศเป็นจำนวนมาก (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชญา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551) ประกอบกับ โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากซึ่งขยายการลงทุนขนาดใหญ่ในช่วงก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ประสบภาวะเตียงว่างจำนวนมากระหว่างช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายคือ ผู้ที่มีรายได้สูงพยายามหาลูกค้าจากประเทศที่มีกำลังซื้อสูงรวมทั้งประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง ซึ่งก็ประสบความสำเร็จพอสมควร (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชญา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551) ในช่วงต่อมา รัฐบาลที่นำโดยพรรคไทยรักไทยมีนโยบายที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย โดยกำหนดวิสัยทัศน์ของประเทศว่า ประเทศไทยจะเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชียในปี พ.ศ. 2551 (ryt9.com, 2009). ชาวต่างประเทศที่เข้ามาใช้บริการของไทยนั้นมีเกือบทุกชาติ ทั้งเจ้าหน้าที่จากคณะทูต องค์การระหว่างประเทศ นักธุรกิจ นักท่องเที่ยว ซึ่งชาวต่างประเทศกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพที่สำคัญกลุ่มหนึ่งที่เดินทางเข้าออกประเทศไทยนั้นคือ ชาวต่างประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง จากสถิติการเดินทางเข้าออกราชอาณาจักรไทยของกรมตรวจคนเข้าเมืองพบว่า มีประชากรกลุ่มประเทศตะวันออกกลางเดินทางเข้าประเทศไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยปี พ.ศ. 2550 มีประชากรในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางเช่น ประเทศอิหร่านจำนวน 68,505 คน และจากสหรัฐอเมริกา 74,870 คน (ดูตารางที่ 1) การเดินทางเข้าออกของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางดังกล่าวส่งผลต่อการเข้ามาใช้และให้บริการสุขภาพในประเทศไทย จากการศึกษาวิจัยในส่วนแรกเรื่องการให้บริการทางด้านสุขภาพพบว่า ประเภทของผู้มาใช้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยนั้น มีความตั้งใจเพื่อมา

ตารางที่ 1 สถิติการเดินทางเข้า-ออกราชอาณาจักรไทย

สถิติการเดินทางเข้า - ออก ราชอาณาจักรไทย												
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง ปี 2549 (มกราคม - กรกฎาคม 2549)												
สัญชาติ	ปี 2545		ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	เข้า	ออก	เข้า	ออก	เข้า	ออก	เข้า	ออก	เข้า	ออก	เข้า	ออก
บาร์เรน	9,061	9,177	8,854	8,818	12,438	12,491	9,354	9,674	11,837	11,773	13,280	13,283
อียิปต์	7,319	7,176	5,425	5,305	8,481	8,551	7,811	7,921	-	-	-	-
อิหร่าน	26,301	22,540	23,002	22,947	29,428	29,258	33,646	33,091	50,605	50,515	68,505	68,336
อิรัก	5,080	5,011	1,451	1,436	708	755	1,646	1,611	1,648	1,633	1,780	1,977
ตุรกี	20,158	20,005	18,389	18,360	27,014	27,352	19,877	19,798	32,294	30,839	31,591	34,905
อิสราเอล	95,416	93,057	72,028	71,289	97,670	96,812	99,909	99,153	117,119	112,236	130,367	133,637
จอร์แดน	5,467	5,538	5,538	5,470	7,509	7,247	6,308	6,323	8,163	8,007	8,295	8,515
คูเวต	24,073	24,252	20,497	20,208	30,686	30,747	30,112	29,660	33,788	33,948	32,415	32,961
เลบานอน	5,322	5,185	4,392	4,230	6,183	6,173	6,115	6,233	6,651	6,545	7,580	7,639
โอมาน	15,523	15,043	13,326	13,100	19,278	18,240	22,606	22,157	36,073	34,369	38,817	38,135
กาตาร์	4,281	4,312	3,188	3,180	4,945	4,762	6,329	6,348	9,667	8,581	14,237	14,217
ซาอุดีอาระเบีย	6,769	6,803	5,209	5,124	7,403	7,162	10,505	10,113	20,817	22,415	22,245	22,872
ซีเรีย	2,782	2,723	2,285	2,267	2,912	2,919	3,169	3,154	5,380	4,854	5,460	5,558
สหรัฐอเมริกา	25,530	25,469	23,405	23,362	41,021	40,992	48,094	47,531	69,635	65,830	78,870	74,259
เยเมนใต้	5,199	5,179	3,336	3,280	3,886	3,868	4,093	4,053	4,794	4,798	4,998	4,792
เยเมนเหนือ	796	731	216	145	95	126	49	64	-	-	-	-
ปาเลสไตน์	673	664	868	826	652	673	790	769	-	-	-	-

ที่มา: กรมตรวจคนเข้าเมือง

รักษาพยาบาลโดยตรง โดยมีเหตุผลและแรงจูงใจในการมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยเนื่องมาจากชื่อเสียงและความมั่นใจในคุณภาพของบุคลากร เครื่องมือในการรักษา การอำนวยความสะดวกด้านต่างๆให้แก่ผู้ใช้บริการและผู้ติดตามผู้ใช้บริการ และนอกจากนี้ยังพบว่าการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทยยังมีผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างธุรกิจการประกันสุขภาพของกลุ่มตะวันออกกลางกับธุรกิจการบริการสุขภาพในประเทศไทยด้วย การใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางดังกล่าวนำมาซึ่งการสร้างรายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้แก่ประเทศไทยเป็นจำนวนมาก (มณิศรี พันธุลาภ, การใช้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย , 2551)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องมีการศึกษาค้นคว้าหาองค์ความรู้การให้บริการสุขภาพตลอดจนนโยบายของทั้งภาครัฐและเอกชนในการให้บริการสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งศึกษาถึงสภาพการณ์ของการให้บริการ ปัญหา ศักยภาพของรัฐและเอกชนที่ประเทศไทยสามารถรองรับ ทิศทางการลงทุนด้านการให้บริการสุขภาพ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศกลุ่มตะวันออกกลางในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยในส่วนแรกได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับลักษณะความต้องการและการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ดังนั้นผลของการศึกษาวิจัยส่วนแรกจะนำมาประกอบข้อมูลเบื้องต้นเพื่อใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งจะเน้นลักษณะของการให้บริการทางด้านสุขภาพ ตลอดจนนโยบายของภาครัฐและภาคเอกชนที่มีต่อการให้บริการสุขภาพ แก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพเบื้องต้นในการให้บริการแต่ละประเภท ชนิดของการให้บริการ ตลอดจนปัญหาในการให้บริการด้านสุขภาพที่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางมาใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันว่ามีการให้บริการประเภทใด และอย่างไร
2. เพื่อศึกษานโยบายการให้บริการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน(โรงพยาบาล) ที่มีต่อกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง
3. เพื่อแสวงหานโยบายการให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมในสังคมไทยและความร่วมมือ (partnership) ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการเป็น Thailand Medical Hub ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ

จากการศึกษาข้อมูลในอดีตและสภาพปัจจุบันในการใช้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ ตะวันออกกลางจะก่อให้เกิดประโยชน์สองส่วน ส่วนแรกเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายระดับมหภาค กล่าวคือ ทำให้สังคมไทยได้ทราบถึงสภาพทั่วไป ตลอดจนปัญหาที่ประเทศไทยควรดำเนินการเพื่อการเตรียมพร้อม หากจะมีความร่วมมือในด้านการลงทุนกับประเทศต่าง ๆ ในกลุ่มตะวันออกกลาง ก็ สามารถมีทิศทางที่แน่นอนและชัดเจน โดยตั้งอยู่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล ตลอดจนผลประโยชน์ที่ ประชาชนของทั้งสองฝ่ายควรจะได้รับ ส่วนที่สองประโยชน์ในด้านจุลภาค ซึ่งหมายถึงนโยบายตลอดจน การวางแผนบริการทางด้านการแพทย์ของผู้ให้บริการและประชาชนที่อยู่ในประเทศไทยในฐานะเป็น ผู้ใช้บริการสุขภาพเช่นกัน จะได้ทราบถึงสภาพการที่แท้จริงของการเข้ามาใช้บริการของกลุ่มประเทศ ตะวันออกกลางว่ามีลักษณะเช่นใด อะไรคือสิ่งที่เขาต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์การเข้ามาใช้บริการ อย่างมากของกลุ่มประเทศต่างๆเหล่านั้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทางด้านการใช้บริการสุขภาพ (Demand) จะเป็นองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการเป็น ศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งเอเชีย (Thailand Medical Hub) ตลอดจนการเตรียมพร้อมของโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชนในโอกาสต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้ประเทศไทยมีการใช้ทรัพยากรของประเทศทางด้านการ แพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 โครงสร้างการวิจัย

รายงานวิจัยนี้ประกอบด้วยสาระที่สำคัญห้าบท กล่าวคือ บทที่ 1 กล่าวถึง ความเป็นมาและความสำคัญของเรื่องในการทำวิจัยตลอดจนวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ บทที่ 2 เป็น วรรณกรรมปริทัศน์เกี่ยวกับการใช้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย บทเรียนการดำเนินงานด้าน Medical Hubs ของประเทศอื่นๆในภูมิภาค Asia ตลอดจนแนวคิด เกี่ยวกับการร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/Private Partnership, PPP) บทที่ 3 เป็นการ อธิบายถึงวิธีการศึกษาของงานวิจัยนี้ บทที่ 4 เป็นรายงานผลงานวิจัยที่ได้จากเอกสารและการสัมภาษณ์ ตลอดจนการทำอภิปรายกลุ่ม (focus group) โดยเน้นในเรื่องที่เกี่ยวกับ นโยบายของการเป็นศูนย์กลางทาง การแพทย์ของไทย สำหรับการสรุปและข้อเสนอแนะ ของงานวิจัยนี้จะปรากฏใน บทที่ 5

บทที่ 2

วรรณกรรมปริทัศน์

การนำเสนอวรรณกรรมปริทัศน์ในรายงานฉบับนี้ ประกอบด้วยส่วนต่างๆดังนี้

- 2.1 ผลสรุปจากการศึกษาเรื่องการใช้บริการด้านสุขภาพ (Utilization) ของผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย (มณสิริ พันธูลภ, 2551)
- 2.2 บทเรียนการดำเนินงานด้าน Medical Hubs ของประเทศอื่นๆในภูมิภาคเอเชีย
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/ Private Partnership, PPP)

2.1 การใช้บริการด้านสุขภาพ (Utilization) ของผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย¹

จากสถิติการเดินทางของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่เข้ามาในประเทศไทยมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อัตราการเพิ่มขึ้นของการเข้าประเทศของกลุ่มตะวันออกกลางโดยเฉพาะกลุ่ม GCC จะพบว่าจากปี พ.ศ. 2545 จนถึงปี 2550 กลุ่มประเทศ GCC ที่เข้ามาในประเทศไทยมากที่สุด คือ กาตาร์ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23.2 รองลงมาคือ ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ร้อยละ 19.8 ในช่วงระหว่างปี 2547 ต่อ 2548 จะมีการลดลง ทั้งนี้เพราะเป็นผลมาจากการเกิดเหตุการณ์สึนามิในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าว

โดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าผลมาจากเหตุการณ์ 9/11 ซึ่งมีผลผลักดันให้กลุ่มประเทศตะวันออกกลางเข้ามาใช้บริการรักษาสุขภาพในประเทศไทยมากขึ้น เพราะกลุ่มประเทศตะวันออกกลางซึ่งเคยใช้บริการรักษาพยาบาลในตะวันตกได้หันเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในไทยมากขึ้น เพราะการเข้ายุโรป สหรัฐ จะถูกค้น และจะถูกมองว่าเป็นผู้ก่อการร้าย ดังนั้นกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจึงหันเข้ามาใช้บริการสุขภาพประเทศไทย ซึ่งไทยดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ซึ่งได้รับความพอใจจากผู้รับบริการ

โดยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนี้เองทำให้เกิดผลต่อการใช้/ให้บริการสุขภาพในประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นี้เอง โดยในปี 2550 นี้จากกองการตรวจคนเข้าเมืองพบว่ามียุโรปตะวันออกกลางประเภทตรวจลงตรา (VISA) ที่ขออยู่ต่อในประเทศไทยกรณีเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 834 คน โดยมีนักท่องเที่ยวกลุ่มตะวันออกกลางจำนวน 59 คน กลุ่มตะวันออกกลางผู้อาศัยชั่วคราว 23 คนและอื่นๆอีก 752 คน²

¹ รายงานในส่วนที่ 1การใช้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย นี่เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยชุดโครงการไทย-ตะวันออกกลาง ระยะที่ 1 (มณสิริ พันธูลภ, 2551)

² สถิติคนต่างชาติดำเนินการอยู่ต่อในประเทศไทยกรณีป่วยของ บก.ตม. กทม. ปี 2550

จากการสัมมนาเรื่องความต้องการใช้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย³ ได้จำแนกกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจะมีทั้งสิ้น 16 ประเทศ ซึ่งจำแนกการใช้บริการและไม่ใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยดังนี้

1. Bahrain ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
2. Iran ไม่ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
3. Israel เดินทางมาเที่ยวในประเทศไทยประมาณปีละ 2 แสนรายแต่% มาใช้บริการสุขภาพน้อยมาก
4. Kuwait ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยพอประมาณ
5. Oman ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยจำนวนมากและเป็นลูกค้าชั้นดี
6. Qatar ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยพอประมาณ
7. Syria ไม่มีการใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
8. UAE ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยจำนวนมากนับหมื่นคน
9. Egypt ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยน้อยมาก
10. Iraq ไม่ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
11. Jordan เป็นคู่แข่งการใช้บริการสุขภาพกับประเทศไทย โดย Bahrain และกลุ่มตะวันออกกลางบางประเทศส่งผู้ป่วยไป Jordan
12. Lebanon ไม่ใช้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทย
13. The Palestinian territories ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการด้านสุขภาพเพราะมีการก่อการร้าย
14. Saudi Arabia มีความสัมพันธ์กับประเทศไทยไม่ตึงเครียดจึงไม่ใช่ target group
15. Turkey กำลังเป็นคู่แข่งทางด้าน medical tourism ของประเทศไทย
16. Yemen สถิติเพิ่งจะปรากฏว่าปีที่ผ่านมามีชาวเยเมนเข้ามารับการรักษาโดยสถิติ 2,400 ราย ทั้งๆที่เยเมนเป็นประเทศที่ไทยจัดอันดับว่าเป็นประเทศที่ยังไม่ปลอดภัยและเป็นประเทศที่ไม่มีสถานทูต

กลุ่มเป้าหมายหลักใน GCC (Gulf Cooperation Council) ซึ่งไม่นับซาอุดีอาระเบียอันเนื่องมาจากไม่มีความสัมพันธ์อันดีกับประเทศไทย จะเหลือ 5 ประเทศ ในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่มีผู้มาใช้บริการสุขภาพในไทย ซึ่งมีจำนวนมากได้แก่ Kuwait, Qatar, Bahrain, Oman, UAE ตามสถิติดังตารางที่

2

³ เอกสารการสัมมนาเรื่อง“ความต้องการการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มตะวันออกในประเทศไทย” วันที่ 9 เมษายน 2551 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนคนไข้ชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 2002 - 2007

Year	No. of Foreign Patients	No. of Middle East Patients	%Middle East Patients
2002	630,000	20,004	3.17%
2003	973,532	34,704	3.56%
2004	1,103,095	71,051	6.44%
2005	<1,200,000	±98,451	7.86%
2006	<1,300,000	±125,000	9.61%
2007	<1,400,000	±152,360	10.88%

ที่มา: Statistic-DEP

Volume of Foreign Patients

จากตารางที่ 2 เฉพาะผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นกลุ่มประเทศตะวันออกกลางคิดเป็นเปอร์เซ็นต์จะเห็นว่าในปี 2002 มีจำนวน 3.17 % ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2007 เป็น 10.88% ซึ่งในปี 2007 นี้เองมีผู้ให้บริการสุขภาพเฉพาะกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจำนวน 152,360 คนจาก ผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นชาวต่างประเทศโดยรวม 1,400,000 คนต่อปี และข้อมูลจากสำนักงานสถิติ (office statistic) ยังพบว่าจำนวนชาวต่างประเทศผู้ให้บริการสุขภาพในประเทศไทยมีจำนวนที่มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับคู่แข่งของไทยในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ไม่ว่าจะเป็นสิงคโปร์ มาเลเซียหรือประเทศใหม่ๆ ที่เพิ่งเข้ามาในเรื่องของการให้บริการสุขภาพ

2.1.1 ประเภทผู้เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่างชาติที่เข้ามาทำงานในเอเชีย (Expatriates who live in Asia) แยกได้ 2 กลุ่มย่อยคือ
 - ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทย (Expatriates in Thai) มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกขณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเศรษฐกิจดี การลงทุนมีจำนวนเพิ่มขึ้น
 - ผู้เชี่ยวชาญในประเทศเพื่อนบ้านของไทย (Expatriates in countries Around) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่โรคซาร์ระบาดในประเทศสิงคโปร์ ประเทศเวียดนาม ชาวต่างชาติที่อยู่อาศัยในประเทศต่างๆเหล่านั้น ได้เข้ามาให้บริการสุขภาพในไทยเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ให้บริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
2. กลุ่มผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษาพยาบาล (Patients seek care)
 - ผู้ป่วยจากประเทศด้อยพัฒนา (patients from less developed healthcare countries.) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มใหญ่ที่มาจากประเทศที่การรักษายาบาลของประเทศตนด้อยกว่าไทย เช่นกลุ่มตะวันออกกลางที่มีเงินมหาศาลแต่บุคลากรการให้บริการสุขภาพใน

ประเทศดังกล่าวคุณภาพยังด้อยกว่าไทย แม้ว่าจะมีความพร้อมทางด้านอุปกรณ์
เครื่องมือทางการแพทย์ทันสมัย แต่แพทย์ และพยาบาลที่มีคุณภาพไม่พอกับความ
ต้องการ

- ผู้ป่วยจากประเทศที่พัฒนาแล้ว (Patients from better developed healthcare countries who cannot afford care at home) กลุ่มนี้เป็นประเทศที่การรักษาพยาบาลดีกว่าไทยแต่ผู้รับบริการสุขภาพประสบปัญหาเรื่องราคาค่ารักษาพยาบาลที่สูง
 - ผู้ป่วยที่แสวงหาการรักษาพยาบาล (Patients seek care) เป็นกลุ่มที่มาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทยมากที่สุด ผู้มาใช้บริการเหล่านี้ตั้งใจมารักษาพยาบาลเพราะคุณภาพโรงพยาบาลดี ราคาถูก โดยเฉพาะกลุ่มตะวันออกกลาง หลังจากเหตุการณ์ 9/11 สาเหตุเพราะตะวันออกกลางจะเข้ายุโรปลำบาก แต่เมื่อก่อนก็มีกลุ่มตะวันออกกลางบ้าง แต่หลังจาก 9/11 พบว่ามีผู้ให้บริการสุขภาพจากกลุ่มตะวันออกกลางเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ได้ทำสัญญากับรัฐบาลตะวันออกกลางหลายแห่งที่จะส่งคนมารักษาพยาบาลที่เมืองไทย จากการคาดการณ์ในปีที่ผ่านมามีคนไข้ไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน มารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ได้เกินกว่า 1 หมื่นล้านบาท (Last year, Thailand had approximately 1 million patients, who paid approximate 10 billion baht.)
3. กลุ่มนักท่องเที่ยว ประเภทนี้คือมาท่องเที่ยวในประเทศไทยและประสบอุบัติเหตุหรือไม่สบาย และเข้าใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย
 4. กลุ่ม Medical Tourist จะเป็นในรูปแบบของ package , package ดังกล่าวจะทำระหว่างสายการบิน โรงแรม export , sport ที่ท่องเที่ยวต่างๆ และได้นำเรื่องของ package medical รวมเข้าไป เช่น ถ้ามาอยู่ในระยะสั้นก็จะเสนอบริการสุขภาพ เรื่องของฟัน เรื่องของตา เรื่องของศัลยกรรมตกแต่งง่ายๆ ทำเลเซอร์ความงาม เช็กร่างกาย ตรวจCPMRI ซึ่งมีข้อดีคือไม่ต้องใช้เวลารอคิวนานๆ ใช้เวลาบริการสุขภาพในระยะสั้น ได้ผลกลับไปเลย
 5. กลุ่ม Medical Travel การให้บริการประเภทนี้ต้องมีการใช้ E-mailและเป็นการให้บริการที่ high cost คือมีเอเจนต์ มี information service มีกระบวนการ work out มี PR ซึ่งจะต้องทำข้อตกลงกันว่า จะมาใช้บริการป่วยเป็นอะไร และต้องส่ง Medical summary มา โรคต่างๆที่จะทำ treatment ให้จะต้องทำอะไร มีเกณฑ์ขั้นตอนอย่างไร และค่าใช้จ่ายเท่าใด

2.1.2 ชนิดของการใช้บริการสุขภาพ (Medical Service demand (disease pattern))

แบ่งตามความร้ายแรงของโรค

Simple

ส่วนใหญ่ประเภทนี้จะมาจากกลุ่มของ medical tourist ได้แก่

- Check up, dental, Lasik, Special Investigation, Beauty Service & Simple Cosmetic (Plastic, Surgery)

Moderate ได้แก่

- Laparoscopic Surgery, Catherization, Ballonn, Stent, Medical service, Rehabilitation, Stroke-medical, Diabetes & Its Complication
- Over Weight, MSK (Bone Joint)

Complex ได้แก่

- Cardiac by Pass, Cancer, Complex Surgery to all systems
- Unsolved Problems, Genetic Diseases

ชาวต่างชาติโดยทั่วไปที่ใช้บริการสุขภาพนั้นส่วนใหญ่จะมาเพื่อรักษาเฉพาะทาง seek value tertiary healthcare (not check up, nor dental care) และสำหรับผู้ใช้บริการด้านสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยส่วนใหญ่นั้น จะมีทั้ง moderate and complex มากกว่า 65 เปอร์เซ็นต์

2.1.3 ระยะเวลาในการใช้บริการด้านสุขภาพ

จากการวิจัยพบว่าการใช้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้ระยะเวลาต่างกัน แต่ปัจจัยหลักอันเป็นที่มาของระยะเวลาในการใช้บริการเหมือนกันทุกโรงพยาบาลก็คือ ระยะเวลาในการใช้บริการสุขภาพจะเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการใช้บริการ อันได้แก่ โรงพยาบาลปิยะเวท ใช้ระยะเวลาในการตรวจร่างกายประมาณไม่ถึง 1 วัน แต่ถ้าเป็นโรคร้ายๆ เช่น ผ่าสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน เรื้อรัง ขยายหลอดเลือด สมอง หัวใจ มะเร็ง เฉลี่ยแล้วสำหรับผู้ใช้บริการจากกลุ่มตะวันออกกลางจะนานประมาณ 21 วัน⁴ โรงพยาบาลพญาไท ใช้ระยะเวลาประมาณ 4 วัน (Average from January- March, 2008) มีทั้งการรักษาแบบง่าย จนกระทั่งการรักษาหายๆ เช่น ผ่าสมอง หัวใจ ฯลฯ สาเหตุของค่าเฉลี่ยการรักษา 4 วันนี้ คำนวณมาจาก Longer stay ไม่เกิน 8-10 วัน แต่ถ้าเป็น Shot stay ประมาณ 1-2 วัน⁵

⁴ เอกสารการสัมมนาเรื่อง “สถานการณ์การท่องเที่ยวสำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2551 โรงแรมเอเชีย

⁵ เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ความต้องการการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มตะวันออกในประเทศไทย” วันที่ 9 เมษายน 2551 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1.4 ประเมินการค่าใช้จ่ายในการใช้บริการรักษาพยาบาล

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำประมาณ 10 แห่งของไทย จะได้ประมาณการดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยนอก (OPD) - จาก 1,000 ถึง 30,000 บาท/ครั้ง

ผู้ป่วยใน (IPD) - จาก 10,000 up to 150,000 บาท/วัน

ประมาณการรายได้ (ช่วงปี 2006-2007) 40,000 ล้านบาทสำหรับการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล⁶

จากรายงานประจำปี 2550 ของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ยังพบว่าผู้ป่วยต่างชาติจากกว่า 190 ประเทศ รวมกว่า 430,000 คน ประเทศที่เข้าใช้บริการสุขภาพและทำรายได้ให้แก่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์มากเป็นอันดับหนึ่งก็คือ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ รองลงมาคือสหรัฐอเมริกา และโอมานตามลำดับ เห็นได้ว่ากลุ่มประเทศตะวันออกกลางได้เข้ามาใช้บริการ

สุขภาพในไทยและนำรายได้เข้าประเทศเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้การเข้ามาใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยก็นำญาติหรือผู้ติดตามมาด้วยเสมอซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ดังนั้นรายรับของประเทศซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ได้จากญาติหรือผู้ติดตามจะมีมูลค่าใกล้เคียงกับผู้ที่เข้ามาใช้บริการสุขภาพ

2.1.5 วิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีวิธีต่างๆ เช่น

1. จ่ายโดยตรงจากผู้ป่วย (Out of pocket) ประเภทนี้จะใช้บริการสุขภาพแล้วสามารถกลับไปเบิกได้ เช่นผู้ให้บริการสุขภาพชาวญี่ปุ่นที่เข้ามาทำงานเป็นผู้จัดการในประเทศไทย ชาวญี่ปุ่นที่เข้ามาทำงานในไทยจะนำครอบครัวติดตามมาด้วยเสมอ ชาวญี่ปุ่นเวลาใช้บริการสุขภาพในไทยจะชอบบรรยากาศแบบที่เป็นญี่ปุ่น ดังนั้นกลยุทธ์ในการจัดการบริการผู้ให้บริการสุขภาพจึงต้องจัดทุกอย่างให้เป็นญี่ปุ่น เพื่อเป็นแรงจูงใจในการมาใช้บริการ
2. จ่ายก่อนแล้วไปเบิกคืนสังกัดที่หลัง (Reimbursement) จ่ายก่อนแล้วไปเบิกกับต้นสังกัดที่หลัง เช่น Government กลุ่มประเทศตะวันออกกลางจะมีศักยภาพทางเศรษฐกิจในการจ่ายสูง ฉะนั้นรัฐบาลกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพทั้งหมด และสำหรับ Insurance ประเภทนี้จะ เป็น private insurance เป็นผู้จ่ายให้

⁶ เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ความต้องการการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มตะวันออกในประเทสไทย” วันที่ 9 เมษายน 2551 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. โครงการรักษาพยาบาล (National Healthcare Plan) ประเภทนี้เบิกได้บางส่วน และบางส่วนต้องจ่ายเอง
4. ประกันสุขภาพ (Health Insurant) ประเภทนี้จะเป็นรูปแบบในลักษณะของบริษัทประกันสุขภาพเช่น บริษัท Daman ซึ่งเป็นบริษัทประกันสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่เข้ามาทำธุรกิจประกันสุขภาพกับโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำของไทยอันได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท
5. บริษัทหรือวิสาหกิจ (Large Private Co. or Enterprise) ประเภทนี้บริษัทใหญ่ในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด สำหรับเจ้าหน้าที่ระดับสูงของบริษัท ที่เดินทางเข้ามาตรวจร่างกายในไทย หรือเดินทางเข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย เมื่อกลับประเทศบริษัทจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายการรักษาให้

2.1.6 ประเภทของผู้มาใช้บริการ

จากการวิจัยพบว่าผู้มาใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย คือผู้มาใช้บริการประเภทปานกลาง (Moderate) และมีความซับซ้อน (Complex) ทั้งนี้โดยได้รับการยืนยันข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ ประกอบกับการวิจัยเชิงปริมาณยังได้ตอบย้ำว่า ชาวตะวันออกกลางกลุ่มที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 11.44 เท่านั้นที่เดินทางมาเพื่อมาตรวจสุขภาพ และพบว่าชาวตะวันออกกลางที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยร้อยละ 21.12 มีหรือเคยมีญาติเข้ารับรักษาพยาบาลในประเทศไทย ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ประเภทของผู้มาใช้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยนั้นมีความตั้งใจเพื่อมารักษาพยาบาลโดยตรง

2.1.7 ชนิดของการให้บริการ

จากการวิจัยพบว่า ผู้มาใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย ชนิดของการรับบริการส่วนใหญ่คือเพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อการป้องกัน ซึ่งจากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารชั้นนำของโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ยืนยันว่า ชนิดของการให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นชนิดของการรักษา โดยมีทั้ง Moderate และ Complex มากกว่า 65% นอกนั้นจะเป็น Simple เช่นตรวจร่างกาย เสริมความงาม ฯลฯ

2.1.8 เหตุผลตลอดแรงจูงใจในการมาใช้บริการ

จากการวิจัยพบว่าเหตุผลและแรงจูงใจในการมาใช้บริการของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยได้แก่

ปัจจัยทางตรง ได้แก่ ความพึงพอใจที่เขาได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่เขาต้องเสียไปกับคุณภาพของการบริการ ประเทศไทยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ความประทับใจในประเทศไทยและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

ปัจจัยทางอ้อม ได้แก่ การอำนวยความสะดวกด้านต่างๆแก่ผู้ป่วยและผู้ติดตามการจัดสถานที่ให้บริการแบบที่เรียกว่า “World Class Hospital in 5 Stars Hotel” การลงทุนระหว่างประเทศโดยการสร้างชื่อเสียงและความมั่นใจ การสร้างเครือข่ายระหว่างประเทศ

จากปัจจัยทางตรงและปัจจัยทางอ้อม โดยทั่วไปที่เป็นเหตุผลและแรงจูงใจในการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยแล้ว เหตุจูงใจอันเป็นลักษณะเฉพาะที่น่าสนใจ คือ การมีล่ามและการใช้ภาษาอาราบิกในการติดต่อสื่อสารของโรงพยาบาลชั้นนำไม่ว่าจะเป็น การใช้ภาษาอาราบิกในการสื่อสารกับผู้ให้บริการ Web site ประชาสัมพันธ์ รวมถึง e-mail ภาษาอาราบิกในการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการให้ไว้สำหรับกลุ่มตะวันออกกลางโดยเฉพาะ

นอกจากนี้ยังพบว่าแรงสนับสนุนจากบริษัทประกันสุขภาพก็เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในการตัดสินใจเลือกที่จะมาใช้บริการสุขภาพในประเทศไทย เช่น บริษัทประกันสุขภาพ Damon ซึ่งเป็นบริษัทประกันสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่เข้ามาทำสัญญากับโรงพยาบาลชั้นนำมีผลผลักดันการตัดสินใจของลูกค้าในบริษัทดังกล่าวให้มาใช้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากความสะดวกในการประสานงานระหว่างธุรกิจการประกันสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางกับธุรกิจการบริการสุขภาพของไทย

2.1.9 อุปสรรคตลอดจนปัญหาที่ผู้ให้บริการได้รับเมื่อมาให้บริการ

จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัญหาที่ผู้ให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางได้รับ เมื่อมาให้บริการโดยทั่วไปมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

ประเด็นแรก ภาษาและวัฒนธรรม แม้ว่าโรงพยาบาลชั้นนำเอกชนใหญ่จะมีล่ามและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวัฒนธรรมตะวันออกกลาง แต่โรงพยาบาลที่ให้บริการอีกหลายโรงพยาบาลที่ต้องการให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางก็ยังขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะทางด้านภาษา และวัฒนธรรมของกลุ่มตะวันออกกลาง

ประเด็นที่สอง ปัญหาในการเข้ามาให้บริการในประเทศไทยกับหน่วยงานรัฐพบว่าหน่วยงานรัฐของไทยมีข้อขัดข้องเรื่องการต่างประเทศ เช่น การขอวีซ่า แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งจะมีการบริการต่อวีซ่า ทำวีซ่า แต่ก็ยังเป็นโรงพยาบาลชั้นนำเท่านั้น และยังพบว่าทัศนคติของการตรวจคนเข้าเมืองซึ่งพบว่ามีทัศนคติไม่ดีต่อกลุ่มประเทศตะวันออกกลางอีกด้วย

2.1.10 ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการวิจัยมีข้อค้นพบ ว่าการได้มาซึ่งข้อมูลในเชิงปริมาณที่แท้จริงนั้นเป็นไปได้ยากมาก ทั้งนี้ เพราะธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยต่างอยู่ในฐานะแข่งขันกันอย่างรุนแรง จึงทำให้จำนวนผู้เข้ารับบริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางของโรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาเปิดเผยได้ ทั้งนี้เนื่องจากยุทธศาสตร์ทางการตลาดของธุรกิจบริการสุขภาพ ในขณะที่ข้อมูลของทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทำให้ยากแก่การเข้าใจและเข้าถึง อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการให้บริการที่แท้จริงของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย ว่าแท้ที่จริงแล้วมีเท่าไรกันแน่ เพราะข้อมูลเป็นไปในลักษณะของการประมาณและเป็นการพุดคุย ประเทศไทยจะสามารถดำรงความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ในเอเชียได้อีกนานเท่าไร ซึ่งเป็นคำถามที่ยังต้องมีการศึกษากันไป เพราะคู่แข่งในการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยขณะนี้คือ ประเทศตุรกีและจอร์แดน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้บริการของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการดำเนินการในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

1) เรื่องการจัดทำข้อมูล หน่วยงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับบันทึกข้อมูลการเข้า ออก ประเทศไทย คือ กองตรวจคนเข้าเมือง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของชาวตะวันออกกลาง กระทรวงต่างประเทศ กรมการส่งเสริมธุรกิจบริการ สถานทูตต่างๆ ต้องร่วมมือกันจัดระบบฐานข้อมูล เกี่ยวกับผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย

2) เรื่องความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน กล่าวคือโรงพยาบาลเอกชนและกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการตั้งคณะกรรมการร่วม เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย โดยพิจารณาในเรื่องฐานข้อมูล กฎ ระเบียบต่างๆ พร้อมทั้งพิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับระบบการให้บริการทางการแพทย์ภายในประเทศ อันเนื่องมาจากการให้บริการทางการแพทย์ของชาวต่างประเทศในประเทศไทย ไม่ใช่แต่เฉพาะกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง

3) เรื่องความร่วมมือระหว่างสถานทูตในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางกับรัฐบาลไทย(กระทรวงสาธารณสุข) ในเรื่องของการให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องจำนวนผู้เข้ามาใช้บริการนั้น สถานทูตไทยในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางกับกระทรวงสาธารณสุข น่าจะมีข้อมูลอย่างเป็นทางการทั้งสองฝ่าย เพื่อประโยชน์ร่วมกัน ในการจัดแผนจำนวนผู้มาใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบเหล่านี้เป็นข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยในระยะที่หนึ่ง (มณิศรี พันธุลาก, 2551) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความต้องการในการให้บริการด้านสุขภาพในประเทศไทยของชาวตะวันออกกลาง (Demand) ในการวิจัยระยะที่สองนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นถึงการให้บริการ ทั้งนโยบายจากภาครัฐ แนวคิดและการตอบสนองนโยบายต่างๆของภาคเอกชน

2.2 บทเรียนการดำเนินงานด้าน Medical Hubs ของประเทศอื่นๆในภูมิภาคเอเชีย

ในภูมิภาคเอเชียนี้ นอกจากประเทศไทยแล้ว ยังมีประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นคู่แข่งของไทยในเรื่องของ Medical Hub ได้แก่ สิงคโปร์ อินเดีย และ มาเลเซีย ซึ่งแต่ละประเทศต่างมีจุดขายและจุดเด่นของตนเอง ดังปรากฏในรายงานการวิจัยของ วิโรจน์และคณะ (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551) ดังนี้

2.2.1 สิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์ เป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์โดยเน้นการสร้างชื่อเสียงด้านการให้บริการทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูง สิงคโปร์พยายามดึงดูดคนไข้จากประเทศอื่นๆในเอเชีย เช่น ประเทศในแถบอินโดจีนและตะวันออกกลาง การให้บริการของสิงคโปร์มีจุดขายที่ชัดเจน คือ คุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์ในระดับสูง (Quarterly) ซึ่งทำให้อาจกล่าวได้ว่า ประเทศสิงคโปร์ไม่ได้โยก Medical Hub ให้เข้ากับการท่องเที่ยวมากนัก

การประสานงานกันอย่างเป็นระบบของภาครัฐและภาคเอกชนเป็นอีกจุดเด่นหนึ่งของประเทศ เช่น Singapore Medicine อันมีกระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์เป็นแกนนำ จัดร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ องค์กรรัฐวิสาหกิจ และ คณะกรรมการส่งเสริมการท่องเที่ยวของสิงคโปร์ ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจาก สิงคโปร์ให้ความสำคัญกับธุรกิจรักษาพยาบาลที่สามารถนำรายได้เข้าสู่ประเทศได้ รัฐบาลสิงคโปร์ยังได้จัดตั้ง The Healthcare Services Working Group (HSWG) โดยมีตัวแทนจากภาครัฐและเอกชนร่วมกันผลักดันธุรกิจด้านสุขภาพ มีหน้าที่วางแผนกลยุทธ์ การตลาด และการวิจัยให้กับสถาบันที่เกี่ยวข้อง และทำงานร่วมกับ Singapore's Biomedical Sciences (BMS) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้าน Biomedical Sciences โดยในปัจจุบัน สิงคโปร์ จัดเป็น ศูนย์กลางองค์ความรู้ด้าน Biomedical Science ที่ใหญ่ที่สุดในทวีปเอเชีย นอกจากนี้ รัฐบาลสิงคโปร์ยังกำหนดจะเป็น “The Healthcare Hub of Asia” ซึ่งจะสร้างความน่าเชื่อถือกับต่างชาติโดยการกำหนด Brand ว่า “Clinical Excellence” (HSWG) โดยชูจุดแข็งด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อดึงผู้ป่วยต่างชาติให้เข้ามาทำการรักษาในสิงคโปร์

2.2.2 อินเดีย

รัฐบาลอินเดียมีนโยบายที่จะนำอินเดียไปสู่การเป็น “global health destination” โดยเน้นด้าน “high-tech healing” ซึ่งชาวต่างชาติสามารถเข้ามารักษาได้ในราคาถูก แต่มีมาตรฐานการให้บริการที่ยอดเยี่ยม จุดขายของอินเดียคือ ราคา เนื่องจาก เป็นประเทศที่มีอัตราค่ารักษาพยาบาลต่ำที่สุดใน Medical Hubs อื่นๆในเอเชีย และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการรักษาพยาบาลแบบโบราณ เช่น โยคะ สมาธิ อายุรเวท ซึ่งสามารถดึงดูดลูกค้าฐานะดีจากตะวันออกกลางและชาวยุโรปได้ดี นอกจากนี้ ทรัพยากรมนุษย์คือ ความสามารถในการผลิตหมอและพยาบาลเป็นจำนวนมากของอินเดีย ประมาณ 20,000 –

30,000 คนต่อปี และมีจำนวนหนึ่งไปทำการรักษายังยุโรปและอเมริกา ยังเป็นอีกจุดแข็งหนึ่งของ Medical Hubs จากอินเดีย

Apollo Hospital Enterprises นับเป็นบริษัททางการแพทย์ของอินเดียที่ประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง โดยมีโรงพยาบาลในเครือเกือบ 40 แห่ง รับชาวต่างชาติมาทำการรักษากว่า 95,000 คนต่อปี

อย่างไรก็ตาม อินเดียประสบกับข้อวิจารณ์ที่ว่า บริการทางสุขภาพที่ทันสมัยและยอดเยี่ยมนั้นมีไว้สำหรับชาวต่างชาติที่มีฐานะเท่านั้น ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอินเดียนั้นยากจน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการเช่นนี้ได้

2.2.3 มาเลเซีย

Medical Tourism ของมาเลเซียเกิดจาก วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเกิดขึ้นจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นต้องหาชาวต่างชาติมารับการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหานี้เช่นเดียวกับประเทศไทยในยุคนั้น รัฐบาลมาเลเซียจัดตั้ง คณะกรรมการระดับชาติเข้ามาทำหน้าที่เพื่อสนับสนุนการท่องเที่ยวทางการแพทย์และสุขภาพ โดยสนับสนุนงาน 5 ด้าน ได้แก่ ดึงดูดชาวต่างชาติ ประชาสัมพันธ์ ภาษีและค่าธรรมเนียม การโฆษณา วางแผนกลยุทธ์และแสวงหาหุ้นส่วน

ทางคณะกรรมการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของประเทศที่มาเลเซียจะเปิดตลาด 3 กลุ่มคือ 1. กลุ่มประเทศที่ยังขาดแคลนเวชภัณฑ์และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกทางการแพทย์ เช่น อินโดนีเซีย พม่า เวียดนามและลาว 2. กลุ่มประเทศที่มีค่ารักษาพยาบาลสูง เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น ไต้หวัน 3. กลุ่มประเทศที่คนใช้ต้องรอนาน เช่น UK นอกจากนี้ ทางมาเลเซียก็ให้ความสนใจในชนชั้นกลางจากตะวันออกกลาง นอกจากนี้ รัฐบาลมาเลเซียยังส่งเสริมการให้บริการด้านสุขภาพโดยการให้แรงจูงใจด้านภาษี เช่น ให้ข้อเสนอด้านภาษีในการสร้างโรงพยาบาลและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์

โครงการหนึ่งซึ่งโดดเด่นในด้านการให้บริการแก่ชาวต่างประเทศ คือ โครงการมาเลเซีย บ้านหลังที่สอง (Malaysia, My Second Home - MMSH) ซึ่งเป็นความร่วมมือกับของกระทรวงการท่องเที่ยว (Ministry of Tourism) กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวแบบ long stay เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงเข้ามาพักผ่อนในประเทศมาเลเซีย ซึ่งโครงการนี้เป็นผลดีอย่างยิ่งต่อการส่งเสริม Medical Tourism

โดยทั่วไปแล้ว คนใช้ชาวต่างชาติในมาเลเซีย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มผู้มีรายได้ค่อนข้างสูงหรือสูงจากประเทศที่คุณภาพทางการแพทย์ยังไม่ดีนัก เช่น เวียดนาม พม่า และกัมพูชา 2. คนใช้จากประเทศที่การรักษาในประเทศตนเองคืออยู่แล้ว แต่ต้องรอนานมากในการเข้ารับการรักษา โดยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 72 ของคนใช้ชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาในมาเลเซีย มาจากกลุ่มแรก

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/ Private Partnership, PPP)

คำว่า ภาคเอกชนนั้น หมายรวมถึง ทุกองค์กรและประชาชนที่ทำงานอยู่นอกการกำกับดูแลโดยตรงของภาครัฐ รวมทั้ง เอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกำไรและเอกชนที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร (Not-for-profit) (WHO, 1995)

ความหมายของการร่วมมือกัน คือ การร่วมมือโดยสมัครใจทั้งภาคเอกชนและภาครัฐเพื่อผลประโยชน์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยทุกฝ่ายตกลงทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยแบ่งปันทั้งความเสี่ยง ความรับผิดชอบ ทรัพยากรและผลประโยชน์ (Ritcher, 2004) สำหรับความสัมพันธ์ของเอกชนและรัฐบาลในระบบสุขภาพแล้ว ความสัมพันธ์ในลักษณะของการร่วมมือกันโดยตั้งอยู่บน ความไว้วางใจและ ผลประโยชน์ร่วมกัน (win-win solution) (Ritcher, 2004) เนื่องจากการร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาลนั้นมีทั้งผลประโยชน์และความเสี่ยง การที่ภาครัฐกำกับควบคุมดูแลภาคเอกชนอย่างใกล้ชิดนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง กลไกการสอดส่องดูแล การประเมินผล การวัดผล และการแบ่งปันผลตอบแทนควรมีการเจรจากันตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การตั้งคณะกรรมการเพื่อกำกับดูแลโครงการความร่วมมือของภาครัฐและเอกชนนั้น อาจทำให้โครงการดำเนินต่อเนื่องไปได้ด้วยดี (Nikolic and Maikisch, 2006)

ในระดับสุขภาพระดับประเทศนั้น (ตารางที่ 3) รัฐบาลอาจเป็นผู้จ่ายเงินจากภาษีของประชาชนและจ้างพนักงานผู้ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยตรง (ช่องที่ 1 รัฐบาลเป็นทั้งผู้จ่ายเงินและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ) หรือ รัฐบาลอาจเป็นผู้จ่ายเงินแล้วใช้เงินส่วนหนึ่งในการซื้อบริการจากโรงพยาบาลเอกชนโดยทำสัญญาให้เอกชนเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (รัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงิน แต่เอกชนเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ) ในบางประเทศ ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพที่ทำงานให้รัฐบาลอาจทำงานในคลินิกพิเศษที่ให้บริการในแบบเดียวกับโรงพยาบาลเอกชนนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลของรัฐ (ช่อง 7 ภาคเอกชนที่แสวงหากำไรเป็นผู้จัดการด้านการเงิน และ พนักงานของรัฐเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ) ในบางโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐ (non-government organization) ได้รับงบประมาณจากภาครัฐน้อยมากและไม่ได้รับการสนับสนุนด้านการดำเนินการจากภาครัฐ (ช่อง 5) หรือในบางประเทศ การให้บริการด้านสุขภาพมักอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนและประชาชนเป็นผู้จ่ายเงินเอง (ช่อง 9) Privatization คือการเปลี่ยนแปลงจากช่องหนึ่งไปยังอีกช่องหนึ่งโดยที่ มีการเพิ่มบทบาทของภาคที่มีใช้รัฐบาลเมื่อเทียบกับภาครัฐบาล หรือจากตาราง Privatization คือการเปลี่ยนจากช่องหนึ่งไปยังอีกช่องหนึ่ง เช่น ช่อง 1 ไปยัง ช่อง 3 เป็นต้น (WHO, 1995)

ตารางที่ 3 การจัดการทางการเงินและให้บริการของภาคเอกชนและภาครัฐบาล

ผู้จ่ายเงิน/ผู้ให้บริการ	รัฐบาล	เอกชนไม่แสวงหากำไร	เอกชนแสวงหากำไร
รัฐบาล	รัฐบาลจ่ายเงินและให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ช่องที่ 1	รัฐบาลจ่ายเงินให้โรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรดำเนินการ ช่องที่ 2	รัฐบาลจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรดำเนินการ ช่องที่ 3
เอกชนไม่แสวงหากำไร	พนักงานที่มีوظณัฏฐานของรัฐบาลทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ ช่องที่ 4	เอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นเจ้าของและดำเนินการบริหารโรงพยาบาลเอง ช่องที่ 5	เอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทำสัญญาให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการ ช่องที่ 6
เอกชนแสวงหากำไร	คลินิกนอกเวลาในโรงพยาบาลของรัฐ ช่องที่ 7	พนักงานเอกชนทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไร ช่องที่ 8	โรงพยาบาลเอกชนที่มีเอกชนเป็นเจ้าของ ช่องที่ 9

ที่มา: (WHO, 1995)

ระบบสุขภาพของประเทศไทยนั้น โดยมากแล้ว รัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงินให้ระบบสุขภาพผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ช่องที่ 1) อย่างไรก็ตาม ประชาชนบางส่วนก็เลือกที่จะรับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนโดยจ่ายเงินเอง (ช่อง 9) โดยมีทั้งโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐบาลให้บริการแก่ประชาชน แม้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลเอกชนบางส่วนยังเข้ามามีบทบาทโดยการให้การรักษาระยะยาวภายใต้โครงการนี้และรับเงินจากภาครัฐ (ช่อง 3) หรือแม้ในโรงพยาบาลของรัฐเอกชนหลายแห่ง ก็มีการเปิดคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการซึ่งให้บริการในรูปแบบของเอกชน (ช่อง 7) จึงอาจกล่าวได้ว่า ภาคเอกชนนั้นมีบทบาทอย่างมากในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

การเข้ามามีบทบาทของภาคเอกชนนั้น อาจเป็นทั้งผลเสียและผลดีต่อระบบสุขภาพ (WHO, 1995) ในด้านผลเสียนั้น อาจเกิดจากการแย่งตัวแพทย์ที่ทำงานให้รัฐบาลให้มาทำงานในภาคเอกชน วัตถุประสงค์ในการทำงานของภาคเอกชนมักจะแคบกับภาครัฐ และในบางด้านแล้ว รัฐบาลแทบจะไม่สามารถควบคุมเอกชนได้เลย เช่น ต้นทุนและราคา

ในส่วนของผลดีนั้น ทรัพยากรทางด้านสุขภาพที่มีเพิ่มเข้ามาจากการเข้ามามีบทบาทของภาคเอกชนอาจเคลื่อนย้ายได้ระหว่างภาครัฐและเอกชน เช่น ห้องแล็บ การเข้ามามีบทบาทของเอกชนเป็นการเพิ่มทางเลือกให้คนบางกลุ่มของสังคมได้มีโอกาสได้รับการบริการสุขภาพที่ดีและต่อเนื่องยิ่งขึ้น และการที่มีประชาชนบางส่วนเข้ามารับบริการทางด้านสุขภาพจากภาคเอกชน ทำให้ทรัพยากรของภาครัฐ

เหลือเพิ่มมากขึ้นสำหรับประชาชนที่ไม่อาจเข้าถึงบริการของภาคเอกชน ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาพรวมของระบบสุขภาพ

สำหรับการร่วมมือกันของภาครัฐบาลและเอกชนเพื่อส่งเสริมศักยภาพประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์นั้น นายแพทย์อ่องอาจมองว่า ยังไม่จริงจังเท่าประเทศสิงคโปร์และทำให้ประเทศไทยเสียประโยชน์จากการร่วมมือกันน้อยเช่นนี้ การร่วมมือกันอย่างจริงจังระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอาจทำให้ความสามารถทางการแข่งขันของประเทศไทยดีขึ้น (ดูภาคผนวก ฉ, เอกสารประกอบการบรรยายของ ศ. เกียรติคุณนายแพทย์อ่องอาจ วงศ์ขมทอง)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

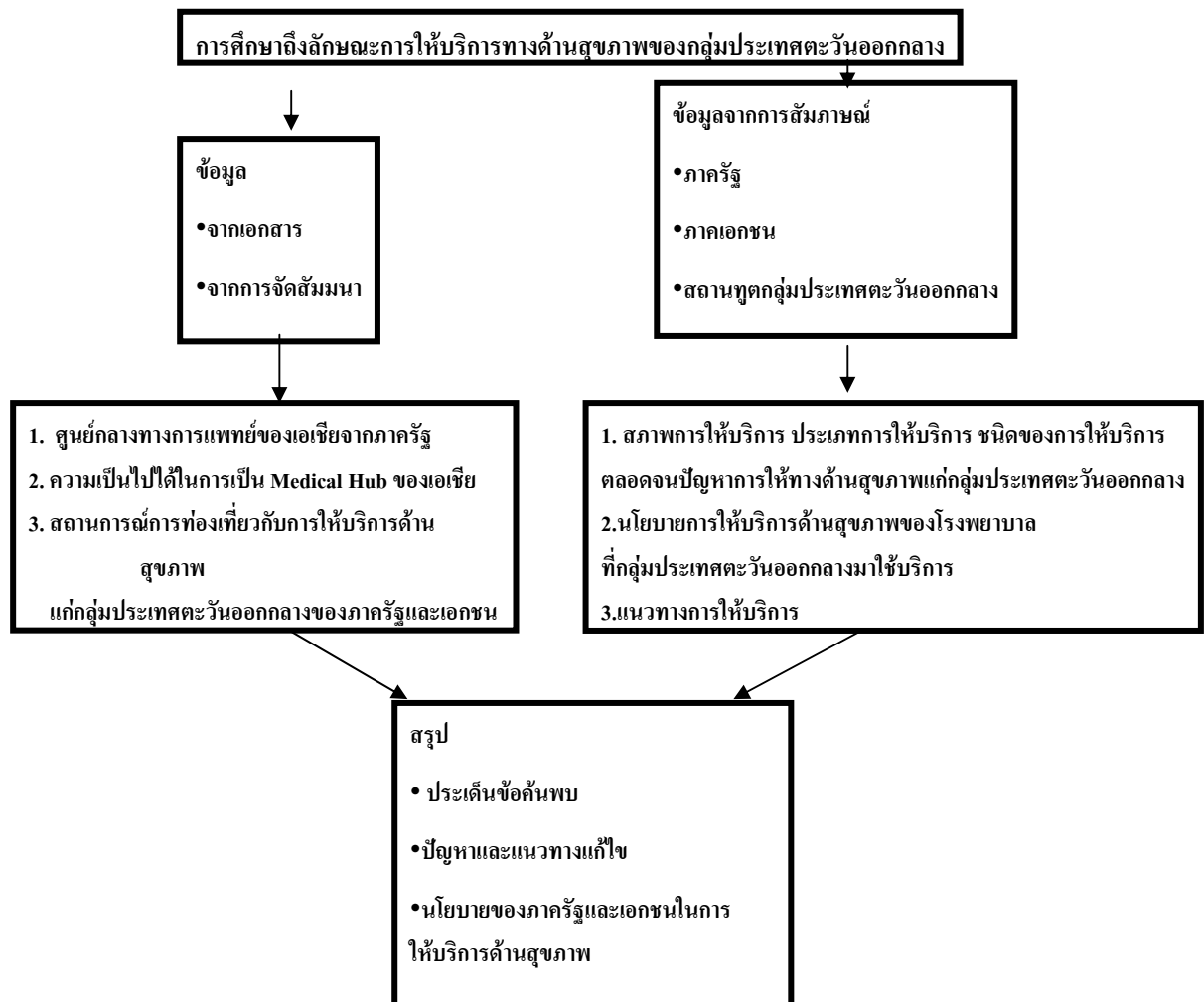
เนื่องจากโครงการวิจัยไทย-ตะวันออกกลาง โดยเฉพาะความร่วมมือด้านสุขภาพ แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เริ่มต้นตั้งแต่เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2550 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2551 เป็นการวิจัยลักษณะการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย และระยะที่ 2 เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 เป็นการวิจัยในปัจจุบันซึ่งเน้นในเรื่องของการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางโดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 กรอบการวิจัยในระยะที่ 2

ผู้วิจัยตระหนักดีว่าการวางแผนนโยบายสาธารณะในเรื่องบริการทางการแพทย์ของประเทศไทย จะสมบูรณ์จำเป็นต้องประกอบด้วยข้อมูลตลอดจนองค์ความรู้เกี่ยวกับทางด้านอุปสงค์และอุปทานของบริการสุขภาพ ตลอดจนนโยบายที่ชัดเจนของภาครัฐเกี่ยวกับทางด้านการคลังสาธารณสุข ที่เรียกว่า Public/Private Mixed Policy โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีจำนวนคนเข้าเมืองจากกลุ่มประเทศตะวันออกมากขึ้นทุกปี ฉะนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงถือว่าเป็นการศึกษาในระยะที่ 2 เน้นเรื่องของอุปทานหรือ Supply ของกลุ่มโรงพยาบาลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางเท่านั้น เพื่อเป็นภาพสะท้อน ให้ผู้ให้บริการพึงสนใจ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนและปรับปรุงในการให้บริการของตน ประกอบกับเป็นความรู้ที่ภาครัฐและเอกชนจะได้มีการวางแผนร่วมกันในอนาคตทั้งนี้เพื่อให้ประเทศไทยมีการใช้ทรัพยากรของประเทศทางด้านการแพทย์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาวิจัยเรื่องการให้บริการทางด้านสุขภาพ (อุปทานของบริการสุขภาพ) ของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ให้ขอบเขตของคำว่า “บริการทางด้านสุขภาพ” หมายถึง บริการทางการแพทย์ที่ประชาชนในประเทศตะวันออกกลางเดินทางเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลในประเทศไทย ในช่วงปี 2545 เป็นต้นมา ตามกรอบการวิจัย โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดังต่อไปนี้

รูปที่ 1 กรอบการวิจัยในระยะที่ 2



ลักษณะของการวิจัยมีทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

3.2 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ข้อมูลพื้นฐานของนักท่องเที่ยวจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย เพื่อทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย ในประเด็นต่างๆ ซึ่งได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) วัตถุประสงค์ของการเดินทาง (3) ปัจจัยในการเดินทาง (4) ทศนะคติของกลุ่มตะวันออกกลางที่มีต่อไทย (5) พฤติกรรมส่วนบุคคลในการท่องเที่ยว (6) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพในประเทศไทย และ (7) การให้บริการสุขภาพในประเทศไทย โดยใช้ค่าทางสถิติ frequency และ percentile และวิเคราะห์เชิงข้อมูลพรรณนา

3.3 การวิจัยเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาหลายรูปแบบเช่นการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อศึกษาข้อมูลคนไข้จากกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ข้อมูลทุติยภูมิ โดยแบ่งผู้ให้บริการตามรายประเทศ ประเภทของการให้บริการ ลักษณะการให้บริการ ซึ่งผลของการวิจัยอยู่ในการวิจัยระยะที่ 1 และสรุปผลไว้ในบทที่ 2 หัวข้อ 2.1 เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจน การวางแผนนโยบายร่วมกันของภาครัฐและเอกชน เกี่ยวกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub)

การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) โดยเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้บริการทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ในประเด็นคำถามต่างๆดังนี้ ประเภทของผู้มาใช้บริการ จำนวนของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางผู้มาใช้บริการ ชนิดของการให้บริการ เหตุผล ตลอดจนแรงจูงใจในการมาใช้บริการ อุปสรรคตลอดจนปัญหาที่ผู้ให้บริการประสบเมื่อให้บริการ โดยเก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์ จาก การอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) 3 ครั้ง ซึ่งได้แก่

- 1.การอภิปรายกลุ่มย่อยกับผู้บริหารหน่วยงานของรัฐบาลที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2552
- 2.การอภิปรายกลุ่มย่อยกับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญๆ เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลปิยะเวท ถึงลักษณะความต้องการของผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552
- 3.การอภิปรายกลุ่มย่อยกับภาครัฐและเอกชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กรมการตรวจคนเข้าเมือง ททท. เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เพื่อศึกษาข้อมูลคนไข้จากกลุ่ม ประเทศตะวันออกกลาง ข้อมูลทุติยภูมิ โดยแบ่งผู้ให้บริการตามรายประเทศ ประเภทของการให้บริการ ลักษณะการให้บริการ เอกสารที่ใช้ได้แก่

- เอกสารการสัมมนา ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย (ดูเอกสารภาคผนวก ก.)
- เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย” (ดูเอกสารภาคผนวก ข.)
- ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เรื่อง “การผลิตแพทย์โดยภาคเอกชนในประเทศไทย” (ดูเอกสารภาคผนวก ค.)
- เอกสารการสัมมนาเรื่อง “ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย” (ดูเอกสารภาคผนวก ง.)

- รายงานผลการพิจารณา จากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเรื่อง “แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย” (คูเอกสารภาคผนวก จ.)
- ข้อมูลที่รวบรวมโดยหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศเช่น กองตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย
- ข้อมูลจาก Web site โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลปิยะเวท และข้อมูลจาก Web site ของ **Daman Nation Health Insurance Company**
- ข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลจาก WHO Website ในเรื่อง Public/Private Partnership

3.4 ข้อจำกัดการวิจัย

การเก็บข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นที่จะทราบถึงลักษณะการให้บริการด้านการแพทย์แก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารของโรงพยาบาลชั้นนำที่สำคัญๆ ที่กลุ่มประเทศตะวันออกกลางนิยมส่งคนไข้มาเข้ารับการรักษา เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลพญาไท โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลปิยะเวท และโรงพยาบาลเวชธานี แต่เนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าวมีสภาพการแข่งขันทางด้านการตลาดกันอย่างรุนแรงจึงเป็นการยากแก่ผู้วิจัยในการที่จะเข้าถึงข้อมูลพร้อมทั้งรายละเอียดจำนวนผู้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลดังกล่าวได้อย่างเป็นทางการ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับสูงของสถานทูตในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่สำคัญๆ ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ของไทยเช่นประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ โอมาน กาตาร์ คูเวต และบาร์เรน ต่างมีนโยบายที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลพร้อมทั้งรายละเอียดของประชาชนของตนที่เข้ามาเข้ารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย เพียงแต่บอกปริมาณคร่าวๆ ที่เข้ามาใช้บริการในแต่ละปีเป็นต้น จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการที่เป็นลายลักษณ์เพียงแต่เป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่า

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลของการวิจัยซึ่งได้มาจากการศึกษาเอกสารและงานสัมมนาที่ผ่านมามาตลอดจนการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) มีรายละเอียดในประเด็นที่สำคัญๆดังนี้

4.1 นโยบายของรัฐบาลต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 ภาครัฐได้มีการจัดประกายให้วงการสาธารณสุขด้วยการประกาศนโยบายอย่างชัดเจนที่จะผลักดันให้ประเทศไทยเตรียมพร้อมสู่การเป็น Asia's Healthcare Hub หรือ ศูนย์กลางการดูแลสุขภาพแห่งเอเชีย โดยเล็งเห็นศักยภาพและความพร้อมทั้งในด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยและบุคลากรทางการแพทย์ไทยในสาขาต่างๆ ที่เปี่ยมด้วยประสบการณ์และมีความสามารถระดับนานาชาติ (ryt9.com, 2009)

เอกสารการประชุมกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า สืบเนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 22 เมษายน 2546 ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของเอเชียกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย โดยร่วมกับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน สภาหอการค้า สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำหรับความร่วมมือกับกลุ่มประเทศในตะวันออกกลาง ทางโครงการได้เจรจากับรัฐบาลประเทศกลุ่มตะวันออกกลาง รวมทั้งกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงพาณิชย์ ในความร่วมมือด้านวิชาการสปาไทย การนวดไทย และการรักษาพยาบาลในประเทศไทย (ryt9.com, 2009)

รายละเอียดอื่นๆเกี่ยวกับแผนพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวในเอเชียสามารถดูรายละเอียดในภาคผนวก ก

4.2 การตอบรับต่อนโยบายของรัฐบาลในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย ทั้งทางฝ่ายรัฐบาลและเอกชน จากการศึกษาศึกษาเอกสารและงานสัมมนาที่ผ่านมา

4.2.1 ความพร้อมของโรงพยาบาลในประเทศไทยในการรับผู้ป่วยชาวตะวันออกกลาง

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา (นพรัตน์ จวงพุ่ม, 2550) ศึกษาวิจัยถึงเรื่อง ศักยภาพของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครในการรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มีศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพใน 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านนโยบายในการรองรับการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ พบว่า 16 โรงพยาบาล มีนโยบายในการรองรับการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินนโยบายในการรองรับการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง⁷
2. ด้านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพทั้งสิ้นจำนวน 64 โรงพยาบาล โดยมาตรฐานที่โรงพยาบาลต่างๆ ได้รับมี 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐานเอชเอ (HA: Hospital Accreditation), มาตรฐานไอเอสโอ (ISO: International Organization for Standardization), และ มาตรฐานเจซีไอเอ (JCIA: Joint Commission Organization for Standardization)
3. ด้านการบริการทางการแพทย์ พบว่า โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมีบริการทางการแพทย์ที่หลากหลายและครอบคลุมทุกสาขาวิชาในการรักษาฟื้นฟู โดยผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ประเมินความสามารถในระดับมาก
4. ด้านหน่วยประสานงานชาวต่างชาติ พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีหน่วยประสานงานชาวต่างชาติจำนวน 19 โรงพยาบาล โดยผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ประเมินความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 3 เกณฑ์การแปลผลด้านศักยภาพด้านต่างๆของโรงพยาบาล

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการประเมิน
0-0.83	ไม่มี
0.84-1.67	น้อยที่สุด
1.68-2.5	น้อย
2.51-3.32	ปานกลาง
3.33-4.16	มาก
4.17-5	มากที่สุด

ที่มา: (นพรัตน์ จวงพุ่ม, 2550)

ทั้งนี้มีโรงพยาบาลในกรุงเทพฯที่มีศักยภาพครบทั้ง 4 ด้าน จำนวน 9 โรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 1 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 8 โรงพยาบาล นอกจากนี้ นพรัตน์ จวงพุ่ม (2550) ยังได้ชี้ประเด็นที่ควรมีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้นโยบายการเป็นศูนย์กลาง

⁷ เกณฑ์การแปลผลด้านศักยภาพด้านต่างๆของโรงพยาบาล แปลผลโดยกำหนดเกณฑ์น้ำหนักคะแนนที่ได้นำมาเทียบเกณฑ์น้ำหนักในแต่ละช่วงคะแนนจากระดับชั้น โดยกำหนด 6 ระดับ ตามหลักอันตรภาคชั้น (ดูตารางที่ 6)

สุขภาพของเอเชียประสบความสำเร็จคือ การพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารภาษาต่างประเทศให้แก่บุคลากรของไทย

จากงานของนพรัตน์ จวงพุ่ม (2550) ทำให้ทราบว่า โรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยต่างชาติที่ต้องการเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยโดยส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชน สำหรับภาพรวมในระดับประเทศไทยแล้ว สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจจำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกชาวต่างประเทศในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศโดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า ประเทศในกลุ่มตะวันออกกลางไม่อยู่ในสามอันดับแรกทั้งตารางแสดงร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเข้ารับการรักษา (ตารางที่ 4-5) จึงอาจเป็นไปได้ในหลายทาง กล่าวคือ ประการแรก จำนวนผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางถูกรวมอยู่ในส่วนประเทศอื่นๆ เนื่องจากการให้เลืกตอบโดยใช้ประเทศที่มีคนใช้ชาวต่างชาติเข้ารับการรักษาพยาบาลมากที่สุดสามอันดับแรก แม้ในบางโรงพยาบาลจะมีคนใช้ชาวตะวันออกกลางเป็นจำนวนมาก คนใช้เหล่านี้อาจมาจากหลายๆประเทศในกลุ่มตะวันออกกลาง ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถเลือกตอบเป็นกลุ่มประเทศได้ ทำให้คนใช้จากตะวันออกกลางถูกรวมอยู่ในประเทศอื่นๆ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 14.7 ถึง ร้อยละ 27.3 ประการที่สอง ข้อมูลที่น่าเสนออาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจาก การที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รับแบบสอบถามคืนไม่ครบทุกแห่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และประการสุดท้าย คือ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆแล้ว จำนวนผู้ป่วยจากประเทศในกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทยมีจำนวนไม่มากนัก

ตารางที่ 4 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยในชาวต่างประเทศเข้ารับการรักษา

ประเทศ	ทั้งราชอาณาจักร	กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
	Whole Kingdom	Bangkok	Central Region	Northern Region	Northeastern Region	Southern Region
จำนวนโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยในชาวต่างประเทศ	238	90	47	27	41	33
ประเทศที่เข้ารับการรักษาอันดับ 1						
สหภาพพม่า	14.7	6.7	14.9	11.1	-	57.6
สหราชอาณาจักร บริติชใหญ่ และไอร์แลนด์เหนือ	11.3	3.3	23.4	14.8	12.2	12.1
สาธารณรัฐประชาชนจีน	9.7	23.3	2.1	3.7	-	-
สหรัฐอเมริกา	7.6	6.7	6.4	22.2	4.9	3.0
เยอรมนี	5.5	-	-	3.7	14.6	18.2
กัมพูชา	4.2	4.4	4.3	-	7.3	-
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว	4.2	-	-	-	24.4	-
ประเทศอื่น ๆ	16.8	8.9	38.3	22.2	12.2	3.0
ไม่ตอบ	27.3	43.3	21.3	18.5	22.0	3.0
ประเทศที่เข้ารับการรักษาอันดับ 2						
สหราชอาณาจักร บริติชใหญ่ และไอร์แลนด์เหนือ	10.1	3.3	4.3	18.5	19.5	15.2
สหรัฐอเมริกา	9.2	3.6	12.8	18.5	9.8	3.0
สาธารณรัฐประชาชนจีน	6.3	6.7	12.8	7.4	2.4	-
ญี่ปุ่น	6.3	6.7	2.1	7.4	9.8	3.0
เยอรมนี	4.6	-	6.4	11.1	4.9	12.1
กัมพูชา	3.4	4.4	2.1	-	7.3	-
สิงคโปร์	2.9	6.7	2.1	-	-	-
ประเทศอื่น ๆ	16.8	16.9	19.1	7.4	14.6	21.2
ประเทศที่เข้ารับการรักษาอันดับ 3						
สหรัฐอเมริกา	6.3	4.4	2.1	7.4	9.8	12.1
เยอรมนี	6.3	-	17.0	-	7.3	12.1
สหราชอาณาจักร บริติชใหญ่ และไอร์แลนด์เหนือ	5.5	3.3	8.5	11.1	9.8	-
สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี	4.6	10.0	-	7.4	-	-
ญี่ปุ่น	3.8	1.1	2.1	3.7	9.8	3.0
สหภาพพม่า	3.8	3.3	6.4	11.1	-	-
อินเดีย	2.1	4.4	2.1	-	-	-
ประเทศอื่น ๆ	17.2	20.0	17.0	18.5	19.5	12.1

ที่มา: (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ตารางที่ 5 ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ป่วยนอกชาวต่างประเทศเข้ารับการรักษา

ประเทศ	ทั่วราชอาณาจักร Whole Kingdom	กรุงเทพมหานคร Bangkok	ภาคกลาง Central Region	ภาคเหนือ Northern Region	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ Northeastern Region	ภาคใต้ Southern Region
จำนวนโรงพยาบาลฯ ที่มีผู้ป่วยนอกชาวต่างประเทศ	273	93	70	30	45	35
ประเทศที่เข้ารับการรักษาระดับ 1						
สหภาพพม่า	14.7	7.5	21.4	6.7	-	45.7
สาธารณรัฐประชาชนจีน	9.9	23.7	4.3	3.3	-	-
สหราชอาณาจักร บริติช ไทแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ	9.5	1.1	8.6	13.3	13.3	22.9
สหรัฐอเมริกา	8.1	7.5	2.9	30.0	8.9	-
เยอรมนี	6.6	-	2.9	6.7	20.0	14.3
ญี่ปุ่น	5.1	3.2	11.4	10.0	-	-
อินเดีย	4.4	7.5	7.1	-	-	-
ประเทศอื่น ๆ	17.6	47.3	40.0	26.7	57.8	14.3
ไม่ตอบ	24.2	41.9	14.3	16.7	20.0	5.7
ประเทศที่เข้ารับการรักษาระดับ 2						
สหราชอาณาจักร บริติช ไทแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ	11.4	2.2	10.0	13.3	22.2	20.0
สหรัฐอเมริกา	11.4	6.5	15.7	16.7	11.1	11.4
สาธารณรัฐประชาชนจีน	6.2	7.5	12.9	-	2.2	-
เยอรมนี	5.9	-	7.1	10.0	6.7	14.3
สหภาพพม่า	4.8	6.5	1.4	13.3	-	5.7
กัมพูชา	2.9	3.2	5.7	-	2.2	-
อินเดีย	2.6	4.3	1.4	-	-	2.9
ประเทศอื่น ๆ	14.7	14.0	14.3	16.7	17.8	5.7
ประเทศที่เข้ารับการรักษาระดับ 3						
ญี่ปุ่น	8.1	6.5	5.7	10.0	17.8	2.9
สหรัฐอเมริกา	7.3	8.6	-	10.0	4.4	17.1
เยอรมนี	6.6	1.1	12.9	6.7	6.7	8.6
สหภาพพม่า	3.7	4.3	2.9	6.7	-	2.9
กัมพูชา	3.3	3.2	5.7	-	-	5.7
สหราชอาณาจักร บริติช ไทแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ	3.3	1.1	5.7	10.0	2.2	-
ออสเตรเลีย	2.9	2.2	-	-	6.7	8.6
ประเทศอื่น ๆ	16.1	15.1	22.9	23.3	6.7	5.7

ที่มา: (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

จากข้อมูลของสำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ คนไข้ชาวตะวันตกออกกลางเดินทางมายังประเทศไทยทั้งสิ้น 169,051 คน (12.46 % ของคนไข้ชาวต่างชาติที่เดินทางมาในไทยทั้งสิ้น) โดยมีคนไข้จากประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอันดับแรกจำนวนมากที่สุด คือ 91,859 คน โอมาน

34,356 คน และ กาตาร์ 18,709 คน (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551)
 รวบรวมได้ ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนชาวตะวันออกกลางที่รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนไทย 55 แห่งในปี พ.ศ. 2550

ประเทศ	จำนวนคนไข้ (คน)	สัดส่วน (ร้อยละ)
สหรัฐอเมริกา	91,859	6.70
โอมาน	34,356	2.52
คูเวต	6,205	0.47
บาห์เรน	3,304	0.25
กาตาร์	18,709	1.39
เยเมน	2,763	0.25
อื่น (อิสราเอล,อิหร่าน, ซาอุดีอาระเบีย)	11,894	0.88
รวมทั้งสิ้น	169,901	12.46

ที่มา: สำนักส่งเสริมธุรกิจบริการ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลเหล่านี้รวบรวมจากตัวเลขที่โรงพยาบาลรายงานเข้ามาจำนวน 55 โรงพยาบาล
 ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งอาจไม่ครบถ้วน

กลุ่มคนไข้จากประเทศตะวันออกกลาง เป็นกลุ่มที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ให้ความสนใจในการให้บริการแก่ลูกค้ากลุ่มนี้มากขึ้น (มณศรี พันธุลาภ, ภาคผนวก ข: สัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย", 2551) จากรายงานประจำปีของโรงพยาบาลเอกชนชั้นนำที่มีนโยบายในการหารายได้จากการให้การรักษาชาวต่างชาติพบว่า โรงพยาบาลเหล่านี้มองว่าการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์นั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้นในอนาคต (บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด, 2550) (Bamrungrad Hospital Public Company Limited, 2009) จากเอกสารประกอบคำบรรยายของนายแพทย์อองอาจ วงษ์ขมทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า โรงพยาบาลกรุงเทพมีผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง คือ สหรัฐอเมริกา 24.7 เปอร์เซ็นต์ โอมาน 3.6 เปอร์เซ็นต์ และ การ์ตา 4.4 เปอร์เซ็นต์ จากจำนวนผู้ป่วยต่างชาติของโรงพยาบาลทั้งสิ้น 150,023 คน คิดเป็น 20 เปอร์เซ็นต์ของคนไข้ทั้งหมดที่โรงพยาบาลทำการรักษา ปัจจัยหลักที่ทำให้คนไข้กลุ่มนี้เลือกเดินทางมารับการรักษาที่ประเทศไทยคือ คุณภาพการรักษาที่ดีและ ความมีอัธยาศัยที่ดี (Thai hospitality) (อองอาจ วงษ์ขมทอง, 2552)

สำหรับโรงพยาบาลของรัฐบาลแล้ว แม้จะมีโครงการต่างๆที่มีลักษณะในทางปฏิบัติเสมือนเอกชนในโรงพยาบาลรัฐบาล เช่น โครงการ The heart by Siriraj ที่มุ่งเน้นรักษาคอนไชน์ในกลุ่มที่มีรายได้สูง เพื่อสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล ก็มีได้มีจุดมุ่งหมายที่เน้นการหารายได้จากคนไข้ต่างชาติ และมีจำนวนคนไข้ต่างชาติที่เข้ามาทำการรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนน้อยมาก (วิโรจน์ ฅ.ระนอง, อัญชนา ฅ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551) จึงอาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลที่เป็นอุปทานของคนไข้ชาวตะวันตกออกกลางนั้นเป็นโรงพยาบาลเอกชน

4.2.2 ปัญหาในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวประเทศตะวันตกที่มาใช้ในประเทศไทย
แพทย์หญิงประภา วงศ์แพทย์ ได้กล่าวสรุปถึงอุปสรรคของการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวต่างชาติเพื่อส่งเสริมโครงการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไว้ 5 ประการ (มณิศรี พันธูลาก, ภาคผนวก ข.: สัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย", 2551) ดังนี้

1. ภาษาและวัฒนธรรม ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการสุขภาพ แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งของไทยจะมีล่ามไว้คอยช่วยเหลือถึง 29 ภาษา รวมทั้งภาษาใบ้ด้วย รวมทั้งเรื่องของวัฒนธรรมปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดอาหารฮาลาลไว้ให้บริการ รวมถึงการจัดห้องทำละหมาด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในวัฒนธรรมที่แตกต่าง
2. กฎหมายคุ้มครองผู้ป่วย ผู้รับบริการสุขภาพมีความกังวลถึงระบบสิทธิของผู้ป่วยเรื่องการฟ้องร้องสิทธิที่พึงจะได้หลังจากรับบริการรักษา การคุ้มครองทางกฎหมายและ ระบบศาลยุติธรรม
3. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจาก ผู้รับบริการสุขภาพมีความกังวลถึงบุคคลที่จะให้บริการแก่ตนเองเนื่องจากความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม
4. ความคุ้มครองของการประกันสุขภาพจากประเทศของตน
5. ความกังวลว่า การไปใช้บริการด้านสุขภาพจากต่างประเทศเป็นการดูถูกรักษาการด้านสุขภาพของคนในประเทศนั้นๆ

นอกจากนี้แพทย์หญิงประภา ยังได้ให้ทัศนะในด้านการแข่งขันกับประเทศอื่นๆที่ให้บริการด้านสุขภาพว่า ประเทศไทยมีข้อขัดข้องเรื่องการต่างประเทศ ได้แก่ การขอวีซ่า ดังนั้น ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลมีการบริการต่อวีซ่าในโรงพยาบาล แต่ขณะที่สิงคโปร์คู่แข่งการบริการสุขภาพไทยมีบริการที่ดีกว่าในการรับคนไข้ต่างประเทศ เช่น บริการขอวีซ่าให้ และขณะที่อินเดีย ก็มีนโยบายการนำเข้าโดยไม่เสียภาษีและเปิดการทดลองยาเสรี และโปรโมทการนำเข้าอุปกรณ์ที่ทันสมัยทางการแพทย์ ขณะที่ไทยยังมีระเบียบข้อบังคับของการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์

จากเอกสารประกอบคำบรรยายของนายแพทย์อองอาจ ชีให้เห็นถึงอุปสรรคของการพัฒนาความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของไทย (อองอาจ วงษ์ข่มทอง, 2552) คือ

1. การขาดความร่วมมืออย่างจริงจังระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน
2. การสื่อสารภาษาอังกฤษและระบบงานที่ไม่ได้มาตรฐาน
3. ข้อจำกัดด้านจำนวนและการกระจายของแพทย์
4. ปัญหาด้านการเมือง การคมนาคม ความปลอดภัยและความสะอาด

4.2.3 ผลกระทบจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย

เหตุผลหลักที่ทำให้ภาครัฐของไทยและประเทศอื่นๆพยายามหาผู้ป่วยจากต่างชาติเข้ามารักษากายในประเทศคือ รายได้จากการให้การรักษาคอนไข้จากต่างประเทศจำนวนมหาศาล ข้อมูลการประมาณการรายได้จากผู้ป่วยต่างชาติที่เดินทางมารักษาพยาบาลในประเทศไทย จากกรมส่งเสริมการส่งออก กระทรวงพาณิชย์ ประมาณการรายได้จากการรักษาพยาบาลไว้ที่ 36,000 ล้านบาท และมีคนไข้ต่างชาติเข้ามารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 1.33 ล้านคนในปี พ.ศ. 2549 และรายได้จากการรักษาพยาบาล 41,000 ล้านบาท และมีคนไข้ทั้งสิ้น 1.37 ล้านคนในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งนอกจากรายได้จากการรักษาพยาบาลแล้ว ประเทศไทยยังได้รับรายได้จากค่าที่พักและการท่องเที่ยวของทั้งคนไข้และผู้ติดตามอีกประมาณ 9,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2549 และ 10,250 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2550 (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551)

อย่างไรก็ตาม นอกจากผลดีที่ประเทศไทยได้รับจากการรับคนไข้ชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยแล้ว การรับคนไข้ชาวต่างชาติเข้ามารับการรักษาในประเทศไทยก็ได้รับการวิจารณ์จากหลายๆ มุมมองว่าอาจนำผลเสียมาสู่ระบบสุขภาพของไทยได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลากรทางการแพทย์

4.2.4 ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์

หากคนไข้จากต่างประเทศเลือกที่จะเข้ามารับการรักษาจากโรงพยาบาลในประเทศไทยเพิ่มขึ้นแล้ว ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เฉพาะทางที่มีทักษะสูงเพื่อทำการรักษาคอนไข้เหล่านั้นย่อมเพิ่มมากขึ้น ผลก็คือ แพทย์ที่มีทักษะสูงถูกดูดไปสู่ภาคที่มีกำลังซื้อสูงจากต่างประเทศ รายงานจากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์เชื่อว่า การที่แพทย์ที่มีทักษะสูงใช้เวลาทำการรักษาพยาบาลให้การชาวต่างประเทศทำให้คนส่วนใหญ่ของประเทศมีโอกาสที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำลงหรือเข้าถึงยากขึ้นและได้รับการดูแลในเวลาที่ยากลำบากขึ้น โดยประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ “แนวโน้มที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกำลังสำคัญทั้งในด้านการสอนและการบริหารในโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลตติยภูมิของภาครัฐถูกดึงตัวออกมาจากภาครัฐ เนื่องจากการขยายตัวของภาคเอกชนเพื่อดึงดูดหรือรองรับคนไข้ชาวต่างชาติ แพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางถูกดึงตัวจากภาครัฐ โดยเสนอค่าตอบแทนที่สูงกว่าที่ได้รับจากภาครัฐหลายเท่าตัว และมีการดึงตัวต่อกันเป็นทอดๆ จนอาจทำให้ศักยภาพและความสามารถของระบบบริการ และการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ของภาครัฐด้อยหรือ

เสื่อมลงไป ก่อให้เกิดปัญหาความเสื่อมถอยในระบบของรัฐในระยะยาว” (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551) จากงานวิจัยข้างต้น ทำให้เราสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การที่โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งมีนโยบายให้การรักษาชาวต่างชาติที่มีกำลังซื้อสูง ทำให้เกิดความต้องการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะมารักษาคนไข้เหล่านั้น เมื่อโรงพยาบาลได้รับรายได้สูงจากคนไข้ต่างชาติก็ยินดีจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์ในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับค่าตอบแทนที่แพทย์ได้จากภาครัฐ ทำให้แพทย์ผู้มีทักษะสูงบางส่วนตัดสินใจร่วมงานกับเอกชน ผลที่ตามมาต่อโรงพยาบาลของรัฐคือ ความขาดแคลนแพทย์ที่มีทักษะสูงและขาดอาจารย์แพทย์ ทำให้ระบบสุขภาพของภาครัฐเสื่อมถอยลง โรงพยาบาลรัฐอาจทำการรักษาได้เพียงโรคพื้นฐานเท่านั้นในอนาคต

อย่างไรก็ตาม ข้อความกล่าวอ้างข้างต้นตรงกันข้ามกับความเห็นของแพทย์สิน อนุราษฎร์ ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ซึ่งกล่าวในงานสัมมนาเรื่อง ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชียว่า “จำนวนแพทย์ที่ทำการรักษาชาวต่างชาติคิดเป็นสัดส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับแพทย์ที่ทำการรักษาคนไทย คนทั่วไปมักเข้าใจว่าแพทย์เหล่านั้นมาจากโรงเรียนแพทย์ในเมืองไทย แต่ในความเป็นจริงแล้ว 80-90 เปอร์เซ็นต์ของแพทย์ที่ทำการรักษาชาวต่างชาติในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมาเป็นหมอที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งหากไม่มีโรงพยาบาลเอกชนที่ให้แพทย์เหล่านี้ทำการรักษาในเมืองไทย แพทย์เหล่านี้จะไม่กลับมารักษาในเมืองไทย นอกจากนี้ อาจารย์แพทย์หลายแห่งในเมืองไทยอ้างว่า แย้งเขาว่า แต่ทางโรงพยาบาลก็มีแพทย์เต็มแล้ว นอกจาก qualification คือจริงๆจริงรับ” (มณิศรี พันธุลาภ, ภาคผนวก ข: สัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย", 2551)

นอกจากผลกระทบด้านทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพแล้ว ผลกระทบอีกด้านหนึ่งซึ่งอาจเกิดขึ้นได้คือ การขึ้นราคาค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนหลังจากการรับคนไข้ชาวต่างชาติมาเข้ารับค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก ซึ่งปรากฏหลักฐานการขึ้นค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งเกิดขึ้น หลังจากการรับคนไข้ชาวต่างชาติเข้ามารักษาพยาบาล แม้ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่า การขึ้นค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้เกิดขึ้นจากการรับชาวต่างชาติเข้ารักษาพยาบาล (วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์, 2551)

4.3 ผลจากการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) กับภาครัฐบาล

4.3.1 นโยบายของภาครัฐต่อการให้บริการด้านสุขภาพชาวตะวันออกกลาง

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอย่างชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ซึ่งคนไข้ชาวตะวันออกกลางเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนต้องการให้เข้ามารับการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยมีสำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาท

สำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้เป็นจริงในทางปฏิบัติ (วิศิษฐ์ ตั้งนภกร, 2552) (ชเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2552)

นโยบายพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางสุขภาพนั้นนอกจากมติคณะรัฐมนตรีวันที่พฤษภาคมที่ 30 มิถุนายน 2547 จากการเสนอของภาคเอกชนโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ และมีกระทรวงพาณิชย์และโรงพยาบาลเอกชนร่วมมือกัน โดยในทางปฏิบัติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัด Road show รัฐบาลช่วยออกงบการตลาดและจัดการประชุม ทำให้คนไข้ในกลุ่มประเทศตะวันออกกลางซึ่งแต่เดิมเคยรักษาพยาบาลในประเทศทางยุโรปเช่น เยอรมัน เริ่มเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) หลังจากคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติเข้ามาบริหารประเทศในปี 2549 ทำให้นโยบายพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางสุขภาพของเอเชียต้องยุติลง หลังจากนั้น รัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศมีนโยบายส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพทุกรัฐบาล แต่ในทางปฏิบัติแล้วมิได้มีโครงการใดเกิดขึ้นมา เนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุขยังคงให้การสนับสนุนประชาสัมพันธ์ให้คนไข้ชาวต่างชาติเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทย ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขกำลังยกร่างแผนยุทธศาสตร์พัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในระดับนานาชาติ ในระหว่างปี พ.ศ. 2553- พ.ศ. 2557 (ชเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2552)

4.3.2 ผลกระทบจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย

จากการศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่างๆ พบว่า รายได้เข้าประเทศเป็นแรงจูงใจหลักของการให้บริการทางการแพทย์แก่คนไข้ชาวต่างชาติในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ผลของการรักษาชาวต่างชาติต่อระบบสุขภาพของไทยก็นับว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเช่นกัน ดังนั้น ประเด็นคำถามต่อผู้ทำงานในภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ผลดีและผลเสียต่อระบบสุขภาพจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวต่างชาติรวมทั้งชาวตะวันออกกลางในประเทศไทย

การที่คนไข้ชาวตะวันออกกลางเลือกเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทย อาจทำให้คุณภาพของโรงพยาบาลโดยทั่วไปดีขึ้น (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีนโยบายสร้างรายได้จากชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลต้องพัฒนาคุณภาพเพื่อแข่งขันกับประเทศอื่นๆ ซึ่งต้องการรายได้จากคนไข้กลุ่มนี้เช่นกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย เมื่อโรงพยาบาลเอกชนเกิดการพัฒนานี้ขึ้น ก็จะทำให้โรงพยาบาลของรัฐต้องพัฒนาตามไปด้วยเนื่องจากสภาพการแข่งขันโดยทั่วไป

การพัฒนาทางเทคโนโลยี เช่น ระบบการให้คำปรึกษาและ telemedicine อาจได้รับการพัฒนาขึ้นได้ (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) เนื่องจากคนไข้ชาวต่างชาติกระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ทำการรักษาต้องรักษาให้ได้มาตรฐานสากล ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ต่างๆ และเกิดการเรียนรู้ในโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทย (วิศิษฐ์ ตั้งนภกร, 2552)

4.3.3 ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์

อีกมุมมองหนึ่งซึ่งมองว่าการที่แพทย์ชาวไทยทำการรักษาคนต่างชาตินั้นเป็นผลดีต่อประเทศให้เหตุผลว่า เนื่องจากการที่ระบบสุขภาพของไทยต้องเสียแพทย์ส่วนหนึ่งเพื่อรักษาคนต่างชาติ ทำให้เราต้องผลิตแพทย์เพิ่ม ซึ่งผลคือ ทำให้คนไทยมีงานดีๆ ทำจำนวนมากขึ้น (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทนั้นมิได้เกิดจากนโยบายการรับคนต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทยแต่เกิดจากการบริหารจัดการโดยทั่วไปและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งทำให้เกิดความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552)

4.3.4 การร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/Private Partnership - PPP)

ความร่วมมือทางการแพทย์ระหว่างเอกชนกับรัฐบาลในส่วนของบริการทางการแพทย์ เช่น แพทย์ในประเทศไทยนั้น เป็นการร่วมมือกันอย่างไม่เป็นทางการเท่าใดนัก เช่น แพทย์หรืออาจารย์แพทย์ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐในเวลาราชการและออกไปทำงานให้กับสถานพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ในเวลาหลังเลิกงาน แต่สำหรับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในเรื่องของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมกันยังไม่ดีเท่าใดนัก (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552)

ในส่วนของราคาค่าคนไข้ต่างประเทศและคนไข้ชาวไทยนั้น รัฐบาลควรให้โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้กำหนด ซึ่งไม่ควรคิดราคาชาวต่างชาติสูงกว่าชาวไทยหากมิได้มีต้นทุนที่สูงกว่า เช่น โรงพยาบาลเอกชนอาจคิดราคาชาวต่างชาติสูงกว่า หากต้องมีบริการล่าม หรือ ผู้ป่วยต่างชาติคุยกับแพทย์นานกว่าผู้ป่วยชาวไทย มิฉะนั้นแล้ว ราคาควรเท่ากัน (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) ซึ่งในทางปฏิบัติแล้ว หากเมื่อใดก็ตามที่ประเทศไทยประกาศคิดราคาคนต่างชาติสูงกว่าคนไทยโดยมิได้มีต้นทุนเพิ่มขึ้นด้วยศักยภาพทางการแข่งขันทางด้านนี้ของประเทศจะลดลงทันที ประเทศคู่แข่ง เช่น ประเทศสิงคโปร์ จะโจมตีเพื่อชิงข้อได้เปรียบเพื่อดึงคนไข้จากต่างชาติไปรักษาพยาบาลในสิงคโปร์ เป็นต้น (วิศิษฐ์ ตั้งนภกร, 2552)

หากมีคนไข้จากต่างชาติจำนวนมากต้องการเข้ามาทำการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ทำให้ความต้องการแพทย์มากขึ้น ในส่วนของกรนำเข้าแพทย์จากต่างชาตินั้น อาจจะไม่ใช่ทางแก้ปัญหานี้เนื่องจาก แพทย์ที่เป็นที่ต้องการจริงๆ สำหรับการรักษาวต่างชาตินั้นจะเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีทักษะสูงมากเท่านั้น (ชเรศ กริษนัยรวิวงศ์, 2552) หากจะเอาแพทย์ต่างชาติมาทำการรักษาคนไทยแล้ว การควบคุมคุณภาพเป็นสิ่งที่กระทรวงฯกังวล (วิศิษฐ์ ตั้งนภกร, 2552)

สำหรับการให้เอกชนผลิตแพทย์แล้ว นโยบายให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถผลิตแพทย์สำหรับรักษาชาวต่างชาติเองได้ควรได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมิได้มีข้อกำหนดห้ามโรงพยาบาลเอกชนผลิตแพทย์ แต่ปัจจัยด้าน คือ โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถอนุญาตให้นักศึกษาแพทย์ดูประวัติตลอดจนตรวจดูคนไข้ได้อย่างใกล้ชิดได้อย่างโรงพยาบาลของภาครัฐ (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) (ชเรศ กริษนัยรวิวงศ์, 2552)

4.4 ผลจากการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) กับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

เนื่องจากแนวคิดของโรงพยาบาลเอกชนอันเป็นแรงผลักดันที่สำคัญยิ่งที่จะผลักดันโครงการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชีย ผู้วิจัยจึงเข้าร่วมเก็บข้อมูลจากการประชุมประจำเดือนของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน โดยได้รับข้อมูลจากภาคเอกชนมา ดังนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับการเป็น world class hospital ของประเทศไทย
 - เป็นไปได้ แต่รัฐบาลต้องสนับสนุนเต็มที่ ไม่ใช่ ปากว่าตาขีป ออกกฎเต็มไปหมดทำให้ภาคเอกชนไม่สามารถแข่งขันกับเอกชนจากต่างชาติได้
- แนวคิดเกี่ยวกับการเป็น world class medical school
 - ไม่เกี่ยวกับโรงพยาบาลเอกชน แม้เอกชนมีความต้องการจะผลิตหมอ รัฐยังไม่ยอมเลย
- ประเทศกลุ่มตะวันออกกลางที่มารับบริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก (เรียงจากมากไปน้อย)
 - 1. UAE 2. Qatar 3. Oman 4. Kuwait 5. Barren & Saudi Arabia (รพ.กรุงเทพฯและสมิติเวช ใกล้เคียงกัน)
- ประเภทและชนิดของการให้บริการ 5 ลำดับแรก (เรียงจากมากไปน้อย)
 - ขึ้นกับว่า แต่ละโรงพยาบาลมี Specialist ด้านใด เช่น โรงพยาบาลสมิติเวช เชี่ยวชาญด้านเด็ก ก็จะมีเด็กมาเยอะ
- ความพึงพอใจที่ผู้รับบริการจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางที่มีต่อสถานพยาบาลนั้นๆ
 - พึงพอใจทำให้คนไข้ชาวต่างชาติเลือกมาโรงพยาบาลในประเทศไทยและมาต่อเนื่องเรื่อยๆ
- ศักยภาพของการให้บริการสุขภาพของประเทศตะวันออกกลาง
 - เรามีศักยภาพเต็มที่ ถ้าถึงเลือกมา เช่น ตามโรงพยาบาลใหญ่ๆ
- ปัญหาของการให้บริการสุขภาพของประเทศตะวันออกกลาง
 - ปัญหา 1. Communication – Languages
 - 2. โรคยากๆ รักษาบ้านเค้าไม่ได้ รักษายุโรปไม่หาย
 - 3. ระบบการเบิกจ่าย จ่ายยาก จ่ายช้า ชักดาบ เน้นรับคนไข้ที่มีประกัน เพราะประกันจ่าย แต่ส่วนเกินจากประกันอาจโดนชักดาบได้
 - เวลามีคนไข้แถมมากๆ คนไทยรับไม่ได้เลย ไปใช้บริการที่อื่น
- แนวคิดของภาคเอกชนต่อผลดีและผลเสียในการเป็น Medical Hub ต่อระบบสุขภาพของไทย
 - ผลดี พัฒนานุคลากร

- ผลเสีย ความขาดแคลนทรัพยากร ถ้าผลิตบุคลากรไม่ทัน
- แนวคิดของภาคเอกชนต่อผลดีและผลเสียในการเป็น Medical Hub ต่อทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพของไทย
 - Medical Hub ถูกทำให้เป็นผู้ร้าย ทั้งๆที่ไม่มี Evidence Based ว่าไปแย่งหมอจากชาวไทย
 - อยากได้วิจัยว่าทำไมหมอถึงออกจากภาครัฐไปภาคเอกชน หมอบางคน อยากทำงานช่วยคนจน แต่ภาครัฐไม่มีเวทีให้ ในขณะที่ภาคเอกชนมีเวทีให้
 - อยากให้คิดถึงหมอที่ออกไปขายประกัน เป็น ศส. ขายแอมเวย์ด้วย
- Public/private mixed บทบาทของภาคเอกชนและภาครัฐควรเป็นอย่างไร
 - บางกรณี เช่น public hospital เดียงขาด ในขณะที่เดียวกัน private hospital เดียงว่าง น่าจะมีการประสานกันในราคาที่รับกันได้
 - อาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลเอกชน พยาบาลจากภาครัฐมาทำ part-time ที่รพ. เอกชน
 - Part-time ราชการ อาจารย์จากภาครัฐมาทำเอกชนเป็นบางวันได้ เช่น 2.5 วันอยู่ภาครัฐ อาจารย์แพทย์เหล่านี้จะได้ไม่ต้องลาออกจากภาครัฐ
- ความเห็นเกี่ยวกับการให้ tax incentive ของภาครัฐควรเป็นอย่างไร
 - รพ.เอกชนไม่ต้องการลดภาษี เพราะกลัวโดนสังคมประณาม สิ่งที่ต้องการคือ
 1. ระบบบัญชี ส่งสรรพากร ที่ยืดหยุ่นขึ้น เพราะการตัดหนี้สูญตามกฎหมายปัจจุบันทำให้โรงพยาบาลต้องฟ้องคนไข้ บางครั้งทางโรงพยาบาลรับคนไข้อุบัติเหตุแถมไถ่แล้วไม่ทราบชื่อสกุล คนไข้ตาย ก็ไม่อยากฟ้องคนไข้
 2. ความเสมอภาคในการจ่ายภาษี
 - ตอนนี้เริ่มมีการพูดเรื่องการควบคุมราคาขายและราคาห้อง ต้องเบรกละ เพราะเอกชนเป็นโรงพยาบาลทางเลือก ถ้าควบคุมค่าห้องและราคาขายก็อาจทำให้เอกชนบางแห่งต้องปิดตัวลง
- ความเป็นไปได้ในความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์
 - ต้องหาระเบียบเรื่องการผลิตแพทย์แล้วแก้ไข ที่เอกชนผลิตแพทย์ไม่ได้เพราะ เอกชนอยู่ใน พรบ.สถานพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มีการเรียนการสอน
 - เป็นไปได้มาก เอกชนต้องการผลิตแพทย์แต่ภาครัฐไม่ยอม
 - การร่วมมือกันระหว่างรัฐกับเอกชนในเรื่องเครื่องมือราคาแพง เช่น Cobolt สำหรับฉายแสง เมื่อเอกชนซื้อราคาแพง รัฐก็ไม่เข้ามาใช้ด้วยเพราะแพง พอรัฐเป็นฝ่ายซื้อก็จะเปิดใช้ 8 น. -16 น. ทำให้เอกชนที่ต้องการใช้ตอนเย็นและตอนกลางคืนไม่อาจร่วมใช้ด้วยได้

- ข้อเสนอแนะต่อภาครัฐเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง
- 3 จังหวัดภาคใต้ มีความคล้ายกับ Middle East ด้าน cultures ฯลฯ อีกหลายด้าน น่าจะให้ความร่วมมือ อาจเอาคนพวกนี้มาเรียนแพทย์

4.5 ผลจากการสัมมนาผู้บริหารในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

เพื่อให้นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยเป็นไปอย่างเป็นรูปธรรมและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยเห็นสมควรเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในเรื่องของการวางแผนยุทธศาสตร์ของการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย กล่าวคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนหนึ่งท่าน และ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (ภาครัฐ) หนึ่งท่านมาร่วมสัมมนาเรื่อง “ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชีย” ซึ่งการสัมมนาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นครั้งนี้ มีผู้เข้าสัมมนาจำนวนทั้งสิ้น 25 คน

4.5.1 ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์จากมุมมองภาคเอกชน

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์ ซึ่งเป็นอดีตนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนได้เสนอ ความคิดเห็นในมุมมองท่าน ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ คือ

- หากมองจากอดีตถึงปัจจุบันในเรื่องนี้ เราเริ่มจะรู้สึกตัวว่ามีชาวต่างชาติเข้ามารักษาในเมืองไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ 2540 ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย คนไข้ที่เคยรักษาเอกชนก็ Shift ไปรัฐบาล คนไข้ที่เคยไปโรงพยาบาลรัฐบาลก็ shift ไปซื้อยากินเอง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนรู้สึกว่าคุณค่าคนรับคนไข้ชาวต่างชาติมากขึ้น โดยช่วงแรก ก็เป็นชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย และต่อมาก็เป็นชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาโดยตรงมากขึ้น ในอดีต ชาวต่างชาติเหล่านี้ เวลาเจ็บป่วยในไทยก็ไปสิงคโปร์ แต่หลังจากได้มีการพัฒนาโรงพยาบาลให้เข้ากับคนไข้ต่างชาติมากขึ้น ทำให้คนไข้ต่างชาตินิยมโรงพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น หากมองปี 2544-2547 ก็จะพบว่าเพิ่มปีละ 27.20 % ต่อปี ก่อนหน้านี้ ไทยเหมือน Unknown Champion พอปี เกือบ 47 สิงคโปร์เริ่มรู้สึกตัวว่า สูญเสียคนไข้เข้ามาในประเทศไทย คนไข้ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์โรงพยาบาลเดียวมากกว่าคนไข้ชาวสิงคโปร์ทั่วประเทศ
- มีเพียง 32 ประเทศที่ยอมตกลงในเรื่อง health care services คนไข้จากประเทศพัฒนาแล้วมารักษาในประเทศด้อยพัฒนาด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เขาไม่ได้รับการ coverage จากประกัน หรือเป็นโรคไม่มีใครจ่ายให้ หรือ รอคิวนาน หรือ confidentiality ซึ่งไม่ได้รับการพูดถึงมาก คนไข้ไม่ต้องการให้ การรักษาต่างๆ ปรากฏใน Medical Record เช่น การเปลี่ยนเพศ การมีบุตรยาก เขาต้องการ Anonymous ทำให้รัฐบาลอยาก

เห็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ทำให้สภาพัฒน์ร่วมมือกับสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ภายใต้ Umbrella ของสภาหอการค้า จะมี คณะบริการพัฒนาธุรกิจด้านสุขภาพ และ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน 3 หน่วยงานนี้ได้ร่วมมือกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ให้ ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ

- **คู่แข่งที่สำคัญของเราคือ ประเทศในเอเชีย** ในขณะที่เราได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ในปี 2004 เราต้องการให้มีรายได้ 63000 ล้านบาท ในปี 2008 ขณะนั้นเรามีรายได้ 35000 ล้านบาทจากคนไข้ชาวต่างชาติ ขณะนั้น ครึ่งหนึ่งของรายได้เข้า Medical Sector ส่วนที่เหลือ เข้าภาคอื่นเช่น transportation, food, hotel ความสำคัญของ Medical Hub คือ ถ้าไม่มีตรงนี้ก็ไม่มีตรงนั้น เช่น การท่องเที่ยว 11 ล้านคน หนึ่งในนั้นคือ คนที่เข้ามารับการรักษา ในช่วงแรกเราบอกว่า Medical Service กับ Tourism แยกกัน หลังจากนั้นก็มองว่ามัน Synchronize กันอยู่

สิงคโปร์นั้น หลังจากรู้ว่าคนไข้จากประเทศหายเข้ามาประเทศไทยเยอะขึ้น รัฐบาลก็ รีบ Support เต็มที่ ต่างจากประเทศไทยที่ไม่มีใครทำอะไรจริงจัง แม้กระทรวงสาธารณสุข จะเข้ามาดูแล ทางสมาคมก็ไม่เห็นผลงานมาก ในส่วนของ road show ที่กระทรวงทำ ให้ โรงพยาบาลที่ไปด้วยก็เป็นโรงพยาบาลที่ไปเองได้อยู่แล้ว สิงคโปร์ประกาศว่า ต้องการเป็น Leader of Medical Hub ให้ได้ ภายในปี 2010 จะต้องมีคนไข้ต่างชาติ 5 เท่า เข้าสู่สิงคโปร์หรือ หนึ่งล้านคน ตอนนั้นมี 2 แสนคน ในขณะที่บำรุงราษฎร์โรงเดียวมี 4 แสนคน ทำให้สิงคโปร์ทำการตลาดอย่างมาก ขึ้นอยู่กับหน่วยงานชื่อ Singapore Medicine มีการทำ Internet Portal to comprehensive data

ทาง Hong Kong ซึ่งขนาดเล็กกว่าประกาศว่า จะเป็น Asia Hub of Cancer Treatment in 2007 แต่ยังไม่เห็นข้อมูลต่อจากนี้

Malaysia ซึ่งดังด้านการท่องเที่ยวอยู่แล้ว ต้องการรายได้ 24000 ล้านบาทจาก Medical Hub in 2010 ซึ่งไทยประสบผลสำเร็จไปเมื่อ ประมาณ 4-5 ปีที่แล้ว

India เป็นน้องใหม่ กระจุกเข้า Medical Hub ประกาศจะเป็น Medical Destination ต่างจาก Medical Hub ที่ Hub เป็นเพียงศูนย์รวม แต่ Destination คือที่ๆคนไข้เลือกจะไป India โตปีละ 25-30% แต่ยังไม่ได้กำหนดเป้าหมาย India เอา Tourism and Health ผสม กัน ตอนนี้ India ได้ประโยชน์จาก Insurance Policy และ ภาษาอังกฤษ แต่ข้อเสียของ India คือ ในโรงพยาบาลดีมาก หนาแน่น แต่พอออกนอกโรงพยาบาลแล้ว บรรยากาศไม่น่ารื่นรมย์

- **Medical Hub แย่ง Resources จากคนไทย** สมองไหล จริงหรือไม่ อาจารย์สิน อนุราษฎร์ พูดถึง reserve brain drain คือ สมองไหลจากต่างประเทศ ก็กลับมาเมืองไทย และ โรงพยาบาลเอกชนทุกโรงพยาบาลก็รักษาทั้งคนต่างชาติและคนไทย คำถามคือ

ทำไมโรงพยาบาลเหล่านี้รักษาแต่คนมีเงิน ไม่ยอมรับสามสิบบาท หากมองในแง่ดี ถ้าวันนี้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนทางเลือก เวลานัดคิวที่โรงพยาบาลรัฐ ต้องไปหาหมอที่รู้จักเพื่อฝากหาเตียง แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ไม่ต้องไปหาเตียงแล้ว และ ทั้งนโยบายสามสิบบาท ประกันสังคม และ ข้าราชการ ถ้าคนเหล่านี้ใช้สิทธิของตนเองในโรงพยาบาลรัฐบาล ผลก็คือ รัฐบาลไม่ต้องเสียงบประมาณจำนวนมาก โรงพยาบาลเอกชนทำให้รัฐบาลประหยัดงบส่วนนี้ได้ ถ้าพูดเรื่อง equality ทุกคนต้องใช้โรงพยาบาลตามสิทธิ งบที่รัฐให้ที่ 2400 บาทต่อคนของ สามสิบบาท 1900 บาทต่อคนของประกันสังคม ข้าราชการรับ 60000 ล้านบาทต่อปี นั้นอาจไม่พอได้ ถ้าหากสมองไหลจริงทำให้โรงพยาบาลรัฐมีแพทย์ไม่เพียงพอได้ ทำไมไม่ให้คนไหลออกตามสมองด้วย เนื่องจากมีโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดหลายโรงพยาบาลใกล้ล้มละลาย เพราะคนไข้ไปใช้สิทธิ์สามสิบบาท ทำไมไม่ให้คนไข้ไหลออกมาใช้เอกชนได้ ขณะนี้มี 104 โรงพยาบาลรับประกันสังคม ซึ่งถูกตรวจทุกปี ต้องโดนร้องเรียน เหมือนขึ้นเครื่องบินไปถึงจุดหมายปลายทางเหมือนกัน ทำไมบางคนขึ้น Economy Class, First Class, Business Class ทั้งๆที่ไปถึงจุดหมายเหมือนกัน แม้ใน Europe ที่ภาครัฐบังคับให้ทุกคนมี Compulsary Insurance คนที่มีรายได้สูงก็อาจเลือกไปเอกชนได้ เลือกรักษากับ Professor ได้ ห้องพิเศษได้ equality นั้นอย่างไรก็ต้องมีช่องเปิดสำหรับให้คนเลือกเป็นช่องเปิดสำหรับคนที่ต้องการมากกว่าพื้นฐาน

- **ด้านการเชื่อมโยงกับธุรกิจท่องเที่ยว** คนส่ง ฯลฯ ก็กลายเป็นผลพลอยได้ มีการประชุมของสภาพัฒน์ เอกชน มีการประมาณว่า มีตัวเงินเข้า Medical Hub นั้น 90% เข้า Sector อื่น เพียง 10% เข้า โรงพยาบาล ซึ่งก็ทำให้เกิดการสร้างงาน สร้างรายได้ แต่หากประเทศไทยต้องการเก็บภาษี ไม่เอาคนไข้ต่างชาติ ต่างชาติก็อาจแข่งเราได้ โรงพยาบาลเอกชน 14 โรงที่รักษาชาวต่างชาติ ซึ่งคิดเป็นจำนวนน้อยนิดเมื่อเทียบกับคนไทยทั้งประเทศนั้น การให้การรักษาวต่างชาติกระทบการรักษาพยาบาลคนในชาติจริงหรือไม่ แต่การนำรายได้เข้าประเทศนั้นชัดเจน

อีกประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ เขตการค้าเสรีของ Asian ทั้ง 4 สาขา logistic tourism health and telecom ชาวต่างชาติไม่ได้สนใจที่จะเข้ามาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ได้เข้ามาลงทุนประมาณตอนนี้ 70% ในโรงพยาบาล แล้วคนไทยเตรียมตัวสำหรับสร้างตนเองให้แข็งแรงสำหรับเรื่องนี้หรือยัง

พอเปิดการค้าเสรี ก็จะมี mode เรื่อง cross border supply เช่น telemedicine ในปัจจุบัน โรงพยาบาลหลายแห่งเป็น affiliate กัน สามารถส่งข้อมูล online เรื่องคนไข้ทั้งก่อนและหลังการรักษา แพทย์ไทยอาจส่งผล lab ไปปรึกษาแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งก็ไม่สามารถห้ามได้ ไทยควรเปลี่ยนแนวคิดให้ พร้อมเสมอสำหรับสถานการณ์เหล่านี้

นอกจากนี้ การ training online ก็เกิดขึ้น แล้ว และอีกเรื่องคือ การเคลื่อนย้ายบุคลากร ขีดตกลงแบบ mutual recognition agreement มีสภาพการแพทย์หลายแห่งทำกันแล้ว หัวใจคือ ให้ยอมวิชาชีพซึ่งกันและกัน และกฎเกณฑ์ของประเทศนั้น ถ้าหากประเทศใด ที่ให้หมอไทยไม่ต้องสอบใบประกอบโรคศิลป์เพื่อให้หมอและพยาบาลไทยไหล ออกไปได้ง่ายๆ ต้องนี้เป็น threat ที่ต้องระวังมากกว่า threat เรื่องการไหลระหว่าง ภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย

หลักสูตรแพทย์ภาษาอังกฤษ ขอเสนอว่า ตอนนี้ในประเทศไทยมีโรงเรียนนานาชาติ bilingual จำนวนมาก นักเรียนเหล่านี้ส่วนมากเป็นเด็กไทย ซึ่งอยากจะเรียนแพทย์ เขาก็ ต้องไปเรียนต่างประเทศ ซึ่งโอกาสกลับมาน้อยมาก เราไม่ควรต้องมากังวลว่าเด็กเหล่านี้ จะรักษาคนไข้ต่างชาติในประเทศไทย トラบดีที่เขายังรักษาคนไทยอยู่ด้วยถือว่าใช้ได้ จริงๆแล้ว หมอไม่ได้อยากรักษาเฉพาะคนต่างชาติ หมอบางคนรักษานั่นหนา ผู้กพันซ์ กับชาวบ้านก็มีความสุข ไม่ต้องพูดภาษาอังกฤษ ตอบอีเมลล์

- **เนื่องจาก Medical Hub นั้นผูกพันกับ Medical Tourism สถาบันพัฒนาธุรกิจขนาด กลางและขนาดย่อม จะจัดประชุม ซึ่งต้องการทำ Internet Portal เช่น โรงพยาบาลกับ โรงแรมจะประสานกันด้านที่พัก จะออกมาอย่างไร การรับส่งผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร**

เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2552 มีการประชุมกันของสภาพัฒน์และคณะรัฐมนตรี ใน การให้ไทยเป็น Medical and Health Destination ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่เราจะร่วมมือกัน เช่นนี้ จะเห็นได้ว่า Medical Tourism เกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก และแต่ละหน่วยงาน ก็จะเข้าร่วมมีบทบาท แต่ละหน่วยงานก็มีมุมมองและทิศทางของตนเอง เช่น หน่วยงานผลิตแพทย์ สภาพัฒน์ สวรส. Concerns เรื่อง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สสส. มองด้านโรคระบาด หรือ behaviors ที่จะมากับ medical hub สภาพวิชาชีพและโรงเรียน แพทย์ ก็ดูด้านการผลิตบุคลากรให้เพียงพอ สถานพยาบาลรัฐและเอกชน กระทรวง พาณิชย์ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ททท. กพ. NGOs. การที่หลายหน่วยงานเข้ามา มีบทบาทด้วยมุมมองที่ต่างกันก็อาจเกิดปัญหาได้ เช่น ข่าจากหน้าหนังสือพิมพ์ที่ว่า คณบดีแพทย์จุฬาฯ ร่างหนังสือค้าน Medical Hub แต่มีข่าวว่าอีกคณะหนึ่งวางแผน เตรียมสร้างบุคลากรรับ Medical Hub, 4 เอกชนร่วมมือกันแถลง Medical Hub ยังสดใส เป็นต้น

4.5.2 ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์จากมุมมองภาครัฐบาล

นายแพทย์ชเรศ ทรัพย์นัยวิวงศ์ ซึ่งเป็นผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการคณะกรรมการบริหารศูนย์การ บริการสุขภาพระหว่างประเทศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเพื่อรองรับ Medical Hub โดยเฉพาะ ท่านได้เสนอ ความคิดเห็นในมุมมองท่าน ซึ่งมีประเด็นที่สำคัญ คือ

- ในเรื่องของยุทธศาสตร์ฉบับแรก ปี 47-51 เป็นเรื่องของ income เกิดหลังจากประเทศได้วางระบบประกันสุขภาพให้คนไทย เพื่อให้คนไทยมั่นใจได้ว่า คนไทยทุกคนมีประกันสุขภาพ 30 บาท เพราะเดิมมีบางคนมีสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม แต่คนส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพ อีกเหตุผลคือ เดียงที่เหลือของโรงพยาบาลเอกชนที่กำลัง boom และกู้เงินมาลงทุน เกิดเป็นยุทธศาสตร์ มี 3 อย่างที่ขายต่อนานาชาติได้ คือ Thai spa and wellness มีกำหนด standard โดย Ministry of Public Health ได้รับการชื่นชมจากต่างชาติมาก เพราะเป็นกลุ่มประเทศแรกๆที่มี standard กำกับ, mental health, สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นข้อดีในการดำเนินการครั้งที่แล้ว การประมาณการรายได้ในครั้งแรกนั้น การขาดระบบเก็บข้อมูลที่ดีพอ ทั้งด้านรายได้และจำนวนผู้ป่วยก็เป็นข้อดีจากการดำเนินงานครั้งที่ 1 เราได้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลแบบประมาณการด้วย spot survey ด้วย และการเก็บข้อมูลแบบ indirect ก็คาดว่าจะได้รายได้จากกิจกรรมเหล่านี้ เยอะ แต่จุดแข็งของก็คือ คุณภาพของสินค้าหรือ การบริการทางการแพทย์ ความเข้มแข็งของภาคเอกชน
- ข้อดีของแผนที่ 1 คือ การบริหารจัดการและการขาดการบูรณาการ เพราะงานมีหลายมิติ ทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอการค้า
- รูปแบบการดำเนินการ มักจะเป็นการส่งเสริม มากกว่าการควบคุม กำกับ เราใช้ระเบียบกฎหมายเดียวกันในการปฏิบัติ ทำให้เรื่องการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศไม่ได้
- ผลการดำเนินงานนั้นชัดเจนเรื่องรายได้ เฉพาะรายได้ที่เข้ามาด้าน health sector อาจจะไม่ถึงที่ประกาศ เพราะเราทำ spot survey กับโรงพยาบาลใหญ่ทั่วกรุงเทพฯ แต่ก็ป็นรายได้ไม่น้อย
- จุดเด่นของเราคือ Quality and Reasonable Price แต่ในช่วงปลายๆแผน เราเริ่มเสีย เรื่อง price อีกเรื่องคือ แหล่งท่องเที่ยวที่ดีสำหรับญาติมิตร
- ช่วงปลายแผน เรามี connections ที่เกิดขึ้นมากมาย เมื่อปลายปีที่แล้ว เราไปคุยเรื่องการนำเข้าคนไข้ผ่าเข้าเข้ามาเมืองไทยอีกพันราย แม้จะไม่สำเร็จ แต่ก็เป็นการวาง connections สำหรับอนาคต เรามี Bangkok Mediplex ซึ่งเล็กกว่า Apollo ซึ่งโปรโมตเรื่อง Spa and Wellness
- ปัญหาที่อาจจะเกิดก็มีได้ แต่ตัวเลขมักเป็นยอดรวมที่ไม่อาจจะบอกว่าเกิดจาก Medical Hub ได้อย่างแน่นอน อาจเกิดจากเหตุอื่นก็ได้ งานทั้งหมด สำนักงานเลขาฯจะเป็นผู้รวบรวม ในเรื่องกฎหมาย เช่น กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลคุ้มครองผู้ป่วย ฯลฯ

- ปัญหาต่อระบบสุขภาพ เช่น equity คนไทยกับคนต่างชาติเท่าเทียมหรือไม่ในการรักษา หรือมี financial barrier, Accessibility ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่ง Quality ก็ได้รับการพูดถึง เราเชื่อว่า Clinical Quality นั้นเหมือนกันระหว่างผู้ป่วยคนไทยกับชาวต่างชาติ แต่สิ่งสวยงามๆอาจต่างกันไป เรื่อง Brain Drain ก็อาจจะเกิด แต่เรายังไม่มีการติดตามที่ดีพอ
- ความท้าทายในการทำแผนยุทธศาสตร์แผนใหม่คือ เรื่องการดูแลผลกระทบ การเตรียมการเรื่องการจัดการกับผลกระทบ ผู้ที่เข้ามาดำเนินการด้านนี้ ควรได้รับความสะดวก และ ได้รับการสนับสนุนจากรอบด้าน เรื่องของคู่แข่งและการเจรจาการค้าเสรี เช่น Souel ที่มีจุดแข็งด้านการนำแพทย์ทางเลือกเข้ามาด้วย
 - ในแผนที่สอง Key Actors สำคัญมักจะเป็นภาคเอกชน รวมทั้งภาคส่วนอื่นๆจะเห็นว่า มีคณะแพทยศาสตร์เข้ามามีบทบาทในบางส่วน ยุทธศาสตร์ส่วนหนึ่งอาจเป็นการให้บริหารเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว เขมร กระทรวงสาธารณสุข จะเข้ามา มีบทบาทนับเป็นส่วนน้อย บาง Area บาง items ซึ่งผมทำ pilot สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นส่วนสำคัญขององค์กรหนึ่ง
 - ในเรื่องของ demand size ก็มีแนวโน้มขยายตัวทุกปีและเป็นตลาดที่ใหญ่มาก India ได้เปรียบทางภาษาและ Outsourcing นำหน้าไทย Apollo ของอินเดียใหญ่ที่สุดในโลก Qatar เป็น สนามกีฬาเป็นโรงพยาบาล Malaysia น่าสนใจ เน้นรับผู้ป่วยจากอินโดฯ มีภาษาและศาสนาที่เหมือนกันเกาหลีก็เจาะตลาดอินโดฯ เพราะไม่เน้นยุโรป สิงคโปร์เน้นทางด้านเทคโนโลยี เช่น Stem Cells จีนก็พยายามทำ International Medical Zones ก็ยังไม่แน่ใจว่าสำเร็จแค่ไหน อเมริกาก็น่าสนใจเพราะผู้ป่วย 48 ล้านคนไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ก็เสร็จแล้ว วันจันทร์จะนำเสนอกับกรม. ในส่วนแพทย์แผนไทย เราต้องการสนับสนุนแม้ไม่ทำเงินมหาศาล แต่ว่า ก็แสดงถึงความเป็นไทย
 - อีกวิธีเพื่อลดจุดด้อยครั้งที่แล้ว คือการตั้งคณะทำงานถาวร อาจเป็นองค์กรอิสระหรือ หน่วยงานใดก็ได้ รวมทุกภาคส่วนและ stake holders ใหญ่ ซึ่งตอนแรกอาจอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขไปก่อน งานนั้นจะต้องมีทั้งวิจัยและพัฒนา มี vision เพื่อผลักดันให้เป็น world class จาก regional medical hub
 - การกิจเรื่องเร่งด่วนที่สุดคือ เรื่องการบริหารจัดการ สำนักงานเลขาฯที่จะเป็น การรวบรวม ทั้งเชิง สถานที่และ สารสนเทศ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยต่างชาติต่างๆ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่าน Cyber ให้ click ใน google แล้วมาหาเรา เรื่อง การร่วมมือกันระหว่าง public/private ก็สำคัญ การพัฒนา

บุคลากรขึ้นมารองรับ เช่น international course ก็สำคัญเพื่อป้องกันการ Brain Drain ทั้งจุฬาฯ และ รามาฯ ก็ดันเรื่องนี้ไปเยอะ ยังมี 17 โรงพยาบาลที่ต้องการรองรับ JCIA เพื่อพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล แม้ว่าไม่ใช่ว่าทุกโรงพยาบาล จะต้องการรับคนไข้ชาวต่างชาติโดยตรง

- **หน้าที่หลักของกระทรวงฯ คือ การ balance ทั้งด้านความสามารถทางการแข่งขันเชิงธุรกิจกับการดูแลระบบสุขภาพของประเทศไทย** อาจทำให้ ภาคธุรกิจไม่สามารถทำอะไรได้อย่างรวดเร็วตามต้องการ

นอกจากสองท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้บรรยายไปแล้ว ผู้เข้าร่วมอภิปรายอื่นๆ ก็ได้แสดงความคิดเห็นและสอบถามในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- **ข้อมูลต่างๆ จากงานวิจัยที่ผ่านมา นั้นขัดแย้งกันมาก** เช่น TDRI ดร.วิโรจน์ ณ.ระนอง บอกว่ารายได้ 50000 ล้านบาท อยู่ในสถานประกอบการโรงพยาบาล อีก 10000 ล้านบาท เข้า Sectors อื่นๆ เราในฐานะผู้ประกอบการบอกว่า เป็นไปไม่ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลหลักๆ 6-7 โรงพยาบาล ยังไม่สามารถมีรายได้รวมกันได้มากกว่าหมื่นล้านบาท อีก 40000 ล้านบาทจากไหน เรารู้ว่ารายงานผิดไปต้อง 5 เท่า แล้วเรารู้ว่า Arab มาคนหนึ่งเนี่ย Shopping อย่างมาก

เราจึงต้องการตัวกลาง เช่น จุฬาฯ มาเป็นตัวกลางในการทำวิจัยเพื่อชี้แจงว่า มีรายได้จาก Medical Hub เท่าใด และจากเงินจำนวนนี้ มีการกระจายเข้าไปในภาคส่วนต่างๆ แค่ไหน

- (พ.ญ. ประภา วงษ์แพทย์) คนแก่ที่มีเงินบำนาญที่หากอยู่ประเทศเค้าต้องประหยัด แต่หากอยู่ประเทศไทย นั้นอยู่ได้อย่างสบาย เค้าก็มองว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลสำหรับ Emergency หรือไม่ เห็นได้จาก สุราษฎร์ หัวหิน พัทยา อีกกลุ่มหนึ่งคือ ผู้สูงอายุกระเป๋านัก เราเรียกว่า **long stay** เพราะเค้าจะไม่มีอยู่บ้านเราตลอดปี แต่อาจหนีหนาว เช่น เวลายุโรป หนาวมาก ๆ ก็จะมาอยู่เมืองไทย พอพวกนี้มาอยู่เมืองไทยบ่อยๆ ก็จะซื้ออสังหาฯ เติมเรามอง long stay ว่าต้องทำ camp ผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่ เพราะฉะนั้น ไม่ต้องพยายามหาผู้สูงอายุที่ต้องการมาอยู่เมืองไทยตลอดและจะส่งโรงพยาบาลกลับไปยังไง แต่เราน่าจะ focus ไปกลุ่มที่มีเงินมากกว่า

- **ปัจจุบันนี้ การเปิดเสรีทางการแพทย์เป็น one-way** คือ ให้คนไข้ต่างชาติเข้ามารักษาในไทย แต่เราไม่ให้หมอต่างชาติเข้ามารักษาเมืองไทยด้วย แพทย์ต่างชาติหลายคนเข้ามารักษาเมืองไทยไม่ได้ถูกมาเลย์ดึงตัวไป น่าเสียดายมาก หมอจาก Middle East จากที่อื่นๆ มาทำที่ไทยไม่ได้ ผมว่าการเปิดเสรีจะเป็นธรรมชาติเมื่อเปิดเสรีทั้งสองทาง ทั้งหมอและคนไข้ ถ้าทางเดียวอย่างเดียวยังไรก็ไม่ใช่ธรรมชาติ ผู้อภิปรายทำวิจัยเรื่องการเปิดให้เกิดการขยายตัวด้านการให้บริการทางการแพทย์ พบว่า เมื่อใช้แบบจำลองศึกษา ผลจะเกิด

กับคนจำนวนน้อย related sector ไม่เยอะ คนได้ประโยชน์มักเป็นคนรวย ดังนั้น หากรัฐจะสนับสนุนไม่ควรใช้เงินภาษีเพราะ เป็น private benefit ไม่ใช่ public benefit อีกเรื่องหนึ่ง พบว่า คนไข้จาก middle east ที่มาไทยเป็น middle to low income class ดังนั้นญาติพี่น้องที่เข้ามาไม่น่าจับจ่ายใช้สอยเยอะ ต่างจากพวกที่ไป Malaysia เป็นพวก middle to high income class ดังนั้น ข้อมูลที่ผมมีสนับสนุนกลุ่มที่บอกว่า benefit ที่เกิดขึ้นเกิดกับโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ที่เกิดกับ sector อื่นๆ

- อยากให้ข้อมูลว่า ที่เราเถียงกัน ว่าใครได้ประโยชน์ เราต้องการให้คนกลางศึกษา ว่าใครได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด ผู้อภิปรายอยากเรียนถามที่ประชุมว่า เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เราทำโครงการส่งเสริมการท่องเที่ยว เกิดปัญหาคือ โรงแรมไม่พอ เกิดการสร้างโรงแรมขึ้นหนึ่งชั้น เช่น โรงแรมดุสิต แล้วโรงแรมชั้นสองก็ด่าว่า โรงแรมชั้นหนึ่งว่าดูดทั้งลูกค้าและพนักงานไป ทำให้โรงแรมดุสิตเปิดโรงเรียนสร้างบุคลากรขึ้นมาเอง ในปัจจุบัน เรามีคนต่างชาติมาเที่ยวประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ในขณะที่ เมื่อ 30 ปีที่แล้วมีเพียง 1-2 ล้านคนต่อปี มีรายได้ หกแสนล้านบาท ผมอยากให้เทียบโรงพยาบาลกับโรงแรม เพราะเหมือนกันทุกอย่างต่างกันแพง โรงแรมไม่มีหมอ
- (นายแพทย์เรศ กรีสนัยรวิวงศ์) แพทย์แบ่งเป็น แพทย์ทั่วไป ซึ่งเรามีมหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งเป็นเอกชนผลิตอยู่แล้ว ส่วนเรื่องการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทางเอกชนอาจจะยังไม่ผลิตเนื่องจากติดที่ข้อกำหนดทางสภาวิชาชีพ ที่ทำให้เอกชนทำไม่ได้ ข้อกำหนดเหล่านี้ เป็นข้อกำหนดโดยรวมที่ต้องใช้เพราะภาครัฐและเอกชน ไม่ได้เจาะจงเอกชน ในประเด็นการผลิตแพทย์จะ **challenge** มากขึ้น เช่นเรื่อง การผลิตแพทย์ด้วยหลักสูตร international ซึ่งนอกจากการผลิตด้วยกัน การใช้ร่วมกันของ private/public ก็สำคัญ ถ้าใช้ร่วมกันได้ก็จะมีแพทย์เพิ่มขึ้น
- (นายแพทย์เรศ กรีสนัยรวิวงศ์) ในส่วนของการผลิต อีก 3-4 ปีข้างหน้าจะมีแพทย์และพยาบาลออกมาจำนวนมากซึ่งได้จบจากไทยเข้มแข็ง ส่วนผลต่อ Medical Hub ผมได้คุยกับแพทย์ และโรงพยาบาลพบว่า แพทย์ที่ทาง Medical Hub ต้องการนั้น จะเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริมาณไม่มาก ไม่ใช่แพทย์ทั่วไป ซึ่งการผลิตนั้น อาจจะเป็นเฉพาะด้าน บางarea หากเราสามารถลดข้อจำกัดที่ทำให้เอกชนเข้ามาร่วมผลิตได้ก็น่าจะเพิ่ม ก็น่าจะช่วยแก้ปัญหา ก็ต้องฝาด้านของทางสภาวิชาชีพ
- เราต้องการแพทย์ต่างชาติจริงหรือไม่ ปรากฏว่า ทางโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ จุดเด่นคือ แพทย์ไทย องค์กรความรู้ต่างกันไม่เยอะ เข้ามาสอนได้ จริงๆ เราไม่ได้ห้ามหมอต่างชาติทีเดียว เขาสามารถเข้ามาสอนเป็น consultant ได้ ในที่ประชุม มองว่า ถ้าให้เค้ารักษาได้ เค้าก็จะรักษาและไม่ถ่ายทอดเทคโนโลยี

- (พ.ญ. ประภา วงษ์แพทย์) เราไม่ได้ discriminate ไม่ให้แพทย์ต่างชาติมารักษาในบ้านเรา หากมีการสอบโรคศัลป์ทั้งคนไทยและคนต่างชาติต้องสอบ แล้วจะมารักษาคนไทยก็ต้องพูดภาษาไทยได้ สิ่งที่เรา concern คือ ต่างชาติมองว่า หากจบจากเมืองไทย ที่สถาบันที่มีการรับรองก็สามารถไปรักษาที่ต่างประเทศได้เลย ในขณะที่เรามีกำแพงในการรับแพทย์จากต่างชาติเข้ามา แต่ต่างชาติไม่มีกำแพง หากลักษณะการทำงานดีกว่า รายได้ดีกว่า อาจเกิดสมองไหลออก เรื่องของ **cross border supply** ทำให้คน consult กันได้ โดยหมอไม่ต้องมา ซึ่งควบคุมไม่ได้ คิดันมองว่า ในอนาคตเรื่องนี้สำคัญ และเรื่อง portable insurance ที่ทำให้การรักษาไม่ต้องพบหน้าผู้รักษาโดยตรง
- ทำไมไม่มี 2-way อยู่ที่คนไทยรับ concept ไหนในการพัฒนาประเทศ in-out, out-in, out-out เช่นสิงคโปร์กับดูไบ ทำ out-out สิงคโปร์เป็นศูนย์กลางทางการเงินโลก **ประเทศไทย แนวคิดเป็น out-in** ยอมรับเพียงว่า คนมาเที่ยวมารับการรักษาพยาบาลแล้วเอาเงินเข้าประเทศไทย แต่กรอบที่ท่านผู้อภิปรายถามเป็น out-out ซึ่งเหมือน ดูไบ ที่ให้ประเทศอื่นๆมาลงทุน ไม่เสียภาษี แล้วทำเพื่อต้องการเป็นศูนย์กลางของโลก และทำให้ภาพรวมของเศรษฐกิจมันเจริญเติบโต เพราะที่ไหนดมีคนที่นี่นั่นร่ำรวยทั้งนั้น เราน่าจะต้องเปลี่ยนวิธีคิด เช่น ASEAN ปัจจุบัน พยาบาลสามารถไปรักษาที่ไหนได้แล้ว ผมมองว่า Medical Hub จะสร้างงานให้คนไทย ทำให้รายได้คนไทยทั่วไปดีขึ้น
- (นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์) เรามองว่า **การแพทย์ไม่ใช่สินค้า 100%** เพราะเป็น **merit goods** เป็นสินค้าคุณธรรมอยู่ด้วย เป็นหลักประกันสำหรับคนไทย เราคงไม่เปิดเสรีหมด ภาคเอกชนพูดกับภาครัฐเสมอว่าภาครัฐไม่ได้ลงทุนให้กับภาคเอกชน ทำไมเอาผลงานจากเอกชน แต่รายได้เอกชนก็เสียภาษี ภาครัฐก็จะลงทุนโดยอ้อมให้ knock the door ให้

แนวคิดเราอาจไม่ถูกใจทุกคนนัก เพราะภาครัฐจะไม่ สนับสนุน Medical Hub อย่างมากมายที่สุด เนื่องจาก เราต้องดูสองด้าน ต้องรักษา balance กับระบบสุขภาพในประเทศด้วย
- (พ.ญ. ประภา วงษ์แพทย์) อยากเตือนว่า **ไม่มีโรงพยาบาลไหนในประเทศไทยที่ไม่รักษาคนไทย** อย่างมากก็รักษาต่างชาติจำนวนมาก และทำให้รัฐบาลลดภาระค่าใช้จ่าย เพราะถ้าทุกคนใช้จ่ายตามที่สิทธิ รัฐบาลก็อาจไม่มีเงินจ่ายได้ โดยส่วนตัวโรงพยาบาลของดิฉันเองก็ดูแลคนไข้ประกันสังคมจำนวนไม่น้อย ครั้งหนึ่งที่สำนักงานประกันสังคมสั่งให้เรารับผิดชอบต่อผู้ประกันตน ปัญหาคือ เด็กที่คลอดแล้วผิดปกติ ก็ไปโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ อุปกรณ์ไม่พอ โรงพยาบาลที่เราเลือกเป็น Super contractor คือ บำรุงราษฎร์ กับ ศรีนครินทร์ สมิติเวช โดยที่ทั้งสองโรงพยาบาลยินดีที่จะให้เราค่าเราเป็นกรณีพิเศษ

ในขณะที่ถ้าเราส่งให้โรงเรียนแพทย์จะโดน Charge สูงกว่าปกติ ดังนั้นการเรียนให้ทราบว่า ระบบมีการเก็ฏออันอยู่

- (นายแพทย์เรศ กรัษนัยรวิวงศ์) การพัฒนาของระบบสุขภาพ โดยรวมที่มาจาก Medical Hub เมื่อสิบปีที่แล้ว โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีสภาพไม่ต่างกัน แต่วันนี้ต่างกันมาก และการมีโรงพยาบาลเอกชนทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพที่เราทำนั้นเป็นไปได้ ถ้าไม่มีเอกชนที่เข้มแข็ง นโยบายหลักประกันสุขภาพก็อาจเกิดได้ช้ากว่านี้ แต่ตอนนี้ทรัพยากรมีไม่พอ กระทรวงต้องbalance ให้ดี
- ความเป็นธรรมในการเข้าถึงสำหรับคนไทยถูกจำกัดด้วยเรื่องของราคา คนไทยไม่มีกำลังซื้อราคาสูงมากๆในเอกชน ก็ต้องไปอัดกันไว้ในโรงพยาบาลรัฐอยู่ดี แล้วทรัพยากรทั้งหมดนั้นมาจากภาษีของประชาชน โดยเฉพาะแพทย์นั้น มาจากเงินภาษี แล้วในที่สุดแล้วคนไทยได้ประโยชน์กับตรงนี้แค่ไหน
- ปัญหาด้านยาของประเทศไทย ที่ต้องนำเข้า ต้องมี FDA ในอเมริการับรอง แต่เมื่อประเทศไทยจะนำมาใช้ต้องนำมา Register ใหม่เสียเวลาอีก 2-3 ปีทำให้คนไทยเสียโอกาส ใน Medical Hub เราต้องมียาทันสมัยรักษา คนไข้เลยไปสิงคโปร์ถ้าต้องการได้ยาบางตัว ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการผลักดัน ทำไมไม่ยอมรับว่าหาก FDA รับรองก็สามารถใช้ได้เลย ส่วนเรื่องคนชั้นกลางเสียประโยชน์นั้นเป็นเรื่องของปรัชญาครับ
- เมื่อ 2-3 เดือนที่ผ่านมา ผมไปช่วงราชการที่นครเมกกะ ได้ refer ผู้ป่วยคนไทยไปโรงพยาบาลที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย ถึงแม้เครื่องมือเค้าจะดีมากเพราะเปลี่ยนทุกปี แต่หมอที่ดูแลคนไข้จริงๆไม่ได้มาจากซาอุดีอาระเบีย เป็นหมอที่มาจากประเทศรอบๆ เช่น อียิปต์ มาตรฐานในการรักษาในความคิดเห็นของผม มองว่าหมอไทยรักษาได้ดีกว่า มีข่าวว่าถ้าจะผ่าขาข้างหนึ่งอาจถูกตัดผิดข้าง แต่เมื่อมารักษาเมืองไทยจะดีกว่า รักษาหายทำให้ชาวซาอุดีอาระเบียยอมรับใน
- เรื่องการส่งเสริมการลงทุน อาจไม่ใช่หน้าที่กระทรวงสาธารณสุข อาจเป็น BOI ที่เข้ามาทำให้ต้นทุนของเงินถูกลง เพื่อช่วยในการแข่งขันกับต่างชาติ ส่วนเรื่องโรงพยาบาลเอกชนที่มีผลประกอบการดีเพียง 10 โรงพยาบาลจาก 400 โรงพยาบาล อยากพูดว่าในแง่ของผู้ประกอบการแล้ว บางโรงพยาบาลก็ประสบความสำเร็จ ในขณะที่บางโรงพยาบาลก็ล้มเหลวไปต่อไม่ได้ อยากให้อาจารย์ทำวิจัยให้ลึกเข้าไปเพื่อตอบคำถามว่า ใครได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใดจาก Medical Hub และการบริหารจัดการที่ดีควรเป็นเช่นไร
- ขอบุติถึงปรัชญา อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวก็เข้ามาแย่งคนไทยกิน ใช้ แย่งที่นอน นักท่องเที่ยวก็นับว่ามาใช้ ทำให้คนชั้นกลางต้องกินใช้ของที่หรูน้อยลงไป ถ้าคิดเช่นนี้ ก็

อาจไม่ต้องทำธุรกิจได้ เราน่าจะมองว่าอุตสาหกรรมทำเงินให้ประเทศโดยรวม และเป็นโอกาสของเรา

- อาจารย์เทียบอาหารกับ **health care** นั้นไม่ได้ เพราะอาหาร maximize utility ของเรา ในขณะที่ health care เราซื้อเพราะความจำเป็น ดังนั้น คนเข้าโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ เพราะต้องการบริการที่เร็วกว่า แต่เข้าเพราะความจำเป็น
- (พ.ญ. ประภา วงษ์แพทย์) ปัจจุบัน คนเข้าโรงพยาบาลเอกชนเพราะความจำเป็นฉุกเฉินที่สามารถให้โรงพยาบาลส่งตนไปต้นสังกัดได้ หรือ โรงพยาบาลต้นสังกัดก็จ่ายให้โรงพยาบาลที่รักษา คนไข้มีงบประมาณที่รัฐให้ 15000 บาท ทุกครั้งเกิดการฉุกเฉิน แต่ว่าภาวะฉุกเฉินก็มีทางออกเสมอ ทุกคนมีสิทธิที่สามารถใช้ได้ แต่สิทธิเหล่านี้อาจจะยังไม่เป็นที่รู้จักและคนไข้ไม่รู้ ส่วนเรื่องของ Malaysia Shopping คิฉันจะไม่ดีใจเลย หากคนไข้เข้ามาแล้วใช้จ่าย Brand Name ต่างชาติ เพราะคนไทยอาจไม่ได้อะไร แต่ที่ประตุน้ำเงินนั้นเข้าคนไทย
- (นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์) ด้านการรักษาฉุกเฉินของประเทศไทยนั้น ยังไม่สมบูรณ์เสียทีเดียว เราก็กำลังปรับปรุงแก้ไข แต่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดจาก Medical Hub เพียงอย่างเดียว ผมคิดว่า ทั้งรัฐบาลและเอกชนจะต้องฟังกัน เราก็ควรหาทางออกให้อยู่ร่วมกันได้อย่างดี

4.6 การผลิตแพทย์โดยภาคเอกชนในประเทศไทย

จากการที่ประเทศไทยให้บริการทางการแพทย์แก่ชาวกลุ่มประเทศตะวันออกกลางและประเทศอื่นๆเป็นจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้เกิดการวิจารณ์ต่างๆ เกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการผลิตแพทย์ แนวคิดเกี่ยวกับสมองไหลจากภาครัฐไปหาภาคเอกชน ฯลฯ เพื่อให้ได้รับคำตอบที่ชัดเจนในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงได้ไปสัมภาษณ์แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร อุปนายกแพทยสภา คนที่ 2 ซึ่งได้ข้อสรุปประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้

4.6.1 บทบาทของแพทยสภาในการผลิตแพทย์

แพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพ เพราะฉะนั้นสถาบันที่ต้องการจะผลิตบุคลากรทางวิชาชีพต้องเอาหลักสูตรมาขออนุญาตจากแพทยสภาจึงจะเปิดได้ นอกจากนี้ แพทยสหายังต้องให้การอนุญาตทางสถาบันอีกด้วย จากนั้น สถาบันที่ต้องการเปิดหลักสูตรยังต้องได้รับการรับรองจากสถาบันอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย ในส่วนของสถาบันอุดมศึกษาจะคุมเรื่องการเปิดมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ไปสภามหาวิทยาลัย และฝ่ายรัฐละ คือฝ่ายสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติ

สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยเป็นผู้ที่ตั้งเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภาและสกอ. เพราะฉะนั้นใครอยากจะเปิดต้องผ่านมาตรฐานที่สถาบันกำหนด เช่น มหาวิทยาลัยรังสิตเป็นมหาวิทยาลัย

แพทย์ของเอกชนแห่งประเทศไทย แห่งแรกและแห่งเดียว ขณะนี้ผลิตออกมาเป็นเวลากว่า10ปีแล้ว โดยใช้สถาบันของรัฐบาลก็คือกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นตัวตั้ง เป็นสัญญากันระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขกับรังสิต ไม่เกี่ยวกับแพทยสภา แต่เขาก็จะต้องส่งหลักสูตรกับสถาบันมาให้แพทย สภาอนุมัติ ว่าโรงพยาบาลที่มหาวิทยาลัยรังสิตจะใช้เป็นโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่จะเป็น โรงเรียนแพทย์ หรือไม่ เช่น มีครูแพทย์เท่าไร มีผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆอย่างไร มีห้องแล็บ มีการเก็บศพ พร้อมที่จะทำให้นักเรียนแพทย์สามารถได้เรียนรู้ตามหลักสูตรต่างๆได้เหมาะสมหรือไม่ ถ้าเพื่อผ่านเกณฑ์ที่ผ่าน เช่น มหาวิทยาลัยรังสิตใช้โรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีเป็นพันๆเตียง จึงมีความพร้อมในการผลิต นักศึกษาแพทย์

4.6.2 Medical Hubs กับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์

เราผลิตแพทย์ออกมาเพื่อรับใช้สังคม ทั้งคนในชนบทและคนในเมืองหลวง แต่การเป็น Medical Hub คือ การหาคำว่า excellent คอนเซ็ปต์ของเราก็คือว่า เราต้องผลิตแพทย์ให้ทั่วถึงแล้วก็เป็นธรรมชาติ ระบบสามสิบบาทหรือประกันสุขภาพก็จะมารับตรงจุดนี้ว่า โรงเรียนแพทย์ทุกโรงเรียนแพทย์อย่างน้อย ต้องผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานที่จะไปดูแลประชาชนคนในประเทศได้ แต่ในเวลาเดียวกันก็ต้องมี อีก Section หนึ่ง ซึ่งยังตอบสนองความเป็นเลิศทางวิชาการ ซึ่งตรงนี้ก็อยู่ตามโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ไม่ใช่เอกชน คืออาจจะเข้าใจผิดว่าเอกชนแต่จริงๆแล้วการดูแลระดับตติยภูมิอยู่ที่โรงเรียนแพทย์ที่เรามีอยู่ 18 แห่ง ไม่ใช่อยู่ที่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนน้อยมาก เพราะฉะนั้นเพียงแต่ว่าขณะนี้ โรงพยาบาลของรัฐที่มีความสามารถสูงสุดไม่ได้มีเดียมากพอที่จะรับคนไข้ได้มาก ดังนั้นคนไข้ส่วน หนึ่งก็จะไปอยู่ที่โรงพยาบาลของเอกชนในบางส่วน ซึ่งก็จะมีอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐไป ช่วยทำงาน หรืออาจจะลาออกไป อย่างไรก็ตาม ไม่มีการขาดแคลนแพทย์ โรงเรียนผลิตแพทย์ทุกแห่งก็ ยังมีแพทย์เต็มที่ เนื่องจาก การไหลกลับไป มันไหลตามธรรมดา ตามธรรมชาติของมนุษย์ เวลาที่เราจบ แพทย์เราก็เป็นแพทย์ทั่วไป แพทย์ทั่วไปก็ไปอยู่ที่ไหน ตามโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในชนบท แล้วก็อยู่ในคลินิก หลังจากนั้นเขาก็ต้องมาเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเรามีอยู่ทั้งหมด 73 สาขา ตัวเลขมันจะ เปลี่ยนตลอดเวลา ประมาณ73สาขา ซึ่งเป็นสาขาซึ่งเรามีทั้งหมด3ประเภท ประเภทที่หนึ่งก็เป็นสาขาที่ ขาดแคลนมากๆ ประเภทที่สองเป็นสาขาทั่วไปเช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมาร ประเภทที่สามเป็น ประเภทต่อยอด

4.6.3 การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์

การกระจายตัวของแพทย์ต้องไปหาข้อมูลจากหน่วยงานอื่นเพราะว่า การกระจายมันเป็นการ กระจายไปหลายระบบเป็นฝ่ายของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้คนมากที่สุด แล้วก็ไปอยู่สภา แล้วก็ไปอยู่ มหาวิทยาลัย กทม. เทศบาล อบต และชุมชนแต่ค่อนข้างน้อย แต่ส่วนใหญ่แพทย์ในประเทศไทยเขาจะ กระจายไปสองจุดก็คือว่า รัฐและเอกชนเขาไม่ได้ทำแต่เอกชน ยกเว้นโรงพยาบาลใหญ่ๆ

4.6.4 การอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำการรักษาในประเทศไทย

มาได้ แต่ต้องมาสอบใบประกอบโรคศิลป์ที่เมืองไทย สอบเป็นภาษาไทย ก็ว่าคนที่เข้ามาในประเทศไทยเราถือว่ามาทำงานในประเทศไทย เพราะฉะนั้นเขาก็ต้องพูดไทยเขียนไทยได้ แต่เราไม่ได้สอบพูดไทยเขียนไทย เราสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะฉะนั้นคนที่จะมา อันที่หนึ่งเขาก็ต้องจบจากมหาวิทยาลัย ที่แพทยสภารับรอง เพราะฉะนั้น เขาก็จะต้องเอาหลักสูตรตัวที่เขาเรียนแพทยศาสตร์จากต่างประเทศส่งมาให้แพทยสภารับรองก่อน ทางแพทยสภาก็จะดูว่าเขาเรียนอะไร มากขนาดไหน เราจะรับรองหลักสูตรใหม่ เมื่อเรารับรองหลักสูตรแล้วเขาก็จะมีสิทธิ์ที่จะมาสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเมืองไทย การประกอบก็แบ่งเป็นสองอย่าง ถ้าเพื่อแพทย์เหล่านั้นมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากต่างประเทศของตัวเอง มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้นแล้ว มหาวิทยาลัยรับรองแล้วเขาก็จะมีสิทธิ์มาสมัครสอบ พาร์ท1 พาร์ท2 พาร์ท3 เรามีพาร์ทBasic แล้วก็ทำ Practice กับคนไข้ เพราะฉะนั้นมันไม่ได้สอบได้ง่ายๆ

ถ้าเพื่อสอบได้แล้วก็จะได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเหมือนคนไทยทุกประการซึ่ง ถามว่ามีไหม มี ส่วนมากผู้ที่จบมาจากอเมริกาจากแควยุโรปจะสอบได้เยอะมาก แล้วก็พวกจบมาจากฟิลิปปินส์ ที่นี้พวกฟิลิปปินส์จะมีอยู่กลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นกลุ่มที่เรียนจบแพทยศาสตรบัณฑิตแต่ไม่ได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของฟิลิปปินส์ พวกกลุ่มนี้ก็จะมาที่เมืองไทยและอยากมาทำงานที่เมืองไทย ตรงจุดนี้ก็ต้องมาทำเขาเรียกว่าทำอินเทิร์น มาทำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหนึ่งปีก่อนจะมีสิทธิ์ขอสอบ แต่แพทย์พวกนี้ส่วนมากไม่ใช่แพทย์ต่างประเทศ ส่วนมากจะเป็นแพทย์ไทยที่ไปเรียนจบต่างประเทศ แต่ถ้าเป็นพวกแพทย์ต่างประเทศมาจากเมืองจีน มาจากรัสเซีย อเมริกา อังกฤษ พวกนี้เป็นพวกที่มาแต่งงานกับคนไทย แล้วก็อยากจะมาทำอยู่ในเมืองไทย ก็จะค่อยๆมาเรียนภาษาไทยแล้วก็จะค่อยๆมาสอบที่ละพาร์ท ที่ละพาร์ทไปจนกระทั่งสอบได้ ก็มีอยู่บ้างแต่ไม่มากเท่าไร ส่วนน้อยมาก

อันที่สองที่เรามีให้ก็คือมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้กับแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญมาจากประเทศอื่นๆก็ถือว่าใน Contact พิเศษก็คือว่าในกระทรวงสาธารณสุขนำผู้เชี่ยวชาญมาทำงานโรคเขตร้อนมาอยู่ที่โรงพยาบาลกองของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลาหนึ่งปี ตรงจุดนี้ก็จะมาทำได้แต่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวนี้หนึ่งออกให้เป็นกำหนดเวลาที่มา ครั้งละไม่เกิน1ปี มาหนึ่งวันก็หนึ่งวัน มา Demonstrate เมื่อไหร่ก็ตามที่ทำกับคนไข้จะต้องมีใบประกอบวิชาชีพชั่วคราว ซึ่งไม่ต้องสอบ แต่ว่าเขาจะต้องขอผ่านหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐหรือผ่านสภาการแพทย์ไทยเท่านั้น เอกชนไม่สามารถทำได้ เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าธุรกิจเข้ามาลำบากมาก เพราะว่าเราบอกว่าแพทย์ไทยก็ต้องดูแลคนไทย เพราะฉะนั้นตรงจุดนี้เขาจะเข้ามาเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งเราเห็นว่าเขาก็เก่ง อย่างมหาวิทยาลัยต่างๆเขาจะเชิญพวกโปรเฟสเซอร์มาสอนคนไข้เขาก็ต้องส่งชื่อนั้นมาว่าคนนี้จะมาอยู่หนึ่งอาทิตย์ มาทำผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราชอะไรอย่างเงี๊ว แล้วคณบดีศิริราชต้องเป็นคนรับรอง มาขอ แล้วถ้าคนนี้ไปทำผ่าตัดแล้วคนไข้ตายหรือมีปัญหา คณบดีก็ต้องเป็นคนรับผิดชอบ

เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็อีกอันหนึ่งที่เราสามารถที่จะเพิ่มให้เป็นตัวประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้กับคนที่มาจากต่างประเทศได้ อันที่สาม มีไหมที่ว่าอาจจะเห็นว่า ศูนย์ผู้อพยพ สถานทูต เป็นสิทธิของเขา พวกนี้ไม่ต้องมาขอคือมันจะออกมาส่งเข้าไปอยู่ในกักกัน อันนั้นเราจะไม่ให้ แต่ถ้าสมมุติว่าออกมาข้างนอกจะทำได้ ยังมีหมอที่ชอบถูกส่งไปช่วยตรงชายแดนตรงจุดนี้ให้ทำเฉพาะในโรงพยาบาลที่เขาอนุญาตเท่านั้น ก็ต้องบอกว่าเขาจะไปทำอะไร ที่ไหน เขาจะไปทำข้างนอกไม่ได้ เพราะถือว่าเขาทำผิดระเบียบ

4.6.5 การเปิดเสรีด้านบริการสุขภาพ

แม้จะมีการเปิดเสรีทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์สภาก็ยังขึ้นกรานในเรื่องการสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นภาษาไทย ก็ว่าถ้าคุณจะมารักษาคคนไทย คุณก็ต้องพูดภาษาไทย เป็นหลักการคือเราไปที่ไหน เราไปเมืองที่เขาพูดภาษารัสเซีย เราก็ต้องพูดภาษารัสเซียใช่ไหม เราไปอเมริกา เราก็ต้องพูดภาษาอังกฤษเราก็ต้องไปสอบไลเซนส์ของเขา เขามาที่เราเขาก็ต้องมาสอบไลเซนส์ของเราแล้ว ถ้าเขาสอบได้ก็ไม่มีปัญหาอะไรคือไม่มีการร้อง เพราะคนไทยจะให้คนไทยพูดภาษาอังกฤษกับหมอเป็นไปไม่ได้

4.6.6 การผลิตแพทย์ด้วยการเรียนการสอนแบบ International

แม้ว่าเราไม่ได้เปรียบประเทศไทยเป็นประเทศ International คนตั้ง60กว่าล้านคน ก็ยังต้องดูคนไทยอยู่ อันนี้อาจจะไม่ถึง 1 เปอร์เซนต์ด้วยซ้ำไปหรืออาจจะประเทศต่างๆ ซึ่ง ณ วันนี้คนที่ทำ International ส่วนใหญ่ เป็นโรงพยาบาลเอกชน แต่เอกชนแน่นอนว่าเขาสนใจธุรกิจเท่านั้น แต่ถามว่าดีไหม มันก็ดีเพราะว่ามันก็เป็นการกระจายชื่อเสียงของแพทย์ไทย ขณะนี้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง World class เรียบร้อยแล้วแล้ว แต่เราไม่ได้เปิดการตลาดเราไม่ได้ทำMarketing ไปเอาต่างประเทศมา เพราะว่าทำคนไทยก็มากอยู่แล้ว แต่ถ้าเผื่อจริงๆแล้วไปดูนะ Royal family จากต่างประเทศมารักษาคคนไทยนะ คือในภาพรวมจริงแล้ว Medical Hub ไม่กระทบ คือพูดว่าเราผลิตแพทย์ในประเทศไทยเวลานี้ เราผลิตแพทย์ Serve ทุก Section ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นแค่ตาสีตาสาเป็นโรคเบาๆเราก็รักษาได้ แต่ในขณะเดียวกันหัวใจเราก็ทำได้ เราเปลี่ยนถ่ายอวัยวะทุกอัน ทำได้ทุกอย่าง เพราะฉะนั้น ณ วันนี้เราสามารถที่จะดูแลคนไข้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนกระทั่งถึงซูเปอร์ตติยภูมิ โดยที่ไม่ต้องเอาคนอื่นมา เราสามารถที่จะอบรมได้เอง

ใน13สาขา ขณะนี้มันลึกลงไปในขณะที่ว่า เราส่งกล้องเราทำอะไร เราสอนกันเองที่นี้หมดเราไม่ต้องไปเอาหมอที่อื่นมาแล้วไม่ต้องส่งไปเรียนที่อื่นด้วย เพราะฉะนั้น ณ วันนี้ประเทศไทยสามารถที่จะ Serve ประชาชนไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างประเทศ แต่แน่นอนระดับล่างไม่มีใครเขามาหรอก เขาจะมาเขาก็มาระดับของซูเปอร์ตติยภูมิ เช่นมาผ่าตัดเปลี่ยนกระดูก เปลี่ยนเข่า ข้อ หรือว่าทำหัวใจต่างๆนานา

เพราะฉะนั้นใน Modern medicine ทั้งหมด เรา มีความสามารถและหมอที่เราที่มีความสามารถก็จะ Serve ทั้งสองข้าง ที่นี้ถามว่ามันก็อาจจะจะมีหมอบางกลุ่มที่เขาอยู่ในเอกชนแท้ๆ ส่วนใหญ่หมอเหล่านี้ก็มาเป็นอาจารย์พิเศษ อยู่ที่โรงเรียนแพทย์เหมือนกัน หมอเก่งๆจริงๆแล้วมันก็มีไม่เท่าไร เพราะฉะนั้นเขาเรียกระบบราชวิทยาลัย ราชวิทยาลัยที่เป็น Faculty ต่างๆ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ต่างๆก็จะมีหมอเก่งๆซึ่งอยู่ในเอกชนหลายๆแห่งมารวมกัน เพราะฉะนั้นเวลาที่มีอะไรความรู้เขาก็จะแลกเปลี่ยนหมุนเวียนกัน อาจารย์ต้องยอมรับก่อนว่า หมอที่เก่งที่สุดเวลานี้ไม่ได้อยู่ที่เอกชนนะแต่อยู่ที่ภาครัฐนะ อยู่ที่โรงเรียนแพทย์

4.6.7 ความเป็นไปได้ในการผลิตแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชน

เนื่องจากการผลิตแพทย์ไม่สามารถผลิตได้โดยเพียงนั่งห้องเล็กเชอร์เหมือนการศึกษาด้านอื่นๆ เช่น การตลาด การผลิตแพทย์ต้องใช้ทรัพยากรมนุษย์คือคน คนไข้ ปัจจุบันคนไข้ส่วนใหญ่เป็นคนไข้ของรัฐบาล ของโรงพยาบาลรัฐบาล เพราะฉะนั้น การที่จะผลิตก็ต้องมีสถาบันผู้ผลิตซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ หรือจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนก็ได้ทั่วคนไข้ต้องให้การยินยอม

โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถที่จะผลิตแพทย์ได้ เนื่องจากคนไข้เอกชนไม่ยอมเป็นหนูตะเภาให้นักเรียนแพทย์ไปเจาะเลือดไปตรวจไปอะไรต่างๆ แม้ในโรงพยาบาลรัฐบาลก็เริ่มจะมีปัญหาแล้ว เพราะว่าประชาชนเริ่มรู้จักสิทธิผู้ป่วย เขาจะรู้ลึกกว่าจริงๆแล้วนักศึกษาแพทย์ไม่ควรมาทำ แต่ในเวลาเดียวกันเขาก็รู้ว่าในโรงพยาบาลของรัฐทำหน้าที่หลายๆอย่างก็ถือว่าไม่ได้ให้บริการคนไข้เท่านั้น แต่เราทำการเพื่อการเรียนการสอน เพราะฉะนั้นหมอที่มารักษาคคนไขนั้นจะมีหมอหลายระดับ ตั้งแต่มีนักเรียนแพทย์ชั้นต่างๆ มีแพทย์ประจำบ้าน แล้วก็มีอาจารย์แพทย์แล้วก็มีผู้ช่วยจากสาขาต่างๆ

เกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภาที่ตั้งขึ้นมา ในการรับรองโรงเรียนแพทย์มีเกณฑ์ว่านักเรียนแพทย์ต้องทำอะไรเป็นบ้าง และการทำเป็นนั้นไม่ใช่ว่าทำเป็นกับหุ่นยนต์หรือทำเป็นกับศพหรือทำกับชิมูเลชั่น แต่ต้องทำกับคนไข้จริงๆ ซึ่งอาจจะต่างกับมหาวิทยาลัยหลักสูตรต่างๆในต่างประเทศ ซึ่งบางอันก็อาจจะไม่ใช่ ไม่ใช่มนุษย์ แต่ของเราใช้มนุษย์

เพราะฉะนั้น ถ้าหากโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นสามารถจะพิสูจน์ ได้ว่าคนไข้ของเขามีพอที่จะมาฝึกอบรม ก็ต้องส่งหลักสูตรเขามานมหาวิทยาลัยเพื่อผ่านไปให้สกอ. และก็ต้องส่งหลักสูตรเขามาให้แพทยสภาเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาที่มาจากสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยเป็นผู้ประสานงานตรวจสอบความพร้อมของสถาบัน และหลักสูตรทุกแห่ง ตรวจสอบ หากผ่าน ก็ผลิตได้

4.7 แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub)

นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางและประเทศอื่นที่มาใช้บริการในประเทศไทย ได้รับการสานต่อให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยในเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะ/

ความเห็นต่อคณะรัฐศาสตร์และได้รับการอนุมัติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เกี่ยวกับ แนวทางการพัฒนา ศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub) ซึ่งผลของการพิจารณามีประเด็นที่สำคัญ 4 ข้อ คือ

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและส่งเสริมศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย

- 1.1 ควรจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเป็นเจ้าภาพหลักรับผิดชอบในการบูรณาการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและการท่องเที่ยวทั้งระบบ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของภูมิภาคอย่างจริงจัง
- 1.2 ภาครัฐโดยหน่วยงานเกี่ยวข้องควรสนับสนุนข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับธุรกิจ Medical Hub อาทิ ด้านวัฒนธรรมและภาษาของผู้มารับบริการ กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น รวมทั้งการเจรจาผ่อนปรนข้อจำกัดทางกฎหมายต่าง ๆ ในระดับรัฐบาล และระดับผู้ประกอบการ
- 1.3 ภาครัฐต้องเป็นหน่วยงานเจ้าภาพในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงวิชาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน เช่น การอบรมทางการแพทย์ การฝึกงาน เป็นต้น โดยเน้นหลัก Public partnership และเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันไปสู่ความก้าวหน้าระดับ Regional และ International

2. แนวทางบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์

- 2.1 ภาครัฐและหน่วยงานเกี่ยวข้องต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรอย่างชัดเจน โดยเบื้องต้นควรกำหนดเป้าหมายในระดับกลาง คือ ประมาณ 1:1000 (แพทย์:ประชากร)รวมทั้งเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ
- 2.2 ภาครัฐควรตั้งงบประมาณสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมีคุณภาพตามเป้าหมายที่วางไว้ในข้อ 2.1 พร้อมกำหนดสัดส่วนของเงินงบประมาณที่ใช้สนับสนุนการผลิตแพทย์ว่ามาจากเงินภาษีประชาชนภายในประเทศและจากรายได้ในส่วนของ Medical hub อย่างชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจและการยอมรับของประชาชน
- 2.3 การดำเนินงานผลิตแพทย์คุณภาพเพิ่มภาครัฐควรประสานนโยบายความร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนในการเข้ามามีส่วนในการผลิตแพทย์ เนื่องจากมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก และมีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ดี ทั้งนี้ควรลงทุนเพิ่มทรัพยากรด้านต่าง ๆ ในโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่แล้ว โดยควรเน้นการเรียนการสอนเป็นระบบ 2 ภาษา เช่น ไทย – อังกฤษ เป็นต้น

- 2.4 รัฐต้องปรับสวัสดิการและสร้างระบบเสริมรายได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในสภาพความเป็นจริงและสมศักดิ์ศรี กล่าวคือ ต้องทำให้บุคลากรด้าน การแพทย์สามารถอยู่ได้เท่าเทียมเอกชน
- 2.5 รัฐต้องจัดระบบกระจายแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในระบบราชการไทยโดยโรงพยาบาลระดับอำเภอต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถผ่าตัดได้และแพทย์ประจำต้องเป็นแพทย์ที่เงินทุนครบ สำหรับแพทย์ใช้ทุนควรเป็นการเสริมศักยภาพ ทั้งนี้หากเป็นโรงพยาบาล เล็กและศักยภาพไม่เพียงพอควรพิจารณาปิดและเปลี่ยนแปลงจัดทำเป็นกลุ่ม General Practitioners สำหรับผู้ป่วยนอกโดยมีระบบส่งต่อที่ดี-
- 2.6 รัฐควรเปิดโอกาสให้แพทย์อาวุโสในภาคเอกชนกลับเข้ามาสู่ระบบรัฐแบบมีศักดิ์ศรี มีตำแหน่งที่เหมาะสมกับระดับประสบการณ์และความสามารถ โดยอาจเข้าสู่ในระบบของโรงเรียนแพทย์ ทำให้ภาครัฐรับประโยชน์จากแพทย์เหล่านั้นเพิ่มขึ้น
3. การดำเนินงานศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Medical Hub) ที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติ
- 3.1 รูปแบบศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทยที่ดำเนินการ ควรเป็นในรูปแบบศูนย์พักฟื้นสุขภาพ ศูนย์เสริมความงาม ศูนย์ดูแลและเวชศาสตร์เชิงป้องกันสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันสามารถใช้วิกฤตให้เป็น โอกาส กรณีที่จะมีแรงงานส่วนเกินจำนวนมาก ทั้งจากผู้สำเร็จการศึกษาและแรงงานระดับปริญญาบัตรที่จะว่างงานในอนาคต มาเข้ารับการศึกษาหรือฝึกอบรมเพิ่มเติมในสาขาผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และสาขาที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ
- 3.2 ภาครัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนทั้งในเรื่องของบุคลากร การใช้ทรัพยากร อุปกรณ์ การแพทย์ Software ระบบส่งต่อ การตลาด เป็นต้น โดยมีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน (Sharing resources) และระหว่างภาคเอกชนกับภาคเอกชน
- 3.3 ภาครัฐต้องสร้างกลไกในการจัดสรรรายได้จาก Medical hub ไปสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของการเก็บภาษีค่าธรรมเนียม ฯลฯ ซึ่งต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่ขัดกับหลักการของ WTO / FTA และหลักการของรัฐบาลที่จะลด Tariff และ Non tariff พร้อมกำหนดนโยบายด้านราคา การบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น มาตรฐานการบริการขั้นต่ำในการรักษาพยาบาลและแผนการลงทุนด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อสร้างความสมดุลระหว่างระบบบริการสุขภาพของประชาชนในประเทศกับการดำเนินนโยบาย Medical hub

4. มาตรการอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของคนไทยป้องกันผลกระทบจากนโยบาย ศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย

4.1 ภาครัฐต้องเร่งกำหนดมาตรการเชิงป้องกันและดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งใช้นโยบายรางวัลเป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เช่น หากภายในช่วงเวลาที่กำหนดสุขภาพแข็งแรงไม่เคยเข้ารับการรักษายาบาลจะสามารถเลือกโปรแกรมท่องเที่ยวหรือโปรแกรมเสริมความงามหรือโปรแกรมออกกำลังกายฟรีได้ 1 โปรแกรม เป็นต้น โดยอาศัยความร่วมมือกับภาครัฐทุกภาคส่วน ทั้งนี้ นำรายได้จากนโยบาย Medical hub ใช้ประกอบโครงการดังกล่าวด้วย รวมทั้งการให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันสุขภาพตั้งแต่ขึ้นปฐมวัย

4.2 ภาครัฐต้องจัดสรรและกระจายสิ่งอำนวยความสะดวกระบบสาธารณสุขไปทุกประเภทอย่างทั่วถึงทุกจังหวัด โดยให้มีคุณภาพทัดเทียมกับกรุงเทพมหานครให้มากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระจุกตัวของความเจริญก้าวหน้าและใช้เป็นปัจจัยจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพประชากรเต็มใจที่จะทำงานในระดับพื้นที่มากขึ้น

นอกจากนี้แล้ว ทางกระทรวงสาธารณสุขยังได้เร่งดำเนินการสรุปงบประมาณสำหรับยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 สรุปงบประมาณสำหรับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. 2553 – 2557)

ยุทธศาสตร์	รวมงบประมาณ 5 ปี (ล้านบาท)	2553	2554	2555	2556	2557
การพัฒนาบริการสุขภาพ	2352	99	486	587	590	590
การบริหารจัดการสมัยใหม่	454.625	79.965	80.915	97.915	97.915	97.915
การตลาดและการประชาสัมพันธ์	325.17	43	63	59	65.085	95.085
รวมทั้งสิ้น	3131.795	221.97	629.92	743.92	743.00	783.00

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข 2553

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัย นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย สามารถนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสรุปและวิเคราะห์ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆ เพื่อตอบคำถามสภาพการให้บริการ ประเภทการให้บริการ ชนิดของการให้บริการ ตลอดจนปัญหาการให้บริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง ตลอดจนนโยบายทั้งของภาครัฐและเอกชนเพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ได้ดังนี้

5.1 ผลการวิจัย

ผลของการวิจัยแบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่

5.1.1 สภาพ ประเภท ชนิดและปัญหาการให้บริการ

จากการศึกษาถึงสภาพการให้บริการ ประเภทการให้บริการ ชนิดของการให้บริการ ตลอดจนปัญหาการให้บริการด้านสุขภาพแก่กลุ่มประเทศตะวันออกกลาง พบว่า

ผู้มาใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย คือผู้มาใช้บริการประเภทปานกลาง (Moderate) และมีความซับซ้อน (Complex) ชาวตะวันออกกลางกลุ่มที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 11.44 เท่านั้นที่เดินทางมาเพื่อตรวจสุขภาพ และพบว่าชาวตะวันออกกลางที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยร้อยละ 21.12 มีหรือเคยมีญาติเข้ารับรักษาพยาบาลในประเทศไทย

ชนิดของการให้บริการส่วนใหญ่คือเพื่อการรักษาไม่ใช่เพื่อการป้องกัน ซึ่งจากการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารชั้นนำของโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ยืนยันว่า ชนิดของการให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นชนิดของการรักษา โดยมีทั้ง Moderate และ Complex มากกว่า 65% นอกนั้นจะเป็น Simple เช่นตรวจร่างกาย เสริมความงาม ฯลฯ

ปัญหาที่ผู้ให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางได้รับเมื่อมาใช้บริการโดยทั่วไปมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ภาษาและวัฒนธรรม แม้ว่าโรงพยาบาลชั้นนำเอกชนใหญ่ๆจะมีล่ามและผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวัฒนธรรมตะวันออกกลาง แต่โรงพยาบาลที่ให้บริการอีกหลายโรงพยาบาลที่ต้องการให้บริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง และปัญหาในการเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยกับหน่วยงานรัฐพบว่าหน่วยงานรัฐของไทยมีข้อขัดข้องเรื่องการต่างประเทศ เช่น การขอวีซ่า แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งจะมีการบริการต่อวีซ่า ทำวีซ่า แต่ก็ยังเป็นโรงพยาบาลชั้นนำเท่านั้น

5.1.2 ผลการทำอภิปรายกลุ่มย่อยกับภาครัฐบาล (focus group)

1. นโยบายของภาครัฐต่อการให้บริการด้านสุขภาพชาวตะวันออกกลาง กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายอย่างชัดเจนในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางทาง

การแพทย์ซึ่งคนไข้ชาวตะวันตกออกกลางเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชนต้องการให้เข้ามาบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย โดยมี สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้เป็นจริงในทางปฏิบัติ ขณะนี้กระทรวง สาธารณสุขกำลังยกร่างแผนยุทธศาสตร์พัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ในระดับนานาชาติ ในระหว่างปี พ.ศ. 2553- พ.ศ. 2557

2. ผลกระทบจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวประเทศตะวันตกออกกลางในประเทศไทย

ประเด็นคำถามต่อผู้ทำงานในภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้จึงมุ่งเน้นไปที่ผลดีและผลเสีย ต่อระบบสุขภาพจากการให้บริการด้านสุขภาพแก่ชาวต่างชาติรวมทั้งชาวตะวันตกออกกลางใน ประเทศไทย การที่คนไข้ชาวตะวันตกออกกลางเลือกเข้ามาบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย อาจทำให้คุณภาพของโรงพยาบาลโดยทั่วไปดีขึ้น

3. ผลกระทบต่อทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ การที่แพทย์ชาวไทยทำการรักษาคนต่างชาติ นั้นเป็นผลดีต่อประเทศให้เหตุผลว่า เนื่องจากการที่ระบบสุขภาพของไทยต้องเสียแพทย์ ส่วนหนึ่งเพื่อรักษาคนต่างชาติ ทำให้เราต้องผลิตแพทย์เพิ่ม ซึ่งผลคือ ทำให้คนไทยมีงานดีๆ ทำจำนวนมากขึ้น (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทนั้นมิได้ เกิดจากนโยบายการรับคนต่างชาติเข้ามารักษาในประเทศไทยแต่เกิดจากการบริหารจัดการ โดยทั่วไปและโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งทำให้เกิดความต้องการแพทย์ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552)

4. การร่วมมือกันของภาคเอกชนและรัฐบาล (Public/Private Partnership - PPP) ความ

ร่วมมือทางการแพทย์ระหว่างเอกชนกับรัฐบาลในส่วนของทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ในประเทศไทยนั้น เป็นการร่วมมือกันอย่างไม่เป็นทางการเท่าใดนัก เช่น แพทย์หรือ อาจารย์แพทย์ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐในเวลาราชการและออกไปทำงานให้กับ สถานพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ในเวลาหลังเลิกงาน แต่สำหรับความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในเรื่องของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมกันยังไม่มีดี เท่าใดนัก (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) หากมีคนไข้จากต่างชาติจำนวนมากต้องการเข้ามาทำการ รักษาพยาบาลในประเทศไทย ทำให้ความต้องการแพทย์มากขึ้น ในส่วนของการนำเข้า แพทย์จากต่างชาตินั้น อาจจะไม่ใช่ทางแก้ปัญหา เนื่องจาก แพทย์ที่เป็นที่ต้องการจริงๆ สำหรับการรักษาชาวต่างชาตินั้นจะเป็นแพทย์เฉพาะทางซึ่งมีทักษะสูงมากเท่านั้น (ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2552) สำหรับการให้เอกชนผลิตแพทย์แล้ว นโยบายให้โรงพยาบาลเอกชน สามารถผลิตแพทย์สำหรับรักษาชาวต่างชาติเองได้ควรได้รับการสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันมิได้มีข้อกำหนดห้ามโรงพยาบาลเอกชนผลิตแพทย์ แต่ปัจจัยด้าน คือ โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถอนุญาตให้นักศึกษาแพทย์ดูประวัติตลอดจนตรวจดูคนไข้ได้

อย่างใกล้ชิดได้เหมือนอย่างโรงพยาบาลของภาครัฐ (ทรงยศ ชัยชนะ, 2552) (ชเรศ กรัษนัย รวิวงศ์, 2552)

5.1.3 ผลการทำอภิปรายกลุ่มย่อยกับภาคเอกชน (focus group)

- 1.ความเป็นไปได้ถึงการเป็น **world class hospital** ของประเทศไทย นั้น เรามีศักยภาพแต่รัฐบาลต้องสนับสนุนเต็มที่ ไม่ใช่ ออกกฎเต็มไปหมดทำให้ภาคเอกชนไม่สามารถแข่งขันกับเอกชนจากต่างชาติได้
2. ประเทศกลุ่มตะวันออกกลางที่มาใช้บริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก (เรียงจากมากไปน้อย) คือ 1. UAE 2. Qatar 3. Oman 4. Kuwait 5. Barren & Saudi Arabia (รพ.กรุงเทพฯและสมิติเวช ใกล้เคียงกัน)
3. แนวคิดของภาคเอกชนต่อผลดีและผลเสียในการเป็น **Medical Hub** ต่อระบบสุขภาพของ ไทย ผลดีคือการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ของไทย ผลเสียคือความขาดแคลนทรัพยากร ถ้าผลิตบุคลากรไม่ทัน
4. แนวคิดของภาคเอกชนต่อผลดีและผลเสียในการเป็น **Medical Hub** ต่อทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพของไทย Medical Hub ถูกทำให้เป็นผู้ร้าย ว่าไปแย่งหมอจากชาวไทย ดังนั้น จึงต้องการงานวิจัยว่าทำไมหมอถึงออกจากภาครัฐไปภาคเอกชน หมอบางคน อยากทำงานช่วยคนจน แต่ภาครัฐไม่มีเวทีให้ ในขณะที่ภาคเอกชนมีเวทีให้- อยากให้คิดถึงหมอที่ออกไปขายประกัน เป็น ศส. ขายแอมเวย์ด้วย
5. **Public/private Partnership** บทบาทของภาคเอกชนและภาครัฐ บางกรณี เช่น public hospital เดียวขาด ในขณะที่เดียวกัน private hospital เดียวว่าง น่าจะมีการประสานกันในราคาที่รับกันได้ อาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลเอกชน พยาบาลจากภาครัฐมาทำ part-time ที่รพ. เอกชน Part-time ที่รพ.ราชการ อาจารย์จากภาครัฐมาทำเอกชนเป็นบางวันได้ เช่น 2.5 วันอยู่ภาครัฐ อาจารย์แพทย์เหล่านี้จะได้ไม่ต้องลาออกจากภาครัฐ หรือในกรณีของการร่วมมือกันระหว่างรัฐกับเอกชนในเรื่องเครื่องมือราคาแพง เช่น Cobolt สำหรับฉายแสง เมื่อเอกชนซื้อราคาแพง รัฐก็ไม่เข้ามาใช้ด้วยเพราะแพง พอรัฐเป็นฝ่ายซื้อก็จะเปิดใช้ 8 น. - 16 น. ทำให้เอกชนที่ต้องการใช้ตอนเย็นและตอนกลางคืนไม่อาจร่วมใช้ด้วยได้
6. ความเห็นเกี่ยวกับการให้ **tax incentive** ของภาครัฐ รพ.เอกชนไม่ต้องการลด tax อะไร เพราะกลัวโดนตั้งคัมปรณาม สิ่งที่ต้องการคือระบบบัญชี ส่งสรรพากร ที่ยืดหยุ่นขึ้นและความเสมอภาคในการจ่ายภาษี
7. ความเป็นไปได้ในความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ภาคเอกชนต้องการให้หาระเบียบที่เป็นอุปสรรคต่อการผลิตแพทย์แล้วแก้ไข ที่เอกชนผลิตแพทย์ไม่ได้เพราะ เอกชนอยู่ใน พรบ.สถานพยาบาลที่ไม่อนุญาตให้มีการเรียนการสอน

5.1.4 ผลการสัมมนาผู้บริหารในการให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน

จากการจัดการสัมมนาในเรื่อง “ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของภูมิภาคเอเชีย ได้ข้อเสนอแนะในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. **การพัฒนาโรงพยาบาลให้เข้ากับคนใช้ต่างชาติมากขึ้น** ทำให้คนใช้ต่างชาตินิยมโรงพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น หากมองปี 2544-2547 ก็จะพบว่าเพิ่มปีละ 27.20 % ต่อปี
2. **คู่แข่งที่สำคัญของเราคือ ประเทศในเอเชีย** เช่น สิงคโปร์ ในขณะที่เราได้ความนิยมเพิ่มขึ้น ในปี 2004 เราต้องการให้มีรายได้ 63000 ล้านบาท ในปี 2008 ขณะนั้นเรามีรายได้ 35000 ล้านบาทจากคนใช้ชาวต่างชาติ ขณะนั้น ครึ่งหนึ่งของรายได้เข้า Medical Sector ส่วนที่เหลือเข้าภาคอื่นเช่น transportation, food, hotel ความสำคัญของ Medical Hub คือ ถ้าไม่มีตรงนี้ก็ไม่มีตรงนั้น เช่น การท่องเที่ยว 11 ล้านคน หนึ่งในนั้นคือ คนที่เข้ามารับการรักษา ในช่วงแรกเราบอกว่า Medical Service กับ Tourism แยกกัน หลังจากนั้นก็มองว่ามัน Synchronize กันอยู่
- สิงคโปร์นั้น หลังจากรู้ว่าคนใช้จากประเทศหายเข้ามาประเทศไทยเยอะขึ้น รัฐบาลก็รับ Support เต็มที่ ต่างจากประเทศไทยที่ไม่มีใครทำอย่างจริงจัง
3. **Medical Hub แย่ง Resources จากคนไทย** สมองไหล จริงหรือไม่ อาจารย์สิน อนุราษฎร์ พูดถึง reserve brain drain คือ สมองไหลจากต่างประเทศ ก็กลับมาเมืองไทย และโรงพยาบาลเอกชนทุกโรงพยาบาลก็รักษาทั้งคนต่างชาติและคนไทย คำถามคือ ทำไมโรงพยาบาลเหล่านี้รักษาแต่คนมีเงิน ไม่ยอมรับสามสิบบาท หากมองในแง่ดี ถ้าวันนี้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนทางเลือก เวลาคิดว่าที่โรงพยาบาลรัฐ ต้องไปหาหมอที่รู้จัก เพื่อฝากหาเตียง แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ไม่ต้องไปหาเตียงแล้ว และ ทั้งนโยบายสามสิบบาท ประกันสังคม และ ข้าราชการ ถ้าคนเหล่านี้ใช้สิทธิของตนเองในโรงพยาบาลรัฐบาล ผลก็คือ รัฐบาลต้องเสียงบประมาณจำนวนมาก โรงพยาบาลเอกชนทำให้รัฐบาลประหยัดงบประมาณนี้ได้
4. **ด้านการเชื่อมโยงกับธุรกิจท่องเที่ยว ขนส่ง ฯลฯ ก็กลายเป็นผลพลอยได้** มีการประชุมของสภาพัฒน์ เอกชน มีการประมาณว่า มีตัวเงินเข้า Medical Hub นั้น 90% เข้า Sector อื่น เพียง 10% เข้า โรงพยาบาล
5. **เนื่องจาก Medical Hub นั้นผูกพันกับ Medical Tourism สถาบันพัฒนาธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม จะจัดประชุม ซึ่งต้องการทำ Internet Portal** เช่น โรงพยาบาลกับโรงแรมจะประสานกันด้านที่พัก จะออกมาอย่างไร การรับส่งผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร

เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2552 มีการประชุมกันของสภาพัฒน์และคณะรัฐมนตรี ในการให้ไทยเป็น Medical and Health Destination ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่เราจะร่วมมือกันเช่นนี้

ในด้านศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์จากมุมมองของภาครัฐ นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ได้ให้ความเห็นไว้ว่า

1. ในเรื่องของยุทธศาสตร์ฉบับแรก ปี 47-51 เป็นเรื่องของแสวงหารายได้จากต่างประเทศ ข้อดีของแผนที่ 1 คือ การบริหารจัดการและการขาดการบูรณาการ เพราะงานมีหลายมิติ ทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอการค้า รูปแบบการดำเนินการของแผนที่ 1 มักจะเป็นการส่งเสริม มากกว่าการควบคุม กำกับ เนื่องจากเราใช้ระเบียบกฎหมายเดียวกันในการปฏิบัติ ทำให้เรื่องการประชุมสัมพันธู์ต่างประเทศไม่ได้
2. ความท้าทายในการทำแผนยุทธศาสตร์แผนที่ใหม่คือ เรื่องการดูแลผลกระทบ การเตรียมการ เรื่องการจัดการกับผลกระทบ ในแผนที่สอง Key Actors สำคัญมักจะเป็นภาคเอกชน
3. เพื่อลดจุดด้อยครั้งที่แล้ว โดยการตั้งคณะกรรมการ อาจเป็นองค์กรอิสระหรือ หน่วยงานใดก็ได้ รวมทุกภาคส่วนและ stake holders ใหญ่ ซึ่งตอนแรกอาจอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขไปก่อน งานนั้นจะต้องมีทั้งวิจัยและพัฒนา

5.1.5 ผลการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นสุดท้าย

จากการสัมมนาที่คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ⁸ หลังจากที่มีผู้เข้าร่วมสัมมนาได้รับทราบผลการวิจัยทั้งหมดที่ รศ.มณิศรี พันธุลาภ ได้เสนอแนะไปแล้วข้างต้น ผู้เข้าร่วมสัมมนามีข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

- ก. การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย ควรจะเดินคู่ขนานกันไปกับการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชนและการที่โครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ดำเนินไปด้วยดี ทั้งนี้ เพราะโรงพยาบาลเอกชนจะเข้ามารับคนไข้ที่สามารถจ่ายได้ด้วยตนเองให้ไปใช้โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเท่ากับเป็นการแบ่งเบาภาระของรัฐบาลไปในตัว เนื่องจาก หากทุกคนในประเทศไทยไปใช้สิทธิของตนในโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โรงพยาบาลของรัฐบาล รวมทั้งงบประมาณของรัฐบาลจะไม่เพียงพอ
- ข. ปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 400 แห่ง แต่ปรากฏว่ามีเพียงประมาณ 100 แห่งเท่านั้นที่มีประสิทธิภาพ ฉะนั้น คำถามที่น่าจะหาคำตอบคือ โรงพยาบาลเอกชนอีก 300 แห่งที่เหลือมีสภาพเป็นอย่างไร
- ค. การเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทยควรจะดำเนินคู่ขนานไปกับการท่องเที่ยว เพราะเคยมีการศึกษาว่า รายได้จากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่จ่ายทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ จะมีญาติของผู้ป่วยเข้ามาจับจ่ายใช้สอย (shopping) มากเช่นที่ ประตูนํ้า Platinum เป็นต้น ซึ่งก็เท่ากับเป็นการฟื้นฟู SME SML ของไทยด้วย ประมาณว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นค่ารักษาพยาบาลประมาณ 20% ที่เหลืออีก 80% ไปเข้าภาคส่วนอื่นๆ เช่น โรงแรม ร้านอาหาร เป็นต้น ดังนั้น สภาพหอการค้าของไทย ร่วมกับโรงพยาบาลเอกชนและกระทรวงสาธารณสุข

⁸ การสัมมนาที่คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2553

ได้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการศึกษาและวางนโยบายเกี่ยวกับ Medical Tourism Cluster โดยที่สามารถพัฒนาไปได้โดยไม่ต้องพึ่งกับฝ่ายการเมือง

5.2 ข้อค้นพบของงานวิจัย

สำหรับข้อค้นพบของงานวิจัยนี้สามารถแบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆได้ ดังนี้

5.2.1 เรื่องข้อมูล

ผู้วิจัยพบว่า การได้มาซึ่งข้อมูลในเชิงปริมาณที่แท้จริงนั้นเป็นไปได้ยากมาก ทั้งนี้เพราะธุรกิจการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยต่างอยู่ในฐานะแข่งขันกันอย่างรุนแรง จึงทำให้จำนวนผู้เข้ารับบริการกลุ่มประเทศตะวันออกกลางของโรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่ไม่สามารถนำมาเปิดเผยได้ ทั้งนี้เนื่องจากยุทธศาสตร์ทางการตลาดของธุรกิจบริการสุขภาพ ในขณะที่ข้อมูลของทางราชการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ไม่ได้มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ทำให้ยากแก่การเข้าใจและเข้าถึง อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการให้บริการที่แท้จริงของกลุ่มตะวันออกกลางในประเทศไทย ว่าแท้จริงแล้วมีเท่าไรกันแน่ เพราะข้อมูลเป็นไปในลักษณะของการประมาณและเป็นการพูดคุย

นอกจากนั้นแล้ว ข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่ผ่านมาั้นขัดกัน เช่น งานวิจัยจาก TDRI ดร.วิโรจน์ ณ.ระนองบอกว่ารายได้ 50000 ล้านบาท อยู่ในสถานประกอบการโรงพยาบาล อีก 10000 ล้านบาทเข้า Sectors อื่นๆ นายแพทย์ธนธิป สุขประเสริฐ (ตัวแทนจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์) กล่าวแย้งว่า เป็นไปไม่ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลหลักๆ 6-7 โรงพยาบาล ยังไม่สามารถมีรายได้รวมกันได้มากกว่าหมื่นล้าน อีก 40000 ล้านบาทไม่น่ามาจากโรงพยาบาลอื่นๆได้ จึงคาดว่ารายงานผิดไปถึง 5 เท่า

5.2.2 เรื่องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของประเทศไทย (Medical Hub)

จากการทำอภิปรายกลุ่มย่อย (focus group) ทั้งของภาครัฐบาลและเอกชน พบว่า แม้จะมีแผนยุทธศาสตร์ของชาติ แผนแรกในปี 2547-2551 ซึ่งเน้นในเรื่องของการส่งเสริมจากภาครัฐบาล แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศคู่แข่งในเอเชีย จะเห็นว่าบทบาทของภาครัฐ ในการส่งเสริมการเป็น Medical Hub ยังไม่จริงจังและขาดความต่อเนื่อง ไม่เหมือนกันประเทศสิงคโปร์ ซึ่งรัฐบาลจะเร่งสนับสนุนภาคเอกชนอย่างเต็มที่

สำหรับแผนยุทธศาสตร์ของชาติแผนที่ 2 ปี 2553-2557 ภาครัฐบาลได้มีความร่วมมือกับภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรมและจริงจังมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณสำหรับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติใน 5 ปี จากจำนวน 221 ล้านบาท ในปี 2553 เป็น 783 ล้านบาทในปี 2557

สิ่งที่น่าสังเกตสำหรับการส่งเสริมเรื่อง Medical Hub ของประเทศไทย แม้จะมีการจัดสรรงบประมาณ 5 ปีล่วงหน้าก็ตาม แต่ตราบไคทีน นโยบายและการให้บริการสุขภาพของประเทศไทยโดยการ

ส่งเสริมจากภาครัฐขึ้นอยู่กับภาวะทางการเมือง โดยเฉพาะ นักการเมืองที่เข้ามาบริหารประเทศ โครงการต่างๆอาจจะขาดความต่อเนื่องและที่สำคัญ คือ อาจจะขาดประสิทธิภาพในการใช้จ่ายงบประมาณ หากไม่มีการศึกษาให้รอบคอบก่อนทำโครงการ

แม้ว่าแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (2553-2557) จะเน้นในเรื่อง ผลกระทบของการเป็น Medical Hub ของประเทศไทย เช่น ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานวิจัยที่ศึกษา ยังเป็นงานวิจัยที่ค่อนข้างหายาก เพราะผู้ให้บริการมักจะถือเป็นความลับ สำหรับผลกระทบเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ยังไม่มีข้อมูลเพราะขาดข้อมูลในเชิงลึกเช่นกัน

จากการสัมภาษณ์ในเชิงลึกเกี่ยวกับการให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้หรือไม่ ทางแพทยสภาไม่มีข้อขัดข้องใดๆอย่างที่เคยเข้าใจโดยทั่วไปว่า เอกชนไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ แท้ที่จริงแล้ว เป็นปัญหาของโรงพยาบาลเอกชนเองที่ไม่สามารถให้แพทย์ผู้ฝึกงานรู้ประวัติและทดลองรักษาคณไ้ของโรงพยาบาลได้ トラバドที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของแพทยสภาได้ トラバドนั้นโรงพยาบาลเอกชนก็สามารถผลิตแพทย์ได้

5.3 ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางอย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยเสนอว่าควรมีการดำเนินการในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้

1. **เรื่องการจัดทำข้อมูล** เนื่องจากการวิจัยนี้ค้นพบว่า ข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่ผ่านมาแน่นขัดแย้งกันมาก ดังที่ได้กล่าวไว้แล้วในข้อค้นพบที่ 5.1 ฉะนั้น ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องการคนกลางซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องบริการทางด้านสุขภาพ เช่น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาเป็นคนกลางในการทำวิจัย เพื่อชี้แจงว่ารายได้จาก Medical Hubs เท่าใด และจากเงินจำนวนนี้มีการกระจายเข้าไปในภาคส่วนต่างๆ คือ โรงพยาบาลและภาคการท่องเที่ยว เช่น ร้านอาหาร โรงแรม และห้างสรรพสินค้าเท่าใด
2. **เรื่องการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical Hub) ของประเทศไทย** นำที่จะให้มีการวิจัยเรื่องผลกระทบของการเป็น Medical Hub ของไทย ว่ามีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ บุคลากรทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทยเพียงไร
3. **แนวทางการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเกี่ยวกับการขาดแคลนแพทย์** ควรมีการศึกษาในเชิงลึกเกี่ยวกับการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ของไทยว่า ได้มีการจัดสรรบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ จริงๆแล้ว ผู้ที่จบแพทย์และได้ประกอบวิชาชีพนี้มีเท่าไร เนื่องจากในการทำ focus group กับสมาคมโรงพยาบาลเอกชน มีข้อเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดสรรบุคลากรในภาครัฐว่ามีการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ก่อนที่จะมีการเร่งผลิตแพทย์ และพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- Bamrungrad Hospital Public Company Limited. (2009). *Annual Report 2008*. Bangkok. ryt9.com. (2009). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย*. เรียกใช้เมื่อ 23 ตุลาคม 2009 จาก ryt9.com: <http://www.ryt9.com/s/cabt/143197/>
- Nikolic I. A., Maikisch, H. (2006) Public-Private Partnership in Health and Collaboration in the Health Sector. HNP Discussion Paper. October 2006
- Ritcher, T. (2004) Public-private partnership for Health: a trend with no alternatives? Society for International Development 47(2), (43–48)
- ทรงยศ ชัยชนะ. (13 ตุลาคม 2552). นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง. (มนสิรี พันธุลภ, และ สิริอนงค์ ปิยสันติวงศ์, ผู้สัมภาษณ์)
- ชเรศ กรัษนัยรวิวงศ์. (15 ตุลาคม 2552). นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง. (มนสิรี พันธุลภ, และ สิริอนงค์ ปิยสันติวงศ์, ผู้สัมภาษณ์)
- นพรัตน์ จวงพุ่ม. (พฤษภาคม 2550). ปรินญาณพนธ์เรื่อง "ศักยภาพของโรงพยาบาลในการรองรับการเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ". กรุงเทพฯ, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด. (2550). *รายงานประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ.
- ประสพศรี อึ้งถาวร. (ธันวาคม 2551). การผลิตแพทย์โดยภาคเอกชนในประเทศไทย. (มนสิรี พันธุลภ, และ สิริอนงค์ ปิยสันติวงศ์, ผู้สัมภาษณ์)
- มนสิรี พันธุลภ. (2551). *การใช้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- มนสิรี พันธุลภ. (2551). *การใช้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย*, สรุปรายงานการวิจัย ชุดโครงการวิจัยไทย-ตะวันออกกลาง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (มิถุนายน, 2551)
- มนสิรี พันธุลภ. (มีนาคม 2551). ภาคผนวก ข.: สัมมนาทางวิชาการเรื่อง "ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย". *การใช้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลางในประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วิโรจน์ ณ.ระนอง, อัญชนา ณ.ระนอง, และ ศิริชัย จินดารักษ์. (2551). *โครงการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- วิศิษฐ์ ตั้งนากกร. (15 ตุลาคม 2552). นโยบายและการให้บริการทางด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง. (มนสิรี พันธุลภ, และ สิริอนงค์ ปิยสันติวงศ์, ผู้สัมภาษณ์)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *การสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

ภาคผนวก ก

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย

มติคณะรัฐมนตรี (ชุดพ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร)

พุธที่ 30 มิถุนายน 2547

คณะรัฐมนตรีเห็นชอบหลักการแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชียมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริม สนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชนให้พัฒนาบริการธุรกิจ บริการรักษาพยาบาลให้เข้าสู่มาตรฐานสากล นำรายได้เข้าสู่ประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก

- บริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง ทันตกรรม และการตรวจสุขภาพประจำปี
- ธุรกิจสปา การนวดไทย และการดูแลสุขภาพพระชะตา
- สินค้าประเภทอาหาร ยา และเครื่องสำอาง

สาระสำคัญของยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ประกอบด้วยวิธีการตลาดและ 3 ยุทธวิธี และกิจกรรมหลัก ดังนี้

1. ยุทธวิธีการตลาดและประชาสัมพันธ์ โดยให้ความสำคัญกับการเจรจาธุรกิจสุขภาพระหว่างประเทศ การทำ Road Show ในประเทศต่าง ๆ การ Familiarization Trip การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ การสำรวจและวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้าในต่างประเทศ การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ และการจัดตั้งเครือข่ายบริการข้อมูลธุรกิจสุขภาพในต่างประเทศ

2. ยุทธวิธีบริหารจัดการ โดยการจัดตั้งองค์กรเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ การกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพ การปรับปรุงกฎระเบียบให้เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงของลูกค้าในต่างประเทศ การศึกษาวิจัย ประเมินผลและพัฒนายุทธศาสตร์ การจัดประชุมทางวิชาการ และการพัฒนาระบบสารสนเทศธุรกิจบริการสุขภาพ

3. ยุทธวิธีพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของบุคลากร การตรวจสอบและรับรองมาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูง การพัฒนาภาพลักษณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมการใช้และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ภายในประเทศ

พื้นที่เป้าหมาย ปี 2547 ส่วนกลาง : กรุงเทพมหานคร ส่วนภูมิภาค : ภูเก็ต เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี (เกาะสมุย)

พื้นที่เป้าหมาย ปี 2548

1. การบริการรักษาพยาบาล จังหวัดท่องเที่ยวตามแนวชายแดน 10 จังหวัด ผู้ประกอบการภาคเอกชนที่ได้มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และ สมาคมโรงพยาบาล

2. การบริการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดท่องเที่ยว 10 จังหวัด การรวมกลุ่มกิจการสปาที่ได้มาตรฐาน

ของกระทรวงสาธารณสุข

3. การพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย 10 จังหวัดที่มีศักยภาพในการผลิตสมุนไพร การแปรรูปในลักษณะของอาหารเสริม เครื่องสำอางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย ประกอบด้วย แผนงาน/โครงการ ดังนี้

แผนงานการบริหารจัดการ

1. โครงการจัดตั้งกลไกเพื่อการบริหารยุทธศาสตร์ จัดตั้งกลไกในการบริหารยุทธศาสตร์/โครงการในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ ดำเนินงานในลักษณะเป็นหน่วยประสานงานให้ข้อมูลแบบเบ็ดเสร็จ (One stop Service)

2. โครงการกำหนดมาตรฐานการบริการสุขภาพและมาตรฐานผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการขึ้นทะเบียน ตรวจสอบ ติดตาม กำกับ ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

3. โครงการปรับปรุงกฎ ระเบียบ มีการปรับปรุงกฎ ระเบียบให้เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของลูกค้านานาชาติต่างประเทศ

4. โครงการเจรจากับรัฐบาลจีน ร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศ ในเรื่องความร่วมมือในการผลิตสมุนไพร การส่งเสริมสุขภาพ และธุรกิจรักษาพยาบาล

5. โครงการเจรจากับรัฐบาลประเทศกลุ่มตะวันออกกลาง ร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงพาณิชย์ ในความร่วมมือด้านวิชาการสปาไทย การนวดไทย และการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

6. โครงการจัดการประชุมวิชาการ จัดประชุมวิชาการธุรกิจบริการสุขภาพ

7. โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศธุรกิจบริการสุขภาพ พัฒนาระบบสารสนเทศธุรกิจบริการสุขภาพ รวมทั้งการจัดทำ web-page และการบริหารทาง Internet เพื่อตอบสนองลูกค้าต่างประเทศ

8. โครงการศึกษาวิจัย ทำการศึกษาวิจัย ประเมินผล เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์

ยุทธวิธีพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนธุรกิจการสุขภาพ ได้รับการรับรอง และมีการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล

เป้าหมาย

1. มีการศึกษาวิจัยธุรกิจบริการสุขภาพทั้ง 3 ประเภท
2. มีการตรวจสอบและรับรองคุณภาพมาตรฐานของธุรกิจบริการสุขภาพในจังหวัดพื้นที่เป้าหมาย
3. พัฒนาศักยภาพและคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูงในการตรวจวิเคราะห์ ประกอบด้วย แผนงาน/โครงการ ดังนี้

แผนงานพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

1. โครงการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทำการ

วิจัยเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. โครงการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของบุคลากร ทำการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพผู้ให้บริการสุขภาพ รวมทั้งผู้ผลิตธุรกิจบริการสุขภาพ

3. โครงการตรวจสอบและรับรองมาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในระดับสากล (เช่น HA, ISO ฯลฯ) และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น GMP

4. โครงการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพห้องปฏิบัติการ มีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูงในการตรวจวิเคราะห์ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพสามารถส่งไปจำหน่ายยังตลาดต่างประเทศได้รวดเร็วขึ้น

5. โครงการพัฒนาภาพลักษณ์ ทำการพัฒนาภาพลักษณ์และช่องทางการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ

6. โครงการส่งเสริมการใช้และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ ทำการรณรงค์ในเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์และส่งเสริมการจำหน่ายภายในประเทศ

ที่มา: (ryt9.com, 2009)

ภาคผนวก ข



การสัมมนาทางวิชาการ

เรื่อง “ศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพของเอเชีย”

จัดโดย โครงการส่งเสริม พัฒนาและเผยแพร่ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์เพื่อการพัฒนา

ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันพฤหัสบดีที่ 2 สิงหาคม 2550 เวลา 13.00–16.00 น.

ณ ห้องประชุม 209 ชั้น 2 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยากร: พญ. ประภา วงศ์แพทย์

นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

ศาสตราจารย์ นพ. สนิ อนุราษฎร์

ดำเนินรายการ: รศ. มณศรี พันธุลาภ

รศ. มณศรี พันธุลาภ: สวัสดีท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน สำหรับวันนี้คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเราซึ่งมีโครงการส่งเสริม พัฒนาและเผยแพร่ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์เพื่อการพัฒนา ที่เราจัดมาทั้งหมดยังไม่ได้อธิบายในเรื่องสาธารณสุข ซึ่งท่านก็คงทราบกันดีว่าประเทศไทยเราในอดีตเคยคิดที่จะเป็น Medical Hub หรือศูนย์กลางบริการทางด้านสุขภาพ ความฝันทั้งหลายทั้งปวงนั้นเป็นจริงขนาดไหนทางคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจึงถือโอกาสนี้ เรียนเชิญวิทยากรทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ พญ. ประภา วงศ์แพทย์ ท่านเป็นอดีตนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ปัจจุบันท่านเป็นที่ปรึกษาของสมาคม ท่านจะมาพูดถึงภาพรวมทั้งหมดของประเทศไทยและของระดับโลกว่า ณ ปัจจุบันนี้เราจะไปในทิศทางไหนเกี่ยวกับเรื่องบริการสุขภาพ สำหรับท่านที่สองก็คือ นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ ท่านจะมาพูดถึงในภาครัฐว่ามีนโยบายอะไรใหม่ๆ และท่านสุดท้ายซึ่งถือว่ามีความสำคัญมากในเรื่องเกี่ยวกับเอกชนซึ่งก็คือ ศาสตราจารย์ นพ. สนิ อนุราษฎร์ ปัจจุบันท่านอยู่ที่โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และท่านยังเป็นคณะกรรมการฝ่ายต่างประเทศของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เพราะฉะนั้นวันนี้เราจับทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและที่อยู่ตรงกลางมาพูดคุยให้ท่านได้ทราบ เพื่อไม่ให้เสียเวลาขอเรียนเชิญ พญ. ประภา ค่ะ

พญ. ประภา วงศ์แพทย์: ขอบคุณท่านอาจารย์ค่ะที่กรุณาให้เกียรติโรงพยาบาลเอกชนมาเล่าให้พวกเราฟังในเรื่องของการที่จะสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการบริการสุขภาพ ที่จริงได้เริ่มมาประมาณ 4-5 ปีก่อนหน้านี้แล้ว ในส่วนของสมาคมฯเองเราได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพเมื่อประมาณ 3 ปีที่แล้วโดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสมาคมโรงพยาบาลเอกชนแล้วก็สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย สภาพัฒนาเศรษฐกิจและ

สังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ สาม หน่วยงานหลักนี้หลังจากที่ได้ทำงานร่วมกันมาโดยทางสมาคมเป็นแกนนำก็ได้กำหนดยุทธศาสตร์ขึ้นมาในการที่จะผลักดันแล้วก็ได้นำเสนอแก่อดีตนายกรัฐมนตรีเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา ในยุทธศาสตร์นั้นก็จะเรียกว่าเป็น Backbone อยู่จนทุกวันนี้ ให้เราติดตามดูว่าในยุทธศาสตร์เหล่านั้นมีการดำเนินการไปถึงขั้นไหนแล้วบ้าง อะไรที่เป็นอุปสรรค อะไรที่ถูกถอดสลักออกไปแล้ว อย่างในวันนี้เนื่องจาก Presentation อันนั้น 3 ปีมาแล้ว ดิฉันก็เลยอยากจะนำเสนอให้ดูว่า 3 ปีที่ผ่านมา โลกของเราเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เมื่อเราอยู่ในภาคเอกชนในภาครัฐกิจนี้ ทุกๆวันที่ ทุกๆวันมันมีการเปลี่ยนแปลง เพราะฉะนั้นเราจะยืนอยู่กับที่เฉยๆไม่ได้ ต้องติดตามความเคลื่อนไหวอย่างใกล้ชิด แต่ขณะเดียวกันในเรื่องของยุทธศาสตร์หรือ Strategy สามารถดำรงอยู่ได้ เพียงแค่เทคนิคในการดำเนินการอาจจะต้องปรับให้ทันสมัย

เรามาเริ่มการดูระยะ 3 ปีที่แล้วเราพูดถึงเรื่องของศูนย์กลางธุรกิจบริการสุขภาพ มันมาควบคู่กับเรื่องของ Medical Hub ใครๆก็อยากเป็น Hub คำนี้เข้าใจมาจากศัพท์ทางคอมพิวเตอร์ ทางไอที ที่จะต้องมี Hub มาเชื่อมกัน หรือที่เราเรียกว่าตรงนั้นเป็นชุมทาง ที่นี้การจะเป็นฮับนี้มันต้องมีความหลากหลาย มันไม่ใช่แค่เพียงว่ารักษาผู้ป่วยจากต่างประเทศแต่อย่างเดียวก็จะเป็น Medical Hub ณ ปัจจุบันนี้หลายๆประเทศเค้าก็ไม่ได้โปรโมตตัวเองเป็น Medical Hub อีกต่อไปแล้ว จะเห็นได้ว่าเค้าบอกว่าประเทศของเค้าเป็น Global Health Destination คือถ้าคุณคิดถึงอะไรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วคุณจะมาเลือกมาประเทศนี้ จะเห็นได้ว่าเวลาเรามองดู Consumer Products มักจะมีสโลแกนของเขา สโลแกนนี้อาจจะอยู่เป็นเวลานานตราบนับชั่วลูกหลาน แต่สโลแกนนั้นอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาก็ได้ เช่นเดียวกัน Medical Hub ณ ปัจจุบันนี้ถ้าเข้าไปดูจะไม่ค่อยมีใครเรียกตัวเองว่าเป็น Medical Hub แต่เขาจะบอกว่าเขาเองนั้นเป็น Global Health Destination นะ นั่นคือใหม่ล่าสุด คือเขาต้องการให้คนคิดถึงเขาเวลาที่คนเลือกที่จะไปใช้บริการสุขภาพที่ไหน อย่างภาพนี้ (อยู่ใน PowerPoint ประกอบการบรรยาย) นี่คือการผสมผสานของคนไข้คือ มาผ่าตัดก็มีคนมาพักรักษา มีคนหมอ มีโทรทัศน์ห้อยมาจากเพดานให้ดู คงเป็นอะไรที่คล้ายๆของอินเดีย เวลานี้อินเดียโตปีละ 30 เปอร์เซ็นต์ (Growth Rate)

Medical Tourism ทำไมถึงเป็นที่สนใจของทุกๆประเทศ ก็เพราะว่ามันมีมูลค่ามากมายหลายหมื่นล้าน US Dollars เป็น World Wide Multi Billions Industry ถ้าเรามองทั้งโลก ก็จะมีผู้รู้ทางเศรษฐศาสตร์ที่จะ Quote เอาไว้ว่ามันมีมูลค่าถึง 3.3 Trillion US Dollars Trillion ก็คือตัวเลข ล้านล้าน ใช่มั้ยคะ ตัวเลข 19 หลัก นี่เป็นสาเหตุว่าทำไมหลายๆประเทศจึงกระโจนเข้ามา มีประเทศไหนบ้างที่เป็นผู้เล่น เราก็จะเห็นประเทศไทย ทาง Southeast Asia มีมาเลเซีย มีสิงคโปร์ใกล้ๆประเทศไทยเราตกเขาไปได้อย่างไร แต่ก็ขอเรียนว่าโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์แห่งเดียวก็มีคนไข้มากกว่าสิงคโปร์ทั้งประเทศนะ และก็มีอินเดีย ในประเทศที่เคยอยู่ในค่ายของรัสเซียเดิมพอเขาเป็นอิสระแล้วเขาก็โปรโมต อย่างลิทัวเนีย ฮังการี ตุรกี อย่างตุรกีนี้ตอนนี้ยังเปิด EU คนก็นิยมมาทำฟันที่นั่น อิสราเอล จอร์แดน เค้าก็จะมีกลุ่มเป้าหมายของเขาเป็นพวกอาหรับ เค้าก็จะ Focusing ไปที่เรื่องของ Heart Surgery ที่จอร์แดนจะเยอะ คิวบา ทำ Plastic Surgery (ศัลยกรรมพลาสติก) คอสตาริกาก็เป็นน้องใหม่ แอฟริกาใต้ เค้ามีการแพทย์ที่ดีมาก จะเห็นว่าแต่ละ

ประเทศเค้าพัฒนาวิธีที่จะโปรโมตให้ทุกคนนึกถึงเขาเป็น Destination ที่จะเลือก อย่างแอฟริกาถ้าคุณไปผ่าตัด ศัลยกรรม เขาก็จะมีเป็นแพคเกจให้คุณเลือกไปเที่ยวซาฟารีด้วย ในขณะที่มุกยังไม่สวย ยังกลับบ้านไม่ได้ก็ไปเที่ยวซาฟารีก่อน อย่างในเอเชียเรามูลค่าตลาดในปี ค.ศ. 2012 อีก 5 ปีข้างหน้า มูลค่าทางการตลาด Medical Tourism จะมีมูลค่าถึง 4 Billion US Dollars สถานที่ที่เป็นที่นิยมมากที่สุดประเทศไทยยังมาเป็นอันดับหนึ่ง เราเป็นอันดับหนึ่งมาตลอดแล้วก็ยังเป็นอันดับหนึ่งอยู่ ตามมาด้วยสิงคโปร์ อินเดีย เกาหลีใต้ มาเลเซีย วันที่พูดไม่แน่ใจแล้วว่าสิงคโปร์ยังคงอยู่อันดับที่สอง น่าจะเป็นอินเดียมากกว่า อินเดียมีการเจริญเติบโตปีละ 30 เปอร์เซ็นต์ อินเดียค่อนข้างจะมีอิทธิพลอะไรบ้างอย่างในการที่จะดูแลคนใช้ต่างชาติ

มีหลายคนแสดงความคิดเห็นจากมุมมองของคนข้างนอกเอาไว้ว่า ทำไมคนเราถึงเลือกที่จะไปรับการรักษาที่ต่างประเทศ ก็มีเหตุผลหลักๆอยู่ 5 อย่างคือ

1. **Price (ราคา)** เน้นอนราคาในการรักษาที่ประเทศต่างๆที่ให้ดูในแผนที่นี้รวมทั้งประเทศไทยด้วย ราคาก็สมเหตุผล และราคาถูกกว่าที่จะรักษาในประเทศของตัวเอง ทั้งๆที่หลายประเทศเค้า Socialize และจะเข้า Access to Health Service หหมด แต่ Waiting List มันนานมาก การรักษาง่ายๆเขาก็ไม่จ่าย ต้องจ่ายเอง เคยมีบางคนเปรียบเทียบ โดยเอาราคาของหลายประเทศมาเปรียบเทียบกัน อันดับแรกก็คือสหรัฐอเมริกา เป็น US Dollar ตามมาด้วยสิงคโปร์ ไทย และตามมาด้วยอินเดีย ก็ปรากฏว่าเราจะอยู่อันดับที่ 3 ถ้าเทียบกับ 7 ประเทศ แต่ปรากฏว่าตอนนี้สิงคโปร์ เขาเป็นเมืองพ่อค้า คนของเขาค้าขายเก่ง พอเขา รู้จุดอ่อนสักพักเท่าที่ได้ยินมาตอนนี้เขาลด ราคาลงเพราะเขารู้ว่าตอนนี้เขาสู้เราไม่ได้ ของเรานี้ดีมากและราคาน้อยกว่าเขา เรื่องนี้อาจารย์สินก็คงพูดให้ฟังได้ แต่นี่ก็มองจากมุมมองของคนทั่วไป
2. **Service (บริการ)** คือประเทศของเขา Health Care ก็คือ Health Care ล้วนๆ แต่ว่า Additional Service ในส่วนตัวดิฉันก็มีประสบการณ์เพราะว่าต้องดูแลคนใช้ต่างชาติ อยู่ที่เป็น Cooperate อย่างบาง Cooperate เวลาที่เขาเกิดเจ็บป่วยแล้วต้องเข้ารับการรักษารั้งแรก บอกให้ไปโรงพยาบาลเขาจะอดอดมากแล้วก็อยากบินกลับบ้านเลย ก็บอกเขาว่าคุณบินไม่ได้หรอกในสถานการณ์นี้ยังงี้เครื่องบินเขาก็ไม่รับคุณ คุณไปโรงพยาบาลก่อน พอเขาเข้ามาในโรงพยาบาลของไทย ช้อแรกเลยเขาเจอหมอ เขาอุปกรณ์เครื่องมือโรงพยาบาลเจอห้องพักรักษาตัว พอเราไปเยี่ยมเขาอีกทีเขาบอก โอ้โห ถ้าเขารักษาที่บ้านของเขาเขาไม่ได้นอนห้องอย่างนี้หรอก หมอของเราก็อธิบายข้อมูลและให้การรักษาที่ดีมาก ซึ่งเขาพอใจ ให้ทางเลือก เขาบอกว่าถ้ารักษาในบ้านเขาต้องใช้ประกันของบริษัท ไม่มีใครถามเขาหรอกว่าผ่าตัดได้ดังคุณจะทำอย่างไร คุณจะผ่าตัดแบบ Conventional แล้วคุณจะมีแผลประมาณขนาดนี้ แล้วคุณต้องอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน หรือคุณจะทำแบบส่องกล้อง ที่ฝรั่งชอบเรียก Key Hole

แผลเล็กทำรูกุญแจมีอยู่ 2-3 รู แล้วเดี๋ยวพุงนี้บ่าๆก็กลับบ้าน เขาบอกขอบคุณมาก
สิ่งเหล่านี้แค่เพียงหนึ่งในหลายๆ Service ที่ตกย้ำ

3. **Quality (คุณภาพ)** แนนอนที่สุดโรงพยาบาลของเรา อย่าง ศ.นพ. ลิน ก็เป็นตัวแทน
จากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ซึ่งได้รับการรับรอง Hospital Accreditation (HA) ใน
ระดับ World Class แล้วก็กำลังจะตามมาอีกหลายแห่ง เพราะว่ามันจะไม่ได้มีแต่บำรุง
ราษฎร์แห่งเดียวแล้วแม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลแห่งแรก ดังนั้นตัว Quality ตัวนี้ก็มีกา
รับรอง ในเมื่อทุกอย่างมันเหนือกว่าที่บ้านก็ไม่มีเหตุผลอะไรที่จะยับยั้งไม่ให้เขา
4. **Availability (ง่าย)** เวลานี้มันเป็นโลกที่ไร้พรมแดน Low Cost Airline ถูกมาก
เวลานี้มีศัพท์ใหม่เขาเรียกว่า Medical Tourism Logistic เราคิดว่า Logistic คือขนของ
ใส่คอนเทนเนอร์ไปส่ง จะเห็นว่าอะไรใหม่ๆมันเกิดขึ้น

แต่เหตุผลที่ทำให้คนลังเลก็คือ

1. **Language and Culture Barrier** กลัวพูดภาษาไม่รู้เรื่องและกลัวช่องว่างทาง
วัฒนธรรม แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาลของเราส่วนใหญ่มีล่าม เขาบอกว่า 29 ภาษา มีทุก
ภาษารวมทั้งภาษาใบ้ด้วย แล้ว Culture ไม่ต้องกลัว มีอาหารฮาลาลด้วย มีทุกอย่างที่
คุณอยากทาน บางโรงพยาบาลมีห้องให้ทำละหมาดด้วย ทุกอย่างก็เข้าไปศึกษา
2. **No Legal Recourse** กลัวว่าหากรักษาไม่ดีแล้วจะไปฟ้องร้องที่ไหน คนที่กลัวก็จะคิด
ว่ารักษาที่บ้านเราก็ดูแลกันถ้ารักษาไม่ดีก็ไปสู่ระบบศาลยุติธรรมของบ้านตนเอง
3. **Who to deal with?** เรากำลังจะไปรักษากับใครก็ไม่รู้ ก็เลยไม่ไป

จะเห็นว่าเหตุผลที่ลังเลไม่ไปมันน้อยกว่าเหตุผลที่สนับสนุน อย่างไรก็ตามตัว Medical Tourism มันก็มี
ด้านลบเหมือนกัน ซึ่งตอนนี้มันก็นำไปสู่การที่ประเทศไทยกำลังเจรจากับหลายๆประเทศก็คือพวก Basic
Medical Insurance ยังไม่ครอบคลุม แต่ถ้าเป็น Tourist Insurance ถ้าเจ็บป่วยก็ครอบคลุมหมด แต่ถึง
อย่างไรก็ตามการที่ Basic Medical Insurance จะยังไม่ครอบคลุม มันจะมีทางออกอันอื่นอยู่ คนใน
ประเทศเองที่ไป Medical Tourism ก็มักจะมองด้วยสายตาที่ตำหนิหน้อยกว่าตัว Private Sector ไป
ไป Medical Tourism ให้คนเข้ามา มันเป็นการดูทรัพยากรไปจากประชากรของตนหรือเปล่า อันนี้
ก็ถกเถียงกันหลายเวทีว่าใช่หรือไม่ใช่ ช่วงท้ายที่ท่านจะแสดงความคิดเห็นโจทย์นี้ก็ขอทิ้งไว้ให้ท่านนะ

แล้วประเทศเราละจะมีเป้าหมายใหม่ เมื่อ 3 ปีก่อนเราก็ดั้งเป้าหมายเอาไว้ ทำยุทธศาสตร์ก็ต้องมี
เป้าหมาย เราก็บอกว่า 2010 อีก 3 ปี เพราะตอนนั้นที่เราทำเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ตอนนี้อีก 3 ปีเราจะมีคนไข้
ประมาณ 2 ล้านคน อุปกรณ์อะไรที่ทันสมัย รัฐบาลบอกเอาเข้ามาเลย ก็จะเป็นอีกมุมมองแล้วนะ
เพราะตอนนี้เราต้องเข้าใจว่าในประเทศไทยเราทุกวันนี้เรามีส่วนที่เรียกว่า Medical Technology ว่าเอามา
เกินไปหรือเปล่า CT มีมากไปหรือเปล่า MRI มีก็เครื่องมานั่งนับกัน แต่ของเขามองไปอีกด้านหนึ่งเลย

3. ดำเนินมาตรการตลาดเชิงรุก ต้องทำด้วยกันทั้งภาครัฐและเอกชน โปรโมต Thailand Brand ตรงนี้หมายความว่าทั้งกรมส่งเสริมการส่งออก ทั้ง ท.ท.ท. แล้วก็ทั้ง P Net ในการส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการจัดประชุมวิชาการสัมมนาทางการแพทย์ และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ให้ช่วยกันดึงเข้ามาในประเทศไทยให้คนเข้ามารู้จักเยอะๆ
4. ผนึกกำลังกัน Win-Win Public/Private Mix
5. เพิ่มจำนวน/ คุณภาพทรัพยากรบุคคล
6. การบริหารจัดการ

ในเรื่องของธุรกิจบริการสุขภาพของประเทศไทย ตรงนี้เป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสับสนอยู่พอสมควร โดยเฉพาะในบรรทัดที่ 1 ที่บอกว่าจำนวนธุรกิจโรงพยาบาลมีอยู่ 299 แห่ง แต่จำนวนโรงพยาบาลที่ดิฉันนับดูตามการจัดอันดับโรงพยาบาลที่ได้กำไรมากที่สุดจนถึงขาดทุนมากที่สุด มีอยู่ 380 แห่ง เพราะฉะนั้นดิฉันเชื่อตัวเลข 380 แห่ง มีสินทรัพย์รวมกันถึง 86,066,535,861 บาท

เวลานี้ Class Surgery เราส่งกันเองหมดเลยในโรงพยาบาลเอกชนด้วยกัน อย่างตอนนั้นที่เราต้องดูแลคนไข้ผู้ป่วยประกันสังคมเรื่องคลอด เราก็ส่ง new born ไปบำรุงราษฎร์ สมิติเวช กับศรีนครินทร์ อย่าไปมองว่าอันนี้มันจี๊ดเฉพาะนะ รักษาคนไข้เฉพาะต่างชาติหรือเฉพาะคนไข้ Pay up of Pocket อย่างเดียว ก็คงอยากจะทิ้งเป็นประเด็นให้ท่านได้ discuss กันในช่วงสุดท้ายด้วยนะคำว่า Brain Drain Vs Brain Gain มันเป็นอย่างไรมาก่อนแล้วมีคนอยากจะเข้ามาใน Agenda นี่อีกไหม มีอะ มีเยอะมากทีเดียว สมาคมเองตอนนี้มี Declare ตัวเองว่าให้บริการคนไข้ต่างชาติอยู่ประมาณ 30 แห่ง แต่ว่า Big Players มีอยู่จริงๆ ประมาณ 10 แห่ง ส่วนใหญ่ก็จะเป็น Chains กัน ก็ขอขอบคุณอาจารย์และท่านผู้ฟังทุกคนที่ได้ให้ความสนใจ

รศ. มณีนี พันธุลาภ: ขอบพระคุณค่ะ คุณหมอก็ให้ภาพรวมทั้งหมดเพื่อที่จะนำเราเข้าสู่ประเด็นทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ดิฉันจะไม่เสียเวลาสรุปเพราะว่าอยากจะฟังจากท่านที่เหลืออีกสองท่าน ก็ขอเชิญคุณหมอพรเทพนะคะ ว่าทางภาครัฐเองมีมุมมองอย่างไรใน Medical Regulation ของไทยในอนาคต

ดร.นพ. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์: เรียนอาจารย์ทุกท่านและสวัสดีท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน วันนี้ก็ถือว่ามารับใช้อีกครั้งหนึ่งสำหรับคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทราบว่าผู้ฟังส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาล ในฐานะที่ผมเป็นผู้รับผิดชอบประสานงานเรื่อง Medical Hub of Asia ในภาครัฐ คือกระทรวงสาธารณสุข คิดว่าควรจะต้องเรียนให้ทุกท่านทราบก่อนว่ามันมี Products อะไรบ้าง เพื่อท่านที่มาจากโรงพยาบาลจะได้เกิดไอเดียว่าไม่ได้มีแต่เรื่องการผ่าตัดอย่างเดียวที่เป็นเรื่องธุรกิจสุขภาพ ยังมีอีกหลายอย่างที่เราสามารถสร้าง Margin ได้มากมาย ตัวผมเองสวมหมวกหลายใบ ก็อยู่ในภาคโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งด้วย โรงพยาบาลเอกชนไม่ใช่ผู้ร้ายนะครับแต่เป็นผู้ช่วยพระเอก เราก็พูดคุยกันอยู่ตลอดเวลาว่าจะทำอย่างไรให้เราช่วยเหลือผู้ช่วยเราได้เต็มที่โดยหลักการนะครับ

รัฐบาลไทยชุดที่แล้วเมื่อปี พ.ศ. 2546 ก็ได้ทำยุทธศาสตร์ชาติขึ้นมาเรียกว่ายุทธศาสตร์พัฒนาชาติให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย มีมติ ครม. โดยมีหลายกระทรวงร่วมกันทำ หลังจากเปิดสุวรรณภูมิแล้วเราจะเป็นศูนย์กลางการบินในภูมิภาค เราจะเป็นศูนย์กลางการท่องเที่ยวในภูมิภาคในเอเชีย เรามีภูมิปัญญาและเอกลักษณ์ความเป็นไทย เรามีพื้นฐานการให้บริการสุขภาพที่มีโรงพยาบาลได้มาตรฐานมากทั้งภาครัฐและเอกชนมาโดยตลอดและนี่เป็นต้นทุน รวมทั้งสปา นวดไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร และความเหมาะสมเรื่อง สมุนไพร อาหาร สนามกอล์ฟ เรื่อง Vacation ทั้งหมด ก็น่าจะเป็น Products ที่จะนำไปทำเป็นธุรกิจบริการสุขภาพ ก็เลยคิดว่าเราจะเป็น Center of Excellent Health Care of Asia ได้อย่างไร ครั้งแรกเราคิดว่าเราจะเป็น Center of Excellent Medical Hub of Asia แต่บางคนบอกไม่ใช่แค่เอเชียแล้ว เราจะเป็น World Class แล้วเราก็อยากจะเป็น Wellness Capital of Asia ในเอเชียเรามีภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสมดุลในร่างกาย สุขภาวะที่ทำให้คนไม่เจ็บไข้ได้ป่วย อายุยืน เราภูมิปัญญาไทยมากมาย แล้วเราก็คิดว่าจะเป็น Thai Herb for Global Health ไม่ใช่เฉพาะสำหรับคนไทยอย่างเดียว นี่ก็คือ Vision ที่เราสร้างขึ้นมาเมื่อประมาณ 3 ปีก่อน นโยบายที่ตามมาก็คือเราได้มี QC Universal Coverage คือ 30 บาทรักษาทุกโรค บอกด้วยว่าเราจะทำโรงพยาบาลเอกชนให้มีขีดความสามารถในการรักษาโรคเฉพาะทางอย่างไรที่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการให้บริการเฉพาะทางต่างๆเหล่านั้น เรามีโรงพยาบาลมาตรฐานสากลโดยภาครัฐพยายาม Promote เรื่อง Hospital Accreditation คือให้มีบริการเข้าไปสนับสนุน กระตุ้นแล้วก็ประเมินให้ไปสู่มาตรฐานเอเชียอาเซียนให้ได้ และนี่ก็เป็นกรอบนโยบายให้ต่างชาตินิยมมาใช้บริการเรา เป็นการส่งเสริมไปให้ทั่วถึงโดยมีการทำโปรโมชั่นไปยังประเทศต่างๆ เรามีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ฝึกอบรมมากมาย เราสร้างผลิตภัณฑ์สมุนไพรและบริการสุขภาพจนเป็นที่ยอมรับ คิดว่าน่าจะเป็นต้นทุนของประเทศเรา จากนั้นรัฐบาลก็ได้มีนโยบายที่จะมีผลผลิตขึ้น 3 อัน

1 บริการรักษาพยาบาล ซึ่งอีกสักครูอาจารย์ นพ.สิน ก็จะขึ้นมาพูดว่าการแพทย์เฉพาะทางทำอะไรได้บ้าง ทันตกรรมทำไปถึงไหนแล้ว ตรวจร่างกายไปถึงไหนแล้ว

2 บริการส่งเสริมสุขภาพ คือสปาไทย นวดไทย ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อาหารเสริมเพิ่มสารอาหารทางด้านสมุนไพร พวกเราเคยไปสปาไหม Aroma Massage เคยไปไหม เราอยู่ในโลกแค่นี้เราไม่รู้เลยว่าขณะนี้ธุรกิจเขาไปถึงไหนแล้ว ใครไปสปาอร์ตคลับสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งบ้างครับ เดือนละพันกว่าบาทเท่านั้นเอง ธุรกิจนี้ใหญ่มากมีเป็นร้อยๆแห่งในประเทศ ตามมาด้วยการทำสปา ไม่ใช่เรื่องที่เฉพาะคนรวยเท่านั้นที่ทำได้นะครับ เขาขายเป็น Package อันนี้เป็นธุรกิจซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเรากำลังพยายาม Promote อันนี้ดีกลมบนไปแล้ว ผมได้รับเชิญไปหลายที่แต่ไม่ค่อยมีเวลาไป พอไปแล้ว Surprise มาก เราเข้าไปนี่เขามีให้หมดทุกอย่าง มีผ้าเช็ดตัว มีรองเท้าให้ ให้ Exercise เต็มห้องเลย การเข้าไปทำสปา ถ้าใครเคยไปแล้วจะรู้ว่าสวรรค์บนโลกมีจริงๆ ธุรกิจเป็นพันๆล้าน ไม่ใช่สำหรับนักท่องเที่ยวต่างชาติเท่านั้นนะครับ สำหรับคนชั้นกลางจนถึงระดับบน เราจะรู้ว่าคนรุ่นใหม่เขาสนใจเรื่องนี้อย่างไร

3 พัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทย สมุนไพรทำเป็นอาหารเสริม ทำเป็นเครื่องสำอาง ทำเป็นยา เช่นกันครับ วันนี้ท่านได้กินสมุนไพรหรือยัง พอทำผลิตภัณฑ์เหล่านี้เราก็อายุทธศาสตร์ขึ้นมาดังนี้

1 การตลาดและประชาสัมพันธ์ ก็มีรายการวิทยุ เราดำเนินการทำ Road Show ที่มันบูมขนาดนี้ไม่ได้มาจากเนรมิตนะครับ เราต้องเอาสมาคมไปกับเราด้วยทุกครั้งที่เราไป Road show ต่างประเทศ เริ่มต้นอย่างนั้นอย่างนั้นแต่ตัวโรงพยาบาลเอกชนใครดี ใครเก่งก็วิ่งไปตามช่องทางแล้วละก็ไปเร็วกว่าเยอะ เรา Get Start ให้มันเดี๋ยวแล้วเขาไปของเขาเองเลย เริ่มตั้งแต่ตอนวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 ไปญี่ปุ่น ผมยังได้เจอ พญ.ประภา เจอสมาคม ก็ทำทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งสามผลิตภัณฑ์ก็มีทำรายการวิทยุ รายการทำอะไรเยอะแยะ

2 การพัฒนาบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ จะทำอะไรให้สปามันเป็นผลิตภัณฑ์ที่ดี ทำอย่างไรให้สปอร์ต เอ็กเซอร์ไซส์ จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นมาได้ ทำอย่างไรให้คนไทยผลิตผลิตภัณฑ์ใหม่ขึ้นมาได้ ผลิตภัณฑ์ถูกประคบ ยาสมุนไพรไทยให้ได้รับความนิยมขึ้นมาได้ อาหารที่เป็นตัวป้องกันมะเร็ง ป้องกันไข้หวัดนก สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่เราพยายามพัฒนาผลิตภัณฑ์ขึ้นมา

3 การบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดสิ่งเหล่านี้คือมีการจัดคณะกรรมการ การพบปะกันในต่างจังหวัด เรามีเครือข่าย สป่าเชียงใหม่ สป่าชลบุรี สป่าสุราษฎร์ธานี ก็ทำกลุ่มให้เขา แต่ในการจัดเรื่องพวกนี้ให้เอกชนในเรื่องบริการทางการแพทย์ เราระวังมาก ต้อง Keep Balance ระหว่างโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน เพราะถ้าเรา Promote มากๆจะกลายเป็น Internal Brain Drain ไม่ใช่เป็นธรรมดา เป็นหนักด้วย เรื่องค่าตอบแทนสองตลาดนี้ต่างกันบางที 5-10 เท่า มันสร้างปัญหาขึ้นในระบบพอสมควร Brain Drain จากโรงพยาบาลอำเภอมาสู่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัดมาโรงพยาบาลส่วนกลาง โรงพยาบาลส่วนกลางมามหาวิทยาลัย จากมหาวิทยาลัยมาวิทยาลัยชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยชั้นหนึ่งมาโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ มัน Brain Drain เป็นขั้นๆไป อย่างไรก็ตามเราพยายามไม่ให้มันเป็นปัญหา เราพยายามเติมแพทย์ ผลิตภัณฑ์เพิ่มเติมทุกๆปี จากจบปีละ 900 คน ปัจจุบันแพทย์จบการศึกษาปีละเกือบ 2,000 คน แต่การบริหารจัดการเราคิด Balance อย่างมากก็คือ เราจะไม่ออกหน้าที่จะไปจัดกระตุ้นให้มีการให้บริการทางการแพทย์จนเกินกำลัง แต่เราจะ Promote อยู่สองอย่างคือ บริการสุขภาพ เช่นสปา นวดแผนไทย ทองเที่ยวเชิงสุขภาพ และอีกอันคือ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย

4 การพัฒนากำลังคน เราคิดว่าคงไม่แปลกที่จะมีทีมแพทย์ไปอยู่ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มันมีกระบวนการคัดกรองโดยตัวมันเอง ใครดี ใครเก่งมากมายมันจะไปโดยตัว Market จะดังไปเอง แต่ที่เราต้องการพัฒนาคนให้มากที่สุดคือพัฒนาคนไปทำงานในสปา เพราะสปาประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 6 อย่างคือ 1 ส 2 น 3 อ คือ

1. เสริมสวย 2. นวด 3. น้ำ 4. อโรมา 5. อาหาร 6. อารมณ์ 6 อันนี้เป็น Component ของสปาที่เป็น Choice ให้คนไปรับบริการเลือก ในโลกนี้ยังไม่มี Spa Therapy ที่ผลิตเป็นหลักสูตร เราก็อำหลักสูตรนี้ขึ้นมาขณะนี้ทำเสร็จแล้ว คือ

Level 1 ใช้เวลา 480 ชั่วโมง เป็นระดับ ปวช.

Level 2 ใช้เวลา 700 ชั่วโมง เป็นระดับ ปวส.

Level 3 ใช้เวลา 900 ชั่วโมง เป็นระดับปริญญาตรี

ขณะที่ทำหลักสูตรเสร็จเราก็ส่งไม่ให้มหาวิทยาลัยรับไปทำ สร้างคนขึ้นมาซึ่งขณะนี้สปามีมากมายหลายร้อยแห่ง ยังไม่ Qualify คนในนั้นเลย มีแต่ Spa Manager ก่อนจะเปิดสปาต้องสอบ Spa Manager ก่อน ตอนนี้สปามัก Attach ไปกับ Sport Club แต่ในอนาคตต้อง Attach ไปกับโรงพยาบาลของรัฐ เป็น Product ใหม่ อันนี้ทำท่ายพวกเรามาก ผมได้คุยกับตัวแทนโรงพยาบาลกรุงเทพที่พยายามจะทำสปากับ Golf Club ในโรงพยาบาลกรุงเทพได้อย่างไร แต่คนทำงานในนั้นยังไม่มี เราต้องทำหลักสูตรขึ้นมา ร่วมกับหลายๆกระทรวงรวมทั้งเราใช้ศาสตร์หลายศาสตร์มาก ศาสตร์แพทย์แผนไทยแพทย์แผนจีน ผมเพิ่งไปประเทศจีนมา เขาทำสิ่งที่เรียกว่า Complementary Integrated Care คุณสุรางรัตน์ จิราชีวินน์ไปทำสปา สปาไทยอยู่ชั้นหนึ่ง ชั้นสองเป็นเรื่องหลัก Investigation ชั้นสามเป็น Western Medicine ชั้นสี่เป็น Traditional Chinese Medicine คนที่มาใช้บริการเป็นสมาชิกทั้งหมด คือซื้อ member เข้ามาใช้บริการที่ครั้งต่อเดือน แล้วมีการ Check Up เสร็จแล้วให้หมคนั้น Recommend แล้วถ้าหลายคนจะต้องส่งมาที่ส่งมาที่บำรุงราษฎร์ นี่เป็นรายหนึ่งที่ Complementary ของ Treatment คือ Integrated Complementary Service เป็น Product กลาง แต่ถ้าเขาส่งขึ้นไปข้างบนเป็นทางด้านการแพทย์แผนจีนแล้ว Treat ได้เขา Treat เลย ภายใต้ Product นั้นเขาบอกว่าการแพทย์แผนจีนอยู่ในเมืองจีนดีที่สุด แต่ Western Medicine จะส่งมา เมืองไทยไปที่บำรุงราษฎร์ หรือไปสิงคโปร์ ให้คนไข้เลือกได้หมด แล้วเขาก็มาซื้อ Package จากที่นี่ อันนี้เป็น Integrated Care ซึ่งเขาต้องคน Spa Specialists เยอะ เราก็ต้องผลิตให้ นี่เป็นตัวอย่างหนึ่งที่น่าสนใจที่ตึกแห่งหนึ่งในเชียงใหม่ตรงข้ามกับหอไข่มุก อยู่ใกล้ๆกับบริษัทเจียไต๋ของซีพีเรา นี่คือที่ผมได้ไปเยี่ยมชมมา ที่ไปกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไปเยี่ยมชมสปากับเยี่ยมชมโครงการนี้ที่เราช่วยเขาทำ โดยคุณสุรางรัตน์ขายหุ้นไปอยู่ในมือคนฮ่องกงเกือบหมดแล้ว อยากจะให้เราเห็นภาพกว้างๆ ไม่ใช่ธุรกิจบริการสุขภาพจะเป็นเรื่องรักษาพยาบาลอย่างเดียว ซึ่งการรักษาพยาบาลมันเป็น Man Power Product เงินที่ได้มาแต่ละบาทจ่ายค่าแรงไปเยอะเกินครึ่ง แต่ว่าสปากำไรเยอะมาก กำไร 70 – 80 เปอร์เซ็นต์ อยู่ที่ Product และค่าบริการ Man Power ราคายังไม่ถืบตัวสูงไป สิ่งเหล่านี้ถ้ามี Product ใหม่ๆเกิดขึ้นและมีคนมาใช้บริการ อย่างที่นั่นครั้งละ 2,000 ก็มีคนมาใช้บริการ คนรวยจริงๆมาใช้บริการ ผลการดำเนินการที่ผ่านมา ก็ยังได้สร้างกลไกการประสานงานในยุทธศาสตร์ทั้ง 4 อันนี้ให้เกิดขึ้น ก็ประชุมร่วมกันหลายฝ่าย เราช่วยโรงพยาบาลเอกชนหาทรายใดรายหนึ่งลำบาก เราต้อง Approach สมาคม เราบอกว่าคราวนี้สมมติเราไปกับเรานะ ไปสหรัฐอเมริกาหรืออเมริกาหรือว่าไปบาร์เรน อย่างนี้ทำไม่ได้ เราต้องไปกับสมาคม เราจะต้องบอกว่า Product มีอะไรบ้าง แล้วท่านก็ไปหา Channel ไปกันเอง แต่กลไกเหล่านี้ในภาคของสปาเรามี สมาคม สปา สมาพันธ์สปา ในสมุนไพรมันเราก็มีสมาคมซึ่งเราได้ไปโปรโมตแล้วก็พยายามกระตุ้น เราก็ได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นมา ตรงนี้ผมอยากไปเร็วสักนิดนึงเพราะพวกท่านมาจากโรงพยาบาล ผลการดำเนินการด้านประชาสัมพันธ์ ก็มีจัดทำรายการวิทยุ “สุขภาพสู่เศรษฐกิจ ” อันนี้เป็นของแถมนะครับ เป็นรายการที่สถานีวิทยุแห่งประเทศไทยร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุข AM 819 และถ่ายทอดทั่วราชอาณาจักรใน

เครื่องมือประชาสัมพันธ์ 4 หุ่นถึง 5 หุ่นทุกวัน เราต้องการประชาสัมพันธ์สู่ชาวบ้าน ทำมาสองปีแล้ว จะมี 5 วัน วันจันทร์เป็น นพ. เทวัญ เรื่องแพทย์ทางเลือกทั้งหมด วันอังคารก็เป็นสมุนไพร เกษตรกร สุภาพรณัฐ ก่อตั้ง ผลิตภัณฑ์อภัยภูเบศน์ทั้งหมด วันพุธเป็นเรื่องขององค์การเกษตรกรรม ดร.ประคองสิริ วันพฤหัสบดี แพทย์. เพ็ญญา เรื่องการแพทย์แผนไทย วันศุกร์ นพ. พรเทพ ต่างจังหวัดถ่ายทอดทาง FM แต่ในกรุงเทพฯ FM ถูกซื้อไปหมดเลย มีคนรับฟังในคือหนึ่งผมว่าไม่ต่ำกว่า 2-3 ล้านคน ทำมา 2 ปี สรุปออกมาเป็น 200 เรื่อง เรื่องละ 1 หน้า A4 เดียวไปอ่านดูนะครับ มีสมุนไพร 1 ตอน เรื่องสปาร์ 1 ตอน เรื่องแพทย์แผนไทย 1 ตอน เรื่องนวดไทย เรื่องโรคภัยไข้เจ็บและสมุนไพรที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ถ้าใครอยากมีอายุสัก 120 ปี ก็อ่านสักครึ่งเล่ม ถ้าอยากอยู่สัก 150 ปี ก็อ่านทั้งเล่ม รายการนี้ก็อย่างรายการวิทยุ ก็ถามตอบอย่างเราพูด ไปก็มีคนมา comment อย่างเมื่อวานนี้ ได้พูดเรื่องเราใช้ใบชะพลูทั้ง 5 ได้ แล้วสักพักชาวบ้านก็โทรมาว่า เขาใช้อินทนิลต้น ใช้อย่างนั้นอย่างนี้ ไม่ต้องเพิ่มลดยา สามารถใช้แก้โรคเบาหวาน ใครเป็นคอเรสเตอรอลสูงต้องกินอย่างนั้นอย่างนี้ หลังไมค์เราก็จดไว้แล้วนำไปวิจัยหรือไปสอบถามกันต่อ สิ่งเหล่านี้ได้บันทึกไว้ในเล่มนี้ เพื่อให้ความรู้กับประชาชนและประชาสัมพันธ์โครงการนี้เรื่องสปาร์ นวดไทย สมุนไพรไทย การรักษาแบบไทย นอกจากนี้ยังมีสิ่งพิมพ์ต่างๆ

ทีนี้ผลที่ได้รับละ เราอาจจะมีข้อมูลซ้ำหน่อยเป็นข้อมูลปี 2547 ปีนี้เราเก็บข้อมูลมาได้ เราได้เงินมารวม 26,137 ล้านบาท เป็น generate income ภายในประเทศ ก็แบ่งเป็นการรักษาของชาวต่างชาติ 20 เปอร์เซ็นเป็นธุรกิจสปาร์ ขณะนี้เรื่องสมุนไพรก็เพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ รายได้ปี 47-49 ได้ประมาณ 200,000 กว่าล้านบาท เราก็เก็บมาทุกปี นี่เป็นตัวเลขประมาณการ ถ้าเราเก็บจริงๆ เราจะได้มากกว่านี้ เรื่องสปาร์กับนวดไทยนี้บูมมากๆ เพราะมันไป attack อยู่ในเรื่องของ sport club ในเรื่องของสปาร์มีการ register เพิ่มขึ้น จาก 113 เป็น 250 ในปี 49 ของนวดไทยก็เพิ่มขึ้นได้จาก 223 เป็น 600 กว่า นี่เป็นจำนวนที่รับรองนวดเสริมสวย สิ่งเหล่านี้อาจจะไม่เกี่ยวกับเราโดยตรง แต่มันจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของสปาร์ ผมอยากจะให้ challenge ให้โรงพยาบาลทุกแห่งได้ทำ product ตัวนี้ด้วย เช่นสปาร์เป็นต้น ยกตัวอย่างให้เห็นเช่นผมนี้ยกกระเปาะแล้วเจ็บมากเลยที่ไปเชียงใหม่ ก็มีหมอกที่เป็นลูกเรือคนหนึ่งที่เป็นหมอกระดูกเขาเจ็บผม 2 ที่หายเลย หรือเดินๆ ไปเขาผมจะเจ็บมากเลยเพราะว่าผมตีเทนนิส เขาเจ็บผมคดที่เดียวหายเลยนะ เขาให้เดินแบบเปิดแล้วคดไปข้างหน้า หายเลยครับ ปาฏิหาริย์มีจริง เขาเรียกว่าการจัดกระดูก ซึ่งเรากำลังจัดหลักสูตร ที่เราไปเชียงใหม่ก็เพื่อนำมาจัดหลักสูตรและที่จะไปญี่ปุ่นก็เพื่อเอาองค์ความรู้แบบผสมผสานมาทำ สิ่งเหล่านี้ซึ่งมันเป็น magic ซึ่งถ้าโรงพยาบาลของบ้านเราเนี่ยถ้ามีคลินิกจัดกระดูกขึ้นมาเนี่ย โอโห้ อย่างคุณหมอรุ่งเรืองนี่จัดกระดูกวันละร้อยกว่าคนเลยนะ หามเข้ามาเลยนะจัดเสร็จเดินออกไปเลย อย่างพอตาผมเนี่ยต้องผ่าตัดกระดูกสันหลัง แต่พอไปหาหมอรุ่งเรืองเพื่อจัดกระดูกก็หายเลย ไม่ต้องผ่าตัดด้วย สิ่งเหล่านี้เป็นภูมิปัญญาตะวันออก ซึ่งที่ผ่านมาเราเอาแต่ผ่า ผ่าแล้วก็ต้องผ่าอีก ปี 50-51 กระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบ เราก็จะทำเรื่องหลักสูตรสปาให้เสร็จสิ้น พอหลักสูตรเสร็จสิ้นแล้วใครก็เอาไปตั้งโรงเรียนสอนได้ แล้วก็จะทำวิจัยสมุนไพรหลายตัว ว่าตัวไหนรักษาเบาหวาน ตัวไหนรักษาความดันโลหิตสูง ตัวไหนรักษาคอเลสเตอรอลสูง รวมทั้งมะเร็งด้วย ผมได้มีโอกาสเดินทางไป Nottingham

University ซึ่งร่วมกับเรา วิจัยข้าวกล้อง มีไกลซินอยู่ เป็นโปรตีน สกัดไกลซินออกมา ให้นำที่ฉีด เซลล์มะเร็งเข้าไปกินกับข้าว เทียบกับหนูที่ไม่กินไกลซินที่มาจากข้าวกล้อง หนูที่กินข้าวกล้อง เซลล์มะเร็งโตช้ากว่า อายุยืนกว่าเยอะเลย แล้วถ้าให้เยอะๆก็เกือบหายเลย เราได้ หลักการก็คือเราได้ พิสูจน์แล้วว่าไกลซินป้องกันและรักษามะเร็งได้ нам เรา กำลังทำวิจัยในคนอยู่ และในข้าวแดงยังมีสารตัว หนึ่งซึ่งทำให้เลือดหยุดเร็วขึ้น เราเอามาวิจัยครบ ทำเป็นขั้นตอน แล้วทุกอย่างจะค่อยๆออกมาทีละตัว เรา เอาหลักสูตรที่เราทำ ในข้อ 1 และข้อ 2 ไปสอนในราชภัฏ ที่วัดและมหาวิทยาลัยต่างๆก็เปิดสอน แล้วก็ทำ ห้องปฏิบัติการประชาสัมพันธ์ เราได้ทำงบประมาณปี 51 ว่าเราจะทำโครงการนี้ทั้งหมดโดยกระทรวง สาธารณสุขเราได้งบประมาณทั้งหมดประมาณ 60 ล้านบาท จะทำโครงการนี้ทั้งหมด 3 Products นี้ สำนักงาน ปลัดกระทรวงก็ 27 ล้าน กรมสนับสนุน 16 ล้าน กรมวิทยาศาสตร์ฯ 19 ล้าน สิ่งเหล่านี้คือสิ่งที่เราจะทำทั้ง ภายในและต่างประเทศ ไม่กี่วันนี้ได้มีมติ ครม. ของเดือนมิถุนายน 2550 ว่าจะจัดการสร้างความรู้เรื่อง แพทย์พื้นบ้าน พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก พัฒนายาสุนไพรรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาไทย พอมติและมียุทธศาสตร์นี้ได้ตั้งงบประมาณไว้ด้วย ระยะเวลา 5 ปี 2,300 ล้านบาท สิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญ

กลับมาเรื่องที่ทุกท่านให้ความสนใจคือเรื่องธุรกิจ ธุรกิจเป็นเรื่องที่ไกลตัวพวกเรา เรื่องที่ใกล้ ตัวที่สุดคือสุขภาพ เรื่อง FTA อาเซียน เราได้ทำ FTA ด้านการบริการสุขภาพสำหรับอาเซียน Plus จีน เกาหลีและญี่ปุ่น ซึ่งมี 4 Modes คือ สินค้าข้ามแดน ผู้รับบริการข้ามแดน ผู้ให้บริการข้ามแดนและเรื่อง การลงทุน เรา กำลังตกลง งวดเข้ามามากๆแล้ว เราจัดทำเรื่องพยาบาลเสร็จแล้ว ซึ่งอาเซียนได้เซ็นสัญญา แล้ว เราก็จะปรับมาตรฐานพยาบาลที่มาทำงานให้ใกล้เคียงกัน และสามารถแลกเปลี่ยนข้ามแดนได้ ส่วน เรื่องแพทย์ซึ่งแพทย์สภาได้ไปร่วมทำที่สำนักงานนโยบาย แพทย์ก็ใกล้จะเสร็จแล้ว เราพยายามทำเรื่องเภสัช กร ทันตแพทย์ ถ้าทำเสร็จทั้งหมดผู้ให้บริการทั้งหลายในอาเซียนและจีน ญี่ปุ่น เกาหลี มันจะไม่มี พรหมแดน คนมารับบริการสุขภาพเข้าออกก็ไม่ต้องทำวีซ่า ซึ่งต่อไปมันจะขยายไปยังกลุ่มต่างๆ เช่น อาเซียนกับ EU เป็นต้น ซึ่งเราทำมาตรฐานเรื่องคนจีนมาจะทำให้เราจัดมาตรฐานเรื่องอื่นๆได้ง่ายขึ้น ถ้า เราบอกคนมารับบริการว่าไม่ต้องมีเรื่องวีซ่า ถ้าเป็นคนไข้ไม่ต้องขอวีซ่า ให้ฟรีเลย ก็จะสบาย ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขเรากำลังพยายามทำเรื่องนี้

อันที่สองก็คือ Public Private Mix ซึ่งทาง พญ.ประภาได้ถามไว้ ผมคิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ต้อง ไตร่ตรองให้ดี ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขเรากำลังให้บริการอยู่ รับส่งต่อไม่ว่าจะเป็นโครงการ UC หรือโครงการอื่นๆ แต่เรื่องต้นทุนนี้ต้องมีคนกลางมาเจรจาให้ มิฉะนั้นจะทำให้เราไปได้ลำบาก แล้ว Public Mix นี้ไม่ใช่เรื่อง Treat อย่างเดียว ยังมีเรื่องการใช้ศูนย์กลาง Lab ด้วยกันซึ่งต่างจังหวัดก็ได้เริ่มทำ แล้ว โรงพยาบาลรัฐและเอกชนเราก็ใช้ Lab ร่วมกันโดยคิดราคาที่ยุติธรรม

ครับ เรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขเรากำลังพยายามจะทำให้ดีที่สุด เพื่อให้โครงการ Medical Hub นี้เป็นประโยชน์ เราได้ใช้ทรัพยากรจากภาคเอกชนซึ่งลงทุนโดยที่รัฐไม่ต้องควักกระเป๋า ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี มากๆซึ่งเราจะให้การสนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนล้มตาอำปากได้ ไม่ต้องขาดทุน แต่ก็อย่าลืมว่าใน

สังคมมีทั้งคนดีและคนไม่ดี โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งทำไร แต่ทำบัญชีติดลบเพื่อไม่ต้องเสียภาษีก็มีเยอะ สิ่งที่เราต้องมาคิดกันว่าจะทำอย่างไรให้เกิดการบริหารแบบธรรมาภิบาลให้ได้ รัฐก็ต้องเข้าไปให้การช่วยเหลือในหลายๆเรื่องไม่ว่าจะเป็น HA, ISO ต่างๆ จะต้องกระตุ้นเพื่อให้เห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องจำเป็นภายในโรงพยาบาล ถ้าทำ ISO หรือ HA เมื่อไหร่ ทำบัญชีสองระบบไม่ได้แล้ว รัฐบาลต้อง Promote สิ่งเหล่านี้เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพ และสิ่งที่เป็นห่วงที่สุดในภาคเอกชนก็คือเรื่องราคา ซึ่งได้รับการร้องเรียนมาเยอะมาก เดี่ยวผมก็จะโยนตรงนี้ด้วยว่าเราจะช่วยได้อย่างไร ก็ขอขอบคุณนะครับ

รศ. มณีสรี พันธุลาภ: ขอขอบคุณ คุณหมอมพรเทพนะคะ ที่ได้มาพูดเกี่ยวกับภาครัฐ ขอเชิญคุณหมอสิน ซึ่งท่านเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงในภาคเอกชน ขอเรียนเชิญเลยคะ

ศ.นพ. สิน อนุราษฎร์: หลายคนพยายามใช้คำว่า Medical Hub แล้วก็บอกว่า Medical Hub ของเอเชีย แต่ความจริงผมว่าเป็น Medical Hub ของโลกเลย ที่พูดอย่างนั้นก็เพราะว่าไม่มีเมืองใดของโลกที่รองรับคนไข้ต่างชาติมากเท่านี้ ปีที่แล้วโรงพยาบาลหลายๆแห่งรวมกันแล้วมีคนไข้เข้ารับการรักษากินกว่า 1 ล้านคน เมื่อเรารู้ตัวเลขอย่างนี้แล้วมีความหมายอย่างไร ก็ลองดูโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาที่ดูแลคนไข้ต่างชาติมากที่สุดคือ เมโย คลินิกเขาดูแลปีละ 6,000 คน สิงคโปร์ดูแลคนไข้ต่างชาติเยอะมาก รวมๆ แล้วก็ยังไม่เกิน 200,000 คน ผมจะมาเล่าให้ฟังว่าทำไมโรงพยาบาลเอกชนหลายๆแห่งถึงเป็นผู้นำใน Medical Tourism ซึ่งความจริงผมไม่ค่อยชอบคำนี้ เพราะคำว่า Tourism มันฟังเหมือนไม่ใช่เรื่อง Serious มาเที่ยวแล้วก็มารักษา ซึ่งความจริงแล้วมันไม่ใช่ ของไทยนี่กว่า 90 เปอร์เซ็นต์มาเพื่อรักษา ผมก็จะแจกแจงว่าคนไข้ที่มาส่วนใหญ่มาเพื่อรักษาแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มาที่โรงพยาบาลศูนย์ไม่暇มาตรวจร่างกายหรือมาเพื่อทำฟันเหมือนอย่างที่เราหลายๆคนเข้าใจ ที่มาเช็คร่างกายนี้มีน้อยมาก บางทีทางรัฐบาลหรือหลายๆหน่วยงานพยายาม Promote ให้มาตรวจเช็คร่างกาย ซึ่งความจริงส่วนนี้เป็นส่วนที่ทางหลายๆโรงพยาบาลไม่รับนะครับ เพราะว่าเราเช็คร่างกายให้กับคนไข้ที่ถ้าเจออะไรแล้วก็จะรักษาต่อเลย ถ้าต่างชาติมาตรวจ พอเจอปั๊บแล้วไม่รักษาต่อมันไม่ได้ประโยชน์ คนไข้ต่างชาติที่รักษาในบ้านเราแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 คือคนต่างชาติที่ทำงานในเอเชีย เมื่อ 10 กว่าปีก่อนหากเป็นหวัดหรือท้องเสียก็จะมารักษาในบ้านเราแต่ถ้าเป็นหนักจะไปสิงคโปร์ แม้แต่คนไทยเองเป็นหนักก็จะไปสิงคโปร์ เมื่อสัก 13 ปีก่อนซึ่งผมกลับมาจากอเมริกา หลังจากไปอยู่ประมาณ 30 ปี ทางโรงพยาบาลบอกว่าต้องการเซทให้เป็นผู้นำของโรงพยาบาลใน South East Asia กลับมาตอนนั้นปี 1994 เขาบอกขอเวลา 10 ปี ก็มาถึงจุดนี้ที่เราสำเร็จนี้ไม่ใช่ที่เราบริหารเก่งหรืออะไรเก่ง มันเป็นเครดิตของวงการแพทย์และพยาบาลบ้านเรา ซึ่งเราจับมา Show Case แสดงความสามารถว่าความสามารถเราดี ก่อนที่จะมาผมก็คิดว่าเราไม่แพ้สิงคโปร์ อยู่ที่อเมริกาก็เห็นหมอสิงคโปร์ก็ไม่ได้เก่งไปกว่าเรา ก็คิดว่าการเป็นผู้นำของโรงพยาบาลใน South East Asia นี่เป็นไปได้ ขอเวลา 10 ปี ก็คือพยายามหาคนมาช่วยหลายๆด้าน

กลุ่มที่ 2 อันนี้เป็นกลุ่มใหญ่คือกลุ่มที่มาจากประเทศที่การรักษาพยาบาลของบ้านเขาด้อยกว่าบ้านเรา กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่น่าสงสารเพราะการรักษาพยาบาลบ้านเขายังไม่เจริญ อาจจะเป็นประเทศที่

ร่ำรวยอย่างตะวันตกกลางที่มีเงินมหาศาลแต่บุคคลากรบ้านเขาไม่คอยดีก็เลยต้องมา โรงพยาบาลเขา เครื่องมือพร้อมกว่าเราอีก แต่ทำไมมีหมอ ไม่มีพยาบาล อีกพวกที่เริ่มมาก็คือกลุ่มประเทศที่การรักษาพยาบาลดีกว่าบ้านเราแต่ผู้ราค่ารักษาไม่ไหว ต้องหาทางรักษาพยาบาลที่อื่น

กลุ่มที่ 3 คือคนที่มาท่องเที่ยวจริงๆแล้วมาไม่สบาย พวกฝรั่งชอบโรคโศน จีจกรยานหรือมอเตอร์ไซด์แล้วขาหัก แขนหัก กลุ่มนี้เป็นกลุ่มน้อย

กลุ่มที่มามากที่สุดจะเป็นกลุ่ม 2 ซึ่งช่วงนี้มาจาก South East Asia และตะวันตกกลาง จากเหตุการณ์ 9 11 ที่เครื่องบินไปชนตึกเวิร์ลเทรดเซ็นเตอร์ ทำให้เขาเข้าอเมริกาก็ลำบาก เข้ายุโรปก็ลำบาก แต่ความจริงของเราเริ่มมีพวกตะวันตกกลางเข้ามารักษากับเราก่อนหน้านั้นแล้ว เนื่องจากว่าโรงพยาบาลเราอยู่ในโซนของ List ตะวันออกกลาง พวกนี้ไม่สบายก็จะมาใช้บริการของโรงพยาบาลเรา กลับบ้านไปก็ไปเอาญาติพี่น้องมา ของเรากับกรุงเทพก็ทำสัญญากับรัฐบาลตะวันตกกลางหลายแห่งที่จะส่งคนมา รักษาพยาบาล ปีที่แล้วตัวเลขจริงๆผมก็ไม่ทราบแน่ชัด เป็น Estimate คิดว่ามีคนไข้มาไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน มาอยู่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ แล้วก็รายได้คงจะเกิน 1 หมื่นล้านบาท มาดูว่า Factor อะไรที่ทำให้เรา Successful เท่าที่ผมคิดว่ามีอยู่ 4 Factors คือ

1. **Value** ไม่ใช่ราคาอย่างเดียว ต้องมีคุณภาพด้วย Value คือ Quality หาดด้วย Price คุณภาพดีแล้วก็ราคาถูก Value ก็มหาศาล มีแม้กาจีนเขียนเกี่ยวกับ Health Care ในบ้านเราว่า Best Care Only Can Buy หมายความว่าได้ของซึ่งราคาเหมาะสมที่สุด ซึ่งพยายามให้ความรู้กับประชาชนในบ้านเราก็คือว่า Health Care ไม่ใช่ถูกนะครับ โรงพยาบาลในบ้านเราถือว่าถูกมากแล้วถ้าเทียบกับมาตรฐานเดียวกันในต่างประเทศ ต้อง Educate คนไข้ในบ้านเรา ถ้าต้องการใช้เอกชนเป็นทางเลือก ขอให้เขาซื้อประกัน แล้วให้บริษัทประกันมาสู้กับเรา ด้วยคอนโทรลราคา อย่าเอากระทรวงอะไรมายุ่งเลย ผมว่า กระทรวงก็จะไม่เข้าใจในจุดนี้ เมืองนอกเขาทำอย่างนี้ เขาซื้อประกัน ไม่มีครอบครัวไหนในเมืองไทยที่จะใช้โรงพยาบาลเอกชนเพราะป่วยหนักแล้วต้องควักกระเป๋า 1 ล้าน ไม่มีครับ ต้องซื้อประกันเพื่อประกันความเสี่ยง เสียเงินไม่กี่หมื่นบาท จนถึงแสน หลากหลายครอบครัวไม่กระเทือน แต่เกินนั้นไปแล้วกระเทือน ซื้อประกันก็หวังว่าจะไม่ต้องใช้ แต่ถ้าใช้แล้วมันไม่เดือดร้อน ประเทศต่างชาติที่เข้ามาไม่ใช่เขา ยกจนกว่าเราแต่เขาคิดว่า Value มันดีที่สุด
2. **Qualified Personnel** พนักงานของเรามีคุณภาพดี อันนี้ที่ผมคิดว่าต้องเสนอและหวังว่าเราจะทำได้ก็คือ โรงพยาบาลมีทั้ง 3 อย่างคือ รักษาพยาบาล สอนและวิจัย ตอนนี้ สอนกับวิจัยยังมีแต่มหาวิทยาลัยรัฐ จริงๆควรจะเปิดให้เอกชนสอนและวิจัยด้วย มาอ้างว่าสอนไปเดี๋ยวสิ่งแวดล้อมไม่ดี Personnel มันจะงก ความจริงมันไม่เกี่ยว เรื่องงกหรือไม่งกมันเกี่ยวกับคนไม่ใช่สิ่งแวดล้อม อย่างในอเมริกาสถาบันที่สอนที่มีชื่อเสียง มากๆก็เป็นเอกชน เป็นภาครัฐไม่เกิน 2 แห่ง Mayo Clinic, Harvard, John Hopkins

อะไรพวกนี้เป็นเอกชนทั้งนั้น ทำไมเอกชนบ้านเราจะมีสอนบ้างไม่ได้ คน Qualification เยอะแยะอยู่ในบ้านเรา ถ้าเปิดได้จะมีเปิดกันเยอะแยะ ไม่ใช่เฉพาะ แพทย์และพยาบาล ยังมีเภสัชฯและอื่นๆอีก

3. **Exotic Country** ถ้าเราไม่อยู่ต่างประเทศเราจะไม่รู้ คือทุกคนอยากมาเที่ยวประเทศไทย ถ้าเรียกประเทศไทยเป็น Exotic Country คือถ้ามีทางเลือกไปรักษาอินเดียกับรักษาประเทศไทย ไม่มีใครเลือกไปอินเดียหรอก เมื่อสองปีก่อน 60 minute ซึ่งเป็นรายการที่ได้รับความนิยมที่สุดของอเมริกา มาทำเรื่อง Medical Tourism ที่อินเดียกับบ้านเรา มาถามคนที่ทำงานว่าถ้าเป็นเขาจะเลือกที่ไหน เขาบอกไม่ไปอินเดีย สิ่งแวดล้อมมันไม่ดี แล้วมาแต่ละทีไม่ได้มาคนเดียว ครอบครัวมาหมด ครอบครัวมา 5 คนเข้ามา 1 แล้วคิดว่า 5 คนนี้จะใช้ขนาดไหน อยู่โรงแรม ใช้จ่ายอีก ตรงนี้เป็น Factor ที่ไม่ได้คำนวณกัน
4. **Efficiency** ผมทำงานที่อเมริกา 20 กว่าปี เห็น Health Care ในหลายประเทศ ไม่มีประเทศไหนมีศักยภาพหรือ Efficiency เท่ากับโรงพยาบาลในบ้านเรา ซึ่งสักครู่ผมจะขยายต่อในเรื่องนี้ Quality นี้เราเรียกว่า World Class Quality ไม่ใช่ของบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลเดียว แต่ของเราเป็นแห่งแรกที่ทำก่อน โรงพยาบาลเราจะมีนักข่าว สถานีโทรทัศน์มาสัมภาษณ์เยอะแยะมาก ตั้งแต่เมื่อ 7-8 ปีก่อน ไม่ใช่เราเก่งกว่าคนอื่น คือถ้าเราไม่ทำ Quality Product ทำไมขายได้แค่ 10 เปอร์เซ็นต์ของอเมริกา หรือว่าหนึ่งในหกของยุโรป เมื่อก่อนหนึ่งในสี่ของสิงคโปร์กับฮ่องกง ไม่ใช่เราเก่งกว่า โรงพยาบาลหลายแห่งในอเมริกา แต่มิอันหนึ่งซึ่งเราถามตัวเราเองว่าเราจะมั่นใจได้ อย่างไรว่า Quality ของเราอยู่ในระดับ World Class หลังจากที่เราพยายามสนับสนุนการทำ HA เป็นแห่งแรกของเมืองไทยเราก็ตกใจถ้าเราได้ Commission ที่อเมริกา มาคือของเราก็ใช้ ISO แต่ ISO มันไม่ตรงกับโรงพยาบาล ตอนหลังเราก็เลิก ISO ไป พอมี JCI มาก็เป็นแห่งแรกที่ผ่าน JCI เมื่อ 5 ปีก่อน ผมคิดว่าโรงพยาบาลหลายแห่งในกรุงเทพมีศักยภาพที่จะผ่าน JCI ก็แสดงความยินดีกับทางสมิติเวช ที่ทำและได้รับไป เมื่อต้นปีที่ผ่านมา และอีกหลายแห่งก็มีศักยภาพ

Health Care ในกรุงเทพฯอยู่ในระดับ World Class และ Value ก็คือ Qualified personnel ซึ่งผมพูดว่ามันหาที่อื่นไม่ได้ อย่างโรงพยาบาลในตะวันออกกลางโรงพยาบาลของเขามีเครื่องมือดีกว่าเรา คนก็มี แต่คนของเขาต้อง Import หมด เพราะคนที่มี Qualification ไม่ไป Management ของเขาก็ American Management ทั้งนั้น ไม่ใช่ Management เก่งแล้วเครื่องมือก็ State of the art equipment ซึ่งโรงพยาบาลใหญ่ๆของเราก็มี และอันหนึ่งซึ่งต่างจากประเทศต่างๆก็คือ Superb Hospitality นิสัยของคนไทยอย่างหนึ่งพอเป็นคนที่เรา Care เราพยายามที่จะทำให้เขาเกิดความพอใจ อันนี้เป็น Character ของคนไทย ถ้าไปดูสิงคโปร์ของเขาไม่มีฝรั่งดูแลคนไข้ ของเราบริการดี Excellent facility แล้ว Third world

price อันนี้ผมคิดว่าต้องฝาก นพ.พรเทพ โรงพยาบาลเอกชน เป็นทางเลือก ที่ผมกลัวที่สุดก็คือ Uniform Pricing ไม่ได้ครับ ไม่ได้ เพราะ Uniform Pricing เอกชนนั้นมีหลายราคา ราคาที่ถูกก็มี ราคาที่แพงก็มี ปลอ่ยให้เป็นกลไกตลาดดีกว่า ถ้าเป็น Uniform Pricing เมื่อไหร่ รับรอง ตาย เพราะเราไม่มีเงินที่จะปรับปรุงให้มันดีเท่าที่ควร

Qualified Personnel ผมยกตัวอย่าง Friendly and eager to please, Well trained

Good tolerance รู้สึกว่าเวลาจะไม่ค่อยตรงกับคนไข้จริงๆแล้วพวกเราไม่รู้ว่าคุณต่างชาติอยากมาเที่ยวเมืองไทยแค่ไหน ถ้าไม่เชื่อผมดูที่ Tourist Magazine ที่เขาโชว์มา บอกว่ากรุงเทพเป็นเมืองที่นักท่องเที่ยวอยากมาที่สุด อันนี้ก็เป็นจุดหนึ่งที่ทำให้คนไข้อยากมารักษาที่เมืองไทย

เรื่อง Efficiency นี้ คนไทยเคยชินกับ Efficiency ของโรงพยาบาลมากจนกลายเป็น Demand บ้านเราคนไข้ต่างจากที่อเมริกาหรือประเทศอื่นๆกัน คนไข้ที่มารักษาที่บ้านเราไม่ต้องนัด อยากไปหาหมอเมื่อไรก็เดินเข้าไปให้หมอ ดูหากต้องตรวจเลือดหรือ X-Ray ก็ส่งไปเลย อีกชั่วโมงได้ผล พอได้ผลกลับก็มาดู ถ้าต้องหา Specialist ก็ส่งไปอีกห้องหนึ่ง ดูเสร็จ จะต้องตรวจอะไรซ้ำอีก ก็ตรวจ ทั้งหมด บางครั้งนะครับ ผมเข้ามา 8 โมง บ่าย 2 โมงก็วินิจฉัยโรคได้แล้ว เวลาชาวต่างชาติเข้ามาวันเดียวได้รับผลมันประหยัดเวลาเขามาก ที่อเมริกาเขาทำอย่างไร ก็ก่อนจะไปหาหมอนัดนัดก่อน สมมุติผมป่วยวันนี้ ต้องการนัดวันนี้แต่วันนี้หมอไม่อยู่ที่โรงพยาบาล หมอเขาจะเปิดออฟฟิศของเขา ต้องไปหาเขา มาหาแล้ว ถ้าต้องการเจาะเลือด ก็เจาะแล้วส่งไปแล็บ อย่างเร็วที่สุดพรุ่งนี้มาฟังผล แต่ส่วนใหญ่จะนัด 2-3 วัน ถ้าเอ็กซเรย์ก็เหมือนกัน อีก 2-3 วันมาเจอหมอ ส่งไป Specialist นัด Specialist มาอีก 2 วัน พออีก 2 วัน มาแล้วก็ต้องทำนู่นทำนี่ สิ่งที่เราทำได้ภายใน 6 ชั่วโมง เขาใช้เวลา 6 – 12 วัน ตรงนี้ละครับ Efficiency เหตุที่บ้านเรามี Efficiency มากก็เพราะคนไข้บ่นมาว่าเสียเงินแล้วยังซ้ำอีก จึงต้องทำ สมัยก่อนรณรงค์ เจอหมอเจาะเลือดตอนเช้าแล้วบอกบ้ายๆมาพบหมอ จะกลับไปก่อนแล้วกลับมาก็ใช้เวลาพอๆกัน ก็นั่งรอที่โรงพยาบาล นั่งรอน่าเบื่อก็ไปเร่งที่แล็บที่ทำ ก็กลายเป็นว่ามันต้องทำอย่างนั้น ชั่วโมงเดียวต้องได้ ก็เลยกลายเป็นสิ่งที่ Expect ขณะนี้ถ้าส่งผลแล็บไม่ได้ใน 1 ชั่วโมง คนไข้ก็โกรธหมอก็โกรธ ก็เล่นงานคนทำ Efficiency ไม่มีที่ไหนในโลกเป็นอย่างนี้ คนไข้ต่างชาติเวลามาก็ไม่ต้องใช้เวลา 6-10 วันก็ได้วินิจฉัย ไม่ต้องรอที่เซฟเงินไปได้เท่าไร แล้วก็มีเวลาไปเที่ยวด้วย Impression ก็เหมือนกันคือหลายคนบ่นว่าแพง คือ Health Care มันไม่ถูก ควักกระเป๋าจ่ายเองเลย ต้องซื้อประกัน ถ้าเลือกจะมาใช้บริการเอกชนขอให้ซื้อประกัน ไม่ใช่ประกันอย่างที่เรารู้กันของเราที่ใช้กันส่วนใหญ่จะได้จากประกันชีวิต จ่ายไม่เยอะ แต่ส่วนมากมักไม่กลัว สมมุติประกัน 1 ล้าน เข้ารับการรักษาครั้งหนึ่งจ่าย 40,000 บาท คนจ่ายไม่กลัวหรอกกลัวหนักๆจ่ายเป็นล้าน ตรงนี้กลัว แต่ประกันบ้านไม่ได้รับความเสี่ยงตรงนั้น จ่ายไม่ได้มาก พอสิ้นเดือนก็จ่ายตรงนั้น บริษัทประกันสุขภาพเริ่มมีบริษัทเข้ามาหลายแห่ง ควรจะมีไว้จริงๆแล้วมันไม่แพงอย่างที่คิด เพราะฉะนั้นเราทำประกันชีวิตปีละหมื่นกว่าบาท ประกันสุขภาพปีละหนึ่งหมื่นทำไมจะไม่ได้ ควรจะทำ ยิ่งซื้อทั้งครอบครัวยิ่งไม่แพงใหญ่ ผมพยายามบอกเพื่อนให้ซื้อไว้ ส่วนใหญ่ก็อยากใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่มาตรฐานสูงๆ ก็อยากจะฝากพวกเรา ที่สวิตเซอร์แลนด์รัฐบาลออกกฎหมายเลยว่า

คนต้องมีประกันทุกคน รัฐบาลไม่ต้องการรับภาระ ทุกคนที่ทำงานบริษัทหรือ Self Employ ต้องซื้อประกันสุขภาพ

สุดท้าย ประโยชน์ของประเทศได้อะไรบ้าง ทุกคนเห็นหมดคือ รายได้เพิ่มขึ้น จากการรักษาพยาบาล จากครอบครัวที่มาเที่ยวและซื้อของ รู้สึกแปลกใจที่ญาติคนไข้ชอบมาหาหมอนู๋ครอง ชื่อแบบที่มีเท่าไรก็ซื้อหมด ขณะนี้มีรถตู้จากเซ็นทรัลชิดลม จากพารากอน จากดิเอ็มโพเรียม ไปจอดที่โรงพยาบาลไปรับญาติและคนไข้ไปช้อปปิ้ง วึ่งทุก 15 นาที อีก 2 เรื่องที่เรามองไม่เห็นก็คือเนื่องจากเราต้องแข่งขันกับต่างประเทศ เราต้องรักษาความรู้ให้อยู่ในระดับแนวหน้า วัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลเราไม่ใช่เพื่อชาวต่างชาติแต่เป็นเพื่อคนไทย หากคนต่างชาติจะมาใช้ก็ยินดี สิ่งเหล่านี้คนไทยได้ประโยชน์ โรงพยาบาลคู่แข่งในกรุงเทพฯก็ต้องตาม แม้แต่โรงพยาบาลรัฐก็ต้องตาม ไม่เช่นนั้นคนไข้จะบอกว่าเอกชนยังทำได้ทำไมรัฐทำไม่ได้ คนอายุรุ่นราวคราวเดียวกับผมจะเห็นว่าเมื่อก่อนไม่มีทางเลือกต้องใช้ของรัฐบาลอย่างเดียว ยังจำได้ตอนเป็นนักศึกษาต้องไปใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ เข้าแถวยังไม่ทันไรเริ่มโดนดูแล้ว คิดว่าคนไข้ที่ไม่สบายจะรู้สึกอย่างไร แต่ขณะนี้โรงพยาบาลรัฐเปลี่ยนไป ยิ้มแย้มแจ่มใสเพราะมีโรงพยาบาลเอกชนเป็นตัวเปรียบเทียบ สิ่งหนึ่งที่ผมอยากฝาก นพ.พรเทพ ว่าเราดึง Resource มามากจริงไหม เราคำนวณดูแล้วปีที่แล้วคนไข้ต่างชาติ Admits กรุงเทพลงไม่เกิน 30,000 Admissions แต่ตัวเลขทั้งประเทศของปีที่แล้วไม่มี ผมเอาตัวเลขปี 2548 ประมาณ 8,000,000 Admissions คิดแล้วไม่ถึง 0.5 เปอร์เซนต์ คิดว่าหมอที่ดูต่างชาติจริงๆมีกี่คน ก็จะมีโรงพยาบาลหลักๆที่ดูก็ประมาณ 2-3 โรง มีบำรุงราษฎร์ มีกรุงเทพ สมิติเวช BNH เอา Full Time จริงๆผมคิดว่าไม่เกิน 4 แห่ง 60 กว่าเปอร์เซนต์ที่เราดูเป็นคนไทย ตีว่า 30 กว่าเปอร์เซนต์เป็นต่างชาติ คงไม่เยอะครับ หลายคนคิดว่าของเราแย่งคนมาจากโรงเรียนแพทย์ มีมาบ้างครับแต่ไม่ใช่ส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นหมอที่มาจากอเมริกา อย่างผมและเพื่อนที่เรียนจบมา 80 – 90 เปอร์เซนต์เป็นพวกนี้ ช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา ครั้นถ้าไม่มีที่รองรับเขาอาจไม่กลับมา อาจารย์แพทย์หลายแห่งบอกว่าแย่งเขามา แต่เขามาก็เต็มแล้ว ไม่มีที่ให้ นอกจาก Qualification ดีจริงๆเราก็ต้องรับ ผมคิดว่าตอนนี้ถึงเวลาที่จะให้โอกาสเราผลิตคนแล้ว หลายคนเกินกว่าครึ่งมีประสบการณ์ที่เป็นอาจารย์นายแพทย์มาก่อนทั้งในและนอกประเทศ ขอให้เราได้ผลิต

เพราะฉะนั้นอย่ากลัวเลยครับว่า Tourism จะมาแย่ง Resource จากคนไทย มีน้อยครับ จริงๆแล้วผลดีมันมากกว่า ผลที่จะ Share ตรงนี้มีเยอะ ผมขอจบเพียงเท่านี้ครับ

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์: เมื่อสักครู่นี้อาจารย์พูดผมเห็นด้วยหมดนะครับ เรื่องการสอนแพทย์มันไม่ใช่หน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เป็นเรื่องของแพทยสภา ซึ่งอาจารย์ก็เป็นกรรมการแพทยสภา อยู่ใน อสส. ก็ได้เสนอเข้าไป ซึ่งผมก็ได้เสนอเข้าไปอยู่แล้วนะครับ ซึ่งจะต้องทำหลักสูตรเข้าไปแล้วให้ Sound เสียว่ามี Possibility มากเพียงพอไหม ซึ่งคิดว่าไม่มีอะไรขัดข้องนะครับ เรื่องที่จะขัดขวางตรงนี้ไม่มีอยู่แล้ว เมื่อสักครู่นี้โทรศัพท์โรงเรียนโรงพยาบาลเอกชน ไปๆมาๆก็มีของผมด้วย ก็ช่วยกันแก้ไขไป คือเราสวมหมวกหลายใบ เราต้องช่วยกันทำอย่างไรให้ภาครัฐและภาคเอกชนทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากที่สุด เราก็ได้ทราบว่าการบำรุงราษฎร์เองก็เอาทรัพยากรคือเงินที่ได้จากเอกชน

มาช่วยคนไทยที่ไปรับบริการด้วยทางอ้อม เพราะรายได้ตรงนั้นมันเป็น 60 เปอร์เซ็นต์ แต่ดูแลคนคิดเป็น 30 เปอร์เซ็นต์ ของโรงพยาบาล มาดูแลคนไข้ไทยจำนวน 60 เปอร์เซ็นต์ สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่ผม Amazing ซึ่งผมได้คุยกับอาจารย์ นพ.สิน หลายครั้งว่าโรงพยาบาลเอกชนที่สนใจมาลงทุนเราก็ช่วยทำงานหลายคนอาจจะไม่คิดเหมือนผมเราก็ต้องช่วยกันพูดหลายๆทาง

ภาคผนวก ค



ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
เรื่อง “การผลิตแพทย์โดยภาคเอกชนในประเทศไทย”
สัมภาษณ์ แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร (อุปนายกแพทยสมาคมที่ 2)
วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2552
ณ. แพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข
ดำเนินการสัมภาษณ์โดย รศ.มณีนรี พันธุลาภ

ประเด็นหลักในการสัมภาษณ์: เพื่อให้ทราบถึงกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ในการให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการผลิตแพทย์ เพื่อเพิ่มอุปทานจำนวนแพทย์ในประเทศไทย

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: มีมาตรการใดหรือไม่ที่ห้ามเอกชนในการผลิตแพทย์

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ไม่มี เอกชนสามารถผลิตแพทย์ได้ โดยไม่มีกฎหมายห้ามแต่อย่างใด เพียงแต่จะต้องให้ได้มาตรฐานเท่านั้นเอง

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: แล้วทุกวันนี้ที่ภาคเอกชนยังไม่ผลิตแพทย์เพราะอะไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เนื่องจากการผลิตแพทย์ไม่สามารถผลิตได้โดยเพียงนั่งห้องเล็กเชอร์ เหมือนการศึกษาด้านอื่นๆ เช่น การตลาด การผลิตแพทย์ต้องใช้ทรัพยากรมนุษย์คือคน คนไข้ ปัจจุบันคนไข้ส่วนใหญ่เป็นคนไข้ของรัฐบาล ของโรงพยาบาลรัฐบาล เพราะฉะนั้น การที่จะผลิตก็ต้องมีสถาบันผู้ผลิตซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ หรือจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนก็ได้ แต่ว่าคนไข้ต้องให้การยินยอม

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: แล้วต้องขออนุญาตจากแพทยสภาหรือเปล่า

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เนื่องจากแพทยสภาเป็นสภาวิชาชีพ เพราะฉะนั้นสถาบันที่ต้องการจะผลิตบุคลากรทางวิชาชีพต้องเอาหลักสูตรมาขออนุญาตจากแพทยสภาจึงจะเปิดได้ นอกจากนี้ แพทยสภายังต้องให้การอนุญาตทางสถาบันอีกด้วย จากนั้น สถาบันที่ต้องการเปิดหลักสูตรยังต้องได้รับการรับรองจากสถาบันอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย ในส่วนของสถาบันอุดมศึกษาจะคุมเรื่องการเปิดมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน ไปสภามหาวิทยาลัย และฝ่ายรัฐละ คือฝ่ายสถาบันอุดมศึกษาแห่งชาติ

สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยเป็นผู้ที่ตั้งเกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภาและสกอ. เพราะฉะนั้นใครอยากจะเปิดต้องผ่านมาตรฐานที่สถาบันกำหนด เช่น มหาวิทยาลัยรังสิตเป็นมหาวิทยาลัยแพทย์ของเอกชนแห่งประเทศไทย แห่งแรกและแห่งเดียว ขณะนี้ผลิตออกมาเป็นเวลากว่า10ปีแล้ว โดยใช้สถาบันของรัฐบาลก็คือกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมาเป็นตัวตั้ง

เป็นสัญญาณระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับรังสิต ไม่เกี่ยวกับแพทยสภา แต่เขาก็จะต้องส่งหลักสูตรกับสถาบันมาให้แพทยสภาอนุมัติ ว่าโรงพยาบาลที่มหาวิทยาลัยรังสิตจะใช้เป็นโรงพยาบาลที่เหมาะสมที่จะเป็นโรงเรียนแพทย์หรือไม่ เช่น มีครูแพทย์เท่าไร มีผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆอย่างไร มีห้องแล็บ มีการเก็บศพ พร้อมทั้งจะทำให้นักเรียนแพทย์สามารถได้เรียนรู้ตามหลักสูตรต่างๆได้เหมาะสมหรือไม่ ถ้าเผื่อผ่านเกณฑ์ก็ผ่าน เช่น มหาวิทยาลัยรังสิตใช้โรงพยาบาลราชวิถีซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีเป็นพันๆเตียง จึงมีความพร้อมในการผลิตนักศึกษาแพทย์

โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถที่จะผลิตแพทย์ได้ เนื่องจากคนไข้เอกชนไม่ยอมเป็นหนูตะเภาให้นักเรียนแพทย์ไปเจาะเลือดไปตรวจไปอะไรต่างๆ แม้ในโรงพยาบาลรัฐบาลก็เริ่มจะมีปัญหาแล้ว เพราะว่าประชาชนเริ่มรู้จักสิทธิผู้ป่วย เขาจะรู้ลึกกว่าจริงๆแล้วนักศึกษาแพทย์ไม่ควรมาทำ แต่ในเวลาเดียวกันเขาก็รู้ว่าในโรงพยาบาลของรัฐทำหน้าที่หลายอย่างก็คือไม่ได้ให้บริการคนไข้เท่านั้น แต่เราทำเพื่อการเรียนการสอน เพราะฉะนั้นหมอที่มารักษาคนไข้นั้นจะมีหมอหลายระดับ ตั้งแต่มีนักเรียนแพทย์ชั้นต่างๆ มีแพทย์ประจำบ้าน แล้วก็อาจารย์แพทย์แล้วก็มีผู้ช่วยจากสาขาต่างๆ

เกณฑ์มาตรฐานของแพทยสภาที่ตั้งขึ้นมา ในการรับรองโรงเรียนแพทย์มีเกณฑ์ว่านักเรียนแพทย์ต้องทำอะไรเป็นบ้าง และการทำเป็นนั้นไม่ใช่ทำเป็นกับหุ่นยนต์หรือทำเป็นกับศพหรือทำกับชิมูเลชัน แต่ต้องทำกับคนไข้จริงๆ ซึ่งอาจจะต่างกับมหาวิทยาลัยหลักสูตรต่างๆในประเทศ ซึ่งบางอันก็อาจจะไม่ใช่ ไม่ใช่มนุษย์ แต่ของเราใช้มนุษย์

เพราะฉะนั้น ถ้าหากโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นสามารถจะพิสูจน์ ได้ว่าคนไข้ของเขามีพอที่จะมาให้ฝึกอบรม ก็ต้องส่งหลักสูตรเขาผ่านมหาวิทยาลัยเพื่อผ่านไปให้สกอ. และก็ต้องส่งหลักสูตรเขามาให้แพทยสภาเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาที่มาจากสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทยเป็นผู้ประสานงานตรวจสอบความพร้อมของสถาบัน และหลักสูตรทุกแห่ง

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: สถาบันแพทยศาสตร์มีบทบาทอย่างไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ก็คือสถาบันแพทยศาสตร์ คือสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย อาจารย์อวรุท ศรีสุขศิริ เป็นเลขาธิการสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย คือ Networkของสถาบันแพทย์ทั่วประเทศโดยถือว่าโรงเรียนแพทย์ไหนที่มีอยู่ในประเทศไทยก็มารวมกันเป็นคอนซอเดียม เหมือนกับเป็นมหาวิทยาลัยในประเทศไทย คณะแพทย์ มหาวิทยาลัยที่เปิดคณะแพทย์ทุกแห่งก็จะมารวมตัวกัน ขณะนี้มีทั้งหมด 18 แห่ง เพื่อจะบริหารงานให้ทุกคนมีทิศทางของการศึกษารวมกัน

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: คล้ายๆสภาการศึกษา

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มันก็ไม่เชิงสภา มันเป็นการรวมกันหลวมๆ มีประชุมกันทุกเดือน ก็จะ มีคณบดีทุกแห่งอยู่ในคอนซอเดียม อีกอันก็มีกรรมการดำเนินการเป็นรองคณบดีฝ่ายวิชาการหรือการศึกษาทำหน้าที่ทบทวนหลักสูตร และจัดประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติเพื่อจะมารอบนโยบายทิศทางต่างๆ ทุกปี ซึ่งแพทยสภาก็จะเป็นตัวแกนตรงนี้ แพทยสภามีหน้าที่อยู่สองอย่างที่สำคัญก็คือว่ามี

หน้าที่ที่จะออกไปประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็คือไปสอบ ใบทำงานเมื่อสมัยก่อนเรียกใบประกอบโรคศิลปะก็คือใบหมอ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยตรงให้กับแพทย์ ซึ่งวันนี้เราไม่ได้ออกอัดโน้ต

ก็คือว่าแพทย์ทุกคนที่จบแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยทั้งในประเทศและนอกประเทศที่แพทยสภารับรองจะต้องมาสมัครสอบ ตั้งแต่ปี 2546 จัดสอบทั่วประเทศ สอบทั้งหมดสามครั้ง พาร์ท 1 พาร์ท 2 พาร์ท 3 เพื่อจะบอกว่าแพทย์ทุกคนที่จบไม่ว่าจะจากสถาบันใดในประเทศหรือว่าต่างประเทศเข้าเกณฑ์ของแพทยสภาหรือยัง หนึ่ง เราจะสอบ National License อันที่สองคือว่าเราต้องไปรับรองโรงเรียนแพทย์ที่จะให้เด็กมาสอบ เพราะฉะนั้นเราก็จะมีเกณฑ์กลางของเราว่าโรงเรียนแพทย์ที่จะเปิดได้ควรจะต้องประกอบไปด้วยคุณสมบัติอย่างไร เพื่อให้แน่ใจว่านักเรียนที่จบมาแล้วจะสามารถมาสอบ National License ของเราได้ ไม่เช่นนั้นมันก็จะเป็นการหลอก ถ้าเพื่อว่าสถาบันไหนเปิดโรงเรียนแพทย์ขึ้นมาโดยไม่ดูหลักสูตร โดยไม่ทำอะไร ถึงเวลาแล้วสอบตกหมด

โรงเรียนแพทย์เหล่านั้นก็ไม่รับผิดชอบ เพราะว่าถือว่าได้แพทยศาสตรบัณฑิตของตัวเองไป แต่พอสอบ National License ไม่ผ่าน คนที่มีปัญหาคือเด็กที่จบออกมาแล้วไม่เป็นแพทย์ เป็นแพทย์ไม่ได้ ก็กลายเป็นหมอเถื่อนซึ่งมีปัญหากับประเทศชาติมากๆ เพราะฉะนั้นเราจึงได้ไปล็อกตัวหลักสูตรไว้ด้วย ว่าหลักสูตรนั้นเราต้องรับรอง ทีนี้พอเรารับรอง ถ้าเป็นหลักสูตรในประเทศจะค่อนข้างละเอียด มีเกณฑ์ทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งก็มาคู่มาตั้งแต่หนึ่งพันหก มี Vision อย่างไร แล้วก็มีส่วนนักเรียนกับครู สถานที่ศึกษา จำนวนคนไข้ เดิมมีเท่าไร มันจะไปหมด ล้อมกันหมด ถึงจะเปิดได้ แต่ ณ วันนี้ก็ถือว่าเราก่อนข้างจะเปิดกว้าง เมื่อช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เรามีมหาวิทยาลัยใหม่เปิดขึ้นมาประมาณ 6 มหาวิทยาลัย แต่ส่วนใหญ่เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐทั้งสิ้น ปัญหาที่ประสบคือการเรียนการสอนในสามปีแรก ที่เรียกว่าพรีคลินิกนะ ครูก็ไม่พอ แต่ก็ยังพอไปได้ มหาวิทยาลัยแต่ละแห่งอาจจะสอนพยาบาล สอนทันตะแพทย์ ก็จะมีประสบการณ์น้อยในการสอนพวกนี้ร่วมกันไป แต่พอถึงปีสี่ห้าหกนี้จะมีปัญหามาก เพราะว่า กลุ่มพวกนี้นักเรียนต้องทำกับคนไข้จริงๆ ซึ่ง ณ วันนี้เรียกว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยถูกใช้ไปเกือบครึ่งสำหรับการเรียนการสอนกับโรงเรียนแพทย์ที่มีทั้งหมด 18 แห่ง ต่างจังหวัดทั่วทั้งหมดยุคไปทุกภาคเวลานี้ เพราะฉะนั้นหากโรงพยาบาลเอกชนจะเปิดก็ต้องไปถามตัวเองว่าใช้ทรัพยากรที่ไหน แล้วทรัพยากรนั้นใช้ได้หรือไม่ คือแพทยสภาไม่เกี่ยวกับเรื่องทรัพยากร แพทยสภาดูเรื่องคุณภาพอย่างเดียว

รศ.มณีนี พันธ์ธนาภ: ทีนี้จะเรียนถามอาจารย์หมอว่า จากที่อาจารย์หมอลำมาทั้งหมดก็คงจะเห็นปัญหาของประเทศไทย ในมุมมองที่เกี่ยวกับ Medical Hub คือประเทศไทยเราเป็นผู้ป่วยจากกลุ่มประเทศตะวันออกกลางเข้ามามากมาย ก็จะมีคอมเม้นท์กันตลอดเวลว่า จะมีการดึงเอาทรัพยากรจากภาครัฐไปทำให้ภาครัฐประสบปัญหาขาดบุคลากรทางการแพทย์ คุณภาพการรักษาอาจไม่ดีพอ เพราะว่าหมอเองก็จะพยายามมุ่งตรงสู่ภาคเอกชน ทางภาครัฐเองก็มีปัญหาในการผลิตแพทย์หรือไม่

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เราผลิตแพทย์ออกมาเพื่อรับใช้สังคม ทั้งคนในชนบทและคนในเมืองหลวง แต่การเป็น Medical Hub คือ การหาคำว่า excellent คอนเซ็ปต์ของเราก็คือว่า เราต้องผลิตแพทย์ให้ทั่วถึงแล้วก็เป็นครม ระบบสามลิบบาทหรือประกันสุขภาพก็จะมารับตรงจุดนี้ว่า โรงเรียนแพทย์ทุก

โรงเรียนแพทย์อย่างน้อยต้องผลิตแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานที่จะไปดูแลประชาชนคนในประเทศได้ แต่ในเวลาเดียวกันก็ต้องมีอีก Section หนึ่ง ซึ่งยังตอบสนองความเป็นเลิศทางวิชาการ ซึ่งตรงนี้จะอยู่ตามโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง ไม่ใช่เอกชน คืออาจจะเข้าใจผิดว่าเอกชนแต่จริงๆ แล้วการดูแลระดับตติยภูมิอยู่ที่โรงเรียนแพทย์ที่เรา มีอยู่ 18 แห่ง ไม่ใช่อยู่ที่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนน้อยมาก เพราะฉะนั้นเพียงแต่ว่าขณะนี้โรงพยาบาลของรัฐที่มีความสามารถสูงสุดไม่ได้มีเตียงมากพอที่จะรับคนไข้ได้มาก ดังนั้นคนไข้ส่วนหนึ่งก็จะไปอยู่ที่โรงพยาบาลของเอกชนในบางส่วน ซึ่งก็จะมีอาจารย์แพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐไปช่วยทำงาน หรืออาจจะลาออกไป อย่างไรก็ตาม ไม่มีการขาดแคลนแพทย์โรงเรียนผลิตแพทย์ทุกแห่งก็ยังมีแพทย์เต็มที่ เนื่องจาก การไหลกลับไป มันไหลตามธรรมดา ตามธรรมชาติของมนุษย์ เวลาที่เราจบแพทย์เราก็เป็นแพทย์ทั่วไป แพทย์ทั่วไปก็ไปอยู่ที่ไหน ตามโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในชนบท แล้วก็อยู่ในคลินิก หลังจากนั้นเขาก็ต้องมาเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเรามีอยู่ทั้งหมด 73 สาขา ตัวเลขมันจะเปลี่ยนตลอดเวลา ประมาณ 73 สาขา ซึ่งเป็นสาขาซึ่งเรามีทั้งหมด 3 ประเภท ประเภทที่หนึ่งก็เป็นสาขาที่ขาดแคลนมากๆ ประเภทที่สองเป็นสาขาทั่วไปเช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมาร ประเภทที่สามเป็นประเภทค่อยๆ ลด เรามีโรงเรียนแพทย์ทั้งหมดเท่าไร

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: สิบเอ็ดเก้า หนึ่งเอกชน หกใหม่

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: 17+1 หากไม่มองว่าโรงพยาบาลเก่า ใหม่

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: แล้ว 12+6 นี่คืออะไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: โรงเรียนเก่าโรงเรียนใหม่ ซึ่งบอกว่าใน 5 ปี เราเปิดโรงเรียนแพทย์ใหม่ 6 แห่ง เพราะฉะนั้นสรุปก็คือเรามีโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 18

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: 17 โรงพยาบาลรัฐบาล 1 โรงพยาบาลเอกชน

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: คือรังสิต

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: อยากจะเรียนถามเรื่องการกระจายกำลังคน เช่นขณะนี้โรงเรียนแพทย์ที่มีลักษณะที่ 17+1 จำนวนปริมาณของแพทย์กระจายไปอยู่ในภาครัฐอย่างไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เรามีแพทย์ทั้งหมดอยู่ประมาณจาก 18 แห่ง อาจารย์จะไปเอาตัวเลขมาให้เห็นว่าขณะนี้เรามีแพทย์เท่าไรเอาที่แพทย์ทั้งหมดที่จบมาไม่ใช่บัณฑิตศึกษาแพทย์ แพทย์ทั้งหมดที่มีในเวลานี้มีเท่าไรแล้วแพทย์ที่อยู่ใน Sideline คือกำลังจะคิดว่าจบในแต่ละปี 2,500 คน อันที่สองดูทาง Resident ว่ามีทั้งหมด 73 สาขาแล้วแบ่งเป็นสาขาที่ 1 เกือบ ตัวเลขที่เรา Present ด้วย หนึ่งก็สาขา สองก็สาขา สามก็สาขาแล้วสถาบันอบรมทั้งหมดมีอยู่ที่แห่ง ผลิตอบรมได้ปีหนึ่งก็พันคน

ขณะนี้ทางโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 18 แห่งที่จะผลิตได้ปีหนึ่งจะ 2,200 หรือ 2,400 หรือ 2,500 ที่คาดว่าจะจบ ขณะนี้รับปีที่ 1 เท่าไร แพทย์ ณ วินาทีที่อยู่ในโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด นับเฉพาะปีที่หนึ่งก็จะรู้ว่า มีทั้งหมดเท่าไร จุฬารับ 250 คน ตรงนี้รับ 230 คน เอมามบวกันทั้งหมด ตั้งแต่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงมหาวิทยาลัย เพราะฉะนั้นเรื่องการกระจายตรงจุดนี้ที่ต้องไปหาที่อื่นเพราะว่า การกระจายมันเป็นการกระจายไปหลายระบบเป็นฝ่ายของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้คนมากที่สุด แล้วก็ไปอยู่สภา แล้วก็ไปอยู่

มหาวิทยาลัย กทม. เทศบาล อบต และชุมชนแต่ค่อนข้างน้อย แต่ส่วนใหญ่แพทย์ในประเทศไทยเขาจะกระจายไปสองจุดก็คือว่า รัฐและเอกชนเขาไม่ได้ทำแต่เอกชน ยกเว้นโรงพยาบาลใหญ่ๆ

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: ทางแพทยสภาอนุญาตให้แพทย์ต่างชาติเข้ามาทำงานในเมืองไทยหรือไม่ **แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร:** มาได้ แต่ต้องมาสอบใบประกอบโรคศิลป์ที่เมืองไทย

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: สอบเป็นภาษาอังกฤษหรือเปล่า

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: สอบภาษาไทย คือว่าคนที่เข้ามาในประเทศไทยเราถือว่ามาทำงานในประเทศไทยในประเทศไทย เพราะฉะนั้นเขาก็ต้องพูดไทยเขียนไทยได้ แต่เราไม่ได้สอบพูดไทยเขียนไทย เราสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะฉะนั้นคนที่มา อันที่หนึ่งเขาก็ต้องจบจากมหาวิทยาลัยที่แพทยสภารับรอง เพราะฉะนั้น เขาก็จะต้องเอาหลักสูตรตัวที่เขาเรียนแพทยศาสตร์จากต่างประเทศส่งมาให้แพทยสภารับรองก่อน ทางแพทยสภาก็จะดูว่าเขาเรียนอะไร มากขนาดไหน เราจะรับรองหลักสูตรใหม่ เมื่อเรารับรองหลักสูตรแล้วเขาก็จะมีสิทธิ์ที่จะมาสอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในเมืองไทย การประกอบก็แบ่งเป็นสองอย่าง ถ้าเพื่อแพทย์เหล่านั้นมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากต่างประเทศของตัวเอง มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้นแล้ว มหาวิทยาลัยรับรองแล้วเขาก็จะมีสิทธิ์มาสมัครสอบ พาร์ท1 พาร์ท2 พาร์ท3 เรามีพาร์ทBasic แล้วก็ทำ Practice กับคนไข้ เพราะฉะนั้นมันไม่ได้สอบได้ง่ายๆ

ถ้าเพื่อสอบได้แล้วก็จะได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเหมือนคนไทยทุกประการซึ่ง ถามว่ามีไหม มี ส่วนมากผู้ที่จบมาจากอเมริกาจากแคว้นยุโรปจะสอบได้เยอะมาก แล้วก็พวกจบมาจากฟิลิปปินส์ ที่นี้พวกฟิลิปปินส์จะมีอยู่กลุ่มหนึ่งซึ่งเป็นกลุ่มที่เรียนจบแพทยศาสตรบัณฑิตแต่ไม่ได้ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมของฟิลิปปินส์ พวกกลุ่มนี้ก็จะมาที่เมืองไทยและอยากมาทำงานที่เมืองไทย ตรงจุดนี้ก็ต้องมาทำเขาเรียกว่าทำอินเทิร์น มาทำเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหนึ่งปีก่อนจะมีสิทธิ์ขอสอบ แต่แพทย์พวกนี้ส่วนมากไม่ใช่แพทย์ต่างประเทศ ส่วนมากจะเป็นแพทย์ไทยที่ไปเรียนจบต่างประเทศ แต่ถ้าเป็นพวกแพทย์ต่างประเทศมาจากเมืองจีน มาจากรัสเซีย อเมริกา อังกฤษ พวกนี้เป็นพวกที่มาแต่งงานกับคนไทย แล้วก็อยากจะมาทำอยู่ในเมืองไทย ก็จะค่อยๆมาเรียนภาษาไทยแล้วก็จะค่อยๆมาสอบที่ละพาร์ท ที่ละพาร์ทไปจนกระทั่งสอบได้ ก็มีอยู่บ้างแต่ไม่มากเท่าไร ส่วนน้อยมาก

อันที่สองที่เรามีให้ก็คือมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้กับแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญมาจากประเทศอื่นๆก็คือว่าใน Contact พิเศษก็คือว่าในกระทรวงสาธารณสุขผู้นำผู้เชี่ยวชาญมาทำงานโรคเขตร้อนมาอยู่ที่โรงพยาบาลกองของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลาหนึ่งปี ตรงจุดนี้ก็จะมาทำได้แต่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวนี้หนึ่งออกให้เป็นกำหนดเวลาที่มา ครั้งละไม่เกิน1ปี มาหนึ่งวันก็หนึ่งวัน มา Demonstrate เมื่อไหร่ก็ตามที่ทำกับคนไข้จะต้องมีใบประกอบวิชาชีพชั่วคราว

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: ซึ่งเขาต้องสอบไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ไม่ต้องสอบ แต่ว่าเขาจะต้องขอผ่านหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานของรัฐหรือผ่านสภาการแพทย์ไทยเท่านั้น เอกชนไม่สามารถทำได้ เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าธุรกิจเข้ามาลำบาก

มาก เพราะว่าเราบอกว่าแพทย์ไทยก็ต้องคนไทย เพราะฉะนั้นตรงจุดนี้เขาจะเข้ามาเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งเราเห็นว่าเขาก็เก่ง อย่างมหาวิทยาลัยต่างๆเขาจะเชิญพวกโปรเฟสเซอร์มาสอนคนไข้เขาก็ต้องส่งชื่อนั้นมาว่า คนนี้จะมาอยู่หนึ่งอาทิตย์ มาทำผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราชอะไรอย่างนี้ แล้วคนบดีศิริราชต้องเป็นคนรับรอง มาขอ แล้วถ้าคนไข้ไปทำผ่าตัดแล้วคนไข้ตายหรือมีปัญหา คนบดีก็ต้องเป็นคนรับผิดชอบ

เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็อีกอันหนึ่งที่เราสามารถที่จะเพิ่มให้เป็นตัวประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้กับคนที่มาจากต่างประเทศได้ อันที่สาม มีไหมที่ว่าอาจจะเห็นว่า ศูนย์ผู้อพยพ สถานทูต เป็นสิทธิของเขา พวกนี้ไม่ต้องมาขอคือมันจะออกมาส่งเข้าไปอยู่ในกักกัน อันนั้นเราจะไม่ให้ แต่ถ้าสมมุติว่าออกมาข้างนอกจะทำได้ ยังมีหมอนี่ชอบถูกส่งไปช่วยตรงชายแดนตรงจุดนี้ให้ทำเฉพาะในโรงพยาบาลที่เขาอนุญาตเท่านั้น ก็ต้องบอกว่าเขาจะไปทำอะไร ที่ไหน เขาจะไปทำงานนอกไม่ได้ เพราะถือว่าเขาทำผิด ผิดระเบียบ ถ้าถูกจับได้จะถูกลงโทษ

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: กรณี UNS ที่ส่งแพทย์ช่วยเข้ามาในโรงพยาบาลเกือบพัน

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เขาก็ไปอยู่กระทรวงสาธารณสุขก็ต้องเป็นคนรับผิดชอบ แล้วถ้าเกิดปัญหาขึ้นมา เราต้องมีแพทย์ผู้รับผิดชอบโดยตรง ถ้าเผื่อว่าไปทำอะไรไม่ดี แพทย์ผู้รับผิดชอบโดยตรงจะต้องดูแล เพราะฉะนั้นในกฎหมายไทยตอนนี้ทั้งคดีแพ่งคดีอาญาบ่อยมาก เพราะฉะนั้นเราต้องเช็กคนไทยให้ดี

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: การเปิดเสรีจะช่วยแก้ปัญหาไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ไม่ช่วย มันก็คงขึ้นอยู่กับคอนเซ็ปท์

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: ว่าอย่างไรเรายังคงยืนยันการในการที่อย่างไรรู้ก็ต้องมาสอบ ไลเซนส์

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เราไม่ได้ยืนยันการันตีว่าถ้าคุณจะมารักษาคคนไทย คุณก็ต้องพูดภาษาไทย เป็นหลักการคือเราไปที่ไหน เราไปเมืองที่เขาพูดภาษารัสเซีย เราก็ต้องพูดภาษารัสเซียใช่ไหม เราไปอเมริกาเราก็ต้องพูดภาษาอังกฤษเราก็ต้องไปสอบไลเซนส์ของเขา เขามาที่เราเขาก็ต้องมาสอบไลเซนส์ของเราแล้วถ้าเขาสอบได้ก็ไม่มีปัญหาอะไรคือไม่มีการร้อง เพราะคนไทยจะให้คนไทยพูดภาษาอังกฤษกับหมอเป็นไปได้

รศ.มณิสรี พันธุลาภ: คือกรณีถ้า Medical Hub มีการขยายตัวมากๆแล้วเขาต้องการดึงหมอนี่พูดภาษาอังกฤษมารักษาคคนไข้ชาวต่างชาติ โดยไม่ได้รักษาคคนไทยอย่างนี้มันจะมีปัญหาเรื่องไลเซนส์ไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: อันนั้นคือเรื่องหนึ่ง จริงๆแล้วหมอไทยเวลานี้ยังพูดภาษาอังกฤษไม่ค่อยเก่งเท่าไร Medical Hub ไม่ต้องการแพทย์ทั่วไป เขาต้องเอาซูเปอร์โปรเฟสชันนิสไป เพราะฉะนั้นพวกนี้จะต้องถูกดึงก็ต้องถูกดึงจากกลุ่ม ดึงมาจากเมืองนอกโดยตรง ก็คือหมอไทยที่ไปอยู่เมืองนอกเขาก็จะกลับมา ตอนนี้นักกลับมาเยอะแล้วนะ ที่นี้หมอไทยที่ไปเมืองนอกก็จะมีสองแบบ ก็เป็นแบบซึ่งจบไทยแล้วไปต่อเมืองนอก อันนี้ไม่มีปัญหาอะไรก็กลับมา Practice ใน Medical Hub ไป ซึ่งตอนนี้มีอยู่จำนวนมาก

สองก็คือเป็นลูกหมอไทยซึ่งไปอยู่เมืองนอก ไปเกิดเมืองนอกแล้วไปจบเมืองนอก ตอนนี้ได้ทุนเยอะมาก พวกนี้ก็จะมีความอ่อนของภาษา แต่พวกนี้เขาเริ่มเข้ามาแล้ว เข้ามาสอบแล้วเขาก็จะสอบได้ เพราะว่าเวลาเขามาเขาก็จะมีปัญหาเรื่องภาษาไทยเพราะการที่จะเข้ามาทำงานในไทยต้องพูดภาษาไทยได้ แต่ในอนาคต คือเราก็มีนักเรียนแพทย์ที่มาจากภูฏาน มาจากลาว มาจากอะไรแถวๆนี้ซึ่งเรารับมาเรียนในโรงเรียนแพทย์ของเรา ซึ่งเขาจะใช้เวลาปีหนึ่ง เพราะเวลาการเรียนหนังสือ มันต้องคุณใช้ตั้งสามปี สามปีนี่เขาต้องพูดภาษาไทย แล้วคนใช้พูดภาษาไทย ถ้าคุณไม่พูดภาษาไทยแล้วมันจะไปเข้าใจได้อย่างไร มันก็เหมือนกับคนไทยไปเรียนฟิลิปปินส์

ปรากฏว่าไม่ได้คุณใช้เพราะว่าคนใช้พูดตากาล็อก เพราะฉะนั้น Concept เดียวกันแต่โรงเรียนแพทย์ตากาล็อกมันไม่ได้เลือก เพราะว่าอยากได้แต่นักเรียนไปเรียนหนังสือ เขาก็เรียนแบบปริคลินิก พอถึงคลินิกนะเขาก็บอกนักเรียนว่า กลับมาเรียนเมืองไทยก็ได้ เพราะฉะนั้นเด็กพวกนั้นน่าจะกลับมาเรียนเมืองไทย มาอยู่โรงพยาบาลราชวิถี มาอยู่โรงพยาบาลนพรัตน์ อะไรแบบนี้เป็นการคุยกันแล้วก็มาอยู่เพื่อที่จะให้มาคุณใช้คนไทย แล้วก็กลับไปเอาปริญญาของเขา เห็นไหมว่าจริงๆแล้วนี่คือคุณภาพของโรงเรียนแพทย์ซึ่งจริงแล้วถ้าจะมาเรียนโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยอย่างน้อยต้องเป็นคุณภาพเดียวกัน ก็คือว่าแพทย์สภากับคอนซอเบียมพูดเสมอว่า อย่างน้อยถ้าจะจบจากโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยจะต้องมี Standard แล้ว Standard ของเราไม่ใช่ Standard ไทย เราเป็น International Standard

คือว่าต้องมีความรู้ความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานซึ่งสามารถที่จะประกอบวิชาชีพที่ใหนๆก็ได้ เพราะฉะนั้นเรื่อง Medical Hub นะ มันเป็นเรื่องหนึ่งนะ จริงๆแล้วย่อมมาชนกับโรงเรียนแพทย์เท่าไร เพราะว่าโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวกับ Medical Hub เพราะ Medical Hub คือการที่เอา Expert ไปปรึกษา เอาคนมา อาจจะเป็น Medical tourism มา พวกนี้ถือว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งการเรียนการสอน ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ 10 ปี Brain Drain ไม่มากหรอก เพราะฉะนั้นพวกนี้เขาจะไปเอาหมอ Import จากเมืองนอกหมดแล้ว แล้วไม่ได้ไปอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชน แต่ไปอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐบาล แต่ในอนาคตคิดว่ารัฐบาล เห็นไหม ดูจากเดอะฮาร์ท ศิริราช มีการบริหารงานอย่างเอกชนอย่างเต็มที่

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: แนวโน้มต่อไปโรงพยาบาลของ Teaching hospital ทั้งหมดก็ต้องเป็นระดับอินเตอร์มากขึ้น

แพทย์หญิงประสพศรี อังถาวร: คือว่าจริงๆแล้วมันไม่ใช่ส่วนใหญ่ เราไม่ได้เปรียบประเทศไทยเป็นประเทศ International คนตั้ง60กว่าล้านคน ก็ยังต้องคนไทยอยู่ อันนี้อาจจะไม่ถึง 1 เปอร์เซ็นต์ด้วยซ้ำไป หรืออาจจะเป็นประเทศต่างๆ ซึ่ง ณ วินาทีนี้ที่ทำ International ส่วนใหญ่ เป็นโรงพยาบาลเอกชน แต่เอกชนแน่นอนว่าเขาสนใจธุรกิจเท่านั้น แต่ถามว่าดีไหม มันก็ดีเพราะว่ามันก็เป็นการกระจายชื่อเสียงของแพทย์ไทย

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: แล้วอย่างที่จุฬาจัดซักเมื่อไม่เกิน2เดือนมานี้ ที่เป็น World class medical school กับเป็น World class hospital

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ขณะนี้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง World class เรียบร้อยแล้วแล้ว แต่เราไม่ได้เปิดการตลาดเราไม่ได้ทำMarketing ไปเอาต่างประเทศมา เพราะว่าทำคนไทยก็มากอยู่แล้ว แต่ถ้าเพื่อจริงๆแล้วไปคณะ Royal family จากต่างประเทศมารักษาคอนไทยนะ คือในภาพรวมจริงแล้ว Medical Hub ไม่กระทบ คือพูดว่าเราผลิตแพทย์ในประเทศไทยเวลานี้ เราผลิตแพทย์ Serve ทุก Section ของสังคม ไม่ว่าจะเป็นแค่ตาตาสีตาสาเป็นโรคเบาๆเราก็รักษาได้ แต่ในขณะเดียวกัน หัวใจเราก็ทำได้ เราเปลี่ยนถ่ายอวัยวะทุกอย่าง ทำได้ทุกอย่าง เพราะฉะนั้น ณ วันนี้เราสามารถที่จะดูแลคนไข้ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนกระทั่งถึงซูเปอร์ตติยภูมิ โดยที่ไม่ต้องเอาคนอื่นมา เราสามารถที่จะอบรมได้เอง

ใน 13 สาขา ขณะนี้มันลึกลงไปในขณะที่ว่า เราสองกล่องเราทำอะไร เราสอนกันเองที่นี้หมดเราไม่ต้องไปเอาหมอที่อื่นมาแล้วไม่ต้องส่งไปเรียนที่อื่นด้วย เพราะฉะนั้น ณ วันนี้ประเทศไทยสามารถที่จะ Serve ประชาชนไม่ว่าจะเป็นคนไทยหรือต่างประเทศ แต่แน่นอนระดับล่างไม่มีใครเขามาหรอก เขาจะมาเขาก็มาระดับของซูเปอร์ตติยภูมิ เช่นมาผ่าตัดเปลี่ยนกระดูก เปลี่ยนเข่า ข้อ หรือว่าทำหัวใจต่างๆนานา แต่ถ้าเพื่อจะถามว่าอันที่ไม่น่ามาก็พวกที่ทำเสริมเซลล์ อันนั้นอาจจะสวิงกิ้งไปไม่ต้องพูดถึง

เพราะฉะนั้นใน Modern medicine ทั้งหมด เรามีความสามารถและหมอก็เราที่มีความสามารถก็จะ Serve ทั้งสองข้าง ที่นี้ถามว่ามันก็อาจจะจะมีหมอบางกลุ่มที่เขาอยู่ในเอกชนแท้ๆ ส่วนใหญ่หมอเหล่านี้ก็มาเป็นอาจารย์พิเศษ อยู่ที่โรงเรียนแพทย์เหมือนกัน หมอเก่งๆจริงๆแล้วมันก็มีไม่เท่าไร เพราะฉะนั้นเขาเรียกระบบราชวิทยาลัย ราชวิทยาลัยที่เป็น Faculty ต่างๆ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ต่างๆก็จะมีหมอเก่งๆซึ่งอยู่ในเอกชนหลายๆแห่งมารวมกัน เพราะฉะนั้นเวลาที่มีอะไรความรู้เขาก็จะแลกเปลี่ยนหมุนเวียนกัน อาจารย์ต้องยอมรับก่อนว่า หมอที่เก่งที่สุดเวลานี้ไม่ได้อยู่ที่เอกชนนะแต่อยู่ที่ภาครัฐนะ อยู่ที่โรงเรียนแพทย์ และขณะนี้โรงเรียนแพทย์ก็พยายามที่จะฉีกตัวออกไป เหมือนอย่างที่จุฬาฯ สัมมนา จะออกมาเป็นแบบ เพอร์ฟอรเมอร์ แบบที่หนึ่งก็คือว่าเราไป Excellent แต่ Excellent ของเราจะออกมาสองข้างว่าสามารถที่จะทำ Profit แล้วอีกอันก็ปรับปรุง

รศ.มณิสร์ พันธุลาภ: เหมือนคอร์สซัพที่ใดพีก็ถือว่าเราเก็บจาก Private สำหรับที่ดำเนินการแบบ Private

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เราก็ต้องการให้หมออยู่ได้ เพราะฉะนั้นหมอรัฐบาลเวลานี้ไม่ออก เพราะเรามีขีดของเวลาราชการ เรามีตึกอย่างจุฬาฯเรามีตึก เพราะฉะนั้นพวกนี้เราก็จะ Chart ให้หมอได้ แต่ว่าคิดในระบบเอกชนก็คือว่าต้องตัด พวกนี้ข้าราชการก็จะไปเบิกไม่ได้ เพราะฉะนั้น ณ เวลานี้โรงพยาบาลของรัฐและมหาวิทยาลัยเกือบทุกแห่ง เปิดคลินิกเพิ่มนอกเวลาราชการเพื่อที่จะให้หมอมีรายได้เพิ่มโดยไม่ต้องออกไปทำงานที่อื่น เพราะฉะนั้นการที่จะเบรนมหมอออกไปข้างนอกก็จะน้อยลงเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นไม่ต้องเป็นห่วงเรื่องเมดคัลลัฟจะมีผลกระทบ แต่จะทำให้มีชื่อเสียงมากขึ้นทั้งสองข้าง ถามกลับมาว่าทำไมหมอที่โรงพยาบาลเอกชนถึงอยากกลับเข้ามาโรงเรียนแพทย์ อันที่หนึ่งละ Serve เราเอง พอได้เงินเยอะแล้วก็อยากจะได้กล่อง พุงง่ายที่สุดคือ Affiliate Professor โรงเรียนแพทย์นะ Perfect ที่สุด เขาไม่คิดอย่างนั้น เขาคิดว่าจะทำของเขาเองก็ไปวนวาย แต่พอมผลิตแพทย์เองมันคนละระดับ ผลิตแพทย์กับผลิตผู้เชี่ยวชาญนี่มันอีกเรื่องหนึ่ง แต่จริงๆแล้วในบางครั้งเราต้องยอมรับว่า ใน

แพทย์ประจำบ้านบางสาขาเขาก็ส่งไปดูงานเขาก็ส่งไปฝึกอบรมในโรงพยาบาลเอกชนแล้วเช่นอย่าง เอ็กซ์เรย์เขาอาจจะส่งไปดูอัลตราซาวด์ อย่างโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มีหมอเอ็กซ์เรย์อยู่ตั้ง 30 คน แล้วมี Case เยอะมากพอกรังสีเขาจะรู้กัน เขาก็จะส่งพวกแพทย์ที่กำลังฝึกอบรมทางด้านนี้ไปดูงาน ระยะเวลา อาจจะอาทิตย์หนึ่ง เดือนหนึ่ง ไปฝึกเทคโนโลยีต่างๆแล้วเทคโนโลยีอันนี้เป็นเทคโนโลยีที่คนไข้ยอมรับได้

เพราะว่ามันไม่ใช่การผ่าตัดหรืออะไรมันเป็นเอ็กซ์เรย์ใช้ไหม ดูกันไป โรงพยาบาลเอกชนเขา รับได้ คนไข้เอกชนเขาทำได้ แต่ไอการที่จะมาผลิตแพทย์แพทยุอันนี้ก็ต้องคิดให้ดี เพราะในเวลาเดียวกัน เราก็ต้องถามก่อนว่าถ้าคุณผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคุณมีเตียงที่จะมา Serve ตรงนี้อย่างไร ถ้าเพื่อเขาจะสามารถ Present ให้เราได้อะไรได้ก็ไม่เคยห้าม คือไม่มีกฎหมายตรงไหนที่ห้ามโรงพยาบาลเอกชนเปิด ฝึกอบรม ไม่ว่าจะเป็นเปิดฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือจะเปิดเป็นโรงเรียนแพทย์ก็ตาม ทำได้หมด แต่ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังไม่เคยมีใครส่งมาให้รับรอง เขาก็จะพยายามทำกันอยู่ แต่เขาก็จะแตะคือ สิ่งให้ทำอย่างก่อน คือต้องมีโรงพยาบาลเอกชน กับ โรงพยาบาลของรัฐคู่กันก่อน คือแบบบังคับคู่กับราชวิทยาลัยนี้นะ

เพราะฉะนั้นถ้าเพื่อจะมีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งสนใจ แต่ว่าต้องทุกระดับ คือตั้งแต่ ผู้อำนวยการจนถึงคุณหมอก็ทำ คือไม่ใช่ว่าอยากเฉยๆทำไม่ได้นะ แต่ว่า ณ วันนี้ โรงพยาบาลเอกชน หลายแห่งก็มีผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ป็นอาจารย์พิเศษ อันนี้พูดได้เป็นอาจารย์พิเศษที่มหาวิทยาลัยนเรศวร แพทย์โรงพยาบาลเอกชนไปเป็นโรงพยาบาลพิเศษไปสอนให้หรือสอนทางวิดีโอ คอนเฟอร์เรนซ์ต่างๆ นะมันทำได้อยู่แล้ว

รศ.มณิสร์ พันธุลาภ: เรากำลังมองว่าถ้าโรงพยาบาลเอกชนเขาขอเข้าร่วมอย่างเช่น ยกตัวอย่าง บำรุงราษฎร์ เขามีคนเข้าเอาคนออกเยอะ เขาเปิดเทรนนิ่งแล้วเขาเอานักเรียนแพทย์ของเราที่จบแล้วไม่ต้องแตะ ต้องคนไข้ อาจจะเรียนโดยวิธีที่อาจารย์หมอมือที่เชี่ยวชาญทั้งหลายมาสอนอย่างนี้ทำได้ใช่ไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มันก็ขึ้นอยู่กับว่าจะสอนอะไรเพราะถ้าสอน Skill ทักษะนะ สอนอย่างเดียวมันทำอะไรไม่ได้มันต้องลงมือสิ เพราะฉะนั้นส่วนมากที่เอาไปพวกนี้ก็จะไปยื่นดู ใช้วิธีก็คือว่า ส่งไปประเมินส่วนมากอาจารย์เขาก็จะเห็นอันนี้ทำตรงนี้ ยื่นดูเฉยๆ

รศ.มณิสร์ พันธุลาภ: จะถามว่าคุณหมอมือที่ไม่เคย Practice จบแล้วทำงานกระทรวงตลอด แพทย์หญิง **ประสพศรี อึ้งถาวร:** ทำงานกระทรวงทำ Practice คนที่ทำงานกระทรวงนี่คือคนที่อยู่โรงพยาบาลในต่างจังหวัด อยู่ในโรงพยาบาลต่างจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด นั่นเป็นแพทย์ที่สังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมด แต่ว่าพวกที่ไม่ได้ทำ practice คืออหิบัติใจ คือนั่งทำ Paper work เขาก็ต้องมาทำงาน เหมือนกับเรา

เป็นหัวหน้าภาคก็ไม่ได้มานั่งสอนหนังสือมากมาย นิดๆหน่อยๆเพราะเป็นบริหารก็ทำหน้าที่บริหาร เพราะฉะนั้นหมอมือหนึ่งของกระทรวงก็ทำหน้าที่บริหารแต่น้อยส่วนใหญ่ก็ยังอยู่ในโรงพยาบาล ตรงนี้มันมีไหลเยอะ เพียงแต่ว่าไหลตรงนี้นั้นไม่ได้ไหลมา Medical Hub เพราะคนที่อยู่ใน

กระทรวงส่วนมากไหลอยู่ในเอกชน ก็คือว่าส่วนมากไหลอยู่ในจังหวัดไหนก็อยู่ในจังหวัดนั้นนะ แต่เขาอาจจะออกไปทำส่วนตัวไปทำอะไรต่างๆแต่เขาไม่มาไหลเข้า Medical Hub พวกนี้จะไหลจากรัฐบาลไหลจากกระทรวงสาธารณสุข ไหลจากศูนย์แพทย์ใหญ่ๆก็ใช้อย่างนี้ อย่างราชวิถีออก แต่ตอนนี้แทบไม่มีแล้ว

เพราะฉะนั้นตอนนี้ก็ต้องมาขึ้นต้นใหม่ว่าวันหลัง ฝ่ายรัฐบาลชักจะเริ่มเห็นโอกาสที่เราจะเป็น Medical Hub ด้วยเพราะเป็นการดึงเข้ามาที่จะไปสร้าง ผัก ทำอะไรก็แล้วแต่ เดอะฮาร์ท (The heart, Siriraj Hospital) รวยไป คนเข้าเดอะฮาร์ทนะห้ามเบิก เขาจะมาสองทาง คือถ้าเราเข้าไปเขาจะถามว่าเป็นข้าราชการหรือเปล่าถ้าเป็นข้าราชการเขาไม่รับจะต้องไปเข้าโรงพยาบาลศิริราชแต่ถ้าจะเข้า Medical Hub เดอะฮาร์ทของเขาก็จะมีหมอ24ชั่วโมงคอย Stand by รับฉุกเฉินเข้ามาดูแลอย่างเอกชนแต่ก็ต้องเซ็นว่าไม่เอา หมายความว่าต้องจ่าย ต้องจ่าย100เปอร์เซ็นต์ คือให้เลือกเอาจะเอาอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วเขาบริหารอิสระ เขาไม่บริหาร Under ศิริราช ถ้าอย่างนั้นก็หมายถึงว่าเป็นการบังคับให้เอกชนหรือข้าราชการไปซื้ออินชัวร์ที่ Cover เครื่องนี้ต่างหาก เรามีทางเลือก จริงๆแล้วอันนี้มัน Full option คนทุกคนมันมาไม่ได้

แต่อย่างที่พูดว่า เรามีโตโยต้าให้ทุกคนขับ แต่เบนซ์นะ คุณต้องเป็นคนจ่ายเงินแต่ว่าคุณจะเอาโตโยต้าหรือเบนซ์จะมาเอาครึ่งๆกลางๆจะมาเอาล้อข้างเดียวไม่ได้เพราะฉะนั้นนี่เป็นทางเลือกของคนไทย แต่จริงๆแล้วอันนี้ก็ไม่ได้บอกว่าทุกคนต้องมาเดอะฮาร์ทแต่ว่าคนที่ป่วยโรคหัวใจก็ยังมิให้เลือกอีกตั้งยี่สิบสถาบันทางโรคหัวใจก็เข้าไปที่ไหนก็ได้

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: ถ้าอย่างนี้แล้วมองในการจัดสรร Resource ก็จะกลายเป็นว่ารัฐมาทำแข่งกับเอกชนใหม่

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ก็ไม่เชิงแข่ง ช่วยกันส่งเสริมมากกว่า ช่วยกันเสริมคุณภาพ เพราะจริงๆแล้วอันนี้ก็อันหนึ่งที่ทำให้เราใช้คนได้เต็มศักยภาพ คนที่มาอยู่เดอะฮาร์ทก็คืออาจารย์ศิริราชทุกคน แต่ว่าเขาแบ่งเวลาทำงานกันว่าสามารถที่จะจัดการบริหารเวลาได้

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: ก็อนุญาตให้เขาไปทำเอกชนได้ด้วยใช่ไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เขาจะมีการขยับไปขยับมาเขาก็ทำได้ เพราะฉะนั้นข้าราชการมันไม่ได้หมายถึงโน้นๆไปเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บริหาร มีจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่ผลิตได้ในแต่ละปีประมาณ 2,300 อันนี้เป็นแพทย์ทั้งหมดที่มีในประเทศไทย อันนี้เป็นข้อมูลทั้งหมดที่เปิดเผยได้ อันนี้เป็นการอบรมทั้งหมดที่มี แล้วก็ถ้าเพื่อสนใจให้ไปช่วยว่าแต่ละสาขามีอยู่ที่ร้อยละในประเทศไทย แล้วอย่างที่พูดคือว่าคนที่จบเป็นผู้เชี่ยวชาญคือคนกลุ่มหนึ่งที่จะไป Serve Medical Hub เพราะว่าคนที่ไม่ใช่แพทย์ทั่วไป อันนี้ถ้าเพื่อในแง่ของในอนาคตถ้ามีคนมาเยอะๆตรงจุดนี้ไม่มีปัญหาหมอไทยยัง Serve ได้ไม่ยากอะไรเท่าไร ไม่ต้องเอาหมอจากเมืองนอกเข้ามาหรอก

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: Medical school ของเรามีความร่วมมือกับประเทศต่างๆในภูมิภาคนี้ใหม่อย่าง เช่น ลาว เขมร เวียดนาม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เรารับเขามาเรียนใน

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: รับเข้ามาเรียนอย่างเดียวแต่เราไม่มีที่ว่างให้เขาออกไป ไปสอนเขามีไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มีก็ไปสอนอยู่สองเวลา

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: อย่างพวกทุนไทยกล่าอะไรอย่างนี้มีไหม

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มันมีสองแบบ หนึ่งก็คือว่าไม่อยากจะบอกว่าพวกกลุ่มที่อยู่ Under เรา คือรอบๆ ยังสู้เราไม่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งแถวๆ นี้ก็จะเข้ามาเขมรนี้ไม่มา แต่ลาวมาเยอะมาก อาจจะเข้ามา โดย Direct contact กันระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลของเขา สองมาตั้งแต่วันเริ่มเรียนเป็นนักเรียนแพทย์ ก็มี ประชุมวิชาการเขาแลกเปลี่ยนกัน ตรงจุดนี้ก็มีตลอดเวลา กฎานี่มาเป็นปีกลินเดีย ปากีสถานพวกนี้ก็จะเข้ามาแต่ละเข้ามาโดยใช้ทุน UHO อาจจะระยะสั้นระยะยาวแล้วแต่ใครเข้ามา

กฎานเขาจะมีสัญญาพิเศษกับมหาวิทยาลัยนเรศวร เพราะฉะนั้นอันนี้ก็เป็นระดับที่เราช่วยเขา ระดับที่เราไปเจอกับคนอื่นเราก็มองว่าทางด้านมหาวิทยาลัยสุรนารีเขาก็ไปทำกับออสเตรเลียหรืออย่าง มหาวิทยาลัยนเรศวรก็ทำกับออสเตรเลียหรืออย่างมหาวิทยาลัยศรีนครินทรก็ทำกับอังกฤษ คือทุกคนก็จะมี Partner ของตัวเอง ถ้าเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำอย่างจุฬา ศิริราชก็มีแต่ให้ ในขณะที่เดียวกันถ้าจะแต่ละก็จะแต่ละในระดับซูเปอร์โซเซียลลิส คือระดับผู้เชี่ยวชาญระดับสูง แต่ในระดับโรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยที่เปิดใหม่ทั้งหลาย พยายามเอาหลักสูตรมาเจอกัน พัฒนาหลักสูตรร่วมกัน แต่คราวนี้อีกอันหนึ่งที่แต่ละมหาวิทยาลัยจะทำอยากจะทำมากกว่า อาจารย์น่าจะสัมผัสกันในเรื่อง International Curriculum มากกว่า รู้สึกมันเป็นนโยบายของทางด้านของ สกอ.อะไรแบบนี้

คล้ายๆ กับเวลาการวัดมาตรฐานการศึกษา ส่วนมากจะไปดูว่าแต่ละคณะจะมีการเปิดหลักสูตร International มันเป็นการเพิ่มระดับของการวัด ซึ่งอันนี้เสี่ยงว่าเราจะเปิดทุกคนมันเปิดไม่ได้ แต่ในเมื่อเวลามีคนทำ คนก็จะทำไปเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นแทบจะเป็นอีกระดับหนึ่งว่า International course อันนี้ก็ เป็นปัญหาอยู่ว่าเปิดมาจะไป Serve ใคร แต่ก็คงจะดีเพราะเราบอกแล้วว่าภาษากลางของแพทย์ขณะนี้คือ ภาษาอังกฤษ เพราะฉะนั้นนักเรียนแพทย์บางที่ที่พูดภาษาอังกฤษไม่เก่ง เมื่อเทียบกับคนอื่น เราเขียน ประวัติการร่างกายเราก็เขียนภาษาอังกฤษ อ่านตำราที่ภาษาอังกฤษ แต่ว่าไอ้คอมพิวเตอร์ในการพูดไม่มาก แต่ว่าเรื่องเขียนเราจะเก่ง อ่านเขียน แต่ว่าพูดเราจะไม่ค่อยเก่ง

เพราะฉะนั้นตรงนี้ก็อาจจะเห็นว่าคนที่สร้างคอมพิวเตอร์ มีความคิดว่ามีเด็กไทยที่พูดภาษา อ่านเขียนไม่ได้ พูดไทยไม่เก่งก็อาจจะมาเข้าตรงนี้ ซึ่งอันนี้ก็เป็นทางออกอีกทางหนึ่งที่เป็นอนาคต ประเทศไทย

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: แล้วอย่างเวลาสอบไล่เช่นวิชาชีฟไม่ปรับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มันก็ไม่จำเป็นเพราะว่าเราไม่รู้ว่าจะอนาคตเป็นอย่างไร ถ้าเราเปลี่ยนภาษา ประจำชาติเป็นภาษาอังกฤษเมื่อไหร่เราก็เปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษตามไปด้วย อันนี้ไม่มีปัญหา อย่างนี้ใช้หลักการทั่วโลก ทำไมเราจะต้องไป Serve ต่างชาติ ในเมื่อประเทศไทยมีประชาชนทั้งหมด 66 ล้านคน

แม้เราคาดหวังอยากจะ Import หมอเข้ามา แต่เพราะ โรงเรียนแพทย์ที่ประเทศอื่นมันเปิดกันอย่างไม่รักษามาตรฐานได้ มีเป็นร้อยๆ Private hospital เปิดขึ้นมารับมา แต่เราจะเอาคนพวกนี้เหอะมารักษาคนไทย เรายอมไหมถ้าตัวเราเป็นประชาชนชาวไทย เราจะยอมให้คนพวกนี้เหอะมารักษาคนไทย ไม่ใช่ยอมให้เอ็นจีโมาค่าแพทย์สภาว่าไปบล็อกไม่ให้หมอที่อื่นมารักษา เพราะว่าไปตั้งเกณฑ์ว่าต้องสอบภาษาไทยในการสอบใบหมอ

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: ฟังจากทางด้านอเมริกาเราทำให้เขา Economic ต้อง Control supply ไว้ไม่งั้น Price ของหมอมันจะลงเราก็มองว่า ทฤษฎีนี้ใช้กับประเทศที่กำลังพัฒนาได้หรือเปล่า

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: และจริงๆ แล้วนะ การที่มีปริมาณมากขึ้นมันอาจจะไม่สัมพันธ์กับความสามารถของการบริการด้วยนะ ขึ้นอยู่กับระบบการจัดการมากกว่าว่าเราจะจัดระดับของโรงพยาบาลให้มันเหมาะสมกับโรคลักษณะของประชาชนลักษณะของอย่างอื่นได้อย่างไร ตรงนี้เป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขต้องไปบริหารจัดการ เราผลิตออกไปให้ เราผลิตออกไปทุกระดับ เราผลิตแพทย์ทั่วไปออกไปให้ปีหนึ่ง 2,300 คน เราผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกไปให้ปีหนึ่ง 2,500 คน แต่มันต้องไปวางให้ถูกจุดตามที่ต่างๆ ถ้าเผื่อวางไม่ถูกจุดเขาไม่แฮปปี้กับชีวิตของเขา เราต้องก้าวไปที่ละสเต็ปๆ เราจะไปบอกว่าเป็นอย่างนี้ตลอดชีวิตมันไม่ได้ ต้องก้าวไปเรื่อยๆ เราก็มีคนเต็มเต็มให้เรื่อยเพราะฉะนั้นแพทย์สภาผลิตเพิ่มให้ตลอดเวลาแต่การคิสรบิวัช้นมันก็อีกระดับหนึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขเป็นคนจัดการ และ Demand Supply ต้องเกิดขึ้นแล้วถามว่า Medical Hub จะมากระทบไหม อาจารย์ว่าไม่กระทบ แต่กับระบบสาธารณสุขมันกระทบ เพราะว่ามันเปลี่ยนรัฐมนตรี เปลี่ยนทีม ก็เปลี่ยนนโยบาย เพราะฉะนั้นหมอก็เกิดความไม่มั่นใจในชีวิตของตัวเองมันก็ต้องออก แต่เขาไม่ได้ออกไป Medical Hub เขาไปในสิ่งที่เขา Happy นะ ที่ผ่านมารัฐมนตรีมากจนนับไม่ถ้วนแล้ว เพราะฉะนั้นคือปัญหาของประเทศไทยที่แท้จริงว่าทำอย่างไรจะทำให้ระบบการสาธารณสุขของไทยมันเสมอภาค ขณะนี้มันเสมอภาคแต่มันยังไม่เป็นธรรม ง่าย ๆ ว่างบประมาณที่สร้างปัญหาในอดีตงบประมาณปัจจุบันนี้ดิฉันะ งบประมาณมันลงไปโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพราะเมื่อไหร่ที่เราไปยืนดูโรงพยาบาลพวกนั้นจะเห็นได้ว่าน่าสงสารจริงๆ คนไข้นอนคายนะ วันหนึ่งผ้าใส่ตั้ง 30-40 ราย ห้องผ่าตัดเปิดเต็มหมดแล้วก็ยังไม่พอ

เพราะว่าในต่างจังหวัดในชุมชนนะคนไข้ไม่ไปแล้ว เพราะเรายกระดับการรักษาพยาบาล คนไข้เขารู้แล้วไปก็ไปโรงพยาบาลใกล้ตัวใกล้ใจสำหรับปวดหัวตัวร้อน มันไม่ใช่อย่างผ้าใส่ตั้ง นึกออกไหม ผ่าตัดลูกออกลูก มันแพงมันสูงที่มีความเสี่ยง เพราะฉะนั้นนี่ละคือสิ่งสำคัญที่มูฟไปอยู่ตรงด้านล่าง วางเต็มหมดไม่มีคนอยู่เพราะว่าคนไข้รู้ว่าฉันมาตรงนี้ดีกว่า ฉันมาโรงพยาบาลดีกว่าแล้วทำไมงบประมาณเราไม่ลงให้มันตรงจุด ตามความเสี่ยงของคนไข้ที่ต้องตรวจ นี่คือปัญหา

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: ไม่ได้ดูการใช้แต่เขาไปดูการกระจายตาม Register คน ตาม Population ที่อังกฤษมันมีซอฟต์แวร์โปรแกรม กระจายๆ มีรถก็คัน อะไรก็คัน ใช้ไอคอนอมิสนี่ละ ก็ไปเรียน ไม่ได้ดู Utilization

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: ตอนนี้เปลี่ยนใหม่ สามสิบบาทคือเคลียร์ ตอนนี้ก็มาก่อน มา PCU ตอนนี้มาเต็มหมดยกมา งานหนักขึ้นมาเต็มทีเพราะตอนนี้รัฐบาลไปออกนโยบายว่าประกันคุณภาพว่ามา ก็ครั้งก็ได้ อะไรก็ได้ ไม่ต้องจ่ายอะไร เขาก็แทนที่จะไปรักษาด้วยยาสมุนไพร ไปซื้อยากินเอง ไปหาพยาบาลก่อนที่จะไปหาหมอที่ถูกต้องให้สกรีน ไม่ละ ไปถึงหมอ เพราะฉะนั้นหมอเค้าก็ลั่นมือ

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: แล้วเวลาดีเบตกันระหว่างแพทย์สภากับกระทรวง ไม่มีผู้แทนนั่งอยู่ในนั้นหรือ แนวคิดอะไรต่ออะไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: มีคนเดียวทำอะไรไม่ได้หรอก อังกฤษเขายังต้องซื้อยานี้ เวลาเขาไป Prescribe ยาตัวละเจ็ดปอนด์นะ ถ้าเพื่อหมอสั่งยาสองตัวกลายเป็นสิบสี่ปอนด์ คนไข้เป็นคนบอกหมอเอง ว่าเอายาตัวเดียว หรือไม่เอายา เพราะไม่ต้องการจะจ่าย ของไทยยังได้ยาเยอะยิ่งดี เอามา เอาเยอะๆไอ้ของฟรีใครก็อยากได้

เคยมีคนไปเปิดบ้านดูเวลาไปเยี่ยมบ้านเห็น ลูกยา เป็นกอง ไม่ได้ใช้เพราะว่ามีปัญหาอย่างนี้ ข้อเสียก็คือว่าบอกว่าประชาชนไม่มีส่วนร่วมแต่ส่วนร่วมของเขารวมอย่างอื่น มันต้องมาร่วมจ่ายนะ ร่วมคิดร่วมจ่าย ประชาชนของเราเดี๋ยวนี้เอายาไปก็ไปแจกกันแล้วอันตรายมากเพราะว่ามันจะทำให้มีอันตรายจากยา อันตรายต่างๆที่ตามมา ประชาชนต้องมีส่วนร่วม ร่วมได้ ร่วมจ่ายคือมันต้องร่วมทุกอย่าง ไร ร่วมได้ร่วมจ่าย ร่วมคิด ร่วมทำ มันถึงจะไปกันได้

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: กล่าวโดยสรุปแล้ว อาจารย์มองเรื่อง Medical Hub อย่างไร

แพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร: เรื่อง Medical Hub เป็นการยกระดับของแพทย์ไทยที่ละจังหวัด จาก แพทย์ Community ขึ้นไปอีกระดับ แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกคนเป็นหมคน มันเป็นที่ละคนละนะ แต่เราทบทวนประเมิน ทบทวนทุกจุด มีหลักคือประเทศไทยเราควรจะต้องตอบสนองทุกอย่างได้ อย่างน้อยก็เป็นการ Confirm ว่าลูกไทยหลานไทยไม่ว่าจะเป็นโรคหัดจนกระทั่งถึงโรคสูงสุด อยู่ที่นี่ อยู่ไม่ต้องวิ่งไปไหน เมื่อก่อนนี่เป็นมะเร็งนี่ต้องวิ่งไปอเมริกา เดี่ยวนี้เรามีหมดทุกอย่าง ไปเสียเงิน อยู่ที่เราก็ออเค ยูมีเงินมากยูเข้าเอกชนไข้ใหม่ ยูมีเงินน้อยยูก็อยู่ในระบบสามสิบบาท แต่ไม่ใช่ไม่มีพวกนี้ให้นะ มีให้ แต่มันก็ต้องมี Standard หนึ่ง

ภาคผนวก ง



การสัมมนา

เรื่อง “ศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย”

วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

ณ. ห้อง 219 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดำเนินรายการโดย รศ.มณีนรี พันธุลาภ

รศ.มณีนรี พันธุลาภ: ขอต้อนรับทุกท่านเข้าสู่การสัมมนาในวันนี้ค่ะ เรื่องเกี่ยวกับศักยภาพของประเทศไทยในการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ของเอเชีย ขอแนะนำวิทยากรสองท่านที่จะให้ความรู้เราคือ แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์ นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และ นายแพทย์เชียวชาญเรศ ภิรมย์ รวิวงศ์

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: มุมมองของดิฉันต่อเรื่องนี้ขอให้อธิบายเป็นมุมมองของผู้ที่คลุกคลีอยู่ในวงการนี้มานานหลายปี โดยโรงพยาบาลของตนเองไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย แต่โดยภาระหน้าที่ของนายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน สิ่งที่พูดในวันนี้เป็นมุมมองที่มาจาก Bird Eyes View โดยไม่ใช่มุมมองเฉพาะตัว ยินดีมากที่มีน้องๆที่มาจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งเป็นผู้ประกอบการตัวจริง อาจจะสะท้อนภาพได้ดี

หากมองจากอดีตถึงปัจจุบันในเรื่องนี้ เราเริ่มจะรู้สึกตัวว่ามีชาวต่างชาติเข้ามารักษาในเมืองไทยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ 2540 ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้ป่วย คนไข้ที่เคยรักษาเอกชนก็ Shift ไปรัฐบาล คนไข้ที่เคยไปโรงพยาบาลรัฐบาลก็ shift ไปซื้อยากินเอง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนรู้สึกว่าตนรับคนไข้ชาวต่างชาติมากขึ้น โดยช่วงแรก ก็เป็นชาวต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย และต่อมาก็เป็นชาวต่างชาติที่เข้ามารักษาโดยตรงมากขึ้น ในอดีต ชาวต่างชาติเหล่านี้ เวลาเจ็บป่วยในไทยก็ไปสิงคโปร์ แต่หลังจากได้มีการพัฒนาโรงพยาบาลให้เข้ากับคนไข้ต่างชาติมากขึ้น ทำให้คนไข้ต่างชาตินิยมโรงพยาบาลในประเทศไทยมากขึ้น หากมองปี 2544-2547 ก็จะพบว่าเพิ่มปีละ 27.20 % ต่อปี ก่อนหน้านี้นี้ไทยเหมือน Unknown Champion พอปี เกือบ 47 สิงคโปร์เริ่มรู้สึกตัวว่า สูญเสียคนไข้เข้ามาในประเทศไทย คนไข้ในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์โรงพยาบาลเดียวมากกว่าคนไข้ชาวสิงคโปร์ทั้งประเทศ พอปี 2547 รัฐบาลให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มาก มองว่าเรื่องนี้สามารถนำรายได้เข้าประเทศไทย ในอดีต คนไทยมองว่า health care ไม่ใช่ การค้า ใครบอกว่าคนไข้เป็นลูกค้าก็จะถูกมองไม่มี แต่เรามองว่า คำว่าลูกค้าคือคนรับผลงาน รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานต่างๆ เช่น ISO JCIA ก็เช่นกัน ต่อมาเกิดการเจรจาเรื่องเสรีทางการค้า หนึ่งในประเด็นคือ health care and education เป็นบริการด้วย แม้ว่าหลายๆประเทศยังไม่ยอม

commit ในเรื่องนี้ มีเพียง 32 ประเทศที่ยอมตกลงในเรื่อง health care services ตลาดตรงนี้ใหญ่มาก เรื่อง การเคลื่อนย้ายคนไข้ หรือ Medical Tourism ในอดีต คนจะไหลจากประเทศด้อยพัฒนา ไปประเทศ พัฒนาแล้ว เราอาจจะเคยได้ยินว่าในอดีต คนสำคัญจะไปรักษาที่ประเทศพัฒนาแล้ว แต่ปัจจุบัน คนไข้จาก ประเทศพัฒนาแล้วมารักษาในประเทศด้อยพัฒนาด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เขาไม่ได้รับการ coverage จากประกัน หรือเป็นโรคไม่มีใครจ่ายให้ หรือ รอคิวนาน หรือ confidentiality ซึ่งไม่ได้รับการ พูดยิ่งมาก คนไข้ไม่ต้องการให้ การรักษาต่างๆ ปรากฏใน Medical Record เช่น การเปลี่ยนเพศ การมีบุตร ยาก เขาต้องการ Anonymous ทำให้รัฐบาลอยากเห็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ทำให้สภาพพัฒนาร่วมมือกับสภา หอการค้าแห่งประเทศไทย ภายใต้ Umbrella ของสภาหอการค้า จะมี คณะบริการพัฒนาธุรกิจด้าน สุขภาพ และ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน 3 หน่วยงานนี้ได้ร่วมมือกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ให้ประเทศไทย เป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ โดยทางสมาคมโรงพยาบาลเอกชนถัดมาในปี 2546 ที่ตัวฉันยังเป็น ประธานถัดมาในเฉพาะส่วน Medical Care การดูแลรักษาในโรงพยาบาล กระทรวงสาธาณกิจร่าง ยุทธศาสตร์เรื่องนี้เช่นกัน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การให้บริการในโรงพยาบาล wellness and spa และ สมุนไพร ในปี 47 สมาคมโรงพยาบาลเอกชนและผู้ผลิตสมุนไพรไทยเข้าเสนอเรื่องต่อกระทรวงฯ ส่วน เรื่องของสปาและแพทย์แผนไทยยังไม่ได้เข้าไปเสนอ เป้าหมายของไทยคือ Excellence in Medical Hub of Asia กรม. รับแผนยุทธศาสตร์โดยไม่แก้ไข และให้กระทรวงสาธาณสุขดำเนินการ ในช่วงเวลา เดียวกัน เกิด worldwide medical hub เพราะตลาดด้านนี้มีคนกล่าวว่าเป็น Trillion US Dollars จากทั่วโลก ผู้เล่นจึงมีทั้ง Asia, Middle East (Jordan), South America, Africa, etc.

คู่แข่งที่สำคัญของเราคือ ประเทศในเอเชีย ในขณะที่เราได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ในปี 2004 เรา ต้องการให้มีรายได้ 63000 ล้านบาท ในปี 2008 ขณะนั้นเรามีรายได้ 35000 ล้านบาทจากคนไข้ ชาวต่างชาติ ขณะนั้น ครึ่งหนึ่งของรายได้เข้า Medical Sector ส่วนที่เหลือเข้าภาคอื่นเช่น transportation, food, hotel ความสำคัญของ Medical Hub คือ ถ้าไม่มีตรงนี้ก็ไม่มีตรงนั้น เช่น การท่องเที่ยว 11 ล้านคน หนึ่งในนั้นคือ คนที่เข้ามาับการรักษา ในช่วงแรกเราบอกว่า Medical Service กับ Tourism แยกกัน หลังจากนั้นก็มองว่ามัน Synchronize กันอยู่

สิงคโปร์นั้น หลังจากรู้ว่าคนไข้จากประเทศหายเข้ามาประเทศไทยเยอะขึ้น รัฐบาลก็รีบ Support เต็มที่ ต่างจากประเทศไทยที่มีใครทำอะไรจริงจัง แม้กระทรวงสาธาณฯจะเข้ามาดูแล ทางสมาคมก็ไม่เห็น ผลงานมาก ในส่วนของ road show ที่กระทรวงทำให้ โรงพยาบาลที่ไปด้วยก็เป็นโรงพยาบาลที่ไปเองได้ อยู่แล้ว สิงคโปร์ประกาศว่าต้องการเป็น Leader of Medical Hub ให้ได้ ภายในปี 2010 จะต้องมีคนไข้ ต่างชาติ 5 เท่าเข้าสู่สิงคโปร์หรือ หนึ่งล้านคน ตอนนั้นมี 2 แสนคน ในขณะที่บำรุงราษฎร์โรงเดียวมี 4 แสนคน ทำให้สิงคโปร์ทำการตลาดอย่างมาก ขึ้นอยู่กับหน่วยงานชื่อ Singapore Medicine มีการทำ Internet Portal to comprehensive data

ทาง Hong Kong ซึ่งขนาดเล็กกว่าประกาศว่า จะเป็น Asia Hub of Cancer Treatment in 2007 แต่ ยังไม่มีข้อมูลต่อจากนี้

Malaysia ซึ่งด้านการท่องเที่ยวอยู่แล้ว ต้องการรายได้ 24000 ล้านบาทจาก Medical Hub in 2010 ซึ่งไทยประสบความสำเร็จไปเมื่อ ประมาณ 4-5 ปีที่แล้ว

India เป็นน้องใหม่ กระโจนเข้า Medical Hub ประกาศจะเป็น Medical Destination ต่างจาก Medical Hub ที่ Hub เป็นเพียงศูนย์รวม แต่ Destination คือที่ๆคนไข้เลือกจะไป India โตปีละ 25-30% แต่ยังไม่ได้กำหนดเป้าหมาย India เอา Tourism and Health ผสมกัน ตอนนี้ India ได้ประโยชน์จาก Insurance Policy และ ภาษาอังกฤษ แต่ข้อเสียของ India คือ ในโรงพยาบาลดีมาก หูมาก แต่พอออกนอกโรงพยาบาลแล้ว บรรยากาศไม่น่ารื่นรมย์

ล่าสุด มีการประมาณคนไข้ต่างชาติดำเนินการ 1.54 ล้านคนเข้ามาในปีก่อนจากการประมาณการของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ แต่ตัวเลขนั้นหลายหลากมากเป็น dilemma ว่ามาได้อย่างไร ตัวเลขจากสำนักงานสถิติแห่งชาติมีความน่าเชื่อถือเนื่องจากสำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาล 200 กว่าแห่งในปี 50 ซึ่งเก็บข้อมูลของปี 49 ปรากฏว่ามีคนไข้ต่างชาติเข้ามารักษาถึง 2.8 ล้านคน ตัวเลขนี้เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศซึ่ง random ข้อมูลจากโรงพยาบาลมาเพียง 14-15 แห่ง ปรากฏว่ามีคนไข้ต่างชาติเข้ามารักษาเพียง 1.54 ล้านคน เหตุที่ตัวเลขต่างกันเช่นนี้อาจเกิดเนื่องจาก เวลาพูดถึงต่างชาติ เรามักนึกถึงต่างชาติที่มีเงินมากเข้ามา แต่ก็มีต่างชาติอีกแบบหนึ่ง เช่น มาจากพม่า ลาว เขมร ชาวบังกลาเทศที่นิยมที่นิยมเข้ามาเชียงใหม่ ตัวเลขเหล่านี้อาจไม่ได้เน้นรวมในการสำรวจ

ผลจากการเข้าไปพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า แม้ประเทศข้างบ้านเราจะมีเศรษฐกิจด้อยกว่าเรา แต่คนเหล่านี้จะมีกลุ่มหนึ่งที่ร่ำรวยมาก cream de la cream ที่ชอบเข้ามาซื้อของรักษาในกรุงเทพฯ ทุกสัปดาห์ โรงพยาบาลเอกชนที่รับรักษาก็มีกลุ่มเป้าหมายของตนเอง เช่น Middle East, Japan, Phutan, Pakistan พอคนไข้ต่างชาติเข้ามาเยอะๆ เงินเข้าประเทศมาก ก็เกิดความกังวลจากหลายหน่วยงาน ที่กังวลถึงผลกระทบต่อคนไทย ซึ่งดิฉันไม่แน่ใจว่ากระทบจริงหรือไม่

เช่น Medical Hub แย่ง Resources จากคนไทย สมองไหล จริงหรือไม่ อาจารย์สิน อนุราษฎร์จากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พูดถึง reserve brain drain คือ สมองไหลจากต่างจาก เมื่อมีที่ให้ลง ก็กลับมาเมืองไทย และโรงพยาบาลเอกชนทุกโรงพยาบาลก็รักษาทั้งคนต่างชาติและคนไทย คำถามคือ ทำไมโรงพยาบาลเหล่านี้รักษาแต่คนมีเงิน ไม่ยอมรับสามสิบบาท หากมองในแง่ดี ถ้าวันนี้ไม่มีโรงพยาบาลเอกชนทางเลือก เวลาคิดว่าที่โรงพยาบาลรัฐ ต้องไปหาหมอที่รู้จัก เพื่อฝากหาเตียง แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว ไม่ต้องไปหาเตียงแล้ว และ ทั้งนโยบายสามสิบบาท ประกันสังคม และ ข้าราชการ ถ้าคนเหล่านี้ใช้สิทธิของตนเองในโรงพยาบาลรัฐบาล ผลก็คือ รัฐบาลต้องเสียงบประมาณจำนวนมาก โรงพยาบาลเอกชนทำให้รัฐบาลประหยัดงบประมาณนี้ได้ ถ้าพูดเรื่อง equality ทุกคนต้องใช้โรงพยาบาลตามสิทธิ งบที่รัฐให้ที่ 2400 บาทต่อคนของ สามสิบบาท 1900 บาทต่อคนของประกันสังคม ข้าราชการรับ 60000 ล้านบาทต่อปี นั้นอาจไม่พอได้ ถ้าหากสมองไหลจริงทำให้โรงพยาบาลรัฐมีแพทย์ไม่เพียงพอได้ ทำไมไม่ให้คนไหลออกตามสมองด้วย เนื่องจากมีโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดหลายโรงพยาบาลใกล้ล้มละลาย เพราะคนไข้ไปใช้สิทธิสามสิบบาท ทำไมไม่ให้คนไข้ไหลออกมาใช้เอกชนได้ ขณะนี้มี 104 โรงพยาบาลรับประกัน

สังคม ซึ่งถูกตรวจทุกปี ต้องโค่นร่องเรียน เหมือนขึ้นเครื่องบินไปถึงจุดหมายปลายทางเหมือนกัน ทำไมบางคนขึ้น Economy Class, First Class, Business Class ทั้งๆที่ไปถึงจุดหมายเหมือนกัน แม้ใน Europe ที่ภาครัฐบังคับให้ทุกคนมี Compulsary Insurance คนที่มีรายได้สูงก็อาจเลือกไปเอกชนได้ เลือกกรีกกับ Professor ได้ ห้องพิเศษได้ equality นั้นอย่างไรก็ต้องมีช่องเปิดสำหรับให้คนเลือกเป็นช่องเปิดสำหรับคนที่ต้องการมากกว่าพื้นฐาน

ด้านการเชื่อมโยงกับธุรกิจท่องเที่ยว ขนส่ง ฯลฯ ก็กลายเป็นผลพลอยได้ มีการประชุมของสภาพัฒน์ เอกชน มีการประมาณว่า มีตัวเงินเข้า Medical Hub นั้น 90% เข้า Sector อื่น เพียง 10% เข้าโรงพยาบาล ซึ่งก็ทำให้เกิดการสร้างงาน สร้างรายได้ แต่หากประเทศไทยต้องการเก็บภาษี ไม่เอาคนไข้ต่างชาติ ต่างชาติก็อาจแข่งเราได้ โรงพยาบาลเอกชน 14 โรง ที่รักษาชาวต่างชาติ ซึ่งคิดเป็นจำนวนน้อยนิดเมื่อเทียบกับคนไทยทั้งประเทศนั้น การให้การรักษาชาวต่างชาติกระทบการรักษาพยาบาลคนไทยในชาติจริงหรือไม่ แต่การนำรายได้เข้าประเทศนั้นชัดเจน

อีกประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ เขตการค้าเสรีของ Asian ทั้ง 4 สาขา logistic tourism health and telecom ชาวต่างชาติไม่ได้สนใจที่จะเข้ามาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่ได้เข้ามาลงทุนประมาณตอนนี้ 70% ในโรงพยาบาล แล้วคนไทยเตรียมตัวสำหรับสร้างตนเองให้แข็งแกร่งสำหรับเรื่องนี้หรือยัง

พอเปิดการค้าเสรี ก็จะมี mode เรื่อง cross border supply เช่น telemedicine ในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งเป็น affiliate กัน สามารถส่งข้อมูล online เรื่องคนไข้ทั้งก่อนและหลังการรักษา แพทย์ไทยอาจส่งผล lab ไปปรึกษาแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งก็ไม่สามารถห้ามได้ ไทยควรเปลี่ยนแนวคิดให้ พร้อมเสมอสำหรับสถานการณ์เหล่านี้ นอกจากนี้ การ training online ก็เกิดขึ้น แล้ว และอีกเรื่องคือการเคลื่อนย้ายบุคลากร ข้อตกลงแบบ mutual recognition agreement มีสภาทางการแพทย์หลายแห่งทำกันแล้ว หัวใจคือ ให้ยอมวิชาชีพซึ่งกันและกัน และกฎเกณฑ์ของประเทศนั้น ถ้าหากประเทศใด ที่ให้หมอไทยไม่ต้องสอบใบประกอบโรคศิลป์เพื่อให้หมอและพยาบาลไทยไหลออกไปได้ง่ายๆ ตรงนี้เป็น threat ที่ต้องระวังมากกว่า threat การไหลระหว่างภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย

หลักสูตรแพทย์ภาษาอังกฤษ ดิฉันเสนอว่า ตอนนี้ในประเทศไทยมีโรงเรียนนานาชาติ bilingual จำนวนมาก นักเรียนเหล่านี้ส่วนมากเป็นเด็กไทย ซึ่งอยากจะเรียนแพทย์ เขาก็ต้องไปเรียนต่างประเทศ ซึ่งโอกาสกลับมาน้อยมาก เราไม่ควรต้องมากังวลว่าเด็กเหล่านี้จะรักษาคคนไข้ต่างชาติในประเทศไทย トラบใดที่เขายังรักษาคคนไทยอยู่ด้วยถือว่าใช้ได้ จริงๆแล้ว หมอไม่ได้อยากรักษาเฉพาะคนต่างชาติ หมอบางคนรักษาล้นหนา ผูกพันกับชาวบ้านก็มีความสุข ไม่ต้องพูดภาษาอังกฤษ ตอบอีเมลล์

ตอนนี้โรงเรียนแพทย์หลายแห่งจะเป็น Excellence Center ซึ่งจะรักษาทั้งคนไข้ต่างชาติและคนไข้ไทย โอกาสที่คนไทยจะได้รับการรักษาในระดับสูงก็มี ตรงนี้น่าจะเกิด public private partnership ที่โรงพยาบาลเอกชนในระดับเดียวกัน เช่น ดิยภูมิได้หรือไม่

จากคำให้สัมภาษณ์ของคณบดีคณะแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้โต้แย้งว่า รายได้ 90 % กระจายออกจากประเทศไม่เป็นความจริงเพราะ โรงพยาบาลเอกชนไปรับคนไข้จากสนามบินและเมื่อ

รักษาเสร็จก็ไปส่งคนไข้ที่สนามบิน ไม่มีรายได้หลุดรอดออกมาหรอก แต่ฉันมองว่า คนไข้ที่ป่วยหนักขนาดนั้น มักมีญาติมาด้วย มาทั้งครอบครัว โรงพยาบาลระดับสูงๆ คล้าย Apartment มีทั้งที่พักสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

เนื่องจาก Medical Hub นั้นผูกพันกับ Medical Tourism สถาบันพัฒนาธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ก็จะจัดประชุม ซึ่งต้องการทำ Internet Portal เช่น โรงพยาบาลกับโรงแรมจะประสานกันด้านที่พัก จะออกมาอย่างไร การรับส่งผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร

เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2552 มีการประชุมกันของสภาพัฒน์และคณะรัฐมนตรี ในการให้ไทยเป็น Medical and Health Destination ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่เราจะร่วมมือกันเช่นนี้

จะเห็นได้ว่า Medical Tourism เกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก และแต่ละหน่วยงาน ก็จะเข้าร่วม มีบทบาท แต่ละหน่วยงานก็มีมุมมองและทิศทางของตนเอง เช่น หน่วยงานผลิตแพทย์ สภาพัฒน์ สวรส. Concerns เรื่อง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สสส. มองด้านโรคระบาด หรือ behaviors ที่จะมากับ medical hub สาขาวิชาชีพและโรงเรียนแพทย์ ก็ดูด้านการผลิตบุคลากรให้เพียงพอ สถานพยาบาลรัฐและเอกชน กระทรวงพาณิชย์ กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ททท. กพ. NGOs. การที่หลายหน่วยงานเข้ามา มีบทบาทด้วยมุมมองที่ต่างกันก็อาจเกิดปัญหาได้ เช่น ข่าวก่อนหน้านี้หนังสือพิมพ์ที่ว่า คณบดีแพทย์จุฬาฯ ร่างหนังสือค้าน Medical Hub แต่มีข่าวว่าอีกคณะหนึ่งวางแผนเตรียมสร้างบุคลากรรับ Medical Hub, 4 เอกชนร่วมมือกันแถลง Medical Hub ยังสับสน เป็นต้น

ความเห็นของฉันคือ น่าจะให้เรื่องนี้เป็นวาระแห่งชาติ ที่ทุกฝ่ายประชุมร่วมกัน หาทิศทางร่วมกัน เดินทางเดียวกัน หากมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ไข

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: ขอบขอบคุณหมอประภา ค่อไปขอเชิญคุณหมอเรศ มาให้มุมมองในภาครัฐว่ามองในภาพนี้อย่างไร

นายแพทย์เชี่ยวชาญเรศ กรัณย์วิวัฒน์: สวัสดีทุกท่าน ขอบคุณอาจารย์ที่ให้เกียรติกับผมและกระทรวง ในการนำเสนอในวันนี้ ผมนายแพทย์เรศ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการคณะกรรมการศูนย์การบริการสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเพื่อรองรับ Medical Hub โดยเฉพาะ

ในเรื่องของ Medical Hub นั้นมีหลาย Stakeholders ที่แตกต่างกัน คำถามจากอาจารย์ประภา นั้นบางเรื่องภาคอาจจะเป็นหลัก บางเรื่อง ภาครัฐอาจจะเป็นผู้ knock the door ในเรื่องของงบประมาณ ในบางเรื่อง เอกชนอาจจะควักกระเป๋าเอง ในบางเรื่อง เช่น ในมหาลัย รามฯ ศิริราช ก็ถือว่ามาจากภาครัฐ

อีกเรื่องหนึ่ง ขอบเขตการทำงานของภาครัฐน่าจะมียกระดับหนึ่ง ที่ไม่ไปแข่งกับภาคเอกชน และที่อาจารย์พูดเรื่อง Earnings from vision ซึ่งน่าสนใจมาก จะได้พูดถึงรายละเอียดต่อไป

ในเรื่องของยุทธศาสตร์ฉบับแรก ปี 47-51 เป็นเรื่องของ income เกิดหลังจากประเทศได้วางระบบประกันสุขภาพให้คนไทย เพื่อให้คนไทยมั่นใจได้ว่า คนไทยทุกคนมีประกันสุขภาพ 30 บาท เพราะเดิมมีบางคนมีสวัสดิการข้าราชการ ประกันสังคม แต่คนส่วนใหญ่ไม่มีประกันสุขภาพ อีกเหตุผล

คือ เติบโตที่เหลือของโรงพยาบาลเอกชนที่กำลัง boom และกู้เงินมาลงทุน เกิดเป็นยุทธศาสตร์ มี 3 อย่างที่ขายต่อนานาชาติได้ คือ thai spa and wellness มีกำหนด standard โดย Ministry of Public Health ได้รับการชื่นชมจากต่างชาติมาก เพราะเป็นกลุ่มประเทศแรกๆ ที่มี standard กำกับ, mental health, สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นข้อดีในการดำเนินการครั้งที่แล้ว ในแผนที่หนึ่ง

การประมาณการรายได้ในครั้งแรกนั้น การขาดระบบเก็บข้อมูลที่ดีพอ ทั้งด้านรายได้และจำนวนผู้ป่วยก็เป็นข้อดีจากการดำเนินงานครั้งที่ 1 เราได้ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลแบบประมาณการด้วย spot survey ด้วย และการเก็บข้อมูลแบบ indirect ก็คาดว่าได้รายได้จากกิจกรรมเหล่านี้ เยอะ แต่จุดแข็งของก็คือ คุณภาพของสินค้าหรือ การบริการทางการแพทย์ ความเข้มแข็งของภาคเอกชน

ส่วนเรื่องของการประชาสัมพันธ์ ททท และ กระทรวงพาณิชย์ก็เข้ามาช่วย ข้อดีของแผนที่ 1 คือ การบริหารจัดการและการขาดการบูรณาการ เพราะงานมีหลายมิติ ทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานอื่นๆ เช่น หอการค้า

รูปแบบการดำเนินการ มักจะเป็นการส่งเสริม มากกว่าการควบคุม กำกับ เราใช้ระเบียบกฎหมายเดียวกันในการปฏิบัติ ทำให้เรื่อง การประชาสัมพันธ์สู่ต่างประเทศไม่ได้

เรื่องผลการดำเนินงานนั้นชัดเจนเรื่องรายได้ เฉพาะรายได้ที่เข้ามาด้าน health sector อาจจะไม่ถึงที่ประกาศ เพราะเราทำ spot survey กับโรงพยาบาลใหญ่ทั่วกรุงเทพฯ แต่ก็เป็นรายได้ไม่น้อย

จุดเด่นของเราคือ Quality and Reasonable Price แต่ในช่วงปลายๆ แผนที่ เราเริ่มเสีย เรื่อง price อีกเรื่องคือ แหล่งท่องเที่ยวที่ดีสำหรับญาติมิตร

ช่วงปลายแผนที่ เรามี connections ที่เกิดขึ้นมากมาย เมื่อปลายปีที่แล้ว เราไปคุยเรื่องการนำเข้ คนไข้ผ่าเข้าเข้ามาเมืองไทยอีกพันราย แม้จะไม่สำเร็จ แต่ก็เป็นการวาง connections สำหรับอนาคต เรามี Bangkok Mediplex ซึ่งเล็กกว่า Apollo ซึ่งโปรโมตเรื่อง Spa and Wellness

นอกจากผลดีด้านรายได้เข้าประเทศแล้ว ปัญหาที่อาจจะเกิดก็มีได้ แต่ตัวเลขมักเป็นยอดรวมที่ไม่อาจจะบอกว่าเกิดจาก Medical Hub ได้อย่างแน่นอน อาจเกิดจากเหตุอื่นก็ได้ งานทั้งหมด สำนักงานเลขฯ จะเป็นผู้รวบรวม ในเรื่องกฎหมาย เช่น กฎหมายควบคุมสถานพยาบาล คุ้มครองผู้ป่วย ฯลฯ

ปัญหาต่อระบบสุขภาพ เช่น equity คนไทยกับคนต่างชาติเท่าเทียมหรือไม่ในการรักษา หรือมี financial barrier, Accessibility ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่ง Quality ก็ได้รับการพูดถึง เราเชื่อว่า Clinical Quality นั้นเหมือนกันระหว่างผู้ป่วยคนไทยกับชาวต่างชาติ แต่สิ่งสวยงามๆ อาจต่างกันไป เรื่อง Brain Drain ก็อาจจะเกิด แต่ว่าเรายังไม่มีการติดตามที่ดีพอ

เรื่องของความท้าทายในการทำแผนยุทธศาสตร์แผนที่ใหม่คือ เรื่องการดูแลผลกระทบ การเตรียมการเรื่องการจัดการกับผลกระทบ ผู้ที่เข้ามาดำเนินการด้านนี้ ควรได้รับความสะดวก และ ได้รับการสนับสนุนจากรอบด้าน เรื่องของกลุ่มแข่งและการเจรจาการค้าเสรี เช่น Souel ที่มีจุดแข็งด้านการนำแพทย์ทางเลือกเข้ามาด้วย

ในแผนที่ สอง Key Actors สำคัญมักจะเป็นภาคเอกชน รวมทั้งภาคส่วนอื่นๆจะเห็นว่า มี คณะแพทยศาสตร์เข้ามามีบทบาทในบางส่วน ยุทธศาสตร์ส่วนหนึ่งอาจเป็นการให้บริหารเพื่อนบ้าน เช่น พม่า ลาว เขมร กระทรวงสาธารณสุข จะเข้ามามีบทบาทนับเป็นส่วนน้อย บาง Area บาง items ซึ่งผมทำ pilot สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ น่าจะเป็นส่วนสำคัญขององค์กรหนึ่ง

จากการวิเคราะห์ จุดยืน ของเรา ข้อดี ข้อด้อย เราน่าจะหยุดที่ tertiary บางประเทศเช่น สิงคโปร์ อาจอยากจะหยุดที่ Quarterly เราใช้ diamond model ในการวิเคราะห์ ทั้งเรื่อง input, demand advantages เป็นส่วนสำคัญในการนำพัฒนายุทธศาสตร์ต่อมา ข้อดีและข้อด้อยของเรายังเป็นเรื่องเดิมกับใน ยุทธศาสตร์ฉบับแรก

ในเรื่องของ demand size ก็มีแนวโน้มขยายตัวทุกปีและเป็นตลาดที่ใหญ่มาก India ได้เปรียบทาง ภาษาและ Outsourcing นำหน้าไทย Apollo ของอินเดียใหญ่ที่สุดในโลก Qatar เป็น สนามกีฬาเป็น โรงพยาบาล Malaysia น่าสนใจ เน้นรับผู้ป่วยจากอินโดฯ มีภาษาและศาสนาก็เหมือนกันเกาหลีก็เจาะ ตลาดอินโดฯ เพราะไม่เน้นยุโรป สิงคโปร์เน้นทางด้านเทคโนโลยี เช่น Stem Cells จีนก็พยายามทำ International Medical Zones ก็ยังไม่แน่ใจว่าสำเร็จแค่ไหน อเมริกาก็น่าสนใจเพราะผู้ป่วย 48 ล้านคนไม่ อยู่ในระบบประกันสุขภาพ แผนยุทธศาสตร์ฉบับใหม่ก็เสร็จแล้ว วันจันทร์จะไปนำเสนอกับกรม. ใน ส่วนแพทย์แผนไทย เราต้องการสนับสนุนแม้ไม่ทำเงินมหาศาล แต่ว่า ก็แสดงถึงความเป็นไทย

อีกจุดด้อยครั้งที่แล้ว คือการตั้งคณะทำงานถาวร อาจเป็นองค์กรอิสระหรือ หน่วยงานใดก็ได้ รวมทุกภาคส่วนและ stake holders ใหญ่ ซึ่งตอนแรกอาจอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขไปก่อน งานนั้น จะต้องมีการวิจัยและพัฒนา มี vision เพื่อผลักดันให้เป็น world class จาก regional medical hub

ภารกิจเรื่องเร่งด่วนที่สุดคือ เรื่องการบริหารจัดการ สำนักงานเลขาที่จะเป็นการรวบรวม ทั้งเชิง สถานที่และ สารสนเทศ อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยต่างชาติต่างๆ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่าน Cyber ให้ click ใน google แล้วมาหาเรา เรื่อง การร่วมมือกันระหว่าง public/private ก็สำคัญ การพัฒนา บุคลากรขึ้นมารองรับ เช่น international course ก็สำคัญเพื่อป้องกันการ Brain Drain ทั้งจุฬาฯ และ รามาฯ ก็ดันเรื่องนี้ไปเยอะ ยังมี 17 โรงพยาบาลที่ต้องการรองรับ JCIA เพื่อพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล แม้ว่า ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลจะต้องการรับคนไข้ชาวต่างชาติโดยตรง

หน้าที่หลักของกระทรวงฯคือ การ balance ทั้งด้านความสามารถทางการแข่งขันเชิงธุรกิจกับการ ดูแลระบบสุขภาพของประเทศไทย อาจทำให้ ภาครัฐกิจไม่สามารถทำอะไรได้อย่างรวดเร็วตามต้องการ ท่านรัฐมนตรีท่านใหม่ที่เข้ามาก็ให้ความสนใจและมีทีมทำงาน

รศ.มณิศรี พันธุลาภ: ขอบขอบคุณหมอธเรศ หากท่านไหนมีข้อคิดเห็นขอเรียนเชิญ เนื่องจากคุณหมอ ธเรศจะได้นำเรื่องนี้ไปเข้าประชุมกับ กรม. ในวันจันทร์ค่ะ

นายแพทย์ธนารักษ์ สุภประเสริฐ (ตัวแทนจากโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์): ดีใจที่ทางคณะเศรษฐศาสตร์จุฬาฯ ได้จัดเรื่องนี้ขึ้นมา เพราะเรื่อง Medical Hub เราได้ดำเนินการมานานแล้ว

ผมอยากได้การศึกษาอย่างชัดเจน เช่น วงเงิน 50000- 60000 ล้านบาท ไม่มีข้อมูลจากมหาวิทยาลัยเลย

ข้อมูลต่างๆจากงานวิจัยที่ผ่านมาแน่นชัดแย้งกันมาก แต่ยังไม่มีความคืบหน้าจากสถาบันการศึกษาเลย เช่น TDRI ดร.วิโรจน์ ณ.ระนองบอกว่ารายได้ 50000 ล้านบาท อยู่ในสถานประกอบการโรงพยาบาล อีก 10000 ล้านบาทเข้า Sectors อื่นๆ เราในฐานะผู้ประกอบการบอกว่า เป็นไปไม่ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลหลักๆ 6-7 โรงพยาบาล ยังไม่สามารถมีรายได้รวมกันได้มากกว่าหมื่นล้านบาท อีก 40000 ล้านบาทจากไหน เราดูว่ารายงานคิดไปต้อง 5 เท่า แล้วเรารู้ว่า Arab มาคนหนึ่งเนีย Shopping อย่างมาก

เราจึงต้องการตัวกลาง เช่น จุฬาฯ มาเป็นตัวกลางในการทำวิจัยเพื่อชี้แจงว่า มีรายได้จาก Medical Hub เท่าใด และจากเงินจำนวนนี้ มีการกระจายเข้าไปในภาคส่วนต่างๆแค่ไหน

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: มีอีกเรื่องหนึ่งที่เราไม่ค่อยได้พูด เช่น long stay เดิมเรามอง long stay เหมือนคนแก่ที่ไม่มีใครอยากเลี้ยง แต่คนแก่ ต้องแบ่งเป็นสองประเภท คือ คนแก่ที่มีเงินบำนาญที่หากอยู่ประเทศเค้าต้องประหยัด แต่หากอยู่ประเทศไทย นั้นอยู่ได้อย่างสบาย เค้าก็มองว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลสำหรับ Emergency หรือไม่เห็นได้จาก สุราษฎร์ หัวหิน พัทยา อีกกลุ่มหนึ่งคือ ผู้สูงอายุ กระเป๋านัก เราเรียกว่า long stay เพราะเค้าจะไม่มีอยู่บ้านเราตลอดปี แต่อาจหนีหนาว เช่น เวลายุโรป ติดยามากๆ ก็จะมาอยู่เมืองไทย พอพวกนี้มาอยู่เมืองไทยบ่อยๆก็จะซื้อสังหาฯ เดิมเรามอง long stay ว่า ต้องทำ camp ผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่ เพราะฉะนั้น ไม่ต้องพยายามหาผู้สูงอายุที่ต้องการมาอยู่เมืองไทยตลอด และจะส่งโรงพยาบาลไปยังไง แต่เราน่าจะ focus ไปกลุ่มที่มีเงินมากกว่า นอกจากนี้ เรายังคิดผิดเรื่อง Long Stay Visa ที่ ต้องมีเงินค่า 6-7 แสน ที่เค้าไม่ชอบเพราะ พอออกนอกประเทศ ก็กลับเข้ามาไม่ได้ เค้าใช้ชีวิตท่องเที่ยวธรรมดา แล้วไปนอกประเทศสัก 3 วันแล้วค่อยกลับเข้ามาจะสะดวกกว่า

คุณชินวร วิเศษสุวรรณภูมิ (กระทรวงพาณิชย์): พูดในฐานะส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวกับกระทรวงนะครับ เพราะทางกระทรวงมีแนวคิดที่จะสนับสนุนการค้าของประเทศและดูแลผู้บริโภคอยู่แล้ว ในทางเศรษฐกิจเมื่อเราเอาเงิน เข้ามาวาง จะเปลี่ยนแปลงไป ผมเกรงว่า ถ้าอาจารย์เอาเข้าในรัฐสภา ถ้าโน้มน้าวแล้ว ผู้มีอำนาจจะโอนอ่อนทันที เช่น ชาวต่างชาติจะซื้อที่ดินได้ เพราะระบบ Lobbyist ค่อนข้างได้ผล ทั้งหมดที่ผมพูด ไม่เกี่ยวกับกระทรวงพาณิชย์และไม่มีนัยเลยว่า กระทรวงพาณิชย์นั้น กัดค้ำกันการเป็น Medical Hub เราต้องมองเป็น industry การที่เรานำเงินเข้าประเทศ และ industry อื่นได้ผลประโยชน์ทั้งสิ้น ผมเพียงแต่อยากให้มีการ regulate กันเพิ่ม ลองมองหลายๆมุม เพราะว่าผู้อยู่ใน industry นี้อาจโดน defense มาเสียเลย แล้วรู้เหตุผล เวลา defense ค่อนข้าง extreme ผมขอแค่เวลาเข้า lobby นั้น ขอให้เหลือพื้นที่ให้คนไทยไว้บ้าง

รศ.ดร.อิสรา ตานติศาสตร์ (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ): ผมมีคำถามครับ จากข้อมูลที่ให้มา คนใช้ต่างชาติเข้ามาไทย 70% เป็น South East Asia มีการกระจุกตัวไหม มาจากชาติไหนบ้าง เรียนถามอาจารย์ ประภา ที่ว่ากฎหมายไทยไม่เอื้อมีอะไรบ้าง และที่ว่า คณบดีคณะแพทย์จุฬาฯกัดค้ำ ทานกัดค้ำในประเด็นใด และประเด็นที่ว่า ปัจจุบันนี้ การเปิดเสรีทางการแพทย์เป็น one-way คือ ให้คนใช้ต่างชาติเข้ามารักษาในไทย แต่เราไม่ให้หมอต่างชาติเข้ามารักษาเมืองไทยด้วย ผมรู้จัก แพทย์ต่างชาติหลายคนที่จะเข้ามารักษาเมืองไทยไม่ได้ถูกมาเลย์ดึงตัวไป น่าเสียดายมาก หมอจาก Middle East จากที่อื่นๆ มาทำที่ไทย

ไม่ได้ ผมว่าการเปิดเสรีจะเป็นธรรมเมื่อเปิดเสรีทั้งสองทาง ทั้งหมอและคนไข้ ถ้าทางเดียวอย่างเดียว อย่างไม่เป็นธรรม ผมทำวิจัยเรื่องการเปิดให้เกิดการขยายตัวด้านการให้บริการทางการแพทย์ พบว่า เมื่อใช้แบบจำลองศึกษา ผลจะเกิดกับคนจำนวนน้อย related sector ไม่เยอะ คนได้ประโยชน์มักเป็นคนรวย ดังนั้น หากรัฐจะสนับสนุนไม่ควรใช้เงินภาษีเพราะ เป็น private benefit ไม่ใช่ public benefit อีกเรื่องหนึ่ง พบว่า คนไข้จาก middle east ที่มาไทยเป็น middle to low income class ดังนั้นญาติพี่น้องที่เข้ามาไม่น่าจ่ายใช้สอยเยอะ ต่างจากพวกที่ไป Malaysia เป็นพวก middle to high income class ดังนั้น ข้อมูลที่ผมมีสนับสนุนกลุ่มที่บอกว่า benefit ที่เกิดขึ้นเกิดกับ โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ที่เกิดกับ sector อื่นๆ

รศ.มณิศร์ พันธุลาภ: ข้อมูลที่นำมาใช้คืออะไรคะ

รศ.ดร.อิศรา ศานติศาสตร์ (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาฯ): ใช้ CGE Model โดย ใช้ based year 2543-2548 แต่ใช้ shock คือตัวเลขปัจจุบัน

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: ขอเรียนชี้แจง แม้คนที่เข้ามาจะมี income ระดับไหนก็ตามเค้าก็สามารถ afford ค่ารักษาพยาบาลได้ คุณหมอบ้างรุกรายชื่อ คงจะบอกได้ดี ว่า แยกเหล่านี้ ไป shopping at Platinum ซึ่งบ้านเค้าไม่มี สินค้าเหล่านี้ เขาชอบ และส่วนมากคนไทยผลิตเอง ดิฉันมองว่าเป็นผลดีที่เงินจะได้เข้าหาคนไทย

รศ.ดร.อิศรา ศานติศาสตร์: ผมขอซักค้านครับ เวลาคนมา shopping at Platinum เราไม่สามารถบอกว่าได้ เขามากับ Medical Hub หรือมาเอง ต่างจากมาเลเซีย ที่เมื่อ Middle East เข้ามาสามารถเดิน Timesquare ผมเคยเดินตาม จ่ายที่เป็นแสนๆ ร้านต่างๆทั้งนั้นจริง แต่ Middle East ที่เข้ามาประเทศไทย มาจ่ายไม่เยอะ Value Added ไม่มาก และ ส่วนมากที่ไป Platinum เค้าก็มา Shop โดยเฉพาะ ผมนั่ง Thai Inter ไปอินเดีย คนนั่งเต็ม ของเต็มมาก เพราะมา Shop จริงๆ เพื่อมาซื้อของเราไปขายบ้านเขา เราต้องแยกให้ได้ว่า คนไหนมา shop หรือ มา Medical Hub

นายแพทย์สมเกียรติ เชื้อเพชรโสภณ (โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์): อยากให้ข้อมูลว่า ที่เราเถียงกัน ว่าใครได้ประโยชน์ เราต้องการให้คนกลางศึกษา ว่าใครได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใด ผมอยากเรียนถามที่ประชุมว่า เมื่อ 30 ปีที่แล้ว เราทำโครงการส่งเสริมการท่องเที่ยว เกิดปัญหาคือ โรงแรมไม่พอ เกิดการสร้างโรงแรมขึ้นหนึ่งชั้น เช่น โรงแรมดุสิต แล้วโรงแรมชั้นสองก็ด่าว่า โรงแรมชั้นหนึ่งว่าดูดีทั้งลูกค้าและพนักงานไป ทำให้โรงแรมดุสิตเปิดโรงเรียนสร้างบุคลากรขึ้นมาเอง ในปัจจุบัน เรามีคนต่างชาติมาเที่ยวประมาณ 15 ล้านคนต่อปี ในขณะที่ เมื่อ 30 ปีที่แล้วมีเพียง 1-2 ล้านคนต่อปี มีรายได้ หกแสนล้านบาท ผมอยากให้เทียบโรงพยาบาลกับโรงแรม เพราะเหมือนกันทุกอย่างต่างกันแพง โรงแรมไม่มีหมอ

เราเคยส่งเสริมผลิตภัณฑ์รถยนต์เราได้ value added เพียง 5% ในขณะที่อุตสาหกรรมบริการ อาจารย์อัมมาร์ จาก TDRI เสนอว่า value added ถึง 70% เป็นอุตสาหกรรมที่ทุกประเทศต้องการมีส่งเสริมและสนับสนุน

กรณีสนามบินสุวรรณภูมิที่เราเถียงกันเมื่อ 20 ปีที่แล้ว จนสิงคโปร์สร้างเสร็จหน้าเราไปแล้ว ผมอยากให้เรามองภาพใหญ่ๆ มองโอกาส เรามี demand ที่มั่นคงแน่นอนจาก ต่างประเทศมาตลอด เราก็ค

แก้ปัญหาเรื่องหมอและพยาบาลไม่พอโดยผลิตเพิ่ม หากรัฐบาลไม่ต้องการผลิตก็ให้เอกชนผลิต แต่รัฐบาลกลับมาห้ามเอกชนในการผลิต เราน่าจะคิดแบบเปิดกว้าง อย่าให้อัฒนาคนที่ได้ประโยชน์ ถ้าเราให้เอกชนผลิตแพทย์ได้ แทนที่คนไทยจะไปต่างประเทศไปขายแรงงานก็อยู่เมืองไทยมีงานดีๆ เป็นหมอเป็นพยาบาลทำ

อย่าเถียงประเด็นเล็กๆอื่นๆ ประเด็นใหญ่คือ มีงานเข้ามา มีหมอ มีพยาบาล เราน่าจะมองเป็นโอกาสที่เราจะได้สร้างคนของเราให้มาทำงาน

รศ.มณิศร์ พันธธุลาภ: อยากเรียนถามคุณหมอหรศ ในประเด็นที่เราจะยอมให้เอกชนเข้ามาผลิตแพทย์คือนายแพทย์เชี่ยวชาญหรศ **กริชนัยรวิวงศ์:** ผมคิดว่าประเด็นที่อาจารย์สมเกียรติให้ก็น่าสนใจหลายอัน แต่ผมจะ focus เฉพาะที่การผลิตแพทย์ แพทย์แบ่งเป็น แพทย์ทั่วไป ซึ่งเรามีมหาวิทยาลัยรังสิตซึ่งเป็นเอกชนผลิตอยู่แล้ว ส่วนเรื่องการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทางเอกชนอาจจะยังไม่ผลิตเนื่องจากติดที่ข้อกำหนดทางสภาวิชาชีพ ที่ทำให้เอกชนทำไม่ได้ แต่ในความรับรู้ผม ข้อกำหนดเหล่านี้ เป็นข้อกำหนดโดยรวมที่ต้องใช้เพราะภาครัฐและเอกชน ไม่ได้เจาะจงเอกชน ในประเด็นการผลิตแพทย์จะ challenge มากขึ้น เช่นเรื่อง การผลิตแพทย์ด้วยหลักสูตร international ซึ่งนอกจากการผลิตด้วยกัน การใช้ร่วมกันของ private/public ก็สำคัญ ถ้าใช้ร่วมกันได้ก็จะมีแพทย์เพิ่มขึ้น ในส่วนของการผลิต อีก 3-4 ปีข้างหน้าจะมีแพทย์และพยาบาลออกมาจำนวนมากซึ่งได้จบจากไทยเข้มแข็ง ส่วนผลต่อ Medical Hub ผมได้คุยกับแพทย์ และโรงพยาบาลพบว่า แพทย์ที่ทาง Medical Hub ต้องการนั้น จะเป็นแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ปริมาณไม่มาก ไม่ใช่แพทย์ทั่วไป ซึ่งการผลิตนั้น อาจจะเป็นเฉพาะด้าน บางarea หากเราสามารถลดข้อจำกัดที่ทำให้เอกชนเข้ามาร่วมผลิตได้ก็น่าจะเพิ่ม ก็น่าจะช่วยแก้ปัญหา ก็ต้องฝาด้านของทางสภาวิชาชีพ

รศ.ดร.อิสรา ศานติศาสตร์: เรื่องการเปิดเสรี ต้องเปิดทั้งแพทย์และคนไข้ ทำอย่างไรให้เราให้แพทย์ต่างชาติมารักษาเมืองไทยได้

นายแพทย์เชี่ยวชาญหรศ กริชนัยรวิวงศ์: ผมเคยเชิญเข้าประชุม ในเรื่องที่ว่า เราต้องการแพทย์ต่างชาติจริงหรือไม่ ปรากฏว่า ทางโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า จุดเด่นของประเทศไทยคือ แพทย์ไทย องค์กรู้กับแพทย์ต่างชาติต่างกันไม่เยอะ เข้ามาสอนได้จริงๆ เราไม่ได้ห้ามหมอต่างชาติทีเดียว เขาสามารถเข้ามาสอนเป็น consultant ได้ ในที่ประชุมมองว่า ถ้าให้เค้ารักษาได้ เค้าก็จะรักษาและไม่ถ่ายทอดเทคโนโลยี

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: เราไม่ได้ discriminate ไม่ให้แพทย์ต่างชาติมารักษาในบ้านเรา หากมีการสอบโรคศิลป์ทั้งคนไทยและคนต่างชาติต้องสอบ เค้าจะมารักษาคคนไทยก็ต้องพูดภาษาไทยได้ สิ่งที่เรา concern คือ ต่างชาติมองว่า หากจบจากเมืองไทย ที่สถาบันที่มีการรับรองก็สามารถไปรักษาที่ต่างประเทศได้เลย ในขณะที่เรามีกำแพงในการรับแพทย์จากต่างชาติเข้ามา แต่ต่างชาติไม่มีกำแพง หากลักษณะการทำงานดีกว่า รายได้ดีกว่า อาจเกิดสมองไหลออก เรื่องของ cross border supply ทำให้คน

consult กันได้โดยหมอมิต้องมา ซึ่งควบคุมไม่ได้ คิดันมองว่า ในอนาคตเรื่องนี้สำคัญ และเรื่อง portable insurance ที่ทำให้การรักษาไม่ต้องพบหน้าผู้รักษาโดยตรง

นายแพทย์สมเกียรติ เชื้อเพชรโสภณ: จากการที่ถามมาว่า ทำไมไม่มี 2-way อยู่ที่คนไทยรับ concept ไหนในการพัฒนาประเทศ in-out, out-in, out-out เช่นสิงคโปร์กับคูไบ ทำ out-out สิงคโปร์เป็นศูนย์กลางทางการเงินโลก ประเทศไทย แนวคิดเป็น out-in ยอมรับเพียงว่า คนมาเที่ยวมารับการรักษาพยาบาลแล้วเอาเงินเข้าประเทศไทย แต่กรอบที่อาจารย์อิสราถามเป็น out-out ซึ่งเหมือน คูไบ ที่ให้ประเทศอื่นๆมาลงทุน ไม่เสียภาษี ค่าทำเพื่อต้องการเป็นศูนย์กลางของโลก และทำให้ภาพรวมของเศรษฐกิจมันเจริญเติบโต เพราะที่ไหนดมีคนทีนนร่ำรวยทีนนั้น เราน่าจะต้องเปลี่ยนวิธีคิด เช่น ASEAN ปัจจุบันพยาบาลสามารถไปรักษาที่ไหนดได้แล้ว ผมมองว่า Medical Hub จะสร้างงานให้คนไทย ทำให้รายได้คนไทยทั่วไปดีขึ้น

นายแพทย์เชี่ยวชาญเรศ กรัษนัยรวิวงศ์: ผมเห็นด้วย ที่ว่ามันอยู่ที่มุมมอง แต่เรามองว่า การแพทย์ไม่ใช่สินค้า 100% เพราะเป็น merit goods เป็นสินค้าคุณธรรมอยู่ด้วย เป็นหลักประกันสำหรับคนไทย เราคงไม่เปิดเสรีหมด ภาคเอกชนพูดกับภาครัฐเสมอว่าภาครัฐไม่ได้ลงทุนให้กับภาคเอกชน ทำไมเอาผลงานจากเอกชน แต่รายได้เอกชนก็เสียภาษี ภาครัฐก็จะลงทุนโดยอ้อมให้ knock the door ให้

แนวคิดเราอาจไม่ถูกใจทุกคนนัก เพราะภาครัฐจะไม่ สนับสนุน Medical Hub อย่างมากมายที่สุด เนื่องจาก เราต้องดูสองด้าน ต้องรักษา balance กับระบบสุขภาพในประเทศ

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: อยากเตือนว่า ไม่มีโรงพยาบาลไหนในประเทศไทยที่ไม่รักษาคคนไทยอย่างมากก็รักษาต่างชาติจำนวนมาก และทำให้รัฐบาลลดภาระค่าใช้จ่าย เพราะถ้าทุกคนใช้จ่ายตามที่สิทธิ รัฐบาลก็อาจไม่มีเงินจ่ายได้ โดยส่วนตัวโรงพยาบาลของดิฉันเองก็ดูแลคนไข้ประกันสังคมจำนวนไม่น้อย ครั้งหนึ่งที่สำนักงานประกันสังคมสั่งให้เรารับคลอดผู้ประกันตน ปัญหา คือ เด็กที่คลอดแล้วผิดปกติก็ไปโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ อุปกรณ์ไม่พอ โรงพยาบาลที่เราเลือกเป็น Super contractor คือ บำรุงราษฎร์ กับศรีนครินทร์ สมิติเวช โดยที่ทั้งสองโรงพยาบาลยินดีที่จะให้ราคาเราเป็นกรณีพิเศษ ในขณะที่ถ้าเราส่งให้โรงเรียนแพทย์จะโดน Charge สูงกว่าปกติ ดิฉันต้องการเรียนให้ทราบว่า ระบบมีการเกื้อกูลย์อันอยู่

นายแพทย์เชี่ยวชาญเรศ กรัษนัยรวิวงศ์: อีกประเด็นหนึ่งคือ การพัฒนาของระบบสุขภาพ โดยรวมที่มาจาก Medical Hub เมื่อสิบปีที่แล้ว โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมีสภาพไม่ต่างกัน แต่วันนี้ต่างกันมาก และการมีโรงพยาบาลเอกชนทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพที่เราทำนั้นเป็นไปได้ ถ้าไม่มีเอกชนที่เข้มแข็ง นโยบายหลักประกันสุขภาพก็อาจเกิดได้ช้ากว่านี้ แต่ตอนนี้ทรัพยากรมีไม่พอ เราต้องbalance ให้ดี

อาจารย์ภิญญา ภูวนานนท์ (คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล): ทั้งโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐอยู่ในระบบเศรษฐกิจแบบเสรีเอกชน แม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนไม่ปฏิเสธที่จะรักษาคคนไทย ก่อนวิกฤตปี 40 คนชั้นกลางส่วนมากสามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนได้ แต่ปัจจุบันนี้คนชั้นกลางไม่สามารถจะพึ่งโรงพยาบาลเอกชนได้แล้ว เพราะราคาที่สูงขึ้น และรัฐต้องแข่งขันทั้งด้าน

คุณภาพและราคากับเอกชน โรงพยาบาลของรัฐจึงต้องเข้ามาสร้างภาคเอกชนในโรงพยาบาลเพื่อรองรับคนชั้นกลางเหล่านี้ ความเป็นธรรมในด้านการเข้าถึงสำหรับคนไทยถูกจำกัดด้วยเรื่องของราคา คนไทยไม่มีกำลังซื้อราคาสูงมากๆ ในเอกชน ก็ต้องไปอัดกันไว้ในโรงพยาบาลรัฐอยู่ดี แล้วทรัพยากรทั้งหมดนั้นมาจากภาษีของประชาชนโดยเฉพาะแพทย์นั้น มาจากเงินภาษี แล้วในที่สุดแล้วคนไทยได้ประโยชน์กับตรงนี้แค่ไหน

นายแพทย์สมเกียรติ เชื้อเพชรโสภณ: ปัญหาด้านยาของประเทศไทย ที่ต้องนำเข้า ต้องมี FDA ในอเมริการับรอง แต่เมื่อประเทศไทยจะนำมาใช้ต้องนำมา Register ใหม่เสียเวลาอีก 2-3 ปีทำให้คนไทยเสียโอกาส ใน Medical Hub เราต้องมียาทันสมัยรักษา ค่าเลยไปถึงกำไรถ้าต้องการได้ยาบางตัว ประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการผลักดัน ทำไมไม่ยอมรับว่าหาก FDA รับรองก็สามารถใช้ได้เลย ส่วนเรื่องคนชั้นกลางเสียประโยชน์นั้นเป็นเรื่องของปรัชญาครับ

นายแพทย์อนุตรศักดิ์ รัชตะทัต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข): เมื่อ 2-3 เดือนที่ผ่านมา ผมไปช่วงราชการที่นครเมกกะ ได้ refer ผู้ป่วยคนไทยไปโรงพยาบาลที่ประเทศซาอุดีอาระเบีย ถึงแม้เครื่องมือจะดีมากเพราะเปลี่ยนทุกปี แต่หมอที่ดูแลคนไข้จริงๆ ไม่ได้มาจากซาอุดีอาระเบีย เป็นหมอที่มาจากประเทศรอบๆ เช่น อียิปต์ มาตรฐานในการรักษาในความคิดเห็นของผม มองว่าหมอไทยรักษาได้ดีกว่า มีข่าวว่าถ้าจะผ่าขาข้างหนึ่งอาจถูกตัดผิดข้าง แต่เมื่อมารักษาเมืองไทยจะดีกว่า รักษาหาย ทำให้เค้ายอมรับในศักยภาพของหมอไทยอย่างมาก

นายแพทย์พิรธ ประดิษฐ์วิเศษ (โรงพยาบาลกรุงเทพ): ผมขอพูดประเด็นเดียวนะครับ เรื่องการส่งเสริมการลงทุน อาจไม่ใช่หน้าที่กระทรวงสาธารณสุข อาจเป็น BOI ที่เข้ามาทำให้ต้นทุนของเงินถูกลง เพื่อช่วยในการแข่งขันกับต่างชาติ ส่วนเรื่องโรงพยาบาลเอกชนที่มีผลประกอบการดีเพียง 10 โรงพยาบาล จาก 400 โรงพยาบาล อยากพูดว่าในแง่ของผู้ประกอบการแล้ว บางโรงพยาบาลก็ประสบความสำเร็จ ในขณะที่บางโรงพยาบาลก็ล้มเหลวไปต่อไม่ได้ อยากให้อาจารย์ทำวิจัยให้ลึกเข้าไปเพื่อตอบคำถามว่าใครได้ประโยชน์มากน้อยเพียงใดจาก Medical Hub และการบริหารจัดการที่ดีควรเป็นเช่นไร

นายแพทย์สมเกียรติ เชื้อเพชรโสภณ: ขอพูดถึงปรัชญานะครับ ที่เราพูดถึง อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวก็เข้ามาแย่งคนไทยกิน ไข่ แย่งที่นอน นักท่องเที่ยวก็นับว่ามาไข่ ทำให้คนชั้นกลางต้องกินไข่ของที่חנו้อยลงไป ถ้าคิดเช่นนี้ ก็อาจไม่ต้องทำธุรกิจได้ เราน่าจะมองว่าอุตสาหกรรมทำเงินให้ประเทศโดยรวมและเป็นโอกาสของเรา

อาจารย์ภิญญ์ ภูวนานนท์: อาจารย์เทียบอาหารกับ health care นั้นไม่ได้ เพราะอาหาร maximize utility ของเรา ในขณะที่ health care เราซื้อเพราะความจำเป็น ดังนั้น คนเข้าโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้เพราะต้องการบริการที่เรสทูร แต่เข้าเพราะความจำเป็น

แพทย์หญิงประภา วงษ์แพทย์: ปัจจุบัน คนเข้าโรงพยาบาลเอกชนเพราะความจำเป็นฉุกเฉินก็สามารถให้โรงพยาบาลส่งตนไปต้นสังกัดได้ หรือ โรงพยาบาลต้นสังกัดก็ย้ายให้โรงพยาบาลที่รักษา คนไข้มี

งบประมาณที่รัฐให้ 15000 บาท ทุกครั้งเกิดการฉุกเฉิน แต่ว่า ภาวะฉุกเฉินก็มีทางออกเสมอ ทุกคนมีสิทธิที่สามารถใช้ได้ แต่สิทธิเหล่านี้อาจจะยังไม่เป็นที่รู้จักและคนใช้ไม่รู้

ส่วนเรื่องของ Malaysia Shopping ดินนั้นจะไม่ดีใจเลย หากคนไข้เข้ามาแล้วใช้จ่าย Brand Name ต่างชาติ เพราะคนไทยอาจไม่ได้อะไร แต่ที่ประตุน้ำ เงินนั้นเข้าคนไทย

นายแพทย์เชี่ยวชาญยุทธ กริชนัยรวิวงศ์: ด้านการรักษาฉุกเฉินของประเทศไทยนั้น ยังไม่สมบูรณ์เสียทีเดียว เราก็กำลังปรับปรุงแก้ไข แต่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดจาก Medical Hub เพียงอย่างเดียว ผมคิดว่า ทั้งรัฐบาลและเอกชนจะต้องฟังฟังกัน เราก็ควรหาทางออกให้อยู่ร่วมกันได้อย่างดี

รศ.มณีนีร์ พันธูลาภ: ขอบขอบคุณท่านที่มาร่วมให้ข้อคิดเห็นในวันนี้ค่ะ

ภาคผนวก จ

เรื่อง รายงานผลการพิจารณา กรณีสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ให้คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะ/ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรี
เรื่อง แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub)

ด้วยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ให้คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะ/ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรี เรื่อง แนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Thailand Medical Hub) ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งผลการพิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานงบประมาณ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์แห่งประเทศไทย สมาคมโรงพยาบาลเอกชน สมาพันธ์สปาไทย สมาคมสปาไทย สมาคมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้เสนอความเห็น/ผลการพิจารณา/ผลการดำเนินการต่อความเห็นของสภาที่ปรึกษาฯ ดังนี้

คำปรึกษา/ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็น ของสภาที่ปรึกษา	ความเห็น/ผลการพิจารณา/ผลการดำเนินการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาและส่งเสริมศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย 1.1 ควรจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเป็นเจ้าภาพหลัก รับผิดชอบในการบูรณาการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ การสาธารณสุขและการท่องเที่ยวทั้งระบบ เพื่อ ขับเคลื่อนนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของ ภูมิภาคอย่างจริงจัง	มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ ข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้ 1. เตรียมการจัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการบริหาร ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน แบ่งออกเป็น 4 คณะทำงานย่อย คือ คณะทำงานพัฒนาธุรกิจบริการรักษาพยาบาล/ คณะทำงานพัฒนาธุรกิจบริการเพื่อส่งเสริม สุขภาพ/ คณะทำงานพัฒนาบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และคณะทำงานพัฒนา สมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำหรับ องค์ประกอบของคณะกรรมการและคณะทำงานให้ มีผู้แทนครอบคลุมทุกภาคส่วนและดำเนินงานใน ลักษณะ Dual track รวมทั้งมีผู้แทนจากสภาที่ ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมด้วย 2. เตรียมการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการบริหาร ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ เพื่อทำหน้าที่เป็น

1.2 ภาครัฐโดยหน่วยงานเกี่ยวข้องควรสนับสนุน
ข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่ม
ขีดความสามารถในการแข่งขันให้กับธุรกิจ

Medical Hub อาทิ ด้านวัฒนธรรมและภาษาของผู้มา
รับบริการ กฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง
เป็นต้น รวมทั้งการเจรจาผ่อนปรนข้อจำกัดทาง
กฎหมายต่าง ๆ ในระดับรัฐบาล และ ระดับผู้
ประกอบธุรกิจ

องค์กรกลางและเป็นตัวแทนของประเทศไทยใน
การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งปฏิบัติ
หน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการอำนวยการ
บริหารยุทธศาสตร์การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็น
ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ซึ่งหน่วยงานนี้ควรจะ
มีลักษณะแบบ SDU/Task force/One stop
service/Point of sale ฯลฯ

3. เสนอให้มีการติดตามความก้าวหน้าต่อ
โครงสร้างระบบบริหารงานภาครัฐ ตามข้อเสนอ
ของ กพร.

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพในเบื้องต้น

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ
ข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
ดังนี้

1. เตรียมการจัดทำคลังข้อมูลธุรกิจบริการสุขภาพ
ระดับชาติ (Cockpit center) เพิ่มให้มีฐานข้อมูลที่
สำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายที่เป็นปัจจุบัน
สมบูรณ์ มีมาตรฐานข้อมูลเดียวกันทั่วประเทศ
สามารถนำมาใช้ในงาน Data management เกิด
ระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล (HL 7) ระหว่างหน่วยงาน
ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จนสามารถนำไปสู่
การตัดสินใจเชิงนโยบายได้ ในเบื้องต้น ได้มีการ
ตั้งงบประมาณไว้ในแผนการลงทุนด้านสุขภาพ
พ.ศ.2553 – 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข โดย
บรรจุไว้ในแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ
ทางด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบการเชื่อมโยง
การแลกเปลี่ยน และการใช้ประโยชน์ข้อมูล
ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มี
ประสิทธิภาพในระบบประเทศ รวม 3,569 ล้าน
บาท

2. เตรียมการจัดทำจุดให้บริการและติดต่อ

ประสานงานกับผู้รับบริการแบบ Single contact point ทั้งแบบ On line และ Off line โดยในเบื้องต้นอยู่ระหว่างการพิจารณาสถานที่ที่เหมาะสม เช่น อาจจะต้องอยู่สนามบินสุวรรณภูมิ เพื่อสะดวกต่อผู้รับบริการชาวต่างประเทศ

3. การจัดทำ Directory ข้อมูลสถานพยาบาล สถานประกอบการธุรกิจบริการสุขภาพ ศูนย์การในระดับต่าง ๆ ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้บริการได้ตามความต้องการ

4. เตรียมการจัดทำศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ โดยเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลด้านกฎหมายในการประกอบธุรกิจ/ข้อมูลด้านการให้บริการ VISA

5. ในเบื้องต้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีทีมงานหลักที่เข้าร่วมในการเจรจาการค้าเสรีภาคบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประเทศไทย และเฝ้าระวังไม่ให้มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เช่น กรอบความตกลง JTEPA

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / กระทรวงพาณิชย์ / กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงยุติธรรม / สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

1.3 ภาครัฐต้องเป็นหน่วยงานเจ้าภาพในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงวิชาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน เช่น การอบรมทางการแพทย์ การฝึกงานเป็นต้น โดยเน้นหลัก Public partnership และเอื้อประโยชน์ซึ่งกันและกันไปสู่ความก้าวหน้าระดับ Regional และ International

มิติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. การดำเนินการภายใต้คณะกรรมการอำนวยการบริหารยุทธศาสตร์ซึ่งมี 4 คณะทำงานย่อย องค์ประกอบของคณะทำงานจะต้องมาจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนภาค

2. แนวทางบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์

2.1 ภาครัฐและหน่วยงานเกี่ยวข้องต้องร่วมกันกำหนดเป้าหมายสำคัญของแพทย์ต่อประชากรอย่างชัดเจน โดยเบื้องต้นควรกำหนดเป้าหมายในระดับกลาง คือ ประมาณ 1:1000 (แพทย์:ประชากร)รวมทั้งเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ

ประชาชน เพื่อให้การทำงานครอบคลุมในทุกมิติ

2. กำหนดเป็นนโยบายในระดับกระทรวงเกี่ยวกับ Public and Private Mix เพื่อสนับสนุนและประสานความร่วมมือในการใช้บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากรทางการแพทย์ สถานบริการทางการแพทย์ และสถานประกอบการด้านสุขภาพร่วมกันได้ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ทำให้การใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ มีความคุ้มค่าในการลงทุน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมแล้วที่จังหวัดสมุทรสาคร ในเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง คือ การใช้ MRI

3. เสนอให้มีการหารือร่วมกับแพทย์สภา ในการนำแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งในเบื้องต้นจะยังไม่สามารถทำได้ ยกเว้นมาทำงานเป็นอาจารย์ในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ซึ่งถ้าสามารถนำแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ให้ทำงานในประเทศไทยได้ จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยที่ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปเรียนในต่างประเทศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / กระทรวงศึกษาธิการ / สภาวิชาชีพ

มิติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. เสนอให้มีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจต่อการกำหนดเป้าหมายสำคัญของแพทย์ต่อประชากรอย่างชัดเจน และพัฒนาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสรรและกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ไปสู่ส่วนภูมิภาค

2. เสนอให้มีการกำหนดสัดส่วนแพทย์ : ประชากรที่เหมาะสม โดยจำแนกเป็นระดับสถานบริการ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ โดยต้องศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย และประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์

3. เสนอให้มีการจัดสรรอัตรากำลังคนตามโรคตามอุบัติการณ์ของการเกิดโรค และศึกษาทั้งระบบบริการของประเทศ เพื่อป้องกันภาวะสมองไหลจากภูมิภาคสู่ส่วนกลาง

4. เป้าหมายสัดส่วนของแพทย์ : ประชากร 1 : 1000 มีความเหมาะสม แต่ควรจะกำหนดสัดส่วนเพิ่มเติมในแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้สามารถจัดสรร กระจายกำลัง และการจัดสวัสดิการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการพัฒนา Facilities และอุปกรณ์ทางการแพทย์รองรับไปพร้อมกัน

5. ในเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีระบบการจัดสรรและการกระจายแพทย์/ ทันตแพทย์/ เภสัชกร/ พยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) ประกอบด้วยข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรจะมี/ ข้อมูลที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ทั้งนี้ เป็นข้อมูลเฉพาะบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม ในสังกัดภาคเอกชนร่วมด้วย เพื่อให้ได้ภาพที่ถูกต้อง

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / แพทยสภา / ราชวิทยาลัย / กระทรวงศึกษาธิการ / หน่วยงานภาคเอกชน

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ

ข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

2.2 ภาครัฐควรตั้งงบประมาณสนับสนุนการผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมีคุณภาพตามเป้าหมายที่วางไว้ในข้อ 2.1 พร้อมกำหนดสัดส่วนของเงินงบประมาณ

ที่ใช้สนับสนุนการผลิตแพทย์ว่ามาจากเงินภาษี
ประชาชนภายในประเทศและจากรายได้ในส่วน
ของ Medical hub อย่างชัดเจนเพื่อสร้างความเข้าใจ
และการยอมรับของประชาชน

1. การตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการลงทุนผลิต
และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
ควบคู่กับการสร้างขวัญกำลังใจในแผนการลงทุน
ด้านสุขภาพ พ.ศ. 2553 -2555 ของกระทรวง
สาธารณสุข โดยบรรจุไว้ในแผนงานผลิตและ
พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อ
รับรองการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในทุกระดับ
งบประมาณรวม 15,223.1927 ล้านบาท (กระทรวง
สาธารณสุข 8,484.851 ล้านบาท/
กระทรวงศึกษาธิการ 6,073.7417 ล้านบาท/
กระทรวงกลาโหม 132.3 ล้านบาท
กรุงเทพมหานคร 132.3 ล้านบาท) คาดว่าจะ
สามารถผลิตแพทย์เพิ่มได้ 2,188 คน/ พยาบาล
วิชาชีพเพิ่มได้ 9,280 คน/ ทันตสาธารณสุขเพิ่มได้
750 คน/ นักวิชาการสาธารณสุขเพิ่มได้ 1,200 คน/
ผู้ช่วยพยาบาลเพิ่มได้ 10,000 คน/ นักกายภาพบำบัด
เพิ่มได้ 400 คน/ พัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากร
สาธารณสุขอื่น ๆ 41,522 คน ผลที่คาดว่าจะได้รับ
จะสามารถผลิตแพทย์ทั่วไปเพิ่มขึ้นทดแทนแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพเพื่อให้มี
ปริมาณและคุณภาพเพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้มี
สมรรถนะสากล ซึ่งจะเป็นการสร้างตลาดแรงงานที่มี
คุณภาพ ทั้งในและต่างประเทศเพิ่มขึ้น

2. สำหรับข้อเสนอการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการ
ผลิตแพทย์เพิ่มจากรายได้ Medical Hub ควรจะมี
การพิจารณาอย่างรอบคอบ เนื่องจากอาจส่งผล
กระทบต่อผู้ประกอบการได้โดยต้องศึกษาหาข้อมูล
เพิ่มเติมหน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / กระทรวงศึกษาธิการ /

กระทรวงกลาโหม / กรุงเทพมหานคร

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ

ข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2.3 การดำเนินงานผลิตแพทย์คุณภาพเพิ่มภาครัฐ
ควรประสานนโยบายความร่วมมือกับโรงพยาบาล

เอกชนในการเข้ามามีส่วนในการผลิตแพทย์
เนื่องจากมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก
และมีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ดี
ทั้งนี้ควรลงทุนเพิ่มทรัพยากรด้านต่าง ๆ ใน
โรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่แล้ว โดยควรเน้นการเรียน
การสอนเป็นระบบ 2 ภาษา เช่น ไทย – อังกฤษ
เป็นต้น

2.4 รัฐต้องปรับสวัสดิการและสร้างระบบเสริม
รายได้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้
เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในสภาพความเป็นจริง
และสมศักดิ์ศรี กล่าวคือ ต้องทำให้บุคลากรด้าน
การแพทย์สามารถอยู่ได้เท่าเทียมเอกชน

ดังนี้

1. เสนอให้มีการแก้ไขกฎ/ระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับ
แพทย์สภา/ กระทรวงศึกษาธิการ ในการนำแพทย์
ไทยที่ทำงานในต่างประเทศมาเป็นผู้เชี่ยวชาญใน
บางสาขา รวมทั้งการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาล
เอกชนสามารถจัดให้มีการเรียนการสอนแก่นัก
ศึกษาแพทย์ในระดับ

ต่าง ๆ ได้ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนในบางแห่งมี
ความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก
ได้

2. การผลิตแพทย์เพิ่มอย่างมีคุณภาพ ต้องคำนึงถึง
ขีดความสามารถของแหล่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์
ด้วย สำหรับภาคเอกชนที่จะเข้าร่วมในการ
ผลิตแพทย์เพิ่มในเมืองต้นอาจจะเป็นเฉพาะการผลิต
แพทย์เฉพาะทาง และควรต้องมีการศึกษาใน
รายละเอียดเพิ่มเติม

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

แพทย์สภา / กระทรวงศึกษาธิการ / กระทรวง
สาธารณสุข / หน่วยงานภาคเอกชน

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ
ข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
ดังนี้

1. เสนอให้มีการประสานงานร่วมกับ
กระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณ เป็นการ
เร่งด่วน เพื่อปรับปรุงกฎ/ระเบียบ ด้วยการปฏิรูป
โครงสร้างอัตรากำลัง เงินเดือนเป็นการเฉพาะด้าน
แพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งค่าตอบแทนที่
เหมาะสมกับภาระงานที่ปฏิบัติอย่างเป็นธรรม เพื่อ
เป็นขวัญและกำลังใจให้กับทุกสายงานที่ต้อง
ประกอบวิชาชีพเพื่อสุขภาพของประชาชน

2. ภาคเอกชนเสนอว่าการจัดเก็บภาษีจากการ
ให้บริการผู้ป่วยชาวต่างชาติ อาจเกิดความ

2.5 รัฐต้องจัดระบบกระจายแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในระบบราชการไทยโดย

โรงพยาบาลระดับอำเภอต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถผ่าตัดได้และแพทย์ประจำต้องเป็นแพทย์ที่

ใช้ทุนครบ สำหรับแพทย์ใช้ทุนควรเป็นการเสริมศักยภาพ ทั้งนี้หากเป็นโรงพยาบาล เล็กและศักยภาพไม่เพียงพอควรพิจารณาปิดและเปลี่ยนแปลงจัดทำเป็นกลุ่ม General Practitioners สำหรับผู้ป่วยนอกโดยมีระบบส่งต่อที่ดี-

ซ้ำซ้อน มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ และอาจจะทำให้ประเทศไทยสูญเสียตำแหน่งผู้นำในการแข่งขันได้ อีกทั้ง การประกอบธุรกิจในปัจจุบันได้มีการเสียภาษีในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นรายได้ของประเทศอยู่แล้ว เช่น ภาษีการค้า

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงการคลัง / สำนักงานประมาณ / กระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุมเห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าวโดยมี

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาและให้ระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (GIS) ในการกระจายกำลังคนอย่างเป็นธรรมตามความจำเป็นและความต้องการกำลังคนของพื้นที่ อีกทั้งได้มีนโยบายในการเพิ่มขีดความสามารถของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทุกอำเภอ และให้มีแพทย์ประจำครอบครัวทุกตำบล พร้อมทั้งมีค่าตอบแทนพิเศษตามจำนวนครอบครัวที่ดูแลรับผิดชอบ

2. ปัจจุบันการใช้มาตรการทางการเงินในการกระจายค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปยังโรงพยาบาลชุมชน

3. กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการยกระดับศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานีนานาขนาดใหญ่ว่าให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในส่วนภูมิภาค อันจะทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพจากบุคลากรและอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / สำนักงานหลักประกัน

2.6 รัฐควรเปิดโอกาสให้แพทย์อาวุโสในภาคเอกชนกลับเข้ามาสู่ระบบรัฐแบบมีศักดิ์ศรีมีตำแหน่งที่เหมาะสมกับระดับประสบการณ์และความสามารถ โดยอาจเข้าสู่ในระบบของโรงเรียนแพทย์ ทำให้ภาครัฐรับประโยชน์จากแพทย์เหล่านั้นเพิ่มขึ้น

3. การดำเนินงานศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทย (Medical Hub) ที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติ

3.1 รูปแบบศูนย์กลางสุขภาพแห่งประเทศไทยที่ดำเนินการ ควรเป็นในรูปแบบศูนย์พักฟื้นสุขภาพ ศูนย์เสริมความงาม ศูนย์ดูแลและเวชศาสตร์เชิงป้องกันสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันสามารถใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส กรณีที่จะมีแรงงานส่วนเกินจำนวนมาก ทั้งจากผู้สำเร็จการศึกษาและแรงงานระดับปริญญาบัตรที่จะว่างงานในอนาคต มาเข้ารับการศึกษาหรือฝึกอบรมเพิ่มเติมในสาขาผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลเวช ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และสาขาที่

สุขภาพแห่งชาติ / แพทยสภา / กระทรวงศึกษาธิการ มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. เสนอให้มีการวิเคราะห์ตำแหน่งในงานและภารกิจของภาคบริการสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับคุณวุฒิและประสบการณ์รวมทั้งเร่งรัดการปรับปรุงกฎ/ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน ก.พ. ได้เสนอให้มีการขยายอายุราชการในบุคลากรสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะได้ถึง 65 ปี
2. เสนอให้มีการขยายเวลาอายุการทำงานและการให้ความสำคัญต่อเกียรติยศของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมในการตัดสินใจกลับเข้าสู่ระบบรัฐ รวมทั้งต้องมีการพัฒนาปรับปรุง กฎ/ ระเบียบเพื่อผ่อนปรนเงื่อนไข ในการจ้างงานโดยต้องทำความเข้าใจกับสำนักงานประมาณและกระทรวงคลังให้ชัดเจน หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

แพทยสภา / สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน /

กระทรวงศึกษาธิการ / กระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. เสนอให้มีการหาความชัดเจนว่ารูปแบบ Medical Hub ของประเทศไทยที่แท้จริงควรจะเป็นอย่างไร บริการที่ควรจะมีคืออะไร
2. ในเบื้องต้น การจัดทำ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับใหม่ ได้มุ่งเน้นให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติและมีการพัฒนาระบบระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยทั้งระบบให้ได้มาตรฐานสากล โดยแบ่งออกเป็น 4 ผลผลิต คือ บริการรักษาพยาบาล/ บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ/

เกี่ยวข้องต่าง ๆ

บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ
บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย โดยจะ
จำแนกออกเป็น Hub เฉพาะทางมากขึ้น ได้แก่ Hub
ของผู้สูงอายุ/

Hub บริการทันตกรรม/ Hub ของ Excellence
center/ Hub ของการรักษาโรคทั่วไป/ Hub ของ
long stay/ Long term care/ Hub ของ Medical Spa/
Hub ของ Destibation Spa/ โรงพยาบาลแพทย์แผน
ไทย/ คลินิก Complementary and Alternative
Medicine/ โรงงานผลิตยาสมุนไพรไทยที่ผ่าน
GMP ฯลฯ โดยดำเนินการในพื้นที่ที่มีศักยภาพและ
มีความพร้อม ทั้งภาครัฐและเอกชน
กลุ่มเป้าหมายจะครอบคลุมทั้งในประเทศไทยและ
ต่างประเทศ

3. มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรให้ก้าวเข้าสู่ความเป็น
วิชาชีพในศาสตร์/ สาขาต่าง ๆ ที่มีมาตรฐานใน
ระดับสากล เพื่อป้อนตลาดแรงงานมากขึ้น ทั้งใน
ประเทศไทยและในต่างประเทศ เช่น การผลิต Care
worker/ Spa therapist

4. กระตุ้นการรับแรงงานส่วนเกินจากผู้สำเร็จ
การศึกษา และแรงงานระดับปริญญาบัตรที่จะ
ว่างงานในอนาคต เข้าศึกษาหรือฝึกอบรมเพิ่มเติม
ในสาขาผู้ช่วยพยาบาลและพยาบาลเวชปฏิบัติการ
ดูแลผู้ป่วยและสาขาที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อยู่ระหว่าง
การหารือร่วมกับสภาวิชาชีพ เพื่อ กำหนดกฎเกณฑ์
ในการยอมรับ กลุ่มคนเหล่านี้เข้ารับการศึกษ และ
จะต้องมีการประสานงานร่วมกับโครงการต้นกล้า
อาชีพ เพื่อทำความตกลงด้านงบประมาณเฉพาะ
สำหรับการให้ทุนและคัดเลือกคนไทยเข้าสู่ระบบ
บริการสุขภาพเพื่อการแข่งขัน

5. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลในระดับ
นานาชาติ (International) เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่

3.2 ภาครัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนทั้งในเรื่องของบุคลากร การใช้ทรัพยากร อุปกรณ์การแพทย์ Software ระบบส่งต่อ การตลาด เป็นต้น โดยมีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน (Sharing resources) และระหว่างภาคเอกชนกับภาคเอกชน

3.3 ภาครัฐต้องสร้างกลไกในการจัดสรรรายได้จาก Medical hub ไปสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของการเก็บภาษีค่าธรรมเนียม ฯลฯ ซึ่งต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่ขัดกับหลักการของ WTO / FTA และหลักการของรัฐบาลที่จะลด Tariff และ Non tariff พร้อมกำหนดนโยบายด้านราคา การบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น มาตรฐานการบริการขั้นต่ำในการรักษาพยาบาลและแผนการลงทุนด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อสร้างความ

ขาดแคลนและเป็นที่ต้องการของสถานพยาบาลจำนวนมาก รวมทั้งให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการและจัดหางบประมาณเพิ่มเติม

6. ควรจะมีการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรด้านแพทย์แผนไทย โดยอาจจะทำเป็นโครงการนำร่อง เนื่องจากยังมีข้อจำกัดด้านการใช้ศาสตร์และกำลังการผลิตตลอดจนการพัฒนามาตรฐาน GMP ของผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ / กรมการแพทย์
สภาวิชาชีพ / กระทรวงแรงงาน

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. การพัฒนาระบบ Utilization review
2. การสร้างกลไกการสนับสนุนและประสานความร่วมมือในการใช้บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากรทางการแพทย์ สถานบริการทางการแพทย์ และสถานประกอบการด้านสุขภาพร่วมกันได้ โดยการแก้ไขกฎ/ระเบียบ ควบคู่กันไป

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. เสนอให้มีหน่วยงานกลางขึ้นมาศึกษาหรือทำวิจัยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ข้อดี ข้อเสีย ในการจัดเก็บรายได้ หรือการจัดเก็บภาษี เช่น สถาบันการศึกษา/ TDRI เพื่อนำผลการศึกษามาพิจารณาความเหมาะสมในการกำหนดเป็นนโยบายซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ และต้อง

สมดุลระหว่างระบบบริการสุขภาพของประชาชน
ในประเทศกับการดำเนินนโยบาย Medical hub

ไม่ขัดกับหลักการค้าเสรีของ WTO/
FTA ด้วย

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน / กระทรวง
พาณิชย์ /

กระทรวงการต่างประเทศ / กระทรวงสาธารณสุข /

4. มาตรการอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของ
คนไทยป้องกันผลกระทบจากนโยบาย ศูนย์กลาง
สุขภาพแห่งประเทศไทย

4.1 ภาครัฐต้องเร่งกำหนดมาตรการเชิงป้องกันและ
ดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้ง
ใช้นโยบายรางวัลเป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ
เช่น หากภายในช่วงเวลาที่กำหนดสุขภาพแข็งแรง
ไม่เคยเข้ารับการรักษายาบาลจะสามารถเลือก
โปรแกรมท่องเที่ยวหรือโปรแกรมเสริมความงาม
หรือโปรแกรมออกกำลังกายฟรีได้ 1 โปรแกรม
เป็นต้น โดยอาศัยความร่วมมือกับภาคธุรกิจทุกภาค
ส่วน ทั้งนี้สามารถได้จากนโยบาย Medical hub ใช้
ประกอบโครงการดังกล่าวด้วย รวมทั้งการให้
การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันสุขภาพตั้งแต่
ชั้นปฐมวัย

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและ
ข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
ดังนี้

1. ภาครัฐต้องเร่งกำหนดมาตรการเชิงป้องกันและ
ดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้ง
ใช้นโยบายรางวัลเป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ
2. เสนอให้มีการประสานงานร่วมกับหน่วยงานที่
รับผิดชอบด้านการท่องเที่ยว เช่น กระทรวงการ
ท่องเที่ยวและกีฬา/ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย/
ภาคเอกชน เพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการที่
เหมาะสมอันจะเป็นการจูงใจให้ประชาชนมี
สุขภาพที่ดี
3. เสนอให้มีการพัฒนาระบบ Equity ในรูปแบบ
อื่น ๆ ได้ เช่น การสร้างโควตาให้แก่วัยไทย จาก
การที่มีผู้ป่วยชาวต่างชาติ 1,000 รายเปิดโอกาสให้
คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพประเภทอื่น ๆ
ได้

100 ราย ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาในรายละเอียดให้
ครอบคลุมยิ่งขึ้น

4. อาจจะมีมาตรการด้านภาษีที่น่าสนใจอื่น ๆ เช่น
การตรวจร่างกายประจำปี สามารถนำค่าใช้จ่ายที่
เกิดขึ้นมาใช้เพื่อหักภาษีได้ เนื่องจากประชาชน
เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

กระทรวงสาธารณสุข / กระทรวงการท่องเที่ยว

4.2 ภาครัฐต้องจัดสรรและกระจายสิ่งอำนวยความสะดวกระบบสาธารณูปโภคทุกประเภทอย่างทั่วถึงทุกจังหวัด โดยให้มีคุณภาพทัดเทียมกับกรุงเทพมหานครให้มากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระจุกตัวของความเจริญก้าวหน้าและใช้เป็นปัจจัยจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพประชากรเต็มใจที่จะทำงานในระดับพื้นที่มากขึ้น

และกีฬา /

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย / หน่วยงานในภาครัฐกิจ

มติที่ประชุม เห็นด้วยกับความเห็นและข้อเสนอแนะดังกล่าว โดยมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังนี้

1. กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุคำของบประมาณภายใต้โครงการภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 (แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะที่ 2) ทั้งในรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ในแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานอย่างครอบคลุมทั่วถึงในทุกระดับ หรือสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น มีความทันสมัย และมีศักยภาพในการแข่งขันในระดับนานาชาติงบประมาณรวม 109,588.9523 ล้านบาท
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก จ



การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลไทย

สู่กระแสเมดิคัลทัวร์ริซึม

The Development of Thai Hospitals for Medical Tourism

ศ.เกียรติคุณ นพ.สมอาจ วงษ์ชมทอง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล

ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ
Prof. Emeritus Som-arch Wongkhomthong
Director of Bangkok International Hospital
Bangkok Hospital Medical Center



Definition of Medical Tourism

ประโยคใดที่ให้ความหมายของ **Medical Tourism** ได้ชัดเจนที่สุด

- เป็นการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หรือการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ
- มาเมืองไทยเพื่อเล่นกอล์ฟแล้วถือโอกาสตรวจสุขภาพ หรือทำฟันไปด้วย
- มาเมืองไทยเพื่อทำ **esthetic treatment** เข้าสปา นวดแผนไทย ดื่มน้ำสมุนไพรไทย
- ✓ **สนใจเดินทางมารับการรักษา (Medical Treatment) ในโรงพยาบาลไทยด้วยสาเหตุสำคัญสองประการคือ โรงพยาบาลไทยให้การรักษาดีกว่าในประเทศของตน หรือถูกกว่าประเทศของตน**

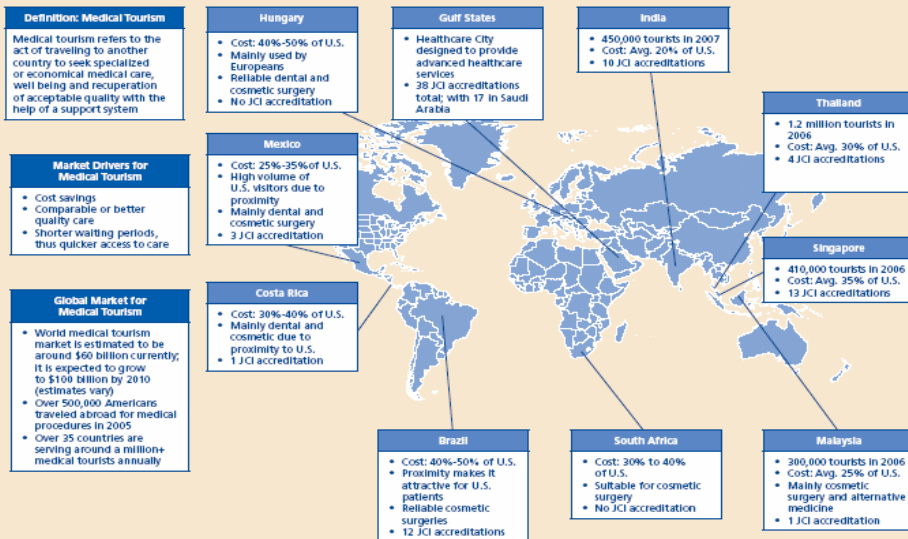


Seeking Cure in Europe (then America) has a long history from the ancient time



3

Figure 5: Medical Tourism and Medical Travelling



Note: JCI accreditation details at www.jointcommissioninternational.org/23218/tortiz/. Other sources and explanation appear in Appendix II.

Source: Internal Deloitte Analyses



Countries which receive most attention for Medical Tourism



- Singapore



- Malaysia



- India



- Thailand



สถานภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับนานาชาติ

Rank	Country	U5MR	IMR	Population (million)	GNP per Capita (US\$)	Life Expectancy (Years)	Adult Literacy Rate
1	Sierra Leone	284	166	4.97	150	34	36
28	Cambodia	140	97	14.14	310	57	68
54	India	87	63	1,065.46	530	64	57
99	Mexico	28	23	103.45	6230	74	91
104	Thailand	26	23	62.83	2190	69	96
110	Vietnam	23	19	81.37	480	69	93
157	USA	8	7	294.04	37610	77	-
158	Malaysia	7	7	24.42	3780	73	87
162	UK	6	5	59.25	28350	78	-
183	Japan	4	3	127.65	34510	82	-
192	Singapore	3	3	4.25	21230	78	92
192	Sweden	3	3	8.87	28840	80	-

Source: UNICEF The State of the World Children 2007




ใครบ้างที่มาใช้บริการในประเทศไทย



Arabic



Japanese



Myanmar

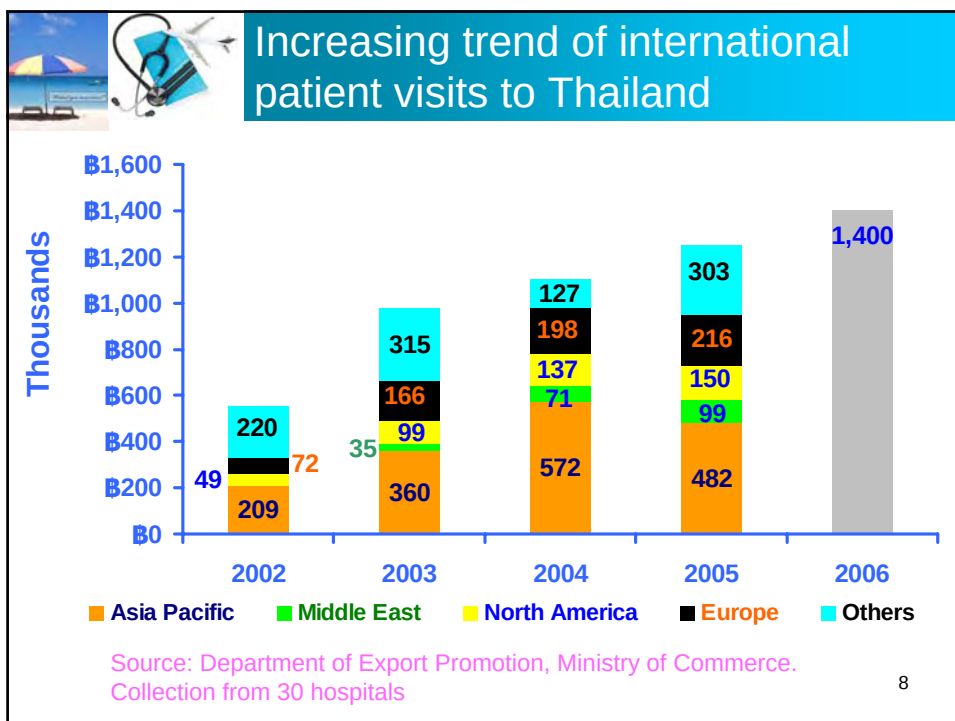


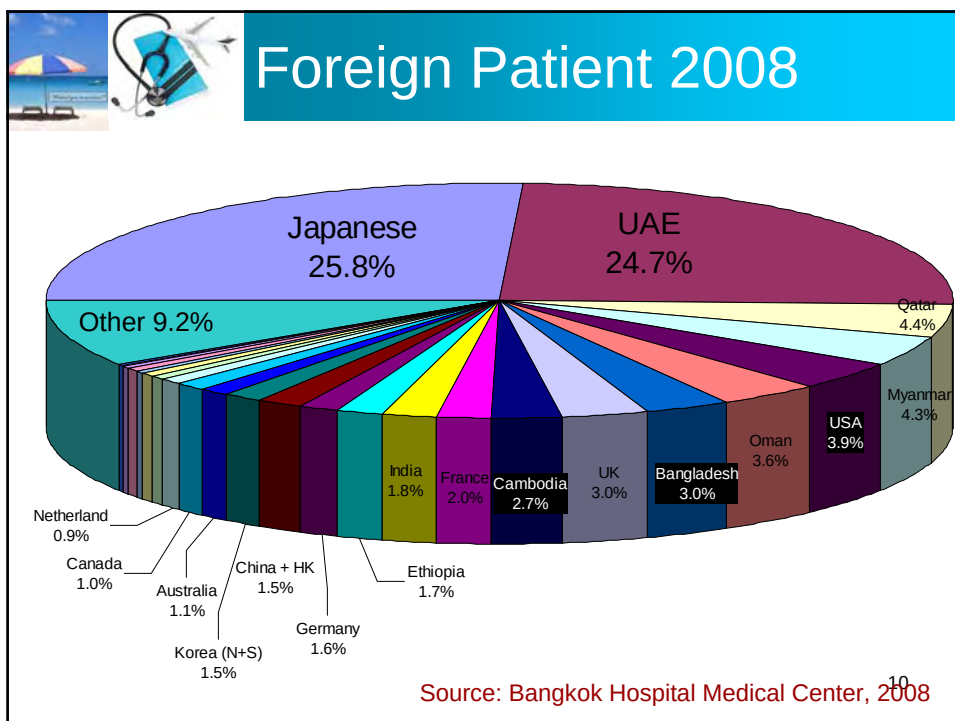
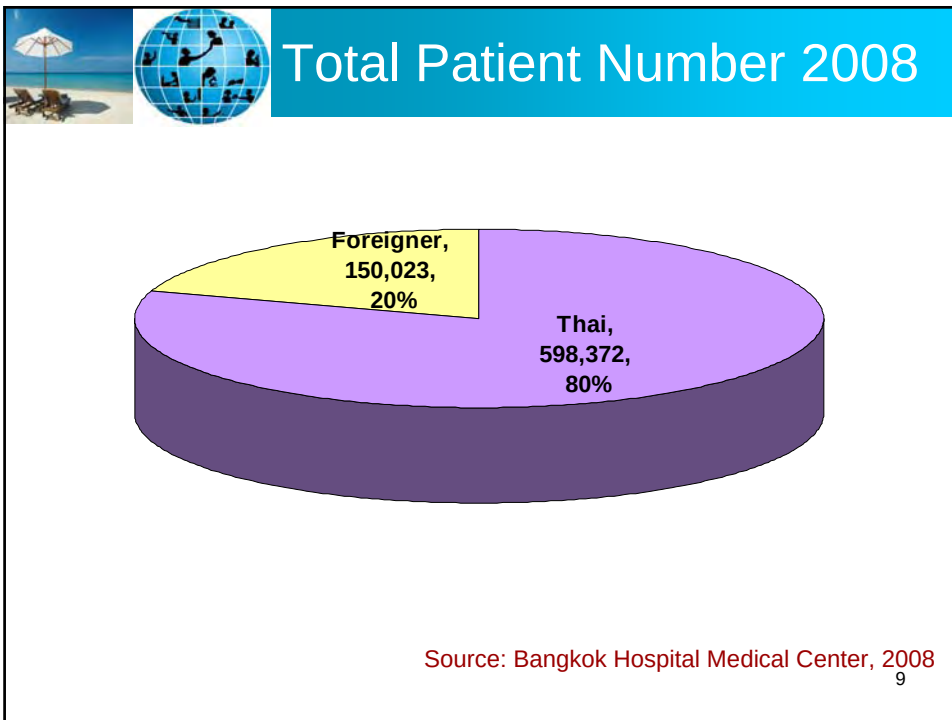
Ethiopian



Westerner

7



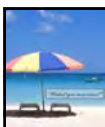




International Patients are looking for:

- A high level of clinical competence.
- Using state-of-the-art medical care and equipment.
- Delivered by ethical, dedicated professionals
- In a gentle kind, compassionate manner.
- Respectful of their beliefs and needs.

(Note: Comments by Dr. Michael Moreton, Chief of Int'l Patient Coordinating Doctor at Bangkok Hospital Medical Center, Thailand)



International Patients are looking for:

HIGH TECH:

- Well trained professional staff
- Superb physical facilities
- State-of-the-art equipment



HIGH TOUCH:

- *Thai hospitality***
- Caring, well motivated, dedicated staff
- Five star accommodation
- Go the extra-mile, attitude
- Cultural sensitivity





HIGH TECH

HIGH TOUCH

but with

ZERO WAITING

and at

LOW COST



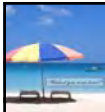
AVAILABLE & AFFORDABLE

Availability:

- Canada: Waiting time for Joint Replacement Surgery --- Ten to twelve months
- UK: Waiting time for Radiotherapy --- Three to four months.
- USA: Waiting time if you have no insurance --- Rest of your life?

Affordability:

Even after allowing for travel and accommodation expenses ,still 50% savings.



Seamless Service

- Referral Center
- Concierge service
- Medical Coordination
- Communication with sending agents and the patient



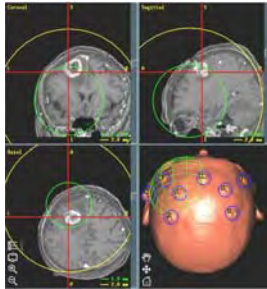
CROSS THE SEVEN SEAS FOR OUR SEVEN Cs

- Communication
- Competence
- Comfort
- Cleanliness
- Confidentiality
- Compassionate Care
- Cost

By Dr. Michael Moreton, Chief of ,Int'l Patient Coordinating Doctor,
Bangkok Hospital Medical Center, Thailand



Traveling to seek for advanced technology & treatment

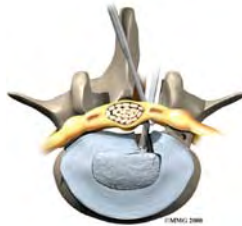
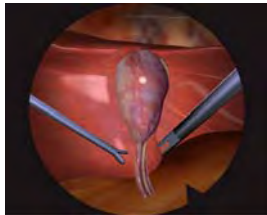


Blockage in right coronary artery



Blood deprived region of heart

© ADAM, Inc.



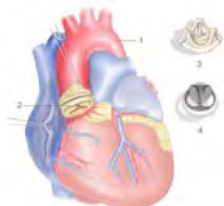
Traveling to seek for advanced technology & treatment



- Stem Cell treatment
- Robotic Surgery
- Beam-shaping Radiosurgery
- Hyperbaric Oxygen Chamber
- Cochlear Implant
- Hip Resurfacing
- Many others



Traveling for Low Price



• Heart Valve Replacement

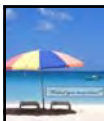
- USA : \$ 200,000
- India : \$ 10,000



• Knee Replacement

- USA :\$16,950
- India :\$7,700

Pakriti Gupta, Medical Tourism Asia, 2007 19



Comparison of Medical Procedures Prices in Asia and USA

Unit in US\$	US 	Singapore 	Thailand 	Malaysia 
Heart Bypass	130,000	19,500	11,000	9,000
Hip replacement	43,000	12,000	12,000	10,000
Hysterectomy	20,000	6,000	4,500	3,000
Knee replacement	40,000	13,000	10,000	9,000
Spinal fusion	62,000	9,000	7,000	6,000
Breast Augmentation	10,000	9,500	5,000	5,500
Facelift	10,000	7,500	4,000	6,000



Traveling for treatment at high quality hospitals



JCI (Joint Commission Int'l)



HA (Hospital Accreditation)



ISO 14001 for Environment



ISO 18001 for Health & Safety

21



Traveling for a better service



22



Countries which receive most attention for Medical Tourism



- Singapore



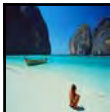
- Malaysia



- India



- Thailand



Singapore : Government Health Facilities

I. Singapore Health Services (Singhealth)

3 hospitals and 4 Institutes



- ❖ Singapore General Hospital*



- ❖ Changi General Hospital*



- ❖ KK Women's and Children Hospital*



- National Heart Centre Singapore*



- National Neuroscience Institute

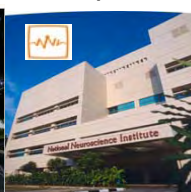


- National Dental Center



- National Eye Center

(Note: JCI*)





Singapore: Government Health Facilities

II. National Healthcare Group

(3 hospitals, 5 Institutes)

- ❖ National University Hospital (NUH)*
- ❖ Tan Tok Seng Hospital* (TTSH) (John Hopkins Singapore International Medical Center* in TTSH)
- ❖ Alexandra Hospital*
 - Institute of Mental Health/ Woodbridge Hospital*
 - National Skin Center
 - The Cancer Institute
 - The Eye Institute and
 - The Heart Institute



(Note* : JCI accredited facility)



Singapore: Private Health Facilities

III. Parkway Group Healthcare (PGH)

- ❖ 3 Hospitals in Singapore
 - ❖ Mount Elizabeth Hospital* 505 beds
 - ❖ Gleneagles Hospital* 380 Beds
 - ❖ East Shore Hospital 123 Beds
- ❖ 9 Hospitals in Malaysia (Pantai)
- ❖ 1 Hospital in India: Apollo Gleneagles
- ❖ 1 Hospital in Brunei: Gleneagles JPMC Sdn Bhd
- ❖ 1 Hospital in Shanghai, China
- Total 3,277 Beds & 1,500 Medical Professionals





Singapore: Private Health Facilities

IV. Raffles Medical Group (RMG)

❖ **Raffles Hospital*** as a flagship hospital of the Raffles Hospital Group

- 60 Raffles Medical Clinics
- 24 Hrs. Emergency Services & Tertiary Medical Services



Singapore: Key Factors

- ✓ **Very high potential for Medical Tourism**
- ✓ **Good facilities and services**
- ✓ **Very qualified medical staff**
- ✓ **Language: English, Chinese, Malayu**
- ✓ **Ease of Travel**
- × **But more expensive than Thailand**

Note: Comments from John Lee in his lecture at Muangtontani in March 2009



Key Players: Malaysia

Hospitals

- ❖ KPJ Group
- ❖ Pantai Group
- ❖ Gleneagles Group
- ❖ Makota Hospital
- ❖ Penang Adventist Hospital

Key Factors

- ✓ Good facilities
- ✓ Language: English, Malayu, Chinese
- ✓ Reasonable Pricing

Note: Comments from John Lee in his lecture at Muangtontani in March 2009



Key Player: India

Key Hospitals

- ❖ Apollo Group

Key Factors

- ✓ Professional Staff
- ✓ Language: English
- ✓ Reasonable Price

? Challenges (problem ?) of Perception

Note: Comments from John Lee in his lecture at Muangtontani in March 2009



Key Player: Thailand

Bangkok Hospital



Bamrungrad International



31



Bangkok Hospital Medical Center



32



Key Player :Thailand – World of Complete Medical Services

- 344 hospitals with 35,086 beds
- Over 102 hospitals with 15,000 beds in Bangkok alone



33



Thailand: Key Factors

- ✓ Good facilities and excellent services
- ✓ Competent medical staff
- ✓ Impressive nursing care
- ✓ Reasonable Price
- × Language: Mainly Thai . Very few nurses and supporting staff who are fluent in English

Note: Comments from John Lee in his lecture at Muangtontani in March 2009

Competitive Advantages of Singapore's Hospitals

- ✓ ความร่วมมือระหว่างภาครัฐกับเอกชนดีมาก (อาทิ SingaporeMedicine Initiatives)
- ✓ มีการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการบริหารงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนอยู่ตลอดเวลา
- ✓ ทุกสถานบริการ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติได้ทั้งนั้น
- ✓ สนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลจากต่างประเทศเข้าไปทำงานในสิงคโปร์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากร
- ✓ มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการเดินทางมารับบริการในสิงคโปร์ (การคมนาคม สะดวก ประเทศสะอาด มีวินัย ปลอดภัย

35



Disadvantages of Thai Hospitals

- ✗ ขาดความร่วมมืออย่างจริงจังระหว่างภาครัฐ และภาครัฐกับภาคเอกชน
- ✗ มีปัญหาในด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษ และระบบงานที่ไม่ได้มาตรฐาน
- ✗ มีข้อจำกัดทางด้านจำนวนและการกระจายของแพทย์และทันตแพทย์
- ✗ มีปัญหาทางด้านการเมือง การคมนาคม ความปลอดภัยและความสะอาดอยู่มาก



Factors effecting Medical Tourism

- Quality of Medical Services
- Price
- Waiting time
- Distance and Traveling Cost
- Hospital customer services for foreigners
- Political & Social Environment of the Country









Factors Affecting Medical Tourism				
	Singapore	India	Thailand	Malaysia
Factors				
Quality of Medical Service				
Competency of MD	10	10	10	8
Modern Technology and Facilities	10	10	10	8
Nursing Care	8	8	10	7
Cheaper Price	3	10	6	6
English as means of communication	10	10	3	9
Less Waiting time	8	10	10	8
Other Hospital services for foreigners	8	7	10	7
Country' Infrastructure	10	5	7	7
Cooperation of the government	10	3	3	5
Political and Social Environment of the countries	10	5	5	7
Total Scores (100)	87	78	74	72

Note: Scoring by Som-arch' individual judgment. The scores may be arbitrary.
It was not based on any scientific research. It should not be quoted for any purpose.



Medical tourism is only the *beginning*. The next step is globalize medicine, in which millions of fully insured patients here in the United States are connected to hospitals in Bangkok, Singapore, and India.

By: Greg Lindsay
Fast Company, May 9, 2008



There will be less boundary for healthcare. More people will travel to get good quality medical services for less cost, where it is convenient and safe for travel and stay.

By Som-arch Wongkhomthong,
Bangkok International Hospital, Thailand
May 16, 2009



